

Latvijas Universitāte
Humanitāro zinātņu fakultāte
Orientālistikas nodaļa

No veselības aprūpes līdz veselības veicināšanai.

Sabiedrības veselības veicināšana Malaizijā

MAĢISTRA DARBS

Autore	<i>Anna Brikmane</i>
Studenta apliecība	<i>#ab12379</i>
Darba vadītājs	<i>Prof. Leons Taivāns</i>

RĪGA, 2013

Saturs

1. Ievads	4
2. Literatūras pārskats	7
3. Veselības aprūpes gaita <i>Britu Malajā</i> no 19. gs. līdz mūsdienām	13
3.1. Veselības aprūpes loma sabiedriskajā dzīvē.....	13
3.2. Nepieciešamība pēc valdības kontrolētas veselības aprūpes sistēmas	14
3.3. Zinātniskās medicīnas nostiprināšanās un izpausmes 20. gs. 1. pusē	17
3.4. Lepras administrēšana kā slimību kontroles piemērs	20
4. Malaizijas valsts veselības veicināšanas programmas mūsdienās	21
4.1. Desmitais Malaizijas plāns: <i>ICare for 1Malaysia</i>	24
4.2. Publiskā un privātā veselības aprūpes sektora nesaskaņotība	26
4.3. Veselības aprūpes kvalitāte	28
4.4. Veselības aprūpes izmaksas.....	30
4.5. Pakalpojumu pieejamība un veselības veicināšanas nepieciešamība	33
4.5.1. Veselības aprūpes pieejamība maznodrošinātajiem.....	34
4.5.2. Sieviešu veselība.....	34
4.5.3. Senioru aprūpe	35
4.5.4. Orang asli un valsts veselības aprūpes sistēma.....	36
4.6. Veselības aprūpes finansēšana.....	36
5. Noslēgums.....	39

6. Literatūra.....	43
6.1. Avoti un dokumenti	43
6.2. Zinātniskie pētījumi un literatūra	44
6.3. Sekundārā literatūra	48
6.4. Izziņu literatūra un interneta avoti.....	49
Pielikums 1. Vārdnīca	51
Pielikums 2. Oriģinālteksta izdruka	56

1. Ievads

Ārstniecības prakšu aina Malaizijā ir daudzveidīga kā nekur citur. Bez mūsdienu medicīnas, kas valstī ir attīstīta (ar pakalpojumu līmeni, kas atbilst starptautiskajiem standartiem) un plaši pieejama, pacientiem sniedz vairākas komplementāras medicīnas alternatīvas, ieskaitot (bet neizsmēlot ar) drogu tirgotavām, dziedniecību, tradicionālo ķīniešu medicīnu u.c.¹.

Līdz šim laikam un joprojām notiek oriģinālās Malajiešu dziedniecības pētīšana (piemēram, K. Ladermanes darbi²). Ķīnas medicīna ir izplatītākais netradicionālas ārstniecības veids³. Tiesa, tās popularitāte ir augstāka starp ķīniešu izcelsmes iedzīvotājiem.

Šī dažādības iemesli kļūst skaidri, sekojot līdzī valsts attīstības gaitai. Malaizija ir daudztautu valsts, kas kopš seniem laikiem atradies kontaktā ar citām valstīm: Indiju, Tuvajiem Austrumiem un Ķīnu. 16. gs. sākumā augstmaņu galmos dominēja islāms⁴ un no Tuviem Austrumiem aizņemtā kultūra kura ievērojami ietekmēja arī vietējo medicīnas praksi⁵.

16. gs. Malakas pussalā nostiprinājās Portugāļi, 17. gs. tos izspieda Holandieši un 17. gs. beigās pussalu kolonizēja briti. Tā laika nelielās militāras slimnīcas, kurās sniedza Rietumu tipa

¹ Zin, Mohd. Hadi bin Mohd „Traditional and Complementary Medicine Practice: Towards Standardization” – Penang, 2010
http://www.amdi.usm.edu.my/Portals/37/Users/Nota%20Kursus%20TCM/T&CM%20Practice_Towards%20Standardization.pdf

² Laderman, Carol „Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia”, University of California Press – Los Angeles, 1982

Laderman, Carol „Taming the Wind of Desire: Psychology, Medicine and Aesthetics in Malay Shamanistic Performance”, Berkely / University of California Press – Los Angeles, 1991

³ Pillay, Datuk Ir. Dr. M. S. „Traditional and Complementary Medicine in Malaysia” during International Conclave on Traditional Medicine 16-17Nov2006 – New Delhi, 2006

⁴ Reid, Anthony „Southeast Asia in the Age of Commerce 1450-1680. Volume Two: Expansion and Crisis” – Yale University Press, New Haven, 1993

⁵ Laderman, Carol „A Welcoming Soil: Islamic Humoralism on the Malay Peninsula”, in „Paths to Asian Medical Knowledge” ed. Ch. Leslie & A. Young, p. 272-288 – University of California Press, Los Angeles, 1985, 1992

Gimlette, John D. „Some Superstitious Beliefs Occurring in the Theory and Practice of Malay Medicine” in Journal of the british Royal Asiatic Society 65: p. 29-35 – London, 1913

Heggenhougen, H. K. “Bomohs, doctors and sinsehs – medical pluralism in Malaysia”, in Social science and Medicine. Medical Anthropology, vol. 14B, Issue 4, November 1980, p. 235-244 – Pergamon Press Limited, 1980

et al.

aprūpi, apkalpoja Britu karaspēku un ierēdņu ģimenes, bet vietējo iedzīvotāju veselības aprūpe palika ārpus koloniālās administrācijas interesēm. Līdz pat 20. gs., kad Britu administrācija sāka aktīvi iesaistīties iedzīvotāju veselības aprūpē, tautas medicīna palika populāra un saglabājās vairāk vai mazāk tāda, kā to praktizēja pirms Eiropiešu kolonizācijas⁶.

Sākot no 19. gs. beigām Britu valdības veselības aprūpes politika ietvēra strādnieku labklājību. Sākotnēji tam bija tikai ekonomiski iemesli. Vēlāk, lai aprobežotu infekciju izplatīšanos zemā sanitārā līmeņa dēļ, koloniālā politika jau skāra ne tikai raktuvju un plantāciju strādniekus, bet arī pārējos vietējos iedzīvotājus. Visaptveroša Rietumu parauga biomedicīnas atzīšana un izplatīšanos kalpoja arī kā koloniālās valdības autoritātes stiprināšanas līdzeklis.

Savukārt neatkarīgajā Malaizijā (kopš 1957.) veselības aprūpes nodrošināšana un pieejamība ikkatram iedzīvotājam bija nepieciešams politiskās popularitātes nosacījums.

Šajā darbā tiek izpētīta Malaizijas valsts veselības sistēma no tās iesākuma Britu kolonizācijas laikā (19. gs. beigas) līdz mūsdienām. Ar veselības aprūpi autore saprot valsts kontrolētu iedzīvotāju veselību un medicīniskās iestādes regulējošu sistēmu, kā arī ar to saistītu infrastruktūru un programmas.

Darba mērķi ir:

1. Izpētīt Malaizijas veselības aprūpes attīstības gaitu un raksturot esošo valsts veselības aprūpes sistēmu mūsdienu kontekstā.
2. Definēt valstī esošas prioritātes veselības aprūpes sistēmas attīstībā.
3. Ielūkoties lielākajās veselības aprūpes problēmās Malaizijā, parādīt to cēloņus un iespējamās risināšanas veidus.

⁶ Bin Harun, Hairudin „Medicine and Imperialism: A Study of british Colonial Medical Establishment, Health Policy and Medical Research in the Malay Peninsula, 1786 – 1918” – University of London, London, 1988

Jāuzsver, ka veselības rādītāji valstī ir augstā līmenī ar zemu zīdaiņu mirstību (15 uz 1000; Latvijā šis skaitlis ir 17 uz 1000) un augstu dzīves ilguma rādītāju (vidēji 78 gadi; cf. Latvijā: 79 gadi)⁷.

Darba analītiskā daļa ir strukturēta sekojoši:

1. Pirmajā nodaļā ir noformulētas veselības aprūpes pētīšanas problēmas un dots literatūras pārskats, kas ļauj ieskatīties Malaizijas veselības aprūpes pētījumos.
2. Otrajā daļā tiek apskatīta veselības aprūpes vēsture Malaizijā no Britu Malajas laikiem līdz mūsdienām.
3. Trešajā nodaļā tiek pētīta valsts oficiālā pozīcija attiecībā pret veselības aprūpes attīstības virzieniem un esošajām problēmām.

Savukārt veselības aprūpes uztvere no pacienta skatupunkta, individuālās veselības aprūpes pieredzes un tās novērtējuma pētījums nav paredzēts šī darba ietvaros un varētu būt turpmākā pētījuma objekts.

⁷ „Petunjuk Kesihatan/Health Indicators” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

“Malaysia” in „Country Health Information Profiles”, p. 192 – 200 – World Health Organization, Regional Office for Western Pacific, 2011

Global Health Observatory Data Repository – World Health Organization, 2012 – <http://apps.who.int/gho/data/>

2. Literatūras pārskats

Literatūru, kas ir izmantota šī darba izstrādes gaitā, iespējams sadalīt grupās pēc izpētes priekšmeta:

1. Pirmkārt, tiek apsekota **veselības aprūpes pētīšanas problemātika**. Veselības aprūpe ir starpdisciplinārs fenomens, un tas piesaista pētniekus no vairākām zinātnes nozarēm,⁸ ieskaitot vēsturi, socioloģiju, medicīnas antropoloģiju, sabiedrības veselību (kā medicīnas nozari), reliģijas zinātņi u.c.. Lai iezīmētu ceļu, ko autore ir izvēlējusies savam darbam, ir aplūkoti vairāki šai tēmai veltītie raksti.
2. **Vēsturiskā literatūra** – a) veselības aprūpes (un zinātnes) attīstība Britu Malajā un neatkarīgajā Malaizijā; b) veselības aprūpes attīstība pasaulē 20. gs..
3. **Valsts biļeteni**⁹ (no KKM) un **analītiskās atskaites** no Pasaules Veselības organizācijas (*World Health Organization, WHO*) u.c. organizācijām.
4. **Antropoloģiskā literatūra** – liecības par Malajiešu tautas medicīnas praksi, kā arī populāras Malajiešu dziedniecības rokasgrāmatas.

Vairāki sociologi, piemēram L. Barnes (*Barnes*)¹⁰, N. Sivins (*Sivin*)¹¹, B. Stoners (*Stoner*)¹², T. Hindričs (*Hindrichs*)¹³ savos darbos ieskatās veselības aprūpes pētniecības problēmās. Veselības

⁸ Sivins, N. „Over the Borders: Technical History, Philosophy, and the Social Sciences” in *Chinese Science*, vol. 10, 1991, p. 69 – 80.

Barnes, L. L. „New Geographies of Religion and Healing: States of the Field” in *Practical Matters*, Spring 2011, issue 4, p. 1-82 – Emory University, Atlanta, 2011.

⁹ ”Pelan Strategik 2011-2015. 1Care for 1Malaysia” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2011

“Malaysia’s Health” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2008

„Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

¹⁰ Barnes, L. L. „New Geographies of Religion and Healing: States of the Field” in *Practical Matters*, Spring 2011, issue 4, p. 1-82 – Emory University, Atlanta, 2011.

aprūpes analīze ir jo sarežģīta ņemot vērā to, ka tā ir starpdisciplinārais priekšmets un arī kultūras fenomenam. Nozīmīgākie jautājumi, kuri ir izklāstīti šajos darbos:

1) zinātnes, tai skaitā, medicīnas, autoritāte, kas aizkavē tās kritisku analīzi kā kultūras un kultūrai pakļauto fenomenu¹⁴ nevis absolūto un nevainojamo taisnību.

2) “tautas” medicīna: tā nepaliek nemainīga, bet turpina attīstīties līdztekus laikmetam, kā arī ietekmēt un ietekmēties no biomedicīnas un citiem alternatīvās medicīnas veidiem.

3) medicīnas ciešā saikne ar reliģiju/filozofiju un dominējošo ideoloģiju.

4) salīdzinošās (*comparative*) analīzes leģitimitāte un zinātniskās pamatošanas problēma. Pretrunīgi jautājumi (piem., “kas ir medicīnas sistēma”¹⁵) un salīdzināšanas kritēriju (resp., dimensiju) izvēle¹⁶.

Zinātnes nozares, kurām ir saskars ar veselības aprūpes pētniecību ir:

- 1 socioloģija,
- 2 reliģiju zinātne,
- 3 medicīniskā antropoloģija,
- 4 veselības aprūpe,
- 5 biomedicīna.

¹¹ Sivin, N. „Over the Borders: Technical History, Philosophy, and the Social Sciences” in Chinese Science, vol. 10, 1991, p. 69 – 80.

¹² Stoner, B. P. „Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives in Medically Pluralistic Societies” in Medical Anthropology Quarterly vol. 17 Nr. 2, Feb. 1996, p. 44 – 48.

¹³ Hindrichs, T. J. “New Geographies of Chinese Medicine” in Osiris 1998, Vol. 13, p. 287-325 – University of Chicago Press, 1998

¹⁴ Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

¹⁵ Stoner, B. P. „Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives in Medically Pluralistic Societies” in Medical Anthropology Quarterly vol. 17 Nr. 2, Feb. 1996, p. 44 – 48.

¹⁶ Barnes, L. L. „New Geographies of Religion and Healing: States of the Field” in Practical Matters, Spring 2011, issue 4, p. 1-82 – Emory University, Atlanta, 2011.

L. Barnsa (*Barnes*) izsekoja medicīniskās antropoloģijas saiknei ar reliģijas zinātņi¹⁷ un izvīrēja aicinājumu pētījumus veikt plašākā starpdisciplinārā lokā (kas saskaņojas arī ar N. Sivina aicinājumu¹⁸). Šī darba autore atgādina, ka gara veselība nav gluži atdalāma no cilvēka vispārējas pašsajūtas, un ilustrē to ar piemēriem kā sabiedrībā pieņemtās normas dažādās kultūrās mēdz dot priekšroku garīgajai vai fiziskajai sūdzību izteiksmei.

K. Ladermane savā grāmatā¹⁹ salīdzina dziednieka – *bomoha* – darbu ar psihoterapijas praksi gan efektivitātes, gan nepieciešamības ziņā, uzsverot, ka sabiedrībā, kur personīgu emociju izpausme ir nepiedienīga, kontrolētais transs *bomoha* uzraudzībā ir sociāli pieļaujams saspringuma pārdzīvošanas veids. Savukārt M. Razali sava rakstā²⁰ aicina psihiatrus pievērst uzmanību *bomohu* praksēm. K. Ladermane savā agrākā darbā²¹ pēta iemeslus islāma *humoru* medicīnas teorijas (Galēna mācības pēctecis; skat. Pielikumu 1. Vārdnīca, “humori”) sekmīgai atzīšanai un pieņemšanai Malaizijas teritorijā 14. – 15. gs.. Viņa spriež, ka humoru teorijas saskaņotība ar vietējiem priekšstatiem par veselību sekmēja šīs teorijas popularitāti un izplatīšanos.

Savukārt Čuņ Li Čai²² nosauc islāmu kā galveno iemeslu zinātnes un biomedicīnas relatīvi ātrai atzīšanai un pieņemšanai. Mūsdienu grāmatu veikalos pieejamā populārā veselības literatūrā padomi sniegti ar skaidrojumiem no islāma viedokļa un citātiem no Korāna (piem., “Islāms un veselības aprūpe: Korāna un Sunnas perspektīvā”²³, “Islāma terapija no ārsta viedokļa: noslēpums

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Sivin, N. „Over the Borders: Technical History, Philosophy, and the Social Sciences” in *Chinese Science*, vol. 10, 1991, p. 69 – 80.

¹⁹ Laderman, Carol „Taming the Wind of Desire: Psychology, Medicine and Aesthetics in Malay Shamanistic Performance”, Berkely / University of California Press – Los Angeles, 1991

²⁰ Razali, M. S. „Psychiatrists and Folk Healers in Malaysia” in *World Health Forum* vol. 16, 1995 – World Health Organization, Geneva, 1995

²¹ Laderman, Carol „A Welcoming Soil: Islamic Humoralism on the Malay Peninsula”, in „Paths to Asian Medical Knowledge” ed. Ch. Leslie & A. Young, p. 272-288 – University of California Press, Los Angeles, 1985, 1992

²² Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

²³ Abd. Rahman, Anita „Islam & Kesihatan Awam: menurut perspektif Al-Quran dan sunna” – The Inspiration Hub, Kuala Lumpur, 2012

veselīgajai dzīvei bez zālēm”²⁴ u.c.). Šo grāmatu mērķis ir harmonizēt sadzīvi un reliģiju, izskaidrojot veselīgu dzīvesveidu un ārstēšanos no reliģijas viedokļa.

