



# Vai veselība IR PRECE?

Sallija Benfelde  
Ilustrācija: Ruta Linte

Veselības aprūpes pakalpojumi maksā naudu, tādēļ bieži vien vaicā, vai pie ārsta atnāk pacients vai klients? Vai ārsta attieksmi – pacients vai klients – nosaka profesionalitāte un ētika, vai arī tas ir tikai finansējuma jautājums?

Jēdziens «klients» vienmēr ir saistīts ar atgādinājumu par tirgu un tirgus attieciņiem – ir preces vai pakalpojuma pārdevējs un ir pircējs, kura pirkstspēja ir atkarīga no viņa finansiālajām iespējām. Protams, iegādātās preces vai pakalpojuma kvalitāte ir atkarīga ne tikai no finansējuma, bet arī no pārdevēja godiguma, reklāmas un mārketinga, kas ietekmē pircēju. Vai medicīnā darbojas tie paši tirgus principi, kas labi zināmi preču un pakalpojumu pasaulei?

## PACIENTS VAI KLEINTS?

Ja medicīna jeb veselības aprūpe vienlaikus ir gan zinātne, gan māksla, vai ar to var tirgoties un vai pacients var kļūt par klientu? Vai uzskats, ka cilvēks, kurš atnāk pie ārsta, ir klients, var viņam nodarīt jaunumu?

Kardiologs Artis Kalniņš uzskata: «No vienas pusēs, ārstam būtu jādomā tikai par medicīnu, vienalga, vai pie viņa nāk pacients vai klients. No otras – mūsu ekonomiskajos apstākļos par finansējumu nav iespējams

nedomāt. Pilnigi nošķirt – tikai pacients vai tikai klients – nevaram. Medicīnu nevar vērtēt kā darbu autoservisā. Mana darbības joma ir neatliekamā medicīna, un interese, kā vairāk nopelnīt, ir pilnīgi izslēgta.»

Kardiologs ir arī pārliecīnāts, ka diskusijas, kā ārstiem nopelnīt un vai pret pacientu ir vai nav jāizturas kā pret klientu, rodas finansējuma dēļ: «Latvijas galvenā problēma ir pilnīgi neapmierinošais finansējums. Valsts nevar apmaksāt pat visas nepieciešamās ārstu vizites. Manuprāt, vienīgā iespēja, kā tikt pie finansējuma, ir obligātā veselības apdrošināšana. Bez tā neiztiks, labklājības līmenis ir tāds, ka diez vai cilvēki paši labprātīgi apdrošināsies. Savukārt, ja runā par to, vai attieksmei pret šiem jautājumiem jābūt atšķirīgi valsts un privātajā medicīnas iestādē, tad jāsaka, privātās medicīnas iestādes pamatā nodarbojas ar plānveida pakalpojumu sniegšanu. Valsts slimnicām ir atstāts grutakās un finansiāli dārgākais – neatliekamā medicīna. Ja veic tikai plānveida pakalpojumus, tad situācija ir vienkāršāka. Valsts slimnicām jānodrošina neatliekamā medicīniskā palīdzība un naudas tam nedrikstētu trūkt, tādējādi plānveida palīdzībai nekā daudz vairs nepaliekt. Valsts slimnicai, tāpat kā privātajai, ir jāmaksā visi komunālie maksājumi, algas un vēl jānodrošina neatliekamā palīdzība. Tirdzniecības parādās arī medicīnā, tādēļ domāju, ka šo jautājumu varētu atrisināt jau minētā obligātā veselības apdrošināšana.»

