



OECD Veselības sistēmu pārskati:

LATVIJA

2016



OECD veselības sistēmu pārskati: Latvija 2016

Šis tulkojums tiek publicēts pēc vienošanās ar OECD. Tas nav oficiāls OECD tulkojums. Tulkošanas kvalitāte un tā atbilstība darba oriģinālvalodas tekstam ir vienīgi tulkojuma autora(u) atbildība. Ja rodas neatbilstība starp oriģinālo darbu un tulkojumu, par derīgu tiek uzskatīts tikai oriģinālā darba teksts.

Originālā publicējusi OECD angļu valodā ar nosaukumu:

OECD Reviews of Health Systems: Latvia 2016

© 2016 OECD

© 2017 Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), šim latviešu izdevumam

Priekšvārds

Latvijas veselības aprūpes sistēma kopumā nodrošina iedzīvotājiem efektīvu aprūpi ar ievērojami mazākiem resursiem — un lielākām veselības aprūpes vajadzībām — nekā vairumā Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD) valstu. Latvija ir veiksmīgi konsolidējusi savu slimnīcu nozari un stiprinājusi primāro aprūpi. No 2005. līdz 2013. gadam vidējais uzturēšanās ilgums slimnīcā samazinājās par gandrīz 15 %, un ģimenes ārstiem tagad ir papildus jāapseko pacienti, kuri izsauca neatliekamo medicīnisko palīdzību, bet netika hospitalizēti. OECD veselības aprūpes sistēmas varētu daudz mācīties no šīm reformām, kā arī no senākiem iekārtojumiem, piemēram, Latvijas feldšeriem (ārstu palīgiem).

Tomēr Latvija saskaras ar nopietniem izaicinājumiem savas veselības aprūpes sistēmas uzturēšanā un uzlabošanā. Aptuveni piektā daļa iedzīvotāju ziņo par atteikšanos no veselības aprūpes pakalpojumiem izmaksu dēļ; gaidīšanas laiki uz galvenajiem diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem (piemēram, vēža aprūpi), var būt ilgi; un galveno ārstēšanas procedūru iekļaušana valsts finansēto pabalstu grozā ne vienmēr atspoguļo jaunāko paraugpraksi. Kritiski vērtējot, veselības aprūpes sistēma atpaliek no daudzu OECD valstu sistēmām apmērā, kādā dati tiek izmantoti, lai sistemātiski mērītu, salīdzinātu un uzlabotu pakalpojumu rezultātus, it īpaši detalizētākā sniedzēja vai vietējā līmenī. Šī pārskata mērķis ir palīdzēt Latvijai turpināt veselības aprūpes sistēmas reformas, ņemot vērā starptautisko paraugpraksi. Pirmajā nodaļā aprakstītas Latvijas veselības aprūpes vajadzības, nesenās reformas veselības aprūpes sistēmā un tās pašreizējais stāvoklis. Otrajā nodaļā ir izvērtēts Latvijas veselības aprūpes sistēmas sniegums, īpašu uzmanību pievēršot pieejamībai, kvalitātei, efektivitātei un ilgtspējai, kā arī sniegti ieteikumi šo snieguma aspektu stiprināšanai. Trešā nodaļa koncentrējas uz primāro aprūpi, piedāvājot ieteikumus šī sektora nostiprināšanai.

Šo veselības aprūpes sistēmas pārskatu veido ziņojums, ko OECD sekretariāts sagatavojis, lai papildinātu OECD Veselības komitejas pārskatu par Latviju, kas tika sagatavots, Latvijai pievienojoties OECD [skatīt ceļvedi par Latvijas pievienošanos OECD Konvencijai [C(2013)122/FINAL]. Latvija pievienojās OECD Konvencijai un kļuva par OECD dalībvalsti 2016. gada 1. jūlijā.

PATEICĪBAS

Šī veselības aprūpes sistēmas pārskata galvenais autors ir Īans Forde (*Ian Forde*). Citi šī ziņojuma autori ir Rie Fudžisava (*Rie Fujisawa*), Emīlija Hjūleta (*Emily Hewlett*) un Kerola Neidera (*Carol Nader*). Autori vēlas pateikties Geitenam Laforčenam (*Gaetan Lafortune*), Frančeskai Kolombo (*Francesca Colombo*), Markam Pīrsonam (*Mark Pearson*) un Stefano Skarpetam (*Stefano Scarpetta*) no OECD Nodarbinātības, darba un sociālo lietu direktorāta par komentāriem un ieteikumiem. Pateicība tiek izteikta arī Marlēnai Mojērai (*Marlène Mohier*) par rediģēšanas darbu un Dunijai Dedinai (*Duniya Dedy*), Suzannai Nešai (*Susannah Nash*) un Džūdijai Cinnemanai (*Judy Zinnemann*) par loģistikas palīdzību.

Šo ziņojumu nevarētu pabeigt bez Latvijas iestāžu lielā atbalsta. Ziņojuma sagatavošanā ir palīdzējuši daudzu to veselības aprūpes jomas amatpersonu, speciālistu, pacientu grupu un citu veselības aprūpes ekspertu kompetence un materiāli, ar kuriem OECD darba grupa tikās Latvijas vizītes laikā 2014. gada decembrī. To skaitā ir šādu iestāžu amatpersonas un pārstāvji: Veselības ministrijas Sabiedrības veselības departaments, Starpnozaru sadarbības nodaļa, Veselības aprūpes departaments, Primārās aprūpes nodaļa, Farmācijas departaments, Eiropas Savienības fondu plānošanas, izvērtēšanas un uzraudzības nodaļa, Vides veselības nodaļa un Stratēģiskās plānošanas nodaļa; Nacionālais veselības dienests; Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests; Zāļu valsts aģentūra; Centrālā statistikas pārvalde; Slimību profilakses un kontroles centrs; Veselības inspekcija; Latvijas Ārstu biedrība; Latvijas Veselības aprūpes Darba devēju asociācija; Latvijas Slimnīcu biedrība; Latvijas Ģimenes ārstu asociācija; Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija; Latvijas Māsu asociācija; Latvijas Farmaceitu biedrība; Latvijas Apdrošinātāju asociācija; Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija „SUSTENTO”; Latvijas Pacientu tiesību birojs; Latvijas Pašvaldību savienība; Vidzemes slimnīcas, Valmieras pilsētas pašvaldības un Harasimjukas D. ģimenes ārsta prakses darbinieki; Rīgas Stradiņa universitātes profesors Dr. Ģirts Briģis un Latvijas Universitātes profesors Andrejs Ērglis.

Darba grupa ir īpaši pateicīga ministram Guntim Belēvičam un Veselības ministrijas ierēdņiem, īpaši Solvitai Zvidriņai, Egītai Polei, Dainai Mūrmanei-Umbraško, Agnesei Rabovičai, Kristīnei Kļaviņai un Ludim Pauliņam par viņu atbalstu šī pārskata sagatavošanā un palīdzību, organizējot OECD pārstāvju vizīti Latvijā. Ziņojuma sagatavošanā ir palīdzējuši to Latvijas iestāžu un speciālistu komentāri, kas pārskatīja sākotnējās versijas.

Satura rādītājs

Akronīmi un saīsinājumi	7
Kopsavilkums	8
Vērtējums un ieteikumi	9
Atsauces	28
1. nodaļa Veselība un veselības aprūpe Latvijā	29
Ievads	30
1.1. Iedzīvotāju veselība un veselības aprūpes vajadzības Latvijā	30
1.2. Veselības aprūpes sistēma Latvijā	399
1.3. Latvijas veselības aprūpes sistēmas resursi	45
Atsauces	53
2. nodaļa Latvijas veselības aprūpes sistēmas sniegums	55
Ievads	56
2.1. Aprūpes pieejamība	56
2.2. Veselības aprūpes sniegšanas kvalitāte	65
2.3. Veselības aprūpes sistēmas efektivitāte	78
2.4. Veselības aprūpes sistēmas ilgtspēja	85
Piezīmes	96
Atsauces	97
3. nodaļa Primārās veselības aprūpes jomas stiprināšana Latvijā	99
Ievads	100
3.1. Primārās veselības aprūpes struktūra Latvijā	1000
3.2. Nesenās reformas	1077
3.3. Primārās veselības aprūpes sniegums	11212
3.4. Primārās veselības aprūpes jomas stiprināšana Latvijā	1244
Atsauces	12929

Tabulas

2.1. tabula. Vidējais gaidīšanas laiks starp vēža diagnozi un ārstēšanas uzsākšanu (operācija, staru terapija un/vai ķīmijterapija), 2010	622
2.2. tabula. Gaidīšanas laika samazināšanas politikas OECD valstīs	633
2.3. tabula. Standarti Skotijas veselības aprūpes sistēmas snieguma mērīšanai (atsevišķi)	900
3.1. tabula. Latvijas ģimenes ārstu kvalitātes ikgadējais novērtējums	1111
3.2. tabula. Vēža stadija diagnosticēšanas brīdī un mirstības rādītājs	1155

Attēli

1.1. attēls. Latvijas iedzīvotāju skaits, 1980.–2050. gads	31
1.2. attēls. Demogrāfiskās slodzes koeficients Latvijā, 1980.–2050. gads.....	31
1.3. attēls. Paredzamais mūža ilgums piedzimšanas brīdī, 2013. gads (vai tuvākais gads)	32
1.4. attēls. Mirstības rādītāji, laika posmā no 2000. līdz 2013. gadam (vai tuvākajam gadam).....	33
1.5. attēls. Pašnāvību skaits, laika posmā no 2000. līdz 2013. gadam (vai tuvākajam gadam).....	34
1.6. attēls. AIDS saslimstības tendences atsevišķās ES dalībvalstīs, 2002.–2013. gads.....	35
1.7. attēls. Ikdienā smēķējošo pieaugušo īpatsvars, 2013. gads (vai tuvākais gads).....	36
1.8. attēls. Pieaugušo subjektīvais veselības stāvoklis, 2013. gads (vai tuvākais gads).....	37
1.9. attēls. Neapmierinātās vajadzības pēc ārsta apskates, pēc ienākumu līmeņa, 2013. gads.....	38
1.10. attēls. Veselības aprūpes izdevumi pa finansējuma veidiem, 2013. gads (vai tuvākais gads).....	41
1.11. attēls. Veselības aprūpes izdevumi kā IKP daļa, 2013. gads (vai tuvākais gads)	46
1.12. attēls. Paredzamais mūža ilgums piedzimšanas brīdī un IKP uz vienu iedzīvotāju, 2013. gads (vai tuvākais gads)	46
1.13. attēls. Veselības aprūpes izdevumi kā publisko izdevumu daļa, 2013. gads (vai tuvākais gads)	47
1.14. attēls. Slimnīcu gultasvietu skaits uz 1000 iedzīvotājiem, 2013. gads (vai tuvākais gads)	48
1.15. attēls. Ilgtermiņa aprūpes gultasvietu skaits iestādēs un slimnīcās, 2013. gads (vai tuvākais gads).....	49
1.16. attēls. Praktizējošo medmāsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem, 2013. gads (vai tuvākais gads)	51
2.1. attēls. Iedzīvotāju pašu ziņotās neapmierinātās vajadzības pēc ārsta apskates, 2013. gads	58
2.2. attēls. Gūžas locītavas operācija pēc uzņemšanas slimnīcā, 2013 (vai tuvākais gads)	611
2.3. attēls. Izdevumi zālēm uz vienu iedzīvotāju, 2013. gads (vai tuvākais gads).....	655
2.4. attēls. Ģenētisko zāļu tirgus Latvijā, 2011.–2014. gads.....	655
2.5. attēls. Mirstība trīsdesmit dienu laikā pēc hospitalizācijas AMI dēļ, balstoties uz pacientu datiem, no 2003. līdz 2013. gadam (vai tiem tuvākajos gados)	688
2.6. attēls. Mirstība trīsdesmit dienu laikā pēc hospitalizācijas išēmiska insulta dēļ, balstoties uz pacientu datiem, no 2003. līdz 2013. gadam (vai tiem tuvākajos gados)	688
2.7. attēls. Aptaujāto cilvēku daļa, kuri apgalvo, ka viņi vai viņu ģimenes locekļi ir pieredzējuši nevēlamu notikumu, saņemot veselības aprūpi, 2013	700
2.8. attēls. Latvijas iedzīvotājiem svarīgākie veselības aprūpes augstas kvalitātes kritēriji, 2013 ¹	711
2.9. attēls. Paredzamais mūža ilgums 65 gadu vecumā, 2013. gads (vai tuvākais gads)	877
3.1. attēls. Zarnu vēža skrīnings 50–74 gadus veciem cilvēkiem, 2008. gads (vai tuvākais gads).....	1133
3.2. attēls. Dzemdes kakla vēža skrīnings 20–69 gadus vecām sievietēm, 2003.–2013. gads (vai tuvākais gads)	1144
3.3. attēls. Mamogrāfija 50–69 gadus vecām sievietēm, 2003.–2013. gads (vai tuvākais gads).....	1155
3.4. attēls. Pieaugušo skaits, kas hospitalizēti astmas un HOPS dēļ, 2013. gads (vai tuvākais gads)....	1177
3.5. attēls. Pieaugušo skaits, kas hospitalizēti diabēta dēļ, 2008. un 2013. gads (vai tuvākais gads) ..	11717
3.6. attēls. Vakcinācija pret difteriju, stingumkrampjiem un garo klepu, gadu veciem bērniem, 2013	11919
3.7. attēls. Vakcinācija pret masalām, gadu veciem bērniem, 2013	1200
3.8. attēls. Vakcinācija pret B hepatītu, gadu veciem bērniem, 2013	1201

Akronīmi un saīsinājumi

ACSQHC	Austrālijas Veselības aprūpes drošības un kvalitātes komisija
ALOS	vidējais uzturēšanās ilgums
AMI	akūts miokarda infarkts
KBT	kognitīvi biheiviorālā terapija
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
CME	tālākizglītība medicīnā
HOPS	hroniska obstruktīva plaušu slimība
CTO	Kopienas Ārstēšanas rīkojums
CVD	sirds un asinsvadu slimība
DDD	definētā dienas deva
DRG	diagnozei piesaistīta grupa
ES	Eiropas Savienība
EUR	eiro
IKP	iekšzemes kopprodukts
ĢĀ	ģimenes ārsts
HCQI	veselības aprūpes kvalitātes rādītāji
VI	Veselības inspekcija
CPV	cilvēka papilomas vīruss
LĀB	Latvijas Ārstu biedrība
LMA	Latvijas Māsu asociācija
LTC	ilgtermiņa aprūpe
VM	Veselības ministrija
LM	Labklājības ministrija
MRI	magnētiskās rezonanses attēldiagnostika
NHS	nacionālā veselības aprūpes sistēma
OOH	ārpus darbalaika
OOP	tiešie maksājumi
PKI	perkutānā koronārā intervence
PPP	pirktspējas paritāte
NMPD	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
SUSTENTO	Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija
USD	ASV dolārs
PVO	Pasaules Veselības organizāci
YLD	invaliditātes (darbnespējas) dēļ zaudētie gadi

Kopsavilkums

Latvijas veselības aprūpes sistēma kopumā nodrošina iedzīvotājiem efektīvu aprūpi ar ievērojami mazākiem resursiem — un lielākām veselības aprūpes vajadzībām — nekā vairumā OECD valstu. Veselības aprūpes sistēma veikli un mērķtiecīgi reaģēja uz 2008. gada pasaules finanšu krīzes sekām: ES līdzekļi tika novirzīti mazo slimnīcu pārveidošanai par ambulatoro pacientu aprūpes iestādēm un lielāku slimnīcu infrastruktūras attīstībai. Vidējais slimnīcā uzturēšanās ilgums Latvijā tika samazināts par gandrīz 15 %, no 9,6 dienām 2005. gadā līdz 8,3 dienām 2013. gadā. Ambulatoro apmeklējumu skaits no 2005. līdz 2010. gadam palielinājās par 19 %. Ievērojamas ir arī nesenās reformas primārajā aprūpē: 2013. gadā tika ieviesta obligāta shēma „samaksa par padarīto”; ģimenes ārsti (ĢĀ) saņēma maksājumus, lai reģistrētiem pacientiem varētu konstatēt pirmās un otrās stadijas vēzi, veicinot agrīnu diagnosticēšanu; un Latvija ieviesa brīdinājuma sistēmu, lai pa e-pastu informētu ģimenes ārstus par pacientiem, kas izsauca neatliekamo medicīnisko palīdzību, bet netika hospitalizēti. OECD veselības aprūpes sistēmas varētu daudz mācīties no šīm reformām, kā arī no senākiem iekārtojumiem, piemēram, Latvijas feldšeriem jeb ārstu palīgiem.

Tomēr Latvija saskaras ar nopietniem izaicinājumiem savas veselības aprūpes sistēmas uzturēšanā un uzlabošanā. Aptuveni piektā daļa Latvijas iedzīvotāju ziņo par atteikšanos no veselības aprūpes pakalpojumiem izmaksu dēļ; gaidīšanas laiki uz galvenajiem diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem (piemēram, vēža aprūpi) var būt ilgi; un galveno ārstēšanas procedūru iekļaušana valsts finansēto pabalstu grozā ne vienmēr atspoguļo jaunāko paraugpraksi. Kritiski vērtējot, Latvijas veselības aprūpes sistēma atpaliek no daudzu OECD valstu sistēmām apmērā, kādā dati tiek izmantoti, lai sistemātiski mērītu, salīdzinātu un uzlabotu pakalpojumu rezultātus, it īpaši detalizētākā sniedzēja vai vietējā līmenī.

Lai efektīvi un ilgtspējīgi risinātu valsts veselības aprūpes problēmas, Latvijas veselības aprūpes sistēmai ir jāuzlabo aprūpes pieejamība, apsverot iespēju atkārtoti ieviest atbrīvojumus no līdzmaksājumiem neaizsargātām grupām un grupām ar zemiem ienākumiem, un efektīvāk jānodrošina profilaktiskā aprūpe. Sistēmai arī labāk jāizmanto dati, izstrādājot galvenos darbības rādītājus visā sistēmā, un jāatjauno veselības aprūpes sistēmas stratēģiskais redzējums, jo īpaši turpinot slimnīcu sektora konsolidāciju, pārveidojot Nacionālo veselības dienestu (NVD) par stratēģisku pircēju un plānotāju un izstrādājot visaptverošu plānu veselības aprūpes darbaspēkam.

Galvenie ieteikumi: izveidot uz datiem balstītu veselības aprūpes sistēmu (izstrādājot galvenos darbības rādītājus par pieejamību, kvalitāti, efektivitāti un ilgtspēju un salīdzinoši novērtējot pakalpojumu sniedzēju līmeņa darba izpildes rādītājus); uzlabot aprūpes pieejamību (jo īpaši samazinot tiešos izdevumus veselības aprūpei); uzlabot aprūpes kvalitāti (izmantojot plašāku datu kopumu par kvalitāti un rezultātiem, kā arī izveidojot valsts sistēmu, lai mācītos no nevēlamām notikumiem); efektīvāk nodrošinot profilaktisko aprūpi (efektīvāk organizējot medmāsu darbu ģimenes ārstu praksēs un farmaceitu darbu saistībā ar profilaktisko aprūpi); un palielinot veselības aprūpes izdevumus uz vienu iedzīvotāju, tuvinot tos OECD vidējam līmenim ar mērķtiecīgu izdevumu pieaugumu.

Vērtējums un ieteikumi

Nemot vērā smagās epidemioloģiska, finansiāla un organizatoriska rakstura problēmas, Latvijas veselības aprūpes sistēma kopumā iedzīvotājiem nodrošina efektīvu aprūpi. Kopš neatkarības atgūšanas 1991. gadā Latvijas veselības aprūpes sistēma ir piedzīvojusi vairākus tālejošas reorganizācijas un negaidītu ārējo triecienu ciklus. Sākotnējā pārejā uz decentralizāciju (virzoties prom no mantotā padomju stila centralizētās veselības aprūpes sistēmas) tika izveidotas 119 pašvaldības. Veselības aprūpes sistēmas ietvaros tām bija jāpārvalda pakalpojumu sniegšana un jāvada vietēja līmeņa reformas. Taču daudzās pašvaldībās iedzīvotāju skaits bija mazāks par 2000. Vēlāk tika secināts, ka decentralizēta sistēma nav piemērota mazai valstij ar aptuveni diviem miljoniem iedzīvotāju, un Latvija atkal ieviesa centralizētāku pārvaldību. Savukārt visjaunākais un izteiktākais ārējais šoks bija veselības aprūpes budžeta samazināšana gandrīz uz pusi pēc 2008. gada pasaules finanšu krīzes. Par spīti problēmām, ar kurām Latvijas veselības aprūpes sistēmai jāskaras, tajā ir daudz pozitīvu un inovatīvu aspektu, no kuriem OECD veselības aprūpes sistēmas varētu mācīties.

Latvijas iedzīvotājiem tiek nodrošināta universāla veselības apdrošināšana viena maksātāja sistēmā, ko finansē no vispārējiem nodokļiem. Nacionālajā veselības sistēmā pastāv pircēju un pakalpojumu sniedzēju sadalījums, un valsts un privātie pakalpojumu sniedzēji var konkurēt par līgumu slēgšanu ar NVD. Pēdējos gados Latvija ir nostiprinājusi Veselības ministrijas un citu valsts iestāžu lomu veselības aprūpes sistēmas pārvaldībā. Valdības pašreizējā stratēģija ir vērsta uz aprūpes reorganizāciju attiecībā uz četrām prioritārajām slimībām (onkoloģiskām, sirds un asinsvadu slimībām, jaundzimušo aprūpi un garīgās veselības problēmām, pamatojoties uz šo slimību augsto slogu valstī) un uzsver kvalitātes nodrošināšanas mehānismu attīstību, kā arī e-veselību, cilvēkresursu plānošanu (īpaši lauku apvidos) un veselības veicināšanu. Pašvaldības ir atbildīgas arī par veselības veicināšanas un profilakses pasākumiem, un ministrija un Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) tām palīdz organizēt informatīvas kampaņas un citas aktivitātes. Pašvaldības arī organizē ilgtermiņa aprūpes pakalpojumus un atsevišķos gadījumos subsidē pacientu transportēšanas izmaksas. Kvalitātes nodrošināšanas mehānismi koncentrējas uz drošību, un veselības informācijas infrastruktūra ir attīstīta un paplašināta.

Pēc divdesmit gadus ilgas iespaidīgas ekonomiskās izaugsmes, kuras laikā Latvija samazināja ienākumu nevienlīdzību, salīdzinot ar OECD valstīm, pasaules finanšu krīzes ietekme Latvijā 2008.–2009. gadā bija ļoti skarba, un Latvija piedzīvoja vienu no lielākajiem ražošanas apjomu zaudējumiem pasaulē. Tika ieviesti tālejoši fiskālās konsolidācijas pasākumi, tostarp veselības aprūpes nozarē. Veselības aprūpes finansējumā ir ļoti maza valsts ieguldījumu daļa, salīdzinot ar OECD veselības aprūpes sistēmām, kas atbilst tikai 3,2 % no IKP (2013. gada dati). Būtisks tiešo maksājumu apjoms palielina valsts kopējos izdevumus veselības aprūpei līdz 5,3 % no IKP (ekvivalents 1217 USD PPP uz vienu cilvēku gadā). Tajā pašā laikā Latvijas veselības aprūpes sistēmas stabilitāti apdraud tikpat biedējošu un strauji augošu iekšējo problēmu kopums. Būtiskākā no tām ir Latvijas iedzīvotāju straujā novecošana un skaita samazināšanās: darbības vecuma pieaugušo emigrācijas dēļ iedzīvotāju skaits kopš 2009. gada ir samazinājies par vairāk nekā 10 %.

Latvija ir reaģējusi uz budžeta samazinājumu ar virkni efektivitātes pasākumu. Ir izstrādātas dažas modernas un dinamiskas maksājumu sistēmas, jo īpaši primārās aprūpes jomā, kas ir nodrošinātas ar valsts cenu tarifu un kopējo budžetu. Valsts ģenerālplāns, kas izstrādāts kopā ar Pasaules Banku, samazināja slimnīcas gultasvietu skaitu no 8,8 līdz 5,8 uz 1000 iedzīvotājiem laika posmā no 2000. līdz 2013. gadam (OECD, 2015a; OECD, 2015e). Kvalitāte nav novirzīta otrajā plānā, par ko liecina nesen ieviestā primārās aprūpes ārstu snieguma pārvaldības sistēma. Drīz tiks ieviesta līdzīga sistēma slimnīcām. Pacientu grupas ziņo, ka tiek pietiekami iesaistītas politikas veidošanā, un ir panākta vienošanās par vairākiem starpnozaru sadarbības memorandiem — tostarp ar rūpniecības nozari — par galvenajiem veselības aizsardzības jautājumiem. Izcila ir arī medicīnas

izglītība, un Latvijas medicīnas skolas ir saglabājušas savu reputāciju kā vienas no labākajām bijušajās Padomju Savienības valstīs.

Šie nozīmīgie Latvijas veselības aprūpes sistēmas progresa un inovācijas piemēri ir jāskata pretstatā dažiem nopietniem iemesliem bažām, tai skaitā pastāvīgām problēmām saistībā ar neapmierinātām vajadzībām, aprūpes kvalitātes nepilnībām, kā arī būtiskām problēmām saistībā ar ilgtspējību. Pieejamība ir pasliktinājusies daudzējādā ziņā: aptuveni piektā daļa Latvijas iedzīvotāju ziņo par atteikšanos no veselības aprūpes izmaksu dēļ; gaidīšanas laiki uz galvenajiem diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem (piemēram, vēža aprūpi), var būt ilgi; un medikamentu un procedūru kompensēšana ne vienmēr atbilst jaunākajiem klīniskajiem pierādījumiem vai vadlīnijām. No budžeta samazinājumiem īpaši smagi cieta profilaktiskā veselības aprūpe, kas tiek nodrošināta zemā kvalitātē. Tiek izstrādāti e-veselības un IT risinājumi, taču līdz šim tie ir izmantoti nevienmērīgi. Skatoties plašākā mērogā, Latvijas veselības aprūpes sistēma atpaliek no OECD valstu sistēmām apmērā, kādā pieejamie dati tiek izmantoti, lai sistemātiski mērītu, salīdzinātu un uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu rezultātus, it īpaši detalizētākā sniedzēja vai vietējā līmenī. Ir vērojama arī novirzīšanās no stratēģiskā redzējuma, pēc kura vadās veselības aprūpes nozares reforma. Ir nepieciešama slimnīcu sektora turpmāka racionalizācija, paralēli izstrādājot labākus aprūpes tīklus un sistēmas, taču nav skaidras stratēģijas šī uzdevuma īstenošanai.

Lai efektīvi un ilgtspējīgi risinātu valsts veselības aprūpes problēmas, Latvijas veselības aprūpes sistēmai ir:

- jāatjauno stratēģiskais redzējums par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, jo īpaši turpinot slimnīcu sektora konsolidāciju, pārveidojot NVD par stratēģisku pircēju un plānotāju un izstrādājot visaptverošu plānu veselības aprūpes darbaspēkam;
- jāpadara veselības aprūpe par sistēmu, kas balstīta uz datiem, izstrādājot galvenos darbības rādītājus visā sistēmā, virzoties uz atklātu publicēšanu un salīdzinošo novērtēšanu, kā arī izstrādājot pakalpojumu sniedzēju līmeņa darba izpildes rādītājus;
- jāuzlabo aprūpes pieejamība, stiprinot ģimenes ārstu kā „vārtziņu” lomu un apsverot iespēju atkārtoti ieviest atbrīvojumus no līdzmaksājumiem neaizsargātām grupām un grupām ar zemiem ienākumiem;
- jāuzlabo aprūpes kvalitāte, pārsniedzot minimālos standartus, apsverot brīvprātīgo akreditāciju, izstrādājot skaidrākas un labāk piemērotas vadlīnijas un efektīvāk izmantojot datus (tostarp slimību reģistrus un nevēlamu notikumu reģistrus), lai izprastu aprūpes kvalitātes trūkumus;
- jāsniedz profilaktiskā aprūpe efektīvāk, piemēram, efektīvāk izmantojot medmāsu darbu ģimenes ārstu praksēs un farmaceitu darbu saistībā ar profilaktisko aprūpi.

Latvijā visos veselības aprūpes sistēmas līmeņos īsts izaicinājums ir ilgtspējīgas politikas veidošana. Nestabils finansējums, liela ministru mainība un datu par veselības aprūpes sistēmas darbību nepilnvērtīga izmantošana valdības līmenī nozīmē, ka politika pārāk bieži ir sadrumstalota un darbojas īstermiņā. Lai finansētu veselības aprūpes sistēmu, Latvija balstās ne tikai uz lieliem pacientu tiešajiem maksājumiem, bet arī uz Eiropas Savienības finansiālo atbalstu. Tas nozīmē, ka politikas veidotāji nav pārliecināti par budžetu, ar kuru tiem būs jāstrādā nākamajos gados, un maksātājiem un pakalpojumu sniedzējiem ir grūti izstrādāt ilgtermiņa stratēģijas. Zināmā mērā būtiskās finanšu problēmas, ar ko Latvija ir saskārusies pēdējos gados, ir paātrinājušas pārmaiņas, un šīm problēmām ir bijusi pozitīva ietekme, piemēram, paātrinot reformas slimnīcu sektorā. Taču citos aspektos finansiāls spiediens nozīmē, ka uzmanība tiek novirzīta atpakaļ uz īstermiņa risinājumiem. Tāpat kā lielākajā daļā OECD valstu cietuši ir ilgtermiņa ieguldījumi iedzīvotāju veselības aizsardzībā.

Lai veselības aprūpes sistēma varētu sasniegt tai uzstādītos mērķus, ir jāpievēršas diviem sarežģītiem, sistēmas pamatā esošiem strukturāliem elementiem. Pirmkārt, būtu vēlama lielāka

stabilitāte veselības aprūpes sistēmas pārvaldībā. Latvijā pēdējo 12 gadu laikā ir bijuši 11 veselības ministri, un šāda liela ministru mainība neizbēgami ierobežo to, cik lielā mērā var īstenot vidēja un ilgāka termiņa stratēģiskās reformas. Otrkārt, veselības aprūpes sistēmai nākotnē neapšaubāmi vajadzēs lielāku publisko finansējumu. Pat salīdzinot ar citām bijušajām padomju ekonomikām, Latvijas sistēmas finansējums ir nepietiekams. Piemēram, Igaunija un Lietuva veselības aprūpei velta par aptuveni 1 % no IKP vairāk. Ierobežojot ilgāka termiņa reformu iespējamību, nepietiekams finansējums kaitē Latvijas iedzīvotāju veselībai arī šajā brīdī, par ko liecina to cilvēku skaits, kas atsakās no veselības aprūpes, un no tā izrietošā novēlotā ārstēšana. Ja iedzīvotāju veselība un labklājība ir Latvijas prioritāte, lielāka publisko līdzekļu daļa būs jānovirza veselības aprūpes sistēmai.

Latvijas veselības aprūpes vajadzības un veselības aprūpes sistēma

Latvijas iedzīvotāju veselība joprojām ir relatīvi vāja, ar mazu paredzamo mūža ilgumu, neinfekciju slimību pieaugošu izplatību, augstu mirstību, sirds un asinsvadu slimībām, vēzi, ceļu satiksmes negadījumiem un pašnāvībām. Iedzīvotāju novecošanās norit lēnāk nekā daudzās OECD valstīs, tomēr tā palielina slimību slogu un spiedienu uz veselības aprūpes sistēmu. Tajā pašā laikā saglabājas augsta infekcijas slimību, piemēram, HIV, izplatība.

Latvijas demogrāfiskā un sociāli ekonomiskā situācija

Ap 1990. gadu Latvijas iedzīvotāju skaits sasniedza gandrīz 2,7 miljonus, bet tas ir dramatiski samazinājies par vairāk nekā 20 %, un 2014. gadā iedzīvotāju bija mazāk nekā 2 miljoni. Darbspējīgā vecuma iedzīvotāju skaits ir strauji samazinājies, ko izraisījusi migrācija uz citām Eiropas valstīm, kas paātrinājās pēc neatkarības atgūšanas 1991. gadā un pasaules finanšu krīzes 2008. gadā. Kopš 2000. gada Latvija ir zaudējusi aptuveni 14 % darbspējīgā vecuma iedzīvotāju (Hazans, 2012). No 2008. gada līdz 2013. gadam vidēji 30 000 cilvēku katru gadu pameta valsti, jo īpaši jaunie un samērā labi izglītotie cilvēki (OECD, 2015f; OECD, 2013b). Veselības aprūpes speciālisti, piemēram, ārsti un medmāsas, nav izņēmums. Sagaidāms, ka iedzīvotāju un darbaspējas vecuma cilvēku skaita samazinājums turpināsies arī nākamajos gadu desmitos, jo dzimstības līmenis ir zems un joprojām turpinās emigrācijas tendence.

Lai gan cilvēki vecumā no 65 gadiem 2013. gadā veidoja 18,6 % Latvijas iedzīvotāju, pārsniedzot OECD vidējo rādītāju — 15,6 %, Latvijas sabiedrības novecošana nenotiek tik strauji kā daudzās OECD valstīs. Paredzams, ka 2050. gadā cilvēki vecumā no 65 gadiem veidos 22,8 % Latvijas iedzīvotāju skaita, bet OECD vidējais rādītājs būs 27,1 %. Tomēr sabiedrības novecošana, ko paātrina darbaspējas vecuma iedzīvotāju emigrācijas pieaugums, tuvākajā nākotnē palielinās spiedienu uz veselības sistēmu. Demogrāfiskās slodzes koeficients (cilvēki vecumā no 65 gadiem pret darbspējīgā vecuma iedzīvotājiem vecumā no 20 līdz 64 gadiem) palielinās lēnāk nekā OECD vidējais rādītājs, bet 2050. gadā tas sasniegs 41 %.

0.1. ielikums. Latvijas veselības aprūpes sistēmas galvenās iezīmes un institūcijas

Tāpat kā lielākā daļa OECD sistēmu, arī Latvijas veselības aprūpes sistēma kopumā ir sadalīta primārās aprūpes, sabiedrībā balstītas un ambulatorās aprūpes, sekundārās stacionārās un speciālistu aprūpes jomās. Primārās aprūpes ārsti, zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji un aptiekas galvenokārt ir privātas. Vairums slimnīcu pieder pašvaldībām, savukārt terciārā līmeņa slimnīcas un specializētās slimnīcas pieder valstij.

Slimnīcu sektorā kopš 2004. gada ir veiktas būtiskas reformas, cenšoties konsolidēt slimnīcas un speciālistu pakalpojumus un pāriet no stacionārās aprūpes uz ambulatoro aprūpi un medicīnisko aprūpi mājās. To slimnīcu skaits, ar kurām NVD ir noslēgti līgumi, samazinājās no 72 slimnīcām 2008. gadā līdz 39 slimnīcām 2012. gadā (Taube et al., 2015). 2013. gadā slimnīcas gultu skaits uz 1000 iedzīvotājiem bija 5,8.

Primārās aprūpes pakalpojumus apmaksā ar dažādām maksāšanas metodēm, tostarp kapitāciju, maksu par pakalpojumu un samaksu par padarīto. **Stacionāro aprūpi** agrāk apmaksāja, izmantojot maksu par pakalpojumu līdz noteiktai maksimālajai summai, bet pēc vairāku gadu ilga pārejas perioda ar kvazi-diagnozei piesaistītu grupu (DRG) sistēmu 2015. gadā sākās DRG sistēmas ieviešana. **Speciālistu nodrošināto ambulatoro aprūpi** galvenokārt apmaksā ar vienotu likmi, kas noteikta diagnožu grupām, piemēram, akūtām slimībām, hroniskām slimībām un profilaksei, un pakalpojumu maksas maksājumiem.

Klāstu un pakalpojumu tarifus nosaka NVD. NVD kompensēto produktu un pakalpojumu klāsts balstās uz veselības aprūpes tehnoloģiju novērtējumu, kurā tiek izvērtēta farmācijas preču (bet ne medicīnas ierīču un procedūru) pieejamība cenas ziņā un izmaksu efektivitāte.

NVD 2009. gadā sāka kompensēt medicīnisko aprūpi mājās. Medicīniskā aprūpe mājās ir izstrādāta pacientiem ar hroniskām slimībām un kustību traucējumiem, piemēram, pēc operācijas, insulta pacientiem un paliatīvās aprūpes pacientiem. Rūpējoties par pacientiem mājās, joprojām būtisks ir ģimenes atbalsts un aprūpētāju atbalsts (piemēram, atslodzes periodi un finansiālie pabalsti), kas ir mazāk attīstīts nekā dažās OECD veselības aprūpes sistēmās. Valstī ir sistēma, kas nodrošina sociālo aprūpi mājās un par kuru atbildīga ir Labklājības ministrija.

Centrālajā līmenī galvenie lēmēji par Latvijas veselības aprūpes sistēmu ir Saeima, Ministru kabinets un Veselības ministrija. Saeima apstiprina budžetu NVD, kas ir atbildīgs par veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanu, un Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas Sabiedrības veselības apakškomisija izskata visus ar veselības aizsardzību saistītos jautājumus, kas radušies tās biedriem un citām ieinteresētajām pusēm. Saeima un Ministru kabinets izdod galvenos normatīvos aktus un noteikumus, kas saistīti ar veselības aprūpes sistēmu.

Veselības ministrija ir atbildīga par valsts veselības aizsardzības politiku un tiesību aktiem un veselības aprūpes sistēmu vispārējo organizāciju un darbību un uzrauga konkrētu pasākumu īstenošanu saistībā ar prioritārajām politikas jomām. Ministrija arī regulē veselības aizsardzības pasākumus un koordinē pasākumus, kas veikti vietējā līmenī veselības veicināšanas un slimību profilakses jomā.

Pašvaldībām decentralizētā līmenī ir ierobežotas funkcijas, bet to pienākums ir nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību saviem iedzīvotājiem, īstenojot veselības veicināšanas un profilakses pasākumus un organizējot un nodrošinot ilgtermiņa aprūpes pakalpojumus. NVD rūpējas par veselības aprūpes sistēmas finansējumu administrēšanu un iepirkuma funkciju centrālajā līmenī, pamatojoties uz līgumiem ar pakalpojumu sniedzējiem. Dienesta galvenie uzdevumi ietver arī gada kvotu noteikšanu veselības aprūpes pakalpojumiem, ko tas finansē, lai kontrolētu katru gadu veiktos valsts maksājumus.

Veselības inspekcijas (VI) uzdevums ir uzraudzīt un kontrolēt veselības aprūpes kvalitāti. VI izvērtē NVD pakalpojumu sniedzējus un veselības aprūpes speciālistus, pārbaudot atbilstību valsts tiesību aktiem.

Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), kas darbojas Veselības ministrijas pārraudzībā, ir valsts veselības aizsardzības institūcija, kas atbild par attiecīgās informācijas vākšanu, analīzi un ziņošanu, pārvalda slimību reģistrus, organizē iedzīvotāju aptaujas par paradumiem, kas saistīti ar veselību, infekcijas slimību epidemioloģisko uzraudzību, īsteno sabiedrības veselības veicināšanas un profilakses pasākumus un uzrauga slimību uzliesmojumus un veselības aizsardzības programmas.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD), kas darbojas Veselības ministrijas pārraudzībā, vada neatliekamo medicīnisko palīdzību visā valstī.

Zāļu valsts aģentūra, kas darbojas Veselības ministrijas pārraudzībā, nodrošina farmaceitisko produktu un medicīnas iekārtu drošību un klīnisko efektivitāti, balstoties uz nacionālajiem un starptautiskajiem tiesību aktiem.

Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklis joprojām ir samērā slikts

Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā (73,9 gadi) joprojām ir zemāks nekā OECD valstīs, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju 2013. gadā — 80,5 gadi. Arī paredzamais mūža ilgums 65 gadu vecumā ir daudz zemāks par OECD vidējo rādītāju — 18,6 gadi sievietēm un 13,7 gadi vīriešiem Latvijā, salīdzinot ar OECD vidējiem rādītājiem — attiecīgi 21,1 un 17,8 gadi. Kopumā mirstības rādītājs vīriešu vidū ir 1,9 reizes lielāks nekā sieviešu vidū. Precīzāk, vīriešu mirstība pašnāvību dēļ visās vecuma grupās ir 6,9 reizes lielāka nekā sievietēm, satiksmes negadījumu dēļ — 3,2 reizes, vēža dēļ — 2,1 reizi, sirds išēmisko slimību dēļ — 1,8 reizes, insulta

dēļ — 1,3 reizes. Šīs dzimumu atšķirības Latvijā daļēji var izskaidrot ar riska faktoru lielāku izplatību un saslimstību vīriešu vidū. Piemēram, saslimstība ar vēzi Latvijā vīriešu vidū ir par aptuveni 60 % augstāka nekā sieviešu vidū, bet Apvienotajā Karalistē, Dānijā un Islandē dzimumu atšķirība ir daudz zemāka — mazāk nekā 10 % (OECD, 2015a).

Mazāks paredzamais mūža ilgums Latvijā, salīdzinot ar OECD valstīm, ir skaidrojams ar augstu mirstību no vairākiem nāves cēloņiem. Mirstība no sirds išēmiskās slimības un insulta ir trīs reizes lielāka par OECD vidējo rādītāju (attiecīgi 357 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 117, un 200 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 66, 2013. gadā). Augsta ir arī mirstība vēža dēļ (245 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 206). Galvenie mirstības iemesli vēža dēļ ir prostatas vēzis, plaušu vēzis, zarnu vēzis, kuņģa vēzis un urīnpūšļa vēzis vīriešiem, un krūts vēzis, zarnu vēzis, dzemdes ķermeņa vēzis, dzemdes kakla vēzis un olnīcu vēzis sievietēm (IARC, 2015). Arī pašnāvību skaits un mirstība satiksmes negadījumu dēļ ir lielāka par OECD vidējo rādītāju (attiecīgi 20 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 12, un 10 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 7).

Runājot par mirstības tendencēm, aina ir neviennozīmīga. Sirds un asinsvadu slimību ziņā Latvijā 21. gs. sākumā kopumā bija vērojams tāds pats mirstības samazinājums kā OECD valstīs, un pēdējos gados valsts ir piedzīvojusi nelielu mirstības pieaugumu, kas vērojams arī citās OECD valstīs. Attiecībā uz vēzi, mirstība Latvijā kopš 2000. gada ir palielinājusies, lai gan mirstība no visiem vēža veidiem vīriešu un sieviešu vidū OECD valstīs tajā pašā laika posmā ir lēnām samazinājusies. Mirstība no zarnu vēža, prostatas vēža un dzemdes kakla vēža Latvijā pēdējo desmit gadu laikā ir pieaugusi. Tajā pašā laika posmā OECD valstīs pakāpeniski samazinājās pašnāvību skaits, taču Latvijā tā nenotika. Tomēr Latvijā pēdējos gados ir strauji samazinājusies zīdaiņu mirstība, lai gan līmenis joprojām ir augstāks par OECD vidējo rādītāju.

Latvijai jācīnās arī ar dažu infekcijas slimību izplatību. HIV saslimstība ir otrā augstākā Eiropā pēc Igaunijas (16,6 uz 100 000 iedzīvotājiem 2012. gadā), un saslimstība ar AIDS ir daudz augstāka nekā jebkurā citā OECD valstī — 6,8 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 1,4. Jauno AIDS gadījumu skaits pēdējo gadu laikā ir turpinājis augt, bet OECD valstīm kopš deviņdesmito gadu vidus ir izdevies samazināt saslimstību. Arī B hepatīta (kura galvenie pārnesšanas veidi ir tādi paši kā HIV/AIDS gadījumā) saslimstība ir augsta, ar vairāk nekā desmit gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju. Lai gan saslimstība ir samazinājusies no aptuveni 40 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju 2003. gadā, tā joprojām ir augsta, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 2. Tomēr pēdējo desmit gadu laikā efektīva vakcinācija pret B hepatītu gadu veciem bērniem ir ievērojami samazinājusi saslimstību pieaugušo iedzīvotāju vidū un gandrīz novērsusi saslimstību bērnu vidū.

Pašu Latvijas iedzīvotāju ziņotais veselības stāvoklis ir slikts. Iedzīvotāju sniegto informāciju par veselības stāvokli bieži vien ir grūti salīdzināt starptautiskā mērogā, jo šo informāciju var ietekmēt sociālie un kultūras faktori. Latvijā to iedzīvotāju īpatsvars, kas ziņoja par labu un ļoti labu veselības stāvokli, pieauga no 35 % 2005. gadā līdz 45 % 2013. gadā. Taču tas joprojām ir daudz zemāks par ES vidējo rādītāju — 67 %. Latvijas iedzīvotāju īpatsvars, kas ziņoja par sliktu un ļoti sliktu veselību, samazinājās no 22 % 2005. gadā līdz 17 % 2013. gadā. Lai gan ir vērojams uzlabojums, rādītājs joprojām ir ievērojami augstāks par ES vidējo rādītāju — 10 % (Eurostat, 2015). Arī iedzīvotāju ziņotās ilgstošās slimības vai veselības problēmas un ierasto darbību ierobežojumi ir izplatītāki nekā daudzās Eiropas valstīs. Piemēram, to iedzīvotāju daļa, kuriem ir zemi ienākumi un kuri uzskata, ka viņiem ir ilgstoša slimība, Latvijā (44 %) ir daudz lielāka nekā vidēji Eiropā (33 %), un šādu iedzīvotāju daļa augstu ienākumu grupā Latvijā ir 22 %, kas arī ir augstāks rādītājs par Eiropas vidējo — 18 % (Eurostat, 2015). Šo rādītāju atšķirības augstu un zemu ienākumu grupās liecina, ka Latvijā ir augsta veselības nevienlīdzība, salīdzinot ar daudzām Eiropas valstīm.

Nevēlamo riska faktoru izplatība ir augsta, un pastāv lielas bažas, ka kļūst sliktāk

Smēķēšana Latvijā ir izplatīta, jo īpaši pieaugušo vīriešu vidū, un, atšķirībā no situācijas vairumā OECD valstu, kļūst aizvien populārāka (OECD, 2015a). Smēķēšanas izplatības rādītājs Latvijā ir 34,3 %, gandrīz divreiz lielāks par OECD vidējo rādītāju 2013. gadā — 19,7 %. Dzimumu atšķirība ir ļoti liela salīdzinājumā ar vairumu OECD valstu — Latvijā katru dienu smēķē vairāk nekā puse pieaugušo vīriešu un mazāk nekā piektdaļa pieaugušo sieviešu. No 2000. gada līdz 2013. gadam OECD valstīs vidēji samazināja ikdienas smēķēšanu pieaugušo vidū par 6 %, bet Latvijā tā pieauga par vairāk nekā 1 %. Tomēr būtiskas izmaiņas ir panāktas attiecībā uz smēķēšanas izplatību jauniešu vidū, kā arī pasīvās smēķēšanas izplatību darbavietās — abi rādītāji ir samazinājušies.

Latvijas pieaugušie iedzīvotāji 2012. gadā vidēji patērēja 10,2 litrus absolūtā alkohola uz vienu iedzīvotāju — patēriņš bija pieaudzis no 7,1 litra 2000. gadā. Savukārt OECD valstīs caurmērā bija vērojama patēriņa samazināšanās tendence no 9,5 litriem 2000. gadā līdz 8,8 litriem 2013. gadā (OECD, 2015a). Arī aptaukošanās izplatība Latvijas pieaugušo vidū ir augstāka (23,6 %) par OECD vidējo rādītāju — 19 % (OECD, 2015a). Lai gan daudzās OECD valstīs aptaukošanās ir izplatītāka vīriešu vidū, Latvijā šāda tendence nav vērojama. SPKC dati liecina, ka sieviešu vidū (25 %) tā ir daudz izplatītāka nekā vīriešu vidū (16 %).

Veselības sistēmai vēlti līdzekļu un sistēmas resursu apjoms Latvijā ir neparasti mazs

Latvija tērē 5,3 % no IKP veselības aprūpei (2013. gada rādītāji, kas atbilst 1217 USD PPP uz vienu personu gadā) — mazāk par OECD vidējo rādītāju, kas ir 8,9 % un 3453 USD PPP. Daļēji tas ir skaidrojams ar zemo publisko finansējumu Latvijā, kas veido 3,2 % no IKP — daudz mazāk par OECD vidējo rādītāju, kas 2013. gadā bija 6,5 %. No visām OECD valstīm tikai Meksika tērē tikpat maz kā Latvija, un Čīle, Turcija un Koreja tērē mazāk nekā 4 % no IKP veselības aizsardzībai, izmantojot publisko finansējumu.

Veselības aprūpes izdevumi Latvijā ir auguši pieticīgi, salīdzinot ar kopējo ekonomisko izaugsmi. Reālā IKP pieaugums Latvijā no 2002. gada līdz 2007. gadam vidēji bija aptuveni 9 %; pēc tam strauji samazinājās par 3,6 %, 14,3 % un 3,6 % no 2008. gada līdz 2010. gadam, kam visbeidzot atkal sekoja ap 3 % pieaugums gadā līdz nesenojamajai lejupslīdei. Pirms pasaules finanšu krīzes, no 2005. gada līdz 2009. gadam, veselības aprūpes izdevumi Latvijā pieauga par 3 % gadā — lēnāk nekā OECD vidējais 3,4 % gada pieaugums. No 2009. gada līdz 2013. gadam veselības aprūpes izdevumu pieaugums Latvijā atbilda OECD vidējam rādītājam, kas bija 0,6 % gadā.

Ir sagaidāms dažu speciālistu grupu trūkums. Latvijā uz 1000 iedzīvotājiem ir 3,1 praktizējošs ārsts, un tas ir tuvu OECD vidējam rādītājam — 3,2, bet daudzi ārsti tuvākajos gadu desmitos dosies pensijā. Ģimenes ārstu vidējais vecums Latvijā ir 54 gadi. Vairāk nekā divas trešdaļas praktizējošo ģimenes ārstu ir vismaz 50 gadus veci, un vairāk nekā ceturtdaļa ir vismaz 60 gadus veci (SPKC, 2014).

Vēl lielākas bažas rada praktizējošo medmāsu skaits. Medmāsu skaits Latvijā ir zems — 4,9 uz 1000 iedzīvotājiem (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 9,1). Tas arī rada zemu medmāsu/ārstu skaita attiecību — 1,5 (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 2,8). Medmāsu un citu atbalsta speciālistu vecums pieaug, radot problēmu ar šo speciālistu skaita saglabāšanu nākotnē.

Būtisks Latvijas veselības aprūpes darbaspēka elements, kas zināmā mērā varētu palīdzēt ārstu un medmāsu trūkuma gadījumā, ir ārstu palīgi jeb feldšeri. Šo personu, kuras ir apmācītas ārkārtas un ambulatorajā aprūpē diagnozes noteikšanai un medikamentu izrakstīšanai, funkcijas atrodas diapazonā starp ārstu un medmāsu darba specifiku. Viņi daļēji palīdz risināt resursu trūkuma problēmu, jo īpaši lauku apvidos, un piedāvā interesantu modeli, ko OECD veselības aprūpes sistēmām būtu vērts izskatīt. Par obligātu prasību 2014. gadā kļuva pieņemt darbā otru medmāsu vai ārsta palīgu praksēs ar vairāk nekā 1800 reģistrētiem pacientiem (vai 800 pacientiem līdz 18 gadu vecumam). 2013. gadā valstī bija 1869 ārstu palīgi. Turklāt valsts daļās, kur veselības aprūpes

pieejamība ir lielāka problēma, vietējās pašvaldības ir izveidojušas ārstu palīgu vienības. Lai izveidotu šādu vienību, reģionā nedrīkst būt reģistrēta ģimenes ārsta prakse; vai attālums no vienības līdz tuvākajai ģimenes ārsta praksei ir vairāk nekā desmit kilometri; vai vienības apkalpotajā teritorijā ir ne mazāk kā 500 iedzīvotāji. Valstī 2013. gada beigās bija 96 ārstu palīgu prakses, kas vidēji dienā nodrošināja 4,4 pacientu konsultācijas.

Latvijas ārstus un medmāsas parasti uzskata par labi apmācītiem un ļoti kompetentiem. Tāpēc tie dažkārt meklē darbu citur Eiropā, piemēram, Vācijā, Norvēģijā un Apvienotajā Karalistē. Eiropā ir īpaši augsts pieprasījums pēc specializētajām medmāsām, piemēram, ķirurģijas medmāsām un intensīvās aprūpes medmāsām, kā rezultātā ir salīdzinoši augsta izceļošana — 5 % no darbaspēka gadā (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 2,8 %, un Eiropas vidējais rādītājs ir 4,9 %). Turklāt daži medmāsu studiju absolventi neizvēlas medmāsas karjeru sarežģīto darba apstākļu dēļ un meklē darbu citās nozarēs Latvijā. Lai gan krīzes laikā daudzi atgriezās pie medmāsu profesijas (jo tā piedāvāja stabilāku darbu, salīdzinot ar privāto sektoru), vidēji apmēram 150 medmāsas gadā izvēlas pamest medmāsas darbu — tas ir būtisks skaits, ņemot vērā, ka ik gadu tiek apmācītas 200–350 medmāsas.

Medikamentu pieejamība ir samērā ierobežota. Izdevumi par medikamentiem uz vienu iedzīvotāju Latvijā ir 306 USD PPP — daudz mazāki nekā vidēji OECD (515 USD PPP). Tomēr tiešo maksājumu daļa par medikamentiem ir liela, veidojot 18 % no pašreizējiem veselības aprūpes izdevumiem (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 7 %). Tas liecina, ka medikamentu pieejamība valstī var būt problemātiska, it īpaši iedzīvotāju grupām ar zemiem ienākumiem. Latvijā ir pieejama ierobežota informācija par medikamentu patēriņu un pārdošanas apjomiem, bet vienīgie dati, kas ir pieejami starptautiskiem salīdzinājumiem, liecina, ka to antibakteriālo līdzekļu pārdošanas apjomi, kas paredzēti sistēmiskai lietošanai ar definēto dienas devu (DDD), ir par aptuveni 35 % mazāki nekā vidēji OECD valstīs.

Latvija pēdējos gados ir nostiprinājusi savas veselības aprūpes sistēmas informācijas infrastruktūru. Ieviešot e-veselības sistēmu 2016. gadā, ir sagaidāms, ka uzlabosies veselības aprūpes informācijas pieejamība un izmantošana, jo sistēmā tiks reģistrēti katram pacientam sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, pārbaudes un to rezultāti, izmaksas un izrakstītās receptes, izmantojot unikālus pacientu identifikatorus. Ietvertu pakalpojumu sniedzēju klāsts sākotnēji ir ierobežots, bet ir paredzēts, ka sistēmā ar laiku tiks ietverti visi pakalpojumu sniedzēji. Ir paredzēts, ka dažādu pakalpojumu sniedzēju šobrīd izmantotās informācijas sistēmas tiks integrētas vienotā valsts sistēmā. Tas, piemēram, ļautu veselības aprūpes sniedzējiem izrakstīt e-recepti, lai pacienti varētu iegādāties medikamentus jebkurā aptiekā valstī. Konsolidētai valsts datu infrastruktūrai būtu arī jāļauj pakalpojumu sniedzējiem pārraudzīt medikamentu drošību gadījumos, kad tiek izrakstīti vairāki medikamenti, un izvairīties no identiskiem diagnostikas testiem pie dažādiem pakalpojumu sniedzējiem. Šī infrastruktūra arī atvieglotu aprūpes koordināciju starp vairākiem pakalpojumu sniedzējiem, piemēram, informējot ģimenes ārstus par pacientiem, kas izrakstīti no slimnīcas. Pacienti daļēji varēs piekļūt savai medicīniskajai kartei.

OECD veselības informācijas vākšanas ietvaros Latvija ziņo par samērā labu rādītāju klāstu, veicinot salīdzinošo novērtēšanu attiecībā pret citām OECD valstīm. Latvija ziņo par vairākiem OECD kvalitātes rādītājiem, tostarp par novēršamu hospitalizāciju astmas, hroniskas obstruktīvas plaušu slimības (HOPS) un diabēta dēļ, vēža skrīningu un izdzīvošanu, mirstību no akūta miokarda infarkta (AMI) un insulta, balstoties uz hospitalizāciju skaitu, pašnāvībām pēc hospitalizācijas psihisku traucējumu dēļ un to cilvēku pārāk lielu mirstību, kuri cieš no bipolārajiem traucējumiem un šizofrēnijas. Pirmais solis, kā uzlabot informācijas pieejamību par kvalitāti Latvijā, būs paplašināt to rādītāju klāstu, kurus Latvija sistemātiski apkopo par aprūpes kvalitāti, iekļaujot ziņošanu par hospitalizāciju hroniskas sirds mazspējas dēļ, detalizētāku informāciju par izrakstītajiem medikamentiem (piemēram, diabēta slimniekiem ar vismaz vienu holesterīna līmeni pazeminošu medikamentu recepti iepriekšējā gadā laikā), ķirurģiskām komplikācijām, dzemdību traumām un pacientu pieredzes rādītājiem.

Pakalpojumu sniedzēju līmenī lielāka uzmanība jāvelta aprūpes kvalitātes rādītājiem un pamatinformācijai par pacientu drošību. Piemēram, valstī nav vienotas sistēmas nevēlamu notikumu paziņošanai un informācijas par slimnīcā iegūtām infekcijām. Valsts līmenī ir pieejami daži kvalitātes rādītāji, piemēram, veselības aprūpes kvalitātes rādītāju (HCQI) dati, un vajadzētu būt iespējai tos klasificēt slimnīcu līmenī, bet nav skaidrs, vai politikas veidotāji, vadītāji un veselības aprūpes speciālisti konsekventi izmanto šos rādītājus.

Latvijas veselības aprūpes sistēmas pieejamība un kvalitāte

Lai gan Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir daudz slavējamu lietu, pieejamības un kvalitātes aspektos ir vairāk iemeslu bažām. NVD izveide nodrošināja vispārēju veselības aprūpi visiem Latvijas iedzīvotājiem, taču ir skaidri redzamas dažas problēmas saistībā ar pieejamību. Izmaksu dalīšanas augstie līmeņi gandrīz visiem pakalpojumu lietotājiem rada finansiālus šķēršļus pieejamībai. Veselības pakalpojumu koncentrēšanās pilsētās rada ģeogrāfiskus šķēršļus pieejamībai, lai gan Latvija veic dažus pasākumus to novēršanai. Turklāt reizēm ir ļoti ilgi jāgaida līdz pakalpojumu saņemšanai. Daudzas no šīm problēmām ir izraisījuši vai saasinājuši Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu „kvotu” sistēma.

Pamatojoties uz pieejamajiem kvalitātes rādītājiem, Latvijas primārās aprūpes sektors darbojas samērā labi, bet vairāk būtisku trūkumu ir slimnīcu sektorā. Piemēram, mirstība pēc insulta ir gandrīz trīs reizes augstāka par OECD vidējo rādītāju. Zemie ieguldījumi veselības aprūpes sistēmā sarežģī ievērojamu uzlabojumu ieviešanu kvalitātes un pieejamības ziņā, un dažiem reformas ieteikumiem būs nepieciešami papildu resursi. Runājot par veselības aprūpes sistēmas pieejamības un kvalitātes uzlabošanu, Latvija varētu izmantot OECD pieredzi.

Valstī ir gan finansiāli, gan ģeogrāfiski šķēršļi veselības aprūpes pieejamībai, ko vēl vairāk palielina ikgadējo „kvotu” sistēma

Visā Latvijas veselības aprūpes sistēmā tiek dalītas izmaksas par medicīnas pakalpojumiem, tostarp par konsultācijām un receptēm. Pacienti maksā 1,42 eiro par katru vizīti pie ģimenes ārsta. Turklāt 2009. gadā tika ieviests 42,77 eiro līdzmaksājums par stacionāru ķirurģisku iejaukšanos, un pacientiem ir arī jāmaksā līdz 35,64 eiro par dažādiem diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem. Tajā pašā gadā visu līdzmaksājumu limits par ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem uz vienu personu gadā palielinājās no aptuveni 213 eiro līdz 570 eiro, un maksājuma kopsummas limits par katru hospitalizācijas gadījumu palielinājās no 114 eiro līdz 356 eiro. Tomēr 2010. gadā ambulatoro pacientu līdzmaksājumi par speciālistu un slimnīcu apmeklējumiem tika samazināti no 7,11 eiro līdz 4,27 eiro, un līdzmaksājumi par ikdienas izmaksām, uzturoties slimnīcā, tika samazināti no 17 eiro līdz 13,52 eiro, sākot no otrās dienas (Taube et al., 2014).

Pakalpojumu sniedzējiem tiek piešķirtas gada kvotas pakalpojumu apjomam, kas tiks apmaksāts no publiskā finansējuma, un, kad šī summa ir iztērēta, pacientiem ir jāgaida nākamais gads un jaunas kvotas vai pašiem jāmaksā par pakalpojumiem (vai no privātā seguma). Izplatīta parādība ir tiešo maksājumu veikšana, lai izvairītos no garajām rindām uz pakalpojumiem, īpaši gada beigās. Tā rezultātā tiešo maksājumu ieguldījums Latvijā ir ievērojami augstāks nekā vairumā OECD veselības sistēmu — 38,5 % no valsts kopējiem izdevumiem veselības aprūpei 2013. gadā. Medicīnas izdevumu tiešā segšana veidoja 3,4 % no mājāsaimniecību galapatēriņa Latvijā 2013. gadā, pārsniedzot OECD vidējo rādītāju (2,8 %), un rādītājs ir pietiekami liels, lai tas būtu būtisks šķērslis daudziem Latvijas iedzīvotājiem. Veselības ministrija uzskata, ka augstā līdzmaksājumu summa liedz aptuveni 12–20 % iedzīvotāju izmantot veselības aprūpes pakalpojumus. Nesenā aptaujā konstatēts, ka 23,5 % iedzīvotāju, kuri atteikušies no veselības aprūpes, kā iemeslu minēja izmaksas (Eurostat, 2015).

Latvijā agrāk tika īstenoti pasākumi, lai aizsargātu mājsaimniecības no katastrofāliem veselības aprūpes izdevumiem. Grupām ar zemākiem ienākumiem palīdzēja palielināta finansiālā aizsardzība, ko nodrošināja Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programma, ko ieviesa 2009. gada oktobrī. Programmas ietvaros dažas mājsaimniecības bija īslaicīgi atbrīvotas no veselības aprūpes līdzmaksājumiem, un nabadzīgākajām mājsaimniecībām bija pieejami subsidēti medikamenti. Tomēr, programmai beidzoties 2011. gadā, mājsaimniecībām ar zemiem ienākumiem vairs nebija pieejami atbrīvojumi no pakalpojumu maksas.

Taču ES fondu investīcijas 2014.–2020. gadam īpaši koncentrējas uz sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto cilvēku veselības uzlabošanu. Latvijas Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam, kas saistītas ar ES fondiem, ir vērstas uz četrām prioritārajām slimību jomām (sirds un asinsvadu slimības, vēzis, perinatālā un jaundzimušo veselība un garīgā veselība) un ietver pasākumus, kas saistīti ar pabalstu kopumu (tostarp veselības tehnoloģiju novērtējums), pakalpojumu piegādes organizēšanu, aprūpes kvalitāti (tostarp klīniskajām vadlīnijām), cilvēkresursu un kapitāla investīciju plānošanu, veselības veicināšanu un slimību profilaksi.

Īpaša uzmanība tiek pievērsta darbaspējīgā vecuma iedzīvotāju garīgās saslimšanas novēršanai, lai palīdzētu cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām sekmīgi strādāt vai palīdzēt tiem atkal iesaistīties darba tirgū, atbilstoši OECD Padomes Ieteikumam par integrētu garīgās veselības, prasmju un darba politiku. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam ietver pasākumus ar mērķi uzlabot garīgās veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti visos veselības aprūpes sistēmas līmeņos, īpašu uzmanību pievēršot cilvēkiem, kam draud sociālā izstumšana. Prioritāte ir arī garīgās veselības veicināšana, jo īpaši skolās un citās iestādēs. To papildina Slimību profilakses un kontroles centra darbs ar mērķi uzraudzīt un uzlabot skolēnu emocionālo labsajūtu.

Latvija ieviesa Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmu, reaģējot uz straujo ekonomikas lejupslīdi pēc 2008. gada pasaules finanšu krīzes. Programma, kas izstrādāta ar Pasaules Bankas atbalstu, bija tālejoša iniciatīva saglabāt sociālās aizsardzības, izglītības un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, vienlaikus apzinot panāktos ietaupījumus un efektivitāti. Veselības aprūpes nozarē centieni galvenais mērķis bija samazināt atkarību no slimnīcu pakalpojumiem, attīstot ambulatoros pakalpojumus (tostarp ieviešot medicīnisko aprūpi mājās, nodarbinot otru medmāsu ģimenes ārstu praksēs un attīstot dienas stacionārus), neatliekamo medicīnisko palīdzību, grūtnieču un bērnu aprūpi, kā arī profilakses pasākumus. Cilvēkiem ar hroniskām slimībām nodrošinātās mājas aprūpes mērķis bija samazināt hospitalizāciju skaitu, un bezmaksas viesnīcas tipa izmītināšana trūcīgākām grupām sekmēja dienas un ambulatoro aprūpi. Programma nodrošināja arī papildu finansējumu primārajai aprūpei, palielinot to līgumu skaitu, ko ģimenes ārsti noslēdz ar medmāsām, un ļaujot ģimenes ārstiem pieņemt darbā otru medmāsu. 2011. gadā tika ieviests konsultatīvā tālruņa pakalpojums, kas ļāva pacientiem sazināties ar ārstu viņu ģimenes ārsta praksē. Turklāt maznodrošinātajiem iedzīvotājiem tika ieviesti daži atbrīvojumi no līdzmaksājumiem, taču tie ir atcelti.

