

Par zāļu cenām, primārās veselības aprūpes stiprināšanu un citām aktualitātēm

Pasākumu plānā aptvertas 36 slimnīcas

Maija beigās veselības ministrs Hosams Abu Meri tikās ar reģionālajiem medijiem, lai skaidrotu veselības nozares aktualitātes un atbildētu uz jautājumiem.

IVETA SKABA

Divi informatīvie ziņojumi

30. aprīlī valdība iepazinās ar Veselības ministrijas (VM) informatīvo ziņojumu par slimnicu tīkla attīstību, kas šogad un turpmākajos divos gados paredz īstenot pasākumus ārstniecības procesu kvalitātes paaugstināšanai un efektīvai slimnicu tīkla pārvaldībai. Šis ziņojums informē par VM plānotajiem pasākumiem stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pilnveidē: nodrošināt neatliekamās medicīniskās palīdzības pieejamību katrā slimnīcā, aktualizēt prasības slimnicu darbības profiliem un to līmeņiem, izvērtēt reģionālo slimnicu sadarbības tīklus un noteikt to darbības principus, sākt veidot metodisko vadību, kas nodrošinās sistēmisku ārstniecības procesu kvalitātes paaugstināšanu.

Pasākumu plānā aptvertas 36 slimnīcas. Saglabājot esošo slimnicu tīklu, plānots vērtēt medicīnisko profilu nodrošināšanu slimnīcās, analizējot slimnicu rādītājus, kā arī vērtējot pakalpojumu pieejamību.

Savukārt 21. maijā valdība iepazinās ar VM ziņojumu "Par primārās veselības aprūpes stiprināšanu", kas sagatavots kopā ar ģimenes ārstu asociācijām un praktizējošiem ārstiem. Definēts optimālais ģimenes ārsta prakses modelis. Pasākumi attiecas uz atvieglotu ģimenes ārstu prakšu pārņemšanas procesu, lai veicinātu jaunu ģimenes ārstu ienākšanu valsts sektorā. Paredzēts arī turpināt ārstniecības personu piesaisti un noturēšanu valsts sektorā un pilnveidot ģimenes medicīnas rezidentūras apmācību. Uzlabojumi plānoti tehniskā nodrošinājuma jomā jaunās un esošās praksēs.

Pasākumiem, ko plānots sākt jau šogad, papildus nepieciešami 4,62 miljoni eiro. Nākamgad papildus nepieciešams 15,56 miljonu eiro finansējums, turpmāk — ik gadu 17,8 miljoni eiro. Iesaiot pašvaldības, jau šogad ir plānots pilnveidot esošo ģimenes ārstu prakšu kartējumu un izvietojumu. Tāpat plānots sākt ģimenes ārstu prakses stiprināšanu ar papildu darbinieku, tajā skaitā darbinieku, kas nav ārstniecības persona (piemēram, reģistratoru). 2025. gadā plānots izveidot ģimenes medicīnas metodiskās vadības centru. Primārās veselības aprūpes attīstību paredz valdības rīcības plāns un Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.—2027. gadam.



HOSAMS ABU MERI, veselības ministrs.

Publicitātes foto

Par šiem un citiem aktuāliem jautājumiem veselības nozarē ministrs runāja ar žurnālistiem.

Izmaiņas nav plānotas

Tā kā daļa Aizkraukles reģiona iedzīvotāju, kam nepieciešama stacionārā ārstēšana, nokļūst Jēkabpils slimnīcā, arī aizkraukļiešiem būtisks ir Jēkabpils kolēģes no "Brīvās Daugavas" jautājums: kāda loma Latvijas slimnicu tīklā, kura sakārtošanai valdība šogad jau paredzējusi 25 miljonus eiro, atvēlēja Jēkabpils slimnīcai, kādas izmaiņas šo iestādi varētu sagaidīt jau šogad, un kā tas ietekmētu pacientus? Ministrs sacīja, ka Jēkabpils slimnīca ir viena no tām medicīnas iestādēm, kurā ir visvairāk observācijas (novērošanas) gultu. No šīs naudas iestāde saņem samērā lielu summu, lai stiprinātu uzņemšanas nodaļas darbu, neatliekamo palīdzību un observā-

ciju. 25 miljoni eiro un digitalizācijas nauda, kopā 29 miljoni eiro, paredzēti tam, lai visas slimnīcas Latvijā būtu nodrošinātas ar visiem speciālistiem un visu pārējo palīdzības sniegšanai.

