

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Savienības fondu darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotais projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” nodevums Nr.10 un Nr.11 – **Pakalpojumu grozs un pakalpojumu sniegšanas organizēšana**

Valsts apmaksāto pakalpojumu klāsta un pakalpojumu nodrošināšanas modeļa pārskats¹

¹ Autors: *Alaka Holla* (PhD) (aholla@worldbank.org), ar *Amit Chandra* (MD), *Paula Giovagnoli* (PhD), un *Christel Vermeersch* (PhD) līdzdalību.

Satura rādītājs

1. Ievads.....	6
2. Valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts un pakalpojumu sniegšanas modelis Latvijā.....	8
3. Metodes.....	9
4. Pakalpojumu pieejamība.....	11
4.1 Kardiovaskulārās saslimšanas.....	11
4.2 Garīgā veselība.....	16
4.3 Vēzis.....	19
4.4 Mātes un bērna veselība.....	23
5. Finansiālais nodrošinājums.....	25
6. Iedzīvotāju aptvere.....	32
7.1. Kardiovaskulārās saslimšanas.....	37
8. Tālākā attīstība.....	48
Atsauces.....	56
1. pielikums.....	57
Diagnožu kodi.....	57
Manipulāciju kodi.....	58

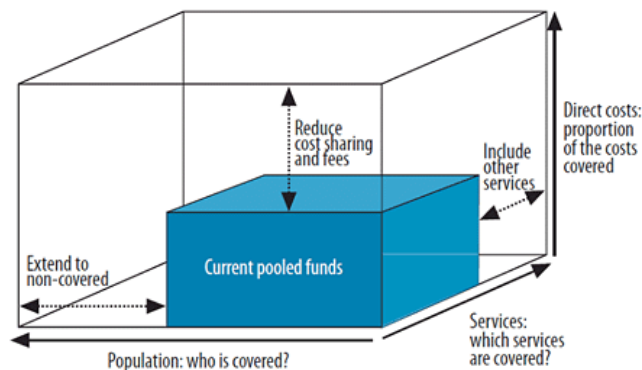
1. attēls: Universālās pieejamības dimensijas	6
2. attēls: Tādu pieaugušo īpatsvars hipertensijas un diabēta pacientu vidū, kas veic ikgadēju labjūtes pārbaudi	14
3. attēls: Ikgadējas pārbaudes veicošu hipertensijas un diabēta pacientu īpatsvars	14
4. attēls: Tādu hipertensijas pacientu īpatsvars, kas veic ikgadēju elektrokardiogrammu (EKG)	15
5. attēls: Ikgadēju acu pārbaudi veicošu diabēta pacientu īpatsvars	15
6. attēls: Tādu aktīva krūts, dzemdes kakla vai zarnu vēža pacientu īpatsvars, kam diagnosticēta depresija	18
7. attēls: Tādu pacienšu īpatsvars, kam tika diagnosticēta depresija 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām	18
8. attēls: Reizi divos gados mamogrāfiju veicošu 50-69 gadu vecu sieviešu īpatsvars, 2010-2014	21
9. attēls: Vismaz vienreiz mūžā krūts vēža pārbaudi veikušu 50-69 gadus vecu sieviešu skaits, 2008	21
10. attēls: Reizi trijos gados Pap uztriepi veicošu 25-70 gadus vecu sieviešu īpatsvars, 2010-2014	22
11. attēls: Pēdējā gada laikā slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs veikušo 50-74 gadus veco personu	22
12. attēls: Pirmā trimestra pirmsdzemdību aprūpi saņemošo iedzīvotāju īpatsvars, 2010	24
13. attēls: Pacientu maksājumi kā daļa no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem, 2013	25
14. attēls: Kopējais izpildīto recepšu īpatsvars atbilstoši kompensējamo medikamentu kategorijai,	26
15. attēls: Izpildīto recepšu kopēja vērtība, pa gadiem	28
16. attēls: Noteiktā antidepresantu ikdienas deva, rēķinot uz tūkstoš iedzīvotājiem dienā, pa valstīm, 2010-2012	29
17. attēls: Vidējais ambulatoro manipulāciju skaits, rēķinot uz cilvēku, pa gadiem	30
18. attēls: Neapmierināto vajadzību augstākā un zemākā kvintile respondentu vērtējumā, 2012	31
19. attēls: Ambulatoro manipulāciju skaits hronisku saslimšanu saasinājuma gadījumos pa mēnešiem, 2014	32
20. attēls: Ambulatoro manipulāciju skaits neknotētām saslimšanām pa mēnešiem, 2014	33
21. attēls: Plānotu stacionārās aprūpes manipulāciju skaits pa mēnešiem, 2014	33
22. attēls: Ambulatoro biopsiju skaits pa mēnešiem, 2014	34
23. attēls: Kopējais ambulatoro procedūru skaits pa mēnešiem un ienākumu kvintiles, 2014	35
24. attēls: Kopējais ambulatoro procedūru skaits pa mēnešiem un aktīvu kvintiles, 2014	35
25. attēls: NMPD izsaukumu skaits pa mēnešiem, 2014	36
26. attēls: Sākotnējās hipertensijas diagnozes izvietojums pa gadiem	37
27. attēls: Vidējais hipertensijas pacientu vizīšu skaits pie ģimenes ārsta pa gadiem	37
28. attēls: Vidējais hipertensijas pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem	38
29. attēls: Sākotnējās diabēta diagnozes izvietojums pa gadiem	39
30. attēls: Vidējais diabēta pacientu primārās aprūpes vizīšu skaits pa gadiem	39
31. attēls: Vidējais diabēta pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem	40
32. attēls: Ģimenes ārstu sniegtie veselības uzlabošanas ieteikumi vīriešiem (vecums 45-54), 2014	40
33. attēls: Vidējais stacionārā pavadīto dienu skaits depresijas pacientiem pa gadiem	41
34. attēls: Sākotnējās depresijas diagnozes izvietojums pa gadiem	42
35. attēls: Vidējais depresijas pacientu vizīšu skaits pie ģimenes ārsta pa gadiem	42
36. attēls: Vidējais depresijas pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem	43
37. attēls: Tādu stacionāro depresijas ārstēšanu īpatsvars, kam seko rehabilitācijas aprūpe, pa gadiem	43
38. attēls: Sākotnējās atkarības diagnozes izvietojums pa gadiem	45
39. attēls: Vidējais ambulatoro dienu skaits atkarības pacientiem pa gadiem	45
40. attēls: Vidējais atkarības pacientu vizīšu skaits pie ģimenes ārsta pa gadiem	46
41. attēls: Vidējais atkarības pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem	46
42. attēls: Tādu atkarības problēmu ārstēšanu īpatsvars, kam seko rehabilitācijas aprūpe, pa gadiem	46

1. tabula: Saslimšanu marķieri	10
2. tabula: Hipertensijas ārstēšana valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā	12
3. tabula: Diabēta ārstēšana valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā	13
4. tabula: Izplatītākās ambulatorās diagnozes 12 mēnešu periodā pirms pašnāvības, 2009-2014	19
5. tabula: Vēža skrīnings valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā	20
6. tabula: Pirmsdzemdību aprūpe valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā	23
7. tabula: Izplatītākās diagnozes par trūcīgām atzītām personām	Error! Bookmark not defined. 6
8. tabula: Gultu skaits psihiatriskajā aprūpē uz 100 000 iedzīvotājiem, 2013	41
9. tabula: Desmit izplatītākās depresijas pacientiem veiktās manipulācijas 2014	45
10. tabula: Pirmās desmit manipulācijas pacientiem ar vielu atkarības diagnozi 2014.gadā.....	48
11. tabula: Problēmu, iespējamo risinājumu un veicinošo pasākumu kopsavilkums	49
12. tabula: Veselības aprūpes izdevumu sastāvs pa valstīm, 2013	53
13. tabula: Neefektīva aprūpe	54

1. Ievads

- Šis pārskats analizē pašreizējo valsts apmaksāto pakalpojumu kopumu un pakalpojuma nodrošināšanas modeli Latvijā un vērtē, cik lielā mērā (i) tiek sasniegti veselības aprūpes universālās pieejamības mērķi un (ii) veicināts nepietiekamo veselības aprūpes resursu efektīvs izmantojums. Analīze balstīta četru Latvijā prioritāru saslimšanu marķieru datos – proti, kardiovaskulārā saslimšana, vēzis, garīgā veselība un mātes veselība –, lai izprastu pašreizējā valsts apmaksāto pakalpojumu kopuma uzbūves un pakalpojuma sniegšanas organizācijas stiprās un vājās puses.
- Analīze veikta kā daļa no Pasaules Bankas Grupas maksas konsultāciju pakalpojumu līguma ar Latvijas Nacionālo Veselības dienestu (NVD) ar mērķi nodrošināt „atbalstu, lai attīstītu veselības aprūpes sistēmas stratēģiju prioritāro saslimšanu jomās Latvijā”, un tā balstās dokumentu (piem., likumu un vadlīniju) izpētē, intervijās ar dažādām Latvijas veselības nozares ieinteresētajām pusēm, kā arī to administratīvo datu oriģinālanalīzi, ko NVD, Slimību profilakses un kontroles centrs (SKC), Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD), Centrālais Statistikas birojs (CSB) un Valsts ieņēmumu dienests (VID) sniedza Pasaules Bankai. Lai arī sākotnēji plānoti divi atsevišķi pārskati: par valsts apmaksāto pakalpojumu sistēmu un pakalpojumu sniegšanas modeli, sagatavotais pārskats apvieno abu Latvijas nozaru analīzi, jo pakalpojuma sniegšanas organizācija vairumā gadījumu tieši izriet no valsts apmaksāto pakalpojumu sistēmas parametriem.
- Pārskata pirmā daļa ir veltīta galvenokārt *veselības aprūpes universālās pieejamības* jautājumam jeb kvalitatīvu veselības pakalpojumu pieejamība visiem bez nelabvēlīgu finansiālu seku iestāšanās. Analīzē pievērsta īpaša uzmanība trim 1.attēlā attēlotajām veselības aprūpes pieejamības dimensijām: pakalpojumu pieejamība (kuba dziļums), kas rāda, kuri pakalpojumi ir pieejami; finanšu nodrošinājums (augstums) jeb pieejamo pakalpojumu izmaksu proporcija un pakalpojumus saņemošo iedzīvotāju īpatsvars (platums), kas rāda, kam pieejami valsts apmaksātie pakalpojumi.

1. attēls: Universālās pieejamības dimensijas



	Samazina līdzmaksājumu un atlīdzību	Ietver citus pakalpojumus	Tiešās izmaksas: veikto izmaksu īpatsvars
Paplašinās neiekļauto virzienā	Pašreiz pieejamie līdzekļi		
Iedzīvotāji: kam ir pieejams pakalpojums?	Pakalpojumi: kuri pakalpojumi ir pieejami?		

Avots: Pasaules Veselības organizācija

4. Pieejamā informācija ļauj secināt, ka uz papīra pieejamie pakalpojumi liekas atbilstoši trim no četrām prioritārajām saslīmšanā, jo valsts apmaksāto pakalpojumu kopums ietver būtiskos medicīniskos pakalpojumus un medikamentus. Mentālās veselības aprūpe – konkrēti depresijas ārstēšana – ir būtisks izņēmums. Tomēr, pārbaudot praksē notiekošo, jāsecina, ka patiesā pakalpojumu pieejamība ir daudz zemāka nekā *de jure* paredzētā pieejamība. Cilvēki nesaņem pamatpakalpojumus, kas varētu novērst novājinošu saslīmšanu un dārgu hospitalizāciju.
5. Lai arī šo atšķirību starp to, ko valsts apmaksāto pakalpojumu kopums piedāvā, un to, ko pacienti patiesībā saņem, varētu izskaidrot pacientu vēlme izmantot veselības aprūpes pakalpojumus, tomēr arī finanšu pieejamība ir ļoti ticams šķērslis patiesai pakalpojumu pieejamībai. Cilvēki, kas meklē medicīnisku palīdzību un ārstēšanu Latvijā, ir spiesti maksāt salīdzinoši lielas summas, kas izriet no līdzmaksājumiem par pakalpojumiem, mazam kompensēto medikamentu īpatsvaram un pakalpojumu kvotām, kas faktiski pārvērš ar NVD līgumus noslēgušos pakalpojumu sniedzējus par privātiem pakalpojumu sniedzējiem, tiklīdz kvotas ir izsmeltas². Šādi līdzmaksājumi kopā ar ārpus līguma sniegto aprūpi ne tikai veselības aizsardzības sistēmā pastāvošo finansiālo aizsardzību, bet, visticamākais, veicina aprūpes iztrūkumu un neefektīvu dārgāko pakalpojumu izlietojumu – piemēram, kad nekontrolēta hipertensija noved pie sirds lēkmes vai kad nediagnosticēta depresija noved pie pašsavināšanās.
6. Lai arī viena maksātāja sistēmai vajadzētu aptvert visus iedzīvotājus, šī ierobežotā finansiālā pieejamība Latvijā liek domāt, ka trūcīgāki cilvēki saņem mazāk medicīniskās aprūpes un ārstēšanas, nekā tiem nepieciešams. Turklāt daudzi iegūtajos datos saskatāmie empīriskie modeļi liecina, ka aptverto iedzīvotāju skaits gada griezumā mainās, tam sasniedzot maksimumu brīžos, kad kvotas tiek atjaunotas, un minimumu, kad iestādes savas kvotas ir izsmēlušas. Ņemot vērā citus indikatorus, kas liecina par ievērojamu daudzumu neapmierinātu veselības aprūpes vajadzību Latvijā, jāsecina, ka dažos brīžos gada laikā daļai iedzīvotāju – konkrēti trūcīgākās kvintiles – faktiski pieejama neliela vai nekāda apdrošināšana. Šīs tendences arī dzan liecina par to, ka laikus saņemtas aprūpes pieejamība Latvijā atkarīga no veiksmes – no tā, kad personai aprūpe nepieciešama, un vai šis brīdis sakrīt ar pakalpojumu ciklisko pieejamību.
7. Pārskata otrā daļa daudz tiešāk pievēršas pakalpojumu kvalitātei un efektivitātei, raksturojot patlaban Latvijā pastāvošo pakalpojumu sniegšanas modeli. Valsts slimību profils, kurā hroniskās saslīmšanas ir galvenie mirstības un slimības iemesli, prasa spēcīgu primārās aprūpes jomu, kas ir labi saskaņota ar veselības veicināšanu un speciālistu sniegto aprūpi. Dažām diagnozēm aprūpe tiešām liekas orientēta uz primāro aprūpi. Taču liekas, ka visos līmeņos tas tā nav.
8. Nākamā nodaļa iezīmē galvenās valsts apmaksāto pakalpojumu kopuma un pakalpojumu sniegšanas modeļa iezīmes Latvijā. 3.nodaļa raksturo ziņojuma empīrisko analīžu metodoloģiju un aplūko iegūto datu ierobežojumus. 4. līdz 6. nodaļa raksturo Latvijas spēju nodrošināt veselības aprūpes pieejamības trīs dimensijas: pakalpojumu pieejamību, finansiālo pieejamību un iedzīvotāju aptveri. 7. Nodaļā vērtēts esošais pakalpojumu sniegšanas modelis, koncentrējot uzmanību un primārās aprūpes lomu veselības aizsardzības sistēmā un aprūpes integrāciju. 8. nodaļā sniegts šajā analīzē neskarto jautājumu kopsavilkums un izteikti ierosinājumi darbības politikas veidošanai nākotnē.

² Pacientu līdzmaksājumi ir jebkādas izmaksas, kuras pacientam nesedz veselības apdrošināšana.

2. Valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts un pakalpojumu sniegšanas modelis Latvijā

9. Valsts apmaksāto pakalpojumu klāstu Latvijā nosaka galvenokārt Ministru Kabineta Noteikumi Nr. 1529. No pacienta viedokļa svarīgi, ka šajā dokumentā uzskaitīti pakalpojumi, ko valsts neapmaksā, un ir nosauktas iedzīvotāju kategorijas, kas ir atbrīvots no līdzmaksājumiem. Noteikumi arī apraksta pacienta tiesības (piemēram, tiesības izvēlēties ģimenes ārstu) un nosaka ģimenes ārsta darba laiku. Noteikumi uzskaita pakalpojumus, par ko pakalpojumu sniedzēji var prasīt samaksu (esošais valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājums), un nosacījumi, atbilstoši kādiem NVD par šiem pakalpojumiem maksā vai nemaksā, kas tādējādi nosaka pacienta ceļu veselības aprūpes sistēmā uz noteiktu pakalpojumu saņemšanu. Piemēram, NVD maksā par prostatas specifiskā antigēna testu (PSA) tikai pēc noteiktas specializācijas ārsta nosūtījuma, un NVD maksā par pieaugušajiem sniegtu psihoterapijas pakalpojumu tikai tad, ja tas tiek sniegts stacionārā psihiatrijas iestādē, rehabilitācijas programmā, pildot tiesas rīkojumu psiholoģiskas pārbaudes veikšanai vai pildot psihiatra norādījumus, „lai novērstu seksuālu vardarbību pret bērniem un bērnu seksuālu izmantošanu”.
10. Valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts ietver tikai nedaudzus veselības veicināšanas un profilakses elementus, ja neskaita ikgadējas labjūtes pārbaudes un nacionālās skrīninga programmas. Veicināšanas pakalpojumi, piem., izglītojošas programmas vai smēķēšanas apkarošanas pasākumi, valsts mērogā tiek finansēti no SPKC un vietējā mērogā no pašvaldību līdzekļiem
11. Noteikumi Nr. 1529 ir spēkā esošs dokuments, kas tiek atjaunots vismaz reizi gadā, bet reizēm biežāk, piem., kad Parlaments apstiprina valsts veselības nozares budžeta palielinājumu. NVD iepērk Noteikumos uzskaitītos pakalpojumus, slēdzot līgumus ar neatkarīgiem ārstiem, ambulatorajām iestādēm un ar slimnīcām. Kopš 2012.gada februāra NVD savos līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem pārskata aptuveni 30 ambulatoros pakalpojumus, kas ir pakļauti apjoma ierobežojumiem, un tiecas aptvert 35 procentus no visiem pakalpojumiem uz katriem 100 000 iedzīvotājiem. No atsevišķa budžeta NMPD nodrošina neatliekamo palīdzību, tai skaitā transportu starp slimnīcām un medicīnisko atbalstu (telemedicīna, konsultācijas un procedūras) slimnīcām ar Specializētā medicīnas centra starpniecību (SMC).
12. Starp citiem saistošiem normatīviem aktiem minams Seksuālās un reproduktīvās veselības likums, kas apraksta, kuri reproduktīvās veselības pakalpojumi tiek apmaksāti; Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība (Kabineta Noteikumi Nr. 611), kas uzskaita palīdzību, kas sniedzama grūtniecēm, sievietēm dzemdību laikā un sievietēm un bērniem 42 dienu periodā pēc dzemdībām; un Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība (Kabineta Noteikumi Nr. 899), kas nosaka valsts finansējumu noteiktām medikamentu grupām.
13. Šo noteikumu uzdevums ir aizvietot neesošās skaidri formulētas vai obligātas klīniskās vadlīnijas vai programmas Latvijā. Pēdējo 5 gadu laikā NVD ir oficiāli reģistrējis 27 klīniskās vadlīnijas, kas

izstrādātas pēc Latvijā esošo farmaceitisko kompāniju un profesionālo organizāciju iniciatīvas, lai gan šīs vadlīnijas nenosaka minimālās ārstiem vai citam ārstniecības personālam izpildāmās prasības, nedz arī atspoguļo valsts apmaksāto pakalpojumu klāstu (patiesībā dažas no vadlīnijām iesaka pakalpojumus, kas patlaban valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā neietilpst). Četrās prioritāro saslimšanu jomās esošās vadlīnijas aptver akūtu koronāro sindromu, ginekoloģisko onkoloģiju, dzemdes kakla vēzi, hronisku sirds mazspēju, zarnu vēzi, trieku, krūts vēzi un kuņģa, ādas un prostatas vēzi. Šīs vadlīnijas ir apjomīgi dokumenti, kas tomēr nav tiešā veidā izmantojami apmācībai vai praktizējošu mediķu atbalstam lēmuma pieņemšanā.

14. Veselības aprūpes sistēma Latvijā patlaban neizmanto klīniskās programmas, lai noteiktu, kāds aprūpes līmenis (piem., primārā aprūpe, ambulatorā speciālā aprūpe, akūta ambulatorā aprūpe) noteiktās reizēs ir atbildīgs par noteiktiem klīnisko vadlīniju elementiem (vai valsts apmaksāto pakalpojumu klāsta elementiem). Tomēr ir daži vērā ņemami izņēmumi. Viens izņēmums ir grūtniecība, kur Kabineta Noteikumi Nr. 611 (*Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība*) patlaban nosaka aprūpes programmu grūtniecēm, sievietēm 42 dienu periodā pēc dzemdībām un jaundzimušajiem, nosakot, kad aprūpe sniedzama; kurš ir atbildīgais pakalpojuma sniedzējs; uz šo periodu attiecināmo ārstēšanas vēsturi, riska novērtējumu, klīniskos izmeklējumus un laboratorijas izmeklējumus un nepieciešamās izrietošās darbības; un informāciju vai dokumentāciju, kas nodrošināma pacientei. Arī triekas pacienti un pacienti, kam tiek veikta zemādas koronārā intervence, apkalpojami tikai īpaši šim nolūkam paredzētajās slimnīcās.
15. Lai arī NVD ir noteikts kā vienīgais maksātājs par veselības aprūpes sistēmu, valsts apmaksātie pakalpojumi tiek finansēti, apvienojot publisko un privāto finansējumu. Lielākajai daļai pakalpojumu pastāv pacientu nodevas (izņemot pacientu kategorijas, kas no tās ir atbrīvotas, tai skaitā bērni līdz 18 gadu vecumam, grūtnieces, sievietes 42 dienu periodā pēc dzemdībām un māsaiņniecības ar ienākumiem, kas mazāki par 128 eiro), un pacienti maksā par gandrīz visu farmācijas preču iegādi. Pastāv ikgadējais pacienta iemaksu maksimums par valsts nolīgto pakalpojumu saņemšanu (patlaban 569,15 eiro). Tomēr pacienti var maksāt vairāk par šo summu, ja viņi nonāk gaidīšanas rindā. Ja medicīnas iestādē ir izveidojusies rinda uz noteiktu procedūru, pacients var doties uz citu iestādi, kur attiecīgā rinda ir īsāka. Ja pacients nevēlas gaidīt rindā, viņš(-a) var izvēlēties maksāt 100 procentus no iestādes noteiktās pakalpojuma cenas. Patlaban pa iestādēm un specialitātēm klasificētas pastāvošās rindas ir publicētas NVD vietnē, kur iestādes pašas norāda gaidīšanas laiku. Šīs rindas daļēji rodas no kvotām, ko NVD nosaka katrai līgumiestādei vai pakalpojuma sniedzējam katras procedūras veikšanai.

