

EIROPAS SOCIĀLĀ FONDA PROJEKTA
NR. 1DP/1.5.2.2.2/11/APIA/SIF/114/74



**NVO EKSPERTĪZE VESELĪBAS
RĪCĪBPOLITIKAS IZSTRĀDĒ
PĒTĪJUMS**

**Veselības aprūpes
sistēmas- Eiropas valstu
pieredze**

**Autors: Iveta Smilga - Krongorne
Rīga, 2012**

Ievads

Pētījums sagatavots projekta „NVO ekspertīze veselības rīcībpolitikas izstrādē” (Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 1DP/1.5.2.2.2/11/APIA/SIF/114) ietvaros). Šī projekta mērķis- veicināt veselības aprūpes nevalstisko organizāciju iesaisti veselības aprūpes rīcībpolitikas izstrādē un ietekmēšanā. Lai sagatavotu NVO ekspertus, kā arī veicinātu izpratni, par veselības aprūpes sistēmu darbību citās Eiropas valstīs, tika sagatavots šis pētījums.

Katrai Eiropas valstij ir sava vēsture, sava kultūra un savs individuālais attīstības ceļš, līdz ar to arī veselības aprūpes sistēmas veidojušās dažādi un ir atšķirīgas. Protams, var meklēt zināmus kopsaucējus un dažām problēmām atrast līdzīgus risinājumus, tomēr pat valstīs ar līdzīgām finansējuma shēmām pašas veselības aprūpes sistēmas un to funkcionēšana atšķiras. Tai pašā laikā, iepazīstot un analizējot šo atšķirīgo pieredzi, iespējams gūt svarīgas atziņas, ko var izmantot, attīstot un veidojot veselības aprūpes sistēmu Latvijā.

Eiropas valstu veselības politikas pētījumā tika iekļautas 6 valstis, no tām Vācija, Nīderlande, Lielbritānija ir valstis ar stabilām, pārbaudītām veselības aprūpes sistēmām, kas būtiski atšķiras viena no otras; Norvēģija – nav ES dalībvalsts, valstī šī brīža aprūpes sistēma veidojusies salīdzinoši neseno, kā arī Igaunija un Slovēnija, kas attīstības ziņā teorētiski varētu būt tuvu Latvijas situācijai.

Galvenie virzieni, kuri tiek apskatīti šajā pētījumā, ir - katras valsts specifiskās veselības aprūpes sistēmas galvenās iezīmes; finansējums; veselības aprūpes pārraudzība; veselības aprūpes struktūra, tostarp ģimenes ārsta vai primārās aprūpes vieta šajā struktūrā; cilvēkresursi veselības sfērā; medikamentu apmaksas kārtība, kā arī reformas, kas pēdējā laikā notikušas veselības aprūpes politikā.

Bez tam bija svarīgi izpētīt arī katras valsts sabiedriskās organizācijas un pacientu organizācijas, kas strādā ar onkoloģijas jautājumiem, un iestrādnēs psihosociālās rehabilitācijas sfērā .

Vācija

Īsumā

Aptuveni 82,5 miljoni iedzīvotāju, pēdējos gados to iedzīvotāju daudzums, kas vecāki par 65 gadiem, pieaudzis no 15 līdz 18%, to iedzīvotāju skaits, kas vecāki par 80 gadiem palicis nemainīgs – ap 3,8%, taču plānots, ka tas palielināsies. Vidējais dzīves ilgums pēdējos gados ir palielinājies – 75,6 gadi vīriešiem un 81,6 gadi sievietēm. 2004. gadā Vācija bija trīspadsmitajā vietā pasaulē dzīves ilguma ziņā. Vācijai ir ļoti zems zīdaiņu mirstības līmenis (4,7% no 1000). Galvenie nāves cēloņi ir kardiovaskulārās slimības (vidēji biežāk nekā citās ES valstīs) un audzēji (vidēji zemāks rādītājs nekā citās ES valstīs). Visizplatītākais vēža veids vīriešiem – prostatas vēzis, sievietēm – krūts vēzis, otrajā vietā – zarnu vēzis, trešajā – plaušu vēzis. Vācija ir 4 ģimenes ārsti uz 1000 iedzīvotājiem, kā arī 8 gultasvietas slimnīcās uz 1000 iedzīvotājiem (2009. gada Pasaules Veselības Organizācijas dati).

Vācijas veselības aprūpes sistēma

Veselības aprūpes sistēmu Vācijā raksturo obligātās veselības apdrošināšana, ko papildina savstarpēji konkurējoši slimību fondi, kā arī privāti un sabiedriski veselības aprūpes nodrošinātāji. Vidēji 90% iedzīvotāju ir apdrošināti – ap 80% ar obligāto apdrošināšanas programmu, 10% – brīvprātīgi.

Veselības aprūpes pārraudzība

Nacionālā līmenī veselības aprūpi pārrauga Federālā asambleja, Federālā padome un Federālā Veselības un sociālās drošības ministrija. Šīs institūcijas ir atbildīgas par reformām un izmaiņām likumdošanā. Lander ir atbildīgs par stacionārās kapacitātes plānošanu, investīcijām slimnīcās, aprūpes namos, par farmācijas kompāniju uzraudzību utt. Korporatīvajā līmenī ir bezpeļņas slimību fondi un to asociācijas, kā arī ar obligāto veselības apdrošināšanu saistītie ārsti un zobārsti no pakalpojumu nodrošinātāju puses. Slimību fondi ir līdzekļu savācēji, pakalpojumu pircēji un maksātāji par pakalpojumiem, to skaits beidzamajos gados ir samazinājies četrkārtīgi, galvenokārt apvienošanās rezultātā. Likumīgi reģistrētām pacientu organizācijām ir dotas tiesības piedalīties likumdošanas un lēmumu pieņemšanas apspriedēs, taču tām nav tiesību balsot. Ambulatorā aprūpe ir nodota privāto peļņas organizāciju rokās, kas tiek strikti uzraudzītas, taču slimnīcu pārvaldība ir mikseta. Privātajās slimnīcās pēdējā laikā gultu skaits ir pieaudzis, taču 99% privāto slimnīcu gultu ir pieejamas obligātās veselības apdrošināšanas īpašniekiem.

Veselības aprūpes finansēšana un izdevumi

Galvenie ienākumi: obligātā veselības apdrošināšana un privātā veselības apdrošināšana (Gesetzliche Krankenversicherung & Private Krankenversicherung).

Obligātā veselības apdrošināšana (OVA) vairāk domāta personām ar zemiem un vidējiem ienākumiem, taču daudzas personas ar atalgojumu virs vidējā līmeņa arī izvēlas OVA. Obligātā veselības apdrošināšana

finansē ap 60% no visiem veselības izdevumiem. Ieguldījums OVA nav atkarīgs no riska un ir proporcionāls ienākumiem algotā darbā. OVA maksājumi iekļauj nestrādājošos dzīvesbiedrus un bērnus bez jebkādam piemaksām. Līdz pat 2004. gadam šīs izmaksas tika dalītas uz pusēm starp darba devēju un darbinieku, no 2005. gada proporcija mainījās 54:46, vairāk jāmaksā darba devējam. Maksājums dažādiem fondiem ir dažāds, vidējais maksājums ir 14,2% no bruto ienākumiem.

Katrai personai ir tiesības izvēlēties slimību fondu, bet fondiem ir pienākums slēgt līgumu ar jebkuru, kas to vēlas. Kopš riska kompensācijas shēmas ieviešanas, starpība starp iemaksām dažādos fondos ir mazinājusies. Toties palielinājusies tā summa, kas katram fondam jāiemaksā riska noguldījumā. Galvenā problēma – šī apdrošināšana nav uzkrājoša, tas nozīmē, ka neveidojas uzkrājums vecumdienām vai augstāku izmaksu pakalpojumiem. Tā kā sabiedrības vidējais vecums kļūst arvien lielāks, pastāv risks, ka fondos ar laiku radīsies deficīts vai arī tiks pieprasītas augstākas prēmijas.

Papildus finansējuma avoti

Valsts pensiju apdrošināšana dod ieguldījumu 1,8% apmērā, galvenokārt darbinieku medicīniskajai rehabilitācijai, bet ar darbu saistīto nelaimes gadījumu apdrošināšana dod 1,7% ieguldījumu.

Arī valdība un municipalitātes dod savu ieguldījumu veselības aprūpē, galvenokārt aprīkojuma iegādē un jaunu aprūpes centru celtniecībā (~8%).

Arī mājsaimniecības un bezpeļņas organizācijas dod savu ieguldījumu tiešo un līdzmaksājumu veidā, neformāli maksājumi nav pieņemti. Līdzmaksājums par vienu dienu slimnīcā ir vidēji 10 EUR, par servisu un medikamentiem poliklīnikā – vidēji 10-15 EUR.

Privātā veselības apdrošināšana

Aptuveni 8% no veselības izdevumiem sedz privātā veselības apdrošināšana, nodrošinot pakalpojumus ap 10% iedzīvotāju, pastāv aptuveni 49 privātie apdrošinātāji.

Primārā un sekundārā ambulatorā aprūpe

Ambulatoro aprūpi piedāvā galvenokārt privātas peļņu nesošas organizācijas. Pacienti ir brīva izvēle, pie kādiem ārstiem, psihoterapeitiem, zobārstiem, farmakologiem u.c. speciālistiem iet. OVA īpašniekiem 96% gadījumu ir brīva pieeja poliklīniku ārstiem, kamēr 4% poliklīniku nav saistībā ar OVA un apkalpo pacientus ar privāto apdrošināšanu vai par tiešo samaksu.

OVA angažētie ārsti piedāvā gandrīz visu veidu pakalpojumus. Ģimenes ārsti (ģimenes ārsti, internisti un pediatri – visi kopā veido aptuveni pusi no visiem OVA angažētajiem ārstiem) īsti nav gate-keeper jeb primārās veselības aprūpes situācijas pārvaldītāji, tomēr viņu loma pēdējos gados ir pieaugusi. Visiem OVA angažētajiem ārstiem, kā arī psihologiem obligāti jābūt reģionālo ārstu asociāciju biedriem. Viņiem ir jānodrošina ambulatorā aprūpe darba laikā un ārpus darba laika, par to viņiem ir zināms monopols aprūpes nodrošināšanā un tiesības apspriest kontraktus ar slimību fondiem.

Sekundārā un terciārā slimnīcu aprūpe

Slimnīcu aprūpi nodrošina valsts (54 %), privātās bezpeļņas (38 %) un privātās peļņas (8 %) slimnīcas. Lai gan gultu skaits un vidējais slimnīcā pavadīto dienu skaits ir krasi samazināts, kapacitāte salīdzinot ar vidējo Eiropā vēl arvien ir augsta.

Tradicionālais dalījums starp ambulatoro un stacionāro aprūpi ir mazinājies, piedāvājot ķirurģiskus pakalpojumus poliklīnikās, kā arī slimnīcās ārsti pieņem pacientus uz konsultācijām.

Sociālā aprūpe

Ilgtermiņa aprūpes apdrošināšana ir obligāta gandrīz visiem iedzīvotājiem un to koordinē vai nu ilgtermiņa aprūpes fondi vai privātās veselības apdrošināšanas organizācijas .

Cilvēkresursi un apmācība

Veselības aprūpes sektorā strādā 4,2 miljoni Vācijas iedzīvotāju, tas ir aptuveni 10,6% no visiem strādājošajiem. Aptuveni puse no šiem darbiniekiem strādā slimnīcās. Šī gadsimta sākumā ārstu daudzums pieaudzis gandrīz par 20% (3,4 uz 1000 iedzīvotājiem), šobrīd sasniedzot vidējo ES valstu līmeni. Savukārt, vidējā medicīniskā personāla skaits pieaudzis, sasniedzot 8,5 uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir krietni virs vidējā ES dalībvalstu līmeņa (7,7 uz 1000 iedzīvotājiem). Kopš 2004. gada medicīnas darbiniekiem obligāti nepieciešama tālākizglītība, tas tiek kontrolēts reizi piecos gados.

Farmācija

Līdz 2003. gadam, ja medikamenti bija licenzēti, tos apmaksāja OVA, izņemot tos, kas skaitījās kā neefektīvi vai ārstēja ikdienišķas slimības. Kopš 2004. gada netiek apmaksātas arī tā dēvētās “dzīvesstila zāles” un citi bezrecepšu medikamenti.

Medikamenti ir kļuvuši par visātrāk augošo izdevumu sadaļu, lai arī notikusi būtiska farmācijas tirgus reorganizācija – katram farmakologam var piederēt līdz trim aptiekām, ir atļauts sūtīt zāles pa pastu, ir liberalizēta bezrecepšu medikamentu cenu veidošanas politika, recepšu medikamentiem nedrīkst būt lielāks uzcenojums kā eiro 8.10 + fiksēti 3%

Finanšu resursu dalījums

Slimnīcas tiek finansētas divējādi: investīcijas slimnīcām, kas iekļautas ilgtermiņa plānos, pārskata 16 pavalstu valdības un tās finansē valsts un federālās valdības kopīgi, kamēr slimību fondi ir atbildīgi par slimnīcu uzturēšanas un regulārajiem izdevumiem.

Vācija ir adaptējusi Austrālijas sistēmu ar diagnozēm saistītās grupas (diagnosis- related groups DRG), kas aizstāj iepriekšējo miksēto maksāšanas sistēmu. Šobrīd slimnīcām jāuzskaita savas aktivitātes saskaņā ar DRG shēmu.

Samaksa ārstiem

Katru gadu reģionālās ārstu biedrības diskutē par OVA angažēto ārstu apmaksu. Slimības fondi pārskaita fiksēto samaksu par vienu iedzīvotāju attiecīgajā reģionā uz ārstu biedrību, kas tālāk to sadala pa ambulatoro-

rajām nodaļām. Tas tad arī veido ambulatoro ārstu budžetu. Reģionālās asociācijas sadala finanšu resursus atsevišķos fondos ģimenes ārstiem un speciālistiem, atbilstoši nacionāli adaptētām shēmām. OVA angažētie ārsti saņem ienākumus no reģionālajām ārstu biedrībām (par OVA apdrošinātajiem), privātajiem apdrošinātajiem un citiem avotiem, galvenokārt no tiešajiem maksājumiem. Limiti pakalpojumiem un receptēm ir atkarīgi no ārsta specialitātes un pacienta vecuma. To kontrolē un arī sankcionē reģionālās ārstu biedrības sadarbībā ar slimību fondiem. Tiek respektēti izņēmumi, ja tie nepieciešami pacientam.

Reformas

Vācija piedzīvojusi dažādas reformas veselības aprūpē, pirmkārt tas bija Vācijas apvienošanās brīdī, kas vajadzēja apvienot arī divas pilnīgi atšķirīgas sistēmas, turklāt nemitīgi notiek pārrunas par izmaksu efektivitāti, pakalpojumu atbilstību un pacientu lielāku iesaistīšanu. Nākotnē reformas paredz stiprināt iedzīvotāju veselības profilaksi un efektīvāk koordinēt iesaistīto pušu darbību.

Vācijas iedzīvotājiem uz ārstu pakalpojumiem jāgaida salīdzinoši maz un ir vienlīdz laba speciālistu pieejamība, lai gan laukos tā varbūt nedaudz zemāka.

Dažādi izmaksu ierobežojošie faktori, ieskaitot sektoru budžetus, references cenas, recepšu ierobežošanu ir ļāvušas noturēt veselības aprūpes budžetu tuvu IKP pieaugumam. Taču šie pasākumi nav ļāvuši slimību fondiem nepalielināt iemaksas, tās ir cēlušas. Mīnuss Vācijas veselības aprūpē – nav attīstīta sadarbība starp sektoriem, tā dēvētā integrētā piegādes sistēma, kad slimnīcas uzņemas daļu ambulatorās aprūpes, bet poliklīnikas nodrošina vienkāršākos slimnīcu pakalpojumus. Tas varētu dot slimnīcām jaunas attīstības perspektīvas, taču būtiski palielināt pat dubultot ambulanču slodzi.