Čuņ Li Čai apskata Malaizijas veselības aprūpi vēsturiskā perspektīvā, analizējot spēkus, kas sekmēja esošā stāvokļa izveidošanos. Viņa uzsver ekonomisko dzinēju lomu, ko nosauc par galvenajiem iemesliem veselības aprūpes sistēmas izveidošanai Britu Malajā. Atsaucoties uz Fuko (*Foucault, 1971*²⁵, 1995²⁶) un Armstrongu (*Armstrong, 1993*²⁷), viņa ieskicē veselības aprūpes sistēmu kā indivīdu kontroles rīku, kas stiepjas “pakāpeniski no fiziskās telpas kontroles uz sociāli psiholoģisko telpu”, kurā individuālai uzvedībai ir būtiskākā nozīme. Veselības aprūpes sistēmai attīstoties, sociālas kontroles intensitāte pastiprinājas un izpaužas ikkatrā dzīves jomā, tādējādi privātas veselības problēmas kļūst par sabiedrības interesi, bet valsts uzņemas atbildību un tiesības iejaukties indivīdu dzīvēs²⁸.

Viņas darbā²⁹ tiek spriests par iemesliem mūsdienu zinātnes dominēšanai kā nevainojamai patiesībai, kas “dod augstāko apstiprinājumu cilvēku domām un darbiem”, arī “kādas prakses varētu būt kaitīgas mūsu veselībai, un kāda uzvedība sabiedrībai ir piemērota”. Viņa apgalvo, ka, aizstājot tradicionālos ticējumus, tradicionālās sabiedrības racionalizācijas procesā rodas “kultūras vakuums”, kas ātri vien tiek aizpildīts ar “mūsdienu zinātnes kultūru”³⁰. Viņa spriež ka attīstības valstīs, ieskaitot Malaiziju, moderno zinātnei pieņēma gandrīz bez šaubām, ko var daļēji saistīt ar zinātnes autoritāti sabiedrībā. Būdam kultūras autoritāte, zinātne obligāti konkurē ar iepriekš

²⁴ Abu Shadi, Khalid „Terapi Islam sebagai doktor: rahsia hidup sihat tanpa ubat” – Jasmin Publishers, 2013

²⁵ Foucault, Michel “Madness and Civilization: a History of Insanity in the Age of Reason”, transl. by R. Howard – London, Tavistock publications, 1971

²⁶ Foucault, M. “Discipline and Punish: the Birth of the Prison”, transl. by A. Sheridan – New York, Vintage Books, 1995

²⁷ Armstrong, D. “Public Health Spaces and the Fabrication of Identity” in *Sociology* 27 (3) p. 393-410, 1993

²⁸ „Tā kā mūsdienu sabiedrība priekšroka ir sociālai kārtai, stabilitātei, piemērotībai un ekonomiskas labklājības nepārtrauktībai, zinātne kalpo, lai pieprasītu un nodrošinātu indivīdu pielāgošanās, tādējādi veidojot disciplinētu sabiedrību, kurā indivīdi ir arvien vairāk pakļauti uzraudzībai.” ([Chai08], pārfrazējot Fuko)

²⁹ Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

³⁰ “Zinātnes joma tomēr ir aprobežota ar tās nespēju novirzīt morālo izvēli, tādējādi atstājot Malaizijas sabiedrībā telpu reliģisku un sabiedrības autoritāšu spriedumiem.” [Chai08]

pastāvošām kultūras autoritātēm – lielākoties ar reliģiskiem un tradicionāliem uzstādījumiem. Daži pētnieki uzskata, ka relatīvi vieglā Malaizijas pāreja no tradīcijām uz modernitāti bija daļēji atvieglota nostiprināto tradicionālo islāma vērtību dēļ. Protams, tradīciju izpausmes nav stingri noteiktas, un bieži var novērot nobīdes, kompromisus, kas rodas risinot dažādas dzīves situācijas. Arī tradīcijas un reliģijas prakse bieži ir diezgan tālu no teorētiska ideāla. Malaizijas modernizācijas dinamiku pēdējos gados autore tomēr raksturo kā “zinātniskās autoritātes samazināšanos un reliģiskās autoritātes nostiprināšanos”.

Galvenie avoti par veselības aprūpes stāvokli mūsdienu Malaizijā ir valsts biļeteni, resp. Veselības ministrijas oficiālās atskaites³¹. *Routledge* rakstu krājumi “Sabiedrības veselība Āzijā un Klusā okeāna reģionā. Vēsturiskas un salīdzinošās perspektīvas”³² un “Sabiedrības veselība Malaizijā. Nodrošināšanas, finansēšanas un pieejamības dinamika”³³ sniedz kritisku analīzi par Veselības ministrijas publicētajiem datiem un sniedz statistiskus datus par veselības aprūpes rādītājiem. Savukārt veselības aprūpes tirgus analītiskajā atskaitē³⁴ ir dziļāk izklāstīts veselības aizsardzības trūkums (skat. Pielikumu 1. Vārdnīca “veselības aizsardzības trūkums”) – problēma, kas ir saistīta ar lielākoties valsts subsidēto veselības aprūpi. Tajā ir iezīmēti ekonomiskie cēloņi, kas virza veselības aprūpes risinājumus mūsdienu Malaizijā. Tas saskaņojas ar Čuņ Li Čai secinājumu par aprūpes sistēmas iesākumiem 19.-20. gs. robežā, par to, ka primārie motīvi veselības aprūpes attīstībai Britu kolonijās bija ekonomiski: “Lai arī medicīnas pakalpojumu nodrošināšana un vietējo iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošana saskaņojās ar tolaik Eiropā

³¹ “Pelan Strategik 2011-2015. 1Care for 1Malaysia” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2011

„Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

³² „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access”, ed. Či Hen Len, S. Barraclough – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

³³ „Public Health in Asia and the Pacific. Historical and comparative perspectives”, ed. Lewis, M. J., MacPherson, K. L., – Routledge, Abingdon, Oxon, 2008, 2011

³⁴ “Health protection gap: Asia-Pacific 2012” (study report, ed. Alexander, D. et al.), Swiss Re – Hong Kong, 2012

izplatītām liberāli humānistiskajām idejām, mūsdienu veselības un medicīnas aprūpes pakalpojumu nodrošināšana Britu kolonijās balstījās uz ekonomiskā apgrozījuma palielināšanos.”³⁵

³⁵ Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

3. Veselības aprūpes gaita *Britu Malajā* no 19. gs. līdz mūsdienām

3.1. Veselības aprūpes loma sabiedriskajā dzīvē

Ir ierasts – īpaši mūsdienu sabiedrībās – nodalīt medicīnu un veselības aprūpi no citām sabiedriskajām parādībām, – tādām kā politika vai reliģija. Ierastais sadalījums “tradicionālā” vs. “zinātniskā” medicīna īsti neatspoguļo to dažādību, kas ir pieejama iedzīvotājam, kas lemj par paša aprūpi. B. Stoners³⁶ uzsver ne tikai to, ka “tradicionālās” sistēmas ir ļoti atšķirīgas, bet arī ka tās turpina attīstīties arī mūsdienās, ietekmējas viena no otras, noteikti – no “zinātniskās” medicīnas, un tādējādi nav “tradicionālas” konservatīvā nozīmē. Sabiedrībās, kurās tradicionālās, populāras, tautas, profesionālas, vai modernas ārstēšanas metodes ilgā posmā ir pastāvējušas līdztekus, jaucās kopā, cita no citas smeļas idejas un terapeitiskās indikācijas, novēro veselības aprūpes sinkrētismu – sinkrētiskās veselības aprūpes alternatīvas. Uzmanība jāpievērš pacientam pieejamajiem aprūpes variantiem (respektīvi, reālas aprūpes sniegšanas pakalpojumiem, nevis abstraktām “sistēmām” vai “sektoriem”).

Medicīna (un tā saucamās “medicīnas sistēmas”) nav neatkarīgas ietveres, bet “sociālas parādības, kuras nevajadzētu lietišķot”³⁷:

“Lēmumus medicīnā (resp., veselības aprūpē) pieņem meta-medicīniskās domas ietvaros³⁸ tādējādi iesaistot daudzas citas, nemedicīniskās pieredzes un sadarbošanās jomas. <...> Medicīniskais plurālisms jāapskata nevis neatkarīgi vai autonomi, bet cilvēku vispārsadzīvīskajā kontekstā, kā arī vairākās savstarpēji pārklājošās sfērās: sociālajā, bioloģiskajā, kultūras, politikas, medicīnas. Antropologiem, kas pēta šīs problēmas, ir jāņem vērā, ka veselības aprūpes risinājumi veidojas šajā plašākajā kontekstā.”

³⁶ Stoner, B. P. „Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives in Medically Pluralistic Societies” in *Medical Anthropology Quarterly* vol. 17 Nr. 2, Feb. 1996, p. 44 – 48.

³⁷ Ibid.

³⁸ Worsley, P. “Non-Western Medical Systems” in *Annual Review of Anthropology* #11, p. 315 – 348.

Zinātniskās medicīnas īpašo stāvokli daļēji izskaidro H. Kulters (*Coulter*)³⁹, spriežot ka medicīnas statusa nodalījums no citām jomām un amatniecības, kā arī tās statusa paaugstināšana ir bijis profesionālo biedrību mērķtiecīgas darbības rezultāts.

Mūsdienu Malaizijas un arī citu valstu iedzīvotājiem, ir pieejamas ārstniecības prakses, kas piedāvā dažādu specializāciju un terapeitisko sistēmu līdzekļus – no kurām katra ir atzīta ar pacientu izvēli.

3.2. Nepieciešamība pēc valdības kontrolētas veselības aprūpes sistēmas

Britu Kronis uzsāka darbošanos reģionā 18. gs. beigās, bet 19. gs. beigās tas faktiski pārvaldīja visus ģeogrāfiskos apgabalus, kas veido mūsdienu Malaiziju.

Līdz 19. gs. beigām “veselības aprūpe” kā tāda nepastāvēja. Darbojās militārās slimnīcas, kurās apkalpoja arī civilieredņus. Vietējo iedzīvotāju veselība palika ārpus koloniālas administrācijas interesēm. Uzskatīja, ka viņiem pašiem jā rūpējas par savu veselību. Problēmas, kas varētu rasties sakarā ar vietējo iedzīvotāju veselības stāvokli neņēma vērā, jo neuzskatīja tās par draudiem, kas varētu kaut mazliet ietekmēt kolonistus.

Tomēr koloniālais dzīvesveids paaugstināja prasības pret nepieciešamas medicīniskās aprūpes intensitāti, jo pati koloniālā darbība bija saistīta ar resursu izstrādi, džungļu platību atmežošanu. Šī darbība sagrāva ekoloģisko līdzsvaru, un sekmēja slimību, piemēram, malārijas, izplatīšanos. Britu Malajas apstākļiem tamdēļ bija slikta publicitāte Lielbritānijā, un nebija viegli pieaicināt amatpersonas pārcelties strādāt kolonijā.

19. gs. beigās dominējošā slimību izcelsmes teorija bija *miasmu* teorija. To raksturoja viedoklis, ka tropiskajam klimatam ir negatīva ietekme uz eiropiešu ekspatriātu veselību. Lai saudzētu veselību, amatpersonām ieteica pēc katriem 2 dienesta gadiem 8-mēnešu atvaļinājumu (*Malay Mail*, augusts 1898, citēts pēc Čuņ Li Čai⁴⁰). Pastāvēja uzskats, ka tropu slimību izcelsme bija no apkārtējās vides, kā rezultātā attieksme pret tropu slimībām bija pasīva, pat fatālistiska. Ar bakterioloģiskās teorijas izplatīšanos 20. gs. sākumā, miasmu teorija zaudēja savu popularitāti un

³⁹ Coulter, Harris L. „Divided Legacy. History of the Schism in Medical Thought” Vol. I – North Atlantic Books, Washington D.C., 1982

⁴⁰ Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

attieksme pret tropu slimībām mainījās, pieņemot aktīvu, uzņēmīgu attieksmi. Tika nodibināti vairāki pētnieciskie institūti, ieskaitot Londonas Tropu Medicīnas Skolu un Medicīnas Pētniecisko Institutu Malaizijā.

Britu valdība izmantoja medicīnu kā stratēģisku, diplomātisku un politisku rīku, lai pastiprinātu savu varu pār vietējiem iedzīvotājiem un Malakas pussalu. Tā bija arī “koloniālās pašapziņas instruments”. Pretstatot Malajiešu kultūru un Britu pētniecisku garu, briti raksturoja sevi kā zinātnes, tehnoloģiskās inovācijas nesējus un kultūras bagātinātājus, ideoloģiski leģitimējot kolonizāciju, saucot malajiešus par “snaudošiem”.

Modernās medicīnas popularizēšanas metodes bija diezgan agresīvas, līdz ar ko pasliktinājās vietējo attieksme pret koloniālo medicīnu. Tomēr koloniālo strādnieku un pilsētnieku vidū šīs medicīnas pozīcijas bija sekmīgas. Vietējo un lauku iedzīvotāju starpā valsts kampaņas gan nebija populāras, izraisīja negatīvismu un centienus izvairīties vai kukuļot atbildīgos par politiku izpildi.

Vietējā tradicionālā medicīnas sistēma tolaik jau bija attīstīta. Arī vietējo iedzīvotāju veselības stāvoklis bija daudz labāks nekā ievestajiem koloniāliem strādniekiem, un pat labāks, nekā pašiem koloniālajiem ierēdņiem, no kuriem daudzi cieta no beri-beri vai malārijas⁴¹. Tropu slimību ārstēšana ar vietējas medicīnas paņēmieniem bija daudz sekmīgāka, tomēr attieksme pret vietējo medicīnu bija nicinoša un tās efektivitāte lielākoties palika neatzīta. Koloniālie ārsti uzskatīja vietējus tradicionālās malajiešu ārstniecības paņēmienus vienkārši par aktivitātēm, kuras kādreiz praktizēja arī Eiropā, bet kuras tagad tiek uzskatītas par novecojušām.

No 18. gs. beigām līdz 19. gs. beigām uz Malaju nosūtīto britu skaits pieauga, tomēr vietējais klimats un apstākļi bija nežēlīgi, un daudzi cilvēki gāja bojā no karstuma un slimībām.

19. gs. medicīnisko personālu Britu Malajā pārsvarā ievada no Indijas. Tas bija nepieciešams, lai nodrošinātu pietiekošu skaitu zemāka ranga medicīniskos darbiniekus (māsas, feldšerus, farmaceitus), kuri prastu gan moderno medicīnu, gan angļu valodu, – tādu nebija vietējo starpā. Diemžēl personāla nepietiekamības dēļ slimnīcu stāvoklis bija bēdīgs, un parasti par pacientiem ļāva rūpēties arī nekvalificētajam personālam⁴².

⁴¹ K. Ladermane piemin hipotēzi, ka malārija esot dabīgas atslases rīks, ar ģenētiski noteiktu riska un pretestības līmeni:

Laderman, Carol „Malaria and progress: some historical and ecological considerations” in *Social Science and Medicine* (1967) Vol.9 Nov.-Dec. 1975, p. 587-594.

⁴² Bin Harun, Hairudin „Medicine and Imperialism: A Study of british Colonial Medical Establishment, Health Policy and Medical Research in the Malay Peninsula, 1786 – 1918” – University of London, London, 1988

Kopš 1867. Malakas pussalas koloniju sāka pārvaldīt neatkarīgi no Indijas. Attiecībā uz veselības un medicīnas likumdošanu, kolonijā tika ieviestas tādas regulācijas, kā karantīns, dzimšanas un nāves reģistrs, vakcinācija un – vēlāk – infekcijas slimību reglaments (*Ordinances*). Pakāpeniski medicīnisko pakalpojumu prioritātes bīdījās no ārstnieciskas uz preventīvo medicīnu. Konsekventi modernās medicīnas loma kolonijas pārvaldē palielinājās un tā tapa par vienu no līdzekļiem padoto disciplinēšanai.

Līdz 19. gs. beigām uzmanība tika koncentrēta uz slimnīcu pakalpojumiem. 19. gs. to lokā tika iekļautas sanitācijas aktivitātes.

1893. gadā par Valsts Sekretāru kolonijās kļuva Džozefs Čemberlēns (Joseph Chamberlain, 1836.-1914.) Pirms viņa amatus kolonijā uztvēra drīzāk kā pieklājīgu trimdu nevis kā pievilcīgu karjeru. Čemberlēnam izdevās šo attieksmi mainīt un koloniālo amatu prestižs pietuvinājās “mājas” amatiem Lielbritānijā.

