



Briselē, 26.2.2016.
SWD(2016) 82 final

KOMISIJAS DIENESTU DARBA DOKUMENTS

2016. gada ziņojums par valsti – Latvija

Šis ir Eiropas Komisijas dienestu darba dokuments. Tas nav uzskatāms par Komisijas oficiālu nostāju un arī neskar nevienu šādu nostāju.

2.3. VESELĪBAS APRŪPE

Pašreizējā situācija

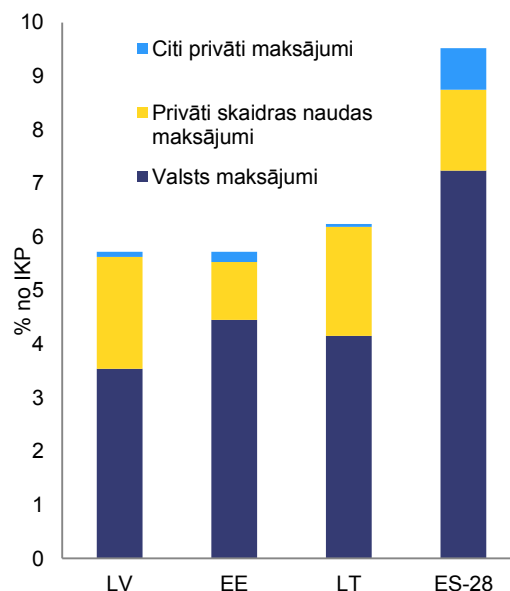
Pieklūvi veselības aprūpei kavē mazais publiskais finansējums un ievērojamie maksājumi, kas pacientiem jāveic pašiem, tādēļ lielas iedzīvotāju daļas veselības aprūpes vajadzības netiek apmierinātas. Kopējie izdevumi veselības jomā ievērojami atpaliek no ES vidējā līmeņa, un lielu izdevumu daļu veido privāti skaidras naudas maksājumi (2.3.1 diagramma). Publiskos izdevumus kontrolē kvotas, kuras paildina gaidīšanas laiku un apgrūtina tādu grupu kā, piemēram, bērnu un mazturīgu personu iespējas saņemt garantēto bezmaksas veselības aprūpi. Tas rada novēlotu ārstēšanu un lielu privāto skaidras naudas maksājumu īpatsvaru, tajā skaitā maksājumus, kas veikti, lai saīsinātu gaidīšanas laiku⁽³⁹⁾. Kopš 2010. gada Latvijas iedzīvotāju vidū ir visaugstākie rādītāji attiecībā uz neapmierinātu vajadzību pēc veselības pārbaudes (2.3.2 diagramma). Visnozīmīgākais šķērslis veselības aprūpes pieejamībai ir nespēja vai nevēlēšanās maksāt par veselības aprūpes pakalpojumiem un medicīnas precēm. Turklāt problēmas joprojām sagādā neoficiālie maksājumi⁽⁴⁰⁾, kas kavē sistēmas efektivitāti, kvalitāti un pieejamību.

(39)Zilvere, R (2014)., valsts dokuments. Pensijas, veselības aprūpe un ilgtermiņa aprūpe, 17.–24. lpp.

(40)Eurobarometra speciālizdevums Nr. 397 par korupciju, 2014. gada februāris,

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_397_en.pdf

2.3.1. diagramma: Izdevumi veselības aprūpei, 2013. g.



Avots: Pasaules Veselības Organizācija

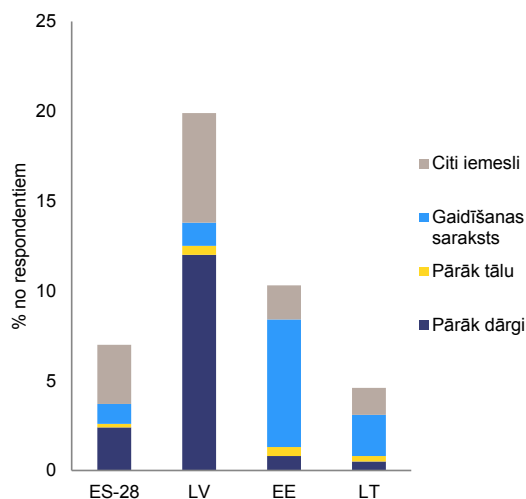
Problēmas sagādā nevienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei. Neapmierināta vajadzība pēc veselības pārbaudes Latvijā regulāri ir augstāka starp iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem, salīdzinot ar iedzīvotājiem ar augstu ienākumu līmeni (atšķirība starp zemāko un augstāko ienākumu kvintilēm 2013. gadā ir lielākā Eiropas Savienībā).

