

State of Health in the EU

Latvija

Valsts veselības pārskats 2017

Valstu profilu sērija

Valstu profili ir kodolīgs, politikas veidošanai svarīgs pārskats par veselības stāvokli un veselības aprūpes sistēmām ES dalībvalstīs, uzsverot katrai valstij raksturīgās īpatnības un problēmas. Tie ir paredzēti, lai atbalstītu dalībvalstu centienus to politikas veidošanas procesā, balstoties uz gūtajām atziņām.

Profilus kopīgi izstrādāja ESAO un *European Observatory on Health Systems and Policies* sadarbībā ar Eiropas Komisiju. Pētījumu komanda pateicas par vērtīgajiem komentāriem un ieteikumiem, ko sniedza dalībvalstis un Veselības aprūpes sistēmu un politiku novērošanas tīkls.

Satura rādītājs

1 • SVARĪGĀKĀ INFORMĀCIJA	1
2 • VESELĪBAS STĀVOKLIS LATVIJĀ	2
3 • RISKĀ FAKTORI	4
4 • VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMA	6
5 • VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS DARBĪBAS REZULTĀTI	8
5.1 Efektivitāte	8
5.2 Pieejamība	10
5.3 Ilgtspēja	13
6 • GALVENIE SECINĀJUMI	16

Datu un informācijas avoti

Šajos valstu profilos iekļauto datu un informācijas pamatā galvenokārt ir valsts oficiālā statistika, kas tika sniegta *Eurostat* un ESAO un tika validēta 2017. gada jūnijā, lai nodrošinātu visaugstākos datu salīdzināmības standartus. Avoti un metodes, kas ir šo datu pamatā, ir pieejami *Eurostat* datubāzē un ESAO veselības aprūpes datubāzē. Daļa no papildu datiem iegūti arī no *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC), skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījuma (HSBC), no Pasauls Veselības organizācijas (PVO), kā arī citiem valstu avotiem.

Aprēķinātie ES vidējie rādītāji ir 28 dalībvalstu svērtie vidējie rādītāji, ja vien nav norādīts citādi.

Lai lejupielādētu *Excel* izklājlapu, kas atbilst visām šajā profilā ietvertajām tabulām un grafiķiem, ievadiet savā interneta pārlūkprogrammā šādus StatLinks: <http://dx.doi.org/10.1787/888933623571>

Demogrāfiskais un sociālekonomiskais konteksts Latvijā, 2015. gads

	Latvija	ES	
Demogrāfiskie faktori	Iedzīvotāju skaits (tūkstoši)	1 978	509 394
	To iedzīvotāju īpatsvars, kuri ir vecāki par 65 gadiem (%)	19,4	18,9
	Dzimumstības koeficients ¹	1,7	1,6
Sociālekonomiskie faktori	IKP uz vienu iedzīvotāju (EUR PPP ²)	18 600	28 900
	Relatīvās nabadzības līmenis ³ (%)	14,7	10,8
	Bezdarba līmenis (%)	9,9	9,4

1. Vidējais bērnu skaits uz vienu sievieti reproduktīvajā vecumā (15-49 gadi).
2. Pirktspejas paritāte (PPP) ir valūtas pārrēķina likme, kas vienādo dažādu valūtu pirktspeju, novēršot atšķirības starp dažādu valstu cenu līmeņiem.
3. Tādu personu skaits (procentos), kas iztieks ar mazāk nekā 50 % no vidējā ekvivalentā rīcībā esošā ienākuma.

Avots: Eurostat datubāze.

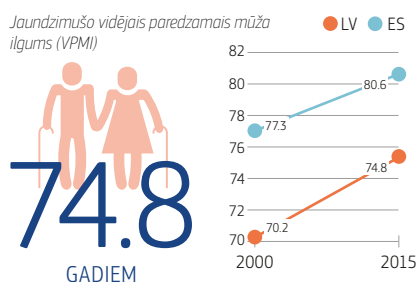
Atruna: Šajā publikācijā pausti tikai tās autoru viedokļi un izmantoti tikai autoru argumenti, un tie var neatbilst *ESAO* vai tās dalībvalstu, kā arī *European Observatory on Health Systems and Policies* vai tā partneru oficiālo viedokli. Šajā izdevumā paustais viedoklis nekādā gadījumā neatbilst *Eiropas Savienības* oficiālo viedokli.

Šis dokuments, kā arī tajā iekļautie dati un karte neskar nevienas teritorijas statusu vai suverenitāti, starptautisko robežu un norobežojumu noteikšanu, kā arī jebkuras teritorijas, pilsētas vai apgabala nosaukumu. Papildu atrunas attiecībā uz PVO ir norādītas vietnē <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>.

1 Svarīgākā informācija

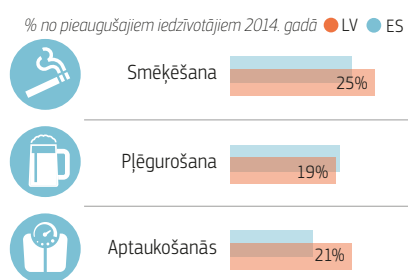
Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums pēdējos 15 gados ir palielinājies, bet joprojām par vairākiem gadiem atpaliek no rādītājiem citās ES valstīs. Attiecībā uz paredzamo mūža ilgumu pastāv ievērojama nevienlīdzība atkarībā no dzimuma un sociāli ekonomiskā statusa, ko galvenokārt nosaka tas, ka vīrieši, kā arī personas ar zemu izglītības un ienākumu līmeni, vairāk saskaras ar riska faktoriem, kā arī nevienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei. Latvijas veselības aprūpes sistēmu raksturo būtisks finansējuma trūkums, kas ierobežo ikviena iespējas piekļūt kvalitatīvai, savlaicīgai aprūpei.

Veselības stāvoklis



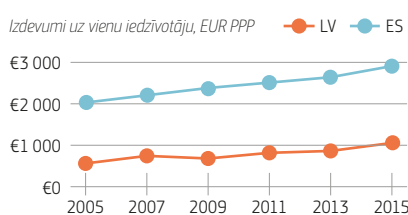
Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums 2015. gadā bija 74,8 gadi, kas ir vairāk nekā 2000. gadā (70,2 gadi), bet joprojām atpaliek no ES vidējā rādītāja par nepilniem sešiem gadiem. Dzimumu atšķirība paredzamā mūža ilguma ziņā (gandrīz 10 gadi) ir daudz lielāka nekā vidēji ES (5,4 gadi). Liela plaša pastāv arī no sociāli ekonomiskā statusa viedokļa: to 25 gadus veco Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums, kuriem ir zems izglītības līmenis, ir par desmit gadiem īsāks nekā personām ar augstu izglītības līmeni. To galvenokārt izraisa augstāka mirstība no infarkta, insulta un plaušu vēža.

Riska faktori



2014. gadā ikdienā smēķēja katrs ceturtais Latvijas iedzīvotājs, kas bija mazāk nekā 2000. gadā (katrs trešais), bet joprojām virs ES vidējā rādītāja. Aptuveni katrs piektais Latvijas pieaugušais ziņo par regulāru alkohola patēriņu lielā apjomā, kas ir tuvu ES vidējam rādītājam, bet vīriešu un sievietes starpā pastāv būtiska atšķirība (33 % pret 8 %). Aptaukošanās izplatības rādītājs ir otrs lielākais ES un turpina pieaugt: 2014. gadā vairāk nekā piektā daļa Latvijas pieaugušo bija aptaukojušies, salīdzinot ar 2008. gadu, kad tāds bija katrs sestais.

Izdevumi veselībai

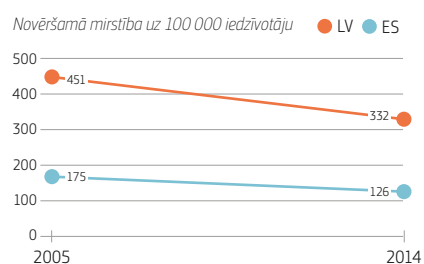


Latvijas veselības aprūpes sistēmas finansējums nav pietiekams. 2015. gadā Latvija veselības aprūpei tērēja EUR 1071 uz vienu iedzīvotāju, kas bija otrais zemākais rādītājs ES un veidoja tikai 5,8 % no IKP, salīdzinot ar ES vidējo rādītāju — 9,9 %. Tikai 57 % no izdevumiem veselības aprūpei tiek finansēti no valsts līdzekļiem (vidēji ES — 79 %), un lielāko daļu no pārējiem izdevumiem sedz mājsaimniecību tiešie maksājumi, radot būtiskas pieejamības problēmas.

Veselības aprūpes sistēmas darbības rezultāti

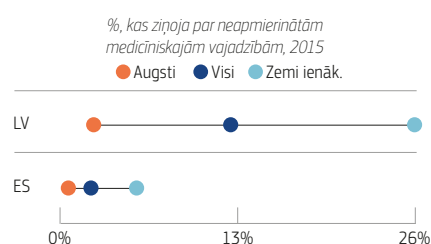
Efektivitāte

Novēršamās mirstības rādītājs Latvijā ir lielākais visā ES, un tas liecina, ka pastāv būtiskas iespējas uzlabot pieeju savlaicīgai un efektīvai aprūpei dzīvību apdraudošu saslimšanu gadījumā.



Piekļuve

Lielai daļai iedzīvotāju pieeja veselības aprūpei Latvijā ir ierobežota, un daudzi cilvēki ar zemiem ienākumiem ziņo par neatrisinātām medicīniskās aprūpes vajadzībām finansiālu iemeslu, ilgā gaidīšanas laika vai pakalpojumu ģeogrāfiskā attāluma dēļ.



Ilgspēja

Latvijas veselības aprūpes sistēmas pastāvīgi nepietiekamā finansējuma problēmas risināšana ir priekšnoteikums, lai uzlabotu visu iedzīvotāju piekļuvi kvalitatīvai aprūpei. Vienlaikus Latvijas veselības aprūpes sistēma sāka pilnveidot slimnīcu nozari, taču problēmas, kas vēl jārisina, ir profilakses un primārās veselības aprūpes stiprināšana, lai uzlabotu iedzīvotāju veselību un mazinātu nevienlīdzību veselības aprūpes jomā.



2 Veselības stāvoklis Latvijā

Paredzamais mūža ilgums Latvijā strauji pieaug, bet joprojām ir trešais īsākais ES

Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā laikposmā no 2000. līdz 2015. gadam pieauga par nepilniem pieciem gadiem. Tomēr tas joprojām ir trešais zemākais rādītājs ES (aiz Bulgārijas un Lietuvas). Latvijas jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums 2015. gadā bija 74,8 gadi, kas ir gandrīz par sešiem gadiem mazāk nekā ES kopumā (80,6 gadi).

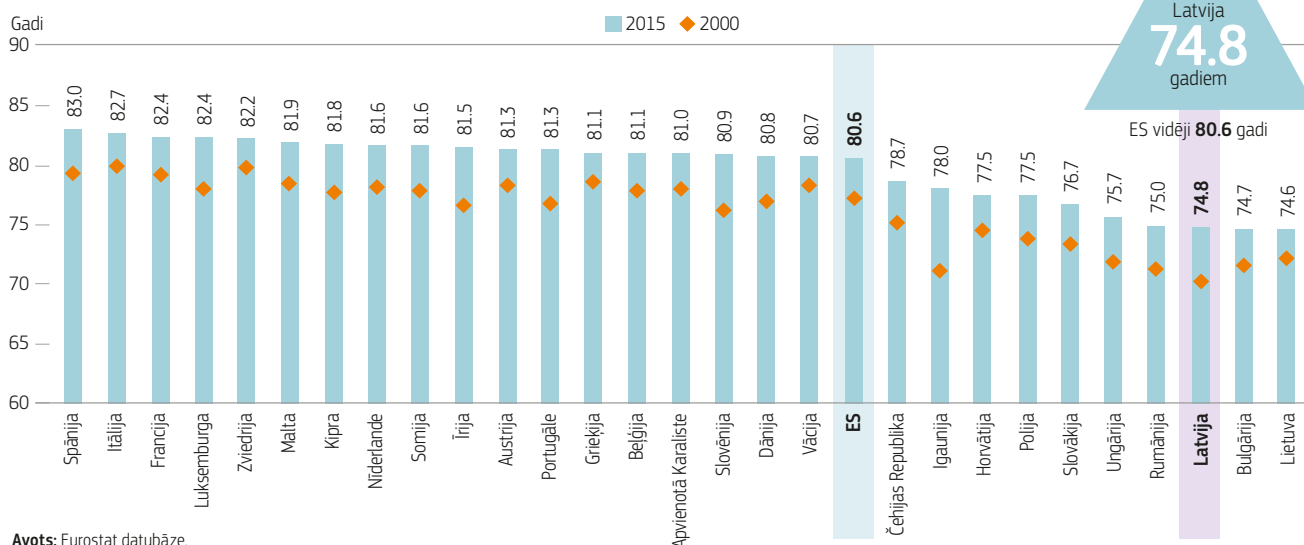
Dzimumu atšķirība no paredzamā mūža ilguma viedokļa Latvijā ir viena no lielākajām ES: jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums vīriešiem (69,7 gadi) vidēji ir gandrīz par desmit gadiem mazāks nekā sievietēm (79,5 gadi). Turklāt paredzamais mūža ilgums būtiski atšķiras starp dažādu sociāli ekonomisko grupu pārstāvjiem. Paredzamais mūža ilgums 25 gadus veciem vīriešiem un sievietēm ar nepabeigtu vidējo izglītību vidēji ir par desmit gadiem īsāks nekā personām, kas ir ieguvušas augstāko (universitātes) izglītību¹. To galvenokārt nosaka lielāka tādu riska faktoru izplatība, kā, piemēram, smēķēšana, alkohola lietošana un aptaukošanās,

kuru rezultātā paaugstinās mirstība no sirds un asinsvadu slimībām un dažādiem vēža veidiem (Murtin *et al.*, 2017. gads).