2012. gadā Pasaules Banka veica Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmas īstenošanas novērtējumu. Tā konstatēja, ka programmai kopumā bijusi labvēlīga ietekme uz veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti. Daži programmas pasākumi ir integrēti Latvijas veselības aprūpes pamatbudžetā un tāpēc tiek turpināti, ieskaitot ambulatoro pakalpojumu izstrādi.

Latvijā vērojamas arī problēmas ar aprūpes ģeogrāfisko pieejamību lauku apvidos. Šādas problēmas ir sagaidāmas, ņemot vērā iedzīvotāju skaita samazināšanos, jaunās paaudzes migrāciju uz Latvijas pilsētām un ārzemēm, kā arī informāciju par ģimenes ārstiem, kas pamet lauku apvidus, ņemot vērā iedzīvotāju skaita samazināšanos, vai dodas pensijā, neatstājot pēc sevis aizstājēju. Problēmu rada arī sekundāro un terciāro pakalpojumu ģeogrāfiskais sadalījums valstī, kur daudzi pakalpojumi ir koncentrēti pilsētās un it īpaši Rīgā vai tās tuvumā. Šo problēmu daļēji varētu mazināt Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmas ietvaros ieviestā bezmaksas viesnīcas tipa izmītināšana maznodrošinātām personām, kad tās dodas ārstēties (parasti ambulatorās ķirurģijas gadījumā).

Papildus finansiālajiem un ģeogrāfiskajiem šķēršļiem, būtisku problēmu pieejamībai sagādā arī Latvijas ikgadējo kvotu sistēma. Veselības ministrija pieprasa, lai pakalpojumu sniedzēji vienmērīgi saplānotu savu darbību visa gada garumā, un regulāri publicē informāciju par rindām slimnīcās. Tomēr gada beigās var būt ļoti grūti piekļūt visiem pakalpojumiem, kas nav ārkārtas, un veidojas pacientu rinda, ko nevar pieņemt līdz pat nākamajam gadam. Šīs politikas ietekme ir redzama rindās uz pakalpojumiem visa gada garumā, ne tikai gada beigās.

Plašākā nozīmē, ir pieejami pierādījumi par ilgiem gaidīšanas laikiem Latvijā. Piemēram, pēc hospitalizācijas gūžas lūzuma dēļ tikai 50 % pacientu Latvijā tiek operēti tuvāko divu dienu laikā (salīdzinot ar 80 % vairumā OECD valstu). Runājot par vēža aprūpi, lai gan vidējais laiks no ģimenes ārsta nosūtījuma līdz speciālista vizītei ir salīdzinoši neilgs — vidēji desmit dienas —, laiks no diagnozes noteikšanas līdz ārstēšanas uzsākšanai ir daudz ilgāks, parasti 30 dienas visu vēža veidu gadījumā, salīdzinot ar 14–21 dienas vidējo gaidīšanas laiku Ungārijā vai 7–21 dienas Slovākijas Republikā (OECD, 2013a).

Dažas procedūras vispār netiek publiski finansētas. Latvijas medikamentu un procedūru „pozitīvajā sarakstā” nav iekļauti atsevišķi NVD segtie pakalpojumi un preces. Pabalstu grozu nosaka gan „pozitīvie saraksti” (attiecībā uz medikamentiem un dažiem diagnostikas, profilakses un ārstnieciskās iejaukšanās veidiem atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 1529), gan negatīvie saraksti (dažu pakalpojumu izslēgšana saskaņā ar noteikumiem Nr. 1529, ieskaitot zobārstniecību pieaugušajiem, rehabilitāciju ar izņēmumiem, redzes un dzirdes korekcijas palīgīdzekļus). NVD kompensēto produktu un pakalpojumu klāsts balstās uz veselības aprūpes tehnoloģiju novērtējumu, kurā tiek izvērtēta farmācijas preču pieejamība cenas ziņā un izmaksu efektivitāte, bet netiek veikts medicīnas ierīču un procedūru sistemātisks novērtējums. Kompensēto produktu un pakalpojumu klāsts tika samazināts pēc pasaules finanšu krīzes 2008. gadā, lai ierobežotu veselības aprūpes izdevumus taupības periodā.

NVD kompensēto produktu un pakalpojumu klāsts ir samērā ierobežots. Nav iekļautas procedūras, kuru kompensāciju varētu sagaidīt, piemēram, torakālā ķirurģija un dažas neiroloģiskas procedūras. Kopumā pastāv dažas skaidras atšķirības starp valsts klīniskajām vadlīnijām un valsts finansēto pabalstu kopumu. Lai gan Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir skaidra vajadzība kontrolēt izdevumus, aprūpes pieejamība un kvalitāte cieš, ja šādi pakalpojumi un preces nav sistemātiski pieejamas.

Zināmā mērā rindas uz pakalpojumiem var pieņemt kā veidu, kādā pārvaldīt pieprasījumu pēc aprūpes un līdzsvarot pieprasījumu ar pieejamajiem resursiem. Latvijā jau ir ieviesti daži mehānismi, lai prioritāri piešķirtu pakalpojumus tiem, kam tie visvairāk nepieciešami, piemēram, bērniem un grūtniecēm (Mitenbergs et al., 2012). Tomēr fakts, ka gada beigās pakalpojumu kvotas ir iztērētas, liek domāt, ka kvotu līmenis ir nepietiekams un tā paaugstināšanai būtu vajadzīgi ieguldījumi. Pirmais solis būtu rūpīgi izvērtēt attiecību starp pieprasījumu, rindām un ātrumu, kādā tiek iztērētas pakalpojumu kvotas.

Attiecībā uz ģeogrāfiskajiem šķēršļiem veselības aprūpes pieejamībai ir vairākas darbības, ko Latvija varētu veikt. Pirmkārt, potenciālās problēmas, kas saistītas ar ģeogrāfiskiem šķēršļiem veselības aprūpes pieejamībai, būtu labāk saprotamas, ja tiktu sistemātiski apkopots un ziņots plašāks datu klāsts. Otrkārt, balstoties uz informāciju par veselības aprūpes speciālistiem un paredzamo nākotnes pieprasījumu, Latvijai nepieciešami dažādi pasākumi, lai attīstītu cilvēkresursus un nodrošinātu to pienācīgu sadalījumu valstī, risinātu paredzēto konkrētu veselības aprūpes speciālistu trūkumu un attīstītu cilvēkresursu prasmes. Šādus elementus varētu apvienot visaptverošā darbaspēka plānā. Visbeidzot, varētu apsvērt jaunus un inovatīvus veidus, kā maksimāli palielināt esošo veselības aprūpes resursu lietderību lauku iedzīvotājiem. Tam būtu jāietver visu veselības aprūpes speciālistu ieguldījuma maksimāla palielināšana. Piemēram, farmaceiti varētu uzņemties lielāku lomu hronisko slimību pārvaldībā, un būtu jāpalielina medmāsu un feldšeru (ārstu palīgu) loma.

Attiecībā uz finansiālajiem šķēršļiem veselības aprūpes pieejamībai, ir maz ticams, ka izmaksu dalīšanu var ievērojami samazināt, nepalielinot citus ieņēmumu avotus, galvenokārt, valsts naudas līdzekļus. Tomēr ir dažas lietas, ko Latvija varētu darīt, lai uzlabotu mājsaimniecību finansiālo aizsardzību no veselības aprūpes izmaksām. Tai prioritāri būtu jāizvērtē, vai plašāki atbrīvojumi no izmaksu dalīšanas būtu iespējami un kāda būtu to ietekme. Divas jomas, kas būtu jāapsver, ir atkārtota atbrīvojumu ieviešana maznodrošinātām mājsaimniecībām un pacientiem ar hroniskām slimībām.

Aprūpes kvalitāte ir nevienmērīga

„Novēršamu hospitalizāciju” diabēta un HOPS dēļ skaits ir zem OECD vidējā rādītāja, kas liecina, ka primārās aprūpes sektors nodrošina šo veselības traucējumu efektīvu pārvaldību. Vecumdzimuma standartizētais hospitalizāciju skaits HOPS gadījumos ir 161,7 uz 100 000 iedzīvotājiem (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 198,4 uz 100 000 iedzīvotājiem). Arī hospitalizāciju skaits diabēta dēļ Latvijā ir zemāks nekā vidēji OECD — 131,2 (salīdzinot ar 149,8) uz 100 000 iedzīvotājiem. Taču tam pretstats ir hospitalizāciju skaits Latvijā astmas dēļ — 95,2 uz 100 000 iedzīvotājiem; salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 43,8 uz 100 000 iedzīvotājiem (OECD, 2015a).

Arī rādītāji par aprūpes kvalitāti slimnīcās rada iemeslu bažām. Attiecībā uz mirstību pēc akūta miokarda infarkta (AMI) un insulta, Latvijā ir augstākais vai otrs augstākais nāves gadījumu skaits no visām OECD veselības aprūpes sistēmām. Turklāt mirstība pēc AMI un insulta (izmantojot stingrākus pacientu bāzes, nevis slimnīcu bāzes, rādītājus) palielinājās periodā no 2008. gada līdz 2013. gadam, lai gan daļēji to varētu izskaidrot ar datu kvalitātes uzlabojumiem. Mirstība 30 dienu laikā pēc AMI vai insulta ir labs veselības aprūpes kvalitātes rādītājs, ietverot aprūpes procesus, piemēram, pacientu savlaicīgu transportēšanu un efektīvu ārstēšanu (piemēram, trombolītisko terapiju) un aprūpi īpašās insulta vai sirds slimību nodaļās. Šie rādītāji liecina, ka akūtas aprūpes kvalitātē Latvijā ir vērojami būtiski trūkumi.

Zemie valsts izdevumi veselības aprūpei pazemina aprūpes kvalitāti un pasliktina tās rezultātus. Papildus dāsnākam veselības aprūpes sistēmas finansējumam ir arī citi svarīgi pasākumi, kas Latvijai būtu jāsteno, lai stiprinātu kvalitātes nodrošināšanu un uzlabošanu. Pašlaik kvalitātes nodrošināšana Latvijā lielākoties ir vērsta uz pacientu drošību un obligātajiem standartiem, ko galvenokārt nodrošina Veselības inspekcija un Zāļu valsts aģentūra. Ir ieviestas dažas kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas, piemēram, akūtās aprūpes slimnīcu dalība brīvprātīgā akreditācijā, bet šie centieni ir ierobežoti un sporādiski.

Rīcība būtu īpaši vajadzīga akūtās jeb sekundārās aprūpes kvalitātes jomā. Uzmanība būtu jāpievērš kvalitātes nodrošināšanas mehānismu stiprināšanai un kvalitātes uzlabošanas sekmēšanai. Valstī ir vērojami daudzi kvalitātes nodrošināšanas pamatelementi — darbaspēka apmācības atbilstoši ES tiesību aktiem; visu pakalpojumu sniedzēju (tostarp ģimenes ārstu) regulāras pārbaudes, ko veic neatkarīga inspekcija; prasība, ka pakalpojumu sniedzējiem jāizstrādā „kvalitātes stratēģijas” katram gadam; slimnīcu akreditācijas sistēmas; klīniskās vadlīnijas; un centieni atspoguļot pacientu viedokli, izmantojot pacientu apmierinātības aptaujas un tikšanās ar patērētāju un lietotāju grupām. Tomēr ir pietiekami skaidrs, kurā virzienā būtu veicami turpmāki pasākumi, lai veicinātu kvalitātes nodrošināšanu un vērstu uzmanību uz kvalitātes uzlabošanu.

Detalizētāks pārskats par klīniskajiem procesiem Latvijā — piemēram, turpinot izmantot un attīstīt darbības un rezultātu rādītājus — palīdzētu koncentrēties uz konkrētām jomām. Pirmais solis Latvijai būtu sākt ziņot par visiem OECD veselības aprūpes kvalitātes rādītājiem, lai sniegtu pilnīgāku pārskatu par aprūpes kvalitāti. Tajā pašā laikā pakalpojumu sniedzēja līmeņa kvalitātes rādītāju attīstīšana un ziņošana palīdzētu gūt Latvijai pilnīgāku izpratni par pakalpojumu piegādātāju snieguma atšķirībām. Piemēram, viena no lietām, kas varētu palīdzēt Latvijai saprast, kāpēc AMI un insulta izraisītas mirstības rādītāji ir daudz augstāki nekā citās OECD valstīs, ir detalizētāki dati pakalpojumu sniedzēja līmenī.

Būtu nepieciešami pasākumi saistībā ar klīnisko vadlīniju izmantošanu un pilnīgumu. Lai gan vadlīniju izstrādē un apstiprināšanā ir vērojams skaidrs un uzslavējams progress, izmantoto klīnisko vadlīniju skaits ir samērā mazs, salīdzinot ar citās OECD valstīs izmantoto vadlīniju skaitu, un nav sistemātisku centienu valsts, reģionālā un vietējā līmenī saprast, cik liela aprūpes daļa (procentuāli) tiek nodrošināta atbilstoši klīniskajām vadlīnijām. Ja tiek konstatēts, ka vadlīnijas kopumā vai atsevišķās jomās netiek precīzi ievērotas, jācenšas saprast, vai tā iemesls ir pakalpojumu sniedzēja un ārstu pretošanās, izpratnes trūkums par klīniskajām vadlīnijām vai fakts, ka vadlīnijās ieteiktās ārstēšanas metodes netiek pilnībā apmaksātas saskaņā ar kompensācijas sarakstu. Klīnisko vadlīniju izstrādes un inovāciju priekšgalā ir vairākas OECD valstis, no kurām Latvija varētu mācīties. Piemēram, Dānijas klīniskās vadlīnijas apraksta ne tikai to, kas būtu darāms, bet mēdz aprakstīt arī to, kam būtu jādara kas, kad un kur.

Cita Latvijas prioritāte ir izstrādāt striktus aprūpes standartus pakalpojumu sniedzējiem. Pašlaik ir ļoti maz noteiktu standartu attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, un esošie galvenokārt ir minimālā standarta procesa pārbaudes, piemēram, darbinieku skaita un aprīkojuma pārbaudes. Latvija cenšas atrast stabilu kvalitātes sistēmu, ko varētu izmantot, lai piemērotu minimālos standartus visiem pakalpojumu sniedzējiem, neatkarīgi no to lieluma un rakstura.

Visaptveroša valsts drošības un kvalitātes standartu kopuma ieviešana ir bijusi visnotaļ sekmīga Austrālijā, un tas varētu būt labs paraugs Latvijai. Standartus noteica Austrālijas Veselības aprūpes drošības un kvalitātes komisija (ACSQHC) ar mērķi panākt vienmērīgi augstu aprūpes kvalitāti visā valstī. Tie ir attiecināti uz visām slimnīcām (privātām un valsts, visā valstī), aptverot desmit prioritārās jomas, tostarp kvalitātes pārvaldību, slimnīcās iegūtas infekcijas, medikamentu drošību un klīniskās atbildības nodošanu (*clinical handover*) (sīkāk skatīt 2.5. ielikumā). Vairums ieinteresēto personu piekrīt, ka jaunie standarti ir pozitīvs solis uz priekšu, sekmējot klīnisko ieinteresētību un tiešāk risinot konkrētas kvalitātes problēmas nekā citi standarti. Šie standarti ir koncentrēti uz akūto aprūpi, un ir atzīts, ka turpmākas attīstības rezultātā tie ir efektīvi jāpiemēro nestacionārajai aprūpei, tai skaitā primārajai aprūpei, veco ļaužu aprūpei, garīgās veselības aprūpei un sociālajai aprūpei. Atbilstība standartiem tiek pārbaudīta slimnīcu akreditācijas procesā, ko veic virkne dažādu akreditācijas institūciju, kuras savukārt akreditē ACSQHC (OECD, 2015g).

Papildus turpmāku pasākumu veikšanai ar mērķi nodrošināt, ka tiek ievēroti minimālie standarti, Latvija varētu veikt arī citas darbības, lai sekmētu kvalitātes uzlabošanu. Atbilstošu datu pieejamība un izmantošana būs ļoti svarīga kvalitātes uzlabošanas centienu sastāvdaļa, un pakalpojumu sniedzēju salīdzināšana pēc snieguma rādītājiem var veicināt sāncensību kvalitātes uzlabošanas jomā. Slēdzot līgumus ar slimnīcām, varētu ieviest snieguma rādītājus, kā tas ir Dānijā, Portugālē un Zviedrijā. Šie darbības kritēriji varētu būt saistīti ar konkrētiem maksājumu mehānismu vai budžetiem un palīdzētu padarīt aprūpes kvalitāti par pašvaldības un valsts pārvaldes kārtības neatņemamu daļu un veidu, kā aktīvāk izmantot darbības datus.

Tāpat būtu jāapsver iespēja veicināt izcilību, piemērojot plašāka spektra kvalitātes stimulus. Latvija jau ir sākusi to darīt primārajā aprūpē, ieviešot shēmu „samaksa par padarīto”. Obligāto shēmu, kas tika ieviesta 2013. gadā, veido 13 kritēriji. Ārstiem jāsaņiedz individuālie gada mērķi tādās jomās kā profilakse, hroniski slimu pacientu ārstēšana, lielāka veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitāte, kā arī ģimenes ārstu veikto procedūru un citu sniegto pakalpojumu daudzveidība.

Vidējais ar kvalitāti saistītais maksājums, ko ģimenes ārsti saņēma 2013. gadā, bija 355 eiro, kas veido ļoti mazu daļu no ģimenes ārstu kopējiem gada ienākumiem. Tas varētu liecināt, ka pašreizējā sistēma nenodrošina pietiekamu motivāciju ģimenes ārstiem kvalitātes uzlabošanai: dati liecina, ka vismaz puse ģimenes ārstu izpildīja kvalitātes kritērijus tikai piecos no 13 rādītājiem. Latvijai varētu būt jāpalielina stimuli, ar kuriem ģimenes ārsti tiek motivēti uzlabot kvalitāti. Turklāt rādītāji galvenokārt attiecas uz aprūpes procesu, nevis pacientu rezultātiem. Kad ārsti ir pieraduši pie esošās snieguma sistēmas, to varētu paplašināt, ietverot vairāk rādītāju, kas saistīti ar klīnisko praksi un pacientu rezultātiem.

Lai uzlabotu stacionārās veselības aprūpes kvalitāti, Latvija varētu izmantot dažu OECD valstu pieņemtās stratēģijas, tostarp ieviešot darbības rādītājus, kad tiek slēgti līgumi ar slimnīcām, paplašinot uz rezultātiem balstītu maksājumu un citu finanšu stimulu izmantošanu un efektivitāti, stiprinot slimnīcu brīvprātīgas akreditācijas sistēmu un attiecinot to uz citiem pakalpojumu sniedzējiem, kā arī izvērtējot klīniskos procesus ar klīnisko auditu palīdzību. Latvija plāno ieviest valsts veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu kā vienu no investīciju prioritātēm, kas saistītas ar ES finansējumu 2014.–2020. gadam.

Piemēram, Portugāle ir ieviesusi jaunus slimnīcu vadības modeļus, pārveidojot valsts slimnīcas par valsts uzņēmumiem, tādējādi sniedzot lielāku organizatorisko un finanšu autonomiju. To papildināja jauna maksājumu sistēma, kas skaidri nodala slimnīcu pakalpojumu pircēju un sniedzēju. Paredzētie kopējie budžeti, pamatojoties uz slēgtajiem līgumiem, tiek piešķirti NVD valsts slimnīcām. Kopējo budžetu veido uz darbību balstīts paredzētais maksājums, kas saistīts ar sistemātisku DRG grupēšanu un gadījumu kopuma korekciju stacionārajai un ambulatorajai ķirurģijai (DRG komponents veido gandrīz 50 % no slimnīcu finansējuma), bet atlikušos slimnīcu ieņēmumus veido maksa par pakalpojumiem (ambulatoriem apmeklējumiem un neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumiem), kompleksie maksājumi (par dažām hroniskām slimībām) un daži ar kvalitāti saistīti maksājumi. Kopš 2011. gada katrai slimnīcai ir jāizstrādā trīs gadu rīcības plāns slimnīcas reorganizācijai ar Reģionālo veselības dienestu, lai reģionālās iestādes varētu pastāvīgi pārraudzīt reformu īstenošanu. Kopumā iepriekšējo un pašreizējo slimnīcu reformu rezultātiem ir bijusi pozitīva ietekme gan uz kvalitāti, gan efektivitāti (OECD, 2015c).

Īpaši inovatīvas ir bijušas Latvijas iniciatīvas primārās aprūpes stiprināšanai un aprūpes nepārtrauktības veicināšanai

Latvija ir sākusi īstenot vairākas iniciatīvas, lai uzlabotu primārās aprūpes kvalitāti. Piemēram, lai pārvarētu ģeogrāfiskos šķēršļus veselības aprūpes pieejamībai, ģimenes ārsti saņem piemaksu par prakses saglabāšanu lauku apvidos. Piemaksa ir balstīta uz iedzīvotāju blīvumu konkrētajā apgabalā un reģistrēto pacientu skaitu. Papildinot šo politiku, blīvāk apdzīvotos apgabalos ir obligāta prasība pieņemt darbā otru medmāsu vai ārsta palīgu praksēs ar vairāk nekā 1800 reģistrētiem pacientiem vai 800 reģistrētiem bērniem. Papildus pieņemto darbinieku uzdevums ir koncentrēties uz profilaksi un pārrunāt dzīvesveida riska faktorus, piemēram, smēķēšanu un kaitīgu alkohola patēriņu.

Ir ieviestas arī iniciatīvas primārās aprūpes kvalitātes nostiprināšanai. 2013. gadā tika ieviesta „samaksas par padarīto” obligātā shēma, kurā ģimenes ārstiem ir jāsasniež individuāli gada mērķi saistībā ar profilaksi, hronisku slimību ārstēšanu, paaugstinātu efektivitāti un sniegto pakalpojumu daudzību. Turklāt mērķi galvenokārt attiecas uz aprūpes procesu, nevis pacientu rezultātiem. Lai veicinātu agrīno diagnostiku, ģimenes ārsti var saņemt 71,14 eiro maksājumu par pacientu, lai reģistrētiem pacientiem konstatētu pirmās un otrās stadijas vēzi. Latvija arī ieviesa brīdinājuma sistēmu, lai pa e-pastu informētu ģimenes ārstus par pacientiem, kas izsauca neatliekamo medicīnisko palīdzību, bet netika hospitalizēti. Konkrētā ģimenes ārsta pienākums ir sazināties ar šādiem pacientiem un vienoties par ārstēšanas gaitu, lai nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību.

Katrai no šīm iniciatīvām pamatā ir vērienīgais valsts Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.–2016. gadam. Plānā ietvertas divpadsmit prioritāras darbības, tostarp finansējuma reformas un labākas informācijas sistēmas, ar vispārējo mērķi uzlabot pieejamību, koordināciju, kvalitāti un drošību, kā arī pacientiem sniegto informāciju un atbalstu.

Lai gan iniciatīvas ir plašas un vērienīgas, to ietekme ne vienmēr ir acīmredzama. Kā minēts iepriekš, galvenie riska faktori Latvijā pasliktinās un vēža skrīninga līmenis joprojām ir zems, liecinot par neveiksmīgu profilaksi. Zināmas bažas rada arī tas, ka minētajā shēmā „samaksa par padarīto” vairums ārstu neuzrādīja apmierinošu rezultātu lielākajā daļā rādītāju. Shēma ir salīdzinoši jauna un, cerams, ģimenes ārstu sniegums ātri uzlabosies. Tomēr ir jānoskaidro sliktā snieguma iemesli. Ļoti iespējams, ka viens no iemesliem būs mazie maksājumi shēmas ietvaros. Nākamajā sadaļā aprakstīts, ka daudzas Latvijā uzsāktās kvalitātes un veikspējas iniciatīvas varētu tikt kavētas, ja veselības aprūpes sistēmas finansējums nepalielināsies.

Latvijas veselības aprūpes sistēmas efektivitāte un ilgtspējība

Kopš pasaules finanšu krīzes 2008. gadā Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir veikti strikti budžeta konsolidācijas un efektivitātes uzlabošanas pasākumi. Slimnīcu sektorā tika veikti tādi pasākumi kā maksājumu reformas, specializētās aprūpes koncentrēšana un neatliekamās medicīniskās palīdzības reorganizācija ar centralizētas pacientu klasifikācijas sistēmas palīdzību. Tomēr joprojām ir vairākas neatrisinātas problēmas, tostarp veselības aprūpes darbinieku skaita saglabāšana. Netuvinot veselības aprūpei veltītos valsts izdevumus OECD vidējiem rādītājiem, pastāv liela iespēja, ka Latvijas veselības aprūpes sistēmas efektivitāte un ilgtspējība tiks nopietni apdraudēta.

Latvija ir veikusi iespaidīgu darbu, lai uzlabotu efektivitāti slimnīcu nozarē

Sistēmā, kurā strukturāli trūkst finansējuma, Latvijas galvenā prioritāte joprojām ir uzlabot efektivitāti, lai palielinātu ierobežoto resursu ietekmi. Šajā jomā ir panākts iespaidīgs progress. Vispārsteidzošākā lieta ir tā, ka Latvijā ir slēgtas vairākas slimnīcas un 18 neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas, lai uzlabotu kvalitāti un samazinātu izmaksas. Vienlaikus tika veikti pasākumi, lai aprūpi no slimnīcām pārnestu uz kopienas vidi ar mērķi samazināt hospitalizāciju skaitu un uzturēšanās ilgumu slimnīcās un noteiktu ambulatoro aprūpi par prioritāti.

Kā minēts iepriekš, gultasvietu skaits un vidējais uzturēšanās ilgums slimnīcā ir ievērojami samazinājies. Tas ir saistīts ar dažu iestāžu slēgšanu un citu iestāžu pārveidošanu, lai tās nodrošinātu ambulatoros pakalpojumus. ES finansējums 2007.–2013. gadā tika novirzīts praktizējošo speciālistu prasmju un zināšanu uzlabošanai, kā arī mazo slimnīcu pārveidošanai par ambulatoro pacientu aprūpes iestādēm un lielāku slimnīcu infrastruktūras attīstībai. No 2005. līdz 2013. gadam, vidējais ārstēšanas ilgums stacionārā samazinājās par gandrīz 15 %. Ambulatoro apmeklējumu, tostarp primārās un sekundārās aprūpes speciālistu apmeklējumu, skaits no 2005. līdz 2010. gadam palielinājās par 19 %.

Kopš 2010. gada ir mainījušies slimnīcu maksājumu mehānismi, ieviešot sistēmu efektivitātes atalgošanai un 2015. gadā ieviešot diagnozei piesaistītas grupas. Lai nodrošinātu akūtās aprūpes savlaicīgu pieejamību, ir reorganizēta neatliekamā medicīniskā palīdzība, un tagad valstī ir centralizēta un standartizēta pacientu klasifikācijas sistēma. Turklāt pozitīvi jāatzīmē daži vietējo inovāciju piemēri efektivitātes uzlabošanai. Viens no šādiem piemēriem ir „observācijas nodaļas” ieviešana visās slimnīcās, kur tiek nodrošināta neatliekamā medicīniskā palīdzība (kā Vidzemes slimnīcā Valmieras novadā, kas aprakstīta 2. nodaļā). Šāds jauninājums ir cerīga zīme Latvijai, un tas liecina, ka pārvaldības joma pieļauj dinamiskus risinājumus un reaģēšanu uz vietējām vajadzībām. Pozitīvi vērtējams arī tas, ka vietējās slimnīcas šķietami labi sadarbojas ar citiem vietējiem pakalpojumu sniedzējiem, tostarp tuvumā esošajām slimnīcām, meklējot efektīvus veidus, kā nodrošināt aprūpi reģionālā līmenī.

Ir nepieciešama stratēģiskāka un stabilāka plānošana, lai veicinātu efektivitāti un ilgtspēju, it īpaši saistībā ar slimnīcu sektoru un veselības aprūpes darbiniekiem

Problēmas, ar kurām Latvija saskarsies nākamajos 10–20 gados — iedzīvotāju novecošana, hronisko slimību izplatības kāpums, iespējama aptaukošanās problēmu pieaugums — jau šobrīd prasa izvērtēšanu, plānošanu un rīcību. Ilgāka termiņa stratēģiskās politikas plānošana ir nepieciešama arī, lai nodrošinātu informāciju kapitāla investīciju veikšanai, kas sniegtos tālāk par pašreizējiem viena gada budžetiem. Izvērtējot turpmākās prioritātes un veselības aprūpes mainīgās vajadzības, īpaši vajadzētu satraukties par Latvijas salīdzinoši zemo finansējumu profilaksei. Par laimi, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam (kā minēts iepriekš, tās koncentrētas uz perinatālo un jaundzimušo veselību, garīgo veselību, sirds un asinsvadu un onkoloģiskajām slimībām) piešķir ievērojamus finanšu resursus veselības veicināšanas un profilakses pasākumiem gan no ES finansējuma, gan valsts budžeta.

Pirmkārt, ir vajadzīga stratēģiska pieeja turpmākai efektivitātes paaugstināšanai slimnīcu nozarē. Latvijā jau ir samazināts akūtās aprūpes gultasvietu skaits un slēgtas vairākas slimnīcas un neatliekamās palīdzības nodaļas, tomēr būs nepieciešamas vēl citas izmaiņas, lai nodrošinātu augstas kvalitātes aprūpi, kas atspoguļo izdevumu efektivitāti. Būs jāpieņem sarežģīti lēmumi un kompromisi, turpinot līdzsvarot atbilstošu pakalpojumu pieejamību visiem iedzīvotājiem kā prioritāti un nepieciešamību slēgt slimnīcas ar zemāku aktivitātes līmeni, lai veicinātu kvalitātes un efektivitātes pieaugumu. Sākuma punkts būtu pakalpojumu (slimnīcu, ambulatoro, kopienas un primārās aprūpes pakalpojumu) visaptverošs uzskaitījums, iekļaujot arī pakalpojumu apjomu, lai novērtētu, kur sistēmā vērojama bezdarbība. Tas palīdzētu precīzi noteikt, kur pakalpojumus var nepiedāvāt vai pielāgot situācijai. Latvija īstenoja līdzīgu pasākumu pirms neatliekamās medicīniskās palīdzības sistēmas reformas, izvērtējot, kurās struktūrvienībās nav vērojama izmaksu efektivitāte vai tiek nodrošināta augsta kvalitāte.

Būtu jāizskata arī jautājums par īpašumtiesībām Latvijas slimnīcās. Lai gan ir skaidrs, ka dažas pašvaldības un vietējie iedzīvotāji var būt ļoti daudz ieguldījuši savā vietējā slimnīcā, taču būtu jāizvērtē visu slimnīcu īpašumtiesību (vai funkcionālās pārvaldības) koncentrēšana centrālā līmenī. Šāds solis ļautu nodrošināt integrētāku valsts sistēmu slimnīcu īpašumu īpašumtiesību realizēšanai un pārvaldīšanai. Tas arī ļautu īstenot stratēģiskāku plānošanu un sniegtu slimnīcām lielāku brīvību, izstrādājot inovatīvāku pieeju kvalitātes un efektivitātes uzlabošanai.

NVD arī vajadzētu slēgt stratēģiskus līgumus efektivitātes un kvalitātes veicināšanai. NVD varētu stiprināt pakalpojumu sniedzēju darbības uzraudzību un novērtēšanu, selektīvi slēdzot līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem, kas uzrāda labāku sniegumu, tādējādi mudinot uzlabot kvalitāti. Tādā pašā veidā NVD varētu biežāk slēgt līgumus ar neatkarīgiem pakalpojumu sniedzējiem, balstoties uz skaidriem izmaksu/kvalitātes kritērijiem, līgumos norādot gaidāmos rezultātus. Selektīvus iepirkumus varētu izmantot arī privātajās brīvprātīgās veselības apdrošināšanas shēmās, koncentrējoties ne tikai uz veselības aprūpes izmaksām, bet arī uz kvalitātes aspektiem. Papildus minētajiem pasākumiem būtu jāizstrādā arī publiskie pārskati ar pakalpojumu sniedzēju novērtējumu, jo šādu informāciju varētu izmantot, lai palīdzētu lietotājiem izvēlēties pakalpojumu sniedzēju.

Vidēja un ilgāka termiņa stratēģiskajā Latvijas veselības aprūpes sistēmas plānā būtu jārisina arī darbaspēka problēmas. Šādam plānam būtu jāņem vērā apmācību vajadzības, pamatojoties uz paredzamo pensionēšanās līmeni. Būtu jāņem vērā arī veselības aprūpes speciālistu trūkuma teritoriālais sadalījums, un Latvija varētu censties apmācībām piesaistīt cilvēkus no lauku apvidiem un teritorijām, kur trūkst speciālistu, jo pastāv lielāka iespēja, ka šie cilvēki pēc apmācībām vēlēšies strādāt attiecīgajā apvidū. Jāizvērtē atalgojums un darba apstākļi — īpaši medmāsu gadījumā. Medmāsām Latvijā ir vienas no zemākajām algām OECD — aptuveni 6000 USD gadā, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju 45 000 USD PPP. Būtu jāatrod arī atbilstoši veidi, kā paplašināt profesionālās lomas, lai apmierinātu mainīgās vajadzības un palielinātu darbaspēka ieguldījumu. Piemēram, farmaceiti varētu sniegt lielāku ieguldījumu hronisko slimību pacientu aprūpē, un medmāsu loma varētu tikt paplašināta uz tādām jomām kā profilakse un veselības veicināšana. Tiek apsvērtas iniciatīvas ar mērķi palielināt medmāsu ieguldījumu, bet ziņojumi liecina, ka loģistikas problēmas — piemēram, tādu telpu trūkums, kurās medmāsām strādāt — ierobežo šo pārmaiņu efektivitāti.

Latvijas veselības aprūpes sistēma varētu vairāk balstīties uz datiem, izmantojot informāciju par veselības aprūpi, lai sekmētu plānošanu, kvalitāti un Efektivitāti

Lai Latvijas veselības aprūpes sistēma vairāk balstītos uz datiem, ir iespējami uzlabojumi gan pieejamo datu ziņā, gan veidā, kā dati tiek izmantoti. Lielāka uzmanība būtu īpaši jāvelta aprūpes kvalitātes rādītājiem. Piemēram, valstī nav vienotas sistēmas nevēlamu notikumu paziņošanai un informācijas par slimnīcā iegūtām infekcijām. Valsts līmenī ir pieejami daži kvalitātes rādītāji, un vajadzētu būt iespējai tos klasificēt slimnīcu līmenī, bet nav skaidrs, vai politikas veidotāji, vadītāji un veselības aprūpes speciālisti konsekventi izmanto šos rādītājus. Arī informācija par aprūpes kvalitāti primārās aprūpes līmenī ir nepārliecinoša.

Runājot vispārīgāk, Latvija nav izmantojusi iespējas maksimāli efektīvi pielietot informāciju par veselības aprūpi uz pierādījumiem balstītas politikas veidošanai un kvalitātes uzlabošanai. Piemēram, Latvija veic tikai dažas ar veselības aprūpi saistītas aptaujas, bet daudzas OECD valstis izmanto aptaujas kā svarīgus instrumentus, lai vāktu plašu informāciju, tostarp par pacientu pieredzi, aprūpes koordināciju un pacientu drošību. Būtisks solis Latvijai, pilnvērtīgāk risinot efektivitātes, zudumu un aprūpes kvalitātes jautājumus, būtu izstrādāt pilnīgākas, precīzākas un labāk sasaistītas pakalpojumu sniedzēju datu sistēmas. Valstī ar ierobežotiem resursiem, kāda ir Latvija, šādi sasniegumi datu izmantošanā ne tikai var panākt lielāku izdevumu efektivitāti, bet arī, ļoti iespējams, var būt lētāks kvalitātes sekmēšanas veids nekā daži citi iespējamie kvalitātes paaugstinātāji, piemēram, resursietilpīga akreditācija vai klīniskā audita programmas.

Vietējā līmenī NVD varētu veikt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības un veselības aprūpes izmantošanas sistemātiskāku uzraudzību un novērtēšanu, izmantojot informāciju, kas savākta e-veselības sistēmā. To varētu paveikt, veicinot labāku aprūpes kvalitāti un veselības aprūpes resursu adekvātu izmantošanu, kā to dara dažas OECD valstis, piemēram, Dānija un Portugāle. Labākus datus var izmantot arī zudumu samazināšanai sistēmā un resursu efektīvai izmantošanai. Piemēram, pakalpojumu sniedzēja līmeņa datus var izmantot, lai identificētu aprūpes un rezultātu atšķirības. Lai gan ārstēšanai būtu jābalstās uz klīniskiem pierādījumiem, vajadzībām un pacientu vēlmēm, ir gūti pārliecinoši pierādījumi, ka aprūpes sniegšana nebalstās tikai uz šiem faktoriem; liela nozīme var būt arī ģeogrāfiskajām atšķirībām aprūpē, pat tad, ja valstī ir stingras klīniskās vadlīnijas. Labāka izpratne par atšķirībām var palīdzēt novērst dārgu pārmērīgu aprūpes sniegšanu un bīstamu nepietiekamu aprūpes sniegšanu.

Bez papildu ieguldījumiem ilgtspēja un veselības aprūpes sistēmas stiprināšana saglabāsies kā izaicinājumi

Panākt ievērojamu progresu jebkurā no minētajām jomām būs ļoti grūti, ņemot vērā pašreizējo resursu apjomu sistēmā. Lai gan daži uzlabojumi varētu paaugstināt efektivitāti, vairumam būs nepieciešami zināmi sākotnējie ieguldījumi. Lai tuvotos rezultātiem un aprūpes kvalitātei, kas vērojama vairumā OECD valstu, būs nepieciešami vēl lielāki ieguldījumi. Zems un nestabils finansējuma līmenis mazinās turpmāku konsekvētu uzlabojumu iespējamību, un paļaušanās uz ES finansējumu dažās galvenajās jomās — īpaši profilakses un veselības veicināšanas jomās — kavē ilgtspējīgu izaugsmi un veselības aprūpes sistēmas skaidra ilgtermiņa redzējuma attīstību.

Lai pietuvinātu veselības aprūpes rezultātus OECD vidējam rādītājam un reāli risinātu pieejamības un kvalitātes problēmas, Latvijai, visticamāk, vajadzēs palielināt veselības aprūpes izdevumus uz vienu iedzīvotāju, tuvinot tos OECD vidējam rādītājam, un gandrīz noteikti palielināt veselības aprūpei veltīto IKP daļu, tuvinot to OECD vidējam rādītājam. Ir nepieciešams mērķtiecīgs, pakāpenisks izdevumu palielinājums, nevis pēkšņa naudas līdzekļu iepludināšana, kas radītu būtiskus riskus un, visticamāk, ierobežotus ienākumus laika gaitā. OECD, citu starptautisko partneru un OECD valstu atbalstu varētu piedāvāt, lai palīdzētu Latvijai pārvaldīt veselības aprūpes izdevumu palielinājumu ar mērķi maksimāli palielināt tā pozitīvo ietekmi (0.2. ielikums).

0.2. ielikums. Ieteikumi veselības aprūpes sistēmas snieguma uzlabošanai Latvijā: pieejamība, kvalitāte, efektivitāte, ilgtspēja

Lai uzlabotu veselības aprūpes sistēmas sniegumu pieejamības, kvalitātes, efektivitātes un ilgtspējas jomā, Latvijai ir:

1. Jāuzlabo veselības aprūpes pieejamība:

a) īstenojot pasākumus, lai samazinātu ekonomiskos un ģeogrāfiskos šķēršļus veselības aprūpes pieejamībai:

- Būtisks šķērslis pieejamībai ir līdzmaksājumi. Par prioritāti būtu jāizvirza pasākumi ar mērķi nodrošināt, lai cilvēku maksātspēja nebūtu faktors veselības aprūpes pieejamībai. Būtu atkārtoti jāievieš atbrīvojumi maznodrošinātām māsaiimniecībām un pacientiem ar hroniskām slimībām, vispirms izvērtējot, vai plašāki atbrīvojumi no izmaksu dalīšanas būtu iespējami un kāda būtu to ietekme.
- Ir vajadzīgi labāki dati par pieejamo darbaspēku, pakalpojumu izmantošanu un neapmierinātām vajadzībām, lai izprastu problēmas, kas saistītas ar šķēršļiem pieejamībai un sadalītu veselības sistēmas resursus atbilstošāk vajadzībām. Īpaši būtu jāizpēta krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga veikšanas zemā līmeņa iemesli.

b) izvērtējot, vai kvotu sistēma veselības aprūpes organizēšanai un kompensēšanai ir piemērota paredzētajam mērķim:

- pārskatot kompensējamo pakalpojumu sarakstu, lai nodrošinātu, ka valsts finansētais pabalstu grozs atbilst jaunākajai starptautiskajai paraugprakseī;
- izpētēt kvotu ietekmi uz rindām visa gada garumā un novērtējot, vai dažiem pakalpojumiem, piemēram, vēža aprūpei un sirds slimību diagnostikas un ārstniecības procedūrām, nav vajadzīgas lielākas kvotas, ņemot vērā augstos mirstības rādītājus Latvijā.

c) uzlabojot apmācību iespējas, lai apmācītu primārās aprūpes speciālistus, un labāk attīstot citu primārās veselības aprūpes speciālistu, piemēram, medmāsu un farmaceitu, lomu.

2. Jākoncentrējas uz veselības aprūpes sniegšanas kvalitāti:

a) stiprinot kvalitātes pamatelementus, lai tie sniegtos tālāk par minimālo standartu ievērošanas izvērtēšanu un virzītos uz kvalitātes nepārtrauktu uzlabošanu. Jomas, uz kurām būtu jākoncentrējas:

- kritiski jāizvērtē Ikgadējā kvalitātes novērtējuma shēma primārajā aprūpē, lai saprastu iemeslus tās sākotnēji mazajai ietekmei uz primārās veselības aprūpes sniegumu, un atbilstoši jāattīsta citi shēmas cikli;
- jāievieš kvalitātes rādītāji, kas sasaistīti ar standartiem un vadlīnijām, citās veselības aprūpes nozarēs, tostarp garīgās veselības aprūpē un kopienas pakalpojumos; un
- jāveido valsts slimību vai pacientu reģistru sistēma, kas kalpotu par jebkuras kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas pamatu.

b) strādājot ar speciālistu un pacientu grupām, lai attīstītu pilnīgus, atklātus ziņošanas procesus par kvalitāti un rezultātiem visās klīnikās un slimnīcās. Izpratne par pakalpojumu sniedzēju līmeņa izmaiņām būs izšķiroša, piemēram, pievērsoties Latvijas zemajiem rādītājiem izdzīvošanā pēc sirdslēkmes vai insulta.

c) attīstot valsts nevēlamo notikumu ziņošanas un apmācību sistēmu, iekļaujot tajā ar veselības aprūpi saistītās infekcijas. Informāciju šajā jautājumā varētu sniegt Anglijas pieredze šādas sistēmas izveidē un izmantošanā.

0.2. ielikums. Ieteikumi veselības aprūpes sistēmas snieguma uzlabošanai Latvijā: pieejamība, kvalitāte, efektivitāte, ilgtspēja (*turp.*)

d) paplašinot to rādītāju klāstu, ko Latvija regulāri apkopo saistībā ar aprūpes kvalitāti; it īpaši, padarot starptautisko kritēriju, piemēram, OECD veselības aprūpes kvalitātes rādītāju, ziņošanu par prioritāti. Īpaša uzmanība ir jāvelta sekundārās profilakses efektivitātei, salīdzinot novēršamo hospitalizāciju rādītājus un ārstniecības līdzekļu ordinēšanas kvalitāti primārajā aprūpē.

e) nodrošinot pareizos kvalitātes uzlabošanas stimulus:

- ieviešot snieguma rādītājus, kad tiek slēgti līgumi ar slimnīcām;
- plašāk izmantojot uz sniegumu balstītus maksājumus un citus finansiālus stimulus un sekmējot to efektivitāti;
- uzlabojot slimnīcu brīvprātīgas akreditācijas sistēmu, lai noteiktu izcilību, nevis tikai minimālo prasību ievērošanu, un attiecinot to uz citiem pakalpojumu sniedzējiem;
- palielinot pacientu un sabiedrības iesaistīšanos pakalpojumu sniedzēju pārbaudēs un akreditācijā;
- Izvērtējot klīniskos procesus ar klīnisko revīziju palīdzību, pamatojoties uz Ziemeļvalstu pieredzi par nacionālo slimību vai pacientu reģistru izmantošanu, piemēram, lai pārraudzītu un uzlabotu kvalitāti un rezultātus.

3. Jāpalielina efektivitāte:

a) nodrošinot, ka NVD ir kas vairāk par līdzekļu pasīvu izplatītāju, tā vietā attīstot savas spējas stratēģisko līgumu slēgšanā, aktīvi uzraugot un stimulējot kvalitāti un efektivitāti savos līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem.

b) meklējot veidus, kā samazināt zudumus un neefektivitāti veselības aprūpes sistēmā, tostarp:

- labāk izprotot veselības aprūpes vajadzības, darbības, rezultātus un izmaksas visā aprūpes sistēmā, saistot individuālā līmeņa datus visās datubāzēs, kas ir veselības un sociālās aprūpes sniedzēju rīcībā;
- sadarbojoties ar ārstiem un pakalpojumu vadītājiem, lai izstrādātu stabilus atklātas ziņošanas indikatorus attiecībā uz produktivitāti un efektivitāti, piemēram, pacientu atkārtotas hospitalizācijas rādītājs vai personāla slimības atvaļinājumu rādītājs, ziņošanai visās klīnikās un slimnīcās;
- nodrošinot medikamentu (jo īpaši veicinot ģenērisko zāļu lietošanu) un medicīnisko ierīču (atbilstošu izplatīšanu valsts mērogā) efektīvu izmantošanu un izvērtējot iepirkuma procesus un maksājumu sistēmas;
- cenšoties uzlabot kvalitāti un samazināt zudumus, ņemot vērā *Choosing Wisely* iniciatīvā gūtos secinājumus, kurā sarežģītas klīniskās vadlīnijas tiek pārveidotas par padomiem ārstiem un pacientiem par to, kad lietot testus un procedūras.

c) Līdzsvarojot slimnīcu autonomijas un valsts uzņēmuma statusa sniegtās priekšrocības ar valsts plāna slimnīcu sektora attīstībai un izmantošanai stratēģisko virzību. Šajā plānā jāņem vērā:

- slimnīcu īpašumu izmērs un struktūra, vadot specializēto pakalpojumu turpmāku racionalizēšanu, lai papildinātu ieguvumus, kas jau sasniegti, samazinot gultasvietu skaitu slimnīcās;

0.2. ielikums. Ieteikumi veselības aprūpes sistēmas snieguma uzlabošanai Latvijā: pieejamība, kvalitāte, efektivitāte, ilgtspēja (*turp.*)

- Īpašumtiesības un atbildība saistībā ar slimnīcu pakalpojumiem. Jo īpaši būtu jāizvērtē, vai pašvaldības ir pareizais pārvaldības līmenis, kam jāuzņemas atbildība par slimnīcu sniegumu. Šīs atbildības nodošana veselības aprūpes nozares vadībai sekmētu nacionālo plānošanu un, apvienojot spējas un zināšanas, varētu stimulēt inovācijas pakalpojumu sniegšanā.
- Primārās un kopienā balstītās aprūpes plānošana un koordinācija, ko ietekmētu specializēto pakalpojumu pārveidošana.

d) Izvērtējot, kā vislabāk izmantot papildu kapacitāti, ko nodrošina privātā sektora pakalpojumu sniedzēji. Līgumi ar lielāku skaitu privātā sektora pakalpojumu sniedzēju jāslēdz, balstoties uz skaidriem izmaksu un kvalitātes atlases kritērijiem, līgumos jau sākotnēji norādot gaidāmos rezultātus. Kā minēts iepriekš, tas būs jānodrošina, ieviešot attiecīgus valsts veselības aprūpes standartus un vadlīnijas.

4. Jānodrošina veselības aprūpes sistēmas ilgtspējība:

- a) pārskatot tēriņus, ar mērķi palielināt valsts izdevumus veselības aprūpei. Lai pietuvinātu veselības aprūpes rezultātus OECD vidējam rādītājam un reāli risinātu pieejamības un kvalitātes problēmas, Latvijai, visticamāk, vajadzēs palielināt veselības aprūpes izdevumus, tuvinot tos OECD vidējam rādītājam.
- b) izstrādājot visaptverošu piecu vai desmit gadu plānu, nosakot veselības aprūpes pakalpojumu paredzamo stratēģisko virzību, kas var palīdzēt veicināt ilgtspējīgu un konsekventu politikas veidošanu nepastāvīgajos politiskajos apstākļos.
- c) izveidojot visaptverošu darbaspēka plānu, lai veicinātu cilvēkresursu ilgtspējīgu attīstību veselības aprūpes nozarē; plāna efektivitāte būtu jāatbalsta ar atbilstošu resursu apjomu.
- d) nodrošinot, ka ilgtermiņa aprūpe ir pietiekami attīstīta, lai efektīvi reaģētu uz mainīgajām aprūpes vajadzībām, iedzīvotājiem novecojot.

Atsauces

- SPKC — Slimību profilakses un kontroles centrs (2014), *2013. gada Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata*, Rīga.
- Eurostat datu bāze (2015), <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- Hazans, M. (2011), “Labour Market Integration in Latvia”, M. Kahanec and K. F. Zimmermann (eds.), *Ethnic Diversity in European Labour Markets*, Edward Elgar Publishing.
- IARC — International Agency for Research on Cancer (2015), *Country Factsheets: Latvia*, <http://eu-cancer.iarc.fr/eucan/Country.aspx?ISOCountryCd=428>.
- Mitenbergs, U. et al (2012), “Latvia: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 14, No. 8, pp. 1–191.
- OECD (2015a), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/19991312>.
- OECD (2015b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OECD (2015c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.
- OECD (2015d), “Focus on Health Spending: OECD Health Statistics 2015”, OECD, Paris, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>.
- OECD (2015e), *OECD Health Statistics 2015*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- OECD (2015f), *International Migration Outlook 2015*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.
- OECD (2015g), *OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233836-en>.
- OECD (2013a), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OECD (2013b), *International Migration Outlook 2013*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-en.
- Taube, M., U. Mitenbergs and A. Sagan (2014), *The Impact of the Financial Crisis on the Health System and Health in Latvia*, Pasaules Veselības organizācija (kā Eiropas Veselības sistēmu un politikas novērošanas centra uzņēmējstāde un sekretariāts).

1. nodaļa

Veselība un veselības aprūpe Latvijā

Saistībā ar pasaules finanšu krīzi 2008. gadā Latvija bija spiesta īstenot būtiskus pasākumus ar mērķi ierobežot valsts izdevumus. Slimnīcu un neatliekamās medicīniskās palīdzības sektori tika reorganizēti, palielinot efektivitāti. Tika uzlabota arī primārā aprūpe ar mērķi vairāk koncentrēties uz profilaktisko aprūpi. OECD valstis var mācīties no Latvijas veiksmīgajām iniciatīvām šajās jomās.

Taču iedzīvotāju veselības stāvoklis Latvijā joprojām ir ievērojami sliktāks nekā citās OECD valstīs. Iedzīvotāju novecošana un smēķēšanas pieaugošā izplatība, un citi būtiskie riska faktori nozīmē, ka vairāk cilvēku cieš no hroniskām slimībām, un palielinās prasības attiecībā uz veselības aprūpes sistēmu. Tāpēc Latvijai ir jāturpina īstenot reformas, lai optimizētu veselības aprūpes sistēmas darbību un uzlabotu cilvēku veselību.

Šajā nodaļā ir aprakstīta Latvijas veselības aprūpes sistēmas pārvaldība, ieņēmumu gūšana, iepirkumu process, pakalpojumu sniegšanas modeļi un šo funkciju pamatā esošā informācijas infrastruktūra. Ir identificētas galvenās problēmas katrā no šīm jomām.

Statistikas datus par Izraēlu sniedza Izraēlas attiecīgās atbildīgās iestādes. Šādu datu izmantošana OECD vajadzībām neskar Golānas augstieņu, Austrumjeruzalemes un Izraēlas apmetņu Rietumkrastā statusu no starptautisko tiesību viedokļa.

Ievads

Latvijas veselības aprūpes sistēmas uzdevums ir cīnīties pret ievērojami lielāku sliktas veselības slogu (salīdzinot ar lielāko daļu OECD valstu) ar ievērojami mazākiem resursiem. Paredzamais mūža ilgums ir īss, un tā iemesls ir priekšlaicīgas nāves un neinfekciju slimību izraisītas invaliditātes, ceļu satiksmes negadījumu, garīgo slimību un pašnāvību augstie rādītāji. Galveno riska faktoru, piemēram, smēķēšana un kaitīgs alkohola patēriņš, izplatība pieaug, nevis mazinās. Tomēr tikai aptuveni 5 % no IKP tiek tērēti veselības aprūpei, un gandrīz 40 % no šī apjoma veido tiešie maksājumi.

Tiek nodrošināta vispārēja veselības aprūpe, tomēr tas tiek darīts, izmantojot viena pircēja valsts veselības aprūpes sistēmu, kas sniedz samērā pilnīgu pamata un specializēto veselības aprūpes pakalpojumu klāstu. Sistēmā pastāv pircēju un pakalpojumu sniedzēju sadalījums, un Latvija ir sekmīgi samazinājusi savu atkarību no slimmīcu sektora. Neraugoties uz to, izaicinājumi ir acīmredzami. Īpaši aktuāls piemērs ir slimmīcu speciālistu trūkums lauku apvidos.

Šajā nodaļā vispirms aprakstīta iedzīvotāju veselība un veselības aprūpes vajadzības Latvijā. 1.2. sadaļā aprakstītas Latvijas veselības aprūpes sistēmas galvenās iezīmes un tās galveno ieinteresēto personu lomas un problēmas. Pēdējā sadaļā aprakstīts, kā tiek gūti un sadalīti veselības aprūpes sistēmas ieņēmumi, un problēmas, kas saistītas ar resursu efektīvu izmantošanu.

1.1. Iedzīvotāju veselība un veselības aprūpes vajadzības Latvijā

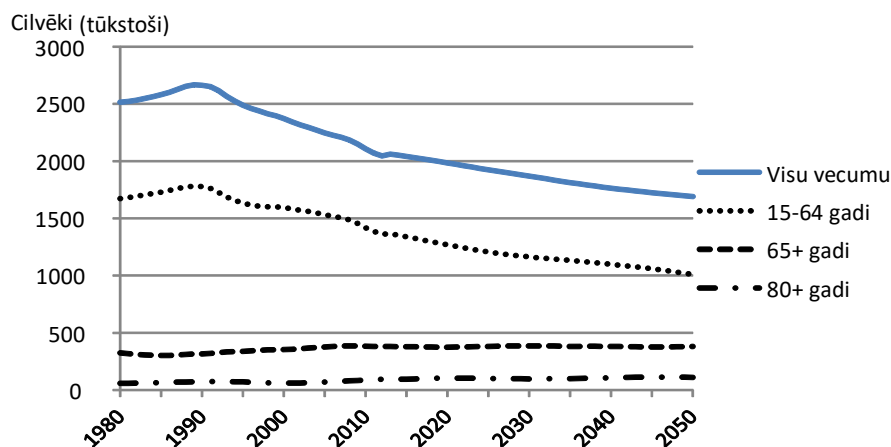
Iedzīvotāju veselība Latvijā joprojām ir samērā sliktā, salīdzinot ar citu OECD valstu iedzīvotāju veselību. Paredzamais mūža ilgums ir īss, un, lai gan iedzīvotāju novecošanās norit lēnāk nekā daudzās OECD valstīs, veselības un ilgtermiņa aprūpes vajadzības vecu cilvēku vidū joprojām ir augstas. Kopā šie faktori rada ievērojamu spiedienu uz Latvijas veselības aprūpes sistēmu.

Pēdējos gados Latviju ir pametis liels skaits darbspējīgā vecuma iedzīvotāju

Ap 1990. gadu Latvijas iedzīvotāju skaits sasniedza gandrīz 2,7 miljonus (līdz šim lielākais skaits). Kopš tā laika iedzīvotāju skaits ir samazinājies gandrīz par 30 %, līdz mazāk nekā 2,1 miljonam 2013. gadā (1.1. attēls). Šo parādību galvenokārt ietekmējusi darbspējīgā vecuma iedzīvotāju emigrācija uz citām Eiropas valstīm pēc neatkarības atgūšanas 1991. gadā un pasaules finanšu krīzes 2008. gadā. Kopš 2000. gada darbspējīgā vecuma iedzīvotāju skaits Latvijā ir samazinājies par 14 %; no 2008. gada līdz 2013. gadam katru gadu valsti pameta 30 000 cilvēku, jo īpaši jaunie un labi izglītotie cilvēki (Hazans, 2011; OECD, 2013b; OECD, 2015c). Sagaidāms, ka iedzīvotāju skaita samazinājums turpināsies arī nākamajos gadu desmitos, jo dzimstības līmenis ir zems un joprojām turpinās emigrācija. 2013. gadā dzimstības līmenis bija 1,5 bērni uz vienu sievieti vecumā no 15 līdz 49 gadiem — nedaudz zemāks par OECD vidējo rādītāju, kas ir 1,7 (OECD, 2015e).

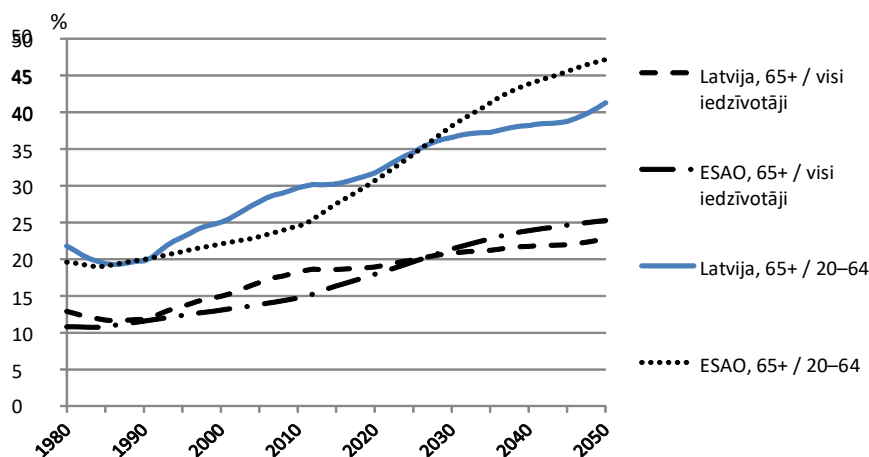
Arī Latvijas veselības aprūpes speciālisti ir izceļojuši uz citām Eiropas valstīm. Tomēr Latvijas ārstu izceļošanas līmenis (3,1 % 2010.–2011. gadā) bija zemāks par OECD vidējo rādītāju (4,1 %) un Eiropas Savienības vidējo rādītāju (6,3 %). Savukārt Latvijas medmāsu izceļošanas līmenis bija tuvāks vidējiem rādītājiem (5,0 %, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 2,8 %, un ES vidējo rādītāju — 4,9 %; OECD, 2015c). Neraugoties uz to, ārstu un medmāsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā kopumā ir saglabājās stabils, kā aprakstīts 1.3. sadaļā.

1.1. attēls. Latvijas iedzīvotāju skaits, 1980.–2050. gads



Iedzīvotāju novecošana Latvijā, iespējams, ir mazāka problēma nekā citās OECD valstīs. Lai gan iedzīvotāju daļa vecumā no 65 gadiem ir virs OECD vidējo rādītāju (18,6 % pret 15,6 % 2013. gadā), nav paredzams, ka iedzīvotāju novecošanās notiks tik ātri kā daudzās OECD valstīs, neraugoties uz zemo dzimstības līmeni Latvijā. Tas ir daļēji saistīts ar mazāku paredzamo mūža ilgumu valstī. Paredzams, ka 2050. gadā iedzīvotāju daļa vecumā no 65 gadiem veidos 22,8 %, bet OECD vidējais rādītājs būs 27,1 %. Arī demogrāfiskās slodzes koeficients (cilvēki vecumā no 65 gadiem pret iedzīvotājiem vecumā no 20 līdz 64 gadiem) palielinās lēnāk nekā OECD vidējais rādītājs, bet 2050. gadā tas sasniegs 41 % (1.2. attēls).

1.2. attēls. Demogrāfiskās slodzes koeficients Latvijā, 1980.–2050. gads



Avots: Pamatojoties uz datiem no OECD (2015), *Pensions at a Glance: OECD and G20 Indicators*, Chapter 7, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2015-en.

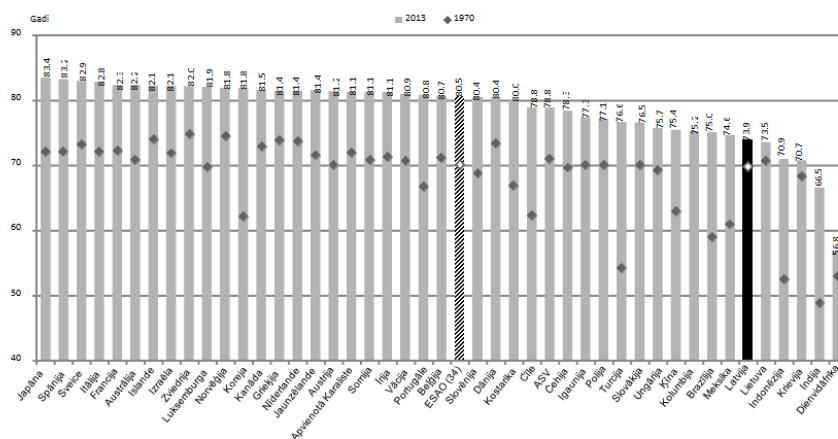
Neraugoties uz to, Latvijas vecāka gadagājuma iedzīvotāju veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes vajadzības ir augstas, un tās ir jāapmierina. Veco cilvēku pašu ziņotais veselības stāvoklis ir sliktāks nekā daudzās OECD valstīs. Tikai 8,2 % cilvēku vecumā no 65 gadiem 2013. gadā ziņoja, ka viņu veselības stāvoklis ir labs vai ļoti labs — tā ir aptuveni viena piektdaļa no Eiropas vidējā rādītāja (38,7 %, Eurostat, 2015). Vairāk veco cilvēku Latvijā arī ziņoja par ierobežotām spējām veikt

ikdienišķas darbības un par ilgstošām slimībām vai veselības problēmām. Tomēr, kā minēts 2. nodaļā, veselības aprūpes pieejamība joprojām ir problemātiska, un ilgtermiņa aprūpes pieejamība nešķiet pietiekama.

Vispārējais veselības stāvoklis joprojām ir samērā slikts, bet māšu un bērnu veselība strauji uzlabojas

Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā (73,9 gadi 2013. gadā) joprojām ir zemāks nekā pārējās OECD valstīs, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 80,5 gadi (1.3. attēls). Paredzamais veselīga mūža ilgums piedzimšanas brīdī arī ir zems, salīdzinot ar vairumu OECD valstu, lai gan tas ir augstāks nekā Igaunijā un Slovākijā vīriešiem, un augstāks nekā Slovākijā un Portugālē sievietēm. Arī paredzamais mūža ilgums 65 gadu vecumā ir daudz zemāks par OECD vidējo rādītāju — 18,6 gadi sievietēm un 13,7 gadi vīriešiem Latvijā, salīdzinot ar OECD vidējiem rādītājiem — attiecīgi 21,1 un 17,8 gadi.

1.3. attēls. Paredzamais mūža ilgums piedzimšanas brīdī, 2013. gads (vai tuvākais gads)



Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

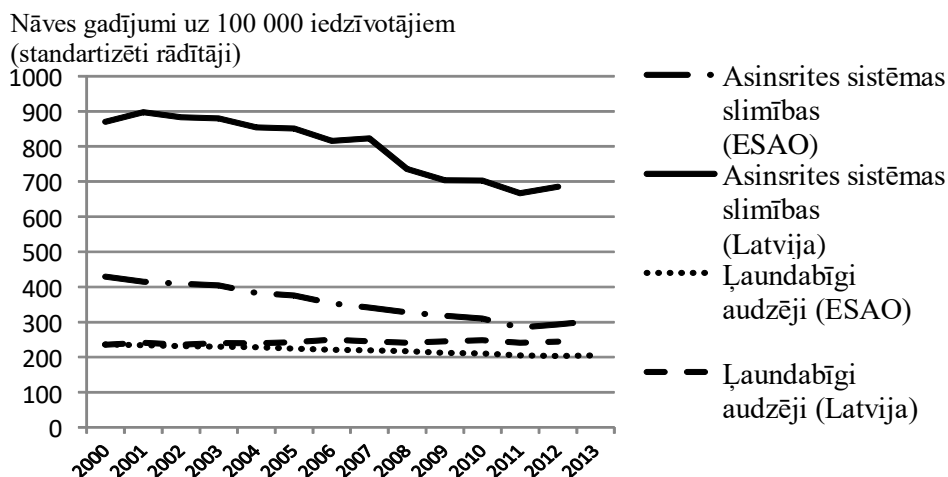
Dzimumu atšķirība paredzamajā mūža ilgumā piedzimšanas brīdī ir 11 gadi — vairāk nekā divas reizes lielāka par OECD vidējo rādītāju. Arī dzimumu atšķirība paredzamajā mūža ilgumā 65 gadu vecumā (apmēram 5 gadi) ir lielāka nekā citās OECD valstīs. Šīs lielās atšķirības ir saistītas ar konsekventi augstākiem vīriešu mirstības rādītājiem visās slimību grupās. Kopumā vīriešu mirstības rādītājs ir 1,9 reizes lielāks par sieviešu mirstības rādītāju. Precīzāk, vīriešu mirstība pašnāvību dēļ ir 6,9 reizes lielāka nekā sievietēm, satiksmes negadījumu dēļ — 3,2 reizes, vēža dēļ — 2,1 reizi, sirds išēmisko slimību dēļ — 1,8 reizes, insulta dēļ — 1,3 reizes (OECD, 2015e). Vīriešu vidū ir arī lielāka slimību izplatība. Piemēram, saslimstība ar vēzi Latvijā vīriešu vidū ir par aptuveni 60 % augstāka nekā sieviešu vidū, bet Apvienotajā Karalistē, Dānijā un Islandē — par mazāk nekā 10 % (OECD, 2015b). Šīs dzimumu atšķirības Latvijā daļēji var izskaidrot ar riska faktoru lielāku izplatību vīriešu vidū.