Vācijas vēža izpētes centrs

Katru gadu Vācijā vēzis tiek diagnosticēts vairāk nekā 450 000 cilvēku. Vēzis ir slimība – izaicinājums pētniekiem, jo katrs gadījums ir gandrīz unikāls, nemaz nerunājot par daudzajiem vēža veidiem. DKFZ ir lielākais biomedicīniskās izpētes institūts Vācijā ar vairāk kā 2500 darbiniekiem, no tiem 1000 ir zinātnieki. Galvenie darbības virzieni ir vēža attīstības mehānismu izpēte, riska faktoru identificēšana un dažādu stratēģiju izstrāde, kas varētu palīdzēt aizsargāt cilvēkus no saslimšanas ar vēzi. 2008. gadā viens no centra pētniekiem ir saņēmis Nobela prēmiju par atklājumu, ka cilvēka papilomvīruss izraisa kakla vēzi. Centrā ietilpst Onkoloģiskās informācijas serviss, kas izplata informāciju vēža pacientiem un viņu tuviniekiem, kā arī sabiedrībai kopumā.

www.dkfz.de (Vēža izpētes institūts)

Vācijas vēža palīdzības biedrība (German Cancer Aid)

Bezpeļņas organizācija, kas dibināta, lai cīnītos ar vēzi visdažādākajos veidos, jau no pirmsākumiem to atbalstījuši tikai ziedotāji, tā vienmēr bijusi neatkarīga no politiskām organizācijām un farmācijas kompānijām.

Ar moto "Palīdzība. Izpēte. Informācija" organizācija atbalsta pētniecības projektus, lai uzlabotu profilaksi, diagnosticēšanu, ārstēšanu, pēcooperāciju aprūpi un pašpalīdzību. Tā palīdz uzlabot aprīkojumu un personāla darbu slimnīcās, kā arī uzlabot ārstēšanas, izpētes un rehabilitācijas procesus. Slimnieki, kas nokļuvuši finansiālās grūtībās savas slimības dēļ, var saņemt padomu, palīdzību, kā arī reizēm – finansiālu atbalstu. Būtiska biedrības darbības daļa ir informēšana par profilaksi, kā arī iedzīvotāju motivēšana doties regulāri pārbaudīties.

www.krebshilfe.de/english (Vācijas vēža palīdzības biedrība)

Psihosociālā rehabilitācija

Sociālā drošība ir daļa no obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas, tai ir ļoti senas tradīcijas - jau no 19 gadsimta. Medicīniskajai rehabilitācijai ik gadus tiek tērēti vairāk nekā 3 miljardi eiro, onkoloģisko pacientu rehabilitācijai, ap 18 % no šīs summas. Katru gadu ap 160 000 cilvēku iziet rehabilitāciju, tradicionāli tas notiek slimnīcās, specializētas klīnikas, ambulatori gadījumi ir reti. To veic stardisciplināras rehabilitācijas komandas, parasti 3 nedēļu periodā, katru dienu ir ap 6 nodarbībām. Ietver sevī:

medicīnisku ārstēšanu, ja nepieciešams, fizioterapiju, fizikālo terapiju, sporta un vingrošanas terapiju, darba terapiju, veselības veicināšanas un pacienta izglītošanas lekcijas, psiholoģisko diagnostiku un konsultācijas, relaksācijas tehnikas, diētas konsultācijas, sociālo, sociālās likumdošanas un nodarbinātības konsultācijas, citas darbības.

Pētījumi rāda, ka tie pacienti, kas nav piedalījušies rehabilitācijas grupās, uzrāda zemākas funkcionālās un psihosociālās iemaņas. Pēdējos gados notikusi rehabilitācijas profesionalizēšanās – no veselības centriem un spa tā pārcelta uz profesionālām rehabilitācijas klīnikām, rehabilitācijas programmas kļuvušas plašākas. Lai pilnveidotu rehabilitācijas programmas, tiek veikti pētījumi šādos virzienos – rehabilitācijas rezultātu analīze, rehabilitācijas efektivitātes salīdzināšana klīnikās un ambulatori, pacientu atgriešanās darbā pēc rehabilitācijas.

www.cancer.dk.NR/rdonlyres

Avoti

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98846/E85472sum.pdf

www.krebshilfe.de/english

www.cancer.dk.NR/rdonlyres

www.dkfz.de

www.who.int

Lielbritānija

Īsumā

Kopš Nacionālā veselības sistēmas (NVS) (National health system) dibināšanas 1948. gadā, tā ir izaugusi par pasaulē lielāko publiski fondēto veselības sistēmu. Kā norāda paši briti, tā ir arī viena no efektīvākajām un visaptverošākajām sistēmām.

Tās pamatprincips ir, ka kvalitatīvai veselības aprūpei jābūt pieejamai ikvienam, neatkarīgi no materiālā stāvokļa. Tādējādi, izņemot samaksu par atsevišķām receptēm, optikas un zobārstniecības pakalpojumiem, veselības aprūpe Lielbritānijā ikvienam valsts rezidentam ir bezmaksas. Tas nozīmē, ka šobrīd vairāk nekā 62 miljoniem cilvēku NVS apmaksā praktiski visus ar veselību saistītos izdevumus, sākot ar grūtniecības USG un ikdienišķu saaukstēšanās un klepus ārstēšanu līdz pat sirds ķirurģijai un palīdzībai nelaimes gadījumos, kā arī veco ļaužu aprūpei. Lai arī NVS tiek finansēta centralizēti no iekasētajiem nodokļiem, NVS dienesti Anglijā, Ziemeļīrijā, Skotijā un Velsā tiek pārraudzīti atsevišķi. NVS pirmsākumos tās budžets bija ap 9 miljoniem mārciņu, šobrīd budžets gadā sastāda ap 106 miljoniem mārciņu, no IKP veselības aprūpei tiek tērēti 9,8%

Ģimenes ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem – 3, gultasvietu skaits slimnīcās – 3 (2009. gada Pasaules Veselības organizācijas dati).

Mērogs

NVS nodarbina vairāk nekā 1,7 miljonus cilvēku, no tiem mazāk nekā puse ir ar medicīnisko izglītību, starp tiem 39 409 ģimenes ārsti, 410 615 māsīņas, 18450 poliklīniku darbinieki un 103 912 slimnīcu un dažādu medicīnas centru un zobārstniecību darbinieki. Lielākā NVS daļa strādā Anglijas reģionā, kur 1,4 miljoni veselības aprūpes darbinieku apkalpo aptuveni 52 miljonus iedzīvotāju. Anglijā katru nedēļu tiek ārstēti ap 3 miljoniem cilvēku. Veselības aprūpes sistēmas efektivitāti grūti izvērtēt, jo NVS līdzīgi kā citas veselības aprūpes sistēmas, nav sistemātiski veikusi izmaiņas pacientu veselības stāvoklī. Tāpēc nav iespējams pateikt, tā kā katra iztērētā mārciņa ir uzlabojusi nācīgas veselības stāvokli, kā atzīmē paši briti.

Tomēr, kopš sistēma ieviesta, salīdzinājumā ar citām valstīm, dzīves ilgums ir palielinājies, un zīdaiņu nāves gadījumi samazinājušies. Turklāt aptaujas rāda, ka cilvēki kopumā ir apmierināti ar NVS nodrošināto veselības aprūpi.

Struktūra

Par NVS ir atbildīgs Veselības departaments. Valsts sekretārs veselības jautājumos ir Veselības departamenta vadītājs, un viņš atskaitās Apvienotās Karalistes premjerministram. Veselības departaments kontrolē 10 Anglijas Stratēģiskās veselības autoritātes, kas pārrauga NVS aktivitātes Anglijas reģionā. Ieceltās amatpersonas Skotijā, Ziemeļīrijā un Velsā savas teritorijas pārrauga neatkarīgi.

NVS iedalās divās daļās – primārā un sekundārā aprūpe. Primārā aprūpe lielākajai daļai iedzīvotāju ir pirmais kontakts ar veselības aprūpi, un to nodrošina plašs speciālistu klāsts, ieskaitot ģimenes ārstus, zobārstus, aptiekārus un optometristus.

Sekundārā aprūpe ir pazīstama kā akūtā aprūpe, kas var būt vai nu plānota medicīnas speciālistu apmeklēšana vai arī ķirurģija, parasti ar ģimenes ārstu nosūtījumu.

Primārās aprūpes dienesti ir atbildīgi par šo aprūpi un tiem ir galvenā loma arī sekundārās aprūpes darbībā, jo pacienti saņem norīkojumus tieši no primārās aprūpes ārstiem. Primārā aprūpe kontrolē ap 80% no NVS budžeta, šobrīd tas ir ap 85 miljoniem mārciņu, jeb vidēji 1615 mārciņu uz vienu iedzīvotāju. Tā kā tās ir lokālas organizācijas, tām ir pietiekama izpratne par veselības un sociālās aprūpes vajadzībām.

Primārās aprūpes dienests

Primāro aprūpi nodrošina plašs speciālistu klāsts, tajā ietilpst arī aptiekas, walk in centres, Veselības aprūpes tiešā telefona līnija. Primārās aprūpes trasti strādā tiešā sasaistē ar vietējām autoritātēm un citām aģentūrām, kas nodrošina veselības un sociālo aprūpi, lai sadarbība būtu pilnvērtīga.

Primārās aprūpes trasta uzdevumos ietilpst regulāra pārlicināšanās, vai veselības aprūpe ir pieejama visiem, vai ir pietiekami slimnīcu, zobārstu, acu ārstu, aptieku, vai tiek nodrošināta kvalitatīvas pacientu transportēšanas utt. Turklāt primārās aprūpes trasti ir atbildīgi, lai veselības un sociālās aprūpes sistēmas sadarbotos pacientu interesēs.

Akūtie jeb sekundārās aprūpes trasti

Pastāv 170 akūtie NVS trasti un 58 mentālās veselības trasti, kas pārrauga 1600 NVS slimnīcas un veselības aprūpes speciālistu centrus. Slimnīcas ir akūto trastu pārraudzībā, kas kontrolē, vai nauda tiek izlietota lietderīgi, vai slimnīcas nodrošina atbilstošu servisu. Tāpat šie trasti izlemj, kā slimnīcas attīstīsies un uzlabos servisu.

Šie trasti nodarbina lielu daļu no veselības aprūpes darbaspēka. Daži no akūtajiem trastiem ir reģionāli vai nacionāli un nodrošina specializētu aprūpi, citi ir saistīti ar universitātēm, lai apmācītu veselības darbiniekus. Šie trasti var nodrošināt arī apkalpošanu caur veselības centriem, poliklīnikām vai tieši māsaiņniecībās.

Ātrās palīdzības trasti

Nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības izbraukumus. Visi zvani uz ātrās palīdzības dienestu tiek nekavējoties iedalīti divas kategorijās: A – neatliekams, dzīvību apdraudošs gadījums; B un C - dzīvību neapdraudoši gadījumi.

Izsaukumu centrs izlemj, kāda palīdzība ir nepieciešama un to nosūta, pēdējo piecu gadu laikā izsaukumu skaits ir pieaudzis par trešdaļu.

Bez ātrās palīdzības izsaukumiem pacientiem tiek nodrošināts arī transports nokļūšanai slimnīcās.

Aprūpes trasti

NVS aprūpes trasti nodrošina veselības un sociālo aprūpi. Tās ir organizācijas, kas darbojas gan veselības gan sociālajā sfērā, tās nodarbojas ar sociālo aprūpi, garīgās veselības servisu un arī primāro aprūpi. Šobrīd šo trastu nav daudz, taču plānots palielināt to skaitu. Parasti tie tiek izveidoti, ja nepieciešama ciešāka sadarbība starp veselības aprūpes sistēmas darbiniekiem un vietējām amatpersonām, lai nodrošinātu kvalitatīvāku vietējo servisu.

Garīgās veselības trasti

Anglijā ir 58 garīgās veselības trasti, tie nodrošina veselības un sociālo aprūpi cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem. Garīgās aprūpes pakalpojumus var nodrošināt ģimenes ārsts, primārās aprūpes serviss vai īpaši speciālisti. Aprūpe ietver konsultēšanu, dažādas psiholoģijas terapijas, sabiedrības un ģimenes atbalstu, kā arī veselības pārbaudes. Piemēram cilvēki, kas cieš no depresijas, dusmām un stresa var saņemt palīdzību no primārās aprūpes centra vai arī neformālu sabiedrības atbalstu. Ja nepieciešama dziļāka palīdzība, var vērsties pie īpašiem speciālistiem, ko nodrošina garīgās veselības trasts vai vietējais sociālais dienests.

Dibinājumu trasti

Jauni slimnīcu pārvaldījuma veidi, kuru ietvaros slimnīcu vada vietējais menedžeris, štats un sabiedrības pārstāvji. Šāds veids ieviests, lai labāk varētu kalpot iedzīvotāju vajadzībām, jo šādai pārvaldībai ir daudz lielāka finansiālā un darbības brīvība. Tie liecina par zināmu vēlmi decentralizēt darbību, taču arī šie trasti ir veselības sistēmas sastāvdaļa un ģeneralās līnijās tiek pārraudzīti. Šie trasti uzsāka darbību 2004. gadā, šobrīd Anglijas reģionā ir 129 dibinājumu trasti.

Citi veselības aprūpes sistēmas speciālisti

Nodrošina darbību visā valstī, ne tikai lokālā reģionā. Piemēram, tādi ir Nacionālie Asinsdonoru Speciālisti. Šī struktūrvienība ir neatkarīga, taču seko kopējai NVA politikai.

NVA pamatprincipi

Kā jau minēts, NVA tiks radīta balstoties uz ideju, ka laba veselības aprūpe ir pieejama visiem, atkarībā no veselības stāvokļa un nepieciešamības. Tās pamatprincipi: NVA atbilst katra vajadzībām, tā ir par brīvu, tā ir bāzēta uz pacienta vajadzībām nevis spēju maksāt.

2011. gadā tika publicēta NVA konstitūcija, kas tiks atjaunota ik pēc 10 gadiem. Tās galvenie pamatprincipi.

NVA nodrošina visaptverošu servisu, kas pieejams visiem, neatkarīgi no dzimuma, rases, vecuma, seksuālās orientācijas, reliģiskās piederības, ticības vai spējām. NVA ir pienākums pret ikvienu pacientu, tā kalpo ikvienam un respektē cilvēktiesības. Tai pat laikā tai ir plašāks sociāls pienākums nodrošināt vienlīdzību ar servisa palīdzību un pievērst īpašu uzmanību tām sabiedrības daļām, kurās veselības uzlabojumi un dzīves ilgums nav tik optimistisks kā pārējā populācijas daļā.

Pieejamība NVA pakalpojumiem ir bāzēta uz medicīnisko nepieciešamību nevis uz individuālo spēju maksāt. NVA pakalpojumi ir bezmaksas, izņemot atsevišķus, ko sankcionējis Parlaments.

NVA tiecas uz visaugstākajiem ekselences un profesionālisma standartiem, nodrošinot augstas kvalitātes aprūpi, kas ir droša, efektīva un balstīta uz pacienta pieredzi.

NVA jāņem vērā pacientu, viņu ģimenes locekļu un aprūpētāju vajadzības un tiesības zināt visu par veselības stāvokli. Pacienti, viņu ģimenes un aprūpētāji, ja tas nepieciešams, ir iesaistīti un tiek konsultēti par visiem lēmumiem attiecībā uz viņu veselību, veiktajām manipulācijām un ārstēšanu.

NVA strādā sadarbībā ar citām organizācijām pacienta, vietējās sabiedrības un plašākas populācijas interesēs. NVA ir integrēta organizāciju un pakalpojumu sistēma, ko apvieno vērtības un principi, kas atspoguļoti Konstitūcijā. NVA ir jāstrādā sadarbībā ar vietējiem speciālistiem un plašu privāto, publisko un labdarības organizāciju spektru nacionālajā un lokālajā līmenī, lai nodrošinātu veselības un labsajūtas uzlabojumus.

