



LATVIJAS
UNIVERSITĀTE
ANNO 1919

MF | Medicīnas
fakultāte

www.mf.lu.lv lumedi@lu.lv [FB.com/ULFacultyOfMedicine](https://www.facebook.com/ULFacultyOfMedicine)

Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai

2018

PASŪTĪTAJS
Labklājības Ministrija

IZPILDĪTĀJS:
Latvijas Universitātes
Medicīnas fakultātes Veselības
vadības un informātikas centrs

AUTORI:
Dr.sc.adm. Juris Bārzdīņš
Dr.med. Rīta Konstante

Saturs

SATURS	2
KOPSAVILKUMS	3
EXECUTIVE SUMMARY	4
ATTĒLU RĀDĪTĀJS	5
TABULU RĀDĪTĀJS	5
SAĪSINĀJUMI	6
IEVADS	7
PROBLĒMAS AKTUALITĀTE	7
PĒTĪJUMA FOKUSS UN MĒRĶIS	7
DARBA UZDEVUMI UN IZPĒTES METODES	8
PĒTĪJUMA IEROBEŽOJUMI	8
PĒTĪJUMA ZIŅOJUMA STRUKTŪRA	9
IZPĒTES REZULTĀTI, KONSTATĒJUMI UN REKOMENDĀCIJAS	10
DATU AVOTU UN TO PIEEJAMĪBAS ANALĪZE	10
AR INVALIDITĀTES NOTEIKŠANU SAISTĪTO VECUMA UN SLIMĪBAS FAKTORU IZPĒTE	12
NODARBINĀTĪBAS SAISTĪBAS AR INVALIDITĀTES NOTEIKŠANU IZPĒTE	16
AR INVALIDITĀTES NOTEIKŠANU SAISTĪTAIS BEZDARBS	18
DARBNESPĒJAS LAPU IZSNIEGŠANA INVALIDITĀTES NOTEIKŠANAS PERIODĀ	19
PRIMĀRĀS INVALIDITĀTES BIEŽĀKĀ IEMESLA – DORSOPĀTIJU UN SPONDILOPĀTIJU SPECIFIKA	22
ĀRSTĒŠANĀS IESPĒJU UN IEROBEŽOJUMU VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS IETVAROS IZPĒTE	23
SNIEGTO PAPILDUS ATBALSTA PASĀKUMU ANALĪZE UN TO SALĪDZINĀJUMS STARPTAUTISKĀ KONTEKSTĀ	27
PIERĀDĪJUMOS BALSTĪTAS ANALĪZES PAR MUSKUĻU UN SKELETA SLIMĪBU GRUPAS KOPĒJO IZMAKSU SLOGU SABIEDRĪBAI IESPĒJAS	33
SECINĀJUMI UN REKOMENDĀCIJU APKOPOJUMS	38
PIELIKUMI	40

Kopsavilkums

Pamatojoties uz līgumu starp Latvijas Universitāti un Latvijas Republikas Labklājības ministriju, 2017.gada nogalē LU Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centrs veica pētījumu „Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”. Pētījuma galvenais mērķis paredz datu analīzes rezultātā iegūt pierādījumus par kopējo izmaksu slogu sabiedrībai saistībā ar pirmreizēju invaliditāti personām ar muskuļu un skeleta slimībām, lai mērķtiecīgāk plānotu atbalsta pasākumus minētai personu grupai, kā arī to iekļaušanos sabiedrībā un darba tirgū.

Sākotnējā pētījuma iecere paredzēja izmantot labklājības un veselības jomas detalizētus datus par augstāk minēto personu grupu, tomēr dažādu apsvērumu dēļ detalizētus veselības aprūpes pārziņā esošos datus nebija iespējams iegūt. Līdz ar to pētījumā ir izmantoti kvantitatīvie Labklājības ministrijas un tās padotībā esošo iestāžu dati (tikai attiecībā uz viena gada pirmreizējās invaliditātes gadījumiem), kā arī publiski pieejamie dati par veselības aprūpi, demogrāfiju un nodarbinātību. Kvantitatīvo datu interpretāciju un analīzi atbalsta attiecīgo jomu reglamentējošo noteikumu izpēte, citu valstu pieredzes izpēte, kā arī trīs ekspertu interviju kvalitatīvie dati.

Kopumā tika analizēti anonimizēti individualizētie dati par 3 186 personām, kurām pirmreizējā invaliditāte saistībā ar muskuļu un skeleta saslimšanām tika piešķirta 2016.gadā. Datu kopas un to analīze aptver tādus parametrus un aspektus kā vecums, dzimums, diagnoze, nodarbinātība, ienākumi kā darba ņēmējam, darba nespēja, pieejamie pakalpojumi un izmaksas saistībā ar nodrošinātajiem pakalpojumiem, valsts izmaksātie pabalsti saistībā ar slimību un invaliditāti.

Veiktā pētījuma ietvaros ir identificētas norādes, kas apliecina, ka veselības aprūpes jomā pastāv nepietiekama svarīgu pakalpojumu pieejamība personām ar muskuļu un skeleta sistēmas saslimšanām, tomēr iemesli, kāpēc pieaug personu ar invaliditāti skaits, nav viennozīmīgi meklējami tikai veselības aprūpes jomā. Pētījuma datu analīze identificē arī procesuālos un administratīvos faktorus, kuriem ir nozīme invaliditātes noteikšanas procesā un faktā.

Pamatojoties uz veiktā pētījuma ierobežojumiem, nebija iespējams pilnīgi novērtēt kopējos sloga apmērus sabiedrībai saistībā ar pirmreizējo invaliditāti personām ar muskuļu un skeleta saslimšanām, tomēr vairākas pētījuma atradnes var tikt pielietotas uz pierādījumiem balstītu labklājības jomas rīcībpolitikas lēmumu pieņemšanā.

Pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, ir izstrādātas trīspadsmit rekomendācijas, kas saistās ar izmaksu optimizēšanu, labklājības jomas politikas un izpētes iespēju pilnveidošanu, invaliditātes piešķiršanas procesa uzlabošanu un iespējām mainīt esošo sociālā atbalsta praksi personu darbnespējas gadījumos.

Executive Summary

Based on the agreement between the University of Latvia and the Ministry of Welfare of the Republic of Latvia at the end of 2017 the Center for Health Management and Informatics of the Faculty of Medicine conducted a study "Assessment of Costs of Musculoskeletal Diseases and Recommendations for Cost Optimization". The main aim of the study is to obtain evidence of the total cost burden for society in relation to the first-time legally recognized disability of individuals with musculoskeletal disorders in order to better target support measures for this group of people and their inclusion in society and the labour market.

The original purpose of the study was to use the welfare and healthcare data for the above-mentioned group of people, however, due to various reasons, it was not possible to obtain detailed healthcare data. Consequently, the study uses quantitative data from the Ministry of Welfare and its subordinate institutions (only first-time disability cases for one year) as well as, publicly available data on health care, demography and employment. The interpretation of the quantitative data was supported by qualitative data from three experts interviews. The interpretation of quantitative data is based on analysis of the relevant regulatory framework, insight in practices used in other countries and qualitative data from three expert interviews.

In total, individualized data was analysed for 3,186 people who received first-time legal recognition of disability due to musculoskeletal disorders in 2016. Datasets and their analysis include parameters and aspects such as age, gender, diagnosis, employment, income related to employment, sickness leave, available services and costs associated with the services provided, sickness and disability benefits paid by the state.

Within the scope of the above-mentioned research, certain indications confirming the insufficient availability of important services for individuals with musculoskeletal system and connective tissue disorders were identified in health sector. However, the reasons why the number of persons with disabilities is increasing are related not only to the healthcare sector. The analysis of the data also identifies the procedural and administrative factors that can play a role in the process of development and legal recognition of a disability.

Due to the limitations of the study, it was not possible to fully assess the overall public burden of the musculoskeletal disorders in relation to the first-time disability, however, several research findings can be applied to evidence-based welfare policy decision-making.

Based on the results of the research, thirteen recommendations have been developed related to cost optimization, improvement of welfare policy and research opportunities, improvement of the disability allocation process and the possibilities of changing existing social support practices in cases of incapacity for work

Attēlu rādītājs

Attēls 1 Pirmreizēji noteiktās invaliditātes gadījumi (visi iemesli).....	7
Attēls 2 Pirmreizēji noteiktās invaliditātes gadījumi saistībā ar MSS slimībām	7
Attēls 3 Kopējo izmaksu sloga sabiedrībai novērtēšanai nepieciešamo datu avotu un to pieejamības analīze	11
Attēls 4 Personu skaits ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā sadalījumā pēc vecuma un dzimuma	12
Attēls 5 Personu ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā īpatsvars pret visiem iedzīvotājiem attiecīgajās vecuma grupās	13
Attēls 6 Personām ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā noteiktās invaliditātes grupas dažādos vecumos	13
Attēls 7 Sievietēm ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā noteiktās invaliditātes grupas dažādos vecumos	14
Attēls 8 Vīriešiem ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā noteiktās invaliditātes grupas dažādos vecumos	14
Attēls 9 Personu ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā sadalījums pa diagnožu grupām un invaliditātes grupām..	15
Attēls 10 MSS slimību grupu īpatsvars personām ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā dažādos vecumos	15
Attēls 11 MSS slimību grupu skaits pirmreizējās invaliditātes vecuma grupās	16
Attēls 12 Nodarbinātības salīdzinājums vecuma grupās valstī vidēji un atlases grupā līdz invaliditātes noteikšanai	16
Attēls 13 Darba algu / slimības pabalstus / invaliditātes pensiju saņēmušo personu skaita dinamika invaliditātes noteikšanas periodā vecuma grupā 18 -62 gadi (ieskaitot) (n=2312)	20
Attēls 14 Līdz invaliditātes noteikšanai darbspējas mēnešu skaits vecuma grupā līdz 63 gadiem (n=2312)	21
Attēls 15 Ienākumu sadalījums atlases grupā	27
Attēls 16 Ienākumu sadalījums valstī vidēji	27
Attēls 17 Pēc invaliditātes noteikšanas dažādus atbalsta pasākumus saņēmušo īpatsvars vecuma grupās līdz 63 gadi (n=2312) un no 63 gadi (n=874)	28
Attēls 18 Pēc invaliditātes noteikšanas dažādus atbalsta pasākumus saņēmušo īpatsvars grupās ar ikmēneša ienākumiem līdz 49.80 eiro (n=1225) un no 370 eiro (n=1078).....	31
Attēls 19 Ienākumu no darba pieaugums (%) pusgadu pēc invaliditātes noteikšanas (n=179).....	32
Attēls 20 Sociālās jomas izmaksas pirmreizējās ar MSS slimību saistītas invaliditātes noteikšanas gadījumos 2016. gadā. 34	
Attēls 21 Valsts apmaksāto pakalpojumu izmantošanas dažādās pakalpojumu grupās	36

Tabulu rādītājs

Tabula 1 Personalizētā līmenī pieejamo datu parametri	10
Tabula 2 Nodarbinātība pirms un pēc invaliditātes noteikšanas dažādās vecuma grupās.....	18
Tabula 3 Bezdarba līmenis pēc invaliditātes noteikšanas un vidēji valstī dažādās vecuma grupās	19
Tabula 4 MSS slimību ārstēšana valsts veselības aprūpes sistēmas ietvaros	24
Tabula 5 Sociālās jomas izmaksas pirmreizējās ar MSS slimību saistītas invaliditātes noteikšanas gadījumos 2016. gadā. 33	

Saīsinājumi

CSP - Centrālā statistikas pārvalde

DNL A - darbnespējas lapa A

DNL B - darbnespējas lapa B

IIN - iedzīvotāju ienākuma nodoklis

KLP - Kommunal Landspensjonskasse (Komunālā valsts pensiju kase Norvēģijā)

KZS- Kompensējamo zāļu sistēma

LU - Latvijas Universitāte

M05-M14- iekaisīgās poliartropātijas

M15-M19- artrozes

M40-M54- spondilopātijas un dorsopātijas

MLS - Muguras lejas daļas sāpes

MSS - muskuļu un skeleta sistēmas saslimšanas

NAV - Nye arbeids- og velferdsetaten (Valsts sociālās apdrošinātāšanas administrācija Norvēģijā)

NICE - National Institute of Clinical Excellence (Nacionālais klīniskās izcilības institūts Lielbritānijā)

NMPD - Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

NVD - Nacionālais veselības dienests

NVO - Nevalstiska organizācija

SPK - Statens pensjonskasse (Valsts pensiju kase Norvēģijā)

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (prognozējošās analītikas un statistiskās analīzes programmatūra)

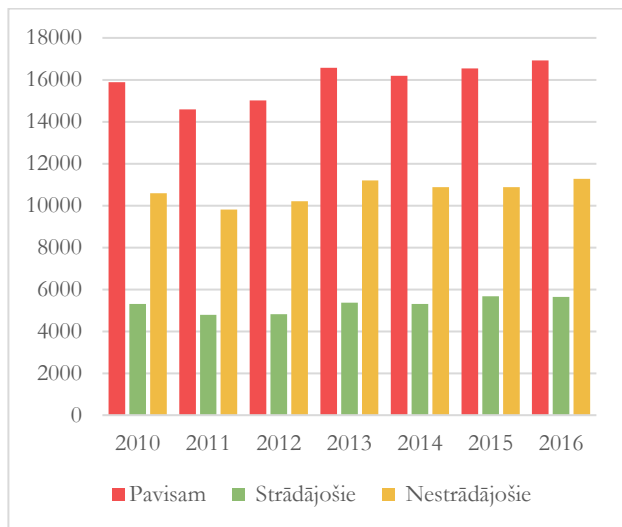
SSK - Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācijas sistēma

VDEĀVK - Veselības un darbību ekspertīzes ārstu valsts komisija

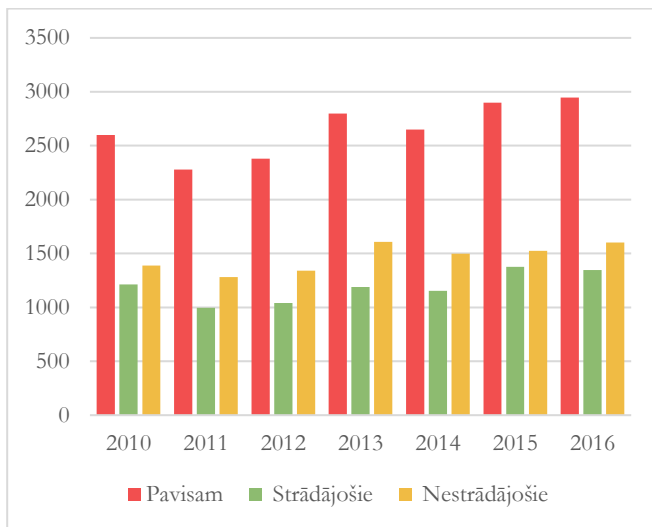
VM - Latvijas Republikas Veselības ministrija

Problēmas aktualitāte

Atbilstoši Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas (VDEĀVK) datiem, pēdējo septiņu gadu laikā pieaug gan kopējais (+6,4%), gan saistībā ar muskuļu un skeleta sistēmas (MSS) slimībām pirmreizēji noteikto invaliditātes gadījumu skaits (+13,3%). Ar MSS slimībām saistīto invaliditātes gadījumu skaita pieaugums apstiprina kopējo invaliditātes gadījumu skaita pieaugumu un šajā grupā īpaši strauji aug strādājošo invaliditāte. No visiem strādājošajiem, kuriem pirmreizēji noteikta invaliditāte, gandrīz ceturtajai daļai invaliditātes iemesls ir MSS slimība (24% 2016.g.) (skat. 1. un 2. attēlu).



Attēls 1 Pirmreizēji noteiktās invaliditātes gadījumi (visi iemesli)



Attēls 2 Pirmreizēji noteiktās invaliditātes gadījumi saistībā ar MSS slimībām

Pētījuma fokuss un mērķis

Pētījums ir veikts Labklājības ministrijas uzdevumā, tai gatavojot izmaiņu piedāvājumu invaliditātes noteikšanas kārtībā un personām ar invaliditāti paredzēto atbalsta pasākumu sistēmā ar mērķi veicināt personu ar invaliditāti līdzdalību sabiedrībā un ekonomisko aktivitāti. Viens no izmaiņu veikšanas mērķiem ir pilnveidot atbalsta pasākumu sistēmu, lai personas ar invaliditāti daudz mērķtiecīgāk varētu izmantot savas atlikušās darbības, saņemtu savlaicīgu un viņu individuālajām vajadzībām atbilstošu atbalstu veselības stāvokļa un darbības uzturēšanai.

Darba uzdevuma tehniskās specifikācijas ietvaros, sniedzot vispārīgu informāciju par pētāmo problēmu, pasūtītājs ir arī izvirzījis hipotēzi: **“neveicot savlaicīgus un aktīvus pasākumus veselības aprūpes sektorā, arvien vairāk pasliktinās personu veselības stāvoklis un pakāpeniski pieaug personu ar invaliditāti skaits, tai skaitā, arī valsts budžeta izdevumi invaliditātes pensijām un pabalstiem, veidojot arvien lielāku izmaksu slogu sabiedrībai un pašām personām. Ņemot vērā fiskālos ierobežojumus, arvien sarežģītāk kļūst sniegt personām pietiekamu nepieciešamo atbalstu, lai palīdzētu iekļauties darba tirgū un personas būtu ekonomiski patstāvīgas”.**

Ar pētnieku rīcībā esošajiem datiem pasūtītāja izvirzīto hipotēzi pētnieku grupai nav izdevies pierādīt vai noliegt. Iemesli tam ir meklējami datu pieejamības un savienojamības iespējās starp labklājības un veselības jomām (skat. „Pētījuma ierobežojumi”). Balstoties uz publiski pieejamiem datiem veselības jomā, pētījumā ir iztirzāti atsevišķi aspekti, kas ir saistīti ar izmaksām ārstējot cilvēkus ar MSS grupas saslimšanām.

Labklājības ministrijas darba uzdevumā noteiktais pētījuma mērķis ir iegūt pierādījumos balstītu analīzi par muskuļu un skeleta slimību grupas kopējo izmaksu slogu sabiedrībai, kas ir viena no galvenajām slimību diagnožu grupām, kas sastopama pirmreizēji noteiktās invaliditātes gadījumā, lai mērķtiecīgāk plānotu personām ar invaliditāti nepieciešamos atbalsta pasākumus un sekmētu viņu iekļaušanos sabiedrībā un darba tirgū.

Ņemot vērā faktu, ka visi nepieciešamie dati hipotēzes izvērtēšanai nebija pieejami, pētījuma mērķis nav pilnībā sasniegts, taču veiktā esošo datu analīze sniedz objektīvu pamatojumu dažu rekomendāciju izvirzīšanai saistībā ar izmaksu optimizāciju, kā arī labklājības un veselības jomu pilnveidošanu.

Darba uzdevumi un izpētes metodes

Izpētes metodes ir atkarīgas ne tikai no pētījuma mērķa vai hipotēzes. Tās ir atkarīgas arī no pētījuma apjoma, laika un pieejamiem resursiem. Lai iekļautos pasūtītāja izvirzītajās prasībās un izmantotu pieejamo datu resursu, izvirzītā mērķa sasniegšanai pētnieku grupa veica sekojošus uzdevumus:

- a) Iepazinās ar esošiem pakalpojumiem un to piešķiršanas normatīvo regulējumu un procedūrām sociālajā un labklājības jomā personām ar invaliditāti;
- b) Apkopoja informāciju par iespējamiem pakalpojumiem veselības aprūpes jomā personām ar invaliditāti saistībā ar muskuļu un skeleta slimībām;
- c) Sadarbībā ar pasūtītāju diskutēja par datu iegūšanas iespējām pētījuma veikšanai;
- d) Veica iesniegto datu kvalitātes pārbaudes un saskaņoja tās ar pasūtītāju;
- e) Veica datu kvantitatīvo analīzi ar Excel un SPSS programmu palīdzību;
- f) Analizēja iegūtos rezultātus no datu kvantitatīvās apstrādes;
- g) Pielietoja kvalitatīvo pētniecības metodi atsevišķu aspektu analizēšanai pētījuma ietvaros;
- h) Izmantoja kvalitatīvo pētniecības metodi, kvantitatīvo rezultātu interpretēšanas procesā;
- i) Veica ierobežotu citu valstu darba nespējas un invaliditātes sistēmu izpēti;
- j) Izmantoja Latvijas un Lielbritānijas klīniskās vadlīnijas;
- k) Izmantoja zinātniskās publikācijas, kas ir atrodamas zinātnisko publikāciju datubāzēs.

Izvirzītie darba uzdevumi ļāva izvirzīt atsevišķas rekomendācijas saistībā ar izmaksu optimizēšanu pirmreizējas invaliditātes gadījumā personām ar MSS.

Kā galveno pētniecības metodi pētnieku grupa izmantoja kvantitatīvo datu analīzes metodi. Lai papildus skaidrotu atsevišķus iegūtos kvantitatīvos rezultātus, tika papildus tika veiktas trīs strukturētas intervijas ar sociālās aprūpes, veselības aprūpes un cilvēkus ar invaliditāti pārstāvošo organizāciju pārstāvjiem.

Pētījuma ierobežojumi

Pētījuma ierobežojumi pamatā ir saistīti ar muskuļu un skeleta slimību grupas kopējo izmaksu slogu sabiedrībai novērtēšanai un priekšlikumu izmaksu optimizācijai izstrādei nepieciešamo izejas datu nepietiekamību. Kopējās izmaksas bija precīzi vērtējamas tikai sociālās aprūpes/atbalsta jomā tikai personām ar pirmreizēju invaliditāti saistība ar MSS slimību un tikai ierobežotā laika periodā:

- a) Personas (no 18 gadu vecuma), kurām pirmreizējā invaliditāte saistībā ar kādu no MSS slimībām tika piešķirta laika posmā no 2016. gada 1.janvāra līdz 2016.gada 31.decembrim;
- b) Dati par šīm personām sniegtā sociālā atbalsta pasākumiem un to izmaksām, kā arī ienākumiem kā darba ņēmējiem vai pašnodarbinātām personām ierobežotu laiku pirms un pēc invaliditātes noteikšanas;
- c) Tā kā darbnespējas lapā netiek fiksēta slimības diagnoze, neskatoties uz to, ka atlasītas ir personas ar MSS slimību kā pirmreizējas invaliditātes iemeslu, darba nespējas izmaksas nav viennozīmīgi attiecināmas uz MSS slimību slogu.

