*Projekts*

(Ministru kabineta

2011.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_

rīkojums Nr.\_\_\_ )

**Sabiedrības veselības pamatnostādnes**

**2011. – 2017. gadam**

**Informatīvā daļa**

Saturs

[Saturs 2](#_Toc302388895)

[Izmantotie saīsinājumi 3](#_Toc302388896)

[Ievads 4](#_Toc302388897)

[1.Sabiedrības veselības politikas pamatprincipi un mērķi 5](#_Toc302388898)

[2.Pamatnostādņu sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem tiesību aktiem 6](#_Toc302388899)

[3.SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN PROBLĒMU FOMULĒJUMS SABIEDRĪBAS VESELĪBĀ 11](#_Toc302388900)

[3.1.Nevienlīdzība veselības jomā 11](#_Toc302388901)

[3.2.Neinfekcijas slimības un to riska faktori 14](#_Toc302388902)

[3.2.1.Sirds un asinsrites sistēmas slimības 14](#_Toc302388903)

[3.2.2.Onkoloģiskās slimības 16](#_Toc302388904)

[3.2.3.Diabēts 17](#_Toc302388905)

[3.2.4.Garīgā (psihiskā) veselība 17](#_Toc302388906)

[3.2.5. Veselību ietekmējošie faktori (dzīvesveids un uzvedība) 19](#_Toc302388907)

[3.2.5.1. Uztura paradumi 19](#_Toc302388908)

[3.2.5.2.Nepietiekamas fiziskās aktivitātes 22](#_Toc302388909)

[3.2.5.3.Smēķēšana 23](#_Toc302388910)

[3.2.5.4. Alkoholisko dzērienu lietošana 25](#_Toc302388911)

[3.2.5.5. Narkotisko vielu lietošana 26](#_Toc302388912)

[3.3.Mātes, tēva un bērna veselība 28](#_Toc302388913)

[3.3.1. Seksuālā un reproduktīvā veselība 28](#_Toc302388914)

[3.3.2.Veselīgs dzīves sākums 30](#_Toc302388915)

[3.4. Veselīga un droša vide 32](#_Toc302388916)

[3.4.1. Dzīves un darba vide 32](#_Toc302388917)

[3.4.2. Ārējie nāves cēloņi un traumatisms 34](#_Toc302388918)

[3.5. Infekcijas slimības 37](#_Toc302388919)

[4.SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN PROBLĒMU FORMULĒJUMS VESELĪBAS APRŪPĒ 40](#_Toc302388920)

[4.1.Veselības sistēmas finansēšana 40](#_Toc302388921)

[4.2.Veselības aprūpes organizācija 42](#_Toc302388922)

[4.3.Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte un drošība 45](#_Toc302388923)

[5.Politikas rezultāti, darbības rezultāti un rezultatīvie rādītāji to sasniegšanai 48](#_Toc302388924)

[6.Turpmākā rīcība 57](#_Toc302388926)

[7. Pārskatu sniegšanas un novērtēšanas kārtība 69](#_Toc302388927)

Izmantotie saīsinājumi

CSP – Centrālā statistikas pārvalde

EK – Eiropas Komisija

EM – Ekonomikas ministrija

ES – Eiropas Savienība

ESPAD – Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotiskajām vielām

EU-SILC – apsekojums „Kopienas statistika par ienākumiem un dzīves apstākļiem”

FM – Finanšu ministrija

HBSC – skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījums (Health Behaviour in School-aged Children)

HIV – cilvēka imūndeficīta vīruss (Human Immunodeficiency virus)

IeM – Iekšlietu ministrija

IKP – iekšzemes kopprodukts

IZM – Izglītības un zinātnes ministrija

LAD – Lauku atbalsta dienests

LĀB – Latvijas Ārstu biedrība

LDUSA – Latvijas Diētas un Uztura speciālistu asociācija

LFB – Latvijas Farmaceitu biedrība

LIC – valsts aģentūra „Latvijas Infektoloģijas centrs”

LM – Labklājības ministrija

LPS – Latvijas Pašvaldību savienība

LPUF – Latvijas Pārtikas uzņēmumu federācija

LU – Latvijas Universitāte

LUSB – Latvijas Uzturzinātnes speciālistu biedrība

NMP – neatliekamā medicīniskā palīdzība

NVO – nevalstiskās organizācijas

PTAC – Patērētāju tiesību aizsardzības centrs

PVD – Pārtikas un veterinārais dienests

PVO – Pasaules Veselības organizācija

PZDG – potenciāli zaudētie dzīves gadi

RSU – Rīgas Stradiņa universitāte

RSU DDVVI – Rīgas Stradiņa universitātes aģentūra „Darba drošības un vides veselības institūts”

SaM – Satiksmes ministrija

SMVA – Sporta medicīnas valsts aģentūra

STI – seksuāli transmisīva infekcija

TB - tuberkuloze

TM – Tieslietu ministrija

VARAM – Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrija

VDI – Valsts darba inspekcija

VEC – Veselības ekonomikas centrs

VI – Veselības inspekcija

VISC – Valsts izglītības satura centrs

VM – Veselības ministrija

VNC – Veselības norēķinu centrs

ZM – Zemkopības ministrija

ZVA – Zāļu valsts aģentūra

Ievads

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam (turpmāk - Pamatnostādnes) ir vidēja termiņa politikas plānošanas dokuments, kas izstrādāts, lai turpinātu 2001.gadā Ministru kabinetā apstiprinātās Sabiedrības veselības stratēģijas un tās rīcības programmā 2004.-2010.gadam uzsāktās sabiedrības veselības politikas īstenošanu, izvirzītu jaunus attīstības mērķus, kā arī norādītu rīcības virzienus to sasniegšanai, un saglabātu, uzlabotu un atjaunotu Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokli nākamajos septiņos gados.

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 individuāla 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, 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 – tātad 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 uzlabošanās valstī iespējama tikai tad, ja veselība ir iekļauta visās politikas jomās, 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.

Sabiedrības veselības stratēģijas un tās rīcības programmā 2004.– 2010.gadam noteiktie mērķi un aktivitāšu realizācija tika regulāri monitorēta un gatavoti tematiski ziņojumi, kas ļauj novērtēt sasniegto un jaunās pamatnostādnes veidot kā minētās stratēģijas turpinājumu[[1]](#footnote-1);[[2]](#footnote-2);[[3]](#footnote-3);[[4]](#footnote-4);[[5]](#footnote-5);[[6]](#footnote-6). Atsevišķu Stratēģijas mērķu sasniegšanā ir notikusi pozitīva virzība, ievērojami samazinājusies saslimstība ar vakcīnregulējamām infekcijas slimībām, uzlabojušies zīdīšanas rādītāji, tomēr mērķi nav sasniegti. Savukārt citu mērķu sasniegšana bijusi ar negatīvu tendenci, piemēram, pieaugusi adipozitāte un saslimstība ar diabētu.

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.Sabiedrības veselības politikas pamatprincipi un mērķi

**Sabiedrības veselības politikas pamatprincipi:**

**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 politika balstās uzpierādījumiem balstītām zināšanām – zinātniskiem pierādījumiem un izmaksu efektivitāti. Politikas plānošanā un īstenošanā tiek nodrošināta pēctecība un koordinētība, aktualizācija un politikas plānošanas dokumentu savstarpējā saistība.

**Līdzdalība** – sabiedrības, valsts pārvaldes iestāžu, pašvaldību, nevalstisko organizāciju, 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. Indivīda atbildības paaugstināšana par savas veselības saglabāšanu un uzlabošanu.

**Solidaritāte** – visiem Latvijas iedzīvotājiem 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 pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību.**

**Līdz 2017.gadam paveicamais:**

* par **2 gadiem** pagarināt veselīgi nodzīvotos dzīves gadus

(no 52,6 veselīgajiem dzīves gadiem vīriešiem 2009.gadā līdz 54,7 – 2017.gadā un

no 55,8 veselīgajiem dzīves gadiem sievietēm 2009.gadā līdz 57,8 – 2017.gadā)

* par **20%** samazināt potenciāli zaudētos dzīves gadus

(no 85 338 potenciāli zaudētajiem dzīves gadiem vīriešiem 2009.gadā uz 68 270 2017.gadā

no 35 793 potenciāli zaudētajiem dzīves gadiem sievietēm 2009.gadā uz 28 634 2017.gadā).

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

1. Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu visiem Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas uz veselību.
2. Samazināt saslimstību un mirstību no neinfekcijas slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību.
3. Uzlabot mātes 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 resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem tiem 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
* Neinfekcijas slimību riska faktoru mazināšana
* Grūtnieču un bērnu veselības uzlabošana
* Traumatisma un vides risku mazināšana
* Infekcijas slimību profilakse
* Kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana, nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem

2.Pamatnostādņu sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem tiesību aktiem

**Pamatnostādnes sagatavotas pamatojoties uz šādiem dokumentiem:**

* **Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija „Latvija 2030”**[[7]](#footnote-7), īpaši 2.sadaļā „Ilgtermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā” noteiktais ilgtermiņa rīcības virziens – veselības un sociālo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība.
* **Latvijas stratēģiskās attīstības plāns 2010-2013.gadam,** kurā kā drošas un stabilas attīstības priekšnosacījums izvirzīts vesels cilvēks ilgtspējīgā sabiedrībā.

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

* **Nodarbinātības un sociālās politikas jomā:**
	+ *Programma vardarbības ģimenē mazināšanai 2008.-2011.gadam[[8]](#footnote-8)* (mērķis - veikt ar vardarbību ģimenē saistīto nodarījumu novēršanu, panākot to skaita un izraisītās negatīvās ietekmes mazināšanu);
	+ *Rīcības plāns Invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.-2015.gadam[[9]](#footnote-9)* (mērķis - invaliditātes profilakses pasākumu kompleksa attīstība un īstenošana);
	+ *Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011. – 2017.gadam[[10]](#footnote-10)* (virsmērķis - veicināt ģimeņu nodibināšanu, stabilitāti, labklājību, sekmēt dzimstību, kā arī stiprināt laulības institūciju un tās vērtību sabiedrībā);
	+ *Darba aizsardzības jomas attīstības pamatnostādnes 2008.-2013.gadam[[11]](#footnote-11)* (mērķi - darba aizsardzības politikas plānošanas pilnveidošana, valsts uzraudzības un kontroles mehānisma kapacitātes un efektivitātes paaugstināšana un „preventīvās kultūras” iedzīvināšana sabiedrībā un uzņēmumos);
	+ *Plāns „Bērniem piemērota Latvija 2010.-2012.gadam”* (virsmērķis - radīt tādu pasauli, kas atbilstu visu bērnu vajadzībām un interesēm*[[12]](#footnote-12)*.
* **Iekšlietu politikas jomā:**
	+ *Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017.gadam* (mērķi - samazināt nelegālo narkotisko un psihotropo vielu lietošanas akceptējamību sabiedrībā un to lietošanas nodarīto kaitējumu sabiedrībai un samazināt šo vielu pieejamību)[[13]](#footnote-13).
* **Izglītības un zinātnes politikas jomā, jaunatnes politikas un sporta politikas nozarē:**
	+ *Izglītības attīstības pamatnostādnes 2007.–2013.gadam[[14]](#footnote-14)* (mērķis - nodrošināt katram iedzīvotājam iespēju iegūt kvalitatīvu izglītību mūža garumā atbilstoši individuālām interesēm, spējām un valsts ekonomiskās attīstības vajadzībām Jo īpaši uzdevumi, kas saistīti ar skolēnu izglītošanu par veselīgu uzturu, reproduktīvo veselību un dažāda veida atkarībām, sporta aktivitātes u.c.);
	+ *Nacionālā sporta attīstības programma 2006. – 2012.gadam[[15]](#footnote-15)* (mērķis - radīt apstākļus veselas, fiziski un garīgi attīstītas personības veidošanai);
	+ *Jaunatnes politikas valsts programma 2009.-2013.gadam[[16]](#footnote-16)* (mērķis - 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).
* **Transporta un sakaru politikas jomā:**
	+ *Ceļu satiksmes drošības programma 2007.-2013.gadam[[17]](#footnote-17)* (mērķis – panākt ceļu satiksmes negadījumos bojā gājušo skaita samazināšanos. Īpaši, risinot šādus uzdevumus - mazaizsargāto ceļu satiksmes dalībnieku drošības garantēšana, bērnu drošības līmeņa paaugstināšana ceļu satiksmē, transportlīdzekļu vadīšanas alkohola reibumā izskaušana).
* **Vides politikas jomā:**
	+ *Vides politikas pamatnostādnes 2009.-2015.gadam[[18]](#footnote-18)* (virsmērķis - nodrošināt iedzīvotājiem iespēju dzīvot tīrā un sakārtotā vidē).
* **Kopējās lauksaimniecības politikas jomā:**
* *Pasākumu ieviešanas plāns skolu apgādei ar augļiem un dārzeņiem (2010.-2013.)[[19]](#footnote-19)*(mērķis – palielināt svaigu augļu un dārzeņu patēriņu vispārējo izglītības iestāžu skolēnu uzturā).

**ES dokumenti:**

* *Līgums par Eiropas Savienības darbību*, kura 168.pants paredz, ka nosakot un īstenojot visu Savienības politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis.(OV C84, 30.03.2010.);
* *Eiropas Padomes rezolūcija par veselības determinantēm*, kurā tiek uzsvērta nepieciešamība attīstīt zināšanas, lai novērtētu citu politikas jomu un to noteicošo faktoru ietekmi uz veselību. Dalībvalstis tiek aicinātas veicināt tādu politiku ieviešanu, kuras nodrošina augsta līmeņa veselības aizsardzību. (OV C 218,31.07.2000.);
* *Eiropas Komisija Baltā grāmata „Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.-2013.gadam”*, jo īpaši tās stratēģiskais mērķis, kurā noteikts, ka veselības politikai Kopienas līmenī jāveicina laba veselība, jāaizsargā iedzīvotāji no apdraudējuma un jāatbalsta ilgtspēja. (COM (2007) 630);
* *Eiropas Komisijas Baltā grāmatu par sportu* mudina dalībvalstis izvērtēt iespējas, kā veicināt aktīva dzīvesveida koncepciju valstu izglītības un apmācības sistēmās, tostarp skolotāju izglītības jomā. (COM(2007) 391);
* *Eiropas Komisijas Baltā grāmata „Eiropas stratēģija attiecībā uz uzturu, lieko svaru un veselības jautājumiem, kas saistīti ar aptaukošanos”*, kuras mērķis ir noteikt integrētu ES pieeju, lai samazinātu sliktu veselību, kas saistīta ar neveselīgu uzturu, lieko svaru un aptaukošanos.(COM(2007) 279;
* *Eiropas Komisija Zaļā grāmata par veselības jomas personālu*, kurā norādīta nepieciešamība nodrošināt labākus darba apstākļus veselības jomas darbiniekiem un īpašu uzmanību pievērst veselības jomas speciālistu nepārtrauktai profesionālai izaugsmei. (COM(2008) 725);
* *Eiropas Komisijas paziņojums „Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES”* akcentē pastāvošo nevienlīdzību veselības jomā starp dažādās ES daļās dzīvojošiem cilvēkiem un starp sociāli aizsagātiem un neaizsargātiem ES iedzīvotājiem un izvirza nevienlīdzības novēršanu kā būtisku prioritāti. (COM (2009) 0567);
* *Eiropas Parlamenta un Padomes lēmums Nr.1350/2007/EK* (23.10.2007.), ar ko izveidota otrā Kopienas rīcības programma veselības aizsardzības jomā (2008.–2013.gadam). Nosaka Programmas sasniedzamos mērķus – uzlabot iedzīvotāju veselības drošību, veicināt veselību, tostarp novēršot nevienlīdzību veselības aprūpes jomā, un sagatavot un izplatīt informāciju par veselības aizsardzību. (OV L301, 20.11.2007.);
* *Eiropas Padomes ieteikums ievainojumu profilaksei un drošības veicināšanai Eiropā*, kurā dalībvalstis tiek aicinātas izstrādāt nacionālos plānus, lai novērstu nelaimes gadījumus un traumas un veicinātu sabiedrības izpratni par drošības jautājumiem, kā arī pilnveidot un labāk izmantot datus par traumatismu, lai iegūtu salīdzināmu informāciju. (OV C164, 18.07.2007.);
* *Padomes secinājumi par veselības aizsardzības jautājumiem visās politikas jomās* aicina dalībvalstis veikt ietekmes uz veselību novērtējumu nozīmīgākajām politikas iniciatīvām, kuras var ietekmēt veselību, kā arī ņemt vērā pievienoto vērtību sadarbībai starp valsts institūcijām, sociālajiem partneriem, nevalstiskajām organizācijām un privāto sektoru pievienoto vērtību (30.11.2006.);
* *Eiropas Komisijas paziņojums „Attīstīt Eiropas dimensiju sportā”*, kurš akcentē, ka modernajā sabiedrībā fiziskas nodarbības ir viens no svarīgākajiem veselības priekšnosacījumiem, kas var ievērojami samazināt lieko svaru un aptaukošanos un novērst vairākas nopietnas slimības (COM (2011) 12.);
* Par sportu atbildīgo Eiropas Savienības dalībvalstu ministru 2008.gada 27.–28.novembra sanāksmē apstiprinātās *Eiropas Savienības pamatnostādnes fiziskās aktivitātes jomā*, kuras nosaka ieteicamos politikas pasākumus veselību veicinošu fizisko aktivitāšu atbalstam;
* Eiropas Parlamenta 2010. gada 14. decembra *rezolūcija par ķīmiskās, bioloģiskās, radioloģiskās un kodoldrošības (CBRN) stiprināšanu Eiropas Savienībā* - ES CBRN rīcības plāns, kurā viens no galvenajiem pamatprincipiem ir, ka dalībvalstisir primāri atbildīgas par savu iedzīvotāju aizsardzību no ķīmiskiem, bioloģiskiem, radioloģiskiem un kodoldraudiem, izmantojot likumdošanu, civilās aizsardzības sistēmu un glābšanas dienestus, tiesībaizsardzības iestādes un medicīniskos dienestus, kas pirmie ierodas notikuma vietā.

**PVO dokumenti:**

* *PVO pamatnostādnes Eiropas reģionam „Veselība visiem 21.gadsimtā”*, kurā izvirzīts mērķis veicināt un aizsargāt cilvēka veselību visa mūža garumā un samazināt slimību un traumu biežumu un atvieglot to radītās ciešanas. (1998.gada maijs, Pasaules Veselības asambleja);
* *Eiropas stratēģija bērnu un jauniešu veselībai*, kurā izvirzīts mērķis dot iespējas Eiropas reģiona bērniem un pusaudžiem pilnībā realizēt savu potenciālu veselībai un attīstībai un samazināt novēršamu saslimstības un mirstības slogu. (2005.gada septembris, PVO Eiropas reģionālās komitejas sēde);
* *Garīgās veselības deklarācija*, ar kuru valstu ministri atzīst, ka garīgās veselības veicināšana, profilakse, kā arī ārstēšana un rehabilitācija ir PVO un tās dalībvalstu prioritāte. Deklarācija nosaka prioritātes nākamajiem desmit gadiem – veicināt izpratni par garīgās labklājības nozīmi, kopīgi risināt stigmatizācijas, diskriminācijas un nevienlīdzības problēmas, atbalstīt iedzīvotājus ar garīgās veselības problēmām un viņu ģimenes locekļus, kā arī īstenot visaptverošu, kompleksu un efektīvu garīgās veselības aprūpes sistēmu, kura ietver veicināšanu, profilaksi, ārstēšanu un rehabilitāciju. (2005.gada janvārī, Helsinki, PVO Eiropas ministru konferencē par garīgo veselību);
* *Globālā stratēģija veselības, uztura un fizisko aktivitāšu jomā*, kurā izvirzīti mērķi samazināt neinfekcijas slimību riska faktorus, kas saistīti ar neveselīgu uzturu un nepietiekamu fizisko aktivitāti, uzlabot izpratni par uztura un fizisko aktivitāšu pozitīvo ietekmi uz veselību, veicināt nacionālo plānu izstrādi un ieviešanu, lai uzlabotu uztura paradumus un palielinātu fizisko aktivitāti, un veikt datu monitoringu par uztura paradumiem un fizisko aktivitāti. (2004.gada maijs, Pasaules Veselības asambleja);
* *Bērnu vides un veselības rīcības plāns Eiropai*, ar kuru valstis apņemas izstrādāt nacionālos bērnu vides un veselības rīcības plānus, lai nodrošinātu reģionālā līmenī izvirzīto prioritāro mērķu sasniegšanu (piemēram, novērst un būtiski samazināt nelaimes gadījumu un traumu ietekmi uz veselību, samazināt saslimšanas, kas saistītas ar nepietiekamām fiziskām aktivitātēm, samazināt slimību risku, kas saistītas ar bīstamu ķīmisko vielu, fizikālo un bioloģisko faktoru ietekmi). (2004.gada jūnijs, PVO 4.ministru konference par vides un veselības jautājumiem);
* *PVO Eiropas reģiona rezolūcija par ievainojumu profilaksi Eiropas reģionā* mudina dalībvalstis izvirzīt vardarbības un nejaušu traumu profilaksi par prioritāti, izstrādājot nacionālos rīcības plānus, attīstot traumu uzraudzību, stiprinot tehnisko un institucionālo kapacitāti, lai risinātu traumatisma problēmas. (12.-15.09.2005. Bukareste, PVO Eiropas reģionālās komitejas sēde);
* *Pasaules Veselības asamblejas un Apvienoto Nāciju rezolūcija „Vardarbība un veselība”* mudina dalībvalstis aktīvi izmantot PVO secinājumus un ieteikumus, lai novērstu un atklātu vardarbības gadījumus un nodrošinātu medicīnisku, psiholoģisku sociālu un juridisku palīdzību no vardarbības cietušajām personām. (2003.gada maijs, Pasaules Veselības asambleja);
* *PVO vispārējā konvencija par tabakas uzraudzību*, kuras mērķis ir pasargāt šo un nākošās paaudzes no postošajām veselības, sociālajām, vides un ekonomiskajām sekām, kas saistītas ar tabakas lietošanu un tabakas dūmu ietekmi, nosakot ietvaru tabakas kontroles pasākumiem. (2003.gada maijs Pasaules Veselības asambleja);
* *PVO Globālā stratēģija alkohola kaitīgas lietošanas samazināšanai* norāda uz dalībvalstu atbildību formulējot, ieviešot un izvērtējot politiku alkohola kaitīgās ietekmes samazināšanā un nosaka dažādas viena otru papildinošas jomas, kurās ir iespējama iejaukšanās (alkohola pieejamība, tirdzniecība, cenu politika, pasākumi pret braukšanu dzērumā, nelegālā alkohola pieejamības samazināšana un uzraudzība). (17.05.2010);
* *Eiropas Harta „Cīņai pret aptaukošanos”*, ar kuru valstu ministri ir izteikuši apņemšanos stiprināt pasākumus aptaukošanās izplatības novēršanai, ņemot vērā, ka aptaukošanās ir globāla sabiedrības veselības problēma un pastāv pietiekami pierādījumi nepieciešamībai rīkoties. (16.11.2006. Stambula, PVO Eiropas ministru konference par aptaukošanās ierobežošanu);
* *Eiropas pārtikas un uztura politikas rīcības plāns 2007.-2012.gadam* izvirza mērķus samazināt ar uzturu saistītu neinfekcijas slimību izplatību, samazināt mikroelementu deficītu, samazināt pārtikas izraisītu slimību izplatību un mazināt aptaukošanās tendences bērnu un pusaudžu vidū;
* *Toronto harta par fizisko aktivitāti* aicina rīkoties, lai radītu ilgtspējīgas iespējas fiziski aktīvam dzīvesveidam. Lai veicinātu iedzīvotāju iesaistīšanos fiziskajās aktivitātes, valstīm jāapstiprina uz pierādījumiem balstītas stratēģijas, izmantojot taisnīguma pieeju, jāmazina sociālās un veselības nevienlīdzības ietekmi uz piekļuvi fiziskajām aktivitātēm, jārisina vides, sociālie un individuālie faktori, kas ietekmē fizisko aktivitāti. (2010.gada 8.maijs, PVO 3.starptautiskais kongress „Fiziskā aktivitāte un veselība”);
* *Pasaules Veselības asamblejas rezolūcija “Nevienlīdzības mazināšanai veselības jomā, veicot uz sociālajām determinantēm vērstus pasākumus”* mudina dalībvalstis izstrādāt un ieviest stratēģijas un izvirzīt mērķus, lai uzlabotu sabiedrības veselību, īpašu uzmanību pievēršot nevienlīdzībai veselības jomā, kā arī nodrošināt sadarbību un dialogu starp attiecīgajām nozarēm ar mērķi integrēt veselības apsvērumus saistīto nozaru politikās. (Ženēva, 2009.gada maijs);
* *PVO deklarācija “Veselība cietumos kā sabiedrības veselības sastāvdaļa”*, kurā atzīmēts, ka veselībai ieslodzījuma vietās ir jābūt neatņemamai sabiedrības veselības sistēmas daļai katrā no valstīm (Maskava, 2003.gada 24.oktobris);
* *PVO “Trečinas paziņojums par cietumiem un garīgo veselību”*, kurā vērsta Eiropas valstu uzmanība nepieciešamībai pievērst lielāku vērību garīgās veselības problēmām cilvēkiem ieslodzījuma vietās(2007.gada 18.oktobris).

3.SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN PROBLĒMU FOMULĒJUMS SABIEDRĪBAS VESELĪBĀ

3.1.Nevienlīdzība veselības jomā

Sabiedrības veselības stratēģijas 2001.– 2010.gadam[[20]](#footnote-20) (turpmāk – Stratēģija) galvenais mērķis bija panākt Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanos, tuvinot to labākajiem ES veselības rādītājiem, ņemot vērā tādus dzīves kvalitātes aspektus kā iedzīvotāju veselība un sociālā drošība.