3. Metodes

16. Nākamās ziņojuma nodaļas empīriski pētī, kādā pakāpē Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts veicina universālu veselības aprūpes pieejamību un kā dominējošais pakalpojumu sniegšanas modelis veicina vai mazina rentabilitāti. Tajās izmantoti administratīvie dati, ko sniedza NVD (visi ambulatorie un stacionārie maksājumu reģistri un izpildītās kompensējamo medikamentu receptes 2009.-2014.gada periodā), SPKC (mirstības un dzimstības reģistri un vēža, diabēta un garīgo saslimšanu reģistri no 2009.līdz 2014.gadam), NMPD (visi neatliekamās palīdzības izsaukumi no 2009. līdz 2014.gadam), CSB (2011.gada tautas skaitīšanas dati) un Valsts ieņēmumu dienests (visi

algoto darbinieku un pašnodarbināto personu ienākumi 2014.gadā). Stata/MP 14.2.versijas programmatūra tika izmantota, lai veiktu aprēķinus, attiecības, vidējos lielumus un saranžētu manipulācijas atbilstoši biežumam.

17. Analīze koncentrējas uz saslimšanu marķieru skaitu vai notikumiem visu četru prioritāro saslimšanu jomās, kas raksturo, cik labi veselības aprūpe sistēma veic galvenās veselības veicināšanas un profilakses, skrīninga, diagnostikas, ārstēšanas, rehabilitācijas un aprūpes vispārējās koordinācijas jomā. 1.tabula rāda saslimšanu marķierus katrā prioritārajā jomā.

1.tabula: Saslimšanu marķieri

Prioritārā joma	Marķieri
Kardiovaskulārā saslimšana	Hipertensija, diabēts
Vēzis	Krūts, dzemdes kakla un zarnu vēzis
Garīgā veselība	Depresija, atkarība, pašnāvības
Mātes un bērna veselība	Grūtniecība, augsta riska grūtniecība, augsta riska dzemdības

18. Lai veidotu to pacientu sarakstus, kam diagnosticēti saslimšanu marķieri – piem., visu attiecīgajā gadā esošo hipertensijas pacientus sarakstus, mēs caurlūkojam visas iespējamās datubāzes, proti, stacionārās un ambulatorās ārstēšanas reģistrus, NMPD datu kopas, noteiktu saslimšanu reģistrus un arī mirstības reģistrus, jo ir iespējams, ka pacientiem uzstādīta diagnoze ārpus ambulatorajām vai stacionārajām iestādēm. Pacientiem, kas maz sazinājušies ar veselības dienestiem vai arī kam nav noteikta diagnoze, lai arī viņi ir vērsušies pēc medicīniskās palīdzības, noteikta diagnoze var tikt pirmoreiz noteikta tikai pēc nāves vai arī neatliekamās palīdzības sniegšanas laikā. Pacients tika uzskatīts par saslimušu noteiktajā gadā, ja viņš(-a) attiecīgajā gadā iekļauts jebkurā no datubāzēm ar noteiktai diagnozei atbilstošu kodu ICD-10 (vai ekvivalentu NMPD kodu). NVD brīdināja, ka šāda diagnosticēto pacientu identificēšanas stratēģija varētu radīt kļūdainus datus, jo ārsti varēja reģistrēt ar apstiprinātām diagnozēm saistītus ICD-10 kodus aizdomu gadījumos tā vietā, lai lietotu atsevišķos noteiktu aizdomu gadījumiem paredzētos kodus.³ Tāda rīcība tiešām tiek pieļauta atbilstoši NVD stratēģijai hipertensijas pacientu identificēšanai, piemēram, meklējot vismaz divas ambulatoras iestādes vai vienu stacionāru ierakstu, kas atbilst hipertensijas diagnozes kodam. Tā kā tādu gadījumu skaits, kad pacients ar noteiktu diagnozi viena gada laikā tiek reģistrēts tikai vienu reizi, ir neliels, un, tā kā ārsti Latvijā acīmredzot izmanto ICD-10 kodus atbilstoši iespējamajai diagnozei, sekojošā analīze neņem vērā NVD ierobežojumu par vismaz divu ambulatoru vai vienas stacionāras iestādes ierakstu katram marķierim.⁴ 1.pielikumā uzskaitīti katram marķierim lietotie ICD-10 kodi.

19. Pēc tam šie saraksti tika sapludināti ar stacionāro un ambulatoro pacientu reģistriem, ieskaitot „manipulācijas” (termins, kas apzīmē maksas pakalpojumus, kas var iekļaut pārbaudes, diagnostiku, ārstēšanu un procedūras), un ar visu izpildīto recepšu datubāzi, lai novērtētu, cik lielā mērā pacienti

³ Piemēram, viņi varēja izmantot kodu C50, kas paredzēts apstiprinātiem ļaundabīgiem krūts veidojumiem, lai arī pirms apstiprinājuma iegūšanas viņi būtu varējuši lietot D49.3, N63, D48.6 vai Z12.3 kodu.

⁴ Piemēram, tikai četriem procentiem pacientu ar diabēta diagnozi ir tikai viens ambulators ieraksts 2014.gadā, tāpat tikai 7 procentiem ar hipertensijas diagnozi un mazāk nekā četriem procentiem ar vēža diagnozi. Pacientiem ar atkarības un depresijas diagnozi šis rādītājs pieaug līdz attiecīgi 13 un 22 procentiem.

ar noteiktām diagnozēm saņēmuši noteiktas manipulācijas, un lai raksturotu ārstniecības tēriņus. Visa šī informācija tika arīdzan sapludināta ar CSB un VID socio-ekonomiskajiem datiem, lai redzētu, vai tendences atšķiras atkarībā no ienākumiem vai labklājības. 1.pielikumā arīdzan uzskaitīti analizē izmantotie katrai pārbaudei, diagnostikai, ārstēšanai un procedūrai atbilstošie manipulāciju kodi un apraksts, kā veidojās kopējie medicīnas izdevumi un socio-ekonomiskās kategorijas.

20. Tā kā pārbaūzu, diagnostikas, ārstniecības un procedūru analizē balstās NVD sniegtajos maksājumu datos, tā neietver informāciju par to, kad minētās norises notikušas tajās ārstniecības iestādēs, kas ir pilnībā privātas, un kad – līgumslēdzējīestādēs, kas vai nu ir izsmēlušas savas kvotas, vai arī kurās izveidojušas rindas, ko daļa pacientu izvēlas apiet.⁵ Tādējādi aprēķinātā pakalpojumu pieejamība un iedzīvotāju aptvere, visticamākais, ir zemāka nekā patiesībā Latvijā pastāvošā situācija. Tomēr NVD ir noteikts par vienīgo maksātāju, un analizē neapvertā paredzētās pieejamības daļa raksturo to, cik lielā mērā tas pilda savus pienākumus nodrošināt būtisko valsts apmaksāto veselības pakalpojumu klāstu visiem iedzīvotājiem. Turklāt, ja noteiktu pakalpojumu zemo pārstāvniecību NVD maksājumu datos var izskaidrot ar šo pakalpojumu augsto pieejamību privāti finansētajā veselības aprūpē, tad veselības aprūpes sistēma ir daudz fragmentētāka nekā saņemtie rezultāti liecina, jo pacienti ir spiesti mētāties starp publisko un privāto sektoru, lai saņemtu tādu galveno veselības aprūpes sistēmas funkciju sniegto nodrošinājumu kā skrīningu, diagnostiku, ārstniecību un rehabilitāciju.

4. Pakalpojumu pieejamība

21. Šajā nodaļā analizēta valsts apmaksāto pakalpojumu *de jure* un *de facto* pieejamība Latvijā. Vispirms tā salīdzina Noteikumos Nr. 1529 uzskaitītos pakalpojumus ar atsevišķiem starptautiskiem standartiem un ar apmaksāto pakalpojumu kopumu kaimiņvalstī Igaunijā. Pēc tam analizē vērtē pieprasījumu pēc noteiktiem būtiskiem pakalpojumiem un nosaka, kādā mērā iedzīvotāji valsts apmaksātos pakalpojumus saņem ar NVD nolīgto pakalpojumu sniedzēju starpniecību.

4.1 Kardiovaskulārās saslimšanas

22. Kardiovaskulārās saslimšanas – galvenais mirstības cēlonis Latvijā- prasa intervenci visos aprūpes līmeņos, sākot ar vispārēju veselības veicināšanu un profilaksi, līdz primārajai un speciālajai aprūpei, stacionārajai aprūpei un rehabilitācijai. Iepriekšējais pārskats vērtēja vispārējās veselības veicināšanas un profilakses aktivitātes, un šis pārskats vērtē, kā valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts veic šīs funkcijas primārās aprūpes līmenī. Neatbilstības hipertensijas un diabēta aprūpē primārās un speciālās aprūpes līmenī tāpat var ietekmēt saslimstību un mirstību un palielināt akūta miokarda infarkta (sirdslēkmju), triekas un hroniskas sirds mazspējas gadījumu skaitu.

⁵ Dati par privāti finansēto veselības aprūpi nebija iegūstami atbilstoši sākotnēji plānotajam, jo (i) izņemot slimnīcas, iestādes neregistrē privāti finansētās vizītes, procedūras un pārbaudes standartizētā veidā un visbiežāk neregistrē tos elektroniskā formātā; (ii) standartizētu datu ieguve no slimnīcām būtu nozīmējusi vairāk nekā 40 atsevišķu saprašanās memorandu starp katru slimnīcu un Pasaules Banku. Abu minēto šķēršļu pārvarēšanu pārsniedza šī pētījuma iespējas.

23. Uz papīra gan hipertensijas, gan diabēta aprūpe Latvijā izskatās adekvāti (2. un 3. tabula). Lai arī Latvijā nepastāv nekādas nacionālas vadlīnijas hipertensijas ārstēšanai, valsts apmaksātie pakalpojumi ir salīdzināmi ar tiem, kas atrodami Apvienotā Karaļnama Nacionālā Veselības aprūpes izcilības institūta (NICE), Eiropas Hipertensijas apvienības un Eiropas Kardioloģijas apvienības un Igaunijas vadlīnijās. Viens vērā ņemams izņēmums ir tādu attiecināmu kritēriju trūkums, kas noteiktu, kad pacients sūtāms pie speciālista. Tāpat par spīti nacionālu vadlīniju trūkumam diabēta ārstēšanā Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts piedāvā līdzīgus pakalpojumus tiem, kas noteikti NICE vadlīnijās, un tiem, kas tiek piedāvāti Igaunijā.

1. tabula: Hipertensijas ārstēšana valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā

	NICE ⁶	ESH/ESC ⁷	Igaunija	Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts
Ikgadējā labjūtes pārbaude HTN skrīningam	✓	✓	✓	✓ Līdzmaksājuma nav, kad skrīnings ietilpst ģimenes ārsta veiktajā veselības pārbaudē.
Ikgadējās urīna analīzes mikroalbuminūrijas noteikšanai	✓	✓	✓	✓
Ikgadējā izlases veida glikozes pārbaude asinis	✓	✓	✓	✓
Ikgadēja seruma elektrolītu pārbaude, kreatinīns	✓	✓	✓	✓
Ikgadēja seruma holesterīna pārbaude	✓	✓	✓	✓
EKG skrīnings	✓	✓	✓	✓ €1.42 līdzmaksājums
Speciālista apmeklējums attiecināms, ja trīs medikamenti nenodrošina kontroli	✓			
Speciālista apmeklējums attiecināms, ja divi medikamenti nenodrošina kontroli			✓	

⁶ NICE Vadlīnijas. Hipertensija: primārās hipertensijas ārstēšana pieaugušajiem. Publicēts 2011. gada augustā, pārskatīts 2013. gada oktobrī.

⁷ Eiropas Hipertensijas apvienība / Eiropas Kardioloģijas apvienība. Vadlīnijas arteriālās hipertensijas ārstēšanai. 2013.

2. tabula: Diabēta ārstēšana valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā

	NICE ⁸	Igaunija ⁹	Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts
Ikgadēja vizīte DM skrīningam	✓	✓	<input type="checkbox"/> Līdzmaksājuma nav, kad skrīnings ietilpst ģimenes ārsta veiktajā veselības pārbaudē.
Divreiz gadā HgA1C	✓	✓	✓ Līdzmaksājuma nav, ja pacientam ir atbilstoša diabēta diagnoze.
Ikgadēja seruma holesterīna pārbaude	✓	✓	✓
Ikgadējā urīna analīze mikroalbuminūrijas noteikšanai	✓	✓	✓
Ikgadēja seruma elektrolītu pārbaude, kreatinīns	✓	✓	✓
Ikgadēja acu pārbaude pie oftalmologa	✓	✓	
Speciālists attiecināms, ja konstatētas komplikācijas vai nepieciešama insulīna terapija		✓	

24. Hipertensijas un diabēta ārstēšana, ciktāl secinās no NVD maksājumu datiem, tomēr liek atzīt, ka iespējami daudzi uzlabojumi esošo pakalpojumu pieejamībā, kā arī iespējams palielināt ieguvumus, ko iedzīvotāji saņem no valsts apmaksātajiem pakalpojumiem. Kā norādīts pavadošajā pārskatā par kvalitātes nodrošināšanas mehānismiem Latvijā, tikai 24 procenti no ģimenes ārstiem sasniedza mērķa vērtību (70 – 90 procenti pacientu), pamatojoties uz zema blīvuma holesterīna pārbaudēm arteriālās hipertensijas pacientiem.¹⁰
25. 2. un 3.attēls raksturo izpildes proporcijas visiem hipertensijas (diabēta) pacientiem, kam attiecīgā saskatīšana diagnosticēta katrā no gadiem – norādot, vai pieprasījuma dati ietver apskati (2.attēls) vai diagnostiku (3.attēls) 365 dienu periodā pēc pirmās diagnozes attiecīgajā gadā. Visos gados mazāk nekā vienai trešdaļai no visiem hipertensijas pacientiem un diabēta pacientiem tika veikta ikgadēja labjūtes pārbaude (vai sniegta veselīga dzīves stila konsultācija). Šie zemie izpildes rādītāji atbilst SPKC publicētas reprezentatīvas aptaujas rezultātiem, kas liecina, ka tikai 7,7 procenti vīriešu vecumā no 45 līdz 54 gadiem dodas uz bezmaksas veselības pārbaudēm.¹¹

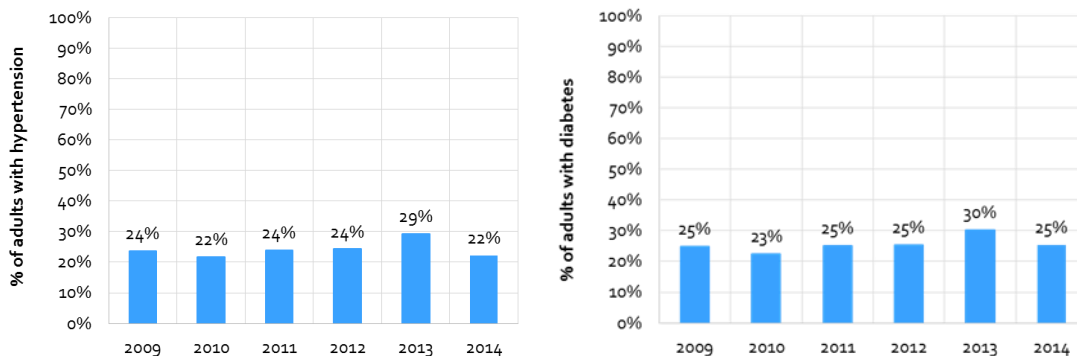
⁸ NICE Vadlīnijas. 2.tipa diabēta ārstēšana. 2009. gada maijs, pārskatīts 2011. gada augustā.

⁹ Igaunijas nacionālās diabēta ārstēšanas vadlīnijas. 2008.

¹⁰ NVD definē hipertensijas pacientu kā pacientu, kam noteikta hipertensijas diagnoze vismaz trīs ambulatorās aprūpes dokumentos iepriekšējā gada laikā vai vienā stacionārās aprūpes dokumentā iepriekšējo divu gadu laikā.

¹¹ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014, Slimību kontroles un profilakses centrs

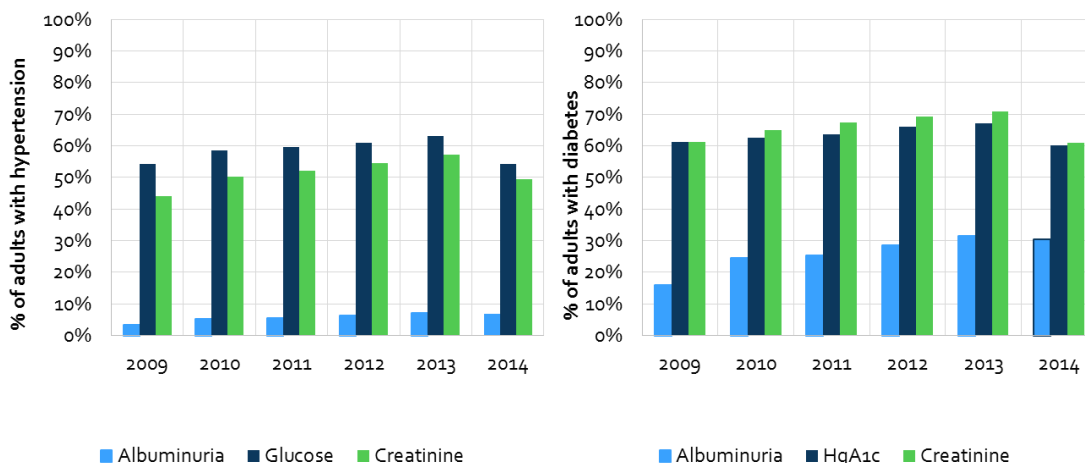
2. attēls: Tādu pieaugušo īpatsvars hipertensijas un diabēta pacientu vidū, kas veic ikgadēju labjūtes pārbaudi



Ar hipertensiju sirgstošu pieaugušo %	Ar diabētu sirgstošu pieaugušo %
Avots: Autoru aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus	

26. Līdzīgi arī daļu no valsts apmaksāto pakalpojumu klāsta, veiktajiem mikroalbuminūrijas, asins glikozes un kreatinīna testiem iespējams ievērojami uzlabot, īpašu ikgadējo urīna analīžu veikšanu mikroalbuminūrijas noteikšanai, kas ir galvenā pārbaude nieru veikspējas noteikšanai. Lai arī varētu šķist kārdinoši šajos gadījumos vainot pacientu un teikt, ka pacients neveic pārbaude, kad viņa primārās aprūpes ārsts viņam to iesaka, vidējais pacientu izpildes rādītājs medīkiem šim indikatoram (sniegts Kvalitātes nodrošināšanas pārskata 2. pielikumā) liecina par ievērojamu nevienmērīgumu (atšķirībā no dažiem citiem indikatoriem, piem., zarnu vēža skrīninga vai glikozētā hemoglobīna pārbaudes diabētiķiem, kas rāda, ka lielākajai daļai ārstu izpildes koeficients ir tuvu nullei). Šī novirze liecina par ievērojamu iespēju palielināt šīs pārbaudes apjomus.

3. attēls: Ikgadējas pārbaudes veicošu hipertensijas un diabēta pacientu īpatsvars

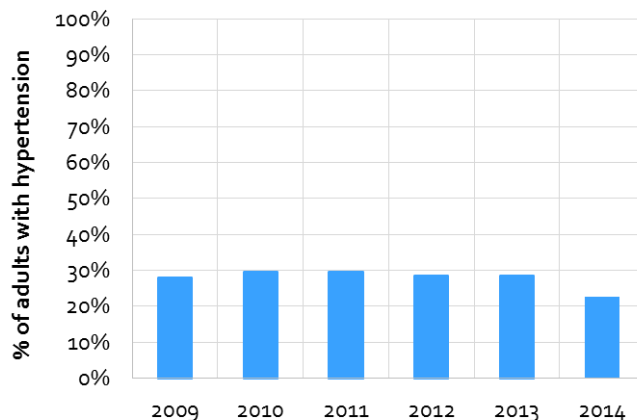


Ar hipertensiju sirgstošu pieaugušo %			Ar diabētu sirgstošu pieaugušo %		
Albuminūrija	Glikoze	Kreatinīns	Albuminūrija	HgA1c	Kreatinīns

Avots: Autoru veiktie aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

27. 4. un 5. Attēlā rādīti dažu citu valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā ietverto ikgadēju pārbažu koeficientu hipertensijas un diabēta pacientiem. Atkal mazāk nekā trešā daļa cilvēku, kam diagnosticēta hipertensija, attiecīgajā gadā saņem EKG pārbaudi 365 dienu laikā kopš diagnozes uzstādīšanas. No tiem, kam diagnosticēts diabēts, tikai niecīga daļa diabēta pacientu saņem valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā ietverto acu pārbaudi.

