

Iedzīvotāju viedoklis par veselības aprūpes sistēmu Latvijā

Iedzīvotāju aptaujas rezultāti

KOPSAVILKUMS

Rīgā, 2026.

IEVADS

Eiropā un visā pasaulē notiek veselības aprūpes sistēmas reformas, lai nodrošinātu kvalitatīvāku, vienlīdzīgāku un uz cilvēkiem vairāk vērstu aprūpi. Veselības sistēmas veiktspējas rādītājos cilvēku priekšstatī par veselības aprūpes sistēmu un viņu aprūpes pieredze ieņem nozīmīgu vietu PVO, OECD, ES projektu veselības sistēmu aprakstos un vērtējumos, taču pašlaik tas netiek sistemātiski fiksēts nevienā valsts vai starptautiskā datu sistēmā. Fokuss uz cilvēku subjektīvo skatījumu par veselības sistēmas kvalitāti un citiem veiktspējas aspektiem ir būtisks, bet līdz šim nepietiekami uzsvērts veselības sistēmas darbības vērtējuma kritērijs. Tas ir svarīgs tādēļ, ka tādus veselības sistēmas aspektus, kā uzticēšanās sistēmai (legimitāti un atsaucību), cilvēkā centrētu pieeju nevar pilnvērtīgi novērtēt tikai ar objektīviem rādītājiem, piemēram, mirstību, mūža ilgumu, budžeta izdevumiem veselības aprūpei.

Latvijā pirmo reizi tika īstenota iedzīvotāju aptauja, kurā tika noskaidrota veselības aprūpes sistēmas izmantošana, aprūpes ceļi, pieredze, pakalpojumu pieejamība dažādos veselības aprūpes līmeņos/iestādēs, valsts un privātajā sektorā, noskaidroti Latvijas sabiedrības priekšstatī par veselības sistēmas kvalitāti, pārliecība un uzticēšanās veselības aprūpes sistēmai, uzziņāts veselības aprūpes neizmantoņāju profils un iespējamie neapmierinātības iemesli; noskaidrota nevienlīdzība veselības aprūpes izmantošanā un kvalitātē.

Aptauja īstenota starptautiska projekta ietvaros, kura kopējais mērķis ir, izmantojot People's Voice Survey (PVS) rīku, iegūt populācijas vecumā no 15 gadiem vērtējumu par veselības aprūpes sistēmas darbību un kvalitāti četrās valstīs Eiropā (Latvijā, Nīderlandē, Skotijā un Šveicē).

Visās projekta dalībvalstīs, tai skaitā Latvijā, tika adaptēta starptautiskas globālās veselības sistēmu pētnieku grupas izstrādātā metodika un aptaujas anketa "People's Voice Survey (PVS)". Tās autori pārstāv QUEST tīklu (Quality evidence for health system transformation)- latviski: Kvalitatīvi pierādījumi veselības sistēmas pārveidošanai. Tīkla mērķis ir izveidot pierādījumu bāzi, lai atbalstītu pāreju uz augstas kvalitātes veselības aprūpes sistēmām, uzlabojot standartizētus mērījumus, radot salīdzināmus indikatorus un vispārīnāmas zināšanas sadarbībā ar pētniekiem, pārmaiņu iniciatoriem un ieviesējiem. (<https://www.questnetwork.org/>). Anketu turpmāk varēs izmantot, lai monitorētu Latvijas iedzīvotāju viedokli par veselības aprūpes sistēmas dažādām kvalitātes dimensijām, veikt datu salīdzināšanu valsts un starptautiskā mērogā.

Aptaujā iegūtie rezultāti dod ieskatu par Latvijas veselības aprūpes sistēmas stiprajām un vājajām pusēm no iedzīvotāju skata punkta. Tie palīdzēs gan politikas veidotājiem, gan veselības aprūpes sistēmas organizatoriem veikt uz pierādījumiem balstītas sistēmiskas pārmaiņas.

PĒTĪJUMA METODES

Pētījuma mērķis: novērtēt Latvijas veselības aprūpes sistēmas veikspēju un kvalitāti no iedzīvotāju skata punkta.

Pētījuma dizains

Paneļa izlases šķērsgriezuma aptauja, kurā izmanto mobilo tālrunu respondentus vispārējā pieaugušo un pusaudžu (15+) Latvijas iedzīvotāju populācijā.

Mērķa populācija: Latvijas iedzīvotāji vecumā no 15 gadiem.

Atlases ģenerālais kopums:

1 725 073 Latvijas iedzīvotāji vecumā no 15 gadiem (Pilsonības un Migrāciju lietu pārvaldes (PMLP) dati, 2025. gada 14. janvāris).

Pētījuma izlase

Latvijas iedzīvotāju nacionāli reprezentatīva paneļa izlase, stratificēta pēc dzimuma, vecuma (deviņām vecuma grupām: 15 - 17, 18 - 19, 20 - 29, 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69, 70 - 79 un 80 un vairāk gadi), tautības, reģiona un apdzīvotas vietas tipa, atbilstoši iedzīvotāju sadalījumam pēc LR Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes datiem;

Latvijas iedzīvotāju aptaujā sasniegti 2460 respondenti (tai skaitā 518 respondenti jauniešu vecuma grupā no 15 līdz 19 gadiem)

Aptaujas anketa/ instruments

Aptaujas anketas pamatā izmantota People's Voice Survey (PVS) darba grupas izstrādā anketa. Aptaujas instrumentu un metodiku ir izstrādājuši starptautiska globālās veselības sistēmu pētnieku grupa, kas pārstāv QuEST tīklu (Quality Evidence for Health System Transforming) latviski: Kvalitatīvi pierādījumi veselības sistēmas pārveidošanai). (<https://www.questnetwork.org/>).

Aptaujas metode:

Latvijas iedzīvotāju mērķa grupā – kombinētā metode: datorizētās tiešsaistes intervijas: n= 2220 (Computer Assisted Web Interviews (CAWI)) un telefonintervijas: n= 240 (Computer Assisted Telephone Interviews (CATI)), pēc respondenta izvēles – latviešu vai krievu valodā. Lai nodrošinātu reprezentatīvus datus, iedzīvotāji vecuma grupā 70 – 79 gadi tika aptaujāti, izmantojot gan interneta paneļa dalībniekus (CAWI), gan telefonintervijas (CATI), savukārt iedzīvotāji vecuma grupā 80 un vairāk gadu – galvenokārt, izmantojot telefonintervijas (CATI). Anketas valoda pēc respondenta izvēles latviešu vai krievu valodā.

Lauka darba veikšanas laiks: no 2025. gada 9. oktobra līdz 2026. gada 9. janvārim. Tos veica SIA "TNS Latvia", ievērojot visaugstākos kvalitātes standartus, kas atbilst starptautiski atzītam ESOMAR (*European Society for Opinion and Marketing Research*) profesionālā kodeksa prasībām.

Datu analīze:

Dati tika svērti pēc 5 parametriem: dzimuma, vecuma, tautības, reģiona un apdzīvotās vietas tipa atbilstoši oficiāli pieejamiem LR Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes (PMLP) datiem uz 2025. gada 14. janvāri.

Atbilstoši šī ziņojuma mērķim, tika veikta aprakstošā datu statistiskā analīze ar frekvenču un to procentuālo proporciju mērījumiem, stratificējot pēc pamata demogrāfiskajiem un sociāli ekonomiskajiem parametriem. Izmantota datorprogramma "IBM SPSS Statistics 31for Windows". Rezultātu apraksts un to interpretācija veidota atbilstoši populācijas atlases šķērsgriezuma dizainam, izceļot galvenās skaitliskās atradnes.

Datu aizsardzība un ētika:

Pirms aptaujas uzsākšanas tika prasīta dalībnieka piekrišana. Dalībnieki varēja atteikties piekrišanu vai izstāties no pētījuma jebkurā laikā. Piekrišanas iegūšanā tika ievērots valsts tiesiskais regulējumu un Vispārīgā datu aizsardzības regula. Visās aptaujas modalitātēs kopā ar aptaujas atbildēm netika saglabāta identificējama informācija.

Pētījums ieguvis RSU Pētījumu ētikas komitejas atzinumu 04.06.2025. Lēmums Nr. 2-PĒK-4/770/2025

Pētījuma finansējums:

Finansējusi ES programmas "Apvārsnis Eiropa" (Horizon Europe) partnerības "Veselības un aprūpes sistēmu pārveide" (Transforming Health and Care Systems – THCS) ietvaros ar Latvijas Zinātnes padomes atbalstu (granta līguma Nr. ES RTD/2024/33).

Piebilde:

Kopsavilkums veidots ar mākslīgā intelekta palīdzību. Tas ir pētnieku grupas pārbaudīts un labots.

Pētījuma rezultāti**1. Ierastais veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs - kopsavilkums**

Šajā sadaļā raksturota ierastā jeb parastā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja (*usual source of care*, USC) esamība, tā veids, ārstniecības iestādes izvēles galvenie iemesli un saņemtās aprūpes kvalitātes vērtējums. Ierastais pakalpojumu sniedzējs raksturo vietu vai speciālistu, pie kura cilvēks parasti vēršas veselības problēmu, profilaktiskas pārbaudes vai konsultācijas gadījumā, un ir nozīmīgs aprūpes pieejamības un nepārtrauktības rādītājs.

Rādītājs	Kopējais rezultāts	Izteiktākās atšķirības / interpretācija
Ierastā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja esamība	80,2% respondentiem ir viena ārstniecības iestāde, prakse vai pakalpojumu sniedzējs, kuru viņi parasti apmeklē	Zemākais īpatsvars bija 20–29 un 30–39 gadu grupās – attiecīgi 71,3% un 71,2%, bet augstākais 70–79 gadus (90,7%) un 80+ grupā (91,1%). Ierastais sniedzējs biežāk bija respondentiem ar ilgstošu slimību (85,6% pret 74,6% bez tās) un retāk augstākajā ienākumu kvintilē (73,6%).
Ierastā pakalpojumu sniedzēja veids	Ģimenes ārsta prakse – 74,1% ; poliklīnika/veselības centrs – 14,5% ; cita ārsta speciālista prakse – 6,5%	Ģimenes ārsta prakse retāk bija galvenais sniedzējs 20–39 gadu vecumā, Rīgā un augstākajā ienākumu kvintilē. Rīgā biežāk kā ierastā aprūpes vieta norādīta poliklīnika/veselības centrs (25,1%).
Galvenais iemesls ārstniecības iestādes izvēlei	Neliels attālums/tuvu – 36,8% ; labas pakalpojumu sniedzēja prasmes – 23,1% ; “tā ir vienīgā iespēja” – 12,4%	Augstāka izglītības un ienākumu līmeņa respondenti biežāk izvēlējās iestādi profesionālo prasmju dēļ. “Vienīgo iespēju” biežāk norādīja zemāku ienākumu, sliktāka veselības stāvokļa un ārpus Rīgas dzīvojošie respondenti.
Izvēles ierobežotība pēc dzīvesvietas un veselības stāvokļa	Rīgā “vienīgo iespēju” norādīja 5,9% , laukos – 16,0% , citās pilsētās – līdz 18,8%	Slikta/ļoti slikta veselības pašvērtējuma grupā “vienīgā iespēja” bija 24,3%, salīdzinot ar 10,5% pārējiem; ilgstošas slimības gadījumā – 14,8% pret 9,4%. Tas norāda uz nevienmērīgu pakalpojumu izvēles iespēju sadalījumu.
Ierastajā ārstniecības iestādē saņemtās aprūpes kvalitāte	Ļoti labi – 23,9% , labi – 51,9% , viduvēji – 17,0%; slikti/ļoti slikti – 2,5%	Pozitīvs vērtējums bija augstāks augstākajā ienākumu kvintilē (84,3%) nekā zemākajā (68,5%). Respondentiem ar sliktu/ļoti sliktu veselības pašvērtējumu pozitīvs vērtējums bija 62,7%, salīdzinot ar 77,9% respondentiem ar labāku veselības pašvērtējumu.

Kopumā četriem no pieciem respondentiem ir ierastais veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, un visbiežāk tā ir ģimenes ārsta prakse. Ierastā sniedzēja esamība ir īpaši izplatīta vecākajās vecuma grupās un respondentiem ar ilgstošām veselības problēmām, kas ir savietojams ar lielāku nepieciešamību pēc regulāras un nepārtrauktas aprūpes. Vienlaikus Rīgā, jaunāku cilvēku un augstāko ienākumu grupās biežāk vērojama vairāku alternatīvu izmantošana un mazāka piesaiste vienam sniedzējam.

Pakalpojuma sniedzēja izvēlē dominē ģeogrāfiskais tuvums un profesionālās prasmes, taču būtiska daļa respondentu norāda, ka konkrētā iestāde ir vienīgā pieejamā iespēja. Šī atbilde biežāk sastopama ārpus Rīgas, zemāku ienākumu un sliktāka veselības stāvokļa grupās, kas norāda uz iespējamu nevienlīdzību pakalpojumu izvēles iespējās. Kopējais ierastajā ārstniecības iestādē saņemtās aprūpes kvalitātes vērtējums ir pārsvarā pozitīvs, taču zemāks vērtējums vērojams zemāku ienākumu un sliktāka veselības stāvokļa respondentiem.

Šajā versijā “ierastais pakalpojumu sniedzējs” konsekventi lietots kā pamatjēdziens, bet vairāku iespēju esamība vai viena sniedzēja izvēle netiek automātiski interpretēta kā labāka vai sliktāka aprūpes kvalitāte.

2. Veselības aprūpes izmantošana - kopsavilkums

Šajā sadaļā raksturota veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana pēdējo 12 mēnešu laikā, analizējot klātienē apmeklējumu biežumu un izmantoto ārstniecības iestāžu skaitu, veselības aprūpes saņemšanu ārvalstīs un mājās, attālināto konsultāciju izmantošanu, kā arī ārstēšanos slimnīcā. Klātienē apmeklējumi neietver hospitalizāciju, attālinātos pakalpojumus un mājās saņemto aprūpi.