Kā sabiedrības veselības rādītājs tiek izmantots jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums. Stratēģijas vispārējais mērķis bija - sasniegt 95% no ES vidējā jaundzimušo paredzamā mūža ilguma. Mērķis netika sasniegts, tomēr 2009.gadā jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums sasniedza 92% no ES vidējā jaundzimušo paredzamā mūža ilguma. Šis rādītājs joprojām būtiski atpaliek no ES vidējā rādītāja, jo standartizētie mirstības rādītāji visu nāves cēloņu dēļ Latvijā ir ievērojami augstāki nekā vidēji ES. 2009.gadā ES vidēji jaundzimušo paredzamais mūža ilgums bija 79,65 gadi, Latvijā – 73,28 gadi.[[21]](#footnote-21)

Jāatzīmē šī rādītāja būtiskās atšķirības sadalījumā pa dzimumiem. 2010.gadā jaundzimušo paredzamais mūža ilgums vīriešiem bija 9,6 gadus īsāks nekā sievietēm[[22]](#footnote-22). Arī ES jaundzimušo paredzamais mūža ilgums vīriešiem ir īsāks nekā sievietēm, taču tikai par 6 gadiem[[23]](#footnote-23). Tas norāda uz pārlieku augstiem Latvijas vīriešu mirstības rādītājiem. Vīriešiem Latvijā ir raksturīgs neveselīgāks dzīvesveids – atkarību izraisošu vielu lietošana, neveselīgs uzturs, kā arī riskantāka uzvedība – vīrieši biežāk cieš ceļu satiksmes negadījumos un negadījumos darba vietās, izdara pašnāvības, kas savukārt nosaka lielāku mirstību agrākā vecumā.[[24]](#footnote-24) Standartizētie mirstības rādītāji liecina, ka Latvijā 48% vīriešu nomirst vecumā līdz 65 gadiem (sievietes 28 %). Savukārt ES vecumā līdz 65 gadiem nomirst tikai 29% vīriešu.[[25]](#footnote-25)

Tomēr, analizējot veselīgos dzīves gadus, pēc Eurostat aprēķiniem Latvijā 2008.gadā no vīriešu paredzamā mūža ilguma 77% bija veselīgie dzīves gadi, bet no sieviešu mūža –70%. Tātad sievietēm Latvijā ir garāks mūža ilgums, bet attiecīgi mazāks veselīgi nodzīvoto gadu īpatsvars, tāpat kā citās ES valstīs.



*1.attēls Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums gados, pa dzimumiem*

*Avots: CSP*

Latvijā 11,3% vīriešu un 15,2% sieviešu savu veselības stāvokli uzskata par sliktu un ļoti sliktu un 48,3% vīriešu un 41,2% sieviešu – par labu. Savukārt līdz ar vecumu samazinās to iedzīvotāju īpatsvars, kuri savu veselības stāvokli vērtē kā labu.[[26]](#footnote-26)

*2.attēls Respondentu veselības stāvokļa pašvērtējums (īpatsvars)*

*Avots: CSP, EU-SILC apsekojums, 2010*

Rādītājs, kas liecina par nevienlīdzību veselībā, ir atšķirība starp jaundzimušo vidējo paredzamo mūža ilgumu lauku iedzīvotājiem un pilsētniekiem – lauku iedzīvotājiem tas ir apmēram par 2 gadiem īsāks[[27]](#footnote-27).

Latvijā veselības jomā pastāv nevienlīdzība arī sociāli ekonomisko faktoru ietekmē, par ko liecina dažādu iedzīvotāju grupu atšķirīgie veselības rādītāji. Nabadzība ir būtisks faktors, kas nosaka sliktu veselību, jo finanšu līdzekļu trūkums ir ļoti nozīmīgs veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ierobežojošais faktors. 2008.gadā EU SILC iedzīvotāju aptaujā 16 % respondentu Latvijā atbildējuši, ka nevar finansiāli atļauties medicīniskos izmeklējumus, tas ir augstākais rādītājs starp ES valstīm[[28]](#footnote-28). Tas liecina, ka zemākā ienākuma līmeņa mājsaimniecības ir lielākā mērā pakļautas riskam nesaņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību nekā citas.

Salīdzinot respondentu veselības stāvokļa pašnovērtējumu atkarībā no ienākumu līmeņa, pētījuma dati liecina, ka iedzīvotāji ar zemākiem ienākumiem procentuāli mazāk (39% vīriešu, 36,1% sieviešu) savu veselības stāvokli raksturo kā labu, nekā tie, kuru ienākumi ir augstāki (56,8% vīriešu, 51,6% sieviešu)[[29]](#footnote-29).

Dzīve nabadzībā biežāk ir saistīta ar t.s. riska uzvedību – paaugstinātu psihoaktīvo vielu (tabakas, alkohola), depresiju, antisociālu uzvedību un noziedzību, ar palielinātu nedrošas pārtikas lietošanas risku, plašu somatisko problēmu spektru[[30]](#footnote-30). Atbilstoši CSP datiem 2008. gadā Latvijā nabadzības riska indekss, kas raksturo nabadzībai pakļauto iedzīvotāju īpatsvaru, bija 26%. Turklāt šis rādītājs sievietēm (27%) ir augstāks nekā vīriešiem (24,2%).[[31]](#footnote-31)

Pieejamība (gan finansiāla, gan teritoriāla, gan speciālistu pieejamība) veselības aprūpes pakalpojumiem raksturo veselības aprūpes sistēmas kvalitāti un efektivitāti. Latvijā daļa iedzīvotāju finansiālu apstākļu dēļ nevar piekļūt veselības aprūpei, kad tā ir nepieciešama.[[32]](#footnote-32) Kā liecina pētījuma rezultāti[[33]](#footnote-33), 45,5% no respondentiem, kuriem pēdējā gada laikā bijusi nepieciešamība pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un viņi no tiem atteikušies, to darījuši finansiālu iemeslu dēļ.

Pētot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, gandrīz piektā daļa (17,7%) respondentu uzskata, ka pēdējo 12 mēnešu laikā ārsta speciālista konsultācija ir bijusi nepieciešama, bet tā nav veikta nepietiekamu finansiālu līdzekļu dēļ (23,7%), rindu dēļ (12,8%), attāluma vai transporta trūkuma dēļ (5,4%). Tas liecina, ka pieejamības problēmas tieši šajā sektorā ir vienas no visizteiktākajām. Respondenti ar zemiem ienākumiem (līdz 100 Ls) mājsaimniecībā gandrīz divas reizes retāk vēršas pie ārstiem speciālistiem, salīdzinot ar respondentiem, kuru mājsaimniecību ienākumi ir vidēji vai augsti[[34]](#footnote-34).

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.

**Identificētās problēmas:**

* Būtiski atšķiras jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem un sievietēm, kas lielā mērā saistīts ar vīriešiem raksturīgo neveselīgo dzīvesveidu (atkarību izraisošo vielu lietošanu, neveselīgs uzturs) un riskantāku uzvedību.
* 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 visiem Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas uz veselību.**

**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.
* Nodrošināt sadarbību starp valsts pārvaldes iestādēm, pašvaldībām un nevalstiskajām organizācijām veselības veicināšanas pasākumu pieejamības uzlabošanai.
* Nodrošināt sabiedrības veselības stāvokļa monitoringu.

3.2.Neinfekcijas slimības un to riska faktori

3.2.1.Sirds un asinsrites sistēmas slimības

Sirds un asinsrites sistēmas slimības ir nozīmīgākā sabiedrības veselības problēma Latvijā un viena no nozīmīgākajām visā pasaulē. To apliecina arī augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. Lai gan mirušo skaits no asinsrites sistēmas slimībām 2009. gadā ir bijis mazāks, tas joprojām ir visizplatītākais nāves cēlonis (53,7% no visiem mirušajiem)[[35]](#footnote-35). Mirstības rādītāji asinsrites sistēmas slimību dēļ Latvijas iedzīvotājiem ir divas reizes augstāki nekā vidējie ES rādītāji: 2009.gadā kopējais standartizētais mirstības rādītājs Latvijā asinsrites slimībām uz 100 000 iedzīvotājiem bija 479,5, Lietuvā 496,78, Somijā – 218,07, Austrijā – 213,12, savukārt vidēji ES valstīs – 232,77[[36]](#footnote-36). Kopējā mirstība no asinsrites sistēmas slimībām sievietēm ir augstāka (732,8 uz 100000 iedzīvotāju) nekā vīriešiem (690 uz 100000 iedzīvotāju). Savukārt vecuma grupā no 0-64 gadiem vīriešiem mirstība (243,0 uz 100000 iedzīvotāju) no asinsrites sistēmas slimībām ir trīs reizes augstāka nekā sievietēm (77,6 uz 100000 iedzīvotāju).[[37]](#footnote-37) Neskatoties uz to, ka kopš 2001.gada kopējais standartizētais mirstības rādītājs no asinsrites slimībām Latvijā katru gadu ir nedaudz samazinājies (2001.gadā – 606,82 uz 100 000 iedzīvotājiem), asinsrites sistēmas slimības joprojām ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma Latvijā.



*3.attēls Priekšlaicīga mirstība (0-64 gadi) no sirds-asinsvadu slimībām Latvijā un ES (1998.-2009.gads)*

*Avots: PVO Health for all datubāze*

Pirmreizēji reģistrēto sirds un asinsvadu slimību skaits gadu no gada palielinās un kopumā Latvijā saslimstība ar tām ir ļoti augsta. 2009. gadā no visām sirds un asinsrites sistēmas slimībām vadošo vietu ieņēma hipertensīvās slimības – 38,2%, cerebrovaskulārās slimības – 15,1 %, stenokardija – 10,9 % un hroniskas sirds išēmiskās slimības – 8,6%[[38]](#footnote-38).

Latvijas iedzīvotāju sirds veselību būtiski ietekmē augstā sirds un asinsvadu slimību riska faktoru izplatība populācijā. Pēc Latvijas iedzīvotāju sirds un asinsvadu slimību riska faktoru šķērsgriezuma pētījuma datiem[[39]](#footnote-39) paaugstināts arteriālais asinsspiediens virs 140/90 mmHg novērojams vidēji 45% iedzīvotāju, sasniedzot 60 – 70% biežumu vecuma grupā pēc 55 gadiem. Augsta ir kopējā holesterīna (virs 5.0 mmol/l) izplatība – no 40-50% 25 – 34 gadu vecumā līdz 75-85% vecuma grupā virs 55 gadiem. Ap 34% iedzīvotājiem ir paaugstināta tukšās dūšas glikēmija virs 5,66 mmol/l, bet 5,4% sasniedz cukura diabēta diagnostisko kritēriju 7.0 mmol/l. Novērota arī bieža aptaukošanās izplatība – vairāk nekā 30% iedzīvotāju ķermeņa masas indekss pārsniedz 30 kg/m2. Šie dati liek pievērst uzmanību iedzīvotāju attieksmei pret savu veselību un prasmei sasaistīt riska faktoru esamību ar iespēju nākotnē saslimt ar sirds un asinsvadu slimībām.

Latvijas iedzīvotāju rūpes par savas veselības saglabāšanu pakāpeniski pieaug, tomēr tās nav pietiekamas. 2008. gadā veiktajā pētījumā 73,5% aptaujas respondentu atzina, ka pēdējā gada laikā ir mērījuši asinsspiedienu, 28% – mērījuši holesterīna līmeni asinīs, 31,8% – mērījuši cukura līmeni asinīs. Iedzīvotāju profilaktiskā aktivitāte pieaug līdz ar vecumu, bez tam pētījumi rāda, ka sievietes šajā jomā ir aktīvākas. Katram trešajam (30,9%) iedzīvotājam, kas bija mērījis holesterīna līmeni asinīs, tas bija paaugstināts: vīriešiem vecuma grupā 55– 64 gadi 42,6%, bet sievietēm šajā vecuma grupā – pat 52,1%. Kā pozitīvs jāvērtē fakts, ka paaugstināta holesterīna līmeņa gadījumā lielākā daļa – 84,3% iedzīvotāju ir saņēmuši uztura rekomendācijas.[[40]](#footnote-40)

Sirds un asinsvadu sekundārās profilakses stāvokļa starptautisks pētījums[[41]](#footnote-41) parādīja, ka Latvijā koronārās slimības pacienti pēc miokarda infarkta vai sirds operācijas turpina smēķēt (21,6%), ir ar palielinātu ķermeņa svaru (80,9%), paaugstinātu asinsspiedienu (58,6%), paaugstinātu holesterīna līmeni (64,0%) un 23,8% pacientu ir cukura diabēts. Šie dati parāda, ka riska faktoru izplatība un novēršana nav tikai vispārējās populācijas problēma, bet attiecas arī uz slimajām personām.

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 asinsrites sistēmas stāvokli. Efektīvākā sirds un asinsvadu slimību profilakse ir smēķēšanas atmešana un regulāras fiziskas aktivitātes, kā arī tādas pārtikas izvēle, kas atbilst racionāla jeb fizioloģiska uztura principiem (palielinot augļu, dārzeņu patēriņu un samazinot sāls un piesātināto taukskābju patēriņu uzturā) un adekvāta ķermeņa svara uzturēšana.

3.2.2.Onkoloģiskās slimības

Nāves cēloņu struktūrā ļaundabīgie audzēji jau ilgāku laiku ieņem otro vietu aiz sirds un asinsvadu slimībām. 2010.gadā, salīdzinot ar 2009.gadu, mirstība pieaugusi – no 267,3 gadījumiem līdz 273,6 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem.[[42]](#footnote-42) Kopējie saslimstības rādītāji Latvijā būtiski neatšķiras no ES vidējiem rādītājiem (izņemot plaušu vēzi), bet mirstības rādītāji ir augstāki. Vīriešu mirstība (314,0 uz 100000 iedzīvotājiem) no ļaundabīgajiem audzējiem ir augstāka nekā sieviešu (239,0 uz 100000 iedzīvotājiem). Pēc Latvijas onkoloģisko slimību slimnieku reģistra datiem 2010. gadā vēzis pirmo reizi mūžā tika diagnosticēts 10 600 cilvēkiem, bet uzskaitē kopumā 20010. gada beigās bija pavisam 62 959 pacienti.



*4.attēls Mirstība no audzējiem no 1999.-2010.gadam sadalījumā pa dzimumiem*

*Avots: CSP*

Latvijā ir liels primāri ielaisto vizuālo lokalizāciju (krūts, dzemdes kakla, mutes dobuma, taisnās zarnas) audzēju īpatsvars. 2008. gadā vēža vizuālās lokalizācijas III un IV stadijā atklātas 26,7%, bet 2009. gadā– 31,4% gadījumu. Augstā un nemainīgā primārā ielaistība savukārt nosaka salīdzinoši augstus pirmā gada letalitātes un zemus– 5 gadu dzīves ilguma rādītājus. Saslimstību raksturojošie statistiskie rādītāji Latvijā ir samērojami ar ES vidējiem rādītājiem, bet mirstība no šīs grupas slimībām joprojām ir salīdzinoši augstāka bez būtiskām pozitīvām pārmaiņām dinamikā.

Atbilstoši normatīvajam aktam[[43]](#footnote-43) Latvijā ir ieviests organizēts vēža skrīnings krūts, dzemdes kakla un kolorektālajam vēzim, taču kolorektālā vēža skrīnings klasificējams kā oportūnistisks. 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 grupas populācijas aptverei jāsasniedz vismaz 75%). Viszemākais aptveres rādītājs ir kolorektālā vēža skrīningam. 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). Arī iedzīvotāju informētība par nepieciešamību piedalīties skrīninga programmā un par šīs programmas potenciālajiem ieguvumiem ir neapmierinoša.

Lai samazinātu saslimšanas risku ar onkoloģiskajām slimībām, pagarinātu onkoloģisko slimnieku dzīvildzi un uzlabotu dzīves kvalitāti, ir izstrādāta Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.– 2015. gadam[[44]](#footnote-44). Programmā, pamatojoties uz Latvijas situāciju, pasaules pieredzi un PVO ieteikumiem, ir noteikti 5 rīcības virzieni: primārā profilakse, valsts organizētais vēža skrīnings, ārstēšana, paliatīvā aprūpe, nozares metodiskā vadība. Programmas mērķis ir sasniedzams, realizējot starpnozaru un multidisciplināru sadarbību. Kā pirmā un galvenā pieeja vēža profilaksei akcentējami efektīvi pasākumi smēķēšanas un alkohola lietošanas ierobežošanai, un veselīga uztura un fizisko aktivitāšu veicināšanai, kas kombinēti ar skrīningu, agrīnu diagnostiku, riska mazināšanu, atbilstošu ārstēšanu un paliatīvo aprūpi.

3.2.3.Diabēts

Latvijā un visā Eiropā gadu no gada pieaug diabēta pacientu skaits. Diabēta izplatība Latvijā pieaugusi no 1,5% 2000.gadā līdz 2,09% 2005.gadā un līdz 3,0 % 2009.gadā [[45]](#footnote-45). Īpaši straujš diabēta slimnieku pieaugums vērojams pēdējos gados: 2009. gadā Latvijā uzskaitē ar diabētu bija 67348 pacienti (jeb 2995,4 pacienti uz 100 000 iedzīvotājiem), bet 2010.gadā jau 72654 pacienti (jeb 3258,5 pacienti uz 100 000 iedzīvotājiem).[[46]](#footnote-46)

Lielākā daļa (93,9%) 2010.gadā bija 2.tipa cukura diabēta pacienti, 1.tipa cukura diabēts - 5,4%, bet cita tipa precizēts cukura diabēts – 0,7% no reģistrētajiem diabēta pacientiem. Tā kā ar 2. tipa cukura diabētu galvenokārt slimo gados vecāki cilvēki, tad lielākais diabēta pacientu īpatsvars 2008.gadā – 68,4% un 2009.gadā – 70,8% bija vecuma grupā virs 60 gadiem[[47]](#footnote-47). 2.tipa diabēta rašanās lielā mērā ir saistīta ar neveselīgu dzīvesveidu un liekā svara problēmām.

Šobrīd Latvijas ieslodzījuma vietās ieslodzīto, kuriem ir diabēts, izmeklēšana, ārstēšana un novērošana ir apgrūtināta un ierobežota finanšu trūkuma un normatīvā regulējuma nepilnību dēļ. Ekonomiski izdevīgi ir ieguldīt līdzekļus diabēta riska faktoru novēršanā, profilakses pasākumos, slimības savlaicīgā atklāšanā un ārstēšanā pirms slimība komplicējusies. Ļoti nozīmīgi diabēta gadījumā ir profilakses pasākumi – atbilstošs uzturs, paaugstināta fiziskā aktivitāte, kā arī nelietot atkarību izraisošas vielas, tai skaitā alkoholiskos dzērienus, un nesmēķēt.

3.2.4.Garīgā (psihiskā) veselība

Laba sabiedrības garīgā jeb psihiskā veselība ir būtisks nosacījums stabilas, drošas un labklājīgas 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 potenču pilnvērtīga realizācija, aizspriedumu un diskriminācijas mazināšana, speciālistu pieejamība, starpsektoru sadarbība, resursu piesaiste u.c.[[48]](#footnote-48)

2010.gadā Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra uzskaitē esošajiem pacientiem biežāk sastopamie psihiskie un uzvedības traucējumi ir šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (26,6%), garīgā atpalicība (24,0%), organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (22,7%).[[49]](#footnote-49) Analizējot pacientus, kas reģistrēti pirmo reizi, redzams, ka sadalījumā pēc traucējumu atklāšanas veida, tikai 14,8 % no visiem reģistrētajiem pacientiem diagnozi bija konstatējis ģimenes ārsts. Biežāk traucējumus konstatējuši paši pacienti un vērsušies pie psihiatra (18,2 %) vai traucējumus pamanījuši radinieki, draugi (24,7 %), kā arī tos konstatējis psihiatrs (16,1 %). 8,4 % diagnoze konstatēta psihoneiroloģiskā ārstniecības iestādē[[50]](#footnote-50).

Liels ir ieslodzīto skaits, kuriem ir psihiskie un uzvedības traucējumi (2010. gadā 6795 ieslodzītajiem tika reģistrēti 5896 psihisko un uzvedības traucējumu gadījumi). Šo personu īpatsvars ieslodzījuma vietās daudzas reizes pārsniedz līdzīgu situāciju sabiedrībā, tāpēc tiem nepieciešama īpaša uzmanība. Ieslodzītie ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem rada apdraudējumu citām ieslodzītajām personām, ieslodzījuma vietu darbiniekiem, kā arī nepieciešamas īpašas metodes darbam ar ieslodzītajām personām.

Latvijā pasliktinājušies rādītāji, kas atspoguļo populācijas garīgo veselību. Kopumā 77,2% (attiecīgi 72,5% vīriešu un 80,5% sieviešu) atzīmē, ka pēdējā mēneša laikā ir izjutuši sasprindzinājumu, stresu un nomāktību. Stresa un nomāktības izjūtas biežāk ir abiem dzimumiem darba spējīgā vecumā no 25 līdz 54 gadiem. Sūdzības par depresijas epizodēm norādījuši vidēji 45,8% no visiem aptaujātajiem, jeb 42,2% vīriešu un 48,4% sieviešu.[[51]](#footnote-51) 50,8% zēnu un 64,2% meiteņu vairāk kā reizi nedēļā izjutuši aizkaitināmību vai sliktu garastāvokli.[[52]](#footnote-52) Satraucoši, ka 27% 15–16 gadu vecu skolēnu atzīst, ka ir domājuši par pašnāvību, bet 12% – ka mēģinājuši to izdarīt[[53]](#footnote-53).

Latvija ir viena no valstīm ar visaugstāko pašnāvību līmeni Eiropā. 2010. gadā pašnāvības veica 435 cilvēki jeb 19,4 uz 100 000 iedzīvotājiem. Visbiežāk pašnāvību dēļ mirst vīrieši 45– 59 gadu vecumā[[54]](#footnote-54);[[55]](#footnote-55). Pašnāvības (vecuma grupā 15-64 gadi) ieņem piekto vietu starp visiem mirstības cēloņiem. Vīriešiem mirstība no pašnāvībām (36,2 uz 100 000 iedzīvotājiem) ir līdz septiņām reizēm augstāka nekā sievietēm (5,1 uz 100 000 iedzīvotājiem).[[56]](#footnote-56) Pēdējo 15 gadu laikā novērotā pašnāvību skaita konsekventā samazināšanās 2008.– 2009. gadā ir apstājusies, iespējams, ekonomiskās krīzes ietekmē.



*5.attēls Pašnāvību skaita dinamika sadalījumā pa dzimumiem no 1990.-2010.gadam*

*Avots: CSP*

Latvijā ir notikušas atsevišķas īslaicīgas kampaņas un aktivitātes, kas vērstas uz aizspriedumu mazināšanu pret personām ar psihiskās veselības problēmām, pašnāvību skaita mazināšanu, atbalstu cilvēkiem krīzes situācijās[[57]](#footnote-57).

Ar mērķi nodrošināt iedzīvotājiem kvalitatīvu un viņu vajadzībām atbilstošu garīgās veselības aprūpi, 2008.gadā tika apstiprinātas pamatnostādnes "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014.gadā"[[58]](#footnote-58). Konsekventas un pēctecīgi plānotas politikas īstenošanai nepieciešams izstrādāt pamatnostādņu īstenošanas plānu.

3.2.5. Veselību ietekmējošie faktori (dzīvesveids un uzvedība)

Veselīgam dzīvesveidam ir būtiska loma veselības saglabāšanā un uzlabošanā. Kā jau iepriekš minēts, nozīmīgākā sabiedrības veselības problēma Latvijā ir sirds un asinsrites sistēmas slimības. Galvenie uzvedības faktori, kas veicina asinsrites sistēmas slimību attīstību, ir neveselīgs uzturs, nepietiekama fiziskā aktivitāte un smēķēšana. 80% gadījumu asinsrites sistēmas slimības ir saistītas ar šo riska faktoru esamību. Veselīga dzīvesveida pazīmes ir pietiekama fiziskā aktivitāte, racionāls jeb fizioloģisks uzturs un atkarības vielu nelietošana.

3.2.5.1. Uztura paradumi

Veselības rādītāju uzlabošanā un nodrošināšanā noteicoša loma ir uzturam. Sabalansēts un pilnvērtīgs uzturs ir nepieciešams, lai nodrošinātu organisma augšanu un attīstību, veicinātu augstas darbaspējas un labu pašsajūtu. Taču tikai 49% Latvijas iedzīvotāju ikdienas uzturā lietoto pārtiku uzskata par kopumā veselīgu, savukārt 39% atzīst, ka viņu ikdienas uzturs nav veselīgs[[59]](#footnote-59). Vīriešiem kopumā ir sliktāki uztura paradumi, piemēram, zems ikdienas dārzeņu patēriņš, zems pilngraudu un kliju maizes patēriņa īpatsvars[[60]](#footnote-60). Pēc PVO ieteikumiem dienā nepieciešams apēst vismaz 400 g dārzeņu un augļu[[61]](#footnote-61), taču tikai 29,2% iedzīvotāju svaigus dārzeņus uzturā lieto katru dienu. Arī augļus un ogas katru dienu uzturā lieto tikai 21,8% iedzīvotāju. Sāli ēdienam nepievieno tikai 21,4% vīriešu un 34,4% sieviešu, savukārt sāli vienmēr pirms pagaršošanas ēdienam pievieno gandrīz katrs desmitais vīrietis (8,2%), sievietes retāk – 4%.[[62]](#footnote-62) Latvijas iedzīvotāju vidējais ar ikdienas uzturu uzņemtais vārāmā sāls patēriņš ir 7,1 g/dienā, kas pārsniedz ieteicamo daudzumu 5 g/dienā[[63]](#footnote-63). Pārmērīga sāls lietošana uzturā ir ļoti nozīmīgs sirds un asinsvadu slimību riska faktors, jo palielina hipertensijas risku.

Neskatoties uz to, ka piens ir vērtīgs kalcija avots organismam, gandrīz puse Latvijas iedzīvotāju (45,3%) ikdienas uzturā nelieto pienu. Tikpat atturīgi Latvijas iedzīvotāji uzturā lieto skābpiena produktus.[[64]](#footnote-64) Uztura paradumus veselības uzlabošanas nolūkos vairāk maina iedzīvotāji ar augstāku izglītības līmeni, pilsētnieki, kā arī sievietes[[65]](#footnote-65).