Latvijā kopš 2000. gada panākto paredzamā mūža ilguma pieaugumu galvenokārt noteikusi mirstības samazināšanās pēc 65 gadu vecuma – 65 gadus veco Latvijas sieviešu paredzamais mūža ilgums 2015. gadā sasniedza 18,9 gadus (šis rādītājs ir uzlabojies, salīdzinot ar 16,8 gadiem 2000. gadā), bet 65 gadus veco vīriešu paredzamais mūža ilgums sasniedza 14,2 gadus (vairāk nekā 2000. gadā fiksētie 12,3 gadi). Tomēr ne visi šie iegūtie gadi tiek nodzīvoti labā veselības stāvoklī – 65 gadu vecumā Latvijas vīrieši un sievietes var cerēt bez invaliditātes nodzīvot četrus no atlikušajiem dzīves gadiem, un tas ir mazāk nekā 30 % no atlikušā mūža ilguma. Ja Latvijas iedzīvotāju veselības un funkcionālais stāvoklis, tiem novecojot, neuzlabosies, sabiedrības novecošana neizbēgami radīs papildu slogu veselības un ilgtermiņa aprūpes sistēmām.

1. "Zemāks izglītības līmenis" attiecas uz personām, kurām ir nepabeigta pamatzglītība, pamatzglītība vai zemākā līmeņa vidējā izglītība (ISCED 0-2. līmenis), bet "augstāks izglītības līmenis" – uz personām ar augstāko izglītību (ISCED 5-8. līmenis).

1. attēls. Latvijā ir trešais zemākais paredzamais mūža ilgums ES valstu vidū



Avots: Eurostat datubāze.

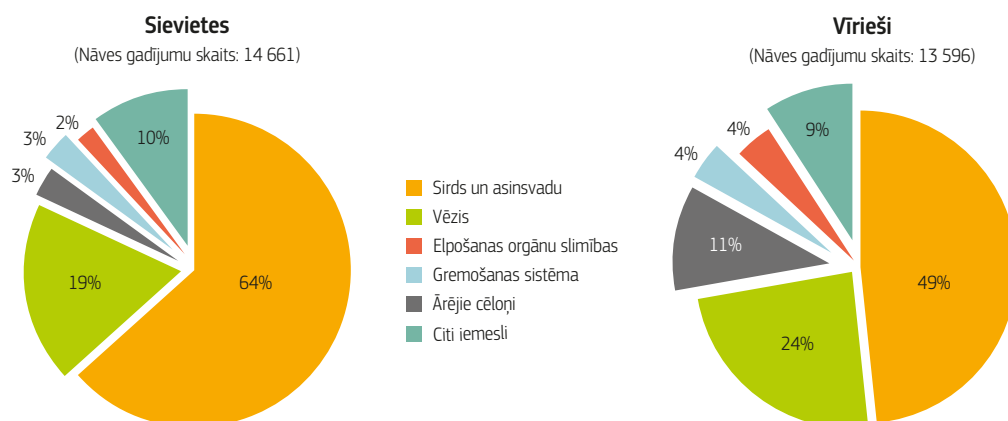
Galvenie nāves cēloņi Latvijā ir sirds slimības un vēzis

Sirds un asinsvadu slimības joprojām ir izplatītākais nāves cēlonis gan sieviešu, gan vīriešu vidū, un 2014. gadā bija 16 100 šādu nāves gadījumu (64 % no visiem sieviešu un 49 % no visiem vīriešu nāves gadījumiem). Vēzis bija otrs izplatītākais nāves cēlonis Latvijā 2014. gadā. Gandrīz 6000 personu mira no vēža, un tas veidoja 19 % no sieviešu un 24 % no vīriešu nāves gadījumiem, savukārt nāves gadījumi ārēju iemeslu dēļ vīriešiem iestājās biežāk nekā sievietēm (11 % vīriešu un 3 % sieviešu).

Pētot konkrētu nāves cēloņu tendences, sirds slimības un insults joprojām ir izplatītākie nāves cēloņi Latvijā kopš 2000. gada, un to rezultātā iestājās vairāk nekā puse no visiem nāves gadījumiem 2014. gadā (3. attēls). Plaušu vēzis joprojām ir galvenais vēža izraisītais nāves cēlonis, un tas atspoguļo smēķēšanas augstās izplatības ilgtermiņa sekas (3. iedaļa). Lai gan pieci no desmit izplatītākajiem nāves cēloņiem 2014. gadā bija dažādi vēža paveidi, laikā no 2000. līdz 2014. gadam krasi pieauga diabēta izraisīto nāves gadījumu skaits.

Mirstība pašnāvību dēļ un ceļu satiksmes negadījumu rezultātā kopš 2000. gada ir samazinājusies, bet joprojām ir svarīga sabiedrības veselības problēma Latvijā (5.1. iedaļa).

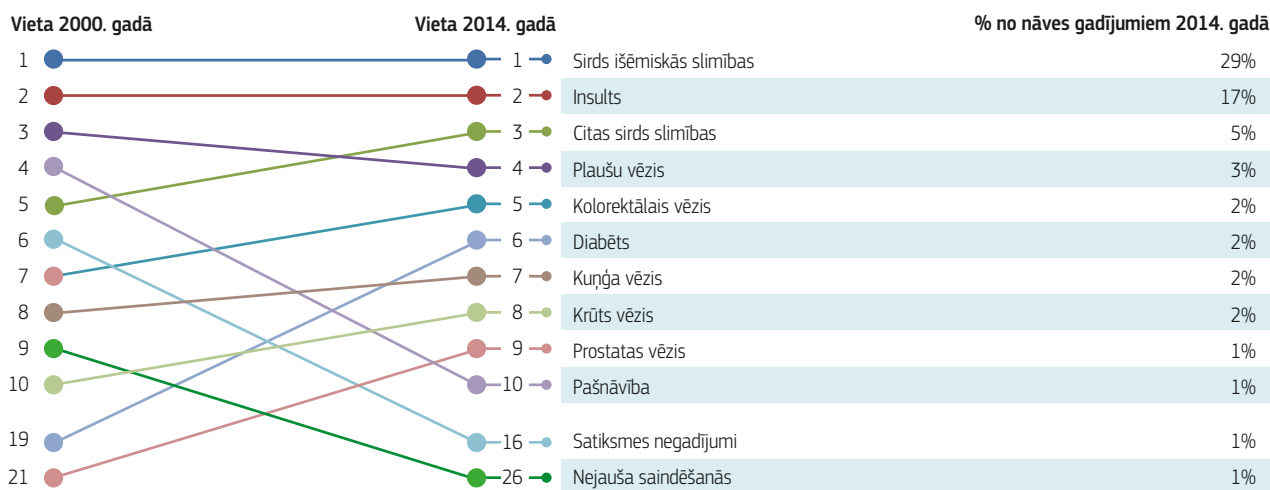
2. attēls. Sirds slimības un vēzis izraisa vairāk nekā trīs ceturtdaļas no visiem nāves gadījumiem Latvijā



Piezīme. Dati ir attēloti pa plašām SSK-10 klasifikatora sadaļām. Demence tika iekļauta nervu sistēmu slimību sadaļā, lai to apvienotu ar Alcheimera slimību (galveno demences formu). Latvijā dzīvojošo sieviešu skaits 2014. gadā par 18 % pārsniedza vīriešu skaitu.

Avots: Eurostat datubāze (dati par 2014. gadu).

3. attēls. Vairāk nekā puse no visiem nāves gadījumiem ir saistīti ar sirds slimībām un insultu



Avots: Eurostat datubāze.

Slimību radīto slogu būtiski papildina balsta un kustību aparāta problēmas, garīgās veselības problēmas un diabēts

Papildus slimību slogam, ko rada sirds un asinsvadu slimības un vēzis, arī balsta un kustību aparāta problēmas (tostarp muguras lejasdaļas un kakla sāpes), vāja garīgā veselība un diabēts ir starp izplatītākajiem faktoriem, kas ietekmē invaliditātes koriģētos dzīves gadus² (DALY), kuri tiek zaudēti Latvijā (IHME, 2016. gads).

Pamatojoties uz pašnovērtējuma datiem, kas iegūti Eiropas veselības aptaujas apsekojumā (EHIS), gandrīz katram trešajam Latvijas iedzīvotājam ir hipertensija un katram divdesmit devītajam — astma. Šo hronisko slimību izplatībā joprojām vērojama izteikta atšķirība atkarībā no izglītības un ienākumu līmeņa. Personām ar zemāko izglītības līmeni ir vairāk nekā par 50 % lielāka varbūtība slimot ar astmu un vairāk nekā divas reizes lielāka varbūtība slimot ar diabētu, salīdzinot ar personām, kurām ir augstākais izglītības līmenis³.

²DALY ir rādītājs, ko izmanto, lai noteiktu kopējo to gadu skaitu, kas zaudēti konkrētu slimību un riska faktoru dēļ. Viens DALY atbilst vienam zaudētam veselīgas dzīves gadam (IHME).

Latvijā problēmas rada arī dažādas infekcijas slimības

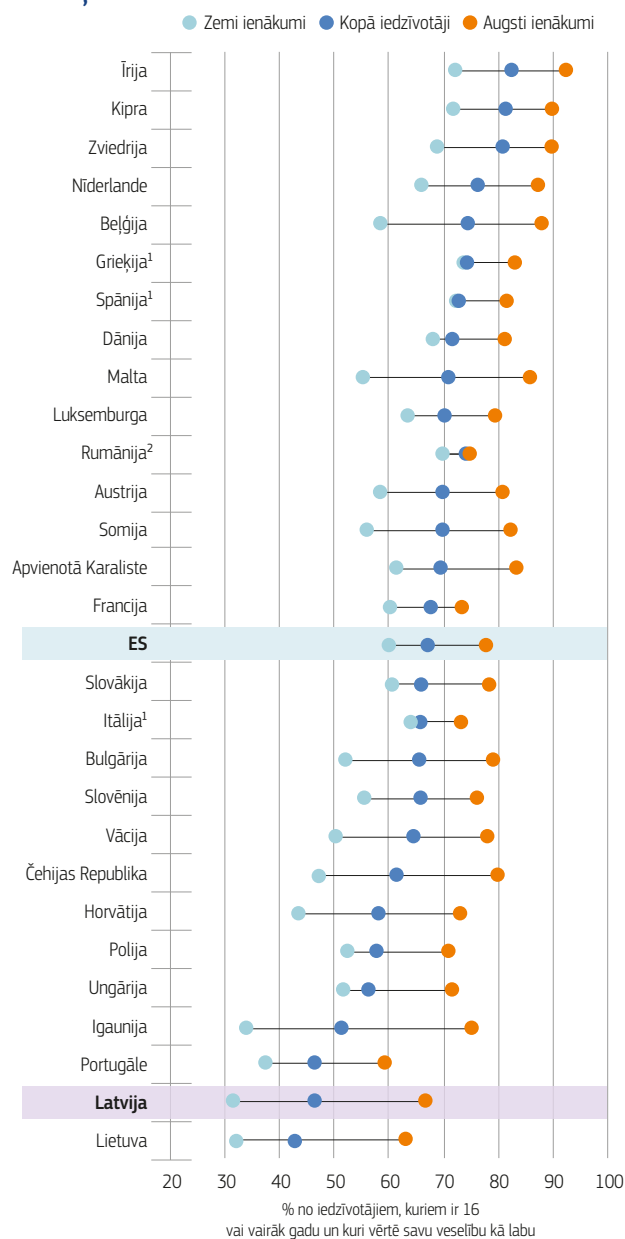
Latvijā ir augstāki infekcijas slimību izplatības rādītāji nekā vairumā citu ES dalībvalstu, un vairākas lipīgas infekcijas slimības joprojām būtiski apdraud sabiedrības veselību. Lai gan jaunu tuberkulozes gadījumu skaits kopš 2010. gada ir samazinājies, jaunu HIV un C hepatīta gadījumu skaits ir pakāpeniski palielinājies. 2015. gadā C hepatīta izplatības rādītājs Latvijā bija augstākais visā ES (79,1 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar ES vidējo rādītāju — 8,6) (ECDC, 2017). HIV izplatības rādītājs bija vairāk nekā trīs reizes augstāks nekā vidēji ES (19,8 uz 100 000 iedzīvotāju, turpreti vidēji ES — 5,8) (ECDC/WHO, 2016). Latvijas Veselības ministrija ir izstrādājusi infekciju slimību izplatības ierobežošanas rīcības plānu, lai samazinātu risku inficēties un veicinātu agrīnas iejaukšanās pasākumus un diagnostiku, un tas 2017. gadā tika iesniegts apstiprināšanai Ministru kabinetā.

³Nevienlīdzību attiecībā uz izglītību daļēji varētu skaidrot ar to, ka ir lielāks gados vecu cilvēku īpatsvars, kuru iegūtais izglītības līmenis ir zemāks; tomēr tikai ar to nevar izskaidrot visas sociāli ekonomiskās atšķirības.

Mazāk nekā puse Latvijas iedzīvotāju savu veselību vērtē kā labu

2015. gadā tikai 46 % no Latvijas iedzīvotājiem ziņoja, ka to veselības stāvoklis ir labs, un tas bija otrais zemākais rādītājs ES (4. attēls). Latvijas vīrieši savu veselību vērtē labāk nekā sievietes — 51 % no viņiem ziņo, ka viņu veselības stāvoklis ir labs, kamēr sieviešu vidū šis rādītājs ir tikai 42 %. Lielas atšķirības pastāv arī starp ienākumu grupām — tikai aptuveni katrs trešais Latvijas iedzīvotājs no zemu ienākumu mājsaimniecībām savu veselību vērtē kā labu, kamēr mājsaimniecībās ar augstiem ienākumiem šis rādītājs ir divas trešdaļas.

4. attēls. Latvijā pastāv lielas atšķirības veselības pašnovērtējuma ziņā atkarībā no sociāli ekonomiskā stāvokļa



1. Iedzīvotāju kopskaita un iedzīvotāju ar zemiem ienākumiem īpatsvars ir aptuveni vienāds.
2. Iedzīvotāju kopskaita un iedzīvotāju ar augstiem ienākumiem īpatsvars ir aptuveni vienāds.