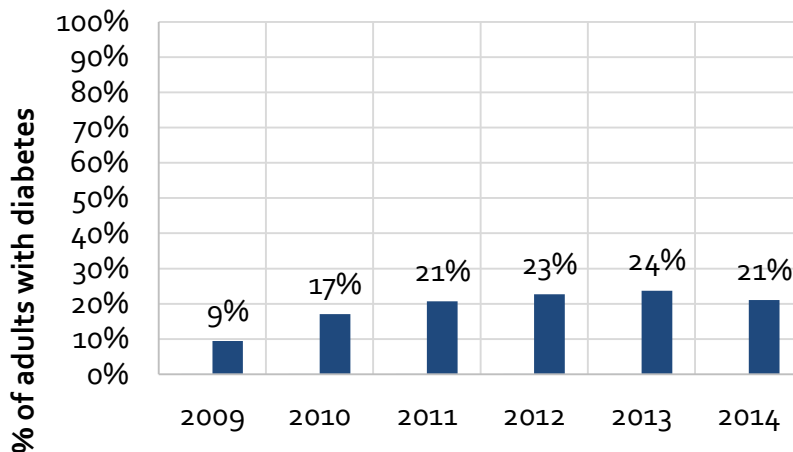
4. attēls: Tādu hipertensijas pacientu īpatsvars, kas veic ikgadēju elektrokardiogrammu (EKG)



Ar hipertensiju sirgstošu pieaugušo %

Avots: Autoru veiktie aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

5.attēls: Ikgadēju acu pārbaudi veicošu diabēta pacientu īpatsvars



Avots: Autoru veiktie aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

4.2 Garīgā veselība

28. Atšķirībā no hipertensijas un diabēta gadījumiem, kur valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts garantē būtiskus pakalpojumus, bet to izmantojums nav pietiekams, depresija ir diagnoze, kuras aprūpē Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā trūkst būtisku pakalpojumu. Lai arī antidepresanti ir kompensējamo medikamentu sarakstā, otrs būtisks depresijas ārstēšanas aspekts – proti, psihoterapija, – valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā nav iekļauta, lai arī šāds konsultāciju veids tiek uzskatīts par ārstēšanas standarta sastāvdaļu (skat. secinājumu 1.bloku NICE kvalitātes standartā depresijas ārstēšanai). Tomēr saskaņā ar Noteikumiem Nr. 1529 valsts nemaksā par psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību, ja vien tā nenotiek stacionārā; bērnu veselības aprūpē – tā ir daļa no rehabilitācijas vai narkotiku un alkohola atkarības programmas, ja noteikta ar tiesas rīkojumu; vai arī gadījumos, kad šādu palīdzību noteicis psihiatrs, lai novērstu bērnu seksuālu izmantošanu vai seksuāla rakstura noziegumus (no 11.13.1. līdz 11.13.5.punktam).

1. bloks: Secinājumi NICE kvalitātes standartam depresijas ārstēšanai

4. secinājums: Cilvēki ar noturīgas zemsliedzīgas depresijas simptomiem vai vieglu līdz vidēju depresiju saņem atbilstošu zemas intensitātes psihosociālas intervenci.

5. secinājums. Cilvēkiem ar noturīgas zemsliedzīgas depresijas simptomiem vai vieglu depresiju antidepresanti tiek izrakstīti tikai tad, ja viņi atbilst noteiktiem klīniskajiem kritērijiem atbilstoši NICE vadlīnijām.

6. secinājums. Cilvēki ar vidēju vai stipru depresiju (un bez pastāvošām hroniskām fiziskās veselības problēmām) saņem antidepresantu medikamentus kombinācijā ar vai nu augstas intensitātes kognitīvo uzvedības terapiju, vai starppersonisku terapiju.

7. secinājums. Cilvēki ar vidēju depresiju un hroniskām fiziskās veselības problēmām saņem atbilstošu augstas intensitātes psiholoģisko palīdzību.

8. secinājums. Cilvēki ar stipru depresiju un hroniskām fiziskās veselības problēmām saņem antidepresantu medikamentus kombinācijā ar individuālo kognitīvo uzvedības terapiju.

9. secinājums. Cilvēki ar vidēju līdz stipru depresiju un hroniskām fiziskās veselības problēmām un ar tām saistītiem funkcionāliem traucējumiem, kuru simptomi nereaģē un sākotnējo intervenci, saņem integrēto palīdzību.

Avots: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs8>

29. Informācija arī liecina, ka pacientiem ar depresijas simptomiem, iespējams, nemaz netiek noteikta atbilstoša diagnoze. Mazāk nekā 1 procents no iedzīvotājiem parādās maksājumu datos ar depresijas diagnozi 2011.gadā, kaut gan atbilstoši NICE standartiem aprēķini par depresijas gadījumiem svārstās no 3 līdz 6 procentiem un PVO Garīgās veselības pētījumā secināts, ka 1 no 20 cilvēkiem

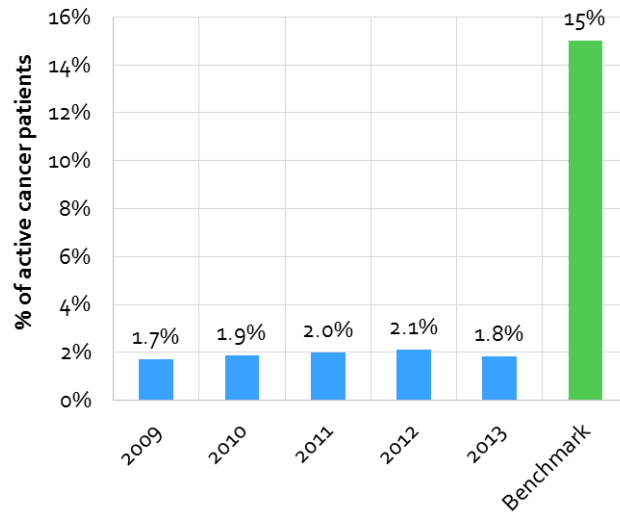
cieš no depresijas.¹² Saskaņā ar valsts apmaksāti pakalpojumu klāstu psiholoģiskais novērtējums ir daļa no vispārējās labjūtes pārbaudes, bet, tā kā lielākā daļa iedzīvotāju ikgadējo pārbaudi neveic, šis pakalpojums nebūtu uzskatāms par veselības sistēmas galveno stratēģiju depresijas konstatēšanā. PVO secina, ka „depresija ir veselības traucējumi, ko nespeciālistiem ir iespējams veiksmīgi diagnosticēt un ārstēt primārās veselības aprūpes ietvaros”, taču klīnisko vadlīniju un depresijas ārstēšanas kārtības neesamības situācijā nav nekādu garantiju, ka primārās aprūpes līmenī notiks atbilstoša izmeklēšana. Tā kā nav pieejami elektroniski veselības reģistri, nav arī viegla, sistemātiska veida klīnisko datu audita veikšanai un nav iespējams novērtēt, cik lielā mērā ģimenes ārsti vispār veic pacientu garīgās veselības pārbaudes un diagnosticē depresiju.¹³

30. Tāpat iegūtā informācija liecina, ka nepietiekami tiek diagnosticēta depresija līdzsaslīmšanu gadījumā. Depresija ir biežāk sastopama tiem iedzīvotājiem, kam ir viena vai vairākas hroniskas saslimšanas (*Moussavi et al, 2007*), tomēr 6.attēls rāda, ka ne vairāk par 2 procentiem pacientu ar aktīvu krūts, dzemdes kakla vai zarnu vēža diagnozi ir diagnosticēta arī depresija katrā no analizētajiem gadiem. Lai arī šis rādītājs ir augstāks nekā vidējais iedzīvotāju īpatsvars, kam diagnosticēta depresija Latvijā, tomēr tas tālu atpaliek no zināmajiem ārvalstu rādītājiem. Piemēram, Amerikas Vēža apvienība un Nacionālais Vēža institūts ASV aprēķinājuši, ka depresija ietekmē aptuveni 15 līdz 25% vēža pacientu. Līdzīgi 7.attēls norāda, ka depresijas diagnosticēšana ir nepietiekama sievietēm pēcdzemdību periodā. Šajā iedzīvotāju grupā diagnosticētas depresijas gadījumu skaits ievērojami atpaliek ne tikai no starptautiski zināmajiem 10 līdz 15 procentiem (*Robertson et al, 2003*), bet arī no depresijas izplatības valsts iedzīvotāju vidū kopumā. Tas ir, lai arī sievietes pēcdzemdību periodā ir augsta riska grupa saslimšanai ar depresiju, NVD maksājumu dati liecina, ka šai grupai iespējamība laikus saņemt depresijas diagnozi ir mazāka nekā iedzīvotājiem kopumā.

¹² Depresijas izplatība tika mērīta, izmantojot kopējo tādu unikālo personu identifikācijas numuru skaitu, kam noteikta depresijas diagnoze 2011.gadā atbilstoši maksājumu datiem, slimību reģistriem vai mirstības reģistriem (skaitītājs) un dalot to ar kopējo cilvēku skaitu Latvijā saskaņā ar 2011.gada tautas skatīšanas datiem (saucējs).

¹³ Veselības ministrija vai NVD tomēr varēja organizēt auditu nepieteiktiem standartizētiem pacientiem, lai nekavējoties novērtētu primārās aprūpes spēju identificēt depresijas standarta gadījumus (*Rethans, 2007*).

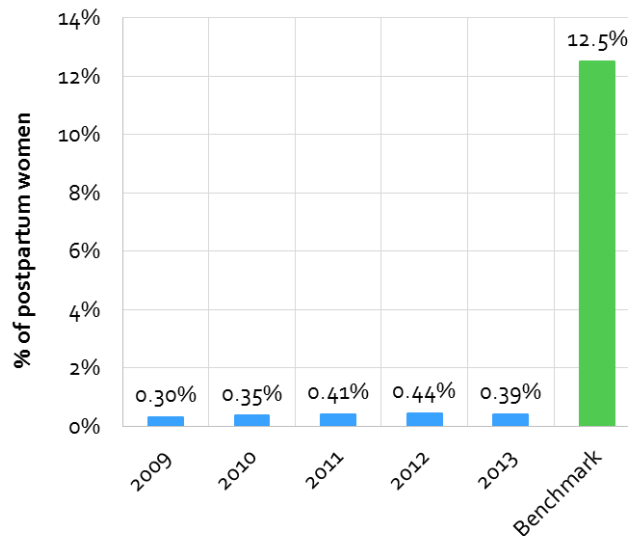
6. attēls: Tādu aktīva krūts, dzemdes kakla vai zarnu vēža pacientu īpatsvars, kam diagnosticēta depresija



5 no aktīvajiem vēža pacientiem	Salīdzinošā vērtība
---------------------------------	---------------------

Avots: Autoru aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

7.attēls: Tādu pacienšu īpatsvars, kam tika diagnosticēta depresija 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām



% sieviešu pēcdzemdību periodā	Salīdzinošā vērtība
--------------------------------	---------------------

Avots: Autoru aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

31. Papildu pierādījums nepamatoti zēmam diagnozes noteikšanas gadījumu skaitam izriet no ambulatoro iestāžu datiem par personām, kas laikā no 2009.-2014.gadam izdarīja pašnāvību, kas nerada pietiekamu pārliecību par to, ka šīm personām iepriekš tika diagnosticēti garīgās veselības traucējumi, ja neskaita acīmredzamus gadījumus. Iesniedzot datus NVD, ārsti var uzskaitīt līdz pat 31 diagnozei vienam pacientam vienā epizodē. Ja mēs ierobežojam savu uzmanību līdz pirmajām trim reģistrēto diagnožu jomām, piecas visbiežāk norādītās diagnozes neietver garīgās veselības problēmas (4. tabula).¹⁴ Vis izplatītākā diagnoze ir hipertensija, kam seko ar prostatu saistīti sarežģījumi. Trešajā un ceturtajā vietā ierindotās diagnozes liecina, ka šie pacienti izmanto veselības aprūpes sistēmas pakalpojumus, taču viņu ģimenes ārsti nav spējīgi pazīt mentālās veselības traucējumu simptomus. Šizofrēnija ierindojas sestajā vietā ar 309 diagnozēm 12 mēnešus pirms visu to personu nāves, kas izdarīja pašnāvību 2009.-2014.gadu periodā. Tādējādi, lai arī šizofrēnijas pacienti tiešām ir augsta pašnāvības riska grupa, ar citām hroniskām saslimšanām saistītas līdzsaslimšanas dominē to personu profilā, kas Latvijā izdara pašnāvību.

3. tabula: Izplatītākās ambulatorās diagnozes 12 mēnešu periodā pirms pašnāvības, 2009-2014

Rank	Diagnosis	Frequency
1	Hypertension [I10]	1290
2	Enlarged prostate [N40] or neoplasm of prostate [C61]	624
3	Medical observation for suspected diseases and conditions ruled out [Z03 and Z03.8]	618
4	Spondylosis [M47] and other spondylosis with radiculopathy [M47.2]	436
5	General exam without complaint, suspected or reported diagnosis [Z00.0]	369

Vieta pēc kārtas	Diagnoze	Biežums
1	Hipertensija [I10]	1290
2	Palielināta prostata [N40] vai ļaundabīgs prostatas audzējs [C61]	624
3	Medicīniska novērošana un pārbaude iespējamās slimības vai cita stāvokļa dēļ [Z03 un Z03.8]	618
4	Spondiloze [M47] un cita veida spondiloze ar radikulopātiju [M57.2]	436
5	Vispārēja veselības pārbaude [Z00.0]	369

Avots: Autoru aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

4.3 Vēzis

32. Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts liekas esam saskaņā ar vēža marķieru starptautiskajiem standartiem, taču esošā pakalpojumu pieejamība atšķiras no tā, kas regulējumā

¹⁴ Pēc pirmajām trim diagnozēm citās jomās uzskaitīto diagnožu skaits ir neievērojams, bieži vien mazāks par desmit.

paredzēts. 5. tabulā salīdzinātas ar NVD starpniecību maksātās skrīninga pārbaudes ar ASV un Eiropas Savienības vadlīnijām. Latvijas skrīninga nodrošinājums atbilst ES skrīninga vadlīnijām, taču ar vājākiem vecuma ierobežojumiem dzemdes kakla vēža gadījumā. SV vadlīnijas uzsāk skrīningu agrāk un nenosaka vecuma robežas skrīninga pārtraukšanai, kas atspoguļo atšķirīgo nozīmi, kādu ASV u ES, izstrādājot klīniskās vadlīnijas, tiecas piešķirt rentabilitātes pētījumu atzinumiem.

5. tabula: Vēža skrīnings valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā

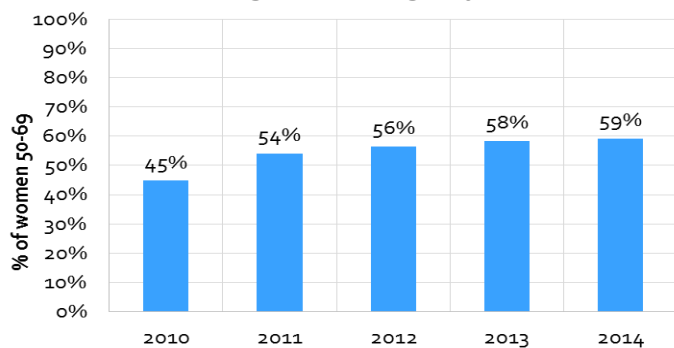
	ASV ¹⁵	ES Skrīninga vadlīnijas ¹⁶	Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts
Dzemdes kakla vēzis			
Pap uztriepe reizi 3 gados sievietēm vecumā no 25 - 70			✓
Pap uztriepe reizi 3-5 gados sievietēm no 20-30 gadu vecuma līdz 60 gadu vecumam		✓	
Pap uztriepe reizi 3 gados no 21 gada vecuma līdz 65 gadu vecumam, arī neregulārs CPV skrīnings	✓		
Resnās zarnas vēzis			
Ikgadēji slēpto asiņu izmeklējumi fēcēs pacientiem vecumā no 50 – 74 gadiem		✓	✓
Ikgadēji slēpto asiņu izmeklējumi fēcēs pacientiem no 50 gadu vecuma un kolonoskopija reizi 10 gados	✓		
Krūts vēzis			
Mamogramma reizi 2 gados sievietēm no 50 – 69 gadu vecumam		✓	✓
Ikgadēja mamogramma no 40 gadu vecuma	✓		

33. Krūts vēža skrīninga kvalitāti vērtējot, jānorāda, ka mazāk nekā 60 procentu no mērķa grupas sievietēm vecumā starp 50 un 69 gadiem ir veikušas mamogrammu reizi divos gados ar NVD nolīgto pakalpojumu starpniecību (8. attēls). Daļa no pārējām sievietēm, iespējams, veikušas skrīningu privātās veselības aprūpes ietvaros (piemēram, pie ginekologiem, kam nav līguma ar NVD, vai pie ginekologiem, kam ir līgums, bet ir arī gara rinda uz pakalpojumu), bet, tā kā skrīninga mamogrammu skaitu neierobežo nekādas kvotas, nav pamata uzskatīt, ka gandrīz 40 procentu sieviešu veikušas mamogrammas par saviem personīgajiem līdzekļiem. 2008.gada *EuroStat* pētījumā secināts, ka ievērojama daļa mērķa grupas iedzīvotāju – faktiski gandrīz 40 procentu – nekad nav veikuši mamogrammu (9.attēls).

¹⁵ Amerikas Kolposkopijas un dzemdes kakla patoloģiju padome. Skrīninga vadlīnijas dzemdes kakla vēža profilaksei un agrīnai diagnosticēšanai. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. Vol 16, Nr. 3, 2012.

¹⁶ Starptautiskā Vēža izpētes aģentūra. Eiropas vadlīnijas dzemdes kakla vēža skrīninga kvalitātes nodrošināšanai. 2008; Eiropas vadlīnijas zarnu vēža skrīninga un diagnostikas kvalitātes nodrošināšanai. 2012; Eiropas vadlīnijas krūts vēža skrīninga un diagnostikas kvalitātes nodrošināšanai. 2006.

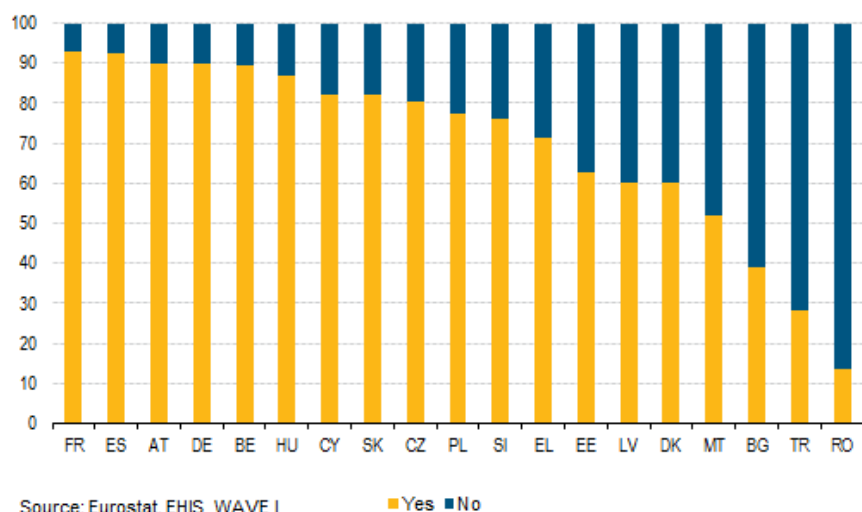
8.attēls: Reizi divos gados mamogrāfiju veicošu 50-69 gadu vecu sieviešu īpatsvars, 2010-2014



% sieviešu 50 – 69 gadu vecumā

Avots: Autoru aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

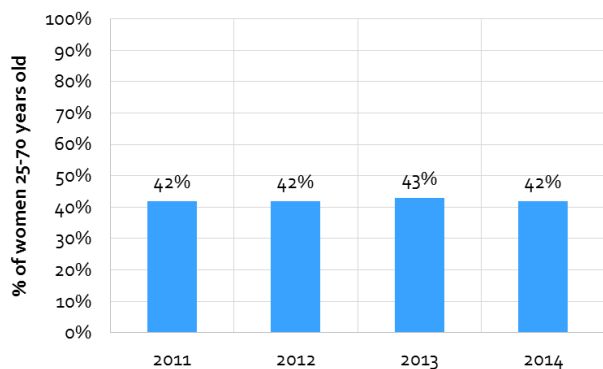
9. attēls: Vismaz vienreiz mūžā krūts vēža pārbaudi veikušu 50-69 gadus vecu sieviešu skaits, 2008



Avots: Eurostat, Eiropas veselības aptauju apsekojums, 1.kārta	Jā	Nē
--	----	----

34. Līdzīgi arī mazāk nekā puse sieviešu veic Pap uztriepi (vai piedalās dzemdes kakla vēža skrīningā) reizi trīs gados (10. attēls). Atkal jau, tā kā par Pap uztriepes laboratoriskās izpētes veikšanu maksā NVD nacionālās skrīninga programmā arī tad, ja tā tiek veikta privātā klīnikā, nav pamata uzskatīt, ka atlikušie 58% sieviešu šajā skrīningā piedalās par personiskajiem līdzekļiem.

