

Latvijas Universitāte
Biznesa, vadības un ekonomikas fakultāte



LATVIJAS
UNIVERSITĀTE

Daiga Behmane

**ĀRVALSTU PACIENTU PIESAISTI NOTEICOŠIE FAKTORI UN TO
SAISTĪBA AR PACIENTU PIEREDZI UN KOPĒJO APMIERINĀTĪBU
AR SAŅEMTO VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU LATVIJĀ**

Promocijas darbs

Zinātniskā doktora grāda
Zinātnes doktore (Ph.D.) ekonomikā un uzņēmējdarbībā
iegūšanai

Darba zinātniskā vadītāja: profesore, Dr.oec. Anda Batraga

Rīga 2020

Anotācija

Promocijas darba mērķis ir, pamatojoties uz mūsdienu zinātniskajām atziņām un starptautiskajām pieejām veselības aprūpes nodrošināšanā, izstrādāt ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālo modeli un novērtēt piesaisti noteicošo faktoru sniegumu, kā arī ārvalstu pacientu pieredzi un apmierinātību saistībā ar piesaistes pilnveidošanas iespējām Latvijā.

Promocijas darba *pirmajā nodaļā* pētīti pacientu rīcības faktori un nosacījumi veselības aprūpes sektorā saistībā ar jaunākajām veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas pieejām. Ņemot vērā pacientvērsta aprūpes pieeju, pārrobežu veselības aprūpes un pakalpojumu mārketinga un mārketinga komunikācijas aspektus, kā arī pacientu pieredzi un apmierinātību noteicošos faktorus, autore izveidojusi ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru sistēmu, kā rezultātā izveidota ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas pieeja, kura aprobēta tālākā darba gaitā.

Promocijas darba *otrajā nodaļā* pētīti ārvalstu pacientu piesaisti raksturojošās vides faktori Latvijā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kontekstā, starptautisko prasību īstenošana veselības aprūpes nozares un ārstniecības iestāžu līmenī, kā arī Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu novērtējums, lai noskaidrotu to snieguma līmeni ārvalstu patērētāju piesaistei.

Promocijas darba *trešajā nodaļā* sniegti ārvalstu pacientu pieredzes un apmierinātības empīriskā pētījuma datu analīzes rezultāti. Nodaļas ietvaros atspoguļoti ārvalstu pacientu anketēšanas rezultāti, kas raksturo ārvalstu pacientu demogrāfiskos rādītājus, atspoguļo tiem sniegto pakalpojumu struktūru un raksturo ārvalstu pacientiem saistošo veselības aprūpes pakalpojumu izvēles faktorus, kā arī raksturo kopējo apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā. Pacientu apmierinātības vērtēšanā izmantots pakalpojumu vērtēšanas plaisas modelis, lai noteiktu atšķirību starp pacientu sagaidīto un saņemto rezultātu, kā arī izdarīti secinājumi par atsevišķu faktoru nozīmību pacientu kopējās apmierinātības vērtējumā. Nodaļas nobeigumā sniegts ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru novērtējums pacientu apmierinātības un pieredzes gūšanas kontekstā. Pamatojoties uz 2. un 3.daļā atspoguļoto pētījumu rezultātiem izvirzīti priekšlikumi ārvalstu patērētāju piesaistes uzlabošanai Latvijā.

Promocijas darbs izstrādāts latviešu valodā, sastāv no ievada, trijām nodaļām, secinājumiem un priekšlikumiem. Darba saturs izklāstīts 194 lappusēs, ilustrēts ar 62 attēliem un 41 tabulu. Literatūras sarakstā iekļautas 260 literatūras vienības. Darbam ir 15 pielikumi.

Atslēgvārdi: *pacientu piesaiste, pārrobežu veselības aprūpes pakalpojums, pacientvērsta aprūpe, daudzlīmeņu mārketinga un komunikācija, pacientu pieredze, pacientu apmierinātība.*

Annotation

The aim of the doctoral thesis is to develop a conceptual model for acquisition of foreign patients to health care services based on scientific knowledge and international approaches of health care provision, and to evaluate the performance of acquisition factors as well as the experience and satisfaction of foreign patients in Latvia.

The first chapter of the doctoral thesis describes the determinants of patient engagement in the context of personalized healthcare provision and cross-border healthcare. Taking into account the patient-centered care approach, marketing and marketing communication aspects, cross-border healthcare requirements, as well as patient experience and satisfaction factors, the author has developed a system of determinants for foreign patient acquisition.

The second chapter of the doctoral thesis investigates the environmental factors that attract foreign patient in Latvia, provides a general and external environment assessment of Latvian health care providers, as well as an evaluation of Latvian health care providers' communication tools in attracting foreign patients.

The third chapter of the doctoral thesis presents the results of the empirical study of foreign patients' experience and satisfaction in relation to the hypotheses tested. The chapter reflects the results of the questionnaire of foreign patients, which characterize the demographic indicators of foreign patients, reflect the structure of services provided to them and characterize the factors of choice of cross-border health care services of foreign patients. Patient Satisfaction Assessment uses the service evaluation gap model to identify the difference between the expected and perceived health service outcome, and draws conclusions about the importance of individual factors and factors of choice in the overall patient satisfaction assessment. The chapter concludes with an evaluation of factors influencing the acquisition of foreign patients in the context of patient satisfaction, based on which proposals for improving the acquisition of foreign patients in Latvia have been made.

The doctoral thesis is written in Latvian and consists of an introduction, three chapters, conclusions and suggestions. The content of the thesis are set out on 194 pages, illustrated with 62 figures and 41 tables. The bibliography contains 260 literature items. This work has 15 attachments.

Keywords: patient engagement, cross-border healthcare, patient-centered care, multilevel marketing and communication, patient experience, patient satisfaction.

JĒDZIENU SARAKSTS

Jēdziens	Skaidrojums	Avots
Patērētāju pieredze (angliski – <i>Customer experience</i>)	Iespaidu kopums (preces, pakalpojumi, darbinieku attieksme, pieejamība, kultūrvide u.c.), ko pircējs gūst saskarē ar organizāciju, kas piedāvā viņam precī vai pakalpojumu	Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisija
Pacients (angliski – <i>Patient</i>)	Pakalpojuma saņēmējs veselības aprūpes nozarē	Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisija
Pacientu pieredze (angliski – <i>Patient experience</i>)	Iespaidu kopums, ko pacients gūst saskarē ar veselības aprūpes organizāciju	Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisija
Personvērsta aprūpe (angliski – <i>Person centered care</i>)	Aprūpe, kura balstās uz individuālu pieeju katrai personai, noskaidrojot, kas ir būtisks tieši šī indivīda aprūpē, un kuru pielāgo katra indivīda vajadzībām	Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisija
Pacientvērsta aprūpe (angliski – <i>Patient centered care</i>)	Aprūpe, kura balstās uz individuālu pieeju katram pacientam, noskaidrojot, kas ir būtisks tieši šī indivīda aprūpē un ārstēšanā, un kuru pielāgo katra indivīda vajadzībām	Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisija
Pārrobežu veselības aprūpe (angliski – <i>Cross-border health care</i>)	Plānveida diagnostikas vai ārstniecības pakalpojums visplašākajā nozīmē, kuru pacients saņem vai nu ar iepriekšēju mītnes zemes atbildīgās institūcijas atļauju (EK Regulation 883/2004, Direktīva 2011/24/EU) vai bez tās, un kura izdevumus sedz vai nu mītnes zemes apdrošināšanas institūcija vai pacients pats no saviem līdzekļiem. Neattiecas uz neatliekamās medicīnas pakalpojumiem	Eiropas Parlamenta un Padomes direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē; Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (EK) Nr. 883/2004 (29.04.2004) par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu
Medicīnas tūrisms (angliski – <i>Medical tourism</i>)	Pārrobežu veselības aprūpes pakalpojums, kuru pacients brīvi izvēlas un kuru apmaksā pats no saviem līdzekļiem	Autores izvēlēta pieeja pēc Lunt et.al 2011
Vērtības balstīta veselības aprūpe (<i>value-based healthcare</i>)	Pacientu aprūpes modelis, kas balstās uz četrām vērtībām (personisko, tehnisko, taisnīguma un sociālo vērtību), un ir vērstas uz iespējami labākiem rezultātiem (nemonetārā formā) attiecībā pret ieguldītajiem resursiem (monetārā formā), taču, saglabājot kā prioritāti arī katru individuālu pacientu	Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisija

ATTĒLU SARAKSTS

Nr. p.k.	Attēla nosaukums	Lpp.
1.	Promocijas darba pētījuma dizains	16
1.1.	Pacientvērstas pieejas modelis veselības aprūpē	24
1.2.	Pacientvērstas aprūpes modelis	25
1.3.	Pacientvērstas aprūpes nodrošināšanas modelis	26
1.4.	Pacientvērstas veselības aprūpes sistēmas pasākumu pamatprincipi	28
1.5.	Sākotnējais pacientu apmierinātības modelis vispārējā ārstu praksē	31
1.6.	Potenciālie pacientu apmierinātības faktori	32
1.7.	Pacientu apmierinātības konceptuālais modelis	35
1.8.	Pacientu apmierinātības un pieredzes noteikšanas konceptuālā shēma	37
1.9.	Pacientu pieredzes piecu saskares punktu modelis	38
1.10.	Patērētāju pieredzes modelis veselības aprūpē	39
1.11.	Pacientu pieredzi ietekmējošo faktoru modelis	41
1.12.	Pacientu pieredzes uzlabošanas aspekti	44
1.13.	Pacientu pieredzes pilnveidošanas virzieni uz pacientu centrētā aprūpē	45
1.14.	Veselības aprūpes pakalpojuma vērtības veidošanās.	49
1.15.	Pacienta pieredzes transformācija	50
1.16.	Veselības aprūpes pakalpojuma vērtību veidojošie elementi	52
1.17.	Veselības aprūpes pakalpojumu dimensiju modelis	72
1.18.	Veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanai pielāgotais SERVQUAL konceptuālais modelis	73
1.19.	Veselības aprūpes pakalpojuma saņēmēju pieredzes novērtēšanas konceptuālā pieeja, pamatojoties uz pakalpojumu kvalitātes "plaisu" modeli	81
1.20.	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošās faktoru dimensijas	84
2.1.	Ārvalstu pacientu skaits, Latvija. 2011.-2016.	90
2.2.	Latvijas veselības aprūpes sistēmas vērtējums, EVPI, 2017.-2018.	92
2.3.	Latvijas veselības aprūpes sistēmas ranžējuma izmaiņas, EHCI indekss, 2014.-2018.	93
2.4.	Ārstniecības iestāžu iekšējo (mikro) faktoru kategorijas ārvalstu patērētāju piesaistei	95
2.5.	Ārstniecības iestāžu ārējo nozares (mezo) faktoru kategorijas ārvalstu patērētāju piesaistei	96
2.6.	Politisko faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)	108
2.7.	Ekonomisko faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)	109
2.8.	Sociālo faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)	110
2.9.	Tehnoloģisko faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)	111
2.10.	Valsts līmeņa pasākumu izpilde starptautisko nosacījumu nodrošināšanā	118
2.11.	Institucionāla līmeņa pasākumu izpilde starptautisko nosacījumu nodrošināšanā	119
2.12.	Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu lietojamības dimensijas	126
2.13.	Dimensiju novērtējums	128
2.14.	Informācijas kvalitātes dimensiju veidojošo faktoru novērtējums	130

2.15.	Mārketinga dimensiju veidojošo faktoru novērtējums	131
2.16.	Tehnoloģiju dimensiju veidojošo faktoru novērtējums, punkti (0-10)	132
2.17.	Veselības pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu novērtējums, punkti(0-100)	132
3.1.	Respondentu iedalījums pa vecuma grupām (%)	142
3.2.	Respondentu iedalījums pēc rezidences statusa (%)	142
3.3.	Ārvalstu pacientu izmantotais medicīnas pakalpojums (%)	142
3.4.	Respondentu pavadīto dienu skaits ārstniecības iestādē	144
3.5.	Respondentu plānotais ceļojuma dienu skaits Latvijā	144
3.6.	Uzziņas kanāli pakalpojuma saņemšanai (%)	146
3.7.	Nepieciešamība sniegt informāciju mītnes zemes ārstam (%)	146
3.8.	Vēlamais datu saņemšanas formāts (%)	146
3.9.	Pakalpojuma izmaksu sedzējs (%)	146
3.10.	Iepriekšējās atļaujas saņemšanas iemesls (%)	147
3.11.	Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa ārvalstu pacientiem	150
3.12.	Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa pacientiem pēc dzimuma	151
3.13.	Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa pacientiem ar atšķirīgu rezidences statusu	151
3.14.	Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa atšķirīgās pacientu vecuma grupās	152
3.15.	Vispārējo ceļošanas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa	152
3.16.	Vispārējo ceļošanas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa pacientiem pēc rezidences statusa	153
3.17.	Komunikācijas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa	154
3.18.	Ārstniecības iestādes izvēles faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa	155
3.19.	Pakalpojuma izvēles faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa	156
3.20.	Respondentu apmierinātība dalījumā pēc dzimuma (%)	157
3.21.	Respondentu apmierinātība dalījumā pēc rezidences statusa (%)	157
3.22.	Saņemtā un gaidītā rezultāta koeficientu starpības atšķirība abiem klāsteriem	159
3.23.	Daļēji un pilnībā apmierināto pacientu proporcijas atšķirība abiem klāsteriem (%)	159
3.24.	Ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālais modelis	163

TABULU SARAKSTS

Nr. p.k.	Tabulas nosaukums	Lpp.
1.1.	Faktori, kas ietekmē apmierinātību ar medicīnisko pakalpojumu	34
1.2.	Pacientu apmierinātības un pieredzes mērījumu salīdzinoša analīze	40
1.3.	Veselības aprūpes pakalpojuma vērtības dimensijas pacienta pieredzes veidošanā	42
1.4.	Veselības aprūpes principu transformācija: līdzšinējā un uz vērtību balstītā pieeja	51
1.5.	Starptautiskās prasības veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā	62
1.6.	Pacientu pieredzes 4P elementi	65
1.7.	Mārketinga mix jeb “7P” modelis pakalpojumu uzņēmumiem	66
1.8.	Mārketinga mix jeb “14P” modelis veselības aprūpes nozares uzņēmumiem, kuri nodarbojas ar medicīnas tūrismu	68
1.9.	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošās veselības aprūpes pakalpojumu dimensijas	82
1.10	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošās veselības aprūpes pakalpojuma dimensijas un faktori	85
2.1.	Ārstniecības iestāžu ārvalstu pacientu piesaistes iekšējie šķēršļi, resursu faktori (%)	97
2.2.	Ārstniecības iestāžu ārvalstu pacientu piesaistes iekšējie šķēršļi, personāla faktori (%)	98
2.3.	Izredžu attiecības pakalpojumu sniegšanai ārvalstu pacientiem saistībā ar dažāda līmeņa personāla ieinteresētību	99
2.4.	Veselības aprūpes iestāžu ārējie nozares (mezo) līmeņa šķēršļi pakalpojumu sniegšanai ārvalstu pacientu piesaistē (%)	101
2.5.	Ekspertu raksturojums pēc pārstāvības līmeņa un iestādes īpašumtiesību formas	104
2.6.	Ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumus ietekmējošie ārējie PEST faktori	107
2.7.	PEST faktoru grupu vidējie nozīmīguma un snieguma rādītāji (0-5, Likerta skala)	112
2.8.	PEST faktoru nozīmības ranžējums pēc to vērtības (0-5, Likerta skala)	113
2.9.	PEST faktoru snieguma ranžējums pēc to vērtības (0-5, Likerta skala)	113
2.10.	Ekspertu grupas struktūra un pārstāvība	116
2.11.	Pacientu piesaisti noteicošie valsts un institucionālā līmeņa pasākumi	117
2.12.	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo valsts un institucionālā līmeņa pasākumu novērtējums, 0-5, Likerta skala	118
2.13.	Tīmekļa vietņu novērtējuma dimensiju statistiskās analīzes rezultāti\	129
2.14.	Tīmekļa vietņu kategorizācija	133
2.15.	Apkopoto faktoru snieguma rezultātu vērtības pēc Likerta skalas un punktos (0-100)	135
2.16.	Veselības aprūpes pakalpojumu pacientu piesaisti noteicošo faktoru snieguma rādītāji, punkti (0-100)	137
3.1.	Ārvalstu pacientu pieredzi un apmierinātību ietekmējošo faktoru kopsavilkums	141
3.2.	Respondentu iedalījums pēc saņemtā medicīnas pakalpojuma, dzimuma un vecuma (%)	143
3.3.	Respondentu uzturēšanās dienu skaits ārstniecības iestādē	144
3.4.	Pakalpojuma gaidītās un saņemtās vērtības vērtējumu apkopojums (%)	148
3.5.	Visu faktoru kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta koeficientu atšķirības sievietēm un vīriešiem	150
3.6.	Respondentu apmierinātība ar saņemto medicīnas pakalpojumu (%)	157

3.7	Ārvalstu pacientu apmierinātību noteicošo pakalpojuma izvēles faktoru grupas (%)	158
3.8	Pacientu raksturojums abos klāsteros pēc to vienojošām pazīmēm (%)	160
3.9	Ārvalstu pacientu "saņemtā" pakalpojuma snieguma vērtējums, respondentu skaits, kas vērtējuši attiecīgo faktoru ar "4" un "5" pēc Likera skalas (%)	160
3.10	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo iekšējo faktoru sniegums, punkti (0-100)	164
3.11	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo ārējo faktoru sniegums, , punkti (0-100)	165
3.12	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo starptautisko nosacījumu sniegums, , punkti (0-100)	166
3.13	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo mārketinga un komunikācijas faktoru sniegums, punkti (0-100)	167
3.14	Faktoru sniegumu kopsavilkums mikro, mezo un makro līmeņos, punkti (0- 100)	168
3.15	Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo pacientu pieredzes un apmierinātības faktoru sniegums, punkti (0-100)	169

Saturs

JĒDZIENU SARAKSTS	4
ATTĒLU SARAKSTS	5
TABULU SARAKSTS	7
IEVADS	11
1.PACIENTU PIESAISTI NOTEICOŠIE FAKTORI UN TO NOVĒRTĒŠANAS INSTRUMENTI PĀRROBEŽU VESELĪBAS APRŪPES KONTEKSTĀ	20
1.1.Apmierinātība ar medicīnisko aprūpi kā pacientu pieredzes indikators un izvēli noteicošs faktors	22
1.2.Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas principi uz pacientu piesaisti orientētas veselības aprūpes kontekstā.....	47
1.3.Starptautiskās prasības pārrobežu veselības aprūpē un to nozīme pacientu piesaistes kontekstā.....	53
1.4.Veselības aprūpes pakalpojumu mārketinga un komunikācijas aspekti ārvalstu pacientu piesaistē	63
1.5.Pacientu apmierinātības un pieredzes novērtēšanas pieejas pacientvērstas veselības aprūpes kontekstā.....	71
1.6. Veselības aprūpes pakalpojumu ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru vērtēšanas pieeja patērētāju pieredzes un apmierinātības veidošanas kontekstā.....	81
2. ĀRVALSTU PACIENTU PIESAISTI RAKSTUROJOŠĀS VIDES FAKTORU NOVĒRTĒJUMS LATVIJĀ	88
2.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ārējās vides raksturojums.....	88
2.2.Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gatavība ārvalstu pacientu piesaistei.....	94
2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas ārējās vides faktoru novērtējums.....	103
2.4. Starptautisko prasību nodrošināšanas novērtējums veselības aprūpes nozares un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju līmenī.....	114
2.5. Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu novērtējums ārvalstu pacientu piesaistes nodrošināšanai	124
3. ĀRVALSTU PACIENTU IZVĒLI NOTEICOŠO FAKTORU, PIEREDZES UN KOPĒJĀS APMIERINĀTĪBAS NOVĒRTĒJUMA AR SAŅEMTO VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU LATVIJĀ EMPĪRISKAIS PĒTĪJUMS.....	138
3.1.Ārvalstu pacientu veselības aprūpes pakalpojumu izvēli noteicošo faktoru vispārējais raksturojums un rezultātu interpretācija	138
3.2. Ārvalstu pacientu gaidītā un saņemtā pakalpojuma vērtējuma analīzes rezultāti un rezultātu interpretācija	141
3.3. Ārvalstu pacientu raksturojošo rādītāju un pieredzi noteicošo faktoru saistības ar kopējās apmierinātības vērtējumu analīze un raksturojums.	158
3.4. Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru novērtējuma rezultātu apkopojums un interpretācija	161
SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI	172
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS.....	176
PIELIKUMI.....	195

1.pielikums. Pacientvērsta aprūpes definīcijas	195
2.pielikums. Pacientu apmierinātības novērtēšanas anketu veidi.....	197
3.pielikums. Aptaujas “Veselības aprūpes konkurētspēja ārējos tirgos un to noteicošie faktori” anketa.....	199
4.pielikums. Aptaujas “Latvijas veselības aprūpes biznesa vidi un ārējo konkurētspēju ietekmējošo ārējo faktoru novērtējums” dalībnieku pārstāvība.....	207
5.pielikums. Aptaujas “Latvijas veselības aprūpes biznesa vidi un ārējo konkurētspēju ietekmējošo ārējo faktoru novērtējums” anketa.....	208
6.pielikums. PEST faktoru nozīmības vērtējums	209
7.pielikums. PEST faktoru snieguma vērtējums	210
8.pielikums. Ekspertu vērtējumam piedāvātie starptautiskie nosacījumi pārrobežu veselības aprūpes nodrošināšanai	211
9.pielikums. Ekspertu aptaujas anketa.....	212
10.pielikums. Tīmekļa vietņu novērtēšanas kritēriji	213
11.pielikums. Veselības aprūpes sniedzēju tīmekļa vietņu saraksts.....	214
12.pielikums. Veselības aprūpes sniedzēju tīmekļa novērtēšanas rezultāti.....	215
13.pielikums. Ārvalstu pacientu anketēšanā iesaistītās ārstniecības iestādes	218
14.pielikums. Ārvalstu pacientu aptaujas anketa.....	219
15.pielikums. Ārvalstu pacientu aptaujas anketas jautājumu saskaņotības vērtējums	222

IEVADS

Promocijas darba aktualitāte. Veselības aprūpe ir globāli augoša nozare, kas veicina pasaules valstu iekšzemes kopprodukta (IKP) pieaugumu galvenokārt saistībā ar medicīnas tehnoloģiskās attīstības un sabiedrības novecošanās tendencēm, tostarp augstāku paredzamo dzīves ilgumu, kas rada arvien lielāku pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem (Rowe et al., 2016). Ir ticams, ka iedzīvotāju izdevumi veselības aprūpei nākotnē tikai palielināsies, jo pieaug patērētāju maksātspēja un palielinās jaunu, daudzsološu medicīnas tehnoloģiju piedāvājums globālajā tirgū, nodrošinot arvien lielākas iespējas patērētāju vajadzību un vēlmju apmierināšanai gan indivīda, gan sabiedrības līmenī. Ņemot vērā asimetriskos tirgus spēku nosacījumus veselības aprūpes jomā, nozares piedāvājuma pusei ir ievērojamas priekšrocības salīdzinājumā ar pieprasījumu, kas ilgtermiņā palielina veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas (Reinhardt, 2003). Tajā pašā laikā ierobežotie veselības sektora publiskie resursi un pakalpojumu piedāvājums un pakalpojumu sniedzēju izaicinājumi stimulē patērētāju rīcības modeļa maiņu, kas saistīts ar patērētāju rīcības ekonomiskajiem, sociālajiem, psiholoģiskajiem un kultūras aspektiem un stimulē patērētāju lomas un iespēju pieaugumu veselības aprūpes pakalpojumu izvēlē, tostarp starptautiskā pakalpojumu piedāvājuma aspektā.

Ņemot vērā Eiropas Savienības (ES) veselības aprūpes politikas mērķus un iekšējā tirgus principus, jebkurai ES dalībvalstij ir jānodrošina iedzīvotāju tiesības piekļūt drošai un kvalitatīvai veselības aprūpei, tostarp ārpus savas mītnes valsts robežām ES ietvaros (European Court of Auditors, 2018). ES iedzīvotāju nepieciešamība piekļūt veselības aprūpes pakalpojumiem ikvienā ES valstī saistīta ar iedzīvotāju mobilitāti, pakalpojumu labāku piedāvājumu, iespēju saņemt pakalpojumu īsākā laika posmā vai specifisku speciālistu pieejamības dēļ, kā to paredz ES direktīva Nr. 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpei Eiropas Savienībā (Eiropas Parlaments, 2011).

Latvijas veselības sektora atvērtība ārvalstu pacientiem nozīmētu pakalpojumu sniedzēju un piedāvāto pakalpojumu konkurētspējas pieaugumu starptautiskā līmenī, kā arī stimulētu efektīvu un pievilcīgu veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājumu vietējiem pacientiem un attīstītu kopējo pakalpojumu tirgu. Lielāka tirgus atvērtība var dot pozitīvu ieguldījumu Latvijas IKP pieaugumā un papildus resursos ar iespēju to tālākai ieguldīšanai un produktivitātes celšanai sektorā, jo īpaši ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju lielo līdzmaksājumu īpatsvaru veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā gandrīz 40% apmērā (OECD, 2017).

Ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā autore pētījusi veselības aprūpes sektora attīstības tendences un veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas konceptuālās pieejas, balstoties uz pēdējo gadu desmitu zinātnisko literatūru un noteicošajām tendencēm veselības pakalpojumu tirgū.

Pacienta pieredzes un apmierinātības ar veselības aprūpi jautājumus pētījuši: M.Gabots (*M. Gabott*), G. Hogs (*G. Hogg*), M. Morisons (*M. Morrison*), T.Mērfijs (*T. Murphy*), C. Nalders (*C. Nalder*), L.Goldšteins (*L. Goldstein*), M.B. Farkārs (*M. B. Farquhar*), C.Kroftons (*C. Crofton*), S. Garfinkels (*S. Garfinkel*), C Gronros (*C. Groomroos*), E.Berkovits (*E. Berkowitz*), V.Fleksners (*W.Flexner*) u.c.

Veselības aprūpes sektora un uzņēmumu konkurētspēju pētījuši M.E.Porters (*M.E.Porter*), U.E.Reinhardts (*U.E.Reinhardt*), N.Lunts (*N.Lunt*), E.O.Teisberga (*E.O.Teisberg*), Dž. Eltons (*J.Elton*), A.O'Riordana (*A.O'Riordan*), J.Čampijs (*J.Champy*), H.Grīnspans (*H.Greenspun*), u.c.

Latvijas veselības aprūpes nozares konkurētspējas un veselības aprūpes pakalpojumu pārvaldības izpētes kontekstā atzīmējamās U.Mitenberga, A.Villerušas, A.Kokarēvičas, U.Berča, V.Cauces, H.Kaļķa, M.Taubes, Dz.Mozga, D.Rūtīša u.c. publikācijas.

Pakalpojumu mārketinga teorijas kontekstā analizētas V.Zeitamlas (*V.Zeithaml*), M.J.Bitneras (*M.J.Bitner*), L.L.Berija (*L.L.Berry*), A.Morisona (*A.Morrison*), B.H.Būmsa (*B.H.Booms*), A.Parasuramana (*A.Parasuraman*), A.Gojalas (*A.Goyal*), E.J.Makārtija (*E.J.McCarthy*), D.D.Gremlera (*D.D.Gremler*), A.Medhekaras (*A.Medhekar*), R.Greitānes publikācijas.

Ierobežotais pacientu piesaistes pētījumu apjoms saistībā ar veselības aprūpes pakalpojumu, tostarp medicīnas tūrisma, nodrošināšanu ārvalstu pacientiem Latvijā, **norāda uz nepieciešamību izvērtēt veselības aprūpes pakalpojumu attīstības teorētiskās un praktiskās iespējas Latvijā** ar mērķi paaugstināt veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājumu starptautiskajā tirgū. Tāpat nepieciešams izveidot zinātniski pamatotu pacientu piesaistes modeli pārrobežu veselības aprūpes kontekstā, kas atspoguļotu ārvalstu patērētāju rīcības modeli, to noteicošās dimensijas, faktorus un to savstarpējo mijiedarbību, kā arī novērtēt izvēlēto faktoru nozīmību, sniegumu un to saistību ar ārvalstu pacientu piesaistes iespējām.

Pacientu piesaisti noteicošo faktoru novērtējums ļautu pilnveidot Latvijas veselības aprūpes sektora attīstības un pārvaldības procesus, tos pielāgojot globālajiem izaicinājumiem un sekmējot ārvalstu pacientu piesaisti gan uzņēmumu, gan valsts līmenī.

Pētījuma objekts ir ārvalstu pacientu piesaiste.

Pētījuma priekšmets – ārvalstu pacientu piesaisti noteicošie faktori un pacientu pieredzes un apmierinātības nosacījumi.

Promocijas darba mērķis ir, pamatojoties uz mūsdienu zinātniskajām atziņām un starptautiskajām pieejām veselības aprūpes nodrošināšanā, izstrādāt ārvalstu pacientu piesaistes

veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālo modeli un novērtēt piesaisti noteicošo faktoru sniegumu, kā arī ārvalstu pacientu pieredzi un apmierinātību saistībā ar piesaistes pilnveidošanas iespējām Latvijā.

Promocijas darba uzdevumi

1. Izpētīt apmierinātības un pieredzes veidošanas teorētiskos aspektus pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu īstenošanā kontekstā.
2. Izveidot ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem novērtēšanas konceptuālo pieeju un faktoru sistēmu.
3. Raksturot Latvijas veselības aprūpes uzņēmumu darbības vidi ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā.
4. Izpētīt ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru sniegumu uzņēmumu ārējo un iekšējo faktoru, starptautisko prasību, kā arī efektīvas komunikācijas un mārketinga nodrošināšanas griezumā.
5. Noskaidrot ārvalstu pacientu pieredzi, novērtējot plaisu starp gaidīto un saņemto pakalpojuma vērtību saistībā ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā.
6. Noskaidrot ārvalstu pacientu kopējo apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā.
7. Izveidot ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālo modeli un izstrādāt priekšlikumus ārvalstu pacientu plašākai piesaistei Latvijā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Promocijas darba aizstāvēšanai izvirzītās tēzes:

1. Neskatoties uz ārvalstu pacientu pieaugumu pēdējos gados, veiksmīgai to piesaistei Latvijā pastāv ievērojami šķēršļi gan ārstniecības iestāžu, gan nozares līmenī.
2. Pastāv ievērojamas iekšējo faktoru virzītas atšķirības ārstniecības iestāžu gatavībā piesaistīt ārvalstu pacientus veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā.
3. Ārvalstu pacientu piesaistei nepieciešama efektīvāka mārketinga un mārketinga komunikācijas faktoru pārvaldība gan saistībā ar valsts tēlu un atpazīstamību makro līmenī, gan piedāvāto pakalpojumu pozicionējumu mezo un mikro līmeņos.
4. Ārvalstu pacientu pieredzes novērtējums liecina par ievērojamu informācijas trūkumu attiecībā uz iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā.
5. Ārvalstu pacientu piesaisti galvenokārt nosaka uz pacientvērsta pieejas nodrošināšana un augsta līmeņa pakalpojuma nodrošināšana.

Pētījumam izvirzītas 2 hipotēzes.

1.hipotēze: Ārstniecības iestāžu iespējas piesaistīt ārvalstu pacientus Latvijā ietekmē ārējie makro un mezo līmeņa politiskie un ekonomiskie faktori, bet iekšējo faktoru grupā izšķiroša loma ir vadības faktoriem.

2.hipotēze: Ārvalstu pacientu apmierinātība ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā saistīta vispārējiem ceļošanas, komunikācijas un pakalpojuma izvēli noteicošiem faktoriem.

Darba teorētiskais un metodoloģiskais pamats ir Latvijas un ārvalstu pētnieku publicētie pētījumu rezultāti, kas pieejami elektroniskajās zinātnisko rakstu krājumu datu bāzēs (Web of Science, Scopus, u.c.), ekonomikas, vadībzinību un tirgzinību literatūra, Latvijas Republikas normatīvie akti un saistītie dokumenti, ES institūciju, Pasaules Veselības organizācijas (PVO), Eurostat, OECD, LR Centrālās statistikas pārvaldes (CSP), Veselības ministrijas (VM) un tās padotības iestāžu publicētie ziņojumi un sekundārie pētījumu dati.

Promocijas darba teorētiskā nozīme un novitāte.

1. Izveidota ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru sistēma, kas ietver piesaisti raksturojošās dimensijas, faktoru grupas un faktorus.
2. Izveidots ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem izpētes metožu kopums, kas ietver pakalpojumu iekšējās un ārējās vides faktoru novērtējumu un pacientu pieredzes un apmierinātības vērtējumu, tādējādi veidojot iespēju kompleksi novērtēt ārvalstu pacientu piesaisti un to ietekmējošos faktorus.
3. Izveidoti veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju iekšējās un ārējās vides faktoru novērtēšanas instrumenti – veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju šķērsgriezuma pētījuma aptaujas un ekspertu strukturētu interviju anketas.
4. Izmantojot pakalpojumu kvalitātes “plaisu” modeli, izveidota veselības aprūpes pakalpojumu ārvalstu pacientu pieredzes un apmierinātības novērtēšanas pieeja un aptaujas anketa.
5. Izveidots ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem novērtēšanas modelis.

Promocijas darba praktiskā nozīme un novitāte.

1. Autores izstrādātais ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem novērtēšanas modelis izmantojams veselības aprūpes pakalpojumu priekšrocību veidošanā gan Latvijā, gan ārvalstīs.
2. Autores pētījuma rezultāti izmantojami Latvijas veselības aprūpes nozares stratēģiskās attīstības virzienu un tiem atbilstošo pasākumu noteikšanai un pamatošanai.

3. Autores pētījuma rezultāti izmantojami uzlabojumu veikšanai kā valsts un pašvaldību, tā arī privāto veselības aprūpes uzņēmumu vadības procesos, lai sekmētu to sniegto pakalpojumu ārējās konkurētspējas paaugstināšanu.

Pētījuma metodes. Promocijas darba izstrādes gaitā izmantotas ekonomikas un vadības zinātņu pētījumu kvalitatīvās un kvantitatīvās metodes: aprakstošā metode zinātniskās literatūras un starptautiskās pieredzes apkopošanai, normatīvo dokumentu analīze, sekundārās informācijas analīze, grupēšana, salīdzināšana, vispārināšana, grafiskā analīze, primārās informācijas iegūšana, izmantojot ekspertu metodes un respondentu anketēšanas metodi. Veikta iegūtās informācijas un datu statistiskā apstrāde, izmantojot datorprogrammas *Microsoft Excel*, *SPSS*, kā arī *Visio* datu vizualizācijai.

Pētījuma veikšanas periods. Darba analītiskajā daļā tiek izmantoti dati par laika posmu no 2000.-2019.gadam. Pētnieciskajā daļā izmantoti 2016., 2017.gadā un 2018.gadā veiktās ārstniecības iestāžu vadītāju anketēšanas dati, Latvijas veselības aprūpes nozares ekspertu strukturēto interviju dati ārējo faktoru novērtēšanai un ekspertu interviju dati veselības aprūpes starptautisko prasību ieviešanas novērtēšanai, kā arī 2018. un 2019. gadā veiktās ārvalstu pacientu anketēšanas un iestāžu komunikācijas un mārketinga instrumentu analīzes dati.

Pētījuma ierobežojumi. Autore galveno uzmanību veltījusi patērētāju rīcības, pieredzes un apmierinātības izpētei veselības aprūpes sektorā un veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas ārējiem un iekšējiem faktoriem ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā. Darba temata specifikas un ierobežotā apjoma dēļ darbam ir noteikti šādi ierobežojumi:

1. Pētījumā jēdziens “patērētājs” veselības aprūpes jomas zinātnisko atziņu izpētē un pētījuma empīriskajā daļā tiek aizstāts ar jēdzienu “pacients”, tādējādi precīzāk definējot pakalpojumu saņēmēju veselības aprūpes pakalpojumu kontekstā.
2. Ar veselības aprūpes pakalpojumu promocijas darba kontekstā saprotams tāds pārrobežu plānveida diagnostikas vai ārstniecības pakalpojums, kas nav neatliekamās medicīnas palīdzības pakalpojums, un tas var ietvert medicīnas tūrisma pakalpojumu.
3. Medicīniskā tūrisma pakalpojumi, kas attiecas uz *spa* un *labjūtes* (angliski – *spa and wellness*) pakalpojumiem, ķermeņa relaksāciju, dziedināšanu vai kosmētiskām procedūrām *spa* tipa iestādēs, pētījumā netiek apskatīti.
4. Darbā netiek analizēti ārstniecības iestāžu finanšu un darbības efektivitātes rādītāji.
5. Darbā netiek veikti detalizēti finansiāli aprēķini par autores izstrādāto priekšlikumu ieviešanas izmaksām.

Promocijas darba struktūra un apjoms. Promocijas darbs satur ievada daļu, 3 nodaļas, secinājumus un priekšlikumus, izmantotās literatūras sarakstu un pielikumus. Promocijas darba

struktūra veidota atbilstoši izvirzītajam promocijas darba mērķim un izvirzīto uzdevumu sasniegšanai. Pētījuma dizains, identificējot galvenos pētījuma posmus, grafiski attēlots 1.attēlā.

Promocijas darba saturs izklāstīts 194 lappusēs, ilustrēts ar 62 attēliem un 41 tabulu. Literatūras sarakstā iekļautas 260 literatūras vienības. Darbam ir 15 pielikumi.

Pētījuma objekts – ārvalstu patērētāju piesaiste						
Pētījuma priekšmets – pacientu piesaisti noteicošie faktori patērētāju pieredzes un apmierinātības kontekstā						
Uzdevumi						
Izvērtēt ārvalstu pacientu apmierinātības un pieredzes veidošanas teorētiskos aspektus	Izveidot ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas konceptuālo pieeju un faktoru sistēmu	Izvērtēt Latvijas veselības aprūpes uzņēmumu darbības vidi ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā	Noskaidrot ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo uzņēmumu iekšējo un ārējo faktoru sniegumu Latvijā	Noskaidrot ārvalstu pacientu pieredzi saistībā ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā	Noskaidrot ārvalstu pacientu kopējo apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā	Izveidot ārvalstu pacientu piesaistes konceptuālo modeli un izstrādāt priekšlikumus ārvalstu pacientu plašākai piesaistei Latvijā
Apkopot secinājumus un izstrādāt priekšlikumus ārvalstu pacientu plašākai piesaistei Latvijā						
1. nodaļa		2. nodaļa		3. nodaļa		
Secinājumi un hipotēzes apstiprinājums						
1.–3. secinājums		4.–11. secinājums		12.–16. secinājums		

1.att. Promocijas darba pētījuma dizains

Avots: autore veidots

Promocijas darba pētījumu rezultātu aprobācija. Ar pētījuma galvenajām izstrādātajām zinātniskā darba veikšanas procesā autore iepazīstinājusi plašu interesentu loku: sagatavoti un publicēti 12 zinātniskie raksti angļu valodā, 7 publikācijas ievietotas konferenču tēžu krājumos, nolasīti 7 referāti starptautiskajās un 4 vietējās zinātniskajās konferencēs. Pētījuma rezultāti prezentēti veselības sektora zinātniskajām un sabiedriskajām organizācijām.

Promocijas darba autores zinātniskās publikācijas:

1. K. Dubas-Jakóbczyk, T. Albrecht, **D. Behmane**, et al., (2020) Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis, Health Policy, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>
2. **Behmane D.**, Rutitis D., Savicka V. (2019). An evaluation of health care services provider websites in Latvia - a medical tourism perspective. Regional Formation and Development Studies, ISSN 2029-9370, DOI: <http://dx.doi.org/10.15181/rfds.v29i3.1990>
3. **Behmane D.**, Dudele A, Villerusa A, Misins J et al. Health Systems in Transition: Latvia 2019 (pieņemts publicēšanai) The European Observatory on Health Systems and Policies
4. Villerusa A., **Behmane D.**, Berkis U., Kokarevica A., Cauce V. (2019). Factors Determining Competitiveness in Healthcare Institutions in Latvia – Results of the EKOSOC-LV National Research Programme, Proceedings of the Latvian Academy of

Sciences Section B Natural Exact and Applied Sciences 73(4):269-277,
<https://10.2478/prolas-2019-004>

5. **Behmane D.**, Kalkis H., Villerusa A., Berkis U., Rutitis D. (2019). Significance of technology factors in the context of development of health care sector in Latvia Intelligent Human Systems Integration 2019. Proceedings of the 2nd International Conference on Intelligent Human Systems Integration (IHSI 2019): Integrating People and Intelligent Systems, February 7–10, 2019, San Diego, California, USA, W. Karwowski and T. Ahram (Eds.): IHSI 2019, AISC 903, 2019, 248–254.
6. **Behmane D.**, Rutitis D. (2018). International Health Care Regulation at National and Institutional Levels in Latvia. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, 40(4), 2018, 442–454. <http://doi.org/10.15544/mts.2018.11>
7. Villerusa A., **Behmane D.**, Berkis U., Kokarevica A., Cauce V. (2018). Characteristics of primary care non-users in Latvia, *The European Journal of Public Health* 28(suppl_4), <http://10.1093/eurpub/cky212.324>
8. B. Strautmane, **D. Behmane**, I. Ludviga (2019). Palliative care in Latvia: Availability and the role of the family doctor, *SHS Web of Conferences* 68, 02005. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20196802005>
9. **Behmane D.**, Villerusa A., Berkis U., Rutitis D. Evaluation of External Factors for the Development of the Latvian Health Sector. *Humanities and Social Sciences: Latvia*, 26(2), 2018, 46-63. <http://doi.org/10.22364/hssl.26.2.3>
10. Kokarevica A., Villerusa A., **Behmane D.**, Berkis U., Cauce V. (2018). Latvian health care competitiveness in relation to its infrastructure and available resources. *SHS Web of Conferences. 6th International Interdisciplinary Scientific Conference SOCIETY. HEALTH. WELFARE*, 40, <https://doi.org/10.1051/shsconf/20184002003>
11. Van Ginneken E., Habicht J., Murauskiene L., **Behmane D.**, Mladovsky P. (2012). The Baltic states: building on 20 years of health reforms, *BMJ (online)* 345:e7348, <https://doi.org.10.1136/bmj.e7348>
12. **Behmane D.**, Batraga A. (2010). Veselības aprūpes sistēmas reformas tālākā attīstība Latvijā. *Latvijas Universitātes raksti, 754.sējums. Ekonomika un vadības zinātne*, 44-56.

Promocijas darba autores publikācijas tēžu krājumos:

1. Villerusa A., **Behmane D.**, Berkis U., Kokarevica A., Cauce V. (2017). Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors in Latvia, *The European Journal of Public Health* 27(suppl_3), <https://10.1093/eurpub/ckx187.739>

2. A.Villerusa, **Behmane D.**, Berkis U., Kokarevica A., Cauce V. (2016). Providing healthcare to foreign patients and associated system problems in Latvia // *European Journal of Public Health* [Elektronisks resurss]. - Vol.26, Suppl.1 p.ckw175.149.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw175.149>
3. Villerusa A., **Behmane D.**, Berkis U., Kokarevica A. (2015). Health workforce crises in Latvia, *The European Journal of Public Health* 25(suppl_3),
<https://10.1093/eurpub/ckv175.035>
4. **Behmane D.**, Berķis U., Villeruša A. (2016). Assessment of Business Environment Factors Influencing the External Competitiveness of Health Care Industry in Latvia. *Riga Technical University 57th International Conference "Scientific Conference on Economics and Entrepreneurship SCEE'2016" Proceedings*, 2016, 88–90. ISBN: 978-9934-10-860-0.
5. Kokarevica A., Villerusa A., **Behmane D.**, Berkis U., Cauce V. (2016). Latvian health care external competitiveness in Europe in relation to its infrastructure and available resources, 6th International Interdisciplinary Scientific Conference "Society. Health. Welfare: living in the world of diversity: social transformations. Innovations. Solutions" (Riga, Nov.23-25, 2016) : Abstracts / Rīga Stradiņš University ...[et al.]. - Riga, 2016. - P.54-55.
6. **Behmane D.**, Villeruša A., Berķis U., Kokarēviča A., Gerasimova J. (2016). The Impact of the Cross-Border Health Care Regulation on Patient Mobility in Latvia, 6th International interdisciplinary scientific conference "SOCIETY. HEALTH. WELFARE", Abstracts / Rīga Stradiņš University.
7. **Behmane D.**, Villeruša A., Berķis U., Kokarēviča A. (2015). Characterization of competitiveness factors in healthcare industry in Latvia. *56th International Riga Technical University Conference "Scientific Conference on Economics and Entrepreneurship SCEE'2015" Proceedings*, 2015, 92–93. ISBN: 978-9934-8275-3-2.

Promocijas darba autores dalība ar referātu zinātniskajās konferencēs:

1. **Behmane D., Batraga A.** Ārvalstu pacientu piesaiste, uz pacientu centrēta veselības aprūpe, pacientu pieredze, pacientu apmierinātība / Latvijas Universitātes 78. Starptautiskā Zinātniskā konference, sekcija "Mārketings un inovācijas", Rīga, Latvija (30.01.2020.)
2. **Behmane D., Rūtītis D.** Towards conceptual model of international competitiveness of the Latvian health sector, International Scientific "Riga Stradins University Conference 2019", Riga, Latvia, (01.04.2019.)

3. **Behmane D.**, Rūtītis D., Batraga A. Veselības aprūpes nozares konkurētspējas mārketinga aspekti: Latvijas Universitātes 77. Starptautiskā konference, sekcija „Mārketinga un loģistika” Rīga, Latvija (31.01.2019)
4. Kalkis H., **Behmane D.** Significance of technology factors in the context of development of health care sector in Latvia. International Conference: Intelligent Human Systems Integration 2019. San Diego, California, USA (07.02.2019.)
5. **Behmane D.**, Rūtītis D. Implementation of International Health Care Regulation at National and Institutional Levels in Latvia, 11th International Scientific Baltic Business Management Conference ASBBMC (15.-16.03.2018)
6. **Behmane D.**, Villeruša A, Berķis U, Kokarevica A. Implementation of the EU cross-border health care requirements as a condition for the competitiveness of health care sector in Latvia, LU 76. Starptautiskā zinātniskā konference, Rīga, Latvija (02.03.2018)
7. **Behmane D.**, Villeruša A, Cauca V. Health workforce outward migration – a major hurdle to the sustainability of health sector in Latvia, EHMA International Annual Conference “Health Futures” Milan, Italy (13-15 June, 2017)
8. **Behmane D.**, Villeruša A., Berķis U., Kokarēviča A. Latvijas veselības aprūpes konkurētspējas dimensiju analīze. Latvijas Universitātes 74.zinātniskā konference, Sekcija "Latvijas uzņēmumu konkurētspēja ārējos tirgos (EKOSOC VPP 5.2.1)" Ekonomikas un vadības fakultāte, Rīga, Latvija (19. 02.2016)
9. Villeruša A., **Behmane D.**, Berķis U., Kokarēviča A. Latvian company competitiveness in external markets.VPP EKOSOC-LV FORUMS "GUDRA IZAUGSME. IZAICINĀJUMI UN RISINĀJUMI" Rīga, Latvija (03.- 04.11.2016.)
10. **Behmane D.**, Villeruša A., Berķis U., Kokarēviča A. Veselības aprūpes konkurētspēju noteicošo faktoru analīze. Latvijas Universitātes 73.zinātniskā konference, Sekcija "Latvijas uzņēmumu konkurētspēja ārējos tirgos (EKOSOC VPP 5.2.1)" Ekonomikas un vadības fakultāte, Rīga, Latvija (20. 02.2015)
11. Berķis U., Villeruša A., **Behmane D.**, Kokarēviča A. Tirgus mikrostrukturā un izmaksu dinamika veselības industrijas starptautiskās konkurētspējas izvērtēšanā, Latvijas Universitātes 73.zinātniskā konference, Sekcija "Latvijas uzņēmumu konkurētspēja ārējos tirgos (EKOSOC VPP 5.2.1)", Rīga, Latvija (20. 02.2015)

1.PACIENTU PIESAISTI NOTEICOŠIE FAKTORI UN TO NOVĒRTĒŠANAS INSTRUMENTI PĀRROBEŽU VESELĪBAS APRŪPES KONTEKSTĀ

Veselības aprūpes pakalpojumu tirgus strauji mainās, un daudzi faktori to virza tuvāk klasiskajam patēriņa modelim. Pacienti kļūst lietpratīgi patērētāji, kuri aktīvi piedalās veselības aprūpes pakalpojumu izvēlē, kā arī uzņemas lielāku izmaksu slogu. Veselības aprūpes reformas paredz pacientiem vairāk izvēles iespēju un viņu lielāku iesaisti lēmumu pieņemšanā attiecībā uz viņu veselības problēmu risinājumiem. Veselības sektora globālie izaicinājumi saistīti ar pacientu mobilitāti, straujo medicīnisko tehnoloģiju attīstību, jaunu informācijas un komunikācijas kanālu veidošanos, pacientu izglītības un zināšanu apjoma palielināšanos gan savas veselības, gan pakalpojumu izvēles jomā.

Līdz ar to veselības aprūpes pakalpojumu tirgus zaudē savu nacionālo raksturu, kļūst globāls un rodas jauni izaicinājumi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, lai gūtu panākumus šajā dinamiskajā un uz patērētāju pieredzi orientētajā vidē. Veselības aprūpes pakalpojumu tirgus globalizācija sekmē tradicionālo, uz tirgus mehānismu balstīto patērētāju piesaistes instrumentu lomas pieaugumu arī veselības sektorā.

Nozīmīgi ir pētītas veselības sektora atšķirīgās iezīmes saistībā ar tirgus nepilnībām. Pētnieki B. Rečels, B. Raits, N.Edvards, B.Doudesvels un M. Makkī apkopojusi galvenos ierobežojumus tirgus mehānisma darbībai veselības aprūpē, un tie ir šādi: ievērojama informācijas asimetrija, atsevišķu pakalpojumu monopols, valsts īpašuma forma, valsts regulēts pakalpojumu grozs un tarifi. Pacients nav pieprasījuma veidotājs, viņa vietā to parasti dara ārsts. Pacientam nav un nevar būt pilna informācija ne par izvēlēto terapijas veidu, ne pielietojamām tehnoloģijām, viņam nav iespējas izvēlēties veselības aprūpes pakalpojumu pēc tiem pašiem principiem kā citas preces – cenas, pakalpojuma lietderības un sagaidāmā rezultāta, kas vienlaikus veido arī viņa pieredzi. Visizplatītākais veids tirgus nepilnību pārvarēšanai ir efektīvas nozares pārvaldības un resursu plānošanas sistēmas izveide. Tomēr, ir svarīgi apzināties risku, jo plānošanas lēmumi var tikt pakļauti politiskiem procesiem un korupcijai, kas noved pie kompromisiem, aizkavē attīstības procesu un var novest pie lēmumiem, kas nav optimāli pacientu vajadzību nodrošināšanai (PVO, 2009)¹.

Atzīta arī pastāvīga interešu konflikta esamība, kad galvenais mērķis - *pacientu veselības aizsardzība*, ir pretrunā ar citiem nozares sekundārajiem mērķiem, jo īpaši veselības aprūpes

¹ PVO (2009). Autori: Rechel B., Wright S., Edwards N., Dowdeswell B. & McKee M. Investing in hospitals of the future, World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, page 250, ISBN 978 92 890 4304 5

speciālistu personīgo labumu un profesionālo ieguvumu, uzņēmumu ieņēmumu un peļņas palielināšanu, izplatītāju vēlmi pastāvīgi palielināt veselības aprūpes produktu un pakalpojuma apgrozījumu u. c. Pētnieki P.Fontanarosa un H.Bauchners vērš uzmanību uz publiskā un privātā sektora atšķirīgajām interesēm un pretnostatījumiem, specifiskiem profesionāliem pētniecības mērķiem, pakalpojumu sniedzēju inducētam pieprasījumam un citām sektoram raksturīgajām īpatnībām (Fontanarosa & Bauchner, 2017)².

Pētnieki T.Stratmans un M.Beikers (Stratman & Baker, 2017)³ pamato, ka veselības sektorā ir daudz vairāk barjeru pakalpojumu sniedzēju ienākšanai tirgū nekā citos sektoros: profesionālās un biznesa darbības licencēšana, iestāžu akreditācija, medicīnas tehnoloģiju reģistrācija, klīniskās darbības algoritimizācija u.c., kas galvenokārt tiek veikti pacientu drošības sekmēšanai, medicīnisko kļūdu un pacientu negatīvās pieredzes mazināšanai.

Pētījumā par konkurences lomu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju starpā pētnieku grupa P.Barros, P.Brouers, S.Tomsone un M.Varkevissers (Barros et al., 2016)⁴ ir konstatējuši, ka mēģinājumi izvairīties no tirgus nepilnībām vai labot tās var izraisīt arī tālākejošas sekas, kas saistītas ar neveiksmīgu sistēmas pārvaldību. Ne konkurence, ne strikta paļaušanās uz valdības regulējumu atsevišķi nav efektīva pieeja veselības aprūpes sektora mērķu sasniegšanā un pozitīvas pacientu pieredzes gūšanā.

Līdzās tradicionālajiem patērētāju piesaistes modeļiem, kas orientējas uz klientu demogrāfisko un psihogrāfisko segmentēšanu, lojalitāti, piesaistes kanāliem, mārketinga komunikācijas instrumentiem un taktiku, veselības aprūpes sektora patērētājam jeb pacientam ir raksturīgi specifiski nosacījumi, kas ietekmē viņu piesaisti veselības aprūpes pakalpojumiem.

Pētnieku grupa A. Diksones vadībā apkopojusi pacientu izvēles galvenās atšķirības, salīdzinot ar tradicionālo patērētāju izvēles nosacījumiem (The King's Fund, 2010)⁵:

- (1) Pacienti nav spējīgi novērtēt potenciālā pakalpojuma piemērotību un kvalitāti;
- (2) Pacientam nepieciešama aizsardzība pret nepareizu izvēles veikšanu;
- (3) Izvēles veikšanā pacienti parasti uzticas trešajai personai – ārstam, tādējādi uzticēšanās elementam pacienta izvēlē ir ievērojama nozīme;
- (4) Pacientam parasti ir ierobežotas iespējas izvēlēties pakalpojumu un ārstniecības iestādi;

² Fontanarosa P. & Bauchner H. (2017). Conflict of interest and medical journals. *JAMA* 317(17):1768–1771. doi:10.1001/jama.2017.4563

³ Stratman T., Baker M. & the Mercatus Center at George Mason University (2017). Barriers to entry in the health care market, pieejams: <https://www.mercatus.org/publications/healthcare-barriers-to-entry-certificate-of-need-winners-losers>

⁴ Barros P. P., Brouwer W. B., Thomson S. & Varkevissers M. (2016). Competition among health care providers: helpful or harmful?. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 17(3), 229–233. doi:10.1007/s10198-015-0736-3

⁵ The King's Fund (2010). Autori: Dixon A., Robertson R., Appleby J., Burge P., Devlin N. & Magee H. Patient choice: how patients choose and how providers respond, published The King's Fund, ISBN: 9781857175967

(1) Pacientam nav iespējas novērtēt ārstniecības personas subjektīvo ieinteresētību konkrētā pakalpojuma sniegšanā.

Apkopojot minēto, secināms, ka pastāv ievērojamas atšķirības starp patērētāja un pacienta spēju veikt objektīvu izvēli. Tādēļ autore turpmākajās darba nodaļās nolūkā izstrādāt priekšlikumus ārvalstu pacientu piesaistes vērtēšanas pieejas izveidei pētīs specifiskos faktorus, kas zinātniskajā literatūrā apskatīti kā noteicošie nosacījumi pacientu veselības aprūpes pakalpojumu izvēlē, tajā skaitā, pārrobežu veselības aprūpes kontekstā.

1.1. Apmierinātība ar medicīnisko aprūpi kā pacientu pieredzes indikators un izvēli noteicošs faktors

Pacientiem atšķirībā no tradicionālajiem patērētājiem parasti ir jāpielāgojas veselības aprūpes organizācijai un iestāžu un profesionāļu izvidotajai praksei, nevis tie saņem aprūpi, kas primāri balstīta uz pacienta individuālo vajadzību, vēlmju un resursu ievērošanu. Pacientiem bieži ir jāpārvietojas sadrumstalotā veselības aprūpes sistēmā, kur trūkst pakalpojumu integrācijas un koordinācijas. Personvērsta aprūpes konceptuālā pieeja izvirza jaunu modeli attiecībām ar veselības aprūpes profesionāļiem (Horrel et al, 2016) ⁶. Pacientu uztveres veidošanās process sākas ar brīdi, kad pacients tuvojas veselības aprūpes iestādei. Pirmās tikšanās uzdevums ir sniegt klientam nepieciešamo atbalstu un pilnvērtīgu problēmas raksturojumu, augstas kvalitātes informāciju un norādi par nepieciešamajiem pakalpojumiem un rīcību. Savlaicīga un pilnvērtīga informācija veido organizācijas priekšrocības pacientu piesaistē un lojalitātes veidošanā pieaugošas konkurences apstākļos.

Pacienta interešu ievērošanas nepieciešamība sekmējusi **pacientvērsta aprūpes** konceptuālās pieejas attīstību, kas nozīmē aprūpes sniedzēja un pacienta saskanīgu rīcību saistībā ar ārstēšanas plānu, kas palielina pacienta apmierinātību. Partnerības attiecību izveidošana starp pacientu, viņa ģimeni un veselības aprūpes speciālistu komandu, ir galvenā pacientvērsta aprūpes sastāvdaļa.

Gēteborgas Universitātes profesore I. Ekmane un viņas kolēģi (Ekman et al., 2011) ir definējuši trīs galvenās personvērsta aprūpes partnerības komponentes ⁷:

1. Partnerības uzsākšana, izmantojot pacienta vēstījumu.
2. Partnerības veidošana, izveidojot saskaņotu pacienta veselības plānu.
3. Partnerības saglabāšana, dokumentējot pacienta veselības plāna realizāciju.

⁶ Horrell J., Lloyd H., Sugavanam T., Close J. & Byng R. (2018). Creating and facilitating change for person-centred coordinated care (P3C): The development of the organisational change tool (P3C-OCT). *Health Expect*, 21:448-56.

⁷ Ekman I., Swedberg K., Taft C., et al. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:248-51

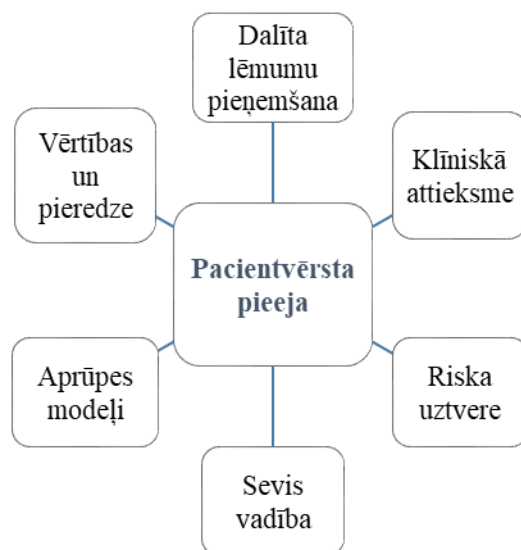
Pacientvērsta aprūpes konceptuālās pieejas attīstību sekmējusi pacienta interešu ievērošanas nepieciešamība, kas nozīmē aprūpes sniedzēja un pacienta saskanīgu rīcību saistībā ar ārstēšanas plānu, kas palielina pacienta apmierinātību. Partnerības attiecību izveidošana starp pacientu, viņa ģimeni un veselības aprūpes speciālistu komandu, ir galvenā pacientvērsta aprūpes sastāvdaļa. Integrētu un pacientvērstu veselības pakalpojumu ietvars ir aicinājums būtiski mainīt veselības pakalpojumu finansēšanas, pārvaldības un sniegšanas veidu tādējādi, lai apzināti pieņemtu indivīdu, ģimeņu un sabiedrības perspektīvas un uzskatītu viņus par dalībniekiem, kā arī reaģētu uz viņu vajadzībām un vēlmēm humānā un holistiskā veidā (PVO, 2019)⁸.

Autore apkopojusi dažādu autoru sniegtās pacientvērsta aprūpes definīcijas (skat. 1. pielikumu) un secinājusi, ka van Berklera, Frederika, MakKormaka (Van Berckelaer, Fredericks, McCormack) darbos vērojama viedokļu sakritība, piemēram, jautājumā par komunikācijas nozīmi pacientvērsta aprūpes īstenošanā. Mīds un Bovers (Mead & Bower) ir ierosinājuši piecas pacientvērsta aprūpes dimensijas: biopsihosociālās perspektīvas pieņemšana; pacienta kā personas izpratne; varas un atbildības dalīšana starp ārstu un pacientu; terapeitiskās alianses izveidošana un ārsta kā personas izpratne.

Savukārt autori Fremptons un Šarmels (Frampton & Charmel, 2009) identificējuši uz mijiedarbību un attiecībām centrētu aprūpi, veselības un medicīniskās informācijas pieejamību, un ārstniecisko partnerību. Lai arī kāda būtu pacientvērsta aprūpes pieeja – koncentrēties uz atsevišķām dimensijām vai to grupēšanu, tās mērķis ir panākt pacientu apmierinātības paaugstināšanos un pozitīvas pieredzes veidošanos.

Ja uzņēmums savā darbībā izvēlas īstenot tikai uz administratīvo mērķu sasniegšanu orientētu darbības modeli, tad tas pievērš uzmanību tehniskajai kompetencei, produktivitātei un pakalpojumu kvantitatīvajiem rādītājiem. Medicīnas aprūpes iestādei izvēloties īstenot pacientvērstu pieeju (orientēta uz klientu apmierinātību), tā pievērš uzmanību pacienta drošībai, aprūpes efektivitātei, pieejamībai, starppersonu attiecībām, pakalpojuma nepārtrauktībai, kā arī klienta vērtību un pieredzes izzināšanai. Pacientvērsta veselības aprūpes modelis aplūkojams 1.1. attēlā.

⁸ PVO (2019). Pieejams: <https://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centred-care/en/>, skatīts 29.11.2019.



1.1.att. Pacientvērsta pieejas modelis veselības aprūpē (Tong & Jesudason, 2019)⁹

Autore secina, ka, lai lai īstenotu pacientvērsta aprūpes pieeju, veselības aprūpes iestādēm noteikti jāņem vērā iespējamie riska faktori saistībā ar pacienta specifiku, aprūpes procesu, iespējamie aprūpes modeļi, kā arī pacienta vērtības un pieredze, kas tiek gūta aprūpes laikā.

Pāreja uz pacientvērstu aprūpes pieeju medicīniskās aprūpes iestādēm saistīta ar šādiem aspektiem:

- Pacientvērsta pieeja bieži prasa attieksmes maiņu;
- Pacientvērsta aprūpē klients (pacients) ir aprūpes procesa centrā;
- Jānodrošina pacienta drošība un medicīniskās aprūpes uzraudzība (visaptveroša kvalitāte vadība);
- Pacientam jāizskaidro pieejamo metožu klāsts;
- Ar pacientu jāpārrunā ārstēšanas metožu efektivitāte un iespējamo sarežģījumu novēršanas iespējas.

Autore secina: literatūrā tiek atzīts, ka pēdējo 20 gadu laikā pasaulē, pateicoties orientācijai pacientvērstu aprūpi, veselības aprūpes sistēmā ir notikušas kvalitatīvas pārmaiņas, kuru pamatā ir cieņa un orientācija uz pacienta individuālajām interesēm, vajadzībām un vērtībām, kā arī atvērtības un piesaistes principi, pieņemot lēmumus par medicīniskās aprūpes nodrošināšanu. Šai pieejai ir vairākas priekšrocības: paaugstinās atbilstība pacientu prasībām un tiek panākta ārstēšanas nepārtrauktība un tādējādi tiek uzlaboti kopējie iedzīvotāju veselības rādītāji. Turklāt pacientiem ir vēlme atkārtoti meklēt palīdzību medicīniskās aprūpes iestādēs, kas īsteno pacientvērstu pieeju, kā arī ieteikt to draugiem un radim, tādējādi labvēlīgi ietekmējot arī organizācijas

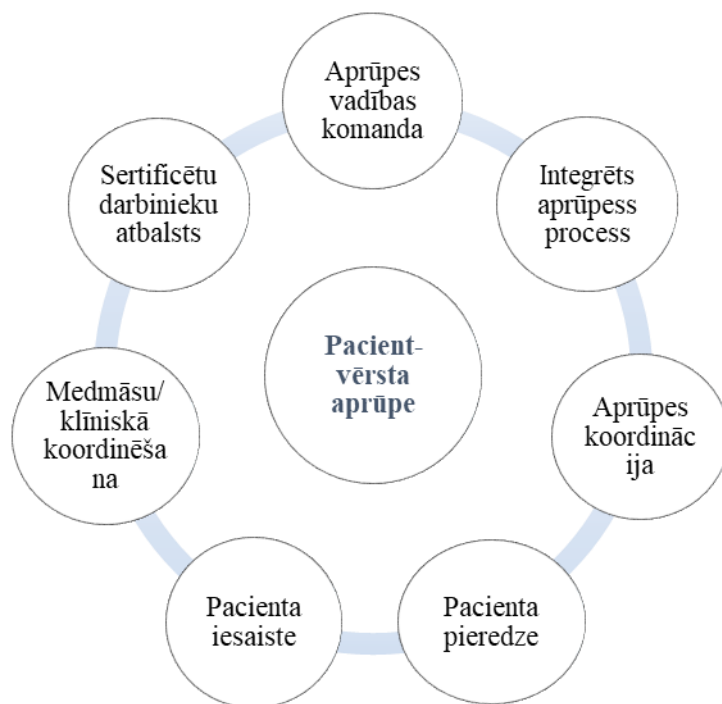
⁹ Tong A. & Jesudason S. (2019). The patient experience of kidney disease and pregnancy. Best practice & research clinical obstetrics & gynaecology, 57(4), pp. 78-86

finansiālo stāvokli, kas atgriezeniski uzlabo iespējas nākotnē pilnīgāk apmierināt klientu vēlmes un vajadzības.

Pacientvērstas pieejas pozitīvo nozīmi raksturo pētnieku grupa Izāka (*Isaac*) vadībā:

- Paaugstinās pacienta zināšanu un pašaprūpes nozīmi sekmīga ārstēšanas rezultāta nodrošināšanā;
- Paplašinās izpratne par dažādu faktoru plašāku ietekmi uz veselību;
- Notiek fokusa maiņa no akūtiem uz hroniskiem indivīdu veselības stāvokļiem;
- Tiek novērotas plašas klīniskās prakses atšķirības un piedāvājums;
- Palielinās spiediens palielināt atbildību gan profesionāļu, gan patērētāju rīcības kontekstā;
- Pastāv spiediens demokratizēt sabiedrības veselības sistēmas;
- Novēro subjektīvo faktoru lomas palielināšanās ārstēšanas pieejā (Isaac et al., 2010)¹⁰:

Ar pacientvērstu aprūpes modeli tiek panākts noteikts medicīniskās aprūpes kvalitātes līmenis, kas **atspoguļo pacienta cerību, interešu un arī vajadzību izpildes pakāpi**, viņa idejas par to, kā vajadzētu darboties medicīnas aprūpes iestādei. Optimālu veselības aprūpes organizācijas modeli piedāvā autors P. Klierijs (*Cleary, 2016*), skat.1.2. attēlu.



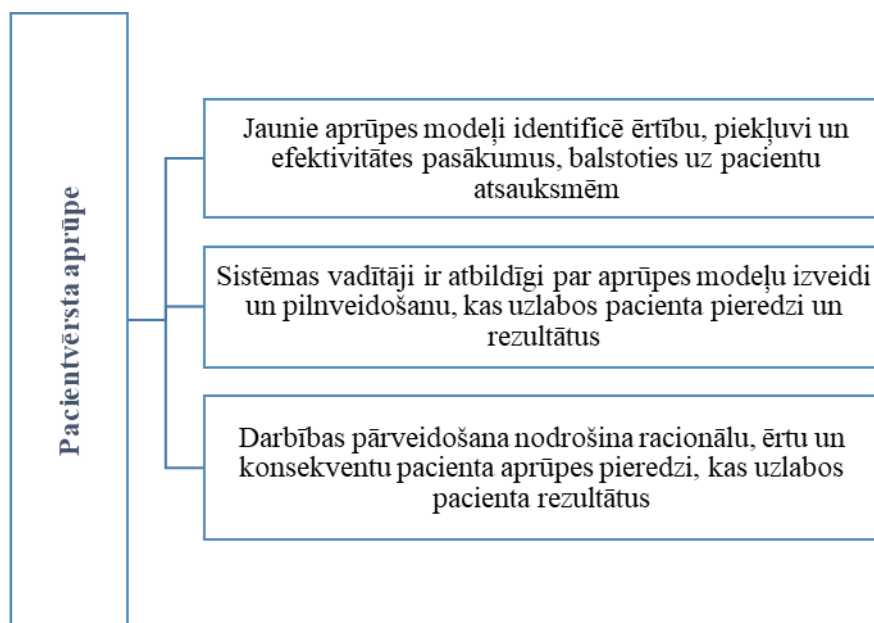
1.2.att. **Pacientvērstas aprūpes modelis** (Clearly, 2016)¹¹

¹⁰ Isaac T., Zaslavsky A. M., Cleary P. D., & Landon, B. E. (2010). The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health services research*, 45(4), pp. 1026-1038

¹¹ Cleary P. D. (2016). Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: optimism and opposition. *Journal of Health politics, policy and law*. 41(4), pp. 677–682

Autore uzskata, ka nozīmīgi aspekti pacientvērsta aprūpes modelī, kas spēj ietekmēt pacienta apmierinātību, ir aprūpes koordinācija un darbinieku atbalsts aprūpes laikā, jo tas veido ne tikai apmierinātību ar pakalpojumu, bet arī pieredzi, uz kuru pacients balstīsies, veicot savu izvēli nākotnē.

Pacientvērsta aprūpes nodrošināšanas modelis, kuru piedāvā autoru komanda pētnieces R. Praisas vadībā (Price et al., 2018), balstīts uz pacientu pieredzes, atsauksmju un rezultātu novērtējumu. skat. 1.3..attēlu.



1.3.att. **Pacientvērsta aprūpes nodrošināšanas modelis** (Price et.al, 2018)¹²

Autore secina, ka līdzšinējā, tradicionālajā pieejā liela daļa veselības aprūpes iestāžu ir vērstas uz personāla un ārstu produktivitātes optimizēšanu, kas diemžēl visai bieži var negatīvi ietekmēt pacientu apmierinātību un pieredzi. Lai labāk izprastu un raksturotu pacientvērstu aprūpi, tiek pilnveidotas pacientu apmierinātības aptaujas un veikti pacientu iesaistīšanas pasākumi.

Darbības pārveidošana var ietvert pakalpojumu vietas maiņu, personāla lomas un atbildības uzlabošanu un, iespējams, pāreju uz komandas ciešākā sadarbībā balstītiem modeļiem un lielāku uzņēmumu vadības atbildību par pacientu aprūpes rezultātiem. Pacientvērstiem aprūpes modeļu attīstība virzīta uz ārstēšanas efektivitātes uzlabošanu, labāku piekļuvi aprūpei un klientiem draudzīgu vidi. Vadības atbildību atspoguļo arī pasākumu ietekmes mērīšana un pacientu viedokļa noskaidrošana ar apmierinātības aptauju palīdzību. Attīstoties medicīnas iestāžu IT sistēmām var uzlabot pasākumus, lai izsekotu pacientu aprūpes pieredzei un tās regulārai uzraudzībai.

¹² Price P.A., Stucky B., Parast L., Elliott M.N., Haas A., Bradley M. & Teno J.M. (2018). Development of valid and reliable measures of patient and family experiences of hospice care for public reporting. *Journal of Palliative medicine*. 21 (7), pp. 27-29

Autore secina, ka lielākā daļa zinātniskajā literatūrā apskatītie pacientvērstas aprūpes modeļi ietver pacientu pieredzes aspektu, bet pastāv atšķirīgas pieejas. Autora P. Klierija (Cleary, 2016) modelis vērsts uz aprūpes koordinēšana un pacientu iesaisti, bet R. Praisas (Price P.A. et al, 2018) modelī pacientu aprūpes aspekti ietver darbību pārveidošanu, atgriezeniskās saites nodrošināšanu, kā arī vadītāju pastiprinātu atbildību par aprūpes modeļu izveidi un pilnveidošanu.

Apmierinātības līmenis ar medicīniskās aprūpes kvalitāti atspoguļo pacienta cerību, interešu un arī vajadzību īstenojuma pakāpi, viņa idejas par to, kā vajadzētu darboties veselības aprūpes iestādei. Pateicoties šādai pieejai ir iespējams īstenot veselības aprūpes iestāžu attīstību tajās jomās, kas ir patiešām aktuālas iedzīvotājiem.

Autore konstatē, ka pacientvērsta pieeja ir mūsdienu veselības aprūpes pamats daudzās valstīs, ko novērtē pēc pacienta apmierinātības līmeņa un kas kalpo kā sniegto medicīnisko pakalpojumu kvalitātes indikators. Tādējādi šī rādītāja mērīšana ir nepieciešama, lai novērtētu veselības aprūpes pakalpojuma attīstībā veikto pasākumu piemērotību, stabilitāti un attīstības pozitīvo tendenci. Eksistē dažādas anketēšanas metodes, lai novērtētu apmierinātības līmeni ar veselības aprūpes kvalitāti, tomēr ievērojama daļa no tām ir nepilnīgas un ar to palīdzību iegūtie rezultāti nav salīdzināmi savstarpēji, kas neļauj izsekot kopējā apmierinātības līmeņa dinamikai.

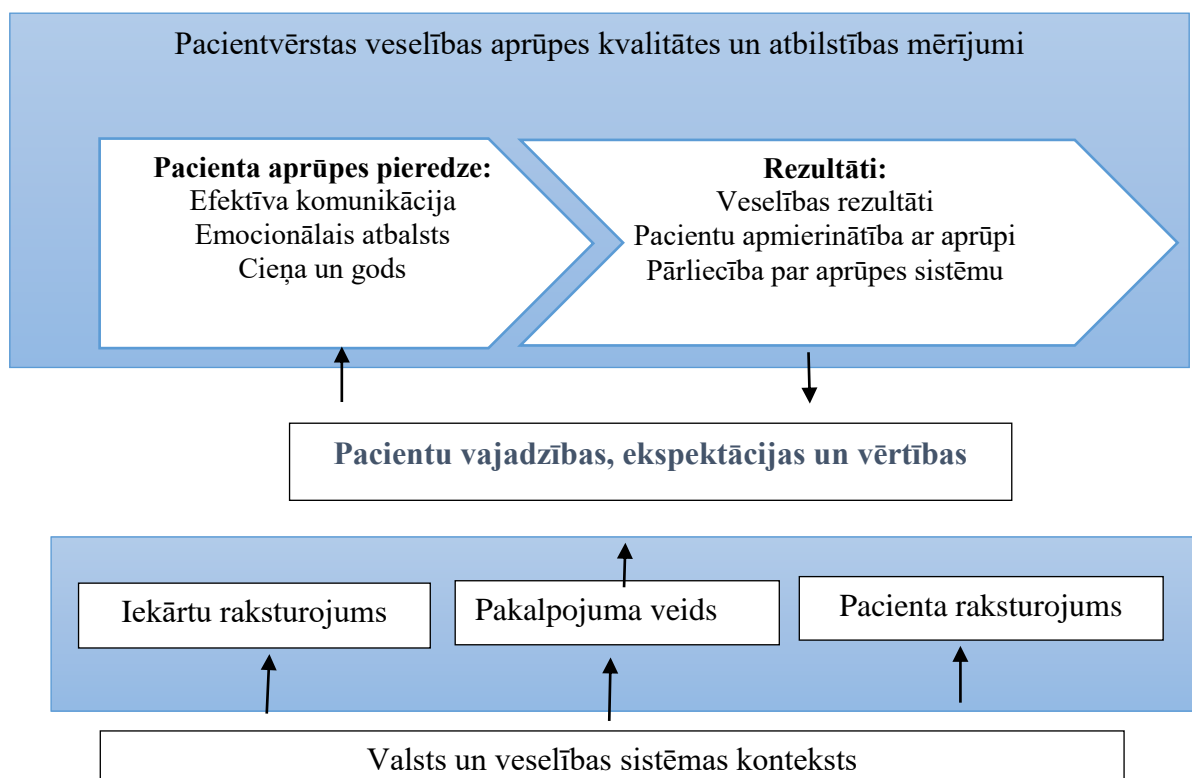
Pētījumiem, kuru mērķis ir izstrādāt instrumentu apmierinātības līmeņa noteikšanai, nepieciešama integrēta pieeja, un tā ir saistīta ar vairākām grūtībām: pirmkārt, ir vajadzīga skaidra izpratne par “apmierinātības” definīciju, un, otrkārt, ir jāņem vērā daudzi rādītāji, tostarp sociāli demogrāfiskie, kas ietekmē datu interpretāciju un derīgumu, un, treškārt, mērījumu rezultāti ar anketēšanas palīdzību būtu jāpiemēro veselības aprūpes iestāžu ikdienas darbības vērtēšanā¹³.

Pacientvērstas veselības aprūpes sistēmas pasākumu pamatprincipi (kur kā viens no galvenajiem rezultātiem norādīta pacientu apmierinātība ar saņemto pakalpojumu) atrodami modelī, ko izstrādājusi pētnieku grupa M. Krukas (Kruk et al., 2018) vadībā (skat.1.4.att.).

Pacienta pieredze ir procesa indikators, kas atspoguļo saņemtās aprūpes kvalitātes starppersonu aspektus. Pieredzi kopumā veido trīs elementi: efektīva komunikācija, respekts un cieņa, kā arī emocionālais atbalsts. Šos elementus tieši ietekmē tādi faktori kā, piemēram, iespēju raksturojums (piemēram, pacientu skaits, veselības aprūpes sniedzēju attiecības ar pacientiem, pakalpojumu un resursu pieejamība), pacienta raksturojums (piemēram, sociāli demogrāfiskās pazīmes, klīniskā vēsture, iepriekšēja saistība ar veselības aprūpes iestādēm) un pakalpojuma veids (piemēram, profilaktiska vai neatliekama palīdzība).

Secināms, ka pacientu pieredze, kas iegūta sistēmiskā veidā, atspoguļo pacientu vērtības, vajadzības un gaidas saistībā ar veselības aprūpes pakalpojuma izvēli un saņemšanu.

¹³ Prakash B. Patient satisfaction. (2013). *Journal of Cutan Aesthet Surgery*. 3 (3), pp.152-154.



1.4.att. **Pacientvērsta veselības aprūpes sistēmas pasākumu pamatprincipi** (Kruk et al, 2018) ¹⁴

Autore uzskata, ka dažādi medicīnas aprūpes modeļi palīdz iestādēm izveidot pasākumus, lai nodrošinātu pozitīvu pacienta uztveri, pieredzi un paaugstinātu lojalitāti, kā arī nodrošinātu vienmērīgu pacientu plūsmu, tādējādi palielinot iestāžu produktivitāti un apgrozījumu. Mūsdienās veselības aprūpe arvien vairāk kļūst par pacientu tiešo maksājumu objektu, tāpēc patērētāji meklē vērtību veselības pakalpojumu saņemšanā. Šajā kontekstā “vērtība” ir attiecība starp izdevumiem un kvalitāti, ko vairums veselības aprūpes patērētāju pielīdzina pozitīvai pieredzei. Veselības aprūpes iestādes, kuras uz to reaģē, ir spējīgas veiksmīgi attīstīties globālajā veselības aprūpes patēriņa tirgū.

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem jāapzinās, ka to darbība pārsniedz biznesa attīstības uzdevumu, jo veselības aprūpes pakalpojums ir neaizstājams pacientiem un to ģimenēm viņu veselībai viskritiskākajā brīdī un tāpēc nepieciešams arī morāls atbalsts no pakalpojuma sniedzēja puses. Neskaitot to, ka pacientam jābūt informētam un iesaistītam, atbalstošas aprūpes vides veidošana un stresa mazināšana sekmē pacienta izveseļošanās procesu. Tas, savukārt, sekmē pacienta pieredzes uzlabošanu un pozitīva pakalpojuma zīmola uztveri.

Patērētāju prasības ir paaugstinājušās ne tikai medicīniskās aprūpes sniegšanas jomā, bet arī tiem nosacījumiem, kādos viņi saņem palīdzību. Ir svarīgi, cik ērtas ir telpas, vai tās ir aprīkotas

¹⁴ Kruk M.E., Gage A.D., Arsenaault C., Jordan K., Leslie H.H., Roder-DeWan S., et al. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 11 (6), pp. 1198–1212.

saskaņā ar mūsdienu prasībām, vai tās atbilst pacientu vajadzībām, kā arī sanitārajām prasībām, jo tas veidos viņu pieredzi konkrētajā medicīnas iestādē.

Jāņem vērā, ka attīstās ne tikai medicīnas zinātne un tehnoloģijas, bet veidojas arī jauna veida attiecību kultūra starp ārstiem un pacientiem. Ja pirms dažiem gadiem šo attiecību pamatā bija paternālisms un pacients gandrīz bez ierunām uzticējās savam ārstam, tad mūsdienās pacients ir prasīgāks, informētāks, tāpēc mūsdienu attiecību pamatā ir partnerība un savstarpēja uzticēšanās (Carey, 2017)¹⁵.

Autore uzskata, ka ir svarīgi uz klausīt pacientu, cienīt viņa viedokli, izskaidrot izmantotās diagnostikas un ārstēšanas iespējas, dot iespēju izvēlēties, vienlaikus parādot profesionālo kompetenci. Tomēr ne ar visiem pacientiem un visos gadījumos vajadzētu rīkoties vienādi, katram gadījumam jābūt individuālai pieejai. Pacientam ir iespēja izvēlēties ārstu un slimnīcu, kas sniedz medicīniskos pakalpojumus. Tāpēc regulāri jāpārskata un jānovērtē klientu apmierinātība turpmākai efektīvai darbības organizēšanai.

Apmierinātība ir pacienta gaidu ar saņemto medicīnisko aprūpi sakritība ar saņemto rezultātu. Vienlaikus apmierinātība ar ārstēšanu ir atkarīga no virknes subjektīvu un objektīvu faktoru, kas galvenokārt, saistīti ar pacienta un slimības vai veselības stāvokļa specifiskajām īpašībām. Aprūpes kvalitāte tiek raksturota kā medicīniskās aprūpes procesu kopums, kas veicina pacientu apmierinātību ar medicīnas personālu attiecību veidošanas procesā, ar nepieciešamo resursu, kvalifikācijas un tehnoloģiju nodrošināšanu. Pacientu apmierinātības pētīšanai, tiek veiktas aptaujas un pacientu prasību monitorings (Carey, 2017)¹⁶.

Pacientu apmierinātība ar medicīnisko aprūpi nosaka viņu kā patērētāju izturēšanos no pieredzes veidošanas viedokļa: pozitīvu atsauksmju izteikšana par medicīnas aprūpes iestādi, priekšroka konkrētai iestādei, ja nepieciešama medicīniskā palīdzība, apmeklējumu biežuma palielināšanās, vēlme maksāt par pakalpojumiem augstāku maksu. Vienlaikus neapmierinātība ar medicīnisko aprūpi izraisa negatīvas uzvedības reakcijas: negatīvas atsauksmes par klīniku, zemāks novērtējums, vēlme saņemt palīdzību citās medicīnas iestādēs (Kaiden et al, 2015)¹⁷.

Apmierinātība ar ārstniecības iestādē saņemtajiem pakalpojumiem nosaka pacientu vēlmi izmantot iestādes pakalpojumus vai turpināt ilgstošu ārstēšanas kursu (Charles, Gauld, Chambers et al., 1994). Arī citi autori (John, 1992; Gooding, 1995) uzsvēruši, ka, izvēloties ārstniecības iestādi, ļoti būtisks aspekts ir pacientu iepriekšējā ārstēšanas pieredze slimnīcā. Saskaņā ar K. Juņas, R. Feldmana, D. Skanlona (2011) (Jung, Feldman & Scanlon, 2011) pētījumu rezultātiem,

¹⁵ Carey, T.A. (2017). Patient-perspective care: a new paradigm for health systems and services. Routledge, 1st Ed., p. 39.

¹⁶ Carey, T.A. (2017). Patient-perspective care. Routledge, 1st Ed. p. 36.

¹⁷ Kayden S., Anderson Ph., D., Freitas R. & Plat E. (2015). Emergency department leadership and management. Cambridge University press. p. 127

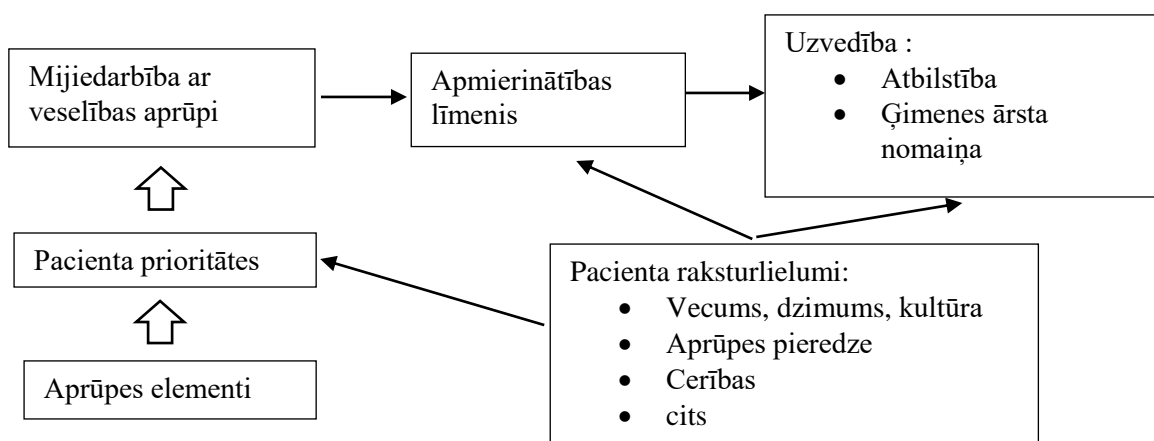
apmierinātība ar saņemto medicīnisko aprūpi ir galvenais ietekmējošais faktors, kas nosaka vēlmi izmantot atkārtoti medicīniskos pakalpojumus konkrētajā iestādē. Pacientu apmierinātības noteikšanai izmantotos anketu veidus autore atspoguļojusi 2. pielikumā.

Patērētāju apmierinātība ar medicīnas pakalpojumiem ietekmē viņu uzvedību: slimnīcas izvēli sīvas konkurences apstākļos, biežākus medicīnas iestādes apmeklējumus salīdzinot ar klientiem ar zemāku apmierinātības līmeni, vēlmi maksāt par pakalpojumiem augstāku cenu (Zeithaml & Bitner, 2000). Zems apmierinātības līmenis ar medicīniskajiem pakalpojumiem noved pie nepieciešamības meklēt medicīnisko palīdzību citās ārstniecības iestādēs, palielina tiesas prāvu skaitu un negatīvo atsauksmju par ārstniecības iestādi īpatsvaru (Ramsaran-Fowdar, 2008). Peirots, Kūpers un Šnafs (Peyrot, Cooper & Schnapf, 1993) identificējuši 3 faktoru grupas, kas raksturo apmierinātību ar medicīniskajiem pakalpojumiem: medicīnas darbinieku attieksme pret pacientu (labvēlība, vēlme palīdzēt izskaidrot medicīnisko informāciju); pacienta komforta līmenis pirms izmeklēšanas un ārstēšanas (komforts uzgaidāmajā telpā, laika periods pirms izmeklējuma sākuma); fiziskais un psiholoģiskais komforts pārbaužu veikšanas un ārstēšanas laikā.

Autori M.Gabotts, G. Hoggs (Gabott & Hogg, 1994) identificēja 6 faktoru grupas, kas nosaka apmierinātību ar medicīnas pakalpojumiem: 1) plašs pakalpojumu klāsts (šauru specializāciju ārsti); 2) darbinieku (administratori, medmāsas, ārsti) empātija; 3) ērta klīnikas atrašanās vieta (autostāvvietas pieejamība, iespējas nokļūt tajā ar sabiedrisko transportu, ērts darba laiks); 4) medicīnas personāla sociāli demogrāfiskās īpašības (vecums, dzimums, etniskā piederība); 5) telpu ērtības kā arī 6) reakcija uz klientu pieprasījumiem (laika posms pirms izmeklēšanas sākuma; laiks, ko ārsts velta pacientam). Pētot ģimenes ārstu pacientu apmierinātības faktoros, tika izdalītas 4 pazīmju grupas: ārsta profesionālās īpašības, pieeja medicīnas pakalpojumiem, ārsta kabineta ērtības un ārsta personiskās īpašības (Drain, 2001). M. Morisona, T. Mērfija un C. Naldera pētījumā par ģimenes ārstu apmierinātības faktoriem tika noteikti šādi galvenie rādītāji: ārsta komunikācija ar klientu iezīmes; ārsta un klienta attiecību veids; klienta un ārsta dzimuma piederība; ārsta sniegtie ieteikumi ārstēšanai un profilaksei; klientu iesaistīšana ārstēšanas lēmuma pieņemšanā (Morrison, Murphy & Nalder, 2003).