Avots: Eurostat datubāze, balstoties uz EU-SILC (2015. gads).

3 Riska faktori

Uzvedības riska faktori ir būtiska sabiedrības veselības problēma Latvijā

Latvijas iedzīvotāju salīdzinoši sliktais veselības stāvoklis ir saistīts ar vairākām veselības determinantēm, tostarp grūtākiem dzīves un darba apstākļiem, kā arī uzvedības riska faktoriem. Balstoties uz Veselības aprūpes mērījumu un izvērtēšanas institūta (*Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME*) aplēsēm, aptuveni 40 % no kopējā slimību radītā sloga Latvijā 2015. gadā, izsakot to *DALY*, bija saistīti ar uzvedības riskiem, visvairāk ar smēķēšanu (11,5 %), alkoholu (5,7 %) un augstu ķermeņa masas indeksu (11,0 %) (*IHME, 2016. gads*).

Katrs piektais Latvijas pieaugušais ikdienā smēķē

Lai gan Latvijas smēķējošo pieaugušo īpatsvars kopš 2000. gada ir samazinājies (no 33 % 2000. gadā uz 25 % 2014. gadā), tas joprojām ir augstāks nekā vidēji ES valstīs (21 %) un kopumā ir sestais augstākais ES (5. attēls). Smēķēšana ir daudz izplatītāka vīriešu (37 %) nekā sieviešu vidū (15 %). Kā pozitīvu aspektu var atzīmēt, ka 15 gadus veco Latvijas iedzīvotāju vidū regulāra smēķēšana ir būtiski samazinājusies, līdz ar to smēķēšanas izplatība šo pusaudžu vidū (14 % 2013.–2014. gadā) aptuveni atbilst ES vidējam rādītājam.



Alkohola patēriņš Latvijā pieaug

Pretēji vairumam ES valstu, alkohola patēriņš Latvijas pieaugušo vidū kopš 2000. gada ir audzis — no 7,1 litra uz vienu pieaugušo 2000. gadā līdz 10,8 litriem 2015. gadā. Tiek lēsts, ka, iespējams, pat katrs astotais Latvijas pieaugušais cieš no kāda veida alkohola atkarības (Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), 2012. gads). Gandrīz katrs piektais Latvijas pieaugušais ziņo par regulāru alkohola patēriņu lielā apjomā ("plēgurošanu⁴"), kas ir tuvu ES vidējam rādītājam. Plēgurošana ir daudz izplatītāka vīriešu (33 %) nekā sieviešu (8 %) vidū. Liels alkohola patēriņš ir problēma arī Latvijas pusaudžu vidū — katrs trešais 15 gadus vecais zēns un katra ceturktā meitene ziņo, ka vairākas reizes dzīvē ir bijuši piedzērušies. Šis īpatsvars ir lielāks nekā vairumā ES valstu.

Pieaugušo vidū izplatās aptaukošanās problēma

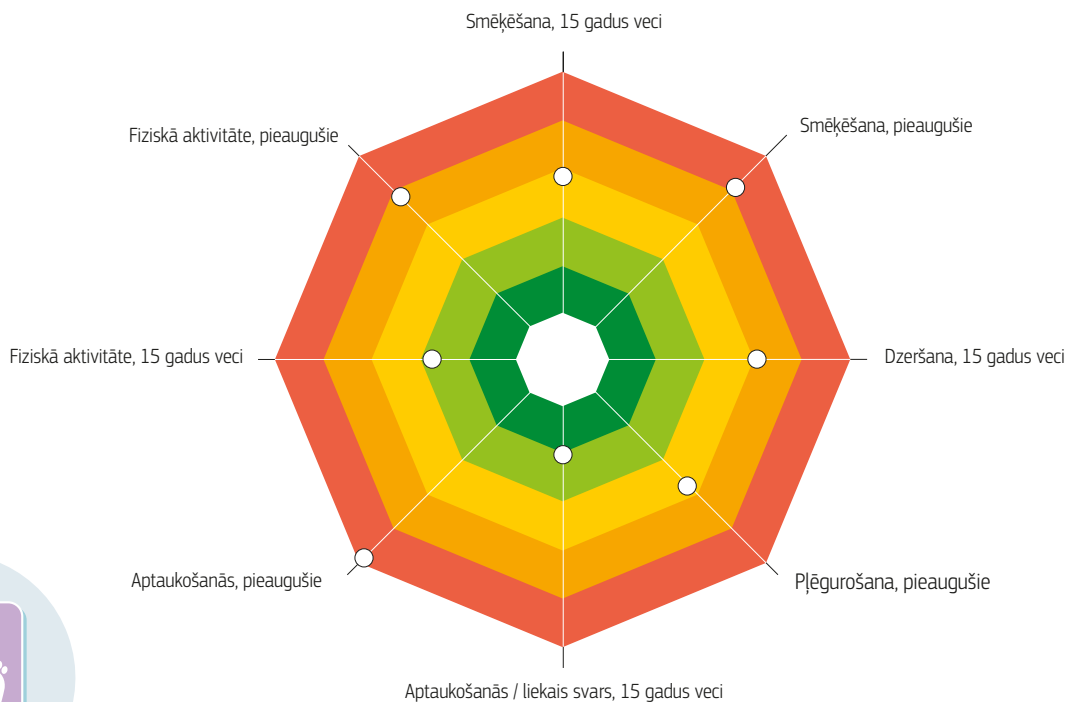
Arvien lielāka aptaukošanās izplatība Latvijā ir augoša sabiedrības veselības problēma. Vairāk nekā piektā daļa pieaugušo (21 %) 2014. gadā bija aptaukojušies, un tas ir vairāk nekā 2008. gadā, kad tādu bija viena sestā daļa (17 %), un ir trešais augstākais rādītājs ES. Atšķirībā no citiem riska faktoriem aptaukošanās rādītājs Latvijā ir augstāks sieviešu (23 %) nekā vīriešu vidū (19 %). Tas ir augstāks arī

vidējo izglītību nepabeigušo (23 %) personu vidū, salīdzinot ar personām, kam ir augstākā izglītība (18 %).

Lai gan liekā svara un aptaukošanās izplatība pusaudžu vidū joprojām ir zemāka nekā vidēji ES, Latvijā tā ir strauji pieaugusi — no 6 % 2001.-2002. gadā līdz 15 % 2013.-2014. gadā. 2013.-2014. gadā to zēnu skaits, kuriem bija liekais svars vai aptaukošanās, bija divreiz lielāks nekā attiecīgi meiteņu skaits. Šī tendence ir uztraucoša, jo liekais svars vai aptaukošanās bērnībā un pusaudžu vecumā būtiski palielina liekā svara vai aptaukošanās iespējamību pieaugušo vecumā.

Fizisko aktivitāšu līmenis Latvijas pieaugušo vidū ir relatīvi zems — tikai seši no desmit pieaugušajiem ziņo, ka katru nedēļu veic vismaz mērenas intensitātes fiziskās aktivitātes. Šis rādītājs ir zemāks nekā ES vidēji (64 %). Tomēr septiņi no katriem desmit Latvijas vīriešiem katru nedēļu veic fiziskas nodarbības, kamēr starp Latvijas sievietēm tādu ir tikai nedaudz vairāk kā puse (54 %). Latvijas rādītāji, salīdzinot ar citām ES valstīm, ir labāki attiecībā uz pusaudžu fizisko aktivitāti, taču tikai 14 % 15 gadus veco meiteņu un 21 % 15 gadus veco zēnu ziņo, ka katru dienu veic nepieciešamās intensitātes fiziskās aktivitātes.

5. attēls. Smēķēšana un aptaukošanās ir sabiedrības veselības problēmas Latvijā



4. Plēgurošanu definē kā sešu vai vairāk alkoholisko dzērienu patēriņu vienā reizē vismaz reizi mēnesī pēdējā gada laikā.

Piezīme. Jo tuvāk centram atrodas punkts, jo labāki ir valsts rādītāji, salīdzinot ar citām ES valstīm. Neviens valsts neatrodas baltajā "mērķa zonā", jo visās valstīs visās jomās ir iespējams panākt papildu uzlabojumus.

Avots: ESAO aprēķini, balstoties uz Eurostat datubāzi (Eiropas veselības aptauju apsekojums 2014. gadā vai aptuveni šajā laikā), ESAO veselības statistika un HSBC 2013.-2014. gada apsekojums. (Grafika izstrādātājs: Laboratorio MeS).

4 Veselības aprūpes sistēma

Latvijā ir Valsts veselības dienesta (VVD) tipa sistēma, kurā pastāv pircēja un pakalpojumu sniedzēja nošķirums

Latvijas veselības aprūpes sistēmu raksturo no nodokļiem finansēta ar likumu noteikta veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana, pircēja un pakalpojumu sniedzēja nošķirums, kā arī publiskā un privātā sektora pakalpojumu sniedzēju līdzāspastāvēšana. Šī sistēma ir vairāk nekā 25 gadus ilgušas transformācijas rezultāts kopš valsts neatkarības atgūšanas 1991. gadā. Pēc vairākām reformām 2011. gadā tika izveidota Valsts veselības dienesta (VVD) tipa sistēma.

Divi galvenie veselības aprūpes sistēmas dalībnieki ir Veselības ministrija, kas atbild par valsts veselības politikas izstrādi un veselības aprūpes sistēmas kopējo organizāciju un darbību, un VVD, kas īsteno veselības aprūpes politiku un iepērk valsts apmaksātos veselības aizsardzības pakalpojumus.

Pakalpojumu sniedzēji, kuri slēdz līgumu ar VVD, primārās veselības aprūpes gadījumā galvenokārt pieder privātajam sektoram; sekundārās veselības aprūpes gadījumā — publiskajam un privātajam sektoram, kurā publiskās īpašumtiesības galvenokārt koncentrētas pašvaldību līmenī; terciārās veselības aprūpes gadījumā — galvenokārt publiskajam sektoram, kurā īpašumtiesības koncentrētas valsts līmenī.

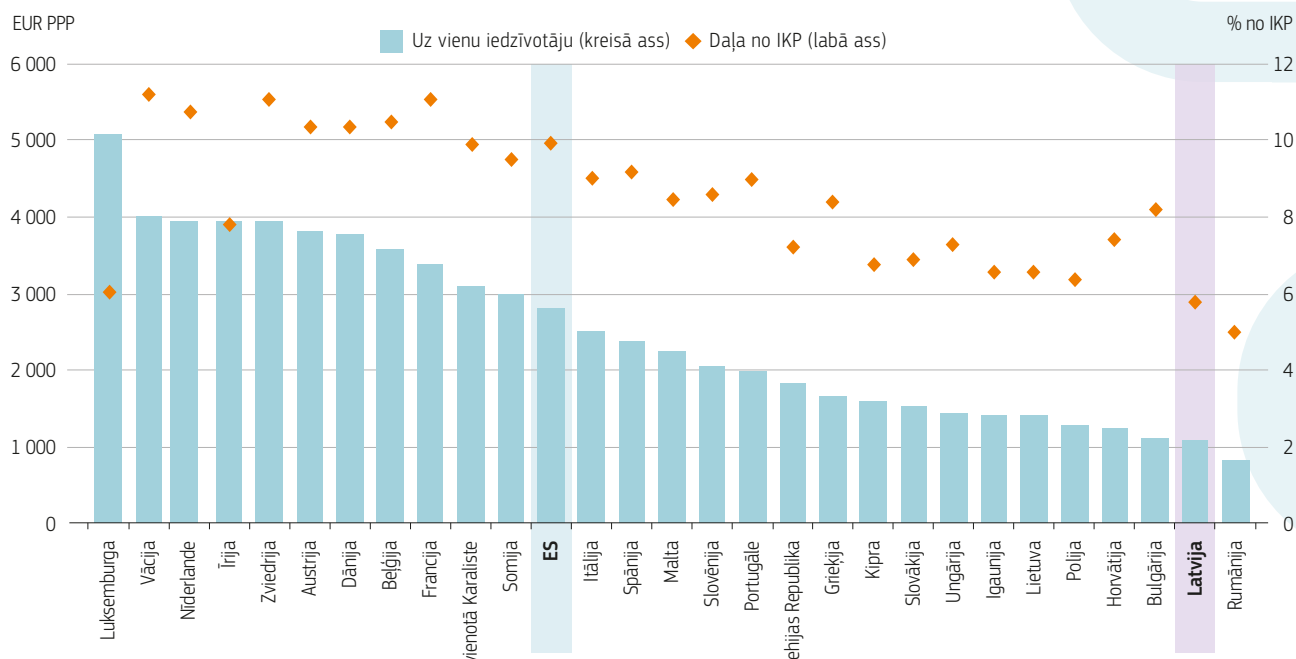
Valsts apmaksāto segumu ierobežo būtiski budžeta ierobežojumi

Pēc ES standartiem izdevumi veselības aprūpei Latvijā ir ļoti zemi. 2015. gadā izdevumi veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju bija EUR 1071 (pielāgojot pirkspējas atšķirībām), un tas ir mazāk nekā 40 % no ES vidējā rādītāja (EUR 2797) un bija otrs zemākais rādītājs ES pēc Rumānijas. Veselībai atvēlētā IKP daļa pēdējos gados ir sarukusi no 6,2 % 2009. gadā uz 5,8 % 2015. gadā. Tas ir tādēļ, ka izdevumi veselības aprūpei pieauga lēnāk (par 3 % gadā) nekā ekonomikas izaugsme (4 % gadā).

Veselības aprūpes sistēma aptver visus iedzīvotājus un finansē pakalpojumu kopumu no valsts līdzekļiem. Tomēr pacienti saskaras ar ievērojamiem tiešajiem un līdzmaksājumiem, jo īpaši attiecībā uz medikamentiem un stacionāra pakalpojumiem (5.2. iedaļa).

