

(Ministru kabineta
2014. gada 14. oktobra
rīkojums Nr. 589)

**Sabiedrības veselības pamatnostādnes
2014.–2020. gadam**

Saturs

Saturs.....	2
Izmantotie saīsinājumi	3
Ievads	4
1.Sabiedrības veselības politikas pamatprincipi un mērķi	6
2.Pamatnostādņu sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem	8
3. SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN PROBLĒMU FORMULĒJUMS SABIEDRĪBAS VESELĪBĀ	12
3.1.Nevienlīdzība veselības jomā	12
3.2.Neinfekciju slimības un to riska faktori.....	17
3.2.1.Sirds un asinsvadu sistēmas slimības.....	17
3.2.2.Onkoloģiskās slimības	19
3.2.3.Garīgā (psihiskā) veselība.....	21
3.2.4. Veselību ietekmējošie faktori (dzīvesveids un uzvedība).....	25
3.2.4.1. Uztura paradumi.....	26
3.2.4.2.Nepietiekama fiziskā aktivitāte.....	29
3.2.4.3.Smēķēšana.....	30
3.2.4.4. Alkoholisko dzērienu lietošana.....	33
3.2.4.5. Narkotisko vielu lietošana.....	35
3.3.Mātes, tēva un bērna veselība	39
3.3.1. Seksuālā un reproduktīvā veselība.....	39
3.3.2.Veselīgs dzīves sākums.....	41
3.4. Veselīga un droša vide	45
3.4.1. Dzīves un darba vide.....	45
3.4.2. Ārējie nāves cēloņi un traumatisms	47
3.5. Infekcijas slimības	53
4. SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN VESELĪBAS APRŪPES PROBLĒMU FORMULĒJUMS	57
4.1. Veselības aprūpes organizācija	57
4.2. Veselības aprūpes resursi un pieejamība.....	60
4.3. Veselības aprūpes finansēšana	72
4.4. Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte un drošība	78
5. Politikas rezultāti, darbības rezultāti un rezultatīvie rādītāji to sasniegšanai.....	85
6. Turpmākā rīcība	97
7. Pārskatu sniegšanas un novērtēšanas kārtība.....	162

Izmantotie saīsinājumi

AAB - Aptieku attīstības biedrība	NAP2020 – Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam
AB - Aptieku biedrība	NMPD – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
AĪA - Aptieku īpašnieku asociācija	NVD – Nacionālais veselības dienests
CFLA – Centrālā finanšu un līgumu aģentūra	NVO – nevalstiskās organizācijas
CSP – Centrālā statistikas pārvalde	PKC – Pārresoru koordinācijas centrs
EK – Eiropas Komisija	PTAC – Patērētāju tiesību aizsardzības centrs
EM – Ekonomikas ministrija	PVD – Pārtikas un veterinārais dienests
ES – Eiropas Savienība	PVO – Pasaules Veselības organizācija
ESF – Eiropas Sociālais fonds	PZMG – potenciāli zaudētie mūža gadi (<i>Years of potential life lost</i> jeb <i>Potential years of life lost</i>)
ESPAD – Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotiskajām vielām	RSU – Rīgas Stradiņa universitāte
ERAF - Eiropas Reģionālās attīstības fonds	SAM – Satiksmes ministrija
EU-SILC – Eiropas Kopienas statistika par ienākumiem un dzīves apstākļiem	SPKC – Slimību profilakses un kontroles centrs
FM – Finanšu ministrija	STI – seksuāli transmisīva infekcija
HBSC – skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījums (<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>)	TB - tuberkuloze
HIV – cilvēka imūndeficīta vīruss (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)	TM – Tieslietu ministrija
HOPS – hroniskas obstruktīvas plaušu slimības	VARAM – Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrija
IeM – Iekšlietu ministrija	VASI - ar veselības aprūpi saistītas infekcijas
IKP – iekšzemes kopprodukts	VB – valsts budžets
IZM – Izglītības un zinātnes ministrija	VDEĀK – Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija
LAD – Lauku atbalsta dienests	VID – Valsts ieņēmumu dienests
LĀB – Latvijas Ārstu biedrība	VDI – Valsts darba inspekcija
LBFA - Latvijas Brīvo farmaceitu apvienība	VI – Veselības inspekcija
LDUSA – Latvijas Diētas un Uztura Speciālistu Asociācija	VISC – Valsts izglītības satura centrs
LFA - Latvijas Farmācijas arodbiedrība	VM – Veselības ministrija
LFB – Latvijas Farmaceitu biedrība	VP – Valsts policija
LĢĀA – Latvijas Ģimenes ārstu asociācija	VSMC – Valsts sporta medicīnas centrs
LLĢĀA – Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija	VTMEC – Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centrs
LM – Labklājības ministrija	ZM – Zemkopības ministrija
LPS – Latvijas Pašvaldību savienība	ZPNS – zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms
LPUF – Latvijas Pārtikas uzņēmumu federācija	ZVA – Zāļu valsts aģentūra
LU – Latvijas Universitāte	RSU DDVVI – Rīgas Stradiņa universitātes aģentūra „Darba drošības un vides veselības institūts
LUSB – Latvijas Uzturzinātnes speciālistu biedrība	
MVC – Mutes veselības centrs	

Ievads

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam (turpmāk - Pamatnostādnes) ir vidēja termiņa politikas plānošanas dokuments, kas balstās uz PVO Eiropas reģiona stratēģiju “Veselība 2020” un ir izstrādāts, lai aktualizētu Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011.-2017.gadam iekļauto situācijas raksturojumu, problēmu formulējumu, mērķus, politikas rezultātus, rīcības virzienos ietvertos uzdevumus¹ un saskaņotu tos ar NAP2020 un jauno finanšu plānošanas periodu.

Pamatnostādnes tika izstrādātas, lai turpinātu aizsāktās sabiedrības veselības politikas īstenošanu, kā arī aktualizētu jaunus attīstības mērķus un rīcības virzienus to sasniegšanai, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot Latvijas iedzīvotāju, jo īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju, veselības stāvokli nākamajos septiņos gados.

Tāpat pamatnostādnes izstrādātas, lai nodrošinātu veselības jomā veikto ES fondu ieguldījumu pēctecību. 2007.-2013.gada plānošanas periodā veselības nozarē tika atbalstīti pasākumi cilvēkresursu attīstībai, infrastruktūras uzlabošanai, ģimenes ārstiem, slimnīcu pārprofilēšanai par ambulatorajām ārstniecības iestādēm, neatliekamās medicīniskās palīdzības, kā arī stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ar mērķi optimizēt veselības aprūpes sistēmu, nodrošinot racionālu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojumu valstī, kas ļautu optimizēt nozarei nepieciešamo finansējumu, tādējādi paaugstinot pieejamību pakalpojumiem.

Ņemot vērā 2007.-2013.gadā īstenotos pasākumus, kas pārsvarā tika vērsti uz strukturālo reformu īstenošanu nozarē, 2014.-2020.gada plānošanas periodā paredzēts īstenot pasākumus, kas vērsti uz mērķtiecīgu pasākumu realizāciju ar lielākiem atdeves rādītājiem, risinot konkrētas problēmas iedzīvotāju (kā darbspēka) labākas veselības nodrošināšanai.

Tiesības uz veselību ir viena no cilvēka pamattiesībām. Arī Latvijas Republikas Satversmes 111.pantā ir noteikts, ka „valsts aizsargā cilvēku veselību”. Arī Eiropas Kopienas dibināšanas līguma 152.pantā teikts, ka „nosakot un īstenojot visu Kopienas politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis”. Savukārt, katra cilvēka individuālā atbildība ir visu valsts nodrošināto iespēju izmantošana savas veselības saglabāšanā.

Katra indivīda un līdz ar to arī sabiedrības veselību ietekmē bioloģiskie, psihoemocionālie, sociālie, ekonomiskie, vides, tai skaitā klimata pārmaiņas, kā arī dzīvesveida faktori. Šīs tiesības, iespējas un faktori ņemti par pamatu, izstrādājot šo politikas plānošanas dokumentu.

Veselība kā viena no pamatvērtībām ir cilvēka dzīves kvalitātes, viņa ģimenes un arī sabiedrības labklājības pamats. Veselīga sabiedrība ir produktīvas un ražīgas ekonomikas un valsts attīstības pamats – tāvad sabiedrības veselība ir nozīmīga sabiedrības ilgtspējīgas attīstības pamatnozare un viens no sabiedrības organizētas darbības veidiem, lai aizsargātu, veicinātu un atjaunotu cilvēku veselību.

Sabiedrības veselības rādītāju būtiska uzlabošanās valstī iespējama tikai tad, ja veselība ir iekļauta visās politikās, kā arī, ja visiem valsts iedzīvotājiem ir nodrošinātas vienlīdzīgas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Veselības nodrošināšana, saglabāšana un uzlabošana ir sabiedrības, katra indivīda un arī valsts kopīga atbildība, realizējot dažādu nozaru politiku. Ieguldot valsts budžeta līdzekļus veselības veicināšanā un slimību profilaksē, izmaksas ir zemākas, nekā cīnoties ar sekām – ārstējot slimības.

Šajās Pamatnostādnēs iekļautie mērķi un uzdevumi, kā arī piedāvātie rīcības virzieni būtu jāiepazīst un jāpieņem ne tikai veselības, bet arī citu nozaru politikas realizētājiem, jo tikai, kopīgi strādājot, būs iespējams sasniegt Pamatnostādnēs izvirzītos mērķus.

¹ Pamatnostādņu sagatavošanai tika izmantots Latvijas Universitātes veiktais pētījums „Izvērtējuma veikšana Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam izstrādei”.

http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf

Pamatnostādnēs iekļauti darba grupas² veselības aprūpes sistēmas pilnveidošanai izstrādātie priekšlikumi, t.sk., ilgtspējīgas veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelim, identificējot veselības nozares finansēšanas avotus, kā arī ambulatorā sektora, t.sk., primārās veselības aprūpes pakalpojumu, attīstībai, paplašinot pakalpojumu klāstu un uzlabojot aprūpes kvalitāti, tādējādi mazinot slogu stacionārajā veselības aprūpes līmenī un uzlabojot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem. Darba grupas priekšlikumi apspriesti ar Veselības nozares stratēģisko padomi un veselības nozares profesionālo un nevalstisko organizāciju pārstāvjiem.

Pamatnostādnēs lietotie termini ir skaidroti 1.pielikumā.

² 2014.gada 30.augusta Veselības ministrijas rīkojums Nr.95

1. Sabiedrības veselības politikas pamatprincipi un mērķi

Sabiedrības veselības politikas pamatprincipi³

Cilvēks veselības aprūpes centrā – sabiedrības veselības politika tiek īstenota, izvirzot cilvēku kā galveno personu profilaksē, diagnostikā, ārstniecībā, rehabilitācijā, kā arī nodrošinot vispusīgu informāciju un cilvēka motivāciju.

Cilvēktiesības – katram cilvēkam ir tiesības uz visaugstāko fiziskās un psihosociālās veselības līmeni visas dzīves garumā.

Efektīva politika un laba pārvaldība – veselības politikas pamatā ir pierādījumos balstītas zināšanas – zinātniskie pierādījumi un izmaksu efektivitāte. Politikas plānošanā un īstenošanā tiek nodrošināta pēctecība un koordinācija, aktualizācija un politikas plānošanas dokumentu savstarpējā saistība.

Līdzdalība – sabiedrības, valsts pārvaldes iestāžu, pašvaldību, NVO, privātās uzņēmējdarbības pārstāvju un ārvalstu institūciju iesaistīšanās sabiedrības veselības politikas plānošanas, ieviešanas un izvērtēšanas procesos, dodot iespēju visiem Latvijas iedzīvotājiem realizēt savu „veselības potenciālu” un veicinot pēc iespējas kvalitatīvāku sabiedrības veselības sistēmas darbību. Individīda atbildības paaugstināšana par savas veselības saglabāšanu un uzlabošanu.

Solidaritāte – visiem Latvijas iedzīvotājiem, izņemot atbrīvotās iedzīvotāju grupas, ir pienākums segt veselības sistēmas uzturēšanas izmaksas, maksājot normatīvajos aktos paredzētos nodokļus, nodevas un citus maksājumus.

Veselība visu nozaru politikās - citām nozarēm, institūcijām un organizācijām jābūt iesaistītām un līdzatbildīgām sabiedrības veselības saglabāšanā un uzlabošanā, nodrošinot daudzsektoru stratēģiju attiecībā uz veselību ietekmējošiem faktoriem (ieskaitot fiziskos, emocionālos, ekonomiskos, sociālos, kultūras un citus faktorus).

Vienādas tiesības un iespējas visiem - ikvienam ir vienlīdzīgas tiesības saņemt nepieciešamos veselības veicināšanas un aprūpes pakalpojumus valstī pieejamo personāla, tehnisko un finanšu resursu ietvaros, normatīvajos aktos noteiktā apjomā un kārtībā, neatkarīgi no dzimuma, vecuma, rases, valodas, reliģiskās pārliecības, seksuālās orientācijas, politiskajiem vai citiem uzskatiem, sociālās izcelšanās, tautības, izglītības, sociālā un mantiskā stāvokļa, nodarbošanās veida un citiem apstākļiem.

Sabiedrības veselības politikas virsmērķis ir palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību.

Līdz 2020.gadam paveicamais:

- par **trim gadiem** palielināt veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu (2020.gadā sasniegt 57 gadus vīriešiem un 60 gadus sievietēm).
- par **11%** samazināt potenciāli zaudēto mūža gadu (līdz 64 g.v.) rādītāju (2020.gadā sasniegt 5300 uz 100 000 iedzīvotāju)

Lai sasniegtu sabiedrības veselības politikas virsmērķi, tiek izvirzīti šādi apakšmērķi:

1. Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas veselības veicināšanā un veselības aprūpē.

³ Balstās uz PVO Eiropas reģiona stratēģiju „Veselība 2020”

2. Samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību.
3. Uzlabot mātes, tēva un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību.
4. Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi, samazināt traumatismu un mirstību no ārējiem nāves cēloņiem.
5. Samazināt iedzīvotāju saslimstību ar infekcijas slimībām.
6. Nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.

Galvenie rīcības virzieni izvirzītā mērķa sasniegšanai ir:

- Partnerības un starpnozaru sadarbības nodrošināšana, veicinot vienlīdzīgas veselības iespējas visiem iedzīvotājiem.
- Neinfekciju slimību riska faktoru izplatības mazināšana.
- Grūtnieču un bērnu veselības uzlabošana.
- Traumatisma un vides risku ietekmes mazināšana uz sabiedrības veselību.
- Infekcijas slimību profilakse.
- Kvalitatīvas, drošas un ilgtspējīgas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana (t. sk. pacienta iemaksu samazināšana, rindu saīsināšana uz plānveida pakalpojumiem, darba samaksas paaugstināšana veselības aprūpes nozares darbiniekiem, zāļu pieejamība pacientiem), nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem.

2.Pamatnostādņu sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem

Pamatnostādnes sagatavotas pamatojoties uz šādiem dokumentiem:

- ES stratēģija „Eiropa 2020”⁴;
- PVO stratēģija “Veselība 2020”⁵;
- PVO Globālais rīcības plāns 2013.-2020.gadam neinfekciju slimību profilaksei un kontrolei⁶;
- PVO Garīgās veselības rīcības plāns 2013.-2020.gadam⁷
- Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020. gadam⁸, īpaši prioritāte „Cilvēka drošumspēja”, rīcības virziens „Vesels un darbaspējīgs cilvēks”;
- Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija „Latvija 2030”⁹, īpaši 2.sadaļā „Ilgtermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā” noteiktais ilgtermiņa rīcības virziens – veselības un sociālo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība;
- Eiropas Savienības stratēģija Baltijas jūras reģionam¹⁰, kurā iekļauti galvenie uzdevumi saistībā ar ilgtspējīgu vidi, reģiona labklājību, pieejamību, drošību un aizsardzību;
- Eiropas Savienības stratēģijas Baltijas jūras reģionam rīcības plāns¹¹, īpaši prioritārā joma “Veselība” — cilvēka veselības, tostarp tās sociālo aspektu, uzlabošana un veicināšana.
- Eiropas Padomes rekomendācijas¹²;
- Eiropas Komisijas pozīcijas dokuments Latvijai par ES fondu investīcijām¹³;
- Partnerības līgums Eiropas Savienības investīciju fondu 2014.-2020.gada plānošanas periodam¹⁴;
- Darbības programma „Izaugsme un nodarbinātība” 2014.-2020.gadam¹⁵.

Citu politikas jomu plānošanas dokumenti, ar kuriem ir saistītas Pamatnostādnes:

- **Nodarbinātības un sociālās politikas jomā:**
 - *Rīcības plāns Invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.-2015.gadam*¹⁶ (mērķis ir invaliditātes profilakses pasākumu kompleksa attīstība un īstenošana);

⁴ http://ec.europa.eu/europe2020/index_lv.htm

⁵ WHO „Health 2020”

⁶ WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020

⁷ WHO Mental Health Action Plan 2013-2020

⁸ Apstiprināts ar 2012.gada 20.decembra Latvijas Republikas Saeimas lēmumu

⁹ Apstiprināta 2010.gada 10.jūnija Saeimas sēdē (Latvijas Vēstnesis nr.101, 29.06.2010.).

¹⁰ 2009. gada 10. jūnijā Eiropas Komisija pieņēma paziņojumu par ES Stratēģiju Baltijas jūras reģionam ar Rīcības plānu tās īstenošanai (COM(2009) 248– Brisele) (http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/communic/baltic/com_baltic_lv.pdf). Stratēģija pieņemta 2009. gada oktobra Eiropadomē.

¹¹ 2013.gada 22.februārī Eiropas Komisija izplatīja Rīcības plāna aktualizētu redakciju. <http://www.cbss.org/wp-content/uploads/2012/12/Action-Plan-2013.pdf>

¹² http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/csr2014_latvia_lv.pdf

¹³ http://www.esfondi.lv/upload/14-20_gads/Position_paper_LV_FINAL.pdf

¹⁴ http://www.esfondi.lv/upload/Planosana/FMPlans_230714_Partn_lig_ar_grozijumiem.pdf

¹⁵ <http://www.esfondi.lv/page.php?id=1149>

¹⁶ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2006.gada 19.jūlija rīkojumus Nr.541

- *Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām īstenošanas pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*¹⁷;
- *Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011. – 2017.gadam*¹⁸ (virsmērķis ir veicināt ģimeņu nodibināšanu, stabilitāti, labklājību, sekmēt dzimstību, kā arī stiprināt laulības institūciju un tās vērtību sabiedrībā);
- *Rīcības plāns pamatnostādņu „Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011. – 2017.gadam” īstenošanai 2012.–2014.gadam*¹⁹;
- *Pamatnostādnes „Bērniem piemērota Latvija”*²⁰ (mērķis ir sasniegt bērnu tiesību aizsardzības mērķus pasaulē, ievērojot ANO 2002. gada 10. maija plenārsēdē pieņemto rezolūciju Nr. 27/2 „Bērniem piemērota pasaule”: divas no četrām pamatnostādņu darbības jomas attiecas uz bērna veselību un aptver bērnu veselības aprūpi, veselīgu un drošu dzīves vidi; cīņu pret smēķēšanu, alkoholu, narkotiskām, toksiskām un citām apreibinošām vielām un citām atkarībām, kā arī cīņu ar HIV/AIDS – preventīvo darbu un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes veicināšanu);
- *Sociālo pakalpojumu attīstības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*²¹ (mērķis ir nodrošināt indivīda vajadzībām atbilstošu, sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu sniegšanu, lai maksimāli sekmētu viņa pašaprūpes iespējas un neatkarīgas dzīves iespējas; nodrošināt indivīda, kuram ir ierobežotas pašaprūpes iespējas un/ vai nepieciešams neatliekams psihosociāls atbalsts krīzes situācijā, ģimenes locekļu iespēju integrēties darba tirgū, savienojot ģimenes un darba dzīvi; nodrošināt cienīgus dzīves apstākļus un augstas kvalitātes pakalpojumus aprūpes institūcijās tām personām, kuras saņem pakalpojumus institūcijās).
- **Iekšlietu politikas jomā:**
 - *Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017.gadam*²² (mērķis ir samazināt nelegālo narkotisko un psihotropo vielu lietošanas akceptējamību sabiedrībā un to lietošanas nodarīto kaitējumu sabiedrībai un samazināt šo vielu pieejamību).
- **Izglītības un zinātnes politikas jomā, jaunatnes politikas un sporta politikas nozarē:**
 - *Izglītības attīstības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*²³ (virsmērķis ir kvalitatīva un iekļaujoša izglītība personības attīstībai, cilvēku labklājībai un ilgtspējīgai valsts izaugsmei);
 - *Sporta politikas pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*²⁴ (mērķis ir palielināt Latvijas iedzīvotāju īpatsvaru, kas vismaz 1-2 reizes nedēļā nodarbojas ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm);
 - *Jaunatnes politikas pamatnostādnes 2009. – 2018.gadam*²⁵ (mērķis ir uzlabot jauniešu dzīves kvalitāti, veicinot viņu iniciatīvas, līdzdalību lēmumu pieņemšanā un sabiedriskajā dzīvē, atbalstot darbu ar jaunatni un nodrošinot jauniešiem vieglāku pāreju no bērna uz pieaugušā statusu).

¹⁷ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2013.gada 22.novembra rīkojumu Nr. 564

¹⁸ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 18.februāra rīkojumu Nr.65

¹⁹ Apstiprināts ar ministru kabineta 2012.gada 7.decembra rīkojumu Nr.584

²⁰ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2004.gada 31.marta rīkojumu Nr.185, precizētas ar Ministru kabineta 2007.gada 21.februāra rīkojumu Nr. 97

²¹ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2013.gada 4.decembra rīkojumu Nr.589

²² Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 14.marta rīkojumu Nr.98

²³ Apstiprinātas Saeimas 2014.gada 22.maija sēdē.

²⁴ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2013.gada 18.decembra rīkojumu Nr.666

²⁵ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2009.gada 20.aprīļa rīkojumu Nr.246, precizētas ar Ministru kabineta 2012.gada 11.jūlija rīkojumam Nr.321

- **Transporta un sakaru politikas jomā:**

- *Ceļu satiksmes drošības uzlabošanas plāns 2014.-2016.gadam*²⁶ (mērķis ir orientēts uz sistēmas “ceļu satiksmes dalībnieks - vide - transportlīdzeklis” drošības līmeņa paaugstināšanu, uzsvāru liekot uz ceļu satiksmes dalībnieku drošību).

- **Vides un reģionālās politikas jomā:**

- *Vides politikas pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*²⁷ (mērķis ir nodrošināt labu vides pārvaldību visos līmeņos, kā arī labu vides komunikāciju, kas balstīta uz iespējami pilnīgu un izsvērtu vides informāciju; veicināt sabiedrības plašu iesaistīšanos vides jautājumu risināšanā);

- *Reģionālās politikas pamatnostādnes 2013.-2019.gadam*²⁸ (mērķis sekmēt teritorijās uzņēmējdarbības attīstību un darba vietu radīšanu, veicināt darba vietu un pakalpojumu sasniedzamību, kā arī uzlabot pakalpojumu kvalitāti un pieejamību (galvenokārt ar investīciju atbalsta pasākumiem, kā arī stiprināt reģionu un pašvaldību rīcībspēju un lomu savas teritorijas attīstības veicināšanā (galvenokārt ar ne investīciju pasākumiem).

- **E-pārvaldes politikas joma:**

- *Informācijas sabiedrības attīstības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam*²⁹ (mērķis ir nodrošināt iespēju ikvienam izmantot IKT sniegtās iespējas, veidot uz zināšanām balstītu ekonomiku un uzlabot kopējo dzīves kvalitāti, sniedzot ieguldījumu publiskās pārvaldes efektivitātes, valsts konkurētspējas, ekonomiskās izaugsmes paaugstināšanā un darbavietu radīšanā);

- **Kopējās lauksaimniecības politikas jomā:**

- *Pasākumu ieviešanas plāns skolu apgādei ar augļiem un dārzeņiem (2010.-2015.)*³⁰ (mērķis – palielināt svaigu augļu un dārzeņu patēriņu vispārējo izglītības iestāžu skolēnu uzturā).

- **Veselības politikas jomā:**

- *Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.– 2015.gadam*³¹ (mērķis ir samazināt saslimšanas risku ar onkoloģiskām slimībām, pagarināt onkoloģisko slimnieku dzīvildzi un uzlabot dzīves kvalitāti);

- *Pamatnostādnes "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014.gadā"*³² (mērķis: nodrošināt iedzīvotājiem kvalitatīvu un viņu vajadzībām atbilstošu garīgās veselības aprūpi);

- *Pamatnostādņu "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.-2014.gadā" īstenošanas plāns 2013.-2014.gadam*³³

- *Imunizācijas plāns 2012.-2014.gadam*³⁴ (mērķis ir samazināt Latvijas iedzīvotāju saslimstību ar vakcīnregulējamām infekcijas slimībām, veicot mērķtiecīgu un plānveida vakcināciju ar drošām un augsti efektīvām vakcīnām pret tuberkulozi, difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu, poliomielītu, B hepatītu, b tipa *Haemophilus influenzae* infekciju, pneimokoku infekciju, epidēmisko parotītu, masalām, masaliņām un

²⁶ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2014.gada 18.februāra rīkojumu Nr.72

²⁷ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2014.gada 26.marta rīkojumu Nr.130

²⁸ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2013.gada 29.oktobra rīkojumu Nr.496

²⁹ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2013.gada 14.oktobra rīkojumu Nr.468

³⁰ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2010.gada 24.februāra rīkojumu Nr.115, grozīts ar Ministru kabineta 2013.gada 2.decembra rīkojumu Nr.

³¹ Apstiprināta ar Ministru kabineta 2009.gada 29.janvāra rīkojumu Nr.48

³² Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2008.gada 6.augusta rīkojumu Nr.468.

³³ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2013.gada 4.jūnija rīkojumu Nr.231.

³⁴ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2012.gada 22.maija rīkojumu Nr.232

vējbakām, gripu (personām augsta riska grupās) un ērcu encefalītu bērniem augsti endēmiskajās teritorijās, bāreņiem un bez vecāku gādības palikušajiem bērniem, kā arī samazināt cilvēka papilomas vīrusa ierosinātās onkoloģiskās slimības, tai skaitā arī dzemdes kakla vēzi);

– *Programma „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015.gadam”*³⁵ (mērķis ir nodrošināt cilvēkresursus un to attīstību veselības aprūpes nozarē ilgtermiņa posmā);

– *Pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē”*³⁶ (mērķis ir nodrošināt cilvēkresursus un to attīstību veselības aprūpes nozarē ilgtermiņa posmā).

– *Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.-2014.gadam*³⁷ (mērķis ir uzlabot mātes un bērna veselību (tai skaitā samazināt perinatālo mirstību un mātes mirstību), nodrošinot plānotu, saskaņotu un koordinētu pasākumu veikšanu);

– *Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014.gadam*³⁸ (mērķis ir sekmēt alkoholisko dzērienu kaitējuma mazināšanu sabiedrības veselībai, nodrošinot plānotu, saskaņotu un koordinētu pasākumu veikšanu);

– *Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam*³⁹ (mērķis ir samazināt mirstību no sirds un asinsvadu slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību);

– *Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam*⁴⁰ (mērķis ir stiprināt primāro veselības aprūpi kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot primārās veselības aprūpes lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabot primārās veselības aprūpes kvalitāti);

– *Plāns reto slimību jomā 2013.-2015.gadam*⁴¹ (mērķis ir Eiropas Padomes 2009.gada 8 jūnija ieteikumu par rīcību reto slimību jomā (2009/C 151/02) iekļauto prasību izpilde).

Pamatnostādņu sasaiste ar Latvijai saistošajiem starptautiskajiem tiesību aktiem ir aprakstīta 2.pielikumā.

³⁵ Apstiprināta ar Ministru kabineta 2006.gada 6.novembra rīkojumu Nr.870.

³⁶ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2005.gada 18.maija rīkojumu Nr.326.

³⁷ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2012.gada 19.jūnija rīkojumu Nr.269

³⁸ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2012.gada 19.decembra rīkojumu Nr.614.

³⁹ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2013.gada 5.augusta rīkojumu Nr.359.

⁴⁰ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2014.gada 25.aprīļa rīkojumu Nr.181.

⁴¹ Apstiprināts ar Veselības ministrijas 2013.gada 20.jūnija rīkojumu Nr.110

3. SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN PROBLĒMU FORMULĒJUMS SABIEDRĪBAS VESELĪBĀ

3.1. Nevienlīdzība veselības jomā

Nemot vērā, ka nevienlīdzība veselības jomā ir viena no mūsdienu lielākajām sociālajām, ekonomiskajām un politiskajām problēmām ES, PVO Eiropas reģionā, kā arī visā pasaulē, nevienlīdzības mazināšana veselības jomā ir viens no prioritārajiem mērķiem līdz 2020. gadam.

PVO Eiropas reģiona 53 dalībvalstis ir vienojušās par jaunu kopīgu stratēģisko ietvaru Veselība 2020, kuras mērķis ir ievērojami uzlabot iedzīvotāju veselību un labklājību, samazināt nevienlīdzību veselības jomā un nodrošināt ilgtspējīgas, uz cilvēku vajadzībām vērstas veselības sistēmas attīstību.

Stratēģijā “Veselība 2020” viens no veselības politikas pamatprincipiem ir „veselība visās politikās”. Šis princips paredz, ka citām nozarēm, institūcijām un organizācijām jābūt iesaistītām un līdzatbildīgām sabiedrības veselības saglabāšanā un uzlabošanā, ņemot vērā, ka ir virkne tādu veselības riska faktoru (ekonomiskie, sociālie, kultūras, vides u.c.), kuri atrodas ārpus veselības nozares ietekmes. Sabiedrības veselība nav tikai veselības politikas jautājums – ir virkne politikas jomu, kas ietekmē sabiedrības veselību, piemēram, reģionālā un vides politika, nodokļu politika, lauksaimniecības politika, transporta politika, iekšējā tirgus politika u.c. Princips „veselība visās politikās” paredz veselības politikā iesaistīt jaunus partnerus, lai stiprinātu veselības jautājumu integrāciju visās ES dalībvalstu un reģionu politikas jomās, izmantojot ietekmes novērtējumu un vērtēšanas instrumentus.

Ir būtiski panākt Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanos, tuvinot to labākajiem ES veselības rādītājiem.

Kā viens no galvenajiem sabiedrības veselības rādītājiem tiek izmantots jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums. 2012. gadā Latvijā tas sasniedza 92% no ES jaundzimušo vidējā paredzamā mūža ilguma. 2012. gadā ES jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums bija 79,6 gadi, Latvijā – 73,6 gadi.⁴²

Jāatzīmē šī rādītāja būtiskās atšķirības sadalījumā pa dzimumiem. 2012. gadā jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem bija 10 gadus īsāks nekā sievietēm⁴³ (3.1.1. attēls). Arī ES jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem ir īsāks nekā sievietēm, taču tikai par 5,6 gadiem⁴⁴. Tas norāda uz pārlieku augstiem Latvijas vīriešu mirstības rādītājiem, īpaši – priekšlaicīgas (līdz 64 gadu vecumam) mirstības, t.sk. PZMG, rādītājiem. Šāda dzīves ilguma atšķirība Latvijā starp vīriešiem un sievietēm skaidrojama ar vīriešu dzīvesveidu un paradumiem (uzskati par to kas ir „vīrišķīgi”), ejot bojā ārēju nāves apstākļu dēļ (satiksmes negadījumi, noslīkšana, traumas darba vietā, neveselīgs uzturs utt), kā arī nerūpēšanos par savu veselību un citiem faktoriem. 2010. gada standartizētie mirstības rādītāji liecina, ka Latvijā 45% vīriešu nomirst vecumā līdz 65 gadiem (sievietes - 33%). Savukārt vidēji ES vecumā līdz 65 gadiem nomirst 36% vīriešu un 28% sieviešu.⁴⁵

Tomēr ir svarīgi ne tikai pagarināt jaundzimušo vidējo paredzamo mūža ilgumu, bet arī uzlabot tā kvalitāti. Līdz ar to tiek analizēts arī veselīgi nodzīvoto mūža gadu rādītājs. Latvijā 2011. gadā no vīriešu jaundzimušo vidējā paredzamā mūža ilguma veselīgo mūža gadu īpatsvars bija 78%,

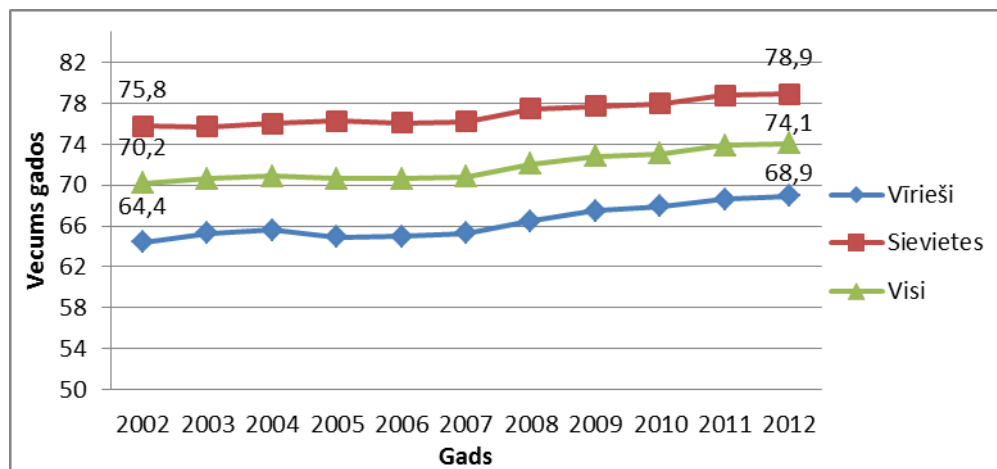
⁴² Eurostat dati

⁴³ Eurostat dati

⁴⁴ Eurostat dati, 2011. gads (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>)

⁴⁵ PVO *European Health for all* datu bāze, skat. int. 29.08.2013.

bet no sieviešu – 72% (salīdzinoši vidēji ES vīriešiem – 80%, sievietēm – 75%)⁴⁶. Tātad sievietēm Latvijā ir garāks jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums, bet attiecīgi mazāks veselīgi nodzīvoto mūža gadu īpatsvars, tāpat kā citās ES valstīs.

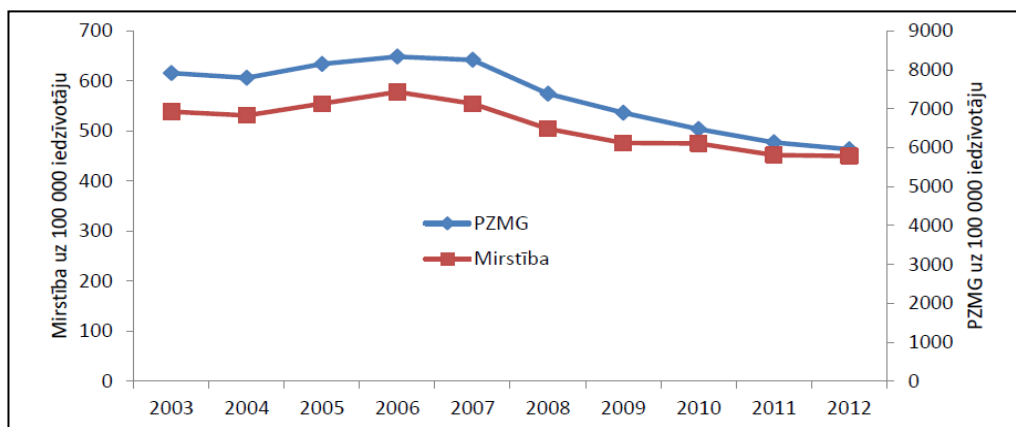


3.1.1.attēls. Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā, pa dzimumiem
Avots: Eurostat

Priekšlaicīgu mirstību un novēršamus nāves cēloņus raksturo PZMG rādītājs, kā arī tas ir izmantojams valsts sociāli ekonomiskā zaudējuma novērtēšanai.

2012.gadā, nomirstot Latvijas iedzīvotājiem vecumā līdz 64 gadiem, zaudēti 98,6 tūkstoši PZMG (2010. – 110 tūkstoši, 2006. – 153 tūkstoši). Vidēji viens priekšlaicīgi (līdz 64 gadu vecumam) mirušais zaudē 13-14 sava mūža gadus. Vīriešu salīdzinoši īsāku mūža ilgumu izskaidro tas, ka vīriešiem PZMG skaits ir gandrīz 2,6 reizes lielāks kā sievietēm (2012.gadā vīrieši zaudē 72% no visiem PZMG, sievietes attiecīgi – 28%).

Analizējot priekšlaicīgas mirstības un PZMG rādītājus (uz 100 000 iedzīvotāju) dinamikā, redzams, ka pēdējos desmit gados tie samazinājušies attiecīgi par 16% un 25% (3.1.2.attēls) (tāpēc paredzamais mūža ilgums attiecīgi pieaug). Tas, ka PZMG rādītājs samazinājies straujāk, nozīmē, ka ne tikai mazinājies priekšlaicīgi mirušo skaits, bet arī palielinājies vecums, kādā tie miruši.⁴⁷



3.1.2.attēls. PZMG, visi cēloņi, uz 100 000 iedzīvotāju

Avots: SPKC

⁴⁶ Eurostat dati (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database). Skatīts int. 09.07.2013.

⁴⁷ Potenciāli zaudētie mūža gadi Latvijā 2012.gadā. SPKC, 2013

Visvairāk PZMG zaudēts no ārējiem nāves cēloņiem, otrs biežākais PZMG iemesls ir sirds un asinsvadu slimības, un nākamais – ļaundabīgie audzēji (jo agrākā vecumā iedzīvotāji miruši, jo augstāks PZMG rādītājs).⁴⁸

Dati liecina par ievērojamām atšķirībām Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklī un veselību ietekmējošajos paradumos, turklāt ne tikai starp dzimumiem, bet arī sociālekonomiskajās grupās. Atšķirības vērojamas attiecībā uz fizisko aktivitāti, lieko svaru un aptaukošanos, smēķēšanu un citu atkarības vielu lietošanu, garīgo veselību, negadījumiem, vakcināciju, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību - tās norāda par Latvijā pastāvošo nevienlīdzību veselības jomā.⁴⁹

Nabadzība ir būtisks faktors, kas nosaka sliktu veselību, jo finanšu līdzekļu trūkums ir ļoti nozīmīgs ierobežojošais faktors veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība (gan finansiāla, gan ģeogrāfiska, gan speciālistu pieejamība) raksturo veselības aprūpes sistēmas kvalitāti un efektivitāti. Latvijā daļa iedzīvotāju finansiālu apstākļu dēļ nevar piekļūt veselības aprūpei, kad tā ir nepieciešama. 2013.gada EU SILC iedzīvotāju aptaujā 20% respondentu Latvijā atbildējuši, ka nav apmeklējuši veselības aprūpes speciālistu, lai gan ir bijusi nepieciešamība. No šiem respondentiem, 60% iemesls bijis tas, ka medicīniskos izmeklējumus nevar atļauties finansiāli.⁵⁰ Šis ir augstākais rādītājs starp ES valstīm⁵¹. Tas liecina, ka zemākā ienākuma līmeņa mājāsaimniecības ir lielākā mērā pakļautas riskam nesaņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību nekā citas. Kā citi biežāk minētie iemesli, kāpēc nav izmantoti veselības aprūpes pakalpojumi nepieciešamības gadījumā bija: vēlme nogaidīt, vai nekļūs labāk – 16%; laika trūkums -8%; ilga gaidīšana un rindas – 6,5%⁵².

Vērtējot respondentu veselības stāvokļa pašnovērtējumu atkarībā no ienākumu līmeņa, 2012.gada pētījuma dati liecina, ka iedzīvotāji ar zemākiem ienākumiem (līdz 142 euro uz vienu ģimenes locekli mēnesī) procentuāli mazāk (45%) savu veselības stāvokli raksturo kā labu un diezgan labu, nekā tie, kuru ienākumi ir augstāki (no 143 euro līdz 284 euro - 49,5%; virs 284 euro mēnesī uz vienu ģimenes locekli – 59,1%).⁵³

Iedzīvotāju novecošanās un iedzīvotāju skaita samazināšanās kontekstā arvien nozīmīgāks kļūst jautājums par vecāka gadagājuma iedzīvotāju līdzdalību darba tirgū. Pēc CSP datiem pēdējo četru gadu laikā, t.i., no 2010. gada līdz 2013. gadam, darbaspējas vecuma iedzīvotāju skaits Latvijā ir samazinājies par 5,9%. Saskaņā ar EK prognozi, līdz 2060. gadam darbaspējas vecuma iedzīvotāju grupa saruks par 43,4% (salīdzinājumā ar 2010. gadu), savukārt iedzīvotāju skaits vecumā no 65 gadiem pieaugs par 52,4%. Ņemot vērā šo dinamiku, gados vecāki cilvēki pakāpeniski kļūst par īpaši svarīgu valsts darbaspēka resursu, tādējādi ir svarīgi veicināt jau bērnu un darbaspējīgo iedzīvotāju veselību, lai nodrošinātu iedzīvotāju pēc iespējas garāku un veselīgāku mūžu, kā arī dzīves kvalitāti.⁵⁴

Dzīve nabadzībā bieži ir saistīta ar t.s. riska uzvedību – biežāku psihoaktīvo vielu (tabakas, alkohola) lietošanu, depresiju, antisociālu uzvedību un noziedzību, ar palielinātu nedrošas pārtikas lietošanas risku, plašu somatisko problēmu spektru⁵⁵. Papildus minētajam jāņem vērā, ka gados veci un nabadzīgi cilvēki vairāk ir pakļauti klimata ekstrēmo izpausmju radītiem veselības riskiem: karstuma un aukstuma viļņiem, krasām atmosfēras spiediena un temperatūras

⁴⁸ Potenciāli zaudētie mūža gadi Latvijā 2012.gadā. SPKC, 2013

⁴⁹ M. Štāle, J.Skrule „Latvijas iedzīvotāju veselība”, analītisks ziņojums, SPKC 2012

⁵⁰ EU-SILC 2013, CSP

⁵¹ Eurostat dati.

⁵² Apsekojums "Ienākumi un dzīves apstākļi Latvijā (EU-SILC), CSP

⁵³ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC, 2012

⁵⁴ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf

⁵⁵ PVO, Veselību visiem politikas pamatnostādnes PVO Eiropas reģionam „Veselība -21”, 1999

izmaiņām.⁵⁶ Atbilstoši CSP datiem 2012. gadā Latvijā nabadzības riska indekss, kas raksturo nabadzībai pakļauto iedzīvotāju īpatsvaru, bija 19,4%.⁵⁷

Tāpat Latvijā novērojama nevienlīdzība starp sabiedrībā pieejamo veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un tās finansēšanas kārtību, un ieslodzīto veselības aprūpi un tās finansēšanas kārtību, kas izraisa nopietnas problēmas, ja abas sistēmas darbojas izolēti.

Viens no svarīgākajiem rīkiem mērķtiecīgai nevienlīdzības mazināšanai ir investīcijas veselības veicināšanā, slimību profilaksē un integrētas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, īpaši vēršot uzmanību riska grupām, kas pakļautas finansiālai, ģeogrāfiskai u.c. nevienlīdzībai. Sociālajām determinantēm ir liela loma iedzīvotāju veselības veicināšanas un veselības aprūpes nodrošināšanā. Līdz ar to nevienlīdzības mazināšanai un sociālai iekļaušanai nepieciešams īstenot pasākumus, kas izglītotu nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautos iedzīvotājus par iespējām uzlabot un saglabāt veselību (piemēram, interešu grupu nodarbību organizēšana, jauniešu izglītošana par veselīga dzīvesveida paradumiem, konkrētu rīcību vai iespēju popularizējošu pasākumu organizēšana pašvaldībās u.c.).

Nevienlīdzības (t.sk. finansiālas) mazināšanā liela loma ir starpsektoru sadarbībai ar vietējo kopienu – pašvaldību, tās sociālajiem darbiniekiem un nevalstiskām organizācijām. Pašvaldībām ir noteikta autonomā funkcija – nodrošināt veselības aprūpes pieejamību, kā arī veicināt iedzīvotāju veselīgu dzīvesveidu un sportu.⁵⁸

Pašvaldību loma ir liela, arī risinot ģeogrāfiskās pieejamības jautājumus – organizējot integrētus medicīniskās un sociālās aprūpes punktus, integrējot medicīnisko un sociālo mājas aprūpi, organizējot transportu pacientu nokļūšanai pie ārsta, kad esošā sabiedriskā transporta sistēma nav piemērota. Arī aptieku loma apstākļos, kad PVA pieejamība ir nepietiekama būtu palielināma, veicinot skrīninga izmeklējumu un riska faktoru noteikšanu. Kā viens no risinājumiem specializētās veselības aprūpes nodrošināšanai ārpus lielajām pilsētām ir uzskatāma specializētās veselības aprūpes mobilo brigāžu attīstība, tomēr to pielietošanas izmaksas būtu jāapsver attiecībā pret alternatīvām izmaksām, pacientus nogādājot pie ārsta uz to pamata prakses vietām.⁵⁹

Vienlīdz būtiski ir nodrošināt kvalitatīvu, efektīvu, koordinētu un savstarpēji integrētu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, lai cilvēki saņemtu pēctecīgus pakalpojumus visos veselības sistēmas līmeņos atbilstoši cilvēku vajadzībām. Ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju augstos saslimstības, hospitalizācijas un mirstības rādītājus sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes, kā arī garīgās veselības jomās, plānots izstrādāt veselības attīstības tīklu vadlīnijas, kas ietvers Pasaules Bankas veiktu pētījumu par tīklu attīstību un ieviešanu, izveidojot veselības tīklus šīm jomām.

Prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības pamatā būs pacientu plūsmas sakārtošana un optimāla veselības aprūpes organizācija dažādos līmeņos (ģimenes ārsti, speciālisti u.c.). Katra veselības tīkla ietvaros attiecīgās ārstniecības iestādes uzņemsies pilnu aprūpes ciklu (t.i., veselības veicināšanu, slimību profilaksi, diagnostiku, ārstēšanu, paliatīvo aprūpi, rehabilitāciju u.c.), īpašu uzmanību pievēršot reģionālās nevienlīdzības mazināšanai, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības saglabāšanai un uzlabošanai.

⁵⁶ PVO „Global Health Risks” Mortality and burden of disease attributable to selected major risks” 2009

⁵⁷ Nabadzības riska indekss - iedzīvotāju īpatsvars (procentos) zem nabadzības riska sliekšņa, kas noteikts kā 60% no rīcībā esošo ienākumu mediānas pārrēķinātas uz ekvivalento patērētāju.

⁵⁸ Likums „Par pašvaldībām”.

⁵⁹ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf

Identificētās problēmas:

- Būtiski atšķiras jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums un PZMG vīriešiem un sievietēm, kas lielā mērā saistīts ar vīriešiem raksturīgo neveselīgo dzīvesveidu (atkarību izraisošo vielu lietošanu, neveselīgs uzturs u.c.) un riskantāku uzvedību.
- Latvijā veselīgi nodzīvoto mūža gadu rādītājs ievērojami atpaliek no ES vidējiem rādītājiem.
- Veselības rādītājiem ir nevienlīdzīgs sadalījums dažādās iedzīvotāju grupās: pēc dzīvesvietas, ienākumiem, izglītības līmeņa.
- Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība Latvijas iedzīvotājiem atšķiras, ko ietekmē gan finansiāli, gan ģeogrāfiski apstākļi.
- Ieslodzīto veselības aprūpes organizācija izraisa nevienlīdzīgu pieejamību veselības aprūpei.

Apakšmērķis: Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas veselības veicināšanā un veselības aprūpē

Mērķa sasniegšanai nepieciešams:

- Nodrošināt vienlīdzīgu pieeju veselības veicināšanas, slimību profilakses, agrīnas slimību diagnostikas un veselības aprūpes pakalpojumiem, neatkarīgi no cilvēka dzīvesvietas, vecuma, dzimuma, ienākumiem, sociālā stāvokļa, kā arī personu juridiskā statusa un slimības veida.
- Nodrošināt sadarbību starp valsts pārvaldes iestādēm, pašvaldībām un NVO veselības veicināšanas pasākumu un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pieejamības uzlabošanai, kā arī iesaistot šajās aktivitātēs sabiedrību.
- Nodrošināt sabiedrības veselības monitoringu.
- Attīstīt veselības attīstības tīklus prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomās⁶⁰.

⁶⁰ T.sk. atbilstoši Eiropas Padomes rekomendācijai 2014.gadam „Uzlabot veselības aprūpes sistēmas izmaksu lietderību, kvalitāti un pieejamību.”

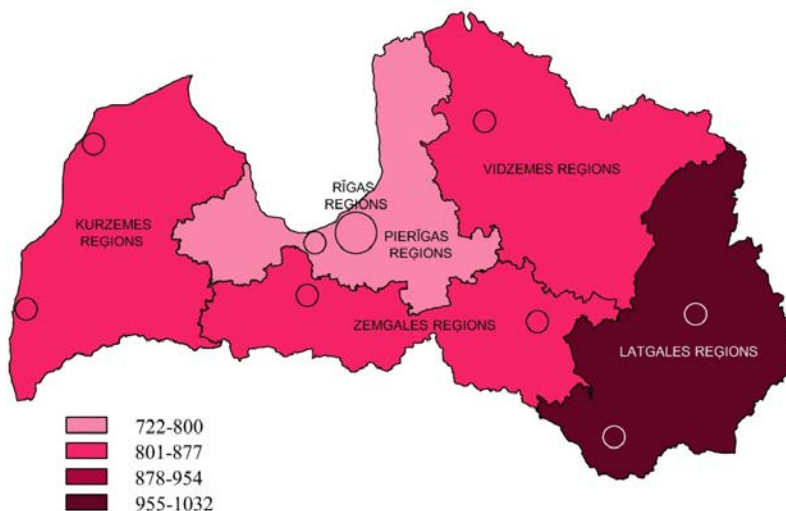
3.2. Neinfekciju slimības un to riska faktori

Nemot vērā sabiedrības novecošanos, neinfekciju slimības ieņem aizvien nozīmīgāku vietu gan mirstības, gan saslimstības rādītāju vidū ne tikai Latvijā, bet arī pasaulē. Pusei no visiem nāves gadījumiem Latvijā cēlonis ir sirds un asinsvadu slimības, bet piektajai daļai iedzīvotāju nāves cēlonis ir ļaundabīgais audzējs. Trešā izplatītāko mirstības cēloņu grupa ir ārējie nāves cēloņi.⁶¹ Tāpat svarīgi ir mazināt arī citu hronisko slimību slogu, kā piemēram, diabēts, HOPS, retās slimības, muskuloskeletālās slimības, ģenētiskās slimības u.c.

To var būtiski mazināt, ietekmējot sabiedrības dzīvesveida paradumu maiņu. Tāpat nozīme ir iedzīvotāju profilaktiskajām apskatēm un savlaicīgai slimības atklāšanai un ārstēšanās uzsākšanai.⁶²

3.2.1. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības

Līdz ar sabiedrības dzīves veida izmaiņām un sabiedrības novecošanos sirds un asinsvadu slimības ir kļuvušas par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu gan Latvijā, gan ES. To apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības 2012. gadā ir bijis visizplatītākais nāves cēlonis (54,9% no visiem mirušajiem) Latvijā. Kopējais mirušo skaits ik gadu ir ap 16 000 (2012. gadā 16 313), no kuriem piektā daļa ir miruši līdz 64 gadu vecumam⁶³, turklāt standartizētā mirstība (līdz 64 gadu vecumam) no sirds un asinsvadu slimībām Latvijā ir trīs reizes augstāka nekā vidēji ES valstīs un augstākā Baltijas valstīs. Pēdējos četros gados situācija Latvijā uzlabojas – priekšlaicīga mirstība mazinās⁶⁴ (3.2.1.2.attēls).



3.2.1.1.attēls. Vecuma standartizētā mirstība no sirds un asinsvadu slimībām (I00-I99) reģionos, 2012. gads, uz 100 000 iedzīvotāju

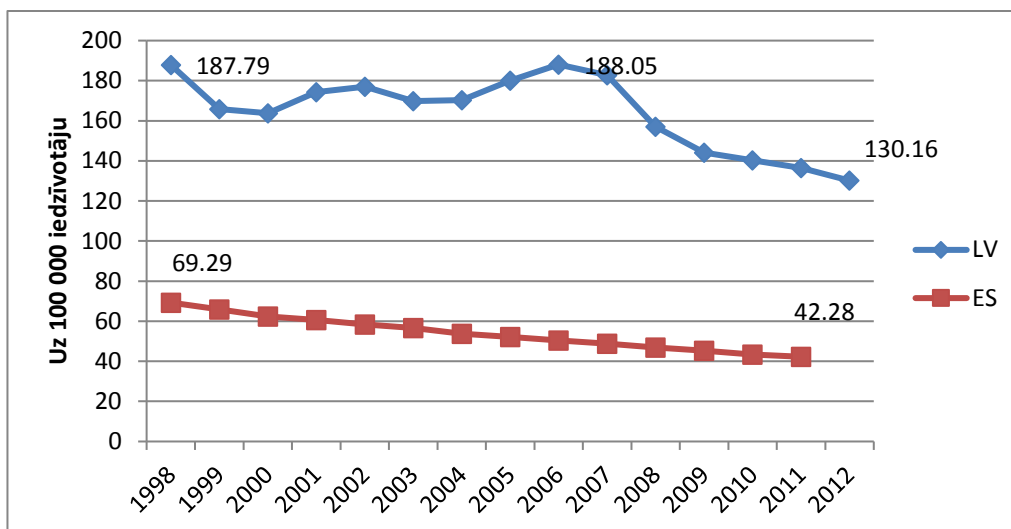
Avots: SPKC

⁶¹ Latvijas iedzīvotāju veselība. Analītisks ziņojums. Rīga, 2012, SPKC

⁶² Latvijas iedzīvotāju veselība. Analītisks ziņojums. Rīga, 2012. SPKC

⁶³ Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC

⁶⁴ PVO Health For All datu bāze



3.2.1.2.attēls Priekšlaicīga mirstība (0-64 gadi) no sirds un asinsvadu slimībām Latvijā un ES (1998.-2012.gads)

Avots: PVO Health for All datubāze

Kopējā mirstība no sirds un asinsvadu sistēmas slimībām pēdējos gados ir svārstīga. Tā ir augstāka sievietēm (855 uz 100 000 iedzīvotājiem 2012. gadā) nekā vīriešiem (739 uz 100 000 iedzīvotājiem 2012. gadā), tomēr vecuma grupā līdz 64 gadiem vīriešiem mirstība no sirds un asinsvadu slimībām ir gandrīz trīs reizes augstāka nekā sievietēm.