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 veselīga uztura jautājumos, veicinot veselīga uztura izvēli skolēnu vidū. Kā liecina pētījums, kopumā veselīgāka izvēle uztura paradumos ir meitenēm: meitenes mazāk nekā zēni uzturā lieto čipsus, gāzētus saldinātus dzērienus. 39,8% skolēnu saldumus ēd vismaz reizi dienā. Augļus un dārzeņus uzturā ik dienas lieto tikai vidēji 23% skolēnu. Dārzeņus uzturā ikdienā lieto tikai apmēram trešā daļa meiteņu un piektā daļa zēnu[[66]](#footnote-66).



*6.attēls Skolēnu, kuri lietojuši augļus vismaz reizi dienā, īpatsvars procentos*

*Avots: HBSC*

Pusē Latvijas vispārizglītojošo skolu ir kafejnīca vai veikals, kur skolēni var nopirkt galvenokārt saldumus un kalorijām bagātus našķus. Visvairāk iespēju iegādāties saldumus un kalorijām bagātus našķus skolā ierīkotā kafejnīcā/veikalā vai pārtikas produktu un/vai dzērienu automātos ir Rīgas skolēniem un skolās ar krievu mācību valodu[[67]](#footnote-67).

2006.gadā tika pieņemti Ministru kabineta noteikumi[[68]](#footnote-68), kas paredz, ka izglītības iestādēs neizplata dzērienus, cukura konditorejas izstrādājumus un košļājamās gumijas, kuriem pievienotas konkrētas pārtikas piedevas – krāsvielas, saldinātāji, konservanti un citas vielas, kā arī pārtikas produktus, kas satur daudz sāls. Noteikumi tika izstrādāti ar mērķi ierobežot bērnu ikdienas uzturā nevajadzīgo pārtikas produktu (čipsu, sāļo riekstiņu, krāsaino konfekšu, saldinātu un krāsainu dzērienu) pieejamību izglītības iestādēs.

Lai nodrošinātu pilnvērtīgu uzturu 1.klases skolēniem, no 2007.gada 1.septembra skolēni saņem valsts apmaksātas brīvpusdienas. Brīvpusdienām ir noteikti arī kvalitātes kritēriji, piemēram, netiek pieļauta frī kartupeļu, cīsiņu, kečupa lietošana, bet ir jāiekļauj piens, svaigi dārzeņi, liesa gaļa[[69]](#footnote-69). 2010.gadā valsts dotācija brīvpusdienu nodrošināšanai 1.klases izglītojamiem ir Ls 2 264 018 (Ls 0,80 uz vienu skolēnu). Visa vecuma pamatskolas skolēnu nodrošināšanai ar pilnvērtīgu uzturu nepieciešams ieviest brīvpusdienas arī 2.-9.klašu skolēniem, ja būs pieejams attiecīgs valsts budžeta finansējumu.

Lai veicinātu veselīga uztura pieejamību izglītības iestādēs, 2007.gadā Veselības ministrija sagatavoja rokasgrāmatu „Sabalansētu ēdienkaršu sastādīšana 1. – 4.klašu skolēniem”, kas bija paredzēta izplatīšanai bez maksas izglītības iestāžu ēdināšanas blokiem. Rokasgrāmata satur praktiskas receptes, kā skolu pusdienas pagatavot ne vien garšīgi, bet arī veselīgi, lai skolēni ar pusdienām uzņemtu visas nepieciešamās uzturvielas.

Kopš 2004.gada Latvijā ir pieejama atbalsta programma noteiktu piena produktu piegādei izglītojamajiem vispārējās izglītības iestādēs, jeb t.s. „Skolas piena” programma. Tā ir Eiropas Komisijas finansēta programma, kuras pamatmērķi ir saistīti ar veselīga uztura un piena patēriņa veicināšanu skolēnu vidū. 2010./2011.mācību gadā skolās tiek 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 2010./2011.mācību gadā ir pieteikti 78% no valstī reģistrētajiem 1.-6.klašu skolēniem.

Aptaukošanās bērnībā rada plašas un nopietnas veselības un sociālās sekas bērna turpmākajā dzīvē. Kā sekas nepareizai bērna ēdināšanai pirmskolas vecumā piektajai daļai pirmklasnieku (Rīgā pat ceturtajai daļai pirmklasnieku) ir lieka ķermeņa masa vai aptaukošanās, bez tam, tās īpatsvars zēniem 7– 8 gadu vecumā ir ievērojami lielāks nekā meitenēm. Vislielākais pirmklasnieku īpatsvars ar lieku ķermeņa masu ir Rīgā un lielajās pilsētās, kā arī skolās ar krievu mācību valodu (īpaši zēniem). Savukārt nepietiekama ķermeņa masa ir vienam no desmit Latvijas 1.klases skolēnu, biežāk mazpilsētās un laukos[[70]](#footnote-70). Vairāki citās valstīs veiktie pētījumi pierāda, ka bērnu gaumi, iepirkšanās paradumus un pārtikas patēriņu ietekmē pārtikas produktu reklāma. Pat 30 sekunžu ilgs reklāmas klips ievērojami ietekmē 2 gadus vecu bērnu pārtikas produktu izvēli.[[71]](#footnote-71) Pēc Eurobarometer pētījuma datiem 17% Latvijas iedzīvotāju uzskata, ka pārtikas produktu reklāma pilnībā ietekmē bērnu uztura paradumus un 53% norāda, ka reklāma uztura paradumus ietekmē lielā mērā.[[72]](#footnote-72) Pētījumos ir pierādīts, ka televīzijas reklāma ir saistīta ar bērnu un jauniešu vecumā no 2 līdz 18 gadiem aptaukošanos.[[73]](#footnote-73) Latvijā skolēni pie televizora pavada vidēji 4,78 stundas darba dienās un 5,48 stundas nedēļas nogalēs[[74]](#footnote-74).

Latvijā kopš 2003.gada ir iespējams iegūt uztura speciālista izglītību Rīgas Stradiņa universitātē un kopš 2006.gada ir iespējams iegūt veselības zinātņu maģistra grādu uzturzinātnē (starpaugstskolu akadēmiskās maģistra studiju programmas “Uzturzinātne” ietvaros). Uztura speciālists var piedalīties pacientu veselības veicināšanas, izglītošanas, ārstniecības un rehabilitācijas procesā slimnīcās, izglītības iestādēs, veselības centros, pārtikas produktu ražošanas un ēdināšanas uzņēmumos u.c. Tomēr līdz šim uztura speciālisti ir nepietiekoši iesaistīti šo pienākumu veikšanā.

Neveselīgi uztura paradumi – saldināto dzērienu un saldumu lietošana uzturā un nepietiekamas rūpes par mutes dobuma higiēnu negatīvi ietekmē mutes veselību. Zobu kariess joprojām Latvijā ir būtiska problēma, kas skar visu vecuma grupu iedzīvotājus. Zobu kariesa izplatību raksturo KPE indekss (kariozo, plombēto, izrauto zobu skaits). KPE indekss pastāvīgajiem zobiem 12 gadus veciem bērniem ir samazinājies no 5,8 1993. gadā līdz 3,01 2009. gadā, tomēr saskaņā ar PVO klasifikāciju tas tomēr ir augsts[[75]](#footnote-75).

Pateicoties aktīvi veiktiem profilakses pasākumiem, pēdējo gadu laikā ievērojami ir uzlabojies bērnu un pusaudžu mutes veselības stāvoklis. Mutes veselības centru organizēts informācijas un motivācijas darbs aptver 74.6 % valsts iedzīvotājus lauku rajonos un pilsētās, daļēji arī Rīgu. Mutes veselības centri regulāri nosaka bērnu mutes stāvokli, nosaka zobu un mutes dobuma slimību izplatību un informē ar tām bērnu vecākus. 2009. gadā zobu stāvoklis novērtēts 15 959 bērniem.

Pēdējos 10 gados sabiedrības informēšanas un izglītošanas rezultātā ir uzlabojusies mutes dobuma kopšanas kultūra. 2008.gadā biežāk nekā reizi dienā zobus tīrīja 32,8% vīriešu un 57,0% sieviešu, bet zobus tīra retāk kā vienu reizi nedēļā –15% vīriešu un 5,1% sieviešu. Rūpes par zobu veselību, tai skaitā regulārs zobārsta apmeklējums, ir indikatīvs lielums vispārējai pieaugušo iedzīvotāju attieksmei pret savu veselību. 2008. gadā ne reizi zobārstu neapmeklēja 34,5% iedzīvotāju (43,6% vīriešu un 28,1% sieviešu)[[76]](#footnote-76).

3.2.5.2.Nepietiekamas fiziskās aktivitātes

Fiziskā aktivitāte ir būtisks veselību ietekmējošs faktors jebkurā vecumā. Par fizisku aktivitāti tiek uzskatīts enerģijas patēriņš 1000–1500 kcal nedēļā vai 250–350 kcal dienā, ko panāk ar tik intensīvām ķermeņa kustībām, kas izraisa papildus svīšanu. Ieteicamais sporta un fizisko aktivitāšu skaits ir 5 reizes nedēļā vai intensīvas kustības trīs reizes nedēļā. PVO iesaka pieaugušajiem fiziskajām aktivitātēm katru dienu veltīt vismaz 30 minūtes[[77]](#footnote-77), tomēr tikai 10,5% Latvijas iedzīvotāju ievēro šo ieteikumu. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2008.gada aptaujas dati par Latvijas iedzīvotāju fizisko aktivitāti liecina, ka tā vairumam iedzīvotāju nav pietiekama – 2008. gadā ar fiziskām aktivitātēm vismaz pusstundu dienā divas līdz trīs reizes nedēļā un biežāk nodarbojās 35,2 % iedzīvotāju, turklāt sievietes ievērojami mazāk (30,4%) nekā vīrieši (41,6%)[[78]](#footnote-78).

Saskaņā ar Tirgus un sabiedriskās domas pētījumu centra SKDS veiktās aptaujas[[79]](#footnote-79) datiem gandrīz puse jeb 49% iedzīvotāju ir atbildējuši, ka vispār nenodarbojas ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm.

Saskaņā ar Eurobarometer aptaujas[[80]](#footnote-80) 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%.

Arī brīvā laika pavadīšanas veidi galvenokārt ir mazaktīvi – lielākā daļa iedzīvotāju (48,9%) brīvajā laikā lasa un skatās televizoru. 34,6% iedzīvotāju brīvajā laikā brauc ar divriteni vai pastaigājas, bet tikai 16,5% brīvo laiku velta lēnam skrējienam vai kādām citām fiziskām aktivitātēm[[81]](#footnote-81).

Nepietiekamas fiziskās aktivitātes ir viens no būtiskākajiem faktoriem, kas negatīvi ietekmē arī skolas vecuma bērnu veselību. Skolēnu īpatsvars, kuriem vispārējais fiziskās aktivitātes līmenis būtu uzskatāms par pietiekamu (vismaz 5 dienas nedēļā vismaz 60 min. dienā) ir 46,3%. Meiteņu īpatsvars, kurām ir pietiekoša fiziskā aktivitāte, ir vidēji par 14% mazāks nekā zēniem[[82]](#footnote-82). Nereti bērnu fiziskās aktivitātes ierobežo nepietiekamas iespējas izmantot skolas sporta zāli vai sporta laukumu, kā arī nepiemērota apdzīvotās vietas infrastruktūra.

Ar mērķi radīt apstākļus veselas, fiziski un garīgi attīstītas personības veidošanai, 2006.gadā tika apstiprināta Nacionālā sporta attīstības programma 2006.-2012.gadam[[83]](#footnote-83). Valsts budžetā, sākot ar 2009.gadu programmā nav paredzēti pietiekami finanšu līdzekļi tās īstenošanai, t.sk., lai pietiekamā līmenī nodrošinātu iedzīvotāju iesaistīšanu veselīgu un aktīvu dzīvesveidu veicinošās aktivitātēs. Programmā paredzētie uzdevumi vērsti gan uz bērnu un jauniešu iesaistīšanu sporta aktivitātēs, gan tautas sporta, gan augstu sasniegumu sporta attīstības veicināšanu. Lai vairāk akcentētu tieši tautas sporta veicināšanu, kā arī paredzētu pasākumus ar sportu saistītu traumu mazināšanai, nepieciešams, izvērtējot Sporta politikas pamatnostādnēs 2004.–2012.gadam un Nacionālajā sporta attīstības programmā 2006.–2012.gadam ietvertos mērķus un uzdevumus, izstrādāt Sporta politikas pamatnostādnes 2013.–2020.gadam.

3.2.5.3.Smēķēšana

Smēķēšana ir nozīmīgs vairāku hronisku slimību, tādu kā, onkoloģisko, asinsrites sistēmas, elpošanas sistēmas slimību un diabēta riska faktors. Smēķēšana ilgtermiņā ietekmē arī gremošanas un reproduktīvo sistēmu, un atstāj negatīvu ietekmi uz mutes un zobu veselību un plaušu funkcionālām spējām[[84]](#footnote-84). Pateicoties plašajiem normatīvajos aktos noteiktajiem smēķēšanas ierobežojumiem sabiedriskās vietās, ir novērojamas pozitīvas tendences smēķēšanas izplatībā Latvijā. Turklāt Latvija ir viena no dažām PVO Eiropas reģiona valstīm, kurā ar normatīvajiem aktiem ir noteikta brīdinājumu un krāsainu fotoattēlu izvietošana uz tabakas izstrādājumu iepakojuma un tabakas izstrādājumu reklāmas aizliegums televīzijā, radio un sabiedriskās vietās. Šo īstenoto pasākumu rezultātā kopš 1998.gada novēro pakāpenisku gan vīriešu, gan sieviešu – ikdienas smēķētāju īpatsvara samazināšanos. Ikdienā smēķējošo vīriešu skaits procentuāli ir samazinājies no 51,3% 1998.gadā līdz 45,0% 2008.gadā, savukārt ikdienā smēķējošās sievietes – no 19,2% līdz 15,6%[[85]](#footnote-85). Vērojama nevienlīdzība ikdienas smēķētāju īpatsvarā dzimuma un dzīvesvietas grupās: novēro t.s. «šķēru efektu», kad vīriešiem lielākais ikdienas smēķētāju īpatsvars ir mazpilsētās un lauku teritorijās (50,5% un 53,7%), bet sievietēm lielāks ikdienas smēķētāju īpatsvars ir Rīgā un Latvijas lielajās pilsētās (22,6% un 21,2%).[[86]](#footnote-86) Latvijā 35-45 gadīgu vīriešu mirstība no slimībām, kas saistītas ar smēķēšanu, ir augstākā Eiropas Savienībā[[87]](#footnote-87).



*6.attēls Ikdienas smēķētāju īpatsvars dzimuma un dzīvesvietas grupās (procentos)*

*Avots: FINBALT*

Jāatzīmē, ka tabakas izstrādājumu lietošana ir aktuāla arī jauniešu vidū. Saskaņā ar pētījuma datiem, kopumā 43% skolēnu (46,8% zēnu un 38,8% meitenes) vecumā no 13 līdz 15 gadiem pašreiz lieto tabakas izstrādājumus. 18,2% šīs vecuma grupas skolēnu ir ikdienas smēķētāji. Salīdzinot ar 2002.gada pētījuma datiem, vairāk nekā par 5% pieaugusi smēķēšana zēnu un meiteņu vidū[[88]](#footnote-88). Normatīvais akts[[89]](#footnote-89) nosaka, ka tabakas izstrādājumus ir aizliegts pārdot personām, kuras ir jaunākas par 18 gadiem, kā arī to tirdzniecība ir aizliegta izglītības iestādēs un, uzstādot cigarešu automātus, kas būtu viegli pieejami bērniem un pusaudžiem. Savukārt pētījuma dati liecina, ka lielākā daļa smēķējošo skolēnu (46,7%) cigaretes iegādājas veikalos un kioskos, un no tiem 56,2% atzīst, ka pēdējā mēneša laikā neviens nav atteicis viņiem tās pārdot viņu vecuma dēļ.[[90]](#footnote-90)

Augsts ir tabakas dūmiem pakļauto īpatsvars mājās. 54,5% vīriešu un 44,5% sieviešu atzīmējušas, ka ģimenē kāds smēķē citu cilvēku klātbūtnē. Augstāks kā vidējais smēķēšanai pakļauto īpatsvars abiem dzimumiem ir vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem, tāpat lielāka ir pasīvās smēķēšanas ietekme iedzīvotājiem ar zemāku izglītības līmeni. 14,4% vīriešu un 3,9% sieviešu ir spiesti pavadīt ikdienu vairāk kā 5 stundas piesmēķētās darba telpās. Vairāk nekā puse (56,9%) skolēnu (13-15 gadus veci) dzīvo mājās, kur kāds smēķē viņu klātbūtnē, un 73,3% skolēnu uzturas vietās ārpus mājām, kur kāds smēķē viņu klātbūtnē.[[91]](#footnote-91) Smēķēšanas aizliegumi sabiedriskās telpās situāciju uzlabo, taču normatīvajos aktos noteiktās prasības netiek pilnībā ievērotas.

Smēķēšana un ar to saistītās veselības problēmas, kā arī citas atkarības ir vairākumam no ieslodzītajiem.

Latvijā aizvien populārāka kļūst citu tabakas produktu lietošana. Jaunākajā (15-24) vecuma grupā 61,9% vīriešu un 55,0% sieviešu pēdējā gada laikā bija smēķējuši ūdenspīpi. 28,2% vīriešu un 20,0% sieviešu šajā vecuma grupā atzīst, ka mēģinājuši šņaucamo tabaku, kaut gan šņaucamās un košļājamās tabakas tirdzniecība Latvijā ir aizliegta[[92]](#footnote-92).

Smēķēšanas izplatības samazināšanā liela loma ir ārstniecības personām. Pat īsi un vienkārši ārstniecības personas sniegti padomi var nozīmīgi palielināt smēķēšanas atmešanas gadījumu skaitu. Tomēr, kā liecina pētījuma dati[[93]](#footnote-93), nozīmīga daļa medicīnas studentu arī ir smēķētāji – no 19,6% zobārstniecības studentu, līdz pat 49,6% māszinības studējošo studentu.

Praksē tas nozīmē, ka tikai neliela daļa smēķētāju no ārsta saņem ieteikumu atmest smēķēšanu. 2008.gadā tikai 19,3% no ikdienas smēķētājiem saņēmuši ārsta ieteikumu atmest smēķēšanu (2006.gadā – 21,7%). Aktīvāki smēķēšanas atmešanas mudināšanā ir bijuši ģimenes locekļi 66,7% (2006. – 65,6%) un citi cilvēki 39,4% (2006. – 34,0%).[[94]](#footnote-94)

3.2.5.4. Alkoholisko dzērienu lietošana

Alkoholisko dzērienu patēriņš ir nozīmīgs indikatorrādītājs, lai novērtētu alkohola lietošanas izplatību un sekas valstī, kā arī sabiedrības veselības stāvokli kopumā. Atbilstoši CSP datiem, 2009.gadā reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš uz vienu iedzīvotāju bija 6,1 litrs, bet rēķinot uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju – 7,0 litri. Reģistrēto legālo alkohola patēriņu veido valstī reģistrētais saražotais un realizētais alkohols un alkohola ārējās tirdzniecības dati.



*7.attēls Absolūtā alkohola patēriņš litros Latvijā 2000.-2009.gadā*

*Avots: CSP*

CSP, sākot ar 2009.gadu alkohola patēriņa aprēķināšanā uz 1 iedzīvotāju, izmanto tikai reģistrētā alkohola datus. Nereģistrēto jeb nelegālo alkohola patēriņu ir problemātiski aprēķināt, jo tas netiek uzskaitīts.[[95]](#footnote-95) Pēc Eurobarometer pētījuma datiem 2009.gadā Latvijā ik dienas alkoholiskos dzērienus patērē salīdzinoši mazs respondentu īpatsvars (2 %), tomēr 2–3 reizes mēnesī alkoholiskos dzērienus lieto 33 %. [[96]](#footnote-96)

Kopējā alkoholisko dzērienu patēriņa struktūrā 41,9% veido alus (63,6 litri uz 1 iedzīvotāju), otrajā vietā ierindojas stiprie alkoholiskie dzērieni (degvīns, degvīna un liķiera izstrādājumi, viskijs, rums, džins) (35,7% jeb 5,9 litri uz 1 iedzīvotāju) un vīna, šampanieša un dzirkstošo vīnu patēriņš veido 11,6% jeb 5,1 litru uz vienu iedzīvotāju.[[97]](#footnote-97) Starp dzimumiem vislielākā atšķirība ir alus un vīna lietošanā. Kā norāda respondenti, alu pēdējās nedēļas laikā ir dzēruši 54,9% vīriešu un 19% sieviešu, savukārt vīnu – 35,3% sieviešu un 14,7% vīriešu. Stipros alkoholiskos dzērienus pēdējās nedēļas laikā lietojuši 41,7% vīriešu un 20,4% sieviešu.[[98]](#footnote-98)

Viens no svarīgākajiem alkohola lietošanas situācijas un to radīto seku indikatoriem ir saslimstība ar alkohola psihozēm. Saslimstība ar alkohola psihozēm atspoguļo alkohola patēriņa tendences valstī, jo pastāv likumsakarības starp alkohola patēriņu un to cilvēku daudzumu, kuriem alkohola lietošana radījusi smagus veselības sarežģījumus, to vidū alkohola atkarību un alkohola psihozes. Saslimstība ar alkohola psihozēm no 40,0 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2007.gadā samazinājusies līdz 19,0 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2009.gadā, bet 2010.gadā atkal pieaugusi, (25,0 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem). Pirmreizēji reģistrēta saslimstība ar alkoholismu 2010.gadā, salīdzinot ar 2009.gadu, samazinājusies no 78,0 uz 74,0 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem[[99]](#footnote-99).

Pēdējo desmit gadu laikā Latvijā saglabājas stabila tendence samazināties ceļu satiksmes negadījumiem, ko izraisījuši transportlīdzekļu vadītāji, atrodoties alkohola reibumā. 2009.gadā, transportlīdzekļa vadītājam atrodoties alkohola reibumā, tika izraisīti 372 ceļu satiksmes negadījumi ar ievainotajiem, kas ir 9,5% no kopējā ceļu satiksmes negadījumu skaita ar ievainotajiem un par 0,9% mazāk nekā 2008.gadā.

Statistiski ir pierādīts, ka uzdzīves dzeršana ir saistīta ar kriminālu uzvedību, it īpašu jaunu vīriešu vidū. 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, par 21,5% ir samazinājies alkohola ietekmē izdarīto noziedzīgo nodarījumu kopskaits (2008.gadā alkohola ietekmē izdarīti 5845 noziedzīgi nodarījumi, 2009.gadā – 4586).[[100]](#footnote-100)

3.2.5.5. Narkotisko vielu lietošana

Latvijā līdz šim veiktas divas plaša mēroga reprezentatīvas aptaujas, kas ļauj apzināt narkotiku lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū. Abu aptauju rezultāti norāda, ka 2007.gadā salīdzinājumā ar 2003.gadu ir būtiski pieauguši narkotiku pamēģināšanas un nesenas lietošanas (pēdējā gada laikā) rādītāji iedzīvotāju vidū visās vecuma un dzimumu grupās. Atbilstoši 2008.gada pētījuma rezultātiem jebkuru no nelegālām vielām pamēģinājis katrs ceturtais (24,6%) aptaujātais 9.– 10. klašu skolēns Rīgā.[[101]](#footnote-101)

Pēdējo gadu laikā pakāpeniski palielinājies pirmreizēji ārstēto narkotiku lietotāju skaits– 2006. gadā no narkotisko vai psihotropo vielu atkarības vai pārmērīgas lietošanas tika ārstēti 390 pirmreizējie pacienti, tad 2007.gadā šāda diagnoze noteikta jau 611 personām, savukārt 2008. gadā– 645 personām. 2009.gadā šīs rādītājs būtiski samazinājās līdz 435 pacientiem.[[102]](#footnote-102)

Liels ir ieslodzīto skaits, kuri lietoja narkotiskās vielas pirms ieslodzījuma un turpina tās lietot ieslodzījuma vietās. Saskaņā ar pētījumu[[103]](#footnote-103) no kopējā ieslodzīto skaita 66,1 % lietoja narkotiskās vielas, bet 31,8 % to turpina darīt arī ieslodzījuma vietās. Ieslodzījuma vietās nav pieejama atkarību ārstēšana (tikai detoksikācija), kas palielina gan atkārtota noziedzīga nodarījuma izdarīšanas risku pēc šādu neārstētu personu atbrīvošanas, kā arī palielina ar infekcijas slimībām, kas raksturīgas atkarīgajiem (HIV, hepatīti utt.), inficēšanās riskus sabiedrībai pēc personas atbrīvošanas.

 Ar mērķi samazināt nelegālo narkotiku lietošanas akceptējamību sabiedrībā, to lietošanas nodarīto kaitējumu sabiedrībai un pieejamību, Ministru kabinets ir apstiprinājis Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.-2017.gadam[[104]](#footnote-104). Pamatnostādnes paredz virkni pasākumu, kas vērsti uz narkomānijas un narkotiku lietošanas profilaksi, kā arī narkoloģisko pacientu un narkotiku lietotāju veselības aprūpes uzlabošanu. Savukārt tajās noteiktais par diennakts medicīniskās palīdzības sniegšanu daudzprofilu slimnīcās narkoloģiskā profila pacientiem ar akūtām veselības problēmām, ņemot vērā narkoloģijas nozares aptvērumu, ir risināms, izstrādājot Alkoholisko dzērienu lietošanas ierobežošanas rīcības plānu.

**Identificētās problēmas:**

* Latvijā ir augsta saslimstība un mirstība no neinfekcijas slimībām (sirds un asinsrites sistēmas slimībām, onkoloģiskajām slimībām un diabētu), kuru attīstību lielā mērā ietekmē cilvēka dzīvesveids (uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un atkarību izraisošo vielu lietošana). Priekšlaicīga vīriešu mirstība no neinfekcijas slimībām ir augstāka nekā sievietēm.
* 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 pārlieku daudz, turklāt vīriešu uztura paradumi ir sliktāki nekā sievietēm.
* Vairumam Latvijas iedzīvotāju nav pietiekama fiziskā aktivitāte, jo trūkst izpratne par fizisko aktivitāšu lomu veselības saglabāšanā, prasmes, iemaņas un resursi fizisko aktivitāšu realizācijai, kā arī nav pietiekami attīstīta un pieejama fiziskās aktivitātes veicinoša vide (veloceliņi, pietiekams sporta zāļu un sporta laukumu skaits).
* Pasliktinās jauniešu veselības rādītāji, ko ietekmē pieaugošā smēķēšanas un narkotisko vielu lietošanas izplatība jauniešu vidū, neveselīgie uztura paradumi un fizisko aktivitāšu trūkums.
* Sabiedrībā valda aizspriedumi pret cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, kas kavē šo cilvēku iekļaušanu sabiedrībā.
* Cilvēki ar garīgās veselības problēmām laicīgi nevēršas pēc palīdzības primārajā aprūpē, kā rezultātā garīgās veselības problēmas galvenokārt tiek diagnosticētas stacionārā līmenī.
* Ekonomiskās krīzes ietekmē saglabājas augsti mirstības rādītāji (jo īpaši vīriešu) no pašnāvībām, pieaug to cilvēku skaits, kuri izjūt stresu, sasprindzinājumu un nomāktību.

**Apakšmērķis: Samazināt saslimstību un mirstību no neinfekcijas 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, izmantojot nodokļu politiku un sabiedrības informēšanu.
* Turpināt īstenot vienotu politiku veselīga uztura veicināšanai, uzlabojot iedzīvotāju zināšanas par uztura nozīmi veselības saglabāšanā un uzlabošanā, nodrošinot brīvpusdienas pamatskolas skolēniem.
* Turpināt īstenot vienotu politiku fizisko aktivitāšu veicināšanai sabiedrībā, sekmējot iedzīvotāju iespējas nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm, nodrošinot fiziskās aktivitātes veicinošu vidi un infrastruktūru, attīstot iedzīvotāju prasmes un iemaņas fizisko aktivitāšu realizācijai.
* Turpināt īstenot vienotu politiku dažāda veida atkarības vielu (tabakas izstrādājumu, alkohola, narkotisko vielu) lietošanas samazināšanai sabiedrībā, uzlabojot iedzīvotāju zināšanas par šo vielu kaitīgo ietekmi uz veselību, ierobežojot reklāmu un pieejamību.
* Turpināt īstenot vienotu politiku psihiskās 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, izpēti un analīzi par neinfekcijas slimību riska faktoru izplatību sabiedrībā.

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, kā arī vecāku zināšanas par savu un gaidāmā bērna veselību un viņu rūpes par bērnu. Reproduktīvās veselības rādītāji ir ļoti nozīmīgi indikatīvi rādītāji, kas raksturo visas sabiedrības veselības stāvokli.

Nozīmīga loma jauniešu dzīves kvalitātes uzlabošanā ir jauniešu izglītošanai par reproduktīvās veselības jautājumiem. Zināšanas par kontracepcijas līdzekļiem ne vienmēr spēj garantēt šo līdzekļu lietošanu pirmajās dzimumattiecībās, liecinot par to, ka izglītošanas procesā par maz uzmanības veltīts aktuālajām dzimumattiecību pieredzes problēmām. Kā liecina Iedzīvotāju reproduktīvās veselības pārskats, tad 15-19 gadu vecuma grupā pirmajās dzimumattiecībās no grūtniecības izsargājušies 73% vīriešu un 51% sieviešu[[105]](#footnote-105).

 Nevēlama grūtniecība ir viena no jauniešu seksuālās uzvedības negatīvākajām sekām. Bez tam jaunieši uzskatāmi par vienu no riska grupām HIV infekcijai, jo apmēram 25% no jauna reģistrētie HIV infekcijas gadījumi ir jauniešu vecumā (21 gads un jaunāki). Prezervatīvu lietošana pasargā gan no STI (tai skaitā HIV infekcijas), gan nevēlamas grūtniecības. Kā liecina pētījuma dati, prezervatīvi ir biežāk lietotais kontracepcijas līdzeklis jauniešu vecumā. Valstu ziņojumos par jauniešu lietotajiem kontracepcijas līdzekļiem pastāv lielas atšķirības. Saskaņā ar pieejamajiem datiem par situāciju Latvijā, 86% zēni un 77% meitenes (15 gadu vecumā) norādījuši, ka pēdējo dzimumattiecību laikā izsargājušies izmantojot prezervatīvu, savukārt hormonālo kontracepciju 7% zēni un 11% meitenes.[[106]](#footnote-106)

Populārākās zināmās kontracepcijas metodes Latvijā ir prezervatīvs, intrauterīnā spirāle un hormonu preparāti. Savukārt visbiežāk lietotie – prezervatīvs, pārtrauktais dzimumakts un hormonālās pretapaugļošanās tabletes. Saskaņā ar pētījuma datiem, sievietes labāk nekā vīrieši ir informētas par kontracepcijas metodēm un līdzekļiem.[[107]](#footnote-107) Iedzīvotāju informētības līmenis par kontracepcijas līdzekļiem ir palielinājies, taču viens no šķēršļiem, kas var ietekmēt to lietošanu, ir kontracepcijas pieejamība, īpaši personām ar zemiem ienākumiem.

Viens no rādītājiem, kas raksturo iedzīvotāju uzvedības paradumus, ir abortu skaits. Mākslīgo abortu skaits Latvijā pēdējos gados samazinās. Uz 1000 reproduktīvā vecuma sievietēm (15– 49 gadi) mākslīgo abortu skaits 2008.gadā bija 18,0, 2009.gadā – 15,6, bet 2010. gadā – 13,3. Arī jaunām sievietēm mākslīgo abortu skaits samazinās. 2009.gadā mākslīgo abortu skaits sievietēm 15-17 gadu vecumā bija 6,1 uz 1000 atbilstošā vecuma sievietēm (2008.gadā – 7,1), bet 18-19 gadus vecām sievietēm – 16,5 (2008.gadā – 24,2).

2009.gadā, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, ir samazinājies jaundzimušo īpatsvars nepilngadīgām mātēm (15-17 gadi), sastādot 1,7% no jaundzimušajiem (2008.gadā – 2,1%).[[108]](#footnote-108)

Pēc CSP datiem 2010.gadā Latvijā vidējais mātes vecums, piedzimstot pirmajam bērnam, ir 26,4 gadi. Pēdējo gadu laikā tam ir tendence pieaugt. Kopš 2004.gada pakāpeniski ir palielinājies summārais dzimstības koeficients[[109]](#footnote-109), sasniedzot rādītāju 1,453 2008.gadā, taču 2009.gadā un 2010.gadā tas ir samazinājies (attiecīgi 1,319 un 1,177).[[110]](#footnote-110)

Negatīvu ietekmi uz sievietes veselību un auglību atstāj palielināts ķermeņa svars un aptaukošanās. Aptaukošanās gadījumā cieš arī sievietes reproduktīvā funkcija – sieviete nespēj palikt stāvoklī vai nespēj iznēsāt bērnu. Satraucošs ir fakts, ka aptaukošanās Latvijas sieviešu vidū pieaug. Aptaujas dati liecina, ka 2008.gadā 20,2% aptaujāto sieviešu ir konstatēta aptaukošanās (2006.gadā – 18,1%).[[111]](#footnote-111)

Pētījums rāda, ka vīrieši retāk nekā sievietes rūpējas par savu reproduktīvo veselību. Lielākā daļa vīriešu (62%) nekad nav apmeklējuši urologu, venerologu vai andrologu. Pie šiem ārstiem pēdējo 12 mēnešu laikā vērsušies tikai 12% respondentu. Savukārt no aptaujātajām sievietēm 63% atbildējušas, ka profilaktiskās ginekoloģiskās apskates veic reizi gadā vai biežāk.[[112]](#footnote-112)

Bērna veselību būtiski ietekmē mātes veselība un dzīvesveida paradumi grūtniecības periodā. Ievērojama loma grūtniecības komplikāciju izraisīšanā ir dzimumceļu infekcijām, kas 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. Negatīvu ietekmi gan uz grūtnieces veselību, gan augļa attīstību atstāj smēķēšana, alkohola, narkotiku un citu atkarību izraisošo vielu lietošana. Aptuveni 10% no dzemdētājām ir smēķējušas grūtniecības laikā, 0,5% lietojušas alkoholu, bet 0,1% – narkotikas[[113]](#footnote-113). 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.

Negatīvi vērtējams fakts, ka kopš 2004. gada samazinājās to sieviešu īpatsvars, kuras stājušās grūtniecības uzskaitē līdz 12. grūtniecības nedēļai, 2008. gadā tādu sieviešu īpatsvars bija 90% 2009. gadā 88,4 %[[114]](#footnote-114).

2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, ievērojami samazinājās mātes mirstība, sasniedzot rādītāju 12,5 uz 100000 dzīvi dzimušiem (2007.gadā – 25,8). Taču 2009.gadā mātes mirstība ir krasi pieaugusi, sasniedzot rādītāju 46,1 uz 100 000 dzīvi dzimušo. No 10 mirušajām sievietēm 8 gadījumos nāves cēlonis bija tieši saistīts ar grūtniecību.[[115]](#footnote-115)

Salīdzinot ar 2009.gadu, 2010.gadā par 12% samazinājies reģistrēto STI gadījumu skaits (1807 gadījumi 2009.gadā un 1588 gadījumi 2010.gadā). Kaut gan kopš 1999.gada Latvijā saslimstība ar sifilisu samazinājusies 6,2 reizes, tomēr tā joprojām ir visaugstākā (2008.gadā – 10,3 uz 100 000 iedzīvotājiem) ES valstu vidū pēc Rumānijas (18,67 uz 100 000 iedzīvotājiem). 2008.gadā Latvijā saslimstība ar gonoreju (21,5 uz 100 000 iedzīvotājiem) ES valstu vidū bija otrajā vietā pēc Lielbritānijas (31,29 uz 100 000 iedzīvotājiem).[[116]](#footnote-116) Hlamidioze ir reproduktīvā vecuma cilvēku infekcija - 69% no reģistrētiem gadījumiem - sievietes un vīrieši no 15 - 29 gadu vecumā. Tā kā Latvijā skrīninga programma hlamidiozes noteikšanai attiecas tikai uz grūtniecēm, oficiālā saslimstība ar hlamidiozi (21,6 uz 100 000 iedzīvotājiem) ir ievērojami zemāka nekā citās Eiropas valstīs, piemēram, Īrijā (581,6 uz 100000 iedzīvotājiem), Norvēģijā (490,4 uz 100 000 iedzīvotājiem) un Zviedrijā (456,3 uz 100 000 iedzīvotājiem). Hlamidioze parasti norit asimptomātiski (bez simptomiem) (apmēram 70% sievietēm un 50% vīriešiem), neārstēta infekcija bieži izraisa neauglību un ietekmē seksuāli reproduktīvo veselību gan sievietēm, gan vīriešiem.

Statistikas dati par neauglības problēmas sastopamību Latvijā nav pieejami, bet attīstītu valstu pieredze rāda, ka neauglīgi ir apmēram 10-15% pāru. Sievietēm biežākie neauglības cēloņi ir olvadu necaurlaidība, kas rodas pēc iekaisuma (nereti pēc slimošanas ar gonoreju), ķirurģiskas iejaukšanās sekas reproduktīvās sistēmas orgānos, kā arī olnīcu darbības traucējumi, nepareiza dzemdes guļa, dzemdes, olnīcu audzēji, vielmaiņas traucējumi u.c. Vīrieša neauglību var radīt samazināts spermatozoīdu daudzums, vai arī pilnīgs to trūkums, kā arī, ja spermatozoīdu daudzums ir pietiekams, bet tie ir nekustīgi vai nedzīvi, u.c. cēloņi. Neauglības problēmu demogrāfijas kontekstā risina Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.-2017.gadam[[117]](#footnote-117), paredzot uzdevumu - izvērtēt iespēju ieviest valsts atbalsta pasākumus neauglības ārstēšanai, kā arī informēt sabiedrību par reproduktīvās veselības apdraudējumiem un riskiem, kas palielina neauglību. Lai vērtētu iespēju ieviest valsts atbalsta pasākumus, nepieciešams apzināt neauglības problēmas sastopamību Latvijā.

3.3.2.Veselīgs dzīves sākums

Latvijas jaundzimušo, zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu (1-5 gadiem) veselība un labklājība joprojām ir zemāka, salīdzinot ar citām ES valstīm.

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.

Perinatālā mirstība (augļa bojāeja pirms dzemdībām, dzemdību laikā un jaundzimušā nāve pirmajā dzīves nedēļā) Latvijā dinamikā samazinās. 2009. gadā šis rādītājs bija 9,6 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem, bet 2010.gadā samazinājies līdz 8,3. Latvijā šis rādītājs ir augstāks nekā vidēji ES un visaugstākais arī starp Baltijas valstīm. Iemesls tam, galvenokārt, ir salīdzinoši lielais nedzīvi dzimušo bērnu skaits[[118]](#footnote-118)



*8.attēls Perinatālā mirstība uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem 2000.-2010.gadā*

*Avots: VEC*

Kopš 2001.gada zīdaiņu mirstības (pirmajā dzīves gadā mirušie bērni) rādītājs (11,0 uz 1000 dzīvi dzimušiem) ir samazinājies līdz 5,7 uz 1000 dzīvi dzimušiem 2010.gadā.[[119]](#footnote-119) Latvijā tas ir aptuveni divas reizes augstāks nekā vidēji ES. 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.). Iedzimtas anomālijas ir nāves cēlonis apmēram trešdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu, kā arī, neraugoties uz to, ka ārējie cēloņi ir ierobežojami vai pat novēršami, arī tie joprojām ir zīdaiņu nāves iemesls.[[120]](#footnote-120)

Perinatālās un zīdaiņu mirstības rādītājus var ietekmēt gan mātes, gan tēva attieksme pret grūtniecību, abu dzīvesveids un veselības stāvoklis, un vecāku zināšanas par bērna kopšanu un traumu profilaksi, gan pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem un attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba kvalitāte.[[121]](#footnote-121)

Jaundzimušo un zīdaiņu veselības veicināšanā un infekcijas slimību profilaksē viens no būtiskākajiem faktoriem ir mātes piens. Bērnu īpatsvars, kuri ar krūti zīdīti līdz gada vecumam, Latvijā gadu no gada pieaug (2006. gadā – 17,9%, 2007. gadā – 18,2%, 2008. gadā – 18,9%, 2009. gadā – 20,8%). Pieaugums vērojams arī rēķinot bērnu zīdīšanu ar krūti līdz 6 mēnešiem (no 45,8% 2007. gadā līdz 50,8% 2009. gadā)[[122]](#footnote-122). Salīdzināšanai: 2009.gadā Igaunijā šis rādītājs bija 53,2%, bet Lietuvā – tikai 35%[[123]](#footnote-123). Pozitīvo tendenci bērnu krūts zīdīšanas rādītājos ietekmēja paveiktais izglītības un sabiedrības informēšanas darbs zīdīšanas veicināšanas pasākumu izstrādē un īstenošanā. Iepriekšējā plānošanas periodā ar PVO finansiālu atbalstu tika uzsākta un īstenota „Mazulim draudzīgas slimnīcas” iniciatīva, kā arī aktīvi darbojās Zīdīšanas veicināšanas komisija un zīdīšanas konsultanti. Taču šobrīd, kad valsts iespējas finansiāli atbalstīt zīdīšanas veicināšanu ir ierobežotas, būtiska loma zīdīšanas veicināšanā ir tieši nevalstiskajām organizācijām, kuras aktīvi darbojas un sniedz atbalstu jaunajām māmiņām ar zīdīšanu saistītu problēmu risināšanā. Zīdīšanas veicināšanu ietekmē arī ārstniecības iestāžu darbība un ārstniecības personu kompetence. Lai uzlabotu ārstniecības iestāžu darbības kvalitāti, tai skaitā zīdīšanas veicināšanas jomā, nepieciešams izstrādāt un ieviest kvalitātes kritērijus stacionārajām ārstniecības iestādēm (tai skaitā slimnīcām, kurās tiek sniegta dzemdībpalīdzība).

Biežākais nāves iemesls bērniem vecuma grupā no 1 līdz 5 gadiem ir ārējie nāves cēloņi. Kā liecina VEC Latvijas iedzīvotāju Nāves cēloņu datu bāzes sniegtā informācija, šajā vecuma grupā biežākie nāves cēloņi ir noslīkšana, saindēšanās, nosmakšana, kritieni un pakļaušanās dūmu, uguns un liesmu iedarbei, kā arī kritieni.

Saskaņā ar VEC Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra datiem par hospitalizētiem pacientiem, kuri guvuši traumas un ievainojumus, 2009. gadā 587 zēni un 449 meitenes vecumā līdz 5 gadiem guvuši traumas. Visbiežāk traumas tiek gūtas mājās – 67% (699 gadījumi). 2009. gadā biežākie ievainojumu veidi bērniem bijuši sasitumi (286 gadījumi), vaļējas brūces (223 gadījumi), apdegumi, applaucējumi (183 gadījumi), lūzumi (157), kā arī 110 gadījumos – smadzeņu satricinājumi.

Bērni vecumā līdz 5 gadiem traumas visbiežāk gūst no kritieniem un no saskares ar karstiem šķidrumiem un karstām virsmām. Šajā vecumā risku rada arī veselībai bīstamu ķīmisku vielu pieejamība, kas var izraisīt saindēšanos vai ķīmiskus apdegumus. Galvenais traumu iemesls ir bērniem nedroša vide un nepietiekama vecāku atbildība – bērnu nepieskatīšana un drošas mājas vides nenodrošināšana. 2005.gadā Saeima pieņēma grozījumus Bērnu tiesību aizsardzības likumā, kas nosaka sodu vecākiem vai aizbildņiem, kas atstājuši bērnu bez uzraudzības.

VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” veiktā 154 barības vada ķīmisko apdegumu analīze par 2003.– 2007.gadu liecina, ka biežāk barības  vada ķīmiskos apdegumus gūst bērni vecumā no 1– 3 (111 no 154 gadījumiem) gadiem mājas apstākļos. Biežākie aģenti, ar ko apdegumu vai saindēšanos guvuši bērni, ir sadzīves ķīmija. Nozīmīgākais panākums bērnu drošības uzlabošanai ir 2009.gadā pieņemtie grozījumi Ministru kabineta 2004. gada 20. aprīļa noteikumos Nr. 334 "Noteikumi par pārtikas piesārņojumu un prasībām kodīgas ķīmiskās vielas saturošas pārtikas iepakojumam un marķējumam", kas aizliedza koncentrētas (virs 10% masas vienības) etiķa esences mazumtirdzniecību.

Lai uzlabotu mātes un bērna veselību, samazinātu mātes un zīdaiņu mirstību nodrošinātu kvalitatīvu grūtnieču aprūpi un augsta līmeņa jaundzimušo veselības aprūpi, nepieciešams turpināt īstenot vienotu pieeju mātes un bērna veselības aprūpes jomā.

**Identificētās problēmas:**

* Nepietiekamas iedzīvotāju, tai skaitā, pusaudžu un jauniešu, zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības, un STI profilakses jautājumiem.
* Nepietiekamas vecāku zināšanas 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.
* Trūkst datu par neauglīgajiem pāriem, veiktajām neauglības ārstēšanas un mākslīgās apaugļošanas procedūrām Latvijā, lai pamatoti izvērtētu valsts atbalsta pasākumu ieviešanas iespējas neauglības ārstēšanai, kā arī trūkst informācijas par kontracepcijas līdzekļu pieejamību dažādām mērķa grupām, tai skaitā trūcīgām personām.

**Apakšmērķis: Uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību.**

**Mērķa sasniegšanai nepieciešams:**

* Turpināt īstenot vienotu politiku mātes un bērna veselības veicināšanai, uzlabojot, grūtnieču un jaundzimušo aprūpi, grūtnieču zināšanas par atkarības vielu lietošanas negatīvo ietekmi uz augļa attīstību un veicinot bērnu zīdīšanu ar krūti un atbilstošu papildu ēdināšanu.
* Izglītot sabiedrību (īpaši jauniešus) par reproduktīvās veselības jautājumiem un STI profilaksi, samazinot nevēlamu grūtniecību un STI gadījumu skaitu.
* Apzināt situāciju par neauglības sastopamību Latvijā, apkopojot datus par neauglīgajiem pāriem un veiktajām neauglības ārstēšanas un mākslīgās apaugļošanas procedūrām.
* Apzināt situāciju par kontracepcijas līdzekļu pieejamību un to lietošanu trūcīgu un maznodrošinātu personu vidū, tai skaitā par to nozīmi abortu samazināšanā.

3.4. Veselīga un droša vide

3.4.1. Dzīves un darba vide

Eiropas reģionā ik gadu vairāk kā 1,7 miljoni nāves gadījumu (18% no visām nāvēm) ir saistīti ar vides faktoriem.[[124]](#footnote-124) 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. Viens no galvenajiem instrumentiem, kā novērtēt vides faktoru iedarbību uz veselību, ir cilvēku biomonitorings, kas Latvijā netiek veikts. Tāpat 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 dokumenti[[125]](#footnote-125) akcentē vairākas prioritātes: veselībai drošs dzeramais ūdens un peldūdeņi, sanitārie apstākļi, jo īpaši klimata pārmaiņu ietekmes kontekstā; 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 un traumas u.c.

Saskaņā ar Eurobarometer pētījumiem, 80 % Latvijas iedzīvotāji, vērtējot savu attieksmi pret vidi, uzskata vidi par būtiskāko un svarīgāko dzīves vidi ietekmējošo faktoru[[126]](#footnote-126). Savukārt, izvērtējot konkrētus vides faktorus saistībā ar 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 % iedzīvotāju[[127]](#footnote-127). Kā visbiežāko trokšņa iemeslu iedzīvotāji atzīmē 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 2009.-2015.gadam[[128]](#footnote-128). Vides jautājumus pamatnostādnes risina piecās tematiskajās sadaļās: gaiss, ūdens, zeme daba un klimats.

Latvijā pēdējo gadu laikā situācija darba vietās attiecībā uz notiekošajiem nelaimes gadījumiem, nedaudz uzlabojas (reģistrēto nelaimes gadījumu darbā skaits 2008.gadā – 1781 darba nelaimes gadījums, 2009.gadā – 1203 gadījumi, 2010.gadā – 1187). Ievērojami samazinājies arī reģistrēto smago nelaimes gadījumu skaits, kas 2008. gadā bija 265 gadījumi, bet 2009. gadā – 175 gadījumi, 2010.gadā – 164 gadījumi, kā arī samazinājies reģistrēto letālo nelaimes gadījumu darbā skaits – 2008. gadā reģistrēti 43 gadījumi, 2009. gadā – 32 gadījumi, bet 2010.gadā – 23 gadījumi.[[129]](#footnote-129) Tomēr, attiecībā uz kopējo nelaimes gadījumu skaita salīdzinājumu ar Eiropas Savienības 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 notikušie nelaimes gadījumi.[[130]](#footnote-130) Tādējādi netiek uzzināti nelaimes gadījumu cēloņi, lai novērstu to atkārtošanos. Nelaimes gadījumu slēpšana, neizmeklēšana un nereģistrēšana veicina invaliditātes rašanos un pazeminātas darbspējas cietušajiem, kuriem nav tiesības saņemt valsts apmaksātu ārstēšanu un rehabilitāciju.

60 - 70% gadījumu nelaimes gadījumos cieš darbinieki, kuru darba stāžs attiecīgajā profesijā nav bijis lielāks par 1 gadu vai kuru darba stāžs profesijā ir no 1 līdz 3 gadiem. Tas liecina, ka darbinieki, kas stājas pie jaunu darba pienākumu veikšanas, pirms tam uzņēmumos netiek pienācīgi instruēti un apmācīti[[131]](#footnote-131).

Attiecībā uz arodslimību skaitu jāatzīmē, ka reģistrēto arodslimnieku skaits Latvijā no 2007. – 2009.gadam ir strauji pieaudzis. Šāds pieaugums varētu tikt skaidrots ar to, ka pasliktinoties ekonomiskajai situācijai, daudzi iedzīvotāji vēlējās oficiāli nokārtot dokumentus arodslimības apstiprināšanai, jo tā ir iespēja saņemt kompensāciju. Vienīgi 2010.gadā ir vērojama pirmreizēji reģistrēto arodslimnieku skaita stabilizācija – tas ir samazinājies par 17% attiecībā pret 2009.gadu (2010.gadā – 1150; 2009.gadā – 1385), tomēr vērtējot situāciju kopumā, tas ir ļoti augsts. Pēc Latvijas Valsts arodslimnieku reģistra datiem Latvijā laika posmā no 1993.gada līdz 2011.gada 1.augustam ir reģistrēti 10 140 arodslimnieki, kuriem kopā ir reģistrētas vairāk kā 25 000 arodslimību. Nedaudz vairāk kā 60% no visiem arodslimniekiem ir sievietes.

Arodslimību statistikas dati apliecina, ka ar katru gadu arodslimnieku skaits paaugstinās, turklāt, pieaug ielaistās stadijās reģistrēto arodslimību skaits, kas lielā mērā saistāms ar cilvēku novēlotu griešanos pie arodslimību ārsta un nepietiekošu citu ārstniecības personu informētību par darba vides kaitīgo faktoru ietekmi uz cilvēka veselību.

Pasākumus drošas un veselībai nekaitīgas darba vides nodrošināšanai nosaka Darba aizsardzības jomas attīstības pamatnostādnes 2008.-2013.gadam[[132]](#footnote-132).

3.4.2. Ārējie nāves cēloņi un traumatisms

Traumatismu lielā mērā nosaka nedroši vides apstākļi. Piemēram, ir novērtēts, ka 25% no satiksmes negadījumu traumām Rietumeiropā ir attiecināmi uz vides apstākļiem, tādiem kā ceļu infrastruktūra, ietvju segums un ierīces gājējiem, riteņbraucējiem.[[133]](#footnote-133) Latvijā mirstība no ārējiem cēloņiem ieņem trešo vietu kopējā nāves cēloņu struktūrā.

Ārējo nāves cēloņu dēļ Latvijā katru gadu tiek zaudēts vairāk kā 40 tūkstoši potenciālo dzīves gadu līdz 65 gadu vecumam. Joprojām visvairāk potenciāli zaudēto dzīves gadu tiek zaudēts satiksmes negadījumos, otrajā vietā ir noslīkšana, bet trešajā nosmakšana un citi elpceļu traucējumi. Dažādu ārējo cēloņu nozīmība atšķiras atsevišķās vecuma grupās.[[134]](#footnote-134)

Mirstība ārējo nāves cēloņu dēļ ik gadu samazinās, 2009.gadā sasniedzot rādītāju 95,7 uz 100000 iedzīvotāju (2008.gadā – 108,2)[[135]](#footnote-135). Saskaņā ar VEC Latvijas iedzīvotāju Nāves cēloņu datu bāzes sniegto informāciju par 2009.gadu, augstākā mirstība no ārējiem nāves cēloņiem uz 100 000 iedzīvotājiem ir darbspējas vecumā – 99,9 gadījumi, savukārt bērnu vecumā augstākie mirstības rādītāji ārējo cēloņu dēļ ir vecuma grupā 15–19 gadi (32,0 uz 100 000 iedzīvotājiem). Otra augstākā mirstība ir bērniem 1– 4 gadu vecumā (12,1 uz 100 000 iedzīvotājiem), skolas vecuma bērniem šis rādītājs svārstās ap 10 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem. Ārējo cēloņu nāves grupā ļoti būtiski atšķiras sieviešu mirstība (42,5 uz 100 000 iedzīvotājiem) un vīriešu mirstība ( 157,8 uz 100 000 iedzīvotājiem).

Ārējo nāves cēloņu grupā gan darbspējas vecumā, gan skolas vecumā biežākais nāves cēlonis ir satiksmes negadījums. Salīdzinot ar 2004.gadu, abās šajās vecuma grupās mirstības rādītājs ceļu satiksmes negadījumos ir samazinājies. Vecuma grupā no 15–19 gadiem šis rādītājs bija 24,9 uz 100 000 iedzīvotājiem 2004.gadā, bet 2009.gadā – 8.0 uz 100 000 iedzīvotājiem. Darbspējīgā vecuma grupā– attiecīgi 27,6 uz 100 000 iedzīvotājiem un 13,1 uz 100 000 iedzīvotājiem.[[136]](#footnote-136)

Nāves gadījumi ārējo cēloņu dēļ ir vieni no tiem, kurus iespējams novērst – veicinot apkārtējās vides drošību (ceļu satiksme, mājokļa drošība utml.), kā arī izglītojot sabiedrību par dzīves veida paradumu un uzvedības ietekmi uz personas veselību. Par iespējām sasniegt pozitīvus rezultātus šajā jomā liecina Ceļu satiksmes drošības programmas[[137]](#footnote-137) realizācija, kuras rezultātā ievērojami samazinājusies mirstība ceļu satiksmes negadījumos.



*9.attēls Ceļu satiksmes negadījumos bojā gājušo un ievainoto skaits*

*Avots: CSDD*

Kopš 2001. gada ievērojami ir samazinājies ceļu satiksmes negadījumos bojā gājušo bērnu līdz 5 gadu vecumam skaits no 46 gadījumiem uz 100 000 līdz 1,8 uz 100 000 – 2009.gadā. Šī pozitīvā tendence cieši korelē ar bērnu sēdeklīšu izmantošanas skaita pieaugumu pēdējo gadu laikā. Kā liecina pētījuma 2008.gada aptaujas dati, bērnu sēdeklīšus, pārvadājot mazus bērnus, lietojuši 40,5% respondentu (42,9% sieviešu un 37,1% vīriešu).[[138]](#footnote-138) Tomēr tas nav pietiekošs rādītājs un nozīmē, ka aptuveni 60% iedzīvotāju, pārvadājot bērnus, joprojām neizmanto bērnu sēdeklīšus.

Traumas ir viens no biežākajiem iemesliem ilgstošai vai nepārejošai darba nespējai vai invaliditātei. Daudzi cilvēki, kas guvuši traumas, to sekas izjūt vēl ilgus gadus. Kā liecina PVO veiktie aprēķini, kopumā traumas veido 10% no visiem zaudētajiem pēc nespējas samērotiem dzīves gadiem (DALY disability – adjusted life years) un tiek prognozēts, ka šis rādītājs varētu palielināties līdz 20%. Līdz ar to traumu radītām sekām ir būtiska ietekme uz sabiedrību. Latvijā katra 10 pirmreizējās invaliditātes gadījuma iemesls ir ievainojums, saindēšanās vai citas ārējas iedarbes sekas. Kopējā pirmreizējās invaliditātes cēloņu struktūrā invaliditāte ārējo apstākļu radīti traumu dēļ ieņem 4.vietu. Traumu sekas ir par iemeslu pirmreizējai invaliditātei gados jauniem cilvēkiem[[139]](#footnote-139).

Pēc PVO aprēķiniem 68% jeb vairāk kā divi no trīs traumatisma gadījumiem (tai skaitā ar letālām sekām) ir novēršami, bērnu vecumā šis novēršamo traumu īpatsvars ir pat lielāks[[140]](#footnote-140).

Bērniem galvenais traumu iemesls ir nedroša vide un nepietiekama vecāku atbildība. Bērnu drošību ietekmē arī rotaļlietu un dažādu mājsaimniecības ikdienas preču drošība, piemēram, dažādi priekšmeti, kas satur baterijas un magnētus, ēdienam līdzīgi priekšmeti, šķiltavas. ES tiek veiktas daudzas aktivitātes produktu drošības jomā, kas ir saistītas ar bērnu aizsardzību[[141]](#footnote-141). Latvijā nepietiekami identificētas un bērniem bieži pieejamas ir bērnu drošībai bīstamas preces, kas apkopotas EK bīstamo preču ziņojuma (RAPEX[[142]](#footnote-142)) ietvaros.Preču, tai skaitā, rotaļlietu drošuma uzraudzības[[143]](#footnote-143) jomā ieguldījumu ir devis Patērētāju tiesību aizsardzības centrs, kas 2009. gadā ar ES finansiālu atbalstu izveidoja Patērētāju Traumu ziņojumu telefonu.

Pusaudžu vecumā ir raksturīgi ievainojumi, kas gūti fiziskās aktivitātēs. Pēc pētījuma datiem pēdējā gada laikā  traumas guvuši gandrīz puse no aptaujātajiem skolēniem 11, 13 un 15 gadu vecumā.[[144]](#footnote-144) Vislielākais gūto traumu īpatsvars vērojams neformālās sporta nodarbībās un fiziskās aktivitātēs – velobraukšanā, slidošanā un skrituļslidošanā bez aizsarglīdzekļiem, braukšanā ar motorizētiem pārvietošanās līdzekļiem pirms tiesību iegūšanas, peldēšanās nepiemērotās vietās, dažādu spēļu spēlēšana graustos un nepabeigtās jaunbūvēs.

Lai īstenotu vienotu un ilgtspējīgu politiku traumu un ārējo cēloņu izraisītu nāves gadījumu samazināšanai, nepieciešams izstrādāt politikas plānošanas dokumentu, kurā noteiktu traumatisma profilakses pasākumus.

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, kā rezultātā bērni gūst smagus ievainojumus.

Kā liecina VEC dati, 2009. gadā vardarbīga uzbrukuma rezultātā mirušas 143 personas. Lielākais no vardarbības mirušo īpatsvars ir vecumā no 25 līdz 60 gadiem. Pēc traumu reģistra datiem ievainojumus vīra, sievas vai partnera dēļ 2009.gadā guvušas 186 personas.

Vardarbības mazināšanas jautājumus risina LM izstrādātā „Programma vardarbības ģimenē mazināšanai 2008.– 2011. gadā”[[145]](#footnote-145) un Ģimenes politikas pamatnostādnes 2011.-2017.gadam.[[146]](#footnote-146)

Bērni no vardarbības cieš ne tikai ģimenē, bet arī izglītības iestādē, kur skolēnu vidū raksturīga gan fiziska, gan emocionāla vardarbība. Skolēnu veselības paradumu pētījuma dati liecina, ka ņirgāšanās skolēnu vidū ir izplatīta parādība. 2005./2006. mācību gada dati rāda, ka aptuveni puse skolēnu pēdējo pāris mēnešu laikā vismaz reizi ir cietuši no ņirgāšanās[[147]](#footnote-147).

Būtiska nozīme ir savlaicīgai traumu guvušo pacientu rehabilitācijai. Tā uzlabo traumas guvušo pacientu dzīves kvalitāti, mazina pārejošu darba nespēju un nodrošina invaliditātes profilaksi. Nesaņemot savlaicīgu rehabilitāciju, traumas guvušie pacienti ir pakļauti invaliditātes riskam.

**Identificētās problēmas:**

* Vides veselības jomas zinātnisko pētījumu trūkums traucē pilnībā novērtēt vides faktoru ietekmi uz cilvēka veselību.
* Nav pietiekamā apjomā realizēti pasākumi vides riska faktoru samazināšanai, kas būtiski ietekmē dzīves kvalitāti.
* Sabiedrībā novērojams objektīvas informācijas par vides riska faktoriem trūkums, kas cilvēkiem neļauj objektīvi izvērtēt dažādu ietekmes faktoru potenciālo veselības risku.
* Zema iedzīvotāju informētība par darba vides riska faktoriem un to ietekmi uz veselību (jautājumus, kas saistīti ar darba vides risku ierobežošanu un novēršanu, šis pamatnostādnes nerisina, jo tie ir iekļauti attiecīgās jomas politikas plānošanas dokumentos).
* Ārstniecības personas nav pietiekami informētas par arodslimību izraisošajiem faktoriem un arodslimību savlaicīgu diagnostiku.
* Augsti mirstības rādītāji no ārējiem nāves cēloņiem, kuri būtiski atšķiras sievietēm un vīriešiem. Visvairāk potenciālo dzīves gadu tiek zaudēts tieši ārējo nāves cēloņu dēļ.
* Iedzīvotāju dzīves vides apstākļi nav pietiekami droši, lai novērstu traumatismu. Traumas ir viens no biežākajiem iemesliem ilgstošai vai nepārejošai darba nespējai vai invaliditātei.

**Apakšmērķis: Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba 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 un iespējām mazināt to kaitīgo ietekmi uz veselību, ņemot vērā šo faktoru ietekmi arī plānošanas procesā, kā arī informēt ārstniecības iestāžu darbiniekus par medicīnisko atkritumu pareizu apsaimniekošanu.
* Informēt ārstniecības personas par arodslimību izraisošajiem faktoriem un arodslimību savlaicīgu diagnostiku.
* Izstrādāt un īstenot vienotu politiku traumatisma profilaksei bērniem, uzlabojot iedzīvotāju zināšanas par iespējām izvairīties no traumām sadzīvē, atpūšoties un nodarbojoties ar fiziskām aktivitātēm, veicinot drošas apkārtējās vides izveidi.
* Izglītot vecākus par pasākumiem traumu profilaksei bērniem līdz 5 gadu vecumam.
* Veikt efektīvu preču un pakalpojumu tirgus uzraudzību, lai nodrošinātu tikai drošu preču un pakalpojumu pieejamību patērētājiem.

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 satraucoši 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 radīt nopietnus un negaidītus apdraudējumus sabiedrības veselībai. Infekcijas slimību (t.sk., TB, HIV un STI) izplatību veicina migrācija, narkotiku lietošana, dzīves veids (prostitūcija), higiēnas un profilakses līdzekļu nepieejamība, sociāli ekonomiskie faktori, klimata izmaiņas u.c.

Pētījuma[[148]](#footnote-148) dati liecina, ka 1,7% Latvijas iedzīvotāju (1714 uz 100 000 iedzīvotāju) ir inficēti ar C hepatīta vīrusu (HCV). Vidēji viena ģimenes ārsta praksē varētu būt 34 C vīrushepatīta slimnieki, taču vairumā gadījumu to nezina ne ģimenes ārsti, ne paši pacienti, jo šai vīrusu infekcijai parasti nav specifisku slimības pazīmju. Vislielāko epidēmisko bīstamību rada pacienti ar bezsimptomu C hepatīta norisi. HCV ir nopietns apdraudējums sabiedrības veselībai un bīstamākais no visiem vīrushepatītiem, jo 80% gadījumu tas kļūst hronisks un būtiski pieaug aknu cirozes un/vai aknu vēža gadījumi. Latvijā dzīvo 10 reizes vairāk ar C hepatītu inficētu cilvēku nekā, piemēram, Zviedrijā vai Lielbritānijā. Ieslodzījuma vietās Latvijā nav iespējams veikt ieslodzīto pārbaudi uz HCV, līdz ar to nav objektīvu datu par tā izplatību. Tomēr, pamatojoties uz speciālistu viedokli un ieslodzījuma vietu uzturēšanās un sadzīves apstākļu īpatnībām, ieslodzīto inficēšanās ar HCV varētu būt ļoti augsta, daudzas reizes augstāka nekā sabiedrībā kopumā. Arī ārvalstu pētījumi un statistiskie dati rāda, ka inficēšanās ar HCV ieslodzīto vidū ir daudz lielāka nekā sabiedrībā.

Latvija joprojām ir to ES valstu vidū, kur HIV infekcijas izplatības rādītāji ir augsti: 2009.gadā incidences (jauno gadījumu skaits) rādītājs bija 12,2 uz 100 000 iedzīvotāju (2008. gadā – 15,8) jeb otrs augstākais, pārsniedzot Eiropas vidējo rādītāju (50,3) 2,6 reizes. Atsevišķās iedzīvotāju grupās izplatība ir ļoti augsta (injicējamo narkotiku lietotāju vidū 22-23%, tuvu kritiskai 5% robežai - to vīriešu vidū, kuriem ir seksuālas attiecības ar vīriešiem, kā arī ieslodzīto vidū 7% ieslodzīto ir HIV inficēti), tādējādi Latviju ierindojot to valstu vidū, kurā HIV epidēmija nav ģeneralizēta, bet koncentrēta atsevišķās iedzīvotāju grupās ar paaugstinātu riska uzvedību. Strauji pieaudzis AIDS slimnieku īpatsvars (2009.gadā 4,3 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, kas ir augstākā saslimstība ES valstīs). Arī ieslodzīto īpatsvars, kuriem ir AIDS, ir liels (1074 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem). Pasākumus HIV infekcijas ierobežošanā nosaka Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas programma 2009. – 2013.gadam[[149]](#footnote-149).

Līdz 2010.gadam novērota saslimstības ar TB samazināšanās, 2009.gadā sasniedzot rādītāju 36,6 uz 100000 iedzīvotāju (2010.gadā tāds pats), tomēr 2010.gada beigās un 2011.gada sākumā novērota TB gadījumu skaita pieauguma tendence. Arī mirstības rādītāji uzlabojas (4,5 uz 100000 iedzīvotāju 2009.gadā un 3,5 uz 100 000 iedzīvotāju 2010.gadā[[150]](#footnote-150)). 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, augsta mirstība no tuberkulozes, īpaši pirmajā gadā pēc diagnozes noteikšanas, kas norāda uz novēlotu slimības gadījumu atklāšanu. 2010.gadā 35% no mirušajiem TB pacientiem miruši pirmajā mēnesī pēc diagnozes noteikšanas un TB diagnosticēta sekcijā 18% no visiem mirušajiem. 2008.-2009.gadā reģistrēts multirezistento gadījumu skaita pieaugums, bet 2010.gadā tas samazinājies līdz 87 gadījumiem. Nelabvēlīga tendence ir ekstensīvi rezistentas TB (XR-TB) īpatsvara pieaugums MR-TB pacientu vidū, sasniedzot 14% 2009.gadā un 17% 2010.gadā. Reģistrētais TB/HIV duālās infekcijas gadījumu skaits pieaug ar katru gadu. TB/HIV īpatsvars pirmreizējo TB gadījumu vidū 2009.gadā sasniedzis 6,9% un 2010.gadā 7,6%, kas atbilstoši PVO vadlīnijām norāda uz TB/HIV koinfekcijas epidēmijas situāciju.

Arī sociāli ekonomiskā situācija ir nozīmīgs faktors, kas ietekmē infekcijas slimību izplatību. Saskaņā ar pētījumu[[151]](#footnote-151), Latvijā sagaidāms saslimšanas gadījumu ar TB un mirstības pieaugums, kas saistīts ar pašreizējo finanšu krīzi pasaulē. Latvijā 2008.-2009.gadā ievērojami pasliktinājusies epidemioloģiskā situācija ar akūtām zarnu infekcijām un A hepatītu. Pēdējos 6 gados vērojama stabila tendence pieaugt saslimstībai ar vīrusu etioloģijas akūto zarnu infekcijām, gadījumu skaits kopš 2004.gada pieaudzis vairāk nekā 2 reizes (no 1928 līdz 4528 gadījumiem). A hepatīta uzliesmojums 2008. un 2009.gadā skāra vairāk nekā 5000 iedzīvotājus (iepriekšējos 8 gados kopā tika reģistrēti 1226 gadījumi), no kuriem 85% tika hospitalizēti. Ja 2007.gadā Latvijā tika reģistrēti 9 grupveida akūtu zarnu infekciju un A hepatīta gadījumi ar 5 un vairāk saslimušajiem, tad 2009.gadā reģistrēti 63 uzliesmojumi. Grupveida saslimšanas gadījumi pārsvarā saistīti ar cilvēku inficēšanos dzīves vietās un bērnu izglītības iestādēs. A hepatīta, kas ir samērā viegli kontrolējama infekcijas slimība, epidēmija kārtējo reizi pierādīja, ka infekcijas slimību uzliesmojumi ir iespējami, ja visu laiku netiks uzturēta un attīstīta infekcijas slimību profilakses un kontroles sistēma.

Katru gadu rudens, ziemas periodā ar mazāku vai lielāku aktivitāti 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 pacientiem ar plaušu slimībām, sirds – asinsvadu, vielmaiņas traucējumiem un citām hroniskām slimībām. Iedzīvotāju imunizācijas līmenis pret gripu Latvijā ir ļoti zems salīdzinājumā ar citām ES valstīm, pēdējo gadu laikā vidēji sasniedzot tikai 0,8%. Vakcinācijas līmenis iedzīvotāju grupā „65 un vecāki” pēdējo sezonu laikā bija viens no viszemākajiem ES valstīs – 2,4 – 2,6%. Salīdzinājumam - Lielbritānijā un Nīderlandē šajā vecuma grupā vakcinēti 70% un vairāk iedzīvotāji.

Imunizācijas valsts programma ir sabiedrības veselības prioritāte Latvijā jau daudzus gadus. Veselības aprūpes un sabiedrības veselības speciālisti panākuši augstas kvalitātes imunizācijas pakalpojumu nodrošinājumu lokālā un nacionālā līmenī. Ievērojami sasniegumi panākti vakcīnregulējamo infekcijas slimību novēršanā. Imunizācijas programmas ietvaros līdz 2008.gadam bija sasniegts augsts vakcinācijas pārklājums visām vecuma grupām, kas ir galvenais saslimstības samazināšanas iemesls. Īstenojot programmu, katru gadu tiek novērsti apmēram 30 000 dažādu infekcijas slimību gadījumi un vairāk nekā 100 nāves gadījumi bērnu vidū. Saslimstība ar vairākām vakcīnregulējamām infekcijas slimībām samazinājusies par 99,95% un vairāk. Neskatoties uz dažādu infekcijas slimību saslimstības pieaugumu, kas saistītas ar higiēnas apstākļiem un dzīves kvalitāti pēdējos gados (A hepatīts, akūtas zarnu infekcijas), saslimstības rādītāji ar vakcīnregulējamām infekcijas slimībām palikuši nemainīgi zemi sakarā ar imunizācijas programmas pozitīvo ietekmi (skat. tabulu).

*Tabula. Saslimšanas gadījumu skaits ar atsevišķām vakcīnregulējamām slimībām 1960. un 2009.gadā Latvijā*

|  |  |
| --- | --- |
| **Vakcīnregulējamā slimība** | **Gads** |
| 1960.g. | 2009.g. |
| Stingumkrampji | 12 | 0 |
| Difterija  | 209  | 6  |
| Garais klepus  | 2495  | 9  |
| Masalas  | 19744  | 0  |
| Epidēmiskais parotīts  | 11714  | 1  |
| Poliomielīts  | 17  | 0  |
| Kopā:  | 34 191  | 16  |

*Avots: LIC*

Tomēr, kā liecina LIC imunizācijas monitoringa rezultāti, 2009.-2010.gadā ir būtiski pasliktinājušies imunizācijas rādītāji. Atsevišķās vecuma grupās tie vairs neatbilst Imunizācijas valsts programmas[[152]](#footnote-152) uzdevumiem.

**Identificētās problēmas:**

* Ir augsts HCV inficēto pacientu skaits, bet ne visi saņem atbilstošus veselības aprūpes pakalpojumus. Saglabājas grupveida saslimšanas gadījumi ar akūtām zarnu infekcijām.
* Latvija ir to ES valstu vidū, kur ir augsti HIV infekcijas izplatības rādītāji, turklāt ar katru gadu pieaug reģistrētais TB/HIV duālās infekcijas gadījumu skaits.
* Latvijā ir augsti TB saslimstības un mirstības rādītāji un augsts rezistentās TB līmenis, Augstā mirstība no TB, īpaši pirmajā gadā pēc diagnozes noteikšanas, liecina par novēlotu slimības gadījumu atklāšanu.
* Pieaug vakcīnregulējamo infekcijas slimību uzliesmojumu/epidēmiju risks, jo samazinās imunizēto iedzīvotāju īpatsvars.

**Apakšmērķis: Samazināt iedzīvotāju saslimstību ar infekcijas slimībām.**

**Mērķa sasniegšanai nepieciešams:** Turpināt īstenot vienotu politiku infekcijas slimību profilaksei un izplatības ierobežošanai, uzturot infekcijas slimību profilakses un kontroles sistēmu, izglītojot sabiedrību par efektīvākajiem infekcijas slimību profilakses pasākumiem.

4.SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS UN PROBLĒMU FORMULĒJUMS VESELĪBAS APRŪPĒ

4.1.Veselības sistēmas finansēšana

Latvijā veselības aprūpes lielākais ieņēmumu avots ir vispārējie, neiezīmētie nodokļi. Veselības ministrijas budžets sastāda apmēram 6% no IKP. No tā valsts (publiskais) finansējums 2010.gadā atbilstoši apstiprinātajam budžetam bija 3,5% no IKP, 2010.gada noslēgumā 3,9% no IKP un 2011.gadā atbilstoši budžetam ar grozījumiem 3,7% no IKP, bet pārējais ir privātais finansējums. Ilgtermiņa mērķis ir pārdalīt publiskā un privātā finansējuma proporciju, samazinot privātā finansējuma daļu. Veselības nozares budžetu nākamajam gadam katru gadu apstiprina LR Saeima. (Veselības sistēmas finansēšanas grafisku attēlojumu skatīt 3. attēlā)



*10.attēls Veselības aprūpes finansēšanas sistēma Latvijā*

*Avots: Veselības ministrija*

Veselības ministrijas budžets (ieskaitot Eiropas Savienības struktūrfondu finansējumu) 2010.gada noslēgumā bija 496,1 milj.latu[[153]](#footnote-153), kas ir apmēram 11,2 % no valsts kopbudžeta un 3,9 % no IKP. Atbilstoši 2011.gada budžetam ar grozījumiem, ņemot vērā FM rīkojumus, Veselības ministrijas budžeta izdevumi ir 499,1 milj.latu, kas ir apmēram 10,5% no valsts kopbudžeta un 3,74% no IKP. Veselības nozarei novirzīto valsts izdevumu proporcija raksturo valsts atbalstu veselības sistēmai. Latvijā veselības nozarei atvēlētais finansējums jau gadiem ir viens no zemākajiem (atsevišķos gados arī zemākais) ES un svārstās no 3,28% no IKP 2005.gadā līdz 3,9% no IKP 2010.gadā un samazinājies līdz 3,7% no IKP 2011.gadā. ES valstis veselības aprūpei paredz no 4,6% - 7% no IKP.[[154]](#footnote-154)

Veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus Latvijā (nozares budžeta programma 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana”) administrē Veselības norēķinu centrs. Normatīvais akts[[155]](#footnote-155) nosaka līdzekļu sadalījuma proporcijas veselības aprūpes pakalpojumu samaksai. Saskaņā ar to VNC plāno līdzekļu sadalījumu šādās proporcijās: ne mazāk kā 45% ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un ne vairāk kā 53 % stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Būtiska veselības aprūpes sistēmas sastāvdaļa ir ambulatorajai ārstēšanai paredzēto **zāļu un medicīnisko ierīču izdevumu kompensācijas sistēma.** Pilnvērtīgas zāļu kompensācijas rezultātā pacientam ir iespēja ārstēties ambulatori, kā arī tiek novērsti nevajadzīgi hospitalizācijas gadījumi. Katru gadu tiek papildināts kompensējamo zāļu saraksts ar slimībām, kuru ārstēšanai paredzētie izdevumi zāļu iegādei tiek kompensēti no valsts budžeta līdzekļiem (zāļu skaits kompensējamo zāļu sarakstā 2008.gadā – 1094 un 146 medicīniskās ierīces, 2009.gadā – 1125 un 152 medicīniskās ierīces[[156]](#footnote-156)). Pēc VNC datiem no valsts budžeta apmaksātās kompensējamās zāles 2009.gadā saņēma 482461 Latvijas iedzīvotāji (jeb 21,4%). Valsts piešķirtais finansējums uz vienu iedzīvotāju sastādīja 29 latus. Savukārt Igaunijā 2009.gadā kompensējamās zāles saņēma 64,7% apdrošinātās personas un Igaunijas Veselības apdrošināšanas fonda izdevumi zāļu kompensācijai uz vienu iedzīvotāju sastādīja 46 latus[[157]](#footnote-157) Latvijā valsts finansējums zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai 2009.gada noslēgumā bija 66,6 milj.latu, 2010.gada noslēgumā 71,6 milj.latu, 2011.gadā (ar budžeta grozījumiem) – 73,0 milj.latu.

Vislielākais valsts budžeta līdzekļu apjoms par kompensējamām zālēm 2009.gadā ir izlietots par endokrīno, uztura un vielmaiņas slimību ārstēšanu, asinsrites sistēmas slimību ārstēšanu, audzēju ārstēšanu un nervu sistēmas slimību ārstēšanu.[[158]](#footnote-158)

Arī privāto izdevumu proporcija par veselības aprūpes pakalpojumiem, salīdzinot ar valsts finansējumu, liecina par valsts atbalsta apmēru. Pacientu tiešie maksājumi par veselības aprūpes pakalpojumiem ir pieauguši no 23,9% 2004.gadā līdz 40,8% no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem 2006.gadā. Attiecīgi samazinājusies valsts finansējuma proporcija no 76,1% 2004.gadā līdz 59,2% 2006.gadā.[[159]](#footnote-159);[[160]](#footnote-160)

Pacientu tiešie maksājumi ietver pacientu iemaksas, maksājumus par pakalpojumiem, kurus neapmaksā no veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļiem, maksājumus par pakalpojumiem, nesaņemot pirkumu apliecinošu dokumentu, 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. Augstu pacientu tiešo maksājumu rezultātā mājsaimniecības var nokļūt dziļākā nabadzībā.[[161]](#footnote-161) Jāatzīmē, ka veselības finansēšanas sistēmai jānodrošina, lai finansējuma slogs būtu taisnīgi sadalīts - iedzīvotāju finansiālajam ieguldījumam par veselības aprūpes pakalpojumiem jāatbilst viņu maksātspējai.[[162]](#footnote-162)

Pēc CSP veiktajiem aprēķiniem par mājsaimniecību patēriņa izdevumu struktūru, izdevumi veselībai 2009.gadā sastādīja 5,3 % no kopējiem izdevumiem. Gadā tas sastāda vidēji 124 latus uz vienu mājsaimniecības locekli. Visvairāk (aptuveni 67%) izdevumi bijuši zāļu iegādei.[[163]](#footnote-163) Saskaņā ar Zāļu valsts aģentūras informāciju kopējais zāļu apgrozījums, kas nosācis līdz patērētājam, 2009.gadā bija 195,69 milj. Ls.[[164]](#footnote-164)



*11.attēls Mājsaimniecības patēriņa izdevumu sastāvs par veselību vidēji uz vienu mājsaimniecības locekli 2009.gadā (latos)*

*Avots: CSP*

**Identificētās problēmas:**

* Augsts pacientu tiešo maksājumu līmenis par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas būtiski ietekmē pieejamību veselības aprūpei.
* Nepietiekams finansiāls valsts atbalsts veselības sistēmai.
* Lieli un nevienlīdzīgi mājsaimniecību izdevumi zāļu iegādei.

4.2.Veselības aprūpes organizācija

**Primārā veselības aprūpe** ir cilvēka pirmais saskarsmes posms ar veselības aprūpes sistēmu. To nodrošina ģimenes ārsta komanda (ģimenes ārsts, ārsta palīgs (feldšeris), māsa un reģistrators), zobārsti, farmaceiti un vecmātes. 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, izraksta zāles, nosūta uz diagnostiskiem izmeklējumiem un pie speciālistiem sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, kā arī nodarbojas ar profilaktisko darbu (t.sk. imunizāciju), kā arī nodrošina hroniski slimo pacientu (piemēram, pacientu ar psihiskām saslimšanām) veselības stāvokļa uzraudzību. Ģimenes ārsta darbības sfēra ietver arī sadarbību ar pašvaldību un pašvaldības sociālo dienestu, nodrošinot daudzsektoru pieeju pacienta veselības problēmu risināšanā.

Joprojām saglabājas situācija, kad atsevišķu ģimenes ārstu praksēs nav primārās veselības aprūpes māsas vai reģistratora, vienā kabinetā uz maiņām notiek divu ģimenes ārstu pacientu pieņemšana, māsai nav nodrošināta atsevišķa telpa, kur strādāt ar pacientiem. Šie trūkumi pasliktina pacientu pieejamību ģimenes ārsta un māsas pakalpojumiem, rada rindas pakalpojumu saņemšanai, izsauc pacientu neapmierinātību ar ģimenes ārstu darba organizāciju un pakalpojumu kvalitāti. Jāatzīmē, ka normatīvajos aktos noteiktās prasības ģimenes ārstu prakšu darba organizācijai nav pietiekami detalizētas un līdz ar to ir iespējamas šādas novirzes no labās prakses izpratnes. Līdz ar to, ir jāmeklē risinājums, kā uzlabot ģimenes ārsta pakalpojuma teritoriālo pieejamību un pakalpojuma kvalitāti. Nepieciešams attīstīt ģimenes ārsta prakšu tīklu, celt prakšu kapacitāti, kā arī paplašināt ģimenes ārsta kompetenci un motivāciju iesaistīties sabiedrības veselības veicināšanā. Būtiski ir panākt ģimenes ārsta lomas veselības sistēmā konceptuālu izpratnes maiņu - no „vārtu vērēja” uz „veselības aprūpes menedžeri”. Proti, jāpanāk, ka ģimenes ārsts ir centrālā persona, kas virza pacientu veselības sistēmas ietvaros un koordinē ārstēšanas procesu, vairāk laika velta pacientam un veselības veicināšanas un profilakses aspektiem, kā arī ir atbildīgs par efektīvu, savlaicīgu un ekonomisku ārstēšanu.

Vienlaicīgi pilnā mērā netiek izmantots farmācijas nozares profesionāļu potenciāls ģimenes ārsta komandas atbalstam. Nepieciešams nodrošināt farmaceitiskās aprūpes harmonisku iekļaušanos primārās veselības aprūpes sistēmā, izveidojot optimālu pakalpojumu sniedzēju (farmaceitu, aptieku) infrastruktūru un izstrādājot farmaceitiskās aprūpes nodrošināšanas kritērijus. Sevišķa uzmanība jāpievērš aptieku potenciāla izmantošanai teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu un nepietiekamu veselības aprūpes speciālistu pieejamību. Tā rezultātā tiks nodrošināta pakalpojumu kvalitāte un veicināta to pieejamības attīstība neatkarīgi no pacientu dzīvesvietas.

**Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi** Latvijas iedzīvotāji var saņemt ambulatorajās un stacionārajās ārstniecības iestādēs ar ģimenes ārsta nosūtījumu vai bez tā pie tiešās pieejamības speciālistiem, vai kā maksas pakalpojumu pie pārējiem speciālistiem (ja nav nosūtījuma). Šos pakalpojumus sniedz noteiktā darbības jomā specializējusies ārstniecības persona. Ģimenes ārsts palīdz pacientam izdarīt izvēli starp piedāvātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un nosūta pacientu pie atbilstošākā speciālista.

Veidojot veselības aprūpes sistēmu, kurā ģimenes ārsts pilda „veselības aprūpes menedžera” funkciju, ir būtiski panākt atgriezeniskās saites veidošanos starp sekundārās ambulatorās aprūpes speciālistiem un ģimenes ārstu, tādējādi nodrošinot pilnvērtīgas un ticamas informācijas izmantošanu ārstniecības procesā. Pēctecība primārajā un ambulatorajā aprūpē uzlabos pakalpojumu kvalitāti, veicinās uzticēšanos ārstam, kā rezultātā mazināsies ielaisto slimību skaits, ātrāk tiks atjaunotas personas darbaspējas un ilgtermiņā sagaidāma arī sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanās.

**Stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi** tiek nodrošināti universitātes slimnīcās, daudzprofilu slimnīcās, specializētajās slimnīcās un aprūpes slimnīcās[[165]](#footnote-165).

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.

Akūto gultu skaits (universitātes un daudzprofila slimnīcās, specializētajās slimnīcās) joprojām ir sadrumstalots pa daudzām slimnīcām, kas apkalpo administratīvās teritorijas ar mazu iedzīvotāju skaitu un nodrošina nelielu hospitalizāciju apjomu. Atbilstoši Pasaules Bankas rekomendācijām stacionāro gultu skaits, lai efektivizētu pieejamo līdzekļu izlietojumu, būtu jāsamazina.

Lai attīstītu ambulatoro veselības aprūpi un sekmētu ekonomisku veselības aprūpes budžeta izlietošanu, 2009.gadā ir ievērojami paplašināta dienas stacionāru darbība un tajos sniegto pakalpojumu apjoms, kā arī ieviests jauns no valsts budžeta līdzekļiem finansēts veselības aprūpes pakalpojums – veselības aprūpe mājās.

Tā kā laika posmā, kad tika palielināts finansējums veselības aprūpes sistēmai un palielinājās izmaksas uz vienu iedzīvotāju, veselības aprūpes sistēmas efektivitāte nepalielinājās, piemēram, nemainījās ģimenes ārsta un ambulatoro speciālistu realizēto aprūpes epizožu skaits, nepalielinājās pacientu apmierinātība attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, ir nepieciešams ieviest pasākumus veselības aprūpes sistēmas darbības efektivitātes palielināšanai, t.sk., turpināt racionālu slimnīcu pakalpojuma koncentrēšanu un ambulatoro pakalpojumu decentralizāciju un reģionālu attīstību. Bez tam, nepieciešams veicināt sadarbību ar sociālo pakalpojumu sniedzējiem, pašvaldībām, lai attīstītu integrētu ilgtermiņa aprūpi, īpaši pacientiem gados, pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem šiem mērķiem novirzot nepieciešamo finansējumu.

 Tāpat nepieciešams attīstīt un stiprināt klīnisko farmaceitu institūciju un to iesaistīšanos lēmumu pieņemšanā par zāļu izvēli un lietošanu stacionārajā posmā, nodrošinot arī medikamentozās terapijas uzraudzību un, nepieciešamības gadījumos, arī zāļu lietošanas pēctecību arī ambulatorajā posmā.

**Dienas stacionārā** pacients, kuram nav nepieciešama ārstniecības personu aprūpe un uzraudzība visu diennakti, var saņemt diagnostiskos un veselības aprūpes pakalpojumus. Pacientu uz dienas stacionāru valsts apmaksāto pakalpojumu saņemšanai nosūta ģimenes ārsts vai speciālists. Ja pacients ir atvests uz ārstniecības iestādi un netiek stacionēts, ārstniecības iestādēs ir izveidotas un arī turpmāk tiks veidotas **pacientu viesnīcas**, lai dotu pacientam iespēju palikt pa nakti ārstniecības iestādē, ja nav iespējams nokļūt mājās vai pacients nevar noteiktajā laikā ierasties ārstniecības iestādē.

**Veselības aprūpe mājās** ir māsas vai ārsta palīga (feldšera) sniegta veselības aprūpe pacientam viņa dzīvesvietā. Tā tiek sniegta gadījumos, kad pacientam nav nepieciešams atrasties slimnīcā, bet medicīnisku indikāciju dēļ, piemēram, būtiski kustību ierobežojumi, pacients nav spējīgs nokļūt pie ģimenes ārsta vai cita speciālista. Par pacientam nepieciešamo veselības aprūpi mājās un tās prognozējamo ilgumu lemj ģimenes ārsts. Pacientam veselības aprūpes pakalpojumus sniedz mājās, 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.

Veselības aprūpe ietver gan slimību profilaksi, gan ārstniecību slimības laikā, gan **medicīnisko rehabilitāciju**, lai pacientam atjaunotu darbaspējas. Savlaicīgi un optimālā apjomā veikta medicīniskā rehabilitācija un nepieciešamības gadījumā medicīniskās rehabilitācijas procesā sasniegtā rezultāta attīstīšanas turpināšana sociālās un profesionālās (aroda) rehabilitācijas ietvaros ļauj mazināt vai pilnībā novērst funkcionālos traucējumus un to sekas, tādējādi novēršot vai mazinot pārejošu darba nespēju, nodrošinot invaliditātes profilaksi vai mazinot invaliditātes smaguma pakāpi. Tas savukārt uzlabo personu dzīves kvalitāti un personu ar funkcionāliem ierobežojumiem sociālās lomas saglabāšanu vai atgūšanu, kā arī ilgtermiņā mazina finansiālo slogu veselības aprūpes un sociālajai sistēmai.

Saskaņā ar normatīvajiem aktiem[[166]](#footnote-166) ieslodzīto personu veselības aprūpi organizē Tieslietu ministrija. Tā ir nodalīta no vispārējās Latvijas iedzīvotāju veselības aprūpes sistēmas. Tātad, tiklīdz persona nokļūst ieslodzījuma vietā, viņai nav pieejams ģimenes ārsts, kompensējamie medikamenti, profilaktiskās apskates un izmeklējumi pilnā apjomā. Ieslodzīto personu primāro veselības aprūpi nodrošina ārstniecības persona uz vietas ieslodzījuma vietās, sekundāro veselības aprūpi sniedz veselības aprūpes sistēmā esošas ārstniecības iestādes. Ieslodzīto personu veselības aprūpe tiek finansēta no Tieslietu ministrijas budžeta, izņemot medikamentus TB un HIV/AIDS ārstēšanai, kurus finansē no veselības aprūpes budžeta. Finansējums ieslodzīto personu veselības aprūpei valsts budžetā tiek paredzēts, taču tas ir nepietiekamā apjomā.

Lai pārorientētu veselības aprūpes sistēmu no ārstēšanas slimnīcā uz primāro un ambulatoro līmeni, politikas plānošanas līmenī jādefinē stacionāro un ambulatoro pakalpojumu plānošanas principi, teritoriālā izvietojuma un sniedzamā pakalpojuma apjoma plānošanas kritēriji, kā arī kritēriji sniegto pakalpojumu kvalitātei, t.sk. jādefinē ārstniecības procesā iesaistīto mediķu kompetences visos aprūpes līmeņos.

Lai veselības aprūpes nozarē ilgtermiņā nodrošinātu cilvēkresursus un to attīstību, 2006.gadā Ministru kabinets apstiprināja programmu „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015.gadam”[[167]](#footnote-167). Tajā kā galvenie uzdevumi ir izvirzīti – efektīva cilvēkresursu plānošana, nozares nodrošināšana ar cilvēkresursiem nepieciešamā skaitā, izvietojumā un atbilstošā kvalifikācijā, izglītības sistēmas attīstīšana un darba samaksas sistēmas pilnveidošana. 2010.gadā Veselības ministrija ir sagatavojusi informatīvu ziņojumu par pamatnostādņu „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015.gadam” īstenošanu 2006.-2009.gadā, kurā atspoguļoti gan izpildītie, gan neizpildītie, gan daļēji izpildītie uzdevumi. Pamatojoties uz informatīvā ziņojuma izstrādes laikā iegūto datu un situācijas analīzes rezultātiem un secinājumiem, kā arī analizējot situāciju par pēdējos gados veselības aprūpes sistēmā veiktajām izmaiņām, kas saistītas ar slimnīcu, ambulatoro iestāžu, speciālistu prakšu un dienas centru reorganizāciju, nepieciešams izstrādāt jaunu, aktualizētu politikas plānošanas dokumentu cilvēkresursu attīstībai veselības aprūpē.

**Identificētās problēmas:**

* Veselības aprūpes sistēma risina ielaistas veselības problēmas. Pacientiem ne vienmēr ir iespēja laicīgi griezties pie ārsta.
* Netiek nodrošināta integrēta, nepārtraukta un pēctecīga veselības aprūpe, ko veicina arī maksāšana ārstniecības personai par veikto manipulāciju nevis ārstēšanas gala rezultātu (kvalitāti).
* Laika posmā, kad tika palielināts finansējums veselības aprūpes sistēmai un palielinājās izmaksas uz vienu iedzīvotāju, veselības aprūpes sistēmas efektivitāte nepalielinājās, piemēram, nepalielinājās pacientu apmierinātība attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Tādejādi, nodrošinot veselības aprūpes jomas finansējuma palielinājumu atbilstoši valsts budžeta iespējām, ir svarīgi ieviest pasākumus veselības aprūpes sistēmas darbības efektivitātes palielināšanai.
* Nav pietiekami izmantota iespēja slēgt līgumus tikai ar efektīvākajiem (darbības efektivitāte un izmaksu efektivitāte) ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem. Līdz ar to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaits un struktūra nav optimāla.
* Ieslodzītie nav nodrošināti ar kompensējamām zālēm un precēm ambulatorai ārstēšanai.

4.3.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.[[168]](#footnote-168)

Veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanā izmanto dažādus indikatorus: klīnisko iznākumu indikatori (pacienta vērtējums par ārstēšanās iznākumu, ambulatorās aprūpes jūtīgu diagnožu hospitalizāciju 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).[[169]](#footnote-169)

Veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanai Latvijā nepieciešams turpināt izstrādāt un ieviest uz pierādījumiem balstītas klīniskās vadlīnijas. Vadlīniju izstrādes, izvērtēšanas, reģistrācijas un apstiprināšanas kārtību nosaka Ministru kabineta noteikumi.[[170]](#footnote-170) Apstiprināto vadlīniju saraksts ir pieejams VEC mājas lapā.

Šobrīd normatīvajā aktā[[171]](#footnote-171) ir definēti kvalitātes kritēriji ģimenes ārstiem. Tos izmanto ģimenes ārsta darbības novērtēšanā un attiecīgi, atbilstoši kvalitātes kritēriju izpildes apjomam, tiek aprēķināts maksājuma apjoms par gada darbības novērtējumu.

Latvijā pacientiem sniegtās veselības aprūpes kvalitāti kontrolē Veselības inspekcija. Veselības inspekcija kontrolē ārstniecības iestāžu atbilstību normatīvajiem aktiem, tai skaitā, budžeta līdzekļu izlietojumu, izskata pacientu sūdzības un atbilstoši tām veic kontroles pasākumus ārstniecības iestādēs. Visvairāk sūdzības tiek saņemtas par darbspējas ekspertīzes kvalitāti, tai skaitā par izsniegto darbnespējas lapu pamatotību. Otrajā vietā ir iesniegumi no ieslodzījumu vietās esošajām personām un trešajā - sūdzības par ģimenes ārstu darbību, kā arī sūdzības ķirurģijas/traumatoloģijas, dzemdniecības/ginekoloģijas un zobārstniecības profilā.

Ar veselības aprūpi saistītās infekcijas un mikrobu rezistence ir viena no galvenajām sabiedrības veselības problēmām pasaulē, t.sk. ES. Katru gadu ES dalībvalstīs apmērām 4 milj. pacientu iegūst infekciju veselības aprūpes procesā un apmēram 37 000 pacientiem infekcija beidzas ar nāvi.

Latvijā ir veikta virkne pasākumu, lai nodrošinātu ar veselības aprūpi saistīto infekciju un mikrobu rezistences uzraudzību un kontroli, izstrādāti normatīvie akti infekciju kontroles jomā, kā arī racionālas antibakteriālo līdzekļu lietošanas jomā.

Kopš 2004. gada lielākā daļa Latvijas mikrobioloģijas laboratoriju ir iesaistījušās Eiropas antimikrobās rezistences uzraudzības sistēmā (European Antimicrobial resistance surveillance system – EARSS), kuras ietvaros tiek veikta regulāra antibiotiku rezistences uzraudzība.

2007.gadā tika uzsākta sistemātiska laboratoriski apstiprināto meticilīna rezistento Staphylococcus aureus (turpmāk – MRSA) gadījumu epidemioloģiskā uzraudzība, šo funkciju veic LIC, bet higiēniskā un pretepidēmiskā režīma kvalitāti ārstniecības iestādēs kontrolē Veselības inspekcija.

Lai ierobežotu ar veselības aprūpi saistīto infekciju izplatību un sniegtu priekšstatu par to profilakses un epidemioloģiskās kontroles pasākumiem ārstniecības iestādēs ir izstrādātas labas sabiedrības veselības prakses vadlīnijas rīcībai MRSA, Clostridium difficile, vankomicīnrezistentā Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium (VRE), B hepatīta, C hepatīta, HIV infekcijas un vīrusu etioloģijas akūtu zarnu infekciju apstiprināšanas gadījumā ārstniecības iestādēs. Vadlīnijās ir apkopota uz pierādījumiem balstīta prakse ar veselības aprūpi saistīto infekciju uzraudzībai un kontrolei ārstniecības iestādēs.

Lai nodrošinātu higiēniskā un pretepidēmiskā režīma nosacījumus ārstniecības iestādēs, kā arī lai novērstu nozokomiālas saslimšanas, ir nepieciešams reglamentēt ārstniecības iestāžu atkritumu apsaimniekošanu. Īpaša uzmanība ir jāpievērš infekciozu medicīnisko atkritumu dezinfekcijai, lai novērstu infekcijas slimību izplatīšanos un lai nodrošinātu medicīnisko atkritumu apglabāšanu videi drošā veidā, tā kā atkritumu poligonos drīkst pieņemt tikai tādus atkritumus, kas nav infekciozi.

**Identificētās problēmas:**

* Nav visaptverošas kvalitātes sistēmas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas ļautu pacientam izdarīt motivētu izvēli.
* Primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba kvalitātes kritēriji nav pietiekami, lai nodrošinātu efektīvu un drošu ārstniecības procesu un sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanos ilgtermiņā.

**Apakšmērķis: nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem tiem 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.
* Stiprināt primāro veselības aprūpi, t.sk. arī farmaceitisko aprūpi kā izmaksu efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni.
* Palielināt ģimenes ārsta komandas darbības lomu onkoloģisko, narkoloģisko pacientu un pacientu ar psihiskās veselības traucējumiem aprūpē.
* Ambulatorajā sektorā ieviest principu “nauda seko pacientam”.
* Plānot izmaksu un resursu efektīvas stacionārās veselības aprūpes sistēmas attīstību.
* Attīstīt ambulatoro aprūpi un mazināt pacientu uzturēšanos slimnīcā.
* Nodrošināt ieslodzīto veselības aprūpi atbilstoši sabiedrībā pastāvošajai veselības aprūpei (kompensējamās zāles, cietuma ārstu tiesības tos izrakstīt, izmaklējumi no valsts budžeta).
* Nodrošināt labās prakses principu īstenošanu ārstniecībā, veicinot klīnisko vadlīniju izstrādi un ieviešanu praksē.
* Attīstīt integrētu ilgtermiņa aprūpi, definējot ilgstošas aprūpes pakalpojumus, kurus apmaksā no veselības aprūpes budžeta un kurus no sociālā budžeta.
* Uzlabot kompensējamo medikamentu pieejamību un farmaceitiskās aprūpes kvalitāti.