Par Koloniālas administrācijas Medicīnisku konsultantu Čemberlēns iecēla Dr. Patriku Mensonu (Patrick Manson, 1844-1922). Dr. Mensons bija vadošais speciālists pasaulē tropu slimību jomā. Tomēr šī medicīnas nozare toreiz bija margināla, jo prioritāte bija Eiropā izplatītām slimībām. Ar Čemberlēna un Mensona spēkiem prioritātes mainījās; arī britu veselības stāvoklis kolonijās krasi uzlabojās. Galvenā interese protams bija britu veselības stāvokļa uzlabošana, bet vietējo iedzīvotāju stāvokli, ja to vispār aplūkoja, tad tikai no koloniālo interešu skatupunkta. Tropu slimības bija ekonomiski postošas un slimības mēdza izplatīties šķērsojot rasu piederības robežas.

Ar industrijas uzplaukumu pasaulē pieauga pieprasījums pēc izejvielām. *Britu Malajā* tas nozīmēja gumijas un alvas ieguves attīstīšanu, tolaik reģionā bija liels darba spēka trūkums. Vietējie iedzīvotāji nebija ar mieru strādāt esošajos darba apstākļos un ar tik lielu slodzi, kā vēlējās briti. Šīs situācijas rezultātā sāka regulāri ievest lielu skaitu darbinieku no Ķīnas un Dienvidu Indijas – tā sauktos *kūlijus (coolies)*.

Darbaspēka ieviešana parādīja vietējiem, ka briti prata bez grūtībām tikt galā ar jebkādu vietējo darba spēku boikotu. Tomēr ar ievestajiem darbiniekiem sākas nopietnas grūtības, jo tie smagi cieta no nezināmajām slimībām. Koloniālai administrācijai bija jāaprūpē tūkstošiem slimu un

nespējīgu strādnieku. Piemēram, 20. gs. sākumā gripas epidēmija iznīcināja veselas strādnieku kopienas⁴³.

3.3. Zinātniskās medicīnas nostiprināšanās un izpausmes 20. gs. 1. pusē

Beri-beri bija viena no slimībām, no kurām cieta un mira ārzemju strādnieki kūlīji. Bija nepieciešams atrast tās ārstēšanas metodi. Tomēr Malakas pussalā tā nebija ierēdņu kaite un Londonas skolas prioritātes bija tropu slimības, no kurām cieta eiropieši. Sers Franks Svitenhems (Swettenham), Medicīnas Pētnieciskā Institūta Kuala Lumpurā dibinātājs, politiķis – bet ne mediķis – apzinājās, ka ir nepieciešams pārliecināt koloniālo administrāciju veltīt laiku un līdzekļus beri-beri pētīšanai. Tieši tāpēc viņš sāka pievērsties idejai nodibināt vietējo institūtu pēc Londonas Tropiskās Medicīnas skolas parauga, kurā varētu meklēt līdzekli beri-beri ārstēšanai. Londonā pozitīvi pieņēma viņa priekšlikumu atvērt vietējo pētniecisko institūtu.

1899. tika nodibināta Londonas Tropu Medicīnas skola (*London School of Tropical Medicine*). Ar šo iestādi sadarbojās vairāki vietējie pētniecības centri kolonijās, no kuriem lielākais bija Kuala Lumpuras Medicīnas Pētnieciskais institūts (dibināts 1900.) Tropu medicīnas strauja attīstīšanās, īpaši Britānijā, bija iespējama, jo pastāvēja saiknes starp Londonas un Kuala Lumpuras pētniecības centriem. Institūts efektīgi atrisināja iemeslus un atrada līdzekļus vairākām tropu kaitēm, uzksatāmi samazinot mirstības rādītājus kolonijās⁴⁴.

Jaunais institūts papildīja visas ieceres, kas uz to bija liktas. Tajā tika atklātas ārstēšanas metodes vairākām slimībām, ieskaitot beri-beri. Šī slimība bija viena no svarīgākajām ekonomiskajām un sociālajām problēmām reģionā, un diezgan ilgi nevarēja atrast tās cēloni – B1 vitamīna trūkumu uzturā.

Protams, institūtā nodarbojās ar moderno medicīnu un tas bija atšķelts no tradicionālās medicīnas praksēm – kaut arī tās tieši vai netīši ietekmēja dažus no svarīgākiem institūta atklājumiem. Koloniālie farmakologi smēlās informāciju no vietējas *materia medica*, īpaši meklējot jaunas zāles un alkaloīdus. Toties institūta administrācija nepavisam neatzina jebkādu ietekmi no vietējām praksēm, arī tropu medicīnas sekmēšanā.

⁴³ Brown, C. „The Influenza pandemic of 1918 in Indonesia” // „Death and Disease in Southeast Asia. Explorations in Social, Medical and Demographic History”, ed. N.G. Owen, p. 235 – 256 – Oxford University Press, Singapore 1987

⁴⁴ Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

Lai aplūkotu koloniālo politiku attiecībā pret veselības aprūpi, izsekosim tās attīstības fāzes. Sākotnēji primārs uzsvars veselības aprūpē bija ierēdņu un strādnieku veselībai: vietējo iedzīvotāju veselība skaitījās ārpus vadības interesēm. Vēlāk parādījās “misionāri”, lai veicinātu koloniālās medicīnas popularitāti starp vietējiem un pārējiem neeiropiešiem. 1905. g. spēkā pieņēma dekrētu, kurš norīkoja reģistrēt medicīnā praktizējošos speciālistus kolonijās. To izdeva, lai kontrolētu medicīnas praksi Malajas valstīs. H. Bin Harun⁴⁵ citē sekojošu pantu: “Nekāda šī Dekrēta (*Ordinance*) daļa nav domāta, lai aizliegtu vai ierobežotu *vietējās* terapeitiskas prakses pēc indiešu, ķīniešu vai citām Āzijas metodēm.” Visā Britu pārvaldīšanas posmā Malajieši medicīnas ziņā vērsās pie pašu tradicionālas aprūpes.

Koloniālie medicīnas speciālisti jūsmoja par to, kā vietējie iedzīvotāji spēj tropiskajā klimatā dzīvot veselīgi. Vietējie attiecās pret dabu ar cieņu, uzskatīja to par dzīvu vai ar garu apveltītu būtni, – kā ģimenes locekli – nevis ērtībai pakļautu priekšmetu. Malajieši sadzīvoja ar savu apkārtni tādā veidā, ko mūsdienās varētu saukt par ekoloģiski sabalansētu kopdzīvošanu. Nepieciešamība atrast harmoniju un līdzsvaru ir centrāla viņu uzskatos par slimībām un veselību. Savukārt daba atspoguļo cilvēka gara un fizisko konstitūciju. 20. gs. sākumā malajiešu medicīnas doktrīnas lielākoties no Britu puses tika ignorētas. Dažkārt tās pievērsa zinātnieku interesi antropoloģijas ziņā, bet šī interese bija tīri akadēmiska; medicīnas autoritātes nerādīja interesi par malajiešu medicīnas sistēmu un aprūpi⁴⁶. Šajā posmā vietējā medicīna tika uzskatīta drīzāk par konkurentu nevis palīgsistēmu.

Centieni pievērst vietējos iedzīvotājus koloniālajai medicīnai ritēja ļoti vāji. Malajieši nelabprāt pieņēma modernās medicīnas pakalpojumus, uztvēra slimnīcas par nāves mājām un centās palikt mājās, lai saņemtu tradicionālo aprūpi.

⁴⁵ Bin Harun, Hairudin “Colonialism and Medicine in Malaysia” in *Encyclopaedia of the History of Science, Technology and Medicine in Non-Western Cultures*, ed. Helaine Selin, p. 211-215 – Kluwer Academic Press, Dordrecht, 1997, Springer 2008.

⁴⁶ Čuņ Li Čai pārfrazē Veberu (Weber, 1930): “Modernā zinātne reducē dabu līdz mehanistiskai konstrukcijai, kurai nepiemīt nekāds garīgums vai dievišķība.” –

Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

Koloniālā administrācija uzsāka darbību, lai ierobežotu tautas dziednieku praksi. Tā vēl jo vairāk diskreditēja zinātniskās medicīnas popularitāti tautā, un bija jārikojas, lai pārliecinātu vietējos tai uzticēties.

Dr. Dž. Džimlets (Gimlette) darbojās šīs kampaņas ietvaros. Kampaņas mērķis bija popularizēt koloniālo medicīnu, bet darba gaitā Džimleta pētījums kļuva par centienu saglabāt malajiešu medicīnu. Visticamāk pret savu priekšnieku gribu, Džimlets atklāti aicināja pārskatīt negatīvu attieksmi pret dziedniekiem – bomohiem, pat salīdzinot viņu darbošanās ar koloniālo ārstu prasmi, apbrīnojot viņu dziļu izpratni par vietējo *materia medica*. Džimlets salīdzināja vietējos priekšstatus par slimību cēloņiem un dzīvesveida ieteikumiem ar jaunākiem zinātnes atklājumiem (t.sk. apzināšanos, ka malārijas cēlonis ir odi, arī pasvītrojot salmu kurināšanu *padi* (mitri rīsu lauki) laukos lauksaimniecības ciklu noslēgumā kā efektīvu pretodu praksi, un tradīciju audzēt zivis *padi* laukos, kā dabīgu kaitēkļu populāciju regulēšanas mehānismu, jo zivis barojas ar sīkdzīvniekiem un iznīcina visus odu kāpurus, kas veidojās laukā).

Nav drošas informācijas, kā Džimleta darbu⁴⁷ pieņēma koloniālā lokā, bet visticamāk reakcija bija vismaz neviennozīmīga, jo Džimlets pielīdzināja malajiešu medicīnas prakses⁴⁸ koloniālajām. Turklāt oficiāli dominējošs uzskats vietējo medicīnu uztvēra par neko vairāk kā primitīvu līdzekļu kopu, šarlatānismu. 1921. gadā Džimlets pameta savu amatu Koloniālajā medicīnas dienestā.

Medicīnas Pētnieciskais Institūts sekmēja Britu prestižu pasaules zinātnes jomā. Tajā rosījās arī aktīva starptautiska sadarbība, zinātnieki no citiem institūtiem (piem., franču) piedalījās pētnieciskajos projektos. Institūtā strādāja gan eiropieši, gan izglītotie āziāti; tā nolikums atklāti pielīdzināja personāla etnisko piederību.

Lai īstenotu sanitācijas kampaņas un nodrošinātu moderno veselības aprūpi strādniekiem un vietējiem bija nepieciešams izglītot personālu. Parādījās iniciatīva apmācīt modernajās metodēs vietējos dziedniekus un dzemdību palīgus, un arī iesaistīt tos vakcināciju kampaņu īstenošanā.

⁴⁷ Gimlette, John D. „Some Superstitious Beliefs Occurring in the Theory and Practice of Malay Medicine” in Journal of the British Royal Asiatic Society 65: p. 29-35 – London, 1913

⁴⁸ Bin Harun, Hairudin “Colonialism and Medicine in Malaysia” in Encyclopaedia of the History of Science, Technology and Medicine in Non-Western Cultures, ed. Helaine Selin, p. 211 – 215 – Kluwer Academic Press, Dordrecht, 1997, Springer 2008.

3.4. Lepras administrēšana kā slimību kontroles piemērs

Viena no slimībām, kas varbūt nebija tik postoša no ekonomiskā viedokļa, bet kura prasīja valdības uzmanību tās sociālas ietekmes dēļ bija lepra.

Lepras saslimšana tika uzskatīta par ir smagu stigmatu, sabiedrības attieksme pret saslimušajiem bija ļoti negatīva un naidīga. Ģimenes, kurās bija slimnieks, centās izolēt no ciema. Saslimušie dzīvoja trūcīgu, izolētu, slēptu dzīvi. Bērnus vecākiem-slimniekiem mēdza atņemt. Militārā policija ķēra saslimušos, lai tos ievietotu speciālajās iestādēs, kurās slimos uztur gluži kā ieslodzītos. Attieksme pret šo iestāžu iemītniekiem bija negatīva, tos vajāja, bet aprūpe, ko slimniekiem sniedza, bija minimāla. Rezultātā iestādēs bija iela mirstība un bēgļu skaits⁵⁰.

Lepras infekcija neizplatās strauji un parasti saslimšana notiek tikai pēc ļoti ilga un intensīvā kontakta ar saslimušo⁵¹. Nav skaidrs, kāpēc daži cilvēki ir jūtīgāk pret to un saslimst kamēr līdzīgos apstākļos citi nenaslimst. Pacienti mēdza vērsties slimnīcās/reģistrēties tikai tad, kad slimības pazīmes jau bija acīmredzamas. Dr. Travers (*Travers*), Kuala Lumpuras leprozorija vadītājs, ierosināja veidot slēgtas darba nometnes, kurās slimnieki varētu paši sevi apkalpot, dzīvot kopā ar ģimeni, strādāt sabiedrības labā un atrasties uzlabotos apstākļos salīdzinājumā ar ieslodzījuma tipa leprozorijiem. Pēc viņa inovācijām krasi uzlabojās bēgļu statistika, arī brīvprātīgi slimnīcās pieteikušo skaits. Dr. Travers aicināja izmēģināt jaunas zāles, arī tās, kuras izmantoja tautas medicīna. Klīniskos rezultātus salīdzināja, un sekmīgās prakses ieviesa citās iestādēs lepras slimnieku aprūpē.

Diemžēl, šī programma prasīja ļoti lielus ieguldījumus, un 1930.-jos gados tās attīstīšanu pārtrauca.

⁵⁰ Choon-Lee Chai „Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008

⁵¹ Monnais, L. „’Could confinement be humanised?’ A modern history of leprosy in Vietnam” // „Public Health in Asia and the Pacific. Historical and comparative perspectives”, ed. Lewis, M. J., MacPherson, K. L., p. 122 – 138 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2008, 2011

4. Malaizijas valsts veselības veicināšanas programmas mūsdienās

20. gs. 1. pusē parādījās Ķīniešu labdarības slimnīcas – nelieli aprūpes centri un slimnīcas, kuros sniedza aprūpi saskaņā ar tradicionālās ķīniešu medicīnas metodēm. Šie centri apkalpoja nabagos un trūcīgos, tos finansēja ar īpašiem Ķīniešu sabiedrības nodokļiem un Ķīniešu tautības biznesmeņu ziedojumiem.

Šī perioda darba likumdošana prasīja gumijas un alvas kompānijām nodrošināt strādniekiem veselības aprūpi. Tomēr valsts slimnīcās sniegto pakalpojumu kvalitāte pārsvarā bija nepietiekoša. Dažādos reģionos nodibināja vietējus dispanserus un mātes un bērna veselības klīnikas. Tomēr vairums no veselības aprūpes iestādēm, kuras dibināja pirms II pasaules kara, atradās pilsētās un reģionālajos centros.

II pasaules kara laikā spēcīgāko pretestību Japānas iebrukumam veidoja komunisti. Pēc kara beigām sākas asa konkurence par varu. Britu valdība ieguva kontroli, bet no 1948. Līdz 1960. (“Krīzes posms”, Emergency – skat. Pielikumu 1. Vārdnīca) valstī turpinājās partizānu karš ar Malajas Komunistisko partiju. Komunistu bāzes atradās mežos. Lai ierobežotu to darbošanās spējas, piemēroja “Jauno ciemu” stratēģiju: lauku ciematus (pārsvarā, ķīniešu) pārcēla uz jaunām, īpaši piemērotām vietām, kurās iedzīvotāju pārvietošanas brīvība tika ierobežota. Tādējādi šīs iemītnes nevarēja sniegt pārtikas vai informācijas palīdzību u.c. atbalstu komunistiem. Šo stratēģiju varētu saukt par izšķirošu. Piespiedu pārcelšana izraisīja pretestību un neapmierinātību (piem., sākotnējos ciemos kuros pārcēla *orang asli* (skat. Pielikumu 1. Vārdnīca), daudzi mira un cieta no pārāpdzīvotības, karstuma, jauno apstākļu nepieņemšanas un depresijas ne mazākā mērā kā no slimībām⁵²). Kā vienu no tautas atbalsta iegūšanas līdzekļiem šis stratēģijas ietvaros koloniālā valdība nodrošināja šajos ciemos dzemdniecības klīnikas un pirmās palīdzības iestādes. Lai apkalpotu pārceltos ķīniešu tautas iedzīvotājus, valdība uzaicināja katoļu misionārus nodibināt

⁵² Nicholas, K. “The Orang Asli of Peninsular Malaysia” – Center for Orang Asli Concerns, 2007 http://www.coac.org.my/portal/codenavia/portals/coacv2/code/main/main_art.php?parentID=11497609537883&artID=11509699100857

Fatīmas slimnīcu (Ipohā) un Assuntas slimnīcu (Petaling Džaja)⁵³. Līdzīgi, veselības aprūpes nodrošināšanai bija svarīga loma, lai izmainītu orang asli (Malaizijas iezemiešu) attieksmi un neļaut tiem atbalstīt komunistus.

