

Ērglis: nauda tiek dota, zīnot, k

Bens LATKOVSKIS

Saruna ar Stradiņa slimnīcas Kardioloģijas centra vadītāju profesoru Andreju Ērgli par to, cik efektīva ir Latvijas veselības aprūpes sistēma; par to, kāpēc nevar sasaitīt veselības aprūpi ar nodokļu maksāšanu; par hronisku un apzinātu naudas došanu medicīnai tiek maz, lai visiem nepietiktu; par to, ka nevajag taisīt reformas reformu pēc un labāk no šī vārda «reformas» atturēties, jo tas jau ir pārāk devalvēts; kā arī par jaunākajām medicīnas zinātnes atziņām par zāļu lietošanu un dzīves stilu.

— Jūs nupat esat atgriezies no ASV, kur darba darīšanās bieži viesojaties. ASV ir valsts, kurā medicīnai tiek tērēti vislielākie resursi. Vai Latvija ar savu rocību varētu kaut ko pārņemt no šīs valsts piemēra vai tieši otrādi — izvairīties no kādām viņu pieļautajām kļūdām?

— Mums būtu jāizvērtē vispār kaut ko pārņemt. Mēs esam jau pietiekami augsti kā valsts. Kas attiecas uz ASV piemēru, mans milzīgākais slaidis ir šīs *Financial Times* publicētais grafiks, kurā redzami ASV milzīgie tērēti veselībai — 18% no IKP, bet, ja paskatāmies uz dzīves ilgumu, tas ir tikpat garš kā Latvijā. Tā ir tā lielāka ASV traģēdija. Absolūti nepareizs un neelēderīgs resursu izmantojums. Te gan jāuzmanās, jo šis ir lietas, kuras nedrīkst zīmēt baltas vai melnas. Mēs varam dažādi runāt par Latvijas Banku, bet Latvijas Banka iniciēja diskusiju par to, kādi varētu būt Latvijas veselības aprūpes modeļi. Mums visdrošāk varbūt nesaskan, bet šie jautājumi ir ārkārtīgi rūpīgi jārunā un jāizanalizē. Turklāt jāizanalizē nevis emocionāli, bet balstoties uz skaitļiem. Viens no iemesliem, kāpēc ASV ievieša *Obamacare* (Obamas iniciēto obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu), bija atklāšanās, ka turpinot vecajā garā, viņi neglābjami atpalek. Ja ASV salīdzina ar tādām valstīm kā Itālija, Japāna, Vācija, Francija, Zviedrija, kur veselības aprūpe pārsvarā ir publiskais finansējums, tad redzam, ka tur dzīves ilgums ir būtiski lielāks, lai gan kopējais izdevumu veselībai ir mazāki. Apvienotā Karaliste nav labs piemērs, jo mēs savulaik pārņemām viņu modeli, bet tagad viņi aiziet pa pavīsums citu ceļu. Galvenais mūsu uzdevums ir nokoncentrēt publisko finansējumu. Tāpēc mēs esam par vienas pieturas aģentūru, lai šie resursi nokoncentrētos vienas valsts apdrošināšanas kompānijas rokās.

— Mēs runājam par proporciju starp publisko un privāto finansējumu?

— Publiskajam finansējumam jābūt no 75% līdz pat 85% no visiem izdevumiem. 100% nevajag, jo tas cilvēkus izlaiz. Ap 20% var būt liksu medicīna, ko finansē privāti.



ANDREJS ĒRGLIS: «Man ir absolūta, visdzīvajākā pārliecība, ka veselības ministram svarīga ir rakstura stingriba, bet galvenais, lai viņš būtu labs cilvēks. Viņam jābūt ar tādām žēlsirdības iezīmēm, kas izprot tās lietas»

Ja mēs uzskatām, ka mums nepieciešami 1,4–1,6 miljardi eiro, lai nosēgtu visas vēlnes Latvijas medicīnā, tad 400–500 miljonus varētu aprūpēt privātas kompānijas, bet pārējām vajadzētu būt valsts koncentrētām finansējumam.

— Šobrīd tiek piedāvāti vairāki modeļi. Ir Latvijas Bankas piedāvājums, ir veselības ministres Andas Čakšas piedāvājums.