Plašā pētījumā ASV tika izdalītas 9 rādītāju grupas, kas raksturo pacienta pieredzi un apmierinātību ar medicīnisko aprūpi: personāla cieņa pret pacientu, uzmanība pacienta vajadzībām, medicīnas personāla sadarbība, klienta slimības izcelsmes un ārstēšanas būtības izskaidrošana, ērtas telpas, medicīnas personāla empātija, pacienta tuvinieku iesaiste ārstēšanas procesā, aprūpes nepārtrauktība un aprūpes pieejamība (Goldstein et al., 2005). Vairākos pētījumos pacienta pieredzes veidošana ir saistīta ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību (Ware, Davies-Avery & Stewart, 1978; Walbridge & Delene, 1993; Stewart 1995; Shelton, 2000; Shi & Singh, 2014),

medicīnas iestādes tēlu (Walbridge & Delene, 1993), kā arī klientu vērtību ievērošana (Donabedian, 2003; Shi & Singh, 2005). Telpu ērtība ir būtisks faktors, kas nosaka klientu apmierinātību stacionāro medicīnisko pakalpojumu segmentā. (Zeithaml, 1988). Ir zinātnieki, kas uzsver, ka medmāsu darbu kā nozīmīgu elementu, kas ietekmē apmierinātību ar medicīnas pakalpojumiem un tālāko pacientu pieredzes veidošanu (Harris, 1999; Chang, 1997; S. Wolfe, 1999). ASV veiktā plaša mēroga pētījumā tika pētīti tādi raksturlielumi kā uzmanība pret pacientu vajadzībām, sadarbība, empātija, pacienta nomierināšana, ārsta komunikācija ar pacienta radniekiem, aprūpes nepārtrauktība/pēctecība (Rogers & Curtis, 1980).



1.5.att. Sākotnējais pacientu apmierinātības modelis vispārējā ārstu praksē (Baker, 1997) ¹⁸

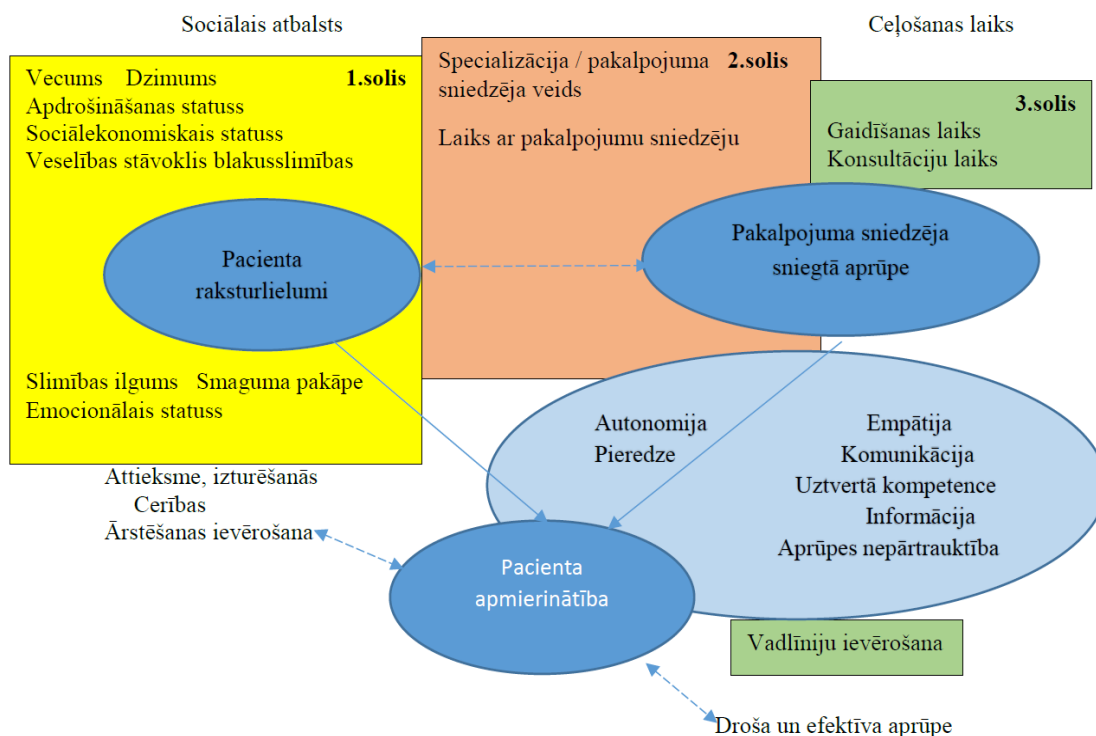
Beikera (Baker, 1997) piedāvātajā modelī apmierinātība vispārējā ārsta praksē tiek vērtēta kā daudzdimensionāls un nepārtraukts mainīgais lielums, kur katrs no elementiem izraisa atšķirību apmierinātības vērtējumā. (skat. 1.5.att.).

M.Morisona, T. Mērfija, K.Naldera un M.Dreina pētījumos secināts, ka medicīniskās aprūpes ambulatorajā segmentā pacientu apmierinātību un pieredzi ietekmē ārsta darbu raksturojošie rādītāji (Morrison, Murphy & Nalder, 2003; Drain, 2001).

Pacients var būt apmierināts ar vienu aprūpes elementu, piemēram, ārsta apmeklējuma laiku, bet neapmierināts ar citu, piemēram, medicīniskās aprūpes veidu. Tādējādi kopējais apmierinātības rādītājs būs pacienta konkurējošo novērtējumu kopsavilkums un var neraksturot atšķirīgo apmierinātību ar atsevišķiem aprūpes elementiem.

¹⁸ Baker R. (1997). Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: progress towards a theory. Quality in health care, pp. 201-204.

Timmera un pētnieku (Timmer et al, 2018)¹⁹ izveidotajā modelī, skat. 1.6. attēlu, izdalītas 3 galvenās apmierinātību noteicošās faktoru grupas: pacientu raksturlielumi, pakalpojuma specializācija un pakalpojuma organizācija saistībā ar noteiktiem kvalitātes raksturlielumiem.



Piezīmes: Daudzveidīga modelēšana / kovariācijas izvēle: 1. Darbība (dzeltena): pacienta raksturojums. 2. Solis (rozā) pakalpojuma sniedzēja loma. 3. Solis (zaļš): papildu kvalitātes rādītāji. Gaiši zils: iedzīmie apmierinātības aspekti (mēra ar apmierinātības rezultātu).

1.6.att. **Potenciālie pacientu apmierinātības faktori** (Timmer et al., 2018)

Autore secina, ka apmierinātības faktori ir saistīti arī ar medicīniskās aprūpes segmentu. Stacionārās aprūpes segmentā vislielāko saikni ar apmierinātību ar medicīnisko aprūpi sniedz koncentrēšanās uz pacienta vajadzībām, reaģēšanas ātrums uz klientu pieprasījumiem, palātu ērtība, ēdināšanas kvalitāte. Pētnieki S.Liu un A.Dubinskis secinājuši, ka kopumā šīs faktoru grupas raksturo 66% apmierinātību ar stacionāra pakalpojumiem. Ambulatorās aprūpes jomā tika izdalītas 2 faktoru grupas: ārstu un medmāsu attieksme pret pacientu un medicīniskās aprūpes savlaicīgums, kas kopumā norādīja uz 24% apmierinātību, bet neatliekamās medicīniskās palīdzības segmentā noteicošais bija viens faktors – fiziskais un emocionālais komforts (Liu & Dubinsky, 2000).

Pētījumi pamato, ka apmierinātības nodrošināšanā loma ir pacientu uztverei, ko veido noteiktu atribūtu sniegums: uzvedība, attieksme u.c. (Shou-Hisa, Ming-Chin & Tung-uang, 2013)²⁰:

¹⁹ Timmer A, de Sordi D, Menke E, Peplies J, Claßen M, Koletzko S. & Otto-Sobotka F.(2018). Modeling determinants of satisfaction with health care in youth with inflammatory bowel disease: a cross-sectional survey. *Journal: Clinical epidemiology*.10(2), pp. 1289—1305.

Līdz šim ir identificēts plašs faktoru loks, kas ietekmē medicīnas iestādes izvēli. Pastāv pretrunas starp dažādu pētījumu rezultātiem, kuros analizēti iestādes izvēles faktori. Daļēji šīs pretrunas var izskaidrot ar atšķirīgu pētījumu metodoloģiju vai atšķirīgiem veselības aprūpes segmentiem, kuros aptaujas tika veiktas. Tas neļauj ekstrapolēt datus no viena medicīniskās aprūpes segmenta uz citiem, kas palielina medicīnas iestādes izvēles faktoru izpētes nozīmi atsevišķā medicīniskās aprūpes segmentā (Smarta, 2017)²¹.

Autore uzskata, ka galvenais faktors atkārtotas pacientu izvēles gadījumā ir pacienta pozitīvā pieredze un apmierinātība ar iepriekšējiem rezultātiem.

Secināms, ka pastāv daudz un dažādu raksturlielumu, kas nosaka apmierinātību, un dažādos pētījumos tiek uzsvērti dažādi apmierinātības faktori.. Dažādu autoru sniegto viedokļu apkopojums par to, kādi faktori ietekmē apmierinātību ar medicīnisko pakalpojumu aplūkoti 1.1.tabulā.

Tabulā redzami autori sniedz nedaudz atšķirīgu izpratni par pacientu apmierinātību ietekmējošajiem faktoriem atšķirīgos pakalpojuma segmentos – stacionāra, ambulatoro pakalpojumu vai vispārējās ārsta prakses gadījumā. Pārsvārā runa iet par fiziskā un emocionālā komforta nepieciešamību, komunikācijas kvalitāti ar ārstu un pārējo medicīnas personālu, attieksmi, atbalstu, iestādes pieejamību, telpu un inventāra faktoriem, aprūpes koordināciju, ģimenes locekļu iesaistīšanu.

Papildus var izdalīt pacientu raksturlielumus. Galvenais faktors atkārtotas pacientu izvēles gadījumā ir pacienta apmierinātība ar iepriekšējiem rezultātiem un pozitīvā pieredze. Pastāv daudz un dažādu raksturlielumu, kas nosaka apmierinātību ar ārstniecības iestādēs sniegto palīdzību: atšķirīgas pacienta un ārsta, pacienta un citu darbinieku attiecību iezīmes, medicīnisko pakalpojumu pieejamība, ērta vide, personāla mijiedarbība. Tomēr dažādos pētījumos, kas veikti medicīnas iestādēs, tiek uzsvērti dažādi apmierinātības faktori.

Pacientu apmierinātības novērtēšana pēdējos gados tiek izmantota vairākiem mērķiem veselības aprūpes politikā, kvalitātes vadībā un pētniecībā. To pielieto gan pacienta viedokļa iekļaušanai lēmumos par viņa veselības aprūpi, gan izmanto kā būtisku procesa kvalitātes indikatoru.

²⁰ Shou-Hisa C., Ming-Chin Y. & Tung-uang C. (2013). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal for Quality in health care*; 15, pp. 347-352.

²¹ Smarta R.,B. (2017). Improving patient experience, safety and progression through care model redesign & lean management system. 2 (39), pp. 47-48

222324252627

Faktori, kas ietekmē apmierinātību ar medicīnisko pakalpojumu

Autors	Pakalpojuma līmenis	Faktors/faktoru grupa
J. Boscarino, S. Steiber	Stacionārs	Tuvums pacienta dzīvesvietai Ārsta sniegtās rekomendācijas Modernu iekārtu aprīkojums Šauras specializācijas ārstu esamība Telpu ērtības Personīgi kontakti ar medicīnas personālu, iepriekšēja pieredze Cenu politika
C. Groonroos	Privātprakse	“Tehniskais” (ārsta profesionalitāte) “Funkcionāls” (istabas ērtības, ārsta darba grafiks u.c.)
M. Peyrot	Ambulatorie pakalpojumi	Personāla uzvedība: (draudzīgums, vēlme palīdzēt, sīki paskaidrojumi) Komforts laika posmā pirms pārbaudes (uzgaidāmas telpas komforts, gaidīšanas laiks u.c.) Komforts apskates laikā (fiziskais komfortu, apskates ilgums)
M. Drain	Primārās aprūpes ārsta kabinets	Ārsta raksturiezīmes Piekļuve palīdzībai Kabineta iekārtojums Ārsta personīgās īpašības
M.Morrison	Vispārējās prakses	Ārsta kabinets Ārsta komunikācija un attiecības ar pacientu Ārsta dzimuma pacienta dzimuma sakrītība ārsta sniegtās profesionālas konsultācijas Pacientu iesaistīšana lēmumu pieņemšanā
L.Goldstein	Stacionārs	Cieņa pret pacientu Uzmanība pacienta vajadzībām un vēlmēm Medicīnas aprūpes koordinācija un darbinieku mijiedarbība Pacientiem nodotā informācija, personāla komunikācija ar pacientu, pacienta izglītība Fiziskais komforts Emocionālais atbalsts Draugu un ģimenes locekļu iesaistīšanas pacienta ārstēšanā Palīdzība pēctecībā
A.Timmer	Hroniska slimība	Pacienta raksturlielumi Pakalpojuma sniedzēja pakalpojuma specifika Pakalpojuma organizācija un kvalitāte

Avots: autores izveidots

²² Boscarino J. & Steiber S.R. (1982). Hospital shopping and consumer choice. *Journal of Health care market*. 2(2), pp. 22—25.

²³ Groonroos C. (1982). Strategic management and marketing in the service sector. Helsinki: Swedish School of Economic and Business Administration.

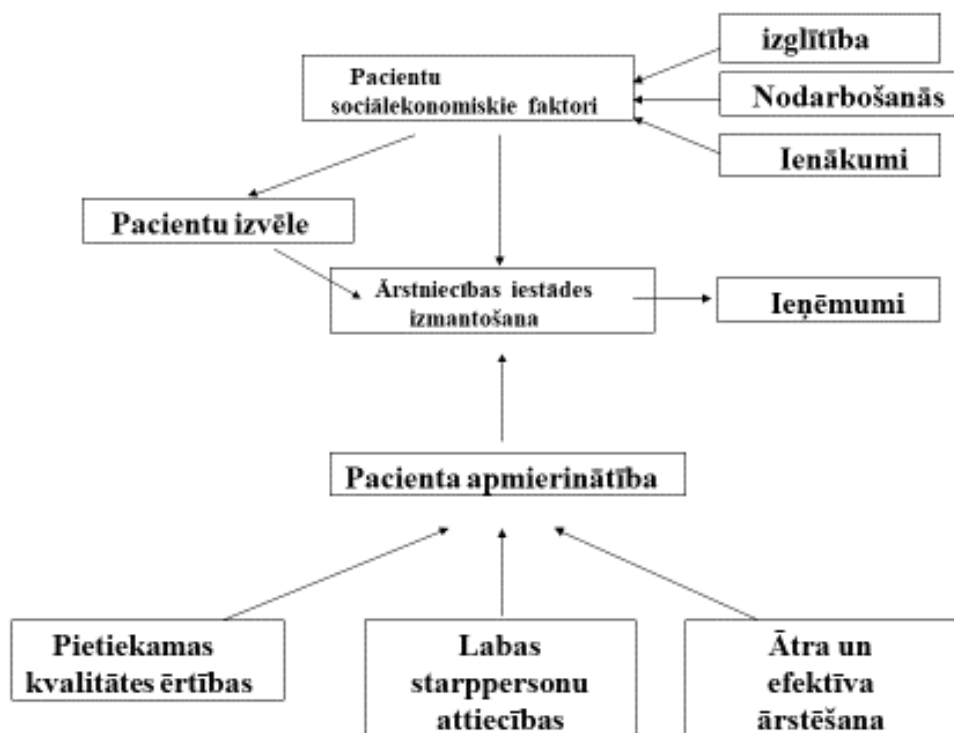
²⁴ Peyrot M., Cooper P. & Schnapf D. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *Journal of Health care market*. 13(1), pp. 27—28.

²⁵ Drain M. (2001). Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *Journal of Ambulance care management*. 14(2), pp. 30—39.

²⁶ Morrison M., Murphy T. & Nalder C. (2003). Consumer preferences for general practitioner services. *Journal of Health care market*. 20(3), pp. 7—16.

²⁷ Goldstein L., Farquhar M.B., Crofton C., Garfinkel S. & Darby C. (2005). Why another patient survey of hospital care. *Health services research*, DOI:10.1111/j.1475-6773.2005.00477

Terminu “pacienta apmierinātība ar aprūpi” parasti pielāgo konkrētajam mērķim un tie ietver pacienta cerību un medicīniskās aprūpes pieredzes sakrītību vai pacienta uztveri par saņemtās aprūpes kvalitāti. Pacientu apmierinātības konceptuālais modelis atspoguļots (Smarta, 2017), skat. 1.7.attēlu.



1.7.att.Pacientu apmierinātības konceptuālais modelis (Smarta, 2017)²⁸

Kā izriet no attēla, apmierinātības novērtēšana ir saistīta ar visiem aprūpes elementiem, ietverot pacientu raksturlielumus. Pacienta izvēli attiecībā uz ārstniecības iestādes izvēli ietekmē izveidojušās starppersonu attiecības kā komunikatīvais faktors, iestādes piedāvāto ērtību kvalitāte, kas var ietekmēt komforta līmeni pacienta uzturēšanās laikā, kā arī ātras un efektīvas aprūpes pieejamība.

Kā redzams no apskatītajiem modeļiem, apmierinātības līmenis nosaka tālāko pacienta uzvedību, kas ir pacienta lēmums par ārsta vai ārstniecības iestādes izvēli un pakalpojuma izmantošanu.

Pacientu pieredzes jēdziens ir kļuvis īpaši nozīmīgs kopš 2000. gadu sākuma, jo veselības aprūpes sistēmas arvien cenšas uzlabot izvirzītos mērķus kvalitātes un drošības jomā, nosakot

²⁸ Smarta R., B. (2017). Improving patient experience, safety and progression through care model redesign & lean management system. 2 (39), pp. 47-48

arvien augstākus darbības rādītājus un pacientu apmierinātības rādītājus (Sofaer & Firminger, 2005).

“Pacienta pieredze” un “pacienta apmierinātība” veselības aprūpē bieži tiek lietoti kā savstarpēji aizvietojami termini. Autore uzskata, ka tas ir maldīgi un ka to nozīme ir atšķirīga. Lai novērtētu pacienta pieredzi jānoskaidro, kas un kā veselības aprūpes vidē ir noticis (piemēram, cik skaidra ir bijusi komunikācija ar pakalpojumu sniedzēju vai cik bieži tā notikusi). Apmierinātība raksturo to, vai tika piepildītas pacienta cerības par viņa aprūpi un veselības stāvokļa uzlabošanu. Divi pacienti, kuri saņem vienu un to pašu aprūpi, bet kuriem ir atšķirīgas gaidas attiecībā uz aprūpes īstenošanu, var dot atšķirīgu apmierinātības novērtējumu. Autore norāda, ka pacientu pieredzes un apmierinātības jēdzieni veselības aprūpes sektorā ir sarežģītāk raksturojami salīdzinot ar citām nozarēm, piemēram, pakalpojumu vai viesmīlības nozari. Pacientu apmierinātības un pacienta pieredzes definīcijas ir cieši saistītas un dažos gadījumos patiešām savstarpēji pārklājas, bet tās nav aizvietojamā (Wilson, Dewing, & Smith, 2013)²⁹.

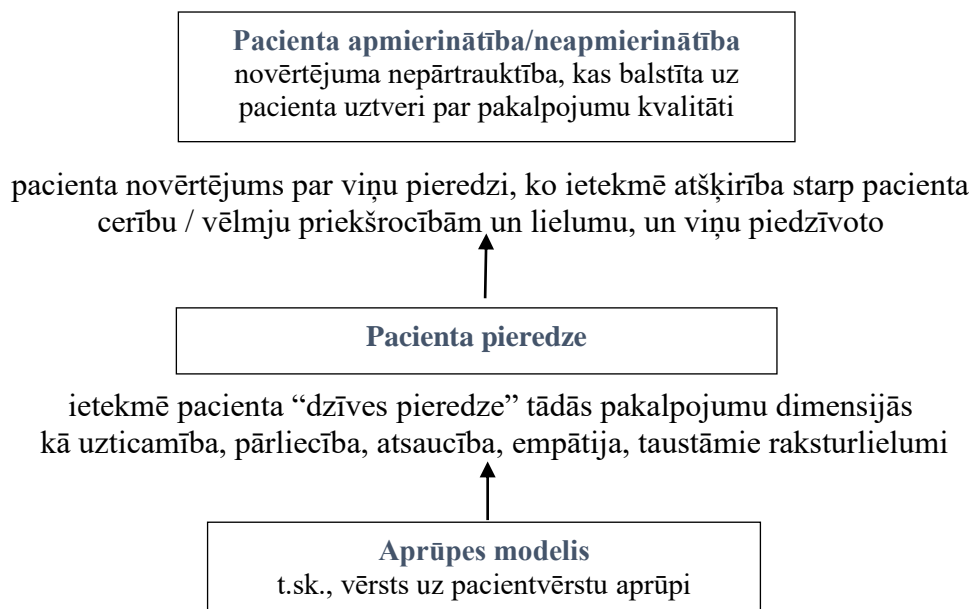
Pacientu pieredze ietver sekojošus aspektus (Wilson, Dewing & Smith, 2013):

- Pacientvērstu vērtību, vēlmju un izteikto vajadzību ievērošanu, tajā skaitā: kultūras jautājumus; cieņas izrādīšanu, privātumu un neatkarību, pakalpojumu lietotāju izpratni par dzīves kvalitātes jautājumiem un dalītu lēmumu pieņemšanu;
- Aprūpes koordināciju un integrāciju visā veselības un sociālās aprūpes sistēmā;
- Informāciju, komunikāciju un izglītošanu par klīnisko stāvokli, progresu, prognozes un aprūpes procesu, lai atvieglotu autonomiju, pašaprūpi un veselības uzlabošanu;
- Fizisko komfortu, ieskaitot sāpju mazināšanu, palīdzību ikdienas aktivitātēs, tīru un ērtu vidi;
- Emocionālo atbalstu un baiļu un satraukuma mazināšanu par tādiem jautājumiem kā personas klīniskais stāvoklis, slimības ietekme uz pacientu, ģimenēm un tās izmaksas;
- Ģimenes un draugu iesaistīšanos lēmumu pieņemšanā;
- Informācijas pieejamību un nepārtrauktību attiecībā uz pacientu pašaprūpi ārpus klīniskās vides, kā arī pasākumu koordināciju un plānošanu;
- Aprūpes organizēšanu, kas ietver uzmanības veltīšanu pacientam gan pakalpojuma, gan arī vizītes gaidīšanas laikā.

Ir pamats spriest, ka veselības aprūpes iestādes, kurām ir sava stratēģiskā pieeja pacienta pieredzes novērtēšanai, būs veiksmīgākas pacienta piesaistē, aprūpes kvalitātes un drošības uzlabošanā. Mūsdienu augstas konkurences un uz klientu orientētajā pasaulē panākumus nosaka

²⁹ Wilson, S., Dewing, J. & Smith, A. (2013). East sussex healthcare NHS trust patient experience, pp. 12-13.

kompānijas zināšanas par savu klientu KPMG (2018)³⁰. Pacientu pieredze ir unikāla, jo veselības aprūpe ir joma, kurai raksturīgs sarežģīts emocionālais konteksts, ko veicina bailes, sāpes un nemiers gan slimības, gan ārstēšanas dēļ. 1.8.attēlā aplūkojama pacientu pieredzes un apmierinātības savstarpēji saistīta noteikšanas konceptuālā shēma.



1.8.att. Pacientu apmierinātības un pieredzes noteikšanas konceptuālā shēma
(McMurray, et al., 2015)³¹

Izpratne par atšķirību starp apmierinātības un pieredzes jēdzieniem un to atbilstoša piemērošana veicina pacientvērsta medicīniskās aprūpes attīstību un ļauj arī veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem precīzāk rīkoties, lai sekmētu pacientu piesaisti.

Autore uzskata, ka pacientu pieredzes izpēte ir galvenais solis, lai virzītu veselības sektora pakalpojumus pacientvērsta aprūpes virzienā. Apskatot dažādus pacientu pieredzes aspektus, var novērtēt, cik lielā mērā pacienti saņem aprūpi, ko tie sagaida un kā veselības aprūpes iestāde reaģē uz individuālajām pacienta vēlmēm, vajadzībām un vērtībām. Lai iegūtu pilnīgu priekšstatu par veselības aprūpes kvalitāti, ir svarīgi novērtēt pacienta pieredzi kopā ar citiem komponentiem, piemēram, aprūpes efektivitāti un drošību.

Apkopojot, autore secina, ka pacientu pieredzi nosaka:³²

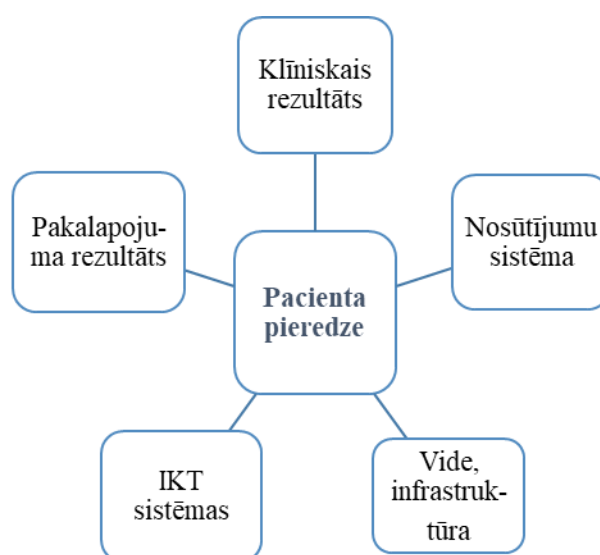
³⁰ KPMG (2018). Global customer experience excellence report. Pieejams: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2018/06/tomorrows-experience-today-harnessing-a-customer-first-approach.pdf>(skatīts 25.11.19)

³¹ McMurray, J.M., Lafortune, C., Black, S., Prorok, J. & Stolee, P. (2015). Measuring patients' experience of rehabilitation services across the care continuum. Part I: a systematic review of the literature. *Journal of Archives of physical medicine and rehabilitation*, 97(1), pp. 1-18.

³² Improving the patient experience drives superior patient satisfaction. Pieejams: <https://www.mirameds.com/ealerts/583-improving-the-patient-experience-drives-superior-patient-satisfaction.html>(skatīts 25.11.19)

- Aprūpes elementu savstarpējā mijiedarbība (cilvēki, procesi, komunikācija, darbības un vide);
- Kultūra (vīzija, vērtības, cilvēki (visu līmeņu), kopiena);
- Uztvere (atpazīšana, izpratne, utt.), kas balstās uz individuālo pieredzi, ko veido pārliecība, kultūras vērtības u.c.
- Aprūpes nepārtrauktība – pirms aprūpes, aprūpes laikā, pēc aprūpes pasākumi.

Pacientu pieredze ietver mijiedarbību starp pacientu un veselības aprūpes sistēmu, ieskaitot aprūpi, ko veic ārsti, medmāsas un cits slimnīcas personāls ārstu praksēs un veselības aprūpes iestādēs. Mūsdienās vērojama tendence, kurā paaugstinās pacientu loma ārstniecības iestādes izvēlē, kas atbilst modelim, kurš balstās uz patērētāju pieredzi (skat.1.9.att.)



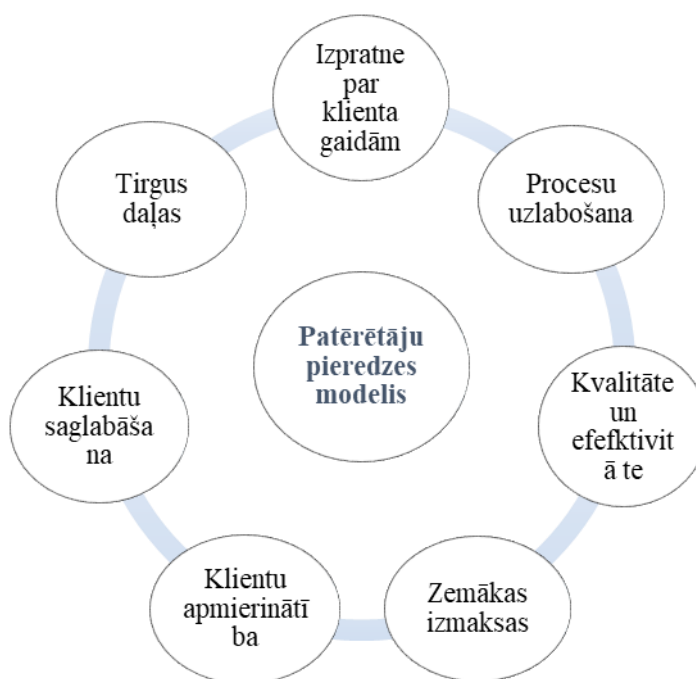
1.9.att. Pacientu pieredzes piecu saskares punktu modelis (autores veidots pēc Smarta, 2017)³³

Pacienta pieredzei ir izšķiroša nozīme katrā aprūpes saskares punktā. Veselības aprūpes organizāciju uzdevums ir maksimizēt pacientu skaitu vienlaicīgi samazinot izmaksas. Jaunu tehnoloģiju, ārstēšanas iespēju un pieeju pielietojums ietekmē pakalpojuma sniegšanas veidu un pacientu pieredzi. Attēlotais aprūpes modelis atspoguļo pacientu pieredzi tiešā vai netiešā veidā noteicošos elementus. Nosūtījumi sniedz ieskatu par nepieciešamo pakalpojumu un novirza pacientus uz konkrētiem pakalpojumiem un netieši ietekmē tālāko pacienta pieredzi. Pakalpojumu sniedzēji, ārsti, neatliekamās palīdzības speciālisti un citi nodrošina noteiktu pakalpojuma iznākumu jeb rezultātu, kas pacienta pieredzi ietekmē tiešā veidā. Ievērojama ietekme ir apkārtējai videi un organizācijas infrastruktūrai. Ūdens un ēdiena kvalitāte, vides tīrība un higiēna, estētiska apkārtnē,

³³Autores veidots izmantojot Smarta, R., B. (2017). Improving patient experience, safety and progression through care model redesign & lean management system. Asian hospital & management. 2(7), pp. 42-43.

atbalsta pasākumi ģimenes locekļiem rada pozitīvu iespaidu uz pieredzes gūšanu pakalpojuma nodrošināšanas sistēmā. Papildus minētajiem pamata pakalpojumiem kā pacientu pieredzes veicinātājus var uzskatīt vienkāršu pakalpojumu apmaksas veidu, saistošus dienas vai mājas aprūpes pakalpojumus un atbalstošas informācijas un komunikācijas sistēmas.

Autore secina, ka vairāki pacienta pieredzi raksturojoši veselības aprūpes sniegšanas aspekti kalpo par neatņemamu veselības aprūpes kvalitātes sastāvdaļu, pacientam meklējot un saņemot aprūpi, piemēram, savlaicīga tikšanās, viegli pieejama informācija un laba saziņa ar veselības aprūpes sniedzējiem. 1.10.attēlā sniegts L. Elisija u.c. pētnieku (Elysia et al., 2019) veselības aprūpes patērētāju pieredzes modelis, kurā pētnieki uzsver patērētāju pieredzes nozīmi to apmierinātības veidošanā, kas sākas ar izpratni par klientu gaidām, procesu uzlabošanu, kvalitātes un efektivitātes paugstināšanu, no kā tālāk atkarīga uzņēmuma spēja saglabāt klientus un nostiprināt savu pakalpojumu tirgus daļas.



1.10.att.Patērētāju pieredzes modelis veselības aprūpē (Elysia, et.al. 2019) ³⁴

Pacienta pieredzi ietekmējošie rādītāji un izpratne par pacienta gaidām tiešā veidā ietekmēs pacienta apmierinātības līmeni un noteiks, vai konkrētā medicīnas aprūpes iestāde zaudēs vai spēs saglabāt savus pacientus.

1.2. tabulā parādīts pacientu pieredzes pacientu apmierinātības salīdzinājums. Termini - *pacienta apmierinātība* un *pacienta pieredze* – reizēm literatūrā tiek savstarpēji aizvietoti, taču, kā jau autore minējusi iepriekš, to nozīme ir atšķirīga.

³⁴ Elysia L., Sharma L., Bohren L., Meghan A. & Özge T. (2019).When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. Bulletin of the World Health Organization., Vol. 97 (8) , pp. 564-566.

Pacientu apmierinātības un pieredzes mērījumu salīdzinoša analīze

Pacientu apmierinātības mērīšana	Pacientu pieredzes mērīšana
Pakāpe, kādā indivīds uzskata veselības aprūpes pakalpojumu, produktu vai veidu, kādā to piegādā piegādātājs, kā noderīgu, efektīvu un labvēlīgu	Mijiedarbības summa, ko veido organizācijas kultūra, kas ietekmē pacienta uztveri aprūpes nepārtrauktības laikā (Beryl Institute)
Vienas dimensijas pieeja: parasti slimnīcas darbības rādītājus mēra vienā aptaujā ar ierobežotiem apsekotajiem domēniem / jomām	Holistiska: slimnīcu darbības novērtēšana dažādās jomās, izmantojot vairākas aptaujas metodes ar plašāku aptaujāto jautājumu klāstu
Fokuss: mediķu vai vadītāju sanāksmju darba kārtības jautājums	Fokuss: pacientam nozīmīgie jautājumi
Subjektivitāte: saņemtās atbildes nosaka pacienta demogrāfiskās īpašības	Pieredze slimnīcā: pacientiem uzdod jautājumus par viņu veselības apūpes iestādes apmeklējuma detaļām
Jautājumu formulējums: nedod pacientam iespēju sniegt sīkus komentārus par konkrētiem aspektiem	Jautājumu noformējums: ļauj pacientiem sniegt informāciju par konkrētu pakalpojumu, mediķi vai notikumu / pieredzi
Parasti pozitīvs iznākums tiek gūts uz faktiskās pieredzes faktoru apkopojuma rēķina	Mazāka neobjektivitāte: iegūst faktiskas, detalizētas atbildes par reālo pieredzi
Piemērs: 10-15% novērtēja pakalpojumu komunikācijas līmeni ar 3/10	Piemērs: Skaidra informācija par komunikācijas prasmēm pakalpojuma sniegšanā

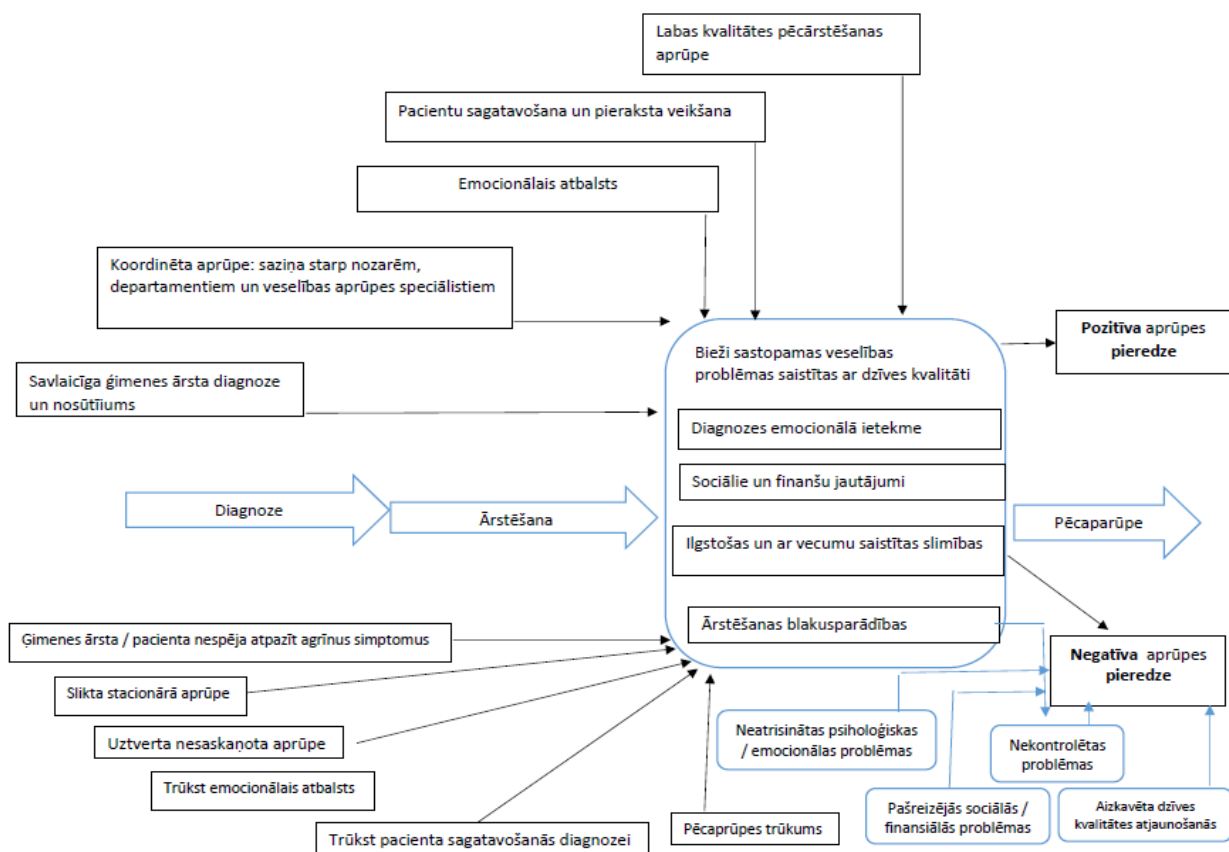
Avots: autores izveidots ³⁵

Pacientu apmierinātības pamatā ir atsevišķu aprūpes elementu novērtēšana, kas atšķiras no holistiskas pieejas pacientu pieredzes novērtēšanā. Veselības aprūpes gadījumā pats novērtēšanas process (ne tikai darbības, kas veiktas, balstoties uz aptaujas rezultātiem) būtu nepārtraukti jāpilnveido, lai atspoguļotu pacientu mainīgās vērtības, mainīgos iestāžu un aprūpes apstākļus un dinamisko veselības aprūpes nozares attīstību. Pacientu apmierinātība joprojām ir būtisks kritērijs tām slimnīcām, kuras ir sākotnējā pacientu pieredzes novērtēšanas posmā.

Jo īpaši svarīga ir pacienta pieredze hronisko slimību jomā, kā arī tajās slimību grupās, kas saistītas ar ievērojamu ietekmi uz pacienta emocionālo un psiholoģisko stāvokli. Tā, piemēram, onkoloģisko slimību gadījumā, pozitīvo pacienta pieredzi ietekmē tādi faktori, kā savlaicīga ārsta noteikta diagnoze, koordinēta aprūpe, emocionālais atbalsts, pienācīga pacienta sagatavošana aprūpes procesam, ģimenes iesaiste un citi faktori. Savukārt, negatīvi to var ietekmēt pēcaprūpes trūkums, emocionālā atbalsta trūkums pacientam, sociāla rakstura problēmas, finanšu situācija, kā arī ierobežotas pacienta dzīves kvalitātes atjaunošanās iespējas. Pakalpojumu procesa un snieguma uzlabošanai slimību grupās ar augstu psiholoģisko ietekmi pacientu pieredzes novērtēšanai nozīmīga loma.

Pacientu pieredzi ietekmējošo faktoru modelis onkoloģisko slimību grupā atspoguļots 1.11.attēlā.

³⁵ Patient satisfaction or patient experience? Piejams:<https://www.energesse.com/patient-satisfaction-or-patient-experience/>(skatīts 21.11.19)



1.11.att. Pacientu pieredzi ietekmējošo faktoru modelis (Wagland et al., 2015)³⁶

Analizējot pacientu piesaistes un ietekmēšanas parametrus, var secināt, ka tie ir pakalpojumi un iespējas, kas lielā mērā apmierina pacientu vajadzības un nodrošina komfortu. Galvenie jautājumi, ir piemērotība (attiecas uz pacienta aprūpi), savlaicīgums, efektivitāte un iedarbīgums (pareiza ārstēšana īstajā laikā), droša un tīra vide un digitalizācija procesu ieviešanai. Līdz ar to veselības aprūpes iestādēm, kuras vēlas piesaistīt vietējos un arī ārvalstu pacientus jānovērtē šo faktoru ietekmes pakāpe, lai spētu nodrošināt pēc iespējas augstāku pacientu piesaistes līmeni.

Pakalpojuma vērtības dimensijas un pacienta pieredzes brieduma attīstība nozīmē: 1) informācijas pieejamību, 2) pacienta pašaprūpes iespējas, 3) personalizētu uzraudzību un 4) saistīto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu un citus sadarbības aspektus.

1.3.tabulā autore apkopojusi veselības aprūpes pakalpojuma vērtības dimensijas pacienta pieredzes veidošanā.

³⁶ Wagland R., Recio-Saucedo A., Simon M., Bracher M., Hunt K., Foster C.M., Downing A., Glaser A. & Corner J. (2015). Development and testing of a text-mining approach to analyse patients' comments on their experiences of colorectal cancer care. *Journal BMJ quality & safety*. 1(15), pp. 1-11.

Veselības aprūpes pakalpojuma vērtības dimensijas pacienta pieredzes veidošanā³⁷

Dimensija	Uzdevums
1. Informācija: nodrošina informācijas saturu par iestādi un sniegtajiem pakalpojumiem	
Ārsta un pakalpojuma atrašana	Ārsta informācijas un pieredzes apraksts
	Pakalpojuma apraksts
	Iestādes atrašanās vieta kartē
Potenciālā pacienta informācija	Personiskā veselības riska novērtējums
	Pieraksta formas iepriekšējai reģistrācijai
Pakalpojumi	Piedāvāto pakalpojumu saraksts
	Pakalpojumu cenrādis
Veselības informācijas saturs	Veselības enciklopēdija un izglītojoši materiāli pacientam
	Saites uz citiem veselības informācijas avotiem
2. Pašaprūpe: ļauj pacientiem piekļūt elektroniskajiem medicīnas datiem un tiešsaistē sazināties ar ārstiem	
Pacienta profila uzturēšana	Pacienta profila pieejamība (reģistrācija, autorizācija)
	Pacienta apdrošināšanas informācija, aprūpes vēsture
Pieraksta vadība	Iespēja reģistrēties pakalpojumam un pieraksta informācijas pieejamība
	Pakalpojumam būtiskās informācijas pieejamība
Pacienta elektroniskās medicīnas informācijas esamība	Pacienta informācijas pieejamība (alerģijas, lietotie medikamenti u.c.)
	Pacienta izmeklējumu informācijas pieejamība
	Pacienta medicīnas vēstures pieejamība
Saziņa ar ārstējošo ārstu	Zāļu recepšu pieprasījumi
	Tiešsaziņas konsultāciju iespēja
	Saziņas informācijas saglabāšana
Pacienta konta uzturēšana	Pakalpojuma apmaksas informācijas pieejamība
	Apmaksas tiešsaistes iespējas
3. Personalizēti ieteikumi: uzrauga konkrētu pacientu stāvokli un atbalsta veselības labsajūtas programmas	
Personalizētas informācijas nosūtīšana	Individualizēta informācija par piedāvājumu pacienta izvēlētajā elektroniskajā formā
	Informācija par jauninājumiem konkrētajā medicīnas jomā
Pacienta stāvokļa uzraudzība	Proaktīva pacienta informēšana
Profilakses programmu uzraudzība	Iesaistes iespējas profilakses programmās
	Komunikācija par mājas aprūpi
	Personalizēti profilakses atgādinājumi
Virtuālās konsultācijas	Virtuālā diagnostika ar kontroljautājumiem un konsultācijas tiešsaistē
	Virtuālo konsultāciju informācijas pieejamība ārstniecības personai
4. Iesaistoša veselības aprūpe: sociālās veselības kopienas ar vienotu mērķi un lielāku iesaistīšanos	
Pacientu veselības kopienas (organizācijas, apvienības)	Pacientu savstarpējā sadarbība un pieredzes apmaiņa
	Pacientu labāka izpratne par pakalpojumu iespējām un pareizo izvēli

Avots: autores izveidots pēc Almeida, Bourliataux-Lajoinie & Martins, 2015.

³⁷ Almeida R.S., Bourliataux-Lajoinie & Martins M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad saude publica.* (1), pp.12-20.

Kā izriet no apkopotās informācijas tabulā, veselības aprūpes pakalpojuma vērtību, kas nosaka tālāku pozitīvu pieredzi, rakturo savlaicīgas un atbilstošas informācijas pieejamība, atbalsts pacienta pašaprūpei, personalizēti ieteikumi, piedāvāto pakalpojumu klāsts, kā arī tiešsaistes saziņas iespējas ar ārstu, virtuālas konsultācijas, medicīniskā uzraudzība un citi apecifiski veselības aprūpes pakalpojumu rakturojoši rādītāji, kas kopumā veido pacienta apmierinātību.

Lai izpildītu un pārsniegtu pacientu gaidas, ir svarīgi apgūt un ievērot tradicionālos patērētāju apkalpošanas pamatprincipus (Lonial & Raju, 2015), ko var attiecināt arī uz veselības aprūpi³⁸ :

- Personāla cieņa un pieklājība;
- Personāla spēja nodrošināt klientam justies gaidītam;
- Nedalīta uzmanība un laiks saskarsmē ar klientu;
- Draudzīgums un klienta pārstāvētās kultūras vides izzināšana;
- Augstākā līmeņa komunikācija ar klientu un viņa ģimeni, lai pārvarētu valodas un kultūras barjeras;
- Klienta laika novērtēšana;
- Augstākā līmeņa komunikācija ar darba biedriem;
- Neatkarība un uzticamība;
- Papildus pūles attiecību izveidošanai ar klientu.

Autore uzskata, ka minēto pamatprincipu ievērošana veselības aprūpē ļauj pacientiem gūt pozitīvu pieredzi un justies aprūpētiem, kā arī gūt pārliecību par viņu interešu ievērošanu. Autore secina, ka gaidīšanas laika samazināšana un pašapkalpošanās elementu ieviešana paātrina reģistrācijas procesu un ir saistīta ar augstāku pacientu apmierinātību. Dažādi uzmanības novēršanas pasākumi, kā televīzijas, Wi-Fi, izglītojošu materiālu vai bērnu rotaļlaukumu pieejamība mazina pacientu satraukumu. Pasākumu izvēle un to saturs saistāms ar pacientu vecumu, kā arī slimības raksturu un smaguma pakāpi.

Aprūpes modeļu uzlabošana palīdz medicīnas iestādēm izveidot pasākumus, kas nodrošina pozitīvu pacienta pieredzi, lai palielinātu lojalitāti, kā arī nodrošinātu vienmērīgu pacientu plūsmu, palielinātu uzņēmumu produktivitāti un apgrozījumu. Mūsdienās savas veselības aprūpes izmaksu segšana lielā mērā saistīta ar pacienta papildus izdevumiem, līdz ar to, saņemtā pakalpojuma vērtība var kļūt par noteicošo faktoru pakalpojuma izvēlē.

³⁸ Lonial S. & Raju P. S. (2015). Impact of service attributes on customer satisfaction and loyalty in a healthcare context. *Leadership in health services*, 28(2), 149–166.

Pacientu pieredzes iespējamie uzlabošanas aspekti atspoguļoti 1.12.attēlā.

Klientu serviss un apmierinātība ar servisu
Iekšējie rezultāti
Medicīnas iestādē izmantotās tehnoloģijas
Medicīnas iestādes darbinieki, reputācija un uzvedības ekonomika
Ārsti, nosūtījumu vadīšana un attiecības
Pieejamās iespējas medicīnas iestādē
Mācīšanās un izpēte
Visi ar medicīnas iestādi saistītie pakalpojumi, ieskaitot reģistratūru, uzkopšanu, izrakstīšanos, kas balstās uz finansējumu

1.12.att.Pacientu pieredzes uzlabošanas aspekti (Smarta, 2017)³⁹

Tehnoloģiskie risinājumi un digitalizācija ļauj izveidot ārstniecības iestādēs centralizētas datu bāzes, kas satur visa veida informāciju par pacienta veselību, saņemto pakalpojumu un risku mazināšanas iespējām ārstniecības procesa atvieglošanai. Ar digitalizācijas palīdzību tradicionālo veselības aprūpi var padarīt fleksiblāku un efektīvāku. E-veselības risinājumi rada pamatu tādas veselības aprūpes izveidei, kas daudz lielākā mērā atbalsta pacientu un pakalpojumu sniedzēju vajadzības.

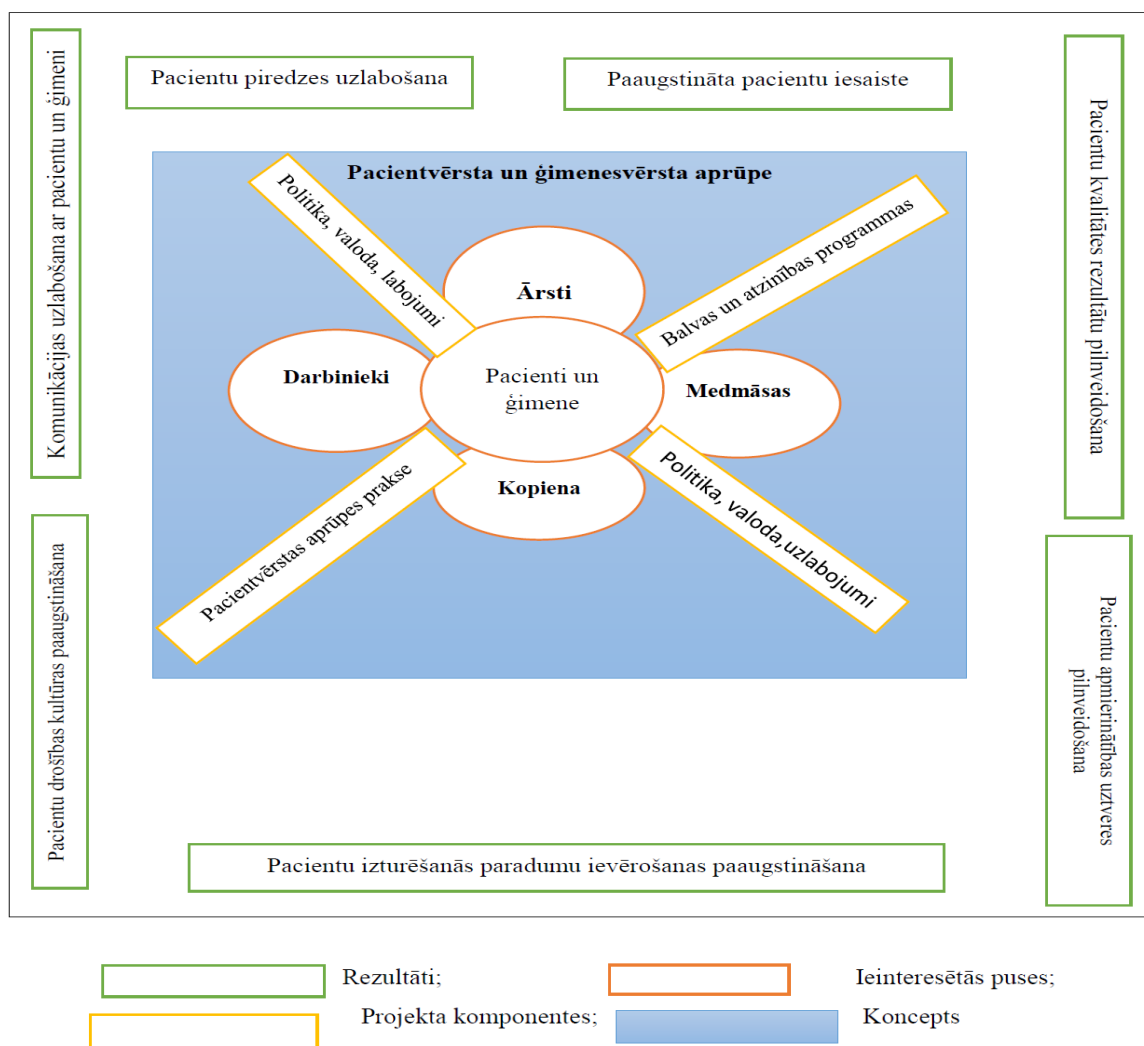
Veselības aprūpes sociālie aspekti ir saistīti ar uzvedības ekonomikas principiem, kuru ievērošana palīdz pieņemt ar zināmu risku saistītus pacienta ārstēšanas lēmumus. Ārstniecības personas var palīdzēt pacientiem pieņemt informētus un uz pierādījumiem un salīdzinājumu balstītus lēmumus. Atpakaļsaites nodrošināšana par ārstēšanas progresu motivē pacientu iesaisti tālākā ārstēšanā un var mainīt pacientu uzvedību un sekmēt to līdzestību ārstniecības procesam. Tas var tikt izmantots, lai, piemēram, sniedzot informāciju par pacienta plaušu veselību, rosinātu viņus pārtraukt smēķēšanu.

Tehnoloģiju pielietošana mazina veselības aprūpes tiešās un netiešās izmaksas radot piekļuvi pacientu datiem, kā arī ļaujot ārstniecības personām strādāt attālināti komandā. Galvenie ieguvumi ir pacientu hronisko slimību attālināta un ilgtermiņa uzraudzība visos aprūpes līmeņos. Dati un

³⁹ Smarta R.,B. (2017). Improving patient experience, safety and progression through care model redesign & lean management system. 2 (39), pp. 47-48

attēli no dažādām diagnostikas un ārstēšanas uzraudzības ierīcēm dod iespēju veidot pilnvērtīgu pacienta veselības stāvokļa ainu. Tehnoloģijas uzlabo medicīnas iekārtu funkcionalitāti, ļauj uzraudzīt farmaceitisko produktu lietošanu, saīsināt laiku apmaksas dokumentu aprītē, savlaicīgi pārsūtīt pacientu informāciju neatliekamās medicīnas palīdzības ietvaros. Iespējas atkarīgas no informāciju sistēmu savietojamības, kas nereti ir šķērslis to sekmīgā pielietošanā.

Veselības aprūpes tehnoloģiju pilnveidošana rada revolucionāras pārmaiņu iespējas veselības sektorā. Ar tele-medicīnas radītām iespējām sasniegt attālākos ģeogrāfiskos nostūrus, tehnoloģijas ļauj risināt lielākos nozares izaicinājumus, skat. 1.13. attēlu.



1.13.att. Pacientu pieredzes pilnveidošanas virzieni pacientvērstā aprūpē⁴⁰

Pozitīvas pacienta pieredzes mērīšana, kas balstās uz pacientu pieredzes un apmierinātības aptaujām, mūsdienu veselības aprūpes pakalpojumu vidē ir ļoti būtiska, ņemot vērā arī pakalpojumu apmaksas modeļus, tajā skaitā apdrošināšanas kompāniju un darba devēju iesaisti. Kompāniju darbinieku veselības atbalsta mehānismi ir vērsti uz darbinieku sociālo garantiju nodrošināšanu,

⁴⁰ Improving the patient experience by implementing patient-centered care in a community hospital. Pieejams: <https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1081&context=dnp> (skatīts 19.12.19)

kas veido jaunu pacientu pieredzes un pakalpojuma vērtības dimensiju, kura saistīta ar pakalpojuma finansiālo, ērtības un apkalpošanas pieredzes faktoru (Claxton et al., 2013).

Ir vairāki rīki, lai noteiktu, vai organizācija atbilst objektīviem kvalitātes rādītājiem. Viens no tiem ir aptauja, lai izpētītu pacienta pieredzi. Amerikas Savienotajās Valstīs šim nolūkam ir izstrādāta veselības pakalpojumu un sistēmu novērtēšanas aptauja CAHPS® (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*)⁴¹, ko izmanto regulārai ikgadējai pacientu anketēšanai (Hargraves et al., 2019)⁴², kas iever jautājumus, piemēram, vai ārsts ar pacientu apspriež slimības izraksta detaļas un plānotās darbības? Atbilde “jā” vai “nē” uz šo jautājumu sniegs objektīvu priekšstatu par to, vai slimnīcā patiešām tiek uzlabota medicīniskās aprūpes kvalitāte, nevis par to, cik lielā mērā pacientam patika pakalpojums.

Saistībā ar pacientu plašo izvēli, kā arī medicīnas aprūpes uzņēmumu periodisku cenu pieaugumu, arvien vairāk tiek salīdzināta izmantoto medicīnas aprūpes iestāžu gūtā pieredze ar gaidām, kuras pacients ir attīstījis saistībā ar citiem dzīves aspektiem. Medicīnas aprūpes iestādēm ir jāatbilst jaunām pacientu cerībām attiecībā uz pakalpojumu, ja tās vēlas turpināt iekarot savus klientus.

Ar mērķi uzlabot pacientu aprūpi un drošību tehnoloģiskā progresa, inovāciju un pieaugošās konkurences radīto aprūpes procesu kontekstā, mainās arī aprūpes sniedzēju pieeja pacientu **apmierinātību noteicošo faktoru izzināšanā**. Ņemot vērā inovatīvu pieeju iespējas komunikācijas nodrošināšanā, arvien lielāku nozīmi iegūst labi strukturēta, savlaicīga un pacientu gaidām atbilstoša komunikācija starp pacientiem un medicīnas komandu, kas uzskatāma par noteiktu kvalitātes rādītāju, kas palielina apmierinātību, liekot pacientam justies drošāk un augstāk vērtēt saņemto pakalpojumu.

Pastāv dažādi viedokļi, kā stiprināt veselības aprūpes sistēmas nākotnes izaugsmes pamatus globalizācijas ietekmē, izmantojot labāko praksi pacientu pieredzes iegūšanā. Piemēram, Smarta (2017)⁴³ norāda uz sekojoši sistēmiskas pieejas aspektu nepieciešamību:

(1) Veicināt uz pacientu orientētu komunikāciju un sadarbību:

- Zināšanu apmaiņa starp grupām un reģioniem;
- Labākās prakses ievērošana funkcionālo komandu veidošanā.

(2) Uzlabot kvalitāti un samazināt manuālas darbības:

- Pielietot dinamisku un uz prasmēm balstītas pacientu maršrutēšanu;

⁴¹Agency for Healthcare Research and Quality <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/index.html>

⁴² Hargraves L., Cosenza C., Elliot M.N. & Cleray P.D. (2019). The effect of different sampling and recall periods in the CAHPS clinician & group (CG-CAHPS) survey. *Health services research*, Vol.52. issue 5, <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13173>

⁴³ Smarta R., B. (2017). Improving patient experience, safety and progression through care model redesign & lean management system. *Asian hospital & management*. 2(7), pp. 42-43.

- Uzlabot kvalitāti, procesus un rīkus.

(3) Uzlabot specializētu klīnisku resursu piesaistīšanu:

- Samazināt manuālos un administratīvos uzdevumus;
- Saskaņot un / vai konsolidēt klīniskās funkcijas;

(4) Samazināt atbilstības / juridiskos riskus:

- veikt atbilstības nodrošināšanas apmācības;
- validēt un novērtēt pacientu informāciju.

Tātad, veselības aprūpes nozare kļūst arvien vairāk centrēta uz patērētājiem, un vienlaicīgi palielinās pacientu tiešie izdevumi veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai. Tādējādi, veselības aprūpes iestāžu vadītājiem jācenšas paugstināt pacientu apmierinātību ne tikai, lai veidotu pozitīvu pieredzi, bet arī, lai saglabātu vai palielinātu savu pakalpojumu tirgus daļu un uzņēmumu konkurētspēju.

Ņemot vērā 1.1. apakšnodaļā izpētīto, darba ietvaros autore izvirza savā pētījumā pieeju vērtēt pacientu piesaisti caur to pieredzes un apmierinātības vērtējumu pacientvērstas aprūpes kontekstā.

Balstoties uz apakšnodaļas teorētiskajām atziņām par pacienta apmierinātības un pieredzes veidošanos, autore uzskata, ka pacienta pieredzi raksturo noteikti saskarsmes punkti, ko nosaka pacienvērstas pieejas īstenošana:

- Pacientu vērtības un vēlmes – pacientvērstas aprūpes principi, kas nosaka *pacientu iesaisti* un ko raksturo pacientu izvirzītās *gaidas saistībā ar pakalpojuma vērtību* konkrētam pacientam;
- Pacientu pieredzes mijiedarbība ar vidi (komunikācija, saskarsme) - izriet no mārketinga vidi noteicošiem faktoriem – *iekšējā un ārējā pakalpojuma vide*;
- Aprūpes nepārtrauktība - izriet no aprūpes kvalitātes un pacienta drošības prasībām, ko pastiprina *starptautiskās prasības pārrobežu veselības aprūpē*;
- Pakalpojuma uztvere (nosacījumi pakalpojuma sniedzēja un paša pakalpojuma izvēlei) – *pakalpojuma nodrošinājuma līmenis, pacienta raksturlielumi, prasības pakalpojuma kvalitātei un pacienta drošībai*.

Savukārt, pacienta pieredzes novērtēšana sniedz detalizētu ieskatu par pacienta apmierinātību veidojošiem faktoriem un nosacījumiem.

1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas principi uz pacientu piesaisti orientētas veselības aprūpes kontekstā

Veselības aprūpes paradigmas maiņa ir pēdējos gadu desmitos plaši pētīta tēma. Kā galvenos iemeslus pārmaiņu nepieciešamībai veselības aprūpes sektorā pētnieces S.Salmonda un

M.Eševārija (Salmond & Echevarria, 2017)⁴⁴ minējušas pakalpojumu efektivitāti, pacientu pieredzi, izmaksas un kvalitāti saistībā ar mainīgo sociālo, epidemioloģisko un demogrāfisko situāciju.

Arī M.Porters ir pievērsies veselības aprūpes paradigmas maiņas tēmai un kopā ar pētnieci E.Teisbergu piedāvā savu redzējumu par tirgus faktoru nozīmības pārdefinēšanas nepieciešamību (angliski – *re-defining competition*) veselības aprūpē. Lai to pamatotu, Porters argumentē, ka pastāvīgi pieaugošajām veselības aprūpes izmaksām neseko atbilstošs kvalitātes pieaugums. Tieši otrādi – iedzīvotāji arvien vairāk saskaras ar veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamību, gaidīšanas rindām, medicīnas kļūdām, ievērojamām atšķirībām medicīniskajā praksē, zemu apmierinātības līmeni un negatīvu pieredzi, lēnu zināšanu pārnesi un inovāciju ieviešanu praksē. M.Porters uzsver, ka šie negatīvie aspekti nevar pastāvēt labi funkcionējošā tirgū un konkurence ir risinājums, taču veselības aprūpes konkurences veidam ir jāmainās (Porter & Teisberg, 2006)⁴⁵, piedāvājot jaunu konceptuālo pieeju – *uz vērtību jeb rezultātu balstītu konkurenci*. Aizstājot tradicionālo pieeju, kur balstoties uz tirgus Pareto principu, viena dalībnieka ieguvums ir otra zaudējums, jeb nulles summas konkurētspēja (angliski – *zero-sum competition*), Porters izvirza nepieciešamību pārskatīt veselības sistēmu darbības pamatprincipus maksimālās vērtības sasniegšanai, kas balstās uz maksimālās vērtības radīšanu katrā veselības aprūpes līmenī un posmā, kas kopumā veido pacienta pieredzi saistībā ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu.

Autori J. Cilus, I.Papanikolas un P.Smits (Cylus, Papanicolas & Smith) pētot veselības sistēmas efektivitātes paaugstināšanas iespējas uzsver, ka veselības aprūpes sistēmā resursi tiek pārveidoti vai nu fiziskos rezultātos (piemēram, pacientu konsultācijās) tehniskās efektivitātes gadījumā, pareizā pakalpojumu miksā alokatīvās efektivitātes gadījumā, vai plašāk – pacientam un sabiedrībai *vērtīgos rezultātos* ekonomiskās efektivitātes gadījumā - uzlabotā veselībā, nevienlīdzības mazināšanā u.tml. (Cylus et al., 2016)⁴⁶.

Autore secina, ka Portera virzītā un citu autoru atbalstītā **uz vērtību balstītā konkurences pieeja** ir cieši saistīta ar ekonomiskās efektivitātes stimulēšanas nepieciešamību gan nozares, gan uzņēmumu līmenī, kas, savukārt, izriet no sasniegtā tehniskās un alokatīvās efektivitātes līmeņa. Savukārt, P.Smits (Smith, 2009)⁴⁷ argumentē, ka praksē veselības aprūpes pakalpojuma *vērtības*

⁴⁴ Salmond S. W. & Echevarria, M. (2017). Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopedic nursing*, 36(1), 12–25. doi:10.1097/NOR.0000000000000308

⁴⁵ Porter M.E. & Teisberg E.O. (2006). Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston, Massachusetts: Harvard business review press, 506 p

⁴⁶ WHO (2016). Cylus J, Papanicolas I. & Smith P. C. Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management [Internet]. Copenhagen (Denmark): European observatory on health systems and policies; (Health policy series, No. 46.) I. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436891/>

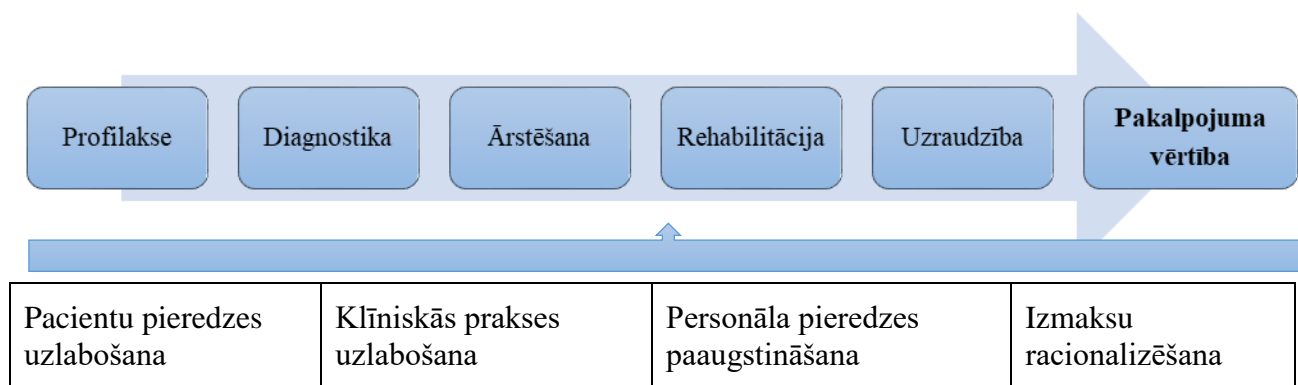
⁴⁷ Smith P.C. (2009). Measuring value for money in healthcare: concepts and tools. Centre for Health economics, University of York. Pieejams: https://www.who.int/pmnch/topics/economics/20091027_smith/en/(skatīts 11.12.19)

novērtēšana ir izaicinoša, un izvirza būtiskas metodoloģiskas problēmas jautājumā, kā resursi tiek veiksmīgi pārveidoti par vērtīgiem veselības sistēmas rezultātiem.

Detalizētāk veselības sistēmas vērtības radīšanu autore raksturo darba turpinājumā, kurā pievēršas pacienta pieredzes un apmierinātības novērtēšanas konceptuālajām pieejām promocijas darba empīriskajā daļā.

Veselības sistēmu darbības vērtēšanā arvien plašāk tiek lietots tā sauktā *četrkārsā mērķa* (angl. – *Quadruple Aim*) ietvara koncepts, kas ietver šādas dimensijas: (1) pacientu pieredzes uzlabošana, (2) klīnisko rezultātu uzlabošana, (3) personāla pieredzes paaugstināšana un (4) izmaksu racionalizēšana (Bodenheimer & Sinsky, 2014)⁴⁸.

Integrētiem sistēmas un procesa elementiem ir būtiska nozīme veselības aprūpes pakalpojuma sniegumā, ko raksturo uzsvars uz slimību profilaksi, integrēts pakalpojums, sistemātiska pieeja lēmumu pieņemšanā par jauno tehnoloģiju ieviešanu, izmantojot veselības tehnoloģiju novērtēšanas (angl. – *Health Technology Assessment, HTA*) pieeju to klīniskās un ekonomiskās vērtības noteikšanai, pacientu medicīnisko datu nozīmība ārstēšanas lēmumu pieņemšanā un ieguldījumu veikšana atbilstoši pakalpojuma prognozētajai vērtībai (Ricciardi & Boccia, 2017)⁴⁹.



1.14.attēls. Veselības aprūpes pakalpojuma vērtības veidošanās

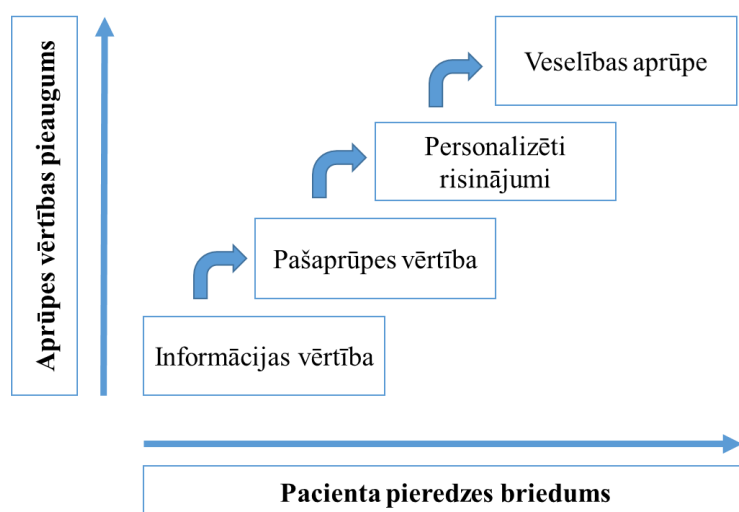
Avots: Autores veidots, pēc Porter & Teisberg, 2006, Bodenheimer & Sinsky, 2014

Maksimālā veselības aprūpes vērtība no pacienta pieredzes viedokļa, tiek sasniegta tikai integrēta pakalpojuma rezultātā, jo jebkurš veselības aprūpes pakalpojums vairāk vai mazāk ietver saistītos pakalpojumus dažādos aprūpes līmeņus - no pacienta stāvokļa diagnostikas līdz ārstēšanas rezultātu uzraudzībai (skat.1.14.attēlu).

Autoru D.M. Kenedija, R.J. Kaselli un L.L. Berija (Kennedy, Caselli & Berry, 2011), izstrādātu pacientu pieredzes transformācijas modeli var aplūkot 1.15.attēlā.

⁴⁸ Bodenheimer T. & Sinsky C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*, 12:573-576; <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

⁴⁹ Ricciardi W. & Boccia S. New challenges of public health: bringing the future of personalised healthcare into focus. *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue suppl_4, October 2017, Pages 36-39, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx164>



1.15.att. **Pacienta pieredzes transformācija** (pēc Kennedy, Caselli & Berry, 2011) ⁵⁰

Kā izriet no attēla, pakalpojumu sniedzējus skar dažādi izaicinājumi pozitīvas pacientu pieredzes veidošanā. Piemēram, pacientu patērētājsabiedrības (*consumerism*) palielināšanās pieprasa lētāku veselības aprūpi, lielākas ērtības un labākus rezultātus, jo viņi ir gatavi veikt izvēli saistībā ar noteiktu pieredzi. Pakalpojumu sniedzējiem jābūt spēcīgiem augstas kvalitātes pakalpojuma piedāvājumam pozitīvas pacientu pieredzes veidošanai. Pieaugošs pieprasījums pēc cenu caurspīdīguma paredz, ka pacienti vēlas uzzināt savu tiešo maksājumu apmēru, jo palielinās viņu daļa kopējā maksājumu apjomā. Pieaug regulācija un sabiedrības kontrole pār pakalpojumu cenām. Klīniskās sacensības paredz, ka pakalpojumu sniedzēji tiek novērtēti un salīdzināti pēc to pakalpojumu kvalitātes, izmaksām, klientu apkalpošanas līmeņa un iegūtās pieredzes. Konkurenci palielina jauni uzņēmējdarbības modeļi, piemēram, mazumtirdzniecības klīnikas.

Pētījumu autori izvirza uz vērtību balstītas veselības aprūpes priekšnoteikumus un pretstata tos tradicionālajai veselības aprūpei, kas balstās uz dažādiem klīniska un ekonomiska rakstura ierobežojumiem visos veselības aprūpes līmeņos ar mērķi paaugstināt tās efektivitāti un ierobežot izmaksas. Līdzšinējā pieeja ierobežoti ņem vērā pacienta viedokli, kā rezultātā pieaug neapmierinātība ar veselības aprūpes sistēmu piedāvātajiem risinājumiem.

Autore promocijas darba ietvaros veikusi tradicionālās jeb *ierobežojumu kultūras* un uz *vērtību balstītas* veselības aprūpes principu salīdzinājumu (skat.1.4.tabulu), kas tālākā pētījuma gaitā izmantots ārvalstu pacientu anketēšanas instrumenta satura izveidei.

⁵⁰ Kennedy D.M, Caselli R.J. & Berry L.L. (2011). A roadmap for improving healthcare service quality. *Journal Healthcare Management*, 56:385–402

Veselības aprūpes principu transformācija: līdzšinējā un uz vērtību balstītā pieeja

Principu joma	Līdzšinējā pieeja	Uz vērtību balstīta pieeja
Paradigma	Ierobežojuma (izmaksu, cenas u.c.) kultūra	Uz pakalpojuma vērtību pacientam virzīta kultūra
Pakalpojumu sniedzēja izvēle	Ierobežota pakalpojumu sniedzēju un pakalpojumu izvēle	Uz informāciju balstīta pakalpojuma sniedzēja izvēle
Pakalpojumu sniedzēju darbības kontrole	Pakalpojumu sniedzēju un to izvēles mikrovadība	Pakalpojumu sniedzēju rezultātu mērīšana un apbalvošana
Pakalpojuma nodrošināšana	Pakalpojuma cenas mazināšana un ierobežošana	Aprūpes vērtības paaugstināšana integrētā ciklā
Administratīvais slogs	Apjomīgas administratīvās darbības līgumu un finanšu plūsmu nodrošināšanai	Administratīvo izmaksu un transakciju mazināšana
Konkurences veids	Cenas konkurence	Konkurence par klienta veselības rezultātu un pakalpojuma vērtību klientam

Avots: Autores izveidots pēc Porter & Teisberg, 2006.

Ievērojama vieta pēdējo gadu pētījumos veltīta pārorientācijai uz veselības rezultātu balstītiem veselības aprūpes modeļiem, kas rada pieprasījumu pēc jaunām tehnoloģijām un datu platformām, kas sniedz, savieto un apvieno ārstēšanas procesam nepieciešamo informāciju un ir svarīgākais aspekts iespējai sacensties par pacientam sasniedzamo rezultātu (Accenture, 2017)⁵¹. Pacientu pieredze, individuālie dati un vērtības ir *Accenture* modeļa pamatā. *Accenture* modelis paredz, ka veselības aprūpes pakalpojuma vērtību nosaka 3 dimensijas: (I) pacienta specifiskās vajadzības; (II) procesa efektivitāte un (III) procesa rezultāti: kvalitāte, izmaksas un pacienta apmierinātība.

Medicīnas tehnoloģiju gigants *Siemens Healthineers*⁵² piedāvā veselības pakalpojuma vērtību paaugstināt, balstoties uz četriem elementiem:

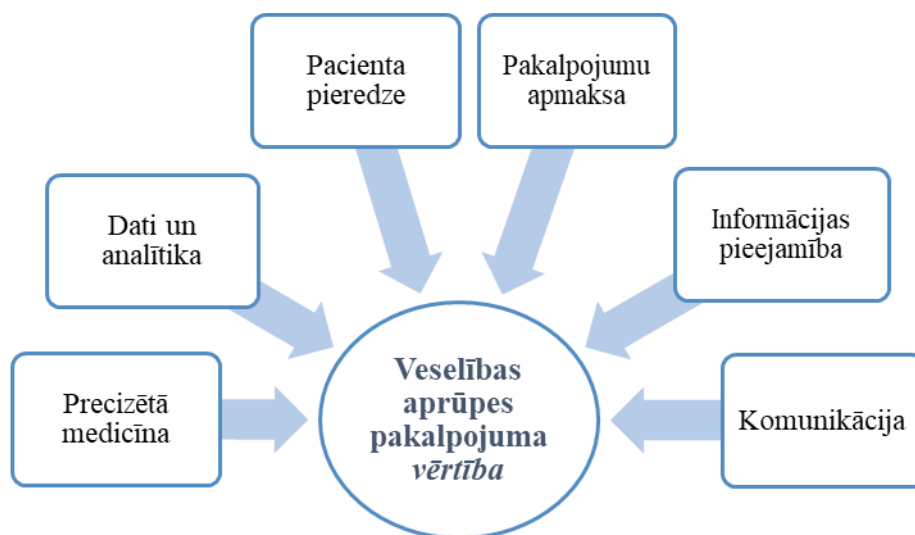
- (1) Precizētā medicīna;
- (2) Aprūpes procesa transformēšana;
- (3) Pacienta pieredzes novērtēšana;
- (4) Veselības aprūpes digitalizācija.

⁵¹ Accenture. (2017). The new patient experience. Accenture life sciences. Pieejams: https://www.accenture.com/_acnmedia/PDF-73/Accenture-Life-Sciences-The-New-Patient-Experience-Digital-Technologies.pdf (skatīts 10.10.19)

⁵² Siemens healthineers. <https://www.siemens-healthineers.com/insights>(skatīts 10.10.19)

Kā redzams, šī pieeja balstās uz aprūpes procesa transformāciju pacientvērsta aprūpes kontekstā, kas ietver *precizēto medicīnu* jeb ārstēšanas pielāgošanu katra indivīda ģenētiskajiem, vides un dzīvesveida parametriem (angl. – “*precision medicine*”)⁵³, pacienta pieredzes novērtēšanu un medicīnas datu izmantošanu ārstēšanas lēmumu pieņemšanā.

Inovatīvas pieeja pacienta pieredzes veidošanā no pakalpojuma sniegšanas viedokļa balstās uz uzkrātiem pacientu medicīniskajiem datiem un vienlaikus nozīmē paradigmas maiņu no aprūpes procesa uzraudzības un pacienta veselības rezultāta uzraudzību, atzīst pētnieki P.Peso un Z.Čerko (Pessaux & Cherkaoui, 2018)⁵⁴. Savukārt pētnieki N.Blūms, C.Propper, S.Seilers un J.Van (Bloom et al., 2015)⁵⁵ vērtējot konkurences veidus un to nozīmi Lielbritānijas veselības aprūpes sistēmā, secina, ka konkurenci publiskajās sistēmās potenciāli var ieviest ar atklātu informācijas pieejamību, dodot pacientiem un viņu ģimenes ārstiem izvēli un novirzot naudu pakalpojumu sniedzējiem sekojot pacientu izvēlei. Zinātniskā diskusija par veselības aprūpes paradigmas maiņu veselības aprūpes pakalpojuma efektivitātes paaugstināšanai piedāvā uz **vērtību balstītu konceptuālo pieeju** (skat.1.16.attēlu).



1.16.att. Veselības aprūpes pakalpojuma vērtību veidojošie elementi

Avots: Autores veidots pēc Porter & Tesiberg (2006), Fornacciari (2012), Groves et al. (2013), Bloom et al. (2015), Rūtītis (2016), Pessaux, Cherkaoui (2018).

⁵³ US national library of medicine. Pieejams: <https://ghr.nlm.nih.gov/primer/precisionmedicine/definition> (skatīts 20.08.2019.)

⁵⁴ Pessaux P. & Cherkaoui Z. (2018). Value-based healthcare: a novel approach to the evaluation of patient care. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 7(2), 125–126. doi:10.21037/hbsn.2017.12.11

⁵⁵ Bloom N., Propper C., Seiler S. & Van Reen J. (2015). Healthcare: how competition can improve management quality and save lives. Health, organization of market, microeconomic insights, available: <https://microeconomicinsights.org/healthcare-how-competition-can-improve-management-quality/>

Uz *vērtību* balstītā pieeja nozīmē jaunu aprūpes procesa elementu ieviešanu un paša aprūpes proces transformāciju. Autori R.Dunbars-Riss (Dunbar-Rees, 2018)⁵⁶ kā kritisku elementu un šķērslī pacientu pieredzē jaunu tehnoloģisko un organizatorisko inovāciju ieviešanai praksē norāda veselības aprūpes pārvaldības un pakalpojumu apmaksas sistēmas, piedāvājot ieviest alternatīvus pakalpojumu apmaksas modeļus jeb samaksu par rezultātiem (samaksas par kvantitāti vietā).

Pamatojoties uz autores apkopotajām zinātniskajā literatūrā paustajām atziņām, secināms, ka veselības aprūpes pakalpojuma *vērtības* paaugstināšanu nosaka: (1) precizētās medicīnas pieeja, (2) pacienta medicīnas datu pieejamība un to analītika, (3) pacienta pieredzes vērtēšana procesa rezultāta noteikšanai, (4) uz pakalpojuma *rezultātu* balstīta pakalpojumu samaksas sistēma, (5) pilnvērtīgas informācijas pieejamība pacientam un viņa ģimenei, (6) atbilstošas komunikācijas kanālu nodrošināšana. Šī konceptuālā pieeja paredz **pacienta pieredzes vērtēšanu** kā vienu no *vērtības* elementiem, ko autore tālākā pētījuma gaitā piedāvā attiecināt arī uz ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumiem.

1.3. Starptautiskās prasības pārrobežu veselības aprūpē un to nozīme pacientu piesaistes kontekstā

Šajā nodaļā autore raksturo veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas aspektus starptautiskajā kontekstā, pievēršot uzmanību zinātniskajām nostādnēm par pārrobežu veselības aprūpes būtību un nosacījumiem, pozitīvajiem un negatīvajiem aspektiem, lai noskaidrotu galvenos faktorus, kas potenciāli sekmētu Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ārējo konkurētspēju un kuri izmantojami ārvalstu pacientu piesaistes paaugstināšanai.

Globalizācijas procesu ietekmē Pasaules Tirdzniecības organizācijas (angl. – *World Trade Organization*) pieņemtā *Vispārējā vienošanās par pakalpojumu tirdzniecību* (angl. - *General Agreement on Trade in Services, saīsināti – GATT*)⁵⁷ veselības aprūpes pakalpojumus skata kā globālu preci un rakturo medicīnas eksportu par vienu no visstraujāk augošajām eksporta nozarēm (Pollock, Price, 2003)⁵⁸. Zinātniskajā literatūrā diskusija raisās ap pārrobežu veselības aprūpes fenomenu kā tādu, tās nodrošināšanas principiem un nosacījumiem, pārrobežu pacientu pieredzes veidošanos, kā arī arvien vairāk pētītas tās īstenošanas sekas pozitīvā un negatīvā nozīmē. Jauns ES izaicinājums ir iedzīvotāju mobilitāte ar mērķi iegūt jaunas prasmes, pieredzi, izglītību,

⁵⁶ Dunbar-Rees R. (2018). Paying for what matters most: the future of outcomes-based payments in healthcare. *Future healthcare journal*, 5(2), 98–102. doi:10.7861/futurehosp.5-2-98

⁵⁷ WTO on Health and Social services. Pieejams: https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/health_social_e/health_social_e.htm

⁵⁸ Pollock A.M. & Price, D. (2013). The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. *The Lancet*, 362:1072–5.

nodarbinātību, kā arī labākus dzīves apstākļus (Glorious et al., 2013)⁵⁹. Kā iemesli pārrobežu veselības aprūpes nepieciešamībai paralēli iedzīvotāju mobilitātei tiek minēti tādi faktori kā ierobežotā piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem mītnes zemē, pacientu iegūtā sliktā pieredze izmantojot mītnes zemes medicīnas aprūpes pakalpojumus, tūrisma attīstība, zemo izmaksu aviosabiedrību piedāvātie pārlidojumi, plašāka informācijas pieejamība saistībā ar komunikāciju tehnoloģiju attīstību un sociālajiem medijiem, uzskatu un attieksmes maiņa par citām valstīm, bet jo īpaši - iedzīvotāju privāto maksājumu īpatsvara pieaugums pēckrīzes periodām kā arī pārrobežu pacientu sliktā pieredze (Lunt et al., 2011)⁶⁰. Autors A. Bustamante (Bustamante) atbalsta viedokli, ka cilvēka lēmumu doties ārstēties pāri robežai galvenokārt ietekmē veselības aprūpes sistēma viņa mītnes valstī: pakalpojumu piedāvājums, finansējums, normatīvais regulējums, arī pakalpojuma izmaksas, kvalitāte un gaidīšanas rindas, kā arī viņa iegūtā negatīvā pieredze (Bustamante, 2014)⁶¹.

Ņemot vērā jaunus Eiropas pilsoņu brīvas pārvietošanās un pacientu mobilitātes un veselības aprūpes patēriņa modeļus, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji pārorientē savus pakalpojumus, lai nodrošinātu pieprasījumu pēc pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumiem. Līdz ar to, palielinās ārējā konkurence veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju starpā, kas, savukārt, potenciāli veicina veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un inovatīvas pieejas pakalpojumu sniegšanā, kas savukārt pozitīvi var ietekmēt pacientu pieredzi un apmierinātību.

Kā uzsver M. Porters, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju panākumi, piesaistot pacientus no citām valstīm un veidojot to pozitīvu pieredzi, ir atkarīgi no to spējas būt konkurētspējīgiem reģionālā un globālā līmenī, nodrošināt augstas kvalitātes pakalpojumus un apmierināt pacientu gaidas un uzticību ilgtermiņā (Porter, 2006). Teorētiski konkurence ietekmē iespējas maksimāli palielināt sociālo labklājību nodrošinot jaunu pacientu piesaisti un pozitīvas pieredzes gūšanu efektīvas veselības aprūpes nodrošināšanā, pamatojoties uz sociāli optimālas cenas un kvalitātes kombināciju (Baker, 2001).

Pasaulē veidojas medicīnas tūrisma megavalstis un pilsētas, pie kurām var pieskaitīt, piemēram, Singapūru un Dubaju. Augstākās klases medicīnas tūrisma pakalpojumu sniegšana ir daļa no šo pilsētu un valstu attīstības stratēģijas. Piemēram, *Dubai Health Care City* izveides mērķis ir piesaistīt medicīnas tūristus no Tuvajiem Austrumiem un novērst potenciālo pacientu došanos uz

⁵⁹ Glorious B., Grabowska-Lusinska I. & Kuvik A. (2013). Mobility in transition. Migration patterns after EU enlargement, Amsterdam: Amsterdam University Press.

⁶⁰ Lunt N., Smith R.D., Mannion R. et al. (2014). Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches. Southampton (UK): NIHR Journals library; (Health services and delivery research, No. 2.2.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263160/> doi: 10.3310/hsdr02020

⁶¹ Bustamante A.V. (2014). Globalization and medical tourism: the North American experience comment on "Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective". *International journal of health policy and management*, 3(1), 47–49. doi:10.15171/ijhpm.2014.57

Āziju. Singapūra kopš 2001. gada ir paplašinājusi savu darbību, realizējot aktivitātes biomedicīnas un biotehnoloģiju jomās. Savukārt, Turcijā un Indijā ir izveidoti veselības aprūpes iestāžu tīkli, kuros iesaistās un apvienojas vairākas starptautiski akreditētas slimnīcas (Lunt & Carrera, 2011)⁶². Vienlaikus pētnieki norāda, ka šāda attīstība iespējama ar lielu valsts politikas, dažādu eksporta atbalsta aģentūru un kreditoru atbalstu medicīnas tūrismam. Autori L.Hopkinsa, R.Labonte, V.Runnele un K. Pakere kā pozitīvu aspektu norāda to, ka pozitīva pacientu pieredze pārrobežu veselības aprūpē nodrošina papildus investīcijas nacionālajās veselības sistēmās, ko var novirzīt pakalpojumu sniegšanā saviem pastāvīgajiem iedzīvotājiem (Hopkins et al., 2010)⁶³.

Pētījumi atspoguļo objektīvi pieaugošas bažas par ārzemēs sniegtās medicīniskās aprūpes kvalitāti un drošību, stabilu klīniskās pārvaldības kārtību un kvalitātes nodrošināšanas procesu pakalpojumu sniedzošajā iestādē, kā arī nepieciešamību detalizētāk vērtēt pārrobežu aprūpes ietekmi.