Šogad Jēkabpils slimnīcā izmaiņas nav plānotas, bet līdz gada beigām norisinās diskusija par slimnīcas profilu, piekļuvi speciālistiem, kartējumu, tā kā pastāv problēma ar cilvēkresursiem. Ir slimnīcas, kur "uz papīra" ir ķirurgs vai cits speciālists, bet būtībā viņš tur ierodas reizi vai divas mēnesi. Ministrija grib sākt šo jautājumu — ja pakalpojums, tad jābūt ārstam, pacientam, finansējumam un kvalitātei. Runājot par kvalitāti traumatoloģijā, ķirurģijā un citās nozarēs, nereti dzirdams, ka Rīgā tā ir augstāka. Ja cilvēku operē trīs reizes — divreiz reģionālajās slimnīcās un trešo reizi Rīgā —, tas nav normāli. Šis jautājums līdz gada beigām jāatrisina. Tāpēc notiek diskusijas ar

slimnīcām, pašvaldībām, profesionālajām organizācijām, un tad jāizlemj, kāda kurā slimnīcā būs, lai nodrošinātu kvalitatīvu pakalpojumu.

Lielajās praksēs — papildu darbinieks

Šogad pa reģioniem sāka ģimenes ārstu prakses vietu kartēšanu. Cik tālu ar to tiks? Vai reģions ir radušies kādas problēmas? Ziņojums par primāro aprūpi ir darbu plāns, ko ministrijai kopā ar ģimenes ārstu asociācijām jāpaveic triju gadu laikā primārajā veselības aprūpē. "Šogad sākam ar to, lai lielajās praksēs (vairāk nekā 1500 pacientu) būtu papildu darbinieks, kuram nav obligāti jābūt mediķim. Viņš varētu atbildēt uz telefonzvanieniem, kārtot dokumentus, aicināt pacientus, lai ārsti un māsas pacientiem atvēlētu vairāk laika," teic Abu Meri. Finansējums šāda darbinieka algošanai

atvēlēts no 1. jūnija. Jaunie ģimenes ārsti nelabprāt vēlas strādāt ārpus lielajām pilsētām. Lai viņus motivētu strādāt laukos, izstrādāts atbalsts.

Ne visus iedzīvotājus apmierina ģimenes ārstu pieejamība, tas, ka ar mediķi nevar sazināties pat pa tālruni. Jaunajā plānā, kurā paredzēta ģimenes ārstu prakšu stiprināšana, iekļauti pieejamības un saziņas jautājumi, piemēram, saziņšanās un piekļuve prakses vietai 40 stundu nedēļā. Kas to kontrolēs, un kā tas izpauzies? Mediķu darbu kontrolē Nacionālais veselības dienests (NVD), Veselības inspekcija. Ja iedzīvotājiem ir sūdzības, var vērsties šajās iestādēs, pašvaldībā, gan arī informēt ministru.

Visur vienāda ārstēšana

Šogad nākamgad plānots izveidot medicīnas centrus vairākās medicīnas jomās. Atbildot uz jautājumu, ko nozīmē šādu centru izveide, veselības ministrs teic, ka tas uzlabos kvalitāti attiecīgā pakalpojuma nodrošināšanā. Katrā no centriem darbosies eksperti, kas izstrādās vadlīnijas gan ārstēšanā, gan diagnozes noteikšanā, gan tarifju izcenojumā, gan to, cik speciālistu 10 — 20 gadu laikā nepieciešams attiecīgajā jomā, gan veicinās slimnicu un speciālistu sadarbību. Kad tuvāko divu gadu laikā šīs vadlīnijas izstrādās, tās būs obligātas visā Latvijā. Tas nozīmē, ka pacients, kurš ķirurģiski, traumatoloģiski vai rehabilitācijā ārstējas Preiļos, Rēzeknē, Balvos vai citviet, saņem pilnīgi vienādu ārstēšanu. Tādēļ tiks sekots līdzi katra ārsta darba kvalitātei. Ja kādi trūkumi, universitātes klīnikai ir jāpalīdz. Šāda prakse ir gan Skandināvijā, gan Amerikā. Uzlabojot pakalpojumu kvalitāti, budžetā ir ietaupījums 10% apmērā.