Slikta veselības stāvokļa dēļ tiek zaudēts potenciālais darbaspēks. Latvijā ir otrs augstākais rādītājs ES attiecībā uz mirstību pirms 65 gadu vecuma sasniegšanas, un tiek lēsts, ka tādēļ darbaspēks samazinās par 3,9 % salīdzinājumā ar tā potenciālu, ja mirstības līmenis būtu vienāds ar ES vidējo līmeni⁽⁴¹⁾. Tas ir jo īpaši problemātiski, ņemot vērā darbaspēka apjoma samazināšanos Latvijā. Priekšlaicīgu nāves gadījumu skaita samazināšana, piešķirot papildu finansējumu, laika gaitā var būt izmaksu ziņā efektīva, jo tai ir

(41)Avots: Eiropas Komisijas aprēķini par mirstības ietekmi uz darbaspēka lielumu, ko mēra kā potenciālās darba dzīves gadu skaitu katrā dzimšanas kohortā, kas standartizēta, ņemot vērā populācijas lielumu un vecuma kohortas kombināciju, pamatojoties uz Eurostat, 2013. gada dati.

pozitīva ietekme uz darbspējīga vecuma iedzīvotājiem un IKP ⁽⁴²⁾.

2.3.2. diagramma: **Iedzīvotāju norādītās neapmierinātās vajadzības pēc veselības pārbaudes, 2013. g.**



Avots: Eurostat

Finansējums

Pašlaik plānots tikai ierobežots publiskā finansējuma palielinājums. 2016. gadā valsts veselības aprūpes izdevumi sasniedza 770,8 miljardus eiro, kas ir neliels palielinājums 5,5 miljonu eiro apmērā salīdzinājumā ar 2015. gadu ⁽⁴³⁾. 2016. gadā līdz ar minimālās algas palielināšanu līdz 370 eiro nedaudz tiks palielinātas viszemāk atalgoto medicīnas darbinieku algas. Turklāt vēl nav veikti ieguldījumi veselības aprūpē no Eiropas strukturālo un investīciju fondu līdzekļiem. Neliels papildu finansējums būs pieejams valsts garantētā slimnīcu aizdevuma atmaksai, kā arī tarifu sloga samazināšanai.

(42) Veselības stratēģijas 2014.–2020. gadam izvērtējums, Latvijas Universitāte (2014)

(43) Veselības ministrijas budžets: <http://www.vsm.gov.lv/lv/ministrija/budzets/>

2.3.1. izcēlums: **Veselības stāvoklis Latvijā atpaliek no lielākās daļas ES dalībvalstu.**

Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums ir ievērojami zemāks par ES vidējiem rādītājiem gan vīriešiem (72,9 gadi salīdzinājumā ar 77,8 gadiem), gan sievietēm (80,1 gads salīdzinājumā ar 83,3 gadiem). Tāpat kā citur ES, rādītājiem kopš 2010. gada ir tendence nedaudz uzlaboties. Laiks, kas nodzīvots ar labu veselību un bez invaliditātes (veselīgas dzīves gadi), ir īsākais no visām dalībvalstīm (54,3 gadi 2014. gadā; ES: 61,5 gadi). 2013. gadā jaundzimušajiem paredzamais veselīgas dzīves gadu skaits bija ievērojami mazāks, salīdzinot ar ar paredzamo mūža ilgumu, kas nozīmē, ka cilvēki ievērojamu sava mūža daļu nodzīvo ar slimībām un/vai invaliditāti.

Kopējais mirstības līmenis ir ievērojami augstāks nekā vidēji ES. Kaut arī kopš 2007. gada mirstības līmenis ir samazinājies, jo īpaši attiecībā uz mirstību no elpošanas ceļu slimībām, joprojām pastāv ievērojamas atšķirības, salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, jo īpaši attiecībā uz mirstību no sirds un asinsvadu slimībām un vēža. Potenciāli ietekmējamās un novēršamās mirstības rādītāji ir attiecīgi augstākie un otrie augstākie ES. Mirstības rādītāji slimnīcā pēc akūta miokarda infarkta un insulta ir starp augstākajiem dalībvalstīs ⁽¹⁾.

Latvija ir viena no divām valstīm, kurās ir visaugstākais no jauna diagnosticētu HIV un AIDS gadījumu skaits Eiropā, un šie rādītāji palielinās. Pēdējo 10 gadu laikā ir pieaudzis saistīto nāves gadījumu skaits (106 gadījumi 2014. gadā) ⁽²⁾. Arī konstatēto C hepatīta gadījumu skaits ir ļoti augsts salīdzinājumā ar citām ES valstīm (62,6 no 100 000 cilvēkiem salīdzinājumā ar vidēji 7,6 cilvēkiem citās ES valstīs), un salīdzinoši bieži tiek diagnosticēti arī B hepatīts un dažas citas STS ⁽³⁾.