10. attēls: Reizi trijos gados Pap uztriepi veicošu 25-70 gadus vecu sieviešu īpatsvars, 2010-2014

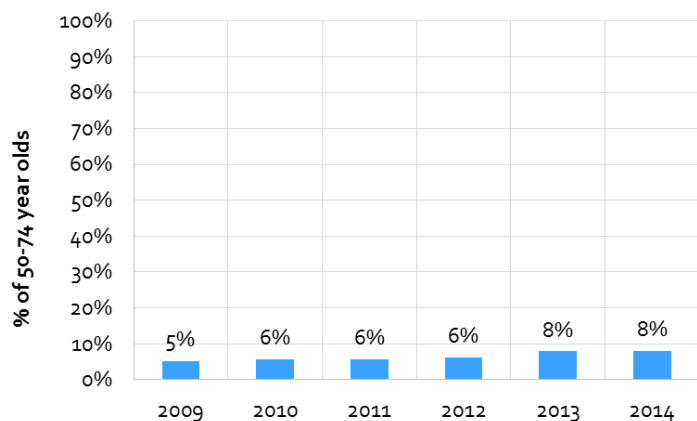


% sieviešu 25 – 70 gadu vecumā

Avots: Autoru aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

35. Zarnu vēža skrīninga izpildes rādītāji ir pat vēl zemāki. 11. attēlā redzams, ka mazāk nekā 10 procentu no mērķa grupas veic ikgadējos slēpto asiņu izmeklējumus fēcēs (FOBT), kas pārbauda slēpto asiņu klātbūtni trīs secīgos fēcū paraugos. Šīs pārbaudes veikšanai nepieciešams, lai pacienti paši mājās iegūtu nepieciešamos paraugus un nogādātu tos savas ārstam vai tieši laboratorijā. Šī papildu iesaistīšanās no pacienta puses, iespējams, izskaidro šīs pārbaudes izpildes zemo līmeni, kā arī izskaidrojums varētu būt meklējams šīs skrīninga metodes neregulārajā raksturā, jo atšķirībā no krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīninga, NVD neielūdz pacientus uz pārbaudi ar personīgi piesūfītu vēstuli.

11. attēls: Pēdējā gada laikā slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs veikušo 50-74 gadus veco personu īpatsvars, 2009-2014



% personu 50 – 74 gadu vecumā

Avots: Autoru aprēķini, izmantojot NVD ambulatoro pacientu datus

36. Runājot par ārstniecību, valsts apmaksātie pakalpojumu klāsts patlaban ietver visus būtiskos vēža medikamentus, kas ietilpst Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada Būtisko medikamentu paraugsarakstā. Tā kā valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts neietver paliatīvo aprūpi vēža pacientiem, intervijas ar Veselības ministrijas pārstāvjiem un Baltijas Sociālo zinātņu institūta īstenotās fokusgrupas diskusijas (2015) liecina, ka paliatīvās aprūpes nozīme Latvijā joprojām nav pienācīgi novērtēta un ka daudzi pacienti, kam šāda aprūpe nepieciešama, nonāk akūtās aprūpes iestādēs, kur aprūpes personālam trūkst iemaņu nepieciešamās ārstniecības nodrošināšanai.

4.4 Mātes un bērna veselība

37. Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts nodrošina adekvātu pirmsdzemdību aprūpes pieejamību. 6. tabulā salīdzināti veselības aprūpes regulējumā noteiktie pirmsdzemdību aprūpes standarti, kas ietilpst valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā, un NICE un ASV vadlīnijas.

6. tabula: Pirmsdzemdību aprūpe valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumā Latvijā

	NICE ¹⁷	AAFP ¹⁸	Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts ¹⁹
10-13 nedēļas ultrasonogrāfija	✓	✓	✓
18-20 nedēļas ultrasonogrāfija augļa anomāliju noteikšanai	✓	✓	✓
Dauna sindroma skrīnings	✓	✓	✓
Urīnanalīzes agrīnā grūtniecības stadijā asimptomātiskās bakteriūrijas noteikšanai	✓	✓	✓
B Hepatīta seroloģiskais skrīnings	✓	✓	✓
HIV skrīnings agrīnā grūtniecības stadijā	✓	✓	✓
Rubella vīrusa skrīnings agrīnā grūtniecības stadijā	✓	✓	✓
Sifilisa skrīnings agrīnā grūtniecības stadijā	✓	✓	✓
Grūtniecības diabēta skrīnings	(tikai, ja pastāv riska faktori)	X (glikozes slodzes tests 24.-28. nedēļā)	(tikai, ja pastāv riska faktori)
Urīnanalīzes proteīnūrijas noteikšanai katrā vizītē	✓	✓	✓

¹⁷ NICE. Pirmsdzemdību aprūpe. Publicēts 2008.gada martā, pārskatīts 2014.gada februārī.

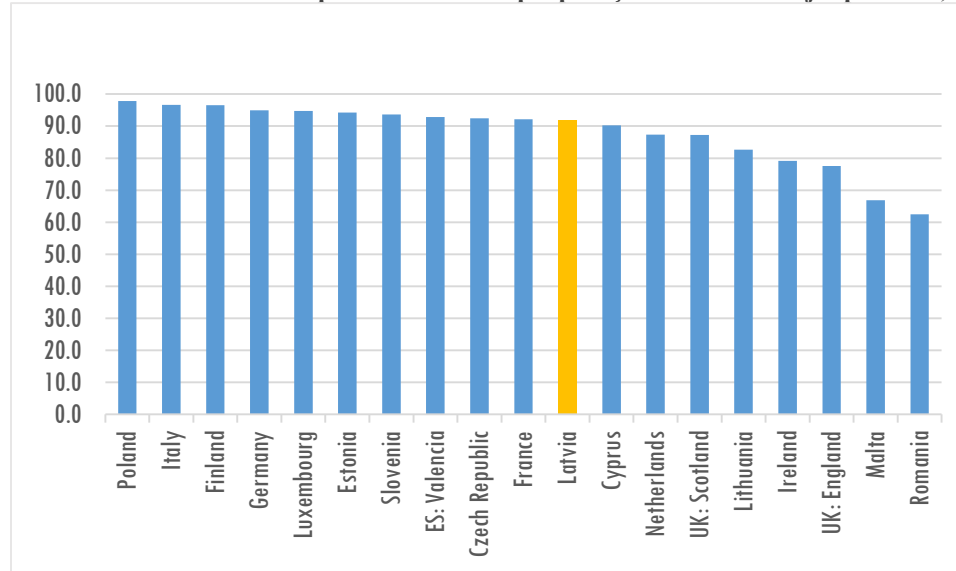
¹⁸ Amerikas Ģimenes aprūpes akadēmija. Pirmsdzemdību aprūpes jaunākais variants. *Am Fam Physician*. 2014.gada februāris, 1;89(3):199.-208. lpp.

¹⁹ Dzemdniecības procedūras. Kabineta Noteikumi Nr. 611.

	NICE ¹⁷	AAFP ¹⁸	Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts ¹⁹
Asinsgrupas un Rēzus faktora statusa tests agrīnā grūtniecības stadijā	✓	✓	✓
Anēmijas skrīnings agrīnā grūtniecības stadijā un 28. nedēļā	✓	✓	✓
B grupas beta hemolītiskā streptokoka noteikšana starp 35. un 37. nedēļu		✓	✓
Hlamīdiju noteikšana agrīnā grūtniecības stadijā		✓	✓

38. Lai arī nepastāv valsts noteiktas vadlīnijas pirmsdzemdību vai perinatālā perioda aprūpei, lielākā daļa uzsāk savu pirmsdzemdību aprūpi laikus (pirms divpadsmitās grūtniecības nedēļas) un saņem pirmsdzemdību perioda būtiskās konsultācijas, pārbaudes un diagnostiku.²⁰ Saskaņā ar jaundzimušo reģistru SPKC aprūpes uzsākšanu kavē 6 līdz 8 procentu grūtnieču katru gadu 2009. – 2014.gada periodā, savukārt prenatalo aprūpi neveic 9 līdz 10 procenti sieviešu. Lai šos datus varētu salīdzināt, 12.attēlā redzams to sieviešu skaits, kas atbilstoši *Euro-Peristat* datiem pirmsdzemdību aprūpi uzsāk pirmajā trimestrī. Tā kā citās Eiropas valstīs ir izdevies tuvināt aprūpi laikus uzsākošo grūtnieču skaitu 100 procentiem, Latvijas rādītāji šajā pirmsdzemdību aprūpes jomā izrādās salīdzinoši zemi.

12. attēls: Pirmā trimestra pirmsdzemdību aprūpi saņemošo iedzīvotāju īpatsvars, 2010



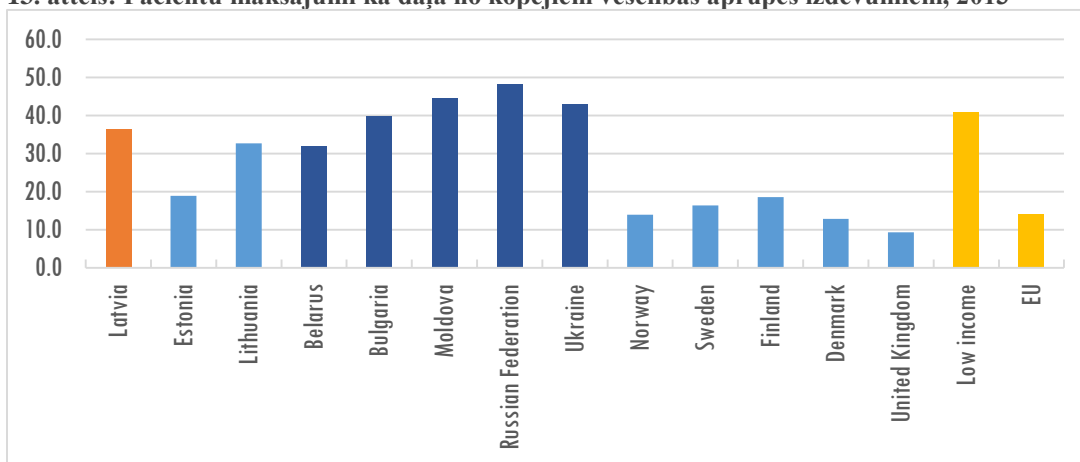
Polija / Itālija / Somija / Vācija / Luksemburga / Igaunija / Slovēnija / Spānija: Valensija / Čehijas Republika / Francija / Latvija / Kipra / Nīderlande / Lielbritānija: Skotija / Lietuva / Īrija / Lielbritānija: Anglija / Malta / Rumānija

²⁰ Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija ir izdevusi vadlīnijas pēcdzemdību asiņošanas, grūtniecības izraisītas hipertensijas un preeklampsijas un ķeizargriezienu gadījumiem. Neonatalogu biedrība ir publicējusi vadlīnijas jaundzimušo reanimācijai.

5. Finansiālais nodrošinājums

39. Lai arī *de jure* pakalpojumu pieejamība Latvijā lielā mērā ir adekvāta, finansiālais nodrošinājums - jeb tā veselības aprūpes izmaksu daļa, kas jāmaksā pacientam – joprojām ir milzīga problēma. Pacienti jāmaksā liela daļa no ārstniecības izmaksām vai arī pilna cena, lai saņemtu aprūpi, kad iestādēm noteiktās kvotas ir beigušās vai arī pie konkrētā ārsta ir gara rinda.
40. Pirmais veids, kā noteikt, cik lielā mērā Latvijas valsts apmaksāto pakalpojumu finansiālais nodrošinājums atbilst vajadzībām, ir izvērtēt veselības aprūpes izdevumu uzbūvi – konkrēti, to daļu, kas veidojas no pacientu maksājumiem, tas ir pacientu izdevumiem par veselības aprūpi un kas netiek kompensēti. Latvijā pacientu pašu maksājumi veido 36,5 procentus no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem 2013.gadā. Salīdzinājumam, Pasaules Veselības organizācija uzskata, ka sistēma, kurā pacientu maksājumi veido vairāk nekā 20 procentus no kopējiem izdevumiem, nav spējīga pasargāt cilvēkus no nonākšanas trūkumā gadījumā, ja rodas negaidīt ārstniecības izdevumi.
41. Turklāt 13. attēlā redzams, kā Latvijas paļaušanās uz pacientu maksājumiem kontrastē ar to, ko ir izdevies sasniegt citām valstīm. Igaunijā, piemēram, pacientu maksājumu īpatsvars kopējā veselības aprūpes izdevumu apjomā ir zemāks nekā PVO noteiktais sliekšnis, savukārt valstīs ar augstu ienākumu līmeni pacientu maksājumi ir uz pusi vai vēl mazāki nekā Latvijā. Patiesībā, pacientu maksājumu ziņā Latvija vairāk atgādina valstis, ko pacientu maksājumu kontekstā Pasaules Banka klasificē kā zema ienākumu līmeņa valstis (vidēji 40,7 procenti) atšķirībā no citām Eiropas Savienības valstīm (13,9 procenti).

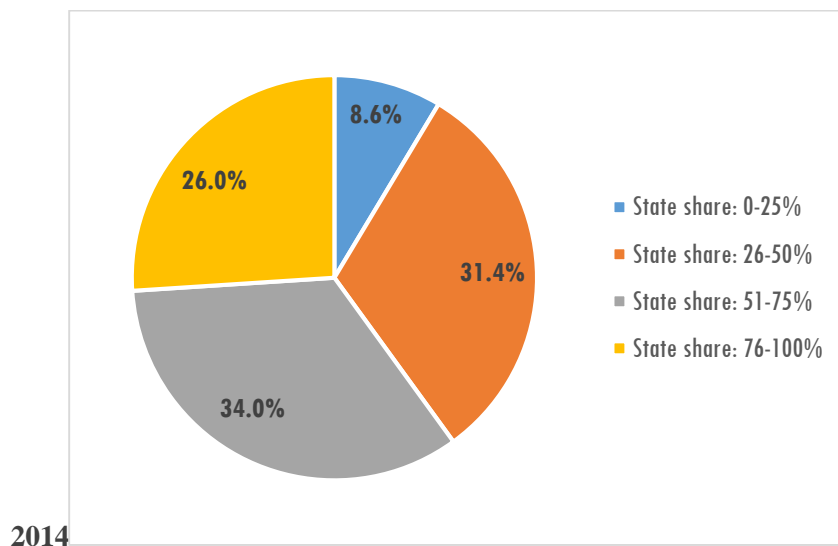
13. attēls: Pacientu maksājumi kā daļa no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem, 2013



Latvija / Igaunija / Lietuva / Baltkrievija / Bulgārija / Moldova / Krievija / Ukraina / Norvēģija / Zviedrija / Somija / Dānija / Apvienotais / Zemi ienākumi / ES

42. Medikamentu iegādes kompensācijas līmenis var daļēji tikt ieskaitīts šajos pacientu maksājumos. 2014.gadā persona, kas saņēma receptes, vidēji tērēja 3,85% no mājsaimniecības ienākumiem *per capita* recepšu medikamentu iegādei.²¹ Lai arī NVD kompensē medikamentu iegāde par 1000, 75, 50 un 0 procentiem, dati par valsts nodrošināto kompensāciju un pacientu ieguldījumu katras receptes realizācijā liecina, ka arī pacienti saskaras ar maksājumiem par medikamentu iegādi, kas sasniedz šādas sliekšņa vērtības. Lai arī vidējā kompensācijas likme 2014.gadā bija 60 procentu, 14. attēls rāda, ka kompensācijas apmērs katrā gadījumā atšķiras un pilna kompensācija notiek tikai 26 procentos recepšu.

14. attēls: Kopējais izpildīto recepšu īpatsvars atbilstoši kompensējamo medikamentu kategorijai,



	Valsts daļa: 0 – 25%
	Valsts daļa: 26 – 50%
	Valsts daļa: 51 – 75%
	Valsts daļa: 76 – 100%

Avots: NVD kompensējamo medikamentu dati

43. Turklāt šīs NVD kompensāciju kategorijas (100, 75 un 50 procenti) nebalstās nekādos ārstniecības vajadzību sliekšņos, piem., kompensēto dienu īpatsvars (PDC). PDC sliekšņa vērtība ir līmenis, virs kura ir pamats uzskatīt, ka ārstēšana būs sasniegusi augstākos klīniskos rezultātus atbilstoši pierādījumos balstītās vadlīnijās. Piemēram, Amerikas Savienotajās Valstīs statīniem sliekšņa vērtība ir 80 procentu, taču dažām antiretrovirālām terapijām tā var būt arī 90 procentu.²² Tas nozīmē, ka, ja persona nepatērē vismaz 80 procentus no izrakstītās zāļu devas, ārstēšanas iedarbība, visticamākais, nebūs pilnīga. Hipertensijas, angīnas, akūta miokarda infarkta, hroniskas išēmiskas sirds saslimšanas, sirds mazspējas, ātriju fibrilācijas un kardiomiopātijas ārstēšanas gadījumā tiek

²¹ Mājsaimniecību ienākumi *per capita* tika aprēķināti no Valsts ieņēmumu dienesta datiem par ienākumiem. Tādējādi tēriņi mājsaimniecībām bez ienākumu guvējiem, piemēram, mājsaimniecībām, kas sastāv tikai no tajās dzīvojošajiem pensionāriem, šajos aprēķinos neietilpst.

²² In the United States, for example, these thresholds have been recommended by the non-profit Pharmacy Quality Alliance, the Agency for Health Care Research and Quality, and the Centers for Medicare and Medicaid Services.

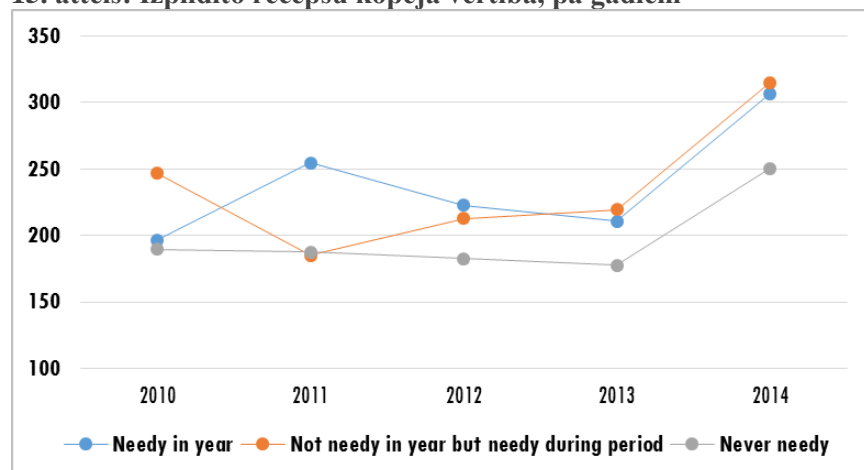
kompensēti 75% izdevumu, savukārt diabēta un vēža ārstniecība tiek kompensēta 100 procentu apmērā.²³ Antidepressanti tiek kompensēti 50 procentu apmērā.

44. Tas, vai pašreizējā kompensācijas kārtība efektīvi sasniedz atbilstošās PDC sliekšņa vērtības tādas būtiskas ārstniecības kā statīnu terapijas un antidepressantu gadījumā – paliek atklāts jautājums. Neseni pētījumi uzvedības ekonomikas jomā liek domāt, ka līdzmaksājumu kārtība var veicināt pārdomātu lēmumu pieņemšanu, jo tiek ņemts vērā „uzvedības risks” (*Baicker et al.*, 2015). Līdzmaksājumi parasti tiek piemēroti, lai novērstu pārlicēģu lietojumu, ko rada ar „morālo risku” saistītas rūpes: ja pacients maksā par aprūpi mazāk, nekā tā patiesībā maksā, var rasties vēlēšanās to izmantot pārmērīgi. Taču dažu saslimšanu gadījumā – piemēram, hipertensijas, diabēta, holesterīna ārstēšanas gadījumā – nepietiekams lietojums varētu būt problēma neatkarīgi no medikamentu izmaksām, jo noteiktas uzvedības īpatnības arī var spēlēt nozīmīgu lomu atbilstošā medikamentu lietošanā. piemēram, ja pacienti ir orientēti uz tagadni (tie piešķir lielāku nozīmi tagadnei, nevis nākotnei), tūlītējas izmaksas, piemēram, gājiens uz aptieku, var pārāk stipri ietekmēt viņu lēmumu lietot zāles, ja ārstēšanās rezultāts ir gaidām tālā nākotnē. Līdzīgi arī saslimšanas simptomi var spēlēt lomu, jo ir viegli nenovērtēt ārstēšanās nepieciešamību, ja sagaidāmais rezultāts uzkrājas nemanāmi laika gaitā (pretēji pretsāpju līdzekļiem, kuru iedarbība var būt daudz pamanāmāka tūlīt). Šo iemeslu dēļ līdzmaksājumi var mazināt atbilstošu zāļu lietojumu pat tādām personām, kuru ienākumi neliek raizēties par finansiālas aizsardzības nepieciešamību.
45. Pierādījumus, ka šādas uzvedības risks ir empīriski pamatots, sniedz gan līdzmaksājumu pieaugums, gan kritums ASV. Piemēram, *Medicare* sistēmā iesaistītie iedzīvotāji (kas saņem valsts apmaksātu veselības apdrošināšanu), kam paredzēts gada kompensējamo recepšu medikamentu apjoms (\$ 1000), uzrādīja aptuveni 30 procentu pieaugumu neatbilstošā antihipertensijas, statīnu un diabēta medikamentu lietojumā (*Hsu et al.*, 2006). Ieņēmumus no līdzmaksājumu pieauguma medicīnā (no \$1 līdz \$8) izlīdzināja 6 procentu hospitalizācijas apjoma pieaugums (*Chandra et al.*, 2010). Pretēji tam, eksperimentā ar lielu privātu apdrošināšanas kompāniju ASV līdzmaksājumu likvidācija medikamentu iegādei pacientiem pēc miokarda infarkta noveda pie 4 līdz 6 procentu punktu pieauguma medikamentu atbilstošā lietojumā, 1,8 procentu punktu vaskulāro saslimšanu krituma un 1,1 procentu punkta krituma sirdstrieku skaitā (*Choudhury et al.*, 2011). Šādu veselības ieguvumu dēļ pacientu kopējie tēriņu nepieauga līdzīgi kā salīdzinājumā grupā, kam bija standarta pēcoperāciju aprūpe par spīti tēriņu pieaugumam, ko radīja nepieciešamība maksāt par visu pakalpojumu.
46. Latvijas dati, pārbaudot par „trūcīgiem” uzskatītiem pacientiem (kas pieder māsaiņniecībām, kur ienākumi nepārsniedz €128 uz vienu ģimenes locekli un kas ir atbrīvoti no citiem pacientu maksājumiem) izrakstīto un izmantoto recepšu tendenci, liecina, ka zāļu līdzmaksājumi samazina medikamentu atbilstošu lietojumu. 15. attēls rāda vidējo kopējo ārstniecības vērtību (kopējais valsts ieguldījums plus kopējais pacientu ieguldījums) laika gaitā trīs grupu pacientiem: (i) tie kas klasificēti kā trūcīgi attiecīgajā gadā; (ii) tie, kas klasificēti kā trūcīgi 2010. – 2014. gada periodā, bet ne attiecīgajā gadā; (iii) tie, kas nav tikuši klasificēti kā trūcīgi 2010. – 2014. gada periodā. Trūcīgo statuss uzrāda pacienta lietoto zāļu pieaugumu un neuzrāda tādu samazināšanos, kā pārējās grupas. 2011. gadā, piemēram, trūcīgie pacienti patērēja medikamentus vidēji €254 vērtībā, kas bija par 36 procentiem vairāk nekā tie, kas netika atzīti par trūcīgiem un par 37 procentiem vairāk nekā

²³ As a comparison, Estonia similarly reimburses 75 percent of the cost of anti-hypertension medications, although this rate rises to 90 percent for the disabled and retirees.

tie, kas tika atzīti par trūcīgiem kādā 2010. – 2014. gada perioda brīdī, bet ne 2011. Gadā. Lai arī ir vilinoši vērtēt šo pozitīvo atšķirību starp trūcīgajiem un ne-trūcīgajiem pacientiem kā pierādījumu „morālā riska” esībai, tomēr svarīgi piezīmēt, ka trūcīgie pacienti izvēlas medikamentus hroniskām saslimšanām, kas parasti prasa ilgstošu ārstēšanu, nevis saslimšanām, kuru ārstēšana ir ārsta izvēle, vai arī medikamentus, kas izrakstīti tikai vienreiz, piem., sedatīvus vai antibiotikas (7. tabula).

