

LATVIJAS UNIVERSITĀTES  
SOCIĀLO ZINĀTŅU FAKULTĀTES  
SOCIOLOĢIJAS NODAĻA

Socioloģijas bakalaura studiju programmas

4. kursa studenta

Ingus ĶIRŠA

Soci 010058

BAKALAURA DARBS

**SABIEDRĪBAS NOVECOŠANĀS IETEKME UZ  
VESELĪBAS APRŪPES FINANSĒŠANU LATVIJĀ**

Darba vadītāja: lekt. L. Rasnača

Rīga 2006

## SATURS

<b>SATURS</b> .....	2
<b>IEVADS</b> .....	3
<b>1. NOVECOŠANĀS PROCESS, TO IETEKMĒJOŠIE UN NOTEICOŠIE FAKTORI</b> .....	6
<b>2. VESELĪBAS APRŪPES IZDEVUMI SABIEDRĪBAS NOVECOŠANĀS APSTĀKĻOS</b> .....	14
2.1. PIEEJAS VESELĪBAS APRŪPES IZDEVUMU PLĀNOŠANĀ SABIEDRĪBAS NOVECOŠANĀS APSTĀKĻOS. ....	14
2.2. VESELĪBAS APRŪPES FINANSĒŠANAS MODEĻI JEB VEIDI. ....	17
2.3. VESELĪBAS APRŪPES PIEEJAMĪBA. ....	22
<b>3. METODOLOĢIJA</b> .....	25
3.1. IEPRIEKŠ VEIKTO PĒTĪJUMU ANALĪZE. ....	26
3.2. SABIEDRĪBAS NOVECOŠANĀS PROBLĒMAS RAKSTUROJUMS LATVIJĀ. ....	31
3.3. VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU IZMANTOŠANA.....	34
3.4. VESELĪBAS APRŪPES IZDEVUMU PROGNOZE SABIEDRĪBAS NOVECOŠANĀS APSTĀKĻOS.....	40
3.5. EKSPERTU INTERVIJU ANALĪZE. ....	42
<b>NOBEIGUMS</b> .....	48
<b>IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS</b> .....	53

## IEVADS

Veselība ir pilnīgas fiziskas, garīgas un sociālās labklājības stāvoklis, taču ir ļoti grūti panākt šādu pilnīgu veselības stāvokli visiem cilvēkiem. Tomēr veselība ir gan valsts, gan tautas pastāvēšanas un izdzīvošanas dabiskais pamats. To ietekmē gan valsts attieksme pret veselības aprūpes nozari, gan pašas sabiedrības veselības kvalitāte un veselības uzturēšanas paradumi. Nenodrošinot pietiekamu aprūpi, t.sk., pieejamību, informāciju par iespējām saņemt veselības aprūpi, valsts neatgriezeniski nodara kaitējumu ne tikai indivīdam, bet visai sabiedrībai kopumā. Turklāt panākt labu veselību nenozīmē tikai reaģēt uz sliktu veselību, bet arī veikt dažādus profilaktiskus pasākumus un palīdzēt cilvēkiem izdarīt pareizu un veselīgu izvēli.

Katrā iedzīvotāju kopumā jeb sabiedrībā ir svarīga tās dzimuma un vecuma struktūra, kas lielā mērā nosaka demogrāfisko procesu norisi tagad un nākotnē, kā arī sociālo un ekonomisko attīstību. Svarīgi ir, lai iedzīvotāju struktūrā katra jaunākā vecuma grupa skaitliski nedaudz pārsniegtu iepriekšējo, tādējādi nodrošinot paaudžu nomaiņu.

Šobrīd gan Latvija, gan citas pasaules valstis piedzīvo demogrāfiskas izmaiņas sabiedrībā, proti, ir vērojama tendence izmaiņām iedzīvotāju skaitā un arī vecuma struktūrā, kas savukārt saistīts ar cilvēka paredzamā mūža ilguma palielināšanos, kā arī strauju dzimstības samazināšanos.

Ņemot vērā šo tendenci, gan Latvijā, gan arī citās pasaules valstīs turpmākajos gados būs vērojams vecu cilvēku skaita pieaugums sabiedrībā, piemēram, ja 2000. gadā visā pasaulē cilvēki vecuma grupā no 60 gadiem bija 600 miljoni, tad 2025. gadā – šīs vecuma grupas iedzīvotāji būs 1.2. miljardi, bet 2050. gada – 2 miljardi<sup>1</sup>. Turpretī strauji samazināsies darba spējīgo iedzīvotāju skaits. Šo procesu tādējādi var dēvēt par sabiedrības novecošanos.

Neapšaubāmi šis process izraisīs nepieciešamību veikt izmaiņas dažādās jomās, kā piemēram, nodarbinātība, finanšu un sociālajās nozares, t. sk. arī veselības, jo vecu un ļoti vecu cilvēku īpatsvara pieaugums sabiedrībā var radīt papildu pieprasījumu

---

<sup>1</sup> Ageing and life course. <http://www.who.int/ageing/en/>

pēc veselības aprūpes pakalpojumiem. Līdz ar to tas ir jauns izaicinājums sabiedrībai. Ar to arī ir pamatojama izvēlētās darba tēmas aktualitāte, turklāt sabiedrības novecošanās jautājums šādā aspektā ir maz pētīts.

Darba mērķis ir apskatīt sabiedrības novecošanās procesu un noskaidrot, kāda ir šī procesa ietekme uz finansējuma apjomu veselības aprūpei Latvijā. Jāatzīmē, ka darbā sabiedrības novecošanas ietekmes uz veselības aprūpes finansēšanu novērtēšanā galvenokārt uzmanība ir vērsta tieši uz izdevumiem veselības aprūpei un netiek skatīta vecu cilvēku aprūpe sociālajos aprūpes centros un ar to saistītie izdevumi (ilgtermiņa aprūpe).

Par darba hipotēzi tiek izvirzīts sekojošs pieņēmums: sabiedrības novecošanās apstākļos pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un nepieciešamā finansējuma apjomu nosaka ne tikai demogrāfiskās izmaiņas, bet arī tādi faktori kā sabiedrības veselības kvalitāte un veselības aprūpes pieejamība.

Hipotēzes apstiprināšanai tiek izvirzīti šādi uzdevumi:

- 1) analizēt sabiedrības novecošanās problēmu, tās noteicošos faktorus, attiecinot to uz Latvijas situāciju;
- 2) raksturot pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā;
- 3) raksturot pieejas veselības aprūpes izdevumu aprēķināšanā sabiedrības novecošanās apstākļos;
- 4) izpētīt, kādi faktori nosaka finansējuma apjomu veselības aprūpei sabiedrības novecošanās apstākļos
- 5) noskaidrot ekspertu viedokli par sabiedrības novecošanās procesu.

Darba pirmajā nodaļā tiek apskatīti novecošanās procesa teorētiskie aspekti. Otrajā darba nodaļā tiek aplūkotas divas pieejas izdevumu veselības aprūpei plānošanā sabiedrības novecošanās apstākļos, kā arī raksturoti četri veselības aprūpes finansēšanas modeļi un finansēšanas avoti tajos, kā arī raksturota veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība. Trešajā empīriskajā daļā tiek raksturota pētījuma metodoloģija, sniegta analīze par iepriekš veiktajiem pētījumiem, kuri palīdz atklāt pētāmo jautājumu, apskatīti dati, kas saistīti ar sabiedrības novecošanās jautājumu, veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu, kā arī parādīta veselības aprūpes

izdevumu prognoze sabiedrības novecošanās apstākļos. Papildus tiek veikta arī ekspertu interviju analīze, lai noskaidrotu ārstu un speciālistu viedokli par sabiedrības novecošanās procesa ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu. Darba nobeigumā tiek parādīti darba rezultāti par sabiedrības novecošanās ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu.

Kā informācijas ieguves avoti ir izmantoti gan viena, gan vairāku autoru kolektīvu darbi galvenokārt angļu valodās, un empīriskajā daļā – dokumentu analīze, pētījumi, ekspertu intervijas, kā arī statistikas dati.

## 1. NOVECOŠANĀS PROCESS, TO IETEKMĒJOŠIE UN NOTEICOŠIE FAKTORI

Aplūkojot sabiedrības novecošanās problēmu un tās ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu, ļoti svarīgi ir apskatīt arī šī procesa teorētiskos aspektus. Tādējādi šajā darba nodaļā tiks ieskicētas dažas novecošanās definīcijas, teorijas, kā arī raksturoti šī procesa ietekmējošie faktori.

Novecošanās ir psiholoģisks process kļūst vecākam un tam ir ļoti svarīgas sociālas un kulturālas dimensijas, kas ietekmē to, kas bieži tiek uzskatīts kā pilnīga bioloģiskā neizbēgamība. Vecums ir kulturāla kategorija un tā nozīme un svarīgums mainās gan vēsturiski, gan starpkulturāli<sup>2</sup>. Novecošanos var definēt arī kā progresīvu adaptācijas spēju zaudējumu, kad ar laiku indivīds arvien mazāk un mazāk spēj reaģēt un piemēroties ārējās un iekšējās vides izaicinājumiem<sup>3</sup>. Līdzīgi šo procesu definē arī Pasaules Veselības organizācija, proti, ka novecošanās ir mūža garumā noritošs process, kurā cilvēks noveco šūnu, orgānu un visa ķermeņa līmenī<sup>4</sup>. Var teikt, ka šīs visas definīcijas ir līdzīgas tajā aspektā, ka tās galvenokārt akcentē novecošanās procesu kā tuvošanos dzīves cikla beigu posmam.

Lai arī ir publicētas vairākas pieejas sabiedrības novecošanās procesa izpētei, joprojām zinātnieku starpā nav panākta vienošanās, vai novecošana ir „neizbēgama bioloģiska realitāte” vai arī „slimība, kuru var ārstēt vai vismaz atlikt”<sup>5</sup>.

Pirmā novecošanās teorija, kas balstīta uz ģenētikas principiem, var tikt attiecināta uz Augusta Veismana (August Weismann) darbiem 19. gadsimta beigās. Viņš uzskatīja, ka novecošanās ir evolūcijas rezultāts, lai nepieļautu vecāku un viņu pēcnācēju cīņu par vieniem un tiem pašiem resursiem, un tādējādi eksistē nāves mehānisms, kuru raksturo dabiskā atlase, lai izslēgtu vecos cilvēkus. Šīs „programmētās nāves” mērķis bija „iztīrīt” dzīves telpu un atbrīvot resursus jaunākiem cilvēkiem.

---

<sup>2</sup> The Concise Oxford dictionary of sociology. Edited by Gordon Marshal. Oxford University Press: 1994. P.7.

<sup>3</sup> Evans, J.G., Williams, T.F. Oxford textbook of geriatric medicine. Oxford University Press: 1992. P.2.

<sup>4</sup> A glossary of terms for community health care and services for old Persons. WHO Centre for health Development Ageing and health Technical Report, Volume 5. World Health Organization. P.8.

<sup>5</sup> Theories on ageing process. <http://haldane.biol.ucl.ac.uk/theory.html>

Taču šī teorija tika asi kritizēta, jo tika apšaubīts, ka šāda programma var tikt īstenota dabiskos apstākļos, kad praktiski neviens nemirst no vecuma. Tomēr šī bija pirmā novecošanās evolūcijas teorija, kurai tika pievērsta citu pētnieku uzmanība.

Savukārt savā darbā „Neatrisināta bioloģijas problēma” Peters Medavars (Peter Medawar) izvirza alternatīvu novecošanās teoriju, kas būtībā apgalvo, ka novecošanās ir uzkrāto mutāciju rezultāts. Tā rodas no novērojuma, ka evolūcijas selekcija, izlase nevar apspiest, aizkavēt kaitīgas mutācijas, kas parādās pēc reproduktīvā dzīves perioda beigām. Saskaņā ar šo teoriju indivīda reproduktivitātes iespējamība ir atkarīga no vecuma, tā ir nulles vērtībā piedzimšanas brīdī, bet sasniedz savu virsotni jaunieša vecumā. Un tad tā samazinās līdz ar lielāku nāves iespējamību, kas saistīta ar dažādiem ārējiem (slimība, nelaimes gadījums) un iekšējiem (vecums) cēloņiem. Tādējādi kaitīgās mutācijas brīvi akumulējas, uzkrājas un galu galā ir nāves cēlonis<sup>6</sup>.

Pirmais, kurš atspēkoja šo teoriju 1941. gadā bija Džons Burdons Sandersons Haldeins (John Burdon Sanderson Haldane), norādot, ka iedzimta Hantingtona slimība nevar tikt novērsta ar dabiskas selekcijas, izlases palīdzību, jo slimības sākums paraksti parādās relatīvi vēlu cilvēka dzīvē, proti, starp 30 un 45 gadiem. Tādējādi cilvēki, kurus skar šī slimība, var nodot to saviem bērniem.

Dažus gadus vēlāk, 1957. gadā, Džordžs Viljams (George Williams) piedāvāja antagonistiskas plejotropijas (antagonistic pleiotropy) teoriju, kas vēl joprojām ir viena no atzītākajām novecošanās teorijām mūsdienās. Termins antagonistiska plejotropija nozīmē to, ka atsevišķs gēns var ietekmēt atsevišķas raksturīgas īpašības, iezīmes (plejotropija) un ka tieši šie efekti var ietekmēt fiziskās spējas pretējā virzienā (antagonistisks). Tieši uz šiem diviem pieņēmumiem ir balstīta antagonistiskas plejotropijas teorija. Šī teorija atzīmē, ka evolūcija sekmē mutāciju, kura uzlabo fiziskās spējas dzīves perioda agrākajā posmā, pat uz samazināto fizisko spēju rēķina vēlākā dzīves perioda posmā. Saskaņā ar šo teoriju novecošana tādējādi ir labas pielāgošanās spējas blakusprodukts dzīves perioda agrākajā posmā. Līdz ar

---

<sup>6</sup> Theories on ageing process. <http://haldane.biol.ucl.ac.uk/theory.html>

to Džordžs Viljams akcentē plejotropisko gēnu eksistenci, kas savukārt izskaidro novecošanās procesu.

Runājot par procesiem, kas nosaka to, ka cilvēks kļūst vecāks, var izdalīt trīs aspektus:

- Bioloģiskā novecošanās, ko raksturo tādi faktori kā redzes un dzirdes pasliktināšanās, grumbas, muskuļa masas samazināšanās, sirds un asinsvadu darbības efektivitātes pazemināšanās;
- Psiholoģiskā novecošanās, ko nosaka tādu faktoru kā atmiņas, zināšanu, inteliģences, iemaņu un prasmju, motivācijas mācīties tieksme pasliktināties;
- Sociālā novecošanās, kas sastāv no normām, vērtībām un lomām, kas kulturāli tiek saistītas ar hronoloģisko vecumu.

Tomēr šeit ir jāpievērš uzmanība vēl vienam aspektam, proti, kāda ir tā vecuma grupa, kura ir pakļauta sabiedrības novecošanās procesam un kura attiecīgi ir arī šī pētījuma objekts. Jāatzīmē, ka dažādās valstīs šis vecuma sliekšnis var būt dažāds, piemēram, Rietumu sabiedrībās pieaugušie, kuri tiek uzskatīti par „veciem” ir tie, kas sasniedz 60 – 65 gadu vecumu un kuriem ir tiesības saņemt vecuma pensijas<sup>7</sup>.

Piemēram, Latvijā pensiju piešķiršanai nepieciešamais vecums vīriešiem un sievietēm šobrīd ir atšķirīgs, vīriešiem tie ir 62 gadi, bet sievietēm 2006. gada pirmajā pusē – 60, 5 gadi. Taču jāpiebilst, ka līdz 2009. gada beigām ir paredzēts izlīdzināt šo atšķirību, sievietēm ik gadu palielinot pensionēšanās vecumu par pusgadu. Salīdzinot ar citām Eiropas Savienības dalībvalstīm, viszemākais pensionēšanās vecums sievietēm ir Slovēnijā, un tie ir 58 gadi, savukārt visaugstākais 65 gadi ir Dānijā, Somijā, Vācijā, Grieķijā, Īrijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Portugālē, Spānijā, Zviedrijā<sup>8</sup>. Vīriešiem viszemākais pensionēšanās vecums ir Slovēnijā un tie ir 58 gadi, turpretī augstākais pensionēšanās vecums tāpat kā sievietēm ir 65 gadi un tas ir Austrijā, Beļģijā, Dānijā, Somijā, Vācijā, Grieķijā,

---

<sup>7</sup> Old age. [http://en.wikipedia.org/wiki/Old\\_age](http://en.wikipedia.org/wiki/Old_age)

<sup>8</sup> Pensionēšanās vecums dažādās ES valstīs. <http://www.lm.gov.lv/?sadala=365>

Īrijā, Itālijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Polijā, Portugālē, Spānijā, Zviedrijā un Lielbritānijā<sup>9</sup>.

Minētie dati parāda ļoti interesantu iezīmi, proti, ka viszemākais pensionēšanās vecums ir tieši jaunajās dalībvalstīs, savukārt visaugstākais tieši vecajās dalībvalstīs (izņēmums ir Polija). Vienīgā „vecā” dalībvalsts, kurā nav šis augstākais pensionēšanās vecums (65 gadi), bet 60 gadi (gan vīriešiem, gan sievietēm) ir Francija.

Ņemot vērā to, ka statistikas dati Latvijā attiecībā uz šo vecuma grupu vecus cilvēkus izdala, sākot no 60 gadiem, darbā par veciem cilvēkiem tiks uzskatīta vecuma grupa sākot no 60 gadiem un attiecīgi sabiedrības novecošanās kontekstā – šīs vecuma grupas īpatsvars sabiedrībā.

Līdz ar to var secināt, ka sabiedrības novecošanās procesu var definēt kā vecu cilvēku proporcionālu pieaugumu sabiedrībā kādā noteiktā laika periodā.

Šis vecāku cilvēku proporcionāls pieaugums un attiecīgi darbaspējīgo cilvēku skaita samazināšanās var nopietni apdraudēt valsts ekonomikas noturību ilgtermiņā, jo iedzīvotāju izmaiņas vecuma struktūrā var būtiski ietekmēt valsts budžetu, palielinot sociālo izdevumu slogu, līdz ar to tas sabiedrībai ir jauns ekonomisks un sociāls izaicinājums. Ir sagaidāms, ka sabiedrības novecošanās process ietekmēs dažādas jomas un sabiedrības aspektus.

