

**Veselības aprūpes pakalpojumu groza
pašreizējā stāvokļa izvērtējums, tā
ietekmējošo faktoru analīze un nākotnes
tendences**

SIA DEABALTIKA

Rīga, 2002.

SATURS

1. PĒTĪJUMA MĒRĶI, UZDEVUMI UN METODOLOĢIJA	2
2. VALSTS GARANTĒTĀS VESELĪBAS ARPŪPES FINANSĒJUMS UN VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS REFORMA LATVIJĀ.....	4
3. VESELĪBAS APRŪPES PIEEJAMĪBAS ASPEKTI	8
4. VESELĪBAS APRŪPES PIEEJAMĪBAS RĀDĪTĀJI LATVIJĀ	10
5. VESELĪBAS APRŪPES NESNIEGŠANAS RISKI.....	12
6. VESELĪBAS APRŪPES NORMĒŠANA (RACIONĒŠANA - RATIONING).....	13
6.1 Normēšanas izmantošana veselības aprūpē citās valstīs	13
6.2 Veselības aprūpes normēšanas (racionēšanas) principi.....	14
6.3 Normēšana, izveidojot veselības aprūpes pakalpojumu kategorijas	15
6.4 Normēšana, ieviešot vecuma ierobežojumus.....	19
6.5 Normēšana, prioritizējot veselības aprūpes jomas	19
6.7 Prioritizācijas aspekti	22
6.8 Citas metodes veselības aprūpes izmaksu novērtēšanai.....	22
6.9 Veselības aprūpes normēšanas neveiksmju cēloņi.....	24
7. ESOŠIE IZMAKSU APRĒĶINĀŠANAS UN NORMĒŠANAS (RACIONĒŠANAS) ELEMENTI LATVIJAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ	25
8. PRINCIPI UN REKOMENDĀCIJAS VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU IZMAKSU APRĒĶINĀŠANAI UN ANALĪZES VEIKŠANAI.....	27
9. IETEICAMĀ NORMĒŠANAS IEVIEŠANAS SHĒMA LATVIJĀ	29
10. KOPĒJIE SECINĀJUMI.....	34
11. IZMANTOTĀ LITERATŪRA	37
12. PIELIKUMI.....	39

1. Pētījuma mērķi, uzdevumi un metodoloģija

I. Pētījuma "Veselības aprūpes pakalpojumu groza pašreizējā stāvokļa izvērtējums, tā ietekmējošo faktoru analīze un nākotnes tendences" mērķis ir nodrošināt uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības ietekmes izvērtējumu balstītu ārpus medicīniskās palīdzības minimuma valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu veidu un apjomu noteikšanu.

II. Pētījums tika izstrādāts laika periodā no 2002.gada 16.septembra līdz 2002.gada 10.decembrim.

III. Pētījuma galvenie uzdevumi:

- 1) izvērtēt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības ietekmes (uz indivīdu veselību, ieskaitot ārstēšanas efektivitāti un riskus; uz sociālā kapitāla saglabāšanu valstī, uz valsts, pašvaldību un mājsaimniecības budžetiem; u.c. ;
- 2) izvērtēt veselības aprūpes pakalpojumu nesniegšanas riskus;
- 3) izstrādāt kritērijus ārpus medicīniskās palīdzības minimuma valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu veidu un apjomu noteikšanai;
- 4) izstrādāt priekšlikumus kritēriju ieviešanas metodikai.

IV. Pētījumā izmantotā metodika:

- 1) Latvijas Republikas likumdošanas aktu saistītu ar veselības aprūpi un tās pieejamību analīze un ietekmes apkopojums. Tika izpētīti veselības aprūpi reglamentējošie dokumenti laika posmā no 1989.gada līdz 2002.gada oktobrim un veselības statistikas dati, kas raksturo veselības tendences valstī.
- 2) Esošā veselības aprūpes budžeta analīze un salīdzinājums ar citām valstīm. Izmantojot LR Labklājības ministrijas datus, tika analizēts patreiz noteiktais finansējums un tā pieaugums laika periodā līdz 2005.gadam, kā arī esošā un plānotā finansējuma ietekme uz pieejamību veselības aprūpei Latvijas iedzīvotājiem.
- 3) Latvijā izdarīto veselības aprūpes sistēmas pieejamības pētījumu analīze. Tika apkopoti dati par izdarītajiem pētījumiem par pieejamību veselības aprūpei un analizēta dažādu faktoru ietekme uz šo procesu.

- 4) Veselības ekonomikas pētījumu par normēšanu veselības aprūpē sekundāra analīze. Šim nolūkam tika pētīti materiāli par normēšanas pielietojanu veselības aprūpē dažādās pasaules valstīs un izdarīta šo materiālu meta-analīze.

2. Valsts garantētās veselības aprūpes finansējums un veselības aprūpes sistēmas reforma Latvijā

Pēc Pasaules Veselības Organizācijas (PVO) datiem Latvijā veselības aprūpei no sabiedriskajiem fondiem (valsts) 2000.gadā tika tērēti 3.4% no IKP, bet kopumā 6.1 (6.4)%. Tas nozīmē, ka gandrīz 39 % izdevumu par veselības aprūpi sedz paši iedzīvotāji, veicot tiešos maksājumus - iegādājoties medikamentus ambulatorai ārstēšanai un maksājot par veselības aprūpi no savas kabatas. Salīdzinot ar citām Baltijas valstīm un valstīm Eiropā tas ir ļoti augsts procents. (skat. 1.tabulu) Šādi apstākļi samazina solidaritātes principu (veselais maksā par slimo, bagātais par nabago, jaunais par veco) esamību veselības aprūpē mūsu valstī.

Ņemot vērā finansējuma nepalielināšanos, bet vienlaicīgi pakalpojuma cenu pieaugumu veselības aprūpē, samazinās to pacientu skaits, kas var saņemt veselības aprūpes pakalpojumus par valsts garantētajiem līdzekļiem noteiktā laika periodā. Tas rada rindu veidošanos uz noteiktiem medicīniskajiem pakalpojumiem (kvotu ieviešanu), kā arī palielinās to pacientu skaits, kas maksā par veselības aprūpes pakalpojumiem no savas kabatas.

Tabula 1

Valsts	% no IKP veselības aprūpei	Valsts Fondi	Privātie fondi	Izmaksas uz vienu iedzīvotāju USD
Lielbritānija	6.8%	96.9%	3.1%	1303
Dānija	8 %	84.3%	15.7 %	1642
Igaunija	6.4%	78.9 %	21.1%	204
Latvija	6.1%	61 %	39%	140
Lietuva	6,4%	75,7%	24,3%	273 (?)
Vācija	10,5%	77,5%	22,5%	2365
Nīderlande	8,8%	70,7%	29,3%	1911

Finanšu trūkums veselības aprūpē jau padomju ēras pēdējos gados radīja nepieciešamību meklēt jaunas finansēšanas iespējas. Tā 1989.gadā Latvijā, pirmajā no Baltijas valstīm, tika izstrādāta veselības aizsardzības attīstības koncepcija pārejai uz apdrošināšanas medicīnu un likuma projekts par veselības aizsardzību. Veselības apdrošināšanas ideja tika sākta ieviest ar 1991.gada 11.novembrī pieņemto LR Ministru Padomes lēmumu Nr. 308 "Par apdrošināšanas medicīnas ieviešanu eksperimenta veidā Madonas un Bauskas rajonā". Šajā pat gadā izstrādāja Valsts slimokases izveidošanas un valsts obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas projektu.

Lai tālāk virzītos veselības apdrošināšanas un decentralizācijas virzienā, 1993.gadā tika izveidots Centrālais fonds (Valsts slimokase), teritoriālās un nozaru slimokases, bet gada beigās - 7.decembrī Ministru Kabinets pieņēma noteikumus Nr.31 "Par medicīniskās palīdzības apjomu",

kuros apstiprināja Veselības aprūpes bāzes programmu un valsts veselības programmu, kuras bija jāfinansē no valsts budžeta līdzekļiem. Labklājības ministrija arī ieviesa jaunu finansēšanas sistēmu veselības aprūpē, maksājot par padarīto darbu nevis pēc plānotā budžeta. Šim nolūkam tika izveidots valsts apmaksāto manipulāciju saraksts ar atbilstošu novērtējumu finansiālā izteiksmē. Tajā pašā laikā posmā tika pārskatīta nostāja par pacientu dalību tiešajos maksājumos par veselības aprūpi. 1994.gada 14.aprīlī Ministru kabinets pieņēma Noteikumus Nr.73 "Par pacienta iemaksu".

Turpmāko virzīšanos uz veselības apdrošināšanas sistēmu nostiprināja 1995.gada 7.martā Ministru kabinets pieņemtie Noteikumi Nr.49 "Slimokasu izveidošanas noteikumi", kas stājās spēkā ar 1995.gada 1.aprīli. Problēmas ar finansēšanu un veselības aprūpes sistēmas efektivitāti turpināja pieaugt, neskatoties uz uzsāktajām reformām, tāpēc 1995.gada 25.jūlijā Ministru Kabinets pieņēma Noteikumus Nr.230 "Noteikumi par pagaidu pasākumiem veselības aprūpes nodrošināšanai krīzes situācijā", kas pavēlēja Labklājības ministrijai līdz noteiktam laikam sagatavot un iesniegt Ministru kabinetā medicīniskās palīdzības minimuma projektu, medikamentu minimuma sarakstu, kuriem ir noteikta samaksas atlaide, apstiprināt programmu gultu fonda samazināšanai valsts slimnīcās, kā arī deva rīkojumu pašvaldībām un ārstniecības iestādēm racionāli izmantot veselības aprūpes finansu līdzekļus. Pacientu tiešo iemaksu palielinājums tobrīd tika uzskatīts, kā iespējama problēmas risinājums. Pēc MK Noteikumiem Nr.231 pašvaldībām bija tiesības iekāsēt no pacienta līdz 25% no sniegta medicīniskā pakalpojuma izmaksas un paplašināt no šīs iemaksas atbrīvoto pacientu grupu sarakstu, bet vienotas kārtības ieviešanai Labklājības ministrijai pavēlēja līdz 1995.gada 1.augustam sagatavot un apstiprināt pacienta iemaksas pagaidu kārtību.

1996.gads iezīmējas Latvijas Republikas veselības aprūpes reformā kā gads, kad tika uzsākta primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sistēmas pārstrukturizācija. Vienlaicīgi arī tika paplašināta veselības aprūpes valsts programma, iekļaujot infekciju, seksuāli transmisīvo un lipīgo ādas slimību ārstēšanu, un izmainot bāzes programmu, kura atkal garantēja zobārstniecisko palīdzību bērniem.

Šajā laika periodā norēķināšanās ar pakalpojumu sniedzējiem notika ar rajonu slimokašu palīdzību, kas atradās Valsts slimokases pārraudzībā, bet to juridiskais statuss pārsvarā bija – pašvaldības bezpeļņas uzņēmums. Teritoriālās slimokases ieņēmumus veidoja daļa no iedzīvotāju ienākuma nodokļa, tāpēc izveidojas situācija, ka Daugavpils rajonā 1996.gadā pašvaldības savos budžetos veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju varēja piešķirt 14,63 Ls, bet Ventspils rajonā – 28,79 Ls. Līdz ar to vairāku ekonomiski neattīstīto rajonu rādītāji neatbilda prasībām, kuras noteica MK noteikumi, kas noteica minimālos normatīvos veselības aizsardzības izdevumus uz vienu iedzīvotāju 21 Ls. Sekundārās specializētās un terciārās veselības aprūpes iestādes tika finansētas no speciālā veselības budžeta. Tas parādīja, ka decentralizācija veselības aprūpē nav risinājums veselības aprūpes sistēmas efektivitātes un finansējuma palielināšanai.

1997.gada sākumā atkārtoti tika pārskatīts valsts apmaksātais medicīnas "minimums" Latvijas iedzīvotājiem un kārtība, kādā pacienti veic līdzdalības maksājumus, pacientu iemaksas un samaksu par ārstniecības

iestāžu papildus servisa pakalpojumiem. Šis gads bija zīmīgs ar daudzām pārmaiņām veselības aprūpes sistēmā :

- 1) tika uzsākta iedzīvotāju reģistrācija pie ģimenes ārstiem;
- 2) 1997.gada 24.aprīlī Saeimā tika pieņemts likums "Par prakses ārstiem", kas nosaka prakses ārstu darbību;
- 3) 1997.gada 12.jūnijā Saeimā tika pieņemts Ārstniecības likums, kas stājās spēkā ar 1997.gada 1.oktobri
- 4) 1997.gada 21.oktobrī Ministru Kabinets pieņēma Noteikumus Nr.360 "Slimokasu izveides un darbības noteikumi", kas stājās spēkā ar 1997.gada 25.oktobrī. Saskaņā ar tiem sākotnēji izveidotās Centrālās norēķinu kases un 36 teritoriālo un nozaru norēķinu kašu vietā tika izveidota Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūra un reģionālās slimokases atbilstoši iedzīvotāju skaitam (nemazāk kā uz 200000 iedz.).

Veselības aprūpes pakalpojumu decentralizētās sistēmas vietā 1997.gadā parādījās cita, vairāk centralizēta sistēma. Šī sistēma paredzēja līdzekļu centralizētu savākšanu un piešķiršanu slimokasēm atkarībā no to teritorijā dzīvojošo iedzīvotāju skaita.