Mazāks paredzamais mūža ilgums Latvijā, salīdzinot ar citām OECD valstīm, ir skaidrojams ar augstu mirstību no visiem galvenajiem nāves cēloņiem. Mirstība no sirds išēmiskās slimības un insulta ir trīs reizes lielāka par OECD vidējo rādītāju (attiecīgi 357 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 117, un 200 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 66, 2013. gadā). Augstāka ir arī mirstība vēža dēļ (245 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējo

rādītāju — 206). Galvenie mirstības iemesli vēža dēļ ir prostatas vēzis, plaušu vēzis, zarnu vēzis, kuņģa vēzis un urīnpūšļa vēzis vīriešiem, un krūts vēzis, zarnu vēzis, dzemdes ķermeņa vēzis, dzemdes kakla vēzis un olnīcu vēzis sievietēm (IARC, 2015). Arī pašnāvību rādītājs un mirstība satiksmes negadījumu dēļ Latvijā ir lielāka par citu OECD valstu rādītājiem (attiecīgi 20 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 12, un 10 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 7).

Runājot par mirstību no sirds un asinsvadu slimībām, Latvijā 21. gs. pirmajā desmitgadē bija vērojama tāda pati rādītāja pazemināšanās tendence kā citās OECD valstīs. 21. gs. pirmajā desmitgadē šis mirstības rādītājs Latvijā samazinājās samērā strauji (1.4. attēls), bet sirds un asinsvadu slimības joprojām ir nāves iemesls lielā daļā gadījumu. Daļēji tas ir saistīts ar riska faktoru augsto izplatību, vājāku profilaksi primārajā aprūpē (3. nodaļa) un kardioloģijas procedūru ierobežoto segumu veselības aprūpes pakalpojumos, ko kompensē no valsts finansējuma (2. nodaļa). Pēdējos gados mirstība no sirds un asinsvadu slimībām ir pieaugusi gan Latvijā, gan daudzās citās OECD valstīs. Tas var būt saistīts ar aptaukošanās, diabēta un citu saistīto riska faktoru pieaugošo tendenci, uzsverot profilakses un veselības veicināšanas nozīmīgumu.

1.4. attēls. Mirstības rādītāji, laika posmā no 2000. līdz 2013. gadam (vai tuvākajam gadam)



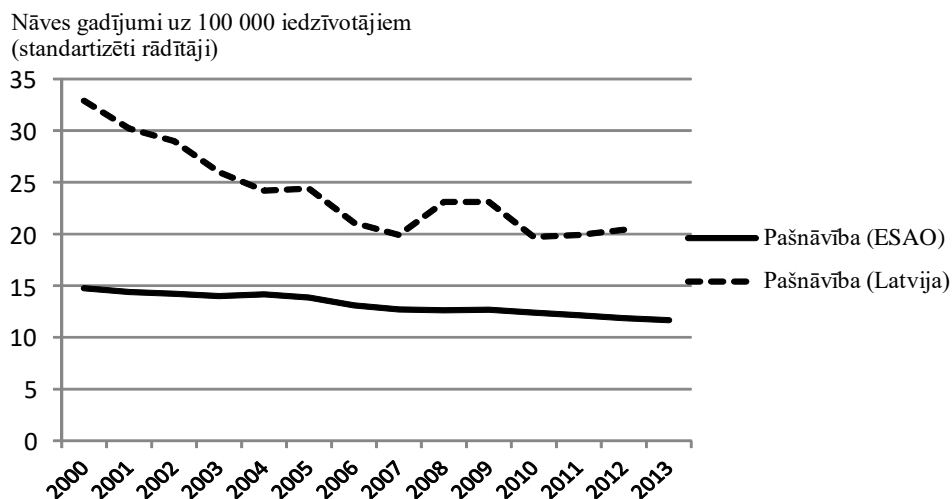
Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Mirstība no vēža Latvijā kopš 2000. gada ir pieaugusi, atšķirībā no pakāpeniskā krituma vēža mirstības rādītājos caurmērā visā OECD tajā pašā laika posmā. Jo īpaši pēdējo desmit gadu laikā Latvijā ir palielinājusies mirstība no zarnu vēža, prostatas vēža un dzemdes kakla vēža. Tas daļēji ir saistīts ar vēža aprūpes zemo kvalitāti, par ko liecina zemie izdzīvošanas rādītāji krūts, dzemdes kakla un zarnu vēža gadījumos, salīdzinot ar daudzām citām OECD valstīm. Krūts vēža gadījumā saslimstības rādītāji ir zemi, bet mirstības līmenis ir nedaudz augstāks par OECD vidējo rādītāju, un tas var būt daļēji saistīts ar zemo skrīninga pārklājumu sievietēm mērķa vecuma grupā (3. nodaļa), vēža medikamentu zemo un ierobežoto pieejamību (OECD, 2013a).

Attiecībā uz ārējiem nāves cēloņiem, Latvijā ne vienmēr bijusi vērojama vispārējā tendence, kas OECD valstīs novērota pēdējo desmit gadu laikā. Lai gan vairums OECD valstu 21. gs. pirmajā desmitgadē pakāpeniski samazināja mirstību transporta negadījumos, Latvijā šis rādītājs bija mainīgs. Dažos gados bija vērojams lielāks kritums nekā vidēji OECD, bet citos gados tika ziņots par nelielu pieaugumu. Arī mirstības līmenis pašnāvību dēļ ir nepārtraukti samazinājies OECD valstīs kopš

2000. gada. Šāda tendence bija vērojama arī Latvijā līdz 2007.–2008. gadam, kad pašnāvību rādītājs atkal pieauga (1.5. attēls).

1.5. attēls. Pašnāvību skaits, laika posmā no 2000. līdz 2013. gadam (vai tuvākajam gadam)

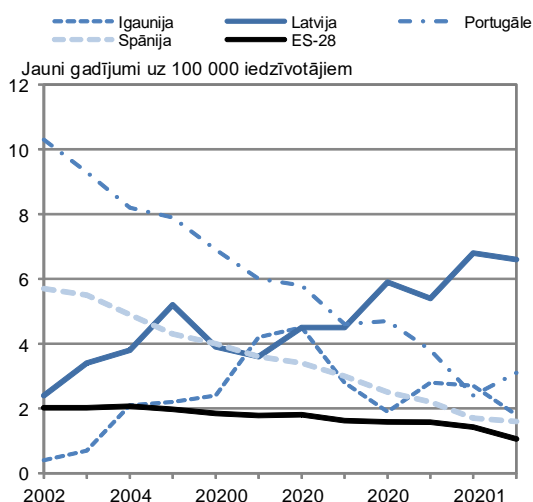


Veiksmīgāk ir izdevies pazemināt zīdaiņu mirstības līmeni. 2012. gadā zīdaiņu mirstība (nāve līdz viena gada vecumam) Latvijā bija 6,3 uz 1000 dzīvu bērnu piedzimšanas gadījumiem. Līdz 2014. gadam šis rādītājs bija samazinājies līdz 3,9, tuvojoties OECD vidējam rādītājam — 3,8 (OECD, 2015e). No 2003. līdz 2013. gadam Latvija samazināja jaundzimušo mirstību (nāves gadījumi līdz 28 dienu vecumam) no 5,7 uz 1000 dzīvu bērnu piedzimšanas gadījumiem līdz 2,5 un perinatālo mirstību (nāves gadījumi nedēļas laikā pēc piedzimšanas) no 8,7 uz 1000 jaundzimušajiem līdz 5,7 (OECD, 2015e). Ņemot vērā Latvijas koncentrēšanos uz perinatālās un jaundzimušo aprūpes uzlabošanu, veidojot mātes un bērnu veselības aprūpes tīklus un citas iniciatīvas, pastāv iespēja, ka zīdaiņu mirstība turpinās samazināties. Tāpat būs nepieciešama arī rīcība ārpus veselības aprūpes nozares, pievēršoties zemu ienākumu problēmai un citiem sociālajiem faktoriem, kas ietekmē veselību (Schell et al., 2007). Šie faktori rada pastāvīgas problēmas saistībā ar mātes un bērna veselību Latvijā (skatīt tālāk tekstā).

Dažu infekcijas slimību radītais slogs joprojām ir augsts, lai gan vakcinācijas līmenis ir labs

Latvijai arī jācīnās ar infekcijas slimību izplatību. Saslimstība ar HIV ir viena no augstākajām Eiropā — 16,6 uz 100 000 iedzīvotāju 2012. gadā. Līdz ar to, arī saslimstība ar AIDS ir augsta (6,8 uz 100 000 iedzīvotāju), un tā palielinās, radot būtiskas bažas. Turpretī lielākajai daļai OECD valstu kopš deviņdesmito gadu vidus ir izdevies samazināt saslimstību ar AIDS (1.6. attēls). Šajā kontekstā Latvija nesen apstiprināja papildu finansējumu HIV/AIDS ārstēšanai. Arī B hepatīta saslimstība ir augsta, ar vairāk nekā desmit gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 2. Pozitīvāks ir fakts, ka vakcinācijas līmenis pret B hepatītu gadu veciem bērniem ir sasniedzis OECD vidējo rādītāju, ievērojami samazinot šīs slimības izplatību bērnu vidū. Tas liek domāt, ka B hepatīta izplatību var kontrolēt arī turpmāk, saglabājot augstu vakcinācijas līmeni.

1.6. attēls. AIDS saslimstības tendences atsevišķās ES dalībvalstīs, 2002.–2013. gads



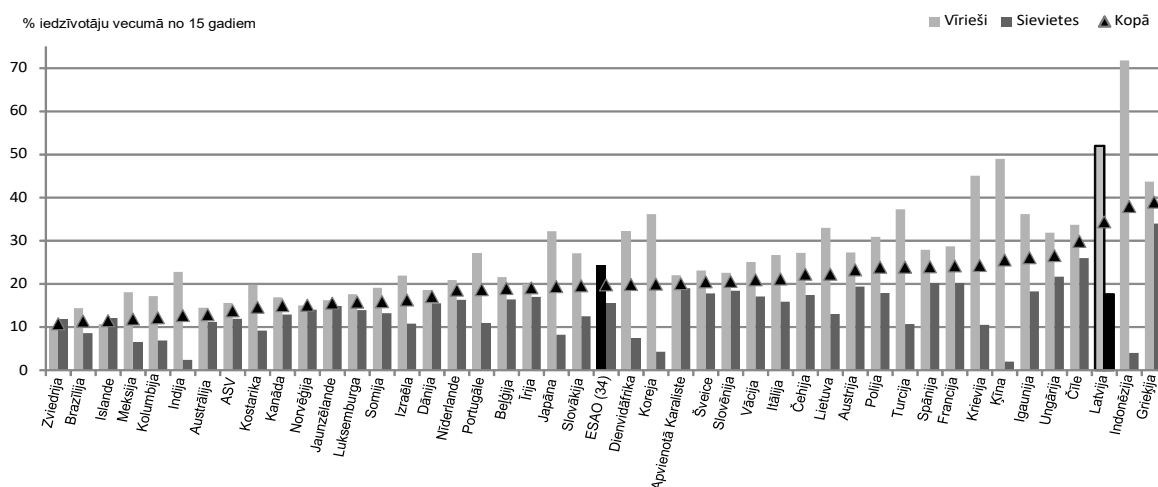
Avots: Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs un PVO Eiropas Reģionālais birojs (2013), HIV/AIDS Surveillance in Europe 2012.

Vakcinācijas līmenis pret citām infekcijas slimībām, piemēram, difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu un masalām, pēdējo desmit gadu laikā kopumā atbilst OECD vidējiem rādītājiem. 2013. gadā vakcinācijas līmenis pret difteriju, stingumkrampjiem un garo klepu atbilda OECD vidējam rādītājam (95 %), un vakcinācijas līmenis pret masalām bija 96 % — augstāks par OECD vidējo rādītāju, 94 % (OECD, 2015b).

Neinfekciju slimību galveno riska faktoru izplatība Latvijā palielinās

Smēķēšanas izplatības rādītājs Latvijā ir 34,3 %, gandrīz divreiz lielāks par OECD vidējo rādītāju 2013. gadā — 19,7 % (OECD, 2015e). Īpašas bažas rada fakts, ka smēķēšanas līmenis Latvijā pēdējo desmit gadu laikā nav samazinājies, tāpat kā lielākajā daļā OECD valstu — patiesībā tas ir palielinājies par nedaudz vairāk nekā 1 %. Smēķēšana ir īpaši izplatīta vīriešu vidū, no kuriem vairāk nekā puse smēķē ikdienā, salīdzinot ar mazāk nekā 20 % sieviešu, kas smēķē ikdienā. Tomēr smēķēšanas izplatību ir izdevies samazināt jauniešu vidū. No 2011. gada līdz 2014. gadam tabakas izstrādājumu lietošana 13–15 gadus vecu zēnu vidū samazinājās no 39,4 % līdz 25,3 %, bet tās pašas vecuma grupas meiteņu vidū — no 41,4 % līdz 23,9 %. Arī cigarešu regulāras smēķēšanas izplatība šīs vecuma grupas zēnu vidū samazinājās no 29,5 % līdz 16,9 %, bet tās pašas vecuma grupas meiteņu vidū — no 33,8 % līdz 16,5 % (PVO Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums; npublicēti dati).

1.7. attēls. Ikdienā smēķējošo pieaugušo īpatsvars, 2013. gads (vai tuvākais gads)



Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Pieaug arī citu galveno riska faktoru izplatība. Latvijas pieaugušie iedzīvotāji 2012. gadā vidēji patērēja 10,3 litrus absolūtā alkohola uz vienu iedzīvotāju — patēriņš bija pieaudzis no 7,1 litra 2000. gadā. Savukārt OECD valstis caurmērā ziņoja par patēriņa samazināšanās tendenci — no 9,5 litriem uz iedzīvotāju 2000. gadā līdz 8,8 litriem 2013. gadā (OECD, 2015e). Ir aprēķināts, ka, iespējams, pat astotajai daļai Latvijas pieaugušo ir problēmas ar atkarību no alkohola (SPKC, 2012). Iespējams, šīs satraucošās tendences ir saistītas ar to, ka alkohola cena pēdējos gados nepieauga tik strauji kā ienākumi.

Arī aptaukošanās izplatība Latvijas pieaugušo vidū ir nedaudz augstāka (20,6 %) par OECD vidējo rādītāju — 19,0 % (OECD, 2015e). Lai gan daudzas OECD valstis ziņo, ka aptaukošanās problēma ir izplatītāka vīriešu vidū, Latvijā aptaukošanās problēma ir izplatītāka sieviešu vidū (25 %), salīdzinot ar 16 % vīriešu (SPKC, 2015).

Neraugoties uz šiem problemātiskajiem riska faktoriem, izdevumi profilaksei Latvijā ir daudz zemāki nekā daudzās OECD valstīs. Profilaksei velta mazāk nekā 1 % no pašreizējiem veselības aprūpes izdevumiem (atbilst 8,8 USD PPP uz vienu cilvēku), salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 3 % (atbilst nedaudz vairāk nekā 100 USD PPP uz vienu iedzīvotāju, OECD, 2015e). Investīcijas veselības aizsardzībā un profilaksē ir lielā mērā atkarīgas no starptautiskās sabiedrības, tostarp Eiropas Savienības, finansējuma. Pēdējo gadu laikā tā apjoms ir svārstījies, tāpēc šai svarīgajai jomai ir stabili jāvelta vairāk valsts līdzekļu.

Riska faktoru pieaugošā izplatība un zemie izdevumi profilaksei var būt saistīti ar zemo politikas prioritāti, kas piešķirta profilaksei un veselīga dzīvesveida popularizēšanai, primārās aprūpes mazajai lomai profilaksē (3. nodaļa), kā arī zemo sabiedrības izpratnes līmeni par veselīga dzīvesveida nozīmi. Latvija ir centusies popularizēt veselīgu dzīvesveidu, izmantojot publiskās kampaņas, īpašas aktivitātes, kas vērstas uz skolēniem un popularizē veselīgu uzturu vai informē par smēķēšanas kaitīgumu, kā arī fizisko aktivitāšu veicināšanu.

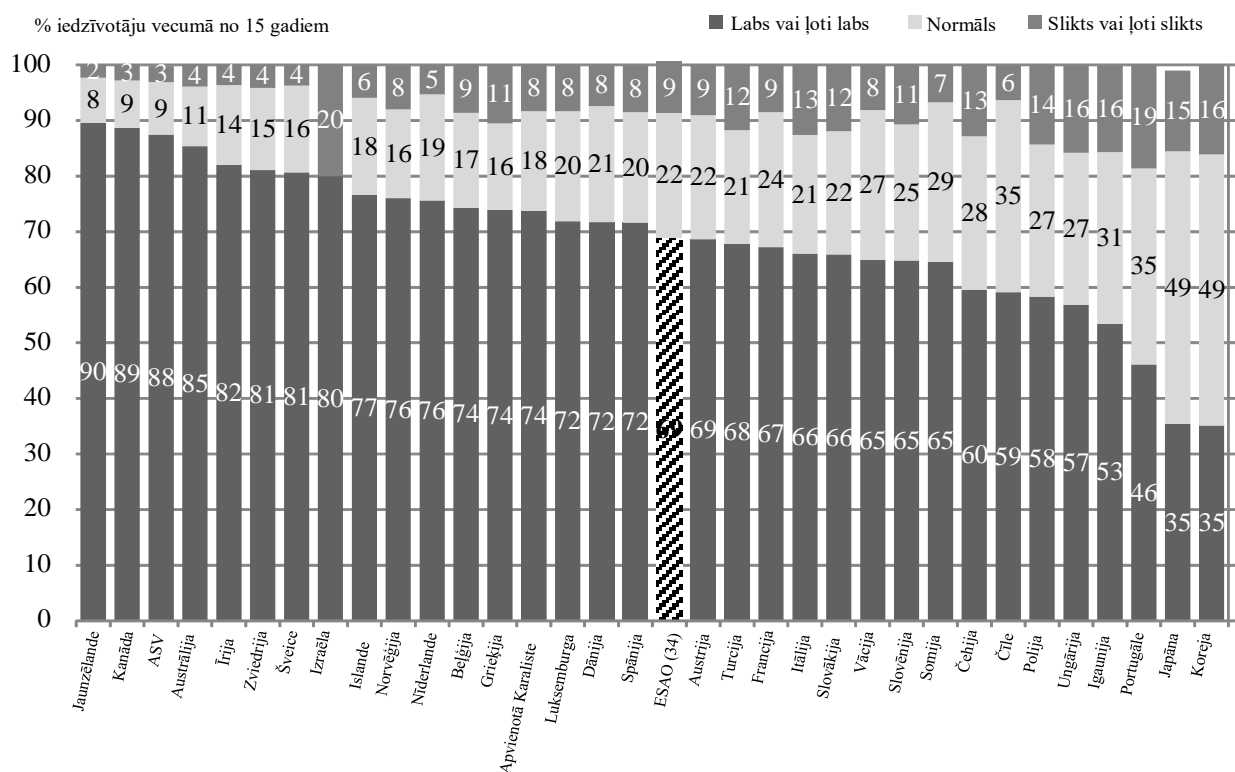
Latvija aizvien vairāk uzsver veselības veicināšanu un profilaksi kā prioritārās jomas veselības aprūpes sistēmas ieguldījumus. Nesen veselības veicināšanas un profilakses pasākumiem līdz

2020. gadam tika piešķirti ievērojami finanšu resursi. Turklāt Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam paredz īstenot vairākus pasākumus, lai palielinātu primārās veselības aprūpes speciālistu lomu veselības veicināšanā un profilaksē.

Iedzīvotāju pašu ziņotais veselības stāvoklis ir slikts

Iedzīvotāju sniegto informāciju par veselības stāvokli bieži vien ir grūti salīdzināt starptautiskā mērogā, jo šo informāciju var ietekmēt sociālie un kultūras faktori. Ņemot vērā slimību augsto slogu un nelabvēlīgo riska faktoru augsto izplatību Latvijā, salīdzinot ar OECD valstīm, sliktais veselības stāvoklis, par ko ziņo iedzīvotāji, ļoti iespējams, liecina par sliktu veselības stāvokli realitātē (1.8. attēls).

1.8. attēls. Pieaugušo subjektīvais veselības stāvoklis, 2013. gads (vai tuvākais gads)



1. Šo valstu rezultāti nav tieši salīdzināmi ar citu valstu rezultātiem, jo aptaujas anketu metodoloģisko atšķirību rezultātā ir radusies nosliece uz augstākiem rezultātiem. Izraēlā nav kategorijas, kas saistīta ar labu veselību.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (EU-SILC Eiropas valstīm).

Latvijā par sliktu veselības stāvokli, ilgstošām slimībām un ierasto darbību ierobežojumiem ziņo vairāk cilvēku nekā citās OECD valstīs. OECD valstīs caurmērā 69 % iedzīvotāju 2013. gadā ziņoja par labu vai ļoti labu veselību. Savukārt Latvijā šis rādītājs bija daudz zemāks — 37%. To cilvēku īpatsvars Latvijā, kuri ziņoja par sliktu vai ļoti sliktu veselību, bija augstāks — 22%, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju (9%). Arī iedzīvotāju ziņotās ilgstošās slimības un ierasto darbību ierobežojumi ir izplatītāki nekā daudzās citās Eiropas valstīs. Piemēram, 39,7 % Latvijas iedzīvotāju ziņoja par ilgstošām slimībām, salīdzinot ar Eiropas vidējo rādītāju — 32,5 % (Eurostat, 2015). Iedzīvotāju ziņošana par sliktu veselības stāvokli var liecināt ne tikai par infekcijas un neinfekciju slimību un riska

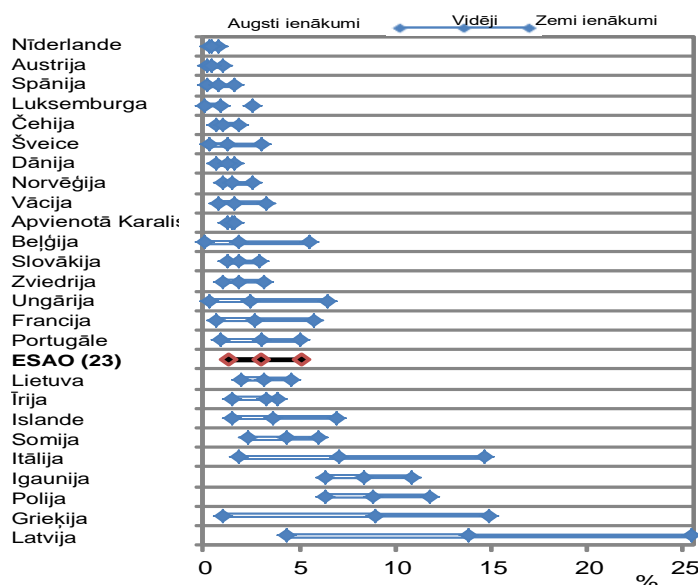
faktoru augstu izplatību, bet arī par lielu neapmierināto veselības aprūpes vajadzību apjomu (skatīt tālāk tekstā un 2. nodaļu) Latvijā.

Pastāv liela nevienlīdzība veselības stāvokļa un veselības aprūpes pieejamības jomās

To Latvijas iedzīvotāju daļa, kas ir augstāku ienākumu grupās un ziņoja par labu veselību, ir zema (63,1 %), salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 79,1 %. Grupās ar zemākiem ienākumiem tikai 36,9 % iedzīvotāju ziņoja par labu veselību, un tas ir daudz mazāk par OECD vidējo rādītāju — 61,6 % (Eurostat, 2015; OECD, 2015b). Arī to iedzīvotāju daļa, kuriem ir zemi ienākumi un kuri uzskata, ka viņiem ir ilgstoša slimība, Latvijā (43,9 %) ir daudz lielāka nekā vidēji Eiropā (32,7 %), bet šādu iedzīvotāju daļa augstu ienākumu grupā Latvijā ir 22,0 %, kas arī ir augstāks rādītājs par Eiropas vidējo — 18,3 % (Eurostat, 2015).

Neapmierinātā vajadzība pēc veselības aprūpes liecina arī par ienākumu izteiktu nevienlīdzību Latvijā. Grupās ar augstākiem ienākumiem 4,3 % iedzīvotāju ziņoja, ka nevērsas par nepieciešamās veselības aprūpes (izmaksu, attāluma vai rindu dēļ), salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 1,3 % (1.9. attēls). Ceturtdaļa Latvijas iedzīvotāju ar zemu ienākumu līmeni ziņoja, ka nevērsas par nepieciešamās veselības aprūpes, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 5,1 %. Neapmierināto veselības aprūpes vajadzību nevienlīdzība ir vēl izteiktāka attiecībā uz zobārsta apmeklējumu: 35,8 % Latvijas iedzīvotāju ar zemu ienākumu līmeni nevērsās pēc nepieciešamās aprūpes; šis rādītājs ir daudz augstāks par OECD vidējo rādītāju — 9,6 %. Tas var būt saistīts ar faktu, ka zobārstniecība neietilpst valsts finansētās veselības aprūpes segumā (2. nodaļa). Pastāv iespēja, ka jebkura nevienlīdzība neapmierinātajās aprūpes vajadzībās var pasliktināt kopējo sabiedrības veselības stāvokli un palielināt nevienlīdzību veselības jomā.

1.9. attēls. Neapmierinātās vajadzības pēc ārsta apskates, pēc ienākumu līmeņa, 2013. gads



Piezīme: Neapmierinātās aprūpes vajadzības šādu iemeslu dēļ: pārāk dārga, pārāk tālu jābrauc, vai pārāk ilgi jāgaida rindā.

Avots: EU-SILC 2013.

Šāda izteikta veselības aprūpes nevienlīdzība varētu būt saistīta ar ienākumu nevienlīdzību, kas Latvijā ir augsta, salīdzinot ar lielāko daļu ES valstu. Pamatojoties uz Džini koeficientu, ko parasti izmanto, lai pārbaudītu ienākumu nevienlīdzību, Latvijā ir otra augstākā ienākumu nevienlīdzība

Eiropas Savienībā pēc Lietuvas (Eiropas Savienība, 2013). Nabadzības vai sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju īpatsvars pārsniedz 35 %, kas ir par vairāk nekā 10 procentpunktiem vairāk nekā ES vidējais rādītājs (OECD, 2015d).

1.2. Veselības aprūpes sistēma Latvijā

Latvijā kopš neatkarīgas atgūšanas ir realizētas vairākas sistēmas mēroga veselības aprūpes reformas. Būtiskākais ir tas, ka valstī ir izstrādāta viena pircēja valsts veselības aprūpes sistēma, ko finansē no vispārējiem nodokļu ieņēmumiem. Tādējādi tiek nodrošināta vispārēja veselības aprūpe un samērā pilnīgs pamata un specializēto veselības aprūpes pakalpojumu klāsts. Sistēmā pastāv pircēju un pakalpojumu sniedzēju sadalījums, un veselības aprūpes sistēmā darbojas gan valsts, gan privātie pakalpojumu sniedzēji. Kvalitātes nodrošināšanas mehānismi koncentrējas uz drošību, un tiek attīstīta veselības informācijas infrastruktūra. Šajā sadaļā ir aprakstītas dažādas ieinteresētās puses un to loma Latvijas veselības aprūpes sistēmā, un galvenās problēmas, ar kurām tās saskaras.

Veselības sistēmas pārvaldība lielā mērā ir centralizēta

Kopš neatkarības atgūšanas 1991. gadā, publiskā pārvaldība Latvijā ir nepārtraukti attīstījusies, reizēm akcentējot funkciju decentralizāciju, bet citreiz cenšoties atjaunot centralizētu pieeju. Pārejot uz decentralizētu pieeju, uzreiz pēc neatkarības atgūšanas tika izveidotas 119 pašvaldības. To uzdevums bija pārvaldīt veselības aprūpes plānus un īstenot pasākumus vietējā līmenī, lai gan daudzās no tām iedzīvotāju skaits bija mazāks par 2000. Pēc desmit gadiem tika secināts, ka decentralizēta sistēma nav piemērota mazai valstij ar aptuveni diviem miljoniem iedzīvotāju, un Latvija atkal ievieša centralizētāku pārvaldību, atstājot vietējā līmenī dažas ierobežotas leģislācijas pilnvaras.

Centrālajā līmenī galvenie Latvijas veselības aprūpes sistēmas pārvaldītāji ir Saeima, Ministru kabinets un Veselības ministrija. Saeima apstiprina Nacionālā veselības dienesta (NVD) budžetu un izdod galvenos normatīvos aktus un noteikumus, kas saistīti ar veselības aprūpes sistēmu. Saeimas Sabiedrības veselības apakškomisija (Sociālās un darba lietu komisijas pārziņā) izskata konkrētus jautājumus, kas radušies tās biedriem, citiem Saeimas locekļiem, Veselības ministrijai, NVD vadībai, pacientu un speciālistu organizācijām un citām nevalstiskām organizācijām. VM ir atbildīga par veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanu (skatīt zemāk) un veselības aprūpes sistēmu vispārējo organizāciju un darbību, izstrādājot un īstenojot konkrētus pasākumus, kas saistīti ar prioritārajām politikas jomām.

Arī citām ministrijām ir būtiska loma veselības aprūpes sistēmā. Labklājības ministrija ir atbildīga par ilgtermiņa aprūpi un sociālo nodrošinājumu, tostarp rehabilitējošu aprūpi un kopšanu cilvēkiem ar īpašām vajadzībām, vardarbības novēršanu un novecošanās problēmām. Izglītības un zinātnes ministrija nodarbojas ar veselības veicināšanas aktivitātēm skolēniem, tostarp integrētu veselības izglītību, lai uzlabotu skolēnu zināšanas par veselību. Tā ir atbildīga par sporta politiku un medicīnas skolām. Zemkopības ministrija nodrošina programmas, lai popularizētu veselīgu pārtiku skolēnu vidū, izstrādā uztura vadlīnijas un nodarbojas ar pārtikas drošības jautājumiem.

Līdz 2011. gadam valsts līmenī notika vairākas iestāžu apvienošanās, un valsts funkcijas tika konsolidētas piecās iestādēs. Divas no tām ir saistītas ar specifiskām veselības aprūpes jomām, proti, Slimību profilakses un kontroles centrs un Valsts Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests — abi aprakstīti turpmāk tekstā. Viena no iestādēm ir centrālais pircējs (NVD, aprakstīts tālāk tekstā). Pašlaik divas iestādes koncentrējas uz kvalitātes nodrošināšanu — Veselības inspekcija un Zaļu valsts aģentūra. Abas ir aprakstītas 2. nodaļā.

Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) ir valsts veselības aizsardzības institūcija, kas atbild par attiecīgās informācijas vākšanu, analīzi un ziņošanu, pārvalda slimību reģistrus, īsteno sabiedrības

veselības aizsardzības pasākumus un uzrauga slimību uzliesmojumus un veselības aizsardzības programmas. Tās darbību regulē VM veidotā politika un noteikumi. SPKC jo īpaši regulē veselības aizsardzības pasākumus un koordinē pasākumus, kas veikti vietējā līmenī veselības veicināšanas un slimību profilakses jomā. SPKC vada Nacionālo veselīgo pašvaldību tīklu un sadarbojas ar pašvaldībām, īstenojot profilakses un veselības veicināšanas pasākumus, balstoties uz vietējām vajadzībām. Centrs izstrādā profilakses un veselības veicināšanas ieteikumus un vadlīnijas, kā arī rīko apmācības un seminārus veselības veicināšanas koordinatoriem, kas strādā pašvaldības līmenī. 2015. gada janvārī SPKC izveidoja Veselību veicinošo skolu tīklu. Lai gan dažas darbības finansē VM, SPKC darbībai būtiski ir ES fondi. Šis fakts ir radījis zināmas bažas par veselības veicināšanas un profilakses pasākumu ilgtspēju Latvijā.

2009. gadā tika izveidots Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD). Tas organizē neatliekamo medicīnisko palīdzību visā Latvijā. Dienestam ir četras specializētas vienības slimnīcās, kuru uzdevums ir koordinēt neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu visā valstī un konsultēt par katra konkrētā pacienta pārvešanu. NMPD ir arī stratēģiska funkcija, un tas analizē informāciju, piemēram, par to, cik bieži ātrā palīdzība nogādā pacientus slimnīcā, un transportēšanas laiku, ņemot vērā pacienta diagnozi, lai noteiktu veidus, kā palielināt neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas efektivitāti. Kopš NMPD izveides par neatliekamās medicīniskās palīdzības kvalitāti tiek ziņots ar mērķi to uzlabot, kā sīkāk aprakstīts 1.3. nodaļā.

Pašvaldību galvenie pienākumi ir vērsti uz veselības veicināšanu un profilaksi, kā arī ilgtermiņa aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Pašvaldībām arī jānodrošina veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, piešķirot subsīdijas, lai segtu transporta izmaksas veselības aprūpes iestādēm, kam tas nepieciešams. Pašvaldībām palīdz SPKC, veidojot pasākumus, piemēram, informācijas kampaņas, kas saistītas ar sirds un asinsvadu slimībām, vēzi, reproduktīvo veselību un riska faktoriem, piemēram, tabakas patēriņu un fizisko aktivitāšu trūkumu. Daudzās pašvaldībās ir veselības veicināšanas koordinatori, kuri bieži ir skolotāji vai sociālie darbinieki. Šie cilvēki rīko vietēja mēroga darbseminārus, pamatojoties uz SPKC izstrādātajiem materiāliem. Turklāt ir izveidoti īpaši centri, kas piedāvā konsultācijas, ātrās noteikšanas testus un šļirču apmaiņu, lai uzlabotu HIV/AIDS profilaksi.

Ieņēmumu gūšana ir atkarīga no vispārējiem nodokļiem, un liela nozīme ir ārējai palīdzībai

Latvijas veselības aprūpes sistēmu galvenokārt finansē no vispārējiem nodokļiem, ko iekasē Finanšu ministrija. Pāris gadus pēc neatkarības atgūšanas deviņdesmito gadu sākumā, veselības aprūpei bija atvēlēti 28,4 % no ienākuma nodokļa ieņēmumiem, un bija pieejams arī papildu valsts dotācijas no vispārējiem nodokļiem. Taču 2005. gadā šo līdzekļu piešķirumu atcēla. Šobrīd NVD budžetu apstiprina Saeima (skatīt zemāk). Veselības aprūpes sistēmai ir jākonkurē ar citām valsts politikas prioritātēm, kā rezultātā sistēmas finansējums pēc starptautiskajiem standartiem nav pietiekams. Lai palielinātu vispārējo valsts budžetu Latvijā, tās nodokļu sistēmai palīdzētu efektīvāka ieņēmumu iekasēšana (OECD, 2015d).

Privātpersonu apdrošināšanas loma Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir maza. Valstī ir aptuveni desmit privātpersonu veselības apdrošināšanas sabiedrības, kas sniedz papildu un/vai dubultu segumu aptuveni 20 % iedzīvotāju. Privātpersonu apdrošināšanas tirgus daļa nav mainījies vairāk nekā desmit gadus. 2014. gadā apdrošināšanas sabiedrības iekasēja apdrošināšanas iemaksas 55 miljonu eiro vērtībā, kas atbilst aptuveni 4 % no pašreizējiem veselības aprūpes izdevumiem. Veselības aprūpes segums vairumā apdrošināšanas shēmu ir līdzīgs un parasti ietver zobārstniecību, medikamentus, laboratorijas pakalpojumus, acu un redzes aprūpes un sporta klubu apmeklēšanu. Tās var arī atlīdzināt izdevumus par tādu pakalpojumu sniedzēju apmeklējumiem, kas nav noslēguši līgumus ar NVD. Aptuveni 30 % apdrošināšanas shēmu ir atšķirīgs segums, kā rezultātā tirgū veidojas zināmā konkurence. Pēc pasaules finanšu krīzes dažas apdrošināšanas shēmas atteicās no tādu medikamentu seguma, ko nekompensē

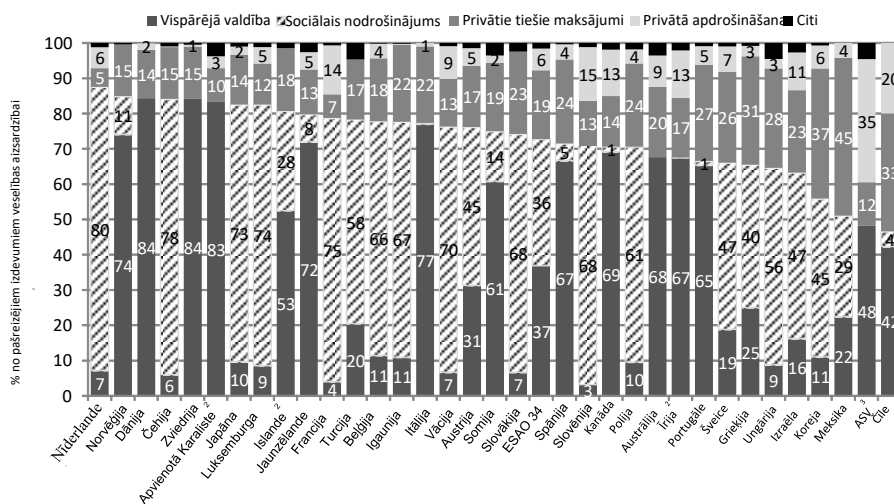
NVD, bet ambulatorās un stacionārās aprūpes segums lielākoties tika saglabāts. Privatpersonu veselības apdrošināšanu galvenokārt izmanto daži lielle uzņēmumi, lai padarītu darba līgumus pievilcīgākus — gandrīz visas apdrošinātās privatpersonas ir šo uzņēmumu darbinieki. Arī pašvaldības un citas publiskās struktūras piedāvā veselības apdrošināšanu saviem darbiniekiem, bet šajos gadījumos apdrošināšanas segums parasti ir ierobežotāks.

Latvijas veselības aprūpes sistēma saņem ievērojamu finansiālu atbalstu no starptautiskās kopienas. Piemēram, Eiropas Savienība septiņu gadu laikā līdz 2013. gadam piešķir 250 miljonus eiro veselības aprūpes sistēmas infrastruktūras uzlabošanai un 60 miljonus eiro cilvēkresursu projektiem. Patlaban ES finansējums līdz 2020. gadam ir vērsts uz sirds un asinsvadu slimībām, onkoloģiju un perinatālo un jaundzimušo aprūpi, kā arī garīgo veselību, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumus un īstenojot veselības veicināšanas un profilakses pasākumus. Pasaules Banka piešķir kredītus Latvijas veselības aprūpes sistēmas attīstībai, ieguldot ambulatorajā aprūpē un neatliekamās palīdzības pakalpojumos, speciālistu (jo īpaši primārās aprūpes) apmācībās un citās darbībās.

Latvijā nav reģionālā nodokļa, tāpēc pašvaldības paļaujas uz vispārējiem valdības ieņēmumiem par to darbību. Vidēji puse budžeta saistās ar programmām (piesaistīts iniciatīvām, kuru mērķauditorija ir, piemēram, bērni un vecāka gadagājuma cilvēki), bet otru pusi nodrošina izlīdzināšanas sistēma, balstoties uz iedzīvotāju skaitu konkrētajā pašvaldībā.

Latvijas veselības aprūpes sistēmas finansēšanā būtiska loma ir pacientiem. Tiešie maksājumi veido 38 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem Latvijā, kas ir divreiz vairāk par OECD vidējo rādītāju — 19 % (1.10. attēls). Nabadzīgajiem iedzīvotājiem ir pieejami atbrīvojumi no tiešajiem maksājumiem, bet tie nav plaša mēroga, līdz ar to daudziem neaizsargātiem iedzīvotājiem nav pieejama nepieciešamā veselības aprūpe (sīkāk aprakstīts 2. nodaļā). Pašvaldības atsevišķiem pacientiem, piemēram, diabēta slimniekiem, kompensē dažas transporta izmaksas, bet daži pacienti neizmanto šīs subsīdijas.

1.10. attēls. Veselības aprūpes izdevumi pa finansējuma veidiem, 2013. gads (vai tuvākais gads)



1. Nīderlandē papildus obligātajai veselības apdrošināšanai daļa veselības aprūpes izdevumu tiek segti Likuma par sociālo apdrošināšanu ietvaros, kā rezultātā obligātās veselības apdrošināšanas iemaksas tikai veselības apdrošināšanai varētu šķist zemākas nekā ir patiesībā
2. Dati attiecas uz kopējiem veselības aprūpes izdevumiem (= pašreizējie veselības aprūpes izdevumi plus kapitāla veidošanai).
3. Sociālais nodrošinājums ziņots kopā ar vispārējās valdības sektoru.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Vienīgajam pircējam līdz šim ir bijusi salīdzinoši maza loma veselības aprūpes sistēmas efektivitātes uzlabošanā

Kopš neatkarības atgūšanas 1991. gadā, veselības aprūpes pakalpojumu pircējs ir mainījies vairākas reizes. Pāris gadus pēc neatkarības atgūšanas Latvija ieviesa decentralizētu sociālo veselības apdrošināšanu, kā rezultātā vietējā līmenī tika izveidotas vairākas reģionālās slimokases. Šīs izmaiņas neuzlaboja efektivitāti. Turpmākajos desmit gados notika vairākas apvienošanās, un 2011. gadā tika izveidots vienots Nacionālais veselības dienests (NVD). Tas darbojas kā vienīgais pircējs, kas saņem finansējumu no VM un pērk pakalpojumus no vietēja līmeņa un valsts pakalpojumu sniedzējiem. Kā minēts 2. nodaļā, NVD ir iespējas palielināt savu lomu veselības aprūpes sistēmas snieguma pārraudzībā un uzlabošanā, veicot selektīvus iepirkumus un izvērtējot pakalpojumu sniedzējus.

Būtiski NVD uzdevumi ir arī seguma un tarifu noteikšana. NVD kompensēto pakalpojumu segums balstās uz veselības aprūpes tehnoloģiju novērtējumu, kurā tiek izvērtēta farmācijas preču pieejamība cenas ziņā un izmaksu efektivitāte. NVD kompensēto produktu un pakalpojumu klāsts ir ierobežotāks nekā citās OECD veselības aprūpes sistēmās. Klāstā nav ietvertas atsevišķas procedūras, piemēram, trombolīze išēmiska insulta pacientiem. Kompensēto produktu un pakalpojumu klāsts tika samazināts pēc pasaules finanšu krīzes 2008. gadā, lai ierobežotu veselības aprūpes izdevumus.

Būtiski, ka NVD arī nosaka dažu veselības aprūpes pakalpojumu ikgadējās kvotas. Tās ierobežo pieejamību, pieprasot pacientiem maksāt pilnu aprūpes maksu no savas kabatas vai no privātās veselības apdrošināšanas, ja pakalpojumu ikgadējās kvotas ir iztērētas, vai liekot pacientiem gaidīt nākamo gadu un atjaunotās kvotas. Pakalpojumu sniedzēji cenšas piedāvāt aprūpi, pamatojoties uz ikgadējām kvotām, bet tajās ne vienmēr var iekļauties, jo īpaši to pacientu gadījumā, kuriem nepieciešama neatliekama palīdzība. NVD pārrauga pacientu tiešos maksājumus, un, ja tiek konstatēts, ka pakalpojumu sniedzēji apzināti novilcina ārstēšanu, lai saņemtu tiešos maksājumus, NVD var lauzt līgumu ar konkrēto pakalpojumu sniedzēju. Visbeidzot, NVD arī pārvalda un izstrādā e-veselības sistēmu, kas tiks ieviesta 2016. gadā. Paredzēts, ka tā uzlabos veselības aprūpes sistēmas efektivitāti.

Arī privātpersonu veselības apdrošinātāji nevar īpaši ietekmēt pakalpojumu sniedzēju darbību. Daļēji tas ir saistīts ar privātās veselības apdrošināšanas tirgus nelielo izmēru un daļēji ar to, ka trūkst skaidras valdības stratēģijas attiecībā uz privātās veselības apdrošināšanas tirgu, nestabilitāti NVD segumā un kvotām. Tas traucē privātajiem apdrošinātājiem izstrādāt vidēja termiņa un ilgtermiņa stratēģijas par segumu, iepirkumiem un līgumu slēgšanu ar pakalpojumu sniedzējiem.

Veselības aprūpes pakalpojumus sniedz gan privātie, gan sabiedrisko pakalpojumu sniedzēji

Kopš neatkarības atgūšanas, privātajiem pakalpojumu sniedzējiem ir atļauts praktizēt Latvijas veselības aprūpes sistēmā, un dažās jomās tie dominē. Primārās aprūpes ārsti, zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji un aptiekas galvenokārt ir privātas. Savukārt sekundārās aprūpes jomā lielākā daļa slimnīcu pieder pašvaldībām, bet daži ambulatorās aprūpes pakalpojumu sniedzēji ir privāti.

Primārās aprūpes pakalpojumus apmaksā ar dažādām maksāšanas metodēm, tostarp kapitāciju, maksu par pakalpojumu un samaksu par padarīto (sīkāka informācija sniegta 3. nodaļā). Slimnīcu nodrošināto ambulatoro aprūpi galvenokārt finansē ar vienotu likmi, kas noteikta diagnožu grupām, piemēram, akūtām slimībām, hroniskām slimībām un profilaksei, un pakalpojumu maksas maksājumiem. Stacionāro aprūpi agrāk apmaksāja, izmantojot maksu par pakalpojumu līdz noteiktai maksimālajai summai, bet pēc vairāku gadu ilga pārejas perioda ar kvazi-diagnozei piesaistītu grupu (DRG) maksājumu sistēmu 2015. gadā tika ieviesta pilnvērtīga DRG sistēma.

Slimnīcu gadījumā ir trīs publiskā īpašuma veidi, un tām ir dažādas finansiālās saistības. Lai gan Latvija ir maza valsts, pašvaldībām pieder lielākā daļa no valstī esošajām 30 slimnīcām. Katra pašvaldība pieņem savus lēmumus attiecībā uz iepirkumiem un kapitāla investīcijām, kā rezultātā valstī

ir liels skaits dārgu iekārtu, piemēram, magnētiskās rezonanses attēldiagnostikas iekārtas (sīkāk aprakstīts 2. nodaļā).

Valdībai pieder vairākas terciārā līmeņa un specializētas slimnīcas. Atšķirībā no pašvaldību slimnīcām, tām ir ierobežojošākas finansēšanas saistības, un tās arī maksā valdībai dividendes. Latvijā ir arī daži valstij piederoši uzņēmumi, tostarp trīs universitāšu slimnīcas, trīs psihiatriskās slimnīcas, trīs ortopēdiskās slimnīcas un trīs neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcas, kurām lielākā daļa budžeta nāk no valsts. Finanšu gada beigās tām nedrīkst būt zaudējumi. Ņemot vērā šo saistību daudzveidību, sekundārās un terciārās aprūpes organizēšanai palīdzētu valsts stratēģiskais plāns efektivitātes trūkumu novēršanai — līdzīgs tam, kāds ir izstrādāts attiecībā uz neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Profesionālo asociāciju pienākums ir nodrošināt profesionālo kvalitāti

Veselības aprūpes speciālistu intereses Latvijā pārstāv vairākas profesionālās asociācijas. Latvijas Farmaceitu biedrība ir lielākā veselības aprūpes speciālistu asociācija, un vairāk nekā viena trešdaļa farmaceitu ir tās biedri. Latvijas Ārstu biedrība (LĀB) apvieno 109 asociācijas, kas pārstāv dažādas medicīnas specialitātes. Aptuveni puse valsts profesionālo medmāsu ir Latvijas Māsu asociācijas (LMA) biedri.

Šīs apvienības izsniedz profesionālos sertifikātus un uztur speciālistu reģistrus. Piemēram, LĀB nodrošina profesionālo sertifikāciju un speciālistu atkārtotu sertifikāciju. Atkārtota sertifikācija tiek veikta ik pēc pieciem gadiem, ar 250 stundu apmācībām; pretējā gadījumā ārstiem ir jākārtoto eksāmens atļaujas atkārtotai piešķiršanai. LMA līdzīgi sertificē un atkārtoti sertificē medmāsas.

Latvijā ir labi attīstīta veselības aprūpes sistēmas informācijas infrastruktūra

SPKC galvenais pienākums ir vākt veselības sistēmas informāciju par sabiedrības veselību, profilaksi un aprūpes kvalitāti un ziņot par šo informāciju. Tā pārvalda gan administratīvās datu bāzes, gan vairākus reģistrus, ieskaitot vēža, garīgās veselības, diabēta, tuberkulozes un arodveselības reģistrus, kas ir izveidoti kopš deviņdesmito gadu beigām. Privāto pakalpojumu sniedzēju dati parasti nav iekļauti, kas rada zināmas bažas, jo īpaši attiecībā uz garīgo veselību, jo privātajam sektoram ir būtiska loma aprūpes sniegšanā. SPKC arī analizē reģistru datus kopā ar NVD datiem, lai novērtētu zāļu izrakstīšanas modeļus. Ārsti saņem standartizētus ziņojumus, lai salīdzinātu savu sniegumu attiecībā pret valsts vidējiem rādītājiem klīnisko pasākumu, ārstēšanas un komplikāciju ziņā. Lielākā daļa datu ir publiski pieejami; dažreiz tie ir sadalīti pa reģioniem, bet ne pa pakalpojumu sniedzējiem.

Arī citas valsts iestādes ir iesaistītas valsts veselības sistēmas pārraudzībā. NVD pārvalda primārās un sekundārās aprūpes pakalpojumu sniedzēju ziņoto informāciju par darbībām un izdevumiem. Dienests savā tīmekļa vietnē publicē slimnīcu datus, piemēram, vidējo uzturēšanās ilgumu, slimnīcu gultasvietu un pacientu observācijas gultasvietu izmantošanu un hospitalizācijas rādītājus. NVD arī ziņo par rindām uz pakalpojumiem, lai gan šī informācija ne vienmēr ir uzskatāma par aktuālu. Centrālā statistikas pārvalde nodrošina datus par veselības aprūpes izdevumiem un veic apsekojumus, piemēram, iedzīvotāju veselības apsekojumu un darbaspēka apsekojumu (kas ietver veselības aprūpes darbaspēka datus), Eiropas Veselības apsekojumu par invaliditāti un aptauju par ienākumiem un dzīves apstākļiem, kas cita starpā izvērtē veselības aprūpes neapmierinātās vajadzības. Visbeidzot, Veselības inspekcija regulāri ziņo par informāciju, kas saistīta ar pārbaužu rezultātiem.

Kopumā Latvijai ir labi veselības aprūpes sistēmas dati, kas ļauj iekļaut valsti OECD Veselības statistikā un salīdzināt ar citām OECD valstīm (OECD, 2014b; OECD, 2015b). Latvija piedalās arī Baltijas valstu ziņojumā, ko publicē ik pēc četriem gadiem, salīdzinot veselības aprūpes sistēmu

sniegumu Baltijas valstīs un Ziemeļvalstīs. Tomēr vēl ir daudz darāmā, lai Latvijā attīstītu uz datiem balstītu veselības aprūpes plānošanu un pārvaldību, kā sīkāk iztirzāts 2. nodaļā.

e-veselības sistēmas ieviešana sniedz iespēju uzlabot gan kvalitāti, gan efektivitāti

Latvija pēdējos gados ir nostiprinājusi savas veselības aprūpes sistēmas informācijas infrastruktūru, un e-veselības sistēmas pakāpeniskajai ieviešanai, kas tika uzsākta 2015. gadā, vajadzētu vēl vairāk veicināt veselības aprūpes informācijas pieejamību un izmantošanu. Visi pakalpojumu sniedzēji, tostarp ģimenes ārsti, slimnīcas, aptiekas un pacienti, izmantos e-veselības sistēmu, kurā viņi varēs dalīties ar datiem par pacientiem, tostarp viņu diagnozēm, saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, piemēram, diagnozes noteikšanu un ārstēšanu, kā arī par izrakstītajiem un iegādātajiem medikamentiem. Ir paredzēts, ka pacienti izmantos karti ar savu unikālo pacienta ID, lai samaksātu par visiem veselības aprūpes pakalpojumiem un medikamentiem, ļaujot ievākt datus par veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu. Pakalpojumu sniedzējiem būs jāsniedz informācija par pacientiem, tostarp viņu diagnozēm, nodrošināto ārstēšanu un izrakstītajām zālēm, lai saņemtu kompensāciju no NVD, un tas tiks saistīts ar e-veselības sistēmā pieejamajiem izmantošanas datiem.

Ir plānots, ka šo avotu sniegtā informācija tiks integrēti visaptverošā vienotā datu krātuvē. Sistēmai jāļauj piekļūt veselības aprūpes informācijai, izmantojot internetu, ļaujot pacientiem vairāk iesaistīties sava veselības stāvokļa kontrolēšanā. Ietvertu pakalpojumu sniedzēju klāsts sākotnēji ir ierobežots, bet ir paredzēts, ka sistēmā tuvāko gadu laikā tiks ietverti visi pakalpojumu sniedzēji. Jāatzīmē, ka Latvija ir cieši sadarbojusies ar Igauniju, lai mācītos no tās pieredzes e-veselības sistēmas ieviešanā.

Paredzēts, ka e-veselības sistēmas ieviešana uzlabos veselības aprūpes kvalitāti un sistēmas efektivitāti. Piemēram, veselības aprūpes sniedzēji var izrakstīt e-receptes, lai pacienti varētu iegādāties medikamentus jebkurā aptiekā valstī, un tas ļaus pakalpojumu sniedzējiem uzraudzīt medikamentu drošību, kad pacientiem tiek izrakstītas vairākas zāles. Tāpat paredzams, ka uzlabosies pakalpojumu sniedzēju savstarpējā koordinācija, piemēram, izvairoties no diagnostikas testu dublēšanās un informējot ģimenes ārstus, kad viņu pacients tiek izrakstīts no slimnīcas.

Pacientu iespējas tikt uzklausi ir diezgan ierobežotas, un ir daudz iespēju uzlabot iedzīvotāju zināšanas par veselību

Kopš deviņdesmitajiem gadiem ir dibinātas vairākas pacientu organizācijas cilvēkiem ar konkrētām slimībām, piemēram, diabētu un limfomu. Vairākas no tām ir Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācijas „SUSTENTO” biedri; šī organizācija pārstāv aptuveni 50 000 slimu cilvēku un invalīdu (Mitenbergs et al., 2012). SUSTENTO piedalās dažādās VM un LM darba grupās, sniedz savu viedokli politikas jautājumos, kas saistīti ar transportu, izglītību un zinātnei, un sadarbojas ar dažādām ieinteresētajām personām, tostarp rūpniecībā.

Latvijas Pacientu tiesību birojs ir nevalstiska organizācija, kuras mērķis ir noskaidrot pacientu viedokli par to, kā uzlabot Latvijas veselības aprūpes sistēmu, un aizstāvēt pacientu tiesības. Tā veic pētījumus par pacientu pieredzi un ievāc sūdzības par aprūpes pieejamību un kvalitāti gan primārās aprūpes, gan slimnīcu jomā. Birojs nodarbojas ar starpniecību starp speciālistiem un pacientiem, kuriem ir radušās domstarpības. Tas arī cenšas uzlabot sabiedrības informētību par aprūpes pieejamību un kvalitāti, piemēram, uzlabojot saziņu starp speciālistiem un pacientiem.

Lai gan informācija par NVD finansētajiem pakalpojumu sniedzējiem un to pakalpojumiem ir pieejama publiski, izmantojot tīmekļa vietnes un zvanot uz informatīvo tālruni, nav skaidrs, cik lielā mērā Latvijas iedzīvotāji ir pārliecināti par savu spēju izprast un uzlabot savu veselību. Piemēram, Latvija piedāvā krūts un dzemdes kakla vēža bezmaksas skrīningu. Tomēr skrīninga veikšanas rādītāji ir ļoti zemi, salīdzinot ar citām OECD veselības aprūpes sistēmām (skatīt 3. nodaļu). Turklāt, lai gan pacientiem ir tiesības piekļūt savai slimības vēsturei, daudzi nezina par to. Ieviešot e-veselības sistēmu un sabiedrības ziņošanu par pakalpojumu sniedzēju sniegumu, būtu iespējams uzlabot Latvijas

iedzīvotāju zināšanas par veselību, ja šie risinājumi ir labi plānoti un formāti ir orientēti uz iedzīvotājiem, kā arī ārstiem un vadītājiem.

1.3. Latvijas veselības aprūpes sistēmas resursi

Latvijas veselības aprūpes sistēma, salīdzinot ar citu OECD valstu sistēmām, ir nepietiekami finansēta. Tikai nedaudz vairāk par 5 % no IKP tiek tērēti veselības aprūpei, un gandrīz 40 % no šī apjoma veido tiešie maksājumi. Valsts ir īstenojusi vairākas svarīgas reformas, piemēram, konsolidējot slimnīcu sektoru, lai turpinātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, neraugoties uz sarežģīto finansiālo situāciju. Neraugoties uz to, izaicinājumi ir acīmredzami. Īpaši aktuāls piemērs ir slimnīcu speciālistu trūkums lauku apvidos.

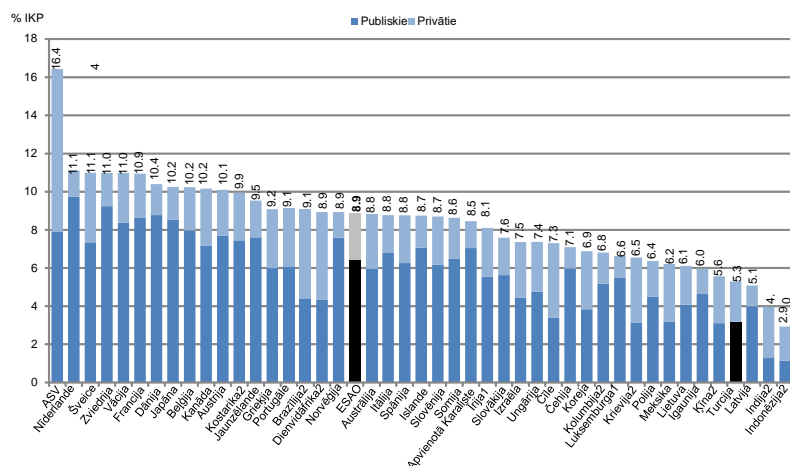
Pēc OECD standartiem kopējie izdevumi par veselības aprūpi ir zemi, un veselības aizsardzības finansējums ir ļoti zems

2013. gadā Latvija veselības aprūpei tērēja 5,3 % no IKP (atbilst 1217 USD PPP uz vienu personu gadā) — daudz mazāk par OECD vidējo rādītāju, kas ir 8,9 % (atbilst 3453 USD PPP). Daļēji tas ir skaidrojams ar faktu, ka veselības aprūpes sistēmas publiskais finansējums ir tikai 3,2 % no IKP — uz pusi mazāk par OECD vidējo rādītāju, kas 2013. gadā bija 6,5 % (1.11. attēls). No visām pārējām OECD valstīm tikai Meksika, Čīle, Turcija un Koreja tērē mazāk nekā 4 % no IKP veselības aprūpei, izmantojot publisko finansējumu. Savukārt Nīderlandē, Zviedrijā, Dānijā, Francijā, Japānā un Vācijā veselības aprūpes publiskais finansējums veido vairāk nekā 8 % no IKP.

No 2005. līdz 2009. gadam Latvijas IKP ik gadu palielinājās vidēji par 2,0 % reālā izteiksmē — daudz straujāk par OECD vidējo rādītāju, kas ir 0,6 %. Savukārt veselības izdevumi palielinājās tikai par 3,0 % gadā, kas ir mazāk par OECD vidējo rādītāju (3,4 %). No 2009. līdz 2013. gadam Latvijas ekonomika no finanšu krīzes atguvās ātrāk nekā citas OECD ekonomikas, IKP vidēji ik gadu pieaugot par 4,3 % (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs bija 1,1 %). Tomēr tajā pašā laikā posmā veselības aprūpes izdevumu pieaugums Latvijā bija tāds pats kā OECD vidējais rādītājs — 0,6 %. Ņemot vērā šos skaitļus, varētu apgalvot, ka Latvijai ir bijis vairāk finansiālo iespēju palielināt ieguldījumus veselības aprūpes sistēmā nekā citām OECD valstīm.

Latvija publiskajam sektoram piešķir ievērojami mazāku IKP daļu nekā Eiropas OECD valstis, un arī valsts izdevumu daļa veselības jomā ir ļoti maza. IKP daļa publiskajam sektoram Latvijā ir 36,5 %, daudz mazāka nekā vidēji visās Eiropas OECD valstīs (izņemot Turciju) — 45,6 % 2012. gadā (OECD, 2015d), un Latvija tērē 9 % no valsts sektora izdevumiem veselības aprūpei, kas ir mazāk nekā tērē jebkura cita OECD valsts (1.13. attēls). Vairāk par 20 % šai jomai velta Jaunzēlande, Šveice, Nīderlande un ASV.

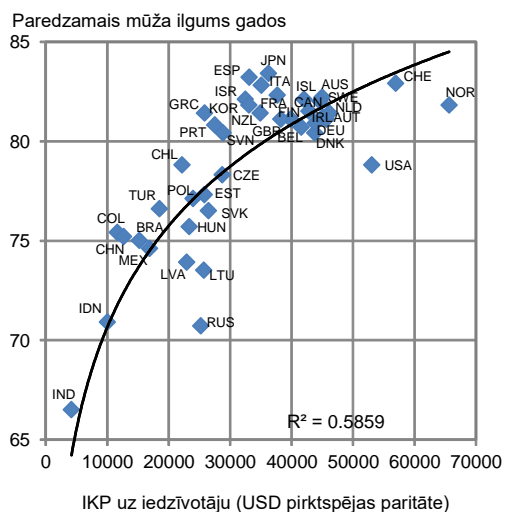
1.11. attēls. Veselības aprūpes izdevumi kā IKP daļa, 2013. gads (vai tuvākais gads)



Avots: OECD Health Statistics, 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

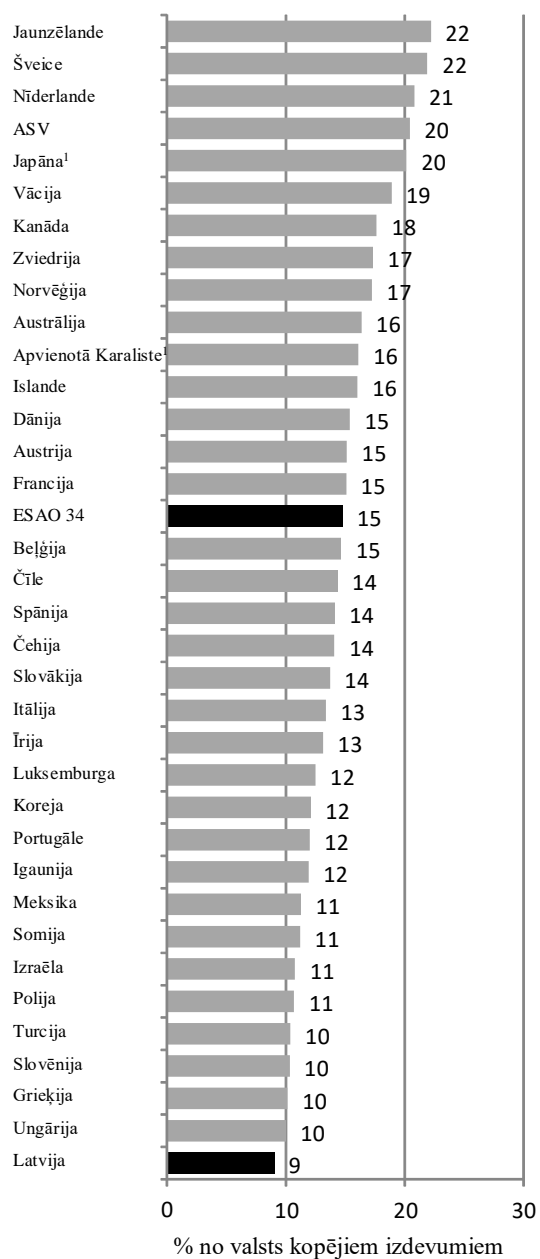
Ir pierādījumi, ka zemie izdevumi veselības jomai Latvijā liedz valstij sasniegt veselības aprūpes rezultātus, kas būtu sagaidāmi, ņemot vērā plašāku tās ekonomisko kontekstu. Izmantojot paredzamo mūža ilgumu kā rādītāju, Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklis ir sliktāks nekā gaidīts, ņemot vērā IKP uz vienu iedzīvotāju (1.12. attēls). Čīlē, Polijā un Ungārijā ir lielāks paredzamais mūža ilgums ar līdzīgu IKP uz vienu iedzīvotāju — un visas šīs valstis tērē lielāku IKP daļu veselības aprūpei. Tas liecina, ka Latvijai būtu jāapsver iespēja palielināt izdevumus veselības aprūpei. Ārkārtīgi būtiska būs arī veselības sistēmas efektivitātes uzlabošana.