Turklāt iedzīvotāju vispārējā veselības stāvokļa pašvērtējums ir zemākais ES, un neapmierinātība ar veselības aprūpes sistēmu joprojām ir augsta ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Dati par 2012. un 2013. gadu pieejami no 19 dalībvalstīm attiecībā uz akūtu miokarda infarktu un no 18 dalībvalstīm attiecībā uz insultu. Avots: ESAO, veselības aizsardzības statistika.

⁽²⁾ Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, PVO Eiropas reģionālais birojs. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: ECDC, 2015.*

⁽³⁾ Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs. *Sexually transmitted infections in Europe 2013. un Annual epidemiological report 2014 — Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses Stockholm: ECDC, 2015.*

⁽⁴⁾ Veselības pašnovērtējums un veselības problēmu dēļ radušos ikdienas aktivitāšu ilgstošu ierobežojumu pašnovērtējums (Eurostat) un Eurobarometer īpašais apsekojums Nr. 411 "Pacientu drošība un aprūpes kvalitāte" http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf.

Resursu sadalījums starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem uzlabojas, pārvirzoties no dārgas stacionārās aprūpes uz mazāk dārgu ambulatoro un primāro veselības aprūpi. Tomēr slimnīcas joprojām saņem kompensācijas, neraugoties uz to, cik sarežģīti ir sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi. Ar diagnozēm saistītu grupu apmaksas sistēmas ieviešana ir aizkavējusies.

Pasreizējās un turpmākās reformas

Pētījums, kurā identificēti veselības aprūpes nozares galvenie problemātiskie jautājumi un vajadzīgās reformas, ir būtiski aizkavējies un varētu tikt pabeigts tikai 2016. gada vidū. Pētījumā ir apkopota informācija par esošajiem un plānotajiem ieguldījumiem veselības aprūpē,

tostarp nodrošinājumu ar cilvēkresursiem, infrastruktūras pieejamību un izmaksu efektivitāti. Informācijas apkopošana ir nosacījums, lai saņemtu Eiropas Reģionālā attīstības fonda ieguldījumus veselības aprūpes infrastruktūrā ⁽⁴⁴⁾. Tādējādi Latvija nevar izmantot pieejamos ES līdzekļus, lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Spēkā esošie pasākumi, piemēram, pazeminātas pacienta iemaksas un atbrīvojumi no tām, ir soli pareizajā virzienā, taču tie vēl nav pietiekami. Ierobežotais publiskais finansējums prioritāri tiek piešķirts dažiem kritiskiem medicīniskiem gadījumiem, sniedzot iespēju ātri

⁽⁴⁴⁾ Partnerības nolīgums par Eiropas Savienības ieguldījumu fondiem 2014.–2020. gada plānošanas periodā, 392. punkts

saņemt medicīniskos pakalpojumus. Sākot ar 2016. gada janvāri, ir atcelts pacientu līdzfinansējums konkrētām diagnozēm (C hepatītam, HIV/AIDS), saslimstībai ar šīm infekcijas slimībām izlīdzinoties. Valsts pilnā mērā atlīdzinās C hepatīta slimnieku medicīniskos izdevumus (salīdzinājumā ar 75 % iepriekš). HIV/AIDS slimnieku ārstēšanu slimības agrīnā posmā kompensēs valsts. Lai uzlabotu aprūpi slimnīcā, Latvija kā vienu no ieguldījumu prioritātēm, kas saistītas ar ES finansējumu 2014.–2020. gadam, plāno ieviest valsts veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu.

Stimuli veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātei un ģeogrāfiskajam tvērumam ir vāji. Īstenojot programmu “samaksa par padarīto”, tiek radīti kvalitātes stimuli. Tomēr kvalitātei piesaistīti maksājumi par ģimenes ārstu pakalpojumiem nesniedz spēcīgus stimulus. Arī ģimenes ārstu prakšu zemā izplatība lauku apvidos rada ģeogrāfiskus šķēršļus primārajai veselības aprūpei. Lai risinātu šo situāciju, ir ieviesta bonusu sistēma. Šīs iniciatīvas ietekme ir neskaidra, un pozitīvus rezultātus varēs konstatēt tikai ilgtermiņā. Tomēr šīs iniciatīvas apdraud ar tām saistītie ļoti mazie finanšu stimuli.

Valdības centieni uzlabot slimību profilaksi un veselības veicināšanu ir ierobežoti. Neskatoties uz augsto hronisku saslimšanu līmeni un nepietiekamu pievēršanos novēršamām dzīvesveida izraisītām slimībām, profilaksei piešķirtie valsts resursi ir samazinājušies ⁽⁴⁵⁾. Sabiedrības veselības stratēģija 2014.–2020. gadam paredz ievērojamus finanšu resursus darbībām šajās jomās. Tomēr 2016. gadā šīm darbībām nav piešķirti faktiski valsts budžeta līdzekļi. Tomēr veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem var piešķirt 47 miljonus eiro no Eiropas Sociālā fonda līdzekļiem.

2006. gadā pieņemtā Veselības aprūpes darbaspēka stratēģija fiskālo korekciju perioda dēļ ir īstenota tikai daļēji. Praktizējošo ārstu skaits uz vienu iedzīvotāju ir tikai nedaudz zemāks par ES vidējo rādītāju. Tomēr praktizējošo medicīnas māsu skaits uz vienu iedzīvotāju ir viens

no zemākajiem ES Strauji pieaug ārstu un medicīnas māsu vecums, šādi apdraudot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ilgtspēju. Medicīniskā personāla darba samaksas atšķirība salīdzinājumā ar citām dalībvalstīm sekmē tikko kvalifikāciju ieguvušo ārstu un medicīnas māsu aizbraukšanu. Lai mazinātu šo risku, ir ieviesta rezidentūras programma, atverot 200 jaunas rezidentūras vietas. Tomēr jauna visaptveroša politikas plānošanas dokumenta izstrāde tika atlikta un tiks pabeigta tikai pēc tam, kad būs pieejami Pasaules Bankas veiktās izpētes analīzes ieteikumi.

Pārvaldības modernizācija

2014.–2020. gadam Latvijai ir piešķirusi aptuveni 272 miljonus eiro no kohēzijas politikas finansējuma ieguldījumiem veselības nozarē. Vairāk nekā 179 miljoni eiro, kuros ietverts arī Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) līdzfinansējums, tiks iztērēti infrastruktūrai, bet Eiropas Sociālā fonda ieguldījumi sasniegs vairāk nekā 93 miljonus eiro. Cita starpā Latvija īsteno e-veselības projektu, kam piešķirti 7 miljoni eiro ERAF finansējuma. Šis projekts paredz ieviest vienotu e-veselības portālu, elektroniskus apmeklējumu pieprasījumus, elektroniskas veselības kartes, elektroniskas receptes un elektroniskas darbnepējas lapas.

Ir vajadzīga efektīvāka projektu vadība. Valsts kontroliera birojs ir izteicis bažas par e-veselības projekta īstenošanas efektivitāti, norādot, ka projekts ir vāji sagatavots un to vada personāls, kam nav pietiekamas kvalifikācijas un pieredzes. Birojs norāda arī uz projekta nepietiekamu veicināšanu starp ieinteresētajām personām. Projektu uzsāka 2007. gadā, taču plānotie pakalpojumi vēl nav sniegti. Tas ietekmē veselības aprūpes reformu progresu, tostarp tādu reformu, kas nodrošina budžeta ietaupījumus, un ES dotācijas projektam ir apdraudētas. Šie jautājumi ir sīkāk iztirzāti 2.6. iedaļā.

E-veselības pakalpojumu pieejamība un nodrošinājums joprojām ir zemāks par vidējo ES rādītāju. Tā kā e-veselības pakalpojumu izmantošana ir brīvprātīga, tikai 13 % Latvijas ģimenes ārstu 2013. gadā apmainījās ar medicīniskajiem datiem elektroniski, salīdzinot ar 36 % vidēji ES. Tikai 6 % ģimenes ārstu izmantoja e-receptes, bet dažās dalībvalstīs šis rādītājs ir

(45) Veselības ministrijas budžets: <http://www.vsm.gov.lv/lv/ministrija/budzets/>

100 %. Sākot no 2016. gada 1. decembra, medicīnas iestādēs un aptiekās būs jāizmanto divi pakalpojumi — elektroniskās darbnespējas lapas un elektroniskās receptes. E-veselības pakalpojumu pieejamība tiks paplašināta, un to lietošana kļūst obligāta no 2017. gada jūlija.

Elektronisko veselības karšu sistēma joprojām ir attīstības stadijā. Izmēģinājuma posmu bija

paredzēts sākt 2015. gada sākumā. Tomēr sistēma vēl nav ieviesta. E-veselības un veselības informācijas sistēmas mērķis ir izveidot vienotu informācijas centru, kurā tiks glabāti medicīniskie dati par katru iedzīvotāju un kurā būs iekļautas arī visas veselības aprūpes iestāžu iekšējās informācijas sistēmas. Nacionālais veselības dienests ir galvenā iestāde, kas atbild par minētās sistēmas izstrādi.