— Man tagad daudz ko pārņem, bet mēs sākam šo modeļēšanu ar [bijušo veselības ministri] Ingridu Cirenī. Viena bija diezgan tālu aizgājusi, un, atkārti sakot, stāsts bija ārkārtīgi vienkāršs. Toreiz man arī viss šķita vienkārši — mēs varam redzēt, cik katrs iemaksā nodokļus, tajā skaitā sociālos nodokļus, un tad ar mazu plastikāta kartīti ik kā varētu noteikt — ja tu maksā nodokļus, tad vari saņemt noteiktu veselības aprūpes grozu. Vēlāk mani uzskatīja evolūcionēja un sapratu, ka mūsdienās pie tik sociālas sistēmas kā Latvija ir neiespējami nodedzināt divu līmeņu medicīnu. Sos atšķirīgos līmeņu nodedzināt, un administrēt būtu grūti nekā dot visiem apdrošināšanu, bet šitos ne. Veselība ir tieši tas pats. ASV ievieša šo *Obamacare*, jo beigu beigās tas, izradās, ir lētāk.

— Politikiem, runājot par naudas piešķiršanu medicīnai, ir atruna — vispirms skārtojiet sistēmu un tad runāsim par naudu. Nav jēgas bērt naudu caurā maīsā. Kur ir šis kļūpšāns akmeņš — ir pārāk maz nau-

Domāju, ka mums ir visefektīvākā veselības aprūpe pasaulē attiecībā pret vienu izlietoto naudas vienību, jo ar tik mazu naudas daudzumu neviena cita valsts neoperē

das vai nauda tiek nepareizi, neelēderīgi izlietota?

— Tas ir drausmīgs mīts par to, ka ir nepareizi iztērēta nauda. Ja skatāmies uz mirstību, saslimtību un daudzām citām lietām, par kurām ir valmānājams, es domāju, ka mums ir visefektīvākā veselības aprūpe pasaulē attiecībā pret vienu izlietoto naudas vienību. Ar tik mazu naudas daudzumu... Patiesībā jau neviena cita valsts neoperē ar tik mazā naudas summām. Iespējams, ka atradīsim kādas valstis, bet ne jau tām gribam līdzināties. Tāpēc visvairāk jāuzmanās no tā, lai netaisītu reformas reformu dēļ. Iepildinot sistēma līdzekļus, kaut vai sākmūtu tvēru liguinājis līdzekļu apjomam, mēs redzēsim, ka sistēma darbojas vēl labāk. Tagad runā par slimnicu likvidāciju. Ar šādiem vārdiem ir pamatīgi jāuzmanās, jo runa par slimnicu vai kādu ārstniecības iestāžu likvidāciju, bet gan par funkciju dažādošanu. Mēs jau esam izdarījuši, un tagad tas darbojas, piemēram, esam sakoncentrējuši infarktu ārstēšanu cetrās vietās — Daugavpili, Liepāju, Austrumu slimnicā un *Stradiņos*. Infarktus citur nedrīkst ā-

stēt. Līdzīgs stāsts ir ar insultiem. Ar mikroinsultiem ne, bet, sasniedzot noteiktus kritērijus, pacientiem būs jānāc tikai cetrās vietās. Visa tā runāšana par ceļiem un 200 km nav isti nopietna. Mums nogaadāt slimnieku slimnicā ir vienkāršāk nekā, teiksim, Austrijā, kur, ja kalna galā kaut kas notiek un tu redzi pilsētu lejā, tad tu vienmēr viņu var atgādāt uz slimnicu ātrāk nekā pie mums. It īpaši, ja ir migla un ar helikopteru arī viņu nevar novest lejā. Par šo tēmu var gari runāt. Ir jākoncentrē resursi. Līdzīgi ir ar onkoloģiju. Nav smagas onkoloģijas jāoperē tur, kur šādas operācijas ir vienu reizi gādā. Jābūt skaidram virzienam un jāmaksā par epizodi. Profilakse, diagnostika, ārstēšana, rehabilitācija, sekundārā profilakse. Nevar būt tā, ka samaksājam tikai par vienu no ķēdes izrautu operāciju un cilvēks pirms tam un pēc tam nezina, ko viņš darītais tālāk. Tā ir izvērtējama nauda.

— Tas būtu lielos vilcienos, bet cilvēkus uztrauc garās rindas pie speciālistiem un kvotu izbeigšanās gada beigās.

— Tas ir vecs stāsts, un nevajag sev melot. Ir skaidri zināms kon-

stants hospitalizācijas epizožu skaits. Tas var gadu no gada drusku mainīties, bet ļoti minimāli. Nedrīkst iebudžētēt jau a priori 75–80% mazāk nekā jūs zināt, cik vajag. Operāciju skaits jau nemainās.

— Kur rodas problēma?

— Tur, ka, skaidri zinot, cik vajag, tiek iebudžētēts mazāk. Visi taču to zina. Mēs vienkārši melojam cits citam. Tas ir naudas trūkums. Jūs paskatieties, cik maksā viena hospitalizācija un cik peļņas piecos gados to ir bijušas. Cik vajadzīgas ehokardiogrāfijas utt. Tas viss ir skaidri redzams, bet nauda tiek iedota, zinot, ka nepietiks. Lūk, mūsu nodalajai piešķirtās speciālistu konsultāciju kvotas. 2013. gada kardioloģu konsultāciju kvotas mūsu slimnicā bija gandrīz desmit tūkstoši, bet 2015. gada astoņi ar pusi tūkstoši. Nekur jau tie slimnieki nav pazuduši. Tieši otrādi, viņu ir vēl vairāk, jo viņi kļūst vecāki. Tas nozīmē, ka naudu nepiešķir, lai gan visi zina, cik šo konsultāciju būtu bijis vajadzīgs. Tie, kas ir superkapitālisti, stāsta — kā mēs dabūsim no cilvēkiem naudu, ja viņi nodokļus nemaksā? Dostim mazāk kvotu, lai viņi paši samaksā to trūkstošo daļu. Tie, kas var samaksāt. Vārētu jau tā dzīvot, bet lielāka problēma ir tā, ka jūs viņus izedenat neattieka-majā medicīnā, kur beigās ir daudz dārgāk. Tas ir tas, kāpēc ASV ievieš *Obamacare*.

— Ir divas teorijas par to, kādam jābūt veselības ministram, kurš varētu sistēmu skārtojēt. Pēc vienas teorijas, tam jābūt augstas klases profesionālim, kurš pazīst drēbi, bet, pēc otras, Latvijā medicīni cits cits pārāk labi pazīst un ir izvēdojušies dažādi klāni, tāpēc ministram jābūt no malas ar spēcīgām mene-

a nepietiks

džera dotībām un stipru politisko atbalstu.

- Visus līdzšinējos ministrus labi zinu. Man ir absolūta, visdziļākā pārliecība, ka veselības ministram svarīga ir rakstura stingrība, bet galvenais, lai viņš būtu labs cilvēks. Viņam jābūt ar tādām žēlsirdības iezīmēm, kas izprot tās lietas. Ir jārunā un jāskaidro ar ārstiem, ar slimnīcām, mazajām slimnīcām, jo mēs nedrīkstam no sistēmas pazaudēt nevienu cilvēku. Ne tikai tāpēc, lai viņi nezaudētu darbu, bet lai viņi piedalītos ārstniecības procesā, kas īstenībā ir daudz garāks nekā tikai ārstēšana slimnīcā. Tur ir arī sociāls komponents, kuru nedrīkst aizmirst, jo beigās tas pacients atnāk uz medicīnu. Pašreizējai ministrei vienīgais, ko varu pārnest, ir tas, ka nevienu nevar nodalīt par pacientu ministru, mūsu palīgu ministru, zāļu, ārstu vai profesoru ministru. Tā ir sistēma, kurā visi spēlētāji ir ārkārtīgi svarīgi. Ārstam, kurš reāli pārzina sistēmu, ir vieglāk saprast vienu vai otru lietu. Nupat biju arī Maskavā, daudz strādāju Krievijā un varu teikt, ka mums jāuzmanās no sistēmām, kurās viena cilvēka klātbūtne vai klātnesamība sistēmu var sagraut. Sistēmai ir jābūt spējīgai strādāt pašai.

- Tātad uz kādu veselības apdrošināšanas modeli mēs ejam?

- To pareizāk būtu saukt par veselības finansēšanas modeli. Ja mēs to tā nosauktu, tad izbeigtu spekulācijas par tām apdrošināšanām un citām lietām. Tur viss visiem īstenībā ir skaidrs. Nav runa par klaniem. Ārsti patiesībā ir tik vienoti, ka nav vērts pat vairs diskutēt. Dažkārt dzird stāstus, ka, vienu eiro apgrozot, var dabūt augstāko efektivitāti. Mans jautājums ir, kas dabū šo augstāko efektivitāti? Vai ārsts dabū augstāko efektivitāti, vai iestāde dabū augstāko efektivitāti, vai tautas veselība dabū šo augstāko efektivitāti? Tās ir trīs dažādas lietas.

- Vai ārstiem ir viendabīgs skatījums uz šo jautājumu?

- Ārsts savā būtībā ir ļoti brīva profesija, un viņš var runāt, kā viņš grib. No otras puses, ir vadlīnijas, un tās ir ārkārtīgi stingras. Dažkārt tās ir jāpārkāpj, lai izārstētu, un ārsts ar pieredzi to redz, bet ne katrs ārsts ir veselības organizators.

- Vai ticat, ka situāciju, kurā Latvijā ir mazākais medicīnai piešķirtais finansējums ES, izdosies likvidēt?