Rādītājs	Kopējais rezultāts	Izteiktākās atšķirības / interpretācija
Klātienē veselības aprūpes izmantošana	88,4% pēdējā gada laikā bijis vismaz viens klātienē apmeklējums; 5,1% – neviens. Visbiežāk bijuši 2–4 apmeklējumi (34,5%) un 5–9 apmeklējumi (25,8%)	Intensīvāka izmantošana bija sievietēm, respondentiem ar sliktāku veselības pašvērtējumu, ilgstošām slimībām un privāto veselības apdrošināšanu. Neapmeklēšanas īpatsvars samazinājās no 9,0% zemākajā līdz 3,8% augstākajā ienākumu kvintilē.
Vairāku ārstniecības iestāžu izmantošana	No respondentiem ar vismaz diviem apmeklējumiem 68,0% pakalpojumus saņēma vairākās iestādēs, 32,0% – vienā	Vairākas iestādes biežāk izmantoja sievietes (71,6%), Rīgas iedzīvotāji (73,3%), personas ar augstāko izglītību (74,0%), augstāku ienākumu grupas un respondenti ar ilgstošām slimībām. Vairāku iestāžu izmantošanu nevar automātiski interpretēt kā aprūpes fragmentāciju.
Veselības aprūpe ārpus Latvijas	5,5% respondentu pēdējā gada laikā bija saņēmuši veselības aprūpi ārvalstīs	Biežāk to norādīja 18–19 gadu (10,5%) un 20–29 gadu (8,9%) respondenti. Visbiežāk pakalpojumus saņēmi Lietuvā (25,5%) un Igaunijā (11,4%); pēc pakalpojuma veida dominēja zobārsts (35,6%), ģimenes/vispārējās prakses ārsta aprūpe (26,5%) un palīdzība akūta vai neatliekama gadījuma dēļ (22,7%).
Veselības aprūpe mājās	9,5% respondentu bija saņēmuši veselības aprūpes pakalpojumus savās mājās	Pakalpojumus biežāk saņēma zemāku ienākumu un izglītības grupas, bezdarbnieki (22,4%) un respondenti ar sliktu/ļoti sliktu veselības pašvērtējumu (15,7% pret 8,8% pārējiem). No mājās aprūpes saņēmējiem 50,9% pakalpojumu saņēma vienu reizi, bet 18,4% – piecas vai vairāk reizes.
Attālinātās veselības aprūpes konsultācijas	Aptuveni 30% bija izmantojuši vismaz vienu attālinātu konsultāciju; 69,6% tās nebija izmantojuši	Attālinātos pakalpojumus biežāk izmantoja personas ar invaliditāti un sliktāku veselības pašvērtējumu. Pēdējās konsultācijas galvenais iemesls 62,0% gadījumu bija receptu, nosūtījumu, darbnospējas lapu vai izziņu saņemšana; 19,8% – jauna vai steidzama veselības problēma, 11,3% – hroniskas slimības turpinoša aprūpe.
Attālinātās aprūpes kvalitāte	86,4% pēdējo attālināto konsultāciju vērtēja kā ļoti labu vai labu; tikai 2,3% – kā sliktu vai ļoti sliktu	Pozitīvs vērtējums dominēja gandrīz visās grupās, lai gan bija atšķirības pēc tautības, dzīvesvietas un ienākumiem.
Ārstēšanās slimnīcā	13,1% pēdējo 12 mēnešu laikā bija vismaz vienu nakti pavadījuši slimnīcā kā uzņemti pacienti	Hospitalizācija pieauga līdz ar vecumu: 20–29 gadu grupā – 7,7%, 60–69 gados – 16,0%, 70–79 gados – 22,0%, 80+ – 21,7%. Zemāks hospitalizācijas īpatsvars bija Rīgā un citās lielajās pilsētās nekā laukos un mazākās pilsētās.

Kopumā rezultāti rāda, ka veselības aprūpes izmantošana Latvijā ir intensīva un daudzveidīga: lielākā daļa respondentu gada laikā izmanto klātienē pakalpojumus, bet ievērojama daļa aprūpi saņem vairākās ārstniecības iestādēs, mājās vai attālināti. Pakalpojumu izmantošanas intensitāte ir cieši saistīta ar veselības vajadzībām – respondentiem ar sliktāku veselības pašvērtējumu un ilgstošām slimībām biežāk nepieciešami atkārtoti klātienē, mājās, attālinātie un stacionārie pakalpojumi.

Vienlaikus vērojamas sociālekonomiskas atšķirības. Augstāku ienākumu un izglītības grupās biežāk tiek izmantotas vairākas ārstniecības iestādes un retāk vispār netiek apmeklēta veselības aprūpe, savukārt mājās aprūpe biežāk izmantota zemāku ienākumu grupās. Attālinātā aprūpe ir kļuvusi par nozīmīgu veselības aprūpes sastāvdaļu, tomēr tās galvenā funkcija pašlaik ir saziņa par receptēm, nosūtījumiem un citiem administratīviem jautājumiem, nevis patstāvīga alternatīva klātienē klīniskajai aprūpei.

3. Pacientu gatavība līdzdalībai veselības aprūpē - kopsavilkums

Šajā sadaļā raksturota respondentu gatavība aktīvi iesaistīties savas veselības aprūpē, aplūkojot viņu subjektīvo vērtējumu par spēju patstāvīgi risināt un organizēt ar savu veselības aprūpi saistītus jautājumus, kā arī paust savas bažas veselības aprūpes speciālistam. Tāpat raksturoti respondentu uzskati par veselības atkarību no likteņa, Dieva vai citiem viņiem neietekmējamam faktoriem, kā arī tas, vai respondentiem ir veselības aprūpes speciālists, ar kuru viņi jūtas ērti runāt par savu psihisko vai seksuālo un reproduktīvo veselību.

Rādītājs	Kopējais rezultāts	Izteiktākās atšķirības / interpretācija
Spēja patstāvīgi organizēt savu veselības aprūpi	88,7% pilnībā vai drīzāk piekrita, ka spēj patstāvīgi risināt un organizēt ar savu veselības aprūpi saistītus jautājumus	Pilnīgas piekrišanas īpatsvars bija augstāks respondentiem ar augstāku izglītības līmeni un ienākumiem: no 34,0% pamatizglītības grupā līdz 60,4% augstākās izglītības grupā un no 46,4% zemākajā ienākumu kvintilē līdz 71,1% augstākajā. Respondentiem ar sliktu vai ļoti sliktu veselības pašvērtējumu pilnīgas piekrišanas īpatsvars bija 36,3%, salīdzinot ar 56,6% respondentiem ar labāku veselības pašvērtējumu.
Uzskats, ka veselību nosaka liktenis, Dievs vai citi neietekmējami faktori	32,7% pilnībā vai drīzāk piekrita; 65,3% drīzāk vai pilnībā nepiekrita	Pilnīgas piekrišanas īpatsvars bija visaugstākais 80 gadu un vecāku respondentu grupā (21,9%), bet viszemākais 15–17 gadu vecuma grupā (4,6%). Augstākās izglītības grupā pilnīgas piekrišanas īpatsvars bija zemāks nekā pārējās izglītības grupās.
Spēja paust bažas veselības aprūpes speciālistam arī tad, ja par tām nejaudā	76,5% pilnībā vai drīzāk piekrita	Pilnīgas piekrišanas īpatsvars bija viszemākais 15–17 gadu (21,0%) un 18–19 gadu (21,6%) vecuma grupās un palielinājās līdz ar izglītības līmeni. Respondentiem ar ilgstošu slimību pilnīgas piekrišanas īpatsvars bija 34,3%, salīdzinot ar 26,9% respondentiem bez ilgstošas slimības.
Speciālists, ar kuru ērti runāt par psihisko veselību	44,1% – ir; 54,2% – nav	Respondentu atbildēs vērojamas atšķirības atkarībā no izglītības līmeņa, ienākumiem, privātās veselības apdrošināšanas un ilgstošas slimības esamības. Augstākajā ienākumu kvintilē 50,5% respondentu norādīja, ka viņiem ir speciālists, ar kuru jūtas ērti runāt par psihisko veselību, savukārt respondentu ar privāto veselības apdrošināšanu vidū šis īpatsvars bija 49,6%.
Speciālists, ar kuru ērti runāt par seksuālo un reproduktīvo veselību	39,1% – ir; 57,8% – nav	Sievietes biežāk nekā vīrieši norādīja, ka viņām ir šāds speciālists (47,1% pret 29,8%). Augstākās izglītības grupā šis īpatsvars bija 45,0%, salīdzinot ar 27,7% pamatizglītības grupā, savukārt augstākajā ienākumu kvintilē – 50,4%, salīdzinot ar 35,7% zemākajā kvintilē.