Ļoti būtisks ierobežojums ir saistīts ar valsts līmeņa veselības aprūpes administratīvo datu (Nacionālā veselības dienesta (NVD) un Labklājības ministrijas un tās padotības iestāžu rīcībā esošo datu sasaistes trūkums. Tādejādi nav iespējams saistīt pētīt darba nespējas un pirmreizējās invaliditātes gadījumus ar sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem konkrētajām personām. Līdz ar to pētījumā nav pieejami pietiekami izejas dati, kas nepieciešami drošai izvirzītās hipotēzes (“neveicot savlaicīgus un aktīvus pasākumus veselības aprūpes sektorā, arvien vairāk pasliktinās personu veselības stāvoklis un pakāpeniski pieaug personu ar invaliditāti skaits”) pārbaudei un sociālas un veselības aprūpes sistēmu saskares jomas iespējamo neefektivitāšu faktoloģiskai izpētei.

Bez nodrošinātas pieejas veselības aprūpes administratīvajiem datiem vispār, veselības aprūpes izmaksas šajā pētījumā tiek vērtētas tikai balstoties uz publiski pieejamiem datiem par valsts apmaksātās veselības aprūpes izmaksām MSS slimību grupā. Šajos datos nav atsevišķi izdalītas izmaksas mājas aprūpei un rehabilitācijai, izmaksas nav sadalītas pa MSS slimību grupas apakšgrupām un vecuma grupām. Publiski pieejamos datos nav informācijas par personu ar MSS slimībām skaitu un iekļaušanas / izkļaušanas kritērijiem šīs personas atlasot un veicot veselības aprūpes dažādu jomu izmaksu attiecināšanu uz tām.

Netiešās izmaksas ir vērtētas tikai attiecībā uz konkrēto atlases grupu, par kuru ir pieejami nodarbinātības, atalgojuma un darbnespējas dati, bet nav pieejama informācija par līdz invaliditātes noteikšanai jau pastāvošās ekonomiskās neaktivitātes iemesliem lielai atlases daļai, šis vērtējums nav vispārināms, nosakot kopējās MSS slimību netiešās izmaksas valstī, tajā skaitā vērtējot zaudētās produktivitātes un zaudēto dzīves gadu izmaksas.

Pētījuma atvēlētā laika ierobežojuma (2 mēneši) dēļ, gadījumos, kad izmaksu noteikšanas izejas dati nav pieejami, kopējais MSS slimību slogs Latvijā netiek vērtēts, veicot ekstrapolācijas un matemātisko modelēšanu, balstoties uz datiem, kas ir pieejami tikai attiecībā uz atlases grupu, vai par citām valstīm. Tā vietā, padziļināti tiek analizēti pieejamie invaliditātes noteikšanas procesu raksturojošie dati, veiktas intervijas, ar kuru palīdzību tiek skaidroti atsevišķi kvantitatīvie rezultāti, kā arī pētīta citu valstu pieredze un sniegta virkne faktos balstītu rekomendāciju izmaksu optimizācijai.

Jāatzīmē, ka konkrētās atradnes un pētījuma rezultāti ir iegūti no atlases grupas, tādēļ iegūto rezultātu ekstrapolācija vai vispārināšana attiecībā uz pārējiem iedzīvotājiem ar invaliditāti būtu nekorekta.

Minētie pētījuma ierobežojumi ir apspriesti ar tā pasūtītāju.

Pētījuma ziņojuma struktūra

Balstoties uz datu ieguvu, to apstrādi un pasūtītāja tehnisko specifikāciju, pētījuma galvenie rezultāti ir apkopoti vienotā dokumentā, kas sastāv no trim nodaļām: 1) ievada; 2) izpētes rezultātu; konstatējumu un rekomendāciju nodaļas; 3) secinājumu un rekomendāciju apkopojuma nodaļas. Izpētes rezultātu, konstatējumu un rekomendāciju nodaļa sastāv no deviņām apakšnodaļām, kur katras apakšnodaļas ietvaros ir izvirzītas rekomendācijas, kas balstās uz datu kopu analīzi. Apakšnodaļu datu kopas ir vizualizētas divdesmit attēlos un sešu tabulu veidā, savukārt datu interpretācija apkopota analītiska teksta veidā. Secinājumu un rekomendāciju apkopojuma nodaļa ietver trīspadsmit rekomendācijas un tekstuālu secinājumu sadaļu.

Izpētes rezultāti, konstatējumi un rekomendācijas

Datu avotu un to pieejamības analīze

Izvirzītais darba uzdevums norāda uz visaptverošu apjomīgu un savietojamu datu analīzes nepieciešamību, iekļaujot datus par konkrētām personu lokam sniegtajiem pakalpojumiem gan veselības aprūpes jomā, gan sociālās un labklājības jomās, tostarp arī pašvaldībās. Datu esamība un pieejamība tika apspriesta kopsapulcē, piedaloties gan pētījuma pasūtītājam, gan izpildītājam. Pamatojoties uz kopsapulcē iztīrītām datu ieguves iespējām un apjomu, pētījuma uzdevumu izpildei tika nodrošināti atlasīti, personu līmenī sasaistīti un pēc tam anonimizēti Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas, Labklājības ministrijas un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras rīcībā esošie dati (skat. 1. tabulu).

Tabula 1 Personalizēta līmenī pieejamo datu parametri

Npk.	Parametrs
	Datu grupa individu raksturojošā līmenī
1	Personas identifikators (individuālais ID numurs)
2	Dzimums
3	Dzimšanas gads
4	Miršanas gads
5	Sākotnēji noteiktās invaliditātes termiņš
6	Pēdējā invaliditātes grupa personām, kurām tā ir mainījusies
7	Diagnozes grupa
8	Ieņēmumi kā darba ņēmējam vai pašnodarbinātai personai
	Datu grupa par sniegto atbalstu sociālās un labklājības jomā
1	Izsniegts atzinums par asistenta pakalpojuma ārpus mājokļa aktivitātēm nepieciešamību
2	Izsniegts atzinums par medicīniskām indikācijām īpašas kopšanas nepieciešamību
3	Izsniegts atzinums par nepieciešamību pēc speciālā transporta un pabalsta transporta izdevumu segšanai
4	Saņemts bezdarbnieka pabalsts ja tiesības uz to sākušās pēc pirmreizējās invaliditātes
5	Invaliditātes pensijas saņemšana
6	Valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta saņemšana
7	Saņemts pabalsts personai ar invaliditāti, kurai nepieciešama īpaša kopšana
8	Saņemts valsts izmaksātais pabalsts transporta izdevumu kompensēšanai
9	Izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība sakarā ar nelaimes gadījumu vai arodslimību
10	Izmaksāta papildus izdevumu kompensācija sakarā ar nelaimes gadījumu darbā vai arodslimību (piemēram, izdevumi par operāciju, ja ir uzrādīti čeki utt.)
11	Izmaksāts slimības pabalsts sakarā ar personas slimību
12	Saņemts aprūpes pakalpojums dzīves vietā (t.sk. aprūpe mājās, nodrošināšana ar drošības poga, pavadona-asistenta, asistenta pakalpojums)
13	Saņemti pašvaldības sociālā atbalsta pasākumi (t.sk. pamatvajadzību un citu vajadzību nodrošināšanai :dzīvokļa pabalsts, pabalsts garantētā minimālā ienākumu līmeņa nodrošināšanai, pašvaldības saistošajos noteikumos noteiktie citi sociālās palīdzības pabalsti ģimenes (personas) pamatvajadzību nodrošināšanai, patversmju un naktspatversmju sniegtie sociālie pakalpojumi, vienreizējs pabalsts ārkārtas situācijā, citi atbalsta pasākumi un kompensācijas iedzīvotājiem, citi sociālie pakalpojumi)
14	Saņemts valsts pakalpojums - profesionālās rehabilitācijas kurss
15	Saņemts valsts pakalpojums - noteikta profesionālā piemērotība
16	Saņemts valsts pakalpojums - sociālās rehabilitācijas kurss
17	Piešķirts trūcīgās personas (ģimenes) statuss
18	Piešķirts maznodrošinātās personas (ģimenes) statuss
19	Saņemts ilgstošas aprūpes institūcijā pakalpojums (valsts un pašvaldību institūcijās)

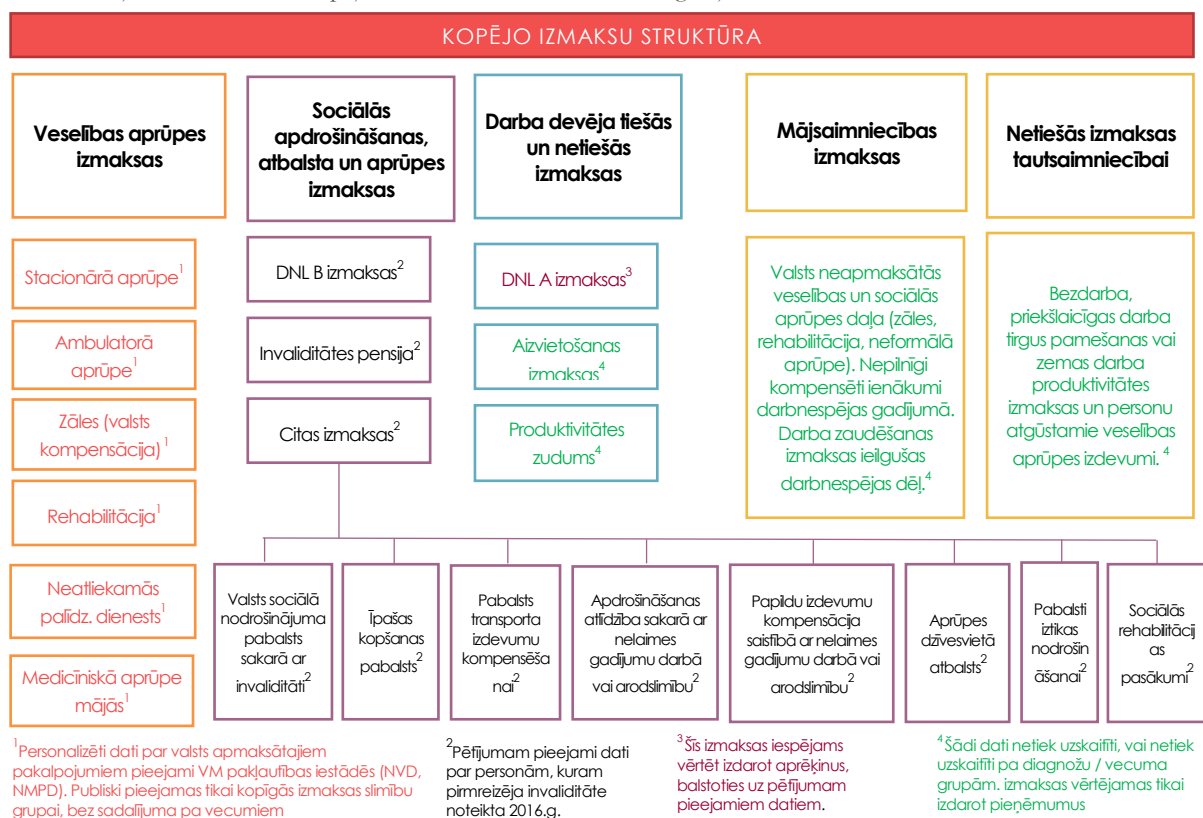
Citi pētījumā izmantotie publiski pieejamie datu avoti:

- Centrālās statistikas pārvaldes dati: Darbaspēka izlases veida apsekojums;
- Nacionālā veselības dienesta gada pārskati ("NVD Vēstis");
- Pilsonības un migrācijas dienesta iedzīvotāju reģistra statistikas dati.

Papildus veiktas trīs strukturētas intervijas (NVO, VDEĀVK, pārstāvji un ģimenes ārsts) datu analīzes rezultātu interpretēšanas atbalstam.

Sekojošajā attēlā (3. attēls) apkopota veiktās kopējo izmaksu sloga sabiedrībai novērtēšanai nepieciešamo datu pieejamības analīze.

Iespēja nodrošināt pieeju veselības aprūpes personalizētajiem datiem par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem, ne tikai ļautu pilnvērtīgāk veikt slimības sloga aprēķinus, bet arī dotu iespēju uz faktiem balstīt sociālās un veselības aprūpes sistēmu mijiedarbību darba nespējas un invaliditātes noteikšanas gadījumos.



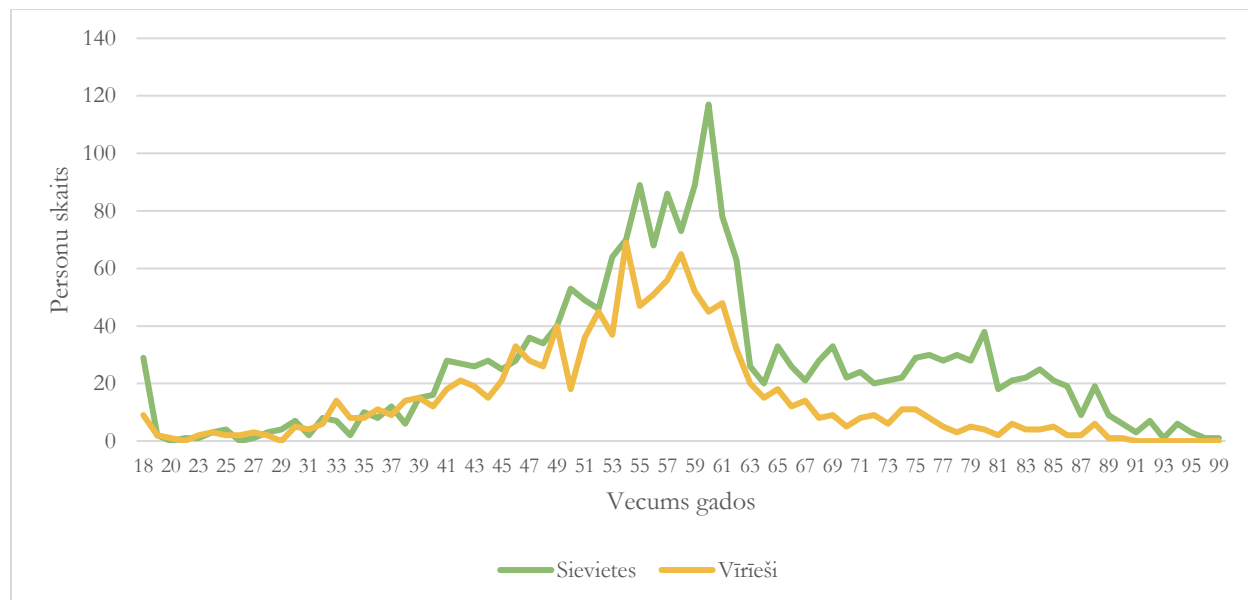
Attēls 3 Kopējo izmaksu sloga sabiedrībai novērtēšanai nepieciešamo datu avotu un to pieejamības analīze



REKOMENDĀCIJA: Dažādu iedzīvotāju grupu invaliditātes un darba nespējas pieauguma izpētei nodrošināt iespēju analizēt ne tikai sociālās jomas personalizētus datus, bet arī veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas personalizētus datus un, veicot personu identifikatoru anonimizēšanu ar vienotu atslēgu, panākt šo datu savietojamību problēmas kompleksai izpētei.

Ar invaliditātes noteikšanu saistīto vecuma un slimības faktoru izpēte

Pētījuma ietvaros no VDEĀVK Invaliditātes informatīvās sistēmas tika atlasītas visas tās vismaz 18 gadu vecās personas, kurām 2016. gadā tika noteikta pirmreizēja invaliditātes saistība ar kādu no diagnozēm, kas atbilstoši SSK pieder MSS grupai. Kopā atlasītas bija 3186 personas (2028, 64% sievietes un 1158, 36% vīrieši), no kurām laika posmā līdz 2017. gada septembrim bija mirušas 107 personas (vidējais vecums 74 gadi). Atlases grupas sadalījums pēc vecuma (4. attēls) raksturo MSS slimību biežuma pieaugumu cilvēkiem novecojot, kā arī invaliditātes noteikšanas biežuma straujo samazināšanos personām sasniedzot vecuma pensionēšanās iespējas robežu (62 gadi).

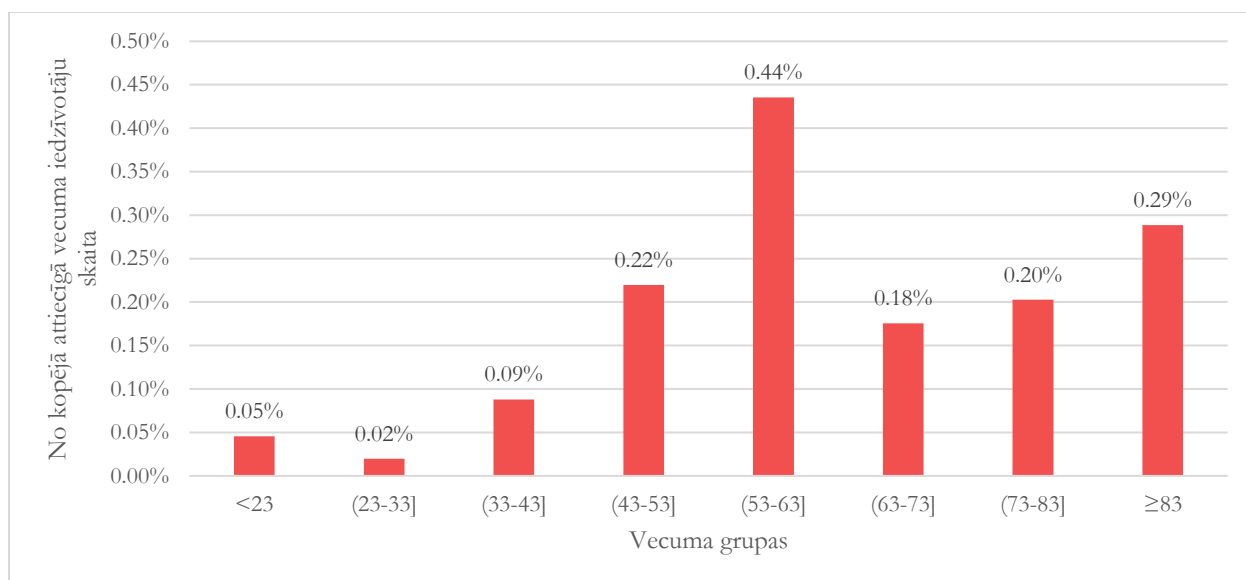


Attēls 4 Personu skaits ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā sadalījumā pēc vecuma un dzimuma

Lai arī saņemot vecuma pensiju, invaliditātes grupas noteikšana vairs nedod tiesības saņemt invaliditātes pensiju, tomēr arī vecuma grupā no 63 gadiem saglabājas salīdzinoši augsts un maz mainīgs pieprasījums pēc tās noteikšanas, iespējams, citu ar invaliditāti saistīto atbalsta pasākumu saņemšanai (piemēram, atvieglojumi sabiedriskajā transportā, veselības aprūpē, norēķinos par elektroenerģiju). Attiecinot uz kopējo iedzīvotāju skaitu attiecīgā vecuma grupā¹, var konstatēt, ka, sasniedzot pensijas vecumu, personu ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti skaits ir visaugstākais, agrīnos pensijas gados tas vairākkārtīgi samazinās, bet, palielinoties vecumam, atkal pieaug (5. attēls).