Sirds un asinsvadu sistēmas slimības ir biežākais stacionēšanas iemesls – 2012.g. stacionāros ārstēti 65 778 pacientu virs 18 gadu vecuma ar sirds un asinsvadu slimību diagnozēm, kas veido 21% no visiem stacionēšanas iemesliem.⁶⁵

Latvijas iedzīvotāju rūpes par savas veselības saglabāšanu pakāpeniski pieaug, tomēr tās nav pietiekamas. 2012.gadā veiktajā pētījumā 68,7% respondentu atzina, ka pēdējā gada laikā ir mērījuši asinsspiedienu, 38,9% – mērījuši holesterīna līmeni asinīs, 39,2% – mērījuši cukura līmeni asinīs. Iedzīvotāju profilaktiskā aktivitāte pieaug līdz ar vecumu, turklāt pētījumi apliecina, ka sievietes šajā jomā ir aktīvākas⁶⁶.

Lai samazinātu mirstību no sirds un asinsvadu slimībām, kā arī riska faktoru negatīvo ietekmi uz Latvijas iedzīvotāju veselību, Veselības ministrija izstrādāja Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānu 2013.-2015.gadam. Plāns paredz īstenot virkni pasākumu veselību veicinošo paradumu uzlabošanai, slimību agrīnai diagnostikai un sirds un asinsvadu slimību ārstēšanas uzlabošanai.

Nozīmīgs risināmais uzdevums Latvijā ir sabiedrības informētības uzlabošana, personisko iemaņu attīstības veicināšana un dzīvesveida un uzvedības maiņas veicināšana, lai ar vienkāršiem un efektīviem pasākumiem nodrošinātu labu sirds un asinsvadu sistēmas stāvokli. Efektīvākā sirds un asinsvadu slimību profilakse ir smēķēšanas atmešana un regulāras fiziskas aktivitātes, kā arī tādas pārtikas izvēle, kas atbilst sabalansēta uztura principiem (palielinot augļu, dārzeņu patēriņu un mazinot sāls un piesātināto tauku un trans-taukskābju patēriņu uzturā), kā arī adekvātas ķermeņa masas uzturēšana.

⁶⁵ Valsts statistikas pārskats „Pārskats par stacionāra darbību”, SPKC

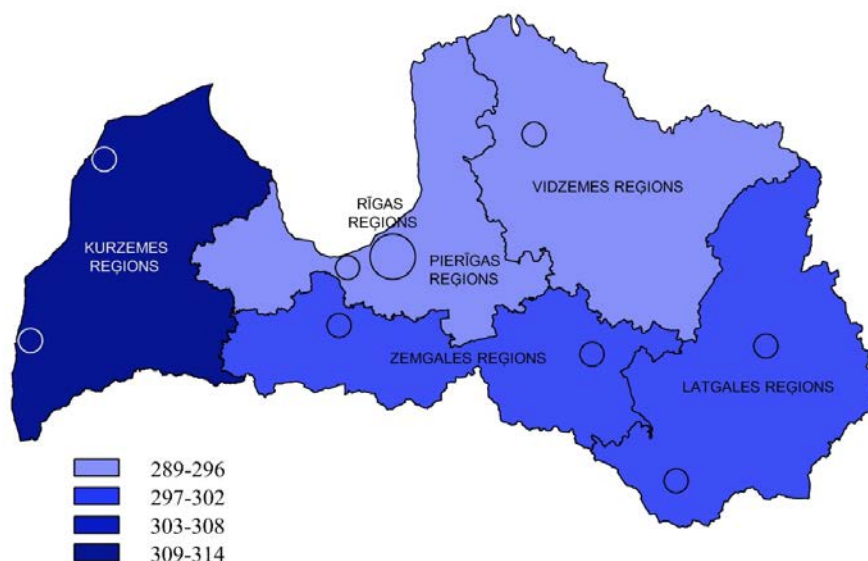
⁶⁶ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., Rīga, 2013.

Dažādu pētījumu dati norāda, ka riska faktoru ietekmēšanai (t.sk. medikamentoza paaugstināta asinsspiediena, kopējā holesterīna mazināšana) ir līdzvērtīga vai lielāka loma sirds un asinsvadu slimību jomā, salīdzinot ar ārstēšanu.⁶⁷

Lai stiprinātu veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus, samazinātu diagnostiskā darba pieejamības un kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanas problēmas valstī, nepieciešams izstrādāt un ieviest veselības tīklu attīstības vadlīnijas sirds un asinsvadu slimību jomā.

3.2.2. Onkoloģiskās slimības

Nāves cēloņu struktūrā 20,6% no visiem nāves gadījumiem nāves cēlonis bijis ļaundabīgais audzējs. Vīriešu mirstība (2012.gadā 346 uz 100000 iedzīvotājiem) no ļaundabīgajiem audzējiem ir augstāka nekā sieviešu (253 uz 100000 iedzīvotājiem).⁶⁸ 2012. gadā vēzis pirmo reizi mūžā tika diagnosticēts 11 534 cilvēkiem, bet uzskaitē kopumā 2012. gada beigās bija pavisam 71 166 pacienti.⁶⁹



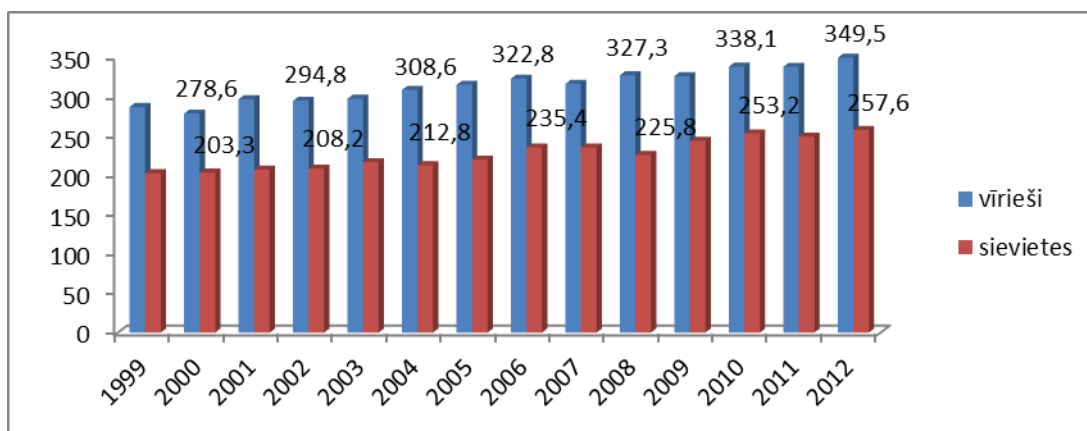
3.2.2.1. attēls. Vecuma standartizētā mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem (C00-C97) reģionos, 2012. gads, uz 100 000 iedzīvotāju

Avots: SPKC

⁶⁷ Latvijas Universitātes veiktais pētījums „Izvērtējuma veikšana Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam izstrādei” http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf

⁶⁸ SPKC, Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes dati

⁶⁹ SPKC Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām



3.2.2.2.attēls *Mirstība no audzējiem no 1999.-2012.gadam sadalījumā pa dzimumiem*
Avots: CSP

Ļaundabīgie audzēji ir otrs nozīmīgākais cēlonis, kuru dēļ ik gadu tiek noteikta pirmreizējā invaliditāte, un vairāk kā 90% gadījumu no tiem tiek noteikta I grupas (smaga) invaliditāte⁷⁰.

2012.gadā 34% ļaundabīgo audzēju tika atklāti novēloti – III un IV stadijā (~18% IV stadijā)⁷¹. Vēlīnā diagnosticēšana savukārt nosaka visai augstus pirmā gada letalitātes un zemu 5 gadu dzīvildzes rādītājus. 2012. gadā nedaudz pieaudzis piecu gadu dzīvildzes rādītājs pacientiem ar ļaundabīgajiem audzējiem un samazinājusies pirmā gadā letalitāte. Biežāk diagnosticētie ļaundabīgie audzēji vīriešiem ir trahejas, bronhu un plaušu, kā arī prostatas ļaundabīgais audzējs. Šie audzēji ir arī biežākie nāves cēloņi no ļaundabīgajiem audzējiem vīriešiem. Biežāk diagnosticētie ļaundabīgie audzēji sievietēm ir krūts, ādas un kolorektālais ļaundabīgais audzējs, turklāt kolorektālais un krūts ļaundabīgais audzējs ir arī biežākie nāves cēloņi starp ļaundabīgajiem audzējiem sievietēm. Sievietēm bieži sastopami arī specifiskie – reproduktīvo orgānu audzēji, turklāt tie biežāk sastopami arī jaunāka vecuma grupās, līdz ar to ļaundabīgie audzēji ir galvenie sieviešu priekšlaicīgas mirstības cēloņi.⁷²

Jāatzīmē arī ļaundabīgie audzēji, kas tiek uzskatīti par salīdzinoši reti (sastop ne vairāk kā 5 no 10 000 iedzīvotāju). Neskatoties uz katra individuālā audzēja veida reto sastopamību, kopumā retie audzēji aptver aptuveni 20% no visiem ļaundabīgajiem audzējiem, ietverot vairākus audzēju veidus bērniem, pusaudžiem un jauniešiem. Saslimstība ar dažādiem reti audzējiem un mirstība ir ļoti atšķirīga. Ievērojama difference vērojama arī vienādu audzēju dzīvildzes rādītājos dažādās ES valstīs, kas izskaidrojams ar atšķirībām savlaicīgas diagnostikas un ārstēšanas iespējās.

Lai samazinātu saslimšanas risku ar onkoloģiskajām slimībām, pagarinātu onkoloģisko slimnieku dzīvildzi un uzlabotu dzīves kvalitāti, ir izstrādāta Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.– 2015. gadam⁷³, kuras mērķis ir sasniegams, realizējot starpnozaru un multidisciplināru sadarbību.

Kopš 2009.gada Latvijā tiek īstenota valsts apmaksāta vēža savlaicīgas atklāšanas programma, kas ietver krūts, dzemdes kakla un kolorektālā (zarnu) vēža profilaktiskās pārbaudes. Uzaicinātās mērķa grupas aptvere krūts un dzemdes kakla vēža skrīningam pārsniedz 95% (uzaicinājuma vēstules tiek izsūtītas šādai mērķa grupas daļai), taču atsaucība (piedalīšanās skrīningā) nav apmierinoša – tā ir būtiski zemāka par starptautiski pieņemtajiem minimuma rādītājiem (mērķa

⁷⁰ Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas dati

⁷¹ SPKC, „Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012”

⁷² Analītiskais ziņojums "Latvijas iedzīvotāju veselība", SPKC, 2012

⁷³ Apstiprināta ar Ministru kabineta 2009.gada 29.janvāra rīkojumu Nr.48

grupas populācijas aptverei jāasniedz vismaz 75%). Individuāli uzaicinājumi piedalīties skrīningā tiek izsūtīti dzemdes kakla vēža un krūts vēža skrīninga mērķa grupai, taču netiek izsūtīti kolorektālā vēža skrīninga mērķa grupai (kas neatbilst organizēta skrīninga definīcijai).

Lai veicinātu iedzīvotāju informētību par vēža skrīninga potenciālajiem ieguvumiem, Veselības ministrija 2012.gadā aizsāka organizēt vēža savlaicīgas atklāšanas programmai veltīto sociālo kampaņu „Pārbaudi veselību, valsts maksā!”. Kampaņas mērķis ir palielināt iedzīvotāju izpratni par profilaktisko pārbaudi nozīmīgumu. Iedzīvotāji tiek aicināti aktīvāk izmantot iespēju veikt valsts apmaksātās profilaktiskās pārbaudes krūts, dzemdes kakla un zarnu vēzim.

Skrīninga programmas ir īpaši efektīvas bieži sastopamiem vēžiem, kuriem ir izmaksu efektīvi un pieejami skrīningu testi iedzīvotāju lielākai riska grupai. Līdz ar to ir nepieciešams turpināt esošās skrīninga programmas, tās efektīvāk realizēt, proti, palielinot aptveri, kā arī palielināt ģimenes ārsta atbildību attiecībā uz veiktajiem skrīninga pasākumiem praksē reģistrētiem pacientiem.⁷⁴

Vienlaikus, lai veicinātu savlaicīgu ļaundabīgo audzēju diagnostiku un mazinātu mirstības gadījumu skaitu, no 2013.gada par katru savlaicīgi atklātu vēzi 1.vai 2.stadijā ģimenes ārsts saņem papildu maksājumu 71,14 euro apmērā.⁷⁵

Vairāk nekā 30% no vēža izraisītajiem nāves gadījumiem varētu novērst, ietekmējot piecus galvenos uzvedības un diētas riska faktorus: augstu ķermeņa masas indeksu, nepietiekamu augļu un dārzeņu lietošanu uzturā, fiziskās aktivitātes trūkumu, alkohola un tabakas lietošanu.⁷⁶

Lai sekmētu onkoloģisko slimību savlaicīgu diagnostiku un ārstēšanu valstī, nepieciešams izstrādāt un ieviest veselības tīklu attīstības vadlīnijas onkoloģisko slimību jomā.

3.2.3. Garīgā (psihiskā) veselība

Veselības kā fiziskas, garīgas un sociālas labklājības koncepts uzskatāmi parāda garīgās veselības komponentes būtisko nozīmi labas indivīda un sabiedrības veselības nodrošināšanā.

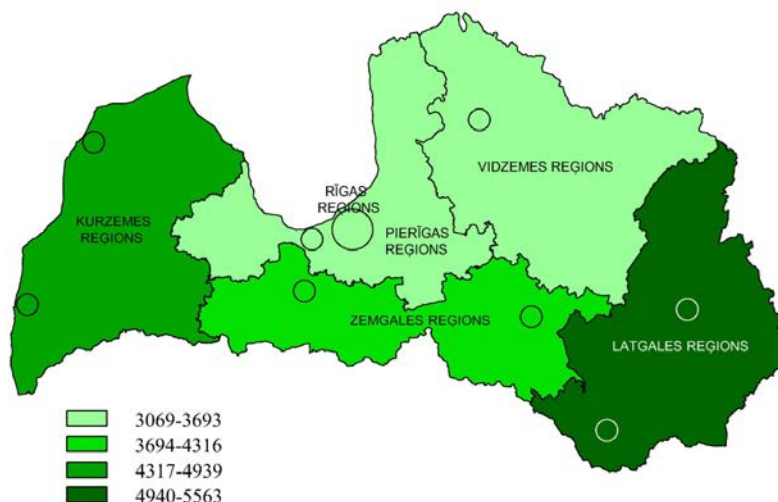
Labā sabiedrības garīgā jeb psihiskā veselība ir būtisks nosacījums stabilas, drošas un labklājības sabiedrības veidošanai. Svarīgākie sabiedrības garīgās veselības uzlabošanas aspekti ir psihisko slimību un pašnāvību profilakse, psihiskās veselības un labklājības uzlabošana, somatiskās veselības uzlabošana, cilvēku resursu un potenciālu pilnvērtīga realizācija, aizspriedumu un diskriminācijas mazināšana, speciālistu pieejamība, starpsektoru sadarbība, resursu piesaiste u.c.⁷⁷

⁷⁴ Latvijas Universitātes veiktais pētījums „Izvērtējuma veikšana Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam izstrādei” http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf

⁷⁵ Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”

⁷⁶ Latvijas Universitātes veiktais pētījums „Izvērtējuma veikšana Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam izstrādei” http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf

⁷⁷ WHO Regional Office for Europe, Mental Health facing the challenge, building solutions, Report from the European Ministerial Conference, Copenhagen, 2005



3.2.3.1. attēls. Vecuma standartizētā psihisko un uzvedības traucējumu prevalence (F00-F09; F20-F99) reģionos, 2012. gads, uz 100 000 iedzīvotāju*

Avots: SPKC

*Neietverot psihiskos un uzvedības traucējumus psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ.

2011. gadā Latvijā palīdzību dažādu psihisko un uzvedības traucējumu gadījumā saņēmuši 7,4% iedzīvotāju, bet 3,7% iedzīvotājiem tika reģistrēti psihiskie un uzvedības traucējumi, kuriem nepieciešama regulāra ārstēšana. Ekspertu pieņēmumi liecina, ka reālais nediagnosticēto psihisko un uzvedības traucējumu īpatsvars Latvijas populācijā varētu būt vēl augstāks⁷⁸, īpaši ņemot vērā Latvijas sabiedrības ierobežoto gatavību sociāli pieņemt cilvēkus, kuri slimo vai ir slimojuši ar kādu psihisku slimību⁷⁹, kas var kļūt par nopietnu šķērslī, lai savlaicīgi vērstos pēc palīdzības.⁸⁰ Pēdējo gadu pētījumos atklāts fakts, ka no garīga rakstura traucējumiem cieš vairāk nekā trešdaļa Eiropas iedzīvotāju⁸¹ un garīgās saslimšanas gadu gaitā kļūst par arvien aktuālāku problēmu, kurai īpaši pastiprināta uzmanība jāvelta ekonomiskās recesijas periodos.⁸² Šajā sakarā būtiska loma ir sabiedrības aizspriedumu mazināšanai pret cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem, kā arī ambulatoro psihiatrijas pakalpojumu aktīva attīstīšana, jo psihisko un uzvedības traucējumu ārstēšanā joprojām ir liels stacionārā sniegto pakalpojumu īpatsvars.⁸³ Vērtējot saslimstības rādītāja tendenci Latvijā ar pirmreizēji psihiatru diagnosticētiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem dinamikā⁸⁴ tas visumā līdzinās tendencei Eiropā (3.2.3.2.attēls).

⁷⁸ Pulmanis T., Pelne A., Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā. SPKC, 2012., 84 lpp.

⁷⁹ Zārde I., Pulmane K., Villeruša A. Psihiatriskā stigma – dzimuma, vecuma, izglītības un iepriekšēja kontakta ietekme uz gatavību sociāli pieņemt individuus ar psihisku saslimšanu. RSU 2012. gada Zinātniskā konference. Tēzes. Rīga, RSU., 2012.

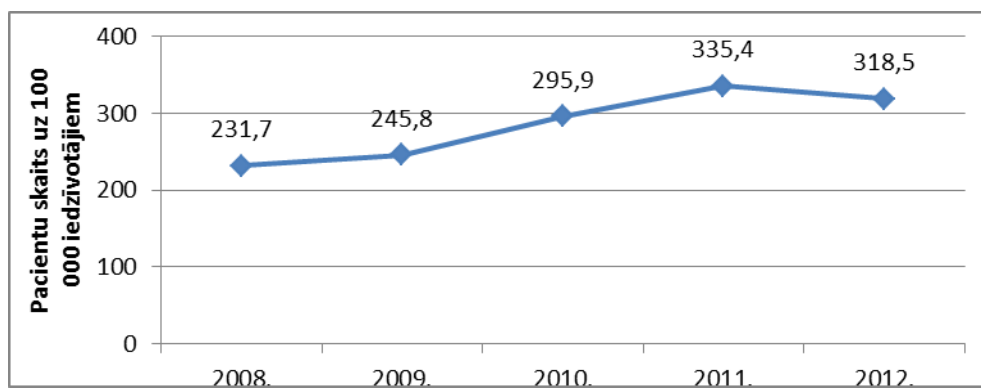
⁸⁰ Pulmanis T. Sabiedrības garīgās labklājības veicināšana – izaicinājums? Aktuāla informācija par atkarību problēmām. E-žurnāls. SPKC, Rīga:2013, 16 lpp.

⁸¹ Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, et.al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

⁸² WHO. Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe: 2011., 34 p.

⁸³ Pulmanis T., Pelne A., Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā. SPKC, 2012., 84 lpp.

⁸⁴ Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, SPKC



3.2.3.2.attēls. Pacientu skaits ar pirmreizēji psihiatru diagnosticētiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem (ICD-10 diagnožu grupa F00-F09; F20-F98) uz 100 000 Latvijas iedzīvotājiem

Avots: SPKC

2012. gadā psihiatru redzeslokā visbiežāk nonākuši (reģistrēti) pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem, ieskaitot simptomātiskos (40,5%), ar neirotiskiem ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (19,4%) un psihiskās attīstības traucējumiem (9,3%)⁸⁵, bet no ambulatorajiem apmeklējumiem pie ģimenes ārsta psihisko un uzvedības traucējumu dēļ izteikti lielākais īpatsvars bija saistīts ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (68%), kam seko garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (8%) un organiski psihiski traucējumi (6%)⁸⁶.

Pētījuma dati liecina, ka laika posmā no 2010. uz 2012. gadu nedaudz uzlabojušies Latvijas iedzīvotāju psihoemocionālo labklājību raksturojošie rādītāji. To iedzīvotāju īpatsvars, kuri aptaujas anketā atzīmējuši, ka pēdējā mēneša laikā izjutuši sasprindzinājumu, stresu un nomāktību, vai kuri norādījuši, ka viņu dzīve šo iemeslu dēļ ir neciešama, ir samazinājies no 11,3% 2010. gadā uz 8,6% 2012. gadā, savukārt to iedzīvotāju īpatsvars, kuri aptaujas anketā atzīmējuši simptomus vai sūdzības par depresiju pēdējā mēneša laikā, samazinājies no 7,6% 2010. gadā uz 6,1% 2012. gadā⁸⁷.

Garīgā veselības komponente ir ļoti nozīmīga veselās personas attīstībā bērnu vecumā. Latvijas skolēnu veselības paraduma pētījuma dati liecina, ka 11, 13 un 15 gadus vecu skolēnu vidū 2009./2010. mācību gadā 30,0% zēnu un 38,1% meiteņu vismaz reizi nedēļā bijušas sūdzības par nervozitāti, bet 20,9% zēnu un 32,1% meiteņu vismaz reizi nedēļā bijušas sūdzības par nomāktību.⁸⁸ Nopietna problēma skolēnu vidū ir ņirgāšanās. Dati liecina, ka Latvijā no ņirgāšanās vismaz divreiz mēnesī pēdējo mēnešu laikā atkarībā no dzimuma un vecuma grupas cietuši 14-24% vienpadsmit, trīspadsmit un piecpadsmit gadus veci bērni. Salīdzinot ar citām pētījumā iesaistītajām valstīm⁸⁹, Latvija atrodas trešajā vietā pēc vienpadsmit un trīspadsmit gadus vecu skolēnu īpatsvara, kuri cietuši no ņirgāšanās. Vēl sliktāka situācija vērojama

⁸⁵ Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, SPKC.

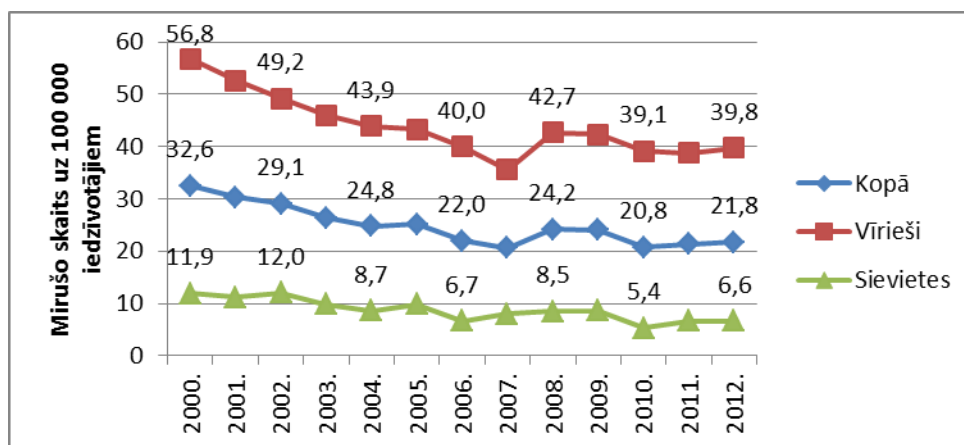
⁸⁶ Vadības informācijas sistēma, NVD

⁸⁷ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. SPKC.

⁸⁸ Pudule I., Velika B., Grīnberga D., Gobiņa I., Villeruša A. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums: 2009./2010. māc. g. aptaujas rezultāti un tendences. Rīga, SPKC: 2012., 40 lpp.

⁸⁹ Lietuva, Beļģija, Grenlande, Rumānija, Austrija, Ukraina, Krievija, Portugāle, Luksemburga Francija, Šveice, Grieķija, Vācija, Kanāda, Igaunija, Anglija, Beļģija, Somija, Īrija, Norvēģija, Velsa, Polija, Slovākija, ASV, Skotija, Maķedonija, Čehija, Slovēnija, Horvātija, Ungārija, Spānija, Nīderlande, Dānija, Islande, Zviedrija, Armēnija, Itālija

starpautiskajā salīdzinājumā par skolēnu īpatsvaru, kuri ņirgājušies par citiem skolēniem vismaz divas reizes mēnesī pēdējo mēnešu laikā – šādu uzvedību Latvijā piecpadsmit gadus vecu zēnu vidū atzīmējuši pat 36% respondentu. Trīspadsmit gadus vecie bērni šajā gadījumā ierindojušies otrajā, bet vienpadsmitgadīgie – ceturtajā vietā.⁹⁰



3.2.3.4.. attēls. Pašnāvībās mirušo skaits uz 100 000 iedzīvotājiem pa dzimumiem no 2000. līdz 2012. gadam

Avots: SPKC

Ar mērķi nodrošināt iedzīvotājiem kvalitatīvu un viņu vajadzībām atbilstošu garīgās veselības aprūpi, 2008.gadā tika apstiprinātas pamatnostādnes "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014.gadā"⁹⁵, bet 2013. gada 4.jūnijā tika apstiprināts pamatnostādņu "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014.gadā" īstenošanas plāns 2013.-2014.gadam⁹⁶. Plāns paredz attīstīt ambulatoros garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, tai skaitā, izvērtēt jauna pakalpojuma „Mobilā psihiatriskās palīdzības komanda” ieviešanas iespējas un risinājumus medikamentu kompensācijas sistēmas pilnveidei pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem, izstrādāt koncepcijas projektu par ilgtermiņa aprūpes sistēmas attīstību personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kā arī veikt izvērtējumu par tiesisko regulējumu garīgās veselības aprūpes un pacientu tiesību jomā. Nepieciešamas nodrošināt uzsāktu aktivitāšu pēctecību garīgās veselības jomā un turpināt garīgās veselības aprūpes pakalpojumu attīstību, jo īpaši stiprinot starpsektoru sadarbību sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu attīstībā. Lai izveidotu optimālu, pacientam draudzīgu un pieejamu garīgās veselības aprūpes modeli, nepieciešams izstrādāt tīklu vadlīnijas, vienlaikus mazinot pacientu ar garīgās veselības traucējumiem sociālās atstumtības risku.

3.2.4. Veselību ietekmējošie faktori (dzīvesveids un uzvedība)

Veselīgam dzīvesveidam ir būtiska loma veselības saglabāšanā un uzlabošanā. Kā jau iepriekš minēts, nozīmīgākās sabiedrības veselības problēmas ir neinfekciju slimības. Galvenie uzvedības faktori, kas veicina šo slimību attīstību, ir neveselīgs uzturs, nepietiekama fiziskā aktivitāte un atkarību izraisošas vielas un procesi.

Liela nozīme veselības veicināšanā ir vietējā līmeņa aktivitātēm. Līdz ar to no 2012.gada Veselības ministrija aizsāka jaunu pieeju veselības veicināšanas darba organizēšanā pašvaldībās, kuras tika aicinātas deleģēt kontaktpersonu veselības veicināšanas jautājumos. Savukārt no 2013.gada tika izveidots Latvijas Nacionālais veselīgo pašvaldību tīkls. Tāpat ir svarīgi regulāri izglītēt pašvaldību atbildīgās amatpersonas un deleģētās kontaktpersonas veselības veicināšanas jautājumos. Būtiska ir arī plānošanas reģionu loma un iesaiste veselības veicināšanas un veselīga

⁹⁵ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2008.gada 6.augusta rīkojumu Nr.468

⁹⁶ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2013.gada 4.jūnija rīkojums Nr. 231

dzīvesveida veicināšanā, kā arī iesaiste var veselības pakalpojumu tīkla plānošanā un īstenošanā reģionālā līmenī.

Lai veicinātu Latvijas bērnu un jauniešu veselību, Latvijā tiek plānots atjaunot PVO starptautisko iniciatīvu – Veselību veicinošo skolu kustību, kuras ietvaros tiek plānots veikt virkni veselību veicinošu pasākumu, lai šo iniciatīvu atjaunotu un aktivizētu skolas iesaistīties kustībā. Latvijā paralēli Veselību veicinošo skolu kustībai darbojas arī Vides Izglītības Fonda īstenotā un koordinētā Ekoskolu programma⁹⁷ un Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas organizētā Draudzīgas skolas kustība⁹⁸ un Draudzīgas mājas kustība. Ir svarīgi nodrošināt Veselību veicinošo skolu tīkla sadarbību ar pārējām skolu programmām, tādējādi veicinot izglītības iestāžu iesaisti veselīga dzīvesveida aktivitātēs.

3.2.4.1. Uztura paradumi

Veselības rādītāju uzlabošanā un nodrošināšanā noteicoša loma ir uzturam. Sabalansēts un pilnvērtīgs uzturs⁹⁹ ir nepieciešams, lai nodrošinātu organisma augšanu un attīstību, veicinātu augstas darbaspējas un labu pašsajūtu. PVO norāda, ka tieši nepilnvērtīgs uzturs (ar augstu pievienotā cukura, sāls un tauku daudzumu) ir viens no hronisko neinfekciju slimību riska faktoriem.¹⁰⁰

Vīriešiem kopumā ir sliktāki uztura paradumi nekā sievietēm, piemēram, zems ikdienas dārzeņu patēriņš, zems pilngraudu un kliju maizes patēriņa īpatsvars.¹⁰¹ Pēc PVO ieteikumiem dienā nepieciešams apēst vismaz 400 g dārzeņu un augļu¹⁰², taču tikai 26,7% iedzīvotāju svaigus dārzeņus uzturā lieto katru dienu. Arī augļus un ogas katru dienu uzturā lieto tikai 18,7% iedzīvotāju.¹⁰³

Sāli gatavam ēdienam nepievieno 21,2% vīriešu un 37,5% sieviešu, savukārt sāli vienmēr pirms pagāršošanas ēdienam pievieno gandrīz katrs desmitais vīrietis (11,2%), sievietes retāk – 5,8%.¹⁰⁴ Latvijas iedzīvotāju vidējais ar ikdienas uzturu uzņemtais vārāmā sāls patēriņš ir 7,1 g/dienā, kas pārsniedz ieteicamo daudzumu 5 g/dienā¹⁰⁵. Pārmērīga sāls lietošana uzturā ir ļoti nozīmīgs sirds un asinsvadu slimību riska faktors, jo palielina hipertensijas risku.

Uztura paradumus veselības uzlabošanas nolūkos vairāk maina iedzīvotāji ar augstāku izglītības līmeni, pilsētnieki, kā arī sievietes¹⁰⁶.

Tā kā skolēniem pusaudžu vecumā fizioloģiski palielinās vajadzība pēc uzturvielām, svarīga ir lietoto pārtikas produktu uzturvērtība un sabalansētība. Liela nozīme ir skolēnu un to vecāku izglītošanai sabalansēta uztura jautājumos, veicinot veselīga uztura izvēli skolēnu vidū un nodrošinot ikdienā ieteicamu pārtikas produktu pieejamību. Kā liecina 2010.gada pētījums¹⁰⁷, kopumā veselīgāka izvēle uztura paradumos ir meitenēm: meitenes vairāk nekā zēni uzturā lieto

⁹⁷ <http://www.videsfonds.lv/lv/ekoskolas>

⁹⁸ http://www.bti.gov.lv/lat/draudziga_skola/kustiba_draudziga_skola/

⁹⁹ <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>

¹⁰⁰ Busse R. et al, Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. WHO, 2010, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

¹⁰¹ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. SPKC,

¹⁰² Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003

¹⁰³ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC.

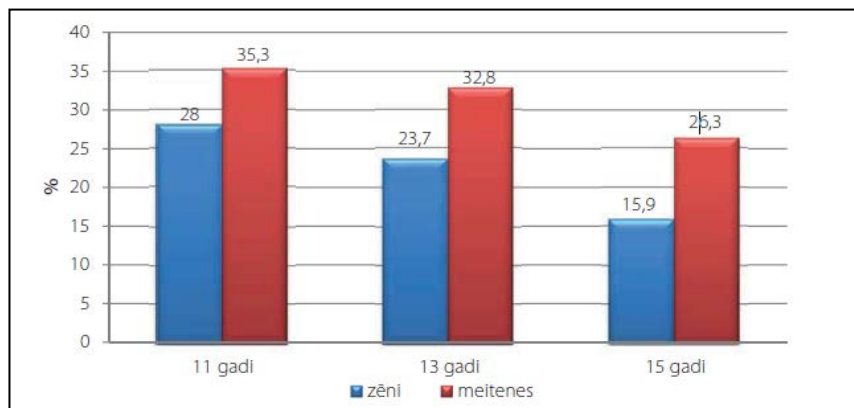
¹⁰⁴ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC, .

¹⁰⁵ Latvijas iedzīvotāju visaptverošais pārtikas patēriņa pētījums 2007-2009., Nacionālais diagnostikas centrs, PVD Pārtikas centrs, Rīga, 2009.

¹⁰⁶ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., Rīga, SPKC

¹⁰⁷ Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2009./2010.māc.g., SPKC

augļus un dārzeņus, kā arī mazāk lieto saldinātos gāzētos dzērienus. Tomēr meitenes (37,4%) vairāk nekā zēni (28,7%) patērē saldumus.



3.2.4.1.1.attēls Skolēnu, kuri lietojuši augļus vismaz reizi dienā, īpatsvars procentos, 2009/2010. māc. gads

Avots: HBSC

Katrā otrajā (59,3%) Latvijas vispārējās izglītības iestādē ir kafejnīca vai veikals, un 30% skolu skolēniem ir pieejami karsto dzērienu automāti.¹⁰⁸

2006.gadā tika izstrādāts normatīvais regulējums ar mērķi ierobežot bērnu ikdienas uzturā nevēlamo pārtikas produktu (čipsu, sāļo riekstiņu, krāsaino konfekšu, saldinātu un krāsainu dzērienu) pieejamību izglītības iestādēs¹⁰⁹, tomēr esošo regulējumu nepieciešams pilnveidot.

Lai nodrošinātu pilnvērtīgu uzturu skolēniem, visi 1.-3.klases skolēni saņem valsts apmaksātas brīvpusdienas. Dažās pašvaldībās ir piešķirts finansējums daļējai vai pilnīgai brīvpusdienu piešķiršanai arī citām pamatskolas klasēm. Visu vecumu pamatskolas skolēnu nodrošināšanai ar pilnvērtīgu un sabalansētu uzturu nepieciešams ieviest brīvpusdienas arī pārējo pamatskolas klašu skolēniem, tomēr šim mērķim būtu nepieciešams liels papildus finansējums no valsts budžeta, tāpēc brīvpusdienas pamatskolā būtu nepieciešams ieviest pakāpeniski, sākotnēji ieviešot tās līdz 6.klasei.

Kopš 2004.gada Latvijā ir pieejama EK finansēta atbalsta programma noteiktu piena produktu piegādei izglītojamajiem vispārējās izglītības iestādēs, jeb t.s. „Skolas piena” programma, kuras pamatmērķi ir saistīti ar veselīga uztura un piena patēriņa veicināšanu skolēnu vidū.

Provizorisks dati par programmas apguvi 2013./2014.gadā liecina, ka programmā piedalījušās 897 izglītības iestādes (t.sk. pirmskolas). Sākot ar 2010./2011.mācību gadu skolās tika ieviesta ES programma skolu apgādei ar augļiem un dārzeņiem jeb „Skolas auglis”, kuras mērķis ir veicināt augļu un dārzeņu patēriņa pieaugumu skolēnu vidū. Dalībai programmā 2012./2013.mācību gadā bija pieteikušās 754 izglītības iestādes, savukārt 2013./2014.mācību gadā programmā piedalījušās jau 780 izglītības iestādes.” Skolas augļa programma ietver arī izglītojošas aktivitātes par veselīga un sabalansēta uztura tēmu.

Aptaukošanās bērībā rada plašas un nopietnas veselības un sociālās sekas bērna turpmākajā dzīvē. Nepareizas bērna ēdināšanas sekas pirmskolas vecumā vairāk nekā piektajai daļai (22,5%) pirmklasnieku ir liekā ķermeņa masa vai aptaukošanās. Saskaņā ar 2012.gada aptaujas datiem,

¹⁰⁸ Bērnu antropometrisko paradumu un skolu vides pētījums Latvijā, 2012., Rīga, SPKC

¹⁰⁹ Ministru kabineta 2006.gada 22.augusta noteikumi Nr.693 „Grozījums 2002.gada 27.decembra noteikumos Nr.610 „Higiēnas prasības vispārējās pamatizglītības, vispārējās vidējās izglītības un profesionālās izglītības iestādēm”” un 2006.gada 22.augusta noteikumi Nr.692 „Grozījums 2002.gada 27.decembra noteikumos Nr.596 „Higiēnas prasības izglītības iestādēm, kas īsteno pirmskolas izglītības programmas”” (zaudējis spēku)

liekā ķermeņa masa un aptaukošanās ir 24,1% septiņgadīgo zēnu un 20,9% septiņgadīgo meiteņu. Kopumā liekās ķermeņa masas un aptaukošanās īpatsvars gan 7 gadīgajiem zēniem, gan meitenēm kopš 2008.gada aptaujas ir palielinājies.¹¹⁰

Lai nodrošinātu bērniem izglītības iestādēs, kā arī ārpusģimenes aprūpes institūcijās un ārstniecības iestādēs ikdienas ēdienkarti ar veselīgu un sabalansētu uzturu, veicinātu veselīgāku uztura paradumu izveidi, 2012.gadā tika apstiprinātas uztura normas.¹¹¹ Valstī noteikta arī prasība nodrošināt izglītojamo ēdināšanu, kuriem ir apstiprināta ārsta diagnoze (celiakija, cukura diabēts, pārtikas alerģija vai nepanesība), kuras dēļ nepieciešama uztura korekcija. Ņemot vērā, ka izglītojamo ēdināšanas organizēšana ar celiakiju ir finansiāli dārgāka un to, ka izglītības iestādēm, pašvaldībām un vecākiem trūkst finanšu līdzekļu, lai segtu ar speciālo ēdināšanu saistītos izdevumus, būtu nepieciešams nodrošināt finansiālu atbalstu šo bērnu ēdināšanai tajās klasēs, kurās piešķirta arī valsts mērķdotācija brīvpusdienu nodrošināšanai.

Vienlīdz svarīgi ir pilnveidot iepirkumu veikšanas kārtību pašvaldībās, veicinot saimnieciski izdevīgākā piedāvājuma izvēli izglītības iestāžu, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju, ārstniecības iestāžu ēdināšanas pakalpojumu iepirkumos.

Saskaņā ar 2007.gadā apstiprināto balto grāmatu „Eiropas stratēģiju veselības jomā uztura, aptaukošanās un liekā svara samazināšanai”¹¹² un 2014.gadā apstiprināto “ES Rīcības plānu bērnu aptaukošanās mazināšanai 2014.-2020.gadam”¹¹³, dalībvalstīs tiek aicinātas veikt virkni pasākumu, lai mazinātu bērnu un jauniešu atpaukošanās izplatību ES, piemēram uz bērniem vērstas pārtikas produktu ar augstu pievienotā sāls, cukura un tauku daudzumu reklāmas un mārketinga ierobežošanu izglītības iestādēs, sporta iestādēs, hallēs un klubos, ierobežot rotaļlietu izmantošanu pārtikas produktu ar augstu sāls, pievienotā cukura un tauku saturu tirdzniecībā, kā arī noteikt samazināta iepakojuma (tilpumu, masu) prasības pārtikas produktiem ar augstu sāls, pievienotā cukura un tauku saturu. Vairāki citās valstīs veiktie pētījumi pierāda, ka bērnu gaumi, iepirkšanās paradumus un pārtikas patēriņu lielā mērā ietekmē pārtikas produktu reklāma un to pārdošana kopā ar rotaļlietām. Pat 30 sekunžu ilgs reklāmas klips ievērojami ietekmē 2 gadus vecu bērnu pārtikas produktu izvēli.¹¹⁴ Pētījumos ir pierādīts, ka televīzijas reklāma ir saistīta ar bērnu un jauniešu vecumā no 2 līdz 18 gadiem aptaukošanos.¹¹⁵ Vairākās ES valstīs ir noteikti gan brīvprātīgi, gan obligāti ierobežojumi attiecībā uz bērniem vērstu pārtikas produktu ar augstu pievienotā sāls, cukura un tauku daudzumu reklāmām. Saskaņā ar citu valstu labo pieredzi un pētījumiem nepieciešams izvērtēt iespēju arī Latvijā noteikt ierobežojumus uz bērniem vērstām pārtikas produktu ar augstu pievienotā sāls, cukura un tauku daudzumu reklāmām un to tirgošanai kopā ar rotaļlietām. Tāpat saskaņā ar citu valstu labo pieredzi un pētījumiem nepieciešams izvērtēt iespēju arī Latvijā samazināt pārtikas produktu ar augstu pievienotā sāls, cukura un tauku daudzumu iepakojuma (tilpuma, masas) prasības. Ieviešot Eiropas Komisijas un PVO vadlīnijās un ieteikumos uztura un pārtikas politikas jomā noteiktos pasākumus un turpinot izglītot iedzīvotājus par pārtikas produktu marķējumu, varētu ilgtermiņā nodrošināt, ka Latvijas iedzīvotāju ikdienas uzturs kļūtu sabalansētāks un pilnvērtīgāks, samazinot sabiedrībā kopumā produktu patēriņu ar augstu pievienotā sāls, cukura un tauku daudzumu un palielinot ikdienā ieteicamu pārtikas produktu patēriņu.

¹¹⁰ Bērnu antropometrisko parametru un skolu vides pētījums Latvijā, 2012., SPKC

¹¹¹ Ministru kabineta 2013.gada 13.marta noteikumi Nr.172 „Noteikumi par uztura normām izglītības iestāžu izglītojamiem, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju klientiem un ārstniecības iestāžu pacientiem”

¹¹² http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf

¹¹³ http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

¹¹⁴ „The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response” WHO, 2007

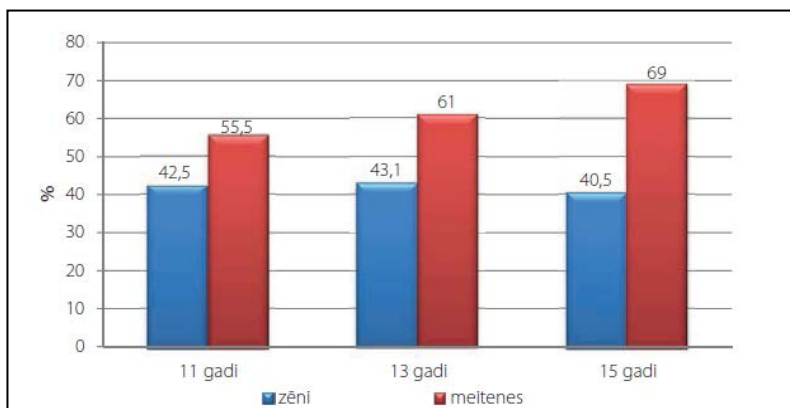
¹¹⁵ „The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response” WHO, 2007

Saldināto dzērienu un saldumu lietošana uzturā, kā arī nepietiekamas rūpes par mutes dobuma higiēnu negatīvi ietekmē mutes veselību.

Saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012.gada datiem redzams, ka biežāk nekā reizi dienā zobus tīra kopumā tikai 49,3% respondentu (39,5% vīriešu un 58,5% sievietes). Zobu tīrīšanas biežums samazinās, pieaugot vecumam. Retāk kā vienu reizi dienā zobus tīra 14,8% vīriešu un 6,1% sievietes. Diemžēl zobus vispār netīra 2,9% Latvijas iedzīvotāju, un to īpatsvars pieaug līdz ar vecumu.

Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījuma 2010.gada dati parāda, ka zobus vairāk nekā vienu reizi dienā tīra tikai 42% zēnu un 61,7% meiteņu. Īpaši neapmierinoša situācija ir 15 gadus vecu zēnu vidū, no kuriem zobus biežāk kā reizi dienā tīra tikai 40,5%. Meitenēm, palielinoties vecumam, zobu tīrīšanas paradumi uzlabojas, un 15 gadu vecumā zobus biežāk kā reizi dienā tīra 69% meiteņu¹¹⁶.

Zobu kariess Latvijā ir būtiska problēma, kas skar visu vecuma grupu iedzīvotājus. Zobu kariesa izplatību raksturo KPE indekss (kariozo, plombēto, izrauto zobu skaits). Latvijā ir augsta kariesa intensitāte visās vecuma grupās. Pēdējos piecos gados saglabājas tendence, ka katram trešajam bērnam 6 gadu vecumā ir vismaz viens kariozs zobs. 12 gadīgu bērnu vidū pastāvīgo zobu KPE indekss ir trīsreiz augstāks, kas nozīmē, ka vidēji katram divpadsmitgadīgam bērnam ir vismaz trīs kariozi zobi¹¹⁷.



3.2.4.1.2.attēls. Skolēnu, kuri zobus tīra vairāk kā vienu reizi dienā, īpatsvars procentos dzimuma un vecuma grupās, 2009./2010.māc.g.

Avots: HBSC

3.2.4.2.Nepietiekama fiziskā aktivitāte

Fiziskā aktivitāte ir būtisks veselību ietekmējošs faktors jebkurā vecumā. Adekvāta fiziskā aktivitāte nepieciešama gan fiziskās, gan garīgās veselības veicināšanai. Tā stiprina balsta un kustību sistēmu, novērš trauksmi, depresiju un miega traucējumus, kā arī vēlākā vecumā samazina sirds un asinsvadu slimību, artrīta un vairāku vēža formu risku. Par fizisku aktivitāti tiek uzskatīts enerģijas patēriņš 1000–1500 kcal nedēļā vai 250–350 kcal dienā, ko var panākt ar tik intensīvām ķermeņa kustībām, kas izraisa papildus svīšanu. PVO iesaka pieaugušajiem fiziskajām aktivitātēm katru dienu veltīt vismaz 30 minūtes¹¹⁸, tomēr tikai 9,9% Latvijas iedzīvotāju ievēro šo ieteikumu¹¹⁹. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012.gada aptaujas dati par Latvijas iedzīvotāju fizisko aktivitāti liecina, ka tā vairumam

¹¹⁶ Skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2009/2010. gads. SPKC

¹¹⁷ Datu avots: valsts statistikas pārskats „Pārskats par zobārstu darbu”, SPKC, 2012

¹¹⁸ Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007

¹¹⁹ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

iedzīvotāju nav pietiekama – 2012. gadā ar fiziskām aktivitātēm vismaz pusstundu dienā divas līdz trīs reizes nedēļā un biežāk nodarbojās 28,8% iedzīvotāju, turklāt sievietes mazāk (26,8%) nekā vīrieši (30,8%).¹²⁰

Saskaņā ar *Eurobarometer* aptaujas datiem Latvijā ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm vispār nenodarbojas 44% iedzīvotāju, savukārt vidēji ES - 39%. Tāpat konstatēts, ka vismaz 1-2 reizes nedēļā Latvijā ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm nodarbojas tikai 28% iedzīvotāju, savukārt vidēji ES - 40%.¹²¹

Nepietiekamas fiziskās aktivitātes ir viens no būtiskākajiem faktoriem, kas negatīvi ietekmē arī skolas vecuma bērnu veselību. Vecumā no 5 līdz 17 gadiem par pietiekamu uzskata 60 minūtes ilgu fizisko aktivitāti (ar mērenu vai enerģisku intensitāti) katru dienu.¹²² Aptaujājot skolēnus par fiziskām aktivitātēm, atklājās, ka pietiekama fiziskā aktivitāte (katru dienu vismaz 60 minūtes) ir tikai 24,4% zēnu un 16,0% meiteņu. Novēro statistiski ticamu atšķirību starp dzimumiem. Salīdzinot pa vecuma grupām, kopumā fiziskā aktivitāte, palielinoties vecumam, samazinās: 11 gadīgiem – 21,7%, 13 gadīgiem – 21,1% un 15 gadīgiem – 17,3%.¹²³ Nereti bērnu fiziskās aktivitātes ierobežo nepietiekamas iespējas izmantot skolas sporta zāli vai sporta laukumu, kā arī nepiemērota apdzīvotās vietas infrastruktūra.

Lai nodrošinātu Latvijas prioritāšu īstenošanu vidējā un ilgtermiņa perspektīvā sporta nozarē, IZM ir izstrādājusi politikas plānošanas dokumentu – Sporta politikas pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, ar mērķi palielināt Latvijas iedzīvotāju īpatsvaru, kas vismaz 1-2 reizes nedēļā nodarbojas ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm. Iedzīvotāju pietiekamas fiziskās aktivitātes un izpratnes par fizisko aktivitāšu nepieciešamību veselības saglabāšanā un nostiprināšanā plānotie pasākumi paredzēti ikvienam iedzīvotājam, īpaši bērnu un jauniešu mērķgrupai – vispārējās izglītības iestāžu, profesionālās izglītības iestāžu un augstākās izglītības iestāžu izglītojamiem, tai skaitā bērniem un jauniešiem ar invaliditāti, arī pedagogus un ģimenes ārstus.

3.2.4.3. Smēķēšana

Smēķēšana ir nozīmīgs vairāku hronisku slimību, tādu kā onkoloģisko, sirds un asinsvadu, elpošanas sistēmas slimību, diabēta u.c. riska faktors. Smēķēšana ilgtermiņā ietekmē arī gremošanas un reproduktīvo sistēmu, un atstāj negatīvu ietekmi uz mutes un zobu veselību un plaušu funkcionālām spējām, izraisot hronisku obstruktīvu plaušu slimību (HOPS), kā rezultātā tiek bojāti elpceļi un plaušu audi.

Pateicoties smēķēšanas ierobežojumiem sabiedriskās vietās, kā arī mārketinga pasākumu ierobežojumiem, ir vērojamas pozitīvas tendences smēķēšanas izplatībā Latvijā. Īstenoto pasākumu rezultātā laika posmā no 1998. līdz 2008.gadam vērojama pakāpeniska gan vīriešu, gan sieviešu ikdienas smēķētāju īpatsvara samazināšanās. Laika posmā no 2010. līdz 2012.gadam vērojama situācijas stabilizēšanās. Tāpat būtiski samazinājusies pasīvās smēķēšanas izplatība.

2012.gadā pieaugušo populācijā ik dienu smēķēja 34% iedzīvotāju (52% vīriešu un 18% sieviešu).

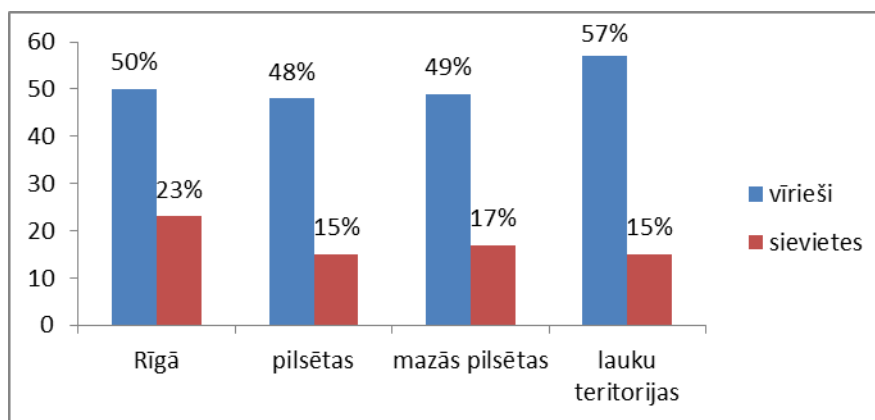
Lielākā daļa (56%) regulāro smēķētāju vidēji dienā izsmēķē vairāk nekā pusi paciņas jeb desmit cigaretes, tostarp 9% iedzīvotāju patērē vairāk par vienu standarta paciņu (20 cigaretēm) dienā.

¹²⁰ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

¹²¹ Survey on Sport and Physical Activity, Special Eurobarometer Nr. 334, March 2010

¹²² Global Recommendations on Physical activity for Health. WHO, 2010

¹²³ Skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2009/2010. gads. SPKC



3.2.4.3.1.attēls Ikdienu smēķētāju īpatsvars dzimuma un dzīvesvietas grupās (procentos)

Avots: Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC

Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma Latvijā¹²⁴ dati (3.2.4.3.1.tabula) liecina, ka laika periodā no 2007. - 2011.gadam pozitīvas pārmaiņas vērojamas 13 - 15 gadus vecu zēnu populācijā, kur smēķēšanas izplatība samazinās. Diemžēl, būtiskas izmaiņas nav vērojamas šīs vecuma grupas meitenēm, kas varētu būt saistīts ar tirgū strauji ienākošo meitenēm un sievietēm radīto krāsaino iepakojumu un dažādām garšvielām bagātināto tabakas izstrādājumu piedāvājumu, kas maldina patērētājus, radot iespaidu, ka šie produkti ir mazāk kaitīgi kā tradicionālie tabakas izstrādājumi.

3.2.4.3.1.tabula Smēķētāju īpatsvars 13 - 15 gadus vecu jauniešu populācijā laika periodā no 2007. - 2011.gadam

	Zēni		Meitenes	
	2007.	2011.	2007.	2011.
Pamēģinājuši smēķēt	84,3	76,5 ↓ (-7,8 procentpunkti)	80,1	75,7 ↓ (-4,4 procentpunkti)
Pēdējā mēneša laikā smēķējuši cigaretes vai lietojuši jebkurus citus tabakas izstrādājumus	45,7	39,4 ↓ (-6,3 procentpunkti)	37,8	41,4 ↑ (+3,6 procentpunkti)
Pēdējā mēneša laikā smēķējuši cigaretes	41,8	29,2 ↓ (-12,6 procentpunkti)	35,2	33,8 ↓ (-1,4 procentpunkti)
Smēķē katru dienu	22	13,5 ↓ (-8,5 procentpunkti)	15	11,2 ↓ (-3,8 procentpunkti)

Avots: Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums Latvijā

Neskatoties uz tirdzniecības ierobežojumiem nepilngadīgām personām, situācija pēdējos gados ir nemainīga attiecībā uz cigarešu pieejamību – lielākā daļa 13 - 15 gadus veco skolēnu cigaretes iegādājas veikalos un kioskos, turklāt 70% no šiem jauniešiem atzinuši, ka neviens nav atteicis viņiem pārdot tabakas izstrādājumus vecuma dēļ¹²⁵.

