European Commission

State of Health in the EU

Latvija

Valsts veselības profils 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

Valstu veselības profilu sērija

Valstu veselības profili informācijas ciklā "State of Health in the EU" ("Veselības stāvoklis ES") sniedz kodolīgu un politikas veidošanai svarīgu pārskatu par 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 un tos, kas ietekmē politiku, 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 aprūpes sistēmu snieguma novērtēšanas (Health Systems Performance Assessment (HSPA)) 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 12
   5.1 Efektivitāte 12
   5.2 Pieejamība 15
   5.3 Noturība 18
6. GALVENIE KONSTATĒJUMI 22

Datu un informācijas avoti

Valstu veselības profilos iekļauto datu un informācijas pamatā galvenokārt ir valstu oficiālā statistika, kas tikusi iesniegta Eurostat un ESAO un apstiprināta, 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), apsekojumiem Health Behaviour in School-Aged Children (HSBC), Pasaules Veselības organizācijas (PVO), kā arī citiem valstu avotiem.

Aprēķinātie ES vidējie rādītāji ir 27 dalībvalstu svērtie vidējie rādītāji, ja vien nav norādīts citādi. Šajos ES vidējos rādītājos nav ietverta Islande un Norvēģija.

Šis profils tika sagatavots 2021. gada septembrī, pamatojoties uz 2021. gada augusta beigās pieejamajiem datiem.

Demogrāfiskais un sociālekonomiskais konteksts Latvijā, 2020. gads

Demogrāfiskie faktori	Latvija	ES
Iedzīvotāju skaits	1 907 675	447 319 916
Par 65 gadiem vecāku iedzīvotāju īpatsvars (%)	20,5	20,6
Dzimstības koeficients[1] (2019)	1,6	1,5
Sociālekonomiskie faktori		
IKP uz vienu iedzīvotāju (EUR, PPP[2])	21 398	29 801
Relatīvās nabadzības rādītājs[3] (%, 2019)	22,9	16,5
Bezdarba līmenis (%)	8,1	7,1

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

Atruna. Šajā publikācijā pausti 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.

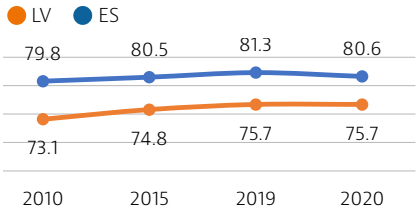
Šis dokuments, kā arī tajā iekļautie dati un karte neskar nevienas teritorijas statusu vai suverenitāti, starptautisko robežu un norobežojumu noteikšanu, kā arī jebkuras teritorijas, pilsētas vai apgabala nosaukumu.

Tiek piemērotas papildu PVO atrunas.

© 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

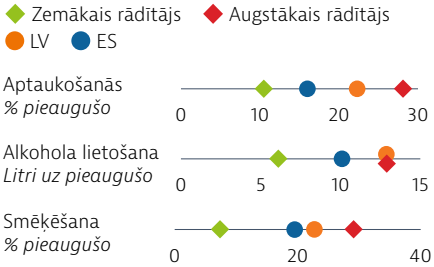
Lai gan pirms Covid-19 pandēmijas sākuma bija panākts progress, paredzamais mūža ilgums Latvijā saglabājas zems salīdzinājumā ar citām ES valstīm; tas saistīts ar salīdzinoši lielo dzīvesveida riska faktoru izplatību, kā arī zemu valsts izdevumu līmeni veselības jomā un aprūpes pieejamību. Lai gan Latvija lielā mērā izvairījās no pirmā Covid-19 viļņa, 2020. gada nogalē infekcijas izplatība strauji pieauga, izceļot ar aprīkojuma un personāla trūkumu saistītās problēmas. Lai atbalstītu veselības aprūpes sistēmu pandēmijas laikā, valdība nodrošināja papildu finansējumu aprīkojumam, personāla piemaksām un strukturālajiem uzlabojumiem.



Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums

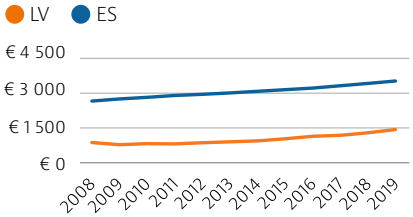
Veselības statuss

Lai gan pēdējo divdesmit gadu laikā ir panākti būtiski uzlabojumi, Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums arvien ir viens no mazākajiem ES. Turklāt Covid-19 pandēmija 2020. gadā pārtrauca pastāvīgā pieauguma tendenci. Paredzamā mūža ilguma atšķirība starp dzimumiem ir vairāk nekā deviņi gadi, kas ir otra lielākā ES, un Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums būtiski atšķiras atkarībā no izglītības līmeņa.



Riska faktori

Latvija saskaras ar būtisku veselības aprūpes slogu, ko rada dzīvesveida riska faktori: valstī ir ES visaugstākais alkohola lietošanas rādītājs, un katrs ceturtais vīrietis katru mēnesi pārmērīgi iedzer. Aptaukojušos pieaugušo un pieaugušo, kas smēķē katru dienu, īpatsvars ir krietni virs ES vidējā līmeņa. Veselības ministrija ir izstrādājusi vairākus plānus un rīcībpolitikas, kuru mērķis ir samazināt šos riska faktorus tuvāko gadu laikā.



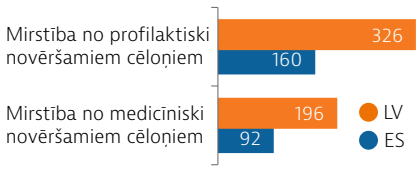
Izdevumi uz vienu iedzīvotāju (EUR PPP)

Veselības aprūpes sistēma

Latvijā ir valsts veselības aprūpes sistēma, kurai ir spēcīga valsts pārvaldība, taču kopējais finansējums sistēmai ir nepietiekams. Kaut gan kopš 2010. gada veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju ir pieauguši par 75 %, to līmenis ir ceturtais zemākais ES. Tikai 61 % veselības aprūpes izdevumu ir finansēts no valsts līdzekļiem, un privāto izdevumu īpatsvars ir otrais augstākais ES.

Efektivitāte

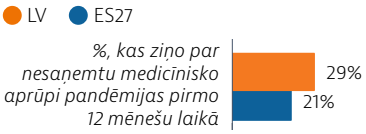
Latvijā mirstība gan no profilaktiski, gan no medicīniski novēršamiem cēloņiem ir otrā augstākā ES. Vēža skrīninga līmenis ir zems, lai gan ir veikti centieni veicināt skrīninga izmantošanu; tā rezultātā ir augsts ar skrīningu attālināmā vēža mirstības rādītājs. Veselības ministrijai ir skaidrs stratēģiskais mērķis pievērsties profilaksei un veselības veicināšanai, taču līdzekļi ir ierobežoti.



Vecuma standartizētais mirstības rādītājs uz 100 000 iedzīvotāju, 2018

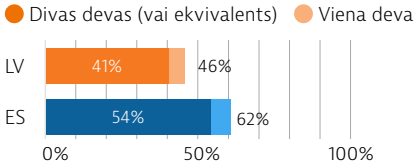
Pieejamība

Neapmierināto vajadzību apmērs Latvijā bija viens no augstākajiem ES gan pirms Covid-19 pandēmijas, gan tās laikā. Faktori, kas veicina šo situāciju, ir lieli privātie izdevumi un salīdzinoši mazs valsts apmaksāto pakalpojumu minimums jeb pamata "grozs", kuru turklāt ierobežo kvotu sistēma. Tā rezultātā 15 % mājsaimniecību radās nesamērīgi lieli izdevumi par veselības aprūpi. Papildus šķērslis piekļuvei ir nevienmērīgs veselības aprūpes speciālistu ģeogrāfiskais sadalījums.



Noturība

Lai arī Covid-19 pirmā viļņa ietekme Latvijā bija mērena, 2020. gada nogalē infekcijas izplatības līmenis un mirstības rādītājs būtiski palielinājās, un trūka aprīkojuma, personāla un slimnīcas gultu. Valdība pandēmijas laikā piešķīra finansējumu veselības aprūpes sistēmas atbalstam. Līdz 2021. gada augusta beigām 46 % iedzīvotāju bija saņēmuši divas vakcīnas devas vai ekvivalentu devu — šis rādītājs bija zemāks nekā vidēji ES.



Pret COVID-19 vakcinēto iedzīvotāju daļa līdz 2021. gada augusta beigām

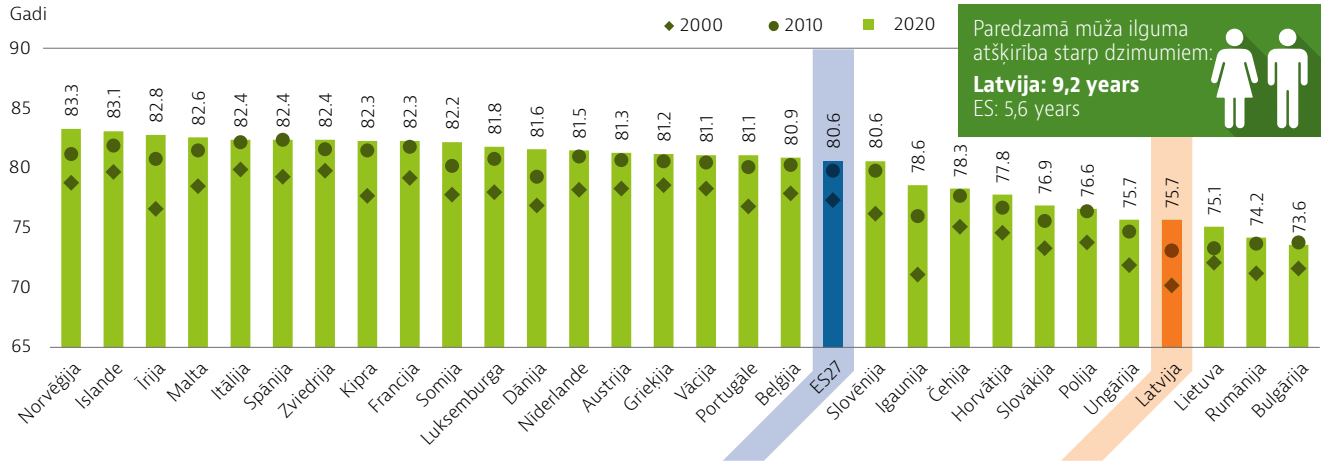
2 Veselība Latvijā

Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums ir viens no zemākajiem ES

Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums pēdējo divdesmit gadu laikā ir palielinājies par vairāk nekā pieciem gadiem, un 2020. gadā tas sasniedza 75,7 gadus. Neskatoties uz pieauguma rādītāju, kas kopumā ir virs ES vidējā, paredzamais mūža ilgums Latvijā saglabājas ceturtais zemākais ES aiz Bulgārijas, Rumānijas un Lietuvas, un tas ir gandrīz piecus gadus zem ES vidējā rādītāja, proti, 80,6 gadiem (1. attēls). Turklāt Covid-19 uz laiku pārtrauca pozitīvo tendenci, jo periodā no 2019. līdz 2020. gadam paredzamais mūža ilgums nepalielinājās.

Paredzamā mūža ilguma atšķirība starp dzimumiem ir vairāk nekā deviņi gadi, kas ir otrā lielākā atšķirība ES. Vidēji vīriešu mūža ilgums 2020. gadā bija tikai 70,9 gadi, turpretī sievietēm tas bija 80,1 gads. To lielā mērā ietekmē tas, ka vīriešu populācija ir vairāk pakļauta būtiskiem veselības riska faktoriem, it īpaši smēķēšanai un alkohola lietošanai.

1. attēls. Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā ir nepilnus piecus gadus mazāks par ES vidējo

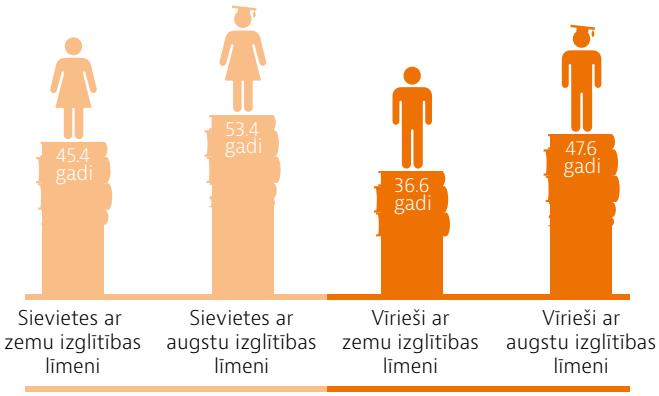


Piezīme. Atspoguļots ES vidējais svērtais rādītājs. Dati par Īriju attiecas uz 2019. gadu.
Avots: Eurostat datubāze.

Sociālo nevienlīdzību būtiski ietekmē izglītības līmenis

Paredzamais mūža ilgums Latvijā atšķiras ne tikai atkarībā no dzimuma, bet arī no izglītības līmeņa. 30 gadu vecumā vīriešu ar zemāko izglītības līmeni paredzamais mūža ilgums vidēji ir par 11 gadiem mazāks nekā vīriešu ar augstāko izglītību paredzamais mūža ilgums, bet sieviešu vidū šī atšķirība ir 8 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 saskaras ar dažādiem riska faktoriem. Tie ir, piemēram, augstāki smēķēšanas rādītāji un sliktāki uztura paradumi (sk. 3. sadaļu).

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



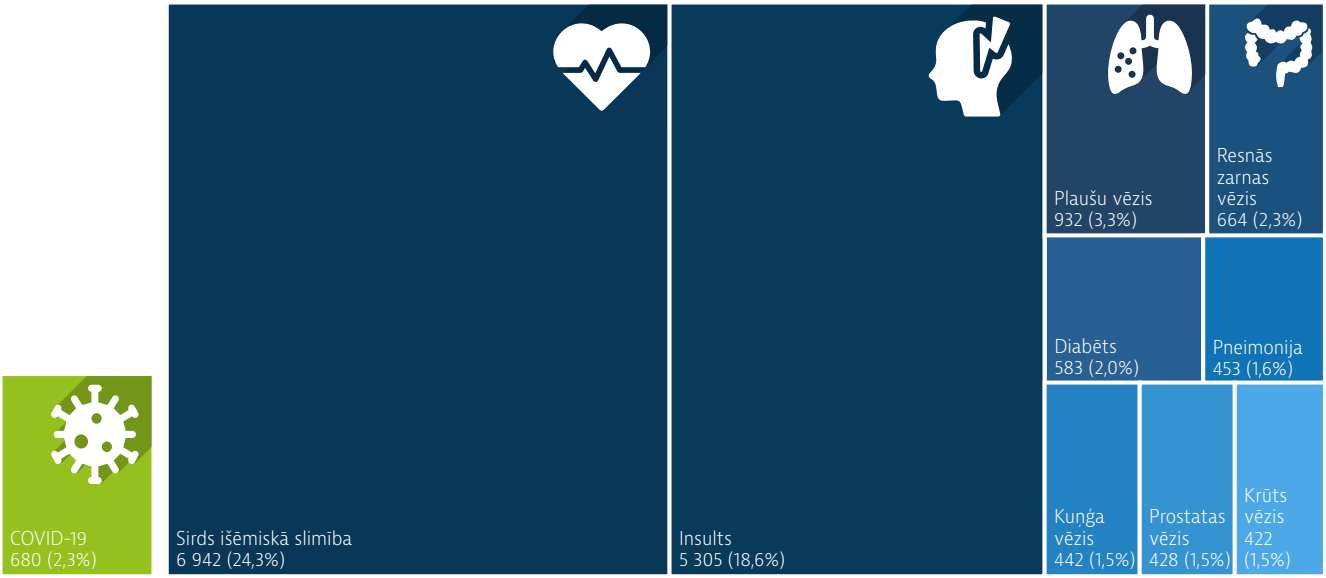
Piezīme. Dati attiecas uz paredzamo mūža ilgumu 30 gadu vecumā. Cilvēki ar augstu izglītības līmeni ir tie, kas ieguvuši augstāko izglītību (ISCED 5–8), savukārt cilvēki ar zemu izglītības līmeni ir tie, kas nav ieguvuši vidējo izglītību (ISCED 0–2).
Avots: Murtin et al. (2017) (dati par 2012. gadu).

Sirds un asinsvadu slimības ir galvenais nāves cēlonis Latvijā

Kaut gan ir samazinājusies mirstība, sirds išēmiskā slimība un insults vēl arvien bija galvenie nāves cēloņi Latvijā 2018. gadā. Plaušu vēzis saglabājās visbiežākais nāves cēlonis ar vēža diagnozi, kam sekoja kolorektālais vēzis (3. attēls). Latvijā ir arī būtisks garīgo slimību slogs: pašnāvība ir biežs nāves cēlonis, jo īpaši vīriešu vidū. Lai gan ir panākts zināms progress pašnāvību novēršanā, 2018. gadā Latvijā bija piektais augstākais pašnāvību rādītājs ES.

2020. gadā Covid-19 Latvijā izraisīja 680 nāves gadījumu (2,3 % no visiem nāves gadījumiem). Šis mirstības rādītājs bija mazāks par pusi no vidējā ES dalībvalstu rādītāja 2020. gadā (350 uz vienu miljonu iedzīvotāju salīdzinājumā ar aptuveni 740 vidēji ES). Taču 2021. gada pirmajā pusgadā Latvijā tika reģistrēti vēl 1848 Covid-19 izraisītu nāves gadījumu. Tā rezultātā Latvijas kopējais mirstības rādītājs 2021. gada jūnija beigās (1325 uz vienu miljonu) bija tuvāks ES vidējam tā brīža rādītājam (1559 uz vienu miljonu iedzīvotāju).

3. attēls. Sirds išēmiskā slimība un insults ir biežākie nāves cēloņi Latvijā

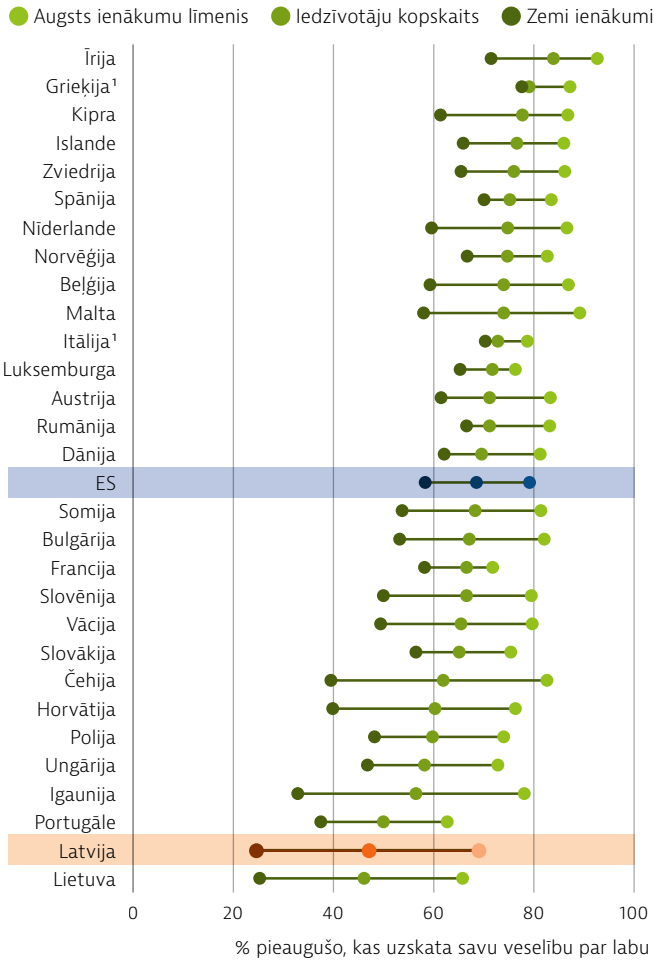


Piezīme. Covid-19 izraisīto nāves gadījumu skaits un īpatsvars attiecas uz 2020. gadu, savukārt citu cēloņu izraisīto nāves gadījumu skaits un īpatsvars attiecas uz 2018. gadu. Covid-19 laukuma izmērs ir attēlots proporcionāli attiecībā pret citiem galvenajiem nāves cēloņiem 2018. gadā.
Avoti: Eurostat (nāves cēloņi 2018. gadā); ECDC (Covid-19 nāves gadījumi 2020. gadā līdz 53. nedēļai).

Mazāk nekā pusei Latvijas iedzīvotāju ir laba veselība

2019. gadā tikai 47 % Latvijas iedzīvotāju norādīja, ka viņiem ir laba veselība, kas ir daudz zemāks rādītājs nekā vidēji ES (69 %). Turklāt Latvijas iedzīvotāju veselības pašnovērtējumā ir ļoti lielas atšķirības pēc ienākumu līmeņa (4. attēls). 2019. gadā 69 % iedzīvotāju augstākajā ienākumu kvintilē atzina, ka viņiem ir laba veselība, turpretī zemākajā ienākumu kvintilē šādi uzskata tikai viena ceturtdaļa (25 %); tā ir viena no lielākajām starpībām ES.

4. attēls. Veselības pašnovērtējuma būtiskas atšķirības pēc ienākumu līmeņa Latvijā



Piezīme. 1. Visiem iedzīvotājiem kopumā un iedzīvotājiem ar zemu ienākumu līmeni īpatsvars ir aptuveni vienāds.
Avots: Eurostat datubāze, pamatojoties uz EU-SILC (dati par 2019. gadu).

Vairāk nekā diviem no pieciem pieaugušajiem ir kāda hroniska slimība

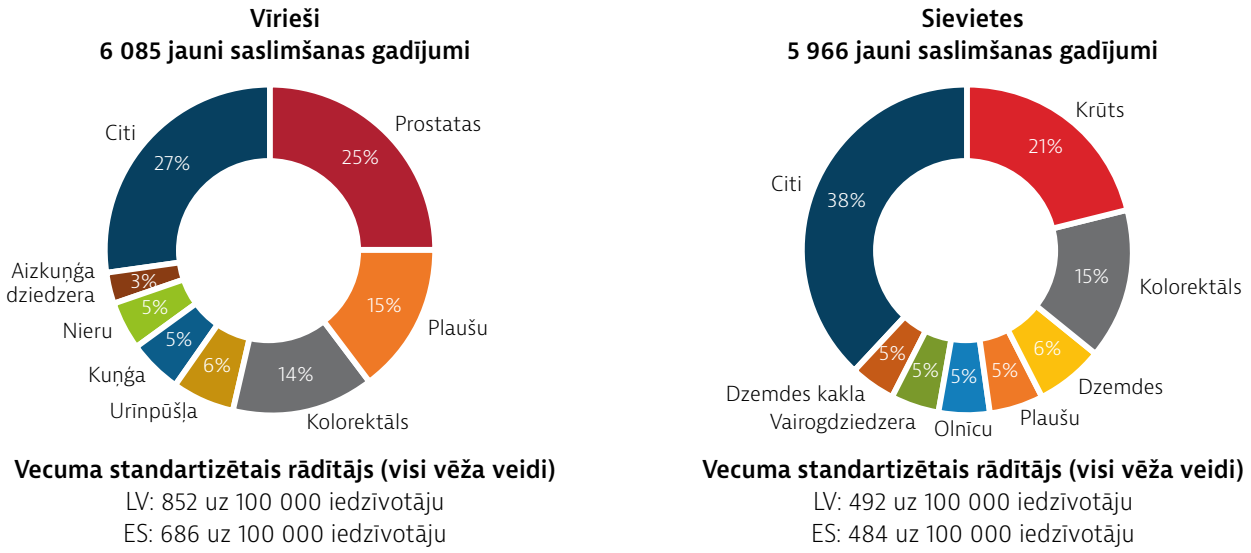
Vairāk nekā 40 % pieaugušo 2019. gadā ziņoja, ka viņiem ir vismaz viena hroniska slimība; šis rādītājs ir augstāks par ES vidējo (36 %) saskaņā ar EU-SILC pētījumu Daudzas no šīm hroniskajām veselības problēmām palielina smagu Covid-19 izraisītu komplikāciju risku. Tāpat kā veselības pašnovērtējuma gadījumā arī hronisko slimību izplatības ziņā vērojamas būtiskas atšķirības pēc ienākumu līmeņa grupas: vairāk nekā 60 % Latvijas pieaugušo iedzīvotāju zemāko ienākumu grupā ziņoja par vismaz vienu hronisku slimību, bet augstāko ienākumu grupā par to ziņoja 24 %. Šī starpība ir ievērojami lielāka nekā ES kopumā, kur vidēji 44 % iedzīvotāju zemāko ienākumu grupā bija kāda hroniska slimība, salīdzinot ar 29 % augstāko ienākumu grupā.

Saslimstība ar vēzi un tā izraisītā mirstība kopumā ir augstāka nekā vidēji ES

Saskaņā ar jaunākajām aplēsēm, ko sagatavojis Kopīgais pētniecības centrs, pamatojoties uz iepriekšējo gadu saslimstības tendencēm, Latvijā 2020. gadā bija sagaidāmi aptuveni 12 000 jaunu vēža saslimšanas gadījumu un nepilni 6000 vēža izraisītu nāves gadījumu[1]. Gan saslimstības ar vēzi, gan tā izraisītās mirstības rādītāji Latvijā ir augstāki par ES vidējiem rādītājiem. Standartizētais mirstības rādītājs ir 288 vēža izraisīti nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 260 nāves gadījumiem vidēji ES. Mirstība no vēža ir sevišķi augsta Latvijas vīriešu populācijas vidū, proti, 434 uz 100 000 vīriešu salīdzinājumā ar 354 uz 100 000 vīriešu ES.

5. attēlā atspoguļots, ka galvenie vēža veidi vīriešiem ir prostatas (25 %), plaušu (15 %) un kolorektālais (14 %), savukārt sievietēm visbiežākais vēža veids ir krūts vēzis (21 %), kam seko kolorektālais (15 %) un dzemdes vēzis (6 %).

5. attēls. Paredzams, ka vairāk nekā 12 000 Latvijas iedzīvotāju 2020. gadā tiks diagnosticēts vēzis



Piezīme. Neietilpst nemelanomas ādas vēzis; dzemdes vēzis neietver dzemdes kakla vēzi.
Avots: ECIS — Eiropas vēža informācijas sistēma.

1. Jāatzīmē, ka šīs aplēses veiktas pirms Covid-19 pandēmijas; tā varētu ietekmēt gan saslimstības ar vēzi, gan tā izraisītās mirstības rādītājus 2020. gadā.

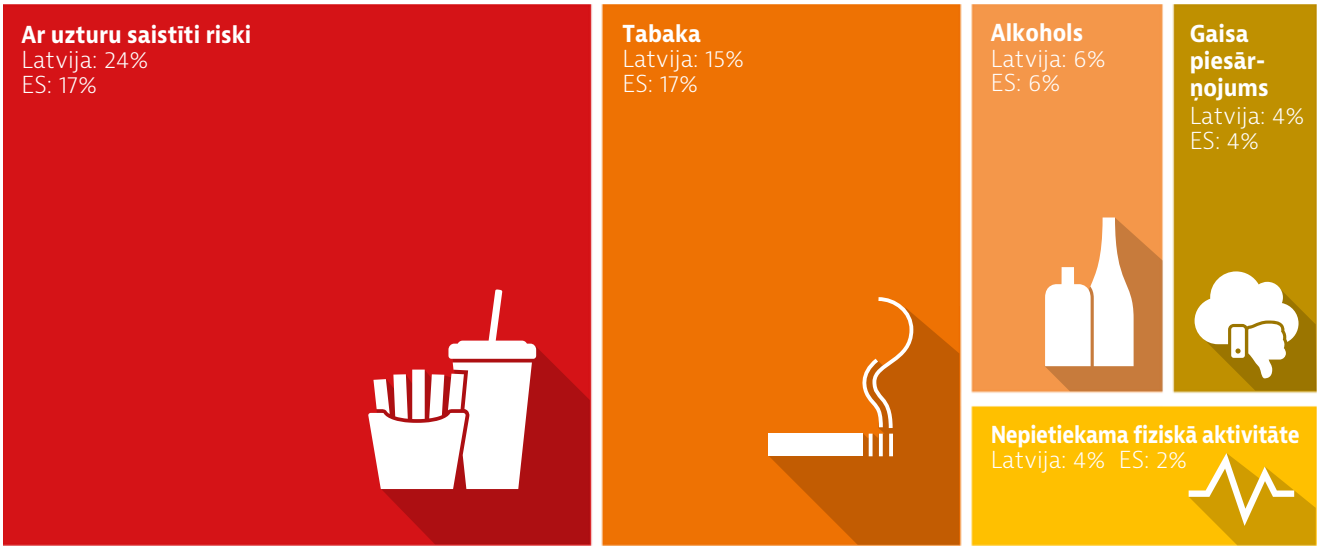
3 Riska faktori

Ar dzīvesveidu saistīti un vides riska faktori ir cēloņi teju pusei visu nāves gadījumu Latvijā

Latvijas iedzīvotāju augstais mirstības rādītājs un sliktais veselības stāvoklis lielā mērā saistīts ar dzīvesveida riska faktoru lielo izplatību. Tiek lēsts, ka 43 % visu nāves gadījumu Latvijā ir izskaidrojami ar uztura paradumu izraisīta riska, tabakas smēķēšanas, alkohola lietošanas un zemas fiziskās aktivitātes kombināciju (6. attēls).

Viena ceturtdaļa visu nāves gadījumu 2019. gadā (6600 nāves gadījumu) bija saistāmi ar riskiem, kas saistīti ar uzturu (piemēram, nepietiekamu augļu un dārzeņu lietošanu un lielu cukura un sāls patēriņu), — šis rādītājs ir daudz lielāks nekā ES vidējais rādītājs (17 %). Tabakas lietošana, ietverot tiešo un pasīvo smēķēšanu, izraisīja aptuveni 15 % (4100) no visiem nāves gadījumiem. Aptuveni 6 % nāves gadījumu bija saistīti ar alkohola lietošanu, un 4 % — ar zemu fizisko aktivitāti. Gaisa piesārņojums smalko daļiņu veidā ($PM_{2.5}$) un ozona iedarbība vien izraisīja aptuveni 4 % no visiem nāves gadījumiem.

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 ir mazāks nekā summa, kas rodas, saskaitot kopā nāves gadījumu skaitu katrā atsevišķā riska faktorā, jo viens nāves gadījums var būt saistīts ar vairākiem riska faktoriem. Ar uzturu saistītie riski ietver 14 komponentes, piemēram, mazu augļu un dārzeņu patēriņu un lielu cukuroto dzērienu patēriņu. Gaisa piesārņojums attiecas uz $PM_{2.5}$ un ozona iedarbību.
Avoti: IHME (2020. gads), Global Health Data Exchange (aplēses par 2019. gadu).

Latvijā smēķē vairāk vīriešu nekā vairumā ES valstu

Smēķēšana aizvien ir viena no galvenajām sabiedrības veselības problēmām Latvijā. 2019. gadā ikdienā smēķēja katrs piektais pieaugušais (23 %); salīdzinājumam — ES kopumā šis rādītājs bija mazāk nekā 20 % (7. attēls). Smēķēšanas rādītājos vērojama liela starpība starp dzimumiem, proti, šis rādītājs ir trīsreiz augstāks Latvijas vīriešiem nekā sievietēm (35 % iepretim 12 %). To vīriešu īpatsvars, kas smēķē ikdienā, 2019. gadā bija otrais augstākais ES. Arī smēķēšana pusaudžu vidū ir būtiska sabiedrības veselības problēma Latvijā: 2018. gadā 23 % 15 gadus vecu pusaudžu ziņoja, ka ir smēķējuši pēdējā mēneša laikā, — tas ir augstāks īpatsvars nekā ES vidēji (18 %).

Latvijā pastāvīga problēma ir pārmērīga alkohola lietošana

Latvijā 2019. gadā ziņots par ES augstāko alkohola patēriņu uz vienu pieaugušo, un tas bija par vairāk nekā 25 % virs ES vidējā rādītāja. Alkoholu lielos apmēros daudz biežāk lieto vīrieši, proti, teju 1 no 4 ziņoja par vismaz vienu intensīvas dzeršanas[2] epizodi vismaz vienreiz mēnesī 2019. gadā, turpretī sieviešu vidū par to ziņoja 1 no 15 sievietēm. Kā pozitīvāka ievirze jāatzīmē tas, ka ir samazinājies to 15 gadus veco pusaudžu īpatsvars, kuri ziņoja, ka vairāk nekā vienu reizi dzīvē ir bijuši piedzērušies: 2010. gadā 47 % ziņoja par atkārtotu dzērumu, bet 2018. gadā šis rādītājs bija 25 %, kas ir vien nedaudz virs ES vidējā rādītāja (22 %).

Augsts aptaukošanās līmenis

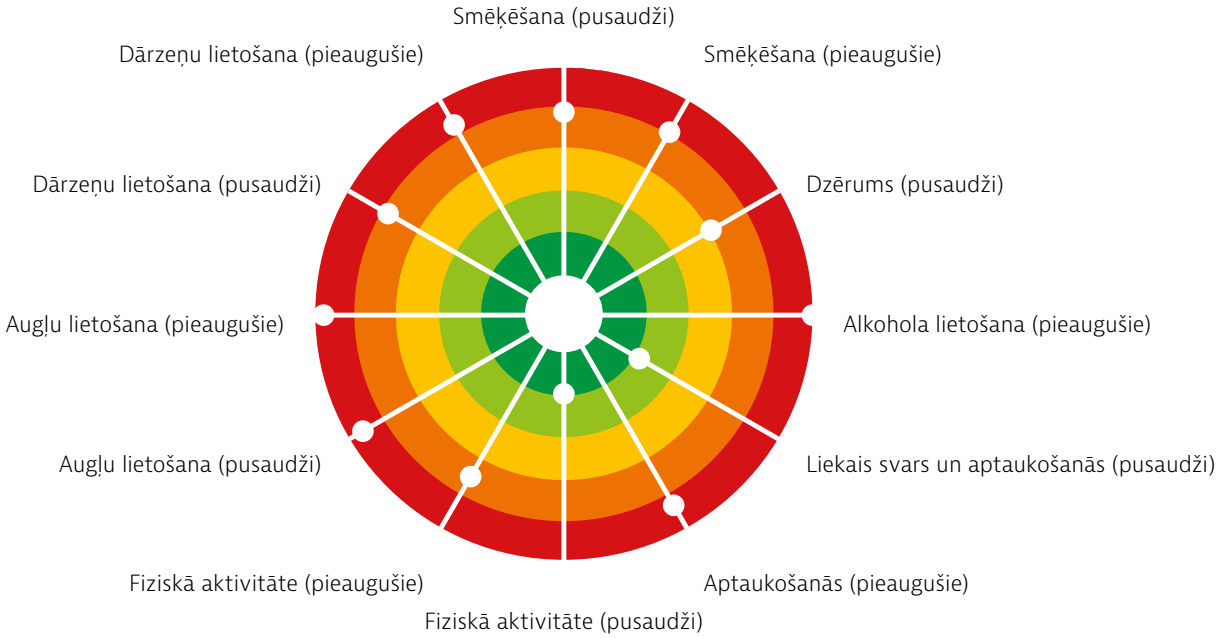
Aptaukošanās līmenis Latvijā ir daudz augstāks par ES vidējo. 2019. gadā 22 % pieaugušo bija aptaukojušies — vairāk nekā seši procentpunkti virs ES vidējā rādītāja. Slikti uztura paradumi ir viens no faktoriem, kas izskaidro šo augsto rādītāju: 2019. gadā 65 % no pieaugušajiem patērēja mazāk par vienu porciju augļu dienā un 60 % patērēja mazāk nekā vienu porcijudārzeņu dienā (sk. 7. attēlu).

Turklāt tikai trīs no pieciem pieaugušajiem katru nedēļu nodarbojās ar vismaz mērenām fiziskajām aktivitātēm. Pusaudžu rādītāji Latvijā ir labāki, proti, aptaukošanās rādītāji ir zem vidējā, bet fiziskās aktivitātes līmenis ir augstāks.

Sociālekonomiskā nevienlīdzība veicina veselības riskus

Latvijā daudzi dzīvesveida riska faktori ir izplatītāki cilvēku vidū ar zemāku izglītību un ienākumi. 2014. gadā ikdienā smēķēja 24 % pieaugušo, kas nebija ieguvuši vidējo izglītību, salīdzinājumā ar tikai 14 % pieaugušo ar augstāko izglītību — šī starpība ir daudz lielāka nekā lielākajā daļā ES dalībvalstu. Izglītības atšķirības attiecībā uz aptaukošanās līmeni ir mazākas: 2019. 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.

7. attēls. Vairāki dzīvesveida 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.
Avoti: rādītājiem pusaudžu vidū — ESAO aprēķini, pamatojoties uz HBSC 2017.–2018. gada apsekojumu; rādītājiem pieaugušo vidū — ESAO veselības statistika; EHIS 2014. un 2019. gada dati.

2. *Intensīva epizodiska dzeršana ir sešu vai vairāk alkoholisko dzērienu patērēšana vienā reizē pieaugušajiem.*

4 Veselības aprūpes sistēma

Latvijā ir nacionālā veselības dienesta tipa veselības aprūpes sistēma ar spēcīgu valsts pārvaldību

Latvijas Nacionālais veselības dienests (NVD) aptver visus iedzīvotājus un nodrošina veselības aprūpi, izmantojot vispārēju nodokļu finansējumu, un pastāv pircēju un pakalpojumu sniedzēju nošķirtība. Veselības ministrijas atbildība ir noteikt valsts politiku un noteikumus veselības aprūpes jomā. Tāpat tā regulē sabiedrības veselības jautājumus, savukārt Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) koordinē un īsteno ar sabiedrības veselību saistītus pasākumus.

NVD ir galvenais valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu pircējs Latvijā, un tas atbild par Veselības ministrijas izstrādātās politikas īstenošanu. Pakalpojumu sniedzēji, kuri slēdz līgumu ar NVD, primārās veselības aprūpes gadījumā galvenokārt pieder privātajam sektoram; sekundārās veselības aprūpes gadījumā — publiskajam un privātajam sektoram, kurā publiskās īpašumtiesības galvenokārt koncentrētas pašvaldību līmenī; terciārās veselības aprūpes gadījumā — galvenokārt publiskajam sektoram, kurā īpašumtiesības koncentrētas valsts līmenī. Latvijas reakcija uz Covid-19 bija balstīta uz ieviestām struktūrām un plāniem (1. izcēlums).

1. izcēlums. Vairākas iepriekš izveidotas struktūras bija pamatā Latvijas atbildei uz Covid-19

Visaugstākā līmeņa koordinācijas struktūra Latvijas reakcijā uz Covid-19 ir Krīzes vadības padome, kuru vada ministru prezidents. Tā koordinē valsts un pašvaldību darbības un pieņem lēmumus par tādiem jautājumiem kā ārkārtas stāvokļa izsludināšana vai valsts robežu slēgšana. Krīzes vadības padomes izveides nosacījumi bija izvirzīti 2000. gada Nacionālās drošības likumā un precizēti 2011. gada noteikumos par Krīzes vadības padomi. Padome iepriekš bija sanākusi, lai pārvarētu dabas katastrofas, piemēram, plūdus un ugunsgrēkus.

Veselības aprūpes nozares darbību ārkārtas situācijā koordinē Valsts operatīvā medicīniskā komisija, kuras mērķis ir nodrošināt testēšanas, izsekošanas un ārstēšanas koordinēšanu valstī. Komisijas sastāvu apstiprina Ministru kabinets, un tajā ietilpst NVD, SPKC, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (ātrās palīdzības dienesta), Zāļu valsts aģentūras, Valsts asinsdonoru centra, Veselības inspekcijas, Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centra un universitāšu slimnīcu pārstāvji. Valsts katastrofu un slimnīcu katastrofu medicīnas plāni bija ieviesti pirms pandēmijas sākuma, un tajos bija noteikti reaģēšanas pamati.

Galvenās krīzes pārvarēšanā iesaistītās struktūras ir Veselības ministrija, SPKC (ziņo PVO un ES; veic kontaktu izsekošanu), Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (koordinē hospitalizāciju un nodrošina tai nepieciešamo transportu) un NVD (organizē, plāno un norēķinās par veselības aprūpes pakalpojumiem; centralizēti iepērk medicīniskās ierīces un preces, tai skaitā individuālos aizsardzības līdzekļus veselības aprūpes iestādēm).

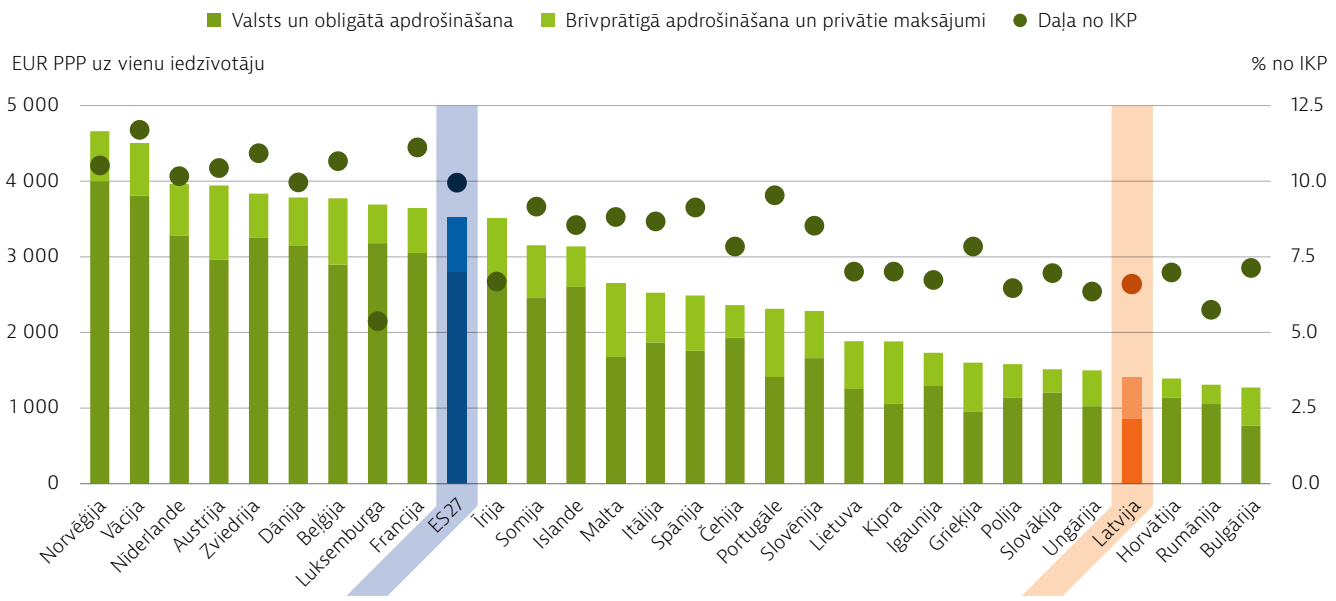
Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, Eiropas Komisija, European Observatory on Health Systems and Policies (2021).

Veselības aprūpes izdevumi ir palielinājušies, taču sistēmai vēl arvien ir nepietiekams finansējums

Lai gan veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju kopš 2010. gada ir palielinājušies par 75 %, sasniedzot 1409 EUR (koriģējot atbilstīgi pirktspējas atšķirībām), tas 2019. gadā vēl arvien bija ceturtais zemākais rādītājs ES pēc Bulgārijas, Rumānijas un Horvātijas (8. attēls). Izsakot šo rādītāju kā proporciju no IKP, veselības aprūpes izdevumi Latvijā palielinājās vairāk nekā citās ES valstīs: no 5,5 % 2014. gadā līdz 6,6 % 2019. gadā. Taču to līmenis kopumā vēl arvien ir krietni zem ES vidējā rādītāja (9,9 %).

2019. gadā tikai 61 % veselības aprūpes izdevumu sedza no valsts finansējuma avotiem, kas ir daudz mazāka proporcija nekā kopumā vidēji ES (80 %) un kaimiņvalstīs (66 % Lietuvā un 74 % Igaunijā). Vairumu valsts līdzekļu iegūst no vispārējās nodokļu iekasēšanas. 2018. gadā sociālās apdrošināšanas iemaksu likmi palielināja par vienu procentpunktu (sadalīts vienlīdzīgi starp darba devējiem un darba ņēmējiem), un attiecīgie papildu ienākumi tika atvēlēti veselības aprūpei. Lai gan šo papildu nodokli algām atcēla 2021. gadā, ieņēmumi no sociālās apdrošināšanas iemaksām, kas tika atvēlēti veselības aprūpei, saglabājās 2,78 % apmērā.

8. attēls. Lai gan pēdējā desmitgadē veselības aprūpes izdevumi ir palielinājušies, Latvijā to līmenis joprojām ir viens no zemākajiem ES



Piezīme. ES norādīts vidējais svērtais rādītājs.
Avots: ESAO 2021. gada veselības statistika (dati par 2019. gadu, izņemot Maltas datus par 2018. gadu).

Privātie veselības aprūpes izdevumi ir otrie lielākie ES

Privātie veselības aprūpes izdevumi Latvijā ir ļoti augsti — 2019. gadā tie veidoja 36 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem, kas ir vairāk nekā divreiz lielāks rādītājs par ES vidējo (15 %), un tas rada negatīvas sekas veselības aprūpes pieejamības ziņā (sk. 5.2. sadaļu). Lai gan veselības aprūpes sistēma aptver visus iedzīvotājus un sedz veselības aprūpes pakalpojumu minimumu, pacientiem ir jāmaksā pacienta līdzmaksājums par teju visu veidu pakalpojumiem un precēm — galvenokārt par ambulatorajai ārstēšanai paredzētajām zālēm. Turklāt privātie veselības aprūpes izdevumi ir saistīti ar veselības aprūpes pakalpojumu minimuma ierobežoto apjomu, kurā cita starpā neietilpst zobārstniecības aprūpe pieaugušajiem un lielākā daļa rehabilitācijas un fizioterapijas pakalpojumu. Turklāt, ņemot vērā valsts finansējuma trūkumu nolīgtajiem pakalpojumiem, pacienti nereti veic tiešus privātos maksājumus par aprūpi, ko nodrošina publiskie un privātie pakalpojumu sniedzēji, lai izvairītos no rindām. Brīvprātīgā veselības apdrošināšana (BVA) Latvijā ir maznozīmīga un sedz tikai 3,6 % no veselības aprūpes izdevumiem.

Latvija ir pārorientējusi tēriņus no stacionārās aprūpes uz ambulatoro aprūpi

Salīdzinot ar citām ES valstīm, Latvijai ir salīdzinoši sekmīgi izdevies pārorientēt pakalpojumu sniegšanu no stacionārās aprūpes uz ambulatoro. Tā rezultātā tēriņu īpatsvars par ambulatoro aprūpi kopš 2010. gada palielinājās par gandrīz 30 %. Tēriņu īpatsvars par zālēm un medicīniskām ierīcēm Latvijā (28 %) ir piektais augstākais ES, un tas kopumā krietni pārsniedz ES vidējo rādītāju (18,4 %), lai gan tas daļēji ir saistīts ar mazākiem vispārējiem veselības aprūpes izdevumiem. Absolūtā izteiksmē veselības aprūpes izdevumi par zālēm ir zem vidējā līmeņa (9. attēls). Valdība būtiski palielināja veselības aprūpes finansējumu, lai reaģētu uz Covid-19 krīzi 2020. gadā (2. izcēlums).

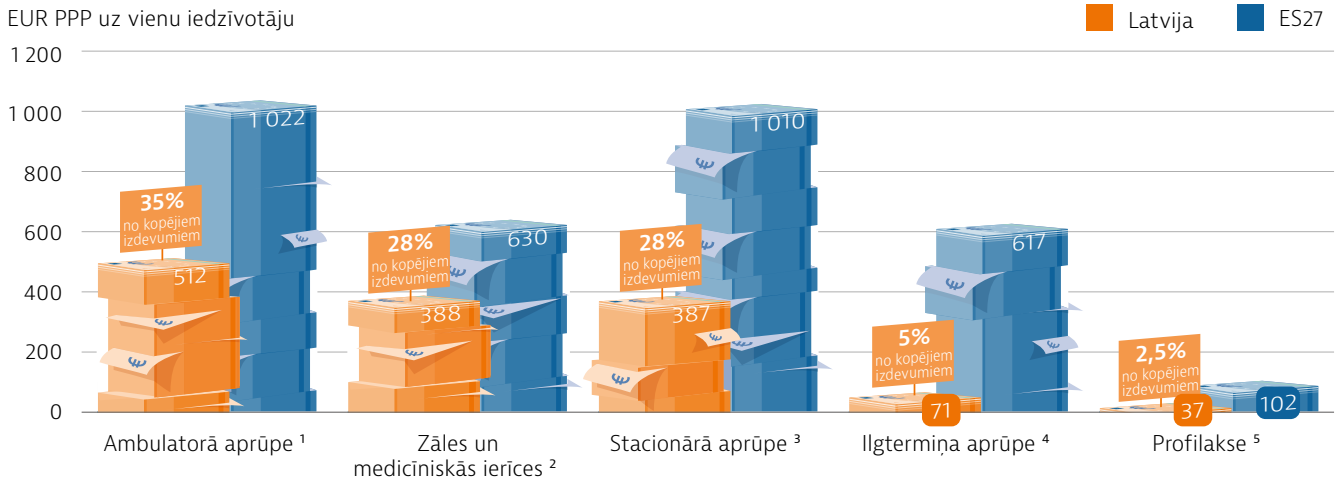
2. izcēlums. Valdība 2020. gadā piešķīra vairāk nekā 290 miljonus EUR Covid-19 pasākumiem

2020. gada nogalē valdība pieņēma lēmumu veselības aprūpes un sabiedrības veselības pakalpojumiem piešķirt papildu budžetu 254 miljonu EUR apmērā, kas ir vairāk nekā 20 % no valsts kopējiem veselības aprūpes izdevumiem. Tā kā Covid-19 otrais vilnis Latvijā bija daudz spēcīgāks par pirmo, šī summa ievērojami pārsniedz 36 miljonus EUR, kas bija piešķirti 2020. gada sākumā.

Otrajam vilnim atvēlēto finansējumu lielākoties izmantoja laboratoriju veiktspējas paaugstināšanai (66 miljoni EUR), individuālo aizsardzības līdzekļu (IAL) iegādei (53 miljoni EUR), medicīnas infrastruktūras uzlabošanai (50 miljoni EUR), piemaksām veselības aprūpes speciālistiem (33 miljoni EUR), pakalpojumu pieejamības uzlabošanai (25 miljoni EUR), pakalpojumu maksājumu likmju pārrēķināšanas atbalstīšanai (17 miljoni EUR) un pandēmijas izraisītās ietekmes uz garīgo veselību ierobežošanai (7 miljoni EUR).

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, Eiropas Komisija, European Observatory on Health Systems and Policies (2021).

9. attēls. Lielākā daļa Latvijas veselības aprūpes budžeta tiek izmantota ambulatorai aprūpei un zālēm



Piezīme. Veselības aprūpes sistēmas pārvaldības izmaksas nav iekļautas. 1. Iekļauta aprūpe mājās un papildu pakalpojumi (piem., pacientu pārvešana). 2. Iekļauts tikai ambulatorais tirgus. 3. Iekļauta dziednieciskā rehabilitācija slimnīcā un citās iestādēs. 4. Iekļauts tikai veselības komponents. 5. Iekļauti tikai tēriņi par organizētām profilakses programmām. ES vidējais rādītājs ir svērts.
Avoti: ESAO 2021. gada veselības statistika, Eurostat datubāze (dati par 2019. gadu).

Aktuālo situāciju, kurā trūkst veselības aprūpes darbinieku, pasliktina arī to nevienlīdzīgais ģeogrāfiskais sadalījums

Darbaspēka trūkums veselības aprūpes jomā Latvijā ir būtiska problēma (10. attēls). Praktizējošu ārstu skaits 2019. gadā bija 3,3 uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir būtiski zem kopējā ES vidējā rādītāja (3,9 ārsti uz 1000 iedzīvotājiem), savukārt medmāsu skaits bija tikai aptuveni puse no ES vidējā skaita, un tas ir viens no zemākajiem rādītājiem ES. Turklāt ļoti liela daļa veselības aprūpes nozares darbinieku ir koncentrējusies pilsētās, tāpēc rodas jautājumi par aprūpes taisnīgumu un pieejamību lauku iedzīvotājiem (sk. 5.2. sadaļu). Turklāt medicīniskā personāla zemais atalgojums publiskajā sektorā liek daļai veselības aprūpes speciālistu pāriet uz privāto sektoru.

Cenšoties novērst darbaspēka trūkumu, Latvijā būtiski palielināja medicīniskās apmācības apmēru. Medicīnas absolventu skaits strauji palielinājās no 179 absolventiem 2010. gadā līdz 450 absolventiem 2018. gadā. Turklāt medicīnas speciālistu algas kopš 2018. gada ir pieaugušas vidēji par 10–20 % gadā. No 2018. gada arī ES finansēts projekts sniedz finansiālus stimulus ar mērķi piesaistīt medicīnas speciālistus darbam reģionos ārpus Rīgas. Taču mazāk uzmanības ir pievērsts medmāsu darbaspēka palielināšanai — absolventu skaits ir saglabājies praktiski nemainīgs kopš 2010. gada.

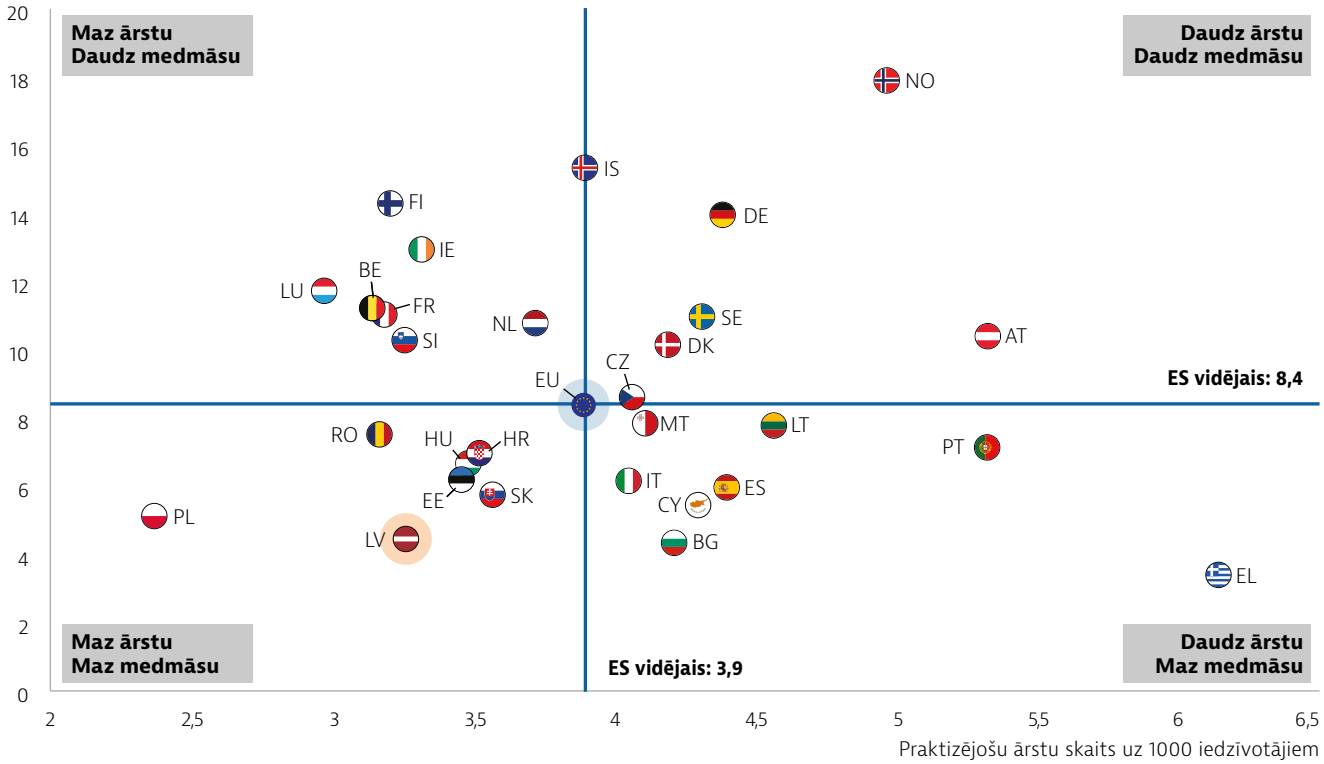
Pēdējo gadu laikā ir paplašinājusies gan aprūpe privātajās slimnīcās, gan primārā aprūpe

Institucionālās centralizācijas procesa rezultātā un pārejot no stacionārās uz ambulatoro aprūpi, slimnīcu un tajās esošo gultu skaits laikā no 2000. līdz 2010. gadam strauji samazinājās. Kopš tā laika tas ir saglabājies salīdzinoši stabils, un 2019. gadā Latvijas veselības aprūpes sistēmā bija 5,4 slimnīcas gultas uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir pielīdzināms ES vidējam rādītājam (5,3 gultas uz 1000 iedzīvotājiem). Ierobežotā finansējuma dēļ NVD slēdz līgumus tikai par noteiktu pakalpojumu skaitu gadā. Apvienojumā ar zemajiem pakalpojumu tarifiem publiskajā sektorā tas ir izraisījis garas rindas (sk. 5.2. sadaļu) un būtisku paralēla privātā veselības aprūpes sektora paplašināšanos. Laikposmā no 2000. līdz 2019. gadam privāto maksas slimnīcas gultu skaits — kas pieejamas daudzās mazās slimnīcās — pieauga no tikai 2 % līdz 10 % no kopskaita.

Gandrīz visi Latvijas iedzīvotāji ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta (ĢĀ), kas ir galvenais kontaktpunkts veselības aprūpes sistēmas piekļuvei un kontrolē nosūtījumus uz lielāko daļu sekundārās ambulatorās un stacionārās aprūpes pakalpojumu. Vairāku reformu mērķis ir bijis stiprināt primāro aprūpi. Laikposmā no 2010. gada līdz 2016. gadam primārās aprūpes prakšu skaits pieauga no 361 līdz 1275. Turklāt ES struktūrfondi ir palīdzējuši atbalstīt lielāku primārās aprūpes centru izveidi ar dažādu specializāciju un ilgāku darba laiku.

10. attēls. Ārstu un medmāsu skaits Latvijā ir krietni zem ES vidējā

Praktizējošu medmāsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem



Piezīme. ES vidējais rādītājs nav svērts. Dati par Portugāli un Grieķiju attiecas uz visiem ārstiem, kuri ir licencēti praktizēt, tādēļ sniegtie skaitļi par praktizējošo ārstu skaitu krietni pārsniedz reāli praktizējošo ārstu skaitu (piemēram, par aptuveni 30 % Portugāles gadījumā). Medmāsu skaits Grieķijā ir novērtēts pārāk zemu, jo tajā ietverts tikai slimnīcu personāls.
Avots: Eurostat datubāze (dati par 2019. gadu vai tuvāko gadu).

5 Veselības aprūpes sistēmas darbības rezultāti

5.1 Efektivitāte

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

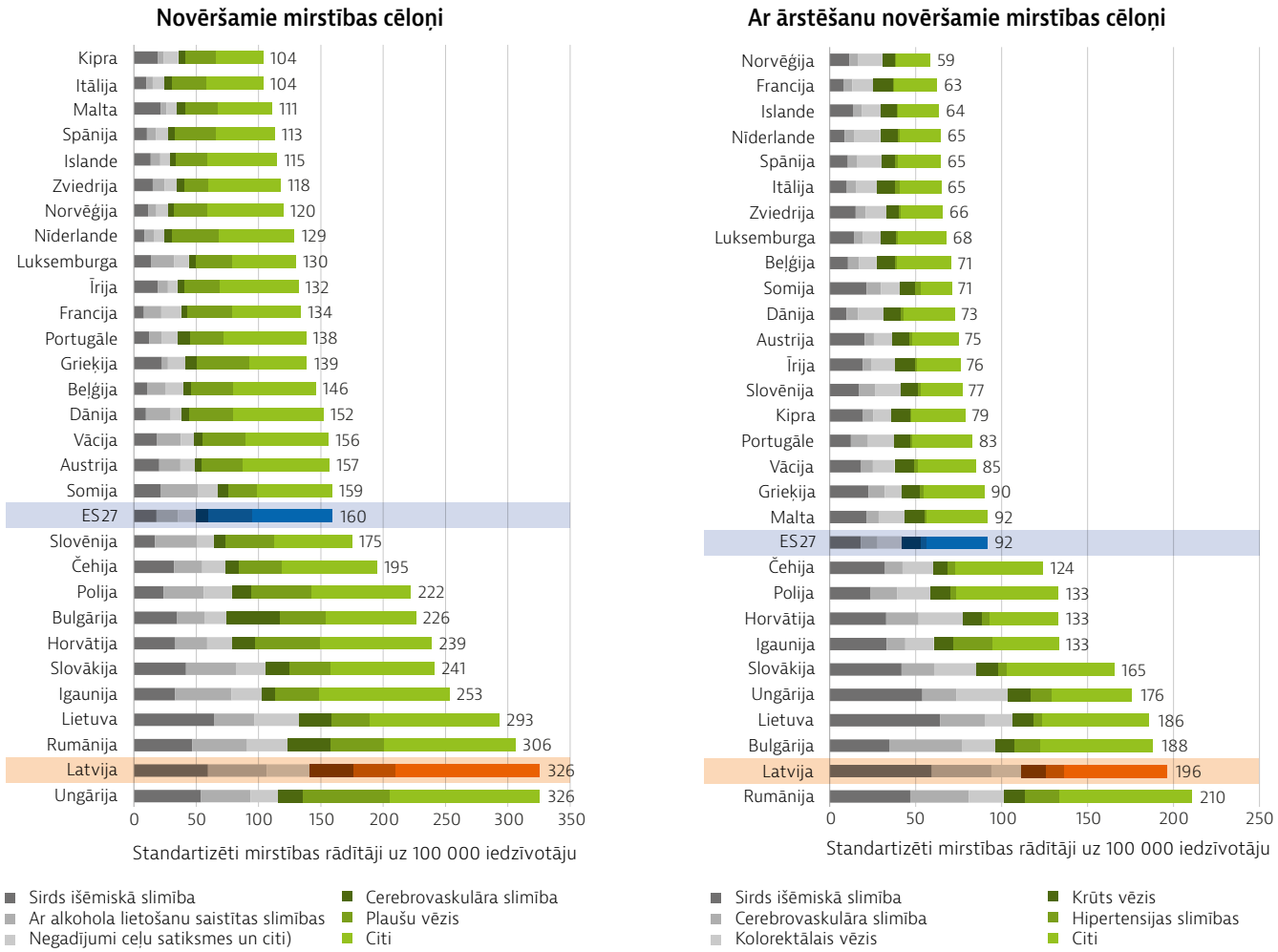
2018. gadā Latvijā bija otrais augstākais mirstības rādītājs ES gan no profilaktiski novēršamiem, gan no medicīniski novēršamiem cēloņiem (11. attēls). Gandrīz 6000 nāves gadījumu būtu bijis iespējams novērst ar efektīvākiem valsts veselības aprūpes un profilakses pasākumiem un vēl 3500 nāves gadījumu — ar piemērotāku un savlaicīgāku veselības aprūpi. Tas liecina par būtisku nepieciešamību izstrādāt efektīvāku valsts veselības aprūpes politiku un veikt ieguldījumus veselības aprūpes sistēmas kvalitātes uzlabošanā.

Latvijā ir ieviesta politika ar mērķi uzlabot iedzīvotāju veselību, taču trūkst resursu

Kā minēts 3. sadaļā, gandrīz puse no visiem nāves gadījumiem Latvijā ir saistīti ar dzīvesveida riska faktoriem, ieskaitot alkohola lietošanu, smēķēšanu, sliktu uzturu un mazkustīgu dzīvesveidu. Lai mazinātu šo faktoru ietekmi, Veselības ministrijas skaidrie stratēģiskie mērķi ir profilakse un veselības veicināšana. Tas ietver Ministru kabineta 2020. gada 30. jūlijā pieņemto valsts jauno Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plānu 2020.–2022. gadam, kurā izskan aicinājums ieviest stingrākus ierobežojumus alkoholisko dzērienu reklāmai un pieejamībai, un Latvijas Sabiedrības veselības stratēģiju 2021.–2027. gadam, kas šobrīd tiek izstrādāta.

Taču ierobežotie resursi varētu vēl arvien kavēt progresu sabiedrības veselības jomā. Latvijā sabiedrības veselībai un profilaksei tiek tērēts mazāk nekā citās ES valstīs, proti, tikai 2,5 % no veselības aprūpes budžeta, kas jau tā ir mazāks par vidējo (sk. 4. sadaļu), salīdzinot ar 2,9 % vidēji ES. Tiek sagaidīts, ka ĢĀ un pašvaldības būs aktīvi sabiedrības veselības stratēģijas ieviesēji, taču gan vieni, gan otri ir pārslogoti un tiem trūkst finansējuma (ESAO, 2020).

11. attēls. Latvijā ir otrais augstākais mirstības rādītājs ES gan no profilaktiski novēršamiem, gan no medicīniski novēršamiem cēloņiem



Piezīme. Mirstība profilaktiski novēršamu cēloņu dēļ ir tādi nāves gadījumi, kurus varētu novērst galvenokārt ar sabiedrības veselības aprūpes un primārās profilakses pasākumiem. Mirstība medicīniski novēršamu cēloņu dēļ ir tādi nāves gadījumi, kurus varētu novērst galvenokārt ar veselības aprūpes pasākumiem, to skaitā skrīningu un ārstēšanu. Puse no visiem nāves gadījumiem no dažām slimībām (piem., sirds išēmiskā slimība un cerebrovaskulāras slimības) ir uzskatāma par mirstību profilaktiski novēršamu cēloņu dēļ; otra puse pieskaitāma pie medicīniski novēršamiem cēloņiem. Abi rādītāji attiecas uz priekšlaicīgu mirstību (vecumā līdz 75 gadiem). Datu pamatā ir pārskatītie ESAO/Eurostat saraksti.
Avots: Eurostat datubāze (dati par 2018. gadu, izņemot Francijas datus par 2016. gadu).

Latvija Covid-19 pandēmijas laikā paplašināja valsts nodrošināto gripas vakcinācijas tvērumu

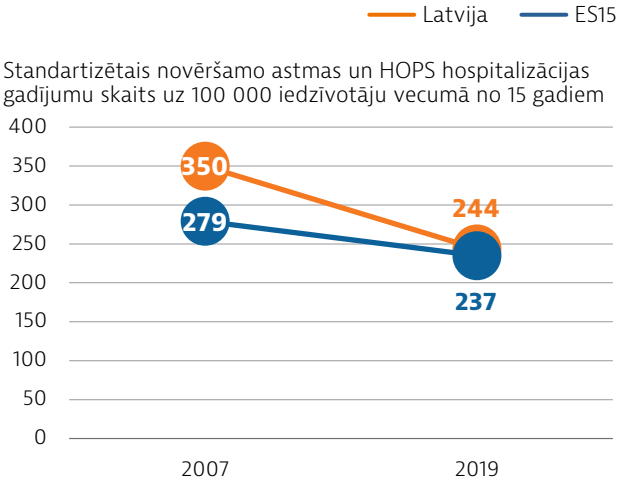
Covid-19 pandēmija aktualizēja jautājumu par sezonālās gripas vakcīnas nozīmīgumu, jo bija svarīgi novērst vēl viena vīrusa papildus radītu spiedienu uz slimnīcām. Vēsturiski Latvijā vecāka gadagājuma iedzīvotāju vidū ir zems vakcinēšanās pret gripu līmenis: 2019. gadā mazāk kā 12 % iedzīvotāju, kas sasnieguši 65 gadu vecumu, bija vakcinējušies pret sezonālo gripu, bet ES vidēji šis rādītājs bija 42 %. Taču pieaug kopējais vakcinēto iedzīvotāju skaits: 2018./2019. gada sezonā 31 533 iedzīvotāju vakcinējās pret gripu, un 2019./2020. gada sezonā šis skaitlis palielinājās līdz 43 110.

Covid-19 pandēmijas dēļ 2020. gadā tika paplašināts to iedzīvotāju grupu loks, kam valsts pilnībā sedz gripas vakcīnas izmaksas, tādējādi iekļaujot personas, kas sasniegušas 65 gadu vecumu, personas, kas cieš no hroniskām slimībām, ilgtermiņa sociālās aprūpes iestāžu klientus un darbiniekus un medicīnas un atbalsta personālu, kā arī grūtnieces un bērnus vecumā no 6 līdz 24 mēnešiem, kam jau bija pilnībā segtas izmaksas.

Latvija ir pievērsusies primārās aprūpes efektivitātes uzlabošanai

Pēdējo desmit gadu laikā Latvija ir pievērsusies primārās aprūpes efektivitātes uzlabošanai. Vēl 2007. gadā novēršamu hospitalizācijas gadījumu skaits astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības dēļ bija salīdzinoši augsts, bet šobrīd tas ir aptuveni ES vidējā līmenī, kas atspoguļo šo slimību izplatības samazināšanos Latvijā, kā arī slimības pārvaldības intervenču uzlabojumus ambulatorajās iestādēs (12. attēls). Lai stiprinātu primāro aprūpi, ir īstenotas vairākas iniciatīvas, piemēram, ir izstrādāti kvalitātes rādītāji. Taču starp ĢĀ un NVD ir radušās domstarpības par šo rādītāju atbilstību.

12. attēls. Pēdējo gadu laikā ir samazinājies novēršamu hospitalizācijas gadījumu skaits astmas un hroniskas obstruktīvas plaušu slimības dēļ



Avots: ESAO veselības statistika par 2021. gadu.

Lai gan ir panākti būtiski uzlabojumi, vēža skrīninga līmenis arvien ir zems

Kā minēts 2. sadaļā, vēzis Latvijā ir būtiska sabiedrības veselības problēma. Kopš 2008. gada ir sasniegts būtisks progress — paaugstināta sieviešu līdzdalība krūts vēža skrīningā. Taču skrīninga līmenis vēl arvien ir zems — 39 % salīdzinājumā ar ES vidējo līmeni, kas 2019. gadā bija 59 %. Citu vēža skrīningu līmenis attīstās līdzīgi: lai arī līmenis ir būtiski uzlabojies pēdējo gadu laikā, 2019. gadā tikai 40 % Latvijas sieviešu vecumā no 20 līdz 69 gadiem bija pēdējos divos gados veikts dzemdes kakla vēža skrīnings, bet ES vidējais rādītājs ir 58 %. Tāpat 2019. gadā tikai 32 % Latvijas iedzīvotāju vecumā no 50 līdz 74 gadiem ziņoja, ka viņiem pēdējo trīs gadu laikā ir veikts kolorektālā vēža skrīninga tests; ES vidēji šis rādītājs bija 41 %.

Salīdzinoši zemo līdzdalību vēža skrīningā Latvijā atspoguļo piecu gadu dzīvildzes rādītājs, kas ir zemāks par vidējo (13. attēls). Kaut gan dažiem vēža veidiem Latvijas rādītāji ir pielīdzināmi vai pat labāki par ES vidējiem rādītājiem, piecu gadu dzīvildzes rādītājs krūšu, dzemdes kakla un resnās zarnas vēzim ir zemāks par ES vidējo. Tas uzsver to, ka ir svarīgi pastiprināt centienus, lai uzlabotu vēža skrīninga līmeņus, jo agrīna diagnoze var būtiski uzlabot šo veidu vēža prognozi (3. izcēlums).

3. izcēlums. Latvija ir veicinājusi līdzdalību vēža skrīningā

Vismaz desmit gadu laikā kopš trīs (krūts, dzemdes kakla un kolorektālā) vēža skrīninga valsts programmu ieviešanas 2009. gadā valdība ir centusies uzlabot dalību skrīninga programmās.

- Divreiz tika organizētas informācijas kampaņas, proti, 2017. un 2019. gadā, lai uzlabotu sabiedrības informētību par vēzi un vēža skrīningu.
- SPKC organizēja izglītojošus seminārus darba vietās. Tie bija paredzēti, lai uzlabotu informētību par vēža skrīningu un motivētu darbiniekus apmeklēt profilaktiskas veselības pārbaudes.
- Pilotprogrammā 2018. un 2019. gadā pētīja ĢĀ finansiālos stimulus, proti, ĢĀ saņēma piemaksu, ja spēja palielināt skrīninga līmeni reģistrēto pacientu vidū.

Skrīninga pieejamības un kvalitātes uzlabošana bija viena no galvenajām darbības jomām arī Eiropas Komisijas izstrādātajā Eiropas Vēža uzveikšanas plānā.

Avoti: Eiropas Komisija (2021a); ESAO (2020).

13. attēls. Piecu gadu dzīvildzes rādītāji dažādu veidu vēzim Latvijā ir zem ES vidējiem rādītājiem

Prostatas vēzis
Latvija: 90 %
ES23: 87 %

Bērnu leikēmija
Latvija: 84 %
ES23: 85 %

Krūts vēzis
Latvija: 77 %
ES23: 82 %

Dzemdes kakla vēzis
Latvija: 54 %
ES23: 63 %

Resnās zarnas vēzis
Latvija: 49 %
ES23: 60 %

Plaušu vēzis
Latvija: 18 %
ES23: 15 %

Piezīme. Dati ir par cilvēkiem, kam noteikta diagnoze laikposmā no 2010. līdz 2014. gadam. Bērnu leikēmija ir akūts limfoblastiskais vēzis.
Avots: programma CONCORD, Londonas Higiēnas un tropiskās medicīnas skola.

5.2 Pieejamība

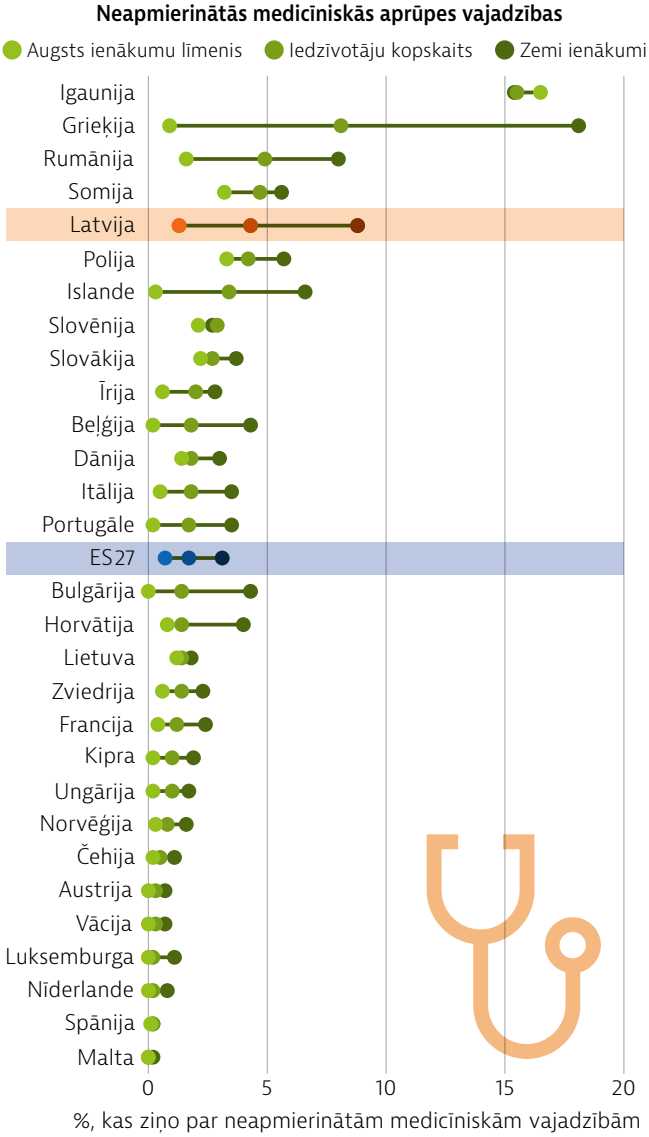
Liela daļa Latvijas iedzīvotāju nevar piekļūt aprūpei, kas tiem vajadzīga

To Latvijas iedzīvotāju proporcionālā daļa, kuru medicīniskās ārstēšanas vajadzības nav apmierinātas, ir viena no lielākajām Eiropā. 2019. gadā 4,3 % iedzīvotāju nesaņēma medicīnisko aprūpi izmaksu, attāluma vai gaidīšanas laika dēļ; tas ir daudz augstāks rādītājs nekā ES vidējais rādītājs 1,7 % (14. attēls). Turklāt tas nesamērīgi skāra iedzīvotāju grupas ar zemākiem ienākumiem. Latvijas iedzīvotāji, kuru ienākumu līmenis ir zemākajā kvintilē, biežāk ziņoja par neapmierinātām medicīniskās aprūpes vajadzībām (8,8 %) nekā iedzīvotāji augstākajā kvintilē (1,3 %). Eurofound (2021) apsekojumā konstatēts, ka Covid-19 pandēmijas pirmo 12 mēnešu laikā 29 % Latvijas iedzīvotāju ziņoja par neapmierinātām medicīniskās aprūpes vajadzībām[3].

Piekļuve pamata medicīniskajai aprūpei ir nostiprināta Latvijas Satversmē, bet tikai nelielai daļai ir nodrošināts valsts finansējums

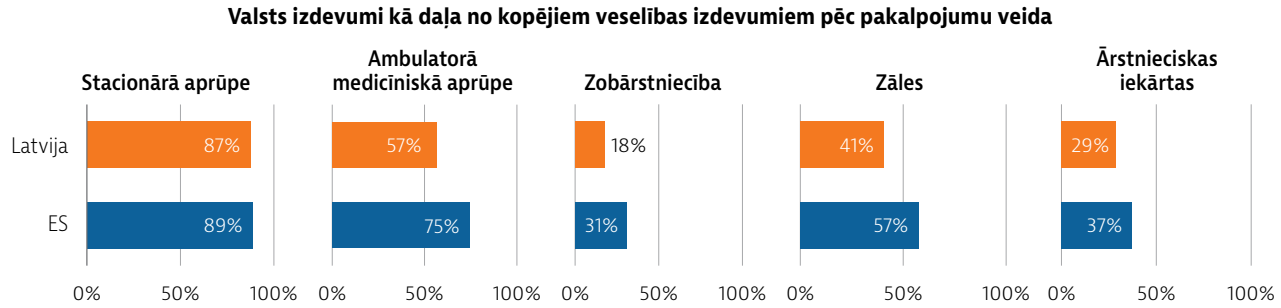
Latvijas Satversmē ir garantēts universāls iedzīvotāju veselības aprūpes segums, nosakot, ka "valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu". Taču veselības aprūpes pakalpojumu pamata "grozs" Latvijā ir ierobežots, salīdzinot ar citām ES valstīm, jo tajā neietilpst tādi pakalpojumi kā zobārstniecība pieaugušajiem, daži rehabilitācijas un fizioterapijas pakalpojumi, medicīniskās pārbaudes nodarbinātības mērķiem, dzirdes aparāti pieaugušajiem, redzes korekcija, psihoterapija un grūtniecības pārtraukšana, ja nav medicīnisku vai sociālu apsvērumu (Behmane et al., 2019). Turklāt visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, piemēram, ĢĀ apmeklējumiem, speciālistu apmeklējumiem, hospitalizācijai un zālēm, ir piemērojami pacienta līdzmaksājumi. To apmērs ir no 0,71 EUR par katru pilnībā kompensējamo zāļu recepti līdz 35,57 EUR par MRA izmeklējumiem. Tā rezultātā valsts veselības aprūpes sistēma sedz mazāku veselības aprūpes izmaksu daļu visu veidu aprūpei nekā vidēji ES (15. attēls).

14. attēls. Latvijas iedzīvotāji ar zemu ienākumu līmeni bieži ziņo par neapmierinātām medicīniskās aprūpes vajadzībām



Piezīme. Dati attiecas uz neapmierinātajām 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 2019. gadu, izņemot Islandes datus par 2018. gadu).

15. attēls. Latvijā salīdzinoši maza veselības aprūpes izmaksu daļa ir finansēta no valsts līdzekļiem



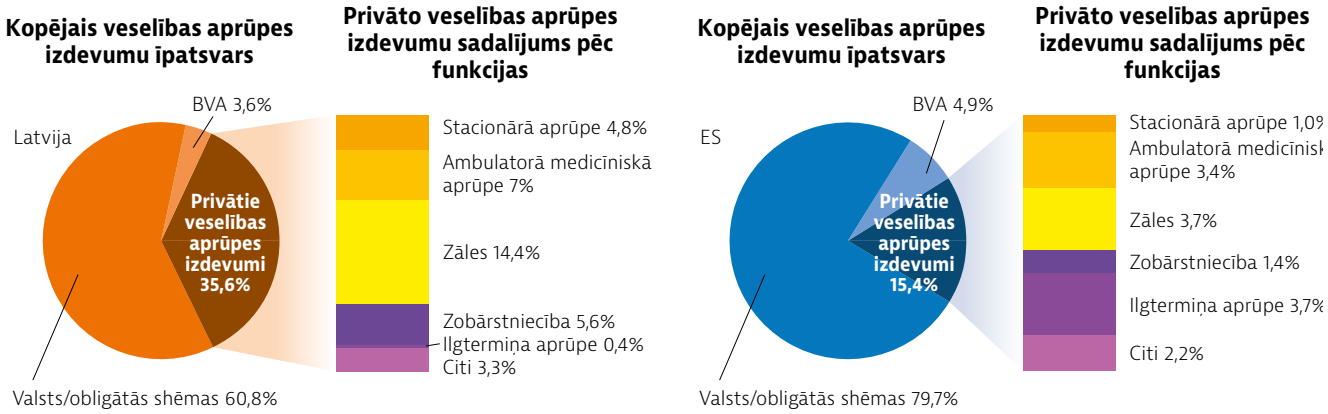
Piezīme. Ambulatorie medicīnas pakalpojumi galvenokārt ir pakalpojumi, ko nodrošina ambulatorās nozares vispārējās medicīnas un specializētās medicīnas pakalpojumu sniedzēji. Zāles ietver recepšu un bezrecepšu zāles, kā arī īslaicīga lietojuma medicīnas preces. Terapeitiskās ierīces ietver redzes korekcijas preces, dzirdes aparātus, ratiņkrēslus un citas medicīniskās ierīces.
Avots: ESAO 2021. gada veselības statistika (dati par 2019. gadu vai tuvāko gadu).

3. *Eurofound apsekojuma dati nav salīdzināmi ar EU-SILC apsekojuma datiem atšķirīgas metodikas dēļ.*

Lieli privātie izdevumi nozīmē nesamērīgi lielus tēriņus par veselības aprūpi daudziem Latvijas iedzīvotājiem

2019. gadā 36 % veselības aprūpes izdevumu Latvijā bija personīgie izdevumi, kas ir otrais augstākais līmenis ES pēc Bulgārijas un kopumā krietni virs ES vidējā rādītāja (15 %). Lielākā daļa privāto veselības aprūpes izdevumu tiek tērēts ambulatorajai ārstēšanai paredzētajām zālēm (16. attēls). Pašreizējie kompensācijas mehānismi nozīmē, ka pacienti saskaras ar procentuāliem līdzmaksājumiem (nevis fiksētu likmi), un privātiem veselības aprūpes izdevumiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzētajām zālēm nav noteiktu ierobežojumu. Turklāt izdevumi par dažām būtiskām zālēm, piemēram, aspirīnu (antikoagulants), glibenklamīdu (zāles diabēta ārstēšanai), penicilīnu un eritromicīnu (antibiotikas), vispār netiek kompensēti (ESAO, 2020). Eiropas Komisija nesen pieņemtajā Eiropas Zāļu stratēģijā ir izstrādājusi politikas rīcības plānu, kā palielināt zāļu finansiālo pieejamību ES līmenī (4. izcēlums).

16. attēls. Latvijā ir lieli privātie izdevumi salīdzinājumā ar ES vidējo rādītāju



Piezīme. ES vidējais rādītājs ir svērts. BVA = brīvprātīgā veselības apdrošināšana, kas ietver arī citas brīvprātīgās priekšapmaksas shēmas.
Avoti: ESAO veselibas statistika par 2021. gadu; Eurostat datubāze (dati par 2019. gadu).

4. izcēlums. Eiropas Komisija ir pieņēmusi zāļu stratēģiju, lai uzlabotu piekļuvi Eiropā

2020. gada novembrī Eiropas Komisija pieņēma Eiropas Zāļu stratēģiju, kuras mērķis ir nodrošināt pacientu piekļuvi inovatīvām zālēm par pieņemamu cenu un veicināt ES farmācijas nozares konkurētspēju, inovācijas spējas un ilgtspēju. Sagaidāms, ka stratēģija ļaus Eiropai, izmantojot stabilas piegādes ķēdes, apgādāt savus iedzīvotājus ar zālēm, arī krīzes laikā. Tā ir balstīta uz četriem pīlāriem:

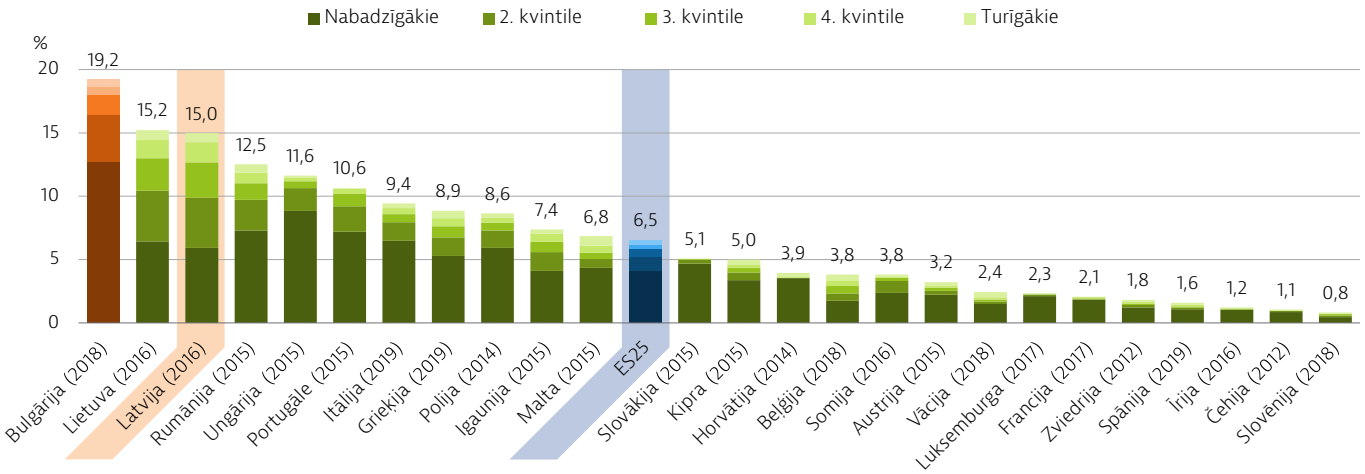
- nodrošināt pacientiem piekļuvi zālēm par pieņemamu cenu un apmierināt neapmierinātās medicīniskās vajadzības (piemēram, tādās jomās kā rezistence pret antimikrobiālajiem līdzekļiem, vēzis un retās slimības),
- veicināt ES farmācijas nozares konkurētspēju, inovāciju un ilgtspēju, kā arī drošu, iedarbīgu un "zaļāku" zāļu izstrādi,
- uzlabot krīžu gatavības un reaģēšanas mehānismus un risināt piegādes drošības jautājumus,
- nodrošināt spēcīgu ES ietekmi pasaulē, popularizējot augsta līmeņa kvalitātes, iedarbīguma un drošības standartus.

Pieņemot stratēģiju, tiek atzīmēts procesa sākumpunkts un tiek sākta vērienīga likumdošanas un ar tiesību aktiem nesaistītas rīcības programma, kas tuvāko gadu laikā paredz: pārskatīt pamata tiesību aktus farmācijas jomā ar mērķi padarīt šo regulējumu noturīgu pret nākotnes izaicinājumiem un draudzīgu inovācijām; pārskatīt regulas par bērniem paredzētām zālēm un retu slimību ārstēšanai paredzētām zālēm; uzlabot sadarbību starp valstu iestādēm attiecībā uz cenu noteikšanas, maksājumu un iepirkumu politiku ar mērķi uzlabot zāļu finansiālo pieejamību un rentabilitāti.

Avots: Eiropas Komisija (2020).

Augsto privāto veselības aprūpes izdevumu rezultātā Latvijā bieži nākas saskarties ar nesamērīgi lieliem veselības aprūpes izdevumiem[4] (17. attēls): 2016. gadā ar tiem saskārās 15 % mājsaimniecību, un šos izdevumus gandrīz pilnībā veidoja tēriņi par ambulatorajai ārstēšanai paredzētajām zālēm (ESAO, 2020). Salīdzinājumā ar citām valstīm, kur galvenokārt ar nesamērīgi lieliem veselības aprūpes izdevumiem saskārās tikai visnabadzīgākās mājsaimniecības, Latvijā ar tiem saskārās pat mājsaimniecības ar augstākiem ienākumiem.

17. attēls. Nesamērīgi lieli veselības aprūpes izdevumi Latvijā ir bieži vērojami visās ienākumu grupās



Piezīme. ES vidējais rādītājs nav svērts.
Avots: PVO Eiropas reģionālā biroja dati, 2021.

Valsts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība ir ierobežota

Pat tad, ja pakalpojumi ir iekļauti veselības aprūpes pakalpojumu pamata "grozā", piekļuve tiem ir ierobežota (Behmane et al., 2019). Valsts finansētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir noteiktas gada kvotas; kad kvotas ir izsmeltas, pacientiem ir vai nu jāgaida līdz nākamajam gadam, vai jāsedz izmaksas privāti. Tas atspoguļojas gan noteiktu procedūru zemākos rādītājos (piemēram, ceļa vai gūžas locītavas endoprotezēšanas operāciju kopskaits), gan ilgākos gaidīšanas laikos (piemēram, kataraktas operācijai). Lai risinātu gaidīšanas laika problēmu, NVD ir apņēmies nodrošināt papildu finansējumu, lai norēķinātos par lielāku pakalpojumu skaitu. Taču vairākiem valsts pakalpojumiem NVD tarifi vēl arvien ir zemāki nekā pakalpojuma izmaksas. Tā rezultātā mazāk speciālistu ir gatavi sniegt pakalpojumu, un tas ietekmē pakalpojumu pieejamību un kvalitāti.

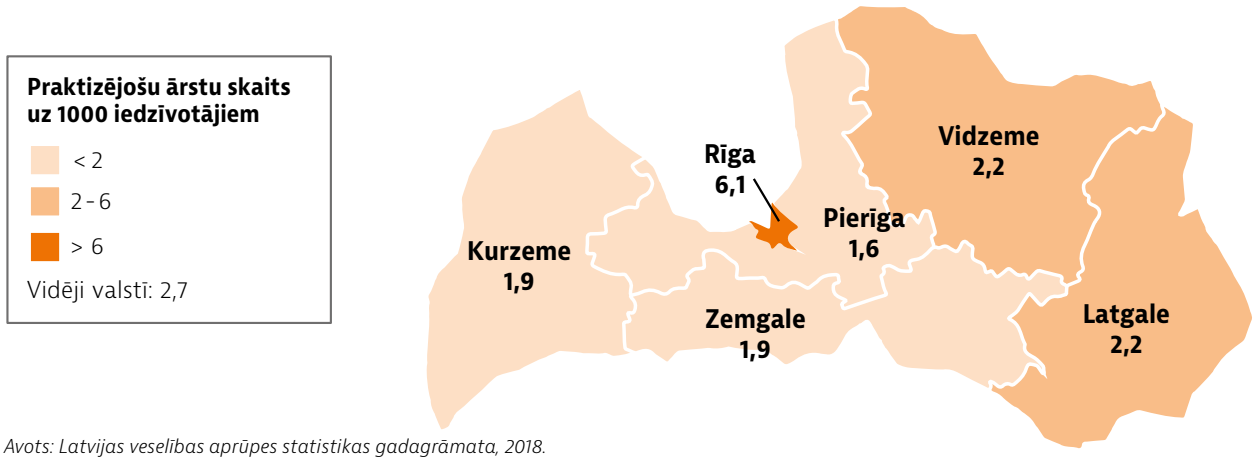
Covid-19 pandēmijas sākumā visiem iedzīvotājiem, arī asimptomātiskiem, bija iespējams veikt valsts finansētu Covid-19 testu. Taču, palielinoties pieprasījumam, kas pārsniedza piedāvājumu, 2020. gada oktobrī tika noteikta prasība pēc ārsta nosūtījuma bezmaksas testu veikšanai Šis pagaidu pasākums tika atcelts 2021. gada janvārī, lai ikviens, kam ir slimības simptomi, varētu veikt valsts apmaksātu testu.

Latvija veic pasākumus, lai novērstu veselības aprūpes speciālistu nevienmērīgu ģeogrāfisko sadalījumu

Veselības aprūpes speciālisti galvenokārt strādā pilsētās, un tas rada pieejamības šķēršļus lauku iedzīvotājiem (Behmane et al., 2019). 2018. gadā praktizējošu ārstu īpatsvars uz 1000 iedzīvotājiem Rīgas reģionā bija vairāk nekā trīsreiz lielāks nekā lauku apvidos (18. attēls). Lai uzlabotu piekļuvi aprūpei lauku apvidos, Latvija ir ieviesusi vairākas rīcībpolitikas. ĢĀ, kas veic praksi nepietiekami apkalpotos apvidos, saņem ikmēneša piemaksu, augstāku kapitācijas likmi un citus finanšu stimulus. No 2015. gada aprīļa medicīnas augstskolām ir jādod priekšroka pieteikuma iesniedzējiem, kuri ir piekrituši pēc apmācības beigām praktizēt lauku apvidos (Behmane et al., 2019; ESAO, 2020).

4. Izdevumi tiek uzskatīti par nesamērīgi lieliem, ja mājsaimniecības privātie veselības aprūpes izdevumipārsniedz 40 % no kopējiem mājsaimniecības neto pirmās nepieciešamības izdevumiem (t. i., pārtika, mājoklis un komunālie pakalpojumi).

18. attēls. Ārstu sadalījums reģionos ir ļoti nevienmērīgs



Avots: Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2018.

5.3 Noturība

Šī sadaļa par noturību galvenokārt ir veltīta Covid-19 pandēmijas radītajai ietekmei un reakcijai uz to[5]. Kā minēts 2. sadaļā, 2020. un 2021. gadā Covid-19 pandēmija, tāpat kā daudzās citās ES valstīs, ir būtiski ietekmējusi sabiedrības veselību un mirstību Latvijā,. Pasākumi, kas veikti, lai ierobežotu pandēmiju, ir ietekmējuši arī ekonomiku, IKP samazinoties par 3,6 % un bezdarbam pieaugot no 7,4 % 2020. gada sākumā līdz 8,8 % gada beigās.

Pēc Covid-19 salīdzinoši mērenā pirmā viļņa gadījumu skaits 2020. gada beigās Latvijā strauji pieauga

Kamēr daudzas Eiropas valstis 2020. gada pavasarī cīnījās ar Covid-19 infekcijas pirmā viļņa postošajām sekām, Latvijai lielā mērā tas tika aiztaupīts (19. attēls). Pirmie saslimšanas gadījumi valstī tika reģistrēti 2020. gada martā. Pirmā viļņa augstākajā punktā Latvijā nedēļā tika atklāti 12 saslimšanas gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, kas bija zem ES vidējā rādītāja (33 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju) un krietni zem rādītāja dažās vissmagāk skartajās valstīs, kur tas bija vairāk nekā divreiz lielāks.

Taču Latvija ātri ieviesa izplatības ierobežošanas stratēģijas (ESAO/ES, 2020). Neraugoties uz to, ka inficēšanās rādītāji bija zemāki nekā daudzās citās valstīs, valdība 2020. gada martā izsludināja ārkārtas stāvokli, aizliedzot sabiedriskās pulcēšanās, aizverot skolas, ierobežojot starptautisko ceļošanu, ieviešot divu metru distances noteikumu un nosakot pašizolācijas prasības ieceļotājiem valstī, kā arī personām, kas bijušas saskarē ar cilvēku, kuram apstiprināta Covid-19 saslimšana.

2020. gada vasarā infekcijas izplatības līmenis samazinājās, un dažus ierobežojumus pakāpeniski atcēla. Taču, kad saslimšanas gadījumu skaits rudenī sāka strauji pieaugt, ierobežojumi tika atkal pastiprināti un tika ieviesti jauni pasākumi. Oktobrī noteica obligātu prasību valkāt atbilstošas sejas maskas — vispirms sabiedriskajā transportā, pēc tam visās slēgtās sabiedriskās vietās (iepriekš bija pieņemami jebkādi sejas aizsegi). Novembrī tika aizvērtas visas sabiedriskās vietas un atcelti sporta pasākumi. Pašvaldību teritorijās ar augstiem inficēšanās rādītājiem noteica papildu ierobežojumus, piemēram, citu mājsaimniecību apmeklējuma aizliegumu. Decembrī noteica komandantstundu no plkst. 22.00 līdz plkst. 05.00 nedēļas nogalēs un brīvdienās. Pēc saslimšanas gadījumu skaita augstākā līmeņa sasniegšanas 2021. gada sākumā infekcijas izplatība sāka samazināties, un turpmākajos mēnešos tika pakāpeniski atcelti noteiktie ierobežojošie pasākumi. Palielinoties vakcinācijas aptverei, personām, kas bija vakcinējušās vai izslimojušas Covid-19, ieviesa dažādus atvieglojumus no ierobežojumiem[6].

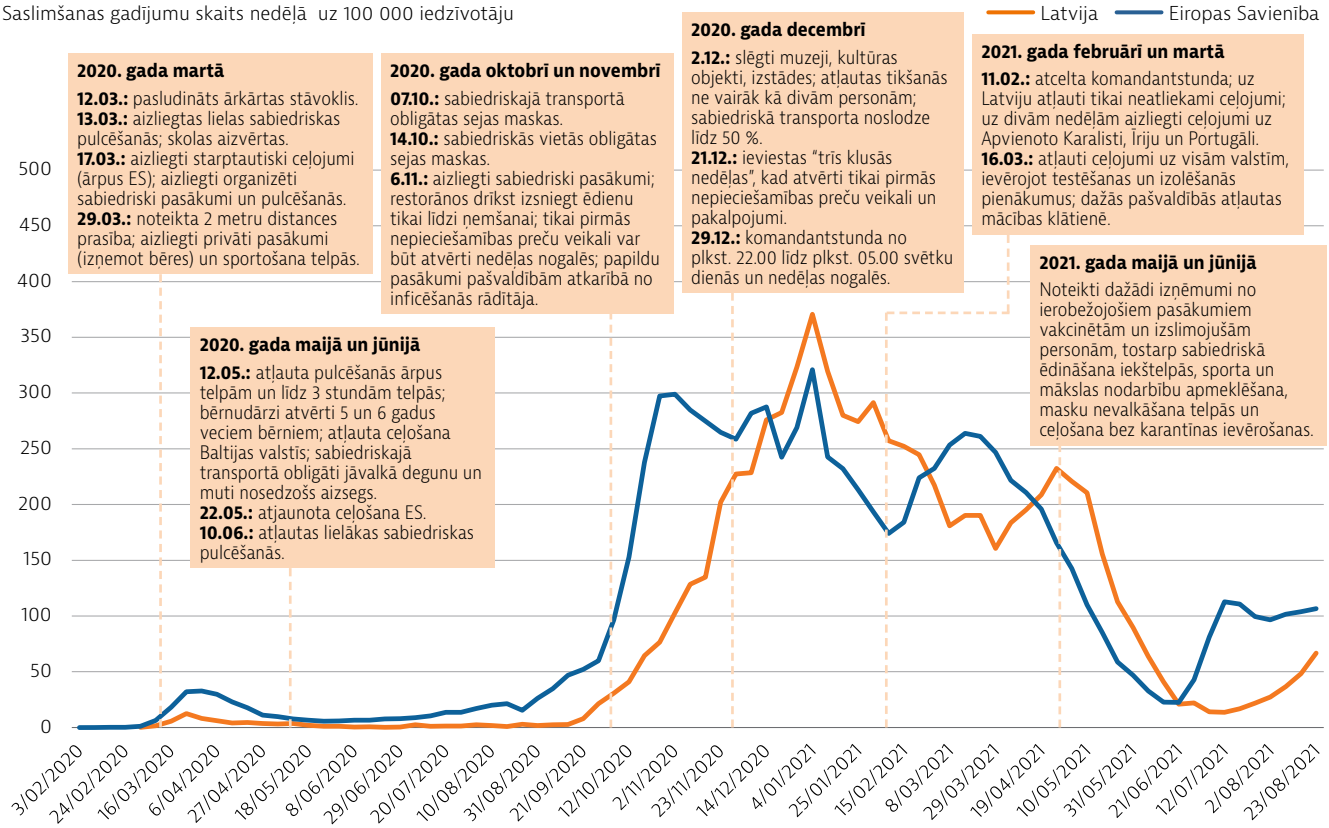
Lai cīnītos pret Covid-19 pandēmiju, tika iedarbināts valsts katastrofu medicīnas plāns

Kad 2020. gada sākumā sākās Covid-19 uzliesmojums, Latvija iedarbināja valsts katastrofu medicīnas plānu, kurā norādīts, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests ir atbildīgs par sākotnējo reakciju uz slimības uzliesmojumu. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes tika nosūtītas veikt iespējamo inficēto testēšanu un pēc vajadzības pārvest pacientus uz slimnīcu. Dienestam arī tika uzdots uzraudzīt un palielināt slimnīcu kapacitāti, samazinot nesaistīto ārstēšanu un tādu, kas nebija steidzama, un izplatot individuālās aizsardzības līdzekļus. Tika ieviesta kontaktu izsekošana, ko izmantoja visiem jaunajiem saslimšanas gadījumiem kopš pirmā gadījuma 2020. gada martā. Tiek uzskatīts, ka tās ieviešana ir bijusi ļoti svarīga, lai kontrolētu slimības uzliesmojumu pirmajos mēnešos.

5. Šajā kontekstā veselības aprūpes sistēmas ilgtspēja ir definēta kā spēja būt gataviem satricinājumiem, pārvarēt tos (absorbēt, adaptēties un pārveidoties) un mācīties no tiem (ES Veselības aprūpes sistēmu snieguma novērtēšanas ekspertu grupa, 2020).
6. Šis ziņojums aptver Covid-19 situāciju līdz 2021. gada augusta beigām. Jāņem vērā, ka pēc šī datuma bija vērojams ievērojams saslimšanas gadījumu skaita pieaugums, 2021. gada oktobrī sasniedzot gandrīz 900 gadījumu nedēļā uz 100 000 iedzīvotāju. Valdība ir atkārtoti ieviesusi pasākumus, tostarp stingru mājsēdi, komandanta stundu un pagarinātas skolas brīvdienas.

19. attēls. 2020. gada nogalē Latviju smagi skāra otrais infekciju vilnis

Saslimšanas gadījumu skaits nedēļā uz 100 000 iedzīvotāju



Piezīme. ES vidējais rādītājs nav svērts (vidējā rādītājā iekļauto valstu skaits mainās atkarībā no nedēļas).
Avots: ECDC attiecībā uz Covid-19 datiem un autori attiecībā uz izplatības ierobežošanas pasākumiem.

Lai sagatavotos Covid-19 ietekmei uz veselības aprūpes sistēmu, tika palielināta kapacitāte un izveidoti uzkrājumi

Lai palielinātu veselības aprūpes darbaspēka kapacitāti, izņēmuma kārtā tika atļauts virsstundu darbs medicīnas speciālistiem, kas strādā Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā un stacionāros, kā arī epidemiologiem, kuri strādā SPKC. Turklāt martā, aprīlī un maijā ārstiem, veselības aprūpes speciālistiem, veselības aprūpes darbiniekiem un farmaceitiem noteica piemaksas 20–50 % apmērā no mēnešalgas. 2020. gada decembrī papildu 32 miljonus EUR novirzīja pabalstiem līdz 100 % apmērā no mēnešalgas ārstiem, kuri strādā ar Covid-19 (LSM.LV, 2020. gada 8. decembris).

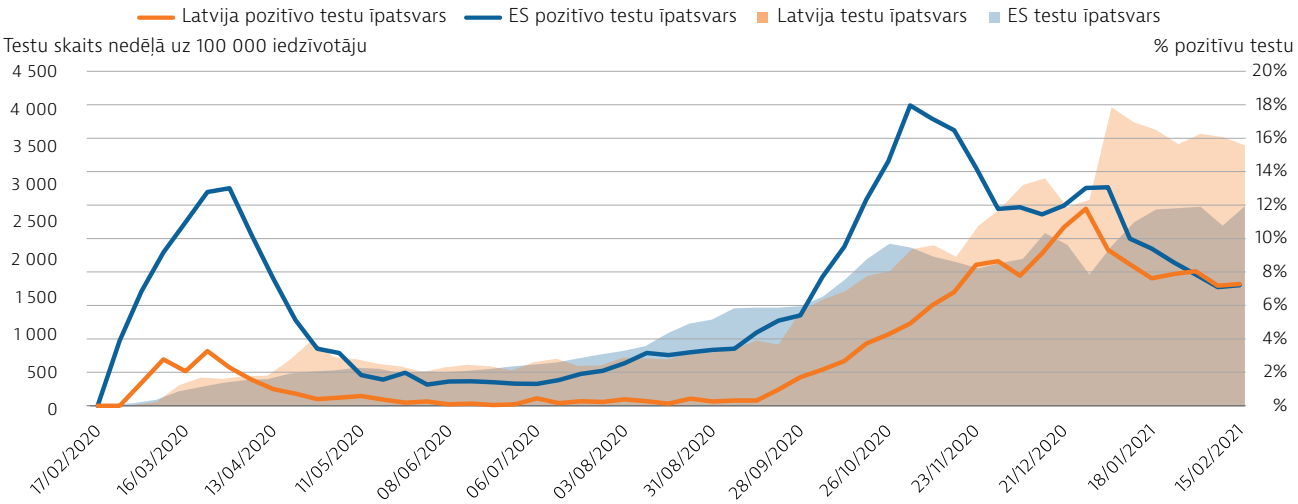
Citi pasākumi, ko Latvija veica, lai sagatavotos Covid-19 radītajai ietekmei uz veselības aprūpes sistēmu, bija medicīnas aprīkojuma iegāde no privātā sektora, tādu specializētu jaunu struktūru izveide kā mobilie testēšanas punkti, laboratoriju kapacitātes palielināšana un aizsardzības aprīkojuma un zāļu uzkrājumu izveide (ESAO, 2020).

Lai gan tika veikti agrīni sagatavošanās pasākumi, radās materiālu un personāla trūkums

Neraugoties uz minētajiem centieniem, Latvijā, tāpat kā citās valstīs, pandēmijas otrā viļņa visaugstākajā punktā trūka materiālu un personāla. Kad 2020. gada oktobrī veikalos un citās sabiedriskajās vietās noteica obligātu sejas masku valkāšanu, pieprasījums strauji pārsniedza piedāvājumu. Šis trūkums īpaši smagi ietekmēja lauku apvidus (LSM.LV, 2020. gada 16. oktobris).

Latvijā bija augsts Covid-19 testēšanas rādītājs, salīdzinot ar ES kopumā, taču pozitīvo testu īpatsvars saglabājās salīdzinoši zems (20. attēls), kas liecina par to, ka veikto testu skaits atbilda epidēmijas dinamikai. Vienlaikus uz testēšanas iestāžu pakalpojumiem veidojās garas rindas: Rīgā iedzīvotājiem bija jāgaida 5–8 dienas, lai veiktu Covid-19 testu, kamēr citos valsts reģionos gaidīšanas laiks sasniedza pat 12 dienas. Ziņots, ka šī kavēšanās lielākoties bija saistīta ar personāla problēmām, nevis aprīkojuma vai reaģentu trūkumu (LSM.LV, 2020. gada 23. oktobris). Lai pārvaldītu pieprasījumu, īslaicīgi noteica obligātus ārstu nosūtījumus uz valsts apmaksātiem testiem, turklāt 2020. gada oktobrī Covid-19 testēšanas organizēšanu centralizēja. Tika izveidota centrālā tālruņa līnija, uz kuru cilvēki varēja zvanīt, lai reģistrētos testam un tiktu nosūtīti uz tuvāko pieejamo testēšanas punktu.

20. attēls. Latvijā pandēmijas augstākajā punktā Covid-19 testēšanas rādītājs bija virs ES vidējā, bet pozitīvo testu īpatsvars kopumā saglabājās zems



Piezīme. ES norādīts vidējais svērtais rādītājs (vidējā rādītājā iekļauto valstu skaits mainās atkarībā no nedēļas). Avots: ECDC.

2021. gada sākumā bija visaugstākais pieprasījums pēc slimnīcu un intensīvās terapijas nodaļu gultām

Covid-19 saslimšanas gadījumu skaitam 2020. gada rudenī strauji palielinoties, Latvijā pieauga slimnīcu noslogojuma rādītāji. Oktobrī Veselības ministrija aicināja universitāšu un reģionālās slimnīcas rezervēt 15 % gultu jauniem Covid-19 pacientiem, kurus ieved Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (LSM.LV, 2020. gada 30. oktobris). Decembrī valdība piešķīra 8 miljonus EUR, lai nodrošinātu papildu gultas slimnīcās, jo 73 % no 796 Covid-19 pacientu ārstēšanai pieejamajām gultām bija aizņemtas (LSM.LV, 2020. gada 8. decembris). 2021. gada janvāra sākumā hospitalizēto Covid-19 inficēto skaits pārsniedza 1200, kas ir vislielākais rādītājs (ECDC, 2021). 2021. gada pirmajās nedēļās bija arī ļoti liels skaits intensīvajā terapijā uzņemto pacientu. Turpmāko mēnešu laikā abi rādītāji samazinājās, un līdz 2021. gada jūlijam hospitalizēto pacientu skaits bija samazinājies līdz 50.

Kā daļa no Latvijas atbildes reakcijas uz Covid-19 tika izmantota digitālā novērošana un izsekošana

Latvijā Veselības ministrija un SPKC ir kopīgi atbildīgi par uzliesmojumu uzraudzību un slimības novērošanu. 2020. gada janvārī — vēl pirms pirmā apstiprinātā Covid-19 saslimšanas gadījuma Latvijā — speciālistiem un sabiedrībai tika izplatīta informācija par Covid-19. Katru dienu tika atjaunināti dati par Covid-19 saslimšanas gadījumiem un mirstību katras pašvaldības teritorijā, un tie bija pieejami Latvijas Atvērto datu portālā (izveidots ar Eiropas Reģionālās attīstības fonda atbalstu). Šī atvērtā piekļuve ļāva Latvijas Covid-19 datus izmantot valsts un starptautiskā līmenī (Latvijas Atvērto datu portāls, 2020).

Latvija bija pirmā valsts, kas laida klajā Covid-19 kontaktu izsekošanas lietotni, izmantojot jaunizstrādāto paziņojuma par saskari kodu, kas darbojas gan ar Apple, gan Google sistēmām. Līdz 2021. gada februārim lietotni "Apturi Covid" bija lejupielādējuši 16 % iedzīvotāju. Pirmkods ir brīvi pieejams citām valstīm vai izstrādātājiem lietošanai. Turklāt Latvijas lietotne tika savienota ar citu valstu lietotnēm, izmantojot Eiropas Komisijas nodrošināto sadarbspējas risinājumu mobilajām izsekošanas un brīdinājumu lietotnēm. Tas nozīmēja, ka lietotne "Apturi Covid" varēja brīdināt lietotājus, kad tie nonāca saskarē ar personu, kas inficējusies ar Covid-19, Vācijā, Itālijā, Īrijā vai Spānijā (Baltic Times, 2020).

Gan atvērtā datu un kodu apmaiņa, gan Covid-19 izsekošanas lietotnes starptautiskā sadarbspēja parāda Eiropas veselības datu telpas potenciālās iespējas (5. izcēlums).

Covid-19 vakcinēšanas stratēģijā prioritāte tika piešķirta veselības aprūpes personālam

Covid-19 vakcinācija Latvijā sākās 2020. gada 28. decembrī, atverot 10 vakcinēšanās punktus slimnīcās. Veselības aprūpes speciālisti, kas ārstē Covid-19 pacientus, un Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā strādājošie tika noteikti par prioritāriem, un tam sekoja visi citi veselības aprūpes speciālisti, kā arī sociālie darbinieki un sociālās aprūpes klienti. Nākamie rindā bija pacienti ar hroniskām slimībām un personas, kas sasniegušas 60 gadu vecumu, kā arī neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki, izglītības darbinieki un ieslodzītie.

2021. gada februārī darbību uzsāka centralizēta pierakstīšanās tīmekļa vietne un bezmaksas informatīvais tālrunis. Vakcinācijas punkti atradās valsts un pašvaldības medicīnas iestādēs un ģimenes ārstu praksēs. Tika izveidotas izbraukuma vakcinēšanas brigādes, kas pēc vajadzības varēja veikt vakcināciju aptiekās vai lielās iestādēs, kas nav medicīniskas iestādes. Līdz 2021. gada augusta beigām 41 % Latvijas iedzīvotāju bija saņēmuši divas Covid-19 vakcīnas devas (vai ekvivalentu devu) — šis rādītājs bija zemāks par ES vidējo rādītāju 54 % (21. attēls).

5. izcēlums. Eiropas veselības datu telpa uzlabos piekļuvi datiem un to apmaiņu

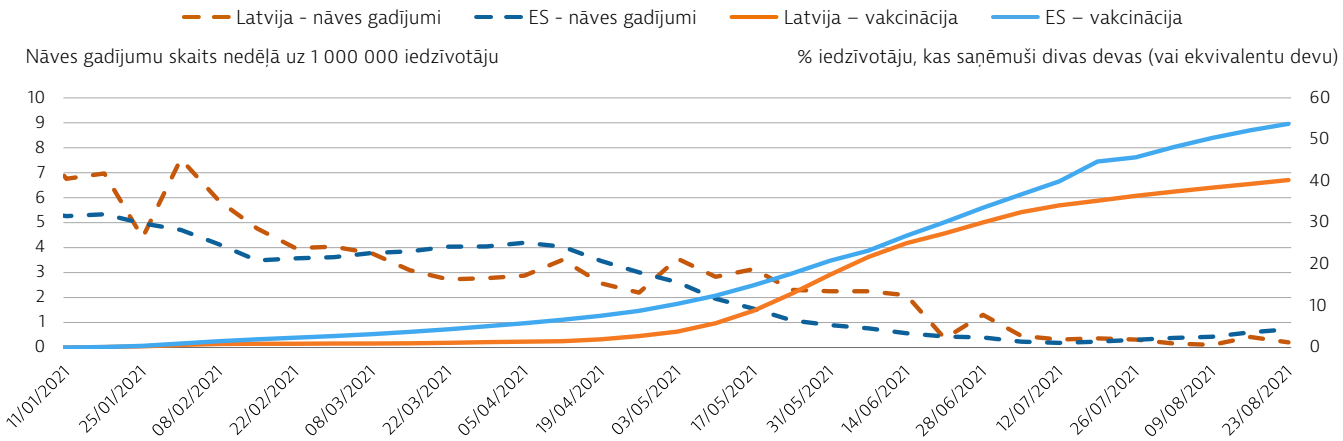
Eiropas datu telpas izveide ir viena no Eiropas Komisijas prioritātēm laikposmam no 2019. gada līdz 2025. gadam, un cita starpā plānots izveidot datu telpu veselības aprūpes nozarē. Kopējā Eiropas veselības datu telpa veicinās dažādu veidu veselības aprūpes datu labāku apmaiņu un piekļuvi tiem (piem., elektroniskie veselības reģistri, genomikas dati, dati no pacientu reģistriem utt.), lai atbalstītu veselības aprūpes nodrošināšanu, kā arī pētniecību un politikas veidošanu veselības aprūpes jomā.

Source: European Commission (2020).

Visa datu sistēma tiks veidota uz pārredzamiem pamatiem, kas pilnībā pasargā iedzīvotāju datus un uzlabo to veselības datu pārnesamību. Eiropas veselības datu telpu veidos uz trim galvenajiem pīlāriem:

- spēcīga datu pārvaldības sistēma un datu apmaiņas noteikumi,
- datu kvalitāte,
- spēcīga infrastruktūra un sadarbspēja.
- Avots: Eiropas Komisija (2021b).

21. attēls. Līdz 2021. gada augusta beigām pret Covid-19 bija vakcinējušies vairāk nekā 40 % Latvijas iedzīvotāju



Piezīme. ES vidējais rādītājs nav svērts (vidējā rādītājā iekļauto valstu skaits mainās atkarībā no nedēļas).
Avoti: ECDC attiecībā uz Covid-19 gadījumu skaitu un "Our World in Data" attiecībā uz vakcinēšanās rādītājiem.

Latvija ir veikusi pasākumus, lai palielinātu ieguldījumus veselības aprūpes nozarē

Lai gan pēdējo gadu laikā ir panākti uzlabojumi, Latvijā ir viens no zemākajiem veselības aprūpes izdevumu līmeņiem uz iedzīvotāju (sk. 4. sadaļu). Lai palielinātu finansējumu, valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu palielināja par vienu procentpunktu, kuru uz pusēm maksā darba devēji un darba ņēmēji. Rezultātā iegūtais ieņēmumu palielinājums tika novirzīts veselības aprūpei, un tā summa bija aptuveni 80 miljoni EUR, kas pielīdzināms teju 10 % no valsts veselības aprūpes budžeta 2017. gadā. Lai gan papildu nodokli algām atcēla 2021. gadā, ieņēmumi no sociālās apdrošināšanas iemaksām, kas tika atvēlēti veselības aprūpei, saglabājās nemainīgi (2,78 %). Turklāt 2017. gada nogalē valdība veselības aprūpei 2018. gadam piešķīra papildu 113,4 miljonus EUR. No jauna pieejamā finansējuma prioritārais pielietojums bija paaugstināt algas veselības aprūpes speciālistiem (Behmane et al., 2019).

Covid-19 uzliesmojuma laikā Latvijas valdība vairākkārt piešķīra papildu finansējumu, lai atbalstītu veselības aprūpes sistēmu. Tas ietvēra 254 miljonu EUR stratēģiju (atbilst vairāk nekā 20 % no valsts gada budžeta veselības aprūpei), kurai ir tādi mērķi kā stiprināt laboratoriju pakalpojumus, uzlabot veselības aprūpes iestāžu infrastruktūru un uzlabot piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem (sk. 2. izcēlumu). Turklāt Eiropas Padomes Attīstības banka apstiprināja 150 miljonu EUR aizdevumu Latvijai, lai palīdzētu ierobežot Covid-19 uzliesmojumu un atvieglotu budžeta spiedienu uz valsts veselības aprūpes nozari (CEB, 2020).

Lai palīdzētu Latvijai atgūties no Covid-19 pandēmijas sekām, ES piešķir finansējumu no Atveseļošanas un noturības mehānisma. Latvija turpmāko piecu gadu laikā saņems 1,8 miljardus EUR, lai atbalstītu ilgtspējīgu un iekļaujošu atveseļošanu, kas veicina zaļo un digitālo pārkārtošanos. Aptuveni 10 % no šā finansējuma tiks novirzīts veselības aprūpes modernizācijai, tajā skaitā 158 miljoni EUR ieguldījumiem slimnīcām un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, lai stiprinātu veselības aprūpes nozares noturību un uzlabotu integrētu un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

6 Galvenie konstatējumi

- Pēdējo divdesmit gadu laikā paredzamais mūža ilgums Latvijā ir palielinājies par 5,5 gadiem — no 70,2 gadiem 2000. gadā līdz 75,7 gadiem 2020. gadā. Taču tas vēl arvien ir viens no zemākajiem ES, turklāt pastāv būtiskas atšķirības starp dzimumiem un sociālekonomiskā nevienlīdzība.

- Latvijā ir plaši izplatīti būtiski dzīvesveida riska faktori. Tajā ir ES visaugstākais alkohola lietošanas līmenis uz iedzīvotāju, kā arī augstāks par vidējo smēķēšanas un aptaukošanās rādītājs. Lai uzlabotu iedzīvotāju veselību, valdība ir ieviesusi vairākas sabiedrības veselības rīcībpolitikas, piemēram, jaunus noteikumus attiecībā uz alkohola reklamēšanu un pieejamību, kā arī sabiedrības veselības stratēģiju. Taču šo rīcībpolitiku īstenošanai ir piešķirti ierobežoti resursi.

- Papildus profilaksei Latvijā daudzus nāves gadījumus varētu novērst, nodrošinot labāku veselības aprūpi. 2018. gadā Latvijā bija otrais augstākais mirstības rādītājs ES no medicīniski novēršamiem cēloņiem. Lai gan tādās jomās kā primārā aprūpe un vēža skrīnings ir panākti uzlabojumi, vēl arvien ir nepieciešami ievērojami ieguldījumi, lai uzlabotu veselības aprūpes sistēmas kvalitāti.

- Kaut gan kopš 2010. gada veselības aprūpes izdevumi uz iedzīvotāju ir pieauguši par 75 %, tas vēl arvien ir ceturtais zemākais līmenis ES. Tikai 61 % no veselības aprūpes izdevumiem tiek finansēts no valsts līdzekļiem. Veselības aprūpes pakalpojumu minimums ir salīdzinoši ierobežots, un pat tad, ja tas sedz konkrētus pakalpojumus vai preces, lietotājam par tiem gandrīz vienmēr ir jāveic līdzmaksājums. Turklāt valsts finansētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir noteiktas gada kvotas. Kad kvotas ir izsmeltas, pacientiem ir vai nu jāgaida līdz nākamajam gadam, vai jāsedz izmaksas no personīgiem līdzekļiem.

- Tā rezultātā privātie veselības aprūpes izdevumi ir ļoti augsti un veido 36 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem, kas ir vairāk nekā divreiz lielāks rādītājs par ES vidējo. Tādējādi iedzīvotāji par veselību tērē vairāk, nekā tie var atļauties (15 % Latvijas mājsaimniecību saskaras ar nesamērīgi lieliem veselības aprūpes izdevumiem), un tādēļ nesaņem ārstēšanu: to Latvijas iedzīvotāju proporcionālā daļa, kuru medicīniskās ārstēšanas vajadzības netika apmierinātas, bija viena no lielākajām Eiropā gan pirms Covid-19 pandēmijas, gan tās laikā.

- Lai gan Latvijā agrīni tika ieviestas Covid-19 izplatības ierobežošanas stratēģijas, valsti smagi skāra pandēmijas otrais vilnis 2020. gada nogalē un 2021. gada pirmajos dažos mēnešos. Valdība ieguldīja krājumu veidošanā un slimnīcu kapacitāti koordinēja centralizēti, tomēr pandēmijas augstākajā punktā radās aprīkojuma, personāla un slimnīcu gultu trūkums.

- Latvijas Covid-19 vakcinēšanas stratēģijā par prioritāriem tika noteikti pirmās līnijas veselības aprūpes speciālisti, kas ārstē Covid-19 pacientus, un Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā strādājošie, kam sekoja visi citi veselības aprūpes speciālisti, kā arī sociālie darbinieki un sociālās aprūpes klienti. Lai gan vakcinēšanās rādītājs ir zemāks par ES vidējo, līdz 2021. gada augusta beigām 41 % Latvijas iedzīvotāju bija saņēmuši divas devas (vai ekvivalentu devu).

- Covid-19 krīzes laikā Latvija turpināja ieguldīt veselības aprūpes sistēmā. Iepriekšējos gados pirms pandēmijas Latvija palielināja valsts veselības aprūpes budžetu. Lai atbalstītu veselības aprūpes sistēmu pandēmijas laikā, tika piešķirts papildu finansējums, kas ietvēra 254 miljonus EUR (kas pielīdzināms vairāk nekā 20 % no valsts veselības aprūpes gada budžeta) laboratoriju pakalpojumu stiprināšanai, kā arī veselības aprūpes iestāžu infrastruktūras un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai. Tāpat veselības aprūpes nozare saņems atbalstu no ES Atveseļošanas un noturības fonda.

- Latvijas atbildes pasākumos uz Covid-19 nozīmīga bija digitālā novērošana un izsekošana. Slimību profilakses un kontroles centrs sāka izplatīt informāciju par Covid-19 vēl pirms pirmā atklātā saslimšanas gadījuma. Atjaunināti ikdienas statistikas dati ir pieejami Latvijas Atvērto datu portālā. Latvija bija pirmā valsts, kas laida klajā Covid-19 kontaktu izsekošanas lietotni, izmantojot jaunizstrādātu programmatūru, un pirmkods bija pieejams citiem lietošanai. Turklāt Latvijas lietotne tika savienota ar citu valstu lietotnēm, izmantojot Eiropas Komisijas nodrošināto sadarbspējas risinājumu.

Svarīgākie avoti

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

Behmane D et al. (2019), *Latvia: health system review. Health Systems in Transition,* 21(4):i–165.

Atsauces

Baltic Times (2020), *Latvia's Covid-19 contact tracing app connected to EU's interoperability solution.*

CEB (2020), *Latvia: CEB approves €150 million to bolster COVID-19 response.*

ECDC (2021), *Data on hospital and ICU admission rates and current occupancy for COVID-19.*

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe.*

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan.*

European Commission (2021b), *The European Health Data Space.*

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.*

Latvian Open Data Portal (2020), *Latvijas atvērtie dati par COVID-19 tiek izmantoti visā pasaulē* [Latvia's open data on COVID-19 are used worldwide].

LSM.LV (16 October 2020), *Laukos daudzkārt lietojamās sejas maskas – deficits* [Reusable face masks in the countryside – a deficit].

LSM.LV (23 October 2020), *Workers lack for COVID-19 testing in Latvia.*

LSM.LV (30 October 2020), *Latvia's hospitals will have to save space for urgent care patients.*

LSM.LV (8 December 2020), Latvian government moves to increase COVID hospital bed capacity.

Murtin et al. (2017), Inequalities in longevity by education in OECD countries: Insights from new OECD estimates.

OECD (2020), *OECD Reviews of Public Health: Latvia.*

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health System Response Monitor – Latvia.

Country abbreviations

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
Francija	FR	Itālija	IT	Nīderlande	NL	Slovēnija	SI		

European Commission

State of Health in the EU
Valsts veselības profils 2021

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 (2021), *Latvija: Valsts veselības profils 2021, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264377561 (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