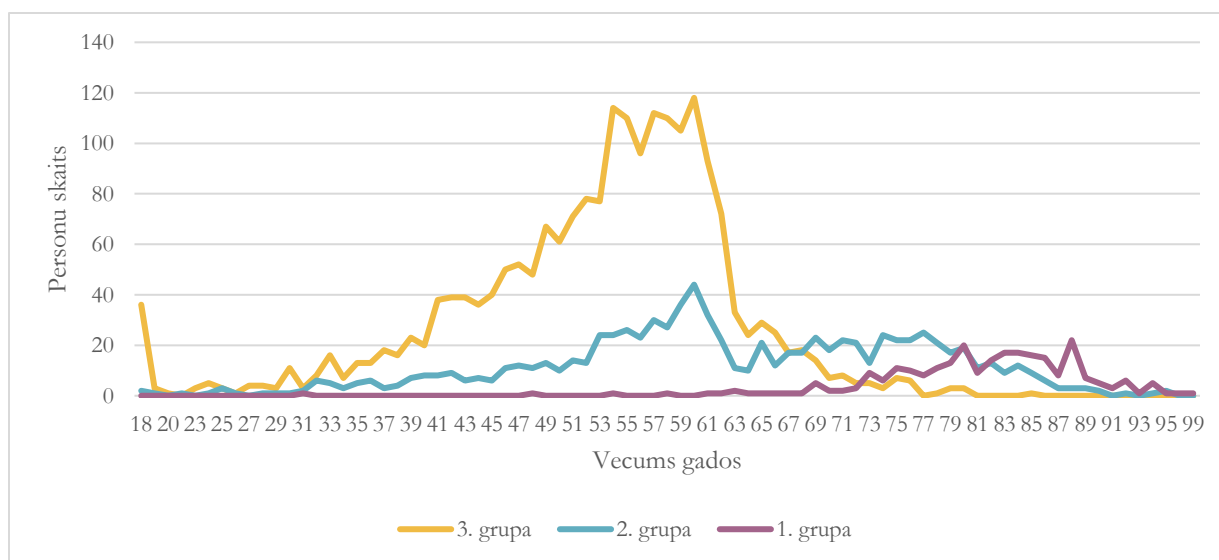
¹Aprēķins veikts balstoties uz Iedzīvotāju reģistra datiem:

http://www.pmlp.gov.lv/lv/assets/documents/Iedzivotaju%20reģistrs/010717/ISVG_Latvija_pcc_DZGada_VPD.pdf



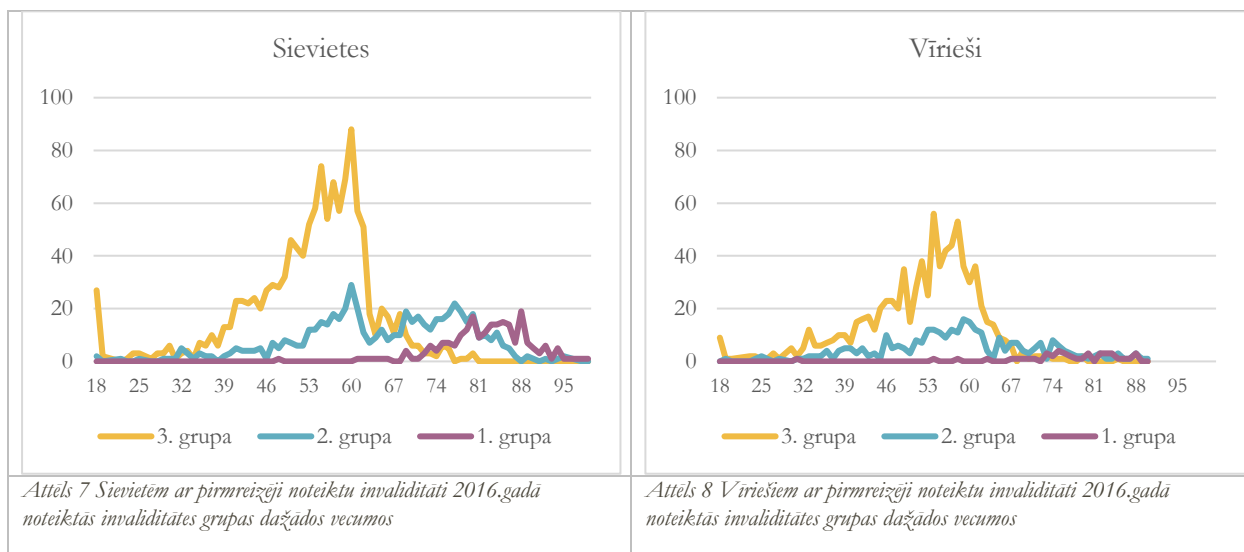
Attēls 5 Personu ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā īpatsvars pret visiem iedzīvotājiem attiecīgajās vecuma grupās

Šādi dati, iespējams, norāda uz invaliditātes kā darba nespējas kompensācijas sistēmas nevēlamu transformāciju par atbalsta sistēmu gados veciem un aprūpējamiem cilvēkiem, tomēr šāds secinājums būtu jāpārbauda, analizējot jaunpiešķirtās invaliditātes gadījumus pēc vecuma arī citās diagnožu grupās. Attiecībā uz MSS slimībām un smagāko - I invaliditātes grupu ir jāsecina, ka tā tomēr īpaši bieži tiek noteikta tieši personām pēc darbaspējīgā vecuma. (6. attēls).



Attēls 6 Personām ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā noteiktās invaliditātes grupas dažādos vecumos

Papildus salīdzinot invaliditātes grupu sadalījumu pēc vecumiem atsevišķi sievietēm un vīriešiem (6. un 7. attēls), var konstatēt, ka, sasniedzot pensijas vecumu, jau tā augstais sieviešu īpatsvars starp personām, kurām tiek pirmreizēji noteikta invaliditāte pieaug vēl vairāk. Pēc 63 gadu vecuma starp personām ar pirmreizējo invaliditāti 77% bija sievietes un tikai 23% vīriešu un šī atšķirība starp dzimumiem bija lielāka kā vidēji populācijā (atbilstoši Centrālās statistikas pārvaldes (CSP) datiem, 2016.gadā 65+ grupā bija 67% sieviešu un 33% vīriešu).



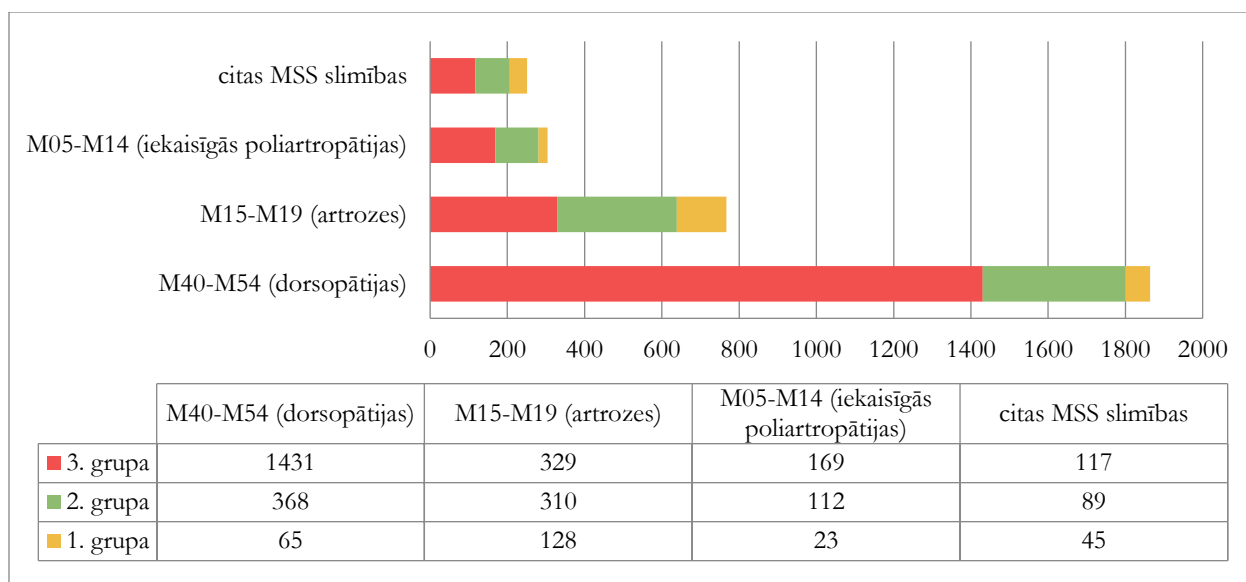
Kopumā, vērtējot to, ka saglabājas salīdzinoši nozīmīgs pieprasījums pēc invaliditātes noteikšanas starp agrīnā pensijas vecuma cilvēkiem (apmēram trešdaļa no pieprasījuma līmeņa pirmspensijas vecumā) un to, ka, palielinoties vecumam, MSS slimību izpausmes tikai paliek smagākas un ir saistītas ar dabisko novecošanās procesu, ir jāsecina, ka, nemainot līdzšinējo personu ar invaliditāti atbalsta sistēmas koncepciju, pieaugot iedzīvotāju informētībai par iespēju saņemt ar invaliditāti saistītu atbalstu gados veciem cilvēkiem, attiecīgās atbalsta pasākumu izmaksas šai grupai var daudzkārt pieaugt.



REKOMENDĀCIJA: Izvērtēt pirmreizējās invaliditātes noteikšanas nestrādājošiem pensionāriem atbilstību invaliditātes politikas mērķiem un principiem.

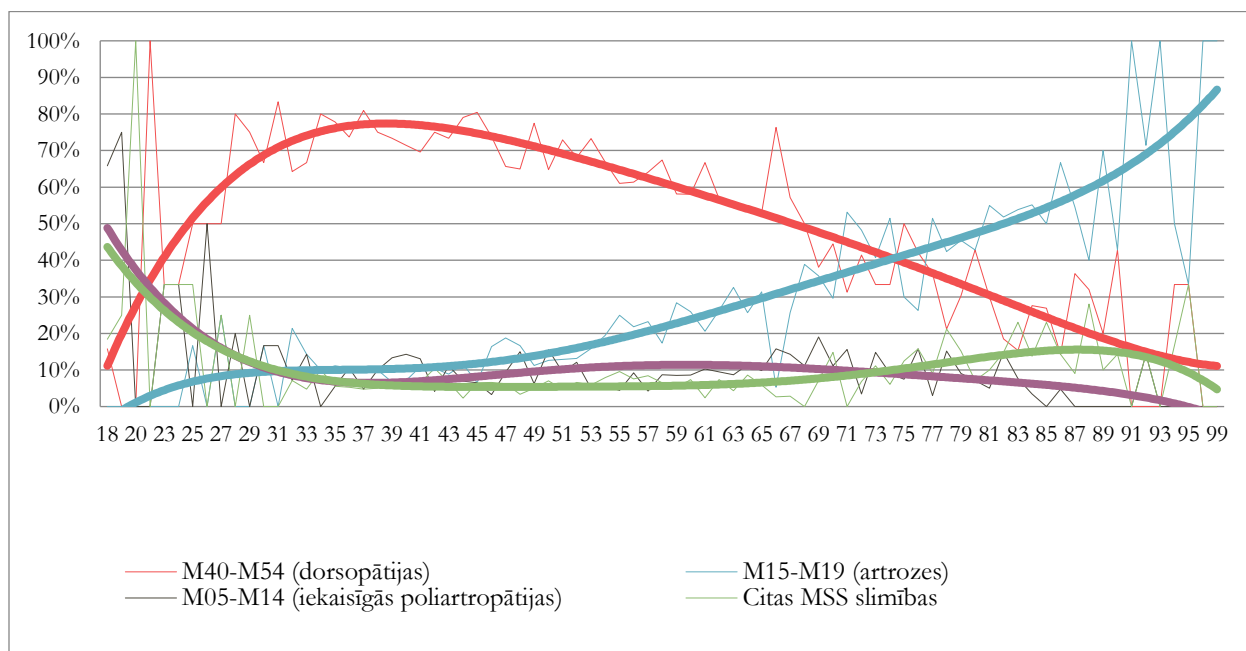
Sadalot pa 4 diagnožu grupām: M05-M14, M15-M19, M40-M54 un citas MSS slimības, pārliecinoši vadošās kā pirmreizējās invaliditātes iemesls ir ar plaši izplatītām muguras problēmām saistītās slimības (dorsopātijas un spondilopātijas) (1864, 58%), un tieši šajā grupā ievērojami biežāk kā pie citām MSS slimībām tiek noteikta III invaliditātes grupa (77%) (9. attēls). Viegļākās no invaliditātes grupām lielais īpatsvars tieši dorsopātiju un spondilopātiju grupā ir jāvērtē kontekstā ar faktu, ka muguras problēmu smaguma un funkcionālo traucējumu pakāpes noteikšana salīdzinoši vairāk balstās uz pacienta subjektīvām izjūtām un sūdzībām, nevis uz objektīviem un izmērāmiem laboratoriem un / vai radioloģiskās izmeklēšanas rezultātiem, kas savukārt labi raksturo citu šīs grupas slimību – artropātiju, iekaisīgu poliartropātiju un citu specifisku MSS slimību gaitu².

² NICE Pathways. Musculoskeletal conditions. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/musculoskeletal-conditions>



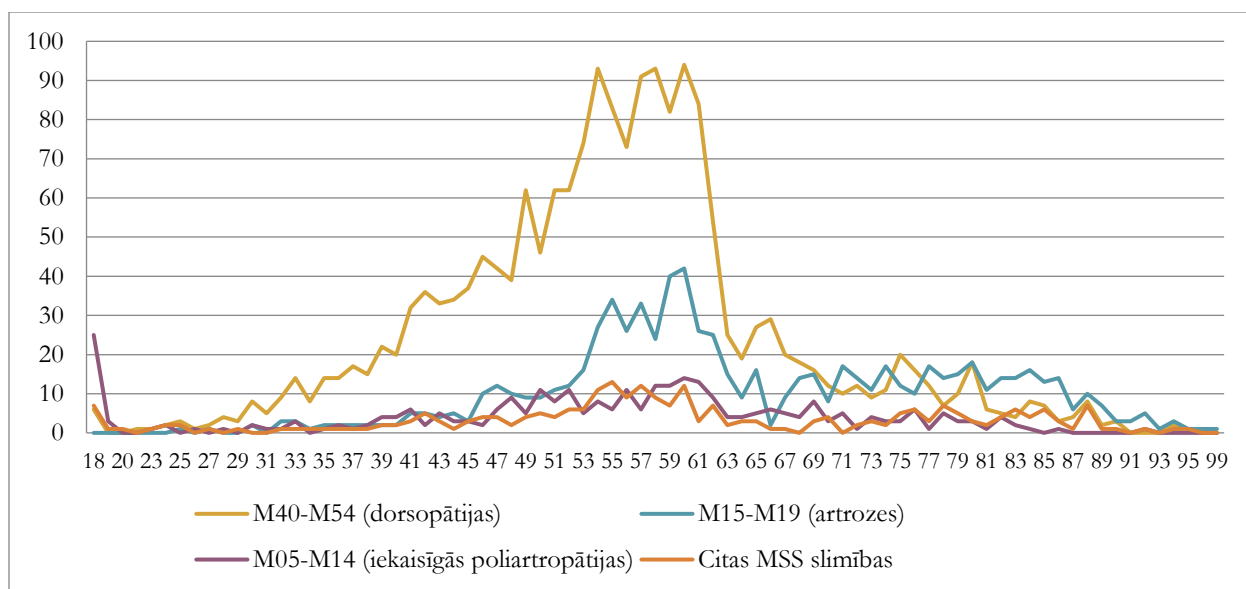
Attēls 9 Personu ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā sadalījums pa diagnožu grupām un invaliditātes grupām

Vērtējot invaliditāti izraisošo MSS slimību grupu sastopamības atšķirības dažādās invaliditātes noteikšanas vecuma grupās, ir jāsecina, ka vecuma grupā no aptuveni 20 līdz 75 gadiem dorsopātijas un spondilopātijas ir vadošais invaliditātes iemesls un ekonomiski visaktīvākajā vecuma grupā no 25 līdz 65 gadiem vairāk kā pusē gadījumu invaliditātes iemesls bija tieši muguras problēmas. Savukārt agrīnajā darba spējīgā vecumā dominējošie pirmreizējās invaliditātes iemesli ir iekaisīgas poliartropātijas un citas MSS slimības, kamēr vecumā pēc 75 gadiem vadošais noteiktās invaliditātes iemesls bija artrozes (10. attēls).



Attēls 10 MSS slimību grupu īpatsvars personām ar pirmreizēji noteiktu invaliditāti 2016.gadā dažādos vecumos

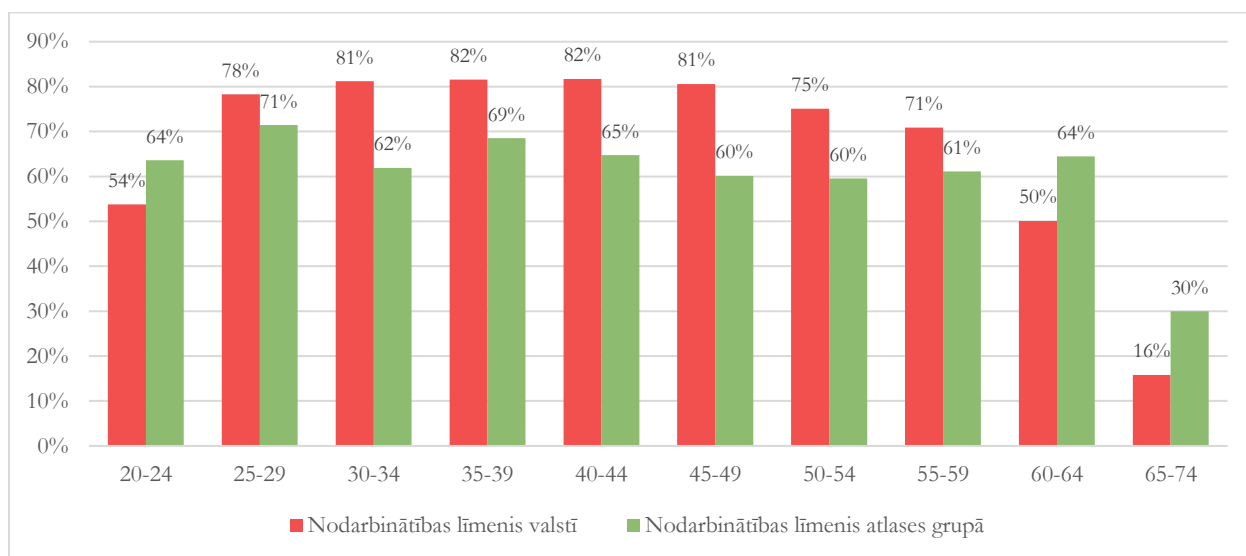
Vērtējot absolūtos skaitļos dažādo MSS slimību grupu kā pirmreizējās invaliditātes iemesla sastopamību, ir jāsecina, ka 62 - 63 gadu vecumā, strauji samazinoties personu, kurām noteikta pirmreizējā invaliditāte skaitam, tas aptuveni līdzvērtīgi samazinās visās diagnožu grupās (11. attēls).



Attēls 11 MSS slimību grupu skaits pirmreizējās invaliditātes vecuma grupās

Nodarbinātības saistības ar invaliditātes noteikšanu izpēte

Salīdzinot ar CSP datiem par valstī vidējo nodarbinātību dažādās vecuma grupās, ir jāsecina, ka personu ar pirmreizēju invaliditāti saistībā ar MSS slimībām nodarbinātības līmenis 12 mēnešos, pirms invaliditātes noteikšanas, dažādās vecuma grupās ir atšķirīgs (12. attēls). Vērtējot šī salīdzinājuma rezultātus, ir gan jāņem vērā metodiskās atšķirības nodarbinātības līmeņa noteikšanā statistikas datos³ un konkrētā pētījuma ietvaros⁴. Tāpat ir jāņem vērā mazais atlases grupas apjoms vecuma grupās līdz 30 gadiem, kurās aprēķinātās atšķirības nav statistiski ticamas.



Attēls 12 Nodarbinātības salīdzinājums vecuma grupās valstī vidēji un atlases grupā līdz invaliditātes noteikšanai

³CSP Latvijas Darbaspēka izlases veida apsekojumā informācija par ekonomisko aktivitāti (tai skaitā nodarbinātību) saskaņā ar metodoloģiju tiek jautāta personām vecumā no 15 līdz 74 gadiem. Nodarbinātie iedzīvotāji ir visas tās personas, kuras pārskata nedēļā veica jebkādu darbu par samaksu naudā vai par atbildību precēs vai pakalpojumos

⁴Pētījuma ietvaros par nodarbinātu personu tiek uzskatīta tāda persona, kurai bija reģistrēti ienākumi kā darba ņēmējām vai pašnodarbinātai personai attiecīgi divpadsmitajā mēnesī pirms invaliditātes noteikšanas vai septītajā mēnesī pēc invaliditātes noteikšanas.

Ņemot vērā minētos ierobežojumus, šī analīze tomēr ļauj secināt, ka visās darbaspējīgā vecuma grupās no 30 līdz 59 gadiem, pirms invaliditātes nodarbinātība par 13 līdz 20 procentpunktiem bija mazāka kā valstī vidēji. Šī atšķirība samazinās līdz 10 procentpunktiem 55 – 59 gadu grupā, bet vecuma grupās 60 – 74 gadi starp invaliditātes saņēmējiem nodarbinātība ir bijusi ievērojami augstāka kā valstī vidēji. Vecuma grupās, kurās nodarbinātības līmenis bija mazāks, to varētu skaidrot ar MSS slimību pakāpeniskas attīstības gaitu, uzskatot, ka tās sāk ietekmēt cilvēku darba spēju jau pirms invaliditātes atzinuma saņemšanas, tomēr pret šo apgalvojumu runā fakts, ka tuvojoties pensijas vecumam, kurā nenodarbinātība tuvā nākotnē rezultējas ar ļoti mazu vecuma pensiju, pirms-invaliditātes nodarbinātība salīdzinoši pieaug. Tātad, šai atradnei ir nepieciešams meklēt arī citus skaidrojumus, it īpaši ņemot vērā to, ka starp jau pensijas vecumu sasniegušajiem, pirms invaliditātes noteikšanas periodā, nodarbinātība, salīdzinot ar valstī vidējo, ir vēl augstāka. Kā vienu no hipotēzēm (kuras pierādīšanai gan nepieciešama papildus izpēte) varam izvirzīt iespēju, ka **jaunākā vecumā invaliditātes pieprasīšanas primārais iemesls bieži varētu būt papildus atbalsta saņemšana, nespējot vai nevēloties iekļauties formālajā darba tirgū, nevis slimības progresēšana. Tuvojoties pensijas vecumam, kurā nodarbinātības līmenis tuvojas valstī vidējam, biežāk motivācija pieprasīt invaliditāti varētu būt saistīta ar nepieciešamību iegūt papildus atbalstu, lai, tieši pretēji, noturētos darba tirgū.**

Aprakstītā situācija norāda uz iespēju, ka invaliditāti pieprasa un tā tiek noteikta personām, kurām slimības smagums nav noteicošais faktors ekonomiskai neaktivitātei. Šādos gadījumos invaliditātes noteikšanu var uzskatīt gan par neoptimālām izmaksām, gan kā motivāciju atgriezties darba tirgū mazinošu faktoru.

Ņemot vērā MSS slimību un, pirmkārt, to daudzskaitlīgākās grupas – dorsopātiju un spondilopātiju diagnostikas un stāvokļa smaguma vērtēšanas subjektīvās komponentes lielo īpatsvaru, objektīvajai atradnei nepietiekami korelējot ar funkcionālajiem ierobežojumiem, kā arī iespēju funkcionāliem ierobežojumiem mazināties, veicot aktīvus vingrinājumus fizioterapeita uzraudzībā un patstāvīgi⁵, ir jāpārskata līdzšinējā prakse atzinuma piešķiršanā par ilgstošu darba nespēju un invaliditāti.



REKOMENDĀCIJA: Izstrādāt objektīvus ilgstošas darba nespējas un invaliditātes noteikšanas kritērijus MSS slimību (pirmkārt dorsopātiju un spondilopātiju) grupas pacientiem, tostarp balstoties ne tikai uz ārsta slēdzienu, bet arī uz fizioterapeita veiktu pacienta dinamisku novērtējumu obligāta aktīvas ārstnieciskās vingrošanas kursa laikā (iespējams, prognozējamās invaliditātes programmas ietvaros).