1998.gadā stājās spēkā jaunie finansēšanas noteikumi, kuri paredzēja resursu centralizētu sadali, kā arī noteica 80 LVL. maksimālo summu, ko iedzīvotāji izdara līdzmaksājumu un pacientu iemaksu veidā. Šajā laika periodā tika arī uzsākta samaksas metožu 1998.gada 25.novembrī tiek noslēgts līgums ar Pasaules banku projekta realizācijai uz 1996.gadā izstrādātas "Latvijas veselības aprūpes stratēģijas" bāzes. Projekta realizācijas laiks – no 1999.gada līdz 2004.gadam. Projekta kopējās izmaksas – 42 miljoni USD, kas tiek segti no: Pasaules Banka aizdevuma (32 milj. USD), ārvalstu palīdzības (2 milj. USD) un Latvijas puses ieguldījuma (8 milj. USD).

1999.gadā speciālā veselības aprūpes budžeta līdzekļus sadalīja starp slimokasēm, izmantojot statistikas datus par iedzīvotāju struktūru uz 1997.g. 1.janvāri, tika pārskatīti noteikumi par pacientu līdzmaksājumiem un iemaksām. Šis gads arī iezīmējas ar to, ka tika ieviesta jauna veselības aprūpes pakalpojumu veicēju apmaksas forma primārajā veselības aprūpē. Ziemeļaustrumu slimokases primārās aprūpes ārsti 1999.gada oktobrī uzsāka strādāt pēc jauktās kapitācijas modeļa ar daļēju fondu turēšanu. Tas nozīmēja, ka viņi nesaņēma samaksu par padarīto darbu, bet tiem tika novirzīti līdzekļi par katru pierēģistrēto pacientu, kas bija paredzēti arī ambulatoro izmeklējumu veikšanai un speciālistu konsultācijām. Vienlaicīgi tika izstrādāts Labklājības ministrija rīkojums Nr.329 "Par primārās un sekundārās veselības aprūpes sistēmas attīstības stratēģiju", kuru pieņēma 1999.gada 19.oktobrī. Laika periodā no 1995. gada līdz 1999.gadam aktīvi tika atbalstīti primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un primārās aprūpes ārstu prakšu veidošanās, kā rezultātā ambulatorās palīdzības iestāžu skaits palielinājās no 527 1995.gadā līdz 1063, bet slimnīcu skaits samazinājās no 166 1995.gadā līdz 151 1999.gadā

Sākoties 2000.gadam jaunā primārās aprūpes pakalpojumu apmaksas forma pakāpeniski tika ieviesta arī citos Latvijas reģionos, ko noteica Labklājības ministrijas rīkojums Nr.240 "Par primārās veselības aprūpes organizācijas un apmaksas kārtību", kuru pieņēma 2000.gada 23.augustā.

Sekundārās veselības aprūpes jomā lielākā daļu slimnīcās veikto pakalpojumu turpināja apmaksāt, pamatojoties uz līgumu ar slimokasi noteikto gultas dienas vērtību un saistībā ar slimību profilu vidējiem ārstēšanas ilgumiem, vēl papildus apmaksājot sarežģītas manipulācijas, saskaņā ar veselības aprūpes vērtēšanas kritērijiem.

2001. gads iezīmējās ar tālāko centralizācijas procesu - vairākas reģionu slimokases pārveidojās par VOVAA filiālēm. Tika arī izstrādāta veselības aprūpes reformu stratēģija "Ambulatorās un stacionārās palīdzības pakalpojumu sniedzēju struktūras attīstības plāns". 2001.gadā 10.jūnijā stājās spēkā Labklājības ministrijas rīkojums Nr.157 "Par pacientu iemaksu cenrādi ārstnieciskajām manipulācijām", kas precīzāk noteica pacientu tiešo finansiālo līdzdalību veselības aprūpes pakalpojumu segšanā. Lai risinātu jautājumu saistītu ar nepietiekamo finansējumu, 2001.gada 3.jūlijā Ministru kabinets pieņēma Noteikumus Nr.305 "Plānveida veselības aprūpes pakalpojumu pieprasītāju rindu veidošanas un pārraudzības kārtība". Šis dokuments paredzēja arī to, ka, samaksājot pilnu pakalpojuma cenu, pacients var saņemt to ārpus rindas. 2001.gada beigās Labklājības ministrija pieņēma rīkojums Nr.17 "Par valsts speciālā veselības aprūpes budžeta līdzekļu sadali" noteica jaunu līdzekļu sadales formula slimokasēm.

2001.gada beigās un 2002.gada sākumā tika pārskatīta kārtība, kādā tiek apmaksāts primārās veselības aprūpes ārstu darbs. Labklājības ministrijas darba grupa piedāvāja pārveidot kapitācijas apmaksas modeli, novirzot primārās aprūpes ārstiem tikai līdzekļus par viņu darbu pēc kapitācijas principa, kā arī ņemot vērā ārsta darba aktivitāti. Tika nodalīta samaksa par ambulatorajiem izmeklējumiem un speciālistu konsultācijām. Pārveidoto kapitācijas modeli kā pilotprojektu sāka ieviest Rīgā no 2002.gada 1.septembra. Lai risinātu veselības finansēšanas problēmas 2002.gada jūnijā – septembrī tika izstrādāts veselības aprūpes finansēšanas likums un iespējamais valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu grozs, jo līdzšinējos finansēšanas noteikumos tika definētas tikai tās veselības aprūpes nozares, ko valsts negarantē.

3. Veselības aprūpes pieejamības aspekti

Pieejamība veselības aprūpei ir multidimensionāla koncepcija, kura atspoguļo sakarības starp noteiktas valsts resursiem un iespējām nodrošināt veselības aprūpi. Pieejamību veselības aprūpei nosaka sekojoši elementi: darbaspēks, finansējums, transports, izvēles brīvība, sabiedrības izglītošana, aprūpes kvalitāte un tehnoloģiju esamība. Līdzsvars starp šiem elementiem palielina veselības aprūpes kvantitāti un kvalitāti, nosakot pieejamības pakāpi veselības aprūpei.

Darbaspēks ir svarīgākais faktors veselības sektora pieejamības nodrošināšanā iedzīvotājiem. Kaut gan pēdējo gadu laikā veselības aprūpes darbinieku skaits Latvijā ir samazinājies, patreizējā laika posmā tas ir pietiekams, lai nodrošinātu veselības aprūpi Latvijas iedzīvotājiem. Diskutējams ir jautājums par to, vai stacionāru slēgšana galvaspilsētā un lauku rajonos ir ietekmējusi fizisko pieejamību veselības aprūpei. Vienlaicīgi ir noticis pretējs process – ir izveidojušās daudzas jaunas ambulatorās veselības aprūpes iestādes. Līdz ar to var uzskatīt, ka patreizējais medicīnas darbinieku skaits Latvijā kopumā nesamazina pieejamības rādītājus veselības aprūpei.

MEDICĪNAS IESTĀŽU SKAITS LATVIJĀ 1991. UN 2001. GADĀ

Tabula 2

	1991	2001
Slimnīcu skaits	187	140
Ambulatorās aprūpes iestāžu skaits	393	2083
- tajā skaitā ārstu prakses	-	1657

MEDICĪNAS DARBINIEKU SKAITS LATVIJĀ 1991. UN 2001. GADĀ

Tabula 3

	1991*	2001
Ārsti	11398	7744
Ārstniecības personas ar vidējo medicīnisko izglītību	25682	14663
- tajā skaitā medicīnas māsas	15509	9680

* Darbinieku skaits tikai Veselības aizsardzības ministrijas sistēmā
(*Medicīnas informācijas un tehnoloģiju aģentūras dati*)

Finansēšana ir otrs svarīgākais elements, tāpēc veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanai ir nepieciešama plurālistiska finansēšanas sistēma, apvienojot gan valsts, gan privātos finansēšanas avotus. Finansēšanas mehānismiem ir jānodrošina vienlīdzīgas iespējas visiem iedzīvotājiem saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Neviens, kuram ir nepieciešama veselības aprūpe, nedrīkst būt noraidīts, tāpēc valdībai ir jāuzņemas atbildība par tiem iedzīvotāju slāņiem, kuri nevar paši nosegt izdevumus par ārstēšanu.

Finanšu nepietiekamība ir galvenais šķērslis iedzīvotāju pieejamībai veselības aprūpei. Par to liecina gan valsts nepietiekamais finansējums, gan

iedzīvotāju kā privātpersonu spēja segt izdevumus par veselības aprūpes pakalpojumiem.

Transports nodrošina ģeogrāfisko pieejamību veselības aprūpei, īpaši augstu tehnoloģiju veselības aprūpei, kura parasti koncentrējas reģionālajos un nacionālajos centros. Plānojot veselības aprūpi, tiek ņemts vērā šis pieejamības faktors.

Jebkurā veselības sistēmā ir jācenšas indivīdiem dot pēc iespējas lielāku personīgo brīvību, izvēloties sev nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus. Lai veicinātu informētu personīgo izvēli ir jābūt pietiekamai informācijai par to, kādi veselības aprūpes pakalpojumi tiek garantēti pastāvošajā veselības aprūpes sistēmā. Jāpiebilst, ka jebkurā veselības sistēmā pastāv izvēles brīvības ierobežojumi, kas ir saistīti gan ar finansējuma, gan darbaspēka esamību. Arī Latvijā šādi ierobežojumi pastāv. Jau primārās veselības aprūpes līmenī pacientam ir jāizvēlas kāds noteikts ārsts, bet lauku teritorijās šāda izvēle praktiski nepastāv.

Sabiedrības izglītības programmas palielina iedzīvotāju iespēju izmantot veselības aprūpes pakalpojumus un izdarīt informētu un adekvātu izvēli par nepieciešamo ārstēšanu. Šādām programmām ir jābūt veselības aprūpes nodrošināšanas sastāvdaļai, jo nepietiek ar to, ka eksistē medicīnas iestādes un tajās strādā mediķi. Iedzīvotājiem ir jāzina, kādus veselības aprūpes pakalpojumus un kur viņi var saņemt, kāda ir katra indivīda atbildība par savu veselību, kādi pasākumi ir veicami slimību novēršanai. Neinformētība ietekmē pieejamību veselības aprūpei ne mazāk kā transporta trūkums. Šajā jomā ir daudz darīts izmantojot dažādus medijus un informēšanas metodes, bet diemžēl neinformētība ir otrs nozīmīgākais šķērslis veselības aprūpes pieejamībai, kā to arī apliecina Latvijā veikto socioloģiskie pētījumi.

Kvalitātes nodrošināšana arī ietekmē pieejamību veselības aprūpei. Dažkārt kvalitātes nozīme tiek noniecināta salīdzinājumā ar citiem pieejamību nodrošinošajiem elementiem.

Mūsdienās medicīnas tehnoloģijām ir aizvien svarīgāka nozīme ārstniecības procesā, tāpēc ir svarīgi izstrādāt vadlīnijas nacionālajā līmenī par medicīnisko tehnoloģiju pielietošanu un izvietojumu valstī, lai jau tā nepietiekamie resursi netiktu tērēti nelietderīgi.

Pieejamību veselības aprūpei var palielināt, ja:

- adekvāta veselības aprūpe ir pieejama katram indivīdam (nav fizisko vai laika šķēršļu);
- ir maksimāla veselības aprūpes nodrošinātāju izvēles brīvība un dažādi finansēšanas mehānismi, kas apmierina visus iedzīvotāju slāņus;
- ir pietiekama informācija, iedzīvotāju izglītošana un izpratne par veselības aprūpes sistēmu un pieejamību tai;
- adekvāta dažādu ieinteresēto pušu dalība veselības aprūpes sistēmas izveidošanā un administrēšanā.

4. Veselības aprūpes pieejamības rādītāji Latvijā

Veselības aprūpes pieejamības analīzei var izmantot vairākas metodes. Netieši to parāda saslimstības rādītāju izmaiņas noteiktās grupās, īpaši apskatot hronisko saslimšanu paasinājumu un komplikāciju pieaugumu, kā arī infekcijas un sociāli bīstamo saslimšanu skaitu.

SASLIMSTĪBAS RĀDĪTĀJI UZ 100 000 IEDZĪVOTĀJU 1998.-2001.GADĀ *
Tabula 4

	1998	1999	2000	2001
Tuberkuloze	75.5	70.0	72.3	73.4
Ļaundabīgie audzēji	377.3	375.4	365.5	363.8
Sifiliss	107.8	64.5	43.0	25.2
Gonoreja	51.3	46.1	31.4	23.4
Uroģenitālā hlamidioze	56.7	30.3	27.3	25.0
HIV	6.8	10.3	19.7	34.2
AIDS	0.5	0.7	1.0	1.8

* Rādītāji pārrēķināti, ņemot vērā 2000. gada tautas skaitīšanas galīgos rezultātus.

Kā redzams tabulā, viskritiskākais ir stāvoklis ar tuberkulozes, HIV un AIDS saslimstību Latvijā. Ievērojami ir samazinājusies saslimstība ar tādām seksuāli transmisīvajām saslimšanām kā gonoreja, sifiliss un uroģenitālā hlamidioze, kas bija visaugstākā 1996.-1998.gadā pēdējo gadu desmitu laikā Latvijā. No 1996.gada šo saslimšanu ārstēšana un profilakse tika no jauna iekļauta valsts garantētajā veselības aprūpes programmā, kas palielināja dažādu iedzīvotāju slāņu pieejamību šiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Tā rezultātā situācija ar seksuāli transmisīvajām slimībām valstī atkal kļuva kontrolējama.