Plānā paredzēta ģimenes ārstu aptaujāšana, kas jāveic NVD. Taču ģimenes ārstiem nav pienākuma laicīgi atkārtot ziņot par darba atstāšanu. Kurzemē bija gadījums, kad ģimenes ārsts paziņoja, ka dosies pensijā, un jaunais ģimenes ārsts sāka iekārtot praksē, bet ilggadējais ārsts pēkšņi pārdomāja. Tādas situācijas mēdz notikt un rada problēmas, tādēļ iecerēts izveidot arī ģimenes ārstu metodisko centru. Tas nozīmē, ka domas mainīt nevarēs, lai potenciālais prakses pārņēmējs nepaliktu bez darba.

To nodrošinātu konkrēta dokumenta parakstīšana. Latvijā ar primārās veselības aprūpi ejam dziļā bedrē, teic ministrs. 35 — 40% no visiem ģimenes ārstiem ir pensijas vai pirmspensijas vecumā. Ja šobrīd ir ap 1200 ģimenes ārstu, piecu gadu laikā 400 speciālistu varētu būt. Jaunie ģimenes ārsti laukos nevēlas strādāt. → 11. lpp.

→ 10. lpp. Rindas ir jādiferencē

Mediju pārstāvji arī interesēja, kā veicas ar e-veselības sakārtošanu? Kā vienu no pirmajiem ministrs nosauca kaut cik sakārtotu laboratoriju datu sistēmu. Analīžu rezultāti nonāk "Datamed" sistēmā. Gan pacientiem, gan ārstiem bezmaksas pieejamais aprobācijas modelis strādā, un vairāk nekā 30 000 cilvēku jau ir reģistrējušies šajā sistēmā. Plānā ir izveidot vienotu pierakstu — rindu uz izmeklējumiem. Ir ļoti daudz nosūtījumu uz izmeklējumiem. Kā saka ministrs, diemžēl 30% no tiem nav vajadzīgi. Cilvēkiem, kam šie izmeklējumi vajadzīgi, uz tiem netiek, jo tos veic tiem, kam tas nav vajadzīgs. Ja, piemēram, cilvēkam ir vēzis 1. stadijā, kamēr tiek līdz izmeklējumam, tas jau ir 3. stadijā. Rindas ir jāsakārto pēc prioritātes: zaļais koridors, skrīnings, hronisko slimību novērošana, onkoloģijas pacienti un rinda cilvēkiem, kuri vienkārši grib pārbaudīt veselību. Līdz ar to tas izskaidis dubulto vai trīskāršo pierakstu vairākas medicīnas iestādēs — piemēram, pacients no Valmieras pierakstās uz izmeklējumu Siguldā, Valmierā un Rīgā. Viņš dodas uz izmeklējumu tur, kur tiek visdrīzāk, bet nepiezvana un neatceļ apmeklējumu pārējās iestādēs, un vismaz vēl divi cilvēki netiek laikā uz izmeklējumu. Cerams, nākamgad šī sistēma sāks jau darboties. Bet jābūt pacietīgiem, jo paiet vismaz divi gadi, kamēr sistēma sāc nevainojami darboties.

Nakts bez ķirurga

Savu jautājumu ministram uzdeva arī "Staburags": valdība 30. aprīlī lēma, ka ar 1. maiju Aizkraukles slimnīcas uzņemšanas nodaļā naktī nav pieejams ķirurgs. Vai tas nav preturā ar pausto mērķi — stiprināt neatliekamo palīdzību? Vai šāds lēmums ir vērtēts no reģionālās attīstības viedokļa un nenovēdis pie tālākas sniegto pakalpojumu klāsta optimizācijas nākotnē? "Ja, piemēram, Aizkrauklē ir trīs ķirurgi — viens no viņiem pieņem vienreiz mēnesi un divi divreiz mēnesī, kur tas ķirurgs ir 24 stundas? "Uz papīra"? Tāpat citās slimnīcās, kur 24 stundas ir traumatologs, un viņš ir viens! Kurš strādā 360 dienu gadā, 24 stundas dienā, bez atvaļinājuma? Tīcami? Nē! Operācijas nepieciešams veikt pa dienu un dienas stacionārā tās tiek veiktas. Vai ķirurgs ir uz vietas 30 dienas un 24 stundas dienā? Nav! Slimnīcā tas vairāk ir finansiāls nekā pakalpojuma sniegšanas jautājums. To ministrijā un NVD redz. Ķirurģu nenoeņem pilnībā, noņem 24 stundām. Neatliekamajai palīdzībai ir citi speciālisti.