Ņemot vērā, ka MSS slimību pirmreizējas invaliditātes gadījumos darba spējīgā vecumā visbiežāk tiek konstatēta trešā invaliditātes grupa, daudz retāk otrā un praktiski nekad pirmā grupa, no ekonomiskā viedokļa ir īpaši svarīgi panākt, lai invaliditātes noteikšana iespējami retāk nozīmētu darba tirgus pilnīgu pamešanu. Kā redzams sekojošajā datu analīzē (2. tabula), invaliditātes noteikšana visās vecuma grupās no 30 līdz 54 gadiem apmēram **trešā daļā gadījumu** saistās ar līdz šim esošās nodarbinātības zaudēšanu (vismaz tuvākajos 7 mēnešos pēc invaliditātes noteikšanas). Lielāka vecuma grupās darba tirgu pamet attiecīgi vēl lielāka līdz šim aktīvo personu daļa, tomēr pat vecākajā no grupām (65-74 gadi) gandrīz 40% līdz šim nodarbināto, saglabā savu aktivitāti darba tirgū. Savukārt par jaunāku par 30 gadiem nodarbinātības maiņu pārliecinoši spriest nevar mazā gadījumu skaita dēļ.

⁵“Klīniskās vadlīnijas. Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē”, Rīgas Stradiņa universitātes

Ģimenes medicīnas katedras vadlīniju izstrādes darba grupa, Rīga, 2016, pieejamas: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/420-kliskas-vadlinijas/klisko-vadliniju-datu-baze/registretas-2016gada/muguras-lejas-dalas-sapes-primaraja-veselibas-aprupe>

Tabula 2 Nodarbinātība pirms un pēc invaliditātes noteikšanas dažādās vecuma grupās

Vecuma grupa	Nodarbināti līdz invaliditātei (personas)	Nodarbināti pēc invaliditātes (personas)	Saglabā nodarbinātību
20-24	7	3	42.9%
25-29	15	10	66.7%
30-34	39	26	66.7%
35-39	74	49	66.2%
40-44	136	79	58.1%
45-49	187	131	70.1%
50-54	290	180	62.1%
55-59	413	239	57.9%
60-64	299	139	46.5%
65-74	105	41	39.0%

Ņemot vērā agrīnas darba tirgus pamešanas īpaši nelabvēlīgo ekonomisko ietekmi, padziļināti būtu jāanalizē (gan iegūstot datus par pirmreizējās invaliditātes personām vairāk kā viena gada griezumā, gan veicot kvalitatīvu izpēti) nodarbinātības krišanās arī jaunākajās vecuma grupās. Šī analīze būtu jāsaista ar personas izglītības līmeni un iepriekšējo profesiju, ienākumu izmaiņām pirms un pēc invaliditātes noteikšanas, jo tas precīzāk raksturo gan motivāciju, gan faktisko personas spēju turpināt darbu iepriekšējā darba vietā un /vai profesijā

Atsevišķi analizējot nodarbinātības rādītājus, personām, kuras ir tikko sasniegušas pensijas vecumu, vai ir agrīnajos pensijas vecuma gados, ir jāsecina, ka, lai arī šajā vecumā pēc invaliditātes noteikšanas darbu saglabājušo īpatsvars kļūst mazāks (2.tabula), tas tomēr turpina būt salīdzinoši augsts tāpēc, ka sākotnējās nodarbinātības līmenis šajā grupā ir ievērojami augstāks kā valstī vidēji (12.attēls). Konstatētā šīs grupas invaliditātes pretendentu salīdzinoši augstā ekonomiskā aktivitāte, liecina par to, ka pensijas vecuma pirmreizējās invaliditātes gadījumi var tikt iedalīti vismaz divās atšķirīgas motivācijas grupās – invaliditāte kā atbalsts strādājošam pensionāram, kas cita starpā, iespējams, palīdz palikt aktīvam darba tirgū un invaliditāte kā aprūpes atbalsts nestrādājošam pensionāram ar vecumu un MSS slimību saistītas funkcionālas nespējas gadījumā.



REKOMENDĀCIJA: Saglabājot invaliditātes politikas attiecināšanu uz gados veciem cilvēkiem, diferencēt atbalsta pasākumus strādājošajiem un nestrādājošiem pensionāriem.

Ar invaliditātes noteikšanu saistītais bezdarbs

Bezdarbnieka statuss atļaus grupā tika fiksēts attiecībā uz periodu pēc invaliditātes noteikšanas kā atsevišķa pazīme, tām personām, kurām kaut vienā mēnesī bija fiksēts šāds statuss⁶. Dati par bezdarbnieka statusu periodā pirms invaliditātes netika fiksēti, tāpēc šī pētījuma ietvaros nevar tikt analizēts bezdarba līmenis personām līdz invaliditātes noteikšanai un tā izmaiņas invaliditātes noteikšanas gadījumā.

⁶Šī pazīme ir fiksēta attiecībā uz visām personām, kurām 2016. gadā tika noteikta pirmreizēja invaliditāte no tās noteikšanas brīža līdz 2017.g. septembrim. Tas nozīmē, personām, kurām invaliditāte tika noteikta gada sākumā, pazīme atspoguļo reģistrētu bezdarba epizodi ilgākā periodā nekā personām, kurām invaliditāte tika noteikta gada beigās

Kopumā pazīme par bezdarbnieka statusu kādā no mēnešiem pēc invaliditātes noteikšanas tika reģistrēta 441 pirmreizējās invaliditātes gadījumā personām sākot no 22 līdz 63 gadu (ieskaitot) vecumam, jeb 19% no visām personām šajā vecuma intervālā. Sekojošajā tabulā (3. tabula) ir apkopoti ar nodarbinātību un bezdarbu saistītie rādītāji starp pirmreizējās invaliditātes atzinumu saņēmušajām 2351 personām vecumā no 20 līdz 64 gadiem (ieskaitot)⁷.

Tabula 3 Bezdarba līmenis pēc invaliditātes noteikšanas un vidēji valstī dažādās vecuma grupās

Vecuma grupa	Noteikta invaliditāte (skaits)	Reģistrēts bezdarbs pēc invaliditātes noteikšanas (skaits)	Bezdarba gadījumu īpatsvars starp personām, kurām bija noteikta invaliditāte	Bezdarba līmenis vidēji valstī *
20-24	11	2	18%	17%
25-29	21	5	24%	11%
30-34	63	13	21%	8%
35-39	108	18	17%	9%
40-44	210	47	22%	9%
45-49	311	68	22%	9%
50-54	487	90	18%	11%
55-59	676	121	18%	11%
60-64	429	77	17%	6%

*ņemot vērā mazo personu skaitu atsevišķās vecuma grupās, salīdzinājums ar valsts vidējo rādītāju izmantojams tikai vispārējai informācijai

Atlasot personas, kurām pēc invaliditātes noteikšanas ir fiksēta bezdarba pazīme, bet, kuras ir strādājušas periodā līdz invaliditātes noteikšanai, ir jāsecina, ka reģistrētā bezdarba līmenis šīm personām ir ievērojami augstāks kā attiecīgajās vecuma grupās valstī vidēji. Ņemot vērā ka 407 jeb 90% no tiem, kas pēc invaliditātes noteikšanas reģistrējās kā bezdarbnieki, bija strādājuši gadu pirms tam, ir jāsecina, ka darba zaudēšana invaliditātes noteikšanas gadā ir ļoti izteikta. **Galvenais prognostiskais faktors, kas norāda, ka persona līdz ar invaliditātes noteikšanu zaudēs darbu ir pirms invaliditātes noteikšanai reģistrētās darba nespējas ilgums** - darbu zaudējušajām personām vidēji darba nespēja iepriekšējā gadā bija par 40% garāka kā tiem, kas pēc tam atsāka vai turpināja strādāt (vidēji 221 un 133 dienas katrai personai attiecīgajā grupā).



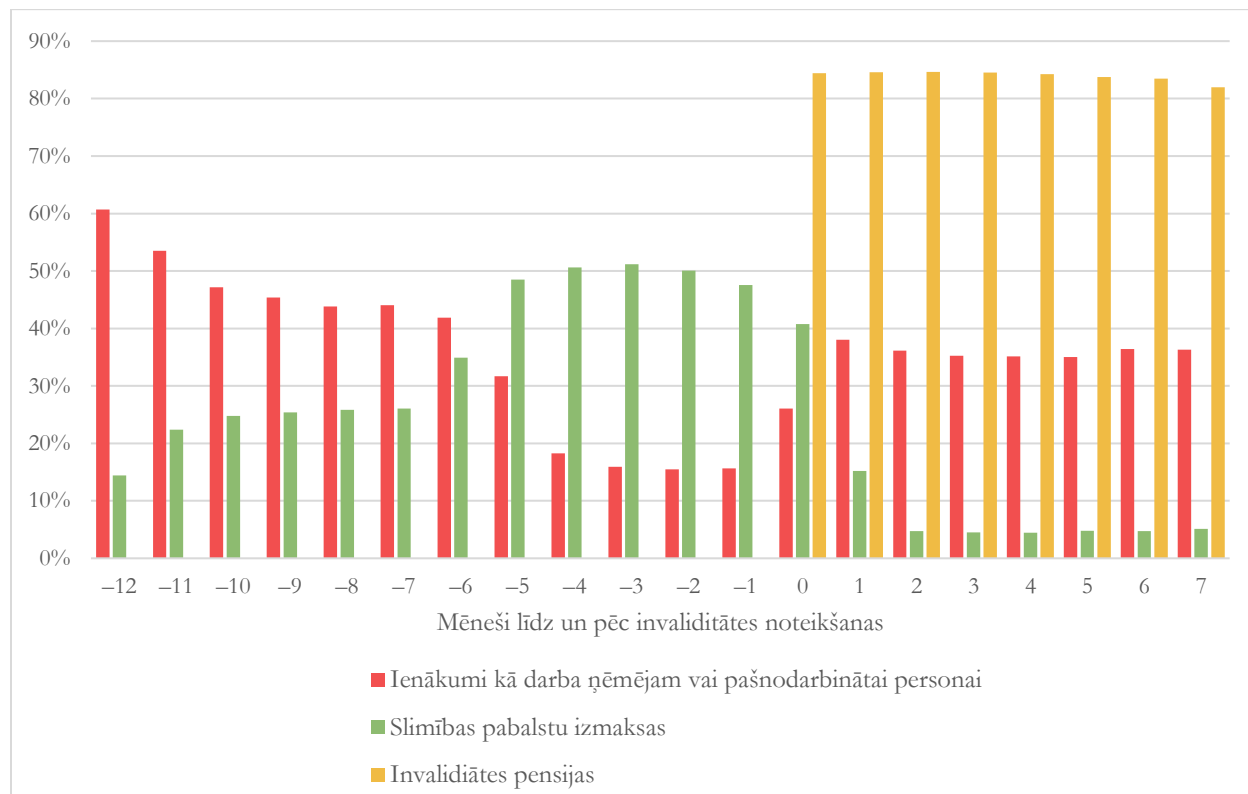
REKOMENDĀCIJA: Izveidot sistēmu, kas ļauj pilnvarotām sociālā sektora institūcijām identificēt vēl pirms invaliditātes noteikšanas ielgušas darba nespējas saistībā ar MSS slimību gadījumus preventīvu ar darba saglabāšanu saistītu pasākumu veikšanai.

Darbnespējas lapu izsniegšana invaliditātes noteikšanas periodā

Gada laikā līdz invaliditātes noteikšanai vecuma grupā 18 – 62 gadi (n=2312), 681 persona atradās ārpus darba tirgus (ne mēnesi nestrādāja vai netika uzrādīti ienākumi kā darba ņēmējam vai pašnodarbinātai personai un netika saņemti slimības pabalsti).

⁷Vecuma grupu intervāls ir salāgots ar sadalījumu pieejamajos CSP datos par bezdarba līmeni valstī kopumā, tāpēc no atlases grupā ieskaitītas arī 64 gadus vecumu sasniegušās personas.

Attiecībā uz darba tirgū aktīvajām personām strādājošo skaits, salīdzinot mēnesi gadu pirms un tieši pirms invaliditātes noteikšanas, samazinās no 61% līdz 17%, bet, personu skaits, kas saņem slimības pabalstus, pieaug attiecīgi no 14% līdz 48% (13. attēls).



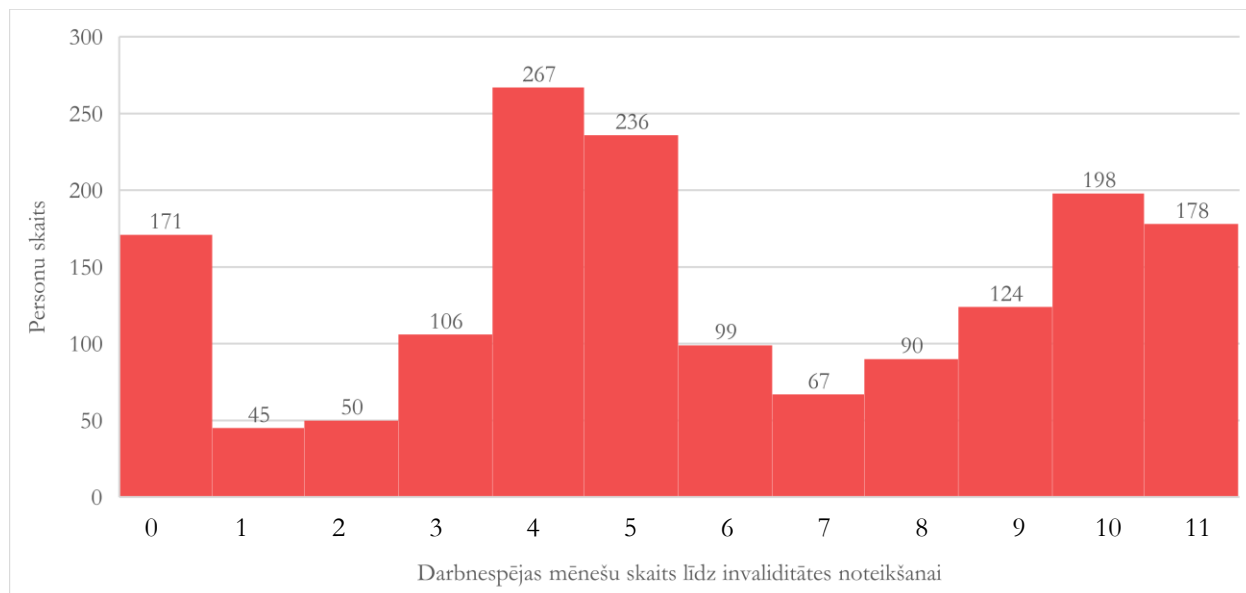
Attēls 13 Darba algu / slimības pabalstus / invaliditātes pensiju saņēmušo personu skaita dinamika invaliditātes noteikšanas periodā vecuma grupā 18 -62 gadi (ieskaitot) (n=2312)

Gan strādājošo, gan slimojošo skaits (visi iemesli, ne tikai MSS slimības) sāk strauji mainīties jau gadu pirms invaliditātes noteikšanas, bet tiklīdz tā ir noteikta, aptuveni divas trešdaļas uzreiz atsāk strādāt, bet slimības pabalstus saņemošo skaits uzreiz samazinās daudzvērtīgi, sasniedzot gandrīz trīs reizes zemāku līmeni kāds tas bija gadu iepriekš. Tātad, pirms saņemt apliecinājumu par daļēju darba nespēju, vairums invaliditātes pretendentu, kas līdz šim bija strādājuši, ilgstoši atrodas statusā ar legāli apstiprinātu pilnīgu darba nespēju un šī darba nespēja tiek pārtraukta saņemot šo apliecinājumu. Tajā pašā laikā pirmreizējās ar MSS slimībām saistītās invaliditātes šajā vecuma 80% gadījumu tika novērtētas kā atbilstošas vieglākajai - III invaliditātes grupai (tātad ar ievērojami saglabātu darba spēju (definētais darba spēju zudums 25 – 59%)) un tikai mazāk kā 0,3% gadījumu tika noteikta smagākā – I invaliditātes grupa ar 80 – 100% darba spēju zudumu.

Šī atradne viennozīmīgi liecina par to, ka ārsta izsniegta darba nespējas lapa pirmreizējās invaliditātes noteikšanas gadījumā nav apliecinājums reālai darba nespējai, bet drīzāk ir apliecinājums nepieciešamībai atzīt personai daļējas darba spējas zudumu. Līdz ar to ir jāsecina, ka ievērojama daļa no slimības pabalstu izmaksām un arī darba ražīguma zuduma gadā pirms invaliditātes nav pamatoti ar reālo slimības gaitu un ar to saistīto darba spēju zudumu.

Neskatoties uz to, ka normatīvajos aktos kā priekšnoteikums personas nosūtīšanai uz invaliditātes un darbības ekspertīzi ir dokumentēta nepārtraukta ārstēšanās vismaz iepriekšējos sešos mēnešos (bet nevis obligāti ar darbnespējas lapas

izsniegšanu apliecinātu slimošana un darba pārtraukšana)⁸, no darba tirgū esošajām 1631 personām tikai 171 (10,5%) persona visu gadu līdz invaliditātes noteikšanai turpināja strādāt un vēl 45 un 50 personas līdz tam nestrādāja tikai vienu vai divus mēnešus (14.attēls).



Attēls 14 Līdz invaliditātes noteikšanai darbnespējas mēnešu skaits vecuma grupā līdz 63 gadiem (n=2312)

Pārējos gadījumos līdz invaliditātes noteikšanai personas nestrādāja 3 un vairāk mēnešus. Vērtējot biežāk sastopamos darbnespējas ilgumus, dotajā attēlā var redzēt, ka īpaši daudz ir personu ar darbnespējas ilgumu no 4 līdz 5 mēnešiem un pēc tam no 10 līdz 11 mēnešiem. Šie divi darbnespējas ilguma “pīķi” saskan ar normatīvajos aktos paredzētajiem nepārtrauktas darbnespējas ilgumiem - pirmajā gadījumā tuvojoties 26 nedēļu termiņam, pēc kura ārstam persona ir jānosūta uz veselības un darbspēju ekspertīzes komisiju, bet otrajā gadījumā tuvojoties komisijas sniegtā atzinuma par darbnespējas lapas pagarināšanu maksimālajam termiņam (52 nedēļas)⁹.

Iemesli pirms un pēc invaliditātes noteikšanas darbnespējas un nodarbinātības pārmaiņu īpatnībām tika papildus skaidroti pētījuma ietvaros veiktajā kvalitatīvajā izpētē, kurā NVO, VDEĀVK un ģimenes ārstu pārstāvjiem tika lūgts detalizēt pirmreizējās invaliditātes noteikšanas procesu MSS slimību gadījumā. Visās intervijās tika apliecināts fakts, ka **fiksēta ilgstoša darba nespēja gadā pirms invaliditātes noteikšanas primāri ir saistīta ar vajadzību iegūt apliecinājumu par invaliditāti, nevis ar aktuālo slimības gaitu**. Ģimenes ārsta skaidrojumu labi raksturo šāds citāts: “komisija neņem pretī, ja nav pietiekoši ilga bijusi darba nespēja ... mums pat kādreiz zvanija par šo viņu pārstāvis”, to pašu apliecina arī NVO pārstāvis: “tas ir labi zināms fakts, ka, ja kāds grib invaliditāti, tad vajag iepriekš kārtīgi paslimot”. Nedaudz ar citu uzsvāru, bet būtībā to pašu arī apliecina VDEĀVK pārstāvis, minot, ka invaliditātes pretendenti paši pieprasa ārstam DNL, jo domā, ka tad ar lielāku varbūtību tiks piešķirta invaliditāte.

⁸Ministru kabineta noteikumi Nr.805, 2014.gada 23.decembrī **Par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību**: “... Invaliditātes vai darbspēju ekspertīzi veic personai ar fiziskās vai garīgās veselības traucējumiem, kuru dēļ tā **nepārtraukti ārstējusies vismaz sešus mēnešus pirms iesnieguma iesniegšanas dienas komisijā**, tai ir radušies vai var uzskatīt, ka ir radušies stabili funkcionēšanas ierobežojumi un to apliecina medicīniskie dokumenti.”

⁹Ministru kabineta noteikumi Nr.152, 2001.gada 3.aprīlī **Darbnespējas lapu izsniegšanas un anulēšanas kārtība**: “... Ja darbnespēja turpinās ilgāk par 26 nedēļām, ārsts nosūta personu uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju. Komisija sniedz atzinumu par darbnespējas lapas pagarināšanu darbnespējas periodā, kas turpinās ilgāk par 26 nedēļām, bet ne ilgāk par 52 nedēļām (skaitot no darbnespējas pirmās dienas), ja tas nepieciešams pilnvērtīgas ārstēšanas nodrošināšanai (tai skaitā rehabilitācijas nodrošināšanai), vai nosaka invaliditāti. Dokumentus, kas nepieciešami atzinuma saņemšanai (iesniegumu, darbnespējas lapu B un medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību regulējošajos normatīvajos aktos noteikto veidlapu Nr.088/u “Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju”), persona iesniedz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijā ne vēlāk kā piecas darbdienu pirms 26 nedēļu nepārtrauktas darbnespējas perioda beigām.”

Ņemot vērā MSS slimību hronisko raksturu (nav raksturīgas straujas stāvokļa izmaiņas), kā arī trijās intervijās (NVO, VDEĀVK, ģimenes ārsts) fiksēto atziņu par darba nespēju kā vēlamu priekšnoteikumu invaliditātes saņemšanai, kā arī objektīvi fiksēto daudzkārtīgo slimības pabalstu samazinājumu uzreiz pēc invaliditātes saņemšanas personām, kas turpina būt ekonomiski aktīvas, ir secināms, ka līdz invaliditātes noteikšanai, nepareizu stimulu dēļ, daļa no slimības pabalstu izmaksām ir vērtējami kā ļoti ievērojami nelietderīgi tēriņi. Kopējās DNL B izmaksas līdz invaliditātes noteikšanai atlasses grupai ir 3,7 milj. eiro (skat. detalizētāk sadaļā “Sociālās jomas izmaksas 2016. gadā pirmreizējās invaliditātes gadījumos” 33. lpp.) – tātad DNL izsniegšanas kārtības uzlabošana ļautu būtiski samazināt šīs slimību grupas kopējo izmaksu slogu. Bez tam ir jāņem vērā, ka nevajadzīgi noteikta un apmaksāta darba nespēja personām ar draudošu invaliditāti veicina arī tālāku izmaksu rašanos. To apstiprina fakts, ka no tiem, kas neatgriezās darba tirgū (460 personas), liela daļa (176 personas) reģistrējās kā bezdarbnieki (bija zaudējuši līdzšinējo darba vietu, iespējams, saistībā ar ieilgušo darba nespēju (skat. sadaļu “Ar invaliditātes noteikšanu saistītais bezdarbs”)



REKOMENDĀCIJA: Izpēfīt kā veicināmas prakses piemērus tos invaliditātes noteikšanas gadījumus, kas nav bijuši saistīti ar formālu darba nespēju, un veikt attiecīgu apmācību ārstiem¹⁰.

