
Veselības sistēmas pārejas periodā: Latvija

Pārskats par veselības sistēmu līdz
2011.gadam

PVO Eiropas reģionālā biroja izdevums angļu valodā 2012.gadā Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, 2012 (Volume 14, Number 8)

© *Pasaules Veselības organizācija 2012 (darbojas kā Veselības sistēmu un politiku observatorijas uzņemošā organizācija un sekretariāts)*

SPKC tulkojums latviešu valodā 2013.gadā Veselības sistēmas pārejas periodā: Latvija

SPKC ir atbildīgs par šīs publikācijas tulkojuma precizitāti

© *Slimību profilakses un kontroles centrs 2013*

Slimību profilakses un kontroles centrs

www.spkc.gov.lv; info@spkc.gov.lv

Duntes iela 22, Rīga, LV1050

Telefons: +371 67501590

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2012 under the title Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, 2012 (Volume 14, Number 8)

© *World Health Organization 2012 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)*

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© *Centre for Disease Prevention and Control of Latvia 2013*

Veselības sistēmas pārejas periodā

Uldis Mitenbergs, Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras lektors, Latvija

Māris Taube, Latvijas Nacionālā veselības dienesta direktors

Jānis Misiņš, Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra Pētniecības un veselības statistikas Veselības statistikas nodaļas vadītājs

Ēriks Miķītis, Latvijas Republikas Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktors

Atis Martinsons, Latvijas Nacionālā veselības dienesta Veselības aprūpes departamenta direktors

Aiga Rūrāne, PVO Eiropas reģionālā biroja PVO Latvijas pārstāvniecības vadītāja

Vilms Kventins (Wilm Quentin), Berlīnes Tehnoloģiju universitātes Veselības aprūpes vadības katedras vecākais pētnieks

Ieteikts atsaukties uz:

Mitenbergs U., Taube M., Misiņš J., Miķītis E., Martinsons A., Rūrāne A., Kventins V. (Quentin W.).
Latvija: Pārskats par veselības sistēmu. *Veselības sistēmas pārejas periodā*, 2012; 14(8): 1 – 193

Saturs

Priekšvārds	i
Pateicības.....	ii
Saīsinājumu saraksts.....	iii
Anotācija	vi
Kopsavilkums	1
Ievads	1
Organizācija un pārvaldība.....	1
Finansējums.....	1
Materiālie un cilvēkresursi	2
Pakalpojumu sniegšana	2
Veselības sistēmas novērtējums.....	3
Secinājumi.....	3
1. Ievads	4
1.1. Ģeogrāfija un sociālā demogrāfija.....	4
1.2. Ekonomikas konteksts.....	6
1.3. Politiskais konteksts	7
1.4. Veselības stāvoklis	8
2. Organizācija un pārvaldība	13
2.1. Pārskats par veselības sistēmu	13
2.2. Vēsturiskais konteksts	14
2.3. Organizācija	15
2.3.1. Saeima	15
2.3.2. Veselības ministrija	15
2.3.3. Veselības ministrijas padotības iestādes.....	16
2.3.4. Nacionālais veselības dienests (NVD)	16
2.3.5. Citas ministrijas	16
2.3.6. Vietējās pašvaldības	17
2.3.7. Valsts un privātie veselības aprūpes sniedzēji	17
2.3.8. Nevalstiskās un profesionālās organizācijas	18
2.3.9. Starptautiskās organizācijas	18
2.3.10. Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas sabiedrības	18
2.4. Decentralizācija un centralizācija	18
2.5. Plānošana	19
2.6. Starpnozārība	20
2.7. Veselības informācijas pārvaldība.....	20
2.7.1. Informācijas sistēmas	20
2.7.2. Veselības tehnoloģiju novērtējums.....	21
2.8. Regulējums	21
2.8.1. Trešo pušu maksātāju (NVD un BVA) regulējums un pārvaldība	22
2.8.2. Pakalpojumu sniedzēju regulējums un pārvaldība	22
2.8.3. Cilvēkresursu reģistrācija un plānošana	24
2.8.4. Zāļu regulējums un pārvaldība	24
2.8.5. Medicīnisko ierīču un tehnisko palīgīdzekļu regulējums	26
2.8.6. Kapitālieguldījumu regulējums	26
2.9. Pacientu iespējas.....	26
2.9.1. Informācija pacientiem.....	26
2.9.2. Pacientu izvēles iespējas	27
2.9.3. Pacienta tiesības.....	27
2.9.4. Sūdzību procedūras (starpniecība, pretenzijas).....	27
2.9.5. Sabiedrības līdzdalība.....	27
2.9.6. Pacienti un pārrobežu veselības aprūpe	27
3. Finansējums	29
3.1. Izdevumi veselības jomā.....	29
3.2. Ieņēmumu avoti un finanšu plūsmas.....	32
3.3. Pārskats par valsts garantētās veselības aprūpes finansējuma sistēmu	33
3.3.1. Aptvērums	33

3.3.2. Nodokļu iekasēšana	35
3.3.3. Finansējuma apvienošana	35
3.3.4. Pakalpojumu pirkšana un attiecības starp pakalpojumu pircējiem un sniedzējiem	36
3.4. Pacientu tiešmaksājumi	37
3.4.1. Izmaksu dalīšana (pacientu iemaksas)	38
3.4.2. Pacientu tiešmaksājumi	40
3.4.3. Neformālie maksājumi	40
3.5. Brīvprātīgā veselības apdrošināšana	41
3.5.1. Tirgus loma un lielums.....	41
3.5.2. Tirgus struktūra.....	41
3.5.3. Uzvedība tirgū.....	41
3.5.4. Valsts politika	42
3.6. Citi finansējuma avoti	42
3.6.1. Paralēlas veselības sistēmas	42
3.6.2. Ārējie finansējuma avoti	42
3.6.3. Citi finansējuma avoti.....	43
3.7. Maksājumu mehānismi	43
3.7.1. Maksa par veselības aprūpes pakalpojumiem.....	43
3.7.2. Darba apmaksā veselības aprūpes personālam.....	46
4. Materiālie un cilvēkresursi.....	48
4.1. Materiālie resursi.....	48
4.1.1. Pamatkapitāls un investīcijas	48
4.1.2. Infrastruktūra.....	49
4.1.3. Medicīnas iekārtas	50
4.1.4. Informācijas tehnoloģijas	51
4.2. Cilvēkresursi	52
4.2.1. Ārstniecības personu tendences	52
4.2.2. Ārstniecības personu profesionālā mobilitāte.....	54
4.2.3. Ārstniecības personu apmācība	54
4.2.4. Ārstu karjeras iespējas.....	56
4.2.5. Citu ārstniecības personu karjeras iespējas	56
5. Pakalpojumu sniegšana	57
5.1. Sabiedrības veselība	57
5.2. Pacientu iespējas.....	60
5.3. Ambulatorā veselības aprūpe.....	60
5.3.1. Primārā aprūpe	61
5.3.2. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	62
5.3.3. Dienas stacionārs un ambulatorā ķirurģija.....	62
5.4. Stacionārā veselības aprūpe	64
5.5. Neatliekamā medicīniskā palīdzība.....	66
5.6. Farmaceutiskā aprūpe.....	67
5.7. Rehabilitācija/starpaprūpe.....	69
5.8. Ilgstoša aprūpe	69
5.9. Pakalpojumi neformālajiem aprūpētājiem	70
5.10. Paliatīvā aprūpe	70
5.11. Garīgās veselības aprūpe.....	70
5.11.1. Stacionārā veselības aprūpe	71
5.11.2. Dienas stacionārs	71
5.11.3. Ambulatorā veselības aprūpe.....	71
5.12. Zobārstniecība.....	71
5.13. Komplementārā un alternatīvā medicīna	72
5.14. Veselības aprūpe īpašām iedzīvotāju grupām	72
6. Galvenās veselības sistēmas reformas	74
6.1. Pēdējo reformu analīze.....	74
6.1.1. Virzība no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi un aprūpi mājās.....	76
6.1.2. Prettrieciens krīzei: Sociālās drošības tīkla stratēģija.....	76
6.1.3. No sociālās veselības apdrošināšanas eksperimenta paliekām līdz NVD	77
6.1.4. Valsts funkciju koncentrācija un sabiedrības veselības iestāžu reorganizācija	78

6.1.5. Farmaceutiskās aprūpes racionalizācija	78
6.1.6. Notiekošās reformas: kvalitātes vadība, e-veselība un maksājumi par slimnīcu	79
6.2. Nākotnes tendences	79
7. Veselības sistēmas novērtējums	81
7.1. Veselības sistēmas mērķi	81
7.2. Finansiālā aizsardzība un taisnīgs finansējums	82
7.2.1. Finansiālā aizsardzība.....	82
7.2.2. Taisnīgums finansēšanā.....	83
7.3. Lietotāju pieredze un vienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei	84
7.3.1. Lietotāju pieredze	84
7.3.2. Vienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei.....	85
7.4. Veselības rezultāti, veselības pakalpojumu rezultāti un aprūpes kvalitāte	87
7.4.1. Iedzīvotāju veselība	87
7.4.2. Veselības pakalpojumu rezultāti un aprūpes kvalitāte	88
7.4.3. Rezultātu vienlīdzība	89
7.5. Veselības sistēmas efektivitāte	89
7.5.1. Alokatīvā efektivitāte	89
7.5.2. Tehniskā efektivitāte.....	91
7.6. Caurskatāmība un atbildība.....	91
8. Secinājumi.....	93
9. Pielikumi	95
9.1. Atsauces	95
9.2. <i>HiT</i> metodoloģija un sagatavošanas process	97
9.3. Pārskatīšanas process	98
9.4. Informācija par autoriem.....	98
Veselības sistēmu pārejas periodā profili.....	a
Līdz šim publicētie <i>HiT</i> valstu profili:	b

Priekšvārds

Valstu pārskati par veselības sistēmām pārejas periodā (*HiT*) veido veselu pārskatu sēriju, kas sniedz detalizētu informāciju par attiecīgās valsts veselības sistēmu un tās reformām, kā arī par politikas iniciatīvām, kas tiek īstenotas vai vēl jāizstrādā. Katru pārskatu sagatavo valstu eksperti sadarbībā ar Observatorijas darbiniekiem. Pārskatu izstrādei izmanto regulāri atjaunināmu paraugu, lai veicinātu valstu salīdzināmību. Šis paraugs ietver detalizētas vadlīnijas, konkrētus jautājumus, definīcijas un piemērus, kas palīdz izveidot ziņojumu.

HiT sniedz svarīgu informāciju politikas veidotājiem un analītiķiem veselības sistēmu izveidē Eiropā. Tie ir pamatelementi, ko var izmantot, lai:

- iegūtu detalizētu informāciju par dažādām pieejām veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanā, finansēšanā un sniegšanā, kā arī par veselības sistēmas galveno dalībnieku lomām;
- aprakstītu veselības jomas reformu programmu institucionālo satvaru, procesu, saturu un īstenošanu;
- izceltu problēmas un jomas, kam nepieciešama padziļinātāka analīze;
- nodrošinātu rīku informācijas izplatīšanai par veselības sistēmām un pieredzes apmaiņu par reformu stratēģijām starp dažādu valstu politikas veidotājiem un analītiķiem; un
- palīdzētu citiem pētniekiem veikt daudz padziļinātāku salīdzinošo veselības politikas analīzi.

Pārskatu izstrādes process ir saistīts ar vairākām metodoloģiskām problēmām. Daudzās valstīs ir samērā maz informācijas par veselības sistēmu un reformu ietekmi. Vienota datu avota neesamības dēļ kvantitatīvos datus par veselības pakalpojumiem iegūst no vairākiem atšķirīgiem avotiem, tostarp no Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas Reģionālā biroja datubāzes *Veselība visiem*, valstu statistikas birojiem, *Eurostat*, Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (ESAO) Veselības datiem, no Starptautiskā Valūtas fonda (SVF), Pasaules Bankas pasaules attīstības rādītājiem un citiem svarīgiem avotiem, ko izvēlas autori. Datu vākšanas metodes un definīcijas dažreiz atšķiras, bet katrā pārskatā tiek ievērota konsekvence.

Standartizētam pārskatam ir zināmi trūkumi, jo finansējums veselības aprūpei un tās sniegšana katrā valstī atšķiras. Tai pat laikā tam ir arī priekšrocības, jo tiek izvirzītas līdzīgas problēmas un jautājumi. *HiT* var izmantot, lai informētu politikas veidotājus par pieredzi citās valstīs, kas var izrādīties noderīga attiecīgās valsts situācijā. Tie arī lieti noder, lai veiktu veselības sistēmu salīdzinošo analīzi. Šī sērija ir nepārtraukta iniciatīva un tās materiālus regulāri atjaunina.

Labpāt saņemsim komentārus un ieteikumus *HiT* sērijas tālākai izstrādei un uzlabošanai. Sūtiet tos uz: info@obs.euro.who.int.

HiT un *HiT* kopsavilkumus atradīsiet Observatorijas tīmekļa vietnē: <http://www.healthobservatory.eu>.

Pateicības

Šo *HiT* par Latviju sagatavoja Veselības sistēmu un politiku observatorija.

Pārskatu sarakstīja Uldis Mitenbergs (Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras lektors uz pusslodzi, Māris Taube (Nacionālā veselības dienesta (NVD) direktors), Jānis Misiņš (Slimību profilakses un kontroles centra Veselības statistikas nodaļas vadītājs), Ēriks Miķītis (VM Veselības aprūpes departamenta direktors), Atis Martinsons (NVD Veselības aprūpes departamenta direktors) un Aiga Rūrāne (PVO Latvijas pārstāvniecības vadītāja). To rediģēja Berlīnes Tehnoloģiju universitātes Veselības aprūpes vadības katedras Observatorijas komandas vadītājs Vilms Kventins (Wilm Quentin) sadarbībā ar Reinhardu Busi (Reinhard Busse). Šis izdevums balstīts uz iepriekšējo *HiT* par Latviju, kas nāca klajā 2008. gadā. To sarakstīja Ellija Tragakes (Ellie Tragakes), Ģirts Briģis, Jautrīte Karaškēviča, Aiga Rūrāne, Artis Stuburs un Evita Zušmane. Izdevumu rediģēja Olga Avejeva un Marko Šēfers (Marco Schäfer).

Observatorija un autori pateicas Ģirtam Briģim (Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras profesors), Anitai Villerušai (Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības fakultātes asociātā profesore un dekāne) un Čārlzam C. Grifinam (Charles C. Griffin) (Pasaules Bankas vecākais padomnieks), kā arī Veselības ministrijas darbiniekiem par ziņojuma pārskatīšanu.

Īpaša pateicība pienākas Veselības ministrijas darbiniekiem Kristīnei Kļaviņai, Ivetai Skiliņai, Gundegai Ozoliņai, Vēsmai Skudrai un Artūram Veidemanim, kā arī Nacionālā veselības dienesta darbiniecēm Anitai Zandovskai un Līgai Gaigalai par informācijas sniegšanu un ārkārtīgi vērtīgajiem komentāriem un ieteikumiem saistībā ar manuskripta iepriekšējiem projektiem par Latvijas veselības sistēmas plāniem un esošās politikas iespējām.

Pateicība pienākas arī PVO Eiropas reģionālajam birojam par iespēju izmantot datus par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem no datubāzes *Veselība visiem*; ESAO par veselības aprūpes pakalpojumu datiem Rietumeiropā; un Pasaules Bankai par datiem, kas saistīti izdevumiem veselībai Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs. Paldies arī Dacei Krievkalnei un Inesei Mednei no Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes par sniegtajiem datiem. *HiT* atspoguļoti dati, kas bija pieejami 2012. gada septembrī, ja nav norādīts citādi.

HiT atjaunināšana bija iekļauta Divgadu sadarbības nolīgumā starp Latviju un PVO/EURO laikposmam no 2012. līdz 2013. gadam. Observatorija un autori pateicas Rinaldam Muciņam (Veselības ministrijas valsts sekretārs), Līgai Sernai un Agnesei Rabovičai (Veselības ministrijas Starptautisko attiecību un ES lietu departaments) par nepārtraukto darbu, lai uzturētu labas sadarbības attiecības starp Latviju un PVO.

Eiropas Veselības sistēmu un politiku observatorija ir partnerība starp PVO Eiropas reģionālo biroju un Beļģijas, Itālijas Veneto reģiona, Īrijas, Nīderlandes, Norvēģijas, Slovēnijas, Somijas, Spānijas un Zviedrijas valdībām, Eiropas Komisiju, Eiropas Investīciju banku, Pasaules Banku, *UNCAM* (Francijas Veselības apdrošināšanas fondu nacionālā savienība), Londonas Ekonomikas un politoloģijas augstskolu, kā arī Londonas Higiēnas un tropu medicīnas augstskolu. Observatorijas komandu *HiT* izstrādei vada tās direktors Joseps Figueras (Josep Figueras), Martins Makkī (Martin McKee), Reinhard Buse (Reinhard Busse) un Sūzija Lesofa (Suszy Lessof). Observatorijas Valstu pārraudzības programmu un *HiT* sēriju koordinē Gabriele Pastorino. Džonatans Nors (Jonathan North) koordinēja šī *HiT* izstrādes, kopēšanas un rediģēšanas procesu. Viņam palīdzēja Karolīne Vaita (Caroline White), Mērija Alena (Mary Allen) (kopēšana-rediģēšana), Stīvs Stils (Steve Still) (dizains un makets) un Sāra Kuka (Sarah Cook) (korektūra).

Saīsinājumu saraksts

Saīsinājumi	
VUI	vidējais uzturēšanās ilgums
CARK	Vidusāzijas republikas (Kirgizstāna, Tadžikistāna, Turkmēnistāna, Uzbekistāna) un Kazahstāna
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
NMPKMC	Neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas centrs
VEC	Veselības ekonomikas centrs
CIP	Centrālā izlūkošanas pārvalde
NVS	Neatkarīgo valstu sadraudzība
CSP	Centrālā statistikas pārvalde
DT	datortomogrāfija
NDD	noteiktā dienas deva
BTPZ	bojāts, trūkstošs vai plombēts zobs
DRG	diagnozēm piesaistīta veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites un apmaksas sistēma
EK	Eiropas Komisija
EEZ	Eiropas Ekonomiskā zona
EVAK	Eiropas veselības apdrošināšanas karte
NMP	neatliekamā medicīniskā palīdzība
ERAF	Eiropas Reģionālās attīstības fonds
ESF	Eiropas Sociālais fonds
ES	Eiropas Savienība
ES27	ES 27 dalībvalstis
ES12	ES dalībvalstis kopš 2004. vai 2007. gada
ES15	ES dalībvalstis līdz 2004. gadam
ES-SILC	Eiropas Savienības statistika par ienākumiem un dzīves apstākļiem
MPP	maksa par pakalpojumu
IKP	iekšzemes kopprodukts
VIV	valdības izdevumi veselībai
ĢĀ	ģimenes ārsts
VI	Veselības inspekcija
IVN	ietekmes uz veselību novērtējums
HIV/AIDS	cilvēka imūndeficīta vīruss/iegūts imūndeficīta sindroms
VMG	veselīga mūža gadi
VNC	Veselības norēķinu centrs
SSK-10	Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. pārstrādātais izdevums
PRR	pieaugošais rentabilitātes rādītājs
IKT	informācijas un komunikācijas tehnoloģijas
SVF	Starptautiskais Valūtas fonds
SNN	starptautisks nepatentēts nosaukums
LVL	Latvijas lats
IM	Iekšlietu ministrija
LM	Labklājības ministrija
MRA	magnētiskās rezonanses attēlveidošana

Sāsinājumi	
NATO	Ziemeļatlantijas līguma organizācija
NVO	nevalstiska organizācija
NVK	PVO Nacionālie veselības konti
NVD	Nacionālais veselības dienests
NOMESCO	Ziemeļvalstu Medicīniskās statistikas komiteja
Nord-DRG	Kopējā Ziemeļvalstu DRG sistēma
VID	Valsts ieņēmumu dienests
PTM	pacientu tiešmaksājumi
BRM	bezrecepšu medikamenti
KNM	kvalitātes novērtējuma maksājums
VVA	Valsts veselības aģentūra
PVA	primārā veselības aprūpe
ZVA	Zāļu valsts aģentūra
VOAVA	Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra
SM	standartizētā mirstība
VNMPD	Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
STI	seksuāli transmisīva infekcija
SUSTENTO	Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija
TB	tuberkuloze
KVI	kopējie veselības izdevumi
UNDP	ANO Attīstības programma
UNESCO	ANO Izglītības, zinātnes un kultūras organizācija
UNHCR	ANO Bēgļu aģentūra
UNICEF	ANO Bērnu fonds
US\$ PP	ASV dolāra pirktspējas paritātes
PVN	pievienotās vērtības nodoklis
BVA	brīvprātīgā veselības apdrošināšana
BVAS	brīvprātīgās veselības apdrošināšanas sabiedrības
PTO	Pasaules Tirdzniecības organizācija
PZDG	potenciāli zaudētie dzīves gadi

Tabulas, attēli un ierāmētā informācija

Tabulas

- 1.1. tabula. Iedzīvotāju/demogrāfisko rādītāju tendences, 1980–2010
 - 1.2. tabula. Makroekonomikas rādītāji, 1990–2010
 - 1.3. tabula. Mirstības un veselības rādītāji, 1980–2010
 - 1.4. tabula. Paredzamie veselīgi nodzīvotie dzīves gadi (VDG) piedzimstot
 - 1.5. tabula. Galvenie nāves cēloņi: SM uz 100 000 iedzīvotājiem pēc slimības grupas saskaņā ar Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. pārstrādāto versiju (SSK-10)

 - 1.6. tabula. Izvēlēto slimību prevalence un incidence uz 100 000 iedzīvotājiem
 - 1.7. tabula. Mātes un bērna veselības rādītāji, 1980–2010
 - 1.8. tabula. Zīdaiņu krūts barošana (%)
 - 3.1. tabula. Veselības izdevumu tendences, 1995–2010
 - 3.2. tabula. Valsts izdevumi veselības jomā pēc pakalpojumu programmas, 2009
 - 3.3. tabula. Pakalpojumu sniedzēju izdevumi kā % no esošajiem vispārējiem valdības izdevumiem veselības aprūpei
 - 3.4. tabula. Ieņēmumu avoti kā % no kopējiem izdevumiem veselībai saskaņā ar ieņēmumu avotu, 1995–2010
 - 3.5. tabula. Pacienta iemaksas par veselības pakalpojumiem un aizsardzības mehānismi, 2012
 - 3.6. tabula. BVA rādītāju izstrāde Latvijā
 - 3.7. tabula. Mehānismi norēķiniem ar pakalpojumu sniedzējiem
 - 3.8. tabula. Ģimenes ārstu darba kvalitātes novērtējuma rezultāti, 2011
 - 4.1. tabula. Slimniņu un to gultu skaits Latvijā pēc īpašumtiesībām, lieluma un veida, 2010
 - 4.2. tabula. Funkcionējošu diagnostikas attēlveidošanas tehnoloģiju skaits uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 2010
 - 4.3. tabula. Mājsaimniecību piekļuve datoram un internetam kā % no kopējā mājsaimniecību skaita, 2005–2010
 - 4.4. tabula. Ārstniecības personu skaits Latvijā uz 1000 iedzīvotājiem, 1990–2010
 - 4.5. tabula. Praktizējošo ārstu, ĢĀ, zobārstu un māsu īpatsvars (%) pēc vecuma, 2010
 - 5.1. tabula. Bērnu vakcinācijas kalendārs un imunizācijas rādītāji (% no kopējā bērnu skaita), 2008–2010
 - 5.2. tabula. PVA atrašanās vietas un ĢĀ juridiskais statuss pa reģioniem, 2010
 - 5.3. tabula. Dienas stacionāru un ambulatorās ķirurģijas darbības rādītāji Latvijā, 2007–2010
 - 5.4. tabula. Slimniņu, kas sniedz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar līgumiem ar NVD, skaits pēc pakalpojumu veida
 - 5.5. tabula. No stacionāra izrakstīto pacientu skaits uz 1000 iedzīvotājiem
 - 5.6. tabula. Rādītāji farmācijas tirgus attīstībai Latvijā, 2006–2011
 - 7.1. tabula. Iedzīvotāju ziņojumi par neapmierinātām vajadzībām pēc veselības pārbaudēm vai ārstniecības pēc iemesla, 2010
- 7.2. tabula. Profilkatēģiskās veselības aprūpes rādītāji

Attēli

- 1.1. attēls. Latvijas karte
 - 2.1. attēls. Latvijas veselības sistēmas organizācija, 2012
 - 2.2. attēls. Datu vākšana Latvijas veselības sistēmā
 - 3.1. attēls. Veselības izdevumi kā daļa (%) no IKP PVO Eiropas reģionā, 2010
 - 3.2. attēls. Veselības izdevumu tendences kā % no IKP Latvijā un izvēlētajās valstīs, kā arī vidējie rādītāji, 1995–2010
 - 3.3. attēls. Veselības izdevumi US\$ PP uz vienu cilvēku PVO Eiropas reģiona valstīs, 2010
 - 3.4. attēls. Valsts sektora izdevumi veselības jomā kā daļa (%) no kopējiem veselības izdevumiem PVO Eiropas reģionā, 2010
 - 3.5. attēls. Finanšu plūsmas
 - 3.6. attēls. Kopējie izdevumi veselībai (%) saskaņā ar ieņēmumu avotu, 2010
 - 4.1. attēls. Gultu skaits akūtās aprūpes slimnīcās, psihiatriskajās slimnīcās un ilgstošas aprūpes iestādēs uz 1000 iedzīvotājiem
 - 4.2. attēls. Gultu skaits akūtās aprūpes slimnīcās uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010
 - 4.3. attēls. Vidējais uzturēšanās ilgums akūtās aprūpes slimnīcās Latvijā un izvēlētajās valstīs no 1990. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija
 - 4.4. attēls. Aizņemto gultu skaits akūtās aprūpes slimnīcās Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010
 - 4.5. attēls. Ilgstošas aprūpes (kopšana un veci cilvēki) slimniņu gultas uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un ES valstīs, 1990–2010
 - 4.6. attēls. Psihiatrisko slimniņu gultu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010
 - 4.7. attēls. Ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010
 - 4.8. attēls. Māsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010
 - 4.9. attēls. Ārstu un māsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem PVO Eiropas reģionā, pēdējais gads, par kuru pieejama informācija
 - 4.10. attēls. Zobārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010
 - 4.11. attēls. Farmaceitu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010
 - 5.1. attēls. Pacientu plūsma
 - 5.2. attēls. Ambulatorie kontakti uz vienu cilvēku gadā Latvijā un izvēlētajās valstīs no 1990. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija
 - 5.3. attēls. Stacionārā veiktu ķirurģisku procedūru skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs no 1990. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija
 - 5.4. attēls. NDD patēriņš uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā, 2007–2011
 - 7.1. attēls. Privāto mājsaimniecību PTM par veselību kā % no kopējiem veselības izdevumiem no 1995. g. līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija
- 7.2. attēls. PTM komponentes uz vienu mājsaimniecības locekli
- 7.3. attēls. Iedzīvotāju ziņojumi (%) par neapmierinātām vajadzībām pēc veselības pārbaudēm vai ārstniecības, jo tas bija "pārāk dārgi"
 - 7.4. attēls. Vidējie mēneša PTM uz vienu mājsaimniecības locekli (kreisā ass) un PTM kā % no mājsaimniecības izdevumiem (labā ass) pēc ienākumu kvintiles, 2010
- 7.5. attēls. Pacientu ziņojumi par rindām, 2008
 - 7.6. attēls. Iedzīvotāju ziņojumi par neapmierinātām vajadzībām pēc veselības pārbaudēm vai ārstniecības pēc dzimuma un ienākumu kvintiles, 2010
 - 7.7. attēls. Iemesli iedzīvotāju ziņojumiem par neapmierinātām vajadzībām pēc veselības pārbaudēm vai ārstniecības, pirmā un piektā ienākumu kvintile, 2010
 - 7.8. attēls. Paredzamais dzīves ilgums piedzimstot (gados) Baltijas valstīs un vidēji ES no 1970. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija
- 7.9. attēls. No slimnīcām izrakstīto pacientu skaits uz 1000 iedzīvotājiem pēc primārās diagnozes: kopējais skaits (labā ass) un izvēlētas diagnostikas kategorijas (kreisā ass): 2006–2010
- 7.10. attēls. Cilvēki ar ilgstošu slimību un veselības problēmu pēc ienākumu kvintiles, 2005–2010
 - 7.11. attēls. VOAVA/NVD finansējuma galveno izdevumu kategoriju sadalījums

Ierāmētā informācija

- 6.1. Galvenās reformas un politiku iniciatīvas

Šajā Latvijā veselības sistēmas analīzē tiek apskatīti pēdējie notikumi, kas saistīti ar organizāciju, pārvaldību, veselības jomas finansēšanu, veselības aprūpes sniegšanu, veselības sistēmas reformām un tās darbību. Vairāk nekā 20 gadus Latvijas veselības sistēmā pastāvīgi ir veiktas reformas. Pēc neatkarības atgūšanas 1991. gadā sākotnēji bija nodoms Latvijā izveidot sociālo veselības apdrošināšanas sistēmu. Tomēr problēmas ar decentralizēto plānošanu, sadrumstaloto un neefektīvo finansējumu pamazām lika atteikties no šīs pieejas. Galu galā 2011. gadā tika izveidots Nacionālais veselības dienests un uz tā balstīta sistēma. Šīs pastāvīgās pārmaiņas ir notikušas apstākļos, kad iedzīvotājiem ir bijusi samērā slikta veselība un ierobežots finansējums, kas viņiem radīja smagu slogu. Latvija ir valsts, kurā ir vieni no augstākajiem pacientu tiešmaksājumiem Eiropas Savienībā.

Finanšu krīze ir novedusi pie finanšu resursu nepietiekamības. Tas, savukārt, ir radījis milzu izaicinājumu valdībai, kas darīja visu iespējamo, lai nodrošinātu nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visiem iedzīvotājiem, un lai novērstu viņu veselības stāvokļa pasliktināšanos. Tomēr šī situācija bija arī reformu virzītājspēks: iepriekšējie pasākumi sistēmas centralizēšanai un pārejai no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi tika ārkārtīgi paātrināti. Vienlaikus tika īstenota Sociālās drošības tīkla stratēģija (ar Pasaules Bankas finanšu atbalstu), lai pasargātu trūcīgos iedzīvotājus no pacienta iemaksu radītām negatīvām sekām.

Tomēr, kā jau visās veselības sistēmās, vairākas problēmas tomēr saglabājas. Vēl daudz kas jāpaveic, lai mazinātu smēķēšanu un mirstību no sirds un asinsvadu slimībām; papildinātu kompensējamo zāļu sarakstu; samazinātu pārmērīgo pašaušanos uz pacientu tiešmaksājumiem, ko izmanto veselības sistēmas finansēšanai; mazinātu nevienlīdzību veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā un iedzīvotāju veselības stāvokļa ziņā; uzlabotu slimnīcu efektivitāti izmantojot DRG piesaistītu finansējumu; un uzraudzītu un uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti. Risinot visas šīs problēmas finanšu krīzes apstākļos, nedrīkst aizmirst vēl vienu svarīgu jautājumu, t.i., valsts izdevumu palielinājumu veselības jomā, lai nodrošinātu atbilstīgu finansējumu veselības sistēmai.

Kopsavilkums

Ievads

N elielajā Baltijas republikā Latvijā vairāk nekā 20 gadus pastāvīgi ir veiktas veselības sistēmas reformas. Pēc neatkarības atgūšanas 1991. gadā sākotnēji bija nodoms Latvijā izveidot sociālo veselības apdrošināšanas sistēmu. Tomēr problēmas ar decentralizēto plānošanu, sadrumstaloto un neefektīvo finansējumu pamazām lika atteikties no šīs pieejas. Galu galā 2011. gadā tika izveidots Nacionālais veselības dienests un uz tā balstīta sistēma.

Šīs pastāvīgās pārmaiņas ir notikušas apstākļos, kad iedzīvotājiem ir bijusi samērā slikta veselība un ierobežots finansējums. Lai gan kopš 2000. gada paredzamais dzīves ilgums piedzimstot 2.1 miljonu lielajai tautai ir palielinājies par trim gadiem 2010. gadā sasniedzot 74 gadus (69 gadi vīriešiem un 78 – sievietēm), tas joprojām ir viszemākais Baltijas valstīs un bija daudz zemāks (apmēram par astoņiem gadiem vīriešiem un četriem gadiem – sievietēm) nekā vidēji ES. Saistībā ar tādiem veselības sistēmas darbības kritērijiem kā veselības stāvoklis, aizsardzība pret finansiālu risku un pacientu apmierinātība, Latvija joprojām atpaliek ne tikai no Rietumu ES valstīm, bet arī no citām valstīm, kas pievienojās ES 2004. gadā.

Nesenā globālā finanšu un ekonomikas krīze Latviju skāra vissmagāk no visām ES dalībvalstīm – IKP nokritās apmēram par vienu ceturtdaļu, kas bija smags trieciens darba tirgum un valdības fiskālai stabilitātei. Tas noveda pie radikālām izmaiņām veselības sistēmā. Iepriekšējie pasākumi sistēmas centralizēšanai un pārejai no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi tika ārkārtīgi paātrināti. Slimnīcu skaits tika ievērojami samazināts un tālejošas izmaiņas tika ieviestas arī veselības aprūpes pārvaldes iestādēs. Novatoriska Sociālās drošības tīkla stratēģija (ar Pasaules Bankas finansiālu atbalstu) tika ieviesta, lai pasargātu mājāsaimniecības ar zemiem ienākumiem no pacienta iemaksām un lai atbalstītu virzību no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi. Tomēr pacientu tiešmaksājumi Latvijā joprojām ir vieni no augstākajiem ES.

Nesen apstiprinātā Sabiedrības veselības stratēģija 2011. – 2017. gadam varētu palīdzēt uzlabot iedzīvotāju veselības stāvokli, jo tā balstīta uz stingru starpnozarju pieeju un tajā īpaša uzmanība pievērsta lielākajai problēmai Latvijā – sirds un asinsvadu slimībām. Palielinoties ekonomikas izaugsmei, jāturpina strukturālās reformas, kas tika uzsāktas finanšu krīzes laikā, un jārisina atlikušās problēmas, tādas kā atkarības mazināšana no pacientu tiešmaksājumiem un veselības sistēmas vispārējās efektivitātes uzlabošana.

Organizācija un pārvaldība

Latvijas veselības aprūpes sistēma balstās uz vispārējās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem. Pakalpojumu pircējs un sniedzējs ir savstarpēji nodalīti, turklāt pakalpojumus var sniegt gan valsts, gan pašvaldību, gan privātās struktūras. Veselības ministrija ir atbildīga par valsts veselības politiku un par veselības sistēmas vispārējo organizāciju un darbību. Neatkarīgais Nacionālais veselības dienests (NVD) īsteno valsts veselības jomas politikas un nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visā valstī.

Veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā nodrošina dažāda veida īpašnieku pārziņā esošas struktūras. Mazākas slimnīcas un dažas lielākas reģionālās slimnīcas parasti pieder 119 pašvaldībām, bet lielākas terciārās aprūpes slimnīcas (universitātes slimnīcas) un specializētās (vienprofilas) slimnīcas (piem., psihiatriskās slimnīcas) pieder valstij. Lielākai daļai primārās veselības aprūpes ārstu ir neatkarīga profesionāla juridiskais statuss un gandrīz visas zobārstniecības prakses un aptiekas ir privātas.

Finansējums

2010. gadā Latvijā kopējie izdevumi veselības jomā bija 6.7% no IKP, kas bija viens no zemākajiem rādītājiem Eiropā. Līdzekļus veselības jomai valdība iegūst galvenokārt no vispārējiem nodokļiem

Veselības pakalpojumus visiem iedzīvotājiem pērk NVD; maksājumu mehānismi ir diezgan sarežģīti. Primārās veselības aprūpes sniedzēju (ĢĀ) ieņēmumus veido kapitācijas nauda, maksa par pakalpojumu (MPP), fiksētie prakses pabalsti, prēmijas un kvalitātes novērtējuma maksājums (KNM) par iegūtajiem punktiem piedaloties ĢĀ darbības kvalitātes brīvprātīgā novērtējuma programmā. Sekundārās veselības aprūpes sniedzējiem maksā vienotas likmes honorārus par slimības definētām epizodēm un papildus vēl MPP maksājumus par profilaktiskām, diagnostiskām un terapeitiskām intervencēm. 2010. gadā tika ieviesti vispārējie budžeti, lai kontrolētu slimnīcu

izdevumus. Līdz 2014. gadam ir plānots ieviest norēķinu sistēmu ar slimnīcām, kuras pamatā būs diagnozēm pie-saisīta veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites un apmaksas sistēma (DRG).

Lai gan valsts garantētā veselības aprūpe aptver visus iedzīvotājus un tās ietvaros tiek maksāts par noteik-to veselības pakalpojumu apjomu, pacientiem pašiem jārūpējas par pacienta iemaksu un tiešmaksājumu segšanu. It īpaši tas attiecas uz zālēm, kā arī neformālajiem maksājumiem. Valdības izdevumi veselībai bija tikai 61.1% no kopējiem izdevumiem veselības jomā 2010. gadā (un tie bija zemāki nekā finanšu krīzes sākumā). Pacientu tieš-maksājumi bija 37.8% no kopējiem izdevumiem veselības jomā, kas bija vieni no augstākajiem ES (tikai aiz Kip-ras, Bulgārijas un Grieķijas).

Stājoties pretī nesenantai finanšu krīzei, tika ieviesti stingri budžeta konsolidācijas pasākumi, tādi kā finan-sējuma samazinājums slimnīcām, pacienta iemaksu palielinājums, ārstniecības personu algas samazinājums un zāļu cenu pazeminājums. 2009. gadā sāka īstenot Sociālās drošības tīkla stratēģiju, lai nodrošinātu personu ar ze-miem ienākumiem piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem. Ar Pasaules Bankas €100 miljonu aizdevumu bija iespējams atbrīvot iedzīvotājus ar ļoti zemiem ienākumiem no pacienta iemaksām un nodrošināt viņiem arī bez-maksas naktsmītni slimnīcā pēc uzturēšanās dienas stacionārā (stratēģijas aptvērumš tika samazināts 2012. gadā, kad beidzās Pasaules Bankas aizdevums). Šīs stratēģijas satvarā tika atbalstīta arī vispārējā pāreja no stacionārās aprūpes uz citiem aprūpes veidiem, ieviešot veselības aprūpi mājās hroniski slimiem pacientiem un attīstot dienas aprūpes centrus cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem. Primārajā veselības aprūpē bija iespējams pieņemt darbā papildu māsas un ieviest ģimenes ārstu konsultatīvā tālruna dienestu.

Materiālie un cilvēkresursi

Saistībā ar šīm reformām slimnīcu un to gultu skaits strauji samazinājās no 88 slimnīcām 2008. gadā līdz 67 – 2010. gadā. Vidējais skaits akūtās aprūpes gultu 2010. gadā samazinājās līdz 3.4 uz 1000 iedzīvotājiem, kas bija mazāk nekā vidēji ES. Vidējais uzturēšanās ilgums akūtās aprūpes slimnīcās samazinājās līdz 6.2 dienām, kas arī ir mazāk nekā vidēji ES. Neskatoties uz ilgstošas aprūpes gultu skaita pieaugumu, šādu gultu relatīvais skaits Latvijā ir stipri mazāks nekā Rietumeiropas valstīs un pārējās Baltijas valstīs. Turpretī Latvijā ir viens no augst-ākajiem rādītājiem psihiatrisko slimnīcu gultu skaita ziņā Eiropā.

1990to gadu pašā sākumā ārstu skaits Latvijā ievērojami samazinājās (jo tika samazināts ārstniecības ie-stāžu skaits, bija zemas algas un zems ārstniecības personu prestižs), bet kopš 2000. gada tas ir stabilizējies un nedaudz palielinājies. 2010. gadā ārstu, zobārstu un farmaceitu skaits uz vienu cilvēku bija apmēram tāds pats kā tajās valstīs, kas iestājās ES 2004. vai 2007. gadā (ES12) vai mazliet lielāks, bet mūsu un vecmāšu skaits bija salī-dzinoši zems. Atšķirībā no kopējās ārstu skaita samazināšanās tendences ĢĀ skaits kopš 1990. gada ir ievērojami palielinājies. 2009. gadā tas pārsniedza ES12 vidējos rādītājus, bet bija stipri zemāks nekā vidēji ES. Ārstniecības personu vecuma struktūra var radīt problēmas nākotnē, jo vairumam personāla ir 45 gadi un vairāk.

Pakalpojumu sniegšana

Gandrīz visi Latvijas iedzīvotāji ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta, kurš darbojas kā galvenais ieejas punkts veselības aprūpes sistēmā un kā ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes vārtsargs. Lauku apvidos (kur mīt apmēram trešdaļa iedzīvotāju) lielu daļu primārās aprūpes veic ārsta palīgs (feldšeris) vai vecmāte. Pa-cients ar ĢĀ nosūtījumu var brīvi izvēlēties jebkuru ambulatorās vai stacionārās aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kam ir līgums ar NVD. Noteiktos apstākļos pie dažiem speciālistiem (piem., pie pediatra) var doties uzreiz bez ĢĀ nosūtījuma.

Patiesībā pakalpojuma sniedzēja izvēle valsts garantētajā veselības aprūpē nereti ir ierobežota, it īpaši lauku apvidos, jo pie pakalpojumu sniedzēja ir jāpierakstās un jāgaida rindā, un nav iespējams izvēlēties alternatī-vus pakalpojumu sniedzējus. Ja rindas ir ļoti garas un ja pakalpojumu sniedzēji jau ir pārsnieguši sniedzamo pa-kalpojumu skaitu (piem., tuvojoties mēneša vai gada beigām) saskaņā ar NVD līgumiem, tad pacientiem ir iespēja maksāt pilnu summu (100% izdevumu) par ārstniecību pakalpojumu sniedzējiem, kam ir vai nav līgumi ar NVD.

Kopš 2009. gada dienas stacionārs ir kļuvis par slimnīcu darbības svarīgu sastāvdaļu. No 2008. līdz 2010. gadam pacientu, kas saņēma pakalpojumus dienas stacionārā, skaits divkārojās. Turpretī slimnīcu, kam bija līgumi ar NVD, skaits tajā pašā laikposmā divreiz samazinājās no 79 slimnīcām 2008. gadā līdz 39 – 2010. ga-dā. Lielāko daļu specializēto slimnīcu slēdza vai pārveidoja par dienas stacionāriem un ambulatoro aprūpes pakal-pojumu sniedzējiem. Vairāku vietējo slimnīcu statusu pazemināja pārveidojot tās par zemas intensitātes „aprūpes slimnīcām”, kas sniedz medicīnisko aprūpi pacientiem pēc izrakstīšanas no akūtās aprūpes slimnīcām. Turklāt

veselības sistēmā tika iekļauts jauns veselības pakalpojums – aprūpe mājās. Tas nozīmē, ka māšas vai ārstu palīgi sniedz veselības aprūpi mājās hroniski slimiem pacientiem vai pacientiem pēc operācijām.

Veselības ministrija koordinē sabiedrības veselības jomu. Pasākumus plāno un to īstenošanu pārrauga Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), kas ir galvenā infekcijas un neinfekcijas slimību kontroles iestāde. SPKC arī koordinē visas informācijas vākšanu, kas saistīta ar veselību. Tas iesaistās veselības veicināšanas pasākumos un izstrādā Imunizācijas valsts programmu, ko īsteno ĢĀ un pediatri, un ko finansē NVD.

Veselības sistēmas novērtējums

Galvenais iemesls Latvijas iedzīvotāju samērā zēmajam paredzamās dzīves ilgumam ir nespēja panākt lielākus uzlabojumus mirstības mazināšanā no sirds un asinsvadu slimībām. Pie kam tādi rādītāji kā zīdaiņu mirstība un paredzamās dzīves ilgums 65 gadu vecumā, kas ir jutīgi veselības aprūpes ziņā, ir nelabvēlīgi salīdzinot ar vidējiem rādītājiem ES un dalībvalstīs, kas pievienojās ES 2004. vai 2007. gadā.

Latvijas veselības sistēmas piedāvātā aizsardzība pret finansiālu risku ir nepietiekama, jo iedzīvotājiem jāmaksā lieli pacientu tiešmaksājumi un ļoti daudz iedzīvotāju atsakās no ārstniecības tās lielo izmaksu dēļ. Gandrīz 14% Latvijas iedzīvotāju minēja neapmierinātas medicīniskas vajadzības to izmaksu dēļ. Šis rādītājs bija zemāks par 1% Igaunijā, Lietuvā, Slovēnijā un vairumā citu ES dalībvalstu. Turklāt pastāvēja acīmredzama nevienlīdzība, jo iedzīvotāju īpatsvars ar neapmierinātām vajadzībām bija daudz augstāks viszemāko ienākumu kvintilē (34%) nekā visaugstāko ienākumu kvintilē (13%). Saskaņā ar Eurobarometra 2011. gada apsekojumu lielākā daļa Latvijas iedzīvotāju novērtēja veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu valstī kā sliktu (66%), bet tikai 30% respondentu teica, ka tā bija laba. Līdz ar to Latvija ierindojās ceturtajā viszemākajā vietā ES valstu vidū.

Secinājumi

Globālās ekonomikas un finanšu krīzes radītā finansiālo resursu nepietiekamība izvirzīja milzīgu izaicinājumu valdībai, kura darīja visu iespējamo, lai nodrošinātu nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem, un lai novērstu viņu veselības stāvokļa pasliktināšanos. No 2008. līdz 2012. gadam valdība veiksmīgi īstenoja svarīgas reformas. Tā būtiski samazināja pārmērīgo slimnīcu gultu skaitu un vienlaicīgi izvirzīja šādas prioritātes: primārā veselības aprūpe, pakalpojumi bērniem un grūtniecēm, neatliekamā medicīniskā palīdzība un zāles. Tas tika darīts, lai pēc iespējas novērstu negatīvas sekas uz iedzīvotāju veselību.

Ja veselības jomas politikā Latvijā uzmanība tiks pievērsta paredzamo veselīgi nodzīvoto dzīves gadu (it īpaši pievērstoties sirds un asinsvadu slimībām) noteicošajiem faktoriem, ja tiks ievērota starpnozaru pieeja veselības jautājumiem un tiks ieviestas nepieciešamās reformas, tad atšķirības veselības aprūpē starp Latviju un pārējām ES valstīm varēs būtiski samazināt. Ievērojams solis uz priekšu veselības aprūpes sistēmas stratēģiskajā ilgtermiņa plānošanā bija Sabiedrības veselības stratēģijas 2011. – 2017. gadam apstiprināšana Ministru kabinetā. Tajā noteikti vairāki stratēģiski mērķi veselības sistēmas attīstībai nākamā piecu gadu laikā.

Pašlaik Latvijas politiskajā darba kārtībā svarīgu vietu ieņem klīnisko vadlīniju izstrāde, jaunu noteikumu sagatavošana medicīnas tehnoloģijām, DRG piesaistītas norēķinu sistēmas īstenošana slimnīcās un e-veselības sistēmas ieviešana. Turklāt oficiāli tiek apgalvots, ka kvalitātes vadības sistēmas un kvalitātes standartu izstrāde veselības aprūpes iestādēm ir svarīgs jautājums, lai gan ārstniecības iestāžu akreditācija, ko ilgi uzskatīja par vienu no kvalitātes vadības sistēmas pamatelementiem, kopš 2009. gada vairs nav obligāta. Citas svarīgas prioritātes ir zāles (saglabāt izdevumu kontroli, vienlaikus palielinot valsts kompensāciju par zālēm un iekļaujot jaunas zāles kompensējamo zāļu sarakstā), cilvēkresursi (ārstniecības personu apmācība un pārkvalifikācija), finansiālās stabilitātes nodrošināšana, kā arī ES struktūrfondu efektīvs izlietojums (no 2007. līdz 2013. gadam saņemtās investīcijas ir €222.1 miljons). Visbeidzot, veselības aprūpes finansēšanā ir plānotas svarīgas izmaiņas, kas atkal vedīs sociālās veselības apdrošināšanas sistēmas virzienā.

1. Ievads

Latvijas Republika ir mazapdzīvota valsts Eiropas ziemeļaustrumos. Saskaņā ar 2011. gada tautas skaitīšanas datiem tajā mīt apmēram 2.1 miljons iedzīvotāju. Tā ir viena no Baltijas valstīm (kas sastāv no Igaunijas, Lietuvas un Latvijas), kas veido daļu no Eiropas Savienības (ES) austrumu robežas. Galvaspilsēta Rīga ir vislielākā Latvijas pilsēta, kurā dzīvo apmēram 700 000 cilvēku.

Latvijas iedzīvotāji noveco un to skaits samazinās. Kopš 2000. gada šis samazinājums ir gandrīz 13%. Iedzīvotāju blīvums 2010. gadā bija 36.1 cilvēks uz kvadrātkilometru, kas bija viens no zemākajiem rādītājiem ES. Pie kam vairāk nekā 68% iedzīvotāju dzīvoja pilsētu teritorijās. Latvijā ir vairāk nekā 170 tautību. Divas no lielākajām ir latvieši, kuri veido 62% no visiem iedzīvotājiem un krievi – 27%.

Kopš neatkarības atgūšanas 1991. gadā Latvija ir demokrātiska, parlamentāra republika. Likumdošanas vara atrodas vienpalātas parlamenta (Saeima) rokās. Tajā ir 100 deputātu, kurus ievēl uz četriem gadiem. Latvijas prezidentu, tāpat uz četriem gadiem, ievēl Saeima. Nepilsoņiem nav tiesību piedalīties Saeimas un pašvaldību vēlēšanās. Latvijā ir 119 vietējās pašvaldības.

Nesenās ekonomikas krīzes laikā Latvijas IKP, salīdzinot ar citām ES dalībvalstīm, samazinājās visvairāk un konkrēti – par vienu ceturtdaļu. Tam bija nopietna ietekme gan uz darba tirgu, gan valdības fiskālo stabilitāti. Bezdarbs pieauga par 9.4 procentu punktiem un 2010. gada pirmajā ceturksnī tas sasniedza 20.5%. Ekonomikas izaugsme pamazām atsākās 2010. gada sākumā un 2012. gadā turpināja palielināties. Gada pirmajos trijos ceturkšņos tā sasniedza vairāk nekā 5% gada likmes, lai gan prognozes liecināja, ka gada IKP būs gandrīz 15% mazāks nekā 2009. gadā.

Kopš 2000. gada paredzamais dzīves ilgums piedzimstot ir palielinājies par trim gadiem. 2010. gadā tas bija apmēram 74 gadi (69 gadi vīriešiem un 78 – sievietēm). Diemžēl paredzamais dzīves ilgums Latvijā ir viszemākais Baltijas valstīs (saskaņā ar 2010. gada datiem) un ir daudz zemāks nekā vidēji 27 ES dalībvalstīs (apmēram par astoņiem gadiem mazāks vīriešiem un par četriem gadiem – sievietēm). Galvenie nāves cēloņi Latvijā ir asinsrites sistēmas slimības, ļaundabīgie audzēji un ārēji iemesli.

1.1. Ģeogrāfija un sociālā demogrāfija

Latvijas Republika ir viena no Baltijas valstīm (Igaunija, Latvija un Lietuva). Tā atrodas Eiropas ziemeļaustrumos Baltijas jūras austrumu krastā un veido daļu no Eiropas Savienības austrumu robežas. Ziemeļos tā robežojas ar Igauniju, austrumos – ar Krievijas Federāciju, dienvidaustrumos – ar Baltkrieviju un dienvidos – ar Lietuvu. Baltijas jūra un Rīgas jūras līcis atrodas rietumu virzienā. Latvijas galvaspilsēta Rīga ir izvietojusies pašā centrā – ap Daugavas estuāru, kur upe ietek Rīgas jūras līcī.

Latvijas teritorija aizņem 64 559 kvadrātkilometrus (tā ir apmēram divreiz lielāka par Beļģiju). Tās ainavu pārsvarā veido līdzenumi un plaši mežu masīvi, kas aizņem 47% sauszemes un ir vissvarīgākais Latvijas dabas resurss.

Latvijas teritoriju veido 62 157 kvadrātkilometri sauszemes un 2402 kvadrātkilometri iekšzemes ūdeņu. Apmēram 21% teritorijas (12 790 kvadrātkilometri) aizņem valstiski aizsargātas zonas. Latvijas augstākā vieta ir Gaiziņkalns, kas atrodas 311.6 metrus virs jūras līmeņa, bet valsts vidējais augstums virs jūras līmeņa ir tikai 87 metri.

Latvijas administratīvi teritoriālais iedalījums ir vairākkārt pārskatīts. 2011. gadā bija 119 vietējās pašvaldības – 9 republikas nozīmes pilsētas un 110 novadi. Latvijas karte aplūkojama 1.1. attēlā.

1.1. attēls

Latvijas karte

Avots: Autora kompilācija.

Baltijas jūrai un Rīgas jūras līcim ir galvenā ietekme uz reģiona mēreno klimatu. Vasaras vidējā temperatūra ir 20°C un ziemā –5°C. Piekrastē ziemas ir maigākas, vasaras vēsākas un rudens aukstāks nekā pavasarī.

Saskaņā ar aplēsēm 2011. gada sākumā Latvijā bija apmēram 2.2. miljoni iedzīvotāju. Sieviešu bija nedaudz vairāk nekā vīriešu (54% sievietes, sk. 1.1. tabulu). Tomēr 2011. gada tautas skaitīšanas rezultāti liecina, ka

iedzīvotāju skaits bija mazāks – tikai 2.07 miljoni. Tas nozīmē, ka kopš 2000. gada valsts iedzīvotāju skaits bija samazinājies par 307 000 cilvēkiem jeb 13%. Tam ir divi galvenie iemesli – negatīva starptautiskā neto migrācija un negatīvs iedzīvotāju skaita pieaugums. Ja 1990. gadā Latvijas sievietēm bija 2.0 bērni, tad 2010. gadā šis skaits bija samazinājies līdz 1.3, kas ir krietni zem vidējā bērnu skaita – 1.57 ES 27 dalībvalstīs (ES27).

1.1. tabula

Iedzīvotāju/demogrāfisko rādītāju tendences, 1980–2010

	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Iedzīvotāji, kopējais skaits (miljons)	2.5	2.7	2.5	2.4	2.3	2.2
Iedzīvotāji, sievietes (% no kopējā skaita)	54.0	53.5	53.9	54.1	54.1	54.0
Iedzīvotāju vecums 0–14 (% no kopējā skaita)	20.5	21.4	20.7	17.7	14.4	13.8
Iedzīvotāju vecums 15–64 (% no kopējā skaita)	66.5	66.7	65.7	66.7	68.7	68.4
Iedzīvotāju vecums 65 un vairāk (% no kopējā skaita)	13.0	11.9	13.6	15.6	16.9	17.8
Iedzīvotāju skaita pieaugums (gada vidējais pieaugums)	0.6	– 0.5	– 1.3	– 0.8	– 0.5	– 0.5
Iedzīvotāju blīvums (iedzīvotāji uz 1 km ²)	41.0	43.0	40.5	38.2	36.9	36.1
Summārais dzimstības koeficients, kopējais (dzemdības uz 1 sievieti)	1.86	2.02	1.25	1.24	1.31	1.31 ^b
Dzimstība, neapstrādāti dati (uz 1000 iedzīvotājiem)	14.1	14.2	8.7	8.5	9.3	9.6 ^b
Mirstība, neapstrādāti dati (uz 1000 iedzīvotājiem)	12.8	13.1	15.7	13.6	14.2	13.3 ^b
Iedzīvotāju īpatsvars darbspējīgā vecumā (% no darbspējīgā vecuma iedzīvotājiem)	50.3	49.9	52.2	49.9	45.5	46.3
Iedzīvotāju īpatsvars darbspējīgā vecumā, veci cilvēki (% no darbspējīgā vecuma iedzīvotājiem)	19.5	17.8	20.7	23.4	24.6	26.0
Iedzīvotāju īpatsvars darbspējīgā vecumā, jauni cilvēki (% no darbspējīgā vecuma iedzīvotājiem)	30.8	32.1	31.5	26.6	21.0	20.3
Pilsētu iedzīvotāji (% no kopējā skaita)	67.1	69.3	68.8	68.1	68.0	68.2
Lasīt un rakstītprasme, pieaugušie kopā (% no 15 gadiem un vairāk)	n/a	99.45 ^a	n/a	99.75	n/a	99.78 ^b

Avots: Pasaules Banka, 2012.
Piezīmes: ^a 1989 skaitļi; ^b 2009 skaitļi.

Latvijas iedzīvotāji noveco, kas ir kopīga parādība visās Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīs. To iedzīvotāju skaits un daļa, kas nav sasnieguši 15 gadu vecumu, turpina samazināties, bet iedzīvotāju daļa, kurai ir vairāk nekā 65 gadi, arvien palielinās. 1990. gadā cilvēku relatīvā daļa līdz 15 gadu vecumam bija 21.4%. 2000. gadā tā samazinājās līdz 17.7%, bet 2010. gadā – jau līdz 13.8%. Vienlaicīgi to iedzīvotāju skaits, kam bija 65 gadi un vairāk, nepārtraukti pieauga no 11.9% 1990. gadā līdz 15.6% 2000. gadā un 17.8% 2010. gadā.

Saskaņā ar 2011. gada tautas skaitīšanas rezultātiem Latvijas iedzīvotāju etniskais sastāvs ir būtiski mainījies: latviešu skaits ir palielinājies no 57.7% 2000. gadā līdz 62.1% 2011. gadā, etnisko krievu skaits ir samazinājies no 29.6% līdz 26.9% un baltkrievu skaits – no 4.1% līdz 3.3%. Ukrainu, poļu un lietuviešu skaits ir samazinājies, lai gan kopā tie veido 5% no kopējā iedzīvotāju skaita. Tai pašā laikā Latvijas pilsoņu skaits ir pieaudzis no 74.5% līdz 83.8%, bet tomēr 14.6% Latvijas pastāvīgo iedzīvotāju nav nekādas valsts pilsonības (Centrālā statistikas pārvalde, 2012a). Tie ir bijušās Padomju Savienības pilsoņi, kuri padomju laikā ieceļoja Latvijā un nekad nav ieguvuši Latvijas pilsonību. Viņiem ir pasas, personas kods un tāda pati piekļuve veselības aprūpei un tās nodrošinājums kā Latvijas pilsoņiem (sk. 3.3.1. iedaļu). Latvijas Republikas oficiālā valoda ir latviešu valoda. Bieži var dzirdēt skanam arī krievu valodu. Trīs lielākās reliģiskās grupas valstī ir katoļi, luterāņi un pareizticīgie. Liela daļa iedzīvotāju tiek uzskatīta par ateistiem.

Iedzīvotāju blīvums 2010. gadā bija 36.1 cilvēks uz kvadrātkilometru, kas bija viens no zemākajiem ES. Izglītības līmenis Latvijā turpina pieaugt. Valstī ir ļoti augsts lasīt un rakstītprasmes līmenis. 2009. gadā tas bija 99.8%. Iedzīvotāju daļa (15 gadi un vairāk) ar augstāko izglītību (ieskaitot doktora grādu) ir palielinājusies no 13.0% 2000. gadā līdz 23.0% 2011. gadā, bet to iedzīvotāju daļa, kam ir profesionālā vidusskolas izglītība, ir pie-

augusi no 20.2% līdz 29.4% (Centrālā statistikas pārvalde, 2012a). Gandrīz divas trešdaļas (64.1%) cilvēku ar augstāko izglītību ir sievietes.

1.2. Ekonomikas konteksts

Esošā Latvijas ekonomikas situācija jāizprot ņemot vērā divus aspektus – milzīgās pārmaiņas, kas notikušas pēc komunisma sabrukuma, un globālo finanšu un ekonomikas krīzi, kas Latviju īpaši smagi skāra pēc 2007. gada.

Ekonomikas pārveide Latvijā ir notikusi ātrāk un pavirzījies tālāk nekā vairumā bijušās Padomju Savienības valstu. Pakalpojumu nozare ir strauji paplašinājusies, atstājot aiz sevis lauksaimniecību un rūpniecību. Padomju laikā Latvijas rūpniecība apgādāja Padomju Savienību ar radioaparātiem, tālruņiem, mikroautobusiem un citām iekārtām, bet tā nespēja izturēt starptautisko konkurenci pēc padomju tirgus sabrukuma 1990to gadu sākumā. Pirms nesenās ekonomikas krīzes celtniecība strauji attīstījās, un vieglā rūpniecība sāka atgūties. Neskatoties uz to, iekšzemes kopprodukta (IKP) rūpniecības īpatsvars samazinājās no 46% 1990. gadā līdz 22% 2010. gadā (sk. 1.2. tabulu). Toties pakalpojumu nozare strauji attīstījās. Tās IKP daļa palielinājās no 32% 1990. gadā līdz 74% līdz 2010. gadam. Šīs izaugsmes iemesli bija strauja transporta un komunikāciju attīstība, finanšu pakalpojumu izveide, kā arī tirgus sektora izaugsme un modernizācija.

1.2. tabula

Makroekonomikas rādītāji, 1990–2010

	1990	1995	2000	2005	2009	2010
IKP (miljardi US\$, esošās cenas)	7.4	5.2	7.8	16.0	25.9	24.0
IKP (US\$ miljardi PP)	20.9	13.4	19.1	30.0	36.5	36.6
IKP uz vienu cilvēku (esošie US\$)	2 788	2 082	3 302	6 973	11 476	10 705
IKP uz vienu cilvēku, PP (esošie starptautiskie \$)	7 808	5 330	8 041	13 053	16 166	16 312
IKP izaugsme uz vienu cilvēku (gada %)	- 7.5	0.4	7.7	11.2	- 17.5	0.2
Skaidras naudas pārpalikums/iztrūkums (% no IKP)	-	- 2.7	- 2.2	- 0.9	- 6.4	-
Pievienotā vērtība rūpniecībā (% no IKP)	46.2	30.4	23.6	21.6	20.6	21.8
Pievienotā vērtība lauksaimniecībā (% no IKP)	21.9	9.1	4.6	4.0	3.3	4.1
Pievienotā vērtība pakalpojumiem (% no IKP)	31.9	60.6	71.8	74.5	76.1	74.1
Darbspēks, kopējais (miljoni)	1.4	1.2	1.1	1.1	1.2	-
Nodarbinātība pret iedzīvotāju koeficientu, 15+, kopējais (%)	-	55.5	48	52.5	50.9	-
Reālā procentu likme (%)	-	5.5	7.4	- 3.7	18.0	12.2
Oficiālais maiņas kurss (LVL pret US\$, perioda vidējais)	-	0.53	0.61	0.56	0.51	0.53
Bezdarba līmenis (darba meklētāju – ekonomiski aktīvu personu daļa vecumā no 15 līdz 74 gadiem, %) ^a	-	-	-	-	16.9	18.7
Valdības budžeta deficīts/pārpalikums (% no IKP) ^a	-	-	-	-	- 9.6	- 7.6
Vispārējais valdības parāds (% no IKP) ^a	-	-	-	-	36.7	44.7
Eksporta/ importa bilance ^a	-	-	-	-	- 1.5	- 0.8

Avoti: Pasaules Banka, 2012; ^a Baranovs et al., 2011.

Latvijas ekonomika ir piedzīvojusi nemierīgas desmitgades. 1992. gadā IKP samazinājās gandrīz par 35%. Izaugsmes rādītāji turpināja svārstīties arī desmitgades otrajā pusē. Pēc tam iestājās periods, kad ekonomikas izaugsme bija relatīvi stabila. Gada izaugsmes temps bija vidēji 8.8%. Tomēr nesenās ekonomikas krīzes laikā Latvijas IKP samazinājās daudz vairāk nekā pārējās ES dalībvalstīs. Starp 2007. gada ceturto ceturksni un 2009. gada ceturto ceturksni tas nokritās par vienu ceturtdaļu nopietni ietekmējot darba tirgu un valdības fiskālo stabilitāti.

2009. gads bija vissliktākais krīzes gads, kad bezdarbs pieauga par 0.4 procentu punktiem 2010. gada pirmajā ceturksnī sasniedzot 20.5%. 2009. gadā vispārējais valdības budžeta deficīts bija LVL1.3 miljardi

(Ā1.8 miljardi) jeb 9.6% no IKP. Šis deficīts saglabājās relatīvi augsts arī 2010. gadā – LVL974 miljoni (Ā1.4 miljardi) jeb 7.6% no IKP. Līdz ar to kopējais valsts parāds, kas iepriekš bija viens no zemākajiem Eiropā – tikai 9% no IKP – krīzes rezultātā 2011. gadā palielinājās līdz 48% no IKP. Tomēr kopējais parāds saglabājas krietni mazāks nekā vidēji ES27 un eirozonā, kur tas ir 80% no IKP.

No 2008. līdz 2011. gadam Latvijā tika īstenoti nozīmīgi budžeta konsolidācijas pasākumi, kas noveda pie kumulatīvās fiskālās korekcijas –16.6% no IKP. Šie pasākumi ietvēra nodokļu palielinājumu (t.i., pievienotās vērtības nodoklis (PVN) tika palielināts no 18% 2008. gadā līdz 21% 2011. gadā), valsts pārvaldes reformas (t.i., ministriju un valsts aģentūru skaita samazinājums) un sociālās, tostarp arī veselības jomas izdevumu samazinājumu. 2009. gadā valsts izdevumi veselībai samazinājās par 19% salīdzinot ar 2008. gadu (sk. 3.1. tabulu). Rezultātā Latvijas budžeta deficīts 2011. gadā saglabājās krietni zem 6%, par ko bija panākta vienošanās ar ES un Starptautisko Valūtas fondu (SVF). Tam jāklūst mazākam par 2% no IKP 2013. un 2014. gadā, lai Latvija varētu izpildīt Māstrihtas stabilitātes kritēriju par budžeta deficītu un pievienoties eirozonai 2014. gadā.

Kopš 2010. gada sākuma ekonomikas izaugsme ir pamazām atjaunojusies un 2011. gadā IKP palielinājās par 3.8%. Tas notika galvenokārt eksporta pieaugumam dēļ. Privātais patēriņš pamazām stabilizējās, bet valsts patēriņš bija ļoti zems, jo 2010. gadā tika īstenoti budžeta konsolidācijas pasākumi. Pēc krīzes izraisītās deflācijas cenas 2010. gadā turpināja palielināties par 2.5%. Sagaidāms, ka 2012. gadā Latvijas izaugsmes līmenis palielināsies un pārsniegs 5% (Pasaules Banka, 2012).