Vēl bija protests par to, ka jābūt vēl vienam anesteziologam gan slimnīcā, gan uzņemšanā. Ja uzņemšanā naktī ir viens divi pacienti un 24 stundas dežurē anesteziologi, viņiem nav operāciju naktis, kāpēc viņš nevar iet uz uzņemšanu? Kad nav resursu, mums vajadzīgi divi ārsti? Tajā pašā laikā sanāk, ka viens ārsts saņem divas algas," sacīja ministrs.

Diabēta pacientu skaits pieaug

Cik pacietīgi jāgaida diabēta slimniekiem uz bezmaksas glikozes monitorēšanas sensoriem un insulīna sūkņiem? Diabēta pacienti nav sadzirdēti gadiem. Ministrs atzina, ka valstī nav sadzirdētas daudzas pacientu grupas. Viņš piesauca piemēru, ja cilvēkam kabatā ir 10 eiro, bet vajadzības ir 30 eiro, tad jāizvērtē, par ko izdot naudu pirmām kārtām. Diabēta pacientiem ir šāda vajadzība, tā izmaksā vairākus miljonus, un viņi pamatā saņem ārstēšanu. Turpretī ir bērni, onkoloģisko un reto slimību pacienti, kuri gaida savus bezmaksas medikamentus. Mums trūkst 120 — 130 miljonu eiro, kas atrisinātu daudzas problēmas.

Katru gadu Veselības ministrija palielina finansējumu diabēta ārstēšanai. Gadā tie ir 8 — 9%, un tas nav maz. Šogad no 1. janvāra VM sāka apmaksāt insulīna sūkņus nākamajai vecuma grupai — no 18 līdz 24 gadiem. Jebkuras slimības gadījumā atbalsts sākas nepilngadīgajiem, kas paši vēl nepelna. Ja ir iespēja, atbalstu saņem arī citas grupas. Diabēta pacientu skaits katru gadu palielinās par četriem pieciem tūkstošiem. Katru gadu pieaug arī viena pacienta ārstēšanas izmaksas, kas kopumā samazina atbalstu. Turpmāk nolemts atbalstu izvērtēt pēc diagnozes smaguma, kā arī primārajā grupā iekļaut grūtnieces.

Ir bijusi diskusija par atbalstu migrēnas slimniekiem. Vieni gribēja atbalstīt lielāku skaitu pacientu, bet ar lētākiem medikamentiem, savukārt otri bija pretējās domās. Vienam cilvēkam galva sāp reizi mēnesī, otram — reizi nedēļā un viņam vajag dārgākas zāles nekā pirmajam, citādi viņš katru nedēļu gul mājās, bet pirmajam pietiek ar lētāku medikamentu lietošanu reizi mēnesī. Beigās pēc ārstu strīdiem nolemts palīdzēt mazākam skaitam, bet akūti smagajiem migrēnas slimniekiem. "Mūsu valstī nekās neprotiekt ātri, un mēs neesam bagāti. Bēdīgi," saka Hosams Abu Meri.

Nav atbalsta

Ministrs ne reizi uzsvēris, ka viņa darba prioritāte ir medikamentu cenas samazināšana. Viņš pastāstīja, ka kopš iepriekšējās tikšanās reizes pieņemti divi būtiski lēmumi. Pirmais — no 1. jūnija kompensējamajiem medikamentiem vairs nav mazāka kompensācijas procenta kā 75 (būs 75 vai 100%); otrs — kompensējamo medikamentu saraksts paplašināts par septiņiem medikamentiem, kā arī ar vairākiem diagnozēm. Trešais, kas vēl jāizdara līdz 1. jūlijam, ir uzņemuma modeļa apstiprināšana visiem receptu medikamentiem (kas nav kompensējamie). Finišam tuvojas grūtais diadlogs gan ar lieltirgotāvam, gan aptiekām un citiem. Ministrs uzskata, ka jaunais modelis ir caurspīdīgs un tajā saglabāts farmaceīta nozīmīgums, īpaši laukos. Galvenais — cenu samazinājums par 15—20%. Tas gan neattieksies uz zālēm, kas maksā pāris eiro, bet dārgākām — sākot no kādiem 7 — 8 eiro. Piemēram, pacientam izraksta zāles, kas maksā