Primārās invaliditātes biežākā iemesla – dorsopātiju un spondilopātiju specifika

Atbilstoši CSP veiktā Latvijas Darbaspēka izlases veida apsekojuma 2011. gada pielikuma–moduļa „Personu ar ilgstošām veselības problēmām vai darbības ierobežojumiem nodarbinātība” datiem, tieši muguras vai sprandas problēmas bija pārliecinoši vadošā nodarbināto nopietnākā ilgstošā veselības stāvokļa problēma (40,5%)¹¹. Lai arī nepiemēroti darba apstākļi tiek minēti kā viens no MSS cēloņiem, atšķirībā no citiem biežiem invaliditātes iemesliem, darba saglabāšana un ar darbu saistītā nepieciešamība būt fiziski aktīvam un iesaistītam, vienlaikus ir arī invaliditātes profilakse vairumā MSS slimību gadījumu¹². Teiktais īpaši attiecas uz dorsopātijām un spondilopātijām (M40-M54), kas sastāda divas trešdaļas (66%) no visiem pirmreizējās invaliditātes noteikšanas gadījumiem no 18 – 65g.

Dažādu iemeslu izraisītas sāpes un, visbiežāk, tieši muguras lejasdaļas sāpes (MLS) gada laikā piedzīvo 5% iedzīvotāju un no tām dzīves laikā ir cietuši vairāk kā 70% iedzīvotāju, bet specifiska un potenciāli apdraudoša slimība ir tikai aptuveni 2% gadījumu, kamēr pārējos gadījumos sāpes izraisa tikai mugurkaula struktūru deģeneratīvas izmaiņas un muskuļu disbalanss¹³. Atšķirībā no biežiem citiem invaliditātes iemesliem, nosakot darba nespēju dorsopātijas un spondilopātijas gadījumā, ārstam bieži nākas vadīties pēc subjektīvām un dinamiskām mainīgām sūdzībām (sāpes), ar kurām objektīvā atradne (funkcionālie, radioloģiskie, laboratorijas izmeklējumi) ne vienmēr ir ciešā saistībā¹⁴. Atbilstoši pierādījumos balstītām klīniskajām vadlīnijām, ārstam jāiesaka pacientam ar nespēcīskām akūtām un subakūtām MLS palikt aktīvam un turpināt savas ikdienas aktivitātes iespēju robežās, savukārt strādājošiem pacientiem ar MLS ieteikumi par fizisko aktivitāšu ierobežojumiem ir atkarīgi no vispārējā veselības stāvokļa, vecuma un darba apstākļu, kā arī fiziskās slodzes īpatnībām¹⁵. Vērtējot esošo situāciju, ir jāsecina, ka, lai arī ārstam MLS gadījumos visbiežāk tikai daļēji un specifiski būtu jāierobežo kādas pacienta fiziskās aktivitātes, vienlaikus rekomendējot saglabāt iespējami augstu ikdienas aktivitāšu līmeni, tam pastāv tikai divas iespējas – noteikt tā pilnu darba nespēju ar atbrīvojumu no darba izrakstot DNL, vai tādu nenoteikt nemaz.

¹⁰ Piemēram, sagatavot metodisku materiālu, kas atgādinātu ārstiem, ka atbilstoši normatīvajiem aktiem, nosūtot personu uz VDEĀVK, ir jāapliecina fakts, ka persona nepārtraukti ārstējusies vismaz sešus mēnešus un, ka, neskatoties uz šo ārstēšanos, tai ir radušies stabili funkcionēšanas ierobežojumi, un, ka darbības ierobežojumu noteikšana nav obligāts priekšnosacījums, lai personai šādā gadījumā piešķirtu invaliditāti, un, ka bez patiesas vajadzības noteikta darbības ierobežojuma personai ar MSS slimību var būt arī šīs slimības gaitu pasliktinošs faktors.

¹¹ http://www.csb.gov.lv/sites/default/files/nr_17_darbaspeka_apsekojums_1995-2014_gada_15_00_lv.pdf

¹² Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59] Published date: November 2016: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>

¹³ Klīniskās vadlīnijas. Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē, Rīgas Stradiņa universitātes Ģimenes medicīnas katedras vadlīniju izstrādes darba grupa, Rīga, 2016: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/420-kliskas-vadlinijas/klinsko-vadliniju-datu-baze/registeretas-2016gada/muguras-lejas-dalas-sapes-primaraja-veselibas-aprupe>

¹⁴ Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59] Published date: November 2016: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>

¹⁵ ibid

Tādejādi daļā gadījumu pacients ir spiests turpināt veikt līdzšinējās aktivitātes darbā pilnā apjomā, bet pārējos gadījumos tam ir liegts darbu veikt pat ierobežotā un slimības gaitu labvēlīgi ietekmējošā apjomā un veidā. Ņemot vērā arī to, ka galvenā patofizioloģiskā ārstēšanas metode muguras problēmu gadījumā ir regulāra ārstnieciskā vingrošana, kas vismaz sākotnēji ir jāveic fizioterapeita vadībā, gadījumos, kad DNL netiek izrakstīta, pacientam darba spēju saglabāšanai nepieciešamā aktīvā ārstēšana lielā mērā ir jāveic ārpus darba laika, vai darba laika specifikas dēļ to nav iespējams veikt vispār. Tajā pašā laikā, viens no darbnespējas lapu izsniegšanas mērķiem ir nodrošināt iespēju saņemt ārstniecisku vai profilaktisku medicīnisko palīdzību¹⁶, bet tas nav piemērojams, nenosakot pilnīgu darba nespēju. Līdz ar to, pie esošās darba nespējas normatīvā regulējuma, vienai pacientu grupai ir ierobežotas iespējas saņemt nepieciešamo ārstēšanu, kamēr citai pacientu grupai piespiedu neaktivitātes stāvoklis, kas būtu attaisnojams tikai slimības akūtā fāzē, ne tikai pasliktina slimības prognozi, bet arī apdraud šo personu iespēju saglabāt aktivitāti darba tirgū ilgtermiņā, kā to apliecina iepriekš aprakstītā atradne (galvenais prognostiskais faktors, kas norāda, ka persona līdz ar invaliditātes noteikšanu, zaudēs darbu ir pirms invaliditātes noteikšanai reģistrētās darba nespējas ilgums).



REKOMENDĀCIJA: Apsvērt iespēju MSS slimību gadījumā ieviest arī nepilnas (gradētas) darbnespējas lapas, tādejādi nodrošinot nepieciešamās un iespējamās aktivitātes darbā saglabāšanu, vienlaicīgi veicinot iespēju mērķtiecīgi ārstēties.



GRADĒTAS DARBNESPĒJAS LAPAS PIELIETOJUMA PIEREDZE CITĀS VALSTĪS

Gradētas darba nespējas noteikšanas dažādas priekšrocības ir dokumentētas vairākās valstīs. Tā piemēram, Vācijā pielietotā pakāpeniskās atgriešanās darbā programma ir pierādījusi savu tālākās iesaistes darba tirgū efektivitāti vairāk kā divdesmit gadu garumā, it īpaši gadījumos, kad darba nespēja bija ilgāka par 120 dienām, kā arī personām ar garīga rakstura slimībām¹⁷. Savukārt 2004. gadā Norvēģijā gradētas darbnespējas lapu ieviešanas primārā motivācija bija mazināt, salīdzinoši ar citām valstīm, augsto darba nespējas līmeni strādājošo vidū. Norvēģijā ieviestais regulējums paredz, ka visos gadījumos, kad nodarbināta persona vēršas pie ģimenes ārsta darbnespējas lapas saņemšanai, ārstam, ir jāizvērtē daļējas darba nespējas noteikšanas iespēja. Jaunās kārtības ieviešana kopā ar citām vienlaikus veiktām administratīvām reformām gada laikā samazināja darba kavējumus apstiprinātas darba nespējas dēļ no 7,3% līdz 5,5% un gradētās darbnespējas lapu pielietojums pieauga no sākotnējiem 12% līdz 25% 2014.gadā¹⁸.

Ārstēšanās iespēju un ierobežojumu veselības aprūpes sistēmas ietvaros izpēte

Balstoties tikai uz publiski pieejamiem datiem, nav iespējams vērtēt MSS slimību izmaksas veselības aprūpē konkrētajai personai ar pirmreizējo invaliditāti grupai. Lai arī veselības aprūpes norēķinu dati par valsts apmaksātu ārstēšanu tiek uzskaitīti personalizētā līmenī, bez pieejas šiem datiem nav iespējams arī izvērtēt šīs grupas pacientu izmaksas dažādos veselības aprūpes posmos – ārpusslimnīcas un slimnīcas aprūpē, valsts kompensēto zāļu sistēmā. Papildus ir jāņem vērā, ka informācija par ārstēšanos, ko iedzīvotāji veic par privātajiem līdzekļiem (līdz pat 40% no kopējiem izdevumiem veselība aprūpei) vispār centralizēti netiek apkopota.

¹⁶Ministru kabineta noteikumi Nr.152, 2001.gada 3.aprīlī **Darbnespējas lapu izsniegšanas un anulēšanas kārtība:** Darbnespējas lapu veidi un to izsniegšanas nosacījumi: 3. Darbnespējas lapu izsniedz: 3.2. ja nepieciešams saņemt ārstniecisku vai profilaktisku medicīnisko palīdzību;

¹⁷U Schneideretal. Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany, Eur J HealthEcon. 2016 Jun;17(5):629-43

¹⁸European Social Policy Network (ESPN). Partial sick leave in Norway: high hopes for social inclusion. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Flash report. 2015/58., <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=14542&langId=en>

Līdz ar to veselības aprūpes izmaksas MSS slimību grupā tiek vērtētas ļoti vispārīgi un publiskā finansējuma veselības aprūpei nepietiekamības negatīvā ietekme uz iedzīvotāju ar MSS slimībām nodarbinātību un produktivitāti, kā arī uz iespējamu sociālās jomas izmaksu pieaugumu, tiek vērtēta tikai teorētiski.

Publiski pieejamie dati par MSS ārstniecības izdevumiem, apkopotiem pa slimnīcām, ambulatoro etapu un kompensētajām zālēm liecina, ka šīs grupas pacientu ārstēšanai 2015. gadā no valsts finansējuma veselības aprūpes budžeta apakšprogrammā “Ārstniecība” paredzētajiem 512,6 milj. eiro MSS grupas slimību ārstēšanai un aprūpei ir iztērēti 43,4 milj. eiro (8,5%)¹⁹.

Apkopojot statistikas ziņojumus par vairākiem gadiem (4. tabula), lai arī izmaksas pa gadiem pakāpeniski pieaug visās pozīcijās (izņēmums ir ambulatorās aprūpes izdevumi 2016.g.), visstraujāk tās aug kompensēto zāļu jomā – tās ir vairāk kā dubultojušās četru gadu laikā un pamatā nevis uz lielāku ārstēto pacientu skaita (izrakstīto recepšu) rēķina, bet pieaugot vienas receptes izmaksām. Tas nozīmē, ka valsts kompensēto zāļu sistēmā pieaug inovātīvo un dārgo zāļu lietošanas īpatsvars, kuras pamatā pielieto divās mazskaitlīgākajās MSS slimību grupās (iekaisīgas poliartropātijas M05-M14 un citas MSS slimības), jo ne dorsopātijas / spondilopātijas, ne lielo locītavu artrozes pamatā medikamentozi nav ārstējamās (izņemot simptomātisku ārstēšanu ar relatīvi lētiem pretsāpju līdzekļiem).

Pieaug, bet ar mazāku intensitāti, arī izdevumi par MSS slimību pacientu ārstēšanu slimnīcās. Atšķirībā no zāļu izmaksām, šis pieaugums ir arī saistīts ar ārstēto pacientu skaita pieaugumu.

Vislielākie izdevumi ir par MSS slimnieku aprūpi ambulatori – ģimenes ārstu un ārpusslimnīcas speciālistu, t.sk. rehabilitācijas funkcionālo speciālistu konsultācijām un veikto ārstēšanu, laboratorijas, radioloģijas u.c. diagnostiku, medicīnisko aprūpi mājās, pakalpojumiem, t.sk. operācijām un rehabilitāciju dienas stacionāra apstākļos. Šajā sadaļā nedz ārstēto pacientu, nedz sniegto pakalpojumu skaits būtiski nemainās, bet izdevumi 2016. gadā pat samazinās. Samazinājums 2016. gadā ir ievērojams, bet, tā kā publiski pieejamos avotos nav aprakstīta šīs uzskaites metodoloģija un pētniekiem nav pieejami izejas dati, nav iespējams noteikt kuri tieši no dažādajiem ambulatorajiem pakalpojumiem attiecīgajā gadā ir lietoti / apmaksāti mazāk.

Tabula 4 MSS slimību ārstēšana valsts veselības aprūpes sistēmas ietvaros

Valsts kompensētās zāles	2014	2015	2016
Izdevumi (eiro)	5 347 078	7 644 366	9 864 935
No visiem KZS izdevumiem	4.44%	6.04%	6.65%
Izdevumu pieaugums pret iepriekšējo gadu	28%	43%	29%
Izrakstīto recepšu skaita pieaugums pret iepriekšējo gadu	-1%	3.30%	2.15%
Vienas receptes izmaksu pieaugums pret iepriekšējo gadu	29%	38.30%	26.30%

Ambulatorā aprūpe	2014	2015	2016
Izdevumi (eiro)	24 509 422	25 313 547	20 144 465
Izdevumu pieaugums pret iepriekšējo gadu		3.3%	-20.4%
Pacientu skaits	383 976	383 361	383 920
Apmeklējumu skaits	815 384	811 417	818 901

¹⁹Nacionālais Veselības dienests. 2016. Vēstis Nr.23 – 25, <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/publikacijas/vestis>

Stacionārā aprūpe	2014	2015	2016
Izdevumi (eiro)	9 725 926	12 786 886	13 324 233
Izdevumu pieaugums pret iepriekšējo gadu		31.5%	4.2%
Pacientu skaits	15 506	16 501	17 312
Pacientu skaita pieaugums pret iepriekšējo gadu		6.4%	4.9%

KOPĀ IZMAKSAS (eiro)	39 582 426	45 744 799	43 333 633
-----------------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Ārstēšanas iespējas gan pārejošas darba nespējas, gan pastāvīgas invaliditātes kontekstā ir vērtējamas vairākos aspektos. Lai arī visas MSS slimības ir kompleksi ārstējamas, tomēr dažādām to grupām primārais ārstēšanas fokuss atšķiras. Relatīvi retāk sastopamās MSS slimības kā reimatoīdais un psoriātiskais artrīts, virkne specifisku kaulu un muskuļu slimību pamatā ir ārstējamas medikamentozi. Šo slimību ārstēšanas ierobežojumi valsts veselības aprūpes sistēmas ietvaros saistās ar jaunākās paaudzes medikamentu nozīmēšanas ierobežojumiem to dārdzības dēļ, kā arī saistībā ar rindām pie valsts apmaksātiem speciālistiem. Tādējādi pastāv iespēja, ka daļai pacientu pastāvīga darba nespēja attīstās ātrāk un tā ir smagāka. Ņemot vērā to, ka šīs slimības bieži attīstās jaunākā vecumā, priekšlaicīga darba spēju zaudēšana un invaliditātes attīstība rada salīdzinoši lielāku slimības ekonomisko slogu. Tomēr pēdējo trīs gadu izdevumu dinamika un vairākkārt pieaugušais finansējums zālēm, t.sk. dārgiem un inovatīviem medikamentiem, liecina, ka šīs grupas pacientu aprūpei salīdzinoši jau tiek pievērsta lielāka uzmanība.

Salīdzinoši jau biežāk sastopamo artrožu grupas slimību ārstēšanā medikamentozās terapijas loma ir daudz mazāka un ārstēšanas savlaicīgumu visbiežāk ietekmē ar finansējuma trūkumu saistītās ilgās gaidīšanas rindas uz valsts apmaksātām locītavu endoprotezēšanas operācijām, kuru rezultātā tās prioritāri tiek veiktas pacientiem, kuriem jau ir ievērojami funkcionāli traucējumi. Šādos apstākļos salīdzinoši liels ir to pacientu skaits, kuriem operācija ir veikta novēloti, vai to, kuriem tā veikta par pilnu samaksu. Lai arī artrozes kā invaliditātes iemesls biežāks ir gados veciem cilvēkiem, to sastopamība pirmreizējās invaliditātes noteikšanas gadījumā sāk pieaugt jau pēc 50 gadu vecuma. Tātad arī šajos gadījumos nepietiekami resursi veselības aprūpē var samazināt iedzīvotāju nodarbinātību un radīt papildus izdevumus sociālās apdrošināšanas un aprūpes jomā. Pēdējos gados pieaugošos izdevumus un lielāku ārstēto pacientu skaitu daļēji var skaidrot ar mērķtiecīgu papildus finansējuma piešķiršanu endoprotezēšanas operācijām.

Tomēr nevar izslēgt arī iespēju, ka lielāki izdevumi stacionārā ir saistīti arī ar nepietiekami pieejamu aprūpi ambulatorā posmā. Tā piemēram, nesen veiktā muguras sāpju aprūpes analizē Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Neatliekamās medicīnas centrā²⁰ konstatēts, ka 5-11% no visiem pacientiem ir pacienti ar sūdzībām par sāpēm mugurā. Zīmīgi, ka salīdzinoši dārgais datortomogrāfijas izmeklējums tika veikts ne tikai visiem pacientiem ar traumatiskas ģenēzes sāpēm mugurā (37,7 % no pacientu kopējā skaita), bet arī gandrīz pusei pārējo pacientu. Tas varētu liecināt par būtisku veselības aprūpes ambulatorajā etapā pieejamības trūkumu un no visām MSS slimību grupām tieši dorsopātiju un spondilopātiju ārstēšana pamatā balstās uz savlaicīgu, pamatā jau ambulatorā etapā veiktu diagnostiku (lai, kā iepriekš minēts, izslēgtu aptuveni 2% gadījumu, kad ir iespējama kāda no potenciāli apdraudošām slimībām) un ambulatoru ārstēšanu, kuras

²⁰Muguras sāpju aprūpes analīze Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Neatliekamās medicīnas centrā. Anastasija Fjodorova, Irada Melega Rīgas Stradiņa universitāte
https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Zin%C4%81tnes%20departaments/2017/I%20sekcija/II%20sekcija/III%20sekcija/IV%20sekcija/V%20sekcija/VI%20sekcija/muguras_sapju_aprupe_pskus.pdf

visbūtiskākā un ilgtermiņā svarīgākā sastāvdaļa ir ārstnieciskā vingrošana, kuru pacients sākotnēji veic speciālista vadībā un vēlāk patstāvīgi²¹.

Lai arī ir paredzēti mērķtiecīgi pasākumi ilgstošas darbnespējas un prognozējamās invaliditātes mazināšanā (piemēram, 582 papildus apmaksātas mikrodisektomijas operācijas muguras sāpju gadījumos)²², valsts apmaksātās veselības aprūpes sistēmas ietvaros ārstnieciskā vingrošana fizioterapeita vadībā un cita veida rehabilitācijas pasākumu ambulatora pieejamība pacientiem turpina būt ļoti ierobežota. Lai ierobežotā finansējuma ietvaros rehabilitācijas pakalpojumi tiktu nodrošināti pirmkārt tiem pacientiem, kuriem tas ir visvairāk vajadzīgs, esošie veselības aprūpes finansēšanas noteikumi paredz, ka ģimenes ārstam pacients vispirms jānosūta pie ārsta rehabilitologa un tikai šis speciālists tālāk var nosūtīt pacientu fizioterapeita pakalpojuma saņemšanai. Tas realitātē nozīmē, ka šis speciālists nav pieejams, tad, kad problēma ir radusies, jo gaidīšanas laiks uz vizīti pie valsts apmaksāta rehabilitologa ir vidēji 45 dienas²³ un gaidīšanas laiks uz ambulatoru rehabilitāciju pie fizioterapeita vidēji ir 82 dienas²⁴. Tātad **reāli valsts apmaksātu laicīgu mērķtiecīgu ārstēšanu pacients ar muguras sāpēm saņemt nevar**. Noteikumi²⁵ arī paredz, ka šāds pakalpojums tiek apmaksāts tikai “...pacientiem ar funkcionāliem ierobežojumiem, kuriem medicīniskā rehabilitācija ir kā tiešs turpinājums pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu saņemšanas, pacientiem ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā.”



REKOMENDĀCIJA: Panākt MSS slimību ārstēšanai nepieciešamā publiskā finansējuma un tā pieauguma vienmērīgāku izlietojumu visām MSS slimību grupām. Kamēr lielām pacientu grupām netiek nodrošināta pieejamība pamata ārstēšanas pasākumiem, apsvērt iespēju ierobežot jaunu un dārgāku ārstēšanas metožu pielietošanas pieaugumu..



REKOMENDĀCIJA: Gadījumos, ja personai ir ieilgusi (1 – 3 mēnešus) darbnespēja saistībā drosopātiju/spondilopātiju un nav ārsta norādes par to, ka būtu kontrindicēta ārstnieciskās vingrošanas fizioterapeita uzraudzībā, bet tā vēl nav uzsākta, noteikt, ka ārstnieciskā vingrošana un vienlaicīga darbnespējas novērtēšana fizioterapeita uzraudzībā tiek nodrošināta ar valsts un pašvaldību sociālā sektora līdzdalību realizētas prognozējamās invaliditātes programmas ietvaros. Ja muguras veselības problēma ir saistāma ar nepiemērotiem darba apstākļiem, programmas ietvaros tiek veikts arī personas darba vietas ergonomiskais izvērtējums.