STACIONĒTO SLIMNIEKU SKAITS AR KUŅĢA UN DIVPADSMITPIRKSTU ZARNAS ČŪLAS ASIŅOŠANU 1998.-2001.GADĀ

Tabula 5

	1998	1999	2000	2001
No hospitalizētiem slimniekiem:				
- neoperēti	902	798	907	975
- neatliekami operēti	300	215	229	221

Tabulā parādītie dati norāda uz to, ka pēdējos divos gados ir tendence komplikācijām pacientiem ar kuņģa un divpadsmitpirkstu zarnas čūlas slimību pieaugt. Tas varētu būt skaidrojams ar ambulatorās veselības aprūpes kārtības izmaiņām kopš 1999.gada, kā arī sociāli-ekonomiskām izmaiņām valstī.

NO STACIONĀRIEM IZRAKSTĪTO UN MIRUŠO SLIMNIEKU SKAITS AR
BRONHIĀLĀS ASTMAS DIAGNOZI 1998.-2001.GADĀ

Tabula 6

	1998	1999	2000	2001
No stacionāriem izrakstīto un mirušo slimnieku skaits	7254	7242	6878	6817

Pacienti ar bronhiālo astmu nonāk stacionārā slimības paasinājuma gadījumā, kad nav iespējams ar medikamentiem ambulatoros apstākļos kontrolēt slimības norisi. Šādu gadījumu skaits pēdējo 4 gadu laikā ievērojami samazinās. Tas ir skaidrojams ar to, ka valsts garantētās programmas ietvaros pacientiem ar šo slimību ir pieejami mūsdienīgi medikamenti ar 75% atlaidi.

Otra iespēja noteikt pieejamību veselības aprūpes pakalpojumiem ir veikt sociālos pētījumus, kuros tiek aptaujāti iedzīvotāji. Šādas aptaujas Latvijā atkārtoti ir veiktas pēc Labklājības ministrijas pasūtījuma. 2002. gadā izstrādātajā Baltijas Sociālo Zinātņu institūta pētījumā "Veselības reformas novērtējums 2002" ir konstatēts, ka samazinās to iedzīvotāju skaits, kuri uzskata, ka viņiem ir pieejama valsts garantētā veselības aprūpe – 2000.gadā 58% aptaujāto izsaka šādu viedokli, bet 2001.gadā to skaits samazinās par 13% un sastāda 45% no aptaujātajiem.

2002.gada arī Sorosa fonds-Latvija finansēja veselības aprūpes pieejamības pētījumu Latvijā, kuru vadīja Daugavpils Socioloģisko pētījumu laboratorijas zinātniece Vera Boroņenko. Tajā tikai aptaujāti 1000 Latvijas iedzīvotāji 3 novados – Dienvidlatgalē, Kurzemē un Rīgā. 33.4 % aptaujāto bija nācies atteikties no veselības aprūpes pakalpojumiem sekojošu iemeslu dēļ:

- naudas trūkums – 23,1%;
- laika nepietiekamība 9,4%,
- garas rindas 3,7%;
- liels ārstniecības iestādes attālums no dzīvesvietas 3,4%.
- ģimenes ārsts nedeva nosūtījumu – 2,2%
- fiziski nevarēju tikt līdz ārstniecības iestādei, t.i. grūtības ar pārvietošanos – 1,5%
- citi iemesli – 0,8%.

Iedzīvotājiem pēc aptaujas datiem bija nācies atteikties no sekojošiem veselības aprūpes pakalpojumiem:

- 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 zobārstnieciskus pakalpojumus) – 2,8%;
- operācija – 2,6%.

Šie rādītāji liecina par to, ka, neskatoties uz atsevišķām pozitīvām tendencēm, pieejamība veselības aprūpei Latvijā – gan pēc pacientu uzskatiem, gan pēc reāliem faktiem – ir ierobežota. Reformas tālāka gaita būtu stratēģiski jāplāno tādējādi, lai palielinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem.

5. Veselības aprūpes nesniegšanas riski

Kā tika minēts iepriekšējā sadaļā, pēdējo gadu laikā pieaudzis to neārstēto hronisko saslimšanu skaits, kuru komplikācijas ir prasījušas neatliekamu palīdzību pacienta dzīvības glābšanai. Neatliekamās palīdzības sniegšana ir viens no dārgākajiem pakalpojumu veidiem veselības aprūpē, jo bieži šādos gadījumos ir nepieciešama neatliekama ķirurģiska palīdzība un pacienta dzīvību nodrošinošu tehnoloģiju izmantošana. Šāda situācija ievērojami sadārdzina veselības aprūpes izmaksas un iespējamo finansējuma nepietiekamību.

Slimību nastu sabiedrībai (*burden of disease*) tikpat lielā mērā palielina neārstētās un sabiedrībai bīstamās infekcijas, kuru profilakse, pacientu izglītošana un savlaicīga ārstēšana palīdz ierobežot šo slimību izplatīšanos un veicina sociālā kapitāla saglabāšanu. Kā parāda saslimstības dati (tabulas 4,5,6), samazinoties veselības aprūpes pieejamībai iedzīvotājiem ir tendence pieaugt to personu skaitam, kuri slimo ar sociāli bīstamajām infekcijām, kas ne tikai prasa papildus līdzekļus ārstēšanai, bet rada arī draudus sabiedrībai kopumā..

Savlaicīgi nesniegta veselības aprūpe arī mazāk bīstamu slimību gadījumā, pat tad, ja nav nepieciešama neatliekama medicīniskā palīdzība, rada iedzīvotāju darba pārejošu un nepārejošu darba nespēju, kas samazina iedzīvotāju ekonomisko aktivitāti un palielina sociālās apdrošināšanas izmaksas valstij. Ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju struktūru un to, ka tikai viena trešā daļa Latvijas iedzīvotāju (842000) ir darba ņēmēji un veic valsts obligātās sociālās apdrošināšanas maksājumus, ir svarīgi veidot veselības aprūpes stratēģiju un nodrošināt tam atbilstošu finansējumu. Invaliditātes pieaugums valstī vēl vairāk palielinoties var ievērojami ietekmēt valsts makroekonomiskos procesus.

Īsumā apkopojot galvenos riskus, tie ir:

1. Veselības aprūpes sadārdzināšanās.
2. Sociāli bīstamo infekciju izplatīšanās sabiedrībā.
3. Pārejošas darba nespējas palielināšanās.
4. Invaliditātes īpatsvara pieaugums iedzīvotāju vidū.
5. Sociālās apdrošināšanas izmaksu pieaugums.
6. Sabiedrības sociālā kapitāla samazināšanās kopumā.

6. Veselības aprūpes normēšana (racionēšana -rationing)

Nepietiekams veselības aprūpes finansējums ir ekonomiska un politiska problēma ne tikai valstīs ar pārejas ekonomiku un jaunattīstības valstīs, bet arī valstīs ar stabilu ekonomiku un senizveidotām veselības aprūpes sistēmām. Lai risinātu šo jautājumu un noteiktu tos veselības aprūpes pakalpojumus, kurus saviem iedzīvotājiem sedz valsts, tie pielietota veselības aprūpes normēšana jeb racionēšana. Ar normēšanas palīdzību var mēģināt nodrošināt noteikta līmeņa pieejamību veselības aprūpes pakalpojumiem visiem valsts iedzīvotājiem. Ir vairākas definīcijas par veselības aprūpes normēšanu, kuras vispārīgos vārdos raksturo šo jēdzienu, runā par nepietiekamajiem resursiem un vienlīdzīgu to sadali. Būtībā veselības aprūpes normēšana veselības aprūpi neuzlabo, bet gan samazina tās apjomu līdzekļu trūkuma dēļ. Tā ir ierobežošanas metode, kura ir jāpielieto, lai sadalītu un racionālāk izmantotu nepietiekamos resursus veselības aprūpei.

Normējot veselības aprūpi, vismaz daļa veselības aprūpes pakalpojumu tiek liegta kaut kādai daļai iedzīvotāju, kuriem šie pakalpojumi būtu nepieciešami, jo ir pieņemts politisks lēmums šos veselības aprūpes pakalpojumus nepirkt. Ja tiek ieviesta normēšana (racionēšana), tas jādara pēc iespējas mazāk kaitējot veselības aprūpes integritātei.

Var bezgalīgi runāt par pareizu nepietiekamo resursu sadali, bet ir svarīgi izprast to, ka pēc būtības šāda veselības aprūpes normēšana nav vēlama un būtu jāuzsāk tikai tādos gadījumos, kad nav cita alternatīva risinājuma.

Vienlaicīgi ir jāapzinās tas, ka veselības aprūpe nav par brīvu – kādam par to ir jāmaksā – valstij, apdrošinātājam, pacientam pašam vai pacienta ģimenei. Ja šis finansējums ir pietiekams, nav nepieciešamība pielietot normēšanas principus. Tāpēc pirms tiek uzsākta normēšanas ieviešana veselības aprūpē, ir jānoskaidro, cik daudz ir to līdzekļu, kurus sabiedrība kopumā vai katrs indivīds atsevišķi vēlas iztērēt veselības aprūpei.

6.1 Normēšanas izmantošana veselības aprūpē citās valstīs

Plašākais eksperiments normēšanā – Oregonas veselības plāns (*Oregon Health Plan*) tika uzsākts 1994. gadā ASV, izveidojot Veselības pakalpojumu komisiju, kurā ietilpa ārsti, māsas, sociālie darbinieki un sabiedrības pārstāvji. Tās uzdevums bija izveidot precīzu kritēriju sistēmu valsts apmaksātajai *Medicaid* programmai, lai ar esošajiem līdzekļiem varētu nasegt veselības aprūpes izdevumus pēc iespējas lielākai iedzīvotāju daļai. Komisijas apspriedās ar dažādu interešu grupu pārstāvjiem, organizēja tikšanās ar sabiedrības pārstāvjiem, veica telefona aptaujas. Šīs plašās diskusijas rezultātā tika izveidotas ‘kategoriju tabulas’, kurās tika iekļauti veselības stāvokļi un tiem atbilstošā ārstēšana prioritārā secībā. Kaut gan sākotnēji kā pamatprincips šai normēšanai tika izvirzīta izmaksu efektivitāte, pakāpeniski šī principa nozīme ievērojami samazinājās.

Nīderlandē, pateicoties Dunningas Komitejai, tika precīzi definēti normēšanas principi veselības aprūpē, kuri pamatojās uz izmaksu efektivitāti un sociālo labumu (ieguvumu). Sarežģījumi radās ieviešot šo sistēmu, jo esošie dati par ārstniecības metožu efektivitāti nebija pietiekami, turklāt pretrunīgi. Neskatoties uz to, zināmus rezultātus šis normēšanas process deva, piemēram samazināja to pacientu skaitu, kuri var saņemt fizioterapiju un stomatoloģisko palīdzību.

Jaunzēlandes Medicīnas Pakalpojumu Komitejai (*the New Zealands Core Health Services Committee*) bija cita pieeja normēšanas izveidošanai, galvenokārt uzsverot nepieciešamību noteikt ārstniecisko un izmaksu efektivitāti divām vai vairākām līdzīgām ārstniecības vai diagnostikas metodēm, lai varētu izdarīt izvēli starp tām. Ir uzsākti vairāki projekti, lai noteiktu prioritātes izmantojot QALY (*Quality adjusted life years*) kategoriju tabulas sociāliem un ārstniecības pasākumiem. Nacionālais projekts tika izveidots, balstoties uz kritērijiem, ko izsniedza profesionālo konsultantu grupas, un punktu sistēmu rindu sastādīšanai plānveida ķirurģijai.

Arī Norvēģijā, Zviedrijā un Somijā ir bijuši vairāki mēģinājumi izveidot veselības aprūpes prioritizācijas shēmu, bet pagaidām šajās valstīs var runāt tikai par pamatprincipu izveidošanu normēšanas uzsākšanai.

Lielbritānijā normēšanas un prioritizēšanas problēmas tiek risinātas reģionālā līmenī. Labs piemērs ir Nacionālā veselības servisa (NVS- *National Health Service*) normēšanas darba grupas, kurās pēc personīgās iniciatīvas piedalās veselības aprūpes vadītāji, klīnicisti, medicīnas māsas, mācību spēki un preses pārstāvji. Ir bijuši mēģinājumi šajā procesā iesaistīt arī sabiedrības pārstāvjus, lai pēc iespējas vairāk izprastu sabiedrības un atsevišķu pacientu vajadzības.

Lai gan Lielbritānijas valdība valsts līmenī nav pieņēmusi normēšanu kā vienu no finansiālo līdzekļu ekonomēšanas veidiem, Nacionālā klīniskās ekselences institūta (*the National Institute for Clinical Excellence (NICE)*) izveidošana zināmā mērā liecina par to, ka izmaksu efektivitāte un ārstnieciskā efektivitāte tiks pielietotas, lai noteiktu tās ārstniecības metodes, kuru apmaksu garantēs valsts. Šī institūta galvenais uzdevums ir izveidot vadlīnijas klīniskajai darbībai, ievērojot augstākminētos principus. Reģionālajā līmenī, piemēram, Skotijā jau 1998.gada tika ieviests veselības aprūpes pakalpojumu prioritizēšanas indekss, kura pielietošana ir devusi zināmu līdzekļu ekonomiju.