Veselības aprūpes pakalpojumus iepērk VVD. Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem tiek maksāts, apvienojot maksājumus par katru pacientu, samaksu par pakalpojumu, fiksētas prakses kvotas, piemaksas un brīvprātīgu shēmu "samaksa par rezultātiem". Sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem galvenokārt tiek maksāta fiksēta maksa par konkrētām slimības epizodēm kopā

6. attēls. Latvijas izdevumi veselības aprūpei ir otri zemākie visu ES dalībvalstu vidū



Avoti: ESAO veselības statistika; Eurostat datubāze; PVO Pasaules veselības aprūpes izdevumu datubāze (dati par 2015. gadu).

ar papildu maksājumiem par profilakses, diagnostikas un ārstniecības pakalpojumiem. Slimnīcās 2010. gadā, lai kontrolētu izdevumus, tika ieviesti globālie slimnīcu budžeti pamatojoties uz ārstēto pacientu skaitu un to veidiem. 2015. gadā tika uzsākta jauna ar diagnozēm saistītu grupu (DRG) slimnīcu apmaksas modeļa īstenošana.

Primārās veselības aprūpes stūrakmens ir ģimenes ārsti

Gandrīz visi Latvijas iedzīvotāji ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta (ĢĀ), kas ir veselības aprūpes sistēmas galvenais "ieejas punkts" un sekundāro, specializēto pakalpojumu "vārtzinis". Lauku apvidos (kur dzīvo aptuveni trešdaļa iedzīvotāju) būtisku primārās veselības aprūpes pakalpojumu daļu joprojām nodrošina ārsta palīgi (feldšeri) vai vecmātes. Pacients, kuram ir ĢĀ nosūtījums, var brīvi izvēlēties jebkuru speciālistu vai slimnīcu, kam ir līgums ar VVD. Daži speciālisti ir tieši pieejami (piem., pediatri, ginekologi un oftalmologi), un pacienti, kuriem diagnosticētas konkrētas saslimšanas, var tieši vērsties pie attiecīgajiem speciālistiem (piem., onkologiem, psihietriem un endokrinologiem). 2016. gadā, lai mēģinātu racionalizēt izdevumus, tika ieviests noteikums, ka tikai ārsti speciālisti var izrakstīt nosūtījumus konkrētu īpaši specializētu diagnostikas un laboratorijas pārbažu veikšanai.

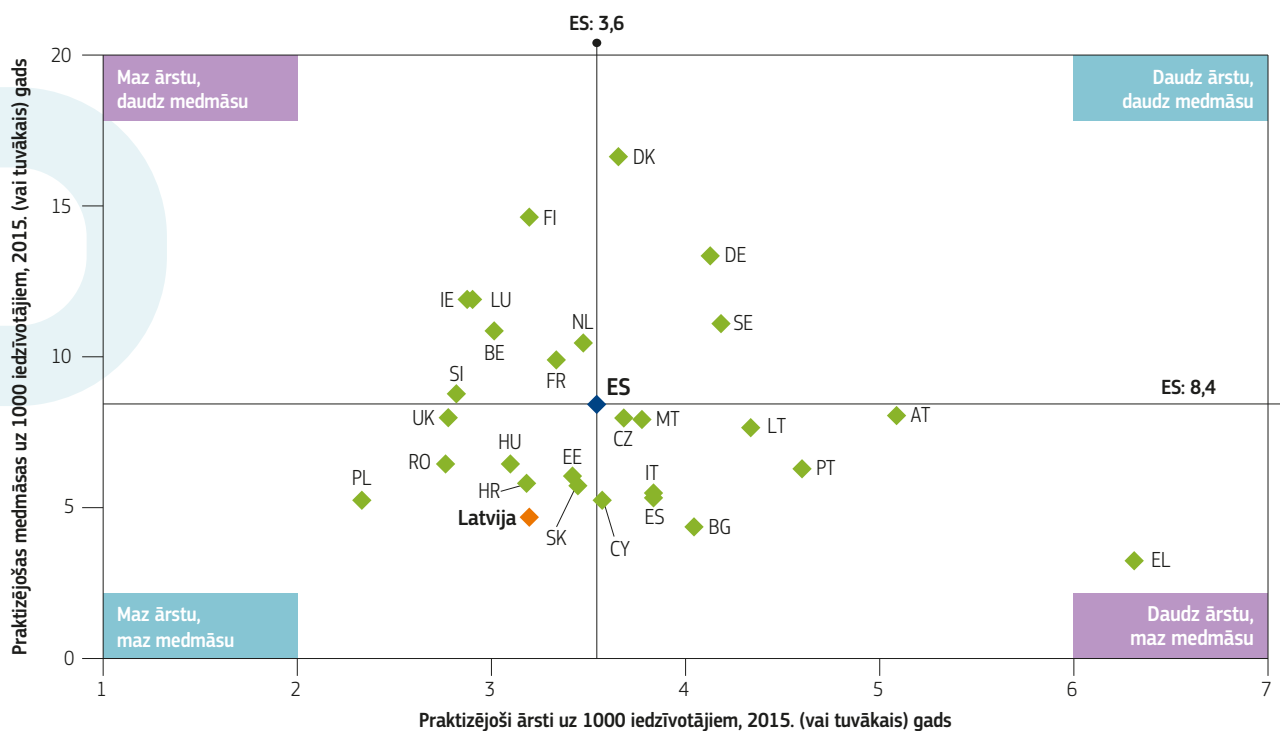
Latvijā veselības aprūpes darbinieki ir pakļauti spiedienam

Ārstu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā ir zem ES vidējā rādītāja (3,2 uz 1000 iedzīvotājiem, salīdzinot ar 3,6 vidēji ES), un medmāsu skaits uz vienu iedzīvotāju ir ļoti zems (4,7 uz 1000 iedzīvotājiem), proti, trešais zemākais visu ES dalībvalstu vidū pēc Bulgārijas un Grieķijas (7. attēls). Zemais atalgojums un sarežģītie darba apstākļi apgrūtina pietiekama skaita kvalificētu veselības aprūpes darbinieku piesaistīšanu un noturēšanu. Tā kā Latvijas ārstus un medmāsas kopumā uzskata par augsti kvalificētiem un kompetentiem darbiniekiem, daudzi no viņiem ir atraduši darbu citur Eiropā, īpaši pēc finanšu krīzes (5.2. iedaļa).

Budžeta ierobežojumi ir stimulējuši slimnīcu nozares samazināšanu

Kopējais gultu skaits slimnīcās uz vienu iedzīvotāju Latvijā kopš 2000. gada ir samazinājies par vairāk nekā vienu trešdaļu, sarūkot no 8,8 uz 1000 iedzīvotājiem 2000. gadā uz 5,7 — 2015. gadā, taču tas joprojām ir lielāks nekā vidēji ES (5,2). Šo samazinājumu ir sekmējis straujš akūtas aprūpes gultu skaita samazinājums (no 6,1 uz 1000 iedzīvotājiem 2000. gadā uz 3,4 — 2015. gadā). Tomēr no slimnīcas izrakstīto pacientu skaits joprojām nedaudz pārsniedz ES vidējo rādītāju. Latvijas pacienti slimnīcā uzturas vidēji 8,3 dienas, un tas arī ir nedaudz vairāk kā vidēji ES (8,0 dienas).

7. attēls. Latvija ir viena no valstīm, kurās ir mazākais praktizējošo ārstu un medmāsu skaits



Piezīme. Portugāles un Grieķijas dati attiecas uz visiem ārstiem, kuri ir licencēti praktizēt, tādēļ praktizējošo ārstu skaits tiek būtiski pārvērtēts (piem., par aptuveni 30 % Portugāles gadījumā). Medmāsu skaits Austrijā un Grieķijā ir novērtēts pārāk zemu, jo tajā ietverts tikai slimnīcu personāls.

Avots: Eurostat datubāze.

5 Veselības aprūpes sistēmas darbības rezultāti

5.1 EFEKTIVĪTĀTE

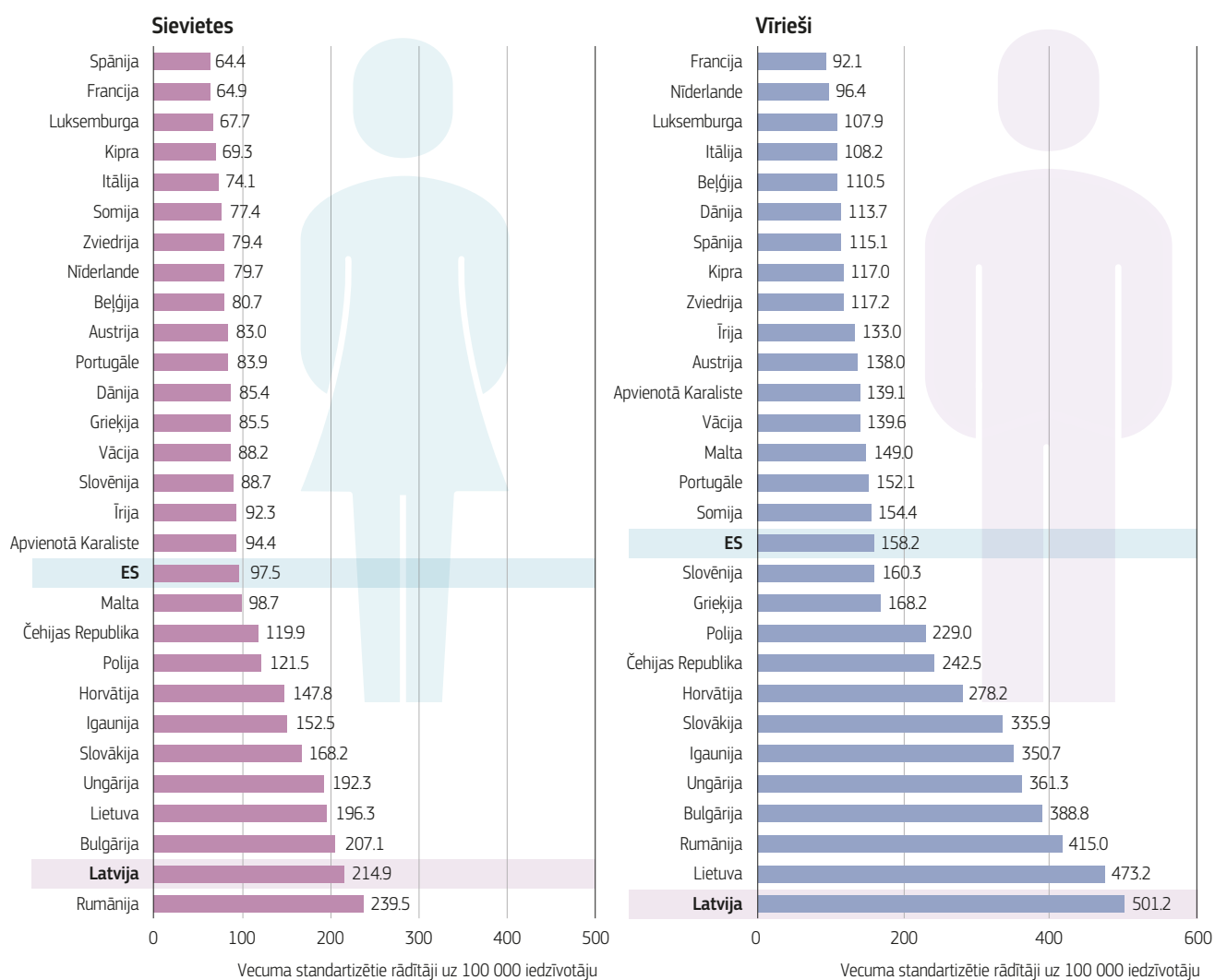
Novēršamās mirstības rādītāji Latvijā ir vieni no augstākajiem ES

Uz veselības aprūpi attiecināmā mirstība⁵ ir vispārējs Latvijas veselības aprūpes sistēmas efektivitātes rādītājs attiecībā uz to personu aprūpi, kam ir dzīvību apdraudošas saslimšanas. 2014. gadā Latvijā attiecībā uz vīriešiem bija augstākais novēršamās mirstības rādītājs, bet uz sievietēm — otrais augstākais (8. attēls). Ļoti lielu daļu (44 %) no novēršamajiem nāves gadījumiem bija izraisījušas sirds išēmiskās slimības. Citi nozīmīgi novēršamo nāves gadījumu cēloņi bija insults (22 % no kopskaita) un hipertensīvās slimības (6 %).

Latvijā, salīdzinot ar citām ES valstīm, ir augstāka to pacientu mirstība, kuri nokļuvuši slimnīcā ar infarktu vai insultu

Mirstība pēc uzņemšanas slimnīcā ar akūtu miokarda infarktu (AMI vai sirdslēkmi) un insultu ir efektīvs akūtās aprūpes kvalitātes rādītājs, kas aptver svarīgas aprūpes procedūras, piemēram, pacientu laicīgu transportēšanu un efektīvu un piemērotu ārstniecību specializētās insulta vai sirds slimību nodaļās. Pēc nonākšanas slimnīcā ar AMI vai insultu nāves gadījumu Latvijā ir vairāk nekā jebkurā citā ES dalībvalstī, kas ziņo par šiem datiem (9. attēls).

8. attēls. Novēršamās mirstības ziņā Latvija tālu atpaliek no citām ES valstīm

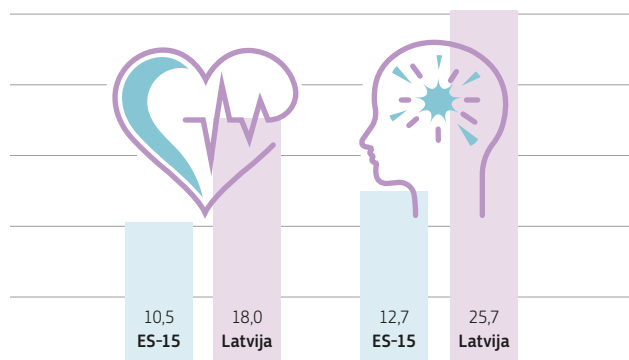


Avots: Eurostat datubāze (dati par 2014. gadu).

5. Novēršamā mirstība ir priekšlaicīgas nāves gadījumi, no kuriem būtu bijis iespējams izvairīties, sniedzot savlaicīgu un efektīvu veselības aprūpi.

9. attēls. Latvijā ir augstākā mirstība no infarkta un insulta visā ES

Vecuma un dzimuma standartizētie rādītāji uz 100 000 iedzīvotājiem



Piezīme. Šie dati norāda uz mirstību 30 dienās pēc uzņemšanas slimnīcā ar AMI un išēmisko insultu, ieskaitot nāves gadījumus gan slimnīcā, kurā pacients tika sākotnēji uzņemts, gan nāves gadījumus citos apstākļos.

Avots: ESAO veselības statistika (dati par 2015. gadu).

Tomēr dažādās Latvijas slimnīcās ar AMI uzņemto pacientu mirstības rādītāji būtiski atšķiras. Dažās slimnīcās mirstība ir pat divas reizes augstāka nekā citās. Tas norāda, ka ir iespējams uzlabot kopējos slimnīcu sistēmas darbības rezultātus, koncentrējot politikas pasākumus uz konsekvēntāku aprūpi visās slimnīcās (ESAO, 2017. gads).

Slikti vēža ārstēšanas rezultāti stimulē jaunas reformas vēža slimnieku aprūpes uzlabošanai

Izdzīvotības rādītāji pēc krūts vēža, dzemdes kakla vēža un resnās zarnas vēža diagnosticēšanas Latvijā pēdējā desmitgadē ir nedaudz uzlabojušies, tomēr plaša ar daudzām citām valstīm tik un tā ir palielinājusies. Relatīvi zemos izdzīvotības rādītājus saistībā ar ārstējamiem vēža paveidiem daļēji nosaka zemais skrīninga līmenis. Tas nozīmē, ka liela daļa vēža pacientu tiek diagnosticēti vēlākā stadijā. 2015. gadā tikai ceturtdaļa Latvijas sieviešu mērķgrupā (20-69 gadi) pēdējos trijos gados bija pārbaudītas uz dzemdes kakla vēzi, un tikai aptuveni trešdaļa sieviešu mērķgrupā (50-69 gadi) pēdējos divos gados bija apmeklējušas mamogrāfijas skrīningu⁶.

Pēdējos gados Latvija ir pielikusi pūles, lai uzlabotu vēža slimnieku aprūpi. Papildus valsts mēroga vēža izplatības kontroles stratēģijas ieviešanai 2009. gadā vēža slimnieku aprūpe ir tikusi centralizēta un zinātība koncentrēta specializētās iestādēs, lai uzlabotu aprūpes sniegšanas kvalitāti un efektivitāti. 2017. gadā tika apstiprināts valsts līmeņa plāns, lai uzlabotu vēža slimnieku aprūpi Latvijā. Tas ietver riska faktoru izplatības samazināšanu un uzlabotu agrīnas diagnostikas un ārstēšanas, kā arī rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes pieejamību. Šo iniciatīvu sauc par "zaļo koridoru", un tā ir īpaši izveidota agrīnai vēža diagnosticēšanai (1. izcēlums).

1. IZCĒLUMS. NESENAS REFORMAS, KURU MĒRĶIS IR VEICINĀT SAVLAICĪGU VĒŽA ATKLĀŠANU UN UZLABOT APRŪPES KVALITĀTI

No 2016. gada 1. oktobra ir ieviests jauns integrēts ceļš, lai nodrošinātu efektīvu un savlaicīgu vēža diagnosticēšanu un ārstēšanu. Saskaņā ar šo "zaļo koridoru" ģimenes ārstiem, kuriem ir medicīniski pamatotas aizdomas, ka pacientam varētu būt vēzis, pacients 10 darbdienu laikā ir jānosūta uz primārajiem diagnostikas izmeklējumiem. Ja aizdomas par vēzi apstiprinās, ģimenes ārstam nākamajās 10 darbdienu laikā jāpiesaka vizīte specializētā vēža ārstēšanas centrā, lai konsultētos pie speciālista un veiktu sekundāros diagnostikas izmeklējumus. Lēmums par pirmreizējo ārstēšanu jāpieņem mēneša laikā pēc pirmās konsultācijas pie speciālista. Laikā no 2016. gada 14. novembra līdz 31. decembrim saskaņā ar "zaļo koridoru" 926 pacienti saņēma šādas paātrinātas onkologa konsultācijas.

Potenciāli novēršamos stacionēšanas gadījumus var samazināt, stiprinot primāro veselības aprūpi

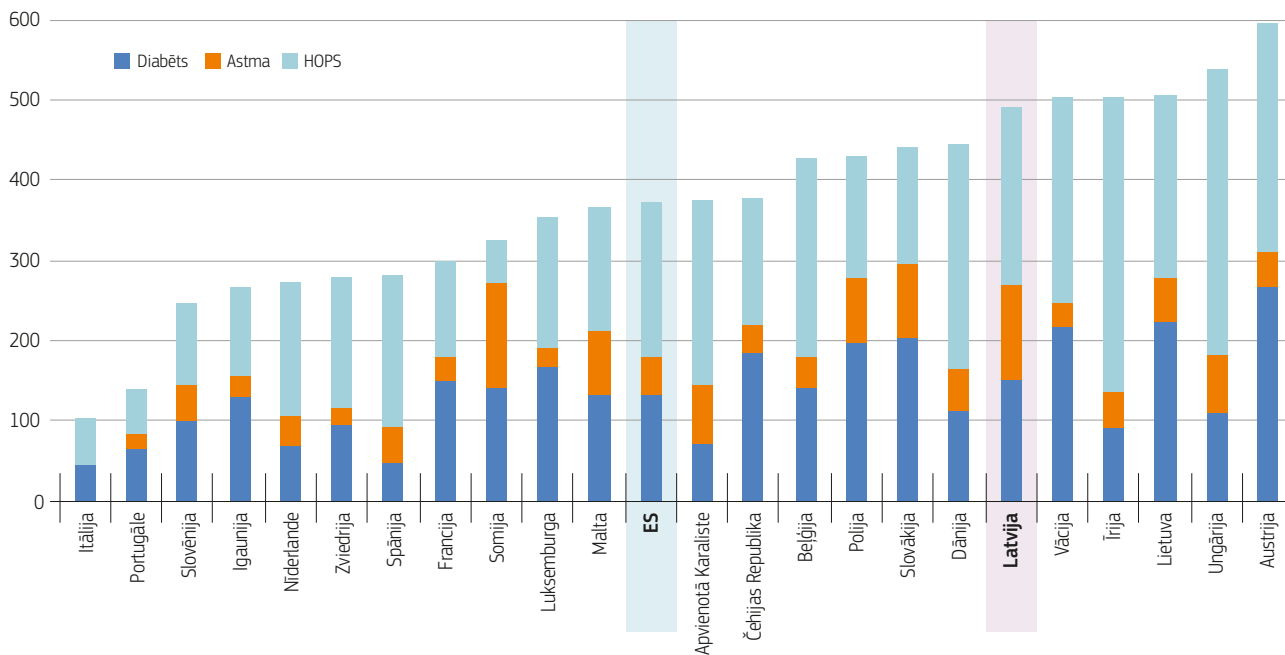
Stacionārās aprūpes gadījumu skaits attiecībā uz hroniskām saslimšanām, piemēram, astmu, hronisku obstruktīvu plaušu slimību (HOPS) un diabētu, ir primārās veselības aprūpes kvalitātes rādītājs, jo šos gadījumus varētu novērst, sniedzot kvalitatīvu primāro veselības aprūpi. Latvijā ir augsts astmas stacionārās aprūpes rādītājs, kas vairāk nekā divreiz pārsniedz ES vidējo rādītāju (119 uz 100 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 52 uz 100 000 iedzīvotāju). No otras puses, Latvijai ir labāki rezultāti attiecībā uz diabēta pacientu stacionāro aprūpi un šajā ziņā rādītājs ir tuvāks ES vidējam rādītājam (10. attēls).

Latvija pēdējos gados ir aizsākusi vairākas ierosmes, lai stiprinātu primārās veselības aprūpes kvalitāti. 2013. gadā tika ieviesta jauna shēma "samaksa par rezultātiem", lai atalgotu ĢĀ, kuri sasniedz noteiktus mērķus attiecībā uz profilaksi, hronisko slimību vadību, pakalpojumu lielāku daudzveidību un efektivitāti.

Šo iniciatīvu ietekme vēl nav apliecinājusies, un to parāda ar hroniskām slimībām saistītu stacionēšanas gadījumu lielais skaits slimnīcās un joprojām zemie vēža slimnieku izdzīvotības rādītāji. Tomēr pagaidām vēl ir par agru izvērtēt izmaiņas ārstu uzvedībā vai ietekmi uz veselību. Tomēr tas, ka vairāki galvenie riska faktori kļūst aizvien izplatītāki un vēža skrīninga rādītāji nemainīgi saglabājas zemi, liecina par problēmām attiecībā uz profilaksi un savlaicīgu atklāšanu, un vairums ĢĀ nav izpildījuši lielāko daļu shēmas "samaksa par rezultātiem" rādītāju kopš tās ieviešanas (ESAO, 2016. gads).

6. Tomēr papildus organizētajam dzemdes kakla vēža skrīningam joprojām plaši tiek īstenots oportūnistisks skrīnings, tādēļ skrīningam pakļauto pacientu īpatsvars varētu būt lielāks.

10. attēls. Liels stacionārās aprūpes gadījumu skaits slimnīcās liek uzdot jautājumus par hronisku slimību vadības kvalitāti



Piezīme. Rādītāji nav koriģēti attiecībā uz saslimšanu izplatību.

Avots: ESAO veselības statistika (dati par 2015. gadu vai pēdējo gadu).

Novēršamās mirstības rādītāji Latvijā ir augsti, īpaši attiecībā uz vīriešiem

Ar profilaksi novēršamās mirstības rādītāji, piemēram, nāves gadījumu skaits satiksmes negadījumu, plaušu vēža un ar alkoholu saistītu saslimšanu rezultātā, liecina, ka Latvijai novēršamu nāves gadījumu skaita samazināšana sagādā grūtības. Ja ar alkoholu saistītās mirstības rādītājs ir otrs augstākais ES, tad ceļu satiksmes negadījumu rezultātā Latvija bija pirmā vietā starp ES valstīm. 2014. gadā ceļu satiksmes negadījumos bojā gājušo vīriešu skaits bija četras reizes lielāks nekā sievietes skaits. Latvijas vīrieši ir pakļauti arī būtiski lielākam riskam mirt no plaušu vēža, jo ar šo slimību saistītā vīriešu mirstība ir vairāk nekā septiņas reizes lielāka par sievietes mirstību.

Šo priekšlaicīgas nāves gadījumu skaitu varētu samazināt, ieviešot attiecīgu un efektīvu profilakses politiku un stratēģiju, īpaši pievēršoties augsta riska grupām. Lai gan pēdējā desmitgadē virkne tabakas aprites kontroles politikas pasākumu ir veicinājuši smēķēšanas izplatības samazināšanos Latvijas pusaudžu un pieaugušo vidū, pieaugušo smēķētāju īpatsvars joprojām ir augstāks nekā vairumā citu ES valstu, jo īpaši vīriešu un personu ar zemāku izglītības līmeni vidū.

Bažas rada Latvijas nelieli izdevumi profilakses vajadzībām. Izdevumi profilaksei veido tikai 2 % no Latvijas kopējiem veselības aprūpes izdevumiem, salīdzinot ar ES vidējo rādītāju (3 %). Latvijas ieguldījumi sabiedrības veselības aizsardzībā un profilaksē ir arī ļoti atkarīgi no finansējuma, ko piešķir ES un starptautiskā kopiena plašākā nozīmē. Viena no ES finansētajām iniciatīvām ir Sabiedrības veselības stratēģija

2014.-2020. gadam, kuras ietvaros piešķir būtiskus finanšu resursus veselības veicināšanas un profilakses aktivitātēm.

Ņemot vērā citu ES valstu pieredzi kaitīgā alkohola patēriņa mazināšanā, Latvijas valdība 2015. un 2017. gadā palielināja akcīzes nodokli alkoholiskajiem dzērieniem un tabakas izstrādājumiem. Pašlaik tiek izstrādāts valsts līmeņa rīcības plāns, kurā ietverta darbību mērķis ir samazināt kaitīgo alkohola patēriņu un alkoholismu, kā arī pastiprināt alkoholisko dzērienu mārketingam piemērojamos noteikumus.