Ja netiks veikti ilgtermiņa fiskālās noturības saglabāšanas pasākumi, valsts izdevumu dēļ, kas saistīti ar vecumu, varētu pieaugt parāda slogs, un strādājošo iedzīvotāju skaita samazināšanās var izraisīt zemāku potenciālo ražošanas jaudu uz iedzīvotāju, kā arī grūtības ar pensiju finansēšanu, sociālo apdrošināšanu un veselības aprūpes sistēmām<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Pensionēšanās vecums dažādās ES valstīs. <http://www.lm.gov.lv/?sadala=365>

<sup>10</sup> Padomes ieteikums (2005. gada 12. jūlijs) par dalībvalstu un kopienas vispārējām ekonomikas politikas pamatnostādnēm (2005 – 2008).  
[http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/lv/oj/2005/l\\_205/l\\_20520050806lv00280037.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/lv/oj/2005/l_205/l_20520050806lv00280037.pdf)

Daudzās valstīs sabiedrība šobrīd piedzīvo demogrāfiskas izmaiņas tās struktūrā, kas skar gan iedzīvotāju skaita samazināšanos, gan izmaiņas vecuma struktūrā, proti, vecāku cilvēku īpatsvara palielināšanos sabiedrībā. Attiecībā uz šo parādību var minēt šādus noteicošos faktorus jeb pamattendences:

- 1) pastāvīga mūža ilguma rādītāju paaugstināšanās, kas iespējams ir saistīts ar veselības aprūpes un dzīves kvalitātes uzlabošanos, kā rezultātā arī pieaug paredzamais mūža ilgums. Tādējādi par parastu parādību ir kļuvis tas, ka vienlaicīgi kopā ir iespējams redzēt vienas ģimenes četras paaudzes. Taču, lai arī šobrīd ir vērojama paredzamā mūža ilguma atšķirība starp vīriešiem un sievietēm (vīriešiem tas ir īsāks kā sievietēm), ir paredzams, ka iepriekš minētās tendences rezultātā šī atšķirība samazināsies;
- 2) strādājošo skaita pieaugums vecuma grupā virs 60 gadiem laikā līdz 2030. gadam, kad „baby – boom” (populācijas pieaugums, augsta dzimstība) paaudzes bērni kļūs par senioriem;
- 3) nemainīgi zemi dzimstības rādītāji, ko nosaka vesela virkne faktoru: grūtbības atrast darbu, mājokļu trūkums un to augstās cenas, vecāku vecuma palielināšanās viņu pirmā bērna dzimšanas laikā, atšķirīgas izvēles studiju, darba dzīves un ģimenes dzīves jomā<sup>11</sup>.

Šie trīs faktori tādējādi ir par pamatu tam, ka būtiski palielinās veco cilvēku skaits, un nenoliedzami tā loģisks rezultāts ir sabiedrības novecošanās process. Augstāk minēto pirmo faktoru neapšaubāmi var vērtēt kā pozitīvu, jo tas, iespējams, nozīmē to, ka ir paaugstinājusies cilvēku dzīves kvalitāte, veselības stāvoklis, proti, slimības, ko agrāk nevarēja izārstēt, pateicoties tehnoloģiju un zinātnes attīstībai, ir iespējams ārstēt, kā arī iespējams populārāki ir kļuvuši profilaktiskie pasākumi. Tomēr jāatzīmē, ka straujās tehnoloģiju attīstības ietekmē slimības var tikt arī „apārstētas”, līdz ar to svarīgi ir, vai tie gadi, kas nāk klāt cilvēkam un līdz ar to palielina paredzamā mūža ilguma rādītājus, ir veselīgi vai gluži otrādi – neveselīgi un prasa regulāru ārstēšanos.

---

<sup>11</sup> Komisijas paziņojums. Zaļā grāmata „Jauna solidaritāte paaudžu starpā saistībā ar demogrāfiskām izmaiņām”. Eiropas Kopienų Komisija. Brisele: 2005. 3 lpp.

Savukārt tendence par dzimstības samazināšanos ir vērtējama kā negatīva, jo tās rezultātā netiek sasniegts sabiedrības atražošanās līmenis un netiek nodrošināta paaudžu nomainīšana jeb atjaunošanās. Tādējādi var uzskatīt, ka tā ir būtiska problēma, kas sabiedrību skar jau šodien un tās iespējamie risinājumi ir jāizstrādā un jāatrod savlaicīgi, jo valsts izaugsme nav iespējama bez pietiekamas dzimstības.

Ir jāpiemin vēl viens interesants aspekts. Lai arī parasti tiek uzsvērta dzimstības samazināšanās sabiedrības novecošanās kontekstā, vienlīdz svarīgas ir arī mirstības rādītāju izmaiņas sekas<sup>12</sup>. Tas nozīmē, ka, ja, piemēram, samazinās pieaugušu cilvēku mirstība un viņi nodzīvo ilgāk, kas savukārt ir saistāms arī ar paredzamā mūža ilguma palielināšanos, palielinās arī vecāku cilvēku pieaugums sabiedrībā.

Novecošanās rada izmaiņas demogrāfiskajā līdzsvarā arī starp paaudzēm, gan sabiedrībā kopumā (makro līmenī), gan ģimenē (mikro līmenī)<sup>13</sup>. Makro līmenī, samazinoties darbaspējīgo iedzīvotāju skaitam, viņiem būs jāuzņemas lielākas rūpes, atbildība un slogs pār neaktīvajiem cilvēkiem, tādējādi uzliekot lielāku slogu sociālajai solidaritātei.

Tāpat sabiedrības novecošanās procesam ir ietekme arī uz mikro līmeni ģimenes kontekstā, jo ģimenes struktūra izmainās. Tas savukārt saistīts ar bērnu skaita samazināšanos ģimenēs, augstākiem šķirto ģimeņu rādītājiem, paredzamo mūža ilgumu un pieaugošo ģeogrāfisko mobilitāti. Tādējādi tas norāda gan uz cēloņiem jau iepriekš minētajiem sabiedrības novecošanās iemesliem (izmaiņas ģimenes struktūrā un kā vienu no iemesliem dzimstības samazināšanai), gan jauniem, papildu faktoriem, kas var ietekmēt sabiedrības novecošanās procesu (kā piemēram, ģeogrāfiskā mobilitāte).

Jāatzīmē, ka var izšķirt hronoloģisko vecumu un veselīgas dzīves vecumu<sup>14</sup>. Parasti vecums tiek attiecināts uz hronoloģisko vecumu – gadu skaitu, kad cilvēks ir dzīvs.

---

<sup>12</sup> Jong – Giervald de Jenny. Ageing and its consequences of the socio – medical system. Council of Europe: 1995. P.19.

<sup>13</sup> Turpat. P.25.

<sup>14</sup> Ageing and health. A health promotion approach for developing countries. World Health Organization: Regional Office for the Western Pacific. P.7.

Taču hronoloģiskais vecums ir maldinoša mēraukla indivīda veselīgas dzīves vecumam.

Un tādējādi šeit ir jāapskata vēl viens svarīgs aspekts – cilvēkiem, kam ir viens vecums, tai skaitā arī vecākajiem, ir dažāds veselības stāvoklis, kas nenoliedzami ir viens no svarīgākajiem priekšnosacījumiem tam, cik ilgi cilvēks dzīvos. To savukārt ietekmē dažādi iemesli, proti:

- ģenētiskas pazīmes, kas nozīmē to, ka atsevišķās slimībām ir ģenētiski elementi (vēzis, atrīts, sirds slimības u.c.);
- dzimums – dažas pazīmes un slimības ir vairāk raksturīgas sievietēm nekā vīriešiem un otrādi, kā arī šīs dzimuma atšķirības ir saistītas ar bioloģiskām atšķirībām un dažādo dzīves veidu vīriešiem un sievietēm. Dzimums arī nosaka atšķirības piekļuvei resursiem;
- piederība sociālajai grupai, kas nozīmē to, ka, jo labāk cilvēki ir finansiāli nodrošināti, jo labāka ir viņu veselība un attiecīgi viņi ilgāk dzīvos. Saikne starp veselību un piederību sociālajai grupai ir grupu atšķirību (dzīves stila, pakļautības riskiem, finansiālajiem resursiem veselības veicināšanai) dēļ;
- nabadzība, kas no vienas puses ir saistīts jau ar iepriekš minēto iemeslu – piederību kādai sociālajai grupai, tomēr tas ir saistīts arī ar vietu, valsti, kurā indivīdi dzīvo, proti, ja cilvēki dzīvo nabadzīgākās valstīs, viņi ātrāk noveco un 50 – gadīgs cilvēks šādā valstī šķiet daudz vecāks kā tikpat vecs, kurš turpretī dzīvo attīstītajās valstīs. Tas savukārt ietekmē arī cilvēku veselības stāvokli;
- kultūra, proti, ka kulturālās atšķirības nozīmē to, ka viena vecuma cilvēkiem dažādās valstīs var būt atšķirīgi veselības stāvokļi. Šīs kulturālās atšķirības var būt: uzturs, uzskati par veselību un efektīvām ārstēšanas metodēm, dzīves stils (smēķēšanas un alkohola lietošanas paradumi, narkotikas), kā arī vīrieša un sievietes loma sabiedrībā. Savukārt šīs kulturālās atšķirības nosaka dažādus uzvedību tipus, kas var nozīmēt to, ka kāds slimības veids veciem cilvēkiem var būt atšķirīgs no citiem ar citu kultūru;
- vide – atsevišķi vecie cilvēki dzīvo daudz veselīgākā vidē nekā citi, proti, tīrs dzeramais ūdens, gaiss un silta pajumte nozīmē to, ka, neskatoties uz to, ka

cilvēki pieder vienai un tai pašai vecuma grupai, veciem cilvēkiem attiecīgas vides ietekmē var būt atšķirīgs veselības stāvoklis<sup>15</sup>.

- izglītība, kas nozīmē to, ka augstāk izglītotiem cilvēkiem caurmērā ir labāka veselība, turklāt cilvēkiem ar augstāku izglītību vidēji ir arī lielāki ienākumi, un šādi cilvēki vairāk izmanto privātos pakalpojumus<sup>16</sup>.

Līdz ar to var teikt, ka iepriekš minētie iemesli nosaka indivīda veselības stāvokli un, jo šis veselības stāvoklis ir labāks, jo ilgāks ir paredzamais mūža ilgums. Vienlaikus tas norāda arī uz to, ka, ja kopumā dominē veselīga sabiedrība un arī veselīgi vecāki cilvēki, vecu cilvēku īpatsvars sabiedrībā ir lielāks. Jāatzīmē, ka, ja nav veselīga sabiedrība, šis process ir pretējs.

---

<sup>15</sup> Ageing and health. A health promotion approach for developing countries. P. 7 – 9.

<sup>16</sup> Jong – Giervald de, J. Ageing and its consequences of the socio – medical system. P.71.

## 2. VESELĪBAS APRŪPES IZDEVUMI SABIEDRĪBAS NOVECOŠANĀS APSTĀKĻOS

Lai varētu novērtēt sabiedrības novecošanās procesa ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu, izdevumiem šī procesa apstākļos, ir nepieciešams apskatīt dažādas pieejas veselības aprūpes izdevumu plānošanā. Vienlaikus svarīgi ir aplūkot arī veselības aprūpes finansēšanas modeļus un noskaidrot, kādi ir finansēšanas avoti tajos, apskatīt, kam sabiedrības novecošanās apstākļos katrā modelī ir vislielākais finansiālais slogs, kā arī raksturot veselības aprūpes pieejamības aspektu.

### *2.1. Pieejas veselības aprūpes izdevumu plānošanā sabiedrības novecošanās apstākļos.*

Kā norāda autors Alasteirs Grejs (Alastair Gray) savā rakstā „Sabiedrības novecošanās un veselības aprūpes izdevumi” visbiežāk izdevumi tiek rēķināti, pamatojoties uz veselības aprūpes izdevumiem uz vienu iedzīvotāju dažādās vecuma (vai arī vecuma un dzimuma) grupās, kas pēc tam tiek reizināts ar plānoto cilvēku skaitu katrā vecuma grupā<sup>17</sup>. Tādējādi tiek iegūts uz izdevumiem balstīts aprēķins kopējam pakalpojumu apjomam turpmākajos gados.

Pirmie nopietnie mēģinājumi šādi plānot veselības aprūpes izdevumus sabiedrības novecošanās apstākļos bija 1956. gadā un to veica Braiens Abels – Smits (Brian Abel – Smith) un Ričards Titmuss (Richard Titmuss). Viņi uzskatīja, ka iedzīvotāju izmaiņas ir vienīgās izmaiņas, kas ietekmē veselības aprūpes izdevumus un ka pārējie faktori – slimību, traumu biežums un raksturs, diagnožu standarts, ārstēšanas kvantitāte un kvalitāte, preču un pakalpojumu resursu nodrošinājums, neapmierinātā pieprasījuma līmenis un noteikta perioda pakalpojumu pircēju/saņēmēju proporcionālais sadalījums pa vecuma grupām un dzimuma – ir nemainīgi<sup>18</sup>.

Ņemot vērā to, ka vēlāk šī pieeja praksē parādīja, ka sakarības starp izmaiņām demogrāfiskajā struktūrā un izmaiņām izdevumiem veselības aprūpei tikai paredz daļēju ietekmi uz veselības aprūpes izdevumiem, pēdējos gados pētnieki ir

---

<sup>17</sup> Gray, A. Population Ageing and Health Care Expenditure.  
<http://www.ageing.ox.ac.uk/ageinghorizons/thematic%20issues/healthcare/papers%20healthcare/pdf%20files/gray%20issue%202%202005.pdf>

<sup>18</sup> Turpat.

izveidojuši jaunu pieeju, kuras galvenā ideja ir tā, ka izdevumus veselības aprūpē galvenokārt nosaka indivīda tuvums nāvei (dzīves cikla beigām) nevis gadi paši par sevi. Tas savukārt tika pamatots ar to, ka cilvēkam pēdējā dzīves posmā ir nepieciešama vislielākā aprūpe un medicīniskā iejaukšanās un ka lielākā daļa indivīdu mirst tieši slimnīcās. Tika atklāts arī tas, ka izdevumu koncentrēšana pēdējā dzīves gadā ir acīmredzama arī atsevišķās slimību kategorijās, kā piemēram, sirds slimības un vēzis<sup>19</sup>. Sākotnēji pētījums jeb izdevumu plānošana šajā pieejā galvenokārt balstījās uz veselības aprūpes izdevumu aprēķināšanu dzīves pēdējos mēnešos vai gadā.

Turpinot izpēti pie pēdējā dzīves gada kā noteicošā faktora veselības aprūpes izdevumu aprēķināšanā, praksē pierādījās, ka cilvēkus, kurus var uzskatīt par veciem (šī darba kontekstā, sasniedzot vecumu, kad ir tiesības uz vecuma pensiju), izdevumi hospitalizācijas gadījumos ir ļoti augsti, pat sasniedzot kulmināciju, savukārt ļoti vecu cilvēku – samazinās. Tas iespējams skaidrojams ar to, ka ļoti vecu cilvēku intensīvas ārstēšanas gadījumi samazinās, nepalīdzinot cilvēku dzīves šajā vecuma grupā. Tādējādi pētnieks Tims Millers (Tim Miller) 2001. gadā savā analizē norādīja, ka ne tikai cilvēka pēdējais dzīves gads var būt noteicošais veselības aprūpes izdevumu plānošanā, bet šis posms, kas būtu jāņem vērā, ir līdz desmit gadiem, uzsverot, ka vislielākie izdevumi ir tieši pēdējos gados (tie palielinās pakāpeniski). Tomēr Tims Millers norāda, ka vecāki cilvēki ir tuvāk dzīves cikla beigām kā jaunie<sup>20</sup>. Tas savukārt liecina par to, ka demogrāfisko izmaiņu rezultātā, kad pieaug vecu cilvēku īpatsvars sabiedrībā, palielinās arī to cilvēku skaits, kas ir tuvāk dzīves cikla beigām un attiecīgi pieaug arī nepieciešamais veselības aprūpes finansējuma apjoms.

Kā norāda autors Alasteirs Grejs iepriekš minētajā rakstā iespējams visietekmīgākā analīze, kuru autori ir Peters Zveifels (Peter Zweifel), Stefans Felders (Stefan Felder) un Meiers (Meier), tika veikta 1999. gadā. Analizējot attiecības starp veselības aprūpes izdevumiem un cilvēka gadiem astoņos dzīves cikla posmos, viņi atklāja, ka

---

<sup>19</sup> Gray, A. Population Ageing and Health Care Expenditure.  
<http://www.ageing.ox.ac.uk/ageinghorizons/thematic%20issues/healthcare/papers%20healthcare/pdf%20files/gray%20issue%20%202005.pdf>

<sup>20</sup> Miller, T. Increasing Longevity and Medicare Expenditures.  
<http://www.demog.berkeley.edu/~tmiller/papers/p1998.increasing.longevity.pdf>

cilvēkam atlikušais dzīves laiks ir noteicošais un ietekmīgākais faktors veselības aprūpes izdevumu noteikšanā, kur cilvēka kalendārajam vecumam nav nozīmes. Tādējādi viņi secināja, ka, aplūkojot veselības aprūpes izdevumus pieaugošos faktoros, vienkāršs sabiedrības novecošanās process ir maldinošs. Taču, izmantojot dažādas pieejas un plašākus datus, šie pētnieki atklāja, ka gan cilvēka vecumam, gan viņa tuvumam nāvei (dzīves cikla beigām) ir ļoti nozīmīga ietekme uz stacionāro pakalpojumu izdevumiem, tomēr akcentējot, ka tuvumam dzīves cikla beigām ir lielāka ietekme<sup>21</sup>.