6.2 Veselības aprūpes normēšanas (racionēšanas) principi

Veselības aprūpes normēšana, kas balstīta tikai uz pacienta iespējām apmaksāt ārstēšanu, nav ieteicama, jo tādējādi tiek pārkāpts vienlīdzības princips veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā iedzīvotājiem. Ideālā sistēmā, valsts nodrošinātai veselības aprūpei būtu jābalstās uz pacientu nepieciešamību pēc veselības aprūpes, (*need for health care*), dodot maksimālu labumu iedzīvotājiem. Tomēr, lai normētu (racionētu) veselības aprūpi, jāņem vērā ne tikai ārstnieciskā efektivitāte, bet arī izmaksu efektivitāte. Šādā gadījumā resursi tiek novirzīti to veselības aprūpes pasākumu apmaksai, kuri dod vislielākos veselības ieguvumus, iztērējot mazāk līdzekļu. Parasti šim mērķim tiek izmatotas QALY (*quality adjusted life years*), DALY (*disability adjusted life year*) un citas metodes, tomēr nav

pieņemtas vienotas sistēmas kā noteikt izmaksu un klīnisko efektivitāti vienlaicīgi, īpaši gadījumos, kad ir jāsalīdzina atšķirīgu slimību ārstēšana. Pēdējā laikā arvien biežāk tiek kritizēta nomēšana (racionēšana), kura balstās tikai uz izmaksu efektivitāti, jo netiek pietiekami ņemti vērā citas sabiedriskās vērtības, piemēram, vienlīdzība.

Lai normētu (racionētu) veselības aprūpi ir jāizpilda sekojoši priekšnoteikumi:

- precīzi jānosaka normēšanas principi;
- jābūt robustai pieejai, veicot prioritāšu noteikšanu atbilstoši normēšanai;
- jāparedz līdzekļi klīnisko grupu darbam, kuras veic šo normēšanu (racionēšanu).

6.3 Normēšana, izveidojot veselības aprūpes pakalpojumu kategorijas

Oregonas štata veselības plāns vēsturiski ir pirmais mēģinājums noteikt veselības aprūpes pakalpojumus, kuru izmaksu un klīniskā efektivitāte ir pietiekami augsta, lai tiktu iekļauta valsts apmaksāto pakalpojumu sarakstā. 1994.gadā ieviestās normēšanas (racionēšanas) shēmas veidošana aizsākās jau 1987.gadā. Par iemeslu šai reformai bija atkārtoti gadījumi, kad veselības aprūpes pakalpojumus nevarēja saņemt iedzīvotāji, kuri nebija iekļauti privātās apdrošināšanas programmās, kā arī neietilpa to nabadzīgo iedzīvotāju grupā, kuru ārstēšanu sedza valsts *Medicaid* programma. 1989.gadā Oregonas gubernators Kichābers (*Kitzhaber*) ierosināja uzsākt valsts finansēto programmu pārveidi tādējādi, lai pēc iespējas lielāka Oregonas štata iedzīvotāju daļa varētu saņemt garantētu veselības aprūpi. Veselības stāvokļu un tiem atbilstošo veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu izstrādāšanai tika izveidota darba grupa. Tajā tika pārstāvēti ārsti, māsas, sociālie darbinieki un sabiedrības pārstāvji. Ilgu un plašu debašu gaitā tika noteikti 743 veselības stāvokļi/ diagnozes un tiem atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumi. 1994.gadā šis normēšanas plāns, kas ir pazīstams kā Oregonas veselības plāns (*Oregon Health Plan- OHP*), tika pieņemts. Pēdējo 8 gadu laikā OHP tiek regulāri pārskatīts, ņemot vērā saslimstības rādītājus, finansējuma iespējas un klīniskās efektivitātes pierādījumus. 2002.gada 1.oktobrī šajā sarakstā bija 566 veselības stāvokļi/diagnozes.

Oregonas veselības plāna izveidošana veicināja sekojošus veselības politikas jauninājumus:

I. Veselības pakalpojumu normēšana/racionēšana:

- normēšanas rezultātā iegūto līdzekļu izmantošana veselības apdrošināšanas programmas paplašināšanai, nosedzot lielāku iedzīvotāju daļu;
- precīza normēšana makrolīmeņa politikas veidošanā;

II. Prioritāšu noteikšana:

deabaltika

- sarakstā neapstiprināto pakalpojumu izslēgšana;
- visu veselības aprūpes pakalpojumu kategoriju publicēšana.

III. Sabiedrības iesaistīšana veselības politikas veidošanā:

- sabiedrības diskusijas/forumi;
- sabiedrības vērtējuma iekļaušana normēšanas procesā, nosakot veselības stāvokļu/ārstēšanas statusu kategoriju sarakstā.

IV. Balstīšanās uz veselības pakalpojumu tehnoloģiju novērtējumu:

- objektīva un sistemātiska metodika prioritāšu noteikšanai veselības aprūpē;
- ārstniecības rezultātu pētījumu un izmaksu-efektivitātes analīze apmaksājamo pakalpojumu sarakstā iekļautajām ārstniecības metodēm

Oregonas veselības plānā iekļautās ārstnieciskās metodes iedala 3 galvenajās grupās – būtiskie veselības aprūpes pakalpojumi (*essential*), ļoti svarīgie veselības aprūpes pakalpojumi (*very important services*) un veselības aprūpes pakalpojumi, kas noderīgi atsevišķiem indivīdiem.

Veselības aprūpes pakalpojumu kategorijas (Tabula 7)

Kategoriju apraksts	Piemēri
Būtiskie veselības aprūpes pakalpojumi	
1 VAP, kas novērš nāvi un dod pilnīgu atveseļošanos akūtu nāvi izraisošu slimību gadījumā	Neatliekamā palīdzība
2 Mātes aprūpe	Dzemdību palīdzība
3 VAP, kas novērš nāvi, bet nedod pilnīgu atveseļošanos akūtu nāvi izraisošu slimību gadījumā	Galvas traumas ar asins izplūdumiem galvā
4 Profilaktiskie pasākumi bērniem	Imunizācija
5 VAP, kas pagarina dzīvi un uzlabo dzīves kvalitāti hronisku nāvi izraisošu slimību gadījumā	AIDS ārstēšana, audzēju ārstēšana,
6 Reproductīvās veselības aprūpe	Kontracepcija
7 Paliatīvā aprūpe, kas atvieglo mirstošo pacientu dzīvi	Dažādu slimību terminālās stadijas
8 Profilakse mutes dobuma saslimšanām	Zobu higiēna un fluora aplikācijas
9 Pierādīta efektīva profilakse pieaugošo saslimšanām	Mammogrāfija

Ļoti svarīgie veselības aprūpes pakalpojumi	
10 VAP, kuru pielietošana pilnībā atgriež veselību akūtu nāvi neizraisošu slimību gadījumā	Nekomplicētas pneimonijas ārstēšana
11 VAP, kuru gadījumā savlaicīga ārstēšana uzlabo pacientu dzīves kvalitāti hronisku nāvi neizraisošu slimību gadījumā	Kuņģa čūla bez komplikācijām
12 VAP, kuru pielietošana pilnībā neatgriež veselību akūtu nāvi neizraisošu slimību gadījumā	Diagnostiskie pasākumi
13 VAP, kuru gadījumā atkārtota ārstēšana uzlabo pacientu dzīves kvalitāti hronisku nāvi neizraisošu slimību gadījumā	Rehabilitācija pēc traumām, kuras izraisījušas invaliditāti
Veselības aprūpes pakalpojumi, kuri ir nozīmīgi atsevišķiem indivīdiem	
14 VAP, kuri paātrina izveseļošanos pašlimitējošu saslimšanu gadījumā	Akūtu respiratoru slimību ārstēšana
15 Neauglības ārstēšana	Ārpusdzemdes apaugļošana
16 Mazāk efektīvi profilaktiskie pasākumi pieaugušajiem	Diabēta skrīnings pieaugušajiem, neieskaitot grūtnieces
17 VAP, kas tikai nedaudz uzlabo dzīves kvalitāti, nāvi izraisošu un nāvi neizraisošu saslimšanu gadījumā	

Šīs kategorijas tika izveidotas, lai atspoguļotu sabiedrības prioritātes, nosakot dažādu saslimšanu ārstēšanu, ārstu viedokli par veselības aprūpes pakalpojumu vērtīgumu un objektīvajiem datiem par dažādu ārstniecības metožu efektivitāti. Veselības stāvokļu/diagnožu saraksts ar tiem atbilstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem tika pielietots kā objektīvs un zinātniski pamatots līdzeklis, nosakot veselības aprūpes finansējuma spektru, ņemot vērā arī sabiedrības viedokli par veselības prioritātēm. Var uzskatīt, ka Oregonas veselības plāns ir nebijis precedents tam, kā tiek apvienota veselības ekonomikas un demokrātijas principi. Pamatojoties uz izveidoto kategoriju sarakstu un veselības aprūpei pieejamajiem līdzekļiem, periodiski tiek pārskatīts valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts.

Normēšanas pielietošana sākotnēji radīja lielas cerības tam, ka veselības aprūpes sistēma varētu tikt padarīta efektīvāka un samazinātos ar to saistītās izmaksas, tomēr šīs cerības pilnībā nepiepildījās. Pirmkārt, ieviestais Oregonas veselības plāns izslēdza tikai nelielu skaitu veselības aprūpes pakalpojumu.

Otrkārt, noteikt precīzu limitu veselības aprūpes pakalpojumiem teorētiski ir daudz vienkāršāk nekā to izdarīt praktiski, jo bieži tiek pārskatīta

deabaltika

Oregonas veselības plāna dalībnieku nepieciešamība saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, kuri nav iekļauti apstiprinātajā sarakstā.

Treškārt, normēšanas ieviešana pirmo piecu gadu laikā ļāva iekonomēt tikai 2% no izdevumiem par veselības aprūpi salīdzinājumā ar iepriekšējo metodi. Oregonā pēc veselības plāna ieviešanas, štata neapdrošināto iedzīvotāju skaits samazinājās no 17 % 1992.gadā līdz 11 % 1997.gadā, tomēr jāņem vērā tas, ka šajā laika periodā palielinājās nodokļu ieņēmumi un līdz ar to veselības aprūpes finansējums.

Ceturtkārt, Oregonas veselības plāns tikai sākotnēji tika balstīts uz izmaksu-efektivitātes aprēķiniem, bet tālākajā tā ieviešanas gaitā bija jāpieņem vairāki politiski lēmumi, kas samazināja izmaksu-efektivitātes kritēriju nozīmīgumu veselības aprūpes finansējuma noteikšanā. Tas vēlreiz pierāda to, ka nav iespējams izdarīt izvēli par valsts finansējamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem tikai pamatojoties uz pierādītu klīnisko efektivitāti un izmaksu efektivitāti.

Piektkārt, jāatzīmē, ka Oregonas modelis ir ļoti nozīmīgs piemērs tam, kā iesaistīt sabiedrību veselības aprūpes reformu izveidošanā.

6.4 Normēšana, ieviešot vecuma ierobežojumus

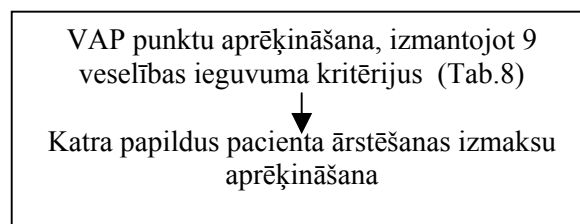
Ir bijuši vairāki mēģinājumi izmantot vecuma kā normēšanas kritēriju, nosakot ierobežojumus noteiktiem veselības aprūpes pakalpojumiem, piemēram, kranioektomijai hemorāģiska insulta gadījumā, sirds asinsvadu šuntēšanai, orgānu transplantācijai, nieru dialīzei un citām dārgām ārstniecības metodēm ar modernu tehnoloģiju pielietošanu. Pastāv uzskats, ka dārgo ārstniecisko metožu pielietošana vecākiem ļaudīm nav ekonomiski efektīva un ka šie līdzekļi ir jānovirza ekonomiski aktīvo iedzīvotāju veselības aprūpei. Ieviešot vecumu kā normēšanas kritēriju, netiek ievērots vienlīdzības princips. Tas vienlaicīgi arī rada daudzas ētiska rakstura problēmas. Šī kritērija izmantošana tiek ļoti asi kritizēta, īpaši ņemot vērā to, ka mūsdienās daudzi gados vecāki cilvēki turpina savu ekonomisko darbību un ir aktīvi sabiedrības locekļi.

6.5 Normēšana, prioritizējot veselības aprūpes jomas

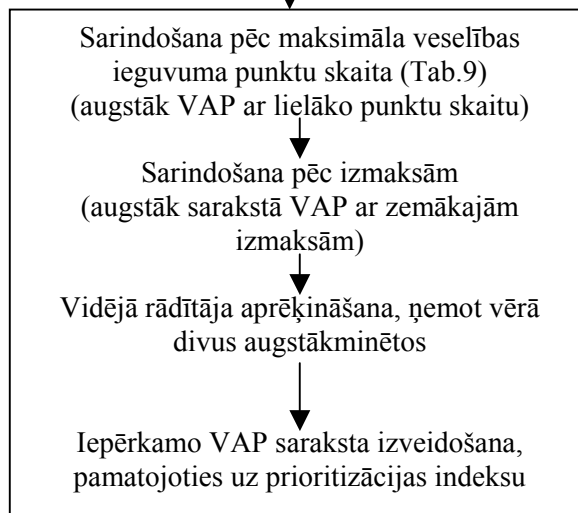
Šāda veida normēšanas metode tiek izmantota Skotijā kopš 1998.gada. Kā pamats kritēriju noteikšanai tikai izveidots prioritizācijas aprēķinu indekss (*Prioritization scoring index*), kurš nosaka veselības aprūpes pakalpojuma lietošanas kritēriju "grozu" un ārstējamo pacientu skaitu, kā arī samaksas lielumu par katru papildus pacientu. Šīs normēšanas shēmas izveidošana bija multidisciplināras padomes darbs, novērtējot veselības aprūpes pakalpojumus pēc divām kategorijām – vidējais lietošanas kritēriju rādītājs un viena papildus pacienta ārstēšanas izmaksa. Veselības aprūpes pakalpojuma noteikšanai tika pieņemti deviņi kritēriji.

Valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumu izvēle tika pēc sekojošas metodoloģijas :

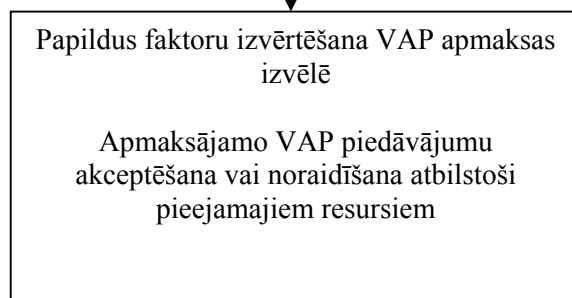
Punktu aprēķināšana



VAP sarindošana pēc punktu skaita



Lēmuma pieņemšana par VAP finansēšanu



Indikatori novērtējumam par iespējamo veselības ieguvumu (Tabula 8)

Iespējamais veselības ieguvums indivīdam	Novērtējums
Dzīvi glābjošs pasākums	10
VAP nodrošina nozīmīgu un ilgstošu fiziskās un mentālās veselības saglabāšanu	8
VAP nodrošina mazāk efektīvu, bet ilgstošu fiziskās un mentālās veselības saglabāšanu	6
VAP nodrošina nozīmīgu fiziskās un mentālās veselības saglabāšanu uz zināmu laika periodu	4
VAP nodrošina maznozīmīgu fiziskās un mentālās veselības saglabāšanu uz zināmu laika periodu	2
VAP nenodrošina veselības ieguvumu	0
VAP var radīt nenozīmīgu fiziskās un mentālās veselības samazināšanas risku	-1
VAP var radīt nozīmīgu fiziskās un mentālās veselības samazināšanas risku	-3
VAP var radīt nāves risku	-5

Prioritizācijas kritēriju indekss (Tabula 9)

Punktu piešķiršanas kritēriji	Max	Min
Individuālo padomes locekļu vērtēšanas kritēriji	10	-5
Iespējamais veselības ieguvums	5	0
Sliktas veselības novēršana	5	-5
Dzīves kvalitāte	5	-5
Vienlīdzīga pieeja	5	-5
Veselības stāvokļa nevienlīdzības problēmas risināšana	5	-5
Izteiktā nepieciešamība pēc VAP	5	-5
Atbilstība (to nosaka sabiedrības prioritātes, pamatfunkcija vai jauninājums veselības aprūpē, iepriekšējās darbības izvērtējums)	5 40	0 -25
Padomes kopējie vērtēšanas kritēriji		
Pierādījumi par VAP efektivitāti	5	-5
Atbilstība prioritārajām jomām	5	0
	10	-5
Kopējais punktu skaits	50	-30

Atšķirībā no Oregonas veselības plāna, kur tika noteikts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu daudzums, Skotijā izstrādātais Prioritizācijas punktu indekss tiek pielietots, izvēloties jaunus veselības aprūpes pakalpojumus. Veselības ieguvuma vērtējumu nosaka profesionālu ekspertu grupa. Tālāko izvērtējumu un veselības aprūpes pakalpojumu sarindošānu pēc punktu skaita izdara ar datoru palīdzību un to pārskata indeksācijas padome, kurā piedalās klīnicisti un veselības aprūpes vadītāji, pašvaldību un sabiedrisko organizāciju pārstāvji. Galīgo lēmumu par noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanu pieņem Reģionālais veselības direktorāts. Pamatojoties uz Prioritizācijas punktu indeksu, tiek izvēlēti veselības aprūpes pakalpojumi, kurus nākotnē iekļauj Veselības uzlabošanas plānā (Health Improvement Plan) un pamato Stratēģiskās finansēšanas plānu.

6.7 Prioritizācijas aspekti

Prioritizācija ir ne tikai iespēja normēt veselības aprūpes izdevumus, bet arī veids kā pieņemt lēmumus saistītus ar veselības politiku un stratēģiju. Šis process nodrošina to, ka :

- lēmumu pieņemšana ir precīzi formulēta;
- lēmumu pieņemšana ir ietveroša, multi-profesionāla un var tikt iesaistīti sabiedrības pārstāvji;
- kritēriji var tikt adaptēti lokālā, reģionālā un nacionālā līmenī;
- ir iespēju salīdzināt vairākus veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājumus vienas;
- lēmumu pieņemšanas process ir caurskatāms;
- veselības aprūpes vadītājiem ir iespējams aizstāvēt viedokli finansēšanas atteikšanas gadījumā.

Diemžēl šāda procesa nodrošināšanai ir vajadzīgs laiks. Turklāt pastāv zināms risks korupcijai, ja prioritizācija netiek pareizi uzsākta un vadīta, nodrošinot dažādu ieinteresēto pušu pārstāvniecību. Prioritizācijas kritērijiem ir jābūt lokāli akceptētiem un precīzi definētiem. Tie var tikt adaptēti no jau esošām un izmantotām shēmām, kuras pierādījušas sevi darbībā

6.8 Citas metodes veselības aprūpes izmaksu novērtēšanai

Ņemot vērā deficītu veselības aprūpes finansēšanā un to, ka medicīnas zinātniskais progress prasa līdzekļu pieaugumu šai nozarei, ir ļoti svarīgi izvērtēt, kuras no ārstēšanas un diagnostikas metodēm attaisno prāvo līdzekļu ieguldījumu. Šim mērķim ir izveidotas vairākas vērtēšanas shēmas un metodes. Atšķirība no normēšanas, kas apvieno gan veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu vērtējumu, gan izvēles mehānismu, šīs metodes palīdz izdarīt secinājumus par to, kura metode ir ārstnieciski visefektīvākā un finansiāli visizdevīgākā.

Izmaksu samazināšanas analīze (cost-minimization analysis)

Šī analīze var tikt izmantota, ja divas vai vairākas ārstēšanas vai diagnosticēšanas metodes dod pilnīgi vienādu rezultātu, bet to veikšanas noteikumi ir atšķirīgi un līdz ar to ir nepieciešams dažāds finansējums. Piemēram, var salīdzināt divas ķirurģiskas operācijas, vienai no kurām ir nepieciešama ilgāka pacienta atrašanās stacionārā. Izmaksu samazināšanas analīze parasti palīdz salīdzināt jaunu ārstēšanas metodi ar jau pielietotu. Pēc savas būtības šī analīze ir specifiska izmaksu efektivitātes analīzes forma, kur divu alternatīvu ārstēšanas un diagnosticēšanas metožu rezultāti ir ekvivalenti.

Izmaksu efektivitātes analīze (cost-effectiveness analysis)

Izmaksu efektivitātes analīzes gadījumā ārstēšanas rezultāti nav ekvivalenti. Parasti tos izsaka iegūtajos dzīves gados (life-years gained). Kā piemēru var minēt ārstēšanu nieru nepietiekamības gadījumā, kad jāizvēlas starp dialīzi un nieru transplantāciju. Šīm abām metodēm ir atšķirīgas sekas un atšķirīgas izmaksas, tādēļ arī vienkārši netiek izvēlēta lētākā ārstēšanas metode, bet ņem vērā iespējamo pacienta dzīves pagarinājumu. Lai salīdzinātu cilvēcisko un finansiālo ieguvumu attiecību tiek aprēķinātas iegūtā dzīves gada izmaksas. Izmaksu-efektivitātes analīze ir labi piemērojama, plānojot veselības aprūpes pakalpojumu apjomu ierobežota budžeta apstākļos.

Izmaksu un ieguvumu analīze (cost-benefit analysis)

Diemžēl divas alternatīvas diagnosticēšanas un ārstēšanas metodes nedod vienādus rezultātus – tām ir multipli efekti. Atbildot uz jautājumu par ārstēšanas efektivitāti, iegūtie dzīves gadi nav vienīgais rezultāts. Svarīgi ir ņemt vērā arī tādus rādītājus kā dzīves kvalitāte un iespējamās tālākās komplikācijas. Bieži vien nākas arī salīdzināt atšķirīgas ārstēšanas metodes dažādu saslimšanu gadījumā. Piemēram, ir jāizvēlas starp hipertenzijas skrīninga programmu un gripas vakcinācijas programmu. Šajā gadījumā ārstēšanas un diagnosticēšanas rezultāti tiek parādīti naudas izteiksmē un tad noteikts iespējamais ieguvums, salīdzinot alternatīvās metodes. Pēc būtības izmaksu un ieguvumu analīzē diagnosticēšanas vai ārstēšanas metodes izmaksas tiek salīdzinātas ar tiem ietaupījumiem un cilvēciskajiem ieguvumiem, kurus to pielietošana varētu sniegt.

Gadījumos, kad divas metodes ir grūti salīdzināt to dažādo efektu dēļ, tās salīdzina ar “nedarīt neko”, kura gadījumā nav nekādu izmaksu, bet ir nosakāmi veselības rezultāti. Tieši šis izmaksu ieguvuma analīzes veids pēdējas laikā tiek biežāk pielietots, jo palīdz atbildēt uz jautājumu, vai vispār ārstēšana dod reālus rezultātus ilgākā perspektīvā. Atšķirībā no izmaksu-efektivitātes analīzes, kur tiek pieņemts, ka ārstēšana ir efektīva, izmaksu un ieguvumu analīze biežāk tiek pielietota, lai atbildētu uz jautājumu, vai tas tiešām tā ir.

Izmaksu lietderības analīze (cost-utility analysis)

Izmaksu lietderības analīzē veselības ieguvumu neizsaka naudas izteiksmē, tāpēc tiek lietots jēdziens lietderība, lai raksturotu to, kādas priekšrocības, atgūstot veselību, saredz indivīds vai sabiedrība. Šādā analīzē tiek ņemti vērā dzīves kvalitātes rādītāji, kuri ir pacientam pēc saņemtās ārstēšanas. Ārstēšanas rezultātus šādā gadījumā visbiežāk izsaka kvalitātei-piemērotos dzīves gados (quality-adjusted life years), kur pagarinātie dzīves gadi tiek attiecināti uz veselības ieguvuma lietderību, tiek izteikta skalā no 0

līdz 1. 0 raksturo nāvi, bet 1 pilnīgu veselību. Ir arī citas metodes lietderības izteikšanai, piemēram, veselīgas dzīves gadu ekvivalence (healthy years equivalent).

Izmaksu lietderības analīzes gadījumā arī tiek piemērota “gatavības samaksāt” metode (willingness to pay), kura tiek veikta kā aptauja, lai uzzināt indivīdu gatavību un vēlēšanos maksāt par kādu noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu. Šāds pētījums dod ieskatu par to, kā sabiedrības locekļi vērtē veselības ieguvumus un veselības aprūpes pakalpojumus.

6.9 Veselības aprūpes normēšanas neveiksmju cēloņi

Neveiksmēm normēšanas ieviešanai veselības aprūpē ir vairāki cēloņi.

1. Vislielākā problēma ir nepietiekamie dati un pierādījumi par ārstniecības metožu klīnisko un ārstniecisko efektivitāti.
2. Otra lielākā problēma ir izvēlētie normēšanas principi un noteikumu izveide.
3. Bieži vien normēšana netiek akceptēta valsts līmenī, jo rada bažas politiķos par sabiedrības, t.i, vēlētāju attieksmi pret viņiem.
4. Zināmu pretrunu šajā procesā rada arī klīniskās efektivitātes un izmaksu efektivitātes pielietošana. Kā risinājums varētu būt klīnisko vadlīniju pielietojums veselības aprūpes normēšanas izveidošanai.

7. Esošie izmaksu aprēķināšanas un normēšanas (racionēšanas) elementi Latvijas veselības aprūpes sistēmā

Pirmais mēģinājums noteikt veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas Latvijas Republikā tika uzsākts, pārejot no budžeta apmaksas veselības aprūpes pakalpojumu veicējiem uz apmaksu par padarīto darbu. Šim mērķim tika izveidoti veselības aprūpes pakalpojumu kritēriji jeb tā saucamā "punktu grāmata", kurā tika iekļautas valsts apmaksātās diagnostiskās un ārstnieciskās manipulācijas. Katrai manipulācijai piešķīra noteiktu punktu skaitu un atbilstošu finansējumu. Šī manipulāciju apmaksu neatbilda reālajām izmaksām par veselības aprūpes pakalpojumu veikšanu. Tas radīja lielas problēmas veselības aprūpes iestādēm norēķinoties ar saviem kreditoriem un veicot nodokļu maksājumus.

Neskatoties uz to, ka valsts apmaksātās summas nevienmēr sedza reālās veselības pakalpojumu izmaksas, iepirktais veselības aprūpes apjoms neatbilda iedzīvotāju vajadzībām, tāpēc kopš 2001.gada tika noteikta rindas kārtība plānveida veselības aprūpes saņemšanai. Vienlaicīgi arī valsts atteicās no vairākiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri iepriekš tika garantēti Latvijas iedzīvotājiem. Pēc savas būtības rindu veidošanās un atsevišķu pakalpojumu izslēgšana no apmaksājamo saraksta ir normēšanas uzsākšana Latvijā.

