European Commission

State of Health in the EU

Latvija

Valsts veselības profils 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Valstu veselbas profilu srija

Valstu veselības profili informācijas ciklā *"State of Health in the EU"* ("Veselības stāvoklis ES") sniedz kodolīgu un politikas veidošanai svarīgu pārskatu par iedzīvotāju veselību un veselības aprūpes sistēmām ES / Eiropas Ekonomikas zonā. Tajos ir uzsvērtas katras valsts īpatnības un problēmas, pamatojoties uz valstu savstarpējo salīdzinājumu. Mērķis ir atbalstīt politikas veidotājus ar savstarpējas pieredzes un brīvprātīgas informācijas apmaiņas iespējām.

Profilus kopīgi izstrādāja ESAO un European Observatory on Health Systems and Policies sadarbībā ar Eiropas Komisiju. Grupa pateicas par vērtīgajām piezīmēm un ierosinājumiem, ko sniedza tīkls Health Systems and Policy Monitor, ESAO Veselības komiteja un ES veselības informācijas ekspertu grupa.

Satura rādītājs

1. SVARĪGĀKĀ INFORMĀCIJA 3
2. VESELĪBA LATVIJĀ 4
3. RISKA FAKTORI 7
4. VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMA 9
5. VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS DARBĪBAS REZULTĀTI 14
   5.1. Efektivitāte 14
   5.2. Pieejamība 17
   5.3. Ilgtspēja 20
6. GALVENIE KONSTATĒJUMI 22

Datu un informācijas avoti

Valstu veselības profilos iekļauto datu un informācijas pamatā galvenokārt ir valstu oficiālā statistika, kas tikusi sniegta Eurostat un ESAO, , lai nodrošinātu visaugstākos datu salīdzināmības standartus. Avoti un metodes, kas ir šo datu pamatā, ir pieejami Eurostat datubāzē un ESAO veselības datu bāzē. Daļa no papildu datiem iegūti arī no Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children (HSBC), Pasaules Veselības organizācijas (PVO), kā arī citiem valstu avotiem.

Aprēķinātie ES vidējie rādītāji ir 28 dalībvalstu svērtie vidējie rādītāji, ja vien nav norādīts citādi. Šajos ES vidējos rādītājos nav ietverta Islande un Norvēģija.

Šis profils tika sagatavots 2019. gada augustā, pamatojoties uz 2019. gada jūlijā pieejamajiem datiem.

Lai lejupielādētu Excel izklājlapu, kas atbilst visām šajā profilā ietvertajām tabulām un grafikiem, ievadiet savā interneta pārlūkprogrammā šādus URL: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Latvia.xls

Demogrfiskais un socilekonomiskais konteksts Latvija, 2017. gads

Demogrāfiskie faktori	Latvija	ES
Iedzīvotāju skaits (gada vidus aplēses)	1 942 000	511 876 000
Par 65 gadiem vecāku iedzīvotāju īpatsvars (%)	19,9	19,4
Dzimstības līmenis[1]	1,7	1,6
Sociālekonomiskie faktori		
IKP uz vienu iedzīvotāju (EUR, PPP[2])	20 000	30 000
Relatīvais nabadzības līmenis[3] (%)	22,1	16,9
Bezdarba līmenis (%)	8,7	7,6

1. Vidējais bērnu skaits uz vienu sievieti, vecumā no 15 līdz 49 gadiem. 2. Pirktspējas paritāte (PPP) ir valūtas pārrēķina likme, kas vienādo dažādu valūtu pirktspēju, novēršot atšķirības starp dažādu valstu cenu līmeņiem. 3. Tādu personu procentuālā daļa, kas iztiek ar mazāk nekā 60 % no vidējā ekvivalentā rīcībā esošā ienākuma.
Avots: Eurostat datubāze.

Atruna. Šajā publikācijā paustī tikai tās autoru viedokļi un izmantoti tikai autoru argumenti, un tie var neatspoguļot ESAO vai tās dalībvalstu, kā arī European Observatory on Health Systems and Policies vai tā partneru oficiālo viedokli. Šajā izdevumā paustais viedoklis nekādā gadījumā neatspoguļo Eiropas Savienības oficiālo viedokli.

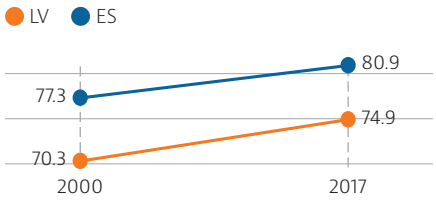
Šis dokuments, kā arī tajā iekļautie dati un karte neskar nevienas teritorijas statusu vai suverenitāti, starptautisko robežu un norobežojumu noteikšanu, kā arī jebkuras teritorijas, pilsētas vai apgabala nosaukumu.

Papildu atrunas attiecībā uz PVO ir norādītas vietnē http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Svarīgākā informācija

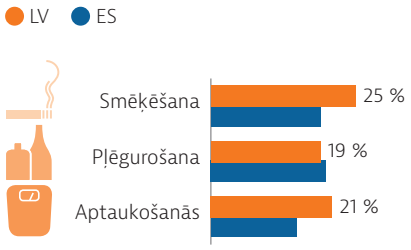
Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums ir būtiski palielinājies kopš 2000. gada , tomēr tas aizvien ir otrs mazākais ES, un pastāv ievērojamas atšķirības atkarībā no dzimuma un sociālekonomiskā statusa. Sliktos veselības rezultātus galvenokārt ietekmē neveselīgs dzīvesveids un mazi valsts izdevumi veselības aprūpes jomai. Latvijā ir arī būtiskas problēmas infekcijas slimību kontroles jomā, palielinās saslimstība ar HIV. Veselības aprūpes sistēmas finansējums ir nepietiekams, un, neraugoties uz neseno progresu, sistēma aizvien lielā mērā ir vērsta uz slimnīcu sektoru. Iedzīvotāju veselības stāvokli varētu uzlabot, samazinot pacientu personīgo maksājumu daļu un pārvirzot uzsvaru uz profilaksi, primāro aprūpi, mājas aprūpi un sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem.



Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums, gadi

Veselības stāvoklis

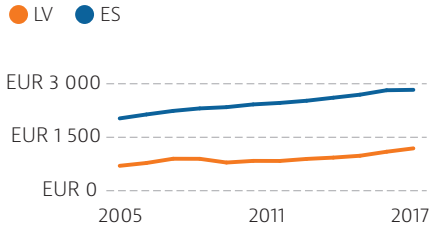
2017. gadā jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums 74,9 gadi aizvien bija par sešiem gadiem mazāks nekā vidēji ES. Turklāt gandrīz desmit gadus lielā paredzamā mūža ilguma atšķirība starp dzimumiem būtiski pārsniedz ES vidējo rādītāju (5,2 gadi). Mazāk izglītoto vīriešu paredzamais mūža ilgums ir par 11 gadiem īsāks nekā labāk izglītoto vīriešu paredzamais mūža ilgums; šī atšķirība sieviešu vidū ir astoņi gadi. Pēdējos gados paredzamais mūža ilgums 65 gados palielinājies, tomēr vairums dzīves gadu pēc šā vecuma tiek pavadīti ar kādu hronisku slimību un invaliditāti.



% pieaugušo

Riska faktori

Ar dzīvesveidu saistītie riska faktori ir cēlonis pusei visu nāves gadījumu Latvijā. 2014. gadā ikdienā smēķēja katrs ceturtais pieaugušais Latvijas iedzīvotājs, kas bija mazāk nekā 2000. gadā (katrs trešais), bet joprojām ievērojami virs ES vidējā rādītāja. Kopējais rādītājs ietver lielu atšķirību starp dzimumiem — 2014. gadā ikdienā smēķēja 37 % vīriešu. Tajā pašā gadā katrs piektais Latvijas iedzīvotājs regulāri lietoja alkoholu lielos apmēros — šis īpatsvars ir līdzīgs ES vidējam rādītājam, taču arī ietver lielu atšķirību starp dzimumiem. 2017. gadā aptaukošanās līmenis bija otrs lielākais ES — no aptaukošanās cieta vairāk nekā katrs piektais Latvijas iedzīvotājs.



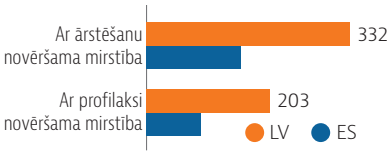
Izdevumi uz vienu iedzīvotāju (EUR PPP)

Izdevumi veselība

Latvijā pastāv valsts nacionālā veselības aprūpes sistēma, tomēr tā aizvien nav pieejama visiem iedzīvotājiem. Lai gan pēdējos gados publiskais finansējums veselības aprūpei ir nedaudz pieaudzis, kopējais finansējums sistēmai ir nepietiekams , 2017. gadā veselības aprūpes izdevumi Latvijā uz vienu iedzīvotāju bija 1213 EUR, kas ir otrs zemākais rādītājs ES. Ar 6 % no IKP veselības jomas izdevumi ir atgriezušies 2008. gada (pirmskrīzes) līmenī, taču tie aizvien ir ievērojami mazāki par ES vidējo rādītāju, kas ir 9,8 %. Turklāt valsts finansē tikai 57 % veselības aprūpes izdevumu, salīdzinot ar ES vidējo rādītāju 79 %, un lielāko daļu atlikušo izdevumu sedz mājsaimniecības pašas, tādējādi ir mazināta gan sociālā aizsardzība, gan piekļuve veselības sistēmai.

Efektivitāte

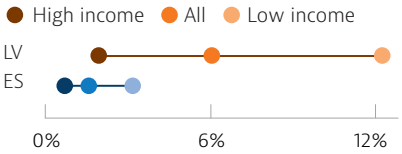
Lai gan pēdējos desmit gados augstie mirstības rādītāji novēršamo un ārstējamo apstākļu dēļ ir pakāpeniski samazinājušies, tie liecina par plašām iespējām uzlabot veselības aprūpes sistēmas efektivitāti. Arī stacionārās aprūpes kvalitāte ir daudz sliktāka nekā vidēji ES.



Standartizēts mirstības rādītājs atkarībā no vecuma uz 100 000 iedzīvotāju, 2016. gads

Pieejamība

Lielai daļai iedzīvotāju Latvijā piekļuve veselības aprūpei ir ierobežota, un daudzu iedzīvotāju ar zemiem ienākumiem vajadzības netiek apmierinātas finansiālu ierobežojumu dēļBūtisks šķērslis piekļuvei ir arī veselības aprūpes speciālistu nevienlīdzīgais ģeogrāfiskais izvietojums.



% iedzīvotāju ar neapmierinātām medicīniskajām vajadzībām, 2017. gads

Ilgtspēja

Lai uzlabotu piekļuvi kvalitatīvai aprūpei, ir ļoti svarīgi novērst pastāvīgi nepietiekamā veselības aprūpes sistēmas finansējuma problēmu. Galvenās problēmas, kas traucē uzlabot iedzīvotāju veselību un samazināt piekļuves un rezultātu atšķirības, ir nepieciešamība stiprināt profilaksi, turpināt racionalizēt slimnīcu sektoru un veicināt veselības aprūpes sistēmas digitalizāciju.

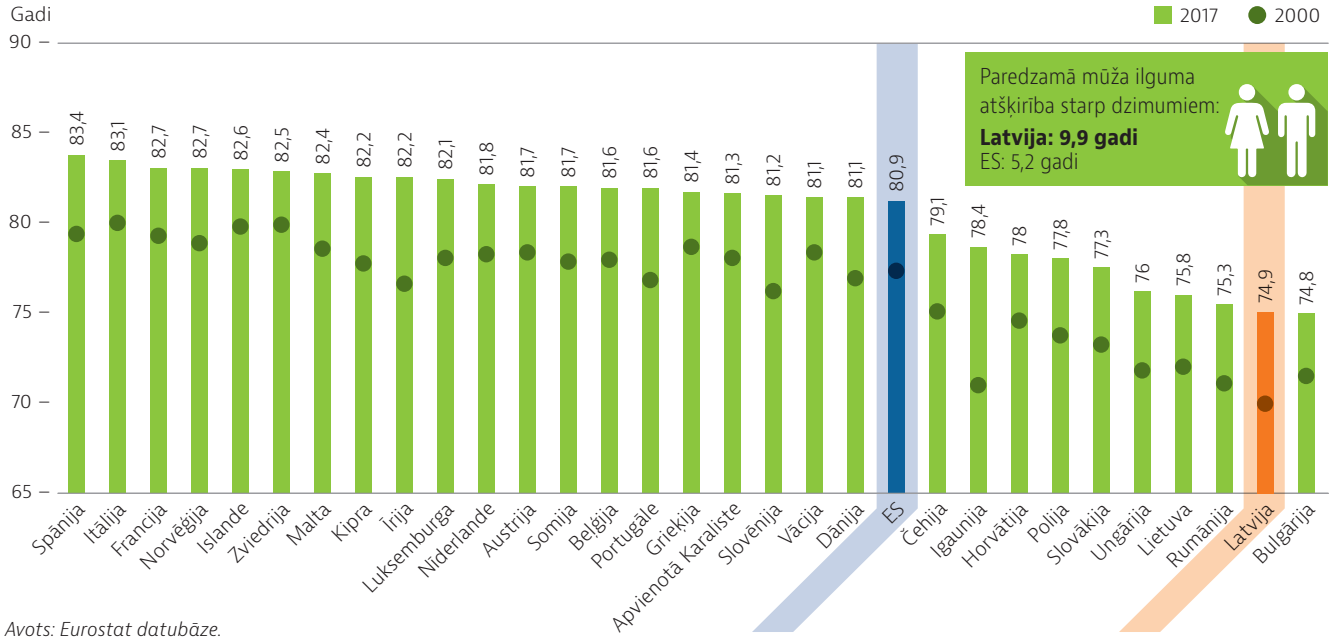
2 Veselība Latvijā

Latvijā ir otrs zemākais jaundzimušo paredzamais mūža ilgums ES

Kopš 2000. gada Latvija ir guvusi būtiskus panākumusjaundzimušo paredzamā mūža ilguma palielināšanā par gandrīz pieciem gadiem (no 70,2 gadiem 2000. gadā līdz 74,9 gadiem 2017. gadā). Tomēr paredzamais mūža ilgums aizvien ir otrs mazākais ES pēc Bulgārijas un sešus gadus mazāks par ES vidējo rādītāju — 80,9 gadiem (1. attēls).

Paredzamā mūža ilguma atšķirība starp dzimumiem ir gandrīz desmit gadi, kas ir lielākā atšķirība ES. 2017. gadā vīrieši dzīvoja vidēji tikai 69,8 gadus (zemākais rādītājs ES), savukārt sievietes dzīvoja 79,7 gadus (trešais zemākais rādītājs pēc Bulgārijas un Rumānijas). Tas galvenokārt ir tāpēc, ka vīriešu populācija ir vairāk pakļauta galvenajiem riska faktoriem.

1. attēls. Neraugoties uz būtisko uzlabojumu, paredzamais mūža ilgums aizvien ir sešus gadus mazāks nekā ES vidējais rādītājs

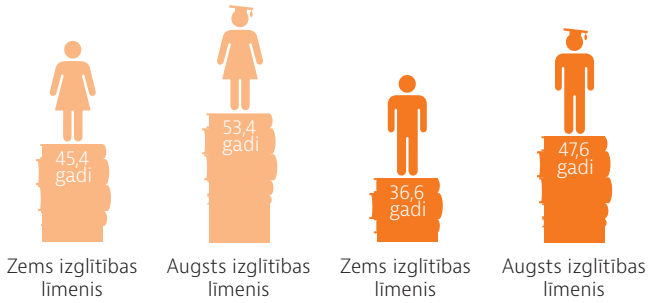


Avots: Eurostat datubāze.

Paredzamo mūža ilgumu būtiski ietekmē sociālā nevienlīdzība

Paredzamais mūža ilgums Latvijā atšķiras ne tikai atkarībā no dzimuma, bet arī no izglītības līmeņa. 30 gadu vecumā vīriešu ar zemāko izglītības līmeni vidējais paredzamais mūža ilgums ir par 11 gadiem mazāks nekā vīriešu ar augstāko izglītību vidējais paredzamais mūža ilgums, bet sieviešu vidū šī atšķirība ir astoņi gadi (2. attēls). Šīs atšķirības ir daudz lielākas nekā ES vidējais rādītājs abiem dzimumiem, un lielā mērā to var izskaidrot ar to, ka mazāk izglītotie cilvēki biežāk pakļauti dažādiem riska faktoriem. Tie ir, piemēram, augstāki smēķēšanas rādītāji un sliktāki uztura paradumi (skatīt 3. sadaļu). Tā kā cilvēkiem ar zemāku izglītības līmeni biežāk ir arī mazāki ienākumi un zemāks dzīves līmenis, tas var izraisīt arī citu sociālu un vides riska faktoru lielāku ietekmi un mazināt iespējas piekļūt veselības aprūpei.

2. attēls. Paredzamā mūža ilguma atšķirība atkarībā no izglītības līmeņa ir daudz lielāka nekā pārējā ES



Izglītības atšķirības paredzamajā dzīves ilgumā 30 gadu vecumā:

Latvija: 8 gadi	Latvija: 11 gadi
ES21: 4,1 gadi	ES21: 7,6 gadi

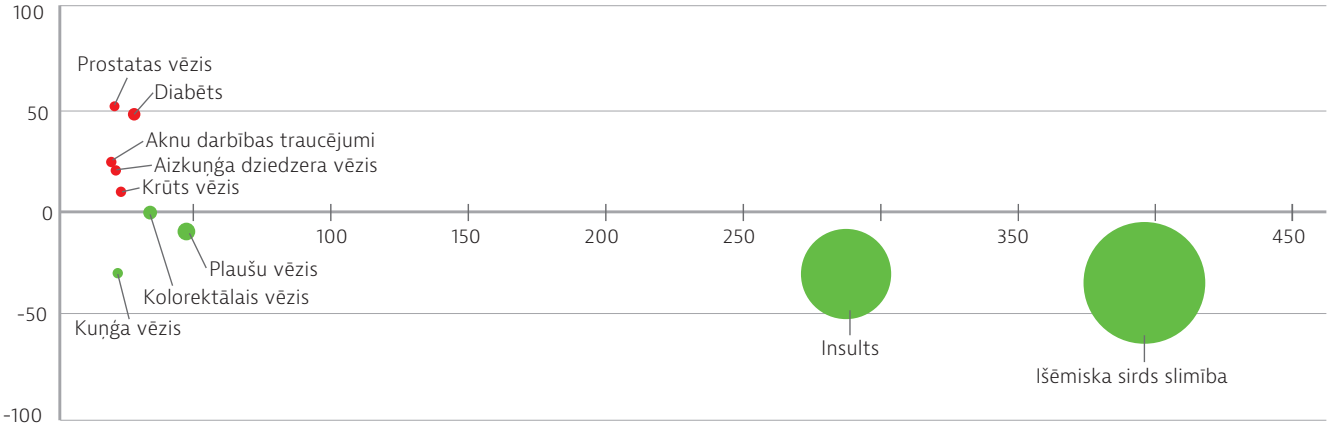
Piezīme. Dati attiecas uz paredzamo mūža ilgumu 30 gadu vecumā. Cilvēki ar augstu izglītību ir tie, kas ieguvuši augstāko izglītību (ISCED 5-8), savukārt cilvēki ar zemu izglītību ir tie, kas nav ieguvuši vidējo izglītību (ISCED 0-2).
Avots: Murtin un citi, ESAO Statistikas biroja darba dokuments Nr. 78 (2017. gads).

Sirds un asinsvadu slimības ir galvenais nāves cēlonis

Paredzamā mūža ilguma pieaugumu Latvijā kopš 2000. gada galvenokārt veicina sirds un asinsvadu slimību izraisīto nāves gadījumu skaita samazinājums (3. attēls). Ir būtiski samazinājies sirds išēmiskās slimības (-34 %) un insulta (-30 %) izraisītu nāves gadījumu skaits, tomēr 2016. gadā tas bija otrs lielākais mirstības rādītājs ES un asinsrites sistēmas slimības sastāda 56 % visu nāves gadījumu skaita, salīdzinot ar nedaudz vairāk kā vienu trešdaļu visā ES.

3. attēls. Sirds un asinsvadu slimību izraisīto nāves gadījumu skaits ir samazinājies, tomēr palielinās mirstība vēža dēļ

% izmaiņas 2000.–2016. gadā (vai tuvākajā gadā)



Standartizēts mirstības rādītājs atkarībā no vecuma uz 100 000 iedzīvotāju, 2016. gads

Piezīme. Riņķu izmērs ir proporcionāls mirstības rādītājiem 2016. gadā.
Avots: Eurostat datubāze.

2016.gadā 21 % nāves gadījumu cēlonis bija vēzis (pretstatā 26 % ES), un plaušu vēzis bija galvenais cēlonis, lai gan, salīdzinot ar iepriekšējiem desmit gadiem, mirstība no tā bija būtiski samazinājusies. Tomēr Latvijā palielinās citu vēža veidu, piemēram, krūts un prostatas vēža, izraisīto nāves gadījumu skaits, ko var daļēji izskaidrot ar neefektīvajām iedzīvotāju skrīninga programmām (skatīt 5.1. sadaļu).

Latvijā ir arī būtisks garīgo slimību slogs, un pašnāvība ir viens no galvenajiem nāves cēloņiem, jo īpaši vīriešu vidū. Lai gan ir panākts zināms progress pašnāvību novēršanā, Latvijā ir otrs lielākais pašnāvību rādītājs ES pēc Lietuvas.

Mazāk nekā pusei Latvijas iedzīvotāju ir laba veselība

2017. gadā visās vecuma grupās tikai 44 % Latvijas iedzīvotāju bija laba veselība, kas ir daudz zemāks rādītājs nekā ES vidējais rādītājs — 70 %. Kā norādījušas citas valstis, šis īpatsvars samazinās ar gadiem, taču Latvijā tendences ir izteiktākas nekā ES kopumā. Tikai aptuveni 9 % — mazāk nekā ceturtdaļa no ES vidējā rādītāja — Latvijas iedzīvotāju, kas ir vecumā no 65 gadiem, ir laba veselība, salīdzinot ar 55 % jpieaugušo vecumā no 16 līdz 64 gadiem.

Tāpat kā citās valstīs, cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem ir labāka veselība. 2017. gadā laba veselība bija 64 % Latvijas iedzīvotāju augstākajā ienākumu kvintilē , salīdzinot ar tikai 26 % zemākajā ienākumu kvintilē, kas ir viena no lielākajām plaisām ES.

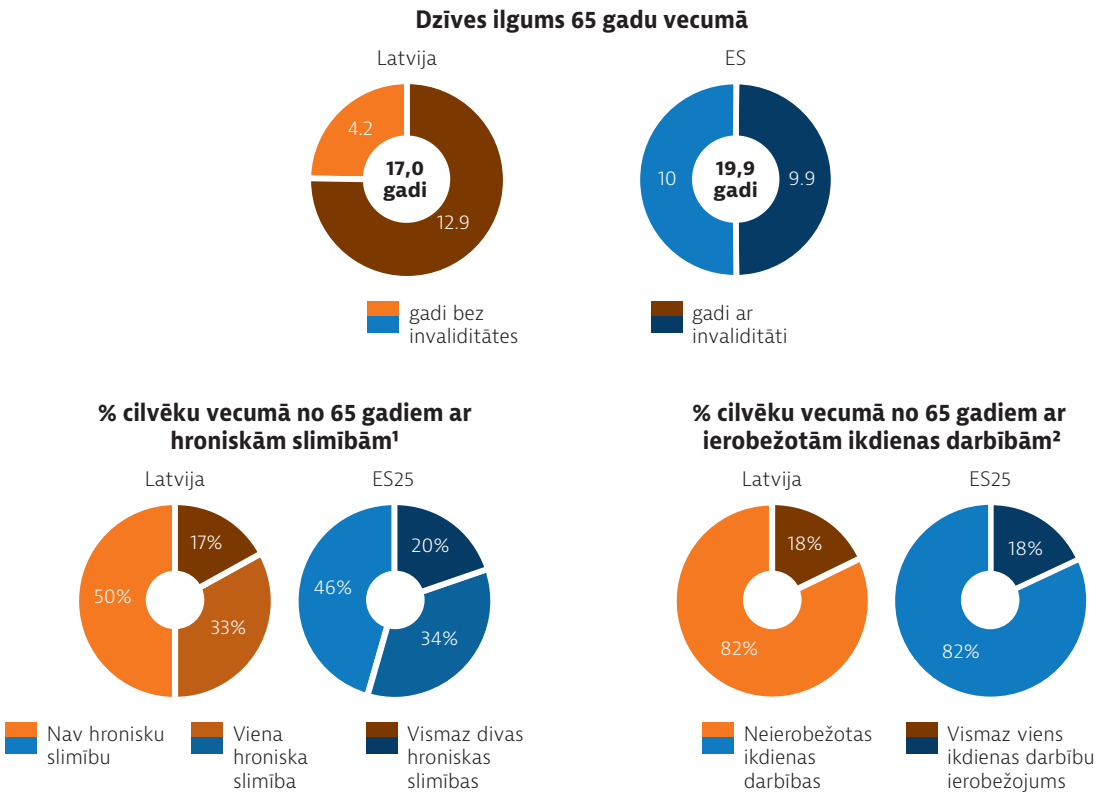
Daudzi dzīves gadi pēc 65 gadu vecuma tiek nodzīvoti ar kādu hronisku slimību un invaliditāti

Vispārējo paredzamā mūža ilguma pieaugumu Latvijā pēdējos divdesmit gados ir daļēji izraisījis paredzamā mūža ilguma pieaugums lielākā vecumā. 2017. gadā 65 gadus veci Latvijas iedzīvotāji varēja cerēt nodzīvot vēl 17 gadu (par 1,9 gadiem vairāk nekā 2000. gadā), taču vidēji tikai 4,2 no tiem tiek nodzīvoti ar labu veselību (4. attēls).

Latvijā 65 gadus vecas sievietes var cerēt nodzīvot par aptuveni pieciem gadiem ilgāk nekā vīrieši, proti, 19,0 gadus pretstatā 14,1 gadam. Tomēr nav gandrīz nekādas atšķirības starp dzimumiem veselīgo dzīves gadu skaita ziņā, jo sievietes pēc 65 gadu vecuma lielāko daļu savas dzīves nodzīvo ar kādu hronisku slimību un invaliditāti.

Pusei iedzīvotāju vecumā no 65 gadiem ir vismaz viena hroniska saslimšana, un šis īpatsvars ir nedaudz zemāks nekā vidēji ES. Vairums cilvēku vecumā spēj dzīvot neatkarīgi, taču vairāk nekā vienai sestdaļai ir kādi ikdienas pamatdarbību, piemēram, vannošanās, ģērbšanās un izkāpšanas no gultas, ierobežojumi, kuru dēļ varētu būt nepieciešama ilgtermiņa aprūpe.

4. attēls. Pusei Latvijas iedzīvotāju vecumā no 65 gadiem ir vismaz viena hroniska slimība



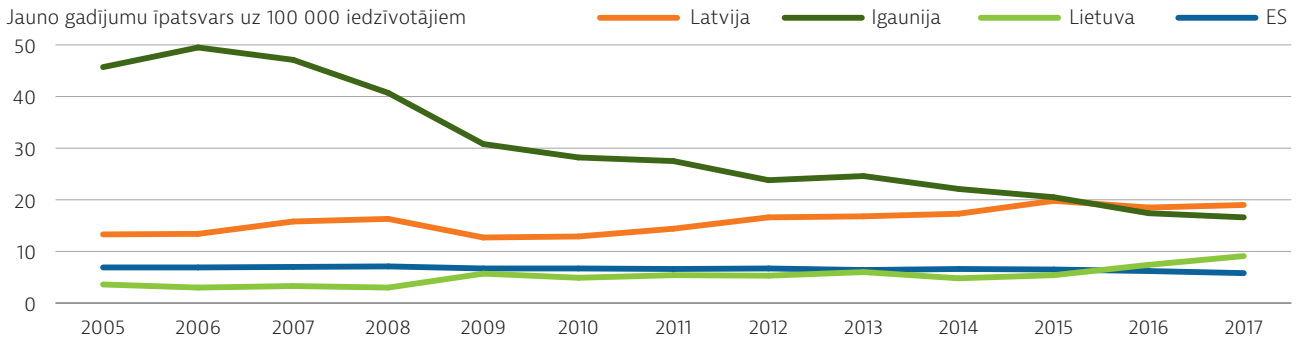
Piezīme. 1. Hroniskas slimības ietver infarktu, insultu, diabētu, Parkinsona slimību, Alcheimera slimību un reimatoīdo artrītu vai osteoartrītu. 2. Ikdienas pamatdarbības ietver ģērbšanos, pārvietošanos pa istabu, vannošanos vai iešanu dušā, ēšanu, iekāpšanu gultā vai izkāpšanu no tās, tualetes izmantošanu. Avots: Eurostat Paredzamā mūža ilguma un veselīgo dzīves gadu datubāze (dati attiecas uz 2017. gadu); SHARE apsekojums par citiem rādītājiem (dati attiecas uz 2017. gadu).

Pārnēsājamas slimības Latvijā aizvien ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma

Papildus sabiedrības novecošanās un pieaugošajai hronisko slimību prevalencei Latvija saskaras arī ar būtiskām problēmām infekciju slimību kontroles jomā. HIV epidēmija vēl netiek kontrolēta, un jauno gadījumu rādītājs aizvien ir visaugstākais ES: vairāk nekā trīs reizes augstāks nekā ES vidējais rādītājs (2017. gadā 19 uz 100 000 iedzīvotājiem, salīdzinot ar 5,8 uz 100 000 iedzīvotājiem ES; 5. attēls). Turklāt pretstatā vairumam citu ES valstu kopš 2005. gada jaunu HIV inficēšanās gadījumu skaits pieaug.

Arī tuberkuloze ir viena no galvenajām sabiedrības veselības problēmām Latvijā. Lai gan kopš 2001. gada jauno gadījumu skaits ir samazinājies, 2017. gadā tas aizvien bija gandrīz trīs reizes augstāks par ES un Eiropas Ekonomikas zonas vidējo rādītāju.

5. attēls. Jaunu HIV inficēšanās gadījumu skaits ir pieaudzis, un tagad tas ir vislielākais Eiropas Savienībā



Avots: ECDC / PVO Eiropas reģionālais birojs (2018. gads), HIV/AIDS uzraudzība Eiropā, dati par 2017. gadu.

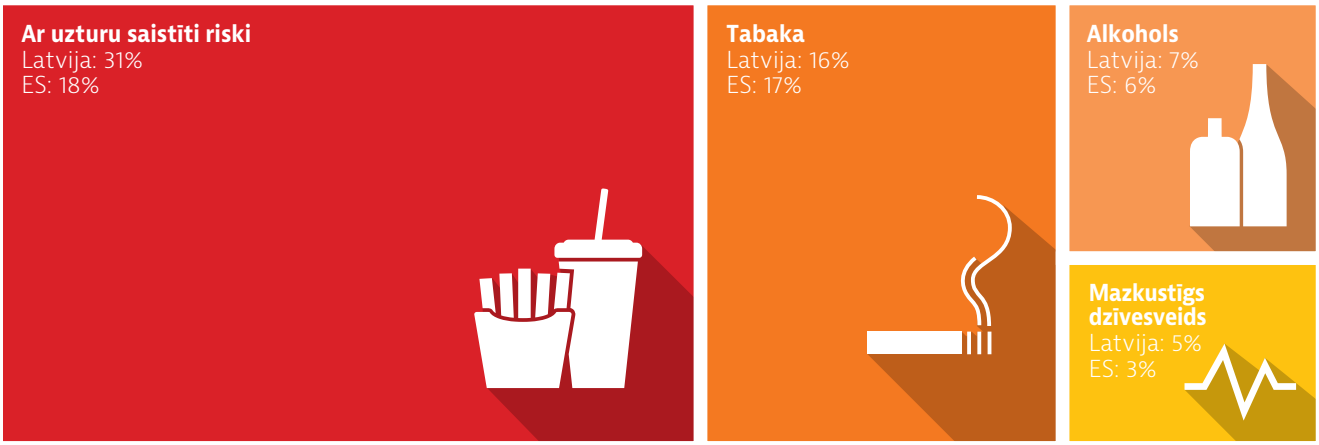
3 Riska faktori

Ar uzvedību saistīti riska faktori ir cēlonis pusei visu nāves gadījumu Latvijā

Tiek lēsts, ka 51 % visu nāves gadījumu Latvijā ir izskaidrojami ar riska faktoriem, kas saistīti ar uzvedību, tostarp uztura paradumiem, tabakas smēķēšanu, alkohola lietošanu un mazkustīgu dzīvesveidu (IHME, 2018. gads). Šīs īpatsvars ir daudz lielāks par ES vidējo rādītāju, kas ir 39 %.

Gandrīz viena trešdaļa nāves gadījumu 2017. gadā (9000 nāves gadījumu) bija izskaidrojami ar riskiem, kas saistīti ar uzturu, tostarp nepietiekamu augļu un dārzeņu lietošanu un lielu cukura un sāls patēriņu — šis īpatsvars ir daudz lielāks nekā ES vidējais rādītājs, kas ir 18 %. Tabakas lietošana, tostarp aktīva un pasīva smēķēšana, bija iesaistīta aptuveni 16 % (vairāk nekā 4500) nāves gadījumu, savukārt alkohola lietošana izraisīja aptuveni 7 % nāves gadījumu (gandrīz 2000 nāves gadījumu; 6. attēls).

6. attēls. Vairumu nāves gadījumu Latvijā var saistīt ar riska faktoriem, kas saistīti ar dzīvesveidu



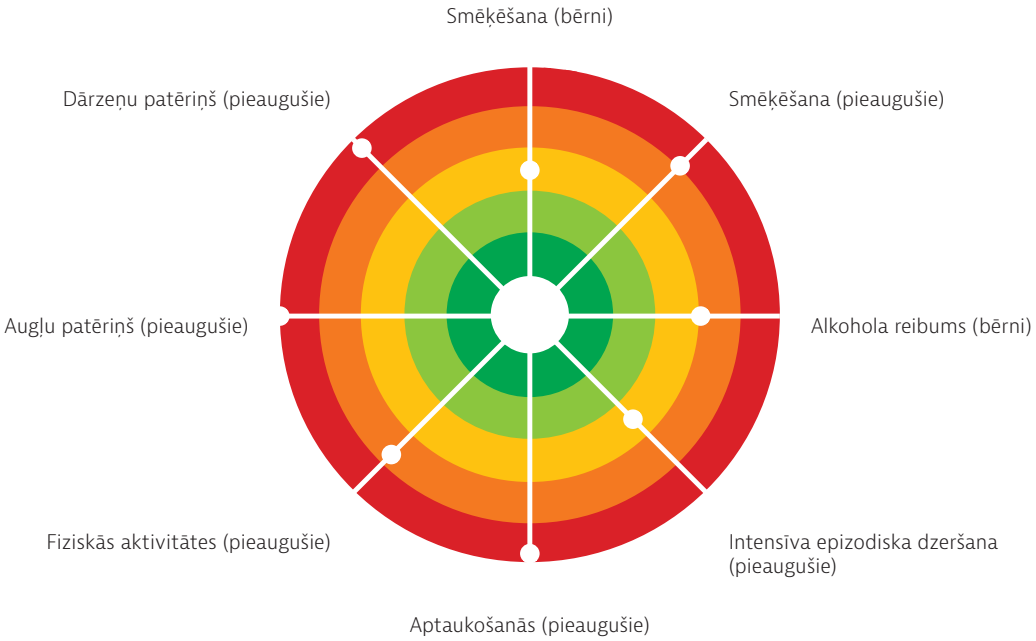
Piezīme. Kopējais ar šiem riska faktoriem saistīto nāves gadījumu skaits (14 000 nāves gadījumu) ir mazāks nekā summa, kas rodas, saskaitot kopā nāves gadījumu skaitu katrā atsevišķā riska faktorā (17 000 nāves gadījumu), jo viens nāves gadījums var būt saistīts ar vairākiem riska faktoriem. Ar uzturu saistītie riski ietver 14 komponentus, piemēram, mazu augļu un dārzeņu patēriņu un lielu cukuroto dzērienu un sāls patēriņu.
Avots: IHME (2018. gads), Global Health Data Exchange (aplēses par 2017. gadu).

Latvijā smēķē vairāk vīriešu nekā vairumā ES valstu

Smēķēšana aizvien ir viena no galvenajām sabiedrības veselības problēmām Latvijā. 2014. gadā ikdienā smēķēja katrs ceturtais pieaugušais, salīdzinot ar katru piekto pieaugušo visā ES (7. attēls). Tomēr vidējais rādītājs ietver lielu atšķirību starp dzimumiem, jo smēķējošu vīriešu rādītājs ir gandrīz divreiz lielāks nekā smēķējošu sieviešu rādītājs (37 % salīdzinājumā ar 15 %). Ikdienā smēķējošu vīriešu īpatsvars ir otrs lielākais ES, lai gan kopš 2008. gada tas ir samazinājies par aptuveni desmit procentpunktiem.

Arī smēķējošu pusaudžu rādītājs ir ļoti augsts. 2011. gadā vairāk nekā 40 % 15 un 16 gadus vecu jauniešu bija smēķējuši cigaretes iepriekšējā mēnesī; tajā laikā tas bija viens no visaugstākajiem smēķējošu pusaudžu rādītājiem ES. Lielās smēķēšanas izplatības mazināšana tiek īstenota, izmantojot Latvijas Sabiedrības veselības stratēģiju 2014.–2020. gadam, ar ko tika piešķirti līdzekļi veselības veicināšanas un lietošanas ierobežošanas pasākumiem (skatīt 5.1. sadaļu).

7. attēls. Vairāki ar uzvedību saistīti riska faktori Latvijā ir izplatītāki nekā vairumā ES valstu



Piezīme. Jo tuvāk centram atrodas punkts, jo labāki ir valsts rādītāji, salīdzinot ar citām ES valstīm. Neviena valsts neatrodas baltajā "mērķa zonā", jo visās valstīs visās jomās ir iespējams panākt papildu uzlabojumus.
Avots: ESAO aprēķini, pamatojoties uz ESPAD apsekojumu 2015. gadā un HBSC bērnu rādītāju apsekojumu 2013.–2014. gadā; EU-SILC 2017. gada, EHIS 2014. gada dati un ESAO veselības datu statistika 2019. gadā par pieaugušo rādītājiem.

Latvijā ilgstoša problēma ir pārmērīga alkohola lietošana

Latvijā ir lielāks alkohola patēriņš uz vienu iedzīvotāju nekā vairumā citu ES valstu — 11,2 litri gadā salīdzinājumā ar 9,9 litriem gadā ES 2017. gadā. 2014. gadā intensīvas epizodiskas dzeršanas (jeb pļēgurošanas[1]) īpatsvars vismaz vienu reizi mēnesī iepriekšējā gadā kopā bija 19 %, taču vīriešu vidū tas sasniedza 33 %: piecus procentpunktus virs ES vidējā rādītāja.

Alkohola lietošana pusaudžu vidū Eiropā aizvien ir ļoti izplatīta, lai gan pēdējos gados vairākās valstīs ir samazinājies pļēgurošanas īpatsvars 15–16 gadus vecu jauniešu vidū. Līdzīgs samazinājums ir novērots Latvijā, kur aptuveni 28 % 15 gadus vecu jauniešu bija vairākkārt bijuši alkohola reibumā iepriekšējā mēnesī 2013. un 2014. gadā, attiecīgi par 44 % mazāk nekā 2005. un 2006. gadā. Pļēgurošana ir jo īpaši satraucoša, jo tā ir saistīta ar paaugstinātu negadījumu un traumu risku, kā arī negatīvi ietekmē pusaudžu sniegumu izglītības un sociālajā jomā.

Lai gan 2005. gadā Latvijā tika izstrādāta trīsgadu stratēģija alkohola jomā, nepietiekamais finansējums neļāva to īstenot pilnībā. Tomēr daži pasākumi, kuru mērķis bija ierobežot alkohola pieejamību un pieprasījumu, piemēram, ierobežots alkohola tirdzniecības laiks ārpus tirdzniecības telpām un būtisks akcīzes nodokļa pieaugums, daļēji tika īstenoti. 2012. gadā tika pieņemts arī rīcības plāns alkohola jomā 2012.–2014. gadam. Visbeidzot, 2019. gadā Veselības ministrija nāca klajā ar rīcības plānu alkohola patēriņa samazināšanai un alkohola atkarības ierobežošanai 2020.–2022. gadā (skatīt 5.1. sadaļu).

Aptaukošanās līmenis turpina paaugstināties

Aptaukošanās līmenis Latvijā ir daudz augstāks par ES vidējo rādītāju. 2017. gadā vairāk nekā 21 % pieaugušo cieta no aptaukošanās; tas ir par vairāk nekā sešiem procentpunktiem virs ES vidējā rādītāja un trešais augstākais rādītājs ES. Slikti uztura paradumi ir viens no faktoriem, kas izskaidro šo augsto rādītāju Latvijā: 2017. gadā gandrīz divi no trim pieaugušajiem (65 %) patērēja mazāk par vienu porciju augļu dienā un vairāk nekā puse (56 %) patērēja mazāk nekā vienu dārzeni dienā (7. attēls). Turklāt tikai trīs no pieciem pieaugušajiem katru nedēļu nodarbojās ar vismaz mērenas intensitātes fiziskajām aktivitātēm.

Sociālekonomiskā nevienlīdzība veicina veselības riskus

Latvijā daudzi ar uzvedību saistītie riska faktori ir izplatītāki tādu cilvēku vidū, kam ir zemāks izglītības un ienākumu līmenis. 2014. gadā ikdienā smēķēja gandrīz ceturtdaļa pieaugušo (24 %), kas nebija ieguvuši vidējo izglītību, salīdzinājumā ar tikai 14 % pieaugušo ar augstāko izglītību — ienākumu plaisa ir daudz lielāka nekā ES kopumā. Aptaukošanās līmeņa atšķirības atkarībā no izglītības līmeņa ir mazākas: 2017. gadā no aptaukošanās cieta 20 % cilvēku, kas nebija ieguvuši vidējo izglītību, un līdzīgs īpatsvars (19 %) cilvēku, kas bija ieguvuši augstāko izglītību. Dažu riska faktoru lielāka izplatība sociāli nelabvēlīgajās grupās veicina veselības un paredzamā mūža ilguma atšķirības.

1: Pļēgurošana ir sešu vai vairāk alkoholisko dzērienu patērēšana vienā reizē pieaugušajiem un piecu vai vairāk alkoholisko dzērienu patērēšana pusaudžiem.

4 Veselības aprūpes sistēma

Latvijā darbojas nacionālā veselības dienesta administrēta veselības aprūpes sistēma

Latvijā ir nacionālā veselības dienesta (NVD) administrēta sistēma ar vispārēju iedzīvotāju aptvērumu, veselības aprūpe tiek finansēta no vispārējiem nodokļiem, pastāv pircēju un pakalpojumu sniedzēju nodalījums un ir gan valsts, gan privātie pakalpojumu sniedzēji. NVD tika izveidots 2011. gadā pēc 20 gadus ilgiem eksperimentiem ar sociālo veselības apdrošināšanu laikā pēc Latvijas neatkarības atgūšanas.

2017. gadā valdība pieņēma likumu par jaunas obligātas veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešanu, lai palielinātu veselības aprūpei paredzētos ieņēmumus. Šajā sistēmā tiesības saņemt pilnu pakalpojumu grozu būtu saistītas ar sociālās veselības apdrošināšanas iemaksu veikšanu. Tomēr 2019. gadā reforma tika atcelta, pamatojoties uz to, ka tā mazinātu taisnīgumu un veselības aprūpes pieejamību (skatīt 1. izcēlumu).

1. izcēlums. 2019. gadā Latvijas valdība atcēla reformu, ar ko izveidoja dalītu veselības aprūpes sistēmu

Ar 2017. gada decembrī apstiprināto veselības aprūpes finansēšanas likumu bija paredzēts mazināt pastāvīgi nepietiekamo veselības aprūpes sistēmas finansēšanu un līdz 2020. gadam palielināt valsts finansēto veselības nozares budžetu līdz 4 % no IKP. Tas noteica, ka no 2019. gada veselības aprūpes pakalpojumu grozs būtu sadalīts divās daļās. Minimālajā valsts apmaksātajā pakalpojumu grozā, kas būtu pieejams visiem iedzīvotājiem, būtu neatliekamā medicīniskā palīdzība , primārā aprūpe, grūtnieču aprūpe, psihiatriskā palīdzība, infekcijas slimību ārstēšana un zāļu kompensācija. Pilnais veselības aprūpes pakalpojumu grozs būtu pieejams tikai tiem iedzīvotājiem, kas veiktu atbilstošas sociālās apdrošināšanas iemaksas.

Tomēr 2019. gada jūnijā jaunais parlamenta sastāvs likumā pieņēma grozījumus un atlika veselības aprūpes finansēšanas reformas ieviešanu līdz 2021. gadam, pamatojoties uz to, ka sākotnēji apsvērtā divu grozu sistēma lielai daļai iedzīvotāju ierobežotu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem. Tādējādi 2018., 2019. un 2020. gadā visiem Latvijas iedzīvotājiem neatkarīgi no veiktajām veselības apdrošināšanas iemaksām ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros.

Jaunais parlamenta sastāvs arī uzdeva Ministru kabinetam līdz 2020. gada martam izstrādāt un iesniegt jaunu likumprojektu par pilnas valsts apmaksātās veselības aprūpes paketes un visaptverošas valsts obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu.

Centrālā valdība stingri kontrolē veselības aprūpes sistēmu

Veselības ministrija atbild par valsts veselības aprūpes politikas un reglamentējošo noteikumu izstrādi un veselības aprūpes sistēmas organizāciju un darbību kopumā. Ministrija arī regulē ar sabiedrības veselību saistītās darbības, savukārt Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) koordinē un veic darbības valsts un vietējā līmenī veselības veicināšanas un slimību profilakses jomā. Pašvaldībām ir ierobežota loma, taču tās nodrošina piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem saviem iedzīvotājiem, veselības veicināšanas un profilakses darbību veikšanu un ilgtermiņa aprūpes pakalpojumu organizāciju un sniegšanu. NVD ir galvenais valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu pircējs Latvijā, un tas atbild par Veselības ministrijas izstrādātās politikas īstenošanu.

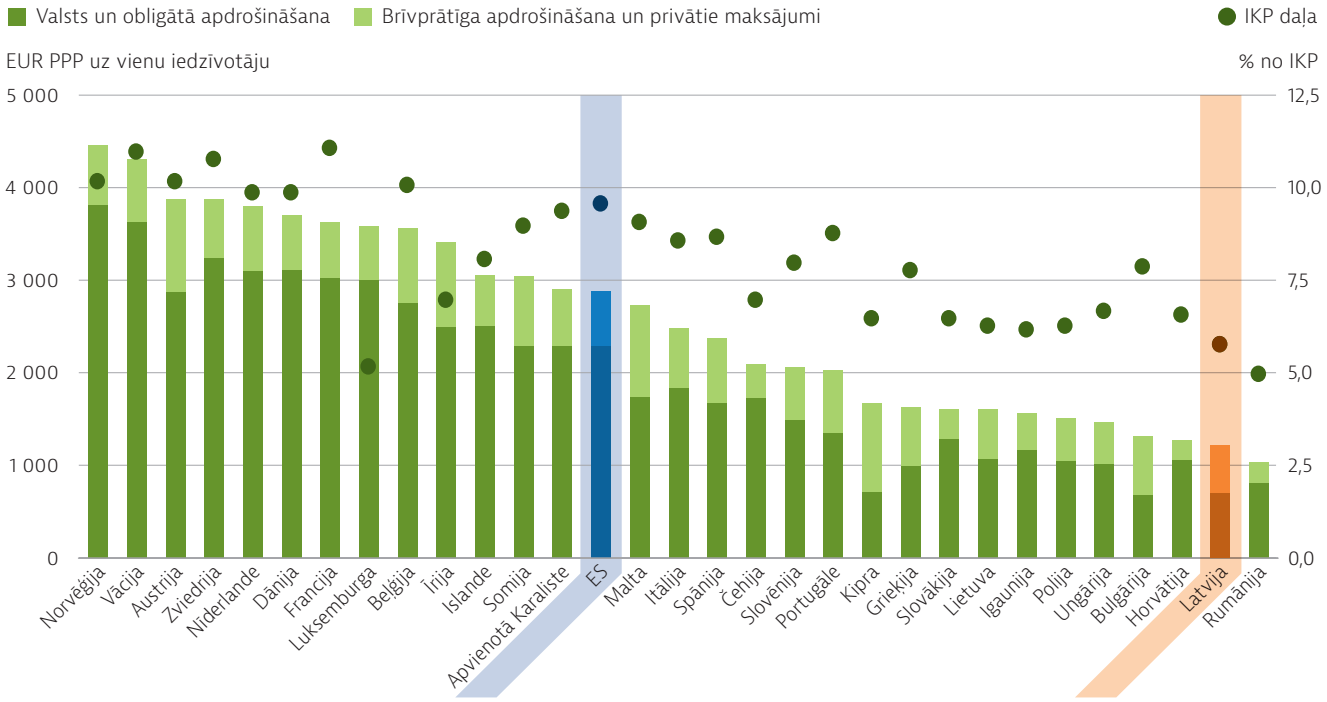
NVD pasūtītos primārās aprūpes pakalpojumus galvenokārt sniedz privāti ģimenes ārsti (ĢĀ), kas ir neatkarīgi profesionāļi. ĢĀ saņem atlīdzību no kapitācijas naudas, maksas par pakalpojumiem, fiksētiem maksājumiem prakses uzturēšanai un kopš 2013. gada no kvalitātes maksājumu shēmas. Ārsti speciālisti praktizē vai nu kā neatkarīgi profesionāļi, vai kā darbinieki ambulatorajās iestādēs un slimnīcās. Ambulatorajiem speciālistiem maksā fiksētu likmi par saslimšanas gadījumu un sniegtajām manipulācijām

Lielākā daļa slimnīcu pieder valstij un pašvaldībām Maksājumu sistēmas caurspīdība slimnīcās ir diezgan ierobežota. 2015. gadā tika ieviesta slimnīcu maksājumu sistēma, kuras pamatā bija diagnozei piesaistītas grupas, taču tās īstenošana tika atlikta, un pašlaik sistēma tiek izmantota vienīgi tādēļ, lai sniegtu informāciju kopējā budžeta veidošanas procesā.

Pēdējā laikā izdevumi ir palielinājušies, tomēr Latvijas veselības aprūpes sistēmas finansējums aizvien ir nepietiekams

Kopš 2010. gada Latvijā veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju ir palielinājušies par 45 %, tomēr tas aizvien ir otrs zemākais rādītājs ES pēc Rumānijas, un 2017. gadā šie izdevumi bija 1213 EUR (8. attēls). Kopš 2014. gada ir palielinājusies veselības aprūpei paredzētā IKP proporcionālā daļa, taču ar 6,0 % 2017. gadā tā aizvien bija ļoti maza, salīdzinot ar ES vidējo rādītāju (9,8 %), un par 0,5 procentpunktiem mazāka nekā pārējās Baltijas valstīs. Turklāt 2017. gadā tikai 57,3 % veselības aprūpes izdevumu tika finansēti no valsts līdzekļiem — trešais mazākais rādītājs ES un daudz mazāks nekā kaimiņvalstīs (66,5 % Lietuvā un 74,7 % Igaunijā).

8. attēls. Latvijā veselības aprūpes izdevumi ir palielinājušies, tomēr aizvien ir vieni no mazākajiem ES



Avots: ESAO 2019. gada veselības statistika (dati par 2017. gadu).

Izdevumi ir pārvirzīti uz ambulatoro aprūpi, tomēr aizvien paļaušanās uz slimnīcu sektoru ir pārāk liela

Vairākas Eiropas valstis ir paziņojušas par saviem plāniem pārvirzīt aprūpes sniegšanu ārpus stacionārās aprūpes. Latvija ir viena no nedaudzajām valstīm, kas ir palielinājusi izdevumu daļu ambulatorajai aprūpei — par gandrīz 20 % kopš 2010. gada: no 27 % līdz 32 % no kopējā izdevumu apjoma. Pēdējos gados ir būtiski samazināts kopējais visu lielumu slimnīcu skaits (no 156 1997. gadā līdz 63 2017. gadā), un tas ir ietekmējis slimnīcas gultu skaitu uz 1000 iedzīvotājiem. Laikposmā no 2005. līdz 2016. gadam šis rādītājs Latvijā samazinājās straujāk nekā ES kopumā — no 7,9 2005. gadā līdz 5,6 2017. gadā, taču 2017. gadā tas aizvien bija lielāks nekā ES vidējais rādītājs, kas bija 5,0.

Jaunāko reformu mērķis bija koncentrēt specializēto aprūpi mazākā skaitā slimnīcu, izveidojot "stratēģiskā iepirkuma" sistēmu, kurā NVD slēdz līgumus par mazāku skaitu slimnīcas pakalpojumu, lai veicinātu pāreju no stacionārās aprūpes uz ambulatoro vai dienas aprūpi. Tajā pašā laikposmā primārajā aprūpē sniegto veselības aprūpes pakalpojumu skaits būtiski pieauga: tādu veselības aprūpes iestāžu skaits, kas sniedz ambulatoros pakalpojumus, pieauga no 1127 līdz 3667, primārās veselība aprūpes prakšu skaits (ĢĀ, pediatri, iekšķīgo slimību ārsti) pieauga no 361 līdz 1239, un citu ambulatoro medicīnas aprūpes iestāžu skaits pieauga no 75 līdz 956.

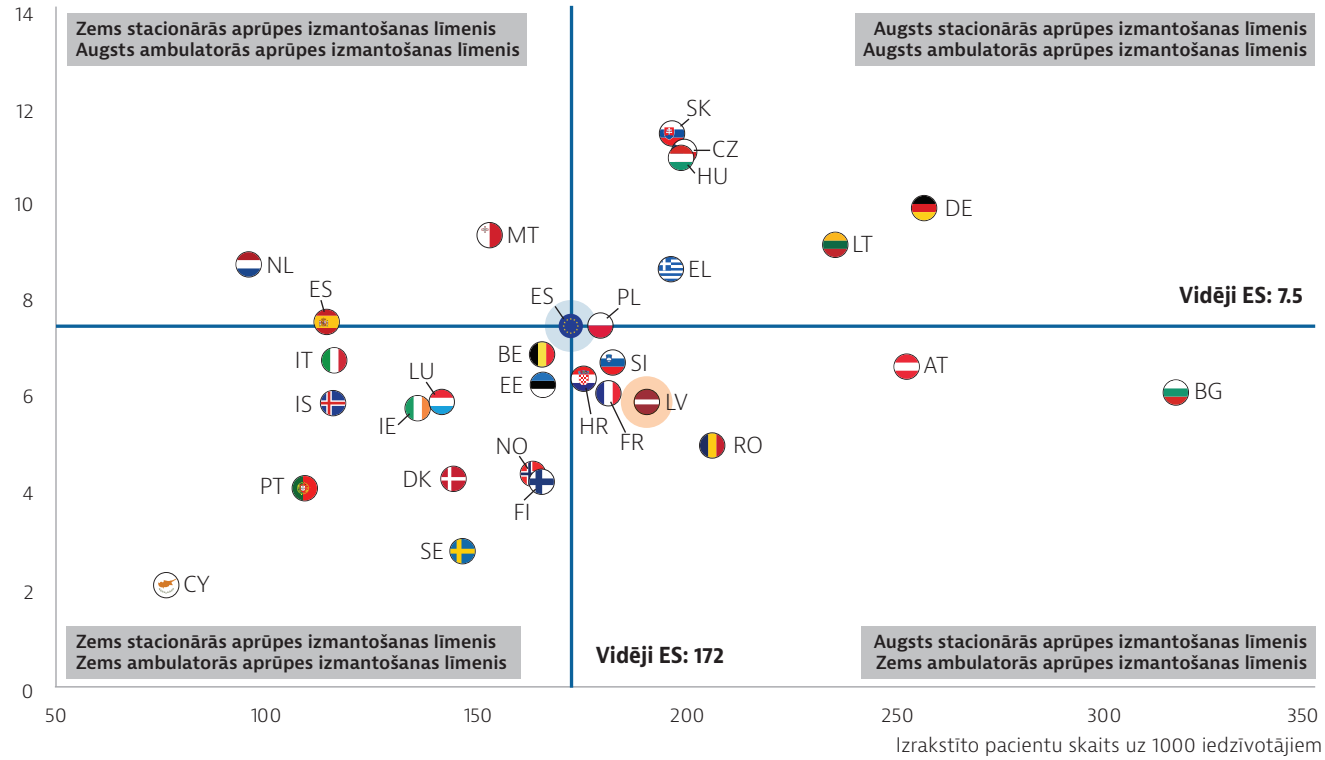
Tomēr neatkarīgi no šīm izmaiņām Latvijas veselības aprūpes sistēma aizvien ir ļoti lielā mērā vērsta uz slimnīcu pakalpojumiem un uzturēšanu. 2017. gadā gultu noslodze (71 %) bija mazāka nekā ES vidējais rādītājs (77 %), kas liecina par pastāvīgu slimnīcu jaudas pārpalikumu. Arī izrakstīto pacientu skaits aizvien bija lielāks nekā vidēji ES (9. attēls), kas liecina par iespējām uzlabot slimību kontroli primārajā aprūpē (skatīt 5.3. sadaļu), un kopš 2012. gada nav samazinājies vidējais uzturēšanās ilgums slimnīcā — 8,4 dienas, kas ir nedaudz ilgāk nekā vidēji ES — 7,9 dienas.

Liela daļa veselības aprūpes līdzekļu proporcionāli tiek tērēti zālēm un medicīniskajām ierīcēm

2017. gadā zālēm un medicīniskām ierīcēm tika iztērēts aptuveni 31 % Latvijas veselības aprūpes budžeta; tas ir daudz vairāk nekā ES vidējais rādītājs 18 %. Tomēr absolūtos skaitļos farmaceitiskie izdevumi Latvijā bija par trešdaļu mazāki nekā vidēji ES (378 EUR uz vienu cilvēku, salīdzinot ar 522 EUR ES). Lai gan veselības aprūpes izdevumu daļas, kas atvēlētas ambulatorajai un stacionārajai aprūpei, bija līdzīgas ES vidējiem rādītājiem (2017. gadā gandrīz 30 % abām), ilgtermiņa aprūpei paredzēto izdevumu daļa bija daudz mazāka (5 % pretstatā 16 % ES; 10. attēls).

9. attēls. Neraugoties uz progresu, Latvijas veselības aprūpes sistēma aizvien ir ļoti lielā mērā vērsta uz slimnīcu sektoru

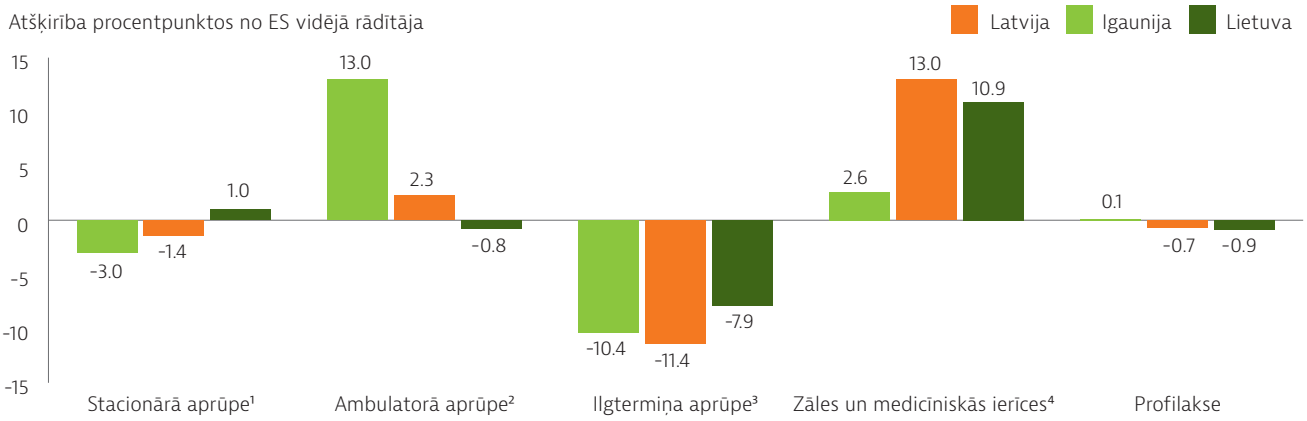
Ārstu konsultāciju skaits uz vienu iedzīvotāju



Piezīme. Dati par ārstu konsultācijām attiecībā uz Grieķiju un Maltu ir aplēses.
Avots: Eurostat datubāze; ESAO veselības statistika (dati par 2016. gadu vai tuvāko gadu).

10. attēls. Latvijas veselības aprūpes izdevumu sadalījums atšķiras no ES vidējā un citu Baltijas valstu rādītājiem

Atšķirība procentpunktos no ES vidējā rādītāja



Piezīme. Administrācijas izmaksas nav iekļautas. 1. Iekļauta dziednieciskā rehabilitācija slimnīcā un citās iestādēs. 2. Iekļauta aprūpe mājās. 3. Iekļauts tikai ambulatorais tirgus. 4. Iekļauts tikai veselības komponents.
Avots: ESAO 2019. gada veselības statistika, Eurostat datubāze (dati par 2017. gadu).

Privātie veselības aprūpes izdevumi ir trešie lielākie ES

Latvijā ir ļoti lieli privātie veselības aprūpes izdevumi[2] — 2017. gadā tie bija 41,8 % visu izdevumu, kas bija gandrīz trīs reizes vairāk nekā vidēji ES. Šo salīdzinoši lielo veselības aprūpes sistēmas finansējuma atkarību no privātajiem izdevumiem var izskaidrot ar lielo finansējuma trūkumu, kā arī ierobežoto pakalpojumu groza tvērumu. Lielāko daļu hospitalizācijas izdevumu finansē valsts, tomēr valsts finansējums ambulatorajai medicīniskajai aprūpei, zālēm, medicīniskām ierīcēm un zobārstniecībai ir daudz ierobežotāks nekā citās ES valstīs (ESAO/ES, 2018. gads). Tāpēc pacientiem ir jāsedz liela veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu proporcionālā daļa, tostarp vizītes pie speciālista, uzturēšanās slimnīcā un recepšu zāles (skatīt 5.2. sadaļu).

Veselības aprūpes darbinieku trūkumu pastiprina to nevienlīdzīgais ģeogrāfiskais izvietojums

Latvijā ļoti liela daļa veselības aprūpes nozares darbinieku ir koncentrējušies pilsētās, tāpēc rodas jautājumi par aprūpes taisnīgumu un pieejamību lauku iedzīvotājiem (skatīt 11. attēlu un 5.2. sadaļu). Turklāt, lai gan Latvijā praktizējošo ārstu skaits — 3,2 ārsti uz 1000 iedzīvotājiem — ir nedaudz mazāks par ES vidējo rādītāju, medmāsu skaits ir uz pusi mazāks nekā ES vidējais rādītājs.

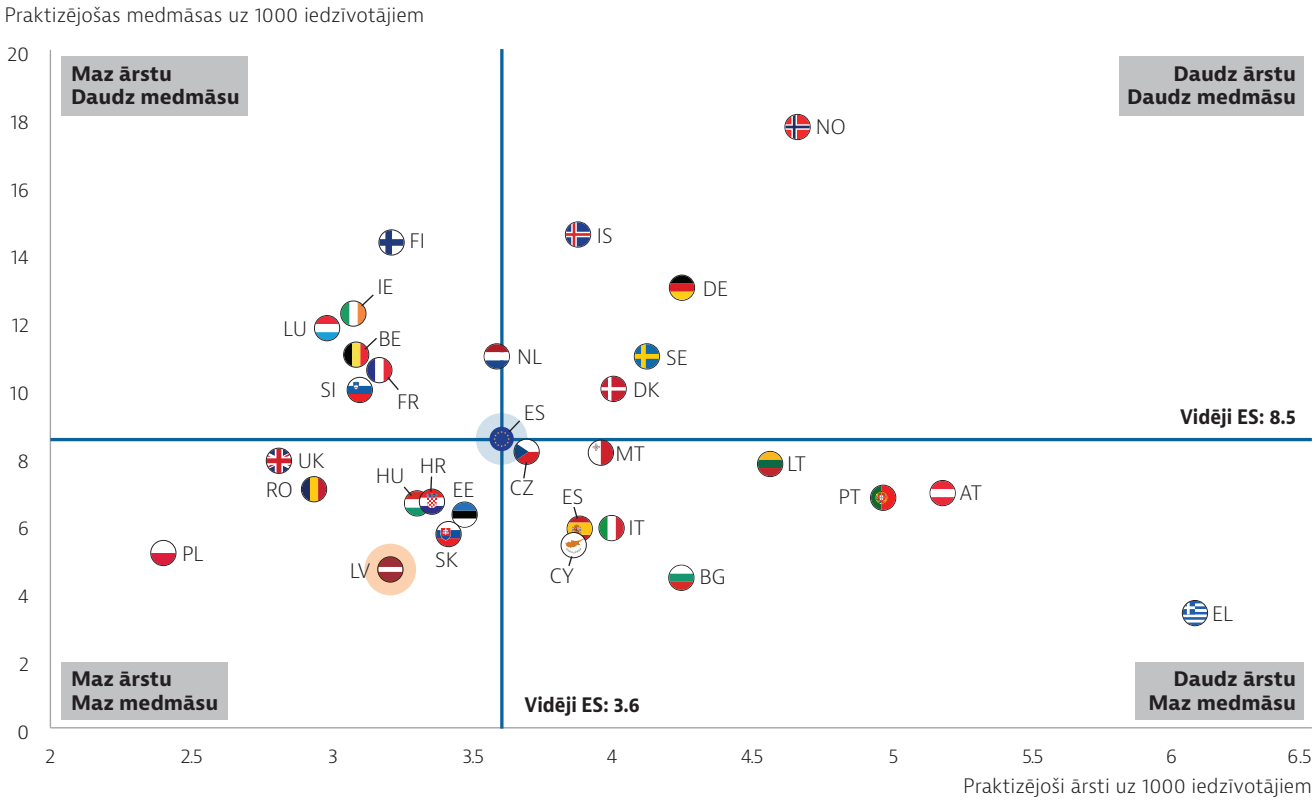
2008. un 2009. gada ekonomikas krīzes laikā lielo budžeta ierobežojumu dēļ veselības aprūpes nozares darbiniekiem tika samazinātas algas un ārstu un medmāsu darbavietas tādējādi radot problēmas ar darbaspēka palikšanu veselības aprūpes nozarē (Figure 12). Pēdējos gados valdība ir veikusi pasākumus šā trūkuma samazināšanai. Tie ietver ārstu algu palielinājumu 2018. gadā un plānotu papildu 20 % palielinājumu katru gadu 2019.–2021. gadā. Plānotie papildu pasākumi ietver atbalstu medicīniskās izglītības turpināšanai, ļaujot nepraktizējošiem ārstiem atgriezties darbā, un papildu samaksu veselības aprūpes nozares darbiniekiem par virsstundām (Eiropas Komisija, 2019a). No 2018. gada arī ES finansētā projekta ietvaros paredzēt finansiāls atbalsts ar mērķi piesaistīt ārstus darbam reģionos ārpus Rīgas. Kopš 2019. gada jūlija šādu finansiālu atbalstu ir saņēmuši 315 ārsti. Atbalsta saņēmēji ir dažādu specialitāšu ārsti, kā arī ārstu palīgi, medmāsas, medmāsu palīgi, vecmātes un fizioterapeiti.

Vispārējo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana tiek reglamentēta galvenokārt ar līgumiem starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un NVD. Ambulatorās un stacionārās aprūpes gadījumā NVD ir kvotu sistēma, kuras ietvaros vienā gadā tiek iegādāts tikai noteikts pakalpojumu skaits atkarībā no pieejamā budžeta. Darbojas daļēja pacientu nosūtīšanas sistēma, kurā pacientiem ir vajadzīgs ĢĀ nosūtījums, lai varētu piekļūt vairumam sekundāro ambulatoro un stacionāro pakalpojumu, ar dažiem izņēmumiem (piemēram, ginekoloģijā).

Valsts veselības aprūpes pakalpojumu ģeogrāfiskā sadalījuma lielā nelīdzsvarotība, ilgais gaidīšanas laiks un lielie pacientu līdzmaksājumi ir izraisījuši būtisku paralēlā privātā veselības aprūpes sektora izplešanos. Laikposmā no 2000. līdz 2016. gadam privāto maksas slimnīcas gultu skaits pieauga no 3,3 % līdz 10 %.

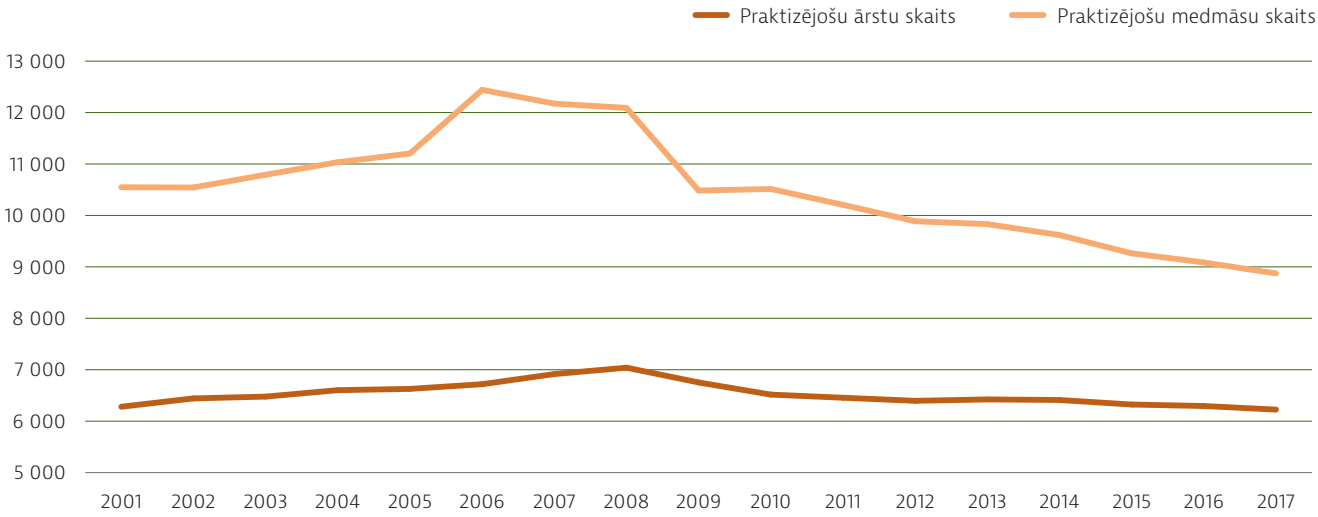
2: Privātie izdevumi ietver tiešos maksājumus, līdzmaksājumu par pakalpojumiem, kas nav ietverti pakalpojumu grozā , un neoficiālos maksājumus.

11. attēls. Veselības aprūpes nozares darbinieku trūkums ir liela Latvijas veselības aprūpes sistēmas problēma



Piezīme. Dati par Portugāli un Grieķiju attiecas uz visiem ārstiem, kuri ir licencēti praktizēt, tādēļ praktizējošo ārstu skaits tiek būtiski pārvērtēts (piemēram, par aptuveni 30 % Portugāles gadījumā). Medmāsu skaits Austrijā un Grieķijā ir novērtēts pārāk zemu, jo tajā ietverts tikai slimnīcu personāls.
Avots: Eurostat datubāze (dati par 2017. gadu vai tuvāko gadu).

12.attēls. 2008. – 2009. gada ekonomiskās krīzes dēļ samazinājās ārstu un medmāsu nodarbinātība



Avots: EDSO veselības statistika 2019.Reaģējot uz grūtībām piekļūt valsts sistēmai, aug privātais sektors

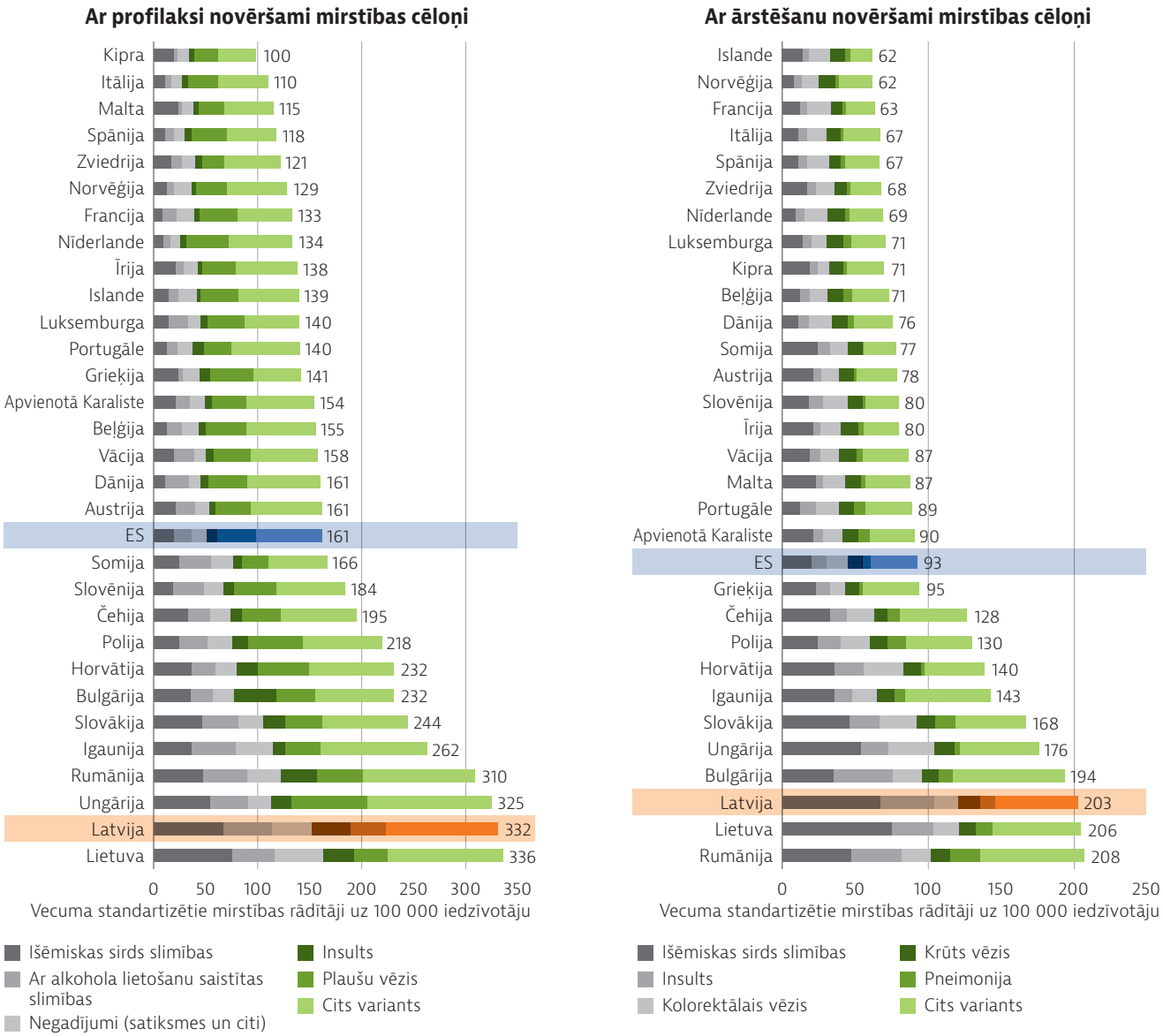
5 Veselības aprūpes sistēmas darbības rezultāti

5.1. Efektivitāte

Latvijā daudzus nāves gadījumus varētu novērst ar labāku profilaksi un veselības aprūpi

2017. gadā Latvijā bija otrs lielākais ar profilaksi novēršamās mirstības rādītājs un trešais augstākais ar ārstēšanu novēršamās mirstības rādītājs ES (13. attēls). 2017. gadā varēja novērst gandrīz 6000 nāves gadījumu ar efektīvākiem profilakses pasākumiem un vēl 3500 nāves gadījumu – ar piemērotāku un savlaicīgāku veselības aprūpi. Tas liecina par būtisku nepieciešamību izstrādāt efektīvāku valsts veselības aprūpes politiku, veikt veselības aprūpes sistēmas reformu un uzlabot veselības aprūpes sistēmas kvalitāti.

13. attēls. Latvijā ir viens no visaugstākajiem ar profilaksi novēršamas mirstības un ar ārstēšanu novēršamās mirstības rādītājiem ES



Piezīme. Ar profilaksi novēršama mirstība ir tādi nāves gadījumi, kurus varētu novērst galvenokārt ar primārās profilakses pasākumiem. Mirstība ar ārstēšanu novēršamu (vai ietekmējamu) cēloņu dēļ ir nāves gadījumi, kurus varētu novērst galvenokārt ar veselības aprūpes pasākumiem, tostarp skrīningu un ārstēšanu. Abi rādītāji attiecas uz priekšlaicīgu mirstību (vecumā līdz 75 gadiem). Datu pamatā ir pārskatītie ESAO/Eurostat saraksti.
Avots: Eurostat datubāze (dati par 2016. gadu).

Latvija mēģina cīnīties pret slimībām, ko izraisa ar uzvedību saistīti riski

Asinsrites sistēmas slimības joprojām ir biežākais nāves cēlonis Latvijā, un ar uzvedību saistīti riska faktori — alkohola lietošana, smēķēšana, slikts uzturs un mazkustīgs dzīvesveids — ir iesaistīti vairāk nekā 50 % nāves gadījumu (skatīt 2. un 3. sadaļu).

Pašlaik Latvija tērē 2,4 % sava veselības aprūpes budžeta sabiedrības veselības aprūpei un profilaksei; tas ir mazāk nekā 28 ES dalībvalstu vidējais īpatsvars – 3,1 %, taču daudz vairāk nekā vairākās citās Eiropas valstīs. Lai novērstu slimības, ko izraisa ar uzvedību saistīti riska faktori, Latvijas Sabiedrības veselības stratēģijā 2014.–2020. gadam ir piešķirti līdzekļi veselības veicināšanas pasākumiem saistībā ar dažādu vielu pārmērīgas lietošanas samazināšanu, veselīgu uzturu un fiziskajām aktivitātēm, tostarp izpratnes veicināšanu par uzturu skolās, un seksuālo un reproduktīvo veselību. Iesaistītajos bērnudārzos audzēkņi un iesaistītajās skolās 1.-9. klašu skolēni (vecumā no 6 līdz 14 gadiem) saņēma augļus, dārzeņus un pienu. Turklāt 2013. gadā tika sāktas un 2017. gadā turpinājās pret smēķēšanu vērstas kampaņas un sabiedrības informēšanas kampaņas par sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem.

Nesen tika pieņemti vairāki tiesību akti, kas aizliedz pārdot enerģijas dzērienus personām, kuras jaunākas par 18 gadiem, paredz maksimāli pieļaujamo transtaukskābju daudzumu pārtikas produktos un maksimālo alkoholisko dzērienu apjomu, aizliedz smēķēt bērnu un grūtnieču tuvumā, kā arī valsts un pašvaldību ēkās. Citu pret smēķēšanu vērstu pasākumu ietvaros Tabakas likums reglamentē tabakas reklamēšanu un tirdzniecību un paredz prasības uz tabakas iepakojumiem norādīt brīdinājumu par ietekmi uz veselību.

Veselības ministrija 2019. gada jūlijā nāca klajā ar trīsgadu rīcības plānu alkohola patēriņa un alkohola atkarības mazināšanai. Plāns paredz pilnībā aizliegt alkohola reklamēšanu televīzijā, radio un internetā, kā arī alkoholisko dzērienu pārdošanu degvielas uzpildes stacijās. Tajā paredzēts arī uzlabot alkohola atkarības ārstēšanas un rehabilitācijas pakalpojumus.

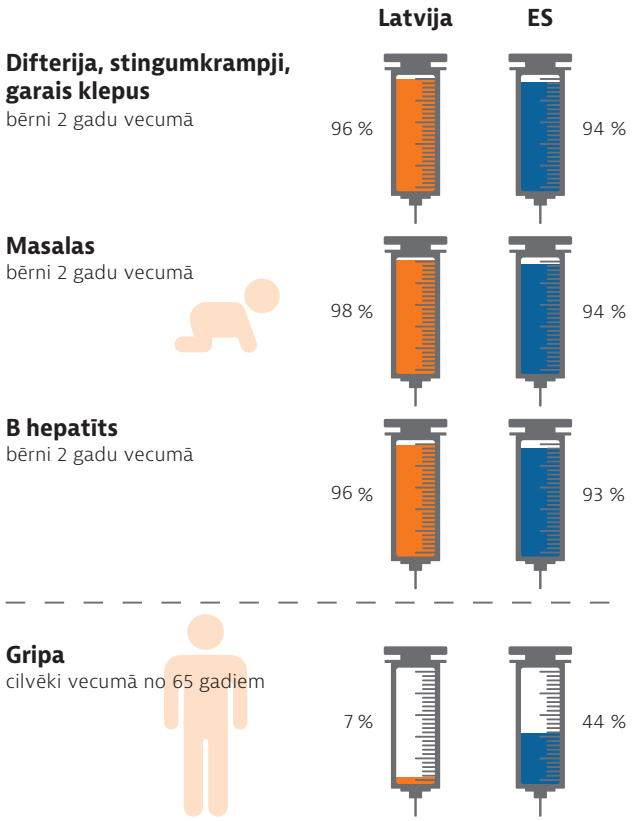
Latvijā ir ļoti augsts bērnu vakcinācijas aptvērums

Lai gan bērnu regulārā vakcinācija Latvijā nav obligāta, bērnu imunizācijas līmenis ir ļoti augsts un pārsniedz PVO ierosināto mērķi, proti, 95 % (14. attēls). Bērnu regulāro vakcināciju, kas iekļauta valsts pakalpojumu grozā, bez maksas nodrošina valsts. Cilvēkiem noteiktās riska grupās, piemēram, tiem, kas cieš no hroniskām elpceļu slimībām un hroniskām nieru slimībām, NVD sedz arī 50 % no sezonālās gripas vakcīnas izmaksām. Atlikušās izmaksas un administrācijas maksa jāsedz pašam pacientam (Rechel, Richardson & McKee, 2018).

Savukārt cilvēku, kas vecāki par 65 gadiem, sezonālās gripas vakcinācijas līmenis ir ļoti zems — 2017. gadā vakcinējušies bija tikai 7 % cilvēku; tas ir daudz mazāk gan par ES vidējo rādītāju 44 %, gan vēl jo vairāk par PVO noteikto 75 % mērķi. Tas varētu būt saistīts ar vakcīnas iegādes finansiālo slogu un administratīvajām izmaksām, taču ietekmējošs faktors varētu būt arī nepietiekamā informētība par gripas izraisīto ietekmi uz veselību un nepareizi pieņēmumi par vakcīnas drošību.

Par valsts imunizācijas programmas plānošanu, koordinēšanu un īstenošanas pārraudzību atbild SPKC. Tas arī nosaka vakcinācijas kalendāra izpildei nepieciešamo vakcīnu skaitu. Ir izveidota Imunizācijas valsts konsultatīvā padome, kuras mērķis ir izvērtēt ar vakcināciju saistītus jautājumus un atbildēt uz tiem, kā arī ieteikt jaunas vakcīnas.

14. attēls. Bērnu imunizācijas līmenis ir ļoti augsts, taču vecāka gadagājuma cilvēku imunizācijas līmenis ir ļoti zems



Piezīme. Dati ir par trešo devu pret difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu un B hepatītu un pirmo devu pret masalām.
Avots: PVO/UNICEF Global Health Observatory "Data Repository for children" (dati par 2018. gadu); ESAO 2019. gada veselības statistika un Eurostat datubāze par cilvēkiem vecumā no 65 gadiem (dati par 2017. gadu vai tuvāko gadu).

Pacientu mirstība 30 dienās pēc akūta miokarda infarkta un insulta ir visaugstākā ES

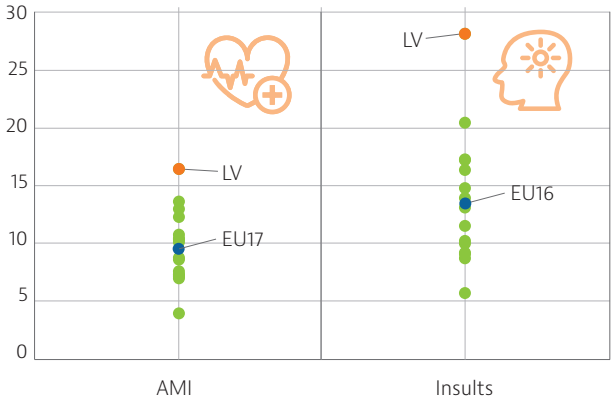
Mirstība pēc stacionēšanas akūtā stāvoklī ir kopīgs stacionārās aprūpes kvalitātes rādītājs. Pacientu mirstība 30 dienās pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu (AMI) vai insultu ataino aprūpes procesus, tostarp pacientu savlaicīgu nogādāšanu slimnīcā un efektīvu medicīnisko un ķirurģisko palīdzību. Šie divi rādītāji Latvijā ir visaugstākie, kādi ziņoti ES (15. attēls).

Vēža slimnieku ārstēšanas rezultāti uzlabojas, neraugoties uz ļoti zemo skrīninga līmeni

Lai gan daži vēža skrīninga rādītāji Latvijā uzlabojas, tie aizvien ir zemi, salīdzinot ar ES standartu. 2017. gadā tikai aptuveni 44 % sieviešu vecumā no 50 līdz 69 gadiem bija veikts krūts vēža skrīnings iepriekšējos divos gados (16. attēls) un tikai aptuveni 39 % sieviešu bija veikts dzemdes kakla vēža skrīnings tajā pašā laikposmā, salīdzinot ar ES vidējo rādītāju 60 % abos gadījumos.

15. attēls. Latvijā pacientu mirstība 30 dienās pēc akūta stāvokļa ir vislielākā Eiropā

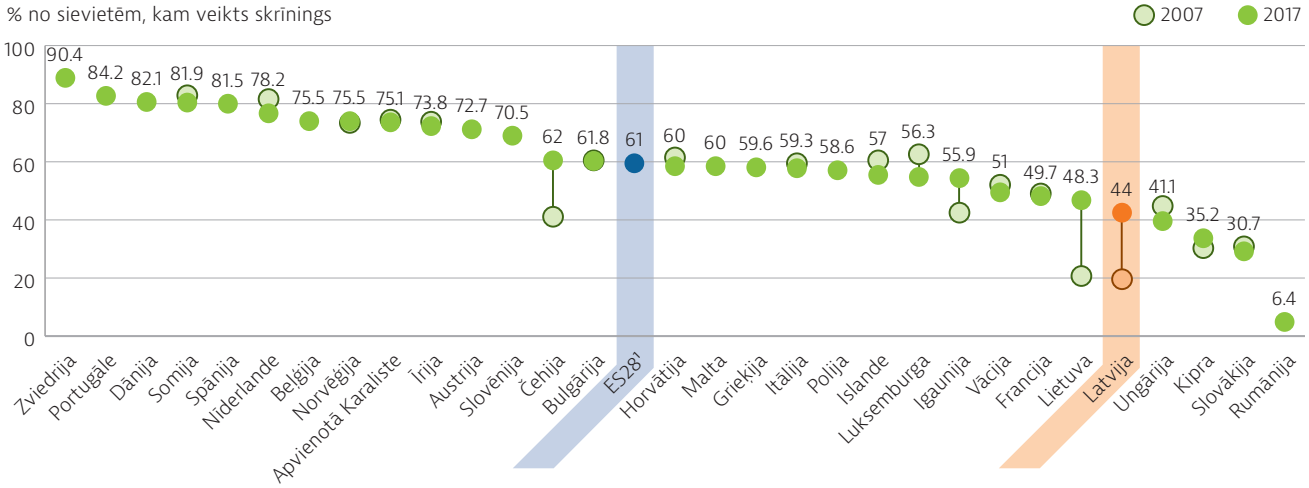
30 dienu mirstības rādītājs uz 100 stacionētiem pacientiem



Piezīme. Rādītāju pamatā ir dati par pacientiem, kas stacionēti ar AMI un išēmisko insultu vecumā no 45 gadiem, un tie ir sadalīti pēc vecuma un dzimuma atbilstīgi ESAO 2010. gada iedzīvotāju sadalījumam.
Avots: ESAO 2019. gada veselības statistika (dati par 2017. gadu vai tuvāko gadu).

16. attēls. Krūts vēža skrīninga rādītājs ir uzlabojies, taču aizvien ir viens no zemākajiem ES

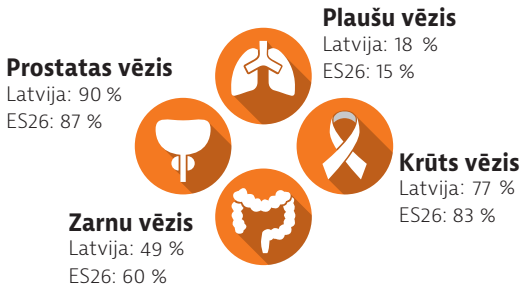
% no sievietēm, kam veikts skrīnings



Piezīme. 1. ES 28 dalībvalstu svērto vidējo rādītāju ir aprēķinājusi ESAO.
Avots: ESAO 2019. gada veselības statistika un Eurostat datubāze (kopīga aptauja par nemonetāru veselības aprūpes statistiku).

Tomēr pēdējos desmit gados vēža slimnieku aprūpes kvalitāte ir uzlabojusies, un tagad tā ir līdzīga kā vairumā ES valstu — piecu gadu izdzīvošanas rādītājs pēc diagnozes noteikšanas vairumā vēža veidu tuvojas citu ES dalībvalstu rādītājiem un dažos gadījumos pat nedaudz tos pārsniedz (17. attēls).

17. attēls. Latvijā piecu gadu izdzīvošanas rādītāji pēc vēža diagnosticēšanas ir pielīdzināmi 26 ES dalībvalstu vidējiem rādītājiem



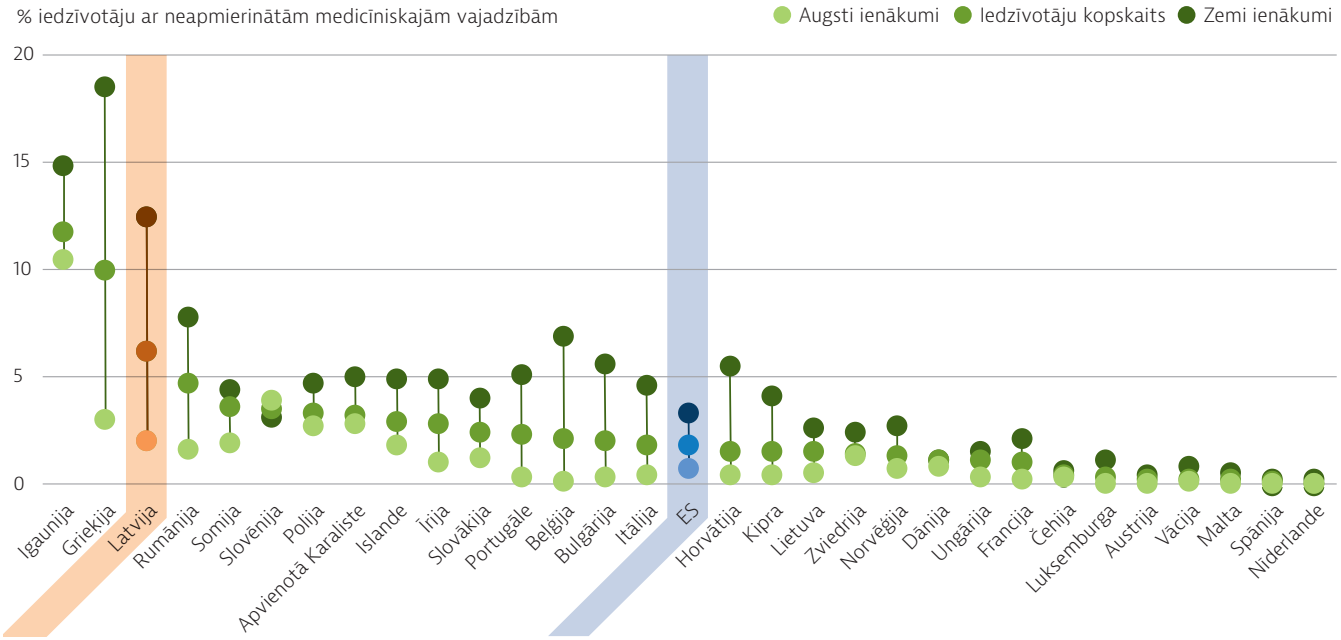
Piezīme. Dati ir par cilvēkiem, kam noteikta diagnoze laikposmā no 2010. līdz 2014. gadam.
Avots: CONCORD programma, Londonas Higiēnas un tropu medicīnas skola.

5.2. Pieejamība

Liela daļa iedzīvotāju nevar piekļūt aprūpei, kas tiem vajadzīga

To Latvijas iedzīvotāju proporcionālā daļa, kuru medicīniskās ārstēšanas vajadzības nav apmierinātas, ir viena no lielākajām Eiropā. 2017. gadā 6,2 % iedzīvotāju nesaņēma medicīnisko aprūpi izmaksu, attāluma vai gaidīšanas laika dēļ; tas ir daudz augstāks rādītājs nekā ES vidējais rādītājs 1,7 % (18. attēls). Turklāt piekļuves finansiālie šķēršļi nesamērīgi ietekmē iedzīvotāju grupas ar zemākiem ienākumiem. 2017. gadā Latvijas iedzīvotājiem zemākajā ienākumu kvintilē bija daudz augstāks medicīniskās un zobārstniecības aprūpes neapmierināto vajadzību līmenis (attiecīgi 9,9 % un 25,5 %) nekā cilvēkiem augstākajā ienākumu kvintilē (attiecīgi 0,9 % un 3,3 %).

18. attēls. Latvijā ir augsts ziņoto neapmierināto medicīnisko vajadzību līmenis

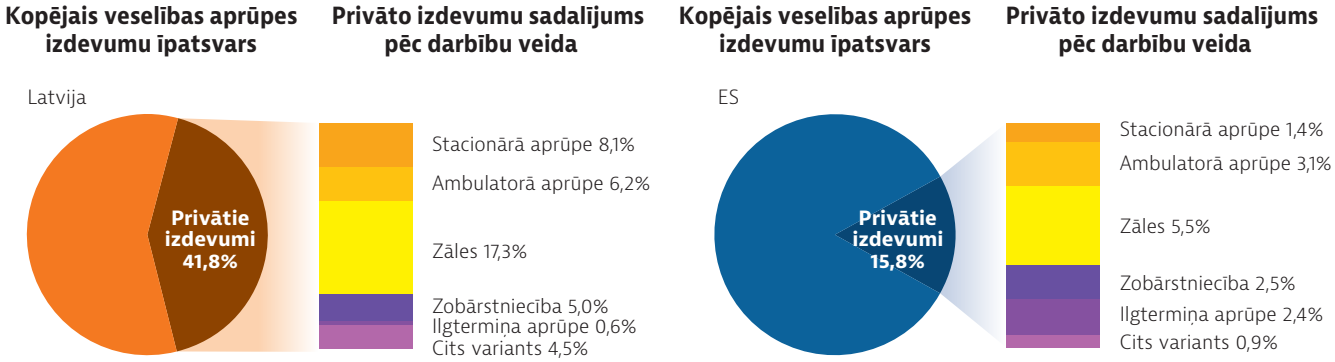


Piezīme. Dati attiecas uz neizpildītajām medicīnisko pārbaužu vai ārstēšanas vajadzībām izmaksu, attāluma vai gaidīšanas laika dēļ. Dažādu valstu dati jāsalīdzina uzmanīgi, jo atšķiras izmantotie apsekojuma instrumenti.
Avots: Eurostat datubāze, pamatojoties uz EU-SILC (dati par 2017. gadu).

Daudzi Latvijas iedzīvotāji ziņo par grūtībām samaksāt par veselības aprūpes pakalpojumiem

2017. gadā 61,9 % Latvijas iedzīvotāju un 72,8 % Latvijas mājsaimniecību ar zemiem ienākumiem izmantoja veselības aprūpes pakalpojumus, taču saskārās ar vidējām vai lielām grūtībām iespējā tos atļauties. Iespējams, tas ir tāpēc, ka Latvijā ir augsts privāto izdevumu līmenis: ar 42 % tas bija trešais augstākais līmenis ES (vidēji 16 %; 19. attēls), un tas ir būtiski palielinājies no aptuveni 35 % kopš 2000. gada vidus.

19. attēls. Latvijā privāto izdevumu īpatsvars veselības jomā ir gandrīz trīs reizes lielāks nekā vidēji ES



Avots: ESAO 2019. gada veselības statistika (dati par 2017. gadu).

Latvijā privātie izdevumi galvenokārt ir saistīti ar zālēm un medicīniskajām ierīcēm. NVD kompensēto zāļu saraksts ir salīdzinoši ierobežots, un tiek piemērota procentuālas kompensācijas sistēma (100 %, 75 % vai 50 % no noteiktās references produkta cenas), kā arī tiek piemērota receptes nodeva 0,71 EUR zālēm, tajā skaitā zālēm, kas tiek segtas 100 % apmērā. Ir paredzēti daži izņēmumi (piemēram, bērni un cilvēki ar zemiem ienākumiem), taču pēdējo gadu reformās tika atcelti dažādi ieviestie atbrīvojumi (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2018a). 2019. gadā plānots ieviest jaunus pasākumus, lai uzlabotu finansiālo piekļuvi zālēm, stingrāk regulējot cenas (skatīt 2. izcēlumu).

Ievērojamie pacientu personīgie izdevumi ierobežo piekļuvi veselības aprūpei, jo īpaši cilvēkiem ar zemiem ienākumiem. 2017. gadā Latvijā pacientu personīgie medicīniskās aprūpes izdevumi veidoja vairāk nekā 4 % mājsaimniecību patēriņa; tas ir gandrīz divas reizes vairāk nekā vidēji ES. Veselības aprūpes izdevumus kā katastrofālus 2013. gadā ziņoja gandrīz 13 % Latvijas iedzīvotāju[3] (20. attēls), kas liecina par būtisku pieaugumu, salīdzinot ar 10,6 % 2010. gadā, un tas ir otrs lielākais reģistrētais īpatsvars ES. Katastrofālie veselības aprūpes izdevumi lielā mērā attiecas uz nabadzīgākoiedzīvotāju kvintili. Ambulatoro zāļu izmaksas bija lielākais augsto privāto izmaksu iemesls visās ienākumu kvintilēs (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2018b).

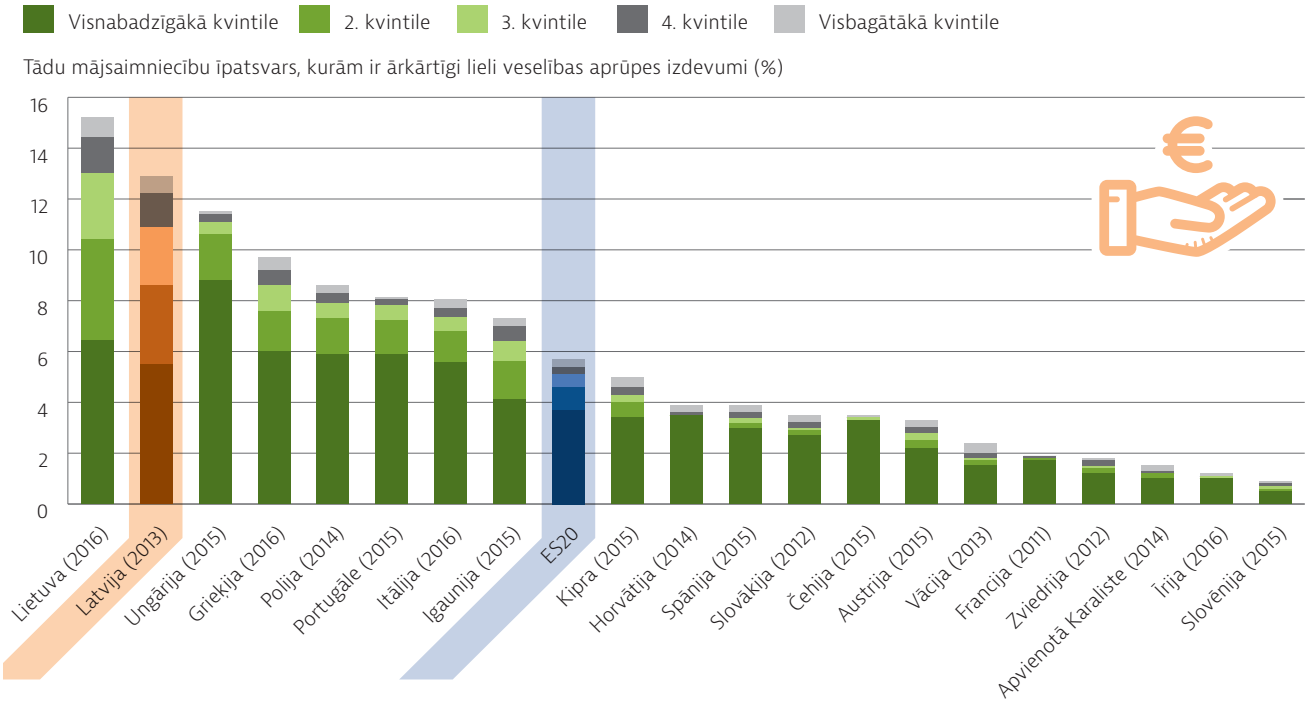
2. izcēlums. 2020. gadā tiks ieviesta pastiprināta ambulatoro zāļu cenu kontrole

Lai uzlabotu kompensējamo zāļu pieejamību, 2019. gada jūlijā Latvijas valdība apstiprināja grozījumus noteikumos par zāļu un medicīnisko ierīču kompensāciju, kuru mērķis ir samazināt zāļu izmaksas un pacientu līdzmaksājumus par kompensējamām zālēm, labāk kontrolējot cenas.

Saskaņā ar šo jauno regulējumu no 2020. gada aprīļa tiks ieviesti šādi pasākumi:

- tiks pārskatīta ārējās references cenu sistēma, mainot atsauces valstu grozu;
- tiks ieviests maksimālās cenas ierobežojums zālēm references grupā (dārgākās alternatīvas nedrīkstēs būt vairāk kā divas reizes dārgākas par lētākajām alternatīvām);
- zāļu izrakstīšanai pēc starptautiskā nepatentētā nosaukuma būs jāveido vismaz 70 % visu ārsta izrakstīto recepšu skaitā gadā;
- aptiekām būs obligāti jānodrošina lētāko zāļu alternatīvu krājumi zāļu references grupā.

20. attēls. Lielai proporcionālajai daļai iedzīvotāju ir ārkārtīgi lieli veselības aprūpes izdevumi



Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, 2019. gads.

3: Izdevumus uzskata par katastrofāliem tad, kad mājsaimniecības personīgie izdevumi veselības aprūpei pārsniedz 40 % no kopējiem mājsaimniecības neto pirmās nepieciešamības izdevumiem (t. i., pārtika, mājoklis un komunālie pakalpojumi).

Pabalstu pakete ir salīdzinoši maza, un to ierobežo kvotu sistēma

NVD pabalstu paketes apmēru nosaka skaidri iekļauto un izslēgto pakalpojumu skaits, un tas nav tik aptverošs kā vairumā citu ES valstu (ESAO/ES, 2018. gads). Pakalpojumi, kas ir skaidri izslēgti no paketes, ir zobārstniecība pieaugušajiem, daži rehabilitācijas un fizioterapijas pakalpojumi, redzes korekcija, dzirdes aparāti vecāka gadagājuma cilvēkiem, ūdensdziedniecības procedūras un grūtniecības pārtraukšana bez medicīniska vai sociāla pamatojuma (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2018b).

Turklāt neatkarīgi no pakalpojumu grozā iekļautajiem pakalpojumiem praktiska piekļuve speciālistu, ambulatorajiem un stacionārajiem pakalpojumiem ir ierobežota ikgadējo apjoma ierobežojumu vai kvotu dēļ. Tiklīdz ir izmantotas visas pakalpojuma sniedzēju NVD gada kvotas, pacientiem ir jāgaida līdz nākamajam gadam, kad kvotas tiks atjaunotas; tas var nozīmēt ilgu gaidīšanas laiku. Pacientiem, kuri nevēlas gaidīt vai vēlas saņemt pakalpojumus, ko nesedz NVD, pašiem jāsedz visas izmaksas vai jāizmanto brīvprātīgā veselības apdrošināšana. Līdz šim nav ieviestas gaidīšanas laika garantijas, tomēr 2018. gadā valdība piešķīra papildu 194 miljonus EUR, lai uzlabotu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem, tostarp samazinātu gaidīšanas laiku.

Nevienmērīgs veselības aprūpes speciālistu ģeogrāfiskais sadalījums apgrūtina piekļuvi

Piekļuve aprūpei ir jo īpaši ierobežota lauku apvidos. Latvijā praktizējošo ārstu skaits ir tuvs ES vidējam rādītājam (skatīt 4. sadaļu), tomēr būtiski atšķiras to sadalījums reģionos. Ārstu īpatsvara analīze valstī atklāj skaidri redzamu atšķirību starp pilsētām un lauku apvidiem, kas apgrūtina piekļuvi ārstiem Latvijas iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus lielu pilsētu centriem. 2018. gadā praktizējošo ārstu blīvums Rīgā bija trīs reizes lielāks nekā Zemgalē vai Kurzemē (21. attēls), un šo nevienmērību ir pastiprinājusi tādu jauno veselības aprūpes darbinieku migrācija valsts robežās un ārpus tām, kuri nevēlas strādāt lauku apvidos. Pašlaik praktizējošo ĢĀ vecums ir vēl viena problēma, jo ir paredzams, ka dažos nākamajos gados liels skaits ĢĀ pensionēsies (ESAO, 2017. gads), pastiprinot darbinieku trūkumu un primārās aprūpes ārstu nevienmērīgo sadalījumu reģionos.

Ņemot vērā šīs problēmas, Latvijas varas iestādes ir sākušas veikt pasākumus, lai nodrošinātu pienācīgu veselības aprūpes speciālistu skaitu lauku apvidos. Piemēram, kapitācijas likme[4] par primārās veselības aprūpi lauku apvidos ir augstāka nekā pilsētās. Turklāt no 2015. gada aprīļa medicīnas augstskolām ir jādod priekšroka pieteikuma iesniedzējiem, kuri ir piekrituši pēc apmācības beigām praktizēt lauku apvidos. Valdība ir arī palielinājusi algas visām veselības aprūpes speciālistu grupām, kā arī palielinājusi studiju vietu skaitu medmāsu skolās. Šīs darbības varētu samazināt dažas ar darbaspēku saistītas problēmas, tomēr Latvija varētu apsvērt citus inovatīvus risinājumus, lai samazinātu ģeogrāfiskos piekļuves šķēršļus, tostarp labāk izmantot pašreizējos veselības aprūpes resursus lauku apvidu iedzīvotāju vajadzībām (piemēram, farmaceitus, praktizējošas medmāsas un feldšerus[5] / ārstu palīgus) (ESAO, 2017. gads).

21. attēls. Ārstu sadalījums reģionos ir ļoti nevienmērīgs

Avots: Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2018. gads.

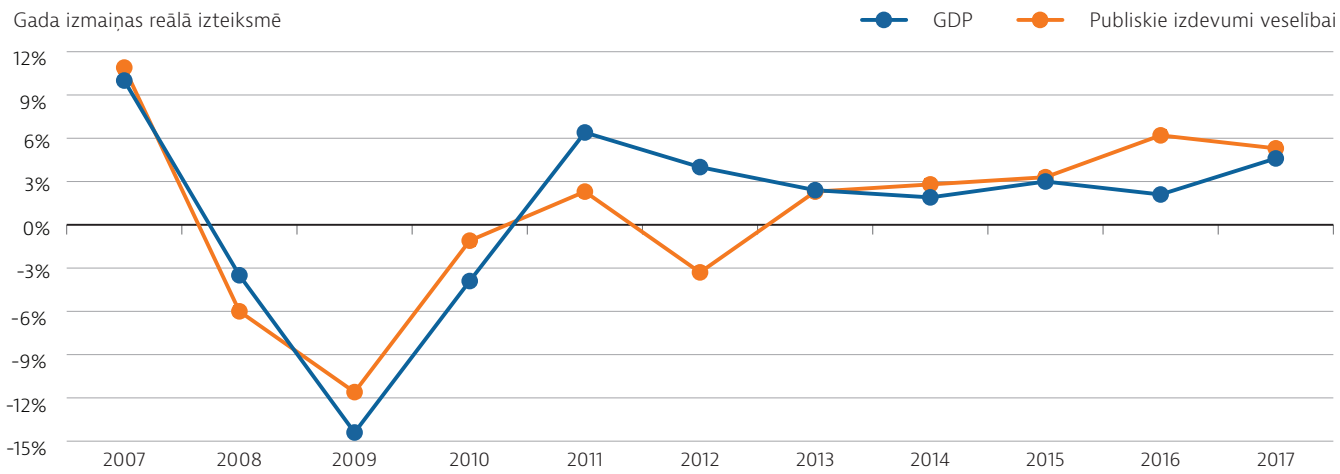
4: Kapitācija ir veselības aprūpes maksājumu sistēmas veids, kurā ārstiem noteikta laika ietvaros maksā fiksētu summu par vienu pacientu.
5: Feldšeris ir veselības aprūpes speciālists ar ierobežotu apmācību, kurš sniedz tādus medicīnas pakalpojumus, kas saistīti ar ārkārtas ārstēšanu un neatliekamo medicīnisko palīdzību.

5.3. Ilgtspēja[6]

Valsts veselības aprūpes izdevumus ietekmēja ekonomikas krīze

Pēc Eiropas valstu parādu krīzes 2008. un 2009. gadā Latvijā samazinājās valsts izdevumi veselības aprūpei (22. attēls) gan reālā izteiksmē, gan kā daļa no IKP: no 6,2 % no IKP 2009. gadā līdz 5,4 % 2012. gadā. Tikai 2013. gadā valsts veselības aprūpes izdevumi panāca ekonomikas izaugsmi; tā rezultātā IKP daļa, kas veltīta veselības aprūpei, palielinājās.

22. attēls. Pēc ekonomikas krīzes valsts veselības aprūpes izdevumi samazinājās

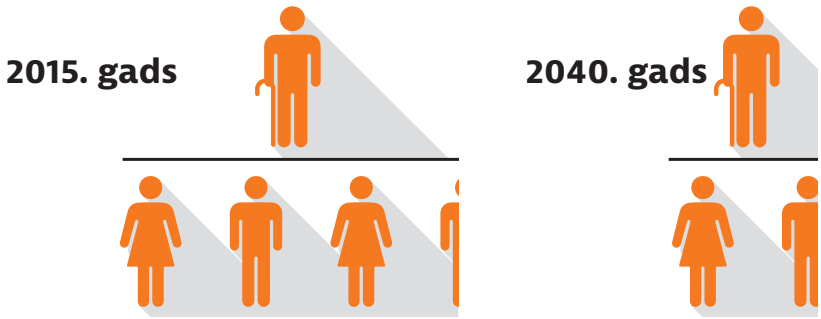


Avots: ESAO 2019. gada veselības statistika, Eurostat datubāze.

Paredzams, ka sabiedrības novecošanās radīs spiedienu uz veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes izdevumiem

Paredzams, ka sabiedrības novecošanās palielinās veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes pieprasījumu un vienlaikus mazāks skaits iedzīvotāju darba spējīgā vecumā finansēs un sniegs šos pakalpojumus (23. attēls). Tiek prognozēts, ka veselības aprūpes izdevumi palielināsies par 0,6 procentpunktiem no IKP laikposmā no 2016. līdz 2070. gadam; tas ir mazāk nekā paredzamais vidējais pieaugums ES, proti, 0,9. Kopumā Latvijā nav gaidāmi būtiski fiskālā stresa īstermiņa riski, tomēr daži makro finanšu rādītāji liecina par iespējamām īstermiņa problēmām (Eiropas Komisija, 2019b). Lai atrisinātu divas savstarpēji saistītas problēmas, proti, pieprasījuma pieaugumu sabiedrības novecošanās dēļ un iedzīvotāju cerības saņemt augstākiem standartiem atbilstošu aprūpi, ir jāuzlabo gan veselības aprūpes sistēmas efektivitāte, gan valsts ieguldījumi tajā. Savos 2019. gada Eiropas pusgada ietvaros katrai valstij sniegtajos ieteikumos Eiropas Komisija aicināja veikt šādas darbības[7] (Eiropas Savienības Padome, 2019. gads).

23. attēls. Līdz 2040. gadam gandrīz uz pusi samazināsies iedzīvotāju skaits darba spējīgā vecumā uz vienu personu, kas vecāka par 65 gadiem



Piezīme. Šajā grafikā ir norādīts 20–64 gadus vecu cilvēku (saucējs) skaits uz vienu personu vecumā no 65 gadiem (skaitītājs).
Avots: ANO iedzīvotāju prognozes.

6: Ilgtspēja ir veselības aprūpes sistēmu spēja efektīvi pielāgoties izmaiņām vidē, negaidītam šokam vai krīzēm.
7: Eiropas Savienības Padome 2019. gada jūlijā sniedza Latvijai konkrētu ieteikumu "uzlabot veselības aprūpes sistēmas pieejamību, kvalitāti un izmaksu lietderību".

Centieni pārveidot slimnīcu nozari varētu padarīt efektīvāku resursu izmantošanu

Latvija ir panākusi progresu veselības aprūpes sistēmas efektivitātes uzlabošanā, koncentrējot pakalpojumus mazākā skaitā terciārā līmeņa slimnīcu un samazinot pārmērīgi lielo gultasvietu skaitu (skatīt 4. sadaļu), tomēr vairākas papildu reformas varētu palīdzēt sistēmai uzlabot naudas izmantošanas lietderīgumu. Latvijas slimnīcu nozarē pastāv divu veidu publiskā īpašuma tiesības ar dažādu regulējumu. Centrālajai valdībai piederošās slimnīcas darbojas ar stingriem finanšu ierobežojumiem. Savukārt pašvaldību slimnīcas darbojās ne tik stingros apstākļos, un tās patstāvīgi pieņem lēmumus par iepirkumiem un kapitāla ieguldījumiem. Diemžēl šī sistēma rada stimulus pašvaldību slimnīcām iegādāties dārgu aprīkojumu, piemēram, MRA un DT iekārtas, kuru izmantošanu pēc tam finansē NVD. Tas varētu daļēji izskaidrot to, kāpēc Latvijā ir viens no augstākajiem DT izmeklējumu rādītājiem uz miljonu iedzīvotāju ES (36 pretstatā 22 visā ES); šis rādītājs ievērojami pārsniedz pārējo Baltijas valstu rādītāju. Pārvirzot visu slimnīcu īpašuma tiesības un funkcionālo pārvaldību uz centrālās valdības līmeni, šādas nepilnības varētu samazināt (ESAO, 2017. gads).

Nesen ieviestās diagnozei piesaistītās grupas ir vēl viens solis ceļā uz slimnīcu resursu efektīvāku izmantošanu. Tomēr slimnīcām nav pietiekamu stimulu veicināt kvalitatīvus pakalpojumus. NVD varētu apsvērt stratēģiskāku līgumu slēgšanu, lai stimulētu kvalitāti un efektivitāti. Tā varētu, piemēram, stiprināt slimnīcu darbību uzraudzību un novērtēšanu, kā arī selektīvi slēgt līgumus ar slimnīcām ar labākajiem darbības rezultātiem, lai veicinātu kvalitātes uzlabošanos (ESAO, 2017. gads). Turklāt, tā kā lielākā daļa pakalpojumu aizvien tiek apmaksāti pamatojoties uz maksu par pakalpojumu, alternatīvi maksājumu mehānismi varētu samazināt stimulus attiecībā uz apjomu, nevis pakalpojumu kvalitāti.

Labāka veselības aprūpes datu izmantošana varētu veicināt aprūpes kvalitātes uzlabošanos

Lai uzlabotu Latvijas veselības aprūpes sistēmas efektivitāti, ir ļoti svarīgi ieviest rūpīgāku kvalitatīvas informācijas iegūšanu, lai izmērītu, salīdzinātu un uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Pēdējos gados Latvija ir uzlabojusi savu veselības aprūpes informācijas infrastruktūru un ir ieviesusi instrumentus veselības aprūpes sistēmas datu iegūšanai. Vairākas valsts iestādes, tostarp SPKC, Centrālais statistikas birojs un NVD, vāc un publicē veselības aprūpes sistēmas informāciju par izdevumiem, darbībām veselības aprūpes jomā un primārās un sekundārās aprūpes kvalitāti. Latvija 2015. gadā ieviesa arī e-veselības sistēmu. Visiem pakalpojumu sniedzējiem un pacientiem ir jānodrošina datu pieejamība par diagnozēm, veselības aprūpes pakalpojumiem un ārstēšanu.

Ilgtermiņā e-veselības sistēmas ieviešanai būtu jāveicina aprūpes kvalitātes un efektivitātes uzlabošanās un diagnostikas pakalpojumu dublēšanās samazināšanās (ESAO, 2017. gads). Tomēr pašlaik pastāv būtiskas nepilnības informācijā par veselības aprūpes kvalitāti primārajā un sekundārajā aprūpē. Kopumā ir nodrošināta sistemātiskāka veselības pakalpojumu sniedzēju darbības rezultātu un pacientu rezultātu pārraudzība un novērtēšana. Šajā saistībā ir izstrādāta veselības aprūpes sistēmas darbības rezultātu novērtēšanas rādītāju sistēma, kas palīdz veikt salīdzinošo novērtēšanu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, reģionālā un starptautiskā līmenī. Līdz šim veiktie sākotnējie pasākumi ietver veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izglītošanu pacientu drošības jautājumus un klīnisko pamatnostādņu labāku piemērošanu un novērtēšanu (Eiropas Komisija, 2019a).

Pašlaik veselības aprūpes tehnoloģiju novērtējums (VATN) galvenokārt ir vērsts uz zāļu un dažu medicīnisko ierīču novērtēšanu. VATN paplašināšana, iekļaujot atbalstu cenu noteikšanā un iepirkumos, ar zālēm nesaistītu tehnoloģiju atlasē, klīnisko pamatnostādņu izstrādē un valsts veselības aprūpes pasākumu izvērtēšanā, varētu palīdzēt panākt lielāku efektivitāti vairākās svarīgās izdevumu jomās.

Lai uzlabotu veselības rezultātus un aprūpes kvalitāti, ir vajadzīgi lielāki valsts ieguldījumi

Latvijā pveselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju un kā daļa no IKP ir daudz mazāki nekā lielākajā daļā citu ES valstu. Šāds mazs publisko izdevumu apjoms veselības nozarē atspoguļo relatīvi zemo valdībības (valsts izdevumi veido 37 % no IKP), prioritāti veselībai, jo šai nozarei ir piešķirti mazāk nekā 9 % no visiem valsts izdevumiem, salīdzinot ar 16 % vidēji visā ES.

Ņemot vērā pašreizējo līdzekļu apmēru sistēmā, Aizvien grūtāk būs panākt būtisku progresu 5. sadaļā izklāstītajās jomās, Daži uzlabojumi varētu palielināt efektivitāti, tomēr lielākajā daļā būs vajadzīgs noteikts sākotnējo ieguldījumu līmenis. Lai sasniegtu ES vidējiem rādītājiem tuvākus veselības rezultātus un rastu reālus risinājumus pieejamības un kvalitātes problēmām, Latvijai būtu jāpalielina veselības nozares izdevumi uz vienu iedzīvotāju līdz līmenim, kas tuvotos ES vidējam rādītājam, un jāpalielina veselības nozarei paredzētā IKP daļa.

6 Galvenie konstatējumi

- Kopš 2000. gada Latvijas iedzīvotāju veselība ir uzlabojusies, tomēr paredzamais dzīves ilgums aizvien ir par sešiem gadiem mazāks nekā vidēji ES un otrais mazākais Eiropā. Turklāt pastāv lielas atšķirības atkarībā no dzimuma un sociālekonomiskā statusa. Vidēji Latvijas iedzīvotāji 65 gadu vecumā var cerēt nodzīvot vēl 17 gadus, taču ļoti iespējams, ka trīs ceturtdaļas no šā laika būs jādzīvo ar hronisku slimību un invaliditāti.

- Vairāk nekā puse visu nāves gadījumu Latvijā ir izskaidrojami ar riska faktoriem, kas saistīti ar uzvedību, tostarp sliktiem uztura paradumiem, tabakas smēķēšanu, alkohola lietošanu un mazkustīgu dzīvesveidu. Katrs ceturtais pieaugušais smēķē ikdienā, tomēr šis vidējais rādītājs ietver lielu atšķirību starp dzimumiem — Latvijā dzīvojošie vīrieši ir vieni no lielākajiem smēķētājiem ES. Alkohola patēriņš uz vienu iedzīvotāju ir lielāks nekā vairumā ES valstu — 11,2 litri, salīdzinot ar 9,9 litriem ES, un pēdējos desmit gados tas ir pieaudzis. Arī aptaukošanās līmenis ir daudz augstāks par ES vidējo rādītāju: Latvijā liekais svars ir katrai ceturtajai sievietei un katram sestajam vīrietim.

- Latvijā ir otrs augstākais ar profilaksi novēršamās mirstības rādītājs ES aiz Lietuvas. Ir veikti vairāki pasākumi ar mērķi padarīt profilaksiefektīvāku, taču, ņemot vērā ar uzvedību saistīto riska faktoru lielo ietekmi, pievēršot profilaksei papildu uzmanību, varētu lielā mērā uzlabot iedzīvotāju veselību. Arī ar ārstēšanu novēršamā mirstība ir daudz augstāka nekā vidēji ES. Šie rādītāji liecina, ka veselības aprūpes sistēmas vispārējo efektivitāti iespējams uzlabot.

- Latvijā ir nacionālā veselības dienesta sistēma ar vispārēju iedzīvotāju aptvērumu un no kopējiem nodokļiem finansētu veselības aprūpi. Tomēr veselības nozarei ir atvēlēta salīdzinoši maza valsts izdevumu daļa, tāpēc veselības aprūpes sistēmas finansējums aizvien ir nepietiekams. Pēdējā laikā izdevumi ir palielinājušies, tomēr 2017. gadā veselības aprūpei tērētā IKP daļa bija 6,0 %, kas ir ievērojami mazāka nekā vidēji ES (9,8 %) un par 0,5 procentpunktiem mazāka nekā pārējās Baltijas valstīs.

- Latvija ir viena no nedaudzajām valstīm, kas ir palielinājušas izdevumu proporcionālo daļu ambulatorajai aprūpei —gandrīz par 20 % kopš 2010. gada —, tomēr paļaušanās uz slimnīcu sektoru aizvien ir pārmērīgi liela. Valsts finansētais pakalpojumu grozs ir salīdzinoši ierobežots, un Latvijas iedzīvotāji nav pienācīgi aizsargāti pret katastrofāliem izdevumiem veselības pasliktināšanās gadījumā. Nevienmērīgais veselības aprūpes pakalpojumu sadalījums valstī vēl vairāk apgrūtina piekļuvi veselības aprūpei.

- To Latvijas iedzīvotāju īpatsvars, kuru veselības aprūpes vajadzības nav apmierinātas, ir viens no lielākajiem Eiropā — medicīnisko aprūpi nav saņēmuši 6,2 % Latvijas iedzīvotāju. Viens no lielākajiem piekļuves šķēršļiem ir privāto maksājumu apmērs, kas veido 41.8 % visu veselības aprūpes izdevumu (trešais augstākais līmenis ES, to galvenokārt veicina zāļu izmaksas). Tas nozīmē, ka lielai daļai mājsaimniecību ir ārkārtīgi lieli tiešie veselības aprūpes izdevumi.

- Ņemot vērā pašlaik Latvijas veselības aprūpes sistēmai pieejamo līdzekļu apmēru, joprojām būs grūti būtiski uzlabot veselības aprūpes taisnīgumu un pieejamību. Atsevišķi uzlabojumi varētu palielināt sistēmas efektivitāti, tomēr lielākajai daļai uzlabojumu nepieciešami sākotnējie ieguldījumi. Lai panāktu veselības rezultātus, kas būtu tuvāki ES vidējiem rādītājiem, vienlaikus rodot reālus risinājumus pieejamības un kvalitātes problēmām, veselības nozarei nepieciešams piešķirt lielāku valsts budžeta līdzekļu īpatsvaru

Svarīgākie avoti

Mitenbergs U, Taube M, Misins J, Mikitis E, Martinsons A, Rurane A, Quentin W (2012). *Latvia: Health System Review.* Health Systems in Transition, 14(8):1–191.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Atsauces

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Latvia*. Brussels, http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10167-2019-INIT/en/pdf

European Commission (2019a), *Country Report Latvia 2019. 2019 European Semester*. Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-latvia_en.pdf

European Commission (2019b), *Fiscal Sustainability Report 2018.* Institutional Paper 094. Brussels.

OECD (2017), *OECD Reviews of Health Systems: Latvia 2017.* OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264262782-en

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union,* European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels.

WHO Regional Office for Europe (2018a), *Medicines Reimbursement Policies in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO Regional Office for Europe (2018b), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Latvia.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Valstu saīsinājumu saraksts

Apvienotā Karaliste	UK	Francija	FR	Itālija	IT	Nīderlande	NL	Slovēnija	SI
Austrija	AT	Grieķija	EL	Kipra	CY	Norvēģija	NO	Somija	FI
Beļģija	BE	Horvātija	HR	Latvija	LV	Polija	PL	Spānija	ES
Bulgārija	BG	Igaunija	EE	Lietuva	LT	Portugāle	PT	Ungārija	HU
Čehija	CZ	Īrija	IE	Luksemburga	LU	Rumānija	RO	Vācija	DE
Dānija	DK	Islande	IS	Malta	MT	Slovākija	SK	Zviedrija	SE

European Commission

State of Health in the EU
Valsts veselības profils 2019

Valstu veselības profili ir svarīgs posms Eiropas Komisijas pašreizējā zināšanu nodošanas ciklā *"Veselības stāvoklis ES"*, kas noris ar Eiropas Savienības finansiālu atbalstu. Profilus kopīgi izstrādāja Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (ESAO) un European Observatory on Health Systems and Policies sadarbībā ar Eiropas Komisiju.

Kodolīgie, politikas veidošanai svarīgie valstu profili balstās uz pārredzamu, konsekventu metodiku, izmantojot gan kvantitatīvos, gan kvalitatīvos datus, bet ir elastīgi pielāgoti katras ES / Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalsts kontekstam. Mērķis ir izveidot savstarpējas mācīšanās un brīvprātīgas informācijas apmaiņas līdzekļus, ko varētu izmantot gan politikas veidotāji, gan tie, kas ietekmē politiku.

Katrā valsts profilā īsi apkopota šāda informācija:

- veselības stāvoklis valstī;
- veselību nosakošie faktori, īpašu uzmanību pievēršot ar uzvedību saistītajiem riska faktoriem;
- veselības aprūpes sistēmas organizēšana;
- veselības aprūpes sistēmas efektivitāte, piekļūstamība un noturība.

Komisija šo valstu profilu galvenos konstatējumus papildina ar pievienoto ziņojumu.

Sīkāku informāciju skatīt vietnē ec.europa.eu/health/state

Lūdzam uz publikāciju norādīt šādu atsauci: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Latvija: Valsts veselības profils 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264629806 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO