

Vera Boronenko

**VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU
PIEEJAMĪBA**

Rīga, 2003

Saturs

Kopsavilkums	3
Ievads	4
Pētījuma mērķis	5
Metode	6
Izvēlētā pētījuma grupa	7
<u>Izlases apraksts</u>	7
<u>Izlases modeļa izstrāde</u>	9
<u>Izlases veidošana</u>	11
Iespējamās kļūdas	12
Rezultāti	13
Analīze	25
<u>Pētījuma pamatrezultātu jeb pētāmās problēmas fona apskats</u>	25
Pierakstišanās pie ģimenes ārstiem.....	25
Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas polises.....	26
Veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana.....	30
Ģimenes ārstu un privāti praktizējošo speciālistu apmeklēšanas iemesli.....	34
Iedzīvotāju attieksme pret veselīgu dzīvesveidu.....	36
Veselības aprūpes sistēma iedzīvotāju skatījumā.....	39
<u>Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmas analīze</u>	43
Vispārējā analīze.....	43
Reģionālā analīze.....	46
<i>Rīgas novada slimokases teritorija</i>	46
<i>Kurzemes slimokases teritorija</i>	47
<i>Dienvidlatgales slimokases teritorija</i>	48
<i>Kopsavilkums</i>	49
<u>Pacientu kompensējošās uzvedības modeļu noteikšana un analīze</u>	50
Secinājumi	52

Kopsavilkums

Latvijas veselības aprūpes pēdējo 12 gadu laikā ir reformēta daudzkārt, mēģinot ieviest gan obligātās veselības apdrošināšanas, gan budžeta finansētas sistēmas elementus. Kopš 1993. gada Latvijā ir pieredzēta veselības aprūpes sistēmas decentralizācija, kā rezultātā izveidojās 36 rajonu un nozaru slimokases. Diemžēl šāda līdzekļu sadrumstalošana radīja situāciju, ka dažādos rajonos veselības aprūpei paredzētā summa bija divreiz mazāka nekā citos, tādējādi ievērojami samazinot solidaritātes principu. Ņemot vērā šo situāciju, 1997.gadā tika pieņemts lēmums centralizēt veselības aprūpes sistēmu – 1998.gadā tika izveidota Obligātā veselības apdrošināšanas aģentūra un slimokases apvienotas 8 reģionālajās slimokasēs. Mainīta ir arī apmaksas kārtība gan primārajā veselības aprūpē, ieviešot samaksu pēc kapitācijas principa ģimenes ārstiem, gan sekundārajā – maksājot nevis par vienu gultas dienu, bet par pacientu, kuram ir izārstēta noteikta saslimšana (*Diagnose related groups*).

Viens no būtiskākajiem veselības aprūpes sistēmas kvalitātes un efektivitātes rādītājiem ir tās pieejamība iedzīvotājiem, tāpēc ir svarīgi apzināt to, kā veselības aprūpes reformas Latvijā ir ietekmējušas šo rādītāju.

Realizētais socioloģiskais pētījums, kurā tika aptaujāti 1000 Rīgas, Kurzemes un Dienvidlatgales iedzīvotāji, parādīja, ka trešajai daļai respondentu pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem galvenokārt finansiālo iemeslu dēļ. Ar medicīniskās palīdzības nepieejamības problēmu biežāk sastopas Latvijas reģionu iedzīvotāji, kur cilvēku veselības stāvoklis ir sliktākais Latvijā. Tas zināmā mērā pierāda to, ka veselības aprūpes sistēmas pieejamība un iedzīvotāju veselības stāvoklis ir cieši saistīti. Par šādu saistību liecina arī pētījumi ārvalstīs (*Black Report* Lielbritānijā).

Pētījuma ietvaros bez veselības aprūpes pieejamības problēmas tika noteikti un analizēti arī pacientu kompensējošās uzvedības modeļi medicīnisko pakalpojumu nepieejamības gadījumā un citi ietekmējoši faktori, kam nav tiešas saistības ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmu, bet kuri veido šīs problēmas fonu un paskaidro tās būtību. Šie jautājumi ir: dažādu medicīnisko pakalpojumu izmantošana, brīvprātīgas veselības apdrošināšanas polises, ģimenes ārstu un privāti praktizējošo ārstu apmeklēšanas iemesli, veselīga dzīves veida īstenošana, iedzīvotāju domas par valsts veselības aprūpes sistēmu, ka arī viņu politiskie uzskati saistībā ar veselības aprūpi Latvijā.

Ņemot vērā, to, kādas veselības aprūpes tradīcijas veidojās padomju laikmetā un Latvijas iedzīvotāju iespējas uzņemt slimības finansiālo risku, veselības aprūpes sistēmas reformatoņiem būtu uzmanīgi jāanalizē sekas tirgus mehānismu ieviešanai veselības aprūpē. Dzīves realitāte Latvijā liecina par to, ka risinājumi, kuri sākotnēji ir šķītuši ekonomiski efektīvi, rezultātā var izrādīties ļoti dārgi, jo ielaistu, dažreiz epidemioloģiski vai sociāli bīstamu slimību ārstēšana prasa vairāk līdzekļu nekā primārās veselības aprūpes nodrošināšana visiem iedzīvotājiem.

Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmas daudzpusīga analīze ļauj apgalvot, ka tālākā pieejamības samazināšana (it īpaši ņemot vērā lielu nabadzības izplatību Latvijā)¹ var radīt situāciju, kurā valsts veselības aprūpes sistēma nevarēs pildīt savu galveno funkciju – visu iedzīvotāju veselības aprūpi, neatkarīgi no to vecuma, ienākumiem, dzimuma, izglītības un sociālā stāvokļa.

¹ Kā liecina LR Ekonomikas ministrijas "Ziņojums par Latvijas tautsaimniecības attīstību" (Rīga, 2001.g. decembris), vidēji nedaudz vairāk par 1/5 daļu iedzīvotāju ir tādi, kuru patēriņa līmenis ir zem minimāla nabadzības zemākā sliekšņa līmeņa (zem 50% no vidējiem patēriņa izdevumiem uz ekvivalento patērētāju), bet lauku mājāsaimniecības pat pāri par 1/3 daļu. Pēdējo četru gadu laikā šo trūcīgo ekvivalento patērētāju īpatsvars vidēji valstī ir pieaudzis no 15,1% līdz 20,3%". (58.lpp.)

Ievads

LR likumdošanā deklarēts, ka visiem iedzīvotājiem ir vienādas iespējas saņemt veselības aprūpi. Pēdējo desmit gadu laikā veselības aprūpes sistēma mūsu valstī ir bijusi pakļauta dažādām reformām, lai to padarītu efektīvāku un tā vairāk atbilstu iedzīvotāju veselības prasībām. Sistēmas pieejamība tika atzīta par vienu no svarīgākajiem faktoriem šajā procesā. Tomēr veselības aprūpes reformu *neviennozīmīgā* gaita ir radījusi pretēju efektu. Vairāki veselības radītāji liecina, ka veselības aprūpes pieejamība ir samazinājusies. Pastāv liela plaisa starp likumdošanā deklarēto un iespējām to īstenot dzīvē.

Jebkurā sabiedrībā vienmēr pastāvējusi nevienlīdzība. Cilvēkiem ir dažāda iespēja piekļūt dažādiem labumiem. Kopumā to uzskata par normālu parādību, jo tirgus ekonomikas ideoloģija paredz, ka veiksmīgs un aktīvs indivīds galu galā saņems vairāk labumu, neka pasīvs. Tomēr saistībā ar veselības aprūpi ir dažas nianšes, kas pierāda, ka tirgus ekonomikas principus nedrīkst pilnībā izmantot veselības aprūpes sistēmā, galvenokārt tāpēc, ka cilvēka veselība nav uzskatāma tikai par precī, jo tā vienlaikus ir sociālais kapitāls.

Lai saprastu, kāpēc brīvā tirgus mehānismi nefunkcionē veselības aprūpes sistēmā, jāanalizē cenas veidošanās algoritms tirgū. Jebkurai precei tirgū pastāv šīs preces pieprasījums un piedāvājums, un tajā punktā, kur tie vienādojas, veidojas preces tirgus cena. Turklāt pieprasījums un piedāvājums stimulē viens otru, un tiek pieņemts, ka preces patērētājs zina, ko viņš vēlas. Saistībā ar veselības aprūpes pakalpojumiem situācija ir atšķirīga, jo pacients zina tikai to, ka viņš grib būt vesels. Kā pacientam atgūt veselību, nosaka ārsts vai citi medicīnas darbinieki. Strādājot tirgus apstākļos, mediķiem var rasties tieksme darboties, lai palielinātu ienākumus, nevis pacienta labā. Ir sarežģīti runāt par brīvā tirgus attiecībām tur, kur piedāvājumu nosaka pats piedāvātājs.

Vairāki rādītāji liecina, ka reformu rezultātā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība ir pat samazinājusies. Tas nozīmē, ka cilvēki pat nepieciešamības gadījumā neiet pie ārsta, un pieaug ielaisto saslimšanu skaits. Būtiski ir politiskā līmenī saprast, ka tās nav vienīgi šo indivīdu, bet visas sabiedrības problēmas, jo galu galā tās vajadzēs atrisināt, bet jau ar lielākām izmaksām un sliktāku rezultātu.

Veselības aprūpes sistēmas pieejamības paaugstināšanai būtu jāķļūst par svarīgāko veselības aprūpes politikas veidotāju uzdevumu, jo nav mērķtiecīgi veidot projektus veselības aprūpes sistēmas kvalitātes uzlabošanai un ieviest jaunās tehnoloģijas, ja daudziem Latvijas iedzīvotājiem dažkārt nav pieejama pat ambulatorā aprūpe.

Oficiālās statistikas pamatrādītāji, kas raksturo veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti, ir pretrunīgi, un, kaut gan tie rāda dažas situācijas uzlabošanas tendences, tomēr neizskaidro faktorus, kas ietekmē veselības aprūpes pieejamību, kā arī nenosaka problēmas specifiku dažādās sociālajās grupās un reģionos. Uz visiem šiem jautājumiem varētu atbildēt socioloģisks pētījums, jo lietiskās socioloģijas metodika ļauj atklāt slēptas likumsakarības, kas veido veselības aprūpes pieejamību atsevišķos reģionos un valstī kopumā.

Pētījuma mērķis

Pētījuma mērķis – izmantojot socioloģiskās metodes, apzināt reālo situāciju veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā no iedzīvotāju skatpunkta un salīdzināt to ar likumdošanā deklarēto.

Saskaņā ar pētījuma mērķi tika izvirzīti šādi **pamatuzdevumi**:

- 1) noteikt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības pakāpi dažādām sociāli demogrāfiskām, sociāli ekonomiskām u. c. iedzīvotāju grupām, ņemot vērā dažādos atšķirīgos apstākļus Latvijas reģionos;
- 2) noteikt iedzīvotāju neapmierinātības raksturu sakarā ar problemātisko veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību;
- 3) noteikt iedzīvotāju attieksmi pret dažādiem kompensējošās uzvedības modeļiem tādos apstākļos, kad trūkst iespējas izmantot veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī iedzīvotāju reālo rīcību;

Metode

Par šā socioloģiskā pētījuma metodiku bija pieņemta kvalitatīvas aptaujas metode respondentu dzīvesvietās, izmantojot formalizētas aptaujas anketas.

Aptaujas teritorijas tika izraudzītas, ņemot vērā gan reģionālo aspektu, gan Latvijas teritorijas sadalījumu pa slimokasēm. Tika nolemts aptaujāt Dienvidlatgales slimokases teritoriju (tā ir interesanta tajā ziņā, ka pārstāv visdepresīvāko Latvijas reģionu, turklāt šajā teritorijā agrāk nekā citur tika ieviests kapitācijas modelis), Rīgas novada slimokases teritoriju (šī slimokase apkalpo galvaspilsētas iedzīvotājus, kuriem objektīvi pastāv īpaša pozīcija veselības aprūpes sistēmā, turklāt RNSK teritorijā netika ieviests kapitācijas modelis ar fonda turēšanas principu) un Kurzemes slimokases teritoriju (interesanta tajā ziņā, ka pilnīgi aptver Kurzemes reģionu, kas ir ekonomiski augstāk attīstīts par citiem Latvijas reģioniem un kurā atrodas visbagātāka Latvijas pilsēta – Ventspils).²

Sadalījums pēc apdzīvotas vietas tipa tika pieņemts, lai noteiktu veselības aprūpes pieejamības ģeogrāfisko aspektu. Sadalot respondentus pēc dzīves vietas tipa, tika ņemts vērā gan apdzīvotās vietas administratīvais statuss (republikas pilsēta, pagasta centrs utt.), gan attālums no sabiedriskā transporta ceļiem (piemēram, lauku ciemati, kas ietverti aptaujā, atrodas salīdzinoši tālu no tādiem ceļiem, bet pagastu centri – pie šiem ceļiem). Turklāt tika plānots aptaujat pietiekamu skaitu viensētu iedzīvotāju, kuriem, manuprāt, ir vislielākās problēmas ar veselības aprūpes pieejamību dzīves vietas atrašanās dēļ, un daži no viņiem tāpēc var pat vispār izkrist no veselības aprūpes sistēmas redzeslauka.

Anketu skaitliskais sadalījums pa slimokasēm netika noteikts pēc teritorijas lieluma (Kurzemes slimokase apkalpo vislielāko teritoriju), bet pa ģeogrāfiskiem punktiem – pēc izlases nozīmīguma (spējas ticami pārstāvēt iedzīvotāju grupas); izvēle nenotika uz statistikas bāzes, jo statistiskais respondentu sadalījums proporcionāli pārstāvēs Latvijas iedzīvotājus kopējā izlasē, taču tajā netiks atspoguļota reģionālā un ģeogrāfiskā specifika, kas ir ļoti svarīga šajā pētījumā.

Ģeogrāfiskie punkti laukos tika izraudzīti pēc šādiem principiem:

- dažādu rajonu pārstāvēniecība;
- dažāds attālums no lielām pilsētām;
- dažāds administratīvais līmenis (pagastu centri un lauku ciemati);
- dažāds attālums no sabiedriskā transporta ceļiem;
- ģeogrāfisko punktu atrašana blakus vienam virzienam, it īpaši Kurzemē (lai optimizētu ceļa izdevumus).

Sociāli demogrāfiskā respondentu izlase atbilst reālajai Latvijas iedzīvotāju struktūrai (pēc oficiālās statistikas datiem) un tiek izmantota visās Daugavpils Universitātes Socioloģisko pētījumu laboratorijas aptaujās.

² Par to liecina Daugavpils Universitātes Socioloģisko pētījumu laboratorijas 2002. g. jūnijā veiktā aptauja "Reģionu konkurētspēja", kā arī oficiālās statistikas ikgadējie dati.

Izvēlētā pētījuma grupa

Izlases apraksts

Pētījumam ir izvēles raksturs. Pētījuma respondentu struktūra principā atspoguļo visu Latvijas iedzīvotāju sociāli demogrāfiskos rādītājus (tomēr jāņem vērā, ka pētījuma galveno kopumu veido Rīgas, Kurzemes un Dienvidlatgales iedzīvotāji). Izlases apjoms ir 1000 respondentu.

*Aptaujāto sociāli demogrāfisko un teritoriālo raksturojumu salīdzinājums
ar oficiālās statistikas datiem*

Statistiskie rādītāji	LR CSP dati ³	Noteikto grupu īpatsvars aptauju vidū	Starpība starp oficiālās statistikas datiem un pētījuma izlasi
<u>Dzimuma grupas:</u>			
vīrieši	46%	44%	2%
sievietes	54%	56%	2%
Kopā	100%	100%	
<u>Vecuma grupas:</u>			
17-29 gadi	26%	26%	-
30-49 gadi	35%	46%	11%
50-59 gadi	14%	10%	4%
60 un vairāk	25%	18%	7%
Kopā	100%	100%	
Vidējais vecums	38,2 gadi	41,2 gadi	3 gadi
<u>Sociāli teritoriālās grupas:</u>			
pilsētnieki	69%	65%	4%
laucinieki	31%	35%	4%
Kopā	100%	100%	
<u>Sociāli politiskās grupas:</u>			
Latvijas pilsoņi	76%	77%	1%
Latvijas nepilsoņi	24%	22%	2%
nav atbildes	-	1%	
Kopā	100%	100%	
<u>Nacionālās grupas:</u>			
latvieši	58%	54%	4%
cittautieši	42%	46%	4%
Kopā	100%	100%	

Aptaujāto sastāvs gandrīz pilnīgi atbilst reālajai iedzīvotāju struktūrai pēc tādiem rādītājiem kā dzimums, pilsonība un sociāli teritoriālais sadalījums, atšķirīga ir vecuma struktūra statistikas datiem par iedzīvotāju vecumu Latvijā, jo pensionāru īpatsvars ir mazāks.

³ "Latvijas statistikas gadagrāmata 2000" (LR CSP) – Rīga, 2000.