Veselības aprūpes izdevumu plānošanai attīstoties un paplašinoties, turpmākajos pētījumos tika iekļauts arī šis aspekts – indivīda tuvums nāvei (dzīves cikla beigām), atlikušais cilvēka dzīves ilgums, kā arī cilvēka veselības stāvoklis, izmantojot dažādas formulas veselības aprūpes izdevumu aprēķināšanai. Svarīgi ir pieminēt arī to, ka pētnieki, kuri pārstāv šo pieeju veselības aprūpes izdevumu aprēķināšanā un ir veikuši salīdzinošus aprēķinus un norāda, ka aprēķini, kas neņem vērā šo aspektu – tuvumu dzīves cikla beigām – veselības aprūpes izdevumu aprēķināšanā, ir augstāki. Tas nozīmē to, ka sabiedrības novecošanās apstākļos veselības aprūpes izdevumi, kas tiek aprēķināti, balstoties uz augstāk minēto pirmo pieeju, ir augstāki, nekā izdevumi, kas tiek aprēķināti, balstoties uz otro pieeju veselības aprūpes izdevumu plānošanā.

Šīs otrās pieejas kontekstā Džeims Lubics (James Lubitz) ar saviem kolēģiem ir pētījuši arī kopsakarības starp vecāku cilvēku (70 gadi) veselības stāvokli un izdevumiem veselības aprūpei. Loģisks bija viņu secinājums saistībā ar paredzamo mūža ilgumu un veselības stāvokli, proti, ka veselīgiem vecākiem cilvēkiem paredzamais mūža ilgums ir lielāks, savukārt ar sliktāku veselību – mazāks. Tomēr būtiskākais viņu secinājums šajā pētījumā bija, ka izdevumi veselības aprūpei pirms nāves bija ļoti līdzīgi un līdz ar to veselīgāks paredzamais mūža ilgums būtiski nepalielina veselības aprūpes izdevumus<sup>22</sup>.

Taču papildus iepriekš minētajam, Alastairs Grejs rakstā „Sabiedrības novecošanās un veselības aprūpes izdevumi” norāda, ka veselības stāvokļa izmaiņas un izmaiņas

---

<sup>21</sup> Seshamani, M., Gray, A. Ageing and health – care expenditure : the red herring argument revisited. [http://www.herc.ox.ac.uk/research/completed\\_research/MS%2004.04.04.pdf](http://www.herc.ox.ac.uk/research/completed_research/MS%2004.04.04.pdf)

<sup>22</sup> Turpat.

demogrāfiskajā struktūrā ir tikai daļa no faktoriem, kas var ietekmēt veselības aprūpes izdevumu apjomu. Svarīgi un būtiski faktori veselības aprūpes izdevumu apjoma noteikšanā ir arī tādi faktori kā straujā tehnoloģiju, kas ir pieejama un izmantojama dažādu slimību ārstēšanā, attīstība, kā arī metodes veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā<sup>23</sup>. Tāpat autors min arī darbaspēku kā būtisku aspektu veselības aprūpes nodrošināšanā.

Kopumā var teikt, ka šīs abas pieejas veselības aprūpes izdevumu sabiedrības novecošanās apstākļos aprēķināšanā jeb plānošanā prasa detalizētus aprēķinus, taču jāņem vērā arī citi faktori, kas var izraisīt izmaiņas šajos aprēķinos, kā piemēram, straujā tehnoloģiju, ārstēšanas metožu attīstība, kas paver plašas iespējas slimību ārstēšanā, pie kam tās no vienas puses var paaugstināt izmaksas, ja var ārstēt slimības, ko agrāk nebija iespējams ārstēt, taču no otras puses - samazināt izmaksas kādu citu slimību ārstēšanā<sup>24</sup>. Lai arī otrā pieeja uzsver ne pārāk lielu saistību starp vecumu un šo tuvumu dzīves cikla beigām, ņemot vērā tendenci uzlaboties veselības stāvoklim un attiecīgi arī paredzamajam mūža ilgumam, var teikt, ka tas ir cieši saistīts ar tuvumu dzīves cikla beigām, proti, cilvēki dzīvo ilgāk un attiecīgi dzīves cikla beigās ir vēlāk. Tas, savukārt, nozīmē to, ka, palielinoties vecuma grupai no 60 gadiem, izdevumi veselības aprūpei palielinās.

## ***2.2. Veselības aprūpes finansēšanas modeļi jeb veidi.***

Veselības aprūpes finansēšanā ļoti svarīgs ir valsts izvēlētais finansēšanas modelis, kas vienlaikus nozīmē arī veidu, kā tiek „savākti” līdzekļi, lai nodrošinātu veselības aprūpes sistēmas funkcionēšanu un nepieciešamo izdevumu segšanu. Finansēšanas modelis attiecīgi nosaka arī finansēšanas avotus. Šis līdzekļu savākšanas process ir saistīts ar to, kurš maksā, šī maksājuma veidu un kurš to savāc<sup>25</sup>. Tādējādi šis process nozīmē finansēšanas avotus, veidus šo avotu savākšanai. Var izdalīt šādus pamata finansēšanas modeļus:

---

<sup>23</sup> Seshamani, M., Gray, A. Ageing and health – care expenditure : the red herring argument revisited. [http://www.herc.ox.ac.uk/research/completed\\_research/MS%2004.04.04.pdf](http://www.herc.ox.ac.uk/research/completed_research/MS%2004.04.04.pdf)

<sup>24</sup> Commission of the European Communities Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Proposal for a JOINT REPORT health care and care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social protection, COM (2002) 774 final. Brussels: 2003. P.3.

<sup>25</sup> Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care System Series. Open University Press: 2002. P.4.

1) Finansēšana caur nodokļiem, kas nozīmē to, ka veselības aprūpei paredzētie izdevumi vai vismaz lielākā daļa tiek finansēta caur vispārējiem nodokļu ieņēmumiem<sup>26</sup>. Šajā modelī finanšu līdzekļi tiek savākti no dažādiem obligātajiem maksājumiem valstij (nodokļiem), veidojot valsts līdzekļus. Daļa no šiem līdzekļiem tiek novirzīti ar veselības aprūpes izdevumu segšanai. Finansēšanas avots šajā modelī ir valsts budžets.

Šāds modelis nodrošina salīdzinoši vienmērīgu un prognozējamu finansējuma apjomu veselības aprūpei, taču šāds modelis nav pietiekami elastīgs dažādu veselības aprūpes sistēmas strukturālo izmaiņu veikšanai un inovāciju ieviešanai. Turklāt arī, ja kādu iemeslu dēļ ir ierobežots valsts budžeta kopapjoms, tad var rasties neatbilstība starp reālo un nepieciešamo finansējumu, kā rezultātā var samazināties valsts garantētais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms un iespējams arī veselības aprūpes pieejamība. Taču kā pozitīva šā modeļa iezīme ir jāatzīmē vienkārša administrēšana ar zemiem izdevumiem.

Šāds veselības aprūpes finansēšanas modelis tiek saukts arī par Beveridža sistēmu, kas aptver sociālo drošību un veselības aprūpes pakalpojumus, un tās pirmsākumi ir meklējami 1943. gadā Anglijā un Velsā. Šī sistēma paredzēja nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus visiem cilvēkiem caur centrālajiem nodokļu ieņēmumiem un citiem obligātiem maksājumiem<sup>27</sup>, kā arī šajā sistēmā galvenokārt darbojās publiskie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un šie pakalpojumi bija bez maksas.

Sabiedrības novecošanās apstākļos vislielākais finansiālais slogs var būt uz valsts budžetu, kas veidojas no nodokļiem, ko savukārt maksā indivīdi.

2) Sociālās apdrošināšanas jeb obligātās veselības aprūpes finansēšanas modelis. Šo modeli raksturo šādas pazīmes ir: 1) apdrošinātie cilvēki maksā regulāras, uz darba algu balstītas iemaksas, kas nav saistītas ar pakalpojuma cenu; 2) kā vadošās iestādes un galvenie veselības aprūpes pakalpojumu pircēji/maksātāji šajā modelī darbojas neatkarīgas vai daļēji publiskas iestādes – parasti slimokases. Taču, ņemot vērā to, ka finansējums šajā modelī ir atkarīgs no

---

<sup>26</sup>Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding health care: options for Europe. P.32.

<sup>27</sup> Beveridge System.

<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Beveridge%20system>

apdrošināšanas iemaksām, un visi šīs iemaksas nevar veikt, ir skaidri jānosaka tās iedzīvotāju grupas jeb kategorijas, par kurām maksājumus veic valsts.

Var teikt, ka šajā modelī darbojas solidaritātes princips, proti, bagātais maksā par trūcīgajiem, veselais par slimajiem, tie, kam bērnu nav, par tiem, kam bērni ir, jo bērni var lietot sistēmu par brīvu<sup>28</sup>.

Tādējādi šajā modelī finansējuma apjoms veselības aprūpei ir atkarīgs no veiktajām apdrošināšanas iemaksām, un šāds finansēšanas modelis ir mazāk politizēts, jo nav atkarīgs no politiskajām prioritātēm valstī kopumā.

Sociālās veselības apdrošināšanas jeb obligātās veselības aprūpes finansēšanas modeļa pirmsākumi ir meklējami 19. gadsimtā Vācijas impērijas laikā un to ieviesa kanclers Otto fon Bismarks, un tāpēc šis modelis jeb sistēma bieži tiek saukta viņa vārdā. Šī sistēma bija likumīgi saistoša lielākajai daļai iedzīvotāju, lai viņi varētu saņemt veselības apdrošināšanu, ko turpretī nodrošina likumīgi noteikta trešā puse ar maksājumiem, kas nav saistītas ar risku un ir nodalītas no nodokļiem un citiem ar likumu noteiktiem maksājumiem<sup>29</sup>.

Sabiedrības novecošanās apstākļos vislielākais finansiālais slogs var būt uz indivīdiem, kas maksā regulāras, uz darba algas balstītas iemaksas un, lai nodrošinātu solidaritātes principu, ir iespējama šo iemaksu palielināšana.

- 3) Privātais jeb brīvprātīgais apdrošināšanas modelis, kurā darbojas šāda shēma: darba devējs vai indivīds iegādājas veselības apdrošināšanas polisi, ko attiecīgi finansē darba devējs vai indivīds. Apdrošināšanas prēmiju apjomi tādējādi var būt atšķirīgi, iespējams arī, balstoties uz riska novērtējumu. Tāpat šajā modelī organizācijas, kas savāc apdrošināšanas prēmiju līdzekļus var būt gan publiskas, gan neatkarīgas. Veselības izdevumus vecajiem un trūcīgajiem cilvēkiem sedz valsts.

Sabiedrības novecošanās apstākļos vislielākais finansiālais slogs var būt uz valsts budžetu, kas veidojas no nodokļiem, ko maksā indivīdi.

- 4) Tiešs pacienta līdzmaksājums, kas nozīmē to, ka pacients pats maksā par veselības aprūpes pakalpojumiem, ko neapmaksā valsts (pakalpojumi, kuru

---

<sup>28</sup> Klotiņš, R. Vai citu valstu veselības sistēmu var salīdzināt ar Latvijas sistēmu?

[www.apollo.lv/portal/articles/26424/print](http://www.apollo.lv/portal/articles/26424/print)

<sup>29</sup> Bismarckian System.

<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Bismarckian+system>

apmaksu negarantē valsts), vai arī valsts noteikto papildu maksu par attiecīga pakalpojuma saņemšanu. Abos gadījumos maksājumi nav saistīti ar pacienta ienākumiem, jo pakalpojumam ir noteikta cena. Tieši šī iemesla dēļ, ja veselības aprūpes finanšu līdzekļu savākšanā dominē šāds modelis, vislielākie ieguvēji ir cilvēki ar augstiem ienākumiem, jo viņi šos pakalpojumus var nopirkt. Sabiedrības novecošanās apstākļos vislielākais finansiālais slogs var būt uz indivīdiem, viņu ienākumiem (īpaši negatīvi pakalpojumu saņemšanas kontekstā tas var ietekmēt trūcīgākās iedzīvotāju grupas).

Jāatzīmē, ka pirmajos trīs modeļos pacients pats neveic tiešus maksājumus (tas notiek pastarpināti) par pakalpojumu, taču prakse liecina, ka daudzās valstīs tieši pacienta līdzmaksājumi vai privātā apdrošināšana ir kā papildinošs finansēšanas modelis esošajam. Līdz ar to var uzskatīt, ka galvenokārt pasaulē ir jaukti veselības aprūpes finansēšanas modeļi.

Taču papildus iepriekš minētajiem veselības aprūpes finansēšanas modeļiem var izdalīt vēl vienu finansēšanas modeli, kas īpaši izplatīts ir bijušās PSRS valstīs, proti, neformālie maksājumi par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek maksāti vai nu kā pateicība pakalpojumu sniedzējam, vai izmantots kā līdzeklis, lai ātrāk saņemtu pakalpojumu.

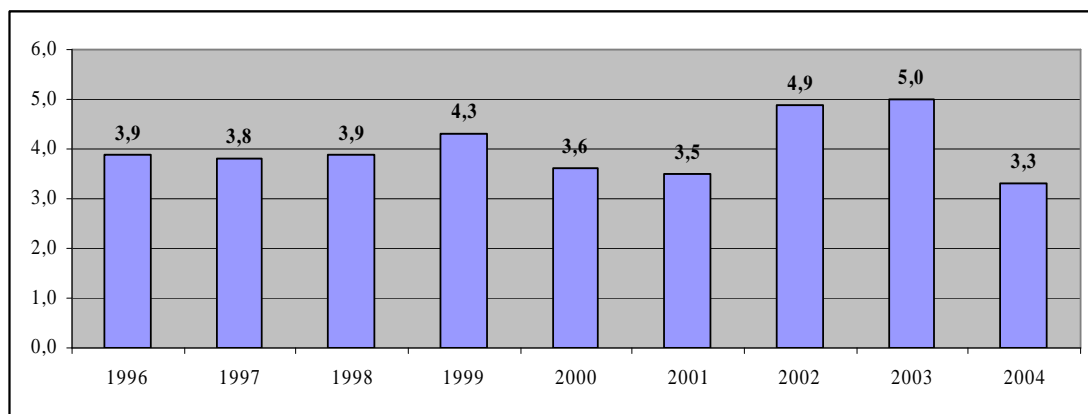
Attiecībā uz Latviju, var teikt, ka līdz 1997. gada 1. janvārim pastāvēja pirmais veselības aprūpes finansēšanas modelis – finansēšana caur nodokļiem, paralēli tam pakāpeniski attīstoties arī tiešam pacienta līdzmaksājumam. Taču no 1997. gada 1. janvāra līdz 2004. gada 1. janvārim tika ieviesti obligātās veselības apdrošināšanas principi, kas nozīmē to, ka no iedzīvotāja ienākuma nodokļa tika iezīmēta daļa 28.4% apmērā un tā tika novirzīta veselības aprūpes speciālajā budžetā. Ņemot vērā to, ka šādā finansēšanas modelī Latvijā līdzekļi bija nepietiekami, lai nosegtu visus nepieciešamos izdevumus, papildus tam pastāvēja arī valsts budžeta dotācija (daļa no vispārējiem nodokļiem), pacienta tiešs līdzmaksājums, kā arī vienlaikus sāka attīstīties privātā veselības apdrošināšana.

Savukārt no 2004. gada 1. janvāra, Ministru kabinetam sastādot 2004. gada valsts budžetu un vienlaikus atsakoties no speciālajiem budžetiem, veselības aprūpes

nozare atkal tiek finansēta caur vispārējiem nodokļu ieņēmumiem, kam paralēli pastāv arī tiešs pacienta līdzmaksājums un privātā veselības apdrošināšana. Šāda finansēšanas modeļu maiņa liecina par neskaidru veselības aprūpes politiku finansēšanas jautājumos.

Svarīgi šajā aspektā ir apskatīt arī valsts izdevumus veselības aprūpei. Kā liecina 1. attēlā atspoguļotie rādītāji, neskatoties uz to, ka ir mainīti veselības aprūpes finansēšanas modeļi, valsts izdevumiem veselības aprūpei no IKP līdz 1999. gadam ir bijusi tendence tikai nedaudz palielināties, 2000. un 2001. gadā samazināties, bet 2002. un 2003. gadā ir vērojams pieaugums, savukārt 2004. gadā izdevumi procentuāli no iekšzemes kopprodukta ir pat mazāki nekā 1996. gadā. Pēdējais iespējams skaidrojams ar iekšzemes kopprodukta pieaugumu un tādējādi šis procents ir mazāks. Jāpiemin, ka papildus valsts izdevumiem veselības aprūpei, pastāv arī citi finansēšanas avoti, t.sk. pacienta līdzmaksājums, privātā apdrošināšana u.c., un tādējādi kopējie izdevumi veselības aprūpei sastāda aptuveni 6% no iekšzemes kopprodukta.

1. attēls. Valsts veselības aprūpes izdevumi % no IKP (1996 – 2004. gads).



Avots: Latvijas Republikas centrālā statistikas pārvalde. Latvijas statistikas gadagrāmata 2004. Rīga: 2005. 18.lpp.

Taču jāatzīmē, ka sabiedrības novecošanās apstākļos (un ne tikai) ļoti svarīgi ir izvēlēties tādu veselības aprūpes finansēšanas modeli, kas būtu finansiāli dzīvotspējīgs, stabils un pēc iespējas izmaksu efektīvāks. Tomēr ir ļoti grūti pateikt, kurš no šiem modeļiem būtu visoptimālākais, jo iespējams katrai valstij tas var būt atšķirīgs. Šeit noteikti jāņem vērā gan makroekonomiskie rādītāji, gan arī sabiedrība,

t.sk. demogrāfiskais sastāvs. Attiecībā uz Latviju iespējams vislabākais būtu jau esošais jauktais veselības aprūpes finansēšanas modelis (finansēšana caur nodokļiem un tiešs pacienta līdzmaksājums), jo, neskatoties uz nodarbinātības negatīvo ietekmi uz valsts izaugsmi, vidējais iekšzemes kopprodukta pieaugums periodā līdz 2050. gadam sagaidāms gandrīz divas reizes augstāks kā vecajās Eiropas Savienības dalībvalstīs<sup>30</sup>. Tas savukārt iespējams varētu nodrošināt salīdzinoši stabilu valsts finansējumu veselības aprūpes nozarei. Lai novērstu to, ka pacientiem, kuri nespēj samaksāt valsts noteiktos pacientu līdzmaksājumus par pakalpojumiem, būtu pieejami šie veselības aprūpes pakalpojumi (veci cilvēki un trūcīgie), būtu nepieciešams noteikt finansiālus atvieglojumus šo pakalpojumu saņemšanai un tos segt no valsts līdzekļiem.

.

### ***2.3. Veselības aprūpes pieejamība.***

Būtisks aspekts sabiedrības novecošanās ietekmes uz veselības aprūpes finansēšanu kontekstā ir veselības aprūpes pieejamība, kas ir viens no būtiskākajiem veselības aprūpes sistēmas kvalitātes un efektivitātes rādītājiem, kā arī vienlaikus atspoguļo sabiedrības veselības stāvokli. Ņemot vērā vecu cilvēku pieaugumu sabiedrībā, veselības aprūpes vienlīdzīga nodrošināšana kļūst vēl aktuālāks jautājums. Līdz ar to ir svarīgi novērtēt un raksturot veselības aprūpes pieejamību Latvijā.

Veselības aprūpes pieejamību var definēt arī kā pacientu iespējas saņemt aprūpi (pakalpojumus), kur un kad tā ir nepieciešama. Veselības aprūpes pieejamību var iedalīt:

- Finansiālā pieejamība, ko nosaka cilvēku spēja un gatavība samaksāt par aprūpi (pakalpojumiem);
- Ģeogrāfiskā pieejamība, kas nozīmē pakāpi, kādā pakalpojumi ir pieejami, sasniedzami iedzīvotājiem. Ģeogrāfiskā pieejamība ir saistīta gan ar infrastruktūras sadali (izvietojumu) noteiktā reģionā, teritorijā, kā arī ar sniegto pakalpojumu piedāvājumu. Ģeogrāfiskā pieejamība var atšķirties

---

<sup>30</sup> Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). 35. lpp. <http://ppd.mk.gov.lv/ui/DocumentContent.aspx?ID=4468>

transporta nodrošinājuma ziņā, kā arī teritorijas vai apdzīvotas vietas ģeogrāfisko īpatnību dēļ;

- Kulturālā pieejamība, kas nozīmē to, vai pieejamību veselības aprūpes pakalpojumiem traucē kādi kulturāli aizliegumi (tabū)<sup>31</sup>. Tas attiecas uz šādiem gadījumiem, proti, vai sievietes var izmantot reproduktīvās veselības aprūpes pakalpojumus, ja visi ārsti ir vīrieši, vai etnisko minoritāšu pārstāvji var izmantot pakalpojumus, ko sniedz ārsti, kas pārstāv etnisko vairākumu.

Attiecībā uz finansiālo pieejamību veselības aprūpei, jāmin, ka gandrīz 40% no veselības aprūpes izdevumiem sedz pakalpojumu saņēmēji – iedzīvotāji, kas liecina par to, ka valsts piešķirtie līdzekļi ir nepietiekami, lai nosegtu visus nepieciešamos izdevumus. Taču papildus ir minami vēl dažādi faktori, kas liecina, ka valsts izdevumi veselības aprūpei nav pietiekami, proti, kvotas veselības aprūpes pakalpojumiem un ar to saistīto rindu veidošanos, kas veidojas pat vairāku gadu garumā, Latvijas augstie saslimstības rādītāji, turklāt veselības aprūpes pakalpojuma izmaksas ir ļoti cieši saistītas ar citām jomām un cenu pieaugumu tajās, piemēram, degviela, elektrība u.c. Līdz ar to finansiālā nepietiekamība vienlaikus liecina arī par nepietiekamu veselības aprūpes pieejamību.

Runājot par ģeogrāfisko pieejamību, jāatzīmē, ka 2004. gadā tika uzsākta slimnīcu tīkla reorganizācija jeb optimizācija, kas no vienas puses varētu tikt vērtēta pozitīvi, jo, pamatojoties uz konkrētu slimnīcu izvietojumu un to statusu noteikšanu visā valsts teritorijā, tiktu stratēģiski plānots dažāda veida resursu nodrošinājums veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un šis izvietojums iespējams būtu vienlīdzīgs starp reģioniem. Taču no otras puses slimnīcu tīkla optimizācija ģeogrāfisko pieejamību var pasliktināt, jo veselības aprūpes pakalpojumi laukos attālinās, gan sarūkot stacionāro skaitam, gan pasliktinoties sabiedriskajai transporta kustībai. Tehnoloģijas un ārsti koncentrējas Rīgā un citās lielajās pilsētās, kur sociāli ekonomiskie apstākļi ir labvēlīgāki<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Accessibility. [www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage?phrase=accessibility](http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage?phrase=accessibility)

<sup>32</sup> Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos. Galv. red. Aija Zobena. Rīga: ANO Attīstības programma, LU Sociālo un politisko pētījumu institūts. 2005..36. lpp.

Kopumā gan valsts un iedzīvotāju izdevumu veselības aprūpes attiecība, gan stacionāro iestāžu koncentrēšanās lielajās pilsētās ļauj secināt, ka tā ir nepietiekama vai ierobežota daļai iedzīvotāju, un īpaši tas attiecas uz finansiālo pieejamību. Līdz ar to arī šis jautājums – veselības aprūpes pieejamības nodrošināšana – ir ļoti aktuāls sabiedrības novecošanās apstākļos.

### 3. METODOLOĢIJA

Darba empīriskajā daļā sākotnēji tiek veikta datu analīze, lai raksturotu, kāda ir Latvijas situācija sabiedrības novecošanās kontekstā, kā arī lai apskatītu veselības aprūpes pakalpojumu izmantotājus pa vecuma grupām. Ņemot vērā pētāmo objektu, īpaša uzmanība statistikas datu analīzē tiek veltīta vecuma grupai no 60 gadiem un tādejādi tiek apskatītas galvenās slimību grupas, ar ko slimo šīs vecuma grupas cilvēki un šo slimību izmaksas. Papildus tiek apskatīti arī kvantitatīvi pētījumi (to atsevišķi aspekti), lai pilnīgāk atspoguļotu pētāmo jautājumu. Minētās metodes ir izvēlētas tādēļ, ka tās, autoraprāt, ir visatbilstošākās pētījuma mērķim un uzdevumiem.

Ņemot vērā to, ka darba mērķis ir noskaidrot, kāda ir sabiedrības novecošanās procesa ietekme uz veselības aprūpes finansēšanu, darba empīriskajā daļā tika veiktas arī ekspertu intervijas (ar klīniskās slimnīcas „Gaiļezers” direktora vietnieku medicīnas jautājumos Ēriku Kalniņu, valsts SIA „Rīgas Austrumu slimnīca” klīnika "Biķernieki" konsultatīvās nodaļas vecāko māsu Rutu Andersoni, Dzirciema poliklīnikas ģimenes ārsti Ievu Mežali, Veselības ministrijas Stratēģiskās plānošanas departamenta direktori Līgu Šernu).

Interviju metode tika izvēlēta, jo tā dod plašāku un dziļāku respondenta viedokļa atspoguļojumu, turklāt ir ciešāks savstarpējais kontakts un šī pētījuma metode ļauj precīzāk un pilnīgāk noskaidrot pētāmā jautājuma atsevišķus aspektus.

Ārstu un speciālistu izvēle tika noteikta pēc slimnīcas statusa (daudzprofila, lokālā), kā arī primārās veselības aprūpes ārsts (ģimenes ārsts). Lai atspoguļotu dažādu ekspertu, kas iesaistīti veselības aprūpes nozares īstenošanas un plānošanas procesos, viedokli, tika izvēlēts arī Veselības ministrijas pārstāvis. Eksperti bija ļoti atsaucīgi un neviens interviju neatteica.

Ekspertiem tika uzdoti identiski vai ļoti līdzīgi jautājumi, lai atbildes būtu salīdzināmas. Intervija sastāvēja no vairākiem jautājumu blokiem:

- vispārīgi jautājumi (vai šobrīd ir aktuāls jautājums par sabiedrības novecošanos? vai šim jautājumam tiek pievērsta uzmanība?)

- jautājumi par veselības aprūpes finansējuma plānošanu;
- jautājumi par sabiedrības novecošanās faktora ietekmi uz nepieciešamā finansējuma apjomu;
- jautājumi par visāda veida resursu nodrošinājuma pietiekamību sabiedrības novecošanās apstākļos;
- speciālistu ieteikumi par nepieciešamajiem pasākumiem, lai pēc iespējas vairāk mazinātu sabiedrības novecošanās ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu.

Intervijas ar ekspertiem tika veiktas 2006. gada aprīlī. Intervijas ar slimnīcu pārstāvjiem notika viņu darba vietās. Jāatzīmē, ka ar visiem ekspertiem intervijas laiks tika saskaņots telefoniski, izņemot ar valsts SIA "Rīgas Austrumu slimnīca" klīnikā "Biķernieki" pārstāvi, jo tur tika skaidrots, ka var nākt jebkurā laikā un brīvais speciālists atbildēs uz jautājumiem. Līdz ar to var teikt, ka pēdējā eksperta izvēle izvēlētajā iestādē bija nejauša. Intervijas ilga aptuveni 1,5 stundu.

Kā interviju norises trūkumu var minēt intervijas vietu (eksperta darba vietu), jo bieži zvanīja telefons.

Intervijas tika ierakstītas diktofonā, lai pēc tam varētu precīzāk piefiksēt respondentu sniegtās atbildes. Šī datu fiksēšanas metode ļāva labāk sekot intervijas gaitai, veidot interviju kā sarunu ar respondentu, nevis koncentrēties uz atbilžu pierakstīšanu.

### ***3.1. Iepriekš veikto pētījumu analīze.***

Šajā darba sadaļā tiek veikta iepriekš veikto pētījumu analīze. Ņemot vērā, ka pētāmās tēmas „Sabiedrības novecošanās ietekme uz veselības aprūpes finansēšanu” kontekstā visaptverošs pētījums nav veikts, tiek izvērtēti un apskatīti tie pētījumi, akcentējot atsevišķus aspektus, kas, autoraprāt, vislabāk atspoguļo ar pētāmo tēmu saistītos jautājumus un palīdz izdarīt secinājumus.

2002. gadā tika veikts Sorosa fonds – Latvija pētījums „Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība”, kuru vadīja Daugavpils Socioloģisko pētījumu laboratorijas zinātniece Vera Boroņenko. Šī pētījuma mērķis bija apzināt reālo

situāciju veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā no iedzīvotāju skata punkta un salīdzināt ar likumdošanā deklarēto.

Attiecībā uz pētāmo jautājumu, būtiski ir atzīmēt pētījumā aptverto aspektu par sabiedrības atbalstu kādam veselības aprūpes finansēšanas modelim. Uz jautājumu „Kādu veselības aprūpes sistēmas modeli Jūs vairāk atbalstāt?” 78% respondentu ir atbildējuši, ka atbalsta finansējumu no iedzīvotāju nodokļiem un visiem vienlīdzīgas iespējas saņemt valsts garantēto medicīnisko palīdzību neatkarīgi no veselības stāvokļa un ienākumiem, savukārt 18.3% respondentu ir atbildējuši, ka atbalsta tādu modeli, kurā iedzīvotāji brīvprātīgi apdrošina savu veselību (maksājot attiecīgi mazāk nodokļu), un katrs var saņemt tādu palīdzību, kādu atļauj viņa ienākumi. 3.7% respondentiem nav atbildes uz šo jautājumu<sup>33</sup>. Līdz ar to šeit sabiedrības uzskatos var identificēt solidaritātes un vienlīdzības aspektu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā.

Tāpat šis pētījums aptver tādu svarīgu jautājumu kā veselības aprūpes pieejamība. Uz jautājumu “Vai Jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?” aptuveni viena trešdaļa jeb 33.4% no respondentiem ir atbildējuši – jā (66.4% - nē)<sup>34</sup>. Savukārt uz jautājumu „ja jums pēdējā gada laikā nācies atteikties no nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tad kāda iemesla dēļ?” kā viens no visbiežākajiem iemesliem tika minēts naudas vai veselības apdrošināšanas polises trūkums (23.1%), tam seko laika nepietiekamība (9.4%), garas rindas (3.7%) un liels ārstniecības iestādes attālums no dzīvesvietas (3.4%)<sup>35</sup>. Līdz ar to var uzskatīt, ka finansiālo resursu trūkuma dēļ cilvēkiem vairāk ir nācies atteikties no veselības aprūpes pakalpojumiem, savukārt ģeogrāfiskās pieejamības novērtējums nav tik kritisks.

Laika posmā no 2002. gada 16. septembra līdz 2002. gada 10. decembrim SIA „Deabaltika” izstrādāja pētījumu „Veselības aprūpes pakalpojumu groza pašreizējā stāvokļa izvērtējums, tā ietekmējošo faktoru analīze un nākotnes tendences”. Šī pētījuma mērķis bija nodrošināt uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības

---

<sup>33</sup> Boroņenko, V. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība Latvijā.  
[http://www.politika.lv/polit\\_real/files/lv/vespakpieej.pdf](http://www.politika.lv/polit_real/files/lv/vespakpieej.pdf)

<sup>34</sup> Turpat.

<sup>35</sup> Turpat.

ietekmes izvērtējumu balstītu ārpus medicīniskās palīdzības minimuma valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu veidu un apjomu. Pētījums lielākoties ir veltīts veselības aprūpes pakalpojuma groza izvērtējumam, taču tiek pievērsta uzmanība arī veselības aprūpes pieejamības aspektam, kas tiek analizēts, balstoties uz iepriekš veiktajiem pētījumiem par šo jautājumu.

Būtiski ir atzīmēt iepriekš minētajā pētījumā analizēto Baltijas Sociālo Zinātņu institūta pētījumu “Veselības reformas novērtējums 2002”, kas ir izstrādāts 2002. gadā. Tajā ir konstatēts, ka samazinās to iedzīvotāju skaits, kuri uzskata, ka viņiem ir pieejama valsts garantētā veselības aprūpe – 2000. gadā 58% izsaka šādu viedokli, bet 2001. gadā to skaits samazinās par 13% un sastāda 45% no aptaujātajiem<sup>36</sup>. Tādējādi tas nozīmē to, ka pieaug to iedzīvotāju skaits, kuri uzskata, ka valsts garantētā veselības aprūpe ir nepietiekami pieejama.

Šajā pētījumā parādās vēl viens interesants veselības aprūpes pieejamības aspekts – sabiedrības informētība. Arī sabiedrības informētībai par iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, par katra cilvēka atbildību par savu veselību, par veicamajiem pasākumiem slimību novēršanai ir svarīga nozīme veselības aprūpes pieejamības līmeņa noteikšanā. Diemžēl neinformētība ir otrs nozīmīgākais šķērslis veselības aprūpes pieejamībai<sup>37</sup>.

2005. gadā tika veikts pētījums par rīcībspēju reģionos, ko pasūtīja ANO Attīstības programma Latvijā un Latvijas Universitāte. Tā mērķis bija noskaidrot kritiskos faktorus, kas virza un kavē attīstību Latvijas reģionos. Aptauju veica sabiedriskās domas pētījumu centrs SKDS 2005. gada jūlijā un augustā. Šī pētījuma ietvaros tika veikta arī analīze atsevišķu veselības aprūpes jautājumu kontekstā.

Pirmkārt, ir jāpiemin pētījuma rezultāti ģeogrāfiskās pieejamības jautājuma kontekstā, proti, uz jautājumu par cilvēka un vietas attiecībām kā otrs nozīmīgākais faktors dzīvesvietas izvēlē ir minētas iespējas saņemt medicīnas pakalpojumus (norādījuši 51% respondentu), savukārt kā ceturtais – sabiedriskā transporta

---

<sup>36</sup> Veselības aprūpes pakalpojumu groza pašreizējā stāvokļa izvērtējums, tā ietekmējošo faktoru analīze un nākotnes tendences. [http://www.politika.lv/polit\\_real/files/lv/vesel\\_grozs2002.pdf](http://www.politika.lv/polit_real/files/lv/vesel_grozs2002.pdf)

<sup>37</sup> Turpat.

pieejamība (norādījuši 44% respondentu)<sup>38</sup>. Līdz ar to tas liecina par to, ka iedzīvotājiem ir ļoti svarīgas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, kas savukārt nozīmē to, ka iedzīvotāji vēlas pieejamu veselības aprūpi. Iespējams, ka ne tik kritiskais ģeogrāfiskās pieejamības novērtējums pētījumā „Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība” ir saistāms ar iedzīvotāju dzīves vietas izvēles noteicošajiem faktoriem un iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumus kā otru nozīmīgāko. Jāatzīmē, ka kā pirmais un nozīmīgākais faktors dzīvesvietas izvēlē ir iespējas atrast darbu (norādījuši 59% respondentu).

Iepriekš minētā pētījuma rezultāti 1. tabulā raksturo arī sakarības starp veselības aprūpes finansiālo pieejamību un vecuma grupām, proti, ka pēdējā gada laikā visvairāk ir pietrūcis līdzekļu, lai grieztos pie ārsta tieši cilvēkiem vecuma grupā no 60 gadiem, kas ir likumsakarīgi, jo darbaspējas vecuma iedzīvotājiem ir lielāki ienākumi. Tomēr šeit iespējams parādās vēl cits aspekts, ka pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem atspoguļo ne tikai reālie pakalpojumu izmantotāji un to skaita izmaiņu tendences, bet arī tie, kuriem šie pakalpojumi ir vajadzīgi, bet ierobežoto finanšu līdzekļu dēļ tos nevar atļauties. Līdz ar to var uzskatīt, ka pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem ir vēl lielāks.

1. tabula. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, %.

	<b>Pēdējā gada laikā ir pietrūcis līdzekļu, lai grieztos pie ārsta</b>	<b>Nav pietrūcis līdzekļu</b>	<b>Grūti pateikt</b>
Vecumgrupas			
18 – 29	29	65	6
30 – 39	26	70	4
40 – 49	31	61	8
50 – 59	42	54	4
60 un vairāk	50	43	7

Avots: Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos. Galv. red. Aija Zobena. Rīga: ANO Attīstības programma, LU Sociālo un politisko pētījumu institūts. 2005. 40.lpp.