Kopumā rezultāti liecina par salīdzinoši augstu respondentu subjektīvo gatavību patstāvīgi organizēt savu veselības aprūpi un paust savas bažas veselības aprūpes speciālistam. Vienlaikus vērojamas atšķirības respondentu vērtējumos atkarībā no izglītības līmeņa, ienākumiem un veselības pašvērtējuma: zemāka pārliecība par spēju patstāvīgi organizēt savu aprūpi biežāk vērojama respondentiem ar zemāku izglītību, zemākiem ienākumiem un sliktāku veselības pašvērtējumu. Savukārt vairāk nekā puse respondentu norāda, ka viņiem nav veselības aprūpes speciālista, ar kuru viņi justos ērti runāt par savu psihisko vai seksuālo un reproduktīvo veselību.

Vairāk nekā puse respondentu norāda, ka viņiem nav veselības aprūpes speciālista, ar kuru viņi justos ērti runāt par savu psihisko veselību, savukārt seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos šādu speciālistu nenorāda gandrīz seši no desmit respondentiem. Respondentu atbildēs par šiem jautājumiem vērojamas arī atšķirības atkarībā no sociāldemogrāfiskajiem un sociālekonomiskajiem faktoriem, kas varētu liecināt par nevienlīdzīgām iespējām veidot atklātu un uzticēšanās pilnu komunikāciju ar veselības aprūpes speciālistiem.

4. Veselības aprūpes sistēmas veikspēja iedzīvotāju (sabiedrības) veselības jomā - kopsavilkums

Šajā sadaļā raksturoti atsevišķi veselības aprūpes sistēmas veikspējas aspekti, analizējot iedzīvotāju pēdējo 12 mēnešu laikā saņemtos profilaktiskos un ārstnieciskos pakalpojumus, kā arī respondentu sniegtās atbildes par iespējamu medicīnisku kļūdu, veselības datu privātuma pārkāpumu un netaisnīgu vai diskriminējošu attieksmi veselības aprūpē. Rezultāti balstīti respondentu sniegtajās atbildēs un atspoguļo viņu pašu ziņoto pieredzi un vērtējumus.

Rādītājs	Kopējais rezultāts	Izteiktākās atšķirības / interpretācija
Profilaktisko un citu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana pēdējo 12 mēnešu laikā	Asinsspiediens mērīts 68,1% , holesterīna līmenis noteikts 59,1% , zobi pārbaudīti 55,4% , veikta profilaktiskā veselības pārbaude 51,6% , glikozes līmenis noteikts 51,2% , acis/redze pārbaudīta 49,1%	Pakalpojumu saņemšanas biežums atšķiras atkarībā no vecuma, veselības stāvokļa un sociālekonomiskajiem faktoriem. Respondenti ar ilgstošu slimību biežāk norādīja, ka viņiem mērīts asinsspiediens un noteikts glikozes un holesterīna līmenis. Par profilaktiskās veselības pārbaudes veikšanu biežāk ziņoja respondenti ar augstākiem ienākumiem un privāto veselības apdrošināšanu.
Aprūpe depresijas, trauksmes vai cita psihiskās veselības traucējuma dēļ	8,8%	Šis rādītājs raksturo aprūpes saņemšanu, nevis psihiskās veselības aprūpes nepieciešamību vai to, cik lielā mērā šī nepieciešamība ir apmierināta. Sievietes biežāk nekā vīrieši norādīja, ka saņēmušas šādu aprūpi (11,0% pret 6,2%).
Respondenta uztverta medicīniska kļūda pēdējo 12 mēnešu laikā	9,9% uzskatīja, ka viņu ārstēšanā vai aprūpē bijusi pieļauta medicīniska kļūda	Sievietes biežāk nekā vīrieši norādīja uz iespējamu medicīnisku kļūdu (11,7% pret 7,6%). Respondenti ar sliktu vai ļoti sliktu veselības pašvērtējumu šis īpatsvars bija 14,4%, bet respondenti ar ilgstošu slimību – 12,5%. Rādītājs atspoguļo respondentu subjektīvo vērtējumu, nevis objektīvi konstatētu medicīnisku kļūdu biežumu.
Uztverta veselības datu nesankcionēta noplūde vai izmantošana	2,2% respondentu uzskatīja, ka pēdējo 12 mēnešu laikā notikusi viņu veselības datu nesankcionēta noplūde un izmantošana; 97,0% šādu gadījumu nenorādīja.	Vīrieši biežāk nekā sievietes uzskatīja, ka notikusi viņu veselības datu nesankcionēta noplūde un izmantošana (3,1% pret 1,5%). Kopumā par šādu iespējamu privātuma pārkāpumu ziņoja neliela respondentu daļa.
Pieredzēta diskriminējoša attieksme veselības aprūpē	8,8% respondentu norādīja, ka pēdējo 12 mēnešu laikā piedzīvojuši diskriminējošu attieksmi veselības aprūpē.	Sievietes biežāk nekā vīrieši norādīja, ka pieredzējušas diskriminējošu attieksmi veselības aprūpē (10,9% pret 6,1%). Respondenti ar sliktu vai ļoti sliktu veselības pašvērtējumu šis īpatsvars bija 14,5%, bet respondenti ar ilgstošu slimību – 10,6%.
Biežāk norādītie diskriminējošās attieksmes iemesli	Vecums – 38,8% ; valsts valodas prasme vai akcents – 36,8% ; ienākumi/sociālekonomiskais statuss – 23,3% ; invaliditāte vai ilgstoša slimība – 22,6%	Procenti aprēķināti tikai no tiem respondentiem, kuri ziņoja par pieredzētu diskriminējošu attieksmi veselības aprūpē. Respondenti varēja norādīt vairākus diskriminācijas iemeslus, tādēļ procentu summa pārsniedz 100%.

Kopumā rezultāti rāda, ka biežāk saņemtie veselības aprūpes pakalpojumi pēdējo 12 mēnešu laikā bija asinsspiediena mērīšana, holesterīna līmeņa noteikšana, zobu pārbaude un profilaktiskā veselības pārbaude. Pakalpojumu saņemšanas biežums atšķiras atkarībā no vecuma, veselības stāvokļa un sociālekonomiskajiem faktoriem, tomēr šo atšķirību interpretācijā jāņem vērā arī iespējamās atšķirības medicīniskajā nepieciešamībā dažādās iedzīvotāju grupās.

