



VESELĪBAS EKONOMIKAS BAROMETRS

2025

"PowerHouse Latvia"
Roberta Hirša iela 1, Rīga
www.powerhouselatvia.com



Publikācijas mērķis ir pievērst sabiedrības un politikas veidotāju uzmanību Latvijas veselības aprūpes nozares finansēšanas problēmām, kā arī identificēt iespējamās stratēģiskās investīciju virzienus.

AUTORI: Dr. Hosams Abu Meri, Arvils Ašeradens, Dr. oec. Anželika Berķe-Berga, Alina Dūdele, Renāte Grudule, Dr. oec. Karla Ernandesa-Villafuerte, Luīze Līce-Tane, Beāte Livdanska, Jurgis Miezainis, Dr. oec. Malina Millere, Mārtiņš Vargulis, Dr. Jānis Vētra, Baiba Ziemeļe

VALODAS KOREKTŪRA: Zane Grudule

MAKETS: Laura Benga

Izdevumā paustie autoru viedokļi neatspoguļo Analītikas un vadības grupas "PowerHouse Latvia", Starptautisko inovatīvo farmaceitisko firmu asociācijas, Eiropas Farmācijas uzņēmumu un apvienību federācijas, Rīgas Stradiņa universitātes nostāju, kā arī nepārstāv jebkuras citas valsts pārvaldes iestādes oficiālo viedokli.

© Pētījuma autori, 2025

© Laura Benga, vāka dizains, makets, 2025

© PowerHouse Latvia, 2025

SADARĪBAS PARTNERI:



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE



PĒTĪJUMU ATBALSTA:



SATURS

Ilgtspējīgas veselības politikas pamati: valsts drošības un izaugsmes aspekts Dr. Hosams Abu Meri, Latvijas Republikas veselības ministrs	5
Veselības finansējuma nozīme valsts attīstībā Arvils Ašeradens, Latvijas Republikas finanšu ministrs	8
Veselības ekonomikas aspekti izplešas ārpus nozares Jurgis Miezainis, Latvijas Republikas Ekonomikas ministrijas parlamentārais sekretārs	10
“Veselības ekonomikas barometrs?” – no idejas pie vīzijas un pieejas Mārtiņš Vargulis, Beāte Livdanska	12
Veselības tehnoloģiju plašākās ekonomiskās vērtības izpratne: nozīme Latvijas ekonomikai Dr. oec. Karla Ernandesa-Villafuerte, Dr. oec. Malina Millere	17
Veselības aprūpe kā ieguldījums valsts attīstībā: makroekonomisks novērtējums Latvijā Dr. oec. Anželika Berķe-Berga	54
Ieguldījumu ietekme uz ārstniecības kvalitāti un cilvēkresursu noturību Dr. Jānis Vētra	71
Pieejamība un uzticēšanās kā ilgtermiņa ieguldījumu rezultāts Baiba Ziemeļe	87
Veselības aprūpes sistēmas finansēšana: slogs vai stratēģisks ieguldījums? Alina Dūdele	99
Veselības dati šķērsgrīzumā: meklējot cēloņsakarības ar citām nozarēm un politikām Renāte Grudule, Beāte Livdanska, Luīze Līce-Tane, Mārtiņš Vargulis	111
Meklējot alternatīvos veselības finansējuma avotus: izaicinājumi un iespējas Luīze Līce-Tane, Mārtiņš Vargulis	123
Veselības aprūpes sistēmas uztvere Latvijas sabiedrībā Renāte Grudule	145
Par autoriem	161



PRIEKŠVĀRDI



DR. HOSAMS ABU MERI
LATVIJAS REPUBLIKAS VESELĪBAS MINISTRS

ILGTSPĒJĪGAS VESELĪBAS POLITIKAS PAMATI: VALSTS DROŠĪBAS UN IZAUGSMES ASPEKTS

Veselība ir valsts drošības un izaugsmes pamats. Valsts spēks nav tikai aizsardzībā vai ekonomikā – tas ir arī cilvēkos, viņu veselībā, dzīves kvalitātē un iespējā būt aktīviem sabiedrības locekļiem. Jo ilgāk un veselīgāk dzīvo iedzīvotāji, jo spēcīgāks ir darba tirgus, nodokļu bāze un sabiedrības saliedētība. Kā to apliecina šis pētījums, arī Latvijas sabiedrības izpratnē veselība ir prioritāšo jomu augšgalā. Veselību par nākamā gada budžeta prioritāti uzskata katrs trešais Latvijas iedzīvotājs, salīdzinājumam – drošību un aizsardzību, kā arī ekonomisko attīstību katrs piektais. Augstā prioritāte sabiedrības uztverē skaidrojama ne tikai ar personīgo veselības stāvokli, bet arī kontekstā ar uzņēmējdarbības vides efektivitāti. Veselīga nācija ir būtisks konkurētspējas papildinošs elements.

Mūsdienu ģeopolitiskajos apstākļos ir mainījusies arī drošās nācijas termina izpratne. Tā prasa plašāku skatījumu ārpus konvencionālajiem aizsardzības izaicinājumiem. Valsts nevar būt droša, ja tās iedzīvotājiem trūkst iespēju saņemt savlaicīgu ārstēšanu vai ja dzīves ilgums būtiski atpaliek no Eiropas vidējā. Kā tas norādīts vairākkārt šajā pētījumā, veselības politika nav tikai medicīnas sistēmas jautājums – tā ir nacionālās drošības un ilgtspējas stratēģija. Valsts stabilitāte balstās tajā, vai cilvēki uzticas aprūpei, jūtas pasargāti un redz perspektīvu, ka viņu dzīves kvalitāte uzlabosies.

Pēdējo gadu pieredze – Covid-19 pandēmija, kā arī ģeopolitikas un ekonomikas satricinājumi – parādīja, cik cieši veselības aprūpe ir saistīta ar sabiedrības noturību. Kritiskos brīžos tieši mediķu profesionālisms un sistēmas gatavība nodrošināja valsts funkcionēšanu. Šī pieredze skaidri apliecina: veselības aprūpe ir ne tikai sociāla, bet arī nacionālās drošības dimensija.

Krīzes izgaismoja to, kas ikdienā nereti paliek nepamanīts: veselības aprūpes kapacitāte ir līdzvērtīga bruņoto spēku vai iekšējās drošības dienestu kapacitātei. Gan epidēmijas, gan citi apdraudējumi rāda, ka medicīnas personāls, aprīkojums, loģistika un krājumi ir nacionālās drošības infrastruktūras sastāvdaļa. Ja šī infrastruktūra nav pietiekami stipra, cieš ne tikai pacienti, bet arī sabiedrības uzticēšanās valstij kopumā.

Tomēr mums joprojām jārisina gadiem zināmas problēmas – nepietiekams finansējums, cilvēkresursu trūkums, reģionālās nevienlīdzības un nepilnīgi izmantotais profilakses potenciāls. Kā tas norādīts šajā pētījumā, šobrīd nepietiekamie ieguldījumi veselībā rada būtiskus zaudējumus valsts ekonomikai – priekšlaicīga mirstība un iedzīvotāju veselības problēmas ne tikai būtiski ietekmē Latvijas demogrāfisko situāciju, bet arī izmaksā ievērojami vairāk nekā vidēji Eiropas Savienībā. Bez ilgtermiņa plāna un politiskas apņēmības šos izaicinājumus pārvarēt būs apgrūtināši.

Ilgstoši veselības nozare Latvijā ir saņēmusi finansējumu, kas atpaliek no reālajām vajadzībām un citu Eiropas valstu līmeņa. Tas rada plaisu starp sabiedrības gaidām un sistēmas spējām. Mediķu izdegšana, pacientu rindas un nepietiekami izmantotas profilakses iespējas ir sekas šim finansējuma trūkim. Tas savukārt korelē ar ietekmi uz ekonomisko vidi un konkurētspēju. Pētījumā identificētais rādītājs attiecībā uz medicīniski novēršamām mirstībām, kas vairāk nekā divkārt pārsniedz ES vidējo, atspoguļo ciešo sasaisti starp veselību un valsts ekonomisko dzīvotspēju.

Ja vēlamies sistēmu, kas ir noturīga pret krīzēm, mums nepieciešama skaidra un prognozējama finansējuma politika, kas balstās uz ilgtermiņa mērķiem, nevis īstermiņa kompromisiem. Veselības politika nedrīkst būt īstermiņa kompromisu virkne. Tai jābūt ilgtermiņa nacionālajam projektam – ar prognozējamu finansējumu, profesionāļu atbalstu un profilakses sistēmu, kas ļauj iedzīvotājiem dzīvot ilgāk, veselīgāk un produktīvāk. Investīcijas veselībā ir stratēģisks ieguldījums, kas atmaksājas ar stiprāku sabiedrību un noturīgāku valsti.

Pētījuma rādītāji un secinājumi palīdz ne tikai identificēt sistēmas trūkumus, bet arī definēt virzienus, kur nepieciešamas investīcijas un reformas. Tie ir rīki, ar kuru palīdzību iespējams plānot efektīvāk, salīdzināt progresu ar citām valstīm un pieņemt stratēģiskus lēmumus. Tikai balstoties datos un sabiedrības vajadzībās, mēs varam virzīties uz sistēmu, kas ir taisnīga, pieejama un ilgtspējīga. Šajā kontekstā valsts līmenī ir laiks apsvērt domu par jaunu sabiedrisko līgumu veselības aprūpē. Piekrītu pētījuma izteiktajām atziņām, ka pašreizējo ģeopolitisko izaicinājumu un līdz ar to samazināto finansiālo fiskālo telpu apstākļos ir jābūt diskusijai par alternatīvajiem finansējuma avotiem. No ārvalstu praksēm redzam, ka pieejas ir dažādas: nodokļu pārskatīšana, privāto publisko partnerību stiprināšana, sociālie fondi. Lai kāds arī nebūtu risinājums,

tam jāveicina pārliecība sabiedrībā, ka izmaiņas tiešā veidā korelēs ar veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti.

Šādu pieeju prasa arī demogrāfiskie izaicinājumi – sabiedrības novecošanās, hronisko slimību īpatsvara pieaugums un reģionālā nevienlīdzība pakalpojumu pieejamībā (kā tas atspoguļojas sabiedrības aptaujā – tikai katrs piektais Latvijas iedzīvotājs uzskata veselības aprūpi par pieejamu). Līdz ar to, ja mēs šodien neveidojam sistēmu, kas balstīta uz profilaksi, agrīnu diagnostiku un integrētu aprūpi, pēc dažiem gadiem veselības aprūpe kļūs vēl dārgāka un mazāk pieejama. Tāpēc šodien pieņemtajiem lēmumiem būs noteicoša ietekme uz to, kādā Latvijā dzīvos nākamās paaudzes.

Šis pētījums ir papildu solis ceļā uz ilgtspējīgu veselības politiku. Tas palīdz ieraudzīt ne tikai problēmas, bet arī risinājumus – balstītus datos, skaidros rādītājos un starpnozaru sadarbībā. Stipra veselības sistēma tieši ietekmē arī valsts konkurētspēju – kvalitatīva aprūpe uzlabo cilvēkkapitāla potenciālu, palīdz noturēt darbaspēku un rada priekšnoteikumus inovācijām un investīciju piesaistei. Veselīga nācija – ekonomiski spējīga nācija.

Latvijas nākotne būs tik stipra, cik vesela būs mūsu sabiedrība. Tādēļ veselības aprūpes stiprināšana nav tikai medicīnas jautājums – tā ir valsts drošības un attīstības stratēģijas neatņemama daļa. Tas nozīmē, ka veselības aprūpe jāuztver līdzvērtīgi aizsardzībai vai izglītībai – kā nacionālās attīstības un drošības stūrakmens. Tikai tad, ja visos līmeņos – no valdības līdz pašvaldībām, no profesionāliem līdz iedzīvotājiem – pastāv vienota izpratne par veselības lomu valsts attīstībā, iespējams sasniegt kvalitatīvus un ilgtspējīgus rezultātus. Veselība ir mūsu kopējā atbildība, un tā ir jāstiprina kā stratēģisks resurss Latvijas nākotnei.

ARVILS AŠERADENS
LATVIJAS REPUBLIKAS FINANŠU MINISTRS

VESELĪBAS FINANSĒJUMA NOZĪME VALSTS ATTĪSTĪBĀ

Veselība nav tikai individuāla vērtība – tā ir visas sabiedrības un valsts attīstības priekšnoteikums. Veselīga sabiedrība ir produktīvāka, ilgtspējīgāka un noturīgāka pret krīzēm. Tieši tādēļ veselības aprūpes finansējums nedrīkst tikt uztverts vienīgi kā budžeta patēriņš – tas ir stratēģisks ieguldījums cilvēkkapitālā, nodokļu bāzes stiprināšanā un sabiedrības drošībā. “Veselības ekonomikas barometrs 2025” sniedz pienesumu, lai šo sasaisti padarīt izmērāmu un redzamu, nodrošinot faktiem balstītu pamatu gan politikas lēmumiem, gan sabiedrības uzticībai.

No valsts finanšu plānošanas skatpunkta veselības politika ir neatdalāma no fiskālās politikas un valsts ekonomikas ilgtspējas. Drošība, izaugsme un labklājība balstās uz prognozējamu un atbildīgu publisko resursu plānošanu. Ilgtspējīgs finansējums nozīmē ne tikai piešķirtās summas, bet arī skaidru sasaisti ar rezultātiem, kvalitāti un atdevi sabiedrībai. Tikai šāda pieeja rada paredzamību, pārskatāmību un uzticēšanos.

Cilvēkresursi ir veselības sistēmas apjomīgākais izdevumu bloks un vienlaikus vislielākais izaicinājums. Konkurētspējīgs atalgojums, droša darba vide un profesionālās pilnveides iespējas ir priekšnoteikums ārstu, māsu un speciālistu noturībai. Šie izdevumi nav slogs, bet ieguldījums sistēmas kvalitātē un jaudā. Tomēr līdzekļu izlietojums un atlīdzības lēmumi ir jāsaista ar pārvaldības modernizāciju: skaidriem aprūpes ceļiem, digitālu atbalstu, caurspīdīgiem rindu mazināšanas risinājumiem un izmērāmiem rezultātiem.

Farmācijas un medicīnas tehnoloģiju joma ir otra straujāk augošā izdevumu daļa. Lai nodrošinātu sabiedrībai klīniski nozīmīgu terapiju par samērīgām izmaksām, šajā kontekstā, piemēram, būtiska ir Veselības tehnoloģiju novērtēšana (VTN). Tas ļauj balstīt lēmumus uz efektivitātes un lietderības kritērijiem, definēt prioritātes un izvairīties no

dublētiem pirkumiem. "Vērtība par naudu" šajā jomā nozīmē caurspīdīgu dialogu ar ražotājiem un sabiedrībai izmērāmu ieguvumu.

Trešais pieauguma virziens ir infrastruktūra un digitālā transformācija. Slimnīcu nolietojums, energoefektivitātes prasības, datu integrācija un kiberdrošība prasa ilgtermiņa ieguldījumus. Šeit svarīgi ir saskaņot kapitālieguldījumus ar valsts un ES fondu cikliem, savukārt digitālajiem risinājumiem kalpot kā instrumentiem efektivitātes, nevis birokrātijas palielināšanai. Vienota veselības datu vide ar reāllaika informāciju par plūsmām, kvalitāti un izmaksām ir priekšnoteikums pārvaldības kvalitātei.

Ne mazāk svarīga ir gatavība krīzēm. Pandēmijas, dabas katastrofas un ģeopolitiskie apdraudējumi rāda, cik būtiski ir plānot rezerves jaudu, kritisko resursu krājumus un civilmilitāro sadarbību. Šādi ieguldījumi palielina sistēmas noturību un ilgtermiņā samazina kopējās izmaksas.

Profilakse un agrīna diagnostika finanšu skatījumā ir visefektīvākā investīcija. Regulāra skrīningu aptvere, primārās aprūpes stiprināšana un mobilo pakalpojumu pieejamība ilgtermiņā dod vislielāko atdevi – saglabātas darba spējas, mazāku slogu slimnīcām un veselīgāku sabiedrību. Finansējuma plūsmas ir jāveido tā, lai tās motivētu iedzīvotājus iesaistīties profilaksē un atvieglotu pakalpojumu pieejamību.

Finanšu ministrijas uzdevums ir nodrošināt, ka veselības izdevumu pieaugums ir sabalansēts ar fiskālo telpu un valsts parāda dinamiku. Katrs eiro, kas nonāk veselībā, ir jāsaista ar izmērāmu rezultātu: gaidīšanas laiku saīsināšanu, profilakses programmu aptveri, cilvēkresursu noturību un kvalitātes uzlabojumiem. Tieši šāda "finansējums pret rezultātu" pieeja spēj nodrošināt uzticēšanos sabiedrībā.

Būtisks instruments šeit ir arī izdevumu pārskatīšana – nevis mehāniska samazināšana, bet līdzekļu pārvietošana uz jomām ar lielāku atdevi. Līdz ar to valsts iegūst maksimālu vērtību par katru ieguldīto eiro.

Visbeidzot, datu pārvaldība un atklātība ir pamats sabiedrības uzticībai. Salīdzināmi rādītāji, publiski pieejama metodika un vienots veselības ekonomikas skatījums nodrošina, ka diskusijas tiek balstītas pierādījumos, nevis pieņēmumos. "Veselības ekonomikas barometrs 2025" tieši to arī dara – tas nodrošina kopīgu valodu un caurspīdīgu pamatu politikas debatēm.

Sabiedrība sagaida, ka veselības sistēma būs pieejama, taisnīga un ilgtspējīga. No finanšu politikas perspektīvas tas nozīmē, ka veselības izdevumi jāuztver kā stratēģiska investīcija valsts nākotnē – spēcīgākā ekonomikā, drošākā sabiedrībā un veselīgā nācijā.

JURĢIS MIEZAINIS

LATVIJAS REPUBLIKAS EKONOMIKAS MINISTRIJAS
PARLAMENTĀRAIS SEKRETĀRS

VESELĪBAS EKONOMIKAS ASPEKTI IZPLEŠAS ĀRPUS NOZARES

Veselības nozare ir viena no būtiskajām nozarēm katras valsts tautsaimniecībā, ne tikai tās tiešās ietekmes dēļ (piemēram, kā procenti no IKP), bet arī tās sniegto ieguvumu sabiedrības vispārējā veselības stāvokļa un kvalitatīva mūža garuma labā. Tomēr Latvijā veselības nozare ir piedzīvojusi būtiskus izaicinājumus – pandēmiju, kura pārkārtoja veselības aprūpi, un demogrāfiskās slodzes palielināšanos, kuras ietekme turpmākajos gados tikai pastiprināsies. Veselības aprūpe kā reglamentēta nozare īpaši izjūt darbaspēka trūkumu un darbaspēka migrācijas negatīvo ietekmi.

Tomēr situāciju ir iespējams mainīt, izmantojot veselības aprūpes priekšrocības un īstenojot secīgu politiku, īpaši fokusējoties uz tiem veselības aprūpes sektoriem, kuriem ir eksportspēja un potenciāls piesaistīt klientus, balstoties uz Eiropas Savienības (ES) tirgus mērogu kā būtisku priekšrocību. Tādā veidā arī tiek stiprināti veselības aprūpes pakalpojumi Latvijas iedzīvotājiem un lietderīgi izmantoti jau pieejamie finanšu resursus. Efektīvi nodrošinot pakalpojumus, piemēram, rehabilitācijā un medicīniskajās procedūrās, kas ir kritiski nepieciešamas, esošā infrastruktūra varētu tikt izmantota daudz lietderīgāk un nest lielāku ekonomisko potenciālu. Īstenojot šādus pasākumus Latvijā, veselības aprūpe varētu pacientiem nodrošināt arī pakalpojumus, kurus tiem nākas saņemt citur. Finansējuma izlietojumam ir jābūt orientētam uz mērķi, lai radītu ekosistēmu, kura ir kā spēcīgākais instruments iedzīvotāju sociālajā aizsardzībā, tā arī eksportspējīgs sektors, kuru virza inovācijas un izaugsme.

Publisko izdevumu sadalījums pa funkcijām parāda, ka atšķirībā no ES vidējiem rādītājiem Latvijā daudz mazākas finansējuma daļas ir novirzītas primārai aprūpei un publiskajiem pakalpojumiem. Tas rada lielāku slimnīcu noslogojumu, kas nozīmē novēlotu pakalpojuma saņemšanu un lielākus izdevumus katram gadījumam.

Nepietiekamais veselības sistēmas finansējums un strukturālie izaicinājumi, kas rada garas rindas uz veselības aprūpes pakalpojumiem, ir būtisks iemesls, kādēļ mājsaimniecību privātie maksājumi par veselības aprūpes pakalpojumiem ir ceturtie augstākie ES valstu vidū – 31 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem 2022. gadā.

Centrālās statistikas pārvaldes dati liecina, ka Latvijā veselības aizsardzības nozares (Q86) radītā bruto pievienotā vērtība kopš 2002. gada ir pieaugusi samērā vienmērīgi, straujāks uzrāviens vērojams Covid-19 pandēmijas laikā – līdz 1 536 miljoniem eiro 2022. gadā.

Veselības sistēmas nepietiekamās kapacitātes dēļ prognozējamais veselīga mūža ilgums Latvijā ir viens no īsākajiem ES valstu vidū – 52,7 gadi 2023. gadā. Rezultātā 77 tūkstošiem valsts iedzīvotāju 2025. gadā darbaspēja ir ierobežota, iespējams, novēršamu apstākļu dēļ.

Līdz ar to ir būtiski vērtēt ne tikai papildu finansējuma avotus, bet arī strukturālus risinājumus, kas sniedz mērķtiecīgus virzienus problēmu risināšanai. Pētījums šobrīd dod politikas veidotājiem ieskatu par potenciāliem risinājumiem, taču veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanai pakalpojumu klāsta sašaurināšana nav ilgstpējīgs risinājums, jo tas radītu papildu barjeras sabiedrībai. Vienlīdz svarīgi ir ne tikai nodrošināt pakalpojumu pieejamību, bet arī ārstniecības līdzekļus, medikamentus, lai neveidotos situācijas, kurās pacienta maksātspēja ierobežo piekļuvi kvalitatīvam ārstniecības procesam.

BEĀTE LIVDANSKA

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTES SOCIĀLO ZINĀTŅU
FAKULTĀTES LEKTORA UN PĒTNIEKA P.I.

MĀRTIŅŠ VARGULIS

ANALĪTIKAS UN VADĪBAS GRUPAS "POWERHOUSE
LATVIA" RISKU UN VADĪBAS DIREKTORS

"VESELĪBAS EKONOMIKAS BAROMETRS?" NO IDEJAS PIE VĪZIJAS UN PIEEJAS

Veselības aprūpes sistēma Latvijā šobrīd atrodas ļoti sarežģītā situācijā. Latvijas sabiedrībā iedzīvotāju veselīgi nodzīvotie dzīves gadi ir par septiņpadsmit gadiem mazāk nekā citās Eiropas Savienības (ES) valstīs. Profilaktiski novēršamās mirstības rādītāji ir divas reizes augstāki par ES vidējiem rādītājiem, un pacientu tiešmaksājumi veido gandrīz vienu trešdaļu no visiem kopējiem veselības aprūpes izdevumiem. Šie izaicinājumi, kā arī sistēmiskas problēmas, hroniski nepietiekams finansējums nozarei, cilvēkresursu trūkums, nevienlīdzīga veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība reģionos un novecojusi infrastruktūra rada barjeras pacientiem un apdraud Latvijas ekonomikas ilgtspējīgu un stabilu attīstību. Turklāt jānorāda, ka nevienlīdzības plaša starp tiem, kuri var atļauties piemērotu veselības aprūpi, un tiem, kuri to nevar, ar katru gadu pieaug.