15. attēls: Izpildīto recepšu kopēja vērtība, pa gadiem



Trūcīgie gadā	Nav trūcīgi gadā, bet trūcīgi periodā	Nekad nav bijuši trūcīgi
---------------	---------------------------------------	--------------------------

Avots: NVD kompensējamo medikamentu dati

7. tabula: Izplatītākās diagnozes par trūcīgām atzītām personām

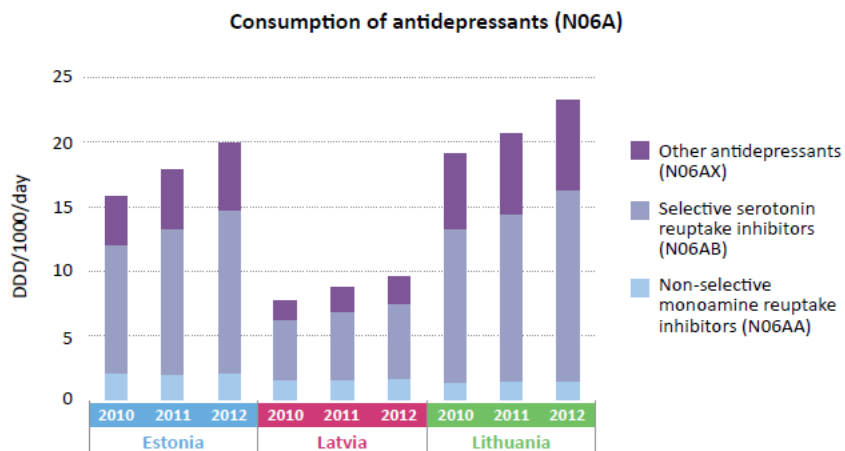
Primāra hipertensija	194653	25.37%
Jaukta tipa astma	37017	4.82%
Astma	32005	4.17%
Sirds mazspēja	30762	4.01%
Hipertensīva sirds saslimšana bez sirds mazspējas	25007	3.26%
Hipertensīva sirds saslimšana	24105	3.14%
2.tipa cukura bez komplikācijām	20389	2.66%
Šizofrēnija	20305	2.65%
Sirds mazspēja	19959	2.60%
Sekundāra hipertensija, neklasificēta	17810	2.32%

Avots: NVD kompensējamo medikamentu dati

47. Papildu pierādījumi samazinātam medikamentu patēriņam līdz ar zemu kompensējamo medikamentu īpatsvaru nāk no Valsts Zāļu aģentūras un tās veiktajiem zāļu patēriņa aprēķiniem. Atcerieties, ka tikai 50 procentu no depresijas ārstēšanas izdevumiem tiek kompensēti. Iepriekš minētais vērā ņemamais tādu gadījumu skaits, kad depresija netiek atbilstoši diagnosticēta, var samazināt antidepressantu patēriņa apjomu, taču attiecīgai ārstēšanai paredzētai kompensācijas

līmenis arī to ietekmē. 16. attēls rāda noteikto antidepresantu dienas devu uz tūkstoš iedzīvotājiem Igaunijā, Latvijā un Lietuvā. Antidepresantu patēriņš ir mazāks nekā puse no pārējās divās Baltijas valstīs novērotais. Lai arī attēlā tas nav redzams, tie paši dati norāda uz 100 procentu apmērā kompensēto antipsihotiķu nepietiekamu lietojumu

16. attēls: Noteiktā antidepresantu ikdienas deva, rēķinot uz tūkstoš iedzīvotājiem dienā, pa valstīm, 2010-2012

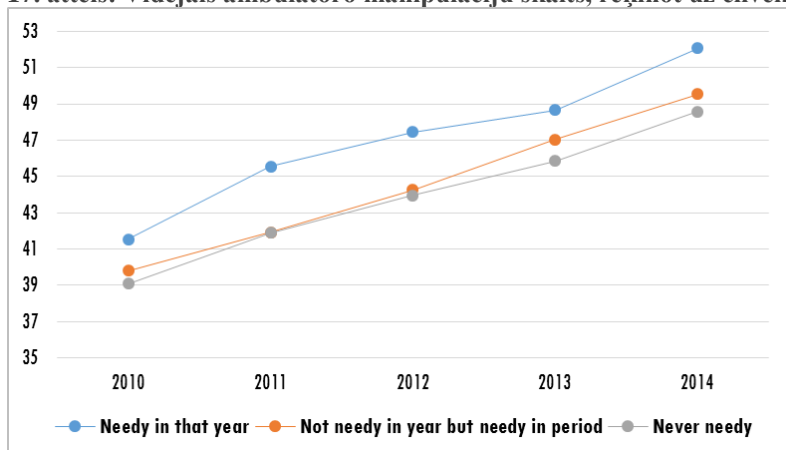


Noteiktā dienas deva / 1000 / diena	Antidepresantu patēriņš (N06A)		
			Citi antidepresanti (N06AX)
		Neselektīvi monoamīnu atpakaļsaistīšanās inhibitori (N06AB)	
		Neselektīvi monoamīnu atpakaļsaistīšanās inhibitori (N06AA)	
	Igaunija	Latvija	Lietuva

Avots: Medikamentu statistika Baltijā 2010-2012

48. NVD maksājumu dati par šo periodu arīdzan liecina, ka līdzmaksājumi par ambulatorajām vizītēm samazina aprūpes pieejamību, pat ja tie ir tikai nomināli maksājumi. 17. attēlā redzams vidējais manipulāciju skaits trūcīgajai un ne-trūcīgajai iedzīvotāju daļai. Lai arī mēs varētu gaidīt, ka veselības aprūpi meklējošā uzvedība trūcīgajiem iedzīvotājiem atšķirsies no tās, kādu demonstrē personas, kas nekad nav atzītas par trūcīgām, mums būtu jāpieņem, ka trūcīgie attiecīgajā gadā un trūcīgie perioda robežās, bet ne konkrētajā gadā pret veselības aprūpi izturēsies līdzīgi. Visā perioda laikā tomēr trūcīgās personas saņem vidēji vairāk manipulāciju nekā tās personas, kas nekad nav atzītas par trūcīgām, un tās, kas tikušas atzītas par trūcīgām, bet ne konkrētajā gadā.

17. attēls: Vidējais ambulatoro manipulāciju skaits, rēķinot uz cilvēku, pa gadiem

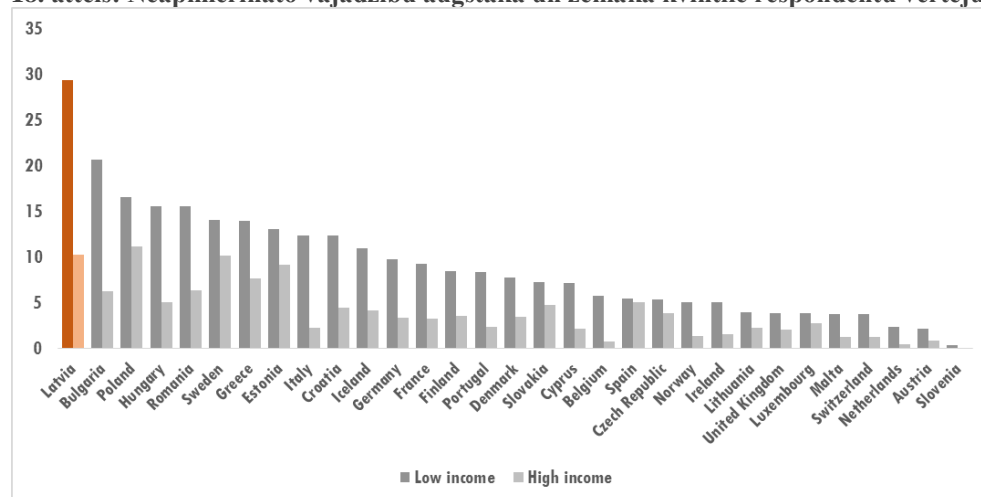


Trūcīgie tajā gadā	Nav trūcīgi gadā, bet trūcīgi periodā	Nekad nav bijuši trūcīgi
--------------------	---------------------------------------	--------------------------

Avots: NVD ambulatoro pacientu un kompensējamo medikamentu reģistrs

49. Pētījuma rezultāti arīdžan apstiprina ievērojamu nenotikušās aprūpes īpatsvaru Latvijā (tas ir, tādas situācijas, kad cilvēki pat nevēršas pēc medicīniskas palīdzības, lai gan viņiem to vajag). 2012.gada EU-SILC pētījums, kurā Latvija ziņo par augstāko neveiktās aprūpes līmei gan augsta, gan zema ienākuma līmeņa mājsaimniecībām Eiropā (18. attēls), liecina, ka gandrīz 30 procenti cilvēku zemākajā kvintilē ir palikuši bez aprūpes iepriekšējo 12 mēnešu laikā. Pat 10 procenti šādu gadījumu augstākās kvintiles mājsaimniecībām ierindo Latviju šīs grupas augšgalī.

18. attēls: Neapmierināto vajadzību augstākā un zemākā kvintile respondentu vērtējumā, 2012



Latvija / Bulgārija / Polija / Ungārija / Rumānija / Zviedrija / Grieķija / Igaunija / Itālija / Horvātija / Islande / Vācija / Francija / Somija / Portugāle / Dānija / Slovākija / Kipra / Beļģija / Spānija / Čehijas Republika / Norvēģija / Īrija / Lietuva / Apvienotais Karaļnams / Luksemburga / Malta / Šveice / Nīderlande / Austrija / Slovēnija

Avots: EU-SILC, 2012

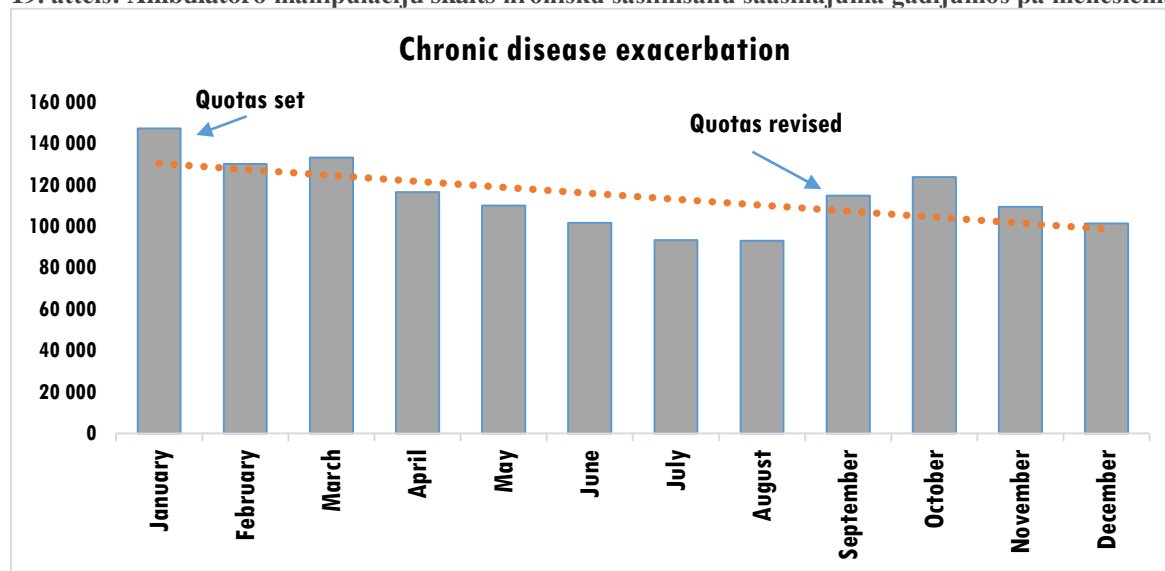
Piezīmes: Zemes ienākumu līmenis attiecas uz zemāko kvintili, savukārt augsts ienākumu līmenis – uz augstāko kvintili.

50. Šajā analīzē iztrūkst neformālo maksājumu loma – to maksājumu, kas par veselības aprūpi tiek veikti nesaistīti ar NVD līdzmaksājumiem – jeb plašā nozīmē korupcija, ko rada rindu process. Intervijas ar ārstiem un kvalitātes ziņojums, kas tika iesniegts kā Pasaules Bankas konsultatīvais pakalpojums, netieši norāda uz šīm problēmām, īpašu vērā aprūpes jomā, kur no pacientiem tiek sagaidīti papildu maksājumi ārstiem un kur pakalpojumi attiecīgās iestādes kvotas ietvaros rezervēti ārstiem vai pacientiem, kam ir personīga pazīšanās ar pakalpojuma sniedzēju. Informācija par izmaksām, ko šāda prakse rada parastam pacientam, nav pieejama, un to būtu vērts noskaidrot turpmākajos pētījumos.
51. Šajā nodaļā sniegta informācija no dažādiem avotiem, kas liecina, ka Latvijas iedzīvotājiem nodrošināta ierobežota aizsardzība no veselības aprūpes radītajiem izdevumiem. Tas ne vien atšķir Latvijas iedzīvotāju personisko maksājumu līmeni no citām valstīm, bet arī veicina nenotikušas atbilstošas aprūpes gadījumu pieaugumu un neadekvātu iedzīvotājiem faktiski pieejamo pakalpojumu apjomu, kas tiek raksturots nākamajā nodaļā. Pašreizējā līdzmaksājumu kārtība var veicināt arī neefektīvu pakalpojumu izpildi un faktiski nosaka tādu pakalpojumu sniegšanas modeli, kurā pacienti nesaņem pietiekami daudz pakalpojumu atbilstošajā aprūpes līmenī (kas tiek analizēts 7. nodaļā).

6. Iedzīvotāju aptvere

52. Iedzīvotāju aptvere raksturo, uz ko attiecas veselības apdrošināšana. Saskaņā ar Latvijas Ārstniecības likumu NVD maksā par pakalpojumiem par visiem Latvijas iedzīvotājiem.²⁴ Iepriekšējā nodaļā par finansiālo nodrošinājumu tika norādīts, ka ierobežotais finansu nodrošinājums, visticamākais, ietekmē arī pašreizējo iedzīvotāju aptveri. Trūcīgākie iedzīvotāji, kā arī tie, kas cieš no depresijas, drīzākais, nesaņem būtiskus medikamentus, pārbaudes, diagnostiku un procedūras, jo viņi to visu nevar atļauties.
53. Maksājumu dati arī dzan liecina, ka kvotas tieši ietekmē pieejamību un rada pakalpojumu cikliskas svārstības pieejamībā. 19. – 25. attēls rāda ambulatorajiem pacientiem veiktās manipulācijas (pārbaudes, diagnostika, procedūras) mēnesī, 2014. gadā. Lai arī pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem tiešām var mainīties atkarībā no gadalaika, tomēr manipulāciju skaita kritums dažās pozīcijās tiešām sakrīt ar NVD kvotu noteikšanas grafiku. Piemēram ambulatorie dati, kas klasificēti kā „hronisku saslimšanu saasināšanās” maksājumu datus. Pacienti nevar izvēlēties, kad viņu slimība saasināsies, nedz arī viņi var iztikt bez medicīniskās aprūpes, ja saasinājums notiek. Tomēr gadījumu skaita lēciens janvārī, kad kvotas tiek atjaunotas, un minimuma sasniegšana laikā no jūnija līdz augustam, kad ārstniecības iestādes iztērējušas savas iespējas, pirms pieauguma septembrī, kad iestādes parasti pieprasa vairāk naudas un NVD saņem papildu finansējumu no budžeta papildu pakalpojumu nodrošināšanai. 19. attēls liecina, ka janvārī ir par 45 procentiem ar hronisko slimību saasinājumu saistītām manipulācijām vairāk nekā jūnijā.

19. attēls: Ambulatoro manipulāciju skaits hronisku saslimšanu saasinājuma gadījumos pa mēnešiem, 2014



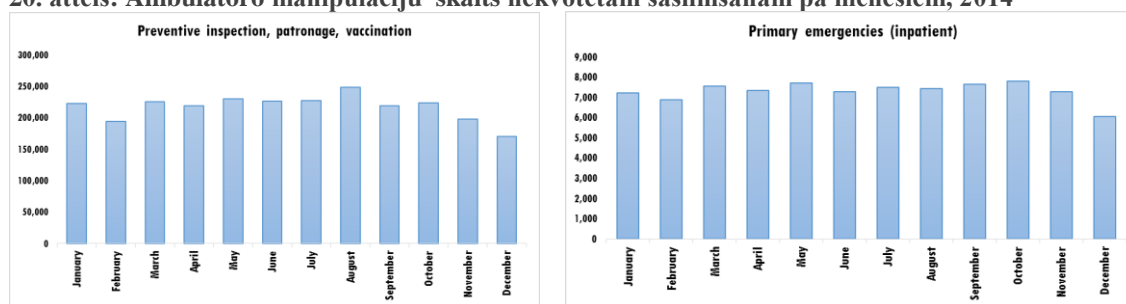
²⁴Tas ietver Latvijas pilsoņus; nepilsoņus Latvijā; Eiropas Savienības dalībvalstu un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstu pilsoņus, Šveices Konfederācijas pilsoņus, kas uzturas vai dzīvo Latvijas teritorijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbinātas personas, kā arī viņu ģimenes locekļi; ārvalstnieki, kas saņēmuši atļauju uz pastāvīgu dzīvi Latvijā; un ieslodzītos, personas, kuras ir arestētas, kā arī personas, kas ir notiesāts ar brīvības atņemšanu. Nepilsoņi Latvijā ir cilvēki, kuri nav pilsoņi Latvijā vai jebkurā citā valstī, bet, kuriem, saskaņā ar Latvijas tiesību aktiem, ir tiesības uz Latvijas valdības izdotu nepilsoņa pasi, kā arī uz citām īpašām tiesībām.

Hronisko saslimšanu saasinājums	
Piešķirtas kvotas	Pārskatītas kvotas
Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris / Decembris	

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati .

54. No otras puses, manipulācijas, kuru skaitu kvotas neierobežo, neuzrāda šādu cikliskumu. 20. attēlā redzams, ka profilaktisko pārbaūžu manipulāciju, protezēšanas, vakcinācijas un stacionāros sniegtās primārās neatliekamās palīdzības pasākumu skaits nesamazinās laikā no janvāra līdz augustam, lai strauji pieaugtu septembrī. Pretēji tam, plānotā stacionārā aprūpe uzrāda tādu pašu cikliskuma modeli kā kvotu noteiktie pakalpojumi (21. attēls).