Aplēses liecina, ka turpmākajos gados situācija darba tirgū pamazām uzlabosies, tomēr nodarbinātība palielināsies mēreni (vidēji 2% gadā), jo izaugsme galvenokārt būs atkarīga no ražīguma palielināšanās. Jāpiebilst, ka darbaspēka piedāvājums samazināsies demogrāfisku faktoru dēļ.

Atšķirībā no citām Austrumeiropas pārejas posma valstīm Latvija ir panākusi mazāku progresu ES dzīves līmeņa sasniegšanā. 2010. gadā tās IKP uz vienu cilvēku, kas bija apmēram US\$10 700 PP, bija viens no zemākajiem ES. Tas bija tikai nedaudz augstāks nekā Bulgārijā un Rumānijā. 2010. gadā to iedzīvotāju daļa, kas saskārās ar nabadzības vai sociālās atstumtības risku, bija 38%, kas bija viens no augstākajiem rādītājiem Eiropā. Aiz Latvijas ierindojās tikai Rumānija un Bulgārija (abās apmēram 41%). Tomēr, iespējams, pateicoties īstenotajai Sociālās drošības tīkla stratēģijai (sk. 6. nodaļu), to cilvēku daļa, kuriem ir 65 gadi un vairāk un kuri ir pakļauti nabadzības un sociālās atstumtības riskam, samazinājās no 55% 2009. gadā līdz 38% 2010. gadā (Eurostat, 2012a).

1.3. Politiskais konteksts

Latvija atguva neatkarību 1991. gadā. Tā ir parlamentāra demokrātiska republika ar daudzpartiju sistēmu un brīvām vēlēšanām, kas balstās uz vispārējām vēlēšanu tiesībām. Vara ir sadalīta starp likumdevējiem, izpildvaru un tiesu varu.

Likumdošanas pilnvaras ir vienpalātas parlamentam (Saeimai) ar 100 deputātiem. Saeimu ievēl uz četriem gadiem vispārējās vēlēšanās. Tās notiek saskaņā ar proporcionālu pārstāvību. Katrai politiskajai partijai jāiegūst vismaz 5% no kopējā balsu skaita, lai iekļūtu Saeimā. Nepilsoņiem (apmēram 16% iedzīvotāju) nav tiesību piedalīties parlamenta un pašvaldību vēlēšanās. Nākamās Saeimas vēlēšanas notiks 2014. gadā.

Latvijas prezidentu ievēl Saeima uz četriem gadiem, un viņš var palikt amatā maksimāli divus termiņus pēc kārtas. Pašreizējais prezidents ir Andris Bērziņš, kuru ievēlēja 2011. gadā uz pirmo termiņu. Lai gan prezidenta amats galvenokārt ir reprezentatīvs, viņš ir bruņoto spēku vadītājs, viņš var uzlikt veto Saeimas lēmumiem un viņam ir būtiskas pilnvaras iekšlietās un ārlietās. Prezidents ieceļ Ministru prezidentu, kurš ir valdības izpildvaras vadītājs. Ministru prezidents izvirza kandidātus Ministru kabinetam, ko apstiprina Saeima.

Ekonomikas krīzes kulminācijā 2009. gadā sākās politiskā krīze. Sabiedrība organizēja protestus, kuros aicināja valdību atkāpties. Prezidents, savukārt, draudēja atlaist Saeimu. 2011. gadā, pēc 10. Saeimas atlaišanas, par ko referendumā nobalsoja 94% vēlētāju (vēlētāju līdzdalība 45%), septembrī notika pašreizējās 11. Saeimas vēlēšanas. Tajās piedalījās 60% vēlētāju. Piecas partijas un partiju apvienības ieguva vietas Saeimā. Saskaņas centrs ir vairāku centriski kreiso partiju politiska apvienība un tā ir lielākā partija Saeimā ar 31 deputātu vietu. Pašreizējo triju partiju valdības koalīciju veido centriski labējā Reformu partija, kas ir otrā lielākā partija (22 vietas), vēl viena centriski labējā partija Vienotība (20 vietas) un labējā nacionālā alianse (14 vietas). Zaļo un zemnieku savienība Saeimā ieguva 13 vietas.

Koalīcijas valdību vada Ministru prezidents Valdis Dombrovskis no Vienotības. Veselības ministre ir Ingrīda Cīrcene (Vienotība), kura bija veselības ministre arī 8. Saeimas laikā.

Tiesu sistēma ir neatkarīga no politiskās ietekmes, tomēr pastāv uzskats, ka tā ir vāja un neefektīva, jo līdz lietas izskatīšanai tiesā jāgaida pārāk ilgi. Cilvēktiesību birojs, kas ir neatkarīga cilvēktiesību organizācija, ir atbildīga par cilvēktiesību jautājumu pārraudzīšanu.

Visus svarīgos likumus par veselības aprūpi (arī pārējos likumus) pieņem Saeima. Tie stājas spēkā pēc tam, kad tos oficiāli izsludina prezidents. Prezidentam ir veto tiesības, kas viņam ļauj likumu nosūtīt atpakaļ Saeimai atkārtotai izskatīšanai. Šīs tiesības tiek reti izmantotas un nekad nav lietotas attiecībā uz veselības jomas likumiem. Turklāt valdība plaši izmanto Ministru kabineta noteikumus, lai noteiktu juridisko pamatu rīcībai veselības un veselības aprūpes jomās.

Latvijas Ārstu biedrība, kuru no jauna izveidoja 1988. gadā (tā tika likvidēta padomju laikā), ir visvairāk ietekmējusi veselības aprūpes reformu gaitu Latvijā.

Kopš 2011. gada Latvijā ir divi administratīvie līmeņi: centrālais (valsts) un 119 vietējās pašvaldības, kas aptver 110 novadus un 9 republikas nozīmes pilsētas. Pašvaldībām veselības jomā ir šādi pienākumi: nodrošināt ģeogrāfisko piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem, veicināt veselīgu dzīvesveidu, ierobežot alkoholismu, nodrošināt sabiedrisko kārtību un drošību, kā arī sniegt izglītības un sociālos pakalpojumus (pansionāti, bezpajumtnieku patversmes, bērnu nami utt.).

1991. gada decembrī Latvija iestājās Apvienoto Nāciju Organizācijā un 1998. gada oktobrī pievienojās Pasaules Tirdzniecības organizācijai (PTO). 2004. gada martā Latvija kļuva par pilntiesīgu Ziemeļatlantiskā Līguma Organizācijas (NATO) locekli pirms iestāšanās ES 2004. gada maijā, kad ES pievienojās arī Igaunija, Lietuva un vēl septiņas valstis.

Divdesmit gados pēc neatkarības atgūšanas Latvija ir progresējusi Pasaules Bankas Pasaules pārvaldības rādītāju sakarā (*Kaufmann, Kraay & Mastruzzi, 2010*) ierindojoties virs reģionālajiem vidējiem rādītājiem Austrumeiropā un Baltijas valstīs. Diemžēl tā joprojām atrodas zem Igaunijas un vairuma ES dalībvalstu, kas iestājās ES pirms 2004. gada (ES15). Latvijai ir sekmējies arī regulējuma kvalitātes ziņā iegūstot 80 punktus (no 100), tomēr korupcijas kontrole vēl rada problēmas. Šajā ziņā Latvija ieguvusi nedaudz vairāk par 60 punktiem (no 100). Politiskās stabilitātes rādītājs ievērojami samazinājās ekonomikas un politiskās krīzes laikā 2009. gadā, bet pēc tam no jauna palielinājās virs 60.

Valda uzskats, ka korupcijas iemesli Latvijā ir padomju mantojums, vājā tiesu sistēma, neefektīvi un neīstenoti likumi, kā arī neskaidra un dažos gadījumos pat iecietīga Latvijas sabiedrības attieksme pret korupciju (*Transparency International, 2011*). Saskaņā ar *Transparency International* Latvijas korupcijas uztveres indekss 2011. gadā noslīdēja līdz 4.2 (maksimālais indekss 10 nozīmē "ļoti tīra" un zemākais indekss 0 - "ļoti korumpēta"). Tā ierindojās 25. vietā Eiropas reģiona 30 valstu starpā (jeb 22. vietā starp ES27) (*Transparency International, 2012*).

1.4. Veselības stāvoklis

Iedzīvotāju paredzamais dzīves ilgums piedzimstot palielinās visās ES valstīs, arī Latvijā, kur no 1980. gada vidējais paredzamais dzīves ilgums piedzimstot ir pieaudzis gandrīz par pieciem gadiem, lai gan pastāv būtiska atšķirība starp vīriešiem un sievietēm. 2010. gadā paredzamais dzīves ilgums vīriešiem bija 68.8 gadi, bet sievietēm – 78.4 gadi (sk. 1.3. tabulu). Tāpat kā vairākās citās bijušā Austrumu bloka valstīs mirstības rādītāji vīriešiem un sievietēm pasliktinājās 1990tajos gados, bet it īpaši tas attiecās uz vīriešiem. Viszemākais paredzamais iedzīvotāju dzīves ilgums piedzimstot bija 1995. gadā, kad vīriešiem tas bija 60.0 gadi, bet sievietēm – 73.1 gads. Kopš tā laika vidējais paredzamais dzīves ilgums ir ievērojami pieaudzis. Diemžēl vidējais paredzamais dzīves ilgums Latvijā ir viszemākais Baltijas valstīs (saskaņā ar 2010. gada datiem) un ir daudz zemāks nekā Ziemeļvalstīs vai vidēji ES27 (apmēram astoņus gadus zemāks vīriešiem un četrus gadus – sievietēm).

1.3. tabula

Mirstības un veselības rādītāji, 1980–2010

	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Kopējais paredzamais dzīves ilgums piedzimstot (gados)	68.8	69.3	66.4	70.3	71.4	73.1	73.5
Paredzamais dzīves ilgums piedzimstot, vīriešiem (gados)	63.8	64.2	60.0	64.9	65.6	68.3	68.8
Paredzamais dzīves ilgums piedzimstot, sievietēm (gados)	74.1	74.6	73.1	76.0	77.4	78.1	78.4

	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Mirstība, pieaugušie, vīrieši (uz 1000 pieaugušiem vīriešiem) ^a	319.0	310.0	431.0	320.8	310.6	247.4	–
Mirstība, pieaugušie, sievietes (uz 1000 pieaugušām sievietēm) ^a	122.2	117.6	160.9	116.8	111.3	94.3	–

Avots: Pasaules Banka, 2012.
Piezīme: ^a Pieaugušo mirstība ir nāves iespējamība vecumā no 15 līdz 60 gadiem.

Dati liecina, ka Latvijas iedzīvotājiem, tāpat kā daudzu citu pārejas posma valstu iedzīvotājiem, ir ne tikai īsāks paredzamais dzīves ilgums, bet arī īsāks paredzamais veselīgi nodzīvotais mūžs nekā citās ES valstīs. ES27 vidējais veselīgi nodzīvotais mūžs 2010. gadā bija 63 gadi sievietēm un 62 gadi vīriešiem. Latvijā tie bija tikai 57 gadi sievietēm un 54 gadi vīriešiem (1.4. tabula). Zināmā mērā Latvijas vīrieši var kompensēt savu zemāko paredzamo dzīves ilgumu ar augstākiem rādītājiem veselīgi nodzīvotū dzīves gadu sakarā (78% vīriešiem un 72% sievietēm)

1.4. tabula

Paredzami veselīgi nodzīvotie dzīves gadi (PVNDG) piedzimstot

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PVNDG piedzimstot absolūtā vērtībā – sievietes	53.4	52.6	54.2	54.6	56.1	56.5
PVNDG piedzimstot procentos no kopējā paredzamā dzīves ilguma – sievietes	69.8	68.9	70.8	70.1	71.9	72.1
PVNDG piedzimstot absolūtā vērtībā – vīrieši	50.8	50.9	51.3	51.8	52.8	53.5
PVNDG piedzimstot procentos no kopējā paredzamā dzīves ilguma – vīrieši	77.7	77.9	77.9	77.3	77.5	78.1

Avots: Eurostat, 2012b.

Mirstības cēloņu analīze Latvijā (sk. 1.5. tabulu) liecina, ka, līdzīgi kā citās Eiropas valstīs, galvenie nāves cēloņi ir asinsrites sistēmas slimības. Patiesībā tās izraisa vairāk nekā pusi nāves gadījumu Latvijā. Standartizētā mirstība (SM) šo slimību dēļ svārstās jau kopš 1980tajiem gadiem, sasniedzot kulmināciju 1994. gadā (802 uz 100 000 – nav atspoguļots tabulā) un pēc tam samazinoties. Tomēr 2010. gadā, kad bija apmēram 480 nāves gadījumu uz 100 000 iedzīvotājiem, SM Latvijā bija ievērojami augstāka nekā vidēji tajās dalībvalstīs, kuras iestājās ES 2004. vai 2007. gadā (ES12) (420.8). Tā saglabājās gandrīz trīs reizes augstāka nekā vidēji ES15 (170.1) (PVO Eiropas Reģionālais birojs, 2012a)

1.5. tabula

Galvenie nāves cēloņi: SM uz 100 000 iedzīvotājiem pēc slimības grupas saskaņā ar Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. pārstrādāto versiju (SSK-10)

Nāves cēlonis (SSK-10 klasifikācija)	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Infekcijas slimības							
Infekcijas un parazitārās slimības (A00-B99)	15.5	11.3	19.8	15.3	12.1	11.8	10
Tuberkuloze (A15-A19; B90)	8.4	6.8	14.6	11.8	7.3	4.2	3.5
AIDS/HIV (kā ierakstīts mirstības statistikas sistēmā) (B20-B24)	0	0	0	0.1	1.1	2.9	2.5
Neinfekcijas slimības							
Ļaundabīgas neoplazmas (C00-C97)	174.5	195.6	196.1	191.9	193.8	193.6	193.8
Ļaundabīga resnās zarnas, taisnās zarnas un anālās atveres neoplazma (C18-C21)	17.8	21.1	20.6	20	22	20.8	20.6

Nāves cēlonis (SSK-10 klasifikācija)	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Ļaundabīga balsenes, trahejas, bronhu un plaušu neoplazma (C32-C34)	34.5	44.1	42.3	39.1	39.4	37.1	36.3
Ļaundabīga krūts neoplazma (C50)	11.1	13.8	14.7	15.2	14.2	15.3	14.3
Ļaundabīga dzemdes kakla neoplazma (C53)	8.1	6.2	5.9	7.3	6.6	5.9	9.4
Cukura diabēts (E10-E14)	2.1	8.3	9.9	8	7.2	14.9	15.9
Garīgie un uzvedības traucējumi (F00-F99)	4.6	6.2	17	8.4	4.4	7.8	8.1
Asinsrites sistēmas slimības (I00-I99)	731.2	670.4	754.5	592.6	578.7	479.5	477.6
Išēmiskā sirds (I20-I25)	473.7	389.4	408.1	319.7	287	254.5	248.9
Cerebrovaskulārās slimības (I60-I69)	225.1	233.2	248.5	208.8	185.9	132.3	131.9
Hroniskas apakšējo elpceļu slimības (J40-J47)	38.3	22.7	17.7	11	10.8	8.5	8.6
Gremošanas sistēmas slimības (K00-K92)	23.6	27.3	39.7	35.9	38.8	37.4	36.7
Ārējie cēloņi (traumas un saindēšanās)							
Satiksmes negadījumi (V01-V99)	35.6	43.5	34	28.6	20	10.8	10.8
Pašnāvības un tīša pašsavainošānās (X60-X84)	32.6	25.8	40.7	30.8	22.5	20.7	17.5
Simptomi, pazīmes, nenormāli konstatējumi, neprecīzi definēti cēloņi (R00-R99)	0	34.6	55.3	42.9	62.7	58.3	53.4
Visi nāves cēloņi	1206.2	1189.1	1408.9	1125.3	1107.2	951.8	939.2

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012a.

Ļaundabīgas neoplazmas (vēzis) ir otrais visbiežāk sastopamais mirstības cēlonis gan vīriešiem, gan sievietēm pēdējos 20 gados. 2010. gadā SM no ļaundabīgām neoplazmām (193.8 uz 100 000 iedzīvotājiem) bija virs ES27 vidējā rādītāja (169.7) un ES15 vidējā rādītāja (163.4), bet nedaudz zem ES12 vidējā rādītāja (196.9). Diemžēl salīdzinot ES ar Latviju, jāatzīst, ka ES ļaundabīgo neoplazmu SM samazinās, bet Latvijā tā svārstās tādā pašā līmenī kā 1990tajos gados. Turklāt ļaundabīgo neoplazmu incidence ir palielinājusies no 372 uz 100 000 iedzīvotājiem 2000. gadā līdz 493 gadījumiem 2010. gadā (sk. 1.6. tabulu)

Ārēju cēloņu izraisīta nāve (traumas vai saindēšanās) ir trešais svarīgākais nāves iemesls. No šiem cēloņiem biežāk mirst vīrieši nekā sievietes. 2010. gadā SM ārēju iemeslu dēļ (traumas un saindēšanās) Latvijā bija 84.9, kas bija otrā augstākā ES27 valstīs (aiz Lietuvas). Tomēr mirstības ārējie cēloņi Latvijā ir strauji samazinājušies kopš 1995. gada, kad SM bija apmēram divreiz augstāka nekā pašlaik, un kad tā bija visaugstākā visās ES27 valstīs. Turklāt mirstība no ārējiem cēloņiem ir galvenais iemesls, kas ietekmē darbaspējīga vecuma pieaugušo potenciāli zaudētos dzīves gadus (PZDG).

Infekcijas slimības, tāpat kā citās Eiropas valstīs, Latvijā neizraisa augstu mirstību. Tomēr mirstība no HIV/AIDS Latvijā ir trešā augstākā Eiropā aiz Portugāles un Igaunijas. Tā ir ievērojami un nepārtraukti palielinājusies kopš 2000. gada. Latvija ir panākusi progresu tuberkulozes (TB) kontrolē. Tā bija uzliesmojusi ekonomikas lejupslīdes laikā 1990tajos gados. No 1990. līdz 1995. gadam mirstība no TB pieauga vairāk nekā divas reizes (sk. 1.5. tabulu). Tomēr kopš tā laika gan incidence, gan mirstība ir strauji samazinājusies noslīdot zem 1990. gada rādītājiem (sk. arī 1.6. tabulu)

Asinsrites sistēmas slimību riska faktori, tādi kā neveselīgi ieradumi un uzvedība (smēķēšana, nelīdzsvarots uzturs, zema fiziskā aktivitāte, kas noved pie augsta ķermeņa masas indeksa) Latvijā ir bieži sastopami. Turklāt, cukura diabēta incidence, kas ir vēl viens asinsrites sistēmas slimību riska faktors, palielinājās vairāk nekā divkārt – no 145 uz 100 000 iedzīvotājiem 2000. gadā līdz 388 uz 100 000 iedzīvotājiem 2010. gadā (sk. 1.6. tabulu).

1.6. tabula

Izvēlēto slimību prevalence un incidence uz 100 000 iedzīvotājiem

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TB incidence	51.3	72.3	53.8	50.0	47.4	40.5	36.8	36.8
Ļaundabīgo neoplazmu incidence ^a	334.8	372.3	440.7	462.0	465.6	436.1	456.0	493.0
Cukura diabēts								
Incidence	n/a	144.5	321.4	400.5	340.2	363.4	314.7	388.4
Prevalence	n/a	1 066.7	2 074.9	2 364.0	2 577.6	2 804.1	2 995.4	3 258.5

Avoti: Centrālā statistikas pārvalde, 2010a; VEC, 2011a; NVD, 2012a; ^aSPKC, 2012a.

Smēķēšana ir viens no svarīgākajiem riska faktoriem, kas ietekmē veselības stāvokli. 2008. gadā smēķēšanas izplatība pieaugušu (vecumā no 15 gadiem un vairāk) vidū bija šāda: smēķēja 46% vīriešu un 13% sieviešu. Latvija ierindojās otrajā vietā Eiropā tūlīt aiz Grieķijas smēķēšanas prevalences ziņā (*Eurostat, 2012c*). 35% jaunu Latvijas vīriešu un sieviešu vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem lietoja tabaku. 2010. gadā SM, kas bija saistīta ar smēķēšanu, bija 435.8, kas bija krietni virs ES12 vidējā rādītāja (330.6) un vairāk nekā divas reizes augstāka nekā ES15 (164.8). Faktiski, neskatoties uz to, ka smēķēšanas izraisītie nāves cēloņi pēdējo gadu laikā ir ievērojami samazinājušies (25% samazinājums kopš 2000. gada), SM saglabājas kā otrā augstākā Eiropā. Tā ir vēl augstāka tikai Lietuvā (PVO Eiropas Reģionālais birojs, 2012b).

Latvijā 12 gadus vecam bērnam vidēji ir 3.1 bojāts, trūkstošs vai plombēts zobs (BTPZ). Šis rādītājs ievērojami pārsniedz PVO mērķi – 1.5 BTPZ. Vakcinācijas pārklājums Latvijā vienmēr ir bijis ļoti augsts. Tomēr imunizācijas dati liecina, ka tas ir samazinājies kopš 2008. gada un pašlaik ir zem ES vidējā līmeņa attiecībā uz vairākām vakcīnām, un arī zem PVO noteiktā mērķa – 95%. Kā iemesli šai situācijai jāmin sociālie un ekonomiskie faktori, kā arī vakcinācijas pretinieku skaita pieaugums.

Dzimstība pusaudžu (jaunāki par 20 gadiem) vidū Latvijā ir samazinājusies līdz 5.8% no visām grūtniecībām 2010. gadā (sk. 1.7. tabulu). Tas liecina par veselības mācības un veselības veicināšanas pozitīvo ietekmi. Pēdējo desmit gadu laikā perinatālās aprūpes rādītāji ir uzlabojušies. Perinatālā mirstība (nāve starp 24. grūtniecības nedēļu un 7 dienas pēc dzemdībām) ir samazinājusies no 12.3 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem 2000. gadā līdz 8.2 – 2010. gadā. Tomēr perinatālā un zīdaiņu (līdz 1 gadam) mirstība Latvijā saglabājas salīdzinoši augsta. Zīdaiņu mirstība būtiski samazinājās no 1995. līdz 2005. gadam (sk. 1.7. tabulu), bet tā svārstījās ap 7 uz 1000 dzīvi dzimušiem no 2005. līdz 2009. gadam, kas ir daudz augstāks rādītājs nekā vidēji (4.13) ES27 un augstāks nekā pārējās Baltijas valstīs (Igaunijā – 3.55 un Lietuvā – 4.9). Jauni dati par 2010. gadu liecina, ka šis rādītājs ir samazinājies līdz 5.7 nāves gadījumiem uz 1000 dzīvi dzimušiem.

Mātes mirstība arī saglabājas salīdzinoši augsta: tā bija 26.1 uz 100 000 dzīvi dzimušiem 2010. gadā un vairāk kā 10 uz 100 000 dzīvi dzimušiem kopš 2005. gada. Ievērojamās atšķirības ir saistītas ar nelielo iedzīvotāju skaitu, kad katram nāves gadījumam (2010. gadā bija tikai pieci nāves gadījumi) ir būtiska ietekme uz mirstību. ES27 mātes vidējā mirstība ir 5.4 nāves gadījumi uz 100 000 dzīvi dzimušiem un ES12 – 8.5 nāves gadījumi.

1.7. tabula

Mātes un bērna veselības rādītāji, 1980–2010

	1980	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010
--	------	------	------	------	------	------	------	------

	1980	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010
Dzemdības pusaudžu (līdz 20 gadiem) vecumā (% no visiem dzīvi dzimušiem)	10.0	11.7	11.2	11.5	8.7	8.1	7.0	5.8
Abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem	–	1 029.6	1 200.9	851.4	593.6	435.3	409.7	388.7
Pirmās grūtniecības pārtraukšana – % no kopējā abortu skaita ^a	–	–	–	10.7	12.6	12.8	11.3	10.5
Iespējamība mirt līdz 5 gadu vecumam uz 1000 dzīvi dzimušiem	20.6	17.6	22.0	12.4	9.5	8.0	9.3	–
Zīdaiņu mirstība uz 1000 dzīvi dzimušiem	15.3	13.7	18.9	10.4	7.8	6.7	7.8	–
Neonatālās nāves gadījumu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem	7.4	–	12.4	6.5	5.6	4.7	5.0	–
Postneonatālās nāves gadījumu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem	8.0	–	6.4	3.9	2.2	2.0	2.7	–
Perinatālās nāves gadījumu skaits uz 1000 dzimušiem	–	12.1	17.1	9.3	8.0	6.3	7.0	5.7
Perinatālā mirstība uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem ^a	–	–	–	12.3	9.9	9.2	9.6	8.2
Nedzīvi dzimušo skaits uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem ^a	–	–	–	7.8	6.1	6.2	6.0	5.7
Mātes nāve uz 100 000 dzīvi dzimušiem	25.3	23.7	37.1	24.7	4.6	12.5	46.1	26.1
Mātes mirstība absolūtos skaitļos ^a	–	–	–	–	1.0	3.0	10.0	5.0
Sifilisa incidence uz 100 000 iedzīvotājiem	11.2	4.8	94.9	43.0	19.3	10.3	–	–
Gonokoku infekcijas incidence uz 100 000 iedzīvotājiem	162.2	99.6	114.8	31.4	30.2	21.5	–	–

Avoti: PVO Eiropas Reģionālais birojs, 2012b; ^a NVD, 2012b.

PVO iesaka visus zīdaiņus līdz sešu mēnešu vecumam barot tikai ar mātes pienu. Ar krūti baroto zīdaiņu skaits Latvijā pēdējo gadu laikā ir palielinājies visās grupās. 2010. gadā 91.8% zīdaiņus ar krūti baroja sešas nedēļas, 75.9% – trīs mēnešus, 52.5% – sešus mēnešus un 21.7% – 12 mēnešus, kas ir daudz vairāk nekā vairumā Eiropas valstu, par kurām ir pieejami dati (sk. 1.8. tabulu).

1.8. tabula

Zīdaiņu krūts barošana (%)

	2007	2008	2009	2010
6 nedēļas	90.4	91.2	91.7	91.8
3 mēneši	71.4	73.5	74.7	75.9
6 mēneši	45.8	48.9	50.8	52.5
12 mēneši	18.2	18.9	20.8	21.7

Avots: NHS, 2012b.

2. Organizācija un pārvaldība

Latvijas valsts garantētā veselības aprūpes sistēma balstās uz vispārējās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem. Pakalpojumu pircējs un sniedzējs ir savstarpēji nodalīti, turklāt pakalpojumus var sniegt gan valsts, gan pašvaldību, gan privātās ārstniecības iestādes. Finanšu resursus iegūst galvenokārt no valdības vispārējiem nodokļu ieņēmumiem, lai gan pacientu tiešmaksājumi nezaudē savu nozīmību. Nauda plūst no Finanšu ministrijas uz Valsts kasi un tālāk uz NVD, kas ir Veselības ministrijas padotības iestāde, kura darbojas kā centrālā veselības aprūpei paredzēto līdzekļu administrēšanas organizācija.

Divdesmit gadus pēc neatkarības atgūšanas Latvija eksperimentēja ar dažādām pieejām organizācijas un finansējuma jomās. 1990to gadu sākumā veselības aprūpes sistēmā īstenoto reformu gaitā tika atcelta pārmantotā centralizētā Semaško sistēma. Īpaša uzmanība tika veltīta decentralizētu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, administrēšanai un finansēšanai. Svarīgi bija izveidot sociālu veselības apdrošināšanas modeli. Šīs sistēmas pakalpojumu sniedzēji bija pilnībā vai daļēji privatizēti. Tomēr problēmas, ko radīja decentralizēta plānošana un finansēšana, noveda pie šī procesa atcelšanas. Centralizācija balstījās uz divpakāpju procesu. Vispirms tika samazināts jaunizveidoto slimokašu skaits un vēlāk tās visas tika likvidētas. 2002. gadā visas finansēšanas, koordinācijas un norēķinu funkcijas tika centralizētas vienā iestādē – VOAVA. Kopš tā laika sociālās veselības apdrošināšanas institucionālās struktūras paliekas, tādas kā centrāli iekasētā ienākumu nodokļa daļas rezervēšana veselības aprūpei, tika izskaustas. Saglabājās tikai pakalpojumu pircēja un sniedzēja atsaiste.

2009. gada oktobrī, kad krīzes ietekmē tika veiktas administratīvās reformas, tika reorganizēta veselības aprūpes finansēšanas sistēma: VOAVA kļuva par Veselības norēķinu centru (VNC), kas uzņēmās visas veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanas un finansējuma apvienošanas funkcijas. Šīs iestādes mūžs bija īss, jo 2011. gadā to apvienoja ar Veselības ekonomikas centru (VEC) izveidojot Nacionālo veselības dienestu. Tas tika darīts, lai uzlabotu administratīvo efektivitāti. Reformu rezultātā NVD ir kļuvis par vissvarīgāko valsts iestādi, kas īsteno veselības politikas, administrē valsts finanšu resursus, nosaka garantēto veselības pakalpojumu apjomu, slēdz līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem, ievieš e-veselības sistēmu, kā arī reģistrē klīniskās vadlīnijas un medicīnas tehnoloģijas.

Veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā nodrošina dažāda veida īpašnieku pārziņā esošas struktūras. Mazās un dažas lielākas reģionālās slimnīcas parasti pieder pašvaldībām, bet lielākas terciārās slimnīcas (universitātes slimnīcas) un specializētās vienprofila slimnīcas (piem., psihiatriskās slimnīcas) pieder valstij. Vairumam primārās veselības aprūpes ārstu ir neatkarīga profesionāla juridiskais statuss. Tas ir īpašs uzņēmējdarbības veids, kas attiecas tikai uz primārās veselības aprūpes ārstiem. Daži sekundārās veselības aprūpes sniedzēji (t.i., tie, kuri nav pieņemti darbā slimnīcās vai veselības centros) ir pašnodarbinātie vai strādā privātajā sektorā. Saskaņā ar Latvijas likumdošanu šīm divām kategorijām ir atšķirīgs juridiskais un nodokļa maksātāja statuss. Gandrīz visas zobārstniecības prakses un aptiekas ir privātas.

2.1. Pārskats par veselības sistēmu

Divdesmit gadus pēc neatkarības atgūšanas Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir notikušas ievērojamas pārmaiņas. Pēc eksperimentiem ar dažādām pieejām organizācijai un finansēšanai laikposmā no 2007. līdz 2012. gadam atkal tika īstenotas vairākas iespaidīgas reformas (sk. 6. nodaļu). Tās noveda pie: (1) centralizētākas sistēmas izveides, kurā valsts funkcijas bija apvienotas mazākā skaitā iestāžu; (2) vienas centrālās iestādes izveides veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanai (NVD); un (3) veselības aprūpes sniegšanas sistēmas, kas īpaši pievēršas primārai veselības aprūpei (un ievērojami mazākam slimnīcu skaitam). Šīs sistēmas galvenās komponentes redzamas 2.1. attēlā.

Latvija ir parlamentāra republika, tādēļ galvenos veselības nozares likumus pieņem Saeima, bet noteikumus – Ministru kabinets. Veselības ministrija nosaka veselības politikas prioritātes.

2.1. attēls

Latvijas veselības sistēmas organizācija, 2012

Veselības aprūpes sistēma balstās uz vispārējās valsts garantētās veselības aprūpes sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem. Pakalpojumu pircējs un sniedzējs ir savstarpēji nodalīti, turklāt pakalpojumus var

sniegt gan valsts, gan pašvaldību, gan privātās struktūras. Finanšu resursus iegūst galvenokārt no valdības vispārējiem nodokļu ieņēmumiem, lai gan pacientu tiešmaksājumi nezaudē savu nozīmību (sk. 3.3.2. iedaļu). Nauda plūst no Finanšu ministrijas uz Valsts kasi un tālāk uz NVD, kas ir Veselības ministrijas padotības iestāde, kura darbojas kā veselības kopfonda veidotāja un kā galvenais veselības aprūpes pakalpojumu pircējs (sk. 3.3. sadaļu). NVD slēdz līgumus ar daudziem valsts un privātiem pakalpojumu sniedzējiem.

2.2. Vēsturiskais konteksts

Esošā Latvijas veselības aprūpes sistēmas organizatoriskā struktūra un tās nesenās reformas sakņojas Latvijas vēsturē. Deviņpadsmitajā gadsimtā un 20. gadsimta sākumā Latvija bija Krievijas impērijas sastāvdaļa. 1859. gadā kādas Rīgas fabrikas strādniekiem tika izveidota pirmā slimokase. Pēc tam to skaits palielinājās.

Latvijas pirmās neatkarības laikā (1920–1940) tika pieņemti divi veselības apdrošināšanas likumi. Tie noteica valsts pienākumus un regulēja slimokasu struktūras, medicīniskos un naudas ieguvumus, slimokasu ieņēmumus un pārvaldību. Tajā laikā bija triju veidu slimokases: neatkarīgās (lielu uzņēmumu strādniekiem), aroda (pamatojoties uz strādnieku amatu) un teritoriālās (saskaņā ar dzīves vietu). 1938. gadā tās visas aptvēra apmēram 18% iedzīvotāju. (Sīkākai informācijai par vēsturi sk. *Tragakes et al., 2008.*)

1940. gadā, pēc slepenā pakta starp Padomju Savienību un Vāciju (Molotova-Ribentropa pakts) noslēgšanas, padomju karaspēks okupēja Latviju. Tās ekonomika un sociālā sistēma tika reorganizēta pēc padomju principiem. Sociālās apdrošināšanas sistēmu aizstāja Semaško sistēma. Tā balstījās uz nodokļiem, bija vertikāli organizēta un tai bija centralizēta administrācija un plānošana. Tika celtas lielas slimnīcas, veicināta pakalpojumu sniedzēju specializācija, kā arī īpaša vērība tika pievērsta infekcijas slimību kontrolei uzsvērot higiēnas un sanitārijas nozīmi. Šī sistēma gandrīz vienlīdzīgi aptvēra visus iedzīvotājus, bet aprūpes kvalitāte bija samērā zema. Komunistiskās partijas biedri, valdības amatpersonas un viņu ģimenes locekļi varēja izmantot speciālās poliklīnikas, slimnīcas, sanatorijas un atpūtas namus, kur varēja saņemt augstākas kvalitātes pakalpojumus.

Pēc neatkarības atgūšanas 1990. gadā veselības sistēmas sākotnējās reformas bija vērstas uz decentralizāciju un valsts lomas mazināšanu, aizstājot to ar tirgus virzītiem stimuliem. 1993. gadā sākās galvenās reformas, kas pašos pamatos mainīja valsts aprūpes sistēmas struktūru. To mērķis bija pārveidot centrāli plānoto sistēmu, kas balstījās uz budžeta piešķirumiem pēc gultu un darbinieku skaita, un izveidot sociālās apdrošināšanas veida sistēmu, kurā pakalpojumu pircēji un sniedzēji ir iesaistīti un pakalpojumu izmaksas sedz balstoties uz MPP.

Ambulatorās veselības aprūpes iestādes (īpaši poliklīnikas) tika vai nu pilnīgi privatizētas vai pārveidotas par valsts un pašvaldības bezpeļņas sabiedrībām ar ierobežotu atbildību. Primārās veselības aprūpes ārstus mudināja veidot neatkarīgas prakses. Slimnīcas kļuva vai nu par valsts vai pašvaldības bezpeļņas sabiedrībām ar ierobežotu atbildību. Tās netika pilnībā privatizētas. Gandrīz visas zobārstniecības prakses, aptiekas un dažas sanatorijas tika privatizētas. Kopš 1993. gada privāto slimnīcu skaits ir nedaudz palielinājies. Tomēr tajās ir ļoti maz gultu un tās galvenokārt sniedz privātus veselības aprūpes pakalpojumus, kurus neapmaksā no valsts budžeta līdzekļiem. (Sīkākai informācijai par pakalpojumu sniedzējiem sk. 5. nodaļu.)

Veselības aprūpes sistēmas finansēšanai 1994. gadā vietējo pašvaldību līmenī tika izveidotas 35 slimokases. To skaits atbilda toreizējam pilsētu un vietējo pašvaldību skaitam. Rajonu slimokases saņēma finansējumu tieši no valsts budžeta un bija atbildīgas par vietējo iedzīvotāju veselības aprūpes finansēšanu. Tajā laikā bija svarīgi radīt neatkarīgas slimokases ar apdrošināšanas funkciju. Turpmāko gadu laikā tika izveidota vēl viena svarīga iestāde – tā saucamais Centrālais fonds, kuru sākotnēji nodibināja 1993. gadā, lai uzraudzītu un vadītu šo reformu.

1997. gadā, ņemot vērā problēmas resursu piešķiršanas decentralizētajā sistēmā (sk. 2.4. iedaļu), 35 vietējās slimokases tika apvienotas astoņās reģionālās slimokasēs. Centrālais fonds kļuva par Valsts slimokasi. Reģionālās slimokases vairs nesaņēma naudu tieši no valsts budžeta. Tā vietā valsts veselības aprūpes budžetu piešķīra Valsts slimokasei, kura sadalīja naudu reģionālajām slimokasēm saskaņā ar to lielumu un aptverto iedzīvotāju vecuma struktūru.

No 1997. līdz 2004. gadam obligātās veselības apdrošināšanas bāzi definēja kā rezervētu daļu (28.4%) no iekasētā ienākumu nodokļa plus valsts subsīdijas, ko finansēja no vispārējiem nodokļu ieņēmumiem. Šo sistēmu atcēla 2005. gadā par labu finansējumam no vispārējiem nodokļiem. Finanšu ministrija šādu sistēmu atzina par labāku, jo tā deva lielāku elastību valsts resursu izmantošanai.

2002. gadā astoņas reģionālās slimokases apvienoja un izveidoja Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru (VOAVA). Tai bija piecas teritoriālās nodaļas un vienots līdzekļu piešķirums, kā arī vienoti norēķinu un kontroles mehānismi. Pavisam nesen, ekonomikas krīzes izraisīto budžeta samazinājumu dēļ, daudzas administratīvās iestādes piedzīvoja reorganizāciju vai tika slēgtas (sk. 6. nodaļu). 2009. gadā VNC pārņēma VO-

AVA veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanas un finansējuma apvienošanas funkcijas, VEC uzņēmās citas bijušās VOAVA funkcijas (tādas kā tarifu aprēķināšanu un ekonomisko novērtējumu veikšanu) un Zāļu cenu un kompensācijas valsts aģentūras iepriekšējās funkcijas. Visbeidzot, 2011. gadā VNC apvienoja ar VEC, lai izveidotu Nacionālo veselības dienestu (NVD) kā vissvarīgāko iestādi, kas atbildīga par veselības aprūpes finansēšanu un valsts politiku īstenošanu veselības nozarē.

Notiekošais reformu process ietekmē katru veselības aprūpes sistēmas aspektu, tostarp farmācijas nozari, sabiedrības veselību, zobārstniecību, norēķinu sistēmas u.c. (sk. 6. nodaļu).

2.3. Organizācija

2.1. attēlā redzama Latvijas veselības aprūpes sistēmas vispārējā struktūra, kas atspoguļo gan administratīvās attiecības, gan galvenās finanšu plūsmas. Vissvarīgākie sistēmas dalībnieki ir Saeima, Veselības ministrija un NVD. Tās galvenās iezīmes ir šādas:

- valdība mobilizē resursus valsts garantētās veselības aprūpes sistēmai no vispārējiem nodokļiem;
- Saeima apstiprina NVD budžetu un Finanšu ministrija pārskaita naudu Valsts kasei, kura tālāk to pārskaita NVD;
- NVD ir Veselības ministrijas pakļautības iestāde, kas slēdz līgumus ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un norēķinās par tiem;
- līgumus ar NVD par pakalpojumu sniegšanu var slēgt valsts un privātās struktūras: primārās veselības aprūpē tās pārsvarā ir privātās struktūras; sekundārās veselības aprūpē – pārsvarā valsts struktūras, kuras galvenokārt pieder vietējām pašvaldībām; un terciārās veselības aprūpes gadījumos tās ir tikai valstij piederošas struktūras.

2.3.1. Saeima

Latvija ir parlamentāra republika un Saeimai ir svarīga loma valsts veselības politikas izstrādē. Tā apstiprina ne tikai valsts budžetu, bet arī NVD budžetu. Saeimas darbs notiek vairākās komisijās. Veselības apakškomisijai, kas darbojas Sociālo un darba lietu komisijas satvarā, ir likumdošanas iniciatīvas tiesības. Tā izskata visus neatliekamos veselības jautājumus, ar ko nākuši klajā tās locekļi. Apakškomisija pievēršas arī jautājumiem, ko izvirzījuši citi Saeimas deputāti, Veselības ministrija vai NVD vadība. Priekšlikumus apakškomisijai var iesniegt veselības aprūpes profesionāļi, viņu asociācijas un nevalstiskās organizācijas. Apakškomisija ierosina un organizē sabiedriskās diskusijas. Veselības ministrijas parlamentārais sekretārs nodrošina saikni starp Saeimu un ministriju un ir Veselības ministrijas pārstāvis Saeimā.

2.3.2. Veselības ministrija

Veselības ministrija ir valdības iestāde, kas atbildīga par veselības sistēmas plānošanu un regulējumu. Ministrija izstrādā veselības politiku, organizē un uzrauga tās īstenošanu. Tā ir atbildīga par sabiedrības veselības pasākumiem, koordinē veselības veicināšanu un vietējo pašvaldību slimību profilakses pasākumus. Veselības ministrija rada priekšnoteikumus rentabli veselības aprūpei un nodrošina piekļuvi pakalpojumiem un to kvalitāti. Ministrija ir atbildīga arī par medicīnas izglītību Rīgas Stradiņa universitātē, par pēcdiploma izglītību un profesionālās medicīnas izglītības centriem.

1991. gadā Veselības ministriju apvienoja ar Sociālo lietu ministriju un Darba ministriju izveidojot Labklājības ministriju, bet 2002. gadā Veselības ministriju atkal atdalīja.

Reaģējot uz finanšu un ekonomikas krīzes radītajām grūtībām, Veselības ministrija samazināja administratīvos izdevumus un darbinieku skaitu. 2009. gadā tā veica ministrijas reorganizāciju, lai pielāgotos mazākam budžetam. Reālā izteiksmē tās tiešais administratīvais budžets 2010. gadā bija par 51% zemāks nekā 2008. gadā.

Veselības ministrijas pašreizējo struktūru veido pieci departamenti: (1) Administratīvais departaments, kas darbojas tiešā valsts sekretāra pakļautībā un ir atbildīgs par Veselības ministrijas administrēšanu; (2) Veselības aprūpes departaments, kas ir atbildīgs par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un zāļu tiesisko regulējumu; (3) Sabiedrības veselības departaments, kas atbildīgs par slimību profilakses un veselības veicināšanas tiesisko un praktisko regulējumu, īpaši pievēršoties veselīgam uzturam, atkarībām, fiziskām aktivitātēm utt.; (4) Budžeta un investīciju departaments, kas atbildīgs par visas veselības aprūpes sistēmas budžeta plānošanu; un (5) Eiropas Savienības fondu departaments, kura darbu uzrauga divi valsts sekretāri, ir atbildīgs par to veselības sistēmas projek-

tu uzraudzību un īstenošanu, ko finansē no ES fondiem. Politikas nepārtrauktību nodrošina ministrijas valsts sekretārs.

Veselības ministrija uzrauga un pārvalda arī daudzas organizācijas.

2.3.3. Veselības ministrijas padotības iestādes

Veselības aprūpes sistēmas reorganizācijas gaitā no 2007. līdz 2011. gadam (sk. 6. nodaļu) vairākas valsts iestādes tika slēgtas vai iekļautas citu aģentūru sastāvā. Te jāmin: Valsts farmācijas inspekcija, Zāļu cenu un kompensāciju valsts aģentūra, Sabiedrības veselības aģentūra, Veselības ekonomikas centrs, Garīgās veselības aģentūra, Narkoloģijas valsts aģentūra, Veselības veicināšanas aģentūra, HI/AIDS profilakses centrs, Medicīnas profesionālās izglītības valsts centrs, Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra, Latvijas Infektoloģijas centrs un Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūra. Nedrīkst aizmirst vēl piecas svarīgākas iestādes:

Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) atrodas tiešā Veselības ministrijas kontrolē. Veselības sistēmas reorganizācijas laikā tas uzņēmas daudzas bijušās Sabiedrības veselības aģentūras funkcijas. SPKC ir sabiedrības veselības valsts iestāde. Tas sadarbojas ar PVO un citām sabiedrības veselības iestādēm visā pasaulē. SPKC vāc, apkopo un analizē ar veselību saistītu informāciju, veido, uztur un papildina dažādu slimību reģistrus, pēta slimību uzliesmojumus, pārbauda sabiedrības veselības programmas, plāno un regulē vakcinācijas programmas un veic sabiedrības veselības apsekojumus.

Veselības inspekcija (VI) regulē veselības aprūpes profesionālo kvalitāti un kontrolē farmācijas uzņēmumu ražošanas procesu, zāļu iepirkšanu un izplatīšanu. VI veic telpu, iekārtu, personāla un dokumentu novērtēšanu, lai izvērtētu to atbilstību valdības noteikumiem. VI regulē arī zāļu reklamēšanu un izskata pacientu sūdzības.

Zāļu valsts aģentūra (ZVA) uztur cilvēkiem paredzēto zāļu reģistru, kurā uzskaitīti visi farmaceitiskie produkti, kurus atļauts tirgot Latvijā. Tā ir atbildīga par zāļu kvalitāti, nekaitīgumu un iedarbīgumu (sk. 2.8.4. iedaļu).

Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu (VNMPD) izveidoja 2009. gadā, kad apvienoja 39 pašvaldību neatliekamās medicīniskās aprūpes pakalpojumus. Katrai pašvaldībai bija savas unikālas struktūras neatliekamās medicīniskās aprūpes sniegšanai. Tās apvienoja vienā centrālā administrētā iestādē, kas darbojas Veselības ministrijas padotībā (sk. 5.5. sadaļu).

2.3.4. Nacionālais veselības dienests (NVD)

NVD atrodas Veselības ministrijas tiešā kontrolē un ir tieši atbildīgs ministram. Tā ir galvenā iestāde, kas atbildīga par valsts veselības politiku īstenošanu un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu valstī. NVD savas pastāvēšanas vēsturē vairākkārt mainījis nosaukumu (sk.2.2. sadaļu un 6. nodaļu). NVD galvenie uzdevumi ir: administrēt valsts finanšu resursus, izveidot zāļu pozitīvo sarakstu, ieviest e-veselības sistēmu un izstrādāt jaunas finansēšanas sistēmas Latvijā. Pie tam NVD reģistrē klīniskās vadlīnijas un medicīnas tehnoloģijas.

NVD sastāv no centrālā biroja un piecām teritoriālām struktūrvienībām. Centrālais birojs slēdz tiešus līgumus ar visām slimnīcām stacionāra pakalpojumu sniegšanai. Teritoriālās struktūrvienības ir pakļautības iestādes, kas atbildīgas par līgumu slēgšanu ar primārās veselības aprūpes speciālistiem (galvenokārt ĢĀ), sekundārā līmeņa ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem un ar aptiekām par kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto apstiprināto zāļu tirdzniecību (sk. 2.8.4. iedaļu). Tā kā teritoriālajām struktūrvienībām nav sava budžeta, tad izdevumus par zālēm kompensē NVD centrālais birojs.

2.3.5. Citas ministrijas

Bez Veselības ministrijas veselības aprūpes sistēmā ir iesaistītas arī vairākas citas ministrijas: Finanšu ministrija, Labklājības ministrija, Lauksaimniecības ministrija, Izglītības un zinātnes ministrija, Tieslietu ministrija, Aizsardzības ministrija un Iekšlietu ministrija.

Finanšu ministrija, ieskaitot finansējumu Valsts kasē, nodrošina finanšu plūsmu no valsts budžeta veselības aprūpes sistēmā (kā arī sociālās aprūpes pakalpojumiem). Labklājības ministrija gādā par sociālo drošību, tostarp sociālo rehabilitāciju un kopšanu, cilvēku ar invaliditāti un cilvēku ar nopietniem veselības traucējumiem aprūpi, kā arī par citiem sociālās aprūpes pakalpojumiem, lai gan pakalpojumus (piem., veciem cilvēkiem) pārsvarā organizē un sniedz vietējās pašvaldības (sk. zemāk). Bez tam Valsts darba inspekcija, kas ir Labklājības ministrijas padotības iestāde, pārbauda situāciju arodveselības jomā, bet Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts

komisija, kas arī darbojas LM pakļautībā, atbild par invaliditātes ekspertīzi. Lauksaimniecības ministrija ar Pārtikas un veterinārā dienesta starpniecību kontrolē pārtikas nekaitīgumu. Izglītības un zinātnes ministrija nodarbojas ar veselības veicināšanu un ir atbildīga par vairākām izglītības iestādēm veselības nozarē, ieskaitot Latvijas Universitātes medicīnas skolas.

Aizsardzības, Iekšlietu un Tieslietu ministrijām ir savi veselības aprūpes budžeti, lai tās varētu finansēt veselības pakalpojumu sniegšanu īpašām iedzīvotāju grupām (sk. 3.6.1. iedaļu). Aizsardzības ministrija saņem līdzekļus, lai finansētu pakalpojumus bruņotajiem spēkiem un to darbiniekiem. Iekšlietu ministrijai ir pašai sava poliklīnika, lai gan tās darbinieki lielākoties izmanto parasto veselības aprūpes sistēmu. Turklāt Iekšlietu ministrija maksā par visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ko sniedz bēgļiem saskaņā ar valsts garantētās veselības aprūpes sistēmu. Tieslietu ministrija sniedz pakalpojumus ieslodzītajiem un sedz viņu pacienta iemaksas. Pēc 2012. gada veselības aprūpes reformas veselības pakalpojumi ieslodzītajiem ir vairāk integrēti vispārējā veselības aprūpes sistēmā. Norēķini par kompensējamo zāļu sarakstā iekļautajām zālēm, ko izrakstījis ieslodzījuma vietas ārsts, notiek ar NVD starpniecību. Ieslodzītajiem ir iespēja saņemt ambulatoros pakalpojumus vispārējā veselības sistēmā. Tomēr ieslodzījuma vietu ārsti bieži vien pilda ģimenes ārsta funkcijas, un stacionārā aprūpe parasti tiek sniegta ieslodzījuma vietu slimnīcās.

2.3.6. Vietējās pašvaldības

1990tajos gados lielākā daļa primārās un sekundārās veselības aprūpes iestāžu un atbildība par tām tika nodotas vietējām pašvaldībām. Vēlākais privatizācijas process, tostarp neatkarīgu primārās veselības aprūpes prakšu izveide, un izmaiņas sekundārās veselības aprūpes iestāžu juridiskajā statusā zināmā mērā mazināja vietējo pašvaldību lomu veselības aprūpes sniegšanā, lai gan tām joprojām piederēja ievērojama daļa primārās un sekundārās veselības aprūpes iestāžu. Saskaņā ar likumdošanu vietējās pašvaldības ir atbildīgas par piekļuves nodrošināšanu veselības aprūpes pakalpojumiem. Līdz 2009. gada oktobrim, kad tika īstenota Sociālās drošības tīkla stratēģija (sk. 6.1.2. iedaļu), vietējās pašvaldības bija atbildīgas par finansiālā atbalsta sniegšanu trūcīgajiem. Tomēr tās sedza pacienta iemaksas par pakalpojumiem tikai tad, ja attiecīgās māsaimniecības bija pieteikušās kompensācijai. Vietējām pašvaldībām bija finansiāls stimuls maksāt pēc iespējas mazāk. Tagad tām tikai jāidentificē trūcīgie un jāpārlicinās par to, lai viņi zinātu, ka veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt par brīvu. Par iedzīvotājiem sniegtajiem pakalpojumiem NVD veic maksājumus tieši veselības aprūpes iestādēm.

Vietējās pašvaldības joprojām ir atbildīgas par ģeogrāfiskās piekļuves nodrošināšanu un, atkarībā no to budžeta un vietējām prioritātēm, tās iesaistās veselīga dzīvesveida veicināšanā, alkoholisma kontrolē, ilgstošas sociālās aprūpes iestāžu (piem., garīgi slimu pacientu un veco ļaužu) uzturēšanā, kā arī izglītības pasākumos.

2.3.7. Valsts un privātie veselības aprūpes sniedzēji

Ambulatoro un stacionāro veselības aprūpi Latvijā sniedz valstij un vietējām pašvaldībām piederošas iestādes, privātās klīnikas un slimnīcas, kā arī atsevišķas personas (sk. 5. nodaļu). Neatkarīgi no juridiskā statusa visiem valsts garantētās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem jāievēro Veselības ministrijas izstrādātie noteikumi; šos pakalpojumus finansē NVD.

Primārās veselības aprūpes prakses, ko vada neatkarīgi ģimenes ārsti (ĢĀ), veido Latvijas primārās veselības aprūpes (PVA) sistēmas pamatu. Veselības centri ir vissvarīgākie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes sniedzēji. Tie nereti darbojas bijušo poliklīniku telpās un tajos parasti strādā dažādi speciālisti un ĢĀ. Apmēram 70 – 80% veselības centru ir privāti (galvenokārt Rīgā). Pārējā daļa pieder pašvaldībām. Pie tam vietējās (pašvaldības) slimnīcas sniedz nozīmīgu daļu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes. Gandrīz visas zobārstniecības prakses un aptiekas ir privātas.

Pēc slimnīcu reorganizācijas 2010. gadā tās var iedalīt trīs kategorijās: (1) aprūpes slimnīcas, kuras sniedz ilgstošu (medicīnisko) aprūpi pēc pacientu izrakstīšanas no akūtās aprūpes slimnīcām; (2) daudznozaru slimnīcas vietējā, reģionālā un valsts līmenī; (3) specializētās psihiatriskās, traumatoloģijas, dzemdību un narkoloģijas (sk. 5.4. sadaļu) slimnīcas. Aprūpes slimnīcas, tāpat kā vietējās un reģionālās daudznozaru slimnīcas, kopumā pieder pašvaldībām. Valsts daudznozaru slimnīcas, t.i., universitātes slimnīcas Rīgā, kā arī visas specializētās slimnīcas, pieder valstij (valdībai, sk. 4.1. sadaļu par slimnīcu īpašniekiem). Rehabilitācijas pakalpojumus sniedz īpašas rehabilitācijas slimnīcas un centri. Pavisam niecīga daļa slimnīcu atrodas privātās rokās.

Neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (VNMPD), kam ir neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes, kā arī slimnīcu neatliekamās palīdzības nodaļas.

Garīgās veselības aprūpi sniedz gan ambulatoriski, gan stacionāri. Psihiatriskajās slimnīcās ārstē pacientus, kam nepieciešama akūta un ilgstoša ārstniecība, kā arī pacientus, kuriem jāpalīdz atrisināt atkarības problēmas. Jāpiebilst, ka ilgstošas aprūpes pakalpojumus uzskata par sociālo aprūpi, par ko atbild LM.

2.3.8. Nevalstiskās un profesionālās organizācijas

Kopš 1990tajiem gadiem ir izveidotas daudzas pacientu grupas, piemēram, psoriāzes, limfomas, diabēta un daudzas citas. Vairums šo organizāciju ir iestājušās Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācijā (SUSTENTO), kura dibināta 2002. gadā un apvieno 32 nacionālās organizācijas pārstāvojam apmēram 50 000 cilvēku ar invaliditāti. Tomēr pacientu organizāciju un SUSTENTO spēja ietekmēt politiku darba kārtību ir diezgan ierobežota.

Svarīga pacientu tiesību organizācija ir Pacientu ombuds. Organizācija piesaista finansējumu no starptautisku projektu fondiem. Tā ir neatkarīga no valsts, farmācijas uzņēmumiem un pakalpojumu sniedzējiem. Organizācija veicina pacientu tiesības un ietekmē attiecīgo veselības aprūpes sistēmas likumdošanu. Turklāt šīs organizācijas biedri strādā veselības aprūpes iestādēs, lai reģistrētu pacientu sūdzības un darbotos kā starpnieki starp pacientiem un pakalpojumu sniedzējiem.

Lielākā ārstniecības personu organizācija ir Latvijas Ārstu biedrība. Tā ir jumta organizācija, kas apvieno vairāk nekā 110 biedrības. Tā ir organizēta vadoties pēc medicīnas specialitātes, ieskaitot arī zobārstus. Latvijas valdība Ārstu biedrībai ir deleģējusi profesionālās sertifikācijas funkciju. Šī ir vienīgā iestāde, kas var anulēt ārsta sertifikātu atceļot praktizēšanas tiesības. Māsām ir līdzīga organizācija – Latvijas Māsu asociācija.

2.3.9. Starptautiskās organizācijas

Latvijā atrodas vairākas starptautiskās organizācijas. Sīkākai informācijai par ES un Pasaules Bankas lomu finanšu resursu nodrošināšanā veselības aprūpes jomā skatiet 3.6.2. iedaļu.

Pasaules Veselības organizācija (PVO) aktīvi darbojas Latvijā jau kopš 1991. gada, kad Latvija tai pievienojās. PVO galvenais mērķis Latvijā ir atbalstīt valdību veselības nozares tālākā attīstībā nodrošinot tehnisko vadību un atbalstot starpnozaru pieeju veselībai. PVO divas galvenās prioritātes laikposmā no 2008. līdz 2013. gadam ir: (1) veselības veicināšana, īpaši pievēršoties tabakas, alkohola un narkotiku kontrolei; vēža profilaksei; garīgai veselībai; un veselīga dzīvesveida un uztura veicināšanai; un (2) veselības aprūpes sistēmas stiprināšana, īpašu vērību veltot sabiedrības veselības pakalpojumiem, primārās veselības aprūpei, veselības finansēšanai un cilvēkresursiem veselības jomā.

Arī citas Apvienoto Nāciju Organizācijas aģentūras cieši sadarbojas ar Latviju. Kopš 1990to gadu sākuma Latvijā darbojās ANO Bēgļu aģentūra (UNHCR)¹, ANO Attīstības programma (UNDP)², ANO Bērnu fonds (UNICEF)³ un ANO Izglītības, zinātnes un kultūras organizācija (UNESCO)⁴.

2.3.10. Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas sabiedrības

Kopš ekonomiskās krīzes sākuma brīvprātīgā veselības apdrošināšana (BVA) Latvijā samazinājās. 2008. gadā, kad iedzīvotāju aptvērumums sasniedza visaugstāko līmeni, BVA aptvēra aptuveni 16 – 24% (atkarībā no datu avota, sk. 3.5.1. iedaļu), bet 2010. gadā šī aptvere bija tikai 7%. Tie ir Finanšu un kapitāla tirgus komisijas, kas regulē BVA Latvijā, dati (2010). BVA sedza tikai 0.8% no kopējiem veselības jomas izdevumiem 2010. gadā (sk. 3.1. tabulu). Neskatoties uz lejupejošo tendenci, pēdējo gadu laikā ir palielinājies apdrošināšanas sabiedrību, kas piedāvā BVA, skaits. Informācija par brīvprātīgo veselības apdrošināšanu atrodama 3.5. sadaļā.

2.4. Decentralizācija un centralizācija

Augsta centralizācija, vertikāla pārvaldība un lielas slimnīcas bija raksturīgas Padomju Savienības veselības aprūpes sistēmas iezīmes. 1990to gadu sākumā Latvijā tika uzsāktas reformas, lai decentralizētu mantoto pa-

¹ UNHCR Baltijas valstu birojs Latvijā darbojās no 1998.-2002. gadam, taču Baltijas valstis UNHCR uzmanības lokā bija jau kopš 1991.gada, kad Ziemeļvalstu reģionālā pārstāvniecība Stokholmā savā darbībā iekļāva arī Igauniju, Latviju un Lietuvu. (*Tulk.*).

² UNDP Latvijas birojs Latvijā darbojās no 1992.-2006. gadam (*Tulk.*).

³ UNICEF Latvijas Nacionālā komiteja Latvijā darbojās no 1993.-2007. gadam (*Tulk.*).

⁴ UNESCO Latvijas Nacionālā komisija Latvijā darbojas no 1991. gada (*Tulk.*).

domju laika veselības aprūpes sistēmu. Pilnvaras tika nodotas vietējām pašvaldībām, dažas neefektīvas pakalpojumu sniegšanas iestādes privatizēja. Tomēr Latvijas nelielā platība (64 559 km²) un tās relatīvais viendabīgums, kā arī nelielais iedzīvotāju skaits (2.5 miljoni 1990to gadu beigās) vēlāk noveda pie šī procesa atcelšanas vairākās jomās. 1990to gadu beigās sākās regulējuma un finansējuma recentralizācija, kas turpinās līdz pat šim brīdim (sk. arī 6. nodaļu).

1993. gadā lielākā daļa primārās un sekundārās veselības aprūpes sniegšanas pienākumu tika nodoti vietējām pašvaldībām un to slimokasēm (viena katrā vietējā pašvaldībā). Vietējās veselības aprūpes valdes pieņēma visus lēmumus par resursu piešķiršanu, norēķinu mehānismiem, pakalpojumu sniegšanu un ārstniecības iestāžu slēgšanu vai privatizāciju. Tās nereti bija atbildīgas tikai par ļoti nelielu iedzīvotāju skaitu (t.i., mazāk nekā 50 000). Veselības aprūpes, it īpaši primārās un sekundārās ambulatorās aprūpes sniegšanas iestādes bieži vien privatizēja (sk. arī 2.2. sadaļu).

Pienākumu deleģēšana un privatizācija noveda pie tā, ka dažādās Latvijas vietās iedzīvotāju piekļuve pakalpojumiem, kā arī aprūpes kvalitāte krasi atšķīrās. Bagātākās pašvaldības piedāvāja vairāk un labākus pakalpojumus nekā bija noteikts garantētajā veselības pakalpojumu apjomā. Koordinācija starp rajoniem bija nepietiekama un vietējās iestādes centās paturēt pēc iespējas vairāk veselības aprūpes izdevumu savās teritorijās. Tās pat izveidoja tādus pašus pakalpojumus, kādi bija pieejami kaimiņu rajonā. Pacientus neapmierināja atšķirības pakalpojumu piekļuvē un kvalitātē, bet politikas veidotāji bažījās par resursu piešķiršanas un izmantošanas neefektivitāti, jo slimnīcu, iekārtu un gultu skaits joprojām bija ļoti augsts.

1997. gadā sāka īstenot reformu, lai atrisinātu šīs problēmas. Veselības aprūpes finansēšanas struktūru vajadzēja recentralizēt, lai nodrošinātu pietiekamus resursus un pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem neatkarīgi no viņu dzīvesvietas. Svarīgi bija arī to visu efektīvi izmantot. Trīsdesmit piecas vietējās slimokases apvienoja astoņās reģionālās. Vietējās veselības valdes tika izformētas. Jau vēlāk – 2002. gadā – šīs astoņas reģionālās slimokases apvienoja vienā – Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrā (VOAVA). 2011. gadā, pēc valsts funkciju tālākas konsolidācijas, izveidoja vienu centrālu iestādi – NVD. Tas ir atbildīgs par veselības aprūpes finansējumu un valsts veselības politiku īstenošanu.

Vadoties no vietējo pašvaldību gūtās pieredzes nekoordinētas plānošanas sakarā, viena no vissvarīgākajām reformām pēdējo desmit gadu laikā bija Māsterplāns jeb Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma (2005–2010). Tā ietvēra visu veselības aprūpes plānošanas pasākumu centralizāciju valstī (sk. 2.5. sadaļu).

Citās jomās decentralizācija ir notikusi pamatīgāk. Piemēram, dažas kvalitātes nodrošināšanas funkcijas ir deleģētas Latvijas Ārstu biedrībai un tās dalībniecēm – speciālistu asociācijām. Biedrība izvērtē profesionālās prasības un atbilstīgu izglītību, kā arī ārstu profesionālās ētikas standartu ievērošanu. Visus speciālistus jāsertificē attiecīgajai profesionāļu asociācijai. Turklāt vairākas neatkarīgas Veselības ministrijas padotības aģentūras, tādas kā NVD, Valsts zāļu aģentūra, Veselības inspekcija un citas pakāpeniski pārņēma Veselības ministrijas pienākumus un funkcijas.

Centralizācijas tendences vērojamas arī citās jomās. Piemēram, skolas slēdz vai apvieno nelielā skolēnu skaita dēļ. Pēdējās administratīvās reformas laikā samazināja vietējo pašvaldību skaitu (tagad ir 119 novadi 500 vietējo administratīvo iedalījumu vietā).

2.5. Plānošana

NVD un Veselības ministrija, kas savā starpā cieši sadarbojas, ir divas vissvarīgākās iestādes Latvijas veselības sistēmas plānošanā. NVD pienākumos ietilpst veselības aprūpes pakalpojumu un resursu (izņemot cilvēkresursus) plānošana. Lai to paveiktu, NVD izmanto visus pieejamos datus (piem., par pakalpojumu izmantošanu, demogrāfiskās tendences) un regulāri konsultējas ar Latvijas Ārstu biedrību vai ar kādu no tās speciālistu asociācijām par esošo veselības aprūpes sistēmu un iedzīvotāju vajadzībām.

Veselības ministrija atbild par cilvēkresursu plānošanu. Šim nolūkam NVD sniedz nepieciešamos datus, piemēram, par slimnīcu personālu. Ministrija sadarbojas arī ar starptautiskajām organizācijām (ES, Pasaules Banku, SVF, PVO), kas nodrošina finansējumu un tehnisko palīdzību Latvijas veselības nozares plānošanai. Tas parasti tiek darīts, izmantojot NVD sniegtos datus.

Galvenais Latvijas stratēģiskās plānošanas dokuments ir Sabiedrības veselības stratēģija 2011.–2017. gadam. Tajā noteikti seši mērķi, kuros iekļauta nevienlīdzības izskaušana veselības jomā, uzlabojumi trīs galvenajās sfērās (infekcijas un neinfekcijas slimības, kā arī mātes un bērna veselība), veselīgas darba vides veicināšana un veselības aprūpes sistēmas efektīva pārvaldība (Latvijas Republikas Veselības ministrija, 2011).