Tādēļ kopā ar veselības nozares ietekmes pusēm šis pētījums, pirmkārt, akcentē atpazīcību galvenajos veselības rādītājos, to salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, otrkārt, norāda, kādu ietekmi tas rada uz Latvijas konkurētspēju, treškārt, piedāvā rekomendācijas, kā efektīvi izmantot esošos līdzekļus. Ņemot vērā, ka ģeopolitisko apstākļu rezultātā valsts investīcijas tiek ieguldītas drošībā, kā rezultātā arī veselības nozarei netiek plānots būtisks palielinājums, pētījumā tiek akcentēti un piedāvāti arī alternatīvi finansēšanas avoti plašākai sabiedriskai un politiskai diskusijai.

Apzinoties iepriekš minētos izaicinājumus, ar ko saskaras veselības nozare, pētījums "Veselības ekonomikas barometrs" ir instruments, kas adresēts politikas veidotājiem,

lēmumu pieņēmējiem, kā arī veselības nozarei un tās profesionāļiem, pacientu un ārstu organizācijām, akadēmiskajai videi un Latvijas sabiedrībai. Tas kalpo kā atskaites punkts, lai pieņemtu uz pierādījumiem balstītus lēmumus par vienu no svarīgākajām nācijas prioritātēm – veselību.

Lai šādus lēmumus pieņemtu, ir būtiski analizēt un apkopot gan jau esošos pieejamos datus par situāciju nozarē, gan arī sniegt praktisku pienesumu par iespējamu korelāciju veidošanu starp jau esošajiem datiem un pētnieku skatījumu jaunā griezumā. Šāda mijiedarbība starp jau esošu datu analīzi un pētnieku skatījumu ir veiksmīga tikai tad, ja šī procesa gaitā iespējama ilgtermiņa analīze. "Veselības ekonomikas barometrs" nav vienreizējs projekts, bet gan regulārs pētījums, kura rezultāti lasītājam tiks piedāvāti ik pēc diviem gadiem. Šāda pieeja ļaus dinamiski novērtēt nozares progresu vai regresu, sekot līdzi politikas un ieguldījumu ietekmei uz veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību. Regulāra datu analīze nodrošina iespēju ne tikai diagnosticēt problēmas, bet arī pārbaudīt, vai pieņemtie lēmumi dod reālu uzlabojumu sabiedrības veselībā un tautsaimniecībā.

Pētījuma metodoloģija balstās uz plašu kvantitatīvo datu klāstu – ne vien Centrālās statistikas pārvaldes un ES vidējiem rādītājiem, bet arī Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (OECD), Pasaules Bankas un Pasaules Veselības organizācijas statistiku. Šie dati tiek papildināti ar kvalitatīvu datu analīzi, kas iespējama, pateicoties plašam autoru kolektīvam, sniedzot pētījumam starptautisku nozīmīgumu, jo tiek piedāvāts ne tikai ieskats Latvijas veselības aprūpes sistēmas izaicinājumos, bet arī salīdzinājums ar starptautisko praksi. Tas ir būtisks metodoloģisks pienesums, jo padara "Veselības ekonomikas barometru" par stratēģisku instrumentu valsts ilgtermiņa attīstības plānošanā.

Barometra "misija" nav aprobežošānās ar jau esošās situācijas diagnostiku. Tā mērķis ir kļūt par sabiedriskās un politiskās diskusijas virzītāju, lai veselības aprūpes finansējums nonāktu līdzvērtīgā prioritāšu līmenī ar citām nozarēm, kā, piemēram, aizsardzība. Tikai izprotot, ka veselība ir ne tikai indivīda labklājība, bet arī valsts drošības, ekonomiskās noturības un konkurētspējas pamats, ir iespējams īstenot politiku, kas būtiski uzlabotu situāciju nozarē. Investīciju piesaiste veselības nozarei nozīmē mazāku mirstību, produktīvāku darbaspēku, ilgākus darba mūža gadus un lielāku nodokļu bāzi nākotnē.

Lai atvieglotu lasītāja uztveri, pētījums tiek strukturēts vairākos līmeņos. Pirmajā daļā tiek piedāvāts vairāku veselības nozares ietekmes pušu redzējums par veselības nozares pozīcijām "šķērsgriezumā". Šīs nodaļas mērķis ir sniegt dziļāku izpratni par aktuālajām tendencēm veselības nozarē, to ietekmi uz sabiedrību, ekonomiku, kā arī valsts drošību. Otrajā nodaļā tiek izvēsta datu un grafiku sadaļa, kas ļauj aptvert esošo situāciju veselības nozarē, akcentējot galvenos veselības aprūpes sistēmas rādītājus un

piedāvājot salīdzinājumu ar ES un OECD vidējiem rādītājiem. Nodaļas mērķis ir norādīt uz korelācijām un kopsakarībām, akcentējot, kā (ne)pieņemamais finansējums veselībā iet roku rokā ar tādām nozarēm kā ekonomika, izglītība, labklājība. Pētījuma trešajā daļā tiek piedāvāti alternatīvi veselības nozares finansēšanas avoti, balstot tos uz ārvalstu praksēm un pieejām. Nodaļas mērķis ir sniegt pienesumu nozares politikas plānošanai un plašākai diskusijai sabiedrībā par to, kādam jābūt sabiedrības līgumam starp valsti un sabiedrību veselības nozarē.

Pētījums "Veselības ekonomikas barometrs 2025" nebūtu iespējams bez izcilu autoru komandas, kas bagātinājuši pētījuma analītisko daļu. Dr. Jānis Vētra veicis analīzi par veselības aprūpes ieguldījumu ietekmi uz ārstniecības kvalitāti un cilvēkresursu noturību Latvijā, analizējot, kā hroniski zema finansējuma rada sistēmiskas problēmas. Latvijas Pacientu organizāciju tīkla vadītāja Baiba Ziemeļe izvērtējusi Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumus, aplūkojot šo jautājumu no pacienta perspektīvas, izmantojot piecas veselības aprūpes pieejamības dimensijas: pietiekamību, fizisko pieejamību, finansiālo pieejamību, atbilstību vajadzībām un resursu pieejamību. Dr. oec. Anželika Berķe-Berga sniegusi būtisku pienesumu ar savu analīzi par nozares finansējuma struktūru, cilvēkresursu dinamiku un pakalpojumu pieejamību, īpaši aplūkojot nozares sistēmisko izaicinājumu radīto ietekmi uz veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu, augstu pacientu tiešmaksājumu īpatsvaru un nepietiekamu pakalpojumu pieejamību. Alina Dūdele analizējusi veselības tehnoloģiju novērtēšanu un tās nozīmi ilgtspējīgas veselības aprūpes politikas veidošanā, būtisku uzsvāru liekot uz veselības tehnoloģiju novērtēšanu kā starpdisciplināru procesu, kas izvērtē ne tikai tehnoloģiju efektivitāti, drošumu, izmaksu lietderību, bet arī tā sociālos, ētiskos un juridiskos aspektus. Dr. Karla Ernandesas-Villafuerte un Dr. Malina Millere savā nodaļā analizējušas veselības nozari caur ieguldījumu prizmu, koncentrējoties uz Latvijas situāciju, aicinot uztvert ieguldījumus veselības nozarē kā stratēģisku ekonomikas izaugsmes virzītājspēku, nevis kā izmaksas.

Dažādie pētnieku skatījumi piedāvā aplūkot veselības nozarē esošo problemātiku caur vairākām prizmām, vienlaikus bagātinot pētījumu ar socioloģisko aptauju, kas atspoguļo noskaņojumu sabiedrībā. Vairāk nekā puse iedzīvotāju atzīst, ka pēdējā gada laikā ir saskārušies ar grūtībām saņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību, bet lielākā daļa pauž gatavību atbalstīt lielākus valsts ieguldījumus veselības aprūpē, ja tas nozīmētu kvalitatīvākus un pieejamākus pakalpojumus. Tas vēlreiz apliecina, ka sabiedrība apzinās problēmas un ir gatava pārmaiņām.

Vienlaikus jānorāda, ka pētījums "Veselības ekonomikas barometrs 2025" uzsver būtisku problēmu, kas raksturīga ne tikai veselības aprūpei, bet arī citām nozarēm – datu pārbaudītība bieži dzīvo savu dzīvi bez savstarpējas korelācijas un kvalitatīvas

interpretācijas. Dati ir, taču tie netiek pilnvērtīgi izmantoti lēmumu pieņemšanā. Barometra mērķis ir šos datus sasaistīt, izskaidrot un iekļaut rīcībpolitikas veidošanā, padarot tos par pamatu gudrākai un uz pierādījumiem balstītai veselības aprūpes politikai.

Ar šo pētījumu Analītikas un vadības grupa "PowerHouse Latvia" kopdarbībā ar Rīgas Stradiņa universitāti vēlas iedibināt jaunu tradīciju – veselības ekonomikas analīzi kā regulāru, neatņemamu sabiedriskās diskusijas un politiskās darba kārtības sastāvdaļu. Tikai sistemātiski vērtējot un salīdzinot rādītājus, iespējams panākt, ka veselības nozare Latvijā no izmaksu pozīcijas kļūst par stratēģisku ieguldījumu valsts attīstībā.

Visbeidzot, darbs pie "Veselības ekonomikas barometra 2025" ir apliecinājis ne tikai akadēmisko un uzņēmējdarbības sadarbības efektivitāti, bet akcentējis valsts vadītāju vēlmi un interesi par šādu pētījumu un pieejas nepieciešamību. Sadarbība gan it īpaši ar Veselības ministriju, gan Finanšu un Ekonomikas ministrijām ir radījusi pārliecību, ka ietekmes puses ir gatavas un ieinteresētas iesaistīties domu apmaiņā par dažādiem sadarbības formātiem, kas risina ilgstošas un samilzušas problēmas. Šajā gadījumā jāizsaka pateicība Starptautisko inovatīvo farmaceitisko firmu asociācijai, kura deva sākotnējo finansiālo atbalstu idejas un pētījuma virzīšanai.



DR. OEC. KARLA ERNANDESA-VILLAFUERTE

WIFOR INSTITŪTA VECĀKĀ PĒTNIECE

DR. OEC. MALINA MILLERE

WIFOR INSTITŪTA VESELĪBAS EKONOMIKAS
PĒTNIECĪBAS VIRZIENA VADĪTĀJA

**VESELĪBAS TEHNOLOĢIJU
PLAŠĀKĀS EKONOMISKĀS
VĒRTĪBAS IZPRATNE: NOZĪME
LATVIJAS EKONOMIKAI**

1. KĀPĒC VESELĪBA JOPROJĀM TIEK UZSKATĪTA PAR IZMAKSU FAKTORU, PAT JA TĀ VEICINA EKONOMIKAS IZAUGSMI?

Ievērojams empīrisku pierādījumu kopums uzsvēr spēcīgo saistību starp iedzīvotāju veselību un valsts ekonomisko izaugsmi un vispārējo labklājību.¹ Visā 20. gadsimta garumā ievērojami tehnoloģiskie sasniegumi, īpaši sabiedrības veselības intervencēs, piemēram, infekcijas slimību kontrolē un masveida vakcinācijā, apvienojumā ar paplašinātu piekļuvi veselības aprūpei, pārveidoja globālo epidemioloģisko ainu. Šīs norises noveda pie nozīmīgiem ieguvumiem iedzīvotāju veselībā, tostarp baktēriju izskaušanas, infekcijas slimību uzliesmojumu samazināšanās² un paredzamā dzīves ilguma palielināšanās.³

Pozitīvā cēloņsakarība starp veselību un ekonomisko izaugsmi ir apstiprināta ar plašiem empīriskiem pētījumiem. 64 pētījumu metaanalīze atklāja konsekvētus pierādījumus tam, ka uzlabota veselība ir galvenais produktivitātes un ienākumu pieauguma virzītājspēks.⁴ Līdzīgi Pasaules Bankas pārskatā tika secināts, ka labāka veselība veicina lielākus mūža ienākumus, samazina nabadzības risku un palielina uzkrājumus, pastiprinot ilgtermiņa ekonomiskos ieguvumus no ieguldījumiem veselībā. Blūms un līdzautori⁵ arī pierādīja, ka veselības uzlabojumi veido ievērojamu daļu no vēsturiskās ekonomiskās izaugsmes, veicinot darbaspēka līdzdalību un kognitīvo attīstību. Visos reģionos un ienākumu līmeņos veselības rezultātu un ilgmūžības pieaugums ir konsekvēti sekojis līdzi un veicinājis ekonomisko progresu.⁶

Lēmumu pieņēmēji un sabiedrība kopumā parasti atzīst fundamentālo saikni starp veselību un ekonomisko labklājību. Piemēram, starptautiskā aptaujā respondenti konsekvēti norādīja ienākumus un turību kā galvenos veselību noteicošos faktorus, atspoguļojot plašu sabiedrības izpratni par savstarpējo saistību starp veselības stāvokli

¹ Bloom, D. E. et al., 2018. *Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence*. Jamison, D. T. et al. 2013. Global Health 2035: A World Converging within a Generation, *The Lancet* 382, no. 9908: 1898-955, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4). Sachs, J.D. et al. 2001. *Investing in Health for Economic Development: Scaling up Response to Infectious Diseases*, ed. Weltgesundheitsorganisation, World Health Organization. Sachs, J.D. et al. *Macroeconomics and Health*. Preston, S. H. 1975. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies* 29, no. 2: 231-48, <https://doi.org/10.2307/2173509>. Suhrcke, M. et al. 2006. The Contribution of Health to the Economy in the European Union. *Public Health* 120, no. 11: 994-1001, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.08.011>

² Fielding, J. E. 1999. Public Health in the Twentieth Century: Advances and Challenges. *Annual Review of Public Health* 20, no. 1: xiii-xxx, <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.0>

³ Buxbaum, J. D. et al. 2020. Contributions of Public Health, Pharmaceuticals, and Other Medical Care to US Life Expectancy Changes, 1990-2015. *Health Affairs* 39, no. 9: 1546-56, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00284>. Preston, *The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*

⁴ Ridhwan, M. M. et al. 2022. The Effect of Health on Economic Growth: A Meta-Regression Analysis. *Empirical Economics* 63, no. 6: 3211-51, <https://doi.org/10.1007/s00181-022-02226-4>.

⁵ Bloom, D. E. et al. 2018. *Health and Economic Growth*. Institute of Labor Economics. <https://docs.iza.org/dp11939.pdf>

⁶ World Bank. 2022. *World Bank Open Data. GDP per Capita, PPP (Current International \$)*. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD>. World Bank. 2022. *World Bank Open Data. Life Expectancy at Birth, Total (Years)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

un ekonomisko labklājību.⁷ Vispārinot – ir grūti atrast cilvēkus, kuri nepiekrīstu uzskatam, ka uzlabota veselība pozitīvi veicina valsts labklājību. Tomēr šī plaši izplatītā atziņa ne vienmēr tiek atspoguļota resursu sadales lēmumos. Starpvalstu kvalitatīvā pētījumā Martina Garo (*Martina Garau*) ar pētnieku komandu⁸ konstatēja, ka, lai gan politikas veidotāji bieži atzina veselības lomu ekonomiskās attīstības un produktivitātes atbalstīšanā, šāda izpratne reti noved pie ilgtermiņa ieguldījumiem, galvenokārt īstermiņa fiskālo un politisko prioritāšu dominējošās lomas dēļ. Līdzīgi Maivena Ala (*Maiwenn Al*) et al.⁹ veica pilotpētījumu ar veselības politikas lēmumu pieņēmējiem un novēroja, ka, lai gan tika atzīta izmaksu efektivitāte un sistēmas mērķi, reālās dzīves apstākļos šos apsvērumus bieži vien ignorēja tūlītēji budžeta ierobežojumi.

Galvenais jautājums ir, kāpēc, neskatoties uz spēcīgiem empīriskiem pierādījumiem, kas liecina, ka iedzīvotāju veselības uzlabojumi veicina valsts labklājību un ekonomisko sniegumu, un neskatoties uz to, ka lēmumu pieņēmēji plaši atzīst pozitīvo saistību starp ieguldījumiem veselības aprūpē un sabiedrības labklājību, veselības aprūpes izdevumi joprojām bieži tiek uztverti kā izmaksas, nevis stratēģiskas investīcijas. Viens no galvenajiem iemesliem ir kognitīvie un institucionālie aizspriedumi, kas ietekmē to, kā gan valdības, gan privātais sektors izprot un prioritizē veselības aprūpes izdevumus. Daļa no problēmas ir tā, ka šī ieguldījumu atdeve parasti ir ilgtermiņa, izklaidēta un grūti nosakāma. Atšķirībā no tādām nozarēm kā infrastruktūra, kas sniedz redzamus un relatīvi tūlītējus ekonomiskos rezultātus, veselība bieži tiek klasificēta kā patēriņa prece, būtisks pakalpojums, bet tiek uztverts kā tāds, kas piedāvā ierobežotu ieguldījumu atdevi.

Individuālā līmenī kognitīvās neobjektivitātes, piemēram, **tagadnes neobjektivitāte** un **optimisma neobjektivitāte**, ir labi dokumentēti virzītājspēki nepietiekamiem ieguldījumiem veselības aprūpē. Tagadnes neobjektivitāte liek indivīdiem piešķirt nesamērīgu nozīmi tūlītējām izmaksām vai neērtībām, vienlaikus ignorējot ilgtermiņa veselības ieguvumus, tādējādi atturot no, piemēram, fiziskām aktivitātēm, veselīga uztura vai vakcinācijas.¹⁰ Turpretī optimisma neobjektivitāte atspoguļo pārliecību, ka pašam ir mazāka varbūtība saslimt vai gūt traumas nekā citiem. Šī neobjektivitāte ir pastāvīgi saistīta ar zemāku profilaktisko skrīningu, tostarp vēža atklāšanas programmu, apmeklēšanu.¹¹ Šīs individuālā līmeņa kognitīvās tendences atspoguļojas ne tikai

⁷ Abdalla, S. M. et al. 2022. What Matters for Health? Public Views from Eight Countries. *BMJ Global Health* 7, no. 6: e008858, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008858>

⁸ Garau M. et al. 2015. Is the Link between Health and Wealth Considered in Decision Making? Results from a Qualitative Study. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 31, no. 6: 449–56, <https://doi.org/10.1017/S0266462315000616>

⁹ Al, M. J. et al. 2004. Decision Makers' Views on Health Care Objectives and Budget Constraints: Results from a Pilot Study. *Health Policy* 70, no. 1: 33–48, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.009>

¹⁰ Loewenstein, G. et al. 2012. Can Behavioural Economics Make Us Healthier?, *Bmj* 344, <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e3482.long>, Milkman, K. L. et al. 2011. Using Implementation Intentions Prompts to Enhance Influenza Vaccination Rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 108, no. 26: 10415–20, <https://doi.org/10.1073/pnas.1103170108>

¹¹ Sharot, T. 2011. The Optimism Bias. *Current Biology: CB* 21, no. 23: R941–945, <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>; Weinstein N. D. 1982. Unrealistic Optimism about Susceptibility to Health Problems, *Journal of Behavioral Medicine* 5, no. 4: 441–60, <https://doi.org/10.1007/BF00845372>

sabiedrības veselības politikā, bet arī privātā sektora lēmumos par ieguldījumiem veselības aprūpē. Līdzīgi kā indivīdi, gan politikas veidotāji, gan privātā sektora lēmumu pieņēmēji bieži vien īstermiņa ekonomiskos vai politiskos ieguvumus vērtē augstāk par ilgtermiņa veselības rezultātiem.¹² Šī institucionālā tagadnes neobjektivitātes forma veicina pastāvīgi nepietiekamus ieguldījumus profilaktiskajās veselības aprūpes pakalpojumos, pat ja ir spēcīgi pierādījumi par to ilgtermiņa izmaksu efektivitāti. Arī privātajā sektorā šī neobjektivitāte ir novērojama: uzņēmumi bieži vien ignorē šķietami nelielu ar veselību saistītu produktivitātes zaudējumu, piemēram, prombūtnes vai klātienes, kumulatīvo ietekmi, kas īstermiņā ietekmē nelielu skaitu darbinieku. Tā kā šīs izmaksas ir izklaidētas un nav uzreiz redzamas finanšu pārskatos, uzņēmumi mēdz nenovērtēt to nozīmi, tādējādi neatzīstot ievērojamos ilgtermiņa ieguvumus, ko varētu radīt ieguldījumi darbinieku veselībā un labklājībā. Līdzīgi optimisma neobjektivitāte politikas līmenī var izpausties kā turpmāko veselības risku vai krīžu nenovērtēšana, kā rezultātā tiek novēloti vai nepietiekami ieguldīts sagatavotībā un profilaksē. Turklāt **zaudējumu neiecietība** – tendence potenciālos zaudējumus vērtēt augstāk par līdzvērtīgiem ieguvumiem – vēl vairāk kropļo lēmumus par ieguldījumiem veselības aprūpē politikas līmenī. Valdībām, īpaši demokrātiskās sistēmās, ievērojamu resursu piešķiršana veselības aprūpei, īpaši profilaksei vai ilgtermiņa infrastruktūrai, var tikt uztverta kā politiski riskanta, jo šādu ieguldījumu ieguvumi var nebūt redzami līdz nākamajām vēlēšanām.¹³ Turpretī politiskās izmaksas, kas rodas, novirzot līdzekļus tūlītēji redzamāku vai pieprasītāku problēmu risināšanai, bieži vien ir jūtamas īstermiņā. Rezultātā pieņemums, ka vēlēšanas varētu zaudēt, atsvēr ilgtermiņa sabiedrības ieguvumus, pastiprinot tendenci nepietiekami investēt veselības aprūpē.¹⁴

Šos aizspriedumus lielā mērā veido institucionāli un politiski stimuli, kas dod priekšroku īstermiņa ieguldījumu atdevei, nevis ilgtermiņa ieguvumiem, lai gan tie ievērojami pārsniedz pirmos. Šī īstermiņa orientācija vājina veselības aprūpes nozares pozīcijas, iestājoties par papildu finansējumu, jo īpaši preventīvajai medicīnai un ilgtermiņa aprūpei. Tā rezultātā fiskālo ierobežojumu vai ekonomikas lejupslīdes periodos veselības aprūpes nozare bieži vien ir viena no pirmajām, kas saskaras ar budžeta samazinājumiem. Piemēram, 20. gadsimta beigās veselības aprūpes relatīvā prioritāte valstu budžeta piešķirumos samazinājās, izraisot ievērojamu sabiedrības veselības

¹² Halpern, S. D. et al., 2020. Cognitive Bias and Public Health Policy During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* 324, no. 4: 337–38, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11623>. Jacques, O. and Noël, A. September 2022. The Politics of Public Health Investments. *Social Science & Medicine* 309: 115272, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115272>

¹³ Jacques and Noël, *The Politics of Public Health Investments*

¹⁴ Hemenway, D. 2021. Positional Goods and the Underfunding of Public Health. *Journal of Public Health Policy* 42, no. 3: 522–24. <https://doi.org/10.1057/s41271-021-00295-w>

investīciju pieauguma palēnināšanos, īpaši Eiropā un Amerikas Savienotajās Valstīs.¹⁵ Šo tendenci saasināja globālā finanšu krīze, kas sākās 2007. gadā, jo taupības pasākumi spēcīgi ietekmēja veselības aprūpes budžetus, jo īpaši tos, kas tika piešķirti profilaktiskajai aprūpei.¹⁶

Kognitīvo un institucionālo aizspriedumu klātbūtne politikas lēmumos ir īpaši satraucoša, ņemot vērā, ka publisko finanšu pārvaldības sistēmas (t. i., kā tiek definēti publiskie izdevumi un kā tiek piešķirtas prioritātes) dažādās valstīs ievērojami atšķiras un tām bieži vien trūkst pārredzamu, sistemātisku mehānismu pierādījumu iekļaušanai lēmumu pieņemšanā.¹⁷ Ir būtiski novērst šos aizspriedumus, lai veicinātu racionālākus, uz nākotni vērstus ieguldījumus veselības aprūpē, stiprinātu argumentus par veselības aprūpes resursu saglabāšanu un aizsargātu nozari no budžeta samazinājumiem ekonomisko krīžu laikā. Tas prasa nodrošināt lēmumu pieņēmējus ar rīkiem, kas ļautu atpazīt un pārvarēt šādus aizspriedumus, tādējādi nodrošinot gudrāku resursu sadali atbilstoši veselības aprūpes investīciju pierādītajai atdevei. Būtiski ir sākumā noteikt tos ceļus, kā veselības aprūpes ieguldījumi veicina ekonomikas izaugsmi, un pēc tam sistemātiski mērīt gan īstermiņa, gan ilgtermiņa ieguldījumu atdevi. Padarot šo atdevi redzamu, izmantojot pamatotus datus un ekonomisko modelēšanu, lēmumu pieņēmēji var tikt pilnvaroti izdarīt uz pierādījumiem balstītas izvēles, kas atspoguļo veselības patieso ekonomisko un sociālo vērtību un kas nodrošina atbilstošu publisko un privāto finansējumu veselības aprūpes nozarei.

1.1. TRĪS GALVENIE CEĻI, CAUR KURIEM VESELĪBA VEICINA EKONOMISKO VĒRTĪBU

Daudzos pētījumos ir identificēti galvenie mehānismi, ar kuriem iedzīvotāju veselības uzlabojumi veicina ekonomikas izaugsmi.¹⁸ 2013. gada *Lancet* komisijas ziņojumā tika apkopoti empīriskie pierādījumi un ierosināti četri galvenie virzieni.¹⁹ Pirmkārt, **produktivitāte** – veselīgāks darbaspēks uzrāda augstāku produktivitāti un samazinātu

¹⁵ Cutler, D. M. and Sahni, N. R. 2013. If Slow Rate of Health Care Spending Growth Persists, Projections May Be Off by \$770 Billion. *Health Affairs* 32, no. 5: 841–50. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0289>, Holahan, J. and McMorro, S. 2013. *What Drove the Recent Slowdown in Health Spending Growth, and Can It Continue?* Urban Institute. <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/23596/412814-What-Drove-the-Recent-Slowdown-in-Health-Spending-Growth-and-Can-It-Continue-.PDF>; Rechel, B. 2019. Funding for Public Health in Europe in Decline? *Health Policy* 123, no. 1: 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.014>

¹⁶ Jacques and Noël, *The Politics of Public Health Investments*; Rechel, B., *Funding for Public Health in Europe in Decline?*

¹⁷ Hadley, S. et al. 03.05.2019. The Role of the Budget Officer in Controlling Public Spending. ODI: *Think Change*. <https://cdn.odi.org/media/documents/12693.pdf>, SDG Accountability Handbook. 2017. *Utilizing National Budgets or National Public Finance Systems*. <https://sdgaccountability.org/wp-content/uploads/2019/05/Utilizing-National-Budgets.pdf>; World Health Organization. 2017. *Aligning Public Financial Management and Health Financing: A Process Guide for Identifying Issues and Fostering Dialogue*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259247/9789241513074-eng.pdf?sequence=1>

¹⁸ Atun, R., Gurol-Urganci, I. 2005. *Health Expenditure: An 'investment' Rather than a Cost?* Chatham House Online Archive. The Royal Institute of International Affairs. <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/public/Research/International%20Economics/wphealth.pdf>; Bloom et al., *Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence*. Bloom, D. E., Fink, G. 2013. *The Economic Case for Devoting Public Resources to Health*.

¹⁹ Jamison et al. *Global Health 2035*.

prombūtnes/klātbūtnes (ar samazinātu darba veikspēju) attiecību. Otrkārt, **izglītība** – veselīgāki bērni demonstrē labākas kognitīvās spējas, kas veicina augstākus rezultātus izglītībā un laika gaitā kvalificētāku darbaspēku. Turklāt paaugstināts paredzamais dzīves ilgums uzlabo izglītības atdevi, mudinot cilvēkus ieguldīt vairāk laika un resursu augstāka izglītības līmeņa iegūšanā. Treškārt, **demogrāfiskie rādītāji** – bērnu izdzīvošana un dzīves ilguma pieaugums īslaicīgi palielina darbaspējīgā vecuma iedzīvotāju īpatsvaru. Šī demogrāfiskā pāreja, ko bieži dēvē par “demogrāfisko dividendi”, veicināja globālu demogrāfiskās slodzes koeficienta samazināšanos no 75 % 1960. gadā līdz 55 % 2010. gadā, pēc tam tas stabilizējās.²⁰ Ceturtkārt, **ieguldījumi un uzkrājumi** – ilgāks paredzamais dzīves ilgums parasti palielina indivīdu tieksmi uzkrāt pensiju, tādējādi paaugstinot valsts uzkrājumu līmeni un potenciāli palielinot kapitāla uzkrāšanu.²¹

Visi šie mehānismi ir cieši saistīti ar **cilvēkkapitāla** jēdzienu, ko sākotnēji ieviesa Nobela prēmijas laureāts Teodors Viljams Šulcs (*Theodore William Schultz*)²² un vēlāk attīstīja Gerijs Bekers (*Gary Becker*).²³ Bekers konceptualizēja cilvēkkapitālu kā individuālo iedzimto spēju un iegūto prasmju, zināšanu un motivācijas apvienojumu, ko izmanto preču un pakalpojumu ražošanai. Tāpēc cilvēkkapitāla uzlabošana tieši uzlabo individuālo produktivitāti un atbalsta ilgtspējīgu ekonomikas izaugsmi.²⁴ **Saslimstība** negatīvi ietekmē cilvēkkapitālu, mazinot indivīda spēju pilnībā attīstīt un pielietot savas spējas. Slimības var ierobežot dalību izglītībā, samazināt darbaspēka iesaisti un ierobežot ražošanas potenciālu. Arī **mirstība**, īpaši priekšlaicīga mirstība, tieši ietekmē cilvēkkapitāla uzkrāšanu. Turklāt augsts mirstības līmenis samazina paredzamo ieguldījumu atdevi izglītībā un prasmēs, jo indivīdi un ģimenes var gūt mazāku labumu ilgtermiņa plānošanā, ja paredzamais dzīves ilgums ir nenoteikts. Turpretī veselības uzlabojumi, gan samazinot saslimstību, gan palielinot ilgmūžību, veicina cilvēkkapitāla nodošanu no paaudzes paaudzē. Veselīgāki vecāki biežāk audzinās veselīgākus, labāk izglītus bērnus, stiprinot ceļus no ārā nabadzības un veicinot plašāku sabiedrības attīstību. Tādējādi ieguldījumi veselībā sniedz ne tikai tūlītēju labklājību, bet arī laika gaitā veido produktīvāku un noturīgāku iedzīvotāju skaitu.

²⁰ World Bank. 2022. *Age Dependency Ratio (% of Working-Age Population)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND>

²¹ Baldanzi, A. et al. 2019. Longevity-Induced Vertical Innovation and the Tradeoff between Life and Growth. *Journal of Population Economics* 32, no. 4: 1293–313, <https://doi.org/10.1007/s00148-018-0724-x>. Cervellati, M., Sunde, U. 2013. Life Expectancy, Schooling, and Lifetime Labor Supply: Theory and Evidence Revisited. *Econometrica* 81, no. 5: 2055–86, <https://doi.org/10.3982/ECTA11169>. Cervellati M., Sunde U. 2015. The Effect of Life Expectancy on Education and Population Dynamics. *Empirical Economics* 48, no. 4: 1445–78, <https://doi.org/10.1007/s00181-014-0830-x>. Strulik, H., Werner, K. 2016. 50 Is the New 30: Long-Run Trends of Schooling and Retirement Explained by Human Aging. *Journal of Economic Growth* 21, no. 2: 165–87, <https://doi.org/10.1007/s10887-015-9124-1>

²² Schultz, T. W. 1971. *Investment in Human Capital: The Role of Education and of Research*. <https://la.utexas.edu/users/hcleaver/330T/350kPEESchultzInvestmentHumanCapital.pdf>

²³ Becker, G. S. 1975. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. 2nd ed. NBER. <https://www.nber.org/books-and-chapters/human-capital-theoretical-and-empirical-analysis-special-reference-education-second-edition>.

²⁴ Becker, G. S. and World Bank. 2023. *The Human Capital Project: Frequently Asked Questions*. <https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital/brief/the-human-capital-project-frequently-asked-questions>

Turklāt veselības uzlabojumi tieši veicina ekonomikas attīstību, pārsniedzot tās pamatfunkciju, proti, iedzīvotāju veselības un mūža ilguma uzlabošanu. Pateicoties **ievērojamajam apjomam un saiknēm ar citām nozarēm**, veselības aprūpes nozare ir būtisks faktors, kas nosaka valsts kopējo ekonomisko "veselību". Piemēram, 2021. gadā veselības aprūpes izdevumi Vācijā veidoja 12,0 % no IKP, Brazīlijā – 7,2 %, Meksikā – 5,3 % un Argentīnā – 8,8 %.²⁵ Kad valdības palielina investīcijas veselības aprūpes nozarē, ekonomiskā ietekme sniedzas tālāk par veselības aprūpes rezultātiem. Šīs investīcijas darbojas kā kapitāla ieguldījumi svarīgā un savstarpēji saistītā laukā, stimulējot ekonomisko aktivitāti gan tieši, gan netieši.²⁶ Tiešie ieguvumi ietver pievienoto vērtību un nodarbinātību, kas rodas pašā veselības aprūpes nozarē. Netieši veselības aprūpes izdevumi rada pozitīvu ietekmi citām nozarēm, ko veicina nozares pieprasījums pēc starpproduktiem un pakalpojumiem ²⁷.

Tradicionāli veselības aprūpes ieguldījumu ekonomiskā vērtība ir vērtēta caur šauru skatījumu, koncentrējoties uz izmaksu efektivitāti, galvenokārt uzsverot veselības rezultātu uzlabojumus un tiešo veselības aprūpes izdevumu samazināšanu. Lai gan šī perspektīva aptver svarīgu veselības aprūpes izdevumu aspektu, tā neņem vērā plašāku un dinamiskāku ekonomisko ieguldījumu, ko rada šādi ieguldījumi. Plašāks skats identificē trīs savstarpēji saistītus mehānismus, ar kuriem veselības aprūpes ieguldījumi veicina ekonomiskos ieguvumus. Pirmkārt, ieguldījumi **rentablās veselības inovācijās** uzlabo veselības rezultātus, vienlaikus samazinot ilgtermiņa izmaksas veselības aprūpes sistēmā, un šo aspektu atspoguļo tradicionālās izmaksu efektivitātes analīzes. Otrkārt, slikta veselība ierobežo cilvēkkapitāla izmantošanu un samazina darbaspēka līdzdalību, paaugstinot tā saukto **slimību sociālekonomisko slogu**. Ieguldījumi veselības aprūpē palīdz mazināt šo slogu, uzlabojot indivīdu spēju iesaistīties darbaspēkā un pilnvērtīgāk piedalīties ekonomiskajā dzīvē, ko sauc par veselības aprūpes intervenču **sociālo ietekmi**. Treškārt, **veselības ekonomikas ietekme** atspoguļo ar veselību saistīto izdevumu plašāku makroekonomisko ietekmi. Ieguldījumi veselības aprūpē stimulē ekonomisko aktivitāti vairākās nozarēs, radot nodarbinātību, patēriņu un veicinot inovācijas visā ekonomikā. Šo mehānismu atzīšana ir ļoti svarīga, lai pilnībā novērtētu veselības vērtību ne tikai kā individuālās labklājības noteicēju, bet arī kā ilgtermiņa ekonomiskās attīstības un noturības pamatpīlāru.

²⁵ Ostwald, D. A. et al. 2021. *If We Can't Measure It, We Can't Fix It - A Report to the G20 Presidency and B20 Health Taskforce*. WifOR. https://www.wifor.com/uploads/2021/05/G20_Health_Metrics_ROI_G20_B20.pdf

²⁶ International Monetary Fund. 2012. *Coping with High Debt and Sluggish Growth (International Monetary Fund, 2012)*, 229, https://www.imf.org/~media/Websites/IMF/imported-flagship-issues/external/pubs/ft/weo/2012/02/pdf/_textpdf.ashx; Reeves, A. et al. 2013. Does Investment in the Health Sector Promote or Inhibit Economic Growth? *Globalization and Health* 9, no. 1: 43, <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-43>

²⁷ Pereira, A. M. et al. 2019. Health Care Investments and Economic Performance in Portugal: An Industry Level Analysis. *Journal of Economic Studies* 46, no. 6: 1174-200, <https://doi.org/10.1108/JES-12-2017-0366>; Chen, Q. et al. January 2022. The Impact of Health Investment on Industrial Structure: "Spillover" or "Crowding Out"?—Evidence From Emerging Market Countries. *Frontiers in Public Health* 9: 833961, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.833961>

1.2. ATBILSTOŠU RĀDĪTĀJU NOZĪME IEGULDĪJUMU ATDEVES MĒRĪŠANAI VESELĪBAS APRŪPES JOMĀ

Precīzi, savlaicīgi un atbilstoši rādītāji ir būtiski, lai mazinātu kognitīvo aizspriedumu ietekmi uz lēmumu pieņemējiem gan publiskajā, gan privātajā sektorā. Tādi aizspriedumi kā tagadnes neobjektivitāte, optimisma neobjektivitāte un zaudējumu neiecietība bieži vien pastiprinās nenoteiktības vai nepilnīgas informācijas apstākļos. Pētījumi liecina, ka veselības rezultātu formulēšana ekonomiskā izteiksmē, piemēram, produktivitātes pieaugums vai veselības aprūpes izmaksu samazinājums, var mazināt pretestību preventīviem ieguldījumiem un palīdzēt novirzīt uzmanību no tūlītējiem izdevumiem uz ilgtermiņa ieguvumiem.²⁸ Tāpēc ir svarīgi izstrādāt rādītājus, kas atspoguļo veselības ieguldījumu **sociālo un ekonomisko ietekmi** gan īstermiņā, gan ilgtermiņā.

Izpratne par to, kā ieguldījumi veselībā uzlabo cilvēkkapitālu un kā tas tiek pārvērsts makroekonomiskajos rezultātos, ir sarežģīta pēc savas būtības, jo mijiedarbība starp iedzīvotāju veselību un valsts ekonomisko sniegumu ietver dinamiskas un bieži vien nelineāras attiecības.²⁹ Šī sarežģītība prasa skaidras, pārredzamas metodikas, kas atzīst problēmas, balstās uz pamatotiem pieņēmumiem un ir viegli pieejamas lēmumu pieņemējiem, vienlaikus ņemot vērā gan īstermiņa, gan ilgtermiņa aspektus. Savukārt veselības aprūpes un plašākas ekonomikas mijiedarbība ietver gan pieprasījuma, gan piedāvājuma kanālus, kurus nosaka valsts ekonomikas strukturālais sastāvs – jo īpaši produkcijas, investīciju un darbaspēka sadalījums starp nozarēm. Lai izprastu šīs attiecības, nepieciešama integrēta pieeja, kas apvieno **mikroekonomisko analīzi**, kuras uzmanības centrā ir veselības ietekme uz cilvēkkapitāla uzkrāšanu individuālā līmenī, ar plašāku **makroekonomisko skatījumu**, kas ņem vērā valsts ekonomisko struktūru stiprās un vājās puses. Tikai apvienojot šīs perspektīvas, iespējams iegūt praktiski izmantojamas atziņas, kas palīdz pieņemt efektīvākus, uz pierādījumiem balstītus lēmumus par ieguldījumiem veselības aprūpē.

Šīs nodaļas turpinājumā aplūkotas metodes, kā novērtēt veselības aprūpes ieguldījumu ietekmi uz slimību sociālekonomisko slogu, šāda novērtējuma nozīme, kā arī ieguldījumu saistība ar plašāku makroekonomisko sniegumu.

²⁸ Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk, in *World Scientific Handbook in Financial Economics Series*, by Daniel Kahneman and Amos Tversky (WORLD SCIENTIFIC, 2013), https://doi.org/10.1142/9789814417358_0006; Sheeran, P. et al. 2014. Does Heightening Risk Appraisals Change People's Intentions and Behavior? A Meta-Analysis of Experimental Studies. *Psychological Bulletin* (US) 140, no. 2: 511-43, <https://doi.org/10.1037/a0033065>

²⁹ Cervellati, M., Sunde, U. *The Effect of Life Expectancy on Education and Population Dynamics*. Lee R. 2016. Chapter 2 – Macroeconomics, Aging, and Growth, in *Handbook of the Economics of Population Aging*, ed. John Piggott and Alan Woodland, vol. 1. North-Holland, <https://doi.org/10.1016/bs.hespa.2016.05.002>

2. VESELĪBAS IEGULDĪJUMU SOCIĀLĀ IETEKME

Veselīga ekonomika lielākoties balstās uz resursu pieejamību un kvalitāti visās ražošanas nozarēs, darbaspēkam joprojām esot vissvarīgākajam resursam pat straujas tehnoloģiskās attīstības laikmetā. Lai gan inovācijas var uzlabot efektivitāti, tās nevar pilnībā aizstāt produktīva, veselīga un spējīga darbaspēka radīto vērtību. Individuālā produktivitāte, kas definēta kā personas noteiktā laika posmā radītais ekonomiskais rezultāts, ko parasti mēra saražotajās precēs, sniegtajos pakalpojumos vai pievienotajā vērtībā uz vienu darbinieku, ir galvenais ekonomiskās veikspējas noteicējs. Veselības ekonomikā šī produktivitāte ir cieši saistīta ar veselības stāvokli. Piemēram, indivīdiem, kurus skārušas hroniskas slimības, ir lielāka iespēja saskarties ar paaugstinātu prombūtnes (kavētas darba dienas) un klātbūtnes (samazināta veikspēja darbā) līmeni, kas veicina ievērojamus, izmērāmus darbaspēka efektivitātes zudumus.³⁰

Kā jau iepriekš minēts, slimību slogam ir izšķiroša nozīme valsts ekonomisko rezultātu veidošanā, jo tas nosaka indivīdu produktivitāti, izglītības līmeni un demogrāfiskās tendences. Šo ietekmi kopumā aptver slimību sociālekonomiskā sloga jēdziens, kas parāda, cik lielā mērā slimības ierobežo indivīdu spēju iesaistīties ekonomiskajā un sociālajā dzīvē. Šis slogs ievērojami atšķiras atkarībā no veselības stāvokļa, ņemot vērā atšķirības saslimstības izplatībā, smaguma pakāpē un mirstībā. Tā rezultātā katra slimība rada atšķirīgus ierobežojumus dalībai darba tirgū un cilvēkkapitāla uzkrāšanai, galu galā ietekmējot valsts spēju nodrošināt ilgtspējīgu un iekļaujošu ekonomisko izaugsmi. Lai pilnībā izprastu veselības ekonomisko nozīmi, vispirms ir svarīgi novērtēt šī sociālekonomiskā sloga pašreizējo sadalījumu un apmēru. Ņemot vērā produktivitātes centrālo lomu un metodoloģiskās grūtības, kas saistīta ar veselības ietekmes uz valsts izglītības līmeni izdalīšanu, galvenais uzsvars likts uz individuālo produktivitāti kā kanālu, caur kuru veselība veicina ekonomisko sniegumu. Vienlaikus būtiska ir arī ilgtermiņa izglītības rezultātu nozīme. Turpmākajā nodaļā tiks aplūkots, kā uzlabota veselība un paaugošs dzīves ilgums ietekmē demogrāfiskās struktūras un darbaspēka dinamiku.

Būtisks solis, novērtējot slimības vai invaliditātes izraisītos produktivitātes zaudējumus, ir noteikt, kā piešķirt ekonomisko vērtību darbā zaudētajam laikam (prombūtnei un klātbūtnei (ar samazinātu darba veikspēju)). Tradicionāli ekonomiskajos novērtējumos šīs netiešās izmaksas ir aprēķinātas, izmantojot algās balstītas metodes, galvenokārt koncentrējoties uz individuālo ienākumu zaudēšanu. Lai gan šī pieeja ir intuitīva un plaši izmantota, tā aptver tikai daļu no attiecīgās ekonomiskās vērtības, proti, darbinieka atalgojumu, nevis pilnu viņa ieguldījumu ekonomiskajā ražošanā. Šis ierobežojums ir

³⁰ KANG, Mo-Yeol. 2024. Working Hours and Labour Productivity from the Occupational Medicine Perspective. *Industrial Health* 62, no. 4: 281-83, <https://doi.org/10.2486/indhealth.2023-0191>; Puiu, I.-A., Bilbîie, A. 2025. Measuring Productivity in the Healthcare Sector: A Bibliometric and Content Analysis. *Health Economics Review* 15, no.1: 24, <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00612-z>

īpaši izteikts darba tirgos, kur algas precīzi neatspoguļo produktivitāti, bieži vien piedāvājuma un pieprasījuma nelīdzsvarotības vai strukturālu algu kropļojumu dēļ. To varētu risināt ar perspektīvas maiņu: tā vietā, lai novērtētu zaudēto darba laiku, izmantojot individuālās algas, to vērtētu, pamatojoties uz ekonomikas nozaru bruto pievienoto vērtību (BPV). BPV atspoguļo ekonomikā saražoto preču un pakalpojumu vērtību, atskaitot starpproduktu izmaksas. Tā būtībā atspoguļo nozares specifisko ieguldījumu IKP bāzes cenās. Izmantojot BPV uz vienu darbinieku kā produktivitātes rādītāju, šī pieeja piedāvā visaptverošāku zaudētā darba novērtējumu, ņemot vērā ne tikai personiskos ienākumu zaudējumus, bet arī plašāku ekonomisko rezultātu, ko darbaspēks nodrošina. Tādējādi tas sniedz skaidrāku priekšstatu par sabiedrības izmaksām, kas saistītas ar slimību izraisītu produktivitātes zudumu, un labāk saskaņo veselību ietekmes novērtējumus ar valsts ekonomikas sniegumu.

Turklāt tiek ierosināts sistemātiski iekļaut veselības ieguldījumu vērtību neapmaksāta darba aktivitāšu nodrošināšanā un uzturēšanā. Katra indivīda ekonomiskajam ieguldījumam ir nozīme valsts izaugsmē; ja cilvēks cieš no slimības un nevar pilnībā sasniegt savu potenciālu, tas negatīvi ietekmē valsts vispārējo labklājību un ekonomisko sniegumu. Tas ietver ne tikai apmaksātu darbu, bet arī neapmaksātu darbu. Visa neapmaksātā darba apjoms netiek ņemts vērā, kad valsts palielina savu ekonomiku; tomēr tas ir kritiski svarīgi ekonomikas un sabiedrības labklājībai.³¹ Tiek lēsts, ka dažās valstīs neapmaksātais darbs, izteikts naudas izteiksmē, pārsniedz 40 % no IKP.³² Neapmaksāts darbs ir dzimumu nevienlīdzības jautājums. Daudzos reģionos nesamērīgi lielā sieviešu neapmaksātā darba daļa ierobežo viņu iespējas piedalīties apmaksātajā ekonomikā.³³ Tāpat arī vecāka gadagājuma cilvēku ieguldījums valsts ekonomiskajā izaugsmē ir būtiska neapmaksāta darba sastāvdaļa.³⁴ Tradicionālajā veselības ekonomikas novērtējumā bieži netiek ņemta vērā neapmaksātā darba vērtība. Tomēr arvien vairāk pierādījumu liecina par to, ka neapmaksātā darba vērtība ir jāiekļauj veselības aprūpes pasākumu izmaksu un ieguvumu novērtējumā, lai informētu lēmumu pieņēmējus.³⁵ Ja slimība neļauj indivīdiem (īpaši sievietēm) sniegt vai saņemt aprūpi, tā var vājināt sociālo noturību un samazināt kopējo produktivitāti. Tāpēc neapmaksāta

³¹ Beyeler, L. 18.03.2019. Why You Should Care about Unpaid Care Work. *Development Matters*. <https://oecd-development-matters.org/2019/03/18/why-you-should-care-about-unpaid-care-work/>.