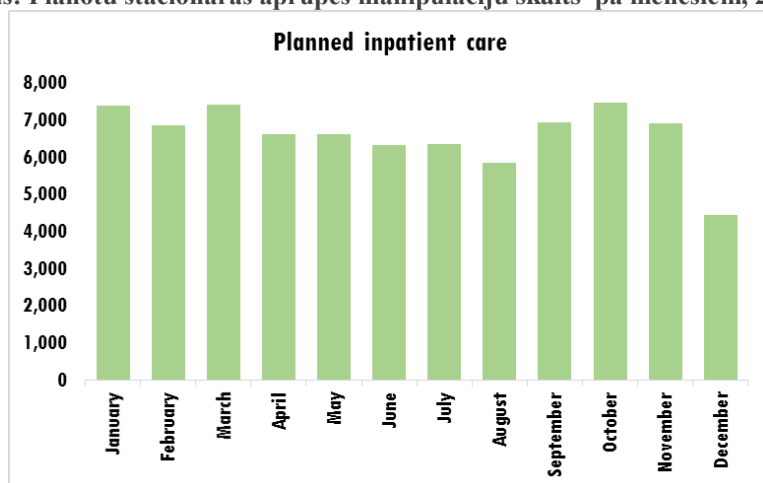
20. attēls: Ambulatoro manipulāciju skaits neknotētām saslimšanām pa mēnešiem, 2014



Profilaktiskās pārbaudes, protezēšana, vakcinācija	Primārā neatliekamā palīdzība (stacionārā)
Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris / Decembris	Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris / Decembris

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu reģistrs

21. attēls: Plānotu stacionārās aprūpes manipulāciju skaits pa mēnešiem, 2014

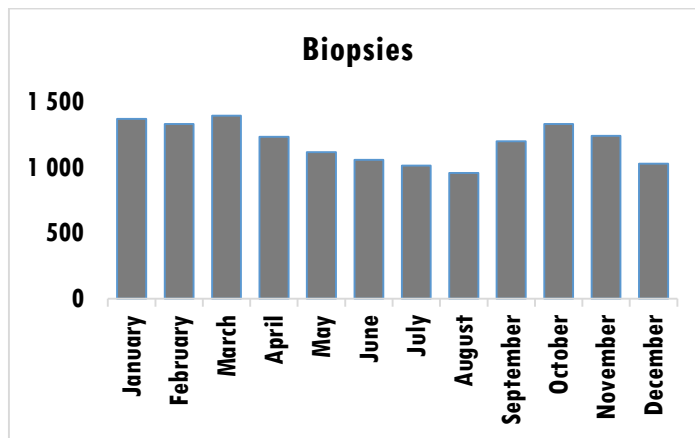


Plānotā stacionārā aprūpe
Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris / Decembris

Avots: NVD stacionāro pakalpojumu dati

55. Konstatētie nepieciešamās aprūpes kavējumi var atstāt postošu ietekmi uz pacientu veselību. 22.attēlā redzams katru mēnesi veikto biopsiju skaits, ko arī ietekmē kvotu pieejamība un kas atbilst intervijās ar ģimenes ārstiem noskaidrotajam, ka pacienti gaida četrus līdz piecus mēnešu līdz biopsijai. Šajā gaidīšanas periodā vēzis var izplatīties un kļūt grūtāk ārstējams. Tādējādi cilvēkam, kam nav paveicies un aizdomas par vēzi diagnosticētas maijā, var būt ilgāk jāgaida līdz diagnozes apstiprināšanai un ārstēšanai nekā citam, kuram līdzīgi simptomi konstatēti janvārī.

22. attēls: Ambulatoro biopsiju skaits pa mēnešiem, 2014

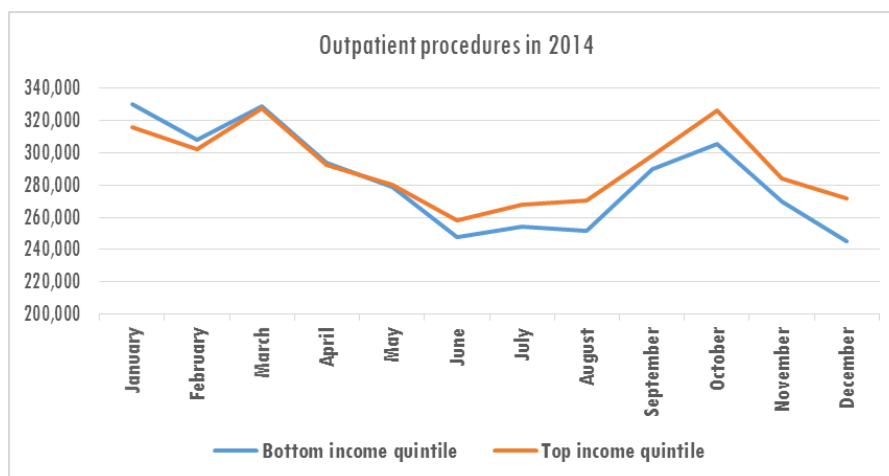


Biopsijas
Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris / Decembris

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

56. Ja ārstniecības iestāde izsmēlusi savu kvotu, pacienti par pakalpojumu maksā pilnu cenu no savas kabatas. Tādējādi būtu sagaidāms, ka kvotas pakalpojumu pieejamību vairāk ierobežo trūcīgākajām personām, nevis turīgākiem pacientiem. 23. attēls sniedz pierādījumus, kas to apstiprina, sakārtojot ambulatorās manipulācijas no zemākās uz augstāko kvintili atbilstoši ienākumu līmenim saskaņā ar Valsts ieņēmumu dienesta datiem. Kvotu pieejamības periodā gan augsējā, gan apakšējā kvintile saņem vienādu skaitu manipulāciju. Tiklīdz kvotas sāk izsīkt, trūcīgākie saņem mazāk manipulāciju. Decembrī, piemēram, viņi saņem 90% no tā, ko saņem turīgākas personas.

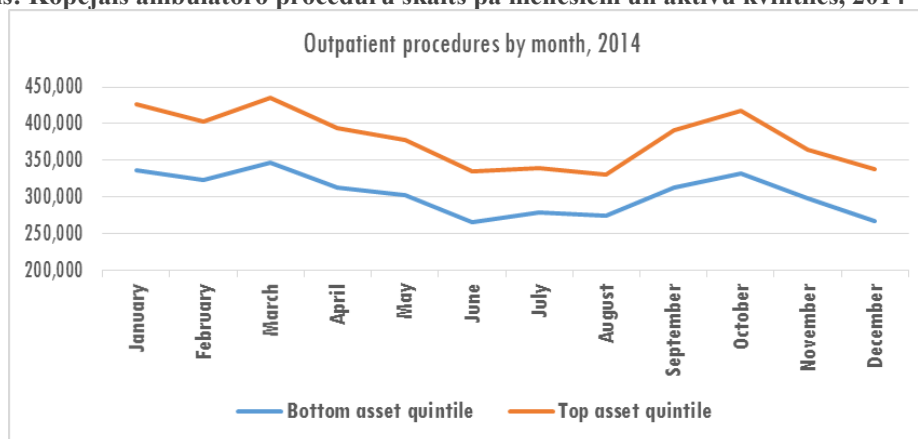
23. attēls: Kopējais ambulatoro procedūru skaits pa mēnešiem un ienākumu kvintiles, 2014



Ambulatorās procedūras 2014.gadā	
Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris / Decembris	
Apakšējā ienākumu kvintile	Augšējā ienākumu kvintile

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati un VID ienākumu dati

24. attēls: Kopējais ambulatoro procedūru skaits pa mēnešiem un aktīvu kvintiles, 2014



Ambulatorās procedūras pa mēnešiem 2014.gadā	
Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris / Decembris	
Apakšējā aktīvu kvintile	Augšējā aktīvu kvintile

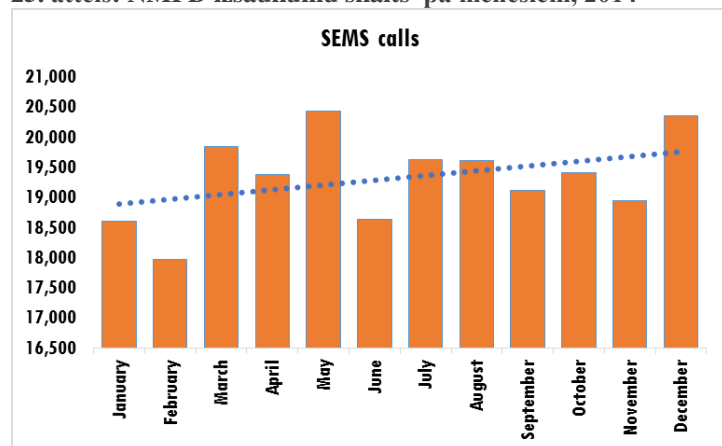
Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati un 2011.gada Tautas skaitīšanas dati

57. Socioekonomiskie dati no 2011.gada Tautas skaitīšanas rāda nedaudz atšķirīgu ainu, taču joprojām liecina, ka trūcīgākās personas saņem mazāk aprūpes nekā turīgāki pacienti (24. attēls). Kad 2014.gada iedzīvotāju sadalīšanai kvintilēs ienākumu vietā tiek izmantoti 2011.gada Tautas skaitīšanā uzskaitītie aktīvi, apakšējā kvintile pastāvīgi saņem mazāk aprūpes visā gada garumā. Janvārī, piemēram, apakšējā kvintile saņem gandrīz par 30 procentiem mazāk manipulāciju nekā augšējā kvintile.

7. Pakalpojumu sniegšanas modelis

58. Šajā nodaļā tiek vērtēts, cik lielā mērā aprūpe Latvijā tiek sniegta atbilstošā veidā un vai tā ir pietiekami integrēta, lai atbilstu Latvijas pašreizējam slimību profilam, kas koncentrējas uz kardiovaskulāro veselību un garīgo veselību.²⁵ Iepriekš apspriestās valsts apmaksāto pakalpojumu pazīmes – pakalpojumu, finanšu pieejamība un iedzīvotāju aptvere – var tieši ietekmēt vai deformēt pakalpojumu sniegšanas organizāciju. Ja, piemēram, valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts nenodrošina pietiekamu pakalpojumu vai finanšu pieejamību, pacientiem netiek sniegta būtiski primārās aprūpes pakalpojumi vai ārstēšana un viņi nonāk veselības aprūpes sistēmā jau kā daudz dārgākas akūtās aprūpes pacienti. Valsts pakalpojumu sniegšanas modelis ir raksturojams ar klīniskajām vadlīnijām un klīnisko kārtību noteikumiem, jo šie dokumenti nosala, kādas pārbaudes, diagnostika saņemamas, kādi pacienta vēstures dati iegūstami, ja pacientam konstatēti noteikti simptomi un ar kādiem nosacījumiem pacientiem jānodrošina noteikta līmeņa aprūpe (primārā, ambulatorā speciālistu sniegtā, neatliekamā, stacionārā vai rehabilitācija). Latvija patlaban nav izstrādājusi klīniskās vadlīnijas un klīniskās kārtības noteikumus, ko NVD būtu apstiprinājis, tādēļ pastāvošā pacientu kustība veselības aprūpes sistēmā liekas vairāk atkarīga no cenām, kas saistošas gan pacientiem, gan pakalpojumu sniedzējiem.
59. NMPD sniegtie dati liecina, ka kvotas maina neatliekamo pakalpojumu sniegto aprūpi. 25. attēls rāda modeli, kas ir pretējs iepriekš aplūkotojiem attēliem, kur bija redzams sniegto pakalpojumu skaita cikliskums. 2014.gadā neatliekamās palīdzības izsaukumu bija mazāk periodos, kad kvotu pietiek, un lielāks, kad iestādes bija izsmēlušas savas kvotas. Iepriekš aplūkotajos attēlos mēs novērojam NVD pakalpojumu skaita pieaugumu septembrī, kas kvotas parasti tiek atjaunotas, kam seko atkal jauns kritums decembrī. 25. attēlā mēs redzam pretēju principu: neatliekamās palīdzības izsaukumu skaits samazinās, kad kvotas tiek atjaunotas, un pakāpeniski pieaug decembrī. Šis modelis atbilst informācijai, kas iegūta intervijās ar NMPD darbiniekiem un slimnīcu vadītājiem, kas skaidro, ka pacientu bieži vien vēršas pēc neatliekamās palīdzības, lai saņemtu diagnostiku un speciālistu aprūpi, kas citādi nolīgtu pakalpojumu jomā būtu jāgaida mēnešiem ilgi.

25. attēls: NMPD izsaukumu skaits pa mēnešiem, 2014



NMPD izsaukumi

Janvāris / Februāris / Marts / Aprīlis / Maijs / Jūnijs / Jūlijs / Augusts / Septembris / Oktobris / Novembris /

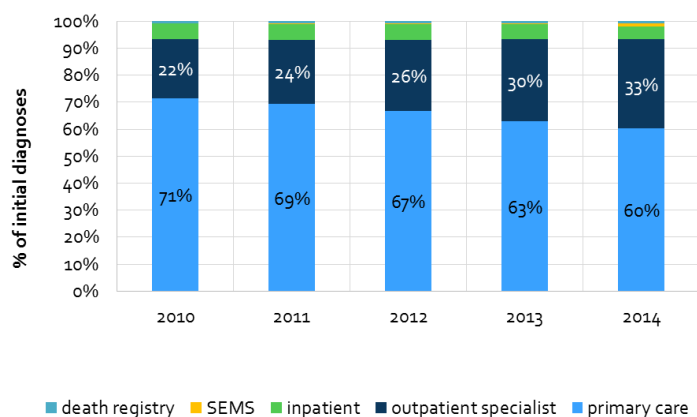
²⁵ Another deliverable – the hospital-volume study – analyzes the levels of care for cancer surgeries and deliveries.

Avots: NMPD neatliekamās palīdzības izsaukumu dati

7.1. Kardiovaskulārās saslimšanas

60. Tāds slimību profils, kurā dominē hroniskās saslimšanas, kā tas ir Latvijā, prasa uz primāro aprūpi orientētu aprūpes modeli, kur primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem jābūt spējīgiem veikt profilaksi, diagnosticēt, ārstēt un pārvaldīt tādas saslimšanas kā hipertensija un diabēts. Maksājumu datu analīze liecina, ka tas lielā mērā notiek hipertensijas jomā (26. attēls). Sākotnējā hipertensijas diagnosticēšana pacientiem primārās aprūpes līmenī veido lielāko daļu gadījumu, savukārt situācijas, no kurām būtu jāizvairās – autopsijas vai neatliekamās palīdzības un stacionārās ārstēšanas laikā noteikta diagnoze – veido nelielu daļu no sākotnējo diagnožu skaita katrā gadā.

26. attēls: Sākotnējās hipertensijas diagnozes izvietojums pa gadiem

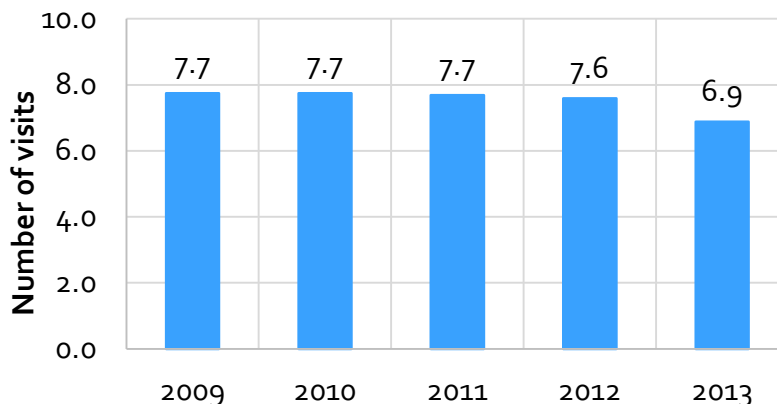


% sākotnējo diagnožu				
Mirstības reģistrs	NMPD	Stacionārs	Ambulators speciālists	Primārā aprūpe

Avots: NVD stacionārie un ambulatorie reģistri, mirstības reģistrs, NMPD dati

61. Hipertensijas pacienti arīdzan saņem primārās aprūpes pakalpojumus diezgan bieži visa gada garumā, veidojot gandrīz 8 vizītes divpadsmit mēnešos pēc viņu pirmās vizītes ar hipertensijas diagnozi dotā gada laikā 2009. – 2013. gadu periodā, savukārt kardiopsiālista vizītes notiek vidēji mazāk nekā vienu reizi (27. un 28. attēls).

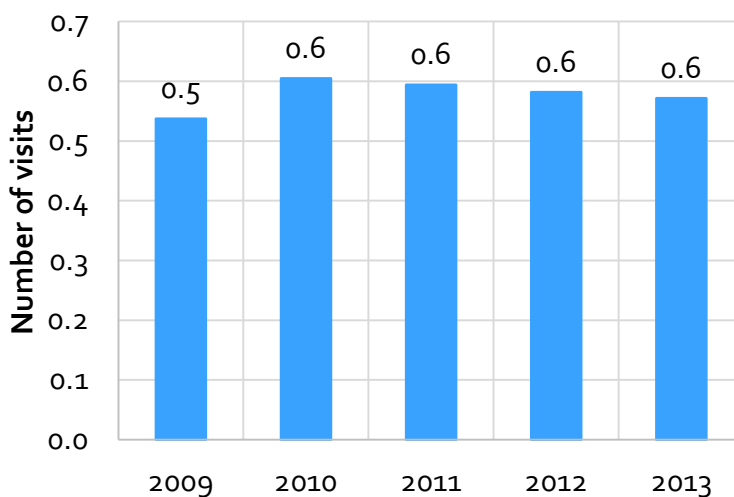
27. attēls: Vidējais hipertensijas pacientu vizīšu skaits pie ģimenes ārsta pa gadiem



Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

Vizīšu skaits

28. attēls: Vidējais hipertensijas pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem

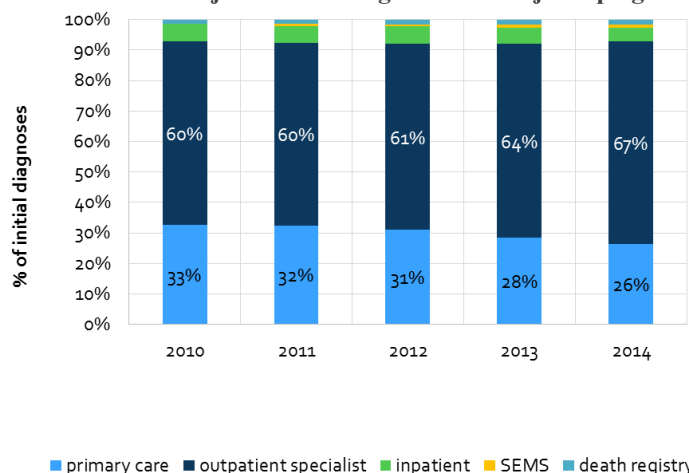


Vizīšu skaits

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

62. Tajā pašā laikā diabēta pacientiem sākotnējā diagnoze tiek uzstādīta ambulatorā speciālista vizītes laikā, jo gandrīz divas trešdaļas sākotnējo diagnožu uzstāda speciālisti (29. attēls). Līdzīgi hipertensijas pacientiem diabēta pacienti bieži saņem primārās aprūpes pakalpojumus (30. attēls), savukārt endokrinologu apmeklē vidēji 1,3 reizes divpadsmit mēnešos pēc sākotnējās diagnozes uzstādīšanas noteiktajā gadā (31. attēls).

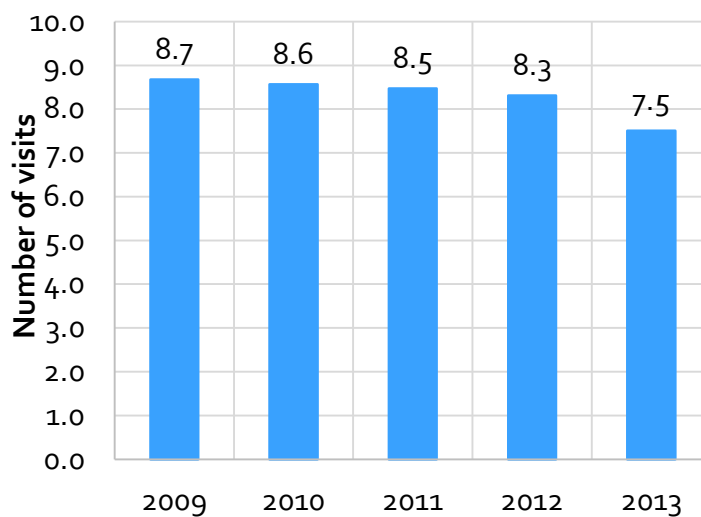
29. attēls: Sākotnējās diabēta diagnozes izvietojums pa gadiem



% sākotnējo diagnožu				
Primārā aprūpe	Ambulatorais speciālists	Stacionārs	NMPD	Mirstības reģistrs

Avots: NVD ambulatoro un stacionāro pakalpojumu dati, NMPD neatliekamās palīdzības izsaukumu dati, mirstības reģistrs

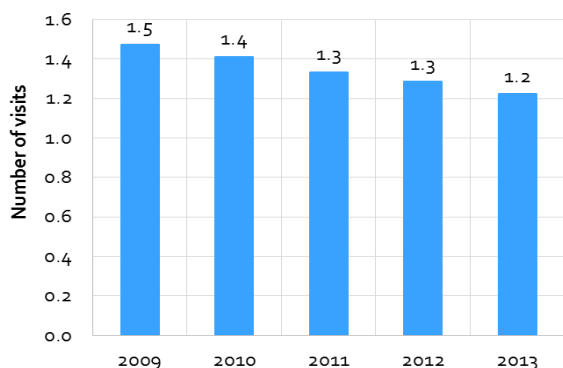
30. attēls: Vidējais diabēta pacientu primārās aprūpes vizīšu skaits pa gadiem



Vizīšu skaits

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

31. attēls: Vidējais diabēta pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem

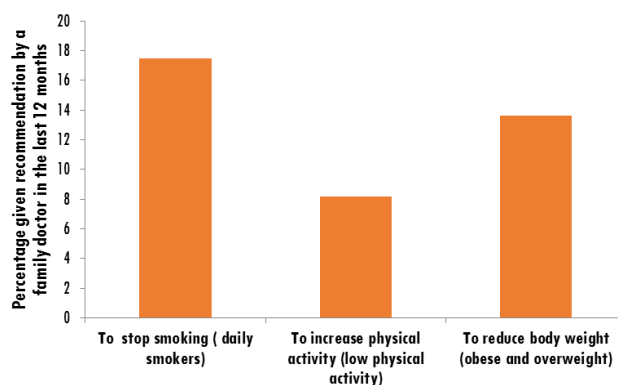


Vizīšu skaits

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

63. Lai arī šie pacienti ar kardiovaskulārajām saslimšanām un ar tām saistītām problēmām vairākkārtīgi sazinās ar primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, dati no 2014. gadā veikta SPKC reprezentatīva pētījuma liecina, ka šo vizīšu laikā tiek veikti tikai nedaudzi profilaktiski pasākumi (32. attēls). Mazāk nekā 20 procenti ikdienā smēķējošu vīriešu vecumā no 45 līdz 54 gadiem norāda, ka iepriekšējo 12 mēnešu laikā viņu ģimenes ārsts viņiem ieteicis atmest smēķēšanu. Līdzīgi tikai 12,3 procenti norāda uz zemu fizisku aktivitāti un 21 procenti ar lieko svaru norāda, ka būtu saņēmuši ārsta padomu palielināt savu fizisko aktivitāti vai samazināt ķermeņa svaru.