40 eiro. Viņš nevar atļauties izdot tādu summu, zāles nepērk un nelieto. Vai arī brauc uz Lietuvu vai Igauniju, kur tās lētākas. Ja zāles maksās 30 eiro, tas jau būs ietaupījums. "Nozarē nav atbalsta šim naudai zaudējumam, tāpēc turpmākais mēnesis man būs ļoti karsts. Cerams, modelis tiks pieņemts, nevaru gan solīt, ar kuru datumu tas varētu stāties spēkā," teic Abu Meri.

Problēmas komunikācijas dēļ

Iedzīvotāji ir neizpratnē par skrīningiem. Daudzi vairs nesāņem vēstules ar uzaicinājumu, tāpat nav skaidrības, kur meklēt izmeklējuma rezultātus un ko tie nozīmē. Ministrs pastāstīja, ka ir izveidotas vairākas domnīcas un top jauns onkoloģijas plāns. Visā pasaulē šobrīd ir izaicinājums, kā iedzīvotājus piesaistīt skrīninga izmeklējumiem. Sītiēt vēstules, izziņas vai zvanīt? Pagājušajā gadā, kad valsts maksāja ģimenes ārstiem, lai viņi uzrunātu savus pacientus, rādītāji bija ļoti labi. Tāpēc šo jautājumu mēģina risināt no dažādām pusēm. Skrīninga izmeklējumi ir viens no primārās medicīnas aprūpes pamatuzdevumiem. Ģimenes ārstam ir jāzvana, jāatgādina par skrīningu veikšanu, tāpēc tiek apmaksāts papildu darbinieka darbs. Pacientu informēšana par skrīningu būtu viņa pienākums. Ministrs bilda, ka ejam uz digitālās sistēmas sakārtošanu valstī, cerams, trīju gadu laikā tā darbosies. Tāpat ir iecerēts izveidot mobilo lietotni, kur visi aicinājumi un rezultāti būs redzami. Ģimenes ārstu ziņā paliks darbs ar veclaudīm, kuriem tehnoloģijas ir svešas.

Iedzīvotāji sūdzas arī par ģimenes ārstu un speciālistu komunikācijas trūkumu ar pacientiem. Nav apmierināti, ka, apmeklējot ārstu, viņš uzdod jautājumus: kādas zāles izrakstīt, pie kā nosūtīt? Veselības ministrs teic, ka tas nav pareizi un daudzas problēmas rodas nepareizas komunikācijas dēļ. Kaut vai tie paši 30% nevajadzīgo izmeklējumu. Cerība ir uz metodiskās vadības centriem, kas šos jautājumus sakārtos. Tiek gatavoti arī grozījumi Pacientu tiesību likumā, kas paredz pacientam iegūt informāciju par savu ģimenes ārstu — vārdu, uzvārdu, specialitāti, kā arī par visām savas ārstniecības procesa izmaksām, prognozēm.

Jaunie ārsti arī ārpus Rīgas

Reģionālajās slimnīcās pārsvarā strādā pirmspensijas vai pensijas vecuma speciālisti un trūkst jauno speciālistu. Agrāk trīs gadus saskaņā ar sadali vajadzēja atradēt konkrētā vietā, un šis speciālists bija. Vai arī tagad nevarētu ieviest līdzīgu praksi?

Šo jautājumu mēģina risināt. Gada sākumā tika izveidota darba grupa, kurā iekļauti augstskolu, universitāšu un reģionālo slimnicu pārstāvji, Jauno ārstu asociācija, rezi-

Uzziņa

Optimālais ģimenes ārsta prakses modelis

Lai attīstītu primāro veselības aprūpes sistēmu, izstrādāts optimālais ģimenes ārsta prakses modelis:

1. Pacientu skaits un pieejamība:

- 1500 reģistrēto pacientu vienam ģimenes ārstam,
- atvērta 40 stundu nedēļā katru darba dienu,
- sazvānāma 40 stundu nedēļā katru darba dienu,
- noteikts pacientu pieņemšanas laiks,
- atbildes uz e-pasta vēstulēm trīs dienu laikā.