Tieši Ārkārtējā posmā valdības uzmanība pārslēdzās uz lauku iedzīvotājiem. Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas apvidus paplašinājās ārpus pilsētas iedzīvotājiem un strādājošas klases (pilsētās kā arī saimniecībās) piederīgajiem. Malajiešu ciemati neatradās tiešā militārā uzraudzībā, toties valsts uzmanība tika pievērsta, lai arī tajos nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumus. 1953. tika izstrādāta lauku veselības pakalpojumu shēma.

Attīstīta veselības aprūpes sistēma valstī nozīmēja plašu pakalpojumu sniegšanas tīklu, izlīdzinātu finansējumu un vispārēju pieejamību katram sabiedrības loceklim. Tas saskaņojās ar liberālas labklājības ideoloģiju, kura lielākoties nosaka pasaules un īpaši Rietumeiropas attīstības virzienu pēc 2. Pasaules kara.

1957. gadā, pēc neatkarības iegūšanas, valstī darbojās publisko slimnīcu sistēma, kura izveidojās jau Britu laikā. Sākotnēji tā apkalpoja valsts ierēdņus no ekspatriantu un vietējo iedzīvotāju vidus, bet pakalpojumi pakāpeniski paplašinājās arī uz pārējiem iedzīvotājiem. Trūkums šīm slimnīcām bija tāds, ka tās atradās pilsētās, un priekšroka tajās joprojām bija valsts ierēdņu apkalpošanai. Arī slimnīcas telpu aprīkojums krasi atšķīrās atkarībā no mērķauditorijas pilsoņu kategorijas. Tas nenozīmē, ka šajās slimnīcās neievēroja labklājības modeli; ārstniecības pakalpojumus, arī bezmaksas vai subsidētos, piedāvāja ikvienam iedzīvotājam ar iespēju samaksāt par uzturēšanos augstākas klases telpās.

Atgriežoties pie ārstniecības pakalpojumu daudzveidības (*medical pluralism*) jāpiemin ka valstī turpināja darboties labdarības slimnīcas. Sniedzot pakalpojumus gan trūcīgajiem, gan turīgākiem pacientiem tās varēja sadalīt ienākumus, lai subsidētu nabago pacientu ārstēšanu. Ķīniešu labdarības slimnīcas piedāvāja gan tradicionālās Ķīniešu, gan Rietumu medicīnas pakalpojumus. Citas medicīnas sistēmas piedāvāja privāti, un Tradicionālās Ķīniešu medicīnas pakalpojumus sniedza arī drogu tirdzniecības vietās.

Pirmās privātas, peļņai orientētas slimnīcas parādījās 1970.-jos gados (neskaitot nelielus dzemdniecības un bērnu aprūpes centrus). Atbilstoši spēkā palikušajam Britu koloniālajam darba

⁵³ Chee Heng Leng, Barraclough, S. „Introduction: The transformation of health care in Malaysia” // „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S. – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

likumam, plantācijas turpināja nodrošināt primārās veselības aprūpes pakalpojumus strādniekiem. Tomēr šo pakalpojumu kvalitāte bija zemāka nekā līdzīgajiem pakalpojumiem valsts klīnikās.

Reģionu centros un pilsētās ar ģimenes ārstniecību un zobārstniecību galvenokārt nodarbojās privātais sektors. Šos pakalpojumus valsts nesubsidēja, un par tiem bija jāmaksā skaidrā naudā uz vietas.

Jāuzsver ka sākotnēji valstī konsolidētie nodokļu ienākumi gandrīz pilnībā kompensēja izmaksas par valsts subsidēto veselības aprūpi.

Iegūstot neatkarību, veselības aprūpes stratēģija Malaizijas valstī kļuva par vienu no valsts prioritātēm, un to uzskatīja par svarīgu valsts attīstības daļu, neatdalāmu no valsts un lauku attīstības vīzijas, kā arī par dažādu etnisku grupu sociāli ekonomiskas vienlīdzības izpaušmi.

Šos mērķus noformulēja un iekļāva 5-gadu ekonomiskās attīstības programmās (“plānos”), Jaunajā ekonomiskā politikā (New Economic Policy) un pielikumos.

Līdz 1980.-jiem gadiem Malaizijas iedzīvotāji pārsvarā nodarbojās ar lauksaimniecību (1970: 73% lauku iedzīvotāju, 1980: 66% lauku iedzīvotāju⁵⁴). Dominējošā politiska apvienība, Apvienotā Malajiešu Nacionālā Organizācija (United Malays National Organization, UMNO) savā kampaņā uzsvēra lauku iedzīvotāju intereses, un stiprāku atbalstu tā guva no Malaizijas lauksaimniekiem, rezultātā iegūstot pietiekošu politisku pārsvaru, lai atgūtu valsts neatkarību⁵⁵. Veselības aprūpes pieejamība visiem – īpaši, lauku iedzīvotājiem kļuva par vienu no svarīgākajām prioritātēm, un 1996. gadā jau 81% Malakas pussalas iedzīvotāju dzīvoja ne tālāk kā 3 km attālumā no ārstniecības iestādēm, bet 93% - ne tālāk kā 5 km attālumā⁵⁶. Tomēr urbanizētajos apgabalos pieejamība ir augstāka, un nevienmērīgi apdzīvotajos reģionos (piem., Saravakā) šie rādītāji ir zemāki.

⁵⁴ Department of Statistics 1977: 275; Malaysia1986: Table 5-4.

⁵⁵ Chee Heng Leng, Barraclough, S. „Introduction: The transformation of health care in Malaysia” // „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S. – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

⁵⁶ Wee Chong Hui, Jomo K. S. „Equity in Malaysian Healthcare: an analysis of public health expenditures and health care facilities” // „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access”. Ed. Či Hen Len, S. Barraclough, p. 102 – 116 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

4.1. Desmitais Malaizijas plāns: *ICare for 1Malaysia*

Šobrīd spēkā ir 10. Malaizijas plāns, kas balstās uz koncepciju *ICare for 1Malaysia*⁵⁷ (skat. Pielikumu 1. Vārdnīca). Šis plāns ir “definēts, dziļi izprotot vajadzības un šķēršļus kā arī valsts iespējas to finansēt un ieguvuma-ieguldījuma līdzsvaru. Tā izstrādē ievēroja valsts centienu iegūt augsto ienākumu valsts statusu līdz 2020. gadam”.

Jaunas iniciatīvas *ICare for 1Malaysia* mērķis ir panākt “veselības aprūpes sistēmu, kas ir efektīva, efektīga, taisnīga un tehnoloģiski mūsdienīga, kā arī atsaucīga un turpmāk veicinoša pieejamību visiem atbilstošajiem veselības aprūpes līmeņiem ikvienam Malaizijas iedzīvotājam”⁵⁸.

“Stratēģiskajā plānā 2011.-2015.”⁵⁹ 5.-6. lpp. Veselības ministrijas stratēģiskās prioritātes ir aprakstīti, pamatojoties uz 10. Malaizijas plānu:

«[3.] Stratēģiskie pamati / Pamatmērķu jomas (“Key result areas”, KRA)⁶⁰

Pamatojoties uz galvenajām mērķa jomām no 10. Malaizijas plāna, respektīvi, “veselības aprūpes kvalitāte un veselīgs dzīvesveids”, ar nolūku izveidot “veselīgu sabiedrību, kurai ir pieejamas kvalitatīva veselības aprūpe un rekreācijas iespējas”, izmantojot šīs četras pieejas, ko nosauca valdība:

- Izveidot caurspīdīgos veselības aprūpes sistēmu un rekreācijas infrastruktūru.
- Veicināt informētību par veselību un popularizēt veselīgā dzīvesveida aktivitātes.
- Sniegt atbalstu sabiedriskajām organizācijām individuālo veselības programmu īstenošanā (veicinot cilvēkus pašiem uzņemties atbildību par savu veselību).
- Pārveidot veselības sektoru tā, lai uzlabotu pakalpojumu nodrošināšanas sistēmas efektivitāti un sasniegtu plašu pieejamību (*universal access*).

⁵⁷ Vienotā aprūpe vienotā Malaizijā, skat. Pielikumu 1. Vārdnīca „1Malaysia”

⁵⁸ „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

⁵⁹ ”Pelan Strategik 2011-2015. 1Care for 1Malaysia” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2011

⁶⁰ Ibid. Oriģināltekstam skat. Pielikumu 2. Oriģinālteksta izdruka

Klāt pie šīm četrām vispārējām valsts stratēģijām, veselības sektoram ir izstrādāti norādījumi, kas ļauj izveidot konkrētās stratēģiskās prioritātes:

- Veselības sektora pārveidošana par jauno veselības aprūpes sistēmu, kas būtu efektīvāka un kas nodrošinātu labāku aprūpes pieejamību (*universal access*).
- Apzināšanos par paša veselību un veselīgo dzīvesveidu
- Individū un sabiedrības motivēšana uzņemties atbildību par paša veselību.

Šīs trīs stratēģiskos mērķus Malaizijas Veselības ministrija pieņēma par pamatmērķiem (KRA). Tabulā 1 ir parādīta attiecība starp veselības aspektiem no Valsts stratēģiskā 10. Malaizijas plānā un Malaizijas Veselības ministrijas pamatmērķiem.

Papildinot šos trīs stratēģiskos pamatmērķus tika definēta Valsts Ekonomiskā pamatjoma “Veselības aprūpe” (*National Key Economic Area, NKEA*), kura, caur teicamu veselības industriju, kalpos par ienākumu avotu.

Tabula 1. Atbilstība starp Valsts stratēģisko 10. Malaizijas plānu un Malaizijas Veselības ministrijas pamatmērķiem (KRA).

Valsts stratēģija 10. Malaizijas plānā	Atbilstošais Malaizijas Veselības ministrijas pamatmērķis (KRA)
<p>1. Izveidot caurspīdīgos veselības aprūpes sistēmu un rekreācijas infrastruktūru.</p> <p>2. Pārveidot veselības sektoru tā, lai uzlabotu pakalpojumu nodrošināšanas sistēmas efektivitāti un sasniegtu plašu pieejamību (<i>universal access</i>).</p>	<p>Veselības sektora pārveidošana par jauno veselības aprūpes sistēmu, kas būtu efektīvāka un kas nodrošinātu labāku aprūpes pieejamību.</p>
<p>3. Veicināt informētību par veselību un popularizēt veselīgā dzīvesveida aktivitātes.</p>	<p>Apzināšanos par paša veselību un veselīgo dzīvesveidu</p>

<p>4. Sniegt atbalstu sabiedriskajām organizācijām individuālo veselības programmu īstenošanā (veicinot cilvēkus pašiem uzņemties atbildību par savu veselību).</p>	<p>Indivīdu un sabiedrības motivēšana uzņemties atbildību par paša veselību.»</p>
---	---

Šis fragments demonstrē, ka veselības veicināšana ir viena no Malaizijas veselības aprūpes aktuālajām prioritātēm.

Savukārt 10. Malaizijas plāna Veselības aprūpes attīstības programmā 2011-2015⁶¹ ir izklāstītas svarīgākas valsts veselības aprūpes problēmas. To atrisināšana ir būtiska; valsts līmenī tās ir atzītas par galvenajiem veselības aprūpes attīstības šķēršļiem.

4.2. Publiskā un privātā veselības aprūpes sektora nesaskaņotība

Pirmkārt tiek uzsvērtā nepieciešamība līdzsvarot un saskaņot privāto un valsts finansēto veselības iestāžu darbību. Problemātiskums sākas jau resursu un noslogojuma sadalīšanā. Publiskajam sektoram slodze ir daudz augstāka gan gadījumu sarežģītībā, gan pacientu – īpaši, stacionāro pacientu skaita ziņā. Kaut tikai 11% ārstniecības iestāžu bija finansētas no valsts līdzekļiem, tajās aprūpēja 38% pacientu (2008. gada dati⁶²). Neskatoties uz to, ka slimnīcu skaits privātajā sektorā ir lielāks, 78% slimnīcu gutas vietu nodrošina publiskais sektors, kas uzņem 74% pacientu. Runājot par personālu, kaut ārsti mēdz censties iesaistīties labāk apmaksātās pozīcijās privātajā sektorā, 55% ārstu šobrīd strādā publiskajās medicīnas iestādēs.

Acīmredzami, aprūpes izdevumi ir lielāki privātajā sektorā; ievērojot slodzes ievērojamo nobīdi uz publisko sektoru dabiski rodas jautājums par resursu sadalījumu un darbības efektivitāti. Tiek uzsvērtā nepieciešamība paaugstināt aprūpes kvalitāti līdz ar resursu optimizāciju un līdzsvarošanu.

⁶¹ „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

⁶² Ibid.

Viens no 7. Malaizijas plāna (1996-2000) mērķiem bija valsts lomas samazināšana medicīniskās aprūpes sniegšanas jomā, bet tās pastiprināšana tās kontrolē, pārvaldīšanā un standartizēšanā⁶³.

Aprūpes standarti nav vienoti, un privātajā sektorā īpaši var novērot lielu dažādību aprūpes praksē. Diemžēl privātajā sektorā bieži vien līdz ar augstu cenrādi pastāv aizdomīga aprūpes kvalitāte un svārstīgi pakalpojumu standarti. Tiesa, līdzīgi aizdomīgu kvalitāti un svārstīgus standartus var novērot arī dažās publiskajās slimnīcās.

“Publiskajā veselības aprūpē subsidē gandrīz 95% ārstēšanas izmaksu, un tā ietver 90% iedzīvotāju, kam ir pieejami jebkādi ārstniecības pakalpojumi.”⁶⁴ Tomēr medicīnas pakalpojumi nav pietiekoši pieejami. Lai saņemtu ambulatoru aprūpi, diagnostiskās procedūras, ķirurģiskās manipulācijas vai medikamentus hroniskajām slimībām ir parasti jāgaida garās rindās. Arī ārstu pieejamība pacientiem valstī nav izlīdzināta: urbanizētajos rajonos – piemēram, Lembah Klang⁶⁵ – ārstu skaits uz pacientu ir daudz lielāks nekā Sabahā un Seravakā.

Arvien jūtīgākas sekas rodas informācijas un komunikāciju tehnoloģiju atpalcības dēļ. Īpaši būtiski trūkst profesionālās, eksperta kompetences veselības informācijas tehnoloģijās.

Vēl vienu nozari – pētniecības veicināšanu – īpaši atzīmē kā vienu no veselības programmas⁶⁶ mērķiem. To uzskata par ikdienā ieviešamo jauninājumu ieviešanas ikdienā sekmējošu, noteikti – kā līdzekli aktuālu (vietējo un pasaules) medicīnas problēmu risināšanai, un treškārt – kā nozari ar komerciālu potenciālu. Programma uzsver nepieciešamību veicināt pētnieku vēlmi sadarboties ar valsti. Līdz pat šodienai pētniecība nebija valsts primāra prioritāte, kā arī valstij ir jāņem vērā tās konkurence ar privātā sektora pozīcijām.

Vēl joprojām ir jāattīsta profesionālas kvalifikācijas paaugstināšanas iespējas veselības profesionāļiem. Sākot ar personāla sagatavošanu (izglītošanu), līdz tālāko profesionālo attīstību,

⁶³ „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access”, ed. Či Hen Len, S. Barraclough – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Pie šī apgabala pieder galvaspilsēta Kuala Lumpur.

⁶⁶ ”Pelan Strategik 2011-2015. 1Care for 1Malaysia” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2011

esošās iniciatīvas novērtē kopumā pozitīvi, īpaši tās, kuras ir orientētas uz sabiedrības veselības “aģentu” sagatavošanu un atbalstu.

4.3. Veselības aprūpes kvalitāte

Paaugstinoties dzīves līmenim, iedzīvotāju atkarība no lielākoties subsidētiem ārstniecības pakalpojumiem ir samazinājusies. Privātie medicīnas pakalpojumi kļūst pieejamāki, un pat tie, kuri nevar tos atļauties pieprasa atbilstošu aprūpes līmeni. Rezultātā publisko sektoru ietekmē spriedze pielīdzināties privātā sektora servisa līmenim, respektīvi regulāri jāpaaugstina pakalpojumu kvalitāte un līdz ar to arī izmaksas.