Kā būtisks aspekts minēts potenciālais izmaksu pieaugums mītnes zemes veselības aprūpes sistēmā, kas negatīvi ietekmē pacientu apmierinātību un to tālāko pieredzes veidošanu. Autori J.Hanefelde, D.Horsfalls, N. Lunts un R.Smits, pauž viedokli, ka valstīs, kurās tiek piesaistīti daudzi medicīnas tūristi, vietējie pacienti var piedzīvot negatīvu pieredzi saistībā ar cenu pieaugumu vietējā tirgū (Hanefeld et al., 2013)⁶⁴. Kanādā veikts pētījums apstiprina, ka medicīnas tūrismam var būt negatīva ietekme un nevēlama ietekme uz pacientu mītnes zemes veselības aprūpes izmaksām pēcoperāciju komplikāciju ārstēšanai (Crooks et al, 2013)⁶⁵. Literatūrā apskatīti gadījumi, kad pacienti gūstot negatīvu pieredzi atgriežas mītnes zemē ar komplikācijām un rada papildus izmaksas mītnes zemes veselības aprūpes sistēmai tālākai ārstēšanai vai komplikāciju novēršanai, kā arī pastāv nepilnīga komunikācija un ierobežota pieeja pacientu medicīnas dokumentācijai (Hanefeld, 2014).

Lai arī tiek atzīts, ka novērojams valstu pieredzes pieaugums pārrobežu veselības aprūpes nodrošināšanā, kā galvenais bažu pamats joprojām ir citā valstī saņemtā pakalpojuma kvalitāte un veselības aprūpes speciālistu kompetence. Autori L.Turners S. Verra, R.Kroēze un K.Ruggeri min pastāvošās nepilnības pacientu piesaistē un pozitīvas pieredzes veidošanā - ierobežoto informāciju par pacientu drošību, aprūpes kvalitāti, pacientu medicīnisko datu pārsūtīšanas problēmas, aprūpes

⁶² Lunt N. & Carrera P. (2011). Advice for prospective medical tourists: systematic review of consumer sites. *Tourism Review*, 66, 57-67

⁶³ Hopkins K., Labonte R., Runnels V. & Packer C. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public health policy*, 31(2):185–198. doi: 10.1057/jphp.2010.10.

⁶⁴ Hanefeld J., Horsfall D., Lunt N. & Smith R. (2013). Medical tourism: a cost or benefit to the NHS? *PLoS One*, 8 (10), e70406.

⁶⁵ Crooks V. A., Turner L., Cohen I. G., Bristeir J., Snyder J., Casey V. & Whitmore, R. (2013). Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ open*, 3(2), e002302. doi:10.1136/bmjopen-2012-002302

nepārtrauktības un aprūpes izmaksu atlīdzināšanas nepilnības (Turner, 2011)⁶⁶, (Verra et al, 2016)⁶⁷. Autori N.Lunts, R.Smits, R.Mannions, S. Grīns, un M Eksvortijs (Lunt et.al, 2011)⁶⁸ pētījumā par parrobežu veselības aprūpes ietekmi uz Lielbritānijas veselības aprūpes sistēmu secinājuši, ka, neskatoties uz šķietamo izmaksu ietaupījumu, kas rodas pacientiem saņemot lētāku pakalpojumu citā valstī, nepieciešams uzskaitīt pacientu negatīvajā pieredzē gūto komplikāciju radītos zaudējumus un citus ilgtermiņa efektus nekvalitatīva pakalpojuma gadījumā. Pētījumos minēti arī citi riski: nepietiekama ietekmes novērtēšana uz sabiedrības veselību kopumā, piemēram, antimikrobo rezistenci un infekciju izplatību, nepietiekama informācija par pakalpojumu sniedzēju, bažas par profesionālo un klīnisko praksi (Lunt et.al., 2011).

Pētnieku grupa M.Vismāra vadībā (Wismar et al, 2011)⁶⁹ atzinusi, ka pastāv atšķirības pacientu piesaistē un to pieredzes veidošanā, jo to ietekmē atšķirīga pieeja sadarbības organizēšanā starp dažādiem veselības aprūpes sistēmas dalībniekiem, medicīnas prakses atšķirības, finansiālie šķēršļi un administratīvās grūtības pakalpojuma saņemšanā.

Pētnieku grupa C.Knai, K.Fūtmane, K. Glonti, E.Varrena un D.Panteli, kas pētījuši medicīnas praksi dažādās ES dalībvalstīs, secina, ka pastāv atšķirības uz pierādījumiem balstītu medicīnas pamatnostādņu pielietošanā, medicīnas profesionāļiem ir maz zināšanu par pārrobežu pacientu plūsmas organizēšanu, kā arī pastāv nepieciešamība pēc pacientu elektronisko medicīnas izrakstu tehnoloģiskās standartizācijas un savietojamām IKT platformām. Pacienti, balstoties uz savu pieredzi, norāda uz labākas komunikācijas nepieciešamību. Saskaņā ar pētījuma *Europa Survey 2012* datiem Vācijas respondenti (N=17000) norādīja, ka 37% gadījumu pēc negatīvās pieredzes saistībā ar veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanu citā valstī, bija nepieciešamība turpināt ārstēšanos mītnes zemē, kā arī norādījuši, ka praktiski nav komunikācijas starp ārstējošajiem ārstiem dažādās valstīs (Knai et al., 2013)⁷⁰.

Lai arī nepastāv vienota veselības aprūpes kvalitātes definīcija, visbiežāk minētie kvalitātes parametri, kas tiešā veidā ietekmē pacienta pieredzi, ietver aprūpes efektivitāti, piekļuvi, drošību, taisnīgumu, piemērotību, savlaicīgumu, pieņemamību, apmierinātību un nepārtrauktību. Valstu

⁶⁶ Turner L.G. (2011). Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies, *International journal for quality in health care*, 23(1), pp. 1–7.

⁶⁷ Verra S.E., Kroeze R., & Ruggeri K. (2016). Facilitating safe and successful cross-border healthcare in the European Union. *Health policy*, 120, pp. 718-727.

⁶⁸ Lunt N., Machin L., Green S. & Mannion R. (2011). Are there implications for quality of care for patients who participate in international medical tourism? *Expert rev. pharmacoeconomics outcomes res.* 11(2), 133–136, 10.1586/ERP.11.4

⁶⁹ Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. & van Ginneken E. (2011). Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. World Health Organization on behalf of the European observatory on health systems and policies.

⁷⁰ Knai C., Footman K., Glonti K., Warren E. & Panteli D. (2013). Disease management across borders. *Eurohealth*, Vol.19, no.4.

nacionālo politiku analīze (Wismar et al., 2011)⁷¹ liecina, ka ir ievērojamas atšķirības, cik lielā mērā dažādās valstīs tiek īstenotas veselības aprūpes kvalitātes programmas. Pastāv daži vispārēji regulēti kvalitātes nodrošināšanas aspekti, kas saistīti ar farmaceitisko produktu vai medicīnas ierīču efektivitāti un drošību, bet citās jomās, piemēram, klīniskās aprūpes kvalitātes nosacījumos un regulācijā ir liela daudzveidība, kas aptver obligātus un brīvprātīgus kvalitātes instrumentus.

Kā svarīgākais pārrobežu veselības aprūpes aspekts tiek uzsvērts pacientu tiesību ievērošana, kas ietekmē uzticību konkrētajai veselības aprūpes sistēmai. Pacienti, meklējot pārrobežu veselības aprūpes iespējas Eiropā, sagaida pozitīvu pieredzi par viņu individuālo tiesību īstenošanu tādās jomās kā pietiekama informācijas pieejamība par piedāvāto pakalpojumu, privātums un viņu veselības datu aizsardzība, sūdzību mehānisma pieejamība, kaitējuma atlīdzības iespējas, u.c. (Wismar et al., 2011, PVO, 2014). Tādējādi uzmanība pastiprināti tiek pievērsta pacientu apmierinātībai un pieredzei saistībā ar to tiesību ievērošanu pārrobežu veselības aprūpes kontekstā (Finkel, 2016). Vispārējas informācijas sniegšana par pārrobežu veselības aprūpi ir būtisks nosacījums, lai pacienti varētu izdarīt informētu izvēli un īstenot savas tiesības uz savas veselības uzlabošanu, uzsver autore S. de La Rosa (De La Rosa, 2012).

Vienotu pieeju pacientu tiesību īstenošanā saņemot veselības pakalpojumus, reglamentē Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīva 2011/24/ES (turpmāk – Direktīva) *par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē*⁷². Direktīva nosaka tiesisko regulējumu un nosacījumus veselības aprūpes sistēmām un pakalpojumu sniedzējiem, lai tie varētu darboties starptautiskā vidē. Direktīva precizē nosacījumus, kas jāievēro, sniedzot pārrobežu veselības aprūpi, kā arī pacientu tiesības iegūt informāciju jomās, kuras tiešā veidā ietekmēs to apmierinātību un tālāko pieredzi :

- Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un to sniegto pakalpojumu regulējums;
- Pacientu tiesību nodrošināšana;
- Sūdzību izskatīšanas procedūra;
- Juridiskās un administratīvās strīdu izšķiršanas iespējas;
- Kvalitātes un pacientu drošības standarti, kā arī veselības aprūpes iestāžu atbilstība šiem standartiem;
- Veselības aprūpes iestāžu uzraudzības un novērtēšanas nodrošināšana;
- Veselības aprūpes iestāžu pieejamība personām ar invaliditāti.

⁷¹ Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. & van Ginneken E. (2011). Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. World Health Organization on behalf of the European observatory on health systems and policies.

⁷² Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē pieejama <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=LV> (skatīts 8.11.19)

Direktīvā noteiktās prasības attiecas gan uz valstu nacionālajām veselības aprūpes sistēmām, gan veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un tās var iedalīt divās kategorijās: (1) valsts jeb makro un mezo līmeņa pasākumi un (2) pakalpojuma sniedzēja institucionāla jeb mikro līmeņa pasākumi.

Valsts (makro un mezo) līmeņa starptautisko prasību nosacījumi

Attiecībā uz **pacientu tiesību ievērošanu**, Direktīva paredz:

- katrai dalībvalstij ir pienākums noteikt atbildīgo iestādi jeb nacionālo kontaktpunktu (turpmāk - NKP), kas ir atbildīgs par pacientu mobilitātes koordināciju un sadarbību starp dalībvalstīm (NVD, 2018. gads).
- NKP ir jāsniedz informācija par konkrēta pakalpojuma sniedzēja tiesībām sniegt pakalpojumus vai tā darbības ierobežojumiem.
- NKP ir jāsniedz informācija par pacientu tiesībām, sūdzību izskatīšanas procedūrām un mehānismiem, kā arī strīdu risināšanai pieejamās juridiskās un administratīvās tiesības, tostarp kaitējuma nodarījuma gadījumā.
- NKP informācijai jābūt viegli pieejamai elektroniskā formātā.

Direktīvā noteiktie **references centru izveides nosacījumi** ir daļa no plašākas kopējās ES veselības jomas stratēģijas, lai veicinātu Eiropas veselības aprūpes sistēmu efektivitāti un ilgtspēju (Eiropas Komisija, 2017). Valsts atbalsts references centra izveidei atvieglo augsta līmeņa medicīnisko zināšanu uzkrāšanu un pārnesi, medicīnisko datu sistēmu izveidi, pētniecības un inovācijas veicināšanu valstī. Eiropas references centra jēdziens ir sinonīms izcilības centra jēdzienam, kas apliecina valsts sniegtā pakalpojuma kvalitāti un ekselenci, un ir ievērojams nosacījums pozitīvas pacientu pieredzes veidošanā:

- Eiropas references centru attīstība vienlaicīgi ir mehānisms pārrobežu sadarbībai starp dalībvalstīm un kopīgo veselības aprūpes sistēmas resursu racionālai sadalei (Rosenmoller et al., 2006).
- References centra statuss liecina par starptautiski atzītu un kvalificētu speciālistu esamību un kapacitāti sarežģītu un kompleksu veselības pakalpojumu sniegšanā.
- Ārstniecības iestādes dalība references tīklā dod piekļuvi references centriem citās valstīs un valsts atbalsts savu nacionālo centru dalībai paplašina to starptautisko atpazīstamību.

Nacionāla līmeņa **veselības aprūpes kvalitātes sistēmas** esamība tiek atzīta kā drošas un efektīvas veselības aprūpes priekšnoteikums, kam ir ievērojama ietekme pacientu piesaistē. Direktīvas izpratnē katra valsts ir atbildīga par kvalitātes prasību noteikšanu, taču valstij jānodrošina starptautiski pieņemtas normas attiecībā kvalitātes standartiem un prasībām veselības aprūpes sistēmām:

- Valstij jānosaka skaidri veselības aprūpes kvalitātes standarti un to ieviešanas un uzraudzības mehānismi.
- Veselības aprūpes iestāžu akreditācija, profesionālās darbības licencēšana un sertifikācija ir kvalitātes sistēmas sastāvdaļas.
- Veselības tehnoloģiju novērtēšanas (angliski – Health technology assessment, jeb HTA) sistēma kā kvalitātes sistēma sastāvdaļa lai nodrošinātu, ka valstī lietotās medicīnas tehnoloģijas ir aprakstītas un reģistrētas, ir izvērtēta to klīniskā un ekonomiskā lietderība un pieejams caurspīdīgs lēmumu pieņemšanas process.

Zinātniskā diskusija raisās ap nepieciešamību starptautiskajā vidē paaugstināt prasības pēc ārstniecības iestāžu neatkarīgas ārējās novērtēšanas jeb akreditācijas, lai nodrošinātu, ka konkrēta veselības aprūpes iestāde atbilst noteiktiem kvalitātes standartiem (Turner 2011)⁷³. Reaģējot uz bažām par pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanu, pasaulē ir izveidotas vairākas neatkarīgas ārstniecības iestāžu akreditācijas shēmas, kuru mērķis ir nodrošināt medicīnisko tūristu aprūpi visaugstākajā kvalitātē (Lunt et al, 2014)⁷⁴. Kā medicīnas tūristu pozitīvo pieredzi pastiprinošs faktors bieži tiek minēta ārstniecības iestāžu nacionālā un starptautiskā akreditācija, kas nodrošina pacientu spēju izdarīt apzinātu izvēli. Uzmanība tiek pievērsta tādām kritiskām jomām kā veselības aprūpes iestāžu darbības standarti, pakalpojumu sniedzēju finansiālā atbildība, pacientu centrētas aprūpes nodrošināšanas nepieciešamība (Kacha et.al, 2016)⁷⁵. Veselības aprūpes pakalpojumu tirgū, kur pacientiem ir pakalpojumu izvēles iespēja, kvalitāte ir svarīgākais diferencētājs pakalpojumu sniedzēju ilgtspējai. Veselības aprūpes standartus un akreditācijas procesus starptautiskajā līmenī saskaņo Starptautiskā veselības aprūpes biedrība (angl. - *The International Society for Health Care Quality, ISQua*) kopš 1997. gada. Akreditācijas procesa “zelta standarts” sastāv no trīs atsevišķām programmām: 1) standartu apstiprināšana; 2) inspektoru apmācība un apstiprināšana; 3) ārstniecības iestāžu akreditācija.

Veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanā izšķir vairākus terminus: licencēšana, akreditācija un sertifikācija.

Licencēšana ir process, kurā valsts iestāde piešķir atļauju individuālam praktiķim nodarboties ar profesiju vai veselības aprūpes iestādei darboties attiecīgajā sfērā. Licencēšana vienmēr ir obligāta un visbiežāk to veic valsts vai tā deleģētas profesionālajām organizācijām.

⁷³ Turner L.G.(2011). Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal of Quality and health care* 23:1–7.10.1093/intqhc/mzq078

⁷⁴ Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S.T, Horsfall D. & Mannion R. (2014), Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD.

⁷⁵ Kácha O., Kovács B. E., McCarthy C., Schuurmans A. A., Dobyns C., Haller E. & Ruggeri, K. (2016). An approach to establishing international quality standards for medical travel. *Frontiers in public health*, 4, 29. doi:10.3389/fpubh.2016.00029

Akreditācija ir formāls process, kurā atzīta akreditācijas organizācija novērtē un atzīst, ka veselības aprūpes iestāde atbilst iepriekš noteiktiem un publicētiem standartiem. Akreditācijas standarti parasti aptver vairākas standartu jomas un tā var būt gan brīvprātīga, gan obligāta (atkarībā no valsts politikas).

Sertifikācija ir process, kurā pilnvarota iestāde (valsts vai nevalstiska organizācija) novērtē un atzīst indivīda vai organizācijas atbilstību iepriekš noteiktajām prasībām vai kritērijiem. Sertifikācija parasti ietver lielāku skaitu standartu nekā licencēšana, bet mazāk standartu nekā akreditācija⁷⁶.

Kā ievērojamāko piemēru veselības aprūpes iestāžu starptautiskajā akreditācijā var minēt neatkarīgo bezpeļņas organizāciju *Apvienotā Starptautiskā komisija* (angl. – *Joint Commission International, JCI*), kuras akreditācija un sertifikācija globāli tiek atzīta kā kvalitātes simbols, un kura kļuvusi par pirmo Pasaules veselības organizācijas sadarbības partneri pacientu drošības jomā 2005.gadā. Citu starpā jāmin arī *DNV GL – Starptautiskā Veselības aprūpes Akreditācija* (angl. – *DNV GL – International Healthcare Accreditation*) programma⁷⁷, Kanādas Akreditācijas (angl. – *Accreditation Canada*) programma⁷⁸, Globālās Veselības aprūpes akreditācijas (angl. – *Global Health Care Accreditation*) programma⁷⁹, kas kopumā vērstas uz pacientu pieredzi, operacionālo ekselenci un biznesa stratēģiju visa pacienta aprūpes procesā.

Direktīvā atzīmēta arī **veselības informācijas un komunikācijas (IKT) sistēmu un komunikācijas faktoru loma** un nozīmība, kas ir katras valsts līmeņa kompetence. Papildus tiek uzsvērta IKT valstu sistēmu savietojamības nozīme un tādu pasākumu īstenošana pacientu piesaistes un pieredzes uzlabošanā, kas palīdz uzlabot pacientu medicīnisko datu pārsūtīšanu, pakalpojuma cenas un norēķinu informācijas savlaicīgu komunikāciju un atvieglo pakalpojuma medicīnisko uzraudzību. Nacionālā e-veselības sistēma ir būtiska IKT sistēmu attīstībai veselības aprūpes iestādēs, jo tās veido tehnoloģisko platformu un izstrādā standartizācijas sistēmu (Bodolica, 2016).

Ārstniecības iestāžu (mikro) līmeņa starptautisko prasību nosacījumi.

Veselības aprūpes pakalpojuma specifika prasa nodrošināt ārstniecības iestāžu līmenī informāciju attiecībā uz to sniegto pakalpojuma kvalitāti, spektru, medicīnisko uzraudzību, konfidencialitāti un pacienta tiesību ievērošanu (Direktīva 2011/24/ES).

⁷⁶ Zook Ch.(2018). Certification vs. accreditation vs. licensure: What's the difference in health care? Pieejams: <https://www.aeseducation.com/blog/certification-accreditation-licensure-whats-the-difference-in-health-care>(skatīts 8.11.19)

⁷⁷ International healthcare accreditation.Pieejams:<https://www.dnvgl.com/services/international-healthcare-accreditation-7516>(skatīts 8.11.19)

⁷⁸ Global health.Pieejams: <https://accreditation.ca/intl-en/accreditation/qmentum/>(skatīts 8.11.19)

⁷⁹ Cleveland clinic.Pieejams: <https://globalhealthcareaccreditation.com/>(skatīts 8.11.19)

Starptautiskās kokurences apstākļos arvien svarīgāks kļūst veids, kādā veselības aprūpes sniedzēji uzrunā savus potenciālos klientus un veido viņu pieredzi ilgtermiņā. Uz klientu orientēta komunikācija rada uzticību un palīdz pacientiem izdarīt izvēli par pakalpojumu un veselības aprūpes iestādi. Pacientu pozitīvo pieredzi būtiski ietekmē veselības aprūpes iestādē īstenotie elektroniskie medicīniskie ieraksti, informācija par ārstēšanas vadlīniju ievērošanu un ārstēšanas rezultātu uzraudzību. Savstarpēji savietojamas IKT sistēmas nodrošina pacientu informācijas apmaiņu ar pacientu mītnes valstu ārstniecības personām un iestādēm, kā arī trešās puses maksātājiem (vairāk par komunikācijas un mārketinga pasākumiem aprakstīts 1.4.apakšnodaļā).

Autore piekrīt literatūrā paustajam, ka skaidri definēta veselības nozares kvalitātes un pacientu drošības sistēma garantē, ka ārstniecības process tiek organizēti tādējādi, lai nodrošinātu nepārtrauktu kvalitātes uzlabošanu un samazinātu medicīnisko kļūdu un pacientu negatīvās pieredzes risku, ietekmētu kontekstuālos faktoros un attīstītu organizāciju kultūru (WHO, 2006; Singer et al, 2015)^{80 81}. Tādējādi arvien vairāk uzmanība tiek pievērsta veselības aprūpes iestāžu starptautiskajai akreditācijai vai prasībām, ko nosaka starptautiski atpazīstama nacionālās kvalitātes sistēma. Starptautiskā akreditācija ir kļuvusi par spēcīgu veselības aprūpes organizācijas kvalitātes rādītāju, kas ļauj veselības aprūpes iestādēm pierādīt savu uzticamību un ilgspēju globālajā pakalpojumu tirgū un salīdzināt savu darbību starptautiskā mērogā (OECD, 2017)⁸². Virkne autoru, piemēram, S.Nuti, C.Seghieri, M.Vainieri, uzsver, ka ārstniecības procesa nevienlīdzību mazināšanai jānodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju salīdzinošā novērtēšana dažādās ģeogrāfiskajās teritorijās, lai integrētu uzraudzības darbību ar pienācīgu darbības novērtēšanas procesu (Nuti et al., 2013, Nuti et al., 2016). Autori J.Hibarda, J.Stokards un M.Tuslers pauž viedokli, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības kvalitātes indikatoriem jābūt publiski pieejamiem (Hibbard et.al, 2003)⁸³.

Tā kā ārstniecības iestāžu starptautiskās akreditācijas process ir sarežģīts, prasa ilgtermiņa pieeju un ievērojamus līdzekļus, būtiska ir valsts nostāja un atbalsts šī procesa īstenošanā. Starptautiskā akreditācija sniedz konkrētai iestādei ievērojami plašākas iespējas pakalpojumu sniegšanai globālajā veselības aprūpes pakalpojumu tirgū.

Autore apkopojusi veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas starptautiskās prasības, tās iedalot valsts jeb nozares līmeņa un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju līmeņa pasākumos

⁸⁰ World health organization (2006). Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. WHO press, https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

⁸¹ Singer S. J., Benzer J. K. & Hamdan S. U. (2015). Improving health care quality and safety: the role of collective learning. *Journal of healthcare leadership*, 7, 91–107. doi:10.2147/JHL.S70115

⁸² OECD (2017). Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>

⁸³ Hibbard J., Stockard J. & Tusler M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health affairs*, Vol. 22, No. 2, p. 18.

divos griezumos: (1) Pacientu tiesību nodrošināšana Direktīvas izpratnē un (2) Prasības pacientu drošības un pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanai (skatīt 1.5.tabulu).

1.5.tabula

Starptautiskās prasības veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā

Pasākumu līmenis	Prasības pacienta tiesību nodrošināšanai (Direktīva 2011/24/ES)	Prasības pacientu drošības un pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanai
Pakalpojumu sniedzēju (mikro) līmenis	<ul style="list-style-type: none"> - Informācija par veselības aprūpes iestādes sniegtajiem pakalpojumiem; - Pacientu tiesību nodrošināšana; - Sūdzību izskatīšanas procedūra; - Juridiskās un administratīvās strīdu izšķiršanas iespējas; - Kvalitātes un pacientu drošības standarti; - Medicīniskās uzraudzības nodrošināšana; - Informācija par pakalpojuma cenu un norēķiniem; - Elektronisko medicīnas datu pieejamība; - Infrastruktūras pieejamība personām ar invaliditāti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Iestādes pacientu drošības un kvalitātes un sistēmas caurskatāmība; - Ārstniecības procesa kvalitātes standarti; - Ārstniecības iestādes akreditācija; - Ārstniecības iestādes pacientu drošības un kvalitātes indikatoru vērtējums; - Ārstniecības personu kvalifikācijas un pieredzes apliecinājums
Valsts jeb nozares (mezo) līmenis	<ul style="list-style-type: none"> - Nacionālā kontaktpunkta esamība; - Sertificēto veselības aprūpes iestāžu reģistrs; - VA references centru regulējums; - Veselības tehnoloģiju novērtēšanas sistēmas esamība; - Pacientu tiesību un sūdzību izskatīšanas nodrošināšana ārstniecības procesā; - Juridiskās un administratīvās strīdu izšķiršanas iespējas; - Kvalitātes un pacientu drošības standarti, kā arī veselības aprūpes iestādes, kas atbilst šiem standartiem; - Veselības aprūpes iestāžu uzraudzības nodrošināšana; - Profesionalās atbildības apdrošināšana, ārstniecības riska fonda pieejamība; - E-veselības sistēma un medicīniskās informācijas elektroniskas apmaiņas starp valstīm iespēja; - Norēķinu informācijas pieejamība. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valsts visaptverošā veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības sistēmas raksturojums; - Par ārstniecības procesa kvalitāti atbildīgā valsts institūcija; - Ārstniecības iestāžu sertifikācijas informācija; - Valstī reģistrētās medicīnas tehnoloģijas un ierīces; - Medicīniskā procesa kvalitātes standarti; - Informācija par iestādes kvalitātes rādītājiem; - Medicīniskās izglītības sistēma.

Avots: autores apkopots pēc Turner (2011), Verra (2016), Finkel (2016), OECD (2014), OECD (2017), ES Direktīva 2011/24/ES.

Pētījumi liecina, ka ES dalībvalstu veselības aprūpes sistēmas ievērojami atšķiras pēc to uzbūves, finansēšanas un pakalpojumu nodrošināšanas pieejas, kā arī pastāv būtiskas atšķirības sistēmu snieguma rādītājos un piesaistes mehānismos (OECD/EU, 2017)⁸⁴. Pastāv atšķirības valstu

⁸⁴ OECD/EU (2018), Health at a glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en (skatīts 8.11.19)

veselības aprūpes sistēmās attiecībā uz to organizāciju, kapacitāti, centralizāciju lēmumu pieņemšanas procesā un dalībnieku autonomiju u.c. Tādējādi var paredzēt, ka dažādām valstīm ir jāpieliek atšķirīga mēroga pūles, lai ievērotu ES pārrobežu veselības aprūpes regulējumu un ietekmētu pacientu pozitīvās pieredzes veidošanos. Tā kā starptautisko prasību un rekomendāciju veiksmīga īstenošana ir pamats veselības aprūpes pakalpojumu ārējai konkurētspējai, 3.4.nodaļā autore atspoguļojusi starptautisko prasību nodrošināšanas izpēti gan nozares, gan ārstniecības iestāžu līmenī Latvijā.

1.4.Veselības aprūpes pakalpojumu mārketinga un komunikācijas aspekti ārvalstu pacientu piesaistē

Ikviens ārvalstu pacients ir uzskatāms par veselības aprūpes pakalpojumu mārketinga mērķauditorijas pārstāvi, jo, kā apskatīts promocijas darba 1.3.nodaļā, pārrobežu veselības aprūpes pieaugumu ietekmē gan ekonomiski, gan tiesiski apstākļi. Tālākā pētījuma gaitā autore ir padziļināti pētījusi mārketinga un komunikācijas aspektus, lai noteiktu faktorus, kuri nosaka veiksmīgu pakalpojumu mārketingu un pacientu piesaisti veselības aprūpē.

Pētījumi liecina, ka mārketinga un komunikācijas aspekti aplūkojami mikro, mezo un makro līmeņos. Mikro līmeņa mārketinga komunikācijas loma, līdzīgi kā citās nozarēs, ir nodot ziņu individuālajiem pacientiem, kuri ir potenciālie klienti, par savu piedāvājumu un pārliecināt tos izvēlēties konkrētās valsts konkrētā uzņēmuma sniegtos pakalpojumus. Mezo līmeņa mārketinga aktivitāšu un komunikācijas loma ir piesaistīt nozarei vai atsevišķām savstarpēji saistītām nozares uzņēmumu grupām (piemēram, pakalpojumu eksportētājiem). Makro līmeņa pasākumi ir vērsti uz mārketinga aktivitāšu ietekmi uz valsts kā tūrisma galamērķa izvēli un sabiedrību kopumā (Oliver, 2010)⁸⁵.

Mārketingu un komunikāciju ir vienlīdz svarīga tiem pakalpojumu sniedzējiem, kuri sniedz pakalpojumus ārvalstu pacientiem gan Direktīvas un EK regulas ietvaros, gan medicīnas tūrisma maksas pakalpojumus. Atsevišķa mērķa grupa varētu būt personas, kas pacientus pavada, jo arī tās izmanto galamērķa tūrisma infrastruktūru, telpas un laika pavadīšanas iespējas. Šī pētījuma ietvaros, kas ir īpaši svarīgi mārketinga un komunikācijas gadījumā, pārrobežu veselības aprūpes pakalpojums tiek nodalīts no vispārīga spa un labjūtes (angliski – *spa and wellness*) tūrisma pakalpojuma, kas koncentrējas uz ķermeņa relaksāciju, dziedināšanu vai kosmētiskām procedūrām spa tipa iestādēs, (Smith & Puczko, 2014)⁸⁶. Medicīnas tūrisms attiecināms uz ārvalstu pacientiem, kuri meklē ārstēšanās iespējas citās valstīs vai nu zemāku izmaksu, ātrākas pieejamības, vai

⁸⁵ Oliver R.L. (2010). Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer. 2nd Ed. Routledge, New York, p.5-6.

⁸⁶ Smith M.K. & Puczko L. (2014). Health, tourism and hospitality. Spas, wellness and medical travel. 2nd Ed. Routledge, New York, p. 10-15.

augstākas kvalitātes dēļ (Connell, 2011)⁸⁷. No pakalpojumu teorijas viedokļa (Parasuraman, 1985; Greitāne, 2011, Goyal, 2013, Kotler, 2010)^{88 89 90 91} brīvās konkurences tirgus apstākļos pieejams veselības aprūpes pakalpojums atbilst klasiska pakalpojuma īpašībām un tas ir atšķirīgs no produktu ražošanas sekojošos veidos:

- pakalpojums pēc būtības nav fiziski taustāms (angliski – *service intangibility*), lai arī pakalpojuma sniegšanai var izmantot ierīces vai priekšmetus;
- tas ir daudzveidīgs, un pakalpojuma kvalitāte var būt mainīga – tā nav pilnībā standartizējama, atšķirībā no ražošanas (angliski – *service variability*);
- notiek vienlaicīga tā sniegšana un patērēšana (angliski – *service inseparability*);
- tas nav uzglabājams vēlākai lietošanai (angliski – *perishable*);
- nevienai pusei nav īpašuma tiesību uz pakalpojumu – tas tiek radīts un pastāv tikai sniegšanas procesā.

Sekojoši autore secina, ka mārketinga aktivitāšu īstenošanā izmantojama tradicionālā pakalpojumu mārketinga pieeja, vienlaikus ņemot vērā veselības aprūpes pakalpojumu un tirgus specifiku (raksturots 2.1.nodaļā).

Par vienu no populārākajām pakalpojumu mārketinga teorijām uzskatāms “Tirgvedības komplekss” jeb Mārketinga miksa⁹² (angliski – *Marketing mix*) modelis, kas raksturo mārketinga instrument kombināciju, **lai optimāli apmierinātu klientu vajadzības un nodrošinātu klientu apmierinātību ar saņemto pakalpojumu. Tas uzskatāms par pakalpojumu mārketinga aktivitāšu virsmērķi.** Modeļa pamatā ir četru tradicionālu tirgvedības instrumentu — produkta, cenas, vietas un virzīšanas tirgū — kombinācijas izvēle, kas ļauj visoptimālāk apmierināt klientu vajadzības. Angļu valodā šie četri tirgvedības instrumenti zināmi kā "4P" — *Product, Place, Price, Promotion*⁹³ (latviski – produkts, vieta, cena, virzīšana). No pacientu piesaistes un pieredzes veidošanas viedokļa ieteicams apzināt nedaudz citu “4P” kombināciju – *Physicians, Partners, Places, Processes* (latviski - ārsti, partneri, vietas, procesi), skat.1.6.tabulu.

⁸⁷ Connell J. (2011). Medical tourism. MPG Books Group, Preston, UK.

⁸⁸ Parasuraman A., Zeithaml V.A. & Berry L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, Vol. (49), pp. 41–50.

⁸⁹ Greitāne R. (2011). Pakalpojumu kvalitātes ekonomiskā nodrošināšana mazos un vidējos uzņēmumos. Promocijas darba kopsavilkums. Rīgas Tehniskā Universitāte.

⁹⁰ Goyal A. (2013). Innovations in services marketing and management: strategies for emerging economies. IGI global, 331 p.

⁹¹ Kotler P., Brown I., Burton S., Deans K. & Armstrong G. (2010). Marketing. 8th Ed. Sydney, Australia: Pearson.

⁹² Akadēmiskā terminu datubāze AkadTerm. Marketing mix. Pieejams tiešsaistē: <http://termini.lza.lv/term.php?term=Marketing%20mix>

⁹³ McCarthy E.J.(1960). Basic marketing: a managerial approach. Homewood, IL: Irwin.

Pacientu pieredzes 4P elementi^{94 95 96 97 98 99 100}

Pacientu pieredze	Ārsti	Partneri	Vieta	Procesi
Laika ieguldījums pakalpojumā	*	*		*
Skaidras un detalizētas saziņas ar veselības aprūpes speciālistiem nodrošināšana	*	*		*
Pacientu ārstēšana kopumā	*	*		*
Precīza klienta vajadzību hierarhijas noteikšana		*		*
Pacienta uztveres noteikšana		*		*
Pacienta un pakalpojumu sniedzēja zināšanu saskaņošana	*	*		*
Efektīvas saziņas starp veselības aprūpes speciālistiem un pacientiem veicināšana	*	*	*	*
Darba vietas kultūra	*	*	*	*
Drošas un apmierinošas darba vides izveidošana				
Balstīšanās uz esošajiem kultūras elementiem	*	*	*	*
Līdzjūtība, nogurums un emocionālā izturība	*	*	*	*
Pacientu pieredze	Ārsti	Partneri	Vieta	Procesi
Kultūras kompetences apmācības īstenošana	*	*		*
Prakses modeļi	*	*	*	*
Klīvlendas klīnika (ASV): Koncentrēšanās uz empātiju, iesaistīšanās un motivācija	*	*	*	*
Mayo klīnika (ASV): pacientvērsta kultūra	*	*	*	*
Disney klīnika (ASV): koncentrēšanās uz standartiem un akcents uz darbinieku radošumu	*	*	*	*
Ritz-Carlton klīnika (ASV): koncentrēšanās uz “zelta” standartiem un cenšanās nodrošināt “wow” pieredzi(ārpus cerētā)	*	*	*	*

Avots: autores izveidots

Pacientu pieredze ir arī cieši saistīta un ietekmē vispārējo organizācijas kultūru, ko ietver saskarsme ar ārstiem, citiem aprūpes komandas locekļiem un partneriem aprūpes sniegšanā, kā arī

⁹⁴ Kash B.A., McKahan M., Tomaszewski L.& McMaughan D. (2018).The four Ps of patient experience: a new strategic framework informed by theory and practice. *Journal in Health Marketing Quarterly*, 35(1) pp.1-13.

⁹⁵ Berry L. L., Seiders K. & Grewal D. (2002). Understanding service convenience. *Journal of Marketing*, 66(3), 1–15.

⁹⁶ Boudreaux E. D., Ary R. D., Mandry C. V. & McCabe B. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 395–399.

⁹⁷ Homburg C., Wieseke J. & Bornemann T. (2009). Implementing the marketing concept at the employee-customer interface: the role of customer need knowledge. *Journal of Marketing*, 73(4), 65–79.

⁹⁸ Kumar V. & Reinartz W. (2016). Creating enduring customer value. The AMA/MSI special issue *Journal of Marketing*, 80(6), 37–67.

⁹⁹ Dempsey C., Wojciechowski S., McConville E., & Drain M. (2014). Reducing patient suffering through compassionate connected care. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 520–523.

¹⁰⁰ Merlino J. I. & Raman A. (2013). Health care’s service fanatics. *Harvard Business Review*, 91(5), 108–116.

dažādās aprūpes vietas un procesi. (Lorsch & McTague, 2016). 4P modelis veido pacientvērstu sistēmu, kas kalpo par ceļvedi veselības aprūpē, pozitīvi ietekmējot pacienta pieredzes un apmierinātības veidošanos.

Tradicionālā pakalpojumu mārketinga gadījumā Mārketinga miksa modelis ir papildināts ar vismaz trijiem papildus faktoriem¹⁰¹ (skat. 1.7.tab.) – cilvēkiem (angliski – *People*), fizisku vidi (angliski – *Physical evidence*) un procesiem (angliski – *Process*) un veido “7P” modeli.

1.7.tabula

Mārketinga mix jeb “7P” modelis pakalpojumu uzņēmumiem

1.Produkts	2.Vieta	3.Virzīšana	4.Cena
Fiziskās īpašības	Noietā kanālu veidi	Veicināšanas plans	Elastīgums
Kvalitātes līmenis	Pārklājums	Pārdošanas cilvēki	Cenas līmenis
Aksesuāri	Starpnieki	Atlase	Nosacījumi
Iepakojums	Veikalu lokācijas	Apmācības	Diferencācija
Garantija	Loģistika	Bonusi	Atlaides
Produktu līnijas	Noliktava	Reklāma	Piemaksas
Zīmols	Kanālu pārvaldība	Mediju kanāli	
Klientu atbalsts		Reklāmas formāti	
		Pārdošanas veicināšana	
		Publicitāte un PR	
		Digitālā stratēģija	
5.Cilvēki	6.Fiziskā vide	7.Procesi	
Darbinieki	Telpu interjers	Aktivitāšu plūsma	
Atlase	Aprīkojums	Standartizēta	
Apmācības	Vizuālā identitāte	Pielāgota	
Motivācija	Darbinieku formas	Procesu veids	
Atlīdzība	Interneta vietne	Vienkārši	
Komanda	Citi aspekti	Sarežģīti	
Klienti	Gada pārskati	Klientu iesaiste	
Izglītība	Vizītkartes		
Apmācības	Izkārtnes		
	Preses relīzes		

Avots: Zeithaml et al. (2017, 25)

Cilvēki ir visi cilvēki, kuri piedalās pakalpojumu sniegšanā un tādējādi ietekmē pircēja uztveri: proti, uzņēmuma personāls, klients un citi klienti, kas atrodas pakalpojumu vidē. **Fiziskā vide** ir vide, kurā pakalpojums tiek sniegts un kur notiek uzņēmuma un klienta mijiedarbība, kā arī jebkuras taustāmas sastāvdaļas, kas nodrošina pakalpojuma sniegšanu veikspēju vai pakalpojuma komunikāciju. **Procesi** ir visas ar pakalpojumu saistītās procedūras, mehānismi un darbības, lai piegādātu, patērētu un mijiedarbībā izstrādātas - pakalpojumu piegādes un operētājsistēmas.

¹⁰¹ Zeithaml V.A., Bitner M.J. & Gremler D.D. (2017). Services marketing: integrating customer focus across the firm. 7th Ed. Dubuque : McGraw-Hill Education, p.25.

Tāpat teorijā norādīts¹⁰², ka tūrisma tirgvedībā šie "7P" mēdz būt papildināti arī ar tādiem instrumentiem kā kompleksais ceļojums (angliski - *Packaging*), programmēšana (angliski - *Programming*), partnerattiecības (angliski - *Partnerships*), darbs ar sabiedrību (angliski - *Public*). **Kompleksais ceļojums** atspoguļo saistīto un papildinošo viesmīlības un ceļošanas pakalpojumu apvienošanu vienā cenas piedāvājumā. **Programmēšana** ietver īpašu darbību, pasākumu vai programmu izstrādi, lai palielinātu klientu tēriņus vai pārdotu papildu paketi vai citu viesmīlības / ceļojumu pakalpojumu. **Partnerība** attiecas uz viesmīlības un ceļojumu organizāciju vai aģentūru savstarpēju sadarbības veicināšanu un citiem mārketinga centieniem¹⁰³.

Savukārt veselības aprūpes un medicīnas tūrisma kontekstā autori A.Medhekar, M.Ali^{104 105}, kā arī A.Goyal¹⁰⁶ piedāvā ieviest vēl vairākus jaunus mārketinga miksu veidojošos faktorus, kuri saistāmi ar **pacientu izglītošanu** (angliski – *patient education*), **pacientu privātumu** (angliski – *patient privacy*), **pacientu medicīnisko un kulturālo jutīgumu** (angliski - *patient medical and cultural sensitivity*), veidojot "14P" modeli tieši medicīnas tūrisma īstenojošajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju uzņēmumiem (skat.1.8.tab).

Pacientu piesaiste saistāma ar informācijas nodrošināšanu, lai pacients varētu izdarīt informētu izvēli par nepieciešamo manipulāciju un sagaidāmo pakalpojumu kopumu. Veselības aprūpes pakalpojumu tirgus nepilnību un specifiskas dēļ pacientu informētai izvēlei vienmēr būs ierobežojumi, kas saistīti ar konkrētā pakalpojuma būtību un sniegšanas nosacījumiem.

Pacientu privātums saistāms ar informācijas, kas attiecas uz pacienta veselības stāvokli, diskretumu un nepieciešamību nodrošināt konfidencialitāti pakalpojuma saņemšanas laikā un arī pēc pakalpojuma saņemšanas no klīnikas personāla un citu iesaistīto pakalpojuma sniedzēju puses. Pacientu medicīniskais un ar kultūras aspektiem saistītais jutīgums attiecināms uz dažādiem aspektiem galamērķa valstī, kur paredzēts saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Tas attiecas uz farmakoloģisko līdzekļu izmantošanu, diētas ierobežojumu pieejamību, vides pieejamību, valodas barjerām, kultūras un reliģiskajām tradīcijām, kas gan atsevišķi, gan kopumā var ietekmēt pakalpojuma saņemšanas izvēli.

¹⁰² Akadēmiskā terminu datubāze AkadTerm. Marketing mix. Pieejams tiešsaistē: <http://termini.lza.lv/term.php?term=Marketing%20mix>(skatīts 18.01.18)

¹⁰³ Morrison, A. (2010). *Hospitality and travel marketing*. 4th Ed. Albany, NY: Delmar Cengage Learning, p.392.

¹⁰⁴ Medhekar A. (2010). Growth of medical tourism in India and public-private partnerships. The proceedings of the 7th IIDS, International Conference on Development, Calcutta 13 to 19 December.

¹⁰⁵ Medhekar A. & Ali, M. (2012). A cross-border trade in healthcare services: Bangladesh to India. *The business and management review*, Vol. 2(1): 1-13.

¹⁰⁶ Goyal A. (2013). *Innovations in services marketing and management: strategies for emerging economies*. IGI Global, p. 58-60.

Mārketinga mix jeb “14P” modelis veselības aprūpes nozares uzņēmumiem, kuri nodarbojas ar medicīnas tūrismu

1. Produkts	2. Manipulāciju (pakalpojumu), ceļošanas un tūrisma izmaksas (cena)	3. Medicīnas tūrisma galamērķis	4. Medicīnas tūrisma virzīšana un atpazīstamības veicināšana
5. Pacienta un personāla attiecības	6. Taustāmi pierādījumi pasaules klases aprīkojuma un infrastruktūras pieejamībai	7. Procesi vai procedūras	8. Publiskās-privātās partnerības, lai sniegtu un popularizētu pasaules līmeņa, konkurētspējīgu veselības aprūpi
9. Pacienta veselības aprūpes personalizācija	10. Vizuālās identitātes esamība, norādes un publicitātes materiāli	11. Ceļojumu komplektu pieejamība (“viss iekļauts”)	12. Pacientu izglītošana, it īpaši pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietnēs
13. Pacientu privātums	14. Pacientu veselības, medicīniskais un kultūras jutīgums		

Avots: Goyal (2013, 58-60).

Apkopojot pakalpojumu mārketinga teorētiskās atziņas, autore uzskata, ka veselības aprūpes iestādēm nepieciešams uztvert ārvalstu pacientus kā atsevišķu patērētāju segmentu, koncentrēties uz izcilu klientu apkalpošanu un veikt padziļinātu klientu bāzes izpēti, lai iegūtu pilnvērtīgāku izpratni par klientu vēlmēm ar mērķi pilnveidot savu biznesa pieeju.

Mārketinga komunikācijai, tās saturam un efektīvai pārvaldīšanai ir būtiska nozīme veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja konkurētspējas veicināšanai un ārvalstu pacientu piesaistei visos līmeņos – makro līmenī (valsts tēls, valsts politika, ekonomikas un sociālās jomas sniegums), mezo līmenī (nozares politika, stratēģija, vide) un mikro līmenī (pakalpojumu sniedzēja stratēģija, kompetences u.c.).

Valsts kā medicīnas tūrisma galamērķa mārketinga aktivitāšu īstenošanā un medicīnas tūristu piesaistīšanā ievērojama loma ir makro un mezo līmeņa piesaistes aktivitātem, bet pakalpojumu sniedzēju (mikro) līmenī tiek aktualizēts to individuālais piedāvājums un īstenoti centieni būt konkurētspējīgiem citu piegādātāju vidū - salīdzinot gan ar vietējiem, gan citu valstu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Literatūras izpētes rezultātā autore identificējusi kognitīvā medicīnas tūrisma galamērķa tēla četras dimensijas, kuras lietderīgi būtu izmantot ārvalstu pacientu

piesaistes nodrošināšanai: (1) medicīniskais piedāvājums, (2) vispārējā vide un infrastruktūra, (3) tūrisma objekti un (4) sociālā vide (Zhan, 2014)¹⁰⁷, (OECD, 2014).

Ar mārketinga komunikāciju saprotams līdzekļu kopums, ar kura palīdzību pakalpojumu sniedzēji tieši vai netieši informē, pārliecina, atgādina patērētājam par savu produktu un zīmolu, ko tie pārdod. Ārvalstu patērētāju piesaistes komunikāciju raksturo šādas iezīmes: tā ir apzināta darbība (tiek pieliktas pūles, lai panāktu atbildi), tā ir darījums (visi dalībnieki tiek iesaistīti procesā) un tā balstās uz simboliem (vārdiem, attēliem, mūziku un citu maņu orgānu kairinātājiem).

Iepriekš veikto veselības aprūpes pakalpojumu patērētāju pētījumu rezultāti (Rūtītis, 2016)¹⁰⁸ rāda, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir aktuāli efektīvi pārvaldīt mārketinga komunikāciju pacientu piesaistes radīšanai, veicināt uzņēmuma zīmola atpazīstamību, kā arī izcelt atsevišķu uzņēmuma speciālistu profesionālo pieredzi un kompetenci. Mārketinga komunikācijā veselības aprūpes uzņēmumiem vienlīdz svarīga ir korporatīvā tēla veidošana un nostiprināšana, kā arī tā atpazīstamības un piesaistes veicināšana, izmantojot dažādus mārketinga instrumentus, gan arī saskaņotas un atbilstošas informācijas sniegšana pacientiem par individuālo speciālistu pieredzi un viņu profesionālajiem sasniegumiem.

Atbilstoši teorijai (Melevar & Karaosmanoglu, 2006)¹⁰⁹ mārketinga komunikācija ir viens no pilnībā pārvaldāmiem korporatīvās komunikācijas dimensiju veidojošajiem faktoriem uzņēmuma līmenī. Iepriekš veiktie pētījumi par korporatīvās identitātes pārvaldību Latvijas veselības aprūpes nozares uzņēmumos norāda, ka efektīvi pārvaldīta korporatīvā identitāte veicina medicīnas tūristu piesaisti, uzņēmumu konkurētspējas nostiprināšanu un pacientu apmierinātības uzlabošanu (Šķiltere et al, 2017)¹¹⁰.

Iepriekš raksturotie pacientu auditorijas pētījumu rezultāti saskan ar atziņu, ka **tīmekļa vietnes un sociālie tīkli** mūsdienās ir būtiskākie informācijas kanāli pacientu piesaistei, kuros potenciālais klients meklē sākotnējo informāciju par iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumu ātrāk, lētāk un kvalitatīvāk (Huerta et al, 2014)¹¹¹. Tas attiecināms arī uz medicīnas tūristu segmentu (Connell, 2011)¹¹². Pacientu piesaistes skatījumā uzņēmumiem ir svarīgi nodrošināt efektīvu digitālo komunikāciju un saziņas iespēju sociālajos tīklos, kā arī uzturēt tīmekļa

¹⁰⁷ Zhan L. (2014). Attractive forces and risks of international medical tourism: a study based on India. *Journal of Chem Pharma Res*, 6: 125–129.

¹⁰⁸ Rūtītis D. (2016). Promocijas darbs. Banku augstskola, pp. 147-149.

¹⁰⁹ Melevar T. & Karaosmanoglu E. (2006). Seven dimensions of corporate identity. *European Journal of Marketing*, Vol. 40 No. 7/8, pp. 846-869.

¹¹⁰ Šķiltere D., Jesiļevska S., Apsalone M., Cals I., Apsīte A., Flores R. M., Batraga A. & Rūtītis D. (2017). Latvijas uzņēmējdarbības konkurētspējas uzlabošanas starpdisciplinārie aspekti. Monogrāfija. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds. R. Škapara un Ē. Šumilo redakcijā, 120 lpp.

¹¹¹ Huerta T.R., Hefner J.L., Ford E.W., McAlearney A.S. & Menachemi N. (2014). Hospital website rankings in the United States: expanding benchmarks and standards for effective consumer engagement. *Journal of Medical Internet Research*, Vol.16(2):e64

¹¹² Connell J. (2011). Medical tourism. MPG Books Group, Preston, UK.

vietni, kas kalpotu gan kā digitālās komunikācijas kanāls, gan korporatīvās un mārketinga komunikācijas kanāls, gan arī kā atgriezeniskā saite saziņai ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju paralēli tradicionālajam pacientu atbalstam izmantojot e-pastu, telefonu, kā arī sociālos tīklos.

Caur sociālo tīklu komunikācijas kanāliem informāciju var viegli nodot ne tikai pašmāju pacientiem to piesaistes uzlabošanai, bet arī ārvalstniekiem. Pakalpojumu sniedzēji mārketinga nolūkos izmanto arī reklāmas izvietojumu speciālos izdevumos, dalību izstādēs, bet salīdzinoši retāk tām ir savs darbinieks mārketingā. Ir zināms, ka pacienti lasa arī citu pacientu atsauksmes internetā (John et al, 2018)¹¹³. Pacienti uzticas tiešsaistes pārskatiem tikpat daudz kā ārstu ieteikumiem - 59,9% pacientu izvēlējušies, bet 60,8% noraidījuši ārstu, balstoties uz tiešsaistes avotu informāciju (Ibotson A, 2018)¹¹⁴.

Izvēli par labu kādai ārstniecības iestādei nosaka komplekss pakalpojumu paketes piedāvājums, kurā tiek ņemti vērā ne tikai pakalpojumu raksturojošie aspekti, bet arī citi izvēli ietekmējošie faktori - klimats, uzturēšanās nosacījumi, pārlidojumi u.c. Par medicīnas tūrisma papildus riskiem pacientu piesaistē uzskata komunikācijas problēmas, valodas barjeru, kas pastāv līdzās medicīniskajiem riskiem - proti, zemai pakalpojuma kvalitātei, infekcijas un komplikāciju riskiem. Tādējādi pacienti bieži izvēlas braukt uz valstīm, kur zina viņu dzimto vai kādu no apgūtajām valodām. Pacienti mēdz veidot neformālas tīklojumu grupas, jo tieši caur tīklojumiem iespējams vairāk uzzināt par medicīnas pakalpojumu izvēli un motīviem. Tīklojumu atsauksmes izmanto arī pakalpojumu sniedzēji (Johnston *et al.*, 2010; Chen & Wilson, 2013)^{115 116}. Lēmumu pieņemšanai par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu citā valstī ir svarīgi efektīvi informācijas un komunikācijas modeļi, jo īpaši dažādu sociāli ekonomisko apstākļu gadījumā (Ngamvichaikit & Beise-Zee, 2014)¹¹⁷.

Literatūrā ir aprakstīts, ka gan pacienti, gan pakalpojumu sniedzēji bieži ir neapmierināti ar medicīnisko konsultāciju un nosūtījumu procesu. Pacienti ziņo par savā pieredzē piedzīvoto pārmērīgu gaidīšanas laiku, kā arī nekoordinētiem aprūpes gadījumiem, piemēram, testiem, kas tiek dublēti un nepieejamiem iepriekš iesniegtajiem izmeklējumu rezultātiem. Komunikācijas barjeras

¹¹³ John S, Larke R, & Kilgour M. (2018) Applications of social media for medical tourism marketing: an empirical analysis, *Anatolia*, 29:4, 553-565, DOI: 10.1080/13032917.2018.1473261

¹¹⁴ Ibotson A. (2018). Pacienti uzticas tiešsaistes pārskatiem tikpat daudz kā ārstu ieteikumi. *Health IT Outcomes*. Pieejams: <https://www.healthitoutcomes.com/doc/patients-trust-online-reviews-as-much-as-doctor-recommendations-0001>

¹¹⁵ Johnston R, Crooks V, Snyder J, & Kingsbury P. (2010). *International Journal for Equity in Health*, 9:24 <http://www.equityhealthj.com/content/9/1/24>

¹¹⁶ Chen L. & Wilson M. (2013). The globalization of healthcare: implications of medical tourism for the infectious disease clinician. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 57, Issue 12, Pages 1752-1759, <https://doi.org/10.1093/cid/cit540>

¹¹⁷ Ngamvichaikit A. & Beise-Zee R. (2014). Communication needs of medical tourists: an exploratory study in Thailand, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 8 (1), 98-117.

var izraisīt būtiskus aprūpes pārtraukumus, nepiemērotu ārstēšanu un potenciālu kaitējumu pacienta veselībai (Liddy et.al, 2013)¹¹⁸.

Savukārt, runājot par veselības aprūpes kvalitāti un drošību, pacientu piesaistē ļoti svarīga ir informācija par pakalpojumu kvalitāti attiecīgajā iestādē, taču šāda informācija bieži vien ir asimetriska (Harvey, 2008)¹¹⁹. Pārrobežu veselības aprūpē papildus jāņem vērā juridiskie, ētiskie un praktiskie izaicinājumi pacientiem (Berki, 2017)¹²⁰.

Potenciālie medicīnas tūrisma pakalpojumu patērētāji arvien vairāk izmanto interneta vietnes saziņai ar potenciālajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (Connell, 2006)¹²¹. Tas nozīmē, ka veselības aprūpes sniedzējiem ir svarīgi efektīvi prezentēt sevi un savus pakalpojumus tiešsaistē, lai piesaistītu ārvalstu pacientus (Huerta et.al, 2016)¹²². No mārketinga viedokļa, pakalpojumu plašāka reklamēšana un plašāks piedāvāto pakalpojumu palīdz piesaistīt vairāk medicīnas tūristu un attīstīt šo pakalpojumu nozari (Jabbari et.al, 2013)¹²³.

Sistemātisks 50 tiešsaistes tīmekļa vietņu pārskatā pētnieki N.Lunts un P.Karrera (Lunt, Carrera, 2010)¹²⁴ secināja, ka lielākajā daļā gadījumu vietņu bija informācija par ārstu pieredzi, kvalifikāciju un darba vietām pievienoti pilni CV, sertifikātu kopijas un publikācijas. Retāk bija iespējas atrast detalizētu informāciju par ārstniecības personu veikto procedūru skaitu un pirmsoperāciju konsultācijas iespējamību.

Lai novērtētu ārstniecības iestāžu digitālās komunikācijas prasmes un sniegumu tālākā pētījuma gaitā, autore, pamatojoties uz zinātniskās literatūras analīzi, ir izveidojusi ārstniecības tīmekļa vietņu novērtējuma matricu, pēc kuras veikusi Latvijas ārstniecības iestāžu tīmekļa vietņu novērtējumu (skatīt 2.5.nodaļā) ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā.

1.5.Pacientu apmierinātības un pieredzes novērtēšanas pieejas pacientvērstas veselības aprūpes kontekstā

Pacientu centrētas aprūpes pieeja nozīmē tādas organizācijas kultūras izveidošanu, kas orientēta uz kompetentu, personalizētu un kvalitatīvu aprūpi, savlaicīgu reaģēšanu, aprūpes

¹¹⁸ Liddy C., Maranger J., Afkham A. & Keely E. (2013). Ten steps to establishing an e-consultation service to improve access to specialist care. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, Vol.19 (12), 982–990.

¹¹⁹ Harvey S.J. Jr. (2008). Asymmetric information. *Encyclopedia of business ethics and society*. Sage Publications.

¹²⁰ Berki G. (2017). Lightning or lightning bug: the role of the language gap and the access to proper information on entitlements in cross-border patient mobility. *European Journal of Health Law*, Vol. 1, 12–21.

¹²¹ Connell J. (2006). Medical tourism sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, Vol. 27, No. 6, pp. 1093-1100.

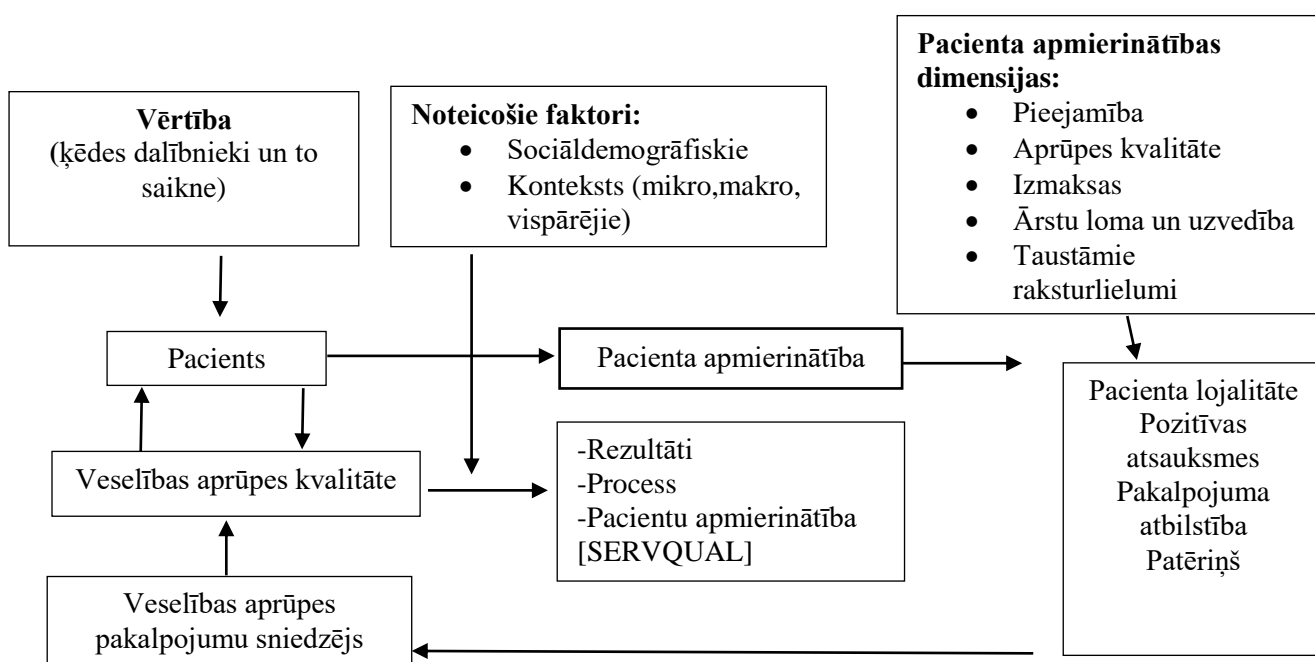
¹²² Huerta T.R., Walker D.M. & Ford E.W. (2016). An evaluation and ranking of children's hospital websites in the United States. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 18(8) : e228

¹²³ Jabbari A., Rahimi Zarchi, M. K., Kavosi Z., Shafaghat T. & Keshtkaran, A. (2013). The marketing mix and development of medical tourism in shiraz. *Materia socio-medica*, Vol. 25(1), 32–36.

¹²⁴ Lunt N. & Carrera P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas* Vol. 66 (1), 27-32.

koordinēšanu, uzticamību un atsaucību¹²⁵. Literatūrā uzsvērts, ka kritiski jāattiecas pret veselības aprūpes profesionāļu intuitīviem viedokļiem attiecībā uz pacientu vajadzību un uztveres noteikšanu. Veselības aprūpes pakalpojumu vides izveidošanai patiesie partneri ir pacienti un viņu ģimenes locekļi (Frampton, 2012). Papildus ārējai sociāli ekonomiskajai un demogrāfiskajai ietekmei pacientu pieredzes novērtējumu sarežģītību palielina medicīniskās aprūpes abstraktums (Ibrahim, 2008), kā arī pakalpojumu apjoms, sarežģītība un specializācija (Eriz & Figueiredo, 2005).

Aprūpes kvalitātes faktoru noteikšana ir bijusi daudzu pētījumu uzmanības centrā (Coovadia, 2008; Parasuraman et al., 1988; Tam, 2007; Sofaer & Gruman, 2003). Naidu (2009) izstrādāja visaptverošu modeli (skat. 1.17.att.), kura pamatā ir 24 jautājumu pārskats, kas atspoguļo dažādu faktoru un pacientu apmierinātības mijiedarbību un liecina par veselības aprūpes pakalpojuma daudzdimensiālo raksturu.



1.17.att. Veselības aprūpes pakalpojumu dimensiju modelis (Naidu, 2009)¹²⁶

Sociāldemogrāfiskie aspekti un aprūpes konteksts kalpo kā apmierinātību moderējoši faktori. Attēlā ir atspoguļotas arī citas dimensijas, kas ietekmē apmierinātību, piemēram, piekļuve un aprūpes kvalitāte. Šīs dimensijas un veselības aprūpes kvalitātes dimensija ir izmērāmas, izmantojot SERVQUAL rīku, kas tiks raksturots vēlāk darba ietvaros. Pakalpojumu kvalitātes dimensiju nozīme dažādās nozarēs ir atšķirīga. Pacientu iesaistīšana veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšanā tiek arī kritizēta galvenokārt tāpēc, ka lielākajai daļai pacientu nav specifisko zināšanu pakalpojuma kvalitātes parametru novērtēšanai (Bopp, 1990; Parasuraman et al., 1994).

¹²⁵ Entwistle V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American journal of bioethics : AJOB*, 13(8), 29–39. doi:10.1080/15265161.2013.802060

¹²⁶ Naidu A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Healthcare*, 22(4), pp. 266-381.

Tiek arī apgalvots, ka specifisko zināšanu trūkuma dēļ pacienti nezina vai neapzinās darbības, kas ir viņu interesēs, un tāpēc viņu viedoklis var būt pretrunā tam, ko patiesībā veido labas kvalitātes aprūpe (Donabedian, 1992). Nav svarīgi, vai pacientam ir taisnība vai nav taisnība, veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanā svarīgs ir tas, kā pacienti jūtas vai uztver sniegtos pakalpojumus (Petersen, 1988)¹²⁷.

Tiek aprakstīti arī pretargumenti, kas atbalsta pacienta uztveres atbilstību un norāda, ka pacienta viedoklis jāuztver kā vissvarīgākais primārās informācijas avots (Badri et al., 2008). 1.18.att. autore atspoguļo veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanai pielāgoto SERVQUAL konceptuālo modeli. Rezultātu novērtēšanas mērķis ir uzlabot aprūpes kvalitāti un noteikt tās iespējamās pasliktināšanās riskus. Kvalitātes novērtēšanas pētījumos parasti tiek mērīts viens no iespējamiem rezultātiem: pieejamība, medicīniskās aprūpes rezultāti vai pacientu apmierinātība¹²⁸. Pacientu apmierinātība ir gan pakalpojumu kvalitātes rādītājs, gan kvalitātes sastāvdaļa.

Modelis ietver kvalitātes paaugstināšanas atribūtus, lai identificētu nepieciešamos uzlabojumus un novērtētu to ietekmi uz kopējo pakalpojumu.



1.18.att. Veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanai pielāgotais SERVQUAL konceptuālais modelis, Ahenkan A. & Aduo-Adjei K. (2017)¹²⁹

Šo modeli var izmantot, lai sekotu pacientu viedoklim par veselības aprūpes kvalitāti konkrētajā veselības aprūpes iestādē salīdzinājumā ar konkurentiem. Pēc datu analīzes var noteikt iestādes stiprās un vājās puses un medicīnas aprūpes iestādei tas sniedz iespēju novērtēt savu pakalpojumu sniegumu, pamatojoties uz katru atsevišķo dimensiju, kā arī vispārējiem pakalpojumu kvalitātes rādītājiem.

¹²⁷ Petersen M. (1988). Measuring patient satisfaction: collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.

¹²⁸ Turkson PK. Perceived quality of healthcare delivery in a rural district of Ghana. *Ghana Med Journal*. 43(2), pp. 67-69.

¹²⁹ Ahenkan A. & Aduo-Adjei K. (2017). Predictors of patient satisfaction with quality healthcare delivery in university hospitals in Ghana. *Hospital practices and research*, 2(1), pp. 9-14

Kā izpētīts promocijas darba sākumā 1.2. un 1.3. nodaļās, pēdējo gadu zinātniskā diskusija par inovatīvām pieejām aprūpes klīniskās un izmaksu efektivitātes paaugstināšanai raisās ap veselības aprūpes pakalpojuma radītās vērtības jeb rezultāta izpratni un to relatīvo nozīmi no pacienta apmierinātības un ārsta viedokļa. Tradicionāli var pieņemt, ka ārstiem svarīgs ir klīniskais rezultāts, veselības uzlabošana un kvalitatīva aprūpe. Tiek pieņemts, ka arī pacientam tas ir svarīgi, taču aptaujas liecina, ka pacienti citiem faktoriem piešķir augstāku nozīmi. Jūtas universitātes (angl. - *University of Utah*)¹³⁰ aptaujā par pakalpojuma vērtību raksturojošiem parametriem ievērojama daļa pacientu jeb 45% izvēlējās „izmaksas ir peņemamas” un tikai 32% izvēlējās „mani veselības uzlabojumi”. Savukārt, “personāla draudzīgumu” pacienti novērtēja augstāk par “veselības uzlabojumu”. 90% gadījumu pacientu izvēlējās vērtības pazīmju kombinācijas, kas atšķiras no jebkuras kombinācijas, ko izvēlējās ārsti¹³¹. Tā vietā, lai paļautos uz ārstu pieņemtiem lēmumiem, pēdējo desmitgažu laikā pacienti gan individuāli, gan kopumā ir pieprasījuši lielāku lomu to veselības lēmumu pieņemšanā¹³².

Secināms, ka pacientu apmierinātība, pieredze un iesaiste medicīniskās aprūpes saņemšanā ieņem pieaugošu lomu veselības aprūpes iestāžu darbības un kvalitātes indikatoru sistēmā. Jēdziens “pacientu pieredze” atspoguļo notikumu vērtējumu visā aprūpes posmā un tā nozīmē vairāk nekā tikai “pacientu apmierinātība”. Līdz ar to, ir svarīgi novērtēt aspektus, kas atspoguļo pakalpojuma sniedzēja uzmanību individuālai aprūpei un pakalpojumu pielāgošanai konkrētu pacientu vajadzību apmierināšanai, kā arī būtiski iesaistīt pašus pacientus kā partnerus viņu aprūpē. Pacientu pieredze ir cieši saistīta ar pacientu gaidām un to, vai tās tikušas atbilstoši realizētas (Wolf et al., 2014).

Autore pētījumā pacientu pieredzi uzskata kā visu pasākumu mijiedarbību summa, ko veido organizācijas kultūra, kas ietekmē pacienta uztveri visā aprūpes secīgajā procesā (Wolf et al., 2014). Veselības aprūpes secīgie posmi pacientu pieredzes novērtēšanai:

- (1) Pirms uzņemšanas posms;
- (2) Ierašanās ārstniecības iestādē;
- (3) Ārstēšanas posms;
- (4) Uzturēšanās ārstniecības iestādē;
- (5) Izrakstīšanās;
- (6) Pēc ārstēšanās posms.

¹³⁰ The state of value in U.S. health care. Pieejams: <https://uofuhealth.utah.edu/value/> (skatīts 18.01.18)

¹³¹ Pendleton R.C. (2018). We won't get value based health care until we agree on what "value" means. *Harvard business review*, 27.

¹³² Levit L., Balogh E., Nass S., et al. (2013). Committee on improving the quality of cancer care: addressing the challenges of an aging population. Institute of Medicine; editors. *Delivering High-Quality cancer care: charting a new course for a system in crisis*. Washington (DC): National Academies Press (US); Dec 27. 3. Patient-centered communication and shared decision making. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202146/>

Pacienta viedoklis par saņemto veselības aprūpi ir īpaši svarīgs, ja pakalpojums tiek saņemts citā valstī. Lai pacients varētu doties uz citu valsti, ir jābūt vairākiem nosacījumiem, kas mudina viņu meklēt pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu. Pētījumi par to, kā pacients izvēlas veselības aprūpes pakalpojumu, joprojām ir diezgan ierobežoti, jo pakalpojumu pieprasījumu lielā mērā nosaka veselības aprūpes sistēmas organizācija pacienta mītnes zemē un paša pacienta izvēles personīgo motīvu loma ir salīdzinoši ierobežota (Schwartz, 2005).

Var secināt, ka pārrobežu veselības aprūpes gadījumā pacienta izvēli nosaka gan (I) vispārējie faktori, kas veicina ceļošanu, gan (II) pašas veselības aprūpes aspekti. Pacients meklē augstas kvalitātes pakalpojumus, vienlaikus vēloties samazināt izmaksas. Informācija un dažādu pakalpojumu sniedzēju salīdzinājums veido galīgo lēmumu par izvēli. Situācija, kad nauda seko pacientam, stimulē pakalpojumu sniedzēju konkurenci attiecībā uz kvalitāti un cenu. Tomēr jāņem vērā, ka racionāls lēmums ir atkarīgs no savlaicīgas un pilnīgas informācijas par pakalpojumu sniedzēju un paredzamo pakalpojumu iznākumu, personas veselības prasmēm un citiem faktoriem, kas parasti mēdz būt ierobežoti (Kooreman & Prast, 2010).

Pacientu piesaistē jāņem vērā veselības aspekti, kurus nevar izteikt tikai klīniskajos rezultātos - labklājību, dzīves kvalitāti, cieņu, neatkarību un autonomiju (Delmar et al., 2011)¹³³. Pacientu izvēli nosaka kompleksa mijiedarbība starp pacienta un pakalpojumu sniedzēja parametriem, tādējādi atspoguļojot pacienta sagaidāmā pakalpojuma pieņemamību (Donabedian, 2005). Veselības rezultātu rādītāji un salīdzinošā informācija nav izrādījušies izšķiroši, daudz lielāka nozīme ir personīgajai pieredzei un ārstu profesionālai attieksmei un ieteikumiem (Victoor et al., 2012). Citiem faktoriem, piemēram, attālumam līdz pakalpojuma sniedzējam un ģimenes ārsta nosūtījumam arī varētu būt nozīmīgāka loma (Dijis-Elsinga et al., 2010). Ja valsts publiskajā sistēmā salīdzinošajai informācijai pakalpojuma sniedzēju izvēlē nav tik liela nozīme, tad pārrobežu aprūpes gadījumā pakalpojumu sniedzēju darbības salīdzinošajiem iznākuma rādītājiem varētu būt svarīgāka loma.

Ģeogrāfiskā pieejamība pacientu piesaistē attiecas uz ceļojuma attālumu un ērtu iestādes atrašanās vietu. Kopumā pacienti dod priekšroku ģeogrāfiski tuviem pakalpojumu sniedzējiem, kas sasniedzami ar savu vai sabiedrisko transportu, pieejamām autostāvvietām vai pakalpojumu sniedzēja organizētiem pārvadājumiem. Pētījumi liecina, ka veselības aprūpes organizācijas scenāriji, kas paredz lielus attālumus starp pacientiem un veselības aprūpes iestādēm, tiek uzskatīti par riskantiem pacientu piesaistē, jo palielinās ceļojuma laiks, ko ietekmē transporta infrastruktūra (Delamater et al., 2012). Attiecībā uz medicīnas tūrisma pakalpojumiem, ņemot vērā to izvēles un

¹³³ Delmar C., Alenius-Karlsson N., & Mikkelsen, A. H. (2011). The implications of autonomy: viewed in the light of efforts to uphold patients dignity and integrity. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(2), 10.3402/qhw.v6i2.6045. doi:10.3402/qhw.v6i2.6045

satūra specifiku, atzīts, ka ģeogrāfiskais tuvums ir svarīgs, bet ne izšķirošs izvēles faktors (OECD, 2016).

Attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti, plaši tiek izmantota trīs komponentu pieeja pakalpojuma kvalitātes novērtēšanai un pacientu piesaistei (Donabedian, 2005). Trīs komponenti ir struktūra, process un rezultāti. Struktūras rādītāji attiecas uz pakalpojumu sniedzēja resursu faktoriem, procesu rādītāji raksturo veselības aprūpes sniegšanas procesu, bet rezultātu rādītāji norāda uz sniegtās aprūpes ietekmi uz pacienta individuālajiem veselības rādītājiem.

Struktūras rādītāji var būt noteicoši pakalpojuma sniedzēja izvēlē un apmierinātības veidošanā. Attiecībā uz iestādes veidu un lielumu pacienti lielākoties izvēlas individuālu pakalpojumu sniedzēju, kas ir saistīts ar slimnīcu (terciāra līmeņa pakalpojuma sniedzēju). Citi secinājumi par īpašumtiesībām, funkcijām un attiecībām ar akadēmiskajām institūcijām (universitātēm) ir dažādi. Svarīgs izvēles un pacienta piesaistes faktors ir kvalificēts un atsaucīgs medicīnas personāls. Augsti tiek vērtēta veselības aprūpe, kas tiek organizēta ērtā laikā un vietā. Ārsta izvēle var būt saistīta ar informācijas pieejamību par pieejamiem atbalsta pasākumiem attiecībā uz pakalpojumu pēctecību un aprūpes kvalitāti, piemēram, aicinot pacientus uz pārbaudēm, sniedzot medicīnisko uzraudzību un piedāvājot saistītus pakalpojumus. Nepieciešams skaidrs vēstījums, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir pieejams pa tālruni un internetu arī pēc pakalpojuma saņemšanas (Liddy et al., 2013).

Pakalpojuma cena ir būtisks pacientu apmierinātību ietekmējošs elements. Pakalpojuma izmaksu nozīme ir atšķirīga gadījumos, kad pakalpojuma izmaksas sedz publiskie fondi vai apdrošinātājs, vai pacients tiešā maksājuma veidā. Pacientu izdevumi ietver gan tiešos maksājumus par pakalpojumiem (apdrošināšanas trūkuma dēļ), gan pacientu līdzmaksājumus. Tiešie maksājumi ir tiešs ieņēmumu avots pakalpojuma sniedzējam, bet pacienta līdzmaksājums par valsts vai apdrošinātāja segu pakalpojumu vienlaikus ir pieprasījumu regulējošs faktors. Lielā mērā pacientu izvēlē un piesaistē veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu nosaka tas, vai pakalpojuma izmaksas mītnes zemē apmaksā no publiskiem fondiem un vai tas iekļauts apdrošināšanas paketē. Konkrētu veselības pakalpojumu apmaksā no publiskiem fondiem ir atkarīga gan no paša pakalpojuma būtības, gan konkrētās valsts veselības aprūpes politikas.

Pētījumā (Rice et al., 2018) par pacientu tiešo maksājumu politiku un līmeni attīstītās valstīs, izdalītas trīs loģiskas valstu grupas. Kā valstis, kurās vēsturiski pacientu tiešie izdevumi ir bijuši zemāki nekā pārējās, bet vērojams to pakāpenisks pieaugums, minētas Apvienotā Karaliste, Nīderlande un Francija. Otrajā grupā, kurās pacientu tiešie izdevumi novērtēti relatīvi viduvējā līmenī, iekļautas Zviedrija, Austrālija, Vācija un Kanāda. Trešajā grupā ietilpst valstis, kam raksturīgi visaugstākie pacientu tiešie maksājumi: Norvēģija, Amerikas Savienotās Valstis un

Šveice. Pēdējos gados (2004-2014, salīdzinot ar 1994-2004) vērojams pacientu tiešo maksājumu pieaugums pirmajā valstu grupā (3.63%), bet samazinājums otrajā (-3%) un trešajā valstu grupā (-3.56%) (Rice et.al., 2018)¹³⁴.

T.Raisa un līdzautoru pētījums liecina, ka Apvienotajā Karalistē vērojams pastāvīgs pacientu līdzmaksājumu pieaugums medikamentu iegādei un stomatoloģijas pakalpojumiem (ap 2% gadā kopš 2005.gada) un ir pakalpojumi, kas nav iekļauti valsts apmaksāto pakalpojumu grozā (piemēram, redzes uzlabošanas pakalpojumi). Tajā pat laikā, privātās apdrošināšanas pieaugums ir lēns, neskatoties uz nenosēgto vajadzību līdzmaksājumu segšanā vai gaidīšanas rindu mazināšanā.

Pacientu tiešie izdevumi Nīderlandē galvenokārt saistīti ar pakalpojumu grozu izmaiņām. Dažu pakalpojumu svīturošana (piemēram, zobārstniecības pakalpojumi pieaugušajiem), iespējams, ir ietekmējusi tiešo maksājumu palielināšanos, lai gan to ietekmi mazina augstais līdzdalības līmenis brīvprātīgajā veselības apdrošināšanā. Autore secina, ka pakalpojuma cenas faktoram Apvienotajā Karalistē, Nīderlandē un Francijā varētu būt pietiekama ietekme uz pakalpojuma saņemšanas izvēli citā valstī. Vienlaicīgi analīze rāda, ka lielākajā daļā attīstīto valstu veselības aprūpes pakalpojumu segums no valsts vai apdrošināšanas ir augstā līmenī un fokuss varētu būt galvenokārt uz tiem pakalpojumiem, ko nesedz publiskās sistēmas vai kam ir ilgi gaidīšanas laiki.

Komunikācijas aspekti ieņem pieaugošu nozīmi pacienta izpratnē par sava veselības stāvokļa vērtējumu. Pētījumu rezultāti liecina, ka pastāv spēcīgas pozitīvas attiecības starp veselības aprūpes komandas dalībnieku komunikācijas prasmēm un pacienta spēju sekot līdzi medicīniskajiem ieteikumiem, pašpārvaldīt hronisku slimību un pieņemt profilaktisku veselību (Adams, 2010). Mediķu spējai izskaidrot, klausīties un izjust empātiju var būt ievērojama ietekme uz bioloģiskajiem un funkcionālajiem veselības rezultātiem, kā arī pacientu apmierinātību, aprūpes pieredzi un pacientu piesaisti (Rosiek & Leksowski, 2016). Savukārt, slikta komunikācija var novest pie dažādiem negatīviem rezultātiem: aprūpes pārtraukšanas, pacientu drošības apdraudējuma, pacientu neapmierinātības un resursu neefektīvas izmantošanas nevajadzīgās izmeklēšanās un nelietderīgā ārsta darba laikā, kā arī negatīvas iegūtās pieredzes (Vermeir et al., 2015).

Ārstēšanas rezultātu novērtējums galvenokārt ir saistīts ar veselības aprūpes snieguma un ārstēšanas kvalitātes rādītājiem, taču, pacientu atsauksmes var nebūt ticamas un ārstēšanas rezultāts pacienta izpratnē parasti ir atkarīgs ne tikai no faktoriem, kas saistīti ar veselības aprūpi. Pacientu pieredzes mērīšanas un ziņošanas problēmas rada arī terminu daudzveidība (Klose et.al., 2016)¹³⁵.

¹³⁴ Rice T., Quentin W., Anell A., Barnes A. J., Rosenau P., Unruh L. Y., & Van Ginneken E. (2018). Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries. *BMC health services research*, 18(1), 371. doi:10.1186/s12913-018-3185-8

¹³⁵ Klose K., Kreimeier S., Tangermann U., Aumann I., Damm K., & RHO Group (2016). Patient- and person-reports on healthcare: preferences, outcomes, experiences, and satisfaction - an essay. *Health economics review*, 6(1), 18. doi:10.1186/s13561-016-0094-6

Informācija par veselības aprūpes kvalitāti ir ļoti svarīga, tomēr šāda informācija bieži vien ir asimetriska (Harvey, 1996) un informācijas iegūšana saistīta ne tikai ar juridiskajiem un ētiskajiem, bet arī ļoti praktiskiem izaicinājumiem pacientu piesaistē (Berki, 2017).

Pacientu pieredze pamatā ir saistīta ar pacientu apmierinātības aspektu, kas ir pacientu sajūtas pēc ārstēšanas. Pacientu pieredzi var uzskatīt kā uztverto aprūpes kvalitāti un apmierinātību ar to, kā notikuis aprūpe. Aprūpes kvalitātes uztvere ir pacientu apmierinātības virzītājspēks. Citi termini, ko izmanto, lai aprakstītu pacienta pieredzi, ir *pacientu līdzdalība*, *pacientu iesaistīšanās* un citi, kas nav viendabīgi pēc būtības un bieži vien pārklājas. Pacienta pieredzes mērījumu ierobežošana attiecībā uz vienu dimensiju var atņemt faktoru mijiedarbības novērtējumu, kas būtiski ietekmē pieredzi un rezultātus. Lai precīzi fiksētu pacientu pieredzi, jāizmanto visaptverošas pieejas mērījumi (LaVela, Gallan, 2014).

Klīniskā lēmuma kvalitātes vai pacienta centrētas aprūpes novērtējumu nosaka tas, cik lielā mērā tas atspoguļo labi informēta pacienta vajadzības, vērtības un izteiktās vēlmes. Ir zināms, ka galvenokārt pacientu piesaistē būtisku nozīmi nosaka medicīnisko pakalpojumu saņemšana citās valstīs, ņemot vērā faktorus, kas saistīti ar pieejamību un vieglāku piekļuvi (Levesque, 2013).

Īpaši svarīgi ir pakalpojuma apmaksas nosacījumi veiksmīgai pacientu piesaistei, ieskaitot apdrošināšanas plānus un izmaksas, kas saistītas ar pacientu tiešajiem maksājumiem. Pakalpojumu sniedzēja izvēle atspoguļo individualizētās vērtības cerības, kas balstītas uz cerību par ārstēšanas iespēju. Tomēr tās ierobežo asimetriskā informācija par ārstēšanas salīdzinošajām iespējām un to efektivitāti, blakusparādībām, izmaksām un iespējamiem rezultātiem.

Tomēr interneta informācijas pieaugošajā laikmetā pacientiem ir pieejama detalizētāka informācija lēmumu pieņemšanai. Līdz ar to, pacientu piesaistes aspektā, pieaug veselības aprūpes mārketinga un komunikācijas nozīme.

Viens no pakalpojumu mārketinga kontekstā biežāk izmantotajiem modeļiem ir pakalpojumu kvalitātes “plaisu” jeb “nepilnību” modelis (Zeithaml et al., 2017)¹³⁶ (angl. – *Gaps model of Service Quality*). Atbilstoši šim modelim, pastāv divu veidu plaisas jeb nepilnības – patērētāja pusē un pakalpojumu sniedzēja pusē. Plaisa patērētāja pusē (angl. – *Consumer Gap*) pastāv starp to, ko tas sagaida (angl. – *expected service*) no pakalpojuma sniedzēja, un to, ko tas faktiski saņem (angl. – *perceived service*). Līdz ar to pakalpojumu sniedzēja izaicinājums ir mazināt šo plaisu, lai patērētāja acīs nodrošinātu pēc iespējas labāku servisu un augstāku piesaisti. Tas ir izdarāms, mazinot vai pilnībā tiekot vaļā no sekojošām 4 veidu plaisām, kuras novērojamas un notiek pakalpojumu sniedzēja pusē (angl. – *Provider Gaps*):

¹³⁶ Zeithaml V.A., Bitner M.J. & Gremler D.D. (2017). Services marketing : integrating customer focus across the firm. 7th Ed. Dubuque : McGraw-Hill Education, p.35.

- (1) Klausīšanās plaisa,
- (2) Klientu apkalpošanas formas un standarti,
- (3) Pakalpojuma sniegšanas plaisa,
- (4) Komunikācijas plaisa.

Plaisa 1: Klausīšanās plaisa. Pastāv atšķirība starp pakalpojumu patērētāju gaidām un uzņēmuma izpratni par šīm cerībām. Galvenais iemesls tam, ka daudzu pakalpojumu sniedzēju sniegtie pakalpojumi neatbilst klientu vēlmēm, ir tas, ka pakalpojumu sniedzējiem trūkst izpratnes par to, kas tieši ir šīs cerības un ko sagaida patērētāji. Biežākie iemesli, kāpēc rodas šī plaisa¹³⁷: neatbilstoša tirgus izpēte, neefektīva iekšējā komunikācija, nepietiekoša attiecību veidošanu ar klientiem, nespēja un nevēlēšanās uz klausīt klientu sūdzības un tās risināt pēc būtības.

Plaisa 2: Klientu apkalpošanas formas un standarti. Neskatoties uz uzņēmumu centieniem izstrādāt patērētāju apkalpošanas standartus un sistematizēt pakalpojumu sniegšanu, pastāv atšķirība starp formālajiem standartiem un uzņēmuma vadības izpratni vai pieņēmumiem par patērētāju gaidām, atbilstoši kurām šie standarti būtu jāveido. Biežākie iemesli, kāpēc rodas šī plaisa¹³⁸: nepilnīgs pakalpojuma apraksts un dizains (t.sk. jaunu pakalpojumu veidošanā), uz klientu vērstu apkalpošanas standartu trūkums, nepietiekami resursi, lai nodrošinātu standartos aprakstīto pakalpojumu līmeni. Tie vadības līmeņa darbinieki, kuri atbild par standartu noteikšanu, dažreiz uzskata, ka klientu cerības ir nepamatotas vai nereālas.

Plaisa 3: Pakalpojuma sniegšanas plaisa. Tā ir snieguma un saņemtā pakalpojuma kvalitātes neatbilstība izvēlētajiem standartiem. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir jābūt sistēmām, procesiem un cilvēkiem savās vietās, lai nodrošinātu, ka pakalpojumu sniegšana faktiski sakrīt (vai ir pat labāka) ar ieviestajiem standartiem un atskaites normām. Tomēr pat tad, ja pastāv vadlīnijas, kā pareizi veikt pakalpojumus un apkalpot klientus, augstas kvalitātes pakalpojumu sniegšana nav garantēta¹³⁹, kam biežākie iemesli ir: nepilnības personāla politikā un neefektīva personāla atlase, patērētāju bezatbildība un disciplīnas trūkums, problēmas ar pakalpojuma izplatīšanas vidutājiem (piemēram, pacientu piesaistes aģenti).

Plaisa 4: Komunikācijas plaisa. Ilustrē neatbilstību starp faktiski saņemto pakalpojumu un pakalpojumu sniedzēja ārējo komunikāciju. Uzņēmuma solījumi ar plašsaziņas līdzekļu reklāmu, pārdošanas aktivitāšu un citu komunikāciju veidu starpniecību var radīt klientu gaidas attiecībā uz noteiktiem standartiem, pēc kuriem klienti novērtē pakalpojumu kvalitāti. Biežākie iemesli, kāpēc

¹³⁷ Zeithaml V.A., Bitner M.J. & Gremler, D.D. (2017). Services marketing : integrating customer focus across the firm. 7th Ed. Dubuque : McGraw-Hill Education, p.37.

¹³⁸ Zeithaml V.A., Bitner M.J.& Gremler, D.D. (2017). Services marketing : integrating customer focus across the firm. 7th Ed. Dubuque : McGraw-Hill Education, p.39.

¹³⁹ Zeithaml V.A., Bitner M.J.& Gremler, D.D. (2017). Services marketing : integrating customer focus across the firm. 7th Ed. Dubuque : McGraw-Hill Education, p.41.