Bez tam konkrētās jomās izstrādāti vairāki citi plānošanas dokumenti, piemēram, saistībā ar investīcijām vai cilvēkresursiem. Viens no ievērojamākiem plānošanas dokumentiem bija (un joprojām ir) tā saucamais Māsterplāns jeb Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes sniedzēju attīstības programma (2005–2010). Šī plāna, kurš tapa sadarbībā ar Pasaules Banku, mērķis bija racionalizēt materiālo un cilvēkresursu izmantošanu Latvijas veselības nozarē, pirmkārt, koncentrējot stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus mazākā skaitā lielāku slimnīcu, aprikojot tās ar modernām tehnoloģijām, un, otrkārt, decentralizējot ambulatorās veselības aprūpes un neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu. Plāna īstenošana tika pārtraukta ekonomikas krīzes pašā kulminācijā – 2009. gadā (sk. 6.1. ierāmēto informāciju), bet, tā kā nebija atjaunināta investīciju plāna, to nereti izmanto, lai noteiktu investīciju prioritātes veselības nozarē. Vietējā līmenī bieži bija vērojama izteikta pretestība plāna mērķiem slēgt vai apvienot neefektīvās slimnīcas, vai pārveidot tās par mazāk intensīvas „aprūpes slimnīcām”. Tomēr kopumā plāns efektīvi darbojās veselības sistēmas pārveidē, iedalot slimnīcas pēc to funkcijām (universitātes, reģionālās, vietējās) un iekļaujot iepriekšējās paralēlās ārstniecības struktūras, kas bija paredzētas konkrētām slimību kategorijām, tādām kā infekcijas slimībām (sk. 6.1.4. iedaļu par Infektoloģijas centra slēgšanu 2012. gadā), vispārējā veselības aprūpes sistēmā. Pašlaik notiek diskusijas par jauna plānošanas dokumenta izstrādi laikposmam no 2014. līdz 2020. gadam.

2.6. Starpnozarība

Sabiedrības veselības stratēģijā 2011. – 2017. gadam īpaša uzmanība veltīta starpnozarju pieejai. Cita starpā tā pievēršas pastāvošajai nevienlīdzībai, kā arī veselīgas un drošas vides jautājumiem. Stratēģijā skaidri definēti dažādu ministriju pienākumi. Piemēram, Iekšlietu ministrija ir atbildīga par ceļu satiksmes drošību, Izglītības un zinātnes ministrija – par pētniecības iekļaušanu vides faktoru ietekmē uz veselību. Turklāt veselība ieņem nozīmīgu vietu Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģijā „Latvija 2030” un Stratēģiskajā attīstības plānā.

Diemžēl pastāvīgas starpnozarju struktūras valdības līmenī vēl nav izveidotas, izņemot dažas konkrētas jomas (piem., vielu ļaunprātīga lietošana), kurās Ministru prezidenta padotībā darbojas augsta līmeņa komitejas. Starpnozarju politikas, kas skar veselības nozari, parasti tiek izskatītas *ad hoc* starpministriju darba grupās. Oficiāli ietekmes uz veselību novērtējumi (OIVN) Latvijā vēl nav institucionalizēti, lai gan Veselības ministrija un PVO aktīvi mudina veikt OIVN Latvijā (*Gulis et al., 2012*).

Pašlaik veselības aspekts tiek ņemts vērā dažādu nozaru politikās. Nodarbinātības un sociālās politikas jomā jau ir vairākas programmas, kas saistītas ar veselību. Te jāmin Rīcības plāns invaliditātes un tās izraisīto seksu mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005. – 2015. gadam (2006) un Darba aizsardzības jomas attīstības pamatnostādnes 2008. – 2013. gadam (2008). Iekšlietu ministrijas sakarā jāmin Narkotiku un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011. – 2017. gadam (2011) un Ceļu satiksmes drošības programma 2007. – 2013. gadam (2007), kurā paredzēts samazināt ceļu satiksmes negadījumus bojā gājušo skaitu.

Izglītības un zinātnes ministrija ir izstrādājusi Izglītības attīstības pamatnostādnes 2007. – 2013. gadam (2006), kuru mērķis, cita starpā, ir nodrošināt skolēnu izglītību par veselīgu pārtiku, reproduktīvo veselību un sporta aktivitātēm. Visbeidzot, lauksaimniecības politikas Pasākumu ieviešanas plāns skolu apgādei ar augļiem un dārzeņiem 2010. – 2013. gadam (2010) mērķis ir palielināt svaigu augļu un dārzeņu lietošanu skolēnu vidū. Vides politikas pamatnostādnes 2009. – 2015. gadam (2009) ir vērstas uz veselīgas vides nodrošināšanu.

2.7. Veselības informācijas pārvaldība

2.7.1. Informācijas sistēmas

Latvijā ir labi attīstīts tiesiskais regulējums veselības statistikas informācijas vākšanai. Dažādu iestāžu, tādu kā Centrālā statistikas pārvalde, SPKC un NVD pienākumi ir skaidri definēti 1997. gada Valsts statistikas likumā un 2006. gada Ministru kabineta noteikumos „Noteikumi par Valsts statistiskās informācijas programmu”. Tajos ietverti pienākumi par statistiskās informācijas sagatavošanu un nosacījumi lietotājiem par veselības datu iegūšanu.

2.2. attēlā redzams datu iegūšanas process Latvijas veselības sistēmā. Par informācijas vākšanu veselības jomā atbildīgas trīs iestādes: (1) SPKC; (2) NVD; un (3) Centrālā statistikas pārvalde (CSP).

SPKC ir galvenā iestāde, kam jāvāc un jāapkopo visi dati, kas saistīti ar veselību, tostarp dati, ko vāc NVD un CSP. SPKC ir atbildīgs arī par starptautisko saistību pildīšanu iesniedzot datus PVO un *Eurostat*. Vadoties pēc to tehniskajām atsauksmēm, iesūtītajiem datiem ir ļoti laba kvalitāte. Datus vāc SPKC un tā nodaļas. Vi-

sām Latvijas veselības aprūpes iestādēm ir juridisks pienākums sagatavot reģistrācijas kartes vairākiem slimību reģistriem, kuri glabājas SPKC nodaļās, un elektroniski iesniegt datus par paziņojamām slimībām tieši SPKC centrālajam birojam (sk. arī 5.1. sadaļu). Reģistrācijas kartes SPKC nodaļām parasti nosūta pa e-pastu vai izmantojot īpašu centralizētu elektronisko datu iesniegšanas sistēmu; joprojām tiek pieņemti dati arī papīra formātā. Visos statistikas ziņojumos ir iekļauti tikai apkopotie dati bez jebkādas informācijas par personām.

2.2. attēls

Datu vākšana Latvijas veselības sistēmā

NVD vāc visus datus, kas saistīti ar NVD apmaksātiem veselības pakalpojumiem. Visiem pakalpojumu sniedzējiem, ar ko noslēgti līgumi (slimnīcas, veselības centri, ĢĀ), neskatoties uz to juridisko statusu, elektroniski jāiesniedz informācija par pacientiem, kuri saņēmuši NVD apmaksātus pakalpojumus. Šī informācija ietver: pacienta personas kodu, adresi, pilsonību, diagnozi (primāro un sekundāro kodē pēc SSK 10. pārstrādā izdevuma), procedūru kodus (saskaņā ar valsts kodu sistēmu) un pakalpojuma sniedzēja identifikatoru. Tā kā datu bāzē katru pacientu identificē pēc personas koda, tad ir iespējams savienot pacientu datus, kas atrodas pie dažādiem pakalpojumu sniedzējiem. Laika gaitā tādā veidā būs iespējams iegūt informāciju pat no citām nozarēm (piem., sociālo pakalpojumu sniedzējiem). Tomēr NVD nevāc datus par aprūpi, kas tiek sniegta ārpus tā noslēgtajiem līgumiem un par ko pacienti maksā PTM, ja vien aprūpi nesniedz veselības aprūpes iestādes, ar ko noslēgti līgumi.

CSP vāc statistikas datus par nāves cēloņiem. Šos datus sagatavo balstoties uz informāciju, ko veselības aprūpes sniedzēji iesniedz pašvaldībām.

Vairums statistikas ziņojumu, piemēram, par veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu un finansēšanu ir pieejami lejupielādei no NVD un CSP par brīvu. Apsekojumu rezultāti un reģistru statistikas dati ir pieejami SPKC.

Veselības ministrija izmanto datus par veselības statistiku, lai plānotu un pārvaldītu veselības aprūpi.

2.7.2. Veselības tehnoloģiju novērtējums

NVD ir atbildīgs par medicīnas tehnoloģiju novērtējumu un apstiprināšanu Latvijā. Attiecīgais juridiskais pamatojums ir definēts Ministru kabineta noteikumos „Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu tehnoloģiju ieviešanas kārtība” (2005).

Lai izmantotu kādu jaunu medicīnisku tehnoloģiju, veselības aprūpes iestādei jā sagatavo dokumentu kops, kurā ietilpst: jaunās tehnoloģijas tehniskais apraksts; publicēto pētījumu kopsavilkums par tehnoloģijas efektivitāti; mediķu, kuri lieto konkrēto tehnoloģiju, kvalifikācija; ārstniecības iestādes telpas, kurā izmantos attiecīgo tehnoloģiju, apraksts; jaunās tehnoloģijas izmaksas; un resursu izmantošanas pamatojumus, lai to nopirktu. Šos dokumentus parasti sagatavo mediķi, kuriem interesē savas profesijas attīstība un jaunu metožu ieviešana. Ideālā variantā ņem vērā arī informāciju par rentabilitāti, bet uzticama informācija (pat par efektivitāti) bieži vien nav pieejama.

Pēc tam katru jauno tehnoloģiju izvērtē NVD Veselības ekonomikas, tehnoloģiju un vadlīniju nodaļa saistībā ar drošuma aspektiem (riski un iespējamās blaknes), potenciālo ietekmi un iedarbīgumu, tehnoloģijas ietekmi uz pacienta veselību un dzīves kvalitāti, profesionālo ētiku, kā arī tās lietojuma ekonomisko pamatojumu. Katru gadu tiek veikti apmēram 50 līdz 60 jaunu tehnoloģiju novērtējumi saskaņā ar metodi, kas izklāstīta augšminētajos noteikumos. Pozitīvs novērtējums ir priekšnoteikums kādas jaunas tehnoloģijas ieviešanai Latvijā.

Oficiālus rentabilitātes pētījumus (ekonomiskos novērtējumus) veic tikai zālēm. Kopš 2002. gada jaunas zāles jāvērtē saskaņā ar Kopīgajām Baltijas valstu vadlīnijām par zāļu ekonomisko novērtējumu pirms to iekļaušanas NVD kompensējamo zāļu sarakstā (sk.2.8.4. iedaļu).

2.8. Regulējums

Latvijas veselības sistēmu regulē ar likumdošanas (likumi, noteikumi), administratīviem (licences, atļaujas) un tīrgus (līgumattiecības) mehānismiem. Saeima pieņem tādus likumus kā Ārstniecības likums (1997), kurš

nosaka pakalpojumu sniedzēju, zāļu un medicīnisko ierīču regulējuma satvaru. Konkrētākus noteikumus katrā šajā jomā izstrādā Veselības ministrija un tos apstiprina Ministru kabinets.

Regulējuma funkcijas (standartu noteikšana, uzraudzība, īstenošana) pārsvarā ir koncentrētas Saeimas un valdības rokās. Te jāmin Veselības ministrija un tās aģentūras: NVD ar piecām teritoriālajām struktūrvienībām, Veselības inspekcija, Valsts zāļu aģentūra, Slimību profilakses un kontroles centrs, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centrs, Valsts asinsdonoru centrs un Sporta medicīnas valsts aģentūra. Dažas regulējuma funkcijas izglītības un ārstu akreditācijas jomās ir deleģētas Latvijas Ārstu biedrībai. Pašvaldībām vairs nav regulējuma funkcijas veselības sistēmā.

Nacionālie veselības nozares plāni un politikas ievirzes ir izklāstīti 2.4. sadaļā.

2.8.1. Trešo pušu maksātāju (NVD un BVA) regulējums un pārvaldība

NVD ir vienīgais trešās puses maksātājs valsts garantētās veselības aprūpes sistēmā Latvijā. Tam jānodrošina veselības pakalpojumi visiem iedzīvotājiem (vispārējs aptvērums) Saeimas apstiprinātā veselības budžeta ietvaros. Galvenais dokuments, kas regulē NVD darbību, ir Ministru kabineta noteikumi "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (2006). Dokumentā noteikti gandrīz visi veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas un finansēšanas aspekti, tostarp arī NVD pienākumi, garantētais veselības pakalpojumu apjoms un pakalpojumu sniedzēju izvēles kritēriji līgumu slēgšanai. Dokumentu atjaunina piecas līdz sešas reizes gadā, lai ņemtu vērā jaunu tehnoloģiju ieviešanu, izmaiņas garantētā veselības pakalpojumu apjomā un grozījumus pakalpojumu definīcijās un tarīfos. Šos atjauninājumus vienmēr sagatavo ciešā sadarbībā ar Veselības ministriju un NVD.

Reformu gaitā 2011. gadā tika izveidots NVD (sk. 6.1.3. iedaļu). Tas darbojas tiešā Veselības ministrijas pakļautībā un atskaitās tai. Situācija attiecībā uz NVD priekšgājējiem ir atšķirīga: VOAVA un Veselības norēķinu centru (kas darbojās no 2009. līdz 2011. gadam) regulēja ar administrācijas un pārvaldības līgumu, ko parakstīja Veselības ministrija un VOAVA (vai Veselības norēķinu centra) direktors. Tas nozīmē, ka NVD ir cieši saistīts ar Veselības ministrijas instrukcijām, bet VOAVA baudīja lielāku autonomiju. NVD īsteno Veselības ministrijas izstrādātās veselības politikas un stratēģijas. Tam jāuzrauga procesi un politiku īstenošanas rezultāti, kā arī jāziņo par tiem.

NVD direktora pienākumi izklāstīti 2011. gada Ministru kabineta noteikumos Nr. 850 (NVD nolikums). Daži no tiem ir šādi:

- noteikt atbilstošu veselības pakalpojumu apjomu saskaņā ar pieejamajiem finanšu resursiem, prioritātēm un pakalpojumu sniedzēju rīcībspēju;
- izvēlēties pakalpojumu sniedzējus un veikt plānošanu, slēgt un uzraudzīt līgumus; un
- informēt sabiedrību par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to pieejamības noteikumiem.

NVD direktoru oficiāli ieceļ amatā Veselības ministrija. Direktoram ir darba pienākumu apraksts.

NVD teritoriālo struktūrvienību darbību nosaka centrālais birojs, kurš sagatavo pamatlīgumus konkrētu līgumu slēgšanai ar pakalpojumu sniedzējiem. Tas izvēlas pērkamos pakalpojumus un nosaka attiecīgos kvalitātes standartus (NVD, 2012c).

BVA Latvijā piedāvā tikai privātās sabiedrības, kas galvenokārt veic kolektīvo veselības apdrošināšu darba devēju organizācijās. Individuālā apdrošināšana arī ir iespējama (sk. 3.5. sadaļu). Katra apdrošināšanas sabiedrība var brīvi noteikt labumu pakotni un cenu bez jebkāda ārēja veselības jomas regulējuma. Apdrošināšanas sabiedrībai jāiegūst licence no Finanšu un kapitāla tirgus komisijas, kurai rūp tikai BVA sabiedrību dzīvotspēja.

2.8.2. Pakalpojumu sniedzēju regulējums un pārvaldība

Komerclikums, ko Saeima pieņēma 2000. gadā, nosaka, ka slimnīcas un poliklīnikas ir kapitālsabiedrības (akciju sabiedrības vai sabiedrības ar ierobežotu atbildību). Mazākas slimnīcas un dažas lielākas reģionālās slimnīcas parasti pieder pašvaldībām, bet lielākas terciārās palīdzības slimnīcas (universitātes slimnīcas) un specializētās (vienprofilas) slimnīcas (piem., psihiatriskās slimnīcas) pieder Veselības ministrijai. Visas slimnīcas ir sabiedrības ar ierobežotu atbildību, kuras vada valde. Tā ir atbildīga vietējai pašvaldībai (par pašvaldību slimnīcām) vai Veselības ministrijas valsts sekretāram (par valsts slimnīcām). Dažas ambulatorās klīnikas darbojas kā publiskās un privātās partnerības (pašvaldības kopā ar privātiem īpašniekiem).

1997. gada likums Par prakses ārstiem noteica, ka primārās veselības aprūpes ārstiem ir neatkarīgu profesionāļu statuss, kas ir īpašs uzņēmējdarbības veids, kurš attiecas tikai uz primārās veselības aprūpes ārstiem. Daži sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (tie, kuri nodarbināti slimnīcās vai veselības centros) strādā kā pašnodarbinātas personas vai kā privātā sektora aģenti. Atšķirība starp šīm abām kategorijām ir saistīta tikai ar juridisko un nodokļa maksātāja statusu saskaņā ar Latvijas likumdošanu.

Saskaņā ar 1997. gada Ārstniecības likuma 55. pantu visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, neskatoties uz viņu juridisko statusu, jāievēro obligātās prasības, ko noteicis Ministru kabinets savos noteikumos „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”, kas ir spēkā no 2009. gada janvāra. Šajos noteikumos ietvertas strukturālas (lielums, iekārtas, utt.) prasības un prasības saistībā ar personālu (speciālistu skaits un veids), lai nodrošinātu konkrētu pakalpojumu sniegšanu. Kopš 2009. gada veselības aprūpes iestāžu akreditācija pēc šīm prasībām vairs nav obligāta. Tās vietā atbilstība standartiem balstās tikai uz ārstniecības iestāžu ziņojumiem, plānotām un nejausām pārbaudēm, ko veic Veselības inspekcija.

Pakalpojumu sniegšanu galvenokārt regulē ar līgumiem, ko paraksta veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un NVD vai tās teritoriālās struktūrvienības. NVD apspriež līgumus atkarībā no reģionālajām vajadzībām, kā tas paredzēts Noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību. Līgumus ar ambulatorām iestādēm papildu pakalpojumu sniegšanai slēdz vadoties pēc iepirkumu konkursu rezultātiem.

Līgumos ar katru veselības aprūpes iestādi tiek norādīts ārstējamo pacientu skaits uz vienu veselības aprūpes programmu, kas var būt īpaša hospitalizācija, konkrēta speciālista konsultācija vai diagnostikas manipulācija utt. (sk. arī 3.7.1. iedaļu). Turklāt līgumos ir noteiktas minimālās prasības par tehnoloģijām un personālu saskaņā ar attiecīgo veselības aprūpes programmu.

Ja iestāde ir izpildījusi gada saistības (piem., tā ir veikusi līgumā ar NVD paredzētās plānveida operācijas), tad tā var piedāvāt pacientiem operācijas par pilnu samaksu, lai viņiem nebūtu jāgaida rindā līdz nākamajam gadam.

Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanas un uzraudzības mehānismi ir diezgan ierobežoti, lai gan daži kvalitātes kontroles jautājumi ir iekļauti līgumos ar NVD. Primārā veselības aprūpe ir vienīgā joma, kurā kvalitātei ir svarīgāka loma līgumos starp NVD un pakalpojumu sniedzējiem, jo ir izstrādātas gan brīvprātīgas, gan obligātās kvalitātes veicināšanas programmas (sk. 3.7.2. iedaļu).

Veselības inspekcija (VI) ir vissvarīgākā iestāde, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atbilstību pakalpojumu sniegšanas noteikumiem, kas ietverti NVD līgumos. Tā arī gādā, lai pakalpojumu sniedzēji ievērotu veselības aprūpes iestāžu obligātās prasības, ko noteikusi Veselības ministrija. VI pārbauda pakalpojumu sniegšanu un informē NVD par nepilnīgi sniegtiem pakalpojumiem vai tādiem pakalpojumiem, kuri sniegti ar nepiemērotām medicīniskām tehnoloģijām. Šādos gadījumos NVD atsakās maksāt vai samazina maksājumus pakalpojumu sniedzējiem. Turklāt VI ir tiesības piemērot sankcijas par neatbilstoša pakalpojuma sniegšanu vai nepatiesu ziņojumu.

Līdz 2010. gadam vadlīnijas izstrādāja galvenokārt medicīnas speciālistu asociācijas. Nereti to pamatā bija starptautiskās vadlīnijas un dažreiz radās nopietnas šaubas par to kvalitāti. Kopš tā laika NVD ir pārņēmis atbildību par klīnisko vadlīniju izstrādi, izvērtēšanu, reģistrāciju un ieviešanu saskaņā ar Ministru kabineta 2010. gada „Procedūrām par klīnisko vadlīniju izstrādi, izvērtēšanu, reģistrāciju un ieviešanu”. Regulējums nosaka skaidrus standartus klīniskajām vadlīnijām. Līdz 2012. gadam bija reģistrētas 11 vadlīnijas un ievietotas NVD tīmekļa vietnē. Ārstniecības vadlīnijas ir rekomendācijas, kurās ietverta starptautiskā paraugprakse. Diemžēl nepieciešamā ārstēšana var izrādīties ļoti dārga, ko ne vienmēr pilnībā sedz NVD līgumos paredzētais finansējums.

Pakalpojumu sniedzēji nepilnīgi iekļauj aprūpes pakalpojumus savu pakalpojumu klāstā. Te jāpiebilst, ka pēdējo gadu laikā ir ieviesti daži integrētās aprūpes elementi, it īpaši Sociālās drošības tīkla stratēģijas kontekstā (sk. 6.1.2. iedaļu). Piemēram, jaunieviestais veselības aprūpes mājās pakalpojums hroniski slimajiem pacientiem balstās uz sadarbību starp ĢĀ un aprūpes mājās sniedzējiem (galvenokārt ĢĀ komanda ar māsu vai īpašu aprūpes mājās komandu) un rehabilitāciju mājās. Tā tagad ir pieejama saskaņā ar rehabilitācijas plānu, ko izstrādājuši slimnīcu fiziskās medicīnas un rehabilitācijas speciālisti. Pie tam „potenciālā invaliditāte”, ko nosaka Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija, dod tiesības saņemt pilnīgu aprūpi, kas saistīta ar konkrēto problēmu, un iekļauta ģimenes ārstu un citu medicīnas speciālistu izstrādātajā rehabilitācijas plānā.

Gadiem ilgi jau norit diskusijas par jaunu standartu izveidi veselības aprūpes organizāciju akreditācijai, bet diemžēl šo diskusiju rezultāts joprojām ir neskaidrs.

2.8.3. Cilvēkresursu reģistrācija un plānošana

Visas ārstniecības personas (t.i., ārstus un māsas) sertificē attiecīgās profesionālās asociācijas, tādās kā Latvijas Ārstu biedrība, Latvijas Māsu asociācija, Latvijas Veselības aprūpes darbinieku profesionālo organizāciju konfederācija (kas apvieno radniecīgo zinātņu speciālistus: logopēdus, zobu tehniķus, zobu protēzistus, laboratoriju asistentus utt.). Sertifikāciju regulē Ārstniecības likuma (1997) 26. pants un Ministru kabineta noteikumi „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” (spēkā no 1997. gada). Organizācijas izstrādā pārbaudījumu programmas un izveido eksāmenu komisijas katrai specialitātei, apakšspecialitātei vai palīgspecialitātei. Sertificētu speciālistu atkārtoti sertificē, ja viņš piecu gadu laikā ir savācis 250 izglītības punktus par piedalīšanos semināros, konferencēs,ursos utt.

Lai profesionālās organizācijas varētu veikt sertifikāciju, visiem veselības aprūpes speciālistiem jābūt iekļautiem valsts vienotajā informācijas sistēmā – Ārstniecības personu reģistrā, ko uztur VI saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem „Ārstniecības personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” (spēkā no 2005. gada oktobra). Reģistrēti profesionāļi saņem ārstniecības personas sertifikātu.

Sertifikāts jāatjauno reizi piecos gados. Tas ietver informāciju par konkrēto veselības aprūpes profesiju, kurā attiecīgajai personai ir tiesības strādāt. Katram veselības aprūpes speciālistam ir personīgais reģistrācijas numurs. Lai saņemtu reģistrācijas sertifikātu, speciālistam jāapliecina sava identitāte un jāiesniedz izglītības dokumenti.

Veselības aprūpes speciālistu apmācība Latvijā atbilst ES standartiem par savstarpējo atzīšanu. Medicīniskās izglītības mācību programmu nosaka Ministru kabinets ņemot vērā Latvijas Ārstu biedrības ieteikumus. Veselības ministrija, savukārt, nosaka apmācību vietu skaitu augstskolās un rezidentūrai (speciālistu apmācībai). Latvijas veselības aprūpes speciālisti var brīvi dzīvot un strādāt jebkurā ES dalībvalstī bez jebkādiem ierobežojumiem. Latvijas Ārstu biedrība pārrauga speciālistu pārcelšanos uz citām valstīm un izsniedz atbilstības sertifikātu ārstiem, kuri vēlas strādāt ārzemēs.

Ministru kabinets ir pieņēmis vairākas politikas par Latvijas veselības nozares plānošanu, piemēram, Māsterplānu (sk. 2.5. sadaļu). Saskaņā ar šiem dokumentiem Veselības ministrija ir noteikusi mērķus pašvaldību primārās veselības aprūpes praksēm un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Bez tam 2006. gadā Ministru kabinets pieņēma pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006. – 2015. Gadam”. Šī politika paredz pieņemt personāla komplektēšanas prasības attiecībā uz ārstiem un māsām pēc specialitātes uz vienu slimnīcas gultu un pacientu. Dokumentā ieteikts izveidot vienotu modeli pēcdiploma izglītībai, tās uzraudzībai un koordinēšanai, kā arī koriģēt veselības aprūpes personāla atalgojuma līmeņus, lai veicinātu jaunu ārstu pieņemšanu darbā un esošā personāla saglabāšanu. Diemžēl ekonomikas krīzes izraisītā finanšu līdzekļu trūkuma dēļ pēdējos gados medicīnu algas kopumā ir samazinājušās nevis palielinājušās.

2.8.4. Zāļu regulējums un pārvaldība

Veselības ministrijas Veselības aprūpes departaments ir atbildīgs par likumdošanu un politiku izstrādi farmācijas nozarē. Pie kam Veselības ministrija, Zāļu valsts aģentūra (ZVA) un NVD ir trīs vissvarīgākās iestādes zāļu regulējumā. Pirms zāļu nonākšanas Latvijā zāļu tirgū tām nepieciešama ZVA vai Eiropas Zāļu aģentūras atļauja. ZVA ir valsts iestāde, kas izvērtē zāļu (cilvēkiem paredzēto un veterināro) kvalitāti, nekaitīgumu un iedarbīgumu un izdod tirdzniecības atļaujas. ZVA izveidoja 1996. gada oktobrī un reorganizēja saskaņā ar Farmācijas likumu (1998). Aģentūras darbību finansē no tās pašu ieņēmumiem (piem., no administratīvās maksas, ko iekasē no farmācijas uzņēmumiem).

ZVA uztur cilvēkiem paredzēto zāļu reģistru, klasificē tās receptu un bezreceptu zālēs, uzrauga cenas, pārzina patēriņa statistiku un ir atbildīga par farmakovigilanci, tostarp par blakņu ziņojumu izskatīšanu. Tā izdod licences ražotājiem un uzrauga zāļu ražošanu, vairumtirdzniecību, mazumtirdzniecību, importu un eksportu. VZA dod atļauju veikt klīniskos izmēģinājumus un pārrauga labu klīnisko praksi izmēģinājumos. Tā arī izvērtē un pārrauga reklāmas materiālu (tikai saistībā ar bezreceptu zālēm) atbilstību likumā noteiktajām prasībām. VZA sadarbojas ar Eiropas Zāļu aģentūru, Eiropas Zāļu un veselības kvalitātes direktorātu un citām starptautiskām organizācijām, kā arī palīdz Veselības ministrijai ES direktīvu transponēšanā valsts tiesību aktos.

Lēmumi par zāļu kompensāciju

NVD pieņem lēmumus par zāļu iekļaušanu kompensējamo zāļu sarakstā. Ministru kabineta noteikumi Nr. 899 („Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”, 2006a) nosaka kompensācijas kārtību. Farmācijas uzņēmumiem jāiesniedz pieteikums NVD par zāļu iekļau-

šanu kompensējamo zāļu sarakstā. Tajā jāiekļauj: zāļu iedarbīguma salīdzinošie dati; klīniskā informācija (par iecerēto pacientu grupu, indikācijām utt.); farmakoekonomiskā informācija (t.i., esošie ekonomiskie novērtējumi); cena utt. NVD izvērtē pieteikumu ņemot vērā sniegto informāciju un paša dienesta veikto izpēti un pieņem lēmumu par zāļu iekļaušanu vai neiekļaušanu kompensējamo zāļu sarakstā balstoties uz klīniskiem un ekonomiskiem kritērijiem, kuri ir šādi: (1) slimības slogs un (2) zāļu terapeitiskā vērtība un atbilstība ārstniecības plāniem. Ekonomiskie kritēriji ietver: (1) ietekmi uz veselības aprūpes budžetu un (2) rentabilitātes novērtējumu, kas veikts saskaņā ar Kopējām Baltijas valstu vadlīnijām zāļu ekonomiskai novērtēšanai. Šīs vadlīnijas apstiprināja Ministru kabinets un tās stājās spēkā 2002. gadā.

Visas kompensējamo zāļu sarakstā iekļautās zāles (esošās un jaunās) iedala trīs kategorijās (100%, 75% vai 50%) atkarībā no slimībām, kam tās ir apstiprinātas. Piemēram, visas kompensējamo zāļu saraksta zāles šizofrēnijas ārstēšanai NVD kompensē pilnībā (100%); zāles hipertēnijas ārstniecībai ietvertas 75% kompensācijas kategorijā un antidepresanti – 50% kategorijā. Atlikusī daļa jāsedz pacientiem ar tiešmaksājumiem. Jāpiebilst, ka kompensējamo zāļu sarakstam ir trīs daļas, t.i. A saraksts, B saraksts un C saraksts:

- A saraksts ietver references cenas ar savstarpēji aizvietojamām zāļu grupām, par kurām NVD maksāja to pašu references cenu (līdz 2012. gadam – sk. zemāk „Cenu veidošanas lēmumi”). Šīs grupas veido vai nu (a) produkti ar to pašu aktīvo vielu vai (b) konkrēti produkti vienā farmakoterapeitiskā grupā, kam ir tāda pati iedarbība un blaknes, tāda pati lietošana un tās pašas pacientu mērķgrupas. 2012. gadā sarakstā bija 1092 zāles;
- B sarakstā ir 327 savstarpēji neaizvietojamās zāles; un
- C sarakstā ir 30 zāles, kuras kompensē, ja gada ārstniecības izmaksas pārsniedz LVL3000 (Ä4300). Lēmumu pa šo zāļu kompensāciju pieņem katru gadu atkarībā no budžeta līdzekļiem un pacientu skaita, kuriem nepieciešama kompensācija.

Atsevišķos ārkārtas gadījumos NVD var kompensēt izdevumus par zālēm, kas nav iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā. Šim nolūkam jābūt ārstu konsilija lēmumam, ka zāles (kuru izmaksas nepārsniedz LVL1000) nepieciešamas pacienta dzīvības glābšanai.

2012. gada septembra grozījumi Ministru kabineta noteikumos Nr. 899 („Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”) paredz 50% kompensāciju visām valstī reģistrētajām receptu zālēm (vēl bez tām zālēm, kas jau iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā) bērniem līdz 24 mēnešu vecumam un 25% atlīdzību – visām grūtniecēm (arī sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām).

Cenu veidošanas lēmumi

Latvijā cenu noteikšanu zālēm regulē Ministru kabineta noteikumi „Noteikumi par zāļu cenu veidošanas principiem” (2005). Tirdzniecības atļauju turētājiem pirms zāļu izplatīšanas Latvijā jāsniedz informācija VZA par attiecīgā produkta ražotāja cenu.

Attiecībā uz zālēm, kas nav iekļautas kompensācijas sistēmā, cenas veido balstoties uz neregulētu ražotāja cenu ar ierobežotu uzcenojumu vairumtirgotājiem un aptiekām. Kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto zāļu cenas apspriēz NVD un tirdzniecības atļauju turētāji. NVD ievēro vispārēju principu – cenām nevajadzētu pārsniegt pārējo Baltijas valstu noteiktās zāļu cenas un trešo zemāko cenu citās ES dalībvalstīs. Informāciju par NVD veikto ekonomisko novērtējumu arī izmanto cenas veidošanai. Ja novērtējuma rezultāti attiecībā uz konkrēto produktu liecina, ka pieaugošais rentabilitātes rādītājs (PRR) pārsniedz noteikto sliekšni, farmācijas uzņēmumam lūdz pazemināt cenu, lai zāļu cena būtu zem PRR sliekšņa. NVD ir ieviesis arī atmaksāšanas sistēmu, t.i., farmācijas uzņēmumiem (atkarībā no tirgus daļas) zināmā mērā jākompensē NVD izdevumi, ja tā gada zāļu budžets ir iztērēts. 2011. gadā šī atlīdzība bija LVL4 miljoni (Ä5.6 miljoni).

2012. gadā, pēc smagām un pretrunīgām diskusijām, valdība pieņēma jaunus noteikumus, lai racionalizētu NVD sniegto farmaceitisko aprūpi. Saskaņā ar iepriekšējo references cenu veidošanas sistēmu attiecībā uz A sarakstā iekļautajām zālēm farmaceiti vai pacienti varēja izvēlēties vienu no produktiem, kas bija references grupā. Gadījumā, ja izraudzītās zāles bija dārgākas par references cenu, tad pacienti varēja segt cenu starpību ar pacienta tiešmaksājumu (papildus parastajam līdzmaksājumam par zālēm). Jaunie noteikumi paredz, ka references grupā ir tikai vienas zāles (ar viszemāko cenu), kas saucas "references zāles". Receptes pacientiem ar jaunām diagnozēm tagad jāizraksta vadoties pēc aktīvās vielas. NVD maksās tikai par references zālēm. Gadījumos, kad tiek izrakstīta aktīvā viela, farmaceitiem vienmēr jāizsniedz references zāles.

Jaunā sistēma veicina farmācijas uzņēmumu konkurenci, jo tie strauji samazina cenas, lai to produkcija iegūtu references zāļu statusu. NVD aplēses liecina, ka šāda pieeja 2012. gadā radīja LVL3.7 miljonus

(Ā5.3 miljoni) ietaupījumu. Tomēr farmācijas uzņēmumi un mediķi stingri iestājās pret šo reformu, jo tā ierobežo pacientu izvēli.

NVD katru ceturksni pārbauda, kā ārsti izraksta receptes. Tas nosūta ziņojumus pakalpojumu sniedzējiem (ambulatorām klīnikām, ĢĀ, utt.), ja attiecīgajā iestādē strādājošā ārsta izrakstītās zāles ir apmēram par 30% dārgākas (grupai ar līdzīgām diagnozēm) nekā vidēji valstī. NVD sniedz šo informāciju arī VI, kura pēc tam ciešāk uzrauga recepšu izrakstīšanu attiecīgajās veselības aprūpes iestādēs un var verificēt recepšu atbilstību, izvērtējot pacientu medicīnisko informāciju.

2.8.5. Medicīnisko ierīču un tehnisko palīgīdzekļu regulējums

Medicīniskās ierīces un preces Latvijā regulē Ministru kabineta noteikumi „Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības, novērtējuma, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība”, kuri stājās spēkā 2005. gadā. ZVA ir vienīgā iestāde, kas atbildīga par medicīnisko ierīču reģistrāciju, ekspluatāciju, uzraudzību un izplatīšanu.

Veselības aprūpes sniedzēji iegādājas lielāko daļu medicīnisko iekārtu un preču. Tas tiek darīts saskaņā ar likumu Par iepirkumu valsts un pašvaldību vajadzībām, kuru Saeima pieņēma 2006. gada aprīlī (šis tiesību akts attiecas uz visiem valdības iepirkumiem, ne tikai veselības aprūpes jomu).

Medicīnisko ierīču un vakcīnu centralizēto iepirkumu procedūras nosaka Ministru kabineta noteikumi „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (2006). Šo iepirkumu veic NVD visu to iestāžu vārdā, ar ko tas noslēdzis līgumus (t.i., ar visiem valsts garantētās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem). No 2013. gada NVD iepirks ierīces kopā ar pārējām Baltijas valstīm, lai radītu lielāku pirkjspēju.

2.8.6. Kapitālieguldījumu regulējums

Kopumā veselības aprūpes iestāžu īpašnieki (slimnīcas un primārās veselības aprūpes iestādes vai prakses) ir atbildīgas par investīciju finansējumu (sk. 4.1.1. iedaļu). Valsts, kā lielāko slimnīcu īpašnice, nodrošina to finansējumu. Pašvaldības gādā investīciju finansējumu savām slimnīcām un PVA centriem. Investīcijas privātajās slimnīcās vai citās privātās veselības aprūpes iestādēs (piem., privātpraksēs) finansē tikai to īpašnieki. Tas nozīmē, ka viņiem jāatgūst investīciju izmaksas no ieņēmumiem par pakalpojumu sniegšanu.

Valdība parasti garantē kapitālieguldījumu kredītus un uzņemas risku, ja pakalpojumu sniedzēji nevar atmaksāt savus aizņēmumus. Iestādēm, kas iekļautas Māsterplānā (sk. 2.5. iedaļu), dažreiz iespējams izmantot arī ES struktūrfondus liela mēroga investīcijām.

2.9. Pacientu iespējas

2.9.1. Informācija pacientiem

Informācijas asimetrija ir viena no raksturīgākajām veselības sistēmu iezīmēm. Pēdējo gadu laikā vērojami uzlabojumi informācijas pieejamībā, jo tā arvien vairāk ir atrodamā plašsaziņas līdzekļos un internetā. Diemžēl informācijas no uzticamiem avotiem, it īpaši par aprūpes kvalitāti, joprojām ir maz.

Informācijas brīvības aspekts tika iekļauts likumā 1998. gada novembrī. Kopš tā laika tas jau vairākas reizes grozīts. Ikviens var lūgt piekļuvi valsts rīcībā esošai informācijai. Šādos gadījumos valsts iestādēm jāsniedz atbilde 15 dienu laikā.

2010. gada Pacientu tiesību likums nosaka, ka pacientam ir tiesības saņemt skaidru informāciju par slimības diagnozi, izmeklēšanas un ārstēšanas plānu, kā arī par aprūpes kvalitāti. Lielāko daļu informācijas pacientiem sniedz ĢĀ, NVD, Veselības ministrija un tās padotībā esošās iestādes, kā arī vietējās pašvaldības. ĢĀ parasti darbojas kā veselības konsultants, kas iesaka konkrētu speciālistu, slimnīcu vai rehabilitācijas iestādi, kura visvairāk atbilst pacienta vajadzībām. NVD sniedz informāciju par veselības aprūpes pakalpojumu cenām un līdzmaksājumu griestiem. Šo informāciju pacienti var saņemt no plakātiem un bukletiem, kas pieejami NVD teritoriālajās struktūrvienībās un veselības aprūpes iestādēs.

Diemžēl ir pierādījumi (lai gan tie ir nedaudz novecojuši) tam, ka pastāv nevienlīdzība informācijas piekļuvē (CIET, 2002). Lielākā daļa Latvijas iedzīvotāju (gandrīz trīs ceturtdaļas) uzskata, ka nav pietiekami informēti par savām tiesībām uz veselības aprūpi. Latviski runājošie iedzīvotāji jūtas labāk informēti par veselības aprūpes sistēmu nekā nelatviski runājošie.

2.9.2. Pacientu izvēles iespējas

2010. gada Pacientu tiesību likuma 8. pantā ir garantētas tiesības izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi. Šī izvēles brīvība pastāv jau kopš 1991. gada un pacientu izvēles tiesības ir noteiktas Ministru kabineta noteikumos „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (2004).

Pacienti var brīvi izvēlēties jebkuru ģimenes ārstu Latvijā un jebkurā laikā var to mainīt (sk. arī 5.3. sadaļu). Diemžēl reālā situācija liecina par to, ka ĢĀ var izvēlēties tikai pilsētās dzīvojošie; lauku iedzīvotājiem šāda izvēle nereti ir ierobežota, jo var gadīties, ka tikai viens ĢĀ aptver lielu ģeogrāfisko teritoriju. Galvenais iemesls ārsta nomaiņai ir pārceļšanās uz citu dzīvesvietu.

Pacients var brīvi izvēlēties diagnostikas iestādi, speciālistu vai slimnīcu, ja vien šai iestādei vai speciālistam ir līgums ar NVD un ja pacientam ir ģimenes ārsta nosūtījums (sk. 5.2. sadaļu).

2.9.3. Pacienta tiesības

2010. gada Pacientu tiesību likums ir Latvijas galvenais tiesību akts par pacientu tiesībām. Likuma mērķis ir veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, sekmēt pacientu aktīvu līdzdalību veselības aprūpē, kā arī dot iespēju īstenot un aizsargāt viņu tiesības un intereses.

Pacientu tiesību likumā ir šādi panti: Tiesības uz informāciju, Tiesības uz ārstniecību, Piekrišana ārstniecībai vai atteikšanās no tās, Citu personu tiesības piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās, Tiesības izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi, Tiesības iepazīties ar medicīniskajiem dokumentiem, Pacientu datu aizsardzība, Pacienta līdzdalība klīniskajā pētījumā, Pacienta līdzdalība klīniskās apmācības procesā utt.

Galvenā iestāde, kas praksē nodarbojas ar pacientu tiesību jautājumiem, ir NVO – Pacientu ombuds. VI izskata pacientu sūdzības un dažos gadījumos ir radījusi pamatu tiesvedībai, kuras rezultātā valstij vajadzēja maksāt kompensācijas pacientiem, kuri bija cietuši no neatbilstīgas pakalpojumu sniegšanas.

Latvijas sabiedrības izpratne par cilvēku ar invaliditāti fizisko piekļuvi valsts un pašvaldību iestādēm, tostarp arī veselības aprūpes iestādēm, turpina palielināties. Diemžēl šis process ir ļoti agrīnā stadijā un šī Pārskata tapšanas laikā attiecīgo iestāžu pieejamība bija neapmierinoša.

2.9.4. Sūdzību procedūras (starpniecība, pretenzijas)

Galvenā iestāde, kas pieņem un pārbauda pacientu sūdzības, ir Veselības ministrijas padotībā esošā Veselības inspekcija. Tā, konsultējoties ar ekspertiem (piem., algotiem konsultantiem) vai ārstniecības personu asociācijām par sūdzību pamatotību, var uzlikt soda naudu pakalpojumu sniedzējiem vai piemērot citas sankcijas. VI var arī nosūtīt sūdzības prokuratūrai, ja nepieciešams sākt tiesvedību pret kādu pakalpojumu sniedzēju.

Bez tam Pacientu tiesību likumā noteikts, ka pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par morālo kaitējumu. Šim nolūkam ir izveidots Ārstniecības riska fonds, kas darbosies kā NVD struktūrvienība un sāks izmaksāt atlīdzību pacientiem jau līdz 2013. gadam (vai 2014. gadā).

Pacientu ombudi darbojas kā starpnieki starp pacientiem un pakalpojumu sniedzējiem, un viņu loma tikai palielinās. Pacientu ombuda biedri strādā veselības aprūpes iestādēs, lai reģistrētu pacientu sūdzības un darbotos kā starpnieki sarunās ar pakalpojumu sniedzējiem.

2.9.5. Sabiedrības līdzdalība

Padomju laikā pacientu līdzdalība politiku un veselības aprūpes pakalpojumu izstrādē vispār nepastāvēja. 1990to gadu vidū sāka rasties dažādas pacientu biedrības un asociācijas, kas bija saistītas ar konkrētām slimībām (sk. 2.3.8. iedaļu). To galvenais mērķis ir aizstāvēt pacientu tiesības, atbalstīt viņus un izglītot. Ārsti arī iesaistās šajās organizācijās un nereti tās pat vada. Farmācijas un citu komercsabiedrību, kā arī atsevišķu personu tirgus intereses ietekmē dažas biedrības un asociācijas. Diemžēl to spēja ietekmēt politikas darba kārtību ir diezgan ierobežota. Te gan jāpiebilst, ka plašsaziņas līdzekļu un sociālo tīklu pieaugošā nozīmīguma kontekstā pacientu organizāciju loma sāk palielināties.

2.9.6. Pacienti un pārrobežu veselības aprūpe

Tā kā Latvija ir ES dalībvalsts, tās iedzīvotāji var iegūt Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK). To izsniedz NVD un tā ietver valsts garantētu apdrošināšanu pārējās ES dalībvalstīs, Islandē, Lihtenšteinā, Nor-

vēģijā un Šveicē. Pamatojoties uz EK Regulu Nr. 883/2004 Latvijas iedzīvotāji var izmantot EVAK, lai saņemtu valsts nodrošinātos veselības pakalpojumus uz laiku uzturoties ārzemēs (piem., tūristi). Attiecīgās zemes valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas kompensēs NVD. Latvijas iedzīvotāji var arī lūgt NVD izdot iepriekšēju atļauju ārstēties ārzemēs. Šādu atļauju nedrīkst atraidīt, ja ārstniecības izdevumus sedz no Latvijas garantētā veselības pakalpojumu apjoma un ja konkrēto ārstēšanu nevar veikt Latvijā medicīniski pieņemamā termiņā.

2010. gadā Latvija samaksāja LVL1.75 miljonus (apmēram Ā2.5 miljoni) par veselības aprūpes pakalpojumiem citās ES dalībvalstīs. Šo aprūpi saņēma personas, kurām bija tiesības uz veselības aprūpi Latvijas valsts garantētās veselības aprūpes sistēmā (Veselības norēķinu centrs, 2011).

3. Finansējums

Kopš 2011. gada novembra NVD kopā ar savām piecām struktūrvienībām ir vissvarīgākais veselības aprūpes pakalpojumu pircējs Latvijā. Šīs iestādes aptver visus iedzīvotājus un veic norēķinus par garantēto veselības pakalpojumu apjomu. Pacienti, savukārt, jāveic pacienta iemaksas un tiešmaksājumi. 2010. gadā kopējie veselības izdevumi (KVI) bija 6.7% no IKP, kas bija viena no zemākajām IKP daļām veselības jomā Eiropā. KVI uz vienu cilvēku bija US\$1093 PP, kas bija trešā zemākā summa, kas izlietota veselībai ES27 (tikai Rumānijā un Bulgārijā šie izdevumi uz vienu cilvēku bija vēl zemāki).

Vissvarīgākais ieņēmumu avots veselības jomā ir vispārējā nodokļu sistēma (ienākumu, PVN un citi nodokļi), lai gan valsts daļa veselības nozares izdevumos kopš finanšu krīzes sākuma 2008. gadā bija samazinājusies līdz 9.2% 2010. gadā. Tā sedza tikai 61% no KVI. Otrs svarīgākais finansējuma avots ir pacientu tiešmaksājumi, ko veido:

- pacienta iemaksas par valsts apmaksātiem pakalpojumiem (lai gan pastāv arī izņēmuma mehānismi);
- tiešmaksājumi par pakalpojumiem, ko nefinansē valsts (zobārstniecība pieaugušajiem un kosmētiskā ķirurģija), vai ko izmanto ārpus ierastās ārstniecības prakses (piem., lai nebūtu jāgaida rindā); un
- neformālie maksājumi.

Visbeidzot, nelielu KVI daļu (mazāk par 1%) finansē izmantojot BVA, kas sedz to pakalpojumu izmaksas, kuri nav ietverti valsts garantētā veselības aprūpes sistēmā (papildu aptvērumi) un nodrošina ātrāku piekļuvi pakalpojumiem (papildinošais aptvērumi).

Lielāko daļu Saeimas apstiprinātā veselības jomas budžeta saņem NVD (2010. gadā tie bija 78%) veselības aprūpes pakalpojumu piršanai (NVD, 2011). Atlikušo daļu (apmēram 22%) izmanto Veselības ministrija veselības nozares pārvaldībai, specializētai veselības aprūpei (piem., Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam), sabiedrības veselībai, medicīnas izglītībai un kultūras vajadzībām (bibliotēkas, muzeji, utt.).

Ekonomikas un finanšu krīzes dēļ tika īstenoti stingri budžeta konsolidācijas pasākumi samazinot finansējumu slimnīcām, palielinot pacienta iemaksas, samazinot medicīnas darbinieku algas un pazeminot zāļu cenas. Vienlaicīgi tika ieviesta Sociālā drošības tīkla stratēģija, lai iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem nodrošinātu piekļuvi veselības pakalpojumiem (sk. 6. nodaļu) un lai segtu pacienta iemaksas tām māsājniecībām, kuru ienākumi bija zem noteiktā ienākumu sliekšņa.

Maksājumu mehānismi Latvijā ir attīstījušies laika gaitā un ir diezgan sarežģīti. Primārās veselības aprūpes sniedzēju (ĢĀ) ieņēmumus veido kapitācijas nauda, MPP, fiksētie prakses pabalsti, prēmijas un kvalitātes novērtējuma maksājums par iegūtajiem punktiem piedaloties ĢĀ darbības kvalitātes brīvprātīgā novērtējuma programmā. Sekundārās veselības aprūpes sniedzējiem maksā vienotas likmes honorārus par slimības definētām epizodēm un papildus vēl MPP maksājumus par profilaktiskām, diagnostiskām un terapeitiskām intervencēm. Vēl pirms budžeta konsolidācijas pasākumu ieviešanas norēķini ar slimnīcām notika par stacionāra vienu dienu plus maksa par konkrētiem pakalpojumiem. Kopš 2010. gada ir ieviesti vispārējie budžeti, lai kontrolētu slimnīcu izdevumus. Līdz 2014. gadam ir plānots ieviest norēķinu sistēmu ar slimnīcām, kuras pamatā būs DRG.

3.1. Izdevumi veselības jomā

Saskaņā ar PVO Nacionālo veselības pārskatu datiem (sk. 3.1. tabulu) 2010. gadā kopējie veselības jomas izdevumi bija 6.7% no IKP. KVI konsekventi palielinājās līdz 2007. gadam. Laikposmā no 2000. līdz 2007. gadam izdevumi veselības aprūpei pieauga vairāk nekā divkārt apsteidzot vispārējo ekonomikas izaugsmi, kas palielinājās par 80% tā paša perioda laikā. Ekonomikas krīzes dēļ 2008. gadā KVI sāka samazināties un 2010. gadā noslīdēja gandrīz līdz 2005. gada līmenim.

3.1. tabula

Veselības izdevumu tendences, 1995–2010

Izdevumi	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
----------	------	------	------	------	------	------	------	------

Izdevumi	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Kopējie veselības izdevumi miljonos, konstanta (2005) PP	901	1 206	1 902	2 253	2 546	2 321	1 909	1 926
KVI kā % no IKP	5.8	6.0	6.3	6.8	7.0	6.6	6.6	6.7
Kopējo veselības izdevumu gada vidējais izaugsmes koeficients (%)	n/a	-0.9	7.8	18.5	13.0	-8.8	-17.8	0.9
VIV gada vidējais reālās izaugsmes koeficients (%)	n/a	-7.6	8.7	33.1	7.1	-6.2	-18.9	0.1
IKP gada vidējais izaugsmes koeficients (%)	n/a	6.9	10.7	10.8	9.6	-3.6	-17.8	-0.3
VIV kā % no KVI	66.3	54.4	57.1	64.1	60.7	62.5	61.6	61.1
Privātie izdevumi par veselību (PvtHE) kā % no KVI	33.7	45.6	42.9	35.9	39.3	37.5	38.4	38.9
VIV kā % no vispārējiem valdības izdevumiem	9.9	8.7	10.1	11.4	11.8	10.6	9.2	9.2
VIV kā % no IKP	3.8	3.2	3.6	4.3	4.2	4.1	4.1	4.1
PTM kā % no KVI	33.7	44.1	40.7	32.4	34.9	33.8	37.3	37.8
PTM kā % no PvtHE	100.0	96.8	94.8	90.4	88.9	90.1	97.3	97.3
Privātā apdrošināšana kā % no KVI	0.00	1.5	2.2	2.4	1.9	1.8	0.8	0.8
Privātā apdrošināšana kā % no PvtHE	0.0	3.2	5.2	6.6	4.8	4.9	2.1	2.1
Avots: PVO, 2012.								

2010. gadā Latvijas izdevumi veselības jomā bija 6.7% no IKP, kas bija krietni zem vidējā rādītāja ES27, kur tas bija 9.9% (sk. 3.1. attēlu). Latvijas rādītājs bija gandrīz tāds pats kā Bulgārijai un nedaudz zemāks par vidējo rādītāju – 7.1% no IKP – ES12 valstīs.

Gareniskā griezuma dati 3.2. attēlā atspoguļo veselības izdevumu tendences (kā daļu no IKP) Latvijā un citās izvēlētajās valstīs. Finansējuma atšķirība Latvijā un vidēji ES15 pēdējo desmit gadu laikā nav mainījusies.

3.1. attēls

Veselības izdevumi kā daļa (%) no IKP PVO Eiropas reģionā, 2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Piezīme: CARK: Vidusāzijas republikas (Kirgizstāna, Tadžikistāna, Turkmēnistāna, Uzbekistāna) un Kazahstāna.
NVS: Neatkarīgo valstu sadraudzība.

3.2. attēls

Veselības izdevumu tendences kā % no IKP Latvijā un izvēlētajās valstīs, kā arī vidējie rādītāji, 1995–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Salīdzinot veselības izdevumus uz vienu cilvēku Latvijā un citās PVO Eiropas reģiona valstīs redzams, ka izdevumos uz vienu cilvēku ir milzīga atšķirība. Latvija ar US\$1093 PP ierindojās trešajā zemākajā vietā ES atstājot aiz sevis tikai Rumāniju un Bulgāriju (sk. 3.3. attēlu).

Tāpat Latvijas kopējo veselības izdevumu valsts daļa 2010. gadā bija tikai 61.1% (sk. 3.4. attēlu), kas bija ceturtais zemākais rādītājs ES. Latvija apsteidza tikai Bulgāriju, Kipru un Grieķiju.

3.3. attēls

Veselības izdevumi US\$ PP uz vienu cilvēku PVO Eiropas reģiona valstīs, 2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Piezīme: CAR: Vidusāzijas republikas (Kirgizstāna, Tadžikistāna, Turkmenistāna, Uzbekistāna) un Kazahstāna.
NVS: Neatkarīgo valstu sadraudzība.

Fig. 3.4

Valsts sektora izdevumi veselības jomā kā daļa (%) no kopējiem veselības izdevumiem PVO Eiropas reģionā, 2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Piezīme: CAR: Vidusāzijas republikas (Kirgizstāna, Tadžikistāna, Turkmenistāna, Uzbekistāna) un Kazahstāna.
NVS: Neatkarīgo valstu sadraudzība.

Saskaņā ar Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes datiem 2009. gadā valsts izdevumi (tostarp Veselības ministrijas, Labklājības ministrijas, Tieslietu ministrijas, pašvaldību u.c.) veselības jomā tika izmantoti galvenokārt (53.5%) ārstniecības un rehabilitācijas pakalpojumu finansēšanai. Izdevumi par medicīniskām precēm, ko izsniedza ambulatoriem pacientiem, veidoja otro lielāko sabiedrības veselības izdevumu daļu (14.5%). Lai gan sabiedrības veselības pakalpojumi, profilakse un veselības veicināšana ir iekļauti valdības Sabiedrības veselības stratēģijas (sk. 7.1. sadaļu) prioritātēs, to daļa valsts izdevumos veselības jomā veido tikai 4.6% (sk. 3.2. tabulu), kas atbilst tikai 2.8% no kopējiem izdevumiem veselībai 2009. gadā. Tomēr tas ir ievērojams pieaugums no 2.3% 2008. gadā (Centrālā statistikas pārvalde, 2012b).

3.2. tabula

Valsts izdevumi veselības jomā pēc pakalpojumu programmas, 2009

Pakalpojumu programma (funkcija)	% no kopējiem veselības izdevumiem	Kā % no kopējiem veselības izdevumiem
Ārstniecības un rehabilitācijas pakalpojumi:	53.5	31.9
Stacionārā	38.8	23.1
Dienas stacionārā	2.0	1.2
Ambulatorie	12.7	7.5
Ilgstošas kopšanas pakalpojumi	5.1	3.1
Veselības aprūpes palīgpakalpojumi	9.3	5.5
Ambulatoriem pacientiem izsniegtās medicīnas preces	14.5	8.7
Profilakses un sabiedrības veselības pakalpojumi	4.6	2.8
Veselības administrācija un veselības apdrošināšana	3.1	1.8
Ārstniecības personu apmācība	0.6	0.4
Pētniecība un izstrāde veselības jomā	0.6	0.4
Veselības aprūpes iestāžu kapitāla veidošana	8.6	5.1

Avots: Centrālā Statistikas pārvalde, 2012b.
Piezīme: Kopējie valsts izdevumi un kopējie izdevumi veselības jomā šajā tabulā ietver investīciju (kapitāla veidošana) izdevumus, ilgstošu kopšanu (ko pārsvarā finansē Labklājības ministrija un pašvaldības), ārstniecības personu izglītību un apmācību, kā arī pētniecību un izstrādi.

3.3. tabulā redzams, ka izdevumu daļa slimnīcām būtiski samazinājās no 2008. līdz 2009. gadam, bet izdevumu daļa ambulatoriem pakalpojumiem un medicīnas precēm palielinājās 2009. gadā, jo valdība ievērojami samazināja izdevumus pakalpojumiem stacionārā. Prioritāra nozīme tika piešķirta primārās veselības aprūpei un zālēm. Lai gan Centrālajā statistikas pārvaldē nebija pieejama pēdējā informācija par kopējiem valsts izdevumiem, tomēr NVD dati liecina, ka izdevumi slimnīcām tika vēl vairāk samazināti 2010. un 2011. gadā (sk. 7.5.1. iedaļu).

3.3. tabula

Pakalpojumu sniedzēju izdevumi kā % no esošajiem vispārējiem valdības izdevumiem veselības aprūpei

	2005	2006	2007	2008	2009
Slimnīcas	55.5	52.5	57.2	56.7	52.0
Kopšana un veselības aprūpe mājās	4.9	4.5	3.2	3.5	4.9
Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji	22.7	25.9	19.8	20.5	21.8
Mazumtirdzniecības un medicīnas preces	10.4	10.3	12.2	13.5	16.1
Sabiedrības veselības programmu ieviešana un administrācija	0.4	1.7	0.1	0.0	0.0
Vispārējā veselības administrācija un apdrošināšana	5.0	5.0	6.6	4.4	3.4
Citas nozares (ekonomikas nozares)	0.4	0.1	0.9	1.3	1.2
Pasaulē	0.7	0.0	0.0	0.0	0.5

Avots: Centrālā Statistikas pārvalde, 2012b.
Piezīme: Valdības vispārējie izdevumi veselības aprūpei šajā tabulā neietver investīcijas (kapitāla veidošanu), ārstniecības personu izglītību un apmācību, kā arī pētniecību un izstrādi.

3.2. Ieņēmumu avoti un finanšu plūsmas

Vissvarīgākās veselības sistēmas finanšu plūsmas ir redzamas 3.5. attēlā. Apmēram 60% ieņēmumu veselības sistēmā tiek iegūti no vispārējiem (nerezervētiem) nodokļiem centrālā (valsts) līmenī (sk. 3.4. tabulu un 3.6. attēlu). Pēdējo 20 gadu laikā valdības izdevumi veselībai (VIV) ir pieredzējuši ievērojamus kāpumus un kritumus. No 1995. līdz 2001. gadam VIV kā daļa no KVI samazinājās par vairāk nekā 15 procentu punktiem, bet pēc tam līdz 2006. gadam atkal palielinājās par 10 procentu punktiem. Lejuplīde atsākās pat pirms krīzes sākuma – 2007. gadā. Nodokļu iekasēšana Latvijā ir centralizēta un par to ir atbildīgs Valsts ieņēmumu dienests (VID), kas darbojas Finanšu ministrijas pakļautībā, un ieskaita ieņēmumus Valsts kasē.

Pacientu maksājumi oficiālu pacienta iemaksu un tiešmaksājumu veidā par pakalpojumiem, ko nesedz NVD (sk. arī 3.4. sadaļu), kopā veido apmēram 38% no KVI (sk. 3.1. tabulu). Pēc budžeta konsolidācijas pasākumu ieviešanas PTM kā procenti no KVI būtiski palielinājās no 2008. līdz 2009. gadam. Līdzmaksājumus, kuri bija nemainīgi kopš 2005. gada, ievērojami palielināja 2009. gadā.

BVA nekad nav devusi īpašu pienesumu kopējos veselības aprūpes izdevumos Latvijā (vismaz saskaņā ar starptautisko datubāzu datiem; sk. 3.5.1. iedaļu). Tas samazinājās no jau tāpat zemā līmeņa 1.8% 2008. gadā līdz tikai 0.8% 2009. gadā (sk. 3.4. tabulu un 3.6. attēlu).

3.5. attēls

Finanšu plūsmas

Piezīme: Attiecībā uz valsts budžeta iestādēm, tostarp, NVD un SPKC, skaitļi atspoguļo finanšu plūsmas caur Veselības ministriju, jo tā nosaka šo iestāžu budžetus. Tai pašā laikā šīm iestādēm ir tiešie konti Valsts kasē un tās saņem ikmēneša pārskaitījumus saskaņā ar budžetu; skaitlis neietver finanšu plūsmas ilgstošai kopšanai, ko galvenokārt finansē Labklājības ministrija, un nesatur arī plūsmas no citām ministrijām, jo to ieguldījums ārstniecības un rehabilitācijas pakalpojumu apmaksai ir nebūtisks – LVL1.3 miljoni 2009. gadā (Centrālā statistikas pārvalde, 2012b).

Visus pastāvīgos iedzīvotājus, ES dalībvalstu, Eiropas Ekonomiskās zonas (EEZ) valstu un Šveices pilsoņus, kuri dzīvo Latvijā, kā arī trešo valstu pilsoņus ar pastāvīgās dzīvesvietas atļaujām un bēgļus (vai personas ar līdzīgu statusu) aptver valsts garantētā veselības aprūpes sistēma (Ārstniecības likums, 1997).

3.6. attēls

Kopējie izdevumi veselībai (%) saskaņā ar ieņēmumu avotu, 2010

Avots: PVO, 2012.

3.4. tabula

ieņēmumu avoti kā % no kopējiem izdevumiem veselībai saskaņā ar ieņēmumu avotu, 1995–2010

ieņēmumu avots	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Vispārējie valdības izdevumi	66.3	54.4	57.1	64.1	60.7	62.5	61.6	61.1
PTM	33.7	44.1	40.7	32.4	34.9	33.8	37.3	37.8
BVA	0.0	1.5	2.2	2.4	1.9	1.8	0.8	0.8

Avots: PVO, 2012.

Saeima katru gadu apstiprina valsts budžetu veselības jomā. Veselības ministrija nosaka NVD budžetu, ko Valsts kase ieskaita NVD kontā. 2010. gadā NVD izlietoja 78% no kopējā valsts budžeta veselībai, t.i. LVL385.5 miljonus (Ā542 miljoni) no LVL496 miljoniem (Ā697 miljoni) (NVD, 2011). Atlikušo daļu (apmēram 22%) izmantoja Veselības ministrija veselības nozares pārvaldībai, investīcijām, ministrijas padotības iestādēm (tostarp Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam un Latvijas Infektoloģijas centram), sabiedrības veselībai, medicīnas izglītībai un kultūras pasākumiem (bibliotēkas, muzeji utt.) (sk. 3.3.3. iedaļu). Vietējās pašvaldības ieguldīja apmēram 4.8.% no VKI 2009. gadā; lielākoties ārstniecībai stacionārā, veselības aprūpes iestāžu kapitāla veidošanai un ilgstošai kopšanai.

NVD ir vairākas apakšprogrammas, no kurām vissvarīgākās ir Medicīniskās aprūpes un Zāļu apakšprogrammas. Medicīniskās aprūpes apakšprogrammas faktiskie izdevumi 2010. gadā bija LVL300 miljoni (Ā422 miljoni, tostarp lielākā daļa piešķirtā finansējuma bija neparedzētiem gadījumiem – LVL26 miljoni – un Sociālās drošības tīkla stratēģijai – LVL24 miljoni). Šie izdevumi tika sadalīti šādi (NVD, 2011):

- pakalpojumi stacionārā: LVL163.5 miljoni (42.2 % no NVD budžeta);
- ambulatorie pakalpojumi: LVL132.5 miljoni (34.4 % no NVD budžeta);
- neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi: LVL2.1 miljoni (0.5 % no NVD budžeta, ieskaitot tikai izdevumus neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai līdz 2010. gada jūnija beigām, kad atbildība par šiem pakalpojumiem tika nodota Veselības ministrijai. Tas notika neatliekamās medicīniskās palīdzības jomas reformas gaitā, kuras rezultātā tika izveidots Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (sk. 5.5. sadaļu);
- norēķini ar ES: LVL1.9 miljoni (0.5 % no NVD budžeta).

Zāļu apakšprogrammas izdevumi (par zālēm ambulatoriem pacientiem) bija LVL74.6 miljoni. No pakalpojumu sniedzēju, ar ko NVD bija parakstījis līgumus, skatupunkta NVD maksājumi sasniedza 78% no to ieņēmumiem 2010. gadā (tostarp mājāsaimniecību ar zemiem ienākumiem pacienta iemaksām, ko kompensē NVD). Pacienta iemaksas par valsts garantētās veselības aprūpes pakalpojumiem, par ko tieši maksā pacienti, uz kuriem neattiecas nekādi atbrīvojumi, veidoja 7% no to ieņēmumiem (NVD, 2011). Tiešmaksājumi par pakalpojumiem, kas nav iekļauti līgumos ar NVD (bet ko sniedza pakalpojumu sniedzēji, kam ir līgumi ar NVD), bija 8% no to ieņēmumiem. Citi ienākumi (piem., ES fondu vai pašvaldību investīcijas un komerciālā darbība) veidoja 7% no ieņēmumiem. Šie dati neietver aprūpi, ko snieguši pakalpojumu sniedzēji, kas nebija līgumattiecībās ar NVD, vai valsts aģentūras, kuras tieši atskaitās Veselības ministrijai (piem., Latvijas Infektoloģijas centrs, ko slēdza 2012. gada aprīlī). Šī iemesla dēļ minētie dati neatbilst kopējiem izdevumiem veselības jomā, par ko CSP sniedz informāciju. Maksājumu mehānismi par NVD pirktajiem aprūpes pakalpojumiem apspriesti 3.7. iedaļā.

3.3. Pārskats par valsts garantētās veselības aprūpes finansējuma sistēmu

3.3.1. Aptvērumi

Plašums: kādas iedzīvotāju grupas ir aptvertas?

Saskaņā ar Latvijas Republikas Satversmes 111. pantu: „Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”. Visu iedzīvotāju aptvērumu nodrošina arī Ārstniecības likums (1997), kura 16. pants nosaka, ka „Ikvienam ir tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību Ministru kabineta noteiktajā kārtībā”. 17. pants konkrētizē iedzīvotāju grupas, kas var saņemt valsts garantēto medicīnisko palīdzību:

- Latvijas pilsoņi;
- Latvijas nepilsoņi;
- Eiropas Savienības dalībvalstu, Eiropas Ekonomiskās zonas valstu, Ukrainas un Šveices Konfederācijas pilsoņi, kuri dzīvo Latvijā saistībā ar darbu vai ir pašnodarbinātas personas, kā arī viņu ģimenes locekļi (sk. 2.9.6. iedaļu);
- trešo valstu pilsoņi, kuriem ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā;
- bēgļi un personas, kurām piešķirts alternatīvs statuss;
- aizturētas, apcietinātas un ar brīvības atņemšanu notiesātas personas.