NVA jānodrošina vislabāko servisu par nodokļu maksātāju naudu un visefektīvāko, godīgāko un ilgtspējīgāko resursu izlietojumu. Līdzekļi ir izlietojami tikai pacientu labā. NVA līdzekļu izlietojums ir saprotams sabiedrībai un pacientiem. NVA ir nacionāls serviss, ko finansē nacionālā nodokļu maksātāju nauda. Valdība izveido NVA sistēmu un atskaitās parlamentam par tās darbību. Naudas izlietojuma un lēmumu pieņemšanas sistēmai ir jābūt caurspīdīgai un saprotamai sabiedrībai, pacientiem un NVA darbiniekiem. Valdība ir atbildīga par tā nodrošinājumu.

Pacientu sūdzības par NVA

Pacienta tiesības attiecībā uz sūdzībām ir: lai viņa sūdzība tiktu rūpīgi izmeklēta; uzzināt par visām izmeklēšanām, kas veiktas sūdzības ietvaros; sūdzēties Parlamentārais un veselības Aprūpes Ombudsmenam, kas nodrošina neatkarīgu izmeklēšanu un slēdzienu, ja neapmierina iepriekšminētās procedūras; izvirzīt juridiskas prasības tiesā, ja uzskata, ka NVA speciālisti rīkojušies nelikumīgi; saņemt kompensāciju, ja nodarīts kaitējums.

Kas vēl var palīdzēt? Pacientu padomdevējs un tiesību aizstāvji (patient advice and Liaison service). Št servisa darbinieki ir katrā slimnīcā, tie nodrošina konfidenciālu padomu, atbalstu un informāciju saistībā ar veselības jautājumiem, pie šiem speciālistiem var griezties pacienti, viņu ģimenes locekļi un aprūpētāji. Vēl ir Neatkarīgo sūdzību aizstāvības serviss (Independent Complaints Advocacy service) un Nacionālais pakalpojumu serviss, kas palīdz pacientiem, ja tie vēlas sūdzēties par veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī Pilsoņu padomu birojs (Citizens advice Bureau). Arī Vietējais cilvēktiesību birojs arī var kalpot par atbalstu un padoma saņemšanas vietu.

Veselības uzraugi un autoritātes

Aprūpes kvalitātes komisija (Care quality commission) regulē visas veselības un pieaugušo sociālās aprūpes servissus, ieskaitot tos ko nodrošina NVA, lokālās autoritātes, privātās kompānijas vai brīvprātīgo organizācijas. Tāpat tā aizsargā to cilvēku intereses, kas paturēti apcietinājumā pēc mentālās veselības akta noteikumiem. AKK uzdevums ir rūpēties par to, lai tiktu ievēroti drošības un kvalitātes standarti visās vietās, kur notiek aprūpe – sākot no slimnīcām līdz pat privātajiem pansionātiem. AKK ir tiesības aizsargāt cilvēkus, ja tie saņemusi neatbilstošas kvalitātes aprūpi.

Pēc likumdošanas visi NVA sniedzēji reģistrējas AKK, lai pierādītu, ka viņi aizsargā cilvēkus no infekciju riska, strādā pēc augstākajiem kvalitātes un drošības standartiem. Reģistrācijas sistēma attiecas uz NVA nodrošinātājiem – ātro palīdzību, ambulancēm, mentālās veselības un aprūpes centriem, kā arī NVA asins

un transplantu vienību.

AKK rīcībā ir dažādas metodes, kā cīnīties ar veselības aprūpes institūcijām, kas neatbilst noteiktajiem standartiem un neievēro noteikumus, sākot ar publiskiem brīdinājumiem līdz pat iestādes aizvēršanai uz laiku.

www.nhs.nhsuk

Onkoloģiskās organizācijas

NCAT (National Cancer Action Team) ir Nacionālā Veselības servisa, kas nodarbojas ar profilakses, agrīnās diagnostikas, optimālās ārstēšanas un rehabilitācijas jautājumiem, sastāvdaļa, tās mērķis ir "nodrošināt pasaules līmeņa onkoloģiskās aprūpes servisu".

Kopš 2007. gada Nacionālā vēža darbības programma sadarbībā ar valsts institūcijām un sabiedriskajām organizācijām ir izstrādājuši rehabilitācijas servisu onkoloģijas pacientiem un paliatīvās aprūpes pacientiem. Pamatproblēmas, kas izvirzījušās: literatūrā un pētījumos nav pietiekamu pierādījumu vēža pacientu rehabilitācijas efektivitātei, tāpēc šobrīd rehabilitācija nav iekļauta ārstēšanas procesā. Tai pat laikā rehabilitācijas nodrošināšana ir izmaksu efektīva, jo pacients, kas atgriežas darbā un normālā dzīvē pēc rehabilitācijas, ietaupa tālākās ārstēšanas izdevumus, samazina gultas dienu skaitu.

Šobrīd Lielbritānijā ir izstrādāta programma, kas pakāpeniski tiek ieviesta praksē. Programma sevī ietver: fizioterapiju, darba terapiju, runas un valodas terapiju, diētas lekcijas, vajadzības gadījumā limfātisko procesu norises apmācību utt.

www.ncat.nhs.uk

Lielbritānijas Vēža izpētes institūts ir lielākā vēža izpētes organizācija pasaulē pēc ASV šāda paša nosaukuma institūcijas. Institūts pēta visus slimības aspektus, sākot no tās izraisītājiem, līdz pat profilaksei, ārstēšanai, pacientu izglītošanai un psiholoģiskajam atbalstam.

Bez tam institūta uzdevums ir sagatavot izsmeltošu informāciju onkoloģijas pacientiem, veselības speciālistiem un sabiedrībai kopumā.

Institūts uztur brīvu tiešsaistes diskusiju forumu cilvēkiem, kas ir cietuši no onkoloģiskām saslimšanām, kas tiek uzskatīta par ideālu vietu, kur apmainīties ar pieredzi un uzdot jautājumus

www.cancerchat.org.uk

Līdzekļu vākšanas veidi institūta darbībai: iespējams tiešs naudas ziedojums; daudzi cilvēki izvēlas institūtam atstāt mantojumu; var paši iesaistīties naudas ziedošanas kampaņās un vākt naudu; iepirkties veikalos, ziedojot naudu vai arī piedāvāt pašražotas preces pārdošanai (www.shoptobeatcancer.org.uk); tiek piedāvāts piedalīties dažādos labdarības pasākumos, kā arī speciālos koncertos vai ballītēs. Cilvēki var ziedot arī savu laiku (To dara ap 44 500 brīvprātīgo), palīdzot organizēt pasākumus, strādājot veikalos utt.

<http://www.cancerresearchuk.org/>

Psihosociālā rehabilitācija

Lielbritānijas situācija – speciālisti atzīst, ka onkoloģijas pacienti nepietiekami pievēršas rehabilitācijas fiziskajai pusei. “Canrehab” nodrošina apmācības programmas sporta un veselības profesionāļiem. Pētījumi rāda, ka pēc diagnozes noteikšanas pacienti samazina fiziskās aktivitātes un tādas tās paliek daudzus gadus pēc ārstēšanas. Tomēr ir tieši otrādi - vēzis var būt ir signāls, ka jāmaina dzīvesstils, uzvedība, paradumi, īpaši, ja pēc ārstēšanas pagājis vairāk nekā gads. Tradicionālais uzskats ir, ka vēža ārstēšanas procesā un pēc tam, rehabilitācijas periodā, vislabākais ir atpūta. Taču pētījumi rāda, ka mazkustība samazina dzīves kvalitāti, palielina nomāktību. Neaktīvi pacienti ir augstāka riska grupa atkārtotai slimībai. Arvien vairāk un vairāk ir pierādījumu tam, ka pat viegli un vienkārši vingrojumi dod lieliskus rezultātus. Tā, piemēram, nesena vairāku gadījumu studiju izpēte pierādīja, ka pacientiem terapijas laikā un pēc terapijas veiktās fiziskās aktivitātes uzlaboja fiziskās funkcijas, bet nekādā veidā nepasliktināja veselības stāvokli un nepalielināja nogurumu. Cits pētījums liecina, ka vingrinājumi lielā mērā uzlabo gan fizisko, gan psihosociālo dzīves aspektu. Bez tam vingrošana dod sajūtu, ka dzīve neapstājas tikai pie zālēm, operācijām un apstarošanas, ka var darīt arī kaut ko savā labā, savu tuvinieku labā. Fokusgrupu pētījums (2006. g., Journal of Clinical Oncology, June 2006)

www.canrehab.co.uk

Avoti

www.ncat.nhs.uk

<http://www.cancerresearchuk.org/>

www.canrehab.co.uk

www.who.int

Nīderlande

Īsumā

Valstī ir vairāk nekā 16 miljoni iedzīvotāju. Vīriešu dzīves vidējais ilgums 76 gadi (nedaudz vairāk nekā vidēji ES valstīs), sievietu dzīves vidējais ilgums 80,7 gadi (nedaudz mazāk nekā vidēji ES valstīs). Galvenie nāves cēloņi – kardiovaskulārās slimības, onkoloģiskās saslimšanas. Veselības aprūpes izdevumi Nīderlandē kopš 1980. gada ir trīskāršojušies, 2009. gadā tie bija 9,% no IKP, tuvu vidējam ES valstu rādītājam, ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem – 3,5; gultu skaits slimnīcās – 3.

Nīderlandes veselības aprūpes sistēma

Nīderlandes veselības aprūpes sistēma lielā mērā atšķiras no pārējām ES valstīm, jo tā vēsturiski dibināta pēc brīvprātīgo organizāciju iniciatīvas, tāpēc lielākā daļa slimnīcu ir privātas bezpeļņas organizācijas. Veselības aprūpes sistēma sastāv no trim paralēlām apdrošināšanas sadaļām, katra no tām tiek regulēta atsevišķi. Nemītīgi tiek diskutēti veselības aprūpes sistēmas struktūras reformām, pamatā domājot par visu triju apdrošināšanas sistēmu apvienošanu vienā, lai palielinātu konkurētspēju un efektivitāti. Par spīti diskusijām, Nīderlande ir to Eiropas valstu grupā, kas ir apmierinātas vai daļēji apmierinātas ar veselības aprūpi (6. Pozīcija), kā paši uzskata, lielā mērā pateicoties spēcīgajai un labi attīstītajai primārajai aprūpei.

Veselības aprūpes pārraudzība

Nīderlandes Veselības, labklājības un sporta ministrija nosaka veselības aprūpes politiku, tā nodrošinot pārdomātu un kvalitatīvu iedzīvotāju veselības aprūpi ilgtermiņā.

Trīs Valsts inspektorāti monitorē un uzrauga veselības aprūpes kvalitāti un iedzīvotāju labklājības līmeni. Nīderlandes Sociālo lietu un nodarbinātības ministrija sadarbojas ar Veselības, labklājības un sporta ministriju nodarbinātības un sociālās drošības jautājumos, ir atbildīga par sociālās drošības shēmām, kas saistītas ar veselību.

Nīderlandes Finanšu ministrija kopīgi ar Veselības, labklājības un sporta ministriju ir atbildīgas par privāto veselības apdrošinātāju darbību.

Bez tam Nīderlandē pastāv dažādi slimību fondi; Veselības aprūpes Apdrošināšanas valde, kurā ietilpst 9 Veselības, labklājības un sporta ministrijas apstiprināti locekļi, kas konsultē ministriju un uzrauga veselības aprūpes sistēmu; Veselības aprūpes apdrošināšanas pārraudzības valde.

Veselības aprūpes padomdevēju un administratīvās organizācijas

Veselības konsīlijs sastāv no 160 locekļiem, tā uzdevums ir konsultēt valdību par medicīnas zinātnisko pusi, veselības aprūpes jautājumiem, sabiedrības veselības jautājumiem un dabas aizsardzību.

Veselības aprūpes un sabiedrības veselības konsīlijs, ko nozīmē karaliene, nodrošina valdību ar stratēģis-

kiem padomiem veselības aprūpē un labklājības jautājumos.

Veselības aprūpes tarifu valde ir neatkarīga valdības organizācija, kas nosaka vadlīnijas veselības tarifos, nosaka maksimālos tarifus, veido pārskatus un uzrauga, vai tiek ievērots Veselības tarifu akts.

Medikamentu valde ir atbildīga par farmācijas kompāniju regulēšanu.

Nīderlandes slimnīcu valde sniedz padomus par slimnīcu darbības plānošanu un infrastruktūras attīstību.

Sabiedrības veselības un vides nacionālais institūts apkopo datus par sabiedrības veselību un veselības aprūpi, veic klīniskos testus un strādā ar vakcīnām.

Veselības aprūpes sabiedriskās organizācijas

Karaliskā Holandes medicīnas asociācija, kas pārstāv ārstus.

Holandes pacientu un patērētāju federācija (Dutch Federation of patients and consumers), kas pārstāv pacientu un pakalpojumu patērētāju organizācijas un izplata sabiedrībā informāciju.

Holandes veselības aprūpes uzlabojumu institūts (Dutch institute for health care improvement), kas sastāv no 4 patērētāju grupām, kas fokusējas uz kvalitātes nodrošināšanu un pacientu aprūpes uzlabošanu.

Veselības aprūpes finansējums un izdevumi veselības aprūpē

Nīderlandes medicīniskā aprūpe galvenokārt tiek apmaksāta ar publisko un privāto veselības apdrošināšanas programmu palīdzību.

Pastāv trīs apdrošināšanas sadaļas:

- Nacionālā veselības apdrošināšana izņēmuma medicīniskajiem izdevumiem (AWBZ)
- Slimību fonds personām ar zemiem ienākumiem un privātā, galvenokārt brīvprātīga veselības apdrošināšana
- Privātā brīvprātīgā veselības apdrošināšana

Nacionālā veselības apdrošināšana izņēmuma medicīniskajiem izdevumiem (AWBZ)

Iekļauj sevī izņēmuma medicīniskos izdevumus par ilgtermiņa aprūpi vai augstus ārstēšanās izdevumus, ko sedz AWBZ. Ar ļoti nelieliem izņēmumiem ikviens, kas dzīvo Nīderlandē, var saņemt šī virziena apmaksātos medicīnas pakalpojumus. To apjoms sastāda aptuveni 40% no kopējiem veselības izdevumiem. Šīs apdrošināšanas izmaksas sedz procentu iemaksas un valdības fondi. Strādājošie maksā nodokļus no algas, kamēr tie, kas saņem pabalstus, maksā zināmus procentus no saviem pabalstiem. Ja nav ar nodokļiem apliekamu ienākumu, cilvēkiem nav jāmaksā.

Parastā medicīniskā aprūpe, slimību fonds personām ar zemiem ienākumiem un privātā, galvenokārt brīvprātīga veselības apdrošināšana

Otrā apdrošināšanas sadaļa ietver parasto medicīnisko aprūpi un tās izmaksas sedz slimību fonda apdrošināšana, privātā medicīniskā apdrošināšana vai veselības apdrošināšanas shēma valsts ierēdņiem. Šie trīs komponenti ietver aptuveni 50% no veselības aprūpes izdevumiem. Ikviens, kura alga ir zem EUR 32 600

(2004. Gadā) un visi sociālās palīdzības saņēmēji ir apdrošināti šajā apdrošināšanas sadaļā. Nīderlandes rezidenti, kas atbilst ZFW noteiktajiem kritērijiem, automātiski ir apdrošināti un viņiem ir jāmaksā noteiktās iemaksas, neatkarīgi no tā, vai viņi vēlas vai ne izmantot piedāvātos pakalpojumus. Tomēr, lai iegūtu pakalpojumus, noteikti jāreģistrējas šajā fondā, veselības aprūpe piemērojas arī dzīvesbiedriem un bērniem. Ienākumi šajā apdrošināšanas sadaļā nāk no darba devēja/ darbinieka iemaksām (gan procentuāli, gan vienotas likmes), valdības iemaksām (24 % no izdevumiem) un privātā sektora ieguldījuma.