32. attēls: Ģimenes ārstu sniegtie veselības uzlabošanas ieteikumi vīriešiem (vecums 45-54), 2014



Iepriekšējos 12 mēnešos ģimenes ārstu ieteikumu saņēmušo %		
Atmest smēķēšanu (regulāriem smēķētājiem)	Palielināt fiziskās aktivitātes (zema fiziska aktivitāte)	Samazināt ķermeņa svaru (korpulence un liekais svars)

Avots: Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014, Slimību kontroles un profilakses centrs

7.2. Garīgā veselība

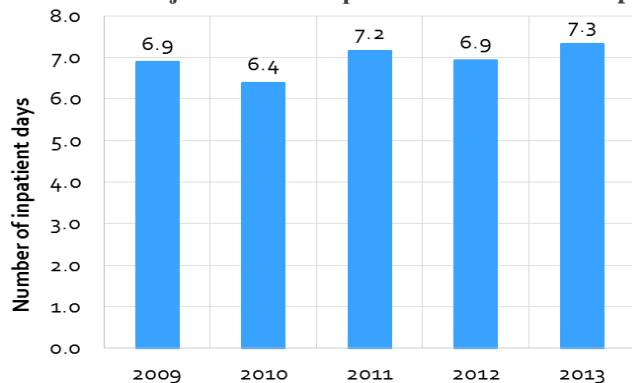
64. Dati liecina par to, ka garīgās veselības traucējumu gadījumā vērojama pārliecīga paļaušanās uz stacionāro aprūpi un nepietiekama aprūpes integrēšana līdzsaslimšanu ārstēšanā. Kā jau iepriekš norādīts, pašreizējais valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts nepiedāvā ambulatoros psihoterapijas pakalpojumus pieaugušajiem, izņemot tādas ārkārtas situācijas kā tiesas rīkojums vai vardarbīgas kriminālas rīcības novēršana. Tādējādi depresijas pacientiem, kam nepieciešama psihoterapija, var būt nepieciešama hospitalizācija, lai saņemtu ārstēšanu, kas būtu iespējama ambulatoros apstākļos, tādēļ nav jābrīnās, ka Latvijā ir salīdzinoši vairāk psihiatrijas gultu uz 100 000 iedzīvotāju nekā salīdzinājumam izmantotajās valstīs vai Eiropas Savienībā kopumā (8. tabula). Pacienti, kam diagnosticēta depresija, vidēji pavada stacionārā vienu nedēļu gadā (33. attēls).

8. tabula: Gultu skaits psihiatriskajā aprūpē uz 100 000 iedzīvotājiem, 2013

	Gultas/100,000
Igaunija	55.61
Ungārija	89.75
Lietuva	109.41
Latvija	125.41
ES	66.99

Avots: Veselība visiem, Pasaules Veselības organizācija

33. attēls: Vidējais stacionārā pavadīto dienu skaits depresijas pacientiem pa gadiem

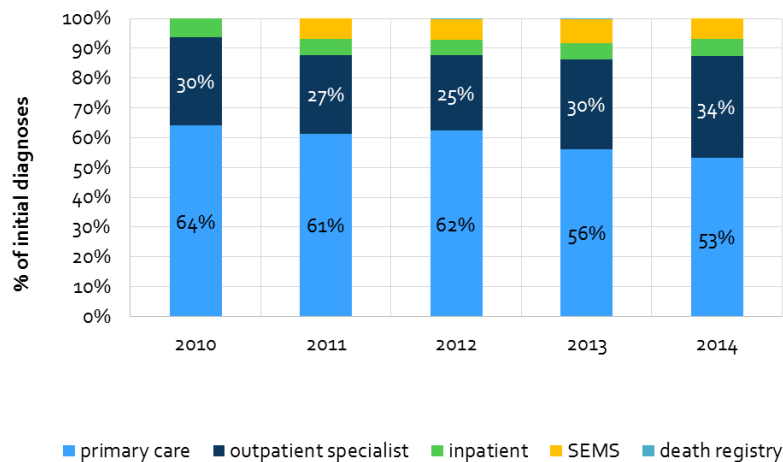


Stacionārā pavadīto dienu skaits

Avots: NVD stacionāro pakalpojumu reģistrs

65. Par spīti iepriekš minētajam nepietiekamajam atbilstošu diagnožu skaitam un paplašinātajai ārstēšanai stacionārā lielākā daļa diagnožu, kas uzstādītas dotā gada laikā, ir uzstādītas primārās aprūpes iestādē (34. attēls). Pacienti ar depresijas diagnozi divpadsmit mēnešu laikā pēc sākotnējās diagnozes uzstādīšanas bieži apmeklē gan primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējus, gan garīgās veselības speciālistus (35. un 36. attēls). Turklāt rehabilitācijas iespējas pēc hospitalizācijas liekas lielas, jo lielākā daļa pacientu, kas hospitalizēti ar depresijas diagnozi, apmeklē attiecīgo pakalpojuma sniedzēju 30 dienu laikā pēc ārstēšanas (37. attēls). 90 dienu laikā pēc ārstēšanās vairāk nekā 70 procenti šo pacientu ir devušies vēl vienā vizītē.

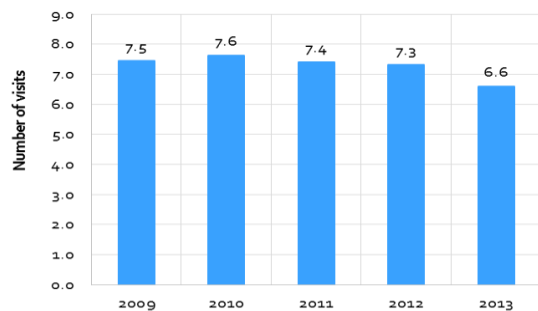
34. attēls: Sākotnējās depresijas diagnozes izvietojums pa gadiem



% sākotnējo diagnožu				
Primārā aprūpe	Ambulatorais speciālists	Stacionārs	NMPD	Mirstības reģistrs

Avots: NVD ambulatoro un stacionāro pakalpojumu dati, NMPD neatliekamās palīdzības izsaukumi, mirstības reģistrs

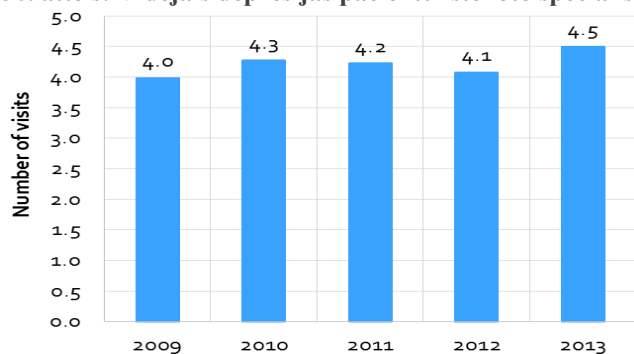
35. attēls: Vidējais depresijas pacientu vizīšu skaits pie ģimenes ārsta pa gadiem



Vizīšu skaits

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

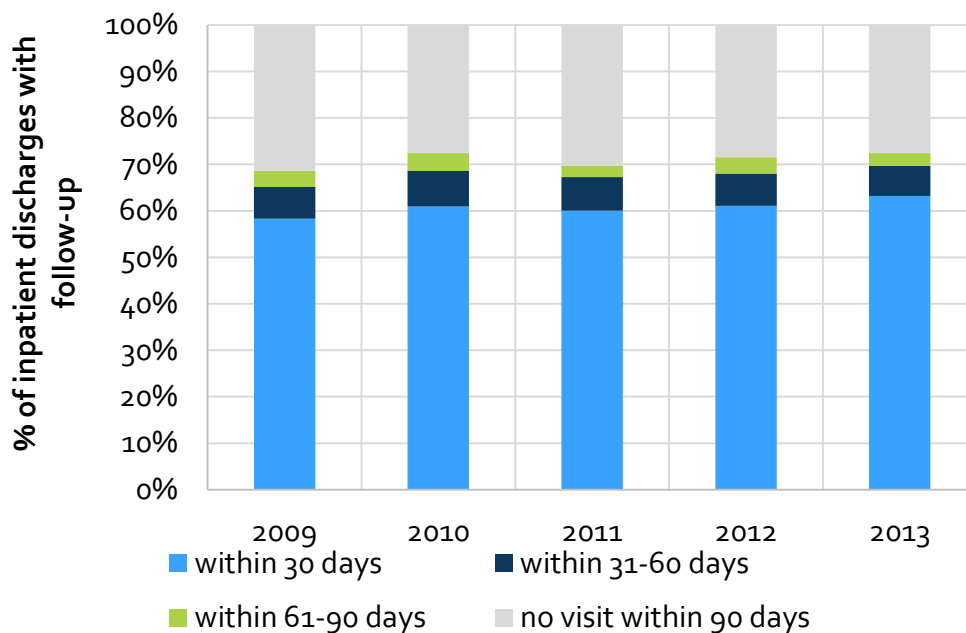
36. attēls: Vidējais depresijas pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem



Vizīšu skaits

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

37. attēls: Tādu stacionāro depresijas ārstēšanu īpatsvars, kam seko rehabilitācijas aprūpe, pa gadiem



30 dienu laikā	31 līdz 60 dienu laikā
61 līdz 90 dienu laikā	Nav vizītes 90 dienu laikā

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

66. Tālāka šo primāro vizīšu analīze tomēr liecina par tādu profilu, kas lielā mērā atšķiras no tā, ko varētu sagaidīt no depresijas pacienta. 9. tabula uzskaita desmit visbiežāk veiktās manipulācijas pacientiem, kam diagnosticēta depresija 2014. gada laikā. Tas ir vai nu diabētiķa vai tādas sievietes profils, kam ir aizdomas par vai arī diagnosticēts krūts vēzis. Tādējādi Latvijā diagnosticēta depresija galvenokārt raksturojama kā līdzsaslimšana citai hroniskai saslimšanai. Kā iepriekš

norādīts 1.blokā, starptautiski pazīstamā labā prakse prasītu veidot depresijas ārstēšanas plānus, kas atšķiras no tiem, kādi tiek piemēroti citu hronisku saslimšanu pacientiem.

9. tabula: Desmit izplatītākās depresijas pacientiem veiktās manipulācijas 2014

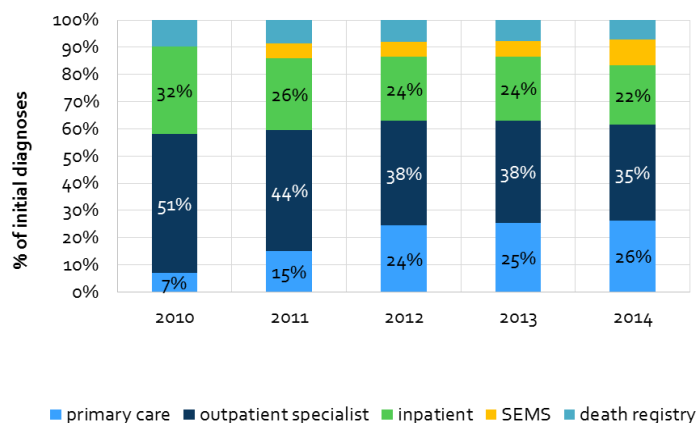
Manipulation	Manipulation code	Number of manipulations	Percent of all manipulations
Glucose in the blood	41095	16,682	4.21
Erythrocyte sedimentation rate, using a special sampling kit	40016	14,484	3.66
ALT - Alanine aminotransferase	41022	14,002	3.53
Creatinine	41006	13,915	3.51
Blood analysis with 5 parts discriminatory blood analyzer	40041	13,277	3.35
Suspected neoplasm of breast: digital technologies for X-ray examinations	50105	11,587	2.92
AST - aspartate	41023	11,143	2.81
Urine analysis with test strip (9-10 parameters)	40148	10,297	2.6
Thyroid-stimulating hormone (TSH)	41142	9,283	2.34
CRO quantitatively	41127	9,190	2.32

Manipulācija	Manipulācijas kods	Manipulāciju skaits	Manipulāciju procents
Glikoze asinīs			
Eritrocītu grimšanas ātrums, izmantojot speciālo ņemšanas komplektu			
ALAT - Alanīnaminotransferāze			
Kreatinīns			
Asins analīze ar 5 daļu diferencējošo asins analizatoru			
Aizdomas par krūts vēzi. Piemaksa par digitālās tehnoloģijas pielietojumu rentgenoloģiskiem izmeklējumiem			
ASAT - Aspartāminotransferāze			
Urīna analīze ar teststrēmeli (9 – 10 parametri)			
Tireotropais hormons (TSH)			
CRO kvantitatīvi			

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

67. Pacienti, kam diagnosticēta atkarība, ievērojami retāk izmanto veselības aprūpes sistēmas pakalpojumus, un dati liecina, ka diagnoze viņiem netiek uzstādīta un viņi netiek ārstēti primārās aprūpes sistēmā. 38. attēls rāda, ka tikai ceturtda daļa no visām 2014.gadā uzstādītajām diagnozēm, piemēram, tika noteiktas primārās aprūpes līmenī, un lielāks sākotnējās atkarības noteikšanas īpatsvars vērojams mirstības reģistrā (7 procenti), neatliekamās palīdzības pakalpojumu (10 procenti) un stacionāro pakalpojumu (22 procenti) datos.

38. attēls: Sākotnējas atkarības diagnozes izvietojums pa gadiem

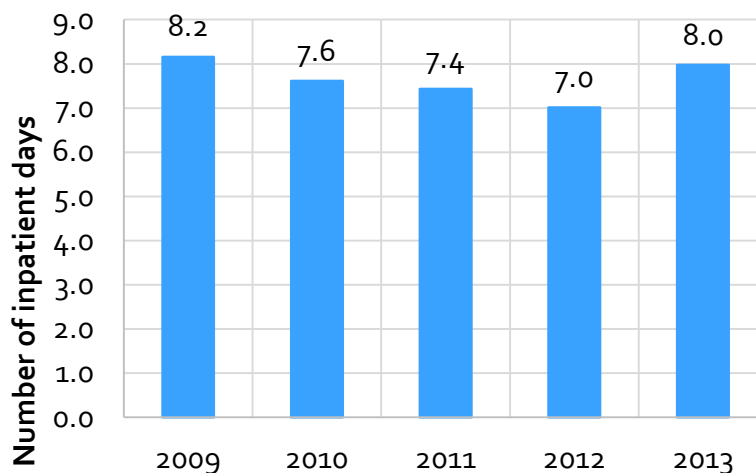


% sākotnējo diagnožu				
Primārā aprūpe	Ambulatorais speciālists	Stacionārs	NMPD	Mirstības reģistrs

Avots: NVD ambulatoro un stacionāro pakalpojumu dati, NMPD izsaukumu dati, mirstības dati

68. Pacienti, kam diagnosticēta atkarība, pavada līdzīgu daudzumu laika stacionāros kā pacienti, kam diagnosticēta depresija, kā redzams 39. attēlā. Viņi arī retāk izmanto primārās aprūpes un speciālistu pakalpojumus (40. un 41. attēls), un liekas, ka viņiem ir ļoti maz rehabilitācijas iespēju. Tikai apmēram 30 procenti no pacientiem ar atkarības problēmu diagnozi apmeklē ambulatoro iestādi vai speciālistu 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas un tikai apmēram 40 procenti to dara 90 dienu laikā (42. attēls).

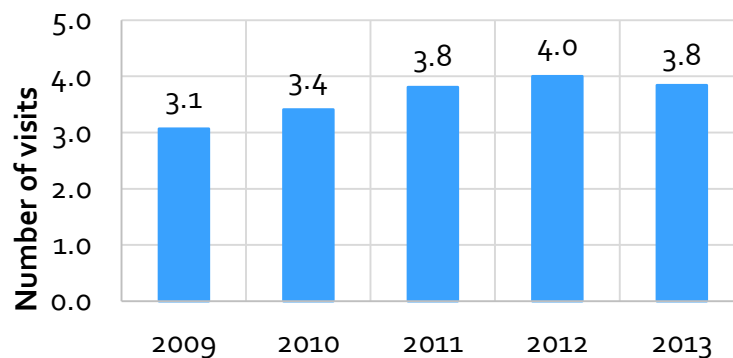
39. attēls: Vidējais ambulatoro dienu skaits atkarības pacientiem pa gadiem



Stacionārā pavadīto dienu skaits

Avots: NVD stacionāro pakalpojumu dati

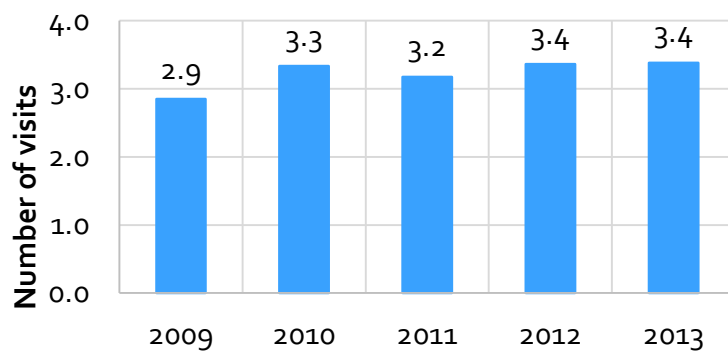
40. attēls: Vidējais atkarības pacientu vizīšu skaits pie ģimenes ārsta pa gadiem



Vizīšu skaits

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

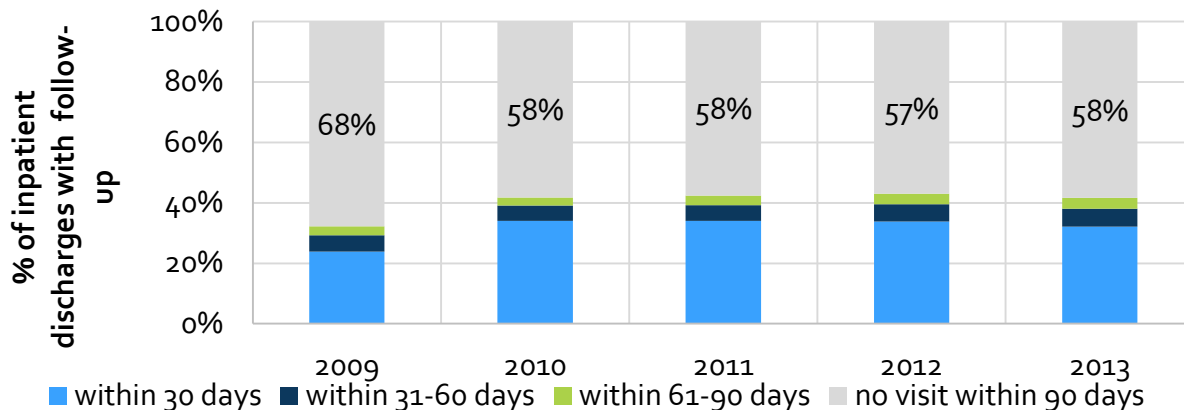
41. attēls: Vidējais atkarības pacientu īstenoto speciālistu vizīšu skaits pa gadiem



Vizīšu skaits

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

42. attēls: Tādu atkarības problēmu ārstēšanu īpatsvars, kam seko rehabilitācijas aprūpe, pa gadiem



% stacionāro ārstēšanu ar sekojošo rehabilitāciju			
30 dienu laikā	31 līdz 60 dienu laikā	61 līdz 90 dienu laikā	Nav vizītes 90 dienu laikā

Avots: NVD ambulatoro pakalpojumu dati

69. Atkarības pacientu ambulatoro vizīšu analīze liecina, ka atkarības pacientiem ir līdzīgs profils tam, kāds raksturīgs depresijas pacientiem. Tas ir, desmit šiem pacientiem visbiežāk veiktās manipulācijas liecina, ka viņi ir diabētiķi vai sievietes, kam diagnosticēts krūts vēzis vai arī ir aizdomas par tādu, kas atkal jau akcentē līdzsaslīmšanu nozīmi garīgās veselības aprūpē Latvijā (10. tabula).