Nekādi citi kritēriji, tādi kā nodarbinātība, ienākumi, etniskā piederība vai dzīves vieta neietekmē aptvērumu. Visiem Latvijas nepilsoņiem (14.6% Latvijas iedzīvotāju; sk. 1.1. iedaļu) ir tāda pati piekļuve veselības aprūpei un tāds pats aptvērums kā tās pilsoņiem.

Vienīgā (pavisam neliela) iedzīvotāju grupa, kas ir ārpus šī aptvēruma, ir ārvalstnieki un bezvalstnieki, kuru pasēs nav personas koda un kuri nav reģistrēti Iedzīvotāju reģistrā. Ja Latvijas vai ES dalībvalsts iedzīvotājam nepieciešama medicīniskā palīdzība kādā ES valstī, izdevumu atlīdzība notiks saskaņā ar ES noteikumiem un nolīgumiem (sk. arī 2.9.6. iedaļu).

Aptvērums: kādi pakalpojumi ir ietverti?

Valsts garantētā veselības aprūpes sistēma ietver tikai pakalpojumus, ko sniedz ārsti un ārstniecības iestādes, kas noslēguši līgumus ar NVD.

Garantēto veselības pakalpojumu apjomu Latvijā nosaka vairāki precīzi formulēti iekļaušanas un izslēgšanas saraksti, kā arī konkrēti kritēriji. No vienas puses, iekļaušanas saraksti ir kompensējamo zāļu saraksts (sk.2.8.4. iedaļu) un diagnostikas, profilakses un terapeitisku intervencu saraksts, kas veido Ministru kabineta noteikumu Nr.1046 pielikumus. Konkrētie kritēriji ir NVD standartlīgumi, piem., ar ĢĀ. Tie nosaka, ka pakalpojumu sniedzējiem jānodrošina pacientiem profilakse, diagnostika un ārstniecība atbilstīgi saslīmšanai un normatīvajiem aktiem (NVD pakalpojumu līguma parauga 2.1.2. pants)

No otras puses, Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 neietver noteiktus pakalpojumus, tādus kā zobārsta pakalpojumus pieaugušajiem, rehabilitāciju (ar garu izņēmumu sarakstu), medicīniskās apskates, kas nepieciešamas darba sakarā, redzes korekciju un dzirdes aparātus (izņemot bērniem), ārstniecību kūrortos, abortus (ja nav medicīnisku vai sociālu indikāciju) un citus. Līgumu noteikumi starp NVD un pakalpojumu sniedzējiem nosaka, ka bērni, grūtnieces un personas, kam nepieciešama steidzama medicīniskā aprūpe, pieder pie prioritārām grupām, lai šai aprūpei piešķirtu līdzekļus. Šāda situācija būtiski pagarina rindas tiem pacientiem, uz kuriem neattiecas prioritārie pakalpojumi. Ir pat gadījumi, ka pacienti tiek izslēgti no rindas. Tomēr tas nenozīmē, ka bērni saņem visu viņiem nepieciešamo veselības aprūpi, tādēļ labdarības organizācijas nereti vāc naudu bērniem, ja valdībai nav pietiekami līdzekļu, lai samaksātu par viņu ārstēšanu.

Lai saņemtu aprūpi vai veiktu diagnostisku izmeklēšanu pie speciālista vai slimnīcā, par ko maksā NVD, nepieciešams ģimenes ārsta nosūtījums (izņemot steidzamus gadījumus; sk. arī 5.2. sadaļu). Ja pacientiem nav nosūtījuma, piem., viņi negrib gaidīt rindā, tad visas izmaksas jāsedz ar tiešmaksājumiem vai no BVA.

NVD līgumos ietver jaunus pakalpojumus, pamatojoties uz veselības aprūpes iestāžu vai profesionāļu asociāciju iesniegumiem, un ja tie atbilst NVD iekšējiem noteikumiem (NVD Iekšējie noteikumi Nr. 2) (sk. arī 2.8.4. un 2.8.5. iedaļas). Kritēriji jaunu pakalpojumu iekļaušanai garantētajā veselības pakalpojumu apjomā ir saistīti ar finanšu resursu pieejamību. Recesijas un izdevumu samazināšanas ietekmē 2009. gadā valdība ievērojami samazināja izdevumus stacionārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem. Uzsvars tika likts uz primārās veselības aprūpi, pakalpojumiem bērniem un grūtniecēm, neatliekamo medicīnisko palīdzību un zālēm. Tas noveda pie garām rindām un konkrētu pakalpojumu izslēgšanas no garantētā veselības pakalpojumu apjoma.

Līdztekus veselības aprūpes sistēmai arī sociālās aizsardzības sistēma nodrošina papildu ieguvumus (vecumdienu, nāves gadījumu, darbā iegūtas invaliditātes, maternitātes, darba negadījumu un arodslimību riska segumu; bezdarba un ģimenes pabalstus, kā arī sociālo palīdzību trūcīgajiem), ko administrē Labklājības ministrija (sk. 3.6.3. iedaļu).

Visus pakalpojumus, kas ir izslēgti no aptvēruma, pacienti var nopirkt no pakalpojumu sniedzējiem, kam ir līgumi ar NVD vai no tādiem, kam šādu līgumu nav (sk. arī 3.4.2. iedaļu). Šādus pakalpojumus var nopirkt arī izmantojot brīvprātīgās apdrošināšanas plānus. Pacientiem jāmaksā ievērojami tiešmaksājumi. Tas, savukārt, no-

zīmē, ka aptvērums plašums ir nedaudz ierobežots. Bez konkrētiem neietvertiem pakalpojumiem, tādiem kā zobārsta pakalpojumi pieaugušajiem, NVD nekompensē arī lielu daļu zāļu.

Dziļums: cik liela daļa garantēto veselības pakalpojumu izmaksu ir aptverta?

Izdevumi par visiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā, tādiem kā vizītes pie ĢĀ un speciālista, par uzturēšanos slimnīcā vai zālēm tiek dalīti starp valsti un pacientiem, kuru piensums ir pacienta iemaksas (sk. 3.4.1. iedaļu). Aptvērums dziļums ir relatīvi ierobežots saistībā ar ambulatoro pacientu zālēm, par kurām viņiem bieži jāveic PTM sedzot ievērojamu daļu izmaksu. Faktiski izdevumi par zālēm veido apmēram 60% no PTM (sk. 7.2.1. iedaļu). Neskatoties uz to, darbojas aizsardzības mehānismi, kas zināmā mērā ierobežo kopējās pacienta iemaksas. Uz konkrētām iedzīvotāju grupām (piem., bērniem un grūtniecēm) un māsājniecībām ar zemiem ienākumiem (sk.3.4.1. iedaļu) attiecas izņēmumi.

3.3.2. Nodokļu iekasēšana

Nodokļu iekasēšana Latvijā notiek centralizēti. Valsts ieņēmumu dienests (VID), kas darbojas Finanšu ministrijas padotībā, ir galvenā iestāde, kas par to ir atbildīga. VID vada teritoriālās iestādes un ietver vēl vairākas citas iestādes, tādas kā Finanšu policija. Nodokļu maksājumi no Finanšu ministrijas nonāk Valsts kasē. Nodokļu likmes ir noteiktas Saeimas pieņemtajos likumos. Tajās nav piemērota progresivitāte, tādēļ ar nodokli neapliekamam personiskais pabalsts ievērojami samazina nodokļu slogu māsājniecībām ar zemiem ienākumiem (Vagns, 2010). Vietējās pašvaldības ir atbildīgas par nekustamā īpašuma nodokļa iekasēšanu.

No 2012. gada janvāra galvenie iedzīvotāju maksātie nodokļi ir šādi (VID, 2012):

- sociālais nodoklis, ko daļēji maksā darba devēji – 24% no darbinieku bruto algas un daļēji darbinieki – 11%; 2010. gadā šis nodoklis veidoja 34% no valdības nodokļu ieņēmumiem;
- iedzīvotāju ienākumu nodoklis pēc vienotas likmes 25% (visām ienākumu grupām), kas veido 23% no valdības nodokļu ieņēmumiem;
- PVN 21% (kopš 2012. gada jūlija) un 12% īpašām preču kategorijām, tostarp zālēm un medicīniskām ierīcēm, kas veido 25% no valdības nodokļu ieņēmumiem;
- akcīzes nodoklis alkoholam, tabakai un degvielai ar atšķirīgām nodokļu likmēm, kas veido 14% no nodokļu ieņēmumiem;
- uzņēmumu ienākumu nodoklis 15%, kas veido 3.3% no nodokļu ieņēmumiem.

Iedzīvotāju ienākumu nodokļa likmi – 25% piemēro ienākumiem pēc darbinieka sociālā nodokļa ieturēšanas; ar nodokli neapliekamais minimums ir LVL45 (apmēram Ā64) plus LVL70 (apmēram Ā100) par katru personu, kas reģistrēta kā darbinieka apgādībā esoša persona.

Iedzīvotājiem iespējams izmantot nodokļu atvieglojumus un saņemt atpakaļ attaisnotos izdevumus par paziņotiem un apstiprinātiem pacientu tiešmaksājumiem, kas veikti par savu vai apgādībā esošu personu (bērniem, vecākiem) veselības aprūpi, kā arī par izdevumiem profesionālai izglītibai. Tomēr ar veselības aprūpi saistītie attaisnotie izdevumi, kurus var izmantot arī kā BVA prēmijas, ir tikai LVL150 (Ā214) gadā (Latvijas valdība, 2001).

3.3.3. Finansējuma apvienošana

VID ir atbildīgs par nodokļu ieņēmumu apvienošanu. Tas ieskaita ieņēmumus Valsts kasē, no kurienes tie nonāk attiecīgajās aģentūrās un arī Veselības ministrijā. Ieskaitāmo finansālo resursu summa ir atkarīga no katras ministrijas vai nozares apstiprinātā budžeta. Veselības ministrijas gada budžets ir pakārtots tam, vai Saeima pieņems lēmumu grozīt valsts budžeta likumu. Tas var notikt vienu vai divas reizes gadā. 2009. gadā pašvaldību ieguldījums valsts izdevumos veselības jomā bija 8% (Centrālā statistikas pārvalde, 2012b) un citu ministriju – 4% no valsts izdevumiem veselībai (sk. 3.6.3. sadaļu).

Veselības ministrija piešķir lielāko daļu sava budžeta NVD (apmēram 78% no 2010. gada budžeta). No 2009. līdz 2012. gadam pakalpojumu sniedzēji, kam bija līgumi ar NVD, bieži saskārās ar budžeta deficītu. Ņemot vērā to, ka NVD uzrauga izdevumus, tas vienmēr informē Veselības ministriju, ja pakalpojumu sniedzēju līdzekļu trūkums sasniedz ievērojamas summas. Šādos gadījumos ministrija iesniedz papildu finansējuma pieprasījumu Ministru kabinetam.

NVD struktūru veido centrālais birojs un piecas reģionālās struktūrvienības, no kurām vislielākā atrodas Rīgā un aptver vairāk nekā 900 000 iedzīvotāju. Katra no pārējām četrām struktūrvienībām aptver no 270 000 līdz 330 000 iedzīvotāju. Centrālais birojs pārvalda budžetu un paraksta līgumus ar ambulatoro (sekundārās un terciārās veselības aprūpes) pakalpojumu sniedzējiem. Teritoriālajām struktūrvienībām nav savu budžetu, bet tās pērk pakalpojumus (ĢĀ, sekundārās veselības aprūpes un zobārstniecības) un kompensē recepšu zāles saviem iedzīvotājiem (pat, ja pakalpojumi ir sniegti citas teritoriālās struktūrvienības teritorijā). NVD centrālais birojs un teritoriālās struktūrvienības plāno un pērk pakalpojumus lielākoties balstoties uz vēsturiskiem precedentiem.

Veselības ministrija administrē veselības jomas budžeta atlikušo daļu (apmēram 22% no 2010. gada budžeta). Tās izdevumu galvenās jomas 2010. gadā bija:

- specializētas veselības aprūpes sniegšana (10.6% no valdības budžeta veselības jomā), tostarp neatliekamā medicīniskā palīdzība (kopš 2010. gada vidus), infekcijas slimības, sporta medicīna, tiesu medicīna u.c.;
- Eiropas Reģionālās attīstības fonda projekta īstenošana (5.9%);
- izglītība (3.3%): izglītības iestāžu un rezidentūras apmācības programmas;
- veselības nozares pārvaldība (0.9%): Veselības ministrijas struktūru finansējums;
- kultūras programma (0.3%): šī ir samērā maza budžeta daļa bibliotēku un muzeju vajadzībām.

3.3.4. Pakalpojumu pirkšana un attiecības starp pakalpojumu pircējiem un sniedzējiem

Vēsturiski Latvijas veselības sistēma ir balstījusies uz integrētā Semaško modeļa principiem. Veselības nozari finansēja valsts, visi pakalpojumu sniegšanas līmeņi tika plānoti un tie bija centralizēti (sk. 2.2. sadaļu). 1990to gadu reformu laikā pakalpojumu pirkšana un sniegšana tika nodalīta un to mērķis bija radīt stimulus efektīvākai pārvaldībai. Pēc eksperimenta ar decentralizētām slimokasēm 1990to gadu vidū un turpmākās recentralizācijas (sk. 2.4. iedaļu) NVD priekšgājēja – VOAVA – kļuva par valsts galveno pakalpojumu pirkšanas aģentūru. Tomēr dažās specializētās veselības aprūpes jomās pakalpojumu sniedzējiem ir hierarhiskas (administratīvas) attiecības ar Veselības ministriju, piemēram, tā tas bija infekciju slimību jomā līdz 2012. gada aprīlim un saistībā ar pirmshospitalizācijas neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem – kopš 2010. gada vidus.

NVD ir vienīgais primārās, sekundārās, terciārās veselības aprūpes un neatliekamās medicīniskās palīdzības (izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību pirmshospitalizācijas posmā kopš 2010. gada vidus) pakalpojumu un zāļu pircējs Latvijā. Organizatoriskās attiecības starp pakalpojumu pircējiem un sniedzējiem detalizēti regulē Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 (sk. arī 2.8.1. un 2.8.2. iedaļas par trešo pušu maksātāju un pakalpojumu sniedzēju regulējumu). NVD centrālais birojs plāno sniedzamo pakalpojumu skaitu visā valstī, bet teritoriālās struktūrvienības iesniedz korektīvus priekšlikumus.

NVD vai tā teritoriālās struktūrvienības apspriež un paraksta līgumus ar neatkarīgiem valsts un privātiem pakalpojumu sniedzējiem uz laiku līdz 10 gadiem (Ministru kabineta noteikumu Nr. 1046 132. punkts). Centrālais birojs slēdz līgumus ar ĢĀ praksēm, zobārstiem un sekundārās ambulatorās veselības pakalpojumu sniedzējiem, kā arī ar aptiekām par kompensējamo zāļu tirgošanu. Līgumos iekļauti veselības nozari regulējoši dokumenti un tie nosaka līgumslēdzēju pienākumus, kā arī ziņošanas prasības. Pielikumos, par ko katru gadu jāvienojas no jauna, iekļauti maksājumu nosacījumi, valsts garantētās veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, atbilstīgās pacientu grupas un budžeta ierobežojums. Galveno pakalpojumu sniegšanai (piem., aprūpe stacionārā, sekundārās ambulatorās un primārās veselības aprūpe) izmanto standartlīgumus. Visiem pakalpojumu sniedzējiem (tās pašas kategorijas) piemēro vienādus tarifus visā valstī. NVD resursu sadalījumu dažādām programmām (piem., ne vairāk kā 53% par pakalpojumiem stacionārā un vismaz 45% par ambulatoriem pakalpojumiem 2012. gadā) regulē Ministru kabineta noteikumi Nr.1046. Tarifus aprēķina tā, lai tie ietvertu gan pakalpojumu kārtējās izmaksas, gan kapitāla investīciju amortizāciju.

Saistībā ar aprūpi stacionārā un sekundārās ambulatorās veselības aprūpi Ministru kabineta noteikumos Nr. 1046 (24. pielikums) uzskaitītas slimnīcas un prioritārie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (slimnīcas), ar kuriem NVD slēgs līgumus. Tādējādi konkurence starp stacionāriem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par iespējām slēgt līgumus ir diezgan ierobežota. Līgumos starp NVD un slimnīcām norādīti sniedzamo pakalpojumu veidi gada laikā un ietverts gada budžets. Slimnīcu budžeta lielums ir atkarīgs no pakalpojuma vienības izmaksu aplēsēm (tostarp pakalpojuma kārtējās izmaksas un kapitāla amortizācija) un no nepieciešamā pakalpojumu skaita (130³.2.1. punkts; sk. 3.7. iedaļu). Budžeti ir sarežģīti. Budžeta pārsniegšanas risks tiek atstāts pakalpojumu sniedzēju ziņā. Ja tas tiek pārsniegts, NVD neatlīdzina pakalpojumu sniedzējiem izdevumus par papildu darbībām. Reālā situācija ir tāda, ka daudzas slimnīcas

pārsniedz atvēlētos līdzekļus, kuri jākompensē slimnīcu īpašniekiem (valstij, pašvaldībām, privātpašniekiem). Piemēram, Stradiņa universitātes slimnīca, kas ir viena no lielākajām Latvijā, gadiem ilgi ir saskārusies ar finanšu deficītu. Nesen tā lūdza valdībai piešķirt LVL10 miljonus, lai dzēstu iepriekšējos parādus.

Pirms līgumu parakstīšanas ar sekundārās veselības aprūpes ambulatorām iestādēm NVD tās izvērtē saskaņā ar noteiktiem kritērijiem, tādiem kā pakalpojumu sniedzēju atbilstība juridiskajām prasībām, finansiālā, tehniskā un pārvaldības rīcībspēja, personāla pieejamība un tā kvalifikācija. Šī procedūra ļauj izvēlēties vispiemērotākos pakalpojumu sniedzējus un izvairīties no neatbilstīgu pakalpojumu sniegšanas. Izvērtējumu rezultātā var tikt atjaunināts prioritārais saraksts, ko uztur Veselības ministrija (sk. augšminēto 24. pielikumu). Prakse liecina, ka visi pakalpojumu sniedzēji, kuri vēlas parakstīt līgumus ar NVD, to arī dara, tādēļ to izvērtējuma mērķi netiek pienācīgi sasniegti. Nepieciešams uzlabot atlases procesa tiesisko pamatu un izstrādāt tādus atlases kritērijus, kas ļautu izvēlēties rentablus un uz pacientu orientētus pakalpojumu sniedzējus. Līgumos ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem noteikts pakalpojumu skaita ierobežojums. Šie ierobežojumi nereti tiek pārsniegti, jo tas uzlabo iespēju apspriest augstākus ierobežojumu griestus nākamajam gadam. Ja kopējais budžets tiek palielināts, tad pakalpojumu sniedzēji var iegūt lielāku budžeta daļu.

Saistībā ar primārās veselības aprūpes pakalpojumiem NVD ir izveidojis relatīvi stabilu ĢĀ prakšu tīklu, ar ko ir noslēgti līgumi. Tos paraksta vai nu ar atsevišķām ĢĀ praksēm vai attiecīgās pakalpojumu iestādes administrāciju, ja ĢĀ sniedz pakalpojumus kā veselības centru vai slimnīcu ambulatoro nodaļu darbinieki. NVD rīcībā ir ĢĀ atlases process un iespēja izbeigt līgumus, ja netiek ievērotas konkrētas prasības. Diemžēl konkurence ir diezgan ierobežota. Pie kam nedrīkst ignorēt mērķi slēgt līgumus ar konkrētu skaitu ārstu reģionos. Nesen sertificētus ĢĀ reģistrē gaidīšanas sarakstā, lai ar viņiem varētu parakstīt līgumus (Ministru kabineta noteikumu Nr. 1046 53. punkts). Viņi var arī pieteikties uz brīvajām vietām, ko NVD izsludina savā tīmekļa vietnē (2012. gada augustā bija tikai divas brīvas vietas). ĢĀ budžeta lielumu primārās ambulatorās veselības pakalpojumu sniegšanai nosaka galvenokārt kapitācijas nauda (sk. 3.7. sadaļu).

Ne Veselības ministrija, ne NVD neuzrauga nenolīgtu veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanu no pakalpojumu sniedzējiem, ar kuriem NVD ir vai nav parakstījis līgumus. Nav ieviesti nekādi mehānismi, lai cīnītos pret piedāvājuma izraisītu pieprasījumu pēc nenolīgtiem pakalpojumiem, lai gan NVD nolīgtajiem pakalpojumu sniedzējiem jāiesniedz finanšu ziņojumi, kuri ietver informāciju arī par PTM, tostarp par nenolīgtiem pakalpojumiem, kas sniegti pacientiem.

3.4. Pacientu tiešmaksājumi

PTM ir otrais svarīgākais Latvijas veselības sistēmas ieņēmumu avots. Kopš recesijas sākuma 2008. gadā, kad valdība samazināja izdevumus un palielināja pacienta iemaksas, PTM daļa kā procenti no KVI 2010. gadā palielinājās līdz 38% (sk. 3.4. tabulu). Tas bija viens no visaugstākajiem rādītājiem ES27 (aiz Kipras, Bulgārijas un Grieķijas).

Latvijā ir trīs galvenās PTM kategorijas. Pirmkārt, pacientiem jāveic pacienta iemaksas par valsts apmaksātu aprūpi, ko sniedz NVD nolīgti pakalpojumu sniedzēji, un par aprūpi, ko sniedz Veselības ministrijas finansētu veselības programmu satvarā (sk. 3.4.1. sadaļu). Otrkārt, pacientiem jāveic tiešmaksājumi par valsts neapmaksātu aprūpi (kas nav ietverta līgumos ar NVD), ko sniedz NVD nolīgti pakalpojumu sniedzēji, un par visu aprūpi, ko sniedz nenolīgti pakalpojumu sniedzēji (sk. 3.4.2. iedaļu), piem., privātie speciālisti. Treškārt, svarīgi ir arī neformālie maksājumi (sk. 3.4.3. sadaļu).

2010. gadā mēnēša vidējie PTM uz vienu mājsaimniecības locekli bija LVL10.40 (Ä14.60), kas veidoja 5.8% no mājsaimniecības kopējiem izdevumiem. Apmēram 60% PTM tika tērēti medicīniskām precēm (lielākoties zālēm, tostarp bezrecepšu zālēm), ko iegādājās ambulatorie pacienti. Ambulatorās aprūpes pakalpojumi veidoja 25% (sk. arī 7.2.1. sadaļu). Augstāku ienākumu grupas tērēja vairāk absolūtos skaitļos, bet šie izdevumi veidoja mazāku to ienākumu daļu (sk. 7.2.2. iedaļu). Saskaņā ar datiem, ko NVD sniedza nolīgtie pakalpojumu sniedzēji, kopējie ieņēmumi no PTM 2010. gadā bija LVL80.5 miljoni (Ä113.1 miljoni), ko veidoja: (1) pacienta iemaksas par aprūpes pakalpojumiem, kas paredzēti līgumos ar NVD – LVL52 miljoni (Ä73 miljoni) jeb 63% no kopējiem PTM (tostarp arī pacienta iemaksas par iedzīvotājiem, kuri ir atbrīvoti no maksājumiem, t.i., maksājumiem, ko kompensē izmantojot Sociālās drošības tīkla stratēģiju); un (2) tiešmaksājumi par aprūpes pakalpojumiem, kas nav iekļauti līgumos ar NVD – LVL30.3 miljoni (Ä43 miljoni) jeb 37% no kopējiem PTM, ko saņēma šie pakalpojumu sniedzēji (NVD, 2011). Šie skaitļi atspoguļo tikai apmēram 25% no visiem PTM, jo tajos nav iekļautas PTM par zālēm, tiešmaksājumi nenolīgtajiem pakalpojumu sniedzējiem, pacienta iemaksas par aprūpi, ko sniedz Veselības ministrijas finansēto programmu satvarā un neformālie maksājumi.

3.4.1. Izmaksu dalīšana (pacientu iemaksas)

Pacienta iemaksas ir svarīgs ieņēmumu avots tām veselības aprūpes iestādēm, kas noslēgušas līgumus ar NVD. Faktiski veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju kopējie ieņēmumi no pacienta iemaksām (tostarp līdzmaksājumiem un līdzapdrošināšanas) nominālos skaitļos divkāršojās laikposmā no 2008. līdz 2009. gadam. Tie saglabājās šajā augstajā līmenī arī 2010. gadā, kad lietāju maksājumu daļa procentos no kopējiem ieņēmumiem NVD nolīgtajiem pakalpojumu sniedzējiem pieauga no 5.6% 2008. gadā (NVD, 2009) līdz 14% 2010. gadā (NVD, 2011), lai gan gandrīz pusi (7%) no šīs summas kompensēja NVD par pacientiem, kas atbrīvoti no maksājumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem.

Latvijā ir vairāku veidu pacienta iemaksas. Viens no šiem veidiem ir līdzmaksājumi – fiksēta summa (vienota likme), kas jāmaksā, piemēram, par vizīti pie ĢĀ, par uzturēšanos slimnīcā, par stacionārā veiktām ķirurģiskām intervencēm vai par receptšu zālēm ar 100% kompensāciju. Nākamais veids ir līdzapdrošināšana – fiksēta maksājuma daļa par receptšu zālēm vai medicīniskām ierīcēm (25% vai 50%), kas jāsedz pacientiem. Visas pacienta iemaksas regulē Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 un Nr. 899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”. Tomēr svarīgi ir atzīmēt zināmas neskaidrības terminoloģijā Latvijas izmaksu dalīšanas sistēmā. No vienas puses, līdzmaksājumu sistēmu par ambulatorajiem un stacionārā pakalpojumiem, ko ieviesa 1996. gadā, vietēji sauc par „pacienta iemaksām”. No otras puses, kad jāveic līdzmaksājums par stacionārā veiktām ķirurģiskām intervencēm, to vietēji sauc par „pacienta līdzmaksājumu”.

Kad 1996. gadā pirmoreiz ieviesa pacienta iemaksas, tika apgalvots, ka tās veicinās cilvēku atbildību par savu veselību, samazinās neatbilstīgu pieprasījumu un palielinās veselības aprūpes jomas resursus. Tagad valdība atzīst nepieciešamību samazināt pacienta iemaksu radīto slogu iedzīvotājiem, bet tai pašā laikā tā uzsver, ka cilvēkiem jāsamazina pārmērīga veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana.

Līdzmaksājumi attiecas uz gandrīz visiem valsts finansētās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem un līmeņiem, kā arī uz ambulatorām receptšu zālēm (sk. 3.5. tabulu). Pirms esošā maksājumu kataloga ieviešanas 2009. gadā (grozīts 2010. gadā) šie maksājumi nebija mainījušies kopš 2005. gada. To palielināšanas galvenais mērķis bija samazināt pakalpojumu lietojumu un novirzīt pacientus no aprūpes stacionārā, kā arī no ambulatorās aprūpes speciālistu pārmērīgas izmantošanas. Līdzmaksājumi par sekundāro ambulatoro veselības aprūpi un dienas maksa par aprūpi stacionārā ievērojami palielinājās. Tai pat laikā līdzmaksājumi par vizītēm pie ĢĀ gandrīz nemainījās. Tie palielinājās no LVL0.5 (Ä0.70) līdz LVL1 (Ä1.41). 2010. gadā līdzmaksājumi par sekundārās ambulatorās veselības aprūpi (dienas stacionāri un vizītes pie speciālistiem) atkal samazinājās. Pašlaik šie līdzmaksājumi ir LVL3 (Ä4.28) par speciālista konsultāciju. Pacientiem jāmaksā papildu līdzmaksājumi par konkrētu speciālistu veiktajām diagnostikas un/vai terapeitiskām procedūrām.

Izmaksu dalīšana par zālēm darbojas jau no 1990. gada. Pašlaik Ministru kabineta noteikumos „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” uzskaitīti visi veselības stāvokļi (diagnozes), par kurām pacienti var saņemt NVD kompensētas zāles un medicīniskās ierīces. Šie noteikumi arī klasificē veselības stāvokļus (diagnozes) trīs grupās ar dažādiem līdzapdrošināšanas līmeņiem (NVD sedz 100%, 75% vai 50%) atkarībā no veselības stāvokļa smaguma.

Zāļu un medicīnisko ierīču references cenu noteikšanas sistēmu ieviesa 2005. gadā balstoties uz Ministru kabineta noteikumiem „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”. Svarīgi bija racionalizēt resursu izmantošanu un līdz ar to arī paplašināt aptveramo veselības stāvokļu (diagnožu) klāstu. Šī sistēma iedala kompensējamo zāļu sarakstu trīs daļās (sk. 2.8.4. sadaļu): aizvietojamu zāļu saraksts (A saraksts); neaizvietojamu zāļu saraksts (B saraksts); un farmaceitiskie produkti, par kuriem ārstniecības izmaksas gadā pārsniedz LVL3000 (C saraksts). References cenu noteikšana piemērojama aizvietojamu zāļu sarakstam (A). Līdz 2012. gadam zemākā cenu līmeņa (references cena) zāles kompensēja NVD. Pacientiem varēja izrakstīt arī dārgākas (oriģinālās) zāles, ja viņi bija ar mieru segt cenu starpību. Piemēram, ja pacientam izrakstīja 75% kompensējamas nerefences zāles, tad viņam vajadzēja maksāt 25% no references cenas plus vēl cenu starpību starp izrakstītajām nerefences zālēm un references zālēm. Ja zāles vai ierīces bija iekļautas 100% kompensācijas kategorijā, tad pacientiem vajadzēja maksāt tikai LVL0.50 (Ä0.71) līdzmaksājumu par katru recepti.

3.5. tabula

Pacienta iemaksas par veselības pakalpojumiem un aizsardzības mehānismi, 2012

Veselības pakalpojums	Esošais pacienta iemaksu veids	Izņēmumi	Pacienta iemaksu ierobežojums	Citi aizsardzības mehānismi
Vizīte pie ĢĀ	Pacienta iemaksa (līdzmaksājums) LVL1 (Ā1.43)	Bērni vecumā līdz 18 gadiem, grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, politiski represētie un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki, kā arī citas grupas, kas iekļautas Ministru kabineta noteikumos „Veselības aprūpes organizācijas un finansēšanas kārtība”	Visu līdzmaksājumu par ambulatoriem un stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem par vienu cilvēku gadā ierobežojums LVL400 (Ā570); līdzmaksājumu par hospitalizācijas epizodi ierobežojums LVL250 (Ā356)	Mājsaimniecības, kuru ienākumi ir mazāki par LVL90 (Ā128) uz ģimenes locekli ir atbrīvoti no pacienta iemaksām Sociālā drošības tīkla satvarā
Diagnostikas pakalpojumi	Dažādas pacienta iemaksas (līdzmaksājumi) līdz LVL25 (Ā35.64) par pakalpojuma vienību; par apstiprinātiem laboratoriskiem izmeklējumiem ar nosūtījumu nav jāsedz pacienta iemaksas			
Vizīte pie ambulatorā speciālista	Pacienta iemaksa (līdzmaksājums) LVL3 (Ā4.28)			
Dienas stacionārs	Pacienta iemaksa (līdzmaksājums) LVL5 (Ā7.13) dienā			
Uzturēšanās stacionārā	Pacienta iemaksa (līdzmaksājums) LVL9.5 (Ā13.54) dienā (LVL5.00 (Ā7.13) aprūpes slimnīcās) sākot no otrās dienas un līdzmaksājums līdz LVL30 (Ā42.77) par stacionārā veiktu ķirurģisku intervenci			
Ambulatorās receptu zāles un medicīniskās ierīces	Līdzmaksājums LVL0.5 (Ā0.71) par katru recepti (par 100% kompensējamām zālēm), līdzapdrošināšana 25% vai 50%, references cenu noteikšana	Bērni vecumā līdz 18 gadiem, zāles vai ierīces, kuru cena ir mazāka par LVL3 (Ā4.28); 50% kompensācija bērniem vecumā līdz 24 mēnešiem un grūtniecēm (arī sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām) attiecībā uz visām receptu zālēm (pat, ja tās nav iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā)	Ierobežojumu nav	
Zobārstniecība	Tiešmaksājums	Kompensācija pilnā apmērā bērniem vecumā līdz 18 gadiem (līdz 22 gadu vecumam par sejas-žokļu šķeltni); 50% kompensācija par zobārsta pakalpojumiem un 100% kompensācija par plastmasas zobu protēzēm Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidācijā cietušajiem		

Avots: Latvijas valdība, 2006a, b (Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 un Nr. 899).

No 2012. gada darbojas pārstrādātā references cenu noteikšanas sistēma. Saskaņā ar jauno procedūru ārstiem uz receptēm jānorāda zāļu starptautiskais nepatentētais nosaukums (SNP), ja pacientam tās izraksta pirmo reizi. Aptiekām pacientiem jāizsniedz vislētākās (references) zāles. Ārsti var izrakstīt nākamās lētākās zāles no references zāļu saraksta tikai gadījumos, ja izrakstītās vislētākās zāles neiedarbojas. Pacientiem, kuri sākuši ārstniecību pirms reformas, ārsti drīkst turpināt izrakstīt tās pašas zāles. Jauno sistēmu ievieša, lai palielinātu farmācijas uzņēmumu konkurenci (sk. 2.8.4. iedaļu) un lai izvairītos no nevajadzīgiem pacientu maksājumiem par oriģinālām (zīmola) zālēm, kuras, pēc Veselības ministrijas aprēķiniem, 2010. gadā izmaksāja LVL9 miljonus (Ā12.6 miljoni) (Latvijas vadība, 2011).

Pastāv vairāki mehānismi, lai pasargātu iedzīvotājus no ārkārtīgi lieliem izdevumiem vai pakalpojumu nepietiekamas izmantošanas pacienta iemaksu dēļ. Te jāmin atbrīvojumu mehānismi konkrētām iedzīvotāju grupām un mājsaimniecībām ar zemiem ienākumiem, kā arī pacienta iemaksu ierobežojums (sk.3.4. tabulu).

Pacienta iemaksu ierobežojums attiecas uz visiem iedzīvotājiem. Visi maksājumi par ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem uz vienu cilvēku nedrīkst pārsniegt LVL400 (Ā570) gadā. Bez tam tie nedrīkst pārsniegt LVL250 (Ā356) par hospitalizācijas epizodi. Ja pacients savā NVD teritoriālajā struktūrvienībā var pierādīt, ka viņš ir sasniedzis noteikto ierobežojumu, tad NVD izdos sertifikātu un samaksās tieši pakalpojumu sniedzējam pacienta iemaksas, kas pārsniedz noteikto ierobežojumu. Šis ierobežojums neattiecas uz līdzmaksājumiem un līdzapdrošināšanu par zālēm vai medicīniskām ierīcēm.

Saskaņā ar likumu bērni vecumā līdz 18 gadiem ir atbrīvoti no visiem maksājumiem par pakalpojumiem, kas ietverti valsts garantēto pakalpojumu sarakstā. Citas grupas, uz kurām attiecas atbrīvojumi, ir grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, politiski represētie, nacionālās pretestības kustības dalībnieki, Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidācijā cietušie, cilvēki ar invaliditāti, TB pacienti un tie iedzīvotāji, kuriem veic izmeklējumus TB noteikšanai, psihiski slimi pacienti, kas saņem ārstniecību un

citi.

Kopš Sociālās drošības tīkla pasākumu ieviešanas sākuma mājsaimniecības ar zemiem ieņēmumiem, kuru ienākumi bija mazāki par LVL120 uz vienu ģimenes locekli, bija atbrīvotas no pacienta iemaksām. Mājsaimniecības, kuru ienākumi bija mazāki par LVL150 uz vienu ģimenes locekli, varēja segt tikai 50% no pacienta iemaksām. No 2012. gada tikai tās mājsaimniecības, kuru ienākumi ir mazāki par LVL90 uz ģimenes locekli mēnesī, ir atbrīvotas no pacienta iemaksām.

NVD (vai Veselības ministrija pašas finansēto programmu satvarā) atlīdzina pakalpojumu sniedzējiem izdevumus par līdzmaksājumiem un līdzapdrošināšanu saistībā ar visiem pacientiem, kuri atbrīvoti no pacienta iemaksām. 2010. gadā apmēram 21 500 pacientu bija atbrīvoti no pacienta iemaksām par zālēm Sociālās drošības tīkla stratēģijas satvarā; tika segti līdzmaksājumi par 23 400 stacionāra epizodēm, 42 200 dienas stacionāra gadījumiem, 129 100 ambulatoriem pacientiem un 5800 aprūpes mājās pacientiem. Turklāt pacienta iemaksas var segt BVA.

3.4.2 . Pacientu tiešmaksājumi

Tiešmaksājumi Latvijā ir bieži sastopami un to tarifu brīvi nosaka pakalpojumu sniedzēji. Tiešmaksājumi notiek trīs gadījumos. (1) Pacientiem jāmaksā par pakalpojumiem vai precēm, kas nav iekļauti valsts finansētajā veselības pakalpojumu apjomā. Kā piemērus var minēt zobārstniecību pieaugušajiem, psihoterapiju, lielāko daļu pieejamo rehabilitācijas un fizioterapijas pakalpojumu, kā arī zāles, kas izslēgtas no NVD aptvēruma. (2) Pacientiem jāveic tiešmaksājumi par NVD apmaksātiem pakalpojumiem vai precēm, ja viņi vēlas saņemt šos pakalpojumus ārpus parastajām iespējām. Piemēram, ja pacients dodas pie gastroenterologa uz regulāro izmeklēšanu (pakalpojums, kas ir ietverts garantētajā veselības pakalpojumu apjomā) bez ĢĀ nosūtījuma, tad viņam jāveic pacienta tiešmaksājumi. Tas pats attiecas uz gadījumiem, ja pacienti grib apiet gaidīšanas sarakstu, lai saņemtu neprioritārus NVD apmaksātus pakalpojumus, piemēram, nesteidzamu veselības aprūpi, plānveida operāciju un hroniskas slimības uzraudzību. Šos pakalpojumus NVD nolīgtie pakalpojumu sniedzēji nereti atliek uz ilgu laiku, lai gan tie ir iekļauti valsts garantētajā veselības pakalpojumu apjomā. NVD uzrauga pacientu tiešmaksājumus nolīgtajiem pakalpojumu sniedzējiem un var izbeigt līgumu, ja pakalpojumu sniedzējs tīši atliek ārstniecību, lai iekasētu tiešmaksājumus (Ministru kabineta noteikumu Nr. 1046 144.1.11. punkts). (3) Pacientiem jāveic tiešmaksājumi par visiem pakalpojumiem, ko sniedz pakalpojumu sniedzēji, kuri nav parakstījuši līgumus ar NVD, neatkarīgi no tā, vai pakalpojumi ir ietverti garantētajā veselības pakalpojumu apjomā vai nav.

3.4.3. Neformālie maksājumi

Neformālie maksājumi ietver visus neoficiālos maksājumus par precēm vai pakalpojumiem, kuriem vajadzētu būt par brīvu un apmaksātiem no apvienotiem ieņēmumiem, kā arī visus oficiālos maksājumus, par kuriem pakalpojumu sniedzēji neizsniedz čekus. Neformālie maksājumi ir delikāts jautājums, kas ietverts šodienas darba kārtībā. Informācija par neformālo maksājumu tendencēm vai to apjomu ir ierobežota. Lai gan vērojama vispārēja šīs problēmas izpratne, diemžēl oficiālu pierādījumu par tās lielumu ir maz.

Netieša informācija liecina, ka neformālie maksājumi veselības aprūpes jomā joprojām ir svarīgs jautājums. Piemēram, Globālā korupcijas barometra ziņojumā (2010/11) teikts, ka 55% respondentu uzskata, ka korupcijas līmenis Latvijā ir palielinājies un 36% domā, ka tas palicis nemainīgs; 15% Latvijas respondentu norāda, ka ir devuši kukuļus ārstniecības iestādēs. Šo skaitli var salīdzināt ar vidējo rādītāju pasaulē – 12%, bet tas ir ļoti augsts salīdzinot ar citām Eiropas valstīm, tādām kā Vācija (1%) vai Somija (1%).

Saskaņā ar *Cockcroft et al.* (2008) 45% Latvijas mājsaimniecību uzskata, ka korupcijas līmenis veselības sistēmā ir augsts. Tajā pašā apsekojumā norādīts, ka neformāla samaksa vai dāvanas lielākoties dotas speciālistiem pēc ārstniecības pabeigšanas. Daudz dāvanu (95%) tika dotas natūrā (konfektes, ziedi, alkohols, utt.), kuru vērtība bija tikai apmēram Ā7. Tikai 5% neformālo maksājumu tika veikti naudā. To vidējā vērtība bija apmēram Ā45.

Kopš 2009. gada neformālo maksājumu pieņemšana ir krimināls nodarījums, bet tikai daži gadījumi ir nonākuši līdz tiesai.

3.5. Brīvprātīgā veselības apdrošināšana

3.5.1. Tirgus loma un lielums

Iespēja veikt papildu un papildinošo BVA tika ieviesta 1996. gadā. Tā aptver papildu pakalpojumus (ko neaptver NVD), pacienta iemaksas un papildinošos pakalpojumus (piemēram, ātrāku piekļuvi). BVA iedzīvotāju aptvēruma ziņā sasniedza kulmināciju 2008. gadā, kad tā aptvēra 16% iedzīvotāju (Finanšu un kapitāla tirgus komisija, 2010). Ekonomikas krīze noveda pie šī aptvēruma samazināšanās līdz 7% iedzīvotāju 2010. gadā (sk. 3.6. tabulu). *National (European) Health Interview Survey 2008* norādīti pretrunīgi dati. Tie liecina, ka iedzīvotāju aptvērumš 2008. gadā bija 23.5% (Centrālā statistikas pārvalde).

Galvenais faktors pieprasījumam pēc BVA ir darba devēju vēlme padarīt darba vietas pievilcīgākas. Viņiem ir arī taustāms ieguvums – zemāks uzņēmuma nodoklis, jo apdrošināšanas prēmijas var atskaitīt no peļņas. Pirms ekonomikas krīzes sākuma lielākā daļa ministriju maksāja par savu darbinieku BVA kā par vienu no ieguvumiem. BVA daļa kopējos veselības jomas izdevumos ir samazinājusies no 2.4% 2006. gadā līdz 0.8% 2010. gadā (sk.3.1. tabulu). Interesanti atzīmēt, ka saskaņā ar Finanšu un kapitāla tirgus komisijas datiem, kas iekļauti 3.6. tabulā, kopējais iesniegumu skaits BVA sabiedrībām 2010. gadā būtu bijis 2.5% no KVI (autora aprēķini).

3.6. tabula

BVA attīstības rādītāji Latvijā

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Veselības apdrošināšanas prēmijas (miljonus LVL, nomināls)	24.3	31.2	42.5	53.9	39.2	25.8
Veselības apdrošināšanas iesniegumi (miljonus LVL, nomināls)	15.0	19.3	23.8	37.7	46.8	21.7
Valsts veselības aprūpes budžets (miljonus LVL, nomināls)	296.8	414.2	518.1	575.6	503.7	496.0
BVA prēmijas kā % no valsts veselības aprūpes budžeta	8.2	7.5	8.2	9.4	7.8	5.2
Iedzīvotāji, kuriem ir BVA	262 472	299 438	351 424	360 706	262 345	160 338
Iedzīvotāji, kuriem ir BVA, kā % no kopējā iedzīvotāju skaita	11.4	13.1	15.4	15.9	11.6	7.2

Avoti: Finanšu un kapitāla tirgus komisija, 2005–2010; PVO, 2012.

3.5.2. Tirgus struktūra

Visi pilsoņi var brīvi iegādāties dažādas apdrošināšanas paketes. Vēl nesen BVA plānus piedāvāja galvenokārt tikai uzņēmumiem un ministrijām, atstājot maz iespēju privātpersonu aptvērumam. Situācija pašlaik mainās un tagad jau ir vairākas apdrošināšanas sabiedrības, kas piedāvā privātpersonu apdrošināšanu.

No 2012. gada astoņām apdrošināšanas sabiedrībām ir licences, kas tām dod iespēju piedāvāt veselības apdrošināšanas pakalpojumus (Finanšu un kapitāla tirgus komisija, 2012). BVA nodrošina dzīvības un nedzīvības apdrošināšanas sabiedrības, kuras parasti piedāvā arī cita veida apdrošināšanu. Nedzīvības apdrošināšanas sabiedrības dominē BVA tirgū aptverot 70 – 80% kopējo BVA prēmiju un iedzīvotāju.

3.5.3. Uzvedība tirgū

Katra apdrošināšanas sabiedrība izstrādā savus apdrošināšanas plānus bez nekāda ārēja cenu regulējuma un izveido labumu paketes. Apdrošināšanas shēmas piedāvā papildu un papildinošo aptvērumu. Tās parasti sedz pacienta iemaksas un izdevumus par tiem veselības aprūpes pakalpojumiem un/vai recepšu zālēm, ko neapmaksā valsts, piemēram, par zobārstniecību pieaugušajiem, regulārajām veselības pārbaudēm, kas nepieciešamas darba drošības prasību ievērošanai, fizioterapiju un masāžu, rehabilitāciju un dažu veidu vakcīnām (gripas, ērcu encefalīta, hepatīta). Dažus labumus var piedāvāt natūrā (ja pakalpojumu sniedzējiem ir līgumi ar apdrošinātāju), citus naudā (atlīdzība par saņemtajiem pakalpojumiem). Parasti tiek noteikts ierobežojums kopējiem izdevumiem apdrošinātajai personai gadā. Dažreiz pacientiem jāmaksā lietotāja maksājumi par papildu pakalpojumiem, kas ietverti BVA plānā.

BVA apdrošinātāji parasti savās shēmās neietver veselības stāvokļus un saslimšanas, ko aptver valsts garantētie veselības pakalpojumi, piemēram, infekcijas slimības, seksuāli transmisīvās slimības, HIV/AIDS, garīgo veselību, kā arī vielu un alkohola ļaunprātīgu lietošanu. BVA parasti nesedz arī plastiskās ķirurģijas, ārpusdzemdes apaugļošanas, alternatīvās medicīnas un higiēnas preču izmaksas.

Apdrošināšanas prēmijas aprēķina saskaņā ar katras apdrošināšanas sabiedrības tarifiem, un tās balstās uz klientu vecumu un veselības stāvokli. Dažas sabiedrības nosaka vecuma ierobežojumus individuālai apdrošināšanai. Prēmijas var iemaksāt kā vienreizēju maksājumu vai pa daļām un tās parasti aptver vienu gadu. Apdrošināšanas līgumi, ko paraksta sabiedrības un klienti, var ietvert īpašus noteikumus un nosacījumus. Atlīdzība veselības aprūpes iestādēm, ko sedz BVA, ir apspriežama starp BVA sabiedrībām un pakalpojumu sniedzējiem.

BVA sabiedrības kopumā ir diezgan rentablas. Iemaksātās prēmijas parasti pārsniedz izmaksāto atlīdzību par vairāk nekā 40% (sk. 3.6. tabulu), lai gan 2009. gadā situācija bija gluži pretēja. Ekonomikas krīzes kontekstā tas, visticamāk, notika tāpēc, ka daļa iedzīvotāju baidījās zaudēt BVA aptvērumu, tādēļ izmantoja atliktos pakalpojumus.

3.5.4. Valsts politika

Latvijā nav tiesiska regulējuma, kas būtu domāts tieši BVA sabiedrībām; tām jāievēro privātajam sektoram paredzētais regulējums, tostarp maksātspējas kontroles. Visas apdrošināšanas sabiedrības uzrauga Finanšu un kapitāla tirgus komisija, kas ir neatkarīga valsts iestāde, kura cita starpā uzrauga arī Latvijas bankas un apdrošināšanas sabiedrības. Finanšu un kapitāla tirgus komisija galvenokārt rūpējas par finanšu un kapitāla tirgu stabilitātes nodrošināšanu, konkurētspēju un attīstību, kā arī par investoru, noguldītāju un apdrošināto personu interešu aizsardzību.

Ir notikušas sarunas par BVA lomas paplašināšanu veselības aprūpē, bet diemžēl pašlaik privātajiem apdrošinātājiem nav stabilitātes un prognozējamības, ko lielākoties nosaka publiskais pircējs. Problēmu rada tas, ka valsts garantētais veselības pakalpojumu apjoms nav skaidri definēts un tas mainās atkarībā no budžeta, tādēļ BVA sabiedrībām ir grūti izstrādāt labumu paketes, kas aizpildītu valsts sistēmas robus.

3.6 . Citi finansējuma avoti

3.6.1. Paralēlas veselības sistēmas

Aizsardzības, Iekšlietu un Tieslietu ministrijām ir savi veselības aprūpes budžeti, lai apmaksātu veselības pakalpojumus konkrētām iedzīvotāju grupām.

Aizsardzības ministrija saņem budžeta līdzekļus, lai segtu izmaksas par pakalpojumiem, kas sniegti karavīriem, visiem bruņotajiem spēkiem un to darbiniekiem. Ministrija var organizēt konkursus, lai izvēlētos nepieciešamo pakalpojumu sniedzējus karaspēka atrašanās vietas tuvumā. Ministrijai pieder medicīnas centrs, kas piedāvā ierobežotu pakalpojumu klāstu.

Iekšlietu ministrijai arī ir sava poliklīnika, tomēr tās darbinieki galvenokārt izmanto parasto valsts apmaksāto veselības aprūpi.

Tieslietu ministrija ir atbildīga par medicīnisku pakalpojumu sniegšanu ieslodzītajiem un bēgļiem.

Tā kā valsts garantētā veselības aprūpe ir pieejama visiem pilsoņiem un gandrīz visiem pastāvīgajiem iedzīvotājiem, tad bruņoto spēku dalībnieki, Iekšlietu ministrijas darbinieki, ieslodzītie un bēgļi izmanto šo valsts apmaksāto veselības aprūpi. Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 cita starpā nosaka, ka augšminētās ministrijas sedz pacienta iemaksas un pakalpojumu izmaksas to atbildībā esošajām iedzīvotāju grupām (17. punkts).

Izglītības un zinātnes ministrija finansē nozīmīgu daļu medicīnas izglītības iestāžu, piemēram, Latvijas Universitātes medicīnas skolu, un nodrošina ievērojamu daļu finansējuma medicīnas pētniecībai.

3.6.2. Ārējie finansējuma avoti

Pasaules Banka

No 2009. līdz 2011. gadam Sociālās drošības tīkla stratēģijas īstenošanai Pasaules Banka piešķīra Ā100 miljonu aizdevumu, lai nodrošinātu veselības pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem, kuri šādā situācijā bija nonākuši ekonomikas recesijas dēļ.

Eiropas Savienība

Laikposmā no 2007. līdz 2013. gadam Latvijas veselības aprūpes sistēmai ir bijusi un joprojām ir piekļuve šādiem ES fondiem, galvenokārt, infrastruktūras attīstībai: LVL145.7 miljoni (Ā207.7 miljoni) no Eiropas Re-

ģionālās attīstības fonda un LVL10.1 miljoni (Ā14.4 miljoni) no Eiropas Sociālā fonda. Lai saņemtu ES finansējumu, Latvijai jānodrošina vismaz 15% līdzfinansējuma no valsts vai pašvaldību budžeta, vai no palīdzības saņēmēja privātiem līdzekļiem. Atbalstu var saņemt arī no Eiropas Komisijas Otrās sabiedrības veselības programmas (2008-2013), Eiropas Ekonomiskās zonas un Norvēģijas valdības finanšu instrumenta (2004–2009), kā arī no citām programmām.

3.6.3. Citi finansējuma avoti

Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai Latvijā ir pieejami arī citi finansējuma avoti. Pirmkārt, LM, kas ir atbildīga par sociālo aprūpi un aptver ilgstošas aprūpes galvenās jomas. Sociālā aprūpe ir administratīvi un finansiāli nodalīta no veselības pakalpojumiem. Ilgstošas aprūpes iestādes daļēji saņem finansējumu no valsts budžeta (galvenokārt specializētās ilgstošas aprūpes iestādes, tādas kā cilvēkiem ar garīgās attīstības traucējumiem vai nopietnu invaliditāti, bāreņiem līdz divu gadu vecumam u.c.) un daļēji no vietējām pašvaldībām („vispārējas” ilgstošas aprūpes iestādes, tādas kā pansionāti). 2009. gadā LM piešķīra LVL18.3 miljonus jeb 55.4% no kopējiem izdevumiem ilgstošai kopšanai; pašvaldības piešķīra LVL7 miljonus jeb 21.3% (Centrālā statistikas pārvalde, 2009), bet pārējo daļu apmaksāja no privātiem līdzekļiem. Otrkārt, arodveselības pakalpojumu izmaksas sedz tikai darbadevēji no privātiem līdzekļiem. Treškārt, NVO ir svarīga loma rehabilitācijas pakalpojumu apmaksā. Saskaņā ar Centrālo statistikas pārvaldi to ieguldījums 2009. gadā bija LVL 2 miljoni (Centrālā statistikas pārvalde, 2009).

3.7. Maksājumu mehānismi

3.7.1. Maksa par veselības aprūpes pakalpojumiem

Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 nosaka maksājumu metodes par veselības aprūpes pakalpojumiem. Saskaņā ar šiem noteikumiem NVD slēdz līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem. Maksājumi var būt gan prospektīvi, gan retrospektīvi un tiem jāietver kārtējās izmaksas un kapitāla amortizācija. Valsts kontrole (2011) gan ir konstatējusi, ka Veselības ministrijai un NVD nav pilnīgas izpratnes par veselības aprūpes pakalpojumu kārtējām izmaksām.

Galvenās pakalpojumu grupas un attiecīgās maksājumu metodes ir redzamas 3.7. tabulā. Vēl bez NVD (iekļauts šajā sadaļā) veiktajiem maksājumiem pacientiem jāveic līdzmaksājumi par ambulatoriem pakalpojumiem vai ārstējoties slimnīcās (sk. 3.4.1. sadaļu). Pakalpojumu sniedzēji var paturēt ienākumus no līdzmaksājumiem. Ja pacienti no tiem ir atbrīvoti, NVD atlīdzina pakalpojumu sniedzējiem šos neiegūtos līdzmaksājumus. Visbeidzot, par aprūpi, kas sniegta ārpus līguma, pakalpojumu sniedzēji var iekasēt pacientu tiešmaksājumus, ko paši brīvi nosaka.

3.7. tabula

Mehānismi norēķiniem ar pakalpojumu sniedzējiem

Maksātāji				
Pakalpojumu sniedzēji	Veselības ministrija/NVD	Pacienti		BVA
		Pacienta iemaksas	Tiešmaksājumi	
ĢĀ	Kapitācija, MPP, fiksētais maksājums, KNM	Līdzmaksājums	MPP	MPP
Ambulatorais speciālists	Maksājums par epizodi, MPP, fiksētais maksājums	Līdzmaksājums		
Diagnostikas pakalpojumi	MPP	Līdzmaksājums		
Slimnīcas	Vispārējais budžets	Līdzmaksājums		
Dienas stacionāri	MPP	Līdzmaksājums		
Zobārsti	MPP	–		

Avots: Latvijas valdība, 2006b.

Ambulatorie pakalpojumi

Primārās veselības aprūpes pakalpojumi. 1990to gadu vidū ģimenes ārstiem (ĢĀ) maksāja galvenokārt izmantojot MPP punktu sistēmu. 2000to gadu sākumā tika ieviesta kapitācijas nauda, lai nodrošinātu izdevumu vispārējo kontroli. Tagad NVD maksājumi primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, t.i., ĢĀ vai veselības aprūpes iestādēm, kas pieņēmušas darbā ĢĀ, sastāv no trim galvenajām daļām un kvalitātes novērtējuma maksājuma (KNM), ja ĢĀ izpildījis kvalitātes brīvprātīgā novērtējuma programmas prasības (MK noteikumi Nr. 1046; 60. punkts):

1. Kapitācijas maksājums: 2012. gadā tika maksāti vidēji LVL0.63 (Ā0.90) mēnesī par katru reģistrāto pacientu ĢĀ pacientu sarakstā. Uz kapitācijas maksājumiem balstītu budžetu pielāgo atkarībā no ĢĀ pacientu sarakstā esošo pacientu sadalījuma. Pielāgojumu veic aprēķinot katras ĢĀ prakses patēriņa koeficientu, kurā ņem vērā vidējo vizīšu skaitu uz pacientu dažādās vecuma grupās visā valstī (MK noteikumi Nr. 1046). Atkarībā no reģistrēto pacientu vecuma grupām patēriņa koeficients būs vairāk nekā 1, ja praksē sagaidāms vairāk vizīšu uz pacientu nekā vidēji valstī, un mazāk nekā 1, ja vizīšu skaits būs mazāks. Kapitācijas naudas daļa (13%) ir mainīga un atkarīga no konkrētu strukturālu vai procesa kvalitātes kritēriju izpildes (sk. 3.8. tabulu).

2. MPP maksājumi par vairākām manipulācijām vai procedūrām (piem., brūču šūšana, katetra ievadīšana urīnpūslī; 14. pielikums), par kurām ĢĀ var prasīt atsevišķu samaksu saskaņā ar MK noteikumu Nr. 1046 18. pielikumu. Ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu skaitam nav ierobežojumu.

3.8. tabula

Ģimenes ārstu darba kvalitātes novērtējuma rezultāti, 2011^a

Kritēriji	Prasības	ĢĀ, kuri izpildīja kritērijus (%)	Kopējā prēmija (LVL)	Vidējā gada prēmija uz ārstu (LVL)
Pieaugušo pacientu aptvērumš	≥65% vismaz viens reģistrēto pacientu apmeklējums	99	588 340	462.48
Cukura diabēts (DM) II – 1. aprūpes kritērijs	≥60% no DM II pacientiem ir ≥2 HbA1c testi/gadā	42	68 543	127.00
DM II – 2. aprūpes kritērijs	≥60% no DM II pacientiem ir ≥ 1 mikroalbuminūrija testi	95	191 673	157.01
Astmas pacientu aprūpe	≥90% pacientu ir ≥1 maksimālās plūsmas mērījums un ir apmācīti lietot inhalatoru	96	126 986	102.94
Hipertoniijas pacientu aprūpe	≥90% pacientu ar primāro hipertoniiju nav izsaukuši neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu	81	154 732	148.66

Source: NVD, 2012a, nepublicēti dati.

Piezīme: ^a bērnu vakcinācija un profilaktiskās veselības pārbaudes nav iekļautas.

3. Fiksētie maksājumi: katrai praksei ir noteikta fiksēta ikmēneša piemaksa LVL240 (Ā342) un of LVL100 (Ā143) piemaksa par katru papildu pakalpojuma punktu (citas ķirurģiskas iejaukšanās tajā pašā jomā, kā vizīte pie ĢĀ dažas dienas nedēļā). Vēl papildus ir noteikta fiksēta piemaksa LVL180–480 gadā atkarībā no iedzīvotāju blīvuma un attāluma līdz tuvākajai slimnīcai. Bez tam pieejami papildu maksājumi par hroniski slimiem pacientiem, par reģistratori/sekretāri un PVA māsu. Konkrētos gadījumos var saņemt vienotu likmi LVL7.58 stundā par darba laiku, kas pārsniedz noteikto minimumu.

4. Brīvprātīgā KNM programma: ĢĀ var pievienoties kvalitātes brīvprātīgā novērtējuma programmai, kas nodrošina papildu maksājumus balstoties uz iegūto kvalitātes punktu skaitu. Tos piešķir ņemot vērā konkrētus izpildītos pacientu papildu aprūpes kritērijus, tādus kā pacientu, kuri veikuši profilaktiskās pārbaudes vai izglītoti par smēķēšanas kaitīgumu, noteikta skaita sasniegšana vai konkrēts skaits koronārās sirds slimības pacientu, kuru asinsspiediens ir zem noteiktā sliekšņa un kuriem jākontrolē holesterīna līmenis utt. Diemžēl 2011. gadā neviens ĢĀ neizpildīja kvalitātes kritērijus, tādēļ arī nesaņēma papildu piemaksas.

Visbeidzot, ĢĀ var sniegt arī sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus. Šajā gadījumā maksājumu aprēķina tādā pašā veidā kā ambulatoriem speciālistiem. Par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ģimenes ārstiem ir noteikts finansiāls ierobežojums. Tas ir atrunāts līgumā ar NVD.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi. Atlīdzību ambulatoriem speciālistiem veido trīs komponentes. Pirmkārt, ambulatoriem speciālistiem maksā, izmantojot vienotu likmi par aprūpes epizodi. Pavisam ir septiņu veidu epizodes, piemēram, epizode sakarā ar akūtu saslimšanu vai traumu, epizode sakarā ar pirmoreiz mūžā diagnosticētu hronisku saslimšanu vai epizode sakarā ar profilaktisku apskati. Katrai ambulatorās speci-

alizācijas grupai ir noteiktas aprūpes epizožu likmes (MK noteikumi Nr. 1046; 19. pielikums). Tās aprēķina NVD, ņemot vērā mainīgās un fiksētās izmaksas. Viens šāds maksājums ietver vizīti pie speciālista mēneša laikā un arī pakalpojumus, ko speciālists sniedzis vienā mēnesī. Ilgāku epizožu gadījumos (piem., hroniska saslimšana) katru mēnesi uzskata par jaunu epizodi. Otrkārt, MPP maksājumi pieejami konkrētām profilakses, diagnostikas, ārstēšanas un rehabilitācijas intervencēm/manipulācijām. Katra pakalpojuma tarifs ir noteikts Latvijas latos (punktu sistēma neeksistē) (MK noteikumi Nr. 1046; 18. pielikums). Kopējā summa, ko pakalpojumu sniedzēji var nopelnīt ar epizožu aprūpes maksājumiem un MPP, ir ierobežota. Treškārt, atsevišķiem speciālistiem, tādiem kā psihiatriem, narkologiem un pneimologiem (MK noteikumi Nr. 1046; 17. pielikums) pieejams fiksētais ikmēneša prakses maksājums. Tajā iekļautas personāla (ārstu, māsu) algas un kārtējās izmaksas. Atbilstīgi speciālisti šādu maksājumu var saņemt papildus samaksai par epizožu aprūpi un MPP.

Par profilakses, diagnostikas, ārstēšanas un rehabilitācijas intervencēm/manipulācijām dienas stacionāros maksā saskaņā ar MPP tarifiem, kas noteikti Latvijas latos (MK noteikumi Nr. 1046; 18. pielikums) un iekļauti līguma ar NVD budžetā.

Par diagnostikas pakalpojumiem (piem., laboratorijas, rentgena nodaļas) tiek maksāts saskaņā ar noteiktajiem tarifiem.

Katram ĢĀ (un arī katram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam) ir budžets diagnostikas pakalpojumu nozīmēšanai pacientiem. Šo budžetu veido balstoties uz vidējiem izdevumiem par pacientu vai epizodi valstī un pielāgo pacientu vecuma grupām (ĢĀ gadījumā) vai specializācijai.

Stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi

Kopš 2005. gada visas slimnīcas saņem finansējumu no NVD pamatojoties uz noslēgtajiem līgumiem (sk. 3.3.4. iedaļu). Līdz 2010. gadam Latvijā izmantoja maksājumus par katru stacionēšanas gadījumu un par katru gultasdienu (sk. *Tragakes et al., 2008*). Ar maksājumiem par katru gadījumu varēja segt izmaksas par 50% stacionāra slimnieku. Slimnīcām piemēroja vienotas likmes tarifu par katru gadījumu atkarībā no pacientu primārās diagnozes un/vai veiktajām medicīniskajām intervencēm. Maksājumu pielāgošana tika veikta vadoties pēc gultasdienu skaita, kā arī pēc manipulāciju skaita un veida. Par pārējiem 50% pacientu slimnīcas saņēma maksājumus par gultsdienām stacionārā. Gadījumos, kad pacientu uzturēšanās stacionārā pārsniedza pacientu ar tādu pašu diagnozi vidējo uzturēšanās ilgumu citās slimnīcā, tika piemēroti samazināti tarifi. Budžeta kontroles nolūkā 2010. gadā tika ieviesta vispārējā budžeta sistēma.

Kopš tā laika vispārējo gada budžetu katrai slimnīcai aprēķina reizinot prognozējamo pacientu skaitu (pielāgots iepriekšējā gadā ārstēto pacientu skaits) katrā veselības aprūpes programmā ar atbilstošu pacientu tarifu un tādējādi iegūstot rezultātu (130³.2.1. punkts). Katru aprūpes programmu īsteno viena vai vairākas slimnīcas. Slimnīcas ir iedalītas 12 grupās atbilstīgi to specializācijai un funkcijām. Veselības aprūpes programmas, savukārt, ir iedalītas četrās grupās ar attiecīgiem pacientu tarifiem (MK noteikumi Nr. 1046; 22. pielikums).

1. Tarifu grupā „rezervētiem pakalpojumiem” iekļautas 55 rezervētas pakalpojumu programmas un attiecīgie tarifi. Dažām programmām ir arī apakšprogrammas.

2. Tarifu grupa „citiem pakalpojumiem” var mainīties atkarībā no slimnīcu grupas. Dažām slimnīcu grupām šos tarifus var sadalīt vienā tarifā, kas paredzēts "citiem ķirurģiskiem pakalpojumiem" un vēl citā, kas paredzēts "citiem terapeitiskiem pakalpojumiem".

3. Viens tarifs pacientu ārstēšanai aprūpes slimnīcās, kas 2012. gadā bija LVL93 vienam pacientam.

4. Viens gultsdienas tarifs mākslīgi elpināmiem pacientiem.

Katra rezervētā pakalpojumu programma attiecas uz konkrētu intervenču grupu (sirds operācijas, angioplastija, kohleārā implanta implantācija, ķīmijterapija, cilmes šūnu pārstādīšana utt.) vai konkrēta stāvokļa (piem., cistiskā fibroze, tuberkuloze, apdegumi, utt.) ārstēšanu, vai plaši definētu stāvokļu (piem., psihiatriskā aprūpe, progresīva ginekoloģiskā aprūpe, onkoloģijas programma, iedzimtas sirds slimības diagnoze un ārstēšana utt.) pārvaldību. Doma par rezervētu pakalpojumu programmu izstrādi ir līdzīga pamatidejai par DRG sistēmām, t.i., līdzīgu pacientu iedalīšanai grupās pēc diagnozes. Tomēr rezervētu pakalpojumu programmu grupu veidošana ir salīdzinoši vienkārša pieeja, jo ir tikai 55 programmas un to izmanto tikai dažiem pacientiem.