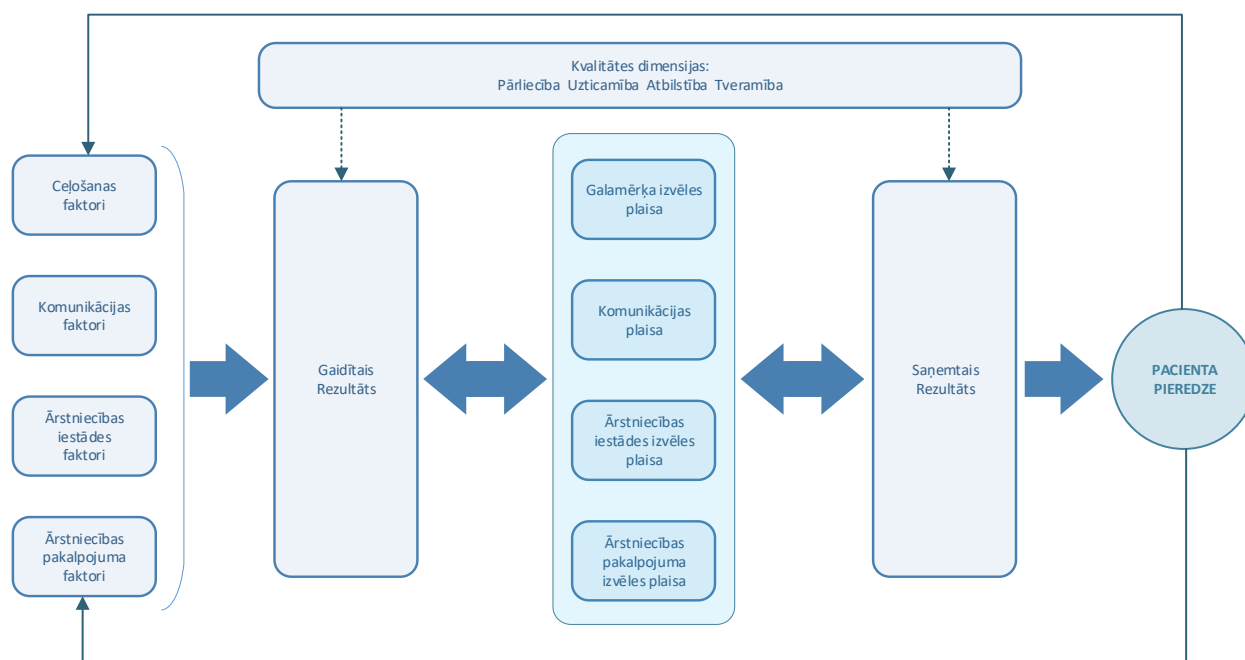
rodas šī plaisa¹⁴⁰: integrētas pakalpojumu mārketinga komunikācijas trūkums, neefektīva patērētāju gaidu pārvaldība un nepietiekama izglītošana, pārspīlējumi reklāmas vai tiešās pārdošanas ietvaros.

Attiecībā uz pacientu ziņoto rezultātu iegūšanas metodēm tiek izmantotas kvalitatīvās un kvantitatīvās metodes, kā arī jauktās metodes, lai uzsvērtu konverģences nepieciešamību starp rezultātiem, par kuriem ziņots ar dažādām metodēm. Pacientu viedokļu apzināšanai tiek izmantoti dažādi slimību specifiskie un vispārējie dzīves kvalitātes un subjektīvās labklājības mērīšanas instrumenti, tajā skaitā pacientu aptaujas, atgriezeniskās saites iegūšana, fokusa grupas, sadarbība ar pacientu organizācijām un citus pasākumus pacienta pieredzes iegūšanai.

Plaisu modeļa pielietojums sākas ar pakalpojumu kvalitātes uzlabošanas procesu: ar izpratni par klientu plaisu raksturu un apmēru, kuru nepieciešams novērst, lai klients kļūtu apmierināts ar saņemto pakalpojumu. Pakalpojumu kvalitātes plaisu modelis kalpo par ietvaru pakalpojumu organizāciju mēģinājumiem uzlabot pakalpojumu kvalitāti un pakalpojumu mārketingu ar mērķi sasniegt optimālu klientu apmierinātību (Zeithaml et al., 2017),.

Pamatojoties uz iepriekš veikto veselības aprūpes pakalpojuma un tā mārketinga specifiskajiem aspektiem pārrobežu veselības aprūpes kontekstā, autore izvirza pacienta pieredzes vērtēšanas konceptuālo pieeju balstīt uz pakalpojuma izvēli noteicošajām faktoru grupām: (I) vispārējie jeb ceļošanas faktori, (II) komunikācijas faktori, (III) ārstniecības iestādes faktori; (IV) ārstniecības pakalpojuma faktori, ietverot tajos augstākminētos četru *plaisu* aspektus (skat.1.19.attēlu).

¹⁴⁰ Zeithaml V.A., Bitner M.J. & Gremler D.D. (2017). Services marketing : integrating customer focus across the firm. 7th Ed. Dubuque : McGraw-Hill Education, p.44.



1.19.attēls. Veselības aprūpes pakalpojuma saņēmēju pieredzes novērtēšanas konceptuālā pieeja, pamatojoties uz pakalpojumu kvalitātes “plaisu” modeli

Avots: Autores veidots pēc Victoor, 2012; Wolf et al., 2014; LaVela & Gallan, 2014; Vermeir et al., 2015; Rosiek & Leksowski, 2016; Zeithaml et al., 2017.

Pacientu pieredzes vērtējumu autore plāno izmantot kā būtisku veselības aprūpes pakalpojumu pacientu piesaistes novērtēšanas elementu (atspoguļots darba 3. nodaļā). Autore pievienojas pētnieku grupas A.Regnolta vadībā secinājumiem (Regnault, Antoine et al., 2017)¹⁴¹, ka jaukto pētniecības metožu pielietošana veicina konceptuālo modeļu izveidi un jaunu instrumentu izstrādi.

1.6. Veselības aprūpes pakalpojumu ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru vērtēšanas pieeja patērētāju pieredzes un apmierinātības veidošanas kontekstā

Veselības aprūpes pakalpojumu pacientu piesaistes novērtēšanas pieeju autore balstījusi uz pakalpojuma *vērtību* orientētas veselības aprūpes pieeju, kurai liela nozīme pacientu apmierinātības veidošanā un pieredzes gūšanā. Pacientu piesaistes līmeni saskaņā ar literatūrā apskatīto nosaka liels skaits faktoru un jebkura faktora ietekme ir atkarīga no konkrētās situācijas, pakalpojuma sniedzēja atrašanās vietas un saistības ar citu būtisku faktoru sniegumu. Galvenie specifiskie faktori ar lielāko ietekmi uz pacientu piesaistes situāciju ir: informācijas asimetrija tirgus dalībnieku vidū, pacientu piesaistes nosacījumu nevienlīdzība pakalpojumu sniedzēju starpā saistībā ar sniegto pakalpojumu struktūru, līmeni un veidu, pacientu apmierinātība, pakalpojuma monopola esamība, valsts investīciju struktūra un ievērojama ārējo (makro un mezo) faktoru ietekme.

¹⁴¹ Regnault, Antoine et al. (2017). Towards the use of mixed methods inquiry as best practice in health outcomes research. *Journal of patient-reported outcomes* vol. 2,1: 19. doi:10.1186/s41687-018-0043-8

Līdz ar to pacientu piesaiste veidojas ne tikai pateicoties kumulatīvajam faktoru sniegunam visās pakalpojuma dimensijās, bet arī atkarībā no situācijas konteksta un faktoru sistēmiskās mijiedarbības (Ketels, 2016).

Veselības aprūpes pakalpojumu pacientu piesaistes novērtēšanas modeļa izveidi autore balstījusi uz šādiem principiem:

- Veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanas specifiku globalizācijas un iedzīvotāju mobilizācijas kontekstā;
- Pacientu piesaistes sistēmisko pieeju, kas ietver makro, mezo un mikro līmeņa faktoru apvienojumu;
- Pārrobežu veselības aprūpes specifikas saistību ar starptautiskajām prasībām attiecībā uz pacientu tiesību, drošības un pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanu;
- Mārketinga un komunikācijas faktoru mijiedarbību pacientu piesaistei makro, mezo un mikro līmenī;
- Ārvalstu patērētāju piesaisti noteicošo patērētāju pieredzes un apmierinātības vērtējumu.

Autores piedāvātais veselības aprūpes pakalpojumu sistēmiskās pacientu piesaistes daudzlīmeņu modelis ietver 5 dimensijas (skat.1.9.tabulu un 1.20.attēlu) un tām atbilstošos faktorus (skat.1.10.tabulu).

1.9.tabula

Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošās veselības aprūpes pakalpojumu dimensijas

Nr.	Pakalpojuma dimensija	Faktoru līmenis
1.	Iekšējo faktoru dimensija	mikro
2.	Ārējo faktoru dimensija	makro un mezo
3.	Starptautisko nosacījumu dimensija	mezo un mikro
4.	Mārketinga un komunikācijas dimensija	makro, mezo un mikro
4.	Pacienta pieredzes un apmierinātības dimensija	makro un mikro

Avots: Autores izveidots

Iekšējo faktoru dimensija aptver tādas faktoru grupas, kā uzņēmuma resursi, vadības stratēģija, personāla prasmes un ārvalstu pacietu piesaistei atbilstošu informācijas un komunikācijas pārvaldība. Iekšējo faktoru dimensijas sniegumu pacients tiešā veidā var novērtēt daļēji, tāpēc pacienta vērtējums tiek sniegts caur kopējās apmierinātības ar pakalpojumu vērtējumu. Tā piemēram, pacients nevar tieši novērtēt uzņēmuma resursu pietiekamību, vadības stratēģiju u.c.

aspektus. Līdz ar to, iekšējo faktoru dimensijas vērtējumā būtisks ir ekspertu un uzņēmuma vadības vērtējums.

Ārējo faktoru dimensija (autores pētījuma izpratnē – uzņēmuma ārējās vides faktori valsts iekšienē) ietver tādas faktoru grupas kā politiskie, ekonomiskie, sociālie un tehnoloģiskie faktori, kuru vērtēšanā liela loma ir to ārstniecības iestāžu vadītāju viedoklim, kuriem ir pieredze pakalpojumu sniegšanā ārvalstu pacientiem.

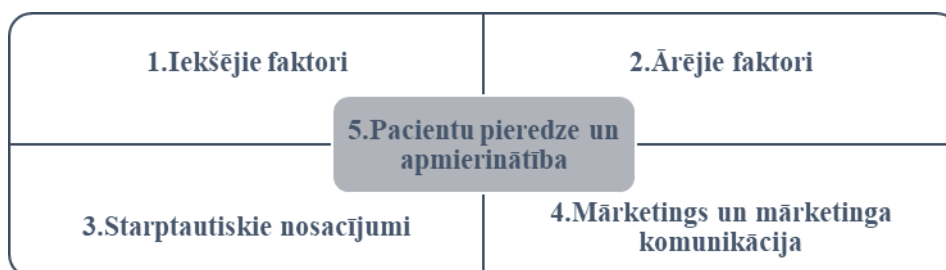
Starptautisko nosacījumu dimensija veido nosacījumus videi, kurā veselības aprūpes pakalpojums ārvalstu pacientam tiek sniegts. Kā pamatots darba 1.3.nodaļā, starptautiskās prasības nosaka prasības pacientu tiesību ievērošanai pārrobežu aprūpē, kas garantē pacientu drošību un kvalitatīvu pakalpojumu saņemšanu, kas tiešā veidā ietekmēs pacientu apmierinātību, kā arī atbilstošas informācijas nodrošināšanu par šo tiesību ievērošanu vai rīcību tiesību pārkāpumu gadījumā. Valsts (makro un mezo) līmeņa starptautisko prasību nosacījumi kā jau autore minēja, ietver prasības attiecībā uz pacientu tiesību ievērošanu, sūdzību izskatīšanas procedūras un mehānismi. Ārstniecības iestāžu (mikro) līmenī tiek noteiktas prasības par aprūpes iestāžu pakalpojumiem pamatojoties uz pakalpojumu kvalitāti, pilnīgumu, medicīnisko uzraudzību, konfidencialitāti u.c. nosacījumiem. Līdz ar to, konkrētas valsts veselības aprūpes pakalpojumu konkurētspēja un ārvalstu pacientu piesaiste lielā mērā ir atkarīga no starptautisko prasību īstenošanas gan nozares, gan uzņēmumu līmenī. Pacients pamatā var novērtēt ārstniecības iestādes jeb mikro līmeņa nosacījumu izpildi, ja tie izteikti pacientam saprotamā pieredzes aspektā. Līdz ar to, objektīvāku vērtējumu par konkrētu faktoru izpildi var sniegt ekspertu viedoklis, kas ir kompetenti starptautisko prasību jomā.

Mārketings un mārketinga komunikācijas dimensija mijiedarbojas ar visām pārējām dimensijām, jo tās elementiem ir noteicoša nozīme visās pārējās dimensijās. Mārketings un komunikācijas faktoru pārvaldība veido pakalpojuma nosacījumu komunikatīvo un informācijas sasniedzamības ietvaru, kas ir valsts tēla un atpazīstamības nodrošināšana (galamērķa mārketing) makro līmenī, nozares un uzņēmumu līmenī – pacientu tiesību, pakalpojumu drošības un apmierinātības ar kvalitāti apliecinājumam (ārstniecības iestādes mārketing), bet pakalpojumu līmenī – konkrēto pakalpojumu medicīniskās un organizatoriskās informācijas, kā arī snieguma priekšrocību un caurspīdīgas informācijas nodrošināšana (pakalpojuma mārketing).

Komunikācija nozīmē ne tikai spēju sazināties pacientam saprotamā valodā par vispārējiem jautājumiem, bet arī starppersonu attiecību veidošanu, iespēju saņemt konkrētus ārstēšanās norādījumus u.t.t., kas būtiski var ietekmēt ārstēšanās rezultātu, tai skaitā pacienta apmierinātības vērtējumu. Veselības aprūpes pakalpojumu jomā kā īpaši aktuāla iezīmējas mārketinga

komunikācijas elementu izpētes nepieciešamība, lai noteiktu pareizos komunikācijas veidus pacientvērsta aprūpes nodrošināšanai, ņemot vērā patērētāju rīcības modeļu maiņu un specifiku.

Mezo līmeņa mārketinga aktivitātes un komunikācija attiecināma uz atsevišķu savstarpēji saistītu uzņēmumu grupām (piemēram, uz ārvalstu pacientu piesaisti orientēti uzņēmumi nozares līmenī), bet makro līmeņa pasākumi ir vērsti uz mārketinga komunikācijas veidu un instrumentu attiecināšanu uz starptautisko patērētāju mērķa grupu



1.20.attēls. Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošās faktoru dimensijas

Avots: Autores izveidots

Pacienta pieredzes un apmierinātības faktoru dimensiju autore veidojusi pacientvērsta aprūpes kontekstā, izdalot pacientu pieredzi raksturojošus faktoros, kas rezultējas kopējās apmierinātības līmenī ar saņemto pakalpojumu un tiešā veidā atspoguļo saņemtā veselības aprūpes pakalpojuma *vērtību* pacientam un autores pētījumā raksturo rādītāju - pacientu piesaisti, kas ir izvēli raksturojošs rādītājs. Pacientu pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensijā pētījumā iekļautas tās faktoru grupas, kuras nosaka pacienta izvēli: galamērķa izvēles faktori, veselības aprūpes iestādes un pakalpojuma izvēles faktori un mārketinga un komunikācijas faktori. Tajā pat laikā pacientu pieredzi un apmierinātību lielākā vai mazākā mērā nosaka pārējo dimensiju faktori, kuru īstenošana veido pakalpojuma sniegšanas vidi (skat.1.20.attēlu un 1.10.tabulu).

Darba autores identificētās pacientu piesaisti ietekmējošo faktoru grupas atrodas pastāvīgā mijiedarbībā, kura veido tiešu ietekmi uz apmierinātību un pieredzes veidošanu. Piemēram, konkrētās veselības aprūpes iestādes atpazīstamība, speciālistu kompetence, u.c., veidojas izmantojot dažādus mārketinga komunikācijas veidus un instrumentus. Ņemot vērā mūsdienu tendences un interneta attīstību, par būtiskākajiem informācijas kanāliem pacientu piesaistei, kurā potenciālais klients meklē sākotnējo informāciju par iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumu, ir uzskatāmi digitālās komunikācijas instrumenti, ar kuru palīdzību informācijas ieguve ir pietiekoši ātra un lēta. Tāpēc tīmekļa vietnes kvalitatīva izstrādāšana un uzturēšana kalpo kā digitālās komunikācijas kanāls, kā atgriezeniskā saite saziņai ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju paralēli tradicionālajam pacientu atbalstam pa e-pastu, telefonu, sociāliem tīkliem.

Pamatojoties uz izpētīto, pacientu piesaistes novērtēšanas konceptuālo pieeju autore balstījusi uz piecām piesaistes dimensijām: (1) Iekšējo faktoru, (2) Ārējo faktoru, (3) Starptautisko nosacījumu, (4) Mārketinga un mārketinga komunikācijas un (5) Pacientu pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensiju, kurām atbilstoši faktori un novērtēšanas metode un vieta atspoguļota 1.10.tabulā. Autores izveidotajā faktoru sistēmā pacientu piesaistes dimensijas ietver vairāku līmeņu faktoros. Faktori, kuri atbilst dažādām dimensijām, bet vienādiem līmeņiem, ir tieši saistīti, bet faktori, kas atbilst dažādām dimensijām, bet atšķirīgiem līmeņiem, ir netieši saistīti.

1.10.tabula

Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošās veselības aprūpes pakalpojuma dimensijas un faktori

Dimensija/ Faktoru grupa	Faktori	Faktora novērtēšanas metode un vieta
1.Iekšējo faktoru dimensija (mikro līmenis)		
Resursi	Investīciju pieejamība Infrastruktūras modernizācija Resursu pietiekamība Personāla nodrošinājums	Ārstniecības iestāžu vadītāju anketēšana (2.2..nod.)
Kompetences	Stratēģiskā vadība Mārketinga vadība Zināšanu menedžments Kompetenču nodrošinājums	
Vadība	Informācijas kanāli Reklāma Starptautiskā sadarbība (sadarbības klīnikas)	
2.Ārējo faktoru dimensija (makro un mezo līmenis)		
Politiskie faktori	Valdības termiņi un maiņas Nodarbinātības politika Nozares likumdošana Nozares publiskās pārvaldes kapacitāte Uzraugošo institūciju kapacitāte Nozares ilgtermiņa stratēģija	Ārstniecības iestāžu vadītāju strukturētas intervijas (2.3..nod.)
Ekonomiskie faktori	Stabila valsts ekonomika Konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem Valsts investīciju politika Nodokļu politika Patērētāju pirkspēja Ilgspējīgi nozares finansēšanas mehānismi Darba spēka produktivitāte un nodrošinājums	Ārstniecības iestāžu vadītāju strukturētas intervijas (2.3..nod.)
Sociālie faktori	Iedzīvotāju dzīves veids un paradumi Demogrāfiskie rādītāji Patērētāju pirkšanas paradumi Nodarbinātības modelis (attieksme pret darbu) Iedzīvotāju uzticēšanās veselības aprūpes sistēmai Informēti un prasīgi klienti Atbildīgs mārketings un publicitāte	Ārstniecības iestāžu vadītāju strukturētas intervijas (2.3..nod.)
Tehnoloģiskie faktori	Valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei Starptautisko zināšanu aprīte globālā līmenī Medicīnas tehnoloģiskais progress Konkurējošu tehnoloģiju draudi Inovācijas pakalpojumu sniegšanā IKT tehnoloģijas datu apmaiņai Veselības informācijas aizsardzība	Ārstniecības iestāžu vadītāju strukturētas intervijas (2.3..nod.)

Dimensija/ Faktoru grupa	Faktori	Faktora novērtēšanas metode un vieta
3.Starptautisko nosacījumu dimensija (mezo un mikro līmenis)		
Pacientu tiesību ievērošana (mezo līmenis)	Nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija Ārstniecības personu profesionālās atbildības apdrošināšana Pacientu tiesību aizsardzības informācija	Ekspertu vērtējums (2.4.nod.)
Pacientu tiesību ievērošana (mikro līmenis)	Informācija par sniegtajiem pakalpojumiem Pacientu elektroniskie medicīnas dati Skaidru pakalpojuma cenu un norēķinu informācija	Ekspertu vērtējums (2.4.nod.)
Pakalpojuma kvalitātes apliecinājums (mezo līmenis)	References centru regulējums E-veselības sistēma Veselības aprūpes kvalitātes sistēma	Ekspertu vērtējums (2.4.nod.)
Pakalpojuma kvalitātes apliecinājums (mikro līmenis)	Kvalitātes un pacientu drošības sistēma Medicīniskās aprūpes uzraudzība un pēctecība Atbilstoša komunikācija	Ekspertu vērtējums (2.4.nod.)
4.Mārketinga un mārketinga komunikācijas dimensija		
Mārketinga un mārketinga komunikācija (mikro līmenis)	Informācija par pakalpojumu tīmekļa vietnē Informācija par pakalpojumu sociālajos tīklos Reklāma masu mēdijos Reklāma speciālajos izdevumos Dalība tūrisma izstādēs Sadarbība ar veselības klāsteri Sadarbība ar starpniekiem Sadarbības klīnikas	Ārstniecības iestāžu vadītāju anketēšana (2.2.nod.)
Tiešsaistes tīmekļa vieta (mikro līmenis)	Vietnes pieejamība Informācijas kvalitāte Mārketinga nodrošinājums Izmantotās tehnoloģijas	Tīmekļa vietņu novērtējums pēc autores izstrādātas matricas (2.5.nod.)
5.Patērētāju pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensija		
Galamērķa izvēli noteicošie faktori (makro līmenis)	Ģeogrāfiskā pieejamība Galamērķa drošība Galamērķa reputācija	Ārvalstu pacientu anketēšana (3.nod.)
Komunikācijas faktori (mikro līmenis)	Pozitīvs iespaids par iestādi Pilnvērtīga informācija par pakalpojumu Personāla laipnība un atsaucība Pilnvērtīga informācija par aprūpes uzraudzību	Ārvalstu pacientu anketēšana (3.nod.)
Ārstniecības iestādes izvēli noteicošie faktori (mikro līmenis)	Iestādes informācija par pakalpojumu cenām un apmaksas veidu Pacientam droša vide Inovatīvu tehnoloģiju nodrošinājums Pieejami transportēšanas pakalpojumi	Ārvalstu pacientu anketēšana (3.nod.)
Ārstniecības pakalpojuma izvēli noteicošie faktori (mikro līmenis)	Medicīniskās informācijas apmaiņa ar ārstējošo ārstu mītnes zemē Atbilstoša cena Pakalpojuma savlaicīgums Medicīniskās dokumentācijas savlaicīgums	Ārvalstu pacientu anketēšana (3.nod.)

Avots: autores izveidots

Pamatojoties uz 1.nodaļā veikto zinātniskās literatūras izpēti autore secina, ka pacientu piesaisti noteicošo faktoru veselības aprūpes pakalpojumam novērtēšanā ir apgrūtināši pielietot vienu kompozīta novērtēšanas rādītāju, kas saistīts ar pakalpojuma specifisko būtību un daudzdimensiālo raksturu un faktoru īstenošanā iesaistītajiem dažādiem subjektiem. Līdz ar to, autore piedāvā katru no dimensijām

pētīt ar tās izpētei atbilstošāko metodi (skat.1.10.tabulu). Lai apkopotu, salīdzinātu un ranžētu atsevišķo dimensiju faktoru sniegumu gan dimensiju, gan makro, mezo un mikro līmeņos, darba nobeigumā autore atsevišķajos pētījumos iegūtos faktoru novērtējuma rādītājus (Likerta skala vai procentuālais sniegums) izteikusi vienotā faktora snieguma rādītājā – punktus no maksimāli 100.

Apkopojot pirmajā nodaļā atspoguļoto, autore izveidotā ārsvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas sistēma vērsta uz pacientvērsta aprūpes modeļa īstenošanu pārrobežu veselības aprūpē, ar kura palīdzību iespējams nodrošināt noteikta medicīniskās aprūpes kvalitātes līmeņa nodrošināšanu balstoties uz pacienta cerību, interešu un vajadzību īstenošanu. Tajā ietverts pacienta pieredzes vērtējums, ko veido pacienta idejas par to, kā būtu jāstrādā medicīnas aprūpes iestādei attiecībā uz darbinieku profesionalitāti, atbalstu pacientam, atgriezeniskās saites veidošanu u.c. aspektiem. Savukārt, pacientu piesaistes ilgspēju raksturojošais faktors ir pacienta apmierinātība, kas ir pacienta cerību ar saņemto medicīnisko aprūpi sakritība ar saņemto rezultātu. Tā ir atkarīga no daudziem subjektīviem un objektīviem faktoriem, kas lielākoties saistīti ar pacienta un tā slimības vai veselības stāvokļa specifiskajām iezīmēm. Pieredzi veido tādi elementi kā emocionālais atbalsts, efektīva komunikācija, kā arī cieņa. Veselības aprūpes *vērtību* no pacienta pieredzes viedokļa veido integrēts pakalpojums, jo ikkatrs veselības aprūpes pakalpojums ietver saistītos pakalpojuma līmeņus sākot no pacienta stāvokļa diagnostikas līdz tā pēcaprūpes uzraudzībai. Tā kā pārrobežu veselības aprūpes sniegšana kļuvusi aktuāla saistībā ar plašo iedzīvotāju mobilitāti un citiem faktoriem, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji pārorientē savus pakalpojumus, lai nodrošinātu pieprasījumu pēc pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumiem. Līdzšinējos pētījumos kā galvenie šķēršļi pārrobežu veselības aprūpes nodrošināšanā minēti: zemā citā valstī saņemtā pakalpojuma kvalitāte un veselības aprūpes speciālistu motivācija un kompetence, nepilnības pacientu piesaistē un pozitīvas pieredzes veidošanā, ierobežota informācija par pacientu drošību un sagaidāmo aprūpes kvalitāti, pacientu medicīnisko datu pārsūtīšanas problēmas, aprūpes nepārtrauktība un problēmas saistītas ar aprūpes izmaksu atlīdzināšanu. Būtiska loma ir makro un mezo līmeņa mārketinga piesaistes aktivitāšu īstenošanai valsts kā medicīnas tūrisma galamērķa popularizēšanai. Savukārt, pakalpojumu sniedzēju (mikro) līmenī nepieciešams īstenot to individuālo piedāvājumu un centienus būt konkurētspējīgiem citu veselības aprūpes iestāžu starpā starptautiskā līmenī.

2. ĀRVALSTU PACIENTU PIESAISTI RAKSTUROJOŠĀS VIDES FAKTORU NOVĒRTĒJUMS LATVIJĀ

Promocijas darba otrajā nodaļā autore raksturojusi Latvijas veselības aprūpes uzņēmumu darbības vidi un novērtējusi veselības aprūpes pakalpojumu pacientu piesaisti noteicošos faktoros. Ņemot vērā dažādos nozares pacientu piesaistes raksturojošos daudzlīmeņa faktoros un konteksta nozīmību, tās novērtēšanā iespējams pielietot daudzveidīgas metodes, izvēloties katras faktoru grupas būtībai un mērķa grupai atbilstošāko.

Lai noteiktu vispārējos veselības aprūpes pakalpojumu izvēli noteicošos faktoros patērētāju piesaistē, autore raksturojusi Latvijas veselības aprūpes sektoru pamatojoties uz starptautiska un nacionāla līmeņa pētījumu un statistikas datu pamata **Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ārējās vides raksturojums** (2.1.nodaļa), kā arī apkopojusi Valsts pētījumu programmas EKOSOC-LV ietvaros veiktās Latvijas veselības aprūpes uzņēmumu vadītāju anketēšanas rezultātus (2.2.nodaļa) uzņēmumu iekšējo un ārējo pakalpojumu noteicošo faktoru novērtēšanai. Veselības sektora ārējo faktoru nozīmības un snieguma novērtēšanai autore veikusi PEST analīzi (2.3.nodaļa), pielietojot faktoru nozīmīguma un snieguma plaisas novērtēšanas pieeju. Veikta veselības sektora nacionālā un institucionālā līmeņa starptautisko prasību ieviešanas novērtēšana un ranžēšana (2.4.nodaļa). Ņemot vērā komunikācijas un informācijas aprites būtisko lomu pacientu piesaistes nodrošināšanā, veikts Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju interneta vietņu novērtējums pēc autores empīriskās izpētes rezultātā izvēlētiem kritērijiem, lai novērtētu ārstniecības iestāžu gatavību efektīvai komunikācijai ārvalstu pacientu piesaistei (2.5.nodaļa).

2.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ārējās vides raksturojums

Lai dziļāk izprastu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības vidi, ir lietderīgi izanalizēt Latvijas veselības aprūpes sektoru raksturojošus rādītājus ietekmējošas (ierobežojošas vai veicinošas) vides aspektā. Šajā nodaļā autore ir sniegusi Latvijas veselības aprūpes sektora vispārējo raksturojumu trīs aspektos: (1) likumdošana un tirgus atbalsta iniciatīvas, (2) valsts tēla mārketinga, (3) tirgus apjoms un resursi un (4) veselības aprūpes sistēmas rezultāti. Raksturojuma veikšanai izmantoti Latvijas republikas normatīvie dokumenti un pētījumi, nozari raksturojošie statistikas dati, starptautisko institūciju ziņojumi un veselības aprūpes sistēmu salīdzinošie pētījumi.

Likumdošana un tirgus atbalsta iniciatīvas

Saskaņā ar Tūrisma likuma definīciju Latvijā tiek lietots termins “veselības tūrisms”, kas ir “tūrisma veids, kura mērķis ir organisma vispārējā stāvokļa un labsajūtas uzlabošana, profilakse,

ārstēšana un rehabilitācija, izmantojot arī dabas dziednieciskos resursus” (Saeima, 1998)¹⁴². Savukārt, *veselības tūrisms* ir noteikta kā viena no tūrisma prioritātēm *Latvijas tūrisma attīstības pamatnostādņēs 2014.-2020. gadam* (Ministru kabinets, 2014)¹⁴³. *Veselības aprūpes pakalpojumu eksporta attīstības plānā 2019.-2023.gadam* (Ministru kabinets, 2019)¹⁴⁴ noteiktas veselības pakalpojumu eksporta veicināšanas stratēģiskie virzieni – (1) darbības ilgtspējas nodrošināšana, (2) stratēģisko tirgus valstu definēšana un (3) Latvijas kā veselības aprūpes pakalpojumu eksportvalsts tēla izveide. Līdz šim precīzi dati un informācija par eksporta tirgus apjomu, struktūru un tendencēm Latvijā ir ierobežoti un tikai saskaņā ar MK 11.12.2018. noteikumiem Nr. 763 "Noteikumi par Oficiālās statistikas programmu 2019.-2021. gadam"¹⁴⁵ noteikts izveidot vienotu veselības pakalpojumu eksporta statistiskās uzskaites sistēmu, kas nākotnē dos iespēju analizēt veselības pakalpojumu eksporta tendencijas. Ir izstrādāta jauna statistikas veidlapa “*Pārskats par ārzemniekiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem*” ar mērķi iegūt ārvalstu pacientiem sniegto pakalpojumu statistiku.

Lai saliedētu resursus pakalpojumu eksporta veicināšanai, 2009. gadā tika izveidota medicīnas nozares vadošo klīniku alianse *Medicīnas tūrisma centrs “Baltic Care”*¹⁴⁶. Kopš 2012.gada darbojas *Latvijas veselības tūrisma klasteris (LVTK)*¹⁴⁷, kas apvieno vairāk kā 60 privātās un publiskās ārstniecības iestādes, tūrisma aģentūras, kūrortvietnīcas un citus uzņēmumus ar mērķi sadarboties ir veselības aprūpes pakalpojumu eksportā.

Veselības inspekcija (VI) uztur sarakstu ar ārstniecības iestādēm, kas reģistrējušās veselības tūrisma pakalpojumu sniegšanai, kas vienkāršo informācijas par ārstniecības iestādēm iegūšanu vīzu izsniegšanas procedūrai Latvijā. Reģistrācija VI reģistrā notiek pēc ārstniecības iestādes iniciatīvas, kam nav saistības ar kādu īpašu VI veiktu iestādes novērtējumu pēc noteiktiem kritērijiem vai nosacījumiem.

Valsts tēla mārketing

2015.gadā ir izveidojusi zīmolu “Magnetic Latvia” kā platformu dažādu nozaru eksportējošo uzņēmumu atbalstam¹⁴⁸. Diemžēl praksē šo dažu gadu laikā kopš 2015.g. ir novērota neefektīva “Magnetic Latvia” zīmola izmantošana un pat tā degradēšana, regulāri izmantojot to kā saukli valsts

¹⁴² Saeima (1998). Tūrisma likums. Latvijas Vēstnesis, 287, 07.10.1998. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=50026>(skatīts 24.01.18)

¹⁴³ Ministru kabinets (2014). Rīkojums Nr. 326 "Par Latvijas tūrisma attīstības pamatnostādņēm 2014.–2020.gadam". Latvijas Vēstnesis", 4.07.2014., Nr. 129, <https://www.vestnesis.lv/op/2014/129.9>(skatīts 28.01.18)

¹⁴⁴ Ministru kabinets (2019). Rīkojums Nr. 109 "Par veselības aprūpes pakalpojumu eksporta attīstības plānu 2019.–2023. gadam". <https://likumi.lv/ta/id/305413>(skatīts 11.01.19)

¹⁴⁵ Ministru kabineta 2018. gada 11. decembra noteikumi Nr. 763 "Noteikumi par Oficiālās statistikas programmu 2019.–2021. gadam". <https://likumi.lv/ta/id/303613>(skatīts 11.01.19)

¹⁴⁶ Baltic Care, pieejams: <http://www.balticcare.eu/lv/klinikas-1/> (skatīts 18.01.18)

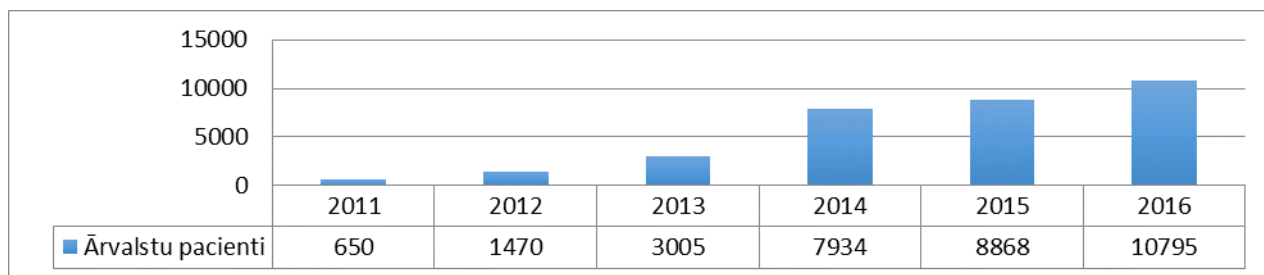
¹⁴⁷ Latvijas veselības tūrisma klasteris. Pieejams: <https://healthtravellatvia.lv/klasteris/>(skatīts 18.01.18)

¹⁴⁸ Latvijas Investīciju un attīstības aģentūra. (2015). *Magnetic Latvia* prezentācija. Pieejama tiešsaistē: <https://www.liaa.gov.lv/lv/magnetic-latvia-prezentacija>(skatīts 12.03.19)

līmeņa reklāmas kampaņās¹⁴⁹, kas paredzētas atpūtas tūristu auditorijai, un tādējādi attālinoties no sākotnējās ieceres par eksporta platformu. Visa mārketinga komunikācija medicīnas tūrisma veicināšanas kontekstā no LIAA puses ir aprobežojusies ar grūti pamanāmu hipersaiti citas LIAA pārvaldītās un pamatā atpūtas tūristiem paredzētās tīmekļa lapas www.latvia.travel pašā apakšā uz sadaļu¹⁵⁰ ar Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un to pakalpojumu aprakstiem.

Tirgus apjoms un resursi

Šobrīd valstī nespastāv apkopota oficiālā statistika par ārvalstu pacientiem sniegto pakalpojumu apjomu. Baltic Care ārstniecības iestāžu apkopotā informācija (2017) par 16 iestādēm liecina, ka ārvalstniekiem sniegto pakalpojumu apjoms gadu no gada ievērojami pieaug (Baltic Care, 2017)¹⁵¹. 2.1.attēlā autore apkopojusi ārvalstu pacientu skaitu Latvijā no 2011.-2016.gadam.



2.1.att. Ārvalstu pacientu skaits, Latvija. 2011.-2016.

Avots: *Baltic Care, 2017.*

Savukārt, LVTK veiktais datu apkopojums liecina, ka 2017.gadā 30 ārstniecības iestādes sniegušas pakalpojumus 20 762 ārvalstu pacientiem, kuru galvenās pārstāvētās valstis ir: Krievija (5161), Baltkrievija (2382), Vācija (1969), Lielbritānija (1114), Ukraina (787), ASV (689), Zviedrija (551)¹⁵². Kopējais pakalpojumu apgrozījums vērtēts 8,1 miljona euro apmērā, kas uz vienu pacientu vidēji sastāda ap 390 euro.

Saskaņā ar Eiropas Revīzijas Palātas ziņojumu¹⁵³, ES direktīvas 2011/24/EU un Regulas (EK) Nr.883/2004 ietvaros sniegto pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu saņēmušo pacientu (oficiāli reģistrēto caur nacionālo kontaktpunktu) skaits Latvijā ir viens no zemākajiem starp ES dalībvalstīm, kas 2016.gadā bija tikai 167 pacienti jeb 0.08 % no 213 096 pacientiem kopā, bet Igaunijā – 10 044 un Lietuvā – 369 pacienti (ES, 2019).

¹⁴⁹ Vīksne, I. (2017). Jauns tēls. Latvija pievilks kā magnēts. NRA. Pieejams tiešsaistē: <https://nra.lv/latvija/198623-jauns-tels-latvija-pievilks-ka-magnets.htm>(skatīts 12.03.19)

¹⁵⁰ Latvijas Investīciju un Attīstības aģentūra. (2019). Magnetic Latvia tīmekļa vietne. Medical tourism. <https://www.latvia.travel/en/article/medical-tourism>(skatīts 12.03.19)

¹⁵¹ Baltic Care. (2017). Number of foreign patients at clinics of Baltic Care Medical Tourism Centre alliance experienced consistent growth in 2016. Available from: http://baltictravelnews.com/index.php?m_id=18518&i_id=5&pub_id=104672(skatīts 12.03.19)

¹⁵² Veselības ministrija (2018). Darba grupas ziņojums: Informatīvais ziņojums par veselības tūrisma attīstības veicināšanas iespējām. Pieejams: http://tap.mk.gov.lv/doc/2018_08/VMzin_280618_Turisms.1359.docx

¹⁵³ Eiropas Savienība. (2019). Eiropas Revīzijas Palātas īpašais ziņojumu ES pasākumi pārrobežu veselības aprūpē: mērķi ir vērienīgi, taču nepieciešama labāka pārvaldība. Pieejams: https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR19_07/SR_HEALTH_CARE_LV.pdf

Izdevumi veselības aprūpes sistēmai Latvijā sastāda 6.3% no IKP¹⁵⁴, kas ievērojami atpaliek no ES valstu vidējā rādītāja – 9%. Eiropas Komisija atzinusi, ka Latvijas veselības sistēma resursu ziņā ir nepietiekami finansēta un trūkumi un iedzīvotāju veselības rezultāti jāskata saistībā ar pašreizējo resursu līmenī (Eiropas Komisija, 2018). Pēdējos gados pieaug iedzīvotāju tiešie maksājumi, kas veido 45,4% 2017.g., kā rezultātā iezīmējas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmas.

Ekonomiskās krīzes rezultātā, salīdzinot ar citām Baltijas valstīm, akūto slimnīcu gultu skaita samazinājums bija vislielākais Latvijā - 2017. gadā uz 100 000 iedzīvotāju bija 330 gultasvietas un gandrīz 199% kritums kopš 1992. gada. Tajā pat laikā, investīcijas tikušas novirzītas gan infrastruktūrai, gan medicīnas tehnoloģiju iegādei ar mērķi pārorientēt pakalpojumu sniegšanu ambulatoros centros un dienas stacionāros.

Ārstu skaits pēdējos gados ir stabilizējies, bet medmāsu skaits Latvijā ir viens no zemākajiem ES. Ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2017. gadā Latvijā bija 321, līdzīgi kā Igaunijā (347) un zem Lietuvas (456). Tajā pašā gadā medmāsu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem bija 457, salīdzinot ar 619 Igaunijā un 771 Lietuvā.

Krīzes laika pasākumi ir veicinājuši ambulatoro pakalpojumu sniedzēju un maksas pakalpojumu skaita pieaugumu, pieaugot arī konkurencei ārstniecības iestāžu starpā.

Veselības aprūpes sistēmas rezultāti

Publikācijās un pētījumos Latvijas veselības tūrisma priekšrocības saistītas galvenokārt ar pakalpojumu zemajām cenām. Autoru grupas F.Koklina vadībā veiktajā pētījumā secināts, ka tās Latvijā ir 4-5 reizes zemākas nekā vidēji OECD valstīs (Koechlin, 2017)¹⁵⁵, bet Domnīcas “Certus” (2018)¹⁵⁶ pētījumā tās minētas kā 50 -70% zemākas nekā citās Eiropas reģiona valstīs. Tajā pat laikā tiek uzsvērti pakalpojumu augstā kvalitāte un augstais medicīnas tehnoloģiskais līmenis. Autore uzskata, ka ievērojamā cenu atšķirība rosina pamatotāku situācijas izpēti un apšaubā tik lielu pakalpojumu cenu atšķirību iespējamību ilgtermiņā, pie nosacījuma, ka veselības aprūpes iestādes ievieš kvalitātes un pacientu drošības prasības atbilstoši starptautiskajiem nosacījumiem.

Starptautisko organizāciju veiktie Latvijas veselības aprūpes nozares novērtējumi, savukārt, izgaismo salīdzinoši zemos sektora snieguma rādītājus un vērš uzmanību uz tālāku reformu nepieciešamību. Eiropas Komisijas ziņojumā “Valsts veselības pārskats 2017: Latvija” attiecībā uz sistēmas rādītājiem minēs, ka Latvijā paredzamais dzīves ilgums atpaliek no ES vidējā rādītāja par aptuveni sešiem gadiem, finansējums veselības aprūpes sistēmai nav pietiekams un tikai 57%

¹⁵⁴ OECD Health Statistics Database, WHO Global Expenditure Database (updated December 2018)

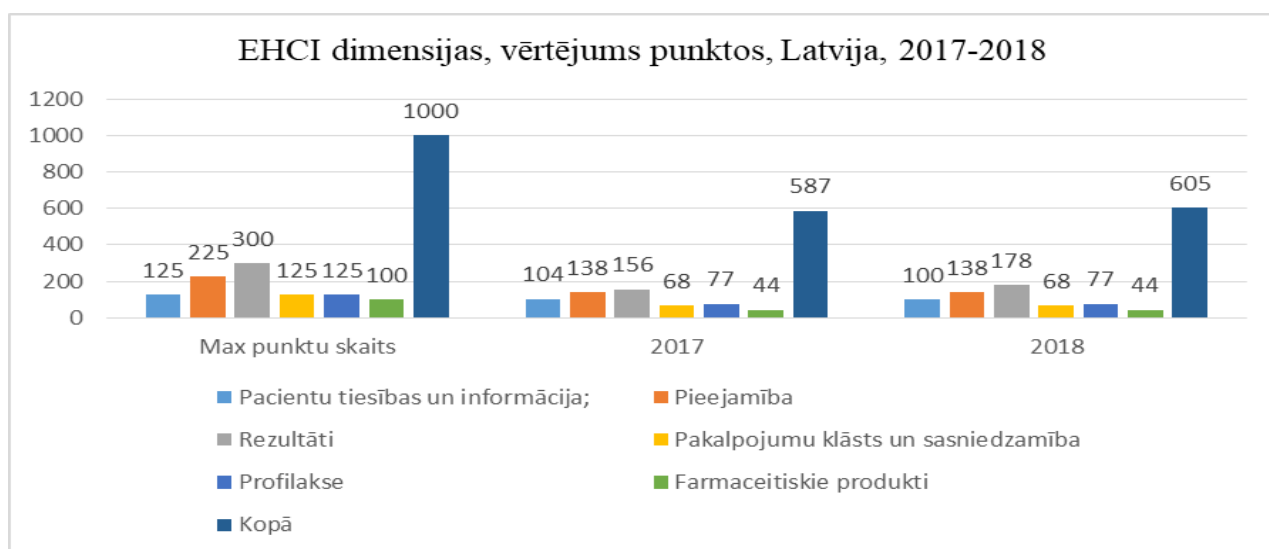
¹⁵⁵ Koechlin, F., Konijn, P., Lorenzoni, L. et al. Comparing hospitals and health prices and volumes across countries: a new approach. Soc Indic Res, 131,43. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1196-y>

¹⁵⁶ Domnīca “Certus”. (2018). Medicīnas pakalpojumu eksports, Politikas pārskats: Dombrovskis V., Spuriņš U., Auers D., ISBN 978-9934-577-06-2

finansē valsts līdzekļiem (ES – 79%) un ir ievērojama pakalpojumu nepieejamība. Norādīts, ka veselības aprūpes darbinieku piesaistīšanu un noturēšanu kavē zems atalgojums un sarežģītie darba apstākļi (piemēram, zemā mūsu un ārstu skaita attiecība). Kā galvenais veselības aprūpes sistēmu zemo efektivitāti raksturojošais indikators norādīts otrais augstākais (aiz Rumānijas) *novēršamās mirstības rādītājs*, kas ir 2149 gadījumi gadā (definīcija: *Novēršamā mirstība ir priekšlaicīgas nāves gadījumi, no kuriem būtu bijis iespējams izvairīties, sniedzot savlaicīgu un efektīvu veselības aprūpi*)¹⁵⁷.

OECD norāda, ka kopējai ekonomikas attīstības reformai Latvijā jāietver veselības sistēmas reformas, kas vērstas uz valsts uzņēmumu pārvaldības uzlabošanu, produktivitātes pieaugumu, pārredzamu ieguldījumu politiku, cilvēkresursu un infrastruktūras pieejamību un izmaksu efektivitāti (OECD, 2016).

Eiropas veselības patērētāju indeksa EVPI (angliski- Euro Health Consumer Index, EHCI) vērtējumā (Bjornberg, Phang, 2019)¹⁵⁸ Latvijas veselības aprūpes sistēma 2018.gadā ieņem 30.vietu 35 valstu starpā, kas ir kritums par 2 vietām salīdzinot ar 2017.gadu. Salīdzinoši Igaunijai - 15. vieta, bet Lietuvai -28.vieta. Latvijas veselības aprūpes sistēma vērtēta ar 605 punktiem maksimālo 1000 punktu skalā. Augstākais vērtējums piešķirts Šveices (893 punkti) un Nīderlandes (883 punkti) sistēmām, kam seko Norvēģijas (857 punkti), Dānijas (855 punkti) un Beļģija (832 punkti) veselības aprūpes sistēmas. Latvijas veselības aprūpes sistēmas vērtējums, EVPI, 2017.-2018. EHCI simensijas vērtējums punktos laika periodam 2017-2018. gadam aplūkojams 2.2.att.



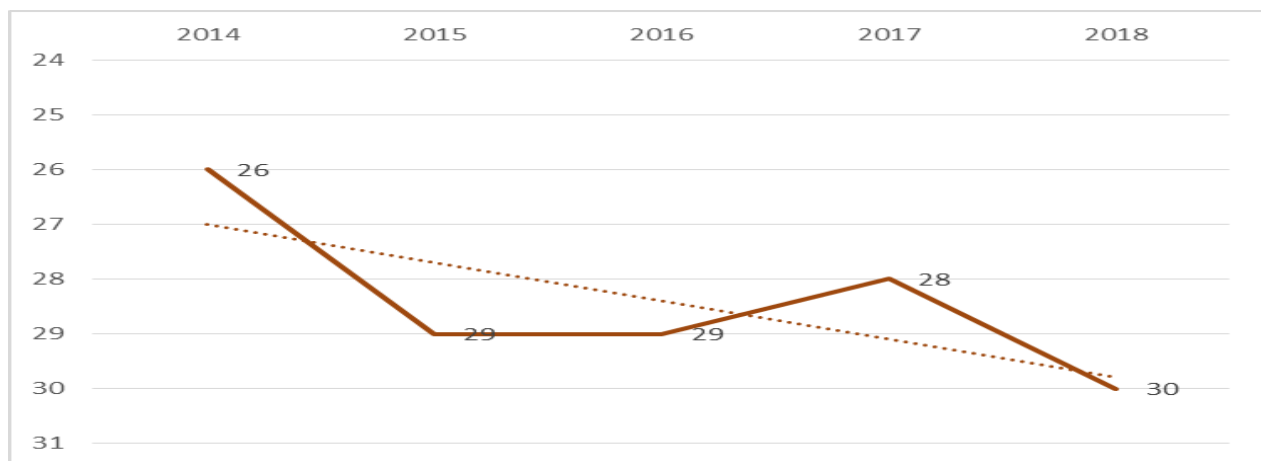
2.2.att. Latvijas veselības aprūpes sistēmas vērtējums, EVPI, 2017.-2018.

Avots: Autores veidots pēc Bjornberg & Phang, 2019.

¹⁵⁷ Eiropas Komisija (2018). Valsts veselības pārskats 2017: Latvija

¹⁵⁸ Euro health consumer index 2018 (2019). Health consumer powerhouse Ltd., 2019. ISBN 978-91-980687-5-7

Bez tam, salīdzinot ar 2014.gadu, Latvijas veselības aprūpes sistēmas vērtējums pēc EVPI samazinās (skat.2.3.attēlu). EVPI vērtē veselības aprūpes sistēmas (kopš 2008.gada), pamatojoties uz 46 indikatoriem sešās dimensijās: (1) Pacientu tiesības un informācija; (2) Pieejamība; (3) Rezultāti; (4) Pakalpojumu klāsts un to sasniedzamība; (5) Profilakse un (6) Farmaceitiskie produkti.



2.3.att. Latvijas veselības aprūpes sistēmas ranžējuma izmaiņas, EHCI indekss, 2014.-2018.

Avots: Autores veidots pēc Bjornberg & Phang, 2019.

Eiropas Revīzijas Palātas ziņojumā (ES, 2019) norādīts, ka Latvijā nepieciešama labāka pārrobežu veselības aprūpes pārvaldība, tajā skaitā par Latviju nav pieejama informācija, kad tās veselības sistēma būs pieejama pacientu medicīnas datu pārrobežu elektroniskajai apmaiņai. Kā piemērs minēts, ka Somija var nosūtīt elektroniskās receptes uz Igauniju, kas autores skatījumā ir ievērojams solis Igaunijas veselības aprūpes sistēmas atvērtībai ārvalstu pacientiem.

Autores vērtējumā veselības aprūpes sektora vājais salīdzinošais sniegums un starptautisko institūciju norādījumi par sistēmas reformas nepieciešamību, ir ievērojams šķērslis Latvijas veselības aprūpes uzņēmumu ārējai konkurētspējai un ārvalstu pacientu piesaistei. Neatkarīgi no ārējās vides apstākļiem, Latvijas veselības aprūpes uzņēmumi vairāku gadu garumā ir veikuši pakalpojumu eksportu veicinošas aktivitātes un sasnieguši zināmu pieaugumu ārvalstu pacientu piesaistē. Tālākā pētījuma gaitā autore veiks padziļinātu piesaisti ietekmējošo iekšējo un ārējo faktoru izpēti.

2.2.Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gatavība ārvalstu pacientu piesaistei

Lai apzinātu veselības aprūpes pakalpojumu eksportu noteicošos kopējos faktoros Latvijas Nacionālās programmas EKOSOC-LV ietvaros tika veikts **Veselības aprūpes pakalpojumu veicinošo un ierobežojošo faktoru šķērsriezuma pētījums** (Villerusa et al., 2019)¹⁵⁹ (turpmāk – pētījums EKOSOC-LV). **Pētījuma mērķis** bija raksturot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ārvalstu pacientiem Latvijā, kā arī noskaidrot medicīnas eksportu veicinošos un bremsējošos pacientu piesaistes faktoros mikro un mezo līmenī, izmantojot ārstniecības iestāžu vadītāju anketēšanu. Pētījuma veikšanai izmantota autores izstrādāta aptaujas anketa, kas ietvēra jautājumu grupas: (1) vispārēja informācija par veselības aprūpes iestādi un tās iesaisti pakalpojumu sniegšanā ārvalstniekiem, (2) jautājumi par eksporta veicināšanu veselības aprūpes nozarē, (3) ar iestādes personāla resursiem saistīti jautājumi, (4) jautājumi par iespējamajiem un nepieciešamajiem atbalsta veidiem veselības aprūpes pakalpojumu eksporta veicināšanai (5) iestāžu darbību ietekmējošie procesuālie un vides aspektiem (aptaujas anketu skat.3.pielikumā).

Kopumā tika izsūtītas 230 aptaujas anketas visma valsts, reģionālajam, pašvaldību un privātajām slimnīcām, kā arī ambulatorajām iestādēm, kuras nav individuālās ārsta prakses, kā arī zobārstniecības koppraksēm. Visas iestādes reģistrētas Latvijas Veselības Inspekcijas Ārstniecības iestāžu reģistrā.

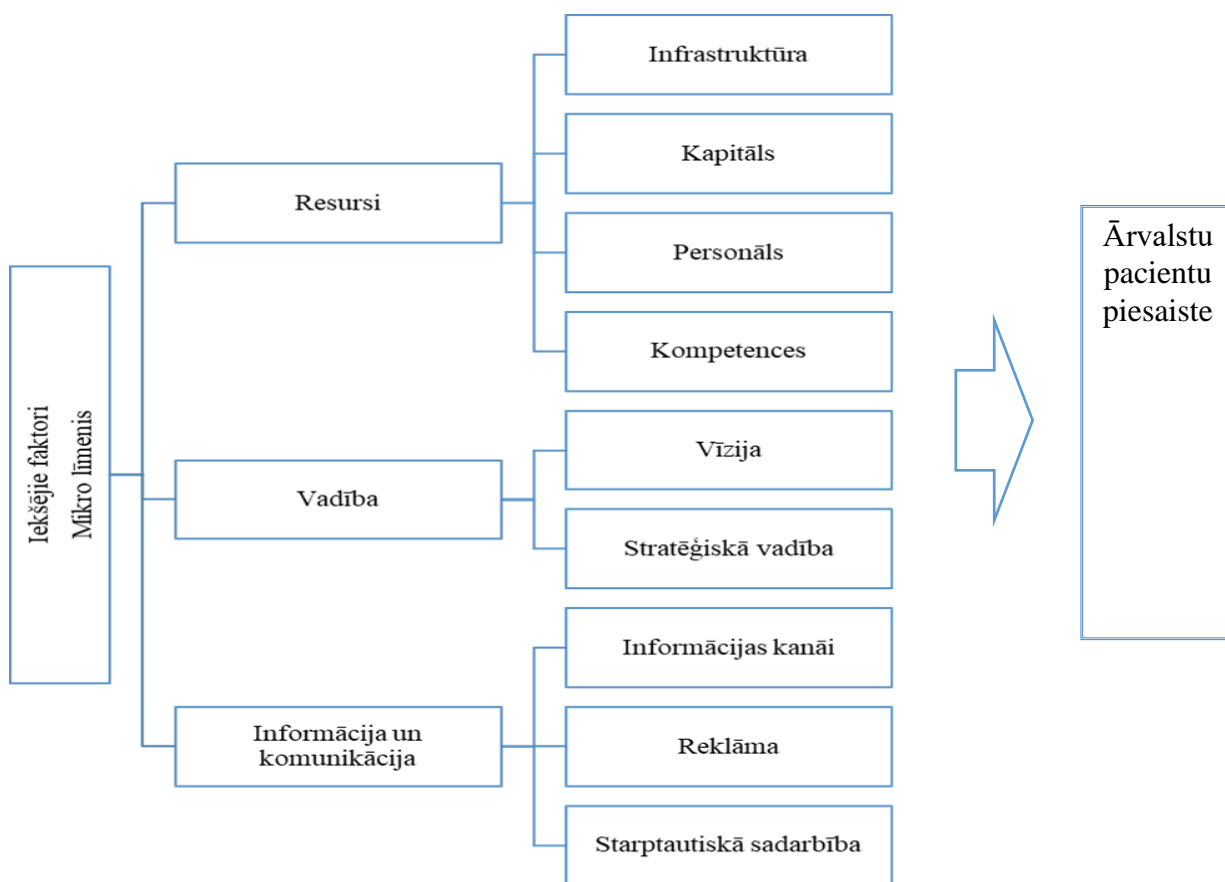
Aptaujas anketas izsūtītas vairākos etapos 2016.gadā. Aizpildītas anketas tika saņemtas no 87 aptaujas dalībniekiem (37.8%). Aptaujas dalībnieku raksturojums: 51,2% respondentu bija privātās veselības aprūpes iestādes, 32,1% pašvaldības iestādes un 16,7% valsts veselības aprūpes iestādes un tās pārstāvēja: stacionārās ārstniecības iestādes 33,3%, zobārstniecības kopprakses – 29,8%, veselības centri – 19,0%, dienas stacionāri – 11,9%, ambulatorās rehabilitācijas iestādes – 3,6% un ārstu prakse un laboratorijas - 2,4%. Aptuveni trešā daļa jeb 31.1% aptaujāto iestāžu bija no Rīgas, 10,4% no Rīgas plānošanas reģiona, 16.9% no Kurzemes, 15.6% no Zemgales, 14.3% no Vidzemes un 11.7% no Latgales plānošanas reģioniem.

Datu analīzē kā atkarīgā pazīme tika izmantota veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana ārvalstniekiem un kā neatkarīgie mainīgie tika izmantotas *pakalpojumu sniegšanu ārvalstniekiem raksturojošās pazīmes* (iekšējie un ārējie faktori), kas saistītas ar *iestādes personālu, iestādes iekšējo politiku* (iestādes stratēģija, mājaslapa, pakalpojumu analīze, zināšanas par eksporta tirgu, dalība

¹⁵⁹ Villerusa A., Behmane D., Berkis U., Kokarevica A. & Cauce, V. (2019) Factors determining competitiveness in healthcare institutions in Latvia – results of the EKOSOC-LV National research programme. Proceedings of The Latvian Academy of Sciences. Section B, Vol. 73 (2019), No. 4 (721), pp. 269–277. DOI: 10.2478/prolas-2019-0044

izstādēs) un *valsts politiku* (normatīvais atbalsts, veselības aprūpes sistēmas organizācija, specifiskās atbalsta struktūras, sociālā vide u.c.).

Iekšējie faktori iedalīti 3 faktoru grupās: Resursi, Vadība un Informācija un komunikācija (skat.2.4.attēlu).

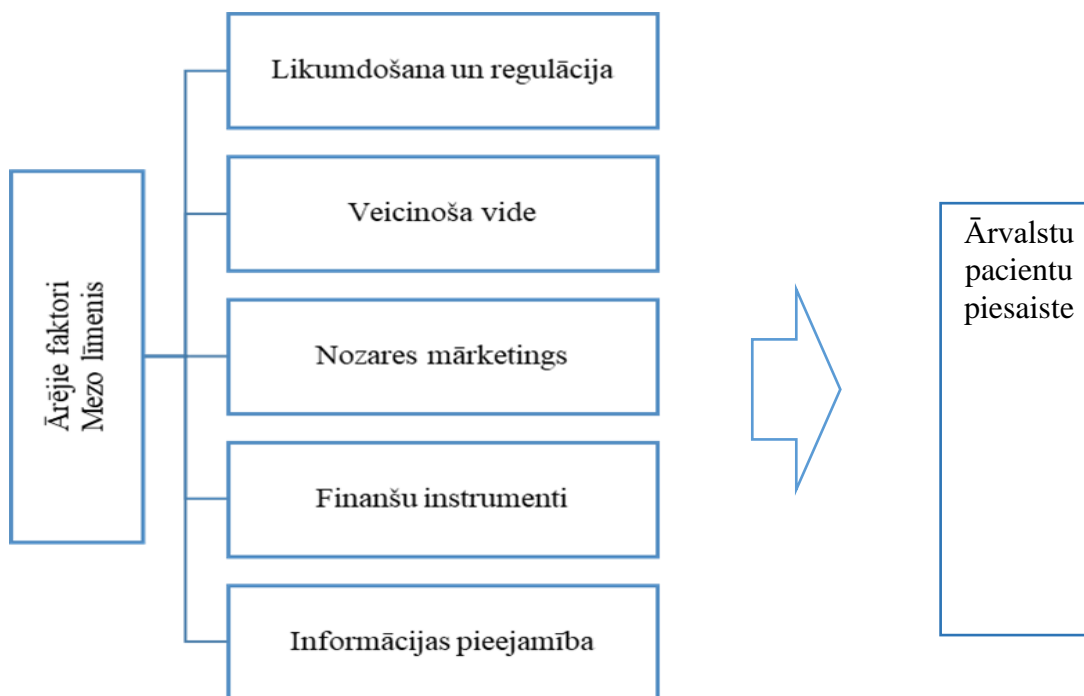


2.4.att. Ārstniecības iestāžu iekšējo (mikro līmenis) faktoru kategorijas ārvalstu pacientu piesaistei

Avots: autores veidots, pētījums EKOSOC-LV.

Attēlā redzami iekšējie faktori nosaka ārvalstu pacientu kā mērķauditorijas sasniegšanas līmeni, to starpā - veselības aprūpes iestādes vadības noteiktā stratēģija, vīzija un pieejamie resursi ietekmēs ārvalstu pacientu piesaistes iespējas. Tehniskais nodrošinājums, ko spēj piedāvāt veselības aprūpes iestāde, pieejamie resursi – darbinieki, (to kompetence) finanses u.c. ietekmēs iespējamo alternatīvu vērtējumu no ārvalstu pacientu puses par labu kādai konkrētai iestādei.

Savukārt, ārējo nozares (mezo līmenis) faktoru analīze ietver tādas grupas kā likumdošana un regulācija, uzņēmējdarbību veicinoša vide, makromāretings, atbalstoši finanšu instrumenti un informācijas pieejamība par pakalpojumu eksportu (skat.2.5.attēlu)



2.5.att. Ārstniecības iestāžu ārējo nozares (mezo līmenis) faktoru kategorijas ārvalstu pacientu piesaistei

Avots: autores veidots, pētījums EKOSOC-LV.

Kā mezo līmeņa faktoru grupas pētījumā ietvertas: likumdošana un regulācija, darbību veicinoša vide, atbilstošs nozares mārketingi, atbalstoši finanšu instrumenti un informācijas pieejamība par veselības aprūpes iespējām Latvijā.

Pētījuma rezultāti. No visiem pētījuma dalībniekiem (n=87) rezultātu analīzē tika iekļauti 86 respondenti. Pakalpojumus ārvalstu patērētājiem iepriekšējā gadā snieguši:

- 92.9% stacionāro ārstniecības iestāžu (n=26; 95% CI 77.4 – 98.0),
- 81.2% veselības centru (n=13; 95% CI 57.0 – 93.4),
- 70% dienas stacionāru (n=7; 95% CI 39.7 – 89.2),
- 68% zobārstniecības prakšu (n=17; 95% CI 48.4 – 82.8).

Iestāžu vadītāji 81.8% (n=63; 95% CI 71.8 – 88.9%) gadījumos norāda, ka iestāde ir ieinteresēta pakalpojumu sniegšanā ārvalstniekiem tādejādi nodrošinot ārvalstu pacientu piesaisti. Taču, mērķtiecīgi (t.i., regulāri) veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstniekiem sniedza tikai **17 iestādes jeb 19.8%** (n=17; 95% CI 12.7 – 29.4) un autore uzskata, ka tas ir zems rādītājs ārvalstu pacientu piesaistē.

Kā biežāk veiktie ārstniecības pakalpojumi ārvalstu pacientiem tika atzīmēti:

- ambulatorie un dienas stacionāra pakalpojumi: 56,0% (95% CI 45,3 – 66,1),
- diagnostikas pakalpojumi: 51,2% (95% CI 40,7 – 61,6),
- zobārstniecības pakalpojumi: 50,0% (95% CI 39,5 – 60,5) un

- rehabilitācijas pakalpojumi: 46,4% (95 CI 36,2 – 57,0).

Analizējot detalizētāk ārstnieciskās iestādes ārvalstu pacientu piesaistē, vērojama sakarība starp ārstniecības iestādes lielumu atkarībā no personāla skaita un pakalpojumu sniegšanu ārvalstniekiem. Visas lielās slimnīcas, kas piedalījās pētījumā (virs 500 darbiniekiem) gada laikā sniedz pakalpojumus ārvalstu slimniekiem (40% sniedz regulāri un 60% gadījuma rakstura pakalpojumi), toties iestādēs no 11 līdz 50 darbiniekiem ar ārvalstu klientiem sniedz tikai 84.2%, bet iestādēs ar darbinieku skaitu līdz 10 darbiniekiem pakalpojumus ārvalstniekiem gada laikā sniedza tikai 60% iestāžu (95% CI 40.7 – 76.6). Ņemot vērā veselības aprūpes iestāžu sniegtās iespējas ārvalstu pacientu piesaistei, minētie rādītāji vērtējami kā zemi.

Pakalpojumu sniegšanā ārvalstniekiem vēro ģeogrāfiskas atšķirības. Visas veselības aprūpes iestādes no Rīgas un Rīgas plānošanas reģiona sniedza pakalpojumus ārvalstniekiem (katra trešā iestāde – regulāri). Starp reģioniem visbiežāk pakalpojumus ārvalstniekiem sniedza Zemgalē – 75%, savukārt Kurzemē, Vidzemē un Latgalē līdzīgi, t.i. robežās no 55% – 62% iestāžu. Visvairāk pakalpojumus sniedz pacientiem no tuvējām ārvalstīm, tādām kā Krievija (n=51), Lielbritānija (n=43), Lietuva (n=33), Norvēģija (n=29) un Vācija (n=28).

Uzņēmumu iekšējo (mikro līmeņa) faktoru analīze ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā pamato, ka lielākā daļa respondentu par būtisku šķērslī ārvalstu patērētāju piesaistes nodrošināšanā saskata resursu problēmu (skat.2.1.tab.).

2.1.tabula

Ārstniecības iestāžu ārvalstu pacientu piesaistes iekšējie šķēršļi, resursu faktori (%)

Norādītie šķēršļi	Problēmas esamība un pakalpojuma sniegšana, N=86			
	Pakalpojumus sniedz regulāri		Pakalpojumus nesniedz regulāri	
	%	95% CI	%	95% CI
Nepietiekamas investīcijas	70	60.3 – 79.2	64.7	54.6 – 74.8
Iestādes infrastruktūras modernizācijas nepieciešamība	90.8	84.7 – 96.8	88.2	81.4 – 95
Papildus resursu nepieciešamība	82.4	74.4– 90.5	82.4	74.4– 90.5

Avots: autores apkopots, Latvijas ārstniecības iestāžu vadītāju aptauja (N=86), nacionālā programma EKOSOC-LV (2017)

Uz infrastruktūras modernizācijas nepieciešamību norāda 90.8 % regulāro un 88.2% neregulāro pakalpojumu sniedzēju, uz papildus resursu nepieciešamību – attiecīgi 82.4%, vienādi

abās grupās, bet uz nepietiekamām investīcijām norāda 70% regulāro un 64.7 % neregulāro pakalpojumu sniedzēju.

Ar personālu saistīto faktoru analīze rāda, ka lielākie šķēršļi saistīti ar ārstu un vidējā medicīnas personāla piesaisti, attiecīgi 71.8% (n=61; 95% CI 61.4 – 80.2) un 70.2% (n=59; 95% CI 59.8 – 79.0). Par grūtībām atrast palīgpersonālu norāda 48.8% (n=41; 95% CI 38.4 – 59.3) un administratīvo personālu - 30.1% (n=25; 95% CI 21.3 – 40.7) respondent. Novēro sakarības, lai gan statistiski nenozīmīgu ($p>0.05$), ka biežāk pakalpojumus ārvalstniekiem sniedza tās iestādes, kuru vadītāji norādīja, ka viņiem nav problēmu ar personāla piesaisti. ($\chi^2=0.312$; $df=1$; $p=0.576$). Ar personāla profesionalitāti un darba kultūru ir apmierināti kopumā 96.5% (n=83; 95% CI 90.2 – 98.8) aptaujāto iestāžu vadītāji.

Kā būtiskākās ar personālu saistītās problēmas pakalpojumu sniegšanā un piesaistē ārvalstu patērētājiem aptaujāto iestāžu vadītāji norādīja valodu barjeru: 78.6% (95% CI 68.7 – 86.0%), personāla līdzšinējo lielo noslodzi: 67.9% (95% CI 57.1 – 77.1%), daļa norādījusi personāla motivācijas trūkumu papildus pienākumu veikšanai: 39.8% (95% CI 29.9 – 50.5%), personāla psihoemocionālo gatavību darbam ar ārvalstu klientiem: 35.9% (95% CI 26.2 – 47.0%), kā arī vāju apkalpošanas kultūru: 21.5% (95% CI 13.9 – 31.8%). Savukārt, darbinieku medicīniskās zināšanas netiek uzskatītas par šķēršli, jo to norādījuši tikai 3.8% (95% CI 1.3 – 10.6%) respondentu (skat.2.2.tabulu).

2.2.tabula

Ārstniecības iestāžu ārvalstu pacientu piesaistes iekšējie šķēršļi, personāla faktori (%)

Norādītie šķēršļi	%	95% CI
Ārstu piesaiste	71.80	61.4 – 80.2
Palīgpersonāla piesaiste	48.80	38.4 – 59.3
Valodu barjera	78.60	68.7 – 86.0
Līdzšinējā noslodze	67.90	57.1 – 77.1
Motivācijas trūkums	39.80	29.9 – 50.5
Psihoemocionālā gatavība	35.90	26.2 – 47.0
Vāja apkalpošanas kultūra	21.50	13.9 – 31.8
Nepietiekošas medicīniskās zināšanas	3.80	1.3 – 10.6

Avots: autores apkopots, Latvijas ārstniecības iestāžu vadītāju aptauja (N=86), nacionālā programma EKOSOC-LV (2017)

Iezīmējas tendence, lai gan statistiski nenozīmīga ($p=0.107$), ka biežāk pakalpojumus ārvalstniekiem sniedz tajās iestādēs, kuru vadītāji atzīmēja, ka arī darbinieki ir ieinteresēti

pakalpojumu sniegšanā ārvalstniekiem, proti, 88.9% (n=56; 95% CI 78.8 – 94.5%), salīdzinājumā ar 71.4% (n=10; 95% CI 43.4 – 88.3%) grupā, kurā iestādes personāls nav īpaši ieinteresēts pakalpojumu sniegšanā ārvalstu pacientiem un to piesaistē. Tām iestādēm, kurās darbinieki ir ieinteresēti pakalpojumu sniegšanā, ir 3.2 (95% CI 0,8 – 13,0) reizes lielākas izredzes sniegt veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstniekiem, salīdzinot ar tām, kurās darbinieki nav ieinteresēti. (OR=3.2 (95% CI 0,8 – 13,0). Pastāv atšķirības starp atsevišķām personāla grupām. Statistiski ticamas sakarības tika atrastas grupās „ārsti” un „administratīvais personāls” (skat. 2.3.tabulu).

2.3.tabula

Izredžu attiecības pakalpojumu sniegšanai ārvalstu pacientiem saistībā ar dažāda līmeņa personāla ieinteresētību

Ieinteresētība pakalpojumu sniegšanā (Ir/Nav)	Pakalpojumu sniegšana	
	OR*	95% CI
Ārsti	3.4*	1.1 – 10.3
Vidējais medicīnas personāls	2.4	0.8 – 7.3
Palīgpersonāls	2.4	0.8 – 7.6
Administratīvais personāls	5.1*	1.6 – 15.8

* p< 0.05

Avots: autores apkopots, Latvijas ārstniecības iestāžu vadītāju aptauja (N=86), nacionālā programma EKOSOC-LV (2017)

Vērojama tendence, ka izredzes sniegt pakalpojumus ārvalstu pacientiem ir augstākas iestādēs, kurās vadītāji kritiskāk raksturo ar personālu saistītos aspektus: personāla motivācijas nepietiekamību, vāju psihoemocionālo gatavību, lielu līdzšinējo noslodzi, nepietiekams svešvalodu zināšanas un neapmierinošu apkalpošanas kultūru. Līdz ar to iestādes, kuras nespēj nodrošināt augstu apkalpošanas kultūru vai kurās vērojamas problēmas ar svešvalodu zināšanām, nākotnē varētu sastapties ar grūtībām ārvalstu pacientu piesaistē.

Iestādes vadības aspektu sakarā tika noskaidrots, ka iestādes vīzijai un vadītāja personīgajam redzējumam ir ievērojama nozīme ārvalstu pacientu piesaistē. Izredzes sniegt pakalpojumus ārvalstniekiem palielina (OR=5.1, 95% CI 1.6 – 15.8) tieši administratīvā personāla ieinteresētība. Speciāli izstrādāta ilgtermiņa stratēģija ārvalstu klientu piesaistei ir tikai 16.7% (95% CI 9.8 – 26.9) aptaujas dalībnieku, bet regulāru ārvalstniekiem sniegto pakalpojumu uzskaiti un analīzi veic tikai 31.9% (95% CI 22.3 – 43.3) ārstniecības iestāžu.

Iestādes informācijas un komunikācijas aspektu analīze parāda, ka iestādes mājaslapas ar piedāvāto pakalpojumu uzskaitījumu pieejamas 76.5% (95% CI 66.4 – 84.2) no aptaujātām iestādēm. 73.3% gadījumu pacientu piesaistei tiek izmantota informācijas ievietošana interneta

portālos un sociālajos tīklos, 37.8% iestāžu izmanto reklamēšanos masu medijos, 35.6% speciālajos reklāmu izdevumos un 26.7% piedalās profesionālajās veselības tūrisma izstādēs. Starpnieku pakalpojumus kā mārketingu ārvalstu klientu piesaistei izmanto retāk. No visiem aptaujas dalībniekiem 28.9% sadarbojas ar Veselības klāsteri, 24.4% ar citiem starpniekiem Latvijā vai ārvalstīs, bet tiešā sadarbība ar ārvalstu klīnikām ir tikai divām ārstniecības iestādēm. 55.2% (95% CI 44.7 – 65.6) respondentu norādīja, ka viņiem ir viduvējas, bet 19,5% (95% CI 11.1 – 27.8) sliktas zināšanas par eksporta tirgus iespējām veselības aprūpē, kas tiešā veidā var ietekmēt ārvalstu pacientu piesaisti nākotnē.

Tikai 14 no aptaujātajām iestādēm ir algoti darbinieki, kuri strādā starptautiskajā mārketingā, ko autore uzskata par nepietiekošu, lai attīstītu mērķtiecīgu starptautisko sadarbību vērstu uz pacientu piesaisti.

Par būtiskiem pasākumiem pacientu piesaistes stiprināšanā uzņēmuma vadītāji atzīst kvalitatīvas informācijas par iestādi ievietošanu mājaslapā (90.8%), ārstniecības personu starptautiskās sadarbības veicināšanu (89.7%) un sadarbības uzlabošanu ar ārvalstu veselības aprūpes iestādēm (82.8%).

Uzņēmuma ārējo nozares (mezo) faktoru analīze ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā

Aptaujāto iestāžu vadītāji norāda uz būtiskiem traucējošiem nozares līmeņa faktoriem veselības pakalpojumu eksporta veicināšanā (skat.2.4.tabulu). Kā būtiskākie ietekmējošie ārējie nosacījumi minēti - speciālistu sagatavošana, pieejamība un kapacitāte, atbalsta struktūras trūkums eksporta veicināšanai. Vairāk kā puse respondentu kā nozīmīgus šķēršļus norādījuši veselības aprūpes kopējo infrastruktūru un nepilnīgo veselības aprūpes sistēmas darbību.

Kā pacientu neapmierinātības iemesli minēti traucējoši apstākļi un nesakārtotība pašā veselības aprūpes sistēmā, piemēram, kvalitātes uzraudzības sistēmas, vienotu vadlīniju un ārstēšanas standartu trūkums. Būtiska nozīme ir arī sociālās vides faktoriem: valodas un kultūras atšķirībām, tolerances trūkumam, klientu apkalpošanas problēmām.

Kā svarīgus nozares līmeņa nosacījumus iestāžu vadītāji minējuši tiesiskā ietvara izveidi sadarbībai ar ārvalstu klīnikām (81.6%) un starpvalstu līgumu nepieciešamību par noteiktu pakalpojumu sniegšanu (79.3%) (skat.2.4.tab.).

Iestāžu vadītāji norāda, ka veselības aprūpes pakalpojumu eksportu sekmētu valstī vienotas veselības aprūpes eksporta stratēģijas izstrāde (75.9%), vienotas nacionālās ārstniecības iestāžu kvalitātes sistēmas izveide (71.3%), vīzu režīma atvieglojumi (69%), kā arī tūrisma aģentūru aktīvāka izmantošana ārvalstu pacientu/klientu piesaistē (69%).

Pētījumā norādīto nozares nosacījumu izpilde varētu ievērojami uzlabot ārvalstu pacientu piesaistes līmeni valstī kopumā.

2.4.tabula

Veselības aprūpes iestāžu ārējie nozares (mezo) līmeņa šķēršļi pakalpojumu sniegšanai ārvalstu pacientu piesaistē (%)

Norādītie šķēršļi	Problēmas esamība un pakalpojuma sniegšana			
	Pakalpojumus sniedz regulāri		Pakalpojumus nesniedz regulāri	
	%	95% CI	%	95% CI
Atbalsta struktūras nepieciešamība	76.6	60.9 – 80.2	77.8	54.8 – 91.0
Sociālā vide	58.8	48.4 – 69.2	70.6	61 – 80.2
Veselības aprūpes infrastruktūra	53	42.5 – 63.6	58.8	48.4 – 69.2
Veselības aprūpes sistēmas darbība	58.8	48.4 – 69.2	64.7	54.6 – 74.8
Veselības aprūpes normatīvais regulējums	47	36.5 – 57.6	53	42.5 – 63.6
Speciālistu sagatavošana un kapacitāte	94.1	89.1– 99.1	82.4	74.4– 90.5
Birokrātiski šķēršļi	64.7	54.6– 74.8	76.5	67.5– 85.5

Avots: autores apkopots, Latvijas ārstniecības iestāžu vadītāju aptauja (N=86), nacionālā programma EKOSOC-LV (2015-2017)

Pētījuma rezultāti liecina, ka kopumā Latvijas veselības aprūpes iestādes ir ieinteresētas sniegt pakalpojumus ārvalstu pacientiem (81.8%), tomēr regulāri pakalpojumus sniegušas 19,8% iestādes, bet – 60,4% gadījuma rakstura situācijā. Iestāžu vadītāju visaugstāk vērtētais ārvalstu pacientu piesaisti sekmējošais faktors Latvijā ir ārstniecības personu profesionālisms un medicīniskās zināšanas pakalpojumu sniegšanā (96.5%), bet zemāk vērtētie – resursu pieejamība un nepieciešamība pēc infrastruktūras modernizācijas. Pētījums parāda ievērojami augstāku faktoru sniegumu uz pakalpojumu eksportu orientētajās ārstniecības iestādēs.

Pētījumā novērotas tendences, kas lielā mērā sakrīt ar zinātniskajā literatūrā izpētīto: biežākie pakalpojumu sniedzēji ārvalstu pacientiem ir stacionārās ārstniecības iestādes, veselības centri, dienas stacionāri un zobārstniecības prakses ar lielāku darbinieku skaitu, kuras piedāvā kompleksus diagnostikas, ārstēšanas un rehabilitācijas pakalpojumus un kuras atrodas Rīgā vai Rīgas reģionā:

- Pakalpojuma sniegšana vai nesniegšana ārvalstu pacientiem ir visvairāk saistīta ar iestādes administratīvo darbinieku, īpaši iestādes vadītāja, ieinteresētību;
- Izplatītākie pakalpojumi ir kosmētiskā ķirurģija, zobārstniecība, rehabilitācija, mākslīgā apaugļošana, alternatīvā medicīna, ortopēdiskie pakalpojumi, acu ķirurģija;
- Būtiskākie pasākumi pakalpojuma eksporta veicināšanai ir speciālistu sagatavošana, infrastruktūras modernizēšana, kvalitatīva informācija par iestādi mājaslapā un ārstniecības personu starptautiskās sadarbības veicināšana. Kā mazāk būtiski pasākumi minēti – vīzu režīma atvieglojumi un tūrisma aģentūru aktīvāka izmantošana ārvalstu pacientu/klientu piesaistei.

Vienlaicīgi pētījums atklāj Latvijas ārstniecības iestādēm raksturīgos iekšējās un ārējās vides šķēršļus ārvalstu pacientu piesaistei.

Galvenie ārstniecības iestāžu iekšējie (mikro līmeņa) šķēršļi ārvalstu pacientu piesaistē:

- (1) Ārvalstu pacientu piesaistes stratēģijas neesamība (pieejama tikai 16.7 % iestādēs).
- (2) Nepietiekama sniegto pakalpojumu ārvalstniekiem uzskaitē un analīzē (veic tikai 31.9% iestādēs);
- (3) Problēmas saistībā ar cilvēkresursu pietiekamību (minējuši 78.8% respondentu), noslodzi (67.9%), valodas barjeras (78.6%) un ieinteresētību (39.8%). Personāla trūkums apdraud aprūpes kvalitāti un ietekmē darba kultūru un ārvalstu pacientu papildus piesaisti. Tāpat vadītāji norāda uz personāla kompetenču pilnveidošanas nepieciešamību komunikācijas un IT prasmēs ārvalstu pacientu piesaistē;
- (4) Investīciju nepietiekamība un infrastruktūras modernizācijas nepieciešamība (minējuši 90.8% no regulārajiem pakalpojumu sniedzējiem), kas liecina par ārvalstu pacientu piesaistes atkarību no ilgtermiņa investīciju pieejamības;
- (5) Speciālistu starptautiskās sadarbības nepieciešamība (90.7%) un pastāvīgas sadarbības nepieciešamība ar ārvalstu klīnikām pacientu piesaistē (82.6%).

Galvenie veselības aprūpes ārējās vides - nozares (mezo) līmeņa šķēršļi ārvalstu pacientu piesaistē:

- (1) Ārstniecības personu piesaiste veselības aprūpes sektorā (94.1%);
- (2) Nepietiekams atbalsts pakalpojumu eksporta veicināšanai un starpvalstu sadarbības ietvara nepieciešamība ārvalstu pacientu piesaistei (80.2%);
- (3) Veselības aprūpes sistēmas organizācija (minējuši 58.8% no regulārajiem sniedzējiem) un regulējums (kvalitātes prasības, standartizācija u.c.), kas atvieglotu ārvalstu pacientu piesaisti;
- (4) Vienotas veselības pakalpojumu eksporta stratēģijas (79.5%) un vienotas kvalitātes sistēmas (79.5%) neesamība ārvalstu pacientu piesaistēs nodrošināšanai.

Apkopojot autore secina, ka pētījums sniedz kopēju ieskatu par Latvijas iespējām un šķēršļiem veselības pakalpojumu eksportam un atklāj galvenās raksturīgās iezīmes, kas tālāk tiek pētītas nākamajās pētījuma sadaļās.

2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas ārējās vides faktoru novērtējums

Lai noteiktu Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas ārējās vides faktoros, autore izmantojusi PEST analīzes ietvaru, kas ir atzīts instruments uzņēmumu ārējās vides faktoru novērtēšanai. Politisko, ekonomisko, sociālo un tehnoloģisko jeb PEST faktoru grupas raksturo plašāku makro un mezo līmeņa faktoru ietekmētu ārējo vidi, kas īpaši būtiska ir tiem uzņēmumiem, kas orientēti uz pakalpojumu eksportu. Organizācija pati par sevi nevar ietekmēt ārējās vides faktoros. Vispārīgās makroekonomiskās un nozares vides skenēšana tiek veikta kā stratēģiskās analīzes elements, lai noteiktu un izprastu plašākas uzņēmumu ilgtermiņa attīstības perspektīvas. PEST analīze palīdz noteikt galvenos faktoros, ierobežojumus un spēkus, kas ietekmē Latvijas veselības aprūpes iestāžu kapacitāti ārvalstu pacientu piesaistē.

Gan zinātniskajā literatūrā, gan Eiropas Komisijas, Pasaules Veselības organizācijas un citu starptautisko institūciju stratēģiskajos dokumentos ir uzsvērts ārējo faktoru nozīmīgums veselības aprūpes sektora snieguma un produktivitātes paaugstināšanā, valsts ekonomikas stimulēšanā un veselības aprūpes uzņēmumu veiksmīgā darbībā, tajā skaitā sniegto pakalpojumu efektivitātes un kvalitātes uzlabošanā. Kā atzīst Lunt et al (2014), medicīnas tūrisma nozare ir dinamiska un nepastāvīga, un visi faktori, tostarp ekonomiskā situācija, iekšpolitikas izmaiņas, reklāmas prakse, ģeopolitiskās pārmaiņas un novatoriski ārstēšanas veidi, veicina virzību uz dažādiem veselības aprūpes patēriņa modeļiem, tostarp ārvalstu veselības pakalpojumu pieprasījumu un piedāvājumu.

Pētījumi rāda, ka ārējie faktori ietekmē un nosaka mikro līmeņa darbības nosacījumus ārvalstu pacientu piesaistē. Valstu valdības politika, lai apmierinātu ārvalstu pacientu vēlmes, parasti tiek veidota izolēti un neatkarīgi no mezo un mikro līmeņa vides kapacitātes.

Pārvaldības centieni makroekonomiskā un mikroekonomiskā integrācija ir izšķirošs nosacījums gan valstīs ar augstu ienākumu līmeni, kur veselības aprūpes iestādes cenšas ieviest būtiskus pārmaiņu elementus savā darbībā, gan attīstības valstīs, kas atpaliek gan nozares profesionālās līderības, gan zemāku resursu un valsts ieguldījumu dēļ (Bodolica et al., 2016).

Veselības pakalpojumu eksporta globālo attīstību ietekmē medicīnas nozares tehnoloģiskā attīstība, pacientu pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu nepieciešamība un ārvalstu pacientu veiksmīgas piesaistes prakse. Valsts iekšienē to būtiski ietekmē valsts pārvaldes efektivitāte, ekonomiskie un sociālie faktori, uzņēmējdarbības vide un politiskā darba kārtība. Saskaņā ar Globālās konkurētspējas indeksu (2017/2018) Latvija ierindojas 54. vietā un galvenie faktori, kas to

nosaka, ir neefektīva valsts pārvaldes birokrātija, nodokļu regulējums, korupcija un nepietiekami kvalificēts darbspēks. Kopējie Latvijas rādītāji veidojas no atsevišķu nozaru rādītājiem. Līdz ar to, autores veiktais pētījums akcentē tieši veselības nozares attīstībai būtiskos ārējos apstākļus.

Pētījuma metodoloģija

Faktoru novērtēšanai tika izveidota divdesmit ekspertu grupa, kas pārstāv ambulatorās un stacionārās aprūpes iestādes ar dažādām īpašumtiesību formām (valsts, pašvaldības un privātās), kas tika identificētas no Latvijas Veselības inspekcijas Ārstniecības iestāžu reģistra, kas piedāvā ārstniecības pakalpojumus ārzemju pacientiem (skat.2.5.tabulu). Faktoru novērtēšanai tika izmantota strukturētās intervijas pieeja, kur katram ekspertam tika lūgts atsevišķi novērtēt visu 28 faktoru nozīmību un faktisko sniegumu, izmantojot Likerta skalu (no 0 līdz 5). Katram faktoram un PEST faktoru grupai tika aprēķināti vidējie nozīmīguma un snieguma rādītāji. PEST faktoru izvēli autore veica, pamatojoties uz zinātniskās literatūras analīzi, nosakot katrā dimensijā septiņus būtiskākos, kopā 28 faktoros (skat.2.6. tabulu). PEST analīzes rezultātā novērtēti veselības pakalpojumu eksportu veicinošie un bremsējošie faktori un veikta faktoru grupu un atsevišķu faktoru ranžēšana pēc to nozīmības un snieguma.

Ņemot vērā Latvijas ārstniecības iestāžu atšķirīgo iesaisti pakalpojumu sniegšanā ārvalstniekiem, PEST faktoru novērtēšanai tika izvēlēta ekspertu izlase – ārstniecības iestāžu vadītāji, kuru vadītās iestādes ir aktīvākās ārvalstu pacientu piesaistē (Baltic Care, 2016).

2.5.tabula

Ekspertu raksturojums pēc pārstāvības līmeņa un iestādes īpašumtiesību formas

Aprūpes līmenis	
Ambulatorā aprūpe	14
Stacionārā aprūpe	6
t.sk., īpašumtiesību forma	
Valsts	3
Pašvaldības	5
Privātā	12
Kopā	20

Avots: autores sagatavots, ekspertu intervijas (N=20)

Ambulatorās iestādes pārstāv 14, bet stacionārās – 6 eksperti, tajā skaitā 3 valsts, 5 pašvaldību un 12 privātās veselības aprūpes iestādes. Ekspertu pārstāvēto iestāžu saraksts sniegts 4. pielikumā.

PEST faktoru izvēle tika veikta, pamatojoties uz autores veikto literatūras un starptautisko dokumentu analīzi par veselības sektora darbību ietekmējošiem ārējiem faktoriem. Autore

izveidojusi PEST faktoru matricu, iekļaujot veselības nozares un biznesa veicinošu ārējo vidi ietekmējošos faktoros (skat. 2.5.tabulu).

Politiskie faktori ārvalstu pacientu piesaistē saistīti ar valdības attieksmi pret nozari kopumā, politisko institūciju virzītām pārmaiņām, politisko procesu noteiktu virzienu, juridisko jautājumu un vispārējās likumdošanas vides ietekmi un tās radītām iespējām nozares uzņēmumu attīstībā.

Eiropas politikā veselības un labklājības jomā 2020. gadam uzsvērts, ka pacientu apmierinātības uzlabošanai reālus veselības uzlabojumus var panākt, izmantojot labāku pārvaldību, plašu politisko un kultūras atbalstu. Ir atzīts, ka, lai sasniegtu Pasaules veselības organizācijas stratēģijas „Veselība 2020” stratēģiskos mērķus, ir vajadzīgi jauni nozares pārvaldības modeļi.

Politiskā griba, jo īpaši augsta līmeņa politiskā atbalsta veidā, minēta kā svarīgākais faktors veselības politikas veiksmīgai īstenošanai nesenaajā pētījumā par pierādījumiem, kas iegūti praksē, īstenojot Veselības stratēģiju 2020. gadā (PVO, 2018).

Izmaiņas nodokļu regulācijā, nodarbinātības nosacījumi, darba tiesības, valdības subsīdijas un citi politiski faktori būtiski ietekmē veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības stratēģiju, tai skaitā ārvalstu pacientu piesaistē. Pētījumā par Austrālijas sabiedrības veselības sistēmas attīstību ir konstatēts, ka visietekmīgākās ieinteresēto personu grupas, kas darbojas kā šķēršļi vai veicinātāji ārvalstu pacientu piesaistē, ir ministrs un valdība, juristi un citas ieinteresētās personas, piemēram, arodbiedrības un darba devēju grupas (Zardo et al, 2014).

Tā kā veselība joprojām lielā mērā ir valsts politikas jautājums, valsts veselības aprūpes sistēmu regulācija būtiski mainās globalizācijas un starptautisko prasību ietekmē. Nākotnē paredzama ārvalstu pacientu piesaistē būtiska saskaņoto instrumentu nozīmes paplašināšanās, lai nodrošinātu Eiropas kopienas iedzīvotāju sociālo konvergenci un nevienlīdzības mazināšanos.

Pamatojoties uz literatūras un starptautisko dokumentu analīzi, autore iekļāvusi pētījumā šādus ārvalstu pacientu piesaisti ietekmējošos politiskos faktoros: visaptveroša un caurspīdīga sektora likumdošana, starptautiskais nozares regulējums, nozares publiskās pārvaldības kapacitāte, uzraugošo institūciju kapacitāte, nozares ilgtermiņa stratēģijas esamība, valdības termiņi un maiņas un nozares nodarbinātības politika.

Ekonomiskie faktori ārvalstu pacientu piesaistē ir saistīti ar sabiedrības ekonomiskajām struktūrām, valsts ekonomikas politiku un kapacitāti, nodokļu un investīciju politiku. Veselības aprūpes nozares finansiālās iespējās veidojas makro līmenī. Budžeta ierobežojumi tieši ietekmē nozares ražošanas jaudu. Ekonomikas stabilitātei ir izšķiroša nozīme, lai nodrošinātu kapitālu ieguldījumiem un veselības apdraudējuma risku pārvietotu no indivīda uz sabiedrību kopumā.

Ekonomisko faktoru grupā no ārvalstu pacientu piesaistes viedokļa izvirzīti šādi faktori: stabila valsts ekonomika, konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem, atbalstoša valsts investīciju

politika, atbalstoša nodokļu politika, patērētāju pirktspēja, ilgtspējīgi nozares finansēšanas mehānismi un darba spēka produktivitāte un nodrošinājums ārvalstu pacientu piesaistē.

Sociālie faktori ārvalstu pacientu piesaistē ir saistīti ar sabiedrības kopīgajām vērtībām, kultūras vidi un attieksmi, ētiskajiem uzskatiem, demogrāfiju, izglītības līmeni utt. Sociālo faktoru pārzināšana un ievērošana palīdz organizācijām saglabāt savu nozīmi un pievilcību vietējo pilsoņu, ārvalstnieku un visas sabiedrības acīs.

Organizācijai ir būtiski attīstīt tādu vadības modeli, kas ļauj īstenot sabiedrībā atzītos principus un vērtības, piemēram, atbildību, apmierinātību un atsaucību atbilstoši kopienas interesēm (Rechel et al, 2009).

Sabiedrības struktūrai un interesēm atbilstoša uzņēmumu darbība nosaka nepieciešamību ārvalstu pacientu piesaistē padarīt lēmumu pieņemšanas procesu veselības aprūpes jomā saprotamu un pārredzamu. Demokrātiskā atbildība attiecas uz procesu, kurā veselības aprūpes iestādes - gan valsts pārvaldes institūcijās, gan pakalpojumu sniedzēji sniedz pārskatu sabiedrībai. Dažādi atbildības līmeņi ir saistīti ar dažādiem sabiedrības līdzdalības veidiem demokrātiskajā procesā (Nunes et al, 2011).

Sociālo faktoru grupā ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanai izvirzīti šādi faktori: iedzīvotāju dzīvesveids un paradumi, demogrāfiskie rādītāji (vecums, pieauguma tempi), iedzīvotāju uzticēšanās veselības aprūpes sistēmai, informēti, prasīgi un rezultātā apmierināti klienti, atbildīgs mārketinga un publicitāte, patērētāju pirktspējas paradumi un nodarbinātības modelis un attieksme pret darbu.

Tehnoloģiskie faktori ir saistīti ar izmaiņām tehnoloģijās, kas var mainīt pakalpojumu sniedzēja darbību un attiecināmi ne tikai uz pašām medicīnas tehnoloģijām, bet arī uz pakalpojumu nodrošināšanas procesu inovācijām, kas var samazināt ražošanas izmaksas un veicināt pieprasījumu pēc piedāvātā pakalpojuma un zināmā mērā pozitīvi ietekmēt ārvalstu pacientu piesaisti. Vadības inovācija ir daļa no tehnoloģiskā progresā.

Kā atzīts, tehnoloģija vairāk veicina veselības aprūpi nekā jebkurš cits spēks, un nākotnē tas turpinās strauji attīstīties (Thimbleby, 2013).

Tehnoloģiskie sasniegumi veselības aprūpē ir saistīti ar progresu medicīnas tehnoloģijās, pakalpojumu ražošanas veidiem, atbalsta un sakaru sistēmu gatavību, kā arī uzņēmuma spēju darboties globālajā medicīnas zināšanu apmaiņas vidē piesaistot arvien vairāk ārvalstu pacientus. Veselības aprūpes organizācijas parasti konkurē par prestižo aprīkojumu, pat ja tās ne vienmēr ir ekonomiski pamatotas.

Tiek pieņemts, ka tehnoloģiskais progress palielinās veselības aprūpes izmaksas, bet pētījumi liecina, ka medicīnas tehnoloģiju un izdevumu attiecības ir sarežģītas un bieži vien pretrunīgas,

īpaši, ja papildu ieguvumi, kas rodas no tehnoloģijas izmantošanas, piemēram, efektīva, rentabla un augstāka kvalitāte veselības aprūpe, pamato izmaksu pieaugumu (Sorenson et al, 2013).

Ārvalstu pacientu piesaistei tehnoloģisko faktoru grupā ir šādi faktori: medicīnas tehnoloģiskais progress, konkurējošu tehnoloģiju draudi, inovācijas pakalpojumu sniegšanā, valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei un ieviešanai, pieejamas IKT tehnoloģijas datu apmaiņai, veselības informācijas aizsardzība, starptautisko zināšanu aprite globālā līmenī.

2.6.tabula

Ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumus ietekmējošie ārējie PEST faktori

1.POLITISKIE FAKTORI		2.EKONOMISKIE FAKTORI	
1.1	Visaptveroša un caurspīdīga sektora likumdošana	2.1	Stabila valsts ekonomika
1.2	Starptautiskais nozares regulējums	2.2	Konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem
1.3	Nozares publiskās pārvaldības kapacitāte	2.3	Atbalstoša valsts investīciju politika
1.4	Uzraugošo institūciju kapacitāte	2.4	Atbalstoša nodokļu politika
1.5	Nozares ilgtermiņa stratēģijas esamība	2.5	Pirkjspēja
1.6	Valdības termiņi un maiņas	2.6	Ilgspējīgi nozares finansēšanas mehānismi
1.7	Sektora nodarbinātības politika	2.7	Darba spēka produktivitāte un nodrošinājums
3.SOCIĀLIE FAKTORI		4.TEĀNOĻĢISKIE FAKTORI	
3.1	Dzīvesveids un paradumi	4.1	Medicīnas tehnoloģiskais progress
3.2	Demogrāfiskie rādītāji (vecums, pieauguma tempi)	4.2	Konkurējošu tehnoloģiju draudi
3.3	Iedzīvotāju uzticēšanās veselības aprūpes sistēmai	4.3	Inovācijas pakalpojumu sniegšanā
3.4	Informētība	4.4	Valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei / ieviešanai
3.5	Atbildīgs mārketingu un publicitāte	4.5	Pieejamas IKT tehnoloģijas datu apmaiņai
3.6	Pirkšanas paradumi	4.6	Veselības informācijas aizsardzība
3.7	Nodarbinātības modelis un attieksme pret darbu	4.7	Starptautisko zināšanu aprite globālā līmenī

Avots: autores izstrādāts

Ekspertiem tika lūgts novērtēt katra PEST faktora nozīmību un reālo sniegumu Latvijā, izmantojot Likerta skalu, 0-5. Anketa "Latvijas veselības aprūpes ārējo vidi un pacientu piesaistes nosacījumus ietekmējošo ārējo faktoru novērtējums" pievienota 5.pielikumā.

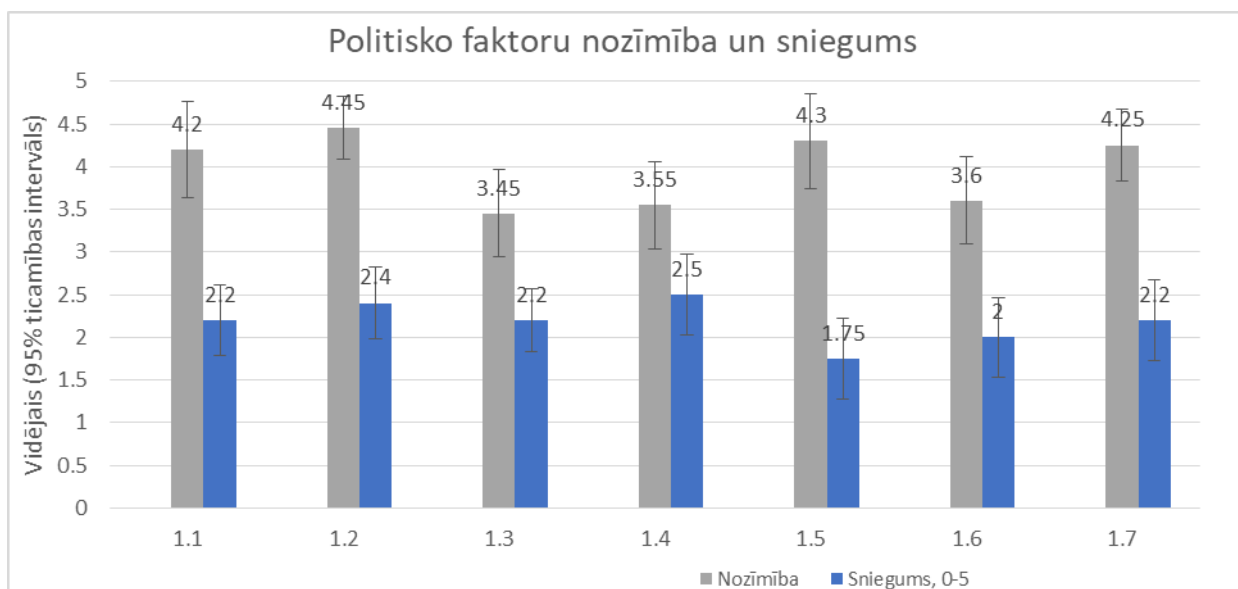
Pētījuma rezultāti un interpretācija.

POLITISKO faktoru novērtējums. Politisko faktoru grupas vispārējo nozīmību ārvalstu pacientu piesaistē eksperti novērtējuši ar 3,97 punktiem, kas ir nedaudz zemāk par ekonomisko, sociālo un tehnoloģisko faktoru grupu nozīmību. Tajā pat laikā, arī snieguma ziņā politiskie faktori novērtēti viszemāk jeb 54,86% līmenī. Politisko faktoru grupā vislielākā nozīme piešķirta tādas vides izveidei, kas ļautu ieviest starptautiskās prasības veselības sektoram (4.45), tādējādi norādot uz

pieaugošo starptautiskā regulējuma un prakses ietekmi uz veselības nozares darbības potenciālu ārvalstu pacientu piesaistē. Kā nākamie svarīgākie ārējās vides politiskie faktori, kas ietekmē ilgtermiņa veselības sektora izaugsmi, minēti ilgtermiņa nozares stratēģija (4,3) un nozares nodarbinātības politika (4,25).

Zemākais snieguma līmenis piešķirts faktoram *ilgtermiņa sektora stratēģijai* (1,75).

Tam par iemeslu var būt dažādi faktori, piemēram, nozares vai valdības nestabilitāte, nesakārtotā likumdošana vai problēmas nodarbinātībā, kas tiešā veidā ietekmē ārvalstu pacientu piesaisti. Kā var secināt no 2.6.tab. par visaugstāko politisko faktoru sniegumu eksperti novērtējuši uzraugošo institūciju kapacitāti, kas norāda uz to, ka ārvalstu pacienti var būt droši par sniegto pakalpojumu kvalitāti un rezultātu, jo uzraugošās institūcijas, pēc ekspertu viedokļa, ar savu uzraudzību spēj to panākt.



2.6.attēls. **Politisko faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)**

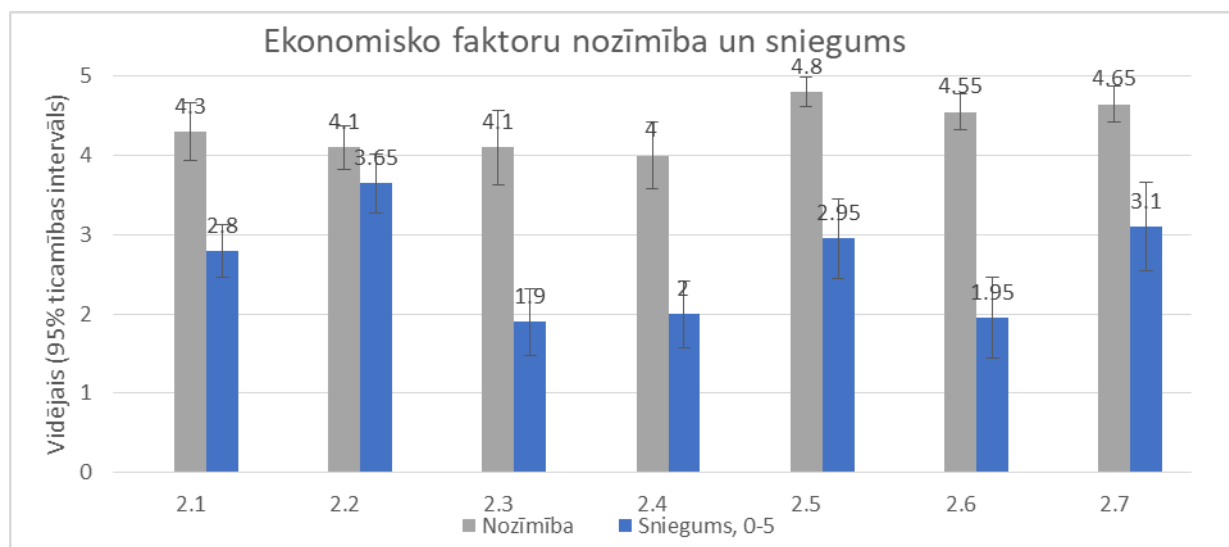
Avots: Autores apkopots, ekspertu intervijas (N=20).

Nākošais zemākais snieguma vērtējums piešķirts faktoram *valdības termiņam un maiņai* (2.0.), kam seko *visaptveroša un caurspīdīga sektora likumdošana* (2.2.), *valsts pārvaldes kapacitāte* (2.2.) un *sektora nodarbinātības politika* (2.2.). Katrs no šiem faktoriem ar savu zemo sniegumu negatīvi ietekmē iespējamo ārvalstu pacientu piesaisti, jo nedefinējot precīzi pacientu tiesības, neizstrādājot atbilstošu monetāro un nemonetāro politiku nozarē nodarbinātajiem, ārvalstu pacientiem var rasties noteiktas šaubas par saņemtajiem pakalpojumiem.

EKONOMISKO faktoru novērtējums. Ekonomiskie faktori ir uzskatāmi par nozīmīgāko faktoru grupu ārvalstu pacientu piesaistē (grupas vidējā vērtība - 4,36) ar visaugstāko novērtējumu *pirktspēja* (4.8.), kam seko *darba spēka produktivitāte un nodrošinājums* (4,65) un *ilgtspējīgi*

nozares finansēšanas mehānismi (4.55)kas vērsti uz ārvalstu pacientu piesaisti. Visi ekonomiskie faktori uzskatāmi par būtiskiem, jo to nozīmīguma novērtējums ir 4 vai augstāk. (skat. 2.7.att.)

Snieguma dimensijā zemākais vērtējums piešķirts faktoriem: *atbalstoša valsts investīciju politika* (1.9.), *ilgtspējīgi nozares finansēšanas mehānismi* (1,95) un *atbalstoša nodokļu politika* (2). Tajā pašā laikā tāda faktora izpilde kā *darba spēka produktivitāte un nodrošinājums* tiek vērtēt augstākā līmenī (3,1) nekā ziņots Latvijā kopumā, ko var izskaidrot ar aptaujāto ekspertu atlasī, kuru vairākums pārstāv privātās veselības aprūpes iestādes, kam, arī atbilstoši 3.1.nodaļā aprakstītajam šķērsriezuma pētījumam, darbaspēka saglabāšana nav tik akūta problēma kā tiem pakalpojumu sniedzējiem, kas pamatā sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumu.



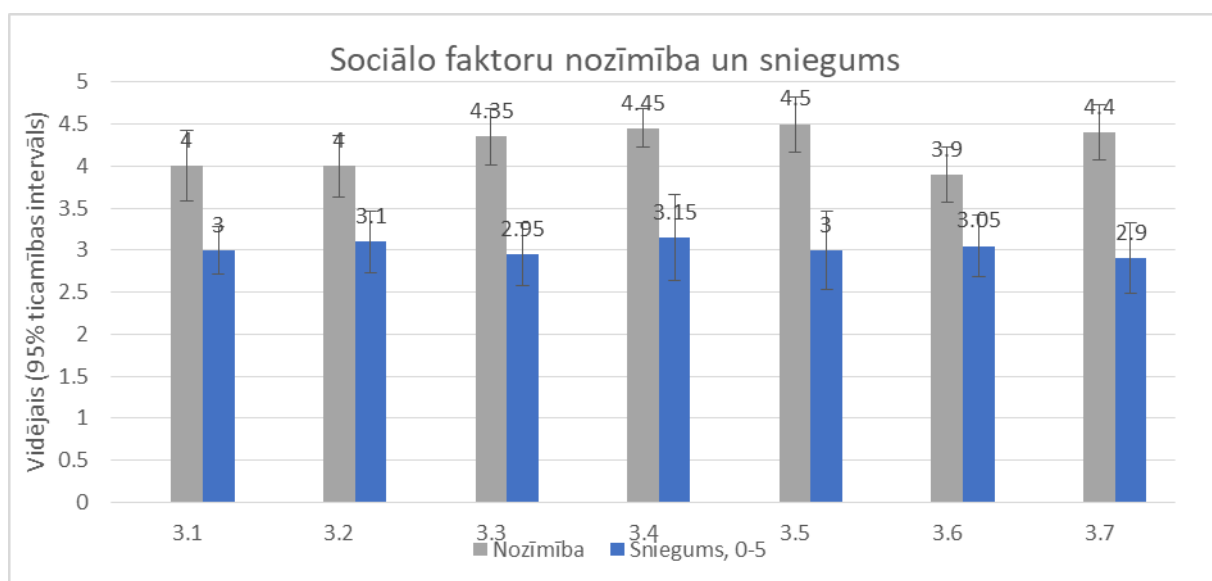
2.7.attēls. **Ekonomisko faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)**

Avots: Autores apkopots, ekspertu intervijas (N=20).

Zemākais siegums piešķirts faktoriem, kuru nozīme ārvalstu pacientu piesaistē ir izšķiroša, piemēram, *atbalstoša valsts investīciju politika* (1.9), *ilgtspējīgi nozares finansēšanas mehānismi* (1.95), kam seko *atbalstoša nodokļu politika* (2.0). Šie visi minētie ekonomiskie faktori vistiešāk ietekmē to, kādu piedāvājumu veselības aprūpes iestādes spēs piedāvāt, lai piesaistītu ārvalstu pacientus, ņemot vērā investīciju politiku un piešķiramos līdzekļus nozares aspektā. No to lieluma būs atkarīgs tehnoloģiskais nodrošinājums – cik modernas iekārtas, kādu aprūpi iestāde spēs nodrošināt. Tiešā veidā ietekmēs arī ārvalstu pacientus, jo valstī noteiktā nodokļu politika ietekmēs veselības aprūpes iestādes cenu politiku, kas savukārt tiešā veidā ietekmēs esošo ārvalstu pacientu pirkspēju un potenciālo pacientu piesaisti.

SOCIĀLO faktoru novērtējums. Sociālo faktoru nozīmi ārvalstu pacientu piesaistē eksperti kopumā ir novērtējuši nedaudz zemāk (4.23.) nekā ekonomiskos (4.36) un tehnoloģiskos faktorus (4.35).

Augstākā nozīmība sociālo faktoru grupā ārvalstu pacientu piesaistē ir piešķirta faktoram *atbildīgs mārketingis un publicitāte* (4.5.), uzsverot saziņas un sabiedrisko attiecību instrumentu nozīmi veselības nozares uzņēmumu attīstībā un iespējamā ārvalstu pacientu piesaistē. (skat.2.8.att.) Tāpat par vienlīdz nozīmīgiem faktoriem minēti *informēti un prasīgi klienti* (4.45.), jo būtiski, lai ārvalstu pacienti spētu iegūt sev nepieciešamo informāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem. *Nodarbinātības modeļi un attieksme pret darbu* (4.4.) atspoguļos to, kāda būs attieksme no darbinieku puses pret ārvalstu pacientiem, balstoties uz savu apmierinātību/neapmierinātību ar darba apstākļiem. *Uzticēšanās veselības aprūpes sistēmai* (4.35), veidosies no pieejamās informācijas publiskajā telpā par nozari, ārvalstu pacientu pieredzes un apmierinātības, kā arī citu pacientu izteiktajiem viedokļiem.



2.8.attēls. **Sociālo faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)**

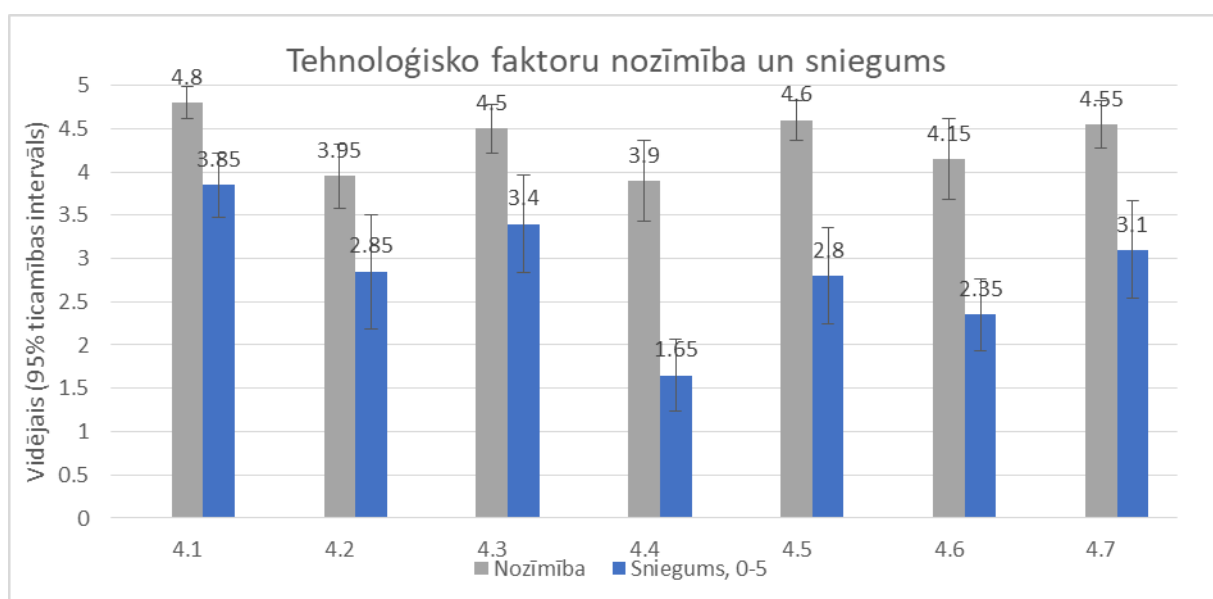
Avots: Autores apkopots, ekspertu intervijas (N=20).

Savukārt, sociālo faktoru grupas kopējais sniegums kopumā vērtēts augstāk nekā citu (P, E un T) faktoru sniegums (3.02), kas liecina par pozitīvu tendenci un šo faktoru izmantošanas iespējām veselīgas biznesa vides attīstībā. Sociālie faktori rada mazākus draudus veselības nozares attīstībai un ārvalstu pacientu piesaistei nekā politiskie, ekonomiskie un tehnoloģiskie faktori.

No ārvalstu pacientu piesaistes viedokļa problēmas varētu radīt faktora "nodarbinātības modelis un attieksme pret darbu" augstais nozīmīguma rādītājs, bet zems snieguma rādītājs. Šis faktors tiešā veidā var ietekmēt veselības aprūpes iestādes darbinieku sniegto pakalpojumu kvalitāti. Cena un kvalitāte bieži ir noteicošie faktori ārvalstu pacienta gala izvēlē. Līdzīga situācija – augsts nozīmīgums un zems sniegums bija "uzticēšanās veselības aprūpes sistēmai" faktoram. Uzticību lielā mērā ietekmē pacientu apmierinātība un izveidotā pieredze.

TEHNOĻĪSKO faktoru novērtējums. Ekspertu viedoklis parāda, ka nozares tehnoloģiskā attīstība ir ļoti būtisks ārvalstu pacientu piesaistes priekšnoteikums. *Medicīnas tehnoloģiskais progress* minēts kā visnozīmīgākais tehnoloģiskais faktors (4.8.), kam seko *pieejamas IKT tehnoloģijas datu apmaiņai* (4.6.), *Starptautisko zināšanu aprīte globālā līmenī* (4.55) , *inovācijas pakalpojumu sniegšanā* (4.5.) un *factors veselības informācijas aizsardzība* (4.15). Faktoram - *konkurējošo tehnoloģiju draudi*, piešķirts nedaudz zemāks nozīmīgums (3.95.), kas raksturo joprojām vidēju konkurences līmeni starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. (skat.2.9.att.)

Snieguma dimensijā faktoram *medicīnas tehnoloģiskais progress* piešķirts augstākais vērtējums (3.85), kas nozīmē, ka veselības aprūpes pakalpojumi ekspertu vērtējumā Latvijā tiek nodrošināšanitāti augstā tehnoloģiskā līmenī, kas pozitīvi var ietekmēt ārvalstu pacientu piesaisti. Tam seko *inovācijas pakalpojumu sniegšanā* (3.4), kas var ietekmēt veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un efektivitāti, ko kā būtisku ietekmējošo faktoru pakalpojuma izvēlē, var izvirzīt ārvalstu pacienti. *Starptautisko zināšanu aprīte globālā līmenī* (3.1) tiek vērtēta kā vidēja, kas var negatīvi ietekmēt ārvalstu pacientu piesaisti, jo var izveidoties negatīvs priekšstats par Latvijas veselības aprūpes sistēmu.



2.9.attēls. Tehnoloģisko faktoru nozīmība un sniegums, ekspertu vērtējums (0-5, Likerta skala)

Avots: Autores apkopots, ekspertu intervijas (N=20)

Zemākais snieguma vērtējums piešķirts faktoriem *valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesi / ieviešanai* (1,65), *veselības informācijas aizsardzībai* (2.35), un faktoram *pieejamas IKT tehnoloģijas datu apmaiņai* (2.8), tādējādi attēlojot potenciālās jomas, kas jāuzlabo tehnoloģiskajā jomā, lai varētu nodrošināt veiksmīgu ārvalstu pacientu piesaisti. Pastāv nepieciešamība pēc

visaptverošas pētniecības stratēģijas un pierādījumi - izmantoto tehnoloģiju izvēle, tostarp informācijas apmaiņas platformas, e-veselības sistēma un citi IKT rīki.

Tehnoloģisko faktoru novērtējums ārvalstu pacientu piesaistes aspektā atklāj, ka veselības aprūpes organizācijas ir atkarīgas no nozares vispārējās pētniecības vides valdības atbalsta tehnoloģiju pārnesei nozarē.

Veselības aprūpes iestāžu vadītāji arī uzskata, ka valsts e-veselības sistēmas lēnā ieviešana rada draudus, kā arī uzsver nepieciešamību uzraudzīt augstus veselības informācijas aprites standartus.

2.7.tabula

PEST faktoru grupu vidējie nozīmīguma un snieguma rādītāji (0-5, Likerta skala)

	Faktoru grupa	Nozīmība (0-5), vidēji grupā	Sniegums (0-5), vidēji grupā
1	Politiskie faktori	3.97	2.18
2	Ekonomiskie faktori	4.36	2.62
3	Sociālie faktori	4.23	3.02
4	Tehnoloģiskie faktori	4.35	2.86

Avots: Autores apkopots, ekspertu intervijas (N=20)

Apkopojot ārvalstu pacientu piesaistes noteicošo faktoru grupu nozīmības un snieguma rādītājus, redzams, ka pastāv ievērojamas atšķirības starp ekspertu piešķirto faktoru nozīmīguma un snieguma rādītājiem. Augstākā nozīmība piešķirta ārvalstu pacientu piesaistes ekonomiskajiem faktoriem (4.36), gandrīz vienlīdz nozīmīgi ar tehnoloģiskajiem faktoriem (4.35), kam seko sociālie faktori (4.23) un šīs faktoru grupas var klasificēt kā ļoti nozīmīgas, bet politisko faktoru grupu – kā nozīmīgu (3.97).

Augstākais sniegums ārvalstu pacientu piesaistē piešķirts sociālo faktoru grupai (3.02), ko vienīgo var uzskatīt par pietiekami labu sniegumu. Savukārt, pārējo faktoru grupu sniegums uzskatāms par vidēju, jo vērtējums nesasniedz “3” pēc Likerta skalas: tehnoloģiskie faktori - 2.86, ekonomiskie faktori - 2.62, bet politiskie faktoru grupas vidējais sniegums vērtēts viszemāk - ar 2.18.

Eksperti neviena faktora sniegumu ārvalstu patērētāju piesaistes nodrošināšanā nav vērtējuši kā “ļoti labu” (virs 4 pēc Likerta skalas), bet kā faktorus ar “labu” (virs 3 pēc Likerta skalas) sniegumu vērtējuši: *medicīnas tehnoloģiskais progress* (3.85) *konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem* (3.65), *inovācijas pakalpojumu sniegšanā* (3.4), *Informēti un prasīgi klienti* (3.15) *demogrāfiskie rādītāji* (3.10).

Detalizēta PEST faktoru nozīmības un snieguma novērtējums sniegts 6. un 7. pielikumos.

Autore piedāvā ranžēt ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumus ietekmējošos faktoros pēc to vērtības: atbilstošas faktoru nozīmības vērtības atspoguļotas 2.8.tabulā, bet snieguma vērtības atspoguļotas 2.9.tabulā.

Ranžējot faktoru nozīmību (skat.6.pielikumu), redzams, ka lielāko daļu jeb 22 no 28 faktoriem eksperti uzskata par ļoti nozīmīgiem, bet 6 par nozīmīgiem.

2.8.tabula

PEST faktoru nozīmības ranžējums pēc to vērtības (0-5, Likerta skala)

Faktora nozīmība	0-5, Likerta skala	Faktoru skaits
Ļoti nebūtisks	0 - 0.9	0
Nebūtisks	1 - 1.99	0
Vidēji nozīmīgs	2 - 2.99	0
Nozīmīgs	3 - 3.99	6
Ļoti nozīmīgs	4 - 5	22
Kopā		28

Avots: autores apkopots, ekspertu intervijas (N=20)

Nozīmīgākie ārstniecības iestāžu ārējie faktori ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumu nodrošināšanai ir:

- medicīnas tehnoloģiskais progress (4.8),
- patērētāju pirktspēja (4.8),
- darba spēka produktivitāte un nodrošinājums (4.65),
- pieejamas IKT tehnoloģijas datu apmaiņai (4.6),
- ilgstpējīgi nozares finansēšanas mehānismi (4.55),
- starptautisko zināšanu aprite globālā līmenī (4.55),
- inovācijas pakalpojumu sniegšanā (4.5).

Ranžējot faktoros pēc to snieguma (skat.7.pielikumu) redzams, ka 10 faktoru sniegums vērtēts kā labs, puses faktoru (14 no 28) sniegums vērtēts kā vidējs, bet 4 kā ļoti vājš.

2.9.tabula

PEST faktoru snieguma ranžējums pēc to vērtības (0-5, Likerta skala)

Faktora sniegums	0-5, Likerta skala	Faktoru skaits
Ļoti vājš	0 - 0.9	0
Vājš	1 - 1.99	4
Vidējs	2 - 2.99	14
Labs	3 - 3.99	10
Ļoti labs	4 - 5	0
Kopā		28

Avots: autores apkopots, ekspertu intervijas (N=20)

Kā faktori ar vājāko sniegumu ārvalstu patērētāju piesaistei no ekspertu puses (mazāk par 2 pēc Likerta skalas) tika minēti:

- valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei / ieviešanai (1.65),
- nozares ilgtermiņa stratēģijas esamība (1.75),
- atbalstoša valsts investīciju politika (1.9),
- ilgtspējīgi nozares finansēšanas mehānismi (1.95).

Kā faktori ar vidēju ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumu sniegumu ekspertu vērtējumā (2-3 punkti pēc likerta skalas) minēti 14 jeb 50% faktoru, no kuriem zemākais vērtējums piešķirts:

- valdības termiņi un maiņas (2.0),
- atbalstoša nodokļu politika (2.0),
- visaptveroša un caurspīdīga sektora likumdošana (2.2.),
- nozares publiskās pārvaldības kapacitāte (2.2.),
- sektora nodarbinātības politika (2.2.),
- starptautiskais nozares regulējums (2.4).

Pētījuma rezultāti liecina, ka autores veiktā PEST analīze sniedz būtisku informāciju Latvijas veselības nozares uzņēmējdarbības vides novērtējumam. Pētījums rāda, ka veselības aprūpes iestāžu attīstības iespējas ārvalstu pacientu piesaistē ir būtiski atkarīgas no ārējās politiskās, ekonomiskās un tehnoloģiskās, bet nedaudz mazāk - no sociālās vides faktoriem, kas veido nozares ilgtspējīgas attīstības ietvaru. Lielākā daļa PEST faktoru vērtēti kā nozīmīgi un ļoti nozīmīgi veselības sektora attīstībai, jo īpaši valsts ekonomisko un tehnoloģisko faktoru grupās.

Apstiprinot literatūras analīzē secināto par ārējo faktoru nozīmību, lai piesaistītu ārvalstu pacientus, pētījums pamato, ka Latvijas veselības nozares attīstību lielā mērā ierobežo neskaidrā politiskā virzība, biežās valdības maiņas un ilgtermiņa nozares stratēģijas neesamība.

Pētījums liecina, ka veselības aprūpes nozares līdzšinējā politiskā pārvaldība ierobežoti izmanto konkurētspējas vides nodrošināšanas pasākumus caur ilgtermiņa nozares vīzijas un politikas izveidi. Biežās pārmaiņas Latvijas valdībā un tam sekojošās nekonekventās pārmaiņas nozares politikā ir nozīmīgi šķēršļi nozares izaugsmei un ārvalstu pacientu piesaistei. Jo īpaši iezīmējas nozares darba spēka politikas, finanšu atbalsta instrumentu un nodokļu politikas faktoru nozīmība, kā arī mērķtiecīgs un fokusēts atbalsts nozares tehnoloģiskajai attīstībai.

2.4. Starptautisko prasību nodrošināšanas novērtējums veselības aprūpes nozares un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju līmenī

Starptautisko prasību un instrumentu ieviešana ir jāuzskata par priekšnoteikumu Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju eksporta jaudas un ārvalstu pacientu piesaistes

nosacījumu palielināšanai. Īpaša uzmanība pievēršama starptautisko prasību ievērošanai turpmākā veselības aprūpes reformas īstenošanā Latvijā saistībā ar publisko valsts uzņēmumu pārvaldības uzlabošanu, produktivitātes pieaugumu, pārredzamu ieguldījumu politiku, cilvēkresursu un infrastruktūras pieejamību un pakalpojumu kvalitātes apliecinājumu (skat.1.3.nodaļu).

Pēdējā laikā veiktie pētījumi vērs uzmanību uz Latvijas veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas aspektu. Pasaules bankas ziņojumā „Kvalitātes nodrošināšanas pārskats“ atzīts, ka 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 pacientu un iedzīvotāju ārstēšanas iznākumu (Finkel, 2016). Pētījumos atzīta nepieciešamība uzlabot kvalitāti pakalpojumu sniegšanā (Bārzdīņš, 2016), kā arī skatīt kvalitātes sistēmas trūkumus kopā ar vispārējām stratēģiskā līmeņa plānošanas problēmām Latvijas veselības aprūpes nozarē (Rūtītis, 2013; Mitenbergs, 2012). Līdzīgus konstatējumus apstiprina arī OECD (2017) ziņojums par Latvijas veselības aprūpes sistēmu, kas norāda uz sistēmiska rakstura kvalitātes problēmām saistībā ar ilgstoši zemo publisko finansējuma līmeni.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot būtiskākos starptautiskos nosacījumus, kas ietekmē Latvijas veselības aprūpi un izpētīt, kādā līmenī tie Latvijā tiek īstenoti. Pētījuma pieeja balstās uz ES dalībvalstu atbildību nodrošināt to iedzīvotājiem drošu, kvalitatīvu un efektīvu veselības aprūpi un pacientu tiesības (Eiropas Parlaments, Direktīva 2011/24 / ES, 2011), kā arī atbilstību citām starptautiski pieņemtām normām attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pacientu drošību. Pētījums iepazīstina ar Latvijas veselības aprūpes vadošo speciālistu ieteikumiem par pacientu piesaistes nosacījumu aspektiem gan valsts, gan individuālo pakalpojumu sniedzēju līmenī. Rezultāti atspoguļo konkrētus pasākumus un pasākumus, lai uzlabotu Latvijas veselības aprūpes iestāžu pakalpojumu eksporta kapacitāti

Pētījuma metodes. Pētījuma veikšanai izmantota ekspertu metode ar mērķi noteikt starptautisko prasību jeb pasākumu kopumu, kas uzskatāmi par ārvalstu pacientu piesaisti veicinošiem faktoriem valsts un iestāžu līmenī. Lai novērtētu starptautisko pasākumu īstenošanu, tika organizēta ekspertu aptauja divās kārtās, kurā tika aicināti piedalīties astoņi veselības aprūpes speciālisti (skat.2.10.tabulu).

Eksperti pārstāv vadošos Latvijas veselības aprūpes valsts un privātā sektora pakalpojumu sniedzējus, kuriem ir ievērojama vadības pieredze un kuri pārstāv dažādus ārstniecības iestādes vadības aspektus, tajā skaitā kvalitātes vadību, starptautisko sakaru koordināciju un sabiedrisko attiecību vadību.

Pētījuma pirmajā kārtā ekspertiem tika lūgts izteikt viedokli un izvēlieties 6 valsts un 6 veselības aprūpes sniedzēju līmeņa būtiskākās prasības, kas, viņuprāt, vislielākā mērā nosaka veselības aprūpes pakalpojuma eksporta veicinošu vidi ilgtermiņā. Ekspertu vērtējuma kopsavilkums sniegts 8.pielikumā.

2.10.tabula

Ekspertu grupas struktūra un pārstāvība

N r.	Amats	Pakalpojumu joma (Stacionārs/ ambulatorā apr./ dienas stacionārs)	Īpašuma tiesību pārstāvība	Darba pieredze
1.	Valdes priekšsēdētājs	Stacionārs/ ambulatorā apr./ dienas stacionārs	Valsts	30+ gadi
2.	Valdes priekšsēdētājs	Ambulatorā apr./ dienas stacionārs	Privāts	40+ gadi
3.	Valdes priekšsēdētājs	Stacionārs/ ambulatorā apr./ dienas stacionārs	Pašvaldības	30+ gadi
4.	Galvenais ārsts	Stacionārs/ ambulatorā apr./ dienas stacionārs	Valsts	20+ gadi
5.	Kvalitātes vadītājs	Ambulatorā apr./dienas stacionārs	Privāts	20+ gadi
6.	Vecākais ekonomists	Ambulatorā apr./dienas stacionārs	Privāts	30+ gadi
7.	Starptautisko sakaru vadītājs	Stacionārs/ ambulatorā apr./ dienas stacionārs	Pašvaldības	20+ gadi
8.	Sabiedrisko attiecību vadītājs	Stacionārs/ ambulatorā apr./ dienas stacionārs	Pašvaldības	10+ gadi

Avots: autores apkopots

Kā svarīgākos valsts līmeņa pasākumus eksperti izvēlējās pasākumus:

- 1.Nacionālā kontaktpunkta sniegtās informācijas pieejamība;
- 2.References centru regulējums;
- 3.Veselības aprūpes kvalitātes sistēma;
- 4.E-veselības sistēma;
- 5.Profesionālās atbildības apdrošināšana;
6. Pacientu tiesību informācijas pieejamība.

Kā galvenos veselības aprūpes sniedzēju (institucionālā) līmeņa pasākumus pacientu piesaistes nodrošināšanai eksperti izvēlējās:

- 1.Informācija par sniegtajiem pakalpojumiem;

- 2.Komunikācijas nodrošināšana;
- 3.Pacientu elektronisko medicīnas datu nodrošināšana;
- 4.Kvalitātes un pacientu drošības sistēma;
- 5.Medicīniskās aprūpes uzraudzība;
- 6.Skaidra pakalpojuma cenu un norēķinu informācija (skat.2.11.tabulu).

2.11.tabula

Pacientu piesaisti noteicošie valsts un institucionālā līmeņa pasākumi

Valsts līmeņa pasākumi	Institucionālā līmeņa pasākumi
1. Nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija	1. Informācija par sniegtajiem pakalpojumiem
2. References centru regulējums	2. Komunikācijas nodrošināšanu
3. Veselības aprūpes kvalitātes sistēmu	3. Pacientu elektroniskie medicīnas dati
4. E-veselības sistēma	4. Kvalitātes un pacientu drošības sistēma
5. Profesionālās atbildības apdrošināšana	5. Medicīniskās aprūpes uzraudzība
6. Pacientu tiesību informācijas pieejamība	6. Skaidru pakalpojuma cenu un norēķinu informācija

Avots: Autores apkopots

Lai novērtētu izvirzīto pasākumu realizācijas līmeni, pētījuma otrajā kārtā tika veikta ekspertu aptauja (tiešās intervijas) (skat.ekspertu anketu 9.pielikumā), kur ekspertiem tika lūgts vispirms individuāli novērtēt katra pasākuma īstenošanu (no 0 līdz 5, kur 0 - pasākums vispār netiek īstenots; 5 - pasākums tiek pilnībā īstenots), bet pēc tam diskusijas rezultātā vienoties par katra pasākuma kopīgo vērtējumu. Ekspertu aptaujas apkopotie rezultāti atspoguļoti 2.12.tabulā.

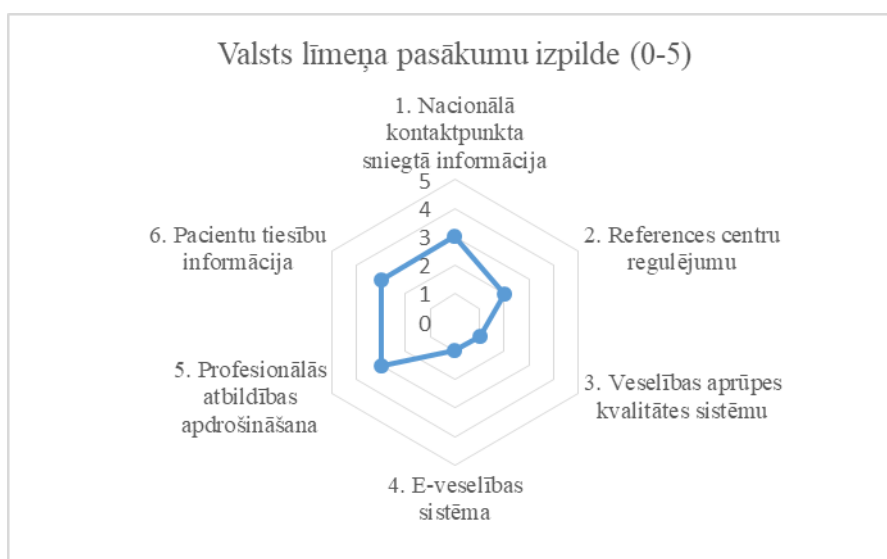
Valsts līmeņa pasākumi pacientu piesaistei tika novērtēti ar 13 no 30 iespējamiem punktiem. Zemākais vērtējums 1 (uzsākta pasākuma īstenošana) tika attiecināts uz valsts līmeņa veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu un e-veselības sistēmu. Eksperti uzsvēra, ka ārstniecības iestādes kvalitātes sistēma Latvijas gadījumā ir lielā mērā saistīta ar normatīvo regulējumu un Nacionālā veselības dienesta nosacījumiem attiecībā uz pakalpojumu sniegšanu, kas ietverti līgumos ar iestādēm. Kā būtisku šķērslī eksperti minēja vienotu ārstniecības algoritmu un iestāžu snieguma rādītāju neesamību. Attiecībā uz e-veselības sistēmu eksperti norādīja šķēršļus pacientu elektronisko medicīnas datu pieejamībā un aprītē starp iestādēm. Nākamais zemākais vērtējums 2 (minimālā ieviešana) piešķirta references centru atbalstam, norādot, ka nav skaidras vīzijas par nacionāla līmeņa ekselences centru attīstību, kam sekotu valsts investīcijas (skat.2.12.tab).

**Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo valsts un institucionālā līmeņa pasākumu novērtējums
(0-5, Likerta skala)**

Pasākums	Vērtējums (0-5)	Izpilde punktos no maksimāli 100
Valsts līmeņa pasākumi		
1. Nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija	3	60
2. References centru regulējumu	2	40
3. Veselības aprūpes kvalitātes sistēmu	1	20
4. E-veselības sistēma	1	20
5. Profesionālās atbildības apdrošināšana	3	60
6. Pacientu tiesību informācija	3	60
Kopā / vidēji	13	43
Institucionālā līmeņa pasākumi		
1. Informācija par sniegtajiem pakalpojumiem	4	80
2. Komunikācijas nodrošināšana	4	80
3. Pacientu elektroniskie medicīnas dati	3	60
4. Kvalitātes un pacientu drošības sistēma	3	60
5. Medicīniskās aprūpes uzraudzība	2	40
6. Skaidru pakalpojuma cenu un norēķinu informācija	3	60
Kopā / vidēji	19	63

Avots: autores apkopots pēc ekspertu aptaujas rezultātiem.

Veselības aprūpes sniedzēju līmeņa pasākumi no pacientu piesaistes viedokļa novērtēti ar 19 no 30 iespējamiem punktiem, kur vislielākais novērtējums 4 (tiek īstenots labi) ir piešķirts informācijas pieejamībai un komunikācijas nodrošināšanai.

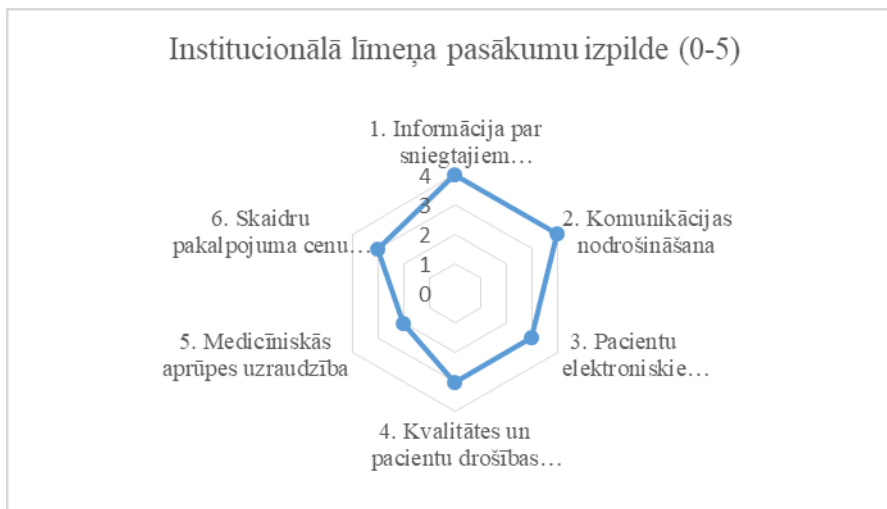


2.10.attēls. Valsts līmeņa pasākumu izpilde starptautisko nosacījumu nodrošināšanā

Avots: Autores izveidots pēc ekspertu aptaujas rezultātiem.

Savukārt, vidējais vērtējums sniegts pasākumiem: elektronisko medicīnisko datu pieejamība, iestāžu kvalitātes un pacientu drošības sistēma, skaidru pakalpojuma cenas un norēķinu informācija.

Ekspertu viedoklis norāda, ka pakalpojumu medicīniskā uzraudzība tiek realizēta kopumā nepilnīgi, bet ar dažādu ārstniecības iestāžu praksi šajā jomā (skat.2.11.attēlu.).



2.11.attēls. **Institucionālā līmeņa pasākumu izpilde starptautisko nosacījumu nodrošināšanā**

Avots: Autores izveidots pēc ekspertu aptaujas rezultātiem.

Autore veikusi ekspertu aptaujas rezultātu apkopojumu, kas sniedz ieskatu ekspertu vērtējuma pamatojumam.

Valsts līmeņa pasākumu snieguma novērtējuma interpretācija

Nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija. Vispārējo informāciju sniedz Nacionālais veselības dienests (NVD) kas ir nacionālais kontaktpunkts un kalpo kā informācijas centrs un pārrobežu veselības aprūpes juridiskais nodrošinātājs Latvijā. NVD sniedz vispārēju informāciju par noteikumiem un instrukcijām Latvijas pilsoņiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ārzemēs, bet informācija citu valstu pacientiem par iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā NVD tīmekļa vietnē (<http://www.vmnvd.gov.lv/en/cross-border-healthcare-contact-point>) ir diezgan ierobežota. Attiecībā uz veselības aprūpes iestādes izvēli, kas varētu ieinteresēt ārvalstu pacientu, NVD tīmekļa vietnē ir norāde uz kopējo Veselības inspekcijas (VI) ārstniecības iestāžu reģistru.

Attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, NVD tīmekļa vietnē ievietota informācija, ka katra ārstniecības iestāde ir atbildīga par sniegtā pakalpojuma kvalitāti. Līdzīgi arī katra iestāde atbild par pielietoto tehnoloģiju izvēli, un norāda saiti uz NVD uzturēto Medicīnas tehnoloģiju reģistru, kas angļu valodā nav pieejams.

Veselības inspekcija uztur datu bāzi par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas reģistrēti kā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, nodrošinot, ka šī medicīnas iestāde strādā saskaņā ar Latvijas Republikas likumdošanu un pastāvošajām prasībām. Veselības inspekcijas tīmekļa vietnē pieejama sadaļa „Medicīnas tūrisms“, kurā ievietota informācija par iestāžu sarakstu, kas pieteikušas sevi kā pakalpojumu sniedzējus ārvalstu pacientiem. NVD tīmekļa vietnē saite uz šo pakalpojumu sniedzēju sarakstu nebija pieejama.

Eksperti norādīja, ka valsts sniegtā informācija, lai veiksmīgi spētu piesaistīt ārvalstu pacientus ir nepilnīga un NVD Nacionālā kontaktpunkta sniegto informāciju novērtēja kā viduvēju (3). Kopumā jāsecina, ka tā nesniedz pilnvērtīgu ieskatu par piedāvātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem vai citu specifisku informāciju, kas varētu piesaistīt ārvalstu pacientus. Valsts iesaka sazināties ar katru veselības aprūpes sniedzēju atsevišķi, lai iegūtu sīkāku informāciju.

Eksperti atzīmēja, ka pozitīvi vērtē Latvijas Investīciju un attīstības aģentūras (LIAA) aktivitātes un sniegto informāciju par medicīnas tūrisma iespējām Latvijā (<http://eksports.liaa.gov.lv/informacija-par-medicinas-turismu-latvija>), kas nodrošina pilnīgāku informāciju un saites un ārstniecības iestādēm atbilstoši to specializācijai, lai piesaistītu pacientus.

Atbalsts references centriem. Lai pieteiktos dalībai references centrā vai tīklā, ārstniecības iestādei ir jānovērtē pieejamie medicīnas jomas resursi un jomas. Nav paredzēts īpašs valsts atbalsts, lai stimulētu konkrētu medicīnas jomu attīstību un veicinātu jauninājumus, izmantojot dalību Eiropas references centros. Prasības ārstniecības iestādēm, kuras vēlas brīvprātīgi pievienoties Eiropas references tīkliem, un kārtību, kādā ārstniecības iestādes pievienojas šiem tīkliem, apstiprinātas ar Ministru kabineta 2018.gada 7.augusta noteikumiem Nr.487 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu pievienošanu Eiropas references tīkliem”. 2018.gadā izveidots Reto slimību centrs pie Bērnu Klīniskās universitātes slimnīcas, bet tā darbība nav vērsta uz citu pakalpojumu sniegšanu ārvalstu pacientiem un nav arī pieejama centra tīmekļa vietne angļu valodā.

Nacionālā līmeņa veselības aprūpes kvalitātes sistēma. Eksperti atzina, ka galvenais trūkums valsts līmeņa pasākumu realizācijā ir neskaidra valsts nostāja visaptverošas ārstniecības iestāžu kvalitātes un pacientu drošības jautājumā, kas varētu interesēt potenciālos ārvalstu pacientus. Zināms, ka pastāv starptautiski pieņemti risinājumi, tajā skaitā, Starptautiskās kvalitātes nodrošināšanas sabiedrības (ISQUA) veidotā globālā sistēma, kas paredz ārstniecības iestāžu ārējo akreditāciju vai nu atbilstoši kādam no starptautiski pieņemtajiem standartiem vai nacionālo akreditāciju, ja tā, savukārt, ir starptautiski akreditēta. Veselības aprūpes sniedzējiem ir pienākums izstrādāt savus kvalitātes un pacientu drošības standartus, ja nav visaptverošas un detalizētas valsts

politikas. Līdz ar to, ekspertu novērtējumā nacionāla līmeņa kvalitātes sistēmas novērtējums ir zemākais (1) starp vērtējumiem.

E-veselības sistēma. E-veselības sistēmas ieviešanas process valsts līmenī bijis ilgstošs, no 2005. līdz 2018. gadam, kad ieviesti pirmie - elektroniskie recepšu un elektroniskie slimības lapu reģistri. Diemžēl, šajos gados nav izdevies ieviest vienotu valsts elektronisko veselības karšu sistēmu, kas darbotos sinhroni ar ārstniecības iestāžu datu sistēmām. Katrs veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir izstrādājis savu datu sistēmas, kas apgrūtina savstarpēju datu apmaiņu, kas negatīvi ietekmē iespējamo ārvalstu pacientu piesaisti. Starp NVD un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem notiek strukturēta elektroniska datu apmaiņa, bet tā attiecas tikai uz pakalpojumiem, ko apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem. Eksperti norādīja, ka nacionālā e-veselības politika ir bijusi nekonstruktīva un tās īstenošana vāja. Eksperti norādīja uz problēmām saskaņojotā datu struktūrā, klasifikācijas sistēmu izmantošanā, semantiskajās un tehniskajās prasībās, lai izveidotu stingru pamatu turpmākai starptautiskai datu apmaiņai. E-veselības portāls (<https://www.eveseliba.gov.lv/>) nav pieejams angļu valodā un nav paredzēts lietotājiem, kuriem nav latviešu valodas zināšanu. Arī E-veselības sistēmas darbība novērtēta ar zemāko vērtējumu (1).

Profesionālās atbildības apdrošināšana. Profesionālās atbildības apdrošināšana Latvijā ir pieejama kopš 2013. gada, kad NVD izveidots Ārstniecības riska fonds, tādējādi nodrošinot pacienta tiesības uz kompensāciju neatbilstošas ārstēšanas gadījumā. Sistēma ir novērtēta pēc vidējā līmenī (3), lai gan eksperti norādīja, ka informācija NVD tīmekļa vietnē domāta vietējiem pacientiem, bet ārvalstu pacienti netiek uzrunāti. Ārstniecības riska fonda apraksta sadaļā nav pieejama informācija par pieteikumu iesniegšanu, bet tā pieejama sadaļā par sūdzību iesniegšanu, kur norādīts links uz VI, kas, savukārt, norāda uz nepieciešamību autentificēties portālā latvija.lv. Ekspertu vērtējumā informācija par ārstu profesionālās darbības apdrošināšanu ārvalstu pacientiem ir ierobežota, kas traucē ārvalstu pacientu piesaistes iespējas.

Informācija par pacientu tiesībām. Eksperti atzina, ka situācija pacientu tiesību ievērošanas jomā un informācijas pieejamība ir pastāvīgi uzlabojusies. Veselības inspekcija ir atbildīgā iestāde, kas nodarbojas ar pacientu sūdzību izskatīšanu un sniedz vispusīgu informāciju pacientiem par viņu tiesībām katrā konkrētā situācijā. Informācijas saturs un apjoms latviešu valodā tika vērtēts kā labs, bet angļu valodā, diemžēl, ļoti maz. Ekspertu vērtējumā ārvalstu pacientiem pieejamā informācija par viņu tiesībām kvalitatīva un droša veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanā ir nepietiekama, kas ierobežo to iespējamo piesaisti.

Institucionālā (ārstniecības iestāžu) līmeņa pasākumu snieguma novērtējuma interpretācija

Informācija par iestāžu sniegtajiem pakalpojumiem. Tā kā nav veidota valsts līmeņa informācijas par ārvalstu patērētājiem pieejamajiem pakalpojumiem, katrs veselības aprūpes sniedzējs ir atbildīgs par sava piedāvājuma veidošanu ārvalstu pacientu piesaistīšanai. Informācijas saturs un apjoms veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa lapās ir atšķirīgs, taču kopumā tas sniedz informāciju par iestādes specializāciju, pakalpojuma sniegšanā iesaistītajiem medicīnas profesionāļiem, saziņas un citiem ar pakalpojumu saistītiem jautājumiem.

Eksperti informācijas pieejamībai pakalpojumu sniedzēju līmenī piešķir vērtējumu 4, bet atzīmēja, ka informācija varētu būt saistošāka, ja būtu vienotāka pieeja un kopējais pakalpojumu brandings valsts līmenī. Kā piemēru eksperti minēja LIAA izveidoto tīmekļa vietni www.magneticlatvia.lv, kas reklamē Latviju kā pievilcīgu tūrisma galamērķi kopumā.

Komunikācijas nodrošināšana. Eksperti atzina, ka veselības aprūpes sniedzēji, kas orientējas uz ārvalstu patērētājiem, apliecina vēlmi un spēju attiecīgi sazināties. Eksperti komunikācijas aspektu kopumā novērtēja ar „4“, vienlaicīgi uzsverot, ka saziņa, izmantojot tīmekļa lapas informāciju un sociālos medijus, kas vērsta uz ārvalstniekiem, ir pilnvērtīgāka institūcijām, kurām ir lielāka pieredze pakalpojumu sniegšanā ārvalstu pacientiem. Tika atzīts, ka, pamatojoties uz medijos izskanējušo komunikāciju, vērojama aktīvāka privāto ārstniecības iestāžu iesaiste, ko pamato to lielāka interese par ārvalstu pacientu segmentu.

Ņemot vērā ekspertu sniegto viedokli par komunikācijas aspektu nozīmību ārvalstu pacientu piesaistē, autore ir veikusi atsevišķu pētījumu - ārstniecības iestāžu tīmekļa vietņu novērtējumu. Pētījumā, pamatojoties uz komunikācijas teorētisko atziņu un Latvijas prakses novērtējuma pamata izstrādāti detalizēti priekšlikumi komunikācijas un mārketinga pasākumiem.

Komunikācijas un saziņas aspekti iekļauti arī 3.nodaļā aprakstītajā ārvalstu pacientu pieredzes un apmierinātības pētījumā.

Pacientu elektroniskie medicīnas dati. Eksperti novērtēja, ka pacientu elektroniskās medicīniskās datu sistēmas ir pieejamas visās veselības aprūpes iestādēs, piešķirot vērtējumu „3“ un atzīmējot, ka datu struktūra un apjoms starp iestādēm ievērojami atšķiras. Datu sistēmas veselības aprūpes iestādēs ir attīstījušās diezgan nevienmērīgi, ir sadrumstalotas un atbilstošas katra pakalpojuma sniedzēja spējām un resursiem, ņemot vērā, ka nav bijis valsts atbalsts elektronisko medicīnas datu uzkrāšanas sistēmu izveidei iestāžu līmenī. Tajā pašā laikā veselības aprūpes sniedzējiem, kas sniedz pakalpojumus ārzemju pacientiem un vēlas tos piesaistīt vairāk, ir izveidotas pacientu elektronisko medicīnas datu uzkrāšanas sistēmas, kā arī tiek nodrošināta to elektroniska nosūtīšana pacientu mītnes zemes ārstniecības personām vai institūcijām, ja nepieciešams.

Medicīniskā uzraudzība. Eksperti vērtēja medicīnisko uzraudzību kā būtisku inovatīvas pieejas sastāvdaļu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā ārvalstu pacientiem un vērtēja to kā svarīgāko instrumentu pakalpojuma kopējās kvalitātes nodrošināšanā ārvalstu pacientu piesaistē. Taču, kopumā eksperti Latvijā pastāvošo pieeju pacienta medicīniskās uzraudzības nodrošināšanā vērtēja kā attīstāmu, piešķirot kopējo zemāko vērtējumu (2). Eksperti uzsvēra, ka konkrētā pieeja medicīniskajai uzraudzībai un izvēlētajiem instrumentiem ir atkarīga no pakalpojuma specifikas un pakalpojumu sniedzēja organizatoriskās kultūras. Eksperti norādīja, ka dažiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir sadarbības centri pacientu mītnes zemēs, bet tie ir tikai atsevišķi gadījumi. Kā alternatīva tiek piedāvāta saziņa e-pastā vai telefona konsultācijas, ir mēģinājumi elektroniski aptaujāt pacientus 1-2 mēnešus pēc pakalpojuma sniegšanas.

Eksperti atzina, ka pacienta medicīniskajai uzraudzībai būtu jābūt pakalpojuma sastāvdaļai un par veidu, kā medicīniskā uzraudzība tiek nodrošināta, pacienti būtu jāinformē jau pakalpojuma saņemšanas laikā, kā arī jāpiedāvā pacientiem pieņemamākais veids uzraudzības realizācijai. Tika atzīts, ka medicīniskās uzraudzības realizācijai nepieciešama arī paša pacienta ieinteresētība.

Piejama skaidra cenas un norēķinu informācija. Direktīva nosaka sniegt skaidru pakalpojumu cenu un norēķinu informāciju pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas saistīts ar vietējo un ārvalstu pacientu tiesībām izvēlēties atbilstošu pakalpojumu. Ekspertu grupa atzina, ka veselības aprūpes pakalpojumu cenas publicēšana internetā saistīta ar pakalpojumu cenu valsts maksājumu sistēmā, kas rada situāciju, kad pakalpojumu sniedzējs nav ieinteresēts publicēt atšķirīgas cenas vienam un tam pašam pakalpojuma. Tarifu līmenis valsts sistēmā vairumā gadījumu neatbilst cenai, par kādu pakalpojumu sniedzējs piedāvā pakalpojumu ārvalsts pacientiem, kas lielā mērā saistīts ar pakalpojuma kvalitātes līmeni, izmantojamām tehnoloģijām un materiāliem, iesaistīto ārstniecības personu komandu un tai atbilstošu atalgojumu u.c. faktoriem.

Eksperti norādīja, ka varētu būt konsekventāka pieeja cenu un norēķinu informācijas paziņošanai, izmantojot veselības aprūpes iestāžu tīmekļa lapas. Tajā pašā laikā viņi norādīja, ka situācija ir ievērojami atšķirīga starp pakalpojumu sniedzējiem, bet kopumā apliecināja, ka komunikācijas faktoriem iestādes pievērš pastiprinātu uzmanību.

Apkopojot izpētes rezultātus autore secina, ka starptautisko prasību realizācija Latvijā ievērojami atpaliek no vēlamā rezultāta, kas liecina, ka šiem faktoriem būtu pievēršama pastiprināta uzmanība turpmākā veselības sektora stratēģijā. Pētījuma rezultāti sasaucas ar 2.2. nodaļā aprakstītā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju šķērsgriezuma pētījumu, jo izgaismo tos pašus ārējos ierobežojošos faktorus – neskaidro nacionālo kvalitātes sistēmu, vienotas e-veselības sistēmas trūkumu, neskaidro valsts politiku attiecībā uz valsts nozīmes references centriem. Kā pietiekami

neskaidra vērtēta situācija attiecībā uz medicīniskās uzraudzības nodrošināšanu pakalpojumu sniedzēju līmenī, kas liecina par attiecīgu prasību ieviešanas nepieciešamību. Viduvēji vērtēti arī komunikācijas jomas faktori - nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija un nepilnības ārvalstu pacientu informēšanā. Augstākā līmenī vērtēta informācijas pieejamība pakalpojumu sniedzēju līmenī. Pētījuma rezultāti parāda pietiekami pozitīvu vērtējumu informācijas nodrošināšanai iestāžu līmenī, atzīstot komunikācijas faktoru pieaugošo nozīmību veselības aprūpes pakalpojumu eksportā ārvalstu pacientu piesaistīšanai.

Lai detalizēti vērtētu veselības aprūpes iestāžu sniegto informāciju, autore veikusi padziļinātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju interneta vietnēs pieejamās informācijas analīzi (skat.2.5.nodaļu).

2.5. Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu novērtējums ārvalstu pacientu piesaistes nodrošināšanai

Autores veiktais zinātniskās literatūras apskats par mārketinga un mārketinga komunikācijas faktoru lomu pārrobežu veselības aprūpē (skat. 1.4. nodaļu) liecina, ka tai ir ievērojama nozīme ārvalstu patērētāju piesaistē visos līmeņos – makro līmenī (valsts tēla un pievilcīga galamērķa veidošana), mezo līmenī (nozāres politikas, kapacitātes un snieguma rādītāju atspoguļošana) un mikro līmenī (pakalpojumu sniedzēju mārketinga un komunikācijas stratēģija, veidi un instrumenti).

Pakalpojumu sniedzēju (mikro) līmenī ir būtiski aktualizēt to individuālo piedāvājumu, lai īstenotu centienus būt labākam konkurentu vidū - salīdzinot gan ar vietējiem, gan citu valstu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuru mērķauditorija ir ārvalstu pacientu segments. Iezīmējas sadarbības un pilna servisa pakalpojuma aspektu nozīmība. Piemēram, Siguldas slimnīcas gadījumā īpaši aktuāli ir partnerības (t.sk. ieskaitot Publiskās-Privātās Partnerības jeb PPP formātu) un komplekso ceļojumu faktori, jo atsevišķi pakalpojumi tiek nodrošināti sadarbībā ar Stereotaktiskās radioķirurģijas centru “Sigulda” (“CyberKnife” tehnoloģija labdabīgu un ļaundabīgu audzēju ārstēšanai) un nodibinājumu “Weight Loss Surgery” (bariatrijas operācijas svāra samazināšanai), kuri katrs saviem pacientiem piedāvā pilnu medicīnas tūrisma paketi, nodrošinot pilnu servisu, kas ietver ne tikai pašu medicīnisko pakalpojumu (ķirurģisko manipulāciju veikšanu operāciju zālē), bet arī saistītos transporta, nakšņošanas, rehabilitācijas un citus pakalpojumus.

Mārketinga un komunikācijas faktoru sniegums kopumā atkarīgs no ārstniecības iestāžu izpratnes par informācijas sniegšanu tādā veidā, lai ārvalstu pacienti varētu izdarīt informētu izvēli pamatojoties uz integrētu mārketinga komunikācijas instrumentu izmantošanu. Līdz ar to, autore

veikusi padziļinātu Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu lietojamības analīzi ar mērķi noteikt to atbilstību ārvalstu pacientu piesaistei un informētas izvēles izdarīšanai.

Pētījuma mērķis ir novērtēt to Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vietņu saturu un darbību, kas piedāvā un aktīvi reklamē veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstu pacientu piesaistei.

Pētījuma uzdevumi: 1) izpētīt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vietņu analīzes teorētiskos aspektus; 2) izstrādāt medicīnas tūrisma tīmekļa vietnes novērtēšanas ietvaru; 3) novērtēt medicīnas tūrisma pakalpojumu sniedzēju vietņu pašreizējo stāvokli un identificēt iespējas uzlabot vietņu lietotāju kopējo pieredzi un saturu.

Pētījuma teorētiskais ietvars un metodes. Ir vairāki pētījumi, kas saistīti ar veselības nozares tīmekļa vietņu novērtēšanu, katrā novērtējot dažādus elementus. Tomēr nepastāv viennozīmīga izpratne par veselības aprūpes nozares tīmekļa vietņu kvalitātes jēdzienu un vienotu definīciju. Līdz ar to diskusija par veselības aprūpes nozares iestāžu tīmekļa vietņu kvalitātes novērtēšanu joprojām ir atvērta¹⁶⁰¹⁶¹.

Ford et al. (2012)¹⁶², kā arī Huerta et. al. (2014, 2016)¹⁶³¹⁶⁴, ir izstrādājuši vispārīgu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu novērtēšanas modeli, kas ticis izmantots, lai novērtētu un klasificētu vispārējo slimnīcu, vēža klīniku un bērnu slimnīcu tīmekļa vietnes ASV, izmantojot kritērijus piecās dimensijās - pieejamība, mārketinga, saturs, tehnoloģijas un lietojamība. Viņu pieeju ir tālāk attīstījuši un izmantojuši Alhuwail et.al. (2018)¹⁶⁵ slimnīcu vietņu novērtēšanai Kuveitā, lai uzlabotu patērētāju iesaisti un piekļuvi informācijai par veselību.

Autore ir izvēlējusies Huerta et.al. (2016) modeli un pārveidojusi to, grupējot faktoros tikai četrās dimensijās (skat. 2.12. att.), lai apvienotu satura kvalitātes aspektus (piemēram, informācijas kvalitātes un digitālā mārketinga aktivitātes) un tehnisko aspektu analīzi (piemēram, pieejamību un tīmekļa vietnes tehnisko veiktspēju).

¹⁶⁰ Moreno J.M., del Castillo J.M.M., Porcel C. & Herrera-Viedma, E. (2010). A quality evaluation methodology for health-related websites based on a 2-tuple fuzzy linguistic approach, *Soft Computing*, Vol. 14, No. 8, 887-897.

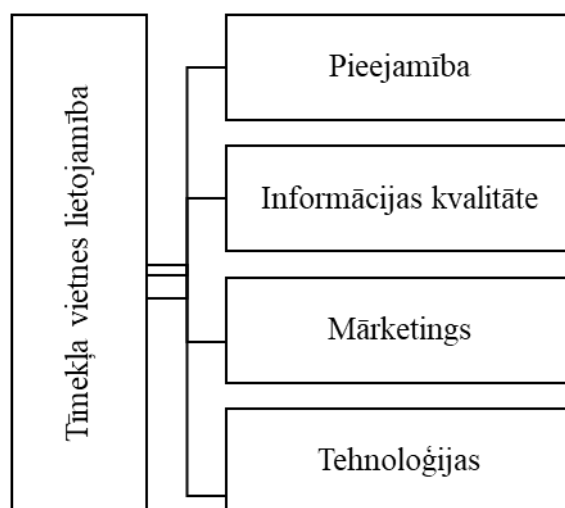
¹⁶¹ Sarantis D. & Soares D. (2017). From a literature review to a conceptual framework for health sector websites' assessment. 16th International conference on electronic government (EGOV), Sep 2017, St. Petersburg, Russia, 128-141.

¹⁶² Ford E.W., Huerta T.R., Schilhavy R.A. & Menachemi N. (2012). Effective US health system websites: establishing benchmarks and standards for effective consumer engagement. *Journal of Healthcare Management*. Vol. 57(1), 47-64.

¹⁶³ Huerta T.R., Hefner J.L., Ford E.W., McAlearney A.S. & Menachemi N. (2014). Hospital website rankings in the United States: expanding benchmarks and standards for effective consumer engagement. *Journal of Medical Internet Research*, Vol.16(2):e64.

¹⁶⁴ Huerta T.R., Walker D.M. & Ford E.W. (2016). An evaluation and ranking of children's hospital websites in the United States. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 18(8) : e228.

¹⁶⁵ Alhuwail D., AlMeraj Z. & Boujarwah F. (2018). Evaluating hospital websites in Kuwait to improve consumer engagement and access to health information: a cross-sectional analytical study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, Vol. 18, No. 82.



2.12.attēls. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu lietojamības dimensijas

Avots: Autores izveidots, pamatojoties uz Huerta et al. (2016)

Autore ir secinājusi, ka tīmekļa vietnes lietojamība kļūst par galveno mērķi ārvalstu pacientu piesaistei, kas aptver visas četras dimensijas, lai nodrošinātu efektīvu saziņas un atgriezeniskās saites kanālu jebkuram medicīnas tūristam, kurš tiešaistē meklē informāciju ar mērķi izvēlēties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ārvalstīs. Tādējādi, šī lietojamības dimensija pārvēršas par “lietussargu”, kas ietver pārējās četras dimensijas.

Šādu pieeju atbalsta arī Batragas un Rūtīša veiktais pētījums¹⁶⁶ par korporatīvās identitātes pārvaldību veselības aprūpes nozares uzņēmumos, kas iezīmēja nepieciešamību vienlaikus pārvaldīt dažādas dimensijas, ieskaitot korporatīvo komunikāciju, pacientu apkalpošanas kultūru, uzņēmuma kultūru, mārketinga aktivitātes un komunikāciju digitālajos kanālos (t.sk tīmekļa vietnē), lai pacientam sniegtu saskaņotu ziņojumu par veselības aprūpes pakalpojumiem. Tīmekļa vietnes novērtēšanas gadījumā lietojamības dimensija kļūst par noteicošo, lai nodrošinātu izcilu vietnes lietotāju pieredzi, atbalstot lēmumu pieņemšanu.

Sekojoši, lai novērtētu Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu atbilstību literatūrā aprakstītajiem mārketinga un komunikācijas aspektiem, spētu nodrošināt maksimālu ārvalstu pacientu piesaisti, kā arī pamatojoties uz literatūras analīzi tika izveidota tīmekļa vietņu novērtējuma matrica, kas satur jautājumus 4 dimensijās: (I) pieejamība, (II) informācijas kvalitāte, (III) mārketingas un (IV) tehnoloģijas, kā arī tām atbilstošās 10 jomās (skat. 9.pielikumu).

¹⁶⁶ Batraga, A., Rutitis, D. (2012). Corporate identity within the health care industry. *Economics and Management*, Vol. 17 (4), 1545-1551.

2019. gada jūnijā visas 21 vietnes tika novērtētas, izmantojot šos 10 faktoros un tos veidojošos apakškritērijus. Katrs faktors tika vērtēts skalā no 0 līdz 10, lielāku punktu skaitu piešķirot labākam novērtējumam, un sekojoši nodrošinot iespēju tīmekļa vietnei iegūt maksimālu 100 punktu novērtējumu. Daži faktori ietvēra apakškritērijus, kuri arī tika vērtēti 10 punktu skalā un kuriem tika piešķirts proporcionālais svars katra faktora gala vērtības aprēķinos. Visbeidzot, vietnes tika vērtētas un sarindotas pēc kopējā punktu skaita, kas iegūts summējot visu individuālo faktoru novērtējumus 4 dimensijās.

Vietnes, kas saistītas ar medicīnisko tūrismu un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ārvalstu pacientu piesaistes uzlabošanai, vispirms tika noteiktas, izmantojot oficiālo veselības tūrisma pakalpojumu sniedzēju sarakstu Latvijas Veselības inspekcijas tīmekļa vietnē¹⁶⁷, kurā 2019.gada jūnijā bija reģistrēti 51 pakalpojumu sniedzēji. Uzņēmumu saraksts tika salīdzināts ar “Baltic Care”¹⁶⁸ tīmekļa vietni, kas ir vadošā Latvijas veselības aprūpes alianse un apvieno Latvijas medicīnas pakalpojumu eksportētājus. Tomēr, tā kā informācija “Baltic Care” tīmekļa vietnē nav atjaunināta kopš 2017. gada novembra, autori izmantoja atjauninātās Latvijas Veselības tūrisma klastera tīmekļa vietni¹⁶⁹, kā arī “Magnetic Latvia” Tourism vietni¹⁷⁰, kuru uztur Latvijas Investīciju un attīstības aģentūra, lai identificētu tos medicīnas tūrisma pakalpojumu sniedzējus Latvijā, kuri patlaban aktīvi reklamē savus pakalpojumus un arī iesaistās digitālā mārketinga aktivitātēs. Rezultātā, tika izvēlēti 21 medicīniskā tūrisma pakalpojumu sniedzēji, kuru vietnes saturs un tehnoloģiskie aspekti tika analizēti pētījuma ietvaros. Pilnu vietņu sarakstu skatīt 10.pielikumā.

Jāatzīmē, ka no pētījuma respondentu izlases kopas ir izslēgta “Amber Life Cancer Clinic” onkoloģijas klīnika (iepriekš zināma kā “Globālā vēža viroterapijas klīnika”), kas pēdējos gados ir bijusi viena no aktīvākajām medicīnas tūrisma veicinātājām Latvijā un kuras mērķauditorija ir pacienti, kuri meklē alternatīvus vēža ārstēšanas veidus. Šāds lēmums ir saistīts ar neseno Latvijas Zāļu valsts aģentūras lēmumu¹⁷¹ 2019.gada maijā apturēt “Rigvir” zāļu tirdzniecības atļauju saistībā ar kvalitātes jautājumiem un būtiskiem pārkāpumiem “Rigvir” injekciju šķīduma ražošanas procesā. Šis šķīdums gadiem ilgi ir ticis izmantots klīnikas “Amber Life Cancer Clinic” piedāvātajos pakalpojumos saistībā ar onkolītiskās viroterapijas nodrošināšanu un pret tā ražotāju SIA “Latima” ir bijusi ierosināta tiesvedība par maldinošu komercdarbību, tādējādi radot bažas par iespējamu

¹⁶⁷ Latvijas Veselības inspekcija. (2019). Rigvir marketing authorization suspended; information for current patients. Pieejams tiešsaistē: <https://www.zva.gov.lv/en/news-and-publications/news/rigvir-marketing-authorisation-suspended-information-current-patients>

¹⁶⁸ Baltic Care tīmekļa vietne. Klīnikas. <http://www.balticcare.eu/en/clinics/>

¹⁶⁹ Latvijas Veselības tūrisma klasteris. (2019). Klīnikas. <https://www.healthtravellatvia.lv/en/clinics>

¹⁷⁰ Latvijas Investīciju un Attīstības Aģentūra. (2019). Magnetic Latvia tūrisma tīmekļa vietne. Medicīnas tūrisms (angliski). <https://www.latvia.travel/en/article/medical-tourism>

¹⁷¹ Zāļu Valsts Aģentūra. (2019). Rigvir marketing authorization suspended; information for current patients. <https://www.zva.gov.lv/en/news-and-publications/news/rigvir-marketing-authorisation-suspended-information-current-patients>

apšaubāmu uzņēmējdarbības praksi¹⁷². Pētījumā izmantotās pētījumu metodes ietver zinātnisko publikāciju analīzi, veselības aprūpes sniedzēju vietņu satura analīzi, iegūto rezultātu statistisko analīzi.

Tīmekļa vietņu izpētes rezultāti

Papildus katra faktora vidējā statistiskā novērtējuma aprēķinam tika aprēķināta arī standarta novirze un 95% ticamības intervāls. Vietņu novērtēšanas rezultāti un detalizēts saraksts ar katra atsevišķā faktora iegūtajām vērtībām ir pieejams 11.pielikumā.

Dimensiju līmenis

No ārvalstu pacientu piesaistīšanas viedokļa dimensiju analīzes rezultātā tika secināts, ka zemāko novērtējumu ieguva pieejamības dimensija (5,0), kam sekoja mārketinga (7,3) un informācijas kvalitātes (7,5) dimensijas (skat. 2.13.att.).



2.13.attēls. Dimensiju novērtējums, punkti (0-10)

Avots: Autores izstrādāts.

Augstākais vidējais vērtējums - 9,5 punkti - tika attiecināts uz tehnoloģiju dimensiju, kas nozīmē, ka vairums vietņu tehniski bija ļoti labi izstrādātas, līdz ar to atzīstamas kā atbilstošas no ārvalstu pacientu piesaistes aspekta.

Tāpat tika veikta arī 95% ticamības intervāla zemāko un augšējo vērtību aprēķinu analīze, kā redzams 2.13. tabulā.

Rezultāti norāda, ka vislielākā amplitūda ir informācijas kvalitātes dimensijas vērtībai, ko var izskaidrot ar lielāko dimensiju veidojošo faktoru un to veidojošo apakškritēriju skaitu.

¹⁷² Thomson Reuters Practical law. (2018). Court fines rigvir owner for misleading advertising (Court of First Instance) (Latvia). <https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/w-013-2734?transitionType=Default&contextData=%28sc.Default%29>

Tīmekļa vietņu novērtējuma dimensiju statistiskās analīzes rezultāti

Dimensija	Vidējais aritmētiskais	95% ticamības intervāla apakšējā vērtība	95% ticamības intervāla augšējā vērtība	Standartnovirze
Pieejamība	5,0	4,3	5,7	1,6
Informācijas kvalitāte	7,7	6,7	8,6	2,3
Mārketingis	7,3	6,7	7,8	1,3
Tehnoloģijas	9,5	9,2	9,9	0,8

Avots: autores izstrādāts, izmantojot tīmekļa vietnes novērtējumus (n=21).

Turpmāk sniegta sīkāka dimensijas veidojošo faktoru analīze, norādot uz atšķirībām dimensiju novērtējumos un to novērtējumiem atbilstošajās standartnovirzēs.

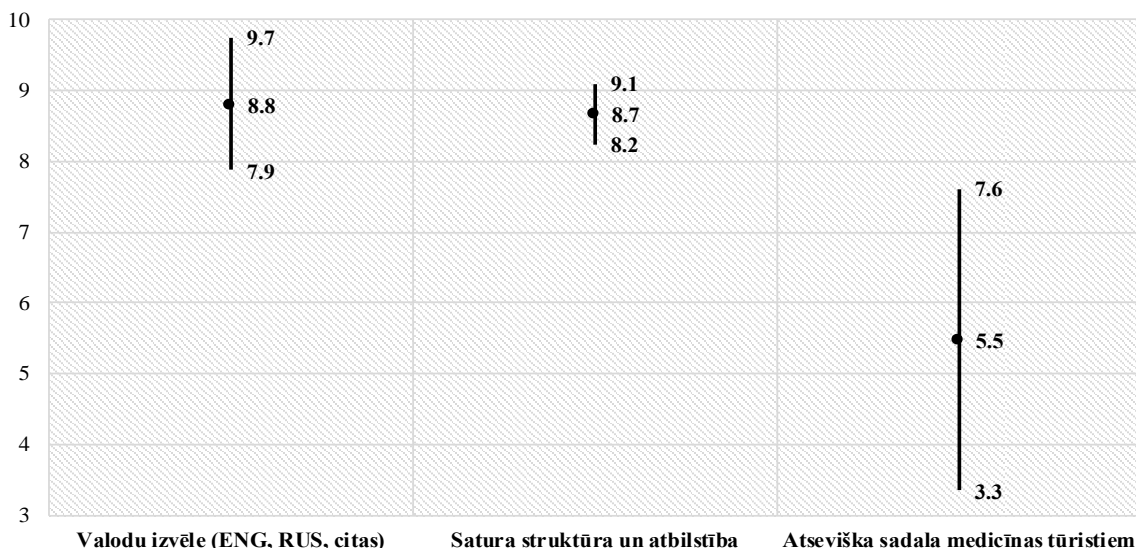
Pieejamības dimensija. Pieejamības dimensijas analīzes vērtējums, no ārvalstu pacientu piesaistes viedokļa, iekļaujot tikai divus ar tīmekļa vietnes lietošanas ērtumu saistītus faktorus, parādīja, ka lielākajā daļā vietņu, izņemot vienu, ir aktivizēta adaptīvā vai mobilā versija, ko apstiprina vidējais vērtējums 4,8 punkti no 5.

Tas nozīmē, ka ar mobilajām ierīcēm savietojamu tīmekļa vietņu izstrāde ir standarta veids, kā attīstīt lietotājam draudzīgas vietnes ar mērķi nodrošināt efektīvu informācijas atspoguļojumu.

Tomēr visbiežākais veselības aprūpes vietņu izaicinājums (vidējais vērtējums tikai 0,2 punkti no 5) ir saistīts ar teksta satura izmēra maiņas funkcionalitātes trūkumu, kas pacientiem ar vāju redzi liedz uztvert tīmekļa vietnē publicēto informāciju, ja tā ir standartā atspoguļota ar parāk mazu burtu izmēru.

Tikai viens (ARS) no 21 pakalpojuma sniedzējiem savā vietnē ir iespējojis un aktivizējis šādu funkcionalitāti, ko var vērtēt ļoti pozitīvi no pacientu piesaistes viedokļa.

Informācijas kvalitātes dimensija. Informācijas kvalitātes dimensijas analīze ārvalstu pacientu piesaistes aspektā (skat. 2.14.att.) norāda, ka lielākajā daļā vietņu saturs ir tulkots vadošajās svešvalodās (angļu un krievu valodas), uz ko norāda vidējais vērtējums 8,8 no 10, kas ir labi ārvalstu pacientu gadījumā.