Aptuveni katrs desmitais respondents uzskatīja, ka pēdējo 12 mēnešu laikā viņa ārstēšanā vai aprūpē ir pieļauta medicīniska kļūda, savukārt gandrīz katrs vienpadsmitais ziņoja par pieredzētu diskriminējošu attieksmi veselības aprūpē. Abi šie rādītāji bija augstāki respondentiem ar sliktu vai ļoti sliktu veselības pašvērtējumu un ilgstošām veselības problēmām. Savukārt par iespējamu veselības datu nesankcionētu noplūdi un izmantošanu ziņoja salīdzinoši neliela respondentu daļa.

5. Veselības aprūpes neizmantošana — kopsavilkums

Sadaļā veselības aprūpes neizmantošana raksturota ar neapmierinātajām veselības aprūpes vajadzībām, pakalpojuma nesaņemšanas iemesliem un finansiālajām grūtībām, kas radušās, sedzot veselības aprūpes izdevumus. Kopumā **12,6% respondentu jeb aptuveni katrs astotais** norādīja, ka pēdējo 12 mēnešu laikā veselības problēmu gadījumā nav saņēmuši sev nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu. Neapmierinātās vajadzības īpaši koncentrējas iedzīvotāju grupās ar lielāku aprūpes nepieciešamību un ierobežotākiem sociālekonomiskajiem resursiem.

Rādītājs	Kopējais rezultāts	Izteiktākās atšķirības
Nesaņemta nepieciešamā veselības aprūpe pēdējo 12 mēnešu laikā	12,6%	Slikta vai ļoti slikta veselība – 23,4% ; ilgstoša slimība – 16,4% ; zemākā ienākumu kvintile – 15,7% . Personām ar privāto apdrošināšanu – 9,6%, bez tās – 13,9%.
Galvenais pakalpojuma nesaņemšanas iemesls to respondentu vidū, kuri aprūpi nesaņēma	Ilgs gaidīšanas laiks – 42,6% ; augstas izmaksas – 18,5% ; slikta iepriekšējā pieredze – 11,4%	Pensionāru vidū gaidīšanas laiku minēja 60,2%. Apakšgrupu rezultāti interpretējami piesardzīgi mazā respondentu skaita dēļ.
Nepieciešamība aizņemties naudu veselības aprūpes apmaksai	14,3%	Personas ar invaliditāti – 31,9%; skolēni/studenti – 31,1%; bezdarbnieki – 26,9%; zemākā ienākumu kvintile – 25,4%, augstākā – 8,2%.
Priekšmetu vai īpašuma pārdošana veselības aprūpes izdevumu segšanai	3,6%	Personas ar invaliditāti – 14,2%; mājsaimnieki – 11,6%; bezdarbnieki – 11,1%; zemākā ienākumu kvintile – 7,9%, augstākā – 1,5%.
Labdarības organizāciju vai ziedojumu izmantošana	1,1%	Aptaujā šāds finansējuma avots izmantots reti.
Tiešie maksājumi no personīgajiem līdzekļiem	Mediāna – 240 € , aritmētiskais vidējais – 519 € ; 7,9% norādīja vismaz 1200 €	Izdevumu sadalījums bija izteikti nevienmērīgs; maksimālā norādītā summa sasniedza 12 000 €. Lielāks finansiālais slogs novērots pensionāriem un personām ar invaliditāti.

Rezultāti liecina, ka veselības aprūpes neizmantošanu Latvijā veido savstarpēji saistīti **organizatoriski un finansiāli šķēršļi**. Galvenā problēma ir gaidīšanas laiks, taču būtiska ir arī nepieciešamība maksāt par pakalpojumu no personīgajiem līdzekļiem. Finansiālās sekas neaprobežojas tikai ar pakalpojuma atlikšanu vai nesaņemšanu: daļai iedzīvotāju nācies aizņemties naudu, pārdot īpašumu vai izmantot ziedojumus. Vislielākais slogs vērojams personām ar sliktāku veselības stāvokli, ilgstošām slimībām, invaliditāti, bezdarbu un zemiem ienākumiem. Tādējādi veselības aprūpes pieejamības problēmas nesamērīgi bieži skar tās iedzīvotāju grupas, kurām aprūpes nepieciešamība ir vislielākā un finansiālās iespējas — visierobežotākās.

6. Aprūpes pieredze pēdējā apmeklējuma reizē - kopsavilkums

Šajā anketas sadaļā raksturota respondentu pieredze pēdējā ārstniecības iestādes apmeklējuma laikā — apmeklētās iestādes veids un īpašuma forma, pakalpojuma apmaksas veids, vizītes iemesls, gaidīšanas laiks un pacientu ziņotā pieredze. Visbiežāk pēdējā vizīte notikusi ģimenes ārsta praksē (42,9%) vai cita ārsta speciālista praksē (30,1%).

Rādītājs	Kopējais rezultāts	Izteiktākās atšķirības / interpretācija
Pēdējās vizītes vieta	Ģimenes ārsta prakse – 42,9% ; cita ārsta speciālista prakse – 30,1% ; poliklīnika/veselības centrs – 13,2%	Vecākajās grupās biežāk izmantota slimnīcas ambulatorā nodaļa, savukārt 15–17 gadu grupā salīdzinoši biežāks bija neatliekamās palīdzības nodaļas apmeklējums.
Ārstniecības iestādes īpašuma forma	Valsts/pašvaldības – 40,4% ; privāta – 29,3% ; jaukta – 5,4% ; nezina – 24,5%	Privātas iestādes biežāk apmeklējuši augstāka izglītības un ienākumu līmeņa respondenti, kā arī personas ar privāto veselības apdrošināšanu. Lielais “nezinu” īpatsvars jāņem vērā, interpretējot publiskā un privātā sektora salīdzinājumus.
Pakalpojuma apmaksas veids	Valsts apmaksāts – 37,2% ; pilnībā no personīgajiem līdzekļiem – 31,2% ; apdrošinātāja apmaksāts – 17,2% ; jaukti apmaksāts – 12,6%	Gados vecāki respondenti biežāk izmantojuši valsts apmaksātus pakalpojumus, bet nodarbinātie – apdrošinātāja apmaksātus pakalpojumus.
Galvenais vizītes iemesls	Profilaktiska aprūpe – 28,2% ; jauna/steidzama problēma – 25,7% ; hroniskas slimības turpinoša aprūpe – 24,8%	Jaunākajās grupās biežāks iemesls bija jauna vai steidzama veselības problēma, bet 70–79 gadu grupā – hroniskas slimības turpinoša aprūpe. Profilaktisku vizīšu īpatsvars pieauga līdz ar izglītības un ienākumu līmeni.
Gaidīšanas laiks no pieraksta līdz vizītei	<2 dienas – 13,1% ; 2 dienas–<1 nedēļa – 25,3% ; 1 nedēļa–1 mēnesis – 35,9% ; 1–3 mēneši – 16,7% ; ≥3 mēneši – 8,3%	≥3 mēnešus biežāk gaidījušas personas ar invaliditāti (24,6%), sliktu/loti sliktu veselības pašvērtējumu (19,5%), bezdarbnieki (14,5%) un zemākās ienākumu grupas respondenti (12,4%). Rezultāti jāinterpretē, ņemot vērā atšķirīgus vizīšu iemeslus.
Pacientu ziņotā pieredze	Cienpilna attieksme – 92,4% pozitīvi; privātums – 90,7% ; speciālista zināšanas un prasmes – 90,4% ; gaidīšanas laiks – 72,1%	Kopumā pēdējās vizītes pieredze vērtēta pozitīvi. Vājāk novērtētais aspekts bija gaidīšanas laiks līdz pakalpojuma saņemšanai.