1.12. attēls. Paredzamais mūža ilgums piedzimšanas brīdī un IKP uz vienu iedzīvotāju, 2013. gads (vai tuvākais gads)



Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

1.13. attēls. Veselības aprūpes izdevumi kā publisko izdevumu daļa, 2013. gads (vai tuvākais gads)



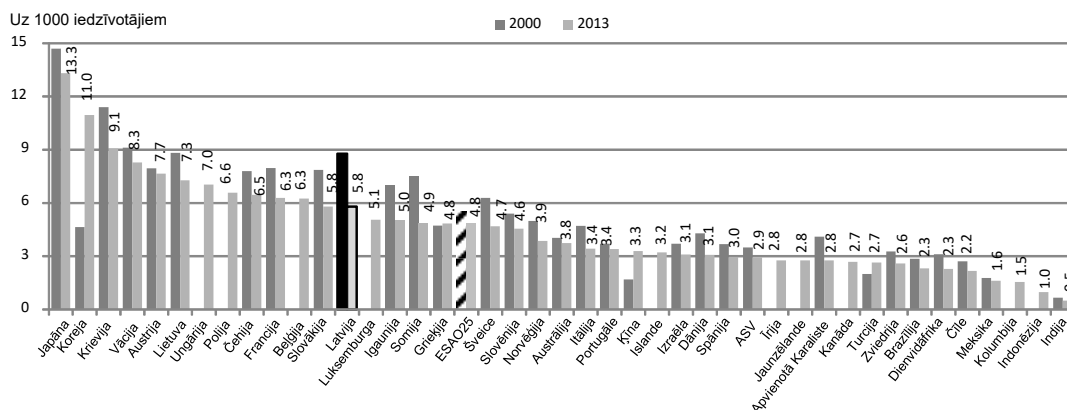
1. Dati attiecas uz kopējiem veselības aprūpes izdevumiem (= pašreizējie veselības aprūpes izdevumi plus kapitāla veidošanai).

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; OECD valstu pārskati; Eurostat statistikas datu bāze; SVF Pasaules ekonomikas perspektīvu datu bāze.

Pēdējos gados ir konsolidētas slimnīcas, bet vecu cilvēku aprūpei ir vēlta mazāka uzmanība

Slimnīcu sektors pēdējo desmit gadu laikā ir ievērojami konsolidēts, pārejot no stacionārās aprūpes uz ambulatoro aprūpi un medicīnisko aprūpi mājās. Gultasvietu skaits slimnīcās ir samazinājies no 8,8 uz 1000 iedzīvotājiem līdz 5,8, tuvojoties OECD vidējam rādītājam — 4,8 (1.14. attēls).

1.14. attēls. Slimnīcu gultasvietu skaits uz 1000 iedzīvotājiem, 2013. gads (vai tuvākais gads)



Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Izrakstīšanas gadījumu skaits ir 172 uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir nedaudz vairāk par OECD vidējo rādītāju — 155. Uzturēšanās ilgums slimnīcā jebkādu iemeslu dēļ vidēji ir 7,6 dienas, kas ir mazāk par OECD vidējo rādītāju — 8,1 (OECD, 2015e). Abi šie skaitļi liecina par slimnīcu resursu intensīvāku izmantošanu Latvijā, salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju. Savukārt stacionāro procedūru skaits kopumā ir zemāks par OECD vidējo rādītāju. Piemēram, 2013. gadā Latvijā tika veiktas 106 gūžas locītavas endoprotezēšanas operācijas un 46 ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar OECD vidējiem rādītājiem — attiecīgi 161 un 121. Tas var liecināt par pieejamības trūkumu faktisko pakalpojumu (pretstatā slimnīcu infrastruktūrai) dēļ, kā iemesls ir iepriekš aprakstītā gada kvotu sistēma. Ambulatorās ķirurģijas datu trūkuma dēļ nav iespējams komentēt pāreju no stacionārajām procedūrām uz ambulatoro ķirurģiju.

Slimnīcu sektoru būtu iespējams konsolidēt vēl vairāk, vienlaikus nodrošinot aprūpes kvalitāti. Piemēram, Latvijā joprojām ir 23 slimnīcas, kas nodrošina neatliekamo medicīnisko palīdzību, bet nevienai no tām nav kapacitātes nodrošināt neatliekamo medicīnisko palīdzību 24 stundas diennaktī, septiņas dienas nedēļā. Tas var būt pārāk liels skaits valstij ar nelielu iedzīvotāju skaitu un relatīvi ērtu ģeogrāfisko pieejamību. Iespējams, labāks variants, kas būtu jāmodelē, ir mazāks skaits labāk aprīkotu slimnīcu, kas nodrošina neatliekamo medicīnisko palīdzību un ir stratēģiski izvietotas reģionos.

Ņemot vērā augstās veselības un sociālās aprūpes vajadzības vecu cilvēku vidū, Latvijai arī būs jārisina pieejamības un kvalitātes jautājumi ilgtermiņa aprūpes jomā. Kaut arī iedzīvotāju novecošanās nenotiek tik ātri, kā daudzās OECD valstīs, pašreizējais gados vecāku iedzīvotāju īpatsvars ir lielāks nekā citās OECD valstīs, tāpēc vecu cilvēku aprūpei ir jābūt svarīgai politikas prioritātei Latvijā. Tomēr ilgtermiņa aprūpes gultasvietu skaits Latvijā ir mazāks nekā lielākajā daļā OECD valstu (1.15. attēls). Gultasvietu trūkuma dēļ slimnīcās tiek aprūpēti arī veci cilvēki, kam nepieciešama palīdzība ikdienas darbību veikšanā. Stacionārā aprūpe nav ne izmaksu ziņā efektīvs veids, kā nodrošināt ilgtermiņa

neatliekamā medicīniskā palīdzība, un attiecīgu attālumu palielināšanos līdz šīm iestādēm. Lai gan tas ir daudzsološs sasniegums, šķiet, ka tas vēl neatspoguļojas akūtās aprūpes kvalitātes galvenajos rādītājos. Sirdslēkmei sekojošās mirstības rādītāji liecina par situācijas pasliktināšanos — pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc sirdslēkmes pieaugusi no 17,5 uz 100 hospitalizācijas gadījumiem pieaugušajiem vecumā no 45 gadiem 2008. gadā līdz 19,2 2013. gadā (OECD, 2015e).

NMPD reģistrē visu saziņu un izmanto šo informāciju, lai pārraudzītu un uzlabotu sniegumu visā Latvijas veselības aprūpes sistēmā kopumā. NMPD ziņo, ka tā analīze liecina, ka pacientu vajadzības kļūst aizvien sarežģītākas un akūtākas (NMPD, 2014), iespējams, tāpēc, ka cilvēki vilcinās ar aprūpes pakalpojumu izmantošanu vai receptšu medikamentu iegādi, kā rezultātā viņu stāvoklis pasliktinās. Tas var daļēji izskaidrot, kāpēc sirdslēkmei sekojošās mirstības rādītāji Latvijā nav uzlabojušies (citās OECD valstīs tie ir uzlabojušies), bet būtiski ir arī citi faktori, piemēram, aprūpes efektivitāte slimnīcā.

NMPD analīzēs arī noskaidrots, ka mazāk nekā puse pacientu, kas izsauca ātro palīdzību, tika nogādāti slimnīcā; tas pārliecinoši liecina, ka ārpus ģimenes ārstu darba laika primārās aprūpes pakalpojumi nav pietiekami nodrošināti, jo īpaši lauku apvidos. Tāpat 25 % no zvaniem ātrajai palīdzībai netika vērtēti kā ārkārtas, liecinot par iedzīvotāju sliktajām zināšanām par veselību, vismaz attiecībā uz ātrās palīdzības atbilstošu izmantošanu un neatliekamas palīdzības nepieciešamību (NMPD, 2014). Taču tiek ziņots, ka NMPD izveide arī uzlaboja slimnīcu un pašvaldību sadarbību, it īpaši attiecībā uz neatliekamo medicīnisko palīdzību, bet arī attiecībā uz akūtās aprūpes integrāciju ar primāro aprūpi un sociālo aprūpi.

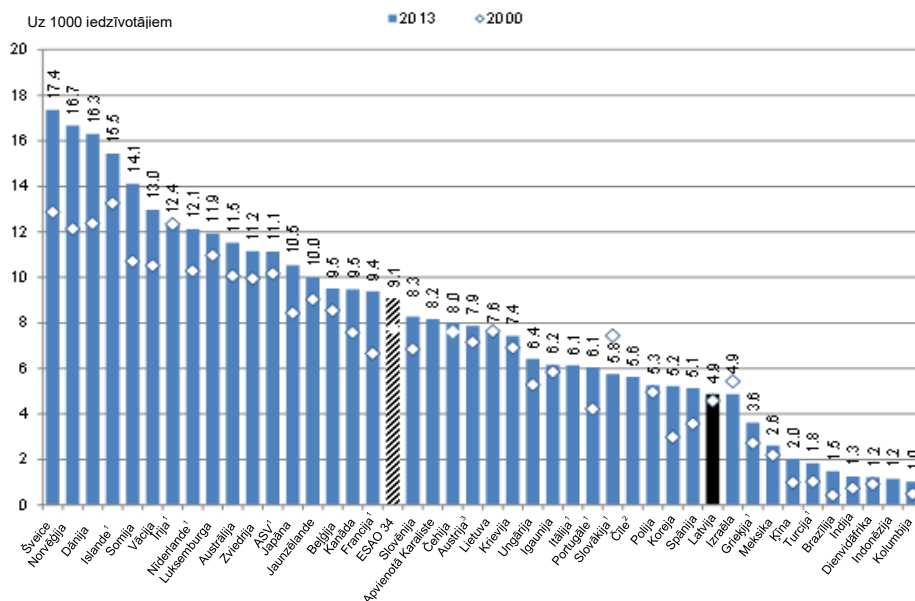
NMPD dati un analīzes ir potenciāli liela vērtība, lai plašākā mērogā uzlabotu veselības aprūpes sistēmas sniegumu. Neatliekamās palīdzības dienestiem ir jānodrošina aprūpe pat tad, ja ir iztērētas konkrētu pakalpojumu gada kvotas, piemēram, lai šādu gadījumu skaits sniegtu informāciju par to, vai kvotu apjoms ir noteikts pareizi. Arī pacientu dzīvesvieta un galamērķis var sniegt norādes par to, dažādu līmeņu aprūpes nodrošināšanas iespējas ir atbilstošas gan attiecībā uz aprūpes pieejamību, gan kvalitāti.

Ir sagaidāms dažu būtisko veselības aprūpes speciālistu trūkums

Ir sagaidāms dažu veselības aprūpes speciālistu grupu trūkums. 2013. gadā uz 1000 iedzīvotājiem bija 3,1 praktizējošs ārsts (tuvu OECD vidējam rādītājam — 3,2), un bija vērojams neliels skaita pieaugums kopš 2000. gada, kad uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā bija 2,9 praktizējoši ārsti. Jāpiebilst, ka tuvāko gadu laikā ir sagaidāma daudzu ārstu pensionēšanās.

Turpretī praktizējošo medmāsu skaits ir samērā zems — 4,9 uz 1000 iedzīvotājiem; salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 9,1 (1.16. attēls). 2000. gadā Latvijā bija 4,6 medmāsu uz 1000 iedzīvotājiem, līdz ar to, neraugoties uz emigrācijas problēmu, kas aprakstīta iepriekš, medmāsu darbaspēks kopumā ir stabils. Medmāsu/ārstu skaita attiecība ir zema — 1,5 (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 2,8). Tāpat kā ārstu gadījumā, arī medmāsu un citu atbalsta speciālistu vecums pieaug, radot problēmu ar šo speciālistu skaita saglabāšanu nākotnē. Šobrīd ārstu palīgi, kuras ir apmācīti neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā un ambulatorajā aprūpē diagnozes noteikšanai un medikamentu izrakstīšanai, pilda funkciju starp ārstiem un medmāsām, palīdzinot risināt resursu trūkuma problēmu, jo īpaši lauku apvidos.

1.16. attēls. Praktizējošo medmāsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem, 2013. gads (vai tuvākais gads)



1. Dati ietver ne tikai to medmāsu skaitu, kas tieši aprūpē pacientus, bet arī to medmāsu skaitu, kas strādā veselības aprūpes nozarē kā vadītāji, pedagogi, pētnieki, utt.

2. Dati attiecas uz visām medmāsām, kas ir tiesīgas praktizēt.

3. Austrija ziņo tikai par medmāsām, kas strādā slimnīcās.

Avots: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Sekundārās aprūpes speciālistu skaits Latvijā (2,5 uz 1000 iedzīvotājiem) ir lielāks par OECD vidējo rādītāju (2,0). Savukārt primārās aprūpes ārstu skaits ir zems — 0,7 uz 1000 iedzīvotājiem; salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 1,0. Speciālistu skaits koncentrējas lielās pilsētās, un speciālistu trūkums ir īpaši aktuāla problēma lauku apvidos. Tiek ziņots, ka neatliekamās medicīniskās palīdzības speciālistu, anesteziologu, intensīvās aprūpes speciālistu un oftalmologu trūkums ir īpaši aktuāls lauku apvidos. Lauku pašvaldības ir izmēģinājušas vairākas iniciatīvas, lai piesaistītu speciālistus, tostarp piedāvājot algas pielikumus un bezmaksas izmitināšanu. Tomēr speciālistu joprojām trūkst, kas liecina par sarežģītu problēmu — iespējams, būs nepieciešamas papildu iniciatīvas (piemēram, lauku skolu un citu pakalpojumu uzlabojumi), lai piesaistītu veselības aprūpes speciālistus un viņu ģimenes.

Latvijas augstskolas absolvējušos ārstus un medmāsas parasti uzskata par labi apmācītiem, un tie dažkārt meklē darbu citur Eiropā, piemēram, Vācijā, Norvēģijā un Apvienotajā Karalistē. Eiropā ir īpaši augsts pieprasījums pēc specializētajām medmāsām, piemēram, ķirurģijas medmāsām un intensīvās aprūpes medmāsām, kā rezultātā ir salīdzinoši augsta medmāsu izceļošana — 5,0 %, kā aprakstīts iepriekš (OECD, 2015c).

Latvijā ir grūti nodrošināt pietiekamu medmāsu skaitu arī tāpēc, ka cilvēki, kas mācījušies medmāsu specialitātē, ne vienmēr izvēlas praktizēt šajā aprūpes jomā. Tas saistās gan ar grūtiem darba apstākļiem veselības aprūpes sistēmā, gan ar iespējām citās nozarēs, piemēram, privātos veselības aprūpes un atpūtas centros. Lai gan pēc pasaules finanšu krīzes 2008. gadā daudzi atgriezās pie medmāsu profesijas (jo tā piedāvāja stabilāku darbu, salīdzinot ar citiem sektoriem, ko ietekmēja

ekonomiskā lejupslīde), vidēji apmēram 150 medmāsas gadā izvēlas pamest medmāsas darbu, kamēr ik gadu tiek apmācītas 200–350 medmāsas.

Nesen ir bijuši centieni palielināt medmāsu skaitu primārajā aprūpē. Vairākas medmāsas ir aizgājušas no slimnīcām, lai strādātu primārās aprūpes nozarē, ņemot vērā atalgojuma pieaugumu. Tas palielināja medmāsu skaitu primārajā aprūpē, bet saasināja medmāsu trūkumu slimnīcu sektorā. Ir jāizstrādā visaptverošākas cilvēkresursu stratēģijas, lai nodrošinātu dažādu speciālistu pietiekamu skaitu visos aprūpes sektoros.

Atsauces

- SPKC — Slimību profilakses un kontroles centrs (2012), [Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2011. gada%20\(6\).pdf](#), 39. lpp.
- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs un PVO Eiropas Reģionālais birojs (2013), *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2012*.
- Eiropas Savienība (2013), *Health Inequalities in the EU – Final Report of a Consortium*, konsorcijs vadītājs: Sir Michael Marmot.
- Eurostat datu bāze (2015), <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. EU-SILC (2013), [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)/fr](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)/fr).
- Hazans, M. (2011), “Labour Market Integration in Latvia”, M. Kahanec and K. F. Zimmermann (eds.), *Ethnic Diversity in European Labour Markets*, Edward Elgar Publishing.
- IARC — International Agency for Research on Cancer (2015), *Country Factsheets: Latvia*, <http://eu-cancer.iarc.fr/eucan/Country.aspx?ISOCountryCd=428>.
- Mitenbergs, U. et al. (2012), “Latvia: Health System Review”. *Health Systems in Transition*, Vol. 14, No. 8, pp. 1-191.
- OECD (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OECD (2015b), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
- OECD (2015c), *International Migration Outlook 2015*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.
- OECD (2015d), *OECD Economic Surveys: Latvia 2015*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228467-en>.
- OECD (2015e), *OECD Health Statistics 2015*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- OECD (2015f), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.
- OECD (2015g), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.
- OECD (2014a), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OECD (2014b), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.
- OECD (2014c), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- OECD (2013a), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.

- OECD (2013b), *International Migration Outlook 2013*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-en.
- OECD (2013c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- Sassi, F. (2010), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>.
- Schell, C. O. et al. (2007), “Socioeconomic Determinants of Infant Mortality: A Worldwide Study of 152 Low-, Middle-, and High-income Countries”, *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 35, pp. 288-297.
- NMPD — Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (2014), Rīga.
- PVO Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums (vēl nav publicēts), PVO, Ženēva.

2. nodaļa

Latvijas veselības aprūpes sistēmas sniegums

Šajā nodaļā Latvijas veselības aprūpes sistēmas sniegums vērtēts četrās jomās: pieejamība, kvalitāte, efektivitāte un ilgtspējība. Kopumā veselības aprūpes sistēma Latvijā darbojas labi. Neraugoties uz problemātiskajiem ekonomiskajiem apstākļiem, Latvija pēdējo piecu gadu laikā ir īstenojusi būtiskas reformas slimnīcu sektorā, slēdzot vairākas slimnīcas un 18 neatliekamās palīdzības nodaļas ar mērķi uzlabot efektivitāti.

Tomēr valstī ir daži iemesli bažām, daži iespējami uzlabojumi un dažas neizmantotas iespējas labāk izmantot esošos resursus. Lielas bažas rada ekonomiskā un ģeogrāfiskā pieejamība, un tiešie maksājumi joprojām ir augsti. Satraucoši ir arī daži vājie veselības aprūpes kvalitātes rādītāji. Nodaļā sniegti ieteikumi uzlabojumiem, balstoties uz paraugprakses piemēriem no OECD valstīm. Latvijas īstenotās inovatīvās reformas ir uzsvērtas, lai OECD valstis varētu mācīties no Latvijas pieredzes.

Statistikas datus par Izraēlu sniedza Izraēlas attiecīgās atbildīgās iestādes. Šādu datu izmantošana OECD vajadzībām neskar Golānas augstieņu, Austrumjeruzalemes un Izraēlas apmetņu Rietumkrastā statusu no starptautisko tiesību viedokļa.

Ievads

Latvijas veselības aprūpes sistēma uzrāda labus rezultātus, neraugoties uz dažiem patiesi apgrūtinājošiem apstākļiem, jo īpaši saistībā ar ekonomikas resursiem; zemais Latvijas veselības budžets pēc 2008. gada ekonomiskās krīzes tika būtiski samazināts vēl vairāk. Neraugoties uz to, Latvijai pēdējo piecu gadu laikā ir izdevies īstenot būtiskas reformas slimnīcu sektorā, slēdzot vairākas slimnīcas un 18 neatliekamās palīdzības nodaļas ar mērķi uzlabot efektivitāti, kas sekmīgi izdevies.

Tomēr valstī ir daži iemesli bažām un dažas neizmantotas iespējas labāk izmantot esošos resursus. Lielas bažas rada ekonomiskā un ģeogrāfiskā pieejamība, un tiešie maksājumi ir ļoti augsti. Satraucoši ir arī daži veselības aprūpes kvalitātes rādītāji; piemēram, mirstība pēc insulta ir gandrīz trīs reizes augstāka par OECD vidējo rādītāju. Latvijai cenšoties risināt šīs un citas problēmas un ieviest sistēmas uzlabojumus, liels izaicinājums neapšaubāmi būs resursu relatīvais trūkums sistēmā.

Šajā nodaļā novērtēts Latvijas sniegums tādos aspektos kā pieejamība, kvalitāte, efektivitāte un ilgtspējība. Sistēmas pašreizējā stāvokļa aprakstam, kas papildina šā ziņojuma 1. nodaļu, ir pievienota minēto aspektu priekšrocību un trūkumu analīze. Attiecīgos gadījumos ir sniegti ieteikumi uzlabojumiem un OECD valstu paraugprakses piemēri. Latvijas īstenotie inovatīvie pasākumi un iespaidīgie gūtie uzlabojumi ir uzsvērti, lai OECD valstis varētu mācīties no Latvijas pieredzes.

2.1. Aprūpes pieejamība

Kopš Latvijas Nacionālā veselības dienesta (NVD) izveides 2011. gadā visiem Latvijas iedzīvotājiem būtu jābūt pieejamam augošam veselības aprūpes pakalpojumu klāstam; aprūpes vienlīdzīga pieejamība ir skaidra politikas prioritāte. Taču, salīdzinot ar citām OECD valstīm, atšķirības piedāvājumā ir acīmredzamas. Turklāt rindas uz pakalpojumiem mēdz būt garas, un līdzmaksājumu apjoms ir liels. Daudzas no šīm problēmām ir izraisījušas vai saasinājušas Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu „kvotu” sistēma.

Latvijas NVD sniedz relatīvi pilnīgu veselības aprūpes pakalpojumu klāstu

Kopš Latvijas Nacionālā veselības dienesta (NVD) izveides 2011. gadā visiem Latvijas iedzīvotājiem būtu jābūt pieejamam pilnam veselības aprūpes pakalpojumu klāstam, un aprūpes vienlīdzīga pieejamība ir skaidra politikas prioritāte; Latvijas Republikas Satversmes 111. pants nosaka, ka „Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.” Taču atšķirības pakalpojumu piedāvājumā ir acīmredzamas.

NVD pieejamais pakalpojumu kopums ietver to ārstu un iestāžu sniegtos pakalpojumus, kas ir noslēguši līgumus ar NVD. Pabalstu grozu nosaka gan „pozitīvie saraksti” (attiecībā uz medikamentiem un dažiem diagnostikas, profilakses un ārstnieciskās iejaukšanās veidiem atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 1046), gan negatīvie saraksti (dažu pakalpojumu izslēgšana saskaņā ar noteikumiem Nr. 1046, ieskaitot zobārstniecību pieaugušajiem, rehabilitāciju, redzes un dzirdes korekcijas palīgīdzekļus). Ģimenes ārsti darbojas kā „vārtiņi” starp pacientiem un lielāko daļu diagnostikas, speciālistu un slimnīcu pakalpojumu (izņemot ārkārtas gadījumus). Ja nav ārsta nosūtījuma, izmaksas ir jāsedz pacientam tiešā maksājuma veidā vai no veselības apdrošināšanas (Mitenbergs et al., 2012).

Izmaksu dalīšana un tiešie maksājumi tiek piemēroti visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, un tie var kļūt par pakalpojumu pieejamības finansiālu šķērslī

Tiešo maksājumu daļa kopējo veselības aprūpes izdevumu apjomā Latvijā ir būtiska — 2013. gadā tie bija 38,5 % (skatīt 1. nodaļu). Medicīnas izdevumu tiešā segšana veidoja 3,4 % no mājāsaimniecību

galapatēriņa Latvijā 2013. gadā, pārsniedzot OECD vidējo rādītāju (2,8 %), un rādītājs ir pietiekami liels, lai to uzskatītu par būtisku šķērslī daudziem iedzīvotājiem. Liela daļa tiešo maksājumu Latvijā tiek veikta, norēķinoties par medikamentiem (48 %); vēl 33 % tiešo maksājumu tika veikti, lai apmaksātu dziedniecisko aprūpi.

Daļa no lielajiem tiešajiem izdevumiem Latvijā ir skaidrojama ar izmaksu dalīšanu un tiešajiem maksājumiem, kas tiek piemēroti visiem Latvijas NVD pakalpojumiem. Taču valstī ir atbrīvojumi un ikgadējie un/vai konkrētu slimnīcu uzturēšanās ierobežojumi. Izplatīta parādība ir tiešie maksājumi par pakalpojumiem, ko nekompensē NVD (piemēram, zobārstniecības pakalpojumi vai brilles), vai par pakalpojumiem bez ģimenes ārsta nosūtījuma, vai pakalpojumiem, kas neietilpst NVD pakalpojumu klāstā. Par izplatītiem tiek atzīti arī tiešie maksājumi, kas veikti ar mērķi izvairīties no garajām rindām uz pakalpojumiem, īpaši gada beigās, kad ir iztērētas NVD pakalpojumu kvotas — skatīt sadaļu par gaidīšanas laikiem (rindām) un kvotām.

Latvija ir veikusi pasākumus, lai aizsargātu mājsaimniecības no katastrofāliem veselības aprūpes izdevumiem, īpaši pievēršoties iedzīvotāju grupām ar mazākiem ienākumiem, lai palielinātu aizsardzību saskaņā ar Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmu. Lai gan kopš 2009. gada ir palielinātas dažas līdzmaksājumu un kopapdrošināšanas likmes (konkrētiem medikamentiem, dažiem speciālistu aprūpes pakalpojumiem, un ikgadējās lietotāju maksas robežvērtības pieaugums), Latvija arī ir ieviesusi shēmu, lai aizsargātu nabadzīgākās iedzīvotāju grupas no finanšu risku saskaņā ar Ārkārtas sociālās drošības tīkla stratēģiju (skatīt 2.1. ielikumu). Shēma tika ieviesta 2009. gada oktobrī ar Pasaules Bankas palīdzību. Papildus plašākiem izglītības un sociālās palīdzības pasākumiem, shēma īslaicīgi atbrīvoja atsevišķas mājsaimniecības no veselības aprūpes līdzmaksājumiem un subsidēja medikamentus trūcīgākajām mājsaimniecībām. 2010. gadā aptuveni 21 500 pacienti tika atbrīvoti no maksas par medikamentiem; līdzmaksājumi tika segti 23 400 cilvēkiem par uzturēšanās stacionārā, 42 200 — dienas stacionārā, 129 100 ambulatorajiem pacientiem un 5800 cilvēkiem, kas tiek aprūpēti mājās (Mitenbergs et al., 2012). Tomēr, programmai beidzoties 2011. gadā, mājsaimniecībām ar zemiem ienākumiem vairs nebija pieejams atbrīvojums no pakalpojumu maksas.

2.1. ielikums. Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programma

Pēc finanšu krīzes Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmas ietvaros tika ieviesti vairāk pasākumi pieejamības uzlabošanai, tostarp: 1) bezmaksas viesnīcas tipa izmitināšana slimnīcās trūcīgiem un maznodrošinātiem pacientiem no attāliem apgabaliem, kas citādi nevarētu atgriezties mājās pēc dienas stacionāra pakalpojuma izmantošanas slimnīcās; 2) bezmaksas mājaprūpes pakalpojumi hroniski slimiem pacientiem, lai novērstu finansiālos šķēršļus, piemēram, ceļa izdevumus un hospitalizācijas izmaksas; 3) uzlabots personāls ģimenes ārstu praksēs, algojot papildu medmāsu; 4) ģimenes ārsta konsultatīvā tālruņa pakalpojuma ieviešana, lai pacienti varētu sazināties ar ārstu pēc darba laika un brīvdienās (kad ģimenes ārstu prakses ir slēgtas); un 5) izveidoti garīgās veselības aprūpes dienas centri, lai sniegtu pakalpojumus kopienā un labāk integrētu pacientus sabiedrībā.-

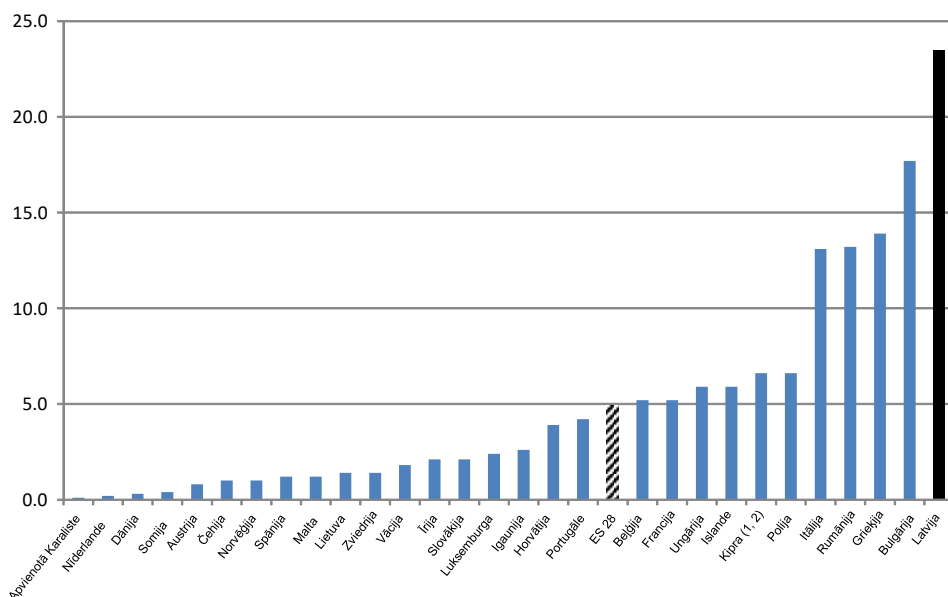
Lai gan stratēģijas īstenošanas termiņš bija 2013. gads, daži stratēģijas pasākumi tika integrēti veselības aprūpes pamatbudžetā un turpināti. Tie ietvēra pasākumus ar mērķi uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību trūcīgajiem iedzīvotājiem un attīstīt ambulatoros pakalpojumus. Atbrīvojums no izmaksu dalīšanas grupām ar zemiem ienākumiem tika atcelts. Minētie programmas ietvaros uzsāktie veselības aprūpes pasākumi tika iekļauti Latvijas Stratēģiskās attīstības plānā 2010.–2013. gadam (skatīt 1. nodaļu, 2.4. sadaļu).

Avots: Mitenbergs, U. et al. (2012), "Latvia:Health System Review", *Health Systems in Transition*, Vol. 14, No. 8, pp. 1-191.

Šķiet, ka izmaksu dalīšanas augstie līmeņi rada finansiālu šķērslī veselības aprūpes pieejamībai, un papildu bažas rada atbrīvojumu atcelšana nabadzīgākām mājsaimniecībām pēc 2011. gada. Veselības aprūpes izdevumi kā visu mājsaimniecības izdevumu daļa palielinājās pēc finanšu krīzes, iepriekš samazinoties līdz 2011. gadam, ļoti iespējams, saistībā ar iepriekš piemērotajiem atbrīvojumiem.

Veselības ministrs joprojām ziņo, ka augstā līdzmaksājumu summa par pakalpojumiem liedz aptuveni 12–20 % iedzīvotāju izmantot veselības aprūpes pakalpojumus, un 2013. gadā 23,5 % aptaujāto to minēja kā iemeslu, kāpēc viņi nedodas pie ārsta uz apskati (skatīt 1. nodaļu). 2013. gada EU-SILC apsekojumā 23 % no aptaujātajiem Latvijas iedzīvotājiem, kuru vajadzība pēc ārsta apskates nebija apmierināta, kā iemeslu minēja izmaksas („pārāk dārga”) (2.1. attēls). Šķiet, ka neapmierinātās vajadzības pēc ārsta apskates, kur šķērslis ir izmaksas, kopš finanšu krīzes ir pieaugušas. 2007., 2008. un 2009. gadā mazāk nekā 20 % iedzīvotāju ziņoja par neapmierinātām aprūpes vajadzībām, kā iemeslu minot to, ka aprūpe ir „pārāk dārga”; šī iedzīvotāju daļa palielinājās līdz 25,9 % 2010. gadā un 26,1 % 2011. gadā (ES-SILC, 2013). Finanšu krīzes ietekme uz Latviju bija īpaši smaga, un IKP samazinājās par aptuveni ceturtdaļu. Arī finanšu krīzes ietekme uz neapmierinātajām vajadzībām pēc ārsta apskates Latvijā bija vērojama daudz spilgtāk nekā citās Eiropas valstīs, ko skāra krīze, piemēram, Īrijā un Portugālē, kur iedzīvotāju pašu ziņotās neapmierinātās vajadzības no 2009. gada nedaudz palielinājās, bet pārsvarā palika zem 5 %.

2.1. attēls. Iedzīvotāju pašu ziņotās neapmierinātās vajadzības pēc ārsta apskates, 2013. gads



1. *Turcijas piezīme:* Šajā ziņojumā ietvertā informācija ar atsauci uz Kipru attiecas uz salas dienvidu daļu. Nav vienas konkrētas iestādes, kas pārstāvētu gan turku un grieķu kopienas Kipras salā. Turcija atzīst Ziemeļkipras Turku Republiku (ZKTR). Kamēr nav rasts ilgstošs un taisnīgs risinājums Apvienoto Nāciju Organizācijas ietvaros, Turcija saglabā savu nostāju attiecībā uz Kipras jautājumu.

2. Visu OECD ietilpstošo ES dalībvalstu un Eiropas Savienības piezīme: Visas Apvienoto Nāciju Organizācijas dalībvalstis, izņemot Turciju, atzīst Kipras Republiku. Šajā ziņojumā ietvertā informācija attiecas uz teritoriju, ko faktiski kontrolē Kipras Republikas valdība.

Avots: EU-SILC 2013.

Tiek ziņots arī par ģeogrāfiskās pieejamības problēmām

Latvijā vērojamas arī dažas problēmas ar aprūpes ģeogrāfisko pieejamību, it īpaši lauku apvidos. Lauku apvidos zināmas problēmas ir sagaidāmas, ņemot vērā iedzīvotāju skaita samazināšanos, jaunās paaudzes migrāciju uz Latvijas pilsētām un ārzemēm, kā arī informāciju par ģimenes ārstiem, kas pamet lauku apvidus vai dodas pensijā, neatstājot pēc sevis aizstājēju (skatīt 1. nodaļu). Šķiet, ka ir vērojama tendence, ka ģimenes ārstiem lauku apvidos ir daudz vairāk pacientu; Mitenbergs et al., 2012 ziņo, ka

gandrīz 15 % ģimenes ārstu, galvenokārt lauku apvidos, ir 2000 vai vairāk pacientu, bet aptuveni 10 % ģimenes ārstu ir tikai 1000 pacientu vai mazāk (galvenokārt pilsētās).

Problēmu var radīt arī sekundāro un terciāro pakalpojumu ģeogrāfiskais sadalījums valstī, kur daudzi pakalpojumi ir koncentrēti pilsētās (it īpaši Rīgā vai tās tuvumā). Šo problēmu daļēji varētu mazināt bezmaksas viesnīcas tipa izmitināšana maznodrošinātām personām, kad tās dodas ārstēties, parasti ambulatorās ķirurģijas gadījumā (skatīt 2.1. ielikumu).

Bažas rada arī problēmas ar sociālās aprūpes un ilgtermiņa aprūpes pieejamību. Ilgtermiņa aprūpi sāka kompensēt pavisam nesen, un tā joprojām ir mazattīstīta (skatīt 1. nodaļu). Ilgtermiņa aprūpes izdevumi veido tikai 7 % no Latvijas ierobežotā veselības aprūpes budžeta. Latvijas iedzīvotājiem novecojot, var sagaidīt, ka ilgtermiņa aprūpes vajadzības pieaugs, ko pastiprina Latvijas darbaspējīgā vecuma iedzīvotāju izceļošanas augstais līmenis un liels skaits ģimeņu ar vienu bērnu. Latvija apzinās šo problēmu, un nesen publicētā Pasaules Bankas tehniskās palīdzības ziņojumā par aktīvu novecošanu sniegta padziļināta analīze un ieteikumi šajā jomā. Ir arī vairāki OECD valstu piemēri, no kuriem Latvija varētu mācīties: piemēram, Japānai ir plaša pieredze ilgtermiņa aprūpes modeļu izstrādē (skatīt OECD, 2013, kā arī šā ziņojuma 3. nodaļu).

Jāapsver vairāki pasākumi veselības aprūpes pieejamības ģeogrāfisko un ekonomisko šķēršļu mazināšanai

Lēmumi par veselības aprūpes sistēmas segumu, pabalstu grozu, izmaksu dalīšanu un atbrīvojumu piemērošanu būtiski atšķiras dažādās OECD valstīs. Bieži izmaksu dalīšanas apjoms ir atkarīgs no veselības aprūpes izdevumu līmeņa un nepieciešamības palielināt ieņēmumus veselības aprūpes sistēmas ietvaros (skatīt arī 1. nodaļu); ir maz ticams, ka Latvijā izmaksu dalīšanu varētu ievērojami samazināt, nepalielinot citus veselības aprūpes izdevumu avotus. Būtu arī jāatzīmē, ka pēdējo gadu laikā OECD valstīs ir pieaudzis tiešo izdevumu apjoms (OECD, 2015f). Tomēr ir dažas lietas, ko Latvija varētu darīt, lai mazinātu atkarību no veselības aprūpes sistēmas pacientu tiešā finansējuma. Būtu jāizvērtē, vai ir iespējams paplašināt atbrīvojumus no izmaksu dalīšanas un kāda būtu to potenciālā ietekme. Divas jomas, kas būtu jāapsver, ir atkārtota atbrīvojumu ieviešana maznodrošinātām māsaimniecībām un pacientiem ar hroniskām slimībām.

Domājot par veidiem, kā mazināt ģeogrāfiskos šķēršļus veselības aprūpes pieejamībai, ir vairākas darbības, ka Latvija varētu veikt. Pirmkārt, potenciālās problēmas, kas saistītas ar ģeogrāfiskiem šķēršļiem veselības aprūpes pieejamībai, būtu labāk saprotamas, ja tiktu sistemātiski apkopots plašāks datu klāsts. Labs sākumpunkts būtu dati par ārstu, tostarp primārās aprūpes ārstu, skaita ģeogrāfisko sadalījumu. Īpaši būtiska ir izpratne par lietām, kas apgrūtina primārās aprūpes pieejamību lauku iedzīvotājiem, ņemot vērā Latvijas koncentrēšanos uz aprūpi ārpus slimnīcas un stacionārās vides. Jaunā profesionālā reģistra sistēma, kas aprakstīta 1. nodaļā, varētu uzlabot to datu pieejamību, kas pieejami cilvēkresursu stratēģiju izstrādei.

Otrkārt, Latvijai nepieciešami dažādi pasākumi, lai attīstītu cilvēkresursus un nodrošinātu to pienācīgu sadalījumu valstī, risinātu konkrētu veselības aprūpes speciālistu paredzēto trūkumu un attīstītu esošo cilvēkresursu prasmes. Šādus elementus varētu apvienot visaptverošā darbaspēka plānā.

Visbeidzot, varētu apsvērt jaunus un inovatīvus veidus, kā maksimāli palielināt esošo veselības aprūpes resursu lietderību lauku iedzīvotājiem. Tam būtu jāietver visu veselības aprūpes speciālistu ieguldījuma maksimāla palielināšana. Piemēram, farmaceiti varētu uzņemties lielāku lomu hronisko slimību pārvaldībā, un varētu arī palielināt medmāsu un ārstu palīgu lomu. Šādas iespējas tiek apskatītas 3. nodaļā. Īpaši interesants piemērs, kā pielāgot esošās veselības aprūpes iespējas, lai tās labāk apmierinātu vietējās vajadzības nomalā vietā, turpinot koncentrēties uz maksimāli efektīvu resursu izmantošanu, ir atrodams Fosenā, Norvēģijā (skatīt 2.2. ielikumu).

2.2. ielikums. Vietējo pakalpojumu pārveidošana ar mērķi apmierināt iedzīvotāju vajadzības, izmantojot integrētu aprūpes modeli, Fosenā, Norvēģijā

Fosenas pussala Norvēģijas vidienē ir moderna, uz pacientu vērsta integrēta aprūpes modeļa iespaidīgs piemērs, kur vērojama arī pieeja, kas palielina esošo resursu lietderību, vienlaikus pielāgojot tos ar mērķi apmierināt vietējo iedzīvotāju vajadzības.

Fosenā pēc gandrīz trīsdesmit gadus ilga darba ir izveidots pilnvērtīgs apgabala medicīnas centrs („Fosen DMC”) un sabiedrības veselības centrs. Viena no prioritātēm Fosenā bija atrast piemērotus pakalpojumus tuvu iedzīvotājiem, kam tos vajag; Fosena ir pussala, kurā atrodas septiņas pašvaldības ar apmēram 25 500 iedzīvotājiem; līdz tuvākajai slimnīcai no Fosenas mērojams 1–3 stundas ilgs ceļš ar laivu vai automašīnu. „Fosen DMC”, kas atrodas uz Fosenas pussalā, sniedz pakalpojumus, tostarp veselības veicināšanas pakalpojumus starp pašvaldībām, primāro veselības aprūpi, primārās aprūpes dežūrcentru, ambulatoro speciālistu klīniku un kopīgas aprūpes nodaļu. Šī modeļa panākumu atslēga ir „Fosen DMC” ciešā sadarbība ar lielu Norvēģijas slimnīcu — Sv. Olafa slimnīcu. Saziņa starp slimnīcu un „Fosen DMC” tagad ir labi izstrādāta, ar datu kopīgošanu, videokonferenču vienībām, izglītības programmu, saskaņotiem standartiem un protokoliem, ko izmanto gan „Fosen DMC”, gan slimnīcā, un daļēji kopīgu personālu. Fosenas pakalpojumiem attīstoties, tika izveidota pagaidu aprūpes iestāde, kur cilvēkus varētu uzņemt uz dažām dienām un par tiem parūpētos kopienas primārās aprūpes ārsti, kas cieši sadarbojas ar slimnīcu speciālistiem. Ar specializētās slimnīcas atbalstu „Fosen DMC” nodrošina visaptverošu aprūpes un pakalpojumu klāstu tuvāk iedzīvotāju dzīvesvietām, samazinot ceļā pavadīto laiku, veicinot uz pacientu centrētu aprūpi un izvairoties no dārgas uzņemšanas akūtās aprūpes slimnīcā.

Fosenā gan pacienti, gan personāls bija ļoti apmierināti ar pakalpojumu nodošanu no slimnīcas vides sabiedrībai, kas arī ļāva slimnīcai samazināt izmaksas. Piemēram, drīz pēc tam, kad slimnīca bija pierunāta „Fosen DMC” pieņemt darbā audioloģijas speciālistu, pie viņa sāka veidoties rindas, pacienti bija apmierināti, un pacientu transportēšanas izmaksas, kuras slimnīcai bija iepriekš jāsedz, tika samazinātas. Par darbinieku apmierinātību liecina ļoti zemie darbā neierašanās rādītāji (aptuveni 3 %). Pacientu apmierinātības aptaujas bieži ir cildinošas, un dzīves kvalitātes rādītāji ir salīdzināmi ar iepriekšējā aprūpes modeļa rādītājiem. Kopīgas aprūpes modelis ir ļoti efektīvs izmaksu ziņā. Piemēram, vairāk nekā trīs ceturtdaļas (78 %) pacientu, kuri tika uzņemti observācijas gultsvietās Fosenā, tika klasificēti kā NACA 3. kategorija — proti, pacienti, kas pretējā gadījumā parasti tiktu uzņemti specializēto pakalpojumu sniegšanai. Tas atspoguļo DMC būtisko ieguldījumu hospitalizācijas novēršanā. Turklāt 63 % pacientu, kuri tika uzņemti observācijai, piešķirot gultsvietu, tika izrakstīti pēc ne vairāk kā 36 stundām, tādējādi ietaupot 230 gultas dienas gadā. Ļoti maz cilvēku, kas tika nosūtīti mājās, vēlāk tika atkārtoti uzņemti. DMC arī ir saīsinājis vidējo uzturēšanās ilgumu pacientiem pēc gūžas vai ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas, nodrošinot alternatīvu hospitalizēšanas vietu, kā arī uzlabotu rehabilitācijas pakalpojumu, kura mērķis ir nogādāt cilvēkus mājās, tiklīdz to veselības stāvoklis ļauj to darīt.

Turklāt „Fosen DMC” izveide un līdzās atrodamo pakalpojumu plašais klāsts neprasīja jaunu ēku izbūvi. Nebija vajadzīgi lieli ieguldījumi jaunās ēkās, tā vietā koncentrējoties uz esošās infrastruktūras gudru izmantošanu. Piemēram, nepietiekami izmantots pansionāts tika pārveidots par DMC vajadzībām izmantotu ēku. Reģiona demogrāfijas analīzes rezultāti pamudināja aizstāt vienu no reģiona dzemdību nodaļām ar pagaidu gultsvietām akūtai hospitalizēšanai, atkopšanās procesam pēc izrakstīšanas un specializētai rehabilitācijai, lai labāk atspoguļotu vietējo iedzīvotāju vajadzības un vecāka gadagājuma iedzīvotāju pieaugošo skaitu.

Ikgadējo kvotu sistēma veselības aprūpes organizēšanai un kompensēšanai saasina problēmas ar pieejamību, segumu un tiešajiem maksājumiem

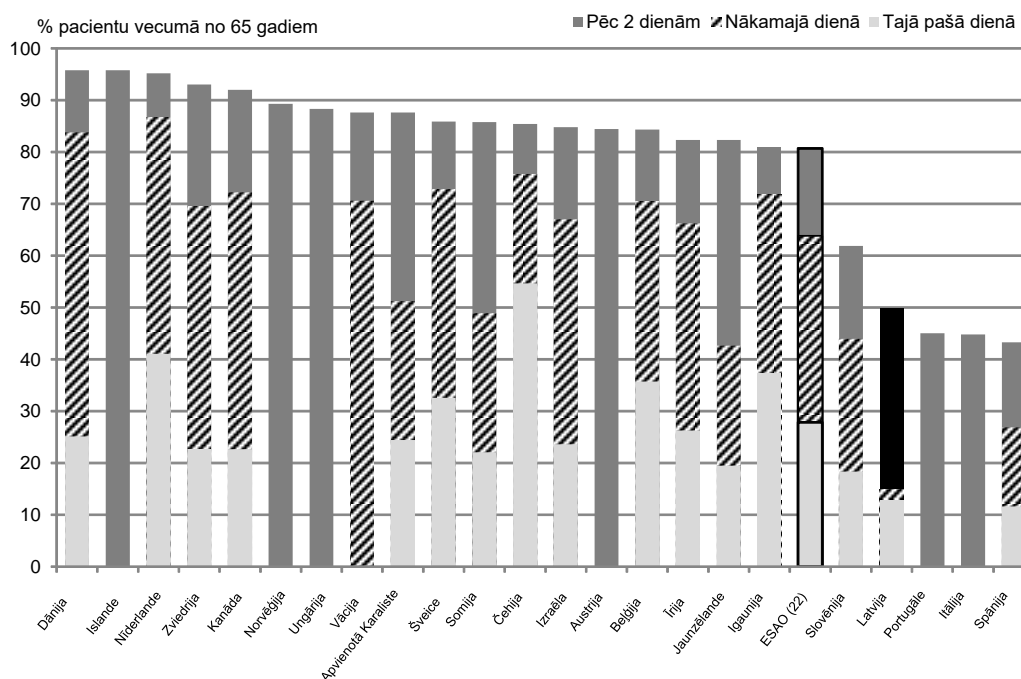
Būtisku papildu problēmu pieejamībai rada veselības aprūpes pakalpojumu organizēšana, balstoties uz Latvijas ikgadējo kvotu sistēmu. Pakalpojumu sniedzējiem tiek noteikti NVD kompensētā pakalpojumu apjoma ierobežojumi, un, kad šis limits ir sasniegts, pacientiem ir jāgaida nākamais gads un jaunas kvotas vai pašiem jāmaksā par pakalpojumiem (vai no privātā seguma). Tomēr šādas sistēmas

dēļ gada beigās var būt ļoti grūti piekļūt konkrētiem pakalpojumiem, un veidojas pacientu rinda, ko nevar pieņemt līdz pat nākamajam gadam.

No veselības aprūpes iestādēm tiek gaidīts, ka tās plāno veselības aprūpes pakalpojumu atbilstošu izmantošanu un sniegšanu visa gada garumā un vienmērīgi sadala tos pa mēnešiem. Katru mēnesi Nacionālais veselības dienests apkopo informāciju par rindām ārstniecības iestādēs un publicē ikmēneša datus NVD mājaslapā. Pacienti var izmantot šo informāciju, plānojot savu aprūpi. Ir ziņots, ka pieejamība gada beigās pasliktinās. Paredzams, ka pakalpojumu kvotas turpinās ietekmēt pacientu rindas uz pakalpojumiem visa gada garumā.

Ir pieejami pierādījumi par visnotaļ ilgiem gaidīšanas laikiem (garām rindām) Latvijā. Piemēram, pēc hospitalizācijas gūžas lūzuma dēļ tikai 50 % pacientu Latvijā tiek operēti tuvāko divu dienu laikā pēc uzņemšanas slimnīcā, salīdzinot ar 80 % vairumā OECD valstu, kas ziņo par šiem rādītājiem (skatīt 2.2. attēlu). Runājot par vēža aprūpi, lai gan vidējais laiks no ģimenes ārsta nosūtījuma līdz speciālista vizītei ir salīdzinoši neilgs — vidēji desmit dienas —, laiks no diagnozes noteikšanas līdz ārstēšanas uzsākšanai ir daudz ilgāks, parasti 30 dienas visu vēža veidu gadījumā (skatīt 2.1. tabulu; OECD, 2013c). Tomēr šie dati nav sadalīti gada griezumā, kas nozīmē, ka nav viegli izvērtēt kvotu ietekmi uz gaidīšanas laika (rindu) palielināšanos gada beigās. Turklāt šķiet, ka daži no veidiem, kā pakalpojumu segums tiek organizēts Latvijas veselības aprūpes sistēmā, mazina aprūpes kvalitāti. Kompensācijas „negatīvais saraksts” ietver pakalpojumus un preces, ko nesedz NVD. Piemēram, NVD segumā nav iekļauta trombolīze išēmiska insulta pacientiem, lai gan tas ir pretrunā ar starptautiskās paraugprakses pierādījumiem. Šādos gadījumos slimnīcām būtu jāsedz medikamentu izmaksas no citas sava budžeta daļas. Nav iekļautas arī procedūras, kuru sistemātisku iekļaušanu varētu sagaidīt, piemēram, torakālā ķirurģija un dažas neiroloģiskas procedūras. Šķiet, ka šādos piemēros ir redzama atšķirība starp noteiktajām valsts klīniskajām vadlīnijām un NVD tarifu. Lai gan ir skaidrs, ka Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir būtiska vajadzība kontrolēt izdevumus, attiecīgo pakalpojumu pieejamība un aprūpes kvalitāte arī turpmāk cietīs, ja ieteicamie pakalpojumi un preces nebūs sistemātiski pieejamas.

2.2. attēls. Gūžas locītavas operācija pēc uzņemšanas slimnīcā, 2013 (vai tuvākais gads)



Piezīme: Trīs gadu vidējais rādītājs Islandē.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Zināmā mērā rindas uz pakalpojumiem var pieņemt kā veidu, kādā pārvaldīt pieprasījumu pēc aprūpes un līdzsvarot pieprasījumu ar pieejamajiem resursiem. Latvijā ir ieviesti daži mehānismi, kas par prioritāti uzstāda pakalpojumus personām ar lielākajām vajadzībām, piemēram, bērniem un grūtniecēm (Mitenbergs et al., 2012). Fakts, ka gada beigās pakalpojumu kvotas ir iztērētas, liek domāt, ka kvotu līmenis ir nepietiekams un tā paaugstināšanai būtu vajadzīgi ieguldījumi. Pirmais solis būtu rūpīgi izvērtēt attiecību starp pieprasījumu, rindām un ātrumu, kādā tiek iztērētas pakalpojumu kvotas. Lai gan iespējama risinājums daļēji varētu būt palielināt ieguldījumus pakalpojumu pieejamībā, būtu jāpatur prātā citu valstu gūtie secinājumi par palielinātām investīcijām, kas pašas par sevi nav spējūsas atrisināt gaidīšanas laika problēmu (skatīt 2.3. ielikumu).

2.1. tabula. Vidējais gaidīšanas laiks starp vēža diagnozi un ārstēšanas uzsākšanu (operācija, staru terapija un/vai ķīmijterapija), 2010

	Krūts vēzis	Dzemes kakla vēzis	Zarnu vēzis	Plaušu vēzis	Visi vēža veidi
Kanāda	30 dienas (vidēji)	20 dienas (vidēji)	21 diena (vidēji)	29 dienas (vidēji)	25 dienas (vidēji)
Kipra ^{1,2}	17 dienas	11 dienas	8 dienas	10 dienas	11 dienas
Čehija*	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas
Francija	21 diena	-	-	38 dienas	-
Ungārija*	14–21 dienas	14–21 dienas	14–21 dienas	14–21 dienas	14–21 dienas
Islande*	≤ 7 dienas	≤ 7 dienas	≤ 7 dienas	≤ 7 dienas	≤ 7 dienas
Izraēla*	Radioterapija: 15–45 dienas	Radioterapija: 15–45 dienas	Radioterapija: 15–45 dienas	Radioterapija: 15–45 dienas	Radioterapija: 15–45 dienas
Japāna*	Tajā pašā dienā-vairākas nedēļas	Tajā pašā dienā-vairākas nedēļas	Tajā pašā dienā-vairākas nedēļas	Tajā pašā dienā-vairākas nedēļas	Tajā pašā dienā-vairākas nedēļas
Latvija	30 dienas (vidēji)	30 dienas	30 dienas	30 dienas	30 dienas
Luksemburga*	≤ 3 dienas	? 3 dienas	≤ 3 dienas	≤ 3 dienas	≤ 3 dienas
Malta*	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas
Nīderlande	25 dienas	15 dienas	10–50 dienas (līdz pirmajai taisnās zarnas vai resnās zarnas vēža ārstēšanas reizei)	21 dienas	Aptuveni 40 dienas
Norvēģija*	2–4 nedēļas	-	-	-	-
Polija*	3–12 nedēļas	3–6 nedēļas	4–8 nedēļas	4–6 nedēļas	4–6 nedēļas
Skotija	24 dienas	-	23 dienas	25 dienas	-
Slovākija*	7–21 dienas	7–21 dienas	7–21 dienas	7–21 dienas	7–21 dienas
Slovēnija*	≤ 1 mēnesis	≤ 1 mēnesis	≤ 1 mēnesis	≤ 1 mēnesis	-
Zviedrija	19 dienas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas
Turcija*	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas	Vairākas nedēļas

Piezīme: Nīderlandes, Skotijas un Zviedrijas dati attiecas uz 2008. gadu, savukārt Kanādas, Izraēlas, Korejas, Latvijas un Polijas dati attiecas uz 2009. gadu. Vācijas dati par dzemes kakla vēzi attiecas uz 2010. gadu, bet dati par citiem vēža veidiem attiecas uz 2009. gadu. Francijas dati par gaidīšanas laiku krūts vēža gadījumā attiecas uz 2007. gadu, bet dati par plaušu vēzi attiecas uz 2003. gadu. Valstīs ar * speciālisti ir ziņojuši par paredzamajiem gaidīšanas laikiem. Vēža diagnoze Korejā attiecas uz pirmo dienu, kad diagnosticēts vēzis.

1. *Turcijas piezīme:* Šajā ziņojumā ietvertā informācija ar atsauci uz Kipru attiecas uz salas dienvidu daļu. Nav vienas konkrētas iestādes, kas pārstāvētu gan turku un grieķu kopienas Kipras salā. Turcija atzīst Ziemeļkipras Turku Republiku (ZKTR). Kamēr nav rasts ilgstošs un taisnīgs risinājums Apvienoto Nāciju Organizācijas ietvaros, Turcija saglabā savu nostāju attiecībā uz Kipras jautājumu.

2. Visu OECD ietilpstošo ES dalībvalstu un Eiropas Savienības piezīme: Visas Apvienoto Nāciju Organizācijas dalībvalstis, izņemot Turciju, atzīst Kipras Republiku. Šajā ziņojumā ietvertā informācija attiecas uz teritoriju, ko faktiski kontrolē Kipras Republikas valdība.

Avots: OECD HCQI Questionnaire on Systems of Cancer Care; OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.

2.3. ielikums. Gaidīšanas laika samazināšanas politikas OECD valstīs

Latvija var mācīties no OECD darba ar mērķi samazināt gaidīšanas laiku uz plānveida operācijām. Domājot par šo valstu pieredzes ietekmi uz politiku Latvijā, būtu jāpatur prātā fakts, ka secinājumi galvenokārt ir izdarīti par plānveida ārstēšanu.

Tas, vai veselības aprūpes sistēmā ir rindas uz pakalpojumiem un uz kurām procedūrām veidojas rindas, daļēji ir atkarīgs no iestāžu īpašībām un veselības aprūpes resursu apjoma. Valstis, kurās nav gaidīšanas laiku, tērē vairāk līdzekļu veselības aprūpei, un tur ir lielāka slimnīcu kapacitāte. Garas rindas uz plānveida ārstēšanu parasti mēdz būt valstīs, kur ir publiskā veselības apdrošināšana, zema pacientu izmaksu dalīšana vai tādas nav vispār, un ir kapacitātes ierobežojumi. Garas rindas ir retāk novērojamas valstīs ar sociālo apdrošināšanu un mazu pakalpojumu sniedzēju izvēli, tomēr ir dažas sociālās apdrošināšanas sistēmas, kur tēriņi ir zem vidējā rādītāja un kur ir rindas uz plānveida aprūpi.

Pēdējo desmit gadu laikā gaidīšanas laiks garantijas ir kļuvis par izplatītāko un efektīvāko politikas rīku gaidīšanas laiku ilgtermiņa problēmas risināšanai, bet tās ir efektīvas tikai tad, ja tās tiek realizētas. Ir divas pieejas garantiju realizācijai: noteikt gaidīšanas laikus, ko nedrīkst pārsniegt un par kuru ievērošanu atbildīgi ir veselības pakalpojumu sniedzēji, vai ļaut pacientiem izvēlēties alternatīvus veselības pakalpojumu sniedzējus, tostarp privātajā sektorā, ja pacientiem ir jāgaida ilgāk par maksimālo laiku. Šīs pieejas variācijas ir izmantotas Apvienotajā Karalistē, Somijā, Portugālē, Nīderlandē un Dānijā.

Uz piegādātājiem vērsta gaidīšanas laika politika, piemēram, finansēšanas un produktivitātes pieaugums, pati par sevi parasti nav sekmīga. Parasti īstermiņa finansējuma pieaugums sākotnēji samazina gaidīšanas laikus, bet tad tie atkal palielinās, un reizēm sasniedz vēl augstāku līmeni, kad pagaidu finansējums beidzas.

2.2. tabula. Gaidīšanas laika samazināšanas politikas OECD valstīs

Politikas		Plaši izmanto	Potenciālā ietekme uz gaidīšanas laiku
Piedāvājuma politikas	1. Palielināts valsts sektora ražīgums, finansējot papildu aktivitātes	6/13 valstis	Vāja
	2. Līgumu slēgšana ar privāto sektoru	6/13 valstis	Vāja
	3. Pacientu sūtīšana uz ārzemēm	3/13 valstis	Vāja
	4. Palielināts ražīgums, ieviešot aktivitāšu finansējumu (noteikta veidu pacientu grupas)	3/13 valstis	Vidēja
	5. Plašāks piegādātāju klāsts	5/13 valstis	Vidēja
	6. Uzlabota rindu pārvaldība		Vidēja
Pieprasījuma politikas	1. Skaidras vadlīnijas prioritāro pacientu noteikšanai	7/13 valstis	Vidēja
	2. Privātās apdrošināšanas subsidēšana	5/13 valstis	Vāja
Kombinētās politikas	1. Gaidīšanas laika garantijas	13/13 valstis	Vāja
	2. Ar sankcijām	3/13 valstis	Spēcīga
	3. Ar izvēli un konkurenci	6/13 valstis	Spēcīga

Uz darbību balstīta finansējuma ieviešana (diagnozei piesaistīta grupas) var palīdzēt uzlabot slimnīcu produktivitāti, un, kas ir vēl svarīgāk attiecībā uz gaidīšanas laiku, bieži vien tas ir viens no galvenajiem elementiem, ieviešot izvēles iespējas un konkurenci, kas var samazināt gaidīšanas laiku. Kopumā šķiet, ka īsi gaidīšanas laiki saistās ar pietiekamu piedāvājumu, maksājumu sistēmām, kas atalgo gan speciālistu, gan slimnīcu darbību, un slimnīcu izdevumu maziem ierobežojumiem. Tomēr šīs politikas mēdz būt dārgas.

Papildu pieeja, lai samazinātu gaidīšanas laikus, ir īstenot uz pieprasījumu orientētu politiku ar mērķi samazināt vai mainīt pieprasījumu pēc plānveida ārstēšanas. Visveiksmīgākā uz pieprasījumu orientētā pieeja ir ieviest rīkus, lai uzlabotu klīnisko prioritāšu noteikšanu attiecībā uz plānveida ārstēšanu, lai gan noteikt un īstenot vajadzību robežvērtības var būt sarežģīti; klīnisko prioritāšu rīki visplašāk ir izmantoti Jaunzēlandē, ar zināmiem panākumiem. Dažās valstīs, piemēram, Norvēģijā un Austrālijā, klīnisko prioritāšu noteikšana ir saistīta ar gaidīšanas laika garantijām, kur dažādas garantijas ir atkarīgas no vajadzību līmeņa.

Avots: Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.

Medikamentu pieejamība ir ierobežota, un ir vajadzīgs lielāks finansējums, lai nodrošinātu pienācīgu pieejamību

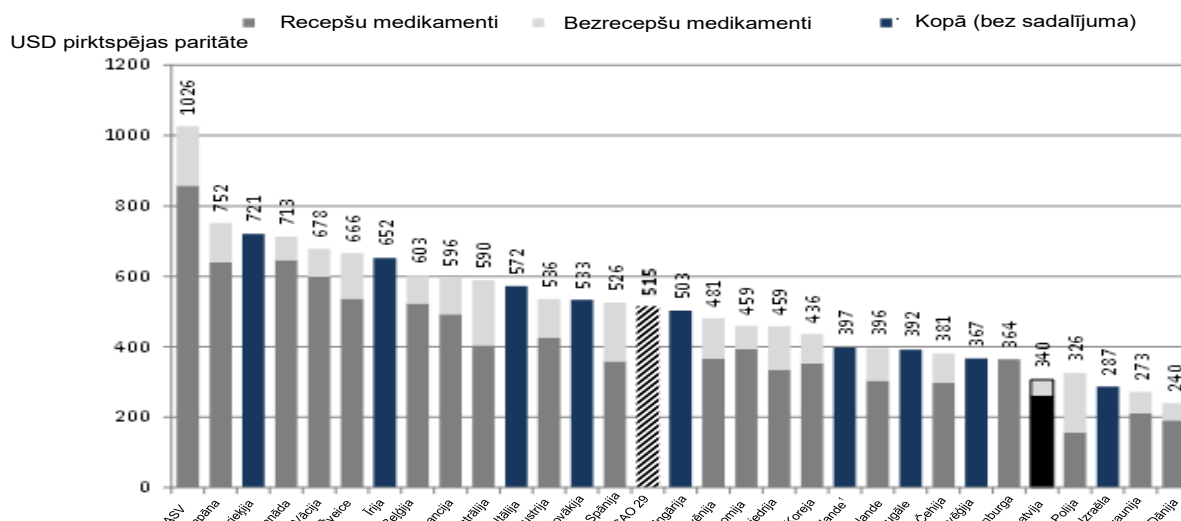
Ņemot vērā savstarpējās atzīšanas procedūras un ārvalstīs veikto izmantošanas novērtējumu, Latvijā nav medikamentu ieviešanas kavēšanās, un tirdzniecības atļauja tiek dota nekavējoties. Taču saskaņā ar NVD informāciju tikai 900 produkti no 7000, kuru tirdzniecība ir atļauta, ir iekļauti pozitīvajā kompensējamo medikamentu sarakstā. Nesen izstrādātu medikamentu segums ir īpaši zems. Piemēram, Herceptin tirdzniecības atļauja tika piešķirta 2004. gadā, bet pozitīvajā sarakstā to iekļāva tikai 2010. gadā — tas ir salīdzinoši ilgs laiks lēmumu pieņemšanai par kompensējamajiem medikamentiem, salīdzinot ar daudzām OECD valstīm (OECD, 2013a). Kā arī, kompensāciju attiecina uz pacientiem, kuri atbilst precīzi definētiem kritērijiem, tādējādi vēl vairāk apgrūtinot medikamentu pieejamību. Tā rezultātā diagnozes dažkārt tiek neatbilstoši klasificētas, jo tā neaizsargātajiem pacientiem var nodrošināt konkrētu zāļu pieejamību.

Medikamentu ierobežota pieejamība atspoguļojas izdevumu modeļos. Izdevumi par medikamentiem uz vienu iedzīvotāju Latvijā ir 306 USD PPP — daudz mazāk par OECD vidējo rādītāju 515 USD PPP (2.3. attēls). Tomēr tiešo maksājumu daļa par medikamentiem ir ļoti liela, veidojot 18 % no pašreizējiem veselības aprūpes izdevumiem (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 7 %). Tas liecina, ka medikamentu pieejamība valstī var būt problemātiska, it īpaši iedzīvotāju grupām ar zemiem ienākumiem. Latvijai ar papildu finanšu resursiem ir jānodrošina pienācīga medikamentu pieejamība.