95% respondentu pašlaik nestrādā veselības aprūpes sistēmā, bet pārējie 5% jeb 50 cilvēku iedalāmi šādi:

ārsts vai speciālists ar augstāko medicīnisko izglītību	- 7 cilvēki
vidējā medicīniskā personāla darbinieks	- 21 cilvēks
zemākā medicīniskā personāla darbinieks	- 10 cilvēku
strādā ārstniecības iestādē, bet nav mediķis	- 12 cilvēku

Izsoles modeļa izstrāde

Strādājot ar respondentu izsoles struktūru, tika nolemts balstīties uz diviem principiem:

- 1) atbilstība oficiālās statistikas datiem;
- 2) socioloģiskā lietderība, proti, spēja aptaujas rezultātā iegūt socioloģiski kvalitatīvus, ticamus datus.

Jāatzīmē, ka šie divi principi tika izmantoti līdztekus, taču katrā respondentu izsoles noteikšanas posmā tika dota priekšroka kādam vienam principam. Piemēram, respondentu dzimuma, vecuma un izglītības struktūra, kā arī pilsētnieku un laucinieku īpatsvars, atbilst oficiālās statistikas datiem. Savukārt respondentu iedalījums pa slimokašu teritorijām, pa ģeogrāfiskajiem punktiem vairāk balstās uz socioloģiskās lietderības principa, jo, ņemot vērā statistiku, Rīgā vajadzētu aptaujāt ap 450 respondentu no 1000 (jo Rīgā dzīvo gandrīz puse no Latvijas iedzīvotājiem). Taču tas nav vajadzīgs no socioloģiskā aspekta, jo tādā gadījumā aptauja būtu vienpusīga un neatspoguļotu ne reģionālo, ne ģeogrāfisko veselības aprūpes problēmu specifiku Latvijā. Ģeogrāfisko punktu un respondentu skaita izvēles metodika ļauj pietiekami dziļi un pārlicinoši izpētīt problēmu specifiku gan lielās pilsētās, gan mazpilsētās, gan pagastos (gan tajos, kas atrodas tuvāk, gan tālāk no lielām pilsētām), arī attālinātos lauku ciematos un viensētās, jo tie ir pietiekami pārstāvēti respondentu kopējā izsolē.

2. tabula

Respondentu ģeogrāfiskais sadalījums

	Rīga		Kurzeme		Dienvidlatgale		Kopā	
Galvaspilsēta	200 cilv.	100%	-	-	-	-	200 cilv.	20%
Republikas pilsētas	-	-	100 cilv.	20%	50	17%	150 cilv.	15%
Pilsētas – rajonu centri	-	-	105 cilv.	21%	45 cilv.	15%	150 cilv.	15%
Mazpilsētas	-	-	95 cilv.	19%	55 cilv.	18%	150 cilv.	15%
Pagastu centri	-	-	80 cilv.	16%	70 cilv.	24%	150 cilv.	15%
Lauku ciemati	-	-	60 cilv.	12%	40 cilv.	13%	100 cilv.	10%
Viensētas	-	-	60 cilv.	12%	40 cilv.	13%	100 cilv.	10%
Kopā	200 cilv.	100%	500 cilv.	100%	300 cilv.	100%	1000 cilv.	100%

3. tabula

Kopējais aptaujāto sadalījums pa slimokasēm un ģeogrāfiskiem punktiem

	Rīgas novada slimokase	Kurzemes slimokase	Dienvidlatgales slimokase
1. Galvaspilsēta – Rīga	200		
2. Republikas pilsētas: Ventspils Liepāja Daugavpils		50 50	50
3. Pilsētas - rajonu centri: Kuldīga Saldus Talsi Krāslava		35 35 35	45
4. Mazpilsētas: Piltene (Ventspils raj.) Skrunda (Kuldīgas raj.) Grobiņa (Liepājas raj.) Ilūkste (Daugavpils raj.) Dagda (Krāslavas raj.)		35 30 30	30 25
5. Pagastu centri: Ugāle (Ventspils raj.) Zirņi (Saldus raj.) Ēdole (Kuldīgas raj.) Liegi (Liepājas raj.) Skaista (Krāslavas raj.) Šķeltova (Krāslavas raj.) Svente (Daugavpils raj.) Bebrene (Daugavpils raj.)		20 20 20 20	15 15 20 20
6. Lauku ciemati: Dzelda (Kuldīgas raj.) Rava (Liepājas raj.) Akmene (Liepājas raj.) Doļņaja (Daugavpils raj.) - Borovoje (Krāslavas raj.)		20 20 20	20 20
7. Viensētas (jebkuras, bet ne tuvāk par 5 km no pagastu centriem un lauku ciematiem)		60	40
Kopā:	200	500	300

Par izlases apjomu tika pieņemts $n=1000$, jo tādu respondentu skaitu var sadalīt pa sociāli demogrāfiskajām, sociāli ekonomiskajām, sociāli ģeogrāfiskajām, ideoloģiskajām u. c. grupām ar pietiekamu cilvēku skaitu katrā grupā, kas ļaus iegūt pietiekami ticamus datus par problēmu īpatnībām katrā atsevišķā aptaujāto grupā.

Izlases veidošana

Respondentu atlase notika pakāpeniski, soli pa solim:

- 1) visa izlases apjoma ($n=1000$) sadale pa slimokašu teritorijām;
- 2) anketu skaita latviešu un krievu valodā noteikšana katrā reģionā atbilstoši oficiālās statistikas rādītājiem;
- 3) ģeogrāfisko aptaujas punktu izvēle reģionos un aptaujāto skaita noteikšana tajos.

Iespējamās kļūdas

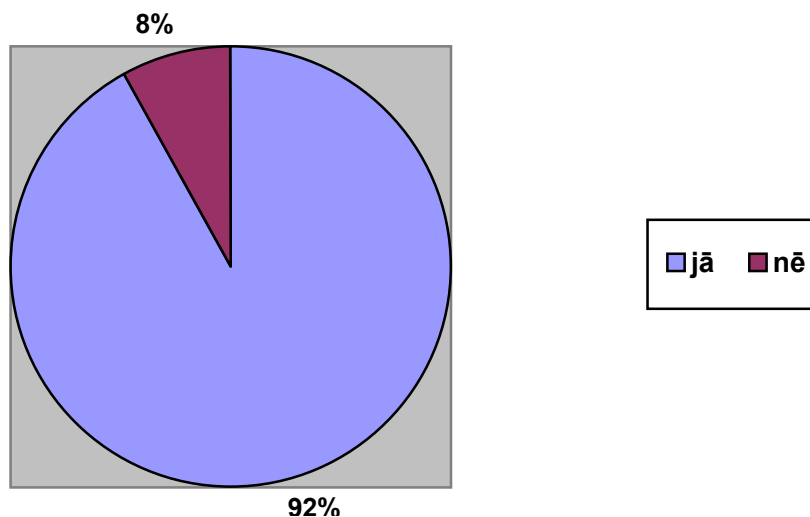
Lai gan tika lietotas formulas un pietiekami nopietnas aprēķināšanas metodes, ir iespējamās sistemātiskas izlases jeb pārstāvniecības kļūdas, kas veidojas tāpēc, ka netika aptaujāti stacionāros guļošie cilvēki, kā arī bezpajumtnieki. Mūsu pētījumā ir svarīgi to norādīt, jo zināmā mērā tas samazina iegūto hospitalizācijas biežuma rādītāju, tāpēc ka pētījuma izlasē neietilpst tobrīd stacionārā guļošie. Pētījuma izlasē salīdzinājumā ar oficiālo statistiku arī parādās lielāks slimokašu dalībnieku skaits, jo neaptaujušie bezpajumtnieki nav reģistrēti pie ģimenes ārstiem, un tādējādi aptaujāto vidū veidojas labāki veselības rādītāji, jo sociāli nelabvēlīgākās grupas izlasē iekļautas tikai daļēji. Turklāt pētījuma izlasē parasti netiek iekļauti bērni, taču šajā gadījumā informācija par veselības aprūpes pieejamību bērniem arī ir ļoti svarīga. Tomēr kopumā var secināt, ka iespējamo sistemātisko un nesistemātisko kļūdu lielums būtiski nesamazina pētījuma rezultātu ticamību.

Rezultāti

1. zīmējums

Atbilžu iedalījums: "Vai esat pierakstīts/pierakstīta pie ģimenes ārsta?"

Kopā: 1000 cilvēki = 100%



5. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai jums ir veselības apdrošināšanas polise?"

Kopā: 1000 cilvēki = 100%

Atbilžu varianti	Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja šo variantu
Nē, nav	78,9%
Jā, iegādājos par savu naudu	11,9%
Jā, daļēji apmaksāja sociālās palīdzības dienests, darba devējs utt.	3,3%
Jā, pilnībā apmaksāja darba devējs	5,3%
Jā, pilnībā apmaksāja sociālās palīdzības dienests	0,6%

6. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Cik bieži pēdējā gada laikā esat izmantojis/izmantojusi šādus veselības aprūpes pakalpojumus?"

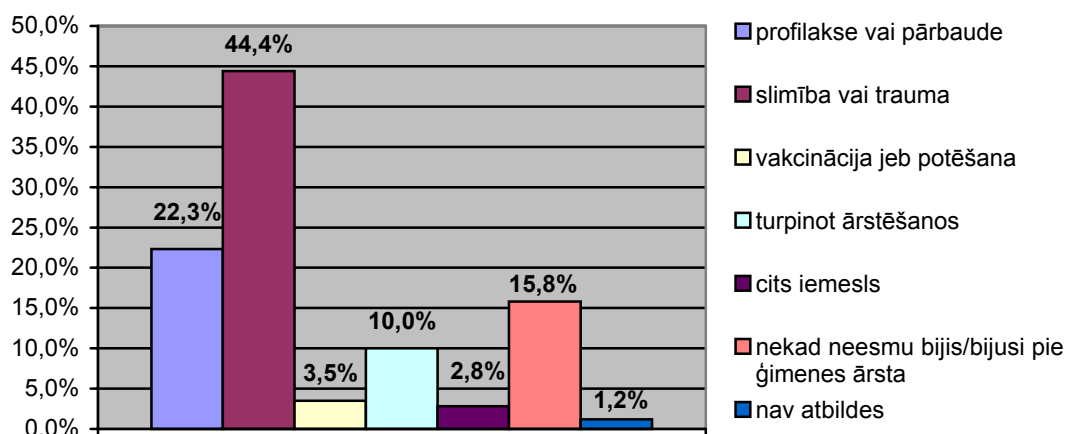
Kopā: 1000 cilv. = 100%

Pakalpojumu veidi	Minimums	Vidēji nosacītais lielums	Maksimums
Konsultācijas ar ārstu pa telefonu	0	0,29	20
Vizīte pie ģimenes ārsta	0	1,80	36
Ārsta izsaukums uz mājām	0	0,39	12
Vizīte pie ārsta-speciālista poliklīnikā	0	0,88	20
Vizīte pie zobārsta	0	0,94	10
Vizīte pie privāti praktizējoša speciālista (izņemot zobārstu)	0	0,37	30
Ārstēšanās slimnīcā (izņemot dzemdības)	0	0,16	6
Vizīte pie dziednieka vai tautas medicīnas speciālista	0	0,20	10
Ātrās palīdzības izsaukums	0	0,21	15

2. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kāda iemesla dēļ pēdējo reizi apmeklējāt savu ģimenes ārstu?"

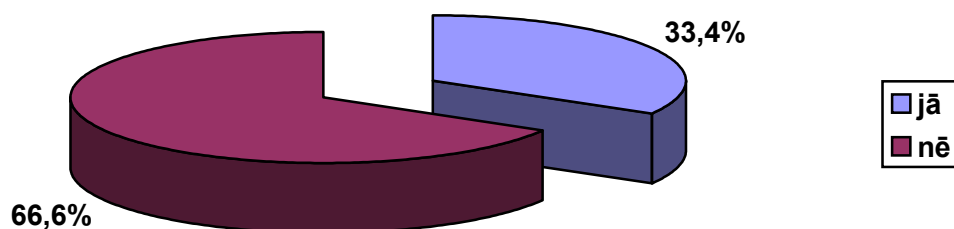
Kopā: 1000 cilv. = 100%



3. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?"

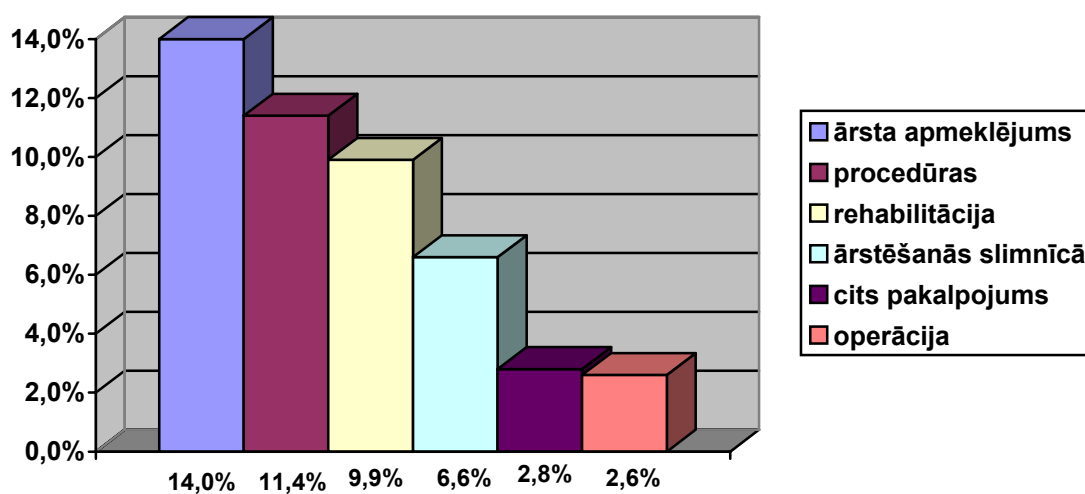
Kopā: 1000 cilvēki = 100%



4. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "No kādiem veselības aprūpes pakalpojumiem jums nācies atteikties pēdējā gada laikā?" (respondenti varēja atzīmēt dažus pakalpojumus)

Kopā: 1000 cilvēki = 100%



7. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Ja jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tad kāda iemesla dēļ?"
(Respondenti varēja atzīmēt dažus iemeslus.)

Kopā: 1000 cilvēki = 100%

Atteikšanas iemesli	Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja šo iemeslu
Naudas vai veselības apdrošināšanas polises trūkums	23,1%
Laika nepietiekamība	9,4%
Garas rindas	3,7%
Liels ārstniecības iestādes attālums no dzīves vietas	3,4%
Fiziski nebija iespējams tikt līdz ārstniecības iestādei (grūtības ar pārvietošanos)	1,5%
Ģimenes ārsts nedeva nosūtījumu	2,2%
Cits iemesls	0,8%

8. tabula

Atbilžu sadalījums jautājumu kopumam: "Vai jūs regulāri veicat kādu no šiem pasākumiem, lai nostiprinātu savu veselību?"

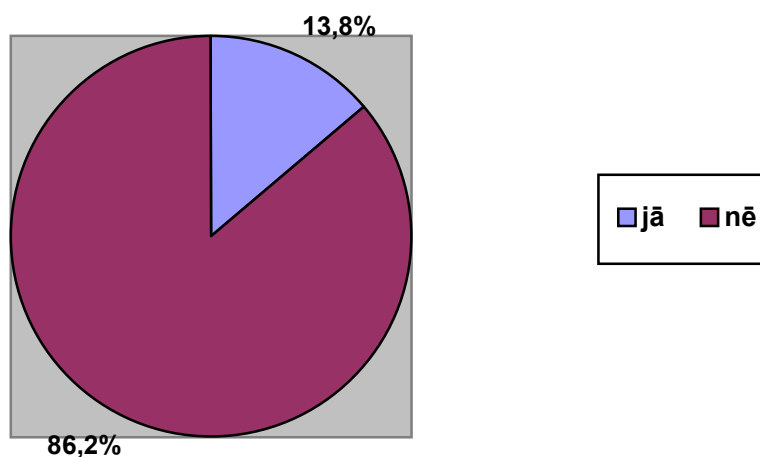
Kopā: 1000 cilvēki = 100%

Veselību veicinošie pasākumi	Pasākuma popularitātes līmenis	Jā	Nē
Pavadu daudz laika svaigā gaisā	1	65,7%	34,3%
Daudz staigāju	2	58,8%	41,2%
Dzeru ārstniecisko augu tēju	3	43,6%	56,4%
Regulāri un veselīgi ēdu	4	42,1%	57,9%
Izmantoju atpūtas dienas	5	35,0%	65,0%
Vingroju	6	33,6%	66,4%
Regulāri lietoju vitamīnus	7	32,9%	67,1%
Lasu literatūru par veselības kopšanu	8	31,8%	68,2%

5. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai jūs pēdējā gada laikā esat vērsies/vērsusies sociālās palīdzības dienestā ar veselības problēmām?"