Privātā brīvprātīgā veselības apdrošināšana

To izmanto aptuveni 30 % iedzīvotāju. Apdrošināšana sadalās divas kategorijās – standarta un citas formas. Standarta polisi apmaksā apdrošināšanas ņēmējs, nevienam nav obligāti jāiegādājas šī polise, tā nesedz laulāto un apgādājamo izdevumus.

Citi finansējuma avoti

Nodokļi, papildus apdrošināšana u.c.

Veselības aprūpes organizēšana

Veselības aprūpe tiek organizēta caur municipālajiem vai rajonu servisiem, ar reģionālā un nacionālā līmeņa monitoringu un uzraudzību, ko veic Veselības aprūpes inspekcija. Prevenzijas nostiprināšana vienmēr ir bijusi veselības aprūpes politikas pamatā. Uzsvars tiek likts arī uz sociālekonomisko atšķirību mazināšanu un mirstības vecuma palielināšanu.

Primārā veselības aprūpe

Nīderlandē ir labi attīstīta primārā veselības aprūpe, ko galvenokārt nodrošina ģimenes ārsti, kas ir atslēgas personas veselības aprūpes sistēmā. Katram pacientam ir jābūt reģistrētam pie ģimenes ārsta, pie citiem speciālistiem un uz slimnīcu var doties ar ģimenes ārsta norīkojumu. Ģimenes ārsta darbības efektivitāti raksturo sarūkošs norīkojumu skaits, lielāko daļu problēmu tiek atrisināts tieši ģimenes ārsta kabinetā, ģimenes ārstu apmeklējums veido 2/3 no poliklīniku kopējā apmeklējuma. Ģimenes ārsti daudz laika pavada runājot ar pacientu un viņu medicīniskās apmācības neatņemama sastāvdaļa ir komunikācijas prasmes. Tas zināmā mērā izskaidro arī nelielo izrakstīto recepšu skaitu – tikai 66% gadījumu pēc ģimenes ārsta apmeklējuma, salīdzinājumā ar 75-95 % citās Eiropas valstīs. Ģimenes ārstiem parasti ir individuālas prakses katrā kopienā.

Sekundārā un augstākā aprūpe

Šo medicīnisko aprūpi nodrošina medicīnas speciālisti slimnīcās ar ambulatorām un stacionārām iespējām. 90 % slimnīcu ir privātas, bezpeļņas organizācijas, 10 % - universitāšu slimnīcas. Slimnīcas tiek klasificētas kā mācību (8), vispārējās (100) un speciālās (28). Apvienojoties un paplašinoties, slimnīcas ir atradušas iespēju palielināt savu kapacitāti, par spīti prasībām samazināt gultasvietas katrā reģionā. Tomēr gultasvietu skaits kopš 80 gadiem ir samazināts par trešdaļu, apstājoties pie 3,1 uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir krietni zem Eiropas vidēja rādītāja.

Pēdējos gados būtiski mainījusies slimnīcu pārvalde, uzticot vidējā līmeņa vadītājiem un administratoriem lielāku atbildību par slimnīcas darbību. Bez tam, gandrīz visas lielās akadēmiskās slimnīcas ir piedzīvojušas decentralizāciju, kā arī tieši medicīnas speciālistu ciešāku iesaisti vadības darbā un lēmumu pieņemšanā.

Sociālā aprūpe

Tajā ietilpst pansionāti un veco ļaužu pansionāti. Nīderlandē ir visaugstāk novērtētā veco ļaužu aprūpes kvalitāte Eiropā. AWBZ apmaksā veco ļaužu dzīvošanu pansionātā, pats iemītnieks maksā tikai nelielu naudas summu, kas ir procentuāli atkarīga no ienākumu lieluma. Katram senioram ir ģimenes ārsts, kas ir atbildīgs par viņa veselības stāvokli.

Nīderlandē ir dažādi garīgās veselības centri, sākot no ambulatorām klīnikām līdz speciālām mājām, kur var uzturēties ilgtermiņā, un no psihiatriskām nodaļām slimnīcās, kas domātas vecākiem ļaudīm līdz terapeitiskām grupām reģionos.

66 garīgās veselības departamenti vispārējā profila slimnīcās un universitāšu slimnīcās nav pārāk apjomīgi, un tur vidēji pavadīto dienu skaits arī nav pārāk liels, tāpat tā slimnīcā pavadīto dienu skaits vispār.

Cilvēkresursi un apmācība medicīnas aprūpē

Nīderlandē ir aptuveni par 10 % mazāk ārstu nekā vidēji ES valstīs, zobārstu ir par 30 % mazāk, kamēr medmāsu skaits ir lielāks nekā vidēji citās ES valstīs.

Karaliskā Holandes medicīnas asociācija reģistrē ģimenes ārstus. To apmācību nodrošina ģimenes ārstu instruktori sadarbībā ar universitātēm. Ģimenes ārstu apmācība (papildus pamatstudijām) ir pagarināta no diviem uz trijiem gadiem, bez tam uz šo apmācību ir jāgaida rindā līdz 4 gadiem. Lai sadarbotos ar apdrošināšanas fondiem, ģimenes ārstiem noteikti ir jāreģistrējas, viņi tiek izslēgti no reģistra, ja nav bijuši aktīvā darbībā pēdējo piecu gadu laikā.

Vidēji uz 1000 iedzīvotājiem Nīderlandē ir gandrīz 3,5 ģimenes ārsti.

Medikamenti

Nīderlandes farmācijas politikā ir trīs pamatnostādnes:

- Augsta kvalitāte, sagatavošana, izplatīšana un piegāde
- Izmaksu kontrole
- Atbildīga lietošana

Nīderlandē tiek ievērota gan nacionālā, gan ES licenzēšanas procedūra. Ja kāds medikaments tiek licenzēts, tad valdība nosaka, vai tas tiks apmaksāts vai ne, balstoties uz terapeitiskā efekta un izmaksu izvērtējumu un salīdzinot ar līdzīgu produktu apmaksājamajā paketē.

Izdevumi medikamentiem pēdējos gados ir pieauguši, galvenokārt tāpēc, ka ir parādījušies daudzi jauni un dārgi medikamenti.

Atmaksas sistēma ir balstīta uz medikamentu ar salīdzināmu iedarbību

vidējo cenu (references cenu sistēma). Ja medikamenta cena ir augstāka nekā vidējā attiecīgajā grupā, pacientam jāpiemaksā starpība.

Medicīnas pakalpojumu sniedzēju apmaksā

Samaksa slimnīcām

Slimnīcas finansē apdrošinātāji vai pacienti pēc slimnīcu piestādītajiem rēķiniem. Kopš 2000. gada samaksa ir tiešā saistībā ar pakalpojuma izpildi un tas ir pirmais solis ceļā uz apmaksas sistēmas maiņu. Tas galvenokārt domāts tāpēc, lai apkarotu rindas un darbs notiktu ātrāk. Paralēli tam, slimnīcām nav jāuztraucas par pamatfinansējumu, tas tiek saņemts papildus.

Ārstu apmaksā

Ģimenes ārsti saņem samaksu no ZFW, balstoties uz apkalpojamo pacientu daudzumu, kā arī atalgojumu par servisu no privāti apdrošinātājiem. Kopš 1995. Gada medicīnas speciālistu atalgojums ir iekļauts slimnīcu budžetā, viņiem tiek maksāts par padarīto darbu. Ja pieprasījums ir bijis mazāks nekā paredz vienošanās, atalgojums arī ir mazāks, ja pieprasījums lielāks, slimnīcas pieprasa lielāku summu no apdrošinātājiem.

Reformas

Valdība vairākkārt nākusi klajā ar priekšlikumu vairākās apdrošināšanas sistēmas apvienot zem viena jumta, ieviešot pamata apdrošināšanas shēmu, kas ikvienam nodrošinātu pamatpakalpojumus veselības aprūpē. Plāns bija ieviest obligātu maksājumu, kas būtu atkarīgs no cilvēka ienākumiem + neliela vienota samaksa. Papildus tie, kas vēlas, varētu iegādāties privātu apdrošināšanu, taču par to vēl arvien tiek diskutēts.

Pēdējās dekādes tendences:

- valdība vēlas, lai lielāku atbildību par medicīnas pakalpojumu nodrošināšanu uzņemtos apdrošinātāji
- starp aprūpes piegādātājiem ir lielāka konkurence,
- arvien biežāk paceļas diskusijas par tirgus un ne tirgus elementu apvienošanu veselības aprūpē.

Mācības, ko atzīmē paši nīderlandieši:

- Radikālas reformas veselības aprūpē prasa daudzus gadus, tāpēc ir visai sarežģīti īstenojamas, jo valdība pie varas parasti ir tikai četrus gadus, katra nākamā valdība nāk ar saviem plāniem
- Uz brīvo tirgu orientētai veselības aprūpei, ko vēlas integrēt pašreizējā sistēmā, tomēr nepieciešama nopietna regulēšana
- Pirms integrēt brīvā tirgus elementus veselības aprūpē, jānodrošinās no "krējuma nosmelšanas", kas varētu notikt.

Pacientu tiesības Nīderlandē

Attiecībā uz pacientu tiesībām Nīderlandē ir viena no pionieru valstīm, jau 1995. gadā pacientu tiesības tika iekļautas valsts civillikumā (Act on the medical treatment contract) ar mērķi skaidrot un stiprināt pacienta tiesisko stāvokli. Vairākas valstis, piemēram Lietuva un Igaunija, šo aktu izvēlējušās par paraugu sava pacientu tiesību akta izveidei.

Sabiedriskās organizācijas: Holandiešu vēža biedrība (Dutch Cancer Society)

Šobrīd lielākā labdarības organizācija Nīderlandē, dibināta 1949. gadā ar karalienes Vilhelmīnes svētību, šobrīd organizācijas patronese ir karaliene Beatrikse.

Vēža biedrība ir nacionāla mēroga organizācija, 80 % no tās budžeta tiek novirzīta onkoloģijas jautājumu izpētei, 20 % sabiedrības informēšanai un uzmanības pievēršanai, kā arī onkoloģisko slimību profilaksei un pacientu atbalsta programmām.

Biedrība bāzējas Amsterdamā, tajā ir 140 algoti darbinieki un aptuveni 120 000 brīvprātīgo visā valstī. Bez tam biedrībai ir aptuveni 1600 lokālo šūniņu, kas organizē ikgadējo door-to-door kampaņu, lai savāktu naudu cīņai pret onkoloģiskām saslimšanām (ikgadējie ieņēmumi ap 9 miljoni eiro), biedrības kopējie ikgadējie saņemtie ziedojumi ir ap 130 miljoniem eiro (plānotais 2012. Gadā)

Biedrību atbalsta arī 880 000 donori, bet gandrīz nemaz naudas netiek saņemts no valdības.

Misija

Holandiešu vēža biedrības mērķis ir samazināt saslimstību ar vēzi cik vien tas iespējams, padarīt to kontrolējamu. " Mēs palīdzam pacientiem un viņu tuvajiem cilvēkiem sadzīvot ar slimību".

Misijai pakārtoti mērķi:

- Samazināt saslimstību ar vēzi
- Palielināt izārstēto pacientu skaitu
- Uzlabot vēža pacientu dzīves kvalitāti.

Galvenie darbības virzieni:

Izpēte

Biedrība apmaksā aptuveni 50 % no visā valstī veiktajiem pētījumiem onkoloģijā, 2010. gadā vēža izpētē, veselības speciālistu un pētnieku izglītībā un apmācībā tika ieguldīti 85 miljoni eiro.

Uzmanības pievēršana un informēšana

Liels akcents tiek likts uz mājas lapā pieejamu informāciju, brošūrām, informācijas lapām, tiek izdots žurnāls "Kracht" (" Spēks").

Profilakse

Saskaņā ar pētījumu divi no pieciem vēža gadījumiem varētu neizraisīties, ja būtu pietiekama profilakse. Notiek kampaņas pret smēķēšanu, par veselīgu dzīvesveidu, tāpat par agrīnu diagnosticēšanu utt.

Pacientu atbalsts

Onkoloģijas informācijas dienests palīdz pacientiem tikt galā ar savu slimību. Mājas lapa, brošūras, e-pastu dienests un bezmaksas telefona līnija ir tikai daļa no šī servisa darbības, īpaša uzmanība tiek pievērsta pacienta psihosociālajam stāvoklim – nogurumam, seksualitātei utt. Tiek atbalstītas 25 onkoloģisko pacientu organizācijas un šo organizāciju federācija. Daudzus gadus biedrība ir atbalstījusi pacientu organizācijas, tas notiek arī tagad, taču šobrīd pacientu organizācijas vairāk fokusējas uz tiesību aizstāvību, lai palielinātu pieejamību pakalpojumiem un vēža ārstēšanas kvalitāti.

Brīvprātīgo programma

Bez sabiedrības pārstāvjiem brīvprātīgo programmā darbojas pētnieki, zinātnieki, kā arī medicīnas profesionāļi.

Līdzekļu iegūšana

Saistībā ar nemitīgu vajadzību pieaugumu, tiek plānots šobrīd savākto līdzekļu apjomu 109 miljonu eiro apmērā (2010. Gada dati) palielināt līdz 148 miljoniem eiro 2014. Gadā. 30 % no ziedojumiem šobrīd ir novēlējumi, pateicoties biedrības labajam vārdam un darbiem.

Līdzekļi tiek vākti arī ar loterijas palīdzību. Lai piesaistītu jauniešus, tiek veidota programma "Fight cancer", arvien vairāk naudas tiek iegūts organizējot speciālus notikumus (to dara privātpersonas un grupas) - uzkāšana kādā kalnu virsotnē utt.

Psihosociālā rehabilitācija onkoloģijas pacientiem

Nīderlandē darbojas vairākas rehabilitācijas programmas, kas domātas tieši onkoloģijas pacientiem. 12 nedēļu programma "Atlabšana & stabilitāte" sastāv no fiziskiem treniņiem divreiz nedēļā, ko vada fizioterapeits un 7 psihosociālām sesijām, ko vada dažādu nozaru speciālisti atkarībā no tēmas. Šai programmai pamatā ir biopsihosociālais modelis un sociālā atbalsta un modelēšanas teorijas, lai uzlabotu onkoloģisko pacientu dzīves kvalitāti. Fiziskās aktivitātes nepieciešamas, lai uzlabotos kustību kvalitāte, izturība, kā arī, lai cīnītos ar nogurumu un mazinātu stresu. Fiziskās nodarbības sākas ar ļoti nelielu slodzi, tad tā pakāpeniski tiek palielināta atkarībā no katra individuālajām spējām. Nodarībās iekļautas arī komandu spēles, ūdens aerobika, peldes baseinā, kā arī dalīšanās izjūtās ar citiem dalībniekiem. Savukārt psihosociālās nodarbības domātas, lai stiprinātu pašapziņu un nodrošinātu psiholoģisko atbalstu cīņā ar slimību. Dalībnieki saņem informāciju par onkoloģijas jautājumiem, viņiem ir iespēja dalīties savā pieredzē. Šī programma tika uzsākta 1996. gadā divos rehabilitācijas centros, šobrīd to piedāvā vairāk nekā 60 centros Nīderlandē un Beļģijā, un tā ir daļa no onkoloģiskās ārstēšanas.

Bāzēta uz šo iepriekšējo programmu ir attīstīta jauna kas saucas "OncoRev". Arī tā ir 12 nedēļu garumā, tāpat divreiz nedēļā tiek piedāvātas fiziskās aktivitātes, taču psihosociālā daļa tiek bāzēta uz paša pacienta individuālu apmācību un personības attīstību, ko kontrolē terapeits, minimāli iekļaujot grupu apmācību. Pacients strādā ar sevi un attīsta tādas iemaņas kā mērķa izvirzīšanu, informācijas savākšanu, informācijas atlasīšanu un apkopošanu, lēmumu pieņemšanu, rīcību un reakciju, bez tam arī dažādus problēmu risināšanas paņēmienus. Arī fiziskās nodarbības atšķiras – sākumā terapeits kopā ar pacientu izvirza mērķus šīm nodarbībām, tad saskaņā ar mērķiem tiek izstrādāta individuāla programma. Katras nodarbības sākumā ir individuāls treniņš, pēc tam grupu nodarbība. Pacientiem tie likti pulsa mērītāji, kā arī aparatūra, kas mēra nogurumu, terapeits dod padomus, kā labāk darīt to vai citu vingrinājumu.