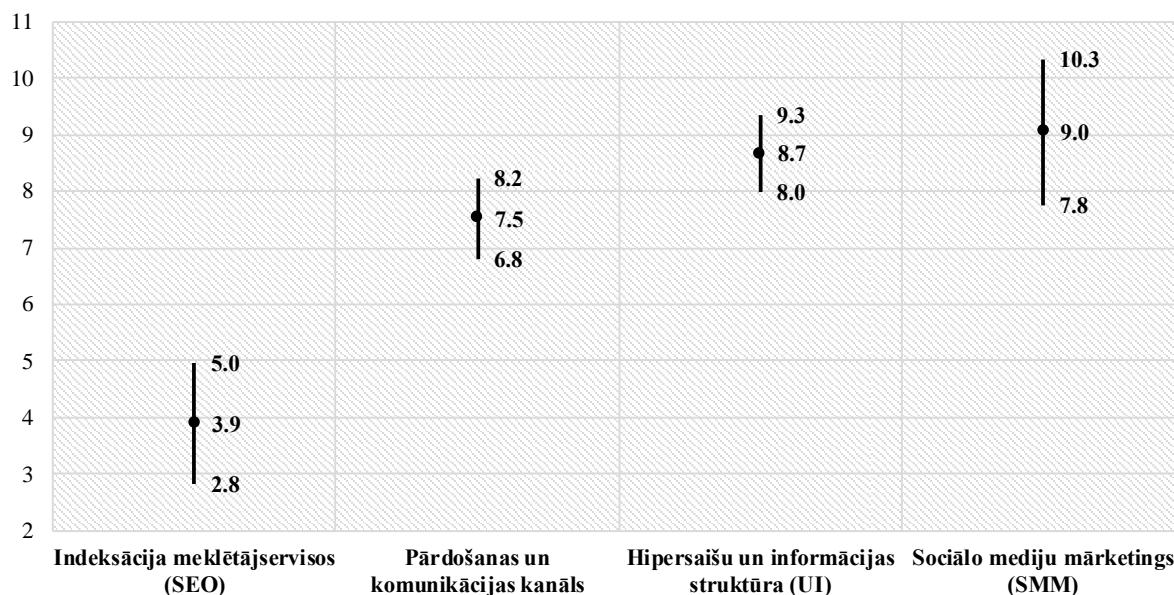
2.14.attēls. Informācijas kvalitātes dimensiju veidojošo faktoru novērtējums, punkti (0-10)

Avots: Autores izstrādāts.

Tomēr tikai daļai vietņu bija atsevišķa vai speciāla sadaļa ar informāciju ārvalstu pacientiem (vidējais faktora vērtējums 5,5 no 10). Šim faktoram bija arī lielākais ticamības intervāls starp citiem, kas norāda, ka tādu vietņu skaits, kurās ir atsevišķa sadaļa medicīnas tūristiem, bija līdzīgs tām vietnēm, kurās tādu nav, un vienlaikus vērtējumi bija diezgan polarizēti.

Satura struktūras un atbilstības faktora novērtējums tika iegūts diezgan augsts - 8,7 punkti no 10, kas nozīmē, ka veselības aprūpes pakalpojumu ir sekmīgi īstenojuši centienus sniegt pacientam strukturētu un izsmeļošu informāciju par cenām un maksājumu veidiem, pieejamajiem ārstiem un viņu CV, klīnikas un speciālistu zinātniskajiem sasniegumiem, pakalpojumu sniedzēja sertifikāciju, iekštelpu interjera un eksterjera fotoattēliem, atspoguļojuši karti ar norādēm uz slimnīcas vai klīnikas atrašanās vietu.

Mārketinga dimensija. Mārketinga dimensijas analīze no ārvalstu pacientu piesaistes viedokļa (skat. 36.att.) parādīja, ka lielākais izaicinājums (3,9 punkti no 10) pakalpojumu sniedzējiem ir saistīts ar tīmekļa vietnes optimizāciju (angliski – *search engine optimization* jeb SEO) un indeksēšanu tādās populārākajās meklētāju vietnēs kā Google un Yandex.ru.



2.15.attēls. Mārketinga dimensiju veidojošo faktoru novērtējums, punkti (0-10)

Avots: Autores izstrādāts

Pārdošanas un komunikācijas kanālu faktors ieguva 7,5 no 10 punktiem, apliecinot, ka visās vietnēs ir publicēti tālruņu numuri, e-pasts un kontaktu forma, lai sasniegtu pakalpojumu sniedzējus, bet tikai daļā vietņu tika norādīta atsevišķa kontaktinformācija (tālruņa numurs vai e-pasta adrese), kas paredzēta tieši ārvalstu medicīnas tūristiem, tādejādi nodrošinot to piesaisti. Vismazākajam skaitam vietņu bija pieejama tērzēšanas (angliski – *chat*) loga funkcionalitāte.

Hipersaišu un informācijas struktūras faktors, kas attiecināms uz lietotāja saskarni (angliski – *user interface* jeb UI) ieguva 8,7 no 10 punktiem, savukārt augstākais vidējais vērtējums - 9,0 punkti no 10 – tika iegūts par vietnes popularizēšanu attiecīgā veselības aprūpes sniedzēja sociālajos medijos, norādot, ka sociālo mediju kontu uzturēšana nozīmē arī aktīvu vietnes reklamēšana tajos (angliski – *social media marketing* jeb SMM).

Tehnoloģijas dimensija. Abi tehnoloģiju dimensiju veidojošie faktori ieguva augstas vērtības virs 9 no 10 punktiem (sk. 2.16. att.). Tas nozīmē, ka lapušu ielādes ātrums (vidējais novērtējums 9,3) lielākajā daļā tīmekļa lapu ir pietiekams, un tāpat vairumā vietņu nav bojātu hipersaišu, uz ko norāda 9,7 punkti no 10. Šādi novērtējumi liecina par kopumā ātru un sakārtotu vietņu darbību no tehniskā viedokļa.

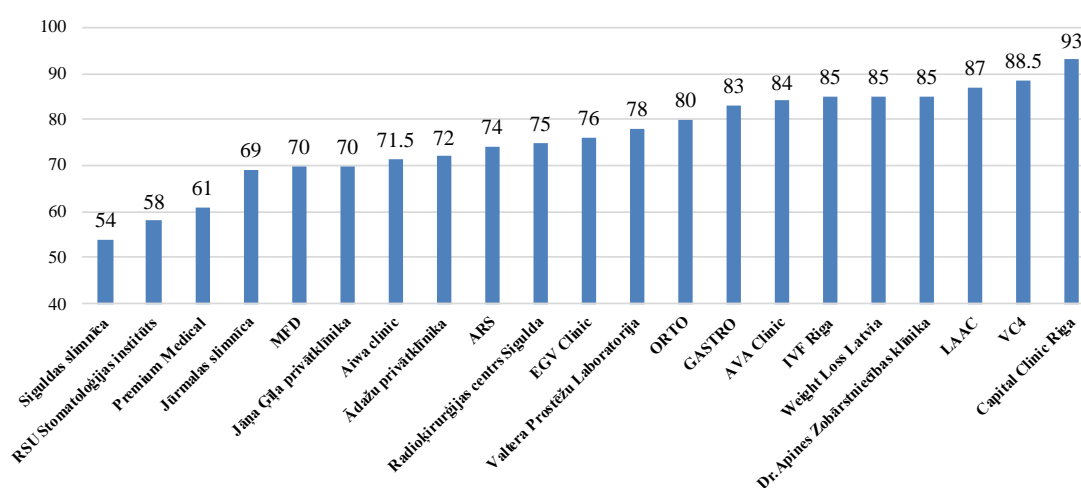


2.16.attēls. Tehnoloģiju dimensiju veidojošo faktoru novērtējums, punkti (0-10)

Avots: Autores izstrādāts

Tikai dažās vietnēs bija atsevišķas bojātas saites uz iepriekš publicētiem dokumentiem, kas vairs nav pieejami augšupielādei, vai arī hipersaites tīmekļa vietņu angļu valodas versijās bija uz dokumentiem ar saturu tikai latviešu valodā. Vairākām vietnēm arī daļa no angļu valodas satura versijas daļēji vai pilnībā bija latviski, ko var izskaidrot vai nu ar nepareizi izveidotu informācijas struktūru vietnes koda līmenī (vietnes programmētāja kļūda), vai arī vienkārši netika veikts pienācīgs tulkojums no latviešu valodas (mārketinga vai IT speciālista atbildība).

Tīmekļa vietņu reitings. Pēc visu individuālo faktoru novērtējumu rezultātu apkopošanas tika iegūts katras vietnes kopējais vērtējums, balstoties uz kuru var izdarīt secinājumu par to, cik tās varētu būt pievilcīgas ārvalstu pacientiem. (skat.2.17.att.)



2.17.attēls. Veselības pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietņu novērtējums, punkti (0-100) (n=21)

Avots: Autores izstrādāts

Vietnes tika sarindotas augošā secībā atbilstoši iegūtajiem novērtējumiem, lai noteiktu iespējas tās kategorizēt atbilstoši nepieciešamo uzlabojumu līmenim, un to varētu izmantot ārvalstu pacientu piesaistē.

Kopumā 9 tīmekļa vietnēs tika iegūti novērtējumi virs 80 punktiem, norādot uz nepieciešamību veikt tikai atsevišķus atjauninājumus (skat. 2.14.tabulu).

2.14.tabula

Tīmekļa vietņu kategorizācija, novērtējums punktos (0 – 100)

Pakalpojumu sniedzējs	Punkti (no max 100)	Vietnes kategorija
Capital Clinic Riga	93	Atskaites līmenis pārējām vietnēm
VC4	88,5	Laba vietnes lietojamība, var tikt veikti atsevišķi uzlabojumi
LAAC	87	
IVF Riga	85	
Weight Loss Latvia	85	
Dr.Apines zobārstniecības klīnika	85	
AVA Clinic	84	
GASTRO	83	
ORTO	80	
Valtera Prostēžu Laboratorija	78	Apmierinoši, bet nepieciešami uzlabojumi
EGV Clinic	76	
Radiķirurgijas centrs Sigulda	75	
ARS	74	
Ādažu privātklīnika	72	
Aiwa clinic	71,5	
MFD	70	
Jāņa Ģīļa privātklīnika	70	
Jūrmalas slimnīca	69	Nepieciešami uzlabojumi
Premium Medical	61	
RSU Stomatoloģijas institūts	58	Neapmierinoši, nepieciešami būtiski uzlabojumi
Siguldas slimnīca	54	

Avots: autores izveidots, izmantojot tīmekļa vietnes novērtējumus (n=21).

Visaugstāko punktu skaitu - 93 punktus - ieguva “Capital Clinic Riga” vietne, kuru var uzskatīt arī par etalonu un atskaites līmeni visām pārējām vietnēm, ņemot vērā tikai nelielu pilnveidošanas nepieciešamību, lai nodrošinātu vislabāko resursu jebkuram ārvalstu pacientam, kurš meklē informāciju par medicīniskā tūrisma iespējām Latvijā.

Otro augstāko rezultātu - 88,5 punktus - ieguva “Veselības Centrs 4” (VC4) vietne. Šim veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir tāda pati akcionāru struktūra kā “Capital Clinic Riga” un tādējādi var secināt, ka abu centru akcionāru vadības komandām izvirzītie mērķi ir vērsti t.sk. uz medicīnisko tūristu piesaisti.

8 vietnēs tika iegūti punkti intervālā no 80 līdz 90, kas nozīmē, ka esošā vietne ir jāpapildina ar trūkstošu saturu un tehnisko funkcionalitāti.

Nākamās 8 vietnes ar novērtējumiem intervālā no 70 līdz 80 punktiem vērtējamas kā apmierinošas, bet vienlaikus tām nepieciešami zināmi uzlabojumi lai tās varētu uzskatīt par ārvalstu medicīnas tūristam draudzīgu resursu un efektīvu komunikācijas kanālu ar pakalpojumu patērētāju. 2 vietnes ieguva novērtējumu intervālā no 60-70, kas norāda uz būtisku uzlabojumu nepieciešamību, tai pat laikā pati pamatinformācija vietnē ir atrodama. Savukārt, 2 vietnēs, kuru vērtējums ir no 50 līdz 60 punktiem, uzskatāmas par ārvalstu patērētāju auditorijai šobrīd neatbilstošām un tām nepieciešami nopietni uzlabojumi pat neskatoties uz to, ka lapā var būt publicēta informācija krievu un angļu valodās.

Šīs vietnes nepieciešams pilnveidot, lai tās kļūtu par pievilcīgu resursu ārvalstu pacientiem, kuri meklē veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju Latvijā atbilstošajā pakalpojumu segmentā.

Iegūtie pētījuma rezultāti liecina, ka autores izstrādātais ārstniecības iestāžu tīmekļa vietņu novērtēšanas modelis un pieeja izmantojot novērtēšanai 4 dimensijss ar 10 faktoriem, katru novērtējot 10 punktu skalā, sniedz iespēju izpētīt tīmekļa vietņu kā mārketinga komunikācijas būtiskākā elementa funkcionalitāti un sniegumu ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā.

Pētījuma rezultāti norāda uz daļēju efektivitāti tīmekļa vietņu kā mārketinga komunikācijas kanāla izmantošanā informācijas sniegšanai un atgriezeniskās saistes iegūšanai ar ārvalstu pacientiem, kuri meklē informāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā. Pastāv nepieciešamība uzlabot gandrīz visas no pētījumā analizētajām tīmekļa vietnēm, kuru mērķauditorija ir ārvalstu patērētāji.

Viens no vienkāršākajiem, bet visnepieciešamākajiem uzlabojumiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vietnēs ir saistīts ar pieejamības dimensiju teksta satura izmēra mainīšanas funkcijas kontekstā, lai uzlabotu informācijas uztveramību pacientiem ar pasliktinātu redzi.

Informācijas kvalitātes dimensiju un lietotāju pieredzi daļā vietņu varētu uzlabot, izveidojot tajās atsevišķu galvenā līmeņa sadaļu, kurā būtu informācija tikai ārvalstu pacientiem. Tas būtu aktuāli tajās vietnēs, kur patlaban ir vienkārši pārtulkots viss latvešu valodā publicētais saturs bez īpašas pielāgošanas ārvalstu tūristiem.

Mārketinga dimensiju iespējams uzlabot, pilnveidojot vietnes saturu un struktūru meklētājprogrammu optimizācijas vajadzībām (SEO). SEO efektivitāti iespējams palielināt, fokusējoties uz vietnes satura optimizēšanu jeb pielāgošanu īpaši izvēlētiem atslēgvārdiem, kas saistīti ar medicīnisko tūrismu un kurus iespējams apzināt, izmantojot analītikas rīkus (piemēram, Google Trends, Analytics un Keyword Search). Vienlaikus, atbilstoši šiem atslēgas vārdiem būtu pielāgojama arī digitālā mārketinga saturs. Tādējādi attiecīgā vietne taptu daudz labāk un ātrāk

pamanāma tādās populārākajās meklētājprogrammās kā Google.com un Yandex.ru pēc vispopulārākajiem atslēgvārdiem angļu un krievu valodās. Tas viennozīmīgi palīdzētu sasniegt vairāk medicīnas tūristu gan no Rietumu, gan Austrumu reģiona valstīm.

Pētījums liecina, ka pastāv ievērojamas atšķirības ārvalstu patērētāju piesaistē starp ārstniecības iestādēm, jo kopumā tikai 19,8 % iestāžu orientētas uz pastāvīgu ārvalstu patērētāju piesaisti un kā galvenais piesaistes faktors iezīmējas iestādes vadītāja noteicošā loma un ieinteresētība, kas nosaka tālāku piesaistes faktoru esamību – uz ārvalstu patērētāju segmentu mērķētu piesaistes un mārketinga pasākumu nodrošinājumu: mārketinga stratēģijas izveidi, atbilstoša personāla piesaisti un ārvalstu pacientiem sniegto pakalpojumu uzskaiti un analīzi. Līdz ar to, pētījums atspoguļo ievērojamu atšķirību ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumu izpildē starp ārstniecības iestādēm un rezultātu atspoguļošanai autore sadalījusi ārstniecības iestādes divās grupās – (1) visas ārstniecības iestādes kopumā un (2) iestādes, kuras orientētas uz pakalpojumu eksportu.

Rezultātu apkopošanai un interpretācijai autore veikusi atsevišķo empīrisko pētījumu rezultātu (2.2., 2.3., 2.4. un 2.5. nodaļās) apkopošanu, tajos iegūto “faktora snieguma” rezultātus izsakot vienotā snieguma rādītājā - punktos no 0 līdz 100 un tos ranžējot faktoru sniegumu kategorijās “Ļoti vājš”, “Vājš”, “Vidējs”, “Labs” un “Ļoti labs” (skat. 2.15.tabulu).

2.15.tabula

Apkopoto faktoru snieguma rezultātu atspoguļojuma vērtības pēc Likerta skalas un punktos (0 līdz 100)

Faktora sniegums	0-5, Likerta skala	Punkti (no max 100)
Ļoti vājš	0 - 0.9	0-19
Vājš	1 - 1.99	20-39
Vidējs	2 - 2.99	40 -59
Labs	3 - 3.99	60-79
Ļoti labs	4 - 5	80-100
Kopā		

Avots: autores izveidots

Kā liecina pētījuma (skat.2.2.nodaļu) rezultātu apkopojums, viszemākais sniegums visu ārstniecības iestāžu iekšējo faktoru jeb mikro līmeņa faktoru grupā atbilstoši *vadības ieinteresētībai pakalpojumu eksportā* (21 punkts), kas aptver faktoros – *ilgtermiņa piesaistes stratēģija, pakalpojumu uzskaitē un analīzē un mārketinga vadība*. Tam seko *resursu pieejamības* faktori (29 punkti) ar viszemāko snieguma vērtējumu *infrsstrukturāras modernizācijai* (11 punkti), *resursu pietiekamībai* (18 punkti) un *personāla nodrošinājumam* (21 punkti). Salīdzinoši augstu iekšējo faktoru grupā vērtēti *kompetences* faktori (65 punkti), kas ietver visaugstāk vērtēto faktoru - *personāla medicīniskās zināšanas* (96 punkti), *psichoemocionālo gatavību* (64 punkti) un

apkalpošanas kultūru (78 punkti). Iestādes vīzijai un vadītāja personīgajam redzējumam ir ievērojama nozīme ārvalstu pacientu piesaistē. Vadības ieinteresētība pozitīvi korelē ar darbinieku ieinteresētību ārvalstu pacientu piesaistē. Izredzes sniegt pakalpojumus ārvalstu pacientiem ir 5.1 reizes lielāka tieši administratīvā personāla un 3.4 reizes lielāka ārstu ieinteresētības gadījumā.

Ārējo faktoru grupā (skat.2.3.nodaļu) zemākais sniegums ir politiskajiem faktoriem (44 punkti) ar zemāko vērtējumu tādiem faktoriem, kā *nozāres ilgtermiņa stratēģija* (35 punkti), *valdības termini un maiņa* (40 punkti), *vispatveroša caurspīdīga sektora likumdošana* (44 punkti), *nozāres publiskās pārvaldes kapacitāte* un *sektora nodarbinātības politika* (44 punkti) un ekonomiskajiem faktoriem (52 punkti) ar zemāko sniegumu tādiem faktoriem, kā *valsts investīciju politika* (38 punkti), *ilgtspējīgi nozāres finansēšana mehānismi* (39 punkti) un *nodokļu politika* (4 punkti).

Starptautisko faktoru grupā (skat.2.4.nodaļu) zemākais sniegums ir *ārstēšanas kvalitātes apliecinājuma* faktoriem (20 punkti), *e – veselības sistēmas sniegunam* (20 punkti) mezo līmenī, kā arī medicīniskās aprūpes pēctecībai mikro līmenī (20 punkti). Latvijā nozāres līmenī nav ieviesta starptautiskajiem nosacījumiem apbilstoša veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanas sistēma, ka rezultātā nav pieejama pilnvērtīga informācija par ārstniecības iestāžu sniegto pakalpojumu kvalitātes līmeni. Tas saistīts arī ar to, ka Latvijā nav vienotas politikas un valsts atbalsta ārstniecības iestāžu ārējai akreditācijai. Tā joprojām ir katras iestādes atbildība.

Mārketiņa un mārketiņa komunikācijas dimensijas faktoru sniegums līdzīgi kā iekšējo faktoru dimensijā, ievērojami atšķiras ārstniecības iestādēs kopumā un tajās, kuras ir orientētas uz ārvalstu pacientu piesaisti. Zemākais sniegums ir mārketiņa elementiem – *sadarbībai ar starpniekiem* (24 punkti) un jo īpaši – *sadarbībai ar ārvalstu klīnikām* (2 punkti), *sadarbība ar veselības klāsteri* (29 punkti) un *dalība tūrisma izstādēs* (27 punkti), kas raksturo, ka šie mārketiņa līdzekļi tiek izmantoti ļoti zemā līmenī ārvalstu pacientu piesaistei. Uz pakalpojumu eksportu orientēto iestāžu grupā pacientu piesaistes digitālā mārketiņa elementu izmantošanas rezultāti ir ievērojami labāki, to tīmekļa vietņu novērtējums (kopējais novērtējums 74 punkti) liecina, ka nepieciešami uzlabojumi *vietņu satura pieejamības ziņā* (55 punkti) vai pacientiem ar redzes traucējumiem, bet *tehnoloģisīe risinājumi* (95 punkti) ir augstā līmenī.

2.16.tabulā autore apkopojusi 2.nodaļā veikto ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru dimensiju un faktoru grupu snieguma rādītājus.

Veselības aprūpes pakalpojumu pacientu piesaisti noteicošo faktoru snieguma rādītāji, punkti (0-100)

Dimensija / faktors	Punkti no max 100
Iekšējo faktoru dimensija	
Resursi (visas iestādes)	29
Kompetences (visas iestādes)	65
Vadības ieinteresētība pakalpojumu eksportā (visas iestādes)	21
Ārējo faktoru dimensija	
Politiskie faktori	44
Ekonomiskie faktori	52
Sociālie faktori	60
Tehnoloģiskie faktori	57
Starptautisko nosacījumu dimensija	
Pacientu tiesību ievērošana (nozare)	60
Pacientu tiesību ievērošana (visas iestādes)	67
Ārstēšanas kvalitātes apliecinājums (nozare)	27
Ārstēšanas kvalitātes apliecinājums (visas iestādes)	53
Mārketingu un mārketinga komunikācijas dimensija	
Mārketingu un mārketinga komunikācija (visas iestādes)	26
Tiešsaistes tīmekļa vietne (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	74

Avots: Autores izveidots

Pētījuma rezultātu apkopojums liecina, ka ir **pierādīta pētījuma 1. hipotēze**: Ārstniecības iestāžu iespējas piesaistīt ārvalstu pacientus Latvijā ietekmē ārējie makro un mezo līmeņa politiskie un ekonomiskie faktori, bet iekšējo faktoru grupā izšķiroša loma ir vadības faktoriem.

3. ĀRVALSTU PACIENTU IZVĒLI NOTEICOŠO FAKTORU, PIEREDZES UN KOPĒJĀS APMIERINĀTĪBAS NOVĒRTĒJUMA AR SAŅEMTO VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU LATVIJĀ EMPĪRISKAIS PĒTĪJUMS

Atbilstoši autores izvirzītajai veselības aprūpes pakalpojumu ārvalstu pacientu piesaistes nosacījumu noteikšanas pieejai, ārvalstu pacientu pieredzes un apmierinātības novērtējumam ir noteicošā loma piesaistes nosacījumu izpētē.

Šajā nosaļā atspoguļotā **pētījuma mērķis** ir noskaidrot ārvalstu pacientu pieredzi un kopējo apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā un to ietekmējošos faktoros.

Pētījuma mērķa sasniegšanai izvirzīti šādi uzdevumi:

1. Noskaidrot ārvalstu pacientu demogrāfiskos rādītājus (vecums, dzimums, rezidences valsts);
2. Raksturot ārvalstu pacientu saņemtos pakalpojumus pēc to nodrošināšanu raksturojošām pazīmēm;
3. Noskaidrot pakalpojumu izvēles un saņemšanas nosacījumus;
4. Raksturot pacientu pieredzi ar saņemto pakalpojumu, novērtējot plaisu starp gaidīto un saņemto rezultātu;
5. Novērtēt pacientu apmierinātību ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu saistībā ar pacientu piesaisti noteicošajiem faktoriem.

3.1. Ārvalstu pacientu veselības aprūpes pakalpojumu izvēli noteicošo faktoru vispārējais raksturojums un rezultātu interpretācija

Pētījuma metodika un norise. Pētījuma mērķa sasniegšanai tika veikta ārvalstu pacientu anketēšana, izmantojot autores sagatavotu un iepriekš aprobētu aptaujas anketu. Anketēšana tika veikta 8 Latvijas ārstniecības iestādēs pēc brīvprātības principa no 2018.gada oktobra līdz 2019.gada maijam.

Anketas tika sagatavotas gan drukātā, gan elektroniskā veidā un izplatītas angļu un krievu valodās. Katrā iesaistītajā ārstniecības iestādē ar tās vadības atbalstu tika nozīmēta atbildīgā persona, kam iepriekš tika sniegta detalizēta informācija par anketēšanas mērķi, uzdevumiem un ietvertu jautājumu būtību. Konkrētā persona lūdza pacientam aizpildīt rakstiski aptaujas anketu, kā arī sniedza atbildes pacientiem neskaidrību vai jautājumu gadījumā. Minētajās 8 iestādēs visi ārvalstu pacienti attiecīgajā periodā tika aicināti piedalīties pētījumā, tādējādi no ārvalstu pacientiem netika veikta izlase.

Ārstniecības iestāžu profils aptvēra diagnostikas un ārstniecības pakalpojumus. Anketas aizpildīja pacienti pēc pakalpojuma saņemšanas, novērtējot ar pakalpojuma saņemšanu saistītos aspektus pēc to *sagaidītā* un *saņemtā* rezultāta, katru aspektu vērtējot pēc 5 punktu Likerta skalas (iestādes skatīt 13.pielikumā).

Anketa tika izveidota, pamatojoties uz pacientu pieredzes vērtējuma teorētiskajiem aspektiem pacientu centrētas veselības aprūpes kontekstā (skatīt 1.nodaļu) atbilstoši autores izveidotajai ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas faktoru sistēmai (skat.1.6.nodaļa), kurā autore izvirzījusi **pacienta piesaisti noteicošās faktoru grupas:**

- 1.Vispārējie ceļošanas jeb galamērķa izvēles faktori;
- 2.Komunikācijas faktori;
- 3.Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja izvēli noteicošie faktori;
- 4.Veselības aprūpes pakalpojuma izvēli noteicošie faktori (skat.3.1.tabulu).

Pakalpojumu vērtēšanai autore izmantojusi pakalpojumu kvalitātes “plaisu” jeb “nepilnību” modeli (Zeithaml et al, 2017)¹⁷³ (angliski – *Gaps model of Service Quality*), kā arī modificētu SERVQUAL anketēšanas pieeja (Parasuraman, 1988)¹⁷⁴, ietverot jautājumus SERVQUAL aprobētajās kvalitātes dimensijās:

- 1) pārliecība (angliski - *assurance*),
- 2) uzticamība (angliski - *reliability*),
- 3) atbilstība (angliski - *responsiveness*),
- 4) tveramība (angliski - *tangibility*),
- 5) empātija (angliski - *empathy*).

Anketa satur 2 daļas. Pirmajā anketas daļā pacientu pieredzes noskaidrošanai četrās faktoru grupās ietverti 15 jautājumi un viens noslēdzošais jautājums (skat.3.1..tabulu).

Otrajā anketas daļā ietverti jautājumi, lai noskaidrotu pacientu sociāli demogrāfiskos parametrus, ar ceļošanu saistītos aspektus, pakalpojuma izpēti, informācijas iegūšanas un komunikācijas kanālus, kā arī specifiskus ar veselības aprūpes (VA) pakalpojuma izvēli un nodrošināšanu saistītos aspektus (pieejamība, saņemšanas iespējas un informācijas apmaiņas aspekti ar ārstējošo ārstu personas mītnes zemē, kā arī viedoklis par medicīniskās dokumentācijas saņemšanas formu un veidu) un tie attiecas konkrēti uz šādiem aspektiem:

- 1.Ārvalstu pacientu demogrāfiskie rādītāji:

-Pacienta vecums,

¹⁷³ Zeithaml V.A., Bitner M.J. & Gremler D.D. (2017). Services marketing : integrating customer focus across the firm. 7th Ed. Dubuque : McGraw-Hill Education, p.35.

¹⁷⁴ Parasuraman A, Zeithaml, V. & Berry, L.L. (1988). "SERVQUAL: a multiple- item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, Vol. 62, no. 1, p. 25.

-Pacienta dzimums,

-Rezidences valsts.

2. Pakalpojumu un tā nodrošināšanu raksturojošas pazīmes

-Saņemtais VA pakalpojums,

-Medicīnas iestādē pavadīto dienu skaits,

-Ceļošanas dienu skaits Latvijā,

-Ierašanās veids,

-Komunikācijas valoda,

-Komunikācijas kanāli,

-Piekļuve attiecīgajam VA pakalpojumam mītnes valstī,

-Persona, kas ieteica attiecīgo pakalpojumu,

-Nepieciešamība sniegt informāciju par saņemto pakalpojumu pacienta mītnes zemes ārstam,

-Medicīnisko datu saņemšanas preferences formāts,

-VA pakalpojuma izmaksu sedzējs,

-Nepieciešamība saņemt iepriekšēju atļauju no pacienta mītnes valsts veselības aprūpes iestādes / apdrošinātāja,

-Nepieciešamība sniegt pacienta medicīniskos datus veselības aprūpes iestādei pirms pakalpojumu sniegšanas.

Anketa tika aprobēta pilotpētījumā, kurā tika noskaidrots, ka ārvalstu pacientu populācija ir neviendabīga un, līdz ar to, pētījumā tika izvirzītas divas respondentu kategorijas – “nerezidenti” un “rezidenti” – kā arī tika koriģēts anketas 6.jautājums, pievienojot papildus atbilžu variantu – “dzīvo Latvijā”. Rezidentu grupa ietvēra tos ārvalstu pacientus, kas uzturas Latvijā saskaņā ar īslaicīgas uzturēšanās atļauju (vēstniecību darbinieki, studējošie u.c.), bet nav uzskatāmi par Latvijas pastāvīgajiem iedzīvotājiem (skatīt anketu 14. pielikumā).

Metodes sistēmiskās kļūdas novērtēšanai tika izmantots Harmana vienfaktora tests. Viens faktors spēj izskaidrot 39,4% no kopējās izkliedes, kas liecina, ka netika konstatēta izteikta sistēmiskās kļūdas ietekme uz datiem un tie ir izmantojami tālākai analīzei.

Ārvalstu pacientu pieredzi un apmierinātību ietekmējošo faktoru kopsavilkums

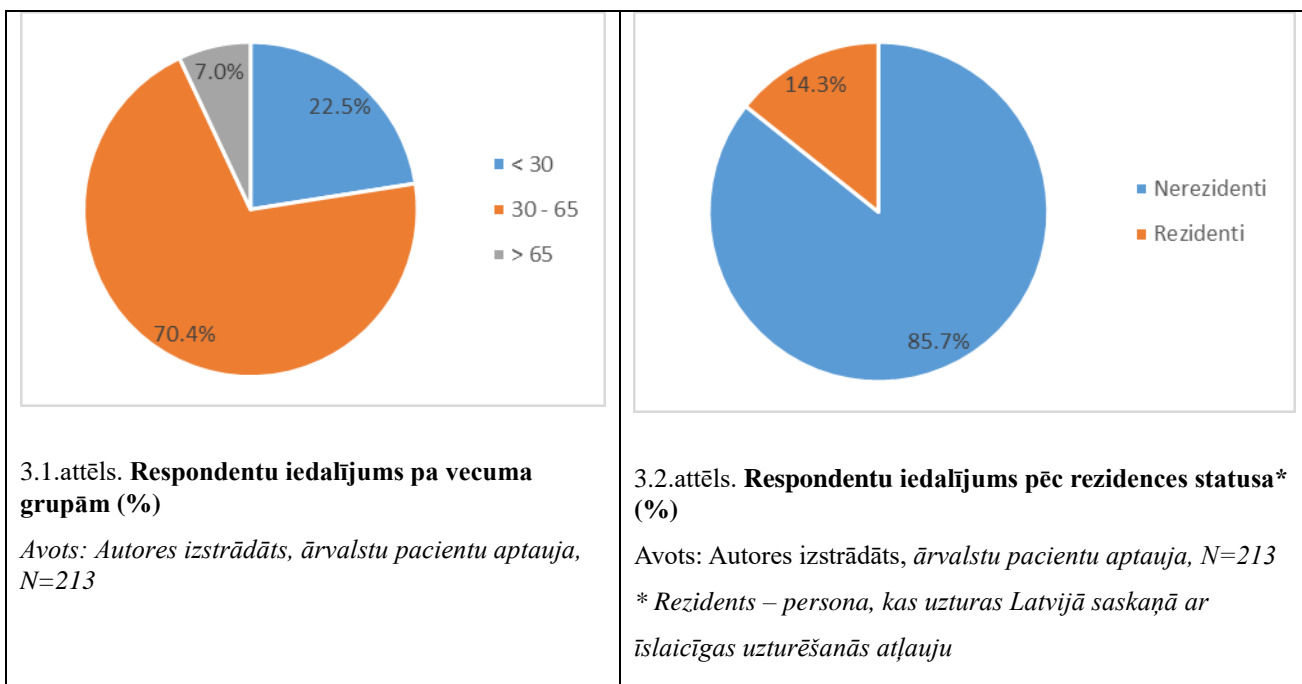
Faktoru grupa	Faktors	SERVQUAL Kvalitātes dimensija	Jautā juma nr. anketā
1. Vispārējie ceļošanas faktori	1.1. Ģeogrāfiskā pieejamība	Tveramība	1
	1.2. Galamērķa drošība	Pārliecība	2
	1.3. Galamērķa reputācija un imidžs	Pārliecība	3
2. Komunikācijas faktori	2.1. Pozitīvs pirmais iespaids par ārstniecības iestādi	Uzticamība	4
	2.2. Pilnvērtīga informācija par pakalpojuma nodrošināšanu	Uzticamība	5
	2.3. Personāla laipnība un atsaucība	Empātija	6
	2.4. Pilnvērtīga informācija par pakalpojuma nepārtrauktību	Atbilstība	9
3. Ārstniecības iestādes izvēles faktori	3.1. Pilnvērtīga informācija par pakalpojuma cenu	Atbilstība	7
	3.2. Droša vide	Pārliecība	8
	3.3. Inovatīvas tehnoloģijas pakalpojuma sniegšanā	Tveramība	12
	3.4. Transportēšanas pakalpojums uz/no iestādes	Tveramība	15
4. Veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktori	4.1. Informācijas apmaiņa ar ārstējošo ārstu mītnes zemē	Pārliecība	10
	4.2. Atbilstoša cena	Tveramība	11
	4.3. Pakalpojuma savlaicīga nodrošināšana	Atbilstība	14
	4.3. Medicīniskās dokumentācijas pieejamība	Uzticamība	13
Pacienta pieredze	Kopējais apmierinātības vērtējums		16

Avots: autores izstrādāts pēc Parasuraman et al, 1998; Lunt & Carrera, 2010; Victoor, 2012; Entwistle & Watt, 2013; Wolf et al, 2014; LaVela & Gallan, 2014; Vermeir et al, 2015; Rosiek & Leksowski, 2016; Rutitis, 2016; Zeithaml et al, 2017.

3.2. Ārvalstu pacientu gaidītā un saņemtā pakalpojuma vērtējuma analīzes rezultāti un rezultātu interpretācija

Ārvalstu pacientu demogrāfiskais raksturojums

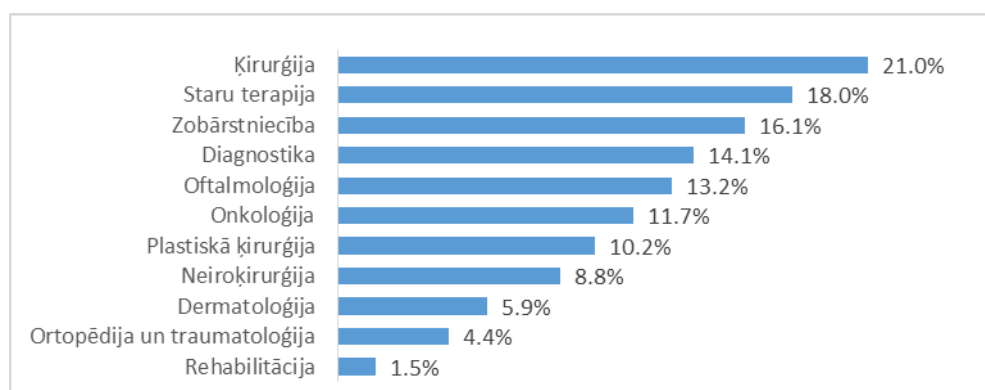
Anketas aizpildīja 217 respondenti, 4 anketas tika atzītas par nederīgām nekorekta aizpildījuma dēļ. Līdz ar to, analīzei tika izmantotas 213 respondentu anketas. Analizējot Ārējo faktoru dimensijas (makro un mezo līmenis) sociālo faktoru demogrāfiskos rādītājus, autore secina, ka 120 bija sievietes (56,3%) un 93 vīrieši (47,7%). Lielākā daļa (70,4%) no visiem respondentiem bija darba spējīgā vecumā no 30 līdz 65 gadiem, 22,5% bija vecumā līdz 30 gadiem, savukārt tikai 7,0% bija vecāki par 65 gadiem, N = 213. (skat.3.1.att.)



85,7% no respondentiem nebija Latvijas rezidenti, savukārt 14,3% bija norādījuši Latviju kā rezidences valsti.(skat. 3.2.att.). 25,0% no respondentiem, kuriem Latvija nav rezidences valsts, bija no Ukrainas, 21,7% - no Lielbritānijas (UK), bet 8,3% no Igaunijas. Citas sastopamās valstis: Vācija, Lietuva, Itālija, Baltkrievija, Zviedrija, Somija, Norvēģija, Nīderlande, Kirgizstāna, Francija, ASV un Krievija/Kirgizstāna.

Pakalpojumu un tā nodrošināšanu raksturojošas pazīmes.

Biežākais izmantotais medicīnisko pakalpojumu veids bija ķirurģija (21%), otrais populārākais - staru terapija (18%), un trešais - zobārstniecība (16%), kas liecina, ka ārvalstu pacienti primāri izvēlas Latvijā tehnoloģiski sarežģītus ārstniecības pakalpojumus ar augsto pievienoto vērtību, ko nespēj nodrošināt mītnes zemes veselības apūpes iestādes tādejādi norādot uz noteiktām nepilnībām pacientvērsta sistēmas izveidē.(skat.3.3.att.)



3.3.attēls. Ārvalstu pacientu izmantotais medicīnas pakalpojums (%)

Avots: Autores izstrādāts, ārvalstu pacientu aptauja, N=213

Netika atrasta statistiski nozīmīga asociācija starp ķirurģijas pakalpojuma izmantošanu un pacientu vecuma grupu ($\chi^2 = 3,93$, $p=0,140$), rezidences statusu ($\chi^2 = 2,36$, $p=0,125$), dienu skaitu iestādē ($\chi^2 = 3,20$, $p=0,202$), dzimumu ($\chi^2 = 0,59$, $p=0,444$) un apmierinātību ($\chi^2 = 1,27$, $p=0,261$). Respondentu iedalījums pēc saņemtā medicīnas pakalpojuma, dzimuma un vecuma atspoguļots 3.2.tabulā.

3.2.tabula

Pakalpojums	Dzimums		Vecums		
	sievietes	vīrieši	< 30	30 - 65	> 65
Ķirurģija	19,0%	23,6%	18,8%	19,7%	40,0%
Staru terapija	19,0%	16,9%	12,5%	17,6%	40,0%
Zobārstniecība	18,1%	13,5%	50,0%	6,3%	0,0%
Diagnostika	10,3%	19,1%	12,5%	14,1%	20,0%
Oftalmoloģija	12,9%	13,5%	0,0%	19,0%	0,0%
Onkoloģija	10,3%	13,5%	0,0%	12,7%	40,0%
Plastiskā ķirurģija	18,1%	0,0%	12,5%	10,6%	0,0%
Neiroķirurģija	10,3%	6,7%	6,3%	10,6%	0,0%
Dermatoloģija	2,6%	10,1%	6,3%	6,3%	0,0%
Ortopēdija un traumatoloģija	5,2%	3,4%	6,3%	2,1%	20,0%
Rehabilitācija	0,0%	3,4%	0,0%	2,1%	0,0%

Avots: autores apkopots, ārvalstu pacientu aptauja, $N=213$

Visi oftalmoloģijas pacienti pieder vecuma grupai 30 - 65 gadi, $\chi^2 = 12,99$, $p=0,002$. Savukārt, onkoloģijas pacientu vidū ir lielāka proporcija ar dalībniekiem virs 65 gadu vecuma (25,0 % pret 4,8%), $\chi^2 = 18,56$, $p<0,001$, kā arī tie ārstniecības iestādē pavadīja pārsvarā vairāk par piecām dienām (62,5% pret 19,0%), $\chi^2 = 27,04$, $p<0,001$.

Visi plastiskās ķirurģijas pacienti bija nerezidenti, FET, $p=0,049$, pārsvarā ārstniecības iestādēs tie uzturējās vienu dienu (85,7%), $\chi^2 = 8,94$, $p=0,011$, un dalībnieku vidū tika konstatētas vienīgi sievietes, $\chi^2 = 18,06$, $p<0,001$.

Zobārstniecību pārsvarā izmantoja dalībnieki līdz 30 gadu vecumam (72,7%), $\chi^2 = 56,73$, $p<0,001$. Visvairāk dienas (vairāk par piecām) ārstniecības iestādē pavadīja onkoloģijas un staru terapijas pacienti 67,6% ($\chi^2 = 55,58$, $p<0,001$). Bez tam, tie visi nāca no nerezidentiem ($\chi^2 = 7,49$, $p=0,006$). Respondentu uzturēšanās dienu skaits ārstniecības iestādē aplūkojams 3.3. tab.

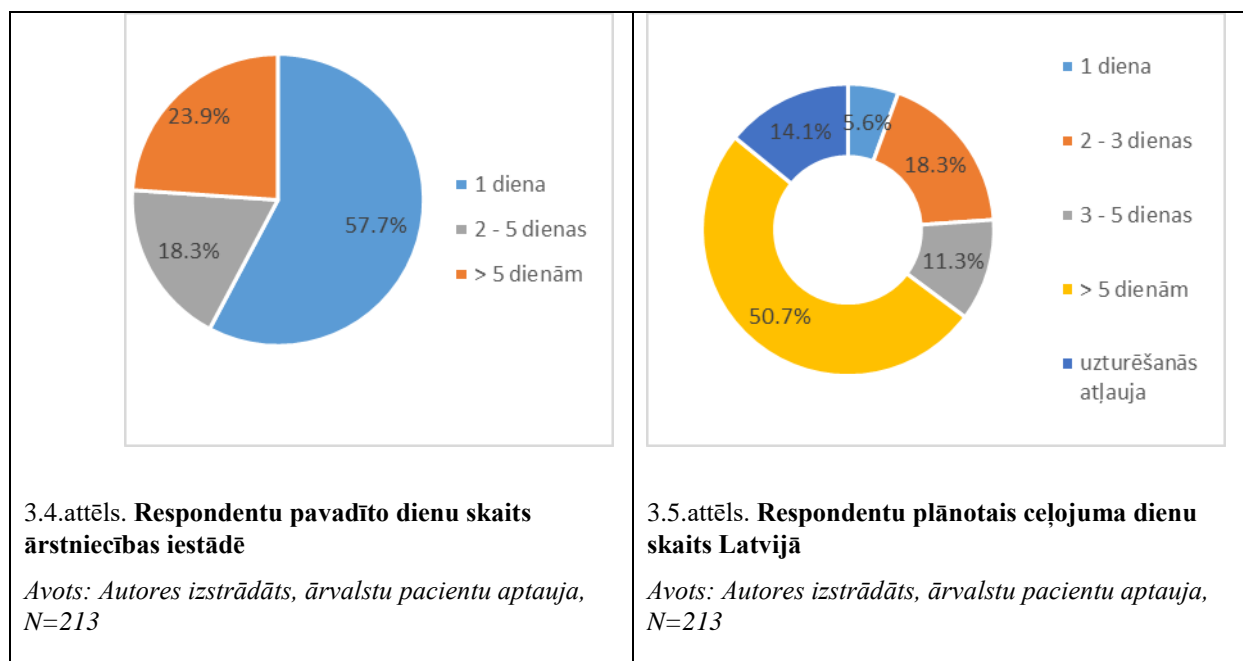
Respondentu uzturēšanās dienu skaits ārstniecības iestādē

Pakalpojums	Dienu skaits iestādē		
	1 diena	2 - 5 dienas	>5 dienām
Ķirurģija	22,7%	27,0%	12,2%
Staru terapija	2,5%	24,3%	51,0%
Zobārstniecība	17,6%	16,2%	12,2%
Diagnostika	19,3%	8,1%	6,1%
Oftalmoloģija	17,6%	8,1%	6,1%
Onkoloģija	2,5%	16,2%	30,6%
Plastiskā ķirurģija	15,1%	8,1%	0,0%
Neiroķirurģija	0,0%	32,4%	12,2%
Dermatoloģija	5,0%	0,0%	12,2%
Ortopēdija un traumatoloģija	0,0%	8,1%	12,2%
Rehabilitācija	2,5%	0,0%	0,0%

Avots: autores apkopots, ārvalstu pacientu aptauja, N=211

Vairāk kā puse no visiem respondentiem (57,7%) servisa saņemšanas laikā ārstniecības iestādē pavadīja tikai vienu dienu, aptuveni piektā daļa (23,9%) - vairāk par 5 dienām, un nedaudz mazāka respondentu daļa (18,3%) ārstniecības iestādē pavadīja divas līdz piecas dienas, N = 213.

Respondentu pavadīto dienu skaitu ārstniecības iestādē var redzēt 3.4.att.



Aptuveni puse no respondentiem (50,7%) Latvijā plānoja pavadīt vairāk piecas dienas, 18,3% plānoja uzturēties divas līdz trīs dienas, un tikai 5,6% plānoja pavadīt tikai vienu dienu, N = 213.(sk.3.5.att.)

Vairāk kā puse no respondentiem (60,0%) uz pakalpojuma saņemšanu ieradās ar aviotransportu, aptuveni trešdaļa (34,3%) izmantoja autotransportu, mazāk bija tādu, kas izmantoja autobusu - 11,4 %, uz vismazāk populārais ierašanās veids bija ar vilcienu - 1,4%.

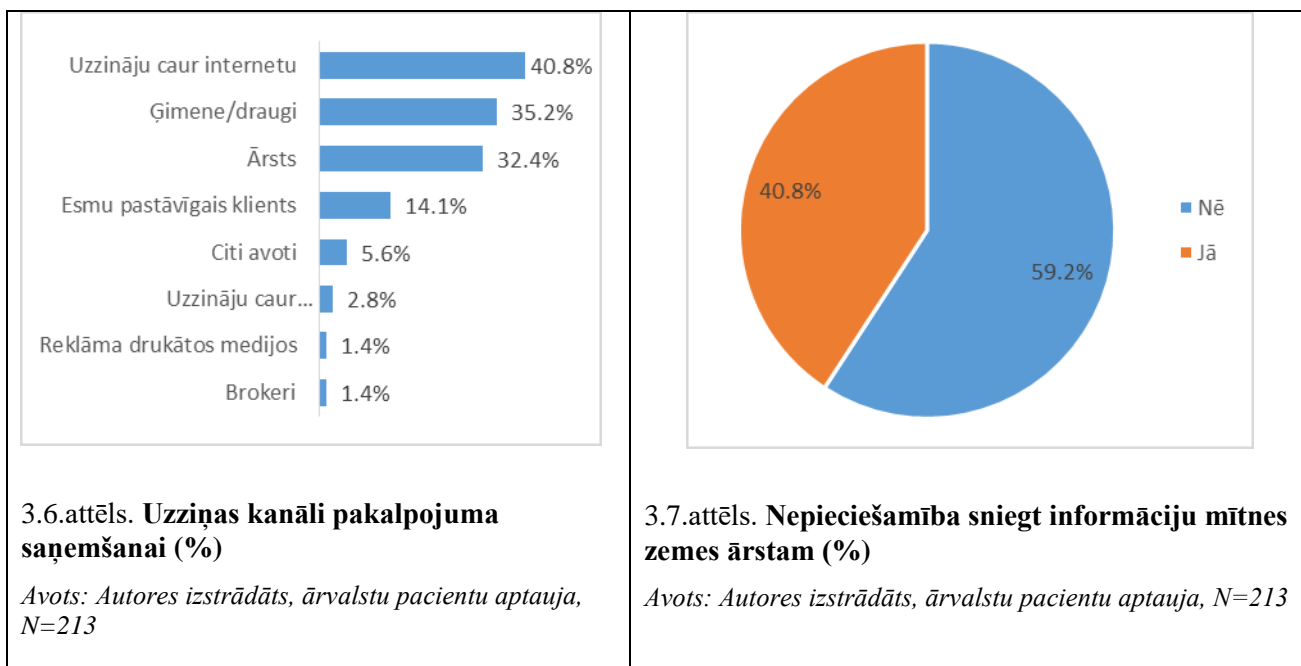
No patērētāju pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensijas viedokļa, analizējot dažādus komunikācijas faktoros autore secina, ka biežāk izmantotās saziņas valodas servisa saņemšanas laikā bija angļu (63,4%) un krievu (47,9%). No citām svešvalodām vēl tika izmantota franču (2,8%), un daļa respondentu sazinājās arī latviešu valodā (2,8%). Lielākā daļa dalībnieku izvēlējās sazināties telefoniski (85,9%), papildus tiem vēl 11,3% izmantoja Skype vai videozvanu, 62,0% dalībnieku saziņai izvēlējās e-pastu.

Pakalpojumu izvēles un saņemšanas nosacījumi

Izejot no autores veiktā pētījuma rezultātiem, analizējot galamērķa izvēli noteicošos faktoros (patērētāju pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensija), var secināt, ka tikai 9,9% no visiem respondentiem pakalpojums, pēc kā tie ieradās Latvijā, nebija pieejams mītnes zemē.(skat.50.att.) Pie nepieejamajiem pakalpojumiem mītnes zemē tika minēta staru terapija, ķirurģija, oftalmoloģija, onkoloģija, neiroķirurģija un zobārstniecība. Vairums šo respondentu bija no Ukrainas, Nīderlandes, Lietuvas un Itālijas. Pārējie (90,1%) pēc pakalpojuma Latvijā ieradās cita iemesla dēļ.

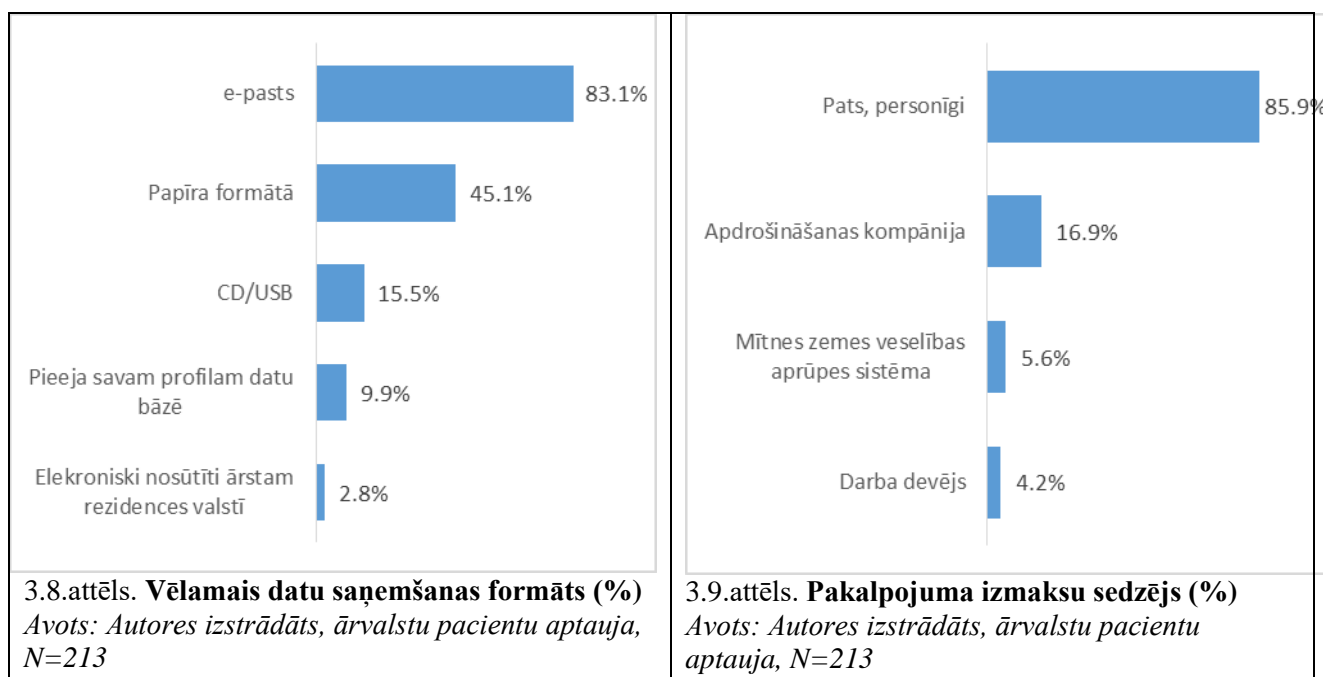
Analizējot patērētāju pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensiju, kā iespējamie šķēršļi, kāpēc mītnes zemē pieejamais pakalpojums netika izmantots, galvenais tiek minēts neapmierinātība ar pakalpojuma organizāciju (43,6%) un neapmierinātība ar pakalpojuma cenu. (27,3%). Respondenti, kam svarīgs bija kāds cits šķērslis (25,5%), skaidrojumā minēja zemu pakalpojuma kvalitāti, neuzticēšanos ārstiem, vecu aprīkojumu, kas norāda uz noteiktām problēmām īstenojot tādu patērētāju pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensijas elementu kā *Ārstniecības pakalpojuma izvēli noteicošie faktori*. Tikai 18,1% gadījumos izvēlētais pakalpojums mītnes zemē netika apmaksāts, kas parāda, ka, neskatoties uz pakalpojuma apmaksu mītnes zemē, kā izvēles faktors prevalē pakalpojuma organizācija.

No *Mārketinga un komunikācijas dimensijas* viedokļa, analizējot tādus elementus, kā Mārketings un komunikācija, kā arī *Tiešsaistes tīmekļa vietne*, var secināt, ka par iespēju saņemt medicīniskos pakalpojumus Latvijā lielākoties respondenti uzzināja ar interneta palīdzību (40,8%), no ģimenes vai draugu ieteikumiem (35,2%), kā arī pateicoties ārstam (32,4%) (sk.3.6.att.). 14.1% pacientu atzīmējuši, ka ir pastāvīgie klienti. Drukātai informācijai un brokeru pakalpojumiem ir mazāka nozīme informācijas uzziņas kanālu ziņā.



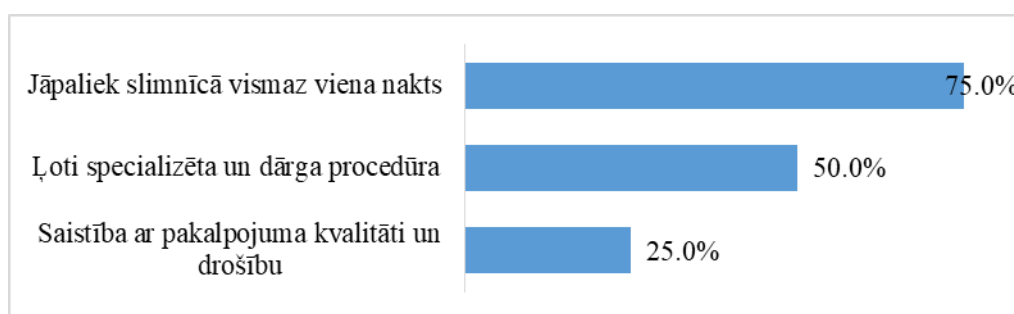
Kā secināts pētījuma 1.daļā, viens no pārrobežu veselības aprūpes būtiskiem jautājumiem ir pacienta medicīniskās informācijas nodošana pacienta mītnes zemes ārstam, lai nodrošinātu pēc iespējas kvalitatīvāku turpmāko ārstēšanas procesu. Attiecībā uz nepieciešamību sniegt informāciju par saņemto pakalpojumu, nedaudz vairāk kā puse no respondentiem (59,2%) minēja, ka informācija par Latvijā saņemto pakalpojumu mītnes zemes ārstam nav jāsniedz.(skat.3.7.att.)

Turpinot analizēt Mārketinga un komunikācijas dimensijas elementus, autore secina, ka par vēlamu medicīnas datu saņemšanas formātu visbiežāk respondenti norādīja e-pastu (83,1%), lai arī diezgan liela respondentu daļa datus labprāt saņem drukātā formātā (45,1%) (skat.3.8.att.).



Analizējot patērētāju pieredzes un apmierinātības vērtēšanas dimensijas tādu faktoros, kā iestādes pakalpojumu cena un apmaksas veids, kā arī Starptautisko nosacījumu dimensiju (mezo un mikro līmenis) autore secina, ka medicīnisko pakalpojumu saņēmēji izmaksas visbiežāk sedza paši (85,9%), par apdrošināšanas kompāniju atbalstu minēja 16,9% respondentu, bet mītnes zemes veselības aprūpes sistēma – tikai 5,6%. (sk.3.9.att.)

Pētījums apstiprina iepriekš aprakstītos riskus saistībā ar pakalpojuma pēctecības nodrošināšanu. Nesaktoties uz augsta līmeņa terciāru pakalpojumu izvēli, lielākajai daļai pacientu iepriekšēja atļauja no mītnes zemes ārstējošā ārsta nebija nepieciešama, tā bija jāsaņem tikai 7,0% respondentu (sk.3.10.att.)



3.10.attēls. **Iepriekšējās atļaujas saņemšanas iemesls (%)**

Avots: *Autores izstrādāts, ārvalstu pacientu aptauja, N=213*

Atļaujas nepieciešamība biežāk bija saistīta ar palikšanu slimnīcā vismaz vienu nakti (75,0%), kā arī specializētas un dārgas procedūras dēļ (50%), retāk – saistībā ar pakalpojuma kvalitāti un drošību (25%).

Analizējot patērētāju pieredzi medicīniskās informācijas apmaiņā un medicīnas dokumentācijas nepieciešamību, autore secina, ka pirms pakalpojuma saņemšanas medicīnas dati ārstniecības iestādei Latvijā bija jānosūta 40,8% no respondentiem, kas kopumā liecina, ka Latvijas ārstniecības iestādes ir daļēji ieinteresētas pacientu datu pieejamībā un pamatā tas attiecināms uz staru terapijas un ķirurģijas pakalpojumiem, kur pacientam jāuzturas ārstniecības iestādē vairāk kā vienu dienu (2 un vairāk). Visbiežāk (82,1%) gadījumu bija nepieciešamība pacientu medicīnas datus nosūtīt elektroniskā veidā ārstniecības iestādei Latvijā.

Pakalpojuma gaidītā un saņemtā rezultāta vērtības

Anketas otrajā daļā pacientiem tika lūgts izteikt savu pieredzi un novērtēt katru jautājumu pēc 2 aspektiem – *gaidītais* un *saņemtais* rezultāts, izmantojot 5 punktu *Likerta* skalu. Anketēšanas rezultāti parāda, ka visos jautājumos pacienti *saņemto* rezultātu vērtējuši augstāk nekā gaidīto (vērtējums 5.ailē), kas sasaucas ar pacientu kopējās apmierinātības augsto vērtējumu. (skat.3.4.tab.). Apmierinātības līmenis ar medicīnisko aprūpi demonstrē pacienta cerību, kā arī noteiktu vajadzību

izpildes pakāpi un pacientu viedokli par to, kā būtu jāstrādā veselības aprūpes iestādēm. Autore uzskata, ka pacientu apmierinātība ir pacientvērstas pieejas indikators, kas atzīts arī teorētiskajā daļā pētītajā literatūrā. Tādejādi, patērētāju apmierinātība ir nepieciešama, lai sasniegtu noteiktu sniegto pakalpojumu atbilstību pacientu gaidām un vajadzībā

3.4.tabula

Pakalpojuma gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību apkopojums (%)

Nr.	Jautājums	G/S*	Atbildes vērtējums 1 - pilnībā nepiekrītu, 5 - pilnībā piekrītu izteiktajam apgalvojumam					Z	p
			1	2	3	4	5		
1.	Pakalpojuma sniedzējs ir ģeogrāfiski viegli pieejams	G	0,0%	0,0%	7,1%	34,3%	58,6%	-3,947	<0,001
		S	1,4%	0,0%	2,9%	18,6%	77,1%		
2.	Ceļojuma galamērķis ir drošs	G	0,0%	0,0%	4,3%	20,0%	75,7%	-4,616	<0,001
		S	0,0%	0,0%	2,9%	8,6%	88,6%		
3.	Valstij ir laba atpazīstamība un tēls.	G	0,0%	0,0%	10,1%	30,4%	59,4%	-4,224	<0,001
		S	0,0%	0,0%	7,2%	15,9%	76,8%		
4.	Pozitīvs pirmais iespaids par ārstniecības iestādi (iestādes mājas lapa un informācija internetā).	G	0,0%	0,0%	1,4%	31,9%	66,7%	-4,382	<0,001
		S	0,0%	0,0%	2,9%	17,4%	79,7%		
5.	Man ir pilnīga informācija par pakalpojuma nodrošināšanas procesu.	G	0,0%	0,0%	4,4%	23,5%	72,1%	-1,937	0,053
		S	0,0%	1,5%	4,4%	10,3%	83,8%		
6.	Iestādes darbinieki ir laipni un atsaucīgi.	G	0,0%	0,0%	4,3%	15,7%	80,0%	-5,273	<0,001
		S	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	95,7%		
7.	Man ir pieejama pilnīga informācija par pakalpojuma izmaksām un apmaksas nosacījumiem.	G	1,5%	0,0%	4,4%	13,2%	80,9%	-1,988	0,047
		S	3,0%	0,0%	1,5%	9,0%	86,6%		
8.	Atrodoties iestādē jūtos droši.	G	0,0%	0,0%	4,3%	17,4%	78,3%	-6,044	<0,001
		S	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	94,2%		
9.	Man ir pilnīga informācija par ārstēšanas turpinājumu.	G	0,0%	0,0%	2,9%	25,0%	72,1%	-1,494	0,135
		S	0,0%	0,0%	4,5%	17,9%	77,6%		
10.	Tiek nodrošināta informācijas apmaiņa ar manu ārstu manā mītnes zemē.	G	4,6%	3,1%	18,5%	21,5%	52,3%	-3,924	<0,001
		S	4,8%	4,8%	6,3%	12,7%	71,4%		
11.	Pakalpojumam ir pieņemama cena.	G	0,0%	3,0%	6,0%	26,9%	64,2%	-0,661	0,509
		S	0,0%	3,0%	4,5%	23,9%	68,7%		

Nr.	Jautājums	G/S*	Atbildes vērtējums 1 - pilnībā nepiekrītu, 5 - pilnībā piekrītu izteiktajam apgalvojumam					Z	p
			1	2	3	4	5		
12.	Pakalpojuma nodrošināšanā tiek izmantotas inovatīvas tehnoloģijas.	G	0,0%	1,4%	5,8%	26,1%	66,7%	-5,577	<0,001
		S	0,0%	0,0%	3,0%	11,9%	85,1%		
13.	Pakalpojums tiek nodrošināts apsolītajā laikā.	G	0,0%	0,0%	4,3%	29,0%	66,7%	-4,434	<0,001
		S	0,0%	0,0%	2,9%	10,3%	86,8%		
14.	Medicīniskās dokumentācija par pakalpojumu ir viegli pieejama.	G	0,0%	0,0%	7,6%	27,3%	65,2%	-5,627	<0,001
		S	0,0%	0,0%	1,6%	15,6%	82,8%		
15.	Transportēšanas pakalpojumi uz/no ārstniecības iestādes tiek nodrošināti.	G	14,8%	9,3%	9,3%	18,5%	48,1%	-4,347	<0,001
		S	13,7%	7,8%	5,9%	9,8%	62,7%		

*Apzīmējumi: Gaidītais (G) Saņemtais (S) rezultāts.

Avots: autores apkopots

Zemākā gaidītā rezultāta vērtība (zem 60% vērtējums “5” pēc Likerta skalas) piešķirta tādiem *Vispārējiem ceļošanas faktoriem* kā pakalpojuma sniedzēja ģeogrāfiskā pieejamība (58,6%) un valsts atpazīstamība un tēls (59,4%), kam seko komunikācijas faktori, kuri veido pozitīvu iespaidu par ārstniecības iestādi (informācija mājas lapā) (66,7%), pakalpojuma cenas pieņemamība (64,2%) (veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktors), kā arī tikai 48, 1% pacientu sagaidījuši transportēšanas pakalpojumu nodrošināšanu (ārstniecības iestādes izvēles faktors).

Visaugstāk no SERVQUAL kvalitātes dimensijām ārvalstu pacienti vērtējuši (virs 90% vērtējums “5” pēc Likerta skalas) tādu *Komunikācijas faktoru sniegumu*, kā iestādes darbinieku laipnība, atsaucība (95,7%), ko raksturo empātija, kā arī drošību, kas raksturo pārlicība. Atrāšanos ārstniecības iestādē (94,2%), raksturo uzticamība, kam seko pakalpojuma sniegšana norādītajā laikā (86,8%), ko raksturo atbilstība, pieejamā informācija par pakalpojuma cenām un to apmaksu (86,6%), kā arī inovatīvu tehnoloģiju pieejamība (85,1%), ko raksturo tveramība. Savukārt informācijas pieejamību par pakalpojuma nodrošināšanas procesu (83,8%), kā arī galamērķa drošību (88,6%) raksturo pārlicība, kura veidojas pacienta apziņā. Statistiski nozīmīgas atšķirības starp gaidīto un saņemto rezultātu netika atrastas 5. jautājumam, 9. jautājumam un 11. jautājumam (Vilkoksona tests, $p > 0,05$).

Gan gaidītā, gan saņemtā rezultāta novērtēšanai tika aprēķināts koeficients pēc formulas:

$$\frac{\sum_{i=1}^{15} q_i}{75}, \text{ kur } q - \text{ jautājuma atbildes vērtējums, } 75 \text{ ir maksimāli iespējamais punktu skaits.}$$

Identiskā veidā tika aprēķināti izvēli noteicošo faktoru koeficienti, ņemot vērā maksimāli iespējamo punktu skaitu katrā gadījumā. Anketas jautājumu saskaņotības vērtējums atspoguļots (15.pielikumā). Saņemtais rezultāts (Koeficients jeb Mediāna: 0,93, Q₁-Q₃: 0,87-0,99) kopumā tika vērtēts augstāk nekā gaidītais rezultāts (Koeficients jeb Mediāna: 0,90, Q₁-Q₃: 0,81-0,96).

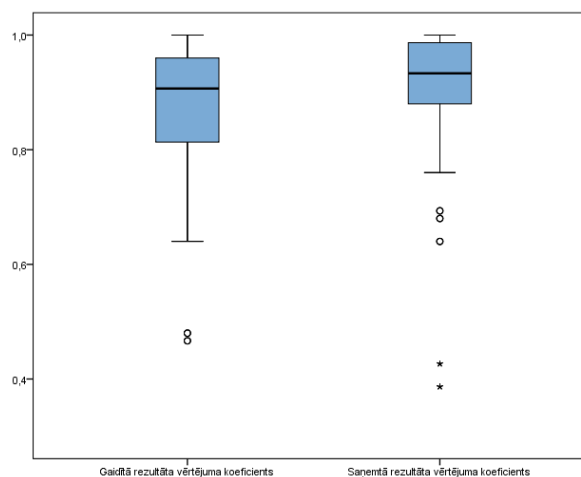
3.5.tabula

Visu faktoru kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību koeficientu atšķirības sievietēm un vīriešiem

	Visu faktoru kopējā rezultāta koeficients, Mediāna (Q1-Q3)	
	<i>Gaidītais rezultāts</i>	<i>Saņemtais rezultāts</i>
Vīrieši	0,85 (0,80-0,92)	0,93 (0,85-1,00)
Sievietes	0,93 (0,85-0,98)	0,93 (0,90-0,98)

Avots: autores apkopots

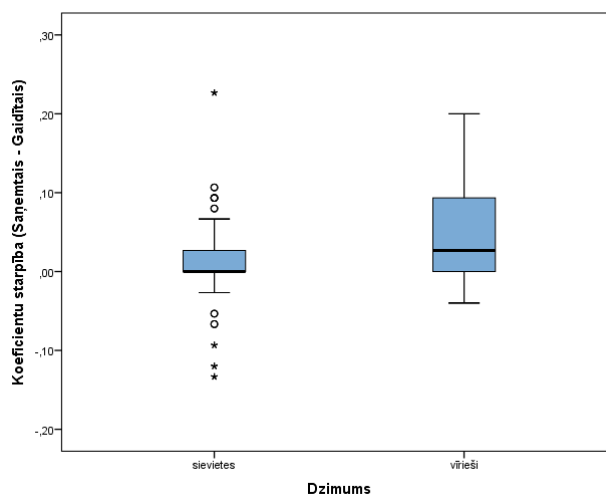
Visu faktoru kopējā atšķirība (pozitīvā plaisa) starp saņemto un gaidīto rezultātu vērtībām ir statistiski nozīmīga (Vilkoksona tests, $Z=-5,328$, $p<0,001$).



3.11.attēls. **Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta vērtību plaisa ārvalstu pacientiem**

Avots: Autores apkopots

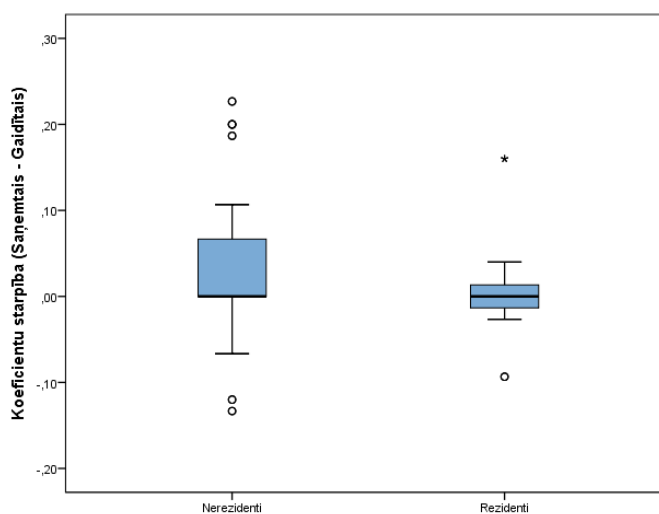
Tas liecina, ka respondenti, atbraucot un saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, palika apmierinātāki, nekā sākotnēji gaidījuši. Pozitīvi, ka pilnīgi visos jautājumos *saņemtais* rezultāta vērtējums pārsniedz *gaidīto*, jo īpaši vīriešu pacientu vidū, kur pozitīvā plaisa starp *gaidīto* un *saņemto* rezultātu jeb koeficienta pieaugums vīriešiem ir lielāks (Mediāna: 0,03, Q₁-Q₃: 0,00-0,09) bija nedaudz lielāks par sievietēm (Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: 0,00-0,03), Manna-Vitnija U tests, $U=3654,0$, $p<0,001$.(3.12.att.).



3.12.attēls. **Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta plaisa pacientiem pēc dzimuma**

Avots: *Autores apkopots*

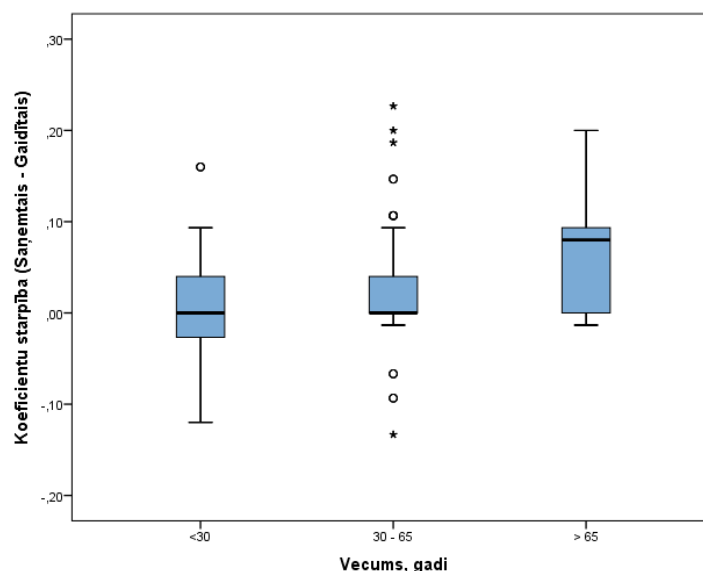
Kā arī, nerezidentiem koeficienta pieaugums (Mediāna: 0,00, Q_1 - Q_3 : 0,00-0,07) pārsvarā bija lielāks nekā rezidentiem (Mediāna: 0,00, Q_1 - Q_3 : -0,01-0,01), Manna-Vitnija U tests, $U = 1764,0$, $p = 0,025$. Tas izskaidrojams ar to, ka nerezidentiem (personas ar īslaicīgas uzturēšanas atļaujām Latvijā), acīmredzot ir vairāk informācijas par Latvijā pieejamo pakalpojumu līmeni un nodrošināšanas kvalitāti (sk.3.13.att.).



3.13.attēls. **Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta plaisa pacientiem ar atšķirīgu rezidences statusu**

Avots: *Autores apkopots*

Vērojama tendence, ka dalībniekiem, kas vecāki par 65 gadiem, ir lielāks koeficienta pieaugums, taču koeficienta izmaiņas atšķirība starp vecuma grupām nav statistiski nozīmīga, Kruskola-Volisa tests, $\chi^2 = 5,991$, $p = 0,050$.(sk.3.14.att.).

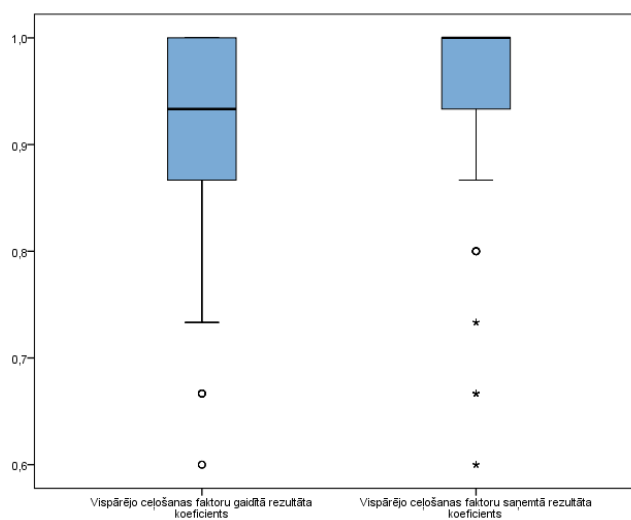


3.14.attēls. **Kopējā gaidītā un saņemtā rezultāta plaisa atšķirīgās pacientu vecuma grupās**

Avots: Autores apkopots

Vispārējo ceļošanas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtējums

Vispārējo ceļošanas faktoru gaidītā rezultāta koeficients (Mediāna: 0,93, Q_1 - Q_3 : 0,87-1,00) bija mazāks par saņemtā rezultāta koeficientu (Mediāna: 1,00, Q_1 - Q_3 : 0,93-1,00). Šī atšķirība ir statistiski nozīmīga (Vilkoksona tests, $z=-4,958$, $p<0,001$) (sk.3.15.att.).

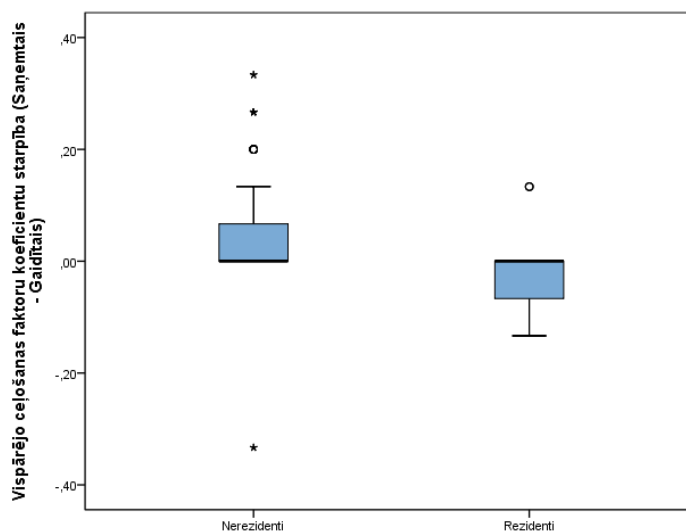


3.15.attēls. **Vispārējo ceļošanas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta plaisa**

Avots: Autores apkopots

Nerezidentiem vispārējo ceļošanas faktoru koeficientu starpības pieaugums ($N = 174$, Mediāna: 0,00, Q_1 - Q_3 : 0,00-0,07) bija lielāks nekā rezidentiem ($N = 27$, Mediāna: 0,00, Q_1 - Q_3 : -0,07-0,00), Manna-Vitnija U tests, $U=1215,0$, $p<0,001$. Tas liecina, ka Latvija kā galamērķis nav pietiekami zināma un liecina par makro līmeņa mārketinga un komunikācijas faktoru nepilnībām.

Nemot vērā veselības aprūpes faktora specifiku, pētījuma rezultāti liecina, ka arī nepieciešams uzlabot arī nozares jeb mezo līmeņa informācijas pieejamība par Latvijā pieejamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sasaucas ar pētījuma 2.daļā secināto par nepilnīgo starptautisko nosacījumu nodrošināšanu mezo līmenī, kas varētu sekmēt Latvijas kā galamērķa atpazīstamību.



3.16.attēls. Vispārējo ceļošanas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta plaīsa pacientiem pēc rezidences statusa

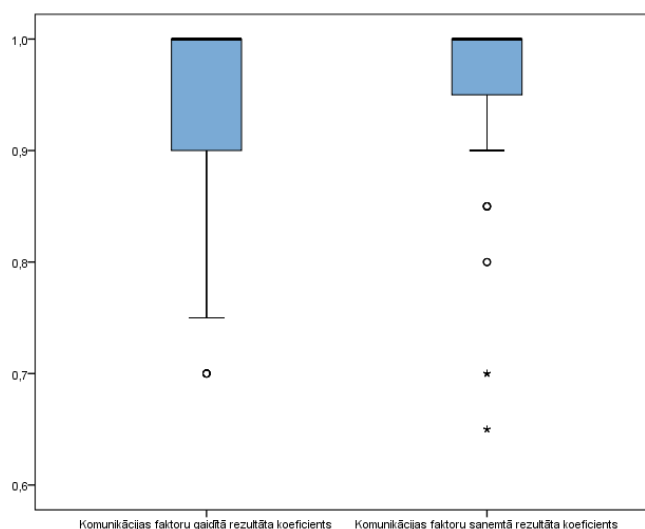
Avots: Autores apkopots

Komunikācijas un mārketinga aspekta nozīmību pasvītro tas, ka pacientiem, kuri Latvijā uzturas ilgāku laiku (pētījumā rezidentu statuss), gaidītā un saņemtā plaīsa ir mazāka, bet arī pozitīva. Vispārējo ceļošanas faktoru koeficientu starpība dažādās vecuma grupās bija statistiski nozīmīgi atšķirīga (N = 204, Kruskola-Volisa tests, $\chi^2 = 8,143$, $p=0,017$). Respondentiem, kas vecāki par 65 gadiem (N = 15, Mediāna: 0,07, Q₁-Q₃: 0,00-0,13) tas bija statistiski nozīmīgi augstāks par dalībniekiem, kas jaunāki par 30 gadiem (N = 45, Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: 0,00-0,07), $p=0,014$, kā arī dalībniekiem vecuma grupā no 30 līdz 65 gadiem (N = 144, Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: 0,00-0,07), $p=0,006$. Pētījums liecina, ka tieši vecāka gadu gājuma pacienti būtu tā grupa, kam nepieciešams vairāk informācijas par Latviju kā galamērķi, jo īpaši ņemot vērā to, ka tieši pacienti virs 65 gadu vecuma ir procentuāli (>20%) lielākā pakalpojumu saņēmēju grupa visos pakalpojumu veidos.

Komunikācijas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtējums

Komunikācijas faktoru grupā tika apskatīti faktori, kas attiecas gan uz informācijas pieejamību, gan komunikāciju: pozitīvs pirmais iespaids par iestādi, pilnvērtīga informācija par pakalpojumu, personāla laipnība un atsaucība un pilnvērtīgas informācijas pieejamība par pakalpojuma nepārtrauktību. Komunikācijas faktoru gaidītā rezultāta koeficientu vērtības (Mediāna:

1,00, Q₁-Q₃: 0,90-1,00) bija nedaudz mazākas par saņemtā rezultāta koeficientu vērtībām (Mediāna: 1,00, Q₁-Q₃: 0,95-1,00), atšķirība ir statistiski nozīmīga (Vilkoksona tests, $z=-4,132$, $p<0,001$) (55.att.). Jāatzīmā, ka komunikācijas faktoru grupā faktora *iestādes darbinieku laipnība un atsaucība* sniegums vērtēts ar visaugstāko vērtējumu – 95,7% respondentu to novērtējuši ar “5”, kas liecina, ka uz pakalpojumu eksportu orientētajās iestādēs darbinieku motivācija ir augstā līmenī.



3.17.attēls. Komunikācijas faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta koeficientu plaisa

Avots: Autores apkopots

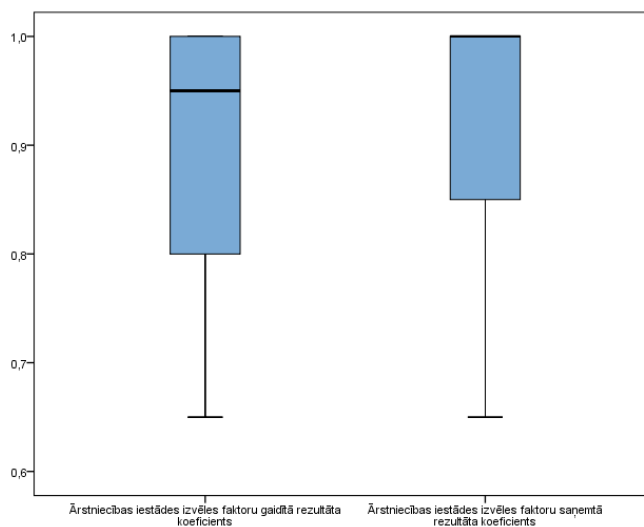
Sieviešu komunikācijas faktoru koeficientu starpība (N = 111, Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: 0,00-0,00) un vīriešu (N = 87, Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: 0,00-0,10) atšķirās statistiski nozīmīgi, Manna-Vitnija U tests, U = 3559,5, $p < 0,001$.

Ārstniecības iestādes izvēles faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtējums

Ārstniecības iestādes izvēles faktoru grupā tika analizēti tādi faktori, kā pilnvērtīga informācija par pakalpojuma cenu, droša vide un inovatīvu tehnoloģiju pieejamība. Ārstniecības iestādes izvēles faktoru gaidītā rezultāta koeficients (Mediāna: 0,95, Q₁-Q₃: 0,80-1,00) bija mazāks par saņemtā rezultāta koeficientu (Mediāna: 1,00, Q₁-Q₃: 0,85-1,00) un atšķirība ir statistiski nozīmīga (Vilkoksona tests, $Z=-5,224$, $p<0,001$) (sk.3.18.att.).

Rezultāti liecina par lielāko plaisu šajā faktoru grupā, kā arī inovatīvu tehnoloģiju nozīmību pacientu skatījumā, kas sasaucas ar PEST analīzes rezultātiem 2.daļā (ekspertu vērtējums). Tikai 66,7% respondentu bija piešķīruši visaugstāko gaidīto rezultātu “5”, bet sniegumu ar “5” vērtējuši 85,1% pacientu. Pētījums apstiprina, ka šajā grupā gaidās bijušas viszemākās, iespējams, pastāv pat zināmas bažas, kas liecina, par ierobežotu informāciju par Latvijā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu tehnoloģisko līmeni. Pētījums pamato, ka nepieciešami nozares jeb mezo līmeņa

pasākumi vispatverošas kvalitātes sistēmas pilnveidošanā un virzībā uz ārstniecības iestāžu akreditāciju atbilstoši starptautiskām prasībām, kas ir apliecinājums pacientu drošībai un augstas kvalitātes pakalpojumiem saistībā ar izmantotām tehnoloģijām.



3.18.attēls. Ārstniecības iestādes izvēles faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta plaisa

Avots: Autores apkopots

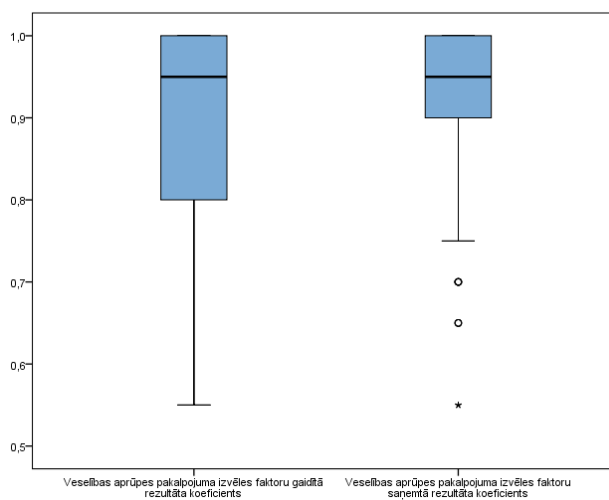
Pastāv atšķirības sieviešu ārstniecības iestādes izvēles faktoru koeficientu starpība ($N = 75$, Mediāna: 0,00, Q_1 - Q_3 : 0,00-0,00) ir mazāka par vīriešu ($N = 72$, Mediāna: 0,05, Q_1 - Q_3 : 0,00-0,10) atšķirās statistiski nozīmīgi, Manna-Vitnija U tests, $U = 1903,5$, $p = 0,001$. Arī ārstniecības iestādes izvēles faktoru koeficientu starpība nerezidentiem ($N = 132$, Mediāna: 0,00, Q_1 - Q_3 : 0,00-0,05) ir nedaudz mazāka kā rezidentiem ($N = 12$, Mediāna: 0,05, Q_1 - Q_3 : 0,01-0,16) atšķirās statistiski nozīmīgi, Manna-Vitnija U tests, $U = 463,5$, $p = 0,008$.

Pakalpojuma izvēles faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta vērtējums

Veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktoru grupā tika apskatīti faktori: informācijas apmaiņa ar ārstējošo ārstu (gaidītais augstākais vērtējums tikai 52,3%), atbilstoša cena, pakalpojuma savlaicīga nodrošināšana un medicīniskās dokumentācijas pieejamība. Veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktoru gaidītā rezultāta koeficientu vērtības kopumā (Mediāna: 0,95, Q_1 - Q_3 : 0,80-1,00) bija nedaudz mazākas par saņemtā rezultāta koeficientu vērtībām (Mediāna: 0,95, Q_1 - Q_3 : 0,90-1,00). Šī atšķirība ir statistiski nozīmīga (Vilkoksona tests, $Z = -5,573$, $p < 0,001$) (sk.3.19.att.).

Veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktoru koeficientu starpība sievietēm ($N = 105$, Mediāna: 0,00, Q_1 - Q_3 : 0,00-0,05) bija nedaudz mazāka kā vīriešiem ($N = 75$, Mediāna: 0,05, Q_1 - Q_3 : 0,00-0,15) un bija statistiski nozīmīga, Manna-Vitnija U tests, $U = 2457,0$, $p < 0,001$. Arī

koeficientu starpība dažādās vecuma grupās bija statistiski nozīmīgi atšķirīga (N = 180, Kruskola-Volisa tests, $\chi^2 = 19,207$, $p < 0,001$). Dalībnieki, kas jaunāki par 30 gadiem (N = 39, Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: -0,05-0,00), vecuma grupā no 30 līdz 65 gadiem (N = 126, Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: 0,00-0,05), dalībnieki, kas vecāki par 65 gadiem (N = 15, Mediāna: 0,00, Q₁-Q₃: 0,00-0,20).



3.19.attēls. **Pakalpojuma izvēles faktoru gaidītā un saņemtā rezultāta plaisa**

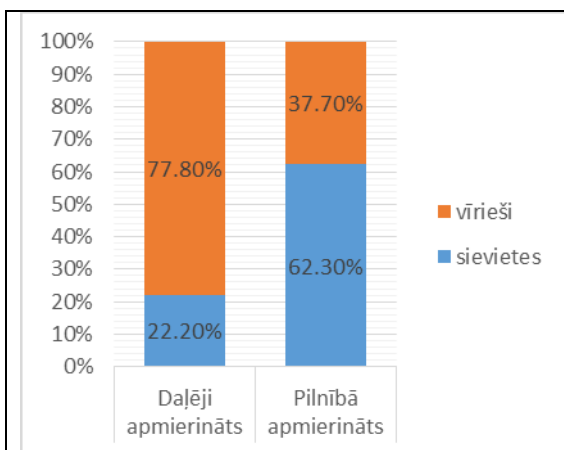
Avots: Autores apkopots

Rezultāti apliecina, ka pārrobežu aprūpē stiprināms pacientu drošības aspekts, jo tikai apmēram puse pacientu sagaidīja informācijas apmaiņu ar savu ārstējošo ārstu, kas arī iepriekš veiktajos pētījumos norādīts kā risks, kas attiecināms uz pakalpojumu saņemšanu citā valstī.