³² ILOSTAT. 2023. *Measuring Unpaid Domestic and Care Work*. <https://ilostat ilo.org/topics/unpaid-work/measuring-unpaid-domestic-and-care-work/>.

³³ Ferrant, G. et al. 2014. *Unpaid Care Work: The Missing Link in the Analysis of Gender Gaps in Labour Outcomes*. ed. OECD Development Centre. https://www.oecd.org/dev/development-gender/Unpaid_care_work.pdf.

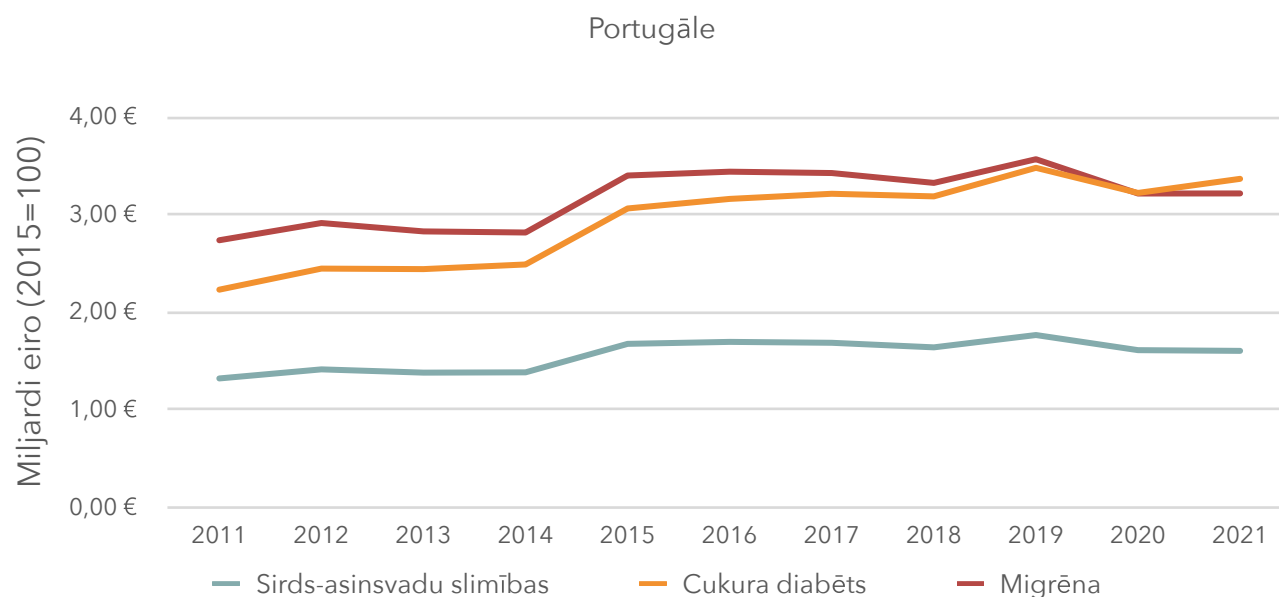
³⁴ Bloom, D. E. et al. 2020. Valuing Productive Non-Market Activities of Older Adults in Europe and the US. *De Economist* 168, no. 2: 153-81, <https://doi.org/10.1007/s10645-020-09362-1>

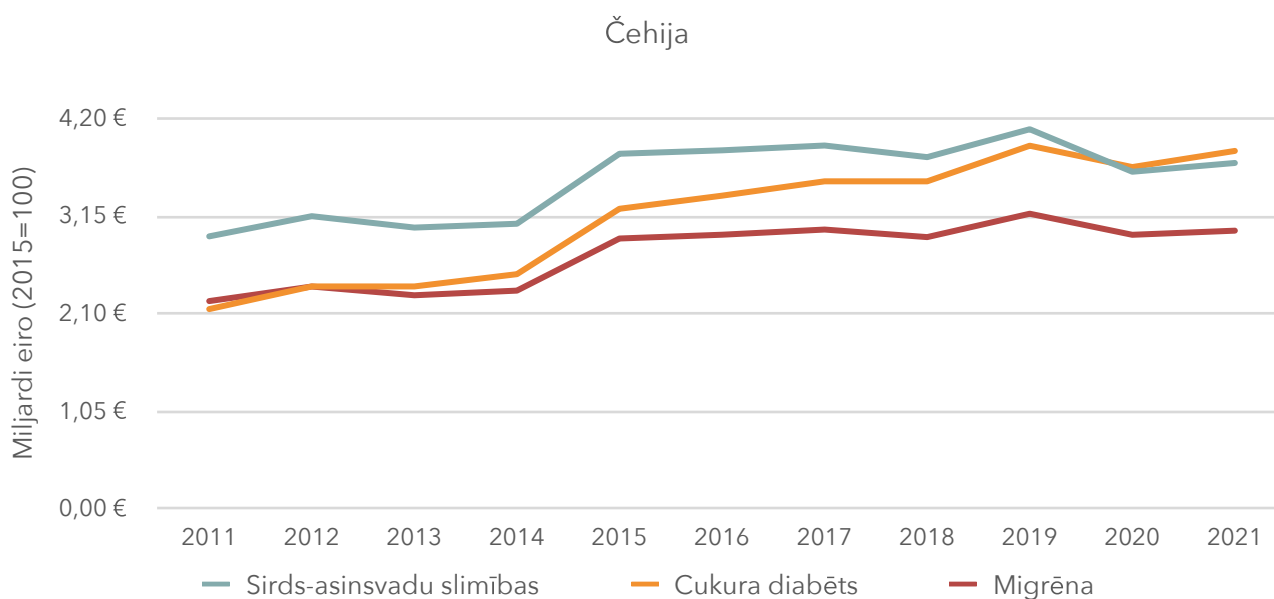
³⁵ Krol, M., Brouwer, W. November 2015. Unpaid Work in Health Economic Evaluations. *Social Science & Medicine* 144: 127-37, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.008>. Hubens, K. et al. 2021. Measurement Instruments of Productivity Loss of Paid and Unpaid Work: A Systematic Review and Assessment of Suitability for Health Economic Evaluations From a Societal Perspective. *Value in Health* 24, no. 11: 1686-99, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.05.002>

darba atzišana un novērtēšana ir ļoti svarīga, ja vēlas iegūt pilnīgu priekšstatu par veselības aprūpes ieguldījumu ekonomiskajiem ieguvumiem.

1. attēlā ir parādīts trīs slimību – sirds un asinsvadu slimību, migrēnas un diabēta – aplēstais sociālekonomiskais slogs divās Eiropas valstīs: Čehijā un Portugālē. No datiem izriet divi galvenie novērojumi. Pirmkārt, sloga apmērs atšķiras ne tikai starp slimībām, bet arī starp valstīm. Piemēram, sirds un asinsvadu slimības Čehijā rada ievērojami lielāku slogu nekā Portugālē. Otrkārt, diabēts laika gaitā uzrāda straujāku sociāl-ekonomiskā sloga pieaugumu salīdzinājumā ar pārējām divām slimībām, kas liecina par pieaugošām problēmām abu valstu veselības un ekonomikas sistēmām. Ir svarīgi atzīmēt, ka šīs aplēses ir balstītas uz berzes izmaksu pieeju, kas pieņem, ka slimības vai priekšlaicīgas nāves dēļ zaudētie darbinieki tiek aizstāti noteiktā laika periodā (šajā gadījumā viena gada laikā). Šī metodoloģiskā izvēle ir īpaši svarīga situācijās, kad bezdarba līmenis ir augsts, jo tā pieņem, ka zaudētie darbinieki tiek aizstāti pēc noteikta laika perioda, atspoguļojot darba tirgus elastību absorbēt un aizstāt darbaspēku. Šajā gadījumā Portugālē bezdarba līmenis bija 6,4 %, salīdzinot ar tikai 2,7 % Čehijā. Šī atšķirība liecina, ka darbinieku aizstāšana Portugālē var notikt ātrāk nekā Čehijā, kur stingrāks darba tirgus varētu izraisīt ilgākus aizstāšanas periodus. Tā rezultātā 1. attēlā Čehijai aprēķinātā sociālekonomiskā slodze var būt mazāka nekā faktiskā slodze, ņemot vērā konservatīvus pieņēmumus par darbaspēka aizstāšanu. Šie novērojumi parāda, cik svarīgi ir ņemt vērā valsts makroekonomisko kontekstu, jo īpaši darba tirgus apstākļus, aprēķinot slimību sociālekonomisko slodzi. Šo faktoru ignorēšana var novest pie veselības stāvokļu patiesās ekonomiskās ietekmes nepietiekamas novērtēšanas vai nepareizas interpretēšanas.

Migrēnas, sirds un asinsvadu slimību un cukura diabēta sociālekonomiskais slogs





1. attēls

Visaptverošu metožu pārskatu un papildu gadījumu izpēti skatīt pētījumā *The Health ROI Assessor: Evaluating Novel CVD Prevention Approaches in Estonia*.³⁶

Kad ir noteikts katras slimības sociālekonomiskais slogs, nākamais solis ir novērtēt, kā jaunas veselības tehnoloģijas var mazināt šo slogu. Šo potenciālo samazinājumu sauc par sociālo ietekmi (SI), un metodi, ko izmanto tās mērīšanai, sauc par sociālās ietekmes pieeju. Šī sistēma nodrošina visaptverošu veidu, lai novērtētu, kā veselības aprūpes inovācijas ietekmē produktivitāti un līdz ar to plašākus ekonomiskos un sabiedriskos rezultātus. Salīdzinot jaunu ārstēšanas metodi ar pašreizējo standarta ārstēšanu (vai atbilstošu alternatīvu), ir iespējams kvantitatīvi noteikt produktivitātes pieaugumu, ko sniedz uzlabota veselība, un salīdzināt to ar saistītajām izmaksām.

Savā būtībā SI pieeja uzsver produktivitātes uzlabojumus, kas rodas no labākiem veselības rādītājiem. Tā ietver gan tūlītējus, gan ilgtermiņa ieguvumus, piemēram, aizkavētu slimības progresēšanu vai invaliditātes novēršanu. Atšķirībā no tradicionālajiem novērtēšanas modeļiem, kas bieži vien ir statistiski vai retrospektīvi, SI pieeja balstās uz garengriezuma datiem, lai izsekotu, kā ārstēšanas metodes ietekme attīstās laika gaitā. Šī dinamiskā perspektīva ir īpaši vērtīga, novērtējot hronisku slimību pārvaldību vai revolucionāras terapijas, kas sniedz kumulatīvus ieguvumus.

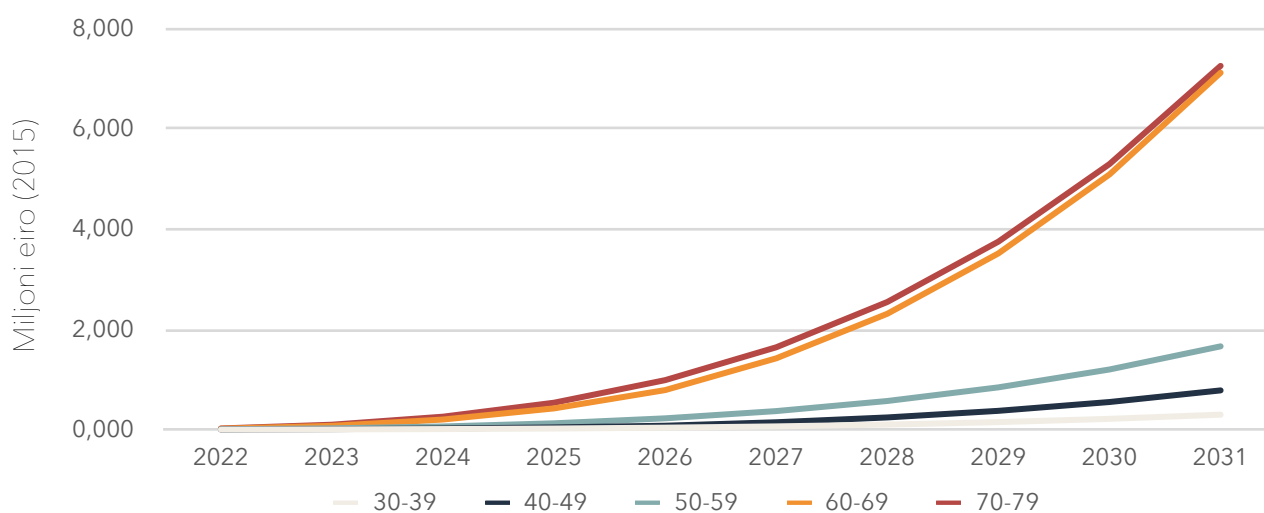
Par piemēru var minēt sociālās ietekmes novērtējumu sirds un asinsvadu slimību (SAS) profilakses programmai Igaunijā. Tika analizēts, kā mērķtiecīgas investīcijas veselības aprūpē, kas vērstas uz SAS sloga samazināšanu, var radīt vērtību un stimulēt ekonomikas

³⁶ Hernandez-Villafuerte, K. et al. 2025. The Health ROI Assessor: Evaluating Novel CVD Prevention Approaches in Estonia. *Value & Outcomes Spotlight* 11, no. 2: 42-45.

izaugsmi valstī. **Sirds un asinsvadu slimību profilakses koalīcijas (Prevent Cardiovascular Disease Coalition (P-CVD))** programma piedāvā individuāli pielāgotu ārstēšanu, lai samazinātu zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ZBLH) līmeni, izmantojot kumulatīvo ZBLH ietekmi, lai novērtētu sirds un asinsvadu risku noteiktā iedzīvotāju segmentā – vīriešiem un sievietēm vecumā no 30 līdz 79 gadiem bez iepriekšējas SAS anamnēzes. 2. attēlā parādīti SAS programmas īstenošanas īstermiņa SI rezultāti, kas ietver 315 nāves gadījumu un 928 neletālu sirds un asinsvadu notikumu novēršanu. Paredzams, ka pirmo 15 gadu laikā programma radīs 127,04 miljonus eiro kopējā produktivitātes pieaugumā, tostarp 60,1 miljonu eiro no apmaksāta darbaspēka pieauguma un 66,9 miljonus eiro no neapmaksātu (piemēram, māsaimniecības vai aprūpes) iemaksu palielināšanas.

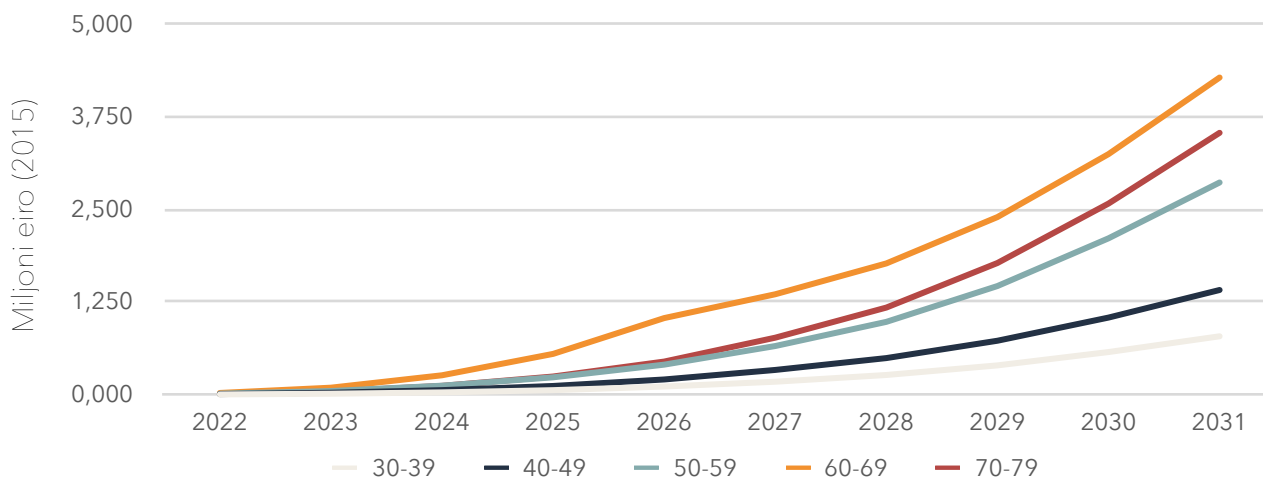
Īstermiņa kumulatīvā sociālā ietekme (novērstie produktivitātes zudumi), kas saistīta ar apmaksātu un neapmaksātu darbu: P-CVD programma Igaunijā³⁷

Kumulatīvi novērstie produktivitātes zudumi, kas saistīti ar neapmaksātām darba aktivitātēm



³⁷ Hernandez-Villafuerte et al. *The Health ROI Assessor: Evaluating Novel CVD Prevention Approaches in Estonia*.

Kumulatīvi novērstie produktivitātes zudumi, kas saistīti ar apmaksātām darba aktivitātēm

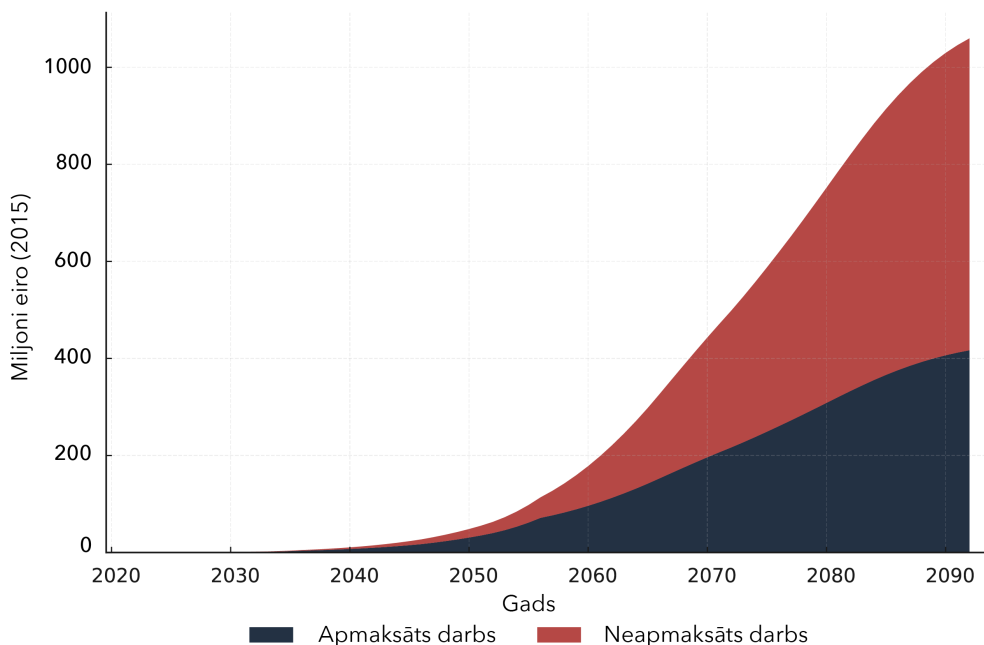


2. attēls

2. attēlā ir ilustrētas trīs galvenās atziņas. Pirmkārt, sirds un asinsvadu slimību profilakses gadījumā neapmaksāta darba īstermiņa ietekme pārsniedz apmaksāta darba ietekmi, jo lielākā daļa novērsto nāves gadījumu un nevēlamo notikumu ir personām, kas vecākas par 55 gadiem. Tas ir cieši saistīts ar otro punktu: **valsts demogrāfiskā struktūra spēcīgi ietekmē** intervences SI. Atšķirības starp vecuma grupām vērojamas ne vien ārstēšanas efektos, bet arī indivīdu ekonomiskā ieguldījuma raksturs mainās dzīves gaitā. Jaunākajām iedzīvotāju grupām dominē apmaksāts darbs, savukārt vecākajās, īpaši pēc 60 gadu vecuma, arvien nozīmīgāku lomu ieņem neapmaksātais darbs, piemēram, aprūpe. Treškārt, lēmumu pieņēmējiem SI sistēma sniedz reāllaika skatījumu uz rezultātiem. Lai gan attēlā redzams 9 gadu ilgs laika posms, to var sadalīt arī īsākos intervālos, piemēram, četros gados, saskaņojot to ar tipiskiem politiskajiem cikliem un uzlabojot tā atbilstību politikas plānošanai.

3. attēlā ir sniegta ilgtermiņa scenāriju analīze, kas koncentrējas uz dzīves ilgumu 12 077 indivīdiem kohortas vecumā no 30 līdz 39 gadiem. Iesaistot šo grupu sirds un asinsvadu slimību profilakses programmā, viņu dzīves laikā tiek iegūts aptuveni 28,71 miljons produktīvu stundu, kas ietver gan apmaksātu darbu, gan neapmaksātas aktivitātes, piemēram, aprūpi. Salīdzinot rezultātus scenārijā, kurā profilakses programma tiek īstenota, ar scenāriju, kurā tā netiek īstenota, analizē tiek lēsts, ka sociālā ietekme ir aptuveni 1,06 miljardi eiro. Šis atklājums uzsver preventīvās veselības aprūpes radīto ievērojamo ekonomisko vērtību ilgtermiņā.

Ilgtermiņa kumulatīvā sociālā ietekme (novērstie produktivitātes zudumi) apmaksātā un neapmaksātā darbā (30–39 kohorta): sirds un asinsvadu slimību (SAS) programma Igaunijā



3. attēls. Avots: Hernandez-Villafuerte et al., 2025.³⁸

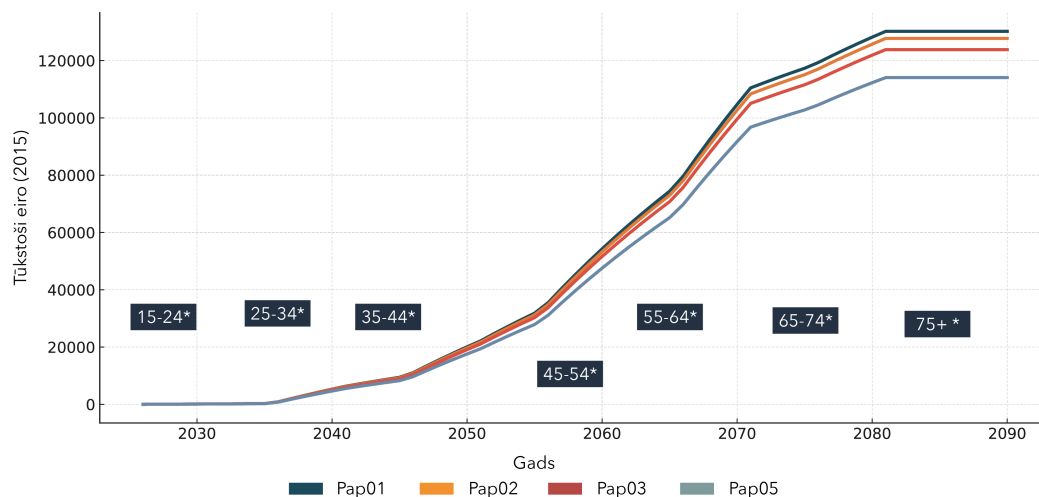
Vēl viens SI pieejas pielietojums ir atrodams Šmita u.c. pētījumā³⁹ (4. attēls), kurā tiek novērtēta dažādu dzemdes kakla vēža skrīninga stratēģiju ilgtermiņa produktivitātes ietekme, kas saistīta ar priekšlaicīgu mirstību Vācijā. Pētījumā tiek modelēta 100 000 sieviešu kohorta, kuras uzsāk skrīningu 15 gadu vecumā, kas pārstāv aptuveni 0,12 % no valsts iedzīvotājiem un 0,24 % no sieviešu populācijas, kurām dzemdes kakla vēža skrīnings tiek veikts, sākot no 20 gadu vecuma, saskaņā ar Vācijas nacionālo vēža skrīninga programmu. Analīzē ir iekļautas tikai sievietes, kuras pilnībā ievēro skrīninga un turpmākās uzraudzības programmas, un tiek salīdzināti scenāriji bez skrīninga ar ikgadējiem, divgadīgiem, trīsgadīgiem un piecu gadu skrīninga intervāliem. Pat ja uzmanība tiek pievērsta tikai ieguvumiem, kas saistīti ar mirstību, rezultāti liecina, ka dzemdes kakla vēža skrīnings rada ievērojamu produktivitātes pieaugumu, īpaši, izmantojot visbiežāk novērtēto skrīninga stratēģiju – ikgadējo skrīningu –, iegūstot aptuveni 33 miljonus stundu apmaksātā un 11 miljonus stundu neapmaksātā darbībā ar kopējo vērtību 328 miljoni eiro. Šie atklājumi uzsver uz produktivitāti balstītas novērtēšanas nozīmi, novērtējot ilgtermiņa sociālo atdevi no ieguldījumiem veselības aprūpē.

³⁸ Hernandez-Villafuerte et al. *The Health ROI Assessor: Evaluating Novel CVD Prevention Approaches in Estonia*.

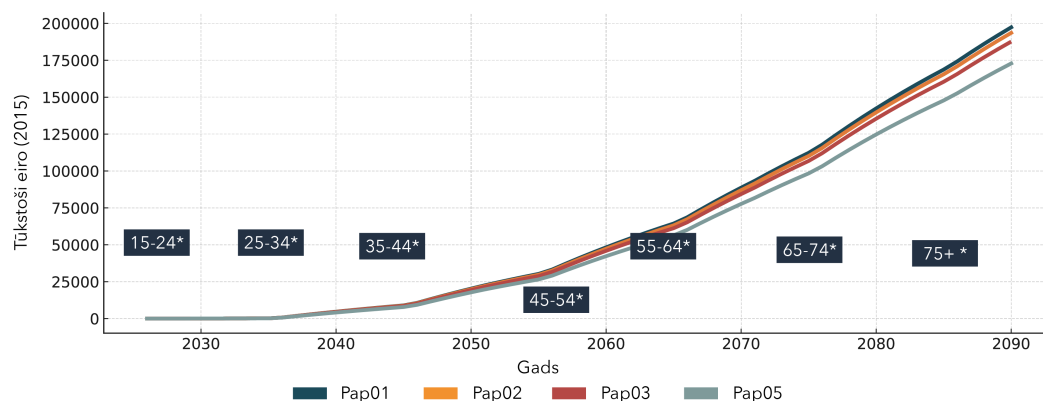
³⁹ Schmitt M. et al. 2024. EE108 Novel Approaches Assessing the Value of Cancer Prevention in Germany. *Value in Health* 27, no. 12: S75.

Ilgtermiņa kumulatīvā sociālā ietekme (novērstie produktivitātes zudumi) apmaksātās un neapmaksātās darba aktivitātēs (30-39 kohorta): Dzemdes kakla vēža skrīninga profilakses programma (*Papanicolaou*) Vācijā

Novērstie kumulatīvie darbaspēka ražīguma zudumi, kas saistīti ar apmaksātu darbu



Novērstie kumulatīvie darbaspēka ražīguma zudumi, kas saistīti ar neapmaksātu darbu



4. attēls.

*Zilajā lodziņā parādīta 15 gadus vecās kohortas novecošanās.

Pap01 = *Papanicolaou* testēšana katru gadu. Pap02 = *Papanicolaou* testēšana reizi divos gados. Pap03 = *Papanicolaou* testēšana reizi trijos gados. Pap05 = *Papanicolaou* testēšana reizi piecos gados. Diskonta likme 3,5 %.⁴⁰

⁴⁰ Schmitt et al. *EE108 Novel Approaches Assessing the Value of Cancer Prevention in Germany*.

3. VESELĪBAS EKONOMIKAS PĒDAS NOSPIEDUMS

Ar veselību saistītās ekonomikas apakšnozares sniedzas tālu aiz ambulatorās un stacionārās aprūpes robežām. Tās aptver plašu savstarpēji saistītu nozaru klāstu, tostarp farmāciju, medicīnas tehnoloģijas, digitālo veselību, ilgtermiņa aprūpi, veselības apdrošināšanu un arodslimības. Katrs no šiem komponentiem veicina ne tikai iedzīvotāju veselības uzlabošanu, bet arī darbvietu radīšanu, inovācijas un kopējo ekonomikas produktivitāti. Lai aptvertu visu šo savstarpēji saistīto nozaru klāstu un precīzi novērtētu veselības aprūpes investīciju ietekmi uz plašāku ekonomiku, pētījumā šo sistēmu sauc par **veselības ekonomiku**.

Veselības ekonomikas koncepcija ir balstīta uz vairāku gadu empīrisku pielietojumu, izmantojot **Veselības ekonomikas ziņošanas (Health Economy Reporting (HER))** sistēmu, ko izstrādāja WifOR institūts⁴¹ un ko 2017. gadā kopīgi uzsāka WifOR un Vācijas Federālā Ekonomikas lietu ministrija⁴². HER pamatā ir visaptveroša izpratne par paplašināto veselības ekosistēmu, kas ir iedalīta trīs galvenajās apakšnozarēs: veselības aprūpe, rūpnieciskā veselības ekonomika un pakalpojumi un atbalsts⁴³ (sk. 5. attēlu). Šī sistēma sistemātiski izvērtē veselības ekonomikas lielumu, nozīmi un ekonomisko ieguldījumu konkrētā valstī, sniedzot strukturētu un statistisku katras apakšnozares lomas novērtējumu plašākā ekonomikā. Atkārtota HER piemērošana ir parādījusi, ka veselības ekonomika ir ne tikai sabiedrības labklājības centrālais elements, bet arī nozīmīgs ekonomiskās izaugsmes dzinējspēks. Piemēram, Vācijā veselības ekonomika 2024. gadā ieguldīja aptuveni 490 miljardus eiro bruto pievienotajā vērtībā, kas atbilst 12,5 % no valsts IKP, un nodarbināja aptuveni 7,7 miljonus cilvēku, kas 2024. gadā veidoja gandrīz 17 % no kopējā darbaspēka.⁴⁴

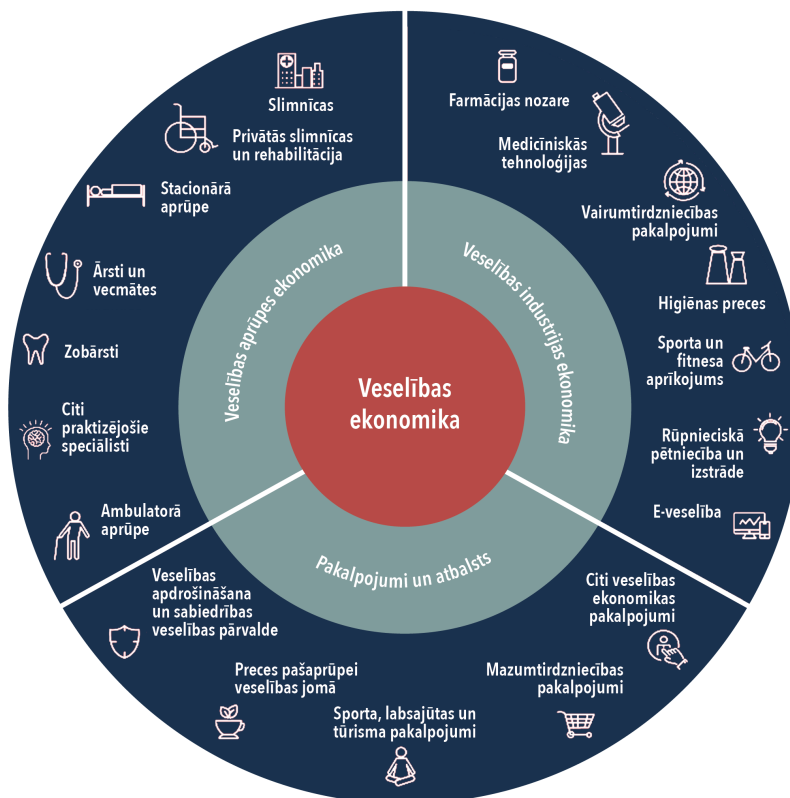
⁴¹ Ostwald, D. A. et al. 2020. *The Economic Footprint of the Health Economy in Colombia*. WifOR, 7. https://www.wifor.com/uploads/2021/06/200715_WifOR_HER_Colombia_ManagementSummary.pdf. Ostwald, D. A. et al. 2020. *The Economic Footprint of the Health Economy in Mexico*. WifOR, 7. https://www.wifor.com/uploads/2021/06/200605_WifOR_HER_Mexico_ManagementSummary.pdf. Ostwald, D. A. et al. 2020. *The Economic Footprint of the Health Economy in Selected Latin American Countries*. WifOR, 16. https://www.wifor.com/uploads/2021/03/2020_Case_Study_HER_LatAm_WifOR.pdf.

⁴² Schwärzler, M. C., Kronenberg, T. 2016. *Methodology of the National Health Account for Germany – Database, Compilation and Results*, MPRA Paper 73561. Munich Personal RePEc Archive. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/73561/>; Schwärzler, M. C., Legler, B. 2016. *Der Ökonomische Fußabdruck Der Gesundheitswirtschaft in Deutschland Nach ESGV 2010*. Berlin: Darmstadt.

⁴³ Prof. Dr. Henke, K-D. et al. 2019. Health Economy Reporting: A Case Review from Germany. *International Journal of Business and Social Science* 10, no. 3. <https://doi.org/10.30845/ijbss.v10n3p5>

⁴⁴ Federal Ministry for Economic Affairs and Energy (BMWi). 2025. *Health Economy – Data and Trends in the Health Economy in Germany, 2024*. https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Downloads/F/Faktenblaetter/faktenblatt-ggr.pdf?__blob=publicationFile&v=15

Veselības ekonomikas apakšnozares



5. attēls

Avots: WifOR institūts, 2025. g.⁴⁵

Investīcijas veselībā ir galvenais ekonomiskās izaugsmes virzītājspēks, kas rada izmērāmu ietekmi gan veselības ekonomikā, gan plašākā ekonomikā. Lai visaptveroši aptvertu šo ietekmi, piedāvāta pieeja no augšas uz leju, kuras pamatā ir **vērtību ķēdes koncepcija**, kas definē ražošanu kā savstarpēji saistītu procesu sēriju, kas nepieciešama preču un pakalpojumu piegādei.⁴⁶ Attiecībā uz veselību šis modelis ilustrē **augšupējas un lejupējas saiknes** starp veselības nozari un citām nozarēm, parādot, kā ar veselību saistītie ieguldījumi stimulē ekonomisko aktivitāti gan atpakaļvirzienā (saistībā ar ieguldījumiem), gan uz priekšu (saistībā ar rezultātiem). Šīs savstarpējās atkarības atspoguļojas veselības aprūpes ekonomikas bilanci un nodrošina pamatu tās plašākā makroekonomiskā ieguldījuma novērtēšanai.

⁴⁵ WifOR Institute. 17.07.2025. *What Is Health Economy Reporting?* <https://www.wifor.com/en/research/health/health-economy-reporting/>

⁴⁶ Jagrič T. 2021. *Economic Impact of the Health Sector on the Regional Level: Case of a Small, Open Economy*. <http://pub.lex-localis.info/index.php/LexLocalis/article/view/1570>. Yong Jin Kim et al. 2017. The Effects of Ubiquitous Healthcare Service on the South Korean Economy: Using Input-Output Analysis. *Information Systems Frontiers* 19, no. 5: 1149–60. <https://doi.org/10.1007/s10796-016-9640-3>. Socci, C. et al. 2019. Healthcare Expenditure and Income Generation: A US Case. *International Journal of Healthcare Policy* 1, no. 1: 24–51. <https://doi.org/10.1504/IJHP.2019.101685>

Lai kvantitatīvi noteiktu šīs attiecības, izmantots **ievades-izvades (input-output (IO)) modelis** – rīks, kas analizē, kā vienas nozares izvide kalpo kā ievade citā.⁴⁷ Šis modelis ir īpaši efektīvs, lai identificētu veselības aprūpes izdevumu starpnozaru ietekmi. Piemēram, Klaudio Soki (*Claudio Soggi*) un pētnieku grupa⁴⁸ izmantoja IO modeli, lai novērtētu, kā ieguldījumi dažādās veselības aprūpes apakšnozarēs (piemēram, slimnīcās, ambulatorajos pakalpojumos, farmācijā) stimulē dažādus ekonomiskā pieprasījuma modeļus. Līdzīgi pētījumi no Dienvidkorejas⁴⁹ un Slovēnijas⁵⁰ apstiprināja, ka veselības aprūpes ieguldījumu sastāvs un fokuss būtiski ietekmē ekonomisko blakusefektu struktūru un apmēru. IO modelis ir izmantots arī, lai plašāk novērtētu publisko izdevumu makroekonomisko ietekmi. Savukārt citā pētījumā tika analizēti fiskālie multiplikatori 25 Eiropas Savienības (ES) valstīs, parādot, ka ieguldījumi veselības aprūpē, izglītībā un sociālajā aizsardzībā pastāvīgi rada augstu ekonomisko atdevi. Šie secinājumi, kas saskan ar Starptautiskā Valūtas fonda iepriekšējām analizēm⁵¹, uzsver veselības aprūpes ieguldījumu kritisko lomu ne tikai iedzīvotāju labklājībai, bet arī ilgtermiņa ekonomikas noturībai un izaugsmei.

IO modelis ļauj visaptveroši novērtēt kapitāla ieguldījumu makroekonomisko ietekmi uz veselības ekonomiku, aptverot trīs galvenos ietekmes veidus: (I) tiešo ietekmi veselības ekonomikā, (II) netiešo ietekmi saistītajās nozarēs un (III) izraisīto patēriņa ietekmi. Pirmkārt, **tiešā ietekme** attiecas uz pievienoto vērtību un nodarbinātību, kas radīta pašā veselības ekonomikā. Veselības ieguldījumu kontekstā tas atspoguļo tūlītēju ekonomisko ieguldījumu, kas rodas, palielinoties finanšu plūsmām veselības aprūpes pakalpojumos, medicīnas tehnoloģijās, farmācijā un atbalsta nozarēs. Otrkārt, pateicoties tās spēcīgajai integrācijai ar plašāku ekonomiku, veselības ekonomika izraisa **netiešu ietekmi** caur savām piegādes ķēdēm. Tā ir augšupējā un lejupējā ietekme uz blakus esošajām nozarēm, kas nodrošina preces un pakalpojumus veselības aprūpes nozarei, sākot no ražošanas un loģistikas līdz informācijas tehnoloģijām un profesionālajiem pakalpojumiem. Treškārt, apvienotie ienākumi no tiešās un netiešās nodarbinātības rada **izraisīto patēriņa ietekmi**, jo darbinieki tērē savus ienākumus patēriņā precēm un pakalpojumiem, radot papildu ekonomisko vērtību plašākā ekonomikā. Šo ietekmju summa veido **veselības ekonomikas pēdas nospiedumu**, izceļot veselības ekonomikas lomu ne tikai kā finansējuma saņēmējam, bet arī kā dinamiskam ekonomiskās aktivitātes un multiplikatoru virzītas izaugsmes dzinējspēkam.

⁴⁷ Richard S. Conway. 2022. *Empirical Regional Economics*. Springer Texts in Business and Economics. Springer, 275. <https://econpapers.repec.org/bookchap/sprspbec/978-3-030-76646-7.htm>. Leontief, W. 1986. *Input-Output Economics*. Oxford University Press.

⁴⁸ Soggi et al. *Healthcare Expenditure and Income Generation*.

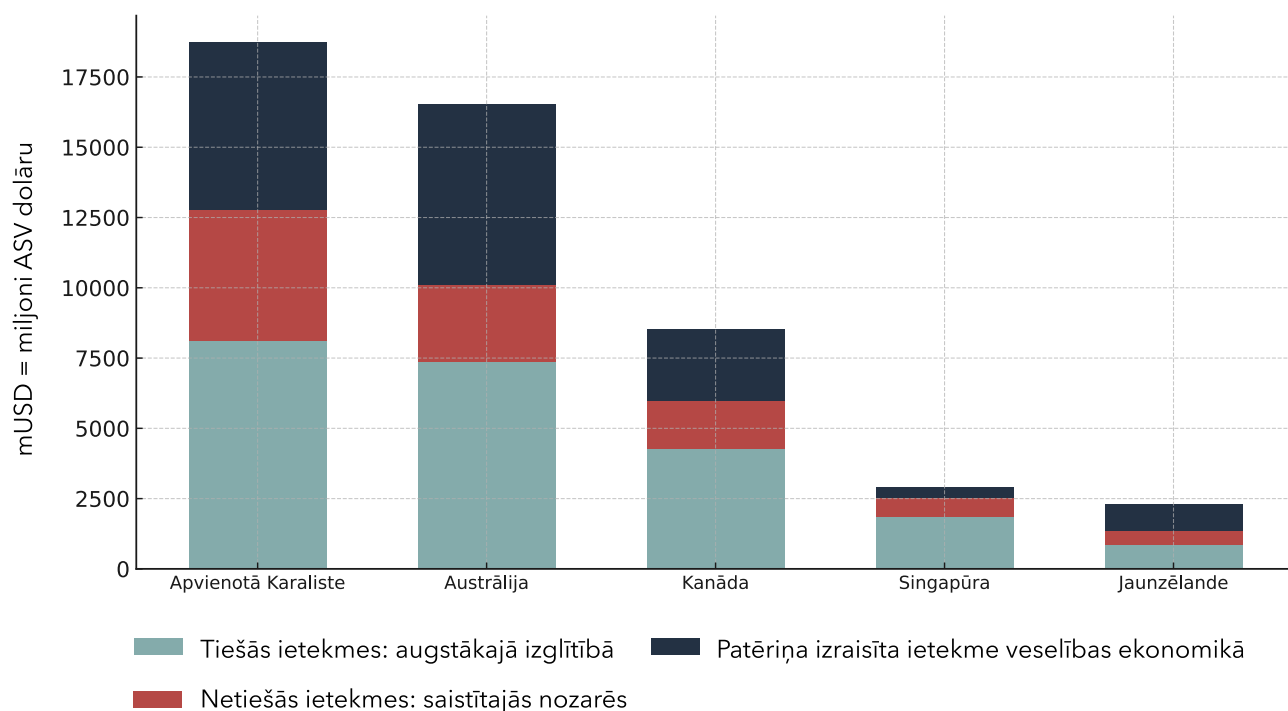
⁴⁹ Kim et al. *The Effects of Ubiquitous Healthcare Service on the South Korean Economy*.

⁵⁰ Jagrič T. *Economic Impact of the Health Sector on the Regional Level: Case of a Small, Open Economy*.

⁵¹ International Monetary Fund. *Coping with High Debt and Sluggish Growth*.

6. attēlā redzams veselības ekonomikas pēdas nospiedums no vienā gadā veiktajām investīcijām vēža ārstēšanā četrās Nāciju Sadraudzības valstīs ar augstiem ienākumiem. Apvienotajā Karalistē 10,1 miliona ASV dolāru investīcija radīja 18,7 miljonus ASV dolāru bruto pievienotajā vērtībā. Austrālijas 9,1 miliona ASV dolāru investīcija deva 16,5 miljonus ASV dolāru; Kanādas 5,3 miljonu ASV dolāru investīcija deva 8,5 miljonus ASV dolāru; Singapūras 2,3 miljoni ASV dolāru deva 2,9 miljonus ASV dolāru un Jaunzēlandes 1,1 miliona ASV dolāru investīcija radīja 2,3 miljonus ASV dolāru. Šie skaitļi uzsver veselības investīciju ievērojamo īstermiņa ietekmi, un vidējā atdeve atlasītajās valstīs ir aptuveni 1,7 reizes lielāka par sākotnējo investīciju.

Tūlītējais (2022. gadā) veselības ekonomikas pēdas nospiedums uz investīcijām vēža ārstēšanā četrās atlasītās augsta ienākuma Sadraudzības valstīs



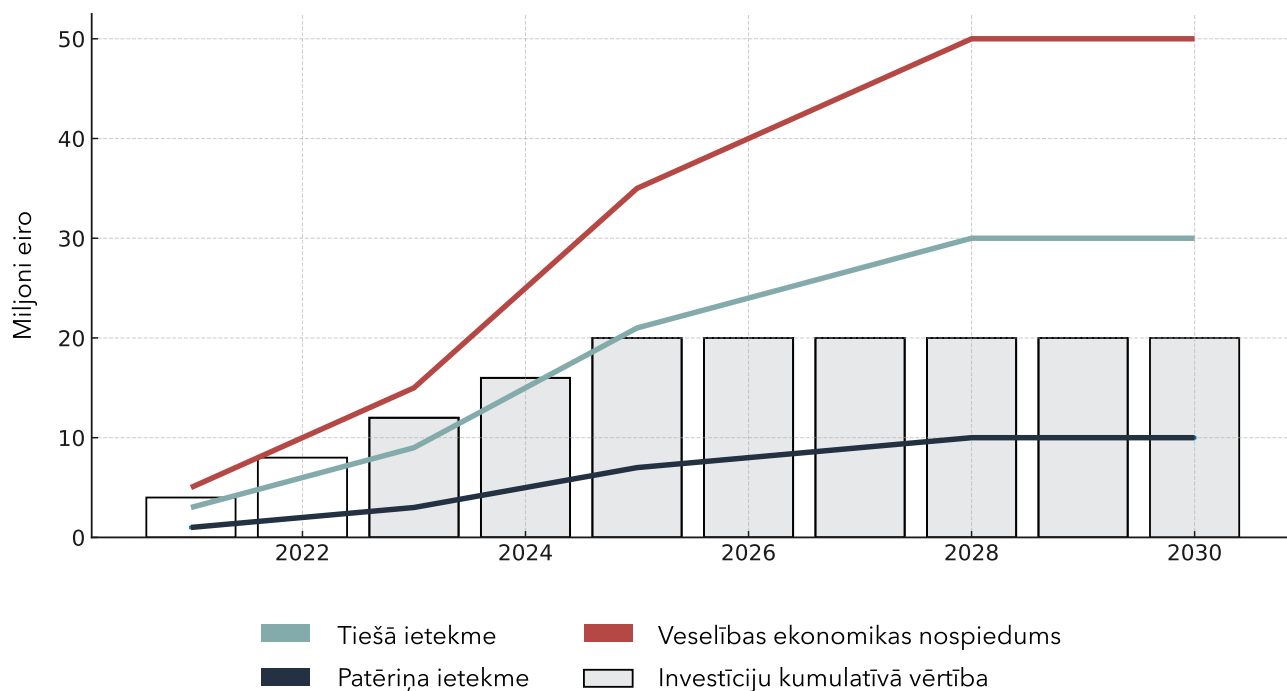
6. attēls

6. attēlā arī redzams, ka veselības ekonomikas pēdas nospieduma trīs komponentu (t. i., tiešās, netiešās un izraisītās ietekmes) sadalījums dažādās valstīs atšķiras. Šis atšķirības atspoguļo atšķirības katras valsts veselības ekonomikas apjomā un tās savstarpējo saistību stiprumā ar citām ekonomikas nozarēm. Šie secinājumi uzsver, cik svarīgi ir ņemt

vērā katras valsts specifiskās ekonomiskās struktūras, novērtējot veselības aprūpes investīciju kopējo ietekmi.

Jāaplūko arī konkrētu veselības aprūpes pasākumu ilgtermiņa ietekme. Kā minēts iepriekšējā sadaļā, labs piemērs ir P-CVD programma Igaunijā. 7. attēls ilustrē, ka 20 miljonu eiro ieguldījums sirds un asinsvadu slimību profilakses iniciatīvā piecu gadu laikā paredzami 10 gadu laikā radīs aptuveni 50 miljonus eiro bruto pievienotajā vērtībā. Tas ietver tiešo, netiešo un izraisīto ietekmju kopējo devumu. Turklāt paredzams, ka programma nodrošinās ekvivalentu 1178 papildu darbavietām, uzsverot ilgstošu profilaktīvo veselības investīciju plašāko ekonomisko vērtību.

P-CVD programmas kumulatīvais bruto pievienotās vērtības potenciāls Igaunijā vidējā termiņā (pirmie 10 gadi): veselības ekonomikas pēdas nospieduma aplēse



7. attēls

Piezīme. Netiešā un izraisītā ietekme ir līdzīga apjoma; tā rezultātā netiešā ietekme nav vizuāli atšķirama, jo tā atrodas aiz izraisītās ietekmes. Melnās kastes attēlo ieguldījumu kumulatīvo vērtību.

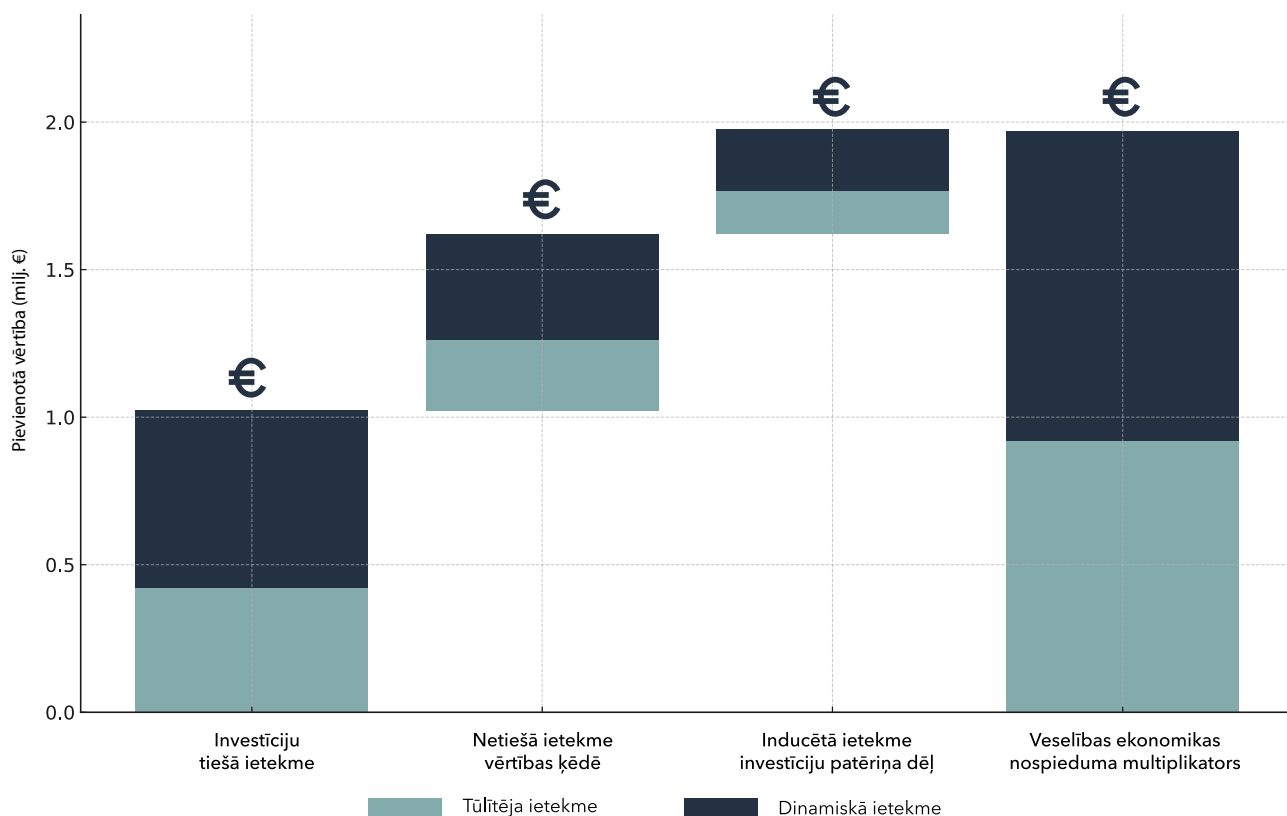
Avots: Hernandez-Villafuerte et al., 2025.⁵²

⁵² Hernandez-Villafuerte et al. *The Health ROI Assessor: Evaluating Novel CVD Prevention Approaches in Estonia*.

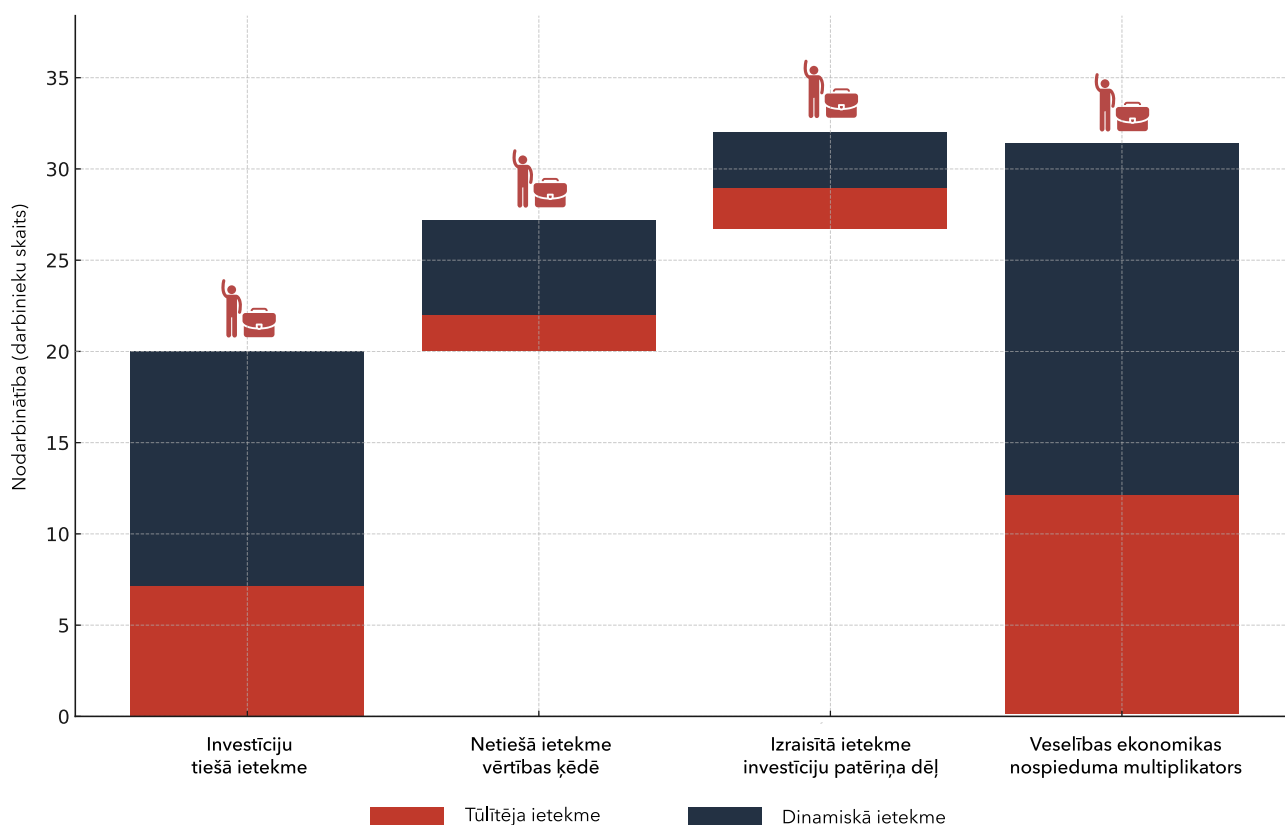
Kapitāla ieguldījumi parasti prasa laiku, lai pārvērstos ekonomiskajā ieguvumā, jo darbojas kā ekonomiskie impulsi, kuru ietekme izpaužas īstermiņā un vidējā termiņā⁵³. Tāpēc pat tad, ja ieguldījumi ir koncentrēti sākotnējā piecu gadu periodā, to ekonomiskā ietekme var turpināties arī pēc šī perioda beigām, radot papildu vērtību ar novēlotu un kumulatīvu efektu. Tomēr šie ietekmes viļņi nav bezgalīgi. Pārāk tālu nākotnē vērsta analīze samazina atdevi un palielina nenoteiktību. Šī iemesla dēļ novērtējumi tiek veikti ne vairāk kā 15 gadu garumā, tā līdzsvarojot ilgtermiņa atbilstību ar analītisko ticamību.

Nodaļas 2. sadaļā tika apskatīta Vācijas dzemdes kakla vēža profilakses programma, kas ilustrēta 8. attēlā. Par katru 1 miljonu eiro, kas Vācijā ieguldīts vēža profilaksē, trīs gadu laikā veselības aprūpes nozarē un ārpus tās tiek ģenerēti gandrīz 2 miljoni eiro bruto pievienotās vērtības. 8. attēlā ir nošķirts tūlītējais efekts – 1,16 miljoni eiro, kas realizēti pirmajā gadā, – un dinamiskais efekts – 0,81 miljons eiro, kas ģenerēti otrajā un trešajā gadā, kad netiek veiktas jaunas investīcijas, bet sākotnējo izdevumu domino efekts turpina stimulēt ekonomiku. Nodarbinātības ziņā investīcijas rada 32 jaunas darbavietas: 13 pirmajā gadā un vēl 19 nākamajos divos gados. Šie atklājumi uzsvēr preventīvo veselības investīciju ievērojamo īstermiņa un vidēja termiņa ekonomisko atdevi.

Vācijā vēža profilaksē ieguldītā 1 miliona eiro veselības ekonomiskā pēda



⁵³ Pereira et al. *Health Care Investments and Economic Performance in Portugal*.



8. attēls

Avots: Schmitt et al., 2024.⁵⁴

4. VĒRTĪBU PERSPEKTĪVAS PAPLAŠINĀŠANA: HOLISTISKA PIEEJA

Veselības tehnoloģiju novērtējums (VTN) ir izšķiroši svarīgs instruments veselības aprūpes lēmumu pieņemšanai. Daudzu gadu garumā tas ir veidojis ārstēšanas un ārstniecisko pasākumu prioritāšu noteikšanas veidu.⁵⁵ Šī būtiskā funkcija tiek panākta, veicot plašu novērtējumu, kas aptver klīnisko efektivitāti, pacientu drošību, pacientu ziņotos rezultātus un izmaksu efektivitāti, tādējādi nodrošinot strukturētu un pārredzamu pamatu resursu sadalei. Būtībā Veselības tehnoloģiju novērtējums nodrošina sistemātisku un uz pierādījumiem balstītu metodi, lai noteiktu, vai ārstēšanas pasākumi sniedz pietiekamu vērtību, lai pamatotu to ieviešanu veselības aprūpes sistēmā.⁵⁶

⁵⁴ Schmitt et al. *EE108 Novel Approaches Assessing the Value of Cancer Prevention in Germany*.

⁵⁵ Drummond, F. M. et al. 2022. Challenges of Health Technology Assessment in Pluralistic Healthcare Systems: An ISPOR Council Report. *Value in Health* 25, no. 8: 1257–67. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.02.006>

⁵⁶ Institute for Clinical and Economic Review (ICER). 2018. *Guide to Understanding Health Technology Assessment (HTA)*. <https://icer.org/wp-content/uploads/2020/10/ICER-Guide-to-Understanding-Health-Technology-Assessment-6.19.18.pdf>

Tomēr, kā aplūkots šajā nodaļā, arvien vairāk tiek atzīts, ka uzlabotas veselības ieguvumi sniedzas tālu ārpus tradicionālās VTN tvēruma.⁵⁷ Iedzīvotāju veselības uzlabošanai ir būtiska ietekme uz labklājību, tā veido darba tirgu, ietekmē nepieciešamās neformālās aprūpes apjomu, un tai ir ilgtermiņa ietekme uz izglītību un ekonomisko attīstību.⁵⁸

Šādi plašāki sabiedrības ieguvumi bieži tiek atzīmēti politikas debatēs, tomēr tie reti tiek fiksēti strukturētā vai konsekventā veidā. Rezultātā intervences, kas vērstas uz profilaksi vai agrīnu diagnostiku, var šķist ierobežotas vērtības, ja tās vērtē šauri, pat ja to plašākie ieguvumi ir ievērojami, bet lēmumu pieņēmējiem nav uzreiz redzami.⁵⁹ Hroniskas slimības ir skaidrs piemērs. To sekas veidojas pakāpeniski. Laika gaitā tās samazina darbaspēka līdzdalību, palielina prombūtni un samazina veikspēju darbā, kā arī rada slogu neformālajiem aprūpētājiem, īpaši vecāka gadagājuma cilvēkiem un sievietēm.⁶⁰ Ja šīs sekas netiek ņemtas vērā novērtēšanas sistēmās, pastāv risks, ka tiks nepietiekami novērtētas intervences, kas rada nozīmīgas ilgtermiņa priekšrocības un ir svarīgas ne tikai pacientiem, bet arī visai ekonomikai.

Ir bijuši mēģinājumi novērst šos ierobežojumus. Jāatzīmē, ka ISPOR īpašā darba grupa paplašināja vērtības definīciju, iekļaujot tajā produktivitātes ietekmi, aprūpētāju slogu un inovāciju izplatīšanos.⁶¹ Līdzīgi Otrā ekspertu grupa par izmaksu efektivitāti veselībā un medicīnā (*Second Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine*) ieteica izvērtēt gan veselības aprūpes, gan sabiedrības perspektīvas, pamatojoties uz "ietekmes inventarizāciju", kurā uzskaitītas visas būtiskās sekas.⁶² Nesen arī izstrādāts BRAVER ceļvedis, lai palīdzētu veselības tehnoloģiju novērtēšanas aģentūrām Āzijas un Klusā okeāna reģionā veikt plašāku vērtības novērtējumu, sistemātiski iekļaujot lēmumu

⁵⁷ Bahuguna, P. et al. 20.03.2025. Is Health Technology Assessment Value for Money? Estimating the Return on Investment of Health Technology Assessment in India (HTAI). *BMJ Evidence-Based Medicine*, BMJ, bmjebm-2023-112487. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112487>. Kinchin, I. et al. 2023. Expanding Health Technology Assessment towards Broader Value: Ireland as a Case Study. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 39, no. 1. <https://doi.org/10.1017/s0266462323000235>. Theakston, T. et al. 2025. *Beyond Health: The BRAVER Roadmap to Broader Assessment of the Value of Health Interventions in the Asia-Pacific Region*, OHE Contract Research Report. Office of Health Economics. https://www.ohe.org/wp-content/uploads/2025/04/OHE-report-on-BRAVER_final.pdf

⁵⁸ Alsan, M. et al., 2007. The Consequences of Population Health for Economic Performance. *In Health, Economic Development and Household Poverty*, no. Sep 12: 21–39. <https://doi.org/10.4324/9780203023570.ch2>. Böheim, R. et al. 2023. The Impact of Health and Education on Labor Force Participation in Aging Societies: Projections for the United States and Germany from Dynamic Microsimulations. *Population Research and Policy Review* 42, no. 3: 39. <https://doi.org/10.1007/s11113-023-09781-3>. Fumagalli, E. et al. May 2024. The Impact of Health on Economic Growth: A Narrative Literature Review. *Health Policy* 143: 105039. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105039>. Keramat, S. A. et al. 17.04.2025. Deterioration of Health-Related Quality of Life: The Hidden Health Burden of Informal Caregiving. *The European Journal of Health Economics*, ahead of print. <https://doi.org/10.1007/s10198-025-01776-5>. Pinna Pintor, M. et al. May 2024. The Impact of Health on Labour Market Outcomes: A Rapid Systematic Review. *Health Policy* 143: 105057. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105057>

⁵⁹ Silver, M. C. et al. 2021. Frequency and Impact of the Inclusion of Broader Measures of Value in Economic Evaluations of Vaccines. *Vaccine* 39, no. 46: 6727–34. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.09.070>

⁶⁰ Das, N. et al. December 2024. Absenteeism and Presenteeism among Caregivers of Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Social Science & Medicine* 363: 117375. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117375>. Kamrul Islam, M. et al. 2024. The Chronically Ill in the Labour Market – Are They Hierarchically Sorted by Education? *International Journal for Equity in Health* 23, no. 1. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02148-w>. Gaulke, A. 2021. Individual and Family Labor Market Impacts of Chronic Diseases. *IZA World of Labor*, ahead of print, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH. <https://doi.org/10.15185/izawol.482>. Polanco, A. C. et al. 2013. Cost Effectiveness Analysis of Rosuvastatin 5mg in the Treatment of Adult Patients with Hypercholesterolemia in Mexico, *Value in Health* 16, no. 3: A287. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.03.1491>

⁶¹ Lakdawalla, D. N. et al. 2018. Defining Elements of Value in Health Care – A Health Economics Approach: An ISPOR Special Task Force Report [3]. *Value in Health* 21, no. 2: 131–39. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.12.007>

⁶² Gillian D. Sanders et al. 2016. Recommendations for Conduct, Methodological Practices, and Reporting of Cost-Effectiveness Analyses: Second Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *JAMA* 316, no. 10: 1093–103. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.12195>

pieņemšanā sabiedrības un starpnozaru ieguvumus, piemēram, produktivitāti un ietekmi uz aprūpētājiem.⁶³ Lai gan šie konceptuālie sasniegumi paplašināja vērtības izpratni, tie nenodrošināja konsekventu darbības pieeju abu perspektīvu integrēšanai praksē.

Patiesi efektīvai veselības ieguldījumu novērtēšanas sistēmai ir jāpārsniedz tradicionālā izmaksu efektivitātes analīze, lai aptvertu plašāku, ilgtermiņa veselības ekonomisko un sociālo vērtību. Holistiska pieeja piedāvā šo paplašināto perspektīvu, ļaujot pieņemt stratēģiskākus, taisnīgākus un uz nākotni vērstus lēmumus veselības politikā. Tāpēc, pamatojoties uz iepriekšējās sadaļās aprakstītajām metodēm, tālāk piedāvāta sistēma, kas integrē gan sociālo ietekmi, gan veselības ekonomikas pēdas nospiedumu: veselības **ieguldījumu atdeves novērtētāju**. (skatīt 9. attēlu).

Holistiska pieeja: veselības ieguldījumu atdeves novērtētāja sistēma



9. attēls

Avots: Hernandez-Villafuente et al., 2025.⁶⁴

Veselības ieguldījumu atdeves novērtētāja pamatā ir ilgtermiņa plānošana, uzsverot preventīvo un agrīno intervenču nozīmi. Šādas investīcijas nereti nodrošina ilgtermiņa

⁶³ Theakston et al. n.d. *Beyond Health: The BRAVER Roadmap to Broader Assessment of the Value of Health Interventions in the Asia-Pacific Region*.

⁶⁴ Hernandez-Villafuente et al. *The Health ROI Assessor: Evaluating Novel CVD Prevention Approaches in Estonia*.

ieguvumus, kas pakāpeniski uzkrājas un ir īpaši nozīmīgi, risinot hronisko slimību un demogrāfisko pārmaiņu radītos izaicinājumus. Tā vietā, lai koncentrētos tikai uz tūlītējiem klīniskajiem rezultātiem, sistēma palīdz atklāt plašāku ekonomisko vērtību, ko sniedz iedzīvotāju veselības uzlabošana.

Šī sistēma neaizstāj VTN, bet gan to paplašina, izmantojot divējādu analītisku perspektīvu. Pirmā perspektīva pēta veselības aprūpes intervenču sociālo ietekmi, koncentrējoties uz to, kā gan apmaksāts darbs, gan neapmaksāta aprūpe veicina plašāku produktivitātes efektu. Otrā perspektīva ir veselības ekonomikas pēdas nospiedums, kas aptver tiešo, netiešo un izraisīto ietekmi vairākās nozarēs. Kopā šīs perspektīvas sniedz holistiskāku izpratni par to, kā ieguldījumi veselības aprūpē veicina ne tikai uzlabotus veselības rezultātus, bet arī ekonomisko un sociālo noturību.

Veselības nozares ieguldījumu atdeves novērtētājs (*ROI Assessor*) piedāvā praktisku sistēmu plašāku elementu iekļaušanai līdzās tradicionālajai VTN. Turklāt šajā sistēmā ir kvantitatīvi novērtētas netiešās ietekmes, piemēram, nodarbinātība blakus nozarēs, tirdzniecības ieguldījumi un inovāciju netiešā ietekme, tā sniedzot pilnīgāku un precīzāku priekšstatu par nozares ietekmi. Šī paplašinātā darbības joma arī atvieglo jēgpilnu salīdzinošo analīzi starp valstīm un nozarēm un veicina saskaņotību ar globālajiem politikas regulējumiem, tostarp tiem, kas saistīti ar ilgtspējīgas attīstības mērķiem (IAM).

Galū galā, tas, kas padara šo sistēmu patiesi ietekmīgu, ir tās spēja radīt politikai relevantus rezultātus. Tieši sasaistot ieguldījumus veselībā ar darba tirgus sniegumu, ekonomikas izaugsmi un sociālo ilgtspējību, tā sniedz lēmumu pieņēmējiem pierādījumus, kas nepieciešami, lai efektīvāk virzītu veselību kā prioritāti valsts attīstības stratēģijās. Tā atbalsta domāšanas maiņu no veselības uzskatīšanas par izdevumiem uz tās atzīšanu par stratēģisku ieguldījumu valsts ekonomiskajā un sociālajā nākotnē.

4.1. KLĪNISKO UN PACIENTU ZIŅOTO REZULTĀTU PAPILDINĀŠANA AR EKONOMISKAJIEM MAINĪGAJIEM

Ekonomisko mainīgo iekļaušana līdzās klīniskajiem un pacientu ziņotajiem rezultātiem nemazina šo tradicionālo rādītāju vērtību; drīzāk tie tos uzlabo, pievienojot būtisku kontekstu lēmumu pieņemšanai. Klīniskā efektivitāte un pacientu ziņotie rezultāti joprojām ir galvenie kritēriji jebkuras veselības aprūpes intervences novērtēšanai, un priekšnoteikums ir pierādīti veselības un labsajūtas uzlabojumi. Kad šie ieguvumi ir noteikti, ekonomiskie apsvērumi var palīdzēt atšķirt vienlīdz efektīvas iespējas un vadīt ierobežoto resursu sadali. Šī integrētā pieeja nodrošina, ka ieguvumi veselības jomā tiek sasniegti ne tikai efektīvi, bet arī lietderīgi un taisnīgi. Plašākas novērtēšanas sistēmas, piemēram, veselības ieguldījumu atdeves novērtētājs, var papildināt HTA, skaidri

iekļaujot ekonomiskos aspektus. Šī perspektīva ir īpaši vērtīga intervencēm, kuru ieguvumi sniedzas ārpus veselības aprūpes sistēmas, tostarp garīgās veselības pakalpojumiem, agrīnās bērnības programmām un reto slimību ārstēšanai.

Svarīgi ir tas, ka gan kvalitatīvi koriģētu dzīves gadu (QALY), gan produktivitātes aprēķinu izmantošana nerada dubultu uzskaiti, ja tos piemēro atbilstoši, jo katrs no tiem risina atšķirīgas vērtības un politikas atbilstības dimensijas. QALY kvantificē individuālos veselības ieguvumus, piemēram, pagarinātu paredzamo dzīves ilgumu, uzlabotu dzīves kvalitāti vai samazinātu slimību slogu, padarot tos par centrāliem veselības aprūpes sistēmas veselības aprūpes intervenču efektivitātes novērtēšanā. Turpretī veselības ieguldījumu atdeves novērtētājs koncentrējas uz plašāku ekonomisko un sociālo atdevi, tostarp darbaspēka produktivitātes pieaugumu, neformālās aprūpes vajadzību samazināšanos un domino efektu dažādās nozarēs. Šīs divas pieejas ir savstarpēji papildinošas, piedāvājot holistiskāku izpratni par veselības aprūpes ieguldījumu radīto pilno vērtību.

Turklāt ir svarīgi atzīt, ka pacientu rezultātu uzlabojumiem bieži ir būtiskas ekonomiskas sekas. Uzlabota dzīves kvalitāte un funkcionālā kapacitāte var mazināt atkarību no aprūpētājiem un nodrošināt lielāku darbaspēka līdzdalību. Šo saikņu atzīšana nemazina pacienta perspektīvu, bet gan uzsver, kā uz pacientu orientēti rezultāti rada pozitīvu domino efektu ģimenēs, darba tirgos un valsts finansēs. Tādējādi tiek pastiprināta pacientu balss, parādot, ka viņu labklājība ir ne tikai veselības prioritāte, bet arī ekonomiskās un sociālās noturības stūrakmens.

Tradicionālā VTN sistēma joprojām ir kritiski svarīgs instruments, kas sniedz pārliecinošus pierādījumus par klīnisko efektivitāti un izmaksu lietderību. Tomēr tās analītiskā perspektīva parasti aprobežojas ar veselības aprūpes sistēmu, bieži vien ignorējot plašākus sabiedrības rezultātus, piemēram, produktivitātes uzlabojumus, neformālās aprūpes sloga samazināšanu un ieguldījumu ekonomiskajā stabilitātē un izaugsmē. Lai gan izmaksu lietderības analīze jautā: "Cik efektīvi šī interence sniedz ieguvumus veselībai uz katru iztērēto eiro?", veselības aprūpes ieguldījumu atdeves analīze uzdod papildjautājumu: "Kāda ir plašāka ekonomiskā un sabiedriskā atdeve no šī ieguldījuma?" Ja abas pieejas tiek pielietotas pārredzami un ar skaidri noteiktām robežām, tās nav liekas, bet gan sinerģiskas. Kopā tās sniedz pilnīgāku un politikai atbilstošāku izpratni par to, kā ieguldījumi veselības aprūpē rada vērtību, sniedzoties tālāk par atsevišķu pacientu rezultātiem, lai atbalstītu sabiedrības labklājību un ekonomisko noturību.

4.2. PĀRI SABIEDRĪBAS SKATĪJUMAM: KĀPĒC PRODUKTIVITĀTEI JĀPIEŠĶIR ĪPAŠA NOZĪME?

Izmaksu efektivitātes analīze no sabiedrības viedokļa dažreiz ietver produktivitātes zudumus, taču praksē tā tiek piemērota nekonsekventi un bieži vien ir nepilnīga.⁶⁵ Produktivitātes uzskatīšana par atsevišķu, ar politiku saistītu rezultātu palīdz precizēt tās nozīmi. Veselības ROI novērtētājā produktivitāte nav tikai izmaksu kompensācija. Drīzāk tā tiek konceptualizēta kā atsevišķs rezultāts, kas tieši saistīts ar darba politiku, ekonomikas plānošanu un valsts finansēm. Produktivitātes efektu izdalīšana atvieglo politikas veidotājiem veselības pasākumu ieguldījumu salīdzināšanu ar ekonomiskajiem rezultātiem, jo īpaši, ja budžets tiek sadalīts starp dažādās nozarēs.

Vēl viena problēma ir tā, ka daudzi produktivitātes efekti izpaužas ilgā laika periodā. Standarta izmaksu efektivitātes modeļi mēdz neņemt vērā vai nepietiekami atspoguļot šādu ilgtermiņa ietekmi, īpaši to, kas ietekmē aprūpētājus vai nākotnes ienākumus. Ieguldījumu atdeves (ROI) sistēmas skaidri ņem vērā šīs novēlotās sekas.

Turklāt novērtēšanas metodei ir nozīme. Tradicionālās pieejas bieži izmanto algas, lai novērtētu produktivitātes zaudējumus. Tomēr algas atspoguļo tikai individuālos ienākumus, nevis pilnu darbaspēka ieguldījumu ekonomikā kopumā. Veselības ROI novērtētājs tā vietā izmanto bruto pievienoto vērtību pa nozarēm, kas labāk atspoguļo ekonomikas kopējo ražošanas jaudu. Tas sniedz precīzāku priekšstatu par to, kā slimības vai invaliditāte samazina ekonomikas ražošanu.

Lai gan sabiedrības perspektīvas iekļaušana izmaksu efektivitātes analīzē ir nozīmīgs solis uz priekšu, ar to nepietiek. Ir nepieciešams saskaņots, integrēts ietvars, kas apvieno klīniskos, sabiedrības un ekonomiskos aspektus bez liekvārdības. Lai efektīvi vadītu starpnozaru investīciju lēmumus, produktivitāte ir jāuztver kā atšķirīgs un izmērāms rezultāts. Veselības ROI novērtētājs papildina izmaksu efektivitātes analīzi, padarot šo ietekmi redzamāku un iedarbīgāku.

⁶⁵ Ahmed H. Seddik, A. H. et al. March, 2025. A Comprehensive View of the Methods Used to Measure the Societal Impact of Healthcare Interventions: A Systematic Review. *Value in Health*, ahead of print, Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2025.02.009>

5. KĀPĒC PLAŠĀKS VĒRTĪBU IETVARS IR SVARĪGS LATVIJAS EKONOMIKAI

Latvija atspoguļo plašāku Eiropas spiedienu, pieaugošās cenas jauniem ārstniecības pakalpojumiem, demogrāfiskās izmaiņas un lielāku pieprasījumu^{66, 67}, izraisot izmaksu ierobežošanas un “efektivitātes samazināšanas” pasākumus. Tomēr gadu desmitiem ilga nepietiekamais finansējums nozīmē, ka sistēma joprojām ir ierobežota: valsts veselības aprūpes izdevumi 2024. gadā bija 4,6 % no IKP⁶⁸, un pacientu tiešie maksājumi bija 30,7 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem salīdzinājumā ar 14,3 % ES, tā pastiprinot finansiālus šķēršļus un nevienlīdzīgu piekļuvi⁶⁹. Lai gan valsts izdevumi 2014.–2022. gadā pieauga par 1,88 procentpunktiem no IKP, kas ir otrais lielākais pieaugums ES, tas notika no zemas bāzes un lielā mērā bija saistīts ar vienreizējiem Covid-19 finansēšanas pasākumiem, nevis ar ilgstošu pāreju uz stabilu valsts finansējumu.⁷⁰

Arī ierosinātās reformas ir kavējušās, piemēram, Nacionālā veselības apdrošināšanas fonda (NVAF) darbības sākšana bija paredzēta 2026. gadā, taču 2025. gada augustā Saeimā joprojām nebija pieņemti pilnvarojošie tiesību akti⁷¹. Ja tie tiktu pieņemti, NVAF centralizētu veselības aprūpes līdzekļu iekasēšanu, apvienošanu un atlīdzināšanu; stiprinātu pakalpojumu un zāļu stratēģisko iegādi; un uzlabotu efektivitāti un finanšu pārredzamību, samazinot sadrumstalotību. Rezultatīvāks solis ir kompensējamo zāļu budžeta palielinājums līdz 307,8 miljoniem eiro 2025. gadā,⁷² kas veicināja medikamentu pieejamību pacientiem, taču tas neatrisina ilgstošos pārvaldības, kapacitātes un finansiālās aizsardzības trūkumus. Tāpēc joprojām pastāv strukturālas nepilnības, un joprojām ir vērojams budžeta spiediens un kapacitātes deficīts.

Stratēģiskām investīcijām veselības aprūpē Latvijā ir potenciāls ne tikai uzlabot iedzīvotāju veselību, bet arī veicināt ekonomisko attīstību, kas nodrošina veselības aprūpes sistēmas ilgtermiņa finansiālo ilgtspējību. Stiprinot veselības rādītājus, šādas

⁶⁶ OECD. 2015. *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>. Workman, P. et al. 2017. How Much Longer Will We Put up with \$100,000 Cancer Drugs? *Cell* 168, no. 4: 579–83, <https://doi.org/10.1016/j.cell.2017.01.034>

⁶⁷ Borra, C. et al. 2020. Austerity, Healthcare Provision, and Health Outcomes in Spain. *The European Journal of Health Economics* 21, no. 3: 409–23, <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01141-3>, Ciaccio, A. 16.10.2023. *The Impact of a Cost-Containment Measure on the Quality of Regional Health Services in Italy: A Parametric and a Non-Parametric Approach*. SSRN Scholarly Paper 4603295. New York: Rochester. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4603295>. Franklin, B., et al. 2017. *Public Health in Europe during the Austerity Years* - ILCUK. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/Public-Health-in-Europe-in-the-Austerity-Years.pdf>

⁶⁸ *Veselības aprūpe kā ieguldījums valsts attīstībā: makroekonomisks novērtējums Latvijā*. Autores Anžēlikas Berķes-Bergas aprēķins, balstīts Centrālās statistikas pārvaldes datos par vispārējās valdības izdevumiem veselības aprūpei un IKP.

⁶⁹ Eurostat. 2025. *Expenditure for selected health care providers by health care financing schemes. Out-of-pocket expenditure on healthcare*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

⁷⁰ *Ibid*

⁷¹ Veselības ministrija. 26.07.2025. *Publiskai apspriešanai nodod jauno veselības aprūpes finansēšanas un administrēšanas likumu*.

⁷² LSM+ English. 27.05.2025. Latvia will compensate medicines for urgent patients. *LSM.lv*. <https://eng.lsm.lv/article/society/health/27.05.2025-latvia-will-compensate-medicines-for-urgent-patients.a600727/>

investīcijas var tieši veicināt sabiedrības labklājību un produktivitāti, radot izaugsmes un noturības apburto loku.

Tā vietā, lai reaģētu uz īstermiņa finansiālo spiedienu, tikai ierobežojot izmaksas, politikas veidotājiem vajadzētu pieņemt proaktīvu pieeju, uzskatot investīcijas jaunās veselības tehnoloģijās par stratēģisku sviru rezultātu uzlabošanai, efektivitātes palielināšanai un ilgtermiņa ekonomiskās atdeves radīšanai. Lai to panāktu, ir jāpārdomā veselības aprūpes sistēmu struktūra un finansēšana. Piemēram, sistēmām nevajadzētu ierobežot piekļuvi digitālajiem veselības risinājumiem vai progresīvām terapijām tūlītēju budžeta ierobežojumu dēļ, bet gan novērtēt to plašāku, ilgtermiņa sabiedrisko vērtību, tostarp uzlabotu darbaspēka līdzdalību, samazinātu aprūpes slogu un produktivitātes pieaugumu.

5.1 DARBASPĒKA TRŪKUMS UN TRŪKSTOŠĀ VESELĪBAS DIMENSIJA

Eiropa cīnās ar ievērojamu darbaspēka trūkumu kvalificētās nozarēs, ko saasina iedzīvotāju novecošanās. Latvijā šī problēma ir īpaši aktuāla: lai gan nesen ir veikti ieguldījumi, veselības aprūpes speciālistu blīvums joprojām ir krietni zemāks par Eiropas vidējo rādītāju – tikai 3,3 ārsti uz 1000 iedzīvotājiem, salīdzinot ar ES vidējo rādītāju 3,9, un medmāsu skaits ir aptuveni puse no ES vidējā rādītāja.⁷³

Latvijā kvalificētu darbinieku trūkums jūtams ne tikai veselības aprūpes jomā, bet arī IKT (informācijas un komunikācijas tehnoloģiju), STEM (zinātnes, tehnoloģiju, inženierzinātņu un matemātikas STEM) un citās kvalificētās profesijās.⁷⁴ OECD *Skills Strategy* tika konstatēts, ka Latvijā "prasmju trūkums ir būtisks šķērslis ilgtermiņa investīciju lēmumiem" un ir īpaši akūts STEM jomās.⁷⁵

Turklāt ilgtermiņa demogrāfiskās tendences pastiprina nepieciešamību risināt šīs ar veselību saistītās produktivitātes atšķirības. Latvijas iedzīvotāji strauji noveco: 2024. gadā gandrīz 21 % Latvijas iedzīvotāju bija vecāks par 65 gadiem, un tiek prognozēts, ka līdz 2050. gadam šis skaitlis pārsniegs 30 % (Latvijas Centrālā statistikas pārvalde). Turklāt veselības aprūpes darbaspēks strauji noveco; valsts ziņojumā prognozēts, ka līdz 2030. gadam trūks aptuveni 2400 medicīnas darbinieku, un pašlaik vairāk nekā 8000

⁷³ Ernst & Young Global Limited. 2022. *European Commission Directorate-General for Structural Reform Support Health Workforce Strategy in Latvia*. https://www.vm.gov.lv/lv/media/12204/download?attachment=&utm_source=chatgpt.com. OECD and European Observatory on Health System and Policies. 2021. *State of Health in the EU Latvia: Country Health Profile 2021*.

⁷⁴ ELA (European Labour Authority). 2023. *Country Fiche Latvia EURES Report on Labour Shortages and Surpluses 2023*. https://www.ela.europa.eu/sites/default/files/2024-07/Eures-Shortages_Extra-4_LT.pdf

⁷⁵ OECD. 2019. *OECD Skills Strategy Latvia: Assessment and Recommendations*. https://www.oecd.org/en/publications/oecd-skills-strategy-latvia_74fe3bf8-en.html

veselības aprūpes speciālistu ir vecumā no 60 līdz 64 gadiem.⁷⁶ Šīs demogrāfiskās pārmaiņas rada arvien lielāku spiedienu uz valsts veselības aprūpes un pensiju sistēmām, apdraudot fiskālo ilgtspējību.

ES līmenī darba ražīgums ir viens no galvenajiem politikas virzieniem, ko nosaka tādas iniciatīvas kā Eiropas sociālo tiesību pīlārs (ESTP), kura mērķis ir līdz 2030. gadam sasniegt 78 % nodarbinātības līmeni vecumā no 20 līdz 64 gadiem, izmantojot mūžizglītību un iekļaušanu, un Eiropas Semestris, kas vada strukturālās reformas, lai palielinātu tirgus efektivitāti un produktivitāti.⁷⁷ Turklāt valdības reaģē, piešķirot prioritāti politikai, kas vērsta uz to, lai pagarinātu vecumu, līdz kuram indivīdi kļūst ekonomiski atkarīgi, un daudzas ES valstis paaugstina valsts pensionēšanās vecumu.⁷⁸ Ievērojamas pētījumi^{79;80} ierosina stratēģiju pensionēšanās vecuma palielināšanai, lai kompensētu darbaspēka piedāvājuma samazināšanos demogrāfisko pārmaiņu rezultātā.

Lai gan šīs politikas mērķis ir stiprināt darbaspēku, tā bieži vien neņem vērā būtisku mainīgo lielumu: strādājošo iedzīvotāju veselības stāvokli. Lai risinātu šo problēmu, darba politikā ir jāintegrē proaktīvi ieguldījumi veselības aprūpē, piemēram, profilaktiskā aprūpe, ieguldījumi hronisku slimību sloga mazināšanā un arodslimību programmas. Eiropas Komisijas nesen sniegtais atbalsts projekta "Par veselības darbaspēka stratēģiju Latvijā" izstrādei uzsvēra precīzas prognozes un apmācības pasākumus, lai risinātu gan demogrāfiskās, gan veselības stāvokļa problēmas.⁸¹

Tikai iekļaujot veselības jautājumus nodarbinātības un ražīguma stratēģijās, Latvija un Eiropa var nodrošināt, ka ilgāks darba mūžs ir gan iespējams, gan produktīvs. Izaicinājums ir nodrošināt, lai vecāko vecuma grupu veiktais darbs efektīvi aizstātu jaunāku darbinieku trūkumu.⁸² Ilgmūžība bez funkcionālām spējām nevar sasniegt produktivitātes mērķus. Investīcijas profilaktiskajā aprūpē, agrīnā diagnostikā un garīgās veselības pakalpojumos var palīdzēt saglabāt vecāka gadagājuma darbinieku funkcionālās spējas, atbalstot ilgāku un produktīvāku dalību darbaspēkā. Tas ne tikai

⁷⁶ Lukjanska, S. 11.04.2025. Bailes par nākotnes prasmju un darbaspēka trūkumu Latvijas veselības aprūpes nozarē. LSM.lv. <https://eng.lsm.lv/article/society/health/11.04.2025-fears-of-future-skills-and-labour-shortages-in-latvian-healthcare-sector.a595148/>

⁷⁷ European Commission. 22.07.2025. *European Pillar of Social Rights*. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en.

⁷⁸ Eurostat. 2020. *Ageing Europe - Statistics on Working and Moving into Retirement*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_working_and_moving_into_retirement.

⁷⁹ Bloom, D. E. et al. 2010. Implications of Population Ageing for Economic Growth. *Oxford Review of Economic Policy* 26, no. 4: 583-612

⁸⁰ Peng, D., Fei, W. 2013. Productive Ageing in China: Development of Concepts and Policy Practice. *Ageing International* 38, no. 1: 4-14, <https://doi.org/10.1007/s12126-012-9169-9>.

⁸¹ European Commission. 22.07.2025. *Health Workforce Strategy in Latvia*. https://reform-support.ec.europa.eu/what-we-do/health-and-long-term-care/health-workforce-strategy-latvia_en

⁸² Renuga Nagarajan, N. et al. 2016. The Impact of an Ageing Population on Economic Growth: An Exploratory Review of the Main Mechanisms', *Análise Social* 51, no. 218: 4-35

mazina novecojošas sabiedrības makroekonomisko slogu, bet arī samazina nevienlīdzību, kas ir strukturāli iestrādāta veselības aprūpē.

5.2. VESELĪBAS NEVIENLĪDZĪBA UN ZAUDĒTĀS PRODUKTIVITĀTES IZMAKSAS LATVIJĀ

Veselības nevienlīdzība Latvijā, tāpat kā lielākajā daļā Eiropas, ir cieši saistīta ar sociālekonomisko statusu, un tai ir būtiska ietekme uz produktivitāti. Hroniskas slimības, piemēram, sirds un asinsvadu slimības, diabēts, garīgās veselības traucējumi, vēzis un muskuļu un skeleta sistēmas problēmas, uzrāda spēcīgu sociālo noslāņošanos. Iedzīvotāji no mājtsaimniecībām ar zemākiem ienākumiem ne tikai biežāk cieš no šīm slimībām, bet arī saskaras ar šķēršļiem savlaicīgas un efektīvas veselības aprūpes saņemšanā, kas vēl vairāk pasliktina viņu stāvokli.

Šī atšķirība veicina nesamērīgus produktivitātes zudumus maznodrošinātu personu vidū prombūtnes un klātbūtnes (ar ierobežotu darba veikspēju) dēļ. Latvijā šī dinamika noved pie samazinātiem ienākumiem, lielākas darba nestabilitātes un mazākām karjeras izaugsmes iespējām – faktoriem, kas uztur nelabvēlīgu apstākļu ciklu. Bērni šajās mājtsaimniecībās bieži manto ierobežotu piekļuvi izglītībai un veselības aprūpei, pastiprinot paaudžu nevienlīdzību.

6. NO IEVIEŠANAS LĪDZ IETEKMEI: ES LĪMEŅA LABĀKĀ PRAKSE LATVIJAI AR HOLISTISKU MĒRĪŠANAS SISTĒMU

Praktisks risinājums ir mācīties no valstīm ar līdzīgiem apstākļiem un pielāgot to, kas tajās ir bijis efektīvs. Visā ES daudzas labākās prakses ir veicinājušas gan veselības aprūpes sistēmas efektivitāti, gan pacientu rezultātus, nodrošinot stabilu pamatu Latvijas nākamajai reformu kārtai. Eiropas Komisijas Labās prakses portālā (*EU Best Practice Portal on Public Health*) ir uzskaitīti simtiem pielietoto prakšu, savukārt Latvija kā īstenotāja valsts parādās tikai dažos gadījumos, uzsverot iespēju palielināt ieviešanu un ietekmi.⁸³ Tajā pašā laikā daudzas labākās prakses prasa ievērojamu, ilgtspējīgu finansējumu, ko valsts ar Latvijas fiskālajiem ierobežojumiem nevar apgūt, nenovirzot resursus no citām veselības aprūpes prioritātēm vai no plašāka valsts budžeta. Tāpēc ir svarīgi identificēt Latvijai atbilstošākos elementus un piešķirt prioritāti tiem, kas var nodrošināt skaidru, pozitīvu neto ekonomisko atdevi. Šeit noderīgi var būt dažādi veselības ieguldījumu novērtēšanas rīki, piemēram, ieguldījumu atdeves (ROI)

⁸³ European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. 10.08.2025. *EU Best Practice Portal on Public Health*. <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>.

metodoloģijas, izmaksu un ieguvumu analīzes un tādas sistēmas kā veselības ROI novērtētājs. Šīs pieejas var kvantificēt ieguvumus (piemēram, samazināta slimnīcu izmantošana, produktivitātes pieaugums apmaksātā un neapmaksātā darbā un plašāka ietekme uz ekonomiku) un palīdzēt izvēlēties pasākumus, kas stiprina veselības rezultātus, vienlaikus uzlabojot veselības aprūpes nozares un Latvijas ekonomikas finansiālo stāvokli kopumā.

Tālāk aplūkoti daži ES labākās prakses piemēri, kas varētu sniegt labumu Latvijas veselības aprūpes sistēmai un ekonomikai. Viens no tiem – valsts elektronisko recepšu (e-receptes) un pilsoņu portāla programmas gadījumu. Igaunijā gandrīz visas receptes izsniedz elektroniski, savukārt Somijā visas receptes izsniedz elektroniski jau kopš 2017. gada, izmantojot *Kanta-MyKanta* pakalpojumus. 2024. gadā *Kanta* reģistrēja aptuveni 30 miljonus recepšu un vairāk nekā 3,2 miljonus individuālo lietotāju. Šāda ikdienā ierasta, plaša mēroga izmantošana veicina zāļu lietošanas drošību un atbilstību terapijai.⁸⁴ Latvija pārrobežu e-recepšu izsniegšanu uzsāka 2024. gada 4. martā, nodrošinot juridisko un tehnisko pamatu līdzīgu ieguvumu gūšanai.⁸⁵ Nākamais solis ir publicēt valsts e-receptes galveno snieguma rādītāju paneli un integrēt programmu NVAF budžetā. Izmantojot holistisku ROI pieeju, Latvija var uzlabojumus (piemēram, mazāk kļūdu recepšu izrakstīšanā un izsniegšanā, īsāks laiku no receptes izrakstīšanas līdz izsniegšanai, labāka līdzestība un mazāks atkārtotu hospitalizāciju skaits trīsdesmit dienu laikā zāļu jutīgu slimību gadījumos) pārvērst naudas izteiksmē: ietaupītās tiešās veselības aprūpes izmaksas, produktivitātes pieaugums apmaksātā un neapmaksātā darbā aprūpētājiem un pacientiem, kā arī plašāka ietekme uz bruto pievienoto vērtību un nodarbinātību. Tas prasa sasaistīt e-recepšu žurnālus, Nacionālā veselības dienesta (NVD) atlīdzības pieprasījumus, vienības izmaksu grafikus, bruto pievienotās vērtības statistiku un sociālās apdrošināšanas ierakstus, lai iegūtu gada ROI aplēsi, kas saista klīnisko progresu ar fiskālo telpu un ekonomikas izaugsmi.