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

**Mērķu un rezultātu, to rezultatīvo rādītāju hierarhija**

|  |
| --- |
| ***Politikas definētais mērķis:* Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu visiem Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas uz veselību.** |
|  | Atsauces līmenis | **2014.gads** | **2017.gads** |
| **Rādītājs** | **Gads** |
| **Politikas rezultāts A1:** Palielinājies jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums | ***Rezultatīvais rādītājs:*** jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem (gados)(avots: CSP) | 68,8 | 2010. | 69,1 | 71,1 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums sievietēm (gados)(avots: CSP) | 78,4 | 2010. | 79,1 | 79,6 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums tuvinās ES dalībvalstu vidējam rādītājam (%)(avots: Eurostat) | 91 | 2008. | 93 | 95 |
| **Politikas rezultāts A2:** Uzlabota pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem | ***Rezultatīvais rādītājs:*** iedzīvotāju īpatsvars (1.kvintile - zemākā), kuri nevarēja atļauties veikt pārbaudi pie veselības aprūpes speciālista vai ārstēšanos dārdzības dēļ (%)(avots: CSP) | 77,3 | 2010. | 77,0 | 69,5 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** iedzīvotāju īpatsvars (2.kvintile), kuri nevarēja atļauties veikt pārbaudi pie veselības aprūpes speciālista vai ārstēšanos dārdzības dēļ (%)(avots: CSP) | 66,8 | 2010. | 66,5 | 66,0 |
| **Darbības rezultāts A1:** Izstrādātas vadlīnijas par veselības veicināšanas pasākumiem pašvaldībās un nosūtītas visām pašvaldībām | ***Rezultatīvais rādītājs:*** izstrādātas vadlīnijas | - | 2010. | X |  |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** vadlīniju realizācijā iesaistīto pašvaldību īpatsvars (%) | - | 2010. | 65 | 85 |
| **Darbības rezultāts A2:** Izstrādāts un īstenotsikgadējs starpnozaru sabiedrības veselības komunikāciju plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Sabiedrībai pieejama regulāra, aktualizēta informācija par veselības veicināšanu, slimību profilaksi, vides riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību un iespējām tos mazināt, agrīnas slimību diagnostikas iespējām un veselības aprūpes pakalpojumiem | - | 2010. | X | X |
| ***Politikas definētais mērķis:* Samazināt saslimstību un mirstību no neinfekcijas slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību.** |
| **Politikas rezultāts B1:** Stabilizējusies saslimstība ar neinfekcijas slimībām  | ***Rezultatīvais rādītājs:*** saslimstība ar onkoloģiskajām slimībām (uz 100000 iedzīvotāju)(avots: CSP) | 473,0 | 2010. | 499,0 | 499,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** saslimstība ar diabētu (uz 100000 iedzīvotāju)(avots: VEC) | 388,4 | 2010. | Ne vairāk kā 314,0 | Ne vairāk kā 314,0 |
| **Politikas rezultāts B2:** Samazinājusies mirstība no neinfekcijas slimībām vecumā līdz 64 gadiem | ***Rezultatīvais rādītājs:*** mirstība no asinsrites sistēmas slimībām (uz 100000 iedzīvotāju)(avots: VEC) |  |  |  |  |
| t.sk. vīrieši | 243,0 | 2009. | 256,9 | 247,7 |
| t.sk. sievietes | 77,6 | 2009. | 70,1 | 59,8 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** mirstība no onkoloģiskajām slimībām (uz 100000 iedzīvotāju)(avots: CSP) | 103,3 | 2009. | 102,5 | 102,0 |
| t.sk. vīrieši | 117,8 | 2009. | 117,6 | 117,0 |
| t.sk. sievietes | 89,3 | 2009. | 89,0 | 88,8 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** mirstība no diabēta (uz 100 000 iedzīvotāju)(avots: VEC) | 22,5 | 2009. | 22,3 | 22,0 |
| t.sk. vīrieši | 6,2 | 2009. | 6,0 | 5,8 |
| t.sk. sievietes | 3,2 | 2009. | 3,1 | 3,0 |
| **Darbības rezultāts B1:** Izstrādātas un īstenotas Sporta politikas pamatnostādnes | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Iedzīvotāju (vecumā no 15-64 gadiem) īpatsvars, kuri brīvajā laikā 2-3 reizes nedēļā veic vismaz 30.min. ilgus fiziskos vingrojumus (avots: FINBALT) | 39,9 | 2010. | 43 | 45 |
| t.sk. vīrieši (%) | 45,3 | 2010. | 47 | 50 |
| t.sk. sievietes (%) | 34,7 | 2010. | 37 | 40 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Skolēnu (15 g. v.) īpatsvars, kuriem ir pietiekama fiziskā aktivitāte 60 min./dienā (avots: HBSC) | 17 | 2010. | 18 | 20 |
| t.sk. vīrieši (%) | 22 | 2010. | 23 | 24 |
| t.sk. sievietes (%) | 12 | 2010. | 13 | 14 |
| **Darbības rezultāts B2:** Izstrādāts un īstenots plāns „Veselīgs uzturs” | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Iedzīvotāju (15-64 gadi) īpatsvars, kas katru dienu lieto uzturā svaigus dārzeņus (%)(avots: FINBALT) | 35,3 | 2010. | 38 | 40 |
| t.sk. vīrieši | 29,3 | 2010. | 32 | 35 |
| t.sk. sievietes | 41,1 | 2010. | 42 | 45 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** 15-gadīgo skolēnu īpatsvars, kuri katru dienu lieto uzturā svaigus dārzeņus (avots: HBSC) | 21,1 | 2010. | 23 | 25 |
| t.sk. zēni | 18,8 | 2010. | 20 | 22 |
| t.sk. meitenes | 25,9 | 2010. | 27 | 30 |
| **Darbības rezultāts B3:** Izstrādāts un realizēts tabakas izstrādājumu lietošanas ierobežošanas rīcības plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Ikdienā smēķējošo vīriešu (vecumā no 15 līdz 65 gadiem) īpatsvars (%)(avots: FINBALT) | 47,4 | 2010. | 45 | 43 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Ikdienā smēķējošo sieviešu (vecumā no 15 līdz 65 gadiem) īpatsvars (%)(avots: FINBALT) | 20,7 | 2010. | 19 | 18 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Regulāri smēķējošo zēnu (13-15 gadi) īpatsvars (%) (avots: GYTS) | 45,7 | 2007. | 42 | 40 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Regulāri smēķējošo meiteņu (13-15 gadi) īpatsvars (%)(avots: GYTS) | 37,8 | 2007. | 35 | 33 |
| **Darbības rezultāts B4:** Izstrādāts un realizēts alkoholisko dzērienu lietošanas ierobežošanas rīcības plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Absolūtā alkohola patēriņš uz vienu iedzīvotāju pēc 15 g.v. (litros)(avots: CSP) | 6,1 | 2009. | 6,0 | 5,9 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Skolēnu īpatsvars, kuri izdzēruši 5 un vairāk alkohola devas vienā reizē pēdējā mēneša laikā (%)(avots: ESPAD) | 29 | 2007. | 25 | 20 |
| **Darbības rezultāts B5:** Palielinās valsts organizētā vēža skrīninga ietvaros izmeklēto personu skaits | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Krūts vēža skrīninga ietvaros izmeklētās personas (mamogrāfijas izmeklējums sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem) no kopējās mērķa populācijas (%) | 20,1 | 2010. | 30 | 50 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Dzemdes kakla vēža skrīninga ietvaros izmeklētās personas  (citoloģiskās uztriepes sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem) no kopējās mērķa populācijas (%) | 14 | 2010. | 30 | 50 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Kolorektālā vēža skrīninga ietvaros izmeklētās personas  (slēpto asiņu izmeklējums fēcēs pacientiem vecumā no 50 gadiem) no kopējās mērķa populācijas (%) | 7,5 | 2010. | 15 | 30 |
| ***Politikas definētais mērķis:* Uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību.** |
| **Politikas rezultāts C1:** Samazinājies mākslīgo abortu skaits | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Mākslīgo abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušajiem(avots: VEC) | 434,9 | 2009. | 350,0 | 250,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Mākslīgo abortu skaits sievietēm 15-17 gadu vecumā (uz 1000 atbilstošā vecuma sievietēm) (avots: VEC) | 6,1 | 2009. | 5,8 | 5,0 |
| **Politikas rezultāts C2:** Uzlabojusies grūtnieču aprūpe | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Grūtnieču īpatsvars, kuras stājušas grūtniecības uzskaitē līdz 12.grūtniecības nedēļai (%)(avots: VEC) | 88,4 | 2009. | 89 | 90 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Dzemdētāju bez antenatālās aprūpes īpatsvars (%) | 2,5 | 2009. | Mazāk kā 2 | Mazāk kā 1 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Perinatālā mirstība (uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem)(avots: VEC) | 8,3 | 2010. | 8,2 | 8,0 |
| **Politikas rezultāts C3:** Uzlabojas bērnu veselības stāvoklis | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Zīdaiņu mirstība (uz 1000 uz dzīvi dzimušiem)(avots: CSP) | 7,7 | 2009. | 6,7 | 6,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Bērnu (15 g.v.) īpatsvars, kuri savu veselības stāvokli novērtē kā labu (%)(avots: HBSC) | 76,4 | 2010. | 78 | 80 |
| **Darbības rezultāts C1:** Izstrādāts un īstenots plāns Mātes un bērna veselības uzlabošanai | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Smēķējošo grūtnieču īpatsvars (%)(avots: VEC) | 10 | 2009. | 9 | 8 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Zīdaiņu īpatsvars, kuri saņēmuši krūts barošanu līdz 6 mēn. vecumam (%)(avots: VEC) | 50,8 | 2009. | 52 | 55 |
| ***Politikas definētais mērķis:* Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi, samazināt traumatismu un mirstību no ārējiem nāves cēloņiem.** |
| **Politikas rezultāts D1:** Samazinājusies mirstība ārējo nāves cēloņu dēļ | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Vīriešu mirstība (uz 100000 iedzīvotāju)(avots: CSP) | 156,5 | 2010. | 150,0 | 140,0 |
| t.sk.no ceļu satiksmes negadījumiem | 17,3 | 2010. | 17,0 | 16,0 |
| t.sk. tīšs paškaitējums | 36,2 | 2010. | 36,0 | 35,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Sieviešu mirstība (uz 100000 iedzīvotāju)(avots: CSP) | 39,7 | 2010. | 39,5 | 38,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Bērnu mirstība (vecumā līdz 4 gadiem) (uz 100 000 iedzīvotāju)(avots: VEC) | 180,3 | 2009. | 177,9 | 175,0 |
| **Politikas rezultāts D2:** Samazinājies bērnu traumatisms | ***Rezultatīvais rādītājs:*** No stacionāriem izrakstīto bērnu vecumā 0-14 gadi skaits ar diagnozi ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas  (uz 100 000 iedzīvotājiem) | 1222,4 | 2009. | 1212,8 | 1203,1 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** No stacionāriem izrakstīto bērnu vecumā 15-17 gadi skaits ar diagnozi ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas  (uz 100 000 iedzīvotājiem) | 1765,5 | 2009. | 1730 | 1694,2 |
| **Darbības rezultāts D1:** Izstrādāts un īstenots Bērnu traumatisma rīcības plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Bērnu sēdeklīšus lietojošo iedzīvotāju īpatsvars (%) (avots: FINBALT) | 40,5 | 2008. | 45 | 50 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Aizsargķiveres (braucot ar velosipēdu un skrituļojot) lietojošo bērnu īpatsvars (%) | 19,4 | 2010. | 25 | 30 |
| **Darbības rezultāts D2:** Izstrādāts un īstenots Pamatnostādņu „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanai” īstenošanas plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Iedzīvotāju īpatsvars, kuriem ir bijušas sūdzības par depresiju pēdējā gada laikā (avots: FINBALT) | 26,9 | 2010. | 25 | 23 |
| t.sk. vīriešiem | 24,9 | 2010. | 23 | 21 |
| t.sk. sievietēm | 28,8 | 2010. | 26 | 23 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Skolēnu īpatsvars, kuriem ir bijušas suicidālas tieksmes (%)(avots: ESPAD) | 12 | 2007. | 11 | 10 |
| t.sk. zēni | 8 | 2007. | 7 | 6 |
| t.sk. meitenes | 15 | 2007. | 14 | 13 |
| ***Politikas definētais mērķis:* Samazināt iedzīvotāju saslimstību ar infekcijas slimībām.** |
| **Politikas rezultāts E1:** Samazinājusies saslimstība ar infekcijas slimībām | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Saslimstība ar TB uz 100 000 iedzīvotāju(avots: CSP) | 37,0 | 2010. | 36,6 | 36,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Saslimstība ar HIV uz 100 000 iedzīvotāju (avots: LIC) | 12,2 | 2009. | 11,5 | 11,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Vietējās izcelsmes masalu, masaliņu un poliomielīta gadījumu skaits | 1 | 2009. | 0 | 0 |
| **Darbības rezultāts E1:** Izstrādāts un īstenots Imunizācijas valsts plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Zīdaiņu vakcinācijas līmenis pret difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu, poliomielītu (DTP-IPV3) (%)(avots: LIC) | 88,5 | 2010. | 95 un vairāk | 95 un vairāk |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Bērnu vakcinācijas līmenis pret masalām, masaliņām un epidēmisko parotītu (MPR1) (%)(avots: LIC) | 92,9 | 2009. | 95 un vairāk | 95 un vairāk |
| **Darbības rezultāts E2:** Izstrādāts un īstenots tuberkulozes izplatības ierobežošanas plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** MDR-TB proporcija starp jaunajiem un iepriekš ārstētajiem TB gadījumiem (%)(avots: LIC) | 13 un 30 | 2010. | 13 un 28 | 13 un 26 |
| **Darbības rezultāts E3:** Izstrādāts cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Riska grupām veikto HIV eksprestestu un pirms/pēc testa konsultāciju skaits(avots: LIC) | 1418 | 2010. | >1700 (20% un vairāk pieaugums | >2040 (20% un vairāk pieaugums) |
| **Darbības rezultāts E4:** Izstrādāts un īstenots infekcijas slimību profilakses un izplatības ierobežošanas rīcības plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Ģimenes ārstu īpatsvars (%), no kuriem trīs gadu laikā ir saņemti steidzamie paziņojumi par infekcijas slimībām (avots: LIC) | 80 | 2010. | 90 un vairāk | 95 un vairāk |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Noskaidrotas etioloģijas akūtu zarnu infekciju īpatsvars (%) kopējā akūtu zarnu infekciju struktūrā(avots: LIC) | 63 | 2009. | 70 un vairāk | 75 un vairāk |
| ***Politikas definētais mērķis:* nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.** |
| **Politikas rezultāts F1:** Sabalansēta publiskā un privātā finansējuma proporcija veselības nozarei | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Publiskais finansējums veselības nozarei (% no IKP)\* | 3,87 | 2010. | 4,5 | 5,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Mājsaimniecību tiešo maksājumu īpatsvars no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem (%)(avots: Eurostat) | 39,3 | 2010. | 30 | 30 |
| **Politikas rezultāts F2:** Palielinās pacientu ārstēšanās ambulatorajā sektorā | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Ambulatoro apmeklējumu skaits pie primārās veselības ārsta vienam pacientam gadā par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem | 2,9 | 2009. | 3,1 | 3,2 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Vidējais gultdienu skaits uz 1 pacientu (visi stacionāri, visi profili) | 8,51 | 2009. | 6,5 | 6,5 |
| **Darbības rezultāts F1:** Izstrādāts un īstenots veselības aprūpes sistēmas attīstības plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Akūto gultu skaits slimnīcās (uz 100 000 iedzīvotāju)(avots: VEC) | 427,5 | 2009. | 400 | 350 |
| **Darbības rezultāts F2:** Izstrādāts un īstenots Veselības aprūpes sistēmas cilvēkresursu attīstības plāns | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju (bez zobārstiem, ar stažieriem un rezidentiem) | 31,3 | 2009. | 30,0 | 30,0 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Ģimenes ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju | 5,7 | 2009. | 5,8 | 6 |
| ***Rezultatīvais rādītājs:*** Māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju | 45,1 | 2009. | 50 | 60 |
| **Darbības rezultāts F3:** Izstrādāti kvalitātes kritēriji stacionārajām ārstniecības iestādēm | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Normatīvajos aktos noteikti kvalitātes kritēriji stacionārajām ārstniecības iestādēm | - | 2010. | X | X |
| **Darbības rezultāts F4:** Izstrādātas vadlīnijas un kvalitātes kritēriji farmaceitu darba novērtējumam | ***Rezultatīvais rādītājs:*** Normatīvajos aktos noteikti kvalitātes kritēriji farmaceitu darba novērtējumam | - | 2010. | X | X |

\* Rādītājs var tikt ietekmēts atkarībā no piešķirtā valsts budžeta finansējuma.

6.Turpmākā rīcība

|  |
| --- |
| **Pamatnostādnēs definētais politikas mērķis: Pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību.** |
| **Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis:** Novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu visiem Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas uz veselību. |
| **1.** | **Rīcības virziens: Partnerības un starpnozaru sadarbības nodrošināšana, veicinot vienlīdzīgas veselības iespējas visiem iedzīvotājiem** |
|  | **Uzdevumi/ galvenie pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai** | **Izpildes termiņš** | **Atbildīgā institūcija** | **Iesaistītās institūcijas** | **Paredzētais finansējums un tā avoti** |
| 1.1. | Sadarboties ar sabiedrības viedokļa veidotājiem, tai skaitā, masu informācijas līdzekļu žurnālistiem un redaktoriem, lai plašāk informētu iedzīvotājus par sabiedrības veselības jautājumiem | pastāvīgi | VM | VI, Latvijas Ārstu biedrība, Latvijas Diabēta federācija, profesionālās asociācijas, Māmiņu kluba mediji | Visā laika periodā pasākums tiks nodrošināts kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros: 2011.gadā atbilstoši apstiprinātajam budžetam, 2012.-2014.g. atbilstoši apstiprinātai budžeta bāzei, 2015.-2017.g. tādā pašā apmērā.Pasākuma nodrošināšanai budžetā ir paredzēti finanšu līdzekļi ***32 912 latu*** apmērā (paredzētā finansējuma atšifrējumu skat. 2.pielikumā). |
| 1.2. | Apzināt mehānismus, kā nodrošināt efektīvu sabiedrības informēšanu, sagatavot un iesniegt VM informāciju par metodēm sabiedrības informēšanai un tam nepieciešamā finansējuma aprēķinus | 01.07.2014. | VEC | VM, Veselības nozares stratēģiskā padome, Galveno speciālistu institūcija, Latvijas Ārstu biedrība | 2014.gadā būs nepieciešami ***papildus*** līdzekļi no dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem ārpakalpojuma pirkšanai par situācijas izpēti un ieteikumu izstrādi par kopējo summu ***20 000 lati*** (papildus nepieciešamā finansējuma atšifrējumu skat. 2.pielikumā). |
| 1.3. | Izveidot darba grupu pētījumu apzināšanai un koordinācijai sabiedrības veselības jomā | 31.12.2011. | VM | RSU, IZM | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu 2011.gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 1.4. | Sadarbībā ar citām nozarēm veidot ikgadēju sabiedrības veselības komunikāciju plānu | Ik gadu līdz 1.aprīlim | VM | IZM, ZM, EM, SaM, VARAM | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 1.5. | Izstrādāt vadlīnijas par veselības veicināšanas pasākumiem pašvaldībās | 31.12.2011. | VM | Pašvaldības, LPS | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu 2011.gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 1.6. | Veikt sabiedrības veselības monitoringu, tajā skaitā uzturot sabiedrības veselības monitoringu un ziņošanas sistēmu (SVMZS) | pastāvīgi | VEC | VM, pašvaldības, augstskolas | 2011.-2013.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros.2014.gadā Veselības ekonomikas centram būs nepieciešams ***papildus*** finansējums vienas štata vietas nodrošināšanai ***11 260 latu*** apmērā (papildus finansējuma atšifrējums 2.pielikumā). Līdz ar to 2014.gadā pavisam būs nepieciešams finansējums ***35 785 latu*** apmērā, tai skaitā:Atlīdzība (1000) – 34 785 lati; Atalgojums (1100) – 28 032 lati; VSAOI (1200) – 6 753 lati;Kapitālie izdevumi (5000) – 1 000 lati.2015.-2017.gadā pavisam būs nepieciešams finansējums ***34 785 latu*** (tai skaitā ***papildus*** 1štata vietas nodrošināšanai ***11 260 latu***), tai skaitā: Atlīdzība (1000) – 34 785 lati; Atalgojums (1100) – 28 032 lati; VSAOI (1200) – 6 753 lati.1 papildus štata vietas nodrošināšanai 2014.gadā - 11 260 latu apmērā un 2015.-2017.gadā - 10 260 latu būs nepieciešams papildus finansējums no dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem. |
| 1.7. |  Īstenot mērķa grupu izglītošanai veltītus veselības informēšanas pasākumus, t.sk., ņemot vērā dzimumu atšķirības un izstrādājot vīriešu un sieviešu mērķauditorijai paredzētus informatīvus materiālus.  | No 2014.gada pastāvīgi | VM | Latvijas Diabēta federācija, Latvijas Osteoporozes un Kaulu metabolo slimību asociācija, Latvijas Sabiedrības veselības fonds | 2014.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu paredzēto līdzekļu ietvaros.2015.gadā būs nepieciešami ***papildus*** līdzekļi no dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem budžeta programmas 01.00.00 „Nozares vadība” apakšprogrammā 01.01.00 „Veselības aprūpes centrālā vadība” – ***2 250 latu*** apmērā, tai skaitā: Preces un pakalpojumi (2000) – 2 250 lati.Materiālu izstrāde 80 ekspertstundas – 250 lati. Materiālu druka (10 000 eksemplāru) - 2 000 lati. |
| **Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis:** Samazināt saslimstību un mirstību no neinfekcijas slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību. |
| **2.** | **Rīcības virziens: Neinfekcijas slimību riska faktoru mazināšana**  |
| 2.1. | Izstrādāt „Pamatnostādņu „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanai” īstenošanas plānu” | 01.02.2012. | VM | TM, Latvijas Ārstu biedrība,Latvijas Psihoterapeitu asociācija, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija | 2012.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 2.2. | Īstenot izglītojošus pasākumus visa vecuma iedzīvotājiem, ņemot vērā dzimumu atšķirības, par fizisko aktivitāšu un veselīga uztura lomu veselības saglabāšanā, par higiēnas nozīmi un atkarības vielu lietošanas ietekmi uz veselību | No 2014.gada pastāvīgi | VM | Pašvaldības, Latvijas Diētas un Uztura Speciālistu Asociācija, Latvijas Endokrinologu asociācija, LPUF, Latvijas Osteoporozes un Kaulu metabolo slimību asociācija, Latvijas narkomānijas un žūpības apkarošanas fonds | 2014.-2017.gadā pasākuma nodrošināšanai būs nepieciešami finanšu līdzekļi ***24 942 latu*** apmērā, tai skaitā papildus līdzekļi no dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem budžeta programmas 01.00.00 „Nozares vadība” apakšprogrammā 01.01.00 „Veselības aprūpes centrālā vadība – ***11 350 latu*** apmērā (papildus finansējuma atšifrējumu skat. 2.pielikumā).2014.-2017.gadā ***papildus 11 350 lati*** sadalījumā pa izdevumu kodiem atbilstoši ekonomiskajām kategorijām:Atlīdzība (1000) – 9 098 lati; Atalgojums (1100) – 7 332 lati; VSAOI (1200) – 1 766 lati.Preces un pakalpojumi (2000) – 2 252 lati. |
| 2.3. | Izstrādāt plānu „Veselīgs uzturs”  | 31.12.2013. | VM | IZM, ZM, LM, LPS, LUSB, LDUSA, LPUF, Pārtikas nozares padome, biedrība „Slow Food Rīga” u.c. NVO | 2011.-2013.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 2.4. | Atbalstīt programmas „5 dienā” (jeb 5 augļu un dārzeņu porcijas dienā)[[172]](#footnote-172) ieviešanu Latvijā, palielinot augļu un dārzeņu patēriņu uzturā | pastāvīgi | VM | LĀB, LPUF | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 2.5. | Izstrādāt Sporta politikas pamatnostādnes 2013.-2020. gadam  | 31.12.2012. | IZM | VM, SMVA, pašvaldības, LPS, NVO, Latvijas Osteoporozes un Kaulu metabolo slimību asociācija | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 2.6. | Izstrādāt Alkoholisko dzērienu lietošanas ierobežošanas rīcības plānu | 30.12.2011. | VM | VEC, ZM, EM, FM, LPUF,Biedrība „Tabakas un alkohola kontroles Latvijas nacionālā koalīcija u.c. NVO | 2011.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 2.7. | Izstrādāt Tabakas izstrādājumu lietošanas ierobežošanas rīcības plānu  | 30.12.2013. | VM | VEC, EM, biedrība „Tabakas un alkohola kontroles Latvijas nacionālā koalīcija” | 2012.-2013.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 2.8. | Izstrādāt normatīvo regulējumu par uztura normām slēgta tipa sabiedriskās ēdināšanas uzņēmumos | 31.12.2011. | VM | Latvijas Diētas un Uztura Speciālistu Asociācija, LUSB | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 2.9. | Turpināt īstenot „Skolas piena” programmu, paredzot pirmsskolas un vispārējās izglītības iestāžu skolēniem saņemt piena produktus ES atbalsta programmu ietvaros  | pastāvīgi | ZM | LAD, IZM, VM | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros un ES budžeta ietvaros. |
| 2.10. | Turpināt īstenot programmu skolu apgādei ar augļiem un dārzeņiem, paredzot iespēju vispārējās izglītības iestāžu skolēniem saņemt svaigus, integrēti audzētus augļus un dārzeņus ES atbalsta programmas ietvaros | pastāvīgi | ZM | LAD, IZM, VM | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros un ES budžeta ietvaros. |
| 2.11. | Izstrādāt normatīvo regulējumu enerģētisko dzērienu definēšanai | 01.06.2012. | ZM | VM, LPUF | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 2.12. | Nodrošināt ES normatīvo aktu pārņemšanu un ieviešanu e-cigarešu un jebkuru citu izstrādājumu, kas paredzēti kā aizstājēji tabakas izstrādājumiem (izņemot medicīniskās ierīces), izplatīšanas regulēšanai | 31.12.2013. | VM | VEC | 2012.-2013.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 2.13. | Veikt pētniecību par neinfekcijas slimību riska faktoriem | pastāvīgi | VEC | PVO, pašvaldības, augstskolas, Latvijas Sabiedrības veselības fonds | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 2.14. | Veikt ārstniecības personu (ģimenes ārstu, neirologu) informēšanu par arodslimības izraisošajiem faktoriem un arodslimību savlaicīgu diagnostiku | No 01.07.2012. | VM, LM | Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, RSU DDVVI | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| **Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis:** Uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību. |
| **3.** | **Rīcības virziens: Grūtnieču un bērnu veselības uzlabošana**  |
| 3.1. | Izstrādāt rīcības plānu mātes un bērna veselības veicināšanai un uzlabošanai  | 30.12.2012. | VM | LM, TM | Pasākums tiks realizēts 2012.gadam apstiprinātā bāzes finansējuma ietvaros (finansējuma atšifrējumu skat. 2.pielikumā). |
| 3.2. | Īstenot izglītojošus pasākumus vecākiem par atkarību izraisošo vielu kaitīgo ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību, par veselīgu uzturu bērniem, bērnu norūdīšanu, fiziskām aktivitātēm un drošību. | pastāvīgi | VM | IZM, NVO, plašsaziņas līdzekļi, Māmiņu Kluba mediji, Biedrība „Tabakas un alkohola kontroles Latvijas nacionālā koalīcija”, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija, LPUF | 2012.-2017.gadā pasākuma nodrošināšanai ir paredzēti finanšu līdzekļi ***11 479 latu*** apmērā (finansējuma atšifrējumu skat. 2.pielikumā).2014.-2017.gadā būs nepieciešami ***papildus*** līdzekļi no dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem budžeta programmas 01.00.00 „Nozares vadība” apakšprogrammā 01.01.00 „Veselības aprūpes centrālā vadība” – ***2 000 latu*** apmērā, sadalījumā pa izdevumu kodiem atbilstoši ekonomiskajām kategorijām:Preces un pakalpojumi (2000) – 2 000 lati.Informatīvi izglītojošu pasākumu organizēšana par ar ģimenes veselību saistītām tēmām, tai skaitā: lekcijas, diskusiju grupas, veselības nedēļas, apaļā galda diskusiju organizēšana. 6 līdz 10 pasākumi (1 pasākuma vidējās izmaksas no 200 latiem līdz 300 latiem).8 pasākumi \* 250 lati = 2 000 lati. |
| 3.3. | Ņemot vērā dzimumu atšķirības, nodrošināt pusaudžu izglītošanu par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem  | pastāvīgi | VM | Latvijas ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācija„Papardes zieds” | 2011.-2013.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. 2011.-2017.gadā pasākuma nodrošināšanai ir paredzēti finanšu līdzekļi ***16 021 latu*** apmērā (finansējuma atšifrējumu skat. 2.pielikumā).2014.-2017.gadā būs nepieciešami ***papildus*** līdzekļi no dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem budžeta programmas 01.00.00 „Nozares vadība” apakšprogrammā 01.01.00 „Veselības aprūpes centrālā vadība”– ***2 000 latu*** apmērā, tai skaitā: Preces un pakalpojumi (2000 kods) – 2 000 lati.8 semināru un diskusiju grupu organizēšana jauniešiem (viena semināra organizēšanas vidējās izmaksas 250 lati). |
| 3.4. | Sagatavot informatīvu ziņojumu par neauglības problēmām Latvijā, apzinot esošo situāciju un sniedzot priekšlikumus situācijas uzlabošanai | 30.12.2012. | VM | VNC | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| **Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis:** Veicināt veselīgu un drošu dzīves un darba vidi, samazināt traumatismu un mirstību no ārējiem nāves cēloņiem. |
| **4.** | **Rīcības virziens: Traumatisma un vides risku mazināšana** |
| 4.1. | Izstrādāt Bērnu traumatisma profilakses rīcības plānu  | 31.12.2014. | VM | LM, IZM, SAM, RSU Sabiedrības veselības fakultāte, Galveno speciālistu institūcija, LPS, vecāku sabiedriskās organizācijas | 2012.gadā pasākums tiks realizēts budžeta programmas 01.00.00 „Nozares vadība” apakšprogrammā 01.01.00 „Veselības aprūpes centrālā vadība” esošo līdzekļu ietvaros. 2012.gadā paredzētā finansējuma ***10 224 latu*** apmērā sadalījums pa izdevumu kodiem atbilstoši ekonomiskajām kategorijām:Atlīdzība (1000) – 9 672 lati; Atalgojums (1100) – 7 794 lati; VSAOI (1200) – 1 878 lati;Preces un pakalpojumi (2000) – 552 lati. |
| 4.2. | Organizēt sezonālus sabiedrības izglītošanai veltītas pasākumus un satiksmes drošības kampaņas, pastiprinātu uzmanību pievēršot mazāk aizsargātajiem ceļu satiksmes dalībniekiem, kā arī ņemot vērā dzimumu atšķirības  | pastāvīgi | CSDD, VPVM | IeM, NMPD, SMVA | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 4.3. | Veicināt pirmsskolas un vispārējās izglītības iestāžu skolēnu zināšanas un prasmes par personisko drošību un veselīgu dzīvesveidu  | pastāvīgi | IZM | VISC | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 4.4. | Veikt efektīvu preču un pakalpojumu tirgus uzraudzību, lai nodrošinātu tikai drošu preču un pakalpojumu pieejamību patērētājiem  | pastāvīgi. | PTAC, VI | EM, VM | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 4.5.  | Veikt sabiedrības informēšanu par gaisa, dzeramā ūdens un peldūdens piesārņojuma negatīvo ietekmi uz veselību un tā novēršanas individuālām iespējām  | pastāvīgi | VI  | VM, VARAM | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 4.6. | Sagatavot priekšlikumus pārsniegtā trokšņa līmeņa samazināšanai vietās,  kur tas traucē iedzīvotāju darbam, dzīvei un atpūtai | 01.01.2014. | VI, VM, VARAM | NVO, pašvaldības, SaM | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 4.7. | Izvērtējot pētniecības projektu pieteikumus vai dodot atzinumu par tiem, prioritāri atbalstīt tos projektus, kuri paredz pētīt vides faktoru ietekmi uz veselību | pastāvīgi | VM | VARAM | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 4.8. | Informēt ārstniecības iestādes par rīcību ar medicīniskajiem atkritumiem un to pareizu apsaimniekošanu  | pastāvīgi | VM | VNC, VARAM | Likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| **Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis:** Samazināt iedzīvotāju saslimstību ar infekcijas slimībām. |
| **5.** | **Rīcības virziens: Infekcijas slimību profilakse** |
| 5.1. | Izstrādāt infekcijas slimību izplatības ierobežošanas plānu  | 30.06.2012. | VM | TM, LIC, PVO, pašvaldības un LPS | 2012.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 5.2. | Izstrādāt Imunizācijas valsts plānu | 31.12.2011. | VM | LIC | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 5.3. | Izstrādāt cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas plānu 2014.-2016.gadam | 31.12.2013. | VM | TM, LIC, Apvienība „HIV.LV”, pašvaldības un LPS | 2013.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 5.4. | Izstrādāt tuberkulozes izplatības ierobežošanas plānu  | 31.12.2011. | VM | TM, LIC | 2011.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| **Pamatnostādnēs definētais apakšmērķis:** Nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem. |
| **6.** | **Rīcības virziens: Kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana, nodrošinot pakalpojumu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem.** |
| **6.1.** | **Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana un resursu attīstība** |
| 6.1.1. | Izstrādāt veselības aprūpes sistēmas attīstības plānu  | 31.12.2012. | VM | VEC, VNC, LPS, pašvaldības | 2012.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 6.1.2. | Izstrādāt plānu par cilvēkresursu attīstību veselības aprūpē  | 31.10.2011. | VM | VEC, VNC | 2011.gadā pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros (skat. 2.pielikumu). |
| 6.1.3. | Otras māsas iesaiste ģimenes ārsta praksē, nodrošinot, ka māsa patstāvīgi pieņem pacientus | 31.12.2013. | VM  | VNC | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.1.4. | Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana slimnīcās, kuras nodrošina normatīvajos aktos noteikto cilvēkresursu apjomu un kvantitatīvo kritēriju izpildi | 31.12.2014. | VM | VNC, VEC, pašvaldības  | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.1.5. | Slimnīcu finansēšanas mehānisma izveide, lai nodrošinātu, ka slimnīcām novirzāmā finansējuma apjoms mainās atkarībā no noteikto prasību (darba kvalitātes un izmaksu efektivitātes) izpildes | 31.12.2013. | VM | VNC, VEC | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.1. 6. | Aprūpes slimnīcu (gultu) tīkla attīstība un ilgtermiņa aprūpes nodrošināšana pacientiem | 31.12.2014. | VEC | VM, LPS, pašvaldības | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.1.7. | Attīstīt ambulatoro aprūpi un mazināt pacientu uzturēšanos slimnīcā, palielinot Dienas stacionāru darbības un sniegto pakalpojumu izmaksu efektivitāti  | 31.12.2014. | VM | VNC, VEC | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.1.8. | Izstrādāt un ieviest kvalitātes kritērijus stacionārajām ārstniecības iestādēm, veicot grozījumus normatīvajos aktos  | 01.01.2013. | VM | VEC | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.1.9. | Sagatavot grozījumus normatīvajos aktos, nosakot ieslodzīto tiesības saņemt kompensējamos medikamentus un Tieslietu ministrijas pienākumu segt pacienta iemaksu par ieslodzīto veselības aprūpi | 01.10.2011. | TM | VM | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| **6.2.** | **Farmācija** |
| 6.2.1. | Zāļu kompensācijas sistēmas attīstība, iekļaujot jaunas diagnozes un zāles | 01.10.2014. | VEC | ZVA | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.2.2. | Izstrādāt farmaceitiskās aprūpes pieejamības un kvalitātes novērtēšanas kritērijus | 31.12.2012. | LFB | VEC, PTAC | LFB budžeta līdzekļu ietvaros. |
| 6.2.3. | Sagatavot grozījumus normatīvajos aktos, nosakot kvalitātes kritērijus farmaceitu darba novērtējumam | 31.12.2013. | VM |  | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.2.4. | Informēt sabiedrību par racionālu zāļu lietošanu | No 2012.gada pastāvīgi | VEC | ZVA | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |
| 6.2.5. | Stingrāk uzraudzīt zāļu, medicīnas ierīču un uztura bagātinātāju reklāmu | pastāvīgi | ZVA, PTAC | Latvijas Reklāmas asociācija, LFB un ražotāju Ētikas komisijas | Pasākums tiks nodrošināts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros. |

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 2014.gadā un gala ziņojumu par Pamatnostādņu īstenošanu 2018.gadā. Nepieciešamības gadījumā Veselības ministrija var sagatavot grozījumus Pamatnostādnēs un iesniegt tos izskatīšanai Ministru kabinetā.

Veselības ministrs J. Bārzdiņš

01.09.2011 14:57

22665

S. Terela

67876081, sanda.terela@vm.gov.lv

1. „Taisnīgums un solidaritāte veselības jomā” Sabiedrības veselības stratēģijas 2.mērķa sasniegšanas ziņojums, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008 [↑](#footnote-ref-1)
2. „Zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu veselība” Sabiedrības veselības stratēģijas 3.mērķa sasniegšanas ziņojums, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008. [↑](#footnote-ref-2)
3. „Skolas vecuma bērnu un pusaudžu veselība” Sabiedrības veselības stratēģijas 4.mērķa sasniegšanas ziņojums, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008. [↑](#footnote-ref-3)
4. „Pieaugušo veselība, veselīgas un aktīvas vecumdienas” Sabiedrības veselības stratēģijas 5.mērķa sasniegšanas ziņojums, VEC, 2009 [↑](#footnote-ref-4)
5. „Neinfekcijas slimību izplatības samazināšana” Sabiedrības veselības stratēģijas 8.mērķa atsevišķu apakšmērķu sasniegšanas izvērtējums, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2007. [↑](#footnote-ref-5)
6. „Vardarbības un nelaimes gadījumu izraisītie veselības traucējumi” Sabiedrības veselības stratēģijas 10.mērķa sasniegšanas ziņojums, VEC, 2009 [↑](#footnote-ref-6)
7. Apstiprināta 2010.gada 10.jūnija Saeimas sēdē (Latvijas Vēstnesis nr.101, 29.06.2010.). [↑](#footnote-ref-7)
8. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2008.gada 18.jūnija rīkojumu Nr.343; [↑](#footnote-ref-8)
9. Apstiprināts ar Ministru kabineta 2006.gada 19.jūlija rīkojumus Nr.541; [↑](#footnote-ref-9)
10. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 18.februāra rīkojumu Nr.65 [↑](#footnote-ref-10)
11. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2008.gada 17.aprīļa rīkojumu Nr.213 [↑](#footnote-ref-11)
12. Apstiprināts ar Ministru kabineta 2010.gada 9.jūnija rīkojumu Nr.324 [↑](#footnote-ref-12)
13. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 14.marta rīkojumu Nr.98 [↑](#footnote-ref-13)
14. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2006.gada 27.septembra rīkojumu Nr.742; [↑](#footnote-ref-14)
15. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra rīkojumu Nr.838; [↑](#footnote-ref-15)
16. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2009.gada 27.augusta rīkojumu Nr.589; [↑](#footnote-ref-16)
17. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2007.gada 13.aprīļa rīkojumu Nr.209; [↑](#footnote-ref-17)
18. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2009.gada 31.jūlija rīkojumu Nr.517 [↑](#footnote-ref-18)
19. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2010.gada 24.februāra rīkojumu Nr.115 [↑](#footnote-ref-19)
20. Sabiedrības veselības stratēģija (MK 06.03.2001.sēde) [↑](#footnote-ref-20)
21. PVO *European Health for all* datu bāze [↑](#footnote-ref-21)
22. CSP dati [↑](#footnote-ref-22)
23. PVO *European Health for all* datu bāze, 2008. gada dati [↑](#footnote-ref-23)
24. „Paredzamā mūža ilguma atšķirības sievietēm un vīriešiem”. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, Rīga, 2007. [↑](#footnote-ref-24)
25. Latvia From Exuberance to Prudence (A Public Expenditure Review of Government Administration and the Social Sector), Europe and Central Asia Regional Office Human Development Department, 2010 [↑](#footnote-ref-25)
26. EU-SILC apsekojums 2010, CSP, 2011. [↑](#footnote-ref-26)
27. CSP dati [↑](#footnote-ref-27)
28. Taisnīgums un solidaritāte. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008. [↑](#footnote-ref-28)
29. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-29)
30. PVO, Veselību visiem politikas pamatnostādnes PVO Eiropas reģionam „Veselība -21”, 1999 [↑](#footnote-ref-30)
31. Nabadzības riska indekss - iedzīvotāju īpatsvars (procentos) zem nabadzības riska sliekšņa, kas noteikts kā 60% no rīcībā esošo ienākumu mediānas pārrēķinātas uz ekvivalento patērētāju. Nabadzības riska slieksnis Latvijā 2008.gadā bija 2295 Ls gadā 1 personas mājsaimniecībā un 4819 Ls gadā mājsaimniecībā, kurā ir 2 pieaugušie un 2 bērni, kas jaunāki par 14 gadiem. Dati ir sniegti ar atsauci uz ienākuma pārskata gadu. [↑](#footnote-ref-31)
32. Access to health care and the financial burdes of out-of-pocket health payments in Latvia. WHO, 2009. [↑](#footnote-ref-32)
33. Pētījums „Iedzīvotāju apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas iespējām”, Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra, 2008. [↑](#footnote-ref-33)
34. G. Briģis „Iedzīvotāju veselības apsekojuma analīze”, 2008. [↑](#footnote-ref-34)
35. VEC Latvijas iedzīvotāju Nāves cēloņu datu bāze [↑](#footnote-ref-35)
36. PVO Health For All datu bāze [↑](#footnote-ref-36)
37. Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2009, VEC, 2010 [↑](#footnote-ref-37)
38. VEC dati [↑](#footnote-ref-38)
39. „Latvijas iedzīvotāju kardiovaskulāro un citu neinfekcijas slimību riska faktoru šķērsgriezuma epidemioloģisks pētījums” (1.ziņojums) Latvijas Ārsts, sept. 2010. [↑](#footnote-ref-39)
40. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-40)
41. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 countries, EuropeanJ.Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2009, 16,2,121-137 [↑](#footnote-ref-41)
42. CSP dati [↑](#footnote-ref-42)
43. Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” [↑](#footnote-ref-43)
44. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2009.gada 29.janvāra rīkojumu Nr.48 [↑](#footnote-ref-44)
45. VEC dati [↑](#footnote-ref-45)
46. VEC dati [↑](#footnote-ref-46)
47. VEC dati [↑](#footnote-ref-47)
48. WHO Regional Office for Europe, Mental Health facing the challenge, building solutions, Report from the European Ministerial Conference, Copenhagen, 2005 [↑](#footnote-ref-48)
49. VEC dati [↑](#footnote-ref-49)
50. Garīgā veselība Latvijā 2009. gadā, tematiskais ziņojums, VEC, 2010 [↑](#footnote-ref-50)
51. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010 [↑](#footnote-ref-51)
52. Velika B. u.c., Veselība un psihosociālā labklājība skolas vecuma bērniem Latvijā, HBSC, Rīga, 2008 [↑](#footnote-ref-52)
53. Koroļeva I. u.c., Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū, ESPAD, Rīga, 2008 [↑](#footnote-ref-53)
54. CSP dati [↑](#footnote-ref-54)
55. Taube M, Damberga I, Pašnāvības Latvijā – situācija, perspektīvas, risinājumi, ziņojums par situāciju, Rīga, 2009 [↑](#footnote-ref-55)
56. CSP dati [↑](#footnote-ref-56)
57. Erdmane A, Leimane-Veldmeijere I, Muciņš R, Veits U., Ziņojums par Pasaules Veselības organizācijas garīgās veselības deklarācijas un rīcības plāna ieviešanu Latvijā, Rīga, 2009 [↑](#footnote-ref-57)
58. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2008.gada 6.augusta rīkojumu Nr.468 [↑](#footnote-ref-58)
59. „Sabiedrības veselības analīze Latvijā 2006”. Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra, Rīga, 2007. [↑](#footnote-ref-59)
60. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., VEC, 2010 [↑](#footnote-ref-60)
61. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 [↑](#footnote-ref-61)
62. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-62)
63. Latvijas iedzīvotāju visaptverošais pārtikas patēriņa pētījums 2007-2009., Nacionālais diagnostikas centrs, PVD Pārtikas centrs, Rīga, 2009. [↑](#footnote-ref-63)
64. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-64)
65. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-65)
66. Uztura paradumi un ķermeņa masa skolas vecuma bērniem Latvijā, Rīga, 2007. [↑](#footnote-ref-66)
67. Bērnu antropometrisko paradumu un skolu vides pētījums Latvijā, Rīga, 2008 [↑](#footnote-ref-67)
68. 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 pirmsskolas izglītības programmas”” [↑](#footnote-ref-68)
69. Ministru kabineta 2010.gada 28.decembra noteikumi Nr.1206 „Kārtība, kādā aprēķina, piešķir un izlieto valsts budžeta līdzekļus pašvaldībām pamatizglītības iestādes skolēnu ēdināšanai” [↑](#footnote-ref-69)
70. Bērnu antropometrisko paradumu un skolu vides pētījums Latvijā, Rīga, 2008 [↑](#footnote-ref-70)
71. „The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response” WHO, 2007 [↑](#footnote-ref-71)
72. Health and food, Special Eurobarometer, November 2006 [↑](#footnote-ref-72)
73. „The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response” WHO, 2007 [↑](#footnote-ref-73)
74. Fiziskā aktivitāte un sēdošs dzīvesveids skolas vecuma bērniem Latvijā, Veselības veicināšanas valsts aģentūra [↑](#footnote-ref-74)
75. VEC dati [↑](#footnote-ref-75)
76. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-76)
77. Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 [↑](#footnote-ref-77)
78. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010 [↑](#footnote-ref-78)
79. Latvijas iedzīvotāju sportošanas paradumi, SKDS, 2007. [↑](#footnote-ref-79)
80. Survey on Sport and Physical Activity, Special Eurobarometer, March 2010 [↑](#footnote-ref-80)
81. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010 [↑](#footnote-ref-81)
82. „Fiziskā aktivitāte un sēdošs dzīvesveids skolas vecuma bērniem Latvijā”. Veselības veicināšanas valsts aģentūra. [↑](#footnote-ref-82)
83. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra rīkojumu Nr.838 [↑](#footnote-ref-83)
84. „Smēķēšanas un alkohola lietošanas izplatība skolas vecuma bērniem Latvijā 1991.-2006.” v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, Rīga, 2008. [↑](#footnote-ref-84)
85. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-85)
86. FINBALT veselības monitoringa dati 1998.-2008. [↑](#footnote-ref-86)
87. Projekts „HEM – Novērst atšķirības starp Eiropas Savienības iedzīvotājiem”. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”. [↑](#footnote-ref-87)
88. „Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums 2007.gada aptauja Latvijā”. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2007 [↑](#footnote-ref-88)
89. Likums „Par tabakas izstrādājumu realizācijas, reklāmas un lietošanas ierobežošanu” [↑](#footnote-ref-89)
90. Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums 2007.gada aptauja Latvijā”. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2007. [↑](#footnote-ref-90)
91. „Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums 2007.gada aptauja Latvijā”. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2007. [↑](#footnote-ref-91)
92. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-92)
93. Global Health Professional Student Survey (GHPSS), WHO, 2009 [↑](#footnote-ref-93)
94. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-94)
95. „Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2009.gadā”. VEC, 2010. [↑](#footnote-ref-95)
96. „EU citizens’ attitudes towards alcohol”. Special Eurobarometer 331, 2010. [↑](#footnote-ref-96)
97. „Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2009.gadā”. VEC, 2010. [↑](#footnote-ref-97)
98. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-98)
99. CSP dati [↑](#footnote-ref-99)
100. „Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2009.gadā”. VEC, 2010. [↑](#footnote-ref-100)
101. Riska un aizsargājošo faktoru ietekme uz atkarību izraisošo vielu lietošanu. Ziņojums par pētījuma rezultātiem Rīgā. Rīga; Rīgas atkarības profilakses centrs, 2007. [↑](#footnote-ref-101)
102. VEC,AIPAP aktuāla informācija par atkarības problēmāmhttp://www.vec.gov.lv/docs/new2010/e-zurnals\_AIPAP\_Nr.1-2010\_v08052010.pdf [↑](#footnote-ref-102)
103. „Narkotiku lietošanas izplatība ieslodzījuma vietās Latvijā”, VEC, SIA „Socioloģisko pētījumu institūts”, 2010. [↑](#footnote-ref-103)
104. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 14.marta rīkojumu Nr.98 [↑](#footnote-ref-104)
105. Iedzīvotāju reproduktīvā veselība. Pārskats par situāciju Latvijā (1997-2003) [↑](#footnote-ref-105)
106. Inequalities in young people’s health. HBSC International report from the 2005/2006 survey, WHO 2008 [↑](#footnote-ref-106)
107. Iedzīvotāju reproduktīvā veselība. Vērtējums un ieteikumi, Rīga, 1998 [↑](#footnote-ref-107)
108. VEC dati [↑](#footnote-ref-108)
109. Vidējais bērnu skaits, kuri varētu piedzimt vienai sievietei viņas dzīves laikā, ja dzimstība katrā vecuma grupā saglabātos aprēķina gada līmenī [↑](#footnote-ref-109)
110. CSP dati [↑](#footnote-ref-110)
111. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2008., Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-111)
112. Iedzīvotāju reproduktīvā veselība. Pārskats par situāciju Latvijā (1997-2003) [↑](#footnote-ref-112)
113. Mātes un bērna veselība perinatālajā periodā. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2009 [↑](#footnote-ref-113)
114. „Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2009” VEC, 2010

 Mātes un bērna veselība perinatālajā periodā. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2009 [↑](#footnote-ref-114)
115. „Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2009”, VEC, 2010 [↑](#footnote-ref-115)
116. PVO Health For All datu bāze [↑](#footnote-ref-116)
117. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 18.februāra rīkojumu Nr.65 [↑](#footnote-ref-117)
118. Mātes un bērna veselība perinatālajā periodā. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2009 [↑](#footnote-ref-118)
119. CSP dati [↑](#footnote-ref-119)
120. Mātes un bērna veselība perinatālajā periodā. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2009 [↑](#footnote-ref-120)
121. Mātes un bērna veselība perinatālajā periodā. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2009 [↑](#footnote-ref-121)
122. VEC dati [↑](#footnote-ref-122)
123. PVO Health For All datu bāze [↑](#footnote-ref-123)
124. The European Health Report 2009. Health and health systems, WHO 2009 [↑](#footnote-ref-124)
125. 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) [↑](#footnote-ref-125)
126. Eurobarometer aptauja, Special „Electromagnetic fields”, 2007 [↑](#footnote-ref-126)
127. Vides faktoru ietekme uz veselību. Latvijas iedzīvotāju aptaujas rezultāti. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008. [↑](#footnote-ref-127)
128. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2009.gada 31.jūlija rīkojumu Nr.517 [↑](#footnote-ref-128)
129. VDI 2010.gada darbības publiskais pārskats [↑](#footnote-ref-129)
130. Pētījums „Darba apstākļi un riski Latvijā, 2009-2010”, SIA „Inspecta Prevention”, 2011 [↑](#footnote-ref-130)
131. VDI 2009.gada darbības publiskais pārskats [↑](#footnote-ref-131)
132. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2008.gada 17.aprīļa rīkojumu Nr.213 [↑](#footnote-ref-132)
133. The European Health Report 2009. Health and health systems, WHO 2009 [↑](#footnote-ref-133)
134. Potenciāli zaudētie dzīves gadi Latvijā 2008.gadā. VEC, 2009. [↑](#footnote-ref-134)
135. „Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2009”, VEC, 2010 [↑](#footnote-ref-135)
136. Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze [↑](#footnote-ref-136)
137. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2007.gada 13.aprīļa rīkojumu Nr.209 [↑](#footnote-ref-137)
138. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums. v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2008. [↑](#footnote-ref-138)
139. „Vardarbības un nelaimes gadījumu izraisītie veselības traucējumi”, VEC, 2009. [↑](#footnote-ref-139)
140. „Traumatisms un ārējie nāves cēloņi bērniem un jauniešiem”, v/a „Sabiedrības veselības aģentūra”, 2007. [↑](#footnote-ref-140)
141. General Product Safety Directive 2001/95/EC [↑](#footnote-ref-141)
142. Rapid Alert System for Non-Food Products [↑](#footnote-ref-142)
143. Ministru kabineta 2011.gada 15.februāra noteikumi Nr.132 “Rotaļlietu drošuma noteikumi” [↑](#footnote-ref-143)
144. Skolēnu veselības paradumu pētījuma (HBSC pētījums) 2005./2006.gada aptaujas dati, VEC [↑](#footnote-ref-144)
145. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2008.gada 18.jūnija rīkojumu Nr.343 [↑](#footnote-ref-145)
146. Apstiprinātas ar Ministru kabineta 2011.gada 18.februāra rīkojumu Nr.65 [↑](#footnote-ref-146)
147. Vardarbības un nelaimes gadījumu izraisītie veselības traucējumi. VEC, 2009. [↑](#footnote-ref-147)
148. „C vīrushepatīta izplatība Latvijā”, LIC, 2009. [↑](#footnote-ref-148)
149. Apstiprināta ar Ministru kabineta 2009.gada 30.jūnija rīkojumu Nr.437 [↑](#footnote-ref-149)
150. LIC dati [↑](#footnote-ref-150)
151. Arinaminpathy N, Dye C. Health in financial crises: economic recession and tuberculosis in Central and Eastern Europe. J.R.Soc.Interface published online 28 April 2010 (rsif.royalsocietypublishing.org, access 9 February 2011) [↑](#footnote-ref-151)
152. Ministru kabineta 2008.gada 31.janvāra rīkojums Nr.43 „Par Imunizācijas valsts programmu 2008.-2010.gadam” [↑](#footnote-ref-152)
153. 2010.gada budžeta ar Ministru kabineta un Finanšu ministrijas rīkojumiem gada noslēgumā [↑](#footnote-ref-153)
154. Eurostat dati [↑](#footnote-ref-154)
155. Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” [↑](#footnote-ref-155)
156. Zāļu cenu valsts aģentūras 2009.gada publiskais pārskats, Rīga, 2010. [↑](#footnote-ref-156)
157. Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2009 [↑](#footnote-ref-157)
158. VNC dati [↑](#footnote-ref-158)
159. E.Tragakes “Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā: Latvija. Pārskats par veselības aprūpes sistēmu.” WHO (2008.), [↑](#footnote-ref-159)
160. World Health Statistics 2009, WHO (2009.) [↑](#footnote-ref-160)
161. Access to health care and the financial burdes of out-of-pocket health payments in Latvia. WHO, 2009. [↑](#footnote-ref-161)
162. Estonia Health system performance assessment. WHO, 2010. [↑](#footnote-ref-162)
163. CSP dati [↑](#footnote-ref-163)
164. Zāļu valsts aģentūras 2009.gada publiskais pārskats [↑](#footnote-ref-164)
165. Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” [↑](#footnote-ref-165)
166. Ministru kabineta 2007.gada 20.marta noteikumi Nr.199 „Noteikumi par apcietināto un notiesāto personu veselības aprūpi izmeklēšanas cietumos un brīvības atņemšanas iestādēs” [↑](#footnote-ref-166)
167. Ministru kabineta 2006.gada 6.novembra rīkojums Nr. 870 [↑](#footnote-ref-167)
168. Estonia Health system performance assessment. WHO, 2010. [↑](#footnote-ref-168)
169. Estonia Health system performance assessment. WHO, 2010. [↑](#footnote-ref-169)
170. Ministru kabineta 2010.gada 25.maija noteikumi Nr.469 „Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas” [↑](#footnote-ref-170)
171. Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” [↑](#footnote-ref-171)
172. PVO atbalstīta kampaņa, kuras galvenās tēzes ir: „dienā ir jāuzņem vismaz 400 gramus augļu un dārzeņu”, „5 augļu un dārzeņu porcijas dienā ir veselīgi”, „glāze 100% sulas atbilst vienai porcijai augļu vai dārzeņu” [↑](#footnote-ref-172)