Nemot vērā salīdzinoši nelielās pēdējā rekomendācijā piedāvātās intervences izmaksas²⁶, mazinoties izdevumiem par slimības pabalstiem un novērstajām invaliditātēm, sociālā sektora iesaiste šādu mērķtiecīgu darbnespēju un invaliditāti mazinošu pasākumu nodrošināšanā konkrētām personu ar augstu darbnespējas saglabāšanas potenciālu grupām varētu būt pat izmaksu neitrāla.

²¹Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59] Published date: November 2016, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>

²²Informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2018.gadā,

²³http://tap.mk.gov.lv/doc/2017_12/VMzino_151217_113milj.2803.docx

²⁴Ambulatoro pakalpojumu gaidīšanas rindas uz 01.11.2017 Rīgā, NVD mājas lapa, skatīts 13.12.2017:

<http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5a17e7ff49f61.xls>

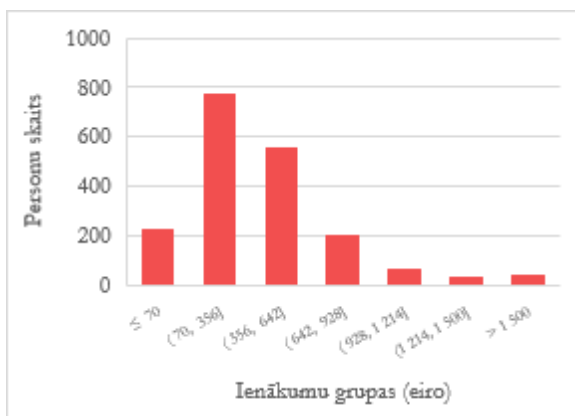
²⁵ibid

²⁶Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”

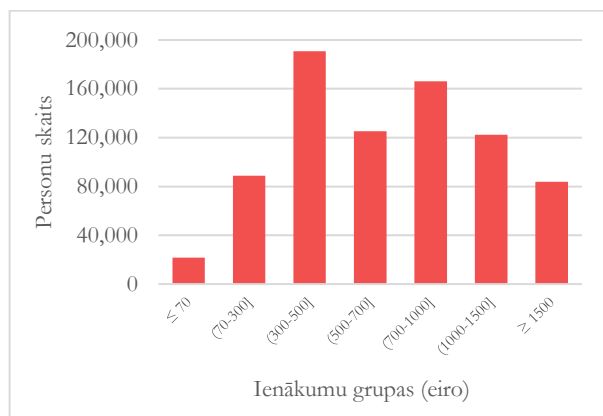
²⁶Rehabilitācijas medicīnas piedāvājumu maksas sektorā viena pacienta ārstēšanas un apmācības izmaksas 10 nodarbībām stundas garumā (sākotnēji individuāli un pēc tam grupā) bieži nepārsniedz 100 eiro (skat. Maksas pakalpojumu cenrādis. Rīgas 1. slimnīca: <http://www.1slimnica.lv/fizioterapija> (skatīts 13.12.2017)) un tās ir samērojamas ar izmaksām atbilstoši valsts apmaksātajam tarifam par pakalpojumu “Individuāls fizioterapeita, fizioterapeita asistenta, ergoterapeita un ergoterapeita asistenta darbs ar pacientu ar balsta–kustību sistēmas un perifērās nervu sistēmas saslimšanām (60 minūtes) 8.93 eiro (Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”). Realizējamās intervences rezultātā varētu samazināties līdz invaliditātes noteikšanai fiksētās masīvās slimības pabalstu izmaksas (3,7 milj. eiro personām, kurām pirmreizējā MSS invaliditāte tika noteikta 2016. gadā (skat. sadaļu “Pierādījumos balstīta analīze par muskuļu un skeleta slimību grupas kopējo izmaksu slogu sabiedrībai”))

Sniegto papildus atbalsta pasākumu analīze un to salīdzinājums starptautiskā kontekstā

Papildus atbalsta pasākumu izmaksas (vai atbalstāmas personas statuss) tika reģistrēti katrā mēnesī laika posmā no 2016. gada janvārim līdz 2017. gada septembrim. VDEĀVK atzinumi par papildus atbalstu nepieciešamību tika fiksēti līdz ar pirmreizējās invaliditātes atzinuma izsniegšanu. Ņemot vērā, to, ka personas, kurām tika noteikta pirmreizējā invaliditāte saistībā ar MSS slimību, nodarbinātība (skat. 10. attēlu) un arī atalgojuma līmenis (skat. sekojošos 15. un 16. attēlus) vairumā gadījumu atpaliek no valstī vidējā, invaliditātes pensija un paredzētie papildus atbalsta pasākumi ir vērtējami gan ienākumu nevienlīdzības mazināšanas, gan darba spēju zuduma kompensācijas un atjaunošanas veicināšanas kontekstā.



Attēls 15 Ienākumu sadalījums atlases grupā²⁷



Attēls 16 Ienākumu sadalījums valstī vidēj²⁸

Kopā vismaz vienu mēnesi trūcīgas personas statuss bija reģistrēts 401 personai (12,6%) un šis statuss tām vidēji bija divas trešdaļas no datu reģistrācijas perioda. Trūcīgo skaits salīdzinoši līdz invaliditātes noteikšanas brīdim un periodā pēc tam palielinājās nedaudz (+6%). Vismaz vienu mēnesi maznodrošinātas personas statuss bija reģistrēts 256 personām (8%) un šis statuss tām vidēji bija gandrīz pusi no datu reģistrācijas perioda. Maznodrošināto skaits salīdzinoši līdz invaliditātes noteikšanas brīdim un periodā pēc tam palielinājās būtiski (+61%) un tas ir skaidrojams ar ievērojamo to personu skaitu, kuras pēc invaliditātes iegūšanas vairs neatgriezās darba tirgū.

Analizējot visu atbalsta pasākumu struktūru un īpatsvaru (neskaitot slimības un bezdarbnieka pabalstus) vecuma grupās līdz un pēc 63 gadu vecuma, ir konstatējamas būtiskas, bet vairumā gadījumu loģiski izskaidrojamas atšķirības (skat. 17. attēlu). Tā piemēram, salīdzinot ar pensijas vecuma grupu, darbības spējas vecuma cilvēkiem biežāk tiek piešķirts trūcīgas personas statuss, kas skaidrojams ar to, ka viņu ienākumi ir zemāki par pensionāriem, kuri saņem vecuma pensiju, kas savukārt ir augstāka par trūcīgas personas ienākumu līmeni. Attiecībā uz citu atbalsta pasākumu – atzinumu un izmaksām transporta izdevumu segšanai, ļoti liels pārsvars ir pensijas vecuma grupā (43% vs 5%), kas no vienas puses, varētu būt saistīts ar šai grupai biežāk piešķirtām smagākām invaliditātes grupām, tomēr tas liecina, ka šis atbalsts nepietiekami tiek pielietots, veicinot nodarbinātības saglabāšanu invaliditātes gadījumā.



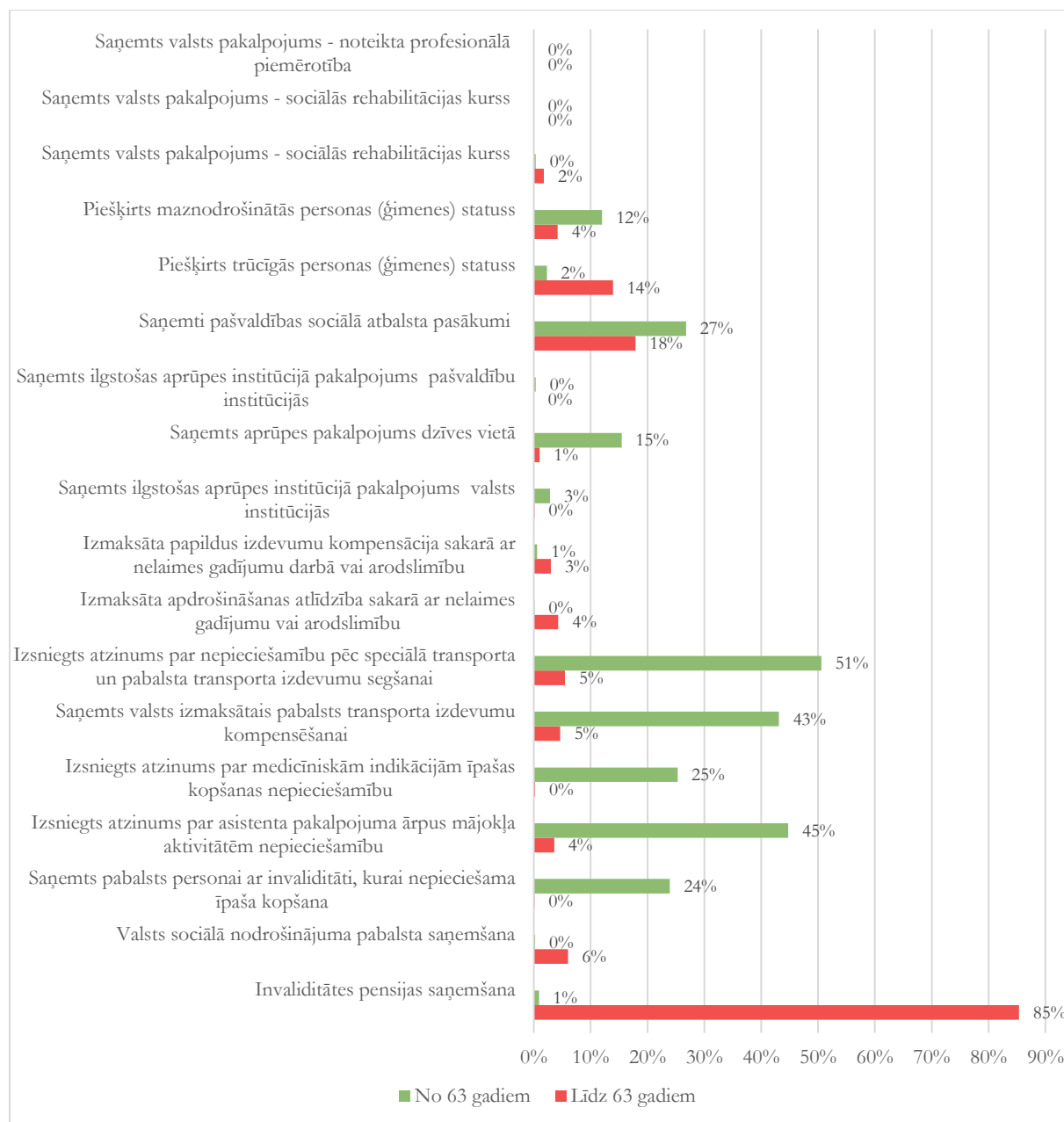
REKOMENDĀCIJA: Izskatīt iespēju transporta izdevumu segšanu invaliditātes gadījumā saistīt arī ar personas nodarbinātības potenciālu.

²⁷ Uzskaitīti līdz invaliditātes noteikšanai 12 mēnešu intervālā tikai tie mēneši, kuros parādās ienākumi kā darba ņēmējam vai pašnodarbinātam

²⁸ CSP, Darba ņēmēju skaita sadalījums pēc darba ienākumiem. Rekonstrukcija balstoties datiem par 2016. g. septembri.

<http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/darba-samaksa-galvenie-raditaji-30270.html>

Analizējot datus par pārējiem pakalpojumiem, kuri tika piešķirti pētāmai grupai, dati liecina gan par to, ka atsevišķi pieejamie atbalsta veidi MSS slimību pirmreizējas invaliditātes gadījumā netiek vispār izmantoti vai tiek izmantoti ļoti mazā apmērā. (skat. 17. attēlu).



Attēls 17 Pēc invaliditātes noteikšanas dažādu atbalsta pasākumus saņemšo īpatsvars vecuma grupās līdz 63 gadi (n=2312) un no 63 gadi (n=874)

Kā redzams attēlā, sociālās rehabilitācijas²⁹ kursu 7 mēnešu laikā pēc invaliditātes piešķiršanas apmeklējuši 2% cilvēku vecumā grupā līdz 63 gadiem. Tas ir skaidrojams ar to, ka uz šo pakalpojumu pastāv gara rinda (2-3 gadi) un, ja invaliditāte

²⁹ Sociālā rehabilitācija ir pasākumu kopums, kas palīdz iemācīties sadzīvot ar funkcionālajiem traucējumiem, atjauno vai apmāca tām prasmēm, kas dažādu apstākļu dēļ ir zudušas, palīdz cilvēkam atgriezties darba dzīvē un iesaistīties sabiedriskajās aktivitātēs. Tā ietver individuāla sociālās rehabilitācijas plāna izveidi, izglītību vides pielāgotības un palīgīdzekļu lietošanas jomā, lai uzlabotu mobilitāti un patstāvīgas dzīves iemaņas.

tika piešķirta 2016.gadā, tad pakalpojuma iespējamais saņemšanas laiks varētu būt tikai 2017. gada beigās un 2018., 2019. gads.

Profesionālās piemērotības kursa³⁰ (nav izgājusi neviena persona, kurai invaliditāte tika piešķirta 2016.gadā) un profesionālās rehabilitācijas kursa³¹ neizmantošana (to ir izmantojusi tikai 1 persona) būtu jāanalizē padziļināti, meklējot vai tas saistīts ar organizatoriskajiem aspektiem, tādiem kā gaidīšanas laiks uz pakalpojumu, grupas nokomplektēšanas iespējas un kursa uzsākšanas laiks, kursu saturu atbilstību personas spējām un interesēm, vai informācijas trūkumu par pakalpojumu. Datu neesamības dēļ pētnieki šī pētījuma ietvaros nemeklēja skaidrojuma šai atradnei, tomēr tas norāda uz neizmantotām valsts apmaksātu pakalpojumu iespējām.

Atsevišķas valstis, piemēram, Norvēģija praktizē citu pieeju kā Latvija un invaliditāti piešķir tikai tad, ja visi pieejamie pakalpojumi attiecībā uz indivīda iespējām pielāgoties videi, darbam un mācībām ir izmantoti (skat. sekojošo shēmu“ Norvēģijas sistēma ilgstošas slimības un invaliditātes gadījumā”). Turklāt normatīvi norāda, ka invaliditātes pieteicējam ir pienākums izmantot visus iespējamus pakalpojumus, kas konkrētā situācijā ir aktuāli pirms tiek piešķirta invaliditāte³².



REKOMENDĀCIJA: Izpētīt citu valstu pieredzi, apsvērt iespējas paplašināt un vienkāršot prognozējamās invaliditātes statusa piešķiršanu MSS slimību gadījumā, ietverot atsevišķus pasākumus (pakalpojumus) kā obligātus vai ļoti vēlamus (piem., kursi, vingrošanas programmas u.c.) pirms invaliditātes piešķiršanas. Fizioterapijas nodarbību apmeklējumu iekļaušana prognozējamās invaliditātes programmā, ļautu nodrošināt mērķtiecīgu ārstēšanu tām personām, kurām ir visaugstākā darbaspējas pastāvīga zuduma iespēja.

³⁰Valsts apmaksāts kurss, kurā ietveros cilvēkiem ar prognozējamu invaliditāti var pilnveidot savas profesionālās zināšanas un prasmes. Kurss ietvaros tiek piedāvātas ārsta, psihologa, ergoterapeita, fizioterapeita un citu speciālistu konsultācijas, tiek izvērtēta veselības stāvokļa atbilstība izvēlētajai profesijai, noskaidrotas intereses, apzinātas prasmes un iemaņas, kā arī tiek noskaidrota motivācija mācīties.

³¹Kurss, kas palīdz izvēlēties veselības stāvoklim, interesēm un līdzšinējām iemaņām atbilstošu profesiju un to apgūt, kā arī sekmē dzīves kvalitātes uzlabošanu kopumā.

³²Norwegian Labour and Welfare Administration (Nærbeids-og velferdsetateny (NAV)), <https://www.nav.no>



NORVĒGIJAS SISTĒMA ILGSTOŠAS SLIMĪBAS UN INVALIDITĀTES GADĪJUMĀ

Darba nespēja ir 100% vai gradēta. Gradācijas procentu piešķir ģimenes ārsts.

1.solis

Ja darba nespēja ir 100% vai gradēta (robežās no 100% līdz 20%), tad **4. nedēļā** darba ņēmējs ar darba devēju izstrādā individuālo turpmākās rīcības plānu. Plāna kopiju saņem arī tas ārsts, kurš ir izrakstījis DN lapu. Plāns parasti ietver tādus pasākumus, kā iespēju pildīt citus pienākumus darbā, garākas atpūtas pauzes darba laikā u.c.

2.solis

Piezīme: pirmās 16 dienas darba devējs apmaksā darba nespēju 100% apmērā, sākot ar 17.slimības dienu līdz pat 52.nedēļam to izmaksā no valsts sociālās apdrošināšanas. Apmēru aprēķina no darba ņēmēja algas. Parasti tiek apmaksāts 100%, taču pastāv tā saucamie "griesti". Tādēļ cilvēkiem ar īpaši augstām algām var sanākt mazāk kā 100%.

Ja darba nespēja ir 100% vai gradēta (robežās no 100% līdz 20%), tad **8. nedēļā** NAV pārstāvis pārrunā ar darba ņēmēju iespējas pielāgot darba vidi atbilstoši darba ņēmēja funkcionalitātei.

3.solis

Ja darba nespēja ir 100% vai gradēta (robežās no 100% līdz 20%), tad **7. nedēļā** darba devējs aicina uz kopīgo tikšanos gan darba ņēmēju, gan valsts sociālās apdrošinātāja pārstāvi (Norvēģijā tas saīsinājumā ir NAV), kā arī ārstu, arodbiedrības pārstāvi un citus nepieciešamos pārstāvjus, ja tādi ir nepieciešami. Darba ņēmējam ir obligāts pienākums apmeklēt šīs kopsapulces.

4.solis

Ja darba nespēja ir 100% vai gradēta (robežās no 100% līdz 20%), tad **6. slimošanas mēnesī** NAV pārstāvis aicina darba ņēmēju, darba devēju un ārstu, lai kopīgi lemtu par turpmāko rīcību. Ja darba ņēmējs turpina slimot, tad DNL turpinās līdz 52. slimošanas nedēļai.

5.solis

Ja darba nespēja ir 100% vai gradēta (robežās no 100% līdz 20%), tad **52.slimošanas nedēļā** darba ņēmējs var pretendēt uz darba nespējas pabalstu (66% no algas). Pie tam tiesības uz darba nespējas pabalstu ir tad, ja darba spējas saglabājas ne vairāk kā 50% apjomā un visas pārējās iespējas saistībā ar ārstēšanu, vides pielāgošanu, darba pienākumu izmaiņām, darba maiņu utml ir izsmeltas.

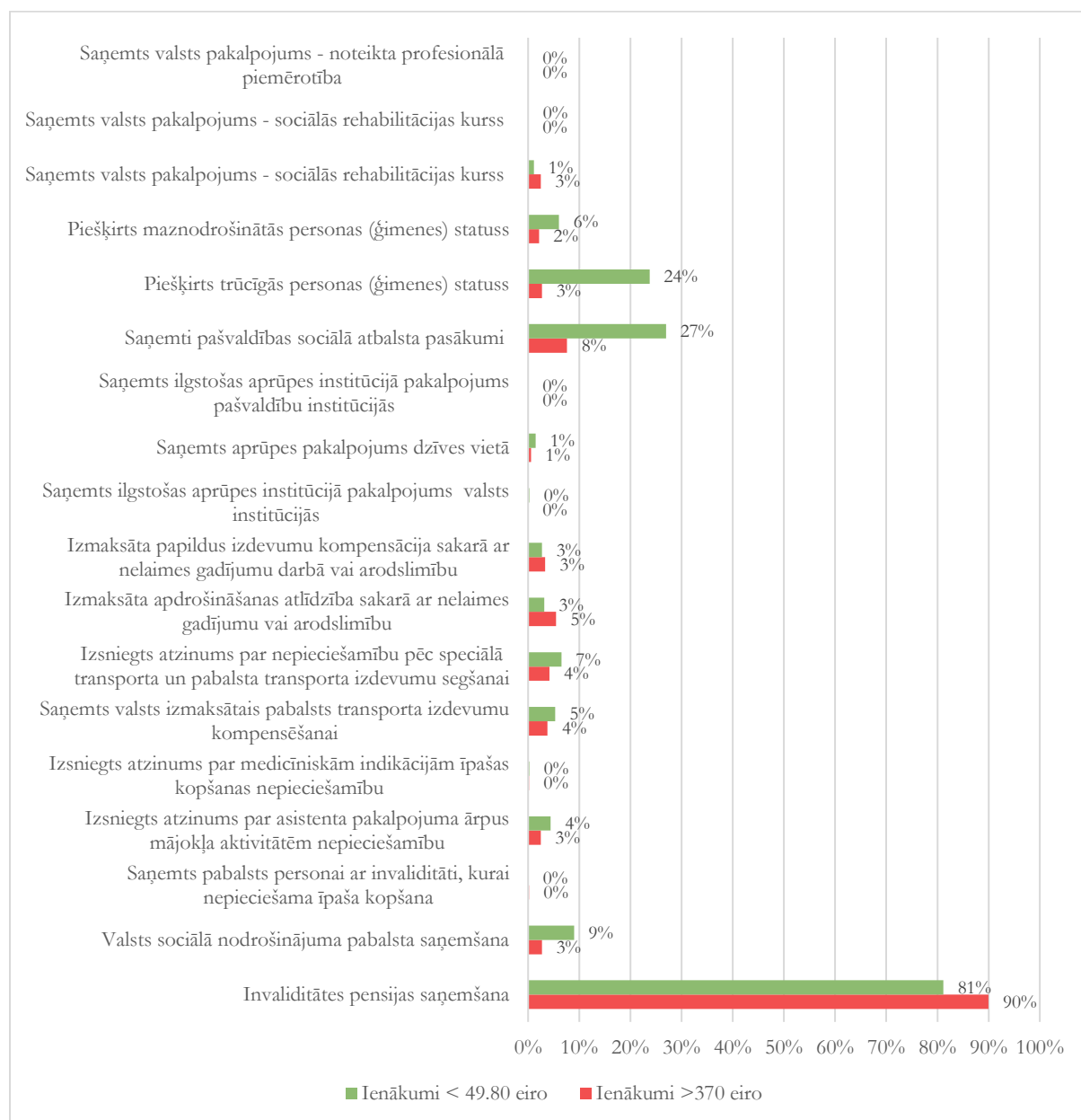
6.solis

Ja darba nespēja ir 100% vai gradēta (robežās no 100% līdz 50%), **ilgāk par gadu**, un ir piešķirts darba nespējas pabalsts no NAV (66% no algas, skat. piezīmi zemāk) tad darba ņēmējs var pretendēt uz papildus invaliditātes pensiju, kuru izmaksā Valsts Pensiju kase (SPK) vai Komunālā valsts pensiju kase (KLP). Tas, vai to izmaksā SPK vai KLP, ir atkarīgs no tā, kurš ir konkrētās personas pensiju fonda pārvaldītājs. Invaliditātes pensiju ir tiesības saņemt tad, ja darba spējas nav lielākas par 50% un persona iepriekš ir saņēmusi darba nespējas pabalstu no NAV.