Latvija cenšas veicināt ģenērisko zāļu lietošanu, kas tiek darīts citās OECD valstīs. NVD kompensējamu zāļu pirmajā receptē ir jānorāda produkta starptautiskais nepatentētais nosaukums, un farmaceitu pienākums ir piedāvāt lētāko versiju. Ja aptiekā nav lētākās versijas, tai ir jāsedz cenas starpība starp lētāko un pieejamo versiju. Attiecībā uz citām receptēm, farmaceitiem ir atļauts aizstāt medikamentus, kas izrakstīti ar konkrētu tirdzniecības nosaukumu, ar ģenēriskām zālēm, ja recepti izrakstījušais ārsts nav aizliedzis šo iespēju. Bāzes cenas noteikšana tika ieviesta 2011. gadā, un tā ir ļāvusi ietaupīt 8 miljonus eiro. Lai gan ģenērisko zāļu daļā no 2011. līdz 2012. gadam vērojami uzlabojumi gan vērtības, gan apjoma ziņā, līdzsvars starp ģenēriskajām zālēm un zīmolu produktiem kopš tā laika ir saglabājies stabils.

Latvijai ir veicams darbs, lai palielinātu efektivitāti šajā jomā. Piemēram, lai turpinātu attīstīt ģenērisko zāļu tirgu, vairākas OECD valstis ir ieviesušas finansiālus stimulus ārstiem, farmaceitiem un pacientiem. OECD valstis arī ir panākušas cenu samazinājumu pārrunās ar medikamentu ražotājiem, piemērojot piespiedi atlaides un samazinot iepakojumu izmērus. Latvija var arī apsvērt iespēju izvērtēt zāļu lietošanu, lai nodrošinātu medikamentu drošu un rentablu izmantošanu. To var veicināt, pakāpeniski turpinot ieviest e-veselības sistēmu, kuras ieviešana sākās 2016. gadā.

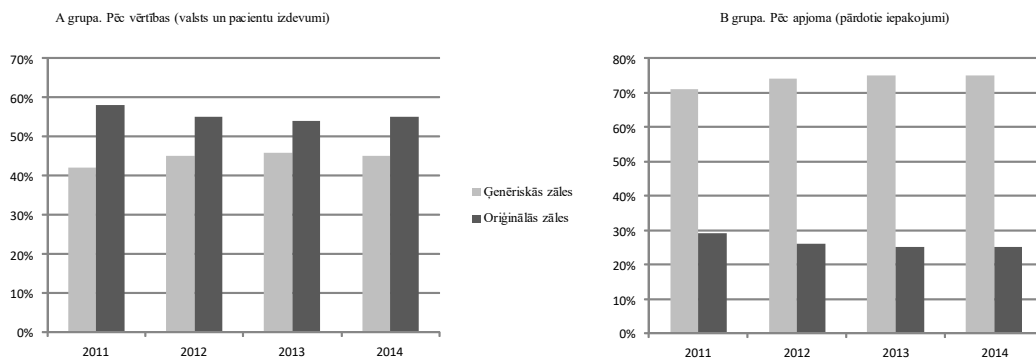
2.3. attēls. Izdevumi zālēm uz vienu iedzīvotāju, 2013. gads (vai tuvākais gads)



1. Ietver īslaicīga lietojuma medicīnas preces (kā rezultātā vērtējums par aptuveni 5–10 % pārsniedz faktisko situāciju).
2. Neietver izdevumus par bezreceptu medikamentiem.

Avots: OECD Health Statistics, 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

2.4. attēls. Ģenērisko zāļu tirgus Latvijā, 2011.–2014. gads



Avots: Latvijas Zāļu valsts aģentūra.

2.2. Veselības aprūpes sniegšanas kvalitāte

Ziņošanas process par veselības aprūpes kvalitāti Latvijā uzlabojas, taču to varētu uzlabot vēl vairāk

2015. gadā Latvija varēja paziņot par daudziem, lai gan ne visiem, OECD Veselības aprūpes kvalitātes rādītājiem (HCQI) (2.4. ielikums). Latvijas spēja nodrošināt diezgan plašu HCQI datu klāstu ir daudzsoļoša un veicina OECD valstu savstarpējo salīdzināšanu galvenajos kvalitātes aspektos.

Pirmais solis, kā uzlabot informācijas pieejamību par kvalitāti Latvijā, būs paplašināt to rādītāju klāstu, ka Latvija sistemātiski apkopo par aprūpes kvalitāti. HCQI dati, par kuriem Latvija neziņoja

2015. gadā vai kuru publicēšana nebija iespējama datu kvalitātes problēmu dēļ: dati par hospitalizāciju hroniskas sirds mazspējas dēļ, biežu apakšējo ekstremitāšu amputāciju pieaugušajiem ar cukura diabētu, detalizēti dati par izrakstītajiem medikamentiem (piemēram, diabēta slimniekiem ar vismaz vienu holesterīna līmeni pazeminošu medikamentu recepti iepriekšējā gadā laikā), ķirurģiskām komplikācijām, dzemdību traumām, stacionārām pašnāvībām to pacientu vidū, kas cieš no psihiskiem traucējumiem, un pacientu pieredzes rādītājiem.

Lielāka uzmanība jāvelta aprūpes kvalitātes rādītājiem un pamatinformācijai par kvalitātes aspektiem, piemēram, drošību. Piemēram, valstī nav vienotas sistēmas nevēlamu notikumu paziņošanai un informācijas par slimnīcā iegūtām infekcijām. Valsts līmenī ir pieejami daži kvalitātes rādītāji (skatīt 2.4. ielikumu), un vajadzētu būt iespējai tos klasificēt slimnīcu līmenī, bet nav skaidrs, vai politikas veidotāji, vadītāji un veselības aprūpes speciālisti konsekventi izmanto šos rādītājus. Arī informācija par aprūpes kvalitāti primārās aprūpes līmenī ir nepārliciecināma.

2.4. ielikums. Latvijā ziņotie veselības aprūpes kvalitātes rādītāji

Šī pārskata publicēšanas datumā Latvijā bija pieejami šādi veselības aprūpes kvalitātes rādītāji:

- mirstība 30 dienu laikā pēc pacientu ar akūtu miokarda infarktu hospitalizācijas;
- mirstība 30 dienu laikā pēc pacientu ar hemorāģisko vai išēmisko insultu hospitalizācijas;
- ārkārtas atkārtota stacionēšana tajā pašā slimnīcā 30 dienu laikā pacientiem ar šizofrēniju, šizofrēnijai līdzīgiem traucējumiem vai mānijām;
- traumas, kas izriet no veiktajām procedūrām (papildu diagnoze) un ķermenī palikušiem svešķermeņiem (papildu diagnoze) uz 100 cilvēkiem, kas izrakstīti no slimnīcas;
- plaušu embolija pēc operācijas vai dziļo vēnu tromboze (papildu diagnoze) uz 100 cilvēkiem, kas izrakstīti no slimnīcas;
- dati par III un IV pakāpes starpenes plīsumiem vaginālo dzemdību laikā (ar ierīci vai bez tās) Latvijā pa ārstniecības iestādēm;
- dzemdības ar ķeizargriezienu un komplikācijas dzemdībās (procentuāli no dzemdību kopskaita);
- vidējais slimnīcas dienu skaits uz pacientu, un vidējais slimnīcu gultasvietu noslogojums;
- hospitalizācijas gadījumu īpatsvars pa uzņemšanas nodaļām.

2.4. ielikums. Latvijā ziņotie veselības aprūpes kvalitātes rādītāji (*turp.*)

Reizi gadā NVD sadarbībā ar SPKC apstrādā datus. Iegūtā informācija tiek publicēta NVD tīmekļa vietnē (<http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>).

Reizi ceturksnī NVD publicē aktuālus statistikas datus savā tīmekļa vietnē, kas ietver šādu informāciju:

- pārskats par stacionārās veselības aprūpes finansēšanu;
- dati par 1–2 dienas ilgām hospitalizācijas gadījumiem;
- hospitalizēto pacientu daļa no kopējā pacientu skaita, kas bijuši uzņemšanas nodaļās;
- dati par neatliekamās medicīniskās palīdzības līmeņiem, ko ārstniecības iestādes norāda stacionārā pacienta kartē;
- dzemdību pakalpojumu īpatsvars;

- dati par pacientiem, ko novēro observācijas nodaļās;
- izrakstītie pacienti, ko atkārtoti hospitalizē tajā pašā vai nākamajā dienā (izņemot pacientus, kuru nākamā hospitalizācija tiek veikta aprūpes vai rehabilitācijas nolūkos).

Runājot par citiem OECD HCQI rādītājiem, daudzās OECD valstīs — piemēram, Dānijā, Izraēlā, Portugālē, Norvēģijā un Apvienotajā Karalistē — ir visaptverošas datu infrastruktūras, no kurām Latvija varētu mācīties. Tās ietver detalizētākus veidus, kā mērīt kvalitāti primārās aprūpes jomā (skatīt 3. nodaļu), un veidus, kā mērīt veselības aprūpes sistēmu rezultātus un pacientu pieredzi.

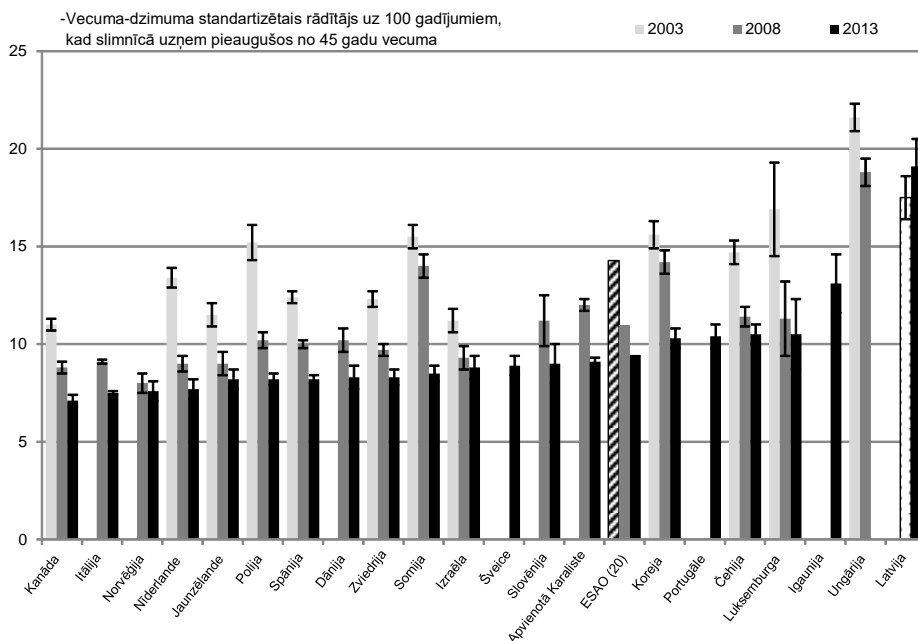
Latvijai būs arī jāstrādā pie tā, lai sistemātiskāk un plašāk izmantotu veselības aprūpes sistēmas datus lēmumu pieņemšanai un pilnībā izprastu aprūpes kvalitāti, kas tālāk apspriesta 2.5. sadaļā.

Pamatojoties uz pieejamajiem rādītājiem, aprūpes kvalitāte šķiet nevienmērīga

Pamatojoties uz pieejamajiem kvalitātes rādītājiem, šķiet, ka Latvijas primārās aprūpes sektors darbojas samērā labi, bet vairāk būtisku trūkumu ir slimnīcu sektorā. „Novēršamu hospitalizāciju” diabēta un HOPS dēļ skaits ir zem OECD vidējā rādītāja, kas liecina, ka primārās aprūpes sektors nodrošina efektīvu pārvaldību. Primārās aprūpes kvalitāte tiek sīkāk aplūkota 3. nodaļā.

Savukārt rādītāji par aprūpes kvalitāti slimnīcās rada daudz lielāku iemeslu bažām. Rādītāji par mirstību pēc akūta miokarda infarkta (AMI) un mirstību pēc insulta Latvijā ir augstākie (izmantojot pacientu bāzes indikatoru) vai otrie augstākie (izmantojot uzņemšanas gadījumu bāzes indikatoru) starp visām OECD valstīm. Mirstība 30 dienu laikā pēc AMI vai insulta ir labs akūtās aprūpes kvalitātes rādītājs, liecinot par procesu efektivitāti, piemēram, pacientu savlaicīgu transportēšanu, efektīvu medicīnisko iejaukšanos un piemērotāko ārstniecības metožu izmantošanu (piemēram, trombolītisko terapiju išēmiska insulta pacientiem) un aprūpi īpašās insulta nodaļās. Šie rādītāji liecina, ka Latvijā sniegtās akūtas aprūpes kvalitātē ir būtiski trūkumi. Turklāt mirstība pēc AMI un insulta (izmantojot pacientu bāzes rādītājus) palielinājās pēc 2008. gada, lai gan daļēji to varētu izskaidrot ar datu kvalitātes uzlabojumiem (2.5. un 2.6. attēls).

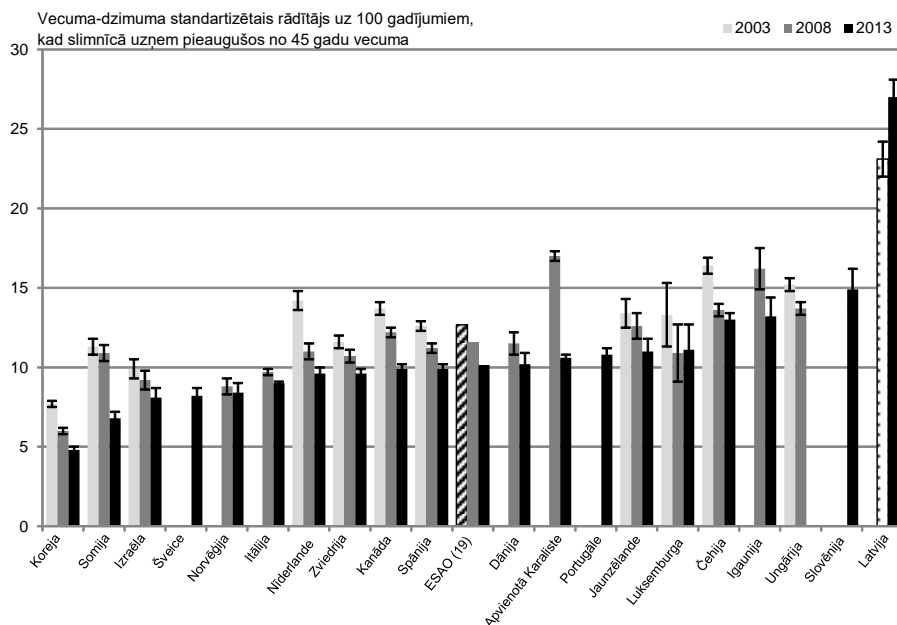
2.5. attēls. Mirstība trīsdesmit dienu laikā pēc hospitalizācijas AMI dēļ, balstoties uz pacientu datiem, no 2003. līdz 2013. gadam (vai tiem tuvākajos gados)



Piezīme: 95 % ticamības intervālus atspoguļo H. Trīs gadu vidējais rādītājs Luksemburgā. AMI: Akūts miokarda infarkts.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

2.6. attēls. Mirstība trīsdesmit dienu laikā pēc hospitalizācijas išēmiska insulta dēļ, balstoties uz pacientu datiem, no 2003. līdz 2013. gadam (vai tiem tuvākajos gados)



Piezīme: 95 % ticamības intervālus atspoguļo H. Trīs gadu vidējais rādītājs Luksemburgā.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Latvijas iedzīvotājiem ir negatīvs viedoklis par savas valsts veselības sistēmas kvalitāti, un daudzi ziņo par nevēlamiem notikumiem, saņemot veselības aprūpi

Latvijas iedzīvotājiem nav pozitīva priekšstata par savas valsts veselības aprūpes sistēmu. Eiropas Komisijas aptaujā par pacientu drošību un kvalitāti, kas tika veikta 2013. gada beigās, tikai 47 % Latvijas respondentu vērtēja veselības aprūpes vispārējo kvalitāti savā valstī kā „labu”. Lai gan kopš 2009. gada šādu atbilžu skaits ir pieaudzis par 10 %, tas joprojām ir daudz mazāk par ES vidējo rādītāju — 71 %. Tikai četrās valstīs šādu vērtējumu daļa bija mazāka — Polijā (32 %), Bulgārijā (29 %), Grieķijā (26 %) un Rumānijā (25 %) (Eiropas Komisija, 2014).

To Latvijas respondentu īpatsvars, kuri valsts veselības sistēmu vērtēja kā „sliktu”, samazinājās par 12 % līdz 50 % (salīdzinājumam, ES vidējais rādītājs ir 27 %). Tikai piecās valstīs vairāk respondentu vērtēja valsts veselības sistēmu kā „sliktu” — Grieķijā (74 %), Rumānijā (73 %), Bulgārijā (68 %), Polijā (62 %) un Ungārijā (51 %) (Eiropas Komisija, 2014).

Liela daļa Latvijas iedzīvotāju arī uzskatīja, ka pastāv iespēja, ka stacionārās un ambulatorās aprūpes laikā pacientiem slimnīcā var tikt nodarīts kaitējums. Aptaujā 71 % respondentu atzina, ka ir „iespējams”, ka pacientiem stacionārās aprūpes laikā konkrētajā valstī varētu tikt nodarīts kaitējums, taču šāda viedokļa daļa pēc 2009. gada samazinājās par 4 %. Tas bija piektais augstākais rādītājs Eiropas Savienībā, ievērojami augstāks par ES vidējo rādītāju — 53 %. Rādītājs bija augstāks tikai Kiprā^{1,2} (82 %), Grieķijā (78 %), Portugālē (75 %) un Polijā (73 %). Turklāt 69 % Latvijas iedzīvotāju domāja, ka pacientiem varētu tikt nodarīts kaitējums nestacionārās aprūpes laikā — šis rādītājs ir daudz augstāks par ES vidējo rādītāju, 50 % (Eiropas Komisija, 2014).

Latvijas iedzīvotāji bija arī vieni no tiem, kam, saņemot veselības aprūpi, ir lielākā nevēlamu notikumu iespēja. 39 % respondentu, kuriem tika jautāts, vai viņi vai viņu ģimenes locekļi ir piedzīvojuši nevēlamu notikumu, saņemot veselības aprūpi, atbildēja apstiprinoši (2.7. attēls). Lai gan šī respondentu daļa kopš 2009. gada ir samazinājusies par 4 %, tas joprojām ir ceturtais augstākais rādītājs

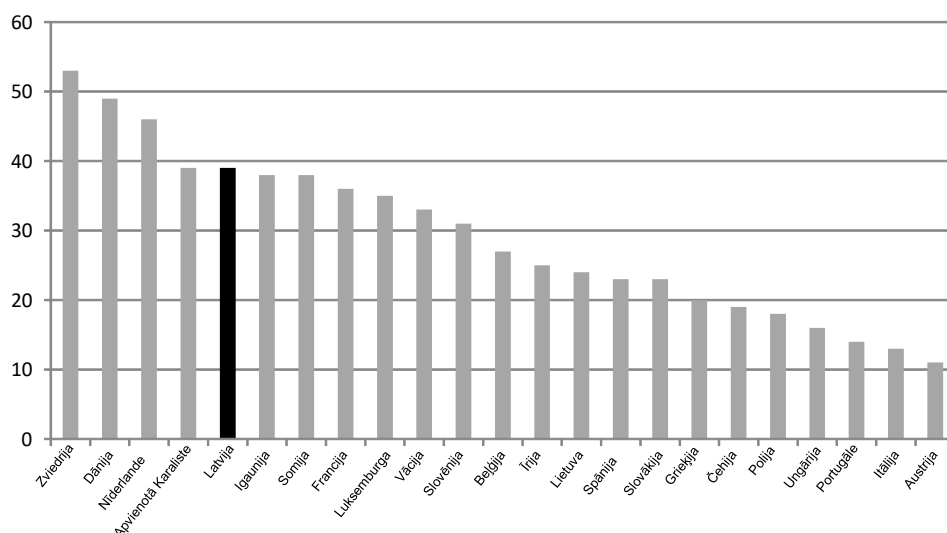
(kopā ar Apvienotās Karalistes rādītāju) un ievērojami augstāks par ES vidējo rādītāju — 27 % (Eiropas Komisija, 2014).

Dati liecina, ka pieredze ar nevēlamiem notikumiem ne vienmēr ir saistīta ar to, kā cilvēki uztver veselības aprūpes kvalitāti savā valstī. To cilvēku daļa, kas pieredzējuši nevēlamus notikumus, bija augstāka Zviedrijā, Dānijā un Nīderlandē. Tomēr šo valstu iedzīvotāji lielākoties uzskatīja, ka valsts veselības aprūpes sistēma ir laba.

Kad tika uzdots jautājums par trim svarīgākajiem kritērijiem, kas nosaka veselības aprūpes augsto kvalitāti, 51 % Latvijas iedzīvotāju minēja efektīvu ārstēšanu. Slimnīcu un ārstu tuvums respondentiem ir mazsvarīgāks, un šā kritērija minētāju skaits kopš 2009. gada ir samazinājies par 15 %. Arī to respondentu daļa, kas minēja iespēju brīvi izvēlēties ārstu, samazinājās par 7 % (2.8. attēls).

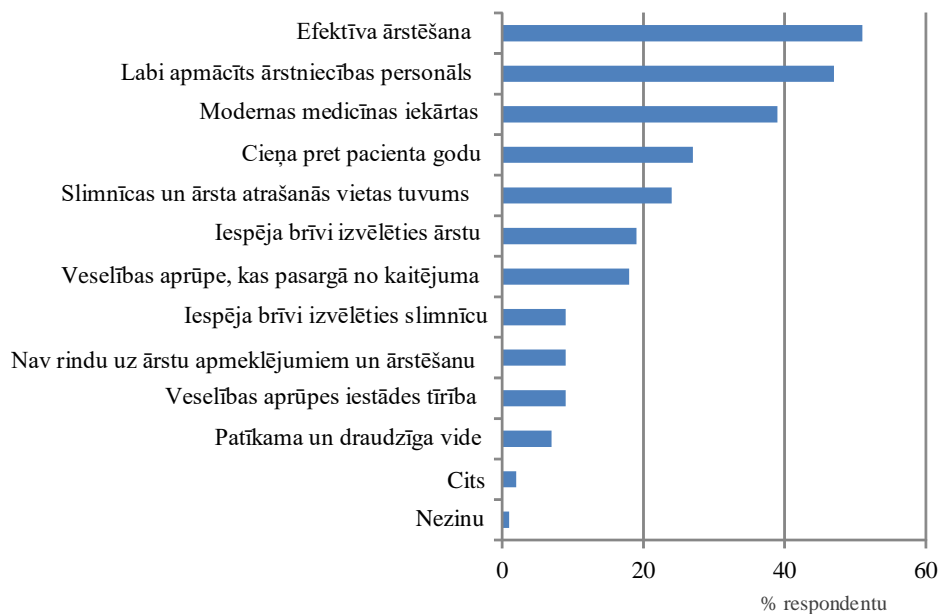
2.7. attēls. Aptaujāto cilvēku daļa, kuri apgalvo, ka viņi vai viņu ģimenes locekļi ir pieredzējuši nevēlamu notikumu, saņemot veselības aprūpi, 2013

Respondentu procentuālā daļa



Avots: Eiropas Komisijas dati (2014), *Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care Report*.

2.8. attēls. Latvijas iedzīvotājiem svarīgākie veselības aprūpes augstas kvalitātes kritēriji, 2013¹



1. Respondentiem tika lūgts nosaukt līdz trim kritērijiem, kas tiem saistās ar kvalitatīvu veselības aprūpi.

Avots: Eiropas Komisijas dati (2014), *Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care Report*.

Kvalitātes nodrošināšana mehānismi koncentrējas uz drošību, bet ne uz aprūpes kvalitāti

Par kvalitātes nodrošināšanu Latvijā galvenokārt rūpējas Veselības inspekcija un Zāļu valsts aģentūra. Ir ieviestas dažas kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas, piemēram, konkrētu slimnīcu pasākumi un akūtās aprūpes slimnīcu dalība brīvprātīgā akreditācijā, bet šie centieni ir ierobežotāki un specifiski.

Veselības inspekcijas (VI) uzdevums ir uzraudzīt un kontrolēt veselības aprūpes kvalitāti. VI izvērtē NVD pakalpojumu sniedzējus un veselības aprūpes speciālistus, pārbaudot atbilstību valsts tiesību aktiem. Katru gadu tiek pārbaudīti 4500 pakalpojumu sniedzēji, kas atbilst 10 % no visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Pārbaudēs izmantotie standarti koncentrējas uz minimālajām prasībām, piemēram, darbinieku skaitu. VI arī uzrauga klīnisko vadlīniju ievērošanu. Gadījumos, kad VI konstatē, ka nav ievēroti NVD līguma nosacījumi, pakalpojumu sniedzēji tiek sodīti; katru gadu pakalpojumu sniedzēju soda naudās tiek atgūti aptuveni 300 000 eiro. VI arī izmeklē pacientu sūdzības, kas saistītas ar medicīnisko aprūpi. Pamatojoties uz VI novērtējumu, pacienti var saņemt finansiālu kompensāciju no Ārstniecības riska fonda. VI arī pārvalda medicīnas speciālistu un atbalsta personāla reģistru un pārbauda NVD finansēto pakalpojumu budžetu un vadību.

Zāļu valsts aģentūra, kas darbojas Veselības ministrijas pārraudzībā, nodrošina farmaceitisko produktu un medicīnas iekārtu drošību un klīnisko efektivitāti, balstoties uz nacionālajiem un starptautiskajiem tiesību aktiem. Aģentūra sertificē farmācijas uzņēmumus, izsniedz zāļu tirdzniecības atļaujas, pamatojoties uz to drošības un klīniskās efektivitātes novērtējumu, un uztur atļauto medikamentu un medicīnas ierīču reģistru. Turklāt Aģentūra sniedz informāciju profesionāļiem un sabiedrībai, aicinot ievērot piesardzību attiecībā uz medikamentu pareizu lietošanu un drošības jautājumiem. Tiek veikta arī medicīnas ierīču novērtēšana, bet tā nav tik sistemātiska un aptver tikai valstī ražotās iekārtas.

Valstī ir dažas ierobežotas iniciatīvas kvalitātes uzlabošanai. Piemēram, slimnīcām ir paredzēts uzlabot veselības aprūpes kvalitāti, rīkojot iekšējās daudznazaru komandas sanāksmes un sadarbojoties ar Pacientu tiesību biroju (skatīt 1. nodaļu). Dažās slimnīcās ir sistēma speciālistu atalgošanai par augstu aprūpes kvalitāti, balstoties uz pacientu atsauksmēm. No pakalpojumu sniedzējiem tiek prasīts katru gadu izstrādāt „kvalitātes stratēģijas”. Vairākas profesionālās apvienības mēģina uzlabot stacionārās aprūpes kvalitāti, uzraugot un novērtējot komplikācijas pēc procedūram un atkārtotas hospitalizācijas gadījumu skaitu. Tomēr ne visi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji sistemātiski iesaistās šajos centienos. Valstī ir neliela brīvprātīgas akreditācijas sistēma slimnīcām, un lielās specializētās slimnīcas sāk meklēt veidus, kā iegūt akreditāciju. Kvalitātes nodrošināšanas mehānismi, kas saistīti ar primāro aprūpi, ir sistemātiskāki un piedāvā iespējas mācīties no OECD valstīm (skatīt 3. nodaļu). Savukārt kvalitātes nodrošināšana citās veselības aprūpes sistēmas jomās, jo īpaši mājās aprūpē un ilgtermiņa aprūpē, ir vāja.

Kvalitātes pamatstruktūru var stiprināt, un Latvijai ir iespējas mācīties no OECD valstīm

Rādītāji par aprūpes kvalitāti Latvijā liecina, ka ir jārikojas saistībā ar aprūpes kvalitāti, jo īpaši akūtās aprūpes kvalitāti. Uzmanība būtu jāpievērš kvalitātes nodrošināšanas mehānismu uzlabošanai un kvalitātes paaugstināšanas sekmēšanai. Valstī ir vērojami daudzi kvalitātes nodrošināšanas pamatelementi — darbaspēka apmācības atbilstoši ES tiesību aktiem; visu pakalpojumu sniedzēju (tostarp ģimenes ārstu) regulāras pārbaudes, ko veic neatkarīga inspekcija (VI); prasība, ka pakalpojumu sniedzējiem jāizstrādā „kvalitātes stratēģijas” katram gadam; slimnīcu akreditācijas sistēmas; noteiktas klīniskās vadlīnijas; un skaidri centieni atspoguļot pacientu viedokli, izmantojot pacientu apmierinātības aptaujas un tikšanās ar patērētāju un lietotāju grupām (skatīt 1. nodaļu). Tomēr

ir skaidra joma, kurā Latvijai būtu jāuzlabo rezultāti, lai veicinātu kvalitātes nodrošināšanu un vērstu uzmanību uz kvalitātes uzlabošanu.

Latvijai ir liels potenciāls mācīties no OECD valstu pieredzes ar kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas metodēm. Detalizētāks pārskats par klīniskajiem procesiem Latvijā — piemēram, veicot klīniskos auditus un/vai turpinot izmantot un attīstīt darbības un rezultātu rādītājus — palīdzētu koncentrēties uz konkrētām jomām. Ņemot vērā Latvijas aprūpes kvalitātes sliktos rādītājus akūtās aprūpes slimnīcu sektorā, atbilstoši pasākumi būtu veicami saistībā ar klīnisko vadlīniju izmantošanu un pilnīgumu, stingru aprūpes standartu izstrādi pakalpojumu sniedzējiem un izcilības veicināšanu, piemērojot plašāku kvalitātes stimulu spektru. 3. nodaļā sniegti ieteikumi par iespējam stiprināt kvalitātes nodrošināšanu un uzlabošanu primārās aprūpes sektorā. Ir skaidrs, ka kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas pasākumiem ir būtiski, lai būtu pieejami atbilstoši dati par veselības aprūpes kvalitāti un tie tiktu izmantoti. Datu par veselības aprūpes kvalitāti un rezultātiem vākšana, izplatīšana un labāka izmantošana ir aprakstīta tālāk tekstā un 2.5. sadaļā.

Klīnisko vadlīniju izmantošana netiek sistemātiski uzraudzīta

Klīniskās vadlīnijas Latvijā izstrādā ārstniecības personu profesionālās organizācijas, ārstniecības iestādes un atsevišķas augstākās izglītības iestādes, un šīs vadlīnijas iesniedz NVD, kas tās reģistrē ārstniecībā izmantojamo vadlīniju datu bāzē. Ārstniecības likums (Ministru kabineta noteikumi Nr. 469) nosaka, ka ārstēšana ir jāveic saskaņā ar apstiprinātām klīniskajām vadlīnijām. Iepriecinošs ir fakts, ka Latvija par prioritāti izvirzījusi izstrādāt klīniskās vadlīnijas, kas balstītas uz starptautisko paraugpraksi, un standartizēti un konsekventi apstiprināt tās Nacionālajam veselības dienestam. Bažas rada tas, ka NVD ne vienmēr pilnībā vai daļēji sedz procedūras, kas ir nepieciešamas saskaņā ar vadlīnijām (Mitenbergs et al., 2012).

Latvijai jāturpina izstrādāt un publicēt klīniskās vadlīnijas, kā arī veikt pasākumus, lai sistemātiski uzraudzītu, cik lielā mērā pakalpojumu sniedzēji ievēro (vai var ievērot) klīniskās vadlīnijas. Lai gan vadlīniju izstrādē un apstiprināšanā ir vērojams uzslavējams progress, izmantoto klīnisko vadlīniju skaits ir samērā mazs, salīdzinot ar citās OECD valstīs izmantoto vadlīniju skaitu. Veselības inspekcija pārbaūžu laikā uzrauga klīnisko vadlīniju ievērošanu, taču nav sistemātisku centienu valsts, reģionālā un vietējā līmenī saprast, cik liela aprūpes daļa (procentuāli) tiek nodrošināta atbilstoši klīniskajām vadlīnijām. Ja tiek konstatēts, ka vadlīnijas kopumā vai atsevišķās jomās netiek precīzi ievērotas, jācenšas saprast, vai tā iemesls ir pakalpojumu sniedzēja un ārstu pretošanās, izpratnes trūkums vai fakts, ka vadlīnijās ieteiktās ārstēšanas metodes netiek pilnībā apmaksātas saskaņā ar kompensācijas grafiku.

Klīnisko vadlīniju izstrādes un inovāciju priekšgalā ir vairākas OECD valstis, no kurām Latvija varētu mācīties. Piemēram, Dānijas klīniskās vadlīnijas apraksta ne tikai to, kas būtu darāms, bet mēdz aprakstīt arī to, kam būtu jādarbojas, kad un kur (OECD, 2013a). Šāda pieeja varētu būt sekmīga arī Latvijā un palīdzētu attīstīt kompleksākas slimību pārvaldības sistēmas. Klīniskās vadlīnijas var palīdzēt veidot valsts sistēmas uz pierādījumiem balstītai slimību ārstēšanai, kā tas ir noticis Dānijā un Portugālē ar Integrētās aprūpes sistēmas vadlīnijām (OECD, 2015c). Latvijai būtu jāpievērš uzmanība arī *Choosing Wisely* pieejai, kas aprakstīta 2.5. sadaļā.

Latvijai palīdzētu kvalitātes standartu stingrāks regulējums

Šobrīd Latvijā ir salīdzinoši maz noteiktu minimālo standartu attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Minimālie standarti, ko izmanto pārbaudēm, lielākoties ir procesu pārbaudes, piemēram, darbinieku skaita pārbaude. Latvija cenšas atrast stabilu kvalitātes sistēmu, ko varētu izmantot, lai piemērotu minimālos standartus visiem pakalpojumu sniedzējiem, neatkarīgi no to lieluma

un rakstura. Ir skaidrs, ka, ņemot vērā Latvijas salīdzinoši slikto sniegumu vairākos kvalitātes pasākumos, visaptveroša kvalitātes standartu kopuma izveide būtu solis pareizajā virzienā.

Visaptveroša valsts drošības un kvalitātes standartu kopuma ieviešana ir bijusi visnotaļ sekmīga Austrālijā, un tas varētu būt labs paraugs Latvijai. Standartus noteica Austrālijas Veselības aprūpes drošības un kvalitātes komisija (ACSQHC) ar mērķi panākt vienmērīgi augstu aprūpes kvalitāti visā valstī. Tie ir attiecināti uz visām slimnīcām (privātām un valsts, visā valstī), aptverot desmit prioritārās jomas (skatīt 2.5. ielikumu). Standartu izstrāde ilga piecus gadus, un tie tika izstrādāti ļoti rūpīgi, sniedzot plašas iespējas ieinteresētajām personām dot būtisku ieguldījumu. Tas palīdzēja radīt plašu atbalstu standartiem, arī no ieinteresētajām personām. Vairums ieinteresēto personu piekrīt, ka jaunie standarti ir pozitīvs solis uz priekšu, sekmējot klīnisko ieinteresētību un tiešāk risinot konkrētas kvalitātes problēmas nekā citi standarti. Šie standarti ir koncentrēti uz akūto aprūpi, un ir atzīts, ka turpmākas attīstības rezultātā tie ir efektīvi jāpiemēro nestacionārajai aprūpei, tai skaitā primārajai aprūpei, veco ļaužu aprūpei, garīgās veselības aprūpei un sociālajai aprūpei un atbalstam. Kopš standartu izstrādes un ieviešanas 2013. gadā, ACSQHC ir sniegusi ievērojamu atbalstu slimnīcām, lai palīdzētu tām nodrošināt atbilstību šiem standartiem. Atbilstība standartiem tiek pārbaudīta slimnīcu akreditācijas procesā, ko veic virkne dažādu akreditācijas institūciju (tās visas akreditē ACSQHC).

2.5. ielikums. Valsts drošības un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes standartu ieviešana Austrālijā

Austrālija nesēn apstiprināja jaunus aprūpes standartus un izveidoja valsts akreditācijas shēmu. Šķiet, ka ieinteresēto personu iesaiste izstrādes procesā ir viens no galvenajiem faktoriem, pateicoties kuram jaunie valsts standarti un akreditācijas shēma izpelnījās plašu atbalstu veselības aprūpes sistēmā.

Pieņemtie standarti ir šādi:

1. Drošības un kvalitātes pārvaldība veselības aprūpes pakalpojumu organizācijās — raksturo kvalitātes sistēmu, kas veselības aprūpes pakalpojumu organizācijām vajadzīga, lai ieviestu drošas sistēmas.
2. Sadarbība ar patērētājiem — raksturo sistēmas un stratēģijas, kuru mērķis ir izveidot uz patērētājiem vērstu veselības aprūpes sistēmu, iesaistot patērētājus kvalitatīvas veselības aprūpes veidošanā un pilnveidošanā.
3. Ar veselības aprūpi saistītu infekciju profilakse un kontrole — raksturo sistēmas un stratēģijas, kuru mērķis ir novērst pacientu inficēšanos veselības aprūpes sistēmas ietvaros un efektīvi pārvaldītu inficēšanās gadījumus, lai mazinātu sekas.
4. Medikamentu drošība — raksturo sistēmas un stratēģijas, kuru mērķis ir nodrošināt, lai ārsti droši izrakstītu un izsniegtu atbilstošas zāles labi informētiem pacientiem un pārraudzītu šo zāļu lietošanu.
5. Pacientu identifikācijas un procedūru saskaņošana — raksturo sistēmas un stratēģijas, kuru mērķis ir identificēt pacientus un pareizi saskaņot viņu identitāti ar atbilstošo ārstēšanu.
6. Klīniskās atbildības nodošana — raksturo sistēmas un stratēģijas efektīvai klīniskajai komunikācijai, kad tiek nodota atbildība par kāda pacienta aprūpi.
7. Asinis un asins pagatavojumi — raksturo sistēmas un stratēģijas asiņu un asins pagatavojumu drošai, efektīvai un atbilstošai pārvaldībai, lai rūpētos par to pacientu drošību, kas saņem asinis.
8. Izgulējumu profilakse un pārvaldība — raksturo sistēmas un stratēģijas, kuru mērķis ir nodrošināt izgulējumu profilaksi un paraugprakses vadību izgulējumu gadījumā.
9. Klīniskā stāvokļa pasliktināšanās noteikšana un reaģēšana uz to akūtā veselības aprūpē — raksturo sistēmas un procesus, kas veselības aprūpes pakalpojumu organizācijām jāīsteno, lai efektīvi reaģētu gadījumos, kad pacientu klīniskais stāvoklis pasliktinās.
10. Kritienu un to radītā kaitējuma novēršana — raksturo sistēmas un stratēģijas, kuru mērķis ir samazināt pacientu kritienu gadījumu skaitu veselības aprūpes pakalpojumu organizācijās un paraugprakses vadību kritienu gadījumā.

Pēdējie astoņi minētie standarti ir saistīti ar ilgstoši prioritāriem jautājumiem pacientu drošības jomā, īpaši slimnīcu sektorā. Īpaši svarīgs ir fakts, ka ACSQHC ir sniegusi spēcīgu atbalstu veselības aizsardzības dienestiem standartu un akreditācijas shēmas ieviešanā. Atbalsta stratēģijas ietver telekonferences ar veselības aizsardzības dienestu pārstāvjiem, akreditācijas darbgrāmatas, katra standarta ieviešanas ceļvedis, tālruņa un e-pasta konsultāciju centrs un mediācijas pakalpojumi veselības aizsardzības dienestiem un akreditācijas aģentūrām. Kopumā jaunie valsts drošības un kvalitātes standarti un akreditācijas shēma ir būtiski veselības aprūpes sistēmas vispārējās kvalitātes uzlabošanas elementi. Vairums ieinteresēto personu piekrīt, ka jaunie standarti ir pozitīvs solis uz priekšu, sekmējot klīnisko ieinteresētību un tiešāk risinot konkrētas kvalitātes problēmas (piemēram, drošu atbildības nodošanu, klīniskās atbildības nodošanas identifikāciju un reaģēšanu uz to) nekā citi standarti.

Avots: OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Australia – Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233836-en>.

Pareizo kvalitātes uzlabošanas stimulu ieviešana

Papildus turpmāku pasākumu veikšanai ar mērķi nodrošināt, ka tiek ievēroti kvalitātes standarti, piemēram, ar kvalitātes standartu un klīnisko vadlīniju pārraudzību, Latvija varētu veikt arī citas darbības, lai sekmētu kvalitātes uzlabošanu. Pieejas, kas ir bijušas sekmīgas citās OECD valstīs:

- *Snieguma rādītāju ieviešana, slēdzot līgumus ar slimnīcām.* Snieguma datus varētu izmantot, slēdzot ikgadējos līgumus, kā tas notiek Dānijā, Portugālē un Zviedrijā. Šos snieguma kritērijus varētu sasaistīt ar konkrētiem maksājumu mehānismiem vai budžetiem, un sākotnēji svarīgākais elements būtu nevis finansēšanas mehānisms, bet gan aprūpes kvalitātes padarīšana par pašvaldības un valsts pārvaldes kārtības neatņemamu daļu un snieguma datu aktīvāka izmantošana.
- *Uz sniegumu balstītu maksājumu un citu finansiālu stimulu izmantošanas paplašināšana un to efektivitātes sekmēšana.* Latvija ir sākusi ieviest shēmu „samaksa par padarīto” primārajā aprūpē, balstoties uz Apvienotās Karalistes Kvalitātes un rezultātu sistēmu, kas būtu rūpīgi jāuzrauga, lai nodrošinātu, ka stimuli un gaidītie rezultāti ir līdzsvarā (skatīt arī 3. nodaļu). Shēma „samaksa par padarīto” ir ieviesta arī Portugāles primārās aprūpes jomā kā daļa no plašākiem reformu centieniem, un tā var būt pamācošs piemērs Latvijai (OECD, 2015, skatīt 3. nodaļu). Iespējams, šādus snieguma stimulus varētu ieviest plašākā mērogā, bet vairāk ir iespējams paveikt, izmantojot Latvijas esošos finansēšanas mehānismus. Latvija varētu mācīties no Japānas, kur maksu sarakstu elementi un kompensācijas likmes tiek pielāgotas, lai veicinātu vai novērstu pakalpojuma sniedzēju konkrētu uzvedību, piemēram, maksas saraksta pozīcijas ieviešanu par aprūpes plāna izveidi (OECD, 2015b).
- *Slimnīcu brīvprātīgas akreditācijas sistēmas uzlabošana un attiecināšana uz citiem pakalpojumu sniedzējiem.* Vairākās OECD valstīs, piemēram, ASV, Anglijā, Austrālijā, Dānijā, Francijā un Portugālē, ir visaptveroša akreditācijas programma. Šīs valstis paļaujas uz aizvien kompleksākām akreditācijas formām, lai pārliecinātu maksātājus un pakalpojumu lietotājus. Izmantojot brīvprātīgu pieeju, mērķis ir veicināt un atzīt izcilību, nevis tikai apstiprināt minimālo standartu ievērošanu. Latvijā jau ir neliela brīvprātīgas akreditācijas sistēma akūtās aprūpes slimnīcu sektorā, un ir iespējams uzlabot šo programmu, kā arī paplašināt to uz citām aprūpes jomām. Portugālē, Nacionālais akreditācijas modelis ir brīvprātīga programma, ko piemēro veselības aprūpes pakalpojumiem, apmācību programmām un tehniskajiem pakalpojumiem, piemēram, attēlveidošanai un laboratorijām. ACSA International (vienošanās starp Portugāles Veselības ģenerāldirektorāta un Andalūzijas Sanitārās kvalitātes aģentūru) ir brīvprātīgas dalības modelis, kas vērsts uz klīniskās pārvaldības akreditāciju klīniskajiem pakalpojumiem, piemēram, slimnīcu pakalpojumiem vai slimnīcu nodaļām, primārās veselības aprūpes funkcionālajām vienībām, vienību nacionālā ilgtermiņa aprūpes tīkla vienībām, dienas stacionāriem un specializētajām slimnīcām. Lai akreditētos, konkrētajai iestādei jāciens pacientu tiesības, jānodrošina efektīva aprūpe atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, racionāli jāorganizē pacientu informācija un medicīniskās kartes, racionāli jāizmanto medikamenti un tehnoloģijas, jādemostrē laba profesionālā kompetence un jānodrošina labi atbalsta pakalpojumi. Ir svarīgi, lai iestāde virzītos uz izvirzītajiem mērķiem un ievērotu līgumsaistības, koncentrējot uz to arī savu iekšējo stratēģiju, kā arī izveidotu sistēmu, kas ļautu novērtēt savāktos darbības rādītājus (par kuriem ir jāziņo gan iestādes iekšienē, gan publiski).

Jāizvērtē klīniskie procesi, veicot klīniskos auditus. Klīniskie auditi, kas vērsti uz prioritārajām aprūpes sniegšanas jomām, ir viens no veidiem, kā izvērtēt ārstniecības sistēmu kvalitāti, efektivitāti un rezultātus. Piemēram, plaušu vēža aprūpes klīniskajā auditā tiktu salīdzināta pakalpojumu sniedzēju

prakse un rezultāti, izvērtējot prakses un rezultātu atšķirības. Auditos gūtos secinājumus var izmantot kā iespēju mācīties un kvalitātes stratēģiju un klīnisko standartu izstrādei. Klīniskie auditi ir izplatītāki valstīs ar senām kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas programmām, piemēram, Dānijā, Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē.

Latvija var mācīties no OECD valstīm, kā mazināt sirds un asinsvadu slimību, vēža un garīgās veselības problēmu slogu

Latvija var mācīties no OECD valstīm, kā efektīvāk nodrošināt aprūpi sirds un asinsvadu slimību, vēža un garīgās veselības problēmu gadījumos. Visās šajās slimību grupās lielāku nozīmi var piešķirt primārajai aprūpei, jo īpaši profilakses un diagnostikas jomā (3. nodaļa). Svarīga ir arī veselības veicināšana.

Runājot par sirds un asinsvadu slimībām, OECD valstīm ir izdevies samazināt mirstības rādītājus, nodrošinot kvalitatīvas akūtās aprūpes labāku pieejamību pacientiem, ne tikai ar savlaicīgu transportēšanu, bet arī izmantojot uz pierādījumiem balstītas medicīniskās intervences un aprūpi kvalitatīvās specializētās veselības aprūpes iestādēs, piemēram, insulta vienībās. Daudzās Eiropas valstīs tiek īstenota „Stent 4 Life” iniciatīva, kas aizsākta 2008. gadā un kuras mērķis ir uzlabot aprūpes sniegšanu un primārās perkutānās koronārās intervences (PKI) pieejamību pacientiem, pamatojoties uz profesionālo asociāciju, valdības pārstāvju, nozares partneru un pacientu grupu partnerību. Tā atbalsta Eiropas Kardiologu biedrības vadlīniju īstenošanu par sirdslēkmju pārvaldību, palīdz apzināt šķēršļus vadlīniju īstenošanai un nosaka pasākumus, kuru mērķis ir uzlabot PKI pieejamību Eiropā. „Stent 4 Life” uzdevumi ir palielināt primārās PKI izmantošanu līdz vairāk nekā 70 % noteiktu pacientu gadījumā un nodrošināt pieejamību 24 stundas diennaktī (OECD, 2015e).

OECD valstis izmanto dažādus politikas instrumentus, lai uzlabotu pakalpojumu kvalitāti visās sistēmās, piemēram, ieviešot integrētus aprūpes modeļus, finanšu stimulus ar mērķi uzlabot kvalitāti un sniegumu, salīdzinošo novērtēšanu, mērķu noteikšanu un apmācību. Piemēram, Francija ir izstrādājusi uzraudzības sistēmu, lai veicinātu daudzu veselības aprūpes sistēmas elementu efektīvu darbību un mijiedarbību, kā arī labākas aprūpes nodrošināšanu visā sistēmā. Tas ietver laiku no simptomu parādīšanās līdz insulta sākotnējai ārstēšanai, pirmajai attēlveidošanai, medikamentiem un speciālista vērtējumam un rehabilitācijai sākotnējās ārstēšanas laikā. Šie rādītāji ietver aspektus, kas ir daļa no posma pirms un pēc hospitalizācijas akūtā sirds un asinsvadu slimības gadījumā. Turklāt spēcīgs uzsvars ir likts uz rādītājiem, kas saistīti ar procesiem (piemēram, laiku no pacienta nogādāšanas slimnīcā līdz katetra ievadīšanai artērijā vai medikamentu lietošanu) un ietilpst veselības aprūpes nozares kontroles jomā (OECD, 2015e).

Runājot par vēzi, krūts un zarnu vēža pacientu izdzīvošanas rādītājs pēdējo desmit gadu laikā Latvijā ir uzlabojies ātrāk nekā daudzās OECD valstīs, un Latvijas rādītājs tuvojas OECD vidējam rādītājam. Latvija pēdējos gados ir pastiprinājusi centienus vispusīgi kontrolēt vēža radīto slogu. 2009. gada Latvijā ieviesa valsts vēža kontroles stratēģijas un centralizētu vēža aprūpes nodrošināšanu, koncentrējot resursus un zināšanas specializētajās iestādēs, lai nodrošinātu kvalitatīvu aprūpi un uzlabotu efektivitāti. Latvija ir arī izstrādājusi vienotas licencēšanas un sertifikācijas sistēmas, lai apmācītu medicīnas speciālistus ar specifiskām prasmēm vēža aprūpē. Šķiet, ka šie notikumi ir veicinājuši vēža aprūpes kvalitātes uzlabošanu pēdējos gados.

Šo daudzsoļošo attīstību var izmantot par pamatu turpmākajām darbībām. Piemēram, Čehijā vēža aprūpes sniegšana tika reorganizēta ar mērķi optimizēt visaptverošo vēža centru apkalpoto iedzīvotāju skaitu, palielinot ieguldījumus katrā centrā. Daļēji pateicoties vienlīdzīgākai pieejamībai, atšķirības vēža pacientu izdzīvošanas rādītājos dažādos reģionos ir samazinātas (OECD, 2013a; OECD, 2015b). Īpaša prioritāte Latvijā ir dzemdes kakla vēzis. Saslimstība ar šo vēzi ir gandrīz divreiz lielāka par OECD vidējo rādītāju, bet skrīninga līmenis joprojām ir ļoti zems, mazāk nekā puse no OECD vidējā

rādītāja. Ņemot vērā, ka 2009. gadā tika ieviesta vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusu (HPV), saslimstība nākotnē, iespējams, samazināsies, bet ir jāpieliek vairāk pūļu, lai palielinātu dzemdes kakla vēža skrīninga aptverību (3. nodaļa).

Attiecībā uz garīgās veselības aprūpi, Latvija arvien aktīvāk novirza aprūpi no iestādēm uz sabiedrību. Vēsturiski Latvija ir koncentrējusi uz garīgās veselības aprūpes nodrošināšanu iestādēs, kas atrodas lauku apvidos. Iespējams, var noderēt OECD valstu pieredze ar veiksmīgu pāreju uz deinstitucionalizāciju. Dažās OECD valstīs, piemēram, Itālijā, Apvienotajā Karalistē un Amerikas Savienotajās Valstīs, deinstitucionalizācijas process sākās pirms vairāk nekā 50 gadiem (OECD, 2014e).

Daudzi OECD valstu iedzīvotāji, kam nepieciešama garīgās veselības aprūpe, ir guvuši labumu no deinstitucionalizācijas, jo pacienti labprātāk dzīvo neatkarīgā sabiedriskā vidē. Arī kopienas vidē ir jānodrošina atbilstoša aprūpe un jāveic pasākumi, lai nodrošinātu, ka aprūpes slogs negulstas tikai uz ģimenes locekļiem, kas aprūpē pacientus. Turklāt, kad aprūpe galvenokārt tiek nodrošināta ārpus slimnīcas, koordinācija kļūst par lielāku izaicinājumu; indivīdiem bieži ir daudz veselības aprūpes un sociālo vajadzību, kas ir jāorganizē dažādiem aprūpes sniedzējiem, atšķirībā no vienotas aprūpes iestatījuma psihiatriskajā slimnīcā. Lai palīdzētu tikt galā ar šo koordinācijas izaicinājumu, ģimenes ārstiem būtu jāiesaistās to cilvēku aprūpē, kam ir smagas garīgas slimības. Ģimenes ārstiem vai citiem primārās aprūpes sniedzējiem arī būtu jānodrošina, ka pietiekama uzmanība tiek veltīta cilvēku ar garīgās veselības problēmām fiziskajai veselībai, kas var palīdzēt samazināt cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem anormālu mirstību (OECD, 2014e).

Arvien vairāk OECD valstu ļauj izdot Kopienas Ārstēšanas rīkojumu cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām. Šie rīkojumi juridiski uzliek pienākumu cilvēkiem ar smagām garīgām saslimšanām ārstēties, neuzturoties slimnīcā. Tā ir mazāk ierobežojoša alternatīva tradicionālajiem rīkojumiem par stacionāro piespiedu ārstēšanu (OECD, 2014e). Gadījumos, kad tiek izdoti piespiedu ārstēšanās rīkojumi, uzmanība jākoncentrē uz pacientu tiesībām un pacientu viedokļa pienācīgu pārstāvību.

Lielāki ieguldījumi primārajā aprūpē arī ir izmaksu ziņā efektīvs veids, kā ārstēt vieglus un vidēji smagus garīgos traucējumus, piemēram, depresiju un trauksmi. Šīs izplatītās problēmas bieži vien ir veiksmīgi ārstējamas, bet daudzi cilvēki, kas cieš no šiem traucējumiem, nesaņem vajadzīgo ārstēšanu. Pierādījumi liecina, ka psiholoģiskā ārstēšana, jo īpaši kognitīvi biheiviorālā terapija (KBT), efektīvi palīdz pret vieglu vai vidēji smagu depresiju un trauksmi. Daudzās OECD valstīs primārās aprūpes praktiķi var nosūtīt pacientus uz psiholoģisko terapiju, lai gan šādu terapiju izmaksas bieži vien netiek kompensētas. Uzlabojot psiholoģisko terapiju pieejamību, varētu mazināt lielo atšķirību ārstēšanas pieejamībā (OECD, 2014e).

2.3. Veselības aprūpes sistēmas efektivitāte

Latvija ir veiksmīgi spērusi soļus slimnīcu sektora racionalizācijas virzienā

Sistēmā, kurā strukturāli trūkst finansējuma, Latvijas galvenā prioritāte joprojām ir uzlabot efektivitāti, lai palielinātu ierobežoto resursu ietekmi. Šajā ziņā ir panākts iespaidīgs progress vairākās jomās; vispārsteidzošākā lieta ir tā, ka Latvijā ir slēgtas vairākas slimnīcas un 18 neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas ar mērķi uzlabot efektivitāti, kas esot veiksmīgi izdevies. Vienlaikus tika veikti pasākumi, lai aprūpi no slimnīcu sektora pārnestu uz kopienas vidi ar mērķi samazināt hospitalizāciju skaitu un uzturēšanās ilgumu slimnīcās un noteiktu ambulatoro aprūpi par prioritāti.

Latvijas centieni samazināt slimnīcu sektora izmēru un lielāku aprūpes daļu pārnest uz kopienas vidi sākās 2004. gadā, kad, pamatojoties uz Pasaules Bankas ieteikumiem, Ministru kabinets pieņēma stratēģiju „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma”. Šis programmas mērķis ir nodrošināt integrētas veselības aprūpes sistēmas turpmāku attīstību,

optimizējot pakalpojumu sniedzēju skaitu un izvietojumu un tādējādi paaugstinot sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, nodrošinot izmaksu efektivitāti un pieejamību pacientiem. Programmā un tās īstenošanas plānā noteikts, ka no 2005. gada tiek pakāpeniski samazināts gultasvietu skaits stacionāros, kas sniedz valsts apmaksātus pakalpojumus.

2005. gadā Latvijā bija 17 218 stacionāro gultasvietu (7,5 gultasvietas uz 1000 iedzīvotājiem). 2010. gadā šis skaits bija par aptuveni sešiem tūkstošiem mazāks, proti, 11 920 gultasvietas (5,7 gultasvietas uz 1000 iedzīvotājiem) (SPKC, 2013). Pēc dažu iestāžu slēgšanas un citu iestāžu pārveidošanas, lai tās nodrošinātu ambulatoros pakalpojumus, būtiski samazinājās arī to stacionāru skaits, kas sniedz valsts finansētus pakalpojumus (no 92 līdz 40). ES finansējums 2007.–2013. gada plānošanas periodam tika novirzīts praktizējošo speciālistu prasmju un zināšanu uzlabošanai, kā arī mazo slimnīcu pārveidošanai par ambulatoro pacientu aprūpes iestādēm un lielāku slimnīcu infrastruktūras attīstībai. Tajā pašā laikā vidējais ārstēšanas ilgums stacionārā samazinājās par gandrīz 15 %, no vidēji 9,6 dienām 2005. gadā līdz 8,3 dienām 2013. gadā (SPKC, 2013). Ambulatoro apmeklējumu, tostarp primārās un sekundārās aprūpes speciālistu apmeklējumu, skaits no 2005. līdz 2013. gadam palielinājās par 38 % (ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju skaita samazināšanos), no vidēji 5,2 apmeklējumiem uz vienu iedzīvotāju līdz 7,1 apmeklējumam uz vienu iedzīvotāju (12 577 446 ārsta apmeklējumi 2013. gadā, un 1 616 113 ārstu palīgu, vecmāšu un medmāsu apmeklējumi (SPKC, 2013)).

Pozitīvi jāatzīmē daži vietējo inovāciju piemēri efektivitātes uzlabošanai

Pozitīvi jāatzīmē daži vietējo inovāciju piemēri efektivitātes uzlabošanai, no kuriem OECD valstis varētu mācīties, piemēram, „observācijas nodaļas” izveide Vidzemes slimnīcā Valmieras novadā, kas ir palīdzējusi ievērojami samazināt hospitalizācijas gadījumu skaitu no neatliekamās palīdzības nodaļas (skatīt 2.6. ielikumu).

2.6. ielikums. „Observācijas nodaļas” izveide, lai samazinātu uzņemšanu Vidzemes slimnīcā Valmierā

2011. gadā Vidzemes slimnīcā Valmierā stacionāro pacientu skaits bija par 30 % lielāks nekā līgumā ar Nacionālo veselības dienestu noteiktais skaits. Slimnīcai nekompensēja ārstēšanu, ko tā nodrošināja pacientiem vīrs līgumā noteiktā skaita, tāpēc tā aptuveni 3000 pacientu gadā ārstēja par saviem līdzekļiem. Lai risinātu šo problēmu un izvairītos no liekas hospitalizācijas, tika apsvērti vairāki risinājumi.

Sākotnēji tika pārveidota pacientu plūsma caur neatliekamās palīdzības nodaļu, lai tieši nosūtītu pacientus uz atbilstošo nodaļu. Tādējādi tika strauji samazināts hospitalizācijas gadījumu skaits, bet 2012. gadā tas saglabājās par 4 % lielāks par uzstādīto mērķi.

Tāpēc tika apsvērti citi risinājumi. Piemēram, dažiem pacientiem tika piedāvāta dienas aprūpe. Taču tika konstatēts, ka to slimnīcu nodaļu kapacitāte, uz kurām tika nosūtīti dienas aprūpes pacienti, ir nepietiekama. Tomēr īstermiņā stacionāro pacientu skaits nedaudz samazinājās.

2014. gadā Vidzemes slimnīcā atvēra jaunu observācijas nodaļu, ko līdzfinansēja Eiropas Reģionālās attīstības fonds (ERAF). Jaunā nodaļa ievērojami uzlaboja pacientu izmeklēšanu, uzraudzību un ārstēšanu pirms hospitalizācijas. 2014. gadā kopējais uzņemto pacientu skaits pirmoreiz bija nedaudz zem noteiktā apmaksājamo pacientu skaita. Tiek uzskatīts, ka šis ievērojamais sasniegums ir observācijas nodaļas izveides rezultāts.

Avots: Vidzemes slimnīcas (Valmierā) sniegtā informācija.

Šāds jauninājums ir cerīga zīme Latvijai, un tas liecina, ka veselības aprūpes sistēmā ir vieta dinamiskiem risinājumiem un tā spēj reaģēt uz vietējām vajadzībām. Pozitīvi vērtējams arī tas, ka vietējās slimnīcas šķietami labi sadarbojas ar citiem vietējiem pakalpojumu sniedzējiem, tostarp tuvumā esošajām slimnīcām, meklējot efektīvus veidus, kā nodrošināt aprūpi reģionālā līmenī (skatīt arī 1. nodaļu).

Šobrīd nav skaidra veida, kādā vietējā paraugprakse tiek izplatīta Latvijā, un to varētu būt vērts attīstīt. Tik mazā valstī kā Latvija varētu pietikt ar neformāliem sakaru kanāliem un, iespējams, informācijas par paraugpraksi publicēšanu valsts un pašvaldību izdevumos un žurnālos. Tomēr, iespējams, ir vērts padomāt par reģionālā tīkla organizācijām, kādas ir izveidotas Dānijā un Norvēģijā, mazākā mērogā (skatīt 2.7. ielikumu). Stipri centralizētā Latvijas veselības aprūpes sistēma acīmredzami ļoti atšķiras no Dānijas un Norvēģijas decentralizētajām sistēmām. Tomēr pastāv iespēja valsts mērogā izveidot sistemātiskāku tīklu un regulārāk dalīties ar vietējo pieredzi, panākumiem un izaicinājumiem. Labi sākumpunkti ideju apmaiņai varētu būt Latvijas Pašvaldību savienība un/vai Latvijas Slimnīcu biedrība. Arī lielāks tādu pakalpojumu sniedzēja līmeņa datu apjoms, ko var salīdzināt vietējā mērogā, var palīdzēt sekmēt dialogu par panākumiem un izaicinājumiem dažādās valsts daļās.

2.7. ielikums. Vietējās paraugprakses apmaiņas sekmēšana Dānijā un Norvēģijā

Dānijā *Danske Regioner* jeb Dānijas reģionu asociācija apvieno visus reģionus ar mērķi izstrādāt detalizētu regulējumu atbilstoši valsts tiesību aktiem un politikai. Dānijā valsts tiesību akti arvien biežāk nosaka prasības attiecībā uz tādiem jautājumiem kā gaidīšanas laiki, medikamentu drošība un ziņošana par nevēlamiem notikumiem, un detalizētāks regulējums tiek īstenots ar savstarpēju vienošanos valsts, reģionu un pašvaldību līmenī.

Norvēģijā *Kommunesektorens organisasjon* (KS), Norvēģijas Pašvaldību un reģionālo varas iestāžu apvienība, ir valsts interešu asociācija visām 428 Norvēģijas pašvaldībām, 19 apgabaliem (filkēm) un valsts uzņēmumiem. Tā regulāri kontaktējas ar centrālajām iestādēm, lai pārstāvētu tās dalībnieku intereses un pārrunātu vienošanās ar valdību. Piemēram, 2012.–2015. gada vienošanos, kuras mērķis ir veicināt kvalitātes iniciatīvas primārās veselības aprūpes pakalpojumos. Šī vienošanās liek lielu uzsvāru uz pacientu līdzdalību, profilaksi, rehabilitāciju un jauno tehnoloģiju izmantošanu. KS aktīvi sazinās ar dalībniekiem, izplata informāciju un veicina pieredzes apmaiņu. Norvēģijas Pašvaldību un reģionālo varas iestāžu apvienībai regulāri konsultējoties ar centrālo valdību, uzmanība tiek vērsta arī uz finanšu jautājumiem, atkarībā no vietējo varas iestāžu pienākumiem un atbildības.

Avots: OECD (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark – Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>; OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway – Raising Standards*, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.

Pēc finanšu krīzes ieviestajai Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmai bija pozitīva ietekme uz efektivitāti

Finanšu krīzes ietekme Latvijā pēc 2009. gada izraisīja veselības aprūpes budžeta būtisku samazinājumu (skatīt 1. nodaļu), un atkal parādījās nepieciešamība atrast taupības jomas un efektivitātes pasākumus. Centieni atkal tika vērsti uz slimnīcu pakalpojumu apjoma samazināšanu, vienlaikus cenšoties nodrošināt pēc iespējas plašāku pakalpojumu pieejamību un novērst kaitējumu iedzīvotāju veselībai. Tika noteiktas šādas prioritātes: ambulatoro pakalpojumu pilnveidošana (tostarp ieviešot medicīnisko aprūpi mājās, nodarbinot otru medmāsu ģimenes ārstu praksēs un attīstot dienas stacionārus), neatliekamā medicīniskā palīdzība, grūtnieču un bērnu aprūpe, kā arī profilakses pasākumi. Šī pieeja lielā mērā tika realizēta Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmas ietvaros, ko īstenoja ar Pasaules Bankas finansējuma palīdzību.