Malaizijas veselības aprūpes sistēma atrodas ievērojamā spriedzē un tās spēja pastāvēt esošajā veidā ir apšaubāma. Joprojām nav atrasts veids lai līdztiesīgi un efektīgi sadalītu resursus (piem. ārstus), un līdz ar to daudzām marginalizētajām grupām arvien vairāk tiek apgrūtināta pieeja ārstniecības pakalpojumiem. (Piemēram, gadījumi, kad privātās ātrās palīdzības iestādēs atsakās aprūpēt pacientus, kuriem bija nepieciešama neatliekamā palīdzība⁶⁷.)

Kā jau bija minēts augstāk līdz ar pacientu ienākumu pieaugumu un labāku informētību mainās arī viņu gaidas. Pacienti tagad labāk apzinās savas tiesības un sagaida piemērotu, laikā neizstieptu aprūpi. Paaugstinoties kvalitātei varētu atklāties jaunas iespējas, piemēram, ārstnieciskajam tūrismam. Šobrīd joprojām pastāv atšķirības pakalpojumu līmenī dažādu privāto medicīnas iestāžu starpā.

⁶⁷ „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

Tabula 2. Dažu medicīnisko manipulāciju izmaksu (ASV dolāros) Malaizijā, ASV un Indijā salīdzinājums⁶⁸

Manipulācija	Malaizijā (USD)	ASV (USD)	Indijā (USD)
CABG (sirds šuntēšana)	11 430 \$	144 000 \$	5 200 \$
Sirds vārstuļa protezēšana	10 580 \$	170 000 \$	5 500 \$
Angioplastija	5 430 \$	57 000 \$	3 300 \$

Aplūkojot faktoros, kuri būtiski ietekmē aprūpes kvalitāti, var spriest kāpēc privātajā sektorā pastāv tik krasa atšķirība aprūpes kvalitātes līmenī⁶⁹:

Pirmkārt, jo vairāk reižu konkrēta manipulācija tiek veikta, jo ārstniecības personāla darbību rezultāts ir labāks. Diemžēl dažām privātajām iestādēm trūkst slodzes, lai sasniegtu vajadzīgo līmeni.

Otrkārt, kompetences atzīšana un specializācija ir vāja. Ārsti savas licences saņem uz mūžu, bez jebkādam tās atjaunošanas vai pārsertificēšanas prasībām, izņemot ikgadējo darbības atļaujas izsniegšanu. Prasības dažkārt ir daudz vājākas nekā citās attīstītajās valstīs. Piemēram, ģimenes ārsti var strādāt, kur paši izvēlās – jebkurā medicīnas nozarē.

Treškārt, sistēmai trūkst efektīva veida, lai nodrošinātu nepārtrauktu kvalitātes paaugstināšanu. Publiskajā sektorā ir nodrošināta pieeja sistemātiski uzkrātiem ārstēšanas metožu un rezultātu datiem. Savukārt privātajā sektorā tāda prakse nepastāv, tādējādi trūkst pamatdatu labākas prakses izvirzīšanas programmām. No otras puses, slimnīcām un ārstiem nav pamata ar kuru varētu salīdzināt darbības efektivitāti, bet pacientiem ir grūtāk salīdzināt un izvēlēties, kurā iestādē griezties. Dažkārt pacienti, ja vien var to atļauties, mēdz griezties uzreiz pēc sekundārās aprūpes, izlaižot primāro aprūpi.

⁶⁸ “Health protection gap: Asia-Pacific 2012” (study report, ed. Alexander, D. et al.), Swiss Re – Hong Kong, 2012

⁶⁹ „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

Beidzot, jaunu metožu ieviešana plašā praksē ir aizkavēta. Personāla slodze parasti neļauj speciālistiem piedalīties medikamentu vai jauno ārstēšanas metožu pētniecībā. Slimnīcās pastāv neadekvātas prasības jauninājumu ieviešanai ikdienas praksē, un valsts ietekme slimnīcās ir nepietiekoša, lai to efektīgi ietekmētu. Arī atbildīgajos dienestos nepietiek speciālistu, kuri nodarbojas ar jauno zāļu sertificēšanu. Tas draud ar to, ka jaunāko metožu ieviešana aizkavēsies uz dažiem gadiem, atpaliekot no ASV un Eiropas arī pēc tām, kad šīs metodes tur jau ir apstiprinātas un ieviestas.

Ne reizi vien tik uzsvērts, ka vispārēja veselības aprūpes kvalitāte jābūt augstajā līmenī, pilnībā atbilstot starptautiskajiem standartiem. Noteikti panākumi jau ir sasniegti, bet ir jānodrošina augsti pakalpojumu standarti visās medicīnas aprūpes iestādēs, neatkarībā no finansēšanas avotiem un iestādes pakļautības.⁷⁰

4.4. Veselības aprūpes izmaksas

Nozīmīgākie apstākļi, kas veicina veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu pieaugumu Malaizijā, ir:

- augošs ienākumu līmenis un vispārēja sabiedrības labklājības paaugstināšanās, - cilvēki arvien vairāk pievērš uzmanību savai veselībai. Nevirzot izglītojošas programmas un mediju ietekmē tas lielākoties nozīmē papildus – dažkārt neattaisnotu – veselības aprūpes pakalpojumu pieprasījumu;
- jauno un veco infekcijas slimību uzplaukumi;
- iedzīvotāju vidēja vecuma palielināšanās – nobīdoties uz senioru “pusi”;
- strauja medicīnas tehnoloģiju attīstība. Tā liek tiekties tai līdzī, izraisa paaugstinātas prasības aprīkojuma atjaunošanai, kurām seko personāla apmācīšana un arī – jaunāko tehnoloģiju ieviešana plašākajā veselības aprūpes iestāžu lokā.

Ar medicīnas pakalpojumu izmaksu pieaugumu īpaši jāērķinās vairāku iemeslu dēļ. Pirmkārt, var paredzēt straujāku izmaksu pieauguma dinamiku līdz ar iedzīvotāju vidēja vecuma un pacientu plūsmas pieaugumu. Ir paredzēts 3% pacientu pieaugums valsts slimnīcās [KKM10]. Tehnoloģiju attīstīšana arī ir liels izmaksu dzinējs: kaut informācijas un komunikācijas tehnoloģijas, jaunākas

⁷⁰ Ibid.

ārstniecības metodes un iekārtas noteikti uzlabo aprūpes rezultātus, tās prasa līdzekļus apmācībām, uzturēšanai, infrastruktūras plānošanai un atjaunināšanai, parasti arī vairāk diagnostisku manipulāciju un jaunus reagentus un palīgmateriālus. Jaunas aprūpes metodes mēdz būt intensīvākas un prasa vairāk specializētu vidi, piemēram operāciju teātrus, endoskopijas iekārtas un intensīvās terapijas vietas. Labāk informēti pacienti pieprasīs arī dārgas jaunizpētītas zāles, kas darbojas efektīvāk, ar mazākām blakusparādībām.

Darbinieki-imigranti arī palielina veselības aprūpes izmaksas, jo ar viņiem ieeļo arī zināmas infekcijas slimības, kuras jākontrolē un prasa noteiktu aprūpi.

Diagnostisku procedūru mārketingu, ar ko saistās privātas laboratorijas un klīnikas palielina nepiemērotu izmeklējumu gadījumu skaitu.

Finansiālo ierobežojumu, kas radušies pasaules finanšu krīzes rezultātā arvien vairāk pacientu griežas valsts (nevis privātās) medicīniskās iestādes. Rezultātā pieaug ne vien valsts izmaksas primārās aprūpes segšanai, bet arī ārstu slodze. Ārstiem arvien samazinās laiks, ko tie varētu veltīt katram pacientam, un primārā aprūpē jau kļūst ievērojami grūtāk nodrošināt piemērotu kontaktu starp ārstu un pacientiem augstas darba slodzes dēļ. Ja resursu trūkuma dēļ izraisītas problēmas netiks atrisinātas, var paredzēt smagas sekas aprūpes un reakcijas kvalitātē.

Vēl viena no jomām, kurā valsts nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus ir veselības aprūpes nodrošināšana tādās iestādās kā militārā dienesta treniņnometnes, cietumi, augstskolu kopmītnes, rehabilitācijas centri utml.. Šāda iniciatīva ļauj kontrolēt infekcijas slimību uzplaukumus kā arī īsteno izteikto vienlīdzības un pieejamības principu. Šos pakalpojumus šobrīd sniedz publiskais sektors, atkarībā no apstākļiem, organizējot mobilās grupas, kas strādā uz rotācijas principa, vai norīkojot pastāvīgas amatpersonas.

Ir ievērojami zaudējumi pakalpojumu dubultošanās un, no otras puses, neizlīdzināta pieprasījuma dēļ publiskā un privātā sektoru piedāvājuma starpā. Dažkārt dārgas, augsti tehnoloģiskas iekārtas stāv neizmantotas tāpēc, ka sertificēti eksperti pamet savus amatus publiskajā sektorā.

Lielākie zaudējumu iemesli ir nepietiekoša aprūpes kvalitāte, nekompetentas amatpersonas, vāja pacientu plūsma, nedroša piegādes ķēde, un līdzsvara trūkums starp piedāvājumu un pieprasījumu. Pakalpojumu un pacientu plūsmu koordinēšana ļautu samazināt zaudējumus, kas rodas sakarā ar slimnīcās iegūtām infekcijām, slimnieka atgriešanos 24 stundu laikā pēc

izrakstīšanos, pēcoperāciju asiņošanu vai aizkavētu aprūpi. Aizkavēta aprūpe rada zaudējumus, jo pacienta stāvoklis var kļūt smagāks, prasot sarežģītāku un dārgāku aprūpi.

Šobrīd valstī novēro šādas tendences, kas liecina par resursu pārskatīšanu un alternatīvu finansēšanas shēmu ieviešanas nepieciešamību:

- Nācijās novecošanu: šobrīd iedzīvotāju, kuri ir vecāki pāri 60 gadiem Malaizijā ir zem 10%, 2020. gadā gaida šīs daļas pieaugumu 2.5 reizēs⁷¹. Gados vecākiem cilvēkiem ir gan lielāks pieprasījums pēc medicīniskās aprūpes, gan nepieciešamās aprūpes izmaksas ir lielākas.
- Nācijās labklājības stāvokļa uzlabošanās: pieaugot ģimenes ienākumiem, ļaudis mēdz vairāk tērēt medicīnas pakalpojumiem.
- Arvien augoša nasta valsts budžetam: šobrīd Malaizijas veselības aprūpes sistēmā notiek reformas ar mērķi samazināt finansiālo nastu, ko veido veselības aprūpes atbalstīšanas izmaksas.
- Veselības izmaksu inflācija medicīnas zinātnes attīstības dēļ: medicīnas un veselības aprūpes izmaksas ar laiku strauji pieaug, rezultātā veselības aprūpes izmaksas ir paaugstinātas.
- Pieaugoša cenu atšķirība katrā konkrētā aprūpes gadījumā: aprūpes izmaksas ir atkarīgas no gadījuma specifikas, pacienta stāvokļa, aprūpes veida un vietas, kurā tiek veikta procedūra.
- Pieaug apzināšanās par apdrošināšanas nepieciešamību: ļaudis apzinās iespēju smagi saslimst un nespēju pašiem apmaksāt visus pakalpojumus.

Valsts finansējums, kas balstās uz nodokļu sadalījumu, nākotnē jāpapildina ar citiem finansēšanas avotiem, lai varētu līdzsvarot un apmierināt arvien pieaugošo pieprasījumu un veicinātu ilgtspējīgu valsts veselības aprūpes sistēmas attīstību. Veselības ministrijas programmā⁷²

⁷¹ "Health protection gap: Asia-Pacific 2012" (study report, ed. Alexander, D. et al.), Swiss Re – Hong Kong, 2012

⁷² „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

atzīmē, ka par šādiem avotiem varētu kļūst medicīnas krājkonti, privāta veselības apdrošināšana, privātās aprūpes organizācijas, un jau minētie pacientu individuālie līdzekļi.

4.5. Pakalpojumu pieejamība un veselības veicināšanas nepieciešamība

Akūtas infekciju slimības jau sen nav lielākas veselības problēmas mūsdienu Malaizijā. Kā citās attīstītās valstīs, arī te ir novērojama strauja nobīde uz hroniskajām slimībām – īpaši tām, kas ir saistītas ar dzīvesveidu. Šobrīd visizplatītākās ir sirds un asinsvadu slimības, cukura diabēts, kā arī vēzis un traucējumi, kurus parasti saista ar vecumu. Jāpiemin un jārēķinās arī ar problēmām, kuras ir saistītas ar vides piesārņojumu, jaunām un jau zināmām infekcijas slimībām, kas izplatās no jauna, un arī sabiedrības un ieradumu problēmām.

Iepriekšējo iniciatīvu rezultātā tika panākta nopietnu izdzīvošanas rādītāju uzlabošanu triekas gadījumos, diemžēl nav novērojami līdzīgi uzlabojumi negadījumu izdzīvošanas un invaliditātes rādītājos. Agrīnā aprūpe, paškontrolē, sadarbība ar citiem pakalpojumu sniedzējiem un daudzpusīgs atbalsts ir nepieciešami, lai kontrolētu uzvedības un citus riska faktorus, kas saistīti ar hroniskajām veselības problēmām. Problēmu, kas saistītas ar lieko svaru un diabēta biežums pieaug, jo ļaudis arvien vairāk uzturā lieto neveselīgus produktus un nepieturas pie veselīga dzīvesveida.

Iedzīvotāju vidējais vecums pieaug neproporcionāli, un pēc aprēķina 2020. gada vecāko ļaužu skaits Malaizijā būs 3.4 miljoni, salīdzinot ar 1.4 miljoniem 2000. gadā⁷³. Visizplatītākās problēmas šajā vecuma grupā ir hipertonijs, diabēts, locītavu problēmas, elpceļu problēmas un acu slimības, kas arī ir saistītas vairāk ar dzīvesveidu, nekā ar vecumu. Mērķis būtu atrast labāko veidu, kā varētu novērst vai aizkavēt slimības un invaliditāti, un uzlabot senioru veselību, neatkarību un mobilitāti.

Ir nepietiekoša sabiedrības informētība, kurai vēl vairāk kaitē cilvēku ierasta attieksme neuzņemt atbildību par savu veselību. No otras puses trūkst apmācītā veselības veicināšanas personāla kā arī ir neattīstīta informācijas izplatīšanas infrastruktūra.

Plašu problēmu grupu veido arī konkrēto organizāciju un indivīdu nepietiekoša iesaistīšanās, tai skaitā

- nesaskaņotība starp Veselības ministrijas un citu nozaru valsts ministriju programmām;

⁷³ „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

- veselības u. c. ministriju programmu zema īstenošanas kvalitāte;
- joprojām pastāvoši šķēršļi, kas attiecas uz piemēram sievietes kā arī dažu citu risku grupu pilsoņu iesaistīšanu;
- nepietiekoša infrastruktūra, kas nodrošinātu piemērotu vidi sociālas palīdzības un atbalsta saņemšanai.

4.5.1. Veselības aprūpes pieejamība maznodrošinātajiem

Problēmas, kuras jāatrisina sakarā ar pakalpojumu pieejamību un utilizāciju nabago vidū, ir iespējas izmaksas (*opportunitiy costs*).

Iespējas maksa par ārstniecības aprūpi sevī ietver ne vien tiešo samaksu par saņemto pakalpojumu, bet arī ceļa izmaksas un ienākumu zaudējumus nenostādāto stundu dēļ. Statistika liecina, ka nabadzīgākie iedzīvotāji parasti dzīvo tālāk no ārstniecības iestādēm (arī ņemot vērā, ka urbanizētajos apgabalos trūcīgo skaits ir zemāks, nekā lauksaimniecības apgabalos), un ceļa izdevumu relatīvās izmaksas paaugstinājās ātrāk nekā medicīnas pakalpojumu cenas⁷⁴. Nabagie pārsvarā griežas publiskajās klīnikas, kur gaidīšanas laiks ir ilgāks un personāla skaits uz pacientu ir zemāks.

Valsts ir pasludinājusi, ka tiecas pārtraukt veselības aprūpes subsīdijas no budžeta līdzekļiem. Nav skaidrs, kādā veidā tiks nodrošināta ārstniecības pakalpojumu pieejamība nabadzīgajiem.

4.5.2. Sieviešu veselība

Sievietes veselības aprūpi parasti reducē uz palīdzību dzemdībās un reproduktīvas sistēmas veselību. Malaizijā sievieti pirmām kārtām uzskata par sievu un māti, un tas noteiktā mērā izvirzās sievietes veselības programmas priekšplanā, citu ķermeņa sistēmu problēmas atstumjot otrajā plānā.