Tarifs „citiem pakalpojumiem” nemainās no ārstējamo pacientu veida. Lielākās daudzprofila slimnīcās ir viens tarifs „citiem ķirurģiskiem” pacientiem un viens – „citiem terapeitiskiem” pacientiem, kuri neietilpst „rezer-

vētajos pakalpojumos”. Specializētajās vai mazākās slimnīcās tas pats „citu pakalpojumu” tarifs attiecas uz visiem pacientiem, kuri neietilpst „rezervētajos pakalpojumos”, bet šis tarifs var mainīties atkarībā no slimnīcas veida.

Tarifu vienam pacientam, kuru ārstē rezervētu pakalpojumu vai citu pakalpojumu programmas satvarā, nosaka šādi: vidējās „ēnu izmaksas” pacientu ārstēšanai programmas satvarā aprēķina reizinot pacientu gultasdienu skaitu konkrētā programmā ar piemērojamo gultasdienas (ēnu) tarifu (179¹. punkts) un pieskaita veiktās intervences (rentgena izmeklējumus, procedūras, utt.), kā arī attiecīgos (ēnu) tarifus. Iegūto summu daļa ar konkrētās veselības aprūpes programmas pacientu hospitalizāciju skaitu iepriekšējā gadā.

Ja vairākas slimnīcas sniedz tos pašus pakalpojumus „citu pakalpojumu” satvarā, tad pacienta tarifa aprēķināšanai izmanto šo slimnīcu datu kopumu. Ja slimnīcas no dažādām 12 slimnīcu grupām (kas noteiktas saskaņā ar to specializāciju un funkcijām) īsteno to pašu rezervēto pakalpojumu programmu, tad šīs slimnīcu grupas datus ar viszemākajām vidējām „ēnu izmaksām” par veselības aprūpes programmu izmanto, lai aprēķinātu pacienta tarifu ar noteikumu, ka šī grupa apkalpo vismaz 20% kopējo pacientu rezervēto pakalpojumu programmā.

Pacientu tarifu aprūpes slimnīcām aprēķina reizinot pacientu gultasdienu skaitu ar piemērojamo gultasdienas (ēnu) tarifu un iegūto reizinājumu daļa ar hospitalizāciju skaitu.

Fiksētais mēneša budžets ir 1/12 no aprēķinātā gada budžeta (130³.2.2. punkts) un tas nav atkarīgs no slimnīcas pašreizējā pacientu skaita. Ar katru slimnīcu tiek parakstīts līgums par konkrētu pakalpojumu sniegšanu saskaņā ar MK noteikumu Nr. 1046 22. pielikumu.

Ja slimnīcām ir augstākas izmaksas, tad pastāv finansiāls risks pārsniegt budžetu pat tad, ja tās ārstē vairāk pacientu vai sniedz vairāk pakalpojumu. Tomēr pastāv divi faktori, kas mīkstina budžeta ierobežojumus. Pirmkārt, NVD vienotā sistēma pārtrauga sniegto pakalpojumu apjomu, tādēļ gada laikā līgumu budžetu zināmās robežās var palielināt (vai samazināt), piemēram, ja Saeima apstiprina valdības budžeta palielinājumu veselības jomā, kas notiek gandrīz katru gadu. Otrkārt, slimnīcu īpašnieki, t.i., valsts vai pašvaldības, iesaistās slimnīcu glābšanā, kad parādi sasniedz noteiktu līmeni. Patiesībā slimnīcas nereti sniedz vairāk pakalpojumu nekā paredzēts budžetā. Tam ir savi iemesli. Dažreiz izrādās, ka slimnīcas var uzņemt vairāk pacientu, nekā bija paredzēts gada sākumā. Slimnīcas arī uzskata, ka lielāks sniegto pakalpojumu skaits dos iespēju tikt pie lielāka budžeta nākamajā gadā. Pie tam, sniedzot vairāk pakalpojumu, iespējams saņemt vairāk finansējuma, ja konkrētajā gadā veselības aprūpes budžets tiek palielināts.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcas saņem papildu budžetu Neatliekamās medicīniskās palīdzības un Uzņemšanas nodaļas pakalpojumiem. Šī budžeta lielums atkarīgs no dežurējošo speciālistu skaita.

Pašlaik slimnīcu maksājumu sistēmas reforma ieņem vienu no galvenajām vietām politiskajā darba kārtībā (sk. arī 6.2 sadaļu). Ministru kabineta rīkojums Nr. 67 nosaka, ka līdz 2014. gadam Latvijā jāievieš maksājumu sistēma, kas pamatojas uz DRG. Pilotprojekta īstenošana sāksies 2013. gadā. Šajā ziņā Latvija plāno sadarboties ar citām Ziemeļvalstīm un izmantot *Nord-DRG* versiju.

3.7.2. Darba apmaksā veselības aprūpes personālam

Lielākā daļa PVA ārstu (ģimenes ārsti) un liela daļa sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ir pašnodarbinātie, kuriem ir tiešie līgumi ar NVD. Šī iemesla dēļ šo pakalpojumu sniedzēju ienākumus nosaka maksājumu sistēma, kas aprakstīta iepriekšējā iedaļā (3.7.1.).

ĢĀ un speciālisti, kas pieņemti darbā ambulatorās veselības centros un slimnīcu poliklīnikās, saņem algas. To līmenis katrā specialitātē var atšķirties atkarībā no attiecīgās iestādes vadības pieņemtajiem lēmumiem, bet tās ir saistītas ar minimālo mēneša darba algu, ko nosaka Ministru kabinets. Pie tam MK noteikumos Nr. 1046 ir noteikta veselības aprūpes personāla vidējā mēnešalga. Iestādes administrācija un darbinieku pārstāvji var apspriest algas lielumu un citus darba jautājumus.

Slimnīcu ārstiem maksā algu, kuras lielums ir atkarīgs no darba slodzes, dežūrām, kvalifikācijas un pieredzes. Viņu alga var būt saistīta ar valsts noteikto minimālo algu.

Ārsti ar akadēmisko grādu saņem papildu samaksu par mācību stundu un apmācības kursu vadīšanu. Pašlaik ārstu un funkcionālo speciālistu vidējā mēnešalga ir LVL524 (Ā747), kas noteikta saskaņā ar MK noteikumiem Nr. 1046. Minimālā mēneša darba alga noteikta MK noteikumos „Noteikumi par minimālo mēneša darba algu un speciālo piemaksu veselības aprūpes profesionāļiem” (MK, 2010).

Māsu mēnešalga ir LVL314 (Ā448). Saskaņā ar veselības ministrijas datiem ārstu vidējā darba samaksa, kas ietver algu, piemaksas un prēmijas, 2010. gadā bija LVL657 (Ā923). Jāpiezīmē, ka 2009. un 2010. gadā veselības aprūpes nozarē atbildība par padarīto darbu samazinājās. Visu veselības nozarē strādājošo mēneša atalgo-

jums 2010. gadā samazinājās par 3% – no LVL446 (Ä629) 2009. gadā līdz LVL434 (Ä610) 2010. gadā. Jāpiebilst, ka vidējā mēnešalga veselības nozarē kopumā nemainījās. Tā bija LVL335 (Ä471), kas bija krietni zem vidējās bruto algas valstī – LVL445 (Ä625) (Centrālā statistikas pārvalde, 2012c). Kopš 2011. gada algu līmenis ir nedaudz palielinājies.

4. Materiālie un cilvēkresursi

Veselības aprūpes sistēmas reformu un budžeta konsolidācijas pasākumu mērķis bija novirzīt pakalpojumu sniegšanu no aprūpes stacionārā uz lielāku ambulatorās aprūpes izmantošanu. Reformu gaitā slimnīcu un to gultu skaits Latvijā ievērojami samazinājās no 88 slimnīcām 2008. gadā līdz 67 – 2010. gadā. Vidējais akūtās aprūpes gultu skaits 2010. gadā (šis ir pēdējais gads, par kuru ir pieejami dati starptautiskajās datu bāzēs) samazinājās līdz 3.4 uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir zem vidējā rādītāja ES27. Vidējais uzturēšanās ilgums akūtās aprūpes slimnīcās ir samazinājies līdz 6.2 dienām, kas ir mazāk nekā vidēji ES27. Neskatoties uz to, ka ilgstošās aprūpes gultu skaits valstī palielinās, Latvija šajā ziņā joprojām atpaliek no Rietumeiropas valstīm, kā arī no Lietuvas un Igaunijas. Turpretī Latvijā joprojām ir viens no augstākajiem rādītājiem psihiatrisko slimnīcu gultu skaita ziņā uz 1000 iedzīvotājiem Eiropā.

Pēdējos 20 gados Latvijas ārstniecības personu skaits ir ievērojami mainījies. Ārstu skaits stipri samazinājās 1990to gadu sākumā, bet kopš 2000. gada tas ir nostabilizējies un palielinājies. 2009. gadā ārstu, zobārstu un farmaceitu skaits uz 1000 iedzīvotājiem bija tāds pats kā vidēji ES12 vai mazliet vairāk. Māsu un vecmāšu skaits bija salīdzinoši zems. Neskatoties uz ārstu skaita vispārējo samazināšanās tendenci, ĢĀ skaits ievērojami pieauga kopš 1990tajiem gadiem un 2009. gadā pārsniedza vidējos rādītājus ES12, bet bija krietni zem vidējā ĢĀ skaita ES27. Ārstniecības personu vecuma struktūra ir nelabvēlīga, jo vairumam personāla ir 45 gadi un vairāk.

Latvijā ir salīdzinoši laba situācija saistībā ar diagnostiskām attēlveidošanas tehnoloģijām (DT un MRA skeneri). IKT sakarā jāmin, ka 88% ĢĀ prakšu izmanto datoru, 85% prakšu ir interneta pieslēgums un 58% ĢĀ prakšu izmanto platjoslas interneta pieslēgumu.

4.1. Materiālie resursi

4.1.1. Pamatkapitāls un investīcijas

Līdz 2010. gada beigām Latvijā bija 67 slimnīcas (skaita samazinājums no 88 slimnīcām 2008. gadā) ar gandrīz 12 000 gultu (sk. 4.1. tabulu). Visas Latvijas slimnīcas darbojas kā kapitālsabiedrības (sk. 2.8.2. iedaļu). Gandrīz puse visu slimnīcu pieder vietējām pašvaldībām. Lielākās slimnīcas (>400 gultu) un vairāk nekā puse visu gultu pieder valstij. Privāto slimnīcu ir vairāk nekā valsts, bet tajās ir tikai 10% no visām gultām. Vairāk nekā pusei visu slimnīcu ir mazāk par 100 gultām. Slimnīcu un gultu skaits ir ievērojami samazinājies kopš 1990. gada (sk. 4.1.2. iedaļu), kad valstī bija 188 slimnīcas ar gandrīz 36 000 gultu.

4.1.1. tabula

Slimnīcu un to gultu skaits Latvijā pēc īpašumtiesībām, lieluma un veida, 2010^a

	Valsts	Vietējo pašvaldību	Privātās	Kopā
Slimnīcu skaits	16	32	19	67
< 50 gultām	–	10	15	25
50–99 gultas	3	9	1	13
100–199 gultas	2	6	2	10
200–399 gultas	5	6	1	12
400–699 gultas	4	–	–	4
> 700 gultām	2	1	–	3
Sekundārās/terciārās aprūpes slimnīcas	4	18	–	22
Citas slimnīcas	12	14	19	45
Gultu skaits	7 041	4 113	766	11 920
Sekundārās/terciārās aprūpes slimnīcās	3 290	3 196	–	6 486
Citās slimnīcās	3 751	917	766	5 434

Avots: CDPC, 2012b.
Piezīme: ^a tabulā ietvertas visas Latvijas slimnīcas; tikai dažas no tām sniedza stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus NVD 2010. gadā (sk. 5.4. tabulu).

Veselības aprūpes pakalpojumus stacionārā sniedz sekundārās/terciārās aprūpes slimnīcas (t.i., universitātes un daudzprofilu slimnīcas), specializētās slimnīcas (piem., psihiatrijas pacientu un traumu ārstēšanai) un aprūpes slimnīcas (kas nodrošina pacientu kopšanu, bet ne ārstēšanu) (sk. arī 5.4. sadaļu). Lielās slimnīcas parasti atrodas pilsētu teritorijās, bet mazākās bieži sniedz pakalpojumus pašvaldībās ar nelielu iedzīvotāju skaitu.

Kopumā veselības aprūpes iestāžu (slimnīcu un primārās veselības aprūpes iestāžu vai prakšu) īpašnieki ir atbildīgi par investīcijām. Valsts, kā lielāko slimnīcu (>400 gultu) īpašniece, nodrošina finansējumu visām šīm slimnīcām galvenokārt izmantojot valsts garantētus aizņēmumus. Līdz 2006. gadam tika izmantotas valdības tiesības investīcijas. Vietējās pašvaldības finansē investīcijas pašvaldību slimnīcās un PVA centros; ir pieejami arī valsts garantēti aizņēmumi. Investīcijas privātajās slimnīcās vai citās privātajās veselības aprūpes iestādēs (piem., privātajās praksēs) finansē to īpašnieki. Pie tam starptautisko finansējumu piedāvā Eiropas Reģionālās attīstības fonds (ERAF), ESF un citi ārvalstu finansiālā atbalsta instrumenti.

Pēdējos gados lielākā īstenotā investīciju programma bija Māsterplāns (sk. 2.5. sadaļu). Tā mērķis bija koncentrēt slimnīcas lielākās pilsētās un racionalizēt primārās veselības aprūpes infrastruktūras sadalījumu valstī. Visām Māsterplānā minētajām veselības aprūpes iestādēm bija (un joprojām ir, ja nav jaunu plānu) tiesības uz valsts un ES finansējumu. Laikposmā no 2007. līdz 2013. gadam Latvijas veselības aprūpes sistēmai ir pieejami LVL145.7 miljoni (Ā207.7 miljoni) no Eiropas Reģionālās attīstības fonda. Lielākā daļa ERAF finansējuma ir piešķirta apakšprogrammai „Stacionārās veselības aprūpes sistēmas attīstība”. Īpašos Ministru kabineta 2009. gada noteikumos Nr. 44 ietverti finansējuma piešķiršanas principi un kritēriji. Latvijai jānodrošina vismaz 15% līdzfinansējuma no valsts un pašvaldību budžetiem. Privātās iestādes nebija iekļautas Māsterplānā un nav saņēmušas ES finansējumu.

Kopumā no 2007. līdz 2010. gadam veselības aprūpes infrastruktūrā bija vērojams valsts investīciju samazinājums gan nominālā izteiksmē, gan kā sabiedrības veselības aprūpes izdevumu īpatsvars. 2007. gadā investīcijas bija gandrīz 15% no sabiedrības veselības aprūpes izdevumiem, bet 2009. gadā tās samazinājās līdz mazāk nekā 9% (Centrālā statistikas pārvalde, 2012b). Faktiski budžeta samazinājuma laikā vairāku nesen izremontētu un modernu aprīkotu (izmantojot arī ES finansējumu) slimnīcu statuss mainījās (piem., aprūpes slimnīcām vai dienas stacionāriem). To sniegto pakalpojumu klāstu ievērojami samazināja. Tas radīja šaubas par iepriekšējo investīciju lietderību.

4.1.2. Infrastruktūra

4.1. attēlā redzams, kā gultu skaits akūtās aprūpes slimnīcās, psihiatriskajās slimnīcās un ilgstošas aprūpes iestādēs Latvijā ir veidojies kopš 1995. gada. No 1995. līdz 2005. gadam akūtās aprūpes slimnīcu gultu skaits strauji samazinājās. Pēc tam to skaits saglabājās relatīvi stabils, bet tad 2009. un 2010. gadā atkal ievērojami samazinājās. Gultu skaits psihiatriskajās slimnīcās arī ir samazinājies, bet ne tik daudz kā citās. Turpretī ilgstošas aprūpes iestādēs gultu skaits ļoti palielinājās no 1995. līdz 2000. gadam un atkal no 2009. līdz 2010. gadam. Gultu skaita lielais samazinājums akūtās aprūpes slimnīcās bija saistīts ar stratēģisko ilgtermiņa plānošanu, kuras mērķis bija aizstāt aprūpi stacionārā ar ambulatoriem pakalpojumiem.

4.1. attēls

Gultu skaits akūtās aprūpes slimnīcās, psihiatriskajās slimnīcās un ilgstošas aprūpes iestādēs uz 1000 iedzīvotājiem

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

No Eiropas skatupunkta raugoties, 1990to gadu sākumā akūtās aprūpes gultu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā bija viens no augstākajiem Eiropā, gandrīz divreiz lielāks nekā vidējais rādītājs valstīs, kas vēlāk izveidoja ES27 (4.2. attēls). Līdz 2010. gadam notiekošo reformu rezultātā šo gultu skaits samazinājās līdz 3.4 uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir zem vidējā rādītāja ES27.

Vidējais uzturēšanās ilgums (VUI) slimnīcās Latvijā samazinās saskaņā ar starptautiskām tendencēm. Lai gan dati par akūtās aprūpes slimnīcām pirms 2000. gada nav pieejami, tomēr var minēt, ka 1985. gadā VUI visās slimnīcās bija 18.2 dienas. 2010. gadā VUI akūtās aprūpes slimnīcās samazinājās līdz 6.15, kas ir nedaudz zem ES27 vidējā rādītāja (sk. 4.3. attēlu), bet tas ir augstāks nekā Igaunijā vai Slovēnijā (dati par Poliju nav pieejami).

4.2. attēls

Gultu skaits akūtās aprūpes slimnīcās uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

4.3. attēls

Vidējais uzturēšanās ilgums akūtās aprūpes slimnīcās Latvijā un izvēlētajās valstīs no 1990. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejami dati

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Pēdējo desmit gadu laikā Latvijas slimnīcu noslogotība ir saglabājusies relatīvi nemainīga – vairāk nekā 70%, lai gan 2009. gadā – veselības aprūpes nozares pārstrukturēšanas kulminācijā – gultu noslogotība ievērojami samazinājās noslīdot zem 65% (4.4. attēls), bet 2010. gadā tā atkal pārsniedza 70%.

Eiropas iedzīvotāji noveco, tādēļ daudzas valstis mēģina palielināt ilgstošas aprūpes iestāžu kapacitāti. Latvijā šo iestāžu gultu skaits ir 2.8 gultas uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir stipri mazāk nekā Rietumeiropā (piem., Vācija palielināja ilgstošas aprūpes iestāžu gultu skaitu līdz 10.3 uz 1000 iedzīvotājiem) un mazāk nekā Lietuvā un Igaunijā, kur šādu gultu skaits ir apmēram 6 uz 1000 iedzīvotājiem (4.5. attēls). Labklājības ministrija un pašvaldības ir atbildīgas par ilgstošu aprūpi, tādēļ tām vajadzēs palielināt finansējumu, lai paaugstinātu ilgtermiņa aprūpes kapacitāti valstī.

Neskatoties uz ievērojamu gultu skaita samazinājumu psihiatriskajās slimnīcās uz 1000 iedzīvotājiem, Latvijā šis rādītājs tomēr ir viens no augstākajiem Eiropā (4.6. attēls).

4.4. attēls

Gultu noslogotības īpatsvars (%) akūtās aprūpes slimnīcās Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

4.5. attēls

Ilgstošas aprūpes (kopšana un vecie cilvēki) slimnīcu gultas uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

4.6. attēls

Psihiatrisko slimnīcu gultu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

4.1.3. Medicīnas iekārtas

Medicīnisku ierīču un preču iegādi veic galvenokārt veselības aprūpes iestādes saskaņā ar Publisko iepirkumu likumu, ko Saeima pieņēma 2006. gada aprīlī (tas attiecas uz visiem valdības iepirkumiem, ne tikai uz veselības aprūpes nozari). Lielu investīciju gadījumos, piemēram, DT vai MRA skeneru iegādei, veselības aprūpes iestādes saņem subsīdijas no saviem īpašniekiem. Veselības ministrija piešķir naudu valsts slimnīcām un vietējās pašvaldības – savām slimnīcām. Dažos gadījumos ir pieejams arī ES finansējums, ja konkrētas iekārtas iegādei ir pamatots iemesls. NVD veic konkrētu medicīnas preču un ierīču centralizētu iepirkumu, piemēram, vakcīnas, peritonālās dialīzes vai redzes korekcijas ierīces bērniem.

Latvija ir salīdzinoši labi nodrošināta ar diagnostiskām attēlveidošanas tehnoloģijām (sk. 4.2. tabulu). Valstī ir vairāk DT skeneru un MRA vienību uz 100 000 iedzīvotājiem nekā pārējās Baltijas valstīs. Šis skaits ir apmēram divreiz lielāks nekā Polijā vai Slovēnijā. Turpretī angiogrāfijas vienību skaits uz 100 000 iedzīvotājiem ir salīdzinoši mazs. Ņemot vērā to, ka iepriekšējos gados tika veiktas ievērojamas investīcijas dažādu iekārtu un ierīču iegādē, pašlaik to īpašs trūkums nav jūtams. Tomēr iedzīvotāju nelielā blīvuma dēļ varētu rasties problēmas

nokļūt vietās, kur atrodas nepieciešamais aprīkojums; tas lielākoties pieejams pilsētu teritorijās. Tā kā veselības aprūpes iestāžu īpašnieki pieņem lēmumus par investīcijām, tad pastāv atšķirības starp valsts nabadzīgākām un bagātākām teritorijām.

4.2. tabula

Funkcionējošu diagnostiskās attēlveidošanas tehnoloģiju skaits uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 2010

	DT skeneri	MRA vienības	Angiogrāfijas vienības	Mamogrāfi	PET skeneri
Igaunija	1.6	0.8	0.7	n/a	0.1
Latvija	2.7	0.8	0.5	1.9	0.0
Lietuva	0.5	0.5	0.6	1.2	0.0
Polija	1.4	0.5	0.9	1.5	0.0
Slovēnija	1.3	0.4	0.9	1.8	0.1

Avots: Eurostat, 2012d.

4.1.4. Informācijas tehnoloģijas

Saskaņā ar Centrālā statistikas biroja datiem (2012d) informācijas un komunikācijas tehnoloģiju (IKT) izmantošana mājāsaimniecībās pēdējo gadu laikā ir ievērojami palielinājusies. 2010. gadā veiktais apsekojums liecina, ka interneta pakalpojumi kļūst pieejami arvien vairāk mājāsaimniecību valstī (Centrālais statistikas birojs, 2012c). Saskaņā ar šo apsekojumu regulāru interneta lietotāju īpatsvars bija vairāk nekā 60%, kas bija nedaudz vairāk nekā mājāsaimniecību skaits, kam bija dators un piekļuve internetam (sk. 4.3. tabulu). Tai pat laikā gandrīz pusei mājāsaimniecību bija platjoslas interneta pieslēgums. Visaktīvākā vecuma grupa bija 16 līdz 24 gadus vecie iedzīvotāji, no kuriem 95% lietoja internetu vismaz reizi nedēļā. Gandrīz visi studenti (98%) regulāri izmantoja internetu.

Saskaņā ar Eiropas Komisijas publicētajiem datiem (2012) Latvijas iedzīvotāji regulāri lieto internetu tāpat kā vidēji ES27. Latvijas iedzīvotāji ir ļoti aktīvi interneta lietotāji saistībā ar konkrētām darbībām internetā, piemēram, internetbankas lietošana vai darba meklēšana. Toties viņi mazāk izmanto internetu, lai iegūtu informāciju par precēm un pakalpojumiem. Informācija par iedzīvotāju skaitu, kas izmanto internetu, lai atrastu informāciju par veselības jautājumiem, nav pieejama. Te jāmin, ka lielākai daļai slimnīcu ir tīmekļa vietnes, kur pacienti var atrast informāciju, piemēram, par piedāvātajiem pakalpojumiem, cenām, kā arī atbildes uz bieži uzdotajiem jautājumiem.

4.3. tabula

Piekļuve datoram un internetam mājāsaimniecībās kā % no kopējā mājāsaimniecību skaita, 2005–2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dators	32.3	40.6	49.2	56.7	60.1	62.8
Internets	30.5	42.2	50.5	52.8	58.0	59.8

Avots: Centrālā statistikas pārvalde, 2012c.

E-veselības sistēmas izveide Latvijas politiskajā darba kārtībā ir jau kopš 2003. gada. Tajā laikā tika izveidota darba grupa, kam bija jāizstrādā pamatnostādnes „e-Veselība Latvijā”. Tās pieņēma 2005. gadā un pēc tam tapa īstenošanas plāns 2008. – 2010. gadam (MK, 2007). Šie dokumenti nosaka stratēģiskās vadlīnijas IKT attīstībai. NVD ir atbildīgs par e-veselības stratēģijas ieviešanu un nepieciešamās infrastruktūras izveidi. Finansējumu nodrošina Veselības ministrija, bet konkrētiem projektiem līdzekļi tiek iegūti no citiem avotiem, tādiem kā ES.

Kopš 2012. gada veselības aprūpes iestādēs darbojas informācijas sistēma, kurā var iegūt informāciju par pacientiem pieejamiem NVD apmaksātiem pakalpojumiem (sk. 6.1.6. iedaļu). Turklāt tagad daudzi reģistri un finanšu ziņojumi ir pieejami elektroniski (sk. 2.7.1 iedaļu).

E-veselības sistēma, tostarp, piemēram, e-čeki, e-medicīniskās kartes, e-pierakstīšanās, e-nosūtījumi un e-portāls 2012. gadā sāks darboties izmēģinājuma režīmā. Sistēmai pilnībā jāsāk darboties 2013. gadā. Pašlaik pastāv vērā ņemamas nesaskaņas starp iestādēm par e-veselības infrastruktūras pieejamību. Dažas iestādes ir izveidojušas elektroniskas pacientu medicīniskās kartes, bet citas vēl nav. Pie kam problēmas rada arī datu drošības aspekts. Tomēr, ņemot vērā e-veselības priekšrocības, tādas kā ātrāka informācijas apmaiņa, pacientu iesaiste un ārstu atbalsts, NVD ir pārliecināts, ka spēs atrisināt šos jautājumus.

4.2. Cilvēkresursi

4.2.1. Ārstniecības personu tendences

Ārstniecības personu skaits pēdējos 20 gados ir ievērojami mainījies (sk. 4.4. tabulu). 2009. gadā ārstu, zobārstu un farmaceitu skaits uz 1000 iedzīvotājiem bija apmēram tāds pats kā vidēji ES12 vai nedaudz vairāk. Toties māsu un vecmāšu skaits bija salīdzinoši zems (sk. attēlus no 4.7. līdz 4.11).

4.4. tabula

Ārstniecības personu skaits Latvijā uz 1000 iedzīvotājiem, 1990–2010

	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Ārsti	3.54	2.83	2.87	2.88	2.99	2.91
ĢĀ	0.01	0.08	0.41	0.57	0.58	–
Ārsti, medicīnas speciālisti	–	–	–	0.88	0.90	0.91
Ārsti, ķirurģijas speciālisti	–	–	–	0.64	0.67	0.57
Ārsti, dzemdniecības un ginekoloģijas speciālisti	0.22	0.19	0.20	0.21	0.21	0.20
Ārsti, pediatrijas speciālisti	0.49	0.32	0.16	0.13	0.13	0.12
Zobārsti	–	0.36	0.52	0.62	0.67	0.66
Farmaceiti	–	–	–	0.56	0.60	0.64
Māsas	–	5.23 ^a	4.77	5.07	4.85	4.88
Vecmātes	0.55	0.37	0.20	0.20	0.20	0.18

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.
Piezīme: ^a 1996. gads ir pirmais, par kuru pieejami dati par māsām.

Ārstu skaits ievērojami samazinājās 1990to gadu pašā sākumā, bet stabilizējās un sāka palielināties sākot no 2000. gada. Pēc 2008. gada šis skaits atkal samazinājās (sk. 4.7. attēlu). Absolūtos skaitļos Latvijā 1990. gadā bija 9440 ārstu. 2005. gadā šis skaits samazinājās līdz 6600, tad 2009. gadā nedaudz palielinājās līdz apmēram 6750, pēc tam 2010. gadā atkal samazinājās līdz apmēram 6520. Ārstu skaita samazinājumu 1990to gadu pašā sākumā var izskaidrot ar vairākiem faktoriem. Tajā laikā samazinājās slimnīcu un to gultu skaits, ārstniecības personu algas un prestižs bija zems. Daudzi nereti atrada ienesīgāku darbu citās ekonomikas nozarēs. Ārstniecības personu skaits uz 1000 iedzīvotājiem saglabājas diezgan zems, ja to salīdzina ar pārējām Baltijas valstīm un vidējo skaitu ES15.

4.7. attēls

Ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Pretstatā ārstu skaita vispārējai lejupejošai tendencei ĢĀ skaits kopš 1990. gada ir ievērojami pieaudzis (sk. 4.4. tabulu). Ģimenes medicīna kā jauna specializācija Latvijā tika ieviesta tikai 1990. gadā. Daudz puļu tika velēti to ārstu pārkvalificēšanai, kuri gribēja kļūt par ĢĀ, lai veidotu spēcīgu primāro veselības aprūpi. 2009. gadā ĢĀ skaits (0.58 uz 1000 iedzīvotājiem) bija virs vidējā rādītāja ES12 (0.50 uz 1000 iedzīvotājiem), lai gan tas saglabājās zem vidējā skaita ES27 (0.87 uz 1000 iedzīvotājiem).

4.8. un 4.9. attēlos redzams, ka Latvijā ir ļoti zems māsu īpatsvars salīdzinot ar ES un citu reģiona valstu māsu vidējo skaitu. Patiesībā Latvijā ir ceturtais zemākais māsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem ES27 aiz Grieķijas, Bulgārijas un Kipras. No 1990. līdz 2001. gadam māsu kopējais skaits samazinājās vairāk nekā par 40% (nav attēlots diagrammā, bet informācija atrodama valsts statistikas datos VI, 2012a).

Pēc tam līdz pat 2006. gadam māsu skaits nedaudz palielinājās, bet tad atkal sāka samazināties. Īpaši strauji tas notika 2009. gadā, kad veselības nozarē īstenoja budžeta samazinājumus. Tika samazinātas algas un slēgtas iestādes.

Pēc tā saucamo ārstniecības personu ar vidējo medicīnisko izglītību (t.i., ārstu palīgu, māsu un vecmāšu) skaita krasa samazinājuma viņu skaits uz vienu ārstu bija ļoti zems. 2010. gadā tas bija 2.1. Tas nozīmē, ka ārsti uzņemas daļu māsu pienākumu. Tas, savukārt, ietekmē ārstu darba kvalitāti un pacientu aprūpi.

Zobārstu skaits 1990to gadu pirmajā pusē samazinājās par 30% (nav attēlots diagrammā, bet informācija atrodama valsts statistikas datos VI, 2012a), bet pēc tam nepārtraukti pieauga pārsniedzot 1990. gada līmeni (sk. 4.10. attēlu). Tas notika pateicoties gandrīz visu zobārstniecības prakšu privatizācijai, kā arī nozares rentabilitātei un profesijas pievilcībai. 2010. gadā Latvijā bija 0.66 zobārsti uz 1000 iedzīvotājiem, kas pārsniedza vidējo zobārstu skaitu ES27, bet bija mazāks par zobārstu skaitu Lietuvā un stipri zemāks nekā Igaunijā.

4.8. attēls

Māsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

4.9. attēls

Ārstu un māsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem PVO Eiropas reģionā, pēdējais gads, par kuru pieejami dati

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Piezīme: CARK: Vidusāzijas republikas (Kirgizstāna, Tadžikistāna, Turkmēnistāna, Uzbekistāna) un Kazahstāna; NVS: Neatkarīgo valstu sadraudzība.

4.10 attēls

Zobārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Farmaceitu skaits dažu pēdējo gadu (par kuriem pieejami dati) laikā ir palielinājies (sk. 4.11. attēlu) un tiek uzskatīts, ka tas ir pietiekams, lai apmierinātu valsts vajadzības. 2010. gadā Latvijā bija 1433 farmaceitu un 1458 farmaceitu palīgu. Farmaceitu skaits Latvijā ir lielāks nekā vidēji ES12, bet zemāks nekā Polijā un ES15.

4.11. attēls

Farmaceitu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs, 1990–2010

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Svarīga problēma Latvijas veselības nozarē ir ārstu sadalījums valstī. Tas atspoguļo lielu nevienlīdzību. 2010. gadā gandrīz 60% visu aktīvo ārstu strādāja galvaspilsētas Rīgas reģionā. Veselības sistēma saskaras ar vēl vienu nopietnu problēmu, t.i., katru gadu vairāk ārstu sasniedz pensionēšanās vecumu nekā beidz augstskolu (sk. 4.5. tabulu). Vecuma sadalījums māsām un ĢĀ nerada tik lielas problēmas, bet farmaceiti gan ir diezgan veci (nav parādīts 4.5. tabulā). Lai risinātu šo problēmu un veicinātu jaunu ārstu pieņemšanu darbā, kā arī lai saglabātu jau esošo personālu, Ministru kabinets 2005. gadā apstiprināja pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” 2006. – 2015. gadam (sk. 2.8.3. iedaļu).

4.5. tabula

Praktizējošu ārstu, ĢĀ, zobārstu un māsu īpatsvars (%) pēc vecuma 2010. gadā

	Līdz 35	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65 un vairāk
Ārsti	10.5	8.5	11.0	15.3	16.8	13.3	9.1	15.5
ĢĀ	1.6	8.2	12.3	17.0	23.7	18.2	10.3	8.7
Zobārsti	16.0	11.2	12.1	14.9	15.3	10.3	7.3	12.9
Māsas	12.4	17.0	14.5	15.4	14.3	11.2	7.8	7.4

Avots: VEC, 2011c.

4.2.2. Ārstniecības personu profesionālā mobilitāte

Ārstniecības personu mobilitāte var radīt cilvēkresursu samazinājumu, ja ievērojams skaits labi kvalificētu profesionāļu aizbrauks uz ārzemēm, lai meklētu labākus darba apstākļus un lielākas algas. Pēc Latvijas iestāšanās Eiropas Savienībā ārstniecības personu mobilitāte ir izteikti palielinājusies, lai gan uzticamu datu par to nav daudz. 2005. gadā, kad Latvijā tika pieņemtas augšminētās pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” 2006.–2015. gadam un palielinātas medicīnas darbinieku algas, tika cerēts, ka tādējādi varēs novērst viņu potenciālo emigrāciju (PVO, 2006).

2007. gadā tika veikts ES finansēts pētījums (Krišjāne, 2007), kura laikā notika intervijas ar ekspertiem. No viņu teiktā izriet, ka ārsti no Latvijas pierobežas ar Igauniju ir pārcēlušies uz šo kaimiņvalsti, lai par savu darbu saņemtu lielāku algu. Diemžēl šo ārstu skaits nav zināms. Turklāt pētījumā tika noskaidrots, ka profesionālā mobilitāte Latvijā bija svarīga problēma, jo 25% no 1997. gadā reģistrētajiem ārstiem strādāja citās nozarēs (piem., farmācijā, skaistumkopšanas salonos, sporta klubos utt.). Interesants ir fakts, ka 2006. gadā apmēram 19% Latvijas aktīvo ārstniecības personu bija imigranti no citām bijušās Padomju Savienības republikām, kuri jau ilgu laiku bija nodzīvojuši Latvijā. Te jāpiebilst, ka 2004. un 2005. gadā imigrācija Latvijā bija niecīga. Šajā laikā mediķiem, kuri pārcēlās uz Latviju, tika izsniegtas 25 uzturēšanās atļaujas. Diemžēl jaunāki dati nav pieejami, jo šādu informāciju neiekļauj Latvijas ārstniecības personu reģistros (sk. 2.8.3. iedaļu).

Visizplatītākais veids, kā noskaidrot izbraukušo ārstniecības personu skaitu Eiropas Savienībā, ir izdoto izglītības atbilstības sertifikātu skaits. Te jāpiebilst, ka šie sertifikāti liecina tikai par nodomu izbraukt no valsts nevis par faktisko migrāciju. Turklāt tie arī nenozīmē, ka ārstniecības personas nevarētu strādāt ārpus ES vai Norvēģijas. Pēc Latvijas iestāšanās ES (no 2004. gada maija līdz 2005. gada septembrim) atbilstības sertifikātus izsniedza 211 ārstniecības personām (galvenokārt ārstiem, zobārstiem un anesteziologiem) (PVO, 2006). Pat, ja visi mediķi, kuri ieguva sertifikātus, neaizbrauca no valsts, pastāv iespēja, ka daudz ārstu izceļoja uz citām ES valstīm pēc Latvijas pievienošanās tai. Saskaņā ar *Wismar et al.* (2011) iekļautajiem datiem no 2003. līdz 2008. gadam 364 Latvijas ārsti bija reģistrēti Vācijā un Apvienotajā Karalistē (tie bija apmēram 5% no visiem Latvijas ārstiem 2005. gadā).

4.2.3. Ārstniecības personu apmācība

Pašlaik ārsti var iegūt izglītību divās universitātēs Latvijā. Tās abas atrodas Rīgā: Latvijas Universitāte (Izglītības un zinātnes ministrijas pārziņā) un Rīgas Stradiņa universitāte (Veselības ministrijas pārziņā).

Pirmsdiploma medicīnas izglītība ilgst sešus gadus. Pirmajos divos gados tiek apgūta teorija, bet sākot ar trešo gadu pakāpeniski palielinās praktiskā apmācība. Studiju beigās medicīnas studentiem jākārt valsts eksāmens, kas sadalīts divās daļās – medicīna un ķirurģija. Ja viss ir veiksmīgi nokārtots, tad var saņemt augstākās medicīniskās izglītības diplomu. Lai ārsti varētu strādāt savā profesijā, viņiem jāreģistrējas Latvijas Ārstu biedrībā

(sk. 2.8.3. iedaļu). Pēc tam ārstiem trīs līdz sešus gadus jāapgūst pēcdiploma programma izvēlētajā specialitātē. Zobārstniecības studiju laiks ir pieci gadi.

Speciālistu sertifikāciju veic ārstniecības personu asociācijas, kuras sastāda sertifikācijas eksāmenu grafikus, informē ārstus par sertifikācijas prasībām, izveido sertifikācijas eksāmenu komisijas, organizē eksāmenus un veic sertifikāciju un atkārtotu sertifikāciju (sk. arī 2.8.3. iedaļu).

Dažādas ārstniecības personu asociācijas piedāvā un organizē nepārtrauktu medicīnas izglītību. Apmācībai ir vairāki veidi: kursi, semināri un konferences, kurus var izvēlēties un apmeklēt vai nu Latvijas Universitātes Medicīnas pēcdiploma izglītības institūtā vai daudzprofilu slimnīcās. Ārsti var izvēlēties sev nepieciešamos kursus. Atkārtota sertifikācija jākārtoti ik pēc pieciem gadiem un tās laikā ārstiem jāuzrāda apliecinājums tam, ka viņi ir piedalījušies attiecīgos apmācības pasākumos. Tas jā dara visiem ārstiem neatkarīgi no veselības aprūpes iestādes, kurā viņi strādā.

Māsu izglītības iegūšanai Latvijā ir divas iespējas. Pirmkārt, māsu profesiju var apgūt trīsgadīgajā profesionālās izglītības programmā vienā no piecām medicīnas koledžām (bijušajās māsu skolās). Studiju laikā vismaz viens gads tiek veltīts teorijai un vismaz pusotrs praktiskajiem aspektiem. Otrkārt, kopš 1990. gada nākamās māsas var studēt četrus gadus Rīgas Stradiņa universitātē vai arī kopš 2010. gada – Latvijas Universitātē. Šo studiju laikā izglīto un apmāca māsas, kuras pildīs uzraudzības funkcijas vai strādās specializētās nodaļās.

Visām māsām jāreģistrējas Veselības inspekcijas Ārstniecības iestāžu, ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā. Pēc māsu skolas beigšanas māsas parasti sāk strādāt specializētās (sertificētās) māsas vai sertificēta ārsta (piem., ĢĀ praksē) uzraudzībā. Pēc tālākizglītības kursiem māsu skolās māsas var kārtot eksāmenu, lai kļūtu par specializētām māsām. Specializētām māsām, piemēram, reanimācijas vai anestēzijas māsām, jāiziet sertifikācija Latvijas Māsu asociācijā, kura ir atbildīga arī par māsu atkārtotu sertifikāciju ik pēc pieciem gadiem (sk. 2.8.3. iedaļu).

Vecmātēm arī ir tās pašas izglītības iespējas un tādss pats studiju ilgums kā māsām. Lielākā daļa topošo vecmāšu studē vienā no medicīnas koledžām. Ja vecmāšu studiju programmu sāk pēc māsu programmas beigšanas, tad minimālais studiju ilgums ir 18 mēneši.

Farmaceiti studē Rīgas Stradiņa universitātes vai Latvijas Universitātes Farmācijas fakultātē. Pēc piecu gadu profesionālām studijām Rīgas Stradiņa universitātē studenti iegūst maģistra grādu farmācijā. Latvijas Universitātē studenti iegūst bakalaura grādu pēc trīs gadu akadēmiskām studijām un maģistra grādu – vēl pēc diviem papildu studiju gadiem. Universitātes nosaka gala eksāmenus; valsts eksāmena nav. Farmaceitiem nepieciešams maģistra grāds, lai viņi varētu strādāt pilnīgi neatkarīgi. Farmaceitu palīgi divarpus gadus mācās Rīgas 1. medicīnas koledžā. Kopš 2004. gada farmaceitiem un viņu palīgiem jāreģistrējas Latvijas Farmaceitu asociācijā, lai viņi varētu strādāt farmācijas nozarē. Atkārtotai sertifikācijai, ko ik pēc trim gadiem veic Latvijas Farmaceitu asociācija, farmaceitiem jāiesniedz apliecinājums tam, ka viņi ir ieguvuši 60 kredītpunktus par pēcdiploma apmācību.

Sabiedrības veselības fakultāti Rīgas Stradiņa universitātē izveidoja 1998. gadā. Tā piedāvā četru gadu bakalaura studiju programmu veselības aprūpē. Tās beidzēji iegūst sabiedrības veselības speciālista kvalifikāciju. Šo fakultāti katru gadu beidz apmēram 15 līdz 20 studentu. Pēc bakalaura grāda iegūšanas absolventi, kā arī citas ārstniecības personas (ārsti, māsas utt.) var turpināt studijas Rīgas Stradiņa universitātes divgadīgajās veselības zinātņu maģistrantūras programmās, lai iegūtu maģistra grādu. Pēc tā iegūšanas iespējams sākt studijas doktorantūrā.

Veselības aprūpes vadītājiem nav speciālu studiju programmu.

Komplementārās un alternatīvās medicīnas praktiķi iegūst izglītību saskaņā ar Holistiskās medicīnas un naturopātijas asociācijas noteiktajām prasībām.

Izglītības un zinātnes ministrija akreditē visas Rīgas Stradiņa universitātes un Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes studiju programmas. Ministru kabineta noteikumi „Izglītības programmu minimālās prasības ārsta profesionālās kvalifikācijas saņemšanai” (spēkā no 2002. gada jūlija) nosaka minimālās profesionālās kvalifikācijas prasības ārstiem. Ministru kabineta noteikumi „Izglītības programmu minimālās prasības zobārsta, farmaceita, māsas un vecmātes profesionālās kvalifikācijas iegūšanai” (spēkā no 2002. gada februāra) nosaka minimālās prasības zobārstiem, farmaceitiem, māsām un vecmātēm.

Pēcdiploma apmācību kursu īpašo saturu un atkārtotas sertifikācijas prasības ārstiem, farmaceitiem, māsām u.c. izstrādā un apstiprina attiecīgās profesionālās asociācijas. Ārstniecības personu apmācības prasības ir pilnīgi tādas pašas gan valsts, gan privātajās mācību iestādēs.

4.2.4. Ārstu karjeras iespējas

Ārstu karjeras iespējas ir atkarīgas no viņu pašiniciatīvas, spējām un izvēles. Valstī nav standarta procedūras karjeras attīstībai. Pēc pēcdiploma izglītības iegūšanas lielākā daļa ārstu sāk strādāt kā speciālisti kādā ārstniecības iestādē. ĢĀ vai citi speciālisti var atvērt neatkarīgas prakses. Lai iegūtu apakšspecializāciju, ārstiem jāapmeklē tālākizglītības kursi. Pēc vairākiem gadiem ārstam ir iespējams kļūt par galveno ārstu vai direktoru. Tas ir atkarīgs no profesionālajām zināšanām un vadības prasmēm. Iestādes valde, kuru iecel īpašnieki, pieņem lēmumus par personāla paaugstināšanu amatā konkrētajā iestādē. Lēmumus par pašvaldību īpašumā esošas iestādes direktora vai direktora vietnieka iecelšanu amatā pieņem attiecīgā pašvaldība ņemot vērā iepriekšējā direktora(u) ieteikumus. Veselības ministrija iecel valsts ārstniecības iestādes vadītāju.

4.2.5. Citu ārstniecības personu karjeras iespējas

Citu ārstniecības personu karjeras iespējas arī atkarīgas no viņu pašiniciatīvas, spējām un izvēles. Valstī nav standarta procedūras karjeras attīstībai. Katrs medicīnas darbinieks sāk strādāt kādā iestādē un viņam ir karjeras iespējas. Māsas un farmaceiti var kļūt par iestāžu vadītājiem un to valdes locekļiem atkarībā no viņu spējām iegūt zināšanas par likumdošanu, vadības prasmēm un viņu tiešo vadītāju atbalsta.

5. Pakalpojumu sniegšana

Sabiedrības veselības jomu koordinē Veselības ministrija, bet pasākumus plāno un pārrauga galvenokārt SPKC, kas ir galvenā infekcijas un neinfekcijas slimību uzraudzības iestāde. SPKC iesaistās veselības veicināšanā un izstrādā Imunizācijas valsts programmu, ko īsteno ĢĀ un pediatri, un finansē NVD.

Gandrīz visi Latvijas iedzīvotāji ir reģistrējušies pie ĢĀ, kurš darbojas kā galvenais robežpunkts ieejai veselības aprūpes sistēmā un kā vārtsargs sekundārās ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes jomās. Lauku apvidos ārstu palīgi (feldšeri) vai vecmātes nodrošina būtisku primārās veselības aprūpes daļu. Pacienti ar ĢĀ nosūtījumu var brīvi izvēlēties ambulatorās vai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju (ārstniecības iestādi), kam ir līgums ar NVD. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi sniedz virkne ārstniecības iestāžu, ieskaitot pašnodarbinātus speciālistus, veselības centrus un slimnīcu ambulatorās nodaļas. Konkrētās situācijās pie dažiem speciālistiem iespējams vērsties bez ĢĀ nosūtījuma.

Kopš 2009. gada, kad tika īstenoti budžeta samazinājumi un pārstrukturēta slimnīcu nozare, dienas stacionāri kļuva par slimnīcu darbības svarīgu sastāvdaļu. 2010. gadā dienas stacionāra pakalpojumu sniedza 105 ārstniecības iestādes, ieskaitot gandrīz visas slimnīcas (37 no 39), kurām bija līgumi ar NVD. No 2008. līdz 2009. gadam dienas stacionāra pacientu skaits divkāršojās. Tajā pašā laikposmā slimnīcu skaits, kam bija līgumi ar NVD, divreiz samazinājās no 79 slimnīcām 2008. gadā līdz 39 – 2010. gadā. Pie kam vairākas vietējās slimnīcas tika pārveidotas par zemas intensitātes „aprūpes slimnīcām”, kas sniedz medicīnisko aprūpi pacientiem pēc izrakstīšanas no akūtās aprūpes slimnīcām. Lielāko daļu specializēto slimnīcu slēdza vai pārveidoja par dienas stacionāra un ambulatoro veselības pakalpojumu sniedzējiem. Turklāt garantētajā veselības pakalpojumu apjomā iekļāva jaunu veselības aprūpes pakalpojumu – veselības aprūpi mājās, kas ir medicīniska aprūpe, ko māsas vai ārstu palīgi sniedz hroniski slimiem pacientiem vai pacientiem pēc operācijām.

NVD kompensē izdevumus par kompensējamo zāļu sarakstā iekļautajām zālēm (100%, 75% vai 50% apmērā) atkarībā no pacientu veselības stāvokļa. Pacienti pilnībā maksā par daudzām receptšu un visām bezreceptšu zālēm ambulatorajā veselības aprūpē. 2012. gadā tika mainīta references cenu sistēma references sarakstā (kompensējamo zāļu saraksta A sarakstā). Kopš tā laika NVD kompensē tikai vienu farmaceitisko produktu no vienas references grupas.

Pakalpojumu sniedzēju izvēle valsts garantētās veselības aprūpes sistēmā nereti ir ierobežota, it īpaši lauku apvidos. Pacientiem jāgaida rindās un viņiem nav iespēju izvēlēties alternatīvus pakalpojumu sniedzējus. Ja rindas ir garas un ja līgumos ar NVD noteikto pacientu skaitam jau ir sniegti nepieciešamie pakalpojumi, tad pacientiem ir iespēja pilnībā (100%) apmaksāt veiktās ārstniecības izdevumus attiecīgajiem pakalpojumu sniedzējiem, kuriem ir vai nav līgumi ar NVD.

Ilgstoša aprūpe ir iekļauta sociālās aprūpes jomā, kas administratīvi un finansiāli ir pilnībā nodalīta no veselības sistēmas. Ilgstoša aprūpe vai cita veida sociālā aprūpe ietilpst Labklājības ministrijas atbildības sfērā. Finansējumu ilgstošas aprūpes iestādēm piešķir no valsts budžeta. To saņem specializētās ilgstošas aprūpes iestādes, tādas kā cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem vai cilvēkiem ar nopietnu invaliditāti. Pašvaldības piešķir finansējumu „vispārējās” ilgstošas aprūpes iestādēm, tādām kā veco ļaužu pansionātiem.

5.1. Sabiedrības veselība

Sabiedrības veselības pakalpojumus Latvijā sniedz valsts un tos finansē galvenokārt no valsts budžeta. Pašvaldības īsteno un finansē vietējās programmas, bet NVD maksā par dažiem pakalpojumiem, ko sniedz ĢĀ (piem., par imunizāciju). Par sabiedrības veselības pasākumiem Latvijā ir atbildīgas divas valsts iestādes – Veselības ministrija un SPKC. Veselības ministrija ir vissvarīgākā valsts iestāde, kas atbildīga par pašvaldību veselības veicināšanas pasākumu koordināciju un slimību profilakses pasākumiem. Tās padotībā darbojas SPKC. Citas iestādes, tādas kā Pārtikas un veterinārais dienests, kas darbojas Lauksaimniecības ministrijas pakļautībā, un Ceļu satiksmes drošības direkcija, kas darbojas Satiksmes ministrijas padotībā, ir svarīgas iestādes starpnozaru pieejas izveidei, lai veiksmīgi īstenotu veselības uzlabošanas pasākumus. Veselības uzlabošana ir viens no centrālajiem jautājumiem Sabiedrības veselības stratēģijā 2011. – 2017. gadam (sk. 2.6. un 7.1. sadaļu).

Slimību profilakses un kontroles centrs, kuru izveidoja 2012. gadā (sk. 6.1.4. iedaļu) ir Veselības ministrijas budžeta iestāde. Tā ir galvenā iestāde, kas veic infekcijas un neinfekcijas slimību uzraudzību. Tās galvenie uzdevumi ir izpētīt slimību uzliesmojumus, apkopot pakalpojumu sniedzēju ziņojumus par slimību gadījumiem, plānot un regulēt vakcinācijas programmas, pārraudzīt sabiedrības veselības programmas, kā arī apkopot un anāli-

zēt sabiedrības veselības informāciju (sk. 2.7.1. iedaļu). Veselības veicināšanas jomā SPKC sadarbojas ar Veselības ministriju un atbalsta tās darbību. Tas piedalās likumdošanas un veselības veicināšanas programmu izstrādē, kā arī vada to īstenošanu valsts un reģionālā līmenī. Praktiskais veselības veicināšanas darbs nereti tiek deleģēts vietējām pašvaldībām.

SPKC veselības veicināšanas programmu tēmas ir veselīgs uzturs, fiziskā aktivitāte, smēķēšanas izbeigšana, atkarību kontrole, garīgā veselība (pašnāvību novēršana), kā arī infekcijas slimību profilakse un kontrole. Programmu īstenošanas laikā tiek organizētas kampaņas, lai informētu un izglītotu iedzīvotājus, tiek sagatavoti un izplatīti materiāli profesionālai izglītībai, kā arī veikti apsekojumi. Visas veselības veicināšanas programmas finansē no valsts budžeta. SPKC vada arī HIV/AIDS profilakses kabinetu un atbalsta šādu kabinetu darbu reģionos (nodrošinot HIV testu materiālus, prezervatīvus utt.). SPKC sagatavo epidemioloģijas biļetenu.

Galvenie SPKC partneri ir NVO (piem., Apvienība HIV.LV, utt), kā arī valsts un pašvaldību organizācijas ārpus tradicionālās veselības sistēmas (sk. 2.6. sadaļu). Satiksmes ministrijas padotībā esošajam Ceļu satiksmes drošības direktorātam ir svarīga loma cīņā ar satiksmes negadījumos gūtām traumām un letāliem gadījumiem, kas ir nopietna problēma Latvijā.

Infekcijas slimību uzraudzības tiesisko regulējumu nosaka vairāki likumi un noteikumi, it īpaši divi zemāk norādītie:

- Epidemioloģiskās drošības likums (1997) regulē epidemioloģisko drošību un nosaka valsts iestāžu, vietējo pašvaldību, kā arī fizisko un juridisko personu tiesības un pienākumus epidemioloģiskās drošības jomā, tostarp vides sanitārhygiēniskā stāvokļa kontroli un infekcijas slimību epidemioloģisko uzraudzību.
- „Infekcijas slimību paziņošanas kārtība” (MK noteikumi, 1999) nosaka paziņošanas kārtību infekcijas slimību uzliesmojumu gadījumos.

Infekcijas slimību uzraudzība ir pielāgota ES prasībām. Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, kas atrodas Stokholmā, pieprasa sniegt paziņojumus par infekcijas slimību gadījumiem. Šajā ziņā svarīga loma ir PVA pakalpojumu sniedzējiem. Informācija par AIDS pacientiem un HIV pozitīvām personām, kā arī par TB un STI pacientiem, vispirms jāiesniedz SPKC.

Likumdošana nosaka tūlītēju paziņošanu par:

- katru aizdomīgu bīstamas infekcijas slimības gadījumu (holēra, Sibīrijas mēris, mēris, dzeltenā kaite, Ebolas vīruss, Lasas drudzis, Mārburgas un citi hemorāģiskie drudži, epidēmiskais atguļas tīfs/*Brill-Zinsser* slimība, atguļas tīfs, SARS un citas bīstamas infekcijas, trakumsērga);
- trim vai vairāk botulisma, brucelozes, difterijas, ērcu encefalīta, *E. coli* 157, hemorāģiskā drudža ar nieru sindromu, legionelozes, leptospirozes, malārijas, meningokoku infekcijas, ornitozes, paratīfa, Q drudža, nozokomiālas infekcijas, trihinelozes, tularēmijas un vēdertīfa gadījumiem;
- pieciem vai vairāk A hepatīta, jersiniozes, salmonelozes, šigelozes, saindēšanās ar pārtiku, masalu, cūciņu, masaliņu, garā klepus, gripas (neepidēmijas sezonā), vīrusu meningīta un encefalīta gadījumiem, kā arī par nopietniem (hospitalizācijas) gadījumiem bez skaidras slimības etioloģijas;
- karantīnas slimību aizdomu gadījumiem uz valsts robežām;
- diviem vai vairāk blakusparādību gadījumiem pēc imunizācijas.

Latvijā nav valsts finansētu vai sponsorētu arodveselības pakalpojumu. Arodveselības un darba drošības jomā ir pieņemti un tiek īstenoti vairāki likumi un vairāk nekā 20 noteikumu. Šo jomu pārrauga Valsts darba inspekcija (Labklājības ministrijas padotībā). Finansējumu (ja tāds vispār ir) arodveselībai nodrošina darbadevēji. Rīgas Stradiņa universitātē darbojas pētniecības institūts – Darba un vides veselības institūts.

Imunizācijas valsts programma ir izstrādāta ņemot vērā PVO vadlīnijas un tā ietilpst SPKC atbildības lokā. SPKC izstrādā vakcinācijas kalendāru bērnu imunizācijai (sk. 5.1. tabulu). Dažos rajonos vakcinācija pret ērcu encefalītu ir iekļauta vakcinācijas kalendārā. PVA ģimenes ārsti, pediatri un ārstu palīgi veic bezmaksas vakcināciju. Pieaugušos vakcinē pret difteriju, stingumkrampjiem (ar īpašām indikācijām) un gripu (īpašas vecuma un augsta riska grupas).

Vakcinācijas aptvērums Latvijā parasti ir bijis ļoti augsts. Tomēr imunizācijas dati (sk. 5.1. tabulu) liecina, ka kopš 2008. gada šis aptvērums ir samazinājies un tagad ir zem ES vidējā rādītāja saistībā ar vairākām vakcīnām un arī mazāks nekā PVO noteiktais vispārējais mērķis – 95%.

5.1. tabula

Bērnu vakcinācijas kalendārs un imunizācijas īpatsvars (% no kopējā bērnu skaita), 2008–2010

Infekcijas slimība	Vecums/immunizācijas reize	Imunizācijas īpatsvars (%)		
		2008	2009	2010
Difterija/stingumkrampji	1 gads/3. reize	97.4	97.8	92.2
	2 gadi/4. reize	97.0	91.3	88.5
	8 gadi/5. reize	98.1	95.0	93.9
	15 gadi/6. reize	92.7	89.2	85.6
Garais klepus	1 gads/3. reize	97.4	97.8	92.2
	2 gadi/4. reize	97.0	91.3	88.5
Poliomielīts	1 gads/3. reize	97.4	97.8	92.2
	2 gadi/4. reize	97.0	91.3	88.5
	8 gadi/5. reize	98.1	95.0	93.9
	15 gadi/6. reize	92.7	89.2	85.6
Masalas	16–23 mēneši/1. reize	97.3	92.9	90.1
	8 gadi/2. reize	97.4	94.3	94.1
	15 gadi/2. reize	–	–	–
Masaliņas	16–23 mēneši/1. reize	97.3	92.9	90.1
	8 gadi/2. reize	97.4	94.3	94.1
	13 gadi/2. reize(meitenēm)	–	–	–
Cūciņas	16–23 mēneši/1. reize	97.3	92.9	90.1
	8 gadi/2. reize	97.4	94.3	94.1
	15 gadi/2. reize	–	–	–
Tuberkuloze	1 gads/1. reize	96.6	97.4	94.4
Vīrusu hepatīts B	1 gads/3. reize	95.6	95.1	91.4
<i>Haemophilus influenzae</i>	1 gads/3. reize	97.3	97.6	91.1

Avots: SPKC, 2012a.

Dažas vietējās iestādes (ja tām ir pietiekami resursu) pieņem darbā ārstu vai vidējā līmeņa praktiķi darbam skolās un bērnudārzos, kur viņi īsteno veselības veicināšanas un veselības izglītības pasākumus.

Latvijā ir trīs iedzīvotāju veselības skrīninga programmas: viena ir jaundzimušajiem, lai noteiktu iedzimtu fenilketonūriju un hipotireozī; otra ir grūtniecēm; un trešā ir vēža (krūts, kolorektālā un dzemdes kakla) izmeklējumu programma, kuru uzsāka 2009. gadā. NVD finansē visas trīs programmas.

Vēža skrīninga programmas satvarā sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem reizi trijos gados veic dzemdes kakla citoloģiskos izmeklējumus. Mamogrāfijas izmeklējumus izdara reizi divos gados sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem. Visiem iedzīvotājiem, kas vecāki par 50 gadiem, reizi gadā vajadzētu veikt slēpto asiņu izmeklējumus fēcēs. NVD izsūta uzaicinājuma vēstules mērķa grupas sievietēm krūts un dzemdes kakla vēža izmeklējumu veikšanai. Kolorektālā vēža izmeklējumu nozīmēšana ir ĢĀ (oportunistiskais skrīnings) atbildības lokā. Tomēr 2009. gadā – programmas īstenošanas pirmajā gadā – iedzīvotāju atsaucība bija diezgan zema. Saskaņā ar NVD iekšējiem datiem tikai 7% mērķgrupas iedzīvotāju izmantoja iespēju veikt kolorektālā vēža skrīningu un 21% – krūts vēža izmeklējumus.

5.2. Pacientu iespējas

5.1. attēlā redzama pacientu plūsma veselības aprūpes sistēmā. Zemāk minētas visbiežāk sastopamās pacientu izvēles (sīkāka informācija par pakalpojumu sniedzējiem lasāma nākamajās iedaļās):

- gandrīz katrs pacients (96%) ir reģistrējies pie ĢĀ, kurš darbojas kā robežpostenis ieejai veselības aprūpes sistēmā un kā sekundārās ambulatorās veselības un stacionārās veselības aprūpes vārtis;
- saslimšanas gadījumā pacients dodas vai nu pie sava ĢĀ un maksā par to līdzmaksājumu, vai arī pie viena no speciālistiem, kuru var apmeklēt bez nosūtījuma (sk. 5.1. attēlu);
- ĢĀ vai nu pats ārstē pacientu vai izraksta nosūtījumu (a) uz veselības centru laboratorisku vai attēlveidošanas izmeklējumu veikšanai; (b) pie speciālista (tajā pašā veselības centrā); vai (c) uz slimnīcu;
- ja speciālists pats var ārstēt pacientu, tad nosūtījums atpakaļ pie ĢĀ var notikt vai nenotikt. Ja pacientam nepieciešams papildu veselības stāvokļa novērtējums vai ārstēšana, speciālists var nosūtīt pacientu (a) pie cita speciālista (veselības centrā), (b) tālākai diagnostiskai izmeklēšanai (veselības centros) vai (c) uz slimnīcu;
- NMP dienesti arī var nosūtīt pacientus uz slimnīcām (sk. 5.5. iedaļu);
- pacients ar nosūtījumu var brīvi izvēlēties jebkuru ambulatorās vai stacionārās veselības aprūpes sniedzēju (ārstniecības iestādi), kuram ir līgums ar NVD. Tomēr reālā situācija liecina, ka pakalpojumu sniedzēju izvēle ir ierobežota garo rindu un lielā attāluma dēļ. Tas it īpaši attiecas uz lauku apvidiem;
- rindas ir īpaši garas vai arī, ja pakalpojumu sniedzēji ir snieguši pakalpojumus līgumos ar NVD noteikto pacientu skaitam, tad pacientiem ir iespēja pilnībā (100%) samaksāt par ārstniecību tiem pakalpojumu sniedzējiem, kuriem ir vai nav līgumi ar NVD;
- pēc izrakstīšanas no slimnīcas pacientus var nosūtīt uz rehabilitāciju vai nozīmēt viņiem veselības aprūpi mājās.

5.1. attēls

Pacientu plūsma

5.3. Ambulatorā veselības aprūpe

Ambulatoro veselības aprūpi veido primārā un specializētā (sekundārā) ambulatorā veselības aprūpe. Neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi ir īpaši ambulatorās aprūpes pakalpojumi, kas aprakstīti 5.5. daļā. Kopš 1990to gadu paša sākuma ambulatorās veselības aprūpes jomā ir veiktas lielas reformas. To mērķis bija stiprināt primārās un sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumus vienlaicīgi mazinot stacionārās veselības aprūpes nozīmi. 1991. gadā ambulatoro iestāžu skaits palielinājās no 393 līdz 1727 (ieskaitot 1577 ārstu prakses) 2004. gadā un līdz 4662 (ieskaitot 2280 ārstu prakses) 2011. gada beigās (VI, 2012b). Līdz 1990. gadam ambulatoro veselības aprūpi lielpilsētās un lielākās mazpilsētās sniedza poliklīnikās, kurās strādāja daudz speciālistu, ārstu, zobārstu, māsu, pediatru un paramedicīnas speciālistu (piem., fizioterapeiti). Lauku apvidos ambulatoro veselības aprūpi sniedza vietējais internists un māsa vai feldšeris (ārsta palīgs).

Uz šīs bāzes veidojās pašreizējā ambulatorā veselības aprūpes sistēma. Lielākā daļa poliklīniku un mazo slimnīcu kļuva par veselības centriem, kas sniedz primāro un sekundāro ambulatoro veselības aprūpi. Veselības aprūpes iestādes lielākoties pieder valstij un pašvaldībām, bet ir izveidotas arī publiskās un privātās partnerības (starp pašvaldībām un ārstiem), kā arī privātās ārstniecības iestādes, kas lielākoties atrodas Rīgā. Ģimenes medicīnas ieviešana 1991. gadā (sk. 4.2.1. iedaļu par ĢĀ skaita pieaugumu Latvijā) un neatkarīgu prakšu izveide ir ievērojami mainījuši ambulatoro veselības aprūpi Latvijā. 5.2. attēls atspoguļo ambulatoros kontaktus ar ārstiem uz vienu cilvēku gadā, ieskaitot primāro un sekundāro ambulatoro veselības aprūpi Latvijā un izvēlētajās valstīs kopš 1990. gada. Ambulatoro kontaktu skaits uz vienu cilvēku Latvijā palielinājās no pieciem 2000. gadā līdz sešiem 2008. gadā. 2009. gadā, kad tika ieviesti budžeta samazinājuma pasākumi un palielināti lietotāju maksājumi, ambulatoro kontaktu skaits Latvijā noslīdēja līdz 5.6 uz vienu cilvēku gadā. Šo kontaktu skaits ir krietni zem ES vidējā rādītāja, kas ir 7 uz vienu cilvēku gadā. Saskaņā ar NVD datiem (NVD, 2012a) 2010. gadā bija gandrīz 14 miljoni ambulatoro kontaktu. Apmēram puse no tiem bija ar PVA ārstiem (6.7 miljoni). Atlikusī puse sadalījās starp speciālistiem (3.2 miljoni) un diagnostiskiem izmeklējumiem (4.1. miljons).