Programmas ietvaros tika īstenoti pasākumi ar mērķi pasargāt mazāk aizsargātās grupas no līdzmaksājumiem un citiem pieejamības šķēršļiem (skatīt 2.1. sadaļu), un tā koncentrējās uz pāreju no stacionārās aprūpes uz ambulatoro un sociālo aprūpi. Cilvēkiem ar hroniskām slimībām nodrošinātās mājās aprūpes mērķis bija samazināt hospitalizāciju skaitu, un bezmaksas viesnīcas tipa izmitināšana trūcīgākām grupām sekmēja dienas un ambulatoro aprūpi. Programma nodrošināja arī papildu finansējumu primārajai aprūpei, palielinot to līgumu skaitu, ko ģimenes ārsti noslēdz ar medmāsām, un ļaujot ģimenes ārstiem pieņemt darbā otru medmāsu (skatīt 3. nodaļu). 2011. gadā tika ieviests konsultatīvā tālruņa pakalpojums, kas ļāva pacientiem sazināties ar ārstu viņu ģimenes ārsta praksē.

2012. gadā Pasaules Banka veica Sociālās drošības tīkla un sociālā sektora reformu programmas īstenošanas novērtējumu un konstatēja, ka programmai kopumā bijusi laba ietekme uz veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti. Daži programmas pasākumi ir integrēti Latvijas veselības aprūpes pamatbudžetā un līdz ar to tiek turpināti, ieskaitot ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu izstrādi.

Ir jāpdomā slimnīcu sektora nākotne

Pēc 2004. gada uzsāktās strukturālās reformas slimnīcu sektorā Latvijā tuvojas beigām, bet Latvijas varas institūcijām ir skaidrs, ka arī turpmāk būs jāslēdz iestādes un jāievieš izmaiņas. Lai plašāk — un pienācīgāk — virzītu aprūpi no slimnīcām uz kopienas vidi, ir jāpārdomā veids, kā slimnīcas tiek izmantotas. Turklāt dažādu slimnīcu īpašumtiesības dažādos pārvaldības līmeņos, jo īpaši pašvaldības slimnīcas pašvaldību īpašumā, kavē saskaņotāku visu Latvijas slimnīcu īpašumu plānošanu, un, iespējams, šis jautājums būtu jāizskata no jauna.

Ir vajadzīga stratēģiska pieeja turpmākai efektivitātes paaugstināšanai slimnīcu nozarē. Latvijā jau ir slēgtas vairākas slimnīcas un neatliekamās palīdzības nodaļas, tomēr būs jāslēdz vēl citas slimnīcas vai būs nepieciešamas funkcionālas izmaiņas, lai nodrošinātu kvalitatīvu aprūpi, kas atspoguļo izdevumu efektivitāti visā veselības aprūpes sistēmā. Būs jāpieņem sarežģīti lēmumi un kompromisi, turpinot līdzsvarot atbilstošu pakalpojumu pieejamību visiem iedzīvotājiem kā prioritāti un iespējamo nepieciešamību slēgt slimnīcas ar zemāku aktivitātes līmeni, lai veicinātu kvalitātes un efektivitātes pieaugumu. Sākuma punkts būtu pakalpojumu (slimnīcu, ambulatoro, kopienas un primārās aprūpes pakalpojumu) visaptverošs uzskaitījums, iekļaujot arī pakalpojumu apjomu, lai novērtētu, kur sistēmā vērojama bezdarbība. Tas palīdzētu precīzi noteikt, kur pakalpojumus var nepiedāvāt vai pielāgot situācijai, nekaitējot pieejamībai. Šis process var arī palīdzēt identificēt pakalpojumus, kuru gadījumā pakalpojuma apjoms ir pārāk mazs, lai veicinātu kvalitatīvu aprūpi (skatīt 2.8. ielikumu). Latvijā īstenoja līdzīgu pasākumu pirms neatliekamās medicīniskās palīdzības sistēmas reformas, izvērtējot, kurās struktūrvienībās nav vērojama izmaksu efektivitāte vai tiek nodrošināta augsta kvalitāte.

2.8. ielikums. Pierādījumi par slimnīcu pakalpojumu apjoma un kvalitātes saistību

Ir ļoti daudz akadēmiskās literatūras par slimnīcu pakalpojumu apjoma un kvalitātes saistību. Saistībā ar vajadzību uzlabot kvalitāti un samazināt izmaksas, OECD valstis bieži ir veicinājušas slimnīcu pakalpojumu koncentrēšanu mazākā skaitā lielāku slimnīcu. Tas ir sniedzis iespēju izpētīt šo jomu, lai noskaidrotu, vai lielāks procedūru skaits patiesi uzlabo kvalitāti un pacientu rezultātus.

Sistemātiski apskati apstiprina, ka procedūru apjomam ir nozīme

Pētījumos ir pierādīts, ka pacientiem, kuru aprūpi nodrošina ārsti, kas bieži veic konkrēta veida operācijas, retāk ir komplikācijas vai letāls iznākums. *Halm, Lee un Chassin* (2002) kopš 1985. gada izpētīja aptuveni 135 pētījumus, noskaidrojot, ka 70 % pētījumu plaši pierādīts, ka pacientu mirstības rādītāji ir zemāki, ja konkrētais ārsts veic daudz procedūru vai tas tiek darīts konkrētajā slimnīcā. Šis secinājums īpaši spilgti izpaužas attiecībā uz AIDS ārstēšanu, aizkuņģa dziedzera vēža operācijām, barības vada vēža operācijām, vēdera aortas aneirismām un bērnu sirds problēmām. Vājāka saikne tika konstatēta ar sirds operācijām, citu vēža veidu operācijām un ortopēdiskās procedūrām. Līdzīgi šiem secinājumiem, arī kādā lielā pētījumā, kura ietvaros tika pētīti ASV Medicare programmas dati, tika konstatēts, ka uzņemšana slimnīcās ar lielu procedūru apjomu ir saistīta ar mazākiem akūta miokarda infarkta, sirds mazspējas un pneimonijas rādītājiem (Ross et al., 2010).

Ķirurga veikto procedūru apjomi bieži ir svarīgāki nekā slimnīcā veikto procedūru apjomi

Sistemātiskā apskata rezultāti liecina, ka koronāro artēriju šuntēšanas, miega artērijas endarterektomijas, plīsušas vēdera aneirismas operācijas un zarnu vēža operācijas gadījumā ķirurga veikto procedūru apjoms bija svarīgāks faktors nekā slimnīcā veikto procedūru apjoms. Citā pētījumā noskaidrots, ka ķirurgiem, kas veic daudz procedūru, ir novērojami daudz zemāki pacientu mirstības rādītāji konkrētu kardiovaskulāro operāciju un vēža rezekciju gadījumā nekā ķirurgiem, kam ir mazāk pieredzes (Birkmeyer un Nallamothu, 2007).

Cēlonības aspekts kvalitātes/apjoma un ķirurga/slimnīcas saiknēs

Pozitīvā saikne starp kvalitāti un apjomu, kas novērota daudzos pētījumos, rada jautājumu par cēlonības virzienu. Lielākajā daļā pētījumu netiek novērotas izmaiņas procedūru apjomos laika gaitā. Dažos pētījumos, kuros bija pieejami garengriezuma dati, konstatēts, ka procedūru apjomu izmaiņām slimnīcā laika gaitā bija neliela ietekme uz rezultātiem. Šim secinājumam ir būtiska ietekme uz politiku, jo tas liecina, ka, iespējams, pastāv sarežģīta mijiedarbība starp konkrēta ķirurga veikto procedūru apjomu un slimnīcām, kurās strādā ķirurgi, kas veic daudz procedūru (Halm et al., 2002). Labi rezultāti var būt saistīti ar noteiktiem aprūpes procesiem, piemēram, ikdienas ārstēšanas algoritmiem, atgādinājumiem darbiniekiem un klīnisko plūsmu sistēmām slimnīcās. Lai gan slimnīcās ar lielu procedūru apjomu tiek novērota saistība ar ķirurģijas pacientu zemāku mirstību, tā ne vienmēr atspoguļo labāk kvalificētu ķirurģu darbu un mazāku tehnisko kļūdu skaitu, bet virkni citu aprūpes aspektu, piemēram, pacientu izvēlēto anestēzijas veidu un pēcoperācijas aprūpi.

Avots: Adaptēts no OECD (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>, izmantojot šādus avotus: Ross, J.S. et al.(2010), "Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions", *New England Journal of Medicine*, Vol. 362, pp. 1110-1118; Birkmeyer, J.D. and B. Nallamothu (2007), "Surgeon Volume", The Leapfrog Group, Factsheet; Birkmeyer, J.D. and C. Phibbs (2012), "Evidence-based Hospital Referral", *The Leapfrog Group*, Factsheet; Halm, E.A., C. Lee and M. Chassin (2002), "Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature", *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine*, Vol. 137, No. 6; Ferguson, B., T. Sheldon and J. Posnett (1997), *Concentration and Choice in Health Care*, Royal Society of Medicine Press; London.

Otrais solis būtu izveidot stratēģisko plānu, kas vērsts uz veselības aprūpes sistēmas pārveidošanu un efektivitātes pieaugumu vismaz piecu līdz desmit gadu laikā. Tam būtu arī jācenšas sniegt skaidrību par to, kuri pakalpojumi būtu jāpārstrukturē vai jāslēdz, un atbalstu, kas tiks nodrošināts darbiniekiem un vietējiem iedzīvotājiem šī procesa laikā un pēc tā. Būs jāpieņem sarežģīti lēmumi par dažu slimnīcu piedāvā pakalpojumu klāsta samazināšanu, bet Latvijai jau iepriekš tas ir izdevies ar zināmiem panākumiem. Citas valstis, piemēram, Dānija, turpina to darīt (OECD, 2013a).

Šī divu posmu darbības jomas noteikšanas un stratēģijas izstrādes procesa ietvaros būtu papildus jāizskata arī jautājums par īpašumtiesībām Latvijas slimnīcās. Pašlaik pašvaldību slimnīcas pieder pašvaldībām. Lai gan ir skaidrs, ka dažas pašvaldības un vietējie iedzīvotāji var būt ļoti daudz ieguldījuši savā vietējā slimnīcā, taču būtu jāizvērtē visu slimnīcu īpašumtiesību (vai funkcionālās pārvaldības) koncentrēšana centrālā līmenī. Tas ļautu veidot integrētāku valsts sistēmu slimnīcu īpašumu pārvaldībai un īstenot stratēģiskāku plānošanu un sniegtu slimnīcām lielāku brīvību, izstrādājot inovatīvāku pieeju kvalitātes un efektivitātes uzlabošanai. Valstī ar ierobežotiem resursiem centrālā vadība var arī palīdzēt racionalizēt dārgu medicīnas tehnoloģiju lietošanu un iegādi, līdzsvarojot nepieciešamību un lietošanu ar resursu ierobežojumiem un efektivitāti. Apvienojot īpašumtiesības, kompetences un atbildību vienā līmenī, valdība varētu uzņemt lielāku lomu, lemjot par katras slimnīcas lomu valstī, funkcijām un kapacitāti, ņemot vērā valsts veselības aprūpes vīziju. Šāds solis ļautu arī labāk plānot pakalpojumu nozares un to sadarbību.

Latvijai vajadzētu meklēt papildu veidus, kā novērst zudumus sistēmā

Visās veselības aprūpes sistēmā ir zināmi zudumi, ko var mērķtiecīgi censties novērst, lai samazinātu zaudētos līdzekļus, uzlabotu ieguldījumu efektivitāti un sekmētu kvalitatīvu aprūpi. Veicot pasākumus, piemēram, slēdzot slimnīcu nodaļas ar mazu sniegto pakalpojumu apjomu vai sliktiem rezultātiem, Latvija ir divējādi risinājusi zudumu problēmu. Pirmkārt, būtiskie resursi, kas tiek tērēti nepietiekami izmantotās slimnīcas vai nodaļas uzturēšanai, tiek labāk novirzīti citur sistēmā, kur no tiem labumu gūst vairāk pakalpojumu lietotāju. Otrkārt, uzmanība tiek pievērsta riskiem, ka mazs sniegto pakalpojumu apjoms noved pie sliktākas kvalitātes aprūpes un rezultātiem, kas arī ir finansiāli dārgi (skatīt informāciju par saikni starp apjomu, kvalitāti un slimnīcu sektora racionalizāciju, 2.5. sadaļa).

Latvijas datu sistēmas trūkumi var nozīmēt, ka ir grūti visaptveroši analizēt iespējamās zudumu jomas sistēmā. Tomēr visās OECD valstīs konstatētās kopējās zudumu jomas palīdzēs Latvijai, meklējot veidus, kā uzlabot sistēmas efektivitāti. Papildus izšķērdīgai klīniskajai aprūpei, kas saistīta ar aprūpes atšķirībām un medikamentu un medicīnas ierīču atbilstošu izmantošanu, ievērojamu izšķērdēto resursu apjomu var radīt arī nespēja sniegt atbilstošu un efektīvu koordinētu aprūpi. Šie jautājumi ir apskatīti 3. nodaļā. Tie ir arī divi virzieni, kuros Latvijai būtu jāvirza uzmanība un esošo datu sistēmu kapacitāte, un papildu stimuli veselības datu infrastruktūras stiprināšanai un efektīvākai izmantošanai:

- *Aprūpes un rezultātu atšķirības — koncentrēšanās uz nelietderīgas klīniskās aprūpes izskaušanu.* Lai gan ārstēšanai būtu jābalstās uz klīniskiem pierādījumiem, vajadzībām un pacientu vēlmēm, ir pārlicinoši pierādījumi, ka aprūpes sniegšanai nebalstās tikai uz šiem faktoriem. Liela nozīme var būt arī ģeogrāfiskajām atšķirībām aprūpē, pat tad, ja valstī ir stingras klīniskās vadlīnijas. Piemēram, OECD (2014c) ir konstatētas būtiskas atšķirības ceļa un gūžas locītavas protezēšanas un ķeizargriezīgu rādītājos (gan vienas valsts ietvaros, gan valstu savstarpējā salīdzinājumā). Būtiskas procedūru, ārstēšanas un rezultātu atšķirības liecina par nepietiekamu vai pārmērīgu aprūpes sniegšanu, kas rada zināmas bažas. *Choosing Wisely* kampaņa, kas tiek īstenota daudzās OECD valstīs, ir vērsta uz pakalpojumiem, attiecībā uz kuriem pastāv pārlicinoši pierādījumi par pārmērīgu izmantošanu un saistīto kaitējumu un/vai izmaksām. Šī ārstu vadītā iniciatīva, kas aizsākās ASV, no sarežģītām klīniskajām vadlīnijām rada „uz pierādījumiem balstītus padomus”. Tos paredzēts izsniegt pacientiem un apspriest ar tiem, neradot trauksmi par normēšanu. *Choosing Wisely* kampaņai ir potenciāls kā ļoti daudzsoļai iespējai, kas varētu palīdzēt samazināt zudumus stacionāro pacientu aprūpē.
- *Resursu — medikamentu un medicīnas ierīču — efektīva izmantošana.* Veselības aprūpes tehnoloģijas, tostarp medikamenti un medicīnas ierīces, var veidot ievērojamu daļu veselības aprūpes sistēmas izdevumu. Lai samazinātu zudumus šajā jomā, pasākumi būtu jāīsteno, pirms līdzekļi sasniedz veselības aprūpes sistēmu — būtu jāpārdomā iepirkumu procesi un maksājumu sistēmas. Portugālē pēc finanšu krīzes tika ieviesta racionalizēta valsts mēroga pieeja medicīnas ierīču, piemēram, sirds defibrilatoru, locītavu protēžu un diagnostikas komplektu, iegādei (OECD, 2015c). Latvijai vajadzētu arī veicināt ģenērisko zāļu izmantošanu un iedrošināt aptiekas (vai pieprasīt), lai to krājumā būtu medikamentu ģenēriskas alternatīvas un lai tās popularizētu šīs alternatīvas. Jāapsver arī veselības aprūpes resursu, piemēram, testēšanas un laboratorijas aprīkojuma, efektīva sadale; iespējams, pakalpojumu sniedzēji var dalīties ar dārgām veselības aprūpes tehnoloģijām. Būtu jāizvērtē arī medicīnas resursu, piemēram, pārbaužu un diagnostikas procedūru, izmantošana, lai izskaustu nevajadzīgi dārgas procedūras; šī ir joma, kam uzmanību pievērta *Choosing Wisely* iniciatīva.

NVD kā galvenais pircējs varētu uzņemt lielāku lomu veselības aprūpes sistēmas efektivitātes palielināšanā, slēdzot līgumus stratēģiskāk

NVD kā veselības aprūpes pakalpojumu pircējs varētu uzņemt lielāku lomu veselības aprūpes sistēmas efektivitātes palielināšanā, sistemātiski veicot selektīvus iepirkumus. Ņemot vērā veselības aprūpes informācijas pašreizējo pieejamību, NVD varētu stiprināt pakalpojumu sniedzēju darbības uzraudzību un novērtēšanu, slēdzot līgumus tikai ar pakalpojumu sniedzējiem, kas uzrāda labu sniegumu, tādējādi mudinot uzlabot kvalitāti. Tādā pašā veidā NVD varētu biežāk slēgt līgumus ar neatkarīgiem pakalpojumu sniedzējiem, balstoties uz skaidriem izmaksu/kvalitātes kritērijiem, līgumos norādot gaidāmos rezultātus. Selektīvus iepirkumus varētu izmantot arī privātajās brīvprātīgās veselības apdrošināšanas shēmās, koncentrējoties ne tikai uz veselības aprūpes izmaksām, bet arī uz kvalitātes aspektiem. Papildus minētajiem pasākumiem, būtu jāizstrādā arī publiskie pārskati ar pakalpojumu

sniedzēju novērtējumu, jo šādu informāciju varētu izmantot, lai palīdzētu lietotājiem aktīvi izvēlēties pakalpojumu sniedzēju savai aprūpei.

Portugālē efektivitāte ir būtiski uzlabota slimnīcu sektorā, kur tika pieņemta visaptveroša pieeja efektivitātes un kvalitātes uzlabošanai. Portugāles piemērs attiecībā uz slimnīcu sektoru tiek prezentēts kā labs piemērs, kam Latvija varētu sekot (2.9. ielikums).

2.9. ielikums. Stratēģiskās pieejas līgumu slēgšanai ar mērķi veicināt efektivitāti un kvalitāti Portugāles slimnīcu sektorā

Reformas Portugāles slimnīcu sektorā pēdējo desmit gadu laikā ir bijušas tieši vērstas efektivitātes un kvalitātes uzlabošanu. Kopš 2002. gada slimnīcu sektorā ir ieviestas jaunas vadības formas, lai apvienotu kvalitātes un efektivitātes uzlabojumus. Šīs reformas ietvaros dažas NVD slimnīcas tika pārveidotas par slimnīcu uzņēmumiem, vienlaicīgi arī ieviešot jaunu maksājumu sistēmu slimnīcām, kuras pamatā ir skaidra līgumu slēgšanas programma (*Contratos Programa*), apvienojumā ar pielāgotu diagnozei piesaistīto grupu (DRG) maksājumu sistēmu. Saskaņā ar šiem līgumiem 5 % no slimnīcas ienākumiem nosaka tās kvalitāte un sniegums. Katru gadu slimnīcām ir jāapņemas ievērot noteiktu darbību līmeni apmaiņā pret kopējo gada budžetu. Līgums nosaka ne tikai plānoto darbību apjoma līmeni, bet arī kvalitātes mērķus un kvalitātes standartus.

Otra politikas izmaiņa bija publiskā un privātā sektora partnerību (PPP) izveide slimnīcu sektorā. PPP slimnīcas ir valsts iestādes ar administratīvo, finanšu un aktīvu pārvaldības autonomiju un nolīgtu privātu vadību. Šajā gadījumā slimnīcu pakalpojumus kopīgi sniedz gan publiskā, gan privātā sektora pārstāvji, dalot finansiālo, tehnisko un operatīvo risku. PPP slimnīcu izveides galvenais mērķis bija uzlabot veselības aprūpes nozares vispārējo sniegumu un nodrošināt, ka privātie fondi finansēs jaunus steidzami nepieciešamus slimnīcu ieguldījumus.

Avots: OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

2.4. Veselības aprūpes sistēmas ilgtspēja

Finansiālā ilgtspēja būs izaicinājums arī turpmākajos gados

Latvijai cenšoties stiprināt veselības aprūpes sistēmu un ieviest tajā uzlabojumus, liels izaicinājums neapšaubāmi būs resursu līmenis sistēmā. Veselības aprūpei tiek velti tikai 5,3 % no IKP (2013), salīdzinot ar OECD vidējo rādītāju — 8,9 %, un 934 EUR PPP lielie izdevumi uz vienu iedzīvotāju liecina, ka Latvija veselības aprūpei tērē mazāk nekā jebkura cita OECD valsts. Lai tuvotos rezultātiem un aprūpes kvalitātei, kas vērojama vairumā OECD valstu, droši vien būs nepieciešami vēl lielāki ieguldījumi. Zems un nestabils finansējuma līmenis mazinās turpmāku konsekvētu uzlabojumu iespējamību, un paļaušanās uz ES finansējumu dažās galvenajās jomās — īpaši profilakses un veselības veicināšanas jomās — kavē ilgtspējīgu izaugsmi un veselības aprūpes sistēmas skaidra 10–20 gadu redzējuma attīstību. Tomēr periodam līdz 2020. gadam ir piešķirti ievērojami ES fondu un valsts budžeta līdzekļi veselības veicināšanas un profilakses pasākumiem saskaņā ar Sabiedrības veselības pamatnostādņiem 2014.–2020. gadam. Šajā ES finansējuma periodā 2014.–2020. gadam uzsāktās darbības tiks turpinātas plānošanas periodā pēc 2020. gada. Veselības ministrija arī piedalīsies „aktīvas novecošanas” stratēģijas izstrādes procesā, ko vada Labklājības ministrija.

Būs ārkārtīgi sarežģīti turpināt uzlabot veselības aprūpes sistēmu bez papildu ieguldījumiem

Apsveicams ir progress, ko Latvija ir sasniegusi pēdējo 20 gadu laikā ar mērķi nostiprināt veselības aprūpes segumu iedzīvotājiem un izveidot spēcīgu un funkcionālu veselības aprūpes sistēmu. Latvijas veselības aprūpes sistēmas efektivitāti un ieguldījumu lietderību var uzlabot, ko Latvija jau ir sākusī darīt, taču efektivitātes uzlabojumi, ko var panākt bez papildu ieguldījumiem, ir ierobežoti.

Šajā pārskatā identificēta virkne jomu, kurās veicami uzlabojumi — uzlabot aprūpes rezultātus un kvalitāti, sistēmas plānošanu, pieejamību, ilgtspēju visās jomās, piemēram, datu infrastruktūrā un cilvēkresursu attīstībā. Ar pašreizējo sistēmas resursu līmeni būs ārkārtīgi grūti panākt ievērojamu progresu jebkurā no minētajām jomām vai tajās visās. Lai gan daži uzlabojumi varētu paaugstināt efektivitāti, vairumam būs nepieciešami zināmi sākotnējie ieguldījumi.

Lai pietuvinātu veselības aprūpes rezultātus OECD vidējam rādītājam un reāli risinātu pieejamības un kvalitātes problēmas, Latvijai, visticamāk, vajadzēs palielināt veselības aprūpes izdevumus uz vienu iedzīvotāju, tuvinot tos OECD vidējam rādītājam, un gandrīz noteikti palielināt veselības aprūpei veltīto IKP procentuālo daļu, tuvinot to OECD vidējam rādītājam. Ja Latvija vēlas padarīt veselības aprūpes sistēmas uzlabošanu par prioritāti, ir nepieciešams mērķtiecīgs, pakāpenisks izdevumu palielinājums, nevis pēkšņa naudas līdzekļu iepludināšana, kas radītu būtiskus riskus un, visticamāk, ierobežotus ienākumus laika gaitā. Kad Latvija varēs palielināt izdevumus veselības aprūpes sistēmai, būtu jāmeklē atbalsts no OECD un citiem starptautiskiem partneriem, lai maksimāli palielinātu veselības aprūpes sistēmas papildu ieguldījumu pozitīvo ietekmi.

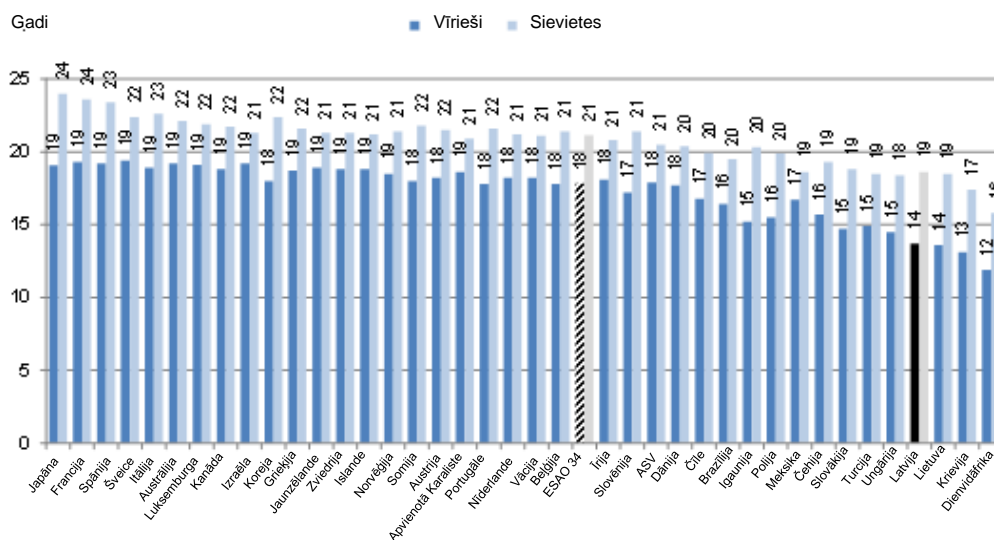
Ilgtspējas izaicinājums būs tikt galā ar demogrāfiskajām pārmaiņām un iedzīvotāju novecošanos

Latvijas iedzīvotāju skaita samazināšanās, zemais dzimstības līmenis (1. nodaļa) un iedzīvotāju novecošanās tuvākajā nākotnē radīs veselības aprūpes sistēmas ilgtspējas problēmas. Pirmkārt, ir sagaidāms, ka veselības aprūpes vajadzības palielināsies. Salīdzinot ar citām OECD valstīm, Latvijas veco iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzības jau tagad var vērtēt kā augstas. Paredzamais mūža ilgums 65 gadu vecumā Latvijā bija daudz mazāks nekā OECD valstīs — 19 gadi sievietēm un 14 gadi vīriešiem, salīdzinot ar 21 gadu un 18 gadiem vidēji visās OECD valstīs 2013. gadā (2.9. attēls). Jaunākie Eurostat dati atklāj, ka 2014. gadā paredzamais *veselīga* mūža ilgums 65 gadu vecumā Latvijā bija 4,6 gadi sievietēm (tikai 24 % no to 19 atlikušajiem dzīves gadiem) un 4 gadi vīriešiem (29 % no to 13,8 atlikušajiem dzīves gadiem). Tas ir daudz mazāk nekā ES kopumā: 8,6 gadi gan sievietēm, gan vīriešiem (40 % no 21,6 atlikušajiem dzīves gadiem sievietēm un 47 % no 18,2 atlikušajiem dzīves gadiem vīriešiem). Līdz ar iedzīvotāju novecošanos valstis var sagaidīt vairākas papildu problēmas, piemēram, lielāku hronisko slimību slogu (ieskaitot slogu, ko rada vairākas vienlaicīgas saslimšanas), papildu ilgtermiņa aprūpes vajadzības, mainīgās vajadzības attiecībā uz aprūpes pieejamību un paaugstinātu risku saistībā ar slimīgo vecāka gadagājuma pacientu izrakstīšanu no slimnīcas. Daudzas no šīm problēmām ir sīkāk iztirzātas 3. nodaļā.

Otrkārt, darbaspējīgā vecuma iedzīvotāju skaita samazināšanās var radīt papildu slogu uz veselības aprūpes sistēmas ieņēmumu avotiem un noslogot veselības aprūpes budžetu, ņemot vērā fiskālo spiedienu, ko rada citi izdevumi, kas saistīti ar vecumu. Ņemot vērā paaugstinātu veco ļaužu īpatsvaru, var sagaidīt, ka fiskālais spiediens ārpus veselības aprūpes sistēmas ietvers lielākas ilgtermiņa aprūpes un sociālās aprūpes vajadzības un spiedienu uz pensiju nozari (Pasaules Banka, nav publicēts). Turklāt demogrāfiskie izaicinājumi varētu apgrūtināt izaugsmi un rada ienākumu samazināšanās risku, ja netiek veikti pasākumi ar mērķi mazināt novecošanās ietekmi uz ekonomiku. Pasaules Banka ir sniegusi virkni ieteikumu, kas ietver koncentrēšanos uz gados vecāku darbinieku un sieviešu līdzdalību, produktivitātes

uzlabošanu un galu galā auglības palielināšanu un/vai migrācijas samazināšanu. Šie ieteikumi, citu starpā, būtu jāiestrādā Latvijas „aktīvas novecošanas” stratēģijā, kas tiks pabeigta līdz 2016. gadam. Sagatavojot šo stratēģiju, pienācīga uzmanība būtu jāvelta sinerģijai starp veselības aprūpes nozari — gan attiecībā uz mainīgajām vajadzībām, budžetu, gan darbaspēku un pieejamības ietekmi — un citām nozarēm, tai skaitā nodarbinātību un pensijām, sociālo politiku un dzimumu jautājumiem.

2.9. attēls. Paredzamais mūža ilgums 65 gadu vecumā, 2013. gads (vai tuvākais gads)



Piezīme: Valstis ir sakārtotas dilstošā secībā pēc visu iedzīvotāju paredzamā dzīves ilguma.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Politikas veidošanu veselības aprūpes nozarē kavē lielā nestabilitāte

Kā jau minēts, Latvija pēdējo gadu laikā ir spējusi sasniegt dažus iespaidīgus veselības stāvokļa un veselības sistēmas uzlabojumus, neraugoties uz mainīgajiem ekonomiskajiem apstākļiem. Tomēr Latvijā visos veselības aprūpes sistēmas līmeņos īsts izaicinājums ir ilgtspējīgas politikas veidošana.

Nestabils finansējums, liela ministru mainība un datu par veselības aprūpes sistēmas darbību nepilnvērtīga izmantošana valdības līmenī nozīmē, ka politika pārāk bieži ir sadrumstalota un īstermiņa. Lai finansētu veselības aprūpes sistēmu, Latvija balstās ne tikai uz lieliem pacientu tiešajiem maksājumiem, bet arī uz Eiropas Savienības finansiālo atbalstu (skatīt zemāk). Tas nozīmē, ka politikas veidotāji ir ļoti nepārlicināti par budžetu, ar kuru tiem būs jāstrādā nākamajos gados, un maksājumiem un pakalpojumu sniedzējiem sistēmā ir grūti izstrādāt ilgtermiņa stratēģijas. Zināmā mērā būtiskās finanšu problēmas, ar ko Latvija ir saskārusies pēdējos gados, ir paātrinājušas sistēmas pārmaiņas, un šīm problēmām ir bijusi pozitīva ietekme, piemēram, paātrinot reformas slimnīcu sektorā. Taču citos aspektos finansiāls spiediens nozīmē, ka uzmanība tiek novirzīta atpakaļ uz īstermiņa risinājumiem; tāpat kā lielākajā daļā OECD valstīs, cietuši ir ilgtermiņa ieguldījumi sabiedrības veselībā, piemēram, profilaksē un veselības aizsardzībā.

Tas liecina, ka Latvijai šobrīd nav stratēģiska plāna veselības aizsardzības attīstībai, atšķirībā no vairuma OECD valstu. Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.–2020. gadam vērš uzmanību arī uz veselību — prioritāte „Cilvēka drošumspeja” ietver rīcības virzienu „Vesels un darbaspējīgs cilvēks”,

kas aptver jautājumus par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, veselīgu un aktīvu dzīvesveidu un tā veicināšanu, bet plānošana šeit apskatīta samērā vispārīgi. Veselības aprūpes politikas prioritātes saskaņā ar Nacionālo attīstības plānu noteica Ministru kabinets, bet arī tās ir samērā vispārīgas, lai gan šķiet, ka tās pilnībā atbilst šajā pārskatā konstatētajiem trūkumiem, piemēram, „Nodrošināt lielāku finansējumu no valsts budžeta, lai izveidotu ilgtspējīgu veselības aprūpes sistēmu”, „Izveidot un ieviest veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu” un „Turpināt izstrādāt un ieviest e-veselības sistēmu”.

Latvijas Stratēģiskās attīstības plānā 2010.–2013. gadam tika ietverti arī sociālās drošības tīkla veselības aprūpes pasākumi, ierosinot stratēģisko mērķi, prioritātes un rīcības virzienus, kas attiecas uz esošo sociālo un ekonomisko situāciju, ietverot tādas prioritātes kā stacionārās veselības aprūpes konsolidācija; primārās aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkla un komandas efektivitāte; ambulatorās aprūpes pieejamības nodrošināšana, palielinot finansējuma daļu, kas ambulatorajai aprūpei tiek piešķirta no kopējā veselības aprūpes budžeta; un neatliekamās medicīniskās palīdzības pieejamības nodrošināšana.

Latvijai nav visaptveroša piecu vai desmit gadu plāna, kas noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu paredzamo stratēģisko virzību. Tas ir būtisks šķērslis, jo problēmas, ar kurām Latvija saskarsies nākamajos 10–20 gados — sevišķi iedzīvotāju novecošana, hronisko slimību izplatības kāpums, iespējamais aptaukošanās problēmu pieaugums — jau šobrīd prasa izvērtēšanu, plānošanu un rīcību. Veselības ministrija ir izstrādājusi Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam, kurās noteiktas veselības aizsardzības četras galvenās prioritātes: sirds un asinsvadu slimības, vēzis, perinatālā un jaundzimušo veselība un garīgā veselība. Ilgāka termiņa stratēģiskās politikas plānošana ir nepieciešama arī, lai nodrošinātu informāciju finanšu plānošanai; investīcijas sistēmas pārmaiņās, inovatīvi aprūpes modeļi, kapitāla ieguldījumi un pētījumi ir jānodrošina ilgtspējīgākā veidā, kas sniegtos tālāk par pašreizējiem viena gada budžetiem. Izvērtējot turpmākās prioritātes un veselības aprūpes mainīgās vajadzības, īpaši vajadzētu satraukties par Latvijas nepietiekami attīstīto pieeju profilaksei un tās salīdzinoši zemo finansējumu. Tomēr saskaņā ar Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.–2020. gadam ievērojami ES fondu un valsts budžeta līdzekļi ir piešķirti veselības veicināšanas un profilakses pasākumiem. Turklāt šajā ES finansējuma periodā 2014.–2020. gadam uzsāktās darbības tiks turpinātas arī nākamajā plānošanas periodā pēc 2020. gada.

Stabilitātes trūkums valsts pārvaldes līmenī pāriet arī zemākos līmeņos — reģionālā un vietējā līmenī. Piemēram, vairāku slimnīcu slēgšana efektivitātes un kvalitātes pieauguma nolūkos tiek uzskatīta par veiksmīgu, un pastāv plašs uzskats, ka būtu jāslēdz vēl citas slimnīcas vai jāmaina to funkcija. Tomēr stratēģiskās plānošanas trūkums šādas slēgšanas gadījumā nozīmē, ka slimnīcas, piemēram, tiek atstātas bez pārliecības par to dzīvotspēju, statusu un to, kas no tām tiek gaidīts.

Veselības aprūpes sistēmas informācijas infrastruktūra ir samērā bagātīga, bet to varētu izmantot vēl aktīvāk, lai izprastu sistēmas veiktspēju un efektivitāti

Latvija pēdējos gados ir nostiprinājusi savas veselības aprūpes sistēmas informācijas infrastruktūru, un valstij ir kvalitatīvi dati par veselības aprūpes sistēmu, kas ļauj to novērtēt salīdzinājumā ar citām OECD valstīm. Ieviešot e-veselības sistēmu 2015. gadā, veselības aprūpes informācijas pieejamība un izmantošana palielināsies vēl vairāk, jo sistēmā tiks reģistrēti katram pacientam sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, pārbaudes un to rezultāti, izmaksas un izrakstītās receptes, izmantojot unikālus pacientu identifikatorus. Ietverto pakalpojumu sniedzēju klāsts sākotnēji ir ierobežots, bet ir paredzēts, ka sistēmā tuvāko gadu laikā tiks ietverti visi pakalpojumu sniedzēji. Lai gan veselības aprūpes kvalitātes rādītāju, piemēram, OECD HCQI, pieejamību varētu uzlabot, Latvija ziņo par diezgan plašu rādītāju klāstu (skatīt 2.2. sadaļu).

Tomēr Latvija nav izmantojusi iespējas maksimāli efektīvi izmantot informāciju par veselības aprūpi uz pierādījumiem balstītas politikas veidošanai un kvalitātes uzlabošanai. Vēl ir daudz darāmā, lai Latvijā attīstītu uz datiem balstītu veselības aprūpes plānošanu un pārvaldību. Piemēram, Latvija veic tikai dažas ar veselības aprūpi saistītas aptaujas, bet daudzas OECD valstis izmanto aptaujas kā svarīgus instrumentus, lai vāktu plašu informāciju, tostarp par pacientu pieredzi, aprūpes koordināciju un pacientu drošību. Vēl viena prioritāte ir pakalpojumu sniedzēju līmeņa dati, kas apskatīti nākamajā sadaļā.

NVD varētu veikt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības un veselības aprūpes izmantošanas sistemātiskāku uzraudzību un novērtēšanu, izmantojot informāciju, kas savākta e-veselības sistēmā. To varētu paveikt, veicinot labāku aprūpes kvalitāti un veselības aprūpes resursu adekvātu izmantošanu, kā to dara dažas OECD valstis, piemēram, Dānija un Portugāle (skatīt 2.3. sadaļu), un samazinot sistēmas zudumus (skatīt 2.5. sadaļu). Piemēram, Latvija varētu uzraudzīt un novērtēt veselības aprūpes resursu, pakalpojumu un pārbaužu rezultātu atbilstošu un neatbilstošu izmantošanu, kā arī gādāt par medikamentu drošību, uzraugot vairāku speciālistu izrakstītās receptes. Kopumā, lai gan ir svarīgi paturēt prātā privātuma un datu drošības jautājumus, ir daudz lietu, ko Latvija var mācīties no citām valstīm, lai panāktu līdzsvaru starp datu sekundāra lietojuma veicināšanu ar papildu datu sasaistes centieniem un personu privātuma aizsardzību.

Lai nodrošinātu regulāru uzraudzību un novērtēšanu, ir būtiski Latvijā izstrādāt un sistemātiski piemērot novērtēšanas sistēmu un konsekventu ziņošanas formātu. Tad šīs sistēmas jāizmanto, lai nodrošinātu informāciju lēmumu pieņemšanai. Šķiet, ka šis izaicinājums ir mazāk saistīts ar pašas datu infrastruktūras uzlabošanu un vairāk ar tādu instrumentu un struktūru ieviešanu, kas palīdz padarīt Latvijas veselības aprūpes sistēmu par datu virzītu sistēmu. OECD valstis piedāvā dažus piemērus, kam Latvija varētu sekot, piemēram, kvalitātes un darbības galveno rādītāju infopaneļus, kas pieejami valsts un/vai vietējā un/vai slimnīcu līmenī. Skotijā LDP (*Local Delivery Plan*) standartus izmanto, lai noteiktu veselības politiku, pārraudzītu sniegumu un progresu attiecībā pret noteiktiem mērķiem un novērtētu vietējo sniegumu (2.10. ielikums). Toskānā, Itālijā, ir izstrādāta mērījumu sistēma Toskānas vietējai veselības aprūpes iestādei, kas pēc tam tika ieviesta arī citos veselības aprūpes reģionos. Šī sistēma ir snieguma un kvalitātes iekšējās vērtēšanas rīks. Snieguma vērtēšanas programma (skatīt 2.11. ielikumu) ietver virkni kvalitātes rādītāju, ko atzīst starptautiskas organizācijas, tostarp OECD, PVO un Eiropas Komisija ar Eiropas Kopienas veselības rādītāju (ECHI) starpniecību.

2.10. ielikums. *Local Delivery Plan* (LPD) standarti Skotijā

Kvalitātes mērīšanas sistēmas otro līmeni veido valsts NHS darbības mērķiem, par ko NHSScotland un Skotijas valdība vienojas ik gadu. Tie ir pazīstami kā *Local Delivery Plan* (LDP) standarti un aptver tradicionālos snieguma mērķus, piemēram, neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļu apmeklējumu un smēķēšanas atmešanu, kopā vairāk inovatīvi pasākumi, piemēram, NHS darbinieku slimības atvaļinājumi (tos uzskata par svarīgiem, jo to dēļ tiek atceltas vizītes un procedūras, palielinot spiedienu uz darbiniekiem un pacientiem, palielinot izmaksas par banku un aģentūru darbinieku algošanu un samazinot efektivitāti). Šī mērķa iekļaušana palīdz uzsvērt nepieciešamību pēc sistēmas līmeņa pieejas mērķiem un sistēmas sniegumam attiecībā pret mērķiem, ņemot vērā mērķu sasniegšanas vai nesasniedzšanas iemeslus un informāciju par to.

Runājot par rādītājiem, kas saistīti ar valsts snieguma ietvaru, sniegums attiecībā pret LDP standartiem tiek ziņots tiešsaistē. Paskaidrojums, kāpēc tiek izmantots konkrēts mērķis, veicina personāla un pacientu sapratni, un šāds paskaidrojums ir sniegts kopā ar LDP standartu rezultātiem NHSScotland tīmekļa vietnē.

2.3. tabula. Standarti Skotijas veselības aprūpes sistēmas snieguma mērīšanai (atsevišķi)

Avots: Scotland Performs: NHSScotland,
 pieejams: <http://www.gov.scot/About/Performance/scotPerforms/partnerstories/NHSScotlandperformance>,

piekļūts 18.1

Vietējā īstenošanas plāna standarts	
Agri identificēt vēzi	Palielināt to cilvēku skaitu, kam krūts, taisnās zarnas vai plaušu vēzis ir diagnosticēts un tiek ārstēts vēža pirmajā stadijā, par 25 %.
Vēža pacientu gaidīšanas laiks	95 % pacientu, kam diagnosticēts vēzis, jāuzsāk ārstēšana 31 dienu laikā pēc lēmuma ārstēt, un 95 % pacientu, kas nosūtīti steidzamā kārtā ar aizdomām par vēzi, jāuzsāk ārstēšana 62 dienu laikā pēc nosūtījuma saņemšanas.
Ārstēšanas laika garantija	100 % pacientu nav jāgaida ilgāk par 12 nedēļām pēc pacienta piekrišanas ārstēties slimnīcā līdz stacionārai ārstēšanai.
18 nedēļu termiņš nosūtīšanai uz ārstēšanu	90 % plānoto pacientu jāuzsāk ārstēšana 18 nedēļu laikā pēc nosūtījuma.
Psihologisko terapiju gaidīšanas laiki	90 % pacientu jāuzsāk ārstēšana, kuras pamatā ir psiholoģiskā terapija, 18 nedēļu laikā pēc nosūtījuma.
Staph. aureus bakteriēmija (MRSA/MSSA)	Nacionālā veselības dienesta padomju SAB (staphylococcus aureus bakteriēmija (ieskaitot MRSA)) gadījumu rādītāji ir 0,24 vai mazāk no 1000 akūto pacientu gultas dienām. 0.2015.
Smēķēšanas pārtraukšana	Nacionālā veselības dienesta padomēm ir jānodrošina veiksmīga smēķēšanas pārtraukšana 12 nedēļu garumā pēc atmešanas, 40 % vismazāk nodrošināto SIMD (Skotijas nenodrošinātību indekss) reģionu (60 % Skotijas salu padomēm).
Ģimenes ārstu pieejamība	Ģimenes ārstiem jānodrošina 48 stundu piekļuve vai iepriekšēja pieraksta iespēja pie atbilstoša ģimenes ārsta vismaz 90 % pacientu.
Slimības atvaļinājumi	Nacionālā veselības dienesta padomēm ir jānodrošina, ka slimības atvaļinājumu rādītājs ir 4 % vai mazāk.
Neatliekamās medicīniskās palīdzības gaidīšanas laiki	95 % pacientu nav jāgaida ilgāk par 4 stundām no ierašanās līdz uzņemšanai, izrakstīšanai vai pārvešanai, lai sniegtu neatliekamo medicīnisko palīdzību. Padomēm jācenšas nodrošināt 98 %.
Finanšu rādītāji	Nacionālā veselības dienesta padomēm ir jādarbojas saskaņā ar to peļņas resursu limitu (RRL) un kapitāla resursu limitu (CRL) un jāievēro prasības attiecībā uz skaidrās naudas apjomu.

2.11. pielikums. Toskānas snieguma novērtēšanas programma

Toskānas snieguma novērtēšanas programma ir inovatīva mērījumu sistēma, ko izmanto kā iekšējo novērtēšanas rīku veselības aprūpes organizācijai. Tā tika izstrādāta 2005. gadā, lai novērtētu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti ar mērķi uzlabot iedzīvotāju veselību un sasniegt augstāku dzīves kvalitāti. Šobrīd sistēma ir ieviesta astoņos citos Itālijas reģionos. Tā apkopo vairāk nekā 130 rādītājus, kas klasificēti atbilstoši sešiem aspektiem: iedzīvotāju veselības stāvoklis, spējas īstenot reģionālās stratēģijas, klīniskais sniegums, pacientu apmierinātība, personāla apmierinātība un efektivitāte vai finanšu rādītāji. Darbības rezultāti tiek kontrolēti ik pēc trīs mēnešiem ar veselības aprūpes speciālistiem un vadītājiem sniegtajām atsauksmēm. Rezultāti ir arī saistīti ar iestāžu vadītāju atalgojuma sistēmu un ir publiski pieejami. Pieejamie dati liecina, ka Toskānā no 2006. līdz 2010. gadam ievērojami uzlabojās vairāk nekā 50 % rādītāju (Nutti et al., 2013), uzlabojot aprūpes kvalitāti, iedzīvotāju veselību un dzīves kvalitāti.

Lai gan Toskānas snieguma pārvaldības sistēma, iespējams, ir vislabāk pazīstamā veselības aprūpes sistēmu pētniekiem no citām valstīm, ir jāuzsver, ka Itālijā to uzskata par vienu no vairākām vienlīdz labām pieejām, ko izstrādā dažādi reģioni.

Avots: OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy – Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

Latvijas veselības aprūpes sistēma varētu vairāk balstīties uz datiem, ar bagātāku datu infrastruktūru, tostarp pakalpojumu sniedzēju līmeņa ziņošanu, kas tiek sistemātiskāk izmantota lēmumu pieņemšanā

Latvijas veselības aprūpes sistēma varētu vairāk balstīties uz datiem, un ir iespējami uzlabojumi gan pieejamo datu ziņā, gan veidā, kā dati tiek izmantoti. Pirmais solis Latvijai, pilnvērtīgāk risinot efektivitātes, zudumu un aprūpes kvalitātes jautājumus, būs izstrādāt pilnīgākas, precīzākas un labāk sasaistītas pakalpojumu sniedzēju datu sistēmas. Valstī ar ierobežotiem resursiem, kāda ir Latvija, šādi sasniegumi datu izmantošanā ne tikai var panākt lielāku izdevumu efektivitāti, bet arī, ļoti iespējams, var būt lētāks kvalitātes sekmēšanas veids nekā daži citi iespējamie kvalitātes paaugstinātāji, piemēram, resursietilpīga akreditācija vai klīniskā audita programmas.

Pakalpojumu sniedzēju līmeņa ziņošana ir palīdzējusi uzlabot aprūpes kvalitāti visās valstīs, un Latvija noteikti varētu apsvērt iespēju konsekventāk ziņot par pakalpojumu sniedzēju sniegumu. Pakalpojumu sniedzēju līmeņa dati jo īpaši varētu palīdzēt Latvijai izprast atšķirības pakalpojumu sniedzēju kvalitātē un efektivitātē. Piemēram, viena no lietām, kas varētu palīdzēt Latvijai saprast, kāpēc mirstības rādītāji ir daudz augstāki nekā citās OECD valstīs (par AMI un insultu skatīt 2.3. sadaļu), ir detalizētāki dati pakalpojumu sniedzēja līmenī. Pirmkārt, tie parādītu, vai mirstības rādītāji bija slikti visā slimnīcu sektorā, vai ir kādas slimnīcas ar labāku sniegumu; otrkārt, ļautu izplatīt no sekmīgākajām slimnīcām gūtos secinājumus, vienlaikus novirzot atbalstu pakalpojumu sniedzējiem ar sliktāku sniegumu, un treškārt, uzraudzītu to iniciatīvu ietekmi, kas ieviestas, lai uzlabotu kvalitāti un efektivitāti pakalpojumu sniedzēju līmenī.

Latvijai būs arī sistemātiskāk un plašāk jāizmanto veselības aprūpes sistēmas dati lēmumu pieņemšanai un snieguma un kvalitātes izvērtēšanai visos veselības aprūpes sistēmas līmeņos. Zviedrijā, Kanādā un Portugālē (skatīt 2.12. pielikumu) ir labi attīstītas veselības aprūpes datu infrastruktūras, kur dati tiek regulāri ziņoti un izmantoti lēmumu pieņemšanā valsts, pašvaldību, pakalpojumu sniedzēju un pacientu līmenī.

2.12. ielikums. Datu virzītas veselības aprūpes sistēmas OECD valstīs

Veselības aprūpes sistēmas snieguma uzraudzība Zviedrijā

Valsts Veselības un labklājības pārvalde un Zviedrijas pašvaldību un reģionu asociācija (SALAR) regulāri publicē apgabalu sniegumu vairāk nekā 150 veselības aprūpes rādītājos ziņojumā „Zviedrijas veselības aprūpes kvalitāte un efektivitāte”. Tie attiecas uz pieejamību (piemēram, ātrās palīdzības reaģēšanas laiks, primārās aprūpes pieejamība pa tālruni), efektivitāti (piemēram, implanta iedzīvošanās pēc gūžas locītavas operācijas vai rehabilitācija vajadzību apmierināšana pēc insulta), drošību (piemēram, polifarmācijas rādītāji veciem cilvēkiem vai slimnīcās iegūtas infekcijas) un pacientu pieredzi (piemēram, ziņojumi par izrādīto cieņu un uzmanību primārajā aprūpē vai pirmsnāves sarunas). Minētajā publikācijā ir iekļauti arī efektivitātes pasākumi, piemēram, kontaktēšanās reizes izmaksas primārās aprūpes sistēmā un katra slimnīcās izveidotā DRG (diagnozei piesaistītu grupu) punkta izmaksas. Dati tiek uzrādīti gan par vietējām veselības aprūpes iestādēm, gan atsevišķām klīnikām un slimnīcām.

Veselības aprūpes sistēmas snieguma uzraudzība Kanādā

Kanādas Veselības informācijas institūts apkopo un publicē veselības sistēmas snieguma datus yourhealthsystem.cihi.ca vietnē. Galvenie rīki, kas izmantoti, lai palīdzētu lietotājiem izmantot šo tīmekļa vietni, ir tehnisko terminu vienkāršas definīcijas (piemēram, „pieejamība — nepieciešamās aprūpes saņemšana īstajā laikā, bez finansiāliem, organizatoriskiem vai ģeogrāfiskiem šķēršļiem”) un jautājumi (piemēram, „Vai kanādieši kļūst veselīgāki?”). Tīmekļa vietnes sadaļa „Īsumā” koncentrējas uz piecām tēmām, kas saskaņā ar iepriekš veiktajiem pētījumiem visvairāk interesē kanādiešus: pieejamība, kvalitāte, izdevumi, profilakse un rezultāti. Sadaļā „Padziļināti” sniegta sīkāka informācija par 37 rādītājiem, kā arī aprakstīti veselības aizsardzības resursi un aktivitātes. Šajā sadaļā rādītāji aptver visas veselības aprūpes sistēmas snieguma dimensijas, tostarp kvalitāti (piemēram, atkārtotas uzņemšanas rādītāji vai izolēšanas izmantošana ilgtermiņa aprūpē), efektivitāti (piemēram, maksa par standarta uzturēšanos slimnīcā), pieejamību (piemēram, rindas uz ārkārtas ārsta apskati) un profilaksi (piemēram, smēķēšanas un aptaukošanās rādītāji). Rezultāti ir pieejami pa provincēm, teritorijām, reģioniem, pilsētām vai slimnīcām, un statistikas dati, tostarp to salīdzinājums pret reģionālajiem un valsts vidējiem rādītājiem, ir sniegti infografikās.

Dānijas e-veselības portāls Sundhed.dk

Dānijas e-veselības portāls Sundhed.dk ir Dānijas sabiedrisko veselības aprūpes pakalpojumu oficiālais portāls, kas ļauj pacientiem un veselības aprūpes speciālistiem atrast informāciju un sazināties. Dānija ir bijusi daudzu IT iniciatīvu galvenā virzītāja veselības aprūpes pakalpojumos. Sundhed.dk ir publisks tīmekļa portāls, kurā tiek apkopota un izplatīta veselības aprūpes informācija iedzīvotājiem un veselības aprūpes speciālistiem. Drošā portāla daļā pacienti var piekļūt:

- personas veselības aprūpes datiem par ārstēšanu un piezīmēm no pacientu medicīniskajām kartēm, informācijai par medikamentiem un ģimenes ārsta apmeklējumiem;
- dažādiem e-pakalpojumiem, tostarp pieteikties vizītei pie ģimenes ārsta, atkārtotai recepšu saņemšanai un elektroniskai saziņai ar ģimenes ārstu;
- informācijai par rindām visās publiskajās slimnīcās un slimnīcu vērtējumiem pacientu pieredzētās kvalitātes ziņā;
- pacientu tīkliem un sundhed.dk pacientu rokasgrāmatai.

Portāls ir unikāls, jo tas internetā apvieno visu Dānijas veselības aprūpes nozari un nodrošina pieejamu vidi iedzīvotājiem un veselības aprūpes speciālistiem, kur tikties un efektīvi dalīties ar informāciju. Apkalpojot gan iedzīvotājus, gan veselības aprūpes speciālistus, portāla mērķis ir ļaut abām pusēm sadarboties, pamatojoties uz vieniem un tiem pašiem datiem. Tam vajadzētu sniegt lielākas iespējas iedzīvotājiem un labākus rīkus veselības aprūpes speciālistiem, lai tie varētu uzlabot aprūpes kvalitāti (OECD, 2013c).

Integrēta politikas, praktizējošo ārstu un pacientu datu platforma Portugālē

Portugālē ir plaša informācijas infrastruktūra, kas izcili aptver gandrīz visus aprūpes līmeņus, un šie dati daudzos gadījumos tiek aktīvi izmantoti, lai uzlabotu kvalitāti. Datu avoti ietver konkrētu iestāžu informācijas struktūras un konkrētu slimību reģistrus un datu avotus. Lielā mērā Portugāles datu infrastruktūra ir tik bagātīga, pateicoties pacientu elektronisko medicīnisko karšu un pacientu unikālo identifikatoru izmantošanai. Šie dati palīdz veidot Portugāles Veselības aprūpes datu platformu (PDS), ko veido pacientu portāls (Portal Do Utente, darbību sāka 2012. gada maijā), speciālistu portāls (Portal Do Profissional, darbību sāka 2012. gada jūnijā), iestāžu portāls (Portal Institucional, tiek testēts) un starptautiskais portāls (Portal Internacional, pilotprojekts 2013. gada jūnijā). Portālos ir pieejama dažāda informācija, kas ir izmantojama dažādos veidos. Piemēram, speciālistu portāls sniedz veselības aprūpes speciālistiem pacientu klīniskos datus un ierakstus, kas glabājas dažādās iestādēs un centrālajās krātuvēs. Iestāžu portālam būs centrālajām iestādēm jānodrošina statistika no anonimizētiem klīniskajiem datiem.

Paredzēts, ka laika gaitā PDS kļūst par platformu, kas sasaistīs datus no visas veselības aprūpes sistēmas. Piemēram, PDS ir ietvertas receptes, hronisku nieru slimību reģistrs, ķirurģiskās drošības kontrolsaraksts un informācija par dzemdībām. Ilgtermiņa aprūpe, ko datu vākšanas ziņā bieži pamet novārtā, arī ir iekļauta PDS, izmantojot RNCCI datu bāzi. PDS datu bāze sastāv no vairākiem lietojuma moduļiem, kas ļauj reģistrēt šādu informāciju: medicīnas, aprūpes un sociālo dienestu novērtējumi; citu speciālistu sagatavoti novērtējumi (rehabilitācijas medicīna, fizioterapija, psiholoģija, darba terapija u.c.); IAI — biopsihosociālās novērtēšanas metode; izgulējumu riska novērtējums un reģistrēšana; kritienu riska novērtējums; ar veselības aprūpi saistītas infekcijas; sāpju novērtējums; rezumējumi par izrakstīšanu; diabēta novērtējums; zāļu blakusparādību paziņojumi; un akūtas saasināšanās.

Tomēr ne visus Portugālē pieejamos bagātīgos datus var sasaistīt kopā vai piekļūt tiem no visiem veselības aprūpes dienestiem, un praksē pacientiem nevar vienkārši izsekot visās aprūpes jomās.

Avots: OECD (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark – Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>; OECD (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013 – Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>; OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 – Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

Cilvēkresursu ilgtspējīga attīstība veselības aprūpes nozarē

Balstoties uz plašāku informāciju par veselības aprūpes speciālistiem un to paredzamo pieprasījumu, Latvijai nepieciešami dažādi pasākumi, lai attīstītu cilvēkresursus un nodrošinātu to pienācīgu sadalījumu valstī, risinātu paredzēto konkrētu veselības aprūpes speciālistu trūkumu un attīstītu cilvēkresursu prasmes. Latvijas darbaspēka pašreizējais stāvoklis, kas ir izklāstīts 1. nodaļā, rada vairākas problēmas, tostarp saistībā ar veselības aprūpes speciālistu ģeogrāfisko sadalījumu, darbaspēka novecošanu, zemajām algām un veselības aprūpes speciālistu izceļošanu, un darbaspēka vajadzību pielāgoties iedzīvotāju mainīgajām vajadzībām.

Iespējamās metodes darbaspēka problēmu risināšanai varētu apvienot visaptverošā darbaspēka plānā (skatīt 2.6. sadaļu). Šādam plānam būtu jāņem vērā apmācību vajadzības, pamatojoties uz paredzamo pensionēšanās līmeni. Būtu jāņem vērā arī veselības aprūpes speciālistu trūkuma teritoriālais sadalījums, un Latvija varētu censties apmācībām piesaistīt cilvēkus no lauku apvidiem un teritorijām, kur trūkst speciālistu, jo pastāv lielāka iespēja, ka šie cilvēki pēc apmācībām vēlēties strādāt attiecīgajā apvidū (skatīt 2.2. sadaļu). Varētu atkal apsvērt finanšu stimulus, kas mudinātu ārstus, medmāsas, farmaceitus un citus veselības aprūpes speciālistus strādāt lauku apvidos, lai gan šķiet, ka līdz šim lielākas algas lauku apvidos nav pamudinājušas speciālistus pārcelties uz turieni. Iespējams, pievilcīgāki varētu būt citi stimuli, piemēram, plašāka pakalpojumu klāsta pieejamība — izmitināšanu un bērnu aprūpe. Francijā, Austrālijā un Beļģijā ir ieviesta obligāta rotācija vai stimulu kopums darbam lauku vai attālos apvidos uzreiz pēc kvalifikācijas iegūšanas, un šādas iespējas varētu izskatīt par Latvijā.

Domājot par veidiem, kā stiprināt un palielināt Latvijas darbaspēku, būtu jāizvērtē atalgojums un darba apstākļi — īpaši medmāsu gadījumā. Latvijas medmāsām ir vienas no zemākajām algām OECD

un Eiropas Savienībā, kas būtiski ietekmē medmāsu izceļošanu un motivēšanu palikt valstī. Lai motivētu medmāsu (un ārstus) palikt Latvijā un strādāt konkrētajā profesijā, varētu būt nepieciešamas lielākas algas un vairāk iespēju uzņemties papildu uzdevumus un pienākumus. Eiropas Savienībai līdz šim ir bijusi liela loma, sniedzot finansiālu atbalstu veselības aprūpes speciālistu apmācībai un ārstu ģeogrāfiskā sadalījuma uzlabošanai, bet arī Latvijai, visticamāk, nāksies veltīt vairāk finanšu resursu medicīnas darbiniekiem, lai nodrošinātu pietiekamu darbinieku skaitu un uzlabotu darbaspēka kvalitāti.

Būtu jāapdomā arī atbilstoši veidi, kā paplašināt profesionālās lomas, lai apmierinātu mainīgās vajadzības un palielinātu darbaspēka ieguldījumu. Piemēram, farmaceiti varētu sniegt lielāku ieguldījumu hronisko slimību pacientu aprūpē, un medmāsu loma varētu tikt paplašināta uz tādām jomām kā profilakse un veselības veicināšana (3. nodaļa). Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam paredz vairākus pasākumus, lai palielinātu primārās veselības aprūpes speciālistu lomu veselības veicināšanā un profilaksē. Ir apsvērtas iniciatīvas ar mērķi palielināt medmāsu ieguldījumu, bet ziņojumi liecina, ka loģistikas problēmas — piemēram, otras telpas trūkums, kurā medmāsām strādāt — ierobežo šo pārmaiņu efektivitāti (skatīt 3. nodaļu).

Visbeidzot, jebkurā darbaspēka plānā būtu jāiekļauj veidi, kā uzlabot un saglabāt darbaspēka kvalitāti. Tas attiecināms arī uz profesionālo regulējumu, kā arī kvalitātes uzlabošanas pasākumiem, piemēram, nepārtrauktas profesionālās attīstības prasībām un/vai stimuliem. Resertifikācija Latvijā pastāv jau 20 gadus, izceļot valsti kā līderi resertifikācijas starptautiskajā tendencē. Resertifikācijas prasība ne tikai nodrošina speciālistu kvalitāti, bet arī sekmē nepārtrauktas profesionālās attīstības kvalitāti valstī; vairums veselības aprūpes darba devēju apmaksā šīs obligātās apmācības, bet dažos gadījumos darbiniekiem ir jāmaksā pašiem. Ņemot vērā, ka Latvijai jau ir iesakņojusies resertifikācijas un nepārtrauktas profesionālās attīstības vēsture, tas būtu jāietver potenciālajā darbaspēka stratēģijā, un jācenšas nodrošināt atbilstošu nepārtrauktas profesionālās attīstības un resertifikācijas segumu (proti, visās atbilstošajās veselības aprūpes profesijās, tostarp medmāsām un ārstu palīgiem).

Ilgtermiņa aprūpei jābūt pietiekami attīstītai

Sabiedrībā, kur liela daļa ir vecāka gadagājuma cilvēki, ir arī liels pieprasījums pēc ilgtermiņa aprūpes, taču šis sektors nav pietiekami attīstīts Latvijā. Latvija būs jāizpēta stratēģijas, kā ilgspējīgi tikt galā ar iedzīvotāju mainīgajām vajadzībām. Lai gan pašvaldību pienākums ir nodrošināt ilgtermiņa aprūpes pieejamību vietējiem iedzīvotājiem, nodrošinot ilgtermiņa aprūpes pakalpojumus slimnīcās, sociālos pakalpojumus iestādēs un mājas aprūpi ar veselības speciālistiem un sociālajiem darbiniekiem, ilgtermiņa aprūpes kvalitāte un pieejamība pašvaldībās atšķiras, tāpēc ir nepieciešamas nacionālās stratēģijas ilgtermiņa aprūpes organizēšanai, aprūpes koordinēšanai dažādās aprūpes iestādēs un aprūpes funkcijas sistemātiskākai darbībai konsekvētāk un ilgstošāk.

Neformālie (ģimenes) aprūpētāji ir jebkuras ilgtermiņa aprūpes sistēmas pamats. Ģimenes aprūpētāju efektīvs atbalsts ir svarīgs, jo augstas intensitātes aprūpe ir saistīta ar darbaspēka piedāvājuma samazināšanos apmaksātās darba vietās, augstāku nabadzības risku un par 20 % augstāku garīgās veselības problēmu izplatību ģimenes aprūpētāju vidū nekā citu cilvēku vidū. Ģimenes aprūpētāju atbalsts palīdz arī aprūpes saņēmējiem, jo tie parasti dod priekšroku tam, lai viņus aprūpētu ģimenes locekļi un draugi. Tas palīdz arī valsts finansēm, jo ir saistīts ar daudz mazākiem valsts izdevumiem nekā tad, ja konkrēto aprūpi nodrošinātu valsts sektorā. Valdības var atbalstīt ģimenes aprūpētājus, piešķirot naudu, veicinot plašākas izvēles iespējas un elastīgumu, piemēram, izmantojot kopšanas atvaļinājumu un ieviešot atbalsta pakalpojumus, piemēram, periodisku aprūpi, apmācības un konsultācijas. Gan aprūpētāju pabalsti, gan maksājumi aprūpes saņēmējiem Ziemeļvalstīs un visās angļiski runājošajās valstīs ir palielinājuši ģimenes aprūpes sniegšanas rādītājus. Elastīgi darba laika nosacījumi Apvienotajā Karalistē, Austrālijā un Amerikas Savienotajās Valstīs mazina risku, kas saistīts ar darba laika samazināšanu aprūpes rezultātā. Atbalsta pakalpojumi, ko var nodrošināt ar salīdzinoši zemām izmaksām, nodrošina aprūpes kvalitāti, jo tiek uzlabota aprūpētāju labklājība.

Vairums OECD valstu valdību ir izveidojušas kopīgi finansētas shēmas personīgās un medmāsu aprūpes izmaksām. Trešdaļai valstu ir universāls segums, ko nodrošina no nodokļiem finansētā sociālās aprūpes sistēmā kā Ziemeļvalstīs vai ar specializētām sociālās apdrošināšanas shēmām kā Vācijā, Japānā, Korejā, Nīderlandē un Luksemburgā, vai pārsvarā nodrošinot segumu veselības aprūpes sistēmas ietvaros kā Beļģijā. Lai gan vairākās valstīs nav īpašas ilgtermiņa aprūpes sistēmas, tajās ir personīgās kopšanas pabalsti naudā (piemēram, Austrijā, Francijā, Itālijā) vai natūrā (piemēram, Austrālijā, Jaunzēlandē). Divās valstīs ir „drošības tīkls” vai ilgtermiņa aprūpes izmaksu shēmas ar pārbaudītiem līdzekļiem, proti, Apvienotajā Karalistē (izņemot Skotiju, kurā ir universāla sistēma) un Amerikas Savienotajās Valstīs (Colombo et al., 2011).

Virzība uz universāliem ilgtermiņa aprūpes pabalstiem ir vēlama pieejamības dēļ. Nenoteiktība par to, vai, kad un uz cik ilgu laiku personai var būt nepieciešami ilgtermiņa aprūpes pakalpojumi, liecina, ka apvienot finanšu riskus, kas saistīti ar ilgtermiņa aprūpi, ir efektīvāks risinājums nekā paļaušanās uz tiešajiem maksājumiem. Pretējā gadījumā vairums cilvēku nevar atļauties nosegt ilgtermiņa pakalpojumu un atbalsta izmaksas. Tomēr, lai saglabātu kontroli pār izdevumiem, ir svarīgi īstenot kopšanas pabalstus universāliem mērķiem jomās, kur vajadzības ir vislielākās, un virzīties uz progresīvu finansēšanas politiku. Japāna, Nīderlande, Beļģija un Luksemburga papildina algu iemaksas ar alternatīviem ieņēmumu avotiem. Vācijā pensionāriem un darbspējas vecuma cilvēkiem ir jāveic iemaksas sociālajos ilgtermiņa aprūpes fondos. Singapūrā ir inovatīvas brīvprātīgā finansējuma shēmas, kas balstītas uz automātiskas dalības principu ar atteikšanās iespēju, un tās tiek ieviestas arī Amerikas Savienotajās Valstīs (Colombo et al., 2011).

Piezīmes

1. *Turcijas piezīme:* Šajā ziņojumā ietvertā informācija ar atsauci uz Kipru attiecas uz salas dienvidu daļu. Nav vienas konkrētas iestādes, kas pārstāvētu gan turku un grieķu kopienas Kipras salā. Turcija atzīst Ziemeļkipras Turku Republiku (ZKTR). Kamēr nav rasts ilgstošs un taisnīgs risinājums Apvienoto Nāciju Organizācijas ietvaros, Turcija saglabā savu nostāju attiecībā uz Kipras jautājumu.
2. *Visu ESAO ietilpstošo ES dalībvalstu un Eiropas Savienības piezīme:* Visas Apvienoto Nāciju Organizācijas dalībvalstis, izņemot Turciju, atzīst Kipras Republiku. Šajā ziņojumā ietvertā informācija attiecas uz teritoriju, ko faktiski kontrolē Kipras Republikas valdība.

Atsauces

- SPKC (2013), “Stacionāro gultu fonda izmantošanas datu bāze un Ambulatoro pakalpojumu dati”, Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga.
- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- EU-SILC (2013), [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)/fr](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)/fr).
- Eiropas Komisija (2014), *Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care*, Conducted by TNS Opinion & Social.
- „Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam”, ko Ministru kabinets 2014. gada 14. oktobrī pieņēma ar rīkojumu Nr. 589
- Mitenbergs, U. et al. (2012), “Latvia: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 14, No. 8, pp. 1-191.
- OECD (2015a), *OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233836-en>.
- OECD (2015b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OECD (2015c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.
- OECD (2015d), “Focus on Health Spending: OECD Health Statistics 2015”, OECD, Paris, pieejams: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>.
- OECD (2015e), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OECD (2015f), *OECD Health Statistics 2015*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- OECD (2014a), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.
- OECD (2014b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.
- OECD (2014c), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

- OECD (2014d), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.
- OECD (2014e), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- OECD (2013a), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- OECD (2013b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>.
- OECD (2013c), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OECD / Eiropas Komisija (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- Scotland Performs: NHSScotland (2015), <http://www.gov.scot/About/Performance/scotPerforms/partnerstories/NHSScotlandperformance>, accessed 18 October 2015.
- Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013c), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- Pasaules Banka (2012), “Implementation Completion and Results Report on a Series of Two Loans to the Republic of Latvia for a Safety Net and Social Sector Reform Program”, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/06/16518638/latvia-safety-net-social-sector-reform-program-project>.
- Pasaules Banka (2015), “The Active Aging Challenge for Longer Working Lives in Latvia”, <http://pubdocs.worldbank.org/en/205791443642635843/WB-Latvia-Active-Aging-Report.pdf>.

3. nodaļa

Primārās veselības aprūpes jomas stiprināšana Latvijā

Spēcīgs, attīstīts primārās aprūpes sektors ir viens no Latvijas veselības aprūpes sistēmas galvenajiem elementiem. Laba pieejamība, pacientu reģistrācija un pārdomāts regulējums, ņemot vērā personāla sastāvu, nozīmē, ka Latvijas ģimenes ārsti ir veiksmīgi izvietoti, lai piedāvātu proaktīvu, saskaņotu aprūpi novecojošajai sabiedrībai. Turklāt rūpīgi pārdomātā maksājumu sistēma un sākotnējā stadijā esošais kvalitātes uzraudzības ietvars iezīmē primāro aprūpi kā daudzsološu un progresīvu sektoru, kas spēj nodrošināt ievērojamu ieguldījumu efektivitāti.

Tomēr ir nepieciešama tās ciešāka integrācija ar citām veselības aprūpes sistēmas daļām. Joprojām trūkst saiknes starp primāro un sekundāro aprūpi, un ir nepieciešami mehānismi, kas ļautu ģimenes ārstiem iesaistīties visā pacientu aprūpes procesā. Primārā un sekundārā profilakse ir tālu no adekvātas, un Latvijas ģimenes ārstiem būs jānodrošina daudz labāka aprūpe šajās jomās. Kad ģimenes ārstu kvalitātes monitoringa sistēma būs stabilāka, tai būtu jākoncentrējas uz klīniskajiem rezultātiem, nevis darbībām, lai palīdzētu nodrošināt labāku aprūpi.

Statistikas datus par Izraēlu sniedza Izraēlas attiecīgās atbildīgās iestādes. Šādu datu izmantošana OECD vajadzībām neskar Golānas augstieņu, Austrumjeruzalemes un Izraēlas apmetņu Rietumkrastā statusu no starptautisko tiesību viedokļa.

Ievads

Politikas veidotāji aizvien vairāk atzīst, ka efektīva veselības aprūpes sistēma, kas spēj reaģēt uz pacientu vajadzībām, balstās uz spēcīgu primārās veselības aprūpes sistēmu. Latvija virzās šajā virzienā ar Primārās veselības aprūpes attīstības plānu, kura mērķis ir uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību, kā arī uzlabot profilakses pasākumus, lai cilvēkiem nebūtu jāizmanto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kas ir dārgāki.

Lai pilnībā izmantotu plāna potenciālu, būs nepieciešama maksājumu sistēma, kas motivē ģimenes ārstus uzlabot pacientiem sniegtās aprūpes kvalitāti un proaktīvāk piedalīties profilakses pasākumos, piemēram, vēža skrīningā. Latvija ir parādījusi, ka tā var izmantot savu darbaspēku inovatīvi, lai uzlabotu primārās aprūpes pieejamību, bet ir jāstiprina ģimenes ārstu un citu veselības aprūpes speciālistu loma veselības veicināšanā, it īpaši izglītojot pacientus par to, kā viņiem pašiem tikt galā ar hroniskām slimībām.

Šajā nodaļā ir vairākas sadaļas. 3.1. sadaļā aprakstīta Latvijas primārās veselības aprūpes sistēmas struktūra, darbaspēka problēmas un citas problēmas. 3.2. sadaļā apskatītas primārās aprūpes reformas Latvijā, ieskaitot snieguma sistēmu, kuras mērķis ir uzlabot kvalitāti. 3.3. sadaļā novērtēts primārās veselības aprūpes sistēmas sniegums un tas, kā Latvijai veicas dažādos rādītājos. 3.4. sadaļā sniegti ieteikumi Latvijas primārās veselības aprūpes stiprināšanai.

3.1. Primārās veselības aprūpes struktūra Latvijā

Ģimenes ārsti ir Latvijas primārās veselības aprūpes sistēmas raksturīga iezīme, taču problēmas, jo īpaši lauku apvidos, rada darbaspēka trūkums. Neraugoties uz to, ka reģistrēšanās pie ģimenes ārsta ir brīvprātīga, lielākā daļa Latvijas iedzīvotāju izvēlas reģistrēties vienā praksē. Ģimenes ārsti pilda veselības aprūpes sistēmas „vārtiņu” funkciju, nosūtot pacientus pie vairuma speciālistu. Lai sagatavotos iedzīvotāju novecošanās un ārstu trūkuma izaicinājumiem, Latvija ir centusies uzlabot primārās aprūpes pieejamību, pieņemot praksēs otru medmāsu un ieviešot ārsta palīga amatu.

Latvijā, it īpaši lauku apvidos, ir maz ģimenes ārstu

Lai gan ģimenes ārstu skaits Latvijā pēdējos gados ir pieaudzis, to skaits joprojām ir mazs, salīdzinot ar citām Eiropas valstīm. 2013. gadā Latvijā bija 67 ģimenes ārsti uz 100 000 iedzīvotāju, kas ir ievērojami vairāk, salīdzinot ar 45 ģimenes ārstiem uz 100 000 iedzīvotāju desmit gadus agrāk. Tomēr, salīdzinot ar kaimiņvalstīm Lietuvu (92) un Igauniju (89), Latvijas ģimenes ārstu skaits ir pieticīgs (Eurostat, 2015a). Neraugoties uz to, neatkarīgas ģimenes ārstu prakses ir Latvijas primārās veselības aprūpes sistēmas raksturīga iezīme. Pakalpojumu sniedzēji, kas slēdz līgumus ar Latvijas Nacionālo veselības dienestu (NVD), var būt publiski vai privāti, bet privātās aprūpes gadījumā tie galvenokārt ir privātie pakalpojumu sniedzēji.

NVD ir izveidojis ģimenes ārstu prakšu tīklu, slēdzot līgumus atsevišķu ģimenes ārsta praksi vai — ja ģimenes ārsti sniedz pakalpojumus, kā veselības centru vai slimnīcu ambulatoro nodaļu darbinieki — ar iestādes administrāciju. Ir noteikti mērķi attiecībā uz to ārstu skaitu, ar kuriem konkrētā reģionā tiek noslēgti līgumi, un ārsti, kas tikai nesen ieguvuši sertifikātu, tiek iekļauti gaidīšanas sarakstā līgumu slēgšanai vai var pieteikties uz ļoti ierobežotām vakancēm. Maz ir tādu ārstu, kas nav noslēguši līgumus. Pacienti, kuri izvēlas ģimenes ārstu bez līguma, ir jāsedz visas pakalpojumu izmaksas saskaņā ar ģimenes ārsta cenrādi.

Tāpat kā daudzās citās OECD valstīs, arī Latvijā ģimenes ārstu prakšu ģeogrāfiskais sadalījums ir nevienmērīgs. Galvaspilsētā Rīgā atrodas 37 % prakšu, Pierīgā atrodas 15 %, Latgalē — 14 %, un

Kurzemē — 13 %, Zemgalē — 12 % un Vidzemē — 10 %. Lai gan šis sadalījums kopumā atbilst iedzīvotāju skaitu sadalījumam, primārās aprūpes pieejamība paliek sliktāka, palielinoties attālumam no galvaspilsētas.

Jaunu prakšu atvēršanu lauku apvidos kavē zems iedzīvotāju blīvums plašās teritorijās un ģimenes ārstu nevēlēšanās pārvākties uz šīm teritorijām, daļēji profesionālās izolācijas dēļ. Situāciju vēl vairāk apgrūtina tas, ka ģimenes ārsti bieži vien pilda arī sekundārās aprūpes pakalpojumu sniedzēju funkciju speciālistu trūkuma dēļ lauku apvidos. Latvija ir mēģinājusi tikt galā ar šīm problēmām, nodrošinot finansiālus stimulus ģimenes ārstiem lauku apvidos, lai saglabātu vismaz otru praksi, uzlabojot pieejamību dažādās vietās. Lai saņemtu šos maksājumus, ģimenes ārstiem jāpieņem pacienti sekundārajā prakses vietā vismaz reizi nedēļā. Lai mudinātu jaunos ārstus darbam lauku apvidos, ārsti, kam noslēgts līgums ar NVD, saņem fiksētu piemaksu par prakses uzturēšanu un personāla nodarbināšanu lauku apvidos. Piemaksa ir balstīta uz iedzīvotāju blīvumu konkrētajā apgabalā un reģistrēto pacientu skaitu. Medicīnas rezidenti, kas strādā ārpus Rīgas, saņem par 30 % lielākas algas nekā tie, kas strādā Rīgā.

Lai praktizētu, ģimenes ārstiem piecu gadu laikā ir jāiegūst 250 kredītpunkti medicīnas tālākizglītībasursos. Lai atjaunotu sertifikāciju, tiem jānostrādā savā specialitātē vismaz trīs no pieciem iepriekšējiem gadiem. Ja atkārtota sertifikācija tiek atteikta, piemēram, nepietiekama kredītpunktu skaita dēļ, ģimenes ārstam jākārtoto resertifikācijas eksāmens.

Lielākā daļa Latvijas iedzīvotāju ir reģistrēti pie ģimenes ārsta

Gandrīz visi Latvijas iedzīvotāji ir reģistrēti pie ģimenes ārsta, neraugoties uz to, ka reģistrācija ir brīvprātīga. Ir pierādīts, ka reģistrēšanās ārsta praksē palīdz nodrošināt pacientu aprūpes nepārtrauktību, jo īpaši tad, ja ģimenes ārsts uzņemas hroniski slimu pacientu aprūpes koordinators lomu. Latvijas iedzīvotāji var brīvi izvēlēties savu ģimenes ārstu, un nav nekādu ierobežojumu attiecībā uz to, cik bieži var mainīt savu ģimenes ārstu. Tomēr ir noteiktas ārstu darba zonas, un ģimenes ārsts ir tiesīgs atteikt pacienta reģistrāciju, ja tas dzīvo ārpus ārsta darbības zonas vai pie konkrēta ģimenes ārsta jau ir reģistrēti 1800 pieaugušie pacienti vai 800 bērni, izņemot gadījumus, kad praksē jau ir reģistrēti pacienta tuvinieki.

Uz 2013. gada 31. decembri NVD bija noslēdzis līgumus ar 1365 ģimenes ārstiem, kas apkalpo vairāk nekā 2 miljonus reģistrētu pacientu. Ģimenes ārstu noslogojums būtiski atšķiras. 2013. gadā vidējais ģimenes ārsta pacientu skaits bija 1561. Aptuveni 10 % ģimenes ārstu prakšu reģistrēto pacientu skaits tiek uzskatīts par nepietiekamu. Savukārt gandrīz 15 % ģimenes ārstu reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 2000. Valstī ir prakses, kur reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 2800.

Pacienti var brīvi izvēlēties savu ārstu, un šķiet, ka Latvijas iedzīvotāji novērtē šo izvēles iespēju. Ja kāds ģimenes ārsts pārtrauc praktizēt, pacienti tiek informēti par iespēju reģistrēties pie citiem ģimenes ārstiem, tajā skaitā pie ģimenes ārsta, kurš pārņem praksi. Analizējot datus par nodotajām ārstu praksēm, var secināt, ka vidēji vairāk nekā trīs ceturtdaļas kādas konkrētas prakses pacientu izvēlas reģistrēties pie ģimenes ārsta, kas pārņem praksi, bet pārējie reģistrējas pie cita ģimenes ārsta. Dažās praksēs gandrīz puse pacientu izvēlas citu ģimenes ārstu, pierādot, ka iespēja brīvi mainīt savu ģimenes ārstu ir svarīga sabiedrībai.

Lielākā daļa Latvijas ģimenes ārstu prakšu ir tikai viens ārsts. Tā ir atšķirība no daudzām OECD valstīm, kur notikusi pāreja uz lielākām komandām, atzīstot ekonomiskās un komunālās priekšrocības, ko sniedz darbs ar citiem ārstiem. Pilsētās daudzi Latvijas ģimenes ārsti strādā kopā ar citiem ģimenes ārstiem veselības centros. Tomēr tās nav grupu prakses; ģimenes ārsti strādā individuāli un daļa veselības centra infrastruktūru. Daži ārsti izvietoti savas prakses netālu vienu no otras, lai dalītu administratīvās un citas izmaksas, piemēram, iekārtas, lai gan tā nav ierasta prakse.

Nomas maksa ir augsta, un Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas aptauja liecina, ka 40 % ģimenes ārstu prakšu atrodas telpās, kuru platība ir mazāka par 40 m². Galvaspilsētā Rīgā šis īpatsvars sasniedz 64 %. Šāds vietas trūkums ierobežo ārstu iespējas nodrošināt pilnīgu pakalpojumu klāstu. Tas ir īpaši svarīgi, ņemot vērā, ka saskaņā ar Latvijas Ikgadējo ģimenes ārstu kvalitātes novērtējumu tikai 20 % ģimenes ārstu veic vismaz 30 % procedūru atbilstoši savai profesionālajai kompetencei (3.1. tabula).

Latvijas Primārās veselības aprūpes attīstības plāns (3.3. ielikums) citē ģimenes ārstus, kas ziņo, ka finansējums neatbilst realitātē nepieciešamajām izmaksām, lai prakses varētu sniegt efektīvus pakalpojumus. Turklāt ģimenes ārsti saskaras ar lielu administratīvo slogu, kas ne tikai samazina pacientiem veltāmo laiku, bet arī rada papildu izmaksas. Ņemot vērā augsto nomas maksu un citus izdevumus, tiek ziņots, ka daži ģimenes ārsti izmanto brīvās telpas aptiekās.

Pacienti ar ģimenes ārsta nosūtījumu var izvēlēties jebkuru ambulatoro vai stacionāro pakalpojumu sniedzēju, kam ir līgums ar NVD. Veselības centri ir vissvarīgākie sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumu sniedzēji, un tie nodarbina gan speciālistus, gan ģimenes ārstus. Aptuveni 70–80 % veselības centru ir privāti, galvenokārt, Rīgā, bet pārējie pieder pašvaldībām. Vietējās pašvaldību slimnīcas nodrošina sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus (Mitenbergs et al., 2012).

Ārsti pilda veselības aprūpes sistēmas „vārtiņu” funkciju, izsniedzot nosūtījumus pie speciālistiem un stacionārajai aprūpei. Šāda sistēma var palīdzēt veicināt atgriezenisko saiti starp pakalpojumu sniedzējiem. Tomēr, kā aprakstīts 1. nodaļā, veselības aprūpes elektroniskā sistēma nav pilnībā īstenota Latvijā, un pakalpojumu sniedzēju komunikācijai vajadzētu uzlaboties, kad sistēma sāks darboties. Dažiem speciālistiem nav nepieciešams nosūtījums no ģimenes ārsta. Latvijas pacienti ar dažādām ilgstošām slimībām var doties tieši pie speciālista bez vēršanās pie sava ģimenes ārsta šādos gadījumos:

- pie psihiatra: ja pacientam ir psihiski traucējumi;
- pie endokrinologa: ja pacientam ir diabēts;
- pie dermatovenerologa: ja pacientam ir seksuāli transmisīva infekcija;
- pie narkologa: ja pacientam ir alkohola, narkotiku vai psihotropo vielu atkarība;
- pie infekcijas slimību speciālista: ja pacientam ir HIV;
- pie ginekologa;
- pie oftalmologa;
- pie bērnu ķirurga;
- pie pediatra;
- pie sporta ārsta;
- pie pulmonologa: ja pacientam ir tuberkuloze;
- pie onkologa un onkologa ķīmijterapeita: ja pacientam ir onkoloģiska slimība.

Ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju novecošanos, ir iespējams, ka lielākam iedzīvotāju skaitam būs vairākas vienlaicīgas saslimšanas. Par pacientiem ar hroniskām slimībām ideālā gadījumā būtu jārupējas daudznozaru speciālistu komandai, ģimenes ārstiem koordinējot pacientu aprūpi. Tomēr pašreizējā sistēma Latvijā, kas dod iespēju pacientiem doties pie speciālista bez nosūtījuma — pat ierobežotos apstākļos —, nemudina ģimenes ārstus uzņemties šo lomu. Turklāt ģimenes ārsti varētu nodrošināt daļu aprūpes, pēc kuras pacienti vēršas tieši pie speciālista, tādējādi radot nevajadzīgas izmaksas sistēmai. Tas īpaši attiecas uz ginekologu apmeklējumiem. Daudzās valstīs, dzemdes kakla vēža skrīnings tiek uzskatīts par parastu uzdevumu, ko veic ģimenes ārstu praksēs. Taču Latvijas ģimenes ārsti nepilda šo funkciju.

Ģimenes ārsti kā pirmā kontaktpersona, pie kā pacienti vēršas pēc nosūtījuma pie speciālistiem, rada gan efektivitātes, gan kvalitātes uzlabojumus. Daudzas valstis, piemēram, Austrālija, Apvienotā Karaliste un Nīderlande uzsver ģimenes ārsta kā veselības aprūpes sistēmas „vārtziņa” lomu. Portugālē ir spēcīga primārās veselības aprūpes sistēma, un valsts ģimenes ārsta kā „vārtziņa” un aprūpes koordinatora lomu. Portugāļu ģimenes ārsti aktīvi iesaistās veselības veicināšanas un profilakses darbā. Latvija un citas valstis varētu mācīties no Portugālē ieviestā primārās veselības aprūpes modeļa (3.1. ielikums).

3.1. ielikums. Ģimenes veselības aprūpes nodaļas Portugālē

Primārās aprūpes sistēma Portugālē ir pirmā pieturvieta pacientiem, kuru problēmas nav ārkārtas. Lielāko daļu pakalpojumu nodrošina ģimenes ārsti, kam palīdz medmāsu un citi veselības aprūpes speciālisti. Piekļuve slimnīcām un publiskā seguma speciālistu pakalpojumiem tiek kontrolēta primārās aprūpes līmenī. Portugāles primārās aprūpes sistēmā ir divi modeļi.

Primārās veselības aprūpes vienības (PHCU) būtībā ir klīniskas iestādes, kurā apvienoti vairāki ģimenes ārsti (skaits mēdz būt dažāds), kas aprūpē savā pacientu sarakstā esošos cilvēkus. Šīs vienības atšķiras pēc struktūras un izmēra. To darbinieki saņem fiksētu algu.

Ģimenes veselības aprūpes nodaļas (FHU) ir primārās veselības aprūpes nodaļas, kurās strādā 3–8 ģimenes ārsti, tikpat daudz ģimenes medmāsu un administratīvais personāls (skaits mēdz būt dažāds), kas ir aicināti brīvprātīgi veidot grupas primārās aprūpes nodrošināšanai.

Lai gan tradicionālais darba stils primārajā aprūpē ir ģimenes ārstu samērā patstāvīgs darbs, ģimenes veselības aprūpes nodaļu mērķis bija iedrošināt daudznozaru speciālistu komandu darbu. Caurmērā ģimenes veselības aprūpes nodaļām ir aptuveni 12 000 pacientu, septiņi ārsti un 20 speciālisti. Šīm komandām ir funkcionāla un tehniska autonomija un maksājumu sistēma, kas reaģē uz sniegumu un veidota ar mērķi atalgot produktivitāti, pieejamību un kvalitāti, izmantojot pamatrādītājus snieguma izvērtēšanai. Darbinieku algu daļēji veido elements, kura apjoms balstās uz sniegumu.

Avots: OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

Ģimenes ārstu atalgojumu daļēji veido maksājums par sniegumu, kura mērķis ir uzlabot kvalitāti

Maksājumus ģimenes ārstiem Latvijā veido vairāki elementi. Maksājums tiek aprēķināts, pamatojoties uz reģistrēto pacientu skaitu, kur kapitācijas summa tiek koriģēta atbilstoši vecumam un ģimenes ārstu pakalpojumu patēriņa koeficientam. Tomēr nav skaidrs, kuri primārās aprūpes pakalpojumi ir ietverti kapitācijas maksājumā. Ārsti arī saņem maksājumus par veiktajām medicīnas procedūrām, piemēram, tām, kas saistītas ar vakcināciju un profilaktiskajām apskatēm.

Ir arī ikmēneša fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēm. Turklāt pastāv vairākas ikmēneša fiksētās piemaksas par darbaspēka uzturēšanu un nodarbināšanu lauku apvidos, reģistrēto pacientu vecuma struktūras atbilstību ģimenes ārsta prakses veidam un hronisku pacientu ārstēšanu. 2013. gadā ieviestās obligātās shēmas „samaksa par padarīto” mērķis ir uzlabot kvalitāti. Ģimenes ārsti, kuri atbilst kvalitātes kritērijiem, var saņemt prēmijas, ko izmaksā reizi gadā. Šis jautājums ir sīkāk apskatīts 3.2. sadaļā.

Citi veidi, kā ģimenes ārsti var gūt papildus ienākumus, mudina viņus rīkoties saskaņā ar labu klīnisko praksi. Lai novērstu nevajadzīgus nosūtījumus uz laboratorijas testiem, ģimenes ārsti saņem maksājumu, ja laboratorijas nosūtījumu skaits ir ne mazāk par 80 % un ne vairāk par 100 % no skaita, kas konkrētajam ģimenes ārstam noteikts iepriekšējā gadā. Turklāt, lai sekmētu vēža agrīno

diagnostiku, ģimenes ārsti var saņemt maksājumus (71,14 eiro par pacientu), lai saviem reģistrētajiem pacientiem konstatētu pirmās un otrās stadijas vēzi. Tas ir svarīgs stimuls, bet, kā aprakstīts 3.3. sadaļā, nav skaidrs, cik tas ir efektīvs, ņemot vērā, ka vēža skrīninga rādītāji Latvijā ir ļoti zemi.

Ģimenes ārsti arī var gūt papildu ienākumus, sniedzot maksas pakalpojumus, piemēram, mājas vizītes pacientu grupām, kurām valsts neapmaksā šādas vizītes. Ārsti var saņemt papildu maksājumus no NVD tādu pacientu ārstēšanai, kas nav reģistrēti konkrētā ārsta praksē, maksājumus par medmāsām un ārsta palīgiem (3.2. ielikums), kā arī atlīdzību par cita ģimenes ārsta aizstāšanu ilgāk par diviem mēnešiem. Pacientiem, kas dodas pie ģimenes ārsta, ir jāveic līdzmaksājums 1,42 eiro apmērā, taču pastāv atbrīvojumi bērniem, grūtniecēm un nabadzīgajiem. Minētajos gadījumos iemaksas sedz valsts.

Veselības inspekcija uzrauga primārās veselības aprūpes kvalitāti un drošību

Veselības inspekcija nodrošina, ka ģimenes ārsti sniedz drošu un kvalitatīvu aprūpi atbilstoši noteikumiem un var uzlikt sodu, ja tiek konstatēti pārkāpumi. Veselības inspekcijas dati liecina, ka ne visas ģimenes ārstu prakses un zobārstniecības pakalpojumi sniedzēji atbilst šīm prasībām. 2012. gadā notika 263 plānotas un neplānotas pārbaudes, kurās tika pārbaudīta atbilstība prasībām, ko piemēro ģimenes ārstiem; 205 pārbaudēs (78 %) tika konstatēti dažādi pārkāpumi. Sankcijas tika piemērotas piecos gadījumos.

Visbiežāk konstatēti pārkāpumi ģimenes ārstu praksēs ir, sākot no tā, ka medicīnas dokumentos nav norādīta nepieciešamā informācija, līdz tam, ka nav nodrošināta ērta piekļuve cilvēkiem ar īpašām vajadzībām. Citas konstatētās problēmas ir ilgstoši gaidīšanas laiki pacientiem ar steidzamām problēmām, neatbilstošas izrakstītās zāles, „nepamatoti” atteikumi doties valsts apmaksātās mājas vizītēs un darbavietas nenodrošināšana otrai prakses medmāsai.

2012. gadā tika veiktas arī 123 ģimenes ārstu pārbaudes saistībā ar valsts finansētā budžeta izmantošanu un prakses darba organizāciju. Pārkāpumi tika konstatēti 109 gadījumos (87 %). Tika veikta arī 121 pārbaude par praksi atbilstību tiesību aktu prasībām. Šajās pārbaudēs tika konstatēti 98 pārkāpumi (81 %), un sodi tika noteikti septiņos gadījumos (6 %). Sankcijas ietver rakstveida brīdinājumus un soda naudas.

Latvijas ģimenes ārstu darbaspēks noveco, un praksēs strādājošās medmāsas un ārstu palīgi ir daļa no plāna pieejamības uzlabošanai

Papildus ģimenes ārstu ģeogrāfiskajam sadalījumam, kas Latvijai rada problēmas, arī valsts darbaspēka novecošanās apgrūtinās primārās aprūpes pieejamību. Ģimenes ārstu vidējais vecums Latvijā ir 54 gadi, padarot darbaspēka pēctecības plānošanu par prioritāti. Vairāk nekā divas trešdaļas praktizējošo ģimenes ārstu ir vismaz 50 gadus veci, un vairāk nekā ceturtdaļa ir vismaz 60 gadus veci (SPKC, 2014). Latvija jau sāk pievērst uzmanību šiem jautājumiem rezidentūru prakses plānošanā. 2012. gadā bija 22 rezidentūras vietas ģimenes medicīnā, un 2014. gadā to skaits pieauga līdz 28. Tomēr pastāv iespēja ievērojami palielināt šos skaitļus.

Cenšoties stiprināt primāro veselības aprūpi un risināt minētās pieejamības problēmas, Latvija 2010. gadā sāka finansēt otras medmāsas pozīciju ģimenes ārstu praksēs. Par obligātu prasību 2014. gadā kļuva pieņemt darbā otru medmāsu vai ārsta palīgu (3.2. ielikums) praksēs ar vairāk nekā 1800 reģistrētiem pacientiem vai 800 pacientiem līdz 18 gadu vecumam. Lai gan lielajās pilsētās medmāsu skaits ir pietiekams, nodarbināt medmāsas lauku apvidos ir izrādījies daudz grūtāk. Otrās medmāsas nodarbināšana ģimenes ārsta praksē ir vērsta uz profilaksi, un šo pozīciju apmaksā valsts, ja konkrētajai praksei ir vismaz 1200 pacientu. Medmāsu uzdevums ir pārrunāt ar pacientiem dzīvesveida riska faktorus, piemēram, smēķēšanu un kaitīgu alkohola patēriņu. Tomēr tas, cik lielā mērā viņas pilda šo uzdevumu, dažādās praksēs atšķiras. Lai gan šo medmāsu pozīcija ir ideāli piemērota, lai viņas palīdzētu koordinēt hroniski slimu pacientu aprūpi, patiesībā viņas reti pilda šo uzdevumu. Ņemot vērā,

ka ģimenes ārsti samērā maz iesaistās veselības veicināšanas darbā ar pacientiem, papildu medmāsu varētu apmācīt tieši šim uzdevumam.

Lai gan papildu medmāsu praksēs vēl nav pilnībā realizējušas savu potenciālu, tās vismaz ir palīdzējušas uzlabot primārās veselības aprūpes pieejamību. OECD valstis varētu interesēt šo papildu medmāsu loma un tās iespējamā palielināšana. To ģimenes ārsta prakšu skaits, kurās tiek finansēta papildu medmāsu pozīcija, pieauga no 59 2010. gada sākumā (pirmajā gadā) līdz 288 gada beigās. Ņemot vērā, ka šīs medmāsu vismaz desmit stundas nedēļā strādā ar pacientiem, var uzskatīt, ka viņas ir palīdzējušas uzlabot pieejamību. Tomēr, lai pilnībā izmantotu papildu medmāsu potenciālu, viņām būtu jāpiešķir lielāka loma hronisko slimību ārstēšanā un profilaktiskajā aprūpē.

Vēl viens svarīgs veids, kā Latvija cenšas uzlabot primārās veselības aprūpes pieejamību, ir ārsta palīga pozīcijas izveide (3.2. ielikums).

3.2. ielikums. Ārstu palīgi Latvijā

Latvijas ārsts palīgam (feldšerim) ir būtiska loma vispārējā aprūpē, jo īpaši apvidos, kur ir maz ģimenes ārstu palīgi ir ārstniecības personas ar vidējo profesionālo izglītību vai pirmā līmeņa augstāko profesionālo izglītību. Viņiem ir divas atšķirīgas lomas — viņi strādā ambulatorās aprūpes vai neatliekamās medicīniskās palīdzības jomā.

Primārajā aprūpē tie nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus cilvēkiem ar kritiskām un dzīvību apdraudošām veselības problēmām. Viņu uzdevumi var ietvert pirmās palīdzības sniegšanu, vakcinācijas administrēšanu, mājas vizītes un darbnespējas lapu izsniegšanu. Viņu darbs ir saistīts ar veselības veicināšanu, rehabilitāciju, slimības diagnozes noteikšanu, ārstēšanas gaitu un pacientu izglītošanu. Viņi arī īsteno ārstu un speciālistu norādījumus. Valstī 2013. gada beigās bija 96 ārstu palīgu prakses, ko vidēji dienā apmeklēja 4,4 pacienti.

Valsts daļās, kur veselības aprūpes pieejamība ir lielāka problēma, vietējās pašvaldības ir izveidojušas ārstu palīgu vienības. Lai izveidotu šādu vienību, jābūt izpildītam vismaz vienam no šiem kritērijiem: reģionā nedrīkst būt reģistrēta ģimenes ārsta prakse; vai attālums no vienības līdz tuvākajai ģimenes ārsta praksei ir vairāk nekā desmit kilometri; vai vienības apkalpotajā teritorijā ir ne mazāk kā 500 iedzīvotāji.

Ārstu palīgi arī sniedz medicīnisko palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās, darbojoties komandās un arī neatliekamās palīdzības zvanu centros. To uzdevumi ietver slimības diagnozes noteikšanu, stāvokļa nopietnības novērtēšanu, ārstēšanu un nāves konstatēšanu. Ārstu palīgiem ir potenciāls uzņemties nozīmīgāku lomu veselības aprūpes sniegšanā, un Latvijai vajadzētu izpētīt inovatīvākus veidus, kā šo potenciālu izmantot.

Tāpat pastāv arī potenciāls palielināt vairāk nekā 1600 Latvijas farmaceitu un vairāk nekā 1400 farmaceitu asistentu lomu, kas ir nepietiekami izmantots primārās veselības aprūpes resurss. Latvijas farmaceiti var nodrošināt farmakoterapeitiskās konsultācijas un informāciju par zālēm un to lietošanu. Viņi arī var uzraudzīt pastāvīgo klientu medikamentu lietošanu un zināmā mērā iesaistīties veselības veicināšanā un slimību profilaksē.

Iespējams, pastāv veidi, kā varētu palielināt Latvijas farmaceitu lomu. Piemēram, dažviet Austrālijā farmaceitiem ir atļauts vakcinēt pret gripu un nodrošināt cita veida vakcināciju. Anglijā farmaceiti var piedalīties „vieglu slimību shēmās”, kas ļauj pacientiem ar konkrētām slimībām vērsties aptiekās pēc zālēm bez ģimenes ārsta izrakstītas receptes. Šādu shēmu mērķis ir nodrošināt pacientiem veselības aprūpi un novērst nevajadzīgus ģimenes ārsta vai neatliekamās palīdzības nodaļu apmeklējumus. Ņemot vērā, ka farmaceiti Latvijā ir pieejamāki, to efektīvāka izmantošana varētu palīdzēt uzlabot veselības aprūpes pieejamību, jo īpaši apvidos, kur ģimenes ārstu ir mazāk, un arī veselības sistēmas ietaupījumus.

Latvijā primārā aprūpe ir joma, ko iedzīvotāju novecošanas radītās problēmas apdraud visvairāk

Latvijas iedzīvotāji noveco, tāpēc stiprināt valsts primārās veselības aprūpes sistēmu ir vēl svarīgāk. Šī tendence ir daļēji skaidrojama ar to, ka Latvijas iedzīvotāju kļūst aizvien mazāk, ko izraisa zemā dzimstība un jauno iedzīvotāju aktīvā emigrācija kopš valsts iestāšanās Eiropas Savienībā.

Iedzīvotāju skaits samazinās ne tikai Latvijā — tas notiek arī Lietuvā, Bulgārijā, Rumānijā, Igaunijā un Horvātijā. 2012. gadā 38,6 % Latvijas iedzīvotāju bija vismaz 50 gadus veci. Prognozēts, ka šī iedzīvotāju daļa līdz 2030. gadam palielināsies līdz 45,6 %. Tāpat tiek paredzēts, ka vismaz 65 gadus veco iedzīvotāju daļa tajā pašā laikā posmā palielināsies no 18,6 % līdz 25,3 % (Pasaules Banka, 2015).

Iedzīvotāju novecošanos neizbēgami pavada lielāka hronisko slimību izplatība, un Latvija jau virzās primārās veselības aprūpes stiprināšanas virzienā, lai tiktu galā ar šiem izaicinājumiem. Tomēr, lai Latvija tiktu ar to galā, lielāks uzsvars būs jāliek uz to, ka pacientiem pašiem jāparūpējas par savu veselības aprūpi, un uz pacientu izglītošanu par to, kā rīkoties konkrētu slimību gadījumā.

Valsts identificēja šo problēmu savā Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.–2016. gadam (3.3. ielikums). Mērķis ir izmantot informācijas kampaņas, lai izglītotu cilvēkus un iedrošinātu cilvēkus uzņemties atbildību par savu veselību. Šajā sakarā Latvijai ir iespēja uzlabot papildu medmāsu lomu ģimenes ārstu praksēs, kuras uzdevums parasti ir informēt pacientus par viņu veselības stāvokli. Medmāsu uzdevums ir arī aicināt pacientus uz konsultācijām. Tieši šajā jautājumā medmāsām varētu būt nozīmīgāka loma pacientu izglītošanā par viņu veselības stāvokli, un tas būtu īpaši noderīgi hronisku slimību gadījumā.

Plāns arī paredz ieviest grupu izglītošanu, ko organizē medmāsu un ārstu palīgi ģimenes ārstu praksēs. Medmāsu ģimenes ārstu praksēs veic veselības veicināšanas un slimību profilakse aktivitātes tādās jomās kā sirds un asinsvadu slimības, perinatālā un jaundzimušo aprūpe un garīgās veselības aprūpe. Minētajā plānā iekļauts arī kurss, kura mērķis ir uzlabotu komandas darbu ģimenes ārstu praksēs, tādējādi atzīstot, ka dažkārt ārsti nesadala pienākumus savā, medmāsu un ārstu palīgu starpā un galu galā uzņemas pienākumus, ko varētu deleģēt.

Latvija ir atzinusi nepieciešamību mazāk paļauties uz stacionāro aprūpi, kas ir dārgāka. Tas aizsākās ar Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu 2004. gadā. Programmas mērķis bija izveidot integrētu veselības aprūpes sistēmu un paaugstināt kvalitāti, pieejamību un sistēmas efektivitāti. Plānā arī paredzēts samazināt slimnīcu gultasvietu skaitu, lai veicinātu ambulatorās aprūpes attīstību. Akūtas aprūpes gultasvietu skaits samazinājies no 7433 (2010. gadā) līdz 6748 (2014. gadā) jeb no 35,4 līdz 33,8 uz 10 000 iedzīvotājiem.

Tāpat kā daudzas citas valstis, arī Latvija ekonomiskās krīzes laikā ieviesa taupības pasākumus, tostarp samazinot veselības aprūpes budžetu. Lai izvairītos no kaitējuma visneaizsargātākajām iedzīvotāju grupām, Latvija ieviesa Sociālās drošības tīkla stratēģiju. Tās svarīgākais pasākums attiecībā uz veselību bija trūcīgo un maznodrošināto personu atbrīvojums no lietotāju maksas. Šie atbrīvojumi ļāva sociāli mazaizsargātiem cilvēkiem saņemt bezmaksas veselības aprūpi, ja vien viņi gāja parasto pacienta ceļu un saņēma nosūtījumu no sava ģimenes ārsta. Tomēr 2012. gadā atbrīvojumi cilvēkiem ar zemiem ienākumiem tika atcelti, un turpmāk tie attiecās tikai uz trūcīgajām personām (Mitenbergs et al., 2012).

Citi svarīgi pasākumi Sociālās drošības tīkla stratēģijā atbalstīja pāreju no stacionārās aprūpes uz ambulatoro aprūpi, ar mērķi atbalstīt hroniski slimu pacientu kopšanu mājās. Tas ietvēra bezmaksas viesnīca tipa izmitināšanu trūcīgajiem, lai mazinātu pacientu vajadzību mērot lielus attālumus, lai ārstētos. Tika ieviests mājas aprūpes pakalpojums hronisko slimību pacientiem, kas balstīts uz sadarbību starp ārstiem un mājas aprūpes pakalpojumu sniedzējiem — galvenokārt tas ir ģimenes ārsts

ar medmāsu vai īpaša mājas aprūpes komanda. Tāpat tika izveidots konsultatīvā tālruņa pakalpojums, lai ļautu pacientiem sazināties ar ārstu arī ārpus pieņemšanas laika (Mitenbergs et al., 2012).

Neraugoties uz šiem pasākumiem, integrēta aprūpe visā pacientu apkalpošanas sistēmā Latvijā joprojām ir sākuma stadijā. Nepieciešamība uzlabot aprūpes koordinēšanu, jo īpaši mazāk aizsargātajiem vecāka gadagājuma cilvēkiem ar vairākām vienlaicīgām saslimšanām, joprojām ir prioritāte, kurai jāpievērš uzmanība.

3.2. Nesenās reformas

Latvija cenšas uzlabot primārās aprūpes kvalitāti, izmantojot dažādus kvalitatīvus rādītājus, kas saistīti ar „samaksa par padarīto” shēmu. Ir radušies jautājumi par konkrētās shēmas efektivitāti, jo īpaši par to, vai par kvalitāti piešķirtās piemaksas ir pietiekamas, lai stimulētu ārstus uzlabot kvalitāti. Centieni uzlabot aprūpes koordināciju visā pacientu apkalpošanas sistēmā joprojām ir nepietiekami. Elektroniskās veselības aprūpes sistēmas plānotā ieviešana varētu uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju savstarpējo komunikāciju.

Latvijas Primārās veselības aprūpes attīstības plāna mērķis ir uzlabo pieejamību un kvalitāti, kā arī palielināt profilaksei veltīto uzmanību

Kā norādīts 1. nodaļā, riska faktoru, piemēram, smēķēšanas un alkohola patēriņa, izplatība Latvijā ir augsta, un lielāka uzmanība jāpievērš tam, lai samazinātu riska faktorus, kas ir saistīti ar hroniskām slimībām. Latvijas Primārās veselības aprūpes attīstības plāns ietver pastiprinātu koncentrēšanos uz veselības veicināšanu un profilaksi, kā arī ārstēšanu un rehabilitāciju (3.3. ielikums).

3.3. ielikums. Latvijas Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.–2016. gadam

Primārās veselības aprūpes attīstības plāns uzsver, ka primārajai veselības aprūpei jābūt pirmajam kontaktpunktam starp indivīdu un veselības aprūpes sistēmu, efektīvas veselības aprūpes sistēmas pamatam. Plāna mērķis ir stiprināt primāro veselības aprūpi kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko aprūpes līmeni, palielinot primārās veselības aprūpes lomu profilaktiskajā diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabojot veselības aprūpes kvalitāti. Plāna mērķis tiks sasniegts, ja tiks īstenoti trīs darbības virzieni: uzlabota pieejamība; uzlabota kvalitāte un drošība; un uzlabota informācijas nodrošināšana un atbilstība pacientiem. Mērķu sasniegšanai noteikti 12 „uzdevumi” un saistītās darbības:

1. Uzlabot primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju teritoriālo pieejamību — izskatīt ģimenes ārstu atbalsta mehānismus teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu; uzlabot medicīnas centru izvietojumu; palielināt zobārstniecības pieejamību.
2. Uzlabot primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju organizatorisko pieejamību — nodrošināt pakalpojumu atbalsta nepārtrauktību ģimenes ārstiem, kas strādā vienatnē; veicināt optimālu praksi reģistrēto pacientu skaitu; pārskatīt ārstu izvietojumu un darba laiku; uzlabot medicīnisko dokumentāciju un citus dokumentus; un aktualizēt ģimenes ārstu un zobārstu apmaksājamo darbību sarakstu.
3. Uzlabot prasības, kas piemērojamas primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem — izstrādāt kritērijus kandidātu atlasei uz ģimenes ārstu vakancēm un valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu izvēlei; izvērtēt iespējas nodrošināt medmāsu un ārstu palīgu izglītību.
4. Uzlabot prasības, kas piemērojamas sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem — pārskatīt un pilnveidot ģimenes ārstu metodoloģiju to ikgadējo darbības, maksājumu sadales un grāmatvedības sistēmas izvērtēšanai; uzlabot konsultatīvo tālruņa līniju kvalitāti.
5. Uzlabot primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba organizāciju — palielināt e-veselības resursu efektivitāti; stiprināt ģimenes ārstu komandas darbu nepārtrauktai profesionālajai attīstībai;

pārskatīt prasības attiecībā uz gadījumiem, kad pacients var doties pie speciālista bez ģimenes ārsta nosūtījuma.

6. Uzlabot sniegto primārās veselības aprūpes pakalpojumu organizāciju un kvalitātes kontroli — uzlabot pārbaužu efektivitāti un kvalitāti.
7. Palielināt veselības veicināšanas un slimību profilakses lomu primārās veselības aprūpes līmenī — sekmēt ģimenes ārsta komandas darbu, lai veiktu papildu darbības pēc profilaktiskām pārbaudēm; palielināt zarnu vēža skrīningu; uzlabot ģimenes ārsta veikto infekcijas slimību epidemioloģisko uzraudzību un imunizācijas darbu; veicināt ģimenes ārsta, medmāsu un ārstu palīgu iesaistīšanos fizisko aktivitāšu popularizēšanā bērnu vidū.
8. Uzlabot sadarbību starp primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un citiem speciālistiem — uzlabot atgriezenisko saiti un sadarbību starp speciālistiem, pacientu organizācijām, ģimenes ārstiem un zobārstiem; uzlabot sadarbību starp ģimenes ārstiem un zobārstiem saistībā ar mutes veselības veicināšanu.
9. Uzlabot primārās veselības aprūpes finansēšanas mehānismu.
10. Uzlabot un saglabāt informāciju, kas iegūta par primāro veselības aprūpi — pētīt iedzīvotāju apmierinātību ar primāro veselības aprūpi Latvijā; apkopot informāciju par zobārstniecību.
11. Stiprināt farmaceitiskās aprūpes sadarbību ar primāro veselības aprūpi — nostiprināt farmaceitiskās aprūpes funkciju sniegt atbalstu pašaprūpes pacientiem; uzlabot pacientu veselības kvalitāti, sniedzot konsultācijas ar klīniskajiem farmaceitiem par farmakoterapiju.
12. Informēt iedzīvotājus par primārās veselības aprūpes jautājumiem — uzlabot pacientiem sniegto informāciju par tuvākajiem pakalpojumu sniedzējiem; organizēt sabiedrības informēšanas pasākumus par veselības veicināšanu un slimību profilaksi; uzsākt ārsta palīgu programmu, nodrošinot pacientu izglītošanu grupās.

Lai popularizētu veselīgu dzīvesveidu, ir nepieciešamas visaptverošas pieejas, iesaistot dažādas ieinteresētās personas, tostarp ģimenes ārstus

Ņemot vērā riska faktoru, piemēram, smēķēšanas un alkohola patēriņa, lielo izplatību un augošos rādītājus, Latvija ir īstenojusi pasākumus veselīga dzīvesveida popularizēšanai. Tiem ir bijusi zināma ietekme, taču tā nav bijusi pietiekami spēcīga, lai mainītu minēto riska faktoru pieaugošo izplatību. Latvijas veselības veicināšanas pasākumi ietver veselīga uztura popularizēšanu, jo īpaši skolnieku vidū, un aktīva dzīvesveida popularizēšanu. Tāpat ir īstenotas programmas attiecībā uz konkrētām slimībām, piemēram, sirds slimībām, vēzi un HIV/AIDS.

Veselības veicināšanas stratēģijas paredz dažādu ieinteresēto pušu iesaistīšanos, un valsts līmeņa vadība ir galvenais faktors, izstrādājot visaptverošas metodes neveselīga dzīvesveida problēmu risināšanai. Pateicoties uzmanībai, kas pašreizējās valsts veselības aprūpes prioritātēs pievērsta profilaksei un veselīga dzīvesveida veicināšanai, ļoti iespējams, vairāk līdzekļu nonāks šajā veselības aprūpes politikas izmaksu samazināšanas jomā, kam gadiem netika pievērsta pietiekama uzmanība, jo lielāks uzsvars tika likts uz slimību ārstēšanu. Šis politikas virziens arī palielinās profilakses un veselības veicināšanas lomu Veselības ministrijā un Slimību profilakses un kontroles centrā, kam jāvada visaptverošu stratēģiju izstrāde kopā ar dažādām ieinteresētajām personām ar atšķirīgām interesēm. Dažas OECD valstis ir pieņēmušas striktas pieejas slimību profilaksi (3.4. ielikums).

3.4. ielikums. Efektīvi ar veselības aizsardzību saistīti intervences pasākumi OECD valstīs

OECD valstis ir centušās popularizēt veselīgu dzīvesveidu, un dažās jomās ir panākts pozitīvs progress. Piemēram, efektīva ir izrādījusies tabakas kontroles politika, kam ir bijusi reāla ietekme uz veselības rādītājiem

daudzās OECD valstīs. Austrālijā, Īrijā, Jaunzēlandē, Turcijā un Lielbritānijā ir visstingrākās un plašākās politikas pret tabakas izstrādājumu lietošanu, kas ietver gan sabiedrības mēroga pasākumus, gan pasākumus, kuru mērķauditorija ir augsta riska indivīdi; šīs politikas ietver gan tiesību aktus, gan izglītošanu, stimulus un veselības aprūpes programmas. Smēķēšanas līmenis šajās valstīs ir samazinājies vairāk nekā valstīs, kur ir maigāka politika.

Alkohola politikai galvenokārt būtu jākoncentrējas uz cilvēkiem, kas patērē lielu alkohola daudzumu. OECD ekonomiskā analīze, kas koncentrējas uz Kanādu, Čehiju un Vāciju, liecina, ka būtiska loma alkoholisma problēmu risināšanā var būt ģimenes ārstiem. Galvenais elements, kas var samazināt satiksmes negadījumu upuru skaitu, ir esošo noteikumu piemērošana ar policijas palīdzību attiecībā uz transportlīdzekļa vadīšanu reibumā; tas attiecas uz noteikumiem par alkohola tirdzniecību ar minimālā vecuma ierobežojumiem un noteikumiem par maksimālo pieļaujamo alkohola koncentrāciju asinīs (AKA). Piemēram, Amerikas Savienotajās Valstīs, Japānā un Korejā, kā arī dažās Ziemeļeiropas valstīs (attiecībā uz atsevišķiem dzērieniem) tiek piemērots augstāks minimālā vecuma ierobežojums alkohola iegādei (līdz 21 gadam). Lai gan vairumā valstu pieļaujamā AKA ir 0,05 vai mazāka, daudzos gadījumos valstis nosaka zemākus ierobežojumus jauniem transportlīdzekļu vadītājiem vai transportlīdzekļu vadītājiem, kas veic komerciālus pārvadājumus. Tomēr var būt nepieciešamas plašākas politikas pieejas, lai papildinātu tās, kas koncentrējas tikai uz cilvēkiem, kas patērē lielu alkohola daudzumu. Alkohola cenu paaugstināšana var uzlabot iedzīvotāju veselību ar nodokļu palīdzību, un lētākajā tirgus segmentā šāda rīcība varētu būt efektīvāka, risinot kaitīgas alkohola lietošanas problēmu. Alkohola akcīzes nodokļi ir augsti Ziemeļeiropas valstīs, Austrālijā un Apvienotajā Karalistē. Papildu labumu var sniegt alkoholisko dzērienu reklāmas, alkohola ražotāju veiktās sponsorēšanas un produktu izvietojuma regulējums (Sassi, 2015.).

OECD analīzes liecina, ka efektīvas profilakses stratēģijas ir daudzšķautņainas un visaptverošas, ietverot gan sabiedrības mēroga pasākumus, gan pasākumus augsta riska indivīdiem. To efektivitāti var palielināt, saskaņoti izmantojot visus pieejamos instrumentus. Šādi instrumenti ietver noteikumus par reklāmas ierobežojumiem un pārtikas marķēšanu; izglītību; stimulus, piemēram, finansiālus pasākumus; veselības aprūpes programmas un pakalpojumus, tostarp intervences pasākumus darbavietās un skolās; un konsultēšanu primārās aprūpes ietvaros. Ir nepieciešama arī spēcīga aizstāvība un ieinteresēto personu iesaistīšanās, lai nodrošinātu atbalstu, kas padarītu veselīga dzīvesveida izvēli vieglāku un lētāku. Apvienojot šos atsevišķos intervences pasākumus visaptverošā stratēģijā, tiek iegūta efektīvāka pieeja, jo tā palielina riskam pakļauto grupu segumu un izmanto potenciālo sinerģiju starp dažādiem intervences pasākumiem (OECD, 2010; Sassi, 2015).

OECD valstis ir ieviesušas politikas pasākumus, lai popularizētu veselīgu dzīvesveidu. Piemēram, Dānija, Somija, Francija, Ungārija un Latvija ir veikušas papildu pasākumus cīņā pret aptaukošanos, ieviešot nodokļus neveselīgai pārtikai un/vai saldinātiem bezalkoholiskiem dzērieniem. Šveice, Apvienotā Karaliste un ASV ieviesa valsts mērogā koordinētas veselības veicināšanas programmas, lai popularizētu fiziskās aktivitātes (OECD, 2015a).

Ar finanšu stimuliem saistīto kvalitātes rādītāju mērķis ir uzlabot primārās aprūpes kvalitāti

Tāpat kā daudzas citas OECD valstis, Latvija ir eksperimentējusi ar veidiem, kā nodrošināt stimulus ģimenes ārstiem, lai tie uzlabotu pacientiem nodrošināto aprūpes kvalitāti. 2010. gadā ģimenes ārstiem tika ieviesta brīvprātīgu un obligātu kvalitātes stimulu sistēmu kombinācija. Tā ietvēra obligātu sistēmu ar kritērijiem, kas ģimenes ārstiem jāizpilda, lai saņemtu pilnu atalgojumu, un brīvprātīga sistēma „samaksa par padarīto”, kas mudina ģimenes ārstus uzlabot kvalitāti, jo īpaši slimību profilakses un veselības veicināšanas jomā (Taube et al., 2014). Tomēr tikai 8,6 % no visiem ģimenes ārstiem 2012. gadā iesaistījās brīvprātīgajā shēmā, jo kvalitātes kritēriji bija grūti izpildāmi un atlīdzība nebija liela. Neviens ģimenes ārsts 2011. gadā neizpildīja visus kritērijus, un neviens ģimenes ārsts 2012. gadā nesaņēma maksājumus (Mitenbergs et al., 2012).

Latvijas otrais mēģinājums bija 2013. gadā ieviest obligātu shēmu, ko veido 13 kritēriji. Ārstiem jāsasniedz individuālie gada mērķi tādās jomās kā profilakse, pacientu ar hroniskām slimībām

ārstēšana, lielāka veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitāte, kā arī ģimenes ārstu veikto procedūru un citu sniegto pakalpojumu daudzveidība (3.1. tabula). Rādītāji galvenokārt attiecas uz aprūpes procesu, nevis pacientu rezultātiem. Kad ārsti ir pieraduši pie esošās snieguma sistēmas, to var paplašināt, ietverot vairāk rādītāju, kas saistīti ar klīnisko praksi un pacientu rezultātiem.

Piemaksas par kvalitāti tiek aprēķinātas, balstoties uz vērtēšanas kritērijiem. Ģimenes ārsti ir tiesīgi saņemt pilnu ikgadējo piemaksu par kvalitāti, ja tie sasniedz vai pārsniedz vērtēšanas kritēriju maksimālo vērtību. Ja indikatori ir kritēriju pieļaujamajā diapazonā, piemaksa par kvalitāti tiek attiecīgi koriģēta. Ģimenes ārsti, kuru sniegums ir zem pieļaujamā diapazona vai kuri nespēj nodrošināt rādītājus, nesaņem piemaksu par kvalitāti.

Ģimenes ārsti saņem samaksu par izpildītajiem kvalitātes kritērijiem nākamajā gadā, un maksājums tiek veikts individuāli ārstiem. Vidējais ar kvalitāti saistītais maksājums, ko ģimenes ārsti saņēma 2013. gadā, bija 355 eiro, kas veido ļoti mazu daļu no ģimenes ārstu kopējiem gada ienākumiem. Tas liecina, ka pašreizējā sistēma nenodrošina pietiekamu motivāciju ģimenes ārstiem kvalitātes uzlabošanai. Arī dati liecina, ka vismaz puse ģimenes ārstu izpildīja kvalitātes kritērijus tikai piecos no 13 rādītājiem (3.1. tabula). Apmēram trīs ceturtdaļas ārstu sasniedza mērķi attiecībā uz jauno reģistrēto pacientu veselību novērtējumu un bērnu veselības novērtējumu. Citos aspektos ir daudz iespēju uzlabojumiem.

Rezultātus, kas līdz šim bijuši pieticīgi, var skaidrot ar vairākiem faktoriem. Latvija joprojām ir snieguma salīdzinošās novērtēšanas agrīnā stadijā, bet būtu jāatbalsta darba turpināšana šajā jomā. Tāpat kā citās valstīs, arī Latvijā ģimenes ārsti sākotnēji bija skeptiski pret snieguma vērtēšanu, iespējams, tāpēc, ka lielākā daļa ārstu ir vecāka gadagājuma cilvēki un nav pieraduši pie šādas informācijas izpaušanas.

3.1. tabula. Latvijas ģimenes ārstu kvalitātes ikgadējais novērtējums

Kvalitātes nodrošināšanas kritērijs	% ģimenes ārstu prakšu, kas izpildīja kvalitātes kritērijus 2013. gadā
Vismaz 90 % jauno reģistrēto pacientu tika veikta veselības pārbaude trīs mēnešu laikā pēc reģistrēšanās pie konkrētā ģimenes ārsta	73,3
Vismaz 65 % pacientu vecumā no 18 gadiem pēdējo 12 mēnešu laikā tika veikta veselības pārbaude	55,2
Vismaz 92 % bērnu, kas jaunāki par 2 gadiem, ir vakcināti pret difteriju, stingumkrampjiem, poliomielītu, garo klepu, B tipa haemophilus influenzae slimību un B hepatītu	39,2
Vismaz 75 % bērni vecumā no 2 līdz 18 gadiem pēdējo 12 mēnešu laikā ir veikta veselības pārbaude	75,6
Vismaz 36 % pacientu, kas saņēma paziņojumu par krūts vai dzemdes kakla vēža skrīningu, veica skrīningu	30,6
Vismaz 8 % pacientu vecumā no 50 līdz 74 gadiem pēdējā gada laikā ir veikta fēču analīze slēptā asins piejaukuma noteikšanai	10,8
Vismaz 80 % diabēta slimnieku tika veikts glikohemoglobīna (glikolizētā hemoglobīna) tests 2. tipa diabēta noteikšanai un vismaz 60% pārbaudīto pacientu hemoglobīna A1c līmenis bija zem 7,5 %	21,0
Vismaz 60 % pacientu ar 2. tipa diabētu pēdējo 12 mēnešu laikā tika veikts mikroalbumīna tests	26,8
Vismaz 70 % pacientu vecumā no 50 līdz 65 gadiem ar arteriālo hipertensiju ik gadu tiek izvērtēts sirds un asinsvadu slimību risks	17,3
Vismaz 80 % pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientiem ar koronāro sirds slimību vismaz reizi gadā tiek veikts zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna tests	53,9
Vismaz 75 % pacientu, kas jaunāki par 6 gadiem un cieš no bronhiālās astmas, vismaz reizi gadā tiek veikti izelpas plūsmas mērījumi	39,3
Ģimenes ārstu rīcība, lai samazinātu to neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaitu, kuru gadījumā nav nepieciešama hospitalizācija	65,1
Ģimenes ārsts iepriekšējā gada laikā veica vismaz 30 % procedūru, kas ir tā kompetencē	19,9

Vēža profilakse ir viena no jomām, kam jāpievērš lielāka uzmanība. Īpašas bažas rada ārkārtīgi zemie testu uz slēptajām asinīm fekālijās (FOB) rādītāji; šo testu izmanto zarnu vēža skrīningam cilvēkiem, kas vecāki par 50 gadiem. Ņemot vērā, ka sliktāks, kas ģimenes ārstiem ir jāsasniedz, ir tikai 8 % no mērķa populācijas un pārsvarā ārsti nerasniedz pat šo zemo bāzi, šī ir joma, kas gūtu labumu no veselības veicināšanas kampaņām, kas izglītotu sabiedrību par skrīninga nepieciešamību.

Tikpat lielas bažas rada fakts, ka mazāk nekā trešā daļa ģimenes ārstu atbilst kritērijam, ka pacientiem jāveic krūts un dzemdes kakla vēža skrīnings. Visas sabiedrības mērogā, kā tas aprakstīts 3.3. sadaļā, krūts, dzemdes kakla un zarnu vēža skrīningu veikušo iedzīvotāju īpatsvars ir ļoti zems, radot jautājumus par to, vai stimuli, kas mudina ģimenes ārstus būt proaktīviem attiecībā uz vēža skrīningu, ir pietiekami. Dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga gadījumā reti kurš ģimenes ārsts veic šo funkciju, lai gan ģimenes ārstiem ir jābrīdina pacienti par šo pārbažu veikšanu.

Arī hronisko slimību pacientu profilaktiskā aprūpe ir joma, kur maza ārstu daļa izpilda kvalitātes kritērijus. Tikai vienā no šiem rādītājiem attiecībā uz pacientiem, kam veiktas holesterīna pārbaudes, vairāk nekā puse ārstu izpilda kritēriju. Kā minēts iepriekš, Latvijas iedzīvotājiem novecojot, par arvien lielāku problēmu kļūst hroniskas slimības. Lai sagatavotos šīs problēmas risināšanai, lielāka loma būs jāuzņemas profilaktiskajai aprūpei, un ģimenes ārstiem būs jānodrošina spēcīgāki stimuli, lai to nodrošinātu.

Latvijas NVD nodrošina atgriezenisko saiti ar ģimenes ārstiem, sagatavojot individuālu ziņojumu par viņu prakses sniegumu attiecībā pret kvalitātes rādītājiem. Ģimenes ārsti var brīvprātīgi dalīties ar

šo informāciju ar citiem ģimenes ārstiem. Publiski ir pieejama vispārīga informācija par kvalitātes kritērijiem, pēc kuriem ģimenes ārsti tiek vērtēti, bet informācija par sniegumu nav pieejama publiski.

Ģimenes ārstiem tagad ir jāsaazinās ar pacientiem, kuri ir bijuši neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās, bet ir vēl citas iespējas uzlabot aprūpes koordināciju starp ģimenes ārstiem un speciālistiem

Latvija 2013. gadā ieviesa brīdinājuma sistēmu, lai pa e-pastu informētu ģimenes ārstus par pacientiem, kas izsauca neatliekamo medicīnisko palīdzību, bet netika hospitalizēti. Konkrētā ģimenes ārsta pienākums ir sazināties ar šādiem pacientiem un vienoties par ārstēšanas gaitu, lai nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību. Sistēmas darbības pirmajos pāris mēnešos ģimenes ārstiem tika nosūtīti aptuveni 400 brīdinājumi.

Ģimenes ārstiem arī parasti paziņo, kad viņu pacienti tiek izrakstīti no slimnīcas, lai gan tas ir mazāk formāls process, kas ir atkarīgs no attiecīgās slimnīcas un ģimenes ārsta. Dažās pašvaldībās ģimenes ārsti netiek regulāri informēti par pacienta izrakstīšanu, jo nav sistemātiskas pieejas šim procesam. Tomēr, ņemot vērā, ka ģimenes ārstus var informēt par to, kad pacienti ir vērsušies pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības, nav iemesla, kāpēc viņus nevar informēt arī par pacienta izrakstīšanu. Latvijai būtu jāattīsta šī sistēma, jo ģimenes ārstiem būtu jāpārņem atbildība par aprūpi, kad pacientu izraksta no slimnīcas. Kad pacientu izraksta no slimnīcas, viņš saņem izrakstu par ārstēšanas izmaksām, ko sedz valsts. Pacients iesniedz šo izrakstu savam ģimenes ārstam, informējot to par veiktajām pārbaudēm, ārstēšanu un ieteikumiem tālākai ārstēšanai.

Tomēr, neraugoties uz šiem mēģinājumiem uzlabot aprūpes koordinēšanu visā pacientu aprūpes sistēmā, Latvija ir atzinusi, ka primārās un sekundārās aprūpes mijiedarbība valstī ir nepietiekama. Veselības informācijas sistēmā uzkrātā informācija ir pieejama pacienta ģimenes ārstam elektroniski (un pašam pacientam pēc pieprasījuma), taču pašlaik nav noteikumu, kas veicinātu elektroniski uzglabātās informācijas apmaiņu starp ģimenes ārstiem un speciālistiem.