Nākošais solis veselības aprūpes izmaksu ierobežošanā un pakalpojumu normēšanā bija kapitācijas un fondu turēšanas ieviešana primārajā veselības aprūpē 1999. un 2000.gadā. Šī veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju apmaksas modeļa uzsākšana padarīja primārās aprūpes ārstu (ģimenes ārstu, primārās aprūpes pediatru un primārās aprūpes internistu) par personu, kas nosaka, cik un kādus ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus pacienti saņems, kas pēc savas būtības ir normēšana vistiešākajā tās izpratnē.

Uzsākot precīzu valsts garantētā veselības aprūpes pakalpojumu minimuma noteikšanu un normēšanu, ir ļoti uzmanīgi jāizvērtē, vai šāds process vēl vairāk nesamazinās iedzīvotāju pieejamību veselības aprūpei.

Patreiz noteiktā plānveida palīdzība ķirurģiskā profila slimniekiem

1. Lielo locītavu endoprotezēšana
2. Konvencionāla herniorafija
3. Virspusējo vēnu operācija
4. Pleca locītavas stabilizējoša operācija
5. Hallux valgus operācija
6. Dipitrēna kontraktūras operācija
7. Mugurkaula operācijas ar implantu izmantošanu
8. Disku trūces operācijas
9. Konvencionāla un laparoskopiska holecistektomija
10. Segmentāra vēnas ekstirpācija
11. Maksts un starpenes plastika
12. Cirkumcīzija

deabaltika

13. Varikozes operācija (sēklinieka maisiņa griezumš)
14. Submukoza rezekcija deguna starpsienā
15. Acu plakstiņu plastiska operācija – Ksantelasmas
16. Blefarorafija
17. Ekstrakapsulāra kataraktas ekstirpācija

2002. gadā veselības aprūpes pakalpojumiem ir šāds pilnas cenas vidējais nodrošinājuma apjoms:

Tabula 10

	Darba samaksa	Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	Pieskaitāmās izmaksas	Medikamenti	Ēdināšana	Aparatūras, aprīkojuma, ēku un būvju amortizācijas izmaksas
Stacionārā aprūpe	93%	93%	55%	45%	100%	5%
Ambulatorā aprūpe	87%	87%	78%	90%		80%
Primārā veselības aprūpe	100%	100%	78%	100%		80%
Neatliekamā palīdzība	93%	93%	80%	100%		50%

Kopumā stacionārā sniegtās palīdzības apmaksā atbilstoši reālajam izcenojumam ir 35 līdz 40 % apmērā, bet ambulatorajiem pakalpojumiem 80-85 % apmērā.

8. Principi un rekomendācijas veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanai un analīzes veikšanai

Lai varētu atbildēt uz jautājumu, kādus veselības aprūpes pakalpojumus valsts var garantēt Latvijas iedzīvotājiem, nepieciešams precīzi noteikt to izmaksas, un to, cik maksā katra papildus pakalpojuma sniegšana jeb robežizmaksa (*marginal cost*).

Lai uzsāktu izmaksu analīzi, būtu jāievēro sekojoši principi:

1. Jāizvēlas tie veselības aprūpes pakalpojumi, kuru efektivitāte ir pierādīta, nevis tie, kuru veikšana ir tradicionāla esošajā veselības aprūpes sistēmā.
2. Jāsalīdzina iespējamās alternatīvās ārstēšanas metodes, un valsts apmaksāto sarakstā jāiekļauj tās, kuru izmaksas ir zemākas.
3. Nepieciešamā finansējuma aprēķins jāizdara pēc reālajām izmaksām, ņemot vērā iespējamo budžeta ikgadējo pieaugumu.
4. Precīzi aprēķināt robežizmaksas katram veselības aprūpes pakalpojumam, ja tiek skaitliski palielināts to apjoms.
5. Veselības aprūpes metožu izvērtēšanas grupās jāiekļauj ne tikai klīnicisti, bet arī veselības aprūpes vadītāji un, pēc iespējam, pacientu pārstāvji.

Ārstniecisko un diagnostisko pakalpojumu apmaksas aprēķini Latvijā tika uzsākti jau 1992.gadā. Kritēriji veselības aprūpes pakalpojumu samaksai ir veidoti, Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūrai sadarbojoties ar profesionālajām asociācijām. Patreiz izmantotā pakalpojumu samaksas formula ir izstrādāta Pasaules Bankas atbalstītā projekta ietvaros, izmantojot ārvalstu ekspertu palīdzību, tāpēc ir ieteicams tālākos aprēķinus un analīzi veikt uz jau esošajiem aprēķiniem un samaksas kritērijiem.

Pakalpojuma cenas noteikšanai varētu izmanto formulu, kura tika apstiprināta 1999.gada 12.janvārī izdotajos Ministru kabineta noteikumos Nr.13 “Veselības aprūpes finansēšanas noteikumi” un iestrādāti jaunajā finansēšanas likumā:

$$T = P + A$$

T — veselības aprūpes pakalpojuma tarifs;
P — veselības aprūpes pakalpojuma izmaksas;
A — attīstības izdevumi.

Veselības aprūpes pakalpojuma pašizmaksas struktūra:

$$P = [D + S + M + E + U + N]$$

D — darba samaksa ($D = d/Ld$)
d — mēneša vidējā darba samaksa sabiedriskajā sektorā nodarbinātajiem,
kas ar vidējo darba stundu skaitu mēnesī, izteiktu minūtēs;
Ld — laika patēriņš (minūtēs) konkrētas manipulācijas veikšanai.

S — valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas ($S = D \times Ls$), kur
D — darba samaksa;
Ls — valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu procentu likme.

M — medikamenti ($M = m \times Cm$)
m — medikamentu un medicīnisko izstrādājumu daudzums konkrētu
manipulāciju veikšanai;
Cm — medikamentu un medicīnisko izstrādājumu cena.

E — ēdināšanas izdevumi ($E = p \times Cp$)
p — diētas veidi;
Cp — pārtikas produkcijas izmaksas

U — pieskaitāmās izmaksas ($U = D \times K$)

D — darba samaksa;
K — konkrētas manipulācijas fiksētais koeficients

Pieskaitāmajās izmaksās ir iekļauti ar administrācijas darbības nodrošināšanu saistīto pakalpojumu izdevumi (to skaitā darba alga administratīvajam un pārējam personālam), komandējumu un dienesta braucienu izdevumi, izdevumi inventāra un mīkstā inventāra iegādei, izdevumi ēku un būvju kārtējam remontam, nodokļu maksājumi, izdevumi par komunālajiem pakalpojumiem (piemēram, par siltumenerģiju, ūdeni, kanalizāciju, elektroenerģiju), kas aprēķināti, par pamatu ņemot platību, kura, rēķinot uz gultu, nepārsniedz 7 m² palātās un 21 m² papildu platību (administrācijas telpās, koridoros, uzņemšanas nodaļā, virtuvē, operāciju zālēs, slēgta tipa aptiekā, palīgdienestu kabinetos, palīgtelpās un citās telpās). Tarifā iekļautās pieskaitāmās izmaksas nosaka ar fiksētu koeficientu pret darba samaksu konkrētam veselības aprūpes pakalpojumam.

N — aparatūras, aprīkojuma, ēku un būvju amortizācijas izmaksas ($N = K : Lt : lmax$)
K — attiecīgās iekārtas vērtība;
Lt — ekspluatācijas laiks;
lmax — maksimālais pakalpojumu skaits (atbilstoši tehniskajiem parametriem).

A — attīstības izdevumus veido izdevumi investīcijām, augstu medicīnas tehnoloģiju attīstībai un personāla apmācībai. Attīstības izdevumus nosaka ar

fiksētu koeficientu pret valsts garantētā veselības aprūpes pakalpojuma pašizmaksu (P).

Ministru kabinets katru gadu nosaka valsts garantētā veselības aprūpes pakalpojuma tarifa veidojošo elementu A, K un d vērtību. **Tas nozīmē, ka šie trīs koeficienti pielāgo reālās cenas valsts garantētajam budžetam, kas izmaina reālo pakalpojuma cenu. Izdarot aprēķinus šo koeficientus būtu jāpārskata.**

9. Ieteicamā normēšanas ieviešanas shēma Latvijā

1. Izstrādāt un apstiprināt veselības aprūpes prioritārās nozares pēc saslimšanu grupām, balstoties uz veselības statistikas datiem Latvijas Republikā.
2. Izveidot veselības aprūpes pakalpojumu normēšanas grupu iesaistot ieinteresētās puses – Labklājības ministriju, Finanšu ministriju, Valsts obligāto veselības apdrošināšanas aģentūru, citas aģentūras, apdrošinātājus, nevalstiskās organizācijas.
3. Izveidot veselības aprūpes nozaru konsultantu grupas ne vairāk kā trīs atbildīgo personu sastāvā, izmantojot profesionālo asociāciju un klīnisko centru ekspertīzi gan klīniskajā, gan organizatoriskajā jomā.
4. Noteikt Labklājības ministrijas, Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūras darbiniekus, Medicīnas informāciju un tehnoloģiju aģentūras darbiniekus, kuri sadarbosies ar profesionālo konsultantu grupām un veiks izvēlēto veselības aprūpes pakalpojumu izvērtējumu, atbilstoši esošajiem datiem par to izmaksu efektivitāti.
5. Izveidot veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu atbilstoši veselības aprūpes nozarēm. Tālākajā darba gaitā šis saraksts varētu tikt izstrādāts atbilstoši diagnozēm.
6. Noteikt kategorijas veselības aprūpes veidiem, kuri tiek izmantoti ārstnieciskajiem, profilaktiskajiem un diagnostiskajiem mērķiem.
7. Veikt veselības aprūpes pakalpojumu gradāciju, izmantojot ranžētas rindas sadalījumu, kuru izveido pēc veselības aprūpes nozares nozīmīguma, pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes rādītājiem un veselības aprūpes pakalpojumu kategorijām.
8. Balstoties uz aprēķinos iegūto veselības aprūpes pakalpojumu gradāciju (ranžēto rindu), izveidot veselības aprūpes manipulāciju sarakstu atbilstoši to nozīmīgumam veselības aprūpes stratēģijas īstenošanai Latvijas Republikā.

9. Normēšanas grupai sadarbībā ar profesionālo ekspertu grupu vēlreiz pārskatīt iegūto veselības aprūpes pakalpojumu ranžējuma atbilstību veselības aprūpes prioritātēm Latvijas Republikā.
10. Aprēķināt iespējamo veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un tam nepieciešamo finansējumu atbilstoši ranžētajam sarakstam un veselības statistikas datiem, lai noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu iespējamo kopapjomu.
11. Salīdzināt nepieciešamo veselības apbūves finansējumu ar valsts plānoto finansējumu, lai noteiktu, kuri veselības aprūpes pakalpojumi tiek iekļauti valsts veselības aprūpes minimumā un kuru apmaksāšanai ir nepieciešams līdzfinansējums.
12. Normēšanas darba grupai izveidot veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu, sadalot tos trīs grupās:
 - valsts veselības aprūpes minimumā iekļautie pakalpojumi;
 - ārpusminimuma veselības aprūpes pakalpojumi, kuriem paredzēts valsts līdzfinansējums;
 - veselības aprūpes pakalpojumi, kurus pilnībā apmaksā veselības aprūpes pakalpojuma saņēmējs vai trešā persona.

Normēšanai nepakļaujamās nozares

1. Neatliekamā palīdzība
2. Primārā veselības aprūpe
3. Bērnu veselības aprūpe
4. Mātes veselības aprūpe (neieskaitot paaugstināta servisa pakalpojumus)
5. Ilgstoši hroniski slimo pacientu aprūpe ar sekojošām diagnozēm: tuberkuloze, HIV/AIDS, sociāli bīstamās infekcijas un seksuāli transmisīvās sasilšanas, onkoloģiskās sasilšanas, psihiskās sasilšanas, narkomānija un alkoholisms.

**Veselības aprūpes nozaru ranžējuma saraksts pēc veselības statistikas
un mirstības datiem**

Nozare	Ranžējums
Kardioloģija	I
Onkoloģija	I
Neiroloģija	II
Endokrinoloģija	II
Infekcijas	II
Hematoloģija	II
Nefroloģijas	II
Gastroenteroloģija	II
Traumatoloģijas	I
Uroloģija	II
Ginekoloģija (neskaitot dzemdniecību)	II
Oftalmoloģija	II
Otorinolaringoloģija	II
Veneroloģija	III
Pulmonoloģija	II
Dermatoloģija	II
Vazoloģija	II
Reimatoloģija	II
Stomatoloģija	III

Kategorijas veselības aprūpes veidiem

Kategorijas	Piedāvātais vērtējums
1. Vispārējā slimību profilakse bērniem un pieaugušajiem	No 0 līdz 12
2. Komforta palīdzība/paliatīvā aprūpe	No 0 līdz 8
3. Grūtnieču aprūpe un dzemdētāju aprūpe	No 0 līdz 12
4. Ģimenes plānošana	No 0 līdz 8
5. Saslimšanu novēršana pirms ilgstošas ārstēšanas hronisku slimību gadījumā	No 0 līdz 6
6. Medicīniskās neefektivitātes novēršana	No 0 līdz 5
7. Papildus komplikāciju novēršana	No 0 līdz 5
8. Papildus izmaksu novēršana	No 0 līdz 5
9. Pašlimitējošu saslimšanu ārstēšana	No -3 līdz 3
10. Blakussaslimšanu ārstēšana	No 0 līdz 5
11. Sabiedrības veselības riska novēršana	No 0 līdz 8
12. Palīdzība, kas var radīt draudus veselībai	No -6 līdz 0

Profesionālo konsultantu darba grupu uzdevumi

1. Izanalizēt valsts apmaksāto pakalpojumu sarakstā esošos veselības aprūpes pakalpojumus un to atbilstību mūsdienu ārstēšanas metodēm.
2. Izvērtēt veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši kategorijām
3. Izveidot veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu dotajā nozarē atbilstoši trim grupām :
 - valsts veselības aprūpes minimumā iekļautie pakalpojumi;
 - ārpusminimuma veselības aprūpes pakalpojumi, kuriem paredzēts valsts līdzfinansējums;
 - veselības aprūpes pakalpojumi, kurus pilnībā apmaksā veselības aprūpes pakalpojuma saņēmējs vai trešā persona.
4. Izveidoto sarakstu iesniegt Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūrā un Valsts medicīnas informācijas un tehnoloģiju aģentūrā.
5. Piedalīties veselības aprūpes normēšanas grupas darbā.