⁷⁴ Khoo Khai Jin „Health care in Sarawak: model of a public system” // „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S. – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

Pakalpojumu pieejamība ir nesabalansēta, piemēram, neprecētām sievietēm ir grūtāk un sociāli nedrošāk piekļūt grūtnieču un dzemdniecības aprūpei, bet precētām sievietēm mēdz rasties šķēršļi kontracepcijas iegādei⁷⁵.

Daudzām sievietēm ģimenes apstākļu un slodzes dēļ nav iespēju veikt rekreācijas aktivitātes, un ar vecumu pieaug problēmas, kuras ir saistītas ar dzīvesveidu.

4.5.3. Senioru aprūpe

Valstī ir arvien vairāk senioru (vecāko par 60 gadiem) un supersenioru (vecāko par 75 gadiem). Šobrīd senioru daļa valstī ir 7.4% iedzīvotāju, un prognozē kā 2020. gadā tā būs 9.9%⁷⁶. Savukārt geriatrijas speciālistu un psihologu-geriatriсту ir ļoti maz, trūkst arī speciāli kvalificētu māsu u.c. personāla.

Malaizijā tradicionāli dzīvo lielās ģimenes, kurās vairākas paaudzes dzīvo kopā, jaunākie rūpējās par vecajiem, bet vecākie mēdz palīdzēt rūpēties par bērniem un mājsaimniecību. Toties nukleāro ģimeņu – pāru ar bērniem – daļa arvien pieaug. Arvien vairāk senioriem būs nepieciešams sabiedrības un valsts atbalsts, lai dzīvotu pilnvērtīgu dzīvi.

Ņemot vērā, ka senioru un jebkāda ilgtermiņa aprūpe ir dārga, bet pārsvarā to veic ģimene, var saprast valsts centienus veicināt ģimenes un sabiedrības senioru aprūpes iniciatīvas. Toties jāapzinās, ka parasti ģimenes locekļi, kas sniedz ilgtermiņa aprūpi (parasti, sievietes) paši ir neaizsargāti un pārtop riska grupā tai ziņā, ka tie mēdz prasīt lielāku atbalstu no valsts un sabiedrības.

Valstī notiek kampaņas veselīga dzīvesveida popularizācijai. Tomēr nav grūti radīt apzināšanas par dzīvesveida svarīgumu. Tas vēl nenozīmē, ka cilvēki ir motivēti, viņiem ir iespējas un viņi ir gatavi tām pievērsties.

⁷⁵ Chee Heng Leng, Wong Yut Lin „Women’s access to health care services in Malaysia” // „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S. – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

⁷⁶ Ong Fon Sim „Health care and long-term care issues for the elderly” // „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S., p. 170 – 186 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

4.5.4. Orang asli un valsts veselības aprūpes sistēma

Lai sniegtu pakalpojumus orang asli saskaņā ar viņu kultūras normām, Dr. Dž. M. Baltons piedāvāja slimnīcas projektu, kurā kopā ar slimnieku varētu palikt arī viņa ģimene, tādējādi pārvarot pacienta bailes atdalīties no pazīstamajiem apstākļiem un ģimenes, un ļaujot veikt medicīniskas pārbaudes (īpaši tuberkulozes) visiem ģimenes locekļiem. Šādu iestādi atvēra 1957. gadā. Slimnīcā strādāja īpaši sagatavotais personāls, orang asli izcelsmes “radnieks”, kurš prata paskaidrot manipulāciju jēgu, lai tā pacientam būtu skaidra.

Šobrīd šī sistēma ir pagrimumā. Pacienti sūdzās par necieņas izrādīšanu, papildsamaksu prasībām, pat centieniem iesaistīt prostitūcijā pavadošos radniekus⁷⁷. Ņemot vērā valsts tieksmi asimilēt orang asli vairākuma sabiedrībā nevar gaidīt, ka tuvākajā laikā kaut kas mainīsies.

4.6. Veselības aprūpes finansēšana

Pēc ienākumu līmeņa Malaizija pieder pie valstīm ar augstiem vidējiem ienākumiem, ar IKP 881.08 RM miljardiem (278.67 USD miljardi, 2011. gada novērtējums) un ar pieaugumu 2012. gadā 5.1% un IKP *per capita*⁷⁸ ir 26 882 RM (15.800 USD)⁷⁹. Tomēr kopprodukta daļa, kas veltīta veselības aprūpei 2007. gadā bija tikai 4.2% un 4.7% 2007. gadā⁸⁰, kas ir zemāk nekā valstī ar zemi vidējiem ienākumiem. Publiskā sektora izmaksas sastāda 2.1% IKT. Agrāk tie pārsniedza privātā sektora izmaksas, bet sākot no 2004. gada šī attiecība ir mainījies. Esošo privāta sektora pieaugumu mēdz saistīt ar privātas veselības apdrošināšanas industrijas strauju attīstību.

⁷⁷ Nicholas, K., Baer A “Health care for the Orang Asli: consequences of paternalism and non-recognition” // „Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S., p. 119 – 136 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

⁷⁸ Iedzīvotāju skaits Malaizijā pēc Pasaules Bankas datiem 2011. gadā bija 28.86 miljoni

⁷⁹ “Keluaran dalam negeri kasar dan pendapatan Negara kasar pada harga semasa 2000-2012, Malaysia”, Bahagian perangkaan akaun negara, Jabatan perangkaan Malaysia – <http://mysidc.statistics.gov.my/indikator/downloadfile.php?ddd=pdf|2409>

⁸⁰ „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

Eksistējošās programmas novērtē kā nepietiekošas⁸¹ un uzsver, ka Malaizijai jāīsteno un jāveic papildus aktivitātes, lai paaugstinātu sabiedrības iesaistīšanos un darbošanos pašu veselības labā. Jāveicina prēmiju un uzkrājumu sistēma, lai saglabājot pakalpojumu pieejamību cīnītos ar nepamatotiem zaudējumiem. Kaut vidējais labklājības līmenis valstī pēdējās desmitgadēs ir paaugstinājies, 2002. gada Pasaules Veselības atskaite liecina, ka 4% no Malaizijas ģimenēm atradās katastrofiskā stāvoklī, un 2% ģimeņu bija trūcīgā stāvoklī. Viena no noformulētām prioritātēm ir taisnīgas finanšu sadalīšanas nodrošinājums un esošo atbalsta un aizsardzības iniciatīvu turpināšana un attīstīšana. Neaizsargātajiem un visiem, kas atrodas nelabvēlīgajā stāvoklī ir jānodrošina vienkārši pieejams un saprotams “drošības tīkls”.

Malaizijā, tāpat kā citās valstīs ar lielākoties subsidēto veselības aprūpi, ir saskarusies ar tā saucamo veselības aizsardzības trūkumu (*Health Protection Gap*). Veselības aizsardzības trūkums rodas tajā brīdī, kad IKP daļa, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu segšanu top mazāka par reāli nepieciešamo līdzekļu apjomu, kas ir nepieciešami, lai apmierinātu iedzīvotāju pieprasījumu.

Pacientiem, kuru pieprasījumu var apmierināt ar valsts finansētiem pakalpojumiem vai darba devēja u.c. veida apdrošināšanu, nerodas veselības aizsardzības trūkums. Dažkārt ir nepieciešama cita līmeņa aprūpe, kas prasa izmantot paša pacienta līdzekļus. Tomēr ir arī iedzīvotāji, kuriem ir nepieciešama aprūpe ārpus tās, ko nodrošina valsts finansējums (pat tādi pakalpojumi, kurus nesedz ne valsts, ne apdrošināšana, un kuri pārsniedz paša maksātspējas). Tāda aprūpe, kaut arī pacientam nepieciešama, tam jau nav pieejama maksāt nespējas dēļ.



Zīmējums 1. Veselības aizsardzības iztrūkums⁸²

⁸¹ Ibid.

⁸² “Health protection gap: Asia-Pacific 2012” (study report, ed. Alexander, D. et al.), Swiss Re – Hong Kong, 2012

Malaizijā 2010. Gada IKP daļa, kas veltīta veselības aprūpei bija 4.4%. 2011. veselības aizsardzības iztrūkuma apmērs bija 0.1 miljardi ASV dolāru. Prognoze uz 2020. gadu, ņemot vērā iedzīvotāju skaita pieaugumu, medicīnisko inflāciju un ekonomikas attīstību sastāda 4.1 miljardus ASV dolāru⁸³.

Atšķirībā no citām Klusā okeāna reģiona Āzijas valstīm, Malaizijā veselības aprūpei novirzītais IKP % ir mazliet samazinājies.

Tabula 3. Veselības aprūpes izmaksu sadalījums kā IKP % 2010. gadā⁸⁴

Līdzekļu avots	Kopējās veselības aprūpes gada izmaksas kā IKP % uz 2010. gadā
Tūlītēja samaksa no personīgiem līdzekļiem	34.2%
Cita veida samaksa no personīgiem līdzekļiem	3.8%
Privātas priekšapmaksas programmas	6.5%
Valsts veselības aprūpei nodrošinātie līdzekļi	55.5%

Valsts nodrošina vairāk kā pusi no kopējām medicīnas pakalpojumu izmaksām. Šī paļaušanās uz valsts līdzekļiem jau tagad pilnībā nenodrošina, un ar laiku jo mazāk spēs nodrošināt pilnu vai *saprātīgi* pietiekošu medicīnas pakalpojumu apmaksu. Analītiķi apsver⁸⁵, ka nav iespējams prognozēt valsts finansējuma stabilitāti, ņemot vērā nepārtrauktu inflāciju veselības un medicīnas sektorā (*par medicīnisku inflāciju sk. augstāk*).

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

5. Noslēgums

Veselības aprūpes mantojums Malaizijā ir bagāts un daudzveidīgs. Tas smeļas gan no attīstītās tautas medicīnas, ko veido tradicionālā sabiedrības biedru audzināšana un ģimenes uzskati, zināšanas par vietējo floru (*materia medica*) un tās iedarbību uz cilvēka veselību, burvestības u.c. prakses, kas savijušās ar islāma mistiskiem ticējumiem un Galēna mācību par humoriem, kā arī ajūrvēdiskām praksēm un Ķīnas tradicionālo medicīnu. Tai pievienojas mūsdienu zinātniskā medicīna, ieskaitot primāro, sekundāro un terciāro aprūpi; farmācija; izglītošana; sabiedriskais atbalsts; apdrošināšanas sistēma; privātā medicīniskā aprūpe u.c..

Valsts mērķis ir sasniegt "Attīstītās valsts dzīves kvalitātes līmeni"⁸⁶ līdz 2020. gadam. Tomēr iedzīvotāju labklājībai uzlabojoties, pieaug arī pieprasījums pēc ārstniecības pakalpojumiem, un valsts vairs nevarēs vienpusīgi segt visas šīs augošas izmaksas.

Problēmas, uz kurām ir vērsta Veselības ministrijas uzmanība un darbība tuvāko gadu laikā ir saistītas ar moderno dzīvesveidu un tā izpausmēm, pie kurām attiecas neveselīgs uzturs, fiziskā pasivitāte, transporta un darba negadījumi, smēķēšana, alkoholisms u.c. atkarības, nevēlēšanās uzņemt atbildību par paša veselību kā arī paļaušanās uz medijiem un reklāmu, kas strādā tirgotāju nevis pacientu interesēs.

Vēl viena problēmu grupa ir saistīta ar sabiedrības sociālo neviendabīgumu, kas izpaužas dažādās dimensijās – nacionālā piederība, ienākumu līmenis un dzīvesvieta. Pirmkārt, aprūpes līmenis, kas ir pieejams šobrīd arīdžan ir atkarīgs no pacienta ienākumiem, turklāt pacienti allaž sagaida no publiskās aprūpes tādu servisa līmeni kā privātajās iestādēs. Aprūpes veids un attieksme kuriem pacients dod priekšroku, ir atkarīgi arī no etniskās grupas, kurai pacients pieder. Aprūpes līmeni nosaka arī dzīvesvieta: respektīvi pilsētās aprūpe ir pieejamāka, ar lielāku pakalpojumu klāstu.

Pasaules veselības organizācija (WHO) līdz ar Malaizijas veselības ministriju (KKM) kā vienu no problēmām nosauca infekcijas slimību parādīšanos no jauna, ko KKM saista ar darbinieku intensīvo imigrāciju.

⁸⁶ „Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’ – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010

Treškārt jāpiemin problēmas, kas ir saistītas ar valsts veselības programmu finansēšanu, kā arī dažādu valsts un privātu organizāciju, kuras darbojas veselības aprūpes un veicināšanas sfērā (ministrijas, veselības centri, pētniecības un izglītības iestādes, sabiedriskās organizācijas, tirgotāji, pakalpojumu sniedzēji u.c.) darbības koordinēšanu: tai skaitā apkalpošanas kvalitātes; finansējuma līdzsvarošanu starp publiskajām un privātajām iestādēm.

Malaizijas valdība šobrīd cenšas pārveidot esošo veselības aprūpes sistēmu no tādas, kas balstās uz ar nodokļiem finansētu budžetu uz sistēmu, kas balstās uz sociālo apdrošināšanu. Galvenais iemesls ir tas, ka valsts finansētas veselības aprūpes izmaksas arvien pieaug un valsts vairs nespēj tās nodrošināt.

Jau tagad var spriest par nopietnu lomu, kuru atvēl sabiedriskās iniciatīvas veicināšanai caur izglītošanu, sabiedrības veselības veicināšanas aģentu sagatavošanu un mediju kampaņām. Viens no tālākās pētniecības virzieniem varētu būt šo programmu detalizēta analīze: programmu mērķi, auditorija un rezultāti konkrētajos valsts novados.

Vēl viena iezīme, kas šobrīd noteikti izpaužas Malaizijas veselības aprūpes jomā ir tradicionālo un alternatīvo ārstniecības metožu popularitātes veicināšana un valsts darbības palielināšanās šajā jomā. Tā ir saistīta ar tradicionālās un alternatīvās medicīnas pakalpojumu popularizēšanu, sistematizēšanu un kvalitātes kontroli⁸⁷.

⁸⁷ „A Handbook of Traditional and Complementary Medicine Programme in Malaysia”, ed. Shamsuddin, Shamsaini et al. – Traditional and Complementary Medicine Division, Ministry of Health Malaysia, Kuala Lumpur, 2011

Jamal, Jamia Azdina „Malay Traditional Medicine. An overview of scientific and technological progress” in Asia Pacific Tech Monitor, Nov-Dec 2006, p. 37-49 – Asian and Pacific Centre for Transfer of Technology (APCTT), 2006 – http://www.techmonitor.net/tm/index.php?title=Asia-Pacific_Tech_Monitor_-_Nov-Dec_2006

Riji, Jill M. „Prinsip dan Amalan dalam Perubatan Melayu” – University of Malaya, Kuala Lumpur, 2005

„Traditional and Complementary Medicine Practice Guideline on Malay Massage”, ed. Ghani, Ramli Abd. et al. – Traditional and Complementary Medicine Division, Ministry of Health Malaysia, Kuala Lumpur, 2007, 2009

Darba rezultātā tika noskaidrots, ka:

1. Valsts veselības aprūpes sistēmas attīstība sākās Britu kolonizācijas laikā, bija vērsta uz Britu amatpersonu veselības aprūpes nodrošināšanai vai strādnieku veselības uzturēšanu, respektīvi, attīstījās ekonomisko faktoru ietekmē. Pārmantojot veselības aprūpes sistēmu no britiem pēc neatkarības iegūšanas, tā izrādījās nepietiekoša mūsdienu mērķu sasniegšanai: vispārējai pieejamībai neatkarīgi no etniskās piederības un sociālā stāvokļa vai maksātspējas. Medicīnas iestādes koncentrējās pilsētās un industriālajos centros, un lauku sabiedrībai, kas sastādīja līdz 70% no iedzīvotāju skaita, bija grūti sasniedzamas. No 1956. gada valsts izstrādā 5-gadu attīstības programmas, kuras ietver arī veselības aprūpi, definējot tās attīstības mērķus, problēmas un iespējamus risinājumus, kā arī novērtē iepriekšējā perioda rezultātus. Šobrīd ir termiņš 10. Malaizijas plānam.
2. Veselības aprūpes attīstības prioritātes Malaizijā ir:
 - Nodrošināt augstu pakalpojumu kvalitāti.
 - Īstenot mūsdienīgu un efektīvu veselības aprūpes sistēmu.
 - Paaugstināt pacientu plūsmas efektivitāti.
 - Veicināt iedzīvotājus uzņemties atbildību par pašu veselību, popularizēt veselīgu dzīvesveidu.
 - Vienkāršot pieeju dažādām sociālajām programmām, kas veltītas trūcīgo un citu neaizsargāto iedzīvotāju (t.sk. sieviešu) atbalstam.
 - Attīstīt ārstniecības speciālistu profesionālo līmeni.
 - Veicināt publisko medicīnas iestāžu darba vietu prestižu.
3. Lielākas problēmas mūsdienu Malaizijas veselības aprūpes sistēmā ir:
 - Veselības aprūpes izmaksas ir pārāk smaga nasta valsts budžetam. Ņemot vērā arvien pieaugošu pieprasījumu kā arī tautas vidēja vecuma palielināšanos, tas var novest pie veselības aprūpes sistēmas sabrukuma (skat. arī terminu “veselības aizsardzības trūkums” Pielikumā 1.).