Dīns Šmits atgādina, ka naudas apjoms veselības aprūpei pakāpeniski pieauga: «Jautājums, vai tā ir publiska jeb mūsu nodoklu nauda, ko ieguldām veselībā, vai arī tā ir mūsu privātā nauda. Cerams, ka publiskā finansējuma daļa pieaugus vairāk nekā privātā. Latvijā aptuveni 60% ir publiskais, bet 40% – privātais finansējums, kamēr Eiropā publiskā finansējuma daļa ir aptuveni 80–90%.» Vai cāts, vai pacients ir arī klients, D. Šmits saka: «Ja runā par slimu cilvēku, kurš atnācis pie ārsta, ir noteikumi, kas nosaka pacienta un ārsta attiecības gan no ētiskā, gan profesionāļa viedokļa, tādēļ viņš ir pacients. Ja runā par klientu, tad svarīgs ir pakalpojuma serviss un vēl dažas citas lietas, tādēļ pacients ir arī klients. Ja slimnieks saņem profesionāļu palīdzību, bet attieksme, ieturēšanās nav labvēlīga, pretimnākoša, tad nevar teikt, ka medicīnas darbinieks savu darbu ir veicis labi un profesionāli, jo, no klienta viedokļa, tas nav kvalitatīvs pakalpojums.»

Savukārt **Viktorija Zefirova** pie ārsta atnākušos iedala pacientos un vienlaikus klientos pēc tā, kādēļ cilvēks ir atnācis pie ārsta: «Klients vēlas un gaida, ka viņa vajadzība tiek apmierināta. Pacients vēlas, lai viņa vajadzība tiek apmierināta, un šajā vēlmē viņš neatšķiras no klienta. Atšķirība ir tā, ka viņš vienlaikus ir gan klients, gan pacients, viņa vajadzība skar gan veselību, gan dzīvību. Tādēļ kļūstam ļoti sensitīvi, jo mūs interesē kvalitāte un laiks – cik ātri mūsu vajadzību un problēmu atrisinās. Legādājoties kādu preci, piemēram, televizoru, varam gaidīt, varam izvēlēties starp daudziem piedāvājumiem. Ja cilvēkam sāp, viņš nevar gaidīt – sāp, un ir bail, ka var notikt vēl kas sliktāks. Ir vairākas pacientu kategorijas. Ir cilvēki, kuriem, piemēram, ir augsta temperatūra, sāpes un paliņdzība ir vajadzīga uzreiz. Palīdzības ātrums tādos gadījumos cilvēkam ir galvenais kritērijs. Otra grupa ir cilvēki ar hroniskajām slimībām, un tiem galvenais kritērijs ir laba ārstēšana un izmeklēšana. Šie pacienti jau vērtē gan ārsta izskatu un laipni, gan to, kā izturas medmāsā un kāds ir ārsta kabineta noformējums. Tātad prioritātes nedaudz mainās. Un ir trešā grupa, kas pēdējā laikā pieaug un grīb pārliecīnāties, ka ar viņiem viss ir kārtībā, jo viņi rūpējas par savu veselību. Parasti šiem cilvēkiem nav npielēnu slimību, varbūt ir nelielas sūdzības vai jautājumi un viņiem ir svarīgi apstākļi, kādos tiekas ar ārstu, cik rūpīgi viņus izmeklē un kā paskaidro izmeklējumu rezultātus. Ārstēšana šajos gadījumos bieži vien nav vajadzīga, šie cilvēki grib drošības sajūtu. Tādēļ uzskatu, ka mūsu pacients ir arī klients, tikai vajadzības atšķiras. Pacients vērtē, kā izturas pakalpojuma sniedzējs, vai viņš noskaidro, kā cilvēks jūtas, vai viss būs kārtībā un vai sniegtajam pakalpojumam ir rezultāts – tas neatšķiras no klienta attieksmes pret pakalpojumu.»