Veselības aprūpes normēšanas grupas darba uzdevumi

1. Iesaistīt darba grupā visas ieinteresētās puses – Labklājības ministrijas pārstāvjus, Finanšu ministrijas pārstāvjus, Valsts obligātās veselības apdrošināšanas pārstāvjus, Valsts medicīnas informācijas un tehnoloģijas aģentūras pārstāvjus, privāto apdrošināšanas kompāniju pārstāvjus, pacientu organizāciju pārstāvjus.
2. Sadarbībā ar profesionālo konsultantu grupām pieņemt un apstiprināt kritērijus veselības aprūpes pakalpojumu izvērtēšanai.
3. Izskatīt un apstiprināt veselības aprūpes pakalpojumu cenas aprēķināšanas formulu, izejot no reālajām veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām.
4. Noteikt izmaksu-efektivitātes metodes metodiku analīzes veikšanai .
5. Apkopot profesionālo konsultantu grupu piedāvāto veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu.
6. Izanalizēt piedāvāto nozaru veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu atbilstību veselības aprūpes stratēģijai un prioritātēm.
7. Izveidot veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu un sadalījumu trīs grupās, ņemot vērā;
 - valsts veselības aprūpes minimumā iekļautie pakalpojumi
 - ārpusminimuma veselības aprūpes pakalpojumi, kuriem paredzēts valsts līdzfinansējums;
 - veselības aprūpes pakalpojumi, kurus pilnībā apmaksā veselības aprūpes pakalpojuma saņēmējs vai trešā persona.
8. Periodiski pārskatīt izveidoto pakalpojumu sarakstu atbilstoši veselības aprūpes budžetam, stratēģijai un prioritātēm.

10. Kopējie secinājumi

- Esošais veselības aprūpes finansējums Latvijas Republikā neatbilst piedāvāto veselības aprūpes pakalpojumu reālajām izmaksām un iedzīvotāju pieprasījumam pēc veselības aprūpes.
- Līdzšinējās veselības aprūpes reformas gaitā Latvijā ir bijuši vairāki mēģinājumi normēt veselības aprūpes pakalpojumus, izslēdzot no valsts veselības aprūpes programmas mazāk prioritāras veselības aprūpes nozares un pakalpojumu veidus.
- Līdz šim noteiktā valsts garantētā veselības aprūpes programma ir veidota pēc izslēgšanas principa – tiek apmaksāts viss, kas nav izslēgts, pamatojoties uz esošajiem likumdošanas aktiem.
- Veselības aprūpes budžeta veidošanas un administrēšanas decentralizācija 1996.gadā radīja izteiktu nevienlīdzību Latvijas iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā. Nopietni ir jāapsver visi decentralizācijas pasākumi veselības aprūpes sistēmā, īpaši tie, kas saistīti ar finansējumu un tā sadali veselības aprūpes iestādēm.
- Valsts garantētās veselības aprūpes programmas palielina iedzīvotāju pieejamību šiem pakalpojumiem, tādējādi ievērojami ietekmējot saslimstību un mirstību. Spilgts piemērs Latvijā ir seksuāli transmisīvo saslimšanu skaita samazināšanās pēc to iekļaušanas valsts veselības aprūpes programmā un astmas komplikāciju samazināšanās pēc nepieciešamo medikamentu nodrošināšanas astmas pacientiem ambulatori.
- Ierobežota budžeta apstākļos ir jānosaka apjoms veselības aprūpes pakalpojumiem, ko finansē valsts. Līdz ar to tuvākajos gados ir neizbēgama rindu veidošanās un kvotu noteikšana atsevišķās pakalpojumu grupās.
- Lai varētu precīzāk noteikt valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumu daudzumu un veidus, ir nepieciešams veikt pakalpojumu cenu aprēķinus atbilstoši reālajām izmaksām.
- Valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumu saraksta izveidošana un minimālā groza noteikšana ir daudzpakāpju process, kura nodrošināšanai nepieciešama dažādu nozaru speciālistu iesaistīšana, kā arī līdzekļi darba finansēšanai.
- Balsoties uz citu valstu pieredzi, kuras ir pielietojušas normēšanu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu noteikšanai, ir jāparedz pietiekams laika periods valsts garantētās veselības aprūpes pakalpojumu saraksta izveidošanai.

- Valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumu noteikšanai ir jāizmanto pieejamā ekspertīze Latvijā, izmantojot izmaksu-efektivitātes un tehnoloģiju novērtēšanas metodikas.
- Veicot veselības aprūpes normēšanu, izmaksu-efektivitāte nedrīkst būt svarīgākais kritērijs veselības aprūpes pakalpojumu izvēlē. Ir jāņem vērā arī iedzīvotāju pieprasījums un sociāli-ekonomiskie rādītāji valstī.

deabaltika

11. Izmantotā literatūra

1. Health Policy in Britain 4th edition by *Christopher Ham*, 1999 *Medeconomics* November 1998, UK NHS
2. Health Care Systems in Transition, Latvia, *the WHO*
3. Veselības aprūpes darbinieku aptauja, kvantitatīvs pētījums, 2000.gada novembris, *Baltijas Sociālo Zinātņu institūts un Baltijas Datu Nams*
4. Veselības reformas novērtējums 2002, *Baltijas Sociālo Zinātņu institūts*. 2002.gada jūnijs
5. European Health Care Reform, *WHO Regional Publication*, *European Series*, No.72, *Copenhagen* 1997
6. Managed care Practice and Progress. *Robert Royce*, Radcliffe Medical Press.
7. Benchmarking client satisfaction with general practitioner services: results and lessons from a population based survey. *Ciaran O'Neill*, *Health economics Unit, School of Economics* (www.priory.com/fam/bench.htm)
8. The prospective risk adjustment system. *Goldfield N, Averill R, Eisenhandler J, et al.* *J.Ambulatory.Care Manage.* 1999; 22: 41-52.
9. Standardizing methodologies for economic evaluation in health care. *Drummod M., Brandt A., Luce B., Rovira J.*, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 9:1, *Cambridge University Press*, 1993, 26-36
10. Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Murray C.J.L., Evans D.B., Acharya A., Baltussen R.*, *Health Economics* 9; (2000), 235-251
11. Preference-based measures in economic evaluation in health care. *Neumann P.J., Goldie S.J., Weinstein M.C.*, *Annual Review of Public Health* 2000, 21: 587-611
12. Utilities and quality-adjusted life years. *Torrance G.W., Feeny D.* *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *Cambridge University Press*, 1989, 559-575
13. Incentives and provider payment methods. *Barnum H, Kutzin J, Saxenian H.* *Int.J.Health Plann.Manage.* 1995; 10: 23-45.
14. Let's merge competitive and regulatory strategies to achieve cost containment. *Weil TP.* *J.Health Care Finance.* 1999; 25: 65-74.
15. Economics of Health Care Financing: the Visible Hand. 1993. *Donaldson C., Gerard K.* *The MACMILLAN PRESS LTD. Economic Issues in Health Care.* *Mooney G., McGuire A.*
16. The limits to demand for health care. *Frankel St., Ebrahim S., Smith G.D.* *British Medical Journal* Volume 321, July, 2000
17. Report of the Council on ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association, December 1988.
18. Rationing in health care- a New Zealand perspective on an international dilemma. *Edgar W.*, *Gesundheitseconomie*, Nr.4, 2000
19. *Developing a prioritisation framework: experiences from a Scottish Health Authority.* *Scott S., Lees A.* *Blackwell Science Ltd*, 2001, *Health Expectations* Nr.4 ; 48-56
20. Cost Analysis in Primary Health Care, edited by *A.Creese and D.Parker*, 1994. *WHO publication*

21. Health care systems in the EU: a comparative study,, European Parliament, Directorate Genera for Research, working paper, 1999
http://www.europarl.eu.int/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf
22. The new primary care organisation, *ShapiroJ., BMJ, Volume 320 (7239), April 1, 2000, 886-887.*
23. Participating in clinical governance. *Pringle, BMJ, Volume 321 (7263), September 23, 2000, 737-740.*
24. Designing trials of intervention to change professional practice in primary care. *Rogers;BMj, Volume 320 (7249), June 10,2000, 1580-1583.*
25. Targets and Systems of Health care Cost Control, *Joseph White. Journal of Health Politics, Policy and Law 24.4 (1999) 657-663.*
26. The World Bank Development Report 1993. *Investing in Health*
27. The World Health Report 2000. *Health Systems : Improving Performance.*
28. LR Labklājības Ministrija rīkojums Nr.329 “Par primārās un sekundārās veselības aprūpes sistēmas attīstības stratēģiju” no 1999.gada 19.oktobra.
29. LR Labklājības Ministrijas rīkojums Nr.240 no 2000.gada 23.augusta
30. LR Labklājības Ministrijas rīkojums Nr.56 no 2001.gada 5.marta
31. LR Labklājības ministrijas rīkojums Nr.157 “Par pacientu iemaksu cenrādi ārstnieciskajām manipulācijām”no 2001.gada 10.jūnija.
32. LR Labklājības Ministrijas rīkojums Nr.240 no 2000.gada 23.augusta
33. Ministru Kabinets noteikumi Nr.31 “Par medicīniskās palīdzības apjomu” no 1993.gada 3.decembra
34. Ministru kabineta Noteikumi Nr.73 “Par pacienta iemaksu” no 1994.gada 14.aprīļa.
35. Ministru kabinets pieņemtie Noteikumi Nr.49 “Slimokasu izveidošanas noteikumi” no 1995.gada 7.marta.
36. Ministru Kabinets pieņēma Noteikumus Nr.230 “Noteikumi par pagaidu pasākumiem veselības aprūpes nodrošināšanai krīzes situācijā” no 1995.gada 25.jūlija.
37. Likums “Par prakses ārstiem” no 1997.gada 24.aprīļa.
38. Ārstniecības likums, kas stājās spēkā ar 1997.gada 1.oktobri
39. Ministru Kabineta Noteikumi Nr.360 “Slimokasu izveides un darbības noteikumi”, kas stājās spēkā ar 1997.gada 25.oktobrī.
40. Minsitru Kabineta noteikumi Nr.13 “Veselības aprūpes finansēšanas kārtība” no 1999.gada 12.janvāra.

12. Pielikumi

Pielikums Nr.1 Budžeta pieaugums 2002.-2005.gadā

Rādītāji	2002	2003	2003	2004	2004	2005	2005
		Pieaugums	Kopsumma	Pieaugums	Kopsumma	Pieaugums	Kopsumma
I. Valsts garantētie veselības aprūpes pakalpojumi	119 837.20	29 944.10	149 781.30	66 392.90	186 230.10	112 597.90	232 435.10
1. Profilakse	4 832.90	1 052.30	5 885.20	2 189.40	7 022.30	4 057.80	8 890.70
2. Neatliekamā medicīniskā palīdzība pirmsslimnīcas etapā	12 017.30	3 519.00	15 536.30	4 973.40	16 990.70	6 526.00	18 543.30
3. Primārā veselības aprūpe, t.sk. mājas aprūpe un rehabilitācija iedzīvotāju sociālajā vidē	8 987.60	1 047.00	10 034.60	3 592.90	12 580.50	7 540.60	16 528.20
4. Ambulatorās veselības aprūpes speciālistu konsultācijas neatliekamās palīdzības sniegšanas gadījumos	2 012.50	233.8	2 246.30	305.8	2 318.30	390.3	2402.8
5. Ambulatorai ārstniecībai paredzētās zāles, medicīniskās ierīces un preces.	17 744.30	9 255.70	27 000.00	16 855.70	34 600.00	24 455.70	42 200.00
6. Ārstēšana stacionārā ārstniecības iestādē neatliekamajos gadījumos, kad palīdzību nevar nodrošināt ambulatori.	29 892.20	5 001.60	34 893.80	15 537.60	45 429.80	29 354.00	59 246.20
7. Dzemdībpalīdzība	3 102.70	660.2	3 762.90	1 862.20	4 964.90	3 486.10	6 588.80
8. Veselības aprūpes pakalpojumi bērniem	12 894.80	1 799.40	14 694.20	4 477.90	17 372.70	7 829.70	20 724.50
9. Pirmā līmeņa medicīniskā rehabilitācija	94.3	33.3	127.60	66.7	161.00	110.9	205.2
10. Ilgstoši novērojamo pacientu ambulatorā un ilglaicīgā stacionārā aprūpe to hronisko saslimšanu gadījumos, kas var radīt sociālo risku	28 125.20	7 281.10	35 406.30	16 309.60	44 434.80	28 233.70	56 358.90
10.1. Infekcijas, seksuāli transmisīvās slimības	1 418.20	356	1 774.20	878.3	2 296.50	1 571.30	2 989.50
10.2. HIV/AIDS slimnieku ārstēšana	1 586.80	427.9	2 014.70	1 161.30	2 748.10	2 854.70	4 441.50
10.3. Tuberkuloze	4 868.10	1 227.10	6 095.20	2 843.50	7 711.60	4 982.00	9 850.10
10.4. Psihiatrija	8 555.90	1 277.60	9 833.50	4 119.90	12 675.80	7 096.30	15 652.20
10.5. Onkoloģija	10 542.20	3 756.30	14 298.50	6 707.90	17 250.10	10 649.30	21 191.50
10.6. Alkoholisms un narkomānija	1 061.00	225.7	1 286.70	574.1	1 635.10	1 037.80	2 098.80
10.7. Leprozorijs	93	10.5	103.50	24.6	117.60	42.3	135.3
11. Paliatīvā aprūpe	133.4	60.7	194.10	221.7	355.10	613.1	746.5