2. Cilvēkkapitāla nodrošinājums ietver:

- sertificētu ģimenes ārstu,
- divus ārsta palīgus vai medicīnas māsas,
- reģistratoru,
- papildu darbinieku.

3. Telpu nodrošinājums:

- 80 m² — 100 m²,
- telpas pacientiem un vides pieejamība (uzgaidāmā telpa, vieta virsdrēbēm, reģistratūras telpa un pacientu tualete),
- medicīnas personāla telpas (katram sava darba vieta, ārsta kabinets, ārsta palīga vai medmāsas kabinets, procedūru telpa, darbinieku tualete, noliktava vai arhīvs un darbinieku atpūtas telpa),
- atbilstoša ventilācijas sistēma, apsardzes sistēma un ugunsdrošība,
- higiēnas un pretepidēmiskā režīma prasību izpilde,
- stabils interneta pieslēgums.

4. Prakses aprīkojums:

- dators, telefons katram darbiniekam,
- printeris praksē,
- aparatūra dezinfekcijai un sterilizācijai,
- aprīkojums neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai,
- manipulācijām nepieciešamā aparatūra.

5. Nepieciešamais atbalsts praksei:

- digitālu pakalpojumu attīstība ģimenes ārstu praksēs,
- atvaļinājumu un darbnespējas lapu (DNL) nodrošināšana,
- veselības apdrošināšana,
- apmācību apmaksā,
- koordinēta un uz pacientu centrēta sadarbība ar PVA fizioterapeitu, uztura speciālistu, vecmāti u. c.,
- psiholoģiskās palīdzības saņemšanas iespējas,
- pacientu sarakstu nodrošinājums (hronisko pacientu aprūpe, profilaktisko pasākumu nodrošināšanai).

Avots: www.vm.gov.lv

denti. Ir apzināts, kuri speciālisti slimnīcām nepieciešami. Jāņem vērā, ka visām slimnīcām nepieciešamos speciālistus nevarēs nodrošināt, tomēr daļa rezidentūras laika jaunajiem ārstiem būs jāstrādā ārpus Rīgas. Līdz gada beigām šī sistēma ir jāizstrādā, ar ko gan nav mierā Jauno ārstu asociācija, tomēr cerams, ka tiks panākts gan kompromiss, gan tas, ka arī ārpus Rīgas būs jaunie speciālisti. Slimnicu vadītāji savukārt var padomāt, kā jauno speciālistu iestādē noturēt ilgāku laiku.

Tradīcijas nemainās

Pašlaik ir gada vidus, bet slimnicu vadītājiem uztrauc, ka kvotas jau ir iztērētas. Kā strādāt atlikušo pusgadu?

Latvijas Pašvaldību savienības dati liecina, ka visas medicīnas iestādes pirmajā ceturksnī ir pārstrādājušas valsts apmaksāto pakalpojumu līmi. Tā ir ierasta prakse, ka pirmajā pusgadā iztērēta nauda, kas paredzēta gadam. Tad gada beigās VM

meklē papildfinansējumu, lai segtu šīs pārstrādes. "Es gada sākumā, kad budžetā "iezmēja" 275 miljonus, teicu: pastrādāsim mierīgāk, lai gada naudu neiztērētu trīs mēnešos. Tradīcija ir tradīcija, daudzas iestādes turpina naudu tērēt. Izskanējusi informācija, ka valsts budžets netiek pildīts — trūkst gandrīz 180 miljonu eiro no plānotajiem ieņēmumiem. Arī Igaunijā un Somijā budžets samazināts par 10% iespējams, arī mums nebūs naudas, ar ko segt slimnicu pārstrādes. NVD par to slimnīcas brīdinājis vēstulēs," teic ministrs.

Cik reālas ir Veselības ministrijas ieceres, un kad tās varētu īstenot? "Zaļu jautājumam vajadzētu atrisināties jūlijā, rudenī tam jāstājas spēkā. Ja mani neatbalsta un es to nepadara, tad iesū prom no ministra amata! Par slimnīcām un ģimenes ārstiem ziņojumi jau ir pieņemti, un tie ir plāni tuvākajiem trim gadiem, nevis vienam gadam. Galvenais, lai arī nākamais ministrs kādreiz šos plānus turpinātu īstenot," nobeigumā sacīja Hosams Abu Meri. ♦