Šo nodarbību laikā, kā arī pildot mājasdarbus, pacients iemācās sevi vadīt un sasniegt izvirzītos mērķus gan fiziskajās aktivitātēs, gan darbā, mājas darbos, hobbijos, attiecībās ar citiem cilvēkiem un ģimenē.

Pirmajās trijās nedēļās pacienti dalās arī pieredzē par savu slimību, gūst zināšanas par stresa menedžmentu, relaksēšanos, nogurumu, mācās psiholoģiju, slimības uztveri, kā arī cenšas, vairot optimismu un pašpārliecinātību. Pēc tam tiek apgūta problēmu risināšanas tehnika – problēmas noteikšana, problēmas definēšana, formulēšana un mērķu izvirzīšana, alternatīvo risinājumu izvēle, lēmuma pieņemšana, lēmuma ieviešana un apstiprināšana.

www.who.int

www.europatientright.eu

www.euro.who.int

www.dcs.kwfkankerbestrijding.nl

www.herstellenbalans.nl/system/inc

Slovēnija

Īsumā

Kādreizējā Dienvidslāvijas daļa, neatkarīga valsts kļuva 1991. gadā. Valstī ir aptuveni 2 miljoni iedzīvotāju, ap 16 % jaunāki par 15 gadiem. Vidējais dzīves ilgums sievietēm ir 71, 3 gadi, vīriešiem 78,8 gadi, kas ir zem vidējā Eiropas Savienības līmeņa, bet virs Centrāleiropas un Austrumeiropas līmeņa. Izplatītākie nāves cēloņi ir kardiovaskulārās slimības (gandrīz puse no visiem nāves cēloņiem), pēc tam seko vēzis, nelaimes gadījumi, elpošanas slimības, līdzīgi kā lielākajā daļā ES valstu.

Veselības aprūpei tiek tērēti vairāk nekā 8 % no IKP, tādējādi tuvojoties vidējam ES valstu līmenim. Gultu skaits slimnīcās – ap 4,6 uz 1000 iedzīvotājiem, ģimenes ārstu skaits – 2,2 uz 1000 iedzīvotājiem (2009. gada Pasaules Veselības Organizācijas dati).

Veselības aprūpes sistēma

Pēc neatkarības atgūšanas iepriekšējā veselības aprūpes sistēma bija sevi izsmēlusī, tāpēc 1992. gadā tika izveidota uz apdrošināšanu balstīta finansēšana, ko organizē publiskā veselības apdrošināšanas aģentūra. Tāpat likumā tiek noteikts, kas ietilpst obligātajā un brīvprātīgajā apdrošināšanas shēmā, kā arī papildus shēmā. Daļa no veselības aprūpes sektora tika privatizēta, tika ieviesti daži tiešie maksājumi, kā arī brīva iespēja izvēlēties ārstus un primārajai aprūpei tika piešķirta tā dēvētā “gate keeping” jeb vārtu sarga loma. Sākotnēji veselības aprūpes reformu rezultātā izdevās palielināt veselībai tērējamo procentu apjomu no IKP, jo tika ieviesta obligātā apdrošināšana, kā arī daļa iedzīvotāju iegādājās brīvprātīgo apdrošināšanu. Tomēr pēdējos gados atkal ir problēmas ar naudas deficītu, jo līdzekļu trūkuma dēļ pieaug rindas slimnīcās, ārsti un māsiņas nav apmierināti ar darba apstākļiem, bet pacienti - ar rindām un servisa kvalitāti. Turklāt, saīsinot ar kaimiņvalstīm, medikamenti ir dārgāki.

Organizacionālā struktūra

Nacionālā veselības padome – valdības padomdevēja institūcija, kas nodrošina lai veselības jautājumi atrastos valdības dienaskārtībā. Taču tās loma šobrīd tiek pārskatīta.

Veselības ministrija – attīsta nacionālo veselības politiku un nodrošina veselības aprūpes sistēmas pārraudzību un regulēšanu.

Veselības konsīlijs – augstākā ekspertu institūcija, kas konsultē valdību par veselības politikas jautājumiem.

Parlamentārā komiteja sociālos, darba, ģimenes un veselības jautājumos sagatavo likumdošanas priekšlikumus.

Slovēnijas Veselības apdrošināšanas institūts izveidots lai nodrošinātu obligāto veselības apdrošināšanu, tam ir vairāk nekā 50 nodaļas.

Slovēnijas sabiedriskās veselības institūts ar 9 reģionālajiem institūtiem dibināts, lai pārvaldītu vides veselību, higiēnas jautājumus, epidemioloģiju, informatīvās un izpētes aktivitātes.

Vietējās pašvaldības ir tiesīgas veikt savas korekcijas primārās aprūpes plānošanā, taču tās nav sākušas spēlēt aktīvu lomu lēmumu pieņemšanā kā tas bija paredzēts reformas uzsākot.

Medicīnas un farmācijas kameras spēlē būtisku lomu Veselības ministrijas lēmumu pieņemšanas procesā.

Veselības aprūpes plānošana, regulēšana un vadība

Sistēma paliek centralizēta – lielākā daļa plānošanas un līdzekļu sadales notiek valsts līmenī, zemākajos līmeņos pārsvarā notiek izpilde. Arī ienākumi no obligātās veselības apdrošināšanas tiek plānoti centralizēti. Nav skaidras plānošanas par tādu medicīnisku tehnoloģiju ieviešanu, kas prasa lielas investīcijas, pamatā visa plānošana notiek sastādot ikgadējo plānu ar obligātās veselības apdrošināšanas ieņēmumiem.

Veselības aprūpes finansēšana un izdevumi

Obligātā apdrošināšana ir veselības aprūpes galvenais ieņēmumu avots, kas sastāda aptuveni 85 % no līdzekļiem, nodokļiem ir neliela loma - ap 4 %, brīvprātīgā apdrošināšana sedz visu pārējo. No valsts budžeta tiek finansētas lielākās investīcijas veselība aprūpes objektos.

Veselības apdrošināšanas sistēma. Ir 21 kategorija apdrošināto, taču pastāv divas galvenās grupas. Pirmās grupas maksājumi ir no ienākumiem, tie neparedz nekādus riskus, bet iekļauj neestrādājošos dzīvesbiedrus un bērnus. Jāmaksā 13,45 % no bruto ienākumiem (6,56 % maksā darba devējs, 6,36 % - darba ņēmējs) + 0,53 % darba devējs maksā par darba traumām un slimībām.

Otrā grupa maksā fiksētu summu. Pensionāri maksā 5,65 % no bruto pensijas, pašnodarbinātie, fermeri un amatnieki maksā saskaņā ar noteiktu proporciju no saviem ienākumiem. Par bezdarbniekiem maksā valsts. Kā strādā obligātā veselības apdrošināšana. Tā nodrošina visus apdrošinātos ar divu veidu tiesībām – pirmās ir veselības aprūpe, otrā – pabalsti slimības laikā.

Slovēnijā ar katru gadu palielinās arī privātās veselības apdrošināšanas loma.

Veselības aprūpes sistēma

Primārā aprūpe

To nodrošina gan publiskie, gan privātie piegādātāji. Publiskie nodrošinātāji ietver sevī veselības aprūpes centrus un veselības stacijas. Veselības stacijas minimums ir: neatliekamā palīdzība, ģimenes ārsta prakse, veselības aprūpe bērniem un jauniešiem, pamata diagnosticēšanas serviss, kā arī stacija ir saistīta ar tuvāko veselības centru, kur var saņemt plašāku pakalpojumu klāstu.

Veselības centrā minimums ir: profilakse un ārstēšana, kā arī primārā aprūpe dažādām mērķgrupām. Centri pieder pašvaldībām. Darbinieki ir algoti, bet ārstiem un zobārstiem ir speciāli līgumi privāto prakšu uzturēšanai. Ar šo punktu ir problēmas, jo īsti nav sakārtotas savstarpējās attiecības.

Obligātās veselības aprūpes ietvaros pacientam ir tiesības izvēlēties primārās aprūpes ārstu, pie kura jābūt reģistrētam vismaz gadu, tad to drīkst nomainīt. Ģimenes ārsts nosūta uz citām apskatēm.

Sekundārā un augstākā aprūpe

Uz to nosūta ģimenes ārsts, taču kooperācija starp primāro un augstākā līmeņa aprūpi ir vāja. Šo aprūpi nodrošina slimnīcās vai privātajos centros, pavisam Slovēnijā ir 26 slimnīcas, no tām 12 – specializētas. Slimnīcu noslogotība ir vidēji par 85 %, tas liecināt par vienošanos katru gadu gultu skaitu un štatus samazināt par 1- 1,5 %.

Sociālā aprūpe

Nodrošina publiskais sektors. Aprūpes nami parasti ir saistīti ar veselības aprūpes centriem un strādā cieši kopā ar ģimenes ārstiem pašvaldībās. Pieaugošais veco cilvēku skaits ir jauns izaicinājums Slovēnijas sociālajai aprūpei.

Cilvēkresursi un apmācība

Nodarbināto skaits veselības aprūpē tiek kontrolēts, ierobežojot medicīnas fakultātē uzņemto cilvēku skaitu, taču šo normu nemitīgi nākas pārskatīt, jo, piemēram, šobrīd trūkst personāla un to nākas rekrūtēt no citām valstīm.

Medikamenti

Obligātā veselības apdrošināšana ietver sevī tā dēvēto pozitīvo medikamentu sarakstu un starpsarakstu. Atmaksa par zālēm no pozitīvā saraksta ir 75 %, visu atmaksu var saņemt, ja ir brīvprātīgā veselības apdrošināšana, par starpsaraksta zālēm var saņemt 25 % atmaksu. Ir arī zāles par kurām nesaņem atmaksu. Ārstiem ir ieteikts izrakstīt medikamentus saskaņā ar references cenām, taču tas nav obligāti. Receptes tiek reģistrētas un kontrolētas.

Problēma nozarē – strauji palielinās zāļu patēriņš un cenas.

Finanšu resursu izlietojums

Ikgadējās pārrunas un kontraktu slēgšana saistībā ar obligāto veselības apdrošināšanu norit trijos līmeņos. Vispirms nacionālajā līmenī tiek diskutēts par to, kas tiks iekļauts apdrošināšanas paketē, un nosaka budžeta griestus. Nākamajā etapā sabiedrotie diskutē par servisa nodrošinājumiem un atbildības sfērām. Trešajā stadijā tiek slēgti līgumi.

Samaksa par slimnīcām

Slimnīcas tāpat kā veselības centri savu finansējumu saņem pēc noslēgtajiem līgumiem ar apdrošinātāju. Budžets nosaka limitu, ko drīkst iztērēt, ir ieviesta atskaites sistēma – samaksa par katru aprūpes gadījumu. Tas šobrīd tiek unificēts, jo dažādās slimnīcās par vienu un to pašu pakalpojumu var būt jāmaksā dažādas cenas, tāpēc apdrošinātājam rodas apmaksas problēmas.

Veselības centru un ārstu apmaksā

Primārajiem veselības centriem maksā par provizorisko cilvēku skaitu un par padarīto darbu, to dara vietējais apdrošināšanas fonds. Ārsti var strādāt par darba algu vai privāti, pamatojoties uz līgumu ar apdrošinātāju, vai privāti, bez līguma ar apdrošinātāju. Pēdējā gadījumā viņi saņem tiešos maksājumus vai samaksu no brīvprātīgās apdrošināšanas. Viņi var paši noteikt cenas, šo naudu pacientiem neatmaksā. Slovēnijas veselības aprūpes sistēma visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no ienākumu apjoma, nodrošina universālu pieeju pakalpojumiem. Iedzīvotāji kopumā ir apmierināti ar aprūpes sistēmu, arī veselības stāvoklis salīdzinājumā ar kaimiņvalstīm ir labs, taču ir vairākas problēmas, ar kurām nākas saskarties – manipulācijas, uz kurām nākas gaidīt garās rindās, kopējo izdevumu palielināšanās, medikamentu izlietojuma apjoma palielināšanās, ārstu trūkums utt.

Pacientu organizācijas

Slovēnijas vēža pacientu asociācija apvieno onkoloģiskos pacientus, viņu tuviniekus, draugus, veselības profesionāļus un visus, kas vēlas strādāt kopā, lai cīnītos pret vēzi, uzlabotu veselības kvalitāti un vairotu dzīves kvalitāti slimības gadījumā.

<http://www.onkologija.org/>

Nevalstiskā bezpeļņas organizācija, Kolorektālā vēža biedrība, kas apvieno šīs slimības pacientus un viņu tuviniekus, ar mērķi cīnīties par labāku ārstēšanu un dzīves kvalitāti. Tālejošais mērķis - pacelt problēmu augstākā, ne tikai Slovēnijas, bet visas Eiropas un pasaules līmenī.

www.europacoln.com

Psihosociālā rehabilitācija

Nav atrodams īpaši daudz informācijas par psihosociālās rehabilitācijas norisi onkoloģijas pacientiem Slovēnijā, taču 2008. Gadā, kad Slovēnija bija ES rezidējošā valsts, veselības aprūpes jomā tika izvirzīta prioritāte – onkoloģija un tās ārstēšana, kā rezultātā tapa arī apjomīga grāmata. Viena no nodaļām veltīta psihosociālajai rehabilitācijai, tālāk daži galvenie secinājumi no šīs grāmatas. Grāmata izdota projekta FACT (Fight against cancer Today) ietvaros ar ES sociālo fondu atbalstu.

Lai arī psihosociālā onkoloģija ir relatīvi jauna disciplīna, tai būtu jābūt onkoloģiskās ārstēšanas sastāvdaļai, taču šobrīd tikai dažās valstīs tā ir. Par labu šai disciplīnai runā daudzi empīriski gadījumi, taču nepieciešams izstrādāt apkopjošas vadlīnijas un ieviest tās ikdienas praksē.

Vēzim un tā ārstēšanai ir milzīga psiholoģiska un sociāla ietekme paralēli fiziskajām norisēm. To pavada dramatiskas izmaiņas cilvēka organismā, tostarp fiziskas, emocionālas, garīgas, personīgas utt. Aptuveni 50% onkoloģisko pacientu cieš no stresa, garastāvokļa izmaiņām, izjūtot dusmas, bēdas, nomāktību. Daudziem šīs izmaiņas attīstās līdz pat depresijas stāvoklim, pēctraumatiskam stresam, bet paralēli tam, novērojamas nopietnas klīniskas sekas, zema dzīves kvalitāte, zemāks sāpju sliekšnis, augsts pašnāvību risks, rezultātā – nesekmīga ārstēšana.

Kvalitatīvs psihoonkoloģiskais serviss palīdz izvairīties vai vismaz mazināt visus iepriekš aprakstītos procesus, uzlabo dzīves kvalitāti ārstēšanas laikā un pēc ārstēšanas. Katra pacienta vajadzības ir unikālas, pacienti ir kļuvuši labāk informēti, tie pieprasa vairāk informācijas un vēlas dalīties lēmumu pieņemšanas procesā ar ārstu. Arī medicīnas darbinieki ir nonākuši pie secinājuma, ka daudzpusīga un uz pacientu centrēta pieeja ārstēšanai ir vislabākā, lai nodrošinātu sekmīgu onkoloģisko aprūpi pacientam.