- Publiskās medicīnas iestādes ir spiestas līdzināties un konkurēt ar privātām klīnikām gan pacientu vēlmju ziņā, gan ārstniecības personāla amatvietu aizpildīšanā.
- Veselības iestāžu pakalpojumu līmeņi atšķiras dažādos reģionos, un valsts regulēšanas iespējas to regulēt, lai šo problēmu efektīvi risinātu, šobrīd ir ierobežotas.

Malaizijas veselības aprūpes sistēma ir labi attīstīta, atbilst starptautiskajiem standartiem un neskatoties uz nevienlīdzīgi apdzīvotajiem reģioniem valstī ir nodrošināta augsta līmeņa veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība. Šobrīd valstī veselības aprūpes pakalpojumi ir lielā mērā subsidēti no valsts budžeta līdzekļiem. Šīs izmaksas arvien pieaug un to nodrošināšana valstij kļūst apgrūtināša.

Kolonizācijas posmā koloniālā valdība bija ieinteresēta veselības aprūpes nodrošināšanā ekonomiskās nepieciešamības dēļ. Piemēram, lai sasniegtu sanitārijas mērķus, tā darbojās, lai popularizētu tautā savas iniciatīvas. Pēc Neatkarības (1957.g.) veselības aprūpes nodrošināšana jau bija politiskā nepieciešamība, lai iegūtu iedzīvotāju atbalstu. Bet mūsdienās veselības aprūpe ir ne tikai nepieciešamība – tā ir patēriņa objekts. Arī valsts cenšas gūt no tās ienākumus un, no otras puses, vairs nespēj finansēt iedzīvotāju pieprasījumu pēc tās.

Tādējādi Malaizijas valdība plāno ierobežot un pārtraukt veselības aprūpes finansēšanu no budžeta līdzekļiem. Diemžēl nav skaidrs kā varētu īstenot šo pāreju, saglabājot pakalpojumu pieejamību esošajā līmenī.

6. Literatūra

6.1. Avoti un dokumenti

1. “Petunjuk Kesihatan/Health Indicators” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
2. “Fakta Kesihatan/Health Facts” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010, 2012
3. “Malaysia’s Health” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2008
4. “Country Health Plan 2011-2015: 10th Malaysia Plan ‘1Care for 1Malaysia’” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2010
5. ”Pelan Strategik 2011-2015. 1Care for 1Malaysia” – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2011
6. “Keluaran dalam negeri kasar dan pendapatan Negara kasar pada harga semasa 2000-2012, Malaysia”, Bahagian perangkaan akaun negara, Jabatan perangkaan Malaysia – <http://mysidc.statistics.gov.my/indikator/downloadfile.php?ddd=pdf|2409>
7. Global Health Observatory Data Repository – World Health Organization, 2012 – <http://apps.who.int/gho/data/>
8. “National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines Report of a WHO global Survey” – World Health Organization, Geneva, 2005
9. “Country Cooperation Strategy At A Glance: Malaysia” – World Health Organization, 2010
10. “Malaysia” in “Country Health Information Profiles”, p. 192 – 200 – World Health Organization, Regional Office for Western Pacific, 2011

6.2. Zinātniskie pētījumi un literatūra

11. Barnes, L. L. “New Geographies of Religion and Healing: States of the Field” in *Practical Matters*, Spring 2011, issue 4, p. 1-82 – Emory University, Atlanta, 2011.
12. Bin Harun, Hairudin “Galenism: A Study in the Philosophy of Malay Medicine” in *Sarjana* 6: h. 81-96, Kuala Lumpur, 1990
13. Bin Harun, Hairudin “Medicine and Imperialism: A Study of british Colonial Medical Establishment, Health Policy and Medical Research in the Malay Peninsula, 1786 – 1918” – University of London, London, 1988
14. Brown, C. “The Influenza pandemic of 1918 in Indonesia” // “Death and Disease in Southeast Asia. Explorations in Social, Medical and Demographic History”, ed. N.G. Owen, p. 235 – 256 – Oxford University Press, Singapore, 1987
15. Choon-Lee Chai “Science and Modernity: Modern Medical Knowledge and Societal Rationalization in Malaysia” – University of Saskatchewan, 2008
16. Chee Heng Leng, Barraclough, S. “Introduction: The transformation of health care in Malaysia” // “Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S. – Routledge, Abingdon, Abingdon, Oxon, 2007
17. Chee Heng Leng, Wong Yut Lin “Women’s access to health care services in Malaysia” // “Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S. – Routledge, Abingdon, Abingdon, Oxon, 2007
18. Chen, L. C., Evans, T. G. et al. “Health as a Global Public Good” // “Global Public Goods. International cooperation in the 21st century”, ed. Kaul, I., Grunberg, I. et al., p. 308 – 327 – Oxford University Press, New York, 1999
19. Coulter, Harris L. “Divided Legacy. History of the Schism in Medical Thought” Vol. I – North Atlantic Books, Washington D.C., 1982

20. Coulter, Harris L. "Divided Legacy. History of the Schism in Medical Thought" Vol. IV – North Atlantic Books, Washington D.C., 1994
21. Gimlette, John D. "Some Superstitious Beliefs Occurring in the Theory and Practice of Malay Medicine" in *Journal of the British Royal Asiatic Society* 65: p. 29-35 – London, 1913
22. Gimlette, John D. "Malay Poisons and Charm Cures" – J. Churchill, London, 1915, 1926; 10th ed. 2012
23. Giok Ling Ooi "British Colonial Health Care Development and the Persistence of Ethnic Medicine in Peninsular Malaysia and Singapore" in *Southeast Asian Studies* vol. 29, #2, September 1991, p. 158-178 – Center for Southeast Asian Studies, Kyoto University, 1991 – <http://kyoto-seas.org/pdf/29/2/290202.pdf>
24. Furlow, Christopher A. "Islam, Science and Modernity: From Northern Virginia to Kuala Lumpur" – University of Florida, 2005
25. Harper, T. N. "The Politics of Disease and Disorder in Post-War Malaya" in *Journal of Southeast Asian Studies*, vol. 21, Nr. 1 (Mar 1990), p. 88-113 – Cambridge University Press, 1990
26. Heggenhougen, H. K. "Bomohs, doctors and sinsehs – medical pluralism in Malaysia", in *Social science and Medicine. Medical Anthropology*, vol. 14B, Issue 4, November 1980, p. 235-244 – Pergamon Press Limited, 1980
27. Hindrichs, T. J. "New Geographies of Chinese Medicine" in *Osiris* 1998, Vol. 13, p. 287-325 – University of Chicago Press, 1998
28. Huang, M., Taib, M. N. M. "HIV/AIDS health care policy and practice in Malaysia" // "Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access" Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S., p. 154 – 169 – Routledge, Abingdon, Abingdon, Oxon, 2007
29. Kai Hong Phua, Mary Lai Lin Wong "From colonial economy to social equity: history of public health in Malaysia" // "Public Health in Asia and the Pacific. Historical and

- comparative perspectives”, ed. Lewis, M. J., MacPherson, K. L., p. 170 – 187 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2008, 2011
30. Khoo Khai Jin “Health care in Sarawak: model of a public system” // “Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S., p. 187 – 207 – Routledge, Abingdon, Abingdon, Oxon, 2007
31. Kleinman, Arthur “The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition” – “Basic Books”, New York, 1988
32. Laderman, Carol “Malaria and progress: some historical and ecological considerations” in *Social Science and Medicine (1967)* Vol.9 Nov.-Dec. 1975, p. 587-594.
33. Laderman, Carol “Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia”, University of California Press – Los Angeles, 1982
34. Laderman, Carol “A Welcoming Soil: Islamic Humoralism on the Malay Peninsula”, in “Paths to Asian Medical Knowledge” ed. Ch. Leslie & A. Young, p. 272-288 – University of California Press, Los Angeles, 1985, 1992
35. Laderman, Carol “Taming the Wind of Desire: Psychology, Medicine and Aesthetics in Malay Shamanistic Performance”, Berkely / University of California Press – Los Angeles, 1991
36. Lee, Kelley “The impact of globalization on public health: implications for the UK Faculty of Public Health Medicine” in *Journal of Public Health Medicine*, vol. 22 (3), September 2000, p. 253-262 – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11077894>
37. Lee, Kelley, Fustukian, Suzanne et al. “An introduction to global health policy” // “Health Policy in a Globalizing World”, ed. Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., p. 3 – 18 – Cambridge University Press, 2002
38. Monnais, L. “‘Could confinement be humanised?’ A modern history of leprosy in Vietnam” // “Public Health in Asia and the Pacific. Historical and comparative perspectives”, ed. Lewis, M. J., MacPherson, K. L., p. 122 – 138 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2008, 2011

39. Nicholas, C., Baer A “Health care for the Orang Asli: consequences of paternalism and non-recognition” // “Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S., p. 119 – 136 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007
40. Nicholas, C. “The Orang Asli of Peninsular Malaysia” – Center for Orang Asli Concerns, 2007
http://www.coac.org.my/portal/codenavia/portals/coacv2/code/main/main_art.php?parentID=11497609537883&artID=11509699100857
41. Ong Fon Sim “Health care and long-term care issues for the elderly” // “Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S., p. 170 – 186 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007
42. Baharuddin, Azizan Haji (ed.) “Perubatan dan kesihatan di kalangan orang Melayu” – Akademi Pengajian Melayu, Kuala Lumpur, 1993
43. Razali, M. S. “Psychiatrists and Folk Healers in Malaysia” in World Health Forum vol. 16, 1995 – World Health Organization, Geneva, 1995
44. Reid, Anthony “Southeast Asia in the Age of Commerce 1450-1680. Volume One: The Lands Below The Winds” – Yale University Press, New Haven, 1988
45. Reid, Anthony “Southeast Asia in the Age of Commerce 1450-1680. Volume Two: Expansion and Crisis” – Yale University Press, New Haven, 1993
46. Riji, Jill M. “Prinsip dan Amalan dalam Perubatan Melayu” – University of Malaya, Kuala Lumpur, 2005
47. Sivin, N. “Over the Borders: Technical History, Philosophy, and the Social Sciences” in *Chinese Science*, vol. 10, 1991, p. 69 – 80.
48. Stoner, B. P. “Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives in Medically Pluralistic Societies” in *Medical Anthropology Quarterly* vol. 17 Nr. 2, Feb. 1996, p. 44 – 48.

49. Wee Chong Hui, Jomo K. S “Equity in Malaysian Healthcare: an analysis of public health expenditures and health care facilities” // “Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access”. Ed. Či Hen Len, S. Barraclough, p. 102 – 116 – Routledge, Abingdon, Abingdon, Oxon, 2007
50. Winzeler, Robert L. “The Study of Malay Magic” in *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde* 139 (1983, #4), p. 435 – 458 – Leiden, 1983 – <http://www.kitlv-journals.nl/index.php/btlv/article/viewFile/2002/2763>
51. Worsley, P. “Non-Western Medical Systems” in *Annual Review of Anthropology* Vol. 11, p. 315 – 348. – 1982
52. Yeoh, B., Kai Hong Phua et al. “From colony to global city: public health strategies and the control of disease in Singapore” // “Public Health in Asia and the Pacific. Historical and comparative perspectives”, ed. Lewis, M. J., MacPherson, K. L., p. 188 – 205 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2008, 2011

6.3. Sekundārā literatūra

53. Abd. Rahman, Anita “Islam & Kesihatan Awam: menurut perspektif Al-Quran dan sunna” – The Inspiration Hub, Kuala Lumpur, 2012
54. Abu Shadi, Khalid “Terapi Islam sebagai doktor: rahsia hidup sihat tanpa ubat” – Jasmin, Puchong, 2013
55. Ahmad, A. Samad “Warisan perubatan Melayu” - Dewan Bahasa dan Pustaka, Kuala Lumpur, 1982, 2005
56. Begbie, Peter James “The Malayan Peninsula Embracing its History, Manners and Customs of the Inhabitants, Politics, Natural History, etc. from its Earliest Records” – The Vepery Mission Press, 1834. Reprint Oxford University Press, Kuala Lumpur, 1967.
57. Ghani, Ramli Abd. et al. (ed.) “Traditional and Complementary Medicine Practice Guideline on Malay Massage” – Traditional and Complementary Medicine Division, Ministry of Health Malaysia, Kuala Lumpur, 2007, 2009

58. Jamal, Jamia Azdina “Malay Traditional Medicine. An overview of scientific and technological progress” in Asia Pacific Tech Monitor, Nov-Dec 2006, p. 37-49 – Asian and Pacific Centre for Transfer of Technology (APCTT), 2006 – http://www.techmonitor.net/tm/index.php?title=Asia-Pacific_Tech_Monitor_.Nov-Dec_2006
59. “Health protection gap: Asia-Pacific 2012” (study report, ed. Alexander, D. et al.), Swiss Re – Hong Kong, 2012
60. Koh Kar Chai “The 1Care for 1Malaysia Issues”, in October, 2011, p. 17-18 – <http://www.mma.org.my/Portals/0/April-pps.pdf>
61. Winstedt, R. O. “Shaman, Saiva and Sufi” – Constable&Company Ltd, London, 1925

6.4. Izzīņu literatūra un interneta avoti

62. Balwi, Koharuddin bin Mohd. “Sains Perubatan Naturalistik Melayu” in Satu Kajian Awal, Jurnal Kemanusiaan #17(2/Disember 2003), h. 35-41 – Faculty of Management and Human Resource Development, Universiti Teknologi Malaysia, Skudai (Johor), 2003
63. Bin Harun, Hairudin “Colonialism and Medicine in Malaysia” in Encyclopaedia of the History of Science, Technology and Medicine in Non-Western Cultures, ed. Helaine Selin, p. 211-215 – Kluwer Academic Press, Dordrecht, 1997, Springer, 2008.
64. Ei, Ei “Medical Pluralism” – AIMST University, Semeling, Kedah, 2011
65. Foster, Steven “Balancing Nature and Wellness --Malaysian Traditions of “Ramuan” - The History, Culture, Biodiversity and Scientific Assimilation of Medicinal Plants in Malaysia”, HerbalGram #84 (2009), p. 30-43 – American Botanical Council, 2009 – <http://cms.herbalgram.org/herbalgram/issue84/article3461.html>
66. “Glimpses of Innovations in Primary Health Care in South-East Asia” – World Health Organization, Regional Office for SouthEast Asia, 2010

67. "Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine – World Health Organization, Geneva, 2004

68. "Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific" – World Health Organization, Western Pacific Region, Manila, 2002

69. "Traditional Malay Medicine", Global Information Hub on Integrated Medicine, 2010 – http://www.globinmed.com/index.php?option=com_content&view=article&catid=116:tacm-therapies&id=122:traditional-malay-medicine&Itemid=186

70. Hamid, Maimunah bt A. "1Care for 1Malaysia: Restructuring the Malaysian Health System", presented at the 10th Malaysia Health Plan Conference, 2010 http://hsgm.moh.gov.my/v2/uploads/1Care_for_1Malaysia.pdf

71. Jayaraj, P. "Regulation of traditional and complementary medicinal products in Malaysia" in International Journal of Green Pharmacy, Apr-2010 – <http://www.greenpharmacy.info/subscriberlogin.asp?rd=article.asp?issn=0973-8258;year=2010;volume=4;issue=1;spage=10;epage=14;aulast=Jayaraj;type=2>

72. Misau, Yusuf Abdu "Medical Pluralism" – University of Malaya, Kuala Lumpur, 2010

73. Pillay, Datuk Ir. Dr. M. S. "Traditional and Complementary Medicine in Malaysia" during International Conclave on Traditional Medicine 16-17Nov2006 – New Delhi, 2006

74. Shamsuddin, Shamsaini et al. (ed.) "A Handbook of Traditional and Complementary Medicine Programme in Malaysia" – Traditional and Complementary Medicine Division, Ministry of Health Malaysia, Kuala Lumpur, 2011

75. Zin, Mohd. Hadi bin Mohd "Traditional and Complementary Medicine Practice: Towards Standardization" – Pinang, 2010 – http://www.amdi.usm.edu.my/Portals/37/Users/Nota%20Kursus%20TCM/T&CM%20Practice_Towards%20Standardization.pdf