deabaltika

II. No valsts budžeta daļēji apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi	35 234.10	7 383.80	42 617.90	22 824.00	58 058.10	33 190.30	68 424.40
1. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes plānveida palīdzība	14 065.80	4 118.60	18 184.40	11 346.70	25 412.50	15 490.40	29 556.20
2. Sekundārās stacionārās veselības aprūpes plānveida palīdzība	15 885.90	1 916.10	17 802.00	7 369.80	23 255.70	13 448.60	29 334.50
3. Citi centralizēti iepirktie ārstniecības līdzekļi	5 282.40	1 349.10	6 631.50	4 107.50	9 389.90	4 251.30	9 533.70
III. Veselības aprūpes pakalpojuma tarifā iekļautā darba samaksa atbilstoši vidējai darba samaksai sabiedriskajā sektorā nodarbinātajiem		35 135.10	35 135.10	56 497.90	56 497.90	77 860.40	77 860.40
I+II+III DAĻA KOPĀ	155 071.30	72 463.00	227 534.30	145 714.80	300 786.10	223 648.60	378 719.90

Pielikums Nr.2

Veselības aprūpes budžeta pieauguma 2002.-2005.gadā apraksts

Rādītāji	2002	2003	2004	2005
I. Valsts garantētie veselības aprūpes pakalpojumi	119 837.20	29 944.10	66 392.90	112 597.90
1. Profilakse	4 832.90	1 052.30	2 189.40	4 057.80
1.1. Profilaktiskā programma	4 108.00	894.9	1 963.30	3 757.70
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	1956.7	2015.4	2237.1	2639.7
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	2.1	2.5	2.7	3
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
1.2. Vakcīnas	724.9	157.4	226.1	300.1
2. Neatliekamā medicīniskā palīdzība pirmsslimnīcas etapā	12 017.30	3 519.00	4 973.40	6 526.00
2.1. Brigāžu izmaksas	7 550.40	1 701.60	2 466.10	3 350.80
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Izbraukumu skaits</i>	505.7	500.6	495.6	490.7
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	14.9	18.5	20.2	22.2
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	83	90.1	92	94.2
2.2. Katastrofu medicīnas programma	4 466.90	1 817.40	2 507.30	3 175.20
3. Primārā veselības aprūpe, t.sk. mājas aprūpe un rehabilitācija iedzīvotāju sociālajā vidē	8 987.60	1 047.00	3 592.90	7 540.60
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu skaits</i>	3 500.90	3 605.90	4 146.80	4 976.20
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	2.6	2.8	3	3.3
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	92.1	92.8	94.2	95.8
4. Ambulatorās veselības aprūpes speciālistu konsultācijas neatliekamās palīdzības sniegšanas gadījumos	2 012.50	233.8	305.8	390.3
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	857	809	763.7	720.9
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	2.4	2.8	3	3.3
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
5. Ambulatorai ārstniecībai paredzētās zāles, medicīniskās ierīces un preces.	17 744.30	9 255.70	16 855.70	24 455.70
6. Ārstēšana stacionārā ārstniecības iestādē neatliekamajos gadījumos, kad palīdzību nevar nodrošināt ambulatori.	29 892.20	5 001.60	15 537.60	29 354.00
6.1 Stacionārā aprūpe	28 790.00	4 707.80	14 969.80	28 708.20
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				

deabaltika

<i>Slimnieku skaits</i>	211.7	195.6	195.6	195.6
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	136	171.2	223.7	293.9
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
6.2 Centralizēti iepirktie medikamenti	1 102.20	293.8	567.8	645.8
6.2.1. Bērnu kardiokirurģija	108.8	132.1	366.2	403.2
6.2.2. Hemodialīzes aprīkojums un nefrokirurģijas nodrošinājums ar ārstniecības līdzekļiem	993.4	96.7	134.6	173.6
6.2.3. Trombolītiskās terapijas preparātu iegāde pacientu ar miokarda infarktu ārstēšanai	0	65	67	69
7.Dzemdībpalīdzība	3 102.70	660.2	1 862.20	3 486.10
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	19.8	19.8	20	20.2
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	156.7	190	248.3	326.2
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
8. Veselības aprūpes pakalpojumi bērniem	12 894.80	1 799.40	4 477.90	7 829.70
8.1. Ambulatorās palīdzības izmaksas	3 317.20	644.2	1 100.30	1 678.50
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu skaits</i>	1 278.30	1 291.10	1 316.90	1 356.40
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	2.6	3.1	3.4	3.7
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
8.2. Stacionārās palīdzības izmaksas	9 577.60	1 155.20	3 377.60	6 151.20
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	72.2	66.7	61.6	57
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	132.7	160.9	210.2	276.1
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
9. Pirmā līmeņa medicīniskā rehabilitācija	94.3	33.3	66.7	110.9
9.1. Ambulatorās palīdzības izmaksas	72.5	23.4	42.9	66.8
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	4.8	5.4	5.9	6.5
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	15.1	17.9	19.5	21.4
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
9.2. Stacionārās palīdzības izmaksas	21.8	9.9	23.8	44.1
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	1	1.2	1.3	1.5
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	21.8	26.4	34.5	45.4
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3

deabaltika

10. Ilgstoši novērojamo pacientu ambulatorā un ilglaicīgā stacionārā aprūpe to hronisko saslimšanu gadījumos, kas var radīt sociālo risku	28 125.20	7 281.10	16 309.60	28 233.70
10.1. Infekcijas, seksuāli transmisīvās slimības	1 418.20	356	878.3	1 571.30
10.1.1. Ambulatorās palīdzības izmaksas	354.4	129.6	256.7	420.6
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	84.1	97.1	112.2	129.6
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	4.2	5	5.4	6
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
10.1.2. Stacionārās palīdzības izmaksas	1 063.80	226.4	621.6	1 150.70
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	4.4	4.4	4.4	4.4
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	241.8	293.2	383	503.3
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
10.2. HIV/AIDS slimnieku ārstēšana	1 586.80	427.9	1 161.30	2 854.70
10.2.1 Pakalpojumu apmaksā	547.2	267.5	906.9	2 499.30
10.2.1.1. Ambulatoro pakalpojumu izmaksas	241.2	146.7	488.1	1 424.40
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	30.5	41.5	71.3	148.4
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	7.9	9.4	10.2	11.2
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
10.2.1.2. Stacionāro pakalpojumu izmaksas	306	120.8	418.8	1 074.90
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	0.2	0.2	0.3	0.4
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	1 530.00	1 855.60	2 424.00	3 185.00
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
10.2.2 Centralizēti iepirktie medikamentī	1 039.60	160.4	254.4	355.4
10.3. Tuberkuloze	4 868.10	1 227.10	2 843.50	4 982.00
10.3.1 Pakalpojumu apmaksā	4 242.50	903.9	2 446.10	4 504.60
10.3.1.1. Ambulatorās izmaksas	224.7	48.9	98.4	158.4
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	28.2	29	31.4	33.9
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	8	9.4	10.3	11.3
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
10.3.1.2. Stacionārās izmaksas	4 017.80	855	2 347.70	4 346.20

deabaltika

<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	6.4	6.4	6.4	6.4
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	627.8	761.4	994.6	1 306.90
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
10.3.2 Centralizēti iepirktie medikamenti	625.6	323.2	397.4	477.4
10.4. Psihiatrija	8 555.90	1 277.60	4 119.90	7 096.30
10.4.1 Pakalpojumu apmaksa	7 967.50	1 195.30	3 926.80	6 763.70
10.4.1.1. Ambulatorās izmaksas	334.9	71	119.9	177
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	69.4	71.1	72.9	74.7
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	4.8	5.7	6.2	6.8
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
10.4.1.2. Stacionārās izmaksas	7 632.60	1 124.30	3 806.90	6 586.70
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	28.8	27.2	27.2	25.8
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	265	321.4	419.9	551.7
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
10.4.2 Piespiedu ārstēšana	588.4	82.3	193.1	332.6
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	0.1	0.1	0.1	0.1
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	4 596.90	5 063.00	5 699.20	6 489.50
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	70.7	73.1	77.9	83.9
10.5. Onkoloģija	10 542.20	3 756.30	6 707.90	10 649.30
10.5.1 Pakalpojumu apmaksa	6 817.40	1 672.70	4 327.70	7 949.10
10.5.1.1. Ambulatorās izmaksas	1 094.80	316.2	617.5	1 029.60
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	145.3	158.4	175.8	198.7
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	7.5	8.9	9.7	10.7
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
10.5.1.2. Stacionārās izmaksas	5 722.60	1 356.50	3 710.20	6 919.50
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	26.8	27.3	27.9	28.4
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	213.5	259	338.3	444.5
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
10.5.2 Centralizēti iepirktie medikamenti	3 724.80	2 083.60	2 380.20	2 700.20
10.6. Alkoholisms un narkomānija	1 061.00	225.7	574.1	1 037.80
10.6.1. Ambulatorās izmaksas	212.9	40.1	65.1	93.8
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				

deabaltika

<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	32.4	32.6	32.7	32.9
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	6.6	7.8	8.5	9.3
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
10.6.2. Stacionārās izmaksas	848.1	185.6	509	944
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	9.8	9.8	9.9	9.9
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	86.5	105	137.1	180.2
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
10.7. Leprozorijs	93	10.5	24.6	42.3
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	0.01	0.01	0.01	0.01
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	8 454.50	9 311.90	10 481.90	11 935.40
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	70.7	73.1	77.9	83.9
11. Paliatīvā aprūpe	133.4	60.7	221.7	613.1
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	1.3	1.6	2.2	3.5
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	102.6	124.5	162.6	213.6
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
II. No valsts budžeta daļēji apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi	35 234.10	7 383.80	22 824.00	33 190.30
1. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes plānveida palīdzība	14 065.80	4 118.60	11 346.70	15 490.40
1.1. Ambulatorā palīdzība	12 998.00	2 524.10	5 160.10	8 334.10
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Apmeklējumu, izmeklējumu skaits</i>	5 908.00	5 967.10	6 384.80	6 831.70
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	2.2	2.6	2.8	3.1
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
1.2. Dienas stacionārs	1 067.80	1 594.50	6 186.60	7 156.30
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	34.3	72.3	180.3	186.1
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	31.1	36.8	40.2	44.2
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	84.3	92.5	94	95.7
2. Sekundārās stacionārās veselības aprūpes plānveida palīdzība	15 885.90	1 916.10	7 369.80	13 448.60
<i>Pēc aprēķina absolūtos skaitļos:</i>				
<i>Slimnieku skaits</i>	115.3	106.5	106.5	102.3
<i>Vidējā pakalpojuma cena</i>	137.8	167.1	218.3	286.8
<i>Pilnas cenas nodrošinājuma procents</i>	35.1	40.2	50.4	63.3
3. Citi centralizēti iepirktie ārstniecības līdzekļi	5 282.40	1 349.10	4 107.50	4 251.30

deabaltika

3.1. Enzīmu preparāta alfa dornāzes (Pulmozima) iegāde pacientu ar mukoviscidozi ārstēšanai	0	110	114	118
3.2. Specifisko neiroprotektora preparāta (Riluzola) iegāde pacientu ar amiotrofo laterālo sklerozi ārstēšanai	0	129.3	134	139
3.3. Cilvēka imūnoglobulīna preparātu iegāde pacientu ar disimūno polineuropātiju un miastēniju ārstēšanai	0	28.2	29	30
3.4. Pieaugušo kardiokirurgijas medikamenti	4 792.60	948.1	3 675.30	3 786.10
3.5. Elektrokardīostimulatori un to ievades ierīces	489.8	133.5	155.2	178.2
III. Veselības aprūpes pakalpojuma tarifā iekļautā darba samaksa atbilstoši vidējai darba samaksai sabiedriskajā sektorā nodarbinātajiem		35 135.10	56 497.90	77 860.40
I+II+III DAĻA KOPĀ	155 071.30	72 463.00	145 714.80	223 648.60

Papildus finansējums paredzēts : darba samaksai; valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām; pieskaitāmām izmaksām (39% no D).

Vidēja darba samaksa ārstniecības personām: 2003.g.-140,99 Ls;
2004.g.-174,05 Ls, 2005.g.-207,12 Ls.

Pielikums Nr.3

Normēšanas ieviešanas shēma