Turklāt dzīves kvalitāte ir labs vērtēšanas kritērijs un tiešā veidā norāda uz aprūpes kvalitāti. Psihosociālā pieeja uzlabo ārsta – pacienta attiecības un pacienta apmierinātību, kā arī tūlīt pēc onkoloģiskajām problēmām palīdz uzrādīt psihosociālās problēmas, centrējas uz pacienta vajadzībām, kas rada labākus ārstēšanas rezultātus. Protams, tāda komunikācija prasa izcilas komunikācijas prasmes no ārsta, taču tās iespējams attīstīt un uzlabot. Lai arī pēdējā laikā bieži runāts par psihosociālās aprūpes lielo nozīmi indivīda, ģimenes, sabiedrības un visas valsts mērogā, daudzās valstīs tā tomēr nav iekļauta ārstēšanas paketē. Rekomendāciju līmenī psihoonkoloģiskajam servisam būtu jābūt visu ES valstu nacionālo veselības programmu sastāvdaļai, lai visiem eiropiešiem būtu vienādas tiesības uz augstāku dzīves kvalitāti un iespēju iekļauties sabiedrības dzīvē.

Apkopojošās rekomendācijas

Psihosociālā aprūpe jāiekļauj ikviena onkoloģijas pacienta standarta ārstēšanas plānā visā Eiropā, tai jābūt pieejamai ikvienā onkoloģijas centrā.

Ikvienam onkoloģijas pacientam un viņa ģimenei jāsaņem optimāla psihosociāla aprūpe atbilstoši slimības stadijai, paralēli ārstēšanai.

Ārstiem un māsiņām jābūt atbilstoši apmācītiem, lai varētu nodrošināt komunikāciju, tam ir jābūt iekļautam viņu apmācību programmā. Bez tam personālam jābūt zinošam, kā novērtēt pacienta psihosociālo stāvokli pēc onkoloģiskās ārstēšanas vai tās laikā, lai ieteiktu visatbilstošāko ārstēšanas paņēmienu.

Specifiskiem līdzekļiem, tādiem kā psihoterapija un psihofarmakoloģija, jābūt pieejamiem visiem onkoloģijas pacientiem un viņu tuviniekiem, ja tas nepieciešams.

Dzīves kvalitātes novērtējumam jābūt automātiski iekļautam onkoloģiskās aprūpes dienaskārtībā, lai zinātu pacienta vajadzības, uzlabotu ārstēšanu un monitorētu aprūpes kvalitāti.

Avoti

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98880/SVNsum122002.pdf

<http://www.onkologija.org/>

www.europacoln.com

www.protiraku.si

www.europadonna-zdruzenje.si

www.onko-i.si

www.program-svit.si

www.viva.si

www.who.int

Norvēģija

Īsumā

Norvēģijā joprojām lielākā oficiālā autoritāte ir karalis, kaut gan praksē izpildvara pieder Norvēģijas valdības kabinetam. Norvēģijā ir trīspakāpju parlamentārā sistēma, katru no pakāpēm vada ievēlēti pārstāvji – ir Nacionālais parlaments, apgabalu padomes un municipalitātes. Nacionālā valdība, precīzāk, Veselības un aprūpes ministrija ir atbildīga par sekundāro veselības aprūpi, municipalitātes ir atbildīgas par veselības veicināšanu, primāro veselības aprūpi, veco ļaužu aprūpi, kā arī garīgi un fiziski slimo iedzīvotāju aprūpi. Apgabali ir atbildīgi par zobārstniecību.

Norvēģijā ir ap 4,5 miljoniem iedzīvotāju, dabiskais pieaugums ir ar pozitīvu tendenci, palielinās arī imigrācijas apjoms. Dzīves ilgums – 77,5 gadi vīriešiem un 82,33 gadi sievietēm. Galvenie mirstības iemesli – kardiovaskulārās slimības, audzēji, nelaimes gadījumi.

Izdevumi veselības aprūpei – ap 10% no IKP, tas pašai valstij ir ļoti būtisks sasniegums, jo kopš pagājušā gadsimta beigām noticis būtisks pieaugums – par vairāk nekā 3 %, kas ierindo Norvēģiju Ziemeļvalstu augšgalā. Ģimenes ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem – 4, gultasvietu skaits uz 1000 iedzīvotājiem – 4 (2009. gada radītāji pēc Pasaules Veselības Organizācijas datiem).

Organizatoriskā sistēma

Trijos līmeņos: nacionālajā līmenī, piecu reģionālo autoritāšu un municipalitāšu līmenī. Nacionālais līmenis nodrošina veselības aprūpes politiku, sagatavo un pārrauga likumdošanu, piešķir līdzekļus. Galvenā atbildība par veselības aprūpes nodrošināšanu gulstas uz 5 reģionālajām autoritātēm un 431 municipalitāti.

Visiem pilsoņiem ir tiesības uz veselības aprūpi savā municipalitātē, kas ir atbildīgas par primārās veselības aprūpes nodrošināšanu un sociālo servisu. Piecas reģionālās veselības autoritātes ir atbildīgas par speciālās aprūpes finansēšanu, plānošanu un nodrošināšanu. Tas ietver somatisko aprūpi, psihisko veselību, laboratoriju pakalpojumus, radioloģiju.

Plānošana, regulēšana un vadība

Veselības aprūpes sistēma kopumā ir nacionālais īpašums, lai arī tiek slēgti daži līgumi ar privātajām aģentūrām, galvenokārt starp municipalitātēm un ģimenes ārstiem.

Norvēģijas veselības aprūpes sistēma bija decentralizēta līdz brīdim, kad 2002. gadā notika slimnīcu reforma, tagad sistēmu var dēvēt par daļēji centralizētu. Organizatoriskajā struktūrā reģionālās autoritātes (5) un veselības uzņēmumi ir valsts īpašums, līdz ar to viņu darbību nosaka valdība. Municipalitātes vada lokāli ievēlēti politiķi, viņiem ir tiesības pašiem veidot organizatorisko struktūru.

Veselības aprūpes finansēšana un izdevumi

Veselības aprūpes budžets Norvēģijā sastāv no nodokļiem, nacionālās sociālās apdrošināšanas sistēmām un privātajiem izdevumiem. Primāri tie ir nodokļi, kas tiek iekasēti municipalitātē, reģionālajā un nacionālajā līmenī. Pēc parlamenta apstiprinājuma valdība nosaka municipalitāšu un reģionu maksimālās nodokļu lik-

mes. Norvēģijā nav tāda speciāla veselības nodokļa, un reģionālās autoritātes pašas nevar noteikt nodokļus. Šie ieņēmumi veido ap 85% veselības aprūpes budžeta.

Papildus finansējuma avoti

Visi Norvēģijas iedzīvotāji un viesstrādnieki ir iekļauti Nacionālajā apdrošināšanas shēmā. NAS finansē darba devēji, darbinieki, pašnodarbinātie un valsts. Šajā shēmā iekļautie pretendē uz vecuma pensiju, izdzīvotāju un invaliditātes pensiju, rehabilitāciju vai darba traumas ārstēšanas apmaksu. Bez tam ir pabalsts vientuļajiem vecākiem, pabalsti slimības gadījumā, maternitātes, adopcijas un bezdarba pabalsti, kā arī pabalsti bērnu izdevumiem. Veselības aprūpei NAS tērē aptuveni 10 % budžeta.

Brīvprātīgajai veselības apdrošināšanai nav nekādas nozīmīgas lomas Norvēģijas veselības aprūpē.

Tiešā samaksa

Par uzturēšanos slimnīcā nav nepieciešama tiešā samaksa, taču tāda ir nepieciešama konsultējoties pie privātajiem speciālistiem, apmeklējot poliklīnikas, ģimenes ārstus, veicot laboratoriskus izmeklējumus un rentgenu, kā arī zāļu iegādi. Vairums no šiem izdevumiem ir iekļauti izmaksu "griestu" shēmā, kas nozīmē, ja kalendārā gada laikā šie griesti tiek sasniegti, tad NAS apmaksā visus atlikušos izdevumus. Katru gadu šie griesti tiek noteikti no jauna, 2006. gadā tie bija 1615 Norvēģijas kronas, 2005. gadā griestus sasniedza ap 1 miljonu norvēģu. Tiešie maksājumi veido ap 15% veselības aprūpes budžeta.

Veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju Norvēģijā ir visaugstākie starp Ziemeļvalstīm un tā praktiski ieņem 2 vietu aiz ASV.

Aprūpes sistēma

Primārā aprūpe

Kā jau minēts, municipalitātes ir atbildīgas par primāro veselības aprūpi un iedzīvotāju labklājības nodrošināšanu, kā arī par labvēlīgiem sociālajiem un vides apstākļiem. Vēl vairāk, municipalitātes ir atbildīgas par to, lai iedzīvotāji saņemtu pietiekami daudz informācijas par veselīgu dzīves veidu un aktīvu atpūtu, kas uzlabotu viņu dzīves kvalitāti. Par to, cik tērēt veselības sektora izdevumiem, ir atbildīga tikai attiecīgā municipalitāte.

Primārā aprūpe un ģimenes ārstu prakses Norvēģijā ir labi attīstītas. Ģimenes ārsti veido primārās veselības aprūpes kodolu. Parasti šādā praksē strādā no 2-6 ārstiem, kopš 2001. gada katrai municipalitātei tika dots uzdevums katram pilsonim nodrošināt ģimenes ārstu. Saskaņā ar pētījumiem, 98% iedzīvotāju ir savs ģimenes ārsts. Municipalitātes nodrošina arī neatliekamo palīdzību.

Sabiedrības veselības servisi

Municipalitātes ir atbildīgas arī par profilaksi, par veselības aprūpi skolās un bērnudārzos.

Sekundārā un augstākā aprūpe

Saskaņā ar reformu par slimnīcām Norvēģijā atbild 5 reģionālās veselības autoritātes, veidojot veselības uzņēmuma tīklu. Šīm autoritātēm ir pienākums nodrošināt vienādu pieeju slimnīcu servisam ikvienam ie-

dzīvotājam attiecīgajā teritorijā. Finansējums nāk no valsts budžeta, apmaksas par pakalpojumiem un DRG atmaksas, kā arī pacientu tiešajiem maksājumiem.

Ilgtermiņa aprūpe

Ilgtermiņa aprūpe ir municipalitāšu ziņā, tajā ietilpst – veco ļaužu pansionāti, patversmes un palīdzības mājās. Pēdējos gados palielinās to iedzīvotāju skaits, kas izmanto šos pakalpojumus.

Cilvēkresursi un apmācība

Salīdzinot ar pārējām Ziemeļvalstīm Norvēģijā ir vairāk veselības aprūpes speciālistu, turklāt šim skaitlim ir tendence palielināties, piemēram, māsiņu skaits ir otrais lielākais pēc Somijas Eiropā. 4 valsts universitātēs var apgūt ārsta specialitāti, pēc 6 gadu pamatzglītības medicīnā ir 18 mēnešu internie kursi, parasti šī praktiskā apmācība notiek lauku reģionos. Ir 30 pamatspecialitātes, astoņi medicīnas un 5 ķirurģijas atzari. Vidējais laiks, lai iegūtu diplomu savā specialitātē pēc interna kursiem, ir vēl 5 gadi. Pavisam ir 27 māsu skolas, māsām vismaz 3 gadi jāapgūst pamatiemaņas augstākā līmeņa medicīnas praksē.

Medikamenti

Norvēģijas zāļu aģentūra ir atbildīga par rekomendāciju sagatavošanu par apmaksājamajiem medikamentiem. Ir izstrādāta cenas un ieņēmumu shēma recepšu medikamentiem, cenas regulē Eiropas Ekonomiskās zonas likumi, aptieku uzcelojumu nosaka parlaments. Bezrecepšu zāļu cena netiek regulēta, recepšu zālēm reklāma nav atļauta.

Finanšu resursu izlietojums

Galvenais līdzekļu avots ir daļa no valsts un lokālajiem nodokļiem. Pastāv sadales formula pēc kuras valsts sadala naudu municipalitātēm, tas ir atkarīgs no iedzīvotāju vecuma, sociālā stāvokļa, demogrāfiskā raksturojuma utt. Par ātro palīdzību maksā no trim avotiem – nodokļi no municipalitātēm, tiešie maksājumi un atmaksa no NAS.

Ārstu apmaksa

Norvēģijā ārsti pārsvarā ir algoti darbinieki, izņemot pašnodarbinātos, piemēram, ģimenes ārstus, kuriem maksā par padarīto darbu vai arī ar tiešajiem maksājumiem vai no municipalitātes. Pārrunas par algu parasti tiek risinātas starp valsti/ municipalitāti kā darba devēju un veselības aprūpes speciālistu organizācijām kā darba ņēmēju.

Galvenās pēdējā laika reformas

Ģimenes ārstu reforma – pacientam ir tiesības reģistrēties pie ģimenes ārsta pēc savas izvēles un divreiz gadā mainīt ģimenes ārstu, kā arī pacientam ir tiesības uz cita ārsta viedokli. Mērķis bija uzlabot lokālo medicīnas servisu, nodrošināt veselības aprūpes ilglaicību un nostiprināt tuvākas ārsta – pacienta attiecības. Slimnīcu reforma galvenokārt bija domāta, lai slimnīcas turpmāk pārvaldītu nacionālā līmenī, slimnīcas tiek organizētas kā uzņēmumi, ikdienas darbs slimnīcas vadībā tiek nodots pārvaldītājiem un valdēm.

Sākotnējie rezultāti rāda, ka reformai ir labi panākumi, jo mazinājušās rindas uz slimnīcām un noteikti ir uzlabojusies vadības kvalitāte.

Farmācijas reformas rezultātā aptiekās ir tiesības izrakstītās zāles aizstāt ar citas firmas generic zālēm. Vēl Norvēģijas veselības aprūpē atlikuši daži izaicinājumi, kā piemēram, veselības un sociālās aprūpes servisu integrācija, alkoholisma un smēķēšanas samazināšana, krāso atšķirību veselības stāvoklī dažādu sociālo grupu iedzīvotājiem mazināšana. Veselības aprūpe ir Norvēģijas politikas prioritāte.

Norvēģijas Vēža biedrība

Galvenā nevalstiskā bezpeļņas organizācija, kas strādā ar onkoloģiskām problēmām. Biedrībai ir tūkstošiem biedru, kā arī atbalstītāju.

Biedrības vadība bāzēta Oslo, lokālie ofisi daudzās citās Norvēģijas pilsētās, biedrībā strādā 180 algoti darbinieki, ir 130 000 biedru un regulāro ziedotāju, gandrīz 200 brīvprātīgo. Biedrība sadarbojas ar 12 neatkarīgām pacientu asociācijām. Ik gadus šo asociāciju darbam tiek pārskaitīti 3, 7 miljoni ASV dolāru.

Vīzija: Kopā mēs radām cerību.

Galvenie mērķi: ieguldīt līdzekļus profilaksē, lai pēc iespējas vairāk cilvēkiem izdotos izvairīties no saslimšanas, ieguldīt līdzekļus ārstēšanā, lai pēc iespējas vairāk būtu onkoloģisko iedzīvotāju, nodrošināt dzīves kvalitāti vēža pacientiem un viņu tuviniekiem.

Vērtības: uzticamība, atvērtība, cieņa, iesaistīšanās.

Darbības virzieni:

1. Onkoloģiskās problemātikas izpēte – klīniskā, epidemioloģiskā, sociālā.
2. Informēšana un profilakse – smēķēšanas samazināšana, fizisko aktivitāšu palielināšana, veselīgs uzturs un piesardzība saūļojoties ir tikai daži no virzieniem, kuros tiek vērsta profilakse.
3. Aprūpe: onkoloģiskā līnija – veselības profesionāļi, sociālie darbinieki un juristi nodrošina emocionālu un praktisku atbalstu pa telefonu, sms, e-pastu un sociālajos tīklos. Iedrošināšanas kursi – informē par iespējām dzīvot pilnvērtīgu dzīvi šajā izaicinošajā dzīves situācijā.
4. Vieta kur tikties – tiek nodrošināti pasākumi bērniem un jauniem cilvēkiem ar vecākiem, lai kopīgai atpūtai varētu pievienoties arī tuvinieki. Varde centrs - tikšanās vieta cilvēkiem ar onkoloģiskajām saslimšanām un viņu ģimenēm, kur notiek dažādas aktivitātes un relaksācijas pasākumi.
5. Interesu pārstāvniecība un sabiedriskās attiecības. Konsultācijas un lēmumu pieņēmēju ietekmēšana visos jautājumos, kas saistās ar onkoloģiju, lai pēc iespējas vairāk uzlabotu ārstēšanas procesu un pacientu dzīves kvalitāti.
6. Starptautiskās attiecības. Biedrība ir iesaistīta smēķēšanas kontroles projektos Krievijā un Āfrikā.

Ienākumu avoti:

Novēlējumi un dāvanas 37%

Atbalsts no Norsk Tipping (valdībai piederoša spēļu kompānija) 17%

Naudas vākšanas kampaņas 5%

Dažādu fondu atbalsts 5%

Dāvanas un ziedojumi 23%

Biedru naudas 5%

Valdības atbalsts 1%

Dažādi 7%

Avoti

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98867/E88821sum.pdf

<http://www.ncu.nu>

www.kreftforeningen.no

www.who.int

Igaunija

Īsumā

Igaunijā ir nepilni 1,5 miljoni iedzīvotāju, iedzīvotāju skaits ir ar tendenci samazināties saistībā ar pieaugošo migrāciju un negatīvu dabisko pieaugumu. Vidējais dzīves ilgums - 71 gads (sievietēm - 77 gadi un vīriešiem - 65), jaundzimušo mirstība samazinās – šobrīd ap 5,7 gadījumiem uz 1000. Galvenie nāves iemesli – kardiovaskulārās slimības, onkoloģiskās slimības un nelaimes gadījumi.

Kopš 1991. gada Igaunijas veselības aprūpes sistēmā ir divas būtiskas izmaiņas – pirmkārt, tā ir pārgājusi no centralizētā valsts pārvaldīta mehānisma uz decentralizētu, otrkārt, no valsts apmaksāta budžeta uz sociālās apdrošināšanas iemaksām. Igaunijas veselības apdrošināšanas fonds tika pārveidots par neatkarīgu sabiedrisku organizāciju, kas varētu nodrošināt konkurētspējīgus pakalpojumus. Tai pat laikā notikušas lielas izmaiņas primārajā aprūpē un sabiedrības veselībā. Deviņdesmitajos gados Igaunijas veselības aprūpes sistēma nebija gatava uz to decentralizācijas vilni, ko nācās piedzīvot, taču šobrīd Sociālo lietu ministrija veicot daudzas reformas, atkal ir spējusi uzņemties atbildību par procesu. Beidzamās reformas fokusētas uz veselības servisa paaugstināšanu, ieskaitot primārās aprūpes stiprināšanu, uzsākot gate - keeping principa ieviešanu un mainot maksāšanas sistēmu, tai pat laikā saglabājot kvalitāti un pieejamību. 2009. gadā ģimenes ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem – 3, gultu skaits slimnīcās – 6, veselības izdevumi sastāda gandrīz 6% no IKP.

Organizatoriskā sistēma un vadība

Caur Sociālo lietu ministriju un tās aģentūrām Igaunijas valsts ir atbildīga par vispārīgās veselības politikas attīstīšanu un ieviešanu, ieskaitot sabiedrības veselības politiku, veselības aprūpes servisa kvalitāti un pieejamību. Valdības galvenā funkcija ir regulēšana. Pēdējā laikā reģionu un municipalitāšu loma veselības aprūpē ir mazinājusies.

2001. gadā iepriekš eksistējošo Centrālo slimību fondu un 17 reģionālos slimību fondus aizstāja Igaunijas veselības apdrošināšanas fonds. Tā galvenie pienākumi ietver kontraktus ar veselības aprūpes nodrošinātājiem, samaksu par veselības pakalpojumiem, farmācijas izdevumu atmaksāšanu, slimības lapu un grūtniecības pabalstu apmaksu.

Veselības aprūpe Igaunijā kopš 2002. gada ir gandrīz pilnībā decentralizēta, veselības nodrošinātāji darbojas autonomi, servisu nodrošina individuāli uzņēmēji un organizācijas (SIA, fondi, privātuzņēmēji). Slimnīcas ir pārsvarā SIA, kas pieder municipalitātēm vai valsts fondiem vai citām valsts institūcijām. Attiecīgi tie pieder vai nu sabiedriskām institūcijām vai ir peļņu nesoši (SIA) vai bezpeļņas (Fondi). Daudzas poliklīnikas ir privātas. Visi ģimenes ārsti ir privātuzņēmēji vai strādā privātkompānijās, kas nodrošina tikai primāro aprūpi. Pēdējā laikā ir pieaugusi pacienta/patērētāja loma debatēs par veselības aprūpi.

Trīs galvenie ieguvumi no reformām: Atbildība par vispārējo veselības aprūpi gulstas uz sociālo lietu ministrijas pleciem, municipalitāšu atbildība par plānošanu un administrēšanu ir minimāla, lielāka atbildība ir

par izpildi. EHIF un Veselības aizsardzības inspektorāts, kas bija pārstāvēti katrā reģionā, tagad ir apvienojuši zem sevis vairākus reģionus. Treškārt, lielāka atbildība ir uz EHIF vadību un uz pakalpojumu nodrošinātājiem. Veselības aprūpes nodrošinātājiem tagad ir legāls statuss kā privātu uzņēmējiem, kas darbojas pēc likumiem, līdz ar to viņi atskaitās slimnīcu uzraudzības padomēm. EHIF nav ministrijas padotais.

Veselības aprūpes finansēšana un izdevumi

Galvenais ienākumu avots – nodokļi, kas veido 66% no visiem veselības aprūpes izdevumiem, no valsts budžeta 8 %, no municipālā 3%, no privātpersonām 23%. Veselības aprūpe tiek nodrošināta balstoties uz pilsonību un piederību speciālām grupām, ko nosaka valsts likumdošana. No šī pamatprincipa nav iespējams izvairīties. Strādājošie un pašnodarbinātie maksā Valsts ieņēmumu dienestam sociālo nodokli, kas nodrošina gan veselības aprūpi, gan pensiju iemaksas, praksē darbadevējs maksā nodokli, tā kā darbinieks praktiski pats neko nemaksā.

Specifiskām grupām, piemēram, jaunajām māmiņām, bezdarbniekiem, tiem, kas aprūpē cilvēkus ar invaliditāti, iemaksas nodrošina valsts. Citas grupas, piemēram, bērni, pensionāri, studenti, cilvēki ar invaliditāti saņem aprūpi par brīvu.

Aprūpi saņem reģionāli, atkarībā no dzīvesvietas, tātad vietas, kur tiek izmantots veselības pakalpojumu klāsts. EHIF pārklāj ap 94% iedzīvotāju. Atlikušie procenti vai nu izvairās no nodokļu maksāšanas vai arī ir bezdarbnieki ilgāk nekā 9 mēnešus. Ātrā palīdzība ir bezmaksas.

Bērniem un jauniešiem līdz 19 gadu vecumam zobārstniecības pakalpojumi, ieskaitot profilaksi un higiēnu, ir bezmaksas.

Dažiem pakalpojumiem ir ieviesti līdzmaksājumi, piemēram, ārstu mājas vizītēm, ambulatorajām vizītēm un slimnīcā pavadītajām dienām, no tiem ir atbrīvoti bērni un grūtnieces, kā arī pacienti, kam nepieciešama intensīva terapija.

Problēma, kas pastāv – neattīstās veselības aprūpes tirgus konkurence, kā atzīst igauni, tas ir tāpēc, ka pietiekami liels pakalpojumu klāsts tiek apmaksāts un īpaši ilgi nav jāgaida rindās. Turklāt, nav iespējas izvairīties no EHIF maksājumiem, vienīgā iespēja – apdrošināšanas polises, ko darba devēji pērk darbiniekiem, dod 33% atlaidi no sociālā nodokļa maksājuma.

Izdevumi veselības aprūpē

Valdībai nav mērķis, lai veselības aprūpes izdevumi sasniegtu zināmu procentu no IKP, drīzāk veselības aprūpes izdevumi ir atkarīgi no algu līmeņa, kas veido EHIF pamatu un pieaugošajām privātajām izmaksām par zālēm un citiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Tomēr, ja skatās no IKP procentu puses, Igaunijā šie izdevumi ir vislielākie no Baltijas valstīm.

Veselības aprūpes sistēma

Reformas sākumā bija uzstādīts mērķis ieviest ģimenes medicīnu kā specialitāti, tāpēc tagad ir skaidri nodalīta primārā aprūpe no ambulatorās aprūpes.

Ģimenes ārsti nodrošina diagnostiku, vispārīgu slimību ārstēšanu, padomu sniegšanu, profilaksi utt. Pacien-

tam nepieciešams ģimenes ārsta norīkojums, lai apmeklētu lielāko daļu speciālistu un arī nokļūtu slimnīcā. Pie vairākiem speciālistiem var iet arī bez norīkojuma – acu ārsta, ginekologa, psihiatra, zobārsta.

Katram ģimenes ārstam ir reģistrētie pacienti, pacienti var mainīt ārstu, kad vien vēlas, ja vien var atrast kādu, pie kā pierēģistrēties. Pētījumi rāda, ka vairāk nekā 80% ir apmierināti ar ģimenes ārstu darbu, bez tam 80% gadījumu ģimenes ārstu var apmeklēt tajā dienā, kad to vēlas un tikai 7% gadījumu ir jāgaida ilgāk nekā 5 dienas. Tai pat laikā pētījumi rāda arī to, ka ne visi Igaunijas iedzīvotāji ir pieņēmuši ģimenes ārsta gate keeper lomu veselības aprūpes sistēmā un vēlas izmaiņas.

Veselības aprūpes finansēšana un izdevumi

Galvenais ienākumu avots – nodokļi, kas veido 66% no visiem veselības aprūpes izdevumiem, no valsts budžeta 8 %, no municipālā 3%, no privātpersonām 23%. Veselības aprūpe tiek nodrošināta balstoties uz pilsonību un piederību speciālām grupām, ko nosaka valsts likumdošana. No šī pamatprincipa nav iespējams izvairīties. Strādājošie un pašnodarbinātie maksā Valsts ieņēmumu dienestam sociālo nodokli, kas nodrošina gan veselības aprūpi, gan pensiju iemaksas, praksē darbadevējs maksā nodokli, tā kā darbinieks praktiski pats neko nemaksā.

Specifiskām grupām, piemēram, jaunajām māmiņām, bezdarbniekiem, tiem, kas aprūpē cilvēkus ar invaliditāti, iemaksas nodrošina valsts. Citas grupas, piemēram, bērni, pensionāri, studenti, cilvēki ar invaliditāti saņem aprūpi par brīvu.

Aprūpi saņem reģionāli, atkarībā no dzīvesvietas, tātad vietas, kur tiek izmantots veselības pakalpojumu klāsts. EHIF pārklāj ap 94% iedzīvotāju. Atlikušie procenti vai nu izvairās no nodokļu maksāšanas vai arī ir bezdarbnieki ilgāk nekā 9 mēnešus. Ātrā palīdzība ir bezmaksas.

Bērniem un jauniešiem līdz 19 gadu vecumam zobārstniecības pakalpojumi, ieskaitot profilaksi un higiēnu, ir bezmaksas.

Dažiem pakalpojumiem ir ieviesti līdzmaksājumi, piemēram, ārstu mājas vizītēm, ambulatorajām vizītēm un slimnīcā pavadītajām dienām, no tiem ir atbrīvoti bērni un grūtnieces, kā arī pacienti, kam nepieciešama intensīva terapija.

Problēma, kas pastāv – neattīstās veselības aprūpes tirgus konkurence, kā atzīst igauņi, tas ir tāpēc, ka pietiekami liels pakalpojumu klāsts tiek apmaksāts un īpaši ilgi nav jāgaida rindās. Turklāt, nav iespējas izvairīties no EHIF maksājumiem, vienīgā iespēja – apdrošināšanas polises, ko darba devēji pērk darbiniekiem, dod 33% atlaidi no sociālā nodokļa maksājuma.

Izdevumi veselības aprūpē

Valdībai nav mērķis, lai veselības aprūpes izdevumi sasniegtu zināmu procentu no IKP, drīzāk veselības aprūpes izdevumi ir atkarīgi no algu līmeņa, kas veido EHIF pamatu un pieaugošajām privātajām izmaksām par zālēm un citiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Tomēr, ja skatās no IKP procentu puses, Igaunijā šie izdevumi ir vislielākie no Baltijas valstīm.

Veselības aprūpes sistēma

Reformas sākumā bija uzstādīts mērķis ieviest ģimenes medicīnu kā specialitāti, tāpēc tagad ir skaidri nodalīta primārā aprūpe no ambulatorās aprūpes.

Ģimenes ārsti nodrošina diagnostiku, vispārīgu slimību ārstēšanu, padomu sniegšanu, profilaksi utt. Pacientam nepieciešams ģimenes ārsta norīkojums, lai apmeklētu lielāko daļu speciālistu un arī nokļūtu slimnīcā. Pie vairākiem speciālistiem var iet arī bez norīkojuma – acu ārsta, ginekologa, psihiatra, zobārsta.

Katram ģimenes ārstam ir reģistrētie pacienti, pacienti var mainīt ārstu, kad vien vēlas, ja vien var atrast kādu, pie kā pierēģistrēties. Pētījumi rāda, ka vairāk nekā 80% ir apmierināti ar ģimenes ārstu darbu, bez tam 80% gadījumu ģimenes ārstu var apmeklēt tajā dienā, kad to vēlas un tikai 7% gadījumu ir jāgaida ilgāk nekā 5 dienas. Tai pat laikā pētījumi rāda arī to, ka ne visi Igaunijas iedzīvotāji ir pieņēmuši ģimenes ārsta gate keeper lomu veselības aprūpes sistēmā un vēlas izmaiņas.

Sociālā aprūpe

Sociālā aprūpe Igaunijā ir pašvaldību atbildība, to finansē valsts budžets. Sociālā aprūpe tiek nodrošināta ar pabalstu palīdzību un citiem atvieglojumiem. Nauda domāta ikdienas izdevumiem, aprūpētāju apmaksai utt. Pakalpojumi, kas domāti cilvēkiem ar garīgās veselības problēmām vai invaliditāti, ir valsts ziņā, tos nodrošina Sociālo lietu ministrija.

Cilvēkresursi un apmācība

Pēc neatkarības atgūšanas uz cilvēkresursu un apmācības bāzes tika veikti lieli ietaupījumi, kas šobrīd ir rezultējušies lielās personāla problēmās, īpaši pēdējā laikā, kad brīvais darbaspēka tirgus ļauj doties strādāt uz citām valstīm. Ir problēmas ar zemāko medicīnas personālu un problēmas arī ar ārstiem, kuru skaits ir katastrofāli samazinājies. Igaunija pat ir mēģinājusi ieviest paātrināto masu apmācību, bet šis priekšlikums nav iedzīvojis saistībā ar nelielu apmācību kapacitāti.

Medikamenti

Medikamentu valsts aģentūra (MVA) ir pilnībā atbildīga par visām farmācijas aktivitātēm un medicīnas aparatūru. Ir kompensējamo zāļu saraksts, darbojas references cenu sistēma. Ārstiem kompensējamās zāles ir jāizraksta pēc aktīvās vielas, taču, ja ir pamatojums, kāpēc pacientam vajag citas firmas zālēs, drīkst izrakstīt arī cita ražotāja medikamentus.

Finanšu resursu izlietojums

Aptuveni 70% no veselības aprūpes izdevumiem iet caur EHIF, tā budžetu nosaka valdība saskaņā ar sociālā nodokļa veselības izdevumu ieņēmumiem. EHIF fondam ir 4 reģionālie atzarojumi, kas saņem naudu atkarībā no iedzīvotāju daudzuma. Šiem atzarojumiem ir iespēja naudu nedaudz pārdalīt starp ārstiem speciālistiem, zobārstniecību un ilgtermiņa aprūpi, bet primārajai aprūpei ir stingri noteikts līdzekļu apjoms. Kontraktus ar vietējiem pakalpojumu piegādātājiem slēdz reģionālie atzarojumi.

No valsts budžeta tiek finansēti aptuveni 8% veselības budžeta, galvenokārt caur Sociālo lietu ministriju.

Katras ministrijas izdevumu griestus nosaka Finanšu ministrija saskaņā ar likumdošanu un valdības prioritātēm.

Samaksa slimnīcām ir pamatota uz izmaksām un kontraktiem ar EHIF, izmantojot augstākās cenas no cenu lapas. Cenu lapā ir ap 1800 pozīciju, gan cena par servisu, gan kompleksas cenas specifiskām procedūrām. Šobrīd notiek pāreja uz DRG – uz diagnozēm bāzēto grupu finansējuma veidu.

Primārajā aprūpē ārstiem un māsiņām, kas ir līgumattiecībās ar EHIF, maksā pēc jaukta principa un samaksa iekļaujas: procenti par apkalpojamo cilvēku skaitu, samaksa par padarīto darbu un bāzes mēneša alga. Poliklīniku speciālisti saņem samaksu par padarīto darbu, atalgojuma griesti ir atrunāti līgumā. Ārsti, kas apkalpo slimniekus slimnīcās parasti strādā par noteiktu algu, tāpat par noteiktu algu strādā citi veselības aprūpes speciālisti.

Veselības aprūpes reformas

Galvenie izaicinājumi – paaugstināt efektivitāti un vairāk aizstāvēt sabiedrības intereses, padarot caurspīdīgākās attiecības starp veselības aprūpes nodrošinātājiem un apdrošināšanas sistēmu. Primārās aprūpes un slimnīcu reformas uzdevums ir palielināt ārstu un slimnīcu ieinteresētību procesā, liekot uzņemties daļu no finanšu riskiem un būt atbildīgiem par kvalitāti. Valdībai arī jāvairo stratēģiskās plānošanas un uzraudzības kapacitāte, bet EHIF – jāveic saimnieciskās darbības uzlabojumi. Plānota arī farmācijas reforma, lai stiprinātu references cenu sistēmu.

Igaunijas vēža biedrība

Dibināta 1991. gadā kā nevalstiska bezpeļņas organizācija, lai apvienotu 11 neatkarīgas nevalstiskas organizācijas, kas strādā ar onkoloģisko problemātiku. Biedrības organizācijās kopumā ir ap 2000 biedru, darbība tiek virzīta uz onkoloģiskajiem pacientiem un viņu tuviniekiem, kā arī veselības speciālistiem onkoloģijas jomā. Tiek sniegts ieguldījums informēšanā par profilaksi un ārstēšanu, kā arī veikta psihosociālā un fiziskā pacientu rehabilitācija, kā arī to pacientu problēmu atvieglošana, kas cieš no vēža pēdējās stadijās.

www.cancer.ee

Avoti

www.cancer.ee

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98838/E85516sum.pdf

www.indexmundi.com

www.who.int

Kopējie secinājumi

Katrā no izpētītajām valstīm ir atšķirīga vēsturiskā situācija, līdz ar to arī vēsturiski veidojusies veselības aprūpes sistēma un savi izaicinājumi. Vai tā būtu Vācija, kura uzskata sevi par vienu no obligātās veselības un sociālās apdrošināšanas pamatlicējām, taču piedzīvojusi divu dažādu sistēmu apvienošanas procesu, un par spīti tam šobrīd ir ar augstāko veselībai atvēlēto % no IKP (11%) Eiropas Savienībā, vai tā būtu Igaunija, kura par spīti Padomju Savienības mantojumam, kas bijis ļoti līdzīgs Latvijai, spējusi veselībai atvēlēto % daudzumu no IKP strauji kāpināt līdz pat 6,1%. Katrā valstī ir ļoti daudz individuālu īpatnību, ko būtu vērts ņemt vērā un izmantot, veidojot sistēmu Latvijā, taču ir arī vienojošās iezīmes, kuras varētu saukt par kvalitatīvas veselības aprūpes pazīmēm.

Primārajai aprūpei – primārā, “vārtu sarga” loma.

Pie šī secinājuma nonākušas visas pētītās valstis, turklāt, izdarīts secinājums, ka, ieguldot pietiekami līdzekļu primārajā aprūpē, iespējams ietaupīt citiem izdevumiem. Piemēram,

Nīderlandē ir labi attīstīta primārā veselības aprūpe, ko galvenokārt nodrošina ģimenes ārsti, kas ir atslēgas personas veselības aprūpes sistēmā. Katram pacientam ir jābūt reģistrētam pie ģimenes ārsta, pie citiem speciālistiem un uz slimnīcu var doties ar ģimenes ārsta norīkojumu. Ģimenes ārsta darbības efektivitāti raksturo sarūkošs norīkojumu skaits, lielāko daļu problēmu tiek atrisināts tieši ģimenes ārsta kabinetā, ģimenes ārstu apmeklējums veido 2/3 no poliklīniku kopējā apmeklējuma. Ģimenes ārsti daudz laika pavada runājot ar pacientu un viņu medicīniskās apmācības neatņemama sastāvdaļa ir komunikācijas prasmes. Tas zināmā mērā izskaidro arī nelielo izrakstīto recepšu skaitu – tikai 66% gadījumu pēc ģimenes ārsta apmeklējuma, salīdzinājumā ar 75-95% citās Eiropas valstīs. Tostarp, Nīderlandē ir aptuveni par 10% mazāk ārstu nekā vidēji ES valstīs, zobārstu ir par 30% mazāk, kamēr medmāsu skaits ir lielāks nekā vidēji citās ES valstīs. Nīderlandē īpaši domāts par ģimenes ārstu apmācību. Karaliskā Holandes medicīnas asociācija reģistrē ģimenes ārstus, to apmācību nodrošina ģimenes ārstu instruktori sadarbībā ar universitātēm. Ģimenes ārstu apmācība (papildus pamatstudijām) ir pagarināta no diviem uz trijiem gadiem, bez tam uz šo apmācību ir jāgaida rindā līdz 4 gadiem. Ne visās valstīs iedzīvotāji ir apmierināti ar ģimenes ārstu darbību un šādas sistēmas pastāvēšanu, piemēram, Igaunijā daļa iedzīvotāju izsaka neapmierinātību ar to, ka pie ģimenes ārsta jāiet arī tad, ja nepieciešams norīkojums pie citiem speciālistiem. Tomēr pētījumi rāda, ka tieši Igaunijā vairāk nekā 80% iedzīvotāju ir apmierināti ar ģimenes ārstu darbu, bez tam 80% gadījumu ģimenes ārstu var apmeklēt tajā dienā, kad to vēlas un tikai 7% gadījumu ir jāgaida ilgāk nekā 5 dienas. Saprotais, lai šāda sistēma strādātu, svarīgi ir nodrošināt vieglu pieejamību ģimenes ārstam.

Neatkarīgi no sistēmas, skaidri definēts līdzekļu apjoms, kas nonāk veselības aprūpē, kā arī šo līdzekļu sadalījums. Piemēram, Vācijā, kur Obligātā veselības apdrošināšana (OVA) vairāk domāta personām ar zemiem un vidējiem ienākumiem, daudzas personas ar atalgojumu virs vidējā līmeņa arī izvēlas OVA, jo tas izdevīgi sedz visas nepieciešamās manipulācijas un finansē ap 60% no visiem veselības izdevumiem. Ieguldījums OVA nav atkarīgs no riska un ir proporcionāls ienākumiem algotā darbā. OVA maksājumi iekļauj nestrādājošos dzīvesbiedrus un bērnus bez jebkādam piemaksām. Līdz pat 2004. gadam

šīs izmaksas tika dalītas uz pusēm starp darba devēju un darbinieku, no 2005. gada proporcija mainījās 54:46, vairāk jāmaksā darba devējam. Maksājums dažādiem fondiem ir dažāds, vidējais maksājums ir 14,2% no bruto ienākumiem. Galvenais princips – iedzīvotājiem ir zināms, cik no nomaksājamiem nodokļiem aiziet veselības budžetā vai arī - cik viņiem pašiem ir jāiemaksā obligātajā veselības apdrošināšanā. Turpinot izmaksu tematiku, pārsvarā gadījumu pētījumā apskatītajās valstīs pastāv **skaidri definēti veselības aprūpes sistēmas apmaksātie pakalpojumi un maksas medicīnas pakalpojumi**. Piemēram, Norvēģijas iedzīvotājiem ir skaidrs, ka par uzturēšanos slimnīcā nevajadzēs veikt līdzmaksājumus, taču vajadzēs maksāt, konsultējoties pie privātajiem speciālistiem, apmeklējot poliklīnikas, ģimenes ārstus, veicot laboratoriskus izmeklējumus un rentģenu, kā arī zāļu iegādi. Tai pat laikā, vairums no šiem izdevumiem ir iekļauti izmaksu “griestu” shēmā, kas nozīmē, ja kalendārā gada laikā šie griesti tiek sasniegti, tad Norvēģijas apdrošināšanas shēma (NAS) apmaksā visus atlikušos izdevumus, ja tādi vēl rodas. Katru gadu šie griesti tiek noteikti no jauna, piemēram, 2006. gadā tie bija 1615 Norvēģijas kronas, 2005. gadā griestus sasniedza ap 1 miljonu norvēģu, kas ir gandrīz ceturtdaļa no valsts iedzīvotājiem.

Medikamenti, to pieejamība. Medikamentu sadārdzinājums pēdējos gados paaugstinājis izdevumus veselības aprūpes sfērā, to atzīst visas apskatītās valstis, tomēr šī iemesla dēļ netiek samazināts kompensējamo medikamentu apjoms, bet gan palielināts veselības aprūpes budžets. Visās apskatītajās valstīs darbojas references cenu princips medikamentu apmaksai, taču, kā atzīst speciālisti, ja mediķis ir pārliecināts, ka pacientam ir nepieciešamas dārgākās zāles, tad valsts tās nodrošina.

Gultasvietu samazinājums slimnīcās – mērķtiecīgi īstenota politika.

Kā redzams no valstu veselības aprūpes apskata, viena no tendencēm šajā jomā ir gultasvietu samazinājums un slimnīcās pavadīto dienu skaita samazinājums. Tas kļūst iespējams, uzlabojot sadarbību starp ambulatoro aprūpi un stacionāro aprūpi, attīstot primāro aprūpi un ģimenes ārsta darbu, taču nav pieļaujama rindu veidošanās un pārslogotība. Tai pat laikā ir valstis, piemēram, Vācija, kas gultasvietu skaitu pagaidām nesamazina, jo uzskata, ka tam nav nepieciešamo priekšnoteikumu.

Gandrīz visās apskatītajās valstīs – veselības aprūpe ir starp valsts politikas prioritātēm, par to liecina pieaugošie % no iekšzemes kopprodukta, kas tiek novirzīti veselības aprūpei, kā arī speciālistu atzinumi.

Gandrīz visas valstis domā par aprūpes sistēmas uzlabošanu un reformām, lai pēc iespējas pilnīgāk kalpotu pacientu vajadzībām. Pacienti tiek iesaistīti lēmumu pieņemšanā. Ikvienā no valstīm, arī tajās, kur saskaņā ar pētījumiem ir ļoti liela apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem (Nīderlande) nemitīgi tiek domāts par reformām, uzlabojumiem un to, lai veselības aprūpe pēc iespējas vairāk atbilstu pacientu vēlmēm.

Secinājumi par onkoloģijas slimnieku psihosociālo rehabilitāciju

Vācijā, Nīderlandē, Norvēģijā – onkoloģijas slimnieku psihosociālā rehabilitācija ir pašsaprotama onkoloģiskās terapijas sastāvdaļa, citviet tā ir pētījumu un attīstības stadijā. Onkoloģijas slimnieku psihosociālās rehabilitācijas nozīmību un nepieciešamību atzīst visās valstīs.

Psihosociālā rehabilitācija Vācijā. Rehabilitācijai ik gadus tiek tērēti vairāk nekā 3 miljardi eiro, onkoloģisko pacientu rehabilitācijai, ap 18 % no šīs summas. Katru gadu ap 160 000 cilvēku iziet rehabilitāciju, tradicionāli tas notiek slimnīcās, specializētās klīnikas, ambulatori gadījumi ir reti. To veic interdisciplināras rehabilitācijas komandas, parasti 3 nedēļu periodā, katru dienu ir ap 6 nodarbībām. Ietver sevī: medicīnisku ārstēšanu, ja nepieciešams, fizioterapiju, fizikālo terapiju, sporta un vingrošanas terapiju, darba terapiju, veselības veicināšanas un pacienta izglītošanas lekcijas, psiholoģisko diagnostiku un konsultācijas, relaksācijas tehnikas, diētas konsultācijas, sociālo, sociālās likumdošanas un nodarbinātības konsultācijas, citas darbības.

Pētījumi rāda, ka tie pacienti, kas nav piedalījušies rehabilitācijas grupās, uzrāda zemākas funkcionālās un psihosociālās iemaņas. Pēdējos gados notikusi rehabilitācijas profesionalizēšanās – no veselības centriem un spa tā pārcelta uz profesionālām rehabilitācijas klīnikām, rehabilitācijas programmas kļuvušas plašākas. Lai pilnveidotu rehabilitācijas programmas, tiek veikti pētījumi šādos virzienos – rehabilitācijas rezultātu analīze, rehabilitācijas efektivitātes salīdzināšana klīnikās un ambulatori, pacientu atgriešanās darbā pēc rehabilitācijas.

Psihosociālā rehabilitācija onkoloģijas pacientiem – Nīderlande.

Nīderlandē darbojas vairākas rehabilitācijas programmas, kas domātas tieši onkoloģijas pacientiem. 12 nedēļu programma "Atlabšana & stabilitāte" sastāv no fiziskiem treniņiem divreiz nedēļā, ko vada fizioterapeits un 7 psihosociālām sesijām, ko vada dažādu nozaru speciālisti atkarībā no tēmas.

Bāzēta uz šo iepriekšējo programmu ir attīstīta jauna kas saucas "OncoRev". Arī tā ir 12 nedēļu garumā, tāpat divreiz nedēļā tiek piedāvātas fiziskās aktivitātes, taču psihosociālā daļa tiek bāzēta uz paša pacienta individuālu apmācību un personības attīstību, ko kontrolē terapeits, minimāli iekļaujot grupu apmācību.

Lielbritānijas situācija – speciālisti atzīst, ka onkoloģijas pacienti nepietiekami pievēršas rehabilitācijas fiziskajai pusei.

Pētījumi rāda, ka pēc diagnozes noteikšanas pacienti samazina fiziskās aktivitātes un tādas tās paliek daudzus gadus pēc ārstēšanas. Tomēr ir tieši otrādi – vēzis var būt ir signāls, ka jāmaina dzīvesstils, uzvedība, paradumi, īpaši, ja pēc ārstēšanas pagājis vairāk nekā gads. Tradicionālais uzskats ir, ka vēža ārstēšanas procesā un pēc tam, rehabilitācijas periodā, vislabākais ir atpūta. Taču pētījumi rāda, ka mazkustība samazina

dzīves kvalitāti, palielina nomāktību. Neaktīvi pacienti ir augstāka riska grupa atkārtotai slimībai. Arvien vairāk un vairāk ir pierādījumu tam, ka pat viegli un vienkārši vingrojumi dod lieliskus rezultātus.

Daudzās valstīs liels atbalsts valstu onkoloģisko problēmu risināšanā ir brīvprātīgās onkoloģiskās organizācijas un fondi.

Lielbritānijas Vēža izpētes institūts, Holandiešu vēža biedrība, Vācijas vēža palīdzības biedrība, kas ziedojumos saņem vairākus miljonus katru gadu, šajās valstīs ir būtisks atbalsts onkoloģisko slimību izpētē un ārstēšanā, kā arī darbā ar pacientiem.

Nobeigums.

Lai arī veselības aprūpes sistēmas Eiropas valstīs atšķiras, tomēr to kopējie centieni ir sabiedrības un pacienta dzīves kvalitātes veicināšana. Turpmākie pētījumi būtu koncentrējami uz konkrētu valstu gadījumu studiju analīzi, kā arī uz veselības aprūpes speciālistu un ekspertu padziļinātām intervijām.