5.2. attēls

Ambulatorie kontakti uz vienu cilvēku gadā Latvijā un izvēlētajās valstīs no 1990. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

5.3.1. Primārā aprūpe

Lielāko daļu primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedz PVA ārsti (ģimenes ārsti). Tie ir sertificēti ĢĀ, internisti vai pediatri, kuriem ir līgums ar NVD par PVA pakalpojumu sniegšanu. 2010. gada beigās 97% no PVA ārstiem bija ar atbilstošu ĢĀ izglītību, 1% – ar internista un 2% – ar pediatra izglītību. Apmēram 80% ĢĀ strādā kā pašnodarbinātie. Atšķirība starp „pašnodarbināto” un „privāto” ĢĀ ir saistīta ar juridisko un nodokļu maksātāja statusu saskaņā ar Latvijas likumdošanu. Pašnodarbinātais ĢĀ maksā ienākumu nodokli no praksē gūtajiem ienākumiem, bet „privātais” ĢĀ skaitās sabiedrība ar ierobežotu atbildību, kurai jāmaksā atbilstīgi nodokļi. Tikai neliela daļa ĢĀ, t.i., 7% ir veselības centru vai slimnīcu darbinieki. NVD slēdz līgumus tieši ar ĢĀ, ja viņi ir pašnodarbinātie vai strādā privātā sektorā. Ja ĢĀ ir pieņemts darbā kādā ārstniecības iestādē, tad līgums tiek slēgts starp attiecīgo veselības centru vai slimnīcu un NVD.

5.2. tabula

PVA atrašanās vietas un ĢĀ juridiskais statuss pa reģioniem, 2010

Reģioni	Kopējais ĢĀ skaits	Pašnodarbinātie	Privātie	Pieņemti darbā
Kurzeme	217	169 (77.9%)	33 (15.2%)	15 (6.9%)
Latgale	186	171 (91.9%)	15 (8.1%)	0 (0.0%)
Rīga	575	436 (75.8%)	68 (11.8%)	71 (12.3%)
Vidzeme	187	152 (81.3%)	31 (16.6%)	4 (2.1%)
Zemgale	212	170 (80.7%)	30 (14.2%)	12 (5.7%)
Kopā	1 377	1 098 (79.7%)	177 (12.9%)	102 (7.4%)

Avoti: NVD, 2011; VI, 2012b.

Garantēto veselības pakalpojumu apjomu, kas jānodrošina ģimenes ārstiem, nosaka Ministru kabineta noteikumi „Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” (2009. gada marts). Šis pakalpojumu apjoms ir tālāk konkretizēts standartlīgumos ar NVD (NVD, 2012c). Ģimenes ārsti veic bērnu, pieaugušo un veco ļaužu medicīnisko izmeklēšanu, diagnostiku un ārstēšanu akūtu un hronisku saslimšanu gadījumos. Viņi ir atbildīgi par zāļu izrakstīšanu no kompensējamo zāļu saraksta un veic ambulatoras ķirurģiskas procedūras. Viņi arī sniedz ģimenes plānošanas pakalpojumus un īsteno profilaktiskus pasākumus (skrīningu un imunizāciju), iesaistās veselības veicināšanā un veselības izglītībā.

Pacienti var brīvi izvēlēties ģimenes ārstu Latvijā, pie kura reģistrēties, un var to mainīt jebkurā laikā. Katram ĢĀ ir noteikts savs mikrorajons un ĢĀ var atteikties pieņemt pacientus no cita ārsta mikrorajona, ja viņa sarakstā jau ir 2000 pieaugušo pacientu un 800 bērnu (izņēmums attiecas uz gadījumiem, kad citi ģimenes locekļi jau ir reģistrēti pie konkrētā ĢĀ).

Saistībā ar bērniem līdz 18 gadu vecumam pediatri var darboties kā ģimenes ārsti. Gandrīz visi Latvijas iedzīvotāji (96% 2010. gada beigās) ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta; reģistrācija ir brīvprātīga. 2010. gadā ģimenes ārstiem bija vidēji 1564 reģistrētu pacientu. Diemžēl ĢĀ sadalījums pa reģioniem ir ļoti atšķirīgs. Gandrīz 15% ĢĀ (galvenokārt lauku apvidos) ir 2000 pacientu vai vairāk un apmēram 10% ĢĀ (lielākoties pilsētu teritorijās) ir tikai 1000 pacientu vai pat mazāk. Faktiski lauku iedzīvotāju izvēle ir ierobežota nelielā ārstu skaita dēļ.

Ģimenes ārsti ir pieejami 20 līdz 25 stundas nedēļā katru darba dienu. Citā laikā pacientu aprūpi nodrošina dežurējošie ĢĀ; slimnīcu uzņemšanas un neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas, kas ir atvērtas visu diennakti; veselības centru steidzamās aprūpes nodaļas un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes (sk. 5.5. sadaļu). Jāpiebilst, ka dežurējošie ĢĀ parasti ir pieejami tikai pilsētu teritorijās.

Ģimenes ārsti darbojas kā vārtsargi. Viņi izraksta nosūtījumus pie ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem un stacionāra pakalpojumu saņemšanai. Bērni un grūtnieces var uzreiz doties attiecīgi pie pediatra un ginekologa. Pacienti ar konkrētām saslimšanām (piem., vēzi vai diabētu) var doties tieši pie attiecīgajiem speciālistiem (sk. 5.2. attēlu). Pacienti ar ĢĀ nosūtījumu var brīvi izvēlēties jebkuru sekundārās ambulatorās vai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kam ir līgums ar NVD. Lai gan ĢĀ var izrakstīt neierobežotu skaitu nosūtījumu pie speciālistiem, tomēr kopējais (finansiālais) apjoms nosūtījumiem diagnostiskiem izmeklējumiem ir ierobežots.

Bez ģimenes ārstiem darbojas arī 162 feldšeru/vecmāšu punkti, kas galvenokārt atrodas lauku apvidos. 2011. gada beigās tie sniedza daudz primārās veselības aprūpes pakalpojumu, it īpaši profilaktiskos pakalpojumus un veselības aprūpi hroniskos gadījumos. Feldšeriem ir vidējā līmeņa medicīniskā izglītība un vairāk pienākumu nekā māsām. Nepieciešamības gadījumā viņi nosūta pacientus pie ĢĀ. Lielākā daļa feldšeru/vecmāšu punktu pieder pašvaldībām, kuras nodrošina arī attiecīgu finansējumu. Šie punkti darbojas kā neatkarīgi pakalpojumu sniedzēji (bez līgumiem ar NVD). Daži punkti (66) pieder pašvaldībām, bet tiem ir līgumi ar NVD. Citi, savukārt, darbojas kā ĢĀ prakšu satelītkabineti lauku apvidos, kur tuvākās mazpilsētas ĢĀ pieņem vienu vai divas dienas nedēļā. Bez tam daži feldšeri un māsas strādā ĢĀ praksēs un nodrošina PVA pakalpojumu pieejamību astoņas stundas dienā katru darba dienu. Viņi palīdz ārstēt visas pacientu grupas, veic profilaktisko darbu, vienkāršus diagnostiskos izmeklējumus (asins paraugu ņemšanu utt.) un iesaistās veselības veicināšanā.

Zobārsti parasti ir pašnodarbinātie, lai gan daži strādā kā veselības centru darbinieki (sk. 5.12. sadaļu).

Primārās veselības aprūpes kvalitāte tiek regulāri vērtēta kopš 2000. gada, kad tika ieviests kapitācijas naudas modelis maksājumiem PVA ārstiem. Kvalitātes rādītājus izvērtē katru ceturksni (atkarībā no rādītāja) un iegūtie rezultāti nosaka prēmiju lielumu, kas var būt līdz 15% no ĢĀ kapitācijas naudas (sk. 3.7.1. iedaļu). Kvalitātes rādītāji galvenokārt ir strukturāli vai saistīti ar procesu. Piemēram, 2010. gadā tie ietvēra pieaugušo pacientu aptvērumu (reģistrēto pacientu, kuri apmeklēja ĢĀ, īpatsvars; bērnu, kuriem tika veiktas profilaktiskās apskates un iminuzācija, īpatsvars; 2. tipa diabēta pacientu, kuriem tika noteikts glikolizētā hemoglobīna HbA1c līmenis un mikroalbuminūrija, īpatsvars utt.). Apmēram 80% PVA ārstu ir novērtēti kā „labi” un ir saņēmuši prēmijas (sk. 3.8. tabulu). Turklāt brīvprātīgās kvalitātes piemaksas shēmas kontekstā dati tiek vākti no iesaistītajiem ĢĀ. Pašlaik šī shēma tiek pārskatīta.

5.3.2. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi nodrošina ārstniecības iestādes, kuru būtība un īpašumtiesību struktūras daudz neatšķiras no primārās veselības aprūpes iestādēm. Pie dažiem speciālistiem var doties uzreiz bez ģimenes ārsta nosūtījuma (sk. 5.2. attēlu), bet ir speciālisti, kuru apmeklējumam nepieciešams ĢĀ nosūtījums. Pacienti var brīvi izvēlēties jebkuru speciālistu, kuram ir līgums ar NVD.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe tiek sniegta neatkarīgā praksē, kurā parasti strādā viens speciālists vai nu kā pašnodarbinātais vai kā sabiedrība ar ierobežotu atbildību. Vairums šo prakšu atrodas īrētās telpās veselības centros, kuri pieder vietējām pašvaldībām. Slimnīcu ambulatorajās klīnikās vai veselības centros nodarbinātie speciālisti ierindojas otrajā vietā ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ziņā. Veselības centros strādājošo speciālistu skaits var ievērojami atšķirties. Mazos veselības centros lauku apvidos strādā trīs līdz pieci speciālisti, bet lielos Rīgas veselības centros – līdz pat 100 speciālistu. Bez tam darbojas arī daudz diagnostikas centru, kuros veic vizuālo diagnostiku (radiologi), laboratorijas izmeklējumus, funkcionālo diagnostiku (piem., endoskopiju), utt. Daudzi speciālisti strādā dažādās klīnikās (slimnīcās un/vai veselības centros) un viņiem ir arī privātprakse, jo klīniku budžeta ierobežojumi neļauj viņiem strādāt pilnu slodzi. Visi pakalpojumu sniedzēji vēl papildus valsts finansētajiem pakalpojumiem piedāvā pakalpojumus, par kuriem pacientiem jāveic tiešmaksājumi (vai jānorēķinās izmantojot brīvprātīgo veselības apdrošināšanu). Daži šādi pakalpojumi ir iekļauti NVD apmaksātajā veselības pakalpojumu apjomā, bet šo pakalpojumu saņemšanai jāgaida garās rindās (sk. 7.3.1. iedaļu). Te īpaši jāmin mēneša vai gada beigās, kad pakalpojumu sniedzēji jau ir izmantojuši līgumos ar NVD noteikto pakalpojumu skaitu. Ja tā notiek, tad pakalpojumu sniedzēji var piedāvāt pakalpojumus par pilnu samaksu.

5.3.3. Dienas stacionārs un ambulatorā ķirurģija

Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (2006) dienas stacionārā veic diagnostiskos izmeklējumus vai ārstniecību, ko nevar veikt ambulatori to sarežģītības vai ilguma dēļ, bet kam nav nepieciešama hospitalizācija parastās slimnīcas nodaļā. Dienas stacionāra definīcijā nav iekļauts laika ierobežojums. Ja ārstēšana jāturpina nākamajā dienā un pacienti nespēj doties mājās, viņiem ir iespēja izmantot viesnīcas veida gultas slimnīcās. Par šādu naktsmītni viņiem jāmaksā tiešmaksājumi, ja vien

viņi nav iekļauti Sociālā drošības tīkla stratēģijas (sk. 6.1.2. iedaļu) satvarā. Dienas stacionāra pakalpojumus Latvijā uzskata par ambulatoriem pakalpojumiem un par tiem maksā no NVD ambulatorās veselības aprūpes budžeta. Pacientus uz dienas stacionāru parasti nosūta ģimenes ārsti vai citi speciālisti.

Kopš 2000. gada vairākas slimnīcas ir sākušas ieviest dienas stacionāra pakalpojumus. Tikai no 2009. gada, kad ekonomikas krīzes ietekmē (sk. nākamo sadaļu) slimnīcu nozare tika pārstrukturēta, dienas stacionāri ir kļuvuši par svarīgu slimnīcu darbības sastāvdaļu. 2010. gadā dienas stacionāra pakalpojumus sniedza 105 ārstniecības iestādes, tostarp gandrīz visas slimnīcas, ar kurām bija noslēgti līgumi (37 no 39), veselības centri un dažas specializētās ambulatorās ārstniecības iestādes (piem., hemodialīzes veikšanai) (sk. 5.3. tabulu).

Skaitļi 5.3. tabulā atspoguļo ievērojamas izmaiņas, kas notikušas Latvijā, pārejot no stacionārās veselības aprūpes uz pakalpojumu sniegšanu dienas stacionārā. 2010. gadā dienas stacionārā uzņemto pacientu skaits, kam nepieciešama ārstēšana, bija turpat 125 000 – gandrīz divreiz vairā nekā 2008. gadā. Stacionārā veikto operāciju skaits no 2009. līdz 2010. gadam samazinājās par 30 000 (PVO Eiropas Reģionālais birojs, 2012b). Dienas stacionārā veikto operāciju, kuras Latvijā uzskata par ambulatorām, skaits palielinājās gandrīz par tikpat daudz (sk. 5.3. tabulu). Salīdzinot ar 2004. gadu dienas stacionāra pacientu īpatsvars no visiem slimnīcās ārstētajiem pacientiem ir palielinājies no 5.9% līdz 25.3%.

5.3. tabula

Dienas stacionāru un ambulatorās ķirurģijas darbības rādītāji Latvijā, 2007–2010

	2007	2008	2009	2010
Kopējais dienas stacionāru skaits	79	87	110	123
no tiem slimnīcas	34	38	57	55
dienas stacionāri, kam ir līgumi ar NVD	60	70	97	105
slimnīcas, kam ir līgumi ar NVD	34	37	39	37
Dienas stacionāra gultu skaits	884	1 050	1 623	2 119
kā % no slimnīcu kopējā gultu skaita	5.1	6.2	11.2	17.8
Kopējais dienas stacionāros uzņemto pacientu skaits	47 335	54 422	71 164	124 950
kā % no kopējā slimnīcās uzņemto pacientu skaita	9.0	10.6	16.9	33.2
Uzņemto pacientu skaits dienas stacionāros, kam ir līgumi ar NVD	46 388	52 760	65 196	82 030
kā % no NVD slimnīcu pacientu skaita	9.7	11.1	17.5	25.3
Kopējais ambulatori veikto ķirurģisko operāciju skaits	137 278	128 403	138 698	173 076
no kurām dienas stacionāros veiktās operācijas	25 354	28 012	36 704	62 097
NVD apmaksātas dienas stacionāros veiktās operācijas	n/a	22 219	27 528	40 673
Avots: VEC, 2011a.				

Vissvarīgākie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi 2010. gadā (NVD, 2011) bija šādi:

- invazīvā kardioloģija (koronārā angiogrāfija, koronārā angioplastija), kas veidoja apmēram 40% no visiem dienas stacionāra izdevumiem;
- ķirurģiski pakalpojumi (uroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, ginekoloģija, traumatoloģijas ortopēdija, vispārēji ķirurģiski pakalpojumi), kas veidoja apmēram 19% no visiem dienas stacionāra izdevumiem;
- hroniska hemodialīze, kas veidoja apmēram 15% no visiem dienas stacionāra izdevumiem;
- cita veida ārstniecība (13.3%).

Sociālo aprūpi var sniegt arī dienas centros, bet tā ir Labklājības ministrijas un vietējo pašvaldību atbildība. Dienas centrs ir iestāde, kas nodrošina aprūpi dienas laikā. Tā ietver attīstības prasmes, izglītības un atpūtas iespējas. Šos pakalpojumus sniedz daudzām iedzīvotāju grupām (veciem ļaudīm, cilvēkiem ar dažādiem garīgās veselības stāvokļiem, utt.). (Sk. 5.1. sadaļu).

5.4. Stacionārā veselības aprūpe

Visu valsts garantēto veselības aprūpi slimnīcās finansē NVD balstoties uz līgumiem, ko tās noslēgušas ar NVD (sk. 3.3.4. iedaļu). Vienīgais izņēmums līdz 2012. gadam bija Valsts infektoloģijas centrs, kura darbu tieši finansēja Veselības ministrija. Tagad tas ir iekļauts Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas sastāvā (sk. 6.1.4. iedaļu). Valsts apmaksātu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju saraksts ir ietverts Ministru kabineta noteikumos.

Latvijas slimnīcas tiek klasificētas saskaņā ar to īpašumtiesību struktūru un juridisko statusu: valsts slimnīcas pieder valstij un tās atskaitās Veselības ministrijai; pašvaldību slimnīcas; un privātās slimnīcas. Valsts slimnīcas ir valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību. Pašvaldību slimnīcas ir sabiedrības ar ierobežotu atbildību. Mazākas (vietējās) slimnīcas un dažas lielākas (reģionālās) slimnīcas parasti pieder pašvaldībām, bet lielākas terciārās veselības aprūpes slimnīcas (universitātes slimnīcas) un specializētās (vienprofila) slimnīcas (piem., psihiatriskās slimnīcas) pieder Veselības ministrijai. Vēl viens veids, kā noteikt slimnīcu kategoriju, ir pievērsties to sniegtajiem pakalpojumiem: (1) daudzprofilu slimnīcas (ar vismaz divām specializētām nodaļām) valsts (universitātes slimnīcas), reģionālā un vietējā līmenī. Atšķirība starp reģionālajām un vietējām slimnīcām ir saistīta ar diennakts dežurējošo speciālistu skaitu (vismaz triju veidu speciālisti vietējās slimnīcās un vismaz septiņu veidu – reģionālajās slimnīcās); (2) specializētās (psihiatriskās, narkoloģijas, dzemdību, traumatoloģijas un rehabilitācijas) slimnīcas; un (3) veselības aprūpes slimnīcas, kuras sniedz zemas intensitātes nespecializētu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus.

5.4. tabulā redzams to slimnīcu sadalījums, kurām ir līgumi ar NVD par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu 2008. un 2010. gadā (salīdziniet ar 4.1. tabulu, kur iekļautas visas slimnīcas valstī). No 2008. līdz 2010. gadam ievērojami samazinājās to slimnīcu skaits, kam bija līgumi ar NVD. Rezultātā dažām slimnīcām, kas ietvertas 4.1. tabulā, tagad ir līgumi tikai par dienas stacionāra vai ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, lai gan šīm slimnīcām joprojām ir pietiekams gultu skaits un tās spēj sniegt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus (bez līgumattiecībām ar NVD). 2009. gadā Veselības ministrija īstenoja plašas slimnīcu nozares reformas. Tika mainītas struktūras un divkārt samazināts slimnīcu skaits. Vairākas vietējās slimnīcas kļuva par zemas intensitātes veselības aprūpes slimnīcām ar ambulatorās un dienas stacionāra veselības aprūpes nodaļām. Dažās no tām vairs nesniedz stacionāro veselības aprūpi, bet gan tikai ambulatoros un dienas stacionāra pakalpojumus. Visas rehabilitācijas slimnīcas (izņemot vienu) kļuva par ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējām piedāvājot arī pakalpojumus dienas stacionāra nodaļās. 2008. gadā bija 79 slimnīcas, kas piedāvāja valsts garantētus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, bet 2010. gada beigās tikai 39 slimnīcām joprojām bija līgumi ar NVD. Slimnīcu administrācija pieņem darbā personālu (ieskaitot ārstus), kam maksā algas (sk. 3.7. sadaļu).

5.4. tabula

Slimnīcu, kas sniedz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar līgumu ar NVD, skaits pēc pakalpojumu veida

Slimnīcas veids	2008	2010
Daudzprofilu neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcas	35	21
Universitātes	3	3
Reģionālās	9	7
Vietējās	23	11
Veselības aprūpe (zemas intensitātes)	–	6
Specializētās	30	12
Psihiatriskās	9	6
Narkoloģijas	2	1
Dzemdību	1	1
Traumatoloģijas	1	2
Rehabilitācijas	7	1
Zobārstniecības	2	–
Paliatīvās aprūpes	5	–
Onkoloģijas	1	1
Tuberkulozes	1	–

Slimnīcas veids	2008	2010
Dermatoloģijas	1	–
Citas mazas pašvaldību vai privātās zemas intensitātes slimnīcas	14	–
Kopā	79	39

Avoti: VOAVA, 2009 (par 2008. gadu); Veselības norēķinu centrs, 2011 (par 2010. gadu).

Stacionārās veselības aprūpes aizstāšana ar lētāko ambulatoro aprūpi bija viena no galvenajām Latvijas veselības aprūpes jomas reformu iezīmēm kopš 1990to gadu vidus. Akūto pacientu slimnīcu gultu skaits uz 1000 iedzīvotājiem samazinājās no apmēram 10 gultām 1990to gadu pašā sākumā līdz apmēram 3.4 gultām 2010. gadā (sk. 4.1.2. iedaļu). Izrakstīto stacionāra pacientu skaita samazinājums nebija tik dramatisks kā gultu skaita samazinājums (sk. 5.5. tabulu). To var izskaidrot ar vidējā uzturēšanās ilguma samazināšanos (sk. 4.1.2. iedaļu) slimnīcās un samērā stabilu gultu noslogojumu. Līdz 2008. gadam izrakstīto pacientu skaits Latvijā saglabājās ievērojami virs ES27 vidējā skaita – 178 pacienti uz 1000 iedzīvotājiem, lai gan tagad šis skaits ir noslīdējis zem 178. Pie kam pēdējā laikā ievērojami samazinājies no slimnīcām izrakstīto pacientu skaits atsevišķās slimību grupās, tādās kā asinsrites sistēmas slimības, traumas vai psihiski traucējumi.

5.5. tabula

No stacionāra izrakstīto pacientu skaits uz 1000 iedzīvotājiem

SSK-10	Diagnoze	2006	2007	2008	2009	2010
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	9.4	8.7	9.8	8.5	8.5
C00-C97	Ļaundabīgās neoplazmas	14.3	14.7	14.9	12.6	11.9
E00-E90	Endokrīnās, uztura izraisītās un vielmaiņas slimības	4.1	4.1	4.1	3.0	2.6
E10-E14	Cukura diabēts	2.1	1.9	2.1	1.5	1.3
F00-F99	Psihiskie un uzvedības traucējumi	19.9	19.7	18.1	14.4	14.3
G00-G99 H00-H95	Nervu sistēmas slimības	12.4	13.0	12.7	10.5	9.4
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	38.2	39.0	38.9	31.9	28.8
I21, I22	Aktīvs miokarda infarkts	3.2	2.9	2.7	2.4	2.2
I63	Cerebrālais infarkts	3.7	3.9	3.9	3.9	3.9
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	22.2	23.8	20.6	19.4	18.1
K00-K93	Greimošanas sistēmas slimības	19.4	19.2	19.4	16.1	15.3
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	4.3	4.3	4.0	2.9	2.6
M00-M99	Muskuļu un skeleta sistēmas un saistaudu slimības	16.0	16.4	17.0	12.3	9.4
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	15.0	15.2	15.0	11.5	9.4
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	37.9	39.1	38.4	32.6	27.0
P00-P96	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	15.8	16.2	14.7	13.6	13.6
S00-S99 T00-T98	Traumu, saindēšanās un citu ārēju iemeslu radītas sekas	22.8	21.2	20.8	17.8	15.9
A00-T98	Kopā	229.2	231.2	226.7	187.2	168.2

Avots: NVD, 2012a.

Stacionārā veiktu ķirurģisku procedūru skaits, kuram bija tendence palielināties saskaņā ar starptautisko tendenci 2008. gadā, strauji kritās 2009. un 2010. gadā (sk. 5.3. tabulu). Šo lielo samazinājumu var interpretēt kopsakarā ar dienas stacionārā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu skaita palielināšanos Latvijas slimnīcās (sk. iepriekšējo iedaļu), kas kompensēja stacionārā veikto ķirurģisko manipulāciju skaita samazināšanos.

5.3. attēls

Stacionārā veiktu ķirurģisko procedūru skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un izvēlētajās valstīs no 1990. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

5.5. Neatliekamā medicīniskā palīdzība

Neatliekamā medicīniskā palīdzība ir veselības aprūpes pakalpojums, ko sniedz ļoti daudzos gadījumos, sākot ar dzīvībai bīstamām situācijām līdz pat akūtiem gadījumiem, kad nepieciešama steidzama ārstēšana.

Neatliekamo medicīnisko palīdzību Latvijā sniedz:

- NMP iestādes brigāde vai ātrā palīdzība;
- slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas;
- traumpunkti (steidzamai medicīniskai palīdzībai).

2010. gadā noslēdzās lielas NMP strukturālās un vadības reformas. Tās tika veiktas, lai palielinātu sistēmas efektivitāti pirmshospitalizācijas un hospitalizācijas laikā. Kopš 2010. gada 1. jūlija visus NMP pakalpojumus sniedz viena centralizēta iestāde – Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (VNMPD). To veido pieci zvanu centri, kuros tiek saņemti zvani no visas Latvijas.

Pirms reformas ātro palīdzību pakalpojumus sniedza vairākas decentralizētas iestādes: slimnīcu NMP nodaļas, pašvaldību vai privātās NMP iestādes, kurām visām bija līgumi ar NVD. Tagad VNMPD ir valsts aģentūra, kas atrodas tieši Veselības ministrijas pakļautībā un tai ir fiksēts budžets. VNMPD pieņem darbā medicīnisko personālu. Ātrās palīdzības mašīnas pieder vai nu VNMPD, vai arī tiek nomātas no privātiem uzņēmumiem, kuri nodrošina arī šoferu pakalpojumus. VNMPD īpašumā esošo un nomāto mašīnu samērs ir 50:50.

VNMPD ir 186 ātro palīdzību brigādes, kuras sastāv no vismaz diviem paramediķiem un šofera. Izveidotas 57 ārstu brigādes (tostarp septiņas specializētās: kardioloģijas, toksikoloģijas, psihiatrijas, pediatrijas utt.), kuras veido ārsts un māsa vai ārsta palīgs; 129 brigādēs ir pa diviem paramediķiem katrā. Ātrās palīdzības mašīnas atrodas 98 vietās visā valstī. Tās transportē pacientus uz tuvāko piemērotāko slimnīcu saskaņā ar hospitalizācijas plānu.

NMP brigādēm jāizbrauc uz izsaukumiem noteiktā laika sprīdī:

- uz 75% izsaukumu lielpilsētās un mazpilsētās jāizbrauc 15 minūtēs (patiesībā 89% gadījumu uz visiem izsaukumiem tiek izbraukts 15 minūšu laikā, vidējais gaidīšanas laiks ir bijis 10 minūtes);
- uz 75% izsaukumu lauku apvidos jāizbrauc 25 minūtēs (patiesībā 81% gadījumu uz izsaukumiem tiek izbraukts 25 minūšu laikā, vidējais gaidīšanas laiks ir bijis 19.5 minūtes).

Būtiska VNMPD sastāvdaļa ir Neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas centrs (NMPKMC). Tas ir valstij piederošs specializēts medicīniskais dienests, ko izmanto slimnīcas gadījumos, kad to rīcībā esošās iespējas un resursi ir nepietiekami, lai glābtu pacienta dzīvību. NMPKMC ķirurģu brigādes dodas talkā kolēģiem dažādās novadu slimnīcās. Tās veic sarežģītas mugurkaula, neiroģirurģiskas un citas steidzamas operācijas slimnīcās, palīdz transportēt pacientus uz lielākām slimnīcām un transportēšanas laikā veic būtiskas dzīvību uzturošas darbības. NMPKMC var izsaukt arī pacienti, viņu radnieki vai darbadevēji, kurus neapmierina konkrētā slimnīcā ārstētajam pacientam sniegtā veselības aprūpe (pat ārpus Latvijas robežām). Šādos gadījumos pakalpojumu izmaksas netiek segtas no valsts budžeta, bet gan no pacientu personīgajiem līdzekļiem.

Slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas steidzamos gadījumos nodrošina ambulatoriem pacientiem nepieciešamo diagnostiku un ārstniecību, un tām ir arī uzņemšanas nodaļas stacionāra slimniekiem. Pacienti var paši ierasties neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās vai arī viņus var atvest ātrās palīdzības mašīnas. Vietējo daudzprofilu slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās visu diennakti dežurē vismaz pieci dažādi speciālisti. Reģionālajās slimnīcās dežurē septiņi dažādi speciālisti.

2010. gada beigās Latvijā bija 10 traumpunkti (steidzamas medicīniskās palīdzības sniegšanai). Traumpunkti ir ambulatoras nodaļas, kurās vismaz viens ārsts un māsa sniedz palīdzību pacientiem visu diennakti katru nedēļas dienu. Tie atrodas vai nu veselības centros vai slimnīcās; viens atradās Bērnu klīniskās universitātes slimnīcā Rīgā. Traumpunkti var darboties papildus neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļām.

Piemērs rīcībai pacientam kritiskā situācijā ir šāds:

Satiksmes negadījumā cietušam vīrietim ir laužti iegurnā kauli un viņam ir liela asiņošana:

- policija vai persona, kura pirmā ierodas notikuma vietā, izsauc ātro palīdzību;
- NMPKMC zvanu centra dispečers saņem zvanu;
- NMPKMC brigāde sniedz cietušajam neatliekamo medicīnisko palīdzību notikuma vietā un arī transportēšanas laikā uz tuvāko neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcu;
- pēc vietējā slimnīcā veiktas operācijas ķirurgi konstatē, ka viņi nevar apturēt iegurnā kaulu lūzumu radīto iekšējo asiņošanu ar slimnīcas rīcībā esošajiem resursiem. Vietējie ķirurgi zvina NMPKMC, lai transportētu pacientu uz tuvāko specializēto traumatoloģijas slimnīcu un transportēšanas laikā veiktu svarīgas funkcijas viņa dzīvības uzturēšanai.

5.6. Farmaceitiskā aprūpe

Likumdošana un politikas zāļu jomā ir Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta pārziņā. Bez tam ir vēl divas svarīgas iestādes, kas nodarbojas ar zāļu regulējumu: Zāļu valsts aģentūra, kas izsniedz atļaujas zāļu tirgošanai Latvijā, un NVD, kurš ir atbildīgs par zāļu kompensāciju un to cenu noteikšanu (sk. 2.8.4. iedaļu).

Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” ir izveidots kompensējamo zāļu saraksts, kurā iekļautas dažādas slimības (piem., diabēts, vēzis, garīgi traucējumi), kuru ārstēšanai zāļu izmaksas tiek kompensētas atkarībā no slimības smaguma pakāpes (sk. 2.8.4. un 3.4.1. iedaļas).

Ambulatorās veselības aprūpes jomā pacienti pilnībā maksā par lielu daļu recepšu zāļu un visām bezrecepšu zālēm. Patiesībā vairāk nekā 60% PTM ir saistīti tieši ar zāļu iegādi (sk. 7.2. attēlu). Saskaņā ar Pasaules Bankas (2010) aplēsēm apmēram 50% šo maksājumu ir par nekompensējamām recepšu vai bezrecepšu zālēm. Stacionāra pacienti saņem bezmaksas farmaceitisko aprūpi, jo zāļu izmaksas ir iekļautas stacionārās veselības aprūpes pakalpojumos.

Ambulatorās veselības aprūpes pacientiem jāmaksā LVL0.5 (Ā0.71) līdzmaksājums par recepti zālēm, kas iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā (100% kompensācijas gadījumā) un 25% līdzapdrošinājums (75% kompensācijas gadījumā) vai 50% (50% kompensācijas gadījumā). Mājsaimniecības, kuru ienākumi ir mazāki par LVL90 (Ā128) uz ģimenes locekli mēnesī, ir atbrīvotas no pacienta iemaksām, jo uz tām attiecas Sociālā drošības tīkla stratēģija (sk. 3.4.1. iedaļu). 2012. gadā tika mainīta references cenu sistēma A saraksta zālēm (sk. 2.8.4. un 6.1.5. iedaļu). Pēc ieviestajām izmaiņām tagad tikai vienām zālēm no references grupas ir references zāļu statuss un tās kompensē NVD.

Farmaceitisko produktu izplatīšanai tiek izmantota regulēta sistēma, kuru veido licencēti uzņēmumi, kas tos ražo un/vai izplata. 2012. gadā Latvijā bija 55 licencēti aktīvo farmaceitisko vielu vairumtirgotāji un septiņi licencēti ražotāji (Zāļu valsts aģentūra, 2012).

Vairumtirgotāji ir privāti uzņēmumi. Kopējais vairumtirgotāju (izņemot pārdošanu starp vairumtirgotājiem) medikamentu apgrozījums 2009. gadā samazinājās, 2010. gadā tas palika nemainīgs un 2011. gadā pieauga par 5% (sk. 5.6. tabulu) sasniedzot LVL205.75 miljonus (Ā290 miljoni).

So izaugsmi radīja cenu pieaugums 5% uz vienu recepti, kaut arī izrakstīto recepšu skaits nedaudz samazinājās. Zāļu pārdošanas segmentā vispārēja tipa aptiekām vadošā loma bija *Recipe Plus* ar 41% tirgus daļu, kam sekoja *Tamro* ar 23% tirgus daļu (LVL72.89 miljoni), *Roche Latvija* (LVL47.95 miljoni) un *Magnum Medical* – ar 17% tirgus daļu (Zāļu valsts aģentūra, 2012).

Vietējā ražošana aizņem apmēram 5% farmācijas tirgus (sk. 5.6. tabulu). Latvijas ražotāji lielāko daļu medikamentu eksportē (Latvijas Ķīmijas un farmācijas uzņēmēju asociācija, 2010).

Ārvalstu ražotāji Latvijā darbojas izmantojot pārstāvniecības, filiāles vai sabiedrības ar ierobežotu atbildību. Daži no tiem veic tikai veicināšanas un mārketinga darbības, bet citi atkal ir izveidojuši uzņēmumus un ir licencēti vairumtirgotāji.

Slimnīcas iepērk zāles no vairumtirgotājiem vai aptiekām. Lielus medikamentu iepirkumus veic konkursa kārtībā.

Lielākā daļa aptieku ir privātas. Grozījumi Farmācijas likumā (1998), kurus pieņēma 2001. gada jūnijā, un kuriem vajadzēja stāties spēkā 2011. gadā, paredzēja mainīt aptieku īpašumtiesību normas. Saskaņā ar šiem noteikumiem tikai farmaceitam vai vietējai pašvaldībai savā administratīvajā teritorijā (ar Veselības ministrijas atļauju) būtu bijušas tiesības izveidot savu aptieku. Tomēr farmācijas uzņēmumu ķēžu īpašnieki veica aktīvu lobēšanu, kuras rezultātā šīs prasības tika atceltas ar jauniem likuma grozījumiem 2010. gadā. Tagad aptieku var izveidot farmaceita prakses, kopprakses vai kapitālsabiedrības veidā. Ja tā tiek reģistrēta kā kapitālsabiedrība, tad vismaz 50% akciju jāpieder farmaceitam vai vismaz pusei kapitālsabiedrības valdes locekļu jābūt sertificētiem farmaceitiem. Patiesībā farmācijas tirgū dominē farmācijas uzņēmumu ķēdes. Visnozīmīgākā no tām ir AS *Sentor Farm Aptiekas*, kurai piederēja lielākā daļa no 10 ienesīgākajām vispārēja tipa aptiekām, kurām 2010. gadā bija vislielākais apgrozījums (Zāļu valsts aģentūra, 2012). Neliels skaits aptieku atrodas ārstniecības iestādēs. Lauku apvidos aptieku var izveidot arī farmaceita palīgi.

5.6. tabula

Rādītāji farmācijas tirgus attīstībai Latvijā, 2006–2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vispārēja tipa aptieku skaits	818	801	810	788	783	780
Vidējā cena par vienas receptes zālēm (LVL)	2.57	3.01	3.48	4.14	4.48	4.7
Vidējās cenas pieaugums par vienas receptes zālēm (%)	24	17	16	19	8	5
Patēriņš uz vienu cilvēku (LVL)	–	79	90	85	87	92
Recepšu skaits (miljonos)	57.8	59.9	58.8	47.5	44.0	43.9
Noteiktās dienas devas patēriņš uz 1000 iedzīvotājiem dienā	–	570	615	568	577	609
Kopējais farmācijas tirgus (vairumtirdzniecības apgrozījums) (miljonos LVL):	148.4	179.6	204.8	195.7	196.0	205.8
pārdošana vispārēja tipa aptiekām	117.6	144.7	168.0	164.3	166.9	173.3
pārdošana veselības aprūpes iestādēm	20.8	23.0	24.0	18.3	20.1	25.4
pārdošana ārstu praksēm	–	–	–	–	–	4.5
pārdošana veterinārām praksēm	–	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
pārdošana citiem pircējiem	10.0	11.8	12.7	13.0	8.8	2.4
Kopējā farmācijas tirgus pieaugums (%)	n/a	21.0	14.1	– 4.5	0.2	5.0
Importētās zāles (miljonos LVL)	139.8	169.2	193.9	184.8	187.0	196.1
Vietējo ražotāju kopējais apgrozījums (miljonos LVL)	57.5	68.7	74.3	67.5	71.5	76.4
Vietējo ražotāju apgrozījums Latvijā (miljonos LVL)	9.2	10.5	9.9	8.8	6.9	7.8
Vietējo ražotāju apgrozījums ārpus Latvijas (miljonos LVL)	48.3	58.3	64.4	58.7	64.6	68.6
Vietējo ražotāju daļa farmācijas tirgū (%)	5.8	5.8	5.4	5.6	4.6	4.7

Avots: Zāļu valsts aģentūra, 2012.

Zāļu patēriņa uz vienu iedzīvotāju nominālvērtība samazinājās 2009. gadā, bet palielinājās 2011. gadā sasniedzot LVL92 (Ä129) (sk. 5.6. tabulu). Zāļu patēriņš uz vienu cilvēku ir ievērojami pieaudzis kopš 2000. gada un prognozes liecina, ka tas turpinās palielināties. Tomēr zāļu patēriņš uz vienu cilvēku Latvijā ir zemāks nekā vidēji Rietumeiropā. 5.4. attēlā redzams, ka noteiktās dienas devas (NDD) patēriņš pieauga līdz 2008. gadam, bet samazinājās 2009. gadā. Tas notika sakarā ar ekonomikas situācijas pasliktināšanos un fiskālo konsolidāciju Latvijā. Augšupejoša tendence atkal bija vērojama 2010. un 2011. gadā.

5.4. attēls

NDD patēriņš uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā, 2007–2011

Avots: Zāļu valsts aģentūra, 2012.

5.7. Rehabilitācija/starpaprūpe

Ambulatorās rehabilitācijas un fizioterapijas pakalpojumus sniedz attiecīgi speciālisti veselības centros un slimnīcu stacionārās rehabilitācijas nodaļās. Stacionāro rehabilitāciju var veikt Nacionālajā rehabilitācijas centrā un vairākās daudzprofilu slimnīcās.

Ambulatoro rehabilitāciju veic atsevišķi speciālisti (monoprofesionāla medicīniskā rehabilitācija). Tie var būt fiziskās medicīnas un rehabilitācijas speciālisti, fiziskās medicīnas ārsti, rehabilitologi vai funkcionālie speciālisti, kuriem jākoordinē veselības aprūpe ar citām ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām.

Stacionārā rehabilitācija ietver virkni pakalpojumu, ko sniedz daudzozaru rehabilitācijas komanda (multiprofesionāla rehabilitācija). Pacientiem ar hroniskiem funkcionāliem ierobežojumiem ir izstrādāta ilgtermiņa medicīniskās rehabilitācijas programma. Tā ietver pacientu lietu pārzināšanu, lai nodrošinātu to, ka viņu funkcionālais stāvoklis regulāri (vismaz reizi gadā) tiktu pārbaudīts, kā arī dažādo nepieciešamo rehabilitācijas pakalpojumu koordinēšanu ar citām ārstniecības personām, ģimenes ārstu un pašvaldību sociālajiem dienestiem.

NVD maksā par rehabilitācijas pakalpojumiem, ja pacientiem ir attiecīgā speciālista nosūtījums. Šim speciālistam arī jāizstrādā medicīniskās rehabilitācijas plāns, kurā ietverti mērķi, tehnoloģijas un apstākļi rehabilitācijas pabeigšanai.

Starpaprūpes pakalpojumus sniedz daudzprofilu slimnīcu speciālās starpaprūpes nodaļās līdz 10 dienām (šo laiku var pagarināt). Starpaprūpi izmanto, lai pacientus varētu ātrāk izrakstīt no specializētajām slimnīcu nodaļām un lai ļautu viņiem atveseļoties kontrolētas, bet mazāk intensīvas medicīniskās aprūpes apstākļos. Pēc ķirurģiskām operācijām starpaprūpi sniedz arī mājās (veselības aprūpe mājās). To veic māsas vai ārsta palīgi ģimenes ārstu uzraudzībā. Medicīnisko aprūpi mājās nodrošina arī pacientiem, kuri nespēj pārvietoties, lai mazinātu hospitalizācijas nepieciešamību.

Labklājības ministrijas pārziņā darbojas sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēji. Šie pakalpojumi ir paredzēti cilvēkiem ar invaliditāti, t.i., personām ar redzes traucējumiem, personām ar dzirdes traucējumiem un personām ar funkcionāliem traucējumiem.

5.8. Ilgstoša aprūpe

Ilgstoša aprūpe Latvijā ir iekļauta sociālās aprūpes satvarā. Administratīvā un finansiālā ziņā tā ir atdalīta no veselības aprūpes pakalpojumiem. Ilgstoša aprūpe (kā tas ir sociālās aprūpes gadījumā) ir LM pārziņā. Finansējums ilgstošas aprūpes iestādēm daļēji tiek piešķirts no valsts budžeta (galvenokārt specializētajām ilgstošas aprūpes iestādēm, tādām kā cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem un smagu invaliditāti, bāreņiem līdz divu gadu vecumam u.c.) un daļēji no pašvaldību budžetiem („vispārējās” ilgstošas aprūpes iestādes, tādās kā veco ļaužu pansionāti). Arvien vairāk palielinās tādu gadījumu skaits, kad par pakalpojumiem maksā pacientu ģimenes.

Latvijā ir divu veidu ilgstošas aprūpes iestādes, kuras atšķiras pēc specializācijas un finansējuma avota:

- Specializētās ilgstošas aprūpes iestādes, kas saņem valsts budžeta finansējumu no LM. Tādu iestāžu pavisam ir 28, kurās uzturas aptuveni 3300 pacientu. To skaitā ietilpst iestādes pieaugušajiem ar garīgās veselības traucējumiem un smagu invaliditāti, neredzīgajiem, bāreņiem līdz divu gadu vecumam, bērniem ar fiziskās un psiholoģiskās attīstības problēmām līdz četrus gadu vecumam, kā arī bērniem ar invaliditāti vecumā no četriem līdz 18 gadiem, kuriem ir psiholoģiskās attīstības problēmas.

- Vispārējās ilgstošas aprūpes iestādes, kuras finansē vietējās pašvaldības. Tādu iestāžu ir pavisam 60, kurās mīt aptuveni 5000 klientu. Šīs iestādes nodrošina aprūpi veciem ļaudīm un cilvēkiem ar fiziskās veselības problēmām, kā arī bāreņiem no divu līdz 18 gadu vecumam.

Pensionāriem jāmaksā 85% no savām pensijām, lai segtu saņemto ilgstošas aprūpes pakalpojumu izmaksas.

Visas personas, kas uzturas sociālās aprūpes iestādēs, ir reģistrētas pie primārās veselības aprūpes ārsta. Viņi saņem PVA un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar tiem pašiem principiem kā pārējie Latvijas iedzīvotāji (t.i., valsts apmaksātus pakalpojumus).

Pašvaldības ir atbildīgas par sociālo pakalpojumu sniegšanu mājās un to finansēšanu. Apmēram 9000 cilvēku katru gadu saņēma aprūpi mājās (HSMTSA datu bāzes, 2007, nepublicēti dati), bet dienas stacionāros katru gadu uzturējās apmēram 23 000 cilvēku. Kopumā Latvijā tūkst ilgstošas aprūpes iestāžu (sk. 4.1. sadaļu), kā arī šim nolūkam paredzēta valsts un pašvaldību finansējuma.

5.9. Pakalpojumi neformālajiem aprūpētājiem

Pašlaik nav izveidota strukturāla pieeja pakalpojumu sniegšanai neformālajiem aprūpētājiem Latvijā.

5.10. Paliatīvā aprūpe

1977. gadā Latvijas Onkoloģijas centrā (pašreizējais Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Onkoloģijas centrs) izveidoja pirmo specializēto paliatīvās aprūpes nodaļu. Tajā bija un joprojām ir 25 paliatīvās aprūpes gultas. Aprūpi nodrošina daudzozaru komanda, kuras sastāvā ir specializēti onkologi, māsas, māsu palīgi, sociālie darbinieki, kapelāni un brīvprātīgie. Nepieciešamības gadījumā iespējams piesaistīt speciālistus no citām slimnīcas nodaļām.

Bez tam četrās reģionālajās slimnīcās (Daugavpilī, Liepājā, Rēzeknē un Ventspilī) ir apmēram 55 paliatīvās aprūpes gultas. Finansējums par paliatīvo stacionāro ārstniecību ir tāds pats kā pārējiem stacionāra pacientiem. Viņiem tikai jāsamaksā līdzmaksājums.

Pirms 2009. gada slimnīcu reformas dažās mazākās slimnīcās bija izveidotas paliatīvās aprūpes nodaļas. Tagad šīm slimnīcām ir līgumi tikai par paliatīvās ambulatorās aprūpes un dienas stacionāra pakalpojumu sniegšanu. Ja pacienti saņem paliatīvos ambulatoros vai dienas stacionāra ārstniecības pakalpojumus (ko finansē NVD), bet grib pavadīt nakti attiecīgajā iestādē, tad naktsmītnes izmaksas jāsedz vai nu pašvaldībām vai pacientiem pašiem. Jāpiebilst, ka paliatīvās aprūpes izmaksu segšanai var izmantot privātos sponsorus (labdarības fondus).

Bērniem ir izveidota specializēta paliatīvā aprūpe. 1998. gadā tika nodibināta nevalstiska organizācija Bērnu paliatīvās aprūpes biedrība un tajā pašā gadā Bērnu klīniskās universitātes slimnīca piedāvāja pirmos paliatīvās aprūpes pakalpojumus. Tie ietver konsultācijas pacientiem dažādās slimnīcas nodaļās, konsultācijas ar pacientu radniekiem visā Latvijā, kā arī aprūpi mājās Rīgā un tās apkaimē dzīvojošiem pacientiem.

Vispārējo (nespecializēto) paliatīvo aprūpi Latvijā sniedz ģimenes ārsti. Ņemot vērā to, ka Latvijā ir ļoti ierobežots specializētās paliatīvās aprūpes gultu skaits, ĢĀ ārstē tos pacientus, kuri izrakstīti no slimnīcām un gaida rindās, lai saņemtu stacionāro paliatīvo aprūpi. Jāpiebilst, ka ĢĀ rīcībā nav konkrētu paliatīvās aprūpes standartu; ir pieejamas tikai dažas vadlīnijas.

Personas, kas sniedz veselības aprūpi mājās (piem., māsas, ārstu palīgi, sociālie darbinieki), rūpējas arī par paliatīvajiem pacientiem, lai gan viņi parasti nav īpaši apmācīti paliatīvās aprūpes sniegšanai.

5.11. Garīgās veselības aprūpe

Veselības ministrija (Sabiedrības veselības departaments) ir atbildīga par valsts garīgās veselības politiku izstrādi un īstenošanu. Garīgās veselības jautājumi iekļauti 1997. gada Ārstniecības likuma XI nodaļā „Psihiskās slimības”. Tajā noteikti ārstniecības principi, obligāta hospitalizācija psihiatriskajās slimnīcās un citas normas. Garīgai veselībai uzmanība pievērsta arī Sabiedrības veselības stratēģijā 2011. – 2017. gadam (sk. 7.1. sadaļu). Veselības ministrija sadarbībā ar PVO ir izstrādājusi pamatnostādnes „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009. – 2014. gadam”. Šī pārskata tapšanas laikā pamatnostādņu īstenošanas plāna projekts laikposmam no 2012. līdz 2014. gadam bija nodots sabiedriskai apspriešanai.

No 2007. gada līdz pat tās slēgšanai 2009. gadā Sabiedrības veselības aģentūra (SVA) bija atbildīga par garīgās veselības veicināšanu un psihisko slimību profilaksi. SVA sadarbībā ar PVO Latvijas pārstāvniecību organizēja izglītojošu semināru „Garīgās veselības veicināšana un psihisko slimību profilakse”. SVA sāka kampaņu „Risinajums ir vienmēr”, lai vairotu zināšanas par depresiju un veicinātu iecietību pret cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem. 2009. gada sākumā, kad Latvijā pasliktinājās ekonomiskā situācija, SVA sāka kampaņu „Domā pozitīvi!”. SVA izveidoja sadaļu savā tīmekļa vietnē ar nosaukumu „Domā pozitīvi!”, kurā varēja izlasīt speciālistu ieteikumus garīgās veselības veicināšanai. SVA garīgās veselības aprūpes speciālisti sagatavoja ieteikumus, kā runāt ar bērniem par krīzes situācijām ģimenēs un kā rīkoties šādās situācijās. SVA tīmekļa vietnē bija atrodamī praktiski padomi par garīgās veselības saglabāšanu globālās finanšu krīzes laikā, kas smagi skāra Latviju (Erdmane et al., 2009).

Tagad SPKC ir atbildīgs par garīgās veselības veicināšanu, slimību profilaksi, statistikas analīzi, apsekojumu veikšanu un ziņojumu sagatavošanu (sk. 5.1. sadaļu un 6.1.4. iedaļu).

NVD apmaksātu psihiatrisko aprūpi pārsvarā sniedz lielās psihiatriskās slimnīcās un pašvaldību psihiatrisko konsultāciju kabinetos. Tai pat laikā citi dienas aprūpes centri, ambulatorās veselības pakalpojumi un iestā-

des hroniski slimiem pacientiem ir nepietiekami attīstīti. Pacientus ar vieglākām saslimšanas formām nereti ārstē ģimenes ārsti, iekšējo slimību speciālisti un neirologi. Daļēji tas ir izvēles nevis nepieciešamības jautājums, jo sabiedrībā joprojām valda stigma saistībā ar vēršanos pēc psihiatriskās palīdzības. Nākamajās iedaļās sīkāk aprakstīta mērķtiecīga psihiatriskā aprūpe.

5.11.1. Stacionārā veselības aprūpe

2010. gadā Latvijā bija sešas psihiatriskās slimnīcas, kuras atradās Rīgā, Jelgavā, Daugavpilī, Strenčos, Aknīstē un Ainažos (bērnu slimnīca). To kopējais gultu skaits bija 1987 pieaugušajiem un 140 – bērniem. Vispārēja tipa slimnīcās bija trīs psihiatriskās nodaļas ar 215 gultām pieaugušajiem un 56 – bērniem (VEC, 2011b). Dažu pēdējo gadu laikā gultu skaits ir samazinājies. 2010. gadā Latvijā bija 1.2 gultas uz 1000 iedzīvotājiem (sk. 4.1.2. iedaļu). Tai pat laikā psihiatrisko slimnīcu gultu skaits Latvijā ir gandrīz divreiz lielāks nekā Igaunijā, Polijā un Slovēnijā.

Daļu psihiatrisko slimnīcu telpu izmanto akūtu pacientu ārstniecībai, bet daļu – ilgstošai ārstniecībai un rehabilitācijai. Specializētajās apsargātajās nodaļās Rīgā uzturas pacienti, kuri saņem obligāto medicīnisko ārstēšanu, ko noteikusi tiesa.

Psihiatrisko stacionāro aprūpi bērniem sniedz Bērnu psihiatriskajā slimnīcā, Rīgas vispārēja tipa bērnu slimnīcas Psihiatrijas nodaļā, Jelgavas un Daugavpils pieaugušo psihiatrisko slimnīcu bērnu nodaļās, kā arī vispārēja tipa slimnīcā Liepājā.

Slimnīcas un ambulatorās veselības aprūpes iestādes ir saņēmušas finansējumu no ES struktūrfondi (ERAF), lai uzlabotu apstākļus. Dažas slimnīcas (piem., Ainažu bērnu slimnīca) tika pārbūvētas un pārcēlās uz jaunām telpām. Slimnīcas mēģina mainīt arī ārstniecības veidus, lai kļūtu atvērtākas un piedāvātu lielākas ērtības pacientiem. Tomēr psihiatriskajā aprūpē Latvijā joprojām dominē stacionārā nevis ambulatorā veselības aprūpe. Tas ir saistīts ar vēsturiskām un izglītības tradīcijām.

Bez jau minēto psihiatrisko slimnīcu pakalpojumiem pacientiem vēl iespējams saņemt ilgstošas aprūpes pakalpojumus, kuri klasificēti pie sociālās aprūpes un ir LM pārziņā.

5.11.2. Dienas stacionārs

Latvijā ir divas psihiatriskās slimnīcas, kas nodrošina stacionārās veselības aprūpes gultas – Daugavpilī un Jelgavā, kā arī viena vispārēja tipa slimnīca Liepājā. Rīgā tika izveidots jauns kopienas garīgās veselības centrs ar dienas stacionāra gultām, un pašlaik tiek veidots vēl viens kopienas garīgās veselības centrs citā galvaspilsētas vietā.

5.11.3. Ambulatorā veselības aprūpe

Ambulatorā psihiatriskā aprūpe tiek sniegta vairākās vietās:

- divos psihiatriskās palīdzības centros Rīgā;
- četrās ambulatorās nodaļās psihiatriskajās un vispārēja tipa slimnīcās Rīgā, Jelgavā, Liepājā un Daugavpilī;
- vienā ambulatorā vispārēja tipa bērnu slimnīcas nodaļā Rīgā;
- pašvaldību psihiatrijas konsultāciju kabinetos primārās veselības aprūpes centros;
- privātās psihiatrijas praksēs; dažas no tām ir līgumattiecībās ar NVD.

Praktizējošu psihiatru skaita ziņā lielas izmaiņas nav notikušas. 2010. gadā visā valstī bija 241 pieaugušo psihiatrs, kas atbilst 1.1 psihiatram uz 10 000 iedzīvotājiem, un 14 bērnu psihiatri, kas atbilst 0.1 psihiatram uz 10 000 iedzīvotājiem (VEC, 2011c).

5.12. Zobārstniecība

Valsts zobārstniecības un sejas ķirurģijas centrs ir atbildīgs par zobārstniecības plānošanu un koordināciju Latvijā, kā arī par likumprojektu un noteikumu izstrādi sadarbībā ar izglītības sistēmas un vietējo pašvaldību profesionāļiem. Centrs ietilpst Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas struktūrā un darbojas Veselības ministrijas uzraudzībā. Tas uztur visu zobārstniecības prakšu uzskaiti Latvijā. Zobārstniecības jomā nav izstrādātas īpašas politikas vai valsts stratēģijas. To regulē saskaņā ar ar tiem pašiem regulējiem kā pārējo medicīnisko aprūpi.

Profilaktiskās zobārstniecības programmas īsteno pieci mutes veselības centri Valsts zobārstniecības un sejas ķirurģijas centra uzraudzībā. To galvenie uzdevumi ietver datu vākšanu un epidemioloģisko analīzi, informācijas sniegšanu, skolu izglītības programmas, fluorizēšanas programmas, kā arī zobārstniecības un zobu higiēnas nodrošināšanu.

Zobārstniecība ietilpst primārās veselības aprūpes jomā, tādēļ ģimenes ārsta nosūtījums nav nepieciešams (sk. 5.1. attēlu). NVD finansē tikai zobārstniecības pakalpojumus (pirmo ortodontisko konsultāciju, zobu higiēnu, ārstniecību un ķirurģiju) bērniem līdz 18 gadu vecumam un ortodontisko ārstēšanu pacientiem ar iedzimtu sejasžokļu šķeltni līdz 22 gadu vecumam. Visiem pārējiem pacientiem jāmaksā tiešmaksājumi vai jānorēķinās, izmantojot privāto veselības apdrošināšanu.

2010. gadā 319 ārstniecības iestādēm bija līgumi ar NVD un tās sniedza valsts budžeta finansētus pakalpojumus. 89% šo iestāžu bija zobārstniecības prakses vai sabiedrības ar ierobežotu atbildību un 11% bija valsts vai pašvaldību īpašumā esošas iestādes. 2011. gada beigās Latvijā bija 1521 aktīvs zobārsts, tostarp tādi, kuriem nebija līgumu ar NVD (VI, 2012a).

Ņemot vērā to, ka lauku apvidos zobārstniecības pakalpojumi ir ierobežoti, NVD 2011. gadā parakstīja līgumus par trīs mobilo zobārstniecības kabinetu pakalpojumiem. Izbraukumus organizē Reģionālais mutes veselības centrs sadarbībā ar vietējā novada pašvaldību un izglītības iestādi. 2010. gadā mobilie zobārstniecības kabineti aptvēra 0.9% vizīšu pie zobārsta.

2010. gadā 53.2% Latvijas bērnu saņēma NVD apmaksātu zobārstniecības aprūpi. Visvairāk bērnu apmeklēja zobārstu Latgalē (67.1), bet vismazāk – Rīgā (47.8%).

2010. gadā 12.5% valsts budžeta līdzekļu, kas tika piešķirti primārās veselības aprūpei, tika izmantoti zobārstniecības pakalpojumiem. Cenas par valsts apmaksātiem zobārstniecības pakalpojumiem noteica NVD, un tās apstiprināja ar Ministru kabineta noteikumiem. Šīs cenas ir saistošas visām ārstniecības iestādēm, kam ir līgumi ar NVD. Tai pašā laikā cenas par pakalpojumiem brīvi nosaka tirgus, neatkarīgi no tā, vai zobārstniecības praksēm ir vai nav līgumi ar NVD.

5.13. Komplementārā un alternatīvā medicīna

Latvijas iedzīvotāji labprāt izmanto komplementārās un alternatīvās medicīnas pakalpojumus. Tie ietver akupunktūru, homeopātiju, masāžas un elektromagnētisko terapiju. Šos pakalpojumus var sniegt ārsti, kuri ir attiecīgi specializējušies un kuriem ir sertifikāts alternatīvajā medicīnā. Izglītības prasības, sertifikācija un alternatīvās medicīnas pakalpojumu sniegšana ietilpst vispārējos noteikumos, kas attiecas uz pakalpojumu sniedzējiem un cilvēkresursiem (sk. 2.8.2. un 2.8.3. iedaļas).

Saskaņā ar Latvijas Ārstu biedrības reģistru vairāk nekā 1000 ārstu (apmēram 15% visu Latvijas ārstu) ir attiecīgi sertifikāti, lai savās praksēs izmantotu vienu vai vairākas alternatīvās medicīnas metodes. Latvijas Ārstu biedrībā ir reģistrētas vairākas alternatīvās medicīnas asociācijas. Lielākā no tām ir Holistiskās medicīnas un naturopātijas asociācija, kurai ir tiesības izdot alternatīvās medicīnas sertifikātus.

Alternatīvās medicīnas pakalpojumi vai zāles (tādas kā homeopātiskās zāles) nav iekļauti NVD apmaksātajos veselības pakalpojumos, tādēļ pacientiem par tiem jāveic tiešmaksājumi. Šo pakalpojumu izmaksas nesedz arī privātā veselības apdrošināšana.

Dati par šādu pakalpojumu lietotāju skaitu vai lietotāju profiliem nav pieejami.

5.14. Veselības aprūpe īpašām iedzīvotāju grupām

Visiem Latvijas pilsoņiem un ganrīz visiem pastāvīgajiem iedzīvotājiem ir tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības pakalpojumus.

Speciālas normas attiecas uz dažām īpašām iedzīvotāju grupām:

- Ieslodzītajiem: ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus ieslodzītajiem organizē un finansē Tieslietu ministrija. Daži pakalpojumi tiek sniegti brīvības atņemšanas vietās. HIV/AIDS un TB profilaksi un ārstniecību brīvības atņemšanas vietās apmaksā no veselības jomas budžeta, kas ietilpst Veselības ministrijas valsts programmas sastāvā.

- Černobiļas avārijas rezultātā cietušajiem: Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas ir iekļautas valsts garantētās veselības aprūpes sistēmā. Šīm personām nav jāmaksā pacientu līdzmaksājumi, viņi saņem 50% valsts subsīdiju zobārstniecībai un sociālo rehabilitāciju.
- Politiski represētajiem (personām, kas bija politiski represētas bijušajā Padomju Savienībā): šo personu veselības aprūpe ir iekļauta valsts garantētajā veselības aprūpes sistēmā un tām nav jāmaksā pacientu līdzmaksājumi.
- Bēgļiem: pēc bēgļa statusa iegūšanas bēgļiem ir tiesības saņemt valsts garantētos veselības aprūpes pakalpojumus. Tieslietu ministrija apmaksā viņu līdzmaksājumus.
- Iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem: šī grupa saņem tādus pašus veselības aprūpes pakalpojumus kā pārējie iedzīvotāji, bet viņi ir atbrīvoti no pacientu līdzmaksājumiem (sk. 6.1.2. iedaļu).

6. Galvenās veselības sistēmas reformas

Kopš neatkarības atgūšanas 1991. gadā Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir notikušas ievērojamas pārmaiņas. Mainīts ir pilnīgi katrs aspekts, ieskaitot veselības aprūpes sistēmas organizāciju un finansēšanu, zāļu regulējumu, samaksu pakalpojumu sniedzējiem, pakalpojumu sniegšanu un sabiedrības veselības organizāciju. Nereti notika tā, ka veiktās reformas nākamajos gados tika no jauna pārskatītas un rezultātā ieviestas atkal jaunas reformas. 1990tajos un 2000tajos gados veiktās reformas, kas pievērsās decentralizētas sociālās apdrošināšanas sistēmas ieviešanai un pēc tam atkal tās atcelšanai, sīkāk aprakstītas *Tragakes et al.* (2008) un apkopotas 2.2. un 2.4. sadaļās. Šajā nodaļā iztirzātas dažādas reformas, kas notika no 2007. līdz 2012. gadam. Tās atkal būtiski mainīja veselības sistēmas struktūru un pārvaldību.

Laikposmu no 2007. līdz 2012. gadam var iedalīt divos posmos – pirms un pēc ekonomikas krīzes. Pirmajā posmā (2007–2008) turpinājās institucionālās centralizācijas process un notika lēna pāreja no stacionārās veselības aprūpes uz ambulatoro. Otrajā posmā (2009–2012) notika šokējoša reforma, kuras laikā ārkārtīgi samazināja slimnīcu skaitu un veica tālejošas izmaiņas veselības aprūpes pārvaldes iestādēs. Pie tam tika īstenota Sociālās drošības tīkla stratēģija. Tās satvarā tika aizsargātas mājāsaimniecības ar zemiem ienākumiem atbrīvojot tās no pacienta iemaksām un paplašinot to piekļuvi veselības pakalpojumiem.

Visbeidzot, veselības aprūpes sistēmā tika sperts ievērojams solis uz priekšu – ilgtermiņa stratēģiskās plānošanas virzienā. Ministru kabinets apstiprināja Sabiedrības veselības stratēģiju 2011. – 2017. gadam. Tajā noteikti vairāki stratēģiskie mērķi veselības sistēmas attīstībai nākamo piecu gadu laikā (sk. 6.2. un 7.1. sadaļas). Citu nozaru ministrijas un vietējās pašvaldības aktīvi iesaistījās stratēģijas izstrādē apliecinot savas politiskās saistības starpnozaru pieejai un veselības aspekta iekļaušanai visās politikās.

Pašlaik tādi jautājumi kā klīnisko vadlīniju un jaunu medicīnisko tehnoloģiju noteikumu izstrāde, diagnozēm piesaistītas norēķinu sistēmas īstenošana slimnīcās un e-veselības ieviešana ieņem nozīmīgu vietu Latvijas politiskajā darba kārtībā. Turklāt kvalitātes vadības sistēmas un veselības aprūpes iestāžu kvalitātes standartu izstrāde oficiāli tiek uzskatīta par svarīgu aspektu. Tai pat laikā veselības aprūpes iestāžu akreditācija, ko ilgu laiku uzskatīja par kvalitātes vadības sistēmas vienu no galvenajiem elementiem, kopš 2009. gada vairs nav obligāta.

Citas svarīgas prioritātes ir zāles (izdevumu kontrole, valsts izdevumu palielināšana kompensējamām zālēm, jaunu zāļu iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā); cilvēkresursi (apmācība, ārstniecības personāla saglabāšana); finansiālās ilgtspējas nodrošināšana; kā arī līdzdalība ES iestāžu darbībā un ES struktūrfondu efektīva piesaiste. Visbeidzot, plānots ieviest svarīgas izmaiņas veselības aprūpes finansēšanā. Iespējams, ka tās atkal novedīs pie sociālās veselības apdrošināšanas.

6.1. Pēdējo reformu analīze

Veselības aprūpes sistēmas reformu pirmajā posmā (2007–2008) notika salīdzinoši maz pārmaiņu. Tajā laikā ekonomikas krīze vēl nebija sasniegusi kulmināciju, tādēļ nebija īpašas vajadzības veikt reformas. Tai pat laikā politika un personāla attiecības kavēja vairāku nepieciešamu (bet nepatīkamu) reformu veikšanu veselības sistēmas institucionālajās struktūrās vai slimnīcās. Vairākas mazas Veselības ministrijas padotībā esošas aģentūras tika iekļautas Sabiedrības veselības aģentūrā (sk. 6.1. ierāmēto informāciju). Tika uzlabota piekļuve specializēto ambulatoro veselības aprūpes un dienas stacionāru pakalpojumiem.

Reformu otrais posms (2009–2012) sākās ar milzīgiem finansiāliem ierobežojumiem, ko 2009. gadā izraisīja finanšu un ekonomikas krīze, kad IKP pazeminājās par apmēram 18% (sk. 1.2. sadaļu). Sekojošais reformu process bija ātrs un tika īstenots gada laikā gandrīz bez nekādām diskusijām un zinātniskas analīzes. Tika grozīti vairāki veselības jomas tiesību akti un veiktas būtiskas veselības sistēmas strukturālās reformas (sk. 6.1. ierāmēto informāciju). Dažas strukturālās reformas, tādas kā slimnīcu skaita samazinājums, jau gadiem ilgi bija iekļautas darba kārtībā, bet tās nebija īstenotas vietējo iedzīvotāju pretestības dēļ. Tomēr finanšu krīzes kulminācijas laikā vietējo iedzīvotāju protesti, demonstrācijas un pat ceļu bloķēšana nevarēja apturēt slimnīcu slēgšanu.

6.1. ierāmētā informācija Galvenās reformas un politiku iniciatīvas

Pirmais posms (2007–2008)

2007

Sabiedrības veselības aģentūras stiprināšana: tajā iekļauj četras mazākas aģentūras vai to daļas: (1) AIDS profilakses centru; (2) Narkoloģijas valsts aģentūru; (3) Garīgās veselības valsts aģentūru; un (4) Veselības veicināšanas aģentūru.

2007

Veselības nozares stratēģiskās padomes izveide: tā sastāv no profesionālo medicīnas asociāciju, augstskolu un slimnīcu pārstāvjiem. Padome darbojas kā konsultatīva un koordinējoša struktūrvienība organizatoriskos jautājumos veselības ministra padotībā.