Jautājumā par pacientiem/klientiem **Raimondam Karlam** ir cits viedoklis: «Mans pacients ir mans

klients. Pirmkārt, nestrādāju valsts, bet privātajā medicīnas iestādē. Otrkārt, par savu pakalpojumu sanemu atalgojumu. Domāju, ka atšķirība starp pakalpojumu, piemēram, tirdzniecībā, un pakalpojumu veselības aprūpē ir tikai viena – klients, atnākot pie ārsta, nevar nopirkt veselību. Protams, jēdziens «veselība» ir subjektīvs, definīcijas var atšķirties, tomēr veselību nevar tā vienkārši nopirkst. Nesaprotu dubulto attieksmi valsts finansētajā veselības aprūpē – no vienas puses, veselības aprūpe ir pakalpojums, mūsu pacients ir klients, bet par pakalpojumu valsts pasietībā nemaksā tā cenu. Tā ir pretruna. Koleģis valsts medicīnas iestādē iet uz darbu un par to saņem atalgojumu, tātad viņš pakalpojumu sniedz. Ārstam vai medmāsai nav brīvībētes, piemēram, sabiedriskajā transportā. Nav tā, ka ārsts strādā slimīcā un visu saņem par brīvu. Ir pakalpojums, ir atalgojums, bet tas nav adekvāts. Ja pie manis atnāk pacients (vai klients), man ir jāsaprot, ko isti viņš šodien grib. Varbūt cilvēks grib tikai parunāties. Labs kontakts ar slimnieku izveidojas tad, ja ārstam attieksme pret viņu ir kā pārdevējam pret pircēju. Un es nedomāju pārdevēja–pircēja attiebības, uz kurām raugāmies no negatīvās puses: aprekīnu, centienus pārdomot nekvalitatīvu produktu. Es to domāju labā nozīmē – pārdevējs sniedz tādu pakalpojumu, kāds pircējam vajadzīgs.» R. Karls ir arī pārliecīnāts, ka bieži nesaprotam, kādus uzskatus aizstāvam: «Studēju uzņēmējdarbību un saprotu, ka īstenībā lielākā problema ir tā, ka no skolas sola esam radināti Hipokrāta zvērestam, ka mūsu galvenais uzdevums ir ārstēt, būt iejūtiņiem, bet Hipokrāta zvērestā taču nav teikts, ka tas jādara par brīvu. Ja lielākā ārstu daļa spētu paši sevi novērtēt un būt arī labi pārdevēji, tad veselības aprūpē nebūtu tādas situācijas, kādā tā ir tagad. Cilvēks tomēr vienmēr dara to, ko vēlas. Ja viņš par savu darbu grib saņemt lielāku atlīdzību un saprot, kā to darit, viņš nestrādās par niecīgu atalgojumu. Profesionālis at-

radis iespēju nopelnīt vairāk. Ja valstij nav vajadzīgi profesionāla pakalpojumi, viņš atradis iespēju tos pārdomot par adekvātu cenu.»

Pavisam citādāka situācija ir Norvēģijā, kur par šo jautājumu nediskutē, stāsta **Rita Konstante**: «Privātā medicīna, protams, Norvēģijā ir, bet tā tomēr ir valsts finansēta. Arī tad, ja cilvēks maksā no savas kabatas, viņš ir pacients. Cilvēkam, kurš nonāk veselības aprūpes sistēmā, apzīmējums «pacients» mainās tad, ja viņš nenonāk sekundārajā veselības aprūpē. Latvijā medicīnisko un sociālo pakalpojumu joma ir vairāk nošķerta, bet Norvēģijā viss ir zem viena jumta. Ja cilvēks, kurš nonāk veselības aprūpes iestādē, kas nav slimnīca vai ambulatorās konsultācijas pie speciālista, bet ir, piemēram, slimnieku māja vai paliatīvās aprūpes komplekss, kurā viņš uzturas līdz mūža beigām, viņš ir iedzīvotājs aprūpes iestādē. Norvēģijā šie apzīmējumi mainās atkarībā no tā, kurā veselības vai sociālās aprūpes iestādē cilvēks nonāk. Jautājums, vai atšķiras attieksme pret cilvēku atkarībā no tā, vai viņš nonāk valsts vai privātajā veselības aprūpes iestādē, ir subjektīvs, jo visi normatīvie akti medicīnas pakalpojumu sniedzejiem ir vienādi. Diskusiju par to, vai cilvēks, kurš atnāk pie ārsta, ir pacients vai klients, Norvēģijā nav. Norvēģija ir viena no pasaules bagātākajām valstīm, veselības aprūpes sistēma ir sakārtota, un par to maksā valsts, tādēļ nav, par ko diskutēt. Domāju, ka Latvijā tādas diskusijas notiek tikai finansējuma dēļ. Tiesa gan, Latvijā ir jāprot labāk saimniekot ar to, kas jau ir. Lielais naudas trūkums un zemā dzīves kvalitāte automātiski rada problēmas veselības un sociālā jomā, tas ir kā apburtais loks.»



**Dins Šmits,**  
P. Stradiņa KUS valdes  
priekšsēdētājs

«Cerams, ka  
publiskā finansēju-  
ma daļa pieauga  
vairāk nekā  
privātā.»



**Viktorija Zefirova,**  
Veselības centru apriņķa  
padomes priekšsēdētāja

«Patients vēlas, lai  
viņa vajadzība tiek  
apmierināta, un  
šajā vēlmē viņš  
neatšķiras no  
klienta.»



**Raimonds Karlss,**  
dermatologs,  
Veselības centrs 4

«Klients, atnākot  
pie ārsta, nevar  
nopirkst veselību.»

## VESELĪBAS APRŪPE UN REKLĀMA

Jautājumā par reklāmu un dažādiem mārketinga paņēmieniem ekspertu uzskati lielākoties ir līdzīgi.

**Arta Kalniņa** pārliecība ir kategoriska:



Rita Konstante,

Norvēgijas pētniečības koncerna SINTEF Tehnoloģijas un veselības institūta pētniece

«Diskusiju par to, vai cilvēks, kurš atnāk pie ārsta, ir paciens vai klients, Norvēgijā nav.»

«Medicīnā atlaižu un lojalitātes programmas, dažādi reklāmas pasākumi nevar būt. Varbūt skaistumkopšanas salonus, kur pakalpojumi bieži robežojas ar medicīnu vai pat uz to attiecas, varētu būt dažādas atlaižu programmas, bet medicīnā es nerēdu vietu atlaižu programmām.» D. Šmits ir pielāvigāks: «Mārketinga negatīvie aspekti veselības aprūpē parādās, ja cilvēks lieto kādas zāles vai procedūras, kas patiesībā viņam nav vajadzīgas, bet par kurām viņš ir lasījis vai dzirdējis reklāmu, kas ir bijusi ticama un iespaidīga. Tāpēc jau ir ārsti, lai pateiktu, kas ir vai nav vajadzīgs – pretējā gadījumā cilvēks var noticeit

reklāmai un darīt to, ko tā iesaka. Zināmi mārketinga elementi varētu būt jautājumos par veselības saglabāšanu, veselīgu dzīvesveidu, vakcināciju, profilaktiskajām apskatēm, jo tas mudina cilvēkus rūpēties par veselību. Ja runā par to, ka, piemēram, piedāvā pārbaudit holesterīna līmeni asinis, solot, ka cukura līmeni asinis noteiks bez maksas, protams, zināmā vecuma cilvēkiem šis pārbaudes vajadzētu veikt arī tad, ja nekādu sūdzību par veselību nav. Ir rinda citu pārbauzu, uz kurām cilvēki tiek aicināti, lai novērstu onkoloģisko saslimšanu risku. Mudināt cilvēkus uz šīm pārbaudēm vajadzētu gīmesnes ārstam, kurš zina

arī savu pacientu riska faktorus.

Protams, reizēm mārketinga piedāvājumiem ir arī sava labums, jo cilvēki uzuzina par riska faktoriem, par kuriem pat nav nojautuši.» Savukārt R. Karls teic pavīsam strikti: «Āvērtē selektīvi. Godīgi runājot, labākais mārketinga ieburām ārstam ir vija padarītie darbi. Var likt sludinājumus sociālajos tiklos, presē, radio un TV, bet, ja ārsti nav sniedzis pacientam (vai klientam – kā vēlaties) to, ko no viņa sagaida – pacietību, izpratni, spēju uzskaitīt un profesionalitāti –, slimnieks pie viņa neatgriezīsies.»

V. Zefirova atgādina par trijām pacientu grupām: «Cilvēkam, kuram

## MEDICĪNA – PAKALPOJUMS AR IZMAKSĀM UN CENU



Uģis Gruntmanis,  
Teksasas Universitātes  
asociētās profesors,  
Dallasas Veterānu  
slimnīcas Endokrinoloģi-  
jas klinikas vadītājs

Maksimāli veselīgas un kvalitatīvas dzīves sasniegšanā veselības aprūpe var nodrošināt tikai 10–15%. Parejtie 85–90% ir mūsu sociālais stāvoklis, ģenētika, labie un slīktie ieradumi. Taču šie ~10% noteikti ir dārgākā sadaļa. Veselības aprūpei Latvijā tērējam ~6% no IKP, pusi no kura samaksā paši pacienti legalos lidzmaksājumos, neraugoties uz to, cik tie nabadzīgi vai turīgi (ap 80 000 iedzīvotāju Latvijā ir trūcīgo statusā, viņiem lidzmaksājumi nav jāmaksā). Valsts un veselības sistēmas vadītājiem būtu skaidri jāsaprot, kā tieši šai grupai pakalpojumus padarīt pieejamākus par iespējami mazāko cenu. Daudzi kliegs, ka tas nav iespējams. Taču tas ir iespējams, ja mūsu būtiskākais mērķis nav kāds subjektīvs holesterīna, asinsspiediena mērījums, bet gan pacienta atgūta veselība ilgtermiņā. Lūk, piemērs! Diabēta pacienta aprūpē piedalās vairāki ārsti un māsas. Pašreiz šāds pacients brauc pie endokrinologa, nefrologa, oftalmologa, pēdu speciālista ik pēc trim

vai sešiem mēnešiem. Tātad gadā viņš apmeklē ārstus 12 līdz 24 reizes. Ja pacients nedzīvo Liepājā, Ventspili, Rīgā vai Daugavpili, viņš ceļo uz šīm aprūpes vietām. Taču tikai tad, ja viņam pieteik naudas šīm ceļojumam un ir atļauja kavēt darbu! Apmeklējot visus šos ārstus, viņš samaksā savu vizites lidzmaksājumu par izmeklējumiem un par zālēm, kas jālieto. Bieži vien ārsti, iespējams, aiz nezinās par to, kurš medikaments lētāks (taču tikpat labs), neuzprasā pacientam, ko tas var vai nevar atļauties maksat, un izraksta nosacīti labāko medikamentu ar milzu lidzmaksājumu. Vairāki pētījumi ASV un Eiropā parādījuši, ka pacients gada laikā 120 no 360 dienām zāles nelieto. Medikamentu dārdzība ir viens no būtiskākiem iemesliem, kāpēc tā notiek. Vai Latvijā ir sistēma, kā sameklēt pacientu, kurš ar vairākām no pietnām veselības problēmām neatnāk uz vizīti, vai viņam nav līdzekļu neskaitāmajiem lidzmaksājumiem? Vai ir sistēma, kur būtu precīza uzskaitē, cik bieži

pacients nopircis izrakstītos medikamentus, un, ja nav nopircis, tad valsts ar elektroniskas medikamentu kartes palīdzību ziņotu par to pacienta ārstam? Tas būtiski samazinātu slimīnīcā nonākošo pacientu skaitu, bet, galvenais, uzlabotu pacientu veselību, darbspējas un valstij ilgtermiņa izmaksātu lētāk.

### KO DARĪT?

1. Sarežģītākajiem pacientiem, piemēram, pieminētajam diabētikim, lai uzlabotu veselīgos dzīves gadus, samazinātu izdevumus pacientam un valstij, būtu jārod iespēja atbraukt uz vienu lielu vizīti un satikties visus šos ārstus vienā dienā. Valstij finansiāli maksimāli jāstipulē šāda veselības aprūpes modeļa pakāpeniski izveide, kaut vai pilotprojektu veidā.
2. Visiem pacientiem pirms medikamentu izrakstīšanas jāpavaicā, vai pacients var tos atļauties. Ja nevarēs, tad nelietos, vēlāk atkal nonākot slimīnīcā.
3. Jāizveido sistēma, ka pacienti, kuri neatnāk uz vizītēm/nepērk medikamentus, tiek identificēti, atrasti iemesli, kāpēc tā notiek, un izveidota atbalsta sistēma šiem pacientiem.



ir vajadzīga tūlītēja palīdzība, atsāpiņāšana, mārketinga panēmieni nav vajadzīgi un var radīt pretējo reakciju – nepatiku un pat aizvainojumu. Hroniskie slimnieki, kuri ārstējas un zina, ka ne vienmēr valsts finansējums ir pietiekams un jāmaksā arī no savas kabatas, droši vien labprāt izmantos lojalitātes programmas un kartes, kas dod iespēju veikt izmeklējumus un ārstēšanos lētāk. Medicīnā ir ziņāmas t.s. mēmās saslimšanas, kad nav nekādu simptomu, bet pēkšni, it kā ne no kurienes, parādās slimība – piemēram, infarkts. Cilveks, kurš rūpējas par savu veselību, ir labāk pasargāts. Tādēļ, no šā viedokļa, dažā-

das akcijas un programmas, kas aicina parūpēties par sevi, veikt pārbaudes, ir pozitivas un dod labus rezultātus. Man nav iebildumu pret mārketinga panēmieniem veselības aprūpē, bet ir jābūt līdzvarotai profesionalitātei un ētkai.»

Pavisam atšķirīgs stāsts par reklamu veselības aprūpē ir R. Konstantei: «Norvēģijā veselības aprūpē mārketingu neizmanto, te nav atlaicu un lojalitātes programmu, nav piedāvājuma, piemēram, pārbaudit holesterīna līmeni asinis bez maksas, ja par māksu tiks veikta cukura līmeņa noteikšana. Tas tā nenotiek, jo atbildība ir reģionālajām Veselības un sociālo

lietu ministrijas pārvaldēm, kas plāno un organizē veselības aprūpi konkrētajā reģionā. Reģiona uzdevums ir noteikts likumā, tam jānodrošina pakalpojums reģionā. Sadalījums starp privāto un valsti tiek regulēts, reģionam no sava macīņa pērkot pakalpojumu no privātā. Ja valsts slimīnā, piemēram, ir rinda uz kādu izmeklējumu un to nevar veikt likumā paredzētājā laikā, pacents tiek novirzits uz privāto veselības aprūpes iestādi, kurai reģions par to samaksā. Ja cilvēkam ir vajadzīgs kāds veselības aprūpes pakalpojums, viņš to noteiktajā laikā saņems, un valsts par to samaksās.» ■



**Artis Kalniņš,**  
kardiologs, RĀKUS Sirds un  
asinsvadu klinikas vadītājs

**«Ārstam būtu  
jādomā tikai par  
medicīnu, vienalga,  
vai pie viņa nāk  
pacents vai  
klients.»**

## PAKALPOJUMS PRIVĀTĀ UN VALSTS IESTĀDĒ

Vispirms jāsaprot, vai veselības aprūpes sistēma ir privāta (Bismarcka modelis) vai valsts (Beveridge modelis). Modelis pats par sevi neatrisinās veselības aprūpes problēmas un nepadaris to lētāku. Divas visdārgākās sistēmas ES ir Holandē (12% no IKP – privātais modelis) un Dānijā (11% no IKP – valsts modelis).

Vairāk lasīt:

<http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>

Abās valstīs pacienti ir apmierināti. Ari Igaunijā, kur veselības aprūpei tērē 6,3%, cilveki ir daudz apmierinātāki nekā Latvijā, kaut gan mēs tai tērējam 6,8% (valsts + privātie maksājumi kopā), un gadu no gada Igaunija ir Eiro-pas lidere kategorijā *bang for the buck* jeb cik prātīgi iztērēts katrais eiro veselības aprūpe.

Vairāk lasīt:

<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

Ja runā par aprūpi valsts vai privātajās slimīnās, vai poliklinikās, ari šis statuss pats par sevi negarantē labākus rezultātus, ja pacientu grupas, kas aprūpētas šajās iestādēs, ir līdzīgas. Taču neadekvāta kvotu sistēma Latvijā, kuru dališanai kritēriju nav, nūcina Latvijas

medicīnas aprūpes un izglītības kalves – Stradiņa un Austrumu slimīnās. Zemo kvotu dēļ, it sevišķi ambulatorā sektorā, šo slimīnīcu ārsti pēcpusdienā dodas izstrādāt kvotas citur. Vai mēs varētu pieņemt situāciju, ja daļa bankas vai rūpniecības darbinieku pēc plkst. 15:00 to pamestu un dotos šo pašu darbu darit citā bankā vai rūpniecībā? Šīs iestādes ir neiespējami vadīt, jo, strādājot vienā vietā, liešķā daļa ārstu nopelnā maz. Taču tā noteikti nav ārstu vaina, bet gan valsts neapdrošina līdzekļu sadale. Ja nedosim līdzekļus Stradiņa un Austrumu universitātes slimīnām un poliklinikām, vietām, kur ir smagākie slimnieki, tiek apmācīta lielākā daļa medicīnas studentu un rezidentu, tad uz kurieni dosies pacienti ar nopietnām slimībām? Ir skaidrs, ka šīs valsts universitātes slimīnās, kā arī reģionālās slimīnās ir jāstiprina, preti prasot caurskatāmāku to pārvaldi, darba un apmācības kvalitātes mērišanu, maksājot vairāk nevis visiem, bet gan tikai tād, ja personāls no pacientu puses ir labi novērtēts, aprūpes kvalitāte ir vērtēta un tā uzlabojas.

## PAKALPOJUMS UN PIEDĀVĀJUMS (mārketinga veselības aprūpē)

Ja mārketingi ir balstīti uz objektīvu informāciju, tad tas tiesām var palīdzēt pacientam.

Ja iestāde reklamē, ka visi ārsti ir sertificējušies/resertificējušies savā specialitātē (tā nodrošinot kvalitāti), ka konkrētā iestādē pa-

cienti ir apmierināti ar aprūpi (pēc objektīvu pacientu aptauju veikšanas un salidzināšanas ar citām iestādēm) un ka tā nodrošina aprūpi sestdienās/svētdienās, tad tas, manuprāt, tiesām informē pacientu, pie kā vērsties, kā arī to, ka aprūpe būs kvalitatīva.

Savukārt, ja reklāma ir par to, «ka veicam kaut ko daudz» un «ar kaut ko jaunāko», tad tā neļauj pacientam uzzināt, kā aprūpe nodrošinās labus vai labākus rezultātus, un tādā gadījumā tā ir maldinoša.

## AKCIJAS UN LOJALITĀTES PROGRAMMAS VESELĪBAS APRŪPE

Ja akcijas ir mērķtiecīgas un tās nāk no ārstiem, medijiem, un pacientu organizācijām, ne tikai no Veselības ministrijas (kā aicinājumi veikt mamogrāfiju sievietēm krūts vēža novēršanai un brūnišanās, ka tas nedarbojas), tad rezultātā būs. Mēs varētu daudz mācīties no Somijā ieviestā Ziemelkarēlijas sirds un asinsvadu projekta, kā rezultātā mīrstība no sirds un asinsvadu sistēmas slimībām samazinājās vairāk nekā četrās reizes – no 475 līdz 100 uz 100 000 iedzivotājiem. Taču jāsaprot, ka tas bija mērķtiecīgs vairāku gadu projekts, ar būtiskām izmaksām, nevis zibakcija.

Kamēr Latvijā veltīsim trīs reizes mazāk naudas veselības profilaksei nekā Igaunijā, rezultāti no dažādām isām akcijām būs nebūtiski. ■