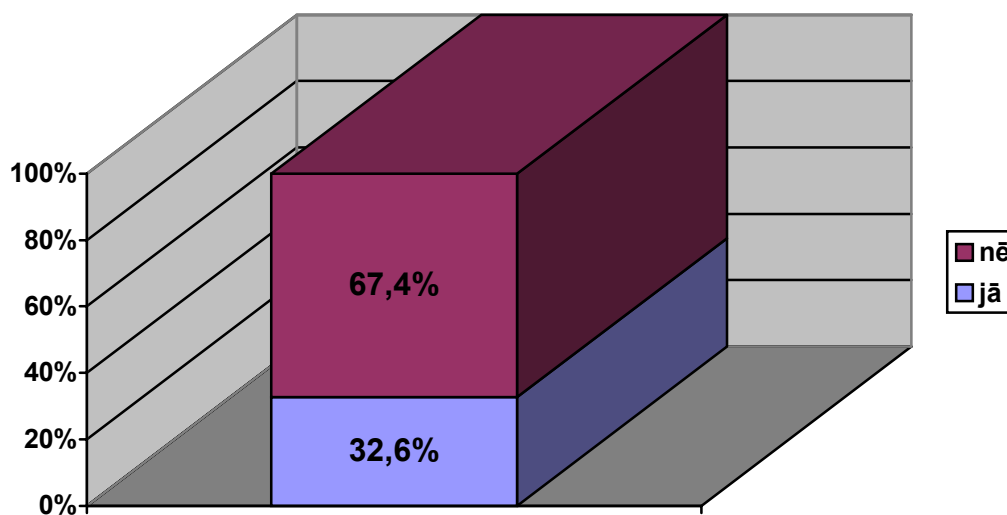
Kopā: 1000 cilv. =100%



6. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai sociālās palīdzības dienests palīdzēja jums atrisināt jūsu problēmu?"

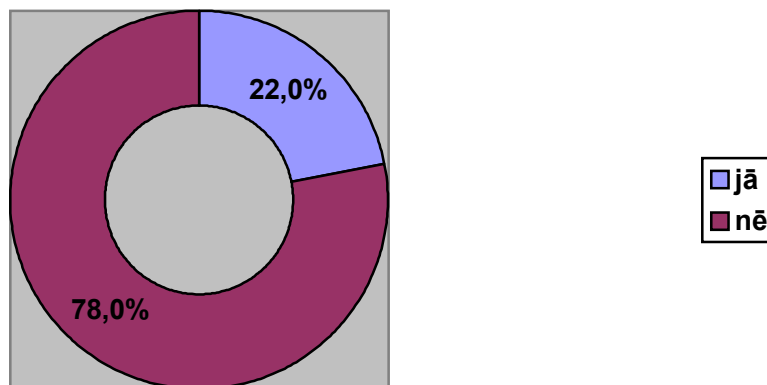
Kopā: 138 cilv. =100%



7. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai pēdējā gada laikā esat apmeklējis/apmeklējusi privāti praktizējošu ārstu?"

Kopā: 1000 cilv. =100%



9. tabula

Privāti praktizējošā ārsta apmeklēšanas iemesli

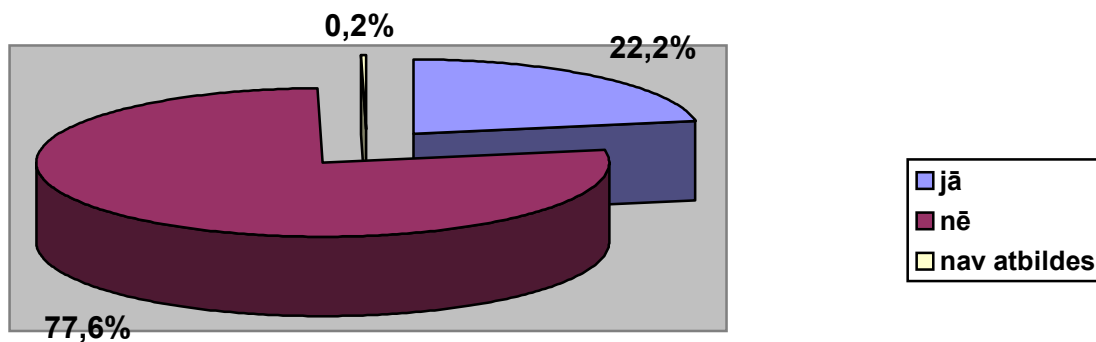
Kopā: 220 cilv. =100%

Iemesla formulējums	Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja šo iemeslu
Šis ārsts strādā labāk nekā speciālisti poliklīnikā	54,4%
Varu atļauties samaksāt dārgāk, lai saņemtu augsti kvalificētu palīdzību no privāti praktizējoša ārsta	21,7%
Grūti dabūt ģimenes ārsta nosūtījumu pie speciālista poliklīnikā	17,5%
Poliklīnikās ir garas rindas, un man nav laika	6,5%

8. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai pēdējā gada laikā esat apmeklējis/apmeklējusi ārstu-speciālistu poliklīnikā, nesaņemot ģimenes ārsta nosūtījumu?"

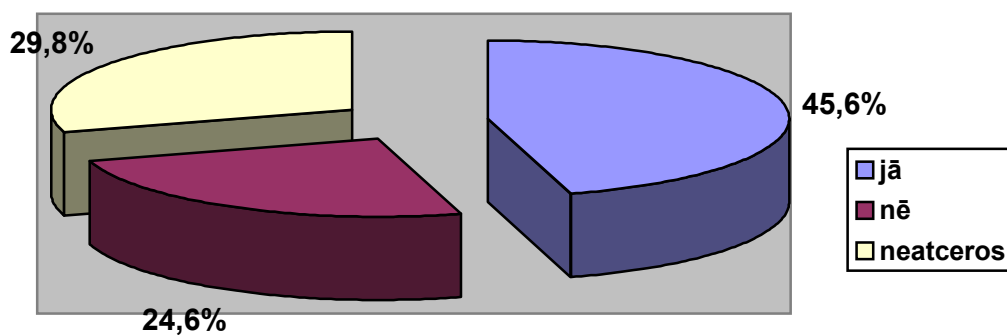
Kopā: 1000 cilvēki = 100%



9. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai pēdējā gada laikā, apmaksājot veselības aprūpes pakalpojumus, vienmēr esat saņēmis/saņēmusi čeku par savu maksājumu?"

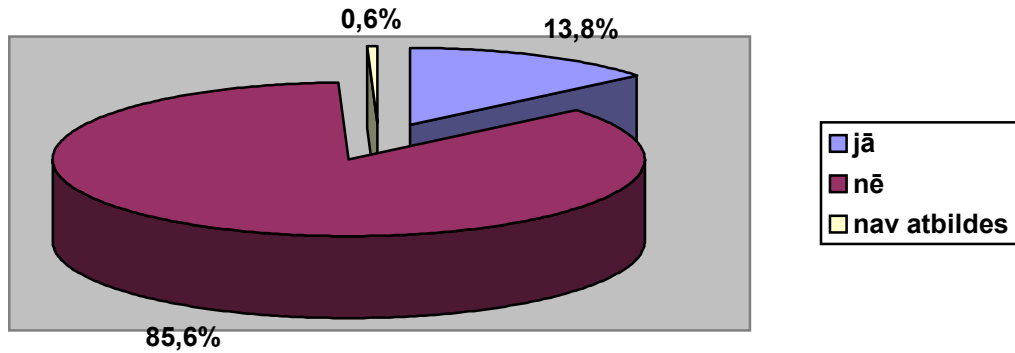
Kopā: 1000 cilvēki = 100%



10. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai pēdējā gada laikā personīgi esat maksājis/maksājusi ārstam neoficiālu honorāru?"

Kopā: 1000 cilv. =100%



10. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kas visvairāk nosaka to, kāda ir veselības aprūpe Latvijā un iedzīvotāju veselība?"

Kopā: 1000 cilv. =100%

Atbilžu varianti	Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja šo variantu
Politīķi un valdība, kuri veido veselības aprūpes politiku (Saeima, valdība)	40,9%
Pašu iedzīvotāju attieksme pret savu veselību	17,8%
Veselības aprūpes līmenis un mediķu profesionalitāte (ārsti un citi veselības aprūpes darbinieki)	16,2%
Valsts veselības aprūpes politikas ieviešana (Labklājības ministrija)	9,3%
Veselības aprūpes organizēšana (Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūra un tās filiāles)	7,6%
Darba vide un darba apstākļi	6,3%
Nav atbildes	1,2%
Cits	0,7%

11. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai sekojat pārmaiņām, kas notiek veselības aprūpes sistēmā Latvijā?"

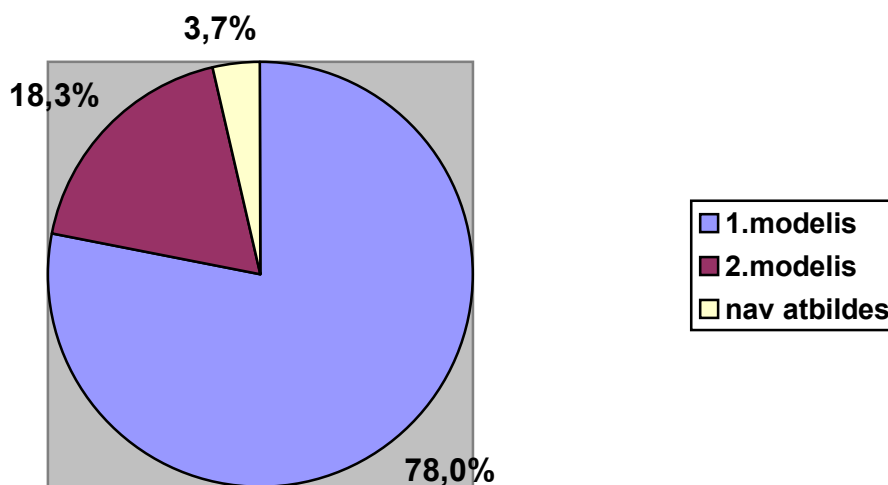
Kopā: 1000 cilv. =100%

Atbilžu varianti	Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja šo variantu
Jā, regulāri uzzinu par pārmaiņām no preses izdevumiem, no interneta, TV vai radio	27,0%
Jā, regulāri diskutēju ar kolēģiem vai draugiem par pārmaiņām veselības aprūpes sistēmā	14,0%
Nē, samērā maz zinu par notiekošajām pārmaiņām, bet gribētos zināt vairāk	39,8%
Nē, mani tas neinteresē	18,8%
Nav atbildes	0,4%

11. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kādu veselības aprūpes sistēmas modeli jūs vairāk atbalstāt?"

Kopā: 1000 cilv. =100%



1. modelis – finansējums no iedzīvotāju nodokļiem un visiem vienlīdzīgas iespējas saņemt valsts garantēto medicīnisko palīdzību neatkarīgi no veselības stāvokļa un ienākumiem.

2. modelis – iedzīvotāji brīvprātīgi apdrošina savu veselību (maksājot attiecīgi mazāk nodokļu), un katrs var saņemt tādu palīdzību, kādu atļauj viņa ienākumi.

12. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kurai politiskajai partijai jūs drīzāk uzticētu medicīnas problēmu risināšanu?"

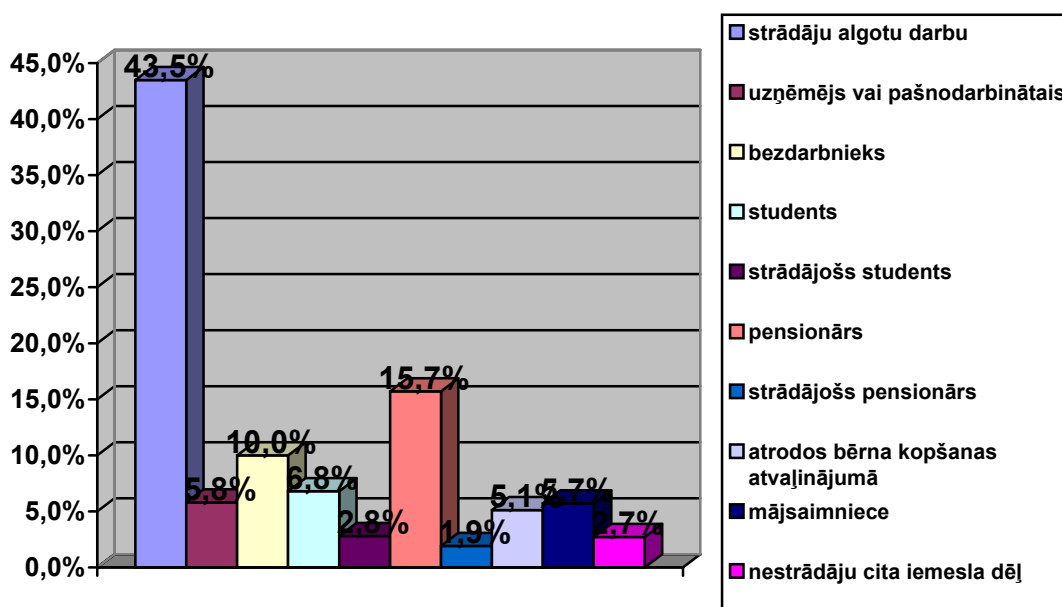
Kopā: 1000 cilv. =100%

Atbilžu variants	Atbilžu īpatsvars	Rangs
Apvienība "Par cilvēka tiesībām vienotā Latvijā" – PCTVL	13,8%	1
Tautas partija	8,2%	2
Tēvzeme un Brīvība/LNNK	6,8%	3
Latvijas ceļš	6,7%	4
Latvijas sociāldemokrātiskā strādnieku partija – LSDSP	6,4%	5
Jaunais laiks	4,3%	6
Cita partija	0,5%	7
Tādas nav	21,8%	
Grūti pateikt	31,5%	

12. zīmējums

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kāda ir jūsu nodarbošanās?"

Kopā: 1000 cilv. =100%



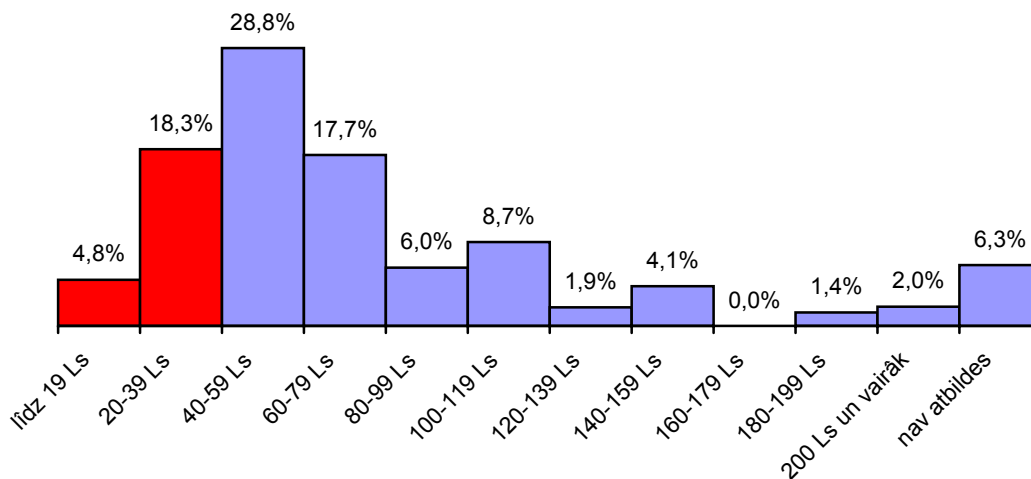
13. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kā jūs vērtējat savu veselību pēdējos piecos gados?"
Kopā: 1000 cilvēki = 100%

Atbilžu varianti	Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja šo variantu
Neslimoju	9,2%
Bijušas tikai parastas saaukstēšanās slimības	47,8%
Bijušas arī nopietnākas slimības, taču izdevies izārstēties	10,6%
Ir hroniskas slimības vai kaites	17,7%
Bijušas nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš vēl tagad	8,6%
Ir invaliditāte	4,9%
Cits	0,5%
Nav atbildes	0,7%

13. zīmējums

"Norādiet, lūdzu, ienākumus jūsu ģimenē uz vienu cilvēku mēnesī (latos)!"
Kopā: 1000 cilvēki = 100%



Minimālais ienākums	0 Ls
Vidējais ienākums	65,33 Ls
Maksimālais ienākums	700 Ls
Ienākums, ko respondenti nosauca visbiežāk	50 Ls
Mediāna, t. i., ienākumu lielums, zem un virs kura atrodas 50% respondentu	54 Ls

14. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kurš no piedāvātajiem variantiem vislabāk raksturo naudas iedalījumu jūsu ģimenē?"

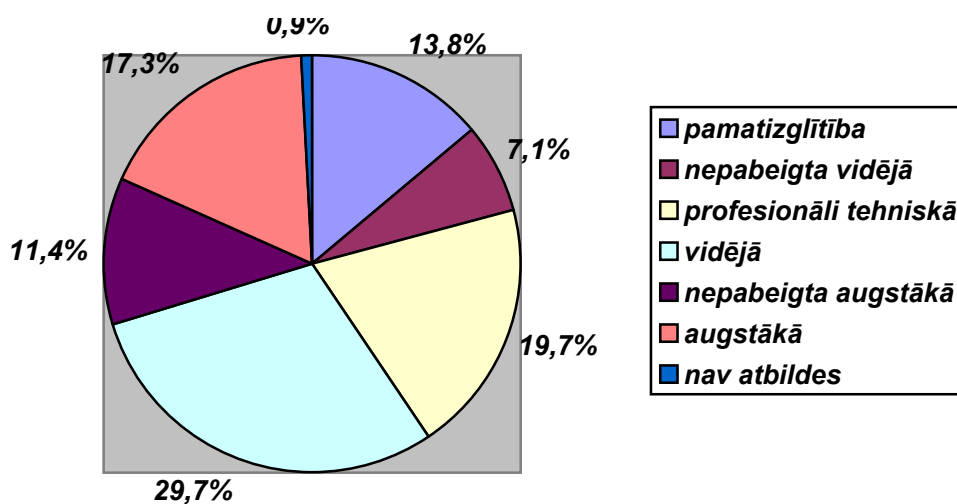
Kopā: 1000 cilvēki = 100%

Atbilžu varianti	Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja šo variantu
Naudas pilnīgi pietiek, īpaši netaupām	4,8%
Dzīvojam taupīgi, bet naudas parasti pietiek	17,9%
Dzīvojam ļoti taupīgi, lielākiem pirkumiem naudu sakrājam ar grūtībām	22,8%
Naudas tikko pietiek pārtikai, apģērbam un komunālajiem maksājumiem	29,8%
Diemžēl naudas pietiek tikai pārtikai	17,2%
Naudas nepietiek pat pārtikai, dzīvojam pusbadā	3,6%
Nav atbildes	3,9%

14. zīmējums

Respondentu izglītība

Kopā: 1000 cilvēki = 100%



Analīze

Pētījuma pamatrezultātu jeb pētāmās problēmas fona apskats

Pierakstīšanās pie ģimenes ārstiem

15. tabula

Slimokases dalībnieku skaita salīdzinājums pēc pētījuma un pēc oficiālās statistikas datiem

Aģentūras filiāles	Socioloģiskā pētījuma dati, 2002. g. augusts	VOVAA dati, 2002. g. oktobris
Rīgas novada slimokase	85%	88,99%
Kurzemes slimokase	93%	92,67%
Dienvidlatgales slimokase	95%	93,19%

Aptaujas rezultāti parāda, ka respondentu vidējais pierakstīšanās līmenis pie ģimenes ārstiem ir 92%. Rodas jautājums: "Kas ir tie cilvēki, kas līdz šim brīdim nav pierakstījušies pie ģimenes ārsta?"

Visaugstākais pie ģimenes ārsta nepierakstīto skaits ir veselu respondentu vidū, un tas pakāpeniski samazinās līdz ar veselības stāvokļa pasliktināšanos.

16. tabula

Respondentu pierakstīšanās līmenis pie ģimenes ārstiem atkarībā no veselības stāvokļa novērtējuma

Veselības stāvokļa novērtējums pēdējos 5 gados	Pie ģimenes ārsta nepierakstīto skaits, %
Neslimoju	25,0
Bijušas tikai parastas saaukstēšanās slimības	8,8
Bijušas arī nopietnākas slimības, taču izdevies izārstēties	2,8
Ir hroniskas slimības vai kaites	2,3
Bijušas nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš vēl tagad	3,5
Ir invaliditāte	8,2

Var secināt, ka iedzīvotāji ar veselības problēmām aktīvāk reģistrējas pie ģimenes ārstiem. Izņēmums ir invalīdi – to vidū pie ģimenes ārstiem nepierakstīto skaits ir tāds pats kā praktiski veselo respondentu vidū.

Attiecībā uz nepierakstīto respondentu sadalījumu pēc ienākumu grupām var secināt, ka, pieaugot mēneša ienākumiem, samazinās slimokases dalībnieku īpatsvars. Šī tendence izskatās šādi:

0-29 Ls uz vienu ģimenes locekli mēnesī – 2,8% nepierakstīto;

30-59 Ls uz vienu ģimenes locekli mēnesī – 6,8% nepierakstīto;

60-99 Ls uz vienu ģimenes locekli mēnesī – 8,9% nepierakstīto;

100 Ls un vairāk uz vienu ģimenes locekli mēnesī – 11,6% nepierakstīto.

Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas polises

Lielākajai daļai respondentu – 78,9% – vispār nav veselības apdrošināšanas polises. 11,9% aptaujāto iegādājās polisi par savu naudu, 5,3% respondentu veselības apdrošināšanas polisi pilnīgi apmaksā darba devējs, 0,6% – sociālās palīdzības dienests, un 3,3% aptaujāto polisi daļēji apmaksā darba devējs vai sociālās palīdzības dienests.

17. tabula

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Vai jums ir veselības apdrošināšanas polise?", ņemot vērā situāciju reģionos

Atbilžu varianti	Viss masīvs	Rīga	Kurzeme	Dienvidlatgale
Nē, nav	78,9%	79,0%	80,6%	76,0%
Jā, iegādājos par savu naudu	11,9%	8,0%	10,8%	16,3%
Jā, daļēji apmaksā sociālās palīdzības dienests, darba devējs utt.	3,3%	1,5%	4,4%	2,7%
Jā, pilnīgi apmaksā darba devējs	5,3%	11,5%	3,4%	4,3%
Jā, pilnīgi apmaksā sociālās palīdzības dienests	0,6%	-	0,8%	0,7%

Kā redzams no tabulas, Latvijas reģionos ir vairāk polišu īpašnieku nekā Rīgā, taču Rīga krasi atšķiras ar to, ka polisi ievērojami biežāk pilnīgi apmaksā darba devējs, bet reģionos ir augstāka sociālās palīdzības dienestu loma polišu iegādē.

Analizējot cilvēku rīcību saistībā ar brīvprātīgās apdrošināšanas polisēm, lietderīgi būtu ņemt vērā divas respondentu grupas:

- 1) tos, kas iegādājās polisi par savu naudu – 119 cilvēki jeb 11,9%;
- 2) tos, kam nav veselības apdrošināšanas polises – 789 cilvēki jeb 78,9%.

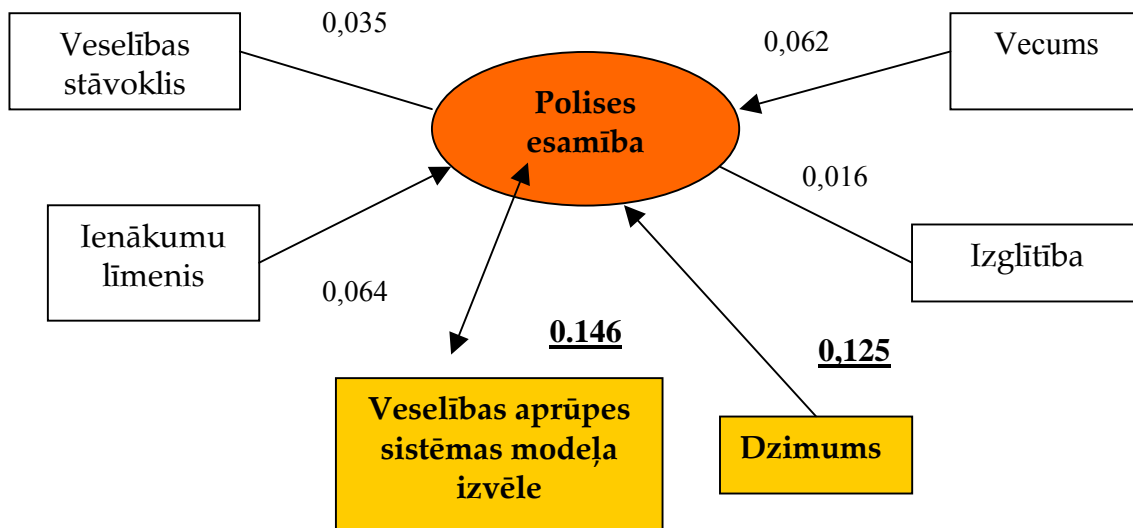
Šī atlase ir pieņemta par socioloģiski lietderīgu, jo abas grupas atspoguļo divas pretējas rīcības situācijas, turpretim starpvarianti (piemēram, tāds, ka "polisi pilnīgi apmaksā darba devējs") nesniedz priekšstatu par paša cilvēka aktivitātes komponentu, jo nav zināms, kurā grupā viņš ietilptu gadījumā, ja darba devējs viņam neapmaksātu veselības apdrošināšanas polisi.

Ir jāatbild uz šādiem jautājumiem: kādi faktori stimulē cilvēku brīvprātīgi apdrošināt savu veselību par savu naudu? Kā veselības apdrošināšanas polises iegāde par savu naudu ietekmē cilvēka pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem?

Atbildei uz šiem jautājumiem tiek izmantots Kendela korelācijas koeficients.⁴

15. zīmējums

*Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas polises iegāde atkarība no dažādiem faktoriem (pēc Kendela korelācijas koeficienta)**



* *nozīmības barjera – 0,05, t. i., saiknes, kuru koeficients ir zemāks par 0,05, - nav nozīmīgas*

Kā redzams no zīmējuma, cilvēka veselības stāvoklis un izglītība vispār neietekmē viņa izvēli veselības apdrošināšanas polises iegādes ziņā, savukārt vecums un pat ienākumu līmenis to ietekmē samērā vāji. Par vērtīborientācijām saistībā ar valsts veselības aprūpes sistēmas modeli īpaši jāpiebilst, ka te saikne ir divpusējā, t. i., brīvprātīgas veselības apdrošināšanas sistēmas modeļa atbalsts tikpat stipri stimulē cilvēku iegādāties polisi par savu naudu, cik polises esamība stimulē viņu atbalstīt brīvprātīgas veselības apdrošināšanas sistēmu (ar citiem faktoriem polises esamības korelācija ir vienpusēja, jo skaidrs, piemēram, ka polise nekādā ziņā nevar ietekmēt cilvēka dzimumu vai vecumu). Izrādās arī, ka respondentu dzimums stipri korelē ar tieksmi iegādāties polisi par savu naudu, turklāt vīrieši brīvprātīgi apdrošinājušies divreiz biežāk nekā sievietes (18,1% pret 9,5%), bet brīvprātīgas apdrošināšanas veselības aprūpes sistēmas modeļa piekritēji īsteno savus uzskatus, t. i., iegādājās polisi par savu naudu ievērojami biežāk nekā valsts finansētas veselības aprūpes sistēmas modeļa piekritēji (23,7% pret 10,8%). Turklāt respondentu dzimuma korelācijas pakāpe ar veselības aprūpes modeļa izvēli, lai gan nav nenozīmīga, tomēr ir samērā vāja – 0,079. Tas nozīmē, ka vīrieši biežāk iegādājas polisi par savu naudu,

⁴ Kendela korelācijas koeficients rada saiknes pastāvību un stiprumu starp pētāmo parādību un iespējamiem ietekmējošiem faktoriem. Kendela koeficienta modulārais lielums var būt no 0 līdz 1 (šajā gadījumā nav svarīgi, vai tā ir pozitīva jeb proporcionāla korelācija, vai negatīva jeb atgriezeniski proporcionāla korelācija (apzīmē ar "+" vai "-"), pats galvenais – vai vispār ir nozīmīga saikne starp diviem lielumiem). Turklāt 0 nozīmē, ka saiknes nav, bet 1 nozīmē, ka pastāv visciešākā saikne. Kendela korelācijas koeficientam ir kāda neērta īpatnība: norādot uz nozīmīgas saiknes pastāvēšanu, tas nenorāda, kurš mainīgais ir iemesls un kurš - sekas. Par to sociologam loģiski jāspriež pēc konkrētās situācijas konteksta.

nevis atbalstot brīvprātīgas apdrošināšanas veselības aprūpes sistēmas modeli, bet kāda cita iemesla dēļ. Zināmā mērā par tādu iemeslu var būt tas, ka vīriešiem ir augstāki ienākumi (ienākumu līmenis diezgan stipri korelē ar dzimumu – 0,085, turklāt vīriešu labā). Šo situāciju var zināmā mērā izskaidrot arī tādējādi, ka apdrošināšanas sabiedrības piedāvā kopējo apdrošināšanas paketi, kurā vienlaikus ar autoapdrošināšanu ietilpst arī veselības apdrošināšana (protams, šis pakalpojums stimulē vīriešus iegādāties brīvprātīgas veselības apdrošināšanas polises).

Turpmākā analīze parādīja, ka iegādāta veselības apdrošināšanas polise samērā stipri ietekmē cilvēka uzvedību veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanā.

18. tabula

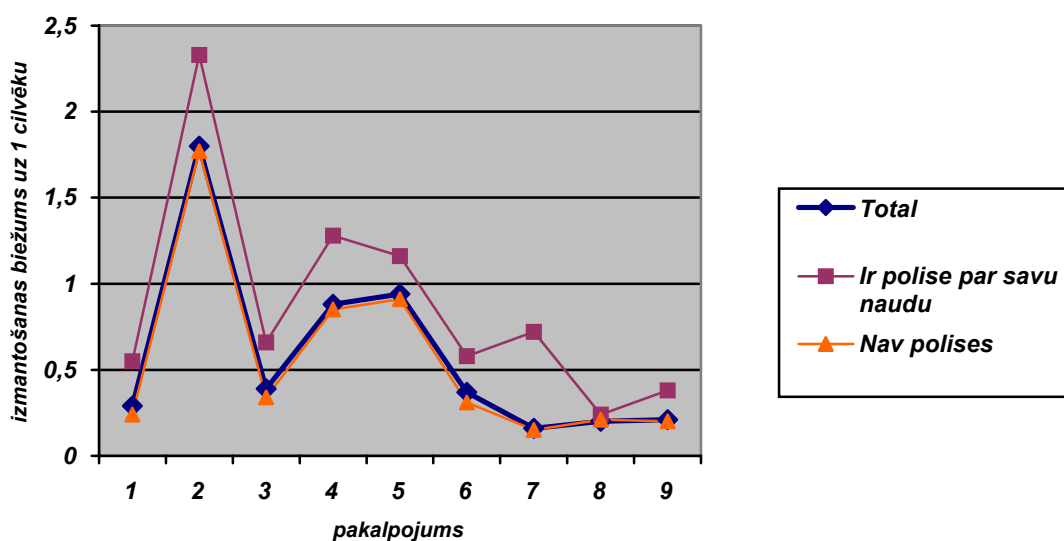
Respondentu medicīnisko pakalpojumu izmantošanas biežuma saistība ar veselības apdrošināšanas polises esamību - pēc Kendela korelācijas koeficienta

Pakalpojums	Kendela korelācijas koeficients	Rangs
Vizīte pie privāti praktizējošā speciālista (izņemot zobārstu)	0,184	1
Konsultācijas ar ārstu pa telefonu	0,171	2
Ārsta izsaukums uz mājām	0,159	3
Ārstēšanās slimnīcā (izņemot dzemdības)	0,128	4
Vizīte pie ģimenes ārsta	0,113	5
Vizīte pie zobārsta	0,107	6
Vizīte pie ārsta-speciālista poliklīnikā	0,087	7
Vizīte pie dziednieka vai tautas medicīnas speciālista	Nav nozīmīgu saikņu	
Ātrās palīdzības izsaukums		

Kā redzams no iepriekšējās tabulas, gandrīz visu norādīto pakalpojumu izmantošanas biežumu lielākā vai mazākā mērā ietekmē polises esamība. Izņēmums ir tikai dziednieku vai tautas medicīnas speciālistu apmeklēšana un ātrās palīdzības izsaukums, ko cilvēki izmanto neatkarīgi no tā, vai viņiem ir veselības apdrošināšanas polise vai nav. Taču pirmās trīs vietas pēc korelācijas ciešuma aizņem tādi pakalpojumi, ko visretāk apmaksā veselības apdrošināšanas sabiedrības. No tā var vēlreiz secināt, ka polišu īpašnieki – nav turīgi un racionāli cilvēki, bet gan tie, kas aktīvi (dažreiz, pārāk aktīvi) rūpējās par savu veselību.

**Veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežums uz 1 cilvēku pēdējā gada laikā
atkarībā no brīvprātīgās veselības apdrošināšanas polises esamības
(vidēji noteiktajos lielumos)**

Pakalpojums	Vidējais rādītājs visā masīvā 1000 cilv.	Polise iegādāta par savu naudu 119 cilv.	Nav polises 789 cilv.
1. Konsultācijas ar ārstu pa telefonu	0,29	0,55	0,24
2. Vizīte pie ģimenes ārsta	1,80	2,33	1,77
3. Ārsta izsaukums uz mājām	0,39	0,66	0,34
4. Vizīte pie ārsta-speciālista poliklīnikā	0,88	1,28	0,85
5. Vizīte pie zobārsta	0,94	1,16	0,91
6. Vizīte pie privāti praktizējošā speciālista (izņemot zobārstu)	0,37	0,58	0,31
7. Ārstēšanās slimnīcā (izņemot dzemdības)	0,16	0,72	0,15
8. Vizīte pie dziednieka vai tautas medicīnas speciālista	0,20	0,24	0,21
9. Ātrās palīdzības izsaukums	0,21	0,38	0,20



Ir redzams, ka medicīnisko pakalpojumu izmantošanas ziņā to cilvēku izturēšanās, kam ir veselības apdrošināšanas polise, vairāk atšķiras no vidējiem rādītājiem, nekā to cilvēku uzvedība, kam polises nav. Citiem vārdiem sakot, *ja cilvēkam nav veselības apdrošināšanas polises, viņš izmanto medicīnas pakalpojumus tad, kad viņam tie ir vajadzīgi, bet, ja cilvēkam ir veselības apdrošināšanas polise, viņam rodas zināma tieksme izmantot veselības aprūpes pakalpojumus bez īpašas vajadzības.*

Tas ir tā sauktais “bezmaksas medicīnas efekts”, kad cilvēki domā: kāpēc man neapmeklētu ārstu, ja par to nevajag maksāt? Arī veselības apdrošināšanas polisi īpašnieki domā līdzīgi: kāpēc man neapmeklētu ārstu, ja es esmu (vai kāds cits, kurš maksājis par polisi) jau iepriekš to apmaksājis?

Veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana

Pētījuma rezultātu vispārējā analīze parādīja, ka cilvēki izmanto veselības aprūpes pakalpojumus samērā reti. Visbiežāk – apmēram 2 reizes gadā uz 1 cilvēku – respondenti apmeklē ģimenes ārstu, pēc tam seko zobārsta un ārsta-speciālista apmeklējums poliklīnikā (gandrīz pa 1 reizei gadā uz cilvēku). Citi veselības aprūpes pakalpojumi tiek izmantoti ievērojami retāk. Vidējā, kā arī reģionālā veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana parādīta nākamajā tabulā.

20. tabula

Veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežums uz 1 cilvēku pēdējā gada laikā, ieskaitot reģionālo sadalījumu

Pakalpojums	Vidējais rādītājs visā masīvā 1000 cilv.	Rīgas novada slimokases teritorija 200 cilv.	Kurzemes slimokases teritorija 500 cilv.	Dienvidlatgales slimokases teritorija 300 cilv.
Vizīte pie ģimenes ārsta	1,80	1,52	1,52	2,46
Vizīte pie zobārsta	0,94	1,18	0,79	1,04
Vizīte pie ārsta-speciālista poliklīnikā	0,88	1,08	0,66	1,10
Ārsta izsaukums uz mājām	0,39	0,70	0,20	0,50
Vizīte pie privāti praktizējošā speciālista (izņemot zobārstu)	0,37	0,68	0,23	0,38
Konsultācijas ar ārstu pa telefonu	0,29	0,36	0,20	0,39
Ātrās palīdzības izsaukums	0,21	0,14	0,16	0,35
Vizīte pie dziednieka vai tautas medicīnas speciālista	0,20	0,20	0,29	0,06
Ārstēšanās slimnīcā (izņemot dzemdības)	0,16	0,11	0,15	0,22

Izrādās, ka iepriekšminētie trīs pakalpojumi: ģimenes ārsta, zobārsta un ārsta-speciālista apmeklējums poliklīnikā – ir vispieprasītākie visos pētāmajos reģionos, taču atšķiras to izmantošanas intensitāte. Piemēram, visintensīvāk ģimenes ārsta apmeklēšana notiek Dienvidlatgales slimokases teritorijā (t. i., Daugavpils un Krāslavas rajonā) salīdzinājumā ar Rīgu un Kurzemi. Šo faktu samērā viegli izskaidrot tā, ka tieši Dienvidlatgales slimokase pirmā sāka strādāt pēc jauktās kapitācijas principa, kas reāli “apmāca” pacientus ar savam veselības problēmām vispirms doties pie ģimenes ārstiem. Vienlaikus Dienvidlatgales slimokases teritorijā ir visaugstākais

pie ģimenes ārsta pierakstījušos iedzīvotāju īpatsvars – 95% (Rīgā tas ir 85%, Kurzemē – 93%). Šāds fakts varētu būt stimulējis ģimenes ārstu apmeklējumus.

Apskatot iepriekšējās tabulas datus, var secināt, ka Rīga īpaši izceļas ar “mīlestību” pret privāti praktizējošiem ārstiem un ārsta izsaukumiem uz mājām, bet Dienvidlatgale – pret ātrās palīdzības izsaukumiem un ārstēšanos slimnīcā. Tas netieši liecina par rīdzinieku ienākumiem salīdzinājumā ar latgaliešiem, kā arī par to, ka Latgalē ir lielāks ielaisto slimību skaits, kuras jāārstē stacionārā, uz kuru Latgales pacientus bieži aizved ātra palīdzība, t. i., Latgales iedzīvotājiem ir sliktāks veselības stāvoklis nekā rīdziniekiem. Šos apgalvojumus var arī pierādīt ar aptaujas rezultātiem. Tā rīdzinieku vidū ir 9,6% cilvēku ar hroniskām slimībām vai kaitēm un 0,5% invalīdu, taču Dienvidlatgalē tādu cilvēku ir ievērojami vairāk - attiecīgi 23,5% un 4,7%. Saistībā ar ienākumiem var atzīmēt, ka Rīgā vidējais ienākums uz 1 ģimenes locekli mēnesī ir 115,90 Ls, bet Dienvidlatgalē – tikai 46,64 Ls (pat ņemot vērā dzīves dārdzību Rīgā, starpība joprojām ir ļoti liela).

Biežāka stacionāru un ātrās palīdzības pakalpojumu izmantošana liecina par primārās veselības aprūpes nepieejamību, jo, ja slimība ir ielaista tik tālu, ka ir vajadzība ārstēties slimnīcā vai izsaukt ātro palīdzību, var secināt, ka nav tikusi sniegta savlaicīga medicīniskā palīdzība, ko varētu nodrošināt primārā veselības aprūpe.

Tomēr būtu lietderīgi pētījumā iegūtos datus par dažu medicīnisko pakalpojumu izmantošanas biežumu uz 1 cilvēku gadā salīdzināt ar oficiālās statistikas rādītājiem. Tā, Veselības statistikas departaments aprēķinājis, ka 2001. gadā ārstu apmeklējumu skaits uz 1 iedzīvotāju (neskaitot zobārstu) bijis 4,78 reizes⁵, taču šā pētījuma dati rāda, ka, pat pievienojot ģimenes ārstu, ārstu-speciālistu un privāti⁶ praktizējošo ārstu apmeklējumus, apmeklējumu skaits ir tikai 3,05 reizes gadā uz 1 iedzīvotāju. Interesanti, ka ātrās palīdzības izsaukumu biežums pēc mūsu pētījuma un oficiālajiem statistikas datiem pilnīgi sakrīt (0,21 reizes gadā uz 1 iedzīvotāju), bet hospitalizācijas biežums tikai nedaudz atšķiras (0,16 reizes pēc mūsu pētījuma datiem un 0,21 reizes pēc oficiālās statistikas datiem).

⁵ “Latvijas iedzīvotāju veselības un veselības aprūpes pārskats 2001” – VSD, Rīga, 2002 – 51. lpp.

⁶ Turpat, 53. lpp.

Veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežuma atkarības esamība no dažādiem sociālajiem faktoriem pēc Kendela korelācijas koeficienta

Ietekmējošie faktori	Veselības stāvoklis*	Ienākumi uz 1 ģimenes locekli**	Dzimums	Vecums**	Izglītība**	Veselības apdrošināšanas polises esamība
Pakalpojums						
1. Konsultācijas ar ārstu pa telefonu	+0,090	+0,061	Nav saiknes	Nav saiknes	Nav saiknes	0,171
2. Vizīte pie ģimenes ārsta	+0,276	Nav saiknes	0,078	+0,093	Nav saiknes	0,113
3. Ārsta izsaukums uz mājām	+0,164	+0,127	Nav saiknes	+0,093	Nav saiknes	0,159
4. Vizīte pie ārsta-speciālista poliklīnikā	+0,189	+0,106	0,095	Nav saiknes	+0,058	0,087
5. Vizīte pie zobārsta	-0,058	+0,155	Nav saiknes	-0,082	+0,116	0,107
6. Vizīte pie privāti praktizējošā speciālista (izņemot zobārstu)	+0,081	+0,202	Nav saiknes	+0,060	+0,117	0,184
7. Ārstēšanās slimnīcā (izņemot dzemdības)	+0,275	Nav saiknes	0,083	+0,148	-0,111	0,128
8. Vizīte pie dziednieka vai tautas medicīnas speciālista	+0,231	Nav saiknes	0,132	+0,129	Nav saiknes	Nav saiknes
9. Ātrās palīdzības izsaukums	+0,266	Nav saiknes	Nav saiknes	+0,182	-0,131	Nav saiknes
Nozīmīgo saikņu skaits	9	5	4	7	5	7

* Saistībā ar veselības stāvokli ir svarīga ne tikai saiknes esamība, bet arī tās zīme: "+" vai "-". Turklāt šajā gadījumā – "-" nozīmē to, ka jo sliktāks ir veselības stāvoklis, jo retāk cilvēks izmanto šo pakalpojumu, bet "+" zīmes nozīmē ir tieši pretēja.

** Saistībā ar ienākumiem, vecumu un izglītību ir svarīga ne tikai saiknes esamība, bet arī tās zīme: "+" vai "-". Turklāt "+" nozīmē proporcionālas saiknes esamību, t. i., jo lielāki ir ienākumi, vecums un izglītības līmenis, jo biežāk cilvēks izmanto kādu pakalpojumu, bet "-" zīme norāda, ka saikne ir atgriezeniski proporcionāla.

Kā redzams no tabulas, veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežums pēdējā gada laikā visciešāk bijis saistīts ar cilvēku veselības stāvokli, turklāt tieši proporcionāli, t. i., cilvēki ar sliktāku veselību biežāk izmantojuši medicīnas pakalpojumus, it īpaši tādus kā vizīte pie ģimenes ārsta, ārstēšanās slimnīcā un ātrās palīdzības izsaukums. Izņēmums ir zobārstnieciskie pakalpojumi, ar kuriem veselības stāvoklim ir samērā vāja atgriezeniski proporcionālā saikne. Tas nozīmē, ka iedzīvotāju apziņā cilvēks ar slimiem zobiem neskaitās slimšs. Tas ir gadījums, kad cilvēku reālo rīcību saistībā ar veselības aprūpi vairāk ietekmē sociālās normas nekā medicīniskie kritēriji. Izrādās, ka sociālo grupu subkultūras vērtību sistēmā bojāti zobi vēl neskaitās slimība. (Detalizētāk – par sociālās subkultūras ietekmi uz cilvēka uzvedību veselības aprūpes ziņā lasiet pētījuma programmas nobeigumā.)

Kā var secināt no tās pašas tabulas datiem, respondentu vecums visciešāk ir saistīts ar ārstēšanos slimnīcā un ātrās palīdzības izsaukumu biežumu, turklāt tieši proporcionāli. Tas nozīmē, ka vecāki cilvēki ievērojami biežāk ārstējās slimnīcā un izsauca ātro palīdzību, taču interesanti ir tas, ka zobus biežāk ārstē jaunāki cilvēki. Tas zināmā mērā atspoguļo padomju laiku ārstēšanas stereotipu, kad cilvēki bieži ārstējās slimnīcā bez īpašas vajadzības. Taču savlaicīga zobu ārstēšana lielā mērā ir profilaktiskais pasākums, kas vecākās paaudzes iedzīvotājiem nav raksturīgs.

Saistībā ar tādiem faktoriem kā ienākumu līmenis un izglītība, var secināt, ka tie mazāk ietekmē veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežumu. Ienākumu līmenis stiprāk ietekmē medicīnisko pakalpojumu izmantošanu nekā izglītība. It īpaši turīgie cilvēki mēdz apmeklēt zobārstus un privāti praktizējošus speciālistus, un šajā ziņā tas tuvina turīgus cilvēkus augstāk izglītotiem, kas arī biežāk izmanto šos pakalpojumus.

Dzimuma ietekme uz veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežumu izpaužas tā, ka sievietes biežāk griežas pie tautas dziedniekiem, kā arī samērā biežāk ārstējās slimnīcā un vēršas pie ģimenes ārstiem un ārstiem-speciālistiem poliklīnikā. Taču jāatzīmē, ka uz citu faktoru fona dzimums samērā vāji ietekmē pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem.

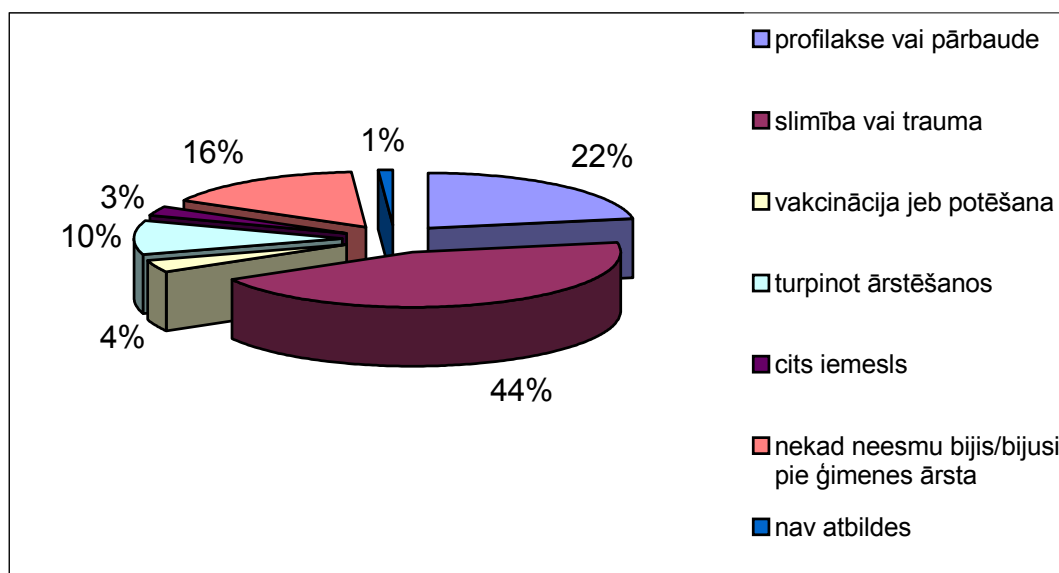
Tātad var secināt, ka *“neatliekamo” pakalpojumu izmantošanu biežāk ietekmē veselības stāvoklis un vecums, bet tādu pakalpojumu izmantošanu kā zobārsta un privātā ārsta apmeklējums vairāk ietekmē faktori, kas nav tieši saistīti ar veselību, piemēram, ienākumu līmenis un izglītība.*

Ģimenes ārstu un privāti praktizējošu speciālistu apmeklēšanas iemesli

Kāda iemesla dēļ cilvēki biežāk apmeklē ģimenes ārstus? Uz šo jautājumu dod atbildi nākamās tabulas dati.

16. zīmējums

Ģimenes ārsta apmeklējumu iemesli, Latvijas iedzīvotāji, 1000 cilv.



Kā rāda šī diagramma, cilvēki galvenokārt vēršas pie ģimenes ārsta slimības vai traumas dēļ, t. i., tikai tad, kad ir jau saslimuši. Savukārt profilakse un potēšana kopā veido tikai 26% no visiem apmeklējumu iemesliem. Turklāt 16% respondentu vispār nekad nav bijuši pie sava ģimenes ārsta.

No šiem faktiem var secināt, *cik lēni ģimenes ārstu institūcijas deklarētā nozīme (t. i., slimību profilakse un veselības problēmu risināšana pašā sākumā) iesakņojusies pacientu apziņā; tie joprojām uztver ārstus galvenokārt kā ārstniecisko, nevis profilaktisko pasākumu veicējus.*

Uzskatu, ka, attīstot primārās veselības aprūpes pakalpojumu sistēmu un izvirzot tai skaisti formulētus mērķus (slimību profilakse, veselības problēmu sākotnēja novēršana) reformētāji nav ņēmuši vērā svarīgu socioloģisko faktoru – *sociālo grupu subkultūru saistībā ar veselību*. Medicīnas sociologi zina, ka par iedzīvotāju veselību lielākoties tiek atzīta nevis pilnīga labklājība, bet normālā veselība, t. i., veselības stāvoklis, ko atsevišķa iedzīvotāju grupa pieņēmusi par savu sociālo normu. Tiek uzskatīts, ka līdztekus pilnīgai veselībai pieļaujami arī daži veselības traucējumi. Tas nozīmē, ka cilvēku reālajā uzvedībā veselība drīzāk tiek noteikta pēc sociālajām normām, nekā pamatojoties uz bioloģiskajiem kritērijiem.⁷ Bioloģiskās normas (fizioloģiskā funkcionēšana) ārsti izmanto, diagnosticējot slimības, bet sociālās normās atspoguļojās iedzīvotāju reālajā izturēšanās saistībā ar veselību.

⁷ К.Н.Хабибуллин. «Медицинская социология». – Издательство Санкт-Петербургского университета, 2000 – 54. lpp.