Kopumā rezultāti rāda, ka pēdējās veselības aprūpes vizītes pieredze respondentiem pārsvarā bijusi pozitīva, īpaši attiecībā uz cienpilnu attieksmi, privātumu un veselības aprūpes speciālista uztvertajām zināšanām un prasmēm. Vienlaikus vērojamas sociālekonomiskas atšķirības pakalpojumu izmantošanā: augstāka izglītības un ienākumu līmeņa grupās biežāk izmantotas privātas ārstniecības iestādes un profilaktiskā aprūpe, savukārt ilgāks gaidīšanas laiks biežāk skāris respondentus ar sliktāku veselības stāvokli un atsevišķas sociāli mazāk aizsargātas grupas. Šīs atšķirības raksturo nevienmērīgu veselības aprūpes izmantošanas un pacientu pieredzes sadalījumu, taču no šķērsgriezuma datiem nevar noteikt to cēloņus.

7. Veselības aprūpes sistēmas novērtējums: kopsavilkums.

Šajā sadaļā vērtēts iedzīvotāju subjektīvais priekšstats par atsevišķu veselības aprūpes jomu kvalitāti, salīdzinot **valsts apmaksātos** un **par maksu sniegtos** pakalpojumus. Jāņem vērā, ka tika aptaujāti visi respondenti neatkarīgi no tā, vai konkrētos pakalpojumus viņi paši bija izmantojuši, tādēļ rezultāti raksturo **uztverto kvalitāti**, nevis objektīvi izmērītu klīnisko kvalitāti.

Aprūpes joma	Galvenais rezultāts	Valsts apmaksātā un maksas aprūpes salīdzinājums starp respondentiem, kuri sniedza kvalitātes vērtējumu
Grūtnieču, dzemdību un pēcdzemdību aprūpe	Liels respondentu īpatsvars nespēja sniegt vērtējumu: 41,7% valsts apmaksātajiem un 51,6% maksas pakalpojumiem.	Pozitīvi vērtēja 53,3% valsts apmaksāto un 60,3% maksas pakalpojumu; negatīvi – attiecīgi 11,8% un 10,1%.
Bērnu veselības aprūpe	“Nav viedokļa/nevaru novērtēt” norādīja 29,9% par valsts apmaksāto un 36,9% par maksas aprūpi.	Pozitīvi vērtēja 51,1% valsts apmaksāto un 60,0% maksas pakalpojumu; negatīvi – 13,8% un 10,2%.
Ilgstošu veselības problēmu/hronisku slimību aprūpe	Negatīvs vērtējums visā izlasē bija biežāks nekā dzemdību vai bērnu aprūpē: slikti/loti slikti – 22,8% valsts apmaksātajiem un 14,4% maksas pakalpojumiem.	Pozitīvi vērtēja tikai 27,9% valsts apmaksāto un 40,6% maksas pakalpojumu; negatīvi – attiecīgi 27,7% un 20,1% .
Psihiskās veselības aprūpe	Īpaši liels bija to respondentu īpatsvars, kuri nespēja sniegt vērtējumu – 40,6% valsts apmaksātajiem un 47,2% maksas pakalpojumiem.	Pozitīvi valsts apmaksāto aprūpi vērtēja 25,0% , maksas – 44,8% ; negatīvi – attiecīgi 36,6% un 20,8% . Tā ir viena no lielākajām atšķirībām starp abiem finansējuma veidiem.
Rehabilitācijas pakalpojumi	Visā izlasē ļoti labu/labu vērtējumu sniedza 27,1% par valsts apmaksāto un 39,8% par maksas rehabilitāciju.	Starp kvalitātes vērtējumu sniegušajiem pozitīvi valsts apmaksātos pakalpojumus vērtēja 37,7% , maksas – 58,6% ; negatīvi – attiecīgi 26,7% un 14,0% .

Kopumā visās piecās analizētajās aprūpes jomās **par maksu sniegtie pakalpojumi starp respondentiem, kuri spēja sniegt konkrētu kvalitātes vērtējumu, tika vērtēti pozitīvāk nekā valsts apmaksātie pakalpojumi**. Atšķirība bija mazāka dzemdību un bērnu aprūpē, bet visizteiktākā – rehabilitācijā un psihiskās veselības aprūpē.

Šo rezultātu nevar interpretēt kā pierādījumu tam, ka maksas pakalpojumu **objektīvā klīniskā kvalitāte** ir augstāka. Labvēlīgāku vērtējumu var ietekmēt arī īsāks gaidīšanas laiks, lielākas pakalpojuma sniedzēja izvēles iespējas, pieejamība un citi pacientu pieredzes aspekti. Īpaši nozīmīgs ir arī lielais “nav viedokļa/nevaru novērtēt” atbilžu īpatsvars, kas norāda, ka daļa iedzīvotāju par konkrētajām aprūpes jomām nevar sniegt pamatotu kvalitātes vērtējumu.

8. Vispārējs veselības aprūpes sistēmas novērtējums - kopsavilkums

Šajā sadaļā vērtēts Latvijas iedzīvotāju kopējais priekšstats par veselības aprūpes sistēmu: pārliecība par kvalitatīvas aprūpes saņemšanu un tās finansiālo pieejamību, pārliecība par sabiedrības viedokļa ievērošanu veselības politikas lēmumos, sistēmas atbilstība vecuma grupu vajadzībām, valsts apmaksāto un maksas pakalpojumu kvalitātes vērtējums, sistēmas pārmaiņu uztvere un reformu nepieciešamība.