Tāpat būtisks aspekts šī pētījuma ietvaros ir iedzīvotāju veselības pašvērtējums. 2. tabulas dati liecina, ka vismazāk (7%) savu veselības stāvokli ar atbilžu variantu „neslimoju” ir novērtējuši cilvēki vecuma grupā no 60 gadiem, turpretī „bijušas

<sup>38</sup> Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos. 29.lpp.

nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš ir vēl joprojām”, „ir hroniskas slimības”, kā arī invaliditāte visvairāk ir tieši cilvēkiem no 60 gadiem, attiecīgi 24%, 31% un 5%. Minētais pētījums liecina, ka vislabāk savu veselību ir novērtējuši iedzīvotāji vecuma grupās no 18 – 29 gadiem un no 30 – 39 gadiem. Tādējādi arī pētījuma rezultāti apliecina jau iepriekš minēto, ka visvairāk veselības aprūpes pakalpojumus izmanto un vislielākais pieprasījums pēc tiem ir vecuma grupai no 60 gadiem.

2. tabula. Iedzīvotāju veselības pašvērtējums (%).

	Neslimoju	Mēdz būt tikai vieglas saslimšanas	Bijušas arī nopietnākas slimības, taču esmu izārstējies	Bijušas nopietnas slimības un traumas, no kurām jācieš vēl tagad	Ir hroniskas slimības	Ir invaliditāte
Vecumgrupas						
18 – 29	27	53	9	6	4	1
30 – 39	21	46	19	7	5	2
40 – 49	16	47	19	9	6	3
50 – 59	14	27	22	19	14	4
60 un vairāk	7	14	19	24	31	5

Avots: Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos. Galv. red. Aija Zobena. Rīga: ANO Attīstības programma, LU Sociālo un politisko pētījumu institūts. 2005. 37. lpp.

Lai arī iepriekš minētie pētījumi nav vērsti uz demogrāfisko izmaiņu ietekmes izvērtējumu veselības aprūpes kontekstā, tomēr šeit parādās interesantas un svarīgas tendences šīs ietekmes novērtēšanā. Kā pirmā ir minama nepietiekama veselības aprūpes pieejamība (galvenokārt ir attiecināma uz finansiālo pieejamību), kas vienlaikus var nozīmēt to, ka reālais pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem ir vēl lielāks kā to atspoguļo statistikas dati par veselības aprūpes pakalpojumu izmantotājiem. Jāatzīmē, ka šī finansiālās pieejamības nepietiekamība īpaši ir vērojama vecuma grupā no 60 gadiem, turklāt pētījuma rezultāti par veselības stāvokļa pašvērtējumu akcentē tieši šo vecuma grupu kā „slimāko”, kurai ir nepieciešama vislielākā veselības aprūpe. Tādējādi veselības aprūpes pieejamība ir ļoti cieši saistīta ar sabiedrības un tās grupu veselības kvalitāti, un tikai neliela daļa cilvēku vecuma grupā no 60 gadiem var apliecināt, ka viņiem ir laba veselība.

Tāpat šo pētījumu analīze liecina, ka sabiedrība vēlas pieejamu veselības aprūpi, par ko savukārt liecina dzīves vietas noteicošie faktori, kur kā otrs būtiskākais tiek minēts - iespējas saņemt medicīniskos pakalpojumus.

### **3.2. Sabiedrības novecošanās problēmas raksturojums Latvijā.**

Attiecībā uz Latvijas situāciju, demogrāfiskajām izmaiņām var teikt, ka iedzīvotāju skaita samazināšanās Latvijā sākās 1990. gadā, strauji izmainoties no pozitīvas uz negatīvu gan iedzīvotāju dabiskajai kustībai (dzimstības un mirstības saldo), gan starpvalstu migrācijai. Kopumā 2005. gada sākumā Latvijā dzīvoja 2.31 milj. jeb par 356 tūkst. (14%) iedzīvotāju mazāk nekā pirms 15 gadiem (t.sk. dabiskās kustības dēļ iedzīvotāju skaits samazinājies par 171 tūkst)<sup>39</sup>. Šos rādītājus apstiprina arī 3. tabulas dati, kā arī vienlaikus tie parāda tendenci samazināties dzimstības rādītājiem laika periodā no 1990. līdz 2005. gadam (šajā laika periodā tas ir samazinājies gandrīz divas reizes).

Kā liecina 3. tabulas dati, mirstības rādītājiem nav tik liela tendence samazināties, taču visbūtiskākais šī rādītāja pieaugums ir vērojams no 1990. līdz 1995. gadam, kas skaidrojams ar pāreju uz tirgus ekonomiku, un tam izrietošajiem faktoriem, proti, iedzīvotāju nespēja pietiekami ātri adaptēties straujajām pārmaiņām sabiedrībā (bezdarba, noziedzības un vispārējās nestabilitātes pieaugums, veselības aprūpes sadārdzinājums u.c.) izraisīja veselības stāvokļa pasliktināšanos un mirstības pieaugumu<sup>40</sup>. Arī dabiskais pieaugums galvenokārt dzimstības samazināšanās rezultātā ir ar negatīvu zīmi, kas viskrasāk parādās laika periodā no 1990. līdz 1995. gadam. Šo procesu arī var skaidrot ar iepriekš minēto pāreju uz tirgus ekonomiku 90. gados, kā arī iespējams ar cilvēku vērtību maiņu. Īpaši šeit ir akcentējama jauniešu vērtību maiņa, proti, par prioritātēm tiek izvirzītas mācības, darbs, karjera. Taču, lai arī rādītāji liecina, ka pēdējos gados iedzīvotāju skaita krituma temps ir palēninājies, tiek prognozēts, ka šāda tendence turpināsies un atbilstoši Eurostat prognozēm līdz 2050. gadam Latvijas iedzīvotāju skaits samazināsies vēl par 19% un būs tikai 1.87

---

<sup>39</sup> Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). 34. lpp.

<sup>40</sup> Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos. Galv. red. Aija Zobena. 36. lpp.

milj.<sup>41</sup>. Un līdz ar to netiks nodrošināta paaudžu nomaiņa un pietiekama sabiedrības atražošanās.

3. tabula. Iedzīvotāju skaits tūkst. un dabiskais pieaugums laika periodā no 1990. – 2005. gadam.

Gads	Iedzīvotāju skaits	Dzimsība	Mirstība	Dabiskais pieaugums
1990		37918	34812	3106
1995	2500.6	21595	38931	-17336
1996	2469.5	19782	34320	-14538
1997	2444.9	18830	33533	-14703
1998	2420.8	18410	34200	-15790
1999	2399.2	19396	32844	-13448
2000	2381.7	20248	32205	-11957
2001	2364.3	19664	32991	-13327
2002	2345.8	20044	32498	-12454
2003	2331.5	21006	32437	-11431
2004	2319.2	20334	32024	-11690
2005	2306.4	-	-	-

Avots: Latvijas Republikas Centrālā Statistikas pārvalde. Latvijas statistikas gadagrāmata 2004. Rīga: 2005. 38. lpp.

Kā liecina 4. tabulas dati, Latvijas iedzīvotāju paredzamajam mūža ilgumam ir tendence palielināties. Šī tendence nenoliedzami ir vērtējama kā pozitīva iezīme, kas iespējams ir skaidrojama ar dzīves kvalitātes paaugstināšanos, iespējams arī ar veselības stāvokļa uzlabošanos un profilaktisko pasākumu izvirzīšanu kā prioritārāku. Tomēr jāatzīmē, ka laika periodā no 1995. gada līdz 2004. gadam ir vērojamas būtiskas atšķirības starp paredzamo mūža ilgumu sievietēm un vīriešiem, taču kā liecina 4. tabulas dati, šai atšķirībai ir vērojama tendence samazināties.

4. tabula. Paredzamais mūža ilgums iedzīvotājiem Latvijā (1995. – 2004. gads).

Gads	Vīrieši	Sievietes
1995	60,8	73,1
1996	63,9	75,6
1997	64,2	75,9
1998	64,1	75,5
1999	64,9	76,2
2000	64,9	76,0

<sup>41</sup> Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). 34. lpp.

2001	65,2	76,6
2002	65,4	76,8
2003	65,9	76,9
2004	67,1	77,2

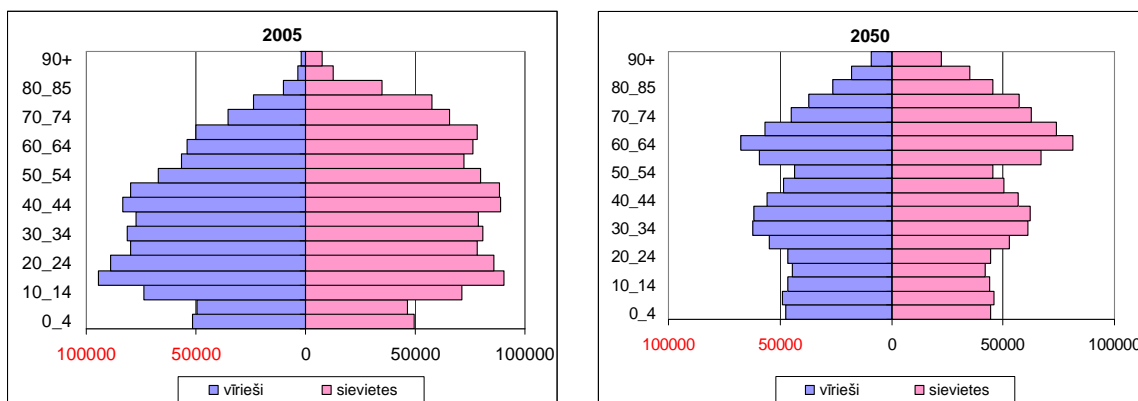
Avots:

Latvijas Republikas Centrālā Statistikas pārvalde. Demogrāfija, 2004. Statistisko datu krājums. Rīga: 2004. 19. lpp.

Latvijas Republikas Centrālā Statistikas pārvalde. Demogrāfija, 2005. Statistisko datu krājums. Rīga: 2005. 16. lpp.

Kā jau tika minēts iepriekš, ņemot vērā iedzīvotāju skaita izmaiņas (3. tabula), kā arī paredzamā mūža ilguma rādītājus (4. tabula), Latvijā būtiski mainīsies arī iedzīvotāju vecuma struktūra, proti, sabiedrībā samazināsies jaunu cilvēku īpatsvars un palielināsies vecu cilvēku īpatsvars. 2. attēls spilgti parāda šīs izmaiņas. Vecuma grupā no 0 līdz 14 gadiem iedzīvotāju skaits 2050. gadā būs par 19% mazāks nekā 2005. gadā. Darbspējas vecuma iedzīvotāju skaits līdz 2050. gadam savukārt samazināsies par 30% jeb 475 tūkstošiem, bet vecu cilvēku skaits (+65) pieaugs par 28% jeb 107 tūkstošiem, t.sk. ļoti vecu cilvēku (+80) skaits līdz 2050. gadam pieaugs vairāk nekā divas reizes jeb būs 86 tūkstoši<sup>42</sup>. Rādītāji neapgāžami liecina par darbaspējīgo iedzīvotāju skaita samazināšanos.

2. attēls. Iedzīvotāju skaita izmaiņas pa vecuma grupām.



Avots: Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). 37. lpp.

Kopumā var teikt, ka sabiedrības novecošanās problēma Latvijā pastāv, ja ne tieši šobrīd, tad kļūs aktuāla tuvākajos gados un tas būs jauns izaicinājums sabiedrībai. Neapšaubāmi šis process būs jāņem vērā un tas iespējams izraisīs nepieciešamību

<sup>42</sup> Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). 34. lpp.

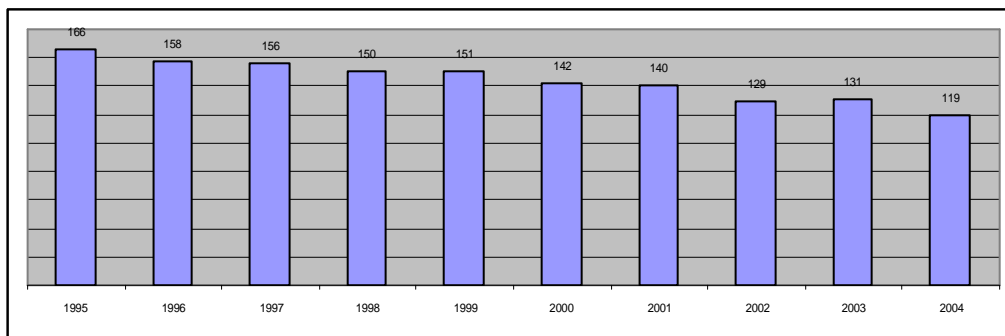
veikt izmaiņas vairākās nozarēs, kā piemēram, nodarbinātības, pensiju, veselības, finanšu u.c. jomas.

### **3.3. Veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana.**

Apskatot sabiedrības novecošanās procesa ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu, ir nepieciešams aplūkot, kādas ir veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas tendences Latvijā, kā arī raksturot to izmaksas.

Pirmkārt, jāatzīmē - neskatoties uz to, ka slimnīcu skaitam Latvijā ir tendence samazināties, kā to liecina 3. attēlā atspoguļotie dati, to skaits vēl joprojām ir ļoti liels. Šis lielais slimnīcu skaits galvenokārt izskaidrojams ar PSRS atstāto mantojumu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūrā, un daļa šo slimnīcu vēl joprojām sniedz arī sociālās aprūpes pakalpojumus, tādējādi tērējot ārstēšanai paredzētos līdzekļus, pie kam slimnīcu apkalpes teritorijas arī pārklājas. Neapšaubāmi tas liecina par neefektīvu veselības aprūpei paredzēto līdzekļu izlietojumu un izvietojumu. Kā jau minēts iepriekš, slimnīcu skaitam ir tendence samazināties, kas savukārt galvenokārt ir saistīts arī ar slimnīcu profila maiņu, proti, tās ir kļuvušas par sociālās aprūpes iestādēm, kā arī daļa no tām ir tikušas slēgtas, jo attiecīgajā vietā nav bijis pietiekams pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem vai arī infrastruktūras nodrošinājums, lai slimnīcu uzturēšana būtu rentabla.

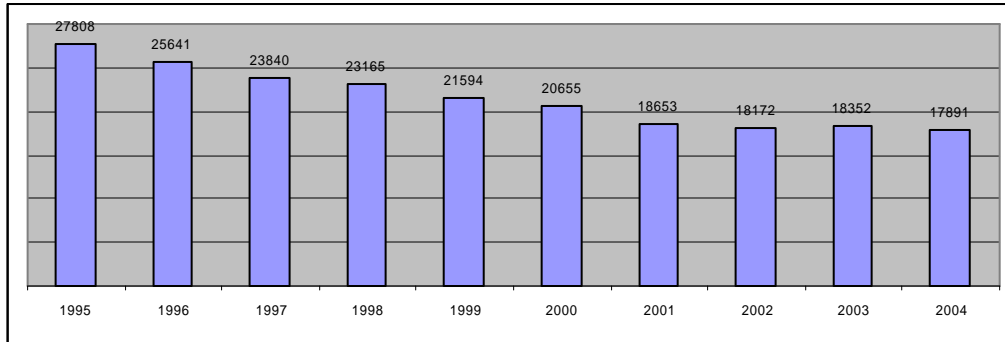
3. attēls. Slimnīcu skaits (1995. – 2004. gads).



Avots: Latvijas Republikas centrālā statistikas pārvalde. Latvijas statistikas gadagrāmata 2005. Rīga: 2005. 115. lpp.

Kā liecina 4. attēlā atspoguļotie dati, ir vērojama arī tendence samazināties gultu skaitam slimnīcās, un šo tendenci var vērtēt kā likumsakarīgu slimnīcu skaita samazināšanās dēļ.

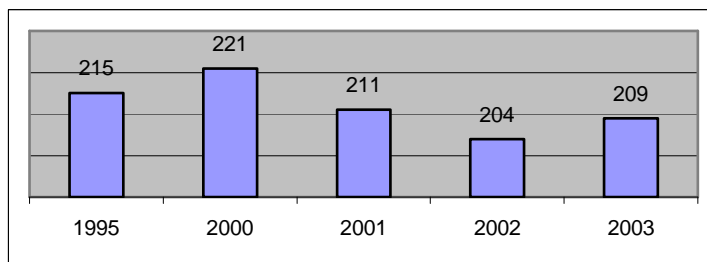
4.attēls. Gultu skaits slimnīcās (1995. – 2004. gads).



Avots: Latvijas Republikas centrālā statistikas pārvalde. Latvijas statistikas gadagrāmata 2004. Rīga: 2005. 18. lpp.

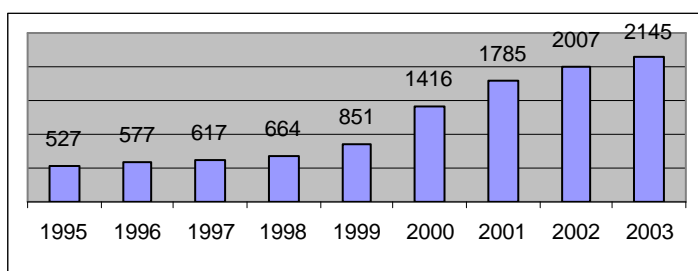
Taču kaut arī slimnīcu un gultu skaits laika periodā no 1995. gada līdz 2004. gadam ir samazinājies, tas viennozīmīgi vienlaikus nenozīmē arī to, ka kopumā iedzīvotāju pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem ir samazinājies, par ko savukārt liecina 5. attēlā atspoguļotie dati par hospitalizācijas līmeni uz 1000 iedzīvotājiem laika posmā no 1995. līdz 2003. gadam, kas būtiski šajā laika posmā nav mainījies un īpašas tendences tā palielinājumā vai samazinājumā nevar noteikt.

5. attēls. Hospitalizācija uz 1000 iedzīvotājiem (1995. – 2003. gads).



Avots: Latvijas Republikas centrālā statistikas pārvalde. Latvijas statistikas gadagrāmata 2004. Rīga: 2004. 106. lpp.

6. attēls. Ambulatoro iestāžu skaits (1995. – 2003. gads).



Avots: Latvijas Republikas centrālā statistikas pārvalde. Latvijas statistikas gadagrāmata 2004. Rīga: 2004. 106. lpp.

Neskatoties uz to, ka ir sarucis stacionāro pakalpojumu sniedzēju iestāžu (slimnīcu) skaits, 6. attēls parāda, ka laika posmā no 1995. līdz 2003. gadam strauji ir pieaudzis ambulatoro iestāžu skaits, kas galvenokārt ir izskaidrojams ar ģimenes ārsta institūcijas izveidi, attīstību un nostiprināšanu.

Šajā kontekstā ļoti svarīgi ir aplūkot, kādas vecuma grupas visvairāk izmanto veselības aprūpes pakalpojumus stacionārajās veselības aprūpes iestādēs, jo tas ir viens no galvenajiem aspektiem, kā novērtēt, kuras vecuma grupas patērē veselības aprūpei paredzētos līdzekļus.

5. tabula. Hospitalizācijas raksturojumi pa vecumgrupām 2003. un 2004. gadā.

	VECUMGRUPAS									
	0 – 14		15 – 17		18 – 44		45 – 59		60 gadi un vecāki	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Slimnieku sastāvs pa vecuma grupām (%)	14.7	14.5	3.5	3.5	30.7	30.6	18.2	18.4	32.9	33.0
Hospitalizēto slimnieku skaits (uz 1000 iedzīvotājiem attiecīgā vecumā)	185.4	194.9	149.9	148.0	164.4	163.2	202.7	202.1	309.3	307.8
Hospitalizācijas dienu skaits (uz 1000 iedzīvotājiem attiecīgā vecumā)	1414.6	1490.1	1408.8	1212.5	1530.2	1462.0	2405.3	2388.1	3505.0	3623.7

Vidējais ārstēšanās ilgums (dienās)	7.7	7.7	9.4	8.2	9.4	9.0	12.1	12.0	12.0	12.5
-------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------

Avots:

Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2003. Rīga: 2004. 47. lpp.

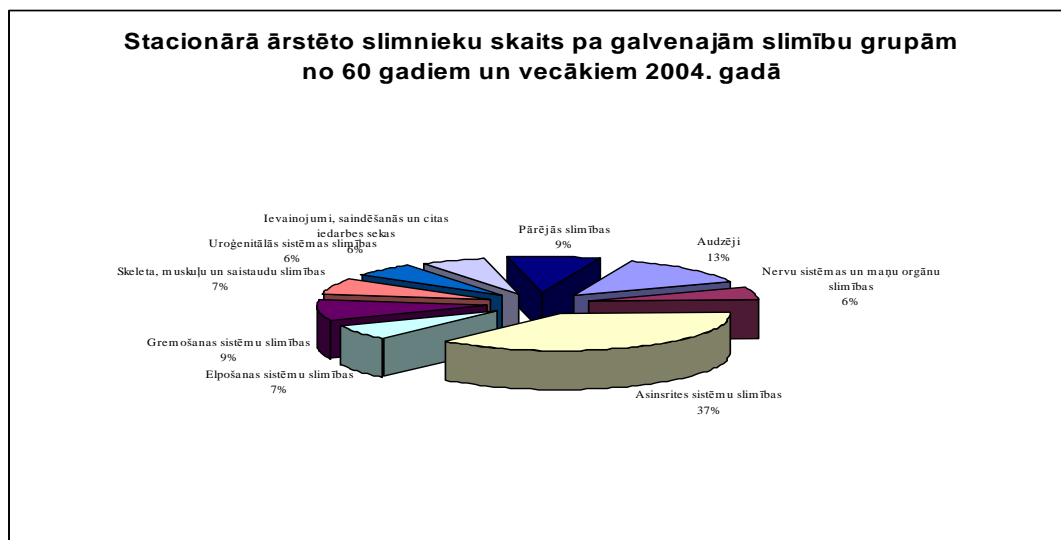
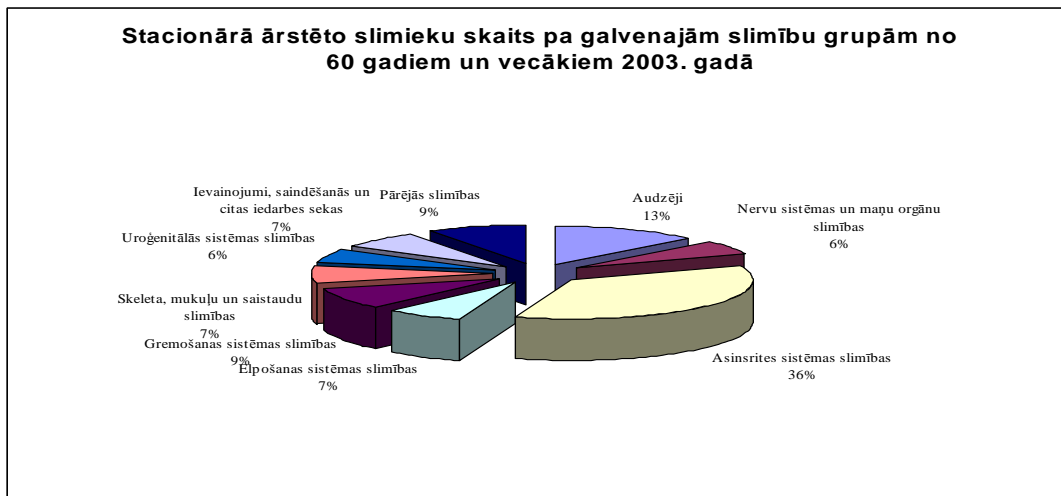
Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2004. Rīga: 2005. 68. lpp.

5. tabulā atspoguļotie dati liecina, ka visaugstākie rādītāji gan slimnieku sastāvā, kas ārstējušies stacionārā, gan hospitalizēto slimnieku skaita rādītājos, kā arī hospitalizācijas dienu skaitā (stacionārā pavadīto dienu skaits) ir vecuma grupai no 60 gadiem un vecākiem. Turklāt, salīdzinot 2003. gada un 2004. gada rādītājus, šāda tendence saglabājas un atsevišķos rādītājos (slimnieku sastāvs pa vecuma grupām, hospitalizācijas dienu skaits, vidējais ārstēšanās ilgums) pat palielinās. Jāatzīmē arī tas, ka stacionārajās veselības aprūpes iestādēs tikai nedaudz mazāk ir ārstējušies cilvēki vecuma grupā no 18 līdz 44 gadiem (30.7% 2003. gadā un 30.6% 2004. gadā), taču hospitalizācijas dienu skaits šajā vecuma grupā ir uz pusi zemāks, salīdzinot ar vecuma grupu no 60 gadiem un vecākiem, kas iespējams izskaidrojams ar to, ka šajā vecuma grupā (no 18 līdz 44 gadiem) lielu hospitalizēto skaitu un hospitalizācijas dienu skaitu nosaka grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību perioda hospitalizāciju īpatsvars (2004. gadā tas ir 28.2%)<sup>43</sup>, savukārt vecuma grupā no 60 gadiem slimības ir komplikētākas, sarežģītākas un prasa ilgstošāku ārstēšanu. Līdz ar to var uzskatīt, ka cilvēkiem vecumā no 60 gadiem ir nepieciešama lielāka veselības aprūpe un tādējādi vecuma grupā no 60 gadiem ir lielāks pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem.

Interesanti šī jautājuma kontekstā ir apskatīt arī to, kādas ir galvenās slimību grupas vecuma grupā no 60 gadiem.

<sup>43</sup> Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2004. Rīga: 2005. 68. lpp.

7. attēls. Stacionārā ārstēto slimnieku skaits pa galvenajām slimību grupām no 60 gadiem un vecākiem 2003. un 2004. gadā.



Avots:

Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2003. Rīga: 2004. 46. lpp.

Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2004. Rīga: 2005. 67. lpp.

Kā liecina 7. attēlā atspoguļotie rādītāji, vislielākās slimību grupas, ar kurām slimo cilvēki vecumā no 60 gadiem, ir audzēji, asinsrites sistēmu slimības un gremošanas sistēmu slimības, turklāt procentuālais galveno slimību grupu sadalījums 2003. un 2004. gadā ir gandrīz nemainīgs, par vienu procentu 2004. gadā ir palielinājies ārstēto slimnieku skaits ar asinsrites sistēmas slimībām, bet par vienu procentu samazinājies ārstēto slimnieku skaits ar ievainojumiem, saindēšanos un citām ārējās iedarbes sekām.

Taču ir jāapskata vēl viens interesants aspekts, proti, vidējās viena slimnieka izmaksas, ko veido slimnieka gultas dienu izmaksas, manipulāciju izmaksas un gadījuma izmaksas, šajās lielākajās slimību/diagnožu grupās. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūras dati liecina, ka audzēja ārstēšanai vidējās viena slimnieka izmaksas 2003. gadā bija 210.05 LVL (vidējais ārstēšanas ilgums – 9.3 dienas), asinsrites sistēmas slimību – 200.88 LVL (vidējais ārstēšanas ilgums – 9.7 dienas), bet gremošanas sistēmas slimību – 140.17 LVL (vidējais ārstēšanas ilgums – 6.7 dienas)<sup>44</sup>.

Savukārt 2004. gadā vidējās viena slimnieka izmaksas audzēja ārstēšanai bija 277.07 LVL (vidējais ārstēšanās ilgums – 9.6 dienas), asinsrites sistēmas slimību ārstēšanai – 276.77 LVL (vidējais ārstēšanas ilgums – 9.6 dienas), bet gremošanas sistēmu slimību ārstēšanai – 180.88 LVL (vidējais ārstēšanas ilgums – 6.6. dienas)<sup>45</sup>. Minētie dati liecina, ka vidējās viena slimnieka izmaksas 2004. gadā, salīdzinot ar 2003. gadu, audzēja ārstēšanai ir pieaugušas par aptuveni 32%, asinsrites sistēmas slimību ārstēšanai par aptuveni 38%, savukārt gremošanas sistēmas slimību ārstēšanai aptuveni par 28%. Līdz ar to dati neapgāžami liecina, ka veselības aprūpes izdevumiem ir tendence palielināties un tādējādi ir vērojams veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu pieaugums.

Lai novērtētu, vai šīs izmaksas augstāk minētajās diagnožu/slimību grupās ir augstas, ir nepieciešams tās salīdzināt ar vidējām izmaksām citās diagnožu grupās. 2004. gadā visaugstākās vidējās ārstēšanas izmaksas ir diagnožu grupai – noteikti perinatālā perioda stāvokļi, proti, 625.92 LVL (taču šāda diagnoze principā nav iespējama pētāmajai sabiedrības grupai, jo perinatālais periods ir laiks, kad bērns atrodas mātes ķermenī), pēc tās seko iedzimta kroplība, deformācijas un hromosomu anomālijas, kur vidējās viena slimnieka izmaksas ir 418.12 LVL, aiz šīs diagnožu grupas – psihiski un uzvedības traucējumi — 414.81 LVL, savukārt tālāk –infekcijas un

---

<sup>44</sup> Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2003. 5. izdevums. Rīga: 2004. 281., 282. lpp.

<sup>45</sup> Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2004. 6. izdevums. Rīga: 2005. 184., 285. lpp.

parazitāro slimību diagnožu grupa – 324.59 LVL, bet aiz šīs diagnožu grupas audzēji un asinsrites sistēmas slimības<sup>46</sup>.

Salīdzinošai analīzei tādējādi ir interesanti atzīmēt arī tās slimību grupas, kurās vidējās viena slimnieka izmaksas ir viszemākās, proti, tās ir ādas un zemādas audu slimības (134.02 LVL), elpošanas sistēmas slimības (147.23 LVL), u.c.

Līdz ar to var teikt, ka izmaksas slimību grupās, ar ko visvairāk slimo cilvēki vecuma grupā no 60 gadiem, ir vienas no augstākajām.

Kopumā analīze par veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu liecina, ka, neskatoties uz to, ka no 1995. gada ir samazinājies gan slimnīcu skaits, gan gultu skaits, iedzīvotāju hospitalizācijas skaits galvenokārt ir nemainīgs, kas liecina par to, ka kopumā pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem ir saglabājies nemainīgs. Tieši cilvēku vecuma grupā no 60 gadiem īpatsvars stacionāro pakalpojumu izmantošanā ir vislielākais, par ko liecina gan rādītāji par stacionāro pakalpojumu izmantotājiem, turklāt arī vidējās viena slimnieka izmaksas galvenajās slimību grupās, ar ko visvairāk slimo cilvēki šajā vecuma grupā (no 60 gadiem), liecina, ka izdevumi stacionārajai ārstēšanai aizņem ļoti lielu īpatsvaru no veselības aprūpei paredzētā finansējuma. Tādējādi var teikt, ka, ja šiem iepriekš minētajiem rādītājiem (kaut vai vienam no tiem) būs tendence palielināties arī turpmāk, sabiedrības novecošanās rezultātā būtiski palielināsies arī izdevumi veselības aprūpei. Un kā liecina izmaksu salīdzinājums 2003. un 2004. gadā, tām ir tendence palielināties.

### ***3.4. Veselības aprūpes izdevumu prognoze sabiedrības novecošanās apstākļos.***

Arī Latvijā ir veikts veselības aprūpes izdevumu aprēķins jeb prognoze sabiedrības novecošanās apstākļos. Attiecībā uz darba 2. nodaļā minēto pirmo pieeju veselības aprūpes izdevumu plānošanā (veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju dažādās vecuma grupās tiek reizināti ar plānoto iedzīvotāju skaitu attiecīgajā vecuma grupā) Latvijā ir aprēķināts, ka, pieņemot, ka pašreizējā izdevuma struktūra vecuma

---

<sup>46</sup> Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2004. 285. - 286. lpp.

grupās saglabāsies arī nākotnē, var gaidīt, ka valsts izdevumi veselības aprūpei līdz 2050. gadam palielināsies līdz 5.9% no IKP<sup>47</sup>, kas ir par 2.6% vairāk kā 2004. gadā.

Minētā tendence ir atspoguļota 6. tabulā, kurā ir vērojama arī veselības aprūpes izdevumu pieauguma saistība ar iedzīvotāju skaita virs 65 gadiem pieaugumu. Lai arī iedzīvotāju pieaugums veselības aprūpes izdevumiem procentuāli no iekšzemes kopprodukta nav tik liels kā pieaugums vecuma grupas īpatsvaram no 65 gadiem, veselības aprūpes pieaugums ir vērojams, turklāt jāatzīmē, ka, ja šie demogrāfisko izmaiņu rādītāji tiktu attiecināti uz vecuma grupu no 60 gadiem, izdevumu pieaugums iespējams būtu lielāks. Jāpiemin arī, ka no otras puses, salīdzinot izdevumus veselības aprūpei 2005. gadā un 2050. gadam, kopumā 45 gadu periodā pieaugums 0.7% apmērā nav vērtējams kā īpaši liels, taču tas iespējams izskaidrojams ar straujo iekšzemes kopprodukta pieaugumu, un tādējādi precīzākas pieauguma tendences būtu novērtējamas, ja veselības aprūpes pieaugums būtu absolūtos skaitļos.

Tomēr līdzšinējā pieredze ir pierādījusi, ka ne tikai demogrāfiskās izmaiņas ir bijušas vienīgais veselības aprūpes izdevumu izmaiņu iemesls. Papildus tam ir arī citi faktori, kas var ietekmēt veselības aprūpes izdevumus, piemēram, sabiedrības veselības stāvoklis, ekonomiskā attīstība, tehnoloģiskais progress u.c. Un šie faktori var gan palielināt izdevumus veselības aprūpei, gan arī samazināt šo demogrāfisko izmaiņu ietekmi.

6. tabula. Veselības aprūpes izdevumu prognoze līdz 2050. gadam.

	2005	2010	2020	2030	2050
Veselības aprūpe (% no IKP)	5,2	5,3	5,4	5,5	5,9
Iedzīvotāji vecāki par 65 gadiem no kopējā iedzīvotāju skaita (%)	16,5	17,4	18,4	21,3	26,1

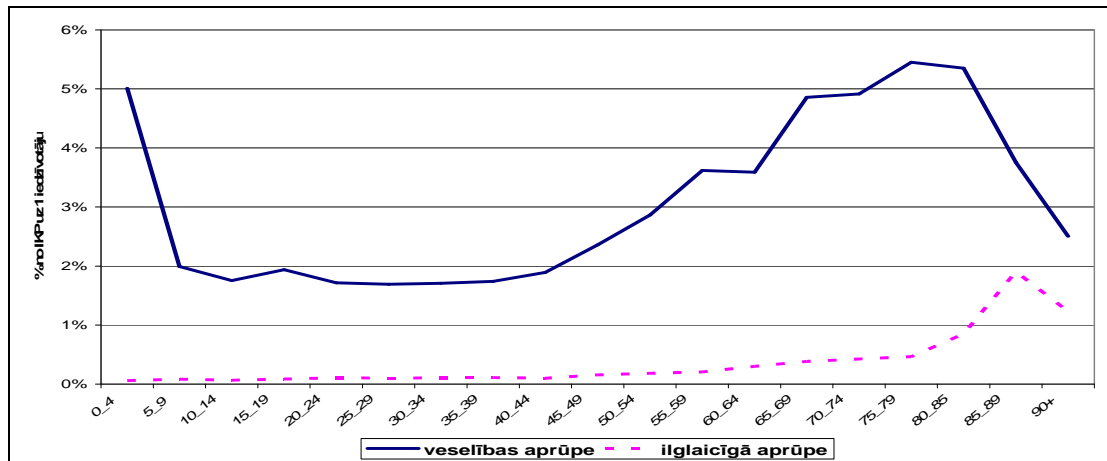
Avots: Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). 49. lpp.

Runājot par otro pieeju, proti, tuvumu dzīves ciklam kā noteicošo faktoru veselības aprūpes izdevumu plānošanā, 8. attēlā atspoguļotie dati par izdevumiem veselības aprūpei liecina, ka, sākot no 45 gadiem, diezgan strauji pieaug veselības aprūpes

<sup>47</sup> Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). 35. lpp.

izdevumi, kas iespējams apliecina, ka cilvēka atlikušais laiks līdz dzīves perioda beigām ir noteicošs faktors veselības aprūpes izdevumu apjoma noteikšanā.

8. attēls. Veselības un ilglaicīgās aprūpes izdevumu pa vecuma grupām % no IKP uz vienu iedzīvotāju 2003. gadā.



Avots: Latvijas Konverģences programma 2005-2008, apstiprināta Ministru kabinetā 2005.gada 30.novembrī ar rīkojumu Nr.772. 40. lpp.

Turklāt attiecībā uz Latviju kā interesants fakts ir jāatzīmē arī tas, ka 3. nodaļā minētās slimības, ar ko slimo cilvēki vecumā no 60 gadiem (audzēji, asinsrites sistēmu slimības, gremošanas sistēmu slimības), ir iedzīvotāju mirstības cēloņi laika periodā no 2000. līdz 2004. gadam, proti, asinsrites sistēmas slimības ir 1. vietā, audzēji – 2. vietā, bet gremošanas sistēmas slimības – 4. vietā<sup>48</sup>. Līdz ar to var teikt, ka, arī no šāda aspekta skatoties, Latvijā sabiedrības novecošanās apstākļos var paredzēt un plānot izdevumus veselības aprūpei.

### 3.5. Ekspertu interviju analīze.

Ekspertus nosacīti var iedalīt divās grupās, proti, pirmās grupas eksperti Ēriks Kalniņš, Ruta Andersone un Ieva Mežale ir tieši saistīti ar veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu, savukārt otrās grupas eksperts Līga Šerna ir tieši saistīta ar veselības nozares veidošanas un ieviešanas procesiem.

Visi eksperti līdzīgi uzskata, ka sabiedrības novecošanās problēma ir ļoti aktuāla. Līga Šerna ir kritiskāka un uzsver: „demogrāfiskās tendences visā pasaulē ir ļoti

<sup>48</sup> LR Veselības ministrija, Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, Veselības statistikas departaments. Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2004. 15. lpp.

līdzīgas un Latvija arī ar demogrāfiskajiem rādītājiem neizceļas”. Tādējādi tiek pamatota sabiedrības novecošanās gan visā pasaulē, gan arī Latvijā. Kā norāda eksperti, par jautājuma aktualitāti galvenokārt liecina gan slimnīcu statistikas dati par ārstēto slimnieku vecuma sastāvu, kur lielākā daļa ir virs 60 gadiem, demogrāfiskie rādītāji, prognozes, saslimstības rādītāji. Ruta Andersone uzsver: „veco cilvēku veselības stāvoklis ir smagāks un komplicētāks, un tas attiecīgi paildzina viņu ārstēšanas periodu”. Interesantu aspektu veselības aprūpes kontekstā min Ieva Mežale, akcentējot dažādus pētījumus, ko veic medicīnisko preparātu firmas un kompānijas, kuras visbiežāk par pētījuma objektu izvēlas vecus cilvēkus. Viņa norāda, ka „lai pārbaudītu kāda medikamenta iedarbību tiek sameklēta vecāku cilvēku grupa, tiek parakstīti līgumi un tiek novērots kāda ir iedarbība. Jaunus cilvēkus iesaista daudz retāk, jo jaunie slimo mazāk un izveseļojas ātrāk, attiecīgi pētījuma rezultāti nav tik precīzi”. Līdz ar to tiek akcentēts, ka vecāki cilvēki ir tā sabiedrības daļa, kas visvairāk slimo ar dažādām slimībām un ārstēšana (gan zāles, gan dažādi pakalpojumi) ir vajadzīgi visvairāk tieši šai vecuma grupai.

Attiecībā uz to, vai šim jautājumam tiek pievērsta pietiekama uzmanība, pirmās grupas ekspertu viedoklis ir līdzīgs, ka šim jautājumam netiek pievērsta pietiekama uzmanība, minot tādas iemeslus kā nepietiekams finansējums un ārstēšanas ilgums. „Kādreiz slimnīcās varēja ārstēties mēnešiem, šobrīd tās ir desmit dienas, kurās slimnieks tiek izmeklēts, bet reāla ārstēšana nenotiek”, uzsver Ruta Andersone. Pacienti tiek „apārstēti” un pēc laika tie atgriežas veselības aprūpes iestādē. Savukārt otrās grupas eksperts norāda, ka, plānojot veselības aprūpes pasākumus un budžetu, šis aspekts tiek ņemts vērā, pamatojot ar to, ka visa Eiropas Savienība šo apstākli ņem vērā.

Tomēr eksperti norāda, ka galvenais iemesls, kāpēc pakāpeniski pagarinās cilvēku paredzamais mūža ilgums, ir straujā tehnoloģiju attīstība un līdz ar to tas paver plašākas iespējas slimību ārstēšanā vai „apārstēšanā”, uzlabojot arī sabiedrības veselības stāvokli, un tādējādi paildzinot cilvēka mūžu. Papildus šim iemeslam, tiek minēta arī veselības aprūpes pieejamības uzlabošanās, sabiedrības izglītības līmeņa paaugstināšanās sabiedrības veselības jomā, kā arī labklājības stāvokļa uzlabošanās, kā rezultātā cilvēkiem ir lielāki finansiālie resursi, kurus izmanto veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanai.

Neviennozīmīgs ir ekspertu vērtējums attiecībā uz sabiedrības novecošanās aspekta vērā ņemšanu, veicot dažādas reformas un izmaiņas veselības aprūpē, pieņemot dažādus lēmumus. Katrs eksperts uz šo jautājumu vairāk skatījās no tā viedokļa, kādu institūciju viņš pārstāv. Ēriks Kalniņš uzskata, ka „ņemot vērā, ka ar katru gadu tiek palielināts finansējums veselības aprūpei, tiek atvēlēts arvien vairāk līdzekļu dažādu patoloģiju ārstēšanai, vairāk naudas kompensējamiem medikamentiem, kā arī, piemēram, tiek veidots reģistrs, kas uzskaita sirds slimnieku skaitu, cukurdiabēta slimnieku skaitu, var uzskatīt, ka šāda tendence pastāv”. Arī Veselības ministrijas un ģimenes ārstes viedoklis ir līdzīgs Ērika Kalniņa viedoklim. Savukārt Ruta Andersone ir kritiskāka un norāda: „situācija tiek izanalizēta, to apzinās, bet īpaši pasākumi netiek īstenoti”.

Eksperti ir vienprātis, ka, plānojot katras slimnīcas budžetu un nosakot ģimenes ārstam pieejamo finanšu apjomu, drīzāk pastarpināti tiek ņemts vērā šis sabiedrības novecošanās aspekts, kā pamatojums šādam viedoklim tiek minēts tas, ka Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra kvotas slimnīcām plāno, pamatojoties uz iepriekšējā gada statistikas rādītājiem, un tādējādi nosakot noteiktus finanšu līdzekļu apjomus katras slimību grupas ārstēšanai. Līdz ar to sabiedrības novecošanās aspekts tiek ņemts vērā netieši, jo statistikas rādītāji uzrāda arī tās slimību grupas, ar ko visvairāk ir slimojuši pacienti no 60 gadiem iepriekšējā gadā. Ieva Mežale ir kritiskāka un uzsver: „Tiešā veidā netiek ņemts vērā šis sabiedrības novecošanās aspekts, bet būtu vēlams”. Savukārt Līga Šerna kā spilgtu piemēru tam, ka sabiedrības novecošanās aspekts tiek ņemts vērā, plānojot nozares budžetu, min arī finansējuma piešķiršanu kardioloģijas kabineta izveidei, kas ir pamatojama ar augstajiem sirds un asinsvadu saslimstības rādītājiem cilvēkiem vecuma grupā no 60 gadiem. Taču papildus viņa norāda, ka būtiski stratēģisku budžeta plānošanu sabiedrības novecošanās apstākļos apgrūtinā tas, ka netiek plānots vidēja termiņa budžets, un uzsver - „šāda situācija ir visās nozarēs”. Ekspertu viedoklis tādējādi apliecina, ka šis aspekts tiek netieši ņemts vērā, vienlaikus norādot, ka šis aspekts noteikti būtu jāņem vērā, nosakot veselības aprūpes nozarei nepieciešamo finanšu apjomu.

Jautāti par dažādu faktoru ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu kopumā sabiedrības novecošanās apstākļos, eksperti kā vienīgo iemeslu min „nepieciešams vēl vairāk finansējuma”, nerunājot par tādiem faktoriem kā sabiedrības izglītošana, medicīniskais personāls, infrastruktūra, lai būtu iespējas augstākā līmenī nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus un attiecīgi arī uzlabot sabiedrības veselību, kas iespējams skaidrojams ar to, ka eksperti uzskata, ka visu pārējo faktoru nodrošināšanai ir nepieciešams tikai finansējums.

Attiecībā uz nepieciešamā finansējuma apjomu sabiedrības novecošanās apstākļos, kur ļoti liela ietekme ir veselības aprūpes pakalpojumu pieprasījuma pieaugumam, visu ekspertu uzskati ir vienādi – „būs nepieciešams vairāk finansējuma. Par to šaubu nav. Tas ir dabisks un neizbēgams process”. Ēriks Kalniņš pamato, ka „tas ir ne tikai tāpēc, ka palielinās vecu cilvēku skaits, bet ar katru gadu attīstās un nāk klāt jaunas tehnoloģijas. Tiek ražotas arī jaunas zāles, līdz ar to izmaksas pieaug”. Līga Šerna norāda: „jau šobrīd finansējuma apjoms atpaliek no citām Eiropas Savienības dalībvalstīm un ir krietni zemāks kā nepieciešamais. Novecojot sabiedrībai, nepieciešamais finansējuma apjoms tikai pieaugs”. Eksperti uzsver arī visas sabiedrības (visās vecuma grupās) veselības rādītājus kā būtisku faktoru nepieciešamā finansējuma apjoma noteikšanā. Līdz ar to izdevumu plānošanā sabiedrības novecošanās apstākļos ir vērā ņemams ne tikai demogrāfiskais aspekts. Taču attiecībā uz tehnoloģiju attīstību un jaunu zāļu ražošanu jāpiemin, ka tās tiek ražotas un attīstītas ne tikai tāpēc, ka sabiedrības novecojas.

Ruta Andersone un Līga Šerna ir vienprātis, ka arī jaunieši, kas aizvien vairāk slimo ar dažādām slimībām, ko izraisa stress, kā arī neveselīgs dzīvesveids (alkohols, smēķēšana) un neveselīgs uzturs, nosaka pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem, turklāt minēto iemeslu dēļ jaunieši ir potenciālie sirds un asinsvadu slimnieki nākotnē.

Līdzīgi kā pētnieki, kuri akcentē tuvu dzīves cikla beigām kā noteicošo faktoru veselības aprūpes izdevumu plānošanā, Ēriks Kalniņš uzsver – „mirstība šajā vecuma grupā ir augstāka, kas nosaka to, ka dārgākas ir ārstēšanās izmaksas”. Tādējādi tas vienlaikus norāda uz to, ka cilvēka pēdējie dzīves gadi nav īpaši veselīgi, kas

savukārt ir saistāms ar nepieciešamību finanšu līdzekļu veselības aprūpei pieaugumam.

Ekspertu viedoklis attiecībā uz visoptimālāko veselības aprūpes finansēšanas modeli sabiedrības novecošanās apstākļos ir atšķirīgs. Slimnīcu („Gaiļezers” un „Rīgas Austrumu slimnīca” klīnika „Biķernieki”) pārstāvji uzskata, ka visoptimālākais būtu visu modeļu (finansēšana caur nodokļiem, sociālā apdrošināšana, privātā apdrošināšana, pacientu līdzmaksājums) apvienojums jeb jauktais modelis, lai gan Ruta Andersone nepārlicinoši sniedz atbildi uz šo jautājumu, tomēr abi eksperti norāda, ka dēļ ekonomiskās situācijas valstī un iedzīvotāju zemā ienākuma līmeņa, turpmākajos gados tas nav iespējams. Līdz ar to reālais finansēšanas modelis būtu jau esošais, kad ir valsts garantēta aprūpe, privātā apdrošināšana un pacienta līdzmaksājums, uzsverot, ka pēdējais no tiem Latvijā ir ļoti augsts un bieži vien cilvēki šī iemesla dēļ nevar atļauties veselības aprūpes pakalpojumus. Savukārt ģimenes ārste uzskata, ka vislabākais modelis būtu privātā veselības apdrošināšana, pamatojot to ar labāku veselības aprūpes nodrošināšanu. Līga Šerna turpretī norāda: „tā noteikti ir sociālā apdrošināšana, jo tā būtu vistaisnīgākā un tādējādi tiktu nodrošināts solidaritātes princips, taču papildus šim modelim varētu funkcionēt arī privātais apdrošināšanas modelis”. Līdz ar to tas liecina, ka ļoti grūti ir noteikt vispiemērotāko veselības aprūpes finansēšanas modeli sabiedrības novecošanās apstākļos.

Visi eksperti, runājot par dažādu resursu veidu pietiekamību sabiedrības novecošanās apstākļos, kā pirmo nepietiekamo resursu min speciālistu trūkumu. Ēriks Kalniņš norāda: „problēmas ar ārstu trūkumu mēs sajutīsim tuvāko piecu gadu laikā”. Savukārt iemeslus speciālistu trūkumam ārsti min secīgā kārdē: motivācijas trūkums, kas izskaidrojams ar zemo atalgojumu, kā rezultātā darbs nav adekvāts atalgojumam un speciālisti brauc strādāt uz citām valstīm, iesaistās privātajā biznesā (strādā dažādās zāļu firmās), augsta atbildība, smags fizisks darbs, ilgs mācību process. Vienlaikus speciālisti, kas vēl strādā, būs spiesti pārtraukt šo darbu, jo aizies pensijā. Līga Šerna uzsver: „tehnoloģijas ir, bet nebūs, kas šīs tehnoloģijas apkalpo”.

Vienlaikus eksperti akcentē arī slikto ģeogrāfisko pieejamību, īpaši akcentējot transporta infrastruktūras problēmas, sliktos ceļus, īpaši lauku reģionos. Ēriks

Kalniņš norāda uz finansējuma pieauguma nozīmīgumu pieejamības uzlabošanā sabiedrības novecošanās apstākļos: „Pieaugot finansējumam tiktu nodrošināts, ka tam, kam aprūpe ir nepieciešama, to arī saņem”.

Jautāti par nepieciešamajiem pasākumiem, kuri veicami, lai pēc iespējas vairāk samazinātu sabiedrības novecošanās ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu, ekspertu viedokļi ir ļoti līdzīgi. Viņi norāda uz profilaktisko pasākumu un veselīga dzīves veida nozīmi, šo pasākumu ieviešanu dzīvē, sabiedrības izglītošanu, garīgās veselības attīstību, kas ir svarīga ne tikai veciem cilvēkiem, bet arī pārējām vecuma grupām. Ruta Andersone norāda uz negatīvu tendenci, kas vērojama slimību ārstēšanas paradumos un uzskatos, īpaši lauku reģionos, proti, „pašārstēšanās”. Kā iemesls tam ir tas, ka cilvēki, lietojot medikamentus bez ārsta ziņas vai tautas līdzekļus, vai arī neārstējas vispār, uzskata, ka nekas ļauns nevar notikt. Kā norāda Ruta Andersone „arī ģimenes ārsti palīdz pašārstēties un nenosūta pacientus pie speciālistiem un bieži vien šādi slimnieki slimību pēdējā stadijā tiek nosūtīti uz Rīgu un speciālisti vairs nevar palīdzēt”.

Kopumā var teikt, ka sabiedrības novecošanās jautājums ir aktuāls, par ko liecina gan ārstēto slimnieku vecuma struktūra, gan demogrāfiskie rādītāji, prognozes, taču šim jautājumam netiek pievērsta pietiekama uzmanība, lai gan viens eksperts norāda, ka tas tiek darīts, jo visa Eiropas Savienība ņem vērā šo apstākli. Vienlaikus tiek uzsvērts, ka šobrīd, plānojot veselības nozares budžetu, sabiedrības novecošanās aspekts tiek ņemts vērā pastarpināti, taču turpmāk tas noteikti būtu jāņem vērā. Taču var secināt, ka, novecojot sabiedrībai, pieaugs pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un arī nepieciešamais finansējuma apjoms, lai varētu nodrošināt pieejamību veselības aprūpei, tādējādi uzlabojot sabiedrības veselības kvalitāti. Attiecībā uz visoptimālāko veselības aprūpes finansēšanas modeli, var teikt, ka tas ir grūts jautājums, par ko liecina dažādās ekspertu atbildes, lai gan ekspertu atbildes, kuri norādīja, ka visoptimālākais būtu visu modeļu apvienojums, nav īsti pārliecinošas un drīzāk liecina par finansēšanas modeļu būtības neizpratni.

## NOBEIGUMS

Visā pasaulē valstis, tai skaitā arī Latvija, dzimstības samazināšanās un paredzamā dzīves ilguma palielināšanās rezultātā piedzīvo būtiskas izmaiņas sabiedrības struktūrā, gan attiecībā uz tās skaitu, gan arī vecuma sastāvu, veidojoties vecu cilvēku proporcionālam pieaugumam sabiedrībā, ko var saukt arī par sabiedrības novecošanās procesu.

Statistikas dati par Latvijas iedzīvotāju skaita izmaiņām liecina, ka darbaspējas vecuma iedzīvotāju skaits līdz 2050. gadam samazināsies par 30%, bet vecu cilvēku skaits no 65 gadiem pieaugs par 28%, t.sk. ļoti vecu cilvēku skaits, sākot no 80 gadiem, līdz 2050. gadam pieaugs vairāk nekā divas reizes. Tas pierāda to, ka sabiedrības novecošanās jautājums Latvijā jau šodien ir uzskatāms par aktualitāti, ko norāda arī eksperti uzsverot, ka par jautājuma aktualitāti liecina arī saslimstības rādītāji, prognozes. Šis jautājums nenoliedzami būs nopietns izaicinājums gan sabiedrībai kopumā, gan arī valstij finansiālās ilgtspējas nodrošināšanas aspektā, tai skaitā arī veselības nozarei. Tomēr nevar uzskatīt, ka šim jautājumam šobrīd tiek pievērsta pietiekama uzmanība veselības aprūpes kontekstā, par ko liecina gan nepietiekamais finansējums, gan, kā norāda eksperti – ārsti, ārstēšanas ilgums, proti, pacienti slimnīcās tiek drīzāk „apārstēti”.

Izvērtējot hospitalizācijas rādītājus (slimnieku sastāvs pa vecuma grupām, kas ārstējušies stacionārā, hospitalizēto slimnieku skaita katrā vecuma grupā, hospitalizācijas dienu skaits (stacionārā pavadīto dienu skaits) un vidējais ārstēšanas ilgums) 2003. un 2004. gadā Latvijā, var secināt, ka visaugstākie rādītāji katrā no hospitalizācijas rādītāju grupām ir tieši vecuma grupai no 60 gadiem, turklāt šāda tendence saglabājas un atsevišķos rādītājos (slimnieku sastāvs pa vecuma grupām, hospitalizācijas dienu skaits, vidējais ārstēšanās ilgums) pat palielinās. Tas savukārt norāda uz to, ka tieši šajā vecuma grupā (no 60 gadiem) ir visaugstākais pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem. Un, ņemot vērā šo tendenci, pieaugot vecu cilvēku skaitam, pieaugs šis pieprasījums. Turklāt arī pētījuma rezultāti par iedzīvotāju veselības stāvokļa novērtējumu liecina, ka cilvēki vecuma grupā no 60 gadiem ir „slimākā” sabiedrības daļa, attiecīgi parādot, ka šajā vecuma grupā ir vislielākais pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem.

Latvijā cilvēki vecuma grupā no 60 gadiem cilvēki visvairāk slimo ar asinsrites sistēmu slimībām, audzējiem un gremošanas sistēmu slimībām, turklāt, salīdzinot 2003. un 2004. gada saslimstības rādītājus, tie ir gandrīz nemainīgi, un tieši šo slimību/diagnožu ārstēšanas izmaksas ir bijušas vienas no visaugstākajām izmaksām uz vienu slimnieku gan 2003. gadā, gan 2004. gadā, un tām ir bijusi tendence palielināties pat par aptuveni trešo daļu. Ja šāda tendence saglabāsies, nepalielinoties slimnieku skaitam, izdevumi veselības aprūpei palielināsies. Taču, ņemot vērā iepriekš minēto tendenci par cilvēku vecumā no 60 gadiem skaita pieaugumu, gan arī to, ka šajā vecuma grupā cilvēki aizvien vairāk izmanto stacionāros pakalpojumus, var secināt, ka sabiedrības novecošanās apstākļos nepieciešamais finansējums palielināsies.

Taču būtiski ir atzīmēt arī to, ka finansējums jau šobrīd ir nepietiekams un nespēj nodrošināt aprūpi tiem, kam tā nepieciešama, ko atzīst arī eksperti. Īpaši tas ir attiecināms uz vecuma grupu no 60 gadiem, par ko liecina arī pētījuma par rīcībspēju reģionos dati, kur 50% no aptaujātajiem šajā vecuma grupā ir pietrūcis līdzekļu, lai grieztos pie ārsta. Līdz ar to tas norāda uz to, ka dati par veselības aprūpes pakalpojumu izmantotājiem neatspoguļo reālo pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem, kas, ņemot vērā pētījuma rezultātus, ir vēl lielāks. Lai gan eksperti kā vienu no iemesliem paredzamā mūža ilguma palielināšanās kontekstā min sabiedrības labklājības stāvokļa uzlabošanos, var teikt, ka tas nav attiecināms uz pētāmo sabiedrības grupu, jo puse nevar atļauties veselības aprūpes pakalpojumus, bet labai veselībai ir ļoti liela nozīme labklājības stāvokļa uzlabošanā.

Neapšaubāmi sabiedrības veselības stāvokli nosaka veselības aprūpes pieejamība, proti, jo labāka pieejamība veselības aprūpei, jo labāka sabiedrības veselība. Pētījumi liecina, ka aptuveni trešā daļa iedzīvotāji norāda, ka veselības aprūpes pakalpojumi nav pieejami, kā visbūtiskāko iemeslu minot naudas jeb finanšu resursu trūkumu, kas nozīmē to, ka finansiālā pieejamība ir nepietiekama. Ģeogrāfiskās pieejamības novērtējums savukārt nav tik kritisks, kas iespējams izskaidrojams ar to, ka iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotāji vērtē kā otro nozīmīgāko faktoru dzīves vietas izvēlē. Līdz ar to gan pētījumu rezultāti par pieejamības novērtējumu, gan arī tādi faktori kā kvotas veselības aprūpes pakalpojumiem un ar to saistīto rindu

veidošanās, gan Latvijas augstie saslimstības rādītāji liecina, ka kopumā veselības aprūpe nav pietiekami pieejama, kas iespējams ir nepietiekama finansējuma sekas.

Veselības aprūpei nepieciešamo finansējumu var plānot divējādi. Pirmkārt, izdevumus veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju dažādās vecuma grupās reizinot ar plānoto iedzīvotāju skaitu attiecīgajā grupā, un, otrkārt, aprēķinos kā noteicošo faktoru izmantojot tuvumu dzīves cikla beigām. Aprēķini par veselības aprūpes izdevumiem Latvijā liecina, ka tie būtiski sāk palielināties no 45 gadu vecuma, kas vienlaikus parāda arī to, ka izdevumi veselības aprūpei, palielinoties vecu cilvēku skaitam, palielināsies. Veiktie aprēķini, salīdzinot 2005. gadu un 2050. gadu, liecina, ka palielinājums būs tikai 0.7.% apmērā no iekšzemes kopprodukta, ko nevar vērtēt kā īpaši augstu, taču šāds aprēķins iespējams ir saistīts gan ar paredzamo straujo iekšzemes kopprodukta pieaugumu, gan arī aprēķināšanas metodiku, un līdz ar to finansējuma izmaiņu tendences būtu novērtējamas precīzāk, ja aprēķini būtu veikti absolūtos skaitļos. Tomēr, lai arī veiktie aprēķini nelielā mērā liecina par būtisku finansējuma pieaugumu no iekšzemes kopprodukta, eksperti attiecībā uz jautājumu par sabiedrības novecošanās ietekmi uz finansējuma apjomu, kas novirzāms veselības aprūpei, vienprātīgi un pārliecinoši norāda, ka būs nepieciešams vairāk finansējuma. Taču šobrīd, kā norāda eksperti, sabiedrības novecošanās aspekts, plānojot gan nozares, gan arī attiecīgi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja budžetu un finansējuma apjomu, tiek ņemts vērā tikai pastarpināti, jo finansējums tiek plānots, pamatojoties uz iepriekšējā gada statistikas rādītājiem par iedzīvotāju saslimstības rādītājiem, kas vienlaikus nenoliedzami parāda arī saslimstības rādītājus pētāmajā sabiedrības grupā.

Jāatzīmē, ka papildus demogrāfiskām izmaiņām sabiedrībā, ir arī citi faktori, kā, piemēram, tehnoloģiju attīstība, kas no vienas puses paver jaunas iespējas slimību ārstēšanai, sadārdzinot veselības aprūpes pakalpojuma izmaksas, kā arī gluži pretēji - samazināt ārstēšanas izmaksas, gan arī sabiedrības veselības stāvoklis un veselības aprūpes pieejamība, ko atzīst arī eksperti, īpaši sabiedrības veselības kontekstā akcentējot jauniešus, kuri slimo ar dažādām slimībām, ko izraisa stress, kā arī neveselīgs dzīves vieds, kā rezultātā viņi ir potenciālie sirds un asinsvadu slimnieki nākotnē. Tādējādi var teikt, ka sabiedrības veselības stāvoklim ir ļoti būtiska loma veselības aprūpes finansējuma apjoma noteikšanā un plānošanā.

Sabiedrības novecošanās apstākļos svarīgs ir arī valsts izvēlētais veselības aprūpes finansēšanas modelis, kam jābūt finansiāli dzīvotspējīgam, stabilam un pēc iespējas izmaksu efektīvākam. Ekspertu viedokļi attiecībā uz visoptimālāko veselības aprūpes finansēšanas modeli ir atšķirīgi, proti, divi (slimnīcu pārstāvji) uzskata, ka nepieciešams ir jaukts modelis, kas ietver visus finansēšanas modeļus (finansēšana caurs nodokļiem, sociālā apdrošināšana, privātā apdrošināšana, tiešs pacienta līdzmaksājums), viens (ģimenes ārste) norāda uz privāto apdrošināšanas modeli kā visoptimālāko, savukārt pēdējais (Veselības ministrijas pārstāvis), ka tai ir jābūt sociālai apdrošināšanai. Tomēr jāatzīst, ka to ekspertu viedoklis, kuri kā optimālāko minēja jaukto finansēšanas modeli (apvienojot pilnīgi visus veselības aprūpes finansēšanas modeļus), liecina drīzāk par nepietiekamu modeļu, tā būtību izpratni, jo nepamato, kāds būtu tieši šāda modeļa funkcionēšanas mehānisms, un tādējādi ļauj secināt, ka viņu ietekme attiecībā uz tāda vai cita modeļa ieviešanu, maiņu nav liela. Ņemot vērā to, ka minētie eksperti ir slimnīcu pārstāvji, iespējams tas izskaidrojams ar to, ka viņiem ir svarīgs finansējuma apjoms, nevis tas, kā šie līdzekļi tiek savākti. Savukārt pētījums par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību liecina, ka četras piektdaļas iedzīvotāju atbalsta finansējumu veselības aprūpei no iedzīvotāju ienākumiem un visiem vienlīdzīgas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Tādējādi var uzskatīt, ka tikai viena eksperta viedoklis, kas atbalsta sociālās apdrošināšanas modeli un ir vērsts uz solidaritātes principa nodrošināšanu, sakrīt ar sabiedrības viedokli.

Vienlaikus sabiedrības novecošanās apstākļos svarīgi ir tas, vai Latvijā būs pietiekami visāda veida resursi, t. sk. medicīniskais personāls, infrastruktūra u.c., lai varētu nodrošināt veselības aprūpi visiem, kam tā nepieciešama. Ņemot vērā to, ka kā visbūtiskāko nepietiekamo resursu eksperti min ārstu trūkumu, kas ir aktuāls jau šodien un būs arī nākotnē, jo trūkst motivācijas apgūt šo profesiju, kā arī jau esošie aizbrauc strādāt citur, var uzskatīt, ka šis resurss būs visvairāk nepietiekams. Un tādējādi var netikt nodrošināta pietiekama veselības aprūpe.

Līdz ar to var secināt, ka darba ievadā izvirzītā hipotēze - sabiedrības novecošanās apstākļos pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un nepieciešamā finansējuma apjomu nosaka ne tikai demogrāfiskās izmaiņas, bet arī tādi faktori kā sabiedrības veselības kvalitāte un veselības aprūpes pieejamība - ir apstiprināta.

Nenoliedzami ir dažādi pasākumi, kurus īstenojot, var samazināt sabiedrības novecošanās ietekmi uz veselības aprūpes finansēšanu, proti, kā norāda eksperti, svarīgi ir akcentēt profilaktisko pasākumu un veselīga dzīvesveida nozīmi. Vienlaikus ir svarīgi arī turpināt sabiedrības izglītošanu, garīgās veselības attīstību. Īstenojot nepieciešamos pasākumus dzīvē, būtu iespējams uzlabot sabiedrības veselības kvalitāti un tādējādi iespējams samazinot pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem.

Jāatzīmē arī vēl viens būtisks aspekts sabiedrības novecošanās un visu valsts izdevumu kontekstā, proti, kaut arī pieaug pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un arī būs nepieciešams vairāk finanšu līdzekļu, lai nodrošinātu veselības aprūpi, nevar apgalvot, ka šis pieaugums kopumā būtiski ietekmēs valsts budžetu, jo, piemēram, demogrāfiskās izmaiņas sabiedrības vecuma struktūrā ietekmēs arī citas jomas, piemēram, izglītību. Pretēji vecu cilvēku pieaugumam samazināsies jaunu cilvēku skaits sabiedrībā, kas savukārt nozīmē arī pieprasījuma samazināšanos pēc izglītības pakalpojumiem. Un tādējādi iespējams samazināsies arī nepieciešamais finansējuma apjoms šai nozarei, ko attiecīgi varēs novirzīt veselības aprūpei, attiecīgi neradot lielu slogu uz valsts budžetu kopumā..

## IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS

### Literatūra:

1. *A glossary of terms for community health care and services for old Persons.* WHO Centre for health Development Ageing and health Technical Report. Volume 5. World Health Organization. P.8.
2. *Ageing and Health. A Health Promotion Approach for Developing Countries.* World Health Organization: Regional Office for the Western Pacific. P. 7 – 9.
3. Commission of the European Communities Communication from the Commission to the Council, the European Parliament. The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Proposal for a JOINT REPORT health care and care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social protection, COM (2002) 774 final. Brussels: 2003, P.36.
4. Evans, J.G., Williams, T.F. *Oxford textbook of geriatric medicine.* Oxford University Press: 1992. P.2.
5. Jong - Giervald de Jenny. *Ageing and its consequences of the socio – medical system.* Netherlands: Council of Europe. 1995. P.107.
6. Komisijas paziņojums. *Zaļā grāmata „Jauna solidaritāte paaudžu starpā saistībā ar demogrāfiskām izmaiņām”.* Eiropas Kopienu Komisija. Brisele: 2005. 25. lpp.
7. *Latvija. Pārskats par tautas attīstību 2004/2005: Rīcībspēja reģionos.* Galv. red. Aija Zobena. Rīga: ANO Attīstības programma, LU Sociālo un politisko pētījumu institūts. 2005. 21 - 43.lpp.
8. Latvijas Republikas Centrālā Statistikas pārvalde. *Demogrāfija 2004.* Statistisko datu krājums. Rīga: 2004. 19.lpp.
9. Latvijas Republikas Centrālā Statistikas pārvalde. *Demogrāfija 2005.* Statistisko datu krājums. Rīga: 2005. 16.lpp.
10. Latvijas Republikas centrālā statistikas pārvalde. *Latvijas statistikas gadagrāmata 2004.* Rīga: 2004.18., 38., 106. lpp.
11. Latvijas Republikas centrālā statistikas pārvalde. *Latvijas statistikas gadagrāmata 2005.* Rīga: 2005.115. lpp.

12. Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, Veselības statistikas departaments. *Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2003*. Rīga, 2004.46., 47.lpp.
13. Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, Veselības statistikas departaments. *Latvijas iedzīvotāju un veselības aprūpes pārskats 2004*, Rīga, 2005.15., 67., 68.lpp.
14. Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra, Veselības statistikas departaments. *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2003*. 5. izdevums. Rīga: 2004.281. - 282.lpp.
15. Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra. Veselības statistikas departaments. *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2004*. 6. izdevums, Rīga: 2005. 184. – 286. lpp.
16. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care System Series. Open University Press: 2002. P. 4., 32.
17. *The Concise Oxford Dictionary of Sociology*. Edited by Gordon Marshal. Oxford University Press: 1994. P.7.

Interneta resursi:

18. Accessibility. Sk. internetā (20.03.2006.)  
[www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage?phrase=accessibility](http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage?phrase=accessibility)
19. Ageing and life course. Sk. internetā (18.04.2006.)  
<http://www.who.int/ageing/en/>
20. Beveridge system. Sk. internetā (19.04.2006.)  
<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Beveridge%20system>
21. Bismarckian System. Sk. internetā (19.04.2006.)  
<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Bismarckian+system>
22. Boroņenko, V. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība Latvijā. Sk. internetā (21.04.2006.)  
[http://www.politika.lv/polit\\_real/files/lv/vespakpieej.pdf](http://www.politika.lv/polit_real/files/lv/vespakpieej.pdf)

23. Gray. A. Population Ageing and Health Care Expenditure. Sk. internetā (18.03.2006.)  
<http://www.ageing.ox.ac.uk/ageinghorizons/thematic%20issues/healthcare/papers%20healthcare/pdf%20files/gray%20issue%202%202005.pdf>
24. Klotiņš R. Vai citu valstu veselības sistēmu var salīdzināt ar Latvijas sistēmu? Sk. internetā (15.03.2006.)  
[www.apollo.lv/portal/articles/26424/print](http://www.apollo.lv/portal/articles/26424/print).
25. Latvijas Republikas Ministru kabinets. Latvijas Konverģences programma 2005-2008 (30.11.2005. Rīkojuma Nr. 772.). Sk. internetā (18.03.2006.)  
<http://ppd.mk.gov.lv/ui/DocumentContent.aspx?ID=4468>
26. Miller, T. Increasing Longevity and Medicare Expenditures. Sk. internetā (20.04.2006.)  
<http://www.demog.berkeley.edu/~tmiller/papers/p1998.increasing.longevity.pdf>
27. Old Age. Sk. internetā (15.03.2006.) [http://en.wikipedia.org/wiki/Old\\_age](http://en.wikipedia.org/wiki/Old_age).
28. Padomes ieteikums (2005. gada 12. jūlijs) par dalībvalstu un kopienas vispārējām ekonomikas politikas pamatnostādnēm (2005 – 2008). Sk. internetā (17.03.2006.) [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/lv/oj/2005/l\\_205/l\\_20520050806lv00280037.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/lv/oj/2005/l_205/l_20520050806lv00280037.pdf)
29. Pensionēšanās vecums dažādās ES valstīs. Sk. internetā (17.03.2006)  
<http://www.lm.gov.lv/?sadala=365>
30. Seshamani, M., Gray, A. Ageing and health – care expenditure : the red herring argument revisited. Sk. internetā (18.03.2006.)  
[http://www.herc.ox.ac.uk/research/completed\\_research/MS%2004.04.04.pdf](http://www.herc.ox.ac.uk/research/completed_research/MS%2004.04.04.pdf)
31. Theories on Ageing process. Sk. internetā (15.03.2006.)  
<http://haldane.biol.ucl.ac.uk/theory.html>.
32. Veselības aprūpes pakalpojumu groza pašreizējā stāvokļa izvērtējums, tā ietekmējošo faktoru analīze un nākotnes tendences. Sk. internetā (21.04.2006.) [http://www.politika.lv/polit\\_real/files/lv/vesel\\_grozs2002.pdf](http://www.politika.lv/polit_real/files/lv/vesel_grozs2002.pdf)