Saistībā ar primārās veselības aprūpes reformu tas nozīmē, ka cilvēki nedodas pie ārsta, kamēr viņi uzskata sevi par veselīgiem. Mūsdienu cilvēka dzīve sastāv no neatliekamu lietu kārtības, un, diemžēl, slimību profilakse neietilpst tajās.⁸

Sakarā ar privāti praktizējošo ārstu apmeklēšanu var atzīmēt, ka šo pakalpojumu biežāk izmanto turīgākie un izglītotākie cilvēki, kas pārsvarā dzīvo Rīgā un lielākajās pilsētās. Tomēr šo faktu varētu skaidrot arī tā: Rīgā un lielākajās pilsētās ir augstākais privāti praktizējošo ārstu pakalpojumu piedāvājums (kas, protams, nevarētu pastāvēt bez attiecīga pieprasījuma).

22. tabula

Privāti praktizējošo ārstu apmeklēšanas atkarība no dažiem visnozīmīgākajiem faktoriem

Respondentu grupas	To respondentu īpatsvars, kuri pēdējā gada laikā kaut vienu reizi apmeklēja privāti praktizējošu ārstu, %
Vidējais rādītājs visā aptaujāto masīvā	22
<u>Slimokašu teritorijas:</u>	
Rīgas novada slimokase	34
Kurzemes slimokase	22
Dienvidlatgales slimokase	14
<u>Izglītības līmeņa grupas:</u>	
pamatizglītība	17,4
nepabeigta vidējā	23,9
profesionāli tehniskā vidējā	17,8
nepabeigta augstākā	30,7
augstākā	30,6
<u>Ienākumu grupas:</u>	
0-29 Ls uz 1 cilvēku	7,4
30-59 Ls uz 1 cilvēku	17,3
60-99 Ls uz 1 cilvēku	27,4
100 Ls un vairāk uz 1 cilvēku	33,7
<u>Apdzīvoto vietu tipi:</u>	
galvaspilsēta	34
republikas pilsētas	29,3
lauki	15

Ja privāti praktizējošo ārstu pacientu grupu pieņem par 100%, tad apmeklēšanas iemeslu iedalījums ir šāds:

- ✓ šis ārsts strādā labāk nekā speciālisti poliklīnikā – 54%;
- ✓ varu atļauties samaksāt dārgāk, lai saņemtu augsti kvalificētu palīdzību no privāti praktizējoša ārsta – 22%;
- ✓ grūti dabūt ģimenes ārsta nosūtījumu pie speciālista poliklīnikā – 18%;
- ✓ poliklīnikās ir garas rindas un man nav laika – 6%.

⁸ Piemēram, var minēt neseno situāciju Daugavpilī, kad, lai stimulētu cilvēkus potēties pret difteriju, bija nolemts iedāvināt katram, kas atnāks potēties, 1 kg cukura, bet pat tāds pasākums nebija pietiekami efektīvs.

Arī privāti praktizējošo ārstu apmeklēšanas iemeslu apskats pierāda, ka, *vēršoties pie privātspeciālistiem, cilvēki tiecas pēc īpašas palīdzības un īpašas attieksmes pret savām problēmām. Tās ir pavisam citas pacientu prasības, par kurām tie ir gatavi maksāt papildus.* Nav nejaušība, ka privāti praktizējošo ārstu pacientu vidū brīvprātīgas veselības apdrošināšanas sistēmas modelis ir populārāks nekā citu respondentu vidū (attiecīgi 24,4% un 17,5% atbalstītāju). *Tomēr pašlaik vēl ir par agru runāt par īpašu pacienta tipu, pareizāk būtu teikt, ka šī pacientu grupa tikai veidojas no turīgākiem un izglītotākiem cilvēkiem.*

Iedzīvotāju attieksme pret veselīgu dzīvesveidu

Jautājumu kopums par veselību nostiprinošiem pasākumiem ietver astoņas pozīcijas. Respondentiem vajadzēja novērtēt katru pasākumu no veikšanas regularitātes viedokļa. Rezultāti atspoguļoti 8. tabulā, ņemot vērā katra pasākuma popularitātes līmeni.

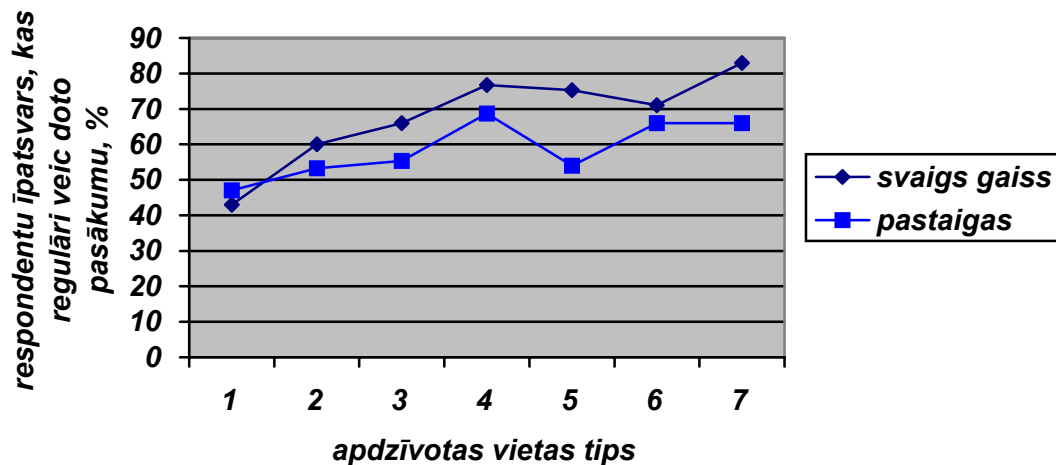
23. tabula

Veselību nostiprinošo pasākuma veikšanas regularitātes līmenis, % no visiem aptaujātajiem

Veselības nostiprināšanas pasākumi	To respondentu īpatsvars, kuri regulāri veic pasākumu, %	Rangs
Pavadu daudz laika svaigā gaisā	65,7	1
Daudz staigāju	58,8	2
Dzeru ārstniecisko augu tējas	43,6	3
Regulāri un veselīgi ēdu	42,1	4
Izmantoju atpūtas dienas	35,0	5
Vingroju	33,6	6
Regulāri lietoju vitamīnus	32,9	7
Lasu literatūru par veselības kopšanu	31,8	8

Kā redzams no tabulas, vispopulārākie (turklāt ar samērā lielu distanci) ir tādi veselības nostiprināšanas pasākumi kā laika pavadīšana svaigā gaisā un staigāšana. Taču lielākoties tā nav mērķtiecīga veselības nostiprināšanas aktivitāte, bet vienkārši dzīvesveids un darba īpatnība, ko nosaka cilvēka dzīves vieta. Tā, rīdžinieki ievērojami mazāk laika pavada svaigā gaisā un mazāk staigā nekā, piemēram, laucinieki.

Regulārās laika pavadīšanas svaigā gaisā un regulārās staigāšanas atkarība no aptaujāto dzīves vietas

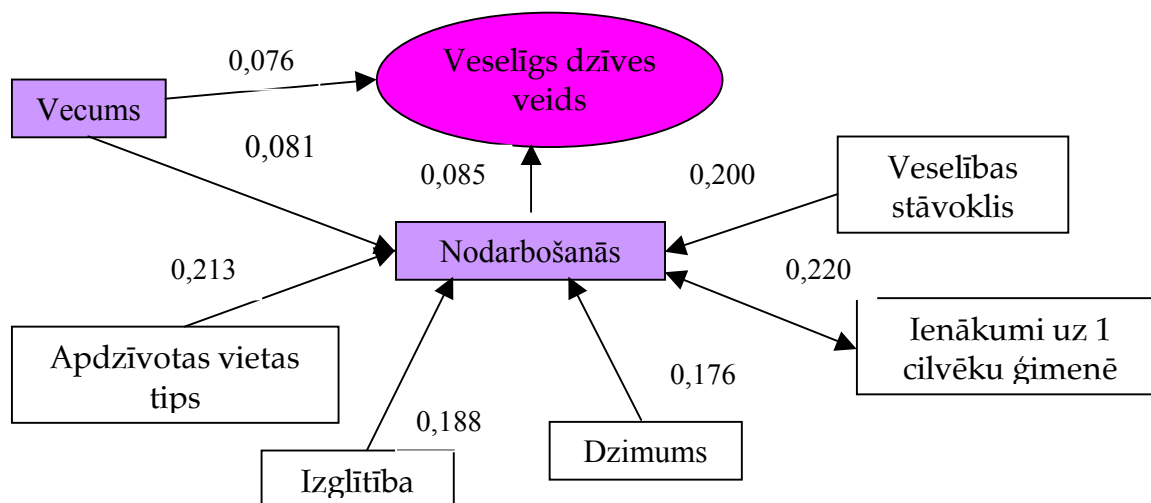


- 1 – galvaspilsēta
- 2 – republikas pilsētas
- 3 – pilsētas – rajonu centri
- 4 – mazpilsētas
- 5 – pagasta centri
- 6 – lauku ciemati
- 7 – viensētas

Turpmāk būtu lietderīgi izmantot komplekso lielumu, ko varētu apzīmēt kā “veselīgs dzīvesveids”. Kaut gan šā jēdziena saturs ir diskutējams, tomēr pieņemsim, ka tie respondenti, kas regulāri veic vismaz 5 no 8 norādītajiem pasākumiem (neatkarīgi no tā, kādi ir šie pasākumi), dzīvo veselīgi. Izrādās, ka aptaujāto vidū tādu ir 294 cilvēki jeb 29,4%. Tātad varam nosacīti teikt, ka gandrīz trešdaļa respondentu piekopj veselīgu dzīvesveidu.

Taču ar ko saistīta veselīga dzīvesveida izvēle? Kādi faktori visstiprāk to ietekmē? Nozīmīgu saikņu analīze starp daudziem faktoriem un veselīga dzīvesveida izvēli vispirms parādīja, ka ne veselības stāvoklis, ne vērtīborientācijas saistība ar iedzīvotāju veselību, ne ienākumu līmenis nestimulē cilvēku dzīvot veselīgi. Bet nozīmīgo saikņu analīzes rezultātā veidojās sarežģīta shēma.

Veselīga dzīvesveida izvēles atkarība no dažiem sociāliem faktoriem pēc Kendela korelācijas koeficienta



No šī sarežģīta saikņu kopuma ir redzams, ka gandrīz neatkarīgi viens no otra, t. i., ar dažādiem sociālajiem mehānismiem, veselīgo dzīvesveidu ietekmē tikai vecums un nodarbošanās (tomēr daļēji nodarbošanās ir atkarīgas no vecuma, piemēram, pensionāriem un studentiem atkarība ir absolūta, tāpēc nodarbošanās faktora ietekmē dažreiz iejaucas arī vecuma ietekme). Tādi zīmējumā norādītie faktori ka dzimums, apdzīvotas vietas tips, ienākumu līmenis u. c. apliecina, ka to ietekme ir netieša, t. i., visai stipri korelēnot ar nodarbošanās veidu, tie tādējādi ietekmē arī veselīga dzīvesveida izvēli. Tas ir tā sauktais maldu korelācijas piemērs, kad lielums “nodarbošanās” ir deformējošs mainīgais, kas ievērojami pastiprina tādu lielumu kā dzimums, izglītība, veselības stāvoklis, ienākumi un apdzīvotas vietas tips ietekmes pakāpi. Citiem vārdiem sakot, visi šie lielumi paši par sevi samērā vāji ietekmē veselīga dzīvesveida izvēli, bet ar lieluma “nodarbošanās” starpniecību – jau ievērojami stiprāk.

Izrādās, ka no cilvēka vecuma un nodarbošanās visbiežāk ir tieši atkarīgs veselīgs dzīvesveids. Turklāt vecāki cilvēki (60 gadu un vairāk) 45% gadījumu veic veselīgu dzīvesveidu, bet jaunāki cilvēki – ievērojami retāk (17-29 gadus veco grupā – 28%, 30-49 gadus veco grupā – 25% un 50-59 gadus veco grupā – 27%). Saistībā ar nodarbošanos jāatzīmē, ka visveselīgāk dzīvo pensionāri, t. i., 45% no tiem piekoptj veselīgu dzīvesveidu (kas loģiski iziet no vecuma analīzes, jo absolūtais cilvēku vairākums, kam ir pāri 60, ir nestrādājoši pensionāri), tāpat veselīgu dzīvesveidu saglabā sievietes, kas atrodas dekrēta atvaļinājumā (43%) un studenti (35%). Vismazāk veselīgu dzīvesveidu dzīvo strādājoši cilvēki (24%), bezdarbnieki (22%) un māsainieces (21%).

Tātad var secināt, ka *veselīgs dzīvesveids biežāk ir atkarīgs nevis no paša cilvēka aktīvās izvēles, bet no zināmā mērā objektīviem dzīves apstākļiem, un galvenais no noteicošajiem faktoriem ir cilvēka nodarbošanās. Citiem vārdiem sakot, cilvēki dzīvo veselīgi, ja veselīga dzīvesveida elementi objektīvi saistīti ar viņu nodarbošanos (piem., laucinieki ir spiesti daudz laika pavadīt svaigā gaisā savas nodarbošanās veida dēļ). Protams, veselīga dzīvesveida izvēlē pastāv arī aktivitātes komponents (piem.,*

studentiem, kuru darbībā it ka nav objektīvi saskatāms nekas īpaši veselīgs), taču tas ir izņēmums, kas vēlreiz pierāda likumsakarību.

Veselības aprūpes sistēma iedzīvotāju skatījumā

Atbildot uz jautājumu, kas visvairāk nosaka, kāda ir veselības aprūpe Latvijā un iedzīvotāju veselība, respondentu nozīmīgākā daļa (40,9%) uzvēla atbildības slodzi uz politiķu un valdības pleciem. Taču gandrīz katrs piektais respondents (17,8%) atzīmēja, ka viss ir atkarīgs no pašu iedzīvotāju attieksmes pret savu veselību. Interesanti, ka pašu pacientu atbildībai no aptaujāto viedokļa ir pat lielākā nozīme nekā mediķu profesionalitātei un veselības aprūpes līmenim (to noteicošo lomu atzīmēja 16,2%). Uzmanību pelna fakts, ka samērā maza aptaujāto daļa atzīmēja tādu veselības aprūpes sistēmas vadošo struktūru kā Labklājības ministrija un VOVAA noteicošo lomu (attiecīgi 9,3% un 7,6%).

Potenciāli noteicošo faktoru analīze rāda, ka visvairāk atbilde ir saistīta ar valsts veselības aprūpes sistēmas modeļa izvēli, atbildi nosaka tas, ka pēdējā gada laikā nav bijis pieejams kāds no medicīniskajiem pakalpojumiem, kā arī respondentu vecums un veselības stāvoklis. Atbildes uz jautājumu vispār nav ietekmējuši tādi faktori kā dzimums, izglītība, ienākumi, apdzīvotas vietas tips, kā arī atrašanās kādas noteiktas slimokases teritorijā.

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kas visvairāk nosaka to, kāda ir veselības aprūpe Latvijā un iedzīvotāju veselība?" atkarībā no dažiem faktoriem, % no kopējā aptaujāto skaita

	Valdība	LM	VOVAA	Aprūpes līmenis un mediķi	Darba apstākļi	Paši cilvēki
Vidējais rādītājs visā masīvā	41%	9%	8%	16%	6%	18%
Valsts finansētā veselības aprūpes sistēmas modeļa piekritēji	45%	10%	6%	17%	7%	15%
Brīvprātīgas veselības apdrošināšanas sistēmas modeļa piekritēji	26%	7%	16%	15%	5%	29%
Tie, kam pēdējā gada laikā nācies atteikties no medicīniskiem pakalpojumiem	49%	10%	6%	16%	6%	12%
Tie, kam pēdējā gada laikā nav nācies atteikties no medicīniskiem pakalpojumiem	38%	9%	9%	16%	7%	21%
Vecuma grupas:						
17-29 gadi	35%	6%	7%	20%	8%	24%
30-49 gadi	40%	11%	8%	18%	6%	17%
50-59 gadi	44%	11%	5%	13%	9%	18%
60 un vairāk gadu	54%	11%	9%	10%	4%	12%
Veselības stāvoklis pēdējo 5 gadu laikā:						
neslimoju	35%	4%	10%	15%	4%	29%
bijušas tikai parastas saaukstēšanās slimības	39%	9%	8%	17%	5%	21%
bijušas arī nopietnākas slimības, taču izdevies izārstēties	36%	10%	9%	21%	10%	13%
ir hroniskas slimības vai kaites	51%	10%	7%	16%	6%	10%
bijušas nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš vēl tagad	47%	17%	7%	11%	4%	14%
ir invaliditāte	46%	2%	4%	17%	15%	17%

Tabulas datu analīzes rezultātā var izdarīt interesantu secinājumu: *cilvēki, kam raksturīga aktīva pozīcija attiecībā pret savu veselību (tos var nosacīti saukt par "jauniem pacientiem" vai "progresīviem pacientiem"), atbalsta paša pacienta aktivitāti, zināmā mērā atbrīvojot politiķus un centrālo varu no atbildības par veselības aprūpes sistēmu un iedzīvotāju veselību. Taču, reāli saskaroties ar veselības aprūpes problēmām, cilvēkiem ir tieksme mainīt savus priekšstatus, un tad jau dominē paternālistiski uzskati, t. i., tieksme pēc aizsardzības no valsts un atteikšanās no savas paša atbildības.*

Īsi sakot, no iedzīvotāju viedokļa veselu cilvēku veselība ir atkarīga no viņiem pašiem, bet par slimo cilvēku veselību jā rūpējas valstij.