Pielikums 1. Vārdnīca

1Carefor1Malaysia	Veselības sistēmas restrukturizācijas stratēģija, ko pieņēma par pamatu šobrīd īstenojamajam veselības plānam, respektīvi 10. Malaizijas veselības plānam, kurš tiek īstenots no 2011. gada un tā termiņš turpinās līdz 2020.
1Malaysia	“Satu Malaizija” – šobrīd spēkā esošā Malaizijas valdības programma, ko 2010. gadā uzsāka premjerministrs Nadžīb Tun Razak, lai nostiprinātu valstī etnisku līdzjūtību, nacionālo vienotību un efektīgu valdību. Viens no programmas solījumiem ir līdz 2020. gadam sasniegt dzīves kvalitātes līmeni, kas atbilst attīstītajām valstīm.
Ārstnieciskais (vai medicīnas) tūrisms	Ceļošana uz konkrēto valsti ar mērķi saņemt lētāku vai augstākas kvalitātes medicīnas pakalpojumu – vai arī pakalpojumu, kas noteiktajā brīdī nav pieejams lokāli. Šim nolūkam valstī var būt paredzēta īpaša ieceļošanas procedūra nerezidentiem. Dažkārt pie ārstniecības ceļošanas pieskaita arī ceļošanu uz kūrortu centriem, kur sniedz dažādus ārstnieciskus pakalpojumus (piemēram, SPA viesnīcās, sanatorijās, rehabilitācijas centros).
biomedicīna	Jeb konvencionāla, jeb zinātniskā, jeb Rietumu, jeb modernā medicīna. Šos terminus darbā lieto kā sinonīmus. Kaut citos kontekstos starp tiem var būt atšķirības, tie nav būtiski šī darba priekšmeta izpratnei. Terminoloģiskā diskusija ir ārpus šī darba robežām.
bomohs	tautas dziednieks

humori	<p>substances, kas plūst cilvēka ķermenī un ietekmē tā veselības stāvokli. To lomu interpretācijas mainījās gadsimtu mijā. Piemēram (no darba “Cilvēka <i>physis</i>”, Hipokrāta korpuss⁸⁸): “Cilvēka ķermenis satur sevī asini, flegmu, dzelteno žulti un melno žulti. Tie izveido viņa ķermeņa <i>physis</i> (dabu), un caur tiem cilvēks izjūt sāpes vai bauda veselību. Tātad viņš bauda pašu izcilāku veselību, ja šie elementi ir attiecīgi līdzsvaroti atbilstoši to proporcijai, <i>dynamis</i> (dzīves spēkam), un apjomiem, un kad tie ir pilnībā sajaukti. Sāpes rodas, ja ir kāda no šiem elementiem trūkums vai pārpilnība, vai tas tiek izolēts ķermenī tā, ka to vairs nepapildina visi pārējie.”</p> <p>Humorālo teoriju attīstīja un interpretēja vairāki antīkas medicīnas domātāji, tai skaitā Galēns (2. gs. m. ē.).</p>
IKT	Informācijas un komunikācijas tehnoloģijas
KKM	Malaizijas Veselības ministrija, <i>Kementerian Kesihatan Malaysia</i>
Krīzes posms (<i>Emergency; darurat</i>)	Posms 1948.-1960., kad notika partizānu karš starp komunistisko partiju (pārsvarā, ķīniešu izcelsmes atbalstītāji) un Britu valdību (pēc Neatkarības, ar UMNO). Komunistiskās partijas vara tolaik bija stipra pateicoties tās pretestībai Japāņu okupācijai II pasaules kara laikā.

⁸⁸ Citēts pēc [Coulter82]

orang asli	<p>Malaizijas iezemieši, kuri reģionā dzīvoja vēl pirms malajiešu karaļvalstu nodibināšanas, un šobrīd turpina dzīvot tradicionālo dzīvesveidu. Nosaukumu no malajiešu valodas varētu tulkot kā “īstie/ oriģinālie ļaudis”.</p> <p>Orang asli sastāda 0.6% no Malaizijas iedzīvotājiem, un viņu grupai ir augstākais trūcīguma rādītājs 76.9%. (Vidējais trūcīguma rādītājs valstī visās nacionālajās grupās ir 6.5%).⁸⁹</p> <p>Viņu intereses valsts likumdošanā nav aizsargātas (piemēram, viņiem nav tiesību uz zemēm, kuras tie apstrādā) un valsts uzskata tos par saviem padotajiem, ar tieksmi asimilēt viņus pārējā sabiedrība, t.sk. islamizēt, izglītēt pēc valsts standartiem utt. Valsts vai pat privāto interešu dēļ piemēro pārcelšanās kampaņas, piespiežot orang asli pamest viņu aizņemtās teritorijas. Šo praksi izmantoja Krīzes (<i>Emergency</i>) posmā (1948.-1960.), lai ierobežotu orang asli no resursu un informācijas sniegšanas komunistiem. Mūsdienās piespiedu pārcelšanās joprojām piemēro, piemēram, lai būvētu Kuala Lumpur lidostu.</p> <p>Ar orang asli lietām valstī nodarbojas īpaša ministrija JHEOA, kuras mērķis ir drīzāk kalpot oficiālajai valdībai nekā paust orang asli intereses. “Orang asli tiek uzskatīti par valsts padotajiem, bet JHEOA – par viņu dievišķīgu vecāku.”⁹⁰</p>
------------	--

⁸⁹ Nicholas, C., Baer A “Health care for the Orang Asli: consequences of paternalism and non-recognition” // “Health Care in Malaysia. The Dynamics of Provision, Financing and Access” Ed. Chee Heng Leng, Barraclough, S., p. 119 – 136 – Routledge, Abingdon, Oxon, 2007

⁹⁰ Ibid.

pacients	Šis termins ir plaši lietojams kā sinonīms vārdam <i>slimnieks</i> , lai raksturotu personu, kam nepieciešama vai kas cenšas saņemt ārstniecisku palīdzību. Tomēr A. Kleinmans savā darbā “Slimības apraksti” (“The Illness Narratives”) uzsver, ka šis vārds tā raksturo cilvēku, it kā tas būtu pasīvais medicīnas pakalpojumu objekts. Tomēr <i>slimnieka</i> dzīve notiek, piemēram, ap viņa tuviniekiem vai arī vienatnē ciešot un pārvarot sava stāvokļa grūtības – kā subjektam, aktīvam aprūpes dalībniekam ⁹¹ .
PHFSA 1998	Akts par privātām veselības iestādēm un pakalpojumiem, <i>Private Health Facilities and Services Act 1998</i>
Primārā aprūpe	Primārā aprūpe attiecās uz konsultācijām un pakalpojumiem, ko sniedz veselības aprūpes speciālists vai cits sabiedrības loceklis, ar kuru pacientam notiek pirmais kontakts veselības jautājumos. Parasti tas varētu būt ģimenes ārsts, medmāsa, dziednieks, farmaceits utt.
Sekundārā aprūpe	Veselības aprūpe, ko ārsti u.c. medicīnas profesionāļi sniedz pacientiem parasti pēc citas ārstniecības personas (piem., ģimenes ārsta vai medmāsas) norādījuma, ar kuru pacientam bija pirmais kontakts (skat. <i>Primārā aprūpe</i>). Parasti terminu attiecina uz “aprūpi slimnīcās” (kaut tas ir nespecifisks pietuvinājums). Par sekundāras aprūpes piemēriem varētu nosaukt speciālistu (piem., kardiologa vai dermatologa) konsultācijas, dzemdību palīdzību, intensīvo terapiju. Dažās valstīs no pacienta ir prasīts primārās aprūpes speciālista norādījums, lai varētu piekļūt sekundārajai aprūpei.
Terciārā aprūpe	Specializēta medicīnas aprūpe, kas parasti notiek pēc primārās vai sekundārās aprūpes speciālista norādījuma, un ietver, piemēram, vēža pacientu aprūpi, neiroķirurģiju utml. sarežģītus medicīniskus pakalpojumus un manipulācijas.

⁹¹ Kleinman, Arthur „The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition” – „Basic Books”, New York, 1988

UMNO	<p><i>Pertubuhan Kebangsaan Melayu Bersatu</i>, jeb Apvienoto malajiešu nacionālā organizācija (<i>United Malays National Organization</i>, UMNO) – lielāka politiskā partija Malaizijā, kas izveidojās 1946. gadā un kas dominē valsts politikā kopš neatkarības (pirmās vēlēšanās: 1959.) Valsts premjērministrs kopš 2009. gada, Nadžīb Tun Razak, ir šīs partijas līderis. Pēc 2013. g. vēlēšanām politiskā koalīcija Barisan Nasional, kuras sastāvā ir šī partija, joprojām dominē parlamentā ar 133 no 222 vietām</p>
Veselības aizsardzības trūkums	<p>No angļu <i>Health Protection Gap</i> – starpība starp veselības aprūpes izmaksām, kas nepieciešamas, lai apmierinātu tautas vajadzības pēc tās, un to vērtību, kas būšot pieejama šo izmaksu segšanai, ja kopēja iekšzemes kopprodukta daļa (IKP/GDP) kas veltīta veselības izmaksām paliktu nemainīga.</p> <p>Veselības aizsardzības trūkums ir raksturīgs visiem Āzijas Klusā okeāna reģiona valstīm, un prognozē to pieaugumu no 9 miljardiem ASV dolāru 2011. Līdz 197 miljardiem dolāru 2020. gadā⁹².</p>
WHO	<p>Pasaules veselības organizācija, <i>World Health Organization</i></p>

⁹²“Health protection gap: Asia-Pacific 2012” (study report, ed. Alexander, D. et al.), Swiss Re – Hong Kong, 2012

Pielikums 2. Originālteksta izdruka

3. Teras strategik / Bidang keberhasilan utama [Key result areas (KRA)]⁹³

Berdasarkan KRA RMK10 (*Rancangan Malaysia Kesepuluh*) berkaitan 'penjagaan kesihatan berkualiti dan gaya hidup sihat' yang bertujuan untuk melahirkan 'masyarakat sihat yang mempunyai akses kepada penjagaan kesihatan dan kemudahan rekreasi yang berkualiti,' empat strategi nasional RMK10 telah dikenal pasti oleh kerajaan iaitu:

- Mewujudkan sistem penjagaan kesihatan dan infrastruktur rekreasi yang komprehensif.
- Menggalakkan kesedaran kesihatan dan aktiviti gaya hidup sihat.
- Memperkasakan masyarakat untuk merangka atau menjalankan program kesejahteraan individu (bertanggungjawab ke atas kesihatan diri).
- Mentransformasikan sektor kesihatan untuk meningkatkan kecekapan dan keberkesanan sistem penyampaian bagi memastikan akses yang menyeluruh (universal access).

Seterusnya, keempat-empat strategi nasional ini telah digarap untuk menghasilkan teras strategik khusus bagi sektor kesihatan iaitu :

- Transformasi sektor kesihatan ke arah sistem kesihatan yang efisien dan berkesan untuk memastikan akses yang universal kepada penjagaan kesihatan.
- Kesedaran terhadap kesihatan dan gaya hidup sihat.
- Memperkasakan individu dan komuniti agar bertanggungjawab terhadap kesihatan sendiri.

⁹³ Origināteksts no: "Pelan Strategik 2011-2015. 1Care for 1Malaysia", h. 5-6 – Kementerian Kesihatan Malaysia/Ministry of Health of Malaysia, 2011

Ketiga-tiga teras strategik ini telah diguna pakai sebagai KRA peringkat Kementerian Kesihatan Malaysia. Jadual 1 menunjukkan hubung kait antara Strategi Nasional RMK10 berkaitan kesihatan dengan KRA peringkat KKM.

Di samping 3 teras strategik ini, National Key Economic Area (NKEA) Penjagaan Kesihatan juga telah digubal untuk menjana kekayaan melalui kecemerlangan dalam industri penjagaan kesihatan.

Jadual 1: Hubung kait antara Strategi Nasional RMK10 berkenaan kesihatan dengan KRA KKM

Strategi Nasional RMK10	KRA KKM
1. Mewujudkan sistem penjagaan kesihatan dan infrastruktur rekreasi yang komprehensif. 2. Mentransformasikan sektor kesihatan untuk meningkatkan kecekapan dan keberkesanan sistem penyampaian bagi memastikan akses yang menyeluruh (universal access).	Transformasi sektor kesihatan ke arah sistem kesihatan yang efisien dan berkesan untuk memastikan akses yang universal terhadap penjagaan kesihatan.
3. Menggalakkan kesedaran kesihatan dan aktiviti gaya hidup sihat.	Kesedaran kesihatan dan gaya hidup sihat.
4. Memperkasakan masyarakat untuk merangka atau menjalankan program kesejahteraan individu (bertanggungjawab ke atas kesihatan diri).	Memperkasakan individu dan komuniti agar bertanggungjawab terhadap kesihatan sendiri.

Kopsavilkums

Maģistra darbā "No veselības aprūpes līdz veselības veicināšanai. Sabiedrības veselības veicināšana Malaizijā" tiek izpētīta Malaizijas veselības aprūpes sistēma; tās iesākumi Britu kolonizācijas posmā; tās attīstība neatkarīgajā Malaizijā; un mūsdienu stāvoklis, īpaši - tās attīstīšanas prioritātes un ar veselības aprūpi saistītās problēmas, kuru atrisināšana ir būtiska gan sekmīgajai veselības aprūpes sistēmas funkcionēšanai, gan, plašākā redzējumā, arī pašas valsts labklājībai.

Mūsdienās veselības aprūpe ir neatņemamā attīstīto valstu pārvaldīšanas joma, un Malaizija sniedz spilgtu piemēru veselības aprūpes sistēmas attīstīšanā. Pārmantojot veselības aprūpes infrastruktūru no Britu koloniālās valdības, valsts to ir attīstījusi un sasniegusi relatīvi augstu kvalitātes un pieejamības līmeni.

Diemžēl, kā daudzās valstīs ar lielākoties subsidētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, to finansēšana valsts budžetam kļūst postoša, tādējādi Malaizijas valsts cenšas transformēt iedzīvotāju attieksmi pret savu veselību, un vienlaikus optimizēt veselības aprūpes infrastruktūras darbību un palielināt tās efektivitāti.

Darbā ir 3 nodaļas, neieskaitot ievadu (1. nodaļa) un noslēgumu (5. nodaļa), un 2 pielikumi. 2. nodaļā ir pārskatīta veselības aprūpes pētniecības problemātika un darbā izmantotā literatūra. 3. nodaļā tiek izpētīta Malaizijas reģiona veselības aprūpes attīstība koloniālajā posmā un Neatkarīgās Malaizijas pirmajās desmitgadēs. 4. nodaļā tiek izpētītas mūsdienu Malaizijas veselības aprūpes sistēmas attīstības prioritātes un aktuālās problēmas.

Darba garums ir 42 lapaspuses, neieskaitot literatūras sarakstu un pielikumus.

Summary

The master's thesis "From healthcare to health promotion. Healthcare development in Malaysia" is dedicated to healthcare system in Malaysia, its beginnings during British colonization, its development in the Independent Malaysia, and its current situation. Especially, its development priorities and the problems related to the public healthcare that are crucial to be solved in order for the successful operation of the healthcare system and, overall, for the well-being of the state itself.

Healthcare nowadays is an essential part of governance of developed countries, and Malaysia is an outstanding example of a rather successful development of a healthcare system. The system it has inherited from the British colonial administration had been elaborated and currently it has reached relatively high levels of quality and delivery.

Still – as in the other countries where healthcare is largely subsidized by the state – the financing of public healthcare is becoming a burden for the state budget. Hence the state tends to transform the mindsets of the people for them to take more responsibility for their own health, and on the other hand – to optimize the existing healthcare infrastructure in order to enhance its efficiency and effectiveness.

The thesis consists of 3 parts, not including the Introduction (Part 1) and the Conclusion (Part 5), and 2 annexes. Part 2 gives an overview of public health research problems and of the literature used in the work. Part 3 lays out the healthcare development in Malaysia during British colonization and the first decades of Independence. Part 4 focuses on the healthcare priorities and acute problems in the modern Malaysia.

The work is 42 pages long, not including the bibliography and the annexes.

Dokumentārā lapa

Maģistra darbs “No veselības aprūpes līdz veselības veicināšanai” ir izstrādāts LU Humanitāro zinātņu fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autore:

Anna Brikmane

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai.

Vadītājs:

Prof. Leons Taivāns

Recenzents:

Darbs iesniegts Orientālistikas nodaļā 24.05.2013.

Metodiķe:

Inna Budoviča

Darbs aizstāvēts maģistra gala pārbaudījuma komisijas sēdē

____.____.2013. prot. Nr. _____, vērtējums _____

Komisijas sekretāre: