*1. pielikums*

*Sabiedrības veselības pamatnostādnēm*

*2021.-2027. gadam*

Sabiedrības veselības izvērtējums

SATURS

[Ievads 4](#_Toc51152756)

[**I.** **Galvenās sabiedrības veselības problēmas** 6](#_Toc51152757)

[A. Neinfekcijas jeb hroniskās slimības ..6](#_Toc51152758)

[1. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības 7](#_Toc51152759)

[2. Onkoloģiskās slimības 8](#_Toc51152760)

[3. Psihiskā veselība un emocionālā labklājība 10](#_Toc51152761)

[4. Citas hroniskas slimības 12](#_Toc51152762)

[B. Mātes, bērna un tēva veselība 14](#_Toc51152763)

[C. Infekcijas slimības 15](#_Toc51152764)

[D. Nevienlīdzība veselības jomā 20](#_Toc51152765)

[**II.** **Iedzīvotāju veselību ietekmējošie dzīvesveida paradumi** 25](#_Toc51152766)

[A. Uzturs 26](#_Toc51152767)

[B. Mutes dobuma un zobu veselība 28](#_Toc51152768)

[C. Fiziskās aktivitātes 30](#_Toc51152769)

[D. Seksuālā un reproduktīvā veselība 31](#_Toc51152770)

[E. Atkarību izraisošo vielu lietošana 32](#_Toc51152771)

[1. Smēķēšana 32](#_Toc51152772)

[2. Alkoholisko dzērienu lietošana 34](#_Toc51152773)

[3. Narkotisko vielu lietošana 36](#_Toc51152774)

[4. Procesu atkarības 38](#_Toc51152775)

[F. Traumatisms 40](#_Toc51152776)

[G. Īstenotie ES fondu pasākumi veselības veicināšanā un uzdevumi 2021.-2027.gadam 42](#_Toc51152777)

[**III.** **Iedzīvotāju veselību ietekmējošie vides faktori** 44](#_Toc51152778)

[**IV.** **Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls, pakalpojumu pieejamība un kvalitāte** 47](#_Toc51152779)

[A. Primārā veselības aprūpe 47](#_Toc51152780)

[B. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe 52](#_Toc51152781)

[C. Stacionārā veselības aprūpe 54](#_Toc51152782)

[D. Neatliekamā medicīniskā palīdzība 56](#_Toc51152783)

[E. Farmaceitiskā aprūpe 58](#_Toc51152784)

[F. Transplantācija un asins komponentu transfūzijas 60](#_Toc51152785)

[G. Tiesu medicīniskā ekspertīze 61](#_Toc51152786)

[H. Veselības aprūpe prioritārajās jomās 63](#_Toc51152787)

[1. Veselības aprūpe onkoloģijā 63](#_Toc51152788)

[2. Veselības aprūpe SAS jomā 66](#_Toc51152789)

[3. Veselības aprūpe psihiatrijā un narkoloģijā 68](#_Toc51152790)

[4. Mātes un bērna veselības aprūpe 71](#_Toc51152791)

[5. Retās slimības 72](#_Toc51152792)

[6. Paliatīvā aprūpe 73](#_Toc51152793)

[7. Medicīniskā rehabilitācija 75](#_Toc51152794)

[I. Pacientu drošība 75](#_Toc51152795)

[J. ES fondu ieguldījumi veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pieejamības uzlabošanai un uzdevumi 2021.-2027. gadam 78](#_Toc51152796)

[**V.** **Pacientu iesaiste, zināšanas un apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem** 81](#_Toc51152797)

[VI. Cilvēkresursu nodrošinājums un prasmju pilnveide 83](#_Toc51152798)

[A. ES fondu ieguldījumi veselības aprūpes cilvēkresursu nodrošināšanai un prasmju pilnveidei un uzdevumi 2021.-2027. gadam 98](#_Toc51152801)

[**VII.** **Veselības nozares finansējums, ārstniecības iestāžu infrastruktūra, gatavība ārkārtas un katastrofu situācijām** 101](#_Toc51152802)

# Ievads

1. Sabiedrības veselības rādītāji Latvijā būtiski atpaliek no citām ES dalībvalstīm. Vienlaikus sabiedrības veselības rādītāju būtiska uzlabošanās valstī iespējama tikai tad, ja sabiedrības veselība tiek iekļauta un stiprināta visās politikās, veidojot veselību veicinošu un drošu dzīves vidi, kā arī, ja visiem valsts iedzīvotājiem ir vienlīdzīgas iespējas saņemt uz cilvēku centrētus un integrētus veselības aprūpes pakalpojumus. Galvenie sabiedrības veselības rādītāji, kas raksturo situāciju ne tikai veselības, bet arī sociāli ekonomiskajā jomā:
2. **Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums**, kas raksturo sabiedrības veselību un valsts veselības sistēmas attīstību, kopš 2000. gada Latvijā ir būtiski palielinājies (no 70,2 gadiem 2000. gadā līdz 75,1 gadam 2018. gadā), tomēr tas aizvien ir **otrs mazākais ES** pēc Bulgārijas un vienlaikus ir 6 gadus mazāks par ES vidējo rādītāju – 81 gadu.[[1]](#footnote-2)
3. Priekšlaicīga mirstība, kas raksturo novēršamus nāves cēloņus, Latvijā ir viena no augstākajām ES.[[2]](#footnote-3) Latvijā ik gadu nomirst aptuveni 28 tūkstoši cilvēku (2019. – 27479 ; 2018. – 28525), no kuriem gandrīz **katrs ceturtais miris priekšlaicīgi**, t.i., nesasniedzot 65 gadu vecumu (2019. – 22%). Savukārt **katrs piektais** (2019. – 19%) no priekšlaicīgi mirušajiem ir miris vecumā **līdz 44 gadiem**.[[3]](#footnote-4)
4. 2018. gadā, nomirstot Latvijas iedzīvotājiem vecumā **līdz 64 gadiem**, zaudēti 80,5 tūkstoši potenciālo mūža gadu (pirms desmit gadiem – 121 tūkstotis). Vidēji viens priekšlaicīgi mirušais zaudējis vairāk kā 12 sava mūža gadus (līdz 64 gadu vecumam).
5. Analizējot **priekšlaicīgas mirstības un PZMG** rādītājus (uz 100 000 iedzīvotāju) dinamikā, redzams, ka pēdējos desmit gados (no 2010. līdz 2019. gadam) tie ir samazinājušies attiecīgi par 15% un 25%.[[4]](#footnote-5) Tas, ka PZMG rādītājs samazinājies straujāk, nozīmē, ka ne tikai mazinājies priekšlaicīgi mirušo skaits, bet arī palielinājies vidējais vecums nāves brīdī.
6. Novēršamās mirstības rādītāji Latvijā ir būtiski sliktāki nekā citās ES valstīs. Ar profilaksi novēršamā mirstība Latvijā ir 328,9 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, ES attiecīgi –160,4, savukārt medicīniski novēršamā mirstība Latvijā ir 203 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, ES attiecīgi – 93.[[5]](#footnote-6) 2018. gadā Latvijā ar profilaktiskiem pasākumiem varēja novērst 342 nāves gadījumus, savukārt ar ārstēšanu – 198 nāves gadījumus.[[6]](#footnote-7)
7. Iedzīvotāju **dzīves kvalitāti** atspoguļo **paredzamais** **veselīgā mūža rādītājs** jeb gadu skaits, kas tiks nodzīvoti veselīgi un bez funkcionāliem traucējumiem un ierobežojumiem**.** Tas plašāk raksturo paredzamo mūža ilgumu, parādot **kvalitatīvi nodzīvotos mūža gadus**, kurus novērtējot, tiek ņemti vērā gan mirstības un saslimstības rādītāji, gan arī iedzīvotāju veselības pašvērtējums. Visā pasaulē sievietēm veselīgo mūža gadu ir vairāk nekā vīriešiem, bet vislielākās variācijas starp dzimumiem vērojamas tieši Eiropas valstīs.
8. Latvijas iedzīvotāju **paredzamais veselīgi nodzīvotā mūža ilgums** ir viszemākais visā ES – 2018. gadā sievietēm 53,7 gadi, vīriešiem – 51, savukārt, vidējais prognozētais veselīgo mūža gadu skaits ES sievietēm 2018. gadā bija 64,2 gadi, vīriešiem 63,7 gadi.[[7]](#footnote-8) Maltā, Zviedrijā, Īrijā un Norvēģijā veselīgi nodzīvoto mūža gadu rādītājs pārsniedz pat septiņdesmit gadus.[[8]](#footnote-9) Sliktos veselības rezultātus galvenokārt ietekmē **neveselīgs dzīvesveids** un **zemi valsts izdevumi veselības aprūpei**.[[9]](#footnote-10)
9. **Neinfekcijas slimības** ir biežākais saslimstības un mirstības cēlonis Latvijā. Galvenie nāves cēloņi Latvijā ir: sirds un asinsvadu sistēmas slimības – 2019. gadā 15 tūkstoši mirušo jeb 55%. Otrs biežākais nāves cēlonis ir ļaundabīgie audzēji – 2019. gadā 5924 jeb 22%, trešais – ārējie nāves cēloņi – 5% no visiem mirušajiem (2019. gadā – 1385).[[10]](#footnote-11)
10. Viens no būtiskiem iedzīvotāju psihiskās veselības indikatoriem ir **pašnāvību skaits uz 100 000 iedzīvotāju**. Dinamikā Latvijā vērojama mirstības samazināšanās no pašnāvībām, tomēr Latvija joprojām atrodas starp Eiropas Savienības valstīm ar augstāko mirstību no pašnāvībām. Vīriešiem joprojām pašnāvību rādītāji ir vairākkārt augstāki kā sievietēm (2018. gadā – gandrīz 8 reizes, 2019. gadā – 4 reizes augstāki).
11. **Ņirgāšanās** skolā ir bieži sastopams vardarbības veids ar izteikti negatīvu un ilgtermiņa ietekmi uz psihi. Kopumā 2018. gadā aptuveni piektā daļa 11-15 gadīgo skolēnu pēdējo pāris mēnešu laikā **ir cietuši no ņirgāšanās**. Pēc starptautiska pētījuma[[11]](#footnote-12) datiem Latvijā šie rādītāji ir vieni no augstākajiem starp 45 valstīm un reģioniem.
12. Papildus sabiedrības novecošanās tendencei un pieaugošajai hronisko slimību prevalencei Latvija saskaras arī ar būtiskām problēmām infekcijas slimību kontroles jomā. Piemēram, jaunatklāto HIV infekcijas gadījumu rādītājs aizvien ir visaugstākais ES.[[12]](#footnote-13)
13. Attiecībā uz **veselības finansējumu** – 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 eiro PPP.[[13]](#footnote-14) 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.[[14]](#footnote-15)
14. Veselīga dzīvesveida veicināšanai un veselības aprūpes kvalitātes, tai skaitā infrastruktūras uzlabošanai, tai skaitā infrastruktūrā nozīmīgu ieguldījumu deva 2014. gadā piešķirtais ESF finansējums 2014-2021. gadam, kas tika novirzīts uz 4 jomām – sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes, psihiskās veselības, ņemot vērā galvenos iedzīvotāju saslimstības un mirstības cēloņus.

# **Galvenās sabiedrības veselības problēmas**

## Neinfekcijas un hroniskās slimības

1. Neinfekcijas slimības un hroniskās slimības rada lielāko saslimstības slogu un ir **izplatītākais mirstības cēlonis** gan Latvijā, gan visā ES. **Izplatītākās neinfekcijas slimības:**

* sirds un asinsvadu sistēmas slimības,
* onkoloģiskas slimības (ļaundabīgie audzēji),
* hroniskas respiratoras slimības (piemēram, obstruktīvas plaušu slimības un astma),
* cukura diabēts,
* psihiskās slimības (piemēram, depresija),

To attīstību nosaka kombinēti ģenētiski, fizioloģiski, vides un dzīvesveida faktori.

1. Galvenie uzvedības faktori, kas veicina neinfekciju slimību attīstību, ir neveselīgs uzturs, nepietiekama fiziskā aktivitāte un atkarību izraisošas vielas un procesi. Neinfekciju slimību profilaksē būtiska loma ir indivīda un visas sabiedrības izglītotībai veselības jautājumos jeb veselībpratībai. Tādējādi būtiski ir uzlabot indivīda un sabiedrības veselībpratību, nodrošinot, ka indivīds spēj iegūt, apstrādāt un saprast informāciju par veselību, veselības veicināšanas un slimību proflilakses pasākumiem, kā arī veselības aprūpes pakalpojumiem, lai atbildīgi pieņemtu ar veselību saistītus lēmumus.
2. 2019. gadā 42,1 % Latvijas iedzīvotāju vecumā no 16 gadiem ir bijusi kāda hroniska slimība vai ilgstošas veselības problēmas. Atšķirības ir vērojamas dzimumu griezumā – 46,2 % sieviešu ir bijusi hroniska saslimšana, turpretī mazāk ilgstošas veselības problēmas norādījuši vīrieši (37 %).[[15]](#footnote-16)
3. Latvijas sabiedrība noveco – iedzīvotāju skaits darbspējas vecumā turpina samazināties un joprojām palielinās iedzīvotāju skaits virs darbspējas vecuma – 2019. gadā par 3,0 tūkst. jeb 0,7 %. To īpatsvars iedzīvotāju kopskaitā palielinājās no 22,8 % 2019. gada sākumā līdz 23,1 % 2020. gada sākumā.[[16]](#footnote-17)
4. Līdz ar gados vecu cilvēku skaita pieaugumu sabiedrībā, **pieaug gan** **hronisko slimību pacientu skaits,** **gan** to pacientu skaits, kuriem vienlaikus ir vairākas hroniskās saslimšanas (**multimorbiditāte**). Vidēji Latvijas iedzīvotāji 65 gadu vecumā var nodzīvot vēl 17 gadus, taču ļoti iespējams, ka trīs ceturtdaļas no šī laika būs jādzīvo ar hronisku slimību[[17]](#footnote-18) un invaliditāti. Dati liecina, ka pusei Latvijas iedzīvotāju vecumā no 65 gadiem hroniskās slimības – 33% ir vismaz viena hroniska slimība, savukārt 17% ir vismaz divas hroniskas slimības).[[18]](#footnote-19) Līdz ar to veselībpratības uzlabošanai sabiedrībā būtiska loma ir arī veselības aprūpes un sociālās aprūpes personālam, to zināšanām un spējai palīdzēt iedzīvotājiem orientēties ar veselību saistītās informācijas klāstā.

### Sirds un asinsvadu sistēmas slimības

1. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības (SAS) ir **galvenais mirstības cēlonis Latvijā** – 2019. gadā 15 tūkstoši mirušo jeb 55% no kopējā mirušo skaita, t.sk. 24% sirds išēmiskas slimības, 18% cerebrovaskulāras slimības. ES nāves cēloņu struktūrā galvenā cēloņu grupa arī ir SAS – 36%.[[19]](#footnote-20) SAS ir arī viens no galvenajiem invaliditātes cēloņiem. 22% pieaugušo pirmreizējās invaliditātes cēlonis 2018. gadā bija SAS.
2. Standartizētā mirstība no SAS Latvijā **vairāk kā 2 reizes** pārsniedz ES vidējo rādītāju. Dinamikā tā būtiski nav mainījusies kopš 2010. gada.[[20]](#footnote-21)
3. SAS ir arī galvenais **priekšlaicīgas mirstības** (līdz 64 g.v.) cēlonis Latvijā, kas joprojām **3 reizes pārsniedz ES vidējo**. Tomēr jāatzīmē, ka **priekšlaicīgai mirstībai no SAS** ir samazināšanās tendence. Pēdējo desmit gadu laikā tā samazinājusies par 15%; no sirds išēmiskām slimībām (infarkti u.c.) – pat par 28%, no cerebrovaskulārām slimībām (insulti u.c.) – par 17%. Savukārt PZMG rādītājs uz 100 000 iedzīvotāju SAS dēļ ir samazinājies par 20% (2010.-2019. gadā), kas norāda, ka ne tikai mazinājies mirušo skaits, bet arī pieaudzis to vecums. Tomēr pēdējo piecu gadu laikā šis rādītājs ir svārstīgs, izteikts mazinājums vērojams tikai 2019. gadā. 2019. gadā 26% no visiem PZMG tika zaudēti SAS dēļ. Šajā grupā ir būtiskas atšķirības sadalījumā pa dzimumiem: vīriešiem PZMG rādītājs ir 4 reizes augstāks nekā sievietēm. Sadalījumā pa reģioniem būtiski atšķiras Latgales reģions, kur 2019. gadā PZMG rādītājs SAS dēļ bija par 49% augstāks nekā vidēji Latvijā.[[21]](#footnote-22)
4. Priekšlaicīgi nomirstot no SAS, gandrīz ceturtajai daļai personu nāves cēlonis ir kardiomiopātija, kas, savukārt, gandrīz pusei ir alkohola izraisīta (pieskaitot neprecizētas kardiomiopātijas, pat 70%). Dinamikā šis rādītājs pēdējo desmit gadu laikā ir pieaudzis par 13%.[[22]](#footnote-23)
5. **~ 25% no visiem SAS nāves gadījumiem Latvijā var novērst (2019. gadā – 3870)**. No šiem 51% ir medicīniski novēršami (savlaicīga diagnostika, kvalitatīva aprūpe, atbilstoša ārstēšana) un 49% – profilaktiski novēršami (veicinot veselīgu dzīvesveidu, attīstot savlaicīgu riska faktoru atklāšanu un to ietekmes mazināšanu).[[23]](#footnote-24) Piemēram, akūtās veselības aprūpes kvalitāti raksturo 30 dienu mirstības rādītāji pēc uzņemšanas slimnīcā ar akūtu miokarda infarktu vai insultu. Latvijā tie ir vieni no augstākajiem OECD valstu vidū. 2017.gadā 30 dienu mirstība pēc akūta miokarda infarkta Latvijā bija 16,5%, OECD 9,1%; 30 dienu mirstība pēc išēmiska insulta attiecīgi 28,2% un 12,2%.[[24]](#footnote-25)

Šiem rādītājiem ir būtiskas atšķirības arī stacionāru griezumā, kas norāda uz atšķirībām veselības aprūpes saņemšanas iespējās. 2019. gadā 30 dienu mirstība pēc akūta miokarda infarkta 5. līmeņa slimnīcās bija 13,9%, 3. līmeņa slimnīcās – 38,7%.[[25]](#footnote-26) Ir veikta padziļināta situācijas analīze, uzsākts darbs pie insulta pacientu aprūpes, gan invazīvās kardioloģijas jomas analīzes, kā arī iezīmēti iespējamie risinājumi uzlabojumiem akūtās palīdzības pieejamības un kvalitātes jomā.

### Onkoloģiskās slimības

1. Ļaundabīgie audzēji ir **otrs izplatītākais**  (pēc SAS) Latvijas iedzīvotāju nāves cēlonis. Latvijā ik gadu no ļaundabīgajiem audzējiem nomirst ap 6000 cilvēku, jeb ap 22% no visiem mirušajiem (2019. gadā – 5924). 2019. gadā 27% no tiem bija vecumā līdz 64 gadiem. Tāpat kā SAS arī ļaundabīgie audzēji ir viens no galvenajiem invaliditātes cēloņiem. 23% pieaugušo pirmreizējās invaliditātes cēlonis 2018. gadā bija ļaundabīgie audzēji.
2. 2019. gadā saglabājās augsta mirstība no bronhu un plaušu ļaundabīgajiem audzējiem (913 mirušie jeb 48 uz 100 000 iedzīvotāju), kam seko mirstība no priekšdziedzera jeb prostatas (428 (48 uz 100 000 vīriešu)), kolorektālās daļas (679 (35 uz 100 000 iedzīvotāju)), kuņģa (396 (21 uz 100 000 iedzīvotāju)) un krūts (429 (22 uz 100 000 iedzīvotāju)) ļaundabīgajiem audzējiem.
3. Latvijā 2017. gadā, salīdzinot ar 2010. gadu, saslimstība ar ļaundabīgiem audzējiem ir pieaugusi par 13,5% (no 533,4 gadījumiem līdz 605,6 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju). 2017. gadā no jauna ar ļaundabīgiem audzējiem saslimuši 11 762 pacienti.[[26]](#footnote-27) Saskaņā ar statistikas datiem 2017. gada beigās uzskaitē pavisam bija 77 341 onkoloģiskais pacients (3998,2 uz 100 000 iedzīvotāju).[[27]](#footnote-28) Pakāpeniskais saslimstības pieaugums ar ļaundabīgiem audzējiem pēdējo 10 gadu laikā skaidrojams arī ar diagnostikas uzlabošanos un pieejamību, kā arī ar populācijas novecošanos. Ļaundabīgie audzēji ir arī viens no galvenajiem cēloņiem invaliditātes cēloņu struktūrā. 23% pieaugušo, kam pirmreizēji tika piešķirta invaliditāte 2018. gadā, tās cēlonis bija ļaundabīgais audzējs.
4. **Sievietēm** izplatītākie ir krūts, ādas, resnās zarnas un dzemdes ļaundabīgie audzēji. 2017. gadā sievietēm visbiežāk konstatēja krūts vēzi (1133 gadījumi jeb 107,9 uz 100 000 sieviešu), kam sekoja citi ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot melanomu) – 896 gadījumi jeb 85,4 uz 100 000, un kolorektālais vēzis (595 gadījumi jeb 56,7 uz 100 000). **Krūts ļaundabīgā audzēja agrīnā diagnostikā liela nozīme ir skrīningam.** 2019. gadā krūts vēža skrīninga atsaucība bija 39,1% (2010. gadā – 19,4%).[[28]](#footnote-29)
5. Viens no izplatītākajiem ļaundabīgajiem audzējiem gados jaunākām sievietēm (vecumā pēc 25 gadiem) ir dzemdes kakla ļaundabīgais audzējs. Vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusu var pasargāt sievieti no saslimšanas. Eiropas slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC) vakcinēt pret cilvēka papilomas vīrusu rekomendē ne tikai meitenes, bet arī zēnus.
6. Meiteņu vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusu (CPV) Latvijā tika uzsākta 2010. gadā Pilnu vakcinācijas kursu pret cilvēka papilomas vīrusu 2019. gadā bija saņēmušas 56,5% meiteņu Pateicoties SPKC veiktajiem sabiedrības un ārstniecības personu izglītošanas pasākumiem par šo vakcīnu, ir novērojama tendence palielināties vakcinācijas aptverei, jo 2017. gadā pilnu vakcinācijas kursu pret cilvēka papilomas vīrusu bija saņēmušas tikai 40% meiteņu.[[29]](#footnote-30) Tas parāda to, ka šis darbs ir jāturpina, lai sasniegtu noturīgu rezultātu. Zēnu vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusu Latvijā pagaidām netiek veikta ierobežotā finansējuma dēļ, tomēr nākotnē ir jārod iespēja arī zēnu vakcinēšanai pret cilvēka papilomas vīrusu. No 2020. gada janvāra Latvijā vakcinācijas kalendarā ir iekļauta 9-valentā vakcīna pret cilvēka papilomas vīrusu (vakcīna pret 9 vīrusu tipiem). Līdz šim vakcinācijas kalendarā tika iekļauta 2-valentā vakcīna, kas pasargāja tikai no diviem augsta riska onkogēnajiem CPV tipiem.
7. Agrīnas diagnostikas gadījumā dzemdes kakla ļaundabīgais audzējs ir veiksmīgi ārstējams, tāpēc Latvijā ir ieviests **dzemdes kakla vēža** skrīnings. Tā mērķis ir atklāt dzemdes kakla vēža priekšvēža stāvokļus vai slimību agrīnās stadijās (O, I, II stadija), kad atbilstoša ārstēšana ir efektīva (priekšvēža stāvokļu gadījumā saslimšanu ar vēzi var novērst) un var uzlabot dzīves kvalitāti un izdzīvotību. Palielinot dzemdes kakla vēža skrīninga atsaucību, var ievērojami samazināt gan saslimstību gan mirstību no dzemdes kakla vēža. Lai gan kopš 2010. gada dzemdes kakla vēža skrīninga aptveres rādītāji ir pieauguši, **aptvere joprojām vērtējama kā ļoti zema**: 2019. gadā – 39,7% (2010. – 15,3%).[[30]](#footnote-31)[[31]](#footnote-32)
8. Latvijā **vīrieši** biežāk slimo ar prostatas, bronhu un plaušu un kolorektālās daļas ļaundabīgiem audzējiem. 2017. gadā **vīriešiem visbiežāk** diagnosticēja **prostatas vēzi** (1286 gadījumi jeb 144,1 uz 100 000 vīriešu). Pozitīvi, ka mazinās novēloti atklāto prostatas vēža gadījumu īpatsvars – 2017. gadā 22,5% pacientu prostatas vēzis tika atklāts III-IV stadijā, 2010. gadā – 39,7%.[[32]](#footnote-33)
9. Otrs izplatītākais ļaundabīgais audzējs vīriešiem ir **bronhu un plaušu** (849 gadījumi jeb 95,1 uz 100 000 vīriešu), bet trešais izplatītākais – **kolorektālais ļaundabīgais audzējs** (536 gadījumi jeb 60,0 uz 100 000 vīriešu). Turklāt saslimstība ar prostatas un kolorektālās daļas ļaundabīgo audzēju pēdējos gados ir palielinājusies, kas būtu skaidrojums ar pacientu vēršanos pie ārsta uz veselības pārbaudēm un izmeklējumiem, piemēram, prostatas specifiskā antigēna analīzes veikšanai.
10. Ļaundabīgie audzēji ir nozīmīgākais PZMG cēlonis sievietēm un trešais nozīmīgākais vīriešiem. Nomirstot no ļaundabīgajiem no ļaundabīgiem audzējiem 2019. gadā potenciāli zaudēti 19% no visiem PZMG.[[33]](#footnote-34) Lai gan, salīdzinot ar laiku pirms desmit gadiem, PZMG rādītājs ļaundabīgo audzēju dēļ ir samazinājies par 19%, tas ir svārstīgs un tam nav stabilas samazināšanās tendences.
11. Skatīt arī nodaļu “Veselības aprūpe onkoloģijā”.

### Psihiskā veselība un emocionālā labklājība

1. Psihiskās veselības traucējumi ir bieži sastopami un veido ievērojamu daļu no slimību sloga. ES valstīs psihiskās veselības traucējumi ir vairāk nekā trešdaļai iedzīvotāju.Izplatītākie psihiskās veselības traucējumi ES ir trauksme, bezmiegs, smaga depresija, somatoformi traucējumi, atkarība no alkohola un narkotikām, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms jauniešiem, un demence.[[34]](#footnote-35) Pēc PVO prognozēm, stress un depresija jau 2030. gadā būs vadošais slimību izraisītājs.[[35]](#footnote-36)[[36]](#footnote-37)
2. Psihiskie traucējumi veido 26% no kopējā pēc nespējas samēroto mūža gadu rādītāja jeb *disability adjusted life years (DALY)* ES, tādējādi kļūstot par galveno slimību radītā sloga cēloni. Būtiskākie DALY cēloņi ir depresija (7,2% no kopējā sloga ES), demence (3,7%), ar alkohola lietošanu saistītās slimības (3,4%). Eiropā sieviešu populācijā prevalē depresija, vīriešu populācijā – ar alkohola lietošanu saistītās slimības.
3. Ik gadu pirmreizēji psihisku un uzvedības traucējumu dēļ invaliditāte tiek noteikta aptuveni 1500 personām. Pieaugušajiem pirmreizējā invaliditāte psihisko un uzvedības traucējumu dēļ 2018. gadā – piešķirta 1306 iedzīvotājiem jeb 8,3 uz 10 000 iedzīvotāju, kā arī 260 bērniem jeb 7,2 uz 10 000 bērnu. Bērniem pirmreizējās invaliditātes cēloņu struktūrā psihiskie un uzvedības traucējumi ir pirmajā vietā.[[37]](#footnote-38)
4. Latvijas iedzīvotāju (15-74 g.v.) veselību ietekmējošo paradumu pētījuma dati par iedzīvotāju psihoemocionālo stāvokli Latvijā ir nedaudz pasliktinājušies salīdzinājumā ar 2016. gada datiem. 2018. gadā **sasprindzinājumu, stresu un nomāktību** pēdējā mēneša laikā dažreiz izjuta 50,9% iedzīvotāju, kas salīdzinājumā ar 2016. gadu ir par 8,8 procentpunktiem vairāk. Tāpat nedaudz palielinājies cilvēku īpatsvars, kuri uzskata dzīvi par neciešamu – 2016. gadā tādu iedzīvotāju bija 0,6%, bet 2018. gadā – 0,9%.
5. Palielinās arī to iedzīvotāju īpatsvars, kuriem bija sūdzības par depresiju – 2016. gadā 17,1% iedzīvotāju, bet 2018. gadā – 22,4% iedzīvotāju.[[38]](#footnote-39) Saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma (no 65 g.v.) veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījuma datiem, kas 2019. gadā īstenots ESF projekta ietvaros, mēreni un stipri izteikti **depresijas simptomi** bija 18,7% respondentu (10,7% mēreni un 8% stipri izteikti). Mēreni vai stipri izteiktu depresijas simptomu īpatsvars būtiski pieaug, palielinoties senioru vecumam, tas ir augstāks senioriem ar pamata izglītību, kā arī senioriem, kuri dzīvo vieni paši, cieš no hroniskām sāpēm, kā arī savu veselību novērtēja kā sliktu.[[39]](#footnote-40)Latvijā ir **augsts nediagnosticētas depresijas īpatsvars**. Augstāks depresijas risks ir sievietēm, personām ar izglītību, kas zemāka par vidējo, personām, kas dzīvo vienas vai ir šķīrušās, personām, kas nestrādā 15 gadus un ilgāk, kā arī personām, kas slimo ar gastroenterālu vai onkoloģisku slimību.[[40]](#footnote-41) Pamatojoties uz 2017. gadā publicētā pētījuma datiem, 12 mēnešu smagas depresijas izplatība bija 7,9%, savukārt viegla depresija – 7,7%.[[41]](#footnote-42) Savukārt to iedzīvotāju īpatsvars, kuriem pēdējā gada laikā bija diagnosticēta un ārstēta depresija, 2016. gadā bija vien 2,7% iedzīvotāju (2,2% vīriešu un 3,1% sieviešu), bet 2018. gadā – 4,5% iedzīvotāju (3,1% vīriešu un 5,8% sieviešu),[[42]](#footnote-43) kas norāda uz iespējamību, ka **būtiska daļa** **iedzīvotāju ar psihiskiem traucējumiem** **pēc palīdzības nevēršas**. Diemžēl psihiski traucējumi, īpaši depresija, ir būtisks pašnāvību riska faktors.
6. Augsts ir nervozitātes un nomāktības pašvērtējums pusaudžiem. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma dati liecina, ka 11, 13 un 15-gadīgo skolēnu grupā 2018. gadā 31,9% zēnu un 46,1% meiteņu vismaz reizi nedēļā bijušas sūdzības par nervozitāti. Meitenes 2018. gadā nervozitāti izjuta par 3 procentpunktiem vairāk salīdzinājumā ar 2014. gada aptaujas datiem. Savukārt nomāktību 2018. gadā izjuta 22,2% zēnu un 40,0% meiteņu, kas nav būtiski mainījies salīdzinājumā ar 2014. gada aptaujas datiem.[[43]](#footnote-44) Latvijas skolēnu sūdzību par nervozitāti un nomāktību īpatsvars gan zēniem gan meitenēm atbilst Starptautiskā skolēnu veselības pētījuma dalībvalstu vidējam līmenim.[[44]](#footnote-45)
7. Joprojām **aktuāla problēma** jauniešiem ir **ņirgāšanās**. Kopumā 2018. gadā 21,3% 11-15 gadīgo skolēnu pēdējo pāris mēnešu laikā **ir cietuši no ņirgāšanās**, pie kam zēnu un meiteņu īpatsvars, kuri ir ņirgāšanās upuri, ir vienāds. Ņirgāšanās upuru īpatsvars Latvijā no 2002. līdz 2018. gadam zēniem pa gadiem variē, bet būtiski nav mainījies, turpretī meiteņu īpatsvars, kas teikušas, ka pēdējo pāris mēnešu laikā cietušas no atkārtotas ņirgāšanās, pieaudzis no 16,2% līdz 21,3%.[[45]](#footnote-46) Salīdzinājumā ar situāciju citās valstīs, Latvija ņirgāšanās izplatībā 11, 13 un 15 gadīgo skolēnu vidū, kas pēdējo pāris mēnešu laikā ir cietuši no ņirgāšanās, ir augstajā otrajā vietā visās vecumgrupās, pārsniedzot Starptautiskā skolēnu veselības pētījuma dalībvalstu vidējo līmeni vairāk kā divas reizes.[[46]](#footnote-47)
8. Ir samazinājies skolēnu īpatsvars, kuri ir **ņirgājušies par citiem** – 2018. gadā 16,8% skolēnu norāda, ka ir ņirgājušies par citiem (2014. gadā – 23,3%). 2018. gadā zēnu īpatsvars (21,4%), kas skolā regulāri ņirgājas par citiem, ir gandrīz divas reizes lielāks nekā meiteņu (12,3%). Pēdējos gadospusaudžiem aktuāla kļūst arī kiberņirgāšanās. 2018. gadā 5,5% pusaudžu ir cietuši no kiberņirgāšanās, un šo pusaudžu īpatsvars dzimuma un vecuma grupās būtiski neatšķiras.[[47]](#footnote-48)
9. Būtiski faktori, kas ietekmē psihisko veselību, ir arī **bērnībā pieredzētā vardarbība**. Piemēram, bērnībā pieredzēta vardarbība var ietekmēt cilvēka dzīvi arī pieaugušā vecumā. Jauniešiem, kuri bērnībā pieredzējuši vardarbību, raksturīgs sliktāks veselības pašvērtējums, biežāk sastopama pārmērīga alkohola lietošana un pašnāvības mēģinājumi, kā arī ir vairāk sūdzību par psihoemocionālo veselību.[[48]](#footnote-49)
10. **Lielais pašnāvību** skaits Latvijā attiecībā pret ES rādītājiem ir būtisks sabiedrības psihiskās veselības un psihiskās veselības aprūpes indikators. Pašnāvības un pašnāvnieciska uzvedība ir jāvērtē kompleksi, jo šādu indivīda rīcību var ietekmēt bioloģiskie, individuālie, sociālie, psiholoģiskie, kultūras un vides faktori, kā arī dažādas šo faktoru mijiedarbības.[[49]](#footnote-50) Pašnāvību galvenie riska faktori ir sociālie stresori, piemēram, bezdarbs, vardarbība, sociālas un ekonomiskas problēmas, psihiskas slimības, piemēram, depresija, šizofrēnija u.c. psihiski traucējumi, alkoholisms un narkomānija, kā arī nepietiekama psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība.
11. Pozitīvi vērtējams fakts, ka pašnāvību gadījumu skaits pēdējos gados samazinās. Tomēr, lai gan pēdējo desmit gadu laikā mirstība no tīša paškaitējuma samazinājusies par 27%, 2019. gadā sasniedzot 15,1 uz 100 000 iedzīvotāju,[[50]](#footnote-51) Latvija joprojām ir starp ES valstīm ar augstākajiem pašnāvību rādītājiem (2017. gadā pēc Eurostat datiem augstāki ir Lietuvā un Slovēnijā). Visvairāk mirstība no tīša paškaitējuma samazinājusies iedzīvotājiem vecuma grupā no 15 līdz 59 gadiem, kā arī sievietēm. Mirstība no tīša paškaitējuma vīriešiem ir daudzkārt augstāka nekā sievietēm (2018. gadā – gandrīz 8 reizes, 2019. gadā – 4 reizes). Joprojām notiek pašnāvības bērnu (līdz 17 g.v.) vidū. To skaits gan mazinājies: pēdējos 5 gadus ik gadu ir 2-4 gadījumi, pirms tam vidējais skaits ir 4,2 (2-7 gadījumi).[[51]](#footnote-52)
12. Analizējot PZMG rādītāju pašnāvību dēļ, jāatzīmē, ka tas ir nozīmīgākais ārējais nāves cēlonis, kā dēļ tiek zaudēts visvairāk potenciālo mūža gadu – tātad nozīmīgākais priekšlaicīgas nāves cēlonis, īpaši vīriešiem (vīriešiem rādītājs daudzkārt lielāks nekā sievietēm, 2019. gadā – 6 reizes)..[[52]](#footnote-53)
13. Diskusijā par sabiedrības veselības problēmām Latvijā un veicamajiem pasākumiem 2021.-2027. gadā eksperti pauda viedokli, ka Latvijā ir psihiskās veselības traucējumu, tai skaitā depresijas atpazīšanas ierobežojumi, augsta stigma sabiedrībā pret atšķirīgo, tai skaitā gan pret cilvēkiem, kuri cieš no psihiskiem traucējumiem, gan arī saistībā ar vēršanos pēc palīdzības pie speciālistiem psihiskās veselības jautājumos.
14. Skatīt arī nodaļu “Veselības aprūpe psihiatrijā”.

### Citas hroniskās slimības

1. Cukura diabēts ir viena no hroniskām saslimšanām, kuras izplatība pieaug pasaulē, Eiropā, Tai skaitā arī Latvijā. 2017. gadā Latvijā 5,2% iedzīvotāju (20-79 g.v.) bija diagnosticēts cukura diabēts (1. un 2.tips). Kopā Latvijā ir vairāk nekā 90 tūkstoši cukura diabēta pacientu - 2017. gadā 91571 jeb 4734 uz 100 000 iedzīvotāju, kas ir par 37% lielāks rādītājs nekā 2010. gadā. Ik gadu pirmreizēji tiek reģistrēti vidēji 6-7 tūkstoši pacientu ar cukura diabētu (2019. gadā - 6882 jeb 359,6 uz 100 000 iedzīvotāju). 93,7% pacientu konstatēts 2.tipa cukura diabēts, kura attīstību galvenokārt ietekmē novēršami un ar dzīvesveidu saistīti riska faktori. Cukura diabēta pacientu vecuma struktūra liecina, ka 62% pirmreizējo pacientu ir 60 un vairāk gadus veci. Savukārt, vairāk kā trešdaļa (36%) pacientu ir vecumā no 20 līdz 59 gadiem.[[53]](#footnote-54)
2. Cukura diabēts ietekmē citas orgānu sistēmas un var izraisīt komplikācijas. Biežākās reģistrētās komplikācijas ir perifērā neiropātija (2017. gadā 14,6% no uzskaitē esošajiem cukura diabēta pacientiem, kam veikta pēdu pārbaude), kā arī dažādas ar redzi saistītas problēmas (9,5%, no tiem, kam veikta acu pārbaude).[[54]](#footnote-55) 47% no cukura diabēta pacientiem (no tiem, par kuriem 2017. gadā aktualizēta informācija reģistrā) ir diagnosticēta arī kāda no sirds un asinsvadu slimībām. Cukura diabēta pacientu aprūpe jānodrošina ambulatori. Viens no aprūpes kvalitātes un novēršamas hospitalizācijas rādītājiem ir ārstēšanās slimnīcā ar cukura diabēta pamatdiagnozi. Latvijai šis rādītājs ir zemāks nekā vidēji OECD valstīs, attiecīgi 119 un 129 uz 100 000 iedzīvotājiem. Dinamikā tas ir mainīgs, tam nav noteiktas tendences mazināties.[[55]](#footnote-56)
3. Atbilstoši Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas datiem, pēdējo septiņu gadu laikā pieaug gan kopējais (+6,4%), gan saistībā ar muskuļu, skeleta un saistaudu sistēmas slimībām (MSS) pirmreizēji noteikto invaliditātes gadījumu skaits (+13,3%). Ar MSS slimībām saistīto invaliditātes gadījumu skaita pieaugums apsteidz kopējo invaliditātes gadījumu skaita pieaugumu un šajā grupā īpaši strauji aug strādājošo invaliditāte. No visiem strādājošajiem, kuriem pirmreizēji noteikta invaliditāte, gandrīz ceturtajai daļai invaliditātes iemesls ir MSS slimība (24% 2016. gadā.).[[56]](#footnote-57) MSS ir trešais biežākais iemels pirmreizēji noteiktai invaliditātei pieaugušajiem 2018. gadā 18,8 uz 10 000 jeb 2946 gadījumi.[[57]](#footnote-58)
4. 2018. gadā par sāpēm pēdējā mēneša laikā muguras kakla-plecu daļā sūdzējās 31,9%, muguras krūšu jostas daļā – 33,9%, par sāpēm locītavās – 32,3% iedzīvotāju 15-74 gadu vecumā. Tas ir biežāk nekā iepriekšējā aptaujā 2016. gadā.[[58]](#footnote-59) Pirmkārt, gan pieaugoši mazkustīgais dzīvesveids, sabiedrības novecošanās, izpratnes trūkums par ergonomiku darba vietās ir labi atpazīstami vispārēji faktori, kas veicina MSS slimību izplatību. Otrkārt, eksistē virkne procesuālu un administratīvu, un tikai daļēji ar veselības aprūpi saistīti faktoru, kas var būt par iemeslu tam, ka šīs grupas slimību slogs sabiedrībai palielinās.[[59]](#footnote-60)
5. Lai gan veselības aprūpes jomā pastāv nepietiekama svarīgu pakalpojumu pieejamība personām ar muskuļu un skeleta sistēmas saslimšanām, iemesli, kāpēc pieaug personu ar invaliditāti skaits, nav viennozīmīgi meklējami tikai veselības aprūpes jomā. Piemēram, ir gadījumi, kad fiksēta ilgstoša darba nespēja gadā pirms invaliditātes noteikšanas primāri ir saistīta ar vajadzību iegūt apliecinājumu par invaliditāti, nevis ar aktuālo slimības gaitu.[[60]](#footnote-61)

## Mātes un bērna veselība

1. Bērna veselību un attīstību līdz dzimšanai un pirmajā dzīves gadā galvenokārt nosaka mātes un tēva veselība, vecāku zināšanas par savu un gaidāmā bērna veselību un viņu rūpes par bērnu, dzīvesveida paradumi, kā arī veselības aprūpe grūtniecības un pēcdzemdību laikā.
2. Zīdaiņu mirstība ir viens no rādītājiem, kas raksturo gan mātes un bērna vispārējo veselības stāvokli, gan arī veselības aprūpi pirms un pēc dzemdībām. Zīdaiņu mirstība samazinājusies no 4,1 uz 1000 dzīvi dzimušiem 2015. gadā līdz 3,4/1000 2019. gadā.[[61]](#footnote-62) Analizējot zīdaiņu mirstību reģionu griezumā, viszemākais rādītājs 2019. gadā reģistrēts Vidzemes reģionā – 2,9/1000, savukārt visaugstākais – Latgales reģionā – 5,0/1000.[[62]](#footnote-63)
3. Aktuāls jautājums zīdaiņu vecumā ir bērnu **pēkšņās nāves sindroms**. Pēdējo piecu gadu laikā Latvijā pirmajā dzīves gadā ar zīdaiņu pēkšņās nāves sindromu miruši vidēji 7 bērni gadā (2019. gadā 5 nāves gadījumi). Kaut arī nav precīzi noskaidroti cēloņi šiem nāves gadījumiem, ir virkne drošības pasākumu, piemēram, izvairīšanās no smēķēšana (arī pasīvās) īpaši grūtniecības laikā, bērna guldīšana drošā pozā, knupīša droša lietošana u.c., ar kuru palīdzību šādus gadījumus var novērst.
4. Perinatālā mirstība pēdējos gados nedaudz samazinājusies, attiecīgi 6,2 no 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušo 2019. gadā pret 6,9/1000 2015. gadā. Samazinājums vērojams gan nedzīvi dzimušo, gan agrīnā neonatālā periodā mirušo skaitā. Reģionu griezumā perinatālā mirstība pa gadiem variē, taču 2019. gadā zemāks rādītājs kā vidēji Latvijā bijis vērojams Rīgā – 5,6/1000, Kurzemē – 5,2/1000 un Latgalē – 5,0/1000, savukārt augstāks rādītājs nekā vidēji Latvijā reģistrēts Zemgalē – 6,6/1000, Pierīgā – 6,7/1000 un Vidzemē – 9,9/1000. Lai gan kopējā neonatālā mirstība (0-27 dienās mirušie) 2019. gadā nedaudz samazinājusies salīdzinājumā ar 2015.gadu (2,3 pret 2,5 no 1000 dzīvi dzimušiem), rādītājs ir mainīgs pa gadiem. Viszemākais neonatālās mirstības rādītājs 2019. gadā vērojams Zemgalē – 1,3 no 1000 dzīvi dzimušiem, savukārt visaugstākais Latgalē – 3,5/1000.
5. Latvijā katru gadu vairākas sievietes mirst no novēršamām grūtniecības un dzemdību komplikācijām. 2019. gadā vērojams skaita pieaugums – reģistrēti 7 mātes nāves gadījumi (2018. – 3 gadījumi), no kuriem 5 ir bijuši tieši ar grūtniecību saistīto cēloņu dēļ.[[63]](#footnote-64)[[64]](#footnote-65)
6. Mātes un zīdaiņu mirstību ietekmē multifaktoriāli iemesli, kas sevī ietver gan izglītību, gan sociālos apstākļus, gan veselīgu dzīvesveidu, gan medicīnisko aprūpi grūtniecības un pēcdzemdību periodā. Lai mazinātu mātes un zīdaiņu mirstības rādītājus, nepieciešams uzlabot pārvaldību un kvalitāti visam mātes un bērna aprūpes procesam, sākot ar pasākumiem, kas nodrošinātu labāku sievietes veselību pirms grūtniecības iestāšanās, un beidzot ar pasākumiem drošai dzemdību norisei, kvalitatīvai prenatālai, neonatālai palīdzībai un jaundzimušā aprūpei ģimenē. Lai nodrošinātu mātes un perinatālās mirstības analīzes sistēmas efektivitāti, svarīga ir perinatālās un mātes mirstības ikgadējo auditu veikšana.
7. Mātes mirstība netieši ar grūtniecību saistīto cēloņu dēļ 2019. gadā, salīdzinot ar 2018. gadu ir pieaugusi. Mātes mirstība uz 100 000 dzīvi dzimušajiem 2018. gadā bija 5,2, savukārt 2019. gadā – 10,7.
8. Jaundzimušo un zīdaiņu veselības veicināšanā un infekcijas slimību profilaksē viens no būtiskākajiem faktoriem ir **mātes piens** un arī savlaicīga vakcinācija, kā arī mātes dzīvesveida paradumi. Lai arī PVO un UNICEF rekomendē eksluzīvu zīdīšanu līdz 6 mēnešu vecumam un turpināt bērnu zīdīšanu līdz 2 gadu vecumam arī pēc piebarojuma ieviešanas, bērnu īpatsvars, kuri zīdīti ar krūti līdz gada vecumam, Latvijā praktiski nemainās, tie ir tikai 26%. Ekskluzīvo zīdīšanu saņēmušo bērnu īpatsvars līdz 6 mēnešu vecumam ir nedaudz pieaudzis laika periodā no 2014. līdz 2018. gadam, attiecīgi no 18,2% līdz 19,1%, tomēr tas ir zems. Bērnu īpatsvars, kuri tajā pašā periodā saņēmuši mātes pienu līdz 6 mēnešu vecumam, saglabājas iepriekšējā līmenī (57,4% 2019. gadā pret 57,0% 2014. gadā). Pozitīvi, ka kopš 2015.gada par 2,9% punktiem pieaudzis jaundzimušo īpatsvars, kuri mātes pienu saņēmuši uzreiz pēc dzemdībām, attiecīgi 82,5% 2019. gadā pret 79,6% 2015. gadā. Turpretī zīdīšana vai ēdināšana ar noslauktu mātes pienu, atrodoties stacionārā jeb dzemdību nodaļās, samazinājusies vidēji par 8% punktiem minētajā laika periodā.[[65]](#footnote-66)
9. Attiecībā uz mātēm kuras pašas nevar barot bērnu ar savu pienu – lai samazinātu mirstību un saslimstību sevišķi maza svara (līdz 1500g) priekšlaikus dzimušajiem bērniem (2019. gadā – 114 bērni), jāizvērtē donora piena bankas izveide, rodot iespēju nodrošināt barošanu bērniem ar krūts pienu.
10. Smēķējošo dzemdētāju īpatsvars pēdējo 10 gadu laikā samazinājies par 2,4% punktiem (7,8% 2019. gadā pret 10,2% 2010. gadā). Pēdējos gados būtiskas izmaiņas nav vērojamas, kopš 2015. gada rādītājs vidēji ir 7%. Analizējot smēķētāju īpatsvaru pa vecuma grupām, augstākais īpatsvars vērojams jaunākās vecuma grupās, t.i., vecumā līdz 19 gadiem tas ir vairāk kā 20% (23,9% 2019. gadā) un no 20 līdz 24 gadiem, vidēji 13% (13,0% 2019. gadā).[[66]](#footnote-67)

## Infekcijas slimības

1. Saslimstība ar infekcijas slimībām Latvijā pēdējo desmitgažu laikā ir ievērojami samazinājusies, it sevišķi ar slimībām, kuras ir novēršamas vai ierobežojamas ar vakcināciju vai higiēnas noteikumu un rutīnas piesardzības pasākumu ievērošanu. Tomēr, neskatoties uz to, infekcijas slimības joprojām ir nopietns sabiedrības veselības un labklājības drauds, jo tādi globalizācijas aspekti kā cilvēku migrācijas paradumi, mežu izciršana un dzīvnieku dabisko mājvietu izpostīšana, mūsdienu transporta sistēmu ātrums u.c. palielina jaunu cilvēkiem bīstamu infekciju rašanās un to straujas izplatīšanās risku pasaulē. Pēdējos gados PVO 6 reizes ir ziņojusi par starptautiska mēroga sabiedrības veselības ārkārtas situācijām infekcijas slimību izplatīšanās dēļ, piemēram, gripas vīruss *(A/H1N1pdm09)*, poliomielīts, Ebolas vīrusslimība, Zikas vīrusslimība, kā arī SARS-CoV-2 izraisītā Covid-19 pandēmija. Straujā infekcijas slimības izplatīšanās visā pasaulē 2020. gadā atstāja ievērojamu ietekmi uz sabiedrības veselību, veselības aprūpes sistēmām, ekonomisko situāciju un ikdienas norisēm, kas apstiprina, ka infekcijas slimības joprojām strauji spēj mainīt pasaules kārtību. Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai tika veikti pretepidēmijas pasākumi un noteikti ierobežojumi, kas atstāja ietekmi uz sabiedrības ikdienas norisēm un Latvijas un Pasaules ekonomiku. Ilgtermiņā izvērtējama ekonomiskās situācijas un pretepidēmijas pasākumu ietekme uz sabiedrības veselību.
2. Zinātniskie pētījumi un epidemioloģiskās uzraudzības dati pierāda, ka viens no efektīvākajiem infekcijas slimību profilakses pasākumiem ir **vakcinācija**. SARS-CoV-2 izraisītā Covid-19 saslimšana vēl nebija izraisījusi pandēmiju, kad tika definēti lielāki izaicinājumi. PVO ir paziņojusi, ka vilcināšanās vakcinēties ir viens no lielākajiem pasaules veselības apdraudējumiem 2019. gadā. 2019. gadā gandrīz puse ES iedzīvotāju (48%) uzskata, ka vakcīnas bieži var izraisīt nopietnas blaknes, savukārt 38% domā, ka tās var izraisīt slimības, pret kurām aizsargājas, un 31% aptaujāto ir pārliecināts, ka vakcīnas vājina imūnsistēmu.[[67]](#footnote-68) Šie rādītāji arī ir saistīti ar to, ka sociālajos tīklos un plašsaziņas līdzekļos aizvien vairāk izplatās dezinformācija par vakcināciju, tās ieguvumiem un riskiem.
3. Valsts apmaksāto vakcināciju nosaka Ministru kabineta 2000. gada 26. septembra noteikumi Nr. 330 “Vakcinācijas noteikumi”. Noteikumi nosaka infekcijas slimības, pret kurām obligāti veicama vakcinācija, vakcinējamo personu loku un vakcinācijas kārtību. Aktuālākās vakcīnnovēršamās slimības atbilstoši vakcinācijas kalendāram ir tuberkuloze, difterija, stingumkrampji, garais klepus, poliomielīts, masalas, masaliņas, epidēmiskais parotīts, b tipa Haemophilus influenzae infekcija, B hepatīts, vējbakas, pneimokoku infekcija, rotavīrusu infekcija, cilvēka papilomas vīrusa infekcija, sezonālā gripa.
4. Latvijā pēdējos gados **pieaug saslimstība ar garo klepu**. Ja līdz 2017. gadam saslimstība ar garo klepu svārstījās ap 100 līdz 200 gadījumiem katru gadu, tad 2019. gadā tika reģistrēti 720 saslimšanas ar garo klepu gadījumi (37,2 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem). Visaugstākā saslimstība novērota zīdaiņiem līdz gada vecumam – 38 saslimšanas gadījumi (198,6 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem). Šajā vecuma grupā bērni ir īpaši uzņēmīgi, jo vai nu vēl nav sasnieguši imunizācijas vecumu, vai arī imunizācijas pamata kurss vēl nav pabeigts. Otra grupa ar augstu saslimstību ir pusaudži no 15 – 17 gadiem – 99 saslimšanas gadījumi (184,2 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem).
5. Latvijā aktuāla infekcijas slimība ir arī **difterija**. Līdz 2015. gadam saslimstība ar difteriju pārsniedza 10 gadījumus katru gadu un bija visaugstākā ES. No 2017. līdz 2019. gadam reģistrēti divi līdz trīs saslimšanas gadījumi gadā. Pamatā ar difteriju slimo pieaugušie, kas nav vakcinēti. Ja bērnu līdz 2 gadu vecumam vakcinācijas aptvere pārsniedz 95%, tad pieaugušo vakcinācijas aptvere nesasniedz pat 60% (2019. gadā – 53,8%).
6. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas dati liecina, ka pret difteriju regulāri potējas kopumā tikai 49,8% pieaugušo iedzīvotāju, kas ir nedaudz vairāk kā 2016. gadā – 47,2%. Analizējot 2018. gada datus pa dzimumiem, augstāka potēšanās aktivitāte ir sievietēm – 53,1% (vīriešiem – 46,0%). Galvenie nepotēšanās iemesli ir tie, ka iedzīvotāji nav informēti par potēšanās nepieciešamību – 29,4%, trūkst līdzekļu/nevar atļauties – 19,5%, uzskata, ka pēc potēšanās var rasties sarežģījumi un uzskata, ka iespējamība saslimt ir maza, attiecīgi 16,3% un 16,1%.[[68]](#footnote-69)
7. Saistībā ar aktīvo pretvakcinācijas kustību, vakcinācijas aptvere pret **masalām** ES valstīs ir samazinājusies un ES pastāv augsti riski masalu izplatībai. Augstākā saslimstība ar masalām starp ES valstīm ir Francijā, Bulgārijā, Itālijā, Polijā un Rumānijā. Šajās valstīs arī ir zemāki vakcinācijas rādītāji. Latvijā 2019. gadā vakcīnu pret masalām ir saņēmuši vairāk kā 99,1% bērnu 2 gadu vecumā un 96,4% bērnu 7 gadu vecumā. Saslimstība ar masalām Latvijā ir viena no zemākajām ES un 2019. gadā Latvijā reģistrēti trīs saslimšanas gadījumi jeb 0,2 uz 100 000 iedzīvotāju.
8. Nozīmīga vakcīnregulējama infekcija ir arī **sezonālā gripa**. Vidēji ik gadu ar gripu slimo 10% Latvijas iedzīvotāju. 2018./2019. gada gripas epidēmiskajā sezonā tika konstatēti 86 nāves gadījumi no gripas, no kuriem 58,1% bija vecuma grupā virs 65 gadiem, bet 2019./2020. gada sezonā – 26 gadījumi (76,9%). Jānorāda, ka sezonālās gripas izplatība katru sezonu ir atšķirīga un vienlaicīgi gripas sezonas laikā palielinās mirstība arī no SAS un citām saslimšanām, tādēļ gripas sezonas laikā pieaug arī kopējais mirstības rādītājs. Īpaši riskam inficēties ar gripu ir pakļautas grūtnieces un bērni līdz 2 gadu vecumam, bet gripas infekcijas izraisītie nāves gadījumi visbiežāk sastopami cilvēkiem vecumā virs 65 gadiem ar hroniskām sirds un plaušu slimībām. Tādēļ ir ļoti svarīga šo riska grupu vakcinācija pret gripu.[[69]](#footnote-70)
9. Grūtnieču un bērnu vakcinācija pret gripu pirms 2019. gada svārstījās ap 1%, bet 2019/2020. gada gripas epidēmiskajā sezonā, pretgripas vakcīnu iekļaujot vakcinācijas kalendārā un uzlabojot šīs vakcīnas pieejamību, grūtnieču un bērnu vakcinācija pret gripu palielinājās desmitkārtīgi.
10. Vakcinēto personu pret gripu īpatsvars vecuma grupā virs 65 gadiem 2019./2020. gada sezonā arī palielinājās, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, un sasniedza 11,1%, taču joprojām tas nesasniedz PVO ieteikto riska grupu vakcinācijas pret gripu aptveri – 75%. Pašlaik senioru pretgripas vakcinācija tiek organizēta, izmantojot zāļu kompensācijas sistēmu, tādēļ vakcīnu iegādes iespējas ir atkarīgas no to pieejamības aptiekās. Ņemot vērā pretgripas vakcinācijas pasākumu efektivitāti grūtniecēm un bērniem, līdzīgi ir jāveicina arī senioru vakcinācija pret gripu.
11. Kā liecina SPKC 2017. gadā veiktā stacionāro ārstniecības iestāžu aptauja, tikai 50% ārstniecības personu vakcinējas pret gripu. Ārstniecības personu vakcinācija ir nozīmīga, jo, ikdienā saskaroties ar lielu pacientu skaitu, ārstniecības persona pakļauj inficēšanās riskam ne tikai sevi, bet arī pacientus. Tādēļ ārstniecības personu vakcinācija ir arī pacientu drošības jautājums.
12. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas dati rāda, ka kopumā tikai 12,5% (2016. gadā – 7,3%) pieaugušo iedzīvotāju pēdējā gada laikā ir potējušies pret gripu un nav novērojama atšķirība starp dzimumiem. Visaktīvāk pret gripu potējas vecuma grupā no 15 līdz 34 gadiem. Iedzīvotāju vecuma grupā virs 65 gadiem – vakcinēto īpatsvars pārsniedz 10%, bet vidēji populācijā – ap 2-3%.[[70]](#footnote-71) Galvenie nepotēšanās iemesli ir iedzīvotāju uzskats, ka ir citi līdzekļi, kā izsargāties no saslimšanas – 41,9%, ka vakcīna ir neefektīva – 25,9%, ka pēc potēšanās var rasties sarežģījumi –16,0%.
13. Joprojām Latvijā aktuāls jautājums ir arī **zarnu infekciju profilakse**. Zarnu infekcijas izplatās tieša kontakta ceļā no personas uz personu vai ar piesārņotu koplietošanas priekšmetu starpniecību. Nereti inficēšanās notiek, lietojot uzturā pārtiku, kuru gatavošanas laikā piesārņojis slims pārtikas apritē iesaistīs darbinieks (arī persona, kurai slimība norit bez simptomiem vai vieglā formā). Šo infekcijas slimību novēršanai ir pieejami vienkārši un efektīvi līdzekļi – higiēnas prasību ievērošana, t.sk. pareiza roku mazgāšana, pareiza pārtikas pagatavošana un uzglabāšana un citu higiēnas prasību pārtikas apritē ievērošana. Neskatoties uz to, joprojām katru gadu tiek reģistrēti **grupveida saslimšanas gadījumi ar zarnu infekcijas slimībām** un ir novērojama tendence šādu gadījumu skaitam palielināties.
14. Ja 2007. gadā tika reģistrēti 9 grupveida saslimšanas gadījumi ar zarnu infekcijām, 2018. gadā – 40 šādi gadījumi, tad 2019. gadā tika reģistrēti 62 grupveida saslimšanas gadījumi ar zarnu infekcijas slimībām. Lielākais skaits grupveida saslimšanas gadījumu tika reģistrēts bērnu uzraudzības un izglītības iestādēs. Biežākie infekcijas slimību ierosinātāji šajos gadījumos ir bijuši norovīrusi, rotavīrusi un salmonellas. Grupveida saslimšanas gadījumu skaitu ietekmē higiēnas prasību ievērošana, tāpēc ir nozīmīga sabiedrības, izglītības iestāžu un pārtikas apritē nodarbināto regulāra izglītošana.
15. Pēdējo gadu laikā Latvijā aktuālas ir arī **hroniskās infekcijas slimības** – tuberkuloze, HIV infekcija, vīrusu hepatīti. 2019. gadā nedaudz palielinājies jaundzimušo īpatsvars, kuri vakcinēti pret tuberkulozi dzemdību iestādēs, attiecīgi 85,7% pret 84,7% 2018. gadā (84,2% 2017. gadā; 83,7% 2016. gadā). Neliela daļa jaundzimušo pret tuberkulozi tiek vakcinēti pēc izrakstīšanās no dzemdību iestādes. Kopumā pret tuberkulozi 2019. gadā vakcinēti 96,1% jaundzimušo. Pateicoties tam, ka uzlabojusies tuberkulozes diagnostika un ārstēšana, kopš 2001. gada ir panākta stabila gan saslimstības, gan mirstības samazināšanās vairāk nekā trīs reizes. Tomēr Latvijā joprojām saslimstība ar tuberkulozi ir viena no augstākajām ES. Pēdējos gados tuberkulozes aktualitāte ir saistīta ar tās **rezistenci pret zālēm**, kā arī tuberkuloze ir aktuāla kā HIV infekcijas pavadošā slimība. Saskaņā ar Slimību profilakses un kontroles centra datiem[[71]](#footnote-72) multirezistentā tuberkuloze 2017. gadā Latvijā reģistrēta 36 pacientiem, bet pirmreizēji reģistrēta visu formu tuberkuloze 483 pacientiem.[[72]](#footnote-73)
16. HIV infekcijas izplatība ir globāla mēroga problēma, kam ir sociāli ekonomiskas sekas un kas negatīvi ietekmē visas sabiedrības veselību, katra indivīda drošību, iekļaušanos sabiedrībā un darba tirgū, kā arī ietekmē valsts labklājību kopumā. Latvija ir to ES valstu vidū, kur HIV infekcijas un AIDS izplatības rādītāji ir augsti. Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra HIV/AIDS uzraudzības ziņojumā norādīts, ka 2018. gadā Latvijā tika reģistrēti 16,9 HIV infekcijas gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, ES/EEZ valstīs vidēji – 5,6 uz 100 000 iedzīvotāju. 2018. gadā Latvijā reģistrēti 5,1 AIDS gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, ES/EEZ valstīs – 0,6.[[73]](#footnote-74) No 2019. gadā jaunatklātajiem HIV infekcijas gadījumiem 13% tajā pašā gadā ir diagnosticēts AIDS. Jāpiemin arī, ka pēdējos gados Latvijā vērojama tendence samazināties jaunatklāto HIV un AIDS gadījumu skaitam. Runājot par transmisijas ceļiem, Latvijā pēdējos gados inficēšanās ar HIV visbiežāk notikusi heteroseksuālās transmisijas ceļā. Kopumā Latvijā 2019. gada beigās reģistra uzskaitē bija 5836 ar HIV inficētas personas.[[74]](#footnote-75)
17. Pēdējo gadu laikā ir ieviesta virkne pasākumu HIV infekcijas izplatības ierobežošanai, nodrošinot to, ka HIV infekcijas ārstēšanai nepieciešamās zāles var saņemt ikviens ar HIV inficētais, ir arī veikti pasākumi, lai uzlabotu HIV profilakses punktu sniegto pakalpojumu pieejamību, paplašinot mobilos pakalpojumus, kā arī tika veicināta HIV profilakses punktu sasaiste ar ārstniecības iestādēm, veicinot personu, par kurām ir aizdomas, ātrāku nonākšanu pie ārsta un ārstēšanas uzsākšanu HIV infekcijas gadījumā. HIV profilakses punktus iespējams apmeklēt vairākās pilsētās Latvijā (kopā 24 HIV profilakses punkti) un veikt dažādus izmeklējumus bez maksas, piemēram, HIV, hepatītu u.c. seksuāli transmisīvu infekciju eksprestestus, saņemt speciālista konsultāciju par veselības, profilakses un ārstēšanas jautājumiem. Bet joprojām ir nepieciešams turpināt darbu pie HIV infekcijas izplatības ierobežošanas, tai skaitā, stiprinātšļirču apmaiņas punktus, kā arī veicināt iedzīvotāju iesaisti.
18. Latvijā, salīdzinot ar citām ES valstīm, ir arī **visaugstākā saslimstība ar C hepatītu**. Salīdzinot saslimstību, vienlaikus jāņem vērā atšķirīgas valstu uzraudzības sistēmas ES/ EEZ un Apvienotās Karalistes reģionā. Piemēram, citās valstīs reģistrē tikai akūtu C hepatītu un, ja vērtētu izplatību pēc prevalences pētījumiem, rādītāji varētu atšķirties. Katru gadu tiek atklāti gandrīz 1500 jauni saslimšanas gadījumi. Kopš 2016. gada Latvijā tiek nodrošināta 100% C hepatīta ārstēšanai nepieciešamo zāļu kompensācija, un vienlaicīgi arī tiek nodrošināti tiešās iedarbības pretvīrusu preparāti, kas garantē atbrīvošanu no vīrusa vairāk kā 95% gadījumu. Ņemot vērā jaunatklāto gadījumu skaitu, lai panāktu infekcijas izplatības ierobežošanu, katru gadu būtu jāizārstē vismaz 2000 – 2500 C hepatīta pacientu.
19. Arī **B hepatīts** joprojām ir viena no sabiedrības veselības problēmām. Bērnu vakcinācija pret B hepatītu Latvijā ir ieviesta 1997. gadā un 2019. gadā bērnu līdz 2 gadu vecumam vakcinācijas aptvere sasniedza 97,1% . Tomēr katru gadu tiek reģistrēti vairāk kā 300 saslimšanas gadījumi ar šo infekciju. Atšķirībā no C hepatīta B hepatīta galvenais profilakses veids ir vakcinācija.
20. Ņemot vērā C un B hepatīta augsto izplatību iedzīvotāju vidū, likumsakarīgi, ka šīs infekcijas ir izplatītas arī donoru populācijā. Par to liecina testu rezultāti – hepatīta C vīrusa infekcija 2017. gadā konstatēta 111 donoriem, 2018. gadā – 93 donoriem, 2019. gadā – 125 donoriem, bet hepatīta B vīrusa infekcija 2017. gadā konstatēta 22 donoriem, 2018. gadā – 21 donoram, 2019. gadā – 22 donoriem, savukārt HIV infekcija 2017. gadā konstatēta 49 donoriem, 2018. gadā – 45 donoriem un 2019. gadā – 43 donoriem.[[75]](#footnote-76)
21. Viena no globālām problēmām sabiedrības veselības jomā ir **antimikrobiālā rezistence** (AMR). Infekcijas slimību profilakse ir arī infekciju ārstēšana. Tādēļ antimikrobiālajiem līdzekļiem ir būtiska nozīme cilvēku un dzīvnieku slimību ārstēšanā un sabiedrības veselības nodrošināšanā, tomēr antimikrobiālo līdzekļu lietošana var radīt mikroorganismu rezistences pret attiecīgajiem antimikrobiālajiem līdzekļiem attīstības risku.
22. AMR attīstības risks palielinās nesaprātīgas un nepareizas pieejamo antimikrobiālo līdzekļu (antibakteriālo, pretvīrusu, pretsēnīšu un pretprotozoju līdzekļu) lietošanas cilvēku un dzīvnieku ārstēšanā rezultātā. AMR veicinošie faktori ir higiēnas un pretepidēmijas pasākumu neievērošana veselības aprūpes iestādēs, lopkopībā vai pārtikas apritē, kuri rada nepieciešamību antimikrobiālo līdzekļu lietošanai un veicina rezistentu mikroorganismu nodošanu tālāk. Latvijā antibiotiku patēriņš cilvēku un dzīvnieku ārstēšanai nepārsniedz vidējos rādītājus ES, tomēr Latvijā ir salīdzinoši augsts antibiotiku patēriņš slimnīcās, kā arī tiek vairāk lietotas augsta riska antibiotikas. Tāpat Latvijas sabiedrībai, salīdzinot ar citu ES valstu iedzīvotājiem, ir zemāka izpratne par antibibiotiku lietošanas riskiem.
23. **Antibakteriālo līdzekļu pārtēriņš** ārstniecības iestādēs Latvijā ir pakāpeniski samazinājies vairākas reizes kopš 2002. gada, kad rādītājs bija 6,2 dienas definētās devas (DDD), un 2018. gadā sasniedzis 1,88 DDD, kas vienlaikus ir arī vēsturiski zemākais rādītājs un ietver minimālas izmaiņas kopš 2012. gada. Tomēr rādītājs Latvijai par 2018. gadu ir nedaudz augstāks nekā vidējais EEZ (kas ir 1,79 DDD). Latvijā tetraciklīnus (J01A), citus bēta-laktām antibakteriālos līdzekļus (J01D), hinolonus (J01M) un citas AB (J01X) lieto vairāk nekā EEZ vidēji, tomēr vienlaikus uz pusi pret 2017. gadu samazinājies Polymyxin (JJ01XB) izlietojums ārstniecības iestādēs, atgriežoties 2009. gada patēriņa līmenī.[[76]](#footnote-77)
24. Antibakteriālo līdzekļu patēriņš ārpus ārstniecības iestādēm 2018. gadā EEZ bija 18.4 DDD, bet Latvijā – 11.4 DDD, un kopš 2002. gada  rādītāja 9.7 DDD, tas zemāko vērtību 9.3 DDD sasniedza 2009. gadā, savukārt, augstāko vērtību 12.1 DDD sasniedza 2017. gadā. Latvijā  antibakteriālo līdzekļu patēriņš ārpus ārstniecības iestādēm 2018. gadā ir 5. zemākais  EEZ, ar minimālu atšķirību no Austrijas, Igaunijas, Zviedrijas un Nīderlandes, kurai viszemākais rādītājs EEZ (8.9 DDD). Latvijā visu zāļu grupu patēriņš DDD ir būtiski zemāks nekā vidēji EEZ, bet no visām visvairāk tiek patērēti penicilīna grupas zāļu produkti.
25. Līdz ar to secināms, ka nepastāv būtiskas problēmas ar konkrētā veida zāļu produktu lietošanu ārpus ārstniecības iestādēm EEZ kontekstā, kā arī ņemot vērā apstākļus, ka antibiotiku iegādei ir nepieciešamas receptes, iespējamās problēmzonas varētu būt zāļu mijiedarbība vai neracionāla lietošana, kas samazina zāļu iedarbību, kā arī apzinīga zāļu utilizācijas pasākumu veikšana.

## Nevienlīdzība veselības jomā

1. **Veselības stāvokļa rādītāju jomā Latvijā ir izteikta nevienlīdzība**, piemēram, rādītāji būtiski atšķiras vīriešiem un sievietēm, iedzīvotājiem ar dažādu izglītības un ienākumu līmeni un dzīves vietas reģionu. Tāpat veselības rādītāji Latvijā atšķiras no ES vidējiem rādītājiem. 2017. gadā Latvijā bija otrs augstākais profilaktiski novēršamo nāves gadījumu relatīvais skaits ES.[[77]](#footnote-78) 2017. gadā varēja novērst gandrīz 6000 nāves gadījumu ar efektīvākiem profilakses pasākumiem un vēl 3500 nāves gadījumu – ar piemērotāku un savlaicīgāku veselības aprūpi.[[78]](#footnote-79)
2. Neskatoties uz to, ka kopš 2000. gada Latvijā ir gūti būtiski panākumi **jaundzimušo paredzamā mūža ilguma** palielināšanā (no 70,2 gadiem 2000. gadā līdz 75,1 gadam 2018. gadā), paredzamais mūža ilgums aizvien ir otrs mazākais ES pēc Bulgārijas un sešus gadus mazāks par ES vidējo rādītāju – 81 gadu.[[79]](#footnote-80) Tāpat pastāv mūža ilguma **reģionālās atšķirības**, kas 2019.gadā bija no 73,1 gada Latgalē līdz 76,5 gadiem Rīgā un Pierīgā, kas ir būtiskas tik mazā valstī kā Latvija.
3. Paredzamais jaundzimušo mūža ilgums Latvijā 2018. gadā **vīriešiem** joprojām ir gandrīz **desmit gadus īsāks** (70,1 gads) nekā sievietēm (79,7 gadi). ES jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem ir par 5,3 gadiem īsāks nekā sievietēm.[[80]](#footnote-81)
4. Analizējot priekšlaicīgu mirstību (līdz 64 gadu vecumam) sadalījumā pa dzimumiem, **vīriešiem potenciāli zaudēto mūža gadu skaits ir 2-3 reizes lielāks kā sievietēm** (2018. gadā vīriešiem attiecīgi 57679 potenciāli zaudētie mūža gadi jeb 72% no visiem, bet sievietēm – 22853 jeb 28%).[[81]](#footnote-82) Šī proporcija saglabājas līdzīga ik gadu. Latvijā priekšlaicīgas mirstības rādītājs ir viens no augstākajiem, salīdzinot ar citām ES valstīm, tādēļ viens no Latvijas izaicinājumiem sabiedrības veselībā ir samazināt jaunu cilvēku nāves gadījumus.
5. Ar dzimumu saistītā mūža ilguma nevienlīdzība galvenokārt skaidrojama ar to, ka vīriešiem ir būtiski augstāka priekšlaicīga mirstība no daudziem nāves cēloņiem, īpaši ārējiem nāves cēloņiem, (piemēram, satiksmes negadījumi, noslīkšana, traumas darba vietā). Priekšlaicīga mirstība no sirds un asinsvadu sistēmas slimībām vīriešiem ir 3 reizes augstāka nekā sievietēm, PZMG rādītājs SAS dēļ – 4 reizes, kas nozīmē, ka vīrieši ne tikai vairāk mirst no SAS, bet arī agrākā vecumā nekā sievietes. Augstāku priekšlaicīgo mirstību, savukārt, ietekmē riska faktori, kas saistīti ar vīriešu dzīvesveidu un paradumiem, piemēram, atkarību izraisošo vielu lietošanu, salīdzinoši neveselīgāku uzturu, nepietiekamām rūpēm par savu veselību. 2018. gada mirstības dati liecina, ka Latvijā 34% vīriešu miruši vecumā līdz 64 gadiem (sievietes – 13%).[[82]](#footnote-83)
6. Lielas paredzamā mūža ilguma atšķirības Latvijā novērojams ne tikai starp dzimumiem, bet ir **atkarīgas arī no izglītības līmeņa**. Paredzamais mūža ilgums 30 gadu vecumā vīriešiem ar zemāko izglītības līmeni ir vidēji par 11 gadiem mazāks nekā vīriešiem ar augstāko izglītību (ES vidēji 7,6 gadi), bet sievietēm šī atšķirība ir 8 gadi (ES vidēji 4,1 gads), kas varētu būt saistītas ar to, ka cilvēki ar zemāku izglītības līmeni biežāk pakļauti dažādiem veselības riska faktoriem kā, piemēram, smēķēšana, alkohola lietošana un neveselīgs uzturs. 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.[[83]](#footnote-84)
7. **Veselīgi nodzīvotie mūža gadi** vīriešiem Latvijā 2018. gadā bija 51,0 gadi - par 12,7 gadiem mazāk nekā vīriešiem vidēji ES (63,7 gadi) - bet sievietēm 53,7 gadi – par 10,5 gadiem mazāk nekā sievietēm vidēji ES (64,2 gadi).[[84]](#footnote-85)
8. Latvijā daļa iedzīvotāju nevar piekļūt veselības aprūpei, kad tā ir nepieciešama **finansiālu apstākļu dēļ** un **ilgu gaidīšanas rindu dēļ** uz valsts līdzfinansēto pakalpojumu (uz atsevišķiem veselības aprūpes pakalpojumiem – līdz pat 9 mēnešiem). EU SILC iedzīvotāju 2019. gada aptaujā 7,9 % respondentu Latvijā atbildējuši, ka pēdējo 12 mēnešu laikā viņiem ir bijusi nepieciešamība veikt pārbaudi pie medicīnas speciālista (izņemot zobārstu) vai ārstēšanos, bet tas netika izdarīts. No šiem respondentiem 35,8 % ziņojuši, ka medicīniskos izmeklējumus nav varējuši atļauties finansiālu iemeslu dēļ (zemākajā ienākumu grupā 50,1%), 13,6% kā iemeslu norādījuši pārāk ilgu gaidīšanas laiku uz pieņemšanu un rindas; 5,1% – to, ka pārāk tālu jābrauc vai nav transporta līdzekļu.[[85]](#footnote-86)
9. Nabadzīgākie 20% mājsaimniecību ziņo par daudz lielāku medicīniskās un zobārstniecības aprūpes neapmierināto vajadzību līmeni izmaksu dēļ (attiecīgi 6,1% un 20,0% 2019. gadā), nekā 20% turīgāko mājsaimniecību (attiecīgi 0,6% un 2,6%).[[86]](#footnote-87)
10. 2017. gadā 61,9% Latvijas iedzīvotāju un 72,8% Latvijas mājsaimniecību ar zemiem ienākumiem ziņojuši par vidējām vai lielām grūtībām atļauties veselības aprūpes pakalpojumus.
11. Viens no svarīgākajiem rīkiem mērķtiecīgai nevienlīdzības mazināšanai ir investīcijas visos veselības aprūpes līmeņos, tai skaitā slimību profilaksē un veselības veicināšanā un integrētas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, kā arī sociālās nevienlīdzības mazināšanā, īpaši vēršot uzmanību riska grupām, kas pakļautas finansiālai, ģeogrāfiskai u.c. nevienlīdzībai.
12. Attiecībā uz teritoriālās, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautām iedzīvotāju grupām kā specifiskā atbalsta mērķa grupa ESF atbalstam ir noteikti visi Latvijas iedzīvotāji, jo īpaši teritoriālās, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautās iedzīvotāju grupas, tai skaitā iedzīvotāji, kuri dzīvo teritorijā ārpus pilsētām ar iedzīvotāju blīvumu zem 50 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru, trūcīgie un maznodrošinātie iedzīvotāji, bezdarbnieki, personas ar invaliditāti, iedzīvotāji, kas vecāki par 54 gadiem, bērni, pārējās riskam pakļautās iedzīvotāju grupas.[[87]](#footnote-88) Ir definētas trīs sociāli mazaizsargātās vai atstumtības riska grupas, kurām ir noteikti konkrēti atvieglojumi veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Šīs grupas ir bērni vecumā līdz 18 gadiem, trūcīgās personas, patvēruma meklētāji.[[88]](#footnote-89)
13. Viena no teritoriālās, nabadzības un sociālās atstumtības riskam izteikti pakļautām iedzīvotāju grupām ir romi, kuri tiek pakļauti diskriminācijas riskam etniskās piederības dēļ un salīdzinot ar citām etniskajām grupām Latvijā, ir būtiski nelabvēlīgākā situācijā,[[89]](#footnote-90) un kuru pieeja atsevišķiem veselības pakalpojumiem ir apgrūtināta izteikti zemās izglītības un sociāli ekonomiskā stāvokļa dēļ.[[90]](#footnote-91) Romi ir minēti kā viena no galvenajām mērķa grupām, kas saskārās ar nevienlīdzību veselības aprūpes jomā.[[91]](#footnote-92) Nevienlīdzības mazināšanai vairākas starptautiskās organizācijas (piemēram, ES Eiropas Komisija, Eiropas Padomes Komisija pret rasismu un neiecietību u.c.) savās rekomendācijās aicina īpaši pievērst uzmanību šai nelielajai sabiedrības grupai,[[92]](#footnote-93) lai pilnvērtīgi nodrošinātu pieejamos veselības aprūpes atbalsta pasākumus. Romu mediācijas prakse Latvijā ir attīstīta kopš 2017. gada. Šīs prakses attīstību iesaka vairākas starptautiskās organizācijas.[[93]](#footnote-94) Tai skaitā īpaši būtu jāpievērš uzmanība romiem, kuri ir saskārušies ar seksuālās un reproduktīvās veselības problēmām, HIV, vīrusu hepatītiem, kā arī ar informācijas trūkumu par dažādiem pieejamajiem veselības pakalpojumiem. Piemēram, 53,2% aptaujāto abu dzimumu romu tautības pārstāvju uzskata, ka bērnu skaits ģimenē nav jāplāno, bet 64,8% aptaujāto romu sieviešu neizmanto kontracepcijas līdzekļus. Tikai 2% romu respondentu bija izmantojuši iespēju piedalīties kādā no atkarības problēmu ārstēšanas programmām.[[94]](#footnote-95)
14. Sociālajām determinantēm ir liela nozīme iedzīvotāju veselības veicināšanas un veselības aprūpes nodrošināšanā. Līdz ar to nevienlīdzības mazināšanai un sociālai iekļaušanai nepieciešams īstenot pasākumus, kas ne tikai informētu nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautos iedzīvotājus par iespējām uzlabot un saglabāt veselību, bet arī piedāvātu šīs iespējas (piemēram, interešu grupu nodarbību organizēšana, jauniešu izglītošana par veselīga dzīvesveida paradumiem, konkrētu rīcību vai iespēju popularizējošu pasākumu organizēšana pašvaldībās u.c.).
15. Nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautās grupas, ņemot vērā nepietiekamās zināšanas par savām tiesībām par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem atrodas nevienlīdzīgā situācijā, līdz ar to ir būtiski veicināt iedzīvotāju zināšanas un viņu iesaisti savas veselības aprūpē. Skatīt arī sadaļu “Pacientu iesaiste, zināšanas un apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem”.
16. **Galvenās sabiedrības veselības problēmas – problēmu un izaicinājumu kopsavilkums:**
17. **A Neinfekcijas un hroniskās slimības**:
18. Ar dzīvesveidu saistīti riska faktori, tostarp neveselīgi uztura paradumi, mazkustīgs dzīvesveids, augsts aptaukošanās un liekās ķermeņa masas izplatības rādītājs, smēķēšana, alkohola un citu atkarību izraisošo vielu lietošana, kā arī atkarības no procesiem un pārmērīga moderno tehnoloģiju izmantošana ir cēlonis pusei visu nāves gadījumu Latvijā.
19. Galvenie priekšlaicīgas mirstības cēloņi ir SAS, ļaundabīgie audzēji un ārējie nāves cēloņi.
20. Augsta psihiskās veselības traucējumu izplatība – iedzīvotāju psihoemocionālais stāvoklis ir pasliktinājies un pieaug to cilvēku skaits, kuri izjūt stresu, sasprindzinājumu un nomāktību. Lai arī pašnāvību skaits pēdējos gados ir samazinājies, tomēr joprojām tas saglabājas augsts.
21. Iedzīvotāji ir nepietiekoši informēti un zinoši psihiskās veselības jautājumos, un strukturētas informācijas daudzums par psihisko veselību masu medijos nav pietiekošs.
22. Pēdējos gados ir arī pieaudzis bērnu skaits, kas ir cietuši no ņirgāšanās. Izglītības iestādēs nav attīstīta psihiskās veselības veicināšanas pieeja, kā arī netiek īstenotas specifiskas pierādījumos balstītas ņirgāšanās mazināšanas programmas.
23. Sabiedrības vidējais vecums palielinās un pieaug hronisku slimību izplatība, kas liek veselības aprūpes pasākumus plānot, ņemot vērā demogrāfiskās izmaiņas (piemēram, attīstīt un paplašināt pakalpojumus geriatriskajiem pacientiem), vienlaikus orientējoties uz veselības veicināšanu un slimību profilaksi.
24. Nepietiekama iedzīvotāju atsaucība valsts organizētajiem skrīningiem, kā arī uzlabojama vīriešu atsaucība izplatītāko onkoloģisko saslimšanu savlaicīgai diagnostikai un ārstēšanai.
25. **B Mātes, bērna un tēva veselība** (skat. arī sadaļu “Mātes un bērna veselības aprūpe”):
26. Pieaug mātes mirstība no novēršamām grūtniecības un dzemdību komplikācijām.
27. Joprojām ir zems bērnu īpatsvars, kuri zīdīti ar krūti līdz gada vecumam.
28. Pēdējo gadu laikā smēķējošu dzemdētāju īpatsvars samazinās, tomēr šis rādītājs ir augstāks jaunākajās vecuma grupās.
29. **C Infekcijas slimības:**
30. Nepietiekama skolas vecuma bērnu un pieaugušo vakcinācijas aptvere pret atsevišķām infekcijas slimībām (difterija, CPV).
31. Nepietiekama riska grupu vakcinācijas aptvere pret sezonālo gripu.
32. Nepietiekama sabiedrības izpratne par antimikrobiālās rezistences problēmām, kā arī neatbilstoši antibiotiku lietošanas paradumi ārstniecības iestādēs, kas veicina antimikrobiālās rezistences izplatību Latvijā.
33. Augsta hronisko infekcijas slimību, piemēram, HIV, vīrusu hepatīti, tuberkuloze.
34. Nepietiekami efektīva ieslodzīto pēc atbrīvošanas ārstēšanas no infekcijas slimībām nodrošināšana.
35. Reģistrēto zarnu infekcijas slimību grupveida saslimšanas gadījumu skaitam.
36. Nepietiekama veselības jomas, tai skaitā infekcijas slimību epdemioloģiskās uzraudzības kapacitāte, lai nodrošinātu efektīvu rīcību infekcijas slimību uzliesmojumu gadījumos.
37. Nepietiekami kvalitatīvi epidemioloģiskās uzraudzības dati, lai nodrošinātu mērķtiecīgus pasākumus slimību izplatības ierobežošanai (HIV).
38. **D Nevienlīdzība veselības jomā:**
39. Latvijas sabiedrības veselības rādītāji, piemēram, saslimstības un mirstības rādītāji (tai skaitā profilaktiski un medicīniski novēršamā mirstība) ir vieni no sliktākajiem ES.
40. Latvijā jaundzimušo vidējais mūža garums un veselīgi nodzīvoto mūža gadu rādītājs ievērojami atpaliek no ES vidējiem rādītājiem.
41. Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem un sievietēm būtiski atšķiras.
42. Ar veselību saistītie rādītāji atšķiras dažādās iedzīvotāju grupās (pēc dzīvesvietas, ienākumiem, izglītības līmeņa un sociālās atstumtības).
43. Iedzīvotājiem ar zemākiem ienākumiem ir daudz sliktāka piekļuve veselības aprūpei.

# **Iedzīvotāju veselību ietekmējošie dzīvesveida paradumi**

1. Latvijā 51 % visu nāves gadījumu ir izskaidrojami **ar riska faktoriem, kas saistīti** **ar uzvedību**, tostarp neveselīgiem **uztura paradumiem, smēķēšanu, alkohola lietošanu un mazkustīgu dzīvesveidu**. Šis īpatsvars ir daudz lielāks par ES vidējo rādītāju, kas ir 39 %. Gandrīz viena trešdaļa nāves gadījumu Latvijā 2017. gadā (9000 nāves gadījumu) bija izskaidrojami ar riska faktoriem, 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 %. Smēķēšana, 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).[[95]](#footnote-96)
2. Informāciju par iedzīvotāju veselības paradumiem galvenokārt sniedz populācijas pētījumi. Lai gan iedzīvotāji kopumā pārzina veselīga dzīvesveida pamatprincipus, tie ne vienmēr tiek ieviesti ikdienā. Būtiska loma ir arī atbilstošai un veselību veicinošai videi, lai nodrošinātu pieejamību dažādām veselīga dzīvesveida aktivitātēm, palīdzot indivīdam piekopt veselīga dzīvesveida paradumus. Veselīgu dzīvesveida paradumu veicināšana ir nozīmīga hronisku neinfekcijas slimību profilaksē.
3. Būtiska nozīme veselības veicināšanā un vides veselības jomā ir ne tikai valsts institūcijām, bet arī pašvaldībām, darba devējiem un darba vietām, izglītības iestādēm, sociālajiem dienestiem, kā arī NVO u.c.
4. Likuma “Par pašvaldībām” 15. panta sestā daļa nosaka, ka pašvaldību autonomā funkcija ir veicināt iedzīvotāju veselīgu dzīvesveidu un sportu. Lai arī šīs funkcijas izpilde ir deleģēta likumā, tomēr pašvaldību izpratne par veselīga dzīvesveida veicināšanas funkcijas īstenošanu būtiski atšķiras. Būtisks priekšnoteikums, kas atspoguļo pašvaldību darba kvalitāti veselības veicināšanā ir tas, vai pašvaldības veic sabiedrības veselības un veselības aprūpes rādītāju analīzi. Pašvaldības sabiedrības veselības rādītāju analīze tiek veikta veselības veicināšanas ilgtermiņa stratēģijas izstrādei, projektu ieviešanai par veselības aprūpes pieejamības un kvalitātes paaugstināšanai novada iedzīvotājiem. SPKC 2019. gada apkopotā informācija pēc 93 pašvaldību aptaujas liecina, ka tikai piektā daļa jeb 18,2% pašvaldību ir veikušas savu pašvaldības iedzīvotāju sabiedrības veselības un veselības aprūpes rādītāju analīzi. Kā viens no biežākajiem iemesliem, kādēļ pašvaldībās netiek veikta sabiedrības veselības analīze, ir minēts cilvēkresursu, finanšu, kapacitātes un laika trūkums. Tāpat 73% pašvaldību nav izveidota atsevišķa amata vieta vai struktūrvienība sabiedrības veselības un veselības veicināšanas jautājumu risināšanai, kas tad varētu piedalīties, gan sabiedrības veselības rādītāju analīzē, kā arī pašvaldības politikas plānošanas dokumenta izstrādē.[[96]](#footnote-97)
5. Lai veicinātu pašvaldību iesaisti iedzīvotāju veselības veicināšanā un sniegtu metodisku atbalstu, ir izveidots un attīstīts Latvijas Nacionālais veselīgo pašvaldību tīkls, kurā 2020. gadā no 119 pašvaldībām ir iesaistījušās 113 pašvaldības.
6. Vairums pieaugušo lielāko daļu sava laika pavada darbavietās, līdz ar to šī ir nozīmīga vide, kurā veidot sadarbību ar darba devējiem un veicināt nodarbināto veselību, īstenojot veselīga dzīvesveida aktivitātes. Darba devēji var ietekmēt savu nodarbināto veselību, nodrošinot veselīgu dzīvesveidu atbalstošu iekšējo uzņēmuma politiku un vidi. Lai gan jau šobrīd daži darba devēji Latvijā ir ieviesuši īpašas aktīva dzīvesveida veicināšanas programmas nodarbinātajiem, šādu programmu ieviešanā nepieciešams iesaistīt vairāk darba devēju un darba vietu. Tādēļ Latvijā būtu nepieciešams izveidot un koordinēt veselīgo darbavietu kustību, lai aizsargātu un veicinātu visu nodarbināto veselību, drošību un labsajūtu, kā arī darbavietu ilgtspēju.
7. Lai apvienotu izglītības iestādes, kas veselību veicinošu vidi redz kā vienu no izglītības iestādes darbības mērķiem, dotu izglītības iestādēm iespēju dalīties pieredzē un gūt jaunas idejas par veselības veicināšanas praksi izglītības iestādēs, SPKC ir atjaunojis un izveidojis Nacionālo veselību veicinošo skolu tīklu. Šajā tīklā 2020. gadā ir iesaistījušās 100 izglītības iestādes, tostarp pirmsskolas izglītības iestādes un vispārējās pamata un vidējās izglītības iestādes. Tomēr būtu nepieciešams turpināt darbu, lai nodrošinātu, ka gandrīz lielākā daļa izglītības iestādes ir iesaistījušās un darbojas Nacionālajā veselību veicinošajā skolu tīklā.
8. Ar Eiropas Sociālā fonda finansiālu atbalstu pašvaldībās plānoti un īstenoti veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi iedzīvotājiem (skatīt arī nodaļu “Īstenotie ES fondu pasākumi veselības veicināšanā un uzdevumi 2021.-2027. gadam”).

## Uzturs

1. Veselīgs, pilnvērtīgs un cilvēka ikdienas aktivitātēm atbilstošs uzturs ir nozīmīgs faktors iedzīvotāju veselības veicināšanāun normālas ķermeņa masas saglabāšanā.[[97]](#footnote-98) PVO iesaka dienā uzņemt vismaz 400 g augļu un dārzeņu,[[98]](#footnote-99) savukārt citās Eiropas valstīs bieži tiek ieteikts uzņemt pat vairāk – 500 līdz 600g[[99]](#footnote-100) augļu un dārzeņu dienā.
2. Kopumā Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma aptauju dati liecina, ka Latvijā svaigu dārzeņu lietošana uzturā zema.
3. 2018. gadā **svaigus dārzeņus** pēdējās nedēļas laikā **katru dienu** uzturā iekļāva tikai 42% sieviešu un 31,4% vīriešu Tomēr pozitīvi ir vērtējams, ka samazinās to iedzīvotāju īpatsvars, kuri vispār neēd svaigus dārzeņus – no 8,2% iedzīvotāju 2014. gadā uz 6,7% iedzīvotāju 2018. gadā.[[100]](#footnote-101)
4. Latvijā ir maz iedzīvotāju, kuri **regulāri** uzturā lieto **svaigus augļus un ogas**. 2018. gadā tikai 24,5% (2016. gadā – 29,7%) iedzīvotāju pēdējās nedēļas laikā katru dienu uzturā iekļāva svaigus augļus un ogas. Tajā pašā laikā pieaug iedzīvotāju īpatsvars, kuri uzturā augļus un ogas nelieto vispār – no 9,7% 2016. gadā, uz 10,4% 2018. gadā, kuri norādīja, ka augļus un ogas uzturā nav iekļāvuši nevienu dienu pēdējās nedēļas laikā.[[101]](#footnote-102)
5. Veselīgs un sabalansēts uzturs ir svarīgs bērna fiziskajai un psihiskajai attīstībai. Pamatus veselīga uztura paradumiem bērniem iemāca ģimenē, tāpēc topošo un jauno vecāku zināšanas par veselīgu uzturu ir svarīgas. Papildus ir svarīgi arī bērnus no mazotnes izglītot par veselīgu pārtikas produktu, īpaši augļu un dārzeņu, nozīmi uzturā. Salīdzinot līdz šim veikto pētījumu datus,11, 13 un 15-gadīgiem **skolēnu uztura paradumi nedaudz uzlabojas**. Atbilstoši pētījumu datiem, zēniem uztura paradumi ir sliktāki par meiteņu uztura paradumiem, izņemot saldumu lietošanā, kas vairāk ir raksturīgi meitenēm.[[102]](#footnote-103)
6. Vēl arvien **būtiski** **nepietiekama ir augļu un dārzeņu lietošana** ikdienas uzturā skolēnu vidū. 2018. gadā tikai 26,8% skolēnu vismaz reizi dienā uzturā lietoja augļus (2014. gadā – 26,1%), bet tikai 27,2% skolēnu lietoja dārzeņus (2014. gadā – 25,7%).[[103]](#footnote-104)
7. Pozitīvi vērtējams, ka skolēnu vidū **samazinās saldumu patēriņš**. 2018. gadā 23,0% skolēnu vismaz reizi dienā ēda saldumus (2014. gadā – 28%). Tāpat samazinās skolēnu īpatsvars, kas lieto saldinātos dzērienus – 2018. gadā 6,2% skolēnu lietoja saldinātos gāzētos dzērienus vismaz reizi dienā (2002. gadā – 15,6%).[[104]](#footnote-105)
8. PVO rekomendētais sāls daudzumu dienā ir 5 grami. Ir pierādīts, ka pārmērīgs sāls patēriņš, pārsniedzot 5 g dienā paaugstina asinsspiedienu, kas ir cieši saistīts ar sirds slimībām un insultu. Latvijā optimālu sāls daudzumu uzņem tikai neliela daļa pieaugušo (14,3%), pārāk daudz sāls jeb vairāk nekā 7 gramus sāls dienā uzņem lielākā daļa (70,7%) pieaugušo. Vidēji Latvijā iedzīvotāji uzņem 10,8 gramus sāls dienā. Vīrieši uzņem kopumā vairāk sāls nekā sievietes – vidēji 12,8 gramus dienā, savukārt sievietes – vidēji 8,9 gramus dienā. Latvijā sirds un asinsvadu saslimšanas ir 51% vīriešu un 45% sieviešu.[[105]](#footnote-106)
9. Ar uzturu sāls tiek uzņemts arī slēptā veidā, t.i., ar industriāli ražotiem pārtikas produktiem, piemēram, maizi, gaļas izstrādājumiem, atsevišķiem piena produktiem u.c. Bieži iedzīvotāji nespēj novērtēt uzņemtā sāls daudzumu. Nedaudz vairāk nekā puse (53%) pieaugušo uzskata, ka uzņem sāli tieši tādā daudzumā, kā nepieciešams, trešdaļa (33%) uzskata, ka uzņem daudz vai pārāk daudz sāls, savukārt 14% uzskata, ka uzņem par maz sāls. Salīdzinot pieaugušo pašu vērtējumu par uzņemtā sāls daudzumu ar veikto analīžu rezultātiem (sāls daudzumu noteikšanu urīnā), gandrīz 70% pieaugušo, kas uzskata, ka uzņem sāli atbilstošā daudzumā, sāli uzņem pārāk daudz. Savukārt 19% no pieaugušo, kas atzīmējuši, ka uzņem pārāk maz sāls, lielākoties uzņem optimālu sāls daudzumu. [[106]](#footnote-107)
10. Daļu būtisku uzturvielu pieaugušie Latvijā uzņem nevis ar ikdienas pārtikas produktiem, bet uztura bagātinātāju formā. D vitamīnu savā uzturā iekļauj 14,2% pieaugušo, un tas tiek lietots gan atsevišķi, gan kombinācijā ar citām uzturvielām, piemēram, zivju eļļu vai kalciju. Taču vairāk nekā 70% pieaugušo ir nepietiekams uzņemtā joda daudzums. Lielākā daļa pieaugušo (70%) atzīst zināšanu trūkumu par joda darbību cilvēka organismā, kā arī joda avotiem uzturā. [[107]](#footnote-108)
11. Neveselīga uztura paradumiem ir tieša saistība ar liekā svara un aptaukošanās izplatību bērnu un pieaugušo vidū. 2018./2019. mācību gadā 22,8% 7-gadīgo skolēnu bija **lieka ķermeņa masa vai aptaukošanās**. Salīdzinot liekās ķermeņa masas vai aptaukošanās izplatību 7-gadīgu zēnu un meiteņu vidū, secināms, ka augstāks liekās ķermeņa masas vai aptaukošanās īpatsvars ir zēnu vidū, attiecīgi 23,7% un 21,8%. Savukārt 9-gadīgo skolēnu vidū liekā ķermeņa masa vai aptaukošanās ir 25,1% izglītojamo, proti, 27,2% zēnu un 22,9% meiteņu.[[108]](#footnote-109)
12. Pieaug arī 11, 13 un 15 gadīgu pusaudžu īpatsvars ar lieku ķermeņa masu un aptaukošanos (no 15% 2010. gadā uz 20,9% 2018. gadā). Zēnu īpatsvars ar lieku ķermeņa masu un aptaukošanos 2018. gadā bija 23,9% un meiteņu – 17,9%, tomēr straujāks liekas ķermeņa masas un aptaukošanās īpatsvara pieaugums vērojams tieši meitenēm (no 11 % 2010. gadā uz 17,9% 2018. gadā).[[109]](#footnote-110)
13. Augsts ir iedzīvotāju vecumā no 15-74 gadiem īpatsvars, kuriem ir lieka ķermeņa masa vai aptaukošanās – 58,7%, attiecīgi 58,5% vīriešiem un 59,0% sievietēm. Salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, t samazinās iedzīvotāju īpatsvars ar normālu ķermeņa masu – no 42,9% 2010. gadā uz 39,5% 2018. gadā.[[110]](#footnote-111)
14. Augsts ir senioru (virs 65 gadu vecuma) īpatsvars ar lieku ķermeņa masu vai aptaukošanos – 78,9% (lieka ķermeņa masa – 41,2%, aptaukošanās – 37,6%). Sieviešu īpatsvars ar aptaukošanos ir 43,8% un vīriešu – 37,5%. Savukārt vīriešu īpatsvars ar lieku ķermeņa masu ir būtiski augstāks nekā sieviešu īpatsvars, attiecīgi 48,9% un 37,5%.. Normāla ķermeņa masa ir tikai 20,5% senioru.[[111]](#footnote-112)

## Mutes dobuma un zobu veselība

1. Mutes dobuma veselība ir kopējās veselības un dzīves kvalitātes svarīga komponente. Visizplatītākās mutes dobuma slimības ir neārstēti bojāti zobi, kas noved pie smagas periodonta slimības, bet būtisks slogs ir arī mutes vēzis un citas saslimšanas. Visām šīm slimībām ir modificējami riska faktori, kas kopīgi vairākām neinfekcijas slimībām **– liels cukura patēriņš, tabakas saturošu izstrādājumu lietošana, pārmērīgs alkohola patēriņš, kā arī slikta mutes dobuma higiēna.**[[112]](#footnote-113)
2. 2015./2016. mācību gadā tika veikts Mutes veselības pētījums Latvijā, kura mērķis bija noskaidrot mutes saslimšanu izplatību un smaguma pakāpi 12 gadīgiem skolēniem Latvijā un novērtēt iespējamos saslimšanu riska faktorus. Tika aptaujāti un apskatīti 2682 skolēni 92 skolās un noskaidrots, ka kariesa izplatība agrīna kariesa līmenī ir 98,5%, kavitātes līmenī – 79,8%. Savukārt tikai 25,6% skolēnu ir veselas smaganas. Līdz ar to pētījuma rezultātā secināts, ka **kariesa izplatība Latvijā ir ļoti augsta un tās rādītājs ir viens no augstākajiem Eiropā.**
3. Nozīmīgi kariesa riska faktori Latvijas 12 gadīgo skolēnu populācijai ir zobārsta un zobu higiēnista apmeklēšana retāk kā reizi gadā un zobu tīrīšana retāk kā reizi dienā. Saskaņā ar iepriekš minētā pētījuma rezultātiem 85,9% skolēnu tīra zobus **vismaz reizi dienā** un 51,1% - **vismaz 2 reizes dienā**. 12 gadīgiem skolēniem ir vidēji 6 zobi ar agrīnu emaljas kariesu, kuru iespējams pilnībā apturēt, ja tiek pielietotas atbilstošas agrīnās kariesa ārstēšanas metodes.[[113]](#footnote-114)
4. 11, 13 un 15-gadīgu skolēnu vidū zobus **vairāk kā vienu reizi dienā** tīra arvien lielāks īpatsvars. 2018. gadā 55,1% skolēnu (45,3% zēnu un 64,6% meiteņu) vairāk kā vienu reizi dienā tīrīja zobus, kas ir par 5,2 procentpunktiem vairāk kā 2014. gadā.[[114]](#footnote-115) Tomēr, salīdzinot ar situāciju citās Starptautiskā skolēnu veselību ietekmējošo paradumu pētījuma dalībvalstīs, Latvijā zobu tīrīšanas īpatsvars visās vecuma grupās un abiem dzimumiem ir zem vidējā dalībvalstu līmeņa.[[115]](#footnote-116)
5. Arī pieaugušo iedzīvotāju populācijā zobu tīrīšanas paradumi ir līdzīgi – **biežāk kā vienu reizi dienā zobus** tīra tikai 57,7% iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 74 gadiem (64,8% sieviešu un 50,0% vīriešu).[[116]](#footnote-117)
6. Pēdējā gada laikā zobārstu ne reizi nav apmeklējuši 49,7% iedzīvotāju (46,0% sieviešu un 53,8% vīriešu). Attiecīgi dati par zobārsta apmeklējuma biežumu ir saistīti ar iedzīvotāju izglītību un ienākumu līmeni, proti, iedzīvotāji ar zemāku izglītību un zemākiem ienākumiem zobārstu apmeklē ievērojami retāk.[[117]](#footnote-118)
7. Saskaņā ar “Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījuma” datiem, kas 2019. gadā īstenots ESF projekta „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” ietvaros, kopumā 86,6% senioru trūkst 6 un vairāk zobu. Līdz ar vecumu abiem dzimumiem, pieaug senioru īpatsvars, kuriem trūkst seši un vairāk zobu. Gandrīz trešdaļai (28,9%) senioru savu zobu vairs nav, attiecīgi 27,8% vīriešu un 29,5% sieviešu. Tikai 37,7% senioru, kuriem ir vismaz kāds pastāvīgais zobs, zobus tīra biežāk nekā reizi dienā (24,2% vīriešu un 44,6% sieviešu).
8. 2018.gadā tika uzsākta mutes dobuma un zobu veselības programma pirmsskolas un sākumskolas vecuma bērniem,[[118]](#footnote-119) lai veicināt pirmsskolas un sākumskolas vecuma bērnu mutes dobuma un zobu veselību, to saistot ar uztura paradumu ietekmi, kā arī motivējot pareizi un regulāri tīrīt zobus. Vienlaikus programmas ievaros tika īstenota arī programma pirmsskolas un sākumskolas izglītības iestāžu pedagogiem par mutes un zobu veselības veicināšanu saistībā ar veselīga uztura paradumiem, kur pedagogi visā Latvijā varēja piedalīties bezmaksas semināros. Būtiski ir turpināt ieviest šāda veida programmu pirmsskolās un sākumskolās, vienlaikus, nodrošinot, ka šādas programmas tiktu īstenotas regulāri visās izglītības iestādē kā daļa no obligāti apgūstamā mācību satura. Svarīgi, lai programma tiktu īstenot nevis kampaņveidīgi ar ES fondu finansējuma atbalstu, bet tiktu nodrošināta arī programmas ieviešanas turpināšana iespējams bez ES fondu finansējuma, nepieciešamības gadījumā piesaistot valsts vai pašvaldību budžeta finansējumu. Vienlaikus būtu jāīsteno mērķtiecīgi izglītojoši pasākumi arī citām mērķa grupām par mutes dobuma un zobu veselību, piemēram vecākiem, jauniešiem un arī senioriem, lai uzlabotu zināšanas un veicinātu rūpes par mutes dobuma higiēnu.

## Fiziskās aktivitātes

1. Fiziskās aktivitātes ir viena no veselīga dzīvesveida sastāvdaļām cilvēka fizikās un psihiskās veselības uzlabošanai. PVO iesaka pieaugušajiem[[119]](#footnote-120) **vidējas intensitātes fiziskās aktivitātes vismaz 150 minūtes** (2 stundas 30 minūtes) **nedēļā** vai 75 minūtes (1 stunda 15 minūtes) augstas intensitātes aerobās fiziskās aktivitātes, kuras var aizstāt ar kombinētām vidējas un augstas intensitātes aerobām fiziskām aktivitātēm. Savukārt bērniem tiek ieteikts būt fiziski aktīviem vismaz 60 minūtes dienā. Tomēr atbilstoši pētījumu datiem Latvijā netiek sasniegti ieteicamie rādītāji.[[120]](#footnote-121)
2. Vairumam iedzīvotāju fiziskā aktivitāte nav pietiekama – tikai 25,4% 15–74 gadus vecu iedzīvotāju nodarbojas ar 30 minūtes ilgām fiziskām aktivitātēm vismaz 2 reizes nedēļā. To iedzīvotāju īpatsvars, kas nodarbojas ar fiziskām aktiviātēm vismaz 30 minūtes četras un vairāk reizes nedēļā ir vēl zemāks. 2018. gadā četras reizes nedēļā un biežāk vismaz 30 minūtes brīvajā laikā ar fiziskām aktivitātēm nodarbojās 9,5% iedzīvotāju, kas ir zemāks rādītājs salīdzinājumā ar 2016. gada (12,5%) datiem. 2018. gadā sieviešu īpatsvars (9,0%), kuras nodarbojas ar pietiekamām fiziskām aktivitātēm, ir zemāks salīdzinājumā ar vīriešu īpatsvaru (10,2%).[[121]](#footnote-122)
3. Saskaņā ar Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas datiem, pietiekama fiziskā aktivitāte pēdējās nedēļas laikā ir 18,8% 11, 13 un 15-gadīgu skolēnu, kas, salīdzinot ar 2014. gada datiem, nav būtiski mainījusies. Diemžēl ir palielinājies skolēnu īpatsvars, kuri pavada laiku pie televizora darba dienās vismaz 4 stundas: no 18,8% 2014. gadā līdz 22,9% 2018. gadā, bet nedēļas nogalēs attiecīgi no 36,4% līdz 41,1% .[[122]](#footnote-123)
4. Būtiski, ka 92% respondentu piekrīt apgalvojumam, ka sportam ir jābūt daļai no bērnu un jauniešu audzināšanas programmas, savukārt 79% respondentu piekrīt, ka sports kā audzināšanas metode padarījis labākus daudzus bērnus un jauniešus Latvijā. Tāpat 67% respondentu norādījuši, ka sabiedrībai kopumā būtu jāpievērš liela uzmanībatēmai par dopinga vielu lietošanu sportā[[123]](#footnote-124)
5. Liela nozīme fizisko aktivitāšu veicināšanā ir atbilstošai, pieejamai videi un infrastruktūrai, piedāvātajām iespējām vietējā līmenī piedāvājot katrai mērķagrupai atbilstošas fiziskās aktivitātes, kā arī iedzīvotāju informētībai par fizisko aktivitāšu nozīmi veselības stiprināšanā, organizējot un veicot fiziskās aktivitātes bez dopinga lietošanas. Tādējādi nozīmīga ir pašvaldību iesaistīšanās iedzīvotāju fizisko aktivitāšu veicināšanā.
6. Būtiski, lai fiziskās akivitātes būtu ieviešamas bez dopinga vielu un medikamentu, kā arī uztura bagatinātāju neapdomīgas lietošanas. Citu valstu pētījumi liecina, ka pieaug dopinga izplatība ārpus organizētās sporta sistēmas un ka dopinga vielu izplatība fitnesā ir kļuvusi par sociālu un sabiedrības veselības problēmu. Anglijas Antidopinga aģentūras 2019. gada pētījuma rezultāti uzrāda, ka 34% no fitnesa klubu apmeklētājiem lieto dopingu.[[124]](#footnote-125) Latvijā šādi pētījumi par dopinga lietošanu fitnesā iesaitīto iedzīvotāju vidū nav veikti, tomēr būtu nepieciešams veikt, lai apzinātu dopinga izplatību fitnesā,sabiedrības informētību par dopingu un tā lietošanas negatīvo ietekmi uz veselību.
7. Viena nopublikācijām par dopinga novēršanu ir Eiropas Komisijas pētījums, kas uzsver, ka dopinga problēma izplatās ārpus augsta līmeņa sporta un organizētām sporta sacensībām. Tas rada pārliecību, ka dopinga izmantošana fitnesā ir sociāla problēma un sabiedrības veselības jautājums, un ir nepieciešams cīnīties ar dopinga lietošanu un izplatību fitnesa līmenī.
8. Lai mazinātu dopinga lietošanas izplatību ārpus profesionālā sporta, ka arī mazinātu tā lietošanu fitnesā iesaistīto iedzīvotāju, īpaši jauniešu vidū, būtu jāturpina izglītot sabiedrību par antidopinga jautājumiem.

## Seksuālā un reproduktīvā veselība

1. Viens no rādītājiem, kas raksturo sabiedrības zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, tai skaitā izpratni par atbildīgām savstarpējām attiecībām, kā arī par pusaudžu un jauniešu spēju šīs zināšanas pielietot, ir nepilngadīgo grūtnieču skaits, kā arī mākslīgi veikto abortu skaits nepilngadīgām jaunietēm. Ik gadu vidēji 1% dzemdību ir pusaudzēm (līdz 17 gadu vecumam). Analizējot dzemdību skaitu pusaudzēm 10 gadu periodā, redzama, lai gan niecīga, tomēr samazinājuma tendence – 0,8% jeb 145 gadījumi 2019. gadā no visām dzemdībām pret 1,5% jeb 279 gadījumiem 2010. gadā. ES 2017. gadā lielākā daļa pirmdzimto (92%) bija sievietēm vecumā no 20 līdz 39 gadiem, 4% bija sievietēm vecumā līdz 20 gadiem un vecumā no 40 vai vairāk gadiem.[[125]](#footnote-126)
2. Jāatzīmē, ka samazinās gan kopējais abortu skaits, gan mākslīgo abortu skaits. Kopš 2014. gada **kopējais abortu skaits samazinājies** par 32% (5784 2019. gadā pret 8550 2014.gadā), savukārt mākslīgie aborti samazinājušies par 37%, attiecīgi 3367 2019. gadā pret 5318 2014. gadā. Izvērtējot datus par mākslīgo abortu skaitu uz 1000 dzīvi dzimušajiem, arī šim rādītājam vērojama samazinājuma tendence (181 uz 1000 dzīvi dzimušiem 2019. gadā pret 248/1000 2014. gadā). Taču **mainīgs rādītājs ir pusaudžu vecumā** (15-17 gadi). 2019. gadā mākslīgo abortu rādītājs ir samazinājies salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu – 275 uz 1000 dzīvi dzimušiem atbilstošā vecuma sievietēm, savukārt 2018. gadā, salīdzinot ar 2014. gadu, rādītājs bija pieaudzis vidēji 1,2 reizes (426 uz 1000 dzīvi dzimušiem atbilstošā vecuma sievietēm pret 365/1000 2014. gadā).[[126]](#footnote-127)[[127]](#footnote-128) Kā iespējamais cēlonis, kas veicina stabilitāti vai pieaugumu rādītājam, minams, ka nav pieejama valsts apmaksāta kontracepcija dažādām iedzīvotāju riska grupām, kā arī nepietiekama jauniešu izglītošana seksuāli reproduktīvos, tai skaitā ar kontracepcijas lietošanu saistītos jautājumos.
3. Būtiska ietekme uz iedzīvotāju seksuālo un reproduktīvo veselību ir seksuāli transmisīvām infekcijām (STI), kam ir negatīva ietekme arī uz demogrāfisko situāciju valstī, jo STI var izraisīt neauglību, kā sievietēm, tā vīriešiem. Vairāk nekā 30 bakteriāli, vīrusu un parazitāri patogēni izplatās seksuālās transmisijas ceļā. Obligātai reģistrācijai Latvijā pakļautas trīs no STI: sifiliss, gonokoku infekcija (gonoreja), hlamīdiju ierosinātas STI. PVO uzsver, ka neauglība ir viens no demogrāfiskās lejupslīdes iemesliem, un atzīmē, ka tā var radīt citas smagas sekas veselībai. Tādēļ STI profilakse, diagnostika un ārstēšana ir nozīmīgi pasākumi neauglības samazināšanā un reproduktīvās veselības uzlabošanā.[[128]](#footnote-129)
4. Pēdējo 10 gadu laikā lielākais Latvijā reģistrētais kopējais STI gadījumu skaits (2718) bija reģistrēts 2013. gadā, pakāpeniski samazinoties gandrīz divas reizes līdz 1454 gadījumiem 2019. gadā; visvairāk – 4,7 reizes no 2012. līdz 2019. gadam samazinājies gonorejas gadījumu skaits (attiecīgi 602 un 128 gadījumi). STI gadījumi biežāk tiek reģistrēti sievietēm nekā vīriešiem. Viens no iemesliem varētu būt tas, ka vīrieši retāk apmeklē ārstus un tāpēc STI netiek diagnosticētas. Pēdējos piecos gados visaugstākā saslimstība ar STI reģistrēta sievietēm vecuma grupā no 18 līdz 29 gadiem. Tādēļ ir aktīvāk jāveicina sabiedrības, īpaši pusaudžu un jauniešu izglītošanu par seksuāli reproduktīvās veselības jautājumiem, tai skaitā jāizglīto par atbildīgām attiecībām, drošu un vecuma atbilstošu kontracepcijas līdzekļu izvēli un lietošanu, kā arī regulāru profilaktisko pārbaužu nozīmi un nepieciešamību.
5. Saskaņā ar Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma 2017./2018. gada aptaujas datiem dzimumattiecību pieredze ir bijusi 13,5% 15-gadīgo pusaudžu, attiecīgi 17,1% zēnu un 11,3% meiteņu. No pusaudžiem, kuriem 15 gadu vecumā ir bijušas dzimumattiecības, 68,9% atzīmēja, ka viņi paši vai viņu partneris pēdējā dzimumakta laikā bija lietojuši prezervatīvu, proti, 69,3% zēnu un 68,5% meiteņu.[[129]](#footnote-130)
6. Informācijas trūkums par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, piemēram, izsargāšanos no neplānotas, nevēlamas grūtniecības un STI, piemērotiem kontracepcijas līdzekļiem, īpaši sociālās atstumtības riskam pakļautajām grupām, bieži noved pie agrīnas grūtniecības vai aborta veikšanas. Atsevišķās sociālās atstumtības riskam pakļautajās grupās, atbilstošai informācijai par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, kā arī pieejamai kontracepcijai ir būtiska nozīme. Vērā ņemams fakts ir, ka bieži ierastie sociālās atstumtības riskam pakļauto grupu sasniegšanas komunikācijas un informācijas apmaiņas kanāli darbojas nepietiekamā līmenī vai nedarbojas vispār, tādēļ būtu nepieciešams turpināt darbu, lai uzlabotu informācijas apmaiņu un nodrošinātu dažādas sociālās atstumtības riskam pakļautās grupas ar atbilstošu informāciju, kā arī nodrošinātu kontracepcijas līdzekļu pieejamību.[[130]](#footnote-131)

## Atkarību izraisošo vielu lietošana

### Smēķēšana

1. Smēķēšana ir nozīmīgs hronisku neinfekcijas slimību, tādu kā onkoloģisko, SAS, elpošanas sistēmas slimību, diabēta u.c., riska faktors. Smēķēšana ietekmē arī gremošanas un reproduktīvo sistēmu, kā arī atstāj negatīvu ietekmi uz mutes un zobu veselību.
2. Latvijā 2017. gadā bija 5. augstākais smēķētāju īpatsvars (32%) ES (aiz Grieķijas, Bulgārijas, Francijas un Horvātijas) 15 gadus un vecāku iedzīvotāju grupā, galvenokārt, augsta smēķējošo vīriešu īpatsvara dēļ.[[131]](#footnote-132)
3. Savukārt 2018. gadā Latvijā **būtiski samazinājies ikdienā smēķējošo iedzīvotāju īpatsvars** 15 līdz 74 gadus vecu iedzīvotāju grupā. 2018. gadā **ikdienā smēķēja 24,5% iedzīvotāju**, kas ir par 9 procentpunktiem mazāk nekā 2016. gadā, kad smēķēja 33% iedzīvotāju. Ikdienā smēķējošo iedzīvotāju īpatsvara samazinājums novērojams abās dzimuma grupās, vīriešiem tas ir samazinājies par 10 procentpunktiem (no 48% 2016.gadā uz 38% 2018.gadā), bet sievietēm par 8 procentpunktiem (no 20% uz 12%).
4. Kaut arī Latvijā pēdējos gados samazinās tradicionālo tabakas izstrādājumu lietošana, pieaug nikotīna saturošu produktu, un jaunieviestu tabakas izstrādājumu lietošana. **Vairāk kā vienu reizi elektronisko cigareti pēdējā gada laikā** ir lietojuši 12,4% vīriešu (24,8% vīriešu vecuma grupā 15-24 gadi) un 3,9% sieviešu (13,16% sieviešu vecuma grupā 15-24 gadi). Pēdējo 12 mēnešu laikā smēķēšanu atmetuši 1,6% iedzīvotāju, biežākie atmešanas iemesli – ekonomiskie iemesli (23,1%) un lai izvairītos no nopietnām slimībām (22,5%).[[132]](#footnote-133)
5. **Smēķēt mēģinājušo skolēnu īpatsvars pakāpeniski samazinās** (no 79,9% 2002. gadā līdz 49,2% 2019. gadā), turklāt būtiski ir samazinājies cigaretes smēķējošu skolēnu īpatsvars (no 34,3% 2002. gadā līdz 14,8% 2019.gadā). Regulāri jeb **gandrīz ik dienas smēķē 4,9% 13-15 gadus vecu skolēnu**. 62,4% smēķējošo skolēnu ir mēģinājuši atmest smēķēšanu pēdējā gada laikā.[[133]](#footnote-134)
6. Saskaņā ar “Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū” pētījuma datiem (ESPAD 2015), 24% 15 gadus veci skolēni Latvijā pēdējā mēneša laikā ir smēķējuši, kas ir par 20 procentpunktiem mazāk nekā 2011. gadā. Par regulāriem smēķētājiem uzskatāmi 16% 15 gadus veco jauniešu.[[134]](#footnote-135) Analizējot tendences, secināms, ka regulāro smēķētāju īpatsvars 15 gadu vecuma kohortā četru gadu laikā samazinājies par 12 procentpunktiem un atgriezies aptuveni 1995. gada līmenī, kad regulāri smēķēja 17% 15 gadus veco jauniešu.[[135]](#footnote-136)
7. Līdz šim veiktās šī pētījuma aptaujas (ESPAD) apliecinājušas, ka vidēji 60% aptaujāto jauniešu savu pirmo cigareti izsmēķējuši 13 gadu vecumā vai agrāk, kas, salīdzinot ar citām valstīm, kurās tiek veikts pētījums, ir augstākais agrīno smēķētāju īpatsvars. Salīdzinot ar 2011. gadu, arī šajā rādītāja dinamikā ir novērojamas pozitīvas izmaiņas – gan meiteņu, gan zēnu vidū 2015. gadā ir **samazinājies jauniešu īpatsvars, kuri uzsākuši smēķēt agrīnā vecumā** (13 gadu vecumā vai agrāk).[[136]](#footnote-137)
8. Jauniešu vidū arvien populārāki kļūst jaunievesti tabakas izstrādājumi, kā arī dažādi nikotīna saturoši produkti, kā piemēram elektroniskās cigaretes. 2019. gada Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma dati liecina, ka kopš 2011.gada **būtiski pieaug 13-15-gadīgo skolēnu īpatsvars, kuri lieto elektroniskās cigaretessmēķētāju īpatsvars** . 2019. gadā elektronisko cigareti bija mēģinājuši lietot 51,3% 13-15 gadīgo skolēnu (2014. gadā – 26,4%), bet pēdējā mēneša laikā vienu vai vairākas dienas to bija lietojuši 18% šī vecuma skolēnu (2014. gadā – 10%).[[137]](#footnote-138)
9. Lai arī Tabakas izstrādājumu, augu smēķēšanas produktu, elektronisko smēķēšanas ierīču un to šķidrumu aprites likums Latvijā aizliedz laist tirgū šņaucamo, zelējamo un košļājamo tabaku. Saskaņā ar Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma datiem kopumā 13,7% 13 līdz 15-gadīgu skolēnu, attiecīgi 16% zēnu un 11,2% meiteņu (2014. gadā – 13,8% zēnu, 6,4% meiteņu), norāda, ka ir mēģinājuši lietot kādu no bezdūmu tabakas izstrādājumiem . Kopumā 5,3% (2014. gadā – 3,1%) 13 līdz 15-gadīgu skolēnu lieto bezdūmu tabakas produktus, un būtiski ir palielinājies 15-gadīgu skolēnu īpatsvars – 8,9% (4,6%).
10. Saskaņā ar Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma 2019.gada aptaujas datiem 21,8% (2014. gadā – 18,7%) 13-15 gadīgu skolēnu, kuri nekad nav lietojuši tabakas produktus, ir tendence uzsākt to darīt nākamo 12 mēnešu laikā. Būtiski, ka meiteņu īpatsvars ir augstāks nekā zēnu, attiecīgi 23,4% un 19,2%.
11. **Pakāpeniski samazinās pasīvajai smēķēšanai mājās pakļauto 13-15 gadus vecu skolēnu īpatsvars**, 2019. gadā sasniedzot zemāko rādītāju – 33,8% (2002. gadā - 64,2%).[[138]](#footnote-139)
12. Pēdējos gados gan Eiropā, gan Latvijā ir ienākuši arī citi dažādi tabaku un nikotīnu saturoši produkti, kā, piemēram, tabakas karsēšanas ierīces un nikotīnu saturoši beztabakas spilventiņi, kas tiek piedāvāti kā alternatīvie produkti tradicionālajiem tabakas izstrādājumiem un ir kļuvuši populāri jauniešu vidū, tomēr dati par šādu produktu lietošanas izplatību nav pieejami.
13. Ņemot vērā, ka PVO vēl šobrīd tiek veikti pētījumi par jaunievestu tabakas izstrādājumu, kā arī nikotīna saturošu produktu ietekmi uz veselību, kā arī ņemot vērā jau šobrīd esošos pētījumus, kas apstiprina nikotīna un tabakas kaitīgo ietekmi uz veselību, nepieciešams likumdošanā regulēt tabakas aizstājējproduktus un ierobežot to pieejamību, īpaši sabiedrības neaizsargātajām grupām. Tāpat nepieciešams turpināt un pilnveidot tabakas izstrādājumu, nikotīna saturošu produktu, kā arī jaunievestu tabakas izstrādājumu regulējumu, lai mazinātu tiešu un netiešu šādu produktu reklāmu, mārketingu un pieejamību, tai skaitā ieviešot standartizēto iepakojumu.

### Alkoholisko dzērienu lietošana

1. Pārmērīga alkohola lietošana ir viens no galvenajiem riska faktoriem pasaulē, kas negatīvi ietekmē iedzīvotāju veselību un apdraud arī apkārtējo cilvēku veselību un drošību. Tas vainojams vismaz 60 dažādu slimību un veselības stāvokļu, tostarp psihiskās veselības traucējumu, kuņģa un zarnu trakta slimību, vēža, SAS, imūnsistēmas traucējumu, plaušu slimību, kaulu un muskuļu slimību, reproduktīvās sistēmas traucējumu attīstībā, kā arī palielina priekšlaicīgu dzemdību risku un ir viens no būtiskiem riska faktoriem mazam jaundzimušā svaram.
2. Atbilstoši PVO 2018. gadā apkopotajiem datiem, Latvijas rādītājs attiecībā uz reģistrētā alkohola patēriņu uz vienu iedzīvotāju (11,1 absolūtā alkohola litrs) pārsniedz Eiropas vidējo rādītāju (9,8 litri).[[139]](#footnote-140) Arī, salīdzinot ar citām OECD valstīm, **Latvijai ir viens no lielākajiem absolūtā alkohola patēriņiem**, to ierindojot 7. vietā aiz Lietuvas, Austrijas, Francijas, Čehijas, Luksemburgas, un Īrijas.
3. SPKC ik gadu veic reģistrētā absolūtā alkohola patēriņa aprēķinu uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju. Saskaņā ar SPKC veiktajiem aprēķiniem reģistrētais absolūtā alkohola patēriņš Latvijā ik gadu nedaudz palielinās. 2018. gadā, rēķinot uz vienu 15 gadus vecu un vecāku Latvijas iedzīvotāju, tika patērēti 11,0 litri absolūtā alkohola, neieskaitot ārvalstu tūristu patēriņu Latvijā (2017. gadā – 10,9 litri).[[140]](#footnote-141)
4. 2015. gada ESPAD (Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēniem) pētījums uzrādījis zināmas izmaiņas – ir samazinājies to 15 gadus veco skolēnu īpatsvars, kuri kaut reizi mūžā lietojuši alkoholu. Alkoholu vismaz reizi pamēģinājuši 89% minētās vecumgrupas skolēnu, kas ir par 7,0 procentpunktiem mazāk nekā iepriekšējā ESPAD pētījuma posmā 2011. gadā novērotais. Lai arī alkohola pieejamība joprojām ir augsta, tā četru gadu laikā (pētījuma ietvaros no 2011. gada līdz 2015. gadam) ir būtiski mazinājusies. Saskaņā ar Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma 2017./2018. gada aptaujas datiem, 30 dienu laikā vismaz vienu reizi ir bijuši piedzērušies 7,1% skolēnu. Visaugstākais ir 15-gadīgu zēnu un meiteņu īpatsvars, kuri pēdējā mēneša laikā ir bijuši piedzērušies vismaz vienu reizi, attiecīgi 14,6% un 17,9%. Jāuzsver, ka meiteņu īpatsvars, kuras ir bijušas piedzērušās vismaz vienu reizi pēdējā mēneša laikā, īpaši 13 un 15 gadu vecumā, ir augstāks nekā zēnu īpatsvars attiecīgajā vecumā.[[141]](#footnote-142)
5. Saskaņā ar SPKC datiem, 2015. gadā 51,2% 15-64 gadus vecu Latvijas iedzīvotāju pēdējā gada laikā ir lietojuši alkoholu pārmērīgā jeb riskantā[[142]](#footnote-143) veidā (2011. gadā 50,6%). Savukārt riskantas lietošanas izplatība alkoholu lietojušo 15-64 gadus vecu iedzīvotāju vidū 2015. gadā bija 44,5% (2011. gadā – 43,7%). Laika periodā no 2011.gada līdz 2015.gadam riskantas alkohola lietošanas izplatība pieaugusi gan visu 15-64 gadus vecu iedzīvotāju vidū, gan alkoholu lietojušo iedzīvotāju vidū. Dati liecina, ka riskanti alkohola lietošanas paradumi ir vairāk raksturīgi vīriešiem nekā sievietēm. 2015. gadā 61,5% vīriešu pēdējā gada laikā alkoholu lietojuši riskantā veidā (2011. gadā – 62,0%). Sieviešu vidū šis rādītājs bija ievērojami zemāks, tomēr pēdējo piecu gadu laikā tas ir palielinājies, sasniedzot 28,4% (2011. gadā – 26,0%).
6. Alkohola lietošana ir būtisks riska faktors nāves gadījumiem no ārējās iedarbības sekām – noslīkšanas, pašnāvībām, transporta negadījumiem, slepkavībām, saindēšanās ar alkoholu un ķīmiskām vielām, no kritieniem, no mehānisku spēku iedarbības, no pakļaušanas dūmu, uguns un liesmu iedarbībai u.c.
7. Atbilstoši Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes datiem 2018. gadā no saslimšanām, kas tieši saistītas ar alkohola lietošanu, tika reģistrēti 657 mirušie jeb 34,1 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju (2017. gadā – attiecīgi 33,4 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju). Lielākā nāves gadījumu daļa 2018. gadā bija saistīta ar alkohola kardiomiopātijām (12,1 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju) un alkohola izraisītām aknu slimībām (8,0 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju).
8. SPKC aprēķini par 2018. gadu rāda, ka ar alkohola lietošanu **tieši saistīto** nāves cēloņu dēļ[[143]](#footnote-144) vecuma grupā no 15-64 gadiem bija 638 PZMG uz 100 000 iedzīvotāju (absolūtos skaitļos – 7871) jeb 10,6% no visiem PZMG, vīriešiem šis rādītājs ir augstāks nekā sievietēm – 11,7%, sievietēm – 7,6%.
9. Ar alkohola lietošanu **daļēji saistītu** ārējo nāves cēloņu dēļ vecuma grupā no 15-64 gadiem 2018. gadā zaudēti 517 mūža gadi uz 100 000 iedzīvotāju (absolūtos skaitļos – 6376). No visiem PZMG (līdz 64 gadu vecumam) ar alkohola lietošanu daļēji saistītie ārējie nāves cēloņi sastāda 8,6% (vīriešiem – 10%, sievietēm – 5%). Savukārt, no visiem ārējo cēloņu dēļ zaudētajiem mūža gadiem ar alkohola lietošanu saistītie PZMG veido gandrīz trešdaļu – 31,4%. Dinamikā šie rādītāji būtiski nemainās.
10. Laika posmā no 2011. gada līdz 2019. gadam vadītāju **alkohola reibumā** izraisīto **ceļu satiksmes negadījumu īpatsvars** no kopējā negadījuma skaita **samazinājies** gandrīz divas reizes: no 8,0% līdz 4,6% jeb no 270 līdz 173 negadījumiem attiecīgi. Savukārt vadītāju alkohola reibumā izraisīto ceļu satiksmes negadījumu skaits ar bojāgājušiem samazinājies no 26 negadījumiem 2011. gadā līdz 14 negadījumiem 2019. gadā.[[144]](#footnote-145)[[145]](#footnote-146)
11. Vairāki pētījumi, kas veikti sadarbībā ar PVO ekspertiem, norāda, ka alkohola reklāmas un mārketinga ierobežojumi ir viens no efektīvākajiem veidiem, lai mazinātu alkohola patēriņu sabiedrībā, jo īpaši jauniešiem. Savukārt akcīzes nodokļa palielināšana alkoholiskajiem dzērieniem ir būtisks instruments pieejamības ierobežošanā, jo alkoholisko dzērienu akcīzes likmes ietekmē arī alkoholisko dzērienu cenu, kā arī ietekmē alkoholisko dzērienu pieejamību un patēriņu.
12. PVO “Best buys” alkohola kaitējuma mazināšanai paredz, ka visefektīvākās politikas ir palielināt akcīzes nodokli alkoholiskajiem dzērieniem, pastiprināt un ieviest aizliegumus vai visaptverošus ierobežojumus alkohola reklāmai un mārketingam (dažādos plašsaziņas līdzekļos), ierobežot alkoholisko dzērienu pieejamību (t.sk. samazinot tirdzniecības laiku).
13. 2020. gada 30. jūlijā Ministru kabinetā tika apstiprināts “Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2020. – 2022.gadam“ (turpmāk – Alkohola plāns). Tā mērķis ir samazināt alkohola nodarīto kaitējumu sabiedrības veselībai, ierobežojot alkoholisko dzērienu lietošanas izplatību un radītās sekas, vienlaikus uzlabojot alkohola atkarības ārstēšanas un rehabilitācijas pakalpojumus. Alkohola plānā iekļautie pasākumi, kurus plānots īstenot balstīti PVO labās prakses rekomendācijās “Best buys” alkohola kaitējuma mazināšanai kā arī citu valstu pieredzē un paredz alkoholisko dzērienu pieejamības samazināšanu, mārketinga un reklāmas ierobežošanu un cenu politiku, alkoholisko dzērienu lietošanas un tā radīto seku indikatorrādītāju monitoringu un pētījumus, kā arī alkohola atkarības ārstēšanu un rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības uzlabošanu.
14. Atkarību izraisošo vielu un procesu profilaksē būtiska loma ir atbilstošām un konkrētām mērķgrupām īstenotām veselības veicināšanas un profilakses aktivitātēm, kuru mērķis ir pārveidot kultūras, sociālo, fizisko un ekonomisko vidi, kā arī sniegt zināšanas un prasmes, lai indivīds neuzsāk lietot atkarību izraisošās vielas vai neaizraujas ar atkarību izraisošiem procesiem. Latvijā pēdējos gados ir ieviesti vispārīgās jeb universālās atkarību profilakses pasākumi, īstenojot, valsts mēroga kampaņas un pasākumus, gan lekciju, gan nodarbību veidā dažādām iedzīvotāju grupām, t.sk. skolēniem. Tomēr nepietiekoši tiek īstenoti pasākumi selektīvās un indicētās profilakses ietvaros, kas orientēti uz specifiskām iedzīvotāju grupām (piemēram bērniem no ģimenēm, kurās ir atkarību problēmas, bērni kuri atrodas ārpusģimenes institūcijās, krīzes centros vai sociālās iestādēs), kurām ir augstāks risks uzsākt atkarīgu uzvedību, bet vēl nav acīmredzamu vielu lietošanas vai procesu radītu problēmu veselībai. Būtiski attīstīt un nodrošināt, ka selektīvās profilakses pasākumi būtu pieejami visās pašvaldībās, caur Pedagoģiski psiholoģiskajiem atbalsta dienestiem, vienlaikus nodrošinot atkarību profilaksē strādājošo ekspertu un profesionāļu regulāras apmācības un izglītošanu.

### Narkotisko vielu lietošana

1. V**ērojama narkotiku pamēģinājušo iedzīvotāju īpatsvara mazināšanās**. Kopumā jebkuras nelegālās narkotiskās vielas dzīves laikā 2011.gadā pamēģinājuši 14,3%, bet 2015. gadā par 3 procentpunktiem mazāk – 11,3% Latvijas iedzīvotāju (17,9% vīriešu un 5,1% sieviešu) vecumā no 15 līdz 64 gadiem.[[146]](#footnote-147) Attiecinot uz iedzīvotāju skaitu, var vispārināt, ka Latvijā 146 tūkstoši iedzīvotāju ir pamēģinājuši narkotikas. Augstāki lietošanas rādītāji ir jaunākiem iedzīvotājiem, proti, 23% Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 34 gadiem dzīves laikā ir pamēģinājuši narkotikas (2011. gadā – 22,9%).[[147]](#footnote-148)
2. Latvijā, tāpat kā citās Eiropas valstīs, visbiežāk lietotā viela ir marihuāna/hašišs, kuru dzīves laikā ir pamēģinājuši 9,8% iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem (vīrieši – 15,9%, sievietes – 4,2%). Otra biežāk lietotā viela ir ekstazī (2,4%), amfetamīni (1,9%) un kokaīns (1,5%). Savukārt, gadus jaunāku iedzīvotāju vidū vecumā no 15 līdz 34 gadiem, narkotisko vielu lietošanas izplatības rādītāji ir augstāki. Marihuānas/hašiša pamēģinātāju īpatsvars 15 – 34 gadus vecu iedzīvotāju vidū ir 20,8%, ekstazī – 5,3%, amfetamīnu – 3,7%, kokaīna – 3,0%.[[148]](#footnote-149)
3. **Skolēniem vērojami samērā augsti narkotiku lietošanas rādītāji**, proti, 19% skolēnu vecumā no 15 līdz 16 gadiem pamēģinājuši narkotikas.[[149]](#footnote-150) Salīdzinot ar 2011. gadu, vērojams lietošanas izplatības kritums, kad narkotikas bija pamēģinājuši 27% skolēnu un ko visticamāk varētu saistīt ar tā dēvētā *Spice* pieejamības un izplatības mazināšanos, kā arī marihuānas/hašiša pamēģināšanas un lietošanas gadījumu sarukšanu. Marihuāna ir visbiežāk lietotā viela arī skolēnu vidū un dzīves laikā to ir pamēģinājuši 16,6% skolēnu. [[150]](#footnote-151)
4. Viena no narkotiku lietošanas **riska vidēm** jauniešiem ir **izklaides vietas**. Pētījumu rezultāti rāda, ka Latvijā aptuveni 60% izklaides vietu apmeklētāju ir lietojuši narkotikas dzīves laikā, galvenokārt smēķējuši marihuānu/hašišu (57%). Citu vielu pamēģināšana ir mazāk izplatīta, galvenokārt tiek lietoti stimulanti un halucinogēni. Piemēram, 12% izklaides vietu apmeklētāju dzīves laikā pamēģinājuši amfetamīnu un tikpat daudz arī kokaīnu.[[151]](#footnote-152) Citā pētījumā secināts, ka pastāv saistība starp izklaides vietu apmeklēšanas biežumu un narkotiku pamēģināšanas pieredzi.[[152]](#footnote-153)
5. Vēl viena grupa, kurā novērojami augstāki apreibinošo vielu lietošanas rādītāji nekā vispārējā populācijā, ir **ieslodzītie**. 2018. gada pētījuma rezultāti rāda, ka 70% ieslodzīto pirms ieslodzījuma dzīves laikā bija pamēģinājuši narkotikas un 32% kaut vienu reizi lietojuši narkotikas ieslodzījumā.[[153]](#footnote-154)
6. Neskaitot dažādas riska vides un vecumus, jānorāda, ka atsevišķa problemātika ir saistāma ar augsta riska jeb **problemātiskiem narkotiku lietotājiem**[[154]](#footnote-155), kuri ilgstoši un regulāri lieto narkotikas (opioīdus, kokaīnu un/vai amfetamīnu) vai to injicē.[[155]](#footnote-156) Narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 10. posma dati liecina, ka 2017. gadā Latvijā bija aptuveni 13305 problemātisko narkotiku lietotāju. Savukārt narkotiku injicētāju skaits – 2016. gadā aptuveni 7715 personas.[[156]](#footnote-157) Nereti šai lietotāju grupai ir grūtības iekārtoties pastāvīgā darba vietā, kas pasliktina personas ekonomisko situāciju un pakļauj sociālās atstumtības riskam, kā arī var veicināt to, ka persona iesaistās dažādās noziedzīgās aktivitātēs. Tāpat problemātiska narkotiku lietošana bieži saistīta ar dažādām akūtām un hroniskām veselības problēmām. Tā, piemēram, 2018. gadā narkotiku injicēšana kā HIV transmisijas veids minēts 22% gadījumu.[[157]](#footnote-158)
7. 2019. gada 9. jūlijā Ministru kabinetā tika apstiprināts “Narkotiku lietošanas un izplatības ierobežošanas plāns 2019.–2020. gadam”. Plāna mērķis ir turpināt samazināt pieprasījumu pēc narkotiskajām vielām, kā arī apkarot narkotisko vielu piedāvājumu. Plānā iekļauti dažādi pasākumi par narkotisko vielu lietošanas atpazīšanu, profilaksi un palīdzības iespējām. Tāpat plāns paredz paplašināt narkoloģiskās palīdzības iespējas atkarīgām personām, kā arī padarīt minēto pakalpojumu pieejamāku. Lai mazinātu narkotisko un psihotropo vielu pieprasījumu, pieejamību, kā arī nodrošinātu atbilstošu profilaksi un ārstēšanu, nepieciešams turpināt un izstrādāt vienotu politiku ne tikai narkotiku lietošanas un izplatības ierobežošanai, bet arī citu atkarību izraisošo vielu mazināšanai.
8. Nevar noliegt, ka atkarību mazināšanā, būtiska loma ir tādiem faktoriem kā ģimenei un audzināšanai, izglītošanai, brīvā laika pavadīšanas iespējām jauniešiem.

### Procesu atkarības

1. Ir zinātniski pierādīts, ka azartspēļu atkarība izraisa nelabvēlīgas sekas gan indivīda, gan ģimenes, gan kopienas, gan sabiedrības līmenī. Azartspēļu atkarība kaitē psihiskajai veselībai (depresija, trauksme, personības traucējumi, vielu atkarības u.c.), nelabvēlīgi ietekmē arī fizisko veselību (sirds un asinsvadu sistēmas jeb kardioloģiski traucējumi, imūnās sistēmas traucējumi u.c.), veicina attiecību un ģimenes disfunkciju, rada finansiālas problēmas, rada problēmas ar nodarbinātību, darbu, studijām vai mācībām, kā arī azarstpēļu atkarības rezultātā tiek izdarīti likumpārkāpumi.
2. Savukārt atkarība no jaunajām tehnoloģijām negatīvi ietekmē gan garīgo, gan fizisko veselību. Pārlieku aizraušanās ar jauno tehnoloģiju lietošanu var izraisīt dažādus psiholoģiskus traucējumus, kā piemēram depresiju, trauksmi, laika izjūtas trūkumu utml. Tāpat personas, kurām ir atkarība no jaunajām tehnoloģijām cieš no muguras sāpēm, karpālā kanāla sindroma, galvassāpēm, sāpēm sprandā un grūtībām iemigt. Šīm personām parasti ir neveselīgāki uztura paradumi, dažādas redzes problēmas, kā arī raksturīgs straujš svara pieaugums, liekais svars vai tieši pretēji pārmērīgs svara zudums.
3. ESF projekta Nr 9.2.4.1. “Kompleksi veselības veicināšanas un profilakses pasākumi” ietvaros 2018.-2019. gadā tika veikts pētījums[[158]](#footnote-159) par procesu atkarībām Latvijas iedzīvotājiem, aptverot azartspēļu spēlēšanas, datorspēļu un pārmērīgas interneta lietošanas paradumus, to ietekmējošos faktorus, kā arī kaitējumu. Šis ir pirmais visaptverošais pētījums, kas tika veikts, lai apzinātu procesu atkarības izplatību populācijā.
4. Pētījuma dati liecina, ka 6,4% respondentu varētu skart problemātiska azartspēļu spēlēšana, tai skaitā loterijas. Absolūtos skaitļos no azartspēlēm Latvijā dažādās pakāpēs varētu ciest 79 119 personas 15-64 gadu vecumā, no kurām 16 162 personām problēmas ir smagākajā pakāpē.
5. No videospēļu atkarības varētu ciest aptuveni 0,5% respondentu, bet problēmas ar videospēļu spēlēšanu ir vēl 2,4%. Rēķinot absolūtos skaitļos, problēmas varētu skart kopā 35 286 iedzīvotājus 15-64 gadu vecumā, no tiem 5 642 – varētu būt videospēļu atkarība.
6. Pētījums liecina, ka mazadaptīvi/traucēti interneta lietošanas paradumi skar 7% visu respondentu jeb 90482 iedzīvotājus 15-64 gadu vecumā, bet problemātiski interneta lietošanas paradumi – vēl 3% respondentu jeb 36 079.
7. Vienlaikus Latvijas iedzīvotāji ir kritiski noskaņoti pret azartspēlēm spēļu zālēs. 77% respondentu piekrīt, ka Latvijā ir pārāk daudz azartspēļu spēlēšanas vietu. Tāpat 65% respondentu piekrīt, ka Latvijā ir pārāk daudz vietu, kur iegādāties loterijas kuponus vai biļetes. Azartspēļu spēlēšanas vispārēju aizliegumu atbalsta 59% respondentu. Azartspēļu un loteriju organizēšanu tikai atsevišķās norādītās pilsētas zonās atbalsta 77% respondentu. Savukārt,79% aptaujas dalībnieku piekrīt, ka jāpieņem likums, kurš ļauj spēlēt azartspēles vai piedalīties loterijās tikai no 21 gada vecuma.
8. Bieži procesu atkarības personai nenoris izolēti, bet ir cieši saistītas ar vielu lietošanas izraisītiem atkarību procesiem (smēķēšanu, alkohola, narkotiku lietošana). Līdz ar to būtiski ir noteikt smēķēšanas un alkohola pieejamības ierobežojumus azartspēļu organizēšanas vietās, lai mazināta iespēju vienlaicīgi attīstīties vairākām atkarībām (gan procesu, gan vielu), kā arī nodrošinātu personai lielāku kontroli pār esošo situāciju un lēmumu pieņemšanu. Vienlaikus būtiski ir nodrošināt sabiedrības izglītošanu par procesu atkarības riskiem un to ietekmi uz veselību.
9. Pēdējo gadu laikā bērnu vidū ir pieaudzis moderno tehnoloģiju lietošanas biežums un ilgums, kas negatīvi ietekmē arī pārējos bērnu veselības rādītājus – miega kvalitāti un ilgumu, pietiekošu fizisko aktivitāti, balsta un kustības aparāta veselību (t.sk.muguras veselību), acu veselību, psihoemocionālo veselību, kas ilgtermiņā var radīt jau hroniskas slimības, piemēram, sirds un asinsvadu saslimšanas, acu slimības un redzes pasliktināšanos, kā arī balsta un kustības aparāta saslimšanas. Vienlaikus pārmērīga moderno tehnoloģiju lietošana var veicināt arī atkarības attīstību. Saskaņā ar Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma 2017./2018.gada aptaujas datiem, sociālo mediju atkarība ir 5,15% 11-13 gadus vecu pusaudžu, attiecīgi 4,2% zēnu un 5,9% meiteņu.

Latvijā šobrīd nav izstrādātu rekomendāciju drošai un veselībai nekaitīgai moderno tehnoloģiju lietošanai bērniem, kas sniegtu ieteikumus bērna vecumam atbilstošam pie elektroniskās ierīces ekrāna pavadītajam laikam dienā, kā arī atpūtas paužu biežumu un ilgumu tajā laikā, kad tiek lietota kāda modernā tehnoloģijas ierīce, tai skaitā mācību procesa ietvaros. Ņemot vērā, pieejamos pētījuma datus par moderno tehnoloģiju lietošanu bērnu un jauniešu vidū, kā arī lai nodrošinātu drošu, veselībai nekaitīgu moderno tehnoloģiju lietošanu, tai skaitā lai mazinātu iespējamo procesu atkarības risku, būtu nepieciešams izstrādāt, citu valstu pieredzē balstītus, ieteikumus (rekomendācijas, vadlīnijas) bērna vecumam atbilstošam, pie elektroniskās ierīces ekrāna pavadītajam laikam dienā, tai skaitā mācību procesa ietvaros, vienlaikus iekļaujot arī ieteikumus izglītības iestādēm, pedagogiem un arī bērnu vecākiem.

## Traumatisms

1. Saskaņā ar SPKC Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzi, katru gadu ārējo nāves cēloņu dēļ tiek zaudētas vairāk kā 1300 cilvēku dzīvību. **Ārējie nāves cēloņi** ir otrs biežākais (aiz SAS) cēlonis, kā dēļ tiek zaudēti potenciālie mūža gadi, 2018. gadā tie veido 24% PZMG cēloņu struktūrā. Šajā grupā ir visbūtiskākās atšķirības pa dzimumiem. Vīriešiem PZMG rādītājs ārējo nāves cēloņu grupā 5 reizes pārsniedz sieviešu rādītāju. Šie nāves cēloņi ir novēršami, uzlabojot vides drošību un mainot iedzīvotāju paradumus.
2. Izplatītākie ārējie nāves cēloņi ir **tīšs paškaitējums** (skat. arī sadaļu “Psihiskā veselība un emocionālā labklājība)**, ceļu satiksmes negadījumi, kritieni, saindēšanās un noslīkšana**.
3. Neskatoties uz to, ka mirstība no ārējiem nāves cēloņiem pēdējo 10 gadu laikā ir ievērojami samazinājusies, tā jorojām ir viena no augstākajām starp ES valstīm. Piemēram, noslīkušo skaits salīdzinājumā ar citām ES valstīm Latvijā ir visaugstākais (vidēji ES uz 100 000 iedzīvotājiem noslīkušo skaits ir 1,1, bet Latvijā 6,6) un šim rādītājam ir tendence palielināties.
4. Katru gadu noslīkst vairāk kā 100 cilvēku un šos gadījumus ir iespējams novērst, veicinot drošu peldvietu pieejamību, uzlabojot iedzīvotāju peldētprasmi un mainot sabiedrības paradumus. 2019. gadā noslīka 4 bērni, 2 no tiem ir bērni līdz 4 gadu vecumam. Savukārt 2018. gadā noslīka 6 bērni un tikai 1 bija jaunāks par 4 gadiem. Kopumā lielākā daļa noslīkušo ir vīrieši (2019. gadā – 79%). Tas skaidrojams ar vīriešiem raksturīgākiem paradumiem: riskantāka un pārgalvīgāka uzvedība, alkohola lietošana. Puse no viņiem bija 20-59 gadu vecumā.[[159]](#footnote-160)
5. Vides drošība ir arī ļoti svarīga traumu profilaksē. Viena no riska grupām ir bērni (27% visu traumu 2017.gadā), īpaši bērni vecumā **līdz 5 gadiem**. Liela daļa traumu (piemēram, apdegumi, kritieni) bērniem notiek **mājās**, piemēram, 2017. gadā – 49% no visiem reģistrētajiem gadījumiem bērniem, bet līdz 4 gadu vecumam – pat 83% gadījumu. Visbiežāk bērni gūst lūzumus (31%), sasitumus (31%), vaļējas brūces (13%), smadzeņu satricinājumus (6%), mežģījumus, sastiepumus (5%). Vecumā līdz 4 gadu vecumam biežākie ievainojumu veidi ir sasitumi (29%), lūzumi (19%), vaļējas brūces (19%) un apdegumi (13%), kas pārsvarā notiek šajā vecumā.[[160]](#footnote-161) Šajā vecumā bērni ir atkarīgi no pieaugušo uzmanības, tādēļ, nodrošinot atbilstošu bērna pieskatīšanu un drošu apkārtējo vidi, ir iespējams novērst negadījumus un traumas.
6. Skolēnu vecumā (10-14 g.v.) galvenās traumu gūšanas vietas ir mājas (36% – 2017. gadā), sporta un fizisko vingrinājumu zona (24%), transporta zona (13%) un skola (12%).[[161]](#footnote-162) Pēdējā gada laikā ievainojumus, kurus bija jāārstē pie ārsta vai medmāsas, ieguvuši 59,3% no visiem respondentiem (11, 13 un 15 g.v.), proti, 55,3 % meiteņu un 63,4% zēnu. Dati liecina, ka dzimuma atšķirības šajā aspektā samazinās un traumu profilaksē jāsāk pievērst lielāka vērība tieši meitenēm. Pusaudžu vecums raksturojas ar impulsīvām savstarpējām attiecībām, kas nereti beidzas ar kautiņu un potenciālu iespējamību iegūt fizisku ievainojumu. 2018. gada aptaujas dati liecina, ka pēdējā gada laikā vismaz vienu reizi kautiņā piedalījušies ir 54,1% zēnu un 21,8% meiteņu.[[162]](#footnote-163)
7. Vērā ņemama ir arī pieaugušo pirmreizējā invaliditāte diagnožu grupā – ievainojumi, saindēšanās un ārējās iedarbes sekas, kas 2018. gadā bija 11,4 uz 10 000 (kopā 1786) iedzīvotāju, savukārt bērnu pirmreizējā invaliditāte 2018. gadā diagnožu grupā – ievainojumi, saindēšanās un ārējās iedarbes sekas bija 2,3 uz 10 000 jeb 84 iedzīvotāju.
8. **Iedzīvotāju veselību ietekmējošie dzīvesveida paradumi – problēmu un izaicinājumu kopsavilkums:**
9. Joprojām Latvijā ir augsta saslimstība un mirstība no neinfekcijas slimībām, kurām galvenie riska faktori,– neveselīgs uzturs, nepietiekama fiziskā aktivitāte, atkarību izraisošo vielu lietošana un atkarību izraisošie procesie, ir novēršami.
10. Iedzīvotāju uztura paradumi pēdējos gados ir nedaudz uzlabojušies, tomēr joprojām gan bērniem, gan pieaugušajiem tas ir nepietiekošs. Iedzīvotājiem ir arī raksturīgs pārmērīgs sāls patēriņš un uztura bagātinātāju lietošana.
11. Ir augsts iedzīvotāju aptaukošanās un liekās ķermeņa masas izplatības ipatsvars – gan bērniem, gan pieaugušajiem.
12. Iedzīvotājiem ir izplatīts mazkustīgs dzīvesveids, un gan bērniem, gan pieaugušajiem ir nepietiekama fiziskā aktivāte.
13. Dopinga lietošana pēdējos gados kļuvusi izplatīta ne tikai profesionālo sportistu, bet arī tiem iedzīvotājiem, kas nodarbojasar fitnesu, norādot, ka trūkst sabiedrības izpratnes par dopinga vielu lietošanu un negatīvo ietekmi uz veselību.
14. Ir nepietiekoša sabiedrības, īpaši fitnesā iesaistīto personu informētība par antidopinga jautājumiem.
15. Iedzīvotāju zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, jo īpaši dažādās sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajās grupās, ir nepietiekamas un joprojām ir salīdzinoši augsts nepilngadīgo grūtnieču skaits, kā arī salīdzinoši augsts mākslīgi veikto abortu skaits nepilngadīgām sievietēm.
16. Pēdējos gados samazinās tradicionālo tabakas izstrādājumu lietošanas izplatība, kas joprojām ir augsta gan pieaugušajiem, gan pusaudžiem, bet pieaug elektronisko cigarešu lietošanas izplatība.
17. Latvijā reģistrētā alkohola patēriņu uz vienu iedzīvotāju pārsniedz PVO Eiropas reģiona valstu vidējo rādītāju, kā arī iedzīvotāju vidū sastopama riskanta alkoholisko dzērienu lietošana.
18. Lai arī narkotikas pamēģinājušo iedzīvotāju (gan pieaugušo, gan jauniešu vidū) īpatsvars samazinās, skolēniem vērojams samērā augsts narkotikas pamēģinājušo īpatsvars.
19. Pieaug arī to personu īpatsvars, īpaši bērnu un jauniešu skaits, kas ikdienā pārmērīgi aizraujas ar jauno tehnoloģiju lietošanu, kā arī sabiedrībā, īpaši, jauniešu vidū populāras ir dažādas azartspēles un videospēles, tai skaitā interaktīvajā vidē.
20. Joprojām augsts no traumām bojā gājušo rādītājs un iedzīvotāju zināšanas par profilakses pasākumiem traumatisma mazināšanai ir nepilnīgas.
21. Nepietiekama ir starpsektoru sadarbība (ministrijas, NVO, pašvaldības, darba devēji, izglītības iestādes, uzņēmēji u.c.), principa “Veselība visās politikās” ieviešanai, tai skaitā pašvaldību iesaiste iedzīvotāju veselības veicināšanā nav precīzi definēta normatīvajos dokumentos.

## Īstenotie ES fondu pasākumi veselības veicināšanā un uzdevumi 2021.-2027. gadam

1. 2014.-2020.gada plānošanas periodā ar ESF atbalstu tiek īstenoti veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi 48 milj eiro apmērā, aptverot lielāko daļu Latvijas iedzīvotāju, jo īpaši dažādiem atstumtības riskiem pakļautos iedzīvotājus:

1) nacionālā līmenī - ar mērķi uzlabot un nodrošināt dažādu veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem, jo īpaši teritoriālās, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajām iedzīvotāju grupām. Visi minētie pasākumi/aktivitātes īstenotas četru prioritāro jomu (sirds un asinsvadu slimības, onkoloģiskās slimības, bērnu veselība un psihiskā veselība) un sešu rīcības apakšjomu- veselīgs uzturs, fiziskā aktivitāte, atkarību izraisošo vielu un procesu izplatības mazināšana, psihiskā veselība, seksuālā un reproduktīvā veselība, slimību profilakse ietvaros.

Projekta galvenās aktivitātes īstenotas četru galveno darbību ietvaros:

* **Vispārējie sabiedrības veselības veicināšanas pasākumi**- sabiedrības informēšanas kampaņas par veselīga uztura, fizisko aktivitāšu, psihiskās veselības, seksuālās un reproduktīvās veselības, atkarību izraisošo vielu un procesu izplatības mazināšanu, kā arī dažādi informācijas un publicitātes pasākumi (informatīvo materiālu, video lekciju, īsfilmu, mācību filmu, informatīvo raidījumu, sociālo un vides reklāmu izstrāde un izplatīšana).
* **Slimību profilakses pasākumi**- smēķēšanas pilotprojekts, psihiskās veselības veicināšanas programma, pilotprojekts sirds un asinsvadu slimību riska faktoru noteikšanai un mazināšanai bērniem.
* **Nacionāla mēroga pasākumi veselības veicināšanas pasākumu mērķa grupai un vietējai sabiedrībai** – dažādu apmācību organizēšana par veselības veicināšanas jautājumiem pedagogiem, bērniem, par veselības veicināšanu atbildīgajiem pašvaldību un skolu pārstāvjiem, muzejpedagoģisko programmu īstenošana skolēniem, ceļojošo un stacionāro izstāžu izveide par slimību profilakses, atkarību mazināšanas, fizisko aktivitāšu veicināšanas, seksuālās un reproduktīvās veselības un veselīga uztura jautājumiem.

**- Sabiedrības veselības pētījumi** tiek īstenoti par dažādām aktuālām sabiedrības veselības problēmām.

2) vietēja līmeņa veselību veicinošie pasākumi iedzīvotājiem. VM īstenotā projekta ietvaros kopš 2017.gada tikusi nodrošinātā šo pašvaldībās īstenoto pasākumu saturiskā uzraudzība, kā arī veikta pašvaldību iesniegto gada pārskatu izvērtēšana, individuālo secinājumu un rekomendāciju sagatavošana un sniegšana. Minētā pieeja ļāva nodrošināt mērķtiecīgu projektu īstenošanu pašvaldībās atbilstoši katras pašvaldības individuālajām sabiedrības veselības problēmām un vajadzībām, vienlaicīgi nodrošinot šo pasākumu uzraudzību nacionālā līmenī, lai ļautu pasākumus sniegt augstā kvalitātē.

1. Lai stiprinātu veselības veicināšanu valstiskā līmenī, ir izveidots Latvijas Nacionālais veselīgo pašvaldību tīkls (turpmāk – NVPT), kā arī Nacionālais Veselību veicinošo skolu tīkls (turpmāk- NVVST). Lai veicinātu pieredzes apmaiņu, zināšanu pārnesi un labās prakses īstenošanu, projekta ietvaros īstenoti vairāki semināri minēto tīklu atbildīgajām kontaktpersonām, semināros kopskaitā piedalījušies 83 koordinatori no NVPT, 73 koordinatori no NVVST. Ņemot vērā mērķauditorijas interesi par semināriem, 2019. gadā uzsāktas atkārtota semināru organizēšana NVPT atbildīgajām amatpersonām un NVVST koordinatoriem. Dalība NVPT bija viens no priekšnoteikumiem, lai pašvaldības varētu pretendēt uz ES fondu finansējumu veselības veicināšanas un slimību profilakses projektu ieviešanai, turklāt NVPT kalpo kā platforma labās prakses un dažādas pieredzes apmaiņai pašvaldību vidū, tādējādi veicinot kvalitatīvāku projektu īstenošanu un iedzīvotāju veselības paradumu veiksmīgāku uzlabošanu.
2. Pasākumiem ir būtiska ietekme uz veselības paradumiem iedzīvotāju vidū, kas savukārt ietekmē iedzīvotāju veselības stāvokli kopumā un dzīves kvalitāti – projekta rezultātā uz 2019.gadu ap 94 000 iedzīvotāji minēto ESF veselības veicināšanas pasākumu ietekmē ir mainījuši uztura un citus dzīvesveida paradumus. Tomēr, ņemot vērā, ka **veselības veicināšanas pasākumiem ir ilgtermiņa ietekme uz iedzīvotāju veselību, būtiski turpināt iesākto**.

# **Iedzīvotāju veselību ietekmējošie vides faktori**

1. Vides faktoriem (fizikālie, ķīmiskie, bioloģiskie) ir nozīmīga loma sirds un asinsvadu sistēmas slimību un ļaundabīgo audzēju izcelsmē, kā arī tie rada elpošanas sistēmas orgānu saslimšanas un dažādas alerģiska rakstura veselības problēmas, piemēram, astmu. Jo īpaši svarīgi ir pasargāt mātes un bērna veselību no apkārtējās vides kaitīgo faktoru iedarbības. Līdz ar to kaitīgo vides faktoru noteikšana un novēršana vai mazināšana ir būtisks pasākumu komplekss sabiedrības veselības uzlabošanai.
2. Lai veicinātu veselīgākas skolu vides veidošanu, kopš 2016. gada Latvijā ESF projektā „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” darbības Nr. 6.1.16 tiek īstenots pētījums „Izglītības iestāžu vides kvalitātes un drošuma pētījums”” Latvijas vispārizglītojošajās mācību iestādēs 2017./2018. mācību gadā. Pētījuma ietvaros tiek izvērtēts Latvijas vispārizglītojošo mācību iestāžu vides kvalitātes rādītājs – iekštelpu CO2 koncentrācija, veicot objektīvus mērījumus.
3. 20 Latvijas vispārizglītojošo skolu 56 mācību telpu CO2 monitoringa rezultāti liecina, ka vidējā CO2 koncentrācija (vidējā koncentrācija nodarbību laikā, klātesot skolēniem) sasniedza 1000 ppm un augstāk 55 (98 %) mācību telpās. Datu analīze parādīja, ka caurmērā 88 % no visa mācībām veltītā laika skolēni pavadīja pie CO2 koncentrācijas, kas bija augstāka par 1000 ppm, un 10 % – pie CO2 līmeņa, kas pārsniedza 2500 ppm; 79 % no kopējā nodarbību laika izglītojamie uzturējās apstākļos, kuros ventilācijas apjoms vienam cilvēkam bija zemāks par 7 l/s, un 14 % – pie ventilācijas apjoma, kas bija zemāks par 3 l/s; 40 kabineti jeb 71 % apsekoto mācību telpu atbilst vidējās CO2 koncentrācijas robežām no 1000 līdz 2500 ppm ar ventilācijas apjomu vienam cilvēkam no 3 līdz 7 l/s. Apkopojot pētījuma rezultātus, secināts, ka 2017./2018. mācību gadā apsekoto Latvijas vispārizglītojošos skolu ventilācijas kvalitāte daļēji atbilst PVO ieteiktajām normām un skolās esošais ventilācijas veids vai īstenotais vēdināšanas režīms daļēji spēj uzturēt izglītojamo veselībai nekaitīgu un drošu iekštelpu gaisa kvalitāti, tomēr nepieciešami būtiski uzlabojumi vēl efektīvākai gaisa apmaiņai mācību telpās [[163]](#footnote-164)
4. Pētījuma rezultātā tiek sagatavoti ieteikumi izglītības iestāžu iekštelpu gaisa kvalitātes uzlabošanai, jo nepietiekamas ventilācijas rezultātā notiek ogļskābās gāzes uzkrāšanās telpā, bet paaugstināts CO2 (oglekļa dioksīda) līmenis ietekmē cilvēka fizisko un emocionāli psiholoģisko labsajūtu. Tika noskaidrots, ka apmēram trešajā daļā mācību telpu platība vienam izglītojamajam ir mazāka nekā 2 m2/skolēnu pie maksimālā skolēnu skaita klasē, kas pierāda saistību starp nepietiekamu telpas platību uz vienu skolēnu un neatbilstošu iekštelpu gaisa kvalitāti.[[164]](#footnote-165)
5. Iedzīvotāju nodrošināšana ar drošu un kvalitatīvu dzeramo ūdeni un peldūdeni ir viena no vides veselības prioritātēm. Latvijā 2018. gadā dzeramo ūdeni iedzīvotājiem piegādāja 1292 **centralizētas ūdensapgādes sistēmas** un centralizētā ūdensapgāde ir pieejama aptuveni 84 % Latvijas teritorijas iedzīvotāju.[[165]](#footnote-166)
6. Dzeramā ūdens kvalitāte kopš 2014. gada ir stabilizējusies bez lielām izmaiņām pa atsevišķiem gadiem. Piemēram, 2019. gadā laboratoriski izmeklēto dzeramā ūdens paraugu neatbilstība pēc ķīmiskās kvalitātes rādītājiem bija konstatēta 19,7 % paraugu, bet pēc kopējiem mikrobioloģiskās kvalitātes rādītājiem – 4,6 % paraugu. Biežāk konstatētās dzeramā ūdens ķīmiskās kvalitātes rādītāju neatbilstības ir dzelzs, sulfātu un mangāna paaugstinātas koncentrācijas, kas var ietekmēt ūdens garšu, smaržu un duļķainību, bet nerada draudus cilvēka veselībai.
7. Mazajās ūdensapgādes sistēmās (kas piegādā vidēji līdz 100 m3 ūdens diennaktī un aptver ap 15 % no Latvijas iedzīvotājiem, kam dzeramais ūdens tiek piegādāts pa centralizētajām ūdensapgādes sistēmām) monitorēšanas biežums (auditmonitorings) ir noteikts reizi 10 gados.[[166]](#footnote-167) Šāds monitorēšanas biežums nenodrošina nepieciešamo datu apjomu par ūdens kvalitāti mazajās ūdensapgādes sistēmās, bet noteikts lai mazinātu milzīgo finansējuma slogu, ko radītu visu nepieciešamo paraugu paņemšana vienā gadā. Kopš 2009. gada sistemātisks auditmonitorings mazajās ūdensapgādes sistēmās netiek veikts. Iespēju robežās monitorings atsevišķās mazajās ūdensapgādes sistēmās tiek veikts tikai epizodiski, bet finansējuma trūkuma dēļ normatīvos noteiktais minimālais monitorēšanas biežums visās ūdensapgādes sistēmās kopumā netiek nodrošināts.
8. Latvijā ir 57 oficiālās peldvietas, uz kurām attiecas virkne uzturēšanas, drošības, higiēnas un ūdens kvalitātes prasības, kuras noteiktas noteikumos par peldvietas izveidošanas, uzturēšanas un ūdens kvalitātes pārvaldības kārtību.[[167]](#footnote-168) Kopumā 2019. gadā atbilstoši **peldūdens kvalitātes** ilgtermiņa novērtējuma kategorijām 86% peldvietu peldūdens kvalitāte bija izcila (2018. gadā – 94%), 14% laba (2018. gadā – 4%).[[168]](#footnote-169)
9. Lai uzlabotu drošu peldvietu pieejamību, pašvaldībām savās administratīvajās teritorijās ir jāierīko un jāuztur drošības prasībām atbilstošas peldvietas, kuras aprīkotas ar bojām, informatīvo stendu, (kurā pieejama informācija par peldvietu: peldvietas robežas, peldvietas maksimālais dziļums, glābšanas dienesta atrašanās vieta, informācija par sabiedriskās kārtības un drošības prasību ievērošanu peldvietā, informācija par pirmās palīdzības sniegšanu u.c.informācija), piebraucamo ceļu operatīvajam transportam, tualetēm, ģērbtuvēm, atkritumu urnām, un jāveicina, lai iedzīvotāji izmantotu tās, nevis nelegālas un nedrošas ūdenskrātuves. Savukārt peldētprasmes un drošas uzvedības uz ūdens iemaņu apgūšana ir ne tikai izglītības iestāžu kompetence, bet arī ģimenes atbildība.
10. Periodiski Latvijas sabiedrībā uzvirmo bažas par dažādu ķīmisko vides faktoru (bisfenoli, pesticīdi, mikroplastmasa, endokrīnās sistēmas grāvējvielas u.c.) iespējamo nelabvēlīgo ietekmi uz veselību. Neskatoties uz to, ka ir daudz starptautisko pētījumu par šo vielu ietekmi uz veselību, ne vienmēr zinātnieki var sniegt viennozīmīgu viedokli. Otrkārt, ne vienmēr pieejama pietiekama informācija par konkrētas ķīmiskās vielas saturošo produktu izmantošanas paradumiem sabiedrībā, piemēram, bisfenolu saturošo trauku izmantošana pārtikas apritē, pesticīdu izmantošana lauksaimniecībā u.tml.
11. Lai dotu iespēju iedzīvotājiem veikt pārdomātu izvēli saskaroties ar dažādiem vides faktoriem, lai novērstu to nelabvēlīgo ietekmi uz veselību, kā arī mazinātu sabiedrībā nepamatotas bažas par dažādu vides riska faktoru iespējami nelabvēlīgo ietekmi uz veselību, ir jāuzlabo sabiedrībai pieejamā informācija par Latvijā aktuālāko vides faktoru, tai skaitā ķīmisko vielu ietekmi uz iedzīvotāju veselību. Viens no galvenajiem vides veselības instrumentiem, lai novērtētu ķīmisko vielu no dažādiem ekspozīcijas avotiem (gaiss, ūdens, pārtika u.c.) ietekmi uz veselību, ir **cilvēku biomonitorings**.
12. Latvija ir iesaistījusies ES biomonitoringa projektā (HBM4EU), kas norisinās no 2017. gada līdz 2021. gadam un tiek līdzfinansēts no ES pamatprogrammas pētniecībai un inovācijai Apvārsnis 2020 (Horizon 2020). Latvijas mērķis, piedaloties HBM4EU projektā, ir radīt priekšnoteikumus **nacionālā biomonitoringa uzsākšanai Latvijā**, lai apzinātu konkrētu vielu (bisfenoli, pesticīdi u.c.) klātbūtni Latvijas iedzīvotāju organismā un izvērtētu to sasaisti ar dažādām veselības problēmām. Biomonitorings dotu iespēju noteikt konkrētus ierobežojumus, lai pasargātu Latvijas iedzīvotāju veselību no šo vielu nelabvēlīgās ietekmes vai arī novērstu sabiedrības bažas par šo vielu iespējamo ietekmi. Ar VM rīkojumu Nr. IeNa/13 2016. gada 13. decembrī ir izveidota Cilvēku biomonitoringa padome – koordinējoša institūcija, kuras darbības mērķis ir veicināt cilvēku biomonitoringa attīstību Latvijā un noteikt tā prioritātes, kā arī koordinēt Latvijas līdzdalību ES biomonitoringa projektos.
13. Saistībā ar jauno informācijas un komunikācijas tehnoloģiju attīstību un ieviešanu (piektās paaudzes jeb 5G mobilo sakaru tehnoloģijas) ir pieaugušas sabiedrības bažas par to radītā elektromagnētiskā starojuma ietekmi uz veselību. Sabiedrības bažu kliedēšanai nepieciešami regulāri vides elektromagnētiskā piesārņojuma monitoringa mērījumi, kas līdz šim Latvijā vēl nav veikti, kā arī tematiskā stratēģija vides riska komunikācijai attiecībā uz elektromagnētisko starojumu un citiem izplatītiem vides veselības riskiem.
14. Attiecībā uz vides troksni sabiedrības veselības aizsardzības kontekstā, aktuāla problēma ir troksnis, kas rodas iekārtu (piem., ventilācijas, saldēšanas iekārtu, kompresoru, liftu) darbības rezultātā.
15. Attiecībā uz satiksmes radīto troksni, kā arī uz sabiedrisko kārtību un uz atsevišķu trokšņa avotu pārvaldību (motosporta un autosporta trases, šaušanas sporta bāzes) nepieciešama vides trokšņa normatīvā regulējuma pilnveidošana. Tāpat būtu nepieciešams nostiprināt trokšņa regulējumu telpās, ņemot vērā gan sūdzību raksturu par troksni, gan arī tiesu praksi. Efektīvas trokšņa novērtēšanas un pārvaldības nodrošināšanai būtu precizējami arī iekštelpu trokšņa mērķlielumi un attīstāma plašāka pieeja normatīvo aktu prasību piemērošanai praksē, piemēram, izglītības iestāžu mācību telpās.[[169]](#footnote-170)
16. Vēl viens vides piesārņojuma avots ir dzīvsudrsbs, kas Eiropas Savienībā (ES) tiek izmantots zobārstniecības amalgamā. Tādēļ ES ir paredzēts pakāpeniski zobārstniecības amalgamas izmantošanu samazināt panākot to, ka līdz 2030. gadam tā izmantošana tiek pārtraukta pilnībā. Lai izpildītu Eiropas Parlamenta un Padomes Regulas (ES) 2017/852 (2017. gada 17. maijs) par dzīvsudrabu prasības, kā arī Minamatas konvencijas[[170]](#footnote-171) par dzīvsudrabu A pielikumā noteikto, Ministru kabinets 2018. gadā apstiprināja Zobārstniecības amalgamas pakāpeniskas lietošanas samazināšanas plānu 2019. - 2020. gadam.
17. **Iedzīvotāju veselību ietekmējošie vides faktori – problēmu un izaicinājumu kopsavilkums:**
18. Latvijas sabiedrībai un speciālistiem nav pieejama pietiekamā apjomā objektīva un sistemātiska informācija par Latvijas aktuālāko vides veselības riska faktoru iespējamo ietekmi uz sabiedrības veselību.
19. Nepietiekama izpratne sabiedrībā par zobārstniecības amalgamas samazināšanas saistību ar citiem vides veselības, mutes veselības veicināšanas, ārstu un sabiedrības informēšanas un izglītošanas un citiem pasākumiem.

# **Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls, pakalpojumu pieejamība un kvalitāte**

1. Latvijā **veselības aprūpes** **kvalitātes rādītāji** ir vieni no negatīvāk vērtētajiem ES. 2017. gadā Latvijā bija otrs augstākais profilaktiski novēršamo un trešais augstākais medicīniski novēršamo nāves gadījumu relatīvais skaits ES. 2017. gadā varēja novērst gandrīz 6000 nāves gadījumu ar efektīvākiem profilakses pasākumiem un vēl 3500 nāves gadījumu – ar piemērotāku un savlaicīgāku veselības aprūpi.[[171]](#footnote-172) Tas liecina, ka pastāv iespējas novērst saslimšanas ne tikai mainot dzīvesveidu, bet arī būtiski uzlabojot pieejamību savlaicīgai un efektīvai veselības aprūpei.
2. Pašlaik veselības aprūpes sistēma Latvijā balstās uz vispārējās valsts garantētās veselības aprūpes sniegšanu, ko finansē no iemaksātajiem nodokļiem. Veselības aprūpe tiek organizēta līmeņos: 1. līmenis – primārā veselības aprūpe; 2. līmenis – ambulatorā un stacionārā sekundārā veselības aprūpe; 3. līmenis – ambulatorā un stacionārā terciārā veselības aprūpe. Paralēli tiem valstī nodrošina pirmsslimīcas neatliekamo medicīnisko un specializēto medicīnisko palīdzību.
3. Attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu, pašvaldību iesaiste ir noteikta likumā “Par pašvaldībām”, taču nav precīzi definēta, proti šī likuma 15. pantā noteiktā pašvaldību autonomā funkcija – nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību[[172]](#footnote-173) dažādās pašvaldībās tiek traktēta atšķirīgi. Līdz ar to pašvaldību iesaiste veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā katrā pašvaldībā arī ir atšķirīga, un lielā mērā atkarīga no pašvaldībai pieejamā finansējuma. Pašvaldību loma veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā būtu sniegt atbalstu iedzīvotājiem nokļūšanai uz veselības aprūpes iestādi un no tās mājās, ņemot vērā nepietiekošo sabiedriskā transporta tīklu, kā arī pacienta vajadzību pēc specializētā transporta pakalpojumiem. Tāpat arī pašvaldību loma būtu ārstniecības personu piesaistē darbam pašvaldības teritorijā esošajās ārstniecības iestādēs.

## Primārā veselības aprūpe

1. **Primārā veselības aprūpe** ir cilvēka pirmais saskarsmes posms ar veselības aprūpes sistēmu. To nodrošina ģimenes ārsta komanda, ko veido ģimenes ārsts, māsa, ārsta palīgs (feldšeris), primārajā veselības aprūpē nodarbinātas vecmātes, kā arī zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji (zobārsti, zobārsta asistenti,[[173]](#footnote-174) un higiēnisti), un ārstniecības personas, kas nodrošina veselības aprūpi mājās.[[174]](#footnote-175) Ģimenes ārsts nodrošina pacienta veselības aprūpes koordinēšanu tai skaitā, nodrošina sadarbību ar citu sektoru speciālistiem.
2. **Ģimenes ārsti** savā praksē reģistrētajiem pacientiem nodrošina vispārējo veselības aprūpi (akūto un hronisko slimību ārstēšanu), ieskaitot ambulatorās ķirurģiskās procedūras, rehabilitāciju, aprūpi grūtniecības laikā un pēcdzemdību aprūpi, īsteno profilaktiskos pasākumus (t.sk. skrīningu un imunizāciju), iesaistās veselības veicināšanā un veselības izglītībā, kā arī nodrošina hroniski slimo pacientu veselības stāvokļa uzraudzību. Tāpat ģimenes ārsti pacientiem izraksta medikamentus, nosūta uz diagnostiskiem izmeklējumiem un pie speciālistiem sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Ģimenes ārsta darbības sfēra ietver arī sadarbību ar pašvaldību un pašvaldības sociālo dienestu, nodrošinot daudzsektoru pieeju pacienta veselības problēmu risināšanā.
3. 2020. gadā Latvijā līguma attiecībās ar NVD ir praktizējoši 1275 ģimenes ārsti. 408 jeb 32% no tiem ir sasnieguši pensionēšanās vecumu vai 2020. gadā sasniegs. No šiem 408 ģimenes ārstiem 2020. gadā 119 ģimenes ārstiem būs 70 gadi un vairāk.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NVD teritoriālā nodaļa | Ģimenes ārstu skaits uz 01.04.2020. | tai skaitā ģimenes ārsti, kuru vecums 2020.gadā būs 63 gadi un vairāk | |
| skaits | % no kopējā skaita |
| Valstī kopā | 1275 | 408 | 32.0 |
| Zemgale | 192 | 77 | 40.1 |
| Kurzeme | 194 | 79 | 40.7 |
| Latgale | 158 | 51 | 32.3 |
| Vidzeme | 157 | 52 | 33.1 |
| Rīga | 574 | 149 | 26.0 |

1. 2020. gada 1. jūlijā ģimenes ārstu NVD gaidīšanas sarakstā reģistrējies tikai 41 ģimenes ārsts, tai skaitā 24 pēc valsts apmaksātās rezidentūras beigšana, kuri nav jau noslēguši līgumu ar NVD un gaida uz konkrētām teritorijām. Pēc valsts apmaksātās rezidentūras beigšanas Zemgales, Kurzemes, Latgales un Vidzemes gaidīšanas sarakstos uz konkrētām teritorijām ir reģistrējušies tikai 9 jaunie ģimenes ārsti.
2. 2020. gadā līgumattiecībās ar NVD bija 1275 ģimenes ārstu prakses. 42% ģimenes ārstu darbības pamatteritorija ir laukos, 12% ģimenes ārstu ir otrā prakses vieta, 62% prakšu ir otrā māsa. Vidēji reģistrēto pacientu skaits praksē ir 1546 pacienti.[[175]](#footnote-176) 195 praksēs ir virs 2000, tajā skaitā 16 praksēs ir virs 3000 pacientu (te papildināt par lielajām praksēm)
3. Ģimenes ārstam pārtraucot līgumu ar NVD teritorijā, uz kuru nav reģistrējies gaidīšanas sarakstā neviens ģimenes ārsts, situācijā, ja praksē reģistrētos pacientus nevar sadalīt starp citām ģimenes ārstu praksēm – tā ir pietiekoši liela un arī apkārtējo ģimenes ārstu prakses ir pietiekoši lielas, veidojas brīva prakses vieta, kas nozīmē, ka šai teritorijā ir apgrūtināta ģimenes ārstu pakalpojumu pieejamība. Valstī ir 18 brīvas prakses vietas uz 2020. gada 1. jūliju.
4. Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, NVD slēdz līgumu ar pašvaldību par feldšerpunkta darbību PVA pakalpojumu nodrošināšanai. Tomēr feldšerpunkts var tikai daļēji nodrošināt PVA pakalpojumu pieejamību un iedzīvotājam, kas dzīvo feldšerpunkta teritorijā, tāpat ir nepieciešams ģimenes ārsts. Pēdējos gados sāk iezīmēties tendence, ka lauku teritorijā trūkst ne tikai ģimenes ārsti, bet arī ārstu palīgi.
5. 2020. gadā primāras veselības aprūpes pakalpojumus nodrošina 111 feldšerpunkts. 22 feldšerpunkti ir Kurzemē, 37 – Latgalē, 48 – Vidzemē un 4 – Zemgalē.
6. Agrīna slimību diagnostika ir viensno būtiskākajiem posmiem veselības aprūpes sistēmā. Novēloti veiktu vai nepietiekamu izmeklējumu dēļ nereti slimības tiek diagnosticētas novēloti, kā rezultātā slimību ārstēšanai nepieciešams piesaistīt daudz lielākus resursus, kā arī atsevišķos gadījumos slimību ārstēšana nav iespējama. Slimību savlaicīgā diagnostikā liela nozīme ir **ģimenes ārsta nodrošinātajām profilaktiskajām apskatēm, kā arī pacienta līdzestībai.**
7. Tikai 30% pie ģimenes ārsta reģistrēto pieaugušo ir veikta profilaktiskā pārbaude 2018. gadā, un laika periodā no 2018. līdz 2019. gadam šis rādītājs būtiski nav mainījies. Statistikas dati liecina, ka 13 % iedzīvotāju pie sava ģimenes ārsta nav vērsušies ilgāk nekā 3 gadus, kas liedz pilnvērtīgi nodrošināt secīgu saslimšanu profilaksi visiem iedzīvotājiem.[[176]](#footnote-177)
8. Pēc Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma datiem 2018.gadā ģimenes ārstu vismaz reizi gadā apmeklējuši 80,1% iedzīvotāju (15-74 g.v.) (86,2% sieviešu, 73,5% vīriešu). Būtiski, ka 10,9% iedzīvotāju gaida vizīti pie ģimenes ārsta ilgāk kā nedēļu (2018. gada dati). Lai arī, gaidīšanas laiks pie ģimenes ārsta samazinās (2016. gadā ilgāk kā nedēļu gaidīja 18,8% iedzīvotāju), šis īpatsvars joprojām ir augsts [[177]](#footnote-178).
9. Ģimenes ārstu pieņemšana atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam nedrīkst būs īsāka par 20 stundām nedēļā, ja reģistrēto personu skaits praksē ir līdz 2000, tai skaitā ne mazāk par 15 stundām nedēļā pamatpraksē, ja ģimenes ārstam ir vairākas pieņemšanas vietas, un ne īsāka par 25 stundām nedēļā, ja reģistrēto personu skaits praksē ir vairāk nekā 2000 personas, tai skaitā ne mazāk par 19 stundām nedēļā pamatpraksē, ja ģimenes ārstam ir vairākas pieņemšanas vietas; Prakses darbalaiku nosaka ne mazāk par 40 stundām nedēļā, nodrošinot šajā laikā ģimenes ārsta vai ģimenes ārsta praksē nodarbinātas ārstniecības personas pieejamību ģimenes ārsta pamatprakses vietā.[[178]](#footnote-179) Ģimenes ārstu pieejamība brīvdienās, svētku dienās un darba dienu vakaros ir problemātiska. Veselības problēmu gadījumos ārpus ierastā ģimenes ārstu darba laika cilvēki palīdzību nereti meklē slimnīcu uzņemšanas nodaļās vai saucot neatliekamo medicīnisko palīdzību. Tādējādi nepamatoti ar gadījumiem, kas būtu atrisināmi primārās veselības aprūpes līmenī, tiek noslogotas slimnīcu uzņemšanas nodaļas un NMPD.
10. Ārpus ģimenes ārstu darba laika pacients var vērsties pie dežūrārsta, zvanīt uz Ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni 66016001, kā arī doties uz steidzamās medicīniskās palīdzības punktiem vai slimnīcu uzņemšanas nodaļām. Lai risinātu ģimenes ārstu pieejamības jautājumu visas dienas garumā, kā arī darba dienu vakaros un brīvdienās un savstarpēju aizvietojamību prombūtnes laikā, **uzsākta ģimenes ārstu sadarbības prakšu un primārās veselības aprūpes centru izveide.**
11. Mazas ģimenes ārsta prakses telpas var būt šķērslis efektīvai veselības aprūpes un profilaktiskās darbības realizācijai. Pilnvērtīgus PVA pakalpojumus pacientam var nodrošināt ģimenes ārsts kopā ar savu prakses komandu un šai komandai ir nepieciešams pietiekami plašas telpas un atbilstošs aprīkojums, lai komanda var efektīvi sniegt nepieciešamos primārās veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem.
12. Problēmas rada arī vides pieejamības neesamība pirms 2014. gada reģistrētās ģimenes ārstu praksēs. Ja ģimenes ārsts nolemj savu praksi kādu iemeslu dēļ slēgt, tad cits ārsts nevar atvērt praksi šajās telpās, kamēr vides pieejamība nebūs nodrošināta. Tāpat mazās praksēs var būt problēmas ar procedūru kabineta iekārtošanu. Ja praksē nav procedūru kabineta, pacientu nosūta veikt atbilstošas manipulācijas un vakcināciju uz citu ārstniecības iestādi, kas pacientam var būt apgrūtinoši. Mazās praksēs bieži ģimenes ārsts un medicīnas māsa dala vienu kabinetu. Bez apgrūtinošiem apstākļiem šaurības dēļ, pacienti dažreiz uzskata, ka medicīnas māsas klātbūtnē nevar ar ārstu izrunāt visas savas problēmas un tas nereti ir iemesls attiecīgam iesniegumam Veselības inspekcijai.
13. Ņemot vērā 2020. gadā apstiprināto administratīvi teritoriālo reformu, kas paredz administratīvā iedalījuma maiņu un pašvaldību skaita samazinājumu, izvērtēts, ka jaunajam dalījumam nebūs ietekmes uz ģimenes ārstu prakšu un veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu mājās un ģimenes ārstu pieejamību.[[179]](#footnote-180)
14. Attiecībā uz finansēšanas principiem NVD ģimenes ārstam par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu sedz:

* maksājumu (tai skaitā samaksu par reģistratora funkciju veikšanu), kuru aprēķina, ņemot vērā reģistrēto personu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā (kapitācijas nauda);
* izdevumus par ģimenes ārsta praksē veiktajām manipulācijām, kuras manipulāciju sarakstā norādītas kā ģimenes ārstam piemaksājamās manipulācijas, atbilstoši manipulāciju apmaksas nosacījumiem;
* fiksētos maksājumus un piemaksas;
* māsas, ārsta palīga (feldšera) un vecmātes darba samaksu mēnesī;
* samaksu par cita ģimenes ārsta aizvietošanu, ja aizvieto uz laiku, kas pārsniedz divus mēnešus, – atbilstoši aizvietojamās prakses mēneša ieņēmumu aprēķinam;
* pacienta līdzmaksājuma kompensāciju par personām, kuras atbrīvotas no pacienta līdzmaksājuma.

1. Pēc NVD datiem 2019. gadā, vērtējot 1199 ģimenes ārstu prakses atbilstoši noteiktajiem darbības rādītāju vērtēšanas kritērijiem, secināts, ka visus kvalitātes kritērijus izpildīja 4% no ģimenes ārstiem, 2% neizpildīja nevienu kritēriju, vairāk nekā pusi (vismaz 5) no 8 kritērijiem ir izpildījuši 41% ģimenes ārstu prakšu (2018. gadā – 40%).
2. Kā galvenās problēmas, kas kavē iegūt labus rezultātus ģimenes ārstu gada darbības novērtēšanas kritērijos ir nepietiekošs finansējums par kvalitātes kritēriju izpildi, kas sastāda tikai 4% no kapitācijas maksājuma un ir nepietiekami motivējošs. Cilvēkresursu trūkums ir problēma ģimenes ārstu prakses un komandas darba efektīvai organizācijai – trūkst māsu, nepieciešamā 3. medicīnas māsa. Būtiska problēma ir pacientu līdzestība – pacienti atsakās veikt nepieciešamus izmeklējumus (piemēram, slēpto asiņu izmeklējumu) un neatnāk uz pieņemšanu, kā arī pieejamais telpu skaits, aprīkojums, platība pakalpojumu sniegšanai.
3. Ģimenes ārsta praksei no valsts budžeta reizi gadā tiek maksāts **gada darbības novērtējuma maksājums** atbilstoši ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma rezultātiem. Ģimenes ārsta darbībā tiek vērtēta profilakse (veselības pārbaudes, bērnu vakcinācija, zarnu vēža skrīninga datu uzraudzība), pacientu ar hroniskām slimībām aprūpe (cukura diabēta pacientu aprūpe, pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe, pacientu ar bronhiālo astmu aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem), kā arī ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.
4. **Veselības aprūpe mājās** ir sertificētas māsas, ārsta palīga (feldšera), sertificēta fizioterapeita vai fizioterapeita asistenta, ergoterapeita vai audiologopēda sniegta veselības aprūpe pacientam viņa dzīvesvietā. Tā tiek sniegta gadījumos, kad pacientam nav nepieciešams atrasties slimnīcā, bet medicīnisku indikāciju dēļ, pacients nav spējīgs nokļūt pie ģimenes ārsta vai cita speciālista, kā arī, ja pacientam ir hroniskas saslimšanas un pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē, kā arī, ja pacients ir izrakstīts no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra pēc ķirurģiskas iejaukšanās. Par pacientam nepieciešamo veselības aprūpi mājās un tās prognozējamo ilgumu lemj ģimenes ārsts.
5. Valsts apmaksāto veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniegšana Latvijas teritorijā tika uzsākta 2009. gadā, un 2019. gadā līgums par veselības aprūpes mājās sniegšanu bija noslēgts ar 165 veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, savukārt uz 2020. gada februāri mājas aprūpes pakalpojumus nodrošināja 154 ārstniecības iestādes visās 119 Latvijas pašvaldībās – 110 novados un 9 republikas pilsētās. Lielākoties uz vienu pašvaldību ir divi mājas aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kas veido 27% no kopējā pakalpojumu sniedzēju skaita. Tikai 1 ārstniecības iestāde uz pašvaldību ir sastopama 9% gadījumos, 3 iestādes uz pašvaldību – 17% gadījumos, 4 iestādes uz pašvaldību – 11% gadījumos, 5 iestādes uz pašvaldību – 15% gadījumos, 6 iestādes uz pašvaldību – 7% gadījumos, 7 iestādes uz pašvaldību – 9% gadījumos, 8 iestādes uz pašvaldību – 2% gadījumos un 9 iestādes uz pašvaldību – 3% gadījumos.
6. Attiecībā uz finansēšanas un plānošanas principiem, lai nodrošinātu veselības aprūpi mājās – mākslīgo plaušu ventilāciju un bērnu parenterālo barošanu, kā arī fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizīšu apmaksu, NVD finanšu līdzekļus ārstniecības iestādēm plāno atbilstoši faktiski sniegtajam pakalpojumu apjomam iepriekšējā kalendāra gadā, izmantojot datus par pirmajiem deviņiem kārtējā gada mēnešiem.
7. Citiem veselības aprūpes pakalpojumiem finanšu līdzekļi ārstniecības iestādēm tiek plānoti atbilstoši iedzīvotāju skaitam attiecīgajā teritorijā, ievērojot noteiktus nosacījumus (piemēram, medikamentu ievadīšanai, ādas bojājumu aprūpei, urīna ilgkatetra maiņai un aprūpei, mākslīgās atveres (stomas) aprūpei, tai skaitā tuvinieku izglītošanai un apmācībai, kā arī enterālai barošanai caur zondi finanšu līdzekļus plāno pilsētām un novadu pagastiem – 2,90 eiro vienai personai; rehabilitācijas pakalpojumiem finanšu līdzekļus plāno novadiem – 0,51 eiro vienai personai; ja attiecīgajā teritorijā veselības aprūpi mājās nodrošina viena ārstniecības iestāde, līdzekļus piešķir konkrētajai ārstniecības iestādei pilnā apmērā; ja attiecīgajā teritorijā veselības aprūpi mājās nodrošina vairākas ārstniecības iestādes, līdzekļus proporcionāli sadala starp ārstniecības iestādēm atbilstoši sniegto veselības aprūpes pakalpojumu īpatsvaram attiecīgās teritorijas iedzīvotājiem, izmantojot datus par pirmajiem deviņiem kārtējā gada mēnešiem).
8. 2019. gadā veselības aprūpi mājās bija saņēmuši 16764 pacienti ar smagām saslimšanām. Kopā 2019. gadā ir veikti 357 915 veselības aprūpes mājās apmeklējumi, tai skaitā 46 714 apmeklējumi bijuši pie pacientiem, kuriem sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās. Salīdzinoši ar 2018. gadu, kopējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits ir samazinājies. Gadu dinamikā vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam ir samazinājies – vidēji 21,35 apmeklējumi. Vislielākais vidējais mājas apmeklējumu skaits vienam mājas aprūpes pacientam 2019. gadā vērojams Rīgas teritorijā (vidēji 23 apmeklējumi vienam pacientam).
9. Veselības aprūpes mājās aprūpes pakalpojumi pašlaik tiek nodrošināti visās Latvijas pašvaldībās, tomēr šī pakalpojuma nodrošinājums Latvijā nav vienmērīgs un atsevišķās teritorijās pakalpojumu sniedzēji „pārklājas”. Piemēram, ir gadījumi, kad veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzējs viena novada ietvaros ir gan ambulatorais centrs, gan slimnīca, gan privātuzņēmēji, gan ģimenes ārstu prakses. Šāda pieeja viena pakalpojuma nodrošināšanā rada šķēršļus vienotai pakalpojumu kvalitātes pārraudzībai un organizēšanai. Mājas aprūpes pakalpojumu sniegšana atsevišķos gadījumos ierobežota atbilstošā transporta neesamības dēļ.
10. No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāti zobārstniecības pakalpojumi bērniem līdz 18 gadu vecumam, pirmreizēja ortodontiskā konsultācija bērniem un ortodontiskā ārstēšana iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumā personām vecumā līdz 22 gadiem, zobārstniecības palīdzība patvēruma meklētājiem akūtā gadījumā, zobu protezēšana Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktajām personām, kurām izdevumus par zobārstniecības pakalpojumiem sedz 50% apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm – pilnā apmērā, zobu ekstrakcijas akūtos gadījumos vispārējā anestēzijā pacientiem ar I invaliditātes grupu, kas noteikta psihisko un uzvedības traucējumu dēļ.
11. 2018. gadā pārskatītie zobārstniecības pakalpojumu tarifi 2019. gadā atļāva saglabāt esošo zobārstniecības iestāžu skaitu, kas nodrošina pakalpojumus bērniem. Tika apturēta tendence, ka zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji zemo tarifu dēļ pārtrauc līguma attiecības. Uz 2018. gada novembri bija noslēgti 249 līgumi par zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu, savukārt uz 2019. gada decembri bija noslēgti 264 līgumi. 2018. gada laikā zobārstniecības iestādes nodrošināja 477 791 apmeklējumus, bet 2019. gada laikā 506 265 apmeklējumus, kas ir par 28 474 apmeklējumiem vairāk nekā pērn. 2019. gada sākumā tika noslēgts 251 līgums par valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu. Svarīgākais ir tas, ka tika panākta zobārstniecības līgumu skaita pozitīva dinamika, salīdzinot 2018. gada novembri ar 2019. gada decembri, ir 15 jauni zobārstniecības līgumi. Tādējādi ir izpildītas noteiktās ES saistības pa kompozīta materiāla plombu lietošanu zobārstniecībā no 2018. gada un apstādināta līgumpartneru samazinājuma tendence. 2019. gadā tika turpinātas iesāktās intervences, lai uzlabotu zobārstniecības pieejamību bērniem.
12. Lai gan, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, uz 2020. gada 1. janvāri ir samazinājies to valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju skaits, kur gaidīšanas rinda pārsniedz 30 dienas, tomēr atsevišķās pašvaldībās rinda uz zobārstniecības pakalpojumiem ir ļoti gara. Tā, piemēram, Liepājā rinda uz zobārstniecības pakalpojumiem ir 150 dienas.
13. Nozīmīga problēma iedzīvotājiem ir zobārstniecības pakalpojumu pieejamība, ko uzrāda zobārstu apmeklējuma dati. Saskaņā ar 2019. gada datiem, 13,5% iedzīvotāju neapmeklēja zobārstu, kaut bija nepieciešams. No tiem 72,7% kā iemeslu minējuši to, ka nevarēja atļauties. Zemāko ienākumu kvintiļu[[180]](#footnote-181) grupā šie dati ir daudz augstāki: attiecīgi 23,8% nav apmeklējuši zobārstu, no tiem atļauties to nevarēja 83,8%. Salīdzinot ar citām ES valstīm (vidēji ES 4,1%), Latvijā šis rādītājs ir visaugstākais (17,3% 2018. gadā).[[181]](#footnote-182)

## Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

1. **Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi** Latvijas iedzīvotāji var saņemt ambulatorajās un stacionārajās ārstniecības iestādēs. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi ir: ārstu speciālistu sniegtie pakalpojumi, (konsultācijas, diagnostiskie izmeklējumi, ārstnieciskās manipulācijas) dienas stacionāru pakalpojumi. Valsts apmaksātos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus pacients var saņemt ar ģimenes ārsta, ārsta vai speciālista nosūtījumu, vai arī pēc savas iniciatīvas, vēršoties pie tiešās pieejamības speciālistiem un veicot noteikto pacienta iemaksu.
2. Sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus sniedz individuālās ārstu prakses, ambulatorie centri un slimnīcu ambulatorās nodaļas. 42% ambulatoro apmeklējumu 2019.gadā bijuši ambulatorajās iestādēs un pārējie 58% - slimnīcu ambulatorajās nodaļās. NVD samaksas apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nosaka pēc faktiski veikto izmeklējumu, aprūpes epizožu vai dienas stacionāra gultasdienu skaita pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem 12 mēnešu laikā (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam). Samaksas apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem NVD, ievērojot plānošanā izmantojamos rādītājus, aprēķina noteiktā kārtībā.
3. No valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma, aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētā ārstniecības iestādē atbilstoši NVD vadības informācijas sistēmas datiem par 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam). Aprēķina prognozējamās vidējās izmaksas pacienta līdzmaksājumu kompensācijai par personām, kas atbrīvotas no pacienta līdzmaksājuma, vienam izmeklējumam vai aprūpes epizodei veselības aprūpes pakalpojumu veidos katrai ārstniecības iestādei atbilstoši NVD vadības informācijas sistēmas datiem par 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam). No valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma vai aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas reizina ar plānoto izmeklējumu vai epizožu skaitu. Nosakot līguma apjomus, finansējumu prioritāri novirza IV vai V līmeņa stacionārajām ārstniecības iestādēm. Ja kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpei ir samazināts, plānoto apjomu samazina visos veselības aprūpes pakalpojumu veidos, izņemot finansējumu, kas paredzēts bērnu un grūtnieču, kā arī tādu personu ārstēšanai, kuras saņēmušas onkoloģijas, hematoloģijas un nieru aizstājterapijas pakalpojumus, kā arī konsultācijas saistībā ar nieru vai aknu transplantāciju, ķīmijterapijas, staru terapijas pakalpojumus vai metadona aizvietojošo terapiju.
4. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi 2020. gadā sniedz 346 ārstniecības iestādes, ar kurām NVD bija noslēgts savstarpējs līgums par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.
5. **Dienas stacionārā** pacients, kuram nav nepieciešama ārstniecības personu aprūpe un uzraudzība visu diennakti, var saņemt diagnostiskos un citus veselības aprūpes pakalpojumus. Latvijā ir 20 dienas stacionāra veidi: Bērnu ķirurģija dienas stacionārā, Dienas stacionārs hronisko sāpju pacientu ārstēšanai, Gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā, Ginekoloģija dienas stacionārā, Invazīvā kardioloģija dienas stacionārā, Nieru aizstājterapija, Invazīvā radioloģija dienas stacionārā, Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā, Ķīmijterapija un hematoloģija dienas stacionārā, Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā, Neiroloģisko un iekšķīgo slimību ārstēšana dienas stacionārā, Otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā, Otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā, Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā, Rehabilitācija dienas stacionārā, Staru terapija dienas stacionārā, Traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija dienas stacionārā, Uroloģija dienas stacionārā, Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā un Robotizēta stereotaktiskā radioķirurģija.
6. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe sastāv no “nekvotētajiem” un no “kvotētajiem” pakalpojumiem. Pie “nekvotētajiem” pakalpojuma veidiem ietilpst tādi pakalpojumi, kā piemēram, profilaktiskie izmeklējumi (t.sk. skrīnings), nieru aizstājterapija, mammogrāfija, “zaļā koridora“ izmeklējumi u.c. Atsevišķa “nekvotēto” pakalpojumu sadaļa ir tāmes maksājumi (kabinetu pakalpojumi). Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe ir balstīta uz ikgadēju “kvotu” sistēmu, kas ir veidota, pamatojoties uz piešķirto ierobežoto ikgadējo finansējumu veselības aprūpei un ir rīks tās plānošanai. Taču Latvijas iedzīvotājiem tas ir papildu šķērslis, lai saņemtu nepieciešamo veselības aprūpi. Pakalpojumu pieejamībai ir cikliskas mainības raksturs, kas sakrīt ar “kvotu” izmaiņām, kā rezultātā pacienti nesaņem veselības aprūpi tad, kad tā viņiem ir nepieciešama. Lai izvairītos no ilgas gaidīšanas, daudzi cilvēki izvēlas veikt tiešos maksājumus.[[182]](#footnote-183) “Kvotu” sistēmas ierobežojumi pakalpojumiem rada garas rindas, liek šķēršļus piekļuvei un palielina personīgos maksājumus tiem, kas var atļauties maksāt par privāto veselība aprūpi.[[183]](#footnote-184) Vienlaikus ierobežojumus saņemt veselības aprūpes pakalpojumus nosaka arī “kvotu” neizpilde, ko veicina, piemēram, speciālistu trūkums ārstniecības iestādē. Uz 2020. gada 1. jūliju dienas stacionārā gaidīšanas rindas, kas pārsniedz 30 dienas ir tādos pakalpojumu veidos kā Koronarogrāfija, Koronārā angioplastija, Oftalmoloģija dienas stacionārā un Invazīvā radioloģija. Savukārt rindas pie speciālistiem ir pakalpojuma veidos kā Ģenētiķis, Flebologs, Hematologs, Asinsvadu ķirurgs, Gastroenterologs, Algologs, Endokrinologs, Rokas ķirurgs u.c. Garākās gaidīšanas rindas izmeklējumos ir uz Neirogrāfiju, Magnētisko rezonansi, Ehokardiogrāfiju, Angiogrāfiju, Doplerogrāfiju, Ultrasonogrāfiju u.c.
7. Lai uzlabotu ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visā Latvijas teritorijā atbilstoši iedzīvotāju daudzumam, paaugstinātu veselības aprūpei piešķirtā finansējuma izlietojuma efektivitāti, uzlabotu pakalpojumu kvalitāti un palielinātu konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, NVD kopš 2017. gada īsteno **stratēģisko pakalpojumu sniedzēju atlasi** šādās **ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu grupās**: ambulatorā mamogrāfija, medicīniskā apaugļošana, stacionārā ārstniecības iestādē plānveidā veicamā onkoloģiskā ārstēšana un pozitronu emisijas tomogrāfija ar datortomogrāfiju.[[184]](#footnote-185) Pirmo reizi pēc pirmā nostrādātā gada un turpmāk reizi gadā NVD novērtē pakalpojumu sniedzēju atbilstību kvalitātes kritērijiem, kur konstatējot kvalitātes kritēriju rādītājus uzraugāmā vai nepieņemamā līmenī, ir tiesīgs pārskatīt līguma nosacījumus vai izbeigt līgumu.

## Stacionārā veselības aprūpe

1. **Stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi** tiek nodrošināti universitātes slimnīcās, daudzprofilu slimnīcās, specializētajās slimnīcās un aprūpes slimnīcās[[185]](#footnote-186). Latvijā ir 61 stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs. No tiem 40 sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Stacionārās veselības aprūpes ietvaros tiek sniegti sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumi. Uz slimnīcu pacientu var nosūtīt primārās veselības aprūpes speciālisti, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālisti un atvest NMPD. Līdz ar to pakalpojumi tiek iedalīti neatliekamā palīdzība un plānveida pakalpojumi. Uz plānveidā nodrošināmajiem pakalpojumiem ārstniecības iestādes veido rindas. Katra iestāde veido savu rindu, līdz ar to pakalpojumu gaidītāju apkopojumā pacienti nav unikālie, tie var tikt uzrādīti rindā vairākās iestādēs.
2. Samaksu par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veic kā: 1) fiksētu maksājumu par DRG (diagnozēm piesaistītās grupas) stacionāra darbību, ikmēneša fiksētā piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību, observācijas gultu izveidošanu un uzturēšanu); 2) maksu par gadījumu – plānveida/neatliekamās programmas, kuras apmaksā pēc izpildes, nepārsniedzot līgumā noteikto apjomu; 3) samaksu pēc fakta – atbilstoši izpildei tiek apmaksāts pacientu iemaksas kompensācija par tiem iedzīvotājiem, kuri ir atbrīvoti no pacientu iemaksu veikšanas u.c. gadījumi; gultas dienas par pacientu aprūpi, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija; veselības aprūpes pakalpojumi ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, kā arī personām ar prognozējamu invaliditāti, pakalpojumi par zāļu rezistenta tuberkulozes pacienta paliatīvo aprūpi, trombolītiskie medikamenti un hemodialīzes manipulācijas, pavadošās personas atrašanās pie pacienta, piemaksa par onkoloģiskajām operācijām, piemaksa par urīnpūšļa fotodinamisku diagnostiku, piemaksa par akūtu rehabilitāciju, piemaksa par rehabilitāciju psihiatriskā profila pacientiem, piemaksa par lielo locītavu endoprotezēšanas operāciju sarežģītos gadījumos; 4) samaksa pēc iestādes rēķina **-** specifiski medikamenti un nestandarta endoprotēzes u.c.
3. Uz 2020. gada 1. jūliju visvairāk pacientu (11 023) ir rindā uz lielo locītavu endoprotezēšanu, kur gaidīšanas laiks svārstās atkarībā no tā, vai pakalpojums ar ārstu konsīliju tiek noteikts steidzamības kārtā, vai ierastajā rindas kārtībā. Ja pakalpojuma saņemšana noteikta ar konsīliju steidzamības kārtā, rinda uz pakalpojumu vidēji valstī ir 19 nedēļas, taču ja pakalpojums saņemams ierastajā kārtībā, rinda atkarībā no locītavas veida vidēji valstī svārstās no 65,8 nedēļām līdz 93 nedēļām.
4. Otra pakalpojumu grupa ar lielāko gaidītāju skaitu (1261) ir plānveida invazīvā kardioloģija, t.sk. Plānveida koronārā angiogrāfija, Plānveida perkutāna koronārā intervence ar angioplastiju, plānveida perkutāna koronārā intervence ar stentu sistēmas implantāciju, plānveida perkutāna koronārā intervence ar stentu sistēmas implantāciju, izmantojot papildus revaskularizācijas ierīces. Vidēji vairāk par diviem mēnešiem ir jāgaida tādi pakalpojumi kā Mugurkaulāja saslimšanu un traumu ķirurģiska ārstēšana, Mikroķiruģija pieaugušiem, atsevišķi plānveida īslaicīgās ķirurģijas pakalpojumi, Elektrokardiostimulācija, EKS implantācija, ICD (intrakardiālā defibrilatora) implantācija, CRT, CRTD implantācija resinhronizācijai, radiofrekventā katetra ablācija, Aortālā vārstuļa transkatetrāla implantācija (TAVI), Hepatobiliārā ķirurģija, Cilmes šūnu transplantācija, Smagu sakodiena anomāliju stacionārā ārstēšana, Plānveida koronārā angiogrāfija un citi pakalpojumi.
5. Lai paaugstinātu veselības aprūpei piešķirtā finansējuma izlietojuma efektivitāti, uzlabotu pakalpojumu kvalitāti un palielinātu konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, NVD kopš 2017. gada īsteno **stratēģisko pakalpojumu sniedzēju atlasi** šādās **stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu grupās**: stacionārā ārstniecības iestādē plānveidā veicamā onkoloģiskā ārstēšana un kopš 2018. gada stacionārā medicīniskā otrā etapa rehabilitācija.[[186]](#footnote-187)
6. Diennakts stacionārā ārstēto pacientu skaits joprojām nedaudz pārsniedz ES vidējo rādītāju. Latvijas pacienti slimnīcā uzturas vidēji 8,0 dienas, šis rādītājs ir tāds pats kā vidēji ES (8,0 dienas).
7. Kopējais gultu skaits slimnīcās uz vienu iedzīvotāju Latvijā kopš 2000. gada ir samazinājies par vairāk nekā vienu trešdaļu, sarūkot no 8,8 uz 1000 iedzīvotāju 2000. gadā uz 5,4 – 2019. gadā, taču tas joprojām ir lielāks nekā vidēji ES (5,2). COVID-19 izplatība ir ienesusi korekcijas stacionāro pakalpojumu organizēšanas un saņemšanas kārtībā – kopējais gultu skaits slimnīcās 2020. gadā ir samazināts saistībā ar nepieciešamību nodrošināt papildu platību pacientam.
8. 2018. gadā noteikts stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju dalījums pa līmeņiem, tai skaitā noteikti katram līmenim sniedzamo pakalpojumu veidi. Definēti 7 līmeņi, t.sk. trīs V līmeņa ārstniecības iestādes, septiņas IV līmeņa ārstniecības iestādes, septiņas III līmeņa ārstniecības iestādes, četras II līmeņa ārstniecības iestādes, piecas I līmeņa ārstniecības iesatādes, trīs V līmeņa specializētās ārstniecības iestādes, deviņas specializetās iestādes bez iedalījuma līmeņos un divas aprūpes iestādes. Minētās prasības stājās spēkā 01.04.2019.[[187]](#footnote-188) Turpmāk katru gadu, izvērtējot katras slimnīcas spēju nodrošināt normatīvajā regulējumā noteikto ārstniecības personu pieejamību, noslodzi un pakalpojumu pieejamību, tiks pārskatīta slimnīcu sniegto pakalpojumu atbilstība piešķirtajam slimnīcu līmenim. 1.posma slimnīcu līmeņu pārskatīšana notiek 2020. gadā.
9. Reģionālo stacionāro veselības aprūpes iestāžu infrastruktūras attīstībā ir veikti ievērojami ieguldījumi, atbalstot iestāžu pāreju uz pakalpojumu sniegšanu atbilstoši jauniem aprūpes līmeņiem.
10. Ārstniecības iestādes pie esošiem tarifiem bez papildu publiskā finansējuma atbalsta nevar nodrošināt nepieciešamo medicīnisko iekārtu atjaunošanu, jo īpaši dārgo tehnoloģiju iegādi, kā arī nodrošināt investīcijas pārējās infrastruktūras atjaunošanā.
11. No valsts veselības aprūpes budžeta līdzekļiem tiek nodrošināts aprūpes gultu pakalpojums, kas lielākoties tiek sniegts nevis pēc akūtiem gadījumiem, bet gan hronisku saslimšanu gadījumos kontekstā ar iedzīvotāju sociāliem apstākļiem, piemēram, nespēju sevi aprūpēt, nodrošināt sev vienkāršu sadzīvisku aprūpi un tuvinieku atbalsta trūkumu. Aprūpes gultu pakalpojums zināmā mērā dublē sociālās aprūpes institūcijās pieejamo īslaicīgo sociālo aprūpi (turpmāk – sociālās gultas) personām, kuras funkcionālo traucējumu dēļ nevar pašas sevi aprūpēt un kurām ārstēšanās stacionārā nav pamatota ar medicīniskajām indikācijām, kā arī pēcoperācijas periodā, atveseļošanās periodā vai līdz pakalpojuma saņemšanai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā. Sociālo gultu pakalpojumu ir tiesīgas saņemt personas, kuras atbilst minētajiem kritērijiem, kā arī personas, kuras veselības stāvokļa dēļ nevar sevi aprūpēt, trūcīgās personas, personas bez noteiktas dzīvesvietas, personas, kuras nonākušas krīzes situācijā. Jāpārskata aprūpes un sociālo gultu pakalpojuma nodrošināšanas kārtība, lai mazinātu pakalpojumu pārklāšanos.
12. Obligātās prasības ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām paredz, ka, ja ārstniecības iestādi izvieto augstāk par ēkas pirmo stāvu, tajā jāparedz liftu vai slīdošās slīpnes visu stāvu līmeņos. Tāpat katrā ēkas stāvā ir jābūt pieejamai vismaz vienai tualetes telpai personām ar ierobežotām funkcionālām spējām. Šādas prasības stājās spēkā ar 2014. gada 1. janvāri.
13. Viena no pamata prasībām ārstniecības iestādēm ir vides pieejamība personām ar ierobežotām funkcionālām spējām, un līdz 2014. gada 1. janvārim visās iestādēs bija jānodrošina nepieciešamie uzlabojumi, lai pacienti ratiņkrēslā varētu patstāvīgi iekļūt un pārvietoties ikvienā ārstniecības iestādē.

## Neatliekamā medicīniskā palīdzība

1. **Neatliekamā medicīniskā palīdzība** tiek sniegta gadījumos, kad ir apdraudēta pacienta veselība vai dzīvība pēkšņas saslimšanas vai ievainojuma dēļ.
2. Izveidojot vienotu neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu un uzlabojot tā infrastruktūru, tika nodrošināta efektīva neatliekamās medicīniskās palīdzības organizēšana un savlaicīga palīdzības sniegšana, savukārt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu koncentrēšana palielina pirmsslimnīcas etapa palīdzības nozīmi veselības aprūpes sistēmas funkcionēšanā, jo attālumi līdz atsevišķiem stacionāriem, kuros savlaicīgi jānogādā pacients veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, palielinās, līdz ar ko jāstiprina brigāžu spēja savlaicīgi nodrošināt pakalpojumu.
3. NMPD brigāžu izpildīto izsaukumu skaits ir mainīgs gadu no gada, no 459 701 2011.gadā līdz 364 914 2019. gadā. Būtiski, ka 2019. gadā 35,7% no visiem neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumiem bija tā sauktie sekundārie izsaukumi, kuri pēc būtības neatbilst pirmsslimnīcas NMPD tiešajai funkcijai. Viszemākais sekundāro (nepamatoto) izsaukumu īpatsvars vērojams vasaras un rudens mēnešos, bet visaugstākais – ziemā un pavasarī. Tas skaidrojams ar gripas epidēmiju un paaugstinātu saslimstību ar akūtām elpošanas ceļu vīrusinfekcijām ziemas un pavasara sezonās, kad iedzīvotāji pastiprināti vēršas NMPD ar sūdzībām par augstu temperatūru, galvassāpēm, nogurumu un citām akūtu vīrusinfekciju radītām blakusparādībām.[[188]](#footnote-189)
4. Visbiežāk neatliekamās palīdzības izsaukšanai joprojām tiek izmantots atsevišķais tālrunis 113, taču vērojama tendence, ka jaunāki respondenti biežāk zvana uz citu tālruņa numura (aptaujā tas nav vaicāts, bet tiek pieņemts, ka tas varētu būt 112), integrējot NMPD palīdzību palīdzības sistēmā kopumā.[[189]](#footnote-190)
5. NMPD izsaukumu izpildei kopumā ir vairāk kā 280 operatīvo medicīnisko transportlīdzekļu (OMT). Vidējais nobraukums ir 60 000 km/gadā, kas norāda uz nepieciešamību nepārtraukti atjaunot un uzturēt autobāzi, gadā iegādājoties vismaz 40 jaunus OMT. OMT iegādei budžetā ik gadu ir pieejami 1,67 milj. eiro, kā rezultātā ik gadu tiek veikta tikai 15-17 OMT nomaiņa, kas ir nepietiekams finansējums OMT parka atjaunošanai. Atjaunojot OMT parku ar esošajiem budžeta līdzekļiem, jau tikai uz 2021. gadu NMPD turpinās izmantot kā pastāvīgos brigādes transportlīdzekļus vismaz 38 OMT, kas ir faktiski izsmēluši savus tehniskos resursus (virs 400 000 km nobraukums). Līdz ar to kritiski svarīgi ir nodrošināt NMPD nepieciešamo infrastruktūru neatliekamās palīdzības sniegšanai iedzīvotājiem, kas, lai arī gadu gaitā veikti atsevišķi uzlabojumi, ir novecojusi.
6. Līdz šim NMPD bijis pieejams šāds ES fondu (ERAF) finansējums OMT autoparka atjaunošanai: 2004.-2006. gada plānošanas periodā tobrīd specializēto medicīnu nodrošinošais Katastrofu medicīnas centrs, iegādājās 20 OMT, par kopējo summu 1 804 546 eiro 2007.-2013. gada plānošanas periodā NMPD iegādājās 160 OMT, par kopējo summu 16 401 395 eiro, savukārt 2014.-2020. gada plānošanas periodā ES fondu finansējums NMPD nebija pieejams
7. Ir aprēķināts, ka laika periodā no 2021.-2027. gadam NMPD nepieciešams iegādāties vismaz 238 OMT, kam pēc šā brīža aprēķiniem nepieciešams papildus finansējums vidēji 1,7 miljoni eiro katru gadu. Potenciālie riski, ja šo OMT iegāde netiks nodrošināta, var rezultēties izsaukumu atteikumu skaita pieaugšanā, kam ir negatīva ietekme uz pakalpojuma pieejamību un attiecīgi pacientu veselību un dzīvību. Tāpat pieaugs risks, ka OMT bojājumu gadījumā netiks nodrošināts normatīvajos aktos noteiktais laiks nokļūšanai izsaukuma vietā.
8. Ārkārtējās situācijas apstākļiem nepietiekama NMPD ir nepietiekošs personāla resurss, līdz ar ko ir papildus nepieciešamas NMPD brigādes. Šobrīd NMPD ir 195 brigādes, papildus nepieciešamas 16 brigādes.
9. NMPD nav iespēja tiešsaistē saņemt informāciju par ārstniecības iestādēs pieejamajiem resursiem, piemēram, – brīvo gultu skaitu. Lai operatīvi veiktu informācijas apmaiņu starp iesaistītajām institūcijām un stacionārajām ārstniecības iestādēm ārkārtas situācijās, tai skaitā Covid-19 apdraudējuma gadījumā, ir izstrādāta ODP – elektroniska un centralizēta tiešsaistes sistēmas stacionāro ārstniecības iestāžu resursu operatīvai un statistisko datu apzināšanai, kuru. nepieciešams integrēt ar e-veselības sistēmu un ārstniecības iestāžu informācijas sistēmām, lai mazinātu informācijas pieprasījuma plūsmu slimnīcām no dažādām institūcijām un nodrošinātu operatīvu informācijas ieguvi no ārstniecības iestādēm. ODP ieviešana izslēgs datu interpretācijas iespējas, kā arī nodrošinās iespēju hospitalizēt pacientu uz tuvāko brīvo slimnīcu.

## Farmaceitiskā aprūpe

1. Farmaceitiskā aprūpe ir atbildīga zāļu terapijas nodrošināšana ar mērķi sasniegt noteiktu rezultātu, kas uzlabo pacienta dzīves kvalitāti, un tā ietver procesus, kurā farmaceits sadarbojas ar pacientu un citiem speciālistiem izstrādājot, īstenojot un pārraugot terapeitisko plānu, kas pacientam sniegs noteiktus terapeitiskos rezultātus.[[190]](#footnote-191) Farmaceitiskā aprūpe tieši un vispusīgi risina pacientu zāļu vajadzības un viņu dzīves kvalitātes jautājumus. Tādējādi tā sekmē veselības aprūpes speciālistu kopējos centienus nodrošināt uz pacientu orientētu aprūpi un optimizēt zāļu lietošanu. Farmaceitiskā aprūpe ietver šādas funkcijas:

1) potenciālo un reālo ar zālēm saistīto problēmu identificēšanu,

2) reālu ar zālēm saistītu problēmu risināšanu,

3) ar zālēm saistītu problēmu novēršanu.[[191]](#footnote-192)

1. Farmaceitiskā aprūpe ir primārās un sekundārās veselības aprūpes sastāvdaļa, ko savas kompetences ietvaros veic farmaceits vai klīniskais farmaceits.[[192]](#footnote-193)
2. Latvijā ir jāstrādā pie farmaceita lomas stiprināšanas farmaceitiskās aprūpes īstenošanā, tai skaitā hronisko pacientu aprūpē primārajā aprūpē sadarbībā ar ģimenes ārstiem, jo īpaši, dažādu speciālistu nozīmēto zāļu un to devu salāgošanu *(medication reconciliation, review)*, kas ir vispārpieņemta prakse daudzās valstīs. Latvijā šāda prakse paaugstinātu gan pacientu drošību, gan veicinātu racionālu un efektīvu zāļu lietošanu. Farmaceitiem un ārstniecības personām, tai skaitā medicīnas māsām, kuras ir iesaistītas zāļu izrakstīšanā un kas kopā ar farmaceitiem visbiežāk ir iesaistīti pacienta zāļu vajadzību nodrošināšanā, ir jāgūst ievērojams labums no farmaceitiskās aprūpes ieviešanas. Starpdisciplinārai sadarbībai farmaceitiskajā aprūpē jāuzlabo komandas darbs un jāsamazina ar zālēm saistīto kaitējumu.
3. Līdz ar farmaceita integrēšanu **multidisciplinārās veselības aprūpes komandā un farmaceita lomas veicināšanu veselības aprūpes īstenošanā ir jābalstās uz labas aptieku prakses principiem:**

1) farmaceits visās situācijās galveno apsver pacienta labklājību;

2) visos zāļu piegādes un atbilstošas ​​lietošanas nodrošināšanas procesos ņemt vērā pacienta veselību, sabiedrības veselību un vidi;

3) aptiekas pamatdarbību, kas ir atbilstošas kvalitātes ārstniecības līdzekļu un citu veselības aprūpes produktu, tai skaitā uztura bagātinātāju, ķermeņa kopšanai paredzēto produktu izplatīšana ar atbilstošu kvalitāti, atbilstošas informācijas un padomu sniegšana pacientam, kā arī nepieciešamības gadījumā terapijas nozīmēšana un zāļu lietošanas ietekmes uzraudzība;

4) farmaceita ieguldījuma integrāla daļa ir racionāla, ekonomiska, tai skaitā izmaksu efektīva, zāļu izrakstīšanas veicināšana, kā arī izsniegšana;

5) katra aptiekas pakalpojuma elementa mērķis attiecas uz pacientu, ir skaidri noteikts un efektīvi paziņots visām iesaistītajām pusēm. Multidisciplināra sadarbība starp veselības aprūpes speciālistiem ir galvenais fktors, lai sekmīgi uzlabotu pacientu drošību.[[193]](#footnote-194)

1. **Neracionāla zāļu lietošana** mūsdienās ir viena no pacientu aprūpes lielākajām problēmām pasaules mērogā. PVO datos minēts, ka aptuveni puse medikamentu tiek izrakstīti, iegādāti un lietoti nepareizi.[[194]](#footnote-195) Izplatītākie neracionālas zāļu lietošanas veidi: pārāk daudzu medikamentu lietošana vienlaikus jeb polifarmācija. Neracionālas zāļu lietošanas gadījumā samazinās zāļu terapijas kvalitāte; palielinās blakusparādību risks, kā arī var veidoties rezistence pret noteiktiem medikamentiem; tiek iztērēti lieki finanšu līdzekļi; samazinās uzticība veselības aprūpes sistēmai.Zāļu mijiedarbības un blakusparādību nelabvēlīgās sekas var novest pie hospitalizācijas vai priekšlaicīgas mirstības, kas ir novēršami.[[195]](#footnote-196)[[196]](#footnote-197) Daudzos mijiedarbību gadījumos pastāvēja paaugstināts nelabvēlīgu blakņu risks vai iespējamība zaudēt zāļu terapeitisko iedarbību.[[197]](#footnote-198)
2. Gadījumos, kuros zāļu mijiedarbības un blakusparādību nelabvēlīgās sekas var novest pie hospitalizācijas vai priekšlaicīgas mirstības, kas būtu bijusi novēršama, farmaceitiskā aprūpē ir svarīgi, ka pacienti ievēro rekomendācijas, tādējādi mazinot  zāļu lietošanas periodā zāļu nelabvēlīgas mijiedarbības, blakusparādību, nepietiekamas zāļu terapeitiskās iedarbības, un antimikrobās rezistences iespējamos riskus.
3. Latvijā **ir plaša bezrecepšu zāļu lietošana**, kas ievērojami pārsniedz šādu zāļu lietošanu citās ES valstīs.[[198]](#footnote-199) 2014. gadā bezrecepšu medikamentus, vitamīnus vai augu valsts līdzekļus, ko nav izrakstījis ārsts, lietoja 54% Latvijas iedzīvotāju vecumā virs 14 gadiem.[[199]](#footnote-200)
4. Zāļu patēriņa sadalījums pēc to izsniegšanas kārtības (recepšu vai bezrecepšu zāles) vērtējams kā nemainīgi stabils, No visu realizēto iepakojumu skaita laika posmā no 2016. -2018. gadam bezrecepšu zāles sastādīja attiecīgi 44%-42% no visu realizēto iepakojumu skaita, bet recepšu zāles attiecīgi 56%-58% recepšu zāles.[[200]](#footnote-201)

## Transplantācija un asins komponentu transfūzijas

1. Orgānu un audu donoru skaits pēdējos gados ir salīdzinoši zems (vidēji 25 līdz 30 potenciālie orgānu donori gadā un vidēji 15 līdz 17 potenciālie audu donori gadā), ko ietekmē gan donoru apjoms valstī, ārstniecības iestāžu pasīva iesaiste ziņošanā par potenciālajiem orgānu donoriem, kā arī ierobežotās iespējas orgānu apmaiņai ar citām valstīm. Piemēram, kopš 2017. gada nenotiek orgānu apmaiņa ar Igauniju, jo tā ir kļuvusi par Scandiatransplant orgānu apmaiņas organizācijas biedri, kas liedz iespēju Igaunijai tiešā veidā veikt orgānu apmaiņu ar Latviju.
2. No 2018. gada 2. jūnija reto slimību pacientiem saskaņā ar ārstu konsīlija atzinumu tiek nodrošināta valsts apmaksāta plaušu transplantācija. Plaušu transplantācijas operāciju Latvijā neveic, to nepieciešams veikt ārpus Latvijas. Plaušu transplantācija ir vienīgais no visiem transplantācijas veidiem, kas Latvijas pilsoņiem vairs nav pieejams, jo līdzšinējā transplantācijas operāciju vieta – Tartu universitātes slimnīca pievienojās Scandiatransplant tīklam un nodrošina plaušu transplantācijas tikai sadarbības tīkla valstīm. Tā kā Latvija nav ne Scandiatransplant tīkla, ne kādas citas starptautiskas orgānu apmaiņas organizācijas dalībvalsts, Latvijas iedzīvotājiem ir būtiski apgrūtinātas iespējas veikt valsts apmaksātu plaušu transplantāciju.
3. Audu donoru skaitu galvenokārt ietekmē tas, ka iedzīvotāji, iespējams, informācijas trūkuma dēļ, neizmanto iespēju dzīves laikā paust savu gribu par audu, orgānu un ķermeņa izmantošanu pēc nāves.
4. Mazā donoru skaita dēļ samazinās veikto transplantāciju skaits, piemēram, 2017. un 2018. gadā veiktas līdz 40 nieru transplantācijas gadā (salīdzinājumam līdz 2017. gadam tika veiktas vidēji 60-80 nieru transplantācijas gadā). Arī Eiropas Veselības patērētāju indeksa (Euro Health Consumer Index) dati liecina, ka nieru transplantāciju skaits (uz 1 milj. iedzīvotāju) Latvijā 2016. un 2017.gadā bija nepietiekamā līmenī (lai sasniegtu labu līmeni, nepieciešamas vairāk par 40 nieru transplantācijām gadā (uz 1 milj. iedzīvotājiem)).[[201]](#footnote-202)
5. Šobrīd ir būtiski ierobežotas iespējas iegūt orgānus no donoriem, kuriem konstatēta sirdsdarbības apstāšanās. Minētais saistīts ar to, ko orgānu ieguve no šīm personām medicīniski iespējama ierobežoti īsā laikā pēc sirdsdarbības apstāšanās, savukārt 2019. gadā veikto likumdošanas[[202]](#footnote-203) izmaiņu rezultātā mirušās personas dzīves laikā izteiktās gribas aizliegt vai atļaut izmantot tās orgānus pēc nāves noskaidrošana ir kļuvusi laikietilpīgāka.
6. Dažādu slimību un traumu gadījumos ir nepieciešamība pēc audu aizvietošanas. Ārstniecības iestādes ar acu un kaulu audu transplantātiem nodrošina VTMEC nesterila jēlmateriāla veidā. Kaulu transplantāti līdz 2018. gada maijam tika nodrošināti atbilstoši pieprasījumam tādā apjomā, lai TOS varētu sagatavot sterilus kaulaudu transplantātus (sadarbībā ar Latvijas Universitātes Cietvielu fizikas institūtu tie tika sterilizēti Gamma starojumā) un veidot nelielus sterila operācijas materiāla uzkrājumus to izmantošanai pēc nepieciešamības. Taču, ņemot vērā augsto pieprasījumu pēc daudzveidīgiem steriliem audu transplantātiem, zemā donoru skaita dēļ iegūto kaulaudu daudzums ne vienmēr bija pietiekams.
7. Latvijā šobrīd netiek sagatavoti kaulu allotransplantāti un nav iespējams veikt audu aizvietošanas operācijas, kas savukārt var samazināt pacientu izveseļošanās iespējas un palielināt invaliditātes risku. Pieprasījums pēc kaula struktūru stabilizējošiem un uzturošiem implantiem, tostarp kaula allotransplantātiem, joprojām ir augsts.
8. Lai nodrošinātu pieprasījumu pēc moderniem allotransplantātiem, īpaši kaulu onkoloģijā, t. sk. bērniem, nepieciešams modernizēt audu ieguves un apstrādes tehnoloģijas un turpināt pētījumus. Transplantējamo audu ieguves un apstrādes sistēma Latvijā ir nepilnīgi attīstīta ne tikai no infrastruktūras, bet arī audu ieguves organizācijas procesa viedokļa, tas ir, transplantējamo audu ieguve ir koncentrēta tikai Rīgā.
9. Stabilai un pietiekošai asins krājuma uzturēšanai nepieciešami aktīvi regulārie donori. Asins komponentus no citiem ārstnieciskiem līdzekļiem atšķir izejvielas specifika. Lai sagatavotu asins komponentus, ir vajadzīgi brīvprātīgi, veseli donori, kuri jāmotivē regulārai asins ziedošanai, citu cilvēku dzīvības glābšanai un veselības saglabāšanai.
10. Latvijā transfūzijām tiek sagatavotas 49877 (2017.g.), 52295 (2018.g.) un 52 532 (2019.g.) devas gadā. Donoru īpatsvars, kuri asins ziedo regulāri ir 43%. Salīdzinoši ar 2018. gadu regulāro donoru donoru īpatsvars ir palielinājies par 1,2%-punktiem (2018. gadā. – 41,8%, 2017. gadā – 41,6%, 2016. gadā – 37,8%, 2015. gadā – 31%). 2019. gadā par 1,7% punktiem– pieaudzis donoru skaits, kuri asinis ziedo trešo un ceturto reizi gadā.
11. Neskatoties uz iedzīvotāju vecuma struktūru un migrācijas tendencēm, **pēdējo divu gadu laikā donoru skaitu izdevies palielināt**. Svarīgi ir šo pieaugumu noturēt esošajā līmenī un nodrošināt ārstniecības iestāžu pieprasījumu pēc asinis komponentiem. 2018. gadā, salīdzinot ar 2017. gadu, slimnīcu pieprasījums pēc EM palielinājās par 11,9%.Asins komponentu transfūzija ir viena no invazīvajām ārstēšanas procedūrām, tādēļ pacientu drošība ir ļoti svarīgs aspekts. Asins un asins komponentu kvalitāti un drošību vienlīdz ietekmē visi posmi, sākot no rūpīgas donoru atlases, beidzot ar kvalitatīvu asins paraugu laboratorisko izmeklēšanu, jo jebkura transfūzija ir saistīta ar asins transmisīvo slimību risku un transfūziju reakcijām ar neatgriezeniskām, reizēm fatālām sekām.
12. Ir nepieciešams ieviest vairākus asins komponentu kvalitātes paaugstināšanas pasākumus, tādus kā EM filtrāciju, jo tehnoloģijām attīstoties praktiski visas Eiropas Savienības valstis (izņemot Latviju) jau šo pasākumu ir ieviesušas. Latvijā ekonomisku apsvērumu dēļ šobrīd EM filtrē bērniem, onkohematoloģiskajiem slimniekiem, pacientiem pēc orgānu transplantācijām, kas sastāda tikai 3,5% no valstī sagatavotajām EM devām. EM filtrācija nepieciešama, lai paaugstinātu sagatavojamo asins komponentu drošību un samazinātu agrīnās un vēlīnās komplikācijas pacientiem, kuru ārstēšana prasīs finanšu resursus (ārstēšana, gultas dienu skaits, invaliditāte).
13. Neveicot asins komponentu mikrobioloģisko monitoringu pastāv infekciju transmisijas risks, kas pacientam var izsaukt dažāda smaguma pakāpes transfūziju blaknes (sepsi, bakteriālu šoku, baktēriju endotoksīnu inducētas plaušu problēmas). Bakteriālas infekcijas transmisija palielina saslimstības smagumu un ilgumu, rada draudus pacienta dzīvībai un daudzkārt palielina ārstēšanas izmaksas.

## Tiesu medicīniskā ekspertīze

1. Tiesu medicīniskā ekspertīze tiek veikta prettiesiskos nodarījumos cietušām personām, gadījumos, ja tiek konstatēta vardarbīga nāve vai aizdomas par tādu, ja ir jāveic personas veselības stāvokļa novērtēšana vai ir aizdomas par ārstniecības personu profesionālās darbības nepienācīgu pildīšanu. Tiesu medicīnas eksperti procesa virzītāja uzdevumā piedalās notikuma vietu apskatēs, veic steidzamas tiesu medicīniskās ekspertīzes dzimumnoziegumos, kā arī pēc pieprasījuma juridiskām un privātpersonām sniedz maksas pakalpojumus.
2. Tiesu medicīnas ekspertīzes funkciju nodrošina VTMEC, kas veic vidēji 18 000 tiesu medicīniskās ekspertīzes un izpētes gadā. Vairāk kā 10 000 ekspertīzes gadā tiek veiktas dzīvām personām. Pašreiz ekspertīzēs, kas saistītas ar miesas bojājumu smaguma pakāpes noteikšanu, nepieciešamos papildizmeklējumus cietušām personām veic ar ģimenes ārsta nosūtījumu. Lai mazinātu ģimenes ārstu noslogojumu, kā arī saīsinātu ekspertīžu termiņus un uzlabotu ekspertīžu kvalitāti, lietderīgāk būtu veikt izmeklējumus un saņemt speciālistu konsultācijas pēc iespējas ātrāk no cietušā apsekošanas brīža pēc tiesu medicīnas ekspertu norīkojuma, apmaksājot tos no valsts budžeta līdzekļiem.
3. VTMEC gadā veic 2 500–3 000 mirušo autopsijas, (t.i., ~9% no mirušo skaita valstī), tādējādi atklājot vardarbīgas nāves gadījumus arī tad, ja ārēji vardarbīgas nāves pazīmes nav konstatētas. VTMEC ir arī viens no galvenajiem iedzīvotāju saslimstības (t. sk. ar sirds un asinsvadu, infekcijām, onkoloģiskām u. c. saslimšanām) un ar to saistīto nāves cēloņu statistikas datu sniedzējiem valstī, kas balstīta uz veikto autopsiju un laboratorisko izpēšu objektīvo atradi. Tiesu medicīnas ekspertu izglītība un kvalifikācija atbilstoši apstiprinātai medicīniskai tehnoloģijai “Līķa patologanatomiskās izmeklēšanas tehnoloģijas” nepieciešamības gadījumā ļauj aizvietot radniecīgās specialitātes ārstus, nodrošinot patologanatomu funkcijas veselības aprūpes sistēmā.
4. Teritoriāli VTMEC struktūrvienības izvietotas Rīgā (četras laboratorijas un divas nodaļas) un reģionos – četras reģionālās nodaļas, kas izvietotas deviņās teritoriālajās vienībās, un atrodas III un IV līmeņa slimnīcu teritorijā, izņemot Bausku, Pļaviņas un Tukumu. VTMEC sešās tiesu medicīnas ekspertīzes nodaļās veic dzīvo un mirušo personu tiesu medicīnisko ekspertīzi, un četrās laboratorijās, nodrošina bioloģiskā materiāla, t. sk. lietisko pierādījumu, laboratorisko izpēti un ekspertīzi. VTMEC dislokācija III un IV līmeņa slimnīcās un vienota patoloģijas un tiesu medicīnas infrastruktūra un iespējams ekspertu dienesta ieviešana VTMEC padotībā dotu iespēju nodrošināt operatīvu tiesu medicīnas eksperta apskati mājās un slimnīcā mirušajiem, gadījumos, ja rodas aizdomas par vardarbīgu nāvi, tādējādi risinot praksē vērojamās problēmas, veicinot savstarpējo sadarbību ar slimnīcu patoloģijas nodaļām, uzlabojot veikto ekspertīžu un patologanatomisko izmeklējumu (autopsiju) kvalitāti, atrisinot jautājumu par personāla aizvietojamību un vienlaikus esot pastāvīgā gatavībā izmantošanai ārkārtas situāciju gadījumos.
5. VTMEC centrālā ēka Rīgā ir būvēta pagājušā gadsimta 80. gados. Lai nodrošinātu efektīvu tiesu medicīnisko ekspertīžu procesu realizāciju, esošās telpas ir nepiemērotas un neatbilst mūsdienu prasībām. Pārsvarā visās VTMEC struktūrvienībās, izņemot Jelgavu un Ventspili, infrastruktūra un materiāli tehniskā bāze ir nolietojusies (tiesu medicīnas funkcijas veikšanai nepieciešamo tehnoloģiju un tehnisko iekārtu kopējais nolietojums ir 95%), neatbilst mūsdienu prasībām, atrodas kritiskā stāvoklī un rada draudus ne tikai VTMEC spējām nodrošināt ekspertīzes un izpētes esošajā apjomā un kvalitātē, bet ir būtisks šķērslis jaunu iespēju attīstīšanai. Novecojusī infrastruktūra un iekārtas palielina arī darba vides kaitīgo faktoru (bioloģisko, ķīmisko, fizikālo, ergonomisko u.c.) ietekmi uz darbinieku drošību un veselību. Lai novērstu laboratoriju darba pilnīgu apstāšanos atsevišķos tehnoloģiskos posmos, kā arī nodrošinātu ekspertīžu un izpētes tehnoloģiskos procesus esošajā līmenī, nepieciešams savlaicīgi atjaunot un pilnveidot laboratoriju tehnisko bāzi, t.i., iegādāties aparatūru un iekārtas, uzturēt tās.
6. Finansējums VTMEC infrastruktūras uzturēšanai, reaģentu, laboratorijas preču, medicīnas instrumentu iegādes, informācijas tehnoloģiju pakalpojumu izdevumu segšanai un kapitālo iegāžu veikšanai ilgstoši ir bijis nemainīgs, līdz ar to kopumā nav veicinājis VTMEC pamatdarbības attīstību sniedzot mūsdienīgus pakalpojumus ar atbilstošu tehnoloģiju un infrastruktūras nodrošinājumu.
7. VTMEC funkciju īstenošanā svarīgākais priekšnosacījums ir zinošs, profesionāls un motivēts personāls. Rīgā ārstniecības personu un to atbalsta personāla nodrošinājums šobrīd ir pietiekams, bet reģionos atsevišķās nodaļās (Kurzemes reģionālajā nodaļā un Latgales reģionālajā nodaļā) tas ir nepietiekošs, turklāt jāņem vērā Rīgā un reģionos strādājošo ekspertu vecums (12 no tiem ir sasnieguši pensijas vecumu), kas, savlaicīgi nepiesaistot jaunos speciālistus, ilgtermiņā varētu radīt apdraudējumu VTMEC pakalpojumu nodrošināšanai nākotnē. Atbilstoši plānotajam rezidentūras beidzēju skaitam nepieciešams nodrošināt jauno speciālistu piesaisti VTMEC reģionālajās nodaļās, izmantot SAM 9.2.5. VM ESF projekta “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu pieejamības uzlabošana ārpus Rīgas” iespējas.
8. Šobrīd RSU nodrošina ārstu pirmsdiploma un rezidentu t.sk. patologu un tiesu medicīnas ekspertu izglītību un kvalifikācijas celšanu, kā arī zinātniski pētniecisko darbību un VTMEC ir vienīgā praktiskā bāze, kur iespējams realizēt topošo ārstu pirmsdiploma apmācības tiesu medicīnas specialitātē un pēcdiploma izglītību (rezidentūru) tiesu medicīnas, patoloģijas, neiroķirurģijas u.c. medicīnas nozaru studentiem. Nākotnē būtu attīstāma institucionāla vienība pie Rīgas Stradiņa universitātes ar VTMEC un RAKUS Patoloģijas centra resursu iekļaušanu.

## Veselības aprūpe prioritārajās jomās

### Veselības aprūpe onkoloģijā

1. Onkoloģisko slimību gadījumā svarīga ir **agrīna diagnostika** jo pirmsvēža izmaiņas nerada sūdzības un tām nav simptomu. Profilaktiskās pārbaudes sniedz iespēju gūt pārliecību par veselības stāvokli, savukārt gadījumā, ja tiek atklāta slimība, uzsākt savlaicīgu ārstēšanu. Metodiski organizēta un uzraudzīta vēža skrīningprogramma var būtiski mazināt konkrētās slimības radīto slogu, mazinot kopējo slimības aktīvas terapijas ilgumu un intensitāti, uzlabojot dzīvildzi un dzīves kvalitāti. Kopš 2009. gada Latvijā tiek īstenota valsts apmaksāta savlaicīgas vēža atklāšanas programma, kurā ir iekļautas trīs **agrīnās vēža diagnostikas** pārbaudes:
2. dzemdes kakla vēža pārbaude (vienu reizi trijos gados sievietēm vecumā no 25 līdz 70);
3. krūts vēža izmeklējums ar mamogrāfijas metodi (vienu reizi divos gados sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem);
4. kolorektālā (zarnu) vēža pārbaude jeb slēpto asiņu izmeklējums fēcēs (vienu reizi gadā sievietēm un vīriešiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem).
5. Šo pārbaužu veikšana pilnībā tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem. Veicot skrīninga izmeklējumus, pacientam nav jāveic arī pacienta iemaksas. Savukārt, ja izmeklējums tiek veikts pie ārsta, kas nav līgumattiecībās ar NVD, tad apmaksāts ir tikai izmeklējums, bet konsultācija ir jāapmaksā pašam pacientam.
6. Profilaktiskās pārbaudes sniedz iespēju agrīni atklāt onkoloģisko slimību un uzsākt savlaicīgu ārstēšanu. Metodiski organizēta un uzraudzīta vēža skrīningprogramma var būtiski mazināt konkrētās slimības radīto slogu, mazinot kopējo slimības aktīvas terapijas ilgumu un intensitāti, uzlabojot dzīvildzi un dzīves kvalitāti.
7. Uzaicinātās mērķa grupas aptvere krūts un dzemdes kakla vēža skrīningam pārsniedz 95% (uzaicinājuma vēstules tiek izsūtītas šādai mērķa grupas daļai), tomēr **atsaucība** (piedalīšanās skrīningā) **nav apmierinoša**: 2019. gadā atsaucība dzemdes kakla vēža skrīninga profilaktiskajām pārbaudēm bija 39,7%, (tika izsūtītas 191 589 uzaicinājuma vēstules, atsaucās 76 073 sievietes). Attiecīgi krūts vēža skrīninga atsaucība 2019. gadā bija 39,1% ( tika izsūtītas 139 428 vēstules, atsaucās 54 581 sievietes). Zarnu vēža skrīninga programmas ietvaros netiek sūtītas uzaicinājuma vēstules, to organizē ģimenes ārsts. Šeit atsaucība ir vēl zemāka – tikai 15%.[[203]](#footnote-204)
8. Lai arī iedzīvotāju atsaucība dalībai vēža skrīningā pakāpeniski palielinās, taču tā nav pietiekama, lai atbilstu Eiropas vadlīnijās par vēža skrīningu noteiktajam minimālajam atsaucības rādītājam – vismaz 45%.
9. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas rezultāti liecina, ka 26,6% sieviešu, kuras pēdējo divu gadu laikā no NVD saņēma uzaicinājuma vēstuli veikt bezmaksas mamogrāfiju, to neveica, kā galvenos iemeslus minot, ka jūtas vesela – 57,1%, pati regulāri veic krūšu pārbaudi – 43,6%, ginekologs regulāri apskates laikā veic krūšu pārbaudi – 30,7%, nav brīva laika/pārāk aizņemta – 24,8%. Tāpat aptauja parāda, ka 17,8% sieviešu, kuras pēdējo trīs gadu laikā no NVD saņēma uzaicinājuma vēstuli veikt bezmaksas dzemdes kakla vēža skrīningu, to nedarīja, kā galvenos iemeslus minot, ka jūtas vesela – 51,8%, nav brīva laika/pārāk aizņemta – 33,7%, rindas uz izmeklējumu - 21,3%.
10. Pilnveidojot valsts apmaksātā zarnu vēža skrīningu, ar mērķi veicināt lielāku iedzīvotāju iesaisti zarnu vēža savlaicīgas atklāšanas programmā un uzlabot programmas atsaucības rādītājus, 2019. gada oktobrī zarnu vēža skrīningā tika ieviesta jauna testa metode slēpto jeb neredzamo asiņu noteikšanai fēcēs, pielietojot imūnķīmiju, šis tests ir ērtāks pacientam, jo salīdzinot ar veco testu to var veikt tikai vienu reizi un nav jāievēro diēta, kā arī tiek veikts ar laboratorijas metodi, mazinot viltus negatīvo un pozitīvu testa rezultātu iespēju. Saistībā ar to, ka tests ir ieviests 2019. gada beigās, šobrīd nevar veikt salīdzinājumu ar iepriekšējā testa izmeklējumu skaitu, nepietiekošu datu dēļ.
11. Kā liecina Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas dati, 61,4% iedzīvotāju nav no ģimenes ārsta saņēmuši ieteikumu veikt zarnu vēža skrīningu.
12. Lai veicinātu veselības stāvokļa kvalitatīvāku izvērtējumu, NVD ir izstrādājis **Onkoloģiskās modrības karti**, kuru pacientam pirms ģimenes ārsta apmeklējuma aicina aizpildīt un atbildēt uz konkrētiem jautājumiem, tādējādi, veicinot laicīgu onkoloģisko saslimšanu diagnostiku.
13. Ļaundabīgo audzēju specifiskā diagnostika un ārstēšana tiek nodrošināta 5 specializētajās ārstniecības iestādēs: VSIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, PSIA „Daugavpils reģionālā slimnīca”, PSIA „Liepājas reģionālā slimnīca”, VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”
14. Lielai pacientu daļai (2017. gadā – 33,7%) ļaundabīgie audzēji tiek **diagnosticēti un to ārstēšana sākta novēloti** - 3. un 4. stadijā. Ar nelielu tendenci samazināties, bet joprojām augsts saglabājas 3. stadijā (2010. gadā 17,7%, 2017. gadā 15,2%) un 4. stadijā diagnosticēto gadījumu īpatsvars (2010.gadā 22,4%, un 2017. gadā 18,5%).
15. Pakāpeniski, bet tomēr **pieaug agrīni atklāto gadījumu skaits** – 2010. gadā ar ļaundabīgo audzēju 1. stadijā uzskaitē ņemti 21,8% pacientu, bet 2017. gadā jau 29,6%.
16. **Pakāpeniski pieaug** arī novērotā **piecu gadu izdzīvotība**: no 40,1% 2003.-2008. gadu periodā uz 48,3% 2013.-2018. gadu periodā.
17. Latvijā bērniem no onkoloģiskiem audzējiem visbiežāk tiek diagnosticēti galvas smadzeņu ļaundabīgie audzēji. No hematoloģiskiem audzējiem izplatītākās ir akūtas leikozes, kas pārsvarā tiek diagnosticētas vecumā no 0 līdz 14 gadiem, savukārt jaunieši vecumā no 15 līdz 19 gadiem biežāk slimo ar Hodžkina limfomu. Latvijā bērniem biežākais nāves cēlonis no onkoloģiskiem audzējiem ir galvas smadzeņu ļaundabīgie audzēji, taču no hematoloģiskiem audzējiem biežākais nāves cēlonis ir akūta leikoze. Līdzīgas tendences onkoloģisko audzēju saslimstībā un mirstībā ir vērojamas gan Eiropā, gan pasaulē. SPKC dati liecina, ka bērnu saslimstība un mirstība no hematoloģiskiem audzējiem nav būtiski mainījusies pēdējo desmit gadu laikā.[[204]](#footnote-205)
18. Onkoloģisko slimību gadījumā svarīga ir agrīna diagnostika un **savlaicīgi uzsākta ārstēšana**, tādēļ t.s. **“Zaļais koridors**” jeb iespēja saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ātrākos termiņos ir būtisks uzlabojums veselības aprūpes organizēšanā. “Zaļā koridora” ietvaros šobrīd izmeklējumi pacientam ir jāveic 10 darba dienu laikā no pacienta vēršanās ārstniecības iestādē pie aizdomām par jebkuras lokalizācijas onkoloģisku slimību. Nosūtījumu uz izmeklējumiem var izsniegt ne tikai ģimenes ārsti, bet arī ginekologi (savas kompetences ietvaros) un ārsti-speciālisti piecās specializētajās ārstniecības iestādēs. Ja aizdomas par onkoloģisko slimību ar veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem tiek apstiprinātas vai tuvu pierādītas, tad tiek noformēts jauns nosūtījums pie speciālistiem. Pacientu speciālista konsultācijas saņemšanai piesaka ģimenes ārsta prakse, kopīgi ar pacientu izvēloties kādu no ārstniecības iestādēm. Ārstniecības iestāde personai nodrošina šādu **konsultāciju 10 darba dienu laikā no dienas, kad pacients pieteikts konsultācijai.** Zaļā koridora sekundāra diagnostika tiek veikta piecās iepriekš minētajās specializētajās ārstniecības iestādēs viena mēneša laikā kopš pirmās speciālista konsultācijas, iekļaujot šajā termiņā arī ārstu konsilija lēmumu par pacienta ārstēšanas taktiku.
19. 2019. gadā “Zaļā koridora” ietvaros veselības aprūpes pakalpojumus saņēma 48687 pacienti, no kuriem 34405 pacienti saņēma ļaundabīgo audzēju primāros diagnostiskos izmeklējumus, 24322 pacienti saņēma ļaundabīgo audzēju sekundāros diagnostiskos izmeklējumus.
20. “Zaļais koridors” nodrošina ātrāku diagnostikas pakalpojumu pieejamību pacientiem ar aizdomām par primāru ļaundabīgā audzēja diagnozi.[[205]](#footnote-206) Tomēr tas nerisina ārstēšanas pakalpojumu pieejamību ļaundabīga audzēja diagnozes gadījumā. Pacientiem, kuriem nepieciešama dinamiskā novērošana pēc ļaundabīgā audzēja ārstēšanas pabeigšanas dinamiskās novērošanas pakalpojumi pieejami vispārējā kārtībā, kas apgrūtina savlaicīgu pakalpojumu pieejamību un slimības recidīvu atklāšanu. Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par onkoloģiskajiem pacientiem esošie dati liecina, ka 2017. gadā attālas metastāzes atklātas 716, slimības progresija 639 un lokāls recidīvs 365 onkoloģiskajiem pacientiem, tomēr pēc aplēsēm šo pacientu skaits varētu būt pat 5 līdz 7 reizes lielāks.
21. Attiecībā uz speciālistu pieejamību onkoloģijas jomā – uz 2020. gada 1. jūniju 65.5% jeb 19 ārstniecības iestādēs no 29 onkologa, ķīmijterapeita konsultāciju var saņemt mazāk nekā 11 dienu laikā. Bērnu hematoonkologa konsultāciju var saņemt tikai VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” viena mēneša laikā.
22. Latvijā darbojas “Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrs” par pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām, tomēr reģistrā iekļautā informācija nav pietiekoša, lai nodrošinātu kvalitatīvu datu uzkrāšanu un pieejamību ārstēšanas rezultāta novērtēšanai, tai skaitā bērniem.
23. Plašāka informācija par onkoloģisko aprūpi Latvijā iekļauta informatīvajā ziņojumā “Onkoloģijas nozares attīstība Latvijā”, kas izskatīts MK sēdē 2020. gada 14. jūlijā.

### Veselības aprūpe SAS jomā

1. Ik gadu stacionāros ārstējas ap 65 tūkstoši pacientu ar SAS diagnozēm, kas ir ap 18,6% no visiem stacionāros ārstētajiem pacientiem. Dinamikā šo pacientu relatīvais skaits būtiski nemainās. Salīdzinot ar citām ES valstīm, Latvijā šis rādītājs kopumā ir augstāks. Arī vidējais ārstēšanās ilgums dinamikā būtiski nav mainījies (aptuveni 7 dienas).[[206]](#footnote-207)
2. Pēdējo 10 gadu laikā periodā mirstība no SAS ir paaugstinājusies. Piemēram, 2008. gadā mirušo skaits no SAS bija 16 516, kas ir 758,5 uz 100 000 iedzīvotāju. Savukārt 2019. gadā mirušo skaits no SAS ir 15005, kas ir 784,0 uz 100 000 iedzīvotāju.
3. Augstā mirstība no SAS liecina, ka varētu būt nepilnības veselības aprūpes procesā. Neraugoties uz to, ka medicīniski novēršamā mirstība no SAS Latvijā dinamikā samazinās (no 2011. gada līdz 2018. gadam samazinājusies par 20%),[[207]](#footnote-208) tā joprojām 3 reizes pārsniedz vidējo ES rādītāju (2016. gadā ES tas bija 38, Latvijā – 120 uz 100 000 iedzīvotāju).[[208]](#footnote-209)
4. 90 dienas pēc izrakstīšanas vairāk nekā 80% pacientu nav apmeklējuši kardiologu un neirologu, un tikai pusei nodrošināta aprūpe turpmāko 30 dienu laikā.[[209]](#footnote-210)
5. 30 dienu mirstības rādītāji pēc akūta miokarda infarkta, išēmiska un hemorāģiska insulta Latvijā ir vienu no augstākajiem no visām OECD dalībvalstīm. Lai samazinātu 30 dienu mirstības rādītāju pēc akūtā miokarda infarkta un išēmiska un hemorāģiska insulta ļoti svarīgi ir nodrošināt augstas kvalitātes neatliekamo medicīnisko palīdzību pacientiem ar akūtu miokarda infarltu vai insultu, tai skaitā, savlaicīgu pacienta transportēšanu, pētījumos balstītas terapijas izvēli un specializētu tehnoloģiju pielietošanu.[[210]](#footnote-211)
6. Kopējos Latvijas rādītājus ietekmē to vērtības katrā atsevišķā slimnīcā. Aprēķini rāda, ka minētie rādītāji dažādās Latvijas slimnīcās atšķiras, ko savukārt ietekmē gan sniegtās aprūpes process un tā kvalitāte, gan arī datu kodēšanas prakse. 30 dienu mirstība stacionārā pēc akūta miokarda infarkta 2019. gadā Latvijā vidēji bija 15,1%, V līmeņa slimnīcās – 12,3%, IV līmeņa slimnīcās – 17,5% un III līmeņa slimnīcās – 29,7%. Šis pats rādītājs pēc akūta išēmiska un hemorāģiska insulta ir vēl sliktāks, attiecīgi Latvijā vidēji 20,2% un 37,6%, V līmeņa slimnīcās 15,9% un 31,4%, IV līmeņa slimnīcās 22% un 47,8% un III līmeņa slimnīcās 31,2% un 40%.[[211]](#footnote-212)
7. Lai arī mirstība no insulta dinamikā ir samazinājusies, tā joprojām ir augsta. 2008. gadā mirušo skaits bija 127,9 uz 100 000 iedzīvotāju, bet 2019. gadā jau 94,4 uz 100 000 iedzīvotāju.[[212]](#footnote-213) Lai izvērtētu insulta pacientu augstās mirstības iemeslus, 2019. gadā tika noteikta virkne uzlabojumu, kurus veicot, situācijai nākotnē vajadzētu uzlaboties, tai skaitā NMPD ziņo slimnīcām par akūta insulta pacientu, to nogādājot uz slimnīcu, precīzi ievērojot Insulta Vadlīnijās[[213]](#footnote-214) noteikto, sākot ar pacientu izmeklēšanu slimnīcu uzņemšanas nodaļās, ārstēšanas savlaicīgu uzsākšanu līdz pat aprūpes nodrošināšanai ārpus slimnīcu etapa. Slimnīcas precīzi aizpilda insulta pacienta protokolu un jau slimnīcas etapā tiek uzsākta insulta rašanās iemeslu noskaidrošana un medikamentozā ārstēšana, kas tālāk tiek turpināta primārās aprūpes posmā pēc izrakstīšanas no slimnīcas.[[214]](#footnote-215)
8. SAS riska novērtēšana ir nepieciešama, lai novērtētu nepieciešamo papildizmeklējumu lietderību un apjomu, atkarībā no riska noteiktu nepieciešamo izmeklējumu apjomu un izdalītu augsta SAS riska pacientus. Līdz ar to Latvijā ir izveidota sirds un asinsvadu slimības profilakses programma,[[215]](#footnote-216) kas orientēta uz konkrētu medicīnisko mērķu sasniegšanu, lai pagarinātu iedzīvotāju dzīvildzi. Pacientiem ar augstāku SAS risku, nepieciešami intensīvāki tālākie izmeklējumi un striktāku profilaktisku pasākumu apjoms. Atbilstoši 2019. gada I pusgada faktiskajai izpildei tika veikti primārās profilakses algoritmu ieviešanas pasākumi 13 133 pacientiem, sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas pakalpojumi tika sniegti 2 964 pacientiem, kā arī laboratoriskie izmeklējumi tika veikti 45 687 pacientiem par kopējo summu 209 297 *eiro*. Kardiovaskulārā riska izvērtēšana un algoritmu ieviešana ir uzsākta no 2018. gada 1. augusta, kas ir salīdzinoši jauns pakalpojumu veids. Analizējot kardiovaskulārā riska izvērtēšanu algoritmu ieviešanu primārās veselības aprūpes līmenī, var secināt, ka iesaistīto ģimenes ārstu skaits, 2018. gadā bija 718. 2019. gadā no 1 274 ģimenes ārstiem 660 jeb 51,8% ir iesaistījušies kardiovaskulārā riska primārās profilakses algoritma ieviešanā.
9. Eksperti min vairākus iemeslus pasākuma neizpildei: sabiedrība ir ļoti **mazaktīva apmeklējumos pie ģimenes ārsta tieši profilaktisko nolūkos**, tāpēc šobrīd tiek plānotas papildus aktivitātes, kas vērstu sabiedrības uzmanību, uz to cik svarīgi ir profilaktiski pārbaudīties, lai mazinātu un novērstu onkoloģisko slimību attīstību, bet arī, lai parbaudītu savas sirds veselību. Ir novērots, ka SAS algoritms **prasa ļoti lielu ieguldījumu no ģimenes ārsta prakses puses**, tieši laika ziņā. Bet būtiski ģimenes ārsta praksē strādājošā personai ir izskaidrot tālākās terapijas un profilaktisko rekomendāciju apjomu katrai noteiktai riska grupai, tādējādi atvieglojot ārsta darbu un panākot to, ka pacients iziet no ārsta prakses ar lielāku un paliekošāku informācijas apjomu. **Sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji veido rindas uz tālāko izmeklējumu saņemšanu** (galvenokārt, ehokardiogrāfiju, doplerogrāfiju galvas asinsvadiem), jo izvēlas šo pakalpojumu vairāk sniegt privāti. Tas saistāms ar to, ka daudziem izmeklējumiem (piemēram, ultrasonogrāfiskiem izmeklējumiem) tarifi nesedz reālās izmaksas, un pakalpojumu sniedzēji nav ieinteresēti sniegt šo pakalpojumu par valsts naudu. Papildus ietekmējošais faktors ir, ka iedzīvotāji šo pakalpojumu var saņemt apdrošināšanas polises ietvaros vai kā maksas pakalpojumu, jo šie izmeklējumi ir salīdzinoši lēti un nepieciešami vienu reizi noteiktā laika periodā.
10. No 2020. gada 1. janvāra pie SAS riska noteikšanas var uzreiz nosūtīt pacientu EKG veikšanai, kā arī uz laboratoriju ne tikai kopējā holesterīna noteikšanai, bet arī citu zema un augsta blīvuma holesterīna, triglicerīdu noteikšanai. Kā arī 2020. gadā tika izstrādāti informatīvie materiāli iedzīvotājiem par SAS riska noteikšanu.
11. Ļoti būtiski insulta ārstēšanā ir savlaicīgai, pietiekamai un nepārtrauktai rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, kas mazinās risku atkārtotam insultam un mirstībai no insulta, kas uz doto brīdi nav nodrošināta un nav pieejama visiem insulta pacientiem.

### Veselības aprūpe psihiatrijā un narkoloģijā

1. 2019. gadā **psihiatru redzeslokā** visbiežāk nonākuši (reģistrēti) pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem, ieskaitot simptomātiskos (39%), ar neirotiskiem ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (20%) un garastāvokļa (afektīviem) traucējumiem (17%).[[216]](#footnote-217)
2. Pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem aprūpē ir iesaistīti arī **ģimenes ārsti**. Kopumā pie ģimenes ārsta 2019. gadā ambulatoro palīdzību saņēmuši 55040 unikāli pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (pamatdiagnoze), kas veido 2,9% Latvijas iedzīvotāju.48
3. No ambulatorajiem apmeklējumiem pie ģimenes ārsta psihisko un uzvedības traucējumu dēļ lielākais īpatsvars 2019. gadā bijis saistīts ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (57%), kam seko garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (12%) un organiski psihiski traucējumi (9%).[[217]](#footnote-218) Līdz ar to būtiski, ka ģimenes ārsts ir pirmais saskarsmes posms starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, un profilakse, savlaicīga slimību diagnostika, efektīva un pareizi izvēlēta tālākā ārstēšana tiek izvērtēta jau ģimenes ārsta praksē.
4. Pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pēc palīdzības vēršas ne tikai pie psihiatra vai ģimenes ārsta, bet arī **pie citiem speciālistiem**. Visbiežāk šie speciālisti ir neirologi un bērnu neirologi (56% no unikālajiem pacientiem pie citiem speciālistiem 2019. gadā), internisti (9%) un pediatri (8%).[[218]](#footnote-219)
5. 47 no 59 ārstniecības iestādēm, kur var saņemt psihiatra konsultācijas rinda ir mazāka par 11 dienām, kā arī 7 no 8 ārstniecībās iestādēm, kas sniedz psihiatrijas pakalpojumus dienas stacionārā, rinda ir mazāka par 11 dienām.
6. Latvijā ambulatorie psihiatriskās veselības aprūpes pakalpojumi pieejami 59 ārstniecības iestādēs, stacionārie – 8 ārstniecības iestādēs. Vienlaikus Latvijā 2020. gadā strādā 78 psihiatru kabineti un 24 bērnu psihiatru kabineti, kuros pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus sniedz multidisciplināras psihiatru komandas, kurās ietilpst psihiatrs vai bērnu psihiatrs, psihologs vai psihoterapeits (29 kabineti), garīgās veselības aprūpes māsa (66 kabineti) un funkcionālais speciālists (20 kabineti).
7. Vēl viena no problēmām ir atšķirīgi apmaksas principi starp iestādēm, tādējādi nevienlīdzīgi finansējot ilgstoši stacionārā esošo pacientu ārstēšanu. Vienlaikus psihiskās veselības aprūpes jomā ir svarīga multidisciplināra pieeja pakalpojumu sniegšanā, tai skaitā sadarbība ar sociālajiem dienestiem.
8. Pēc PVO datiem **uzvedības traucējumi** ir viens no vadošiem funkcionēšanas nespējas iemesliem bērnu un jauniešu vecumā (5-19 g.v.). Jauniešiem ar uzvedības traucējumiem ir būtiski paaugstināts risks kaitējoši pārmērīgas vielu lietošanas un vielu atkarības, delinkventas uzvedības, mācīšanas traucējumu, psihiskās veselības traucējumu, kā arī virknes citu negatīvu sociālu un veselības seku attīstībai. Pasaulē ir izstrādātas pierādīti efektīvas psihosociālās rehabilitācijas programmas uzvedības traucējumu korekcijai un profilaksei ne-institucionālā vidē. Šobrīd **Latvijā jauniešiem ar uzvedības traucējumiem nav pastāvīgas iespējas saņemt valsts apmaksātu sabiedrībā balstītu un uz klientu orientētu psihosociālās rehabilitācijas un profilakses pakalpojumu**.
9. Pasaulē **autiskā spektra traucējumi** (AST) skar vismaz 1 no 100 cilvēkiem (un to izplatība sabiedrībā turpina pieaugt), un kopā ar citiem sociālās komunikācijas traucējumiem tie rada milzīgu slogu sabiedrībai kopumā, un būtiski apgrūtina skarto jauniešu spējas iekļauties un būt produktīviem plašākā sociālā kontekstā. Šobrīd Latvijā ir radītas dažas iespējas maziem bērniem ar AST saņemt profesionālu un pierādījumos balstītu palīdzību un rehabilitāciju. Taču viens no ierobežojumiem ir tas, ka šiem pakalpojumiem nav pēctecības pusaudžu vecumā, kas ir svarīgākais posms sociālās komunikācijas spēju trenēšanai. Pastāv **akūta nepiepildīta vajadzība** pēc atbalsta un palīdzības pasākumiem jauniešiem ar AST un citiem sociālās komunikācijas traucējumiem un viņu vecākiem. Tāpat nepieciešams **paralēli nodrošināt atbalstu un izglītošanu vecākiem**, kuru bērni apmeklē sociālo prasmju treniņu grupas, lai veicinātu grupā iegūto prasmju tālāko saglabāšanu un stiprināšanu.
10. Psihiatriskās veselības aprūpes infrastruktūrā saglabājas disproporcija starp stacionārās un ambulatorās veselības aprūpes infrastruktūru un līdz ar to pakalpojumu pieejamību. Atbilstoši EUROSTAT datiem psihiatrijas gultu skaits Latvijā būtiski pārsniedz vidējos ES rādītājus (attiecīgi 126 gultas pret 73 gultām uz 100 000 iedzīvotājiem 2016. gadā), savukārt ambulatoro pakalpojumu pieejamība ir nevienmērīga un nepietiekama.
11. Latvijā gada laikā ārstēto narkoloģisko pacientu skaits pārsniedz 10 tūkstošus (2017. gadā - 10576 pacienti). Ik gadu pirmreizēji reģistrēto narkoloģisko pacientu skaits ir 2-3 tūkstoši. No tiem 86% (2019.gadā) ar alkohola izraisītiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem.[[219]](#footnote-220)**Ambulatorā narkoloģiskā ārstēšana** ietver atkarību slimību diagnostiku, ārstēšanas plāna izstrādi un ambulatoro ārstēšanas metožu izvēli, kā arī nosūtīšanu stacionārai ārstēšanai vai medicīniskajai rehabilitācijai. Pašlaik **atkarību un narkoloģiskā ārstēšana nav nodrošināta pietiekamā apjomā**, proti, ir ierobežota pieejamība opioīdu aizvietojošajai terapijai; nav integrētu (kombinētu) pakalpojumu vienā punktā (šļirču maiņa, HIV ārstēšana, metadona ilgtermiņa farmakoterapija, DOTS (tieši uzraugāmās ārstēšanas īsais kurss)) u.c. kā arī ir ierobežoti pieejama citu atkarību ārstēšana, jo nav pietiekami nodrošināta ārstu narkologu, psihiatru un citu speciālistu kapacitāte un pieejamība, īpaši reģionos.[[220]](#footnote-221)Atbilstoši Veselības inspekcijas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datiem 2019. gadā Latvijā narkoloģisko palīdzību sniedza 93 ārsti narkologi, 51 no tiem strādājoši līgumattiecībās ar NVD. Pēdējos 2 gados ir samazinājies līgumattiecībās ar NVD strādājošo ārstu narkologu skaits. Ambulatorā narkoloģiskā palīdzība ir pieejama visos Latvijas reģionos, taču tās sadalījums valstī nav vienmērīgs.[[221]](#footnote-222) 24 jeb 47% ārstu narkologu koncentrējas Rīgā un tās apkārtnē, bet reģionos 29 jeb 57% no visiem ārstiem narkologiem.
12. Arī nepilngadīgām personām šobrīd Latvijā ir nepietiekama ambulatorās un stacionārās narkoloģiskās ārstēšanas pakalpojumu pieejamība. Šos pakalpojumus nodrošina ārstniecības iestādes, kuras specializējas psihiatrisko pakalpojumu sniegšanā pieaugušajiem, taču speciālisti atzīst, ka konkrētā vide nav piemērota bērna vecuma pacientiem. Iezīmējas problēmas, kas saistītas ar nepietiekošu finansējumu šai jomai, kā piemēram, šībrīža aktuālais apmaksas modelis nemotivē pēctecīgas stacionārās aprūpes sniegšanai – netiek izdalīti terapijas posmi, nodalot akūto ārstēšanu no motivācijas programmas u.c. Atsevišķi izdalīta ir Minesotas programma. Attīstot ambulatoro pakalpojumu klāstu pusaudžiem ar alkohola lietošanas problēmām, tiktu nodrošināta plašāka pieejamība ārstēšanas uzsākšanai jau pusaudžu vecumā, tādējādi izvairoties no smagākas atkarības attīstības vēlākos dzīves gados.
13. Kā viens no galvenajiem principiem veiksmīgas atkarību ārstēšanās un atveseļošanās procesa nodrošināšanai tiek uzskatīta ārstēšanās pēctecība. Tas nozīmē, ka pēc akūtās palīdzības saņemšanas pacients tālākai terapijai būtu jānovirza uz Motivācijas programmu, pēc tam uz Minesotas programmu un tad uz rehabilitāciju. Šobrīd Latvijā netiek nodrošināti pēctecīgas ārstēšanas pakalpojumi pietiekamā apjomā.
14. Narkoloģijas pacientiem ir jāveic pacientu līdzmaksājumi, kas samazina ārstēšanas pieejamību, kā arī pacienta motivāciju iesaistīties ārstniecībā. Vienlaikus jānorāda, ka dažreiz pacientiem ir nepieciešami papildus medikamenti, kuru izmaksas ir jāsedz pašam pacientam (izņemot nepilngadīgos). Šajā kontekstā būtu jāatzīmē, ka lielai daļai pacientu ir ierobežoti finanšu līdzekļi, tādēļ pacientu līdzmaksājumi mazina programmu pieejamību, kā arī ārstēšanas efektivitāti un rezultātu.[[222]](#footnote-223) **Ilgtermiņa farmakoterapijas programmas kabineti** ir ambulatorās vai stacionārās ārstniecības iestādēs vai to struktūrvienībās, kurās tiek realizēta opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa (aizvietojošā) farmakoterapija.[[223]](#footnote-224) 2019. gadā Latvijā bija 9 metadona kabineti, kuros var saņemt opioīdu aizvietojošo terapiju, Rīgā – 2, Pierīgā – 2, pārējos statistiskajos reģionos – 5. 2019. gada beigās programmā esošo pacientu skaits, kuri ārstējās Ilgtermiņa farmakoterapijas (ITF) metadona programmā, bija 569, kas ir par 7,4% vairāk nekā 2017. gadā. 2019. gadā RPNC ir nodrošinājusi ārstēšanu ieslodzījuma vietās 45 pacientiem.[[224]](#footnote-225) Opioīdu aizvietojošā terapija ir efektīvs kaitējuma mazināšanas līdzeklis arī HIV un vīrushepatītu izplatības mazināšanai injicējamo narkotiku lietotāju (INL) vidū. Šī metodes pielietošana sniedz pozitīvus rezultātus attiecībā uz terapijas pabeigšanu, nelegālu opioīdu lietošanu, ziņošanu par riskantu uzvedību, ar narkotikām saistītu kaitējumu un mirstību.[[225]](#footnote-226)
15. Opioīdu aizvietojošā terapija ar metadonu Latvijā tika uzsākta 1996. gadā un ar buprenorfīnu 2005. gadā. Terapijas mērķis ir mazināt dažādas veselības un sociālās sekas, ko izraisa smagas atkarības problēmas. Kopš 2006. gada programmas klientu skaits ir audzis līdz 710 klientiem uz 2019. gada beigām. Pieņemot, ka Latvijā 2017. gadā bija 7100 opioīdu lietotāju, terapija aptver aptuveni 9%, kas ir zema aptvere. Lai panāktu infekcijas slimību samazināšanos, kas saistīta ar narkotiku injicēšanu, būtu svarīgi, ka terapija aptver vismaz 30%.[[226]](#footnote-227)
16. 2019. gadā narkologus ambulatori apmeklējuši 5734 unikāli pacienti ar alkohola lietošanas izraisītām veselības problēmām. Unikālo pacientu skaits, kuri ambulatori apmeklējuši narkologus, pēdējo desmit gadu laikā pakāpeniski samazinās (2012. gadā bija 9414 unikāli pacienti).[[227]](#footnote-228)
17. No unikāliem pacientiem, kuri 2019. gadā ambulatori apmeklējuši narkologu ar alkohola lietošanu saistītām izraisītām veselības problēmām 4473 pacienti jeb 78% bija vīrieši. Pacienti (3546 jeb 61,8%) visvairāk ambulatori narkologu bija apmeklējuši saistībā ar alkohola atkarību,[[228]](#footnote-229) no tiem 20,2% sievietes (716). Savukārt, no visiem pacientiem, kuri narkologu apmeklējuši alkohola lietošanas dēļ, 1959 (1504 vīrieši un 455 sievietes) jeb 34,2% bijuši ar alkohola kaitējoši pārmērīgu lietošanu un akūtu intoksikāciju.[[229]](#footnote-230)[[230]](#footnote-231)
18. 2019. gadā valstī kopumā bija 160 narkoloģiskā profila gultas. Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, narkoloģiskā profila gultu skaits samazinājies par 11 gultām.. 2019. gadā vidējais gultu dienu skaits uz vienu slimnieku bija 3,76 dienas un šis rādītājs ir 2018. gada līmenī (2018. gadā - 3,78 dienas). Vidējais gultu dienu skaits uz vienu slimnieku 3,76 dienas ir vērtējams kā zems un nepietiekošs, lai panāktu atkarīgo pacientu veselības stāvokļa stabilizēšanu un recidīvu novēršanu. Šie dati, iespējams, saistīti ar to, ka narkoloģijas pacientiem ir jāveic pacientu līdzmaksājumi, kas samazina programmu pieejamību, kā arī pacienta motivāciju iesaistīties ārstniecībā. Šajā kontekstā liela daļa klientu ir maksātnespējīgi, tādēļ pacientu līdzmaksājumi mazina programmu pieejamību. Vidējais gultas noslogojums 2019. gadā bija 75,55% (2018. gadā 66,97%). 2019. gadā seši privāti narkoloģiskā profila dienas stacionāri nodrošināja narkoloģisko pacientu ārstēšanu.[[231]](#footnote-232)[[232]](#footnote-233)

### Mātes un bērna veselības aprūpe

1. **Iedzimtas anomālijas** ir nāves cēlonis **katram piektajam** pirmajā dzīves gadā mirušajam bērnam. Pēdējos gados zīdaiņu mirstībai no iedzimtām anomālijām ir novērojams neliels samazinājums (0,6 uz 1000 dzīvi dzimušiem 2018. un 2019. gadā pret 1,1 2017. gadā). Vienlaikus nedaudz samazinās arī jaundzimušo ar iedzimtām anomālijām skaits (2018. gadā - 607 gadījumi, 2017. gadā – 712 gadījumi).[[233]](#footnote-234) Lai gan novērojams samazinājums, būtu nepieciešams turpināt pilnveidot grūtnieču un jaundzimušo veselības aprūpi.
2. Savlaicīgu iedzimto anomāliju atklāšanu veicina jaundzimušo ģenētiski iedzimto slimību skrīnings. Ar 2019. gada 1. septembri atbilstoši ģenētikas nozares speciālistu ieteikumiem, papildus esošajam jaundzimušo divu pārmantotu slimību skrīningam, tika uzsākts vēl četru pārmantotu slimību skrīnings agrīnai ārstējamu patoloģiju diagnosticēšanai. Būtiska nozīme ir savlaicīgai stāšanās uzskaitē līdz 12. grūtniecības nedēļai, kas ir svarīgi pie pataloģiju diagnostikas, jo šajā laika periodā grūtniecei ir jāveic pirmā trimestra skrīnigs.
3. Lai uzlabotu grūtniecēm veikto ultrasonogrāfisko izmeklējumu kvalitāti, grozījumi MK noteikumos Nr. 611 “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” paredz ar 2021. gada 1. janvāri ginekologiem, dzemdību speciālistiem ultrasonogrāfijas kursu obligātu praktisko daļu, kā arī pārbaudījumu, lietojot ultrasonogrāfijas simulatoru.
4. Grūtnieču aprūpes rādītāji pēdējo desmit gadu laikā uzlabojušies. Līdz 12. grūtniecības nedēļai antenatālo aprūpi uzsākušas 95,7% dzemdētāju (2010. gadā – 91,2%). Pilnvērtīgu antenatālo aprūpi saņēmušo īpatsvars 2019.gadā ir 94,1% (2010. gadā – 90,7%). Šiem rādītājiem pastāv reģionālas atšķirības, starp augstāko (Pierīga) un zemāko (Latgale) – ap 3-4 procentpunktiem.
5. Attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību bērniem, kuri slimo ar hroniskām slimībām, iezīmējas problēma, ka nereti ir nepieciešamas vairāku speciālistu sniegtas konsultācijas, bet šobrīd netiek nodrošināta šo pakalpojumu optimāla pieejamība.
6. Valstī normatīvajos aktos noteiktā veselības aprūpes organizācija bērniem atšķiras no pieaugušo veselības aprūpes, ir problemātiska hroniski smagi slimo bērnu pāreja no bērnu veselības aprūpes uz pieaugušo aprūpi, kas saistīts ar ārstējošā ārsta maiņu, ārstēšanās izmaksām, tai skaitā valsts kompensējamo medikamentu pieejamību un citiem ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību saistītajiem jautājumiem.
7. Lai uzlabotu mātes un bērna veselības aprūpi, svarīga nozīme ir hronisko pediatrisko pacientu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai un kvalitātei, līdz ar to nepieciešams izstrādāt dinamiskās novērošanas kārtību bērniem ar hroniskām slimībām (nefroloģija, dermatoloģija, reimatoloģija, pneimonoloģija/alergoloģija, endokrinoloģija, kardioloģija, gastroenteroloģija, hematoloģija), kā arī noteikt plānoto ambulatoro apmeklējumu pie speciālista periodiskumu un nepieciešamos izmeklējumus.

### Retās slimības

1. Retās slimības, lai arī skar salīdzinoši mazu pacientu skaitu, tās nopietni apgrūtina veselības aprūpes sistēmu. Lielākā daļa reto slimību ir ģenētiskas slimības, pārējās ir retas vēža slimības, autoimūnās slimības, iedzimti defekti, toksiskas slimības un infekcijas slimības. Lai uzlabotu reto slimību pacientu veselības aprūpi, ar Ministru kabineta 2017. gada 23. oktobra rīkojumu Nr. 602 apstiprināts Plāns reto slimību jomā 2017.-2020.gadam. Lai uzlabotu reto slimību diagnostiku un pakalpojumu pieejamību, pēdējos gados ir ieviesti vairāki uzlabojumi reto slimību pacientu veselības aprūpē.
2. SPKC sadarbībā ar valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” (turpmāk – BKUS) speciālistiem veic datu uzskaites pilnveidošanu Reto slimību pacientu reģistrā. Uz 2020. gada 20. martu bija reģistrēti 6949 reto slimību pacienti (3342 pieaugušie un 3607 bērni). 2019. gada martā valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” (PSKUS) informācijas sistēmā “Ārsta birojs” ir izveidota pacientu grupa ,,Reto slimību pacients”, kurai ārstniecības personāls pievieno pacientus, piezīmēs ierakstot retās slimības SSK-10 un ORPHA kodu, tādejādi nodrošinot reto slimību pacientu identifikāciju un izsekojamību.
3. Ir nepieciešams definēt kritērijus, kādos gadījumos pacientiem tiek uzsākta/pārtraukta specifiska medikamentozā terapija. BKUS ir izveidota kārtība, kādā tiek organizēta jaunu medikamentu iekļaušana “Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem” programmā. Ja bērnam BKUS ir uzsākta medikamentoza ārstēšana no budžeta apakšprogrammas “Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem” finanšu līdzekļiem, to turpina arī pēc 18 gadu vecuma sasniegšanas līdz brīdim, kad atbilstoši medicīniskajām indikācijām beidzas šāda nepieciešamība.
4. Valsts apmaksāto ģenētisko izmeklējumu “grozs” paplašināts par 1570 izmeklējumiem 2018. gadā, 1805 izmeklējumiem 2019. gadā, 2040 izmeklējumiem 2020. un turpmākajos gados. Līgumos ar NVD noteikti skaidri un nepārprotami kritēriji pieaugušo ar RS iekļaušanai programmā un izslēgšanai no tās, terapijas kontroles regularitāte (ikgadēja zāļu efektivitātes pārbaude, kritēriji terapijas uzsākšanai, pārtraukšanai). Programmā iekļauti: 25 pacienti 2018. gadā; 29 pacienti 2019. gadā; 33 pacienti 2020. gadā.
5. Būtiski ir turpināt “Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem” programmas darbības pilnveidi. Pacienti programmā tiek iekļauti un izslēgti no tās atbilstoši apstiprinātiem kritērijiem. Programmā iekļauti: 19 pacienti 2018. gadā; 23 pacienti 2019. gadā; 27 pacienti 2020. gadā.
6. 2018. gadā darbu ir uzsācis Reto slimību koordinācijas centrs (RSKC), kas izveidots BKUS un, pamatojoties uz savstarpēju vienošanos, sadarbojas PSKUS un RAKUS, kur attiecīgi 2019. un 2020. gadā atklāti Reto slimību kabineti.
7. Eiropas references tīkli (ERT) ir virtuāli tīkli un apvieno veselības aprūpes sniedzējus no visas Eiropas ar mērķi risināt jautājumus saistībā ar sarežģītiem vai retiem veselības stāvokļiem, kuru gadījumā ir nepieciešama ļoti specializēta ārstēšana un zināšanu un resursu koncentrācija. Šie tīkli tiek veidoti saskaņā ar ES direktīvu par pacientu tiesībām veselības aprūpē (2011/24/ES) un palīdz pacientiem iegūt arī informāciju par veselības aprūpi, kas tādējādi paplašina viņu ārstēšanās iespējas.), kuru mērķis ir sadarbība un pieredzes apmaiņa RS ārstēšanā. ES Ir izveidoti 24 ERT, Latvija kā oficiālais vai asociētais partneris piedalās 22 no tiem. Šobrīd BKUS kā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir apstiprināts kā pilntiesīgs dalībnieks 2 ERT: Retās acu slimības (European Reference Network on Rare Eye Diseases) un Ļaundabīgie audzēji pediatrijā (European Reference Network for Paediatric Cancer (haemato-oncology), kā ir izteicis vēlmi, kā sadarbības partneris iesaistīties vēl 13 tīklos. Tāpat PSKUS (8), RAKUS (3), valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca” (2), kā arī atvasināta publiska persona “Latvijas Biomedicīnas pētījumu un studiju centrs” (5) un Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts (1) ir izteikuši ieinteresētību iesaistīties vairākos ERT tīklos kā sadarbības partneri.
8. Uzlabojot diagnostiko izmeklējumu pieejamību, nodrošinot atbilstošu medikamentozo ārstēšanu un citus pakalpojumus (piemēram, rehabilitāciju, fizioterapiju, tehnisko līdzekļu pieejamību), reto slimību pacientiem samazināsies priekšlaicīga mirstība un potenciāli zaudēto mūža gadu skaits, kā arī invaliditātes iestāšanās.

### Paliatīvā aprūpe

1. 2019. gada laikā valsts apmaksāti paliatīvās aprūpes pakalpojumi stacionārā tika nodrošināti 2 663 pacientiem, kas ir par 7% vairāk kā 2018. gadā (2018. gadā valsts apmaksāti pakalpojumi tika nodrošināti 2 492 pacientiem) un par 9% vairāk kā 2017.gadā (2017. gadā valsts apmaksāti pakalpojumi tika nodrošināti 2 456 pacientiem). 2020. gadā valsts apmaksāti stacionārie paliatīvās aprūpes pakalpojumi plānoti 3279 pacientiem.[[234]](#footnote-235)
2. 2019. gada aprīlī tika palielināts paliatīvās aprūpes stacionāro pakalpojumu sniedzēju klāsts – deleģējot šo pakalpojumu programmu PSKUS, līdz ar to ir vērojama rindā gaidošo pacientu skaita samazināšanās par aptuveni 10% (2019. gadā uz 1. janvāri stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus rindā gaidīja 225 pacienti, savukārt 2020. gada 1. janvārī rindā bijuši 202 pacienti), tomēr ievērojami lielāks rindas samazinājums vērojams tieši Rīgā, kur 2019. gadā 1. janvārī pakalpojumus RAKUS rindā gaidīja 211 pacienti **ar gaidīšanas laiku līdz sešām nedēļām**, savukārt 2020. gada 1. janvārī uz Rīgā esošajām paliatīvās aprūpes vietām gaidīja 184 pacienti (tai skaitā 167 RAKUS) ar gaidīšanas laiku **līdz četrām nedēļām**.
3. Ambulatori paliatīvo aprūpi organizē ģimenes ārsts, kurš nepieciešamības gadījumā nozīmē medikamentus, tai skaitā arī terapijai nepieciešamos pretsāpju medikamentus, kā arī izraksta nosūtījumu pie veselības aprūpes speciālistiem, tai skaitā pie paliatīvās aprūpes speciālista. Saskaņā ar savstarpēji noslēgtu līgumu par valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanu ģimenes ārsta praksē (Starp NVD un ĢĀP) ģimenes ārsts nodrošina vizīti piecu dienu laikā pēc pieteikuma saņemšanas.
4. Ģimenes ārsts vai speciālists paliatīvās aprūpes pacientam var nozīmēt veselības aprūpes pakalpojumus mājās, ja personai ir pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē. Pakalpojumu sniegšana tiek uzsākta ne vēlāk kā 24 stundu laikā no pieteikuma saņemšanas brīža, bet sakarā ar nepietiekošo finansējumu mājas aprūpei, laiks līdz pakalpojuma saņemšanai var pagarināties.
5. Pacientiem, kuriem nepieciešama ambulatorā paliatīvā aprūpe, ar ģimenes ārsta nosūtījumu var saņemt valsts apmaksātu paliatīvās aprūpes speciālistu konsultāciju, kuru nodrošina 4 ārstniecības iestādes: Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Jēkabpils reģionāla slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca.
6. Pacientu skaits, kuriem nepieciešama paliatīvā aprūpe katru gadu palielinās, bet speciālistu skaits saglabājas nemainīgs un ilgstoši ir nepietiekams. Jaunu speciālistu piesaisti apgrūtina zemais atalgojums, emocionālā noslodze, zināšanu trūkums. Trūkst atbalsta pasākumi paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Atbilstoši Veselības inspekcijas sniegtajai informācijai, uz 2020. gada jūliju ārstniecības iestādēs praktizēja tikai 7 sertificēti paliatīvās aprūpes speciālisti, no kuriem pa vienam speciālistam Daugavpilī, Kuldīgā, Liepājā un Jēkabpilī un 3 speciālisti Rīgā, pie tam visi šie speciālisti strādā arī pamatspecialitātē (ģimenes ārsts, algologs, onkologs ķīmijterapeits, endoskopists, radiologs terapeits vai pediatrs).
7. Lai atvieglotu paliatīvās aprūpes pieejamību, Latvijā ir izveidoti trīs paliatīvās aprūpes kabineti. Palīdzība bērniem tiek nodrošināta Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) un Liepājas reģionālajā slimnīcā, bet pieaugušajiem – Daugavpils reģionālajā slimnīcā. Šo pakalpojumu nevar izmantot pirmreizēji pacienti, uz paliatīvās aprūpes kabinetu var nosūtīt paliatīvās aprūpes speciālists vai onkoloģijas jomas speciālisti pēc pirmreizējas vizītes, līdz ar to šim pakalpojumam neveidojas rindas.
8. BKUS paliatīvās aprūpes kabineta ietvaros tiek nodrošinātas ambulatoras konsultācijas, kā arī pieejamas konsultācijas pa telefonu 24 stundas diennaktī, kā arī pacientiem, kuri atrodas BKUS paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, tiek nodrošināti paliatīvās aprūpes pakalpojumi mājās 24 stundas diennaktī. Vienlaikus valsts apmaksāto paliatīvās aprūpes pakalpojumu apmērs pieaugušajiem un bērniem ir nevienlīdzīgs, turklāt būtiski samazinās pieejamo valsts apmaksāto paliatīvās aprūpes pakalpojumu klāsts un pieejamība, bērnam sasniedzot 18 gadu vecumu.
9. Lai ikvienam paliatīvās aprūpes pacientam tiktu nodrošināti konkrētajam veselības stāvoklim un vajadzībām atbilstoši pakalpojumi, sadarbojoties gan ar veselības aprūpes nozares speciālistiem, gan ar Labklājības ministriju, nepieciešams izstrādāt paliatīvās aprūpes līmeņus un noteikt katram līmenim atbilstošu multidisciplināru speciālistu komandu.
10. Būtisks arī ir informācijas trūkums gan par paliatīvās aprūpes, gan sociālo pakalpojumu saņemšanas iespējām. Pakalpojumu sniegšanas struktūra ir sadrumstalota, bet informācija par tiem nav atrodama vienuviet. Veselības ministrija kopā ar NVD, sadarbojoties ar Labklājības ministriju, 2020.gadā izstrādāja informatīvus bukletus jeb ceļvežus par paliatīvās aprūpes pieejamību gan pieaugušajiem, gan bērniem, lai informētu sabiedrību par valsts apmaksātu paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām un nodrošinātu kritiskā situācijā nonākušu pacientu tuviniekiem informāciju par valsts atbalstu, bet, situācijai mainoties, bukletus nepieciešams aktualizēt.
11. Paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošinājums un pieejamība valstī ir nevienlīdzīga.Nav vienmērīgi pieejama paliatīvā pacientu aprūpe Būtiski atšķiras paliatīvās aprūpes pakalpojumu klāsts pieaugušajiem un bērniem, kā arī pakalpojumu pieejamības nodrošinājums reģionos un Rīgā dzīvojošiem iedzīvotājiem.
12. Esošie veselības aprūpes apmaksas tarifi neatbilst šī brīža faktiskajām izmaksām, piemēram, BKUS paliatīvās aprūpes kabinetā sniegtie pakalpojumi, ilgstošo kopjamo pacientu paliatīvā aprūpe un mājas aprūpes ietvaros sniegtie paliatīvās aprūpes pakalpojumi.

### Medicīniskā rehabilitācija

1. **Medicīniskās rehabilitācijas** mērķis ir pacientiem ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem nodrošināt šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti un funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, piedaloties citām ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pēc fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījuma pacients var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās.
2. 2020. gadā uz 1. jūliju 77 ārstniecības iestādes bija noslēgušas līgumus par ambulatorajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem bērniem, 65 ārstniecības iestādes par ambulatorajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem pieaugušajiem, kā arī 24 ārstniecības iestādes sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus dienas stacionārā. Uz 2020. gada 1. augustu 16 ārstniecības iestādēs, kas sniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus dienas stacionārā, rinda ir garāka par 30 dienām. Vairāk nekā pusē ārstniecības iestāžu, kas sniedz ambulatoros medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, virs 30 dienām rindas ir pie tādiem speciālistiem kā audiologopēds un fizioterapeits.
3. Lai uzlabotu medicīniskās rehabilitācijas dienas stacionāra pakalpojumu pieejamību visā Latvijas teritorijā atbilstoši iedzīvotāju daudzumam, paaugstinātu veselības aprūpei piešķirtā finansējuma izlietojuma efektivitāti, uzlabotu pakalpojumu kvalitāti, NVD 2020. gadā īstenoja **stratēģisko pakalpojumu sniedzēju atlasi pakalpojuma sniegšanai no 2021. gada 1. janvāra līdz 2025. gada 31. decembrim.** Tās rezultātā tika atlasīti 35 pakalpojuma sniedzēji.

## Pacientu drošība

1. Pacientu drošība raksturo, cik lielā mērā veselības aprūpes procesi un pārvaldības sistēma nepieļauj vai novērš nevēlamus rezultātus, kas rodas vai var rasties veselības aprūpes procesā. Drošības galvenais mērķis – nenodarīt kaitējumu pacientam.[[235]](#footnote-236) Nepietiekama pacientu drošība ir gan nopietna sabiedrības veselības problēma, gan liels ekonomisks slogs ierobežotajiem veselības aprūpes resursiem.
2. Skandināvijas valstis ir izrēķinājušas, ka zāļu lietošanas seku dēļ izraisītā blakusparādību ārstēšana veido ap 15% somatisko slimību ārstēšanas izmaksu un vairāk par 60% no tām ir novēršamas. Starptautiskā pieredze liecina, ka vidēji 10% pacientu ārstniecības procesā tiek nodarīts kaitējums.[[236]](#footnote-237) Eiropas Parlamenta ziņojumā par drošāku veselības aprūpi Eiropā minētie statistikas dati liecina, ka Eiropā 8–12% pacientu **cieš no kaitējuma, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus**. Medicīnas progress ir saistīts ar pieaugošām izmaksām valstu veselības aprūpes sistēmām, savukārt kaitējuma izmaksas šo ekonomisko slogu palielina vēl vairāk. OECD valstīs 15% no slimnīcu izdevumiem un aktivitātēm tiek novirzīti ārstēšanas neveiksmēm un kļūdu labošanai, un saskaņā ar veiktajiem pētījumiem kaitējums pacientam ir globālā slimību sloga 14. galvenais cēlonis, tādējādi pacientu drošība ir aplūkojama daudz plašākā ekonomiskā kontekstā, ņemot vērā pacientu un viņu tuvinieku zaudēto kapacitāti un produktivitāti.
3. Kā akcentē OECD, daudzus nevēlamus notikumus var sistēmiski novērst ar labāku politiku, labāku izmaksu praksi, lai izmaksas būtu zemākas par kaitējuma izmaksām. Tāpēc nacionālajā līmenī, kur resursi ir ierobežoti, vajadzētu īstenot aktivitātes, kurām ir visaugstākā pievienotā vērtība, investējot sistēmas līmeņa iniciatīvās, piemēram, profesionāļu izglītībā un apmācībā, drošības standartos un pamata informācijas infrastruktūrā.
4. Latvijā vairāk nekā 1 miljons eiro gadā tiek izmaksāts ĀRF ietvaros par pacientam nodarītu kaitējumu.[[237]](#footnote-238) Tas nozīmē, ka var ievērojami mazināt slimību slogu, attīstot pacientu drošības kultūru, mainot risku pārvaldības metodes un sistēmu ārstniecības iestādēs, meklējot kļūdu cēloņus un izstrādājot jaunus darba algoritmus, uzlabojot informācijas apriti, sadarbību un komunikāciju kolēģu starpā.
5. Lai apzinātu un pēc tam arī mazinātu atgadījumu skaitu, kuru dēļ radies vai varēja rasties ar veselības aprūpi saistīts kaitējums pacientam, nepieciešams izveidot nacionāla mēroga nenosodošas ziņošanas un mācīšanās sistēmu informācijas par atgadījumiem/riskiem veselības aprūpē vākšanai, analīzei, cēloņu noteikšanai.
6. Veselības aprūpes kvalitātes sistēmas ievaros ir izveidota atsevišķa struktūrvienība SPKC, kas nodarbojas ar metodiskā atbalsta sniegšanu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos.
7. 2017. gadā stājās spēkā prasības ārstniecības iestādēm pacientu drošības jomā. Īstenotas ārstniecības personu apmācības par pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes jautājumiem.
8. Sekmīgai ārstēšanas procesa nodrošināšanai un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanai būtisks aspekts ir pacientu viedokļa saņemšana, Veselības ministrija sadarbībā ar Svētās Annas universitātes pārstāvjiem (Itālija) un SPKC ir uzsākusi pilotprojektu “Atbalsts pacienta ziņotās pieredzes pasākumu izstrādei veselības sistēmas darbības novērtēšanai Latvijā” (01.06.2019. - 01.06.2021.).
9. Izstrādāti klīniskie algoritmi, pacientu ceļi un kvalitātes indikatori šādās jomās: 1) sirds-asinsvadu slimību jomā (24 klīniskie algoritmi un 21 klīniskie pacientu ceļi); 2) garīgās veselības jomā (30 klīniskie algoritmi un 30 klīniskie ceļi); 3) perinatālā perioda aprūpes jomā (30 klīniskie algoritmi un 20 klīniskie ceļi); 4) bērnu (sākot no neonatālā perioda) aprūpes jomā (17 klīniskie algoritmi un 18 klīniskie ceļi); 5) onkoloģijā (15 klīniskie algoritmi un 14 klīniskie pacientu ceļi).
10. 2020. gadā turpinās darbs pie 5 klīnisko algoritmu un 5 klīnisko ceļu izstrādes bērnu psihiatrijā, un informācijas tehnoloģiju risinājuma izstrādes, kas nodrošinātu, lai minētā dokumentācija būtu ērti pārskatāma un lietojama profesionāļiem, kā arī klīnisko vadlīniju labāku piemērošanu un novērtēšanu. Ir nepieciešams veikt klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu ieviešanas monitoringu.
11. **Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls un pakalpojumu pieejamība - problēmu un izaicinājumu kopsavilkums:**
12. Profilaktiski un medicīniski novēršamā mirstība Latvijā ir viena no augstākajām ES, kas liecina par plašām iespējām uzlabot veselības aprūpes sistēmas efektivitāti.
13. Pacientu ar hroniski noritošām slimībām ārstēšanas uzraudzība un koordinēšana/sadarbība starp speciālistiem ir nepietiekama, polifarmācija un zāļu saskaņotas lietošanas problēmas.
14. Ilgs gaidīšanas laiks veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai un nav vienotu kritēriju rindu veidošanās mehānismam (sasaistē ar VII nodaļu).
15. Nepilnības dinamiskās novērošanas organizēšanā pacientiem ar onkoloģiskām slimībām.
16. Nepietiekamā apjomā nodrošināta paliatīvā aprūpe.
17. Nevienmērīgs veselības aprūpes pakalpojuma mājās nodrošinājums.
18. Mūsdienu prasībām neatbilstoša un nepietiekošā apjomā nodrošināta valsts un pašvaldību kapitālsabiedrību slimnīcu infrastruktūra, tai skaitā nevienmērīgi pieejama ambulatorā psihiatriskā veselības aprūpe bērniem, pusaudžiem. IT infrastruktūra nav pietiekami attīstīta gan valsts, gan atsevišķu iestāžu līmenī.
19. Medicīnisko tehnoloģiju novērtēšana netiek veikta pietiekoši.
20. Nav skaidri noteiktas sociālo un aprūpes gultu nodrošināšanas iespējas valstī un pašvaldībās. Aprūpes līmeņa slimnīcas/nodaļas trūkums rada nepieciešamību pārskatīt un pilnveidot slimnīcu līmeņus atbilstoši demogrāfiskajām izmaiņām.
21. Valsts apmaksāto pakalpojumu grozs ietver fragmentētus pakalpojumus, kas nav veidots integrēta pakalpojuma nodrošināšanai.
22. Multidisciplināras pacientu aprūpes nepietiekamība, tai skaitā nepietiekams ārstniecības personu skaits, izpratne un zināšanas par sadarbību multidisciplināras komandas un integrētas aprūpes ietvaros.
23. Pašvaldību iesaiste veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā nav precīzi definēta.
24. Latvijā ir ierobežotas donoru orgānu un audu apmaiņas iespējas ar citām Eiropas valstīm.
25. Polifarmācijas risku mazināšanai nepieciešama farmaceita iekļaušana primārajā aprūpē sadarbībai ar ģimenes ārstiem, ieviešot tādas prakses kā zāļu saskaņošana un regulāra pārskatīšana (medicine reconciliation and review).
26. Nepieciešams nodrošināt pacientu ar noteiktām diagnozēm nogādāšanu atbilstoša līmeņa ārstniecības iestādēs atbilstoši to piedāvātajiem profiliem.
27. Jāveicina klīnisko vadlīniju un pacientu klīnisko ceļu ieviešanu veselības aprūpē.
28. Jāpilnveido pacientu drošība ārstniecības iestādēs.
29. Pacientu drošības kultūras izpratne ir nepietiekama un ir nepieciešama tās pilnveidošana ārstniecības iestādēs un neatliekamajā medicīnā, tai skaitā ir attīstāma nenosodoša ziņošanas un mācīšanās sistēma par negadījumiem veselības aprūpē, biežāko komplikāciju reģistrēšana, klasificēšana un analīze, lai tā kļūtu par ikdienas praksi veselības aprūpes sistēmā.
30. Veselības aprūpes sistēmas pakalpojumu kvalitāte un efektivitāte ir nepietiekama un uzlabojama.[[238]](#footnote-239)
31. Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas modeļi ir pilnveidojami, lai veicinātu kvalitatīvu veselības pakalpojuma rezultātu.
32. Nepieciešams rast iespēju nodrošināt valsts apmaksātas grūtniecības aprūpes pakalpojumu un kontracepcijas pieejamību sociālās atstumtības riskam pakļautajām sievietēm.
33. Nepieciešams uzlabot veselības aprūpi reto slimību jomā un tās koordinēšanu, tai skaitā paplašināt diagnostikas iespējas un nodrošināt medikamentu pieejamību, turpinot pakāpeniski palielināt no valsts budžeta apmaksājamo laboratorisko, diagnostisko un ģenētisko izmeklējumu skaitu un apjomu.
34. **Starpnozaru sadarbības jautājumi:**
35. Nepietiekoša starpinstitūciju sadarbība – informācijas apmaiņā starp veselības aprūpes iestādēm un sociālo dienestu personas veselības un sociālo problēmu risināšanā.

## ES fondu ieguldījumi veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pieejamības uzlabošanai un uzdevumi 2021.-2027. gadam

1. Līdz šim veikti būtiski ES fondu ieguldījumi veselības aprūpes ilgtspējas un pārvaldības stiprināšanai, kā arī efektīvu veselības aprūpes resursu izmantošanas uzlabošanai.
2. ES fondu 2004. - 2006. gada plānošanas periodā ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstībai no ERAF) bija pieejams finansējums 13 447 428 LVL (19 milj. eiro) apjomā, kam līdztekus tiek nodrošināts Latvijas nacionālais finansējums (valsts budžeta, pašvaldību budžetu, finansējuma saņēmēju finansējums) 10 611 592 LVL (15 milj. eiro) apjomā – kopumā veicot ieguldījumus 34 232 901 eiro apmērā. Rezultātā tika uzlabotas 11 reģionālās daudzprofilu slimnīcas, iegādāti 20 operatīvie medicīniskie transportlīdzekļi, uzlabotas 9 primārās veselības aprūpes iestādes.
3. ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā veselības nozarē tika ieguldīts ERAF finansējums 220 506 551 eiro apjomā, kā arī papildus nacionālais līdzfinansējums vairāk kā 15% apmērā. ERAF finansējums tika izmantots veselības aprūpes infrastruktūras uzlabošanai visu līmeņu slimnīcās gan Rīgā, gan reģionos, kā arī veselības aprūpes centros un primārās veselības aprūpes iestādēs. 2007.-2013.gada plānošanas periodā veselības nozarē tika atbalstīti pasākumi infrastruktūras uzlabošanai ģimenes ārstu praksēs, slimnīcu pārprofilēšanai par ambulatorajām ārstniecības iestādēm, neatliekamās medicīniskās palīdzības, kā arī stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Atbalsta mērķis bija optimizēt veselības aprūpes sistēmu, nodrošinot racionālu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojumu valstī, kas ļautu optimizēt nozarei nepieciešamo finansējumu, tādējādi paaugstinot pieejamību pakalpojumiem. Līdz ar to ES fondu finansējums ļāva ne tikai veselības aprūpē iesaistītajiem profesionāļiem pilnveidot profesionalitāti, iegūt un atjaunot specializāciju atbilstoši jaunajai nozares struktūrai, bet arī veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem sakārtot infrastruktūru, kas nepieciešama, lai sniegtu pakalpojumus jaunajos apstākļos. Piemēram, atbalstu saņēma bijušās slimnīcas, kas reformu ietvaros tika pārprofilētas par ambulatorajiem centriem, NMPD īstenoja sistēmas centralizācijai nepieciešamos pasākumus (tai skaitā dispečeru punktu centralizācija, vienotas IT sistēmas izveide, jaunu operatīvo medicīnas transporta līdzekļu iegāde), savukārt, stacionārās ārstniecības iestādes attīstīja infrastruktūru, kas bija būtiski, ņemot vērā samazināto stacionāru skaitu valstī un stacionāro iestāžu sniegto pakalpojumu specifikas izmaiņas.
4. ES fondu 2014.-2020.gada plānošanas periodā ieguldījumi veselības pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanai tiek īstenoti kompleksi visos līmeņos, primāri ieguldot prioritārajās jomās, kopumā plānošanas periodā ieguldot ap 300 milj. eiro veselības nozares stiprināšanā Latvijā.
5. Izstrādājot tīklu attīstības vadlīnijas un kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, kopumā ieguldīti 4,5 milj. eiro, kas ļāva veikt detalizētu Pasaules Bankas izvērtējumu par veselības aprūpes sistēmu Latvijā, sniedzot rekomendācijas reformas īstenošanai, kā arī izstrādāt kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, izstrādājot virkni algoritmu, pacientu klīnisko ceļu un indikatoru, pacientu ceļu un algoritmu, īstenojot kvalitātes nodrošināšanas sistēmas apmācības veselības aprūpē strādājošajiem, kā arī īstenojot citas ar kvalitātes nodrošināšanas sistēmu saistītās aktivitātes.
6. Investējot infrastruktūras attīstībā, veicinot sistēmiskas pārmaiņas pakalpojumu sniegšanā, t.sk. koncentrējot augsta līmeņa specifiskus veselības aprūpes pakalpojumus, tuvinot primāro aprūpi pacientiem, kā arī attīstot ārstniecības iestāžu teritoriālo sadarbību kopumā investējot 293,6 milj. eiro. 2014.-2020.gada plānošanas periodā izveidotas sešas slimnīcu sadarbības teritorijas ar vadošajām slimnīcām Valmierā, Rīgā (Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca), Liepājā, Jēkabpilī, Daugavpilī un Rēzeknē. Slimnīcu sadarbības projektu īstenošana ir uzsākta, kā rezultātā jau šobrīd ir uzlabota slimnīcu darbības efektivitāte un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem, tomēr slimnīcu sadarbībā joprojām ir konstatējamas veselības aprūpes pakalpojumu pilnveidošanas un attīstīšanas iespējas.
7. Ieguldījumi infrastruktūras attīstībai tiek veikti visos aprūpes līmeņos, pamatojoties uz veselības aprūpē īstenoto reformu:
8. IV un V līmeņa ārstniecības iestāžu attīstībai, ieguldot 273 milj. eiro, šī summa atbilst tikai aptuveni 40% no nepieciešamajiem ieguldījumiem. Ņemot vērā novecojušo infrastruktūru, ilgstošu finansējuma trūkumi, tarifi neatbilst faktiskajām izmaksām, līdz ar to neveidojas arī uzkrājumi.
9. I – III līmeņa ārstniecības iestādēs, kā arī steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, ieguldīti16 milj. eiro;
10. Primārās veselības aprūpes attīstībā, ieguldot 4,5 milj. eiro, t.sk. tika attīstītas ģimenes ārstu individuālās prakses, sadarbības prakšu izveide, kā arī sniegts atbalsts pilotprojektu īstenošanai primārās aprūpes centru izveidei Liepājas, Jelgavas, Ķekavas, Alūksnes un Iecavas pašvaldībās.
11. Būtisku daļu no ieguldījumiem IV un V līmeņa slimnīcās veido ieguldījumi Paula Stradiņa klīniskās universitātes A korpusa attīstībā, 2007.-2013.gadā ieguldot 67 milj. eiro A1 korpusa būvniecībā un aprīkošanā un 2014.-2020.gada plānošanas periodā ieguldot 140 milj. eiro. PSKUS ir veselības aprūpes infrastruktūras objekts, kas ir nozīmīgs visiem Latvijas iedzīvotājiem, un kas ir stratēģiski īpaši nozīmīga ārstniecības iestāde valstī un ir vienīgā, kas nodrošina virkni unikālu veselības aprūpes pakalpojumu, tādejādi PSKUS infrastruktūras attīstība ir ļoti būtiska veselības aprūpes jomas attīstībai Latvijā kopumā. Slimnīcā tiek nodrošināta ne tikai ikdienas medicīniskā, tostarp neatliekamā palīdzība 26 dažādos profilos, bet arī tiek attīstīta unikālu centru attīstība tādās medicīnas nozarēs kā kardioloģija, kardioķirurģija, orgānu transplantācija, asinsvadu ķirurģija, aroda un radiācijas medicīna, grūtnieču patoloģijas , zobārstniecība un sejas ķirurģija, kas vienkopus nav pieejama citās medicīnas iestādēs valstī. PSKUS piešķirts nacionālo interešu objekta statuss, tā sniedz primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumus visiem Latvijas iedzīvotājiem – aptuveni 40% no primārās veselības aprūpes pacientiem un 50% no terciārās veselības aprūpes pacientiem no teritorijām ārpus Rīgas. Slimnīca sniedz gandrīz 50% no stacionāriem pakalpojumiem sirds un asinsvadu jomā Latvijā, kā arī Slimnīcai ir būtiska loma onkoloģijas pacientu ārstēšanā un perinatālās un neonatālās aprūpes nodrošināšanā Latvijā. Ņemot vērā minēto, svarīgi turpināt PSKUS attīstības projektu, to īstenojot pilnā apmērā un attīstot arī slimnīcas B korpusu, kas ir būtiska kopējās veselības aprūpes reformas īstenošanas sastāvdaļa, koncentrējot augsti specializētos pakalpojumus, paaugstinot to kvalitāti, tādējādi uzlabojot pakalpojumu kvalitāti visiem Latvijas iedzīvotājiem.
12. Papildus, reaģējot uz COVID19 ārkārtas situāciju, ieguldījumi veikti arī infrastruktūras attīstībā ar mērķi nodrošināt apstākļus, kas ļautu sniegt veselības aprūpes pakalpojumus arī infekcijas slimību izplatības apstākļos un citu krīžu apstākļos, tai skaitā, veikti ieguldījumi NPMD (16, 4 milj EUR apmērā), Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā 22 milj. EUR apmērā), kā arī Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā (5,6 milj. EUR apmērā).Līdz šim veiktie ES fondu ieguldījumi ir ļāvuši veikt būtiskus uzlabojumus veselības aprūpē Latvijā – uzlabots pakalpojumus sniedzēju tīkls, veselības aprūpes sistēmas efektivitāte ir augstāka. Ieguldījumi tika veikti atbilstoši veselības aprūpes reformai, kas tika balstīta uz apjomīgu Pasaules Bankas izvērtējumu par veselības aprūpes sistēmu Latvijā, ietverot detalizētu analīzi par pakalpojumu pieejamību, cilvēkresursiem, infrastruktūru. Tādējādi ieguldījumi tika veikti, lai risinātu reformu plānā noteiktos uzdevumus, ņemot vērā, ārstniecības iestāžu kartējumu, kas izstrādāts , balstoties uz iedzīvotāju skaita un izvietojuma izmaiņām, kā arī veselības aprūpes kvalitātes kritērijiem, kas nosaka apjomu, pie kāda noteikti veselības aprūpes pakalpojumi var tikt sniegti kvalitatīvi. Atbalsts cilvēkresursiem veselības jomā ļāvis uzlabot ārstniecības personu prasmes un iemaņas atbilstoši veselības aprūpes sistēmas prasībām, kā arī uzlabot ārstniecības personu pieejamību pakalpojumu sniegšanā. Tāpat ieguldījumi sabiedrības veselībā ir būtisks priekšnosacījums, lai situācija nākotnē Latvijā veselības jomā uzlabotos, ņemot vērā šo pasākumu ilgtermiņa ietekmi uz veselību. Minētās reformas ļāvušas uzlabot atsevišķus rādītājus, tomēr, t.sk. ņemot vērā ierobežoto un nepietiekamo veselības aprūpes finansējumu, joprojām veselības pakalpojumu pieejamība Latvijā nav atbilstoša ES dalībvalstu vidējam līmenim, līdz ar to nepieciešami tālāki secīgi ieguldījumi sistēmas attīstībā, t.sk. turpinot iesāktās reformas.
13. 2014.-2020. gada plānošanas perioda ES fondu investīcijas tika prioritāri virzītas sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) aprūpes un garīgās veselības jomām. 2020. gadā COVID19 krīzes laikā, ņemot vērā kritisko situāciju infekcijas izplatībā, tika veikti grozījumi darbības programmā “Izaugsme un nodarbinātība”, papildinot atbalstāmās jomas ar pasākumiem COVID19 un citu krīžu situāciju ierobežošanai. Līdz ar to ES fondu atbalsts tika sniegts infrastruktūras attīstībai, cilvēkresursu piesaistei un attīstībai veselības nozarē tieši saistībā ar COVID19 izplatības mazināšanu.
14. Ņemot vērā sākotnēji izvirzītās prioritārās jomas ES fondu atbalstam, ieguldījumi ar infekciju izplatību mazināšanu saistītajās jomās (gan infrastruktūrā, gan cilvēkresursos, gan sistēmiskās izmaiņās un veselības veicināšanā un slimību profilaksē) jomās veikti salīdzinoši nelielā apjomā un turpmāk tos būtu nepieciešams paplašināt.

# **Pacientu iesaiste, zināšanas un apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem**

1. Iedzīvotājiem **ir nepietiekamas zināšanas** par savām **tiesībām** par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, un nespēja tās aizstāvēt pārkāpumu gadījumos. Īpaši jutīgi šai ziņā ir vecāka gadagājuma iedzīvotāji, iedzīvotāji ar zemiem ienākumiem, zemāku izglītības līmeni, sliktāku veselību un tādiem veselības traucējumiem, kas apgrūtina ikdienas dzīvi.
2. Tikai trešdaļa respondentu norāda, ka zinātu, tai skaitā “drīzāk zinātu”, kur ziņot par nekvalitatīvu pakalpojumu un tikpat daudzi – kur meklēt informāciju, lai pakalpojumu saņemtu iespējami drīz.[[239]](#footnote-240)
3. Kā īpaša grupa pakalpojumiem ārpus ģimenes ārsta prakses minami jaunieši, kuriem ir kopumā sliktākas zināšanas par veselības aprūpes sistēmu un pakalpojumu saņemšanas iespējām, kas norāda uz nepietiekamu ar veselību saistītu zināšanu iekļaušanu izglītības procesā. Kopumā 57% respondentu (jauniešu) norāda, ka zina, kā atrast šo informāciju (21% atbild “jā”, bet 36% – “drīzāk jā”). Šīs zināšanas sniedzamas caur trim kanāliem – izglītības sistēmu (kopumā zināšanas par pacientu tiesībām sabiedrībā ir zemas un pedagogi mērķtiecīgi jāizglīto šajos jautājumos), pacientu tiesību ombudu (ja tāds tiek izveidots) un ģimenes ārstu praksēm, kur jaunieši ir vislabāk integrēti. Jauniešiem ir arī zemāka apmierinātība ar saņemtajiem pakalpojumiem ārpus ģimenes ārsta prakses[[240]](#footnote-241)
4. Attiecībā uz zināšanām par veselības aprūpes sistēmu un pakalpojumu saņemšanas iespējām izceļamas arī vecāka gadagājuma respondentu atbildes – vecuma grupā 55-64 gadi 52%, bet vecuma grupā 65-74 gadi vien 42% norāda, ka zina, kur meklēt informāciju.
5. Zināšanas par valsts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, iespējām tās pilnvērtīgi izmantot un no ārstiem saņemtās veselības informācijas piemērotības pacientu vajadzībām vērtējums saistīti arī ar ienākumu nevienlīdzību, dzimumu nelīdztiesību (vīrieši kopumā savas zināšanas par pacientu tiesībām vērtē kā sliktākas), izglītības līmeni un veselības stāvokļa pašvērtējumu, kas liek šķēršļus valsts piedāvātu veselības aprūpes pakalpojumu pilnvērtīgai izmantošanai tām grupām, kuras atrodas salīdzinoši sliktākā sociāli ekonomiskajā pozīcijā.[[241]](#footnote-242)
6. Medicīnas māsas iesaistīšana veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā būtiski uzlabo apmierinātību ar saņemto pakalpojumu, un pētījums sniedz būtisku argumentu māsu un ārstu palīgu tālākai iesaistei pakalpojuma sniegšanā.[[242]](#footnote-243)
7. Apmierinātība ar ģimenes ārsta sniegtajiem pakalpojumiem lielā mērā saistīta ar pacienta informēšanu par ārstēšanas procesu un medikamentu lietošanu. Skaidrojumu sniegšana par pacienta veselības stāvokli, pacientam veido gan ārsta kompetences vērtējumu, gan apmierinātību ar pakalpojumu kopumā. Ārsta speciālista darba vērtējumā būtisku lomu spēlē komunikācijas kvalitāte un apmeklējumam paredzētais laiks – šo aspektu salāgošana sniedz augstāku apmierinātības vērtējumu.[[243]](#footnote-244)
8. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas dati liecina, ka salīdzinājumā ar 2016. gada datiem, samazinājies ir iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 74 gadiem īpatsvars, kas pilnībā ir apmierināti ar ģimenes ārstu – 51,8% (2016. gadā – 61,5%). Pilnībā vai daļēji apmierināti, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību citās ārstniecības iestādēs 2018.gadā bija 74%, kas ir par 3,7 procentpunktiem mazāk nekā 2016.gadā (77,7%). 2018.gadā 13,4% iedzīvotāju (15-74 g.v.) bija nepamierināti ar to, kā ģimenes ārsts nodrošina ar informāciju par viņu slimības diagnozi (2016. - 10,8%).
9. Jebkuras kvalitātes nodrošināšanas sekmīgums ir lielā mērā atkarīgs no kvalitātes kultūras radīšanas visos veselības aprūpes nozares līmeņos. Arī daudzos pētījumos ir secināts, ka uzvedības aspektiem (kultūra, attieksme, profesionālā sagatavotība un cilvēkresursu pārvaldība) kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu īstenošanā ir lielāka nozīme nekā tehniskiem risinājumiem (Shaw un Kalo, 2002. g.). Lai attīstītu šādu kvalitātes kultūru, medicīniskajā izglītībā jāiekļauj vismaz kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas pamatkurss pirmsdiploma, specialitātes apmācības un tālākizglītības līmeņos, kā arī neklīniskā personāla (piemēram, informātikas speciālistu, administratoru utt.) apmācībā. Ja organizācijā būs vairāk personāla, kurš ir pilnībā informēts par kvalitātes nodrošināšanas praksi un uzticas tai, pastāv lielāka iespējamība, ka kvalitātes kultūra mainīsies no “reaktīvas”, kas reaģē uz problēmām to rašanās brīdī, uz “proaktīvu”, kas nepārtraukti cenšas identificēt un novērst riskus un rīcības modeļus, kas vēlāk varētu radīt kvalitātes problēmas (Pasaules Bankas Kvalitātes nodrošinājuma pārskats).
10. Nodrošinot visaptverošas valsts aizsardzības sistēmas ieviešanu veselības nozarē un paaugstinot valsts un veselības aprūpes iestāžu gatavību un spēju pārvarēt dažāda rakstura krīzes situācijas, turpināt veikt aktivitātes saistībā ar pirmās palīdzības apmācību, iestāžu gatavību rīcībai ārkārtas situācijās un valsts apdraudējuma gadījumā, nodrošinot iestāžu darbības nepārtrauktību.
11. Lai nodrošinātu sabiedrības izglītošanu pirmās palīdzības sniegšanā un efektīvu pirmās palīdzības sniegšanu cietušajiem un saslimušajiem NMPD atbilstoši MK noteikumu Nr. 557 3. punktā noteiktajam, metodiski vada, koordinē, organizē un kontrolē apmācības pirmās palīdzības sniegšanā Latvijā. 2019. gadā tika uzsāktas diskusijas par pirmās palīdzības apmācības organizēšanu Latvijā. Atbilstoši datiem 2018. gadā Latvijā bija 153 sertificēti pirmās palīdzības pasniedzēji, 7 instruktori, 37 instruktoru palīgi, 13 apmācītājorganizācijas, kuras nodarbojas ar apmācību pirmās palīdzības sniegšanā. Vidēji gadā 43 603 personas tiek apmācītas pirmās palīdzības sniegšanas apmācības kursos saskaņā ar MK noteikumu Nr.557 4.punktā minētajām programmām.
12. **Pacientu iesaiste, zināšanas un apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem – problēmu un izaicinājumu kopsavilkums:**
13. Pacienta pasīvā loma veselības aprūpes sistēmā un attiecībā uz savu veselību, piemēram, nepietiekama iedzīvotāju atsaucība valsts organizētajiem skrīningiem, kas veicina augsti novēloti diagnosticēto audzēju īpatsvars.
14. Iedzīvotāji nav pietiekoši informēti par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas iespējām.

# **Cilvēkresursu nodrošinājums un prasmju pilnveide**

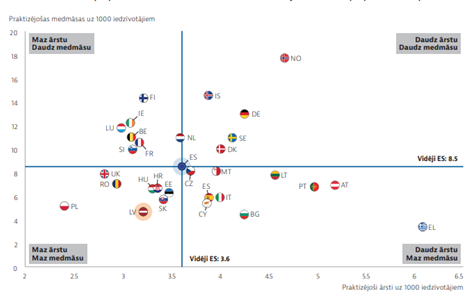
1. Veselības jomas profesijas ir reglamentētās profesijas, ko regulē Reglamentēto profesiju likums “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu”.[[244]](#footnote-245)
2. Koordinējošā institūcija reglamentēto profesiju jomā Latvijā ir Izglītības un zinātnes ministrija, tomēr par reglamentētajām ir atzītas tās profesijas, kuras par tādām ir noteiktas nozaru normatīvajos aktos, un ikviena no tām nosaka gan specialitātes un apakšspecialitātes, gan specifiskās prasības kvalifikācijai profesionālās darbības veikšanai attiecīgajā profesijā.
3. Profesionālās darbības reglamentācijas būtība ir aizsargāt, galvenokārt, ar cilvēku veselību un drošību saistītu pakalpojumu saņēmēju intereses un nodrošināt, lai saņemtais pakalpojums būtu kvalitatīvs, nosakot tiesiskus ierobežojumus piekļuvei profesionālajai darbībai noteiktajā jomā un minimālās prasības reglamentēto profesiju izglītības programmām. Profesiju reglamentācijas mērķis ir arī veicināt personu brīvu pārvietošanos Eiropas Savienības dalībvalstīs un Eiropas Brīvās tirdzniecības asociācijas dalībvalstīs.
4. Veselības jomā ir piecas reglamentētās profesijas, kurās minimālās prasības profesionālās kvalifikācijas iegūšanai nosaka Ministru kabinets, kā arī 24 reglamentētās profesijas, kurās kvalifikācijas prasības nosaka akreditētas izglītības programmas vai profesionālās sertifikācijas noteikumi (skat. 1. tabulu).

**1. tabula**. Veselības jomas reglamentētās profesijas

|  |  |
| --- | --- |
| **Minimālās prasības profesionālās kvalifikācijas iegūšanai nosaka Ministru kabinets** | **Kvalifikācijas prasības nosaka akreditētas izglītības programmas vai profesionālās sertifikācijas noteikumi** |
| 1. ārsts  2. zobārsts,  3. farmaceits,  4. māsa (medicīnas māsa),  5. vecmāte | 1. ārsta palīgs (feldšeris) 2. farmaceita asistents, 3. biomedicīnas laborants, 4. zobu tehniķis, 5. zobu higiēnists, 6. fizioterapeits, 7. ergoterapeits, 8. optometrists, 9. fizioterapeita asistents, 10. ergoterapeita asistents, 11. tehniskais ortopēds, 12. kosmētiķis, 13. zobārsta asistents, 14. māsas palīgs, 15. audiologopēds, 16. radiologa asistents, 17. uztura speciālists, 18. militārais paramediķis, 19. podologs, 20. radiogrāfers, 21. skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā, 22. masieris, 23. mākslas terapeits |

1. 2019. gadā Valsts kontrole publiskoja revīzijas ziņojumu “Cilvēkresursi veselības aprūpē”, sniedzot detalizētu pārskatu par situāciju veselības aprūpes personāla nodrošinājumā, tajā skaitā vērtējot situāciju ārstniecības personu izglītības sistēmā.
2. Valsts kontrole secinājusi, Latvijā ir divreiz vairāk reglamentēto profesiju, nekā citās Baltijas valstīs, tāpēc reglamentēto profesiju saraksts būtu regulāri pārskatāms.[[245]](#footnote-246)  2020. gadā apstiprinātais ārsta profesijas un māsas (vispārējās aprūpes māsas) profesijas standarts, kā arī uzsāktais darbs pie izmaiņām citu veselības jomas profesiju standartos (piemēram, vecmātes, ārsta palīga profesiju standartos) ir pamats atkārtotai reglamentēto profesiju saraksta pārskatīšanai.
3. Latvija ilgstoši saskaras ar darbaspēka trūkumu veselības aprūpes nozarē, ko atspoguļo viens no zemākajiem māsu skaita rādītājiem ES valstīs (2017. gadā – 43 uz 10 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 85 ES vidēji) un par ES vidējo rādītāju nedaudz zemāks ārstu skaits (34 uz 10 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 36 ES vidēji). Latvijas reģionu griezumā ārstu relatīvais skaits visos reģionos, izņemot Rīgu, ir būtiski zemāks nekā ES vidējais.193

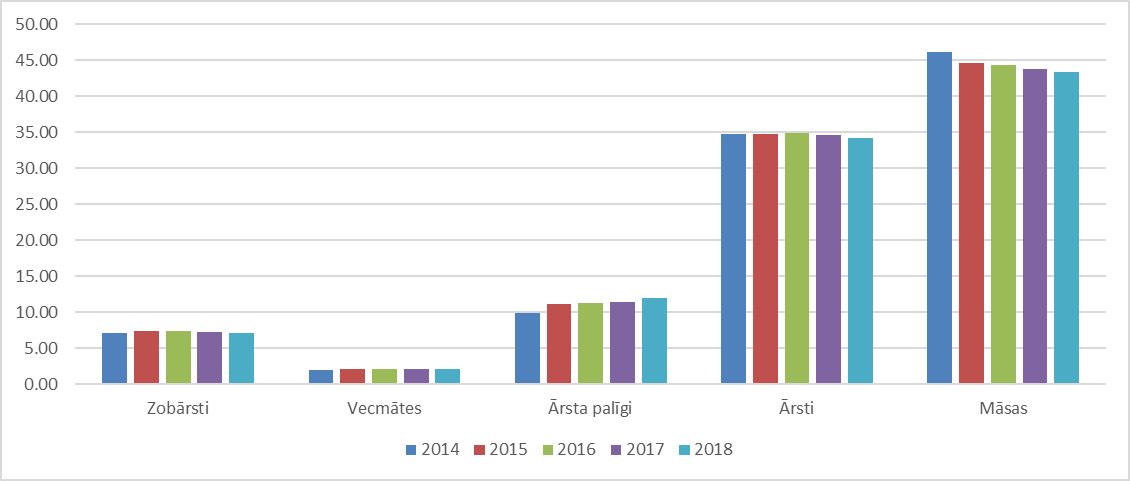
**1. attēls.** Ārstu un māsu nodrošinājums uz 1000 iedzīvotājiem.

1

Avots: State of Health in the EU · Latvija · Valsts veselības profils 2019, OECD

1. Cilvēkresursu kopējais nodrošinājums uz 10 000 iedzīvotājiem visās ārstniecības personu grupās (izņemot ārstu palīgus) ikgadēji turpina samazināties (skat. 2. attēlu), ko var skaidrot ar ilgstoši nerisinātajām problēmām veselības aprūpes sistēmā, kā galveno iemeslu minot ilgstoši nepietiekamos finanšu resursus kvalitatīva veselības aprūpes pakalpojuma attīstībai, neelastīgai personāla politikai, nepietiekamajam atalgojumam un citus faktorus.

**2. attēls.** Ārstniecības personu nodrošinājums Latvijā uz 10 000 iedzīvotājiem no 2014.-2019. gadam.



Avots: Slimību kontroles un profilakses centrs (<https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>)

1. Veselības nozares cilvēkresursi tiek sagatavoti studiju programmās, ko realizē augstskolas studijas virzienā “Veselības aprūpe”, gan no Veselības ministrijas budžeta programmas 02.00.00 "Medicīnas izglītība" apakšprogrammas 02.03.00 "Augstākā medicīnas izglītība", gan Izglītības un zinātnes ministrijas līdzekļiem (skat. 2. tabulu).

**2. tabula.** Veselības jomas studiju programmās studējošie 2017.-2018.gadā

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Akadēmiskais  gads | Imatrikulēti  pavisam | Imatrikulēti  budžets | Imatrikulēti  maksa | Studējošie  pavisam | Studējošie  budžets | Studējošie  maksa | Absolvējušie  pavisam | Absolvējušie  budžets | Absolvējušie  maksa | Atskaitītie |
| 1. 2018 | 1. 3822 | 1. 2220 | 1. 1602 | 1. 11476 | 1. 6458 | 1. 5018 | 1. 2402 | 1. 1597 | 1. 805 | 1. 1328 |
| 1. 2017 | 1. 3698 | 1. 2212 | 1. 1486 | 1. 11317 | 1. 6629 | 1. 4688 | 1. 2349 | 1. 1544 | 1. 805 | 1. 1345 |

Avots: Izglītības un zinātnes ministrija, statistika par augstāko izglītību, 2018. gads

1. Lai arī studiju vietu skaits valsts budžeta finansētajās studiju vietās pakāpeniski samazinās, kopējais imatrikulēto studentu skaits palielinās uz maksas studiju vietu skaita rēķina. Piemēram, 2018. gadā no kopējā pamatstudiju programmu absolvējušo studentu skaita, 44% absolventu bija maksas studenti (skat. 3. tabulu).

**3. tabula.** Studiju vietu skaits veselības jomas studiju programmās 2015.-2019. gadā

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Augstākā izglītības iestāde | Imatrikulēti | T.sk.par budžeta līdz. | Par maksu | Studē kopā | T.sk.par budžeta līdz. | Par maksu | Ieguvuši grādu, kvalifikāc. | T.sk.par budžeta līdz. | Par maksu | Atskaitītie |
| 2015 | LU | 114 | 50 | 64 | 711 | 221 | 490 | 68 | 29 | 39 | 86 |
| RSU | 521 | 201 | 320 | 2522 | 1119 | 1403 | 227 | 186 | 41 | 384 |
| 2016 | LU | 135 | 50 | 85 | 672 | 198 | 474 | 91 | 42 | 49 | 91 |
| RSU | 736 | 207 | 529 | 2734 | 1111 | 1623 | 210 | 153 | 57 | 300 |
| 2017 | LU | 135 | 40 | 95 | 641 | 208 | 433 | 79 | 35 | 44 | 103 |
| RSU | 238 | 207 | 31 | 1119 | 1070 | 49 | 174 | 173 | 1 | 79 |
| 2018 | LU | 148 | 35 | 113 | 588 | 419 | 423 | 107 | 34 | 73 | 103 |
| RSU | 714 | 207 | 507 | 3029 | 1955 | 1901 | 298 | 151 | 147 | 280 |
| 2019 | LU | 107 | 39 | 68 | 453 | 152 | 301 | 77 | 37 | 40 | 47 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Avots: Izglītības un zinātnes ministrija, statistika par augstāko izglītību, 2018. gads

1. Lielais no privātiem līdzekļiem studējošo medicīnas studentu īpatsvars ir būtisks šķērslis racionālai studiju vietu plānošanai gan pamatstudiju, gan rezidentūras līmenī, ņemot vērā ārstniecības iestāžu ierobežoto kapacitāti klīnisko prakšu nodrošināšanai.
2. Medicīnas studijās ir raksturīgs liels studējošo “atbirums”[[246]](#footnote-247) (studējošie, kuri pārtrauc mācības studiju procesa sākumposmā). Līdz ar to, lai nodrošinātu, ka studijas uzsāk motivētāki medicīnas studenti, nepieciešami uzlabojumi izglītības sistēmā sākot jau ar pamatskolas un vidusskolas izglītības programmām, nodrošinot nepieciešamo zināšanu bāzi, īpaši eksaktajās zinātnēs, kas veicinātu sekmīgu medicīnas studiju apgūšanu. Tā pat nepieciešamas pilnveidot medicīnas studentu atlases un uzņemšanas kritērijus, mazinot maksas studiju ietekmi uz studiju kvalitāti, jo īpaši, klīniski praktiskās daļas realizācijas iespējām ārstniecības iestādēs.
3. 2017. gadā tikai 65% no jauniem speciālistiem, kuri ieguvuši kvalifikāciju, pēc diploma saņemšanas palika Latvijas darba tirgū, no tiem 44% strādāja valsts/pašvaldību struktūrā, 13% - privātā struktūrā, 8% - gan valsts, gan privātā struktūrā, bet 35% - nav reģistrējušies Reģistrā.[[247]](#footnote-248) Savukārt, no absolventiem, kuri ieguvuši ārsta grādu, 40% ārstu turpināja studijas rezidentūrā, 13% uzsāk darba gaitas veselības nozarē, bet par 47% ārstu nav informācijas.
4. Lielais medicīnas absolventu īpatsvars, kas pēc studiju pabeigšanas nenonāk veselības nozares darba tirgū, rada nepieciešamību meklēt risinājumus “zaudētā” personāla atgriešanai veselības nozarē vēlākos karjeras posmos. Iespēja atgriezties profesijā pēc ilgstoša pārtraukuma vai karjeras citā tautsaimniecības jomā ir akcentēta vispārējās aprūpes māsas profesijā līdz ar jaunā māsu izglītības koncepta ieviešanu.[[248]](#footnote-249) Šāda iespēja būtu jāveicina arī citās ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu grupās, īpaši akcentējot darba vidē balstītu mācību nozīmību.
5. Vienota starpnozaru plānošanas pieeja un principi veselības jomas speciālistu sagatavošanā ir viens no būtiskākajiem izaicinājumiem ārstniecības personu plānošanā, lai panāktu izglītības pēctecību viesiem pamatstudiju medicīnas studentiem. Lai arī medicīnas studijās uzņemto studiju vietu skaits pakāpeniski tiek samazināts, joprojām uz rezidentūras vietām pretendē lielāks pamatstudiju absolventu skaits, nekā var nodrošināt no valsts budžeta līdzekļiem (2018. gadā – 369 uz 220 vietām). Par nepieciešamību Veselības ministrijai uzņemties koordinējošo lomu veselības jomas studiju vietu plānošanā norādījusi arī Valsts kontrole.[[249]](#footnote-250)
6. Lai arī līdz šim īstenotie pasākumi ir veicinājuši paaudžu nomaiņu ārstniecības personu profesijās un gados jauno speciālistu īpatsvars pakāpeniski pieaug, joprojām dominē vecuma grupa pirmspensijas un pensijas vecumā un vecumā virs 65 gadiem. 2018. gadā vecuma grupā līdz 35 gadiem strādāja 20,4% ārstu, lielāko vecuma grupu veido ārsti pirmspensijas vecumā (55-64 gadi) ~ 30% un vecumā virs 65gadiem – 17,4% ārstu (skat. 4. tabulu).

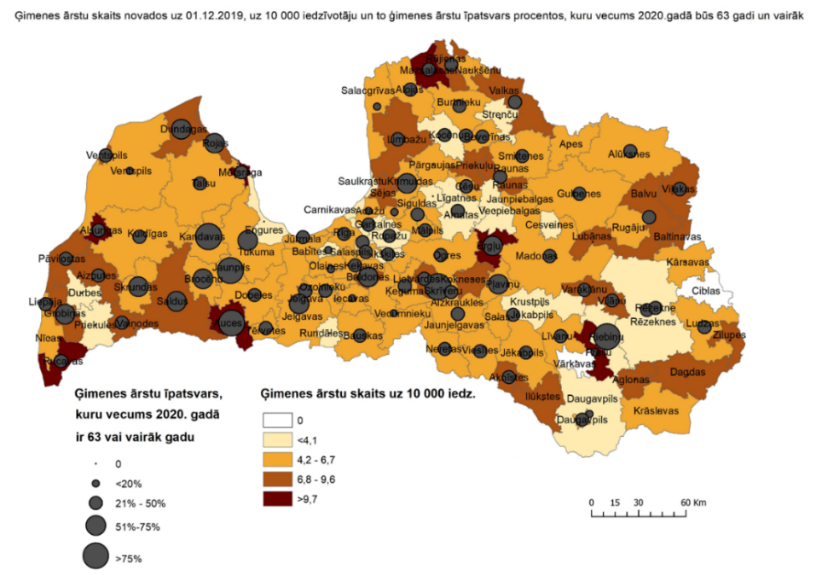
**4.tabula.** Praktizējošo ārstu skaita struktūra pa vecuma grupām %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Gads | 1. Līdz 35 | 1. 35 - 39 | 1. 40 - 44 | 1. 45 - 49 | 1. 50 - 54 | 1. 55 - 59 | 1. 60 - 64 | 1. >65 |
| 1. 2013 | 1. 18.3 | 1. 4.7 | 1. 6.2 | 1. 9.8 | 1. 13.6 | 1. 15.4 | 1. 14.2 | 1. 17.7 |
| 1. 2014 | 1. 14.1 | 1. 4.7 | 1. 9.2 | 1. 11.5 | 1. 15.9 | 1. 16.0 | 1. 11.6 | 1. 16.9 |
| 1. 2015 | 1. 15.7 | 1. 4.1 | 1. 8.5 | 1. 11.1 | 1. 15.1 | 1. 16.4 | 1. 12.1 | 1. 16.9 |
| 1. 2016 | 1. 17.0 | 1. 4.3 | 1. 7.6 | 1. 10.3 | 1. 14.5 | 1. 16.0 | 1. 12.8 | 1. 17.5 |
| 1. 2017 | 1. 18.3 | 1. 4.7 | 1. 6.2 | 1. 9.8 | 1. 13.6 | 1. 15.4 | 1. 14.2 | 1. 17.7 |
| 1. 2018 | 1. 20.4 | 1. 5.0 | 1. 5.1 | 1. 9.2 | 1. 12.3 | 1. 15.3 | 1. 13.8 | 1. 17.4 |

Avots: Slimību kontroles un profilakses centrs (<https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>)

1. Vecuma struktūra tiek ņemta vērā katru gadu plānojot uzņemšanu rezidentūrā ārstu pamatspecialitātēs, apakšspecialitātēs un papildspecialitātēs.
2. Specialitātēs, kurās jauno speciālistu skaits nespēj kompensēt pensijas vecuma ārstu īpatsvaru (novecojoša struktūra), lai nodrošinātu paaudžu nomaiņu un nepasliktinātu pieejamību veselības aprūpes pakalpojumam, rezidentūras vietu skaits tiek mērķtiecīgi palielināts, piemēram, ģimenes ārsta, psihiatra, bērnu psihiatra, ķirurga, anesteziologa, reanimatologa, arodveselības un arodslimību ārsta, internista, neirologa, oftalmologa un pediatra specialitātēs.
3. Lai veicinātu paaudžu nomaiņu ģimenes ārsta specialitātē kopš 2016./2017 akadēmiskā gada uzsākta mērķtiecīga ģimenes ārstu rezidentūras vietu skaita palielināšana – no 24 vietām 2015. gadā uz 41 vietu 2016. gadā, bet 2020.gadā – 50 vietas. Rezultātā jau 2019. gadā ģimenes ārsta rezidentūru pabeidza 28 jaunie ģimenes ārsti, no kuriem 64% uzrāda darba vietu Rīgā, bet 36% –valsts reģionos (Vidzemē -12%, Pierīgā 10%, Kurzemē – 5%, Latgalē 7%, bet Zemgalē 2%).

**3. attēls.** Ģimenes ārstu skaits un vecuma struktūra novados 01.12.2019. uz 10000 iedzīvotāju un to ģimenes ārstu īpatsvars %, kuru vecums 2020. gadā būs 63 gadi un vairāk, un vecuma struktūra novados.



1. Ar ES fondu finansiālu atbalstu īstenoti pasākumi arī ģimenes ārstu prakšu nodošanai un pārņemšanai. Kopš projekta sākuma atbalsts sniegts 10 ģimenes ārsta praksēm. Tā kā kopumā vecuma grupā virs 65 gadiem 2020. gada 1. janvārī pamatdarbā strādāja 365 ģimenes ārsti,[[250]](#footnote-251) nepieciešams izstrādāt ilgtermiņa risinājumus ģimenes ārstu pakalpojumu pieejamības uzlabošanai, īpaši reģionos, pārskatot ne vien finansiālu stimulus, bet arī vērtējot pakalpojuma organizācijas principus (jaunu sadarbības modeļu izveide, kopprakšu risinājumi u.c.).
2. 2019. gadā uzņemšana rezidentūrā pirmo reizi tika īstenota ar augstskolu vienotās uzņemšanas komisijas starpniecību, tādējādi padarot uzņemšanas procesu studentiem draudzīgāku, vienkāršāku un caurredzamāku. Vienots pamatstudiju noslēguma eksāmens augstskolās būtu nākamais solis studiju kvalitātes un caurredzamības uzlabošanas virzienā.
3. Ikgadēji sagatavoto veselības jomas jauno speciālistu skaits nespēj apmierināt darba tirgus pieprasījumu pēc darbaspēka ne valsts apmaksātajā, ne privātajā veselības sektorā, kur darba apstākļi un samaksas nosacījumi ir ievērojami labvēlīgāki. Lai arī darba devēji un sabiedriskās organizācijas ir vairākkārt norādījušas uz nepieciešamību atgriezties pie obligātās rezidentu sadales un nosūtīšanas darbā ārstniecības iestādēs, Satversmē noteiktie cilvēktiesību principi nepieļauj šādas iespējas atkārtotu pārskatīšanu un ieviešanu.
4. Lai veicinātu jauno speciālistu sagatavošanu atbilstoši darba tirgus vajadzībām un nodrošinātu pēc iespējas ātrāku un labāk sagatavotu jauno speciālistu nonākšanu veselības nozares darba tirgū, Veselības ministrija 2020. gadā atbilstoši Valsts kontroles norādījumiem[[251]](#footnote-252) uzsākusi un turpinās darbu pie ārstniecības personu pamatspecialitāšu, apakšspecialitāšu, papildspecialitāšu un ārstniecisko un diagostisko metožu saraksta (klasifikators), kā arī kompetenču un profesiju standartu pārskatīšanas. Atbilstoši specialitātē apgūstamajam teorētisko un praktisko zināšanu apjomam, sadarbībā ar augstskolām nepieciešams pārskatīt rezidentūras studiju programmu ilgumu. Saskaņā ar Valsts kontroles revidentu secināto, Latvijā topošo ārstu-speciālistu apmācības process ir ilgāks nekā kaimiņvalstīs.[[252]](#footnote-253)
5. Lai nodrošinātu, ka uzreiz pēc diploma iegūšanas darba tirgū nonāk ne vien teorētiski, bet arī praktiski praktizēttiesīgas ārstniecības personas, aktualizējot profesiju standartus, nepieciešams noteikt, ka medicīnas pamatstudiju programmās tiek palielināta klīniskās prakses daļa, tādējādi mazinot praktizēšanas iespējas “pelēkās ekonomikas” zonā.
6. Šobrīd jaunajiem speciālistiem nereti tiek izvirzīta prasība noteiktu laiku pēc izglītības dokumenta saņemšanas strādāt sertificēta speciālista uzraudzībā, kaut arī studiju procesā iegūtais teorētisko un praktisko iemaņu apjoms ir pietiekams, lai uzsāktu pastāvīgu darbu specialitātē. 2020. gadā pēc Rīgas Stradiņa universitātes iniciatīvas uzsākts darbs pie ārsta pamatstudiju programmas pārskatīšanas, palielinot klīnisko prakšu īpatsvaru sestajā studiju gadā, izveidojot tā saukto klīniskās prakses gadu. Līdz ar to nepieciešams uzlabot klīnisko prakšu realizācijas kvalitāti ārstniecības iestādēs, vērtējot ārstniecības iestāžu gatavību un resursu pieejamību klīnisko prakšu realizēšanai.
7. Ārstniecības personu tālākizglītība tiek īstenota neformālās profesionālās izglītības programmu ietvaros, maksas mācību kursu veidā, piesaistot ES fondu finansējumu.[[253]](#footnote-254)Ārstniecības personu profesionalitāte un to darbības kvalitāte ir viens no būtiskākajiem veselības aprūpes kvalitāti ietekmējošiem faktoriem, un tālākizglītība ir instruments, kas var tieši ietekmēt ārstniecības personu profesionālo darbības atbilstību reglamentētajām profesijām noteiktajiem standartiem, līdz ar to nepieciešams pārskatīt tālākizglītības rezultātu novērtēšanu (punkti par kursu apmeklējumu), saskaitot iegūtos tālākizglītības punktus ar tālākizglītības mērķi, vienlaikus ilgtermiņā virzoties uz vienotu, ilgtspējīgu tālākizglītības modeli, rodot risinājumus citiem tālākizglītības finansējuma avotiem un veidiem.
8. Māsām, kas veido lielāko veselības aprūpes speciālistu grupu visās valstīs, ir centrālā loma drošu, kvalitatīvu, efektīvu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. Ir aprēķināts, ka slimnīcās pēc posteņu plānošanas principa jāplāno 1 māsa uz 8 gultām/pacientiem, intensīvajā terapijā – 1 māsa uz 3 gultām/pacientiem.
9. Statistikas dati liecina, ka māsu skaits Latvijā ir nepietiekams, bet pēdējo 10 gadu laikā reģistrētu strādājošu māsu skaits sarucis aptuveni par 21%. Vienlaikus nenotiek paaudžu nomaiņa māsas profesijā. Latvijā 2020. gadā bija reģistrēta 18951 māsa, no tām praktizēttiesīgas bija 12498, taču tikai 8532 māsas strādāja māsas profesijā, turklāt, pēc Latvijas Māsu asociācijas aplēsēm, aptuveni 40% strādājošo māsu ir pirmspensijas vai pensijas vecumā. Tajā pašā laikā tikai 60 jauno māsu studiju absolvēšanas gadā uzsāk darbu valsts un pašvaldību ārstniecības iestādēs. Rezultātā šobrīd slimnīcās trūkst ap 1500 māsu.
10. Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014.-2020. gadam, lai nodrošinātu optimālu aprūpes kvalitāti pacientiem, tika izvirzīts mērķis līdz 2020. gadam panākt praktizējošo ārstu un praktizējošo māsu skaita attiecību 1:1,25. Rādītāju nav izdevis sasniegt,[[254]](#footnote-255) kas ir saistīts ar ilgstoši nepietiekamo finansējumu veselības nozarei, tajā skaitā, atalgojuma palielināšanai ārstniecības personām, kā rezultātā jauna personāla piesaiste valsts apmaksātajā veselības sektorā ir bijusi maz efektīva, veicinot personāla novecošanos (skat. 5. tabulu).

**5. tabula.** Praktizējošo māsu vecuma struktūra %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Gads | 1. Līdz 35 | 1. 35 - 39 | 1. 40 - 44 | 1. 45 - 49 | 1. 50 - 54 | 1. 55 - 59 | 1. 60 - 64 | 1. >65 |
| 1. 2013 | 1. 12.1 | 1. 10.0 | 1. 17.4 | 1. 14.7 | 1. 15.9 | 1. 12.5 | 1. 9.4 | 1. 8.1 |
| 1. 2014 | 1. 12.7 | 1. 7.8 | 1. 17.4 | 1. 15.0 | 1. 15.4 | 1. 13.4 | 1. 9.9 | 1. 8.4 |
| 1. 2015 | 1. 13.4 | 1. 6.2 | 1. 17.2 | 1. 15.1 | 1. 15.7 | 1. 13.9 | 1. 10.1 | 1. 8.4 |
| 1. 2016 | 1. 13.5 | 1. 5.4 | 1. 16.0 | 1. 16.1 | 1. 15.3 | 1. 14.9 | 1. 10.1 | 1. 8.8 |
| 1. 2017 | 1. 14.3 | 1. 5.3 | 1. 13.3 | 1. 17.1 | 1. 15.1 | 1. 15.3 | 1. 10.7 | 1. 8.8 |
| 1. 2018 | 1. 14.5 | 1. 5.5 | 1. 10.7 | 1. 18.6 | 1. 14.9 | 1. 15.6 | 1. 11.2 | 1. 9.0 |

Avots: Slimību kontroles un profilakses centrs (<https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>)

1. Lai uzlabotu situāciju māsu nodrošinājuma jomā, izstrādāta un valdībā apstiprināta koncepcija “Par māsas profesijas turpmāko attīstību”[[255]](#footnote-256), paredzot būtiskas izmaiņas māsas izglītības iegūšanā. Reformas rezultātā māsa iegūs vispārējās aprūpes māsas kvalifikāciju augstskolas izglītības programmā, vienotā izglītības procesā. Tiks vienkāršota specializācijas iegūšanas kārtība - praktizējošās māsas neatkarīgi no iepriekš iegūtās izglītības (māsu skolas, koledžas, augstskolas) turpmāk nepieciešamās zināšanas specialitātē varēs apgūt profesionālajā pilnveidē. Līdz ar to papildus, lai iegūtu tiesības strādāt specialitātē augstskolā, nebūs jāmācās. Tāpat vairs netiks piemērots sertifikācijas un resertifikācijas process, kā arī māsas varēs vienkāršāk mainīt profilu, kurā strādā. Pirmais pēc jaunās sistēmas sagatavoto māsu izlaidums plānots 2026.gadā.
2. Farmaceitu skaits un nodrošinājums uz 1000 iedzīvotājiem atbilst ES valstu vidējam līmenim un uzrāda pieaugošu tendenci – 2019.gadā bija reģistrēti 1,2 farmaceiti un farmaceitu asistenti uz 1000 iedzīvotājiem (2012.gadā – 0,84 uz 1000 iedzīvotājiem), kamēr ES valstīs skaits uz 1000 iedzīvotājiem svārstās 0,6-1,7 robežās.[[256]](#footnote-257)
3. Atvērta tipa aptiekās strādājošo farmaceitu un farmaceita asistentu lielākā daļa ir vecumā no 51-60 gadiem (26%) (skat. 6. tabulu).

**6. tabula.** Atvērta tipa aptiekāsstrādājošie farmaceiti (F) un farmaceita asistenti (FA) pēc vecuma grupām, 2019. gads

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vecums** | **Farmaceiti** | **Farmaceita asistenti** | **KOPĀ F/FA** |
| **Līdz 25** | 61 | 89 | 150 |
| **26 - 30** | 228 | 96 | 324 |
| **31 - 40** | 327 | 132 | 459 |
| **41 - 50** | 304 | 236 | 540 |
| **51 - 60** | 374 | 365 | 739 |
| **61 - 65** | 145 | 165 | 310 |
| **> 66** | 132 | 169 | 301 |
| **KOPĀ:** | **1571** | **1252** | **2823** |

Avots. Latvijas Farmaceitu biedrība

1. Lai nodrošinātu paaudžu nomaiņu farmaceita profesijā, kopš 2019. gada tiek palielināts studējošo skaits augstskolas realizētajās studiju programmās “Farmācija” un “Klīniskā farmācija”, kas būtu jāturpina ilgtermiņā, vienlaikus uzlabojot farmaceitu pieejamību reģionos.
2. Farmaceitiskā aprūpe ir uz pacientu vērsta, uz rezultātiem orientēta farmācijas prakse, kurā farmaceitam ir jāstrādā saskaņoti ar pacientu un citiem pacienta veselības aprūpes sniedzējiem, lai veicinātu veselību, novērstu slimības un novērtētu, uzraudzītu, uzsāktu un modificētu medikamentu lietošanu pārliecinoties, ka zāļu terapijas shēmas ir drošas un efektīvas. Farmaceitiskās aprūpes mērķis ir optimizēt pacienta ar veselību saistīto dzīves kvalitāti un sasniegt pozitīvus klīniskos rezultātus, izmantojot reālus ekonomiskos izdevumus.
3. Relatīvi stabila un bez izteiktām izmaiņām dinamikā ir zobārstu profesija – kopš 2010. gada zobārstu skaits uz 10 000 iedzīvotājiem svārstās 7,1 līdz 7,4 robežās, 2018. gadā – 7.1. Zobārstu pamatizglītības programmā katru gadu tiek uzņemti vidēji 24 studenti, 5 rezidentūras studenti zobārsta apakšspecialitātēs un 18 zobārsta asistenti, tomēr piekļuve valsts apmaksātajam pakalpojumam ir apgrūtināta.
4. No kopējā zobārstniecības pakalpojumu skaita līgumi par valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu tiek noslēgti 15%, no tiem ar zobārstiem – 26% gadījumos. Kritiska situācija ir ar zobārstniecības pakalpojumu pieejamību reģionos, jo īpaši, bērniem. Lai uzlabotu valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem, ilgtermiņā jārada tāds veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un NVD sadarbības modelis, kas veicinātu līgumu slēgšanu par valsts apmaksātu pakalpojumu, t.sk, zobārstniecībā.
5. Lai gan vecmāšu skaits ievērojami atpaliek no vidējiem ES valstu rādītājiem, tomēr tas ir atbilstošs demogrāfiskai situācijai Latvijā, jo viena vecmāte vidēji gadā var tikt iesaistīta apmēram 25 dzemdību palīdzības sasniegšanā. Latvijā uz katru vecmāti 2017.gadā vidēji bija 51 dzemdības.[[257]](#footnote-258) Vecmāšu pieejamība ir galvenais faktors grūtnieces drošības un nepārtrauktas aprūpes nodrošināšanā. Vecmāšu nodrošinājums uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā 2017.gadā bija 22,8 vecmātes, savukārt ES – 37,9, kas skaidrojams ar atšķirīgo vecmāšu lomu veselības aprūpes sistēmā un pakalpojumu sniegšanā, piemēram, veselu grūtnieču aprūpē, ko šobrīd galvenokārt nodrošina ginekologs. Rezultātā radusies situācija, kad ginekologi, dzemdību speciālisti, lai arī rezidentūrā ikgadēji tiek sagatavoti pietiekamā skaitā (no 3-9 rezidentūras vietas, kopējais sertificēto ginekologu skaits darbspējas vecumā 2020. gadā – 331), pietrūkst valsts apmaksātajā veselības sektorā, jo īpaši slimnīcās. Kā norāda ginekologu, dzemdību speciālistu profesionālās organizācijas, ņemot vērā labvēlīgos pakalpojuma apmaksas nosacījumus ambulatorajā sektorā, ginekologi, dzemdību speciālisti neizvēlas strādāt slimnīcās, bet gan privātpraksēs vai ambulatorajās iestādēs, kur darba apstākļi ir vieglāki, tajā skaitā – veic veselu grūtnieču aprūpi, ko citās ES valstīs nodrošina vecmātes. Ilgtermiņā, plānojot studiju vietu skaitu vecmātes profesijā, jāņem vērā aktualizētajā profesijas standartā noteiktās profesijas attīstības tendences, kā arī iecerētās izmaiņas vecmātes izglītības procesa attīstībā.[[258]](#footnote-259)
6. Ar ES fondu finansiālu atbalstu panākts ārsta palīgu skaita palielinājums – 2010. gadā praktizēja 7,9 ārstu palīgi uz 10 000 iedzīvotājiem, bet 2019. gadā jau 12,2. Ārsta palīgi pārsvarā ir nodarbināti NMPD, stacionāru uzņemšanas nodaļās un primārajā veselības aprūpē. Ārsta palīgu nodrošinājuma skaitu nevar salīdzināt ar ES vidējo rādītāju atšķirīgā ārstniecības personu sadalījuma un kvalifikācijas dēļ. 2019. gada sākumā ārstniecības iestādes sniedza informāciju par 303,7 vakantām ārsta palīga slodzēm, no tām NMPD – 116,25 slodzes. Lielais neaizpildīto slodžu skaits ir saistāms ar grūto darbu (smagi slimu pacientu dzīvības glābšana), ilgajām darba stundām, zemo atalgojumu, kā arī iespējams, darba organizācijas principiem NMPD.
7. Ārstniecības personu koncentrēšanās Rīgā turpinās, lai arī valsts reģionos, kuros depopulācijas tendences ir izteiktākas, gan ārstu, gan citu ārstniecības personu nodrošinājums uz 10 000 iedzīvotājiem ir palielinājies, ko, iespējams, var skaidrot ar īstenoto ES fondu aktivitāšu ietekmi (skat.7. tabulu un 8. tabulu).

**7. tabula**. Praktizējošo ārstu reģionālais izvietojums (uz 10 000 iedzīvotāju)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gads** | **Rīga** | **Pierīga** | **Vidzeme** | **Kurzeme** | **Zemgale** | **Latgale** |
| 2010 | 59.0 | 16.6 | 20.6 | 18.2 | 17.2 | 19.0 |
| 2011 | 65.2 | 15.9 | 22.4 | 20.4 | 18.4 | 21.9 |
| 2012 | 66.5 | 15.8 | 22.0 | 20.4 | 18.2 | 21.3 |
| 2013 | 67.5 | 16.0 | 22.1 | 20.7 | 18.3 | 21.3 |
| 2014 | 67.6 | 15.9 | 21.4 | 20.3 | 18.3 | 21.1 |
| 2015 | 67.2 | 16.0 | 21.2 | 20.2 | 18.4 | 21.6 |
| 2016 | 66.2 | 16.1 | 21.6 | 20.4 | 18.5 | 22.2 |
| 2017 | 65.9 | 15.7 | 22.4 | 19.6 | 18.6 | 22.0 |
| 2018 | 64.7 | 15.1 | 22.4 | 19.9 | 18.8 | 22.6 |
| 2019 | 62.0 | 14.0 | 22.8 | 19.5 | 18.2 | 21.8 |

# Avots: Slimību kontroles un profilakses centrs (<https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>)

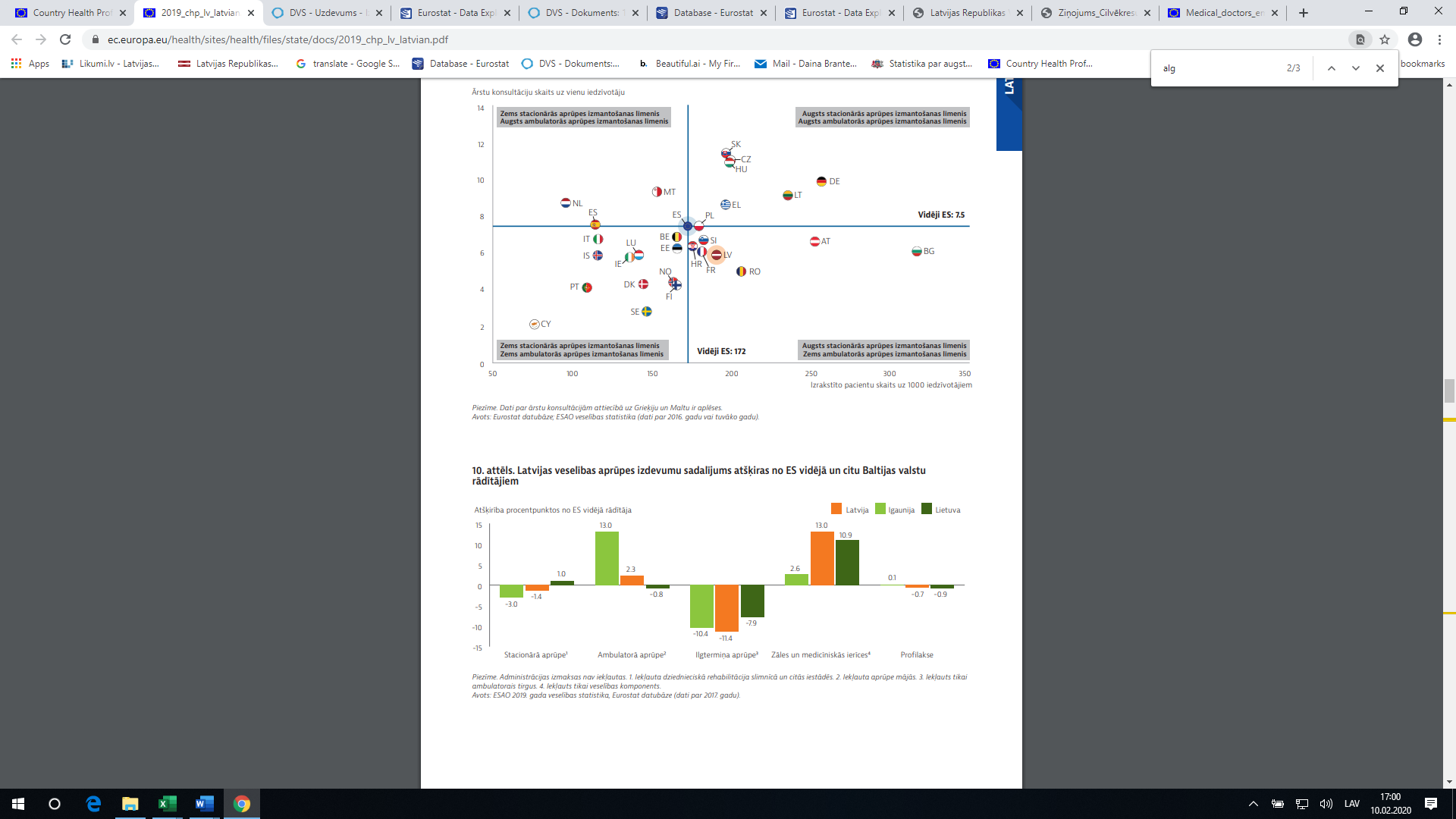
**8. tabula.** Citu ārstniecības personu[[259]](#footnote-260) reģionālais izvietojums (uz 10 000 iedzīvotāju)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gads** | **Rīga** | **Pierīga** | **Vidzeme** | **Kurzeme** | **Zemgale** | **Latgale** |
| 2010 | 105.2 | 36.2 | 53.7 | 50.8 | 47.7 | 64.3 |
| 2011 | 111.2 | 29.7 | 53.8 | 50.6 | 43.6 | 64.1 |
| 2012 | 113.2 | 29.2 | 56.1 | 48.0 | 43.8 | 64.6 |
| 2013 | 115.9 | 28.5 | 56.2 | 50.5 | 44.2 | 64.9 |
| 2014 | 115.4 | 28.5 | 54.0 | 49.5 | 45.8 | 62.9 |
| 2015 | 115.1 | 29.3 | 53.7 | 48.9 | 46.7 | 62.7 |
| 2016 | 112.2 | 29.7 | 51.8 | 49.6 | 48.0 | 64.9 |
| 2017 | 109.9 | 29.2 | 51.8 | 48.7 | 48.5 | 65.1 |
| 2018 | 111.1 | 28.1 | 51.7 | 48.4 | 48.4 | 66.6 |
| 2019 | 115.0 | 28.5 | 51.9 | 48.4 | 47.9 | 67.4 |

# Avots: Slimību kontroles un profilakses centrs (<https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>)

1. Situācija ir kritiska reģionos ģimenes ārstu, anesteziologu, reanimatologu, kardiologu, pediatru, radiologu diagnostu un zobārstu teritoriālajā kartējumā, savukārt, Rīgā trūkst māsu, ārstu palīgu, māsu palīgu un specialitāšu ārstu: traumatologs, ortopēds, ginekologs, dzemdību specialists un psihiatrs.
2. ES fondu 2014.-2020. gada plānošanas periodā tika īstenot vairāki pasākumi ārstniecības peronu piesaistei reģioniem. Lai arī ES fondu projekta 9.2.5. specifiskā atbalsta ietvaros izvirzītie mērķa rādītāji tiek sasniegti sekmīgi (2020. gada februārī atbalstu saņēmušas 518 personas – ārstu palīgi – 94, ārsti – 57, māsas palīgi – 254, medicīnas māsas  - 91, vecmātes – 8, fizioterapeiti – 12, ergoterapeiti – 2), tajā skaitā – 485 valsts reģionos (37% Latgalē, 27% – Vidzemē, 21% – Kurzemē, 9% – Zemgalē un 6% Rīgas reģionā), ārstniecības personu reģionālais izvietojums saglabājas nevienmērīgs. Līdz ar to, nākamajā ES fondu plānošanas periodā nepieciešamas akcentēt aktivitātes, kas veicinātu ārstniecības personu piesaisti valsts apmaksātajam veselības aprūpes pakalpojumam, ņemot vērā nevis reģionālo aspektu, bet gan veselības aprūpes pakalpojuma līmeni un sniegto veselības aprūpes pakalpojuma veidu.
3. Lai veicinātu ārstu vienmērīgu izvietojumu visā valsts teritorijā, nodrošinātu reģionus ar nepieciešamajiem speciālistiem, normatīvajā regulējumā[[260]](#footnote-261) noteikts, ka augstskola vismaz ķirurga, internista, pediatra, ginekologa, dzemdību speciālista un ģimenes (vispārējās prakses) ārsta rezidentūras studiju programmās piedāvā iespēju rezidentiem daļu no studiju programmas apgūt daudzprofilu slimnīcās vai ģimenes (vispārējās prakses) ārstu praksēs attiecīgajā studiju programmā ārpus Rīgas. Tāpat noteikts, ka rezidenta mēnešalga reģionālajā daudzprofilu slimnīcā vai daudzprofilu slimnīcā, kura sadarbojas ar reģionālo daudzprofilu slimnīcu, vai ģimenes (vispārējās prakses) ārsta praksē ārpus Rīgas ir vismaz par 30 % lielāka nekā zemākā mēnešalga, kas noteikta normatīvajos aktos par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām. Rezidentu skaits, kuri daļu rezidentūras mācās reģionā un saņem par 30% lielāku algu 2019. gada beigās bija 189 (43 LU, 146 RSU) no kopējā 840 (284 LU, 556 RSU) rezidentu skaita, jeb 23%.
4. Jau vairākus gadus spēkā ir kārtība,[[261]](#footnote-262) kas paredz, ja rezidentūras pretendentiem uzņemšanas konkursā ir vienāds punktu skaits, tad prioritāri valsts apmaksātā rezidentūrā uzņemt jaunos ārstus, kuri ir noslēguši t.s. reģionālo līgumu – līgumu ar ārstniecības iestādi vai pašvaldību ārpus Rīgas par strādāšanu attiecīgajā iestādē savā specialitātē pēc rezidentūras beigšanas.
5. Vienlaikus secināts, ka pieejamie datu avoti un to tehniskie risinājumi, nav piemēroti efektīvai īstenotās rezidentūras politikas uzraudzībai un plānošanai, kā arī ir nepietiekami, lai nodrošinātu normatīvajos aktos[[262]](#footnote-263) noteikto pēcrezidentūras nosacījumu uzraudzību.
6. Nozares speciālisti vairākkārt norādījuši, ka īstenotie rezidentu reģionālās politikas pasākumi nav sasnieguši iecerēto mērķi – jaunie speciālisti neturpina darba attiecības reģionālajās ārstniecības iestādēs pēc rezidentūras pabeigšanas, līdz ar to jārod jauni rezidentūras vietu skaita plānošanas principi, kas veicinātu jau augstskolu vienotās uzņemšanas procesā atlasīt tos rezidentus, kas ir augsti motivēti turpināt profesionālo izaugsmi un karjeras attīstību valsts apmaksātajā veselības sektorā atbilstoši ārstniecības iestāžu, pašvaldību pieprasījumam un valsts apmaksāto pakalpojumu tīklam.
7. Migrāciju un zemo atalgojuma līmeni nozares profesionāļi min kā galveno iemeslu ārstu skaita samazinājumam, tomēr zinātniski pamatoti pierādījumi, pētījumi par patiesajiem darbaspēka zaudēšanas iemesliem līdz šim nav veikti.
8. Latvijā nav vienota informācijas avota, kur tiktu apkopota informācija par ārstniecības personu migrāciju. Par ārstniecības personu pārvietošanos secināms no aptaujām un izziņām, kas tiek izsniegtas sertificējošās institūcijās vai valsts pārvaldes iestādēs.
9. Saskaņā ar Latvijas Jauno Ārstu asociācijas veikto aptauju no 2018./2019.gada ārsta pamatstudiju absolventiem 46 jaunie ārsti plāno turpināt karjeru ārpus Latvijas. Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā pieejamā informācija par 2018. gada rezidentūras absolventu darba vietām liecina, ka 32 rezidentūras absolventi neuzrāda darba vietu, kas pastarpināti var liecināt par jauno speciālistu darba gaitu uzsākšanu citā nozarē Latvijā vai pārcelšanos uz ārvalstīm. Latvijas Ārstu biedrības izsniegtās izziņas kvalifikācijas atzīšanai norāda, ka Latvijas izcelsmes ārstu skaits, kuri izņēmuši izziņu kvalifikācijas atzīšanai ārvalstīs, kopš 2016. gada līdz 2019.gadam samazinājies par 26%.
10. ES valstu kontekstā Latvija, lai arī minēta kā medicīniskā personāla donorvalsts, neieņem vadošo lomu 25 valstu vidū, no kurām ES ieceļojošo ārstniecības personu skaits ir lielākais[[263]](#footnote-264). Migrācijas virziens prom no Latvijas ir aktualizējis jautājumu par iespējamu robežu atvēršanu ārstniecības personām, kuras izglītību ieguvušas trešajās pasaules valstīs. Tāpat ir nepieciešams mazināt normatīvā regulējums šķēršļus, lai veicinātu ārvalstīs dzīvojošo un strādājošo mediķu (diasporas) atgriešanos Latvijas veselības aprūpes sistēmā.
11. Medicīnas izglītības process ir dārgs un laikietilpīgs, no otras puses, atalgojuma līmenis valsts apmaksātajā sektorā, lai arī tiek periodiski pārskatīts un paaugstināts, nespēj apmierināt jauno speciālistu karjeras, profesionālās izaugsmes un sociāli ekonomiskā nodrošinājuma prasības, sekmējot migrāciju. Jau vairākus gadus tiek pārskatīts un pakāpeniski palielināts atalgojums ārstniecības personām.
12. 2020. gadā no valsts budžeta apmaksāto veselības nozares darbinieku zemāko darba samaksu palielināja par 10%, savukārt rezidentiem darba samaksas pieaugums noteikts 20% apmērā. Piemēram, sertificētu ārstu zemākā mēnešalga pieaugusi par 108 eiro (no 1079 eiro 2019.gadā līdz 1187 eiro 2020. gadā) un sertificētu māsu un ārstu palīgu zemākā mēnešalga palielinājusies par 71 eiro (714 uz 785 eiro).
13. Rezidentu darba samaksa 2020. gadā palielinājās par 190 eiro (no 950 eiro 2019. gadā uz 1140 eiro 2020. gadā). Savukārt rezidentiem, kuri strādā reģionālajās daudzprofilu slimnīcās vai ģimenes ārsta praksēs ārpus Rīgas, pieaugums ir vēl lielāks – 247 eiro (no 1235 eiro 2019. gadā uz 1482 eiro 2020. gadā), ņemot vērā piemaksu par darbu ārpus Rīgas 30% apmērā. Rezidentiem, kuri sasnieguši trešo rezidentūras gadu pamatspecialitātē vai pirmo gadu papildspecialitātēs, darba samaksa sasniegs 1254 eiro, savukārt, ja rezidents strādā ārpus Rīgas – 1630,20 eiro.
14. 2019. gada izskaņā Veselības ministrija uzsāka darbu kopā ar nozares ekspertiem, lai izveidotu jaunu atalgojuma modeli ar vienkāršiem un saprotamākiem atalgojuma un piemaksu principiem.
15. Attīstot ambulatorā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumu kā izmaksu efektīvāko un pacientam ērtāko pakalpojuma saņemšanas veidu, pakalpojumu apmaksas nosacījumi un tarifu aprēķinu principi ambulatorajā sektorā ir veicinājuši personāla aizplūšanu no stacionārā sektora. Rezultātā šobrīd slimnīcās ir nepietiekams personāla nodrošinājums neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai diennakts darba režīmā, īpaši, ārstu specialitātēs (ginekologi u.c.) (skat.4. attēlu).

**4. attēls.** Latvijas veselības aprūpes izdevumu sadalījums atšķiras no ES vidējā un citu Baltijas valstu rādītājiem[[264]](#footnote-265)



1. Speciālistiem strādājot vairākos veselības aprūpes pakalpojuma veidos un līmeņos, pacienti pakāpeniski tiek novirzīti uz privāto pakalpojumu sfēru (tā saucamā pacientu “nokrejošana”). Rezultātā valsts pakalpojumā trūkst speciālistu, pieaug neaizpildīto vakanču skaits, pakalpojumu pieejamība ir neapmierinoša, savukārt pacientiem izmaksas par ārstēšanu pieaug. 2016.gadā no kopējā reģistrēto personu skaita slimnīcās strādāja tikai 55% ārstu[[265]](#footnote-266) un 73% māsu.[[266]](#footnote-267)
2. Nevienmērīgais veselības aprūpes pakalpojumu reģionālais izvietojums ir viens no iemesliem ārstniecības personu nodarbinātībai vienlaikus vairākās darba vietās. 2019. gadā no kopējā 6799 pamatspecialitātēs, apakšspecialitātēs, papildspecialitātēs sertificēto ārstu skaita tika reģistrētas 6079 pamatdarba vietas un 8074 blakusdarba vietas. Lielā darba slodžu izstrāde, sarežģītais darbs ar pacientiem, darba apstākļi, vide un neefektīvā darba organizācija ārstniecības iestādēs nereti sekmē ārstniecības personu profesionālo “izdegšanu” un veicina kadru mainību.
3. 2016. gadā Veselības ministrijas izstrādātajā konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes reformu” noteikti cilvēkresursu plānošanas kritēriji atbilstoši darba slodzei un veselības aprūpes pakalpojuma veidam. Saskaņā ar 2016. gadā veidoto prognozi 2025. gadā veselības aprūpes sektorā kopumā būs neaizpildītas 973 ārstu, 3050 māsu, 314 zobārstu, 55,1 vecmātes, 312 ārsta palīga, 1708 māsas palīga slodzes[[267]](#footnote-268). Dati liecina, ka visās stacionārajās iestādēs kopā neaizpildīto amatu slodžu skaits prognozējams daudzkārt lielāks, jo ne visas slimnīcas iesniedza informāciju par vakantajām slodzēm – tā kā šādā griezumā slimnīcas tika aptaujātas pirmo reizi, iespējams, ne visām slimnīcām pastāv šāds nepieciešamā personāla plānojums, t.i., slodzes dalījumā pa struktūrvienībām. Lai uzlabotu informācija apmaiņu ar slimnīcām, VM ir  uzsākts darbs pie ārstniecības personu plānošanai un analīzei nepieciešamo datu vākšanas un kvalitātes uzlabošanas. Tā kā plānošanas kritērijiem ir rekomendējošs raksturs, nepieciešama aktīva ārstniecības iestāžu un politikas veidotāju un īstenotāju sadarbība, lai kritēriji tiktu ieviesti slimnīcu personāla plānošanā un tiktu ņemti vērā pie pakalpojuma apmaksas.
4. Lai veicinātu ārstniecības personu efektīvāku piesaisti un noturēšanu ne vien reģionālajās ārstniecības iestādēs, bet gan valsts apmaksātajā veselības aprūpes pakalpojumā, nepieciešama cieša sadarbība starp veselības politikas veidotājiem, ārstniecības iestādēm, izglītības iestādēm un pašvaldībām. Nepieciešams veicināt tādas motivācijas sistēmu attīstību, kuras pamatā būtu ne vien sociāli ekonomiskie stimuli, bet gan indivīda profesionālās izaugsmes veicināšana (mācības, profesionālā pilnveide, pieredzes apmaiņa u.c.).
5. Lai nodrošinātu pacientiem pieejamus veselības pakalpojumus un izmantotu cilvēkresursus pēc iespējas efektīvāk, nepieciešams pārskatīt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu un organizācijas principus, īpaši teritorijās ar izteiktu depopulāciju. 2019. gadā uzsākts darbs pie slimnīcu līmeņu pārskatīšanas, izvērtējot pakalpojumu klāstu atbilstoši slimnīcu līmeņiem. Ilgtermiņā resursu taupības un optimizācijas nolūkā nepieciešams vērtēt iespēju veidot jaunas sadarbības formas starp primārā, sekundārā ambulatorā un terciārā līmeņa pakalpojuma sniedzējiem. Piemēram, veidojot zināšanu pārneses centrus, attīstot telemedicīnu, veidojot klīniskās universitātes slimnīcas kā kompetenču centrus u.c.
6. Sekojot digitalizācijas attīstībai, arī medicīnas izglītības iegūšanas procesā jāveicina jaunu pieeju, tehnoloģiju un rīku apgūšana, veicinot to turpmāku izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.
7. Šobrīd augstskolu studiju programmas piedāvā iespējams iegūt pamatzināšanas un prasmes statistiskajās datu apstrādē, tomēr tās nav pietiekamas kvalitatīva zinātniski pētnieciskā darba izstrādei un statistisko rādītāju pielietošanai savā specialitātē, piemēram, trūkst izpratnes par kodēšanu saskaņā ar starptautiskajiem klasifikatoriem.
8. Skaidru kritēriju definēšana veselības jomas personāla plānošanai valsts sektorā ir viens no ilgtermiņa izaicinājumiem. Šobrīd informācija par ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām tiek uzkrāta un apkopota Veselības inspekcijas uzturētajā ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā. Augstskolu informāciju sistēmās tiek regulāri apkopota un aktualizēta informācija par rezidentūras studentiem, bet Izglītības un zinātnes ministrijā – kopējā informācija par veselības aprūpes virzienā studējošo skaitu. Tā kā Veselības ministrija veic studiju vietu plānošanu gan pamatstudiju, gan rezidentūras studiju programmās, gan arī nodrošina tālākizglītības pasākumu plānošanu un saskaņošanu, šo funkciju veikšanai ir nepieciešams uzlabot administratīvo kapacitāti, vienlaikus veicot aktivitātes pētniecības attīstībai, IS un reģistru datu kvalitātes uzlabošanai un samazinot administratīvo slogu visām iesaistītajām pusēm.
9. **Cilvēkresursu nodrošinājuma un prasmju pilnveides problēmu un izaicinājumu kopsavilkums:**[[268]](#footnote-269)
10. Nepietiekami efektīva politika, lai piesaistītu motivētus un medicīnas studijām atbilstošus studentus karjeras sākumposmā (tostarp vidusskolā); liels “atbirums”.
11. Nepietiekami efektīva studentu atlases un uzņemšanas politika medicīnas studijās: atlases kritēriji neveicina uzņemšanu un jauno speciālistu sagatavošanu “nepopulārajās” specialitātēs.
12. Nepietiekama ārstniecības personu formālās un neformālās izglītības programmu sasaiste ar darba tirgus prasībām un veselības aprūpes tendencēm.
13. Liels medicīnas absolventu skaits, kas neuzsāk darba gaitas veselības aprūpes sistēmā.
14. Liels maksas studiju īpatsvars medicīnas studijās.
15. Nepietiekami saskaņota speciālistu sagatavošana un jaunu veselības aprūpes pakalpojumu ieviešana, piemēram, paliatīvā aprūpe, geriatrija.
16. Veselības izglītības un tālākizglītības pasākumi netiek koordinēti pietiekami efektīvi, tajā skaitā, zināšanu pārnese, infrastruktūras un simulāciju vides attīstība.
17. Māsu/ārstu attiecība ir neatbilstoša kvalitatīva veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanai.
18. Nepietiekami izmantots personāla potenciāls atsevišķās profesijās, īpaši, multiprofesionāla darba ietvaros.
19. Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumi neveicina personāla piesaisti stacionāriem.
20. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība tiek nodrošināta ar ārstniecības personu nodarbinātību vairākās darba vietās (blakusdarbos).
21. Pasākumi jauno speciālistu piesaistei nav pietiekami efektīvi.
22. Ar zinātniski pamatotām metodēm nav apzināti patiesie iemesli darbaspēka zudumiem valsts apmaksātajā veselības aprūpes sistēmā.
23. Nepietiekama informācija par emigrācijas apmēru un neefektīvi pasākumi tās mazināšanai.
24. Nepietiekama ārstniecības personu paaudžu nomaiņa, personāls noveco, īpaši ģimenes ārsta, psihiatra, bērnu psihiatra, ķirurga, anesteziologa, reanimatologa, arodveselības un arodslimību ārsta, internista, neirologa, oftalmologa un pediatra specialitātēs, kā arī māsu palīga un farmaceita profesijās.
25. Ārstniecības personu vidējais atalgojums ir nepietiekams, kas veicina ārstniecības personu pārslodzi un izdegšanu, kā arī apgrūtina kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanu ilgtermiņā.
26. Nevienmērīgs ārstniecības personu teritoriālais izvietojums valstī kopumā, situācija ir kritiska reģionos ģimenes ārstu, anesteziologu, reanimatologu, kardiologu, pediatru, radiologu diagnostu un zobārstu teritoriālajā kartējumā, savukārt, Rīgā trūkst māsu, ārstu palīgu, māsu palīgu un specialitāšu ārstu: traumatologs, ortopēds, ginekologs, dzemdību specialists un psihiatrs.
27. Nepietiekama apgūto kompetenču saskaņošana ar pašreizējām un turpmākajām pakalpojumu attīstības tendencēm un pacientu veselības vajadzībām.
28. Nepietiekamas kompetences darbam multidisciplināras komandas ietvaros, tajā skaitā, komunikācijas prasmes.
29. Nepietiekami attīstīta tālākizglītības sistēma, apgrūtināta pieeja tālākizglītības pasākumiem.
30. Nepietiekama sadarbība ar profesionālajām organizācijām, lai proaktīvi novērtētu ārstniecības personu darba kvalitāti .
31. Nepieciešamais cilvēkresursu skaits veselības aprūpē ar zinātniski pamatotām metodēm nav apzināts, cilvēkresursu plānošanas metodika netiek regulāri aktualizēta nepietiekamas administratīvās kapacitātes dēļ.
32. Informāciju sistēmās un datu bāzēs pieejamā veselības jomas cilvēkresursu informācija nav pilnvērtīga (piemēram, neuzkrāj informāciju par tālākizglītības punktiem), kā arī nav ērti izmantojama cilvēkresursu plānošanā un situācijas uzraudzībā.
33. Datu sniegšanas mehānismi nav pietiekami efektīvi un rada papildus administratīvu slogu datu sniedzējiem (ārstniecības iestādēm, izglītības iestādēm u.c.)

## ES fondu ieguldījumi veselības aprūpes cilvēkresursu nodrošināšanai un prasmju pilnveidei un uzdevumi 2021.-2027. gadam

1. Veselības aprūpes **cilvēkresursu prasmju pilnveidei** 2014.-2020.gada plānošanas perioda ES fondu atbalsta ietveros tiek īstenots projekts “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” (turpmāk – Projekts Nr.9.2.6) ar kopējo finansējumu 16,9 milj. eiro. Projekta īstenošanas termiņš ir 2022. gada beigas.
2. Ārstniecības procesā iesaistītā personāla – ārstniecības personu, ārstniecības atbalsta personu, farmaceitiskās aprūpes speciālistu un sociālajā jomā strādājošo speciālistu apmācības zināšanu papildināšanai, praktisko iemaņu apguvei un kvalifikācijas paaugstināšanai nodrošina personāla profesionalitātes celšanu un uzlabo darba kvalitāti. Ar tālākizglītības pasākumu palīdzību ir iespējams tieši ietekmēt ārstniecības personu profesionālās darbības atbilstību kvalitātes prasībām.
3. Projektā Nr.9.2.6 ārstniecības personām tiek piedāvātas tālākizglītības mācības prioritārajās veselības jomās - sirds un asinsvadu veselības, onkoloģijas, bērnu, sākot no perinatālā un neonatālā perioda veselības un garīgās veselības jomā. Katrā no jomām tiek piedāvātas vairākas programmas. Formālās un neformālās izglītības programmu tēmas ierosina gan nozares pārstāvji, gan Projektā Nr.9.2.6 izveidotās Cilvēkresursu apmācību konsultatīvās darba grupas locekļi, sasaistot tās ar darba tirgus prasībām un veselības aprūpes tendencēm. Programmu tēmas apstiprina Cilvēkresursu apmācību konsultatīvā darba grupa.

**5. attēls.** Piedāvāto izglītības programmu skaits dažādām mērķauditorijām

1. Projektā ārstniecības personām tiek piedāvātas mācības gan: Vispārējo zināšanu un prasmju attīstīšanai (12), Primārās veselības aprūpes jomā (18), Sirds un asinsvadu veselības jomā (10), Onkoloģijā (17), Psihiskā veselībā (9), Bērnu veselībā (22), Neatliekamā medicīniskā palīdzībā (16), gan citās, iekļaujot, piemēram, tādas programmas kā: “Sirds un asinsvadu, onkoloģisko slimību un psihisko slimību profilakse un savlaicīga diagnostika, tostarp fiziskās aktivitātes receptes izrakstīšana primārajā veselības aprūpē”, “Sirds patoloģiju agrīna diagnostika”, “Onkoloģisko saslimšanu savlaicīga diagnostika bērniem un pieaugušajiem” “Alkohola, nikotīna, procesu atkarības problēmu identificēšana un īsās intervences sniegšana primārajā veselības aprūpē” u.c., (kopskaitā 105 programmas), kā arī 1.līmeņa profesionālā augstākā izglītības programmā “Neatliekamās medicīnas ārsta palīgs” (no 2018. līdz 2020. gadam sagatavoti 257 neatliekamās medicīnas ārsta palīgi). 2020.gadā plānots uzsākt vēl 40 neatliekamās medicīnas ārsta palīgu un 50 ambulatorā dienesta ārsta palīgu apmācības.

8

1. Katrai mācību programmai ir izstrādāts metodiskais materiāls (kopskaitā 105) un tas ir pieejams jebkurai ārstniecības personai mājas lapā talakizglitiba.lv. Projekta ietvaros ārstniecības personas tiek apmācītas par klīniskajiem algoritmiem un klīniskajiem (pacientu) ceļiem prioritārajās veselības jomās, nodrošinot ārstniecības personu profesionālās kompetences un zināšanu pilnveidi. Līdz 2020. gada sākumam apmācītas gandrīz 5,5 tūkstoši ārstniecības personas.
2. Līdz projekta beigām plānots apmācīt vismaz 35 tūkstošus. Mācības tiek organizētas visā Latvijā, nodrošinot iespēju tās apmeklēt pēc iespējas lielākam dalībnieku skaitam. Izvērtējot mācību organizētāju iesniegtās mācību dalībnieku apmierinātības anketas, secināms, ka ārstniecības personām, farmaceitiskās aprūpes speciālistiem un sociālajā jomā strādājošiem speciālistiem, lai uzlabotu savas profesionālās darbības atbilstību kvalitātes prasībām, šādas mācības ir nepieciešamas, tāpēc rekomendējam tupināt iesākto.
3. Viena no ļoti labām plānotām Projekta aktivitātēm ir ārstniecības personu pieredzes apmaiņas braucieni uz ārvalstīm un Latvijā. Līdz šim brīdim izdevies nodrošināt 13 pieredzes apmaiņas uz ārvalstīm. Pieredzes apmaiņa Latvijā, kad pie augsti kvalificētiem speciālistiem var iegūt gan praktiskās, gan teorētiskās zināšanas, strādājot ar speciālistu kopā reālā darba vidē, varētu būt kā viens no ilgtspējas modeļiem, nodrošinot dalībniekam arī dzīvošanas un ceļa izdevumu apmaksu.
4. Arī Eiropas Savienības fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā veselības nozarē tika ieguldīts finansējums  16 milj. eiro apjomā ārstniecības personu profesionālās kvalifikācijas celšanā un tālākizglītībā (apmācot 47 685 nozares profesionāļus). Pasākumi cilvēkresursu attīstībai, t. sk. bija vērsti uz mērķi optimizēt veselības aprūpes sistēmu, nodrošinot racionālu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojumu valstī, kas ļautu optimizēt nozarei nepieciešamo finansējumu, tādējādi paaugstinot pieejamību pakalpojumiem. ES fondu finansējums ļāva veselības aprūpē iesaistītajiem profesionāļiem pilnveidot profesionalitāti, iegūt un atjaunot vai mainīt specializāciju atbilstoši jaunajai nozares struktūrai, veikt resertifikāciju.
5. **Būtiski arī nākotnē turpināt cilvēkresursu prasmju pilnveides pasākumus,** jo nozarē strādājošo prasmju atbilstība nozares reformu vajadzībām ir būtisks nosacījums, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanu. Tāpat apmācības ir daļa no ārstniecības personu motivācijas sistēmas, kas ir būtiska situācijā, kad veselības nozarē kritiski trūkst speciālisti.
6. Veselības aprūpes **cilvēkresursu nodrošināšanai** 2014.-2020.gada plānošanas perioda ES fondu atbalsta ietveros tiek īstenots projekts “Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumu prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas” (turpmāk – Projekts Nr.9.2.5) par kopējo finansējumu 10 milj. eiro. Projekta ietvaros plānots darbam reģionos visā Latvijā piesaistīt vismaz 506 ārstus, māsas, ārstu palīgus un māsu palīgus un kopumā atbalstu sniegt ap 1400 ārstniecības personām, lai veicinātu viņu piesaisti darbam reģionos. Projekts sniedz būtisku atbalstu cilvēkresursu pieejamības problēmu risināšanai reģionos, jo ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām 5 gadus pēc atbalsta saņemšanas jāturpina sniegt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus. Tomēr ņemot vērā to, ka ārstniecības personu iztrūkums Latvijā ir ļoti liels, lai sakārtotu cilvēkresursu pieejamības jautājumu, šajā jomā nepieciešami tālāki ieguldījumi.
7. Papildus COVID19 krīzes laikā ir izgaismojusies jau iepriekš aktuāla problēma veselības aprūpē – izteikts māsu, māsu palīgu un ārstu palīgu trūkums Rīgā, jo īpaši ņemot vērā, ka ārstniecības iestādes Rīgā apkalpo iedzīvotājus no visas Latvijas (piemēram, PSKUS vairāk kā puse no stacionāra pacientiem ir no teritorijām ārpus Rīgas), kā arī aktuāls ir paaudžu nomaiņas jautājums ģimenes ārstu vidū Rīgā, kas īpaši izgaismojas esošas sabiedrības veselības krīzes kontekstā. Ņemot vērā minēto tika papildus piesaistīts finansējums 3 milj. eiro apmērā, lai uzlabotu situāciju valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā Rīgā, piesaistot darbam ne mazāk kā 270 jaunu ārstniecības personu.
8. Minētie pasākumi ļaus nozarei piesaistīt papildu ne mazāk kā 776 speciālistus, **tomēr ņemot vērā speciālistu trūkumu, svarīgi turpināt īstenot līdzīgus pasākumus arī turpmāk.**

# **Veselības nozares finansējums, ārstniecības iestāžu infrastruktūra, gatavība ārkārtas un katastrofu situācijām**

1. Latvijā veselības aprūpei tērē mazāk nekā lielākajā daļā ES valstu. **Kopējie veselības nozares izdevumi** 2017. gadā Latvijā bija 6% no IKP, tai pašā laikā ES vidējais rādītājs ir bijis 9,8%.[[269]](#footnote-270) OECD, raksturojot Latvijas veselības profilu,[[270]](#footnote-271) uzsver, ka, lai gan Latvijā pēdējos gados publiskais finansējums veselības aprūpei ir nedaudz pieaudzis, **kopējais finansējums sistēmai ir nepietiekams**.
2. 2017. gadā kopējie veselības aprūpes izdevumi Latvijā uz vienu iedzīvotāju bija 828.80 eiro (1212,72 PPS[[271]](#footnote-272) uz vienu iedzīvotāju), kas ir otrs zemākais rādītājs ES valsts vidū un **divas reizes mazāk nekā vidēji ES** (2512,32 PPS uz 1 iedzīvotāju).[[272]](#footnote-273)
3. Zems publiskais finansējums veselības aprūpei ir šķērslis ilgtspējīgai sabiedrības veselībai un labāku veselības aprūpes sistēmas darbības rezultātu sasniegšanai. 2017. gadā tikai 57,33 % veselības izdevumu bija finansēti no **valsts budžeta** (vidēji ES 79%),[[273]](#footnote-274) tas ir 475,15 eiro uz 1 iedzīvotāju (695,25 PPS uz vienu iedzīvotāju), kas ir **gandrīz 3 reizes mazāk nekā vidēji ES** (1857,70 eiro uz 1 iedzīvotāju, 1891,26 PPS uz vienu iedzīvotāju).[[274]](#footnote-275)
4. Latvijas veselības sistēmā **ļoti liela nozīme ir personīgajiem maksājumiem no “iedzīvotāju kabatas**”. 2017. gadā 41,79% no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpi veidoja **mājsaimniecību tiešie maksājumi**, kas ir 2,6 reizes vairāk nekā vidēji ES (15,83 % 2016. gadā) un trešais augstākais rādītājs ES[[275]](#footnote-276) un par 11,8 procentpunktiem pārsniedza PVO noteikto bīstamo zonu. Saskaņā ar PVO izmantoto pieeju personīgo maksājumu īpatsvars kopējos izdevumos veselībai virs 30% ir bīstams iedzīvotāju veselības aizsardzībai valstī.[[276]](#footnote-277)
5. Valsts piešķirtais finansējums zāļu kompensācijai ir viens no zemākajiem ES valstu vidū un par 20% ir zemāks nekā Lietuvā un 30% zemāks nekā Igaunijā. Būtiska problēma ir, ka daudzas pacientu ārstēšanai nepieciešamās zāles nav iekļautas valsts kompensējamo zāļu sarakstā. Patlaban Latvijas Zāļu reģistrā  ir iekļautas  2769 centralizētajā zāļu reģistrācijas procedūrā reģistrētās zāles (pēc nosaukuma), no tām tikai 628 (23%) zāles tika izplatītas un lietotas Latvijā.
6. PVO ir izvērtējusi, ka valstīs, kurās personīgo maksājumu īpatsvars kopējos veselības izdevumos pārsniedz 15%, mājsaimniecības ir vairāk pakļautas riskam nonākt nabadzību iedzenošos un katastrofālos izdevumos un neapmierinātā veselības vajadzībā *(unmet needs for health care)*. PVO rekomendē ne tikai kopumā samazināt personīgo maksājumu īpatsvaru, bet arī virzīt politiku tuvāk universālai pieejamībai.[[277]](#footnote-278)
7. Vislielāko personīgo maksājumu īpatsvaru kopējā personīgo veselības maksājumu daļā (39,2%), tai skaitā 2018. gadā Latvijā veidoja maksājumi par zālēm (16,3%), tam sekoja ambulatorā aprūpe (10,7%) un tai skaitā zobārstniecība (4,9%), stacionārā aprūpe (3,7%).[[278]](#footnote-279) Lielākajai daļai veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā, ieskaitot vizītes pie ģimenes ārsta, vizītes pie ārstiem speciālistiem, uzturēšanos slimnīcā un medikamentu iegādi, ir paredzēti līdzmaksājumi, kas jāsedz to saņēmējam.
8. Latvijā to iedzīvotāju daļa, kuru veselības aprūpes vajadzības nav apmierinātas izmaksu, attāluma vai gaidīšanas laika dēļ, ir viena no lielākajām Eiropā un 2018. gadā veidoja 6,2%, salīdzinājumā ar ES vidējo rādītāju 2,0%[[279]](#footnote-280) (Latvijā 2019. gadā šis rādītājs bija 4,3 %[[280]](#footnote-281)), taču pozitīvi ir tas, ka šis rādītājs Latvijā, sākot ar 2013. gadu, samazinās.
9. Attiecībā uz tarifu neatbilstību un ārstniecības iestāžu infrastruktūru – ņemot vērā ierobežoto finansējumu veselības aprūpei, valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifi lielā daļā gadījumu nav konkurētspējīgi ar maksas pakalpojumu cenām (t.i., speciālisti ir ieinteresēti sniegt maksas pakalpojumus, nevis valsts apmaksātus pakalpojumus), kā arī tie nesedz faktiskās šo pakalpojumu nodrošināšanas izmaksas (tādējādi radot ārstniecības iestādēm zaudējumus).[[281]](#footnote-282)
10. Stabilitātes programmā 2016. – 2019. gadam Latvija pieteica veselības sistēmas reformu kā būtisku strukturālo reformu ar ilgtermiņa pozitīvu efektu. Latvijai piešķirtā deficīta atkāpe 0,13% no IKP 2017. gadā, 0,40% no IKP 2018. gadā un 0,50% no IKP 2019. gadā tika novirzīta veselības sistēmas reformām (papildus 34,3 milj. eiro 2017. gadā, 113,4 milj. eiro 2018. gadā un 154,2 milj. eiro 2019. gadā). 2020. gadam un turpmāk ik gadu tika piešķirts finansējums 144,0 milj. eiro apmērā veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu turpināšanai, kas, salīdzinājumā ar 2019. gadu, ir samazinājums par 10,2 milj. eiro.
11. Atbilstoši VM rīcībā esošajai informācijai un ņemot vērā apstiprinātos valsts budžeta izdevumus ikgadēji uz gada sākumu, kopējais veselības nozares budžets (ietverot VM resora izdevumus un izdevumus ERAF finansētajiem veselības nozares projektiem, kuri ir plānoti Centrālās finanšu un līgumu aģentūras budžetā) 2018. gada noslēgumā bija 1063,1 milj. eiro (3,65% no IKP),[[282]](#footnote-283) 2019. gada noslēgumā bija 1 205,7 milj. eiro (3,84% no IKP)[[283]](#footnote-284) un 2020. gadā plānoti 1 259,5 milj. eiro (3,80% no IKP).[[284]](#footnote-285)
12. Vispārējās valdības sektora izdevumi veselībai no 3,5% no IKP 2017. gadā ir pieauguši līdz 4,2% no IKP 2019. gadā, savukārt 2020. gadā atbilstoši Latvijas vispārējās valdības budžeta plāna projektam 2020.gadam ir paredzēts vispārējās valdības sektora izdevumu veselībai īpatsvara samazinājums IKP līdz 4,1%. Valsts konsolidētā budžeta izdevumiem funkcijai “Veselība” 2020.-2022. gados ar katru nākamo gadu likumā “Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2020., 2021. un 2022. gadam” tiek prognozēts arvien zemāks procents no IKP, no 2020. gada līdz 2022. gadam samazinoties par 0,39 procentpunktiem, vienlaicīgi ir paredzēts mazāk tērēt funkcijai “Veselība” arī no kopējiem valsts konsolidētā budžeta izdevumiem. PVO uzskata, ka valdības izdevumiem veselībai nevajadzētu būt mazākiem par 5% no IKP, turklāt viņuprāt Latvijas izdevumi veselībai ir zemāki nekā tiem vajadzētu būt, ņemot vērā Latvijas ekonomikas attīstību.[[285]](#footnote-286)
13. Nepietiekams finansējums ilgstoši bijis arī materiālo rezervju nodrošināšanai ārkārtas un katastrofu situācijām. Līdz COVID-19 pandēmijai ārstniecības iestādes atbilstoši MK noteikumiem, kas nosaka kārtību, kādā ārstniecības iestādes un sociālās aprūpes institūcijas iegādājas, uzglabā un izlieto zāles,[[286]](#footnote-287) zāles uzglabāja ne vairāk kā piecu dienu patēriņam un atbilstoši noteiktajam tika plānoti finanšu līdzekļi. COVID-19 pandēmija, kad Latvijā faktiski nebija individuālo aizsardzības līdzekļu uzkrājumu pat nedēļai, uzskatāmi parādīja, cik šāda netālredzīga pieeja ir bīstama.
14. Lai VTMEC nodrošinātu tiesu medicīnas ekspertīzes un izpētes nepārtrauktību un novērstu avārijas situāciju iestāšanos, ir nepieciešams VTMEC esošā pamatbudžeta bāzes palielinājums par vismaz 339 758 eiro apmērā ar 2021. gadu. VTMEC nolietotās, neatbilstošās un nepietiekamās telpiskās infrastruktūras vietā Rīgā un reģionos ir nepieciešams attīstīt modernu, mūsdienīgu infrastruktūru. Tā realizācijai ir nepieciešams veikt ēkas Hipokrāta 2 k-6 pārprojektēšanu, paredzot esošo telpu t.sk. nolietoto komunikāciju sistēmu renovāciju, kā arī jauna laboratoriju korpusa celtniecību. VTMEC reģionālās nodaļās (Valmiera, Rēzekne, Daugavpils, Jēkabpils, Liepāja) nepieciešams veikt tipveida ēkas, ko paredzēts izvietot reģionālo slimnīcu teritorijās, projektēšanu un izbūvi. VTMEC telpiskās un tehnoloģiskās infrastruktūras atjaunošanai ir nepieciešama būtiska investīciju piesaiste. Kopējās prognozējamās izmaksas ir 23 miljoni eiro.
15. Pašlaik tiesu medicīniskās ekspertīzes iespējams veikt VTMEC darba laikā. Taču, lai nodrošinātu, ka tiesu medicīniskā ekspertīze vardarbībā cietušajam tiek veikta pēc iespējas īsākā laikā no notikuma brīža, ir nepieciešama saskaņota VP, ārstu un ekspertu koordinēta rīcība laikā un telpā, jo šajos gadījumos procesa virzītājs ir VP, savukārt cietušajam nepieciešama medicīniskā izmeklēšana un palīdzība, pēc iespējas vēlams vienlaicīgi ar tiesu medicīnas eksperta apskati, kam savukārt nepieciešama medicīnas iestādes infrastruktūra. Lai to nodrošinātu, nepieciešams ieviest apmaksātas tiesu medicīnas ekspertu dežūras ārpus VTMEC normālā darba laika septiņās III līmeņa reģionālajās slimnīcās un vienā IV līmeņa slimnīcā Rīgā (RAKUS), kuru teritorijā jau atrodas VTMEC struktūrvienības, un kurās ir arī nepieciešamā medicīniskā infrastruktūra un medicīnas speciālistu pieejamība.
16. Lai izvairītos no līdzīgām situācijām nākotnē, ir svarīgi nepārtraukti uzturēt veselības aprūpi un sabiedrības drošībai nepieciešamās materiālo rezervju krājumus, lai ārkārtas situācijā to būtu pietiekami vismaz 1 mēnesim. Gadījumā, ja netiks plānots papildus finansējums no valsts budžeta, pastāv nopietns risks, ka krīzes gadījumā slimnīcas nespēs nodrošināt neatliekamo palīdzību zāļu nenodrošinājuma dēļ, tādējādi pakļaujot riskam pacientu dzīvības.
17. Atbilstoši secinājumiem par visaptverošas valsts aizsardzības sistēmas ieviešanu, krīžu laikā palielināsies pieprasījums pēc zālēm un medicīniskām ierīcēm, un ir nepieciešams plānot to piegādi un rezervju veidošanu (vismaz vienam mēnesim), kas prasa papildus finanšu resursus, kas līdz šim nav bijuši ietverti esošajā veselības aprūpes budžetā.
18. Jāatzīmē, ka, neskatoties uz finansējuma nepietiekamību veselības aprūpes sistēmā, Latvija uzrāda **augstus naudas efektivitātes rezultātus**. Ziņojumi “Euro Health Consumer Index 2017 Report”[[287]](#footnote-288) un “Euro Health Consumer Index 2018 Report”[[288]](#footnote-289), kuros, lai novērtētu veselības aprūpes sistēmas darbības efektivitāti, tiek mēģināts salīdzināt savā starpā ES dalībvalstis ar ļoti atšķirīgiem finanšu resursiem, veicot naudas vērtības korekciju ar veselības aprūpes izdevumiem uz vienu iedzīvotāju (izteikti Pirktspējas paritātē dolāros), ļauj secināt, ka Latvija ar vienu no zemākajiem veselības aprūpes izdevumiem uz vienu iedzīvotāju uzrāda augstus naudas efektivitātes rezultātus.
19. Ieguldījumi veselības nozarē ir būtiski stabilai, funkcionējošai ekonomikai un iedzīvotāju labklājībai. PVO, veicot 19 valstu datu analīzi,[[289]](#footnote-290) ir secinājusi, ka vidēji katrs papildus 1 eiro, kas ir iztērēts veselības aprūpes sektorā, atnes 1,4 eiro atdevi nacionālajā ekonomikā un 2,7 eiro atdevi nacionālajā ekonomikā, ņemot vērā papildus izraisīto ietekmi (plašāka ilgtermiņa ekonomiskā ietekme, tostarp darbinieku tēriņu un iegādes ietekme). Savukārt veselības izdevumu pieaugums par 1 eiro vidēji palielina mājsaimniecību ienākumus par 0,7 eiro.
20. Investīcijas veselības nozarē ir ļāvušas samazināt potenciāli zaudēto dzīves gadu skaitu, rezultātā palielinot iedzīvotāju līdzdalību darba tirgū un kopējos nodokļu ieņēmumus, un tādējādi veicinot ekonomikas attīstību un iedzīvotāju labklājību. Labāka veselība var palielināt atdevi no ieguldījumiem izglītībā un darba ņēmēju pieredzē, jo ilgāks dzīves ilgums palielina ienākumu periodu ieguldījumiem cilvēkkapitāla ražīgumā.[[290]](#footnote-291)
21. **Veselības nozares finansējums, ārstniecības iestāžu infrastruktūra, gatavība ārkārtas un katastrofu situācijām – problēmu un izaicinājumu kopsavilkums:**
22. Pacientu tiešie maksājumi par veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā ir vieni no augstākajiem ES.[[291]](#footnote-292) Vislielāko daļu personīgajos maksājumos ik gadu ieņem izdevumi par zālēm.
23. Būtisks veselības sistēmas efektivitātes, kvalitātes, pieejamības un ilgtspējas progress ir atkarīgs no piešķirtā finansējuma (veselības nozarei paredzētās IKP daļas).
24. Ilgs gaidīšanas laiks uz atsevišķiem veselības aprūpes pakalpojumiem, pārsniedzot sešus mēnešus (sasaistē ar IV nodaļu).
25. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi neatbilst to reālajām izmaksām.
26. Veselības aprūpes pakalpojumu kvotas neļauj savlaicīgi saņemt pakalpojumus.
27. Nepietiekoša, pilnveidojama NMPD infrastruktūra.
28. Ārstniecības iestāžu nodrošinājums ar medicīnas iekārtām nav vienmērīgs, līdz ar to nepieciešams nodrošināt sistēmisku pieeju svarīgāku tehnoloģiju plānošanā un nodrošināšanā un tādējādi kvalitatīvu pakalpojumu pieejamību, kā arī efektivitātes novērtējumu.
29. Nepietiekama veselības sistēmas gatavība, t.i., materiālo rezervju trūkums aizsardzības pasākumiem, nepietiekams tehniskais nodrošinājums ārstniecības iestādēs, cilvēkresursu trūkums, attiecībā uz globāliem infekciju slimību izaicinājumiem, tai skaitā SARS (Covid-19) u.c.

1. Eurostat dati, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_10/default/table?lang=en> [↑](#footnote-ref-2)
2. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-3)
3. Veselības statistikas datubāze, SPKC [↑](#footnote-ref-4)
4. Potenciāli zaudētie mūža gadi, <https://statistika.spkc.gov.lv/Resources/PX/Databases/Health/Metadati/PZMG_metadati_lv.html> [↑](#footnote-ref-5)
5. Eurostat dati. Minētie rādītāji attiecas uz priekšlaicīgu ar profilaksi novēršanu mirstību (preventable and treatable mortality) (vecumā līdz 75 gadiem) 2016. gadā, <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [↑](#footnote-ref-6)
6. SPKC dati (aprēķināts pēc Eurostat un OECD [metodoloģijas](https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf) (2019) [↑](#footnote-ref-7)
7. Centrālā statistikas pārvalde, <https://www.csb.gov.lv/lv/dzimumu-lidztiesiba/veseliba> [↑](#footnote-ref-8)
8. Healthy life years statistics [↑](#footnote-ref-9)
9. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-10)
10. Eurostat dati [↑](#footnote-ref-11)
11. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [↑](#footnote-ref-12)
12. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-13)
13. Pirktspējas paritāte (PPP) ir valūtas pārrēķina likme, kas vienādo dažādu valūtu pirktspējas, novēršot atšķirības starp dažādu valstu cenu līmeņiem. [↑](#footnote-ref-14)
14. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-15)
15. EU-SILC [↑](#footnote-ref-16)
16. CSP dati, https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaits/meklet-tema/2694-iedzivotaju-skaita-izmainas-latvija-2019 [↑](#footnote-ref-17)
17. Hroniskas slimības ietver infarktu, insultu, diabētu, Parkinsona slimību, Alcheimera slimību un reimatoīdo artrītu vai osteoartrītu. Avots: Eurostat Paredzamā mūža ilguma un veselīgo dzīves gadu datubāze (dati attiecas uz 2017. gadu). [↑](#footnote-ref-18)
18. 2. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems andPolicies), https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\_chp\_lv\_latvian.pdf [↑](#footnote-ref-19)
19. SPKC dati [↑](#footnote-ref-20)
20. SPKC dati; Eurostat, 2016 [↑](#footnote-ref-21)
21. <https://www.spkc.gov.lv/lv/sabiedribas-veselibas-datu-analize/pzmg_par_2017_final.pdf>, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/PZMG10_PZMG_celoni_regioni.px/table/tableViewLayout2/>, <https://statistika.spkc.gov.lv/Resources/PX/Databases/Health/Metadati/PZMG_metadati_lv.html> [↑](#footnote-ref-22)
22. SPKC dati; Eurostat dati [↑](#footnote-ref-23)
23. SPKC aprēķini, izmantojot OECD/Eurostat metodoloģiju par treatable un preventable mortality [↑](#footnote-ref-24)
24. Health at a Glance 2019, <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en> [↑](#footnote-ref-25)
25. SPKC dati [↑](#footnote-ref-26)
26. SPKC dati [↑](#footnote-ref-27)
27. SPKC dati [↑](#footnote-ref-28)
28. Vēža savlaicīgas atklāšanas programma, <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/veza-savlaicigas-atklasanas-programma/programmas-rezultati> [↑](#footnote-ref-29)
29. SPKC dati [↑](#footnote-ref-30)
30. Vēža savlaicīgas atklāšanas programma, <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/veza-savlaicigas-atklasanas-programma/programmas-rezultati> [↑](#footnote-ref-31)
31. Neinfekcijas slimības – saslimstība, mirstība, riska faktori, situācija Latvijā 2006.-2015.gadā <https://spkc.gov.lv/upload/Sabiedribas_veselibas_petijumu_faili/neinfekciju_slimibas_2006-2015.pdf> [↑](#footnote-ref-32)
32. SPKC dati [↑](#footnote-ref-33)
33. Potenciāli zaudētie mūža gadi, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/PZMG10_PZMG_celoni_regioni.px/table/tableViewLayout2/> [↑](#footnote-ref-34)
34. Wittchen H.U., Jacobi F. Rehm J., et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the bramin in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 2011. 21: 655-679 p. [↑](#footnote-ref-35)
35. DEPRESSION: A Global Crisis World Mental Health Day, October 10 2012 <https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?Ua=1> [↑](#footnote-ref-36)
36. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, 2011, <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf> [↑](#footnote-ref-37)
37. Veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, SPKC, 2018, <https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-veselibas-aprupes-statistikas-gadagramata> [↑](#footnote-ref-38)
38. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC, 2016, 2018 [↑](#footnote-ref-39)
39. “Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījums”, 2019, <https://www.esparveselibu.lv/sites/default/files/2020-04/Latvijas%20iedz%C4%ABvot%C4%81ju%20virs%20darbsp%C4%93jas%20vecuma%20vesel%C4%ABbu%20ietekm%C4%93jo%C5%A1o%20paradumu%20un%20funkcion%C4%81lo%20sp%C4%93ju%20p%C4%93t%C4%ABjuma%20gala%20zi%C5%86ojums%202020.pdf> [↑](#footnote-ref-40)
40. E. Rancāns, J. Vrubļevska, A. Ķīvīte, R. Ivanovs, R. Logins, L. Bērze. Prevalence of depression in treatment seeking population in primary care settings in Latvia - the results of the National Research Project BIOMEDICINE. European Neuropsychopharmacology, Vol. 26, S478–S479. Published in issue: October 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/S0924-977X(16)31483-3> [↑](#footnote-ref-41)
41. Vrublevska J, Trapencieris M., Snikere S, Grinberga D, Velika B, Pudule I., Rancans E. The 12-month prevalence of depression and health care utilization in the general population of Latvia, PMID: 28061411 DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.031 [↑](#footnote-ref-42)
42. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC, 2016, 2018 [↑](#footnote-ref-43)
43. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-44)
44. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [↑](#footnote-ref-45)
45. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-46)
46. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [↑](#footnote-ref-47)
47. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-48)
48. Spriņģe L. Vardarbības izraisītie veselības traucējumi bērniem un jauniešiem Latvijā. Promocijas darbs. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2017 [↑](#footnote-ref-49)
49. Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā. Tematiskais ziņojums, 2017 [↑](#footnote-ref-50)
50. SPKC: https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health\_\_Mirstiba/MOR20\_Iedz\_mirstiba\_dzimumu\_sadalijuma290420.px/ [↑](#footnote-ref-51)
51. SPKC dati [↑](#footnote-ref-52)
52. Veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, SPKC, 2018,

    <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/PZMG20_PZMG_celoni_dzimumi.px/table/tableViewLayout2/> [↑](#footnote-ref-53)
53. Veselības statistikas datubāze: <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/> [↑](#footnote-ref-54)
54. Veselības statistikas datubāze: <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/> [↑](#footnote-ref-55)
55. OECD datubāze [↑](#footnote-ref-56)
56. Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai, LU, 2018, Pieejams: <http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf> [↑](#footnote-ref-57)
57. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata SPKC, 2018 <https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-veselibas-aprupes-statistikas-gadagramata> [↑](#footnote-ref-58)
58. SPKC, <https://spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/petijumi-un-zinojumi/veselibu-ietekmejoso-paradumu-/> [↑](#footnote-ref-59)
59. Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai, LU, 2018, Pieejams: <http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf> [↑](#footnote-ref-60)
60. Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai, LU, 2018, Pieejams: <http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf> [↑](#footnote-ref-61)
61. SPKC dati, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/MOR40_Zidainu_mirstiba_06052020.px/> [↑](#footnote-ref-62)
62. SPKC dati, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/MOR40_Zidainu_mirstiba_06052020.px/> [↑](#footnote-ref-63)
63. SPKC dati, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/?tablelist=true> [↑](#footnote-ref-64)
64. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2018 [↑](#footnote-ref-65)
65. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2014, 2016, 2018 [↑](#footnote-ref-66)
66. SPKC dati, https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health\_\_Mates\_berna\_veseliba/MCH085\_smeketajas.px/ [↑](#footnote-ref-67)
67. Europeans’ attitudes towards vaccination, <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2223> [↑](#footnote-ref-68)
68. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC, 2018 [↑](#footnote-ref-69)
69. SPKC dati [↑](#footnote-ref-70)
70. SPKC dati [↑](#footnote-ref-71)
71. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2019 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2019-20_Mar_2019.pdf> [↑](#footnote-ref-72)
72. SPKC dati [↑](#footnote-ref-73)
73. ECDC/WHO: Surveillance Report „HIV/AIDS Surveillance in Europe 2019 (2018 data)”, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf> [↑](#footnote-ref-74)
74. SPKC dati [↑](#footnote-ref-75)
75. Valsts asinsdonora centra dati [↑](#footnote-ref-76)
76. Antimicrobo līdzekļu patēriņa datu bāze EEZ: <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/trend-country> [↑](#footnote-ref-77)
77. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-78)
78. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-79)
79. Eurostat dati, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_10/default/table?lang=en> [↑](#footnote-ref-80)
80. Eurostat dati, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_10/default/table?lang=en> [↑](#footnote-ref-81)
81. Veselības statistikas datubāze, SPKC, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/?tablelist=true> [↑](#footnote-ref-82)
82. SPKC dati [↑](#footnote-ref-83)
83. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems andPolicies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-84)
84. Eurostat dati, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthy_life_years_2018_3.png> [↑](#footnote-ref-85)
85. Apsekojums “Ienākumi un dzīves apstākļi Latvijā 2019. gadā”, CSP, 2020, <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/nabadziba/meklet-tema/413-ienakumi-un-dzives-apstakli-latvija-2019-gada> [↑](#footnote-ref-86)
86. Apsekojums “Ienākumi un dzīves apstākļi Latvijā 2019. gadā”, CSP, 2020, <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/nabadziba/meklet-tema/413-ienakumi-un-dzives-apstakli-latvija-2019-gada> [↑](#footnote-ref-87)
87. Ministru kabineta 2016. gada 17. maija noteikumi Nr. 310 Darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.4. specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” 9.2.4.1. pasākuma “Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” un 9.2.4.2. pasākuma   
    “Pasākumi vietējās sabiedrības veselības veicināšanai un slimību profilaksei” īstenošanas noteikumi

    <https://likumi.lv/ta/id/282400-darbibas-programmas-izaugsme-un-nodarbinatiba-9-2-4-specifiska-atbalsta-merka-uzlabot-pieejamibu-veselibas-veicinasanas> [↑](#footnote-ref-88)
88. Ikgadējs nabadzības un sociālās atstumtības mazināšanas rīcībpolitikas izvērtējums (t.sk. izvērtējums par nevienlīdzību veselības aprūpē un nevienlīdzību mājokļa pieejamības jomā), Labklājības ministrija, Nodibinājums “Baltic Institute of Social Sciences” Rīga, 2019 <http://petijumi.mk.gov.lv/sites/default/files/title_file/Nabadz_soc_atstumt_mazin_ricibpol_izvertejums_Zinojums.pdf> [↑](#footnote-ref-89)
89. Baltijas Sociālo zinātņu institūts (2017.) Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte, Rīgā, - 135.lpp. <http://petijumi.mk.gov.lv/sites/default/files/title_file/petij_sif_motivac_paaugst_un_atbalst_pakalpoj_potencial%2Bmerka%2Bgrup_profiles_un_vaj_izpete.pdf> [↑](#footnote-ref-90)
90. Tirgus un sociālo pētījumu centrs „Latvijas Fakti” (2015.) Pētījums „Romi Latvijā”. Rīgā, - lpp.59.-60. [↑](#footnote-ref-91)
91. Nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences” (2019). Ziņojums „Ikgadējs nabadzības un sociālās atstumtības mazināšanas rīcībpolitikas izvērtējums (t.sk. izvērtējums par nevienlīdzību veselības aprūpē un nevienlīdzību mājokļa pieejamības jomā)”. Rīga, - 219., 337.lpp., <http://petijumi.mk.gov.lv/sites/default/files/title_file/Nabadz_soc_atstumt_mazin_ricibpol_izvertejums_Zinojums.pdf> [↑](#footnote-ref-92)
92. ES Padomes secinājumi par romu integrācijas procesa paātrināšanu (08.12.2016), 26.punkts; <https://www.km.gov.lv/uploads/ckeditor/files/Sabiedribas_integracija/Romi/Dokumenti/Padomes%20secinajumi_16.pdf>;

    2019. gada 5. septembra Eiropas Komisijas Ziņojums par romu integrācijas valsts stratēģiju īstenošanu, 1.sadaļas 3. punkta „Veselības aprūpe” ieteicamās prioritātes <https://www.km.gov.lv/uploads/ckeditor/files/Sabiedribas_integracija/Romi/Dokumenti/EK_romu_zinojums_050919_COM_2019_406_LV.pdf>

    Eiropas Padomes Komisijas pret rasismu un neiecietību 2018.gada 4.decembra Piektais ziņojums Latvijai, 74. rekomendācija <https://rm.coe.int/fifth-report-on-latvia/1680934a9f>;

    Eiropas Padomes Vispārējas konvencijas par nacionālo minoritāšu aizsardzību Konsultatīvās komitejas Trešais viedoklis par Latviju (23.02.2018.), 180.punkts <https://rm.coe.int/3rd-op-latvia-latvian/16808d91ab>;

    OSCE Third Status Report: Implementation of the Action Plan on Improving the Situation of Roma and Sinti within the OSCE Area (2018), Recommendations No. 58-63, - pp.66.-67. <https://www.osce.org/files/f/documents/6/8/406127.pdf> [↑](#footnote-ref-93)
93. Baltijas Sociālo zinātņu institūts (2017.) Motivācijas paaugstināšanas un atbalsta pakalpojumu potenciālās mērķa grupas profilēšana un vajadzību izpēte, Rīgā, - 7. lp. [↑](#footnote-ref-94)
94. Tirgus un sociālo pētījumu centrs „Latvijas Fakti” (2015.) Pētījums „Romi Latvijā” [↑](#footnote-ref-95)
95. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU. Latvija Valsts veselības profils 2019. OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems andPolicies), https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\_chp\_lv\_latvian.pdf [↑](#footnote-ref-96)
96. Gada pārskats par Nacionālā veselīgo

    pašvaldību tīkla darbību Latvijā 2018. gadā, 2019 https://www.spkc.gov.lv/lv/nvpt-gada-parskati/gada\_parskats\_par\_nvpt\_darbibu\_latvija\_2018.\_gads1.pdf [↑](#footnote-ref-97)
97. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems andPolicies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-98)
98. Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases <https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/en/> [↑](#footnote-ref-99)
99. Health Promotion and Disease Prevention Knowledge Gateway

    <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/promotion-prevention/nutrition/fruit-vegetables> [↑](#footnote-ref-100)
100. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums [↑](#footnote-ref-101)
101. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums [↑](#footnote-ref-102)
102. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC, 2018. gads [↑](#footnote-ref-103)
103. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC, 2018. gads [↑](#footnote-ref-104)
104. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC, 2018. gads [↑](#footnote-ref-105)
105. Pētījums par sāls un joda patēriņu Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā. Veselības ministrija. Rīga, 2020 [↑](#footnote-ref-106)
106. Pētījums par sāls un joda patēriņu Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā. Veselības ministrija. Rīga, 2020 [↑](#footnote-ref-107)
107. Pētījums par sāls un joda patēriņu Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā. Veselības ministrija. Rīga, 2020 [↑](#footnote-ref-108)
108. Bērnu antropometrisko parametru un skolu vides pētījums Latvijā 2018./2019. māc. g. [↑](#footnote-ref-109)
109. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-110)
110. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-111)
111. Latvijas iedzīvotāju virs darbaspējas vecuma veselību ietekmējošo paradumu un funkcionālo spēju pētījums, SKDS, 2019 (ESF) [↑](#footnote-ref-112)
112. Oral health, WHO, 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> [↑](#footnote-ref-113)
113. Mutes veselības pētījums skolēniem Latvijā 2016, <https://spkc.gov.lv/upload/spkcresearchfailicol/petijuma_zinojums_mutes_veseliba.pdf> [↑](#footnote-ref-114)
114. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-115)
115. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [↑](#footnote-ref-116)
116. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas dati [↑](#footnote-ref-117)
117. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas dati [↑](#footnote-ref-118)
118. <https://www.tirizobi.lv/sakumlapa> [↑](#footnote-ref-119)
119. Physical Activity and Adults <https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/> [↑](#footnote-ref-120)
120. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma dati, SPKC [↑](#footnote-ref-121)
121. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada dati [↑](#footnote-ref-122)
122. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma dati, SPKC [↑](#footnote-ref-123)
123. Sabiedrības viedoklis par dopinga lietošanu sportā Latvijas iedzīvotāju aptauja 2018. gada decembris - 2019. gada februāris, SKDS <http://petijumi.mk.gov.lv/sites/default/files/title_file/Sabiedr%C4%ABbas_viedoklis_par_dopinga_lietosanu_sporta_atskaite_11.04.2019.pdf> [↑](#footnote-ref-124)
124. UKAD IPED Report, 31.lp. Pieejams: <https://www.ukad.org.uk/sites/default/files/2020-01/UKAD%20IPED%20Report%20FINAL.pdf> [↑](#footnote-ref-125)
125. Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190801-1 [↑](#footnote-ref-126)
126. SPKC dati, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mates_berna_veseliba/?tablelist=true> [↑](#footnote-ref-127)
127. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2018 [↑](#footnote-ref-128)
128. Ministru kabineta 2017. gada 31. oktobra rīkojums Nr. 630 “Par HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plānu 2018.-2020. gadam, <https://likumi.lv/ta/id/294753> [↑](#footnote-ref-129)
129. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2017./2018, SPKC [↑](#footnote-ref-130)
130. Tirgus un sociālo pētījumu centrs „Latvijas Fakti” (2015.) Pētījums „Romi Latvijā”. Rīgā, - 91.lpp <https://www.km.gov.lv/uploads/ckeditor/files/Sabiedribas_integracija/Romi/Papildu/romi_latvija_petijums_LV.pdf> [↑](#footnote-ref-131)
131. Atbilstoši pēc Eiropas Komisijas pasūtījuma veiktā pētījuma datiem [↑](#footnote-ref-132)
132. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2018. gada aptaujas dati [↑](#footnote-ref-133)
133. Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma 2019. gada dati [↑](#footnote-ref-134)
134. “Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū” pētījuma datiem (ESPAD 2015) [↑](#footnote-ref-135)
135. “Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū” pētījuma datiem (ESPAD 2015) [↑](#footnote-ref-136)
136. “Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū” pētījuma datiem (ESPAD 2015) [↑](#footnote-ref-137)
137. Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma 2019. gada dati [↑](#footnote-ref-138)
138. Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma 2019. gada dati [↑](#footnote-ref-139)
139. WHO dati, <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/393107/achp-fs-eng.pdf> [↑](#footnote-ref-140)
140. Reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš. 2005.-2019. gadā. - https://www.spkc.gov.lv/lv/statistikas-dati [↑](#footnote-ref-141)
141. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, SPKC [↑](#footnote-ref-142)
142. Vairāk nekā 60 gramu absolūtā alkohola lietošana vienā reizē pēdējo 12 mēnešu laikā vai pēdējā mēneša laikā. [↑](#footnote-ref-143)
143. Tieši ar alkohola lietošanu saistīti šādi cēloņi: alkohola izraisīts pseido Kušinga sindroms; psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ; nervu sistēmas deģenerācija alkohola dēļ; alkohola polineiropātija; alkohola kardiomiopātija; alkohola gastrīts; alkohola izraisītas aknu slimības, aknu fibroze, ciroze, hepatīti u.c.; alkohola izraisīts hronisks pankreatīts; etilalkohola, metanola vai neprecizēta alkohola izraisīta toksiska darbība; nejauša saindēšanās ar alkoholu. [↑](#footnote-ref-144)
144. 60 un vairāk gramus absolūtā alkohola vienā iedzeršanas reizē. [↑](#footnote-ref-145)
145. Ceļu Satiksmes Drošības Direkcija (CSDD), 2020. Ceļu satiksmes negadījumu skaita statistika, Vadītāju alkohola reibumā izraisīties negadījumi. <https://www.csdd.lv/celu-satiksmes-negadijumi/celu-satiksmes-negadijumu-skaits> [↑](#footnote-ref-146)
146. Saskaņā ar SPKC publicēto analītisko pārskatu “Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū” (2016) [↑](#footnote-ref-147)
147. Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū, 2016 <https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/Diana/atkaribu_izraisosu_vielu_lietosana.pdf> [↑](#footnote-ref-148)
148. [↑](#footnote-ref-149)
149. Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū, SPKC, 2016, <https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/Diana/atkaribu_izraisosu_vielu_lietosana.pdf> Trapencieris, M., Sniķere. S. (2016). Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences (ESPAD), Rīga: SPKC [↑](#footnote-ref-150)
150. Trapencieris, M., Sniķere. S. (2016). Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences (ESPAD). Rīga: SPKC [↑](#footnote-ref-151)
151. Šūpule, I. et al. (2016). Atkarību izraisoši vielu lietošana izklaides vietās Latvijā 2016.gadā. Pētījuma ziņojums. Rīga: SPKC [↑](#footnote-ref-152)
152. Sniķere, S., Trapencieris M. (2016). Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū 2015.gadā. Rīga: SPKC [↑](#footnote-ref-153)
153. Žabko O., et al. (2018) Atkarību izraisošo vielu lietošanas tendenču analīze ieslodzījuma vietās Latvijā 2018. gadā [↑](#footnote-ref-154)
154. Problemātiskā narkotiku lietošana ir opioīdu, kokaīna un/vai amfetamīnu ilgstoša vai regulāra lietošana vai to injicēšana (EMCDDA, 2012), <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods> [↑](#footnote-ref-155)
155. EMCDDA. (2007) Statistical bulletin, Problematic Drug use (PDU), Methods and definitions: http://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods [↑](#footnote-ref-156)
156. Karnīte, A. et al. (2017). Narkotiku lietošanas paradumu tendences Latvijā: Narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 10. posma rezultāti. Rīga: SPKC [↑](#footnote-ref-157)
157. HIV infekcijas izplatība Latvijā <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/infekcijas-slimibas/datu-vizualizacija/hivaids> [↑](#footnote-ref-158)
158. Aivita Putniņa, Artūrs Pokšāns, Māris Brants, 2019. Pētījums par procesu atkarību (azartspēļu, sociālo mediju, datorspēļu atkarība) izplatību Latvijas iedzīvotāju vidū un ar to ietekmējošiem riska faktoriem. <https://esparveselibu.lv/sites/default/files/inline-files/Petijums-par-azartspelu-socialo-mediju-datorspelu-un-citu-procesu-atkaribu-izplatibu-Latvija.pdf> [↑](#footnote-ref-159)
159. SPKC dati [↑](#footnote-ref-160)
160. SPKC dati [↑](#footnote-ref-161)
161. SPKC dati, https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/ [↑](#footnote-ref-162)
162. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2017./2018. gada dati, SPKC [↑](#footnote-ref-163)
163. Veselības inspekcija, https://www.vi.gov.lv/sites/vi/files/content/documents/petijuma\_zinojums\_2017\_201820311.pdf - 1. posma rezultāti [↑](#footnote-ref-164)
164. IZGLĪTĪBAS IESTĀŽU VIDES KVALITĀTES UN DROŠUMA PĒTĪJUMS 2. starpziņojums, 2019, https://www.vi.gov.lv/lv/izglitibas-iestazu-vides-kvalitates-un-drosuma-petijums-2/petijuma\_starpzinojums\_2.pdf http://www.vi.gov.lv/lv/sakums/aktuali/this-just-in-2017/izglitibas-iestazu-vides-kvalitates-un-drosuma-petijums [↑](#footnote-ref-165)
165. VI dati [↑](#footnote-ref-166)
166. Ministru kabineta 2017. gada 14. novembra noteikumi Nr. 671 “Dzeramā ūdens oblīgātās nekaitīguma un kvalitātes prasības, monitoringa un kontroles kārtība [↑](#footnote-ref-167)
167. Ministru kabineta 2017. gada 28. novembra noteikumi Nr. 692 „Peldvietas izveidošanas, uzturēšanas un ūdens kvalitātes pārvaldības kārtība” [↑](#footnote-ref-168)
168. Veselības inspekcijas pārskats par peldvietu ūdens kvalitāti un uzraudzību 2019. gada peldsezonā.  <https://www.vi.gov.lv/sites/vi/files/data_content/parskats-par-peldvietu-udens-kvalitati-un-uzraudzibu-2019_-gada.pdf> [↑](#footnote-ref-169)
169. *Informatīvais ziņojuma projekts  “Par vides trokšņa regulējumu”,* [*http://tap.mk.gov.lv/mk/tap/?pid=40483511*](http://tap.mk.gov.lv/mk/tap/?pid=40483511) [↑](#footnote-ref-170)
170. Minamatas konvencija par dzīvsudrabu, <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1736> [↑](#footnote-ref-171)
171. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-172)
172. Par pašvaldībām, <https://likumi.lv/ta/id/57255-par-pasvaldibam> [↑](#footnote-ref-173)
173. No 2020. gada 1. septembra zobārstniecības māsas profesija ir apvienota ar zobārsta asistenta profesiju, turpmāk pastāvot tikai zobārsta asistenta profesijai. [↑](#footnote-ref-174)
174. Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 „ Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” [↑](#footnote-ref-175)
175. NVD dati [↑](#footnote-ref-176)
176. NVD dati [↑](#footnote-ref-177)
177. SPKC dati [↑](#footnote-ref-178)
178. Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” [↑](#footnote-ref-179)
179. Nacionālais veselības dienests [↑](#footnote-ref-180)
180. Viena piektā daļa no apsekoto mājsaimniecību skaita, kuras sagrupētas pieaugošā secībā pēc to rīcībā esošā naudas ienākuma uz vienu mājsaimniecības locekli. 1. kvintile ir vismazturīgākā, bet 5. kvintile – visturīgākā mājsaimniecība. [↑](#footnote-ref-181)
181. CSP un Eurostat, EU-SILC apsekojums [↑](#footnote-ref-182)
182. Datu avots: Latvijas: Valsts veselības pārskats 2017, OECD [↑](#footnote-ref-183)
183. Taube M., Vaskis E., Nesterenko O., 2019. Vai iedzīvotāji var atļauties maksāt par veselības aprūpi? Jauni pierādījumi par finansiālo aizsardzību Latvijā. Kopenhāgena, PVO Eiropas Reģionālais birojs. Pieejams: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/402059/WHO-FP-016-Latvia-in-Latvian-digital-single-pages.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-184)
184. Veselības ministrijas publiskais pārskats, 2018 <http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Ministrija/VMrik_121219_VM_2018_parskats_.pdf> [↑](#footnote-ref-185)
185. Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” [↑](#footnote-ref-186)
186. Veselības ministrijas publiskais pārskats, 2018 <http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Ministrija/VMrik_121219_VM_2018_parskats_.pdf> [↑](#footnote-ref-187)
187. Slimnīcu sniedzamās palīdzības apjoms atbilstoši slimnīcu līmenim ir noteikts 28.08.2018. MK noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes organizācijas un finansēšanas kārtība” 6.pielikumam. Savukārt samaksas apmēra plānošana ir noteikta noteikumu 14. pielikumā. [↑](#footnote-ref-188)
188. NMPD dati [↑](#footnote-ref-189)
189. Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti 2018. gads [↑](#footnote-ref-190)
190. Eiropas Padomes 2020. gada 11. marta rezolūcija (CM?res(2020)3) par farmaceitiskās aprūpes ieviešanu pacientu un veselības aprūpe spakalpojumu labā (Resolution CM/Res(2020)3 on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services (Adopted by the Committee of Ministers on 11 March 2020 at the 1370th meeting of the Ministers' Deputies) [↑](#footnote-ref-191)
191. EDQM par farmaceitisko aprūpi [↑](#footnote-ref-192)
192. Klīniskā farmācija ir definēta kā farmācijas nozare, kas, balstoties uz zinātnisku un praktisku pieeju, nodrošina racionālu zāļu lietošanu. Klīniskais farmaceits ir farmaceits, kurš veic konsultatīvas un uzraudzības funkcijas ar racionālu zāļu lietošanu saistītos jautājumos; veic zāļu patēriņa analīzi un lietošanas efektivitātes novērtējumu; veic dokumentu ekspertīzi, nodarbojas ar pētniecību un nodrošina nepārtrauktu savu profesionālo pilnveidi; sniedz informāciju un konsultē farmācijas jomā. [↑](#footnote-ref-193)
193. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services, <https://www.fip.org/file/1476> [↑](#footnote-ref-194)
194. WHO: The Pursuit of Responsible Use of Medicines, 2012 [↑](#footnote-ref-195)
195. Katja M Hakkarainen, Hanna Gyllensten, Anna K Jönsson, Karolina Andersson Sundell, Max Petzold, Staffan Prevalence, nature and potential preventability of adverse drug events – a population-based medical record study of 4970 adults, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24372506> [↑](#footnote-ref-196)
196. Kerry Wilbur ,Huda Hazi,Aya El-Bedawi, Drug-Related Hospital Visits and Admissions Associated with Laboratory or Physiologic Abnormalities—A Systematic-Review Published: June 27, 2013 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0066803> [↑](#footnote-ref-197)
197. Holm et al. Eur J Clin Pharmacol 2014 [↑](#footnote-ref-198)
198. Vai iedzīvotāji var atļauties maksāt par veselības aprūpi? PVO, 2019, 10.lp. skatīt tiešsaistē: http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0020/402059/WHO-FP-016-Latvia-in-Latvian-digital-single-pages.pdf?ua=1 [↑](#footnote-ref-199)
199. Centrālā statistikas pārvalde, <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/veseliba/meklet-tema/1988-iedzivotaju-veselibas-apsekojuma-rezultati> [↑](#footnote-ref-200)
200. ZVA dati [↑](#footnote-ref-201)
201. Euro Health Consumer Index 2017, Euro Health Consumer Index 2018, <https://healthpowerhouse.com/publications/> [↑](#footnote-ref-202)
202. Saeimas 2019. gada 16. maijā pieņemtie grozījumi likumā “Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā” [↑](#footnote-ref-203)
203. NVD dati, <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/veza-savlaicigas-atklasanas-programma/programmas-rezultati> [↑](#footnote-ref-204)
204. SPKC [↑](#footnote-ref-205)
205. Primāra ļaunadbīga audzēja diagnoze – personai iepriekš nekad nav ticis diagnosticēts ālundabīgais audzējs [↑](#footnote-ref-206)
206. SPKC dati, <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/> [↑](#footnote-ref-207)
207. SPKC aprēķini, izmantojot OECD/Eurostat vienoto 2019.gada metodoloģiju [↑](#footnote-ref-208)
208. Eurostat datubāze; https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do [↑](#footnote-ref-209)
209. Datu avots: Latvijas veselības aprūpes sistēmas izvērtējums, Pasaules Banka, lpp [↑](#footnote-ref-210)
210. Health at Glance 2017, OECD, 2018 [↑](#footnote-ref-211)
211. SPKC dati: <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Veselibas%20aprupe__StacionaraMediciniskaPalidziba/VAK010_30-day_mortality_hospital%20level.px/table/tableViewLayout2/> [↑](#footnote-ref-212)
212. SPKC dati [↑](#footnote-ref-213)
213. Vadlīnijas “Cerebrāla infarkta prehospitālās aprūpes, diagnostikas un akūtas ārstēšanas klīniskās vadlīnijas” [↑](#footnote-ref-214)
214. VI dati par tematiskā pārbaudi, 2019 [↑](#footnote-ref-215)
215. 2018. gadā sadarbībā ar Latvijas kardiologu biedrību un gan Latvijas lauku ģimenes ārstu asociāciju tika izstrādāti Ministru kabineta 2018. gada 24. jūlija noteikumi Nr. 452 “Kārtība, kādā sniedzami veselības aprūpes pakalpojumi sirds un asinsvadu profilaksei”, kas stājās spēkā no 2018. gada 1. augusta [↑](#footnote-ref-216)
216. SPKC dati [↑](#footnote-ref-217)
217. SPKC dati [↑](#footnote-ref-218)
218. SPKC dati [↑](#footnote-ref-219)
219. SPKC dati (Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem) [↑](#footnote-ref-220)
220. Ministru kabineta 2019. gada 17. jūlija rīkojums Nr. 348 “Par Narkotiku lietošanas un izplatības ierobežošanas plānu 2019.-2020. gadam”, https://m.likumi.lv/ta/id/308315-par-narkotiku-lietosanas-un-izplatibas-ierobezosanas-planu-2019-2020-gadam [↑](#footnote-ref-221)
221. Ministru kabineta 2020. gada 30. jūlija rīkojums Nr. 412 “Par Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plānu 2020.-2022. gadam” [↑](#footnote-ref-222)
222. Ministru kabineta 2020. gada 30. jūlija rīkojums Nr. 412 “Par Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plānu 2020.-2022. gadam” [↑](#footnote-ref-223)
223. Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija ar metadonu (izvērsts medicīniskās tehnoloģijas metodes apraksts), <https://www.zva.gov.lv/zvais/mtdb/14-narkologijas-mediciniskie-pakalpojumi/282-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/opioidu-atkarigo-pacientu-ilgtermina-farmakoterapija-ar-metadonu> [↑](#footnote-ref-224)
224. VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” 2019. gada pārskats [↑](#footnote-ref-225)
225. Ministru kabineta 2017. gada 31. oktobra rīkojums Nr. 630 “Par HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plānu 2018.-2020. gadam”, <https://m.likumi.lv/ta/id/294753-par-hiv-infekcijas-seksualas-transmisijas-infekciju-b-un-c-hepatita-izplatibas-ierobezosanas-ricibas-planu-2018-2020-gadam> [↑](#footnote-ref-226)
226. Ministru kabineta 2019. gada 17. jūlija rīkojums Nr. 348 “Par Narkotiku lietošanas un izplatības ierobežošanas plānu 2019.-2020. gadam”, <https://m.likumi.lv/ta/id/308315-par-narkotiku-lietosanas-un-izplatibas-ierobezosanas-planu-2019-2020-gadam> [↑](#footnote-ref-227)
227. NVD dati [↑](#footnote-ref-228)
228. NVD dati [↑](#footnote-ref-229)
229. NVD dati [↑](#footnote-ref-230)
230. SPKC rīcībā esoši NVD dati (Veselības aprūpes monitorēšanas sistēma) [↑](#footnote-ref-231)
231. SPKC dati [↑](#footnote-ref-232)
232. Ministru kabineta 2020. gada 30. jūlija rīkojums Nr. 412 “Par Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plānu 2020.-2022. gadam”, <https://likumi.lv/ta/id/316448-par-alkoholisko-dzerienu-paterina-mazinasanas-un-alkoholisma-ierobezosanas-ricibas-planu-20202022-gadam> [↑](#footnote-ref-233)
233. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2018 [↑](#footnote-ref-234)
234. NVD dati [↑](#footnote-ref-235)
235. Mācību materiāls. Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana. ESF līdzfinansētā projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un

     kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”. Rīgas Stradiņa universitāte 2017. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/lv/publikacijas/pacientu\_drobas\_un\_veselbas\_aprpes\_kvalittes\_nodroinana.\_mcbu\_materils\_20171.pdf [↑](#footnote-ref-236)
236. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD publikācija, 2017. Pieejama tiešsaistē: https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf [↑](#footnote-ref-237)
237. Nacionālais veselības dienests. Gada publiskais pārskats 2017, http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5b3b7ef4ab3a7.pdf [↑](#footnote-ref-238)
238. State of Health in the EU. Latvija Valsts veselības profils 2019 [↑](#footnote-ref-239)
239. Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, 2018. gads [↑](#footnote-ref-240)
240. Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, 2018. gads [↑](#footnote-ref-241)
241. Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, 2018. gads [↑](#footnote-ref-242)
242. Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, 2018. gads [↑](#footnote-ref-243)
243. Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, 2018. gads [↑](#footnote-ref-244)
244. “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu”, <https://likumi.lv/ta/id/26021-par-reglamentetajam-profesijam-un-profesionalas-kvalifikacijas-atzisanu> [↑](#footnote-ref-245)
245. Valsts kontroles ziņojums “Cilvēkresursi veselības parūpē” [↑](#footnote-ref-246)
246. IZM: <https://www.izm.gov.lv/lv/publikacijas-un-statistika/statistika-par-izglitibu/statistika-par-augstako-izglitibu> [↑](#footnote-ref-247)
247. VK ziņojums “Cilvēkresursi veselības aprūpē” [↑](#footnote-ref-248)
248. 29.10.2019. MK rīkojums Nr. 537 “Par konceptuālo ziņojumu "Par māsas profesijas turpmāko attīstību"” [↑](#footnote-ref-249)
249. VK ziņojums “Cilvēkresursi veselības aprūpē” [↑](#footnote-ref-250)
250. VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra dati [↑](#footnote-ref-251)
251. Valsts kontroles ziņojums “Cilvēkresursi veselības aprūpē”, 2019 [↑](#footnote-ref-252)
252. Valsts kontroles ziņojums “Cilvēkresursi veselības aprūpē”, 2019 [↑](#footnote-ref-253)
253. ESF projekts 9.2.6. [↑](#footnote-ref-254)
254. VK ziņojums “Cilvēkresursi veselības aprūpē” [↑](#footnote-ref-255)
255. 29.10.2019. MK rīkojums Nr. 537 “Par konceptuālo ziņojumu “Par māsas profesijas turpmāko attīstību”” [↑](#footnote-ref-256)
256. PVO datu bāze, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en&showonly=HWF> [↑](#footnote-ref-257)
257. VK ziņojums [↑](#footnote-ref-258)
258. IZM konceptuālais ziņojums “Par augstskolu iekšējā pārvaldības modeļa maiņu” [↑](#footnote-ref-259)
259. Praktizējošas ārstniecības un pacientu aprūpes personas, funkcionālo speciālistu asistenti un asistenti zobārstniecībā [↑](#footnote-ref-260)
260. MK 30.08.2011. noteikumi Nr.685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība” [↑](#footnote-ref-261)
261. MK 30.08.2011. noteikumi Nr.685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība” [↑](#footnote-ref-262)
262. MK 30.08.2011. noteikumi Nr.685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība” [↑](#footnote-ref-263)
263. International migration and mobility of doctors to and within OECD countries:2000-2018; Development in countries of destination and impact on countries of origin, OECD, 2020 (projekts) (DELSA/ELSA/WP2/HEA (2020)1) [↑](#footnote-ref-264)
264. Latvija Valsts veselības profils 2019, Eiropas Komisija [↑](#footnote-ref-265)
265. Ārstniecības personas, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/1/1d/Medical_doctors_employed_in_hospitals%2C_2006%2C_2011_and_2016.png> [↑](#footnote-ref-266)
266. Māsas, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/b/ba/Nurses_and_caring_professionals_employed_in_hospitals%2C_2016_HLTH18.png> [↑](#footnote-ref-267)
267. MK 07.08.2017. rīkojums Nr.394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reform”” [↑](#footnote-ref-268)
268. SEPEN HWF Advisory Group Report “Executive Summary of SEPEN outcomes in the health workforce field” (Kopsavilkums par SEPEN  projekta rezultātiem veselības nozares cilvēkresursu jomā), 2020 [↑](#footnote-ref-269)
269. Taube M., Vaskis E., Nesterenko O., 2019. Vai iedzīvotāji var atļauties maksāt par veselības aprūpi? Jauni pierādījumi par finansiālo aizsardzību Latvijā. Kopenhāgena, PVO Eiropas Reģionālais birojs, <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/402059/WHO-FP-016-Latvia-in-Latvian-digital-single-pages.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-270)
270. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf> [↑](#footnote-ref-271)
271. (Purchasing Power Standard (PPS)) ir mākslīga kopēja valūtas vienība, ko Eiropas Savienībā izmanto ekonomikas summāro rādītāju apjoma izteikšanai, lai veiktu telpiskus salīdzinājumus, likvidējot cenu atšķirības dalībvalstīs (https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/pirktspeja/tabulas/metadati-pirktspejas-limenis-psl-cenu-limena-indeksi). [↑](#footnote-ref-272)
272. Eurostat. Total health care expenditure, Purchasing power standard (PPS) per inhabitant. [↑](#footnote-ref-273)
273. Eurostat. Health care expenditure by financing scheme. Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes, procentual share of total current health care expenditure. [↑](#footnote-ref-274)
274. Eurostat. Health care expenditure by financing scheme. Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes, Euro per inhabitant, Purchasing Power Standard (PPS) per inhabitant. [↑](#footnote-ref-275)
275. Eurostat. Health care expenditure by financing scheme. Household out-of-pocket payment, procentual share of total current health care expenditure. Aplūkots 2020.gada 26.jūlijā. [↑](#footnote-ref-276)
276. Evetovits, T., 2019. Prezentācija “PVO perspektīva par veselības finansēšanas reformām Latvijā” (angļu valodā) Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas un Budžeta un finanšu (nodokļu) komisijas kopsēdē 2019.gada 30.aprīlī, <http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5988_pvo_eksperts_atbalsta_veselibas_ministres_aicinajumu_palieli/> [↑](#footnote-ref-277)
277. Evetovits, T., 2019. Prezentācija “PVO perspektīva par veselības finansēšanas reformām Latvijā” (angļu valodā) Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas un Budžeta un finanšu (nodokļu) komisijas kopsēdē 2019.gada 30.aprīlī. Pieejams: <http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5988_pvo_eksperts_atbalsta_veselibas_ministres_aicinajumu_palieli/> [↑](#footnote-ref-278)
278. OECD datubāze [↑](#footnote-ref-279)
279. OECD, WHO, 2019, State of Health in the EU Latvija. Valsts veselības profils 2019. © OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), Pieejams: <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lv_latvian.pdf>, [↑](#footnote-ref-280)
280. Eurostat datubāze [↑](#footnote-ref-281)
281. NVD izvērtējums [↑](#footnote-ref-282)
282. Atbilstoši likumam “Par budžetu 2018.gadam” un Finanšu ministrijas rīkojumiem gada laikā. [↑](#footnote-ref-283)
283. Atbilstoši likumam “Par budžetu 2019.gadam” un Finanšu ministrijas rīkojumiem gada laikā. [↑](#footnote-ref-284)
284. Atbilstoši Saeimā 2019. gada 14. novembrī apstiprinātajam likumam “Par valsts budžetu 2020.gadam”. [↑](#footnote-ref-285)
285. Evetovits, T., 2019. Prezentācija “PVO perspektīva par veselības finansēšanas reformām Latvijā” Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas un Budžeta un finanšu (nodokļu) komisijas kopsēdē 2019.gada 30. aprīlī, pieejams: <http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5988_pvo_eksperts_atbalsta_veselibas_ministres_aicinajumu_palieli/> [↑](#footnote-ref-286)
286. Ministru kabineta 2007. gada 27. marta noteikumi Nr. 220 “Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās” [↑](#footnote-ref-287)
287. Björnberg, A., Euro Health Consumer Index 2017 Report, © Health Consumer Powerhouse Ltd., 2018. [↑](#footnote-ref-288)
288. Björnberg, A., Phang, A.Y., Euro Health Consumer Index 2018 Report, © Health Consumer Powerhouse Ltd., 2019. [↑](#footnote-ref-289)
289. Boyce, T., Brown, C., 2019, Economic and social impacts and benefits of health systems, WHO, Available: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/economic-and-social-impacts-and-benefits-of-health-systems-2019> [↑](#footnote-ref-290)
290. World Health Organization., 2009, WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury. World Health Organization, Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137037> [↑](#footnote-ref-291)
291. 41,8% no kopējiem izvedumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem, vidēji ES – 15,8% (2017. gadā) [↑](#footnote-ref-292)