¹²⁴PVO Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums Latvijā <http://www.spkc.gov.lv/veselibu-ietekmejoso-paradumu-petijumi/>

¹²⁵ PVO Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums Latvijā <http://www.spkc.gov.lv/veselibu-ietekmejoso-paradumu-petijumi/>

Joprojām augsts ir tabakas dūmiem pakļauto īpatsvars mājās. Pieaugušo populācijā vairāk kā trešdaļa sieviešu (34%) un puse vīriešu (45,4%), kā arī teju puse 13 līdz 15 gadus veco jauniešu ziņojuši, ka tiek pakļauti tabakas dūmu otrreizējai ieelpošanai mājās. Augstāks pakļauto īpatsvars ir lauku teritorijās, kur puse aptaujāto atzinuši, ka ik dienas mājās tiek pakļauti tabakas dūmu otrreizējai ieelpošanai¹²⁶.

Lai gan darba vietās smēķēt ir aizliegts, joprojām 6% vīriešu un 2% sieviešu ik dienu ir spiesti pavadīt vairāk kā piecas stundas piesmēķētās darba telpās¹²⁷, turklāt pasīvajai smēķēšanai darba vietās īpaši pakļauti ir jaunieši¹²⁸. Tas liek secināt, ka smēķēšanas ierobežojumi sabiedriskās telpās situāciju uzlabo, taču normatīvajos aktos noteiktās prasības ne vienmēr tiek ievērotas.

Lai veicinātu sabiedrības līdzatbildību, 2013.gadā tika veikti grozījumi Bērnu tiesību aizsardzības likumā, nosakot, ka smēķēšana bērna klātbūtnē ir pielīdzināma fiziskai vardarbībai.

Joprojām populāri ir arī tādi tabakas izstrādājumi kā ūdenspīpes, kas ir īpaši populāras tieši jaunākajā vecuma grupā (15 - 24 gadi), kur 36% - 45% vīriešu un sieviešu pēdējā gada laikā lietojuši ūdenspīpi. Popularitāti pēdējo gadu laikā ieguvis jauns produkts-elektroniskās cigaretes, ar kuru palīdzību nikotīns un citas ķīmiskas vielas tiek inhalētas ar cigaretei līdzīgas ierīces palīdzību¹²⁹. 2011.gada Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma Latvijā dati liecina, ka kopumā 20,2% skolēnu 13 - 15 gadu vecumā (22% zēnu un 18% meiteņu) ir mēģinājuši smēķēt elektronisko cigareti, bet pēdējā mēneša laikā vienu vai vairākas dienas elektronisko cigareti smēķējuši 9,1% (10,3% zēnu un 7,7% meiteņu) skolēnu. Savukārt, pieaugušo populācijā (15 līdz 64 gadi) elektronisko cigarešu vienu un vairāk reizes lietojušo īpatsvars pieaudzis no 2,1% 2010.gadā līdz 10,4% 2012.gadā¹³⁰.

Smēķēšanas izplatības samazināšanā liela loma ir profilakses pasākumiem.

Tāpat viens no būtiskiem faktoriem ir produkta cena, tāpēc, lai padarītu tabakas izstrādājumus mazāk pieejamus sabiedrībai, jo īpaši jauniešiem un iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem, nepieciešams celt akcīzes nodokli un cenas visiem tabakas izstrādājumiem (tai skaitā mazināt cenas atšķirības starp cigaretēm un citiem tabakas izstrādājumiem). Arī tādas starptautiskas organizācijas kā PVO un OECD savos pētījumos ir atzinušas, ka fiskālās politikas (akcīzes nodokļa celšana) pielietošana tabakas jomā ir efektīvi instrumenti, lai veicinātu veselīgus paradumus, samazinot tabakas izstrādājumu pieejamību sabiedrībā. Tā, piemēram, saskaņā ar Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumu datiem, laikā no 2006. līdz 2012.gadam ekonomisku iemeslu dēļ smēķēt atmetušo īpatsvars palielinājās no 6,4% 2006.gadā līdz 13,1% 2012.gadā, kas sakrīt ar laiku, kad Latvijā strauji tika celta tabakas izstrādājumu akcīze atbilstoši ES tiesību aktos noteiktajām prasībām.

Vienlaikus liela nozīme smēķēšanas izplatības mazināšanā ir ārstniecības personām. Pat īsi un vienkārši ārstniecības personas sniegti padomi var nozīmīgi palielināt smēķēšanas atmešanas gadījumu skaitu. Tomēr, kā liecina pētījuma dati, vien 18% ikdienas smēķētāju ārsts pēdējā gada laikā ir ieteicis atstāt smēķēšanu, vēl mazāk to ieteikušas medmāsas (1,8%) un zobārsti (2,3%)¹³¹.

2014.gada 20.maijā stājās spēkā direktīva 2014/40/ES, kurā ir virkne pasākumu tabakas izplatības mazināšanai, kuri turpmākajos gados iestrādājami nacionālajos tiesību aktos, tai skaitā būtiskas izmaiņas iepakojuma noformējumam, stingrāku sastāvdaļu regulējumu un pat atsevišķu sastāvdaļu aizliegumu, pasākumus tabakas izstrādājumu nelegālās aprites mazināšanai, pārrobežu tirdzniecības ierobežojumus. Ņemot vērā, ka viens no pamatuzdevumiem tabakas kontrolē ir

¹²⁶ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012, SPKC

¹²⁷ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012, SPKC

¹²⁸ „Darba apstākļi un riski Latvijā 2012.-2013”

¹²⁹ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012, SPKC

¹³⁰ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

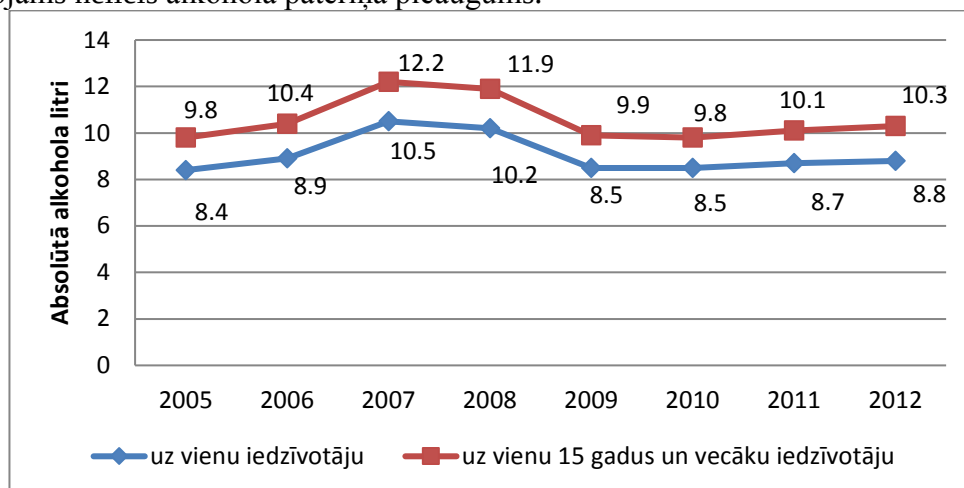
¹³¹ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

mazināt tabakas industrijas mārketinga ietekmi uz patērētājiem, direktīva paredz arī iespēju dalībvalstīm izvērtēt iespēju ieviest tabakas izstrādājumu standartizēto iepakojumu, ko paredz arī PVO Vispārējās konvencijas par tabakas uzraudzību (kuru Latvija ir ratificējusi) 11.pants un 11.panta vadlīniju 46.punkts.

3.2.4.4. Alkoholisko dzērienu lietošana

Alkohola lietošana ir viens no galvenajiem riska faktoriem, kas negatīvi ietekmē iedzīvotāju veselību. Tabakas lietošana, paaugstināts asinsspiediens un pārmērīga alkohola lietošana ir trīs galvenie riska faktori sliktai veselībai un nāvei ES. Austrumeiropas valstīs, tai skaitā arī Latvijā alkohols ir galvenais novēršamais riska faktors. Alkohola lietošana ir cēlonis vairāk nekā 60 dažādām hroniskām slimībām vai akūtiem stāvokļiem.¹³²

2012.gadā vidēji viens Latvijas iedzīvotājs patērēja 8,8 litrus reģistrētā absolūtā alkohola, jeb 10,3 litrus, rēķinot uz 15 gadus veciem un vecākiem iedzīvotājiem. Laikā no 2007.gada līdz 2010.gadam (3.2.4.4.1.attēls) reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš samazinājās, bet pēdējos divos gados vērojams neliels alkohola patēriņa pieaugums.



3.2.4.4.1.attēls Reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš litros uz vienu iedzīvotāju un uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju Latvijā 2005. – 2012. gadā¹³³

Avots: SPKC

Jaunākā Eiropas skolu aptaujas projekta par alkoholu un citām narkotiskajām vielām (ESPAD)¹³⁴ dati liecina, ka 2011.gadā teju puse (49%) 15 – 16 gadus veci jauniešu vismaz vienu reizi pēdējo 30 dienu laikā dzēruši 60 un vairāk gramus absolūtā alkohola (2007.gadā – 54%). Pētījuma dati liecina, ka daudz-maz regulāra alkohola lietošanas pieredze (40 un vairāk reizes dzīves laikā) ir aptuveni katram trešajam (35%) 15 – 16 gadus vecam jauniešim. Lai gan 84% jauniešu ziņojuši, ka alkohols ir viegli vai ļoti viegli pieejams (vidēji ESPAD valstīs – 81%) , 2011.gadā jebkādu alkoholu pēdējo 30 dienu laikā veikalā iegādājušies 44% (2007.gadā – 51%)¹³⁵.

Alkohola pārmērīga jeb riskanta lietošana ir riska faktors mirstībai no ārējās iedarbības sekām (transporta negadījumiem, tīšam paškaitējumam, vardarbības, noslīkšanas, ugunsgrēkiem un

¹³² PVO; Lim et al. 2012; citi GBD raksti <http://www.healthmetricsandevaluation.org>

¹³³ SPKC reģistrētā absolūtā alkohola patēriņa aprēķini, izmantojot VID Alkoholisko dzērienu aprites rādītājus

¹³⁴ Trapencieris, M., Sņikere, S., Koroļeva, I., Kārklīņa, I., „Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū” (ESPAD 2011), Rīga, SPKC, 2012

¹³⁵ Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012) The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 390 p.

saindēšanās ar alkoholu). Pēdējo 10 gadu laikā Latvijā vērojama stabila tendence samazināties ceļu satiksmes negadījumiem, ko izraisījuši transportlīdzekļu vadītāji, atrodoties alkohola reibumā. Alkohola ietekmē izraisīto ceļu satiksmes negadījumu skaits laika posmā no 2002. līdz 2012.gadam samazinājies 4,5 reizes (no 775 negadījumiem 2002.gadā uz 174 negadījumiem 2012.gadā), bojā gājušo skaits – 6,4 reizes (no 160 uz 25), bet ievainoto skaits – 3,9 reizes (no 1088 uz 277).¹³⁶

Lai mazinātu alkoholisko dzērienu lietošanu sabiedrībā, it īpaši, bērnu un jauniešu vidū, ir apstiprināts „Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014. gadam”¹³⁷, kas paredz alkoholisko dzērienu piedāvājuma ierobežošanu un kontroli, pieprasījuma mazināšanu, alkohola riskantas un kaitējošas lietošanas samazināšanu un alkoholisko dzērienu lietošanas un tā radīto seku monitoringu un sabiedrības informēšanu. Alkohola lietošanas ierobežošanas politiku plānots realizēt arī turpmāk. Turklāt saskaņā ar PVO pamatnostādņēm gan 2010.gadā apstiprinātajā Globālajā alkohola kaitējuma mazināšanas stratēģijā¹³⁸, gan PVO Eiropas reģiona rīcības plānā¹³⁹ valstis tiek aicinātas alkohola kontroles pasākumus ietvert ilgtermiņa vai īstermiņa politikas plānošanas stratēģijās, līdz ar to turpmākie rīcības virzieni šajā jomā būtu iekļaujami nākamā perioda alkohola patēriņa mazināšanas plānā. Izstrādājot plānu jaunajam periodam tiks ņemts vērā iepriekšējā plāna izvērtējums.

Būtiska loma alkoholisko dzērienu lietošanas izplatības mazināšanā iedzīvotāju vidū ir nodokļu politikai. Arī tādas starptautiskas organizācijas kā PVO un OECD savos pētījumos ir atzinušas, ka fiskālās politikas (akcīzes nodokļa celšana) pielietošana alkoholiskajiem dzērieniem ir efektīvi instrumenti, lai veicinātu veselīgus paradumus, samazinot alkoholisko dzērienu lietošanu sabiedrībā. Dati liecina, ka alkoholiskie dzērieni Latvijā dinamikā kļūst finansiāli pieejamāki, savukārt, cenu elastības aprēķini liecina, ka cenu celšana mazinātu alkohola patēriņu¹⁴⁰. Līdz ar to turpmākajos gados nepieciešams pārskatīt akcīzes nodokļa likmes visiem alkoholiskajiem dzērieniem, vienlaikus izlīdzinot tās starp dažādiem dzērieniem.

Ņemot vērā, ka alkohola lietošanas mazināšanas jomā būtiska nozīme ir arī mārketinga pasākumu ierobežojumiem, tai skaitā reklāmas ierobežojumiem, kas kā efektīvi alkohola kaitējuma mazināšanas instrumenti iekļauti gan Globālajā alkohola kaitējuma mazināšanas stratēģijā¹⁴¹, gan PVO Eiropas reģiona rīcības plānā¹⁴², ir uzsākts darbs pie reklāmas ierobežojumu noteikšanas Latvijā. Tomēr, ņemot vērā, ka līdz šim rosinātie grozījumi tiesību aktos skāruši vienīgi tradicionālos plašsaziņas līdzekļus, lai mazinātu alkohola industrijas komunikācijas apjomu ar jauniešiem, nepieciešams izvērtēt iespējas arī interneta vidē izvietoto alkoholisko dzērienu reklāmas ierobežojumiem.

2013.gadā Saeimā pieņemti grozījumi Alkoholisko dzērienu aprites likumā. Jaunie grozījumi paredz papildus jau esošajiem tirdzniecības ierobežojumiem noteikt aizliegumu realizēt alkoholiskos dzērienus izglītības iestāžu dienesta viesnīcās un ierobežojumus alkoholisko dzērienu mazumtirdzniecībai valsts un pašvaldību iestāžu telpās. Tika noteikts, ka personām vecumā no 18 līdz 25 gadiem, iegādājoties alkoholiskos dzērienus jāuzrāda personu apliecinošs dokuments, kā arī aizliegta alkoholisko dzērienu reklamēšana vides reklāmās u.c.

¹³⁶ CSDD dati

¹³⁷ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2012.gada 19.decembra rīkojumu Nr.614

¹³⁸ http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1

¹³⁹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1

¹⁴⁰ Pētījums par alkohola cenu ietekmi uz alkohola patēriņu un ar tā lietošanu saistītām sekām, 07.05.2013. SPKC <http://www.spkc.gov.lv/aktualitates/490/lai-mazinatu-ar-alkohola-lietosanu-saistitos-naves-gadijumus-mediki-aicina-palietinat-alkohola-cenu-un-turpinat-ierobezot-reklamu>

¹⁴¹ http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1

¹⁴² http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1

3.2.4.5. Narkotisko vielu lietošana

Līdzās alkohola pārmērīgai lietošanai, kas ir viens no galvenajiem veselību negatīvi ietekmējošiem riska faktoriem, ne mazāk nopietna problēma Eiropā ir narkotiku lietošanas izplatība¹⁴³. 85 miljoni eiropiešu jeb aptuveni ceturtdaļa visu iedzīvotāju vecumā no 15 – 64 gadiem ir vismaz vienu reizi dzīves laikā pamēģinājuši kādu narkotiku.¹⁴⁴ Savukārt Latvijā jebkuras narkotikas dzīves laikā pamēģinājuši 14,3% Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem.¹⁴⁵ Pēdējā gada laikā 4,4% Latvijas iedzīvotāju lietojuši nelegālās vielas, bet pēdējā mēneša laikā tās lietojuši 1,8% iedzīvotāju. Kopumā narkotiku lietošanas rādītāji ir atgriezušies aptuveni 2003.gada līmenī.

3.2.4.5.1. tabula. *Jebkuru narkotiku pamēģinātāju, neseno un pašreizējo lietotāju īpatsvars 2003., 2007. un 2011.gadā (%)*

	Dzīves laikā	Pēdējā gada laikā	Pēdējā mēneša laikā
15–64 gadi			
2011.gads	14,3	4,4	1,8
2007.gads	16,1	6,1	2,2
2003.gads	12,3	4,6	2,2
15–34 gadi			
2011.gads	22,9	8,2	3,2
2007.gads	27,9	11,9	4,2
2003.gads	21,9	9,7	4,7
35–64 gadi			
2011.gads	7,8	1,5	0,7
2007.gads	6,8	1,6	0,7
2003.gads	5,3	0,9	0,5

Avots: Sniķere u.c., 2012

Visbiežāk narkotikas pamēģinājuši, pēdējā gada un mēneša laikā lietojuši jauni cilvēki 15 – 34 gadu vecumā. Šajā vecuma grupā arī vērojams augstākais narkotiku pamēģinājušo vīriešu īpatsvars.

Līdzīgi kā citviet Eiropā un pasaulē, arī Latvijā izplatītākā lietotā nelegālā viela iedzīvotāju vidū ir marihuāna un hašišs¹⁴⁶. Pēdējo četru gadu laikā marihuānu un hašišu pamēģinājušo īpatsvars 15 – 16 gadus vecu jauniešu populācijā pieaudzis proti, no 18% 2007.gadā līdz 24% 2011.gadā, kas ir viens no augstākajiem marihuānu pamēģinājušo pieaugumiem Eiropas valstīs¹⁴⁷.

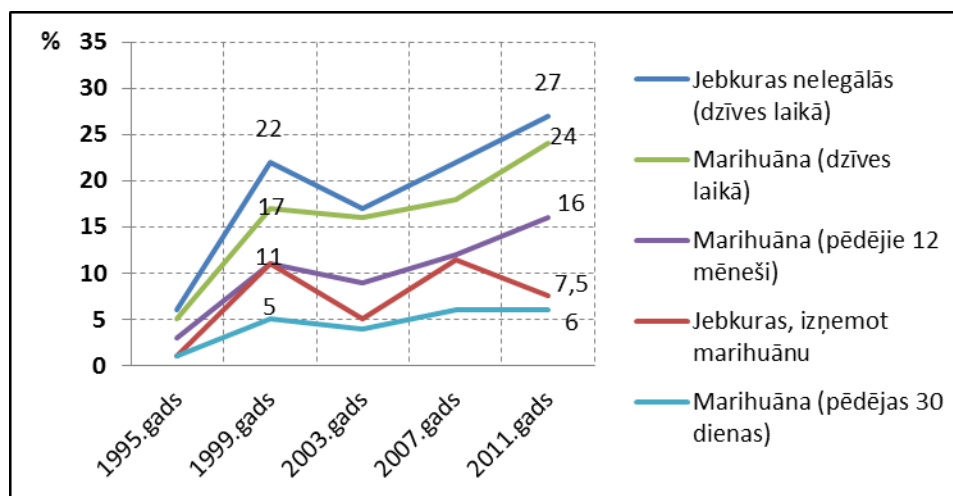
¹⁴³ WHO (2011), Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO Press, World Health Organization

¹⁴⁴ EMCDDA (2013), Eiropas gada ziņojums par narkotikām. Lisabona: EMCDDA

¹⁴⁵ Sniķere S., Trapencieris M., Koroļeva I., Mieriņa I., Priekule S., Aleksandrovs A., Jankovskis M. (2011), Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū. Pētījuma rezultāti. Rīga: SPKC.

¹⁴⁶ Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2011. gadā. Nacionālais ziņojums. Rīga:2012, SPKC

¹⁴⁷ The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the authors (2012), The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: CAN



3.2.4.5.1. attēls. Atsevišķi narkotiku lietošanas izplatību raksturojošie indikatori ESPAD kohortas skolēnu vidū 1995. – 2011. gadā, %

Avots: Trapencieris u.c., 2012

Pieaugušo populācijā marihuānas pamēģinātāju īpatsvars šajā laika posmā saglabājies teju nemainīgs (2011.gadā marihuānu pamēģinājuši 12,5%, 2007. – 12,1%).¹⁴⁸

Pēdējā laikā strauji pieaug jauno narkotisko un jauno psihotropo vielu izplatība. Uz 2013.gadu t.s. *Spice* grupas produkti jeb jaunās psihoaktīvās vielas ir nākamā biežāk lietotā viela pēc marihuānas/hašiša – dzīves laikā minētās vielas pamēģinājuši 15% 15 gadus veco jauniešu (salīdzinājumam 2011.gadā šis rādītājs bija 11%).¹⁴⁹

Pirmreizēji reģistrēto (diagnoze uzstādīta pirmo reizi dzīves laikā) pacientu ar slimībām, kas saistītas ar narkotiku lietošanu un atkarības sindromu vai psihozēm (F11 – F19, izņemot F17) skaits kopš 2009.gada ir pieaudzis – par 57%, kas var būt skaidrojams ne tikai ar saslimstības pieaugumu, bet arī ar reģistra darbības pilnveidošanu. 2012.gadā kopumā bija 642 pirmreizēji reģistrētie gadījumi jeb 31,2 uz 100 000 iedzīvotāju (2009. – 426 gadījumi jeb 19,9 uz 100 000). Kopumā 2012.gada beigās uzskaitē bija 4454 personas ar psihoaktīvo vielu (izņemot alkoholu un tabaku) atkarību un intoksikāciju vai pārmērīgu lietošanu. Pēdējo gadu laikā visbiežāk tiek uzstādīta ar vairāku vielu lietošanu un atkarību saistīta diagnoze (F19), kas reģistrēta 42% pirmreizējo reģistrācijas gadījumu 2012.gadā. Kā nākamās biežāk minētās diagnozes ir saistītas ar kanabinoīdiem (F12 – 25,1%), stimulantiem (F15 – 16,9%) un opioīdiem (F11 – 12,5%)¹⁵⁰.

Joprojām saglabājas augsts problemātisko narkotiku lietotāju skaits¹⁵¹. Saskaņā ar jaunākajiem aprēķiniem¹⁵² Latvijā šobrīd ir aptuveni 12 974 problemātisko narkotiku lietotāju jeb 9,4 uz 1000 15 – 64 gadus veciem iedzīvotājiem, kas pārsvarā lieto heroīnu un/vai amfetamīnus injekciju veidā. Savukārt 2012.gada beigās ilgtermiņa farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas programmās ārstējās tikai 289 pacienti, kas joprojām ir zemākais rādītājs Eiropas valstu vidū – gan absolūtos skaitļos, gan izteikts uz iedzīvotāju skaitu¹⁵³. Lai mazinātu narkotiku lietošanas kaitējumu sabiedrībā, Ministru kabinets ir apstiprinājis Narkotisko un psihotropo vielu un to

¹⁴⁸ Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2011. gadā. Nacionālais ziņojums. Rīga:2012. SPKC

¹⁴⁹ Situācija narkotiku un narkomānijas problēmas jomā Latvijā līdz 2013.gadam. Rīga:2013. SPKC

¹⁵⁰ Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem, SPKC, 2013

¹⁵¹ Problemātiska narkotiku lietošana ietver regulāru heroīna un/vai citu opiātu, kokaīna un/vai amfetamīnu lietošanu un/vai narkotiku lietošanu injekciju veidā.

¹⁵² Trapencieris M., Sņikere S., Pētersons A., Kaupe R. (2013). Narkotiku lietošanas paradumi un tendences Latvijā. Narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 6. posma rezultāti. Rīga: SPKC, DIA+LOGS

¹⁵³ EMCDDA (2013), Eiropas gada ziņojums par narkotikām. Lisabona: EMCDDA

atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011. – 2017.gadam¹⁵⁴. Pamatnostādnes paredz virkni pasākumu, kas vērsti uz narkomānijas un narkotiku lietošanas profilaksi, kā arī narkoloģisko pacientu un narkotiku lietotāju veselības aprūpes uzlabošanu. 2013.gada 14.novembrī spēkā stājās grozījumi likumā „Par narkotisko un psihotropo vielu un zāļu likumīgās aprites kārtību”, kur noteikts, ka ar SPKC lēmumu uz laikposmu līdz 12 mēnešiem no lēmuma spēkā stāšanās dienas var aizliegt vai ierobežot tādu jaunu psihoaktīvu vielu vai tās saturošu izstrādājumu izgatavošanu, iegādāšanos, glabāšanu, pārvadāšanu, pārsūtīšanu vai izplatīšanu, kuras nav iekļautas Latvijā kontrolējamo narkotisko vielu, psihotropo vielu un prekursoru sarakstos un par kurām ir iegūta informācija no Eiropas Agrīnās brīdināšanas sistēmas vai saņemts tiesu ekspertīžu iestādes atzinums par jaunām psihoaktīvām vielām.

Identificētās problēmas:

- Latvijā ir augsta saslimstība un mirstība no neinfekciju slimībām (t.sk.sirds un asinsvadu sistēmas slimībām, onkoloģiskajām slimībām, garīgās veselības traucējumiem), kuru attīstību lielā mērā ietekmē cilvēka dzīvesveids (uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un atkarību izraisošo vielu lietošana). Īpaši augsta priekšlaicīga mirstība ir vīriešiem.
- Iedzīvotāju (jo īpaši vīriešu) rūpes un zināšanas par savas veselības saglabāšanu, uzlabošanu un savlaicīgas slimību diagnostikas un ārstēšanas iespējām ir nepietiekamas.
- Lielai daļai Latvijas iedzīvotāju uztura paradumi nav veselīgi – dārzeņi, augļi un ogas uzturā tiek lietoti nepietiekoši, bet sāls tiek lietota pārlietu daudz, turklāt vīriešu uztura paradumi ir sliktāki nekā sievietēm.
- Vairumam Latvijas iedzīvotāju nav pietiekama fiziskā aktivitāte, jo trūkst motivācijas, izpratnes par fizisko aktivitāšu lomu veselības saglabāšanā, prasmes, iemaņas un resursi fizisko aktivitāšu realizācijai, kā arī nav pietiekami attīstīta un pieejama fiziskās aktivitātes veicinoša vide (piemēram, veloceliņi, pietiekams sporta zāļu un sporta laukumu skaits).
- Paslīktinās iedzīvotāju, it īpaši jauniešu, veselības rādītāji, ko ietekmē smēķēšanas, alkohola un narkotisko vielu (t.sk. jauno psihoaktīvo vielu) lietošanas izplatība, neveselīgie uztura paradumi un fizisko aktivitāšu trūkums.
- Sabiedrībā valda aizspriedumi pret cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, kas kavē šo cilvēku iekļaušanu sabiedrībā. Saglabājas augsti mirstības rādītāji (jo īpaši vīriešu) no pašnāvībām, pieaug to cilvēku skaits, kuri izjūt stresu, sasprindzinājumu un nomāktību.
- Cilvēki ar garīgās veselības problēmām laicīgi nevēršas pēc palīdzības primārajā veselības aprūpē, kā rezultātā garīgās veselības problēmas galvenokārt tiek diagnosticētas stacionārā līmenī.
- Latvijā vērojami izteikti augsti pret citiem skolēniem vērstas nīrgāšanās rādītāji skolēnu vidū.

Apakšmērķis: Samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību

Mērķa sasniegšanai nepieciešams:

- Turpināt īstenot politiku veselīgas izvēles veicināšanai sabiedrībā un padarīt veselīgu izvēli par vieglāko izvēli, piemēram, izmantojot nodokļu politiku un sabiedrības informēšanu.

¹⁵⁴ Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 14.marta rīkojumu Nr.98

- Turpināt īstenot vienotu politiku veselīga uztura veicināšanai, uzlabojot iedzīvotāju zināšanas par uztura nozīmi veselības saglabāšanā un uzlabošanā, veicinot sabalansēta un pilnvērtīga uztura pieejamību izglītības iestādēs, nodrošinot brīvpusdienas pamatskolas skolēniem, kā arī nodrošinot finansiālu atbalstu izglītojamo ar apstiprinātu ārsta diagnozi celiakija pamatizglītības iestādēs.
- Turpināt īstenot vienotu politiku fizisko aktivitāšu veicināšanai sabiedrībā, akcentējot tautas sporta veicināšanu, sekmējot iedzīvotāju iespējas nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm, nodrošinot fiziskās aktivitātes veicinošu vidi un infrastruktūru, izstrādājot atbalsta programmas fizisko aktivitāšu īstenošanai pašvaldību un sabiedrisko organizāciju līmenī, attīstot iedzīvotāju prasmes un iemaņas fizisko aktivitāšu realizācijai.
- Turpināt īstenot vienotu politiku dažāda veida atkarību izraisīto vielu (tabakas izstrādājumu, alkohola, narkotisko vielu (t.sk. jauno psihoaktīvo vielu)) lietošanas un atkarību procesu samazināšanai sabiedrībā, uzlabojot iedzīvotāju zināšanas par šo vielu kaitīgo ietekmi uz veselību, ierobežojot reklāmu un pieejamību, izstrādājot normatīvo regulējumu jaunu tabakas un citu atkarības vielas saturošu izstrādājumu izplatīšanas regulēšanai.
- Turpināt īstenot vienotu politiku garīgās veselības veicināšanai, izglītojot sabiedrību par garīgās veselības veicināšanas un profilakses jautājumiem, apmācot ģimenes ārstus darbam ar cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem, pilnveidojot garīgās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.
- Nodrošināt regulāru situācijas monitoringu, sabiedrības veselības pētījumus un analīzi par neinfekciju slimību un to riska faktoru izplatību sabiedrībā, lai nodrošinātu nozari ar informāciju par veselības riska faktoru un slimību izplatību.
- Īstenot mērķtiecīgus pasākumus veselības aprūpes un veselības veicināšanas pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanai ar mērķi samazināt saslimstību un mirstību no izplatītākajām neinfekciju slimībām (sirds un asinsvadu sistēmas slimībām, onkoloģiskajām slimībām, garīgās veselības traucējumiem).
- Palielināt pieejamību ietekmējamu ģenētiska riska faktoru noteikšanai un profilaksei ģimenēm ar pārmantotām slimībām.

3.3.Mātes, tēva un bērna veselība

3.3.1. Seksuālā un reproduktīvā veselība

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, kā arī dzīvesveida paradumi grūtniecības periodā. Tradicionāli joprojām tiek uzskatīts, ka grūtniecība un dzemdības attiecas tieši uz sievieti, taču topošā tēva līdzdalība bērna gaidīšanas procesā ir ļoti būtiska gan no ģimenes stiprināšanas, gan gaidāmā mazuļa garīgā un fiziskā veselības aspekta. Tādējādi ļoti svarīgi ir pievērsties arī vīrieša veselībai.

Reproduktīvās veselības rādītāji ir ļoti nozīmīgi indikatīvi rādītāji, kas raksturo visas sabiedrības veselības stāvokli. Ļoti būtiski reproduktīvās veselības un izglītošanas jautājumiem pievērsties jau pusaudžu vecumā.

Pusaudžu grūtniecība ir viens no rādītājiem, kas norāda uz pusaudžu informētību, prasmēm un atbildību reproduktīvās veselības jomā. Ik gadu Latvijā ap 200-300 mazuļu jeb 1,5-2% no visiem jaundzimušajiem piedzimst mātēm, kas ir jaunākas par 18 gadiem. Lai gan pēdējos gados vērojama rādītāju uzlabošanās (271 dzīvi dzimušais - 2012.gadā, salīdzinoši 518 - 2008.gadā), tomēr šī situācija vēlreiz aktualizē vajadzību palielināt jauniešiem draudzīgu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un norāda uz kontracepcijas izmantošanas informatīviem un ekonomiskiem šķēršļiem.¹⁵⁵

Tāpat jaunieši uzskatāmi par vienu no riska grupām HIV infekcijai, jo 30,7% (2012.gadā) pirmreizējo gadījumu ir vecuma grupā līdz 30 gadiem (2,9% - līdz 18 gadiem)¹⁵⁶. Prezervatīvu lietošana pasargā gan no STI (tai skaitā HIV infekcijas), gan nevēlamas grūtniecības. Kā liecina skolēnu paradumu pētījuma dati, Latvijā 86% zēnu un 77% meiteņu (15 gadu vecumā) norādījuši, ka pēdējo dzimumattiecību laikā izsargājušies, izmantojot prezervatīvu, savukārt hormonālo kontracepciju - 7% zēnu un 11% meiteņu¹⁵⁷.

Viens no rādītājiem, kas raksturo iedzīvotāju seksuālās uzvedības paradumus, ir abortu skaits. Mākslīgo abortu skaits (gan absolūtais, gan relatīvais) Latvijā samazinās - no 21,2 abortiem uz 1000 reproduktīvā vecuma sievietēm (15-49 gadi) 2007.gadā līdz 13,0 abortiem 2012.gadā. 2012.gadā mākslīgo abortu skaits 15-17 gadu vecumā bija 4,6 uz 1000 atbilstošā vecuma sievietēm (2008.gadā - 7,1), bet 18-19 gadus vecām sievietēm - 14,4 (2008.gadā - 24,2).¹⁵⁸ Tomēr, salīdzinot ar vidējo ES dalībvalstu rādītāju (216,3 aborti uz 1000 dzīvi dzimušajiem 2012.gadā), Latvijā tas aizvien ir ļoti augsts (311,5 aborti uz 1000 dzīvi dzimušajiem 2012.gadā).¹⁵⁹

Ievērojama loma grūtniecības komplikāciju izraisīšanā ir dzimumceļu infekcijām, kas nereti ir par iemeslu grūtniecības neiznēsāšanai un iedzimtām infekcijām. Inficēšanās risku ar tām paaugstina agrīna dzimumdzīves uzsākšana, bieža dzimumpartneru maiņa, nepietiekošas zināšanas par izsargāšanos no STI un dzimumhigiēnu. Smēķēšana, alkohols un atkarību izraisošās vielas atstāj negatīvu ietekmi gan uz grūtnieces veselību, gan augļa attīstību, kas nereti ir par iemeslu spontāniem abortiem, augļa orgānu sistēmu attīstības traucējumiem, priekšlaicīgām dzemdībām, neiznēsātu bērnu dzimšanai, nedzīvi dzimušiem bērniem un bērnu mirstībai pirmajā dzīves nedēļā. Tādējādi būtiski ir nodrošināt neiznestu bērnu veselības aprūpes pēctecību.

¹⁵⁵ Štāle M., Skrulle J. Latvijas iedzīvotāju veselība. SPKC, 2012, 112 lpp.

¹⁵⁶ HIV/AIDS gadījumu valsts reģistra dati, SPKC

¹⁵⁷ Inequalities in young people's health. HBSC International report from the 2005/2006 survey, WHO 2008

¹⁵⁸ SPKC dati, Valsts statistika spārskaits „Pārskats par antenētālo aprūpi, abortiem un kontracepciju”

¹⁵⁹ European Health for All Database (HFA-DB), WHO.

Aptuveni 10% no dzemdētājām ir smēķējušas grūtniecības laikā, 0,3% lietojušas alkoholu, bet 0,2% – narkotikas. Jaunākās vecuma grupās šo smēķējušo dzemdētāju īpatsvars ir īpaši augsts: 15-19 gadīgu dzemdētāju vidū smēķējušas ir pat 23%, 20-24 gadu vecuma grupā smēķējušas 15% dzemdētāju¹⁶⁰.

Negatīvi vērtējams fakts, ka kopš 2004.gada samazinājies to sieviešu īpatsvars, kuras stājušās grūtniecības uzskaitē līdz 12. grūtniecības nedēļai – 2003.gadā šis rādītājs bija 92,9%, 2007.gadā sasniedzot zemāko rādītāju 87,3%. Pēdējos divos gados rādītājs nedaudz pieaug 2012.gadā – 89,6%¹⁶¹.

Lai uzlabotu mātes un bērna veselību un samazinātu zīdaiņu mirstību, Veselības ministrija 2012. gadā izstrādāja un MK apstiprināja Mātes un bērna veselības aprūpes uzlabošanas plānu 2012.-2014. gadam. Plāns paredz uzlabot mātes un bērna veselības aprūpi, tostarp grūtnieču aprūpi, dzemdību vadīšanas procesu, ieviest monitoringa un analīzes sistēmu, lai operatīvi veiktu nepieciešamās izmaiņas perinatālās aprūpes sistēmā, kā arī valsts apmaksātu neauglības ārstēšanu.

Latvijā gandrīz katru gadu tiek reģistrēti mātes nāves gadījumi. Mātes mirstības relatīvais rādītājs nelielās valstīs ir ļoti svārstīgs – tā kā dzīvi dzimušo skaits ir salīdzinoši neliels, tad šo rādītāju (kas tiek rēķināts uz 100 000 dzīvi dzimušo) būtiski ietekmē ikviens mātes nāves gadījums. Latvijā tas variē no 4,6 uz 100 000 dzīvi dzimušiem 2005.gadā līdz 46,1 2009.gadā, kad tika reģistrētas 10 mātes nāves. 2012.gadā mātes mirstības rādītājs bija 20,5 uz 100 000 dzīvi dzimušo¹⁶². Mātes mirstības cēloņi, kas tieši saistīti ar grūtniecību, ir dažādi: aborti (ieskaitot kriminālos), placentas atslāņošanās, flebotromboze, u.c. Tāpat jāņem vērā, ka mātes nāve atsevišķos gadījumos nav tieši saistīta ar grūtniecību, piemēram, to izraisījusi onkoloģiska saslimšana vai gripa¹⁶³. Situācija ES valstīs ir ļoti atšķirīga, un arī katru gadu dati svārstās – 2011. gadā šis rādītājs Latvijai bija 5,4 uz 100 000 dzīvi dzimušiem (vidēji ES bija 5,7)¹⁶⁴

Latvijā tika izveidota mātes mirstības konfidencialās analīzes sistēma, kuras ietvaros tiek analizēts katrs grūtnieces nāves gadījums, meklējot nāves cēloņus un iespējas novērst līdzīgus gadījumus nākotnē.

Tāpat Mātes un bērna veselības aprūpes uzlabošanas plāns 2012.-2014. gadam paredz sākt analizēt perinatālās nāves gadījumus, lai noskaidrotu to cēloņus. Perinatālā mirstība (augļa bojāeja pirms dzemdībām, dzemdību laikā un jaundzimušā nāve pirmajā dzīves nedēļā) Latvijā samazinās, 2012.gadā sasniedzot 8,8 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušo.¹⁶⁵

Salīdzinot ar ES vidējo rādītāju, perinatālās mirstības rādītājs Latvijā joprojām saglabājas relatīvi augsts. 2011.gadā Latvijā tas bija 9,32, bet ES vidēji - 7,14 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušo.¹⁶⁶

2012.gadā Latvijā ir ieviesta arī valsts apmaksāta neauglības ārstēšana. Statistikas dati par neauglības problēmas sastopamību Latvijā nav pieejami, bet saskaņā ar attīstīto valstu pieredzi neauglīgi ir apmēram 10-15% pāru.¹⁶⁷ Atbilstoši plānotajam līdz 2014.gada beigām ir jābūt izveidotam centralizētam reģistram, kurā ietverta informācija par personām, kurām nepieciešama valsts atbalsta programma neauglības ārstēšanai, kā arī centralizētai spermas datu bankai. Tāpat neauglības problēmu risināšanai valsts kompensējamo zāļu sarakstā ir iekļauti medikamenti neauglības ārstēšanai un neauglības diagnostiskie izmeklējumi, un medicīniskās apaugļošanas

¹⁶⁰ Jaundzimušo reģistra dati, SPKC

¹⁶¹ SPKC dati

¹⁶² SPKC dati

¹⁶³ SPKC dati

¹⁶⁴ PVO Health for All datu bāze

¹⁶⁵ SPKC dati

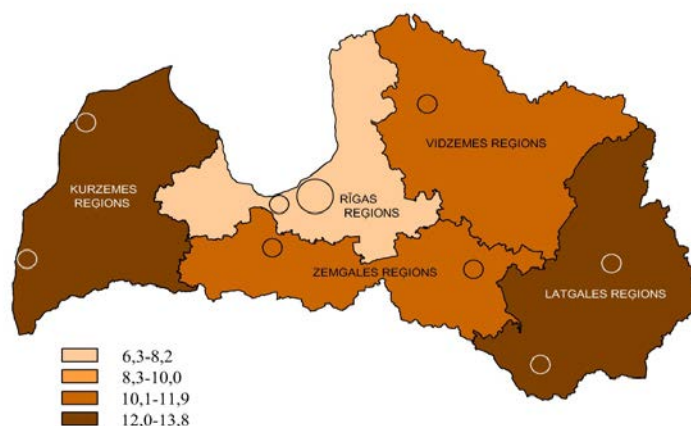
¹⁶⁶ PVO Health for All datu bāze

¹⁶⁷ Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. World Health Organizations, 1991, 73 p.

procedūras iekļautas valsts apmaksāto ārstniecības pakalpojumu sarakstā.¹⁶⁸ Neaoglības ārstēšanu 2012.gadā no valsts budžeta apmaksāja 50 pacientiem, 2013.gadā – 400 pacientiem, 2014.gadā – plānots apmaksāt 660 pacientiem. Līdz 2013.gada beigām šīs programmas rezultātā notikušas 31 valsts apmaksātas dzemdības. Dinamikā gaidāmo personu skaits pieaug.¹⁶⁹

3.3.2. Veselīgs dzīves sākums

Latvijas jaundzimušo, zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu (līdz 5 gadu vecumam) veselība un labklājība joprojām ir zemāka, salīdzinot ar situāciju vidēji ES valstīs.¹⁷⁰ Zīdaiņu mirstība ir viens no rādītājiem, kas raksturo gan mātes un bērna vispārējo veselības stāvokli, gan arī veselības aprūpi pirms un pēc dzemdībām, kā arī netieši raksturo sociāli ekonomiskos apstākļus valstī kopumā.



3.3.2.1. attēls. Perinatālā mirstība reģionos, uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem, 2012.gads
Avots: SPKC

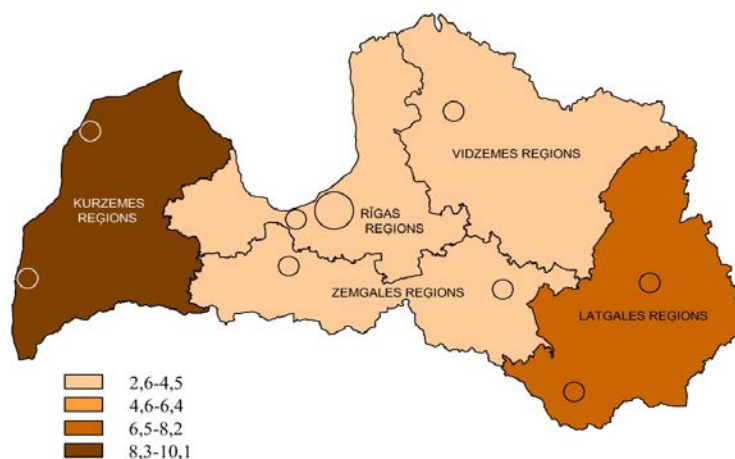
Neonatālo mirstību (līdz 28 dzīves dienām) vairāk ietekmē notikumi un aprūpe grūtniecības, dzemdību un neonatālā periodā laikā, kamēr postneonatālo mirstību vairāk ietekmē vecāku dzīves apstākļi, tai skaitā viņu sociāli ekonomiskais stāvoklis un viņu rūpes par bērnu.¹⁷¹

¹⁶⁸ MK 19.06.2012. rīkojums Nr.269 „Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.–2014.gadam”

¹⁶⁹ NVD dati

¹⁷⁰ Pārskats par bērnu stāvokli Latvijā 2011.gadā, LM, 2013

¹⁷¹ Latvijas Universitātes veiktais pētījums „Izvērtējuma veikšana Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam izstrādei” http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf



3.3.2.2. attēls. Neonatālā mirstība reģionos, uz 1000 dzīvi dzimušajiem, 2012.gads
Avots: SPKC

Kopš 2001.gada zīdaiņu mirstības (pirmajā dzīves gadā mirušie bērni) rādītājs (11,0 uz 1000 dzīvi dzimušo) samazinājās līdz 5,7 uz 1000 dzīvi dzimušiem 2010.gadā, taču palielinājās 2012.gadā līdz 6,4.¹⁷² Latvijā tas ir gandrīz divas reizes augstāks nekā vidēji ES.¹⁷³ Zīdaiņu mirstības galvenais cēlonis (apmēram 50 -60% no visiem pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem) ir noteikti perinatālā perioda stāvokļi (piemēram, intrauterīna hipoksija, iedzimta un aspirācijas pneimonija u.c.). Apmēram trešdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu nāves cēlonis ir iedzimtas anomālijas. Tāpat, neraugoties uz to, ka ārējie nāves cēloņi ir ierobežojami vai pat novēršami, arī tie joprojām ir zīdaiņu nāves iemesls.¹⁷⁴

Iedzimto anomāliju primārajā profilaksē ietverti faktori, kas bieži sastopami arī citu slimību gadījumā, kā arī faktori, kas ir specifiski iedzimtajām anomālijām. Tiek sagaidīts, ka stratēģijas drošākas pārtikas, vides un veselīga uztura paradumu un dzīvesveida veicināšanai, kā arī hronisko slimību ietekmes mazināšanai uz veselību samazinās iedzimto anomāliju, kā arī daudzu citu slimību izplatību. Tomēr šo stratēģiju īstenošanā nepieciešams pievērst īpašu uzmanību to nozīmīgumam periodā pirms grūtniecības iestāšanās un ap tās laiku. Pārtikas/uztura un dzīvesveida jomā jāpalielina folskābes līmenis organismā, uzņemot papildu folskābi periodā ap grūtniecības iestāšanos, veicinot pārtikas produktu lietošanu ar augstu dabīgo folātu saturu un atbilstošu ar folātu bagātināto pārtikas produktu lietošanu; jānovērš liekā ķermeņa masa/aptaukošanās un pārāk zema ķermeņa masa; jāveicina efektīva diētas un uztura informācijas sniegšana sievietēm reproduktīvajā vecumā, tādējādi samazinot vitamīnu un vitālo mikroelementu nepietiekamības un/vai pārdozēšanas risku; jāveicina tālāka ES pārtikas produktu drošuma stratēģiju realizēšana, lai novērstu pārtikas produktu piesārņošanu ar zināmām toksiskām vielām; jāmazina aktīva un pasīva smēķēšana; jāveicina izvairīšanās no alkohola lietošanas sievietēm, kas ir stāvoklī vai vēlas palikt stāvoklī.¹⁷⁵

Jaundzimušo un zīdaiņu veselības veicināšanā un infekcijas slimību profilaksē viens no būtiskākajiem faktoriem ir mātes piens. Bērnu īpatsvars, kuri zīdīti ar krūti līdz 6 mēnešiem,

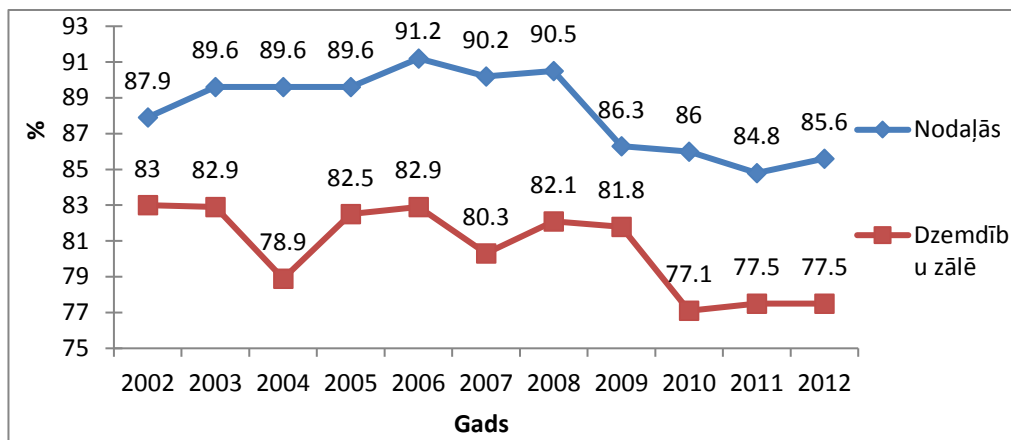
¹⁷² SPKC dati

¹⁷³ PVO Health For All datu bāze

¹⁷⁴ SPKC dati

¹⁷⁵ Ieteikumi iedzimto anomāliju primārajai profilaksei iekļaušanai nacionālajos plānos un stratēģijās reto slimību jomā.. http://www.orpha.net/national/data/LV-LV/www/uploads/IEA_profilakse_EUOCAT_EUROPLAN.pdf

pieaudzis no 46% 2007. gadā līdz 54% 2012.gadā¹⁷⁶. Pozitīvo tendenci bērnu krūts zīdīšanas rādītājos ietekmēja paveiktais izglītības un sabiedrības informēšanas darbs zīdīšanas veicināšanas pasākumu izstrādē un īstenošanā, kur būtiska loma ir tieši NVO, kuras aktīvi darbojas un sniedz atbalstu jaunajām māmiņām ar zīdīšanu saistītu problēmu risināšanā. Savukārt jaundzimušo ēdināšanas ar mātes pienu dzemdību iestādē īpatsvars pēdējos gados samazinājies (3.3.2.3.attēls).¹⁷⁷



3.3.2.3.attēls. Jaundzimušo ēdināšana ar mātes pienu dzemdību iestādē (%)

Avots: SPKC

Zīdīšanas veicināšanu ietekmē arī ārstniecības iestāžu darbība un ārstniecības personu kompetence. Lai uzlabotu ārstniecības personu kompetenci, tai skaitā zīdīšanas veicināšanas jomā, ir svarīgi izglītēt ārstniecības personas par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdīošām mātēm.

Lai sniegtu topošajiem un esošajiem jaunajiem vecākiem uz pierādījumiem balstītu informāciju par grūtniecības norisi un bērnu kopšanu, no 2014.gada aprīļa iedzīvotājiem ir pieejams jauns veselības nozares profesionāļu veidots portāls www.grutnieciba.lv.

Viens no zīdaiņu nāves cēloņiem ir arī zīdaiņu pēkšņās nāves sindroms (ZPNS) – mazuļa pēkšņa nāve, kurai netiek atrasts nekāds cits iemesls. Lai samazinātu risku saskarties ar traģiskajām sekām, zīdaiņu vecākiem ir jāievēro vairāki pasākumi bērna drošībai, kas ir saistīti ne tikai ar grūtniecības perioda riska faktoriem, kas ietekmē elpošanas sistēmas attīstību, bet arī bērna zīdīšanu, mātes un bērna saskari, kā arī bērna pieskatīšanu, bērna apkārtējās vides drošību.

Ņemot vērā minēto, ļoti svarīgas ir jauno vecāku zināšanas un iemaņas bērna kopšanas jautājumos un dzemdību iestāžu personāla sniegtā informācijas kvalitāte jaunajiem vecākiem.

Perinatālās, neonatālās un postneonatālās mirstības rādītājus, tāpat kā pārējos reproduktīvās veselības rādītājus, var ietekmēt gan mātes, gan tēva attieksme pret grūtniecību, abu vecāku dzīvesveids un veselības stāvoklis, topošo vecāku zināšanas par bērna kopšanu un traumu profilaksi, gan attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba kvalitāte un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība grūtniecības laikā un dzemdībās. Ievērojot minēto ir paredzēts izstrādāt un to ieviest perinatālās aprūpes tīkla attīstības vadlīnijas, lai topošajiem un esošajiem jaunajiem vecākiem, kā arī bērniem nodrošinātu kvalitatīvu, efektīvu, koordinētu un savstarpēji integrētu veselības pakalpojumu pieejamību.

¹⁷⁶ SPKC dati

¹⁷⁷ Jaundzimušo reģistrs, SPKC

Identificētās problēmas:

- Nepietiekamas iedzīvotāju, tai skaitā, pusaudžu un jauniešu, zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības, un STI profilakses jautājumiem.
- Nepietiekamas vecāku zināšanas (t.sk. attieksme) par atkarību izraisošo vielu lietošanas negatīvo ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību, par grūtnieces veselības aprūpes savlaicīgas uzsākšanas nozīmi un profilakses pasākumiem traumatisma mazināšanai bērniem.
- Nepietiekamas jauno vecāku zināšanas par bērnu kopšanu un drošību
- Nepietiekama ģimenes ārsta komandas iesaistīšanās jauno vecāku informēšanā par bērnu drošību.
- Latvijā, salīdzinoši ar ES vidējiem rādītājiem, ir augsta zīdaiņu mirstība.
- Trūkst zināšanu par iedzimtām anomālijām, tai skaitā metabolām slimībām, kā rezultātā netiek savlaicīgi noteikta diagnoze.
- Netiek nodrošināta neiznestu bērnu veselības aprūpes pēctecība.

Apakšmērķis: Uzlabot mātes, tēva un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību.**Mērķa sasniegšanai nepieciešams:**

- Īstenot vienotu politiku mātes, tēva un bērna veselības veicināšanai, uzlabojot grūtnieču un jaundzimušo aprūpi, veicinot bērnu zīdīšanu ar krūti un atbilstošu papildu ēdināšanu, veicinot grūtnieču un tēvu zināšanas par atkarības vielu lietošanas negatīvo ietekmi uz augļa attīstību, kā arī zināšanas par pareizu bērna kopšanu.
- Izglītēt sabiedrību (īpaši jauniešus) par reproduktīvās veselības jautājumiem un STI profilaksi, tai skaitā par kontracepcijas lietošanu, samazinot nevēlamu grūtniecību un STI gadījumu skaitu.
- Turpināt jauno vecāku informēšanu par bērnu kopšanas un drošības jautājumiem.
- Veicināt efektīvāku ģimenes ārsta komandas iesaistīšanos jauno vecāku informēšanā par bērnu drošību, tai skaitā traumatisma, pēkšņās nāves sindroma profilaksi.
- Paplašināt ģenētisko izmeklējumu iespējas, kas savlaicīgi identificētu iespējamos riska faktorus gan topošajiem vecākiem, gan jaundzimušajiem bērniem.
- Nodrošināt pēctecīgu veselības aprūpi neiznestiem bērniem, ieviešot veselības aprūpes pēctecības programmu, kura nodrošina uzraudzības nepārtrauktību ("follow up") programmu.
- Īstenot mērķtiecīgus pasākumus veselības aprūpes un veselības veicināšanas pakalpojumu pieejamības uzlabošanai ar mērķi samazināt saslimstību un mirstību veselības traucējumu dēļ, kas rodas perinatālajā un neonatālajā periodā.
- Nodrošināt regulāru apmācību ģimenes ārstiem un prenatalās aprūpes speciālistiem par iedzimto anomāliju profilaksi un diagnostiku.

3.4. Veselīga un droša vide

3.4.1. Dzīves un darba vide

Eiropas reģionā ik gadu vairāk nekā 1,7 miljoni nāves gadījumu (18% no visām nāvēm) ir saistīti ar vides faktoriem¹⁷⁸. Vides fizikālie, ķīmiskie un bioloģiskie faktori var būtiski ietekmēt dzīves kvalitāti un radīt veselības traucējumus, taču šo faktoru ietekmi uz veselību bieži vien ir grūti viennozīmīgi izmērīt, jo to ietekmes lielumi parasti ir zemi, tie iedarbojas visas dzīves laikā un tiem ir garš latentais periods, pēc kura parādās veselības traucējumi. Turklāt šo faktoru iedarbība var būt kompleksa, t.sk. kopā ar dažādiem dzīvesveida paradumiem. Tāpat Latvijā nav pietiekamu vides veselības jomas zinātnisko pētījumu, kas integrētu dažādas ietekmes, kurām cilvēks ir pakļauts dzīves laikā – apkārtējās vides faktori, dzīves un darba vides kvalitāte, iedzimtība, dzīvesveida paradumi u.c. ES un PVO stratēģiskie vides veselības politikas plānošanas dokumenti¹⁷⁹ akcentē vairākas prioritātes: bērnu veselības aizsardzība pret vides faktoru ietekmi, veselībai drošs dzeramais ūdens un peldūdeņi, sanitārie apstākļi, klimata pārmaiņu ietekme, āra un iekštelpu gaisa kvalitāte, slimību novēršana, ko rada vai varētu radīt dažādi citi fizikālie, ķīmiskie un bioloģiskie faktori vidē, t.sk. troksnis, nanotehnoloģijas, elektromagnētiskie lauki, kā arī darba vides riski, traumas, kā arī sabiedrības veselības apdraudējums, tai skaitā ķīmiskās katastrofas u.c. Minētie dokumenti arī akcentē teritorijas plānošanas un drošas vides nozīmi aktīva dzīvesveida veicināšanā un aptaukošanās un traumatisma mazināšanā. PVO ir uzsākusi pasākumus, lai veicinātu ietekmes uz veselību novērtējuma ieviešanu visās politikās. Pēdējos gados arvien lielāku lomu PVO vides politikas dokumentos ieņem jautājums par klimata pārmaiņu ietekmi uz veselību. Pamatā klimata pārmaiņām nav tiešas ietekmes uz sabiedrības veselības rādītājiem, tomēr tās saasina esošās sabiedrības veselības problēmas, piemēram ekstremālas gaisa temperatūras izmaiņas – karstuma viļņi veicina cilvēku mirstību no sirds asisnavdu sistēmas slimībām, savukārt aukstuma periodi pasliktina sociālo faktoru ietekmei pakļauto personu dzīves apstākļus un rada nosalšanas riskus. Arī citas ekstremālas klimata izpausmes, piemēram, plūdi, vētras utml. var saasināt sabiedrības veselības jautājumus, ietekmējot dzeramā ūdens vai peldvietu ūdens kvalitāti utml. Klimata izmaiņas arī veicina infekcijas slimību izplatības izmaiņas, piemēram, zarnu infekciju, gripas vai ērcu encefalīta sezonālās izmaiņas, kā arī līdz šim Latvijā maz zināmu infekciju aktualizēšanos. Ņemot vērā minēto, sabiedrība būtu jāinformē ne tikai par trokšņa, gaisa kvalitātes, ķīmisko vielu utml. vides faktoru ietekmi uz veselību, bet arī par klimata ietekmi uz veselību un pielāgošanos klimata izmaiņām, īpaši vēršot uzmanību šiem jautājumiem situācijās, kad ir gaidāmas ekstremālas klimata izpausmes.

Lai veicinātu bērnu veselībai drošas vides politikas veidošanu, PVO 2010. gadā ir uzsākusi dalībvalstu iesaisti skolu vides novērtēšanas pētījumos, lai apzinātu vides riska faktorus bērnu iestādēs. 2012/2013.gada mācību sezonas laikā VI ar PVO atbalstu veica minētā pētījuma pilotprojektu 4 Latvijas skolās. Latvijā veiktā pētījuma pilotprojekta rezultātā iegūtie dati parāda, ka skolās netiek nodrošināta pietiekami efektīga telpu vēdināšana un CO₂ koncentrācija nodarbību laikā pārsniedz 1000 ppm¹⁸⁰, arī starpbrīžos pie atvērta loga. Pētījums arī parāda, ka

¹⁷⁸ The European Health Report 2009. Health and health systems, WHO 2009

¹⁷⁹ Bērnu vides un veselības rīcības plāns Eiropai (CEHAPE) (2004); Eiropas vides un veselības ministru Parmas konferences 2010.gada 11.marta Deklarācija par vidi un veselību; Eiropas Otrās Vides un veselības rīcības programmas projekts (2010)

¹⁸⁰ Gaisa apmaiņas pietiekamības koncentrācijas ierobežojums – 1000 ppm*:

- teicama gaisa kvalitāte ≤ 400 ppm
- parasta gaisa kvalitāte 400 – 600 ppm
- pieņemama gaisa kvalitāte 600-1000 ppm

skolās nevienmēr tiek pietiekamā līmenī nodrošināta sanitāro telpu un ierīču uzturēšana un apkope, lai nodrošinātu roku mazgāšanas iemaņu veicināšanu utml. Ņemot vērā minēto, ir jāturpina vides faktoru apzināšana arī citās Latvijas skolās.

Papildus pētījumi dod iespēju apzināt skolu iekštelpu gaisa kvalitāti, ventilācijas efektivitāti, mitruma un pelējuma klātbūtni, kas ir viens no elpošanas ceļu un alerģiska rakstura slimību veicinātājiem, sniedz iespēju arī apzināt pasīvās smēķēšanas problēmu skolās, kā arī dod priekšstatu par sanitāro kvalitatīva dzeramā ūdens pieejamību un drošuma prasību ievērošanu skolās. Šāds pētījums būtu nepieciešams, lai apzinātu skolu vides kvalitātes problēmas Latvijā un, pamatojoties uz šiem datiem, sniegtu rekomendācijas skolotājiem un pašvaldībām skolu būvniecības procesam.

Saskaņā ar *Eurobarometer* pētījumiem, 80% Latvijas iedzīvotāju, vērtējot savu attieksmi pret vidi, uzskata to par būtiskāko un svarīgāko dzīves vidi ietekmējošo faktoru¹⁸¹. Savukārt, izvērtējot konkrēto vides faktoru ietekmi uz veselību, 56 % Latvijas iedzīvotāju uzskata, ka viņu veselību ietekmē mājokļa kvalitāte kopumā, bet 24 % uztraucas par ķīmisko vielu nelabvēlīgo ietekmi. Cits pētījums liecina, ka 28 % Latvijas iedzīvotāju kā traucējošu izjūt gaisa piesārņojumu dzīvesvietas apkārtnē, bet savukārt 37 % dzīves vietā traucē troksnis - visvairāk Rīgā, kur no pārmērīga trokšņa cieš 46 % iedzīvotāju¹⁸². Par visbiežāko trokšņa iemeslu iedzīvotāji norāda satiksmes troksni (76 % gadījumu).

Lai veidotu pamatu vides kvalitātes saglabāšanai un atjaunošanai, kā arī dabas resursu ilgtspējīgai izmantošanai, vienlaicīgi ierobežojot kaitīgo vides faktoru ietekmi uz cilvēka veselību, Ministru kabinets ir apstiprinājis Vides politikas pamatnostādnes 2014.-2020.gadam¹⁸³¹⁸⁴, kurās atsevišķi jautājumi attiecībā uz ūdens kvalitāti, klimata pārmaiņām, vides monitoringu u.c. atspoguļo tieši vides veselības politikas jautājumus.

Pēc Valsts darba inspekcijas datiem, kopš 2009.gada novērojama tendence palielināties nelaimes gadījumu skaitam darba vietās no 1203 (2009.gadā) līdz 1594 gadījumiem 2013.gadā. Nelaimes gadījuma darbā skaita pieaugums liecina gan par ekonomiskās aktivitātes pieaugumu pēc ekonomiskās krīzes, jo pieauga nodarbināto skaits, bet darba apstākļi ne vienmēr tika nodrošināti droši un veselībai nekaitīgi, gan par to, ka darba devēji un nodarbinātie kļūst izglītotāki par saviem pienākumiem un iespējām saņemt sociālās garantijas, tāpēc mazāk tiek slēpti darbā notikušie nelaimes gadījumi. Tomēr ņemot vērā, ka nelaimes gadījumu skaits darba vietās uz 100 000 nodarbinātajiem arī ir palielinājies no 137,77 gadījumiem 2009.gadā līdz 201,8 gadījumiem 2013.gadā, kā arī smagu nelaimes gadījumu un nāves gadījumu skaits attiecīgi palielinājies no 20,04 un 3,66 uz 100 000 nodarbinātajiem 2009.gadā līdz 27,71 un 3,67 uz 100 000 nodarbinātajiem 2013.gadā, jāsecina, ka ne visās darba vietās tiek nodrošināti pietiekami droši apstākļi un ir jāturpina gan darba devēju, gan nodarbināto izglītošana par darba drošības jautājumiem. Turklāt, attiecībā uz kopējo nelaimes gadījumu skaita salīdzinājumu ar ES valstīm un tā samazināšanos, Latvijā joprojām ir ārkārtīgi zems reģistrētais kopējais nelaimes gadījumu skaits, kas galvenokārt saistāms ar faktu, ka Latvijā netiek reģistrēti un izmeklēti visi darbā

*ASHRAE standarts

¹⁸¹ Eurobarometer aptauja, Special „Electromagnetic fields”, 2007

¹⁸² Vides faktoru ietekme uz veselību. Latvijas iedzīvotāju aptaujas rezultāti. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra” (Šobrīd - SPKC), 2008.

¹⁸³ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2014.gada 26.marta rīkojumu Nr.130

¹⁸⁴ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2014.gada 26.marta rīkojumu Nr.130

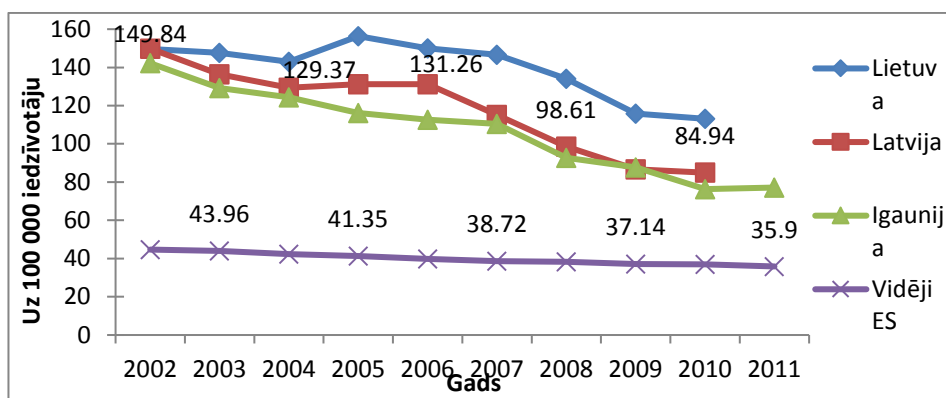
notikušie nelaimes gadījumi. Nelaimes gadījumu slēpšana, neizmeklēšana un neregistrēšana veicina invaliditātes rašanos un pazeminātas darbības cietušajiem, kuriem nav tiesības saņemt valsts apmaksātu ārstēšanu un rehabilitāciju.

Savukārt pēc Latvijas Valsts arodslimnieku reģistra datiem arodslimību skaits kopš 2009.gada ir ievērojami samazinājies: no 1580,6 uz 100 000 darbiniekiem līdz 1010,2 uz 100 000 darbiniekiem. Tomēr pieaug ielaistās stadijās reģistrēto arodslimību skaits, kas lielā mērā saistāms ar cilvēku novēlotu vēršanos pie arodslimību ārsta un nepietiekošu citu ārstniecības personu informētību par darba vides kaitīgo faktoru ietekmi uz cilvēka veselību. Latvijā tāpat kā pasaulē, kopš 1993.gada arodslimību struktūra ir mainījusies un strauji pieaugusi saslimstība ar fizisko pārslodžu izraisītām arodslimībām, bet praktiski izzudušas ķīmisku vielu vai putekļu izraisītās slimības. Mūsdienās visbiežāk arodslimības izraisa biomehāniskie faktori, piemēram, piespiedu darba pozas, smagumu pārvietošana, fiziskās pārslodzes, kas ir vairāk kā 75% gadījumu un fizikālie faktori (piemēram, troksnis, vibrācija u.c.) apmēram 20% gadījumu¹⁸⁵. Aizvien aktuālāki darba vidē kļūst psihoemocionālo faktoru, tai skaitā emocionālās slodzes radītie veselības traucējumi. Ņemot vērā esošo situāciju LM kā nozares vadošā institūcija ir paredzējusi izstrādāt politikas dokumentu, kurā iekļaus šādus jautājumus darba aizsardzības prasību ieviešanai mazajos un vidējos uzņēmumos, ar darbu saistīto slimību profilaksei, samazinot gan jauno, gan klasisko darba vides riska faktoru ietekmi un darbaspēka novecošanos. Līdz ar to tiktu paredzēti pasākumi arī minēto problēmu risināšanai. Ņemot vērā minēto, vairāk būtu jāizglīto darba devēji un darbinieki par darba vietu ergonomiskumu un darba organizāciju, lai novērstu fiziskās pārslodzes.

3.4.2. Ārējie nāves cēloņi un traumatisms

Ārējie nāves cēloņi ir viena no trim galvenajām iedzīvotāju nāves cēloņu grupām – aizsirds un asinsvadu sistēmas slimībām un ļaundabīgiem audzējiem. Ārējo nāves cēloņu dēļ Latvijā katru gadu tiek zaudēti vairāk nekā 40 tūkstoši PZMG līdz 64 gadu vecumam. PZMG cēloņu struktūrā ārējie nāves cēloņi ieņem pirmo vietu – 28% no visiem PZMG (līdz 64 gadu vecumam)¹⁸⁶.

Latvijā mirstība no ārējiem nāves cēloņiem ir apmēram divas reizes lielāka nekā vidēji ES. Pēdējos desmit gados šis rādītājs samazinās gan Latvijā, gan ES.¹⁸⁷



3.4.2.1.attēls Standartizētā mirstība ES valstīs no ārējiem cēloņiem, uz 100 000 iedzīvotājiem
Avots: PVO, European Health for All datubāze

¹⁸⁵ Latvijas Valsts arodslimnieku reģistra dati

¹⁸⁶ SPKC Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze

¹⁸⁷ PVO Health for All datubāze

Laika periodā no 2002. gada līdz 2011. gadam Latvijā nāves gadījumu relatīvais skaits no ārējiem cēloņiem samazinājies apmēram uz pusi. Visstraujāk (par 62%) samazinājusies transporta negadījumu izraisītā nāve - no 26,1 2002.gadā līdz 9,9 uz 100 000 iedzīvotāju 2012. gadā. 2012. gadā vērojams kopējās mirstības no ārējiem cēloņiem pieaugums, salīdzinot ar 2011.gadu. 2012. gadā mirstība pieaugusi nejaušas saindēšanās, vardarbības, pašnāvības, transporta nelaimes gadījumu dēļ. Samazināšanās tendences 2012. gadā vērojamas ugunsgrēkos un kritienu rezultātā bojāgājušo skaita dinamikā¹⁸⁸.

Bērniem vecuma grupā no 1 līdz 5 gadiem ārējie nāves cēloņi ir viens no nozīmīgākajiem nāves iemesliem. Mirstība no ārējiem cēloņiem pēdējo 10 gadu laikā šajā vecuma grupā ir samazinājusies gandrīz 10 reizes: no 84.2 gadījumiem uz 100 000 bērniem šajā vecuma grupā (2012.gadā) līdz 8.6 uz 100 000 2012.gadā. Biežākie ārējie nāves cēloņi šajā vecumā ir noslīkšana, nosmakšana un kritieni. Visbiežākais traumu veids vecuma grupā 0-4 gadiem ir apdegumi, applaucējumi, lūzumi un sasitumi, kas arī apliecina biežākos traumu gūšanas mehānismus – kritieni, applaucēšanās ar karstiem šķidrumiem, apdegumi ar ķīmiskām vielām vai no karstiem priekšmetiem. Lielākā daļa traumu – (84%) ir iegūtas mājās. Šajā vecumā risku rada arī veselībai bīstamu ķīmisku vielu pieejamība, kas var izraisīt saindēšanos vai ķīmiskus apdegumus. Katru gadu vairāk kā 10 bērni līdz 4 gadu vecumam ir ārstējušies slimnīcā dēļ saindēšanās.¹⁸⁹

Arī bērniem vecumā virs pieciem gadiem nozīmīgi ir ārējie nāves cēloņi — tie ir iemesls gandrīz pusei nāves gadījumu¹⁹⁰ Pēdējo 10 gadu laikā bērnu mirstība šo cēloņu dēļ mazinājusies. Biežākais nāves iemesls šajā vecuma grupā ir satiksmes negadījumi, bet nozīmīga arī ir noslīkšana un tišs paškaitējums. Arī šajā vecuma grupā lielākais traumu īpatsvars tiek iegūts mājās - apmēram 50% traumu, otrajā vietā ir transporta zonā gūto traumu skaits – 15%, sporta pasākumos – 14% un skolā – 10%.¹⁹¹

Bērniem galvenais traumu iemesls ir nedroša vide un nepietiekama vecāku atbildība. Piemēram, peldēšana nepiemērotās vietās ir risks nelaimes gadījumiem uz ūdens, tādēļ labiekārtotu peldvietu pieejamība, kur ir informācija arī par drošības pasākumiem un glābšanas dienestiem, mazinātu nelaimes gadījumu skaitu. Bērnu drošību ietekmē arī rotaļlietu un dažādu māsaimniecības ikdienas preču drošība, piemēram, māsaimniecību cauruļu tīrīšanas līdzekļu, grila šķidrumu vai šķidro ziepju nejauša iedzeršana, dažādi priekšmeti, kas satur baterijas un magnētus, ēdienam līdzīgi priekšmeti, šķiltavas. Lai izvairītos no nelaimes gadījumiem, nozīmīgs ir vecāku izglītošanas darbs par bīstamajiem ķīmiskajiem maisījumiem mājās un to pareizu uzglabāšanu VI savā mājas lapā katru gadu atgādina būtiskas lietas darbībām ar bīstamiem ķīmiskiem maisījumiem. Jāņem vērā, ka tas ir nepārtraukti veicams uzdevums gan profilaktiski, gan arī saņemot informāciju par jau notikušiem nelaimes gadījumiem.

ES tiek veiktas daudzas aktivitātes produktu drošības jomā, kas ir saistītas ar bērnu aizsardzību¹⁹². Latvijā nepietiekami identificētas un bērniem bieži pieejamas ir bērnu drošībai bīstamas preces, kas apkopotas EK bīstamo preču ziņojuma (RAPEX¹⁹³) ietvaros. Izstrādājumu, tai skaitā rotaļlietu, drošuma uzraudzības¹⁹⁴ jomā ieguldījumu ir devis PTAC, kas 2009.gadā ar ES finansiālu atbalstu izveidoja Patērētāju Traumu ziņojumu telefonu. Veselības inspekcija RAPEX sistēmā strādā ar ziņojumiem par cilvēka veselībai bīstamiem ķīmiskiem maisījumiem un kosmētikas līdzekļiem, tai skaitā tādiem, kas var tikt sajaukti ar pārtikas produktiem un

¹⁸⁸ SPKC dati

¹⁸⁹ Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrs par pacientiem, kuri guvuši traumas, SPKC

¹⁹⁰ Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC

¹⁹¹ Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrs par pacientiem, kuri guvuši traumas, SPKC

¹⁹² General Product Safety Directive 2001/95/EC

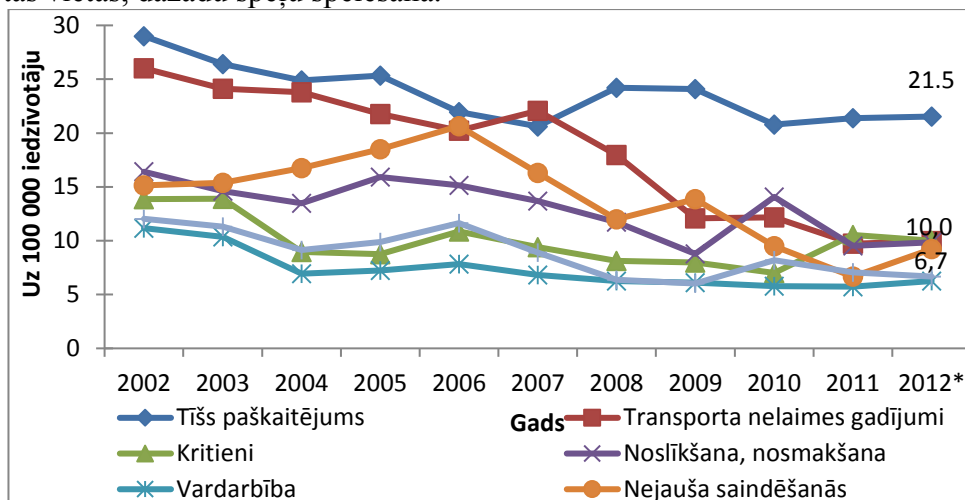
¹⁹³ Rapid Alert System for Non-Food Products

¹⁹⁴ Ministru kabineta 2011.gada 15.februāra noteikumi Nr.132 "Rotaļlietu drošuma noteikumi"

piesaistīt bērnu uzmanību, un veic pasākumus bīstamu produktu izņemšanu no tirgus. Tāpat arī Latvijā ir aizliegta koncentrētas (virs 10% masas vienības) etiķa esences mazumtirdzniecība ar mērķi samazināt etiķa esences izraisītus ķīmiskos apdegumus.

PTAC veic regulāru rotaļlietu, bērnu preču un pakalpojumu uzraudzību Latvijā. Preces, kurām ir konstatēts nopietns risks un tās atbilst paziņošanas kritērijiem (identificējamas, varētu būt arī citās ES valstīs), ir paziņotas ES ātrās paziņošanas sistēmā nepārtikas nedrošajām precēm RAPEX. PTAC katru gadu konstatē augstu neatbilstību skaitu rotaļlietām, no 2011.-2013.gadam vidēji 52 % pārbaudīto rotaļlietu neatbilda prasībām. Latvijā katru gadu palielinās traumu guvušo bērnu skaits, Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas dati liecina, ka 2010.gadā palīdzība sniegta 16 263 bērniem, 2011.gadā jau 19 144 bērniem, bet 2012.gadā palīdzību saņēma jau 19 706 bērni. Bērnu ķirurgi atzīst, ka viena no izplatītākajām traumu gūšanas vietām ir spēļu laukumi. PTAC, veicot spēļu laukumu uzraudzību atbilstoši Preču un pakalpojumu drošuma likuma prasībām, ir konstatējis būtiskus drošuma trūkumus Latvijas pašvaldību pārziņā esošajos spēļu laukumos. Sadarbībā ar vietējām pašvaldībām ir nepieciešams uzlabot kopējo spēļu laukumu drošību valstī. Kopējais bērnu traumatisms valstī liecina par nepieciešamību papildus izglītēt bērnu vecākus, bērnus un pedagogus. Latvijā būtu nepieciešami mērķtiecīgi traumu samazināšanas pasākumi, tomēr, lai tos varētu noteikt, būtu nepieciešama padziļināta traumu analīze, lai noskaidrotu un apkopotu precīzus to iemeslus. Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrs par pacientiem, kuri guvuši traumas, nesniedz pietiekamu informāciju par bīstamu preču radītiem nelaimes gadījumiem. Bez tam šajā reģistrā ir tikai informācija par traumām, ar kurām persona ir nonākusi ārstniecības iestādē, bet nav datu par ambulatoriem gadījumiem, kas ir lielākā daļa no šādām traumām. Līdz ar to svarīgi būtu ne tikai uzlabot ziņošanu no ārstniecības personu puses, bet ziņošanā par bīstamu preču izraisītām traumām iesaistīt sabiedrību.

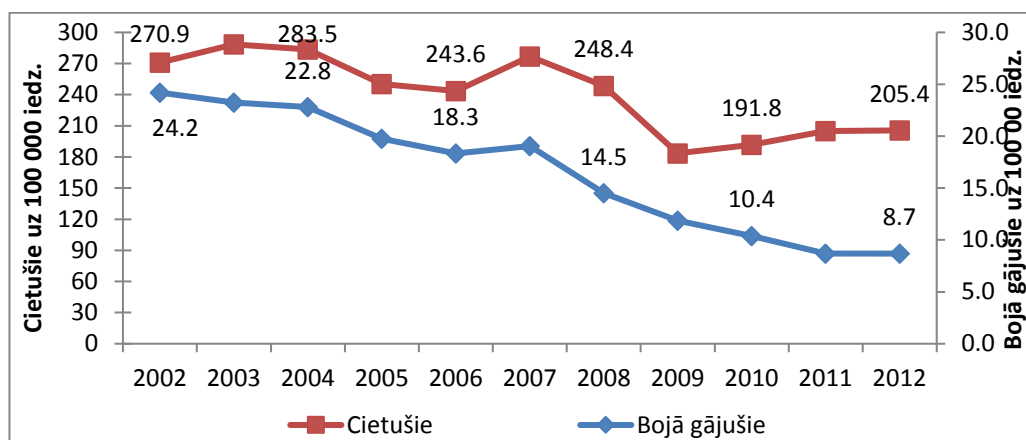
Pusaudžu vecumā ir raksturīgi ievainojumi, kas gūti fiziskās aktivitātēs. Pēc pētījuma datiem pēdējā gada laikā traumas guvuši gandrīz puse no aptaujajamiem skolēniem 11, 13 un 15 gadu vecumā.¹⁹⁵ Vislielākais gūto traumu īpatsvars vērojams neformālās sporta nodarbībās un fiziskās aktivitātēs – braukšanā ar velosipēdu, slidošanā un skrituļslidošanā bez aizsarglīdzekļiem, braukšanā ar motorizētiem pārvietošanās līdzekļiem pirms tiesību iegūšanas, peldēšanās nepiemērotās vietās, dažādu spēļu spēlēšana.



3.4.2.2.attēls *Mirstība no ārējiem cēloņiem, uz 100 000 iedzīvotājiem visās vecuma grupās*
Avots: SPKC

¹⁹⁵ Skolēnu veselības paradumu pētījuma (HBSC) 2009./2010.māc.gada aptaujas dati, SPKC

Neraugoties uz samazinājumu, vēl joprojām būtisks ārējais nāves cēlonis Latvijā ir transporta negadījumi. Latvijā ir viens no augstākajiem mirstības rādītājiem transporta negadījumos ES, atpaliekot tikai no Lietuvas, Polijas, Rumānijas un Grieķijas,¹⁹⁶ tomēr, izvērtējot 10 gadu periodā (2000.-2010.), Latvijai ir viens no augstākajiem satiksmes negadījumu samazināšanās īpatsvaram Eiropas savienībā – 10%, tāds pats rādītājs ir tikai Igaunijai. Pateicoties dažādām izglītojošām kampaņām un administratīvām sankcijām, kopš 2002. gada transporta negadījumos bojāgājušo rādītājs ir samazinājies gandrīz trīs reizes.¹⁹⁷ Ik gadu ceļu satiksmes negadījumos bojā iet arī bērni (2012.g. 11 bērni), tajā skaitā – bērni līdz 5 gadu vecumam. Par iespējam sasniegt pozitīvus rezultātus traumatisma un ārējo nāves cēloņu izraisītu nāves gadījumu samazināšanas jomā liecina Ceļu satiksmes drošības programmas 2007.-2013.gadam¹⁹⁸ realizācija, kuras rezultātā ievērojami samazinājusies mirstība ceļu satiksmes negadījumos (3.4.2.3. attēls).



3.4.2.3.attēls Ceļu satiksmes negadījumos bojā gājušo un ievainoto skaits, uz 100 000 iedzīvotāju Avots: CSDD

Pēc CSDD datiem ceļu satiksmes negadījumos ievainoto un bojāgājušo bērnu skaits dinamiskā ir svārstīgs.¹⁹⁹ Kā liecina pētījuma 2012.gada aptaujas dati, bērnu sēdekliņš, pārveidojot mazus bērnus, gandrīz vienmēr lietojuši 87,6% respondentu (no tiem, kuriem ir bērni, mazbērni attiecīgajā vecumā).²⁰⁰

Ministru kabinets ir apstiprinājis „Ceļu satiksmes drošības plānu 2014.-2016.gadam”, kurā ir noteikti mērķi, pasākumi un konkrēti sasniedzamie rezultāti satiksmes drošības, tai skaitā bērnu satiksmes drošības veicināšanai.

Pēc PVO aprēķiniem 68% jeb vairāk nekā divi no trīs traumatisma gadījumiem (tai skaitā ar letālām sekām) ir novēršami, bērnu vecumā šis novēršamo traumu īpatsvars ir pat lielāks²⁰¹.

Traumu, ievainojumu un mirstības iemesls ir arī tīšs kaitējums – vardarbība un paškaitējums. Viena no aktuālākajām mūsdienu sabiedrības problēmām ir vardarbība ģimenē, kas ir saistīta ar vardarbību partneru starpā, vardarbību pret bērnu un vardarbību pret gados veciem cilvēkiem. Vardarbība ģimenē izpaužas gan kā fiziska, gan emocionāla vardarbība. Par vardarbību tiek uzskatīta arī bērnu atstāšana novārtā.

Pieejamie statistikas un pētījumu dati par vardarbību neparāda patieso vardarbības izplatību Latvijā; tie atspoguļo nelielu problēmas redzamo daļu (līdzīgi kā tas ir ar traumatismu vispār).

¹⁹⁶ PVO Health for All datubāze

¹⁹⁷ SPKC dati

¹⁹⁸ Apstiprināta ar Ministru kabineta 2007.gada 13.aprīļa rīkojumu Nr.209

¹⁹⁹ CSDD dati

²⁰⁰ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2012. SPKC

²⁰¹ SPKC dati

Pēdējo 10 gadu laikā mirstība no vardarbības samazinās, 2012.gadā vardarbīga uzbrukuma rezultātā mirušas 129 personas. Lielākais no vardarbības mirušo īpatsvars ir vecumā no 25 līdz 60 gadiem. Pēc Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem, kuri guvuši traumas un ievainojumus, datiem ievainojumus vīra, sievas vai partnera dēļ 2012.gadā guvušas 164 personas²⁰².

PVO ir atzinusi, ka vardarbība pret sievietēm un bērniem, kuras izplatītākās formas ir partnera vardarbība, fiziskā, seksuālā, psiholoģiskā vardarbība un pamešana novārtā, ir būtisks sabiedrības veselības un cilvēktiesību jautājums. Daudzi PVO veiktie pētījumi²⁰³ parāda vardarbības izplatību pasaulē un tās kaitīgo ietekmi uz veselību gan īstermiņā, gan ilgtermiņā. Stratēģijā „Veselība 2020” vardarbība ir minēta kā viena no veselības determinantēm, kas ietekmē veselību un veicina nevienlīdzību veselības jomā.

Lai veicinātu ārstniecības personu iesaistīšanos vardarbības mazināšanas pasākumos PVO 67. Pasaules Veselības Asambleja 2014.gada 24.maijā pieņēma rezolūciju par veselības sektora lomas veicināšanu vardarbības, īpaši attiecībā pret sievietēm un meitenēm, un bērniem, mazināšanā. Rezolūcijā izteikts aicinājums dalībvalstīm rūpēties, lai vardarbības upuriem būtu pieejama savlaicīga un efektīva veselības aprūpe, kā arī, lai tiktu veicināta veselības sektora sadarbība ar citiem iesaistītajiem sektoriem, lai tiktu apzināta vardarbības radītā ietekme uz veselību, lai tiktu vecinātas veselības aprūpes speciālistu zināšanas un iemaņas vardarbības atpazīšanai un palīdzības sniegšanai.

PVO norāda, ka veselības sektors ikdienā sastopas ar vardarbības radītām sekām un tas prasa lielus ieguldījumus no veselības sektora. Savukārt vardarbības mazināšanas pasākumi lielākā mērā ir citu sektoru darbības joma – sociālās, iekšlietu, tiesiskuma, izglītības. Kā efektīvi vardarbības mazināšanas pasākumi ir atzītas izglītojošas programmas skolās ar mērķi novērst vardarbību jauniešu vidū (*dating violence*), pasākumi sliktas apiešanās ar bērniem un jauniešiem gadījumu atpazīšanai un novēršanai, kā arī pasākumi, lai mazinātu alkohola patēriņu. Veselības sektora loma vardarbības mazināšanā ir agrīna vardarbības gadījumu konstatēšana, savlaicīga un kvalitatīva veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana un atbalsta sniegšana, kā arī vardarbības datu analīze, lai apzinātu vardarbības radītās sekas uz veselību. Lai veselības aprūpes speciālisti varētu efektīvāk veikt minētos pasākumus, ir nepieciešama ārstniecības personu apmācība par vardarbības gadījumu pazīmēm, atbalsta sniegšanas iespējām vardarbības upuriem, sadarbību ar citiem sektoriem. Nozīmīga arī ir vardarbības upuriem savlaicīgas un atbilstošas veselības aprūpes saņemšana un atbalsta nodrošināšana, kā arī operatīvai iesaistīto institūciju informēšanai, lai uzsāktu agrīnu gadījumu risināšanu.

Lai nodrošinātu aktīvāku ārstniecības personu iesaistīšanos vardarbības mazināšanas jautājumos, 2011.gada 1.janvārī stājās spēkā grozījumi Ārstniecības likumā, kas nosaka, ja ārstniecības iestāde sniedz palīdzību pacientam un ir pamats uzskatīt, ka pacients cietis no vardarbības, ārstniecības iestāde nekavējoties, bet ne vēlāk kā 12 stundu laikā paziņo par to Valsts policijai, kā arī, ja ārstniecības iestāde sniedz palīdzību nepilngadīgam pacientam un ir pamats uzskatīt, ka pacients cietis no pienācīgas aprūpes un uzraudzības trūkuma vai cita bērnu tiesību pārkāpuma, ārstniecības persona par to ziņo Valsts policijai.

Nemot vērā jautājuma aktualitāti un ietekmi uz sabiedrības veselību ir nepieciešams turpināt veselības sektora dalību vardarbības mazināšanas jautājumos, apzinot vardarbības ietekmi uz veselību, veicot datu analīzi un pētījumus, uzlabojot veselības aprūpes speciālistu zināšanas un

²⁰² SPKC dati

²⁰³ Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence

īeimaņas darbam ar vardarbības upuriem, kā arī padarot efektīvāku starpinstitūciju sadarbību un informācijas apriti par vardarbības gadījumiem.

Identificētās problēmas:

- Vides veselības jomas zinātnisko pētījumu trūkums traucē novērtēt vides faktoru ietekmi uz cilvēka veselību. Nav pietiekamā apjomā nodrošināts vides faktoru ietekmes novērtējums uz veselību.
- Nav apzināta skolu vides kvalitāte un ietekme uz bērnu veselību
- Sabiedrībā novērojams informācijas trūkums par vides riska faktoriem, kas cilvēkiem neļauj objektīvi izvērtēt dažādu ietekmes faktoru potenciālo risku veselībai.
- Zema iedzīvotāju informētība par darba vides riska faktoriem un to ietekmi uz veselību (jautājumus, kas saistīti ar darba vides risku ierobežošanu un novēršanu, šīs pamatnostādnes nerisina, jo tie ir iekļauti attiecīgās jomas politikas plānošanas dokumentos).
- Augsts traumatisma līmenis, ko var novērst, veicinot vides drošību. Traumas un vardarbība ir viens no biežākajiem iemesliem ilgstošai darba nespējai vai invaliditātei, kā arī ir liels slogs veselības aprūpes sistēmai.
- Netiek nodrošināta pietiekamā apjomā bīstamu preču radīto traumu analīze, lai noskaidrotu un apkopotu precīzus to iemeslus un izstrādātu pasākumus to novēršanai.

Apakšmērķis: Veicināt veselīgu un drošu vidi, samazināt traumatismu un mirstību no ārējiem nāves cēloņiem.

Mērķa sasniegšanai nepieciešams:

- Apzināt vides riska faktoru ietekmi uz veselību, informēt sabiedrību par vides riska faktoriem, tai skaitā klimata pārmaiņām un iespējām mazināt to kaitīgo ietekmi uz veselību, ņemot vērā šo faktoru ietekmi arī teritorijas plānošanas procesā.
- Uzraudzīt vides kvalitāti un faktorus, kas ietekmē bērnu veselību bērnu pirmsskolas un izglītības iestādēs un nodrošināt bērnu un bērnu iestāžu darbinieku informēšanu par vides faktoru ietekmi uz veselību to ietekmes novēršanas iespējām.
- Traumatisma profilaksei veicināt drošas apkārtējās vides izveidi, uzlabot iedzīvotāju zināšanas par iespējām izvairīties no traumām sadzīvē, atpūšoties un nodarbojoties ar fiziskām un sporta aktivitātēm, par pareizu rīcību traumu gadījumā un veicinot drošas apkārtējās vides izveidi. Kā arī uzlabot esošo datu analīzi, apzinot dažādus datu avotus par bīstamu preču izraisītiem nelaimes gadījumiem, lai nodrošinātu padziļinātu šo nelaimes gadījumu analīzi un izstrādātu pasākumus to novēršanai.
- Īstenot pasākumus vardarbības mazināšanai, tai skaitā izglītojot sabiedrību un ārstniecības personas un veicinot veselības sektora sadarbību ar citiem iesaistītajiem sektoriem.

3.5. Infekcijas slimības

Vairāku infekcijas slimību izplatība daudzās pasaules un ES valstīs, tai skaitā Latvijā, ir pārtraukta, ierobežota vai pilnībā likvidēta, ieviešot jaunas efektīvas vakcīnas, pilnveidojot epidemioloģiskās uzraudzības sistēmu, kā arī efektīvi koordinējot starptautisku rīcību epidēmiju gadījumos. Tai pašā laikā joprojām pastāv epidēmiju riski, jo infekcijas slimības mūsdienās pasaulē izplatās ātri, nerespektējot valstu robežas un dzīves līmeni valstī. SARS uzliesmojums 2003.gadā, pandēmiskās gripas izplatīšanās 2009.gadā un poliomielīta uzliesmojums Tadžikistānā 2010.gadā liecina, ka infekcijas slimības var izraisīt nopietnus un negaidītus apdraudējumus sabiedrības veselībai. Infekcijas slimību (t.sk., TB, HIV un STI) izplatību veicina migrācija, dzīvesveids (narkotisko vielu lietošana, prostitūcija), higiēnas un profilakses līdzekļu nepieejamība, sociāli ekonomiskie faktori, klimata izmaiņas u.c.

Pēdējo 10 gadu laikā ievērojami sasniegumi panākti vakcīnregulējamo infekcijas slimību novēršanā. Realizējot vakcināciju, saslimstība ar vairākām vakcīnregulējamām infekcijas slimībām samazinājusies par 99,95% un vairāk. Imunizācijas politikas ietvaros ir sasniegts augsts vakcinācijas pārklājums visām vecuma grupām, kas ir galvenais saslimstības samazināšanas iemesls. Īstenojot vakcinācijas politiku, katru gadu tiek novērsti apmēram 30 000 dažādu infekcijas slimību gadījumi un vairāk nekā 100 nāves gadījumi bērnu vidū.

Šobrīd Latvijā vakcinācija tiek veikta pret 13 infekcijas slimībām, ar kurām slimo galvenokārt bērni, vai kuras rada vislielākos riskus sabiedrības veselībai, piemēram difterija un trakumsērga, pret kurām vakcinē arī pieaugušos. Pēdējo gadu laikā vakcinācijas kalendārs ir papildināts ar jaunām vakcīnām: vakcīnu pret pneimokoku infekciju, kas palīdz novērst *S.pneumoniae* izraisītās invazīvās infekcijas maziem bērniem, vakcīnu pret cilvēka papilomas vīrusu infekciju, kas ir galvenais dzemdes kakla vēža cēlonis, kā arī ar daudzkomponentu vakcīnām, kas samazina injekciju skaitu, vizīšu skaitu un primārās veselības aprūpes speciālistu noslogojumu un ar to saistītos izdevumus valsts budžetam.

Šobrīd atbilstoši 2013.gada 30.jūlijā Ministru kabinetā pieņemtajiem grozījumiem 2000.gada 26.septembra Ministru kabineta noteikumos Nr.446 „Vakcinācijas kalendārs” no 2015.gada 1.janvāra ir paredzēts uzsākt bērnu līdz gada vecumam vakcināciju pret rotavīrusu. Rotavīrusu infekcija uzskatāma par tipisku bērna vecuma zarnu infekciju, kas ir ļoti lipīga, tāpēc tās izplatību ir grūti kontrolēt²⁰⁴. Tieši šā iemesla dēļ vakcinācija tiek uzskatīta gan par vienīgo kontroles mehānismu, kas spēj būtiski ierobežot slimības izplatību, gan par optimālāko pirmās izvēles profilakses līdzekli. PVO apliecina, ka pieejamās vakcīnas pret rotavīrusu infekciju ir vienlīdz drošas un efektīvas un tās nodrošina 90-100% aizsardzību pret nopietnām saslimšanām ar rotavīrusu un apmēram 74 - 85% aizsardzību pret jebkura smaguma rotavīrusu izraisītām caurejām, tādēļ. 2009. gada aprīlī PVO *Strategic Advisory Group of Experts* (SAGE) ieteica iekļaut vakcināciju pret rotavīrusu visās nacionālajās imunizācijas programmās

Kopumā bērnu pirmskolas vecumā imunizācijas aptvere pārsniedz 90% no kopējā bērnu skaita; pret tuberkulozi, garo klepu un difteriju vakcinācijas aptvere pārsniedz 96%. Zemāki vakcinācijas rādītāji ir pusaudžu un pieaugušo vecumā. Piemēram, pret difteriju vakcinācijas aptvere pusaudžu vecumā ir tikai 85,7%, bet pieaugušo vecumā – 59,6%.²⁰⁵

Vakcinācijas aptveri ietekmē attieksme pret profilaktiskajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, dažādi sociāli ekonomiskie faktori, kā arī vakcinācijas pretinieku viedokļu popularizēšana sabiedrībā, nepatiesas un zinātniski nepamatotas informācijas par vakcinācijas nozīmi un drošību izplatīšana. Ģimenēm, kuras ir pakļautas sociālā riska ietekmei (maznodrošinātas utml.), viens no nevakcinēšanās iemesliem ir finanšu trūkums, lai nokļūtu ārstniecības iestādē. Tādēļ ģimeņu

²⁰⁴ Dennehy, 2000; Dennehy, 2005; Parashar et al. 2003

²⁰⁵ SPKC dati

sociālo problēmu risināšana (piemēram, transporta nodrošināšana) varētu uzlabot vakcinācijas aptveri.

Uzticēšanos imunizācijai veicina arī efektīvi funkcionējoša vakcinācijas komplikāciju uzraudzības sistēma, kas vienlaicīgi ir efektīgs imunizācijas drošuma pārraudzības līdzeklis. ES valstīs lietoto vakcīnu drošuma un efektivitātes pakāpe ir ļoti augsta, tomēr neviena vakcīna nevar būt absolūti droša, tāpēc, iespējams, ka pēc vakcinācijas rodas nevēlamas blakusparādības. Turklāt blakusparādības var izraisīt ne tikai pati vakcīna, bet arī vakcinācijas process. Ziņojumi par vakcinācijas izraisīto komplikāciju gadījumiem palīdz identificēt un novērst ar vakcinācijas procedūrām saistītās kļūdas, kā arī atšķirt nejaušas sakritības gadījumus no īstām blakusparādībām, identificēt ļoti retas komplikācijas, analizējot datus starptautiskajā līmenī. Kā liecina SPKC dati, tad ārstniecības personu ziņošana par vakcinācijas izraisītām komplikācijām nav pilnīga, īpaši pēdējo gadu laikā tas ir saistīts ar vakcinācijas pret turberkulozi izraisītām komplikācijām.

Neskatoties uz vakcīnaktīvo infekcijas slimību skaita samazināšanos, tomēr atsevišķas infekcijas slimības Latvijā ir aktuālas. 2012.gadā tika reģistrēts garā klepus un epidēmiskā parotīta uzliesmojums. Garā klepus uzliesmojumi pēdējos gados ir vērojami arī vairākās Eiropas valstīs, kā, piemēram, Austrijā, Vācijā, Igaunijā, Beļģijā un Francijā. Ņemot vērā radušos epidemioloģisko situāciju, šīs valstis vakcinācijas kalendāros ir iekļāvušas vakcināciju pret garo klepu pusaudžu vecumā. Austrijā ir ieteikts vakcināciju pret garo klepu turpināt arī pieaugušajiem ik pēc 10 gadiem.

Latvijā pieaudzis arī difterijas gadījumu skaits. Eiropā difterija gandrīz ir izskausta un tikai dažās ES valstīs (biežāk Francijā, Vācijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē) tiek reģistrēti atsevišķi difterijas gadījumi, kamēr Latvija pēc saslimstības intensitātes jau vairākus gadus ieņem pirmo vietu ES valstu vidū. Laika posmā no 2006. līdz 2010.gadam no visiem ES/EEA (Eiropas Ekonomiskās Telpas) valstu ziņotiem difterijas gadījumiem 61% gadījumu tika reģistrēti Latvijā. Difterijas epidemioloģiskās situācijas pasliktināšanas iemesls ir nepietiekams imunizācijas līmenis pret šo infekciju, īpaši pieaugušo un pusaudžu vidū, ar tendenci samazināties – pieaugušo vidū 2012.gadā vakcinācijas līmenis bija vien 59,6%.

Vakcinācijas rezultātā ir arī samazinājusies saslimstība ar vējbakām.

Sakarā ar izraisītāja cirkulācijas samazināšanos neimunizētie bērni tiek pakļauti inficēšanās riskam lielākā vecumā, un tas ietekmē slimnieku vidējā vecuma palielināšanos: 2008.gadā vidējais vecums bija 5,6 gadi (jaunākajam saslimušajam bija 0 mēneši, vecākajam – 52 gadi), bet 2012.gadā – 6,8 gadi (jaunākajam saslimušajam bija 1 mēnesis, vecākajam – 53 gadi), savukārt 2013.gadā – 9,0 gadi (jaunākajam 0 mēneši, vecākajam – 59 gadi). Saskaņā ar vakcīnu zāļu aprakstiem vakcinācijas kurss pret vējbakām ietver divas potes, bet Latvijā otrā vakcīnas deva pagaidām nav ieviesta.

Katru gadu rudens un ziemas periodā ar mazāku vai lielāku intensitāti tiek novērota gripas epidēmiskā aktivitāte. Ik gadu gripa izraisa smagas komplikācijas daudziem pacientiem un kļūst par iemeslu vairākiem desmitiem nāves gadījumu, sevišķi tā ir bīstama iedzīvotājiem vecumā no 0 līdz 24 mēnešiem, virs 65 gadiem, grūtniecēm un plaušu, sirds un asinsvadu, vielmaiņas traucējumu un citu hronisko slimību gadījumos. Iedzīvotāju imunizācijas līmenis pret gripu Latvijā ir ļoti zems salīdzinājumā ar citām ES valstīm, pēdējo gadu laikā vidēji sasniedzot tikai 0,5%. Vakcinācijas līmenis iedzīvotāju grupā virs 65 gadu vecuma pēdējo sezonu laikā bija viens no viszemākajiem ES valstīs – 1,6 – 1,8%.

Līdz 2011.gadam novērota saslimstības samazināšanās ar TB, 2011.gadā sasniedzot rādītāju 38,06 uz 100 000 iedzīvotāju, tomēr 2012.gadā reģistrēts TB gadījumu skaita pieaugums (43,3 uz 100 000 iedzīvotāju). Arī mirstības rādītāji mazinās (3,1 uz 100 000 iedzīvotāju 2011.gadā un

2,7 uz 100 000 iedzīvotāju 2012.gadā).²⁰⁶ Tomēr saskaņā ar PVO Eiropas reģiona datiem, Latvija ir viena no 18 augstas prioritātes valstīm Eiropas reģionā tuberkulozes kontrolei un viena no 27 valstīm pasaulē ar augstāko multirezistentās tuberkulozes (MDR-TB) līmeni. Nopietnas bažas rada vairākas problēmas tuberkulozes apkarošanā, piemēram, augsta mirstība no tuberkulozes, īpaši pirmajā gadā pēc diagnozes noteikšanas, kas norāda uz novēlotu slimības gadījumu atklāšanu. 2012.gadā 30% no mirušajiem TB pacientiem miruši pirmajā mēnesī pēc diagnozes noteikšanas un TB diagnosticēta sekcijā 11% no visiem mirušajiem. 2010.-2011.gadā reģistrēta multirezistentu gadījumu skaita mazināšanās (87 un 92 gadījumi), bet 2012.gadā tas pieaudzis līdz 101 gadījumam. Nelabvēlīga tendence ir ekstensīvi rezistentas TB (XR-TB) īpatsvara pieaugums MR-TB pacientu vidū, sasniedzot 15% 2012.gadā. Reģistrētais TB/HIV duālās infekcijas gadījumu skaits pieaug ar katru gadu, sasniedzot 110 gadījumus 2012.gadā. TB/HIV īpatsvars pirmreizējo TB gadījumu vidū 2012.gadā sasniedza 10,5%, kas atbilstoši PVO vadlīnijām norāda uz TB/HIV koinfekcijas koncentrētas epidēmijas situāciju. Arī sociāli ekonomiskā situācija ir nozīmīgs faktors, kas ietekmē šīs infekcijas slimību izplatību.

2009.gada pētījuma dati liecina, ka 1,7% Latvijas iedzīvotāju (1714 uz 100 000 iedzīvotāju) ir inficēti ar C hepatīta vīrusu (HCV).²⁰⁷ HCV ir nopietns apdraudējums sabiedrības veselībai un bīstamākais no visiem vīrushepatītiem, jo 80% gadījumu tas kļūst hronisks, ievērojami palielinot aknu cirozes un/vai aknu vēža gadījumu skaitu.

Latvija joprojām ir to ES valstu vidū, kur HIV infekcijas izplatības rādītāji ir augsti: 2011.gadā incidences (jauno gadījumu skaits) rādītājs bija 14,4 uz 100 000 iedzīvotāju (2012.gadā – 16,6) jeb otrs augstākais, pārsniedzot Eiropas vidējo rādītāju (5,7) vairāk kā divas reizes.²⁰⁸

Pēdējo piecu gadu laikā Latvijā reģistrēto STI gadījumu skaits ir pieaudzis par 66% - no 1519 gadījumiem (69,8 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem) 2008.gadā līdz 2520 gadījumiem (123,4 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem) 2012.gadā.

VM ir uzsākusi darbu pie politikas plānošanas dokumenta „HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāns 2014.-2016.gadam” izstrādes turpmākajiem gadiem, kurā būs ietverti konkrēti pasākumi šo infekcijas slimību saslimstības mazināšanai, īpašu vērību pievēršot šo slimību profilakses pasākumiem, tai skaitā arī kaitējuma mazināšanas pasākumiem palielinot kaitējuma mazināšanas pakalpojumu pieejamību ne tikai Rīgā, bet arī ārpus Rīgas, nodrošinot kaitējuma mazināšanas pasākumus ne tikai intravenozo narkotiku lietotājiem, bet arī citām riska grupām, veicinot kaitējuma mazināšanas pasākumus ieslodzījuma iestādēs, kā arī veicinot sadarbību ar NVO un pašvaldībām šo pasākumu īstenošanā. Tāpat šajā rīcības plānā ir paredzēts iekļaut pasākumus šo infekciju diagnostikas, ārstēšanas un epidemioloģiskās izmeklēšanas uzlabošanai, tai skaitā ģimenes ārstu informēšanai par HIV, STI un hepatītu B un C agrīnas diagnostikas jautājumiem un riska grupām, lai veicinātu šo slimību agrīnu diagnostiku. Politikas dokumenta ieviešanas efektivitātes novērtēšanai tiks arī apstiprināti rādītāji – HIV, STI un vīrushepatītu B un C izplatības novērtēšanai, kaitējuma mazināšanas pasākumu efektivitātes un pieejamības novērtēšanai, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības novērtēšanai.

Identificētās problēmas:

- Nepietiekama sabiedrības un ārstniecības personu izpratne par vakcinācijas nozīmi, vakcīnu efektivitāti un drošību.

²⁰⁶ SPKC dati

²⁰⁷ „C vīrushepatīta izplatība Latvijā”, LIC, 2009.

²⁰⁸ ESPKC/PVO Uzraudzības ziņojums „HIV/AIDS uzraudzība Eiropā 2011. gadā” (ECDC, WHO: Surveillance Report “HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011”) - <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-annual-hiv-surveillance-report.pdf>

- Nepietiekami nodrošināta informācijas uzskaitē par veikto vakcināciju, lai apzinātu nevakcinētās personas, nevakcinēšanās iemeslus, kā arī apzinātu vakcinācijas izraisītās komplikācijas.
- Nepietiekama skolas vecuma bērnu, pusaudžu un pieaugušo vakcinācijas aptvere, kam sekas ir saslimstības ar atsevišķām vakcīnatkarīgām infekcijas slimībām pieaugums, kā arī saslimstības ar vakcīnatkarīgām infekcijām vecuma struktūras izmaiņas.
- Augsta saslimstība ar HIV, salīdzinot ar citām ES valstīm.

Apakšmērķis: Samazināt iedzīvotāju saslimstību ar infekcijas slimībām.

Mērķa sasniegšanai nepieciešams:

- Uzlabot sabiedrības izpratni par vakcinācijas nozīmi infekcijas slimību profilaksei.
- Turpināt attīstīt politiku infekcijas slimību profilakses jomā, pievēršot lielāku uzmanību HIV, hepatītu un STI inficēšanās riska grupām, tai skaitā veicināt agrīnu infekcijas slimību diagnostiku un ārstēšanu konkrētās riska grupās
- Izglītēt ģimenes ārstus par vakcinācijas nozīmi, vakcīnu un infekcijas slimību izraisītām komplikācijām, kā arī par vakcīnu plānošanu un loģistiku.
- Uzlabot informācijas apriti par veikto vakcināciju, nodrošinot efektīvu datu analīzi nevakcinēšanās gadījumu izvērtēšanai un mazināšanai, kā arī vakcinācijas izraisīto komplikāciju uzskaitē.
- Pilnveidot vakcinācijas shēmu pret garo klepu un vējbakām, lai novērstu skolas vecuma bērnu saslimstību ar šīm infekcijas slimībām.
- Ieviest vakcināciju pret rotavīrusu bērniem līdz gada vecumam.
- Veicināt starpinstitutionu sadarbību, nodrošinot lielāku NVO iesaistīšanos infekcijas slimību profilakses jomā.

4. SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN VESELĪBAS APRŪPES PROBLĒMU FORMULĒJUMS

4.1. Veselības aprūpes organizācija

Veselības aprūpes sistēma Latvijā balstās uz vispārējās valsts garantētās veselības aprūpes sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem.

Veselības aprūpe tiek organizēta šādos līmeņos:

- 1.līmenis – primārā veselības aprūpe;
- 2.līmenis – ambulatorā un stacionārā sekundārā veselības aprūpe;
- 3.līmenis – ambulatorā un stacionārā terciārā veselības aprūpe.

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, zobārstniecības māsas un higiēnisti).²⁰⁹

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.

Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi Latvijas iedzīvotāji var saņemt ambulatorajās un stacionārajās ārstniecības iestādēs. Valsts apmaksātos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus pacients var saņemt ar ģimenes ārsta, speciālista nosūtījumu, vai arī pēc savas iniciatīvas, vērsoties pie tiešās pieejamības speciālistiem un veicot noteikto pacienta iemaksu.

Dienas stacionārā pacients, kuram nav nepieciešama ārstniecības personu aprūpe un uzraudzība visu diennakti, var saņemt diagnostiskos un citus veselības aprūpes pakalpojumus. Valsts apmaksātos dienas stacionāra pakalpojumus saņem ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu.

Ja pacients ir vērsies stacionārajā ārstniecības iestādē vai arī NMP brigāde pacientu ir nogādājusi stacionārajā ārstniecības iestādē un pacients netiek stacionēts, ārstniecības iestādēs tiek izveidotas **pacientu viesnīcas**, lai dotu pacientam iespēju pārnakšņot, ja nav iespējams nokļūt.

Steidzamās medicīniskās palīdzības punktos veselības aprūpes pakalpojumus katru dienu var saņemt pacienti, kuriem ir trauma, pēkšņa saslimšana vai hroniskas slimības saasināšanās, kas prasa steidzamu ārstniecības personu iejaukšanos, un nepieciešamā palīdzība pārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci. Saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, par veselības aprūpes pakalpojumiem pacients veic valstī noteiktās pacienta iemaksas.

Veselības aprūpe mājās ir sertificētas māsas, ārsta palīga (feldšera), sertificēta fizioterapeita vai fizioterapeita asistenta, ergoterapeita vai audiologopēda sniegta veselības aprūpe pacientam

²⁰⁹ Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.

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.

Stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti universitātes slimnīcās, daudzprofilu slimnīcās, specializētajās slimnīcās un aprūpes slimnīcās²¹⁰.

Uz slimnīcu pacientu var nosūtīt primārās veselības aprūpes speciālisti, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālisti un NMP dienests. Stacionārās veselības aprūpes ietvaros tiek sniegti sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumi.

Saskaņā ar normatīvajiem aktiem²¹¹ **ieslodzīto personu veselības aprūpi** organizē TM. Tā ir nodalīta no vispārējās Latvijas iedzīvotāju veselības aprūpes sistēmas. Ieslodzīto personu primāro veselības aprūpi nodrošina ārstniecības persona uz vietas ieslodzījuma vietās vai veselības aprūpes sistēmā esošās ārstniecības iestādes, pamatojoties uz ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta nosūtījumu. Savukārt sekundāro veselības aprūpi sniedz veselības aprūpes sistēmā esošās ārstniecības iestādes. 2011.gadā tika veiktas izmaiņas Ministru kabineta noteiktajā veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtībā, nosakot ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta, atbilstoši noteiktajai diagnozei, tādējādi nodrošinot ieslodzītajiem iespēju saņemt veselības aprūpes pakalpojumus līdzīgi kā tas ir pārējiem iedzīvotājiem. Ir palielinājies ārpus ieslodzījuma vietas ārstniecības iestādēs ambulatori sniegto izmeklējumu un konsultāciju skaits, kā arī stacionāri veikto izmeklējumu un konsultāciju skaits.

Ieslodzīto personu veselības aprūpe tiek finansēta no TM budžeta, tomēr no veselības aprūpes budžeta tiek segti izdevumi par kompensējamām zālēm un medicīniskajām ierīcēm, jo arī ieslodzījumā esošās personas tiek nodrošinātas ar valsts apmaksātām kompensējamām zālēm, kuras ir iekļautas kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču sarakstā, ja ir diagnosticēta kāda hroniska un smaga diagnoze saskaņā ar Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra noteikumu Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”(TM šajā gadījumā finansē tikai pacientu līdzmaksājumus).

Medicīniskās rehabilitācijas mērķis ir pacientiem ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem nodrošināt šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, rehabilitologi un funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, piedaloties citām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pēc fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa nosūtījuma pacients var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās.

Tāpat visos līmeņos valsts nodrošina un organizē **neatliekamo medicīnisko palīdzību**, kas tiek sniegta gadījumos, kad ir apdraudēta pacienta veselība vai dzīvība piepešas saslimšanas vai ievainojuma dēļ.

²¹⁰ Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”

²¹¹ Ministru kabineta 2014.gada 14.janvāra noteikumi Nr.25 „Noteikumi par apcietināto un notiesāto personu veselības aprūpi ieslodzījuma vietās”.

Farmaceutiskā aprūpe ir primārās un sekundārās veselības aprūpes sastāvdaļa, ko savas kompetences ietvaros veic farmaceits, sniedzot farmakoterapeitiskās konsultācijas, informāciju par zālēm un to lietošanu. Šajā aprūpē ietilpst arī uzraudzība par aptiekas pastāvīgo apmeklētāju zāļu lietošanu, zāļu un citu veselības aprūpes, profilakses un veicināšanas produktu izplatīšana, zāļu izgatavošana, veselības veicināšanas un slimību profilakses veicināšana, pamatojoties uz jaunākajiem zinātnes sasniegumiem un ievērojot apmeklētāju intereses, kā arī apmeklētāju datu aizsardzības nodrošināšana savas kompetences ietvaros.

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.

Lai nodrošinātu ierobežotā publiskā finansējuma pārdomātu un efektīvu izlietojumu, gan politikas, gan investīciju plānošanas ietvaros, savstarpēji tiks saskaņoti veselības politikas ietvaros un citu nozaru politiku ietvaros plānotie ieguldījumi, kas tieši ietekmē viens otru (piemēram, ārstniecības iestāžu tīkla un transporta infrastruktūras attīstība u.tml.). Lai nodrošinātu, ka veselības tīklu plānošana un ieviešana notiek, ievērojot teritoriju attīstības īpatnības un intereses, nepieciešams panākt savstarpēju koordināciju starp veselības politiku un reģionālo politiku. Plānojot veselības tīklus, no reģionālās attīstības viedokļa kopumā jāņem vērā reģionu specifika un problemātika noteiktos aspektos, perspektīvā apdzīvojuma struktūra, kas definēta Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģijā līdz 2030.gadam ("Latvija 2030"), „Latvija 2030” nacionālo interešu telpu specifiskās iezīmes un īpašais potenciāls, nozares politikas līdzšinējie rezultāti dažādos reģionos un reģionālās un vietējās attīstības prioritātes, lai nodrošinātu, ka piedāvātie atbalsta pasākumi atbilst teritoriju vajadzībām. Vienlaikus veselības pakalpojumu plānošanā pašvaldībās nepieciešams ņemt vērā vietējo pašvaldību attīstības programmas.

Tāpat nepieciešams noteikt valsts, pašvaldības un privāto ārstniecības iestāžu lomu un funkciju apjomu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. Lai nodrošinātu racionālu stacionārā pakalpojuma attīstību plānošanas reģionā, jāvērtē pašvaldību sadarbības iespējas plānošanas reģionu līmenī. Šobrīd stacionārās ārstniecības iestādes rada slogu investīciju un kapitālieguldījumu ziņā tai pašvaldībai, kuras teritorijā stacionārs atrodas. Citu pašvaldību līdzdalība un loma reģionālās stacionārās ārstniecības iestādes darbības nodrošināšanā, kas atrodas citā viena plānošanas reģiona pašvaldībā, nav definēta.

4.2. Veselības aprūpes resursi un pieejamība

Cilvēkresursi veselības aprūpē

Ārstu skaits Latvijā uz 100 000 iedzīvotāju 2012.gadā bija 343, kas ir par 3% lielāks kā 2010.gadā (2009 – 330, 2010 - 333, 2011 – 340, 2012 - 343)²¹². Tomēr, salīdzinot ar vidējo ES rādītāju, ārstu skaits Latvijā ir mazāks (vidēji ES – 2011.gadā bija 346,1 ārsti uz 100 000 iedzīvotāju).²¹³

Ģimenes ārstu skaits, salīdzinot ar vidējo ES rādītāju, ir zems. Latvijā ģimenes ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2012. gadā bija 65²¹⁴, kamēr vidēji ES 2011.gadā tas sasniedza 79,1²¹⁵. Tomēr jāņem vērā, ka PVA pakalpojumus Latvijā sniedz arī atsevišķi pediatri un internisti, un uz 2013.gada 1.janvāri līgumattiecībās ar NVD par PVA pakalpojumu sniegšanu kopumā bija 1368 ārsti (67,6 uz 100000 iedzīvotāju).²¹⁶ Zobārstu skaits Latvijā pārsniedz vidējo rādītāju ES, 2012.gadā sasniedzot 72 zobārstus uz 100000 iedzīvotāju.²¹⁷

Māsu nodrošinājums Latvijā būtiski atpaliek no vidējiem ES valstu rādītājiem. Māsu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā 2011.gadā bija 515,6, kas ir par 38,3% mazāk kā vidēji ES (835,5).²¹⁸ Savukārt vecmāšu skaits Latvijā salīdzinājumā ar vidējo ES rādītāju atpaliek par 40,4% (Latvijā – 19,7, vidēji ES – 33,04).²¹⁹

Analizējot datus par ārstu nodrošinājumu reģionālajā griezumā salīdzinājumā ar citām ES valstīm, secināms, ka Latvijā pastāv vienas no lielākajām atšķirībām ārstu reģionālajā izvietojumā, kur ārsti lielākoties strādā galvaspilsētā. 2013.gada 1.janvārī Rīgā pamatdarbā strādāja 4 295 ārsti jeb 62% no kopējā ārstu skaita, bet Latvijas reģionos (pilsētās un novados) – 2 651 ārsti jeb 38% no kopējā ārstu skaita²²⁰. Rīgā ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2013.gadā bija 667, bet reģionos – tikai 192. Savukārt Rīgā pamatdarbā strādāja 4 640 māsas jeb 50,1% no kopējā māsu skaita, bet Latvijas reģionos – 4 624 māsas jeb 49,9% no kopējā māsu skaita²²¹. Rīgā māsu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2013.gadā bija 721, bet reģionos – 335. Lai nodrošinātu ārstniecības speciālistu piesaisti reģionos, šobrīd normatīvie akti²²² paredz, ka rezidenta mēnešalga reģionālajā daudzprofilu slimnīcā 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. Tāpat, lai nodrošinātu PVA pakalpojumu pieejamību reģionos, kur iedzīvotāju ir mazāk un tādējādi arī ģimenes ārstu ikmēneša ienākumi ir zemāki, ģimenes ārstiem tiek maksāta ikmēneša fiksētā piemaksa par prakses un personāla darbības nodrošināšanu lauku teritorijā atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma un reģistrēto pacientu skaita, paredzot diferencētu ikmēneša fiksēto piemaksu tām praksēm, kuru darbības pamatteritorija ir ar blīvumu zem 500 iedzīvotājiem uz

²¹² SPKC statistikas pārskats

²¹³ PVO Health for All datubāze

²¹⁴ SPKC statistikas pārskats

²¹⁵ PVO Health for All datubāze

²¹⁶ NVD dati

²¹⁷ PVO Health for All datubāze, SPKC statistikas pārskats

²¹⁸ SPKC statistikas pārskats, PVO Health for All datubāze

²¹⁹ SPKC statistikas pārskats, PVO Health for All datubāze

²²⁰ VI reģistra dati

²²¹ VI reģistra dati

²²² Ministru kabineta 2011.gada 30.augusta noteikumu Nr.685 „Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi”

kvadrātkilometru.²²³ Būtisks aspekts ārstniecības personu piesaistei darbam reģionos ir arī pašvaldību piedāvātais atbalsts, piemēram, prakses vietas īres jautājumos.

Plānojot veselības pakalpojumu pieejamību reģionos, tiks ņemts vērā, ka attiecībā uz pakalpojumu, t.sk. veselības pakalpojumu, teritoriālo izvietojumu Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam nosaka pakalpojumu „groza” principu. Sīkāki pakalpojumu teritoriālās diferenciācijas nosacījumi un pakalpojumu „groza” saturs veselības nozarē definēts Reģionālās politikas pamatnostādņēs 2013.-2019.gadam.

Saskaņā ar Latvijas Farmaceitu biedrības Reģistra datiem kopējais reģistrēto farmaceitu skaits (uz 2014.gada 1.janvāri) bija 1846, savukārt kopējais reģistrēto farmaceitu asistentu skaits bija 1501²²⁴. No tiem 1612 farmaceiti un 1339 farmaceitu asistenti kā savu darba vietu ir paziņojuši vispārēja tipa aptiekas attiecīgajā teritorijā. Secināms, ka 37,7 % farmaceitu un 52,4 % farmaceitu asistentu strādā Latvijas reģionos, veidojot nozīmīgu veselības aprūpes speciālistu potenciālu.

Latvijā līdzīgi kā citviet ES veselības aprūpes personāls kļūst vecāks. Īpaši novecošanās ir skārusi ārstu profesiju – pirmspensijas un pensijas vecumā 2013.gadā bija 28% ārstu, turpretī jaunākajā vecuma grupā līdz 40 gadiem ārstu īpatsvars ir vien 17%. Ir vairākas ārstu specialitātes, kur nav neviena pamatdarbā strādājoša ārsta vecumā līdz 40 gadiem, piemēram, imunologs, hepatologs, endoskopists, dietologs. Citu ārstniecības personu (māsu, vecmāšu, ārstu palīgu, funkcionālo terapeitu, zobārstu, farmaceitu) vecuma struktūra, lai arī ir salīdzinošai „jauna”, tomēr paredzams, ka jau drīzumā saskarsies ar novecošanās problēmu, jo pieaugot personāla skaitam vidējā vecuma grupā un vienlaikus samazinoties jaunākās vecumgrupas personāla nodrošinājumam, vienmērīga paaudžu nomainīšana ir apdraudēta.

Tātad plānojot veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumu, īpaša uzmanība jāpievērš veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju piesaistei darbam reģionos²²⁵, kā arī ievērojot iedzīvotāju un medicīnas personāla novecošanās procesu un paaudžu nomainīšanas plānošanas nepieciešamību. Vairumā gadījumu ārsti pēc pensijas vecuma sasniegšanas turpina aktīvu darbību ārstniecībā publiskajā sektorā. Rezultātā veidojas situācija, kad ārstniecības iestādes iesniedz pieprasījumu jauna speciālista sagatavošanai, ņemot vērā esošā speciālista paredzamo pensionēšanos, tomēr pensijas vecuma ārsts turpina darbu, vakance neatbrīvojas un jaunais ārsts darba piedāvājumu tā arī nesaņem. No otras puses, atsevišķās specialitātēs veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana tiek nodrošināta tikai tāpēc, ka ārsti turpina praktizēt pēc pensijas vecuma sasniegšanas. *Lai notiktu racionāla speciālistu nomainīšana, jauno ārstu (līdz 40 gadiem) un vecākās paaudzes ārstu (65 un vairāk gadi) proporcijai jābūt līdzvērtīgai. Līdz ar to ir nepieciešams mērķtiecīgi, saudzīgi un nodrošinot pēctecību veiktas aktivitātes paaudžu nomainīšanai.*

Attiecīgi nepieciešams turpināt ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā uzsākto virzienu ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu kompetenču un prasmju paaugstināšanai, lai nodrošinātu efektīvu un mūsdienīgu pacientu aprūpi. Kā viena no aktuālajām problēmām ārstniecības kompetenču un prasmju paaugstināšanā ir retās slimības. Tāpat ir jāturpina mērķtiecīga veselības aprūpes cilvēkresursu politikas plānošana, veicinot ārstniecības personāla

²²³ Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”

²²⁴ Latvijas Farmaceitu biedrība. Pieejams: <https://www.farmaceutubiedriba.lv/lv/informacija-par-registretajiem-farmaceitiem-un-farmaceitu-asistentiem>

²²⁵ Pasākums ietverts arī Reģionālās politikas pamatnostādņu 2013.-2019. gadam (apstiprinātas ar 2013. gada 29. oktobra Ministru kabineta rīkojumu Nr. 496) paredzēto uzdevumu un pasākumu plāna 1.1.3. apakšpunktā.

paaudžu nomaiņu un nodrošinot nepieciešamo cilvēkresursu kapacitāti un mobilitāti veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība un tās pieejamība

Analizējot NMP brigāžu darba rādītājus laika posmā 2005.-2012.gadam, vērojams, ka kopējam izpildīto NMP izsaukumu skaitam²²⁶ 2005.-2009.gadam bija tendence samazināties (2005.gadā – 447 916; 2009.gadā – 371 209), taču 2009.-2011.gadam tas sāka pieaugt (2010.gadā – 432 360; 2011.gadā – 461 258)²²⁷. Šis pieaugums ir tieši saistīts ar krīzes periodu un norāda uz veselības sistēmas pieejamības problēmām un iedzīvotāju psiholoģiskās nedrošības pieaugumu šajā periodā. 2012.gadā NMP izsaukumu skaits salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu ir nedaudz samazinājies, sasniedzot 460 229 izpildītos izsaukumus.²²⁸

Izpildīto izsaukumu skaits dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos samazinājies laika posmā no 2009.gadā līdz 2011.gadam no 70,2% līdz 61,1% no kopējā izpildīto izsaukumu skaita, savukārt sekundāro NMP izsaukumu skaits²²⁹ pieauga no 22,9% 2009.gadā līdz 30,9% 2011.gadā, kas arī saistāms ar iedzīvotāju nedrošību un neziņu, kur vērsties pēc palīdzības, piemēram, ārpus ģimenes ārsta darba laika. Uzsākot aktivitātes sekundāro NMP izsaukumu samazināšanai, piemēram, organizējot informatīvo kampaņu un nodrošinot pacientus ar informāciju par medicīniskās palīdzības saņemšanas iespējām, sekundāro izsaukumu skaits 2012.gadā ir sācis samazināties, sasniedzot 30,2% no izpildīto izsaukumu skaita.²³⁰

Savlaicīgi izpildīto neatliekamu izsaukumu skaits²³¹ republikas pilsētās un rajonu pilsētās (līdz 15 minūtēm) 2010.-2012.gadam saglabājies nemainīgs – 89%, savukārt, lauku teritorijās savlaicīgi (līdz 25 minūtēm) izpildīto izsaukumu skaits samazinājies no 81% uz 77%²³². Lai arī vidējais savlaicīgi izpildīto neatliekamu izsaukumu īpatsvars lauku teritorijās pārsniedz Ministru kabineta noteikumu prasības, kas nosaka, ka pēc neatliekama izsaukuma saņemšanas neatliekamā medicīniskā palīdzība lauku teritorijās 75% gadījumu jānodrošina ne vēlāk kā 25 minūšu laikā, tomēr atsevišķos pagastos šis rādītājs netiek sasniegts.²³³

Lai nodrošinātu vienlīdzīgu pakalpojuma pieejamību visiem iedzīvotājiem, nepieciešams optimizēt NMP punktu skaitu un izvietojumu, bet, uzlabojot NMP infrastruktūru, paaugstināt NMP sniegšanas ātrumu un kvalitāti pirmsslimnīcas posmā. Tāpat nepieciešams pastāvīgi turpināt izglītēt iedzīvotājus par palīdzības saņemšanas iespējām hronisku slimību saasināšanās gadījumā, kad NMP brigādes izsaukšana nav nepieciešama.

Ambulatorā veselības aprūpe un tās pieejamība

Valstī kopā 2012.gadā tika nodrošināti 14 307 293 **ambulatorie apmeklējumi**, no kuriem valsts apmaksātie ambulatorie apmeklējumi 2012.gadā bija 70,3% jeb 10 065 708. Tātad attiecīgi ceturtdaļa no ambulatorajiem apmeklējumiem tiek segta no pacienta paša finansēm. Tas norāda

²²⁶ Kopējais izpildīto NMP izsaukumu skaits – visi gadījumi, kad NMP brigāde izbraukusi uz notikuma vietu, ieskaitot papildus izpildītos izsaukumus, kad palīdzība notikuma vietā bija jāsniedz vēl kādam pacientam.

²²⁷ Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012; SPKC, Rīga, 2013.

²²⁸ NMPD dati

²²⁹ Sekundārie izsaukumi – gadījumi, kuros pēc NMP brigādes vadītāja vērtējuma pacientam palīdzību varēja sniegt primārās veselības aprūpes iestādē, stacionāra uzņemšanas nodaļā vai traumpunktā 3 stundu laikā pēc saslimšanas vai nelaimes gadījuma.

²³⁰ NMPD dati

²³¹ Savlaicīgi izpildītie NMP izsaukumi – izsaukumi, kuros NMP brigāde no izsaukuma saņemšanas brīža izsaukuma vietā ieradusies 15 minūšu laikā, ja izsaukuma vieta atrodas pilsētā, un 25 minūšu laikā, ja izsaukuma vieta atrodas lauku teritorijā

²³² Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012; SPKC, Rīga

²³³ NMPD dati

uz valsts apmaksāto pakalpojumu nepietiekamu pieejamību, ko pasvītīro arī salīdzinoši augstais pacientu tiešo maksājumu īpatsvars par veselības aprūpi no kopējiem izdevumiem - 2011.gadā - 39,6%.²³⁴

Valsts apmaksāto ambulatoro apmeklējumu skaits 2012.gadā salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu nav būtiski mainījies (2011.gadā - 10 202 952), savukārt no visiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem valsts apmaksātie primārās veselības aprūpes pakalpojumi sastāda tikai 47,2%.²³⁵ Ievērojot minēto, primārās veselības aprūpes pakalpojumu attīstības ietvaros ir nepieciešams palielināt valsts apmaksāto pakalpojumu skaitu primārajā veselības aprūpē īpatsvaru no kopējā ambulatoro apmeklējumu apjoma, vienlaicīgi ņemot vērā ģimenes ārstu kapacitāti un resursus pakalpojumu apjoma pieauguma nodrošināšanai.

Ambulatoro pakalpojumu sniedzēju struktūra ir sadrumstalota, tikai 32,6% ambulatoro pakalpojumu tiek sniegti ambulatorajos centros un slimnīcu ambulatorajās nodaļās.

Valsts apmaksāto **veselības aprūpes mājās** pakalpojumu sniegšana Latvijas teritorijā tika uzsākta ar 2009.gadu, un 2012.gadā līgums par veselības aprūpes mājās sniegšanu bija noslēgts ar 208 veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem ir ievērojami audzis. 2012.gadā veselības aprūpi mājās bija saņēmuši 15 201 pacients ar smagām saslimšanām, kas ir par 17,5% vairāk kā 2011.gadā. Kopā 2012.gadā ir veikti 296 870 veselības aprūpes mājās apmeklējumi. Salīdzinoši ar 2011.gadu, to skaits ir pieaudzis par 27%. Pieaudzis ir arī vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam unikālajam pacientam, kas liecina par to, ka šo pakalpojumu pacienti izmanto arvien biežāk un ilgstošāk.²³⁶

Ir pieaudzis arī **dienas stacionāros** sniegtās veselības aprūpes pakalpojumu skaits, ko galvenokārt ietekmē ambulatorās veselības aprūpes attīstīšana un stacionāro pakalpojumu pārvirzīšana uz ambulatorajiem pakalpojumiem. Tas deva iespēju daļu no agrāk diennakts stacionāros ārstētiem pacientiem ārstēt dienas stacionāros, tādējādi nodrošinot arī plānveida palīdzības saņemšanu, kas 2009. un 2010.gadā ierobežotā finansējuma rezultātā tika apturēta, kā arī samazinot pacientu uzturēšanās laiku stacionārā un radot izmaksu ietaupījumu slimnīcai. Kopumā unikālo pacientu skaits dienas stacionārā 2012.gadā salīdzinājumā ar 2011.gadu ir pieaudzis par 16 094 pacientiem, sasniedzot 104 549 pacientus.²³⁷

Lai veselības aprūpes sistēma būtu vērsta nevis uz ielaistu slimību ārstēšanu, bet savlaicīgu slimību diagnostiku un slimību profilaksi, liela nozīme ir ģimenes ārstu sniegtajām pacientu **profilaktiskajām apskatēm**. Tikai 13,0% pie ģimenes ārsta reģistrēto pieaugušo ir veikta profilaktiskā pārbaude 2012.gadā, un laika periodā no 2011. līdz 2012.gadam šis rādītājs būtiski nav mainījies. Statistikas dati liecina, ka 18.6% iedzīvotāju pie sava ģimenes ārsta nav vērsušies ilgāk nekā 3 gadus, kas liedz pilnvērtīgi nodrošināt secīgu saslimšanu profilaksi visiem iedzīvotājiem.²³⁸ Arī bērnu profilaktiskās apskates, kuras ģimenes ārstam un mātai jāveic bērna dzīvesvietā, netiek nodrošinātas pietiekami – tāss ir īpaši būtiskas ne tikai, lai laikus atpazītu attīstības traucējumus vai slimības, bet arī lai novērstu traumatismu un vardarbību (novārtā atstāšanu).

Ģimenes ārstam ir jābūt centrālajai personai, kas virza pacientu veselības sistēmas ietvaros un koordinē ārstēšanas procesu gan horizontāli, gan vertikāli. Nepieciešams attīstīt ģimenes ārstu praksi tīklu, uzlabot komandas darbu, kā arī paplašināt ģimenes ārsta kompetenci un motivāciju iesaistīties ne tikai slimību diagnostikā un ārstēšanā, bet arī veselības veicināšanā un slimību

²³⁴ Eurostat

²³⁵ SPKC „Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012” dati

²³⁶ NVD dati

²³⁷ NVD dati

²³⁸ NVD dati

profilaksē. Šim mērķim ir nepieciešama tālākizglītības nodrošināšana primārās, sekundārās un mājas aprūpes ietvaros. Svarīga ir arī ģimenes ārstu un sociālo dienestu sadarbības jautājumu risināšana, jo atbilstoši PVO definīcijai „veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, nevis tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem”.

Stacionārā veselības aprūpe un tās pieejamība

Lai racionāli un izmaksu efektīvi nodrošinātu ārstniecības personāla un pieejamo tehnoloģiju resursu izvietojumu un noslogojumu situācijā, kad 2009.gadā tika ierobežoti pieejamie finanšu līdzekļi ekonomiskās lejupslīdes dēļ, valstī tika realizēta vairāku veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārprofilēšana. Tika noteikts to slimnīcu skaits, kuras sniedz diennakts neatliekamo medicīnisko palīdzību, un kuras – aprūpes pakalpojumus. Nodalot diennakts neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu no aprūpes pakalpojumu sniegšanas, tika panākta valsts budžeta līdzekļu efektīvāka izlietošana, jo aprūpes slimnīcās nepieciešams mazāks to speciālistu skaits, kas dežūrē visu diennakti, kā arī mazāks medicīnisko tehnoloģiju pielietojums. Aprūpes slimnīcās ārstējas pacienti, kuriem nav nepieciešama diennakts ārsta klātbūtne – pacienti pēc operācijas vai ar hronisko slimību paasinājumiem, kuriem nav nepieciešama intensīva ārstēšana, bet vajadzīga pastāvīga medicīniskā uzraudzība.

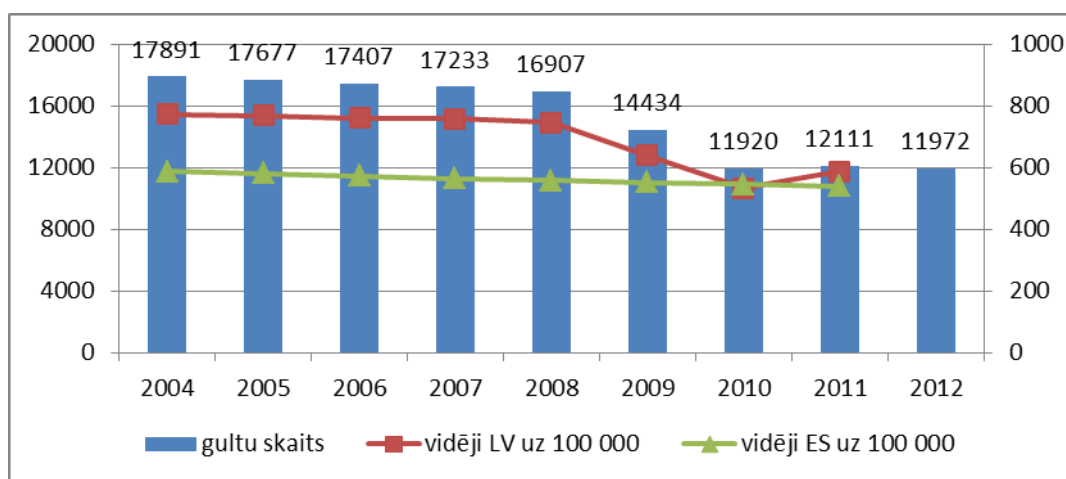
Tāpat 2009.gadā ārstniecības iestāžu strukturālā pārveide (pārprofilēšana) paredzēja veidot 24 stundu neatliekamās palīdzības traumpunktus aprūpes slimnīcās un slimnīcās, kas ar 2009.gada 1.septembri nodrošina ambulatoro veselības aprūpi. Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā jeb traumpunktā pacients netiek stacionēts, bet saņem nepieciešamo neatliekamo medicīnisko palīdzību pēc iespējas tuvāk pacienta dzīvesvietai traumu, pēkšņas saslimšanas vai hroniskas slimības saasināšanās gadījumos, kas prasa steidzamu ārstniecības personu iejaukšanos, un nepieciešamā palīdzība pārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci.

No 2005.gada līdz 2010.gadam beigām stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaits ir strauji samazinājies, attiecīgi no 92 līdz 40 slimnīcām gada beigās, kas sniedz valsts apmaksātos stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus. Ar 2012.gada 1.jūliju tika palielināts aprūpes slimnīcu skaits – trīs slimnīcās tika atvērtas aprūpes gultas, kurās medicīnisko palīdzību var saņemt pacienti, kuri turpmākai ārstēšanai pārvesti no daudzprofilu NMP slimnīcām pēc akūta ārstēšanas perioda. Līdz ar to slimnīcu skaits, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, šobrīd kopā ir 42 (21 daudzprofilu 24h NMP slimnīca, t.sk. 3 universitātes slimnīcas, 9 aprūpes slimnīcas un 12 specializētās slimnīcas).

Līdz ar slimnīcu pārprofilēšanu 2009. un 2010.gadā, samazinājās arī vidējais gultu skaits slimnīcās, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, sasniedzot vidējo ES rādītāju (4.2.1.attēls).

Tomēr jāņem vērā, ka lielā daļā sekundārajā un gandrīz vienmēr terciārajā aprūpē, gadījumos, kad pakalpojums iedzīvotājiem ir vajadzīgs reti, mēģinājumi ar tās palīdzību nodrošināt reģiona aktivitātes saglabāšanu apdraud pietiekami efektīvas, kvalitatīvas un ar pietiekamiem cilvēkresursiem nodrošinātas ārstēšanas un aprūpes pieejamību valstī kopumā²³⁹.

²³⁹ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf



4.2.1.attēls. Vidējais gultu skaits stacionāros, kuri sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus 2004.-2012.gadam un vidējais gultu skaits kopā Latvijā un ES uz 100 000 iedzīvotāju 2004.-2011.gadam

Avots: PVO Health for All datubāze

Lai veicinātu veselības aprūpes resursu efektīvu izlietošanu, 2012.gadā tika uzsākta slimnieku observācijas jeb novērošanas pakalpojumu attīstīšana slimnīcās - daudzprofilu neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcas saņem papildu maksājumu par slimnieku observāciju, tas ir, ārstēšanu un novērošanu uzņemšanas nodaļā līdz 24 stundām, lai novērtētu pacienta veselības stāvokli un stacionēšanas nepieciešamību.

Laika posmā kopš 2009.gada ir vērojams stacionēšanas skaita samazinājums, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, jo līdz tam netika izmantotas visas iespējas, lai pietiekami attīstītu ambulatoro veselības aprūpi, tādā veidā mazinot stacionēšanas skaitu un efektīvāk izlietojot veselības nozarei pieejamo finansējumu. Šobrīd Latvija ir sasniegusi vienu no zemākajiem hospitalizācijas rādītājiem ES valstīs, līdz ar to turpmāk nav gaidāms būtisks šī rādītāja samazinājums.

Ir samazinājies arī vidējais ārstēšanās ilgums stacionāros, kas liecina par efektīvāku slimnīcai pieejamo resursu izlietojumu. Jāatzīmē gan, ka vidējais ārstēšanās ilgums daudzprofilu NMP slimnīcās jeb akūtajās slimnīcās Latvijā šobrīd atbilst vidējiem ES, taču kopējo vidējā ārstēšanās ilguma rādītāju ietekmē salīdzinoši augstais vidējais ārstēšanās ilgums specializētajās slimnīcās, sevišķi psihiatrijā. Jāņem vērā, gan, ka būtiska daļa no līdzšinējās stacionārās aprūpes tiek sniegta dienas stacionāros, tādējādi daļēji nosedzot arī šobrīd neesošo ilgtermiņa aprūpi, kuras attīstība ir jāizsver veselības un labklājības sektora sadarbībā.

2012.gadā vidējais ārstēšanās ilgums bija 8.4 dienas.²⁴⁰ Salīdzinot ar atsevišķām ES valstīm, Latvijā vidējais ārstēšanās ilgums joprojām ir augsts – 2011.gadā Igaunijā tas bija 7.7 dienas, Lietuvā – 8.2 dienas, Rumānijā – 7.5 dienas, Dānijā – 4.5 dienas²⁴¹.

Līdz ar to ir nepieciešama arī turpmāka psihiatriskās palīdzības ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu attīstība. Psihiatrijas profila dienas centru pakalpojumi ļauj saīsināt ārstēšanās

²⁴⁰ NVD dati

²⁴¹ PVO Health for All datubāze

ilgumu diennakts stacionāros un veicināt pacientu ātrāku atlabšanu pēc izrakstīšanās no diennakts stacionāra, nodrošina rehabilitāciju un sekmē pacienta integrēšanos sabiedrībā.

Ārstniecības iestāžu darba efektivitāti raksturo arī vidējā gultu noslodze. Kopš 2005.gada, vidējā gultu noslodze stacionārajās ārstniecības iestādēs pieauga līdz 81% 2006.gadā, taču 2009.gadā bija vērojams straujš samazinājums līdz 69,5%, kas saistāms ar stacionēšanas skaita samazināšanos ierobežotā finansējuma, kā arī pacientu iemaksu paaugstināšana un līdzmaksājuma ieviešana. Būtiski vidējo gultu noslodzi ietekmēja arī veselības aprūpes sistēmas pārorientācija no ārstēšanās slimnīcā uz primāro un ambulatoro līmeni, kā rezultātā ārstniecības iestāžu infrastruktūra netika pietiekami strauji pielāgota šīm pārmaiņām un gultas netika strauji samazinātas, līdz ar to 2011.gadā un 2012.gadā vidējā gultu noslodze attiecīgi ir 73,6% un 71,1%).²⁴²

Minētās izmaiņas stacionārajā un ambulatorajā veselības aprūpē tika panāktas atbilstoši 2004.gadā apstiprinātajai Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmai²⁴³ un 2005.gadā apstiprinātajam programmas ieviešanas plānam²⁴⁴. Akcentējot efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju turpmākās attīstības plānošanas ietvaros 2012.gadā tika veikts slimnīcu darbības izvērtējums, kurā noteikts iespējamais veselības aprūpes iestāžu tīkls reģionu un novadu līmenī, balstoties uz tādiem faktoriem kā demogrāfija, pacientu plūsma, stacionēšanas tendences un slimnīcu darbība, kā arī šo faktoru ietekmes vērtējumu uz esošo veselības aprūpes iestāžu tīklu. Galvenie secinājumi norāda, ka demogrāfiskās izmaiņas un pacientu plūsma neietekmēs esošo ārstniecības iestāžu tīklu un slimnīcu sektoru tādā mērā, lai kāda no slimnīcām vai ārstniecības iestādēm būtu pilnībā jāaizver. Tomēr atsevišķās slimnīcās ir iespējama funkciju maiņa, ar mērķi atsevišķas slimnīcu funkcijas koncentrēt produktīvākās un efektīvākās slimnīcās. Pacientu plūsma starp slimnīcu primārajām apkalpes teritorijām nav izteikta un katra slimnīca primāri apkalpo savas teritorijas iedzīvotājus. Izņēmums ir universitātes slimnīcas (Rīgā) un Vidzemes slimnīca, kur pacientu īpatsvars (%) no citiem reģioniem ir lielāks nekā citu reģionu slimnīcās. Produktivitātes un efektivitātes analīze un salīdzinājums ar citām vienāda līmeņa slimnīcām pierāda atsevišķu lokālo slimnīcu neefektīvo darbību, tādēļ tiek piedāvāts atsevišķu funkciju koncentrāciju efektīvākās slimnīcās.²⁴⁵

Līdz ar to veselības aprūpes efektivitātes nodrošināšanai nepieciešams stiprināt daudzprofilu stacionāro ārstniecības iestāžu attīstību un sekmēt specializēto slimnīcu iekļaušanu tajos. Veselības aprūpes pakalpojumu attīstībai nepieciešams attīstības plāns (strukturplāns) ar vertikālu pakalpojumu izvietojumu („piramīda uz leju”), integrētas veselības aprūpes pakalpojumu attīstības iespēju, ar piesaisti deklarētajai dzīvesvietai, ar attieksmi pret tirgu, noteiktām prasībām iestāžu kvalitātes sistēmas ieviešanā, katram pakalpojumam nosakot līmeni un apjomu. Valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasē nepieciešams vadīties pēc pakalpojumu koncentrēšanas principa, izņemot primāro veselības aprūpi, kur nepieciešama pakalpojumu decentralizēšana, kā arī nodrošināt, ka maksimāli tiek noslogoti veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kuri noteiktā teritorijā nodrošina lielāko veselības aprūpes pakalpojumu spektru (profilu skaitu). Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu

²⁴² NVD dati

²⁴³ MK 20.12.2004. rīkojums Nr.1003 „Par Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu”

²⁴⁴ MK 28.12.2005. rīkojums Nr.854 „Par Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plānu 2005.-2010.gadam”.

²⁴⁵ Diskusiju dokuments Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojuma plānam līdz 2018.gadam

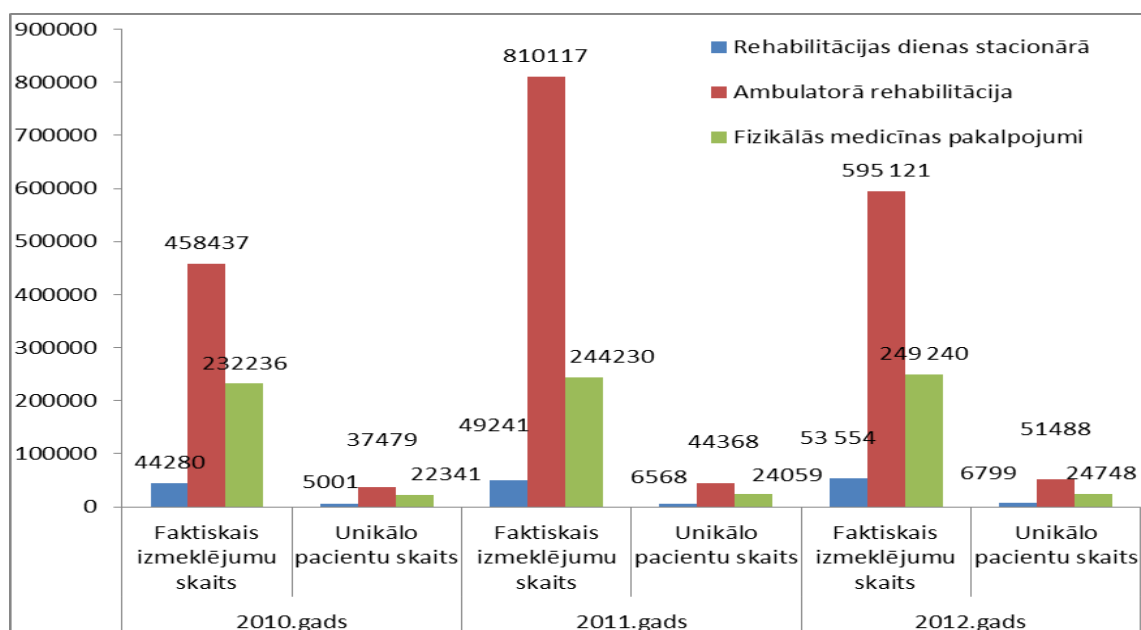
reģionālo pieejamību, nepieciešams pārbaudīt ārstu-speciālistu komandējumu sistēmas funkcionalitāti un efektivitāti.

Tā kā visu līmeņu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā liela nozīme ir mūsdienīgai medicīnas aparatūrai un kvalificētiem speciālistiem, nepieciešams panākt, ka augstākā līmeņa aprūpe katrā jomā tiek koncentrēta vienuviet, nodrošinot tur arī jomas metodisku vadību, bet noteikt, ka veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājums visas valsts līmenī ir pietiekams un līdzvērtīgs.

Nepieciešams noteikt valsts, pašvaldības un privāto ārstniecības iestāžu lomu, prioritāri saglabājot privāto pakalpojumu sniedzēju lomu farmaceitiskajā aprūpē, primārajā veselības aprūpē, sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē, kā arī stacionārajā aprūpē, cik tālu tas nav pretrunā ar pakalpojumu koncentrēšanu, kas paaugstina iestāžu tehnisko un izmaksu efektivitāti, kā arī speciālistu produktivitāti. Ņemot vērā lielu kapitālieguldījumu nepieciešamību slimnīcu infrastruktūras veidošanā, nepieciešamību turpināt koncentrēt neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcu stacionāros pakalpojumus, un neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas stratēģisko nozīmi valsts drošībā, šajā periodā ir lietderīgi saglabāt reģionālas un nacionālas nozīmes slimnīcu kontroles piedrību publiskai personai. Vienlaikus nepieciešams regulēt daudzprofila neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcu aprūpes teritorijas ar mērķi novērst neracionālu konkurenci un nodrošināt stabilu pakalpojumu pieejamību visā valstī kopumā. Infrastruktūras attīstība jāveic vienlaicīgi ar speciālistu piesaisti un to kompetences celšanu, sadarbības tīkla izveidošanu, kas funkcionētu visos veselības aprūpes līmeņos un nodrošinātu gan profilakses un veselības veicināšanas pasākumus, gan arī ārstniecības pakalpojumu uzlabošanu.

Medicīniskā rehabilitācija un tās pieejamība

Medicīnisko rehabilitāciju ir iespējams saņemt gan ambulatori, gan stacionārā. Unikālo pacientu skaits, kuri saņēmuši rehabilitāciju dienas stacionārā, ambulatoro rehabilitāciju un fizikālās medicīnas pakalpojumus laikā no 2010.gadam līdz 2012.gadam ir pieaudzis (4.2.2.attēls).



4.2.2.attēls. Izmeklējumu un unikālo pacientu skaits pa rehabilitācijas pakalpojumu programmām 2010.-2012. gadā

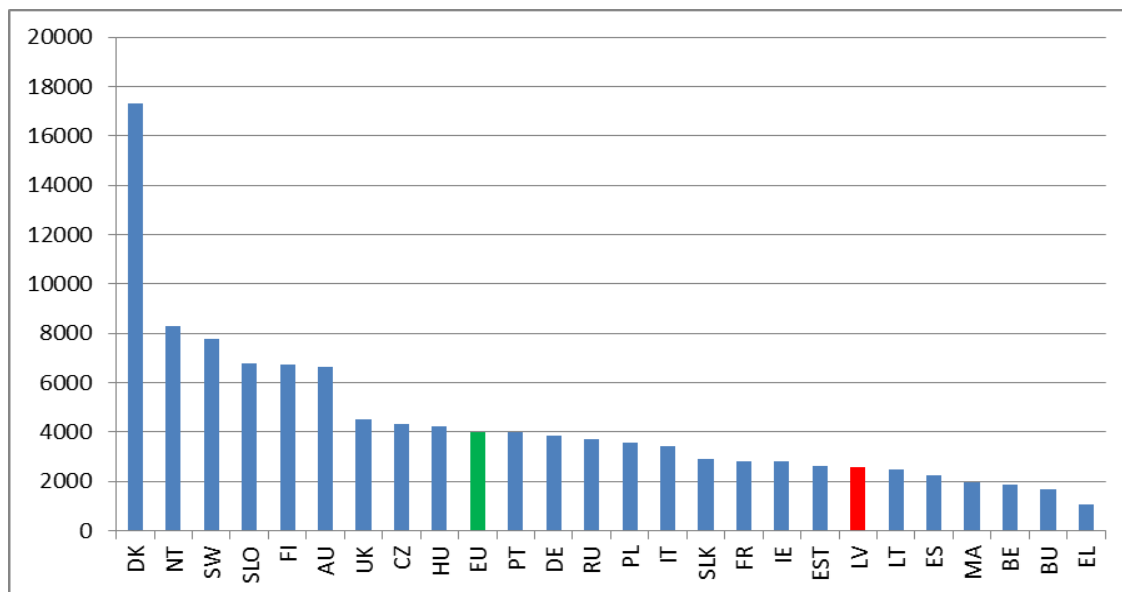
Avots: NVD

Lai mazinātu rindas uz rehabilitācijas pakalpojumiem un pacientiem pēc insulta nodrošinātu atveseļošanās procesa nepārtrauktību, kopš 2012.gada 1.janvāra ir pieejami valsts apmaksāti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi veselības aprūpes mājās ietvaros. No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksātas arī rehabilitologa mājās vizīte pie pacientiem, kas saņem rehabilitācijas speciālistu sniegtos pakalpojumus mājās aprūpes ietvaros. Apmeklējumu un pacientu skaits, kas saņēmuši medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās, kopš 2012.gada sākuma, kad tika uzsākta valsts apmaksāta pakalpojuma sniegšana, mēnešu dinamikā vienmērīgi pieauga gada beigās, sasniedzot 23 718 apmeklējumus, kas sniegti 1081 pacientam, un tas norāda uz šī pakalpojuma nepieciešamību. 2012.gadā visā Latvijas teritorijā rehabilitācijas pakalpojumus mājās aprūpē nodrošināja 67 ārstniecības iestādes.²⁴⁶ Tomēr jāatzīmē, ka PVA pakalpojumu sniedzēju iesaiste medicīniskās rehabilitācijas nodrošināšanā šobrīd ir ierobežota, tādēļ PVA pakalpojumu sniedzējus nepieciešams papildus izglītēt par iespējam nodrošināt rehabilitāciju pacientiem PVA līmenī un celt ģimenes ārstu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā.

Attiecībā uz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem stacionāros, jāatzīmē, ka pēdējo gadu laikā ir būtiski sarucis to ārstniecības iestāžu skaits, kurās stacionāri pieejami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un 2012.gadā stacionāri medicīnisko rehabilitāciju nodrošināja vien 5 ārstniecības iestādēs. Tomēr šo iestāžu izvietojums valstī ir neproporcionāls un stacionāri medicīniskā rehabilitācija galvenokārt ir pieejama tikai Rīgā un Pierīgas reģionā.

Farmaceitiskās aprūpes nodrošināšana

Farmaceitiskās aprūpes pieejamības jautājums Latvijā galvenokārt ir saistīts ar aptieku nevienmērīgu izvietojumu valsts teritorijā. Skaitliski aptieku pieejamība Latvijā, salīdzinājumā ar citām valstīm, ir vērtējama kā laba. Latvijā 2012.gadā uz vienu vispārēja tipa aptieku bija 2 318 iedzīvotāji, Igaunijā šis rādītājs sastādīja 2 708 iedzīvotāji, savukārt Lietuvā – 2 122 iedzīvotāji tomēr vidēji Eiropas valstīs ir apmēram 3,5 līdz 4000 iedzīvotāji uz vienu atvērta tipa aptieku (4.2.3.attēls).²⁴⁷



4.2.3 attēls: Iedzīvotāju skaits uz vienu aptieku ES 2012.gadā

²⁴⁶ NVD dati

²⁴⁷ ZVA. Pieejams: <http://www.zva.gov.lv/?id=665&sa=665&top=5>

Analizējot kopējo vispārēja tipa aptieku izvietojumu valsts teritorijā (786 speciālās atļaujas (licences) tipa aptieku darbībai 2014.gadā), secināms, ka 55% (431 aptieka) no kopējā vispārēja tipa aptieku skaita atrodas republikas pilsētās, novadu pilsētās atrodas 27% (213 aptiekas), savukārt 18% vispārēja tipa aptieku (142 aptiekas) ir izvietotas pagastos ārpus pilsētām. Farmaceitisko aprūpi nodrošina arī 95 aptieku filiāles, kuras atvērušas 73 vispārēja tipa aptiekas. Visās republikas un novadu pilsētās ir atvērtas vispārēja tipa aptiekas. Savukārt ārpus pilsētām vispārēja tipa aptiekas ir atvērtas ne visos novados – 23 novados ir pa vienai vispārēja tipa aptiekai, kas lielākoties izvietotas novada administratīvajā centrā, 23 novados ir pa divām vispārēja tipa aptiekām, 23 Latvijas novados ir pa trijām vispārēja tipa aptiekām, savukārt astoņos Latvijas novados nav nevienas aptiekas, tomēr farmaceitisko aprūpi sniedz vismaz viena aptiekas filiāle. Līdz ar to farmaceitiskās aprūpes pieejamība ir apgrūtināta apdzīvotajās vietās ar nelielu iedzīvotāju skaitu, kurās aptieku darbībai ir zema rentabilitāte, tomēr pat neskatoties uz to, farmaceiti un farmaceita asistenti ir iedzīvotājiem vispieejamākie veselības aprūpes speciālisti. Neskatoties uz to, ka aptieku skaitliskā pieejamība vērtējama kā laba, ir novērojama speciālistu (farmaceitu) nepietiekamība pret esošo aptieku skaitu valstī un tuvākos gados paredzama aptieku skaita samazināšanās tieši speciālistu trūkuma dēļ. Tomēr situācija nav vērtējama kā kritiska, jo vidējie statistikas rādītāji apliecina, ka aptieku skaits valstī ir pietiekams, ņemot vērā iedzīvotāju skaita uz vienu aptieku rādītāju Latvijā un citās Eiropas Savienības valstīs. Aptiekām ir novērojama tendence koncentrēties viena komersanta īpašumā veidojot aptieku ķēdes, tādēļ perspektīvā jāstiprina farmaceitiskā aprūpe un pārdomāti jāpārskata aptieku izvietojuma kritēriji.

Farmaceita loma primārajā veselības aprūpē saistās ar farmaceita atbalstu ģimenes ārsta komandai. Farmaceitam jārod individuāla pieeja katram pacientam, atbalstot ārstus racionālas medikamentozās ārstēšanas nodrošināšanā un risinot tās pacientu problēmas, kas ir paredzamas vai jau radušās zāļu lietošanas dēļ, tajā skaitā aprūpējot hroniskus slimniekus. Izvērtējot citu valstu pieredzi, primārajā veselības aprūpē nepieciešams integrēt arī klīnisko farmaceitu, īstenojot pilotprojektu un, balstoties uz tā rezultātiem, izvērtēt šāda speciālista iekļaušanu primārajā veselības aprūpes sistēmā, kā to paredz apstiprinātais „Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2015.gadam”.

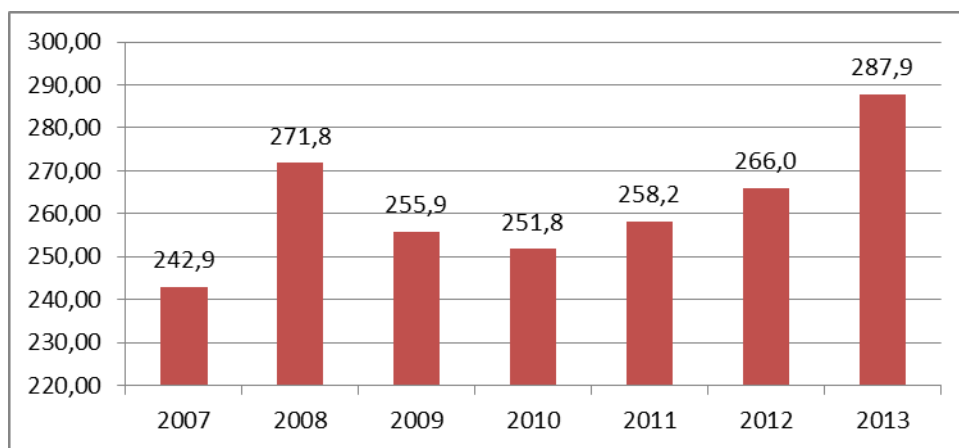
LFB šobrīd ir pabeigusi darbu pie farmaceitiskās aprūpes standartu izveides, šos standartus sākotnēji kā brīvprātīgu iniciatīvu nepieciešams tuvāko gadu laikā ieviest Latvijas aptiekās un aptieku filiālēs.

Farmaceita loma sekundārajā un terciārajā aprūpē, šobrīd aprobežojas ar drošu un pareizu zāļu apriti, ko vairums gadījumos veic slēgta tipa aptieka. Farmaceita potenciāls un zināšanas stacionārā veselības aprūpē netiek pilnvērtīgi izmantots. Farmaceits savas kompetences ietvaros varētu sniegt lielāku atbalstu ārstam gan farmakoterapeitisku, gan farmakoekonomisku jautājumu risināšanā, kas uzlabotu efektīvāku medikamentiem un medicīnas ierīcēm atvēlēto resursu izlietošanu. Tādēļ būtu jānedefinē slimnīcas farmaceita kompetences, kas raksturīgas ar farmaceita darba specifiku tieši slimnīcā, un jārada iespēja šīs prasmes apgūt mācību iestādēs, ne tikai praktiskajā darbā kā tas bija līdz šim. Nepieciešams attīstīt un stiprināt klīnisko farmaceitu institūciju stacionārajā veselības aprūpē un to iesaistīšanos lēmumu pieņemšanā par zāļu izvēli un lietošanu stacionārajā posmā, nodrošinot arī medikamentozās terapijas uzraudzību un, nepieciešamības gadījumos, arī zāļu lietošanas pēctecību ambulatorajā posmā. Šobrīd Latvijā tikai divos stacionāros strādā pa vienam klīniskajam farmaceitam Nodrošinot klīniskā farmaceita integrāciju stacionārajā veselības aprūpē, arī jāizvērtē citu valstu pieredze un esošā Latvijas pieredze.

Latvijā ir izveidota ES dalībvalstīm raksturīga zāļu izplatīšanas sistēma, kurā ir iesaistīti zāļu ražošanas uzņēmumi, zāļu lieltirgotavas, aptiekas un ārstniecības iestādes. 2013.gadā Latvijas zāļu ražotāju produkcijas kopējais apgrozījums ir sastādījis 148,7 milj. EUR, kas ir par 3% mazāk nekā 2012.gadā. Lielākā daļa no saražotās produkcijas – 90,4 % – tika eksportēta ārpus Latvijas.

ZVA apkopotie dati liecina, ka 2013.gadā zāļu lieltirgotavas realizējušas preces (zāles, medicīniskās ierīces, uztura bagātinātāji, higiēnas preces, kosmētiskie līdzekļi u.c. preces) Latvijā un ārvalstīs par kopējo summu 648 milj. euro (bez PVN). Salīdzinot ar 2012.gadu, par 3% pieaudzis kopējais zāļu lieltirgotavu apgrozījums Latvijā. Par 21% pieaudzis arī zāļu lieltirgotavu ārpus Latvijas realizētais apjoms, savukārt realizēto zāļu apgrozījums 2013.gadā pieaudzis par 7%²⁴⁸.

2013.gadā, salīdzinot ar 2012.gadu, zāļu apgrozījums aptiekās ir palielinājies par 8,2% un sasniedzis 287,88 milj. EUR (bez PVN) (4.2.4.attēls).



4.2.4.attēls. Zāļu apgrozījums aptiekās Latvijā 2007.-2013.gadā, milj. EUR

Avots: ZVA

Neskatoties uz zāļu patēriņa pieaugumu pēdējos gados, izdevumi zāļu iegādei, rēķinot uz vienu iedzīvotāju, salīdzinājumā ar Baltijas kaimiņvalstīm, Latvijā ir zemākie – 2013.gadā tie sastādīja 128 euro/iedzīvotāju, savukārt Igaunijā 173 euro/iedzīvotāju, bet Lietuvā – 158 euro/iedzīvotāju.²⁴⁹ Sadalījumā pēc zāļu izsniegšanas kārtības – receptu zāles un bezreceptu zāles – receptu zāles sastāda 56%, bet bezreceptu zāles 44% no realizēto iepakojumu skaita. Vienlaikus receptu zāles veido 82% un bezreceptu zāles 18% no kopējā apgrozījuma.²⁵⁰ Iegūtie dati liecina par to, ka bezreceptu zāles, salīdzinājumā ar receptu zālēm, ir lētākas un pieejamākas iedzīvotājiem. Vairāk kā pusi no Latvijas zāļu tirgus gadā sedz valsts budžeta izdevumi ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijai un ārstniecības iestādēs lietojamo zāļu apmaksai, kā arī citu valsts budžeta apakšprogrammām, kas ir saistītas ar medikamentozās ārstēšanas nodrošināšanu.

Vienlaikus ir vērojamas tendences, kas norāda uz racionālas zāļu lietošanas principu neievērošanas problēmām:

- nepamatota zāļu lietošana iedzīvotāju vidū, veicot bezreceptu zāļu tā saukto pašordinēšanu (*self-prescribing*). Top 3 bezreceptu zāļu patēriņa dati Latvijā, Igaunijā un Lietuvā parāda, ka, piemēram, Ac. Acetylsalicylicum patēriņš Latvijā vairākas reizes

²⁴⁸ ZVA dati. Pieejams: <http://www.zva.gov.lv/?id=494&lang=lv&top=3&sa=323&ss=679>

²⁴⁹ ZVA dati. Pieejams: <http://www.zva.gov.lv/?id=665&top=5&large=>

²⁵⁰ ZVA dati. Pieejams: <http://www.zva.gov.lv/?id=99&sa=99&top=5>

pārsniedz tā patēriņu Igaunijā un Lietuvā (arī *Ibuprofenum* un *Xylometazolinum* patēriņš Latvijā nav zemākais Baltijas valstīs)²⁵¹;

- atsevišķas zāļu grupas bieži tiek ordinētas nepamatoti, kas izraisa nopietnas nevēlamās sekas, piemēram, bakteriālā rezistence, pārmērīgi bieži lietojot antibiotikas, un atkarības veidošanās, lietojot stipras iedarbības zāles gadījumos, kad nepieciešamais efekts var tikt sasniegts ar vieglākas iedarbības līdzekļiem;
- sabiedrība nav pietiekami informēta un izglītota par racionālas zāļu lietošanas pamatprincipiem
- iedzīvotāju līdzatbildības līmenis par savas veselības saglabāšanu ir nepietiekams.

Līdz ar to ir jāturpina valsts un NVO uzsāktās kampaņas, kas veicina racionālu zāļu lietošanu. Saistībā ar **zāļu drošumu** saglabājas viltoto zāļu lietošanas risks. Zāļu iegāde ar interneta starpniecību no nezināmiem izcelsmes avotiem īpaši apdraud cilvēku veselību un var izraisīt pacientu neuzticību arī legālajai zāļu piegādes ķēdei.

Lai vecinātu sabiedrības veselību, būtu jānodrošina arī palīdzība iedzīvotājiem tīmekļa vietņu atpazīšanā, kurās likumīgi piedāvā iegādāties zāles tālpārdošanā. ES ar 2015.gadu paredz ieviest atpazīstamu vienotu interneta aptieku logotipu dalībvalstīs, kas ļautu arī noteikt dalībvalsti, kurā ir reģistrēta persona, kas piedāvā iegādāties zāles tālpārdošanā, un atvieglotu kontroli, lai ar interneta pārdošanas starpniecību legālajā zāļu aprites ķēdē nenokļūtu viltojumi. Būtiska nozīme ir pacientu informēšanai par riskiem, ko rada zāļu iegāde internetā, un uzraudzības stiprināšanai par zāļu un aktīvo vielu apriti.

Pasaules farmācijas tirgus, tajā skaitā arī Latvijas zāļu tirgus, turpina augt gadu no gada, un līdz ar to aktuāli kļūst vides aizsardzības jautājumi, kas attiecas ne tikai uz zāļu ražošanas procesu, bet arī zāļu patēriņa rezultātā radušos atkritumu apsaimniekošanu, nodrošinot to nenonākšanu apkārtējā vidē. Zālēm ir raksturīga bioloģiskā aktivitāte, kā arī, nonākot kontaktā ar pārējiem atkritumiem, tās var veidot toksiskus savienojumus, kas piesārņo apkārtējo vidi. Tāpēc jebkuras izmestas zāles jebkādos apjomos ir bīstamas visai sabiedrībai, ne tikai konkrētam individam. **Zāļu kā bīstamo atkritumu** iedarbība uz vidi līdz šim nav pietiekoši pētīta. Nederīgo zāļu savākšanu no iedzīvotājiem šobrīd veic atsevišķi komersanti, kas sadarbībā ar bīstamo atkritumu savākšanas uzņēmumu sniedz iedzīvotājiem iespēju videi draudzīgā veidā atbrīvoties no zālēm, kurām beidzies derīguma termiņš. Tomēr pastāv problēma, ka iedzīvotājiem veidojas neizlietotu un nederīgu zāļu krājumi. Līdz ar to būtiska ir vispārējā iedzīvotāju apziņas un izglītības līmeņa celšana un drošas vides jautājumu skaidrošana sabiedrībai. Jāizveido vienota politika nederīgo zāļu utilizācijā.

Farmakovigilance. Pēc ZVA datiem Latvijā iepriekšējos gados saņemts salīdzinoši mazs farmakovigilances ziņojumu skaits, kopā par 2013. gadu 375 ziņojumi, kas ir viens no viszemākajiem rādītājiem starp ES dalībvalstīm. Tādēļ sadarbībā ar ZVA un profesionālajām NVO, jāturpina darbs pie ārstniecības personu un farmaceitu motivēšanas aktīvāk līdzdarboties farmakovigilances pasākumos.

Farmācijas nozares veiksmīgai attīstībai un darbībai ilgtermiņā nepieciešams izstrādāt uz farmaceitiskās aprūpes kvalitāti vērstu stratēģiju, kas uzlabotu konkurenci starp aptiekām vairāk orientētu uz pakalpojuma kvalitāti ne tikai cenu, slimnīcas farmaceita potenciāla optimālāku izmantošanu sekundārajā un terciārajā veselības aprūpē, nodrošinātu labu ilgtermiņa farmaceitiskās aprūpes pieejamību un veicinātu citus uz pacientu un nozares speciālistu vērstus pasākumus.

²⁵¹ Zāļu valsts aģentūra. Pieejams: <http://www.zva.gov.lv/?id=665&sa=665&top=5>

4.3. Veselības aprūpes finansēšana

Veselības aprūpes sistēma balstās uz vispārējās valsts garantētās veselības aprūpes sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem. Pakalpojumu pircējs un sniedzējs ir savstarpēji nodalīti, turklāt pakalpojumus var sniegt gan valsts, gan pašvaldību, gan privātās ārstniecības iestādes. Finanšu resursus iegūst galvenokārt no valdības vispārējiem nodokļu ieņēmumiem, lai gan būtiska loma ir arī pacientu tiešmaksājumiem. Veselības nozares budžetu katram nākamajam gadam apstiprina LR Saeima. No Finanšu ministrijas nauda tiek virzīta uz Valsts kasi un tālāk uz NVD, kas ir Veselības ministrijas padotības iestāde, kura īsteno valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus. NVD slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un ambulatorajai ārstniecībai paredzēto no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu saskaņā ar valsts budžeta likumu kārtējam gadam.

Tā kā šobrīd veselības aprūpes budžets nav sasaistīts ar nodokļu ieņēmumiem un ieņēmumi nav personificēti, pastāv situācija, ka Latvijas iedzīvotāji saņem veselības aprūpes pakalpojumus bez tiešas, uz veselības aprūpi vērstu nodokļu maksāšanas Latvijā, kā arī no gada uz gadu pastāv veselības aprūpes budžeta neprognozējamība un nepietiekamība.

Ņemot vērā veselības un sociālās jomas ciešo saistību, jāvērtē iespēja ilgtermiņā attīstīt jauktu veselības aprūpes finansēšanas modeļa ieviešanu.

Finansējums, līdz ar krīzes gados veikto samazinājumu, ir nepietiekams esošā veselības aprūpes pakalpojumu apjoma nodrošināšanai.

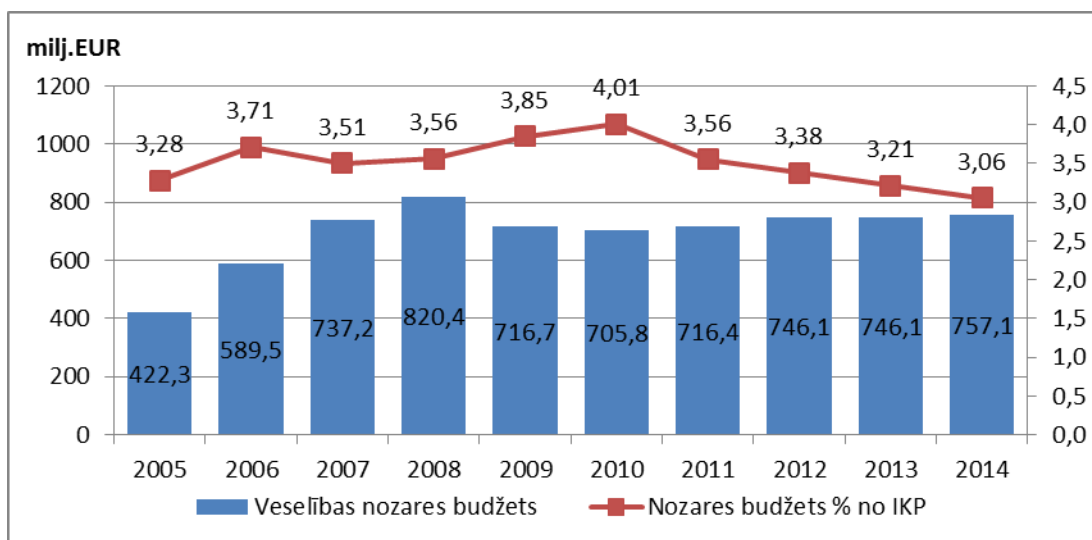
Šī iemesla dēļ katru gadu ir jāpalielina valsts budžeta absolūtais finansējuma apjoms veselības aprūpei, reizē arī nodrošinot citus pasākumus, kas piesaista papildus līdzekļus (piemēram, veselības tūrisms), uzlabojot veselības aprūpes sistēmas efektivitāti un konkurētspēju.

Nepietiekošā finansējuma apstākļos nav iespējams nodrošināt sniegto veselības aprūpes pakalpojumu ilgtspējību un stabilitāti, turklāt, pasliktinoties ekonomiskajai situācijai, citās ES valstīs pretstatā Latvijai finansējums veselības nozarei tika saglabāts aptuveni iepriekšējo gadu līmenī.

Par līdzekļu nepietiekamību liecina arī fakts, ka, lai gan valsts piešķirtais veselības nozares budžets Latvijā laika periodā no 2005.gada līdz 2008.gadam piešķirtā finansējuma apjoma ziņā pieauga, veselības aprūpei atvēlētais finansējums procentos no IKP jau gadiem ir viens no zemākajiem vai zemākais Eiropā un svārstās no 3.3% no IKP 2005.gadā līdz 3.5% no IKP 2012.gadā un 3,2% 2013.gadā (4.3.1.attēls), kamēr citas ES valstis veselības aprūpei atvēl no 4.5% līdz 9% no IKP. Prognozētie valdības izdevumi 3% no IKP apmērā ir nepietiekami, lai veselības aprūpes sistēma pildītu savus pamatuzdevumus – nodrošinātu sabiedrības veselību, aizsargātu no finanšu riskiem saslimšanas gadījumā un nodrošinātu iedzīvotāju apmierinātību ar veselības aprūpi.²⁵²

Līdz ar to tika izstrādāta koncepcija „Par veselības aprūpes finansēšanas modeli” (turpmāk – koncepcija), kurā noteikta veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana, pamatojoties uz valsts veselības obligāto apdrošināšanu un ieviešot valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas.

²⁵² Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei. http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf



4.3.1. attēls. Veselības nozares budžets Latvijā 2005.- 2014.gadam, milj. euro un % no IKP

Avots: VM

Piezīme: sākot ar 2011.gadu, veselības nozares budžetā ieskaitīts arī veselības jomas finansējums FM CFLA budžetā (ņemot vērā, ka iepriekš veselības nozares ES fondu projektu uzraudzību nodrošināja VM pārraudzībā esoša iestāde, bet sākot ar 2011.gadu šī funkcija nodota CFLA), tai skaitā: 2011.gadā 10,42 milj. EUR, 2012.gadā 39,56 milj. EUR, 2013.gadā 38,61 milj. EUR, 2014.gadā 32,06 milj. EUR.

Līdzekļu sadalījumu NVD plāno saskaņā ar normatīvo aktu²⁵³, kas nosaka līdzekļu sadalījuma proporcijas veselības aprūpes pakalpojumu samaksai: ne mazāk kā 45% ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un ne vairāk kā 53 % stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Kopš 2009.gada no veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem ambulatoro pakalpojumu apmaksai finansējums tiek proporcionāli palielināts (2009.gadā 38,4% ambulatorajiem pakalpojumiem 49,6% stacionārajiem pakalpojumiem; 2010.gadā attiecīgi 38,3%/50,8%; 2011.gadā 49,4%/49,6%; 2012.gadā 49,1%/48,9%). Tā kā arī turpmāk ir plānots palielināt ambulatoro pakalpojumu apjomu, tad, plānojot veselības aprūpes cilvēkresursu attīstību, akcents tiks likts arī uz ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem, it īpaši ambulatoro pakalpojumu sniedzēju piesaisti un attīstību reģionos.

Publiskā finansējuma īpatsvars veselības aprūpei no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpi Latvijā ir vidēji 60% (2009.gadā – 59,5%, 2010.gadā – 60,9%, 2011.gadā – 58,5%), kamēr citās ES valstīs tas svārstās robežās no 65% līdz 85%.²⁵⁴

Arī pacientu tiešo maksājumu īpatsvars par veselības aprūpi (*out-of-pocket health expenditure*) procentos no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpi Latvijā ir augsti. Pacientu tiešie maksājumi ietver pacientu iemaksas, līdzmaksājumus, maksājumus par pakalpojumiem, kurus neapmaksā no veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļiem, un izdevumus zāļu iegādei.

Latvijā pacientu tiešo maksājumu līmenis ir augsts visās ienākumu grupās, tomēr mājsaimniecībām ar zemiem ienākumiem ir lielākas iespējas saskarties ar proporcionāli lieliem izdevumiem par veselības aprūpi, nekā tām mājsaimniecībām, kurām ienākumi ir augsti. Jāatzīmē, ka veselības finansēšanas sistēmai jānodrošina, lai finansējuma slogs būtu taisnīgi sadalīts - iedzīvotāju finansiālajam ieguldījumam par veselības aprūpes pakalpojumiem jāatbilst

²⁵³ Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”

²⁵⁴ Datu avots: The World Bank Databank datubāze

viņu maksāspējai.²⁵⁵ Pēc CSP veiktajiem aprēķiniem par mājāsaimniecību patēriņa izdevumu struktūru, izdevumi veselībai 2012.gadā sastādīja 5,9 % no kopējiem izdevumiem. Gadā tas sastāda vidēji 201 euro uz vienu mājāsaimniecības locekli. Ilgtermiņa mērķis ir pārdalīt publiskā un privātā finansējuma proporciju, samazinot privātā finansējuma daļu.

Salīdzinot ar citām ES valstīm Latvijā ir salīdzinoši liels to cilvēku īpatsvars (12,3% no respondentiem 2012.gadā), kas norādījuši, ka nevērsās ārstniecības iestādē veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai pakalpojumu nepietiekamas pieejamības dēļ (pārāk dārgi, pārāk tālu jābrauc, pārāk ilgi jāgaida uz pieņemšanu).²⁵⁶

Arī Latvijas Universitātes veiktajā pētījumā ir secināts, ka esošā situācija attālina Latvijas veselības aprūpes sistēmu no tādas, ko var dēvēt par universālu, jo nepietiekama valsts finansējuma un liela privātā finansējuma (un maz attīstītas brīvprātīgās apdrošināšanas apstākļos) veselības aprūpe nav vairs vienlīdzīgi pieejama visiem iedzīvotājiem un tajā nedarbojas mehānismi, kas vienmēr pasargātu mājāsaimniecības no pārmērīgiem zaudējumiem dārgu un ilgstošu ārstēšanu/aprūpi prasošu slimību gadījumos. Pētnieki, novērtējot mājāsaimniecību izdevumus veselības aprūpei, konstatējuši pārliecinošu tendenci, ka līdz ar vecuma pieaugumu pieaug arī personīgie izdevumi veselības aprūpei.²⁵⁷

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, to apmaksātajam apjomam ir jāatbilst faktiskajam pieprasījumam, pretējā gadījumā ārstniecības iestādes veido gaidīšanas rindas uz pakalpojumiem gan ambulatori, gan stacionārā. Gaidīšanas laika ilgums uz ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem svārstās no 20 dienām līdz pat 680 dienām uz atsevišķiem pakalpojumiem. Ilgs gaidīšanas laiks veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai būtiski ietekmē arī pakalpojumu pēctecības un nepārtrauktības nodrošināšanas iespējas. Ja pacientam nav iespējams nodrošināt pēctecīgu visu veselības aprūpi (savlaicīgu atklāšanu, specializētu ārstēšanu un atbilstošu rehabilitāciju), kavēsies veselības rādītāju uzlabošanās. Tas ir īpaši nozīmīgi tām veselības problēmām, kuru gadījumos pacientam nav motivācijas ārstēties, piemēram, atkarību gadījumos. Tāpat veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nolūkā ir nepieciešams meklēt iespējas no valsts budžeta apmaksāt īpaši specifiskas medicīniskās tehnoloģijas sevišķi retos gadījumos, piemēram, plaušu transplantāciju.

Būtiska nozīme ir arī maksimālā gaidīšanas laika noteikšanai, kas nozīmē, ka valsts garantē, ka vismaz 90% pacientu sev nepieciešamo plānveida pakalpojumu saņems Latvijas ārstniecības iestādēs līdz maksimālā gaidīšanas laika beigām. Ja pacients pakalpojumu nesaņem vai ir pamatotas bažas, ka pakalpojumu šai laikā izvēlētajā iestādē nevarēs saņemt, kompetentai valsts institūcijai (piemēram, Nacionālajam veselības dienestam) pēc pacienta iesnieguma ir jānodrošina pakalpojuma saņemšana, vai nu iesakot citu ārstniecības iestādi, kurā nav rindas, vai piešķirot papildus līdzekļus pakalpojumu saņemšanai citā valstī, ja pakalpojumu nevar saņemt finanšu līdzekļu trūkuma dēļ.

Lai pilnveidotu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas sistēmu un uzlabotu stacionāro veselības aprūpes iestāžu darbības efektivitāti, pakāpeniski Latvijā tiek plānots ieviest DRG (*diagnosis related groups*) sistēmu. DRG ir detalizēta, diagnozēm piesaistīta veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites un apmaksas sistēma, kura tiek izmantota, lai varētu veikt uzskaiti un apmaksu par pacientiem sniegtajiem valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem

²⁵⁵ Estonia Health system performance assessment. WHO, 2010.

²⁵⁶ Eurostat

²⁵⁷ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf

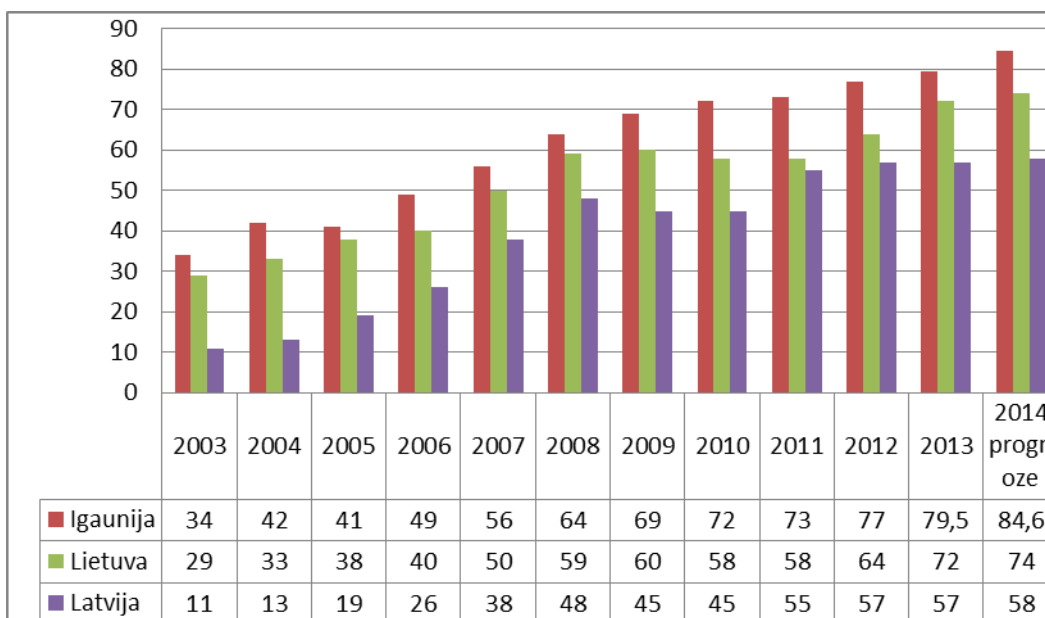
stacionārā. DRG ieviešanā svarīga ir veselības aprūpes pakalpojumu algoritmu un kvalitātes prasību izstrāde.

Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārējā kārtībā un individuāliem pacientiem tiek veikta nepietiekama valsts budžeta finansējuma apstākļos. Kompensācija ir nepieciešama, lai nodrošinātu pilnvērtīgu pacientu ārstēšanu ambulatorās veselības aprūpes līmenī, kā arī noteikta veselības stāvokļa uzturēšanu, lai persona nezaudētu darbspēju, un mazinātu nepieciešamību pacientiem ārstēties slimnīcā. Kompensācijas kārtība tiek veidota pēc pamatprincipa, ka kompensējamo zāļu sarakstā tiek iekļautas zāles, kas atbilst konkrētās diagnozes starptautiskām ārstēšanas vadlīnijām, un ir balstīta uz zāļu terapeitisko un ekonomisko novērtēšanu, kā arī uz zāļu izmaksu un cenu analīzi.

Kompensējamo zāļu sistēma sastāv no A saraksta, B saraksta, C saraksta, kā arī M saraksta (saskaņā ar Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānu 2012.-2014.gadam, no kura var izvēlēties zāles izrakstīšanai grūtniecēm, sievietēm pēcdzemdību periodā un bērniem, spēkā no 2012.gada 1.septembra) un zāļu un medicīnisko ierīču kompensācijas individuālām personām. Papildus izvērtējot M saraksta zāles (visas reģistrētās receptu zāles), jāsecina, ka daļa zāļu var tikt izslēgta no M saraksta, jo tās nav paredzētas ambulatorajai ārstēšanai vai arī tās ir lietojamas ārsta speciālista uzraudzībā, kā arī tās ir zāles, kuras tiek apmaksātas ar citiem mehānismiem, t.sk., centralizēta zāļu iegāde vai zāļu kompensācija atbilstoši diagnozēm, vienlaikus izvērtējot iespēju paplašināt kompensācijas aptveri bērniem vēlākā vecumā. Kompensācijas paplašināšana bērniem vismaz līdz 7 gadu vecumam ievērojami uzlabotu pirmsskolas vecuma bērnu veselību, mazinātu bērnu saslimstības riskus, uzsākot skolas gaitas, kad ievērojami pieaug psihoemocionālo un imunitāti ietekmējošo faktoru iedarbība, kā arī sniegtu atbalstu ģimenēm, kas audzina pirmsskolas vecuma bērnus. Kompensācijas aptveres paplašināšana nodrošinās daļēju zāļu iegādes izdevumu kompensāciju papildus 55 000 bērniem. Lielāko daļu (91% no kopējā izsniegto kompensējamo zāļu apjoma) veido A un B sarakstā iekļautās zāles.

Latvijā kompensācijas kārtība jau no pirmsākumiem tiek veidota ierobežotu resursu apstākļos, pat salīdzinājumā ar Baltijas kaimiņvalstīm (4.3.2.attēlu), kas neatbilst Latvijas pacientu vajadzībām un neļauj efektīvi sasniegt politikas plānošanas dokumentos vairākkārtīgi noteiktos rezultātīvos rādītājus saistībā ar mirstības, stacionēšanas un pacientu finansiālās līdzdalības samazināšanos.

Kompensācijas kārtība šobrīd ir cieši saistīta ar valsts budžeta iespējām, jo privātās veselības apdrošināšanas atbalsts ir zems. Tādejādi pacientu līdzmaksājumi, salīdzinājumā ar Eiropas Savienības valstu vidējiem rādītājiem, ir augsti, kas negatīvi ietekmē zāļu pieejamību un pacientu līdzestību ārstēšanas procesā. Līdz ar to būtu nepieciešams palielināt finansējumu zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas sistēmai, pilveidot tās darbības novērtēšanas indikatorus, kā arī kompensējamo zāļu sistēmā izvērtēt iespēju noteikt maksimālo zāļu cenu atšķirību zāļu vispārīgā nosaukuma (INN) ietvaros.



4.3.2.attēls. Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas valsts budžeta līdzekļi, EUR/iedzīvotāju, Igaunijā, Lietuvā un Latvijā, laika periodā no 2003. līdz 2012.gadam*

Avots: NVD

Piezīmes:

*2012.g. Latvijā finansējums - kopā ar ražotāja līdzdalību 4 milj. LVL (5,7 milj.EUR)

*Igaunijā, Lietuvā - nav ietvertas izmaksas par ķīmijterapiju

*Kompensējamiem medikamentiem piemērojamā PVN likme: Latvijā- 12%, Igaunijā-9% un Lietuvā-5%

Zāļu iegādes kompensācijas sistēma nodrošina pacientiem iespēju saņemt noteiktu slimību ārstēšanai nepieciešamās zāles un medicīniskās ierīces, kuru iegādi pilnībā vai daļēji sedz valsts un kuri ir iekļauti kompensējamo zāļu sarakstā. Slimības, kuru ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumi tiek kompensēti, ir noteiktas slimību diagnožu sarakstā, kas ir zāļu kompensācijas sistēmas neatņemama sastāvdaļa. Ja diagnoze nav iekļauta sarakstā vai arī kompensējamo medikamentu sarakstā nav nepieciešamais medikaments konkrētas saslimšanas ārstēšanai, pacienti var lūgt valsts atbalstu zāļu iegādei individuālā kārtībā. To izmanto pacienti ar komplikācijām slimības norises gaitā, kā arī pacienti, kuriem tiek diagnosticētas retas saslimšanas. Bieži tas nozīmē, ka pacientiem jālieto medikamenti, kuru iegādes izmaksas vairākkārtīgi pārsniedz valsts noteiktās individuālās kompensācijas robežas – 14228,72 euro apmērā vienam pacientam 12 mēnešu periodā. Tas liedz daļai pacientu, kas slimo ar retām saslimšanām, t.sk. ar retām onkoloģiskām saslimšanām, iegādāties nepieciešamos medikamentus, tas veicina nevienlīdzību zāļu pieejamībā un var novest pie priekšlaicīgas mirstības no ārstējamām retām saslimšanām pieaugušo pacientu vidū. Vienlaikus jāatzīmē, ka ir izveidota un sekmīgi darbojas programma "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem", kuras ietvaros valsts piešķir finansējumu to pacientu līdz 18 gadu vecumam medikamentozai ārstēšanai, kuru saslimšanas atzītas kā retas slimības.

Lai samazinātu iedzīvotāju priekšlaicīgas nāves un invaliditātes gadījumus retu saslimšanu rezultātā un nodrošinātu zāļu pieejamību pieaugušajiem pacientiem ar retām saslimšanām, pieaugot zāļu kompensācijas sistēmai atvēlētajam finanšu līdzekļu apjomam valsts budžetā, nepieciešams pārskatīt zāļu kompensācijas sistēmu:

- 1) papildinot to diagnožu sarakstu, kurām valsts kompensē medikamentus, ar Latvijā diagnosticētajām retām saslimšanām;

- 2) papildinot kompensējamo medikamentu sarakstu ar jauniem medikamentiem, tajā skaitā ar medikamentiem retu slimību ārstēšanai;
- 3) pakāpeniski palielinot valsts noteiktās individuālās kompensācijas apjomu retu, sarežģītu un komplikētu slimību ārstēšanā.

Tāpat būtisks ilgtspējīgas veselības aprūpes sistēmas nodrošināšanas un racionālas resursu izmantošanas elements ir veselības aprūpē izmantojamo tehnoloģiju (zāļu, medicīnisko ierīču un metožu) ekonomiskās novērtēšanas nodrošināšana valstī. **Veselības tehnoloģiju novērtēšanas** loma ir uzsvērtā Eiropas Parlamenta un Padomes 2011.gada 4.aprīļa direktīvā 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Eiropas Savienības mērogā ir organizēti vairāki starpvalstu sadarbības projekti veselības aprūpes tehnoloģiju vērtēšanas efektivitātes uzlabošanas jomā, kā arī ar Eiropas Komisijas atbalstu ir izveidots tīklojums EUnet HTA veselības tehnoloģiju vērtēšanas sadarbības veicināšanai. Tomēr Latvijā veselības tehnoloģiju vērtēšanas process pašreiz tiek nodrošināts tikai vienai no medicīniskajām tehnoloģijām - zālēm - iekļaušanai ambulatorās ārstēšanas izdevumu kompensācijas kārtībā.

4.4. Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte un drošība

Veselības aprūpes kvalitātes nozīmīgākās sastāvdaļas ir konsekventa veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana, uz pierādījumiem balstītas prakses izmantošana, koordinēta aprūpe visos veselības aprūpes posmos, iespējamo kļūdu novēršana aprūpes procesā (drošība) un klīniskās efektivitātes uzlabošana.²⁵⁸

Veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanā izmanto dažādus indikatorus: klīnisko iznākumu indikatori (pacienta vērtējums par ārstēšanās iznākumu, ambulatorās aprūpes jūtīgu diagnožu stacionēšanas līmenis, piecu gadu dzīvildze noteiktām onkoloģiskajām slimībām u.c.), pacientu drošības indikatorus (ķirurģisko infekciju līmenis, citas ar veselības aprūpi saistītas infekcijas, pret antibiotikām rezistentu bakteriālu infekciju incidence) un aprūpes procesa kvalitātes indikatorus (uz pierādījumiem balstītu klīnisko vadlīniju izstrāde un ieviešana, uz pierādījumiem balstītu klīnisko vadlīniju ievērošanas apjoms).²⁵⁹

Veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanai Latvijā nepieciešams turpināt izstrādāt un ieviest klīniskās vadlīnijas prioritārajās veselības jomās gan primārajā, gan sekundārajā veselības aprūpē, kas, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus, ir sistematizēts konkrētu pacientu grupu ārstniecības procesa apraksts, kurā noteiktas nepieciešamās darbības, to veikšanas kārtība un pacientu ārstēšanas taktikas izvēlē būtiski kritēriji labāka ārstēšanas rezultāta sasniegšanai. Klīnisko vadlīniju datu bāzē 2013.gadā reģistrētas 18 vadlīnijas, kas ir vērtējams kā salīdzinoši neliels apjoms, kuru nepieciešams palielināt.

Šobrīd ir definēti kvalitātes kritēriji ģimenes ārstiem, kas vērsti uz profilaktisko darbu, bērnu veselības aprūpi, hronisko slimību pacientu uzraudzību, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas efektivitātes paaugstināšanu. Tos izmanto ģimenes ārsta darbības novērtēšanā un attiecīgi, atbilstoši kvalitātes kritēriju izpildes apjomam, tiek aprēķināts maksājuma apjoms par gada darbības novērtējumu. Tā kā kvalitātes kritēriju izpilde nav optimāla, nepieciešams pārskatīt esošos darba kvalitātes kritērijus, nosakot stingrākas kvalitātes prasības virzienos, kuri pēc sabiedrības veselības rādītājiem ir kritiskākie. Pirms jaunu kvalitātes rādītāju ieviešanas ir būtiska rādītāju izmēģināšana (pilotēšana).

Tāpat ar 2013.gadu ir ieviesti arī indikatori²³, kuri izmantojami stacionārās veselības aprūpes kvalitātes izvērtēšanā. Indikatori ļauj novērtēt sniegto stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti un ārstniecības iestādes darba organizāciju, tajā skaitā izvērtēt, vai pacientam pēc akūta miokarda infarkta, hemorāģiska vai išēmiska insulta stacionārā savlaicīgi uzsākti agrīnas rehabilitācijas pasākumi un izvēlētas efektīvas ārstēšanas metodes, kā arī iespējamus nepamatotus stacionēšanas gadījumus un citus rādītājus.

2014.gadā darbu uzsāks perinatālās mirstības audits, kura mērķis ir veikt perinatālās mirstības analīzi un, balstoties uz analīzes rezultātiem, izvērtēt iespēju ieviest izmaiņas valsts perinatālās aprūpes sistēmā perinatālās aprūpes kvalitātes uzlabošanai un mirstības samazināšanai.

Tomēr ir nepieciešams izstrādāt visaptverošu kvalitātes nodrošināšanas sistēmu vienotas ārstniecības iestāžu darbības standartizācijai un uzraudzībai dažādos ārstniecības profilos, lai kopumā uzlabotu kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Ņemot vērā galvenos iedzīvotāju saslimstības un mirstības cēloņus, svarīgi būtu uzsākt kvalitātes nodrošināšanas sistēmas ieviešanu prioritārajās veselības aprūpes jomās – sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes, kā arī garīgās veselības aprūpes jomās, turklāt to nepieciešams vērst gan uz resursiem, kas tiek izmantoti ārstniecībā, gan ārstniecības procesu un

²⁵⁸ Estonia Health system performance assessment. WHO, 2010.

²⁵⁹ Estonia Health system performance assessment. WHO, 2010.

tā rezultātiem. Tādējādi tiktu sekmēta pieejamība agrīnai diagnostikai un ārstniecībai, samazinot saslimstības pieauguma tempu, invaliditāti, priekšlaicīgu mirstību kā arī uzlabojot pacientu dzīves kvalitāti, ātrāku izārstēšanos, ātrāku atgriešanos darba tirgū.

Jāatzīmē, ka veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai gan primārajā veselības aprūpē, gan sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē nepieciešams ieviest efektīvu atlasī valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai. Tāpat veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes un kvalitātes nodrošināšanai primārajā veselības aprūpē nepieciešams virzīties uz pakalpojumu sniedzēju koncentrēšanu, piemēram, veicinot koppraksi attīstību. Otra ārsta piesaiste ļautu no vienas puses nodrošināt labāku aprūpi un darba organizāciju lielajās praksēs, kā arī ilgtermiņā risinātu jautājumu par ārstu paaudžu nomaiņu. Vienlaikus jautājums par otra ārsta piesaisti saistīts ar būtiskiem juridiskiem šķēršļiem.

Arī ambulatorajā sekundārajā veselības aprūpē nepieciešama attīstība, jo Latvijā joprojām ir raksturīga sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojuma nodrošinātāju sadrumstalotība – pēdējo gadu laikā novērojama ārstu speciālistu privātprakšu skaita palielināšanās un aktīva privāto veselības aprūpes centru darbības paplašināšanās, kā rezultātā ārstniecības iestādē ambulatoro vizīšu skaits ir neliels. Līdz ar to ir nepieciešams pārskatīt valsts, pašvaldības un privāto ārstniecības iestāžu lomu un funkciju apjomu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, nosakot kritērijus līguma slēgšanai. Prioritāri ir jāveicina tādu privāto sekundāro ambulatoro pakalpojumu attīstība (neattiecas uz ģimenes ārstu praksēm), kas nodrošina kompleksu pieeju pakalpojumu sniegšanai un veicina pakalpojumu koncentrēšanu.

Attīstot ambulatoros pakalpojumus slimnīcās var elastīgāk izmantot cilvēkresursus, uzlabot diagnostikas pieejamību un efektīvāk izmantot tehnoloģijas, kā arī nodrošināt kvalitatīvāku pacientu ārstēšanu, jo ārstēšanas un aprūpes procesam būs radīti priekšnosacījumi, lai nodrošinātu procesu nepārtrauktību un pēctecību ambulatorā sekundārā līmenī un efektīvāk koordinēt pacientu plūsmu. Aktīva ambulatorā daļa paaugstina slimnīcas produktivitāti un uzlabo tās efektivitāti. Šobrīd šāda pieeja pacientu ārstēšanā netiek izmantota pilnībā, jo kopš 2004.gada ir strauji pieaudzis to ārstniecības iestāžu skaits, kas nodrošina valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus.

Atbilstoši dokumentā „Pamatnostādnes „E-veselība Latvijā”” iekļautajiem e-veselības politikas rīcības virzieniem un sasniedzamajiem rezultātiem veselības nozares iestādes jau vairākus gadus intensīvi strādā pie e-veselības ieviešanas. E-veselības ieviešanas mērķis ir uzlabot veselības aprūpes kvalitāti un efektivitāti, pakalpojumu pieejamību, kvalitatīvu un drošu pacientu datu apstrādi, veselības aprūpes resursu efektīvāku izmantošanu, samazināt ārstniecības iestāžu administratīvo slogu, kā arī veicināt pacientu iesaisti savas veselības aprūpē.²⁶⁰

²⁶⁰ Citu valstu pieredze liecina, ka e-veselības risinājumi **palielina pacienta iesaisti savas veselības aprūpē**, jo pacientam jebkurā laikā ir iespēja piekļūt saviem veselības datiem, kas centralizēti uzkrāti e-veselības informācijas sistēmās, tādējādi aktīvi sekot līdzi saviem veselības datiem. Papildus e-veselības risinājumus var veiksmīgi izmantot arī personu informēšanai, piemēram, par veicamajiem profilaktiskajiem izmeklējumiem, vakcinācijām un citiem ar veselību un veselības aprūpi jautājumiem. E-veselības risinājumi **uzlabo veselības aprūpes kvalitāti, efektivitāti un sekmē veselības aprūpes resursu efektīvāku izmantošanu**. Izmantojot e-veselības risinājumus, ārstniecības personām ātri un jebkurā laikā ir pieejama personas veselības vēsture (veiktie izmeklējumi, ārstu slēdzieni, nozīmētā ārstēšana, izrakstītās zāles u.tml.), kas bieži vien nav iespējams, ja veselības dati tiek uzkrāti papīra formātā, tādējādi ārstniecības personas ir labāk informētas par pacienta veselības stāvokli un īsākā laikā spēs pieņemt lēmumus par nepieciešamo ārstēšanu. E-veselības risinājumi uzlabo arī sadarbību starp ārstniecības personām un sekmē aprūpes pēctecību. Pacientam veikto izmeklējumu pieejamība vienlaikus ļauj arī izvairīties no nelietderīgu un dublējošu izmeklējumu veikšanas. Būtisks pozitīvs pienesums veselības aprūpes kvalitātes un drošības uzlabošanā ir arī elektroniskajām receptēm. Veiktā analīze par elektronisko receptu ieviešanas ieguvumiem citās valstīs liecina, ka saīsinās receptu izrakstīšanai patērētais laiks, tiek samazināts viltoto receptu iespējamība,

ES struktūrfondu 2007.-2013.gada plānošanas perioda ietvaros tiek realizēti vairāki e-veselības 1.kārtas projekti un 2013.gadā uzsākta e-veselības 2.kārtas projekta ieviešana. E-veselības 1.kārtas projektu ietvaros tiek izstrādāta Vienotā veselības nozares elektroniskā informācijas sistēma (turpmāk – e-veselības informācijas sistēma), kas ir e-veselības pamats. E-veselības informācijas sistēma sastāv no vairākām informācijas sistēmām - e-receptes informācijas sistēmas, elektroniskās veselības kartes informācijas sistēmas, pierakstu/nosūtījumu informācijas sistēmas, kā arī sadarbības platformas, kurā tiks organizēta datu apmaiņa starp centrālajām valsts sistēmām un ārstniecības iestāžu un aptieku informācijas sistēmām, kā arī perspektīvā – citu ES dalībvalstu e-veselības risinājumiem. Saskaņā ar Ministru kabineta 2014.gada 11.marta noteikumiem Nr.134 „Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu” e-veselības informācijas sistēma nodrošinās pacientu veselības datu centralizētu apstrādi, elektronisko recepšu izrakstīšanu un atvēršanu starp ārstniecības personu un farmaceitu, elektronisko darbnespējas lapu izrakstīšanu un atvēršanu starp ārstniecības iestādi un VSAA. E-veselības 2.kārtas projekta ietvaros tiks attīstītas jau izveidotās e-veselības informācijas sistēmas, kā arī izstrādāta nozares statistikas un datu analīzes informācijas sistēma.

Ņemot vērā IKT un e-veselības attīstības tendences, sabiedrības pieprasījumu pēc augstāka līmeņa pakalpojumiem, kā arī demogrāfiskās prognozes, nepieciešams turpināt jau izstrādāto e-veselības risinājumu attīstīšanu un jaunu izstrādi, panākt e-veselības plašu izmantošanu. Ņemot vērā, ka par IKT attīstību valstī atbildīgā ministrija ir VARAM, tad e-veselības attīstības un pilnveidošana plānota VARAM izstrādātajā un Ministru kabinetā 2013.gada 14.oktobrī apstiprinātajā politikas plānošanas dokumentā „Informācijas sabiedrības attīstības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam”^{261,262}. E-veselības stratēģiskās attīstības jomas, kurām paredzētas 2014.-2020.gada struktūrfondu plānošanas perioda finanšu investīcijas, definētas informatīvajā ziņojumā "Par pasākumiem, kurus paredzēts īstenot Informācijas sabiedrības attīstības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam turpmākās rīcības plānojuma uzdevumu 3.1."Publiskās pārvaldes IKT centralizētu platformu izveide" un 3.2."Publiskās pārvaldes pakalpojumu elektronizācija" ietvaros"²⁶³.

Lai paaugstinātu veselības aprūpes efektivitāti ierobežota valsts budžeta līdzekļu apstākļos, jāizvērtē **personalizētās medicīnas elementu** ieviešana, kas samazina neefektīvu zāļu lietošanas risku un attiecīgi arī izmaksas konkrētam pacientam. Vidēji Latvijā ārstniecības līdzekļu apmaksai tiek izlietoti 23% no kopējiem veselības aprūpei atvēlētajiem valsts budžeta līdzekļiem gadā, kas veido nozīmīgu izdevumu daļu. Saskaņā ar Eiropas Komisijas izvēlēto definīciju, personalizētā medicīna ir ārstēšanas procesa modelis, kas balstās uz molekulāras pieejas izmantošanu atbilstošas terapeitiskās stratēģijas izvēlei konkrētam pacientam konkrētajā laikā, ņemot vērā predispozīciju slimībai un nodrošinot savlaicīgu un mērķtiecīgu profilaksi sabiedrības veselības uzlabošanai.

Latvijā pacientiem sniegtās veselības aprūpes kvalitāti kontrolē VI, kontrolējot ārstniecības iestāžu atbilstību normatīvajiem aktiem, tai skaitā, uzraugot valsts budžeta līdzekļu izlietojumu, izskata pacientu sūdzības un atbilstoši tām veicot kontroles pasākumus ārstniecības iestādēs.

tiek novērsta dubulto recepšu esamība, ārstam ir pieejama daudz plašāka informācija par pacientam izrakstītajām zālēm, elektronisko recepšu ieviešana novērš problēmas, kas saistītas ar neskaidru vai nesalasāmu rokrakstu, piemēram, tiek novērsta nepareizu zāļu izsniegšana pacientam, saīsinās pacienta apkalpošanai patērētais laiks. Izmantojot e-veselībā laika gaitā uzkrātos pacientu datus paveras arī daudz plašākas iespējas dažādu saslimšanu un to profilakses pētīšanā. E-veselības risinājumus var izmantot arī ārstniecības personu izglītošanai un informēšanai, piemēram, par jaunākajiem pētījumiem, aktuālajiem saslimstības rādītājiem u.tml.

²⁶¹ <http://likumi.lv/doc.php?id=260931>

²⁶² <http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=4518>

²⁶³ <http://tap.mk.gov.lv/mk/tap/?pid=40328958>

Visvairāk sūdzības tiek saņemtas par darbspējas ekspertīzes kvalitāti, tai skaitā par izsniegto darbnespējas lapu pamatotību. 2013.gadā kopumā veiktas 205 ekspertīzes par darbnespējas ekspertīzes kvalitāti iespējami īsos termiņos, vērtējot un analizējot ilgstošas darbnespējas iemeslus, un veiktas 12 pārbaudes ārstniecības iestādēs uz vietas. T.sk. 33 gadījumos ārsti-eksperti izvērtēja darbnespējas ietekmi uz sociālo budžetu un novērsa nevēlamo ietekmi, konstatējot, ka darbnespējas lapās nepamatoti tika izsniegtas 290 darbnespējas dienas. Otrajā vietā ir sūdzības par terapiju, ģimenes ārstu darbību, kā arī sūdzības ķirurģijas un traumatoloģijas profilā.

Ar veselības aprūpi saistītu infekciju un antimikrobās rezistences izplatības kontrole ir nozīmīgs priekšnoteikums kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanā. 2001. gada 15. novembrī tika pieņemtas ES Padomes rekomendācijas par piesardzīgu antimikrobo līdzekļu izmantošanu cilvēku medicīnā, bet 2009. gada 9. jūnijā – ES Padomes rekomendācijas par pacientu drošību, tai skaitā, par ar veselības aprūpi saistīto infekciju kontroli un profilaksi. Eiropas Parlaments 2011. gada 12. maijā pieņēmis rezolūciju par antibiotiku rezistenci un 2011.gada 27.oktobrī - rezolūciju par antimikrobās rezistences draudiem sabiedrības veselībai. Šie dokumenti dalībvalstīm rekomendē virkni pasākumu, kuru mērķis ir ierobežot antimikrobās rezistences izplatību. Lai izvērtētu Latvijas progresu šo rekomendāciju īstenošanā no 2011.gada septembrī Latvijā ieradās ECDC ekspertu grupa un ieteica nekavējoties uzsākt aktivitātes un izstrādāt nacionālo stratēģiju antimikrobās rezistences apkarošanai.²⁶⁴ Galvenie aktivitāšu virzieni ir antimikrobās rezistences un antibiotiku patēriņa uzraudzības attīstīšana, kā arī ar veselības aprūpes saistītu infekciju un infekciju kontroles pasākumu uzlabošana ārstniecības iestādē un saprātīgas antibakteriālās terapijas veicināšana. Lai ierobežotu antimikrobās rezistences izplatību un īstenotu šos ieteikumus, 2013.gada maijā izveidota Starptozaru antimikrobiālās rezistences ierobežošanas komisijas, kuras mērķis izstrādāt nacionāla līmeņa plānu problēmas apzināšanai un risināšanai.

Vispārīgos piesardzības pasākumus ar veselības aprūpi saistītu infekciju profilaksei regulē Ministru kabineta 2006. gada noteikumi Nr.574 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē”, un to ievērošanu kontrolē VI. Ārstniecības iestāde ir atbildīga par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plāna izstrādi, ieviešanu un noteiktu multirezistentu mikroorganismu reģistrāciju. Tomēr informācija tiek apkopota un analizēta tikai ārstniecības iestādes līmenī, līdz ar to nav pietiekami informācijas par situāciju valstī kopumā. Kopš 2004.gada Latvijas laboratorijas brīvprātīgi ir iesaistījušās Eiropas antimikrobiālās rezistences uzraudzības tīklā, kuru 2010.gadā pēc savstarpējas vienošanās pārņēma ECDC un izveidoja EARS Net. 2013.gada antimikrobiālās rezistences uzraudzības tīklu Latvijā pārņēma SPKC un atbilstoši Ministru kabineta 1999.gada 5.janvāra noteikumu Nr.7 „Infekcijas slimību reģistrācijas kārtība”²⁶⁵ 10.⁵ punktam visām Latvijas laboratorijām, kurās tiek veikti mikrobioloģiskie izmeklējumi, reizi ceturksnī antimikrobiālās rezistences rezultāti pēc atbilstoša protokola (Noteikumu 4.pielikums) jāziņo SPKC. Saskaņā ar Eiropas Komisijas prasībām uzraudzībai ir pakļauti šādi mikroorganismi: *S.aureus*, *S.pneumoniae*, *E.coli*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa*, *E.faecium/faecalis*, kā arī *N.gonorrhoeae*, kurai ir noteikta cita uzraudzības kārtība.

Laika posmā no 2007.gada līdz 2012.gada 1.februārim pieejama informācija par visiem MRSA gadījumiem Latvijas slimnīcās. Atbilstoši MK 1999.gada 5.janvāra noteikumiem Nr.7 "Infekcijas slimību reģistrācijas kārtība", par katru laboratorijā izdalītu MRSA informēts SPKC.

²⁶⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Country mission Latvia: antimicrobial resistance. Stockholm: ECDC; 2013.

²⁶⁵ <http://www.likumi.lv/doc.php?id=20667>

2007.gadā saņemti 215 ziņojumi, 2008.gadā - 209, 2009.gadā – 157, 2010.gadā – 205, 2011.gadā – 267, 2012. - 286. Lai labāk raksturotu multirezistentu mikroorganismu radīto slogu ārstniecības iestādēs, MRSA uzraudzība būtu jāatjauno un jāuzsāk arī citu multirezistentu mikroorganismu uzskaitē.

Lai raksturotu situāciju Latvijas slimnīcās, 2011.gadā veikts arī ECDC „Ar veselības aprūpi saistītu infekciju un antimikrobo līdzekļu prevalences pētījums (ECDC PPS)”. Pētījumā piedalījās 15 iestādes vai iestāžu struktūrvienības. Pētījuma rezultāti rāda, ka atbilstoši ECDC gadījuma definīcijām VASI prevalence ir 2,3%, bet atbilstoši ārstēšanas indikācijām – 3.4%. Tas ir mazāk nekā vidēji Eiropas Savienībā, un to var skaidrot ar aprūpes intensitātes atšķirībām un diagnostikas metožu lietošanas paradumiem.²⁶⁶

Viens no antimikrobās rezistences virzītājspēkiem ir plaša un nesaprātīga antibakteriālo līdzekļu lietošana. Eiropas Savienības līmenī rezultāti tiek apkopoti ECDC ESAC-Net tīkla ietvaros. Latvijā novērots zems kopējais AB patēriņš – 12,8 DID²⁶⁷ (ES variē no 11,4-35,1 DID), bet viens no lielākajiem patēriņiem ES tieši stacionārās ārstniecības iestādēs – 2,9 DID (ES variē no 1,0-3,4 DID).²⁶⁸ ECDC PPS rāda, ka arī AB saņemšo pacientu īpatsvars Latvijas slimnīcās ir 38,4%. Tas ir lielāks nekā vidēji citās ES valstīs. Latvijā nav vienotas stratēģijas, lai veicinātu saprātīgu AB lietošanu ārstniecības iestādēs, kas ir viens no priekšnoteikumiem mikrobu rezistences kontrolei.

Identificētās problēmas:

- Garas gaidīšanas rindas ambulatoro un plānveida stacionāro pakalpojumu saņemšanai, kas tādējādi negatīvi ietekmē veselības aprūpes pēctecību un savlaicīgu palīdzības sniegšanu.
- Augsts pacientu tiešo maksājumu līmenis par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas būtiski ietekmē pieejamību veselības aprūpei.
- Nepietiekams publiskā finansējuma īpatsvars veselības aprūpes sistēmai, t.sk., kompensējamo zāļu sistēmai.
- Primārajā veselības aprūpes līmenī netiek pilnvērtīgi izmantotas profilakses nodrošināšanas iespējas.
- Veselības aprūpes sistēma galvenokārt risina ielaistas veselības problēmas, kas ir par pamatu sliktajam sabiedrības veselības stāvoklim.
- Netiek pilnībā nodrošināta integrēta, nepārtraukta un pēctecīga pacientu veselības aprūpe.
- Daļai iedzīvotāju ir ierobežota veselības aprūpes pieejamība.
- Pastāv nevienmērīgs ārstniecības personu nodrošinājums reģionos, kā arī ārstniecības personāla novecošanās.
- Neskaidri atlases kritēriji veselības aprūpes pakalpojumu pirksanai publiskajā sektorā;
- Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi ir pārliedzi zemi un neietver prasības veselības aprūpes kvalitātei.
- Reģionālais veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls ir nevienmērīgs,
- Pašvaldību loma veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā ir diferencēta, izejot no vispārējā regulējuma par veselības pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu.

²⁶⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013.

²⁶⁷ Dienas definētās devas uz 1000 iedzīvotājiem vienā dienā, starptautiskā mērvienība zāļu patēriņam, ko ir definējusi PVO

²⁶⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2014.

- Atsevišķās lauku teritorijās iedzīvotājiem netiek nodrošināta savlaicīga (līdz 25 minūtēm) neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana.
- Nevienmērīgs to stacionāro ārstniecības iestāžu izvietojums valstī, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu, un vāji attīstīta primārās veselības aprūpes loma pacientu rehabilitācijā.
- Farmaceitiskā aprūpe nav vienmērīgi pieejama attālākos lauku reģionos.
- Farmācijas jomas speciālisti nav pietiekoši iesaistīti primārajā un sekundārajā veselības aprūpē, radot atbalstu ģimenes ārsta komandai un stiprinot klīniskās farmācijas potenciāla izmantošanu.
- Nav izvērtētas iespējas ieviest Latvijā uz pacientu, nevis produktu, vērstās aptieku darba samaksas sistēmu.
- Ir vērojamas tendences, kas norāda uz zāļu nedrošas un neracionālas lietošanas risku pieaugumu Latvijā.
- Netiek vērtēta medicīnisko ierīču un medicīnisko metožu izmaksu efektivitāte, tās iekļaujot no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo tehnoloģiju sarakstā.
- Nav visaptverošas kvalitātes sistēmas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošinātu efektīvu un drošu ārstniecības procesu un sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanu ilgtermiņā, kā arī ļautu pacientam izdarīt motivētu izvēli.
- Nav nacionāla līmeņa aktivitāšu plāna antimikrobās rezistences ierobežošanai un ar veselības aprūpi saistītu infekciju kontrolei ārstniecības iestādēs. Tas ietver gan uzraudzības sistēmu trūkumu, gan harmonizētas infekcijas kontroles prakses neesamību, gan algoritmu trūkumu saprātīgas antibakteriālās terapijas nodrošināšanai.

Apakšmērķis: Nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem

Mērķa sasniegšanai nepieciešams:

- Veidot ilgtspējīgu veselības sistēmu, nodrošinot stabilu un prognozējamu finansējumu veselības aprūpei.
- Veicināt pacientu tiešo maksājumu īpatsvara samazināšanos, uzlabojot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un mazinot gaidīšanas laikus.
- Attīstīt ambulatoro aprūpi, koncentrējot pakalpojumus, un mazināt pacientu uzturēšanos slimnīcā.
- Plānot izmaksu un resursu efektīvas stacionārās veselības aprūpes sistēmas attīstību.
- Pakāpeniski ieviest DRG (*diagnosis related groups*) sistēmu²⁶⁹.
- Attīstīt e-veselības risinājumus un sekmēt to plašu izmantošanu.
- Nodrošināt labās prakses principu īstenošanu ārstniecībā, veicinot klīnisko vadlīniju izstrādi un ieviešanu praksē.
- Uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti visos veselības aprūpes līmeņos.

²⁶⁹ Pasākums ietverts arī Informācijas sabiedrības attīstības pamatnostādņu 2014.–2020. gadam (apstiprinātas ar 2013. gada 14. oktobra Ministru kabineta rīkojumu Nr. 468) 6. sadaļas 3.7. apakšpunktā

- Izveidot veselības attīstības tīklus prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomās.
- Plānot un vadīt pacientu plūsmu, attīstīt veselības aprūpes infrastruktūru, piesaistīt ārstniecības personālu darbam reģionos un celt ārstniecības personu kompetenci.
- Izstrādāt un ieviest kvalitātes nodrošināšanas sistēmu ārstniecības iestādēs.
- Uzlabot pieejamību profilakses pakalpojumiem primārajā veselības aprūpes līmenī.
- Nodrošināt e-pakalpojumu attīstību, paplašinot pakalpojumu pieejamības un izmantošanas iespējas.
- Attīstīt un uzlabot veselības tehnoloģiju (medicīnisko ierīču un metožu, t.sk. uzlabot zāļu) vērtēšanas procesu un veicināt to izmaksu efektīvu veselības tehnoloģiju lietošanu.
- Ieviest nepārtrauktu un valsts finansētu multirezistentu mikroorganismu uzraudzības sistēmu, tai skaitā, antimikrobās rezistences, kā arī ar veselības aprūpi saistītu infekciju uzraudzības un kontroles sistēmu ārstniecības iestādēs.
- Izstrādāt kritērijus infekciju kontroles programmu izvērtēšanai ārstniecības iestādēs.
- Veicināt ātras mikrobioloģiskās diagnostikas iespējas un saprātīgu antimikrobo līdzekļu lietošanu.

5. Politikas rezultāti, darbības rezultāti un rezultatīvie rādītāji to sasniegšanai

Mērķu un rezultātu, to rezultatīvo rādītāju hierarhija

Politikas definētais apakšmērķis: Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas veselības veicināšanā un veselības aprūpē.					
		Atsauces līmenis		2017.gads	2020.gads
		Rādītājs	Gads		
Politikas rezultāts A1: Palielinājies jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums, mazinoties atšķirībām pa dzimumiem	Rezultatīvais rādītājs: jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem (gados) (avots: CSP)	69,1	2012.	71,1	72
	Rezultatīvais rādītājs: jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums sievietēm (gados) (avots: CSP)	78,9	2012.	79,6	80
	Rezultatīvais rādītājs: Latvijas jaundzimušo paredzamā mūža ilguma īpatsvars no ES vidējā rādītāja (%) (avots: Eurostat)	92,3	2012..	94	96
Darbības rezultāts A1: Uzlabojas iedzīvotāju veselības pašvērtējums	Rezultatīvais rādītājs: Iedzīvotāju (15-64 g.v.) īpatsvars, kuri uzskata savu veselības stāvokli par labu vai diezgan labu (%) (avots: Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC)	53,5	2012.	55,8 (2016.)	57,1
	Rezultatīvais rādītājs: Bērnu (15 g.v.) īpatsvars, kuri savu veselības stāvokli novērtē kā labu (%) (avots: HBSC, SPKC)	76,2	2010.	78 (2014.)	80 (2018.)
Darbības rezultāts A2: Iesaistītas pašvaldības veselības veicināšanā	Rezultatīvais rādītājs: Pašvaldību īpatsvars (%), kurās deleģēta kontaktpersona veselības veicināšanas jautājumos (avots: SPKC)	72	2014.	85	90

	Rezultatīvais rādītājs: pašvaldību īpatsvars, kuras ir iesaistītas Nacionālajā veselīgo pašvaldību tīklā (%) (avots: SPKC)	23	2014.	26	30
	Rezultatīvais rādītājs: skolu īpatsvars, kuras ir iesaistītas “Veselību veicinošo skolu” kustībā (%) (avots: SPKC)	-	2014.	5	15
Politikas definētais apakšmērķis: Samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību.					
Politikas rezultāts B1: Samazinājusies mirstība no neinfekciju slimībām vecumā līdz 64 gadiem	Rezultatīvais rādītājs: mirstība no sirds un asinsvadu slimībām līdz 64 g.v. (uz 100000 iedzīvotāju) (avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC)	157,6	2012.	142	130
	Rezultatīvais rādītājs: mirstība no ļaundabīgiem audzējiem līdz 64 g.v. (uz 100000 iedzīvotāju) (avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC)	108,6	2012.	102	96
	Rezultatīvais rādītājs: mirstība no ārējiem nāves cēloņiem līdz 64 g.v. (uz 100 000 iedzīvotāju) (avots: SPKC)	86,4	2012.	65	60
	Rezultatīvais rādītājs: mirstība no pašnāvībām līdz 64 g.v. (uz 100000 iedzīvotāju) (avots: SPKC)	20,9	2012.	18,5	17
Darbības rezultāts B1: Samazinājusies smēķēšanas izplatība, alkohola un	Rezultatīvais rādītājs: absolūtā alkohola patēriņš uz vienu iedzīvotāju pēc 15 gadu vecuma (litros) (avots: SPKC)	10,3	2012.	9,8	9,5

narkotisko vielu lietošana iedzīvotāju vidū	Rezultatīvais rādītājs: Pēdējā gada laikā pārmērīgo alkohola lietotāju īpatsvars darbspējas vecumā (%) (avots: Pētījums par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū, SPKC)	43,7	2011.	40 (2015.)	38 (2019.)
	Rezultatīvais rādītājs: Jauniešu (15 – 16 gadu vecumā) īpatsvars, kuri lietojuši alkoholu riskantā veidā (60 un vairāk gramu absolūtā alkohola vienā reizē) pēdējā mēneša laikā (%) (avots: ESPAD, SPKC)	49	2011.	45,5 (2015.)	43 (2019.)
	Rezultatīvais rādītājs: Ikdienas smēķētāju (15-64 g.v.) īpatsvars (%) (avots: Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC)	34,3	2012.	31 (2016.)	28
	Rezultatīvais rādītājs: Regulāri (vismaz reizi nedēļā) smēķējošu 15-gadīgu skolēnu īpatsvars (%) (avots: HBSC, SPKC)	26,9	2010.	24,5 (2014.)	22 (2018.)
	Rezultatīvais rādītājs: Narkotiku lietošanas izplatība darbspējas vecuma (15-64 gadus vecu) iedzīvotāju vidū pēdējā gada laikā (% no attiecīgā vecuma iedzīvotāju skaita) (avots: Pētījums par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū, SPKC)	4,4	2011	4,4	4,2
	Rezultatīvais rādītājs: Narkotiku (ekstazī, amfetamīnu, marihuānas un hašiša) lietošanas izplatība skolēnu (15-16 gadus vecu) vidū pēdējā gada laikā (%)	18	2011	15	14

	(avots: ESPAD, SPKC)				
Darbības rezultāts B2: Iedzīvotāji vairāk nodarbojas ar fiziskām aktivitātēm un samazinās iedzīvotāju īpatsvars ar lieko ķermeņa masu vai aptaukošanos	Rezultatīvais rādītājs: Iedzīvotāju īpatsvars, kas vismaz 1-2 reizes nedēļā Latvijā nodarbojas ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm (%) (avots: Eurobarometer „Sport and physical activity”)	27	2009.	35	40
	Rezultatīvais rādītājs: Skolēnu (15 g.v.) īpatsvars, kuri nodarbojas ar fiziskām aktivitātēm vismaz stundu dienā (%) (avots: HBSC)	17,3	2010.	18 (2014.)	20 (2018.)
	Rezultatīvais rādītājs: Pieaugušo (15-64 g.v.) īpatsvars ar lieko ķermeņa masu vai aptaukošanos (KMI virs 25), (%) (avots: Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC)	49,1	2012.	48 (2016.)	46
	Rezultatīvais rādītājs: Skolēnu (15 g.v.) īpatsvars, kuriem ir lieka ķermeņa masa vai aptaukošanās (%) (avots: HBSC)	10,6	2010.	10,1 (2014.)	9,8 (2018.)
	Rezultatīvais rādītājs: Liekā svara un aptaukošanās īpatsvars bērniem 7 gadu vecumā (%) (avots: SPKC, Bērnu antropometrisko parametru un skolu vides pētījums)	22,5	2012.	22	21,5
Darbības rezultāts B3: Samazināt iedzīvotāju skaitu, kuru darba spējas tiek ierobežotas invaliditātes dēļ	Rezultatīvais rādītājs: Pieaugušo pirmreizējā invaliditāte, visi cēloņi (uz 100 000 iedzīvotāju) (avots: VDEĀK, SPKC)	994	2013.	994	891

Politikas definētais apakšmērķis: Uzlabot mātes, tēva un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību.					
Politikas rezultāts C1: Samazinās zīdaiņu mirstība	Rezultatīvais rādītājs: Zīdaiņu mirstība (uz 1000 dzīvi dzimušo) (avots: SPKC)	4,5	2013.	4,5	4,3
	Rezultatīvais rādītājs: Perinatālā mirstība (uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušo) (avots: SPKC)	7,5	2013.	7,1	6,9
Darbības rezultāts C1: Nodrošināta vecāku informēšana par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību un mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā	Rezultatīvais rādītājs: Smēķējošo dzemdētāju īpatsvars (%) (avots: Jaundzimušo reģistrs, SPKC)	9,2	2013.	8	7,5
	Rezultatīvais rādītājs: Zīdaiņu īpatsvars, kuri saņēmuši krūts barošanu līdz 6 mēn. vecumam (%) (avots: Valsts statistikas pārskats „Pārskats par bērnu veselības stāvokli”, SPKC)	55,2	2013.	62	65
	Bērnu līdz 1 gada vecumam mirstība no un pēkšņās nāves sindroma (uz 1000 dzīvi dzimušo) (avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC)	0,7	2012.	0,6	0,6
Politikas definētais apakšmērķis: Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi, samazināt traumatismu un mirstību no ārējiem nāves cēloņiem.					
Politikas rezultāts D1: Samazinājies bērnu traumatisms	Rezultatīvais rādītājs: No stacionāriem izrakstīto bērnu (0-17 g.v.) skaits ar diagnozi „ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas” (uz 1000 iedzīvotāju) (avots: Valsts statistikas pārskats „Pārskats par stacionāra darbību”, SPKC)	16,8	2012.	12	10
	Rezultatīvais rādītājs: Bērnu līdz 1 gada vecumam mirstība no ārējiem nāves cēloņiem (uz 1000 dzīvi dzimušo) (avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu	0,2	2012.	0,1	0

	datu bāze, SPKC)				
	Rezultatīvais rādītājs: Bērnu no 1 gada līdz 4 gadu vecumam mirstība no ārējiem nāves cēloņiem (uz 100 000 bērnu attiecīgajā vecumā) (avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC)	5,9	2012.	5,9	5,8
Darbības rezultāts D1: Nodrošināta sabiedrības informēšana par biežākajiem traumu cēloņiem un pasākumiem traumu profilaksei	Rezultatīvais rādītājs: Gandrīz vienmēr bērnu sēdeklišus lietojošo iedzīvotāju īpatsvars (%) no tiem, kuriem ir bērni, mazbērni attiecīgajā vecumā (avots: Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, SPKC)	87,6	2012.	90 (2016.)	92
	Rezultatīvais rādītājs: Aizsargķiveres (braucot ar velosipēdu) lietojošo bērnu īpatsvars (%) (avots: HBSC)	13,3	2010.	-	18,5 (2018.)
Darbības rezultāts D2: Sabiedrība informēta par vides faktoru ietekmi uz veselību	Rezultatīvais rādītājs: Labiekārtotu peldvietu skaits (avots: VI)	54	2014.	65	110
	Rezultatīvais rādītājs: Skolu skaits, kurās apzināti vides riska faktori (avots: VI)	4	2013	66	132
Politikas definētais apakšmērķis: Samazināt iedzīvotāju saslimstību ar infekcijas slimībām.					
Politikas rezultāts E1: Samazinājusies saslimstība ar infekcijas slimībām	Rezultatīvais rādītājs: Saslimstība ar TB uz 100 000 iedzīvotāju (avots: SPKC)	38,3	2013.	≤37	≤35
	Rezultatīvais rādītājs: Nāves gadījumu skaits no AIDS (avots: SPKC)	88	2012.	≤85	≤80
Darbības rezultāts E1: Samazinājusies saslimstība ar	Rezultatīvais rādītājs: vietējas izcelsmes masalu gadījumu skaits (avots: SPKC)	0	2013.	0	0

vakcīnregulējamām slimībām	Rezultatīvais rādītājs: vietējas izcelsmes masaliņas gadījumu skaits (avots: SPKC)	0	2013.	0	0
	Rezultatīvais rādītājs: vietējas izcelsmes poliomielīta gadījumu skaits (avots: SPKC)	0	2013.	0	0
	Rezultatīvais rādītājs: difterijas gadījumu skaits (avots: SPKC)	14	2013.	≤2	0
	Rezultatīvais rādītājs: saslimstība ar akūtu B hepatītu (gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotāju (avots: SPKC)	4,3	2013.	≤4	≤ 3,5
Darbības rezultāts E2: Samazinājusies saslimstība ar STI	Rezultatīvais rādītājs: Saslimstība ar sifilisu (gadījumu skaits uz 100 00 iedzīvotāju) (avots: SPKC)	6,4	2013.	≤5	≤4
	Rezultatīvais rādītājs: Saslimstības ar gonoreju (gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotāju) (avots: SPKC)	27,7	2013.	≤25	≤20
Darbības rezultāts E3: Palielināta vakcinācijas aptvere	Rezultatīvais rādītājs: Zīdaiņu vakcinācijas līmenis pret tuberkulozi (%) (avots: SPKC)	96,5	2013.	≥97	≥97
	Rezultatīvais rādītājs: Bērnu līdz 7 gadiem vakcinācijas līmenis pret vakcīnatkarīgām infekcijas slimībām (%) (avots: SPKC)	95	2013.	≥95	≥95
	Rezultatīvais rādītājs: Pusaudžu vakcinācijas līmenis pret difteriju, stinguma krampjiem un poliomielītu (%) (avots: SPKC)	91,4	2013.	≥93	≥95
	Rezultatīvais rādītājs: Vakcinācijas	57,9	2013.	≥65	≥70

	līmenis pret cilvēka papilomas vīrusu (%) (avots: SPKC)				
	Rezultatīvais rādītājs: Pieaugušo vakcinācijas līmenis pret difteriju un stinguma krampjiem (%) (avots: SPKC)	59,1	2013.	≥ 62	≥ 65
	Rezultatīvais rādītājs: Bērnu līdz 24 mēnešu vecumam vakcinācijas līmenis pret gripu (%) (avots: SPKC)	0,25	2013.	≥ 1	≥ 5
	Rezultatīvais rādītājs: Personu no 65 gadu vecuma vakcinācijas līmenis pret gripu (%) (avots: SPKC)	2,8	2013.	≥ 5	≥ 7
Darbības rezultāts E4: Palielinājusies sabiedrības izpratne par vakcinācijas nozīmi	Rezultatīvais rādītājs: Rakstiski noformēto atteikumu īpatsvars no bērnu vakcinācijas pret difteriju un stinguma krampjiem un garo klepu (3.pote) (%) (avots: SPKC)	2,3	2013.	≤ 2	$\leq 1,5$
	Rezultatīvais rādītājs: Rakstiski noformēto atteikumu īpatsvars no bērnu vakcinācijas pret masalām, epidēmisko parotītu un masaliņām (1.pote) (%) (avots: SPKC)	2,2	2013.	≤ 2	$\leq 1,5$
	Rezultatīvais rādītājs: Rakstiski noformēto atteikumu īpatsvars no bērnu vakcinācijas pret cilvēka papilomas vīrusu infekciju (3.pote) (%) (avots: SPKC)	12,4	2013.	≤ 12	≤ 8

Politikas definētais apakšmērķis: nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem					
		Atsauces līmenis	Gads	2017.gads	2020.gads
Politikas rezultāts F1: Sabalansēta publiskā un privātā finansējuma proporcija veselības nozarei	Rezultatīvais rādītājs: Publiskais finansējums veselības nozarei, (% no IKP) (avots: Likums par budžetu kārtējam gadam)	3,47	2012.	3,7	4,0*
	Rezultatīvais rādītājs: Mājsaimniecību tiešo maksājumu īpatsvars no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem, (%) (avots: <i>The World Bank Databank</i> datubāze)	37,4	2012.	33,3	27,9
Darbības rezultāts F1: Uzlabota veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība	Rezultatīvais rādītājs: Valsts apmaksāto ambulatoro apmeklējumu īpatsvars no kopējā ambulatoro apmeklējumu skaita, (%) (avots: NVD un SPKC)	70,3	2012.	77,5	85
	Rezultatīvais rādītājs: Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai piešķirtais finansējums no kopējiem nozares izdevumiem (%) (avots: NVD)	15	2012.	21	18
	Rezultatīvais rādītājs: Iedzīvotāju īpatsvars, kuriem ir tiesības saņemt valsts apmaksātu neatliekamo medicīnisko palīdzību, (%) (avots: VM)	100	2013.	100	100
	Rezultatīvais rādītājs: Ne vēlāk kā 15 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas brīža apkalpoto neatliekamo izsaukumu (1. – 4. steidzamības izsaukumi pēc motīva)	88,7	2012.	90,0	90,0

	īpatsvars pilsētās, (%) (avots: NMPD)				
	Rezultatīvais rādītājs: Ne vēlāk kā 25 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas brīža apkalpoto neatliekamo izsaukumu (1. – 4. steidzamības izsaukumi pēc motīva) īpatsvars lauku teritorijās, (%) (avots: NMPD)	77,0	2012.	80,0	80,0
Darbības rezultāts F2: Uzlabota veselības aprūpes efektivitāte	Rezultatīvais rādītājs: Ambulatoro apmeklējumu skaits sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē pret ambulatoro apmeklējumu skaitu primārajā veselības aprūpē (avots: SPKC)	1,1 : 1	2012.	1,05 :1	1:1
	Rezultatīvais rādītājs: Vidējais ārstēšanās ilgums (gultdienu skaits uz 1 pacientu) visās slimnīcās (avots: Stacionāro gultu fonda izmantošanas datu bāze, SPKC)	8,4	2012.	7,5	7
	Rezultatīvais rādītājs: Izpildīto neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits uz 100 iedzīvotājiem (avots: SPKC)	22,5	2012.	22,0	21,5
	Rezultatīvais rādītājs: e-recepšu īpatsvars no kopējā recepšu skaita (%) (avots: NVD)	0	2013.	60	75
	Rezultatīvais rādītājs: Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars ambulatorajos centros no kopējā ambulatoro apmeklējumu skaita (avots: SPKC)	32,6	2012.	34	35

Darbības rezultāts F3: Izstrādātas un īstenotas pamatnostādnes par cilvēkresursu attīstību veselības aprūpē	Rezultatīvais rādītājs: Praktizējošo ārstu (bez zobārstiem, rezidenti) un praktizējošo māsu (personas ar vidējo medicīnisko izglītību) skaita attiecība (avots: SPKC)	1:2,1	2012.	1:2,3	1:2,5
	Rezultatīvais rādītājs: Reģionos strādājošo ārstniecības personu īpatsvars, (%) (avots: VI)	46	2013.	47	48
	Rezultatīvais rādītājs: Veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu vecuma grupā 25-40 gadiem īpatsvars no kopējā veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu skaita, (%) (avots: VI)	23	2013.	24	30
Politikas rezultāts F2: Stiprināta farmaceitiskās aprūpes loma primārajā veselības aprūpē un uzlabota klīniskā farmaceita konsultāciju pieejamība	Rezultatīvais rādītājs: Ģimenes ārstiem un pacientiem sniegto individuālo klīniskā farmaceita konsultāciju skaits (avots: VM)	0	2014.	200	400
	Rezultatīvais rādītājs: Sirds un asinsvadu slimību profilakses un monitoringa jautājumos apmācīto farmaceitu skaits, kas strādā teritorijās ar zemu veselības aprūpes pieejamību (avots: VM)	0	2014.	100	200
Darbības rezultāts F4: Veicināta droša un racionāla zāļu lietošana	Rezultatīvais rādītājs: Farmakovigilances ziņojumu skaits (avots: ZVA)	371	2014.	500	700
	Rezultatīvais rādītājs: Biežāk lietoto bezrecepšu zāļu (Acetylsalicylicum, Ibuprofenum, Xylometazolinum) patēriņš	100	2013.	80	70

	(DDD/1000/dienā)** (avots: ZVA)				
	Rezultatīvais rādītājs: Atvērta tipa aptieku īpatsvars, kas ir iesaistītas neizlieto to zāļu savākšanas procesā, (%) (avots: ZVA)	25,4	2014.	38,2	50,9
	Rezultatīvais rādītājs: Sistēmiskai lietošanai paredzēto pretmikrobu līdzekļu (ATĶ – J01 grupa) patēriņš (DDD/1000/dienā)*	14,9	2013.	14,9	14,8

*VM piekrīt PVO viedoklim, ka 2020.gadā būtu nepieciešams sasniegt publisko finansējumu veselības nozarei, (% no IKP) 5 % apmērā, taču, ņemot vērā makroekonomiskās prognozes un valsts budžeta reālās iespējas, 2020.gadā ir plānots sasniegt 4 %

**Aprēķinot zāļu patēriņu *definētajās dienas devās (DDD) uz 1000 iedzīvotājiem dienā*, vispirms tiek izrēķināts patērētais aktīvās vielas daudzums, tad aktīvās vielas patēriņš tiek pārvērsts DDD skaitā un izteikts uz 1000 iedzīvotājiem dienā.

6. Turpmākā rīcība

Pamatnostādņu ietekme uz valsts un pašvaldību budžetiem ir iekļauta 3.pielikumā, savukārt priekšlikumi investīcijām 2014.-2020.gadam ES fondu periodā – 5.pielikumā.

Pamatnostādnes definētais apakšmērķis: Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas veselības veicināšanā un veselības aprūpē.					
1.	Rīcības virziens: partnerības un starpnozaru sadarbības nodrošināšana, veicot vienlīdzīgas veselības iespējas visiem iedzīvotājiem.				
	Uzdevumi/galvenie pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai	Izpildes termiņš	Atbildīgā institūcija	Iesaistītās institūcijas	Paredzētais finansējums un tā avoti²⁷⁰
1.1.	Sadarboties ar sabiedrības viedokļa veidotājiem, masu mediju žurnālistiem un redaktoriem tai skaitā reģionālajiem sabiedrības viedokļa veidotājiem un masu medijiem, lai plašāk un regulāri informētu iedzīvotājus par sabiedrības veselības jautājumiem, tai skaitā par pārtikas drošības, nekaitīguma un pārtikas produktu marķējuma jautājumiem.	Pastāvīgi no 2014.gada Pastāvīgi	VM ZM	SPKC, VI, NVO, pašvaldības VM, PVD, SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
1.2.	Īstenot mērķa grupu izglītošanai veltītus veselības informēšanas pasākumus, tai skaitā, ņemot vērā dzimumu atšķirības un izstrādājot vīriešu	2014.-2017.gadam	SPKC	NVO, pašvaldības	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” plānoto 2015.-2017.gadam budžeta programmas 46.00.00 „Veselības nozares uzraudzība”

²⁷⁰ ERAF un ESF finansētajiem pasākumiem, finansējums norādīts indikatīvi, ņemot vērā, ka Darbības programma „Izaugsme un nodarbinātība” ir saskaņošanas procesā.

	un sieviešu mērķauditorijai paredzētus informatīvos materiālus.				apakšprogrammā 46.04.00 „Veselības veicināšana” pa gadiem ir: 3 202 euro (katru gadu), tai skaitā: Preces un pakalpojumi (2000) – 3 202 euro. Materiālu izstrāde 80 ekspertstundas – 355.72 euro. Materiālu druka (10 000 eksemplāru) - 2 845.74 euro. Pasākums iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 8.pasākumā „Veselības veicināšana”. 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā – 3 202 euro, tai skaitā: VB – 3 202 euro 2016.gads: kopā – 3 202 euro, tai skaitā: VB – 3 202 euro 2017.gads: kopā – 3 202 euro, tai skaitā: VB – 3 202 euro
1.3.	Veikt sabiedrības veselības pētījumus, lai nodrošinātu nozari ar informāciju par veselības riska faktoru izplatību, tās tendencēm un potenciālo ietekmi uz Latvijas	30.12.2020.	SPKC	VM, pašvaldības, augstskolas, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības

	iedzīvotāju veselību.				un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros, NAP2020 [311]. Kopā – 2 209 636 euro ESF –1 878 191euro VB – 331 445 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 454 500 euro, tai skaitā: ESF – 386 325 euro VB – 68 175 euro 2017.gads: kopā – 360 136 euro, tai skaitā: ESF – 306 116 euro VB – 54 020 euro 2018.gads: kopā – 278 000 euro, tai skaitā: ESF – 236 300 euro VB – 41 7000 euro 2019.gads: kopā – 385 000 euro, tai skaitā: ESF – 327 250 euro VB – 57 750 euro 2020.gads: kopā – 164 500 euro, tai skaitā: ESF – 139 825 euro VB – 24 675 euro 2021.gads: kopā – 439 000 euro, tai skaitā: ESF – 373 150 euro VB – 65 850 euro 2022.gads: kopā – 128 500 euro, tai skaitā: ESF – 109 225 euro
--	-----------------------	--	--	--	--

					VB – 19 275 euro
1.4.	Izglītēt pašvaldību deleģētās kontaktpersonas veselības veicināšanas jautājumos (veselības veicināšanas koordinatorus) un atbildīgās amatpersonas veselības veicināšanas un sabiedrības veselības jautājumos.	30.12.2020.	SPKC	VM, pašvaldības, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros, NAP2020 [311]. Kopā – 418 492 euro ESF – 355 718 euro VB – 62 774 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 112 820 euro, tai skaitā: ESF – 95 897 euro VB – 16 923 euro 2017.gads: kopā – 96 426 euro, tai skaitā: ESF – 81 962 euro VB – 14 464 euro 2018.gads: kopā – 209 246 euro ESF – 177 859 euro VB – 31 387 euro
1.5.	Nodrošināt mācību saturā obligāti apgūstama veselības izglītības moduļa ieviešanu profesionālā izglītībā sākot ar 2015./2016. mācību gadu, vienlaikus nepalielinot izglītojamo noslodzi.	01.09.2015.	IZM	VM, LM,NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

1.6.	Veikt vispārīzglītojošo skolu, profesionālo skolu un arodskolu pedagogu apmācību par veselības izglītības jautājumiem, lai pilnveidotu pedagogu profesionālo kompetenci un nodrošinātu pēctecīgu veselības jautājumu apguvi vispārējā un profesionālajā izglītībā.	30.12.2020.	VM	IZM, VISC, SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi * 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros, NAP2020 [311] Kopā – 66 720 euro ESF – 56 712 euro VB – 10 008 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 9 531 euro, tai skaitā: ESF – 8 101 euro VB – 1 430 euro 2016.gads: kopā - 9 531 euro, tai skaitā: ESF – 8 101 euro VB – 1 430 euro 2017.gads: kopā - 9 531 euro, tai skaitā: ESF – 8 101 euro VB – 1 430 euro 2018.gads: kopā - 9 531 euro, tai skaitā: ESF – 8 101 euro VB – 1 430 euro 2019.gads: kopā - 9 531 euro, tai skaitā: ESF – 8 101 euro VB – 1 430 euro
------	--	-------------	----	-----------------	--

					2020.gads: kopā - 9 531 euro, tai skaitā: ESF – 8 101 euro VB – 1 430 euro 2021.gads: kopā - 9 531 euro, tai skaitā: ESF – 8 101 euro VB – 1 430 euro
1.7.	Nodrošināt Nacionālā veselīgo pašvaldību tīkla darbību, attīstību un koordinēšanu	Pastāvīgi	SPKC	VM, pašvaldības, plānošanas reģioni	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros
1.8.	Nodrošināt “Veselību veicinošo skolu” kustības attīstību un koordinēšanu	Patstāvīgi	SPKC	VM, IZM, VISC, pašvaldības, NVO, sociālie partneri	Pasākums 2014.-2016.gadam tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam budžeta programmas 46.00.00 „Veselības nozares uzraudzība” apakšprogrammā 46.04.00 „Veselības veicināšana” paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, atbilstoši NAP2020 [311]. Kopējais nepieciešamais finansējums pasākuma īstenošanai – 924 869 euro , tai skaitā pa gadiem: 2014.gadā - 71 144 euro, 2015.gadā – 71 144 euro, 2016.gadā – 142 288 euro, 2017.gadā – 156 516 euro, 2018.gadā - 156 516 euro, 2019.gadā - 156 516 euro, 2020.gadā - 170 745 euro. Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” plānoto 2017.-2020.gadam pa gadiem ir: 2017.gadā – 14 229 euro, 2018.gadā – 14 229 euro, 2019.gadā – 14 229 euro, 2020.gadā – 28 458 euro. Pasākums iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu

					nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 8.pasākumā „Veselības veicināšana”. 2014.-2016.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2017.gads: kopā – 14 229 euro, tai skaitā: VB – 14 229 euro 2018.gads: kopā – 14 229 euro, tai skaitā: VB – 14 229 euro 2019.gads: kopā – 14 229 euro, tai skaitā: VB – 14 229 euro 2020.gads: kopā – 14 229 euro, tai skaitā: VB – 14 229 euro
1.9.	Nodrošināt moderno tehnoloģiju interaktīvos risinājumus veselības jomā (veselības portāla izveide, iedzīvotāju informēšana)	30.12.2020.	SPKC	VM, NVD, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros, NAP2020 [311]. Kopā – 900 000 euro ESF – 765 000 euro

					VB – 135 000 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 448 286 euro, tai skaitā: ESF – 381 043 euro VB – 67 243 euro 2017.gads: kopā 76 714 euro, tai skaitā: ESF – 65 207 euro VB – 11 507 euro 2018.gads: kopā 75 000 euro, tai skaitā: ESF – 63 750 euro VB – 11 250 euro 2019.gads: kopā 75 000 euro, tai skaitā: ESF – 63 750 euro VB – 11 250 euro 2020.gads: kopā 75 000 euro, tai skaitā: ESF – 63 750 euro VB – 11 250 euro 2021.gads: kopā 75 000 euro, tai skaitā: ESF – 63 750 euro VB – 11 250 euro 2022.gads: kopā 75 000 euro, tai skaitā: ESF – 63 750 euro VB – 11 250 euro
Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis: Samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekcijas slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību.					

2.	Rīcības virziens: Neinfekcijas slimību riska faktoru mazināšana				
	Uzdevumi/galvenie pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai	Izpildes termiņš	Atbildīgā institūcija	Iesaistītās institūcijas	Paredzētais finansējums un tā avoti
2.1.	Popularizēt veselīga uztura jautājumus sabiedrībā (t.sk. darbspējīgajiem iedzīvotājiem, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām)²⁷¹ (-interaktīvas informatīvi izglītojošas nodarbības; – līdzaudžu izglītošanas programmas, apmācot vienaudžu izglītotājus; – interešu grupas iedzīvotājiem; – īsās motivējošās intervences; – izglītojoši pasākumi par veselīga uztura veicināšanu darba vietās; – izglītojoši pasākumi par zīdīšanas jautājumiem; – izglītojošas īsfilmas izglītības iestādēs – tematiskās lekcijas, seminārus; speciālistiem	30.12.2020.	VM, SPKC	ZM, pašvaldības, NVO, uzņēmumi	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros , NAP2020 [311] Kopā – 7 267 880 euro ESF – 6 177 698 euro VB – 1 090 182 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 299 501 euro, tai skaitā: ESF – 254 576 euro VB – 44 925 euro 2016.gads: kopā - 910 289 euro, tai skaitā: ESF – 773746 euro VB – 136 543 euro 2017.gads: kopā - 864 925 euro, tai skaitā: ESF – 735 186 euro VB – 129 739 euro 2018.gads:

²⁷¹ Finansējums veselības veicināšanas pasākumiem līdz 70% apmērā tiks novirzīts pašvaldībām, biedrībām un nodibinājumiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma paredzēts novirzīt SPKC kā vadošajai iestādei veselības veicināšanā, lai nodrošinātu metodisko vadību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

(pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvjiem, veselības aprūpes speciālistiem u.c.); – konkrētu rīcību vai iespējas; popularizējoši pasākumi pašvaldībās (veselības dienu organizēšana u.c.); – veselīga uztura veicināšanas programma izglītības iestādēs; – vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem; – sabiedrības informēšanas pasākumu komplekss; – informatīvie materiāli un uzskates līdzekļi (plakāti, žurnāli, grāmatas, bukleti utt.) – izglītības iestāžu un sociālo iestāžu ēdināšanas uzņēmumos strādājošo pavāru, pārtikas tehnologu u.c. speciālistu izglītošana par veselīga uztura jautājumiem); – izglītot sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās (jauniešu mājās, SOS ciematos) esošos darbiniekus un klientus (bāreņus un bez vecāku apgādības palikušos bērnus,				kopā - 989 133 euro, tai skaitā: ESF – 840 763 euro VB – 148 370 euro 2019.gads: kopā - 885 144 euro, tai skaitā: ESF – 752 372 euro VB – 132 772 euro 2020.gads: kopā - 1 068 037 euro, tai skaitā: ESF – 907 831 euro VB – 160 206 euro 2021.gads: kopā - 901 192 euro, tai skaitā: ESF – 766 013 euro VB – 135 179 euro 2022.gads: kopā - 1 349 658 euro, tai skaitā: ESF – 1 147 209 euro VB – 202 449 euro
--	--	--	--	---

	kuri apgūst patstāvīgas dzīves iemaņas) par veselīga uztura jautājumiem.				
2.2.	Veicināt augļu un dārzeņu patēriņu uzturā, popularizējot programmas “5dienā” (jeb 5 augļu un dārzeņu porcijas dienā) īstenošanu Latvijā	Pastāvīgi	VM, SPKC	ZM, LĀB, LPUF	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.3.	Turpināt īstenot “Skolas piena” programmu, paredzot pirmsskolas un vispārējās izglītības iestāžu skolēniem saņemt piena produktus ES atbalsta programmu ietvaros	Pastāvīgi	ZM	LAD, IZM, VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.4.	Turpināt īstenot programmu skolu apgādei ar augļiem un dārzeņiem, paredzot iespēju vispārējās izglītības iestāžu skolēniem saņemt svaigus, integrēti un bioloģiski audzētus augļus un dārzeņus ES atbalsta programmu ietvaros.	Pastāvīgi	ZM	LAD, IZM, VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.5.	Sagatavot grozījumus normatīvajos aktos ²⁷² , lai precizētu pārtikas produktu klāstu atbilstoši spēkā esošajam regulējumam, ko atļauts izplatīt izglītības iestādēs	30.12.2014.	VM	ZM, IZM, EM NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

²⁷² 2012. gada 13.marta Ministru kabineta noteikumi Nr.172 „Noteikumi par uztura normām izglītības iestāžu izglītojamiem, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju klientiem un ārstniecības iestāžu pacientiem” un 2002.gada 27.decembra Ministru kabineta noteikumi Nr.610 „Higiēnas prasības vispārējās pamatizglītības, vispārējās vidējās izglītības un profesionālās izglītības iestādēs”

2.6.	Sagatavot grozījumus normatīvajos aktos ²⁷³ , lai noteiktu prasības veselīga un sabalansēta uztura nodrošināšanai bērnu uzraudzības pakalpojuma sniedzējiem, atkarībā no uzraudzības pakalpojuma veida.	30.12.2014	VM	LM, IZM, ZM, EM, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.7.	Pilnveidot „Ieteicamās enerģijas un uzturvielu devas Latvijas iedzīvotājiem” atbilstoši jaunākajiem pētījumiem un uztura zinātnes rezultātiem, ņemot vērā Ziemeļvalstu uztura rekomendācijas e.g. (follow up).	30.12.2016.	VM	ZM, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.8.	Izvērtēt iespēju ierobežot pārtikas produktu ar augstu sāls, pievienotā cukura un tauku saturu reklāmas izglītības iestādēs un sporta infrastruktūras objektos (sporta zālēs, sporta hallēs, sporta klubos) ²⁷⁴ .	30.12.2018.	VM	ZM, IZM, EM, PTAC, pašvaldības, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.9.	Izvērtēt iespēju ierobežot rotaļlietu izmantošanu pārtikas produktu ar augstu sāls, pievienotā cukura un	30.12.2018.	VM	EM, FM, ZM, PTAC, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

²⁷³ 2013.gada 17.septembra Ministru kabineta noteikumi Nr.890 „Higiēnas prasības bērnu uzraudzības pakalpojuma sniedzējiem un izglītības iestādēm, kas īsteno pirmsskolas izglītības programmu”

²⁷⁴ Pasākuma izpildei tiks izveidota darba grupa, kurā tiks iekļautas nozaru ministriju un NVO pārstāvji

	tauku saturu tirdzniecībā ²⁷⁵ .				
2.10.	Izvērtēt iespēju, noteikt samazināta iepakojuma (tilpumu, masu) prasības pārtikas produktiem ar augstu sāls, pievienotā cukura un tauku saturu ²⁷⁶ .	30.12.2019.	VM	ZM, NVO, FM, EM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.11.	Sagatavot grozījumus normatīvajos aktos, nosakot mērķdotācijas piešķiršanas un izlietošanas kārtību pašvaldībām izglītojamo ar apstiprinātu ārsta diagnozi celiakija ēdināšanas nodrošināšanai pamatizglītības iestādēs.	31.12.2020.	IZM	VM, LM, NVO	Papildus nepieciešamais finansējums Izglītības un zinātnes ministrijai. Pēc NVD datiem 2013.gadā pacientu skaits ar diagnozi K90.0 (celiakija) vecuma grupā no 6-10 gadiem (ieskaitot) bija 307 pacienti (7 g.-104, 8 g.-95, 9 g.-108 bērni) bet dati par bērnu pacientu skaitu ar pārtikas alerģijām un/vai nepanesību nav pieejami. Uz doto brīdi saskaņā ar MK noteikumiem Nr.1206 no valsts budžeta tiek finansētas brīvpusdienas 1.-2.klases skolēniem, piešķirot 1,14 EUR par katru izglītojamo dienā. Ir pašvaldības, kas no saviem līdzekļiem finansē pārējo bērnu ēdināšanu no 3.-9.klasei. Uz doto brīdi IZM ir izstrādājis grozījumus MK noteikumos Nr.1206, paredzot, ka sākot ar 2014. m./g. tiks nodrošinātas brīvpusdienas arī 3.klasei, kā arī palielināts valsts budžeta līdzekļu apmērs vienam izglītojamam no 1,14 EUR uz 1,42 EUR. Plānots, ka pašvaldībām sākot no 2016.gada varētu tikt piešķirta arī papildus mērķdotācija par bērnu ēdināšanu 1.-3.klasē, kuriem ir ārsta apstiprināta diagnoze celiakija 0,71 EUR

²⁷⁵ Pasākuma izpildei tiks izveidota darba grupa, kurā tiks iekļautas nozaru ministriju un NVO pārstāvji

²⁷⁶ Pasākuma izpildei tiks izveidota darba grupa, kurā tiks iekļautas nozaru ministriju un NVO pārstāvji

					apmērā par katru izglītojamo. Tas nozīmē, ka kopā vienam izglītojamam ar celiakiju valsts piešķirs 2,13 EUR. Veicot aprēķinus bērnu ēdināšanai 1.klasei – 12 552,8 EUR, 2.klase – 11 803,75 EUR, bet 3.klase – 13 419 EUR. 1.klase (170 māc. dienas) x 0,71 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 104 bērni ar celiakiju = 12 552,8 EUR 2.klase (175 māc.dienas) x 0,71 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 95 bērni ar celiakiju = 11 803,75 EUR 3.klase (175 māc.dienas) x 0,71 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 108 bērni ar celiakiju = 13 419 EUR Kopā bērnu ar celiakiju ēdināšanai 1.-3.klasē papildus nepieciešamais finansējums gadā ir 37 775,55 EUR. Ja tiek piešķirta valsts mērķdotācija 4.-6.klases izglītojamo ēdināšanai, tad papildus tiek piešķirts arī finansējums izglītojamo ar celiakiju ēdināšanai. Papildus nepieciešamais finansējums piešķirot mērķdotācija par bērnu ēdināšanu arī 4.-6.klasē, kuriem ir ārsta apstiprināta diagnoze celiakija 0,71 EUR apmērā par katru izglītojamo. Tas nozīmē, ka kopā vienam izglītojamam ar celiakiju valsts piešķirs 2,13 EUR. Pēc NVD datiem 2013.gadā pacientu skaits ar diagnozi K90.0 (celiakija) vecuma grupā no 10-12 gadiem (ieskaitot) bija 311 pacienti
--	--	--	--	--	---

					(10.g- 107, 11.g.-114 un 12.g.- 90) 4.klase (175 māc.dienas) x 0,71 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 107 izglītojamie 13 294,75 EUR 5.klase (175 māc.dienas) x 0,71EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 114 izglītojamie = 14 164,5 EUR 6.klase (175 māc.dienas) x 0,71 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 90 izglītojamie = 11 182,5 EUR. Veicot aprēķinus papildus mērķdotācijas piešķiršanai bērnu ēdināšanai ar diagnozi celiakija 4.-6.klasei nepieciešami gadā 38 641,75 EUR. 2014.-2015.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2016.gads: kopā – 51 070 euro, tai skaitā: VB – 51 070 euro 2017.gads: kopā – 65 235 euro, tai skaitā: VB – 65 235 euro 2018.gads: kopā – 76 417 euro, tai skaitā: VB – 76 417 euro 2019.gads: kopā – 76 417 euro, tai skaitā: VB – 76 417 euro 2020.gads: kopā – 76 417 euro, tai skaitā: VB – 76 417 euro
--	--	--	--	--	---

					Pasākums iekļauts 4.pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 10.pasākumā „Mērķdotācijas pašvaldībām, lai varētu nodrošināt speciālu ēdināšanu kuriem ir celiakija (2015.gads 1.-4.klases, 2016.gads 1.-5.klase, 2017.gads un turpmāk 1.-6.klases)”.
2.12.	Valsts apmaksātu brīvpusdienu nodrošināšana skolēniem līdz 6.klasei vispārējās izglītības iestādēs	Katru gadu, sākot ar 2016.gadu	IZM	VM, LM	Papildus nepieciešamais finansējums Izglītības un zinātnes ministrijai. Izglītojamo skaits pēc CSP datiem 2013./2014. m.g. vispārīzglītojošajās dienās skolās - 4.klase - 18 864, 5.klase - 18 579, 6.klase - 18 141. <u>Aprēķini:</u> 4.klase (175 māc.dienas) x 1,42 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 18 864 izglītojamie= 4 687 704 EUR 5.klase (175 māc.dienas) x 1,42 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 18 579 izglītojamie= 4 616 881,5 EUR 6.klase (175 māc.dienas) x 1,42 EUR mērķdotācija 1 izglītojamam x 18 141 izglītojamie = 4 508 038,5 EUR. Gadā nepieciešamais papildus finansējums brīvpusdienu nodrošināšanai 4.-6.klasē – 13 812 624 EUR. 2014.-2015.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros,

					2016.gads: kopā – 4 687 704 euro, tai skaitā: VB – 4 687 704 euro 2017.gads: kopā – 9 304 586 euro, tai skaitā: VB – 9 304 586 euro 2018.gads: kopā 13 812 624 euro, tai skaitā: VB – 13 812 624 euro 2019.gads: kopā – 13 812 624 euro, tai skaitā: VB – 13 812 624 euro 2020.gads: kopā – 13 812 624 euro, tai skaitā: VB – 13 812 624 euro Pasākums iekļauts 4.pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 11.pasākumā „Mērķdotācijai pašvaldībām, lai varētu nodrošināt brīvpusdienas skolēniem (2015.gads - 4.klases, 2016.gads 4.-5.klases, 2017.gads un turpmāk 4.-6.klases)”.
2.13.	Pilnveidot publisko iepirkumu veikšanas kārtību, veicinot saimnieciski izdevīgākā piedāvājuma izvēli izglītības iestāžu, sociālās aprūpes un sociālās	30.12.2016.	FM/IUB	VM, ZM, IUB, NVO, pašvaldības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

	rehabilitācijas institūciju, ārstniecības iestāžu ēdināšanas pakalpojumu iepirkumos, vienlaicīgi veicinot vietējās produkcijas iepirkšanu.				
2.14.	Popularizēt fiziskās aktivitātes sabiedrībā, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām ²⁷⁷ (-interaktīvas informatīvi izglītojošas nodarbības; – interešu grupas iedzīvotājiem (nūjošana, skriešana, velobraukšana u.c.); – tematiskās lekcijas, seminārus; speciālistiem (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvjiem, veselības aprūpes speciālistiem u.c.); – konkrētu rīcību vai iespējas; popularizējoši pasākumi pašvaldībās (veselības dienu organizēšana u.c.); – īsās motivējošās intervences; – fizisko aktivitāšu	30.12.2020.	VM, SPKC	pašvaldības, NVO, uzņēmumi	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [311] Kopā – 20 506 417 euro ESF – 17 430 454 euro VB – 3 075 962 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 678 757 euro, tai skaitā: ESF – 576 943 euro VB – 101 814 euro 2016.gads: kopā - 2 807 702 euro, tai skaitā: ESF – 2 386 547 euro VB – 421 155 euro 2017.gads: kopā - 2 499 161 euro, tai skaitā: ESF – 2 124 286 euro VB – 374 874 euro 2018.gads: kopā - 2 886 545 euro, tai skaitā:

²⁷⁷ Finansējums veselības veicināšanas pasākumiem līdz 70% apmērā tiks novirzīts pašvaldībām, biedrībām un nodibinājumiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma paredzēts novirzīt SPKC kā vadošajai iestādei veselības veicināšanā, lai nodrošinātu metodisko vadību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

	popularizēšanas programma izglītības iestādēs; – fizisko aktivitāšu popularizēšanas programma darbavietām; – pasākumi muskuļu un skeleta slimību mazināšanai; – vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem; – peldēšanas apmācības bērniem; – sabiedrības informēšanas pasākumu komplekss; – informatīvie materiāli un uzskates līdzekļi (plakāti, žurnāli, grāmatas, bukleti utt.)).				ESF – 2 453 563 euro VB – 432 982 euro 2019.gads: kopā - 2 519 381 euro, tai skaitā: ESF – 2 141 474 euro VB – 377 907 euro 2020.gads: kopā - 2 965 450 euro, tai skaitā: ESF – 2 520 633 euro VB – 444 817 euro 2021.gads: kopā - 2 532 433 euro, tai skaitā: ESF – 2 152 568 euro VB – 379 865 euro 2022.gads: kopā - 3 616 988 euro, tai skaitā: ESF – 3 074 440 euro VB – 542 548 euro
2.15.	Nodrošināt konsultācijas pašvaldībām, kā ieviest <i>Vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā</i> fizisko aktivitāšu jomā	Pastāvīgi	VSMC	VM, pašvaldības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.16.	Atkarību izraisošo vielu un procesu izplatības samazināšana sabiedrībā, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām ²⁷⁸	30.12.2020.	VM, SPKC	pašvaldības, NVO, uzņēmumi	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem

²⁷⁸ Finansējums veselības veicināšanas pasākumiem līdz 70% apmērā tiks novirzīts pašvaldībām, biedrībām un nodibinājumiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma paredzēts novirzīt SPKC kā vadošajai iestādei veselības veicināšanā, lai nodrošinātu metodisko vadību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

(-interaktīvas informatīvi izglītojošas nodarbības par vielu un procesu atkarībām – līdzaudžu izglītošanas programmas, apmācot vienaudžu izglītotājus; – interešu grupas iedzīvotājiem; – īsās motivējošās intervences; – izglītojošas īsfilmas par atkarību izraisošo vielu un procesu kaitīgumu izglītības iestādēs u.c.; – tematiskās lekcijas, seminārus speciālistiem (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvjiem, veselības aprūpes speciālistiem, policistiem u.c.); – konkrētu rīcību vai iespējas popularizējoši pasākumi pašvaldībās (veselības dienu organizēšana u.c.); – atkarību profilakses programma izglītības iestādēs, tai skaitā darbs ar izglītojamo vecākiem; – psihologa konsultācijas bērniem, vecākiem un riska grupām, lai mazinātu atkarību riska veidošanos un				iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [311] Kopā – 9 059 411 euro ESF – 7 700 499 euro VB – 1 358 912 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 339 681 euro, tai skaitā: ESF – 288 729 euro VB – 50 952 euro 2016.gads: kopā - 1 168 778 euro, tai skaitā: ESF – 993 461 euro VB – 175 317 euro 2017.gads: kopā - 1 168 778 euro, tai skaitā: ESF – 923 044 euro VB – 245 734 euro 2018.gads: kopā - 1 168 778 euro, tai skaitā: ESF – 1 060 478 euro VB – 108 300 euro 2019.gads: kopā - 1 106 154 euro, tai skaitā: ESF – 940 231 euro VB – 165 923 euro 2020.gads: kopā - 1 326 525 euro, tai skaitā: ESF – 1 127 546 euro VB – 198 979 euro 2021.gads: kopā - 1 119 207 euro, tai skaitā: ESF – 951 326 euro VB – 167 881 euro 2022.gads: kopā - 1 665 508 euro, tai skaitā: ESF – 1 415 682 euro
--	--	--	--	---

	risinātu problēmas, saistītas ar vielu lietošanas cēloņiem; – vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem; – sabiedrības informēšanas pasākumu komplekss; – informatīvie materiāli un uzskates līdzekļi (plakāti, žurnāli, grāmatas, bukleti utt.)).				VB – 249 826 euro
2.17.	Izstrādāt elektronisko nikotīna ievades sistēmu tiesisko regulējumu	30.12.2014.	VM	SPKC, FM, LM, IeM, NVO, ZVA, EM, VP	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.18.	Veikt PVO Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma (GYTS) aptauju Latvijā	2014./2015.m.g.	SPKC	PVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.19.	Nodrošināt Eiropas Parlamenta un Padomes 2014.gada 3.aprīļa direktīvas 2014/40/ES par dalībvalstu normatīvo un administratīvo aktu tuvināšanu attiecībā uz tabakas un saistīto izstrādājumu ražošanu, noformēšanu un pārdošanu un ar ko atceļ Direktīvu 2001/37/EK pārņemšanu nacionālajos normatīvajos aktos ²⁷⁹ .	20.05.2016.	VM	FM, VID, EM, SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

²⁷⁹ Nepieciešamības gadījumā izvērtējot iespēju piemērot direktīvas 2014/40/ES 30.pantā noteikto pārejas periodu.

2.20.	Izvērtēt tabakas izstrādājumu standartizētā iepakojuma ieviešanas iespējas Latvijā un to efektivitāti smēķēšanas mazināšanā ²⁸⁰ .	31.12.2017.	VM	FM, EM, Patentu valde	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.21.	Palielināt akcīzes nodokli tabakas izstrādājumiem	Pastāvīgi no 2014.gada	FM	VM, EM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.22.	Izstrādāt Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plānu 2017.-2019.gadam ²⁸¹ .	31.12.2016.	VM	FM, EM, LM, IeM, IZM, AM, VARAM, KM, ZM, PKC, SPKC, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros
2.23.	Pārskatīt akcīzes nodokli alkoholiskajiem dzērieniem ²⁸²	Pastāvīgi no 2014.gada	FM	VM, EM, ZM, PKC, SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros
2.24.	Izvērtēt nepieciešamību ierobežot alkoholisko dzērienu reklāmu internetā ²⁸³	31.12.2015.	VM	EM, ZM, PKC, PTAC, SPKC, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros
2.25.	Ieviest nacionālajos normatīvajos aktos Eiropas Parlamenta un Padomes regulas normas par jaunām psihoaktīvām vielām COM (2013) 619.	30.12.2016.	VM	SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

²⁸⁰ Pasākuma izpildei tiks izveidota darba grupa, kurā tiks iekļautas nozaru ministriju un NVO pārstāvji

²⁸¹ Pamatojoties uz MK 19.12.2012. rīkojuma Nr. 614 "Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2012.-2014.gadam" 4.punktā noteikto (prot. Nr. 71 75.§).

²⁸² Ņemot vērā ar Finanšu ministrijas 2014.gada 12.jūnija rīkojumu Nr.287 izveidotās darba grupas „Par darba grupas izveidi” izstrādātos priekšlikumus, kas iekļauti informatīvajā ziņojumā, kas apstiprināts Ministru kabinetā.

²⁸³ Pasākuma izpildei tiks izveidota darba grupa, kurā tiks iekļautas nozaru ministriju un NVO pārstāvji

2.26.	Pastiprināt kontroli tirdzniecības vietās, lai mazinātu iespēju nepilngadīgām personām iegādāties tabakas izstrādājumus, kā arī alkoholiskos dzērienus	Pastāvīgi	IeM	VP, Pašvaldības policija	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
2.27.	Garīgās veselības veicināšana sabiedrībā, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām²⁸⁴ (-interaktīvas informatīvi izglītojošas nodarbības par garīgo veselību izglītības iestādēs, sociālās institūcijās, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestādēs; – līdzaudžu izglītošanas programmas, apmācot vienaudžu izglītotājus; – izglītojošas īsfilmas par garīgās veselības jautājumiem izglītības iestādēs u.c.; – tematiskās lekcijas, seminārus speciālistiem (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvjiem, veselības	30.12.2020.	VM, SPKC	pašvaldības, NVO, uzņēmumi	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [311] Kopā – 5 068 261 euro ESF – 4 308 022 euro VB – 760 239 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 225 334 euro, tai skaitā: ESF – 191 534 euro VB – 33 800 euro 2016.gads: kopā - 1 302 419 euro, tai skaitā: ESF – 1 107 056 euro VB – 195 363 euro 2017.gads: kopā - 127 251 euro, tai skaitā: ESF – 108 163 euro VB – 19 088 euro 2018.gads:

²⁸⁴ Finansējums veselības veicināšanas pasākumiem līdz 70% apmērā tiks novirzīts pašvaldībām, biedrībām un nodibinājumiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma paredzēts novirzīt SPKC kā vadošajai iestādei veselības veicināšanā, lai nodrošinātu metodisko vadību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

	aprūpes speciālistiem u.c.); – garīgās veselības veicināšanas programma izglītības iestādēs; – vasaras nometnes pusaudžiem un jauniešiem; – psihologa konsultācijas bērniem un viņu vecākiem par bērnu uzvedības problēmām (neirotiski, depresīvi sindromi, pašnāvnieciskas tieksmes, sekmju pasliktināšanās u.c.); – sabiedrības informēšanas pasākumu komplekss; – informatīvie materiāli un uzskates līdzekļi (plakāti, žurnāli, grāmatas, bukleti utt.)).				kopā - 1 381 262 euro, tai skaitā: ESF – 1 174 073 euro VB – 207 189 euro 2019.gads: kopā - 147 471 euro, tai skaitā: ESF – 125 350 euro VB – 22 121 euro 2020.gads: kopā - 1 460 166 euro, tai skaitā: ESF – 1 241 141 euro VB – 22 121 euro 2021.gads: kopā - 160 524 euro, tai skaitā: ESF – 136 445 euro VB – 24 079 euro 2022.gads: kopā - 263 831 euro, tai skaitā: ESF – 224 256 euro VB – 39 575 euro
Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis: Uzlabot mātes, tēva un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību					
3.	Rīcības virziens: grūtnieču. un bērnu veselības uzlabošana				
	Uzdevumi/galvenie pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai	Izpildes termiņš	Atbildīgā institūcija	Iesaistītās institūcijas	Paredzētais finansējums un tā avoti
3.1.	Seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšana sabiedrībā, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības	30.12.2020.	VM, SPKC	pašvaldības, NVO, uzņēmumi	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību

	riskam pakļauto iedzīvotāju grupām²⁸⁵ (-interaktīvas informatīvi izglītojošas nodarbības, ņemot vērā dzimumu atšķirības; – līdzaudžu izglītošanas programmas, ņemot vērā dzimumu atšķirības, apmācot vienaudžu izglītotājus; – izglītojošas īsfilmas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem izglītības iestādēs u.c.; – tematiskās lekcijas, seminārus speciālistiem (pašvaldību un izglītības iestāžu pārstāvjiem, veselības aprūpes speciālistiem u.c.); – sabiedrības informēšanas pasākumu komplekss; – informatīvie materiāli un uzskates līdzekļi (plakāti, žurnāli, grāmatas, bukleti utt.)).				profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [311] Kopā – 7 593 856 euro ESF – 6 454 778 euro VB – 1 139 078 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 302 271 euro, tai skaitā: ESF – 256 930 euro VB – 45 341 euro 2016.gads: kopā - 96 022 euro, tai skaitā: ESF – 81 619 euro VB – 14 403 euro 2017.gads: kopā - 2 138 876 euro, tai skaitā: ESF – 1 818 045 euro VB – 320 831 euro 2018.gads: kopā - 174 865 euro, tai skaitā: ESF – 148 635 euro VB – 26 230 euro 2019.gads: kopā - 2 159 096 euro, tai skaitā: ESF – 1 835 232 euro VB – 323 864 euro 2020.gads: kopā - 253 769 euro, tai skaitā: ESF – 215 704 euro VB – 38 065 euro 2021.gads:
--	---	--	--	--	---

²⁸⁵ Finansējums veselības veicināšanas pasākumiem līdz 70% apmērā tiks novirzīts pašvaldībām, biedrībām un nodibinājumiem, nodrošinot pēc iespējas plašāku sabiedrības interešu grupu iesaisti. 30% finansējuma paredzēts novirzīt SPKC kā vadošajai iestādei veselības veicināšanā, lai nodrošinātu metodisko vadību, pasākumu savstarpēju koordināciju un mērķtiecīgu īstenošanu.

					kopā - 2 172 149 euro, tai skaitā: ESF – 1 846 327 euro VB – 325 822 euro 2022.gads: kopā - 296 805 euro, tai skaitā: ESF – 252 284 euro VB – 44 521 euro
3.2.	Informēt ārstniecības personas, vecākus un masu saziņas līdzekļu viedokļu veidotājus par mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā un saglabāšanā.	Pastāvīgi	VM	NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
3.3.	Īstenot izglītojošus pasākumus jauniešiem vecākiem par zīdīšanas veicināšanu un mātes piena nozīmi veselības saglabāšanā	Pastāvīgi	SPKC	NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
3.4.	Informatīvā portāla <i>grutnieciba.lv</i> uzturēšana un informācijas atjaunošana grūtniecēm un jaunajām māmām	Pastāvīgi	SPKC	VM, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
3.5.	Izglīt ārstniecības personas (ģimenes ārstus, vecmātes, neonatologus) par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdošām mātēm, iekļaujot šo jautājumus tālākizglītības kursus, tādējādi veicinot zīdīšanu ārstniecības iestādēs.	30.12.2020.	VM	NVO, RSU	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.6. „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju” ietvaros NAP2020 [313] Kopā - 157 500 euro ESF – 133 875 euro VB – 23 625 euro

					Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 52 500 euro, tai skaitā: ESF – 44 625 euro VB – 7 875 euro 2018.gads: kopā - 52 500 euro, tai skaitā: ESF – 44 625 euro VB – 7 875 euro 2020.gads: kopā - 52 500 euro, tai skaitā: ESF – 44 625 euro VB – 7 875 euro
3.6.	Atjaunot NVO zīdīšanas konsultantu tīklu	Pastāvīgi	SPKC	VM, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
3.7.	Paplašināt ģenētisko izmeklējumu veikšanu, lai savlaicīgi identificētu iespējamus riska faktorus topošajiem vecākiem un jaundzimušajiem	30.12.2016.	NVD	VM, profesionālās asociācijas	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” valsts budžeta programmas 33.00.00 “Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” plānotajam periodam 2015.-2020.gads ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 4.pasākuma „Ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu gaidīšanas rindu samazināšana un reģionālās pieejamības uzlabošana, t.sk.:” 4.4.apakšpasākumā „izmeklējumiem un terapija”

					kopējā plānotajā papildus finansējumā. Tā kā jautājums par papildus ģenētisko izmeklējumu veidiem un biežumu ir diskutējams ar profesionālajām asociācijām, tad šobrīd nav iespējams veikt detalizētus aprēķinus pasākumam, bet kopējais papildus nepieciešamais finansējums (<u>tūkst. euro</u>) ir indikatīvi iezīmēts pa gadiem kopējā papildus finansējumā, kurš nepieciešams ambulatorās veselības aprūpes izmeklējumu skaita palielināšanai. 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā 990 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 990 tūkst euro 2016.gads: kopā 10 166 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 10 166 tūkst euro 2017.gads: kopā 15 175 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 15 175 tūkst euro 2018.gads: kopā – 39 643 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 39 643 tūkst. euro 2019.gads: kopā 41 421 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 41 421 tūkst. Euro 2020.gads: kopā 44 222 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 44 222 tūkst. Euro
3.8.	Ieviest veselības aprūpes pēctecības programmu, kura	30.12.2016. Apskatīt	NVD	VM, profesionālās	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru

	nodrošina uzraudzības nepārtrauktību ("follow up"), nodrošinot pēctecīgu veselības aprūpi neiznestajiem bērniem	datumu, jo papildus finansējums tiek plānots jau ar 2015.gadu		asociācijas	2014., 2015. un 2016.gadam" valsts budžeta programmas 33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana" apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” plānotajam periodam 2015.-2020.gads ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 6.pasākumā „Stacionāro pakalpojumu apjoma palielināšana, palielinot plānveida hospitalizāciju apjomu”. Finansējuma aprēķins pamatots uz BKUS sniegto informāciju: izmaksas vienam bērnam gadā 7115 EUR, neiznesto bērnu skaits gadā vidēji ir 200. Programmu paredzēts ieviest pakāpeniski, pilnu apjomu sasniedzot 2019.gadā. Kopējais nepieciešamais papildu finansējums pasākuma īstenošanai pa gadiem: 2015.gadā – 85 372 euro (12 bērni), 2016.gadā – 355 750 euro (50 bērni), 2017.gadā – 711 500 euro (100 bērni), 2018.gadā - 1 423 000 euro (200 bērni), 2019.gadā – 1 423 000 euro (200 bērni), 2020.gadā - 1 423 000 euro (200 bērni). 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā – 85 372 euro, tai skaitā: VB – 85 372 euro 2016.gads: kopā – 355 750 euro, tai skaitā:
--	---	---	--	-------------	--

					VB – 355 750 euro 2017.gads: kopā 711 500 euro, tai skaitā: VB – 711 500 euro 2018.gads: kopā – 1 423 000 euro, tai skaitā: VB – 1 423 000 euro 2019.gads: kopā – 1 423 000 euro, tai skaitā: VB – 1 423 000 euro 2020.gads: kopā – 1 423 000 euro, tai skaitā: VB – 1 423 000 euro
3.9.	Jaundzimušo veselības aprūpes kvalitātes uzlabošana dzemdību nodaļās, izstrādājot/pilnveidojot klīniskās vadlīnijas dzemdību palīdzības sniegšanā, grūtnieču aprūpē, pēcdzemdību aprūpē	30.12.2017.	VM	NVD, ārstniecības iestādes, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* ES fondu finansējuma un privāto līdzekļu ietvaros, NAP2020 [313] <i>Plānots īstenot 6.1.3.pasākuma finansējuma ietvaros.</i>
3.10.	Izglītēt ārstniecības personas (ģimenes ārstus, vecmātes, ginekologus) par iedzimto anomāliju profilaksi un diagnostiku	30.12.2020.	VM	NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* ES fondu finansējuma ietvaros NAP2020 [313] <i>Plānots īstenot 6.1.12.pasākuma finansējuma ietvaros.</i>
Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis: Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi, mazināt traumatismu un mirstību no ārējiem nāves cēloņiem.					
4.	Rīcības virziens: traumatisma un vides risku ietekmes mazināšana uz sabiedrības veselību				
	Uzdevumi/galvenie	Izpildes	Atbildīgā	Iesaistītās	Paredzētais finansējums un tā avoti

	pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai	termiņš	institūcija	institūcijas	
4.1.	Sagatavot aktualizētu informāciju par rīcību krīzes situācijās un pirmās palīdzības pareizu sniegšanu traumu gadījumā.	Ik gadu līdz 1.martam	NMPD	VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
4.2.	Izglītēt vecākus un ārstniecības personas par biežākajiem traumu cēloņiem bērniem un drošības pasākumiem traumu profilaksei.	Pasākumi vecāku izglītošanai no 2017.gada līdz 2020.gadam; Pasākumi ārstniecības personu izglītošanai - pastāvīgi	SPKC	VM, Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcija, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
4.3.	Organizēt sezonālus sabiedrības izglītošanai veltītus pasākumus un satiksmes drošības kampaņas, pastiprinātu uzmanību pievēršot mazāk aizsargātajiem ceļu satiksmes dalībniekiem, kā arī ņemot vērā dzimumu atšķirības.	Pastāvīgi	CSDD, VP, SPKC	IeM, NMPD, VSMC, VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
4.4.	Veicināt vispārējās izglītības iestāžu izglītojamo zināšanas un prasmes par personisko drošību un veselīgu dzīvesveidu.	Pastāvīgi	IZM	VISC, pašvaldības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
4.5.	Izglītēt pedagogus un bērnus	Pastāvīgi	SPKC, IZM,	IeM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu

	izglītības iestādēs par drošu vidi un kā izvairīties no tipiskām traumām		PTAC		kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, iespēju robežās piesaistot ES fondu finansējumu vai citu projektu līdzekļus.
4.6.	Veikt sabiedrības informēšanu par dzeramā ūdens un peldūdens piesārņojuma negatīvo ietekmi uz veselību un tā novēršanas individuālajām iespējām.	Pastāvīgi	VI	VM, VARAM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
4.7.	Nodrošināt VI mājas lapā sabiedrībai informāciju par aktuālākajiem vides riska faktoriem – elektromagnētisko starojumu, zemas frekvences troksni, klimata pārmaiņām	Pastāvīgi	VI	VM, VARAM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
4.8.	Veikt skolu telpu vides kvalitātes un drošuma pētījumu	30.12.2017.	VI	IZM, pašvaldības	Papildus nepieciešamais finansējums budžeta programmas 46.00.00 „Veselības nozares uzraudzība” apakšprogrammā 46.01.00 „Uzraudzība un kontrole” pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” plānotajam periodam 2015.-2017.gads 5 111 euro apmērā ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 8.pasākumā „Veselības veicināšana”, tai skaitā pa EKK:

					1000 kods (atlīdzība) – 4847 euro, tai skaitā 1100 kods (atalgojums) – 3922 euro, 2000 kods (preces un pakalpojumi) – 264 euro. 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā – 5 111 euro, tai skaitā: VB – 5 111 euro 2016.gads: kopā – 5 111 euro, tai skaitā: VB – 5 111 euro 2017.gads: kopā 5 111 euro, tai skaitā: VB – 5 111 euro
4.9.	Izstrādāt ieteikumus pašvaldībām iedzīvotājiem drošas un nekaitīgas vides attīstīšanai, iekārtojot peldvietas un rekreācijas teritorijas, veicot adekvātu teritoriju plānošanu, plānojot būvniecību un uzņēmējdarbību	31.12.2019	VI	VM, VARAM, pašvaldības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, iespēju robežās piesaistot ES fondu finansējumu vai citu projektu līdzekļus.
4.10.	Pilnveidot ārstniecības personu (ģimenes ārsti, neirologi u.c.) zināšanas par arodslimības izraisošajiem faktoriem un arodslimību savlaicīgu diagnostiku	Pastāvīgi	LM, RSU DDVVI	VM, SPKC LĢĀA, LLĢĀA	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, iespēju robežās piesaistot ES fondu finansējumu vai citu projektu līdzekļus.
4.11.	Izvērtēt iespējas uzlabot datu pieejamību un analīzi par bīstamo preču radītām traumām	30.12.2020	PTAC	SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, iespēju robežās piesaistot ES fondu finansējumu vai citu projektu līdzekļus.

4.12.	Apzināt situāciju attiecībā uz bērnu rotaļu laukumu drošību un aktivizēt pašvaldības to uzlabošanai.	Pastāvīgi	PTAC	LPS	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, iespēju robežās piesaistot ES fondu finansējumu vai citu projektu līdzekļus.
4.13.	Definēt nepieciešamos pasākumus, lai veselības aprūpes speciālisti tiktu regulāri apmācīti par vardarbības jautājumiem.	30.12.2018.	VM	LM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, iespēju robežās piesaistot ES fondu finansējumu vai citu projektu līdzekļus.
4.14.	Apzināt starpinstitucionālās sadarbības problēmas un definēt pasākumus problēmu novēršanai vardarbības jomā	30.12.2020	LM	VM, IeM, TM, LPS, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, iespēju robežās piesaistot ES fondu finansējumu vai citu projektu līdzekļus.
Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis: Samazināt iedzīvotāju saslimstību ar infekcijas slimībām.					
5.	Rīcības virziens: infekcijas slimību profilakse				
	Uzdevumi/galvenie pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai	Izpildes termiņš	Atbildīgā institūcija	Iesaistītās institūcijas	Paredzētais finansējums un tā avoti
5.1.	Pilnveidot sabiedrības izglītošanu par infekcijas slimību profilakses pasākumiem, tajā skaitā vakcinācijas nozīmi.	Pastāvīgi	SPKC	VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
5.2.	Pilnveidot ārstniecības personu zināšanas par infekcijas slimību profilaksi un diagnostiku, pievēršot uzmanību riska grupām.	Pastāvīgi	SPKC	Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
5.3.	Veikt ārstniecības personu izglītošanu par vakcinācijas nepieciešamību, vakcīnu un infekcijas slimību izraisītām	Pastāvīgi	SPKC	Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

	komplīkacijām			ģimenes ārstu asociācija	
5.4.	Veikt pētījumu par vakcināciju kavējošiem faktoriem	30.12.2019.	SPKC	Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” iekļauto budžeta programmas 46.00.00 „Veselības nozares uzraudzība” apakšprogrammā 46.04.00 „Veselības veicināšana” 2019.gadam ir – 3 999 euro apmērā. Pasākums iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 8.pasākumā „Veselības veicināšana”, (izdevumi 2000 kodā - preces un pakalpojumi). 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2019.gads: kopā – 3 999 euro, tai skaitā: VB – 3 999 euro
5.5.	Ieviest otro poti pret vājībām bērniem 7 gadu vecumā	17.01.2017.	VM	SPKC NVD	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” iekļauto valsts budžeta programmas 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.04.00 „Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde” ir: 2017.gadā – 279 222 euro; 2018.gadā – 366 623 euro; 2019.gadā – 432 237 euro; 2020.gadā – 469 839 euro. Pasākums

					iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 3.pasākuma „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto medikamentu iegādes kompensācijas nodrošināšana, tai skaitā.” 3.13.apakšpasākumā „7-gadīgu bērnu atkārtota vakcinācija pret vējbakām, papildinot vakcinācijas kalendāru (sākot ar 2017.g.)- atbilstoši grozījumiem MK noteikumos Nr.330”. 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2017.gads: kopā – 279 222 euro, tai skaitā: VB – 279 222 euro 2018.gads: kopā – 366 623 euro, tai skaitā: VB – 366 623 euro 2019.gads: kopā 432 237 euro, tai skaitā: VB – 432 237 euro 2020.gads: kopā – 469 839 euro, tai skaitā: VB – 469 839 euro
5.6.	Izvērtēt iespēju uzsākt pusaudzī no 14 gadu vecuma vakcināciju pret garo klepu	17.12.2017.	VM	SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
5.7.	Veicināt sadarbību ģimenes	17.12.2017.	VM	SPKC, LM,	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu

	ārstiem ar sociālajiem dienestiem, lai uzlabotu bērnu vakcināciju riska ģimenēs.			LĢĀA, LLĢĀA, pašvaldības	kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
5.8.	Izvērtēt iespējas uzlabot esošo vakcināciju uzskaites sistēmu, lai uzlabotu nevakcinēto personu apzināšanas iespējas un vakcinācijas plānošanu	19.12.2019.	SPKC	NVD	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
5.9.	Veikt ārstniecības personu izglītošanu par vakcīnu izraisīto komplikāciju uzraudzību	Pastāvīgi	SPKC	LĢĀA, LLĢĀA	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis: Nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.					
6.	Rīcības virziens: kvalitatīvas, drošas un ilgtspējīgas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana (t. sk. pacienta iemaksu samazināšana, rindu saīsināšana uz plānveida pakalpojumiem, darba samaksas paaugstināšana veselības aprūpes nozares darbiniekiem, zāļu pieejamība pacientiem), nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem				
6.1.	Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana un resursu attīstība				
6.1.1.	Veidot ilgtspējīgu veselības sistēmu, nodrošinot stabilu un prognozējamu finansējumu veselības aprūpei 4,0% IKP līmenī.	30.12.2020.	VM	FM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.1.2.	Izvērtēt jaukta veselības aprūpes finansēšanas modeļa ieviešanas iespējas	30.12.2015.	VM	LM, FM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros
6.1.3.	Nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai nepieciešamo cilvēkresursu attīstības plānošanu, vēršot	30.12.2020.	VM	SPKC, NVD	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

	uzmanību uz paaudžu nomaiņu medicīnā un māsu īpatsvara palielināšanu.				
6.1.4.	Izstrādāt veselības aprūpes tīklu vadlīnijas prioritārajās veselības aprūpes jomās veselības aprūpes pieejamības un kvalitātes uzlabošanai visos veselības aprūpes līmeņos, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām ²⁸⁶	30.12.2017.	VM	NVD, ārstniecības iestādes, NVO, LM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.3. „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros,NAP2020 [313] Kopā – 4 292 314 euro ESF – 3 648 467 euro VB – 643 847 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2014.gads: kopā - 498 005 euro, tai skaitā: ESF – 423 304 euro VB – 74 701 euro 2015.gads: kopā - 1 126 293 euro, tai skaitā: ESF – 957 349 euro VB – 168 944 euro 2016.gads: kopā - 1 126 293 euro, tai skaitā: ESF – 957 349 euro VB – 168 944 euro

²⁸⁶ Vadlīnijas noteikts konkrētas ES fondu investīciju jomas veselības attīstībai.

					2016.gads: kopā - 1 541 723 euro, tai skaitā: ESF – 1 310 465 euro VB – 231 258 euro Nevienlīdzības mazināšanas kontekstā tīklu attīstības vadlīniju ietvaros paredzēts veikt analīzi par privāto līdzekļu izlietojumu veselības aprūpes pakalpojumiem.
6.1.5.	Ieviest veselības aprūpes tīklu vadlīnijas, attīstot infrastruktūru prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatāla perioda un garīgās veselības) veselības aprūpes jomās	30.12.2020.	VM	SPKC, NVD ārstniecības iestādes	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.3.2. „Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru” ietvaros,NAP2020 [313] Kopā –178 983 827 euro ERAF – 152 136 253 euro VB –26 847 574 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 12 784 559 euro, tai skaitā: ERAF – 10 866 875 euro VB – 1 917 684 euro 2017.gads: kopā - 27 699 878 euro, tai skaitā: ERAF – 23 544 896 euro VB – 4 154 982 euro 2018.gads: kopā - 27 699 878 euro, tai skaitā: ERAF – 23 544 896 euro VB – 4 154 982 euro

					2019.gads: kopā - 27 699 878 euro, tai skaitā: ERAF – 23 544 896 euro VB – 4 154 982 euro 2020.gads: kopā - 27 699 878 euro, tai skaitā: ERAF – 23 544 896 euro VB – 4 154 982 euro 2021.gads: kopā - 27 699 878 euro, tai skaitā: ERAF – 23 544 896 euro VB – 4 154 982 euro 2022.gads: kopā - 27 699 878 euro, tai skaitā: ERAF – 23 544 896 euro VB – 4 154 982 euro Pasākums tiks īstenots atbilstoši attīstības plānošanas dokumentā paredzētajām ieguldījumu prioritātēm, kas noteiktas saskaņā ar šo pamatnostādņu 6.1.4.pasākuma rezultātiem. Veselības ministrija, nosakot Eiropas Savienības fondu ieviešanas nosacījumus, plāno izvērtēt un veikt pasākumus finansiālā sloga mazināšanai uz ārstniecības iestādēm saistībā ar valsts atbalsta nosacījumiem.
6.1.6.	Izstrādāt veselības aprūpes pakalpojumu attīstības plānu atbilstoši veselības aprūpes tīklu vadlīniju prioritārajās veselības aprūpes jomās plānošanas principiem	30.12.2020.	VM	NVD, SPKC, VARAM, pašvaldības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros
6.1.7.	Pilnveidot stacionārās veselības aprūpes	30.12.2016.	NVD	VARAM, VM, ārstniecības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un

	pakalpojumu apmaksas sistēmu, lai nodrošinātu izmaksu un resursu efektīvas stacionārās veselības aprūpes sistēmas attīstību, pakāpeniski ieviešot DRG sistēmu.			iestādes	indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 2.2.1. „Nodrošināt publisko datu atkalizmantošanas pieaugumu un efektīvu publiskās pārvaldes un privātā sektora mijiedarbību” ietvaros, NAP2020 [313] Kopā – 4 268 615 euro ERAF – 3 628 323 euro VB – 640 292 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 4 268 615 euro, tai skaitā: ERAF – 3 628 323 euro VB – 640 292 euro
6.1.8.	Izstrādāt vienotu kvalitātes nodrošināšanas sistēmu ārstniecības iestādēs veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai, t.sk., nosakot veselības aprūpes sistēmas efektivitātes indikatorus	31.12.2017.	VM	NVD, VI, ārstniecības iestādes	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* ES fondu finansējuma ietvaros NAP2020 [313] <i>Plānots īstenot 6.1.4.pasākuma finansējuma ietvaros.</i>
6.1.9.	Attīstīt ambulatoro aprūpi, koncentrējot pakalpojumus un mazināt pacientu uzturēšanās ilgumu slimnīcā, palielinot Dienas stacionāru darbības un sniegto pakalpojumu izmaksu efektivitāti	30.12.2020.	VM	NVD	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.1.10.	Pilnveidot pacientu plūsmu dažādos veselības aprūpes līmeņos un mazināt	30.12.2017.	NVD	VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

	gaidīšanas laikus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai				
6.1.11.	Veicināt pacientu tiešo maksājumu īpatsvara samazināšanos un valsts apmaksātās veselības aprūpes plašāku pieejamību sekundārajā ambulatorajā līmenī	30.12.2020.	VM	NVD	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, t.sk. no VSAOI iezīmētās daļas VVAOI
6.1.12.	Veicināt slimību profilakses pakalpojumu pieejamību primārajā veselības aprūpē, stiprinot primāro veselības aprūpi kā visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām	30.12.2020.	SPKC	VM, IZM, LM, NVO, ārstniecības iestādes, pašvaldības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [312] Kopā – 2 391 987euro ESF – 2 033 189 euro VB – 358 798 euro 1) Ģimenes ārstu māsu un ārsta palīgu organizēta pacientu izglītošana grupās Kopā – 1 500 000 euro ESF – 1 275 000 euro VB – 225 000 euro; Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 216 000 euro, tai skaitā: ESF – 183 600 euro VB – 32 400 euro

					2017.gads: kopā - 212 573 euro, tai skaitā: ESF – 180 687 euro VB – 31 886 euro 2018.gads: kopā - 214 286 euro, tai skaitā: ESF – 182 143 euro VB – 32 143 euro 2019.gads: kopā - 214 286 euro, tai skaitā: ESF – 182 143 euro VB – 32 143 euro 2020.gads: kopā - 214 286 euro, tai skaitā: ESF – 182 143 euro VB – 32 143 euro 2021.gads: kopā - 214 286 euro, tai skaitā: ESF – 182 143 euro VB – 32 143 euro 2022.gads: kopā - 214 286 euro, tai skaitā: ESF – 182 143 euro VB – 32 143 euro 2) Sabiedrības informēšanas kampaņas, lai aicinātu iedzīvotājus vērsties pie ģimenes ārsta un regulāri veikt profilaktiskās pārbaudes Kopā – 60 000 euro ESF – 51 000 euro VB – 9 000 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem:
--	--	--	--	--	---

					2016.gads: kopā - 17 000 euro, tai skaitā: ESF – 14 450 euro VB – 2 550 euro 2018.gads: kopā - 17 000 euro, tai skaitā: ESF – 14 450 euro VB – 2 550 euro 2020.gads: kopā - 17 000 euro, tai skaitā: ESF – 14 450 euro VB – 2 550 euro 3) Bērnu aptaukošanās novēršanas projekts Kopā – 319 000 euro ESF – 271 150 euro VB – 47 850 euro; Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 112 200 euro, tai skaitā: ESF – 95 370 euro VB – 16 830 euro 2016.gads: kopā - 50 200 euro, tai skaitā: ESF – 42 670 euro VB – 7 530 euro 2017.gads: kopā - 50 200 euro, tai skaitā: ESF – 42 670 euro VB – 7 530 euro 2018.gads: kopā - 50 200 euro, tai skaitā: ESF – 42 670 euro
--	--	--	--	--	---

					VB – 7 530 euro 2019.gads: kopā - 56 200 euro, tai skaitā: ESF – 47 770 euro VB – 8 430 euro 4) Uzmanības deficīta sindroma, depresijas un tās seku profilakse bērniem un jauniešiem Kopā – 132 300 euro ESF – 112 455 euro VB – 19 845 euro; Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 65 575 euro, tai skaitā: ESF – 55 739 euro VB – 9 836 euro 2016.gads: kopā - 29 575 euro, tai skaitā: ESF – 25 139 euro VB – 4 436 euro 2017.gads: kopā - 15 575 euro, tai skaitā: ESF – 13 239 euro VB – 2 336 euro 2018.gads: kopā - 21 575 euro, tai skaitā: ESF – 18 339 euro VB – 3 236 euro 5) Hronisko slimību vadīšanas pilnveidošana Kopā – 380 687 euro
--	--	--	--	--	--

					ESF – 323 584 euro VB – 57 103 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 116 468 euro, tai skaitā: ESF – 98 998 euro VB – 17 470 euro 2016.gads: kopā - 67 021 euro, tai skaitā: ESF – 56 968 euro VB – 10 053 euro 2017.gads: kopā - 59 021 euro, tai skaitā: ESF – 50 168 euro VB – 8 853 euro 2018.gads: kopā - 46 059 euro, tai skaitā: ESF – 39 150 euro VB – 6 909 euro 2019.gads: kopā - 46 059 euro, tai skaitā: ESF – 39 150 euro VB – 6 909 euro 2020.gads: kopā - 46 059 euro, tai skaitā: ESF – 39 150 euro VB – 6 909 euro
6.1.13.	Pilnveidot ģimenes ārstu kvalitātes kritērijus padarot tos stingrākus virzienos, kuri pēc sabiedrības veselības rādītājiem ir kritiskākie un nodrošināt pilnveidoto	30.12.2018.	VM	NVD, profesionālās asociācijas	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

	kritēriju pārbaudīšanu (pilotēšanu).				
6.1.14.	Medicīniskās rehabilitācijas programmas izveide, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, kā arī paredzot ģimenes ārsta darbu rehabilitācijā atbilstoši ģimenes ārstam noteiktajai kompetencei, ceļot ģimenes ārstu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā.	30.12.2017.	VM	NVD, reģionālās un universitātes slimnīcas, pašvaldības	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” plānoto valsts budžeta programmas 33.00.00 ”Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” periodam 2015.-2020.gads ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 5.pasākumā „Rehabilitācijas pakalpojumu apjoma palielināšana, t.sk.:”, un indikatīvi* ES fondu finansējuma ietvaros NAP2020 [314] Tā kā jautājums par medicīniskās rehabilitācijas programmas izveidi, pakalpojumu izvietojumu un ģimenes ārsta darbības attīstību ir diskutējams ar iesaistītajām institūcijām, tad šobrīd nav iespējams veikt detalizētus aprēķinus pasākumam, bet kopējais papildus nepieciešamais finansējums (tūkst. euro) ir indikatīvi iezīmēts pa gadiem kopējā papildus finansējumā, kurš nepieciešams rehabilitācijas pakalpojumu apjoma palielināšanai. 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā 2 787 tūkst. euro, tai skaitā:

					VB – 2 787 tūkst euro 2016.gads: kopā 15 628 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 15 628 tūkst euro 2017.gads: kopā 33 417 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 33 417 tūkst euro 2018.gads: kopā – 72 380 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 72 380 tūkst. euro 2019.gads: kopā 81 675 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 81 675 tūkst. Euro 2020.gads: kopā 87 978 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 87 978 tūkst. euro
6.1.15.	Tālākizglītības pieejamības nodrošināšana ārstniecības personām, ārstniecības atbalsta personām un farmaceitiskās aprūpes speciālistiem sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības jomās.	30.12.2020.	VM	RSU, ārstniecības iestādes, NVO	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.6. „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju” ietvaros NAP2020 [313]. Kopā – 22 308 449 euro ESF – 18 962 182 euro VB – 3 346 267 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 3 186 921 euro, tai skaitā: ESF – 2 708 883 euro VB – 478 038 euro 2017.gads: kopā - 3 186 921 euro, tai skaitā:

					ESF – 2 708 883 euro VB – 478 038 euro 2018.gads: kopā - 3 186 921 euro, tai skaitā: ESF – 2 708 883 euro VB – 478 038 euro 2019.gads: kopā - 3 186 921 euro, tai skaitā: ESF – 2 708 883 euro VB – 478 038 euro 2020.gads: kopā - 3 186 921 euro, tai skaitā: ESF – 2 708 883 euro VB – 478 038 euro 2021.gads: kopā - 3 186 921 euro, tai skaitā: ESF – 2 708 883 euro VB – 478 038 euro 2022.gads: kopā - 3 186 921 euro, tai skaitā: ESF – 2 708 883 euro VB – 478 038 euro Pasākums tiks īstenots atbilstoši attīstības plānošanas dokumentā paredzētajām ieguldījumu prioritātēm, kas noteiktas saskaņā ar šo pamatnostādņu 6.1.4.pasākuma rezultātiem.
6.1.16.	Nodrošināt vienlīdzīgu pieejamību veselības aprūpes pakalpojumiem visā Latvijas teritorijā, piesaistot personālu reģioniem un nodrošinot veselības aprūpes	30.12.2020.	VM	VARAM, ārstniecības iestādes, pašvaldības	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.5. „Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz

	pakalpojumu mobilitāti.				pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas.” ietvaros NAP2020 [416]. Kopā – 9 960 103 euro ESF – 8 466 088 euro VB – 1 494 015 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 1 285 729 euro, tai skaitā: ESF – 1 092 870 euro VB – 192 859 euro 2017.gads: kopā - 1 338 229 euro, tai skaitā: ESF – 1 137 495 euro VB – 200 734 euro 2018.gads: kopā - 1 435 729 euro, tai skaitā: ESF – 1 220 370 euro VB – 215 359 euro 2019.gads: kopā 1 488 229 euro, tai skaitā: ESF – 1 264 995 euro VB – 223 234 euro 2020.gads: kopā - 1 435 729 euro, tai skaitā: ESF – 1 220 370 euro VB – 215 359 euro 2021.gads: kopā 1 488 229 euro, tai skaitā: ESF – 1 264 995 euro VB – 223 234 euro 2022.gads: kopā 1 488 229 euro, tai skaitā:
--	-------------------------	--	--	--	--

					ESF – 1 264 995 euro VB – 223 234 euro Pasākums tiks īstenots atbilstoši attīstības plānošanas dokumentā paredzētajām ieguldījumu prioritātēm, kas noteiktas saskaņā ar šo pamatnostādņu 6.1.4.pasākuma rezultātiem.
6.1.17.	E-veselības attīstība un pilnveidošana efektīvai, drošai un uz pacientu orientētai veselības aprūpei	30.12.2017.	NVD	VM, VARAM, NMPD, SPKC, VI, VSMC, VTMEC, TM, ārstniecības iestādes, citas nozares institūcijas, IEM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014.- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 2.2.1. „Nodrošināt publisko datu atkalizmantošanas pieaugumu un efektīvu publiskās pārvaldes un privātā sektora mijiedarbību” ietvaros, NAP2020 [415 un 418] un Informācijas sabiedrības attīstības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam turpmākās rīcības plānojuma uzdevumu 3.1.”Publiskās pārvaldes IKT centralizētu platformu izveide” un 3.2.”Publiskās pārvaldes pakalpojumu elektronizācija” ietvaros.
6.1.18.	Nodrošināt pēctecīgu narkoloģiskās ārstēšanas pieejamību (atklāšana, motivācija, specializēta ārstēšana, rehabilitācija) iedzīvotājiem, tai skaitā, saņemt stacionāro psihoterapijas ārstēšanās kursu motivācijas un Minesotas programmā	30.12.2017.	VM	LM, pašvaldības, NVO	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” plānoto valsts budžeta programmas 33.00.00 ”Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” periodam 2015.-2020.gads ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu

					palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 4.pasākumā „Ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu gaidīšanas rindu samazināšana un reģionālās pieejamības uzlabošana”, 5.pasākumā „Rehabilitācijas pakalpojumu apjoma palielināšana” un 6.pasākumā „Stacionāro pakalpojumu apjoma palielināšana, palielinot plānveida hospitalizāciju apjomu (t.sk. endoprotezēšana, sirds un plaušu transplantācija” VB – 9 405 183 euro Tā kā jautājums par pēctecīgas narkoloģiskas ārstēšanas pasākumu izvirzīšanu ir diskutējams ar iesaistītajām institūcijām, tad šobrīd nav iespējams veikt detalizētus aprēķinus pasākumam, bet kopējais papildus nepieciešamais finansējums (<u>tūkst. euro</u>) ir indikatīvi iezīmēts pa gadiem kopējā papildus finansējumā, kurš nepieciešams ambulatoro, stacionāro un rehabilitācijas pakalpojumu apjoma palielināšanai. <u>Ambulatorie pakalpojumi</u> 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā 11 311 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 11 311 tūkst euro 2016.gads: kopā 37 999 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 37 999 tūkst euro 2017.gads: kopā 62 980 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 62 980 tūkst euro
--	--	--	--	--	---

					2018.gads: kopā – 134 930 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 134 930 tūkst. euro 2019.gads: kopā 142 358 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 142 358 tūkst. Euro 2020.gads: kopā 151 769 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 151 769 tūkst. euro <u>Rehabilitācijas pakalpojumi</u> 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā 2 787 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 2 787 tūkst euro 2016.gads: kopā 15 628 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 15 628 tūkst euro 2017.gads: kopā 33 417 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 33 417 tūkst euro 2018.gads: kopā – 72 380 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 72 380 tūkst. euro 2019.gads: kopā 81 675 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 81 675 tūkst. Euro 2020.gads: kopā 87 978 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 87 978 tūkst. euro <u>Stacionārie pakalpojumi</u> 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros,
--	--	--	--	--	--

					2015.gads: kopā 3 280 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 3 280 tūkst euro 2016.gads: kopā 7 073 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 7 073 tūkst euro 2017.gads: kopā 11 063 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 11 063 tūkst euro 2018.gads: kopā – 17 173 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 17 173 tūkst. euro 2019.gads: kopā 25 722 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 25 722 tūkst. Euro 2020.gads: kopā 27 555 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 27 555 tūkst. euro NAP2020 [315]
6.1.19.	Veicināt racionālu neatliekamās palīdzības izsaukšanas kārtību, samazinot sekundāro izsaukumu un izbraukumus skaitu, un uzlabojot brigāžu ierašanās laikus dzīvībai bīstamās situācijās	30.12.2020.	NMPD	VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.1.20.	Izveidot programmu psiholoģiskās palīdzības sniegšanai iedzīvotājiem krīzes situācijās (veselības apdraudējums sociālekonomisku vai	30.12.2020.	VM	IeM, LM, pašvaldības, NVO	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” plānoto valsts budžeta programmas 33.00.00 ”Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” periodam 2015.-

	psihosociālu apstākļu dēļ u.c.)			2020.gads ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 4.pasākumā „Ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu gaidīšanas rindu samazināšana un reģionālās pieejamības uzlabošana” un krīzes tālruņa ieviešanai sākot ar 2015.gadu un turpmāk – 72 111 euro ir iekļauts 8.pasākumā „Veselības veicināšana” Tā kā jautājums par psihoterapeitiskās palīdzības programmas izveidi ir diskutējams ar iesaistītajām institūcijām, tad šobrīd nav iespējams veikt detalizētus aprēķinus pasākumam, bet kopējais papildus nepieciešamais finansējums (tūkst. euro) ir indikatīvi iezīmēts pa gadiem kopējā papildus finansējumā, kurš nepieciešams ambulatoro pakalpojumu apjoma palielināšanai. <u>Ambulatorie pakalpojumi</u> 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā 11 311 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 11 311 tūkst euro 2016.gads: kopā 37 999 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 37 999 tūkst euro 2017.gads:
--	---------------------------------	--	--	---

					kopā 62 980 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 62 980 tūkst euro 2018.gads: kopā – 134 930 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 134 930 tūkst. euro 2019.gads: kopā 142 358 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 142 358 tūkst. Euro 2020.gads: kopā 151 769 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 151 769 tūkst. euro <u>Krīzes tālruņa ieviešanai</u> 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā – 72 111 euro, tai skaitā: VB – 72 111 euro 2016.gads: kopā – 72 111 euro, tai skaitā: VB – 72 111 euro 2017.gads: kopā – 72 111 euro, tai skaitā: VB – 72 111 euro 2018.gads: kopā – 72 111 euro, tai skaitā: VB – 72 111 euro 2019.gads: kopā – 72 111 euro, tai skaitā: VB – 72 111 euro 2020.gads: kopā – 72 111 euro, tai skaitā: VB – 72 111 euro NAP2020 [273]
--	--	--	--	--	---

6.1.21.	Pārskatīt kardioloģijas, onkoloģijas, pediatrijas un ģimenes medicīnas pakalpojumu apmaksas tarifus, definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus un paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts	30.12.2015.	NVD	VM, profesionālās asociācijas	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” valsts budžeta programmas 33.00.00 ”Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” plānotajam periodam 2015.-2020.gads ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansējumiem un finansējumiem projektiem un pasākumiem)” 7.pasākumā „Veselības aprūpes pakalpojumu tarifa pārējo elementu (bez D un S) palielināšana” kopējā plānotajā papildus finansējumā. Tā kā jautājums par kardioloģijas, onkoloģijas, pediatrijas un ģimenes medicīnas pakalpojumu apmaksas tarifu pārskatīšanu, definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus un paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts, ir diskutējams ar profesionālajām asociācijām, tad šobrīd nav iespējams veikt detalizētus aprēķinus pasākumam, bet kopējais papildus nepieciešamais finansējums (tūkst. euro) ir indikatīvi iezīmēts pa gadiem kopējā papildus finansējumā, kurš nepieciešams pārējo veselības aprūpes pakalpojumu tarifa elementu (bez D un S) palielināšanai. 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros,
---------	--	-------------	-----	-------------------------------	--

					2015.gads: kopā 7 183 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 7 183 tūkst euro 2016.gads: kopā 20 787 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 20 787 tūkst euro 2017.gads: kopā 28 456 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 28 456 tūkst euro 2018.gads: kopā – 33 152 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 33 152 tūkst. euro 2019.gads: kopā 33 152 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 33 152 tūkst. Euro 2020.gads: kopā 33 152 tūkst. euro, tai skaitā: VB – 33 152 tūkst. Euro
6.1.22.	Noteikt jaunas medicīniskās tehnoloģijas (operācijas) - plaušu transplantācijas – tarifu un iekļaut valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu grozā	30.12.2014.	NVD	VM, profesionālās asociācijas	Papildus nepieciešamais finansējums pret likumā „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2014., 2015. un 2016.gadam” plānoto valsts budžeta programmas 33.00.00 ”Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” periodam 2015.-2020.gads ir iekļauts pielikuma „Papildus pret 2014.gadu nepieciešamais finansējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam realizēšanai (valsts pamatfunkciju īstenošanai, bez finansējuma Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētajiem un finansētajiem projektiem un pasākumiem)” 6.pasākumā „Stacionāro pakalpojumu apjoma palielināšana,

					palielinot plānveida hospitalizāciju apjomu (t.sk. endoprotezēšana, sirds un plaušu transplantācija” 2014.gads – pasākums nodrošināms piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, 2015.gads: kopā – 50 729 euro, tai skaitā: VB – 50 729 euro 2016.gads: kopā – 102 861 euro, tai skaitā: VB – 102 861 euro 2017.gads: kopā 155 982 euro, tai skaitā: VB – 155 982 euro 2018.gads: kopā – 218 529 euro, tai skaitā: VB – 218 529 euro 2019.gads: kopā – 230 839 euro, tai skaitā: VB – 230 839 euro 2020.gads: kopā – 245 390 euro, tai skaitā: VB – 245 390 euro
6.1.23.	Pilnveidot antimikrobās rezistences, antibakteriālo līdzekļu lietošanu un ar veselības aprūpi saistītu nevēlamu notikumu²⁸⁷ uzraudzību un kontroli, lai nodrošinātu pacientu drošību	30.12.2020.	SPKC	Stacionārās ārstniecības iestādes, VI, ZVA, NVD, VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* ES fondu finansējuma ietvaros NAP2020 [311, 313] <i>Plānots īstenot 1.3., 6.1.3., 6.1.4., 6.1.6., 6.1.12. pasākumu finansējuma ietvaros.</i>

²⁸⁷ Īpašu uzmanību pievēršot ar veselības aprūpi saistītām infekcijām (VASI) atbilstoši Eiropas Padomes rekomendācijām (2009.gada 9.jūnijs) par pacientu drošību, tostarp, par veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli (2009/C 151/01).

	un uzlabotu pacientu veselības aprūpes kvalitāti ²⁸⁸				
6.2.	Farmācija				
6.2.1.	Kompensējamo zāļu sistēmā izvērtēt iespēju noteikt maksimālo zāļu cenu atšķirību zāļu vispārīgā nosaukuma (INN) ietvaros	30.12. 2015.	VM	NVD	Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.2.2.	Noteikt normatīvajos aktos farmaceitiskās aprūpes lomu atbalsta sniegšanā pacientiem pašaprūpes veikšanai.	01.08.2015.	VM	LFB, LĢĀA LLĢĀA, AB, LBFA, LFA, AĪA, AAB	Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.2.3.	Uzlabot pacientu veselības aprūpes kvalitāti, nodrošinot klīniskā farmaceita konsultācijas medikamentozās terapijas jautājumos.	30.12.2020.	SPKC	VM, NVD	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [312] Pēc projekta apstiprināšanas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā tiks iesniegts pieprasījums līdzekļu pārdalei no programmas Nr.80. Kopā – 100 000 euro ESF – 85 000 euro VB – 15 000 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads:

²⁸⁸ Antimikrobās rezistences izplatība var tieši skart pacientus, kuriem ir prioritārās saslimšanas, īpaši onkoloģiskas saslimšanas, un priekšlaicīgi dzimuši bērni, kā arī negatīvi ietekmē visu veselības aprūpes sistēmu.

					kopā - 13 000 euro, tai skaitā: ESF – 11 050 euro VB – 1 950 euro 2017.gads: kopā - 27 000 euro, tai skaitā: ESF – 22 950 euro VB – 4 050 euro 2018.gads: kopā - 20 000 euro, tai skaitā: ESF – 17 000 euro VB – 3 000 euro 2019.gads: kopā - 20 000 euro, tai skaitā: ESF – 17 000 euro VB – 3 000 euro 2020.gads: kopā - 20 000 euro, tai skaitā: ESF – 17 000 euro VB – 3 000 euro
6.2.4.	Veikt farmaceitu, kas strādā teritorijās ar zemu veselības aprūpes pieejamību iedzīvotājiem, papildus apmācības sirds un asinsvadu slimību profilakses un monitoringa jautājumos, lai uzlabotu pacientu aptveri.	30.12.2017.	SPKC	VM, NVD, ZVA, LFB	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.6. „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju” ietvaros NAP2020 [313] Kopā – 300 000 euro ESF – 255 000 euro VB – 45 000 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 150 000 euro, tai skaitā: ESF – 127 500 euro

					VB – 22 500 euro 2017.gads: kopā - 150 000 euro, tai skaitā: ESF – 127 500 euro VB – 22 500 euro
6.2.5.	Izvērtēt personalizētās medicīnas principu ieviešanas iespējas un ieguvumus veselības aprūpē ar mērķi uzlabot tās efektivitāti, kā arī izvērtēt iespējas attīstīt un uzlabot veselības tehnoloģiju novērtēšanas procesu Latvijā.	30.12.2017.	NVD	VM, SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.3. „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros NAP2020 [312] Kopā – 30 000 euro ESF – 25 500 euro VB – 4 500 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 30 000 euro, tai skaitā: ESF – 25 500 euro VB – 4 500 euro
6.2.6.	Izvērtēt iespējas ieviest Latvijā uz pacientu, nevis produktu, vērstās aptieku darba samaksas sistēmu ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas	01.07.2017.	NVD	VM, SPKC	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.3. „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes

	kārtības ietvaros un ārpus tās, nosakot šīs sistēmas priekšnosacījumus un efektivitāti.				nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros NAP2020 [313] Kopā – 30 000 euro ESF – 25 500 euro VB – 4 500 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 30 000 euro, tai skaitā: ESF – 25 500 euro VB – 4 500 euro
6.2.7.	Veicināt farmakovigilances ziņojumu sniegšanu.	pastāvīgi	ZVA	LĀB, LĢĀA, LLĢĀA, LFB	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.2.8.	Stiprināt uzraudzību un starpresoru koordinētu darbību viltoto zāļu izplatības riska mazināšanai.	pastāvīgi	VI	VP	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.2.9.	Informēt sabiedrību par saprātīgu zāļu lietošanas drošuma nosacījumiem, īpašu uzmanību pievēršot izskaidrojošam darbam biežāk lietoto bezrecepšu zāļu un antimikrobo līdzekļu grupās (informatīvā kampaņa).	pastāvīgi	SPKC	NVD, VI, ZVA	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [312] Kopā – 20 000 euro ESF – 17 000 euro VB – 3 000 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads:

					kopā - 10 000 euro, tai skaitā: ESF – 8 500 euro VB – 1 500 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 10 000 euro, tai skaitā: ESF – 8 500 euro VB – 1 500 euro
6.2.10.	Informēt sabiedrību par ekonomiski pamatotu zāļu lietošanu un pacientu līdzestības nozīmi ārstēšanas procesā (informatīvā kampaņa).	pastāvīgi	SPKC	VM, ZVA, NVD	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi* 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [312] Kopā – 20 000 euro ESF – 17 000 euro VB – 3 000 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 10 000 euro, tai skaitā: ESF – 8 500 euro VB – 1 500 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 10 000 euro, tai skaitā: ESF – 8 500 euro VB – 1 500 euro
6.2.11.	Veicināt sabiedrības informētību par tradicionālajā medicīnā lietojamo produktu	pastāvīgi	SPKC	PVD, PTAC, VI, VM	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu un indikatīvi 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas

	īpašībām, lietošanas nosacījumiem un ierobežojumiem (informatīvā kampaņa).				perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros NAP2020 [312] Kopā – 20 000 euro ESF – 17 000 euro VB – 3 000 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2015.gads: kopā - 10 000 euro, tai skaitā: ESF – 8 500 euro VB – 1 500 euro Finansējuma sadalījums pa gadiem: 2016.gads: kopā - 10 000 euro, tai skaitā: ESF – 8 500 euro VB – 1 500 euro
6.2.12.	Veidot efektīvu un skaidru neizlietoto zāļu savākšanas un utilizācijas sistēmu.	pastāvīgi	VM	VARAM, LFB, AB, LBFA, LFA, AĪA, AAB	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.
6.2.13.	Noteikt zāļu iegādes kompensācijas sistēmas darbības novērtēšanas indikatorus un nodrošināt to ieviešanu	30.12.2020.	NVD	VM, ZVA	Pasākumu nodrošinās likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.

**Finansējuma avots un apmērs ir indikatīvs un norādīts atbilstoši Latvijas Nacionālajam attīstības plānam 2014.-2020.gadam.*

7. Pārskatu sniegšanas un novērtēšanas kārtība

Veselības ministrija sniedz Ministru kabinetam informāciju par Pamatnostādņu īstenošanu divas reizes Pamatnostādņu darbības periodā: informatīvo ziņojumu par Pamatnostādņu vidusposma izvērtējumu 2017.gadā un gala ziņojumu par Pamatnostādņu īstenošanu 2021.gadā. Nepieciešamības gadījumā Veselības ministrija var sagatavot grozījumus Pamatnostādnēs un iesniegt tos izskatīšanai Ministru kabinetā.

Finanšu ministrs

Andris Vilks