Latvija mēģina risināt šīs problēmas savā Primārās veselības aprūpes attīstības plānā. Viens no plāna mērķiem ir uzlabot sadarbību starp ģimenes ārstiem, speciālistiem un citiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Daļēji tas izpaužas kā elektroniskās veselības sistēmas izstrāde, un, kad tā būs pilnībā ieviesta, tai būtu jāuzlabo informācijas apmaiņa starp pakalpojumu sniedzējiem.

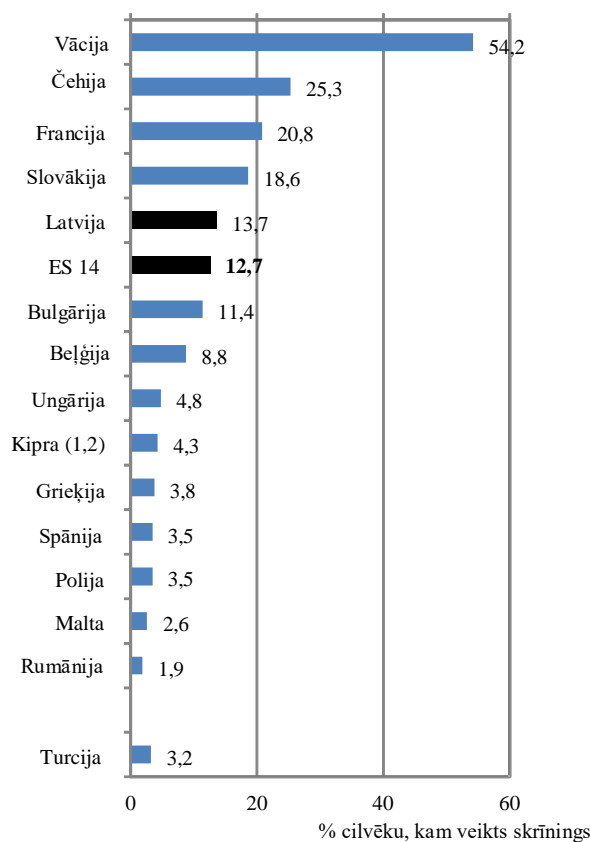
3.3. Primārās veselības aprūpes sniegums

Pastāv plašas iespējas stiprināt primāro veselības aprūpi Latvijā, jo īpaši, runājot par profilakses pasākumiem, piemēram, vēža skrīningu. Augstie astmas slimnieku hospitalizācijas rādītāji arī norāda uz nepieciešamību uzlabot šo pacientu aprūpi primārās aprūpes jomā. Pozitīvāks ir fakts, ka vakcinācijas līmenis ir ievērojami uzlabojies un tas ir augstāks nekā daudzās citās OECD valstīs. Tomēr primārās aprūpes pieejamība, jo īpaši ārpus darbalaika, joprojām ir problemātisks politikas jautājums Latvijai.

To cilvēku daļa, kuriem regulāri tiek veikts vēža skrīnings, ir ļoti maza, veicinot slimību novēlotu atklāšanu un augstus mirstības rādītājus

Zarnu vēža skrīningam ir potenciāls atklāt gan pirmsvēža bojājumus pēc kolonoskopijas, gan vēža radītus bojājumus. Tāpēc gan saslimstība, gan audzēja stadija diagnozes laikā liecina par skrīninga programmas sniegumu, jo agrāka ārstēšana var palielināt izdzīvošanas iespēju. Kā minēts iepriekšējā sadaļā, tikai aptuveni desmitā daļa ārstu atbilst zarnu vēža skrīninga kvalitātes kritērijiem. Tikai 13,7 % no mērķa populācijas 2008. gadā tika veikts zarnu skrīnings; ir pieejami pēdējā gada dati (3.1. attēls). Lai gan šis rādītājs ir augstāks nekā daudzās citās Eiropas valstīs, tas ir pretunā ar centieniem tādās valstīs kā Vācija, Čehija un Francija (OECD, 2014).

3.1. attēls. Zarnu vēža skrīnings 50–74 gadus veciem cilvēkiem, 2008. gads (vai tuvākais gads)



Piezīme: Dati balstīti uz aptaujām visās valstīs.

1. *Turcijas piezīme:* Šajā ziņojumā ietvertā informācija ar atsauci uz Kipru attiecas uz salas dienvidu daļu. Nav vienas konkrētas iestādes, kas pārstāvētu gan turku un grieķu kopienas Kipras salā. Turcija atzīst Ziemeļkipras Turku Republiku (ZKTR). Kamēr nav rasts ilgstošs un taisnīgs risinājums Apvienoto Nāciju Organizācijas ietvaros, Turcija saglabā savu nostāju attiecībā uz Kipras jautājumu.

2. Visu OECD ietilpstošo ES dalībvalstu un Eiropas Savienības piezīme: Visas Apvienoto Nāciju Organizācijas dalībvalstis, izņemot Turciju, atzīst Kipras Republiku. Šajā ziņojumā ietvertā informācija attiecas uz teritoriju, ko faktiski kontrolē Kipras Republikas valdība.

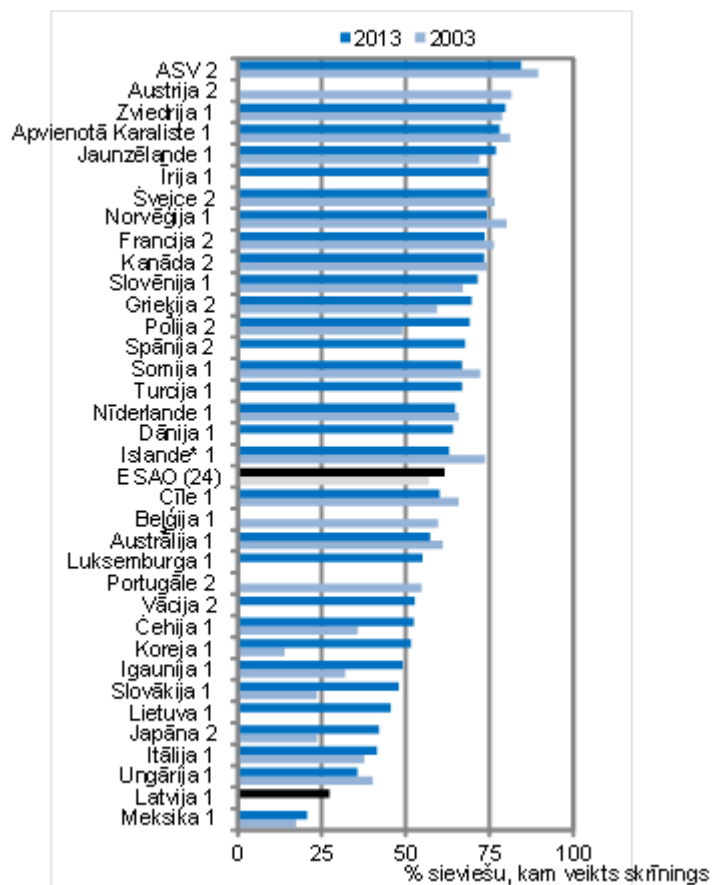
Avots: Eurostat statistikas datubāze (pamatojoties uz Eiropas veselības pamatrādītājiem).

Dzemes kakla vēža skrīninga mērķis ir atklāt pirmsvēža bojājumus un vēzi, tāpēc gan saslimstība, gan audzēja stadija atklāšanas brīdī var atspoguļot skrīninga programmas sniegumu. Salīdzinot ar citām OECD valstīm, Latvijā ir zems dzemes kakla vēža skrīninga līmenis — skrīnings tiek veikts tikai 27,4 % no mērķa populācijas (OECD, 2015b). Visā OECD skrīnings tiek nodrošināts vidēji 61,6 % no mērķa populācijas (3.2. attēls). Papildus organizētam dzemes kakla vēža skrīningam Latvijā joprojām bieži tiek veikts gadījuma rakstura skrīnings. Tāpēc, iespējams, pacientu daļa, kam veikts skrīnings, ir lielāka.

Arī mamogrāfijas rādītāji Latvijā ir vāji (3.3. attēls) — tikai 34,2 % sieviešu mērķa vecuma grupā ir veikta mamogrāfija. Salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 58,8 % (OECD, 2015b). Tomēr atšķirībā no zarnu un dzemes kakla vēža skrīninga, mamogrāfija var atklāt tikai attīstījušos vēzi, tāpēc šī metode var ietekmēt tikai stadiju, kurā vēzis tiek konstatēts. Reizēm sievietes Latvijā pašas maksā, lai

veiktu šīs pārbaudes, tāpēc rādītājs, iespējams, ir augstāks. Ja tādi gadījumi tiešām ir bijuši, rodas papildu jautājums, kāpēc sievietēm pašām būtu jāmaksā (vai jāizvēlas maksāt) par skrīningu.

3.2. attēls. Dzemdes kakla vēža skrīnings 20–69 gadus vecām sievietēm, 2003.–2013. gads (vai tuvākais gads)



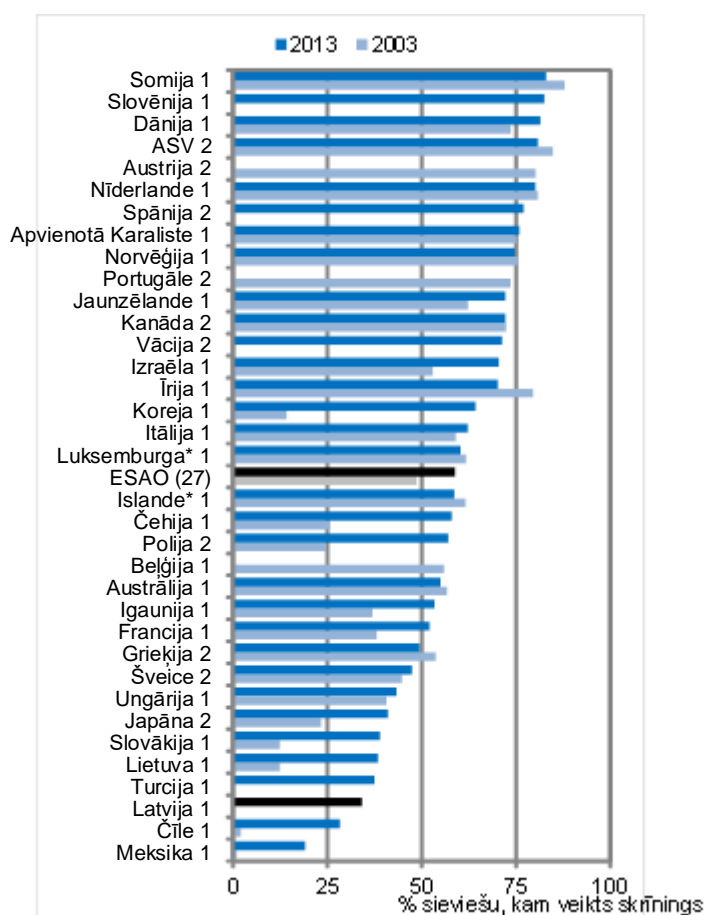
1. Programma.

2. Aptauja.

* Trīs gadu vidējais rādītājs.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

3.3. attēls. Mamogrāfija 50–69 gadus vecām sievietēm, 2003.–2013. gads (vai tuvākais gads)



1. Programma.

2. Aptauja.

* Trīs gadu vidējais rādītājs.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Stadijai, kurā tiek konstatēts vēzis, var būt nozīmīga ietekme uz pacienta izdzīvošanu, kas uzsver skrīninga kritisko lomu. Zarnu, krūts un dzemdes kakla vēža gadījumā mirstības rādītāji — proti, to gadījumu īpatsvars, kas ir fatāli noteiktā laika posmā — ir daudz augstāki gadījumos, kad vēzis tiek diagnosticēts vēlu, 3. vai 4. stadijā (3.2. tabula).

3.2. tabula. Vēža stadija diagnosticēšanas brīdī un mirstības rādītājs

Vēzis	Stadija diagnozes laikā (% gadījumu), 2013					Mirstības rādītāji, balstoties uz stadiju diagnozes laikā, 2012				
	1. stadija	2. stadija	3. stadija	4. stadija	Nav zināma	1. stadija	2. stadija	3. stadija	4. stadija	Nav zināma
Zarnu	12,3	28,8	23,0	23,7	12,2	8,3	14,9	22,6	65,6	63,3
Krūts	27,7	36,9	24,6	6,2	4,5	1,7	2,7	11,0	58,9	28,6
Dzemdes kakla	33,3	13,8	25,3	15,7	11,9	0	14,3	29,5	61,3	40,0

Avots: Slimību profilakses un kontroles centrs (2014), „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskajām slimībām („Vēža reģistrs”)”, dati aktualizēti 24.07.2014.

Šīs saistības nozīme ir acīmredzama zarnu vēža gadījumā. Ļoti zems skrīninga līmenis valstī nozīmē, ka gandrīz pusē gadījumu vēzis tiek diagnosticēts vēlu, 3. vai 4. stadijā. Tas ir satraucoši, ņemot vērā, ka divās trešdaļās gadījumu, kad zarnu vēzis diagnosticēts 4. stadijā, un gandrīz ceturtajā daļā gadījumu, kad vēzis diagnosticēts 3. stadijā, iznākums ir letāls.

Šie skaitļi ir nedaudz pozitīvāki, runājot par krūts vēzi, kur divas trešdaļas gadījumu tiek diagnosticēti, kad vēzis ir pirmajās divās stadijās. Mirstības rādītāji krūts vēža gadījumā liecina par mamogrāfijas potenciālu glābt dzīvību, jo mazāk nekā 5 % krūts vēža gadījumu ir letāli, ja vēzis tiek konstatēts pirmajās divās stadijās. Savukārt vairāk nekā puse 4. stadijā atklāto krūts vēža gadījumu ir letāli.

Līdzīgi kā ar dzemdes kakla vēzi, gandrīz puse gadījumu tiek konstatēti pirmajās divās stadijās. Jāatzīmē, ka 2012. gadā nenomira neviena sieviete, kam dzemdes kakla vēzis tika diagnosticēts 1. stadijā. Dati liecina, ka, efektīvāk pamudinot ģimenes ārstus aktīvāk iedrošināt pacientus veikt skrīningu, pastāv iespēja samazinātu mirstību no vēža, palielinot agrīnā stadijā diagnosticēto vēža gadījumu skaitu. Kā jau tika aprakstīts šajā nodaļā, ģimenes ārsti var saņemt maksājumus (71,14 eiro par pacientu), lai saviem reģistrētajiem pacientiem konstatētu pirmās un otrās stadijas vēzi, bet nav skaidrs, cik efektīvs ir bijis šis stimulants. Šī sistēma tika ieviesta 2013. gadā, un Latvijas iestādes plāno izvērtēt tās efektivitāti. 2013. gadā šo maksājumu saņēma 1152 ģimenes ārsti, un 2014. gadā — 1143.

Turklāt Latvija ir centusies uzlabot vēža profilaksi, 2009. gadā uzsākot publisku krūts, dzemdes kakla un zarnu vēža skrīninga programmu. Tomēr šķiet, ka rezultāti līdz šim bijuši pieticīgi.

Latvijā ir Vēža reģistrs, ko uztur Slimību profilakses un kontroles centrs, un šis reģistrs ir ietverts Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā. Visiem pakalpojumu sniedzējiem ir obligāti jāziņo par jauniem vēža saslimšanas gadījumiem. Dati tiek izmantoti, lai novērtētu vēža saslimstības, izplatības un pacientu izdzīvošanas rādītājus. Dati tiek publicēti SPKC tīmekļa vietnē (<http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/>) un ir izmantoti veselības aprūpes pakalpojumu plānošanai un novērtēšanai (Starptautiskā Vēža reģistru asociācija, 2015).

Latvijai ir nepieciešama valsts sistēma, kas balstīta uz iedzīvotāju iesaistīšanu un kurā tiktu reģistrēta visu iedzīvotāju skrīninga vēsture; šī sistēma arī automātiski paziņotu cilvēkiem par nepieciešamību veikt pārbaudi. Šāda programma būtu jāpapildina ar valsts mēroga sabiedrības informēšanas kampaņu, izglītojot sabiedrību par briesmām, ko rada novēlots skrīnings un diagnostika. Īpaša nozīme jāpievērš izglītības kampaņām mazāk aizsargātajiem iedzīvotājiem ar sliktākām zināšanām par veselību. 2013. gadā NVD īstenoja informatīvu kampaņu par vēža skrīningu: „Pārbaudi veselību, valsts maksā!” Kampaņa nav novērtēta, tāpēc tās ietekme nav zināma.

Citi primārās veselības aprūpes kvalitātes rādītāji veido neviennozīmīgu ainu

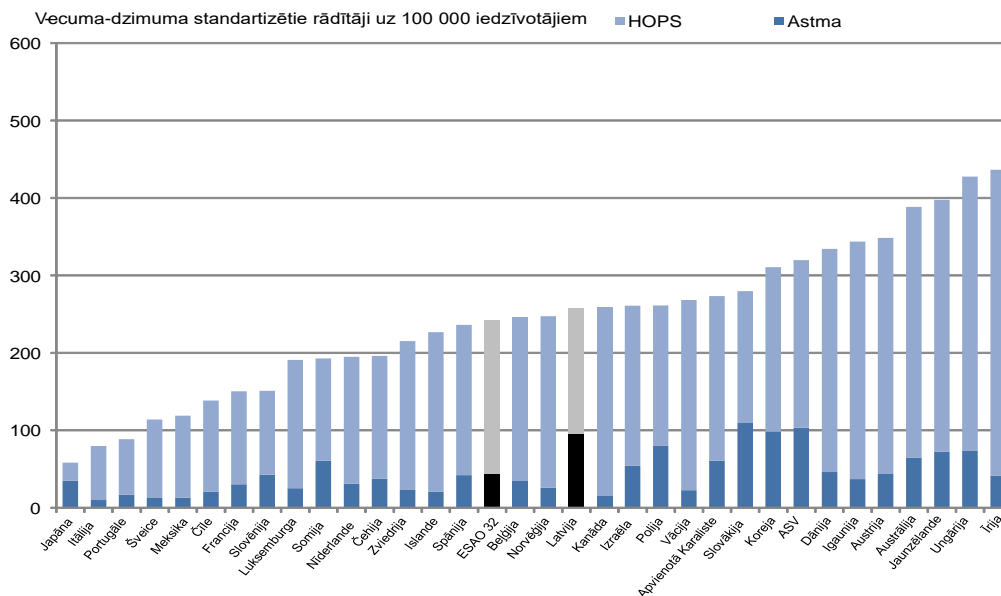
Var uzskatīt, ka hospitalizācijas rādītāji astmas, hroniskas obstruktīvas plaušu slimības (HOPS) un diabēta gadījumā netieši liecina par šo veselības problēmu primārās aprūpes kvalitāti, jo šos hospitalizācijas gadījumus, iespējams, varētu novērst, ja tie būtu labi pārvaldīti primārajā aprūpē. Latvijas sniegums attiecībā uz vecuma-dzimuma standartizētajiem hospitalizācijas rādītājiem variē, salīdzinot ar visu OECD valstu vidējo rādītāju (3.4. un 3.5. attēls).

Īpaši jāatzīmē hospitalizāciju skaits Latvijā astmas dēļ — 95,2 uz 100 000 iedzīvotāju; salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 43,8 uz 100 000 iedzīvotāju (OECD, 2015b). Kā minēts iepriekšējā sadaļā, diezgan maza daļa ģimenes ārstu atbilst noteiktajiem kvalitātes kritērijiem attiecībā uz procesiem, kas saistīti ar hroniski slimu pacientu aprūpi, un tas īpaši attiecas uz astmu. Šeit lielāku lomu varētu spēlēt vēl viena medmāsa ģimenes ārsta praksē, un šajā jomā varētu uzlabot ģimenes ārstu stimulus.

Latvijai ir labāki rādītāji, kad runa ir par hospitalizāciju HOPS dēļ — 161,7 uz 100 000 iedzīvotāju (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs ir 198,4 uz 100 000 iedzīvotāju). Arī hospitalizāciju skaits

diabēta dēļ Latvijā ir zemāks nekā vidēji OECD — 131,2 gadījumi, salīdzinot ar 149,8 uz 100 000 iedzīvotāju (OECD, 2015b).

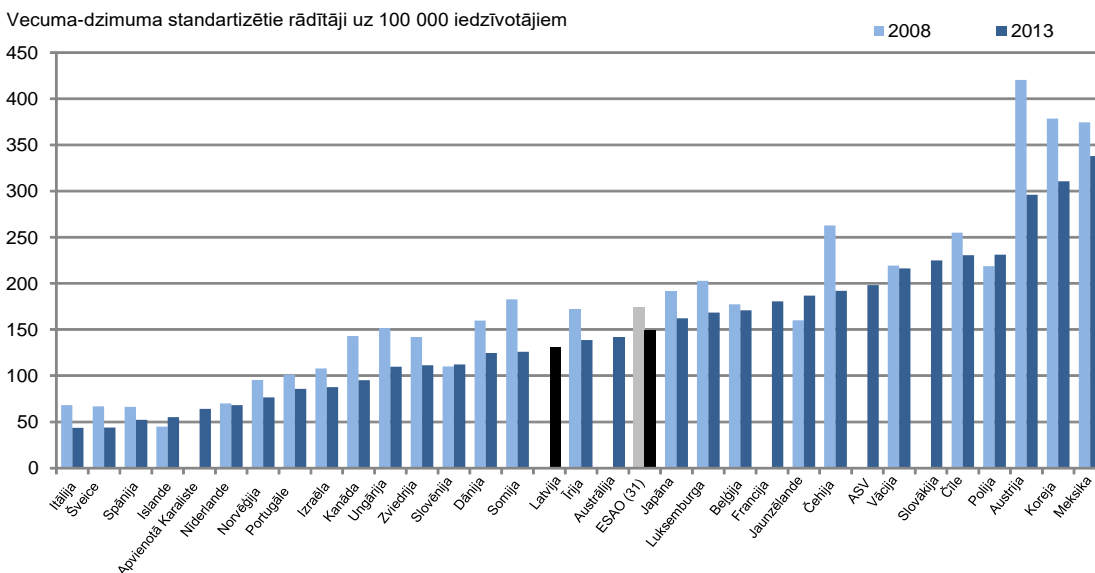
3.4. attēls. Pieaugušo skaits, kas hospitalizēti astmas un HOPS dēļ, 2013. gads (vai tuvākais gads)



Piezīme: Trīs gadu vidējais rādītājs Islandē un Luksemburgā. HOPS: hroniska obstruktīva plaušu slimība.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

3.5. attēls. Pieaugušo skaits, kas hospitalizēti diabēta dēļ, 2008. un 2013. gads (vai tuvākais gads)



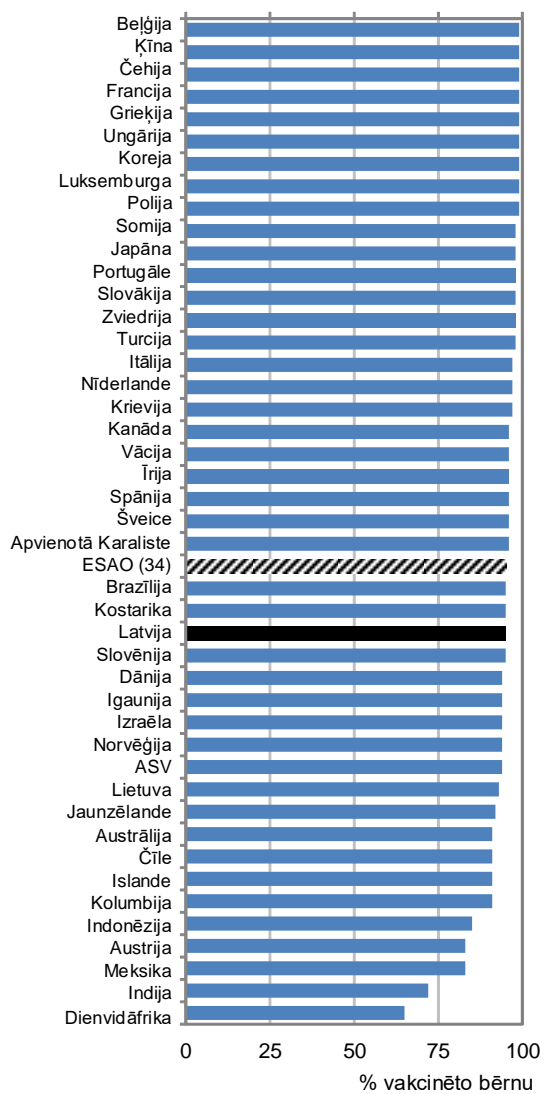
Piezīme: Trīs gadu vidējais rādītājs Islandē un Luksemburgā.

Avots: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Dati, jo īpaši attiecībā uz astmu, liecina, ka pastāv iespēja uzlabot primāro veselības aprūpi, lai labāk parūpētos par pacientiem ārpus slimnīcas. Vislabākā duālā pieeja būtu izglītēt ģimenes ārstus par hronisku slimību ārstēšanu un vairāk koncentrēties uz pašu pacientu prasmēm slimības vadīšanā.

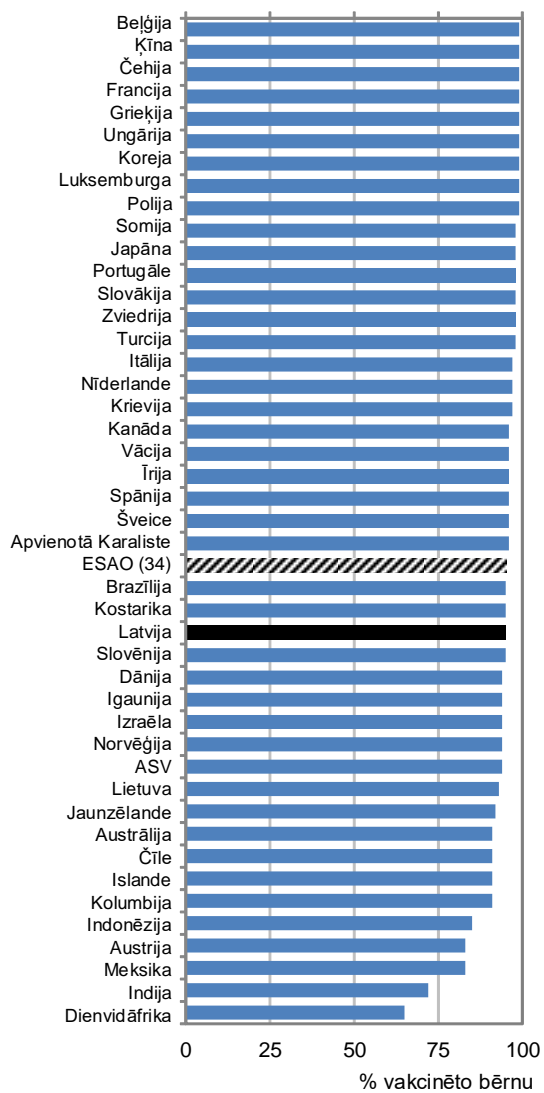
Pozitīvāks fakts Latvijai ir tas, ka valsts ir pārspējusi OECD vidējo rādītāju divos no trim bērnības vakcinācijas rādītājiem (3.6.–3.8. attēls). Masalu vakcinācijas līmenis 2013. gadā Latvijā bija 96 %, augstāks par OECD vidējo rādītāju (94 %). B hepatīta vakcinācijas līmenis bija 95 % (salīdzinājumam, OECD vidējais rādītājs bija 92 %), savukārt vakcinācijas līmenis pret difteriju, stingumkrampjiem un garo klepu bija vienāds ar OECD vidējo rādītāju — 95 % (OECD, 2015b).

3.6. attēls. Vakcinācija pret difteriju, stingumkrampjiem un garo klepu, gadu veciem bērniem, 2013

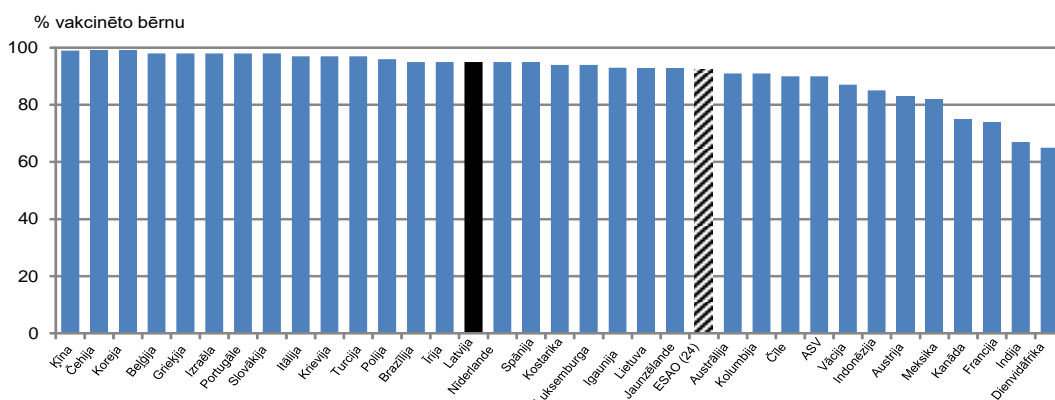


Avots: PVO/UNICEF.

3.7. attēls. Vakcinācija pret masalām, gadu veciem bērniem, 2013



3.8. attēls. Vakcinācija pret B hepatītu, gadu veciem bērniem, 2013



Avots: PVO/UNICEF.

Vakcinācijas līmenis Latvijā pēc 2008. gada bija samazinājies, un tas bija zem Pasaules Veselības organizācijas uzstādītā mērķa — 95 %. Tas bija skaidrojams ar sociāli ekonomiskiem faktoriem un vakcinācijas pretinieku skaita pieaugumu (Taube et al., 2014).

Latvijas progresu šī līmeņa paaugstināšanā virs 95 % var skaidrot ar saskaņotiem centieniem, kas izpaudās kā Vakcinācijas noteikumi un Imunizācijas plāns 2012.–2014. gadam, un valsts finansētu plānoto vakcināciju pret dažādām infekcijas slimībām, ko var novērst ar vakcīnām (SPKC, 2013). Lai turpinātu šo darbu, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam ietver konkrētus pasākumus infekcijas slimību profilakses un vakcinācijas politikas jomā. Slimību profilakses un kontroles centrs izstrādā motivējošas kampaņas un brošūras, kas popularizē vakcinēšanos un sniedz informāciju par infekcijas slimībām. 2015. gadā centrs veica pētījumu, lai saprastu iemeslus, kāpēc vecāki atsakās vakcinēt savus bērnus. Šī pētījuma rezultāti tiek analizēti un tiks izmantoti, lai palīdzētu īstenot mērķtiecīgākas vakcinācijas kampaņas.

Nav pietiekami daudz informācijas par primārās veselības aprūpes kvalitāti un rezultātiem

Datu publicēšana, informējot cilvēkus par veselības aprūpes sistēmas kvalitāti un rezultātiem, ir būtisks uz pacientiem vērsta aprūpes elements. Tomēr ir maz informācijas, kas Latvijai iedzīvotājiem norādītu, cik labi darbojas viņu primārās veselības aprūpes sistēma, jo īpaši salīdzinošas informācijas, kas var palīdzēt cilvēkiem pieņemt pamatotus lēmumus par pakalpojumu sniedzējiem.

Iepriekšējā sadaļā tika aprakstīti dati, kas ģimenes ārstiem ir jāsniedz „samaksa par padarīto” shēmas ietvaros. Tas ietver informāciju par to pacientu skaitu, kuriem ir veikts veselības novērtējums, vēža skrīninga paziņojumiem un rādītājiem, kas saistīti ar hroniskām slimībām. Tomēr šie rādītāji galvenokārt attiecas uz aprūpes procesu un neko neatklāj par pacientu klīniskajiem rezultātiem.

Ģimenes ārstiem ir obligāti jāsniedz valsts iestādēm šāda informācija:

- iestādes darbinieki (apkopoti dati);
- ambulatorajā klīnikā / ārsta praksē sniegtie pakalpojumi (apkopoti dati);
- novēroto bērnu veselības stāvoklis (apkopoti dati);
- mirušie ar medicīnisko apliecību par nāves cēloni (individuālie dati);

- imunizācija un vakcinācija (individuālie dati);
- diagnosticētas infekcijas slimības (individuālie dati); un
- pacienti, kam ir diagnosticēts cukura diabēts (individuālie dati).

Tomēr šī informācija sniedz ļoti ierobežotu ieskatu veselības sistēmas sniegtajā. Latvija arī publicē veselības aprūpes statistikas gadagrāmatu. Lai gan šie dati sniedz padziļinātu informāciju par slimību epidemioloģiju, mirstību, veselības aprūpes resursiem un slimnīcu darbību, nav informācijas par veselības aprūpes kvalitāti un pacientu rezultātiem. Piemēram, maz ir zināms par pacientu drošību primārajā aprūpē, piemēram, nevēlamiem notikumiem. Tāpat nav apkopota informācija par pacientu pieredzi ambulatorajā aprūpē, un ģimenes ārstu praksēm nav pienākuma vākt informāciju par medmāsu vai ārstu palīgu darbu, neraugoties uz viņu svarīgo lomu primārās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā.

Latvija ir atzinusi šo informācijas deficītu savā Primārās veselības aprūpes attīstības plānā un cenšas uzlabot informācijas pieejamību sabiedrībai. Izraēlā un Apvienotajā Karalistē ir izstrādāti visaptveroši kvalitātes rādītāji, un abas valstis ir ieviešas plašas sistēmas primārās aprūpes snieguma mērīšanai (3.5. ielikums).

3.5. ielikums. Primārās aprūpes snieguma mērīšana

Izraēlā veselības fondiem ir progresīva informācijas infrastruktūra, kas palīdz nodrošināt aprūpi un kvalitātes kontroli. Vietējās veselības aprūpes kvalitātes rādītāju (QIHC) programma ietver datu sistemātisku vākšanu par visiem Izraēlas iedzīvotājiem no visiem četriem veselības plāniem, lai izveidotu valsts līmeņa kvalitātes rādītājus, kas tiek publicēti (Jaffe et al., 2012).

QIHC indikatori aptver sešas klīniskās jomas: astma, krūts un zarnu vēža skrīnings, vecu cilvēku imunizācija, bērnu un pusaudžu veselība, sirds un asinsvadu veselība un diabēts. Uzsvāru uz profilaksi pierāda fakts, ka tiek iekļauti rādītāji, kas saistīti ar riska faktoriem, piemēram, ķermeņa masas indekss (ĶMI). Dalība programmā nav obligāta, bet tās panākumi ir saistīti ar veselības fondu brīvprātīgu iesaistīšanos veselības līdzekļu tās izstrādē un pilnveidošanā, aktīvu dalību rādītāju izstrādē un vienprātību par zinātniski pamatotu kvalitātes mērīšanas programmu (OECD, 2012).

Ir pierādījumi, ka programma ir uzlabojusi kvalitāti. Kādā novērtējumā konstatēts, ka pusaudžu un pieaugušo ĶMI dokumentēšana palielinājās par 30 procentpunktiem attiecīgi līdz 61 % un 70 %. Uzlabojumi bija vērojami arī astmas kontroles medikamentu pareizā lietošanā, un Izraēlas iedzīvotāju (vecumā no 65 gadiem) gripas vakcinācijas līmenis pieauga no 52 % līdz 57 %. Autori secināja, ka pēdējo trīs gadu laikā Izraēlas vietējās veselības aprūpes vispārējā kvalitāte bija uzlabojusies (Jaffe et al., 2012). Lai gan ārsti Izraēlā nesaņem finansiālus stimulus dalībai programmā, varētu teikt, ka viņi gūst labumu no saņemtajām atsauksmēm, kas ļauj tiem salīdzināt savu sniegumu ar citu ārstu sniegumu. Tas var radīt pārliecinošu stimulu ārstiem uzlabot veselības aprūpes kvalitāti.

3.5. ielikums. Primārās aprūpes snieguma mērīšana (*turp.*)

Apvienotās Karalistes brīvprātīgā Kvalitātes un rezultātu sistēma (QOF) papildina aprakstīto pieeju, piesaistot sniegtam finansiālus stimulus. QOF maksājumi var veidot pat trešdaļu no ģimenes ārsta prakses ienākumiem (Willcox et al., 2011). QOF veido gandrīz 150 rādītāji, kas aptver hronisku slimību ārstēšanu un citas jomas. Katrs rādītājs tiek novērtēts, un ģimenes ārstu prakses uzkrāj punktus, pēc kuriem nosaka maksājumu apmēru, ko prakse saņems. Katras prakses sniegums tiek publicēts tīmekļa vietnē.

Daži no rādītājiem ietver slimību reģistru izveidi. Piemēram, vienā no reģistriem tiek fiksēta to 14–19 gadus veco astmas slimnieku daļa, par kuru smēķēšanas paradumiem ir pieejama informācija. QOF arī vairāk koncentrējas uz klīniskajiem rezultātiem. Piemēram, viens rādītājs attiecas uz to pacientu daļu, kuri ir reģistrēti hronisku nieru slimību reģistrā un kuru piezīmēs ir ietverta informācija par asinsspiedienu, bet cits rādītājs to sasaista ar to pacientu rezultātiem, kuru reģistrētais asinsspiediens ir 140/85 vai zemāks. Sistēmā ir arī desmit rādītāji, kas saistīti ar garīgo veselību, piemēram, to sieviešu daļa, kuras cieš no šizofrēnijas, bipolāriem

afektīviem traucējumiem un citām psihozēm un kurām ir veikts dzemdes kakla skrīnings.

Lai gan liels rādītāju skaits (vairāk par 100) ne visās situācijās izrādās noderīgs un palīdz uzlabot kvalitāti, QOF sistēma pierāda, ka pastāv ievērojamas iespējas ieviest plašāku primārās aprūpes snieguma ietvaru un sasaistīt to ar kvalitatīvu pacientu aprūpi.

Avots: OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233836-en>.

Primārās aprūpes pieejamība ir ierobežota, jo īpaši ārpus darbalaika

Latvijas Primārās veselības aprūpes attīstības plānā ir atzīts, ka ģimenes ārstu pieejamība var būt problemātisks jautājums un pacienti ne vienmēr var pierakstīties pie ārsta tuvāko piecu darbadienu laikā. Plānā citētie FINBALT pētījuma dati liecina, ka 12,3 % aptaujāto, kuri pēdējā gada laikā apmeklējuši ģimenes ārstu, uz pierakstu gaidīja ilgāk par nedēļu.

Tāpat kā daudzās citās OECD valstīs, primārās aprūpes pieejamība ir visierobežotākā ārpus darbalaika. Ģimenes ārstiem Latvijā nav pienākuma nodrošināt prakses darbu vakaros (pēc 19.00) vai brīvdienās.

Primārā aprūpe Latvijā pilsētās un lauku apvidos ārpus darbalaika galvenokārt tiek nodrošināta, uzņēmumiem nodarbinot ārstus, kas pārņem aprūpi ārpus darbalaika. Pilsētās dežūrārsti var pieņemt pacientus vakaros, brīvdienās un svētku dienās saskaņā ar NVD līgumā norādīto darba grafiku. Dežūrārsti apkalpo visus iedzīvotājus savā darba zonā, neatkarīgi no tā, pie kura ģimenes ārsta ir reģistrēts konkrētais pacients. Visās ārstniecības iestādēs ir jānorāda informācija par katra ģimenes ārsta darbalaiku un par to, kā pieteikties pie dežūrārsta.

Dežūrārsti dodas arī mājās vizītēs pie konkrētām iedzīvotāju grupām, tostarp bērniem, pacientiem, kas vecāki par 80 gadiem, un cilvēkiem ar noteikta veida invaliditāti. Šādi pakalpojumi tiek sniegti lielākajās pilsētās, ar vienu dežūrārstu uz katrām 40 000 pacientiem. Tas atbilst apmēram 26 dežūrārstiem Latvijā. Aprūpi ārpus darbalaika valstī papildina ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis, kas darbojas no 17.00 līdz 8.00 darba dienās un visu diennakti brīvdienās un svētku dienās. Šī pakalpojuma ietvaros ģimenes ārsti un ārstu palīgi sniedz medicīniskas konsultācijas par vienkāršām slimībām. Pacienti var sazināties ar palīdzības dienestu pa tālruni, e-pastu vai Skype. Kopš palīdzības dienests uzsāka darbību 2011. gadā, ar to ik mēnesi sazinās vidēji 5597 pacienti. Tas ir bezmaksas pakalpojums, par ko tiek piemērota tikai parastā maksa par tālruņa zvanu.

Neraugoties uz šīm iniciatīvām, Latvija ir atzinusi, ka pašreizējie līdzekļi primārās aprūpes nodrošināšanai ārpus darbalaika nav pietiekami. Daudzas valstis cīnās ar problēmu — slimnīcu neatliekamās palīdzības nodaļu „neatbilstošu” izmantošanu —, kad pacienti dodas uz šīm nodaļām, jo vakaros un brīvdienās netiek pie ģimenes ārsta. Latvijā ģimenes ārstu pieejamība pēc darbalaika beidzas 22.00, un pēc tam pacientiem ir jādodas uz neatliekamās palīdzības nodaļu.

Daudzu OECD valstu veselības aprūpes politikā ir pievērsta liela uzmanība nepieciešamībai uzlabot aprūpes nodrošināšanu ārpus darbalaika. Efektīva sistēma primārās aprūpes nodrošināšanai ārpus darbalaika ir tāda sistēma, kas uzlabo lietotāja pieredzi, nodrošinot savlaicīgu un kvalitatīvu aprūpi, samazina ārstu slodzi un novērš vajadzību pēc liekas, dārgākas stacionārās aprūpes. Dažas valstis, piemēram, Nīderlande un Dānija, ir secinājušas, ka efektīvs politikas balsts ir liela mēroga vispārējās aprūpes kooperatīvi (3.6. ielikums).

3.6. ielikums. Vispārējās aprūpes kooperatīvi Nīderlandē

Vispārējās aprūpes kooperatīvi (GPCs) ir liela mēroga primārās aprūpes ārstu organizācijas, kas nodrošina aprūpi ārpus darbalaika. Ģimenes ārstu dalība ir obligāta, un viņi strādā saskaņā ar dežūru sarakstu, pēc darbalaika apkalpojot visus pacientus, kas reģistrēti pie visiem konkrētā reģiona ģimenes ārstiem. Ņemot vērā, ka šajā programmā piedalās visi ģimenes ārsti, slogs ir ievērojami samazināts.

Medmāsu ģimenes ārstu uzraudzībā zvana pacientiem, lai klasificētu tos. Šis parasti ir pirmais kontaktpunkts pacientiem, lai gan neliela daļa pacientu dodas uz klīniku, iepriekš nepiezvanot. Ģimenes ārsti arī dodas mājās vizītēs, ja to uzskata par nepieciešamu. Elektroniskās medicīniskās kartes tiek izmantotas, lai veicinātu pacientu aprūpes nepārtrauktību starp pakalpojumu sniedzējiem.

Kopš 2000. gadā sākās vispārējās aprūpes kooperatīvu izveide, tie vairākas reizes ir novērtēti. Pētījumu rezultāti liecina, ka pacienti ir ļoti apmierināti ar vispārējās aprūpes kooperatīviem. Vispārējās aprūpes kooperatīvi ir samazinājuši ārstu darba slodzi un palielinājuši viņu apmierinātību. Tas ir būtisks pavērsiens, jo bieži galvenais šķērslis ir ģimenes ārstu nevēlēšanās nodrošināt aprūpi ārpus darbalaika darba slodzes dēļ.

Pētījumu rezultāti arī liecina, ka vispārējās aprūpes kooperatīvi var palīdzēt samazināt veselības aprūpes sistēmas izmaksas, novirzot aprūpi no neatliekamās palīdzības nodaļām uz primārās aprūpes jomu.

Avots: Giesen et al. (2011); Smits et al. (2012); Van Uden et al. (2005); Van Uden et al. (2006); Van Uden and Crebolder (2004).

3.4. Primārās veselības aprūpes jomas stiprināšana Latvijā

Latvijai ir laba politikas, institucionālā, finanšu un informatīvo sistēmu bāze efektīvai primārajai aprūpei. Tomēr būtu jāīsteno vairāki pasākumi, lai stiprinātu šo jomu, it īpaši hronisku slimību profilaksi un ārstēšanu. Pastāv iespējas uzlabot primārās aprūpes pakalpojumu pieejamību (īstermiņā — palielinot medmāsu un farmaceitu lomu), koncentrējoties uz mērķi uzlabot hronisku slimību profilaksi un ārstēšanu. Galvenajai prioritātei jābūt apkopot un publicēt plašāku informāciju par primārās aprūpes kvalitāti un rezultātiem, un izmantot ar sniegumu saistītus stimulus, veicinot nepārtrauktus uzlabojumus. Tāpat ir jāturpina meklēt inovatīvus risinājumus aprūpes modeļos, jo īpaši primārās aprūpes un sekundārās aprūpes integrēšanā.

Primārās aprūpes pieejamība būtu jāuzlabo, paplašinot speciālistu darbības jomas

Ņemot vērā, ka primārās aprūpes jomas nozīme Latvijā arvien palielinās, ir jārisina iepriekšminētās pieejamības problēmas. Ilgākā laika posmā būtu jāpalielina apmācību un rezidentūras vietu skaits. Šis process jau ir sācies, taču progress līdz šim ir bijis neliels (no 22 apmācību vietām 2012. gadā līdz 28 vietām 2014. gadā). Būtu jāapsver apmācību kapacitātes stiprināšana, ņemot vērā paredzamās nākotnes darbaspēka vajadzības un pasaules klases medicīniskās izglītības spēcīgās tradīcijas Latvijā. Jautājums ir jārisina steidzami, ņemot vērā, ka vairāk nekā ceturtdaļa ģimenes ārstu ir vecāki par 60 gadiem un drīz dosies pensijā.

Īsākā laika posmā būtu labāk jāpapildina citu primārās aprūpes speciālistu darbības joma, lai tie varētu labāk palīdzēt ģimenes ārstu darbā. Latvija jau ir ieviesusi inovācijas šajā sakarā, finansējot otras prakses medmāsu un ārstu palīgu pozīcijas. Tomēr šķiet, ka šo speciālistu grupu potenciālais ieguldījums vēl nav pilnībā realizēts. Piemēram, papildus pieņemtās medmāsu reti palīdz koordinēt hroniski slimo pacientu aprūpi.

Visā OECD medmāsu ar papildu speciālista apmācību uzņemas arvien vairāk primārās aprūpes pienākumu, jo īpaši saistībā ar hronisku slimību ārstēšanu. Vairāki sistemātiski pārskati, kuros salīdzinātas primārās aprūpes jomā praktizējošās medmāsu un ārsti, liecina, ka praktizējošo medmāsu sniegums un rezultāti atbilst ārstu sniegumam un rezultātiem un dažos gadījumos pat ir labāki;

medmāsu nereti uzrāda labākus pacientu apmierinātības, komunikācijas, konsultāciju un pacientu atbalsta rādītājus (Horrocks et al., 2002; Newhouse et al., 2011; Health Affairs, 2013).

Praktizējošo medmāsu pienākumu klāsts dažādās valstīs atšķiras. Zviedrijā medmāsu vadītas klīnikas rūpējas par pacientiem ar hroniskām slimībām, piemēram, diabētu un sirds mazspēju, un medmāsu piedalās hroniski slimo pacientu aprūpes koordinēšanā. Dānijā medmāsu ir uzņēmušās jaunas pienākumus, rūpējoties par veciem pacientiem un citiem cilvēkiem ar sarežģītām, hroniskām aprūpes vajadzībām, it īpaši saistībā ar sniegtajiem pakalpojumiem. Anglijā praktizējošās medmāsu aizvien biežāk vada savas specializētās klīnikas, nodrošinot klīniskos novērtējumus un klīnisko pārvaldību, pasūtot izmeklēšanu, sniedzot nosūtījumus turpmākai aprūpei un dažkārt izrakstot receptes īpašiem klīniskajiem gadījumiem.

Potenciālus uzlabojumus piedāvā arī kopienas farmaceiti, un Latvijai šajā ziņā ir laba starta pozīcija, ņemot vērā, ka Latvijas farmaceiti jau konsultē par zāļu lietošanu un dažiem veselības veicināšanas un slimību profilakses aspektiem. Tomēr ir iespējams arī mācīties no progresīvākās citu valstu prakses un turpināt attīstīt farmaceitu lomu. Piemēram, Norvēģijā farmaceiti piedāvā sirds un asinsvadu veselības pārbaudes — šo programmu atziniņgi novērtēja Norvēģijas Diabēta asociācija un citas pacientu grupas.

Profesionālajām asociācijām un politikas veidotājiem Latvijā vajadzētu pētīt starptautisko pieredzi un domāt, kā vietējā mērogā pilnveidot medmāsu un farmaceitu lomas, lai atspoguļotu starptautiskās tendences. Ņemot vērā samērā unikālo feldšeru amata vēsturi Latvijā, valstij ir potenciāls ieviest starptautiska mēroga inovācijas attiecībā uz primārās aprūpes darbaspēka sastāvu. Liela starptautiska vērtība būtu bagātīgai informācijas infrastruktūrai, kurā aprakstītas diversificēta un paplašināta Latvijas primārās aprūpes darbaspēka darbības, izmaksas un sasniegtie rezultāti.

Hronisku slimību profilaksi un ārstēšanu var uzlabot, turpinot attīstīt stimulus, lielāku uzmanību pievēršot rezultātiem

Latvija skaidri atzīst nepieciešamību valsts līmenī no jauna koncentrēties uz profilaktisko veselības aprūpi un hronisku slimību ārstēšanu. Primārās profilakses jomā Latvija jau ir īstenojusi vairākas valsts mēroga iniciatīvas, organizējot veselības veicināšanas un veselības aizsardzības aktivitātes. Savukārt sekundārās profilakses jomā (reālu riska faktoru, piemēram, aptaukošanās vai paaugstināta asinsspiediena, pārvaldība un skrīnings) vēl ir daudz darāmā.

Latvijas ģimenes ārstu līgādējais kvalitātes novērtējums ir daudzsološs mēģinājums izvērtēt un uzlabot primārās aprūpes ietekmi uz sekundāro profilaksi un skrīningu (tas ietver arī primārās profilakses pasākumus). Tomēr 2013. gadā to ģimenes ārstu skaits, kas sasniedza noteiktos skrīninga un sekundārās profilakses rādītājus, bija samērā mazs — lielāko daļu noteikto rādītāju sasniedza mazāk nekā puse ārstu (3.1. tabula), turklāt uzstādītie mērķi nebija pārāk augsti (piemēram — vismaz 36 % pacientu, kuri saņēma paziņojumu par krūts un dzemdes kakla vēža skrīningu, veica to). Turklāt visi uzstādītie mērķi ir saistīti ar veiktajām darbībām, ko sasniegt parasti ir vieglāk nekā mērķus, kas saistīti ar klīniskajiem rezultātiem. Iespējams, līdz šim neapmierinošu sniegumu var skaidrot ar to, ka programmai vajag vairāk laika iesakņoties un/vai ka programmas ietvaros izmantotie stimuli nav pietiekami spēcīgi. Finansiālais stimulants noteikti nešķiet pietiekami efektīvs: vidējais maksājums 2013. gadā bija 355 EUR.

Būtu pārāk agri atteikties no līgādējā kvalitātes novērtējuma sistēmas, un būtu rūpīgi jānovēro tās augošā ietekme uz ārstu praksi. Iespējams, snieguma uzlabošanu kavē strukturāli faktori (piemēram, darbaspēka trūkums vai sliktas IT sistēmas), kuri laika gaitā neuzlabosies bez papildu ieguldījumiem. Būtu jāatbalsta aktīvas audita un pētījumu programmas īstenošana, koncentrējoties uz pakalpojumu sniedzēju rezultātu caurskatāmu salīdzinājumu. Ārsti un akadēmiķi būtu jāiedrošina šī darba vadīšanai, valsts iestādēm ņemoties stratēģisko uzraudzību — jo īpaši, lai nodrošinātu, ka konstatējumu rezultātā tiek uzlaboti pakalpojumi gan valsts, gan vietējā līmenī. Rūpīgi būtu jāpēta Latvijā vērojamas

atšķirības, gan ar mērķi kopumā uzlabot sniegumu, gan novērst nevienlīdzību. Svarīgs signāls, kas liecinās par sistēmas briedumu, būs Latvijas ģimenes ārstu sniegumu salīdzināšana ar viņu starptautisko kolēģu sniegumu (izmantojot OECD veselības aprūpes kvalitātes rādītāju programmu ar salīdzināšanas kritērijiem, kas cita starpā saistīti ar atbilstošu medikamentu izrakstīšanu diabēta slimniekiem).

Proaktīva izpēte arī ir nepieciešama, lai saprastu dažas neizskaidrotas parādības, piemēram, novērojumus, ka krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga līmenis šķiet zems, jo sievietes pašas maksā, lai veiktu šīs pārbaudes. Nav skaidrs, kāpēc sievietēm pašām būtu jāmaksā (vai jāizvēlas maksāt) par skrīningu, ja ģimenes ārsts to nodrošina bez maksas.

Tajā pašā laikā būtu jāpēta veiksmīgu primārās aprūpes stimulu shēmu pieredze starptautiskā mērogā, lai palīdzētu pilnveidot Latvijas Ikgadējā kvalitātes novērtējuma sistēmu. Izraēlas Vietējās veselības aprūpes kvalitātes rādītāju (QICH) programma ir veiksmīgi attīstīta un atšķirīga, jo tā ir palīdzējusi sasniegt būtiskus kvalitātes uzlabojumus, pamatojoties vienīgi uz salīdzinošu novērtēšanu, bez finansiāliem stimuliem. Lai papildinātu efektivitātes kritērijus, ir iekļauti vairāki klīniskie rezultāti, piemēram, asinsspiediena, holesterīna un glikozes līmeņa asinīs sekmīga kontrole diabētiķiem (OECD, 2012). QICH publicētie kritēriji ir paredzēti gan ārstu un iestāžu vadītāju, gan pacientu informēšanai un lietošanai. Tāpēc būtisks rīks, ar kuru veicināt uzlabojumus, varētu būt lielāka sabiedrības informētība par ģimenes ārstu sniegumu Latvijas Ikgadējā kvalitātes novērtējuma sistēmā.

Citās primārās aprūpes sistēmās finansiāli stimuli ir izmantoti, papildinot salīdzinošo novērtēšanu. Apvienotās Karalistes Kvalitātes un rezultātu sistēma (QOF) ir īpaši progresīva un finansiāli stimulē ģimenes ārstus izpildīt efektivitātes kritērijus (monitorings, recepšu izrakstīšana un konsultācijas); nodrošināt klīniskos starprezultātus (glikozētais hemoglobīns, holesterīns un asinsspiediens); un pacientu ziņotos rādītājus, piemēram, attiecībā uz dzīves kvalitāti un apmierinātību ar aprūpi (OECD, 2016). Pamācoša ir arī Austrālijā izmantotā pieeja. Austrālijas Prakses stimulu programmu veido trīs elementi — pacientu reģistrēšanas maksājums, maksājums par rezultātiem un pakalpojumu stimulēšanas maksājums diabētiķiem. Pirmais no minētajiem ir vienreizējs maksājums praksēm, kas izmanto pacientu reģistru un atgādinājumu sistēmu saviem pacientiem ar cukura diabētu. Otrais elements (maksājumi par rezultātiem) tiek izpildīts, ja vismaz 2 % prakses pacientu tiek diagnosticēti cukura diabēts, un ģimenes ārsti ir pabeiguši aprūpes ciklu vismaz 50 % šo pacientu. Aprūpes cikls ietver HbA1c mērījumus, pēdu un acu pārbaudi; svara un ķermeņa mērījumus; asinsspiediena un holesterīna līmeņa mērījumus un veselības veicināšanu. Trešais elements ir papildu maksājums par katru neatkarīgu aprūpes ciklu, kas pabeigts pacientiem ar diagnosticētu cukura diabētu (OECD, 2015c).

Labāku integrāciju ar slimnīcu pakalpojumiem var panākt, izmantojot inovatīvus pakalpojumu modeļus

Latvija ir atzinusi nepieciešamību attīstīt integrētu veselības aprūpes sistēmu, kas būtu vairāk vēsta uz pacientiem, efektīvāk izmantotu primāro aprūpi un mazāk paļautos uz dārgo stacionāro aprūpi (piemēram, kā formulēts Primārās veselības aprūpes attīstības plānā, 3.3. ielikums). Labākai integrācijai ar neatliekamās palīdzības dienestiem ir palīdzējusi jaunā prasība, ka ģimenes ārstiem jāsažinās ar pacientiem, kuri ir izsaukuši neatliekamo medicīnisko palīdzību, bet nav hospitalizēti, un plašāka integrācija ar būtiskiem sabiedriskajiem pakalpojumiem ārpus veselības aprūpes sistēmas tika paredzēta arī Sociālās drošības tīkla stratēģijas ietvaros un jaunos ārstu un mājas aprūpes sniedzēju sadarbības modeļos.

Tomēr ir nepieciešama ciešāka integrācija ar citām veselības aprūpes sistēmas daļām. Lai gan Latvija ir bijusi inovatīva attiecībā uz speciālistu lomām, pakalpojumu modeļi joprojām ir ļoti tradicionāli — saiknē starp primāro un sekundāro aprūpi joprojām vērojams būtisks pārrāvums. To apliecina tādu sistemātisku mehānismu trūkums, kas nodrošinātu, ka pacientiem papildu pārbaudes tiek veiktas arī pēc izrakstīšanas no plānotas stacionārās aprūpes, un tādu noteikumu trūkums, kas veicinātu

elektroniski uzglabātas informācijas apmaiņu starp ģimenes ārstiem un speciālistiem. Ir nepieciešami papildu mehānismi, kas ļautu ģimenes ārstiem iesaistīties visā pacientu aprūpes procesā — tas ir īpaši svarīgi, ņemot vērā, ka pieaug to pacientu skaits, kam ir daudzējādas, kompleksas vajadzības.

Būtisks starptautisks jauninājums pakalpojuma modelī, ko Latvija, šķiet, vēl nav izpētījusi, ir saistīts ar slimību pārvaldības programmām. To ietvaros tiek izveidotas jauni dažādu speciālistu tīkli, lai nodrošinātu integrētu aprūpes kopumu konkrētām pacientu grupām. Slimību pārvaldības programmas ir īpaši labi attīstītas Vācijā. Tajās tiek uzņemti pacienti ar diabētu vai citām hroniskām slimībām agrīnā stadijā, un uzsvars tiek likts uz aprūpes koordināciju, sekundāro profilaksi un uz pierādījumiem balstītu vadlīniju lietošanu. Pacientiem, kas vēlas iesaistīties programmā, jābūt gataviem piedalīties savas slimības pārvaldībā. Latvija varētu izpētīt arī vairākas inovācijas, kas ieviestas Anglijā (3.7. ielikums) un attiecas uz regulējumu un finansējuma plūsmām.

3.7. ielikums. Uz pacientu vērsta, integrētas aprūpes uzlabošana Anglijā

Anglijas valsts finansētajā, viena maksātāja sistēmā veselības aprūpes pakalpojumi tiek plāno un iepērk vietējās klīniskās sagādes grupas (CCG). Šīs grupas darbojas saskaņā ar nodrošināšanas sistēmu, kas cenšas par prioritāti noteikt integrētu aprūpi, kas koncentrējas uz pacientu. Sistēmā izmantoti vairāki snieguma rādītāji, kas koncentrēti uz tādiem aspektiem kā digitālā lietvedība un aprūpes nodošana, īpašu uzmanību pievēršot piecām iedzīvotāju grupām: veseliem cilvēkiem, cilvēkiem ar hroniskām slimībām, cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām vai mācīšanās traucējumiem, bērniem un jauniešiem, kā arī slimīgiem vecāka gadagājuma cilvēkiem.

Integrācijas veicināšana ir viens no Kvalitātes un inovāciju risinājumu sagādes (CQUIN) maksājumu sistēmas plašajiem mērķiem. CQUIN ļauj klīniskās sagādes grupām radīt stimulus labākai aprūpei, daļu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ienākumu piesaistot noteiktiem kvalitātes mērķiem. 2015.–2016. gada shēma ir veidota tā, lai atalgotu izmaiņas aprūpes sistēmas daļās, kur ir iesaistīti dažādi pakalpojumu sniedzēji.

Veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu neatkarīgais regulators (Aprūpes kvalitātes komisija) arī sagatavo daudzpusīgus pārskatus par konkrētu pacientu grupu, piemēram, vecāka gadagājuma cilvēku, aprūpi. Šo pārskatu mērķis ir izvērtēt un uzlabot vietējo pakalpojumu un aprūpes pāreju kvalitāti.

Personiskais veselības budžets ir efektīva ideja, kā uzlabot koordināciju un integrāciju ar augšupēju pieeju. Šāda budžeta mērķis ir sniegt cilvēkiem ar hroniskām slimībām un invaliditāti lielāku kontroli pār saņemto aprūpi, piešķirot indivīdiem naudas summu pakalpojumu vai iekārtu iegādei, kas tiek saskaņota ar kopējiem.

1. *Turcijas piezīme:* Šajā ziņojumā ietvertā informācija ar atsauci uz Kipru attiecas uz salas dienvidu daļu. Nav vienas konkrētas iestādes, kas pārstāvētu gan turku un grieķu kopienas Kipras salā. Turcija atzīst Ziemeļkipras Turku Republiku (ZKTR). Kamēr nav rasts ilgstošs un taisnīgs risinājums Apvienoto Nāciju Organizācijas ietvaros, Turcija saglabā savu nostāju attiecībā uz Kipras jautājumu.
2. *Visu ESAO ietilpstošo ES dalībvalstu un Eiropas Savienības piezīme:* Visas Apvienoto Nāciju Organizācijas dalībvalstis, izņemot Turciju, atzīst Kipras Republiku. Šajā ziņojumā ietvertā informācija attiecas uz teritoriju, ko faktiski kontrolē Kipras Republikas valdība.

Atsauces

- SPKC — Slimību profilakses un kontroles centrs (2014), *2013. gada Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata*, Rīga.
- SPKC (2013), *Latvijas iedzīvotāju veselība, 2002.–2012.*
- Eurostat (2015a), “Physicians by Medical Speciality”, pēdējoreiz atjaunināts 14.08.2015., pieejams: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (pieklūts 01.10.2015.).
- Eurostat (2015b), “Self-reported Unmet Needs for Medical Examination by Sex, age, Detailed Reason and Educational Attainment Level”, pēdējoreiz atjaunināts 26.03.2015., pieejams: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (pieklūts 20.10.2015.).
- Giesen, P. et al (2011), “Quality of After-hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 155, No. 2, pp. 108-113, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00006>.
- Starptautiskā Vēža reģistru asociācija (2015), *Latvian Cancer Registry Profile Page*, pieejams: http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_comprofiler&task=userprofile&user=1048&Itemid=498 (pieklūts 16.10.2015.).
- Jaffe, D.H. et al (2012), “Community Healthcare in Israel: Quality Indicators 2007-2009”, *Israel Journal of Health Policy Research*, Vol. 1, No. 1, p. 3, <http://dx.doi.org/10.1186/2045-4015-1-3>.
- Mitenbergs, U. et al (2012), “Latvia: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 14, No. 8, pp. 1-191.
- OECD (2016), *OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en>.
- OECD (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OECD (2015b), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
- OECD (2015c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233836-en>.
- OECD (2015d), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.
- OECD (2014), *Health at a Glance Europe 2014*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.
- OECD (2012), “Strengthening Community-based Primary Health Care”, *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-6-en>.
- OECD (2010), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>.

- Sassi, F. (ed.) (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.
- Smits, M. et al (2012), “Patient Satisfaction with Out-of-hours GP Cooperatives: A Longitudinal Study”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 30, No. 4, pp. 206-213, <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2012.735553>.
- Taube, M., U. Mitenbergs and A. Sagan (2014), *The Impact of the Financial Crisis on the Health System and Health in Latvia*, Eiropas Veselības sistēmu un politikas novērošanas centrs, Pasaules Veselības organizācija.
- Van Uden, C.J.T. and H.F.J.M. Crebolder (2004), “Does Setting Up Out of Hours Primary Care Cooperatives Outside a Hospital Reduce Demand for Emergency Care?”, *Emergency Medicine Journal*, Vol. 21, No. 6, pp. 722-723, <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2004.016071>.
- Van Uden, C.J.T. et al (2006), “Development of Out-of-hours Primary Care by General Practitioners (GPs) in the Netherlands: From Small-call Rotations to Large-scale GP Cooperatives”, *International Family Medicine*, Vol. 38, No. 8, pp. 565-569.
- Van Uden, C.J.T. et al (2005), “Patient Satisfaction with Out-of-hours Primary Care in the Netherlands”, *BMC Health Services Research*, Vol. 5, No. 1, p. 6, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-5-6>.
- Willcox, S., G. Lewis and J. Burgers (2011), “Strengthening Primary Care: Recent Reforms and Achievements in Australia, England and the Netherlands”, *Issues in International Health Policy*, The Commonwealth Fund, Pub. 1564, Vol. 27.
- Pasaules Banka (2015), “The Active Aging Challenge for Longer Working Lives in Latvia”, <http://pubdocs.worldbank.org/en/205791443642635843/WB-Latvia-Active-Aging-Report.pdf>.