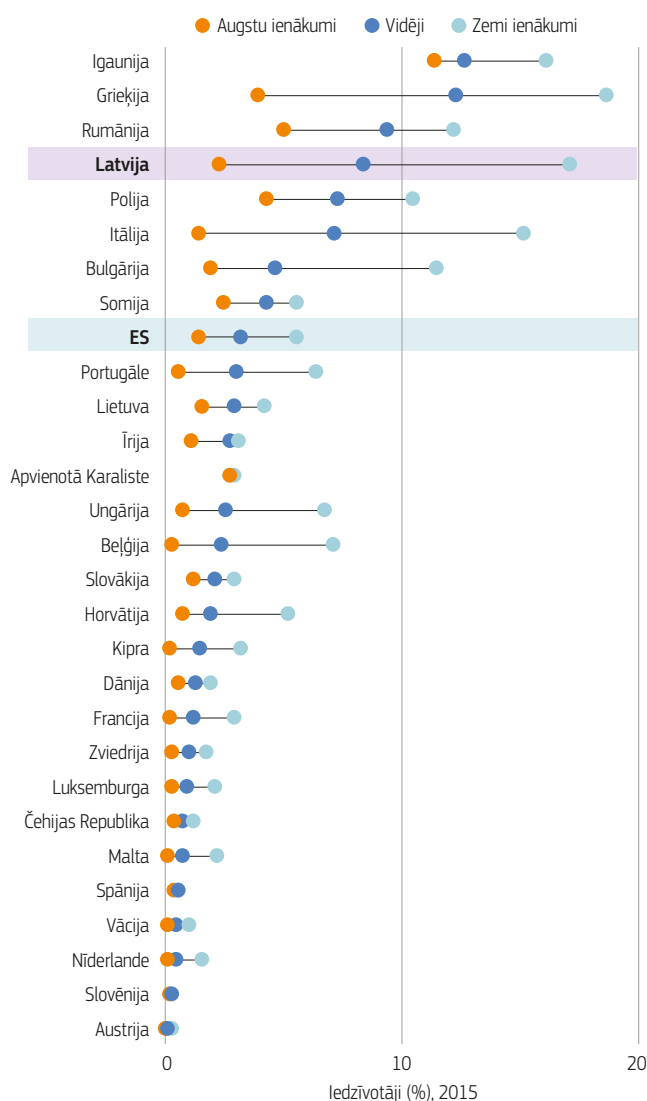
5.2 PIEEJAMĪBA

Neraugoties uz vispārējo veselības apdrošināšanu, daudziem Latvijas iedzīvotājiem nav pieejama nepieciešamā aprūpe

Latvijā pastāv vispārējā veselības apdrošināšana, lai gan seguma plašums un dziļums ir mazāks nekā vairumā citu ES valstu. Tādēļ liela daļa iedzīvotāju ziņo par problēmām saistībā ar aprūpes saņemšanu — galvenokārt finansiālo šķēršļu, bet arī ģeogrāfisku iemeslu vai ilga gaidīšanas laika dēļ.

2015. gadā 8,4 % Latvijas iedzīvotāju ziņoja par neapmierinātām veselības aprūpes vajadzībām, un tas bija ceturtais augstākais rādītājs starp visām ES dalībvalstīm (11. attēls). Par neapmierinātām medicīniskās aprūpes vajadzībām galvenokārt ziņo personas ar zemiem ienākumiem: katrs sestais mājsaimniecībā ar zemiem ienākumiem dzīvojošais Latvijas iedzīvotājs (17,1 %) ziņoja, ka finansiālu vai citu

11. attēls. Latvijas iedzīvotāju paziņoto neapmierināto veselības aprūpes vajadzību līmenis ir ceturtais augstākais ES



Piezīme. Dati attiecas uz medicīnisko izmeklējumu vajadzībām, kas nav apmierinātas izmaksu, attālumā vai gaidīšanas laika dēļ. Datu salīdzināšana valstu starpā ir jāveic piesardzīgi, jo izmantotajā apsekošanas instrumentā ir dažas atšķirības.

Avots: Eurostat datubāze, balstoties uz EU-SILC (dati par 2015. gadu).

īemeslu dēļ ir atteicies no vizītes pie ārsta vai ārstēšanas, un šis īpatsvars ir trīs reizes lielāks nekā vidēji ES (5,5 %). Turpretī tikai 2,5 % Latvijas māsaimniecību ar augstiem ienākumiem ziņoja par neapmierinātām vajadzībām.

Arī Latvijas iedzīvotāju ziņotais neapmierināto zobārstniecības vajadzību līmenis ir augstākais ES dalībvalstu vidū — 2015. gadā gandrīz 14 % iedzīvotāju ziņoja par neapmierinātām zobārstniecības vajadzībām. Šis rādītājs ir vairāk nekā trīs reizes augstāks nekā ES vidēji (4,4 %). Arī šajā gadījumā pastāv lielas atšķirības pa ienākumu grupām: 27 % personu ar zemiem ienākumiem ziņoja par neapmierinātām zobārstniecības vajadzībām, kamēr grupā ar augstiem ienākumiem šādu personu bija tikai 4 %.

Valsts apmaksāto pakalpojumu paketes apjoms ir ierobežots

Valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi ietver tikai pakalpojumus, kurus sniedz ārsti un iestādes, kam ir noslēgti līgumi ar VVD. Pakalpojumu pakete ir definēta kā "pozitīvie saraksti" (attiecībā uz medikamentiem un konkrētu profilaktisku, diagnosticējošu un terapeitisku iekļaušanos) un "negatīvie saraksti" (konkrētu pakalpojumu, piem., pieaugušo zobārstniecības, rehabilitācijas (ar izņēmumiem), kā arī redzes un dzirdes korekcijas palīgīdzekļu izslēgšana).

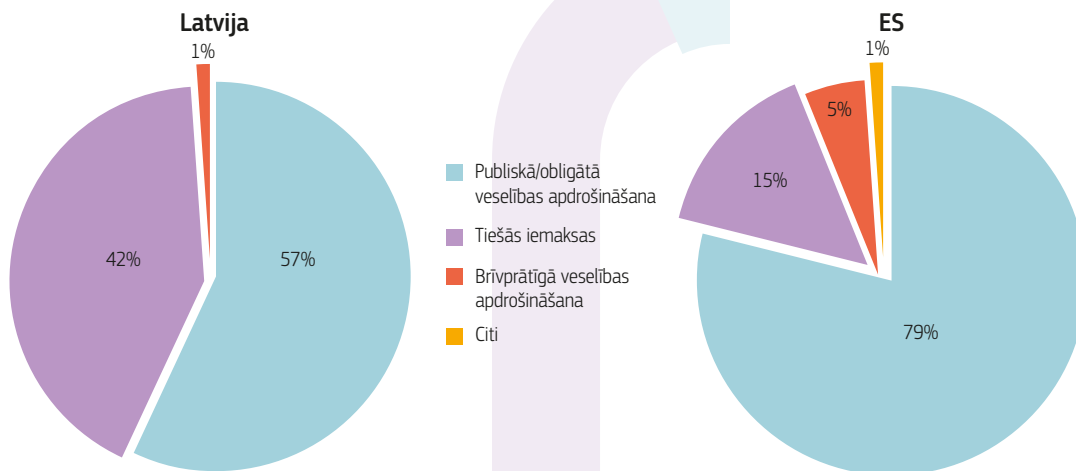
Pakalpojumu paketes darbības joma ir samērā šaura, un tā tika sašaurināta pēc 2008. gada ekonomiskās krīzes, lai ierobežotu izdevumus veselības aizsardzībai fiskālās konsolidācijas laikā. Pastāv vairākas nepārprotamas atšķirības starp ieteikto klīnisko praksi un valsts finansēto pakalpojumu paketi. Turklāt nav ietvertas procedūras, kurām būtu nepieciešama seguma nodrošināšana, piemēram, torakālā ķirurģija un dažas neiroloģiskās procedūras. Tas, ka šādi pakalpojumi nav padarīti sistemātiski pieejami, ierobežo pieeju kvalitatīvai aprūpei.

Šķēršļus aprūpes saņemšanai pastiprina augsti līdzmaksājumi un gada "kvotu" sistēma

Visiem veselības aizsardzības pakalpojumiem Latvijā, ieskaitot vizītes pie ĢĀ, vizītes pie ārstiem speciālistiem, uzturēšanos slimnīcā un medikamentu iegādi, ir paredzēti līdzmaksājumi, kas jāsedz to saņēmējam. Publiskais finansējums veidoja tikai 57 % no izdevumiem veselības aprūpei 2015. gadā, un tas bija otrais zemākais īpatsvars ES aiz Bulgārijas (12. attēls). Gandrīz visu atlikušo daļu (42 %) pacienti sedz ar tiešajām iemaksām. Šis īpatsvars ir trešais lielākais Eiropas Savienībā (aiz Kipras un Bulgārijas) un ir gandrīz trīs reizes lielāks par ES vidējo rādītāju (15 %). Lielās tiešās pacientu iemaksas daudziem Latvijas iedzīvotājiem ir būtisks šķērslis, lai piekļūtu veselības aprūpei, un to atspoguļo lielais neapmierināto medicīnisko un zobārstniecības vajadzību apmērs.

Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšana ir balstīta uz ikgadēju "kvotu" sistēmu, kas Latvijas iedzīvotājiem ir papildu šķērslis, lai piekļūtu aprūpei. Pakalpojumu sniedzējiem tiek noteiktas konkrētas kvotas attiecībā uz pakalpojumu apmēru, ko apmaksā VVD. Kad šie pakalpojumu kvotu limiti tiek sasniegti, pacientiem vai nu jāgaida līdz nākamajam gadam un kvotu atjaunošanai, vai jāmaksā par pakalpojumiem ar tiešajām iemaksām. Tādēļ tiek ziņots, ka pieejamība gada pēdējos mēnešos pasliktinās. Tomēr "kvotu" sistēmas ietekmi uz gaidīšanas laikiem var novērot visu gadu. Lai izvairītos no ilgas gaidīšanas pakalpojumu saņemšanai, daudzi cilvēki izvēlas veikt tiešos maksājumus, tādējādi veicinot Latvijas lielā tiešo maksājumu īpatsvara veidošanos.

12. attēls. Tiešās pacientu iemaksas veido lielu daļu no Latvijas veselības aprūpes izdevumiem



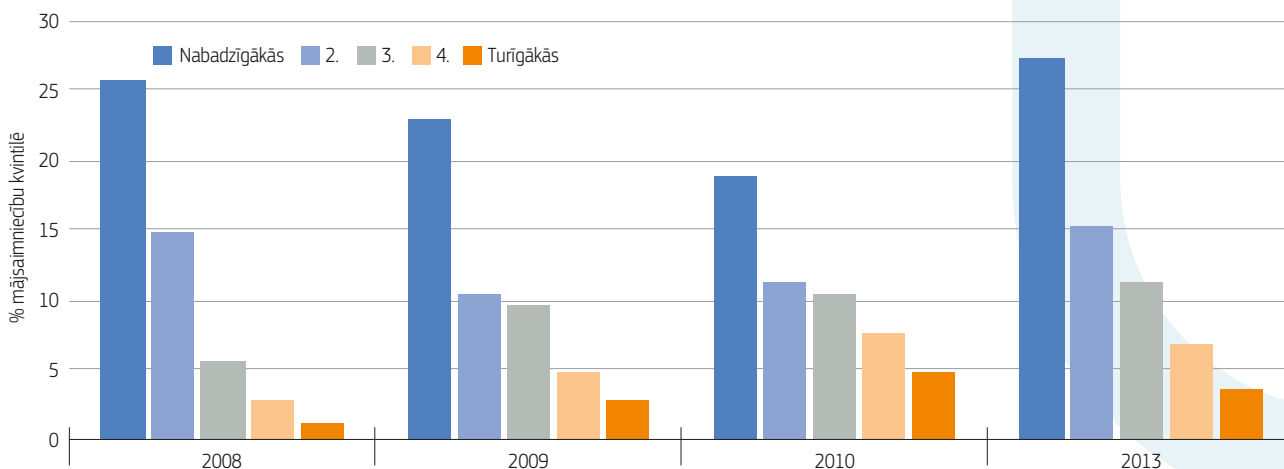
Avoti: ESAO veselības statistika; Eurostat datubāze (dati par 2015. gadu).

Augsti līdzmaksājumi pakļauj māsaimniecības ar zemiem ienākumiem katastrofālām tiešajām iemaksām

Ierobežotais segums attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem un medikamentiem ārpus slimnīcas atspoguļojas tiešo maksājumu struktūrā. 2015. gadā izdevumi par medikamentiem un ārstēšanu veidoja 80 % no kopējām pacientu tiešajām iemaksām, bet vēl 10 % veidoja zobārstniecība. Tādēļ daudzas Latvijas māsaimniecības saskaras ar katastrofāliem tiešajiem izdevumiem⁷. Tas īpaši attiecas uz māsaimniecībām ar zemiem ienākumiem, no kurām vairāk nekā 25 % 2013. gadā saskārās ar katastrofāliem tiešajiem izdevumiem (13. attēls).

Tas, ka laikā no 2008. gada līdz 2010. gadam samazinājās tādu māsaimniecību ar zemiem ienākumiem īpatsvars, kuras saskārās ar katastrofāliem tiešajiem maksājumiem, daļēji bija saistīts ar drošības tīkla un sociālās nozares reformu programmas īstenošanu. Šīs 2009.-2011. gadā īstenotās shēmas mērķis bija aizsargāt visvulnerābākās personas no finansiāla riska saslimšanas gadījumā, atbrīvojot noteiktas māsaimniecības no līdzmaksājumu veikšanas un subsidējot zāles. Lai gan šī shēma joprojām attiecas uz atsevišķām pacientu grupām, 2011. gadā tā tika atcelta māsaimniecībām ar zemiem ienākumiem. Pēc tās atcelšanas zemu ienākumu grupās (1. un 2. ienākumu kvintile) ietilpstošo to māsaimniecību īpatsvars, kuras saskaras ar katastrofāliem tiešajiem maksājumiem, strauji palielinājās un atgriezās 2008. gada līmenī.

13. attēls. Katastrofālie tiešie maksājumi galvenokārt skar māsaimniecības ar zemiem ienākumiem



Avots: Taube et al. (iznāks 2017. gadā).

7. Katastrofālas izmaksas tiek definētas kā situācija, kad māsaimniecības tiešās iemaksas pārsniedz 40 % no kopējiem māsaimniecības neto pirmās nepieciešamības izdevumiem (t. i., pārtika, mājvieta un komunālie pakalpojumi).

Ir veikti pasākumi veselības aprūpes speciālistu deficīta problēmas risināšanai

Lai gan praktizējošo ārstu skaits lēnām ir pieaudzis, tas joprojām ir mazāks nekā ES vidēji. Praktizējošo medmāsu skaits rada vēl lielākas bažas. To skaits ne tikai ir zem ES vidējā līmeņa, bet arī jaunu absolventu skaits kopš 2011. gada ir strauji samazinājies. Turklāt zemā atalgojuma un sarežģīto darba apstākļu dēļ daudzi medmāsu studiju programmu absolventi ir izvēlējušies nesākt medmāsu karjeru, bet strādāt citās jomās Latvijā. Daudzas medmāsas ir arī pieņēmušas lēmumu migrēt uz citām ES valstīm.