Piezīme: darba nespējas pabalstu NAV aprēķina un izmaksā pamatojoties uz personas ienākumiem. Tas parasti ir 66% no tām trijām gada algām, kuras pēdējos 5 gados ir bijušas vislielākas. Gradētas darba nespējas gadījumā šos 66% aprēķina no slimības procenta apmēra. Ja ienākumu nav bijis, tad NAV maksā minimālo iespējamo valsts noteikto pabalstu. Cits regulējums attiecas uz pašnodarbinātiem, uzņēmējiem un sezonas darbiniekiem.

Piezīme: visu pabalstu apjoma aprēķināšanas būtība ir tā, lai indivīds saglabā to ienākumu līmeni, kāds tam ir bijis pirms slimības. Gadījumā, ja indivīds arī strādā, kā rezultātā ienākumi sasniedz 80% no tiem ienākumiem, kuri ir bijuši pirms slimības perioda, tad invaliditātes pensiju no SPK vai KLP vairs netiek izmaksāta. Ja gadījumā darba spējas atkal samazinās un ienākumi krīt, invaliditātes pensijas izmaksāšana no SPK vai KLP tiek atjaunota. Attiecībā uz smagām invaliditātem saistībā ar apjomīgam traumam vai iedzimtību, kā rezultātā ir nopietna invaliditāte uz mūžu, iestājās cits regulējums, kas nav atrodams dotajā shēmā.

Analizējot papildus atbalsta pasākumus vecuma grupā līdz 63 gadiem, tika veikta salīdzinošā analīze divām grupām – tiem, kuriem 7 mēnešu periodā pēc invaliditātes piešķiršanas ienākumi kā darba ņēmējam vai pašnodarbinātai personai vidēji mēnesī bija ne mazāk kā 370 eiro (minimālā alga valstī 2016.gadā) un tiem, kuriem šādu ienākumu nebija vispār, vai tie bija mazāki kā 49.80 eiro (garantētais minimālais ienākumu līmenis valstī 2016. gadā) (18. attēls).



Attēls 18 Pēc invaliditātes noteikšanas dažādus atbalsta pasākumus saņemšo īpatsvars grupās ar ikmēneša ienākumiem līdz 49.80 eiro (n=1225) un no 370 eiro (n=1078)

Kā redzams, personas bez vai ar ļoti nelieliem ienākumiem no darba biežāk saņem atbalstu un pabalstus atbilstoši maznodrošinātās un trūcīgās personas (ģimenes) statusam un atsevišķu pašvaldības sociālā atbalstu veidā³³. Tomēr ir redzams, ka pašvaldību sociālā atbalsta pasākumus saņem arī tādas personām, kurām ienākumi ir bijuši lielāki par 370 eiro

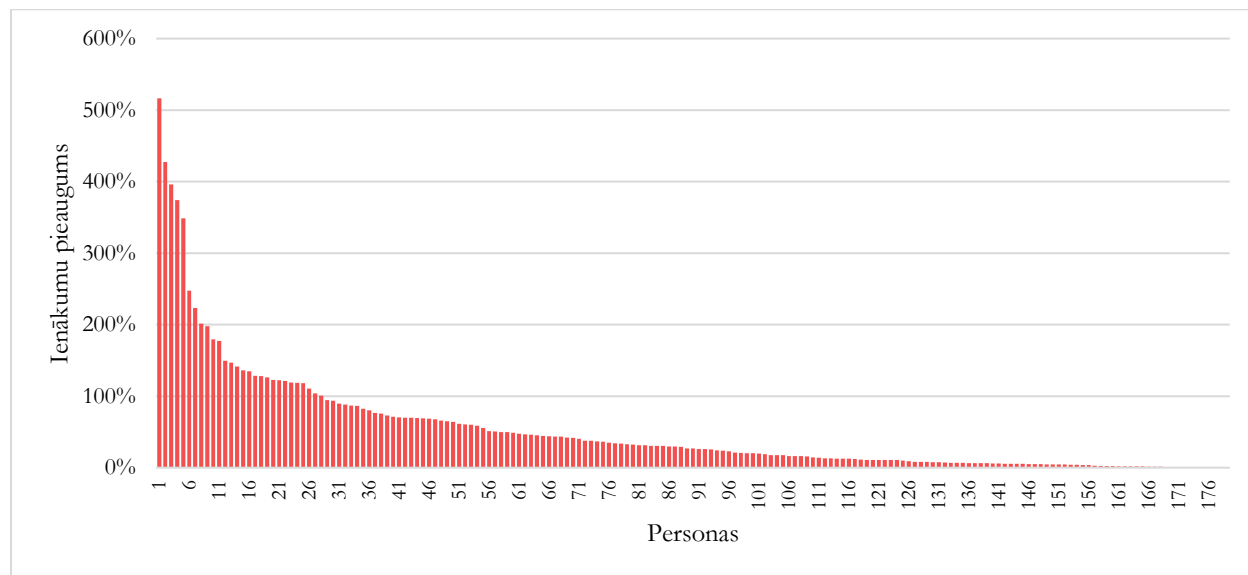
³³ Pašvaldības sociālā atbalsta pasākumi (t.sk. pamatvajadzību un citu vajadzību nodrošināšanai : dzīvokļa pabalsts, pabalsts garantētā minimālā ienākumu līmeņa nodrošināšanai, pašvaldības saistošajos noteikumos noteiktie citi sociālās palīdzības pabalsti ģimenes (personas) pamatvajadzību nodrošināšanai, patversmju un naktspatversmju sniegtie sociālie pakalpojumi, vienreizējs pabalsts ārkārtas situācijā, citi atbalsta pasākumi un kompensācijas iedzīvotājiem, citi sociālie pakalpojumi)

mēnesī (8% apmērā, skat. attēlu augstāk). Minētai grupai 2% un 3% apjomā bija piešķirts arī maznodrošinātā un trūcīgā statuss. Tā kā trūcīgas personas statusa piešķiršanai un garantētā minimālā ienākuma pabalsta piešķiršanai tiek ņemti vērā mājāsaimniecības kopējie ienākumi, taču pētnieku rīcībā nav datu par mājāsaimniecību kopīgajiem ienākumiem uz vienu mājāsaimniecības locekli, nevar pilnībā apgalvot, ka pašvaldības piešķirtie pabalsti būtu piešķirti nepamatoti. Tāpat ir jāņem vērā, ka maznodrošinātā statusam nav noteikts vienots ienākumu sliekšnis, un to nosaka pašvaldības. Tādēļ var pastāvēt būtiskas atšķirības starp pašvaldībām attiecībā uz ienākuma sliekšņa noteikšanas apmēru saistībā ar maznodrošinātās personas (ģimenes) statusu (atsevišķās pašvaldībās tas sasniedz pat 320 eiro uz vienu indivīdu³⁴). Tomēr pilnībā nevar izslēgt iespēju, ka pastāv gadījumi, kuros atsevišķi indivīdi saņem pašvaldības pabalstus, vienlaikus saņemot pietiekamus ienākumus no darba (vai kā pašnodarbinātas personas), kopumā nodrošinot lielākus ieņēmumus mājāsaimniecībai. Kā piemēru no datiem par atlases grupā iekļautajām personām var minēt faktu, ka pieci indivīdi ar vidējiem mēneša ienākumiem sākot ar 950 līdz pat 1467 eiro 7 mēnešu periodā jau pēc invaliditātes noteikšanas ir saņēmuši arī pašvaldības sociālā atbalsta pasākumus (pabalstu). Tomēr arī šajā gadījumā bez datiem par mājāsaimniecību kopīgajiem ienākumiem uz vienu mājāsaimniecības locekli kategoriski secinājumi nav izdarāmi.



REKOMENDĀCIJA: Izvērtēt esošās informācijas apmaiņas sistēmas iespējas saistībā ar dažādu pabalstu uzskaiti un kontroli starp valsti un pašvaldībām attiecībā uz invaliditāti MSS diagnožu grupā, tādējādi izvairoties no gadījumiem, kad atsevišķi pašvaldības pabalsti tiek piešķirti indivīdiem ar salīdzinoši lieliem ienākumiem.

Analizējot datus atlases grupā no 18 līdz 63 gadiem, kuru ienākumi no algota darba vai kā pašnodarbinātam pusgadu pirms un pusgadu pēc invaliditātes noteikšanas ir vairāk kā valstī noteiktā minimālā mēneša alga (vidēji katrā mēnesī pusgada periodā), atklājas, ka 179 gadījumos ienākumi pēc invaliditātes pieaug. Absolūtās eiro vērtībās 70 indivīdiem no 179 ieņēmumi no darba vai kā pašnodarbinātiem pārsniedza 1000 eiro (neto) mēnesī pusgada periodā. Kopumā ieņēmumu pieaugums svārstās robežās no nepilna procenta līdz pat vairāk kā 500% (skat. 18. attēlu).



Attēls 19 Ienākumu no darba pieaugums (%) pusgadu pēc invaliditātes noteikšanas (n=179)

³⁴ Valsts kontroles revīzija „Pašvaldību sniegtās sociālās palīdzības tiesiskums un efektivitāte”, http://www.lrvk.gov.lv/uploads/reviziju-zinojumi/2014/2.4.1-4_2014/20_p_revizijas-zinojums_lm.pdf

Norvēģijā ilgstošas darba nespējas gadījumā ir svarīgi kompensēt tos ienākumus, kurus indivīds ir zaudējis savas slimības dēļ. Norvēģijā atsevišķus pabalstus indivīds var zaudēt pilnībā tajos gadījumos, kad indivīds paralēli samazinātām darba spējām strādā algotu darbu, vienlaikus, saņemot algu un pabalstus, un kopējā ienākumu summa sasniedz vairāk kā 80% no tiem ienākumiem, kas ir bijuši pirms darba spēju samazinājuma. Šādās situācijās indivīds zaudē invaliditātes pensiju, kura tiek izmaksāta no Valsts Pensiju kases (SPK) (skat. shēmu30. lpp.)^{35;36}. Apstākļos, kad ēnu ekonomika Latvijā nav samazināta līdz Skandināvijas līmenim, līdzīgu praksi saistībā ar pabalstiem personām ar invaliditāti būtu grūti ieviest. Pirmkārt, Latvijas darba devēju un darba ņēmēju atšķirīgās uztveres un attieksmes dēļ, jo cilvēki ar invaliditāti un saglabātām darba spējām pāries ēnu ekonomikā, ja pastāvēs draudi zaudēt kādu no pabalsta veidiem. Otrkārt, vienas nozares sistēmas maiņa ietekmē citu nozari, piemēram, gradētās DNL ieviešanas gadījumā tas ir jāsaskaņo ar Veselības ministriju, jo DNL izraksta ārsti. Faktiski tas nozīmētu veikt būtiskas izmaiņas, gan labklājības, gan veselības jomā.

Pierādījumos balstītas analīzes par muskuļu un skeleta slimību grupas kopējo izmaksu slogu sabiedrībai iespējas

Sociālās jomas izmaksas 2016. gadā pirmreizējās invaliditātes gadījumos

Saskaitot katrā mēnesī veiktās izmaksas ikvienai no 3186 personām, kurām 2016.gada laikā pirmreizēji tika noteikta invaliditāte saistībā ar MSS slimību katrā sociālā atbalsta kategorijā (atbilstoši dažādo sociālā atbalsta veidu sadalījumam, 1. tabulā 10. lpp.) 22 mēnešu laika periodā (12 mēnešos līdz invaliditātes noteikšanai, invaliditātes noteikšanas mēnesī un 9 mēnešos pēc tam), kopējie tiešie sociālās jomas izdevumi sastāda 7 188 855 eiro (vecuma grupai līdz 63 gadiem 6 138 556 eiro). No šīs summas 12 mēnešos līdz invaliditātes noteikšanai izmaksāti 3 727 810 eiro, invaliditātes noteikšanas mēnesī 455 701 eiro un 9 mēnešos pēc tam 3 005 344 eiro. Attiecinot minētās 9 mēnešu izmaksas uz pilnu gadu, var secināt, ka izmaksas pirmajā gadā pēc invaliditātes noteikšanas pirmajā var pārsniegt 4 milj. eiro (vecuma grupai līdz 63 gadiem 3, 2 milj. eiro) (skat. 5. tabulu).

Tabula 5 Sociālās jomas izmaksas pirmreizējās ar MSS slimību saistītas invaliditātes noteikšanas gadījumos 2016. gadā.

Atbalsta pasākums	Izmaksas 12 mēnešos līdz invaliditātes noteikšanai	Izmaksas invaliditātes noteikšanas mēnesī	Izmaksas 9 mēnešos pēc invaliditātes noteikšanas	Pēc invaliditātes perioda izmaksas attiecinātas uz 12 mēnešiem	Sadalījums % no kopējām izmaksām pēc invaliditātes periodā
Slimības pabalstu izmaksas (bez IIN) ³⁷	3 727 810	285 171	340 105	453 473	11.3%
Invaliditātes pensijas izmaksas (bez IIN)		101 909	1 678 194	2 237 592	55.8%
Valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta sakarā ar invaliditāti izmaksas		5 613	92 066	122 754	3.1%
Kopšanas pabalsta izmaksas		21 938	355 808	474 411	11.8%
Valsts pabalsta transporta izdevumu kompensēšanai izmaksas		637	66 676	88 902	2.2%
Apdrošināšanas atlīdzības sakarā ar nelaimes gadījumu darbā vai arodslimību izmaksas		5 257	153 308	204 410	5.1%
Papildu izdevumu kompensācijas saistībā ar nelaimes gadījumu darbā vai arodslimību izmaksas		829	20 271	27 028	0.7%

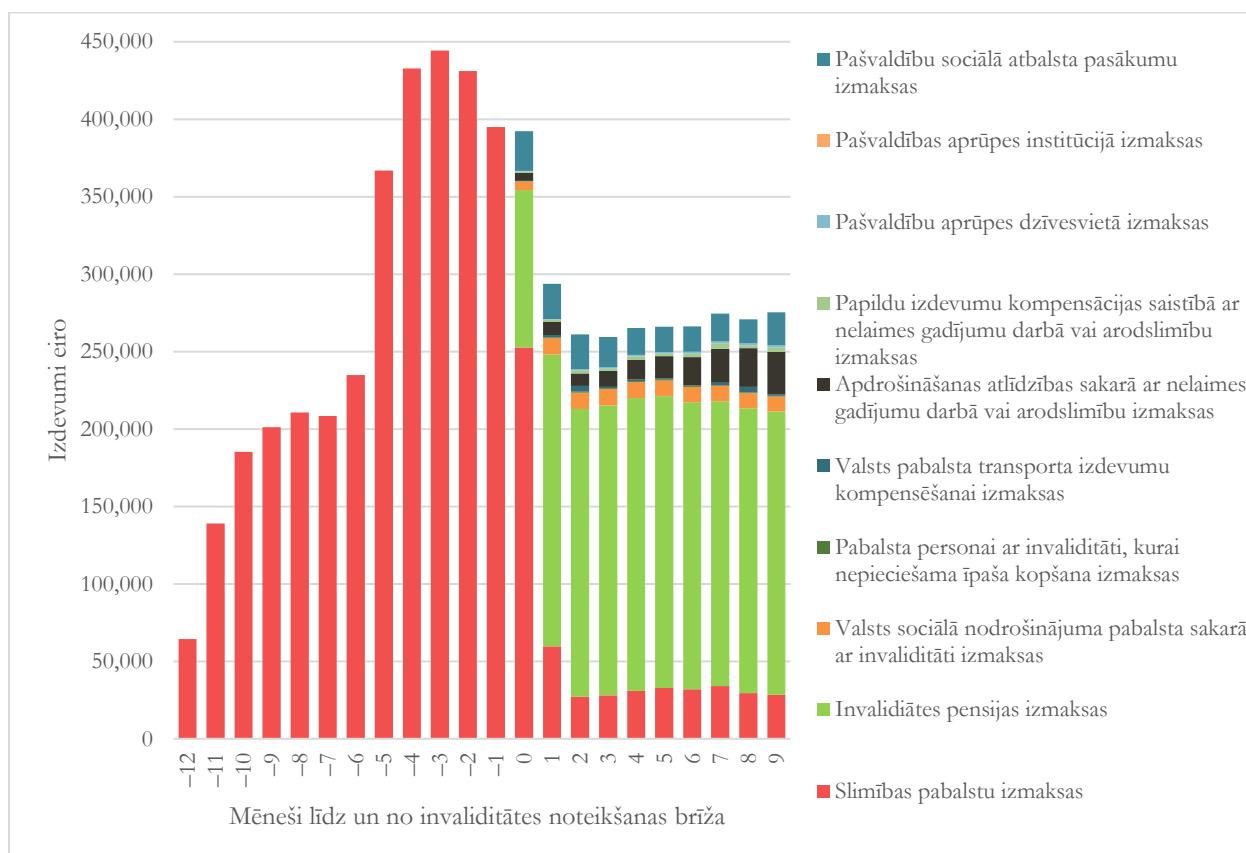
³⁵<https://www.spk.no/Pensjon/Uforepensjon/sporsmal-og-svar-om-uforepensjon/vil-det-lonne-seg-a-jobbe-nar-man-har-uforepensjon/>

³⁶<https://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Uforetrygd>

³⁷Tiek ieskaitīti visi slimības pabalsti, arī tie, kuru iemesls nav MSS slimība

Pašvaldību izmaksas	aprūpes	dzīvesvietā		4 062	81 220	108 294	2.7%
Pašvaldību izmaksas	aprūpes	institūcijā		167	1 778	2 370	0.1%
Pašvaldību pasākumu izmaksas	sociālā	atbalsta		30 116	215 919	287 892	7.2%
Kopā izmaksas eiro			3 727 810	455 701	3 005 344	4 007 125	

Pēc tam, kad invaliditāte ir noteikta, invaliditātes pensijas izmaksas sastāda gandrīz 60% no izmaksām, tām seko slimības pabalstu un personas ar invaliditāti kopšanas pabalstu izmaksas katra nepilnu 12% apjomā. Kā redzams sekojošajā attēlā (20. attēls), ar invaliditāti saistītās izmaksas sākas jau gadu pirms tās noteikšanas un kā skaidrots sadaļā “Darbnespējas lapu izsniegšana invaliditātes noteikšanas periodā” (20. lpp.), **daļa no šīm 3 727 810 eiro izmaksām par slimības pabalstiem ir uzskatāmas par nelietderīgiem tēriņiem, kas potenciāli rada vēl papildus zaudējumus cilvēkiem pēc ielgušas darba nespējas, zaudējot iepriekšējo darba vietu un pretendējot uz bezdarbnieku pabalstiem.**



Attēls 20 Sociālās jomas izmaksas pirmreizējās ar MSS slimību saistītas invaliditātes noteikšanas gadījumos 2016. gadā.

Vērtējot kopējās šīs atlasē grupas sociālās jomas izmaksas, ir jāņem vērā, **ka šī pētījuma ietvaros netiek uzskaitītas iespējamās bezdarba pabalsta izmaksas ne pirms, ne pēc invaliditātes noteikšanas.**

Veiktā sociālās jomas izmaksu analīze viena gada ietvaros noteiktās pirmreizējās MSS slimību invaliditātes gadījumā tomēr nav uzskatāma par pietiekamu kopējā MSS slimību sloga sociālās komponentes vērtēšanai un, tāpat, pilnīgai sākotnējo darba uzdevumu izpildei. Šo izmaksu pilnam izvērtējamam būtu vēl nepieciešami dati par

sociālās jomas izmaksām personām, kurām invaliditāte ir noteikta jau iepriekšējos gados, kā arī par ar MSS saistītiem slimības pabalstiem, personām, kurām invaliditāte netiek noteikta vispār.

Citas identificējamas tiešās izmaksas 2016. gadā pirmreizējās invaliditātes gadījumos

Izmantojot pieejamos datus, attiecībā uz personām, kurām tika noteikta pirmreizēja ar MSS slimību saistīta invaliditāte 2016. gadā, ir identificējamas vēl atsevišķas tiešās izmaksas darba devējiem un negūti ieņēmumi pašām personām, kurām noteikta invaliditāte kā darba ņēmējiem.

Tiešās izmaksas darba devējam nosaka spēkā esošie normatīvie akti³⁸, kas paredz, ka darbnespējas lapu A desmit dienu periodā apmaksā darba devējs (darba devēja pienākums: izmaksāt no saviem līdzekļiem slimības naudu ne mazāk kā 75% no vidējās izpeļņas par 2. un 3. slimības dienu un ne mazāk kā 80% - no 4. slimības dienas). Zinot par pirmreizējās invaliditātes gadījumiem darbnespējas B lapu apmaksas summas (ieskaitot IIN), darbnespējas ilgumu dienās un pieņemot, ka vienā kalendārā mēnesī nav bijušas divas DNL B, kā arī, pieņemot, ka darba devējs veicis tikai minimāli nepieciešamās izmaksas par DNL A, kā arī, pieņemot, ka darba devējs ir veicis valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas 23,59% apmērā, ir aprēķināmas darba devēju izmaksas: 289 703 eiro 12 mēnešos līdz invaliditātes noteikšanai, 4 784 eiro invaliditātes noteikšanas mēnesī un 58 635 eiro 9 mēnešos pēc tam (attiecinot uz 12 mēnešiem, izmaksas pēc invaliditātes noteikšanu būtu 78 180 eiro).