10.tabula. Pirmās desmit manipulācijas pacientiem ar vielu atkarības diagnozi 2014.gadā

Manipulation	Manipulation code	Number of manipulations	Percent of all manipulations
Glucose in the blood	41095	16,493	3.93
Suspected neoplasm of breast: digital technologies for X-ray examinations	50105	16,490	3.93
ALT - Alanine aminotransferase	41022	16,285	3.88
Creatinine	41006	15,029	3.58
Blood analysis with 5 parts discriminatory blood analyzer	40041	13,973	3.33
Erythrocyte sedimentation rate, using a special sampling kit	40016	13,345	3.18
AST - aspartate	41023	13,069	3.11
CRO quantitatively	41127	10,871	2.59
Radiography examinations in two projections	50013	9,226	2.2
Urine analysis with test strip (9-10 parameters)	40148	8,696	2.07

Manipulācija	Manipulācijas kods	Manipulāciju skaits	Manipulāciju procents
Glikoze asinīs			
Aizdomas par krūts vēzi. Piemaksa par digitālās tehnoloģijas pielietojumu rentģenoloģiskiem			

izmeklējumiem			
ALAT - Alanīnaminotransferāze			
Kreatinīns			
Asins analīze ar 5 daļu diferencējošo asins analizatoru			
Eritrocītu grimšanas ātrums, izmantojot speciālo ņemšanas komplektu			
ASAT - Aspartātaminotransferāze			
CRO kvantitatīvi			
Rentgenogrāfijas izmeklējumi divās projekcijās			
Urīna analīze ar teststrēmeli (9 – 10 parametri)			

8. Tālākā attīstība

70. 11. tabula apkopo problēmas, ar ko Latvija saskaras valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājuma un pakalpojumu sniegšanas modeļa ziņā. Daudzi no ieteiktajiem risinājumiem prasa klīnisko vadlīniju un klīnisko kārtību izstrādi, palielinot NVD iepirkto pakalpojumu skaitu, un tālāku analīzi, lai noteiktu atbilstošu cenu, kvotu vai citu izmaksu organizēšanas stratēģijas, kas neapdraud pacientu piekļuvi būtiskiem pakalpojumiem un medikamentiem.

11.tabula. Problēmu, iespējamo risinājumu un veicinošo pasākumu kopsavilkums

Iznākums	Problēma	Iespējamais risinājums	Veicinoši pasākumi
Pakalpojumu pieejamība	1. Lielākā daļa pacientu nesaņem pakalpojumus, kas ietilpst valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā prioritāro saslimšanu jomā.	Klīniskās vadlīnijas un klīniskās kārtības noteikumi, kas nosaka, kurus izmeklējumus, diagnostiku un ārstēšanu noteiktas diagnozes pacientiem nepieciešams saņemt dažādo aprūpes līmeņos.	Klīnisko vadlīniju un klīniskās kārtības noteikumu pieņemšana Latvijā, izmantojot starptautisko pieredzi (piem., NICE Apvienotajā Karaļnamā), skatot ar prioritārajām saslimšanām, un iekļaut vadlīniju elementus valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā. eksperimentāli pilotprojekti ģimenes ārstu,

			speciālistu un slimnīcu jomā, lai (i) pārbaudītu vadlīniju un kārtības noteikumu ietekmi un salīdzinātu ieviešanas apstākļus, un (ii) novērstu ieviešanas problēmas pirms to izplatīšanās.
	2. Valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts neietver būtisku depresijas ārstēšanu.	Psihoterapija ambulatorajā sistēmā kā valsts apmaksāts pakalpojums	
	3. Depresija netiek atbilstoši diagnosticēta.	Klīniskās vadlīnijas depresijas diagnosticēšanai, ārstēšanai un pārvaldībai primārās aprūpes līmenī.	
Finansiālais nodrošinājums	4. Pacientu maksājumi Latvijā ir augsti, un to īpatsvars kopējos veselības aprūpes izdevumos ierindo Latviju starp zema ienākumu līmeņa valstīm.	Palielināt finansējumu veselības aprūpes pakalpojumu un medikamentu apmaksai, palielinot budžeta izdevumus veselības jomā un identificējot zemas efektivitātes aprūpi.	Identificēt zemas efektivitātes aprūpes pakalpojumus Latvijā.
	5. Pašreizējās kompensācijas likmes medikamentu iegādei var samazināt atbilstošu zāļu lietošanu līdz tādām līmenim, kad zūd to ārstnieciskā iedarbība.	Noteikt kompensācijas likmes medikamentu iegādei, kas ņem vērā attiecīgo medikamentu atbilstošu lietojumu maksimālas	Eksperimentāli pilotprojekti medikamentu iegādes kompensācijas jomā, lai noteiktu cenu līmeni, kas nodrošina ārstnieciskajai

		iedarbības sasniegšanai	efektivitātei atbilstošu medikamentu lietojumu.
Iedzīvotāju aptvere	6. Pakalpojumu pieejamībai ir cikliskas mainības raksturs, kas sakrīt ar kvotu izmaiņām laika gaitā. Pacienti nesaņem aprūpi tad, kad tā viņiem ir nepieciešama.	Noteikt kvotas, kas atspoguļo ārstniecības vajadzības. Likvidēt kvotas pakalpojumiem, kuru kavēšanās apdraud pacienta veselību, piem., biopsijai. Ieviest daļēju kompensācijas mehānismu pakalpojumiem, kam iepriekš piedāvāta kvota.	Apkopot datus par visiem pakalpojumiem, ko nodrošina NVD, un tiem, ko sniedz par maksu, lai precīzi plānotu ārstniecības vajadzības. Identificēt pakalpojumus, kuru gadījumā kvotas ir pretrunā ar laikus iespējamu piekļuvi būtiskiem pakalpojumiem.
	7. Trūcīgākajiem pakalpojumi ir mazāk pieejami.	Palielināt ienākumu sliekšņa vērtību atbrīvojumam no līdzmaksājumiem. Ieviest atsevišķas kvotas trūcīgiem pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem.	Eksperimentāli pilotprojekti pacientu un pakalpojumu sniedzēju jomā, lai pārbaudītu ietekmi, kādu atstāj to pacientu loka paplašināšana, kas ir atbrīvoti no līdzmaksājumiem un kam ir noteiktas atsevišķas kvotas kā trūcīgiem pacientiem.
Pakalpojumu sniegšanas modelis	8. Primārās aprūpes līmenī maz tiek veikta profilakse.	Klīniskās vadlīnijas, kas ietver veselības veicināšanu.	

	<p>9. Pacienti ar atkarības problēmām primārās aprūpes līmenī tiek reti identificēti, un viņi salīdzinoši maz izmanto veselības aprūpes sistēmas iespējas.</p>	<p>Klīniskās vadlīnijas un klīniskās kārtības noteikumi atkarības problēmu diagnosticēšanai un pacientu novirzīšanai atbilstoši aprūpei atbilstošajā aprūpēs līmenī.</p>	
--	--	--	--

71. Kā norādīts pavadošajā pārskatā par pakalpojumu sniedzēju maksājumiem Latvijā, klīnisko vadlīniju un klīniskās kārtības izstrāde un to sasaistīšana ar pakalpojumu sniedzēju maksājumiem uzskatāma kā viena no galvenajām prioritātēm Latvijas veselības nozarē. Šīs vadlīnijas un kārtības būtu ne tikai būtiska sastāvdaļa kvalitātes nodrošinājumā, bet tās arī palīdzētu vairāk pieskaņot valsts apmaksāto pakalpojumu klāstu un pakalpojumu sniegšanas modeli medicīniskajām vajadzībām, nevis atspoguļotu ārpus veselības nozares veidota budžeta kaprīzes. Savienojot tās ar pakalpojumu sniedzēju maksājumiem, būtu iespējams nodrošināt šo vadlīniju ieviešanu. Tā kā līdz šim klīnisko vadlīniju izstrāde ir notikusi salīdzinoši decentralizēti un ka NVD neapstiprina izstrādātās vadlīnijas, nedz arī tiecas finansēt to sastāvdaļas, šīs rekomendācijas prasība būtu būtiski mainīt šo situāciju un veidot multidisciplināru komandu ar mandātu konsultēties ar dažādām ieinteresētajām pusēm Latvijā, ieviest Latvijā vadlīnijas un kārtības, kas pastāv citās valstīs (piemēram, NICE vadlīnijas no Apvienotā Karaļnama) un identificēt tos faktorus NVD maksājumu datubāzēs, kas izraisītu maksājumus. Šis process kopā ar pilotprojektiem, kas veicami pirms izmaiņu īstenošanas valsts mērogā, varētu prasīt vismaz 2 gadu periodu.
72. Otrai galvenajai prioritātei jābūt NVD pirktu pakalpojumu skaita pieaugumam, lai kvotas nenoteiktu, kad pacient var saņemt nepieciešamo aprūpi. Šis pakalpojumu pieaugums ideālā gadījumā sasniedzams divos veidos: veselības nozares finansējuma pieaugums un efektīvāks esošā finansējuma izmantojums. Veselības sistēmas finansējums patlaban nav pietiekams. 12. tabula raksturo veselības izdevumus salīdzinājumā ar citām valstīm, pacientu maksājumiem, IKP daļu, ko Latvija tērē veselības aprūpei novietojot to starp valstīm ar daudz zemākiem ienākumiem.
73. Svarīgi piezīmēt, ka pieaugošais kopējais veselības aprūpes budžets var arīdzan mazināt kādus no minētajiem rentabilitātes rādītājiem. Piemēram, lielāka pakalpojumu pieejamība primārajā un ambulatorajā speciālistu jomā var samazināt konsultāciju un diagnožu skaitu, kas tiek veiktas ar neatliekamās palīdzības dienesta palīdzību.

12. tabula: Veselības aprūpes izdevumu sastāvs pa valstīm, 2013

	(1) Budžeta izdevumi veselības aprūpei (% no IKP)	(2) <i>Per capita</i> izdevumi veselības aprūpei (pašreizējais US\$)	(3) Budžeta daļa kopējos veselības aprūpes izdevumos	(4) Pacientu personisko līdzekļu daļa
Latvija	3.54	874.28	61.91	95.71
Igaunija	4.46	1071.61	77.87	85.36
Lietuva	4.15	965.56	66.57	97.62
Norvēģija	8.18	9714.79	85.46	95.95
Zviedrija	7.91	5680.33	81.48	88.13
Somija	7.08	4449.13	75.28	74.99
Dānija	9.07	6269.54	85.36	87.35
Apvienotais Karaļnams	7.62	3597.92	83.54	56.44
Augsts ienākumu līmenis: OECD	7.78	5401.01	61.44	35.28
Augsts ienākumu līmenis: neietilpst OECD	2.89	984.76	54.91	84.60
Ienākumi virs vidējā līmeņa	3.51	465.89	55.98	72.43
Zemāks vidējais ienākumu līmenis	1.59	82.21	37.37	86.98
Zemi ienākumi	2.64	37.38	41.49	69.53
ES	7.82	3459.94	77.31	61.20

Avots: Pasaules attīstības rādītāji, 2013

74. Ir vēl citi iespējami risinājumi esošo veselības aprūpes resursu efektivitātes palielināšanai. Zemas rentabilitātes aprūpes identificēšana, piemēram, var palīdzēt noteikt pakalpojumus, kas patlaban ietilpst valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā, bet kam, iespējams, ir zems ārstnieciskais lietderīgums. Amerikas Iekšzemes medicīnas valde ASV izvēlēja *Choosing Wisely* (izvēlēties prātīgi) iniciatīva, piemēram, sadarbojas ar daudzām medicīnas organizācijām, lai identificētu pastāvošas ārstniecības prakses, kas sniedz nelielu medicīnisku labumu. 12. tabula rāda virkni rekomendāciju, kas var būt derīgas arī Latvijā. E-veselības vietnes risinājumi, tai skaitā elektroniskais veselības aprūpes reģistrs, arī var novērst pārbaužu dublēšanos.

13. tabula: Neefektīva aprūpe

Diagnostika / ārstēšana	Rekomendācijas	Pamatojums	Avots
Ierosināšana / ķeizargrieziena	Neieplānojiet izlases veidā bez medicīniska pamatojuma veiktu dzemdību ierosināšanu vai ķeizargriezienus pirms grūtniecības 39.nedēļas, 0 dienas.	Ir pierādīts, ka dzemdību norise pirms grūtniecības 39.nedēļas, 0 dienas ir saistīt ar palielinātu mācīšanās traucējumu risku un iespējamu mirstības un saslimstības riska pieaugumu. Pastāv skaidras medicīniskas indikācijas dzemdībām pirms 39. Nedēļas 0 dienas, kas saistītas ar mātes un / vai augļa stāvokli. Nobrieduša augļa plaušu pārbaude bez skaidriem medicīniskiem kritērijiem nav pietiekams pamatojums dzemdību izraisīšanai.	Amerikas Ģimenes ārstu akadēmija
Prostatas antigēna tests	Bez noteiktas vajadzības neveiciet prostatas vēža noteikšanu ar prostatas antigēna izmantojumu (PSA) vai digitālu zarnu pārbaudi.	Ir iegūti pārliecinoši pierādījumi, ka PSA balstītas pārbaudes rada nepamatotas prostatas vēža diagnozes. Daudzi audzēji nekaitē pacientam, kamēr ārstēšanas riski ir ievērojami. Ārstiem nevajadzētu piedāvāt vai nozīmēt PSA pārbaudi, ja vien viņi nav gatavi iesaistīties lēmuma pieņemšanas procesā, kas nodrošina pacienta apzinātu un izpratnē balstītu izvēli.	Amerikas Ģimenes ārstu akadēmija
MR muguras jostas-krustu daļas sāpju gadījumā	Izvairieties no vizuālām pārbaudēm (MR, KT vai rentgens) akūtu sāpju gadījumā muguras jostas-krustu daļā, ja nav skaidru indikāciju.	Ja nav konkrētu klīnisku indikāciju (piem., vēža saslimšanas vēstures ar iespējamām metastāzēm, ziņu par aortas aneirismu, progresējošu neiroloģisku deficītu u.c.), pirmajās sešās nedēļās kopš sāpju parādīšanās no vizuāliem izmeklējumiem vajadzētu izvairīties. Lielākai daļai muguras jostas daļas sāpju vizuālā izmeklēšana nav nepieciešama, un tādas veikšana var radīt nejaušus	Amerikas Anesteziologu apvienība – Sāpju medicīna

Diagnostika / ārstēšana	Rekomendācijas	Pamatojums	Avots
		atklājumus, kas piesaista uzmanību un palielina risku veikt nevajadzīgu operāciju.	
Rutinās stresa pārbaude pēc PCI	Izvairieties veikt rutīnas stresa pārbaudi pēc perkutānās koronārās revaskularizācijas (PCI), ja nav konkrētu klīnisku indikāciju.	Pacientiem, kam veikta veiksmīga revaskularizācija ar PCI un pašreiz nav simptomu, ieraduma pēc veikta stresa pārbaude var nozīmēt papildu procedūras arniecīgu klīnisko labumu. Tādēļ pārbaudes ieteicams veikt tiem pacientiem, kam vērojamas klīniskas statusa izmaiņas (piemēram, jauni simptomi vai samazinās slodzes izturība).	Kardiovaskulārās angiogrāfijas un intervences apvienība
Antipsihotiķu lietojums	<p>Neizrakstiet antipsihotiskus medikamentus pacientiem nekādām indikācijām, ja nav veikta atbilstošs sākotnējais novērtējums un atbilstoša pastāvīga novērošana.</p> <p>Ieraduma pēc neizrakstiet divus vai vairākus antipsihotiķus vienlaicīgi.</p> <p>Nelietojiet antipsihotiķus kā pirmo izvēli, lai ārstētu demences radītos uzvedības un psiholoģiskos simptomus.</p> <p>Ieraduma pēc neizrakstiet antipsihotiskus medikamentus kā galveno līdzekli pieaugušu pacientu</p>	Antipsihotiķiem piemīt teicama ietekme, un tie uzlabo dzīves kvalitāti daudziem cilvēkiem, kas cieš no smagām garīgām saslimšanām, tomēr tie rada arī riskus, tai skaitā iespējami nelabvēlīgus blakus efektus. Nepamatota vai pārliecīga antipsihotiķu lietošana var veicināt hronisku veselības problēmu veidošanos, piem., metabolisma, neiromuskulāru vai kardiovaskulāru problēmu rašanos cilvēkiem ar nopietnām mentālām saslimšanām.	Amerikas Psihiatru asociācija

Diagnostika / ārstēšana	Rekomendācijas	Pamatojums	Avots
	bezmiega problēmu risināšanai.		
	Ieraduma pēc neizrakstiet antipsihotiskus medikamentus kā galveno līdzekli bērnu un pusaudžu ārstēšanai, ja vien netiek diagnosticēta psihotiska saslimšana.		

Avots: choosingwisely.org

75. Visbeidzot, veselības aprūpes sistēmai ir jāuzlabo vispārējās veselības aprūpes pieejamība - tas ir, augstas kvalitātes aprūpes un atbilstošas ārstēšanas pieejamība, kas nav atkarīga no personas ienākumiem vai saslimšanas laika. Tas prasīs izmēģinājumus ar kvotu plānošanu, līdzmaksājumiem un atbrīvojumiem, kas atspoguļo ārstniecības vajadzības un nodrošina adekvātu finansiālās aizsardzības līmeni veselības pakalpojumu lietotājiem.

Baicker Katherine, Sendhil Mullainathan un Joshua Schwartzstein (2015). “Behavioral Hazard in Health Insurance,” *Quarterly Journal of Economics*: 1623.-1667.lpp.

Chandra Amitabh, Jonathan Gruber un Robin McKnight (2010). “Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly,” *American Economic Review*, 100: 193.–213.lpp.

Choudhry Niteesh K., Jerry Avorn, Robert J. Glynn, Elliott M. Antman, Sebastian Schneeweiss, Michele Toscano, Lonny Reisman, Joaquim Fernandes, Claire Spettell, Joy L. Lee, Raisa Levin, Troyen

Brennan un William H. Shrank (2011). “Full Coverage for Preventive Medications after Myocardial Infarction,” *New England Journal of Medicine*, 365 (2011), 2088.–2097.lpp.

Hsu John, Mary Price, Jie Huang, Richard Brand, Vicki Fung, Rita Hui, Bruce Fireman, Joseph P. Newhouse un Joseph V. Selby (2006). “Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits,” *New England Journal of Medicine*, 354, 2349.–2359.lpp.

Moussavi Saba, Somnath Chatterji, Emese Verdes, Ajay Tandon, Vikram Patel, Bedirhan Ustun (2007). “Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys.” *Lancet* 370: 851.-858.lpp.

Robertson E., Celasun N. un Stewart D.E. (2003). “Risk factors for postpartum depression” // Stewart D.E., Robertson E., Dennis C.-L. Grace S.L. & Wallington T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and intervention*

1. pielikums

Diagnožu kodi

Saslimšana	Diagnožu kodi	
	NVD/dati par mirstību	NMPD
Diabēts	E08 + visi apakškodi E09 + visi apakškodi E10 + visi apakškodi E11 + visi apakškodi E13 + visi apakškodi	201 201A 3010 301A 2010
Hipertensija	I10 + visi apakškodi I11 + visi apakškodi I12 + visi apakškodi I13 + visi apakškodi I15 + visi apakškodi	344 344A 3440
Krūts vēzis	C50 + visi apakškodi D05.1 + visi apakškodi	319D
Dzemdes kakla vēzis	C53 + visi apakškodi D06 + visi apakškodi	
Zarnu vēzis	C18 + visi apakškodi C19 C20 C7A.02 + visi apakškodi D01.0 D01.1 D01.2	
Depresija	F32 + visi apakškodi F33 + visi apakškodi F34 + visi apakškodi F39 F31 + visi apakškodi F53	214 214A 2140
Pašnāvība	X60-X84	

Manipulāciju kodi

Pārbaude, diagnostika vai procedūra	Manipulāciju kodi
Ikgadējā labjūtes pārbaude	01016 60404 60405 60231 01063 01004
Mikroalbuminūrija	41101
Glikozes slodzes tests	41095 41096 41102 un 41103 41104 41105 41097
Hemoglobīna tests	41103 41104 41105 41097
Kreatinīns	41006
EKG	06003 06004 06005 06013
Acu pārbaude	Metode 1: 01065 Metode 2: 01065 + 17001-17120
Mamogramma	50096 50097 50102 50105 50188 50189 50190 50191 50192 60258
Pap uztriepe	42026 42027 42028 42029 42030 42031 42003 01063 01004
Slēpto asiņu izmeklējumi fēcēs	40161 40173 40172
Biopsijas	16001 16008 16147 18101 18243 20041 20059 20060 21021 31175

Aprēķinātie mājsaimniecības tēriņi *per capita* medikamentu iegādei

Katram pacientam, kurš 2014.gadā uzrādīts kompensējamo medikamentu datubāzē, kopējie tēriņi par medikamentiem tika aprēķināti, izmantojot mainīgo lielumu atbilstoši „pacienta līdzmaksājumam”. No tālākiem aprēķiniem tika izslēgts vērtību augstākais 1 procents un atlikušie pacienti tika sapludināti ar Valsts ieņēmumu dienesta sniegtajiem datiem par 2014.gada ienākumiem un Centrālā Statistikas biroja sniegtajiem tautas skaitīšanā iegūtajiem anonimizētiem personīgajiem ID un mājsaimniecību ID. Katrai mājsaimniecībai mājsaimniecības ienākumi *per capita* tika aprēķināti, summējot ienākumus no algām un pašnodarbināto ienākumiem un dalot tos ar unikālo ID kopskaitu, kas pārrēķināti mājsaimniecību ID. No visiem pacientiem tie, kuru vērtības veidoja augstāko 1 procentu no mājsaimniecību ienākumiem *per capita*, tika izslēgti no tālākiem aprēķiniem. Katram pacientam mājsaimniecības ienākumu daļa *per capita*, kas tika tērēta medikamentiem, tika aprēķināta kā kopējie tēriņi medikamentu iegādei 2014.gadā, dalot ar mājsaimniecības ienākumiem *per capita*.