Latvija arī saskaras ar arvien lielākām problēmām attiecībā uz veselības aprūpes darbinieku ģeogrāfisko sadalījumu. Sarūkošā iedzīvotāju skaita dēļ ĢĀ pamet lauku apvidus vai, sasniedzot pensijas vecumu, netiek aizstāti. Arī sekundāro un terciāro pakalpojumu ģeogrāfiskais izvietojums valstī rada problēmas, jo daudzi pakalpojumi ir koncentrēti pilsētās, īpaši Rīgā un tās apkārtnē. Lai samazinātu šos papildu ceļa izdevumus, ir paredzēts ieviest bezmaksas viesnīcas tipa naktsmītnes tām personām no zemu ienākumu grupām, kurām ir jāceļo, lai saņemtu ārstēšanu (parasti — ambulatoro ķirurģiju).

Ar ES finansējuma atbalstu ir sākti vairāki pasākumi, lai piesaistītu veselības aprūpes darbiniekus darbam lauku apvidos, tādējādi mazinot speciālistu un veselības aprūpes darbinieku trūkumu reģionos ārpus Rīgas. Veselības ministrija kopš 2015. gada aprīļa veic pasākumus, lai risinātu problēmu saistībā ar ārstu ģeogrāfisko sadalījumu, nosakot, ka universitātēm medicīnas studijās prioritāri rezidentūrā jāuzņem pretendenti, kuri pēc studiju beigām piekrituši praktizēt lauku apvidos. Šajā "reģionālās vienošanās" programmā otrajā tās īstenošanas gadā (2016.-2017. gads) tika uzņemti 43 rezidenti.

5.3 ILGTSPĒJA⁸

Latvija ir veikusi pasākumus efektivitātes uzlabošanai slimnīcu nozarē

Latvijas veselības aprūpes sistēmā pastāv strukturāls finansējuma trūkums. Efektivitātes uzlabošana, lai optimizētu ierobežoto resursu izmantošanu, ir bijusi un joprojām ir svarīga prioritāte, attiecībā uz kuru ir panākts progress. Reaģējot uz ekonomisko krīzi un budžeta spriedzi, Latvija slēdza vairākas slimnīcas un 18 neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas, lai uzlabotu kvalitāti un ierobežotu izmaksas. Vienlaikus tika pieliktas pūles, lai aprūpi pārceltu no slimnīcām uz sabiedrības vidi, lai samazinātu slimnīcās uzņemto personu skaitu un viņu uzturēšanās ilgumu.

Latvijas centieni samazināt slimnīcu nozares lielumu un pāriet uz biežāku aprūpi sabiedrības vidē sākās pirms ekonomiskās krīzes, bet pēc tam tika paātrināti. "Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas" (pieņemta 2004. gadā ar īstenošanas plānu 2005. gadā) mērķis bija nodrošināt integrētas veselības aprūpes sistēmas turpmāku attīstību, optimizējot pakalpojumu sniedzēju skaitu un izvietojumu. Programmā un īstenošanas plānā bija paredzēts, ka 2005. gadā tiks pakāpeniski samazināts slimnīcu gultu skaits, kurām tiek nodrošināti valsts apmaksāti pakalpojumi. Turklāt tika ieviesta mājas aprūpes programma, lai veicinātu vārgu pacientu āgrāku izrakstīšanu no slimnīcas. Sniegtie pakalpojumi ietver hroniski slimu pacientu ciešu novērošanu, pēcooperācijas aprūpi un insulta pacientu rehabilitāciju.

Līdz 2015. gadam gultu skaits slimnīcās bija samazināts par 6435 gultām jeb 36 %, salīdzinot ar 2005. gadu. Tomēr lielākā daļa šā samazinājuma tika panākta 2009.-2010. gadā. Arī to slimnīcu skaits, kuras sniedz valsts apmaksātos pakalpojumus, samazinājās vairāk nekā uz pusi, jo dažas iestādes tika slēgtas, bet citas — pārveidotas tikai ambulatoro pacientu apkalpošanai. Vienlaikus vidējais uzturēšanās ilgums slimnīcā samazinājās par gandrīz 20 % — no 10 dienām 2005. gadā uz 8,3 dienām 2015. gadā, un vislielākais samazinājums tika novērots pēc 2008. gada (14. attēls).

Lai gan Latvija jau ir samazinājusi slimnīcu gultu skaitu gandrīz līdz ES vidējam līmenim un ir slēgusi vairākas slimnīcas un neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas, psihiatriskās aprūpes gultu skaits joprojām ir augsts. Iespējams, var veikt funkcionālas izmaiņas, lai nodrošinātu kvalitatīvāku aprūpi un augstāku efektivitāti. Tomēr ir svarīgi, lai šie efektivitātes pasākumi būtu daļa no plašāka plāna ar mērķi stiprināt garīgās veselības aprūpi un paplašināt ārpus slimnīcām piedāvāto pakalpojumu klāstu. 2013.-2014. gadā īstenotajā Garīgās veselības aprūpes politikas rīcības plānā bija ietverti pasākumi garīgās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanai.

Latvija īstenoja pasākumus ģenērisko zāļu lietošanas veicināšanai

Latvijas relatīvi zemie publiskie izdevumi attiecībā uz zālēm kopā ar lielo tiešo maksājumu īpatsvaru daudziem cilvēkiem, īpaši grupās ar zemiem ienākumiem, rada finansiālus šķēršļus zāļu iegūšanai. Latvija ir veicinājusi ģenērisko zāļu lietošanu, nosakot, ka farmaceitam ir jāpiedāvā lētākās pieejamās receptē norādītās zāles, kas ir iekļautas valsts apmaksāto zāļu sarakstā. Attiecībā uz citām izrakstītajām zālēm farmaceitiem ir ļauts veikt aizstāšanu, ja ārsts, kas izrakstījis recepti, nav aizliedzis to darīt. Šo pasākumu rezultātā ģenēriskās zāles vērtības un apjoma ziņā ir ieguvušas lielu tirgus daļu.

8. Ilgtspēja ir veselības aprūpes sistēmas spēja efektīvi pielāgoties izmaiņām vidē, negaidītam šokam vai krīzēm.

Lielāki centieni veselības informācijas infrastruktūras stiprināšanai Latvijā

Lai veicinātu labāku aprūpes koordinēšanu, Latvija pēdējos gados ir sākusi stiprināt veselības informācijas infrastruktūru, no 2016. gada ieviešot e-veselības sistēmu un e-veselības portālu. Veselības informācijas pieejamībai un izmantošanai turpmākajos gados būtu vēl vairāk jāuzlabojas. Tiek prognozēts, ka e-veselības sistēmas ieviešana uzlabos veselības aprūpes kvalitāti un sistēmas efektivitāti. Piemēram, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji var izrakstīt e-receptes, lai pacienti varētu iegādāties zāles jebkurā aptiekā valstī. Minētais arī ļaus pakalpojumu sniedzējiem uzraudzīt zāļu drošību, ja pacientiem tiek izrakstītas vairākas zāles. Tāpat ir gaidāms, ka uzlabosies pakalpojumu sniedzēju savstarpējā koordinācija, piemēram, izvairoties no diagnosticējošo izmeklējumu dublēšanās un informējot ĢĀ par viņa aprūpē esošā pacienta izrakstīšanu no slimnīcas.

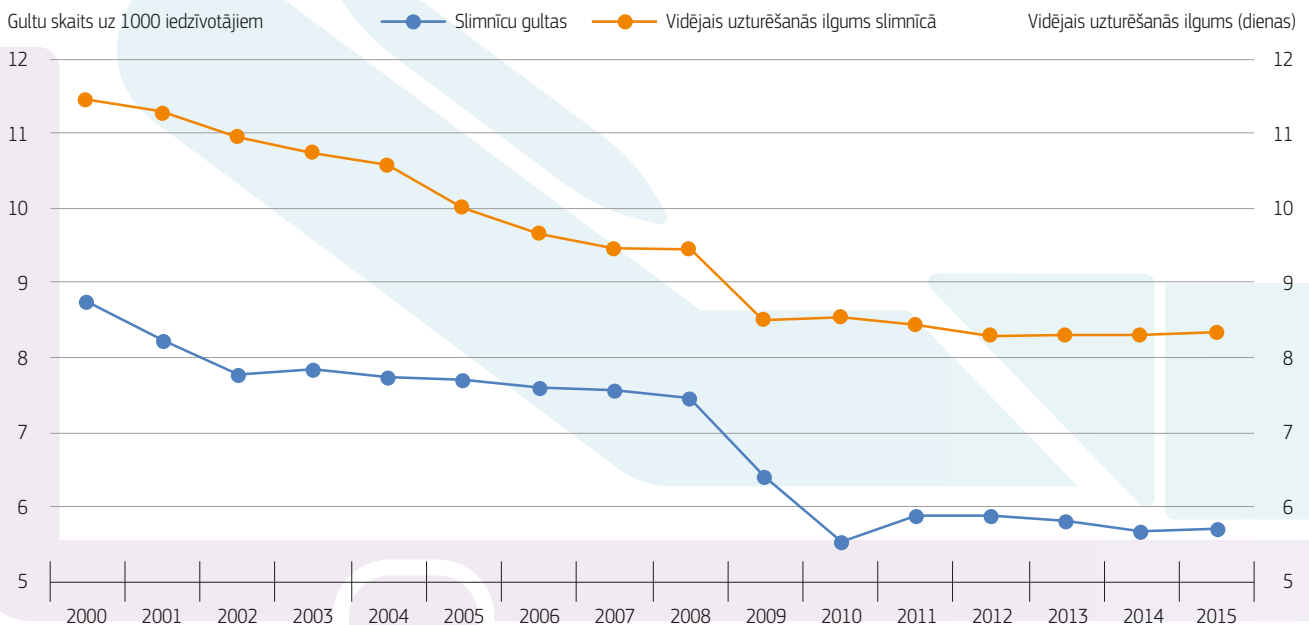
Ilgtermiņa finanšu resursu nodrošināšana veselības aprūpes pakalpojumiem, ņemot vērā nākotnes izaicinājumus

Latvijas sarūkošais iedzīvotāju skaits, zemā dzimstība un sabiedrības novecošanās sarežģīs veselības aprūpes sistēmas spēju apmierināt veselības aprūpes vajadzības nākotnē — galvenokārt divējādi.

Pirmkārt, ir gaidāms, ka pieaugs veselības aprūpes vajadzības. Ir paredzams, ka Latvijā, tāpat kā citās valstīs, sabiedrības novecošanās rezultātā radīsies vairākas papildu problēmas, piemēram, lielāks hronisku saslimšanu radītais slogs, papildu ilgtermiņa aprūpes vajadzības, izmaiņas vajadzībās attiecībā uz pieeju aprūpei, kā arī lielāks risks attiecībā uz gados vecu un vārgu pacientu izrakstīšanu no slimnīcas.

Otrkārt, sarūkošs darbspējīgā vecuma iedzīvotāju skaits var radīt papildu spiedienu uz ieņēmumu avotiem un noslogot veselības aprūpes budžetu, ņemot vērā citu ar novecošanu saistītās aprūpes izdevumu radīto fiskālo spiedienu. Saskaņā ar *Eurostat* aprēķiniem Latvijas iedzīvotāju skaits tuvākajās desmitgadēs krasi samazināsies — no aptuveni 2,0 miljoniem 2015. gadā uz 1,4 miljoniem 2060. gadā. Šī samazināšanās par 31 % ļoti atšķiras no ES vidējās tendences attiecībā uz iedzīvotāju skaitu, jo ES tiek prognozēts 3 % *pieaugums*. Gados vecāku cilvēku apgādājamības koeficientam pieaugot, var prognozēt, ka fiskālais spiediens ārpus veselības aprūpes sistēmas ietvers lielākas ilgtermiņa aprūpes vajadzības un spiedienu uz pensiju sistēmām. Piepildoties "politikas nemainīšanas" scenārijam, tiek prognozēts, ka izdevumi veselības aprūpei un ilgtermiņa aprūpei būs fiskāli ilgtspējīgi, saglabājoties vājam veselības aprūpes pietiekamībai. (Eiropas Komisija un Ekonomikas politikas komiteja, 2015. gads).

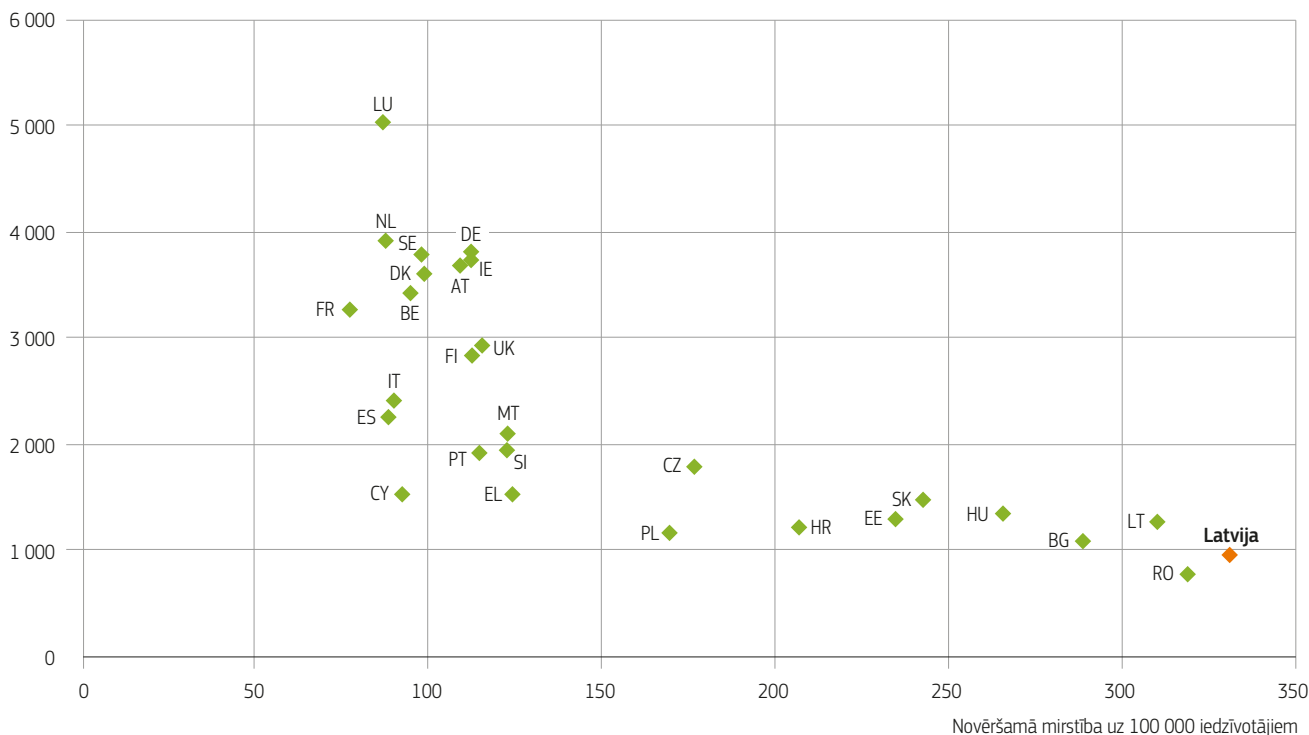
14. attēls. Ir samazināts slimnīcu gultu skaits un vidējais uzturēšanās ilgums slimnīcā



Avots: Eurostat datubāze.