Rādītājs	Kopējais rezultāts	Izteiktākās atšķirības / interpretācija
Pārliecība par kvalitatīvas aprūpes saņemšanu smagas saslimšanas gadījumā	57,7% bija ne pārāk vai pilnībā nepārliecināti	Nedrošība pieauga līdz 60–69 gadu vecuma grupai; tā bija augstāka Latvijas nepilsoņiem (69,0%), personām ar invaliditāti vai ilgstošu darbnespēju (71,0%) un respondentiem ar sliktu/ļoti sliktu veselības pašvērtējumu (77,6%). Augstāko un zemāko ienākumu kvintili šķīra aptuveni 16 procentpunkti.
Pārliecība par spēju finansiāli atļauties nepieciešamo aprūpi	72,2% bija ne pārāk vai pilnībā nepārliecināti	Sievietēm negatīvais vērtējums bija 76,6%, vīriešiem 67,2%; personām ar invaliditāti vai ilgstošu darbnespēju – 87,5%, zemākajā ienākumu kvintilē – 80,4%.
Pārliecība, ka valdība ņem vērā sabiedrības viedokli	82,7% bija ne pārāk vai pilnībā nepārliecināti	Šis bija viens no visnegatīvāk vērtētajiem sistēmas aspektiem; lielas atšķirības starp galvenajām sociāldemogrāfiskajām grupām netika novērotas.
Pārliecība, ka sistēma ņem vērā savas vecuma grupas vajadzības	72,0% kopumā bija ne pārāk vai pilnībā nepārliecināti	Pilnīgas nepārliecinātības īpatsvars pieauga līdz 60–69 gadu grupai, kur sasniedza 33,1%, bet vecākajās grupās samazinājās. Jaunieši savu vecuma grupas vajadzību ievērošanu vērtēja optimistiskāk.
Kopējais veselības aprūpes kvalitātes vērtējums	Valsts apmaksāto aprūpi slikti/ļoti slikti vērtēja 33,0% ; maksas pakalpojumus valsts/pašvaldību iestādēs – 11,1% ; privātajās iestādēs – 6,4%	Valsts apmaksāto aprūpi īpaši kritiski vērtēja 40–49 gadu grupa, Latvijas nepilsoņi, personas ar sliktu veselības pašvērtējumu un atsevišķas sociāli mazāk aizsargātās grupas. Labvēlīgāks maksas pakalpojumu vērtējums nav interpretējams kā tiešs objektīvas klīniskās kvalitātes pārkums.
Sistēmas izmaiņas pēdējos divos gados	Uzlabojusies – 13,0% ; palikusi tāda pati – 40,1% ; pasliktinājusies – 35,7%	Pasliktināšanos biežāk norādīja krievu tautības respondenti (52,3%), 50–69 gadu grupas un personas ar sliktu/ļoti sliktu veselības pašvērtējumu (59,7%).
Reformu nepieciešamība	82,2% uzskatīja, ka nepieciešamas būtiskas izmaiņas vai pilnīga sistēmas pārveide	60,8% uzskatīja, ka sistēmā ir labas lietas, bet nepieciešamas būtiskas izmaiņas, savukārt 21,4% atbalstīja pilnīgu pārveidi. Reformu nepieciešamība tika plaši atbalstīta visās analizētajās grupās.

Kopumā rezultāti raksturo **zemu pārliecību par veselības aprūpes sistēmas spēju nodrošināt kvalitatīvu un finansiāli pieejamu aprūpi**, kā arī ļoti zemu pārliecību, ka veselības politikas lēmumos tiek ņemts vērā sabiedrības viedoklis. Īpaši izteikta nedrošība vērojama sociāli un veselības ziņā mazāk aizsargātās grupās. Vienlaikus valsts apmaksātā veselības aprūpe kopumā tiek vērtēta nelabvēlīgāk nekā maksas pakalpojumi, taču šo atšķirību var ietekmēt ne tikai uztvertā kvalitāte, bet arī pieejamība, gaidīšanas laiks, izvēles iespējas un respondentu sociālekonomiskais profils. Plašais atbalsts būtiskām reformām vai pilnīgai sistēmas pārveidei norāda uz izteiktu sabiedrības pieprasījumu pēc pārmaiņām Latvijas veselības aprūpes sistēmā.

Rekomendācijas veselības sistēmas administratoriem, valdībai un veselības politikas veidotājiem

Rekomendācijas balstītas nacionāli reprezentatīvas, svērtas šķērsgriezuma aptaujas rezultātos. Tās identificē prioritārus rīcības virzienus, bet aprakstošās asociācijas pašas par sevi nepierāda cēloņsakarības; pirms konkrētu finansēšanas un organizatorisku lēmumu pieņemšanas tās papildināmas ar administratīvo datu, pakalpojumu kapacitātes un izmaksu analīzi.

1. Samazināt gaidīšanas laiku un neapmierinātās veselības aprūpes vajadzības

Pamatojums. Nepieciešamo veselības aprūpi pēdējā gada laikā nebija saņēmuši 12,6% respondentu. Galvenais nesaņemšanas iemesls bija ilgs gaidīšanas laiks, ko minēja 42,6% aprūpi nesaņēmušo. Pēdējās vizītes gadījumā vismaz trīs mēnešus biežāk gaidīja personas ar invaliditāti, sliktu veselības pašvērtējumu, bezdarbnieki un zemāku ienākumu grupas.

Ieteicamā rīcība:

- noteikt nacionālus maksimāli pieļaujamus gaidīšanas laikus atbilstoši pakalpojuma steidzamībai;
- izveidot vienotu, pacientam pārskatāmu valsts apmaksāto pakalpojumu rindu un brīvo pierakstu sistēmu;
- regulāri pārdalīt finansējumu un kapacitāti starp iestādēm, reģioniem un pakalpojumu veidiem atbilstoši faktiskajam pieprasījumam;
- monitorēt ne tikai gaidīšanas laiku līdz vizītei, bet arī laiku līdz iespējai saņemt pierakstu un nesaņemto pakalpojumu skaitu.

Galvenie īstenotāji: Veselības ministrija, Nacionālais veselības dienests, ārstniecības iestāžu vadība.

2. Stiprināt iedzīvotāju finansiālo aizsardzību

Pamatojums. Par spēju finansiāli atļauties nepieciešamo aprūpi nebija pārliecināti 72,2% respondentu. Veselības aprūpes apmaksai 14,3% bija nācies aizņemties naudu, bet 3,6% — pārdot priekšmetus vai īpašumu. Šīs problēmas īpaši koncentrējās zemāku ienākumu grupās, personām ar invaliditāti un bezdarbniekiem.

Ieteicamā rīcība:

- ieviest ienākumiem piesaistītu gada limitu pacienta tiešajiem maksājumiem;
- paplašināt automātiskus atbrīvojumus no līdzmaksājumiem personām ar zemiem ienākumiem, invaliditāti un lielu hronisko slimību slogu;
- samazināt pacienta maksājumus par medikamentiem, rehabilitāciju, psihiskās veselības aprūpi un diagnostiku;
- pilnveidot sociālā atbalsta saņemšanu neaizsargātām sabiedrības grupām par transportu, medikamentiem un ilgstošu aprūpi;
- izveidot agrīnu finansiālā riska identificēšanas mehānismu, lai pacientam nebūtu jāizmanto aizņēmumi vai ziedojumi.

Galvenie īstenotāji: valdība, Saeima, Veselības ministrija, Labklājības ministrija, pašvaldības.

3. Stiprināt primāro aprūpi un aprūpes nepārtrauktību

Pamatojums. Ierastais veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir 80,2% respondentu, un 74,1% gadījumu tā ir ģimenes ārsta prakse. Tomēr jaunākiem cilvēkiem, Rīgas iedzīvotājiem un augstāku ienākumu grupām piesaiste vienam sniedzējam ir mazāka. Ārpus Rīgas, zemāku ienākumu un sliktāka veselības stāvokļa grupās biežāk norādīts, ka konkrētā iestāde ir “vienīgā iespēja”.

Ieteicamā rīcība:

- palielināt ģimenes ārstu prakšu komandu kapacitāti, iesaistot māsas, ārstu palīgus, fizioterapeitus, psihologus un sociālos darbiniekus;
- pacientiem ar vairākām hroniskām slimībām noteikt konkrētu aprūpes koordinātoru;
- nodrošināt klīniskās informācijas nepārtrauktību starp primāro, specializēto, stacionāro un rehabilitācijas aprūpi;
- reģionos attīstīt daudzprofila veselības centrus un mobilos pakalpojumus, lai “vienīgā iespēja” nenozīmētu ierobežotu vai neatbilstošu izvēli;
- aprūpes nepārtrauktību iekļaut ārstniecības iestāžu darbības novērtēšanas indikatoros.

4. Paplašināt valsts apmaksātu psihiskās veselības, rehabilitācijas un seksuālās un reproduktīvās veselības aprūpi

Pamatojums. Vairāk nekā pusei respondentu nav veselības aprūpes speciālista, ar kuru viņi justos ērti runāt par psihisko veselību, bet gandrīz sešiem no desmit — par seksuālo un reproduktīvo veselību. Valsts apmaksātā psihiskās veselības aprūpe un rehabilitācija tika vērtēta ievērojami kritiskāk nekā maksas pakalpojumi.

Ieteicamā rīcība:

- integrēt psihiskās veselības skrīningu un sākotnējo palīdzību ģimenes ārstu praksēs;
- paplašināt ambulatorās un kopienā balstītās psihiskās veselības komandas;
- nodrošināt jauniešiem konfidencialus, viegli sasniedzamus un vecumam atbilstošus konsultāciju pakalpojumus;
- palielināt valsts apmaksātās rehabilitācijas apjomu un savlaicīgu pieejamību pēc akūtiem stāvokļiem un hospitalizācijas;
- nodrošināt skaidrus nosūtīšanas ceļus seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumu risināšanai abiem dzimumiem.

5. Visos reformas pasākumos piemērot nevienlīdzības mazināšanas principu

Pamatojums. Zemāku ienākumu, zemākas izglītības, sliktāka veselības stāvokļa, invaliditātes un bezdarba grupās biežāk novērotas neapmierinātas vajadzības, finansiālas grūtības, ilgāka gaidīšana un zemāka pārlicība par aprūpes pieejamību.

Ieteicamā rīcība:

- pirms katras būtiskas reformas veikt ietekmes uz veselības nevienlīdzību novērtējumu;
- visus pieejamības un kvalitātes rādītājus publicēt arī dalījumā pēc ienākumiem, invaliditātes, veselības stāvokļa, vecuma un dzīvesvietas;
- finansēšanas modeļos paredzēt lielāku resursu apjomu praksēm un iestādēm, kas aprūpē pacientus ar sarežģītākām veselības un sociālajām vajadzībām;
- attīstīt pacientu navigatoru un sociālā atbalsta funkcijas prioritārajām grupām.

6. Ieviest vienotu pacientu drošības un diskriminācijas novēršanas sistēmu

Pamatojums. Aptuveni katrs desmitais respondents uzskatīja, ka viņa ārstēšanā vai aprūpē pieļauta medicīniska kļūda, bet 8,8% ziņoja par diskriminējošu attieksmi. Biežāk minētie diskriminācijas iemesli bija vecums, valsts valodas prasme vai akcents, sociālekonomiskais stāvoklis, invaliditāte un ilgstoša slimība.

Ieteicamā rīcība:

- izveidot pacientiem vienkāršu un drošu nevēlamu notikumu un netaisnīgas attieksmes ziņošanas mehānismu;
- nodrošināt kļūdu analīzi mācīšanās, nevis vainošanas kultūras ietvaros;
- ieviest atklātas informēšanas procedūru pacientam pēc iespējama nevēlama notikuma;
- ārstniecības personām pievērst uzmanību jautājumiem par diskriminācijas, valodas, invaliditātes un veselībprātības aspektiem;
- apsvērt tulkošanas, vieglās valodas un fiziskās pieejamības risinājumus.

7. Attīstīt pacientu veselībprātību un spēju orientēties sistēmā

Pamatojums. Kopējā gatavība organizēt savu aprūpi ir augsta, taču zemāka respondentiem ar zemāku izglītību, zemākiem ienākumiem un sliktāku veselības pašvērtējumu. Jaunieši retāk pilnībā piekrīt, ka spēj paust savas bažas veselības aprūpes speciālistam.

Ieteicamā rīcība:

- ieviest pacientu navigatorus un konsultatīvu tālruni sarežģītu aprūpes ceļu organizēšanai;
- izmantot vienkāršu valodu un “teach-back” (atgriezeniskā skaidrojuma) metodi, pārliecinoties, ka pacients informāciju sapratis;
- sistemātiski iesaistīt pacientu kopīgā lēmumu pieņemšanā;
- īpaši pielāgot informāciju jauniešiem, senioriem un cilvēkiem ar zemu veselībprātību.

8. Attālināto un mājas aprūpi attīstīt kā integrētu, nevis tikai administratīvu pakalpojumu

Pamatojums. Attālināto aprūpi izmantojuši aptuveni 30% respondentu, un 86,4% pēdējo konsultāciju vērtējuši pozitīvi. Tomēr 62,0% gadījumu galvenais mērķis bija receptu, nosūtījumu, darbnespējas lapu vai izziņu saņemšana. Mājas aprūpi biežāk izmantoja sociāli un veselības ziņā ievainojamākas grupas.

Ieteicamā rīcība:

- izstrādāt klīniskus teleaprūpes ceļus hronisku slimību uzraudzībai, psihiskajai veselībai un pēcaprūpei;
- nodrošināt digitālās prasmes un alternatīvus kanālus cilvēkiem bez atbilstošām tehnoloģijām;
- attīstīt multidisciplināras mājas aprūpes komandas un pēcospitalizācijas aprūpi;
- atsevišķi monitorēt attālināto konsultāciju klīnisko kvalitāti, drošību un pacientu rezultātus.

9. Atjaunot sabiedrības uzticēšanos ar līdzdalību un publisku atbildību

Pamatojums. 82,7% respondentu nebija pārliecināti, ka valdība veselības aprūpes lēmumos ņem vērā sabiedrības viedokli, bet 82,2% uzskatīja, ka sistēmai nepieciešamas būtiskas izmaiņas vai pilnīga pārveide.

Ieteicamā rīcība:

- izveidot pastāvīgu pacientu un iedzīvotāju konsultatīvo padomi pie Veselības ministrijas;
- pirms reformām rīkot strukturētas sabiedriskās apspriedes un pēc tām publicēt, kuri priekšlikumi pieņemti vai noraidīti un kāpēc;
- atkārtot iedzīvotāju aptauju noteiktos intervālos, izmantojot salīdzināmus indikatorus;
- publicēt ikgadēju veselības sistēmas pārmaiņu rezultātu paneli ar konkrētiem mērķiem, termiņiem un atbildīgajām institūcijām;
- pacientu pieredzes rādītājus vērtēt kopā ar klīniskās kvalitātes, pieejamības, drošības un veselības iznākumu indikatoriem, nevis kā to aizstājēju.

Ieteicamā ieviešanas secība

Tuvāko 12 mēnešu prioritātes: gaidīšanas laiku caurskatāmība, finansiālo atvieglojumu paplašināšana, pacientu drošības ziņošanas sistēma, sabiedrības līdzdalības mehānisms un regulārs nevienlīdzības monitorings.

Vidēja termiņa prioritātes: primārās aprūpes komandu stiprināšana, psihiskās veselības un rehabilitācijas kapacitātes palielināšana, pacientu navigatoru ieviešana un mājas un attālinātās aprūpes integrēšana kopējā aprūpes ceļā.

Stratēģiskais mērķis: veselības sistēma, kurā aprūpes saņemšanas iespēju nosaka medicīniskā nepieciešamība, nevis ienākumi, dzīvesvieta, invaliditāte vai pacienta spēja patstāvīgi pārvarēt sistēmas organizatoriskos šķēršļus.