- Esmu optimists. Visi smejas par mūsu dalību OECD, bet, ja esat OECD, tur ir dažas lietas, kuras jūs nedrīkstat nepildīt. Viena no tām ir medicīnas pieejamība. Ja mums ir jāpalielina publiskais finansējums, lai pildītu šos nosacījumus, tad domāju, ka tas tiks izdarīts. Nākamgad finansējums pieaugs par 65 miljoniem eiro. Tā ir nepietiekama summa, bet 2018. gadā plānotais kopējais finansējums jau būs 967 miljoni, kas nozīmēs, ka situācija ir ievērojami uzlabojusies. Protams, vienlaikus ar naudu ir jāveic reformas.

- Kādas reformas? Jūs jau teicāt, ka sistēma darbojas.

- Tā reforma ir funkciju pārdale. Sakoncentrējam ārstēšanu un sa-

dalām pa līmeņiem. Piekrītu, ka vārdu «reformas» vajag lietot mazāk, jo to jau vairs nevar izturēt. Nekas daudz nav jādara. Ir jānolīmeņo slimnīcas un beidzot jāpiešķir naudas tik, cik vajag.

- Ko nozīmē šī līmeņošana?

- Katrai ārstniecības iestādei, pat nemainot nosaukumu, jānosaka funkcijas, kādas tai pienākas. Tas nenozīmē, ka Alūksnē ir jāslēdz slimnīca. Tas nozīmē, ka Alūksnē nav jāoperē galvas un jātaisa neiroķirurģija.

- Mūsdienu medicīnā liels uzsvars tiek likts uz zālēm un valda uzskats, ka zāļu blaknes ir mazāk kaitīgas nekā zāļu nelietošanas dēļ nenovērtie riska faktori. Latvijā iedzīvotāji dažkārt pret zālēm izturas piesardzīgi un, ja nav «tik traki», cenšas zāles dzert pēc iespējas mazāk. Kāda ir pareizā attieksme?

- Mans draugs profesors Uldis Kalniņš, kardioloģijas centra vadītājs, neskatoties uz to, ka bija liels jaunu zāļu propagandētājs, savā iekšienē izdomāja, ka zāles var nedzert un pietiek, ka tu sporto un pareizi ēd. Nav tā. Ir arī laba ziņa. Pašreiz jau vairākas ķīmiskās vielas - trīs, pat četras tiek sintezētas viena tabletē, un ar to pietiek. Tuvāko trīs līdz piecu gadu laikā parādīsies zāles, kuras vajadzēs iešpricēt reizi piecos gados. Piemēram, pret paaugstinātu holesterīna līmeni un, iespējams, pret citām vainām ar augstiem riska faktoriem. 27 gadu laikā, kopš esmu diplomēts ārsts, ir ļoti mainījušās zāļu grupas, zāļu efektivitāte. Problēma ir tā, ka cilvēki grib iedzert tableti un dabūt indulgenci. Tas nestrādā. Ir jārunā par dzīves stilu. Tāpēc jāsporto, jākāpj kalnos, aktīvi jākustas. Kalnos kāpšana jau nav tikai fiziskā aktivitāte. Tā ir garīga uzlādēšanās un kognitīvo funkciju trenēšana. Tas nosaka šo dzīves ilgumu un, galvenais, dzīves kvalitāti. Liela nozīme ir sporta programmām, izglītošanas programmām, lai mazinātu aptaukošanos. Latvijā veselības izglītības līmenis ir samērā augsts. Tas viss jāskatā kopā. Mēs daudzas lietas cenšamies skatīt atrauti citu no citas. Piemēram, kardioloģijā mēs salīdzinājam invazīvo kardioloģiju ar kardiķirurģiju, ar medikamentu ārstēšanu un beigās sapratām, ka tam visam nav jēgas, jo tās ir viena otru papildinošas metodes. Tagad lēnām pārejām no tā sauktās uz pierādījumiem balstītās medicīnas uz pierādījumos balstītās personalizētās medicīnas. Personalizētajā medicīnā ietilpst tieši dzīves stils. Ja par šo jautājumu runājam zinātniskā valodā, tad jautājums ir, kādā veidā no mācām vienu vai otru dominantī. Vai to izdarām veselīgā veidā vai ķīmiskā veidā. Te nav runa par ārstēšanu. Ja jums ir iedzimta hiperholesterolemija, tad jums vienā vecumā noteikti jāsāk lietot medikamentus, jo citādi jūs to nevarat izārstēt. Ja jums ir paaugstināts asinsspiediens vai mirdzaritmija, jūs nevarat to izārstēt ar skriešanu. Jums jālieto medikamenti, kuri kļūst arvien efektīvāki un efektīvāki. Zāles ir jādzer tad, kad tās ir jādzer, un tik, cik tās ir jādzer. Mums nevajag pārspīlēt ne uz vienu, ne otru pusi. ■