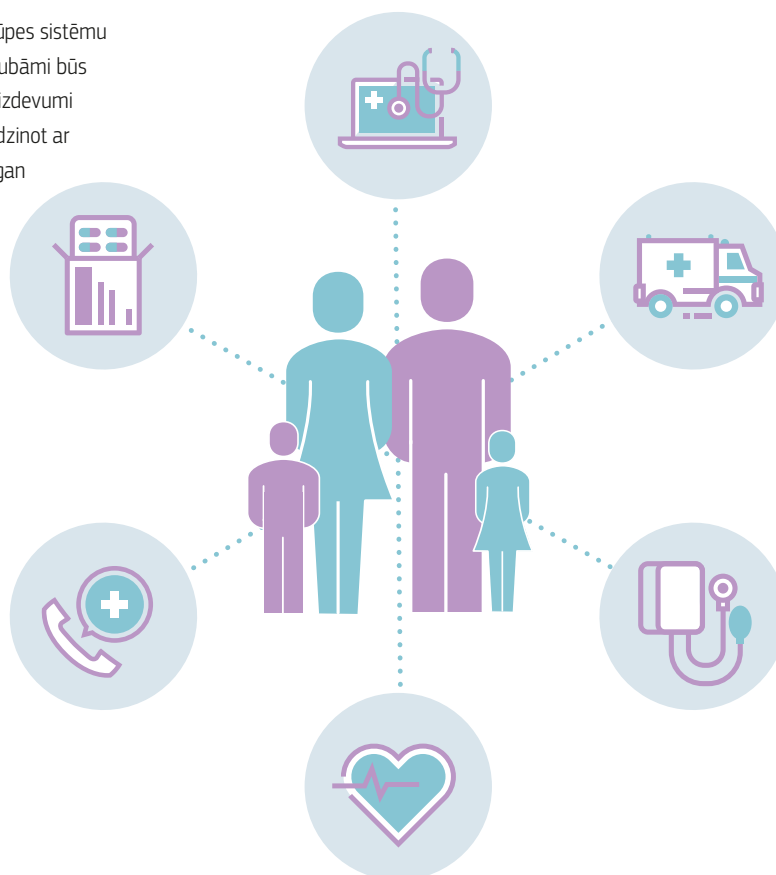
15. attēls. Ļoti zems izdevumu līmenis ir saistīts ar sliktiem rezultātiem veselības jomā Latvijā

Izdevumi veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju, EUR PPP



Avoti: ESAO veselības statistika; Eurostat datubāze; PVO Pasaules veselības aprūpes izdevumu datubāze (dati par 2014. gadu).

Tā kā Latvija plāno stiprināt un uzlabot savu veselības aprūpes sistēmu un iedzīvotāju veselības stāvokli, būtiska problēma neapšaubāmi būs resursu līmenis sistēmā. Sagaidāms, ka 2018.–2020. gadā izdevumi veselības aprūpei sasniegs 12 % no valdības budžeta, salīdzinot ar 8,9 % 2015. gadā. Tomēr Latvijas tēriņi veselības aprūpei gan uz vienu iedzīvotāju, gan attiecībā pret IKP ir mazāki nekā visās pārējās ES valstīs, izņemot Rumāniju. Pašreizējie zemie izdevumi veselības aprūpei ir saistīti ar relatīvi sliktiem rezultātiem veselības jomā (15. attēls). Papildu izdevumiem veselības aprūpei, tos pienācīgi tērējot, Latvijā būtu jāveicina novēršamās mirstības pakāpeniska samazināšanās.



6 Galvenie secinājumi

- Latvijas iedzīvotāju paredzamais mūža ilgums pēdējos 15 gados ir palielinājies samērā strauji, bet joprojām par aptuveni sešiem gadiem atpaliek no ES vidējā rādītāja un ir trešais zemākais ES — aiz Lietuvas un Bulgārijas. Paredzamais mūža ilgums ir krasi atšķirīgs atkarībā no dzimuma un sociāli ekonomiskā stāvokļa. Latvijas vīriešu paredzamais mūža ilgums ir gandrīz par 10 gadiem īsāks nekā sievietēm. Arī paredzamais mūža ilgums 25 gadu vecumā starp zemāko un augstāko izglītības līmeni ieguvušajiem Latvijas iedzīvotājiem atšķiras par desmit gadiem. Šī atšķirība veselības jomā galvenokārt ir saistīta ar riska faktoriem, jo īpaši smēķēšanu un alkohola kaitīgo patēriņu, lielāku izplatību vīriešu un personu ar zemu izglītības vai ienākumu līmeni vidū.
- Latvija ir atzinusi, ka neinfekciju slimību profilakses stiprināšana ir prioritāre, nosakot politiku tabakas smēķēšanas, pārmērīgas alkohola lietošanas un aptaukošanās kontrolei. Pamatojoties uz Sabiedrības veselības stratēģiju 2014.-2020. gadam būtiski finanšu resursi tiek piešķirti veselības aprūpes veicināšanas un profilakses pasākumiem, izmantojot ES finansējumu un valsts budžeta līdzekļus, lai pievērstos svarīgākajiem riska faktoriem saistībā ar sirds un asinsvadu slimībām un vēzi, kā arī perinatālo, jaundzimušo un garīgo veselību.
- Latvijas veselības aprūpes sistēmas darbības rezultāti ir jāizvērtē, ņemot vērā pieejamo resursu ierobežoto apjomu. Izdevumi veselības aprūpei Latvijā ir vieni no zemākajiem ES, un tas veselības aprūpes sistēmā rada būtisku resursu nepietiekamību. Zemais veselības aprūpes izdevumu līmenis ir problēma no ilgtspējīgas sabiedrības veselības uzlabošanas un veselības aprūpes sistēmas darbības rezultātu viedokļa. Nesenantiem valdības plāniem palielināt budžeta izdevumus veselības aprūpei vajadzētu būt ļoti nozīmīgiem, lai risinātu problēmas saistībā ar piekļuvi aprūpei un tās kvalitāti, un būtu jāveicina sabiedrības veselības rezultātu uzlabošanās.
- Ņemot vērā to, ka līdz šim veselības aprūpei tika atvēlēti ierobežoti resursi, nav nekāds pārsteigums, ka Latvijas veselības aprūpes sistēma tās kvalitātes un pieejamības ziņā nav augstā līmenī. No akūtās aprūpes kvalitātes viedokļa Latvijā ir augstākie ar infarktu un insultu saistītie mirstības rādītāji starp visām ES dalībvalstīm. Savlaicīga atklāšana un laicīga pieeja ārstēšanai ir problemātiska arī attiecībā uz vēža slimnieku aprūpi, jo gan skrīninga rādītāji, gan krūts un dzemdes kakla vēža izdzīvotības rādītāji ir starp zemākajiem visā ES.
- Pieeju kvalitatīvai primārajai veselības aprūpei var izvērtēt, izmantojot statistiku par tādu hospitalizāciju hronisku saslimšanu dēļ, no kuras būtu bijis iespējams izvairīties, pacientiem sniedzot kvalitatīvu primāro veselības aprūpi. Dati par Latviju liecina, ka ir iespējams uzlabot hronisku slimību vadību ārpus slimnīcām. Lai gan rādītāji par diabēta pacientu hospitalizāciju Latvijā līdzinās ES vidējiem rādītājiem, tie ir daudz augstāki attiecībā uz astmu un hronisku obstruktīvu plaušu slimību.
- Ņemot vērā zemos budžeta izdevumus veselības aprūpei, veselības aprūpes sistēma ir ļoti atkarīga no privātajiem tēriņiem — māsaiemniecību tiešajiem maksājumiem. Gandrīz visiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir noteikti līdzmaksājumi, kas rada būtiskus finansiālus šķēršļus aprūpes saņemšanai, jo īpaši māsaiemniecībām ar zemiem ienākumiem. Pieeju aprūpei ierobežo tas, ka nav finansiālās aizsardzības mehānismu personām ar zemiem ienākumiem. Vairāk nekā ceturtda daļa māsaiemniecību ar zemiem ienākumiem saskaras ar katastrofāliem tiešajiem maksājumiem.



Svarīgākie avoti

Mitenbergs U. et al. (2012. gads), "Latvia: Health System Review", *Health Systems in Transition*, Vol. 14(8).

ESAO/ES (2016. gads), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Parīze, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Atsauces

SPKC (Slimību profilakses un kontroles centrs) (2012. gads), *Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2011. gada* 20(6).pdf, 39. lpp.

Veselības sistēmu un politikas novērotājs, <http://www.hspm.org/countries/latvia08052014/countrypage.aspx> (aplūkots 2017. gada 16. maijā).

ECDC (2016. gads), "Systematic Review on Hepatitis B and C Prevalence in the EU/EEA", Stokholma, pieejams: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/systematic-review-hepatitis-B-C-prevalence.pdf>.

Murtin, F. et al. (2017. gads), "Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries: Insights from New OECD Estimates", *OECD Statistics Working Papers*, No. 2017/02, OECD Publishing, Parīze, <http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en>.

ECDC (2017). *Annual epidemiological report for 2015 – Hepatitis C*. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

ESAO (2017. gads), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Parīze, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

ECDC/WHO (2016). *HIV Surveillance in Europe, 2015*. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

ESAO (2016. gads), *OECD Reviews of Health Systems: Latvia 2016*, OECD Publishing, Parīze, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264262787-en>.

Eiropas Komisija (ECFIN ĢD) un Ekonomikas politikas komiteja (Darba grupa novecošanas jautājumos) (2015. gads), "2015. gada ziņojums par sabiedrības novecošanu — ekonomikas un budžeta prognozes 28 ES dalībvalstīm (2013–2060)", *European Economy* 3, Brisele, maijs.

Taube M., E. Vaskis un O. Nesterenko (iznāks 2017. gadā), *Moving Towards Universal Health Coverage: New Evidence on Financial Protection in Latvia*, PVO Eiropas reģionālais birojs, Kopenhāgena.

IHME (2016. gads), "Global Health Data Exchange", Veselības aprūpes mērījumu un izvērtēšanas institūts, pieejams: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Valstu saīsinājumu saraksts

Apvienotā Karaliste	UK	Francija	FR	Kipra	CY	Polija	PL	Spānija	ES
Austrija	AT	Grieķija	EL	Latvija	LV	Portugāle	PT	Ungārija	HU
Beļģija	BE	Horvātija	HR	Lietuva	LT	Rumānija	RO	Vācija	DE
Bulgārija	BG	Igaunija	EE	Luksemburga	LU	Somija	FI	Zviedrija	SE
Čehijas Republika	CZ	Itālija	IT	Malta	MT	Slovākija	SK		
Dānija	DK	Īrija	IE	Nīderlande	NL	Slovēnija	SI		

State of Health in the EU

Valsts veselības pārskats 2017

Valstu profili ir svarīgs solis Eiropas Komisijas divu gadu programmas "Veselības stāvoklis ES" ciklā, kā arī Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (ESAO) un *European Observatory on Health Systems and Policies* kopīga darba rezultāts. Šo sēriju ir koordinējusi Komisija, un tā ir izstrādāta ar Eiropas Savienības finansiālu atbalstu.

Kodolīgie, politikas veidošanai svarīgie valstu profili balstās pārredzamā, konsekventā metodikā, izmantojot gan kvantitatīvos, gan kvalitatīvos datus, bet ir elastīgi pielāgoti katras ES dalībvalsts kontekstam. To mērķis ir izveidot savstarpējas izglītošanās un brīvprātīgas apmaiņas līdzekli, kas atbalstītu dalībvalstu centienus uz gūtajām atziņām balstītā politikas veidošanā.

Katrā valsts profilā īsi sintezēta šāda informācija:

- veselības aprūpes stāvoklis valstī;
- veselības determinanti, īpašu uzmanību pievēršot uzvedības riska faktoriem;
- veselības aprūpes sistēmas organizēšana;
- veselības aprūpes sistēmas efektivitāte, pieejamība un ilgtspēja.

Šī ir pirmā ik pēc diviem gadiem izstrādājama valsts profilu sērija, kas publicēta 2017. gada novembrī. Komisija šo valstu profilu galvenos konstatējumus papildina ar pievienotu ziņojumu.

Sīkāku informāciju skatīt: ec.europa.eu/health/state/summary.

Lūdzu norādiet atsauci uz publikāciju:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Latvija: Valsts veselības pārskats 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285262-lv>

ISBN 9789264285262 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.