Pētījuma rezultātu analīzes gaitā pastāvīgi parādās jauna pacienta attēls, kuram raksturīga aktīva pozīcija attiecībā pret savu veselību, kā arī tieksme pēc augstākas kvalitātes medicīnisko pakalpojumu izmantošanas. Vēl viena šā "progresīvā" pacienta pazīme – viņam ir brīvprātīgas veselības apdrošināšanas polise.

Taču rodas jautājums: vai patiešām veidojas reāls *jaunā* jeb *progresīvā* pacienta tips, vai arī tā ir tikai ilūzija?

Pētījuma ietvaros tika izdarīts mēģinājums izdalīt īpašu pacienta tipu, par pamatu ņemot jautājumu par valsts veselības aprūpes sistēmas modeļiem. Respondentu atbildes kopumā iedalījās šādi:

- 1) finansējums no iedzīvotāju nodokļiem un visiem vienlīdzīgas iespējas saņemt valsts garantēto medicīnisko palīdzību neatkarīgi no veselības stāvokļa un ienākumiem – 78%
- 2) iedzīvotāji brīvprātīga veselību apdrošināšana (maksājot attiecīgi mazāk nodokļu) un iespēja katram saņemt tādu palīdzību, kādu atļauj viņa ienākumi – 18,3%
- 3) nav atbildes – 3,7%

Tātad gandrīz katrs piektais (18,3% no visiem aptaujātajiem) atbalsta brīvprātīgas apdrošināšanas veselības aprūpes sistēmas modeli.

Rodas jautājumi: kas apvieno šos cilvēkus? kādi kopējie sociālie rādītāji tos raksturo? kādas kopējas uzvedības iezīmes viņiem piemīt?

Analīze rāda, ka:

- 1) Pagaidām nav iespējams noteikt īpašu brīvprātīgas apdrošināšanas modeļa atbilstīgu sociālo portretu, taču var izšķirt 2 pazīmes, kas sniedz zināmu priekšstatu par šo cilvēku grupu. Šīs pazīmes ir vecums, ienākumu līmenis un veselības stāvoklis, t. i., "progresīvo pacientu" grupā biežāk ir jauni, veseli un samērā turīgi cilvēki.
- 2) Šos cilvēkus pagaidām neapvieno politiski vai morāles uzskati, piemēram, brīvprātīgas veselības apdrošināšanas modeļa atbilstīgu vidū nav kopīgu uzskatu, kurai politiskajai partijai varētu uzticēt sava viedokļa aizstāvēšanu un medicīnas problēmu risināšanu (nav statistiski nozīmīgas saiknes starp partijām un veselības aprūpes sistēmas modeļu piekritējiem). Šie cilvēki neatšķiras arī ar īpašu informētību par izmaiņām veselības aprūpes sistēmā.
- 3) Kandidātus "progresīvo pacientu" visbiežāk apvieno reālā rīcība saistībā ar savu veselību. Piemēram, viņi retāk vērsas valsts sociālās palīdzības dienestos, bet biežāk – pie privāti praktizējošiem ārstiem. Bet galvenokārt viņus apvieno tas, ka viņiem ir brīvprātīgas veselības apdrošināšanas polise, kas iegādāta par savu naudu. Polisi var nosacīti nosaukt par "progresīva pacienta simbolu". Taču diemžēl šajā respondentu grupā nav novērota īpaša tieksme pēc veselīga dzīvesveida.

Aptaujāto politiskie uzskati saistībā ar medicīnas problēmām ir atspoguļoti nākamajā tabulā.

Atbilžu iedalījums uz jautājumu: "Kurai politiskajai partijai jūs visdrīzāk uzticētu medicīnas problēmu risināšanu?", %

Politiskās partijas	Vidējais rādītājs visā masīvā	LR pilsoņi	LR nepilsoņi	Rīga	Kurzeme	Dienvidlatgale
Apvienība PCTVL	13,8	10,4	26,1	17,0	11,6	15,3
Tautas partija	8,2	9,5	3,6	3,5	13,0	3,3
TB/LNNK	6,8	7,0	6,3	2,0	12,2	1,0
Latvijas ceļš	6,7	7,6	3,2	4,0	9,6	3,7
LSDSP	6,4	6,5	5,4	7,5	4,4	9,0
Jaunais laiks	4,3	4,8	2,3	2,0	6,6	2,0
Cita partija	0,5	0,7	-	-	0,2	1,3
Tādas nav	21,8	20,8	24,8	32,0	16,2	24,3
Grūti pateikt	31,5	32,6	28,4	32,0	26,2	40,0

Ir redzams, ka vispopulārākā respondentu, it īpaši Latvijas nepilsoņu vidū, ir apvienība PCTVL, kas galvenokārt atbalsta sociālo taisnīgumu un vienlīdzību. Izrādās, ka, lai gan parādījušies t. s. progresīvie pacienti, kas pieņem tirgus ekonomikas pamatvērtības arī saistībā ar veselību, tomēr joprojām pacientu vidū dominē sociālisma laikā pieņemtās vērtības. Tas liecina, ka cilvēki pietiekami labi saprot, ka veselības aprūpes sistēmu vajadzētu "būvēt", balstoties galvenokārt uz sociālistiskiem principiem. Taču, vērtējot pa reģioniem, var redzēt, ka Kurzeme krasi atšķiras no Rīgas un Dienvidlatgales, jo kurzemnieki veselības aprūpes problēmu risināšanu drīzāk uzticētu Tautas partijai un TB/LNNK, taču arī šeit PCTVL ir augsts reitings.

Attiecībā uz iedzīvotāju informētību par Latvijas veselības aprūpes sistēmā notiekošajām pārmaiņām nevar teikt, ka cilvēki nebūtu informēti, gandrīz katrs trešais regulāri seko informācijai par veselības aprūpes sistēmu, taču vienlaikus pietā daļa respondentu vispār neinteresējās par veselības aprūpi Latvijā. Vispārējs atbilžu iedalījums ir šāds:

- jā, regulāri uzzinu par pārmaiņām no preses izdevumiem, no interneta, TV vai radio – 27%;
- jā, regulāri diskutēju ar kolēģiem vai draugiem par pārmaiņām veselības aprūpes sistēmā – 14%;
- nē, samērā maz zinu par notiekošajām pārmaiņām, bet gribētos zināt vairāk – 40%;
- nē, mani tas neinteresē – 19%.

Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmas analīze

Vispārējā analīze

Pētījuma rezultāti rāda, ka pēdējā gada laikā 33,4% aptaujāto bija spiesti atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem tā vai cita iemesla dēļ. Tas nozīmē, ka katrs trešais pacients pēdēja gada laikā reāli saskāries ar medicīnisko pakalpojumu nepieejamību. Turklāt 10,6% no visu respondentu skaita nav bijuši pieejami vairāki pakalpojumi, nevis tikai viens (7,8% nebija pieejami divi pakalpojumi, 2,3% – trīs pakalpojumi, 0,4% – četri pakalpojumi un 0,1% – pieci pakalpojumi).

Visbiežāk pacientiem nebija pieejams ārsta apmeklējums (14% no visu aptaujāto skaita).

Kopumā atsevišķo veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamības biežums izskatās šādi:

- ārsta apmeklējums – 14% no visiem respondentiem;
- procedūras (injekcijas, fizioterapija utt.) – 11,4%;
- rehabilitācijas pasākumi (masāža, vingrošana utt.) – 9,9%;
- ārstēšanās slimnīcā – 6,6%;
- cits pakalpojums (visbiežāk respondenti atzīmēja zobārstniecības pakalpojumus) – 2,8%;
- operācija – 2,6%.

Attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamības iemesliem var atzīmēt, ka absolūti pirmajā vietā ir naudas vai veselības apdrošināšanas polises trūkums – 23,1% no visiem aptaujātajiem, pēc tam seko laika nepietiekamība (9,4%), garās rindas (3,7%) un liels ārstniecības iestādes attālums no dzīvesvietas (3,4%). Citi nepieejamības iemesli ir mazāk nozīmīgi: ģimenes ārsts nav devis nosūtījumu – 2,2%, fiziski nav bijis iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, t. i., bijušas grūtības ar pārvietošanos – 1,5% un cits iemesls – 0,8%.

Lai atbildētu uz jautājumu, no kā visbiežāk ir atkarīga veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, tiek izmantots Kendela korelācijas koeficients, kurš parāda, ka visvairāk pakalpojumu pieejamība korelē ar tādiem faktoriem kā veselības stāvoklis ($k=0,249$), ienākumu līmenis ($k=0,169$), vecums ($k=0,138$), kā arī dzimums, apdzīvotās vietas tips un veselības apdrošināšanas polises esamība. Interesanti, ka medicīnisko pakalpojumu pieejamību vispār neietekmē tādi faktori, kā pierakstīšanās pie ģimenes ārsta un darbavieta veselības aprūpes sistēmā, t. i., neatkarīgi no tā, vai cilvēks ir vai nav pierakstīts pie ģimenes ārsta, vai viņš strādā vai nestrādā veselības aprūpes sistēmā, viņam pastāv vienāda “iespēja” nesaņemt kādu no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Atbildes uz jautājumu: "Vai jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?" atkarībā no dažiem visstiprāk ietekmējošiem faktoriem

Faktori, kas visstiprāk ietekmē medicīnisko pakalpojumu pieejamību	To respondentu īpatsvars, kas atbildēja "jā", % no respondentu kopskaita
Vidējais rādītājs visā masīvā	33,4
Veselības stāvoklis:	
neslimoju	17,4
bijušas tikai parastas saaukstēšanās slimības	23,2
bijušas arī nopietnākas slimības, taču izdevies izārstēties	39,6
ir hroniskas slimības vai kaites	53,1
bijušas nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš vēl tagad	54,7
ir invaliditāte	42,9
Ienākumu līmenis:	
0-29 Ls	37,0
30-59 Ls	42,0
60-99 Ls	20,7
100 Ls un vairāk	16,6
Apdzīvotas vietas tips:	
galvaspilsēta	23,5
republikas pilsētas	37,3
pilsētas – rajonu centri	32,0
mazpilsētas	31,3
pagastu centri	34,0
lauku ciemati	48,0
viensētas	37,0
Veselības apdrošināšanas polises esamība:	
polise ir	21,8
polises nav	36,1
Dzimums:	
vīrieši	27,1
sievietes	38,3

No tabulas datiem var izdarīt ļoti vienkāršu secinājumu – ar veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamību pārsvarā saskaras tie cilvēki, kas biežāk kontaktējās ar veselības aprūpes sistēmu, proti, tie ir slimie, vecie cilvēki, kā arī sievietes, kuru tieksme vairāk rūpēties par savu veselību ir vispārzināma.

Taču novērojama vēl kāda parādība, kas pelna īpašu uzmanību: augstāks ienākumu līmenis un veselības apdrošināšanas polise lielā mērā pasargā pacientu no medicīnisko pakalpojumu nepieejamības. Tas nozīmē, ka maznodrošinātiem cilvēkiem un tiem, kam nav veselības apdrošināšanas polises, piekļūšana medicīniskajiem pakalpojumiem ir ievērojami apgrūtināta. Varētu atzīt, ka tās ir tirgus ekonomikas sekas, ka tas ir neizbēgami, vienīgi tādu cilvēku ir pārāk daudz: piemēram, veselības apdrošināšanas polises nebija 78,9% no visu aptaujāto skaita, bet to cilvēku, kuru ienākumi uz 1 ģimenes locekli zemāki par 60 Ls, bija 55,4% no tiem, kas atbildēja uz attiecīgo jautājumu (turklāt 11,5% respondentu ienākumi uz 1 ģimenes locekli bija pat zemāki par 30 Ls). Visus šos cilvēkus var iekļaut riska grupā medicīnisko pakalpojumu pieejamības ziņā.

Reģionālā analīze

Rīgas novada slimokases teritorija

Pamatrādītāji, kas tika analizēti iepriekš un raksturo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmu kopumā, Rīgā ir šādi:

27. tabula

Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēma Rīgā (pamatrādītāji), % no respondentiem-rīdziniekiem (200 cilvēku)

Jautājumi	To respondentu īpatsvars, kas atbildēja "jā", %	
	Valstī kopumā	Rīga
Vai jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?	33,4	23,5
No kādiem?		
ārsta apmeklējums	14,0	14,0
procedūras (injekcijas, fizioterapija utt.)	11,4	8,5
operācija	2,6	2,0
ārstēšanās slimnīcā	6,6	4,5
rehabilitācijas pasākumi (masāža, vingrošana utt.)	9,9	8,0
cits pakalpojums (visbiežāk – zobārstniecības pakalpojumi)	2,8	0,5
Ja jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tad kāda iemesla dēļ?		
naudas vai veselības apdrošināšanas polises trūkums	23,1	21,0
laika nepietiekamība	9,4	4,5
garas rindas	3,7	4,0
liels ārstniecības iestādes attālums no dzīvesvietas	3,4	0,5
fiziski nav bijis iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei (grūtības ar pārvietošanos)	1,5	-
ģimenes ārsts nav devis nosūtījumu	2,2	2,0
cits iemesls	0,8	-

Pamatrādītāji, kas atspoguļoti tabulā, rāda, ka no kopējās situācijas valstī Rīgā atšķiras tikai ar ievērojami augstāku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, bet nepieejamo pakalpojumu un atteikšanas iemeslu struktūra ir tāda pati kā vidēji valstī (izņemot tikai ģeogrāfisko barjeru, jo saprotams, ka Rīgā viss ir "uz vietas").

Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēma Kurzemē (pamatrādītāji), % no Kurzemes respondentiem (500 cilvēku)

Jautājumi	To respondentu īpatsvars, kas atbildēja "jā", %			
	Valstī kopumā	Kurzemē		
		Vidēji	Pilsētas*	Lauki**
Vai jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?	33,4	36,4	33,7	40,5
No kādiem?				
ārsta apmeklējums	14,0	12,6	12,3	13,0
procedūras (injekcijas, fizioterapija utt.)	11,4	14,0	11,7	17,5
operācija	2,6	3,2	3,7	2,5
ārstēšanās slimnīcā	6,6	7,4	6,0	9,5
rehabilitācijas pasākumi (masāža, vingrošana utt.)	9,9	11,4	11,3	11,5
cits pakalpojums (visbiežāk – zobārstniecības pakalpojumi)	2,8	3,4	2,7	4,5
Ja jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tad kāda iemesla dēļ?				
naudas vai veselības apdrošināšanas polises trūkums	23,1	22,8	20,7	26,0
laika nepietiekamība	9,4	10,6	9,3	12,5
garas rindas	3,7	2,8	2,7	3,0
liels ārstniecības iestādes attālums no dzīvesvietas	3,4	4,8	4,0	6,0
fiziski nav bijis iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei (grūtības ar pārvietošanos)	1,5	1,6	1,7	1,5
ģimenes ārsts nav devis nosūtījumu	2,2	0,6	0,7	0,5
cits iemesls	0,8	0,4	0,3	0,5

* Ventspils, Liepāja, Talsi, Saldus, Kuldīga, Piltene, Grobiņa, Skrunda

** Pagastu centri, lauku ciemati un viensētas

Redzams, ka Kurzemes slimokases teritorijā situācija ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību kopumā ir sliktākā nekā vidēji valstī, it īpaši Kurzemes lauku apgabalos. No kopējās situācijas valstī Kurzeme mazliet atšķiras arī ar nepieejamo pakalpojumu un nepieejamības iemeslu struktūru. Tā kurzemnieki retāk saskaras ar ārsta apmeklējuma nepieejamību (14% valstī kopumā un 12,6% Kurzemē), kā arī viņiem ir mazāk problēmu ar ģimenes ārstu nosūtījumiem (2,2% valstī kopumā un 0,6% Kurzemē).

Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēma Dienvidlatgalē (pamatrādītāji),
% no Dienvidlatgales respondentiem (300 cilvēku)

Jautājumi	To respondentu īpatsvars, kas atbildēja "jā", %			
	Valstī kopumā	Dienvidlatgalē		
		Vidēji	Pilsētas*	Lauki**
Vai jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?	33,4	35,0	33,3	36,7
No kādiem?				
ārsta apmeklējums	14,0	16,3	16,0	16,7
procedūras (injekcijas, fizioterapija utt.)	11,4	9,0	12,0	6,0
operācija	2,6	2,0	0,7	3,3
ārstēšanās slimnīcā	6,6	6,7	6,0	7,3
rehabilitācijas pasākumi (masāža, vingrošana utt.)	9,9	8,7	11,3	6,0
cits pakalpojums (visbiežāk – zobārstniecības pakalpojumi)	2,8	3,3	5,3	1,3
Ja jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tad kāda iemesla dēļ?				
naudas vai veselības apdrošināšanas polises trūkums	23,1	25,0	25,3	24,7
laika nepietiekamība	9,4	10,7	7,3	14,0
garas rindas	3,7	5,0	4,7	5,3
liels ārstniecības iestādes attālums no dzīvesvietas	3,4	3,0	2,0	4,0
fiziski nav bijis iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei (grūtības ar pārvietošanos)	1,5	2,3	2,0	2,7
ģimenes ārsts nedeva nosūtījumu	2,2	5,0	6,7	3,3
cits iemesls	0,8	2,0	3,0	2,7

* Daugavpils, Krāslava, Ilūkste, Dagda

** Pagastu centri, lauku ciemati un viensētas

Kopumā Dienvidlatgalē situācija ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ir nopietnāka nekā vidēji Latvijā (it īpaši ārstu apmeklējumu pieejamības ziņā), tomēr kopējais pakalpojumu nepieejamības rādītājs (35%) ir mazliet zemāks nekā Kurzemē (36,4%).

Dienvidlatgalē tiek novērotas divas interesantas parādības:

- 1) pacienti samērā biežāk sūdzas, ka ģimenes ārsti nedod viņiem nosūtījumus, it īpaši pilsētās;
- 2) parastā tendence, ka lauciniekiem ir vairāk problēmu ar medicīnisko pakalpojumu pieejamību nekā pilsētniekiem, Dienvidlatgalē nav novērota, jo dažādi pakalpojumi (tādi, kā procedūras, rehabilitācijas pasākumi un zobārstniecības pakalpojumi) ievērojami biežāk nav pieejami tieši pilsētniekiem.

Kopsavilkums

Visos pētījuma reģionos ar veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamību biežāk saskaras slimie un maznodrošinātie cilvēki, taču šo parādību saiknes stiprums ir dažāds. Tā Rīgā medicīnisko pakalpojumu nepieejamība ir visciešāk saistīta ar veselības stāvokli un ienākumiem (Kendela korelācijas koeficienti ir attiecīgi 0,389 un 0,239), pēc tam seko Kurzeme (0,228 un 0,149) un visbeidzot - Dienvidlatgale, kur medicīnisko pakalpojumu pieejamība mazāk nekā citos reģionos tiek saistīta ar veselības stāvokli un ienākumiem (0,195 un 0,111). Tas nozīmē, ka būt slimam un saņemt ārstēšanu Rīgā vairāk citos reģionos ir atkarīgs no "kabatas lieluma".

Iedzīvotāju iedalījums pa veselības stāvokļa un ienākumu grupām reģionos tiek atspoguļots nākamajā tabulā.

29. tabula

Veselības stāvokļa un ienākumu līmeņa rādītāji pa reģioniem, % no aptaujāto kopskaita

Respondentu grupas	Vidējais rādītājs Latvijā	Rīga	Kurzeme	Dienvidlatgale
Veselības stāvoklis:				
neslimoju	9,3	5,6	11,6	7,7
bijušas tikai parastas saaukstēšanās slimības	8,1	62,9	46,8	40,6
bijušas arī nopietnākas slimības, taču izdevies izārstēties	10,7	11,7	8,0	14,4
ir hroniskas slimības vai kaites	17,8	9,6	17,7	23,5
bijušas nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš vēl tagad ir invaliditāte	8,7	9,1	8,2	9,1
	4,9	0,5	6,8	4,7
Ienākumu līmenis:				
0-29 Ls	11,5	-	7,1	26,5
30-59 Ls	43,9	8,5	55,9	45,5
60-99 Ls	25,3	25,4	27,9	20,8
100 Ls un vairāk	19,3	66,1	9,1	7,2

Pacientu kompensējošās uzvedības modeļu noteikšana un analīze

Saskaroties ar veselības aprūpes sistēmas pakalpojumu nepieejamību, cilvēki rīkojas dažādi. Nosačiti pacientu uzvedības modeļus var iedalīt šādi:

- 1) pasīva reakcija – cilvēks ar savām veselības problēmām nevēršas sociālās palīdzības dienestos, neizmanto mazās korupcijas iespējas, neiet pie ārsta-speciālista bez ģimenes ārsta nosūtījuma, turklāt viņam nācies atteikties no viena vai daudziem nepieciešamiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Tādu cilvēku īpatsvars aptaujāto vidū ir 16,1%.
- 2) aktīva reakcija – saskaroties ar veselības aprūpes problēmām, cilvēks vēršas pēc valsts sociālās palīdzības (tādu ir 13,8%) vai izmanto savas finansiālās iespējas, maksājot ārstiem neoficiālus honorārus (tādu arī ir 13,8%).

Kā parāda saikņu analīze, pasīvās uzvedības modeļa izvēli visstiprāk ietekmē šādi faktori:

veselības stāvoklis – visbiežāk pasīvi izturas hroniskie slimnieki, visretāk – veseli cilvēki un invalīdi;

ienākumu līmenis – vislielākā pasivitāte novērojama grupā ar ienākumiem 30–59 Ls uz 1 cilvēku, bet viszemākā pasivitāte – tūrīgāko cilvēku grupā;

reģions – visbiežāk pasīvās uzvedības modelis sastopams Dienvidlatgalē – 20%, pēc tam seko Kurzeme – 18%, bet Rīgā ir ievērojami zemāks pasivitātes līmenis – 7%.

Aktīvās, sociāli vēlamās reakcijas izvēli visvairāk ietekmē tādi faktori kā ienākumu līmenis un apdzīvotas vietas tips. Interesanti, ka pie sociālās palīdzības dienestiem biežāk griežas tie, kas ietilpst grupā ar ienākumiem 30–59 Ls uz 1 cilvēku (21%), nevis visnabadzīgākie cilvēki (15%), kuri, iespējams, zināmā mērā zaudējuši cerību uz valsts palīdzību vai vienkārši ir pasīvi cilvēki. Attiecībā uz apdzīvotās vietas tipu var atzīmēt, ka mazpilsētu un lauku iedzīvotāji divreiz biežāk vēršas pēc palīdzības valsts sociālajos dienestos nekā lielu pilsētu iedzīvotāju.

Šis rīcības modelis ir samērā neefektīvs, jo 64% no tiem, kas vērsušies ar veselības problēmām sociālās palīdzības dienestā, nekādu palīdzību nav saņēmuši un vienalga lielākajā daļā gadījumu (70%) bijuši piespiesti atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Vēl viens aktīvās rīcības variants ir nelikumīgo honorāru maksāšana ārstiem (ar to pēdējā gadā laikā nodarbojušies 13,8% respondentu). Visvairāk šī parādība izplatīta lielajās pilsētās: Rīgā 22% aptaujāto pēdējā gada laikā maksājuši ārstiem neoficiālo honorāru, bet republikas pilsētās (Ventspilī, Daugavpilī un Liepājā) tādu bijis 20%. Aplūkojot reģionālo iedalījumu, var secināt, ka Kurzemē neoficiālos honorārus ārstam maksā biežāk nekā Dienvidlatgalē (attiecīgi 13% un 10%).

Interesanti, ka neoficiālo honorāru maksāšanu vairāk stimulē nevis ienākumu līmenis, bet veselības stāvoklis. Ienākumu ziņā ir šāda situācija: pacienti, kuru ienākumu līmenis ir zemāks par 100 Ls, maksājuši neoficiālos honorārus 11% gadījumu, turklāt šis rādītājs ir vienāds visās trijās grupās (0–29 Ls, 30–59 Ls, 60–99 Ls). Tikai tad, kad ienākumu līmenis pārsniedz 100 Ls uz vienu cilvēku, tas sāk stimulēt biežāku neoficiālo honorāru maksāšanu (23% gadījumu). Attiecībā uz veselības stāvokli jāatzīmē, ka visbiežāk neoficiālos honorārus maksājuši cilvēki ar nopietnām slimībām un kaitēm (21%) un invalīdi (27%).

Izrādas, ka tie cilvēki, kuru ienākumu līmenis ir zemāks par 100 Ls, maksājuši ārstiem neoficiālus honorārus, lai atrisinātu neatliekamas veselības problēmas, bet līdzīgas rīcības motīvs tūrīgāko pacientu grupā ir cits – cerība uz labāku ārstēšanu.

Par “mazās korupcijas” pastāvēšanu medicīnā spilgti liecina arī Baltijas Sociālo zinātņu institūta veiktais pētījums, kura rezultāti saskan ar šā pētījuma rezultātiem. Pētījums pilnībā atbilst secinājumiem, ko izdarījusi Brigita Zepa:⁹

- kvalitatīvu pakalpojumu pieejamība samazinās mazāk turīgiem iedzīvotājiem
- (t. sk. pedagogiem, pensionāriem, kā arī tiem daudzajiem vienkāršā darba darītājiem, kas saņem minimālo algu);
- iedzīvotājos nostiprinās pārliecība, ka “bez lata nekas nekust no vietas”, tādējādi lēni un pamatīgi smadzenēs tiek nostiprināti korumpēta cilvēka domāšanas stereotipi.

Mūsu pētījuma rezultātu analīze var papildināt šos secinājumus ar to, ka korumpēta cilvēka domāšanas stereotips ir vairāk sastopams Rīgā un lielākajās pilsētās, bet veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamība – Latvijas reģionos, it īpaši mazpilsētās un laukos.

⁹ B. Zepa. Pacienti uzņemas atbildību valsts vietā. – “Diena”, 21. 08. 2002. g.

Secinājumi

Saistībā ar galveno pētījuma problēmu – veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību – var secināt, ka:

- 1) veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamība ir visai nopietna problēma, jo trešdaļai (33,4%) pacientu pēdējā gada laikā ir nācies atteikties no kāda veselības aprūpes pakalpojuma;
- 2) problēmas reģionālā specifika izpaužas tādējādi, ka problēma ir mazāk aktuāla Rīgā, bet vairāk – reģionos, turklāt vienādi aktuāla gan Kurzemē, gan Dienvidlatgalē. Vēl viena nozīmīga īpatnība ir tā, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība Rīgā vairāk ir atkarīga no cilvēku veselības stāvokļa un ienākuma līmeņa (slimie un nabagiem pieeja ir stipri ierobežota) nekā Kurzemē un, īpaši, Dienvidlatgalē;
- 3) problēmas sociālā specifika rāda, ka problēma pastāv it kā izolēti no pacientu vērtību orientācijas, t. i., veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība nav saistīta ar cilvēka uzskatiem, to vairāk nosaka pacientu maksātspēja, it īpaši Rīgā;
- 4) pacienti dažādi – gan aktīvā, gan pasīvā veidā – mēģina atrisināt medicīnisko pakalpojumu nepieejamības problēmu. Izrādās, ka vērsšanās pie valsts sociālās palīdzības vispopulārāka ir laucinieku un mazpilsētnieku vidū, bet Rīgā un lielajās pilsētās cilvēki biežāk izmanto “mazās korupcijas” iespējas, t. i., maksā ārstiem neoficiālus honorārus;
- 5) “mazās korupcijas” iespēju izmantošanai ir 2 galvenie motīvi – slikts veselības stāvoklis un pietiekams ienākumu līmenis, turklāt pirmais motīvs dominē mazāk nodrošināto cilvēku vidū (kuri netaupa uz veselības rēķina), bet otrais motīvs – turīgāko vidū (kuri, maksājot ārstiem neoficiālo honorāru, cer uz labāko ārstēšanu).

Attiecībā uz pētāmās problēmas fonu var konstatēt, ka:

- ⇒ Absolūtais respondentu vairākums ir slimokases dalībnieki, tomēr pastāv tendence, ka, paaugstinoties ienākumu līmenim, attiecīgi samazinājies slimokases dalībnieku īpatsvars. Tas liecina, ka turīgākiem cilvēkiem zināmā mērā nav vajadzīga valsts veselības aprūpes sistēma un viņu attiecības ar medicīnisko pakalpojumu sniedzējiem balstās uz tirgus principiem.
- ⇒ Absolūtajam respondentu vairākumam (78,9%) nav brīvprātīgas apdrošināšanas polises. Taču polišu īpašniekus vairāk raksturo nevis viņu ienākumu līmenis un racionalitāte, bet reālā vajadzība pēc medicīniskās palīdzības, jo polises īpašnieki ievērojami biežāk izmanto veselības aprūpes pakalpojumus nekā citi pacienti.
- ⇒ Vispieprasītākie veselības aprūpes pakalpojumi aptaujāto vidū ir ārsta (ģimenes ārsta, zobārsta, ārsta-speciālista) apmeklējumi, taču pastāv zināma reģionālā specifika. Piemēram, Rīga īpaši izceļas ar “mīlestību” pret privāti praktizējošiem ārstiem un ārsta izsaukumiem uz mājām, bet Dienvidlatgale – ar ātrās palīdzības izsaukumiem un ārstēšanāos slimnīcā. Tas liecina, ka valsts primārās veselības aprūpes pieejamība Latgales iedzīvotājiem samazinājusies, kā arī par viņu ievērojami zemāko dzīves līmeni.
- ⇒ “Neatliekamo” pakalpojumu izmantošanu visvairāk ietekmē veselības stāvoklis un vecums, bet tādus pakalpojumus kā zobārsta un privātā ārsta apmeklēšana stiprāk ietekmē faktori, kas nav tieši saistīti ar veselību, piemēram, ienākumu līmenis un izglītība.

- ⇒ Pie ģimenes ārsta pacienti galvenokārt vēršas slimības dēļ (divreiz biežāk nekā profilakses nolūkos), turklāt 16% aptaujāto nekad nav bijuši pie sava ģimenes ārsta. Savukārt vēršoties pie privātspeciālistiem (22% no aptaujātajiem pēdējā gada laikā vismaz vienu reizi apmeklējuši privātspeciālistu), cilvēki tiecas pēc īpašas palīdzības un īpašas attieksmes pret savām problēmām. Tās ir pavisam citas pacientu prasības, par kurām tie ir gatavi maksāt papildus.
- ⇒ Var nosacīti apgalvot, ka trešā daļa respondentu (29,4%) piekopj veselīgu dzīvesveidu. Taču veselīgs dzīvesveids biežāk ir atkarīgs nevis no paša cilvēka aktīvās izvēles, bet no zināmā mērā objektīviem dzīves apstākļiem, un galvenais no noteicošajiem faktoriem ir cilvēka nodarbošanās. Citiem vārdiem sakot, cilvēki dzīvo veselīgi, ja veselīga dzīvesveida elementi objektīvi saistīti ar viņu nodarbošanos (piem., laucinieki ir spiesti daudz laika pavadīt svaigā gaisā savas darbības īpatnības dēļ).
- ⇒ Cilvēki, kam raksturīga aktīva pozīcija savas veselības ziņā (tos var nosacīti saukt par "jauniem pacientiem" vai "progresīviem pacientiem"), attiecīgi atbalsta paša pacienta aktivitāti (17,8%), zināmā mērā atbrīvojot politiķus un centrālo varu no atbildības par veselības aprūpes sistēmu un iedzīvotāju veselību. Taču, reāli saskaroties ar veselības aprūpes problēmām, cilvēkiem ir tieksme mainīt savus priekšstatus, un tad jau sāk dominēt paternālistiski uzskati, t. i., tieksme pēc aizsardzības no valsts un atteikšanās no savas atbildības. *Īsi sakot, no iedzīvotāju viedokļa veselu cilvēku veselība ir atkarīga no viņiem pašiem, bet par slimo cilvēku veselību jārūpējas valstij.*
- ⇒ Respondentu absolūtais vairākums (78%) atbalsta tādu veselības aprūpes sistēmu, kas tiek finansēta no iedzīvotāju nodokļiem, un visiem vienlīdzīgas iespējas saņemt valsts garantēto medicīnisko palīdzību neatkarīgi no veselības stāvokļa un ienākumiem.
- ⇒ Aptaujāto politiskā izvēle saistībā ar veselības aprūpes problēmu risināšanu galvenokārt raksturojama tā, ka vispopulārākā respondentu vidū ir apvienība "PCTVL", kas galvenokārt atbalsta sociālo taisnīgumu un vienlīdzību. Izrādās, ka, lai gan parādās t. s. progresīvie pacienti, kas pieņem tirgus ekonomikas pamatvērtības arī saistībā ar veselību, tomēr joprojām pacientu vidū dominē sociālistiskās sabiedrības vērtības. Tas liecina, ka cilvēki pietiekami labi saprot, ka veselības aprūpes sistēmu vajadzētu "būvēt", balstoties galvenokārt uz sociālistiskiem principiem. Taču pēc reģioniem var redzēt, ka Kurzeme krasi atšķiras no Rīgas un Dienvidlatgales, jo kurzemnieki veselības aprūpes problēmu risināšanu drīzāk uzticētu Tautas partijai un TB/LNNK, taču arī tur PCTVL ir augsts reitings.