Otrais posms (2009–2012)

2009

Galveno speciālistu institūcijas izveide: tā apvieno dažādu specializāciju galvenos ārstus un profesorus, un tā ir profesionāla medicīnas jomas konsultatīvā grupa, kas konsultē klīniskos jautājumos un darbojas veselības ministra padotībā.

2009

Ekonomikas krīzes dēļ pārtrauc „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu”.

2009

Pēc Ministru kabineta noteikumu Nr. 60 grozījumu stāšanās spēkā veselības aprūpes iestāžu akreditācija vairs nenotiek (tās sagatavo tikai ziņojumus).

2009

SVA slēgšana; daži tās veiktie uzdevumi tiek nodoti citām iestādēm.

2009

Medicīnas profesionālās izglītības centra slēgšana. Tā funkcijas pārņem Veselības ministrija.

2009

Veselības statistikas un medicīnisko tehnoloģiju valsts aģentūras slēgšana. Tās funkcijas tiek iekļautas jaunizveidotā Veselības ekonomikas centra atbildības jomā.

2009

Veselības ekonomikas centra izveide (VEC). Tas aizstāj Zāļu cenu un kompensācijas valsts aģentūru un pārņem dažas iepriekšējās SVA un VOAVA funkcijas.

2009

Veselības aprūpes finansēšanas sistēmas reorganizācija: tiek izveidots VNC, kas aizstāj VOAVA un pārņem lielāko daļu tās uzdevumu.

2009

Valsts aģentūra „Latvijas Medicīnas bibliotēka” tiek iekļauta Rīgas Stradiņa universitātes (medicīnas augstskola) sastāvā.

2009

Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūra tiek iekļauta valsts aģentūrā „Latvijas Infektoloģijas centrs”.

2009

Veselības ministrijas un to aģentūru darbinieku skaitu samazina par 55%, t.i., no 1319 janvārī līdz 593 oktobrī.

2009

Strauja to slimnīcu skaita samazināšana, kas sniedz valsts garantētos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, no 72 uz 43 (2012. gadā bija 39). Dažu šo slimnīcu slēgšana bija plānota jau krietnu laiku pirms tam.

2009

VNMPD izveide, kas centralizē un racionalizē neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu valstī.

2009

Valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas centra iekļaušana VNMPD.

2009

Ministru kabinets apstiprina Sociālās drošības tīkla stratēģiju. Finansējumu nodrošina Pasaules Banka.

2010

Pacientu tiesību likuma pieņemšana.

2009/10

Septiņu mazu slimnīcu iekļaušana sešās esošajās slimnīcu apvienībās.

2010/11

Brīvprātīgo un obligāto kvalitātes novērtējuma sistēmu izstrāde ģimenes ārstiem (iekļautas MK noteikumos „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”).

2011

Ministru kabinets apstiprina Valsts veselības stratēģiju 2011–2017.

2011

Ministru kabinets apstiprina noteikumus „Nacionālā veselības dienesta nolikums”: apvienojot VVC un Veselības ekonomikas centru tiek izveidots NVD.

2011

Sākas e-veselības projekta īstenošana līdz 2013. gadam; to finansē no ES fondiem.

2011/12

Notiek references cenu sistēmas reforma pamatojoties uz MK noteikumu Nr. 803 „Noteikumi par zāļu cenu veidošanas principiem” (2005) grozījumu.

2012

Slēdz valsts aģentūru „Latvijas Infektoloģijas centrs”.

2012

Izveido SPKC kā jaunu sabiedrības veselības iestādi.

2012

Veic četru slimnīcu ekonomisko novērtējumu (datu apiešanas analīzi) un notiek diskusija par to slēgšanu, jo konstatēta to neefektivitāte.

2012

Pieņem lēmumu ieviest *Nord-DRG* sistēmu slimnīcās: tiek veikts sagatavošanās darbs (izmēģinājums sāksies 2013).

2012

Tiek grozīti MK noteikumi Nr. 899 („Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”). Grozījumi paredz 50% kompensāciju visām receptšu zālēm (vēl bez tām, kas jau iekļautas A sarakstā) bērniem līdz 24 mēnešu vecumam un 25% – visām grūtniecēm (arī sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām).

Analizējot reformu saturu, nākas secināt, ka abiem posmiem bija raksturīga nepārtrauktība. Otrais posms, protams, noritēja daudz straujāk un tā laikā īstenotās reformas bija radikālākas. Galvenās reformu jomas bija šādas:

- virzība no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi un aprūpi mājās;
- sociālās veselības apdrošināšanas eksperimenta nodaļas aizvēršana, izveidojot NVD;
- valsts funkciju koncentrācija mazākā skaitā iestāžu un personāla skaita samazināšana;
- NVD apmaksātās farmaceitiskās aprūpes racionalizācija.

Visu reformu laikā Veselības nozares stratēģiskajai padomei (2007) un Galveno speciālistu institūcijai (2009) bija svarīga konsultatīva loma. Stratēģisko padomi veido profesionālo medicīnisko asociāciju, augstskolu un slimnīcu pārstāvji. Galveno speciālistu institūcija sastāv no dažādu medicīnas nozaru galvenajiem ārstiem un profesoriem, kurus veselības ministrs izvēlas par saviem konsultantiem. Šīs konsultatīvās struktūrvienības iesaista medicīnas iestādes lēmumu pieņemšanas procesā veselības jomas reformās. Tomēr personīgās vai profesionālās intereses dažreiz ņem virsroku. Patiesībā doma par vienu izvēlētu ekspertu – galveno speciālistu grupu – radās saistībā ar struktūram, kas kādreiz pastāvēja bijušajā Padomju Savienībā.

6.1.1. Virzība no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi un aprūpi mājās

Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma (2005–2010) jeb, tā saucamais, Māsterplāns, vairākus gadus noteica valsts investīciju plānus Latvijā. Plāna vispārējie mērķi bija samazināt stacionāro veselības aprūpi un atbalsīt ambulatorās veselības aprūpes attīstību. Reformu pirmajā posmā tika uzlabota dienas stacionāra pakalpojumu un ambulatorās veselības aprūpes speciālistu pieejamība. Tas tika darīts, lai novirzītu pacientus no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi. Ambulatorās aprūpes pakalpojumu sniegšanai tika palielināts finansējums, bet tai pat laikā tas netika samazināts stacionārās veselības aprūpei, jo tās intensitāte turpināja palielināties. Diemžēl paredzēto slimnīcu nozares reorganizāciju, tostarp slimnīcu skaita samazinājumu un vienprofila slimnīcu (piem., traumatoloģijas un psihiatrisko slimnīcu) iekļaušanu vispārēja tipa slimnīcās nevarēja īstenot, jo pret to stingri iebilda vietējā sabiedrība un ieinteresētie politiķi.

Situācija mainījās 2009. gadā, kad ārkārtīgi lieli budžeta izdevumu ierobežojumi noveda pie slimnīcu gultu skaita samazinājuma, to pārveides par mazāk intensīvām (un lētākām) aprūpes slimnīcām un pie to slēgšanas vai apvienošanas. Līdz ar to notiekošā virzība no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tika paātrināta: slimnīcu gultu skaitu samazināja (sk. 4.1.2. sadaļu), dienas stacionārā veikto ķirurģisko manipulāciju skaits strauji palielinājās, tādējādi kompensējot stacionārā veikto ķirurģisko procedūru skaita samazināšanos (sk. 5.3. un 5.4. sadaļas). Ņemot vērā to, ka lielākā daļa veselības aprūpes sistēmas pārveides notika pēc Māsterplāna oficiālas slēgšanas 2009. gadā, jāsecina, ka tā īstenošanas laikā netika ievēroti objektīvi kritēriji un tā ieviešanu ietekmēja arī politiskais oportūnisms.

6.1.2. Prettrieciens krīzei: Sociālās drošības tīkla stratēģija

Stingro un paātrināto virzību no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi atbalstīja Sociālās drošības tīkla stratēģija, ko apstiprināja 2009. gadā. Tās galvenās mērķis bija aizsargāt mazaizsargāto iedzīvotāju grupas ekonomikas krīzes laikā un mazināt viņiem fiskālās konsolidācijas radītās sociālās izmaksas. Šī stratēģija bija daļa no lielāku strukturālo reformu kopas, ko izstrādāja Latvijas valdība ar Pasaules Bankas, Eiropas Komisijas un Starptautiskā Valūtas fonda atbalstu. Tās mērķis bija reaģēt uz ekonomikas krīzi un likt pamatus vidusposma situācijas uzlabojumiem sociālajās nozarēs, tostarp arī veselības sistēmā.

Vissvarīgākie drošības tīkla pasākumi, kas skāra veselības nozari, tika īstenoti no 2009. līdz 2011. gadam. Tie bija šādi: (1) trūcīgie iedzīvotāji (kuru ienākumi bija mazāki par LVL 90 mēnesī kopš 2009. gada oktobra) un personas ar zemiem ienākumiem (mazāki par LVL 120 mēnesī no 2010. gada februāra līdz 2011. gada decembrim) tika atbrīvoti no pacienta iemaksām; (2) bezmaksas naktsmītne trūcīgajiem un iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem, izmantojot viesnīcu veida slimnīcu gultas (saistībā ar ceļošanu, lai dienas stacionārā veiktu ķirurģisku manipulāciju vai ķīmijterapiju); (3) veselības aprūpes mājās pakalpojumu ieviešana hroniski slimajiem pacientiem;

(4) dienas aprūpes centru attīstība iedzīvotājiem ar garīgās veselības traucējumiem; (5) finansējuma nodrošinājums papildu māsas algošanai primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem; un (6) ģimenes ārsta konsultatīvā tālruņa dienesta izveide.

Vissvarīgākais drošības tīkla pasākums bija atbrīvojuma no pacienta iemaksām mehānisma ieviešana. No 2009. gada trūcīgie iedzīvotāji (kuru ienākumi bija mazāki par LVL90 mēnesī) tika atbrīvoti no visām pacienta iemaksām (par stacionāro un ambulatoro veselības aprūpi, kā arī par zālēm). 2010. gada februārī šos atbrīvojumus paplašināja iekļaujot tajos iedzīvotājus ar zemiem ienākumiem (mazāk par LVL120 mēnesī). Personām, kuru ienākumi bija no LVL120 līdz LVL150 mēnesī, pacienta iemaksas par uzturēšanos stacionārā un dienas stacionārā (bet ne par ambulatorām zālēm) tika samazināti par 50%. Atbrīvojumu ieviešana deva iespēja trūcīgajiem iedzīvotājiem un personām ar zemiem ienākumiem saņemt bezmaksas veselības aprūpi, ja viņi ievēroja parasto kārtību (sk. 5.2. sadaļu) un ieguva ĢĀ nosūtījumus citu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Parasti sociālā palīdzība mājāsaimniecībām ar zemiem ienākumiem bija vietējo pašvaldību atbildības lokā. Tās bieži kompensēja iedzīvotājiem pacienta iemaksas, bet pacientiem pašiem vispirms vajadzēja segt šīs izmaksas un tikai pēc tam viņi varēja pieteikties izdevumu atlīdzībai. Tieši šī iemesla dēļ Sociālās drošības tīkla stratēģija ievērojami palīdzēja uzlabot trūcīgo iedzīvotāju un mājāsaimniecību ar zemiem ienākumiem situāciju. Vietējām pašvaldībām, savukārt, bija stimuls noskaidrot tos trūcīgos iedzīvotājus, kuriem bija tiesības saņemt bezmaksas veselības aprūpi. 2012. gadā personas ar zemiem ienākumiem vairs nevarēja saņemt atbrīvojumu no pacienta iemaksām. Šis atbrīvojums tagad attiecas tikai uz trūcīgiem iedzīvotājiem (kuru ienākumi ir mazāki par LVL90).

Visos pārējos Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumos bija ietverta stingra virzība no stacionārās uz ambulatoro veselības aprūpi un uz kopienas aprūpi. Iemesls, kāpēc aprūpe mājās tika ietverta stratēģijā, bija vienkāršs. Svarīgi bija hroniski slimos trūcīgos iedzīvotājus ārstēt ārpus slimnīcām un samazināt nepieciešamību pēc (dārgajiem) neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem tai pat laikā uzlabojot veselības aprūpi mājās. Trūcīgajiem bija iespēja izmantot bezmaksas viesnīcas veida naktsmītni, jo nereti gadījās tā, ka ambulatorās veselības aprūpes vai dienas stacionāra pakalpojumi sakrita ar pakalpojumu koncentrāciju mazākā skaitā ārstniecības iestāžu, tādēļ pacientiem būtu jābrauc lieli attālumi, lai saņemtu ārstniecību.

Nemot vērā to, ka virzība uz ambulatoro veselības aprūpi palielināja ģimenes ārstu darba slodzi, stratēģijas satvarā tika nodrošināts finansējums (jo palielinājās līgumu skaits starp ĢĀ un NVD) papildu māsas pieņemšanai darbā. To varēja izdarīt apmēram puse ĢĀ un primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju. Šis pasākums sākotnēji bija paredzēts tikai primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem lauku apvidos, bet vēlāk (2010. gadā) šo iespēju paplašināja ietverot ģimenes ārstu prakses lielpilsētās. Turklāt 2010. gadā stratēģijas satvarā bija pieejams finansējums, lai izveidotu ĢĀ konsultatīvā tālruņa dienestu, kas pacientiem palīdzētu sazināties ar ārstu darbdienās pēc ĢĀ darba beigām vai brīvdienās un svētku dienās. Svarīgi bija nodrošināt primārās veselības aprūpes pakalpojumus visu diennakti visā valstī, lai vienkāršākus gadījumus varētu atrisināt ar lētu alternatīvu. Tādā veidā varētu izvairīties no nevajadzīgas ātrās palīdzības izsaukšanas vai došanās uz slimnīcu. Šis tālrunis sāka darboties 2011. gadā. Finansējumu Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošanai aizdevuma veidā piešķīra Pasaules Banka. Tas bija pieejams līdz 2011. gadam. 2012. gadā daži stratēģijas elementi tika iekļauti valsts budžetā, bet pārējos vajadzēja pārtraukt (piem., atbrīvojumu no pacienta iemaksām mājāsaimniecībām ar zemiem ienākumiem). Sākot no 2013. gada lielākā daļa Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu būs iekļauti valsts budžetā. Diemžēl ar pieejamajiem līdzekļiem nebūs iespējams finansēt visus pasākumus.

6.1.3. No sociālās veselības apdrošināšanas eksperimenta paliekām līdz NVD

Kopš 1990to gadu beigām Latvija bija apņēmīgi virzījusies prom no mērķa izstrādāt pilnvērtīgu sociālās veselības apdrošināšanas sistēmu. Teritoriālās slimokases apvienoja lielākās un to neatkarība samazinājās. 1996. gadā izveidotā valsts aģentūra „Centrālais fonds”, kuru vēlāk pārdēvēja par VOAVA, ieguva arvien lielāku nozīmi (sk. 2.2. sadaļu). Atsevišķas slimokases kļuva par VOAVA filiālēm. 2005. gadā atcēla iekasētā iedzīvotāju ienākuma nodokļa daļas rezervēšanu veselības aprūpei. 2007./2008. gadā izveidoto „jaukto” sistēmu *Tragakes et al.* (2008) raksturo kā „unikālu valsts garantētās veselības aprūpes pakalpojumu klāstu, ko finansē no vispārējiem nodokļiem, sociālās apdrošināšanas institucionālajā struktūrā”.

Kopš tā laika sociālās veselības apdrošināšanas institucionālās struktūras paliekas ir likvidētas, lai gan tas nebija reformu mērķis. Pircēja un pakalpojumu sniedzēja atsaiste ir saglabāta. 2009. gada oktobrī notika veselības aprūpes finansēšanas sistēmas reforma. Tika izveidotas divas jaunas iestādes: VNC, kas uzņēmas VOAVA pakalpojumu pirkšanas un finansējuma apvienošanas uzdevumus; un VEC, kas pārņēma Zāļu cenu un kompensācijas valsts aģentūras iepriekšējās funkcijas, kā arī dažus citus VOAVA uzdevumus, tādus kā tarifu aprēķins vai jaunu norēķinu sistēmu izstrāde.

Reformas mērķis bija izveidot divas neatkarīgas iestādes – vienu iepirkumiem un otru – ekonomiskas analīzes veikšanai, bet pienākumu dublēšanās zāļu novērtēšanā un pakalpojumu tarififikācijā nereti noveda pie diskusijām un strupceļa. Turklāt bija skaidrs, ka tik mazā valstī kā Latvija nevajag divas iestādes līdzīgu uzdevumu veikšanai, un ka veiksmīgai e-veselības projektu izstrādei un ieviešanai abām iestādēm cieši jāsadarbojas. Šo iemeslu dēļ 2011. gadā Ministru kabinets apstiprināja noteikumus „Nacionālā veselības dienesta nolikums” tādējādi izveidojot jaunu iestādi –NVD, kas radās apvienojot VNC un VEC. Šīs reformas rezultātā NVD ir kļuvis par vis-svarīgāko valsts iestādi, kas īsteno veselības politikas, administrē valsts finanšu resursus, nosaka garantētā veselības pakalpojumu apjoma saturu, slēdz līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem, īsteno e-veselības informācijas sistēmu, kā arī reģistrē klīniskās vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas.

6.1.4. Valsts funkciju koncentrācija un sabiedrības veselības iestāžu reorganizācija

Reformu pirmajā posmā tika reorganizētas sabiedrības veselības iestādes. Tas tika darīts, lai samazinātu to pārmērīgo skaitu un palielinātu sabiedrības veselības efektivitāti. Sabiedrības veselības aģentūras sastāvā iekļāva AIDS profilakses centru, Narkoloģijas valsts aģentūru, Garīgās veselības valsts aģentūru un Veselības veicināšanas aģentūru (sk. 6.1. ierāmēto tekstu). Tomēr 2009. gadā administratīvo izdevumu samazināšana kļuva par institucionālo reformu galveno motivējošo faktoru. No 2009. līdz 2012. gadam Veselības ministrijas un to aģentūru darbinieku skaitu samazināja par 55% (Ministru kabinets, 2012). Gada laikā slēdza daudzas aģentūras, tostarp Veselības statistikas un medicīnisko tehnoloģiju valsts aģentūru, Medicīnas profesionālās izglītības centru un pat iepriekš nostiprināto SVA (sk. 6.1. ierāmēto tekstu). Finansiālais spiediens, kas noveda pie šo iestāžu slēgšanas, bija tik augsts, ka process brīžiem kļuva haotisks, jo nebija skaidra plāna par to, kuras iestādes pārņems uzdevumus, ko iepriekš pildīja nu jau slēgtās iestādes. Patiesībā pēc SVA slēgšanas gandrīz visas sabiedrības veselības jomas funkcijas trīs gadu garumā netika nodotas citām iestādēm.

Vienlaikus tika uzsākta neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu reforma, lai ietaupītu līdzekļus un palielinātu sniegto pakalpojumu efektivitāti pirmshospitalizācijas posmā (MK noteikumi Nr. 1480 „Neatliekamās medicīniskās palīdzības nolikums”). Pašvaldības nereti nopietni pretojās reformai, bet Veselības ministrija spēja to pabeigt. Reformas rezultātā 39 pašvaldību neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesti, kuriem bija pilnīgi atšķirīgas struktūras palīdzības sniegšanai, apvienoja VNMPD, kas darbojas Veselības ministrijas uzraudzībā. Tagad lielākajā daļā valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības pieejamība un kvalitāte ir harmonizēta, un efektivitāte ir uzlabojusies (sk. 5.5. sadaļu).

Pēdējā sabiedrības veselības iestāžu reorganizācija notika 2012. gadā: tika izveidots SPKC kā jauna valsts sabiedrības veselības iestāde. Tas ir pārņēmis uzraudzības un kontroles funkcijas, ko iepriekš pildīja nu jau slēgtais Infektoloģijas centrs. Infekcijas slimību ārstniecība, ko agrāk veica Infektoloģijas centrs, tagad ir Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas pienākumu klāstā. Reformas mērķis bija nodalīt infekcijas slimību ārstniecību no uzraudzības, lai izvairītos no iespējamās neobjektivitātes ziņojumos. Šāda pieeja atbilst starptautiskajai praksei. Turklāt SPKC uzņēms atbildību par vairākiem pienākumiem sabiedrības veselības jomā. Pēc SVA slēgšanas šie pienākumi vēl nevienai citai iestādei nebija uzticēti. Cita starpā SPKC ir atbildīgs par statistikas (mirstība, nāves cēloņi) uzturēšanu un analīzi, sabiedrības veselības apsekojumu veikšanu, kā arī par atkarību un garīgās veselības pārraudzību (sk. 2.7.1. iedaļu). Tam būs arī svarīga loma infekcijas un neinfekcijas slimību profilaksē un veselības veicināšanā.

6.1.5. Farmaceitiskās aprūpes racionalizācija

2012. gadā, pēc smagām un pretrunīgām diskusijām, tika veikti grozījumi Ministru kabineta noteikumos Nr. 899 („Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”). Tas tika darīts, lai racionalizētu farmaceitisko aprūpi, ko nodrošināja NVD. Saskaņā ar iepriekšējo references cenu sistēmu references saraksta zāles (A saraksts; sk. 2.8.4. iedaļu) ar līdzīgām ķīmiskām/terapeitiskām īpašībām tika iedalītas grupās (references grupas), par kurām NVD maksāja to pašu cenu (references cenu). Farmaceiti vai pacienti varēja izvēlēties vienas zāles no references grupas. Ja šīs zāles bija dārgākas par references zālēm, tad pacienti varēja segt cenu starpību starp references un faktisko cenu veicot pacientu tiešmaksājumus (vēl bez parastā līdzmaksājuma par zālēm). Jaunie noteikumi nosaka, ka references grupā ir tikai vienas zāles (vislētākās). Jauno pacientu receptēs tagad jānorāda aktīvā viela. Farmaceitiem tā jāpārdod izvēloties vislētākās zāles no references grupas. Ja pacienti izvēlas citas zāles, tad viņiem par tām jāmaksā pilna cena tiešmaksājumu veidā. Jaunā sistēma veicina konkurenci starp farmācijas uzņēmumiem, jo tie strauji samazina cenas, lai viņu ražotās zāles tiktu izvēlētās par references zālēm. Aplēses liecina, ka šāda pieeja 2012. gadā ir palīdzējusi ietaupīt apmēram LVL3.7 miljonus (Ā5.3 miljoni), kad NVD panāca cenu samazinājumu 600 zālēm (sk. 2.8.4. iedaļu). Farmācijas uzņēmumi un ārstniecības personas stingri iebilda pret šo reformu sakot, ka tādējādi tiek ierobežota pacientu izvēle.

6.1.6. Notiekošās reformas: kvalitātes vadība, e-veselība un maksājumi par slimnīcu

Kopš 2009. gada stacionārās un ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju akreditācija vairs nav obligāta, bet gan brīvprātīga. Pirms tam ilgu laiku stacionārā un ambulatorā veselības aprūpe tika uzskatīta par kvalitātes vadības stūrakmeni. 2010./2011. gadā tika ieviestas ģimenes ārstu darbības kvalitātes brīvprātīgās un obligātās novērtējuma sistēmas. Obligātā sistēma nosaka vairākus kritērijus, kas ĢĀ jāizpilda, ja viņi grib saņemt pilnu kapitācijas naudas budžetu (ja nav kvalitātes, nav samaksas). Brīvprātīgā sistēma mudina ĢĀ palielināt kvalitāti, lai saņemtu vairāk naudas (maksā par kvalitāti) (sk. 3.7.1. iedaļu). Kvalitātes kritēriji tiek ieviesti, lai uzlabotu slimību profilaksi un veselības veicināšanu. Ideja par šo pieeju aizgūta no Apvienotās Karalistes *Quality and Outcomes Framework* sistēmas, kas tiek izmantota primārās veselības aprūpes jomā. 2012. gadā tikai 8.6% ĢĀ piedalījās šajā brīvprātīgajā programmā, jo kvalitātes kritērijus bija grūti izpildīt (2011. gadā neviens ĢĀ neizpildīja noteiktos kritērijus). Turklāt finansiālie ieguvumi bija samērā nelieli (2012. gadā neviens ĢĀ nesaņēma attiecīgos maksājumus). Šo iemeslu dēļ pašlaik tiek apspriesta iespēja mainīt esošo kārtību, lai izstrādātu visaptverošāku sistēmu, kurā ĢĀ būs iespēja saņemt prēmijas par nodrošināto kvalitāti.

Vēl viens reformas elements, kas varētu palielināt aprūpes un atskaišu kvalitāti, ir e-veselība. Kopš 2010. gada tiek īstenota informācijas sistēma, kas dod iespēju pacientiem internetā iegūt informāciju par visiem NVD apmaksātiem veselības pakalpojumiem. Šī sistēma ir ātri kļuvusi populāra. Ārstniecības personas arvien lielāku uzmanību pievērš atskaišu sagatavošanai, bet pacienti var ievērojami labāk kontrolēt savu darbu. E-veselības lietojumkomplekti vēl tik drīz netiks pabeigti, bet pie tiem tiek strādāts (sk. 6.2. sadaļu).

Visbeidzot, bet ne mazāk svarīgi ir tas, ka 2012. gadā tika pieņemts lēmums par *Nord-DRG* sistēmas ieviešanu slimnīcās. Šis darbs ir tikko sācies un sistēmas izmēģinājums slimnīcās ir paredzēts 2013. gadā (sk. 6.2. sadaļu).

6.2. Nākotnes tendences

Pašreizējie notikumi Latvijas veselības nozarē risinās daudz labākā ekonomiskā kontekstā. 2012. gada pirmajos trijos ceturkšņos ekonomikas izaugsme bija vairāk nekā 5%, lai gan prognozes liecināja, ka gada IKP būs gandrīz 15% mazāks nekā 2008. gadā (Pasaules Banka, 2012). Veselības aprūpes nozare nav galvenā prioritāte Latvijā. Saskaņā ar Veselības ministrijas aplēsēm 2012. gadā veselības jomā tika izlietoti tikai 3.4% IKP.

2012./2013. gadā pamazām tiek pabeigti vairāki Sociālās drošības tīkla pasākumi, kuriem vairs nav pieejams finansējums. Piemēram, kopš 2012. gada janvāra personas ar zemiem ienākumiem (no LVL90 līdz LVL120) vairs nav atbrīvotas no pacienta iemaksām. Trūcīgie iedzīvotāji (kuru ienākumi ir mazāki par LVL90) joprojām var izmantot visus veselības aprūpes pakalpojumus (ieskaitot recepšu zāles) par brīvu (tos apmaksā Veselības ministrija). Pie kam bezmaksas viesnīcas veida naktsmītnes izmantošana slimnīcās un hroniski slimo pacientu bezmaksas aprūpe mājās tika pārtraukta. Vairāki veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji cīnās par lielāku finansiālo līdzekļu piešķiršanu, jo viņiem ir problēmas uzturēt ēkas un izmantot medicīniskās tehnoloģijas, kas tika iegādātas iepriekšējos gados. Finansējuma palielinājums veselībai (valdības izdevumu mērķis ir 4.5% no IKP līdz 2014. gadam), kā arī strukturālo reformu turpināšana, kurās jāietver ambulatorās ārstniecības jaudas tālāka attīstība, pašlaik ir viena no Veselības ministrijas prioritātēm, lai nodrošinātu pietiekamus resursus un uzlabotu efektivitāti. Vēl daudz kas jāpaveic, lai uzlabotu sistēmu kvalitāti un izstrādātu slimību ārstniecības programmas hroniski slimajiem pacientiem.

Sabiedrības veselības stratēģija 2011. – 2017. gadam ir svarīgs atbalsta punkts Latvijas veselības sistēmas tālākai attīstībai. Salīdzinot ar iepriekšējo sistēmu, tā iezīmē pavisam citu – integrētu pieeju profilaksei, ārstniecībai, sabiedrības veselībai, primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpei, kā arī neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem (Ministru kabinets, 2012). Konkrētās jomās izstrādātās stratēģijas pievēršas mātes un bērna veselībai, neinfekcijas slimību profilaksei, infekcijas slimību uzraudzībai, veselīgas un nekaitīgas vides nodrošinājumam, kā arī veselības aprūpes sistēmas efektīvai pārvaldībai. Jaunizveidotajam SPKC (Veselības ministrijas pakļautībā) ir būtiska nozīme progressa, kas panākts noteikto mērķu sasniegšanai, pārraudzībā un novērtēšanā.

Pašreizējā valdība savu pilnvaru laikā veselības jomā ir apņēmusies sasniegt šādus mērķus:

- Palielināt valsts izdevumus veselībai līdz 4.5% no IKP līdz 2014. gadam ieviešot veselības apdrošināšanas sistēmu (sīkākai informācijai sk. zemāk).

- Uzlabot veselības aprūpes sistēmas darbību, pievēršoties ilgtermiņa saskaņotai finanšu plānošanai, kā arī labāk izmantojot veselības aprūpes infrastruktūru, piemēram, slimnīcu tīklu un references centru izveide.
- Īstenot cilvēkresursu attīstības pasākumus, tostarp jaunu algu politiku.
- Ieviest e-veselības sistēmu.
- Ieviest DRG sistēmu maksājumiem par ārstēšanos slimnīcā un izstrādāt prēmiju sistēmu slimnīcām un ĢĀ par augstas kvalitātes darbību.
- Uzlabot sadarbību starp VNMPD, ĢĀ un aprūpes mājās sniedzējiem.
- Īstenot jaunus noteikumus un pasākumus saistībā ar valsts finansējumu zālēm.

Viena no Veselības ministrijas galvenajām prioritātēm ir īstenot obligāto veselības apdrošināšanu vai vismaz sasaistīt iedzīvotāju tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ar veselībai rezervētā ienākumu nodokļa maksājumu. Iemesls tam ir šāds. Esošā finansēšanas sistēma neapmierina iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzības un politiskais vai sabiedrības atbalsts valsts budžeta daļas palielināšanai veselības jomai ir pavisam neliels. Rezultātā pacientu tiešmaksājumi, it īpaši par farmaceitisko aprūpi, joprojām ir augsti un gaidīšanas laiks rindās palielinās. Tas, savukārt, vēl vairāk palielina iedzīvotāju neapmierinātību ar veselības sistēmu. Liela daļa iedzīvotāju vai nu vispār nemaksā ienākumu nodokli, vai arī nemaksā tik daudz, cik vajadzētu. Valdība cer, ka tā var palielināt iedzīvotāju vēlmi dot finansiālu pienesumu veselības sistēmai, ja tā noteiks tiesības veikt iemaksas tāpat, kā tas ir sociālās veselības apdrošināšanas sistēmās. Tomēr tiesību sasaiste ar iemaksām varētu nozīmēt atteikšanos no vispārējā iedzīvotāju aptvēruma. Šim jautājumam jāpievēršas ļoti nopietni, lai izvairītos no nelabvēlīgām sekām.

Prioritātes veselības sistēmas plānošanas un organizācijas jomā ir izstrādāt ilgtermiņa investīciju plānus un uzlabot slimnīcu pārvaldes rīcībspēju. Strukturālās reformas turpināsies, lai optimizētu slimnīcu izmantošanu, atbalstītu primārās veselības aprūpes un dienas stacionāra pakalpojumus, kā arī lai paplašinātu jaunieviesto veselības aprūpi mājās. Bez tam notiek diskusijas par slimnīcu apvienošanu (piem., par psihiatrisko slimnīcu iekļaušanu vispārēja tipa slimnīcās) un par stacionārās veselības aprūpes sniegšanu mazākā skaitā lielāku slimnīcu slēdzot dažas vietējās slimnīcas.

2012. gadā sākās pirmie e-veselības sistēmas izmēģinājumi. Savā galīgajā versijā tā ietvers e-receptes, e-medicīniskās kartes, e-pierakstīšanos, e-nosūtījumus un e-portālu. Lai gan paredzēts, ka sistēma pilnībā sāks darboties tiešsaistē 2013. gadā, joprojām pastāv vērā ņemamas atšķirības e-veselības infrastruktūras pieejamībā. Dažās iestādēs jau ir izveidotas elektroniskās pacientu kartes, bet citās vēl nav. Turklāt datu drošība joprojām ir sarežģīts jautājums. Tomēr ņemot vērā e-veselības sistēmas priekšrocības, tādas kā ātrāka informācijas apmaiņa, pacientu iesaiste un vērā ņemamu ārstniecības personu atbalstu, NVD ir optimistiski noskaņots un pārliecināts, ka spēs atrisināt šos jautājumus.

Viena svarīga reformu joma nākamajos divos gados ir *Nord-DRG* sistēmas ieviešana slimnīcās. Paredzēts, ka tā jāievieš kā maksājumu sistēma 2014. gadā. Lēmums par DRG piesaistītu maksājumu sistēmu tika pieņemts kopīgās sarunās starp Veselības ministriju, slimnīcām un slimnīcu biedrībām. Visas iestādes, tostarp, Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība, atbalstīja šo domu it īpaši tāpēc, ka DRG izmantošana veicinās pārskatāmību slimnīcu nozarē gan darbības (jo būs iespēja novērtēt dažādās ārstniecības iestādēs ārstēto pacientu sarežģīto situāciju), gan resursu piešķiršanas ziņā (jo resursus piešķirs atbilstoši ārstējamo pacientu skaitam un veidam). Tā ir liela priekšrocība salīdzinot ar pašreizējo maksājumu sistēmu, kurā līdzekļu piešķiršana ne vienmēr saistīta ar racionāliem kritērijiem. NVD ir atbildīgs par DRG sistēmas ieviešanu Latvijā. 2013. gadā sāksies tās izmēģinājumi, kas ietvers arī pāreju uz Ziemeļvalstu Medicīnas statistikas komitejas (NOMESCO) klasifikācijas sistēmu.

7. Veselības sistēmas novērtējums

Vairumā izpildes kritēriju, tādu kā veselības stāvoklis, aizsardzība pret finansiālo risku un pacientu apmierinātība Latvijā joprojām atpaliek ne tikai no „vecajām” ES dalībvalstīm, bet arī no valstīm, kas pievienojās ES 2004. gadā. Neskatoties uz to, ka paredzamais dzīves ilgums laikposmā no 2000. līdz 2010. gadam ievērojami palielinājās, 2010. gadā vidējais paredzamais dzīves ilgums Latvijā bija tikai 73.5 gadi. Tas bija apmēram par astoņiem gadiem mazāks nekā vidēji vīriešiem ES27 un par četriem gadiem mazāks nekā vidēji sievietēm ES27. Turklāt rādītāji, kas ir daudz jutīgāki pret veselības aprūpi – zīdaiņu mirstība un paredzamais dzīves ilgums 65 gadu vecumā – joprojām ir nelabvēlīgs salīdzinot ar vidējiem rādītājiem ES un valstīs, kas iestājās ES 2004. vai 2007. gadā.

Latvijas veselības aprūpes sistēmas piedāvātā aizsardzība pret finansiālo risku ir nepietiekama. Pacientiem liela daļa izmaksu jāsedz ar tiešmaksājumiem (kā % no KVI) un daudzi iedzīvotāji atsakās no ārstniecības lielo izmaksu dēļ. PTM kā procenti no KVI 2010. gadā bija gandrīz 38%, kas bija krietni virs 26% Lietuvā un 20% Igaunijā. Patiesībā šis rādītājs bija viens no augstākajiem Eiropā. Gandrīz 14% Latvijas iedzīvotāju minēja neapmierinātās medicīniskās vajadzības to izmaksu dēļ. Igaunijā, Lietuvā, Slovēnijā un vairumā pārējo ES dalībvalstu šis skaitlis bija mazāks par 1%. Turklāt bija vērojama acīmredzama nevienlīdzība, jo iedzīvotāju īpatsvars ar neapmierinātām medicīniskām vajadzībām bija daudz augstāks vistrūcīgāko iedzīvotāju ienākumu kvintilē (34%) nekā vistrūcīgāko (13%).

Saskaņā ar Eirobarometra 2011. gada apsekojumu lielākā daļa Latvijas iedzīvotāju veselības aprūpi savā valstī vērtēja kā sliktu (66%), 30% – kā labu. Rezultātā Latvija ierindojās ceturtajā viszemākajā vietā ES valstu vidū. Vairums (58%) teica, ka situācija bija pasliktinājusies, 63% uzskatīja, ka tā nemainīsies nākamā gada laikā, bet 23% domāja, ka tā pasliktināsies.

Nepilnības veselības aprūpes sistēmas darbībā var daļēji saistīt ar finanšu resursu nepietiekamību sakarā ar globālo ekonomikas un finanšu krīzi, kas radīja milzīgu izaicinājumu valdībai, lai nodrošinātu iedzīvotājiem piekļuvi nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un novērstu viņu veselības stāvokļa pasliktināšanos. No 2008. līdz 2010. gadam valdībai izdevās ieviezt veselības sistēmu pareizajās sliekšņos. Tā ievērojami samazināja pārmērīgi lielo slimnīcu gultu skaitu, kas tagad ir noslīdējis līdz pārējo ES12 līmenim. Tai pat laikā primārā veselības aprūpe un pakalpojumi bērniem un grūtniecēm, kā arī neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi un zāles tika izvirzītas par prioritātēm, lai pēc iespējas novērstu negatīvu ietekmi uz iedzīvotāju veselību.

Nesen apstiprinātajai Sabiedrības veselības stratēģijai 2011. – 2017. gadam ir svarīga loma iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanā, jo tā balstīta uz stingras starpnozaru pieejas un tajā vērsta uzmanība uz lielāko problēmu Latvijā – sirds un asinsvadu slimībām. Lai uzlabotu veselības aprūpes sistēmas darbību, nenovēršami būs jāpalielina valsts izdevumi veselības jomai un jāsamazina milzīgā atkarība no PTM. Bez tam jāturpina uzlabot efektivitāti ieviešot strukturālās reformas, tostarp samazinot pārlietu lielo infrastruktūru un tālāk uzlabojot primārās veselības aprūpes sistēmu.

7.1. Veselības sistēmas mērķi

Pēc neatkarības atgūšanas 1991. gadā reformas veselības aprūpes jomā Latvijā notika pa daļām vai kā eksperiments. Tās turpinājās gadiem ilgi bez oficiāli noteiktiem kopīgiem mērķiem un uzdevumiem. Situācija pirmo reizi mainījās 2001. gadā, kad Ministru kabinets apstiprināja Sabiedrības veselības stratēģiju un tās Rīcības plānu 2004. – 2010. gadam. Vēl gluži nesen – 2011. gadā – Ministru kabinets apstiprināja Sabiedrības veselības stratēģiju laikposmam no 2011. līdz 2017. gadam. Jaunajā stratēģijā ir noformulēts virsmērķis: „pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību”. Līdz 2017. gadam sasniedzamie mērķi ir noteikti daudz konkrētāk – par diviem gadiem pagarināt veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un par 20% samazināt potenciāli zaudētos dzīves gadus. Plānā ir noteikti seši stratēģiskie mērķi, tostarp novērst nevienlīdzību veselības jomā, uzlabot situāciju trīs galvenajās jomās (infekcijas slimības, neinfekcijas slimības, mātes un bērna veselība), veicināt veselīgu darba vidi un nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi (Latvijas Republikas Veselības ministrija, 2011).

Lai sasniegtu iepriekšējā Sabiedrības veselības stratēģijā (2004–2010) noteiktos mērķus, konkrētās jomās tika izstrādātas vairākas politikas, tostarp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstība (Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2005–2010; Latvijas valdība, 2004), e-veselība (e-veselība Latvijā 2008–2010, Ministru kabinets, 2008) un cilvēkresursi veselības aprūpes jomā (Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006–2015; Ministru kabinets, 2006). Tomēr šo politiku īstenošanu dažkārt ka-

vēja finansējuma trūkums, ko radīja ekonomikas un finanšu krīze, kas izraisīja nopietnu makroekonomikas un fiskālo nelīdzsvarotību Latvijā. Tomēr bija arī gadījumi, kad fiskālās konsolidācijas pasākumi palīdzēja sasniegt konkrētus mērķus. Piemēram, budžeta samazinājumi stacionārās veselības aprūpei ir paātrinājuši virzību uz ambulatorām un dienas stacionāra procedūrām, kas bija paredzēts Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmā 2005. – 2010. gadam. E-veselības stratēģija tiek ieviesta ar nelielu aizkavēšanos, jo process ir sarežģīts un to traucē nepietiekama pārvaldes rīcībspēja, iepirkumu kavēšanās un pārsūdzība.

Pievēršoties 2001. gada Sabiedrības veselības stratēģijā un tās Rīcības plānā 2004. – 2010. gadam noteikto mērķu un pasākumu īstenošanai, nākas secināt, ka kopumā tajā laikā notikušas pozitīvas pārmaiņas (Veselības ekonomikas centrs, 2010). Saslimstība ar slimībām (piem., difteriju, tuberkulozi), kuras var novērst ar vakcīnām, ir ievērojami samazinājusies (lai gan vakcinācijas aptvērumš pēdējā laikā ir samazinājies, sk. 5.1. sadaļu) un krūts barošanas rādītāji ir uzlabojusies (sk. 1.4. sadaļu). Tomēr bija vērojamas arī negatīvas tendences saistībā ar dzīvesveida maiņu (liekais svars, smēķēšana, fiziskās aktivitātes trūkums) un saslimstība (incidence un prevalence) ar diabētu (sk. 1.4. sadaļu). Jaundzimušo vidējais paredzamais dzīves ilgums, ko izmantoja kā Sabiedrības veselības stratēģijas veiksmes summāro rādītāju, no 2000 līdz 2010. gadam bija palielinājies par vairāk nekā trim gadiem. Tomēr noteiktais mērķis sasniegt 95% no ES vidējā paredzamā dzīves ilguma netika sasniegts. 2009. gadā paredzamais dzīves ilgums Latvijā bija 73 gadi, kas bija vairāk nekā par sešiem gadiem mazāks nekā vidēji ES27, kur tas bija gandrīz 79 gadi (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b). Viens no galvenajiem iemesliem, kāpēc iepriekšējā Sabiedrības veselības stratēģija neguva pietiekami labus panākumus, bija stingras starpnozaru pieejas trūkums veselības uzlabošanai. Tāpēc jaunajā stratēģijā laikposmam no 2011. līdz 2017. gadam it īpaši liela uzmanība pievērsta starpnozaru pieejai un veselības aspekta iekļaušanai visās politikās. Vairāku ministriju un pašvaldību līdzdalība jaunās stratēģijas izstrādē pierāda lielo politisko atbalstu šādai pieejai.

7.2. Finansiālā aizsardzība un taisnīgs finansējums

7.2.1. Finansiālā aizsardzība

Veselības sistēmas nodrošināto finansiālās aizsardzības pakāpi nosaka tas, cik lielā mērā cilvēki ir aizsargāti no slimības radītām finansiālām sekām. Ja iedzīvotājiem jāmaksā liela daļa KVI kā tiešmaksājumi, tad veselības sistēmas piedāvātā finansiālā aizsardzība ir ierobežota.

Latvijā PTM daļa kā procenti no VKI 2010. gadā bija gandrīz 38%, kas bija krietni virs 25.8% Lietuvā un 19.6% Igaunijā (sk. 7.1. attēlu). Lai gan situācija Latvijā šajā ziņā kopš 2000to gadu paša sākuma, kad PTM daļa pārsniedza 45%, ir uzlabojusies, tomēr šo maksājumu augstais procentuālais rādītājs (salīdzinot ar vidējiem rādītājiem reģionā un ES) liecina, ka iedzīvotāju finansiālā aizsardzība ir nepietiekama.

7.1. attēls

Privāto mājsaimniecību PTM par veselību kā % no kopējiem veselības izdevumiem no 1995. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Vissvarīgākais iemesls augstajai PTM daļai Latvijā ir saistīts ar to, ka NVD piedāvā tikai samērā ierobežotu segumu recepšu zālēm gan aptvēruma (aptvertās slimības), gan plašuma (līdzapdrošināšanas apjoms un nepieciešamais līdzmaksājums) ziņā (sk. 3.4.1. iedaļu). 2010. gadā vairāk nekā 60% PTM tika izlietoti zālēm, bet tikai 27% – ambulatoriem pakalpojumiem (sk. 7.2. attēlu). Pēdējo desmit gadu laikā šis sadalījums ir saglabājies relatīvi nemainīgs. Pacienti jāmaksā pilna cena par visām bezrecepšu zālēm un par daudzām recepšu zālēm, jo aptvērumš attiecas tikai uz ierobežotu skaitu saslimšanu, piemēram, diabētu, vēzi un psihiskiem traucējumiem. Aplēses liecina, ka pacientu izdevumi par bezrecepšu un nekompensējamām recepšu zālēm ir apmēram 50% no visiem PTM, kas izdoti par zālēm (Pasaules Banka, 2010). Līdzmaksājumi par visiem NVD apmaksātajiem veselības pakalpojumiem (t.i., stacionāro un ambulatoro veselības aprūpi) ir ierobežoti līdz LVL400 (Ā570) uz vienu cilvēku gadā. Šis ierobežojums gan neattiecas uz recepšu zālēm. Turklāt zobārstniecība ir ietverta valsts garantētās veselības aprūpes sistēmā tikai bērniem līdz 18 gadu vecumam.

7.2. attēls

PTM komponentes uz vienu mājsaimniecības locekli

Avots: Centrālā statistikas pārvalde, 2012d.

Ierobežota finansiālā aizsardzība rada problēmas divu galveno iemeslu dēļ: (1) veselības aprūpes izmaksas var prasīt lielu (dažreiz katastrofāli lielu) daļu no pieejamajiem ienākumiem, iedzenot mājsaimniecības trūkumā, un (2) tas samazina mājsaimniecību spēju piekļūt nepieciešamajai aprūpei. Kopumā ierobežota finansiālā aizsardzība daudz vairāk ietekmē mājsaimniecības ar zemiem ienākumiem, jo salīdzinoši nelieli PTM var veidot lielu daļu mājsaimniecību ienākumu.

Apsekojuma „Kopienas statistika par ienākumiem un dzīves apstākļiem” (*EU-SILC*) dati liecina, ka Latvijas iedzīvotāji, salīdzinot ar citiem ES iedzīvotājiem, ir gatavi atteikties no medicīniskas izmeklēšanas vai ārstniecības to dārdzības dēļ (sk. 7.3. attēlu). 2010. gadā 13.5% Latvijas respondentu teica, ka viņi bija atteikušies no veselības aprūpes, jo tā viņiem bija par dārgu. Igaunijā, Lietuvā, Slovēnijā un vairumā pārējo ES dalībvalstu šis skaitlis bija mazāks par 1%. Laika gaitā pētot šo tendenci kļūst skaidrs, ka to cilvēku īpatsvars, kuri nesaņem veselības aprūpi tās augsto izmaksu dēļ, ievērojami palielinājās kopš finanšu un ekonomikas krīzes sākuma Latvijā. Mājsaimniecības ar zemiem ienākumiem ir vēl sliktākā situācijā. Par to liecina 27% Latvijas *SILC* respondentu pirmajā ienākumu kvintilē. Viņi teica, ka viņiem vajadzēja atteikties no veselības aprūpes, jo tā bija pārāk dārga (sk. 7.3.2. iedaļu).

7.3. attēls

Iedzīvotāju ziņojumi (%) par neapmierinātām vajadzībām pēc veselības pārbaudēm vai ārstniecības, jo tas bija „pārāk dārgi”

Avots: Eurostat, 2012e.

Lai aizsargātu mājsaimniecības ar zemākiem ienākumiem pret augstiem PTM, liela nozīme ir atbrīvoju- ma mehānismiem, kas var uzlabot finansiālo aizsardzību pret pacienta iemaksām – vismaz personām, uz kurām attiecas atbrīvojums. 2009. gada oktobrī Latvijas valdība ieviesa izņēmumu mehānismus trūcīgajiem (kuru ienākumi uz vienu cilvēku bija mazāki par 50% no minimālās algas). 2010. un 2011. gadā mājsaimniecības ar zemiem ienākumiem (no LVL90 līdz LVL120) arī atbrīvoja no pacienta iemaksām. Tas tika darīts Sociālās drošības tīkla stratēģijas satvarā (sk. 6.1.2. iedaļu). Šīs politikas ietekme, visticamāk, būs atspoguļota jaunajos *EU-SILC* datos par 2011. gadu. Turklāt, ja valdība rīkotos, lai pazeminātu nekompensējamo zāļu cenas (piem., nosakot, ka zāles nedrīkst pārdot par augstākām cenām nekā pārējās Baltijas valstīs), tad varētu ievērojami samazināt PTM radīto slogu par nekompensējamām zālēm.

Iedzīvotāju (visu) finansiālo aizsardzību varētu uzlabot, ja PTM daļu par veselības aprūpi samazinātu. Tas ir svarīgs aspekts. Saskaņā ar Sabiedrības veselības stratēģiju valdība paredz palielināt valsts izdevumus veselības aprūpei no 3.6% no IKP 2011. gadā līdz 4.5% 2014. gadā un līdz 5.0% līdz 2017. gadam. Ja šī nauda tiks saprātīgi izlietota, t.i., paplašinot valsts apmaksāto recepšu zāļu aptvērumu, uzlabojot sociālās drošības tīklu un iekļaujot zobārstniecību garantētajā veselības pakalpojumu apjomā, tad iedzīvotāju finansiālā aizsardzība varētu uzlaboties.

7.2.2. Taisnīgums finansēšanā

Taisnīgums finansēšanā visbiežāk tiek asociēts ar vertikālā taisnīguma (*Wagstaff & van Doorslaer, 2000*) jēdzienu. Vertikālais taisnīgums ir saistīts ar principu, ka cilvēkiem ar augstāku maksātspēju vajadzētu maksāt vairāk nekā iedzīvotājiem ar zemāku maksātspēju. Taisnīgumu finansēšanā vislabāk var panākt ar progresīvo finansēšanas sistēmu (*PVO, 2000*), t.i., kad personas ar augstākiem ienākumiem maksā lielāku ienākumu daļu, bet iedzīvotāji ar zemākiem ienākumiem – mazāku. Progresīvā nodokļu sistēma piedāvā lielāku vertikālā taisnīguma iespēju nekā proporcionālā nodokļu sistēma. Pacientu tiešmaksājumi parasti ir regresīvi un tiem ir viszemākais potenciāls nodrošināt vertikālo taisnīgumu.

Latvijā vairāk nekā 60% no kopējiem izdevumiem veselības jomā tiek segti no vispārējiem nodokļu ieņēmumiem (sk. 3. nodaļu). Šī iemesla dēļ taisnīgums finansēšanā visvairāk ir atkarīgs no nodokļu sistēmas progresivitātes. Kakvani indekss ir viena no visplašāk izmantotajām pieejām, lai izmērītu nodokļu sistēmas progresivitāti. Ja šis indekss ir pozitīvs, tad sistēma ir progresīva, ja tas ir negatīvs, tad – regresīva, bet, ja indekss ir nulle, tad sistēma ir proporcionāla. Vanags (2010) nesen izvērtēja Latvijas nodokļu sistēmas progresivitāti pēc 2010. gadā īstenotās nodokļu reformas, izmantojot Kakvani indeksu. Viņš konstatēja, ka tiešie nodokļi (piem., ienākumu nodoklis) bija progresīvi; Kakvani indekss bija 0.16. Toties netiešie nodokļi (piem., PVN) bija regresīvi; Kakvani indekss bija -0.14. Apvienojot abus nodokļu veidus nācās secināt, ka Latvijas nodokļu sistēma bija nedaudz progresīva; Kakvani indekss bija 0.048. Kopš tā laika iedzīvotāju ienākumu nodoklis vairākkārt ir ticis nedaudz palie-

lināts un pēc tam atkal samazināts. PVN arī ir ticis palielināts un pēc tam samazināts (*Leionen, 2012*). Tomēr tam nav bijis lielas ietekmes uz Vanaga vispārējo nodokļu sistēmas novērtējumu kā progresīvu.

Veselības aprūpes finansēšanas sistēmas vispārējo progresivitāti jāinterpretē ņemot vērā lielo PTM daļu, kas arī veido kopējos veselības jomas izdevumus. 7.4. attēlā redzams, ka trešās ienākumu kvintiles mājsaimniecības tērē 8.5% no to kopējiem izdevumiem par PTM. Šī daļa ir mazāka gan abās turīgāko, gan abās trūcīgāko mājsaimniecību kvintilēs. Visturīgākās kvintiles mājsaimniecības tērē otro zemāko PTM daļu no kopējiem mājsaimniecības izdevumiem. Vismazturīgās kvintiles mājsaimniecības izdod vismazāko ienākumu daļu par PTM. Tas varētu liecināt par to, ka īstenotie drošības tīkla pasākumi ir bijuši efektīvi, lai pasargātu vismazturīgākās kvintiles mājsaimniecības no pārmērīgi augstiem pacientu tiešmaksājumiem.

7.4. attēls

Vidējie mēneša PTM uz vienu mājsaimniecības locekli (kreisā ass) un PTM kā % no mājsaimniecības izdevumiem (labā ass) pēc ienākumu kvintiles, 2010

Avots: Centrālā statistikas pārvalde, 2012d.

Lai gan nodokļu sistēma ir pavisam nedaudz progresīva, bet PTM un nodokļu subsīdijas BVA vismaz iedzīvotāju grupām ar augstākiem ienākumiem ir stipri regresīvi, Latvijas veselības aprūpes finansēšanas sistēmas kopējā progresivitāte ir mazliet neskaidra. Visticamāk, ka tā ir aptuveni proporcionāla, varbūt pavisam nedaudz regresīva, kas nav neparasti, ja paraugāmiem uz starptautiskajām veselības aprūpes finansēšanas sistēmām (*Wagstaff et al., 1999*). Ja pašreizējie reformas priekšlikumi par pāreju uz obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu novedīs pie lielākas daļas ienākumu nodokļa novirzīšanas veselības jomas finansēšanai, t.i., rezervējot lielu daļu iedzīvotāju ienākumu nodokļa veselībai, kā tas jau bija pirms 2005. gada, un samazināsies paļāvība uz PTM, tad varētu izveidot progresīvāku veselības aprūpes finansēšanas sistēmu.

7.3. Lietotāju pieredze un vienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei

7.3.1. Lietotāju pieredze

Par Latvijas veselības aprūpes sistēmu pieejami vairāki valsts un starptautiski informācijas avoti, kas atspoguļo lietotāju pieredzi un iedzīvotāju viedokļus. Eiropas Komisijas veiktie apsekojumi un Eiropas patērētāju indekss (*Health Consumer Powerhouse, 2012*) liecina, ka Latvijas iedzīvotājiem ir diezgan negatīvs viedoklis par veselības sistēmu valstī.

2011. gadā Eirobarometra veiktā apsekojuma laikā tika izvērtēti patērētāju viedokļi par veselības aprūpi. Lielākā daļa Latvijas iedzīvotāju novērtēja veselības aprūpi valstī kā sliktu (66%), bet tikai 30% teica, ka tā ir laba (Eiropas Komisija, 2011). Rezultātā Latvija ierindojās ceturtajā zemākajā vietā ES dalībvalstu vidū. Kad respondentiem lūdza salīdzināt esošo veselības aprūpi ar to, kāda tā bijusi pirms pieciem gadiem, lielākā daļa teica, ka situācija bija pasliktinājusies (58%), 33% respondentu uzskatīja, ka tā bija apmēram tāda pati, bet tikai 5% uzskatīja, ka tā bija uzlabojusies. Pie kam Latvijas iedzīvotāji nebija optimistiski noskaņoti par veselības sistēmas nākotni: 63% domāja, ka tā nemainīsies nākamā gada laikā un 23% uzskatīja, ka tā pasliktināsies (Eiropas Komisija, 2011). Saskaņā ar citu Eirobarometra apsekojumu (Eiropas Komisija, 2010) 65% Latvijas respondentu domāja, ka veselības aprūpes kvalitāte Latvijā ir sliktāka nekā citās ES dalībvalstīs.

Saskaņā ar *EU-SILC* apsekojumu Latvijas iedzīvotāju daļa, kas minēja neapmierinātās vajadzības pēc medicīniskas izmeklēšanas vai ārstniecības, bija 21.8 (sk. 7.1. tabulu). Nevienā citā ES valstī tik liela iedzīvotāju daļa nemin neapmierinātās vajadzības (otrais augstākais neapmierināto vajadzību skaits bija Bulgārijā – 15% iedzīvotāju). Šajā ziņā situācija Latvijā uzlabojās no 2005. līdz 2009. gadam, kad šādu iedzīvotāju skaits samazinājās no 30% līdz 15%. Tomēr 2010. gadā neapmierinātās vajadzības strauji palielinājās, galvenokārt, finansiālu iemeslu dēļ (sk. 7.2.1. sadaļu). Visvairāk neapmierināto vajadzību bija iedzīvotāju grupai ar viszemākajiem ienākumiem (sk. 7.3.2. iedaļu).

7.1. tabula

Iedzīvotāju ziņojumi par neapmierinātām vajadzībām pēc veselības pārbaudēm un ārstniecības pēc iemesla, 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pārāk dārgi	16.8	11.5	8.4	6.8	8.0	13.5
Pārāk tālu, lai brauktu	0.6	0.8	1.2	0.7	0.5	0.5
Nav laika	3.8	3.9	3.2	3.7	1.8	1.9
Nezināja neviena laba ārsta vai speciālista	0.9	0.6	0.8	0.6	0.4	0.4
Gaidīšanas saraksts	1.8	2.6	3.0	2.5	1.3	1.2
Bailes no ārsta, slimnīcas, medicīniskās pārbaudes vai ārstniecības	0.8	0.7	0.7	0.4	0.4	0.5
Gribēja pagaidīt un paskatīties, vai problēma pāries pati no sevis	4.5	5.8	6.5	4.2	3.3	3.4
Citi iemesli	0.8	0.7	0.7	0.5	0.2	0.4
Kopā	30.0	26.6	24.5	19.4	15.9	21.8

Avots: Eurostat, 2012e.

Lai gan Latvijā nav iedibināta prakse veikt sistemātiskus apsekojumus sabiedrības viedokļa noskaidrošanai par veselības sistēmu, tomēr 2008. gadā tika organizēti divi apsekojumi. VOAVA pasūtīja pārstāvniecisku apsekojumu, lai izvērtētu Latvijas iedzīvotāju viedokļus par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Respondenti bija iedzīvotāji vecumā no 18 līdz 74 gadiem (VOAVA, 2008). Otru apsekojumu veica CSP Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojuma (Centrālā statistikas pārvalde, 2009) kontekstā. Saskaņā ar VOAVA apsekojumu 77% iedzīvotāju bija vai nu pilnīgi vai daļēji apmierināti ar savu ģimenes ārstu un tikai 16% bija pilnīgi vai daļēji neapmierināti. Tomēr pozitīvas atbildes uz vispārīgāku jautājumu par iespēju piekļūt valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem skanēja daudz retāk. Tikai 50% respondentu teica, ka piekļuve bija laba vai diezgan laba, bet 36% atbildēja, ka tā bija diezgan slikta vai ļoti slikta. CSP apsekojuma rezultāti ir nedaudz sliktāki. Tikai 61% respondentu bija diezgan apmierināti vai ļoti apmierināti, bet 14% bija diezgan neapmierināti vai ļoti neapmierināti ar savu ģimenes ārstu (Centrālā statistikas pārvalde, 2009). Rezultāti par slimnīcām bija ievērojami sliktāki. Tikai 38% respondentu bija diezgan vai ļoti apmierināti ar tām un 18% – diezgan vai ļoti neapmierināti.

Bez tam VOAVA apsekojumā var iegūt informāciju par rindām: gandrīz 60% minēja, ka gaidījuši rindā vismaz mēnesi, lai veiktu plānveida procedūru slimnīcā. Apmēram puse ĢĀ un privātie speciālisti bija pieejami nedēļas laikā. Speciālisti, kas pieņemti darbā klīnikās, nebija tik ātri pieejami (sk. 7.5. attēlu).

7.5. attēls

Pacientu minētais gaidīšanas laiks rindā, 2008

Avots: VOAVA, 2008.

Visbeidzot, Eiropas Veselības aprūpes patērētāju indeksā, ko sagatavoja *Health Consumer Powerhouse* (2012), novērtēts Eiropas veselības aprūpes sistēmu „draudzīgums pret patērētāju”. Indeksā apkopota informācija izmantojot veselu virkni rādītāju, tostarp rindas, neformālos maksājumus, profilaktiskos pasākumus, veselības rezultātus, piekļuvi zālēm, pacientu tiesību izmantošanu un piekļuvi informācijai. Šis indekss izpelnījās plašu starptautisku uzmanību, lai gan valstu ierindošanu kādā konkrētā vietā vajadzētu interpretēt ļoti uzmanīgi. Latvijas rezultāti šajā indeksā ir diezgan slikti, patiesībā tie ir vieni no zemākajiem, jo Latvija atrodas tikai virs Rumānijas un Bulgārijas. Pārējām Baltijas valstīm, t.i., Lietuvai un Igaunijai rezultāti ir daudz labāki.

Lai gan sabiedrības viedoklis par veselības aprūpes sistēmu ir samērā negatīvs, Latvijas valdība ir sākusi rīkoties, lai uzlabotu pacientu tiesības. Kopš 2010. gada, kad stājās spēkā Pacientu tiesību likums, pacientiem ir tiesības saņemt informāciju par savu diagnozi, kā arī par pārbaudi un ārstniecības plānu. Viņiem arī ir tiesības piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās, kā arī iegūt savā rīcībā medicīniskus dokumentus (sk. 2.9.3. iedaļu).

7.3.2. Vienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei

Taisnīga piekļuve tiek saistīta ir horizontālā taisnīguma jēdzienu, ko veselības aprūpes jomā interpretē kā vienlīdzīgu piekļuvi vienlīdzīgu vajadzību apmierināšanai. Piekļuve pakalpojumiem ir atkarīga no vairākiem faktoriem, tostarp finansiāliem, ģeogrāfiskiem un informatīviem, un arī no šķēršļiem

Vienlīdzīga piekļuve Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir svarīgs jautājums. Pozitīvi ir tas, ka tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem ir vispārējas, vienlīdzīga piekļuve ir svarīgs politikas mērķis (piem., Sabiedrības veselības stratēģija) un valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts ir diezgan visaptverošs. Pat ekonomikas krīzes laikā valdība ir īstenojusi iespaidīgus neatliekamus sociālās drošības tīkla pasākumus, lai aizsargātu mazaizsargātās iedzīvotāju grupas un nodrošinātu to vienlīdzīgu piekļuvi veselības aprūpei (sk. 6.1.2.iedaļu). Vissvarīgākais ir tas, ka Sociālās drošības tīkla stratēģijas īstenošanas laikā bija iespēja vismaz uz laiku izmantot mehānismus atbrīvojumam no pacienta iemaksām. Tie attiecās uz trūcīgajiem iedzīvotājiem un uz mājsaimniecībām ar zemiem ienākumiem. Turklāt tika ieviesti vairāki pasākumi, lai uzlabotu pakalpojumu pieejamību. Šajā sakarā jāmin: (1) iespēja trūcīgajiem iedzīvotājiem un personām ar zemiem ienākumiem no attālām vietām izmantot viesnīcai līdzīgu bezmaksas naktsmītni slimnīcās, ja viņi netiek mājās pēc pakalpojumu saņemšanas dienas stacionārā; (2) bezmaksas veselības aprūpe mājās hroniski slimiem pacientiem, lai novērstu finansiālus šķēršļus (piem., transporta un hospitalizācijas izdevumus); (3) iespēja palielināt personāla skaitu ĢĀ praksēs pieņemot darbā vēl vienu māsu. To varēja izdarīt apmēram puse primārās veselības pakalpojumu sniedzēju, lai tiktu galā ar papildu pienākumiem, kas radās sakarā ar finansējuma samazinājumu sekundārās ambulatorās un stacionārās veselības aprūpē; (4) ģimenes ārsta konsultatīvā tālruņa dienesta ieviešana, lai pacienti varētu sazināties ar ārstu pēc darba laika beigām un brīvdienās (kad ĢĀ kabineti ir slēgti); un dienas centru izveide pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, lai viņi varētu saņemt pakalpojumus kopienā un labāk integrēties sabiedrībā.

Sakarā ar ļoti lielu finansējuma trūkumu veselības aprūpes jomā rodas problēmas vienlīdzīgas piekļuves nodrošināšanā veselības aprūpes pakalpojumiem, it īpaši pēc finanšu un ekonomikas krīzes sākuma. Tam ir divas nopietnas sekas. Pirmkārt, veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā liela uzmanība tiek veltīta neatliekamai veselības aprūpei un konkrētām nopietnām saslimšanām, kas nereti noved pie garām rindām, lai iedzīvotāji varētu saņemt arī cita veida veselības aprūpi. Otrkārt, pacienta iemaksas par gandrīz visiem pakalpojumiem liedz personām ar zemiem ienākumiem (ja viņi neieklaujas iedzīvotāju grupā zem noteiktā ienākumu sliekšņa, lai saņemtu atbrīvojumus Sociālās drošības tīkla stratēģijas satvarā) saņemt nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus un zāles.

EU-SILC apsekojuma (2010) dati liecina, ka gandrīz 35% iedzīvotāju ar zemiem ienākumiem un nedaudz vairāk kā 10% iedzīvotāju no visaugstāko ienākumu kvintiles min neapmierinātas medicīniskās vajadzības. Tādējādi var secināt, ka veselības aprūpes pieejamībā pastāv nopietna nevienlīdzība. Sievietes vairāk nekā vīrieši nosauca neapmierinātas vajadzības, bet atšķirība starp iedzīvotājiem ar zemākiem un augstākiem ienākumiem bija pat lielāka nekā vīriešiem (sk. 7.6. attēlu).

7.6. attēls

Iedzīvotāju ziņojumi par neapmierinātām vajadzībām pēc medicīniskām pārbaudēm vai ārstniecības pēc dzimuma un ienākumu kvintiles, 2010

Avots: Eurostat, 2012e.

7.7. attēlā skaidri redzams, ka finansiālie šķēršļi ir galvenie iemesli piekļuves nevienlīdzībai. Vistrūcīgāko iedzīvotāju kvintilē gandrīz 80% minēja finansiālus ierobežojumus kā šķērslī piekļuvē pakalpojumiem, visturīgāko iedzīvotāju kvintilē – 33% cilvēku; 12% iedzīvotāju no visaugstāko ienākumu kvintiles minēja garās rindas kā iemeslu tam, ka viņi nevērsās pēc veselības aprūpes.

7.7. attēls

Iemesli iedzīvotāju ziņojumiem par neapmierinātām vajadzībām pēc medicīniskām pārbaudēm vai ārstniecības, pirmā un piektā ienākumu kvintile, 2010

Avots: Eurostat, 2012e.

Vēl viens faktors, kas mazina dažu iedzīvotāju grupu piekļuvi pakalpojumiem, ir ģeogrāfiskie attālumi līdz tiem, pat līdz primārās veselības aprūpes pakalpojumiem, jo pakalpojumu sadalījumā valstī vērojama ģeogrāfiskā nelīdzsvarotība. Šī iemesla dēļ personām ar zemiem ienākumiem rodas papildu izdevumi par transportu. Bez tam praktiski nav īpašu noteikumu, lai atvieglotu cilvēku ar īpašām vajadzībām piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem (vai pakalpojumiem vispār). Visbeidzot, jāmin informatīvie šķēršļi, kas īpaši skar nelatviski runājošos iedzīvotājus. Tie var mazināt sabiedrības veselības un veselības informācijas kampaņu efektivitāti.

Tā saucamā Māsterplāna īstenošanas laikā bija paredzēts racionalizēt primārās un sekundārās veselības aprūpes, kā arī neatliekamās medicīniskās palīdzības iestāžu ģeogrāfisko sadalījumu visā valstī un uzlabot piekļu-

vi tām. Tomēr ĢĀ sadalījums reģionos ir ļoti atšķirīgs. Gandrīz 15% ĢĀ (pārsvārā lauku apvidos) ir 2000 un vairāk pacientu un 10% ĢĀ ir tikai 1000 pacientu vai mazāk (galvenokārt pilsētu teritorijās). Tāpat slimnīcu sadalījums valstī ir neatbilstošs, jo specializētie un terciārās veselības aprūpes pakalpojumi ir koncentrēti galvenokārt tikai Rīgā.

Lai labāk izprastu piekļuves šķēršļus (finansiālos, ģeogrāfiskos, kultūras u.c.), kā arī Sociālā drošības tīkla pasākumu ietekmi uz piekļuves uzlabošanu, nepieciešams sistemātiskāk (un atkārtoti) vākt datus (kvantitatīvos un kvalitatīvos).

7.4. Veselības rezultāti, veselības pakalpojumu rezultāti un aprūpes kvalitāte

7.4.1. Iedzīvotāju veselība

Latvijas iedzīvotājiem nav visai laba veselība un šajā ziņā Latvija atpaliek no lielākās daļas pārējo ES valstu, lai gan veselības rādītāji ir diezgan līdzīgi Igaunijas un Lietuvas rādītājiem, pat, ja Igaunija sāktu virzīties uz priekšu. Gadiem ilgi ir pastāvējusi liela atšķirība starp Latviju un pārējām ES dalībvalstīm mirstības ziņā. Vislielākā atšķirība ir saistāma ar to, ka Latvijas iedzīvotājiem ir lielāka iespēja nomirt no sirdslēkmes, insulta vai ārējiem cēloņiem nekā citu ES valstu iedzīvotājiem. Vīriešu mirstība ir īpaši augsta. Lai gan sieviešu mirstība nav tik augsta, tā tomēr vēl ir daudzākt augstāka nekā sievietēm citviet ES.

2010. gadā dzimuša zēna paredzamais dzīves ilgums bija 68.8 gadi, kas bija gandrīz par astoņiem gadiem mazāk nekā citās ES valstīs (Pasaules Banka, 2012). Apmēram 54 no šiem gadiem būtu veselīgi nodzīvoti dzīves gadi, kas bija par deviņiem gadiem mazāk nekā citās ES dalībvalstīs (*Eurostat, 2012b*). Tāpat kā vairākās citās Austrumeiropas valstīs mirstības rādītāji vīriešiem un sievietēm pasliktinājās 1990tajos gados. Tikai 2006. gadā Latvija un Lietuva spēja atgūt iedzīvotāju paredzamo dzīves ilgumu, kāds tas bija 1980tajos gados (sk. 7.8. attēlu). Turpretī Igaunija bija sasniegusi augstāko iedzīvotāju paredzamo dzīves ilgumu līdz 2002. gadam un turpināja vēl vairāk uzlabot situāciju. Latvijai, kura 1970. gadā atpalika no ES15 aptuveni par diviem gadiem (72 un 70), nepaveicās, jo līdz 2009. gadam šī atšķirība bija palielinājusies līdz astoņiem gadiem (81 un 73).

7.8. attēls

Paredzamais dzīves ilgums piedzimstot (gados) Baltijas valstīs un vidēji ES no 1970. gada līdz pēdējam gadam, par kuru pieejama informācija

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, sirds un asinsvadu slimības ieņem nozīmīgu vietu augstajā mirstībā ES12. Latvijā ir īpaši smags sirds un asinsvadu slimību radītais slogs. 2009. gadā gandrīz puse visu nāves cēloņu Latvijā bija sirds un asinsvadu slimības. Tā ierindojās pirmajā vietā sirds išēmiskās slimības ziņā – standartizētā mirstība (SM) bija 71.68 uz 100 000 iedzīvotājiem salīdzinot ar vidējo rādītāju 38.38 ES12; otrais biežākais nāves cēlonis bija asinsrites sistēmas slimības (144.2 Latvijā un apmēram 97.3 ES12); un trešais cēlonis bija cerebrovaskulārās slimības (27.8 Latvijā un apmēram 21.5 ES12). Turklāt Latvija ierindojās trešajā vietā SM ziņā no ārējiem cēloņiem, traumām un saindēšanās (80.8 Latvijā un apmēram 49.3 ES12).

Nāves iestāšanās vecuma grupā no 0 līdz 64 gadiem tiek uzskatīta par priekšlaicīgu nāvi; 48% vīriešu nāves gadījumu notiek līdz 65 gadu vecumam (salīdzinot ar 28% sieviešu nāves gadījumu). Vairumā gadījumu tie ir pieaugušu cilvēku nāves gadījumi darbaspējīgā vecumā. Gandrīz visi nāves gadījumi Latvijā, ko izraisa ārēji cēloņi, ir priekšlaicīga nāve: 94% vīriešiem un 86% – sievietēm. Pēc starptautiskajiem standartiem Latvijas vīrieši piekopj ļoti bīstamu dzīvesveidu.

Smēķēšana ir viens no biežāk sastopamajiem etioloģiskajiem faktoriem, kas izraisa sirds un asinsvadu slimības, elpošanas ceļu slimības, vēzi un citas slimības. 2008. gadā smēķēšanas prevalences pieaugušo (no 15 gadiem vai vairāk) vidū bija 46% vīriešiem un 13% sievietēm, tādējādi izvirzot Latviju otrajā vietā Eiropā aiz Grieķijas smēķēšanas prevalences ziņā (*Eurostat, 2012c*). 2009. gadā SM no smēķēšanas radītiem cēloņiem bija 442.6, kas bija krietni virs ES vidējās SM (339.9) un divreiz augstāka nekā ES15 (168.5). Patiesībā, neskatoties uz ievērojamu smēķēšanas izraisītu nāves cēloņu skaita samazinājumu pēdējo gadu laikā (25% samazinājums kopš 2000. gada), smēķēšanas izraisītā SM ir augstākā Eiropā. Tikai Lietuvā tā ir vēl augstāka (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b).

Iedzīvotāju veselības stāvoklis ir atkarīgs ne tikai no saņemtajiem medicīniskajiem pakalpojumiem, bet arī no sociālekonomiskā, kultūras, politiskā un vides konteksta, kurā viņi dzīvo. Ievērojami uzlabojumi iedzīvotāju

veselībā ir iespējami tikai sarežģītu noteicošo faktoru visaptverošu uzlabojumu rezultātā: ģimeņu materiālās labklājības palielināšanās; labvēlīgas tendences viņu darba un dzīves apstākļos; pozitīvas izmaiņas uzvedības modeļos (piem., veselīgs dzīvesveids); vispārēja sociālekonomiskā un politiskā dinamika, kā arī labāka veselības aprūpes sistēmas organizācija un darbība.

7.4.2. Veselības pakalpojumu rezultāti un aprūpes kvalitāte

Latvijas iedzīvotāju neapmierinošais veselības stāvoklis, kā arī vispārējā neapmierinātība ar veselības sistēmu, liek pievērsties veselības pakalpojumu kvalitātes problēmai. Kā jau iepriekš minēts, 66% iedzīvotāju veselības aprūpes vispārējo kvalitāti vērtē kā sliktu (Eiropas Komisija, 2011) un 65% uzskata, ka veselības aprūpes kvalitāte Latvijā ir sliktāka nekā citās ES dalībvalstīs (Eiropas Komisija, 2010).

Pašlaik nav visaptverošas kvalitātes vadības sistēmas, kas ietvertu uzticamus kvalitātes rādītājus un mehānismus kvalitātes pārraudzībai un tās nepārtrauktai uzlabošanai.

Veselības pakalpojumu rezultātu un aprūpes kvalitātes analīzi kavē datu trūkums par galvenajiem rādītājiem, tādiem kā pacientu drošība valsts un organizatoriskā līmenī. Šī iemesla dēļ medicīnisko pakalpojumu kvalitātes starptautiskajos salīdzinājumos nevar iekļaut situācijas novērtējumu Latvijā. Daži dati ir pieejami, bet tie attiecas tikai uz profilaktisko veselības aprūpi (sk. 7.2. tabulu).

7.2. tabula

Profilaktiskās veselības aprūpes rādītāji

Bērni, kas vakcināti pret (%)		1990	1995	2000	2005	2009	2010
Masalām	Latvija	89.1	95.7	96.9	95.0	95.7	90.1
	ES	79.8	85.4	90.4	91.7	92.8	93.5
Difteriju	Latvija	89.6	96.2	95.8	98.5	95.3	92.2
	ES	87.1	90.6	95.6	94.2	95.3	95.8
Stinguma krampjiem	Latvija	89.6	96.2	95.8	98.5	95.3	92.2
	ES	87.1	90.6	95.6	94.2	95.3	95.8
Garo klepu	Latvija	89.6	96.2	95.8	98.5	95.3	92.2
	ES	87.1	90.6	95.6	94.2	95.3	95.8

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b.

Kopš 1995. gada Latvijā ir bijis samērā augsts to iedzīvotāju īpatsvars, kas vakcināti pret masalām, difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu un citām infekcijas slimībām, tādēļ ar vakcīnām novēršamo slimību incidence ir turpinājusi samazināties. Tomēr imunizācijas dati liecina, ka aptvērumi kopš 2008. gada ir samazinājies, un tagad attiecībā uz vairākām vakcīnām tas ir mazāks par ES vidējo rādītāju un mazāks par PVO noteikto vispārējo mērķi – 95%. Tam ir vairāki iemesli, tostarp sociālekonomiskie faktori un arī aizvien pieaugošais imunizācijas pretinieku skaits. Par laimi, tas vēl nav novedis pie situācijas, kad atkal varētu parādīties ar vakcīnām novēršamās slimības, tādas kā masalas. Tomēr, ņemot vērā sarūkošo aptvērumu, tas var notikt, kā to pierāda situācijas citās Eiropas valstīs (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b).

Latvija ir arī mēģinājusi uzlabot vēža profilaksi. 2009. gadā tika uzsākta plaša mēroga sabiedrības skrīninga programma pret krūts vēzi, dzemdes kakla vēzi un kolorektālo vēzi. Pirmajā gadā iedzīvotāju atsaučība bija samērā zema: tikai 7% mērķgrupas iedzīvotāju ieradās uz kolorektālo skrīningu un 21% – uz krūts vēža skrīningu. Cerams, ka skrīninga aptvērumi nākotnē palielināsies.

Pacientu, kuri nodzīvo vismaz piecus gadus pēc vēža diagnozes, īpatsvaru nereti izmanto kā summāro rādītāju veselības sistēmas darbības novērtēšanai vēža pacientu aprūpē. Šādi rādītāji atspoguļo panākto progresu sabiedrības veselībā, tādu kā lielāku izpratni par slimību, veiksmīgas skrīninga programmas un uzlabotu ārstniecību. Saskaņā ar SPKC datiem (SPKC, 2012a) 2010. gadā pacientu īpatsvars, kuri bija nodzīvojuši piecus gadus (absolūtos) pēc vēža diagnozes, bija 66.5% krūts vēža gadījumos, 78.2% dzemdes kakla vēža gadījumos, 57.5% resnās zarnas vēža gadījumos un 57.1% anorektālā vēža gadījumos. Visos minētajos gadījumos piecu gadu periods 2010. gadā bija nedaudz palielinājies salīdzinot ar 2009. gadu.

Potenciāli novērsamo hospitalizāciju skaits ir rādītājs, ko bieži izmanto, lai novērtētu primārās/ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti. Nereti tiek uzskatīts, ka tādu saslimšanu gadījumos kā astma, hipertoniya un diabēts var izvairīties no hospitalizācijas. Ja slimnīcās ir daudz pacientu ar šādām saslimšanām, tad bieži tiek uzskatīts, ka šāda situācija atspoguļo primārās veselības aprūpes zemo kvalitāti. 7.9. attēlā redzams, ka kopējais no slimnīcām izrakstīto pacientu skaits (pilnvara jaunu pacientu uzņemšanai) uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā no 2006. gada ir samazinājies. Tomēr potenciāli novērsamo saslimšanu, tādu kā astma un diabēts, skaits nav straujāk samazinājies salīdzinot ar kopējo izrakstīto pacientu skaitu vai akūta miokarda infarkta (no kura ir daudz grūtāk izvairīties) pacientu skaitu. Tikai izrakstīto hipertensīvās sirds slimības pacientu skaits ir samazinājies daudz straujāk nekā kopējais izrakstīto pacientu skaits. Šī iemesla dēļ potenciāli novērsamo hospitalizāciju skaita lejupējošā tendence Latvijā nebūt nenozīmē, ka primārās/ambulatorās veselības aprūpe ir uzlabojusies (un līdz ar to arī pacientu veselība).

7.9. attēls

No slimnīcām izrakstīto pacientu skaits uz 1000 iedzīvotājiem pēc primārās diagnozes: kopējais skaits (labā ass) un izvēlētās diagnostikas kategorijas (kreisā ass): 2006–2010

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010.

7.4.3. Rezultātu vienlīdzība

EU-SILC apsekojuma dati liecina, ka, visticamāk, tieši iedzīvotāju grupas ar zemiem ienākumiem minēs kādu ieilgušu saslimšanu vai veselības problēmu (sk. 7.10. attēlu). Kopš 2005. gada intervējamo īpatsvars divās visturīgākā māsaimniecību kvintilēs ar kādu ieilgušu saslimšanu vai veselības problēmu nemainīgi ir bijis vairāk nekā 40%, bet šis īpatsvars ir bijis mazāks par 30% divās visturīgāko māsaimniecību kvintilēs. 2010. gadā atšķirība starp ienākumu kvintilēm ar visaugstāko un viszemāko ieilgušu slimību īpatsvaru bija vairāk nekā 24 procentu punkti (23% visturīgāko māsaimniecību kvintilei un 47% – otrai vismazturīgāko māsaimniecību kvintilei). Vidēji ES27 šī atšķirība bija tikai apmēram 10 procentu punkti (26% visturīgāko māsaimniecību kvintilei un 36% – trešajā ienākumu kvintilē).

7.10. attēls

Cilvēki ar ieilgušu slimību vai veselības problēmu pēc ienākumu kvintiles, 2005–2010

Avots: Eurostat, 2012e.

Paraugoties atpakaļ uz situāciju pirms dažiem gadiem, jāsecina, ka trūcīgo iedzīvotāju (pirmā ienākumu kvintile) skaits, kuri minēja veselības problēmas, ievērojami samazinājās 2009. un 2010. gadā. Tendence bija gluži pretēja saistībā ar otro un trešo ienākumu kvintili. Iespējams, ka šī pirmās ienākumu kvintiles pozitīvā tendence norāda uz to, ka Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumi, kas bija vērsti uz palīdzību trūcīgajiem, tiešām bija izrādījušies veiksmīgi. Dati arī liecina, ka iedzīvotāji ar vidējiem ienākumiem cieš no krietna slimību sloga. Pie kam šie dati ir konsekventi visos rādītājos, tādos kā veselības stāvokļa pašvērtējums. Šajā sakarā atkal jāmin otrās ienākumu kvintiles māsaimniecības, kuras informē par visaugstāko slimību slogu.

7.5. Veselības sistēmas efektivitāte

7.5.1. Alokatīvā efektivitāte

Termins "alokatīvā efektivitāte" nozīmē to, ka sabiedrības resursi tiek izmantoti tā, lai tie vislabāk apmierinātu iedzīvotāju vajadzības un vēlmes. Veselības jomas kontekstā to parasti interpretē kā resursu piešķiršanu dažādiem aprūpes līmeņiem un veidiem, kas atbilst sabiedrības vislabākajām interesēm. Latvijā alokatīvo efektivitāti var novērtēt četros galvenajos līmeņos: (1) resursu piešķiršana veselības sistēmai; (2) resursu piešķiršana dažāda veida pakalpojumu sniedzējiem; (3) resursu piešķiršana dažāda veida pakalpojumu sniegšanai; un (4) resursu piešķiršana sabiedrības veselībai.

Pievēršoties pirmajam punktam, jautājums ir šāds – vai veselības sistēmai piešķirtā resursu daļa ir pietiekama (alokatīvi efektīva). 2010. gadā Latvijā bija trešie viszemākie kopējie veselības izdevumi ES27 uz vienu cilvēku (US\$1100 PP) aiz Rumānijas un Bulgārijas un ceturtais viszemākā IKP daļa veselības jomai (6.7%) aiz

Rumānijas, Kipras un Igaunijas (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2012b). Turklāt 2010. gadā valdības ieguldījums kopējos veselības izdevumos bija tikai 4.1% no IKP, kas bija trešais zemākais aiz Bulgārijas un Kipras. Pašreizējās Veselības ministrijas aplēses liecina, ka šis skaitlis ir samazinājies līdz 3.6% 2011. gadā un 2012. gadā tas būs 3.4%. Samērā sliktie Latvijas iedzīvotāju veselības rezultāti (sk. 7.4. sadaļu) jāinterpretē ārkārtīgi ierobežotā veselības aprūpes budžeta kontekstā. Šī iemesla dēļ sabiedrības labākajās interesēs būtu piešķirt lielāku daļu IKP veselības nozarei, lai nodrošinātu labāku iedzīvotāju veselību, izvairītos no tālāka pakalpojumu skaita samazinājuma un uzlabotu finansiālo aizsardzību. Valdības mērķis palielināt valsts izdevumus veselībai līdz 4.5% no IKP līdz 2014. gadam (un tos saprātīgi tērēt) būtu ievērojams solis uz priekšu, bet pat tad valdības izdevumi veselības jomai joprojām būtu mazāki nekā citās Eiropas valstīs.

Saistībā ar resursu piešķiršanu dažādiem pakalpojumu sniedzējiem jāsaprot, ka pēdējo desmit gadu laikā daudzās Eiropas valstīs un arī Latvijā viens no veselības jomas reformu galvenajiem mērķiem ir bijis novirzīt veselības aprūpi no (dārgās) stacionārās uz (ne tik dārgo) ambulatoro veselības aprūpi. Finanšu un ekonomikas krīzes radītā finansējuma nepietiekamības apstākļos Latvijas valdība šajā ziņā ir spējusi panākt ievērojamu progresu. Tā ieviesa pasākumus, kas piešķīra zināmu prioritāti primārās veselības aprūpei, svarīgāko zāļu un ambulatoro speciālistu pakalpojumu segumam. Tai pat laikā tika samazināts finansējums aprūpei stacionārā un slimnīcu jaudai. 7.11. attēlā redzamas izmaiņas valdības piešķirto izdevumu veselībai sadalījumā no 2007. līdz 2011. gadam. 2008. gadā stacionārai veselības aprūpei tika tērēti 50% valdības piešķirto līdzekļu veselībai, bet 2011. gadā šie izdevumi bija mazāki par 35%. Pie kam slimnīcu gultu skaits, kas bija krietni virs ES vidējiem rādītājiem (sk. 4.1.2. iedaļu), 2010. gadā noslīdēja zemāk par ES12 un ES15 vidējiem rādītājiem. Vairāki pasākumi, kurus ievieša Sociālās drošības tīkla stratēģijas (sk. 6.1.2. iedaļu) satvarā, atbalstīja virzību uz ambulatoro veselības aprūpi. Pasākumu sakarā jāmin veselības aprūpe mājās hroniski slimiem pacientiem un iespēja izmantot viesnīcām līdzīgu naktsmītni slimnīcās.

7.11. attēls

VOAVA/NVD finansējuma^a galveno izdevumu kategoriju sadalījums

Avots: Veselības ministrija, 2012, nepublicēti dati.

Piezīme: ^a Ieskaitot Veselības ministrijas budžetu VNMPD kopš 2009. gada.

Dienas stacionāra un ilgstošas aprūpes iestāžu skaits joprojām ir nepietiekams, tādēļ akūtās aprūpes slimnīcas dažreiz joprojām uzņem personas ar zemiem ienākumiem vai vecus cilvēkus, kuriem nepieciešama ilgstoša aprūpe vai aprūpe mājās. Tagad gan tas tiek darīts mazāk nekā iepriekšējos gados. Psihiatrijas pacientus lielākoties ārstē slimnīcās. Latvijā ir gandrīz divreiz vairāk psihiatrisko slimnīcu gultu nekā Igaunijā, Polijā un Slovēnijā (sk. 4.1.2. iedaļu). Šo gultu skaita samazinājums un dienas centru attīstība ir svarīgi mērķi, lai samazinātu hospitalizēto pacientu skaitu un efektīvāk izmantotu resursus. Vienlaikus arī jāuzlabo psihiatrijas pacientu dzīves kvalitāte. Rehabilitācijas, paliatīvās aprūpes un sociālās aprūpes iestāžu telpas ir jāpaplašina, lai pacientus no akūtās aprūpes slimnīcām varētu nodot sociālās aprūpes ziņā. Mazo un neefektīvo slimnīcu slēgšana un to pārveidošana par dienas stacionāriem, kā arī ilgstošas un sociālās aprūpes iestādēm, palīdzēs mazināt spiedienu šajā jomā.

Tālāk – trešais punkts, t.i., resursu piešķiršana dažāda veida pakalpojumu sniegšanai. Šajā ziņā Latvijas veselības aprūpes sistēma paļaujas uz dažādiem skaidri formulētiem un nešaubīgiem kritērijiem prioritāšu noteikšanai. Lai gan izņemot zāles, kuru rentabilitāte tiek novērtēta pirms jaunu farmaceitisko produktu iekļaušanas kompensējamo zāļu sarakstā (sk. 2.7.2. iedaļu), rentabilitātes un efektivitātes kritēriji reti tiek ņemti vērā. Turklāt garās rindas (piem., plānveida operācijas veikšanai, konkrētai diagnostikai un pat aprūpei hroniskos gadījumos) var novest pie tā, ka pacienti savlaicīgi nesaņem ļoti efektīvu un iedarbīgu aprūpi. Īpašas problēmas rada tas, ka aprūpe hroniskos gadījumos netiek noteikta kā viena no prioritātēm standarta līgumos starp NVD un pakalpojumu sniedzējiem. Tas potenciāli noved pie hroniski slimo pacientu veselības stāvokļa pasliktināšanās, kad viņiem vajadzīga intensīvāka aprūpe nekā ārstniecība, ko būtu bijis iespējams piemērot agrīnākā stadijā.

Visbeidzot, sabiedrības veselības joma Latvijā ir saņēmusi samērā ierobežotu daudzumu resursu, neskatoties uz to, ka valsts cieš no pamatīga sloga novēršamu slimību, kas saistītas ar dzīvesveidu. 2008. gadā, kas bija pēdējais gads, par kuru varēja iegūt salīdzināmus datus no *Eurostat*, Latvija sabiedrības veselībai iztērēja tikai 0.09% no IKP. Tādējādi tā ierindojās trešajā zemākajā vietā Eiropā (aiz Kipras un Lietuvas). Pēdējos gados panākts ievērojams progress īstenojot dažādas programmas (skrīnings, ģimenes veselības veicināšana, sirds un asinsvadu slimību profilakse, alkohola lietošanas mazināšana u.c.). Turklāt valdība ir izrādījusi izpratni par vajadzībām sabiedrības veselības jomā – izstrādājot un pieņemot Sabiedrības veselības stratēģiju laikposmam no 2011. līdz 2017. gadam. Tās uzmanības centrā ir starpnozaru pieeja un veselības aspekta iekļaušana visās politikās.

7.5.2. Tehniskā efektivitāte

Jaunākie pētījumi, kuros būtu novērtēta Latvijas veselības aprūpes sistēmas tehniskā efektivitāte, nav pieejami. Šī iemesla dēļ to var novērtēt tikai izmantojot efektivitātes rādītājus, tādus kā vidējais uzturēšanās ilgums (VUI) slimnīcās, vai izmantot ģenēriskās zāles, kuras pēc savas definīcijas gan sniedz tikai daļēju ainu. VUI Latvijas akūtās aprūpes slimnīcās pēdējo gadu laikā ir ievērojami samazinājies. Iespējams, ka tas norāda uz efektivitātes palielināšanos (sk. 4.1.2. iedaļu). 2000. gadā VUI Latvijā joprojām bija salīdzinoši augsts – 8.5 dienas, salīdzinot ar 7.5 dienām ES15 un 7.8 dienām ES12. 2010. gadā VUI Latvijā bija samazinājies par vairāk nekā divām dienām un bija 6.2 dienas. Igaunijā un Slovēnijā tas joprojām bija īsāks – apmēram 5.5 dienas. Pārsteidzoši ir tas, ka pēc 2008. gada būtisks gultu skaita samazinājums Latvijas slimnīcās negāja roku rokā ar gultu noslogojuma pieaugumu. Patiesībā 2009. gadā noslogojums ievērojami saruka līdz apmēram 65%, bet pēc tam atkal strauji pieauga līdz 71% (sk. 4.4. attēlu), kā tas bija vidēji pārējās ES12. Ņemot vērā to, ka slimnīcu budžeti joprojām zināmā mērā ir atkarīgi no iepriekšējā gadā sniegto pakalpojumu skaita un veida, tad slimnīcas cenšas sniegt vairāk pakalpojumu uz vienu pacientu neņemot vērā sniegto pakalpojumu izmaksas. Iespējams, ka valdības plāni ieviest DRG piesaistītu maksājumu sistēmu par slimnīcām līdz 2014. gadam mainīs šos slimnīcu centienus un tās vairāk apzināsies sniegto pakalpojumu izmaksas.

Līdz 2006. gadam Latvija veiksmīgi bija novirzījusi 80% no visām valstī lietotajām zālēm uz ģenēriskajām zālēm (Pasaules Banka, 2010). Pie kam Latvijā darbojas atmaksāšanas sistēma. Tas nozīmē, ka farmācijas uzņēmumiem jāatmaksā konkrēta peļņas daļa, kas 2011. gadā bija LVL4 miljoni (apmēram Ā5.6 miljoni). Turklāt 2012. gadā veiktā references cenu sistēmas reforma (sk. 6.1.5. iedaļu) ir veicinājusi konkurenci starp farmācijas uzņēmumiem. Tie ir samazinājuši cenas, lai viņu ražotās zāles iegūtu references zāļu, ko kompensē NVD, statusu. Saskaņā ar NVD aplēsēm 2012. gadā jaunā sistēma palīdzēja ietaupīt LVL3.7 miljonus (Ā5.3 miljonus). Tajā pašā gadā sarunu ceļā NVD spēja panākt cenu samazinājumu 600 farmaceitiskiem produktiem.

Jautājumā par cilvēkresursu izmantošanu Latvija nesēn (Sociālās drošības tīkla stratēģijas kontekstā) atvēlēja līdzekļus papildu māsas pieņemšanai darbā ĢĀ praksēs. Šis māsas galvenais uzdevums ir mudināt iedzīvotājus izmantot skrīninga programmas, izglītēt par veselīgu dzīvesveidu, kā arī palīdzēt aprūpēt un izglītēt hroniski slimos pacientus. Lielākam personāla skaitam primārās veselības aprūpes līmenī zināmā mērā vajadzētu kompensēt slimnīcu darbības sašaurināšanos to budžeta samazinājuma dēļ. Ideālā variantā mūsu pieejamība ĢĀ praksēs palīdzēs efektīvāk izmantot ārstu laiku.

Visbeidzot, kopš 2009. gada veselības aprūpes sistēmas pārvalde ir pieredzējusi ārkārtīgi lielu aģentūru skaita samazinājumu (sk. 6.1. ierāmēto informāciju). Veselības ministrijas un tās pakļautībā esošo aģentūru darbinieku skaitu samazināja par 55% (Ministru kabinets, 2012).

7.6. Caurskatāmība un atbildība

Veselības politikas procesam Latvijā raksturīgas ātras un biežas pārmaiņas, kas pat ekspertiem rada grūtības saprast, kāda īsti ir esošā situācija. Teorētiski katram sabiedrības loceklim ir iespēja izteikt viedokli par politikas plānošanas dokumentiem, kuri tiek ievietoti Veselības ministrijas tīmekļa vietnē. Ministrija cieši sadarbojas ar vairāk nekā 30 NVO, kuras pārstāv ārstniecības personas, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, farmaceitus, pacientus un vecāku organizācijas, kurām ir iespēja piedalīties likumprojektu un politiku projektu izstrādē. Turklāt Veselības ministrija regulāri uzaicina nevalstisko organizāciju, dažādu iestāžu un sabiedrības grupu pārstāvjus piedalīties diskusijās un darbsemināros.

Pacientu tiesības ir ievērojami stiprinātas pieņemot Pacientu tiesību likumu 2010. gadā. Diemžēl praksē nākas saskarties ar grūtībām. Likumā ir noteikts, ka pacientiem ir tiesības saņemt informāciju par kvalitāti, bet šādi dati vispār nav pieejami. Tomēr 2010. gadā ieviestais tīmekļa informācijas portāls pacientiem (sk. 6.6.1. iedaļu), kur var iegūt informāciju par veselības pakalpojumiem, ātri ir ieguvis lielu popularitāti. Tas demonstrē veselības lietojumkomplektu potenciālu palielinot pacientu iesaisti pakalpojumu sniedzēju saukšanā pie atbildības.

Lai pacienti varētu pakalpojumu sniedzējus saukt pie atbildības, viņiem jāzina, kādus pakalpojumus viņiem ir tiesības saņemt. 2002. gadā, kad tika veikts Latvijas sabiedrības apsekojums, ievērojama daļa iedzīvotāju domāja, ka veselības pakalpojumu saņemšanai viņiem nepieciešama brīvprātīgās apdrošināšanas polise (BISS, 2002). Lai gan šķiet, ka izpratne par garantēto veselības pakalpojumu apjomu ir mainījusies, tomēr pacientiem joprojām ir grūti iegūt informāciju par konkrētiem pakalpojumiem, kurus viņiem ir tiesības saņemt un vai viņiem ir tiesības tos saņemt bez gaidīšanas rindā. Pie kam gaidīšanas saraksti un iespēja piekļūt pakalpojumiem valsts sektorā par pilnu cenu var novest pacientus situācijā, kad pakalpojumu sniedzēji mēģina likt viņiem maksāt par

pakalpojumiem, kurus viņiem ir tiesības saņemt par brīvu. Turklāt neformālie maksājumi Latvijas veselības sistēmā (sk. 3.4.3. sadaļu) joprojām ir problēma, jo šim faktam trūkst neapgāžamu pierādījumu.

Veselības ministrija ir atbildīga par vairāku politiku (piem., garīgās veselības, e-veselības, cilvēkresursu) pārraudzību un novērtēšanu, kas jāveic katru gadu vai reizi divos gados. Visi novērtēšanas ziņojumi ir publiski pieejami. Tomēr pašlaik informācija, kas nepieciešama darbības pārraudzībai, nereti ir diezgan ierobežota. Būtu nepieciešams vairāk resursu, lai uzlabotu darbības pārraudzību un noteiktu iedzīvotāju vajadzības un problēmas veselības jomā.

8. Secinājumi

Kopš 1990to gadu vidus Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir veiktas būtiskas reformas un pārveide. Tomēr saistībā ar galvenajiem izpildes kritērijiem (*Roberts et al., 2003*) – veselības stāvokli, pacientu apmierinātību un aizsardzību pret finansiālo risku – Latvija atpaliek ne tikai no „vecajām” ES dalībvalstīm, bet arī no valstīm, kas pievienojās ES 2004. gadā. Neskatoties uz dažiem pozitīviem aspektiem (piem., saslimstības samazinājumu no slimībām, kuras var novērst ar vakcīnām), Latvijai neizdevās sasniegt Sabiedrības veselības stratēģijā 2004. – 2010. gadam noteikto mērķi – sasniegt jaundzimušo paredzamo dzīves ilgumu 95% no ES vidējā rādītāja. 2009. gadā tas bija vairāk nekā sešus gadus mazāks nekā vidēji ES, kur tas bija 79.8 gadi. Kā viens no galvenajiem iemesliem šajā sakarā jāmin Latvijas nespēja ievērojami vairāk samazināt mirstību no sirds un asinsvadu slimībām. Turklāt rādītāji, kas ir daudz jutīgāki pret veselības aprūpi – zīdaiņu mirstība un paredzamais dzīves ilgums 65 gadu vecumā – ir nelabvēlīgi salīdzinot ar vidējiem rādītājiem dalībvalstīs, kuras iestājās ES 2004. vai 2007. gadā.

Veselības aprūpes sistēmas piedāvātā aizsardzība pret finansiālo risku ir nepietiekama, jo PTM (kā procenti no KVI) veido ļoti lielu maksājumu daļu un ļoti daudz iedzīvotāju atsakās no medicīniskas ārstniecības tās dārdzības dēļ. Sociālās drošības tīkla pasākumi, ko valdība īstenoja reaģējot uz ekonomikas krīzi, lai pasargātu mājāsaimniecības ar zemiem ienākumiem no pacienta iemaksām, bija iespaidīgs solis pareizajā virzienā. Tomēr Latvija ir ES dalībvalsts, kurā ir vislielākais to iedzīvotāju īpatsvars, kuri min neapmierinātas vajadzības pēc veselības pārbaudēm vai ārstniecības (sk. 7.3.1. iedaļu).

Trūkumi veselības aprūpes sistēmas darbībā ir daļēji saistāmi ar politiku (tostarp Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2005–2010) nepilnīgu īstenošanu. Šīm politikām vajadzēja atbalstīt Sabiedrības veselības stratēģijā 2004. – 2010. gadam noteiktos mērķus, bet to īstenošanu kavēja finansējuma un politiskās gribas trūkums, kā arī nepietiekami stingrā starpnozarū pieeja veselības jautājumiem.

Globālā ekonomikas un finanšu krīze radīja milzīgu izaicinājumu valdībai, kam vajadzēja nodrošināt iedzīvotājiem nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un novērst viņu veselības stāvokļa pasliktināšanos. Tai pat laikā tā paātrināja nepieciešamās veselības aprūpes sistēmas reformas. Latvijas valdībai izdevās būtiski samazināt pārmērīgo slimnīcu jaudu, kā arī stacionārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu skaitu. Vienlaicīgi tika noteiktas prioritātes – pakalpojumi bērniem un grūtniecēm, neatliekamā medicīniskā palīdzība un zāles.

Sabiedrības veselības stratēģijā laikposmam no 2011. līdz 2017. gadam īpaša uzmanība tiek pievērsta starpnozarū pieejai veselībai. Citu ministriju un pašvaldību aktīva līdzdalība stratēģijas izstrādē liecina par politisko atbalstu šādai pieejai, kurai vajadzētu ietvert visu politiku ietekmes uz veselību novērtējumu. Citu mērķu starpā jaunajā stratēģijā paredzēts par diviem gadiem pagarināt veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un par 20% samazināt potenciāli zaudētos dzīves gadus. Šo mērķu sasniegšanai vajadzēs īpaši pievērsties sirds un asinsvadu slimību profilaksei un ārstniecībai.

Turklāt, lai sasniegtu šos mērķus un uzlabotu veselības aprūpes sistēmas darbību, valdībai vajadzēs risināt vairākas problēmas, kas ietekmē kvalitāti, efektivitāti un piekļuvi. Viena no tām ir ilgtspējīga un stabila finansējuma nodrošināšana veselības aprūpes nozarei palielinot valsts izdevumus veselības jomai un samazinot milzīgo atkarību no PTM. Potenciālās izmaiņas finansēšanas modelī (piem., sociālās apdrošināšanas ieviešana) vajadzētu rūpīgi izvērtēt ņemot vērā šos mērķus un izvērtēt tās kopā ar citām iespējām uzlabot vienlīdzību un piekļuvi. Sociālās drošības tīkla stratēģija, kuru īstenoja reaģējot uz krīzi (sk. 6.1.2. iedaļu), pašlaik mazina piekļuves problēmas trūcīgajiem iedzīvotājiem. Tomēr vēl nepieciešami uzlabojumi, lai nodrošinātu taisnīgumu, piekļuves un veselības vienlīdzību arī pārējiem iedzīvotājiem.

Garantētā veselības pakalpojumu apjoma precīzs formulējums un privātās veselības apdrošināšanas nozīmīguma izklāsts varētu palīdzēt labāk attīstīt šo nozari kā finansējuma avotu, lai gan rūpīgi jāizvērtē ietekme uz vienlīdzību. Nepieciešams arī turpināt uzlabot efektivitāti ieviešot strukturālās reformas, tostarp pārmērīgi lielās infrastruktūras samazinājumu, kā arī veicot atbilstīgus un kontrolētus ieguldījumus. Tālāks slimnīcu gultu un slimnīcu skaita samazinājuma jautājums jārisina kopā ar fiziskās piekļuves jautājumiem (piem., ceļu stāvoklis, transporta pieejamība, utt.).

Samaksas metožu pakalpojumu sniedzējiem pārveide var uzlabot efektivitāti. MPP metode, ko izmanto, lai norēķinātos par ambulatoro speciālistu pakalpojumiem, mudina sniegt vairāk pakalpojumu un neveicina efek-

ektivitāti. Vispārējie slimnīcu budžeti var sekmēt izmaksu ierobežojumus, kā tas notika finanšu krīzes laikā, bet tie neveicina efektivitātes un kvalitātes pieaugumu. Šo iemeslu dēļ valdības vēlme ieviest DRG piesaisītu maksājumu sistēmu ir labi pamatota. Lielāka konkurence visa veida īpašumtiesību veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vidū var palielināt efektivitāti. NVD varētu vairāk izmantot savu – kā viena maksātāja statusa priekšrocību – un selektīvāk slēgt līgumus. Turklāt plānotā e-veselības sistēmas ieviešana varētu būt vēl viens rīks, kas veicinātu nozares efektivitāti.

Ja Latvijas veselības politikā uzmanība tiks pievērsta galvenajiem veselīga paredzamā dzīves ilguma noteicošajiem faktoriem, ja tā saglabās pieņemto starpnozaru pieeju veselības jautājumiem un turpinās nepieciešamās reformas, tad esošās atšķirības veselības aprūpes jomā starp Latviju un pārējām ES valstīm būs iespējams ievērojami samazināt.

9. Pielikumi

9.1. Atsauces

- Latvijas Ķīmijas un farmācijas uzņēmēju asociācija (2010). *Latvian Chemical and Pharmaceutical Industry report* (http://www.lakifa.lv/spaw2/uploads/files/Latvijas_zalu_raz_top-2010.pdfm, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Baranovs O, Skribane I, Gergelevics E, et al. (2011). *Report on the Economic Development of Latvia*. Ekonomikas ministrija (http://www.em.gov.lv/images/modules/items/tsdep/zin_2011_1/zin_2011_jun_eng.pdf), piekļūts 2012. g. oktobrī).
- BISS (2002). *Attitude toward and awareness of the health care system in Latvia*. Latvijas iedzīvotāju apsekojums. Rīga, Baltijas Sociālo zinātņu institūts (BISS).
- Ministru kabinets (2006). *Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006–2015* (pieejams tikai latviski) (<http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=2135>, piekļūts 2012. g. oktobrī).
- Ministru kabinets (2007). *Rīcības plāns "e-Veselība Latvijā 2008–2010"* (pieejams tikai latviski) (<http://polsis.mk.gov.lv/docSearch.do?searchtype=full>, piekļūts 2012. g. oktobrī).
- Ministru kabinets (2008). *Pamatnostādnes "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009–2014"* (pieejamas tikai latviski) (<http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=2753>, piekļūts 2012. g. oktobrī).
- Ministru kabinets (2012). *Ziņojums par veselības aprūpes sistēmas strukturālās reformas norisi un plānotajiem pasākumiem tās tālākai īstenošanai* (<http://www.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40143813>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- SPKC (2012a). *Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskajām slimībām*. Rīga, Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC).
- SPKC (2012b). *Slimnīcu gultu noslogojuma datubāze*. Rīga, Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC).
- Centrālā statistikas pārvalde (2009). *Par Latvijas iedzīvotāju veselības apsekojuma rezultātiem*. Centrālā statistikas pārvalde, Rīga (<http://www.csb.gov.lv/en/notikumi/results-survey-health-latvia-s-population-27174.html>, piekļūts 2012. g. 31. oktobrī).
- Centrālā statistikas pārvalde (2010a). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata*. Rīga, Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.
- Centrālā statistikas pārvalde (2010b). *Iedzīvotāju veselības apsekojuma rezultāti Latvijā*. Rīga, Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.
- Centrālā statistikas pārvalde (2012a). *2011. gada tautas skaitīšana*. Latvijas Centrālā statistikas pārvalde (<http://www.csb.gov.lv/en/statistikas-temas/population-census-2011-33604.html>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Centrālā statistikas pārvalde (2012b). *Nacionālā veselības izdevumu datubāze*. Rīga, Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.
- Centrālā statistikas pārvalde (2012c). *Iedzīvotāju ienākumi: galvenie rādītāji*. (<http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaju-ienemumi-galvenie-raditaji-30268.html>, piekļūts 2012. g. 12. novembrī).
- Centrālā statistikas pārvalde (2012d). *Informācijas tehnoloģiju datubāze*. Rīga, Latvijas Centrālā statistikas pārvalde (<http://data.csb.gov.lv/DATABASEEN/zin/Annual%20statistical%20data/19.%20Information%20technologies/19.%20Information%20technologies.asp>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Centrālā statistikas pārvalde (2012e). *Statistikas datubāzes: māsaiņniecību budžets: Tabula MBG14M, Tabula MBG15M*. Rīga, Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.
- Veselības ekonomikas centrs (2010). *Sabiedrības veselības stratēģijas mērķu sasniegšanas izvērtējums*. Rīga (http://spkc.gov.lv/file_download/18/Sabiedrības_veselības_stratēģijas_merku_sasniegšanas_izvertejums.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- VEC (2011a). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2009*. Rīga, Veselības ekonomikas centrs (VEC).
- VEC (2011b). *Garīgā veselība Latvijā 2010*. Veselības ekonomikas centrs (VEC), Rīga (<http://www.spkc.gov.lv/sabiedrības-veselības-datu-analize/>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- VEC (2011c). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2010*. Rīga, Veselības ekonomikas centrs (VEC) (<http://www.spkc.gov.lv/veselības-aprupes-statistika/>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- CIET (2002). *Curbing system leakages: the health sector and licensing in Latvia*. Community Information, Empowerment and Transparency International (CIET) (http://www.knab.lv/uploads/free/aptaujas/ciet_en_2002.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Cockcroft A, Andersson N, Paredes-Solis S, et al. (2008). *An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States*. BMC Health Services Research (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/15>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Erdmane A, Leimane-Veldmeijere I, Muciņš R, et al. (2009). *Report on the implementation of the World Health Organization's mental health declaration and action plan in Latvia* (<http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/REPORT-861pp-10dec-2.pdf>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- European Commission (2010). *Patient safety and quality of healthcare. Special Eurobarometer* (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf, piekļūts 2012. g. 21. jūlijā).
- European Commission (2011). *Social climate. Full report. Special Eurobarometer 370/Wave EB75.4*. Conducted by TNS Opinion and Social at the request of the European Commission's DG for Employment (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_370_en.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā 2012).
- European Commission (2012). *The digital agenda scoreboard for Latvia*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/information_society/digital-agenda/scoreboard/countries/lv/internet_services/index_en.htm, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Eurostat (2012a). *Eurostat statistical database: Collection living conditions and welfare: People at risk of poverty or social exclusion 2010*. Luxembourg 2012 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Eurostat (2012b). *Eurostat statistical database: Collection population and social conditions: Health: Public health: Healthy life years*. Luxembourg 2012 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, piekļūts 2012. gada 31. augustā).
- Eurostat (2012c). *Eurostat statistical database: Collection population and social conditions: Health: Public health: European health interview survey 2008*. Luxembourg 2012

- (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, piekļūts 2012. g. 31. augustā August 2012).
- Eurostat (2012d). *Eurostat statistical database: Collection population and social conditions: Health: Public health: Health care resources: Health care facilities: Medical technology*. Luxembourg 2012 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Eurostat (2012e). *Eurostat statistical database: Collection population and social conditions: Health: Public health: European Union statistics on income and living conditions (EU-SILC) survey 2010*. Luxembourg 2012 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, piekļūts 2012. g. 31. augustā August 2012).
- Finanšu un kapitāla tirgus komisija (2005–2012). *Annual reports. Financial and Capital Market Commission* (<http://www.fktk.lv/>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (1997). *Ārstniecības likums* (<http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2001). *Noteikumi par attaisnotiem izdevumiem par izglītību un ārstnieciskajiem pakalpojumiem*. Ministru kabineta noteikumi Nr. 336. (<http://www.likumi.lv/doc.php?id=27973>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2004). *Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma*. Ministru kabineta noteikumi Nr. 1003. (<http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=1675>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2005). *Noteikumi par zāļu cenu veidošanas principiem*. Ministru kabineta noteikumi Nr. 803 (<http://www.likumi.lv/doc.php?id=120074>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2006a). *Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība*. Ministru kabineta noteikumi Nr. 899 (<http://www.likumi.lv/doc.php?id=147522>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2006b). *Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*. Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 (<http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2009). *Noteikumi Nr. 44* (<http://www.likumi.lv/doc.php?id=187523>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2010). *Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām*. Ministru kabineta noteikumi Nr. 595. (<http://www.likumi.lv/doc.php?id=212565>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas valdība (2011). *Veselības ministrija. Ziņojuma pārskatīšana par valsts budžeta un pacientu izdevumu par zālēm racionālu izlietojumu*. (<http://www.mk.gov.lv/aktuali/zinas/2011gads/10/201011-vm-02/?print>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Gulis G, Soeberg M, Martuzzi M, et al. (2012). *Strengthening the implementation of health impact assessment in Latvia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Health Consumer Powerhouse (2012). *Euro Health Consumer Index 2012*. (<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>, accessed 31 August 2012). Brussels, Health Consumer Powerhouse.
- Veselības norēķinu centrs (2011). *Veselības norēķinu centra jaunumi*, Rīga (<http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4fd0940d181fd1.pdf>, piekļūts 2012. g. 29. augustā).
- VI (2012a). *Medical personnel and medical support persons register*, Latvijas Veselības inspekcija (<http://www.vi.gov.lv/en>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- VI (2012b). *Veselības aprūpes iestāžu reģistrs*. Rīga, Veselības inspekcija (VI).
- Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M (2010). *The worldwide governance indicators: methodology and analytical issues*. World Bank Policy Research Working Paper No. 5430. (<http://ssrn.com/abstract=1682130>, piekļūts 2012. g. 8. novembrī).
- Krišjāne Z (2007). *The geographic mobility of the labour force*, University of Latvia (http://www.lm.gov.lv/upload/darba_tirgus/darba_tirgus/petijumi/6_pet_en.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Leionen (2012). *Latvian tax legislation changes 2010 and 2011* (<http://www.leinonen.eu/?s=126> and <http://www.leinonen.eu/?s=75>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Latvijas Republikas Veselības ministrija (2011). *Sabiedrības veselības stratēģija 2011–2017, pieņemta ar Ministru kabineta rīkojumu Nr. 504* ([http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web_nsf/626e6035eaddb4cd85256499006b15a6/ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/\\$FILE/P_Oamatnostadnes_eng_pdf.pdf](http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web_nsf/626e6035eaddb4cd85256499006b15a6/ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/$FILE/P_Oamatnostadnes_eng_pdf.pdf), piekļūts 2012. g. 23. maijā). Rīga, Veselības ministrija.
- NVD (2009). Vēstis Nr.17. Rīga, Nacionālais veselības dienests.
- NHS (2011). Vēstis Nr.19. Rīga, Nacionālais veselības dienests (vec.gov.lv/uploads/files/4f686bacf2891.pdf, piekļūts 2012. g. 21. jūlijā).
- NVD (2012a). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata un ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar cukura diabētu, 2010*. Rīga, Nacionālais veselības dienests (NVD).
- NVD (2012b). *Ziņojums par bērnu veselības stāvokli – valsts statistikas ziņojums*. Rīga, Nacionālais veselības dienests (NVD).
- NVD (2012c). *Līguma paraugs ĢĀ* (<http://vec.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugis>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, et al. (2003). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford, Oxford University Press.
- VOAVA (2008). *Apsekojums. Latvijas iedzīvotāju viedoklis par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu* (http://www.vnc.gov.lv/files/VOAVA_petijums_2008.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā). Rīga, Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (VOAVA).
- VOAVA (2009). Vēstis nr. 17, *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (VOAVA)*, Rīga (<http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4f686bd6d9fa2.pdf>, piekļūts 2012. g. 12. novembrī).
- VID (2012). *Nodokļu likmes Latvijas Republikā* (http://www.vid.gov.lv/dokumenti/ang%20C4%BCu%20valoda/taxes/2012/nodoklu%20likmes%20latvijas%20republika%202012.g.20en_jauns.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā). Rīga, Valsts ieņēmumu dienests (VID).
- Latvijas Zāļu valsts aģentūra (2012) *Reģistra dati* (<http://www.zva.gov.lv/>, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Valsts kontrole (2011). *Valsts budžeta līdzekļu izlietojuma likumības un ekonomiskus, apmaksājot ārstniecības pakalpojumus pēc noteiktā tarifa* (http://www.lrvk.gov.lv/upload/Zin_VM_pak_28Nov2011.pdf, piekļūts 2012. g. 8. novembrī).
- Tragakes E, Brigis G, Karaskevica J, et al. (2008). Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2008; 10(2):1–253.
- Transparency International (2011). *National integrity system assessment: Latvia 2011* (http://www.transparency.org/whatwedo/pub/national_integrity_system_assessment_latvia, piekļūts 2012. g. 31. augustā).

- Transparency International (2012). *Global corruption perception index 2011*, Berlin (http://files.transparency.org/content/download/101/407/file/2011_CPI_EN.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Vanags A (2010). *Tax reform in Latvia: could it be fair?* SSE Riga/BICEPS Occasional Paper, No. 8, Riga (http://www.biceps.org/sites/default/files/Tax_reform_paper_Final_11084_0.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā).
- Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. (1999). Equity in the finance of healthcare: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18:263–290.
- Wagstaff A, van Doorslaer E (2000). Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ & Newhouse JP (eds) *Handbook of Health Economics*, 1(Part B):1803–1862. Oxford, Elsevier.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2006). *Health worker migration in the European region: country case studies and policy implications* (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/102402/E88366.pdf, piekļūts 2012. g. augustā). Geneva, World Health Organization.
- WHO (2012). *Global Health Expenditure Database*, World Health Organization (WHO), Geneva, available at: <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>, piekļūts 2012. g. 31. augustā.
- WHO Regional Office for Europe (2012a). *European Mortality Database* (MDB) (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, piekļūts 2012. g. septembrī).
- WHO Regional Office for Europe (2012b). *European Health for All (HFA) Database* (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, piekļūts 2012. g. septembrī).
- Wismar M, Maier C, Glinos A, et al. (2011). *Health professional mobility and health systems: evidence from 11 European countries* (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf, piekļūts 2012. g. 31. augustā). Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization.
- World Bank (2010). *Latvia – from exuberance to prudence: a public expenditure review of government administration and the social sectors – analytical report* (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/3009>, piekļūts 2012. g. augustā).
- World Bank (2012). *World Development Indicators* (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, piekļūts 2012. g. jūnijā).

9.2. HiT metodoloģija un sagatavošanas process

HiT pārskatus sagatavo valstu eksperti sadarbībā ar Observatorijas pētniecības direktoriem un darbiniekiem. To izstrādei izmanto regulāri atjaunināmu paraugu, kurā ietvertas detalizētas vadlīnijas, konkrēti jautājumi, definīcijas, ieteikumi datu avotu izmantošanai un piemēri, kas nepieciešami pārskata izveidei. Lai gan paraugā iekļauti visaptveroši jautājumi, to paredzēts izmantot ļoti elastīgi, lai autori un redaktori varētu to pielāgot attiecīgās valsts kontekstam. Visjaunākais paraugs ir atrodams tiešsaistē: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

HiT izveidei autori izmanto daudz dažādu datu avotu, sākot no valstu statistikas, nacionālo un reģionālo politiku dokumentiem līdz pat izdotai literatūrai. Turklāt starptautiskos datu avotus arī var ietvert pārskatos, tādus kā ESAO un Pasaules Bankas piedāvātos. ESAO Veselības dati aptver 1200 rādītāju par 34 ESAO valstīm. Šos datus iegūst no informācijas, ko iesniedz valstu statistikas biroji un Veselības ministrijas. Pasaules Banka sagatavo pasaules attīstības rādītājus, kuri iegūti no oficiāliem avotiem. Vēl papildus valstu ekspertu sniegtajai informācijai un datiem Observatorija nodrošina kvantitatīvos datus par katru valsti salīdzināmu standartskaitļu kopas veidā, izmantojot Eiropas datubāzi *Veselība visiem*. Šajā datubāzē ir vairāk nekā 600 rādītāju, ko noteicis PVO Eiropas reģionālais birojs, lai pārraudzītu principa „Veselība visās politikās” īstenošanu Eiropā. To atjaunina divreiz gadā, izmantojot dažādus avotus, bet lielākoties paļaujoties uz oficiāliem skaitļiem, ko iesniedz valdības, kā arī izmantojot veselības statistiku, ko apkopo PVO Eiropas reģionālā biroja tehniskās vienības. *Veselība visiem* standartdatus oficiāli ir apstiprinājušas valstu valdības. Sākot ar 2007. gada vasaras izdevumu datubāze *Veselība visiem* sāka ņemt vērā paplašināto ES ar tās 27 dalībvalstīm.

HiT autori tiek mudināti tekstā detalizēti apspriest datus, tostarp arī standartskaitļus, ko sagatavojuši Observatorijas darbinieki, it īpaši gadījumos, ja rodas bažas par neatbilstību starp datiem, kas iegūstami no dažādiem avotiem.

Tipisks HiT pārskats sastāv no deviņām nodaļām:

1. Ievads: tajā izklāstīts veselības sistēmas plašāks konteksts, tostarp veselības sistēma, sociālā demogrāfija, ekonomikas un politiskais konteksts, kā arī iedzīvotāju veselība.
2. Organizācija un pārvaldība: tajā sniegts pārskats par veselības sistēmas organizāciju, pārvaldību, plānošanu un regulējumu valstī, kā arī piedāvāts ieskats sistēmas vēsturiskajā kontekstā; tajā minēti galvenie veselības sistēmas dalībnieki un to lēmumu pieņemšanas pilnvaras; un aprakstītas pacientu iespējas informācijas, izvēles, tiesību, sūdzību procedūru, sabiedrības līdzdalības un pārrobežu veselības aprūpes jomās.
3. Finansējums: tajā sniegta informācija par izdevumiem un veselības nozares izmaksām dažādās pakalpojumu jomās, par ieņēmumu avotiem, par to, kā līdzekļi tiek apvienoti un piešķirti, par to, kādi iedzīvotāji ir

aptverti, kādi pakalpojumi ir ietverti, par lietotāju maksājumu un pacientu tiešmaksājumu apjomu, par brīvprātīgo veselības apdrošināšanu un to, kā tiek maksāts pakalpojumu sniedzējiem.

4. Materiālie un cilvēkresursi: tajā aprakstīta pamatkapitāla un investīciju plānošana un sadalījums; infrastruktūra un medicīnas iekārtas; konteksts, kādā darbojas IT sistēmas; un cilvēkresursu līdzdalība veselības sistēmā, ieskaitot informāciju par darbaspēka tendencēm, profesionālo mobilitāti, apmācību un karjeras iespējām.

5. Pakalpojumu sniegšana: tajā tiek pievērsta uzmanība organizācijai, pakalpojumu sniegšanai, pacientu plūsmām, sabiedrības veselībai, primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpei, dienas stacionāriem, neatliekamai medicīniskai palīdzībai, farmaceitiskai aprūpei, rehabilitācijai, ilgstošai aprūpei, pakalpojumiem neformālajiem aprūpētājiem, paliatīvai aprūpei, garīgās veselības aprūpei, zobārstniecībai, komplementārai un alternatīvai medicīnai un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai īpašām iedzīvotāju grupām.

6. Galvenās veselības sistēmas reformas: tajā tiek apskatītas reformas, politikas un organizatoriskās izmaiņas un sniegts pārskats par nākotnes tendencēm.

7. Veselības sistēmas novērtējums: tajā sniegts novērtējums balstoties uz noteiktajiem veselības sistēmas mērķiem, finansiālo aizsardzību un taisnīgu finansējumu; aprakstīta lietotāju pieredze un vienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei, veselības rezultāti, veselības aprūpes pakalpojumu rezultāti un veselības aprūpes kvalitāte; veselības sistēmas efektivitāte; un caurskatāmība un atbildība.

8. Secinājumi: tajos ietverti galvenie konstatējumi; uzsvērtas gūtās atziņas no pārmaiņām veselības sistēmā; un apkopotas risināmās problēmas un nākotnes tendences.

9. Pielikumi: ietver atsauces, noderīgas tīmekļa vietnes un likumdošanu.

HiT ziņojumu kvalitāte ir ārkārtīgi svarīga, jo tos izmanto politiku veidošanai un metaanalīzes veikšanai. Viss *HiT* rakstīšanas un rediģēšanas process, kas ietver vairākkārtīgus atkārtojumus, balstās uz plašām konsultācijām. Pēc tam notiek šādas darbības:

- Rūpīgs pārskatīšanas process (sk. nākamo sadaļu).
- Ziņojuma pabeigšanas posmā tiek ieguldīts papildu darbs kvalitātes nodrošināšanai, kā arī tiek veikta teksta rediģēšana un korektūra.
- *HiT* izplatīšana (iespiestā veidā, elektroniskā versija, tulkojumi un ziņojuma atvēršana). Visā ziņojuma tapšanas laikā redaktors atbalsta autorus un konsultējas ar viņiem, lai visi procesa posmi pēc iespējas efektīvāk virzītos uz priekšu.

Viens no autoriem ir arī Observatorijas darbinieku komandas loceklis. Šai komandai jāatbalsta pārējie autori visā pārskata rakstīšanas un sagatavošanas procesā. Komandas locekļi savā starpā konsultējas, lai nodrošinātu to, ka visi procesa posmi noritētu pēc iespējas efektīvi un lai *HiT* atbilstu sērijas standartiem, kā arī lai šie pārskati palīdzētu valstīm lēmumu pieņemšanas procesā un veicinātu situāciju salīdzināšanu dažādās valstīs.

9.3. Pārskatīšanas process

Pārskatīšanas procesu veido trīs posmi. Sākumā *HiT* tekstu pārbauda, pārskata un apstiprina Eiropas Observatorijas redaktori. Pēc tam to sūta diviem neatkarīgiem akadēmiskiem ekspertiem pārļūkošanai. Viņu komentārus un grozījumus iekļauj tekstā un veic attiecīgās teksta izmaiņas. Tad tekstu iesniedz atbilstīgajai Veselības ministrijai vai attiecīgajai iestādei. Šo iestāžu politikas veidotāji pārbauda, vai *HiT* nav ieviesušās faktu kļūdas.

9.4. Informācija par autoriem

Uldis Mitenbergs ir Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras lektors uz pusslodzi. Viņš ir ārsts un viņam ir ASV Jeila universitātes maģistra grāds uzņēmējdarbības vadībā. Viņš strādā *Baxter Latvia* un ir doktora grāda kandidāts veselības tehnoloģiju novērtējumā Halles Medicīnas informātikas un tehnoloģiju universitātē (UMIT) Austrijā.

Māris Taube ir Latvijas Nacionālā veselības dienesta direktors. Viņš ir Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un narkoloģijas katedras psihiatrijas asociētais profesors. Viņš ir ārsts un viņam ir Rīgas Stradiņa universitātes doktora grāds.

Jānis Misiņš ir Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra Pētniecības un veselības statistikas departamenta Veselības statistikas nodaļas vadītājs. Viņš ir ārsts un viņš ir doktora grāda kandidāts Latvijas Universitātē.

Ēriks Miķītis ir Latvijas Republikas Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktors. Viņš ir ārsts un viņam ir diploms sabiedrības veselības jomā.

Atis Martinsons ir Latvijas Nacionālā veselības dienesta Veselības aprūpes departamenta direktors.

Aiga Rūrāne ir PVO Eiropas reģionālā biroja PVO Latvijas pārstāvniecības vadītāja. Kopš 1995. gada viņa koordinē PVO darbu valstī, viņa ir iesaistījusies dažādās veselības sistēmas iniciatīvās un viņai ir plašas eksperta zināšanas sabiedrības veselībā. Viņa ir bijusi viena no līdzautorēm abiem iepriekšējiem *HIT* par Latviju (2003, 2008). Viņai ir ārsta grāds un viņa nemitīgi piedalās dažādās apmācības programmās par iedzīvotāju veselību globālā kontekstā.

Wilms Kventins (Wilm Quentin) Berlīnes Tehnoloģiju universitātes Veselības aprūpes vadības katedras un Eiropas Veselības sistēmu un politiku observatorijas Berlīnes centra vecākais pētnieks. Viņš ir ārsts un viņam ir Londonas Higiēnas un tropu medicīnas augstskolas un Londonas Ekonomikas augstskolas maģistra grāds veselības politikā, plānošanā un finansēšanā.

Veselības sistēmu pārejas periodā profili

Eiropas Veselības sistēmu un politiku observatorijas pārskatu sērija

Valstu profili par veselības sistēmām pārejas periodā (*HiT*) sniedz katras veselības aprūpes sistēmas analītisku aprakstu, kā arī iztirzā notiekošo un plānoto reformu iniciatīvas. Tie nodrošina salīdzinošu informāciju politikas veidotājiem un analītiķiem, ko viņi izmanto veselības sistēmu pilnveidē un reformu veikšanā PVO Eiropas reģiona valstīs un ārpus tām. *HiT* profili ir pamatelementi, ko var izmantot, lai:

- iegūtu detalizētu informāciju par dažādām pieejām veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanā, organizācijā un sniegšanā;
- precīzi aprakstītu veselības jomas reformu programmu procesu, saturu un īstenošanu;
- izceltu kopīgas problēmas un jomas, kam nepieciešama padziļinātāka analīze; un
- nodrošinātu rīku informācijas izplatīšanai par veselības sistēmām un pieredzes apmaiņu par reformas stratēģijām starp PVO Eiropas reģiona valstu politikas veidotājiem un analītiķiem.

Kā iegūt savā rīcībā *HiT*

Visi *HiT* pārskati ir pieejami PDF formātā tīmekļa vietnē www.healthobservatory.eu, kur jūs varat pievienoties mūsu *listserv*, lai saņemtu ikmēneša atjauninātu informāciju par Eiropas Veselības sistēmu un politiku observatorijas darbību, tostarp par jauniem *HiT*, par grāmatām, kas izdotas sērijās kopā ar *Open University Press*, par politiku kopsavilkumiem un žurnālu *Eurohealth*.

Ja vēlaties pasūtīt *HiT* iespiestā veidā, lūdzu rakstiet uz:

info@obs.euro.who.int vai info@spkc.gov.lv

Eiropas Veselības sistēmu un politiku observatorijas

izdevumus atradīsiet
www.healthobservatory.eu



Līdz šim publicētie *HiT* valstu profili:

Albānija (1999, 2002^{ag})
Andora (2004)
Armēnija (2001^g, 2006)
Austrālija (2002, 2006)
Austrija (2001^e, 2006^e)
Azerbaidžāna (2004^g, 2010^g)
Baltkrievija (2008^g)
Beļģija (2000, 2007, 2010)
Bosnija un Hercegovina (2002^g)
Bulgārija (1999, 2003^b, 2007^g, 2012)
Kanāda (2005, 2013)
Horvātija (1999, 2006)
Kipra (2004, 2012)
Čehija (2000, 2005^g, 2009)
Dānija (2001, 2007^g, 2012)
Igaunija (2000, 2004^{si}, 2008)
Somija (2002, 2008)
Francija (2004^{cg}, 2010)
Gruzija (2002^{dg}, 2009)
Vācija (2000^e, 2004^{eg})
Grieķija (2010)
Ungārija (1999, 2004, 2011)
Islande (2003)
Īrija (2009)
Izraēla (2003, 2009)
Itālija (2001, 2009)
Japāna (2009)
Kazahstāna (1999^g, 2007^g, 2012)
Kirgizstāna (2000^g, 2005^g, 2011)
Latvija (2001, 2008, 2012)
Lietuva (2000)
Luksemburga (1999)
Malta (1999)
Moldova (2012)
Mongolija (2007)
Nīderlande (2004^g, 2010)
Jaunzēlande (2001)
Norvēģija (2000, 2006)
Polija (1999, 2005^k, 2012)
Portugāle (1999, 2004, 2007, 2011)
Korejas Republika (2009)
Moldovas Republika (2002^g, 2008^g)
Rumānija (2000^f, 2008)
Krievijas Federācija (2003^g, 2011)
Slovākija (2000, 2004, 2011)
Slovēnija (2002, 2009)
Spānija (2000^h, 2006, 2010)
Zviedrija (2001, 2005, 2012)
Šveice (2000)
Tadžikistāna (2000, 2010^{sl})
Bijušās Dienvidslāvijas Republika Maķedonija (2000, 2006)
Turcija (2002^{si}, 2011)
Turkmenistāna (2000)
Ukraina (2004^g, 2010)
Lielbritānijas un Ziemeļīrijas Apvienotā Karaliste (1999^g)
Apvienotā Karaliste (Anglija) (2011)
Apvienotā Karaliste (Ziemeļīrija) (2012)
Apvienotā Karaliste (Skotija) (2012)
Apvienotā Karaliste (Velsa) (2012)
Uzbekistāna (2001^g, 2007^g)
Itālijas Veneto reģions (2012)

Atzīmējumi
Visi <i>HIT</i> ir pieejami angļiski. Ja tiem klāt ir atzīmējums, tie ir pieejami arī citās valodās:
^a albāņu
^b bulgāru
^c franču
^d gruzīnu
^e vācu
^f rumāņu
^g krievu
^h spāņu
ⁱ turku
^j igauņu
^k poļu
^l tadžiku