Uzmanība pievēršama pakalpojuma cenas faktoram, kura sniegumu ar visaugstāko vērtējumu “5” novērtējuši 68,7% respondent un kas saistāms ar faktu, ka lielākā daļa pacientu pacientu pakalpojumu apmaksā no savas kabatas, bez apdrošināšanas vai mītnes zemes apmaksas.

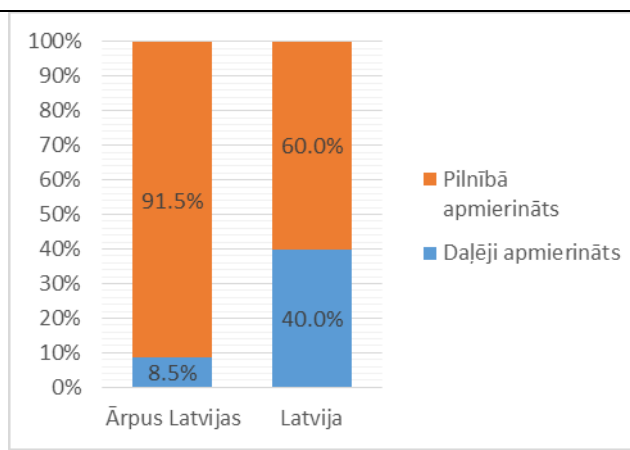
Apmierinātība ar saņemto pakalpojumu

Kopējās apmierinātības vērtējums ar saņemto pakalpojumu Latvijā liecina, ka lielākā daļa no respondentiem (87,1%) ar saņemto servisu bija pilnībā apmierināti (16.-to anketas apgalvojumu novērtēja ar maksimālo punktu skaitu “5”), un tikai 12,9% ar saņemto servisu bija daļēji apmierināti (16.-to anketas apgalvojumu novērtēja ar “4” vai “3”). Neviens no respondentiem saņemto servisu kopumā nevērtēja zemāk par “3”, N = 213. Šis jautājums būtiski apliecina ārvalstu patērētāju pozitīvo pieredzi un apliecina to piesaistes iespēju augsto līmeni.



3.20.attēls. Respondentu apmierinātība dalījumā pēc dzimuma (%)

Avots: Autores izstrādāts, ārvalstu pacientu aptauja, N=213



3.21.attēls. Respondentu apmierinātība dalījumā pēc rezidences statusa (%)

Avots: Autores izstrādāts, ārvalstu pacientu aptauja, N=213

Pilnībā apmierināto respondentu vidū tika konstatēts vairāk sieviešu (62,3%), savukārt daļēji apmierināto vidū - vīriešu (77,8%), $\chi^2(1, N = 213) = 15,43, p < 0,001$. (sk.3.19.att.). Nerezidentu vidū pārsvarā bija tādi respondenti, kas ar servisu bija pilnībā apmierināti (91,5%), savukārt rezidentu vidū pilnībā apmierināto un daļēji apmierināto proporcija bija līdzīgāka (60,0% un 40,0%), $\chi^2(1, N = 208) = 22,48, p < 0,001$. (sk.3.20.att.) Pacientu apmierinātības rādītāji atspoguļoti 3.6.tabulā.

3.6.tabula

Respondentu apmierinātība ar saņemto medicīnas pakalpojumu (%)

Pakalpojums	Apmierinātība	
	Daļēji apmierināts	Pilnībā apmierināts
Ķirurģija	7,5%	92,5%
Staru terapija	8,1%	91,9%
Zobārstniecība	30,0%	70,0%
Diagnostika	31,0%	69,0%
Oftalmoloģija	0,0%	100,0%
Onkoloģija	12,5%	87,5%
Plastiskā ķirurģija	0,0%	100,0%
Neiroķirurģija	0,0%	100,0%
Dermatoloģija	50,0%	50,0%
Ortopēdija un traumatoloģija	0,0%	100,0%
Rehabilitācija	0,0%	100,0%

Avots: autores apkopots, ārvalstu pacientu aptauja, N=211

Pilnībā apmierināti ar saņemto pakalpojumu bija oftalmoloģijas, plastiskās ķirurģijas, neiroķirurģijas, ortopēdijas un traumatoloģijas un rehabilitācijas pakalpojumu jomās, kas norāda uz augstu profesionālismu konkrētajās jomās. Dermatoloģijas, diagnostikas un zobārstniecības pakalpojumu izmantotāju vidū bija salīdzinoši lielāka daļēji apmierināto proporcija.

3.3. Ārvalstu pacientu raksturojošo rādītāju un pieredzi noteicošo faktoru saistības ar kopējās apmierinātības vērtējumu analīze un raksturojums.

Aprēķinot korelāciju starp pacienta kopējo apmierinātību ar saņemto pakalpojumu un faktoru grupu snieguma vērtībām, redzams, ka pēc asociācijas ciešuma lielākā saistība ar pacientu apmierinātību ir *vispārējiem ceļošanas faktoriem*, kam seko *komunikācijas faktori* un *veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktori*, pēdējā vietā atstājot *ārstniecības iestādes izvēles faktoros* (skat.3.7.tabulu).

3.7.tabula

Ārvalstu pacientu apmierinātību noteicošo pakalpojuma izvēles faktoru grupas

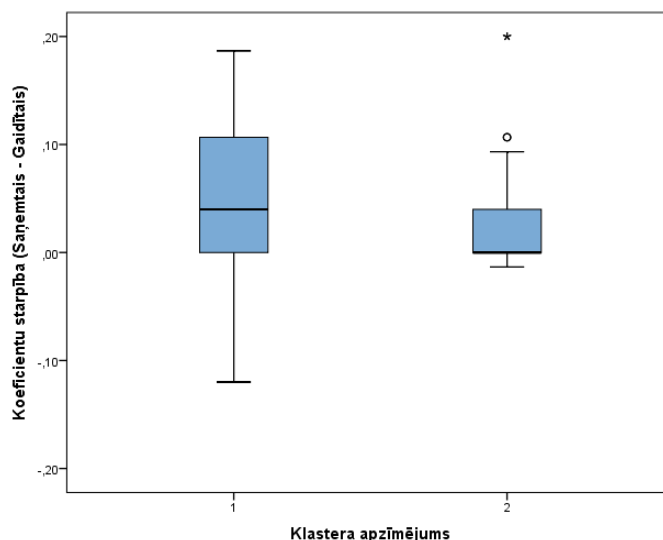
Saņemtais rezultāts, faktoru grupa	Mediāna (Q ₁ -Q ₃)	Spīrmena korelācija ar vērtējumu 16. jautājumā (Esmu pilnībā apmierināts ar saņemto rezultātu)	P-vērtība
Vispārējie ceļošanas faktori	1,00 (0,93-1,00)	0,490	<0,001
Komunikācijas faktori	1,00 (0,95-1,00)	0,439	<0,001
Saņemtais rezultāts, faktoru grupa	Mediāna (Q ₁ -Q ₃)	Spīrmena korelācija ar vērtējumu 16. jautājumā (Esmu pilnībā apmierināts ar saņemto rezultātu)	P-vērtība
Ārstniecības iestādes izvēles faktori	1,00 (0,90-1,00)	0,377	<0,001
Veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktori	0,95 (0,90-1,00)	0,427	<0,001

Avots: autores apkopots

Datu statistiskā analīze liecina, ka apmierinātības rādītāji statistiski nozīmīgi korelē ($p < 0,001$) ar visām pakalpojumu izvēli noteicošajām grupām.

Lai raksturotu un izdalītu patērētāju grupas pēc apmierinātību noteicošajām vienojošām pazīmēm (vairāk un mazāk apmierinātie) saistībā ar dzimumu, rezidences statusu, pavadīto dienu skaitu iestādē un vecumu, pētījumā tika veikta rezultātu divpakāpju klāsteru analīze.

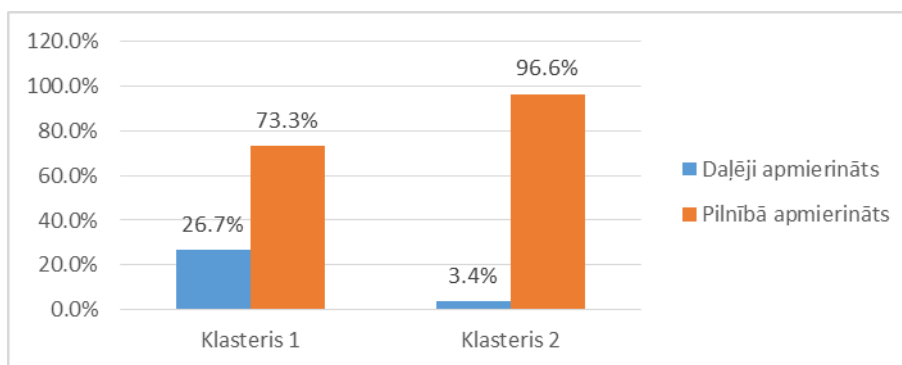
Tika izdalīti 2 klāsteri, vienā 45 dalībnieki (34,1%), otrā 87 (65,9%). Noteiktais Silhouette koeficients (0,5) liecina par vidēju klāsterizācijas kvalitāti. Otrā klastera dalībnieki biežāk deva pozitīvāku vērtējumu, kā arī viņiem bija statistiski nozīmīgi mazāka saņemtā un gaidītā vērtējuma koeficientu starpība (Manna-Vitnija tests, $U=1557,0$, $p=0,046$).



3.22. attēls. Saņemtā un gaidītā rezultāta koeficientu starpības atšķirība abiem klāsteriem

Avots: autores apkopots

96,6% no otrā klastera dalībniekiem bija pilnībā apmierināti, savukārt no pirmā klastera dalībniekiem 73,3% bija pilnībā apmierināti ($\chi^2 = 15,874$, $p<0,001$).



3.23. attēls. Daļēji un pilnībā apmierināto pacientu proporcijas atšķirība abiem klāsteriem (%)

Avots: autores apkopots

Pacienti no abiem klāsteriem statistiski nozīmīgi atšķīrās pēc dzimuma ($\chi^2 = 17,944$, $p<0,001$), rezidences statusa (rezidenti/nerezidenti) ($\chi^2 = 20,041$, $p<0,001$) un pavadīto dienu skaita slimnīcā ($\chi^2 = 7,991$, $p=0,018$). Vecuma atšķirība abos klāsteros nebija statistiski nozīmīga. Visvairāk apmierināto pacientu grupu (Klasteris 2) raksturo lielāks sieviešu skaits un pacienti, kam Latvija nav rezidences valsts, kā arī ir proporcionāli mazāk tādu pacientu, kas iestādē pavadījuši tikai 1 dienu, bet vairāk tādu, kas pavadījuši iestādē vairāk par 5 dienām. Klāsteru analīze pamato

izvirzīto tēzi, ka ārvalstu pacienti Latvijā izvēlas medicīniski sarežģītus pakalpojumus un ka arī ārstniecības iestādes spēj sniegt augsta terciāra līmeņa pakalpojumus ārvalstu pacientiem. Respondenti - sievietes arī visās faktoru grupās parādīja mazāku atšķirību starp gaidīto un saņemto rezultātu, kas liecina par apmierinātības saistību ar pakalpojuma izvēles mērķtiecīgumu.

3.8. tabula.

Pacientu raksturojums abos klāstros pēc to vienojošām pazīmēm (%)

Vienojošā pazīme	Klasteris 1	Klasteris 2	p-vērtība
Dzimums vīrieši sievietes	73,3% 26,7%	34,5% 65,5%	<0,001
Rezidences statuss rezidenti nerezidenti	21,4% 78,6%	0% 100%	<0,001
Vecums <30 gadiem 30 – 65 gadi > 65 gadiem	33,3% 60,0% 6,7%	20,7% 69,0% 10,3%	0,259
Dienu skaits iestādē 1 diena 2 – 5 dienas > 5 dienām	66,7% 6,7% 26,7%	41,4% 17,2% 41,4%	0,018

Avots: autore apkopots

Apkopojot pētījuma rezultātus redzams, ka ārvalstu pacienti kā faktoros ar augstāko snieguma vērtību ("4" un "5" pēc Likerta skalas) piešķirusi komunikācijas faktoriem – 86% respondentu, kam seko *galamērķa pieejamība, drošība un reputācija* – 81%, pakalpojuma izvēles un pakalpojuma sniedzēja izvēli noteicošie faktori – attiecīgi 79% un 78% respondentu (skat.3.9.tab.)

3.9. tabula

Ārvalstu pacientu "saņemtā" pakalpojuma snieguma vērtības "4" un "5" pēc Likera skalas, respondentu skaits (%)

Faktoru grupa	Faktors	Līmenis	Vērtējums "4" un "5" pēc Likerta skalas, %
Galamērķa mārketing	Ģeogrāfiskā pieejamība	makro	77%
	Galamērķa drošība	makro	89%
	Galamērķa reputācija	makro	77%
	vidēji grupā		81%
Komunikācijas nodrošinājums (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	Pozitīvs iespaids par iestādi (reputācija)	mikro	80%
	Pilnvērtīga informācija par pakalpojumu	mikro	84%
	Personāla laipnība un atsaucība	mikro	96%
	Pilnvērtīga informācija par aprūpes uzraudzību	mikro	87%
	vidēji grupā		86%

Faktoru grupa	Faktors	Līmenis	Vērtējums "4" un "5" pēc Likerta skalas, %
Pakalpojuma sniedzēja izvēle (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	Informācija par pakalpojumu cenām un apmaksas veidu	mikro	94%
	Pacientam droša vide	mikro	78%
	Inovatīvu tehnoloģiju nodrošinājums	mikro	71%
	Pieejami transportēšanas pakalpojumi	mikro	69%
	vidēji grupā		78%
Ārstniecības pakalpojuma izvēle (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	Medicīniskās informācijas apmaiņa ar ārstējošo ārstu mītnes zemē	mikro	85%
	Pieņemama cena	mikro	87%
	Pakalpojuma savlaicīgums	mikro	83%
	Medicīniskās dokumentācijas savlaicīgums	mikro	63%
	vidēji grupā		79%

Avots: autores apkopots

Visaugstāk vērtētais faktors ir *personāla laipnība un atsaucība* (96%), kas liecina par ievērojamu personāla motivāciju uz pakalpojumu eksportu orientētajās iestādēs. Pētījums apliecina starppersonu komunikācijas faktoru ievērojamo nozīmi ārvalstu pacientu piesaistē, nodrošinot pozitīvu pirmo iespaidu par ārstniecības iestādi, sniedzot pilnvērtīgu informāciju par piedāvāto pakalpojumu, cenām un pakalpojuma apmaksas veidu (94%) un aprūpes nodrošināšanu un uzraudzību. Pakalpojumu cenu kā pieņemamu vērtējuši 87% pacientu.

3.4. Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru novērtējuma rezultātu apkopojums un interpretācija

Pētījuma 2.un 3.nodaļā veikto pētījumu rezultāti pamato autores piedāvāto ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas pieeju un autores izstrādāto faktoru sistēmu, kas balstīta uz piecām piesaistes dimensijām:

- (1) Iekšējo faktoru dimensija (mikro līmenis);
- (2) Ārējo faktoru dimensija (mezo un makro līmenis);
- (3) Starptautisko nosacījumu dimensija (mikro un mezo līmenis);
- (4) Mārketinga un komunikācijas dimensija (mikro, mezo un makro līmenis);
- (5) Pacientu pieredzes un apmierinātības dimensija (mikro un makro līmenis).

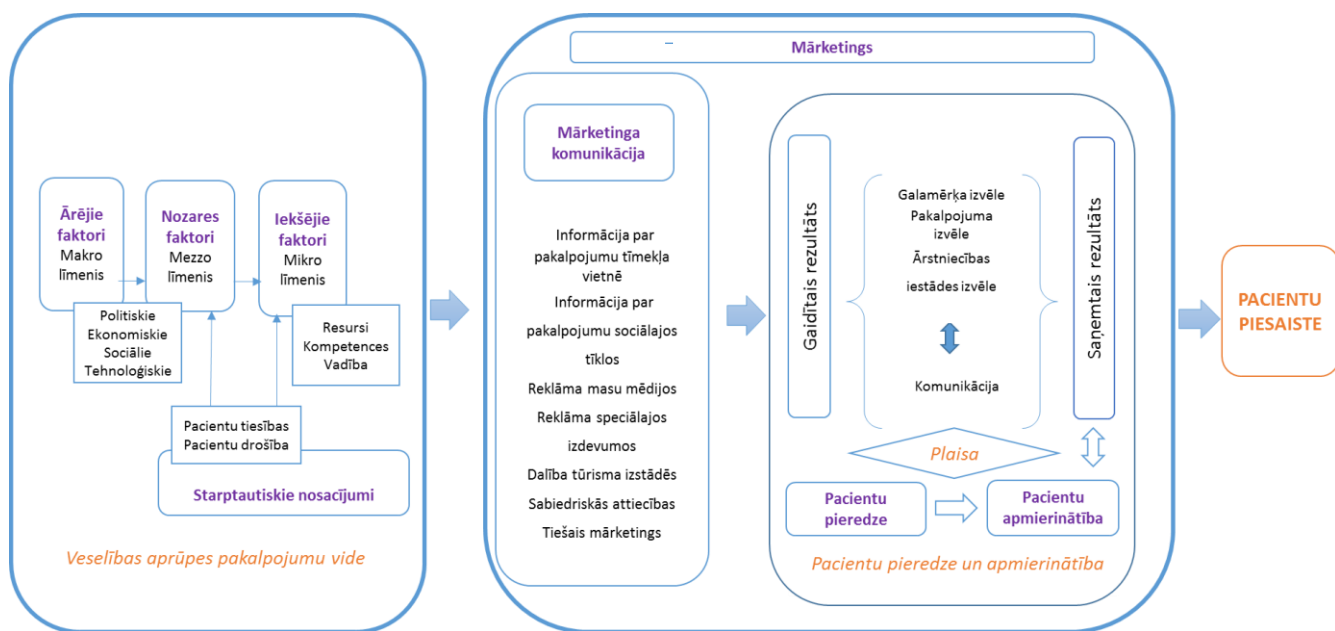
Pētījuma rezultāti apstiprina un papildina teorētiskajā daļā apkopoto informāciju par pacientu pieredzes un apmierinātības lomu pacientu piesaistes sekmēšanā. Pētījums apliecina, ka pacientu

pieredzes vērtēšana ir galvenais solis virzībai pacientvērstas veselības aprūpē, līdzīgi kā piedāvātajos pacientu pieredzes novērtēšanas modeļos (Smarta, 2017; Clearly, 2016; Tong & Jesudason, 2019; Elysia, 2019), kā arī papildina tos ārvalstu pacientu pārrobežu aprūpes kontekstā, pievienojot būtisku faktoru grupu – vispārējie ceļošanas faktori, kuri mijiedarbojas ar pakalpojumu mārketinga un komunikācijas faktoriem gan mikro, gan makro līmenī. Pētījums pamato vispārējo ceļošanas faktoru nozīmību, apliecinot, ka makro līmeņa faktoriem, tādiem kā valsts tēlam, drošībai un sasniedzamībai ir noteicošā loma ārvalstu pacientu piesaistē.

Attiecībā uz pacientu apmierinātības novērtējumu, autore, līdzīgi kā zinātniskajā literatūrā līdz šim diskutēts, secina, ka apmierinātība ir viens no sasniedzamajiem veselības aprūpes rezultātiem, ko nosaka tādas faktoru grupas kā pacientu raksturlielumi, pakalpojuma specializācija un pakalpojuma organizācija (Kruk et al, 2018; Timmer et al, 2018). Papildinot, autore secina, ka ārvalstu pacientu gadījumā ievērojama nozīme pacientu apmierinātībā ir galamērķa drošības faktoram, starppersonu komunikācijas faktoriem – personāla laipnībai un atsaucībai, pilnvērtīgai komunikācijai un informācijai par pakalpojuma pēctecību kā arī pieņemamai pakalpojuma cenai.

Pētījumā aprobēta autores izstrādātā ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas faktoru sistēma, apvienojot piesaisti raksturojošo veselības aprūpes pakalpojumu vides faktoros, mārketinga un mārketinga komunikācijas faktoros un pacientu pieredzes un apmierinātības faktoru dimensijas un tām atbilstošos faktoros. Pētījumā izmantotā faktoru sistēma pamato pacientvērstas aprūpes pieejas īstenošanas nepieciešamību pārrobežu veselības aprūpes kontekstā. Autores izvirzīto novērtēšanas faktoru izmantošana ārvalstu pacientu piesaistē mazinātu pārrobežu veselības aprūpes negatīvos aspektus un sekmētu pacientu tiesību ievērošanu jo īpaši tādos aspektos, kā droša vide, pārlicība par pakalpojuma kvalitāti, informācijas un pacientu elektronisko medicīnas datu apmaiņa ar pacientu mītnes zemes ārstu un informācijas par tālākas medicīniskās aprūpes nepieciešamību nodrošināšana.

Pamatojoties uz pētījumā aprobēto faktoru sistēmu autore izveidojusi ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālo modeli (skat.3.24.attēlu).



3.24.attēls. Ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālais modelis

Avots: autore izveidots

Izveidotas modelis veidots pacientvērsta veselības aprūpes pieejas īstenošanai pārrobežu veselības aprūpes kontekstā. Pētījums apstiprina, ka autore izvirzītā pacientu pieredzes un apmierinātības vērtēšanas pieeja, izmantojot pakalpojuma plaisas modeli, ir atbilstoša pieeja ārvalstu pacientu apmierinātības novērtēšanai pamatojoties uz pacientu piesaistes faktoru - vispārējo ceļošanas, komunikācijas, pakalpojuma izvēles un ārstniecības iestādes izvēles, novērtējumu.

Autore veikto empīrisko pētījumu rezultātus autore apkopojusi atbilstoši izveidotajai ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas faktoru sistēmai: dimensijām, faktoru grupām un faktoriem (Faktoru sistēmu skat.10.tabulā). Rezultātu apkopošanai un interpretācijai autore veikusi atsevišķo empīrisko pētījumu rezultātu apkopošanu atbilstoši izvirzītajām pacientu piesaistes dimensijām, tos ranžējot makro, mezo un mikro līmeņos, kā arī atbilstoši iegūto “faktora snieguma” rezultātiem, kas izteikti vienotā snieguma rādītājā - punktos no 0 līdz 100 (skat. 2.15.tabulu), pieņemot, ka faktoru sniegums uzskatāms kā “ļoti vājš” un “vājš” līdz 39 punktiem un “labs” virs 60 punktiem un “ļoti labs” virs 80 punktiem. Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo faktoru sniegums dimensiju ietvaros sniegts 3.10., 3.11., 3.12., 3.13. un 3.14.tabulās.

Pētījuma rezultāti liecina, ka iekšējo (mikro līmeņa) faktoru grupā (3.10.tab.) vājš sniegums ir resursu un vadības ieinteresētības faktoriem, bet labs – kompetences faktoru grupā, izņemot faktoru – valodu barjera. Ārvalstu pacientu piesaistei iekšējo faktoru grupā nepieciešama veselības aprūpes iestādes vadības un darbinieku ieinteresētība (attiecīgi 5.1 un 3.4 reizes vairāk izredžu sniegt pakalpojumu ārvalstu pacientiem), ārvalstu pacientu ilgtermiņa piesaistes stratēģija, mārketinga

vadība, pakalpojuma eksporta uzskaitē un analīzē, kā arī infrastruktūras modernizācija, resursu pieejamības palielinājums un personāla nodrošinājums.

3.10.tabula

Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo iekšējo faktoru sniegums, punkti (0- 100)

1. Iekšējo faktoru dimensija					
Faktoru grupa/faktori		sniegums punktos no 100 max.	mikro līmeņa faktori	mezo līmeņa faktori	makro līmeņa faktori
Resursi (visas iestādes)	Investīciju pieejamība	30	30		
	Infrastruktūras modernizācija	10	10		
	Resursu pietiekamība	18	18		
	Personāla nodrošinājums	21	21		
	Personāla noslodze	32	32		
	Motivācijas trūkums	60	60		
	vidēji grupā	29			
Kompetences (visas iestādes)	Personāla medicīniskās zināšanas	96	96		
	Valodu barjera	21	21		
	Psihoemocionālā gatavība	64	64		
	Apkalpošanas kultūra	78	78		
	vidēji grupā	65			
Vadības ieinteresētība pakalpojumu eksportā (visas iestādes)	Ilgtermiņa stratēģija	17	17		
	Pakalpojumu uzskaitē un analīzē	32	32		
	Mārketinga vadība	14	14		
	vidēji grupā	21			

Avots: autores apkopots

Ārējo faktoru novērtējums (skat.3.11.tabulu) sniedz būtisku informāciju par nepieciešamajiem uzlabojumiem sfērās, kas veido ārvalstu pacientiem sniegto pakalpojumu ārējo vidi un tiešā veidā ietekmē pakalpojumu sniedzēju kapacitāti un iespējas palielināt pakalpojumu eksportu. Zemākais sniegums ārējo faktoru grupā ir politikas (44 punkti no 100) un ekonomikas faktoriem (52 punkti no 100). Politisko faktoru grupā praktiski visu faktoru sniegums vērtēts kā “ļoti vājš” un “vājš”.

Nepieciešami uzlabojumi šādās sfērās: nozares ilgtermiņa stratēģijas izveide, valsts pārvaldes kapacitātes stiprināšana, atbalstoša valsts investīciju un nodokļu politika, kā arī nepieciešama risināt ilgspējīgu nozares finansēšanas mehānismu izveidi. Kā faktori ar vāju sniegumu, kas ietekmē ārvalstu pacientu piesaistes iespājs, minēti arī faktori: valdības termiņi un maiņas (40 punkti), visaptveroša sektora likumdošana (44 punkti), nozares publiskās pārvaldības kapacitāte (40 punkti), sektora nodarbinātības politika (44 punkti) un starptautiskais nozares regulējums (48 punkti).

Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo ārējo faktoru sniegums, punkti (0- 100)

2.Ārējo faktoru dimensija					
Faktoru grupa/faktori		sniegums punktos no 100 max.	mikro līmeņa faktori	mezo līmeņa faktori	makro līmeņa faktori
Politiskie faktori	Vispatveroša sektora likumdošana	44			44
	Starptautiskais nozres regulējums	48			48
	Nozares publiskās pārvaldes kapacitāte	44		44	
	Uzraugošo institūciju kapacitāte	50		50	
	Nozares ilgtermiņa stratēģija	35		35	
	Valdības termiņi un maiņas	40			40
	Sektora nodarbinātībaspolitika	44		44	
	vidēji grupā	44			
2.Ārējo faktoru dimensija					
Ekonomiskie faktori	Stabila valsts ekonomika	56			56
	Konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem	73			73
	Valsts investīciju politika	38			38
	Nodokļu politika	40			40
	Patērētāju pirktspēja	59			59
	Ilgspējīgi nozares finansēšanas mehānismi	39		39	
	Darba spēka produktivitāte un nodrošinājums	62		62	
	vidēji grupā	52			
Sociālie faktori	Iedzīvotāju dzīves veids un paradumi	60			60
	Demogrāfiskie rādītāji	62			62
	Patērētāju pirkšanas paradumi	59			59
	Nodarbinātības modelis (attieksme pret darbu)	63			63
	Iedzīvotāju uzticēšanās veselības aprūpes sistēmai	60			60
	Informēti un prasīgi klienti	61			61
	Atbildīgs mārketingu un publicitāte	58		58	
	vidēji grupā	60			
Tehnoloģiskie faktori	Medicīnas tehnoloģiskais progress	77			77
	Konkurējošu tehnoloģiju draudi	57			57
	Inovācijas pakalpojumu sniegšanā	77		68	
	Valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei	33		33	
	IKT tehnoloģijas datu apmaiņai	56		56	
	Veselības informācijas aizsardzība	47		47	
	Starptautisko zināšanu aprīte globālā līmenī	62		62	
	vidēji grupā	57			

Avots: autores apkopots

Sociālo faktoru grupas sniegums vērtējams kā “ labs” (60 punkti) un liecina, ka šo faktoru sniegums mazākā mērā ietekmā ārstniecības iestāžu iespējas piesaistīt ārvalstu pacientus. Lielākā uzmanība pievēršama tādiem faktoriem, kā patērētāju pirkšanas paradumi (59 punkti) un atbildīgs mārketingu un publicitāte nozares līmenī (58 punkti). Tehnoloģisko faktoru grupā, līdzīgi kā secināts pētījumā iepriekš, uz pakalpojumu eksportu orientēto Latvijas ārstniecības iestāžu kopējais tehnoloģiskais progress līmenis un inovācijas pakalpojumu sniegšanā novērtētas salīdzinoši augstu (77 punkti), kas ir visaugstāk novērtētais faktoru sniegums kopumā. Vienlaicīgi, tehnoloģisko faktoru grupas kopējo vērtējumu pazemina tādi faktori, kā valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesi (33 punkti), kas sasaistās ar starptautisko nosacījumu izpētē secināto par vājo valdības atbalstu references centru izveidei noteiktu pakalpojumu specializācijas izveidei. ar mērķi pozicionēt šos pakalpojumus kā Latvijas prioritāti starptautiskā kontekstā.

3.12..tabula

Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo starptautisko nosacījumu sniegums, punkti (0- 100)

3.Starptautisko nosacījumu dimensija					
Faktoru grupa/faktori		sniegums punktos no 100 max.	mikro līmeņa faktori	mezo līmeņa faktori	makro līmeņa faktori
Pacientu tiesību ievērošana (nozare)	Nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija	60		60	
	Ārstniecības personu profesionālās atbildības apdrošināšana	60		60	
	Pacientu tiesību aizsardzības informācija	60		60	
	vidēji grupā	60			
Pacientu tiesību ievērošana (visas iestādes)	Informācija par sniegtajiem pakalpojumiem	80	80		
	Pacientu elektroniskie medicīnas dati	60	60		
	Skaidru pakalpojuma cenu un norēķinu informācija	60	60		
	vidēji grupā	67			
Ārstēšanas kvalitātes apliecinājums (nozare)	References centru regulējums	40		40	
	E-veselības sistēma	20		20	
	Veselības aprūpes kvalitātes sistēma	20		20	
	vidēji grupā	27			
Ārstēšanas kvalitātes apliecinājums (visas iestādes)	Kvalitātes un pacientu drošības sistēma	60	60		
	Medicīniskās aprūpes uzraudzība un pēctecība	20	20		
	Atbilstoša komunikācija	80	80		
	vidēji grupā	53			

Avots: autores apkopots

Pētījuma rezultātu apkopojums liecina, ka, starptautisko nosacījumu realizācija Latvijā ievērojami atpaliek no vēlamā rezultāta (skat.3.12.tabulu), kas liecina, ka šiem faktoriem būtu pievēršama pastiprināta uzmanība turpmākā veselības sektora attīstības stratēģijā.

2.4.nodaļā aprakstītā starptautisko nosacījumu pētījuma rezultāti sasaucas ar 2.2. nodaļā aprakstītā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju šķērsriezuma pētījuma rezultātiem, jo izgaismo tos pašus ārējos ierobežojošos faktoros – neskaidro nacionālo kvalitātes sistēmu, vienotas e-veselības sistēmas trūkumu, neskaidro valsts politiku attiecībā uz valsts nozīmes references centriem. Viduvēji vērtēta situācija attiecībā uz medicīniskās uzraudzības nodrošināšanu pakalpojumu sniedzēju līmenī, kas liecina par attiecīgu prasību ieviešanas nepieciešamību. Viduvēji vērtēti arī komunikācijas jomas faktori - nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija un nepilnības arvalstu pacientu informēšanā. Augstākā līmenī vērtēta informācijas pieejamība pakalpojumu sniedzēju līmenī (skat. darba 2.5.nodaļu).

Mārketinga un mārketinga komunikācijas faktoru jomā mikro līmenī (skat.3.13.tabulu) nepieciešams īstenot kompleksus mārketinga veidus un instrumentus.

3.13.tabula

Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo mārketinga un komunikācijas faktoru sniegums, punkti (0-100)

4.Mārketinga un komunikācijas dimensija					
Faktoru grupa/faktori		sniegums punktos no 100 max.	mikro līmeņa faktori	mezo līmeņa faktori	makro līmeņa faktori
Mārketings un komunikācija (visas iestādes)	Informācija par pakalpojumu tīmekļa vietnē	77	77		
	Informācija par pakalpojumu sociālajos tīklos	74	74		
	Reklāma masu mēdijos	38	38		
	Reklāma speciālajos izdevumos	36	36		
	Dalība tūrisma izstādēs	27	27		
	Sadarbība ar veselības klāsteri	29	29		
	Sadarbība ar starpniekiem	24	24		
	Starptautiskā sadarbība (sadarbības klīnikas)	2	2		
	vidēji grupā	26			
Tiešsaistes tīmekļa vietne (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	Vietnes pieejamība	50	50		
	Informācijas kvalitāte	77	77		
	Mārketinga nodrošinājums	73	73		
	Izmantotās tehnoloģijas	95	95		
	vidēji grupā	74			

Avots: autores apkopots

Visu iestāžu grupā lielākoties kā mārketinga komunikācijas līdzekļi tiek izmantoti digitālās vides līdzekļi - tīmekļa vietnes (77 punkti) un sociālie tīkli (74 punkti). Aptuveni trešā daļa izmanto reklāmas iespējas masu mēdijos (38 punkti) vai speciālos izdevumos (36 punkti). Nedaudz mazāk piedalās tūrisma izstādēs (27 punkti), kā arī izmanto tādus mārketinga elementus, kā sadarbību ar starpniekiem (24 punkti) vai veselības klāsteri (29 punkti), bet jo īpaši mazs skaits iestāžu ir savas sadarbības ārstniecības iestādes ārzemēs (2 punkti). Savukārt, tiešsaistes tīmekļa vietņu snieguma novērtējums uz pakalpojumu eksportu orientētām iestādēm, liecina, ka vietņu tehnoloģiskais sniegums ir augsts (95 punkti), nepieciešami nelieli uzlabojumi informācijas kvalitātē (77 punkti), net nedaudz zemāks sniegums ir mārketinga nodrošinājumā (73 punkti), bet lielāki uzlabojumi nepieciešami vietņu pieejamības uzlabošanā pacientiem ar ierobežotām redzes funkcijām.

Apkopojot iekšējo, ārējo, starptautisko nosacījumu un mārketinga un komunikācijas dimensiju faktoru snieguma rezultātus mikro, makro un mezo līmeņos (skat.36., 37., 38. un 39.tabulas) redzams, ka ārvalstu pacientu piesaistei nepieciešami ievērojami uzlabojumi visās faktoru grupās: makro līmeņa faktoru vidējais sniegums ir 57 punkti no 100, mezo līmeņa 49 punkti, bet mikro līmeņa (visu iestāžu grupa) - 46 punkti. Augstākais sniegums (75 punkti) ir mikro līmeņa faktoriem iestāžu grupā, kas ir orientētas uz pakalpojumu sniegšanu ārvalstu pacientiem.

3.14. tabula

Faktoru sniegumu kopsavilkums mikro, mezo un makro līmeņos, punkti (0- 100)

Faktoru līmeņu grupa	Punktu skaits (0 - 100)
Makro faktori	57
Mezo faktori	49
Mikro faktori (visas iestādes)	46
Mikro faktori (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	75

Avots: Autores apkopots.

Pētījums pamato ievērojamo politisko (sniegums 44 punkti no 100) un ekonomisko (sniegums 52 punkti no 100) ārējo faktoru ietekmi ārstniecības iestāžu spējā piesaistīt ārvalstu pacientus. Savukārt, iekšējo faktoru dimensijā pastāv ievērojamas faktoru snieguma atšķirības gan dažādās faktoru grupās, gan starp ārstniecības iestādēm. Ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā visu iestāžu grupā augstāk vērtētie ir ārstniecības iestāžu personāla kompetences faktori (65 punkti), bet zemu vērtēti resursu faktori (29 punkti).

Pētījumā 3.nodaļā veiktais pacientu pieredzes un apmierinātības novērtējums pamato autores izveidotās ārvalstu pacientu piesaistes faktoru sistēmas lietderību un izmantošanu piesaistes faktoru novērtēšanā un sniedz būtisku informāciju par ārvalstu pacientu pieredzi ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā. Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo pacientu pieredzes un apmierinātības faktoru sniegums atspoguļots 3.15.tabulā.

3.15.tabula

Ārvalstu pacientu piesaisti noteicošo pacientu pieredzes un apmierinātības faktoru sniegums, punkti (0- 100)

5.Pacientu pieredzes un apmierinātības dimensija					
Faktoru grupa	Faktors	sniegums punktos no 100 max pēc 35.tabulas	mikro līmeņa faktori	mezo līmeņa faktori	makro līmeņa faktori
Galamērķa mārketingš	Ģeogrāfiskā pieejamība	77			77
	Galamērķa drošība	89			89
	Galamērķa reputācija	77			77
	vidēji grupā	81			81
Komunikācijas nodrošinājums (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	Pozitīvs iespaids par iestādi (reputācija)	80	80		
	Pilnvērtīga informācija par pakalpojumu	84	84		
	Personāla laipnība un atsaucība	96	96		
	Pilnvērtīga informācija par aprūpes uzraudzību	87	87		
	vidēji grupā	86	86		
Pakalpojuma sniedzēja izvēle (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	Informācija par pakalpojumu cenām un apmaksas veidu	94	94		
	Pacientam droša vide	78	78		
	Inovatīvu tehnoloģiju nodrošinājums	71	71		
	Pieejami transportēšanas pakalpojumi	69	69		
	vidēji grupā	78	78		
Ārstniecības pakalpojuma izvēle (uz pakalpojumu eksportu orientētas iestādes)	Medicīniskās informācijas apmaiņa ar ārstējošo ārstu mītnes zemē	85	85		
	Pieņemama cena	87	87		
	Pakalpojuma savlaicīgums	83	83		
	Medicīniskās dokumentācijas savlaicīgums	63	63		
	vidēji grupā	79	79		81

Avots: autores apkopots

Ārvalstu pacientu anketēšanā iegūtie rezultāti apliecina uz pakalpojumu eksportu orientēto iestāžu mērķtiecību un spēju sniegt ārvalstu pacientiem nepieciešamus pakalpojumus nodrošinot augstu pacientu apmierinātību ar saņemto pakalpojumu. 3.nodaļā veiktā pētījuma rezultāti saskan ar 2.nodaļā aprakstīto rezultātiem par ievērojamu vadības faktoru nozīmi ārstniecības iestāžu spējā un kapacitātes izveidē pakalpojuma sniegšanā ārvalstu pacientiem

Pētījums atspoguļo, ka tie ārvalstu pacienti, kas nonākuši Latvijas ārstniecības iestādēs, kuras mērķtiecīgi orientētas un pakalpojumu eksportu, augstu vērtējuši visu faktoru sniegumu, no kuriem mikro līmeņa faktoru grupā visaugstāk vērtēta personāla laipnība un atsaucība (96 punkti no 100), informācijas pieejamība par pakalpojuma cenām un apmaksas veidu (94 punkti no 100), un kopumā “ļoti labi” (virs 80 punktiem) novērtēti faktori: iestādes reputācija, pilnvērtīga informācija par pakalpojumu, pilnvērtīga informācija par aprūpes uzraudzību, medicīniskās informācijas apmaiņa ar ārstējošo ārstu mītnes zemē, pieņemama cena un pakalpojuma savlaicīga nodrošināšana.

Pētījums pierāda ārvalstu pacientu piesaistes pozitīvu plaisu starp pacientu gaidīto un saņemto rezultātu visās piesaisti noteicošajās faktoru grupās, kas pamato augsto apmierinātību ar saņemto pakalpojumu. Ārvalstu patērētāji, kas ieradušies Latvijā, ir pozitīvā nozīmē pārsteigti gan par galamērķa drošību, gan saņemtā pakalpojuma nodrošināšanas aspektiem, kopumā 87,1% pacientu ir pilnībā apmierināti ar Latvijā saņemto pakalpojumu.

Pētījums pamato makro un mikro līmeņa komunikācijas faktoru nozīmību ārvalstu pacientu piesaistē, jo pacientu kopējās apmierinātības rādītājs statistiski nozīmīgi korelē ar visām piesaisti noteicošajām faktoru grupām. Ciešāka korelācija ir vispārējiem ceļošanas faktoriem (0.49), kam seko komunikācijas (0.439) un pakalpojuma izvēles (0.427), bet mazākā mērā – ar ārstniecības iestādes izvēli saistītiem faktoriem (0.377).

Pētījums apstiprina autores izvirzīto 2. hipotēzi: ārvalstu pacientu apmierinātība ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā saistīta vispārējiem ceļošanas, komunikācijas un pakalpojuma izvēli noteicošiem faktoriem. Ārstniecības iestādes izvēles faktoriem ir mazāka nozīme kopējā ārvalstu pacientu apmierinātībā.

Pētījuma rezultāti pamato pētījuma mērķu un uzdevumu sasniegšanu, kā arī apstiprinās pētījumam izvirzītās tēzes:

1. Aptiprinās autores izvirzītā tēze, ka neskatoties uz ārvalstu pacientu pieaugumu pēdējos gados, veiksmīgai to piesaistei Latvijā pastāv ievērojami šķēršļi gan ārstniecības iestāžu, gan nozares līmenī.

2. Aptiprinās autores izvirzītā tēze, ka pastāv ievērojamas iekšējo faktoru, galvenokārt, vadītāja līderības un stratēģiskās virzības, virzītas atšķirības ārstniecības iestāžu gatavībā piesaistīt ārvalstu pacientus Latvijā.
3. Aptiprinās autores izvirzītā tēze, ka ārvalstu pacientu piesaistei nepieciešama efektīvāka mārketinga un komunikācijas faktoru pārvaldība gan saistībā ar valsts tēlu un atpazīstamību makro līmenī, gan piedāvāto pakalpojumu pozicionējumu mezo un mikro līmeņos.
4. Apstiprinās autores izvirzītā tēze, ka ārvalstu pacientiem ir ievērojams informācijas trūkums attiecībā uz iespējam saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā, ko pamato pacientu pieredzes novērtējums, kurā *saņemtā* pakalpojuma vērtība visās faktoru grupās novērtēta augstāk par *gaidītā* rezultāta vērtību un kas saistīts ar starptautisko nosacījumu ierobežoto izpildi nozares jeb mezo līmenī, ierobežoto informāciju nozares pārvaldes institūciju tīmekļa vietnēs, ārvalstu pacientu segmentam mērķētu integrētu mārketinga komunikācijas rīku ierobežoto pielietojumu.
5. Aptiprinās autores izvirzītā tēze, ka ārvalstu pacientu piesaisti galvenokārt nosaka pacientvērsta pieejas nodrošināšana, kas balstās uz pacientam svarīgu nosacījumu nodrošināšanu autores izstrādātā ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālā modeļa ietvaros.

SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI

SECINĀJUMI

1. Pētījums pamato, ka ārvalstu pacientu piesaisti nosaka daudzdimensionāls faktoru kopums, ko raksturo 1) iekšējo faktoru dimensija, 2) ārējo faktoru dimensija, 3) starptautisko nosacījumu dimensija, 4) mārketinga un mārketinga komunikācijas dimensija un 5) pacientu pieredzes un apmierinātības dimensija.
2. Pētījums apstiprina autores izstrādātā ārvalstu pacientu piesaistes veselības aprūpes pakalpojumiem konceptuālā modeļa pielietojamību, lai novērtētu piesaisti noteicošo faktoru sniegumu pacientu pieredzes un apmierinātības kontekstā.
3. Pētījums pamato, ka pacientu pieredzes novērtējums, izmantojot pakalpojumu plaisas modeli, raksturo patērētāju pieredzi autores izvirzītajās faktoru grupās: vispārējie ceļošanas jeb galamērķa izvēles, komunikācijas, pakalpojuma izvēles un ārstniecības iestādes izvēles faktori, un šīs pieredzes saistību ar kopējo apmierinātību pārrobežu veselības aprūpes kontekstā.
4. Pētījums apstiprina, ka ārstniecības iestāžu iespējas piesaistīt ārvalstu pacientus Latvijā ietekmē ārējie makro un mezo līmeņa politiskie un ekonomiskie faktori, bet iekšējo faktoru grupā izšķiroša loma ir vadības faktoriem.
5. Veselības aprūpes iestāžu iespējas ārvalstu pacientu piesaistē ir būtiski atkarīgas no iekšējiem iestādes vadības un ar tiem saistītiem stratēģiskās attīstības, resursu un personāla motivācijas faktoriem, bet ārējo faktoru grupā – no nozares ilgtspējīgas attīstības ietvaru veidojošiem politiskajiem, ekonomiskajiem un tehnoloģiskajiem faktoriem, bet nedaudz mazāk – no sociālās vides faktoriem.
6. Būtiskākie ārvalstu pacientu piesaistes šķēršļi ārējo faktoru grupā ir saistīti ar biežajām un nekonsekventajām pārmaiņām veselības aprūpes nozares politikā, ar nozares ilgtspējīgas finansēšanas politikas neesamību, ierobežojumiem finanšu atbalsta instrumentu pieejamībā.
7. Veselības aprūpes starptautisko nosacījumu īstenošana Latvijā ievērojami atpaliek no vēlamā rezultāta, informācijas pieejamība attiecībā uz pacientu tiesību ievērošanu, pakalpojumu kvalitātes un pacientu drošības nodrošināšanu potenciālajiem ārvalstu pacientiem ir ierobežota.
8. Pētījumā identificētās nepilnības starptautisko nosacījumu īstenošanā ir saistītas ar neskaidru nacionālās veselības aprūpes kvalitātes sistēmas būtību un ārstniecības iestāžu darbības kvalitātes apliecinājumu, akreditācijas neesamību, vienotas e-veselības sistēmas trūkumu nozares līmenī, kas ierobežo pacientu elektronisko medicīnisko datu aprites iespējas.

9. Pētījums pamato, ka pakalpojumu sniedzēju līmenī tiek nodrošināta pietiekami pilnvērtīga informācija par piedāvāto pakalpojumu, bet pastāv ierobežojumi informācijas pieejamībā attiecībā uz medicīniskās uzraudzības nodrošināšanu, pacientu elektronisko medicīnisko datu apriti, saziņu ar pacientu ārstējošo ārstu mītnes zemē.
10. Pētījumā identificēts, ka pastāv ievērojamas atšķirības starp ārstniecības iestādēm mārketinga komunikācijas instrumentu izmantošanā, un šīs atšķirības ir saistītas ar mērķtiecīgu vai gadījuma rakstura orientāciju un pakalpojumu eksportu konkrētajā iestādē.
11. Pētījuma rezultāti norāda uz atsevišķiem ierobežojumiem veselības aprūpes iestāžu tīmekļa vietņu sniegtā informācijas nodošanai un atgriezeniskās saistes iegūšanai ar ārvalstu pacientiem. Nepieciešami uzlabojumi informācijas kvalitātes dimensijas un lietotāju pieredzes vietņu daļās, lai nodrošinātu ārvalstu pacientu piesaistei īpaši pielāgotu informācijas saturu.
12. Ārvalstu pacientu pieredzes un apmierinātības izpēte liecina par Latvijas ārstniecības iestāžu pakalpojumu eksportspēju tehnoloģiski sarežģītu ārstniecības pakalpojumu ar augstu pievienoto vērtību (ķirurģija, staru terapija, zobārstniecība, diagnostika u. c. pakalpojumi) segmentā.
13. Kopējā ārvalstu pacientu apmierinātība ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā ir augsta: 87,1% pacientu ir pilnībā apmierināti, bet 12,9% — daļēji apmierināti. Visvairāk apmierināto pacientu grupu raksturo lielāks skaits nerezidentu, sieviešu un lielākoties tādu, kas pavadījuši iestādē vairāk par piecām dienām.
14. Ārvalstu pacientu pieredzes vērtējums, kas iegūts, izmantojot pakalpojumu plaisas noteikšanas metodi, liecina, ka visās autores izvirzītajās pieredzi noteicošajās faktoru grupās – 1) vispārējo ceļošanas jeb galamērķa izvēles, 2) komunikācijas, 3) pakalpojuma izvēles un 4) ārstniecības iestādes izvēles faktoru grupās – ārvalstu pacienti saņemto rezultātu vērtējuši augstāk par gaidīto rezultātu. Līdz ar to secināms, ka potenciālajiem ārvalstu pacientiem ir ievērojams informācijas trūkums, lai izdarītu informētu izvēli par Latviju kā veselības pakalpojumu saņemšanas galamērķi.
15. Pētījums apstiprina, ka ārvalstu pacientu apmierinātība ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā saistīta vispārējiem ceļošanas, komunikācijas un pakalpojuma izvēli noteicošiem faktoriem. Ārstniecības iestādes izvēles faktoriem ir mazāka nozīme kopējā ārvalstu pacientu apmierinātībā.
16. Pētījums pamato visu līmeņu – makro, mezo un mikro – faktoru nozīmību ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā: visaugstākais sniegums (75 punkti no 100) vērojams mikro līmeņa faktoriem iestāžu grupā, kas orientētas uz ārvalstu pacientu piesaisti, bet zemākais sniegums

– mikro līmeņa faktoriem ārstniecības iestādēs kopumā. Zemākais sniegums ir mezo jeb nozares līmeņa pasākumiem (47 punkti no 100), bet nedaudz augstāks – makro līmeņa faktoriem (61 punkts no 100).

PRIEKŠLIKUMI

Balstoties uz autores veikto teorētiskās bāzes un empīrisko pētījumu pamata, autore izstrādājusi priekšlikumus ārvalstu pacientu piesaistes paaugstināšanai Latvijā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Latvijas Republikas Veselības ministrijai veselības politikas plānošanas kontekstā

1. Latvijas Republikas Veselības ministrijai, kas atbild par veselības aprūpes politikas attīstību Latvijā, būtu jāpārskata veselības aprūpes sistēmas pārvaldība tā, lai tā atbilstu globālajiem veselības nozares izaicinājumiem – pacientu mobilitātei, konkurences pieaugumam pakalpojumu sniedzēju starpā, tehnoloģiskā progresa izaicinājumiem un produktivitātes palielināšanas nepieciešamībai ar mērķi atbalstīt Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu tirgus atvērtību ārvalstu pacientiem, kas vienlaikus sekmētu arī pakalpojumu efektivitātes paaugstināšanu Latvijas iedzīvotājiem.
2. Veselības aprūpes nozares ilgspējas uzlabošanai nepieciešams veidot ilgtermiņa nozares politiku, nosakot skaidru nozares finansēšanas, ārvalstu un valsts investīciju piesaistes politiku, publiskā un privātā sektora lomu, nozares darbaspēka politiku, atbalsta pasākumus nozares tehnoloģiskā un digitālā progresa veicināšanai.
3. Veselības aprūpes nozares starptautisko nosacījumu īstenošanai nepieciešams ieviest visaptverošu nozares kvalitātes un pacientu drošības sistēmu un būtiski uzlabot e-veselības sistēmas darbību, kas sniegtu ievērojamas priekšrocības Latvijas ārstniecības iestādēm ārvalstu pacientu piesaistē, garantējot pakalpojumu kvalitāti, medicīniskās aprūpes drošību un elektroniskās medicīniskās informācijas apmaiņas iespējas.

Latvijas Investīciju un attīstības aģentūrai (LIAA)

4. Ņemot vērā pētījumā pierādīto, ka ārvalstu pacientu piesaisti vislielākā mērā nosaka vispārējie ceļošanas faktori, veiksmīgai ārvalstu pacientu piesaistei nepieciešams pilnveidot valsts tēla un zīmola atpazīstamību, mārketinga aktivitātēs iekļaujot Latvijas kā medicīnas tūrisma galamērķa popularizēšanu.
5. Ārvalstu pacientu piesaistes uzlabošanai jāpilnveido ārvalstu tūristu auditorijai paredzēto tīmekļa vietni <https://www.latvia.travel/en>, aktualizējot atsevišķu informācijas sadaļu par Latvijas ārstniecības iestāžu sniegtajiem pakalpojumiem un ievietojot uz to hipersaiti galvenā līmeņa izvēlnē un secīgi iztulkojot visas vietnes saturu arī populārākajās svešvalodās (angļu, krievu, vācu, zviedru u. c.).

Veselības aprūpes nozares asociācijām un apvienībām

6. Ārstu profesionālajām asociācijām ārstu pēcdipoloma apmācības programmās iekļaut informāciju par starptautiskajiem nosacījumiem pacientu tiesību nodrošināšanā pārrobežu veselības aprūpē.
7. Nozares asociācijām virzīt jautājumu par Latvijas uz pakalpojumu eksportu orientēto ārstniecības iestāžu starptautisko akreditāciju.

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem

8. Veselības aprūpes iestāžu līmenī uzņēmumu vadībai jāpievērš lielāka uzmanība medicīniskās uzraudzības nodrošināšanai pēc pakalpojumu sniegšanas un jāizveido procedūras un komunikācijas kanāli, kas nodrošina pilnīgu informāciju par tālākām rekomendācijām un saņemtu atgriezenisko saiti par pakalpojuma rezultātu no ārvalstu pacientu puses.
9. Īpaša uzmanība jāpievērš pacientu elektronisko medicīnas datu uzkrāšanai ar mērķi nodrošināt starptautiskās prasības to aprītē, kas nākotnē paredzams kā būtisks pacientu piesaistes elements.
10. Ieteicams veselības aprūpes pakalpojumu eksportētājiem izveidot savā tīmekļa vietnē atsevišķu, tieši ārvalstu patērētājiem pielāgotu sadaļu, kurā atspoguļota informācija par pakalpojumu saņemšanas gaitu. Ieteicams nodrošināt informāciju par visu pakalpojuma ciklu, sākot no pirmā kontakta ar pakalpojumu sniedzēju līdz pēdējam saskarsmes posmam jau pēc pakalpojuma saņemšanas.
11. Lai veiksmīgāk nodrošinātu ārvalstu pacientu piesaisti veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīmekļa vietnēs pieejamības dimensijas kontekstā, jāmaina teksta izmēra funkcijas, lai uzlabotu informācijas uztveramību pacientiem ar pasliktinātu redzi.
12. Mārketinga dimensiju iespējams uzlabot, pilnveidojot tīmekļa vietnes saturu un struktūru meklētājprogrammu optimizācijas vajadzībām (angl. *search engine optimization* jeb *SEO*). Vienlaikus, atbilstoši šiem atslēgas vārdiem būtu pielāgojama arī digitālā mārketinga saturs.

Tālāku pētījumu veikšanai

13. Autores izstrādātos ārvalstu pacientu piesaistes novērtēšanas instrumentus pacientu pieredzes un apmierinātības novērtēšanai plašāk izmantot arī citās ar medicīnas tūrisma saistītās nozarēs, piemēram, *spa* un *labjūtes* pakalpojumu jomā.
14. Ņemot vērā autores pētījuma ierobežojumus, būtu lietderīgi veikt tālāku Latvijas veselības aprūpes uzņēmumu konkurences potenciāla novērtēšanu to konkurences priekšrocību veidošanai.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

Grāmatas un zinātniskie raksti

1. Adams, J.R. (2010). Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk management healthcare policy*. Vol. 3, pp. 61-72.
2. Ahenkan, A.& Aduo-Adjei K. (2017). Predictors of patient satisfaction with quality healthcare delivery in university hospitals in Ghana. *Hospital practices and research*, 2(1), pp. 9-14
3. Alhuwail, D., AlMeraj, Z. & Boujarwah, F. (2018). Evaluating hospital websites in Kuwait to improve consumer engagement and access to health information: a cross-sectional analytical study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, Vol. 18, Article number: 82.
4. Almeida, R.S., Bourliataux-Lajoinie & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad saude public*.31(1), pp.12-20.
5. Attkisson C.C. & Larsen D. L. (1979). Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and program planning*, 6(3,4), pp. 300-312
6. Badri, M., Attia, S. & Ustadi, A. (2008). Testing the not so obvious models of healthcare quality. *International Journal of Healthcare quality assurance*, 21(2), 159-174.
7. Baker, R. (1997). Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: progress towards a theory. *Quality in Health Care*, pp. 201-204.
8. Batraga, A. & Rutitis, D. (2012). Corporate identity within the health care industry. *Economics and Management*, Vol. 17 (4), 1545-1551
9. Boudreaux, E. D., Ary, R. D., Mandry, C. V. & McCabe, B. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 395–399.
10. Barry, M.J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making - the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine* 366 (9), pp. 779-780.
11. Barzdins, J., Konstante, R., Mitenbergs, U. & Taube, M. (2016). Transition to hospital process orientation: the case of regional hospitals in Latvia. *Journal of Hospital Administration*, 5 (2), 15-22.
12. Berki, G. (2017). Lightning or lightning bug: the role of the language gap and the access to proper information on entitlements in cross-border patient mobility, *European Journal of Health Law*, Vol. 1, 12–21
13. Berkowitz E.N. & Flexner W.A. (1981). The market for health care services: is there a non-traditional consumer? *Journal of Health care market*. 1(1), pp.27—30.
14. Berry, L. L., Seiders, K. & Grewal, D. (2002). Understanding service convenience. *Journal of Marketing*, 66(3), 1–15.

15. Björnberg, A. & Phang, A. Y. (2018). Euro health consumer index 2018. Stockholm: health consumer powerhouse.
16. Bodolica, V., Spragon, M. & Tofan, G. (2016). A structuration framework for bridging the macro–micro divide in health-care governance. *Health Expectations*, Vol.19 (4), 790-804.
17. Bopp, K. (1990). How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters. *Journal of Health Care Marketing*, 10(1), 6-15.
18. Boscarino J. & Stebier S.R. (1982). Hospital shopping and consumer choice. *Journal of Health care market*. 2(2), pp. 22—25.
19. Brown, J.B., Stewart, M., Weston, W.W. & Freeman, T.R. (2003). Introduction in: patient-centered medicine: transforming the clinical method (2nd Ed.).
20. Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A. & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 11 No 4.: 358-364.
21. Carey, T.A. (2017). Patient-perspective care: a new paradigm for health systems and services. Routledge, 1st Ed., 150 p.
22. Chen, L. & Wilson M. (2013). The globalization of healthcare: implications of medical tourism for the infectious disease clinician. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 57, Issue 12, pp. 1752–1759.
23. Cheng, S.H. (1997). Does continuity of care matter in a health care system that lacks referral arrangements? *Health policy plan*. 26(2), pp. 157–62.
24. Clayton, M.F., Latimer, S., Dunn, T.W. & Haas, L. (2011). Assessing patient-centered communication in a family practice setting: how do we measure it, and whose opinion matters? *Patient education and counseling* 84 (3) 294-302
25. Claxton K., Martin S., Soares M., Rice N., Spackman E., Hinde S., Devlin N., Smith P.C. & Sculpher M. (2013). Methods for the estimation of the National institute for health and care excellence cost-effectiveness threshold. *health technol assess*. 19(14), pp. 1-503.
26. Clarke S., Ells, C., Thombs, B.D. & Clarke D. (2017). Defining elements of patient-centered care for therapeutic relationships: a literature review of common themes. *European Journal for person centered healthcare*. 5(3), pp. 363-371.
27. Cleary, P. D. (2016). Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: optimism and opposition. *Journal of health politics, policy and law*. 41(4), pp. 677–682
28. Connell, J. (2006). Medical tourism sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism management*, Vol. 27, No. 6, pp. 1093-1100.
29. Connell, J. (2011). Medical tourism. MPG books group, Preston, UK.

30. Coovadia, M. (2008). Identification and evaluation of patient satisfaction determinants in medical delivery systems within the South African private healthcare industry. Pretoria: University of Pretoria.
31. Davis, K., Schoenbaum, S.C. & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of general internal medicine* 20 (10) pp. 955-956.
32. De La Rosa, S. (2012). The Directive on cross-border healthcare or the art of codifying complex case law. *Common market law review*, 49(1), pp. 15–46.
33. Delamater P.L., Messina, J.P., Shortridge J.M. & Grady S.C. (2012). Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *International Journal of Health Geographics* 11 (15), pp.
34. Delmar, C., Alenius-Karlsson, N., & Mikkelsen, A. H. (2011). The implications of autonomy: viewed in the light of efforts to uphold patients dignity and integrity. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(2), 10.3402/qhw.v6i2.6045. doi:10.3402/qhw.v6i2.6045
35. Dempsey, C., Wojciechowski, S., McConville, E., & Drain, M. (2014). Reducing patient suffering through compassionate connected care. *The Journal of nursing administration*, 44(10), 520–523.
36. Diehr, P., Burman, M., McDonell, M.B. & Fihn, S.D. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. *Journal of General internal medicine*. 20(5), pp. 453-459.
37. Dijs-Elsinga J., Otten W., Versluijs M., Smeets H., Kievit J., Vree R., van der Made W. J. & Marang-van de Mheen P. J. (2010). Choosing a hospital for surgery: the Importance of information on quality of care. *Medical decision making* 30, p. 544.
38. Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N. & Magee H. Patient choice: how patients choose and how providers respond. Published The King's Fund, ISBN: 9781857175967
39. Domnīca "Certus". (2018). Medicīnas pakalpojumu eksports, Politikas pārskats: Dombrovskis V., Spuriņš U., Auers D., ISBN 978-9934-577-06-2
40. Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: a consumers' role. *Quality of Health Care*, 1(4), 247-251.
41. Drain, M. (2001). Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *Journal of Ambul. Care Management*. 14(2), pp. 30—39.
42. Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C.M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin, S., Smith, R.C., Coffey, J. & Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.
43. Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:248-51

44. Elliott M.N., Lehrman W.G., Goldstein E., Hambarsoomian K., Beckett M.K. & Giordano L.A. (2010). Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? *Med Care Res Rev.*; 67(1) pp. 57-70.
45. Elton, J. & O’Riordan. (2016). *Healthcare disrupted: next generation business models and strategies*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.,
46. Elysia, L., Sharma, L., Bohren, L., Meghan A. & Özge T. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the world health organization.*, Vol. 97 (8) , pp. 564-566.
47. Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L. & Duberstein, P.R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Sciences & Medicine* 61 (7), pp. 1520-1526.
48. Eriz, V. & Figueiredo, J. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health care quality assurance*, 18(6), 404-112.
49. Esser, K., Hillebrand, W., Messner, D. & Meyer-Stamer, J. (1996). Systemic competitiveness: a new challenge for firms and for government. *Cepal review*, 59, 39-53.
50. Euro health consumer index 2018 (2019). Health consumer powerhouse Ltd., 2019. ISBN 978-91-980687-5-7
51. Ford, E.W., Huerta, T.R., Schilhavy, R.A. & Menachemi, N. (2012). Effective US health system websites: establishing benchmarks and standards for effective consumer engagement. *Journal of Healthcare management*. Vol. 57(1), 47–64.
52. Frampton, S. & Charmel, P. (2009). Introduction in: putting patients first: best practices in patient-centered care. Frampton, S. & Charmel, P., eds. Oxford: John Wiley & Sons.
53. Fredericks, S., Lapum, J., Schwind, J., Beanlands, H., Romaniuk, D. & McCay, E. (2012). Discussion of patient-centered care in health care organizations. *Quality Management in Healthcare* 21 (3), pp. 129-133.
54. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco, T.L. (1993). Introduction in: through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S. & Daley, J, eds. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
55. Glorious, B., Grabowska-Lusinska, I. & Kuvik, A. (2013). *Mobility in transition. Migration patterns after EU enlargement*, Amsterdam: Amsterdam University Press
56. Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor books, 386 p.
57. Goldstein L., Farquhar M.B., Crofton C., Garfinkel S. & Darby C. (2005). Why another patient survey of hospital care. *Health Services Research*, DOI:10.1111/ j.1475-6773.2005.00477
58. Goyal, A. (2013). *Innovations in services marketing and management: strategies for emerging economies*. IGI Global, 331 p.

59. Greitāne, R. (2011). Pakalpojumu kvalitātes ekonomiskā nodrošināšana mazos un vidējos uzņēmumos. Promocijas darba kopsavilkums. Rīgas Tehniskā Universitāte.
60. Gronroos C. (1982). Strategic management and marketing in the service sector. Helsinki: Swedish School of Economic and Business Administration
61. Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt, N. & Smith, R. (2013). Medical tourism: a cost or benefit to the NHS? *PLoS One*, 8 (10), e70406.
62. Hargraves L., Cosenza C., Elliot M.N. & Cleray P.D. (2019). The effect of different sampling and recall periods in the CAHPS Clinician & Group (CG-CAHPS) survey. *Health Services Research*, Vol.52. issue 5, <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13173>
63. Harris E.,L., Swindle, W.R. et al. (1999). Measuring patient satisfaction for quality improvement. *Medical Care*, 37(12), pp.1207-1213.
64. Harvey, S.J. Jr., (2008). Asymmetric information. *Encyclopedia of business ethics and society*. Sage Publications.
65. Hibbard, J., Stockard, J. & Tusler, M. (2003). Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health affairs*, Vol. 22, No. 2, p. 18.
66. Homburg, C., Wieseke, J., & Bornemann, T. (2009). Implementing the marketing concept at the employee-customer interface: the role of customer need knowledge. *Journal of Marketing*, 73(4), 65–79.
67. Hopkins, K., Labonte, R., Runnels, V. & Packer, C. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31(2):185–198. doi: 10.1057/jphp.2010.10.
68. Horrell, J, Lloyd H, Sugavanam, T, Close J. & Byng, R. (2018). Creating and facilitating change for person-centred coordinated care (P3C): the development of the organisational change tool (P3C-OCT). *Health Expect*, 21:448-56.
69. Huerta, T.R., Hefner, J.L., Ford, E.W., McAlearney, A.S. & Menachemi, N. (2014). Hospital website rankings in the United States: expanding benchmarks and standards for effective consumer engagement. *Journal of Medical Internet Research*, Vol.16(2), p.64
70. Huerta, T.R., Walker, D.M. & Ford, E.W. (2016). An evaluation and ranking of children's hospital websites in the United States. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 18(8) : e228
71. Harvey, G. & James, J. (1996) Quality in health care: traditions, influences and future directions, *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (4), pp. 41-350
72. Ibrahim, S.A.(2008).Perceived discrimination in health care and health status in a racially diverse sample. *Med Care*; 46(9), pp. 905-14.
73. Isaac, T., Zaslavsky, A. M., Cleary, P. D., & Landon, B. E. (2010). The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health Services Research*, 45(4), pp. 1026-1038

74. Jabbari, A., Rahimi Zarchi, M. K., Kavosi, Z., Shafaghat, T., & Keshtkaran, A. (2013). The marketing mix and development of medical tourism in shiraz. *Materia socio-medica*, Vol. 25(1), 32–36.
75. Jung, K., Feldman, R., & Scanlon, D. (2011). Where would you go for your next hospitalization? *Journal of Health Economics*, 30(4), 832-841.
76. John, S, Larke R, & Kilgour, M. (2018) Applications of social media for medical tourism marketing: an empirical analysis, *Anatolia*, 29:4, 553-565, DOI: 10.1080/13032917.2018.1473261
77. Johnston, R, Crooks, V, Snyder, J. & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9:24 <http://www.equityhealthj.com/content/9/1/24>
78. Kácha, O., Kovács, B. E., McCarthy, C., Schuurmans, A. A., Dobyns, C., Haller, E. & Ruggeri, K. (2016). An approach to establishing international quality standards for medical travel. *Frontiers in public health*, 4, 29. doi:10.3389/fpubh.2016.00029
79. Kash, B.A., McKahan, M., Tomaszewski L. & McMaughan, D. (2018).The four P`s of patient experience: a new strategic framework informed by theory and practice. *Journal in Health Marketing Quarterly*, 35(1) pp.1-13.
80. Kayden, S., Anderson, Ph., D., Freitas, R. & Plat, E. (2015). *Emergency department leadership and management*. Cambridge University Press. 359 p.
81. Kennedy, D.M, Caselli, R.J. & Berry, L.L. A roadmap for improving healthcare service quality. *Journal of Healthcare Management*. 2011;56:385–402
82. Klose, K., Kreimeier, S., Tangermann, U., Aumann, I., Damm, K., & RHO Group (2016). Patient- and person-reports on healthcare: preferences, outcomes, experiences, and satisfaction - an essay. *Health economics review*, 6(1), 18. doi:10.1186/s13561-016-0094-6.
83. Knai, C., Footman, K., Glonti, K., Warren, E. & Panteli, D. (2013). Disease management across borders, *Eurohealth*, Vol.19, no.4.
84. Koechlin, F., Konijn, P., Lorenzoni, L. et al. Comparing hospitals and health prices and volumes across countries: a new approach. *Soc. Indic. Res.*, 131,43. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1196-y>
85. Kooreman, P. & Prast, H. (2010). What does behavioral economics mean for policy? Challenges to savings and health policies in the Netherlands. *De Economist* Vol. 158, pp. 101–122.
86. Kotler, P., Brown, I., Burton, S., Deans, K. & Armstrong, G. (2010). *Marketing*. 8th Ed. Sydney, Australia: Pearson.
87. Kruk M.E, Gage A.D, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 11 (6), pp. 1198–1212.

88. Kumar, V. & Reinartz, W. (2016). Creating enduring customer value (The AMA/MSI special issue of *Journal of Marketing*), 80(6), 37–67.
89. Larsson, B.W., Larsson, G. & Munck, I.M. (1998). Refinement of the questionnaire ‘quality of care from the patient’s perspective’ using structural equation modelling. *Scandinavian Journal Caring Sciences*; 12(4), pp. 109–117.
90. Larsson, B.W. & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the quality from the patient’s perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nurses*, 11(7), pp. 683–686.
91. LaVela, S. & Gallan, A.S. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient experience journal*. 1(1), pp.28-36.
92. Lee, C. G. (2010). Health care and tourism: evidence from Singapore. *Tourism management*, 31, 486-488.
93. Levesque, J.F., Harris, M.F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), pp.1-9.
94. Levit, L., Balogh, E., Nass, S., et al. (2013). Committee on improving the quality of cancer care: addressing the challenges of an aging population. Institute of medicine. Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis. Washington (DC): National Academies Press (US); Dec 27. 3, Patient-centered communication and shared decision making. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202146/>
95. Liddy, C., Maranger, J., Afkham, A. & Keely, E. (2013). Ten steps to establishing an e-consultation service to improve access to specialist care. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, Vol.19 (12), 982–990.
96. Lonial, S. & Raju, P. S. (2015). Impact of service attributes on customer satisfaction and loyalty in a healthcare context. *Leadership in Health Services*, 28(2), 149–166.
97. Lorsch J.W. & McTague, E. (2016). Don't blame the culture. *Harvard business review* No. 6, pp. 23–32.
98. Lunt, N. & Carrera, P. (2010), Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66, 27-32.
99. Lunt, N. & Carrera, P. (2011). Advice for prospective medical tourists: systematic review of consumer sites. *Tourism review*, 66, 57-67
100. Lunt, N., Machin L., Green S. & Mannion R. (2011). Are there implications for quality of care for patients who participate in international medical tourism? *Expert rev. pharmacoeconomics outcomes res.* 11(2), 133–136, 10.1586/ERP.11.4
101. Lunt, N., Smith, R., Mannion, R., Green, S. & Exworthy, M. (2011), Implications for the NHS of inward and outward medical tourism (Project protocol). London: National Institute for Health.

102. Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S.T., Horsfall, D. & Mannion, R. (2014), Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Directorate for employment, labour and social affairs, OECD.
103. Merlino, J. I., & Raman, A. (2013). Health care's service fanatics. *Harvard business review*, 91(5), 108–116.
104. McCarthy, E.J. (1960). *Basic marketing: a managerial approach*. Homewood, IL: Irwin.
105. McMurray, J.M., Lafortune, C Black, S., Prorok, J. & Stolee, P. (2015). Measuring patients' experience of rehabilitation services across the care continuum. Part I: a systematic review of the literature. *Journal of Archives of physical medicine and rehabilitation* . 97(1), pp. 1-18.
106. Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51 (7) 1087-1110.
107. Medhekar, A. (2010). Growth of medical tourism in India and public-private partnerships. The proceedings of the Seventh IIDS, International Conference on Development, Calcutta 13 - 19 December.
108. Medhekar, A. & Ali, M. (2012). A cross-border trade in healthcare services: Bangladesh to India. *The Business and Management Review*, Vol. 2(1): 1-13.
109. Melewar, T. & Karaosmanoglu, E. (2006). Seven dimensions of corporate identity. *European Journal of Marketing*, Vol. 40 No. 7/8, pp. 846-869.
110. Mitenbergs, U., Taube, M., Misins, J., Mikitis, E., Martinsons, A., Rurane, A. & Quentin, W. (2012). Latvia: health system review. *Health Systems in transition*, 14(8), 1-191.
111. Moreno, J.M., del Castillo, J.M.M., Porcel, C. & Herrera-Viedma, E. (2010). A quality evaluation methodology for health-related websites based on a 2-tuple fuzzy linguistic approach, *Soft Computing*, Vol. 14, No. 8, 887-897.
112. Morrison, A. (2010). *Hospitality and travel marketing*, 4th Ed. Albany, NY: Delmar Cengage Learning.
113. Morrison M., Murphy, T. & Nalder C.(2003). Consumer preferences for general practitioner services. *Hlth Market. Quart.* 20(3), pp. 7—16.
114. Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Healthcare*, 22(4), 266-381.
115. Ngamvichaikit, A. & Beise-Zee, R. (2014). Communication needs of medical tourists: an exploratory study in Thailand. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 8 (1), 98-117.
116. Nunes, R., Brandao, C. & Rego, G. (2011). Public accountability and sunshine healthcare regulation. *Health Care Anal;* Vol. 19 (4), 352-364.
117. Nuti, S., Bonini, A., Murante, A.M. & Vainieri, M.(2013). Performance assessment in the maternity pathway in Tuscany region. *Health services management research* 22 (3), pp. 115-121.

118. Nuti, S., De Rosi, S., Murante, A. M. & Bonciani, M.(2016). Rethinking healthcare performance evaluation systems towards the people- centredness approach: their pathways, their experience, their evaluation. *Healthcare Papers*. 17(.2). pp. 55-64.
119. Oliver, R.L. (2010). Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer. 2nd Ed. Routledge, New York, p. 5-6.
120. OMA (Ontario Medical Association). (2010). OMA Policy on Patient-Centred Care. Ontario Medical Review, pp. 36-47
121. Prakash, B. Patient satisfaction. (2013). *Journal of Cutan Aesthet Surgery*. 3 (3), pp.152-154.
122. Petersen, M. (1988). Measuring patient satisfaction: collecting useful data. *Journal of Nursing quality assurance*, 2(3), 25-35.
123. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* Vol. 49, 41–50.
124. Parasuraman, A, Zheitmal, VA. & Berry, L.L. (1998). Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*, 64(1):12
125. Parasuraman, A., Berry, L.L. & Zeithaml, V.A. (1991). Refinement and reassessment of the Servqual. *Journal of Retailing*, Vol. 67 (4), pp. 420–450.
126. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1994). Alternative scales for measuring service quality—a comparative-assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing*, 70(3), pp. 201-230
127. Pendleton, R.C. (2018). We won't get value-based health care until we agree on what "value" means. *Harvard Business Review*. February 27.
128. Patient satisfaction or patient experience? Piejams:<https://www.energesse.com/patient-satisfaction-or-patient-experience/>
129. Pessaux, P. & Cherkaoui, Z. (2018). Value-based healthcare: a novel approach to the evaluation of patient care. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 7(2), 125–126.
130. Peyrot, M., Cooper, P. & Schnapf, D. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *Journal of health care market*. 13(1), pp. 27—28
131. Pollock, A.M. & Price, D. (2013). The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. *The lancet*, 362:1072–5.
132. Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston, Massachusetts: Harward business review Press, 506 p.
133. Prakash, B. (2013). Patient Satisfaction. *Journal of Cutan Aesthet Surgery*. 3 (3), pp.152-154
134. Price P. A, Stucky B, Parast L, Elliott MN, Haas A, Bradley M. &Teno J.M. (2018). Development of valid and reliable measures of patient and family experiences of hospice care for public reporting. *Journal of Palliative Medicine*. 21 (7), pp. 27-29.

135. Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. & McKee, M. (2009). Investing in hospitals of the future. *Observatory studies series No. 16*. European observatory on health systems and policies, Copenhagen.
136. Regnault, Antoine et al. (2017). Towards the use of mixed methods inquiry as best practice in health outcomes research. *Journal of patient-reported outcomes*. Vol. 2,1: 19. doi:10.1186/s41687-018-0043-8
137. Rice, T., Quentin, W., Anell, A., Barnes, A. J., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & van Ginneken, E. (2018). Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries. *BMC health services research*, 18(1), 371. doi:10.1186/s12913-018-3185-8
138. Rogers J. & Curtis P. (1980). The concept and measurement of continuity in primary care. *The Journal of Public health*. 70(2), pp. 122–7.
139. Rosiek, A. & Leksowski, K. (2016). Healthcare administration for patient safety and engagement. Hershey, PA: IGI Global. pp. 106-119.
140. Rūītis, D. & Batraga, A. (2013). The conceptual framework of corporate identity in health care industry. Proceedings of the International Symposium “The economic crisis: time for a paradigm shift – towards a systems approach”. Universitat de València - Facultat d'Economia. València, Spain: B.S.LAB (Business systems laboratory), [CD, ISBN 978-889-082-421-0].
141. Rūītis, D., Batraga, A., Šķiltēre, D. & Ritovs, K. (2014). Evaluation of the conceptual model for corporate identity management in health care. *Procedia - social and behavioral sciences*, Vol. 156, 439-446.
142. Rūītis, D. (2016). *Corporate identity management and opportunities for its improvement within the health care industry companies in Latvia*. The doctoral dissertation. BA School of Banking and Finance.
143. Salmond, S. W. & Echevarria, M. (2017). Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopedic nursing*, 36(1), 12–25. doi:10.1097/NOR.0000000000000308
144. Shelton, P.S. (2000). Assessing medication appropriateness in the Elderly. *Journal of Drugs & Aging*. Vol. 16, pp. 437–450
145. Schwartz, N. (2005). Misimagining the unimaginable: the disability paradox and health care decision making. *Health psychol*. 24(4S), pp. S57-62.
146. Shi, L. & Singh, D. (2014). Delivering health care in America: a systems approach. Jones & Bartlett Learning, 6th Ed. 650 p.
147. Shou-Hisa, C., Ming-Chin, Y. & Tung-uang, C. (2013). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal for quality in health care*; 15, pp. 347-352.

148. Singer, S. J., Benzer, J. K., & Hamdan, S. U. (2015). Improving health care quality and safety: the role of collective learning. *Journal of healthcare leadership*, 7, 91–107. doi:10.2147/JHL.S70115
149. Smarta, R., B. (2017). Improving patient experience, safety and progression through care model redesign & lean management system. 2 (39), pp. 47-48.
150. Smith, A. (1976). An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations. Oxford University press. pp. 1723-1790.
151. Smith, P.C. (2009). Measuring value for money in healthcare: concepts and tools, Centre for Health Economics, University of York. Pieejams: https://www.who.int/pmnch/topics/economics/20091027_smith/en/
152. Smith, M.K. & Puczko, L. (2014). Health, tourism and hospitality. Spas, wellness and medical travel. 2nd Ed. Routledge, New York.
153. Sofaer, S. & Gruman, J. (2003). Consumers of health information and healthcare: challenging assumptions and defining alternatives. *American Journal of Health Promotions*, 18(2), 151-156.
154. Sofaer, S. & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. Annual review of public health. 26(1), pp. 513-59.
155. Sorenson, C., Drummond, M. & Bhuiyan Khan, B. (2013). Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. *ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR*, 5, 223–234. <http://doi.org/10.2147/CEOR.S39634>
156. Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal* 322, 444-445.
157. Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., Freeman, T.R. & McWilliam, C.L. (2014). Introduction in: patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd Ed. Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R. & McWilliam, C.L. & Freeman, T.R., eds. Oxford: Radcliffe Medical Press.
158. Šķiltere, D., Jesiļevska, S., Apsalone, M., Cals, I., Apsīte, A., Flores, R. M., Batraga A. & Rūtītis D. (2017). Latvijas uzņēmējdarbības konkurētspējas uzlabošanas starpdisciplinārie aspekti. Monogrāfija. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds. R. Škapara un Ē. Šumilo redakcijā, 120 lpp.
159. Tam, J. (2007). Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of health service center. *Marketing Intelligence and Planning*, 25(7), 732-745.
160. Thimbleby, H. (2013). Technology and the future of healthcare. *Journal of Public Health Research*, Vol. 2 (3), e28.
161. Timmer A., de Sordi D., Menke E., Peplies J, Claßen M., Koletzko S. & Otto-Sobotka F.(2018). Modeling determinants of satisfaction with health care in youth with inflammatory bowel disease: a cross-sectional survey. *Journal: Clinical epidemiology*.10(2), pp. 1289—1305.

162. Tong, A. & Jesudason, S. (2019). The patient experience of kidney disease and pregnancy. *Best practice & research clinical obstetrics & gynaecology*, 57(4), pp. 78-86
163. Turkson, P.K. Perceived quality of healthcare delivery in a rural district of Ghana. *Ghana Medical Journal*. 43(2), pp. 67-69.
164. Turner, L.G. (2011). Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies, *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1), pp. 1-7.
165. Van den Ven, W.P.M.M., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F.T., Shmueli, A. & Wasem, J. (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, Vol. 109 (3), 226-245.
166. Van Berckelaer, A., DiRocco, D., Ferguson, M., Gray, P., Marcus, N. & Day, S. (2012). Building a patient-centered medical home: obtaining the patient's voice. *Journal of the American Board of Family Medicine* 25 (2), pp. 192-198.
167. Vega, L. C., Montague, E. & Dehart, T. (2011). Trust between patients and health websites: a review of the literature and derived outcomes from empirical studies. *Health and technology*, Vol. 1 (2-4), 71-80.
168. Vermeir P., Vandijck D, Degroote S., Peleman R., Verhaeghe R., Mortier E., Hallaert G., Van Daele S., Buylaert W. & Vogelaers D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal Clinical Practice*, 69(11), pp. 1257-67
169. Verra, S.E., Kroeze, R. & Ruggeri, K. (2016). Facilitating safe and successful cross-border healthcare in the European Union, *health policy*, 120, pp. 718-727.
170. Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*, 12, 272. doi:10.1186/1472-6963-12-272
171. Villeruša, A., Behmane, D., Berķis, U., Kokareviča, A. & Cauce, V. (2016). Providing healthcare to foreign patients and associated system problems in Latvia. *European Journal of Public Health*, Vol. 26, Issue Supplement 1, 490.
172. Wagland, R., Recio-Saucedo, A., Simon, M., Bracher, M., Hunt, K., Foster, C.M., Downing, A., Glaser, A. & Corner, J. (2015). Development and testing of a text-mining approach to analyse patients' comments on their experiences of colorectal cancer care. *Journal BMJ quality & safety*. 1(15), pp. 1-11.
173. Walbridge, S.W. & Delene, L.M. (1993). Measuring physician attitudes of service quality. *Journal of Health care marketing*, winter, 6-15.

174. Ware J.E., Snyder M.K. & Wright W.R. (1976). Development and validation of scales to measure patient satisfaction with medical care services. National Technical Information Service. 1(8), pp. 290- 327
175. Wheeler, S. (1966). The structure of formally organized socialization settings. In: O. G. Brim Jr., S. Wheeler (Eds), *Socialization after childhood: two essays*. New York: Wiley and Sons, 51-116.
176. Wilson, S., Dewing, J. & Smith, A. (2013). East Sussex Hhealthcare NHS trust patient experience, pp. 12-13.
177. Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. & van Ginneken E. (2011). Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. World Health Organization on behalf of the European observatory on health systems and policies.
178. Wolf, S. (1999) . The State of patient experience: a global perspective on the patient experience movement. The Beryl Institute.
179. Wolf, A., Niederhauser, V., Marshburn, D. & Lavela, S. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal* 1(1), pp. 7-19.
180. Zardo, P., Collie, A. & Livingstone, A. (2014). External factors affecting decision-making and use of evidence in an Australian public health policy environment. *Social science & medicine*, vol.108, pp 120-127.
181. Zeithaml, V., A. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing* 52(3), pp. 2-22.
182. Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. & Gremler, D.D. (2017). *Services marketing : integrating customer focus across the firm*. Seventh edition. Dubuque : McGraw-Hill Education.
183. Zhan, L. (2014). Attractive forces and risks of international medical tourism: a study based on India. *Journal of Chem. Pharma Results*, 6, pp. 125–129.