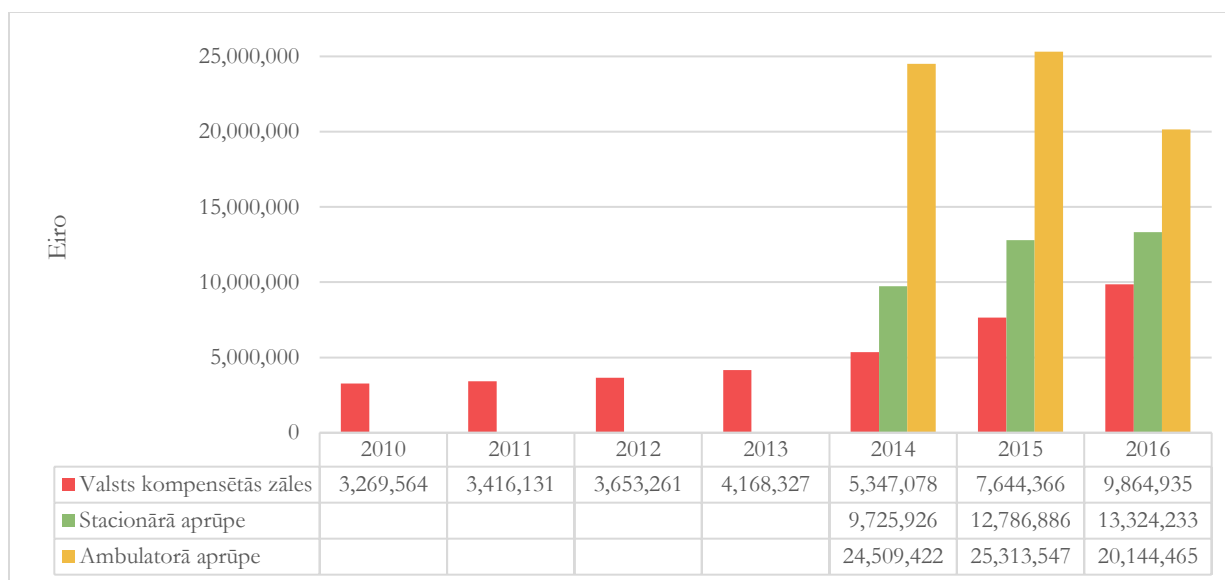
Personām, kurām noteikta invaliditāte un, kuras saņēma ienākumus kā darba ņēmēji vai pašnodarbinātas personas, sakarā ar darba nespējas gadījumā noteikto slimības naudas izmaksu ierobežojumu 80% apmērā no līdzšinējā atalgojuma, negūtie ienākumi ņemot kopējo DNL A un B laiku sastāda 1047834 eiro 12 mēnešos līdz invaliditātes noteikšanai, 73206 eiro invaliditātes noteikšanas mēnesī un 108480 eiro 9 mēnešos pēc tam (attiecinot uz 12 mēnešiem, negūtie ienākumi pēc invaliditātes noteikšanas būtu 144640 eiro).

Līdzīgi kā ar sociālās jomas izmaksu analīzi viena gada ietvaros, arī citas izmaksas, kas ir identificējamas atlases grupai, nedod pietiekamu informāciju kopējā MSS slimību sloga sociālās komponentes vērtēšanai.

Veselības aprūpes jomas izmaksu novērtējums kopējā slimības slogā

Pētījumā veselības aprūpes jomas izmaksas saistībā ar MSS slimībām tika vērtētas, balstoties tikai uz publiski pieejamiem datiem. Daļēju ieskatu veselības aprūpes jomas izmaksu novērtējumā sniedz ikgadējā NVD veiktā valsts apmaksāto pakalpojumu izmantošanas analīze, tostarp par pakalpojumu izmantošanu dažādu diagnožu grupu griezumā (skat. 20. attēlu). Diemžēl līdz 2014. gadam diagnožu griezumā tiek publicēti dati tikai par kompensētajām zālēm. MSS slimības tiek vērtētas kā viena grupa, neizdalot izdevumus pa apakšgrupām. Šie dati pakalpojumu pieejamības aspektā ir jau analizēti sadaļā "Ārstēšanās iespēju un ierobežojumu veselības aprūpes sistēmas ietvaros izpēte" (23. lpp). Kā redzams sekojošajā attēlā (21. attēls), sešu gadu laikā trīskāršājušies izdevumi par valsts apmaksātajām zālēm, pēdējo trīs gadu laikā par 37% pieauguši izdevumi par ārstēšanu slimnīcās, savukārt iepriekšējos divos gados maz mainīgie izdevumi par ambulatoro aprūpi 2016. gadā ir strauji samazinājušies (bez pieejas izejas datiem un uzskaites metodoloģijas nav iespējams pateikt, vai izmaiņas ir saistītas ar nekonsekventu uzskaiti vai reālu kādu pakalpojumu izmantošanas samazinājumu).

³⁸Darbnespējas lapu izsniegšanas un anulēšanas kārtība, <https://likumi.lv/doc.php?id=6675>



Attēls 21 Valsts apmaksāto pakalpojumu izmantošanas dažādās pakalpojumu grupās³⁹

Tātad, atbilstoši NVD sniegtajām ziņām, atsevišķi **identificējama veselības aprūpes publisko līdzekļu patēriņš MSS slimību grupā 2016. gadā bija vairāk kā 43 milj. eiro**. Šīm izmaksām būtu jāpieskaita vēl citas, tādas atsevišķi neuzskaitītas veselības aprūpes publisko resursu izmaksas kā izmaksas par MSS slimību pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā un daļēji arī slimnīcu neatliekamās palīdzības nodaļās.

Izmaksu slogu sabiedrībai vērtēšanā ir jāņem vērā, ka Latvijā liela kopējā veselības aprūpes finansējuma daļu (līdz pat 43%) veido privātie maksājumi. MSS slimību kopējās ārstniecības izmaksas šobrīd nav tieši novērtējamas, jo valstī nepastāv prasība privāti apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem uzskaitīt un centralizēti iesniegt attiecīgus datus, bet statistikas nolūkos veiktajos mājsaimniecību apsekojumos izdevumos par veselības aprūpi atsevišķas diagnožu grupas netiek izdalītas. Līdz ar to ir jāsecina, **ka iespējas veikt veselības aprūpes jomas izmaksu novērtējumu kopējā slimības slogā ir ierobežotas un šobrīd ir veicamas tikai attiecībā uz valsts apmaksāto veselības aprūpi**.

Kopējā slimības sloga netiešo izmaksu noteikšanas iespējas

Atšķirībā no tiešajām izmaksām, kas ir saistītas ar ārstniecību, aprūpi un sociālo nodrošinājumu zaudējot ienākumus, netiešās izmaksas rada indivīdu produktivitātes zudums darba spēju samazināšanās slimības, invaliditātes vai ievainojuma dēļ⁴⁰. Ņemot vērā MSS slimībām raksturīgos funkcionālos ierobežojumus sāpju un mobilitātes samazināšanās dēļ, ir sagaidāms, ka lielāko kopējo izmaksu daļu sastāda tieši netiešās izmaksas.

Veselības ekonomikā vispārēji akceptēta metode produktivitātes aprēķināšanai ir cilvēka kapitāla pieeja, kura pamatojas uz pieņēmumu, ka indivīda ienākumi raksturo tā produktivitāti. Tādējādi produktivitātes samazināšanās izmaksas tiek aprēķinātas nosakot negūtos ienākumus. Veiktajā izpētē pirmreizējās invaliditātes grupā konstatētā atlases grupas nodarbinātības līmeņa un ienākumu atšķirība no populācijas kopumā ir piemērs aprēķināmam MSS slimības netiešo izmaksu slogam.

Tomēr konstatētās netiešās izmaksas pētījuma atlases grupai nedod iespēju vērtēt kopējo MSS slimību netiešo izmaksu slogu, jo informācija par pirmreizējās invaliditātes piešķiršanas faktu konkrētā gadā neļauj spriest par slimības incidenci

³⁹NVD Vēstis Nr. 21 – 25., <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/publikacijas/vestis>

⁴⁰Drummond, MF., Sculpher, MJ., Torrance, GW., O'Brien, BJ., &Stoddart, GL. (2005). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (3. uppl.). NewYork: Oxford University Press.

(formāli noteikta invaliditāte nav slimības obligāts iznākums). Pieejama informācija par slimības incidenci (slimnieku skaitu, kuriem diagnoze noteikta pirmoreiz attiecīgajā gadā) un prevalenci (kopējais slimnieku skaitu, kuriem ir reģistrēta attiecīgā diagnoze) kopā ar pacientu sadalījumu pa vecuma grupām ir obligāts priekšnoteikums slimības kopējā ekonomiskā sloga izvērtēšanā. Diemžēl Latvijā netiek veidots centralizēts MSS slimību reģistrs un arī Latvijas Centrālā statistikas pārvalde mājsaimniecību apsekojumos (EU-SILC), atšķirībā no, piemēram, Zviedrijas⁴¹, nav ietverti jautājumi, kas ļautu novērtēt ar biežākajām hroniskām slimībām slimojošo skaitu.

Ar MSS slimībām slimojošo skaitu būtu iespējams aptuveni noteikt, nodrošinot pieeju veselības aprūpes administratīvajiem datiem, kas veidojas NVD tam apmaksājot ārstniecības iestādēm un aptiekām valsts apmaksājamus pakalpojumus un kompensējamās zāles. Šajos personalizētajos datos ar MSS (un citām) slimībām slimojošo skaits būtu vērtējams atbilstoši uzstādītajām diagnozēm iesniegtajos datos par stacionāra vai ambulatorās ārstēšanas epizodēm, vai izrakstīto zāļu receptēm.



REKOMENDĀCIJA: Labklājības un Veselības ministrijām sistemātiski sadarboties to pakļautības iestāžu datu bāzēs uzkrātās informācijas pilnvērtīgākai izmantošanai un esošo problēmu apzināšanai, tostarp arī noskaidrojot reālo saslimstību ar MSS slimībām.

⁴¹<http://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/living-conditions/living-conditions/living-conditions-surveys-ulsilc/>

Secinājumi un rekomendāciju apkopojums

Lai arī veiktais pētījums tā ierobežojumu dēļ nesniedz viennozīmīgu atbildi par kopējā MSS slimības sloga sabiedrībai apmēriem, tomēr atsevišķi konstatējumi ir izmantojami uz pierādījumiem balstītu rīcībpolitikas lēmumu pieņemšanā. Veiktā izpēte viennozīmīgi apliecina, ka veselības aprūpes sektorā pastāv nepietiekama pieejamība savlaicīgiem un aktīviem pasākumiem MSS slimību ārstēšanā, it īpaši vislielākajā dorsopātiju un spondilopātiju grupā un tas var būt viens no iemesliem, kāpēc pasliktinās personu ar MSS slimībām veselības stāvoklis un samazinās to darbaspējas. Tomēr iemesli, kāpēc pakāpeniski pieaug personu ar invaliditāti skaits un pieaug valsts budžeta izdevumi slimības pabalstiem, invaliditātes pensijām un citiem atbalstiem nav meklējami tikai veselības aprūpē. Pirmkārt, gan pieaugoši mazkustīgais dzīvesveids, sabiedrības novecošanās, izpratnes par ergonomisku darba vietās trūkums ir labi atpazīstami vispārēji faktori, kas veicina lielas daļas MSS slimību pieaugošu izplatību. Otrkārt, eksistē virkne procesuālu un administratīvu, un tikai daļēji ar veselības aprūpi saistītu faktoru, kas var būt par iemeslu tam, ka šīs grupas slimību slogs sabiedrībai palielinās. Pētījums apliecina, ka personām ar MSS slimībām: (1) rodoties nepieciešamībai uzsākt mērķtiecīgu laikietilpīgu ārstēšanos nav iespējas turpināt strādāt ierobežotā apjomā; (2) ieilgušas darbnespējas gadījumā savlaicīgi netiek uzsākti sociālās apdrošināšanas institūciju realizēti un uz atgriešanos darbā orientēti preventīvi pasākumi; (3) invaliditātes noteikšanā vadošs kritērijs turpina būt ilgstoša ar DNL apliecināta formāla darba nespēja, nevis ilgstoša mērķtiecīga, bet mazrezultatīva ārstēšana. Tāpat tika konstatēts, ka pirmreizējās invaliditātes noteikšanas biežuma pieaugums ir saistīts arī ar pieaugošo tendenci invaliditātes konceptu attiecināt arī uz nestrādājošiem gados veciem, intensīvi aprūpējamiem cilvēkiem.

Pētījuma ietvaros izstrādātās rekomendācijas:

1. Dažādu iedzīvotāju grupu invaliditātes un darba nespējas pieauguma izpētei nodrošināt pētījuma veicējiem iespēju analizēt ne tikai sociālās jomas personalizētus datus, bet arī veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas personalizētus datus un, veicot personu identifikatoru anonimizēšanu ar vienotu atslēgu, panākt šo datu savietojamību problēmas kompleksai izpētei.
2. Izvērtēt pirmreizējās invaliditātes noteikšanas nestrādājošiem pensionāriem atbilstību invaliditātes politikas mērķiem un principiem
3. Izstrādāt objektīvus ilgstošas darba nespējas un invaliditātes noteikšanas kritērijus MSS slimību (pirmkārt dorsopātiju un spondilopātiju) grupas pacientiem, tostarp balstoties ne tikai uz ārsta slēdzienu, bet arī uz fizioterapeita veiktu pacienta dinamisku novērtējumu obligāta aktīvas ārstnieciskās vingrošanas kursa laikā (iespējams, prognozējamās invaliditātes programmas ietvaros).
4. Saglabājot invaliditātes politikas attiecināšanu uz gados veciem cilvēkiem, diferencēt atbalsta pasākumus strādājošajiem un nestrādājošiem pensionāriem.
5. Izveidot sistēmu, kas ļauj pilnvarotām sociālā sektora institūcijām identificēt vēl pirms invaliditātes noteikšanas ieilgušas darba nespējas saistībā ar MSS slimību gadījumus preventīvu ar darba saglabāšanu saistītu pasākumu veikšanai.
6. Izpētīt kā veicināmas prakses piemērus tos invaliditātes noteikšanas gadījumus, kas nav bijuši saistīti ar formālu darba nespēju, un veikt attiecīgu apmācību ārstiem.
7. Apsvērt iespēju MSS slimību gadījumā ieviest arī nepilnas (gradētas) darbnespējas lapas, tādējādi nodrošinot nepieciešamās un iespējamās aktivitātes darbā saglabāšanu, vienlaicīgi veicinot iespēju mērķtiecīgi ārstēties.

8. Panākt MSS slimību ārstēšanai nepieciešamā publiskā finansējuma un tā pieauguma vienmērīgāku izlietojumu visām MSS slimību grupām. Ierobežot jaunu un dārgu ārstēšanas metožu apmaksu vienām slimību grupām, apstākļos, kad citām slimību grupām netiek nodrošināta pieejamība pamata ārstēšanas pasākumiem.
9. Gadījumos, ja personai ir ieilgusi (1 – 3 mēnešus) darbnespēja saistībā dorsopātiju/spondilopātiju un nav ārsta norādes par to, ka būtu kontrindicēta ārstnieciskās vingrošanas fizioterapeita uzraudzībā, bet tā vēl nav uzsākta, noteikt, ka ārstnieciskā vingrošana un vienlaicīga darbnespējas novērtēšana fizioterapeita uzraudzībā tiek nodrošināta ar valsts un pašvaldību sociālā sektora līdzdalību realizētas prognozējamās invaliditātes programmas ietvaros. Ja muguras veselības problēma ir saistāma ar nepiemērotiem darba apstākļiem, programmas ietvaros tiek veikts arī personas darba vietas ergonomiskais izvērtējums.
10. Izskatīt iespēju transporta izdevumu segšanu invaliditātes gadījumā saistīt arī ar personas nodarbinātības potenciālu.
11. Izpētot citu valstu pieredzi, apsvērt iespējas paplašināt un vienkāršot prognozējamās invaliditātes statusa piešķiršanu MSS slimību gadījumā, ietverot atsevišķus pasākumus (pakalpojumus) kā obligātus vai ļoti vēlamus (piem., kursi, vingrošanas programmas u.c.) pirms invaliditātes piešķiršanas. Fizioterapijas nodarbību apmeklējumu iekļaušana prognozējamās invaliditātes programmā, ļautu nodrošināt mērķtiecīgu ārstēšana tām personām, kurām ir visaugstākā darbaspējas pastāvīga zuduma iespēja.
12. Izvērtēt esošās informācijas apmaiņas sistēmas iespējas saistībā ar dažādu pabalstu uzskaiti un kontroli starp valsti un pašvaldībām attiecībā uz invaliditāti MSS diagnožu grupā, tādējādi izvairoties no gadījumiem, kad atsevišķi pašvaldības pabalsti tiek piešķirti indivīdiem ar salīdzinoši lieliem ienākumiem.
13. Labklājības un Veselības ministrijām sistemātiski sadarboties to pakļautības iestāžu datu bāzēs uzkrātās informācijas pilnvērtīgākai izmantošanai un esošo problēmu apzināšanai, tostarp arī noskaidrojot reālo saslimstību ar MSS slimībām.

Pielikumi

Invaliditātes grupas un diagnožu grupas sadalījumā pa dzimumiem

Sievietes					
Invaliditātes grupas	citas MSS slimības	M05-M14	M15-M19	M40-M54	Kopā
1	39	15	115	49	218
2	62	78	210	222	572
3	66	131	186	855	1238
Kopā	167	224	511	1126	2028
Vīrieši					
Invaliditātes grupas	citas MSS slimības	M05-M14	M15-M19	M40-M54	Kopā
1	6	8	13	16	43
2	27	34	100	146	307
3	51	38	143	576	808
Kopā	84	80	256	738	1158

Nodarbinātība pirms un pēc invaliditātes noteikšanas dažādās invaliditātes un vecuma grupās

Visi														
Visi						Nodarbināti 12. mēnesī pirms invaliditātes noteikšanas					Nodarbināti 7. mēnesī pēc invaliditātes noteikšanas			
Vecum a grupa	Invaliditātes grupa			Kop ā		Invaliditātes grupa			Kopā		Invaliditātes grupa			Kopa
	1	2	3			1	2	3			1	2	3	
<20		3	39	42			2	2			6	6		
20-24		2	9	11			7	7			3	3		
25-29		6	15	21		2	13	15		2	8	10		
30-34	1	17	45	63		11	28	39		6	20	26		
35-39		25	83	108		13	61	74		15	34	49		
40-44		38	172	210		28	108	136		17	62	79		
45-49	1	53	257	311	1	30	156	187	1	24	106	131		
50-54	1	85	401	487	1	48	241	290		28	152	180		
55-59	1	142	533	676	1	81	331	413		42	197	239		
60-64	5	119	340	464	2	72	225	299		29	110	139		
65-69	9	90	103	202	2	35	43	80		15	14	29		
70-74	22	98	28	148	1	16	8	25		6	6	12		
75-79	54	108	17	179	2	11	4	17		6		6		
≥80	167	93	4	264	3	2	1	6		1	1	2		
Kopā	261	879	2046	3186	13	349	1228	1590	1	191	719	911		

Nodarbinātība pirms un pēc invaliditātes noteikšanas dažādās invaliditātes un vecuma grupās sadalījumā pa dzimumiem

Vīrieši												
Visi					Nodarbināti 12. mēnesī pirms invaliditātes noteikšanas				Nodarbināti 7. mēnesī pēc invaliditātes noteikšanas			
Vecuma grupa	Invaliditātes grupa			Kopā	Invaliditātes grupa			Kopā	Invaliditātes grupa			Kopā
	1	2	3		1	2	3		1	2	3	
<20		1	10	11								
20-24		1	5	6			4	4			1	1
25-29		4	5	9		2	4	6		1	2	3
30-34	1	6	30	37		4	20	24		3	14	17
35-39		16	41	57		8	29	37		10	17	27
40-44		18	67	85		11	41	52		7	23	30
45-49		27	121	148		12	72	84		14	50	64
50-54	1	42	162	205	1	23	94	118		11	67	78
55-59	1	59	211	271	1	36	112	149		16	72	88
60-64	1	43	116	160	1	24	78	103		7	33	40
65-69	3	31	27	61	1	15	14	30		7	7	14
70-74	7	24	8	39	1	5	1	7		2	1	3
75-79	11	17	4	32		6		6		2		2
≥80	18	18	1	37		2		2		1		1
Kopā	43	307	808	1158	5	148	469	622	0	81	287	368
Sievietes												
Visi					Nodarbināti 12. mēnesī pirms invaliditātes noteikšanas				Nodarbināti 7. mēnesī pēc invaliditātes noteikšanas			
Vecuma grupa	Invaliditātes grupa			Kopā	Invaliditātes grupa			Kopā	Invaliditātes grupa			Kopā
	1	2	3		1	2	3		1	2	3	
<20		2	29	31			2	2			6	6
20-24		1	4	5			3	3			2	2
25-29		2	10	12			9	9		1	6	7
30-34		11	15	26		7	8	15		3	6	9
35-39		9	42	51		5	32	37		5	17	22
40-44		20	105	125		17	67	84		10	39	49
45-49	1	26	136	163	1	18	84	103	1	10	56	67
50-54		43	239	282		25	147	172		17	85	102
55-59		83	322	405		45	219	264		26	125	151
60-64	4	76	224	304	1	48	147	196		22	77	99
65-69	6	59	76	141	1	20	29	50		8	7	15
70-74	15	74	20	109		11	7	18		4	5	9
75-79	43	91	13	147	2	5	4	11		4		4
≥80	149	75	3	227	3		1	4			1	1
Kopā	218	572	1238	2028	8	201	759	968	1	110	432	543

Kādā no 7 mēnešiem pēc invaliditātes noteikšanas reģistrēts bezdarbs sadalījumā pa vecuma grupām un dzimumiem

Vecuma grupa	Vīrieši	Sievietes	Kopā
20-24	1	1	2
25-29	2	3	5
30-34	6	7	13
35-39	9	9	18
40-44	15	32	47
45-49	37	31	68
50-54	40	50	90
55-59	48	73	121
60-64	30	47	77
Kopā	188	253	441