Nozares pārskati un publikācijas

184. Eiropas Komisija (2018). Valsts veselības pārskats 2017: Latvija
185. Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, pieejama <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=LV>
186. European Commission. (2017). Reflection paper on the social dimension of Europe. Available online: https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/reflection-paper-social-dimension-europe_en.pdf
187. European Commission. (2017a). European reference networks: working for patients with rare, low-prevalence and complex diseases Share, care, cure. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/2017_brochure_en.pdf

188. European Court of Auditors. (2018). *Cross-border healthcare in the EU. Background paper*. Available online: https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/BP_CBH/BP_Cross-border_healthcare_EN.pdf
189. European Parliament. (2011). Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. *Official Journal of the European Union*, Ch.15, Vol 014, 165-185. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:02011L0024-20140101> Accessed: June 5, 2019.
190. Finkel, E. (2016). Quality assurance review, World Bank reimbursable advisory services: support to develop a health system strategy for priority disease areas in Latvia. Available from: <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5702586deb45d.pdf>
191. Fontanarosa, P. & Bauchner H. (2017). Conflict of interest and medical journals. *JAMA* 317(17):1768–1771. doi:10.1001/jama.2017.4563
192. Ibotson A. (2018). Pacienti uzticas tiešsaistes pārskatiem tikpat daudz kā ārstu ieteikumi. Health IT outcomes. Pieejams: <https://www.healthitoutcomes.com/doc/patients-trust-online-reviews-as-much-as-doctor-recommendations-0001>
193. Improving the patient experience drives superior patient satisfaction. Pieejams: <https://www.mirameds.com/ealerts/583-improving-the-patient-experience-drives-superior-patient-satisfaction.html>
194. Improving the patient experience by implementing patient-centered care in a community hospital. Pieejams: <https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1081&context=dnf>
195. Ketels, C. (2016). Review of competitiveness frameworks. An analysis conducted for the Irish National competitiveness council. 55 p. Available online: https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/Review%20of%20Competitiveness%20Frameworks%20_3905ca5f-c5e6-419b-8915-5770a2494381.pdf
196. OECD. (2016). *OECD Economic Outlook*, 2016(1), Latvia, http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/oecd-economic-outlook-volume-2016-issue-1/latvia_eco_outlook-v2016-1-30-en#page1
197. OECD. (2017). OECD health policy overview. Health policy in Latvia, 2 p. Available online: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Latvia-March-2017.pdf>
198. Taube, M., Mitenbergs, U. & Sagan, A. (2014). Case study. The impact of the financial crisis on the health system and health in Latvia. The European observatory on health systems and policies publications. WHO regional office for Europe, Copenhagen. Available online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/266386/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Latvia.pdf
199. World Health Organization (WHO). (2014). Cross-border health care in Europe, Available online: <https://pdfs.semanticscholar.org/a039/51a6ae810aec5109292596f2c5ff1ce5a4bc.pdf>

Tiešsaistes resursi

200. Accenture. (2017). The new patient experience, accenture life sciences. Pieejams: https://www.accenture.com/_acnmedia/PDF-73/Accenture-Life-Sciences-The-New-Patient-Experience-Digital-Technologies.pdf
201. Akadēmiskā terminu datubāze AkadTerm. Marketing mix. Pieejams tiešsaistē: <http://termini.lza.lv/term.php?term=Marketing%20mix>
202. Baltic Care. (2017). Number of foreign patients at clinics of Baltic Care Medical Tourism Centre alliance experienced consistent growth in 2016. Available from: http://baltictravelnews.com/index.php?m_id=18518&i_id=5&pub_id=104672
203. Baltic Care. Clinics. <http://www.balticcare.eu/en/clinics/>
204. Barros, P. P., Brouwer, W. B., Thomson, S. & Varkevisser, M. (2016). Competition among health care providers: helpful or harmful?. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 17(3), 229–233. doi:10.1007/s10198-015-0736-3
205. Bloom N., Propper C., Seiler S. & J.Van Reen. (2015). Healthcare: how competition can improve management quality and save lives. Health, organization of market, microeconomic insights. Pieejams: <https://microeconomicinsights.org/healthcare-how-competition-can-improve-management-quality/>
206. Bodenheimer T. & Sinsky C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*, 12:573-576; <https://doi:10.1370/afm.1713>
207. Bustamante, A.V. (2014). Globalization and medical tourism: the North American experience comment on "Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective". *International journal of health policy and management*, 3(1), 47–49. doi:10.15171/ijhpm.2014.57
208. Cylus, J., Papanicolas, I. & Smith P.C. Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management [Internet]. Copenhagen (Denmark): European observatory on health systems and policies; (Health Policy Series, No. 46.) 1. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436891/>
209. Cleveland clinic. Pieejams: <https://globalhealthcareaccreditation.com/>
210. Collinson, S. (2015). Diamond of national advantage. Wiley encyclopedia of management. John Wiley & Sons, Ltd. Available online: <https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom120190>
211. Crooks, V. A., Turner, L., Cohen, I. G., Bristeir, J., Snyder, J., Casey, V., & Whitmore, R. (2013). Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ open*, 3(2), e002302. doi:10.1136/bmjopen-2012-002302
212. Dunbar-Rees R. (2018). Paying for what matters most: the future of outcomes-based payments in healthcare. *Future healthcare journal*, 5(2), 98–102. doi:10.7861/futurehosp.5-2-98

213. Entwistle, V. A. & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American journal of bioethics : AJOB*, 13(8), 29–39. doi:10.1080/15265161.2013.802060
214. European Commission. (2018). EU Cluster Portal. Accessible online: http://ec.europa.eu/growth/industry/policy/cluster_en
215. European Commission, SVI 2001/508. Mobility patterns of retired people: a challenge for the transportation system 2030? Available from: <https://trimis.ec.europa.eu/project/mobility-patterns-retired-people-challenge-transportation-system-2030>
216. Eiropas Savienība. (2019). Eiropas Revīzijas Palātas īpašais ziņojumu ES pasākumi pārrobežu veselības aprūpē: mērķi ir vērienīgi, taču nepieciešama labāka pārvaldība. Pieejams: https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR19_07/SR_HEALTH_CARE_LV.pdf
217. Fogeļe, K. (2017). Number of foreign patients at clinics of Baltic Care Medical tourism centre alliance experienced consistent growth in 2016. Available from: http://travelnews.lv/index.php?m_id=18518&i_id=5&pub_id=104672
218. Grant, R.M. (2015). Five forces of competition. Wiley encyclopedia of management. John Wiley & Sons, Ltd. Available online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118785317.weom120173>
219. HCAHPS USA summary analyses: october-december. (2014). Pieejams: http://www.hcahponline.org/files/October_December_2013_Summary_HCAHPS_Results.pdf
220. International healthcare accreditation. Pieejams: <https://www.dnvgl.com/services/international-healthcare-accreditation-7516>
221. KPMG (2018). Global customer experience excellence report. Pieejams: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2018/06/tomorrows-experience-today-harnessing-a-customer-first-approach.pdf>
222. Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumi Nr.60. “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”, pieņemti 20.01.2009. Pieejami tiešsaistē: <https://likumi.lv/doc.php?id=187621>
223. Latvijas Republikas Veselības Ministrija. (2018). Informatīvais ziņojums par veselības tūrisma attīstības veicināšanas iespējām. 28.06.2019. http://tap.mk.gov.lv/doc/2018_08/VMzin_280618_Turisms.1359.docx Accessed: June 1, 2019
224. Latvijas Veselības inspekcija. (2019). Rigvir marketing authorization suspended; information for current patients. Pieejams tiešsaistē: <https://www.zva.gov.lv/en/news-and-publications/news/rigvir-marketing-authorisation-suspended-information-current-patients>
225. Latvijas Veselības Tūrisma Klasteris. (2019). Clinics. <https://www.healthtravellatvia.lv/en/clinics> Accessed: June 4, 2019
226. Latvijas veselības tūrisma klasteris. Pieejams: <https://healthtravellatvia.lv/klasteris/>

227. Latvijas Investīciju un attīstības aģentūra. (2015). Magnetic Latvia prezentācija. Pieejama tiešsaistē: <https://www.liaa.gov.lv/lv/magnetic-latvia-prezentacija>
228. Latvijas Investīciju un Attīstības aģentūra. (2019). Magnetic Latvia tīmekļa vietne. Medical tourism. <https://www.latvia.travel/en/article/medical-tourism>
229. Latvijas ilgtspējīga tūrisma klasteris. (2016). Medicīnas bizness. Pieejams tiešsaistē: <http://tourismcluster.lv/lv/Jaunumi/274-medicinas-bizness>
230. Lunt, N., Smith, R.D., Mannion, R. et al. Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 Jan. (Health Services and Delivery Research, No. 2.2.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263160/> doi: 10.3310/hsdr02020
231. Ministru kabinets (2014). Rīkojums Nr. 326 "Par Latvijas tūrisma attīstības pamatnostādņēm 2014.–2020.gadam". Latvijas Vēstnesis", 4.07.2014., Nr. 129, <https://www.vestnesis.lv/op/2014/129.9>
232. Ministru kabinets (2019). Rīkojums Nr. 109 "Par veselības aprūpes pakalpojumu eksporta attīstības plānu 2019.–2023. gadam". <https://likumi.lv/ta/id/305413>
233. Ministru kabineta 2018. gada 11. decembra noteikumi Nr. 763 "Noteikumi par Oficiālās statistikas programmu 2019.–2021. gadam". <https://likumi.lv/ta/id/303613>
234. Nacionālais veselības dienests. (2018). Regarding cross-border directive. Available from: <http://www.vmnvd.gov.lv/en/cross-border-healthcare-contact-point>
235. NHS staff survey. (2015). Pieejams: <http://www.nhsstaffsurveys.com/Page/1010/Home/NHS-Staff-Survey-2015/> Fan V.S., Reiber.
236. OECD (2017). Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality, Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>
237. OECD/EU (2018), Health at a glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
238. OECD Health statistics database, WHO global expenditure database (updated December 2018)
239. On approving the methodological recommendations for providing independent assessment of health care quality in medical organizations. Pieejams: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9072-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-14-maya-2015-g-240-ob-utverzhdenii-metodicheskikh-rekomendatsiy-po-provedeniyu-nezavisimoy-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami>.
240. Pessaux, P. & Cherkaoui, Z. (2018). Value-based healthcare: a novel approach to the evaluation of patient care. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 7(2), 125–126. doi:10.21037/hbsn.2017.12.11

241. PVO (2019). Pieejams: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>, skatīts 29.11.2019.
242. Qmentum accreditation program. Pieejams: <https://accreditation.ca/intl-en/accreditation/qmentum/>
243. Ricciardi, W. & Boccia, S. New challenges of public health: bringing the future of personalised healthcare into focus, *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue suppl_4, October 2017, Pages 36–39, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx164>
244. Saeima (1998). Tūrisma likums. Latvijas Vēstnesis, 287, 07.10.1998. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=50026>
245. Sammut-Bonnici, T. & Galea, D. (2015). PEST analysis. Wiley encyclopedia of management. John Wiley & Sons, Ltd. Available online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118785317.weom120113>
246. Siemens healthineers. <https://www.siemens-healthineers.com/insights>
247. Stratman, T, Baker, M. & the Mercatus Center at George Mason University (2017). Barriers to entry in the health care market, pieejams: <https://www.mercatus.org/publications/healthcare-barriers-to-entry-certificate-of-need-winners-losers>
248. The state of value in US health care. Pieejams: <https://uofuhealth.utah.edu/value/>
249. Thomson Reuters Practical law. (2018). Court fines Rīgvir owner for misleading advertising (Court of First Instance) (Latvia). <https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/w-013-2734?transitionType=Default&contextData=%28sc.Default%29> Accessed: June 3, 2019.
250. US National Library of Medicine. Pieejams: <https://ghr.nlm.nih.gov/primer/precisionmedicine/definition> (skatīts 20.08.2019.)
251. Veselības inspekcija. (2018). Ārstniecības iestādes, kas reģistrējušās medicīnas tūrisma pakalpojumu sniegšanai. Pieejams: [http://www.vi.gov.lv/uploads/files/medicinas%20turisms_03042018\(1\).pdf](http://www.vi.gov.lv/uploads/files/medicinas%20turisms_03042018(1).pdf) (skatīts 21.09.2019.)
252. Veselības ministrija (2018). Darba grupas ziņojums: Informatīvais ziņojums par veselības tūrisma attīstības veicināšanas iespējām. Pieejams: http://tap.mk.gov.lv/doc/2018_08/VMzin_280618_Turisms.1359.docx
253. Villeruša, A., Behmane, D., Berķis, U., Kokarēviča, A. & Cauce, V. Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Sect.B. - Vol.73, No.4 (2019, Aug.), p.269-277. - Web of Science un/vai Scopus. - DOI: 10.2478/prolas-2019-0044
254. Vīksne, I. (2017). Jauns tēls. Latvija pievilks kā magnēts. NRA. Pieejams tiešsaistē: <https://nra.lv/latvija/198623-jauns-tels-latvija-pievilks-ka-magnets.htm>
255. Zāļu Valsts Aģentūra. (2019). Rīgvir marketing authorization suspended; information for current patients. <https://www.zva.gov.lv/en/news-and-publications/news/rigvir-marketing-authorisation-suspended-information-current-patients> Accessed: June 1, 2019.

256. World Bank. (2018). Current health expenditure (% of GDP). Available online: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?year_high_desc=true
257. World Health Organization (2006). Quality of care : a process for making strategic choices in health systems, WHO Press, Available online: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
258. WHO (2016). Cylus, J. Papanicolas, I. & Smith, P.C. editors. Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; (Health Policy Series, No. 46.)
1. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436891/>
259. Zāļu Valsts Aģentūra. (2019). Rigvir marketing authorization suspended; information for current patients. <https://www.zva.gov.lv/en/news-and-publications/news/rigvir-marketing-authorisation-suspended-information-current-patients>
260. Zook, C.(2018). Certification vs. accreditation vs. licensure: what's the difference in health care? Pieejams: <https://www.aeseducation.com/blog/certification-accreditation-licensure-whats-the-difference-in-health-care>

1.pielikums. Pacientvērsta aprūpes definīcijas

Autores apkopots pēc ^{175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189}

Stewart <i>et al.</i> 2001, Brown <i>et al.</i> 2003, 2014	2001.gadā tika norādīts, ka pacienti vēlas uz pacientu centrētu aprūpi, kas a) pēta pacienta galveno ārsta apmeklējuma iemeslu, pacientu bažas un informācijas nepieciešamību; b) meklē integrētu izpratni par pacientu pasauli - tas ir, viņu visu cilvēku, emocionālu c) atrod kopīgu nostāju jautājumā par problēmu un savstarpēji vienojas par vadīšanu; d) uzlabo profilaksi un veselības veicināšanu un e) veicina pastāvīgas attiecības starp pacientu un ārstu. 2003. gadā autori apgalvo, ka izpratne par visu cilvēku "ietver izpratni par dažādiem pacienta dzīves aspektiem... ieskaitot ekosistēmu". 2014. gadā, tiek samazināti pieci elementi līdz četriem, atceļot d sadaļu (uzlabo profilaksi un veselības veicināšanu) un izmaina pārējo četru komponentu terminoloģiju. Tās kļūst par: (1) veselības, slimību un slimības pieredzes izpēti; (2) visa cilvēka izpratne; (3) kopīga pamata atrašana; (4) pacienta un mediķa attiecību uzlabošana
Mead & Bower 2000	<i>Mead</i> un <i>Bower</i> ierosināja piecas pacientvērsta aprūpes dimensijas: (1) biopsihosociālās perspektīvas pieņemšana; (2) pacienta kā personas izpratne; (3) varas un atbildības dalīšana starp ārstu un pacientu; (4) terapeitiskās alianses izveidošana; (5) ārsta kā personas izpratne.
Frampton & Charmel 2009	Kā būtiskus pacientvērsta aprūpes dimensijas minēja: 1. Uz cilvēku mijiedarbību un attiecībām vērsta aprūpe. 2. Pieeja veselības un medicīniskajai informācijai. 3. Ārstnieciskā partnerība, kurā iesaistīti pacienti, ģimene un brīvprātīgie. 4. Uzturs. 5. Garīgā un kultūras daudzveidība. 6. Papildu un alternatīvā medicīna un konvencionālā aprūpe. 7. Dziedināšanas māksla. 8. Dziedināšanas vide. 9. Veselīga kopiena.
Gerteis <i>et al.</i> 1993	Pacientvērsta aprūpe ietver: cieņu pret pacienta vērtībām, vēlmēm un izteiktajām vajadzībām; koordinētu un integrētu aprūpi; skaidru, kvalitatīvu informāciju un izglītošanu pacientam un ģimenei; fizisko komfortu, ieskaitot sāpju mazināšanu; emocionālu atbalstu un baiļu un satraukuma mazināšanu; ģimenes locekļu un draugu iesaistīšanu pēc vajadzības; nepārtrauktību, ieskaitot rūpīgu pāreju uz citu aprūpes vietu un piekļuves aprūpei.
Dwamena <i>et al.</i> 2012	Pacientvērsta aprūpi definē kā aprūpes filozofiju, kas mudina: (a) kopīgi kontrolēt konsultācijas, lēmumus par iekļaušanos vai veselības problēmu pārvaldību kopā ar pacientu

¹⁷⁵ Brown, J.B., Stewart, M., Weston, W.W. & Freeman, T.R. (2003). Introduction. In: Patient-centered medicine: transforming the clinical method (2nd edn.). Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L. & Freeman, T.R., eds. Oxford: Radcliffe Medical Press.

¹⁷⁶ Stewart, M. (2001). Towards a Global Definition of Patient Centred Care: The Patient Should be the Judge of Patient Centred Care. *British Medical Journal* 322, 444-445.

¹⁷⁷ Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., Freeman, T.R. & McWilliam, C.L. (2014). Introduction. In: Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd edn. Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R. & McWilliam, C.L. & Freeman, T.R., eds. Oxford: Radcliffe Medical Press.

¹⁷⁸ Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51 (7) 1087-1110.

¹⁷⁹ Frampton, S. & Charmel, P. (2009). Introduction. In: Putting patients first: best practices in patient-centered care. Frampton, S. & Charmel, P., eds. Oxford: John Wiley & Sons.

¹⁸⁰ Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco, T.L. (1993). Introduction. In: Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S. & Daley, J., eds. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

¹⁸¹ Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C.M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin, S., Smith, R.C., Coffey, J. & Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.

¹⁸² OMA (Ontario Medical Association). (2010). OMA Policy on Patient-Centred Care. *Ontario Medical Review*, pp. 36-47

¹⁸³ Davis, K., Schoenbaum, S.C. & Audet, A-M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine* 20 (10) pp. 955-956.

¹⁸⁴ Barry, M.J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making - The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine* 366 (9), pp. 779-780.

¹⁸⁵ Fredericks, S., Lapum, J., Schwind, J., Beanlands, H., Romaniuk, D. & McCay, E. (2012). Discussion of Patient-Centered Care in Health Care Organizations. *Quality Management in Healthcare* 21 (3), pp. 129-133.

¹⁸⁶ Van Berckelaer, A., DiRocco, D., Ferguson, M., Gray, P., Marcus, N. & Day, S. (2012). Building a Patient-Centered Medical Home: Obtaining the Patient's Voice. *Journal of the American Board of Family Medicine* 25 (2), pp. 192-198.

¹⁸⁷ Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L. & Duberstein, P.R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Sciences & Medicine* 61 (7), pp. 1520-1526.

¹⁸⁸ Clayton, M.F., Latimer, S., Dunn, T.W. & Haas, L. (2011). Assessing patient-centered communication in a family practice setting: how do we measure it, and whose opinion matters? *Patient Education and Counseling* 84 (3) 294-302

¹⁸⁹ Clarke S., Ells, C., Thombs, B.D. & Clarke D. (2017). Defining elements of patient-centered care for therapeutic relationships: a literature review of common themes. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 5(3), pp. 363-371.

	un / vai (b) koncentrēties konsultācijā uz pacientu kā personu, kuram ir individuālas vēlmes, kas atrodas sociālajā kontekstā (pretstatā konsultācijām par kādu atsevišķu ķermeņa daļu vai slimību).
Ontario Medical Association 2010	Pacientvērsta sistēma nozīmē "brīvu pārvietošanos visā aprūpes ceļā". Praktizējošiem ārstiem eksistē divi aspekti, kas vērsti uz pacientu, pirmais aspekts vērsts uz pacientu kopumā, otrs uz pacienta un ārsta komunikācijas uzlabošanu.
Davis, Schoenbaum & Audet 2005	Autori piedāvā septiņas pacientvērsta primārās aprūpes dimensijas, lai uzlabotu uz pacientu centrētu aprūpi. Tie ietver - lielisku piekļuvi aprūpei, pacienta iesaistīšanos aprūpē, klīniskās informācijas sistēmas, kas atbalsta augstas kvalitātes aprūpi, uz praksi balstītu mācīšanos un kvalitātes uzlabošanu, aprūpes koordināciju, integrētu, visaptverošu aprūpi un vienmērīgu informācijas pārsūtīšanu izmantojot fiksētu vai virtuālu pakalpojumu sniedzēju komandu. Pastāvīgas, regulāras pacienta atsauksmes par praksi un publiski pieejama informācija par praksi.
Institute of Medicine 2001	Pacientvērsta aprūpe - "tāda aprūpe, kas respektē un reaģē uz individuālām pacienta vēlmēm, vajadzībām un vērtībām, un nodrošina, ka pacienta vērtības nosaka visus klīniskos lēmumus".
Barry & Edgman-Levitan 2012	"Laika gaitā sasniegumi medicīnas zinātnē ir devuši jaunas iespējas, kuras, kaut arī bieži uzlabo rezultātus, ir nejausi attālinājuši ārstus no saviem pacientiem." "Kopīgā lēmumu pieņemšanā abas puses apmainās ar informāciju: ārsts piedāvā iespējas un apraksta riskus un ieguvumus, un pacients izsaka savas vēlmes un vērtības." "Pieredze rāda, ka tad, kad pacienti zina, ka viņiem ir labākās ārstēšanas, skrīninga testa vai diagnostikas procedūru iespējas, lielākā daļa no viņiem vēlēšies piedalīties to izvēlē." "Pacienti ir jāizglīto par to lomu, kāda viņiem ir lēmumu pieņemšanā, un viņiem jādod efektīvi instrumenti, kas viņiem palīdzētu izprast viņu iespējas un lēmumu sekas." "Ārstiem ir jāatsakās no savas aizbildnieciskās lomas."
Van Berckelaer <i>et al.</i> 2012	Pacientvērsta aprūpe nozīmē, trīs aspektus, kas tika identificēti dažādās fokusa grupās, dažādās pakāpēs. Tā bija komunikācija, prakses un veselības sistēmas struktūra un atbildība par aprūpi vai īpašumtiesības uz to. Ar komunikāciju saistītās tēmas var apkopot kā vēlmi pēc skaidras, savlaicīgas un pieklājīgas komunikācijas. Attiecībā uz prakses struktūru respondenti novērtēja sistēmu, kas izstrādāta, lai atvieglotu pakalpojumu sniedzēja nepārtrauktību un kontaktu. Tēmas, kas saistītas ar aprūpes īpašumtiesībām vai atbildību par tām, norāda uz attiecību un prakses stilu, kas ļauj pacientam gan uzticēties pakalpojuma sniedzēja norādījumiem, gan pilnīgāk iesaistīties paša aprūpē.
Fredericks <i>et al.</i> 2012	Autori izmantoja kritiskās sociālās teorijas un tā varas pamatojumu. "Organizatoriskā līmenī pacientvērsta aprūpe ir aprakstīta kā pacientu izglītības, pašaprūpes un uz pierādījumiem balstītas prakses modeļu apvienošana." Pacientvērsta aprūpe sastāv no 4 aspektiem, kas ietver komunikāciju, partnerības, veselības veicināšanu un fizisko aprūpi. "Šī pieeja aprūpei prasa novērtēt pacienta vēlmes, uzskatus un bažas par viņu slimību; izpratne par viņu personiskajiem apstākļiem; spēju atrast kopīgu nostāju jautājumā par problēmu un vienoties par to vadīšanu; un zināšanas par labāko pierādījumu izmantošanu, lai informētu par lēmumiem, kas saistīti ar ārstēšanu."
Epstein <i>et al.</i> 2005	<i>Epstein</i> u.c. ieteica savu definīciju pacientvērsta aprūpei. "(1) Pacienta skatījuma izkopšana un izpratne - bažas, idejas, cerības, vajadzības, jūtas un darbība. (2) Izpratne par pacientu viņa unikālajā psihosociālajā kontekstā. (3) Kopīgas izpratnes panākšana par problēmu un tās ārstēšanu (4) Palīdzību pacientiem dalīties ar varu un atbildību, iesaistot viņus izvēlē, tik cik viņi to vēlas."
McCormack <i>et al.</i> 2011	"Lai arī esošie komunikācijas pasākumi izmanto elementus, kas vērsti uz pacientu, lielākoties visaptveroši netiek novērtēta pacientvērsta aprūpe." Tādējādi visaptverošā pacientvērsta aprūpē jānovērtē pacienta (un ģimenes locekļu vai citu aprūpētāju) komunikācija, kā arī ārsta mijiedarbība un īpašības, kuras kopīgi veido visas iesaistītās puses (piemēram, sarunas, vienprātības veidošana) "Tika izstrādāti domēni, lai atspoguļotu normatīvu (izveidojot jaunu standartu), nevis aprakstošu (notiekošo) pieeju, kā to ieteica <i>Epstein</i> u.c."
Clayton <i>et al.</i> 2011	Pacientvērsta aprūpe un uz pacientu vērsta komunikācija ir divi savstarpēji saistīti jēdzieni, kas attiecas uz salikto terminu "pacienta uzmanība", kas norāda uz vēlmi pievērsties katra pacienta vērtību, vajadzību un problēmu individuālajam raksturam. "No otras puses, uz pacientu vērsta komunikācija tiek uzskatīta par pacientvērsta aprūpes sastāvdaļu, kas ietver četras komunikācijas jomas: pacienta perspektīvu, psihosociālo kontekstu, kopīgu izpratni, kā arī dalītu varu un atbildību". Pārējā definīcija par pacientvērsta aprūpi tika ņemta no <i>Epstein</i> .
Epstein & Street (2007)	Informācijas apmaiņa, ārstniecisko attiecību veicināšana, nenoteiktības pārvaldīšana, emociju atpazīšana un reaģēšana uz tām, lēmumu pieņemšana, pašvadība un pacienta navigācijas iespēju nodrošināšana.

2.pielikums. Pacientu apmierinātības novērtēšanas anketu veidi

Pacientu apmierinātības novērtēšanas anketu veidi^{190 191 192 193 194 195 196 197 198}

Anketas nosaukums	Autors, valsts	Gads	Jautājumu skaits	Novērtējamie faktori
PSQ-18 Patient satisfaction questionnaire (Pacientu apmierinātības anketa)	J.E. Ware u. c. ASV	1976	18	Vispārējā apmierinātība, personāla kvalifikācija, starppersonu attiecības, komunikācija, ārstēšanas izmaksas, laiks sarunai ar ārstu, pieejamība / ērtības
PSQ-III Patient satisfaction questionnaire (Pacientu apmierinātības anketa)			51	
CSQ-8 Client satisfaction questionnaire (Klientu apmierinātības anketa)	C.C. Attkisson, D.L. Larsen ASV	1979	8	Kopējā apmierinātība
PJHQ Patient Judgments of Hospital Quality (Pacientu vērtējums par slimnīcas kvalitāti)	H.R. Rubin u.c., ASV	1990	46	Hospitalizācijas process, mijiedarbība ar medmāsām, atbalsta personālu un ārstu, ikdienas aprūpe, palātu apstākļi, saņemtās informācijas par ārstēšanu un izrakstīšanu pilnīgums, izmaksas, process kopumā
QPP Quality from the Patients's Perspective (kvalitāte no pacienta viedokļa)	B.W. Larsson u.c., Zviedrija	1998	68	Medicīniskās un tehniskās kompetences, materiālais un tehniskais nodrošinājums, personifikācija, iesaistīšanās, apņemšanās, sociokulturālā atmosfēra, ārstēšanas rezultāts
HCAHPS Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (Stacionārās aprūpes sniedzēja vērtējums)	CMS sadarbībā ar AHRQ, ASV	2002-2012	24	Mijiedarbība ar medmāsām, saskarsme ar ārstu, fiziskais komforts, sāpju mazināšana, medicīniskās procedūras, saņemtās informācijas par ārstēšanu un izrakstīšanu pilnīgums, atsauksmes
PPE-15 Picker patient experience (Pikera pacienta pieredze)	C. Jenkinson u.c., Lielbritānija	2002	15	Informācijas un apmācības pilnīgums, fiziskais komforts, emocionālais atbalsts, cieņa pret pacienta vēlmēm, draugu un radnieku iesaistīšana, ārstēšanas pēctecība un nepārtrauktība
SWOPS Satisfaction with Outpatient Services (Apmierinātība ar ambulatoro aprūpi)	O. Keegan, H. McGee, Īrija	2003	37	Reģistrācijas process, mijiedarbība ar māsām, mijiedarbība ar ārstu, saņemtās informācijas par ārstēšanu un izrakstīšanu pilnīgums, pārbaudes līmenis, vispārējā apmierinātība

¹⁹⁰ Ware J.E., Snyder M.K. & Wright W.R. (1976). Development and validation of scales to measure patient satisfaction with medical care services. Development and validation of scales to measure patient satisfaction with medical care services. National technical information service. 1(8), pp. 290- 327

¹⁹¹ Attkisson C.C.& Larsen D. L. (1979). Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire. Evaluation and program planning, 6(3,4), pp. 300-312

¹⁹² Larsson B.W., Larsson G.& Munck I.M. (1998). Refinement of the questionnaire 'quality of care from the patient's perspective' using structural equation modelling. Scand J Caring Sci.; 12(4), pp. 109–117.

¹⁹³ Larsson B.W. & Larsson G. (2002). Development of a short form of the quality from the patient's perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinic Nurs* ; 11(7), pp. 683–686.

¹⁹⁴ Elliott M.N., Lehrman W.G., Goldstein E., Hambarsoomian K., Beckett M.K. & Giordano L.A. (2010). Do hospitals rank differently on HCAHPS for different patient subgroups? *Med Care Res Rev.*; 67(1) pp. 57-70.

¹⁹⁵ NHS staff survey. (2015). Pieejams: <http://www.nhsstaffsurveys.com/Page/1010/Home/NHS-Staff-Survey-2015/>

¹⁹⁶ Fan V.S., Reiber G.E., Diehr P., Burman M., McDonell M.B.& Fihn S.D. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. *J Gen Intern Med.* 20(5), pp. 453-459.

¹⁹⁷ HCAHPS USA Summary analyses: october-december. (2014). Pieejams: http://www.hcahponline.org/files/October-December_2013_Summary_HCAHPS_Results.pdf

¹⁹⁸ On approving the methodological recommendations for providing independent assessment of health care quality in medical organizations. Pieejams: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9072-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-14-maya-2015-g-240-ob-utverzhenii-metodicheskikh-rekomendatsiy-po-provedeniyu-nezavisimoy-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami>.

SOSQ Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire (Sietlas ambulatorās apmierinātības anketa) [15,35]	V.S. Fan u.c, ASV	2005	21	Humānistiskā skala novērtē medicīnas personāla komunikācijas prasmes un organizācijas mērogu (no 0 līdz 100 punktiem). Organizācijas mērogā tiek novērtēts pieejamības līmenis, gaidīšanas ilgums utt.
PPQ Patient perceptions of quality (Pacientu cerības par kvalitāti)	K.D. Rao u.c, Indija	2006	16	Medicīniskās aprūpes pieejamība, saņemtās informācijas par ārstēšanu un izrakstīšanu pilnīgums, personāla izturēšanās, ārstu izturēšanās, slimnīcas infrastruktūra
Anketa par apmierinātības ar ambulatori medicīnisko pakalpojumu sniegšanas kvalitāti analīze	Krievijas Federācijas Veselības ministrija	2013	13	Uzņemšanas nosacījumi, gaidīšanas ilgums (uzņemšana, konsultācija, diagnostikas procedūras), gaidīšanas apstākļi, palīdzības novērtējums, piezvanot ārstam mājās, vispārējā apmierinātība, spēja ieteikt medicīnas organizāciju, informācijas par ārstēšanu un izrakstīšanu pilnīgums
Anketa par apmierinātības ar stacionāro medicīnisko pakalpojumu kvalitāti analīze	Krievijas Federācijas Veselības ministrija	2013	15	Gaidīšanas apstākļi, vispārējs procedūru novērtējums, attiecības ar personālu, uzturēšanās apstākļu (maltītes, tīrīšana, kopšana) novērtēšana, vajadzība un nosacījumi maksas pakalpojumu sniegšanai, vispārējā apmierinātība, par ārstēšanu un izrakstīšanu saņemtās informācijas pilnīgums
Anketa par apmierinātības ar ambulatoro medicīnisko pakalpojumu sniegšanas kvalitāti analīze	Krievijas Federācijas Veselības ministrija	2015	23	Gaidīšanas ilgums (uzņemšana, diagnostiskās procedūras, speciālista konsultācija), kontakta iemesls, pierakstīšanas metode, vispārējā apmierinātība, saņemtās informācijas par ārstēšanu un izrakstīšanu pilnīgums, ārstēšanas biežums, vietējā terapeita un šauru speciālistu kompetence, rekomendāciju iespēja
Anketa par apmierinātības ar stacionāro medicīnisko pakalpojumu kvalitāti analīze	Krievijas Federācijas Veselības ministrija	2015	21	Informācijas pilnīgums, uzņemšanas nodaļas nosacījumi, gaidīšanas ilgums, attiecības ar uzņemšanas nodaļas darbiniekiem un slimnīcā, nepieciešamība maksāt par pakalpojumiem, ieteikumu pieejamība, personāla kompetence, vispārējā apmierinātība, apmierinātība ar aprūpi

3.pielikums. Aptaujas “Veselības aprūpes konkurētspēja ārējos tirgos un to noteicošie faktori” anketa

APTAUJA

VESELĪBAS APRŪPES KONKURĒTSPĒJA ĀRĒJOS TIRGOS UN TO NOTEICOŠIE FAKTORI

Pētījumu atbalsta Valsts Pētījumu programma 5.2. «Tautsaimniecības transformācija, gudra izaugsme, pārvaldība un tiesiskais ietvars valsts un sabiedrības ilgtspējīgai attīstībai – jaunas pieejas ilgtspējīgas zināšanu sabiedrības veidošanai (EKOSOC-LV)».

Jūs esat aicināts piedalīties aptaujā, kuras mērķis ir noskaidrot veselības aprūpes nozares konkurētspējas stiprās un vājās puses.

Pētījumu īsteno Rīgas Stradiņa universitāte. Neskaidrības gadījumā varat sazināties ar projekta vadītāju RSU asoc. prof. Anitu Villerušu, zvanot pa tālruni 67338310, rakstot e-pastu Anita.Villerusa@rsu.lv vai ar vadošo pētnieci Daigu Behmani Daiga.Behmane@rsu.lv.

Pētījuma veikšana saskaņota ar LR Veselības ministriju.

Kā aizpildīt anketu?

Izlasiet katru jautājumu un iespējamās atbildes, pēc tam:

* Apvelciet ar aplīti atbildes varianta ciparu, kurš Jums liekas visatbilstošākais konkrētam jautājumam

Piemēram: Iestādes īpašuma forma:

Valsts

Pašvaldības

Privātā

* Ja piedāvātās atbildes kādā gadījumā nav vai nav piemērojama, pierakstiet to anketā papildus

* Tabulās apvelciet piemērotāko atbildi katrā no rindām

PATEICAMIES PAR SADARBĪBU!

I Vispārējā informācija par iestādi

1. Iestāde galvenais darbības veids

VIENA ATBILDE!

1. Stacionāra ārstniecības iestāde
 - 1.1.Daudzprofila
 - 1.2.Specializētā
 - 1.3.Aprūpes
2. Dienas stacionārs
3. Veselības centrs (primārā/sekundārā aprūpe vismaz 3 specialitātēs)
4. Ambulatora rehabilitācijas iestāde
5. Ārsta prakse
6. Ārstnieciskās kosmetoloģijas kabinets
7. Zobārstniecības prakse
8. Medicīnas laboratorija (pasvītrot: Diagnostikas / Medicīnas laboratorija)
9. Tehniskās ortopēdijas iestāde

2. Iestādes īpašuma forma

1. Valsts
2. Pašvaldības
3. Privātā

3. Kādus pakalpojumus sniedz Jūsu iestāde? (iespējamās vairākas atbildes)

1. Ambulatoros
2. Diagnostikas

3. Stacionāra
4. Dienas stacionāra
5. Rehabilitācijas
6. Aprūpes
7. Zobārstniecības
8. Citus (*kādus*)_____

1. Cik darbinieku pilna laika ekvivalentos ir Jūsu iestādē? (*pie rakstīt*)

1. Ārsti_____
2. Māsas_____
3. Palīgpersonāls_____
4. Administratīvais personāls_____

5. Vai Jūsu iestādei ir mājas lapa ar piedāvātajiem pakalpojumiem?

VIENA ATBILDE!

1. Jā, ir
2. Nav, bet plānojam
3. Nav (*pāriet uz 7. jautājumu*)

6. Kā Jūs vērtējat mājaslapas ietekmi uz pacientu/ klientu piesaisti?

VIENA ATBILDE!

1. Pozitīvi, kopš tās izveides klientu skaits pieaug
2. Neitrāli, tā nav ietekmējusi klientu plūsmu
3. Nezinu

7. Vai Jūsu iestāde šobrīd sniedz pakalpojumus ārvalstu pacientiem/ klientiem?

VIENA ATBILDE!

1. Jā, regulāri
2. Jā, tikai gadījuma rakstura situācijā
3. Nē (*pāriet uz 14. jautājumu*)

8. Cik ārvalstnieki Jūsu iestādē ārstējās 2014.gadā un cik % tas sastāda no kopējā pacientu skaita?

1. Latvijā dzīvojoši ārvalstnieki (t.sk. Latvijā studējošie) _____ cilvēki _____ %
2. Ārvalstnieki, kuri Latvijā ieradušies saņemt medicīniskos pakalpojumus _____ cilvēki _____ %
3. Nav tādu datu uzskaites

9. Kādus pakalpojumus Jūs sniežat ārvalstu pacientiem/ klientiem? (*iespējamās vairākas atbildes*)

1. Speciālistu konsultācijas
2. Diagnostikas
3. Dienas stacionāra
4. Rehabilitācijas
5. Hronisku slimību terapijas klīnikā
6. Zobārstniecības
7. Plastiskās ķirurģijas un operatīvās kosmetoloģijas
8. Citas ķirurģiskas operācijas
9. Citus (*kādus*)_____

10. Vai Jūsu iestādei ir izstrādāta stratēģija ārvalstu pacientu/ klientu piesaistei?

VIENA ATBILDE!

1. Ir
2. Nav, bet plānojam
3. Nav

11. No kurām valstīm ir Jūsu iestādes pakalpojumus izmantotāji ārvalstnieki? (*iespējamās vairākas atbildes*)

1. Igaunija
2. Lietuva
3. Somija
4. Norvēģija
5. Zviedrija
6. Vācija
7. Lielbritānija

8. Krievija
 9. Baltkrievija
 10. Citas Centrāleiropas valstis (*kuras*) _____
 11. Citas NVS valstis (*kuras*) _____
 12. Citas (*kuras*) _____
12. Vai ārvalstu pacientu/ klientu interese par Jūsu iestādi pēdējos 5 gados ir palielinājusies?
1. Jā, (*no kurām valstīm - pierakstīt*) _____
 2. Nē
13. Vai uzskaitāt un analizējat ārvalstniekiem sniegtos pakalpojumus?
1. Jā
 2. Nē
14. Kādus pasākumus veicat, lai piesaistītu ārvalstu pacientus/ klientus? (*iespējamās vairākas atbildes*)
1. Reklamējam savu iestādi masu medijos
 2. Internetā un sociālajos tīklos
 3. Vides reklāmā
 4. Ievietojam reklāmu speciālos izdevumos (*t.sk. bukletos, prospektos, lidmašīnu žurnālos*)
 5. Piedalāmies profesionālās veselības vai veselības tūrisma izstādēs ārvalstīs
 6. Latvijas uzņēmēju delegācijās un misijās ārvalstīs
 7. Sadarbojamies ar starpniekiem Latvijā (*aģenti, tūrisma aģentūras*)
 8. Sadarbojamies ar starpniekiem ārvalstīs
 9. Sadarbojamies ar Veselības klasteri
 10. Sadarbojamies ar ārvalstu klīnikām
 11. Citus (*kādus*) _____
15. Cik bieži Jums jāsniedz veselības aprūpes pakalpojumi ārvalstniekiem?
- 15.1. Ar EVAK karti (*neatliekamā palīdzība*)?
1. Nesniedzam
 2. Mazāk kā iepriekšējos gados
 3. Ne vairāk kā iepriekšējos gados
 4. Nedaudz vairāk kā iepriekšējos gados
 5. Daudz vairāk kā iepriekšējos gados
- Gadījumu skaits gadā _____
- 15.2. Pārrobežu direktīvas ietvaros (*plānveida palīdzība*)?
1. Nesniedzam
 2. Mazāk kā iepriekšējos gados
 3. Ne vairāk kā iepriekšējos gados
 4. Nedaudz vairāk kā iepriekšējos gados
 5. Daudz vairāk kā iepriekšējos gados
- Gadījumu skaits gadā _____

II. Eksporta veicināšana veselības aprūpes nozarē

16. Ar cik ballēm 7 ballu skalā Jūs vērtētu biznesa vidi Latvijā medicīnas eksporta attīstīšanai? (Kur 1 nozīmē, ka attīstības potenciāla nav, bet 7, ka attīstības potenciāls ļoti augsts)
- _____ (*ierakstīt vienu skaitli no 1 līdz 7*)

17. Vai, Jūsaprāt, pastāv šķēršļi medicīnas eksporta veicināšanai Latvijā?
VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Veselības aprūpes (VA) likumdošanā	1	2	3	4
2. VA iestādes infrastruktūrā	1	2	3	4
3. VA sistēmas darbībā	1	2	3	4
4. VA personālā (<i>prasmes, pieejamība</i>)	1	2	3	4
5. Sociālajā vidē (<i>vides, valodas, kultūras barjeras</i>)	1	2	3	4
6. Atbalsta struktūrās eksporta veicināšanai (<i>birokrātijas mazināšana</i>)	1	2	3	4
7. Citi (<i>kādi - pierakstīt</i>) _____				

18. Kā Jūs vērtējat investīciju pieejamību jaunu veselības aprūpes pakalpojumu attīstībai un tehnoloģiju iegādei?

VIENA ATBILDE!

1. Laba (*finanšu institūcijas atbalsta investīcijas nozarē*)
2. Vidēja (*investīciju piesaistes process ir darba un laika ietilpīgs*)
3. Nepietiekama (*investīciju piesaiste nav iespējama vai tikai ar lielām grūtībām nepietiekamā apjomā*)

19. Cik liela loma eksporta attīstībai būtu finansējumam, tā pieejamībai (*banku aizdevumi, fondi u.c.*)?

VIENA ATBILDE!

1. Ļoti liela
2. Liela
3. Ne tik būtiska

20. Kādas ir Jūsu zināšanas par eksporta tirgus iespējām veselības aprūpē?

VIENA ATBILDE!

1. Ļoti labas
2. Labas
3. Viduvējas
4. Sliktas

21. Vai esat izmantojis kādus ārējos pakalpojumus informācijas iegūšanai par starptautisko veselības aprūpes tirgu (*konsultantus, pētījumus u.c.*)?

1. Jā, (*norādīt kādus*) _____
2. Nē

22. Vai Jūsu iestādei/ praksei ir/ būtu vajadzīgi kompetenti darbinieki marketingā, īpaši starptautiskajā marketingā?

VIENA ATBILDE!

1. Ir
2. Nav, bet būtu vajadzīgi
3. Nav un nevajag, jo _____

23. Vai esat piedalījušies veselības pakalpojumu izstādēs, gan kā ārstniecības iestāde, gan klastera sastāvā?

1. Latvijā
2. Citās valstīs (kurās) _____
3. Neesam piedalījušies

24. Kādi veselības aprūpes pakalpojumi, Jūsprāt, perspektīvi varētu piesaistīt ārvalstu pacientus/ klientus Latvijai?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Zobārstniecība	1	2	3	4
2. Diagnostika plastiskā	1	2	3	4
3. Ķirurģija	1	2	3	4
4. Acu ārstēšana	1	2	3	4
5. Dzirdes problēmu ārstēšana	1	2	3	4
6. Dermatoloģija	1	2	3	4
7. Narkoloģija	1	2	3	4
8. Plānveida ķirurģija	1	2	3	4
9. Kardioloģija	1	2	3	4
10. Reproktīvā veselība	1	2	3	4
11. Ortopēdija un traumatoloģija	1	2	3	4
12. Onkoloģija	1	2	3	4
13. Nefroloģija	1	2	3	4
14. Infekcijas slimības, tuberkuloze, HIV	1	2	3	4
15. Rehabilitācija	1	2	3	4
16. Veco ļaužu aprūpe	1	2	3	4
17. Citi (<i>kādi</i>) _____				

II Personāla resursi

25. Vai Jūs esat apmierināts (-a) ar savas iestādes personāla profesionālismu un darba kultūru?

VIENA ATBILDE!

1. Jā, pilnībā
2. Jā, daļēji
3. Nē
4. Nav viedokļa

26. Vai Jūsu iestādes darbinieki ir ieinteresēti pakalpojumu sniegšanā ārvalstu pacientiem/ klientiem?

VIENA ATBILDE!

1. Jā, pilnībā
2. Jā, daļēji
3. Nē
4. Nav viedokļa

27. Vai un kādas varētu būt galvenās problēmas ar personālu pakalpojumu sniegšanā ārvalstniekiem?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Psihoemocionālā gatavība	1	2	3	4
2. Valodas barjeras	1	2	3	4
3. Medicīniskās zināšanas	1	2	3	4
4. Motivācijas trūkums	1	2	3	4
5. Vāja apkalpošanas kultūra	1	2	3	4
6. Liela līdzšinējā noslodze	1	2	3	4
7. Citas _____				

28. Vai Jūsu iestādei ir problēmas ar kvalificēta darbaspēka piesaisti, lai sniegtu pakalpojumus

28.1. Pacientiem Latvijā?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Ārstu	1	2	3	4
2. Vidējā medicīnas personāla	1	2	3	4
3. Palīgpersonāla	1	2	3	4
4. Administratīvā personāla	1	2	3	4

28.2. Ārvalstu pacientiem/ klientiem?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Ārstu	1	2	3	4
2. Vidējā medicīnas personāla	1	2	3	4
3. Palīgpersonāla	1	2	3	4
4. Administratīvā personāla	1	2	3	4

29. Vai Jūsu iestādes dažāda līmeņa personāls ir ieinteresēts pakalpojumu sniegšanā ārvalstniekiem?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Ārsti	1	2	3	4
2. Vidējais medicīnas personāls	1	2	3	4
3. Palīgpersonāls	1	2	3	4
4. Administratīvais personāls	1	2	3	4

30. Vai, Jūsaprāt, būtu nepieciešams pilnveidot personāla kompetences, lai sekmētu veselības aprūpes pakalpojumu eksportu?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Medicīnas personāla profesionālo kompetenci	1	2	3	4
2. Komunikācijas prasmes	1	2	3	4
3. Apkalpošanas kultūru	1	2	3	4

4. Zināšanas likumdošanā	1	2	3	4
5. Zināšanas un prasmes marketingā	1	2	3	4
6. Svešvalodu prasmes	1	2	3	4
7. IT prasmes	1	2	3	4

31. Vai Jūsu uzņēmumā ir ieviestas personāla atbalsta programmas, kas ietver:
VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Personāla profesionālo izaugsmi	1	2	3	4
2. Sociālo atbalstu	1	2	3	4
3. Veselības atbalsta programmas	1	2	3	4

IV Atbalsts eksporta veicināšanai

32. Vai Jūs saredzat pienesumu no kopējā veselības aprūpes nozares mārketinga (makromārketinga), tai skaitā struktūrfondu atbalstītajiem pasākumiem?
VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nē
1. Latvijas veselības aprūpes nozares reklāma starptautiskās izstādēs	1	2	3	4
2. Klasteru aktivitātes	1	2	3	4
3. Kopīgās informācijas platformas (piemēram, vienota WEB saite)	1	2	3	4
4. Sociālo tīklu kampaņas nozares līmenī	1	2	3	4
5. Kopīgi veidoti TV un radio raidījumi	1	2	3	4

33. Kādam jābūt valsts atbalstam, lai Jūs saskatītu iespēju jaunām investīcijām uzņēmuma darbības paplašināšanā?
VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Lielā mērā	Drīzāk jā	Drīzāk nē	Nav nepieciešams
1. Jābūt īpašiem struktūrfondu instrumentiem, kas atbalsta investīcijas nozarē ar būtisku atbalsta intensitāti	1	2	3	4
2. Nozare var attīstīties uz esošo finansējuma piesaistes instrumentu bāzes (<i>bankas, daļēji valsts atbalsts, privātās investīcijas pamatkapitālā</i>)	1	2	3	4
3. Nozarei vajadzīgi valsts atbalsta pasākumi investīciju nodrošināšanai	1	2	3	4

34. Cik būtiska būtu atsevišķu pasākumu nozīme uzņēmuma konkurētspējas stiprināšanai?
VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Ļoti būtiska	Drīzāk būtiska	Drīzāk nebūtiska	Nebūtiska
1. Infrastruktūras modernizēšana	1	2	3	4
2. Speciālistu sagatavošana un kapacitātes celšana	1	2	3	4
3. Pakalpojumu klasifikācijas sistēmas harmonizēšana starp valstīm	1	2	3	4
4. Tiesiskā ietvara izveide sadarbībai ar ārvalstu pacientiem/ klientiem	1	2	3	4
5. Visu ārstniecības personu civiltiesiskā apdrošināšana	1	2	3	4
6. Vienota nacionālā ārstniecības iestāžu kvalitātes sistēma un atbilstības sertifikācija	1	2	3	4
7. Kvalitatīva informācija par iestādi mājaslapā	1	2	3	4
8. Vienotas VA eksporta stratēģijas esamība	1	2	3	4
9. Sadarbības uzlabošana ar ārvalstu VA iestādēm, veselības apdrošināšanas kompānijām	1	2	3	4
10. Vīzu režīma atvieglojumi	1	2	3	4
11. Tūrisma aģentūru aktīvāka izmantošana pacientu/ klientu piesaistē	1	2	3	4

12. Starpvalstu līgumi par noteiktu pakalpojumu sniegšanu	1	2	3	4
13. Investīciju, t.sk. ārvalstu piesaiste	1	2	3	4
14. Ārstniecības personu starptautiskās sadarbības Veicināšana	1	2	3	4

35. Vai Jūs saredzat iespēju piesaistīt līdzekļu no Junkera iniciatīvas – Eiropas Investīciju plāna u.c.?

VIENA ATBILDE!

1. Lielā mērā
2. Drīzāk jā
3. Drīzāk nē
4. Nav nepieciešams

V Konkurences procesuālie un vides aspekti

36. Vai Jums ir bijušas problēmas ar medicīnisko datu savietojamību un apmaiņu ar ārvalstu partneriem?

VIENA ATBILDE!

1. Lielā mērā
2. Drīzāk jā
3. Drīzāk nē
4. Nav bijušas

37. Vai Jūsu iestādē tiek lietota kāda elektronisko medicīnas ierakstu (*health records*) programmatūra?

1. Jā, tiek lietota (*norādiet, kāda*) _____
2. Nē, netiek lietota

38. Vai Jūsu iestāde ir noslēgusi līgumus par VA pakalpojumu sniegšanu ārvalstu juridiskām personām?

1. Jā
2. Nē

39. Cik lielā mērā Jūs varat piekrist zemāk minētajiem apgalvojumiem saistībā ar Jūsu uzņēmuma ārējo konkurētspēju?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Pilnībā piekrītu	Drīzāk piekrītu	Drīzāk nepiekrītu	Pilnībā nepiekrītu
1. Uzņēmumā trūks ieinteresētības ārvalstnieku piesaistei	1	2	3	4
2. Personāla ieinteresētība, noslogojuma dēļ, ir zema	1	2	3	4
3. Tas radīs papildus nepieciešamību pēc resursiem	1	2	3	4
4. Līdzšinējā kvalitātes uzraudzības sistēma nav standartizēta	1	2	3	4
5. Pastāv daudzi birokrātiski šķēršļi	1	2	3	4
6. Nepieciešams pārstrukturēt pakalpojumu klāstu	1	2	3	4
7. Būtiski jāinvestē iestādes infrastruktūras uzlabošanā	1	2	3	4

40. Kā Jūs vērtējat informācijas pieejamību par:

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Pilnībā apmierina	Drīzāk apmierina	Drīzāk neapmierina	Pilnībā neapmierina
1. Veselības aprūpes pakalpojumu klāstu un pieejamību citās ārstniecības iestādēs	1	2	3	4
2. Norēķināšanos ar apdrošināšanas iestādēm	1	2	3	4
3. Ārvalstu pacientu pieprasījumu pēc pakalpojumiem	1	2	3	4
4. Kārtību kā tiek sniegti/ apmaksāti pakalpojumi ārvalstniekiem	1	2	3	4
5. Pakalpojumu pieejamību un cenām citās valstīs	1	2	3	4
6. Medikamentu kompensēšanu ārvalstniekiem	1	2	3	4
7. Pacientu iemaksu veikšanas kārtību	1	2	3	4

ārvalstniekiem

41. Vai Jūsu iestādē pastāv norēķinu problēmas ar ārvalstniekam?

1. Problēmas nepastāv
2. Problēmas pastāv

42. Cik būtiska nozīme veselības pakalpojumu konkurētspējai Latvijā ir uzņēmējdarbības videi?

VIENA ATBILDE KATRĀ RINDIŅĀ!

	Būtiska	Drīzāk būtiska	Drīzāk nebūtiska	Nebūtiska
1. Transporta sistēmai	1	2	3	4
2. Politiskajai stabilitātei	1	2	3	4
3. Viesnīcu u.c. pakalpojumu servisa kvalitātei	1	2	3	4
4. Sabiedrības attieksmei pret ārvalstnieku	1	2	3	4
5. Ārstu prestižam sabiedrībā	1	2	3	4
6. VA sistēmas pieejamībai Latvijas iedzīvotājiem	1	2	3	4
7. Uzturēšanās izmaksām Latvijā	1	2	3	4

43. Vai VA pakalpojumu cenu līmenis Jūsu iestādē ir pievilcīgs ārvalstu pacientiem/ klientiem?

VIENA ATBILDE!

1. Lielā mērā
2. Drīzāk jā
3. Drīzāk nē
4. Nē

44. Vai, Jūsaprāt, valsts līmenī būtu nepieciešama stratēģija Latvijas VA pakalpojumu konkurētspējas veicināšanai ārvalstu tirgos?

VIENA ATBILDE!

1. Lielā mērā
2. Drīzāk jā
3. Drīzāk nē
4. Nē

45. Kurā reģionā atrodas Jūsu iestāde

1. Rīga
2. Rīgas plānošanas reģions
3. Kurzemes plānošanas reģions
4. Latgales plānošanas reģions
5. Vidzemes plānošanas reģions
6. Zemgales plānošanas reģions

Adrese atbildes nosūtīšanai:

Vadošā pētniece D.Behmane Rīgas Stradiņa universitā

4.pielikums. Aptaujas “Latvijas veselības aprūpes biznesa vidi un ārējo konkurētspēju ietekmējošo ārējo faktoru novērtējums” dalībnieku pārstāvība

Nr.	Pakalpojumu sniedzējs	Īpašuma forma
1	PSKUS	Valsts
2	RAKUS	Valsts
3	RSU Stomatoloģijas Institūts	Valsts
4	Jūrmalas slimnīca	Pašvaldības
5	Siguldas slimnīca	Pašvaldības
6	Rīgas 1.slimnīca	Pašvaldības
7	Rīgas Dzemdību nams	Pašvaldības
8	Ziemeļkurzemes slimnīca	Pašvaldības
9	ARS	Privāta
10	IVF Riga	Privāta
11	Jāņa Čiļa privātklīnika	Privāta
12	Klīnika DiaMed	Privāta
13	LAAC	Privāta
14	LJMC	Privāta
15	MFD	Privāta
16	ORTO	Privāta
17	VC4	Privāta
18	VC4 Diagnostikas centrs	Privāta
19	Radiķirurgijas centrs (Cyberknife)	Privāta
20	Veselības centru apvienība	Privāta

5.pielikums. Aptaujas “Latvijas veselības aprūpes biznesa vidi un ārējo konkurētspēju ietekmējošo ārējo faktoru novērtējums” anketa

ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU VADĪTĀJU APTAUJA

Latvijas veselības aprūpes biznesa vidi un ārējo konkurētspēju ietekmējošo ārējo faktoru novērtējums, PEST analīze Lūdzam novērtēt katru faktoru skalā no 0 līdz 5		Faktora nozīmība	Faktora sniegums
(0 - nav nozīmības/snieguma; 5 - augstākā līmeņa nozīmīgums/sniegums)			
1	POLITISKIE FAKTORI	0-5	0-5
1.1	Visaptveroša un caurspīdīga sektora likumdošana		
1.2	Starptautiskais nozares regulējums		
1.3	Nozares publiskās pārvaldības kapacitāte		
1.4	Uzraugošo institūciju kapacitāte		
1.5	Nozares ilgtermiņa stratēģijas esamība		
1.6	Valdības termiņi un maiņas		
1.7	Sektora nodarbinātības politika		
2	EKONOMISKIE FAKTORI	0-5	0-5
2.1	Stabila valsts ekonomika		
2.2	Konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem		
2.3	Atbalstoša valsts investīciju politika		
2.4	Atbalstoša nodokļu politika		
2.5	Patērētāju pirktspēja		
2.6	Ilgspējīgi nozares finansēšanas mehānismi		
2.7	Darba spēka produktivitāte, nodrošinājums un cenas		
3	SOCIĀLIE FAKTORI	0-5	0-5
3.1	Iedzīvotāju dzīvesveids un paradumi		
3.2	demogrāfiskie rādītāji (vecums, pieauguma tempi)		
3.3	Iedzīvotāju uzticēšanas veselības aprūpes sistēmai		
3.4	Informēti un prasīgi klienti		
3.5	Atbildīgs mārketinga un publicitāte		
3.6	Patērētāju piršanas paradumi		
3.7	Nodarbinātības modelis un attieksme pret darbu		
4	TEHNOLOĢISKIE FAKTORI	0-5	0-5
4.1	Medicīnas tehnoloģiskā progresa ietekme		
4.2	Konkurējošu tehnoloģiju draudi		
4.3	Inovācijas pakalpojumu sniegšanā		
4.4	Valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei / ieviešanai		
4.5	Pieejamas IKT tehnoloģijas un datu apmaiņas sistēmas		
4.6	Veselības informācijas aizsardzības augsts līmenis		
4.7	Komunikācija, starptautisko zināšanu aprīte globālā līmenī		

Pētījums tiek veikts Valsts Pētījumu programmas 5.2. EKOSOC-LV ietvaros

6.pielikums. PEST faktoru nozīmības vērtējums

	Faktors	Nozīmība, 0-5, Likerta skala	95% ticamības intervāls	Nozīmības koeficients, 0-1
1.1	Visaptveroša un caurspīdīga sektora likumdošana	4.2	(3.64-4.76)	0.84
1.2	Starptautiskais nozares regulējums	4.45	(4.08-4.82)	0.89
1.3	Nozares publiskās pārvaldības kapacitāte	3.45	(2.94-3.96)	0.69
1.4	Uzraugošo institūciju kapacitāte	3.55	(3.04-4.06)	0.71
1.5	Nozares ilgtermiņa stratēģijas esamība	4.3	(3.74-4.86)	0.86
1.6	Valdības termiņi un maiņas	3.6	(3.09-4.11)	0.72
1.7	Sektora nodarbinātības politika	4.25	(3.83-4.67)	0.85
	P Kopā	3.97		0.794
2.1	Stabila valsts ekonomika	4.3	(3.93-4.67)	0.86
2.2	Konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem	4.1	(3.82-4.38)	0.82
2.3	Atbalstoša valsts investīciju politika	4.1	(3.63-4.57)	0.82
2.4	Atbalstoša nodokļu politika	4	(3.58-4.42)	0.8
2.5	Patērētāju pirktspēja	4.8	(4.61-4.99)	0.96
2.6	Ilgspējīgi nozares finansēšanas mehānismi	4.55	(4.32-4.78)	0.91
2.7	Darba spēka produktivitāte un nodrošinājums	4.65	(4.42-4.88)	0.93
	E Kopā	4.36		0.872
3.1	Iedzīvotāju dzīvesveids un paradumi	4	(3.58-4.42)	0.8
3.2	Demogrāfiskie rādītāji (vecums, pieauguma tempi)	4	(3.63-4.37)	0.8
3.3	Iedzīvotāju uzticēšanas veselības aprūpes sistēmai	4.35	(4.02-4.68)	0.87
3.4	Informēti un prasīgi klienti	4.45	(4.22-4.68)	0.89
3.5	Atbildīgs mārketinga un publicitāte	4.5	(4.17-4.83)	0.9
3.6	Patērētāju piršanas paradumi	3.9	(3.57-4.23)	0.78
3.7	Nodarbinātības modelis un attieksme pret darbu	4.4	(4.07-4.73)	0.88
	S Kopā	4.23		0.846
4.1	Medicīnas tehnoloģiskais progress	4.8	(4.61-4.99)	0.96
4.2	Konkurējošu tehnoloģiju draudi	3.95	(3.58-4.32)	0.79
4.3	Inovācijas pakalpojumu sniegšanā	4.5	(4.22-4.78)	0.9
4.4	Valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei / ieviešanai	3.9	(3.43-4.37)	0.78
4.5	Pieejamas IKT tehnoloģijas datu apmaiņai	4.6	(4.37-4.83)	0.92
4.6	Veselības informācijas aizsardzība	4.15	(3.68-4.62)	0.83
4.7	Starptautisko zināšanu aprīte globālā līmenī	4.55	(4.27-4.83)	0.91
	T Kopā	4.35		0.87

Avots: autore apkopots, ekspertu intervijas (N=20)

7.pielikums. PEST faktoru snieguma vērtējums

Nr	Faktors	Sniegums, 0-5, Likerta skala	95% ticamības intervāls	Snieguma koeficients, 0-1
1.1	Visaptveroša un caurspīdīga sektora likumdošana	2.2	(1.78-2.62)	0.44
1.2	Starptautiskais nozares regulējums	2.4	(1.98-2.82)	0.48
1.3	Nozares publiskās pārvaldības kapacitāte	2.2	(1.83-2.57)	0.44
1.4	Uzraugošo institūciju kapacitāte	2.5	(2.03-2.97)	0.5
1.5	Nozares ilgtermiņa stratēģijas esamība	1.75	(1.28-2.22)	0.35
1.6	Valdības termiņi un maiņas	2	(1.53-2.47)	0.4
1.7	Sektora nodarbinātības politika	2.2	(1.73-2.67)	0.44
	P Kopā	2.18		0.436
2.1	Stabila valsts ekonomika	2.8	(2.47-3.13)	0.56
2.2	Konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem	3.65	(3.28-4.02)	0.73
2.3	Atbalstoša valsts investīciju politika	1.9	(1.48-2.32)	0.38
2.4	Atbalstoša nodokļu politika	2	(1.58-2.42)	0.4
2.5	Patērētāju pirktspēja	2.95	(2.44-3.46)	0.59
2.6	Ilgspējīgi nozares finansēšanas mehānismi	1.95	(1.44-2.46)	0.39
2.7	Darba spēka produktivitāte un nodrošinājums	3.1	(2.54-3.66)	0.62
	E Kopā	2.62		0.524
3.1	Iedzīvotāju dzīvesveids un paradumi	3	(2.72-3.28)	0.6
3.2	Demogrāfiskie rādītāji (vecums, pieauguma tempi)	3.1	(2.73-3.47)	0.62
3.3	Iedzīvotāju uzticēšanas veselības aprūpes sistēmai	2.95	(2.58-3.32)	0.59
3.4	Informēti un prasīgi klienti	3.15	(2.64-3.66)	0.63
3.5	Atbildīgs mārketingu un publicitāte	3	(2.53-3.47)	0.6
3.6	Patērētāju pirkšanas paradumi	3.05	(2.68-3.42)	0.61
3.7	Nodarbinātības modelis un attieksme pret darbu	2.9	(2.48-3.32)	0.58
	S Kopā	3.02		0.604
4.1	Medicīnas tehnoloģiskais progress	3.85	(3.48-4.22)	0.77
4.2	Konkurējošu tehnoloģiju draudi	2.85	(2.19-3.51)	0.57
4.3	Inovācijas pakalpojumu sniegšanā	3.4	(2.84-3.96)	0.68
4.4	Valdības atbalsts tehnoloģiju pārnesei / ieviešanai	1.65	(1.23-2.07)	0.33
4.5	Pieejamas IKT tehnoloģijas datu apmaiņai	2.8	(2.24-3.36)	0.56
4.6	Veselības informācijas aizsardzība	2.35	(1.93-2.77)	0.47
4.7	Starptautisko zināšanu aprīte globālā līmenī	3.1	(2.54-3.66)	0.62
	T Kopā	2.86		0.572

Avots: autores apkopots, ekspertu anketēšana (N=20)

8.pielikums. Ekspertu vērtējumam piedāvātie starptautiskie nosacījumi pārrobežu veselības aprūpes nodrošināšanai

Ekspertiem lūgts atzīmēt būtiskākos 6 faktorus katrā grupā

Nr.	Pasākumi	Ekspertu vērtējums							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Valsts jeb mezo līmeņa pasākumi									
1	Nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija	x	x	x		x	x	x	x
2	Normatīvais regulējums MK līmenī			x	x				
3	Nacionālā kvalitātes sistēma	x	x	x		x	x	x	
4	E-veselības sistēma	x	x	x	x	x		x	x
5	E-veselības nacionālais portāls		x				x		
6	Veselības tehnoloģiju novērtēšanas sistēma	x					x		x
7	References centru regulējums		x		x	x	x	x	
8	Profesionālās atbildības apdrošināšana		x		x	x	x	x	x
9	Informācija par riska fonda darbību	x		x	x				x
10	Pacienta tiesību informācija	x		x	x	x		x	
Institucionāla jeb mikro līmeņa pasākumi									
1	Informācija par iestādes sniegtajiem pakalpojumiem	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Informācija par ārstniecības personu kvalifikāciju	x	x	x				x	
3	Atbilstošas komunikācijas nodrošināšana		x		x	x	x	x	x
4	Pacientu elektronisko medicīnas datu sistēma	x	x		x	x	x	x	x
5	Iestādes kvalitātes un pacientu drošības sistēma	x		x	x	x	x	x	x
6	Pacientu apmierinātības anketēšana		x						
7	Medicīniskās aprūpes pēctecības nodrošināšana	x		x	x		x	x	x
8	Informācija par pakalpojuma nodrošināšanu		x			x		x	x
9	Informācija par pakalpojuma cenām un norēķiniem	x		x	x	x	x		
10	Informācija par veselības klāsteru piedāvājumu								

Avots: autores apkopots, ekspertu fokusgrupa

9.pielikums. Ekspertu aptaujas anketa

Ekspertu aptaujas
ANKETA

Ekspertu aptaujas mērķis ir noskaidrot ekspertu viedokli par veselības aprūpes starptautisko nosacījumu īstenošanu Latvijā ārvalstu pacientu piesaistes kontekstā.

Lūdzu novērtējiet katra pasākuma realizāciju Latvijā skalā no 0 līdz 5, kur

0 – pasākums netiek īstenots vispār

1 – ir sākta pasākuma īstenošana

2 - pasākums tiek īstenots nepilnīgi jeb minimāli

3 – pasākuma tiek īstenots viduvēji

4 – pasākums tiek īstenots labi

5 – pasākums tiek īstenots pilnībā (ir pieejami īstenošanas uzraudzības dati un tiek veikta to regulāra uzraudzība)

Pasākums	Vērtējums (0-5)
Valsts līmeņa pasākumi	
1. Nacionālā kontaktpunkta sniegtā informācija	
2. References centru regulējumu	
3. Veselības aprūpes kvalitātes sistēmu	
4. E-veselības sistēma	
5. Profesionālās atbildības apdrošināšana	
6. Pacientu tiesību informācija	
Institucionālā līmeņa pasākumi	
1. Informācija par sniegtajiem pakalpojumiem	
2. Komunikācijas nodrošināšana	
3. Pacientu elektroniskie medicīnas dati	
4. Kvalitātes un pacientu drošības sistēma	
5. Medicīniskās aprūpes uzraudzība	
6. Skaidru pakalpojuma cenu un norēķinu informācija	

10.pielikums. Tīmekļa vietņu novērtēšanas kritēriji

Dimensija	Faktori un tos veidojošie elementi	Punktu skaits
PIEEJAMĪBA	1. Lapas lietošanas vienkāršums	Maksimums 10
	a. Vai vietnei ir mobile/responsīvā versija?	Jā - 5, Nē = 0
	b. Vai vietne piemērota cilvēkiem ar vāju redzi?	Jā - 5, Nē = 0
INFORMĀCIJAS KVALITĀTE	2. Valodu izvēle	Maksimums 10
	a. Vietne tulkota vairākās valodās	Jā - 5, Nē = 0
	b. Visās valodās vienāda informācija	Jā - 5, Nē = 0
	3. Satura struktūra un atbilstība	Maksimums 10
	a. Vai klīnikai ir sava vizuālā identitāte (logo)?	Jā - 1, Nē = 0
	b. Vai pieejams pilns saraksts ar pakalpojumiem?	Yes = 2, No - 0
	c. Vai pieejami speciālistu cv un fotogrāfijas?	Jā = 1, Daļēji = 0,5, Nē - 0
	d. Vai lapā uzskaitīti uzņēmuma sertifikāti?	Jā - 1, Nē = 0
	e. Vai ir info par zinātniskajiem sasniegumiem?	Jā = 1, Daļēji = 0,5, Nē - 0
	f. Vai lapā pieejama karte vai norādes?	Jā - 1, Nē = 0
	g. Vai ir telpu interjera un ēkas fotogrāfijas?	Jā = 1, Daļēji = 0,5, Nē - 0
	h. Vai ir informācija par pakalpojumu cenām?	Jā - 1, Nē = 0
	i. Vai ir informācija par apmaksas veidiem?	Jā - 1, Nē = 0
	4. Vai lapā ir atsevišķa sadaļa ārvalstu tūristiem?	Jā - 10, tikai apakšsadaļa - 5, Nē - 0
MĀRKETINGS	5. Lapu efektivitāte atslēgvārdi meklētājservisos (SEO) - Google, Yandex	Maksimums 10
	Medical tourism Latvia	2 punkti par katru atslēgas vārdu, pēc kura lapa atrodama Google.com vai Yandex.ru meklētāju rezultātu pirmajās 10 lapās.
	Clinics in Latvia	
	Медицинский туризм в Латвии	
	Лечение в Латвии	
	Cits (atkarīgs no specializācijas, piem. Dental care in Latvia)	
	6. Pieejamie komunikācijas kanālu veidi:	Maksimums 10
	a. kā pacients var sazināties – telefons, e-pasts, kontaktu forma	Jā = 6, Nē - 0
	b. Vai ārvalstu pacientiem ir atsevišķi numuri vai e-pasts?	Jā = 2, No - 0
	c. Vai lapā darbojas tiešsaistes dialoga logs (čats)?	Jā = 2, No - 0
7. Hipersaišu (linku) nosaukumi un lapas satura struktūra (UI)	Novērtējums no 0 līdz 10	
8. Vai lapa tiek reklamēta savos sociālo tīklu kontos? (SMM)	Jā = 10, Nē – 0 punkti	
TEHNOLOĢIJAS	9. Lapas ielādes ātrums	Novērtējums no 0 līdz 10
	10. Vai lapā strādā visas hipersaites (linki)?	Nav bojātu saišu - 10, viena vai dažas - 5, daudzas - 0
	KOPĒJAIS NOVĒRTĒJUMS	Kopā maksimums 100 punkti

11.pielikums. Veselības aprūpes sniedzēju tīmekļa vietņu saraksts

Pakalpojumu sniedzējs	Tīmekļa vietnes adrese
Aiwa klīnika	http://www.aiwaclinic.lv/en/
ARS	https://arsmed.lv/en/contacts-ars/
AVA klīnika	https://www.avaclinic.lv/en/
Capital Clinic Riga	http://www.capitalclinicriga.lv/en/about_clinic/about_us
Dr.Apines Zobārstniecības klīnika	https://www.apinesklinika.lv/en/
EGV Clinic	https://www.egv.lv/en/about
GASTRO	http://www.gastrocentrs.lv/en
IVF Riga	https://www.ivfriga.eu/
J.Zaržecka privātklīnika	http://www.plasticsurgery.lv
Jāņa Čīļa privātklīnika	https://www.gilis.lv/en/klinika
Jūrmalas slimnīca	http://jurmallaslimnica.lv/en/
LAAC	https://www.laac.lv/en/
MFD	http://www.mfd.lv/en/veselibas-centrs-pardaugava
ORTO	https://orto.lv/en
Premium Medical	https://premiummedical.lv/en/
Radiosurgery Centre Sigulda (Cyberknife)	https://cyberknife-sigulda.com/en/
RSU Stomatoloģijas Institūts	https://www.stomatologijasinstituts.lv/en
Siguldas slimnīca	http://www.siguldasslimnica.lv/en
Valters Protēžu Laboratorija	http://www.vpl.lv/eng
VC4	https://vc4.lv/en
Weight Loss Latvia	https://www.weightlosslatvia.com

12.pielikums. Veselības aprūpes sniedzēju tīmekļa novērtēšanas rezultāti

Faktori un tos veidojoši kritēriji	Aiwa klīnika	ARS	AVA klīnika	Capital Clinic Rīga	Dr.Apines zobārstnie cības klīnika	EGV klīnika	GASTRO	IVF Rīga	Ādažu privātklīnika	Jāņa Ģīļa privātklīnika
1. Lapas lietošanas vienkāršums	5	10	5	5	5	5	5	5	5	5
a. Vai vietnei ir mobile/responsīvā versija?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
b. Vai vietne piemērota cilvēkiem ar vāju redzi?	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Valodu izvēle	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10
a. Vietne tulkota vairākās valodās	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
b. Visās valodās vienāda informācija	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5
3. Saturu struktūra un atbilstība	9,5	9	9	10	8	9	8	8	10	6
a. Vai klīnikai ir sava vizuālā identitāte (logo)?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b. Vai pieejams pilns saraksts ar pakalpojumiem?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
c. Vai pieejami speciālistu cv un fotogrāfijas?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
d. Vai lapā uzskaitīti uzņēmuma sertifikāti?	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
e. Vai ir info par zinātniskajiem sasniegumiem?	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
f. Vai lapā pieejama karte vai norādes?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
g. Vai ir telpu interjera un ēkas fotogrāfijas?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
h. Vai ir informācija par pakalpojumu cenām?	0,5	1	1	1	1	1	0	1	1	1
i. Vai ir informācija par apmaksas veidiem?	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
4. Vai lapā ir atsevišķa sadaļa ārvalstu tūristiem?	0	0	10	10	10	0	10	10	10	0
5. Lapu efektivitāte atslēgvārdi meklētājservisos (SEO) - Google, Yandex	4	6	4	10	2	6	2	2	4	4
Medical tourism Latvia	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0
Clinics in Latvia	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2
Медицинский туризм в Латвии	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Лечение в Латвии	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Cits (atkarīgs no specializācijas, piem. Dental care in Latvia)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6. Pieejamie komunikācijas kanāli	8	6	10	8	10	6	8	10	8	6

veidi:										
a. kā pacients var sazināties – telefons, e-pasts, kontaktu forma	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
b. Vai ārvalstu pacientiem ir atsevišķi numuri vai e-pasts?	0	0	2	2	2	0	2	2	2	0
c. Vai lapā darbojas tiešsaistes dialoga logs (čats)?	2	0	2	0	2	0	0	2	0	0
7. Hipersaišu (linku) nosaukumi un lapas saturs (UI)	10	8	8	10	10	10	10	10	8	9
8. Vai lapa tiek reklamēta savos sociālo tīklu kontos? (SMM)	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10
9. Lapas ielādes ātrums	10	10	8	10	10	10	10	10	8	10
10. Vai lapā strādā visas hipersaites (linki)?	10	10	10	10	10	10	10	10	9	10
KOPĒJAIS NOVĒRTĒJUMS	71,5	74	84	93	85	76	83	85	72	70

Avots: autore apkopots

	Jūrmalas slimnīca	L AAC	MFD	ORTO	Premium Medical	Radikūrgājās Centrs Sigulda	RSU Stomatoloģijas institūts	Siguldas slimnīca	Valtera Protežu Laboratorija	VC4	Weight Loss Latvia
ktori un tos veidojoši kritēriji											
1. Lapas lietošanas vienkāršums	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5
a. Vai vietnei ir mobile/responsīvā versija?	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5
b. Vai vietne piemērota cilvēkiem ar vāju redzi?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Valodu izvēle	10	10	10	10	5	10	5	5	10	10	10
a. Vietne tulkota vairākās valodās	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
b. Visās valodās vienāda informācija	5	5	5	5	0	5	0	0	5	5	5
3. Saturs (struktūra un atbilstība)	9	10	9	9	9	8	8	8	10	7,5	8
a. Vai klīnikai ir sava vizuālā identitāte (logo)?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b. Vai pieejams pilns saraksts ar pakalpojumiem?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
c. Vai pieejami speciālistu cv un fotogrāfijas?	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,5	1
d. Vai lapā uzskaitīti uzņēmuma sertifikāti?	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
e. Vai ir info par zinātniskajiem sasniegumiem?	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0,5	1
f. Vai lapā pieejama karte vai norādes?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
g. Vai ir telpu interjera un ēkas fotogrāfijas?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1
h. Vai ir informācija par pakalpojumu cenām?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0

i. Vai ir informācija par apmaksas veidiem?	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
4. Vai lapā ir atsevišķa sadaļa ārvalstu tūristiem?	0	10	0	10	0	5	0	0	10	10	10
5. Lapu efektivitāte atslēgvārdi meklētājservisos (SEO) - Google, Yandex	2	8	2	4	2	4	4	0	2	8	2
Medical tourism Latvia	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0
Clinics in Latvia	0	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0
Медицинский туризм в Латвии	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Лечение в Латвии	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cits (atkarīgs no specializācijas, piem. Dental care in Latvia)	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2
6. Pieejamie komunikācijas kanālu veidi:	6	6	6	6	10	8	6	6	6	8	10
a. kā pacients var sazināties – telefons, e-pasts, kontaktu forma	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
b. Vai ārvalstu pacientiem ir atsevišķi numuri vai e-pasts?	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2
c. Vai lapā darbojas tiešsaistes dialoga logs (čats)?	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
7. Hipersaišu (linku) nosaukumi un lapas satura struktūra (UI)	8	8	8	8	5	10	7	10	5	10	10
8. Vai lapa tiek reklamēta savos sociālo tīklu kontos? (SMM)	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10
9. Lapas ielādes ātrums	9	10	10	8	10	5	8	10	10	10	10
10. Vai lapā strādā visas hipersaites (linki)?	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10
KOPĒJAIS NOVĒRTĒJUMS	69	87	70	80	61	75	58	54	78	88,5	85

13.pielikums. Ārvalstu pacientu anketēšanā iesaistītās ārstniecības iestādes

Nr.	Pakalpojumu sniedzējs	Īpašuma forma
1	RSU Stomatoloģijas Institūts	Valsts
2	Rīgas 1.slimnīca	Pašvaldības
3	ARS	Privāta
4	Jāņa Ģīļa privātklīnika	Privāta
5	LAAC	Privāta
6	ORTO	Privāta
7	VC4	Privāta
8	Radiķirurgijas centrs (Cyberknife)	Privāta

Avots: autores izveidots

14.pielikums. Ārvalstu pacientu aptaujas anketa

APTAUJAS ANKETA

Aicinu Jūs aizpildīt aptaujas anketu, kas palīdzēs novērtēt ārvalstu pacientu piesaistes iespējas Latvijas veselības aprūpes iestāžu sniegtajiem pakalpojumiem, kā arī noskaidrot ārvalstu pacientu pieredzi un kopējo apmierinātību ar saņemto pakalpojumu. Pētījums tiek veikts pētījuma par Latvijas ārstniecības iestāžu konkurētspēju ārējos tirgos ietvaros, pētniece Daiga Behmane (daiga.behmane@rsu.lv). Aptaujas anketa ir anonīma un respondentu sniegtie dati tiks izmantoti pētījumā apkopotā veidā.

I.Veselības aprūpes pakalpojuma novērtējums

Lūdzu novērtējiet saņemto veselības aprūpes pakalpojumu 2 aspektos:

(1) gaidītais rezultāts un

(2) saņemtais rezultāts,

izmantojot 5 baļļu skalu, kur atzīmējat

1 - ja pilnībā nepiekrītat, bet

5 - ja pilnībā piekrītat izteiktajam apgalvojumam.

	Kritērijs	Gaidītais rezultāts (1-5)	Saņemtais rezultāts (1-5)
1.	Pakalpojuma sniedzējs ir ģeogrāfiski viegli pieejams	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	Ceļojuma galamērķis ir drošs	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	Valstij ir laba atpazīstamība un tēls	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	Pozitīvs pirmais iespaids par ārstniecības iestādi (iestādes mājas lapa un informācija internetā)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.	Man ir pilnīga informācija par pakalpojuma nodrošināšanas procesu	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.	Iestādes darbinieki ir laipni un atsaucīgi	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.	Man ir pieejama pilnīga informācija par pakalpojuma izmaksām un apmaksas nosacījumiem	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.	Atrodoties iestādē jūtos droši	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9.	Man ir pilnīga informācija par ārstēšanas turpinājumu	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10.	Tiek nodrošināta informācijas apmaiņa ar manu ārstu manā mītnes zemē	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11.	Pakalpojumam ir pieņemama cena	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12.	Pakalpojuma nodrošināšanā tiek izmantotas inovatīvas tehnoloģijas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13.	Pakalpojums tiek nodrošināts apsolītajā laikā	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14.	Medicīniskās dokumentācija par pakalpojumu ir viegli pieejama	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15.	Transportēšanas pakalpojumi uz/no ārstniecības iestādes tiek nodrošināti	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16.	Esmu pilnībā apmierināts ar saņemto servisu	xxxxxxxxxxxx	1 2 3 4 5

II.RESPONDENTA INFORMĀCIJA

1.Izcelsmes valsts: _____

2.Vecums

1) līdz 18 g.

2) 18-30

3) 30 – 65

4) 65 un vairāk

3.Dzimums

- 1) sievietē
- 2) vīrietis

4.Veselības aprūpes pakalpojuma kategorija

- 1) Zobārstniecība
- 2) Diagnostika
- 3) Ķirurģija
- 4) Plastiskā ķirurģija
- 5) Bariatrijas operācija
- 6) Neiroķirurģija
- 7) Nefroloģija
- 8) Ortopēdija un traumatoloģija
- 9) Oftalmoloģija (acu slimības)
- 10) Reproductīvā veselība
- 11) Onkoloģija
- 12) Staru terapija
- 13) Rehabilitācija
- 14) Cits , norādīt _____

5. Pavadīto dienu skaits ārstniecības iestādē

- 1) 1 diena
- 2) 2-3 dienas
- 3) 3-5 dienas
- 4) vairāk par 5 dienām

6.Plānotais ceļojuma dienu skaits Latvijā

- 1) 1 diena
- 2) 2-3 dienas
- 3) 3-5 dienas
- 4) vairāk par 5 dienām
- 5) uzturēšanās atļauja

7.Ierašanās veids

- 1) auto
- 2) avio
- 3) vilciens
- 4) autobuss

8.Jūsu saziņas valoda ar iestādi

- 1) Angļu
- 2) Krievu
- 3) Latviešu
- 4) cita, norādīt _____

9.Kādi kanāli tika izmantoti saziņai ar ārstniecības iestādi?

- 1) Telefoniski
- 2) e-pasts
- 3) Skype vai videozvans

10.Vai mītnes zemē ir iespējams saņemt šo pakalpojumu?

- 1) Nē
- 2) Jā

Ja "jā", tad lūdzu norādiet, kādi šķēršļi pastāv saņemt šo pakalpojumu mītnes zemē

- 1) nav iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu grozā
- 2) neesmu apmierināts ar pakalpojuma organizāciju
- 3) neesmu apmierināts ar pakalpojuma cenu
- 4) ilga gaidīšanas rinda, lūdzu norādiet, cik _____
- 5) cits šķērslis _____

11.Kas ieteica šo pakalpojumu?

- 1) Ārsts
- 2) Apdrošinātājs
- 3) Brokeri

- 4) Esmu pastāvīgais klients
- 5) Ģimene/draugi
- 6) Uzzināju caur internetu
- 7) Uzzināju caur sociāliem medijiem (Facebook, Twitter)
- 8) Reklāma drukātos medijos
- 9) Citi avoti _____

12. Vai Jums ir jāsniedz informācija par Latvijā saņemto pakalpojumu Jūsu mītnes zemes ārstam ?

- 1) Nē
- 2) Jā

13. Kādā formātā Jums ir nepieciešams saņemt ārstēšanas rezultātus un izmeklējumu datus?

- 1) e-pasts,
- 2) CD/ USB
- 3) pieeja savam profilam datu bāzē
- 4) dati tiek elektroniski pārsūtīti manam ārstam rezidences valstī
- 5) papīra formātā

14. Kas sedz šī pakalpojuma izmaksas?

- 1) mītnes zemes veselības aprūpes sistēma
 - 1) pilnībā
 - 2) daļēji, % _____
- 2) apdrošināšanas kompānija
 - 1) pilnībā
 - 2) daļēji, % _____
- 3) labdarības fondi, ziedojumi
 - 1) pilnībā
 - 2) daļēji, % _____
- 4) Darba devējs
 - 1) pilnībā
 - 2) daļēji, % _____
- 6) Pats, personīgi
 - 1) pilnībā
 - 2) daļēji, % _____

15. Vai Jums bija jāsaņem iepriekšēja atļauja mītnes zemā, lai saņemtu šo pakalpojumu Latvijā?

- 1) Nē
- 2) Jā, tās iemesls ir
 - 1) jāpaliek slimnīcā vismaz 1 nakts
 - 2) Ļoti specializēta un dārga procedūra
 - 3) Saistība ar pakalpojuma kvalitāti un drošību

16. Vai pirms pakalpojuma saņemšanas Jums tika prasīts nosūtīt uz iestādi Jūsu medicīnas datus

- 1) Nē
- 2) Jā
 - 1) elektroniskā veidā
 - 2) citā veidā, lūdzu norādīt _____

17. Komentāri

Paldies par dalību aptaujā!

15.pielikums. Ārvalstu pacientu aptaujas anketas jautājumu saskaņotības vērtējums

Gaidītā un saņemtā rezultāta visu jautājumu saskaņotība

Gaidītā rezultāta visu 15 jautājumu saskaņotība vērtējama kā laba ($\alpha = 0,892$). Kronbaha alfa koeficients nedaudz pieaugtu un saskaņotība būtu vērtējama kā izcila ($\alpha = 0,908$), ja aprēķinos netiktu ņemts vērā 15. jautājums.

Gaidītā rezultāta vērtējuma Jautājuma Nr.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	63,57	42,423	,486	,888
2	63,35	42,360	,591	,885
3	63,57	39,926	,772	,877
4	63,43	41,415	,750	,880
5	63,41	40,930	,771	,879
6	63,33	43,316	,458	,889
7	63,33	43,229	,471	,888
8	63,39	42,765	,470	,888
9	63,43	41,240	,777	,879
10	63,96	39,239	,455	,895
11	63,70	39,235	,660	,880
12	63,48	40,762	,771	,878
13	63,50	41,420	,670	,882
14	63,50	40,193	,792	,877
15	64,28	36,774	,449	,908

Arī *saņemtā rezultāta* visu 15 jautājumu saskaņotība vērtējama kā laba ($\alpha = 0,848$). Šajā gadījumā kronbaha alfa koeficients nedaudz pieaugtu ($\alpha = 0,865$), ja aprēķinos netiktu ņemts vērā 15. jautājums.

Saņemtā rezultāta vērtējuma Jautājuma Nr.	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	66,27	25,253	,508	,837
2	66,11	26,392	,656	,834
3	66,20	25,950	,648	,832
4	66,20	26,088	,618	,834
5	66,07	27,224	,516	,840
6	66,00	28,260	,634	,845
7	66,09	28,434	,222	,849
8	66,05	28,212	,377	,846
9	66,25	25,700	,665	,831
10	66,61	22,178	,519	,847
11	66,43	25,026	,547	,834
12	66,16	25,509	,802	,827
13	66,11	26,208	,702	,832
14	66,23	25,551	,715	,829
15	66,89	20,895	,493	,865

Vispārējo ceļošanas faktoru jautājumu saskaņotība

Gaidītā rezultāta vispārējo ceļošanas faktoru trīs jautājumu saskaņotība vērtējama kā pieņemama ($\alpha = 0,792$). Kronbaha alfa koeficients ir visaugstākais, aprēķinot iekļaujot visus trīs jautājumus.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0a_1	9,22	1,132	,660	,688
q0a_2	9,00	1,369	,603	,755
q0a_3	9,23	1,053	,655	,699

Saņemtā rezultāta vispārējo ceļošanas faktoru trīs jautājumu saskaņotība vērtējama kā gandrīz pieņemama ($\alpha = 0,698$). Kronbaha alfa koeficients ir visaugstākais, aprēķinos iekļaujot visus trīs jautājumus.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0b_1	9,55	,831	,468	,698
q0b_2	9,39	1,055	,694	,475
q0b_3	9,55	,948	,464	,673

Gaidītā rezultāta komunikācijas faktoru četru jautājumu saskaņotība vērtējama kā laba ($\alpha = 0,830$). Kronbaha alfa koeficients nedaudz palielinātos, ja no aprēķiniem izslēgtu 6. jautājumu ($\alpha = 0,847$).

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0a_4	14,12	1,786	,678	,777
q0a_5	14,09	1,552	,797	,717
q0a_6	14,00	1,950	,514	,847
q0a_9	14,07	1,779	,654	,787

Saņemtā rezultāta komunikācijas faktoru četru jautājumu saskaņotība vērtējama kā pieņemama ($\alpha = 0,775$). Kronbaha alfa koeficients ir visaugstākais, aprēķinos iekļaujot visus šos jautājumus.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0b_4	14,45	1,269	,653	,680
q0b_5	14,45	1,029	,692	,664
q0b_6	14,25	1,780	,746	,748
q0b_9	14,48	1,331	,500	,769

Veselības aprūpes iestādes izvēles faktoru jautājumu saskaņotība

Gaidītā rezultāta ārstniecības iestādes izvēles faktoru četru jautājumu saskaņotība vērtējama kā nepieņemama ($\alpha = 0,458$). Kronbaha alfa koeficients nedaudz palielinātos un būtu vērtējams kā vājš, ja no aprēķiniem izslēgtu 15. jautājumu ($\alpha = 0,508$).

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0a_7	13,12	4,090	,217	,438
q0a_8	13,15	4,196	,155	,471
q0a_12	13,25	3,247	,650	,167
q0a_15	14,08	1,426	,333	,508

Saņemtā rezultāta ārstniecības iestādes izvēles faktoru četru jautājumu saskaņotība vērtējama kā nepieņemama ($\alpha = 0,237$). Kronbaha alfa koeficients nedaudz palielinātos, ja no aprēķiniem izslēgtu 7. jautājumu ($\alpha = 0,362$).

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0b_7	13,76	3,351	-,075	,362
q0b_8	13,63	3,398	,134	,228
q0b_12	13,78	2,559	,486	-,080 ^a
q0b_15	14,55	,783	,209	,157

Veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktoru jautājumu saskaņotība

Gaidītā rezultāta veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktoru četru jautājumu saskaņotība vērtējama kā pieņemama ($\alpha = 0,733$). Kronbaha alfa koeficients nedaudz palielinātos un būtu vērtējams kā labs, ja no aprēķiniem izslēgtu 10. jautājumu ($\alpha = 0,824$).

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0a_10	13,68	2,782	,373	,824
q0a_11	13,40	3,064	,548	,658
q0a_13	13,27	3,508	,622	,648
q0a_14	13,31	3,133	,733	,580

Saņemtā rezultāta veselības aprūpes pakalpojuma izvēles faktoru četrus jautājumu saskaņotība vērtējama kā gandrīz pieņemama ($\alpha = 0,619$). Kronbaha alfa koeficients nedaudz palielinātos, ja no aprēķiniem izslēgtu 10. jautājumu ($\alpha = 0,647$).

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q0b_10	14,20	1,669	,403	,647
q0b_11	14,07	2,409	,448	,512
q0b_13	13,80	3,077	,441	,560
q0b_14	13,83	2,955	,553	,515