Otra prakse ir mērķtiecīga telemedicīna cilvēkiem ar augsta riska hronisku obstruktīvu plaušu slimību (HOPS). Dānijas *TeleCare North* (t. i., attālināta uzraudzība apvienojumā ar ātru klīnisko reaģēšanu) tika novērtēta plašā, pragmatiskā, klasteru randomizētā pētījumā; vidējā klīniskā un ekonomiskā ietekme bija dažāda, norādot, ka vērtība ir atkarīga no pakalpojuma koncentrēšanas uz pareizajām apakšgrupām (piemēram, biežiem saasinājumiem).⁸⁶ Sistemātiski pārskati un metaanalīzes liecina, ka mērķtiecīgs

⁸⁴ European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. n.d. *EU Best Practice Portal on Public Health*. Kela – The Social Insurance Institution of Finland. 10.08.2025. *Amount of Data Stored in the Kanta Services*. Kela's Info Tray, 28 January. <https://tietotarjotin.fi/en/statistic/956744/amount-of-data-stored-in-the-kanta-services>. Könd, K. Lilleväli, A. E-Prescription Success in Estonia: The Journey from Paper to Pharmacogenomics. *Eurohealth*, 2019, 18-20.

⁸⁵ Nacionālais veselības dienests. 11.07.2025. *Cross-Border eHealth Services*. <https://www.vmnvd.gov.lv/en/cross-border-ehealth-services>.

⁸⁶ Heyckendorff Lilholt, P. et al. 2017. Telehealthcare for Patients Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Effects on Health-Related Quality of Life: Results from the Danish "TeleCare North" Cluster-Randomised Trial. *Health Informatics, BMJ Open* 7, no. 5: e014587, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014587>

telemonitorings var samazināt vidēji smagus un smagus saasinājumus, hospitalizāciju skaitu un akūtās aprūpes izmantošanu, lai gan kopējā ietekme dažādos pētījumos atšķiras.⁸⁷ Latvijas gadījumā potenciālais modelis paredzētu pacientu, kuriem iepriekšējā gadā bijuši divi vai vairāki slimības saasinājumi, reģistrēšanu primārās aprūpes iestādēs, farmaceita vadītas inhalatoru pārbaudes un elektronisku zāļu lietošanas atgādinājumu pievienošanu, kā arī maksāšanu pakalpojumu sniedzējiem par uz stāvokli balstītiem apvienotiem maksājumiem un rezultātu prēmijām, kas saistītas ar simptomu rādītājiem un izmantošanas mērķiem.⁸⁸ Jau no paša sākuma plašākas novērtēšanas sistēmas, piemēram, tās, kas balstītas uz ROI modeļiem, var vadīt uzraudzību, izmantojot kodolīgu rādītāju kopumu (piemēram, saasinājumi uz pacientu gadā; neatliekamās palīdzības nodaļu apmeklējumi un neplānotas uzņemšanas uz 100 iesaistītajiem pacientiem; vidējais uzturēšanās ilgums; izmaiņas apstiprinātajos pacientu ziņotajos rezultātos; dienas mājās; zaudētās darba dienas; un aprūpētāja stundas). Novēroto izmaiņu pārvēršana tiešos izmaksu ietaupījumos, produktivitātes pieaugumā un plašākā ekonomiskā ietekmē rada pierādījumu bāzi programmas mērogošanai, atkārtotai mērķauditorijas noteikšanai vai pārtraukšanai.

Balstoties uz iepriekš minētajiem programmu līmeņa piemēriem, tiem pašiem novērtēšanas principiem vajadzētu būt arī individuālu, dārgu ārstēšanas metožu lēmumu pamatā. Visaptverošs veselības aprūpes investīciju novērtējums ir būtisks ne tikai valsts programmām, bet arī konkrētiem ārstēšanas pasākumiem, kas, vērtējot tikai pēc klīniskajiem rezultātiem vai cenas, var šķist zemas vērtības. Latvijā grūti finansējamas terapijas, piemēram, himērisko antigēnu receptoru T šūnu (CAR-T) ārstēšanas metodes un noteiktas mērķtiecīgas vēža zāles, var novērtēt, izmantojot dažādas ekonomiskās novērtēšanas pieejas, lai noteiktu to pilno vērtību sabiedrībai. Plašākas vērtības novērtēšanas sistēmas, kas ietver ieguldījumu atdevi (ROI), var sasaistīt klīniskos rezultātus (piemēram, remisiju pēc divpadsmit mēnešiem, izdzīvošanas pieaugumu, mazāk recidīvu, īsāku uzturēšanos slimnīcā) ar sekām, kas ir svarīgas valsts finansēm un plašākai ekonomikai, piemēram, izvairīšanos no slimnīcām un neatliekamās palīdzības vizītēm, agrāku un ilgāku atgriešanos apmaksātā darbā, samazinātu neformālo aprūpi un zemākus sociālās apdrošināšanas izdevumus. Piemēram, tādi rīki kā veselības ROI novērtētājs var izmantot Latvijas izmaksas, bruto pievienotās vērtības datus un sociālās apdrošināšanas statistiku, lai ģenerētu neto ieguvumu un atmaksāšanās aprēķinus, kas ir tieši saistīti ar valsts budžetu, NVD un, ja tāds ir izveidots, NVAF. Svarīgi ir tas, ka šādas ekonomiskās perspektīvas neaizstāj klīniskās efektivitātes vai izmaksu efektivitātes

⁸⁷ Jang, S. et al. 2021. A Systematic Review and Meta-Analysis of Telemonitoring Interventions on Severe COPD Exacerbations. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 13: 6757, <https://doi.org/10.3390/ijerph18136757>

⁸⁸ N. Struijs, N. J., A. Baan, C. A. 2011. Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 364, no. 11: 990–91, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011849>

analīzes; drīzāk tās papildina, padarot caurspīdīgu to, kā var pamatot augstu vienreizēju vai pastāvīgu cenu, ja terapija sniedz ievērojamu, izmērāmu ieguvumu pacientiem, ģimenēm, veselības aprūpes sistēmai un Latvijas ekonomikai.

6.1. IEGULDĪJUMU ATDEVES PERSPEKTĪVA LATVIJĀ: NO PROGRAMMAS IZSTRĀDES LĪDZ ĀRSTĒŠANAS ATLĪDZINĀŠANAI

Pieejas, kas kvantificē plašāku veselības aprūpes ieguldījumu vērtību, tostarp ROI modeļi, izmaksu un ieguvumu analīze un tādas sistēmas kā veselības aprūpes ROI novērtētājs, var informēt par lēmumiem divos izšķirošos Latvijas politikas cikla punktos.

Valsts programmu finansēšanas lēmumi

Kad Veselības ministrija sagatavo valsts programmas (piemēram, vakcinācijas iniciatīvas, e-receptes un pilsoņu portālu pakalpojumus, mērķtiecīgu televeselību) apstiprināšanai Ministru kabinetā un finansēšanai, izmantojot valsts budžeta likumu, politikas veidotājiem ir nepieciešami rādītāji, kas paredzētos klīniskos un operacionālos ieguvumus pārvērstu valsts finansēm un ekonomikas attīstībai atbilstošos terminos. Šiem rādītājiem vajadzētu saistīt programmu rādītājus (piemēram, aptvēruma rādītājus, ārstēšanas ievērošanu, medikamentu kļūdu samazināšanos, īsāku laiku no receptes izrakstīšanas līdz izsniegšanai, novēršamas hospitalizācijas) ar:

- tiešās veselības aprūpes izmaksām, kas ietaupītas (pamatojoties uz NVD tarifiem un prasībām);
- pacientu un aprūpētāju produktivitātes pieaugumu (mazāk slimības dienu, mazāk stundu ģimenes aprūpei);
- plašāku ietekmi uz ekonomiku.

Izmantojot Latvijas datu avotus (piemēram, NVD prasības un vienības izmaksas, slimnīcu izrakstīšanas statistiku, recepšu un izrakstīšanas reģistrus, Centrālās statistikas pārvaldes darba statistikas datus un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras slimības pabalstu reģistrus), ROI sistēmas var sniegt pārredzamus aprēķinus par neto ieguvumiem, sadales ietekmi un atmaksāšanas periodiem. Šie pierādījumi var pamatot nepieciešamos ieguldījumus Ministru kabinetam, ļaut salīdzināt konkurējošas programmas uz kopīgas ekonomiskās bāzes, tā nodrošinot, ka līgumi atalgo izmērāmus uzlabojumus rezultātos un produktivitātē.

Jaunu ārstēšanas metožu ieviešana

Jaunu terapiju kompensēšanā ROI vai plašāki vērtības ietvari papildina klīniskos pierādījumus, VTN un budžeta ietekmes analīzi. Tie sniedz strukturētu skatījumu uz sabiedrības vērtību un ilgtermiņa sekām, kuras izmaksu un rezultātu rādītāji var nepamanīt, piemēram, novēršot saasinājumus, saīsinot atveseļošanās laiku vai uzlabojot ārstēšanos tā, lai pacienti varētu ātrāk atgriezties darbā un samazinātu aprūpētāju vajadzības. Šādas pieejas monetizē nostrādātās dienas pēc atgriešanās no prombūtnes, ietaupītās aprūpētāja stundas, novērstās slimnīcas dienas un lejupējās produktivitātes ietekmi, izmantojot konsekventus novērtēšanas noteikumus, lai rezultāti būtu salīdzināmi dažādās terapeitiskajās jomās. Tas var sniegt informāciju cenu sarunām, atbalstīt uz rezultātiem balstītus maksājumu līgumus un palīdzēt noteikt prioritātes pacientu apakšgrupām ar vislielāko kopējo ieguvumu veselības un ekonomikas jomā.

6.1.1. NO IETVARIEM LĪDZ PRAKSEI: GALVENIE DARBĪBAS RĀDĪTĀJI KĀ PAMATELEMENTI

Vispārējie ieguldījumu atdeves principi kļūst praktiski īstenojami, izmantojot rūpīgi izvēlētus galvenos darbības rādītājus. Neatkarīgi no konkrētās piemērotās sistēmas prioritāte ir uzturēt kodolīgu, konsekventu rādītāju kopumu, ko var pārvērst ekonomiskos terminos. Piemēram, iepriekš minētajos gadījumos:

- e-recepšu un iedzīvotāju portālu programmas: e-recepšu īpatsvars, vidējais laiks no receptes izrakstīšanas līdz izsniegšanai, līdzestība, apstiprināts izrakstīšanas/izsniegšanas kļūdu līmenis, atkārtota hospitalizācija 30 dienu laikā medikamentiem jutīgu stāvokļu dēļ;
- mērķtiecīga telemedicīna hronisku slimību (piemēram, HOPS) aprūpei: saasinājumi pacientam gadā, neatliekamās palīdzības nodaļu apmeklējumi un neplānotas uzņemšanas gadījumi, vidējais uzturēšanās ilgums slimnīcā, slimībai specifisko PROM izmaiņas, mājās pavadītās dienas, zaudētās darba dienas, aprūpētāja stundas.

Katram galvenajam darbības rādītājam jāiekļauj skaidrs novērtēšanas noteikums, kas piemērots Latvijas kontekstam (piemēram, novēršamo slimnīcas dienu reizināšana ar NVD noteiktajām izmaksām). Pēc tam konsekventa uzraudzība sniedz pārredzamu, auditējamu neto ieguvumu un atmaksāšanās periodu aplēses, atbalsta vidusposma korekcijas un tieši saista programmas sniegumu ar fiskālo telpu.

Lai vērtējumi, kuros ņemta vērā ROI, būtu visefektīvākie, visā lēmumu pieņemšanas procesā jāiekļauj:

- pirms kotācijas (cenas un piekļuves apspriešana): stresa testa scenāriji (bez piekļuves, ierobežota, plaša piekļuve); galveno darbības rādītāju bāzes un mērķu noteikšana; maksājumu nosacījumu izstrāde atbilstoši ieguvumu gūšanas laikam;
- pārvaldītas piekļuves periodā: apkopotī mērķtiecīgi galvenie darbības rādītāji (piemēram, remisija 12 mēnešu laikā, stacionārās dienas, neplānotas uzņemšanas gadījumi, atgriešanās darbā dienas, aprūpētāja stundas, slimības pabalstu pieprasījumi); atjauninātas ieguldījumu aplēses, lai precizētu atbilstību, cenas un ieviešanas atbalstu;
- periodiskās pārskatīšanas laikā: salīdzināti prognozētie un faktiskie neto ieguvumi; pārdalīti resursi augstākas vērtības apakšgrupām; pielāgoti līgumi (tostarp uz rezultātiem balstīti noteikumi); paplašināta, sašaurināta vai pārtraukta piekļuve, pamatojoties uz novēroto vērtību.



DR. OEC. ANŽELIKA BERKE-BERGA
RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTES SOCIĀLO ZINĀTŅU
FAKULTĀTES ASOCIĒTĀ PROFESORE

**VESELĪBAS APRŪPE KĀ
IEGULDĪJUMS VALSTS ATTĪSTĪBĀ:
MAKROEKONOMISKS
NOVĒRTĒJUMS LATVIJĀ**



IEVADS

Veselības aprūpes nozare Latvijā ir stratēģiski nozīmīga gan sabiedrības labklājības, gan valsts ekonomiskās attīstības kontekstā. Nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam uzsver veselības aprūpi kā ieguldījumu cilvēkkapitālā un ekonomikas noturībā, tomēr faktiskie rādītāji – zems veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaits, augsti pacientu tiešmaksājumi un nepietiekama pakalpojumu pieejamība – liecina par būtiskām sistēmiskām problēmām. Vienlaikus veselības aprūpes izdevumu īpatsvars IKP un valsts budžetā joprojām atpaliek no Eiropas Savienības (ES) vidējā līmeņa, radot izaicinājumus ilgtspējīgai attīstībai.

Šī raksta **mērķis** ir no makroekonomiskās perspektīvas izvērtēt veselības aprūpes nozares ieguldījumu Latvijas tautsaimniecībā, analizējot tās finansējuma struktūru, cilvēkresursu dinamiku un pieejamības rādītājus. Īpaša uzmanība pievērsta veselības izdevumu analīzei, publiskā un privātā finansējuma līdzsvaram, kā arī darbaspēka nodrošinājumam un novecošanās tendencēm. Veselības aprūpes sistēmas kvalitāte un pieejamība tieši ietekmē darbaspēka produktivitāti, ekonomiski aktīvo iedzīvotāju skaitu un sociālo izdevumu apjomu, tādējādi kļūstot par būtisku faktoru valsts izaugsmes potenciāla stiprināšanā.

Pētījumā izmantota sekundāro datu kvantitatīvā analīze, balstoties uz Centrālās statistikas pārvaldes, Eurostat, Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) un OECD datiem par veselības izdevumiem, cilvēkresursiem un veselības rādītājiem. Analīze papildināta ar salīdzinošu izvērtējumu starp Latviju, Baltijas valstīm un ES vidējiem rādītājiem, lai identificētu galvenos izaicinājumus un potenciālos attīstības virzienus.

1. VESELĪBAS APRŪPES NOZARE NAP SKATĪJUMĀ

Lai pamatotu veselības aprūpes makroekonomisko nozīmību, ir lietderīgi aplūkot **Nacionālo attīstības plānu 2021.–2027. gadam**¹ (NAP 2021–2027), kurā veselības nozare ir skaidri iezīmēta kā ieguldījums cilvēkkapitālā un ekonomikas noturībā. Plānā veselības aprūpe tiek aplūkota ne tikai kā sociāls pakalpojums, bet kā svarīgs ilgtspējīgas attīstības balsts, kas ietekmē IKP pieaugumu, produktivitāti un reģionālo līdzsvaru.

Tālākajā analīzē rakstā tiks apskatīti atsevišķi plānā noteiktie veselības aprūpes stratēģiskie mērķi, rādītāji un to sasniegšanas progress raksta tapšanas brīdī, vērtējot, kā šie mērķi sekmē veselības nozares ieguldījumu tautsaimniecībā (1. tabula).

¹ Latvijas Republikas Saeima. 2020. *Nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam*. Rīga: Latvijas Republikas Saeima. <https://www.mk.gov.lv/lv/media/15162/download?attachment>

NAP 2021-2027 noteiktie veselības aprūpes stratēģiskie mērķi*, rādītāji un to sasniegšanas progress

Progresā rādītājs	Mērvienība	Bāzes gads	Bāzes gada vērtība	Mērķa vērtība 2024	Izpildes progress	Izpildes progresā gads	Mērķa vērtība 2027	Datu avots
Veselīgi nodzīvoti mūža gadi vīriešiem un sievietēm	gadi	2017	50,6/52,2	53/55	51,2/54,3	2023	55/57	Eurostat
Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība (neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem)	%	2018	6,2	5,0	10,7	2024	4,0	Eurostat, CSP
Tiešmaksājumi veselības aprūpē (no kopējiem veselības izdevumiem)	%	2017	41,7	38	30,74 35,3	2022 2023	33	Eurostat, CSP
Profilaktiski/medicīniski novēršamā mirstība uz 100 000 iedzīvotāju	skaits	2018	342/198	325/191	328/204	2023	316/179	SPKC
Praktizējošo ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotāju	skaits	2018	337	342	343	2024	345	SPKC
Praktizējošo māsu skaits uz 100 000 iedzīvotāju	skaits	2018	434	440	416	2024	460	SPKC

1. tabula

* Par mērķiem – Pacientu apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem; Vidējais gaidīšanas laiks bērniem (līdz 18 g. v.) uz sekundāru ambulatoru konsultāciju Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā (BKUS); Vidējais gaidīšanas laiks bērniem (līdz 18 g. v.) uz plānveida operāciju dienas stacionārā BKUS – publiski pieejamā informācija ir pieejama tikai ierobežotā apjomā. Par **pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumiem** (teicama vai laba pieredze, vērtējot ģimenes ārsta pakalpojumus pēdējā gada laikā) – no 2018. līdz 2023. gadam nav bijušas būtiskas izmaiņas apmierinātības līmenī ar valsts veselības aprūpes sistēmu. Veselības ministrijas Pētījumā par pacientu apmierinātību norādīts, ka “abos gados (2018. un 2023.) neapmierināti bija 37% respondentu, un saņemto pakalpojumu novērtējums no ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem arī palika nemainīgs”. Savukārt saistībā ar **vidējo gaidīšanas laiku bērniem uz sekundāru ambulatoru konsultāciju vai plānveida operāciju dienas stacionārā BKUS** – informācija par konkrētu dienu vai nedēļu skaitu publiski atrodama tikai daļēji. Oficiālajos dokumentos (BKUS 2023. gada pārskats) gaidīšanas laika tendence ir minēta, taču konkrētais vidējais gaidīšanas ilgums (dienās vai nedēļās) uz plānveida operāciju bērniem BKUS dienas stacionārā nav publiskots kā konkrēts cipars. Ir uzsvērts, ka pieprasījums pēc plānveida ķirurģijas turpina strauji augt; (2) pēc infrastruktūras uzlabošanas un gultu skaita palielināšanas gaidīšanas laiks nav būtiski sarucis, jo pieprasījums pārsniedz piedāvājumu, kā arī (3) ilgākie gaidīšanas laiki 2023. gadā bija tieši uz plānveida ķirurģiju un dažām izmeklējumu specialitātēm.

Latvijā **veselīgi nodzīvoto mūža gadu rādītāji** jau vairākus gadus liecina, ka iedzīvotāji būtisku savas dzīves daļu pavada ar hroniskām slimībām vai funkcionāliem traucējumiem. Salīdzinājumā ar ES vidējo līmeni – ap 62–63 gadiem vīriešiem un 64–65 gadiem sievietēm – Latvija ievērojami atpaliek, un starpība ar, piemēram, Zviedriju vai Maltu, sasniedz pat 15–20 gadus.² Šo situāciju veicina augsta hronisko slimību izplatība, nepietiekama profilakse un sabiedrības novecošanās. Lai to uzlabotu, nepieciešama sistemātiska un ilgtermiņa pieeja: jāstiprina veselības veicināšana un slimību profilakse, jāveicina veselīgs dzīvesveids un jāuzlabo agrīna diagnostika, vienlaikus pārveidojot veselības aprūpes sistēmu par vairāk uz preventīviem un cilvēkcentrētiem risinājumiem balstītu modeli. Tas ļautu ne tikai pagarināt veselīgi nodzīvotos gadus, bet arī mazināt veselības un aprūpes izdevumu slogu sabiedrībai un ekonomikai.

Latvijā veselības aprūpes pieejamība joprojām ir nepietiekama, un **neapmierināto vajadzību līmenis** ir viens no augstākajiem ES.³ To nosaka garas rindas, augsti pacientu līdzmaksājumi un cilvēkresursu trūkums, īpaši reģionos.⁴ Iedzīvotāji bieži spiesti atteikties no nepieciešamās palīdzības vai meklēt maksas pakalpojumus, kas padziļina nevienlīdzību. Lai gan tiek veikti soļi situācijas uzlabošanai – palielinot finansējumu ģimenes medicīnai⁵ un virzot aprūpi uz ambulatorajiem pakalpojumiem – būtisks progress būs iespējams vien tad, ja vienlaikus tiks mazinātas rindas, paplašināts valsts apmaksātais pakalpojumu grozs un samazināts finansiālais slogs pacientiem.

Latvijā **pacientu tiešmaksājumi** veselības aprūpē joprojām ir vieni no augstākajiem ES – ap 30,7 % no kopējiem veselības izdevumiem (salīdzinājumam ES vidēji – 14,59 %)⁶, kas atspoguļo gan šauru valsts apmaksāto pakalpojumu klāstu, gan garas rindas un zemu kompensācijas līmeņus. Tas rada finansiālas barjeras, īpaši mazturīgajiem un senioriem, un veicina nevienlīdzību pieejamībā salīdzinājumā ar citām ES valstīm. Latvijas veselības sistēmas apkopojuma ziņojumā⁷ uzsvērts, ka tiešmaksājumu īpatsvara mazināšanai nepieciešams būtiski palielināt valsts finansējumu veselības aprūpei, tostarp veidojot ilgspējīgu budžeta bāzi. Ieteikumi ietver valsts apmaksāto pakalpojumu groza

² European Commission. 25.09.2024. Who can expect the most healthy life years? *Eurostat News*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240925-1> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240925-1>

³ OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. 15.12.2023. *Latvia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1/bf2b15d6-en.pdf

⁴ CSP. *Apstākļi, kas traucējuši veikt pārbaudes vai ārstēšanos pie medicīnas speciālista (izņemot zobārstu) 16 gadus veciem un vecākiem iedzīvotājiem (%) – Rādītāji, lemesls un Laika periods*. https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__VES__IV__IVP/IVP080/table/tableViewLayout1/

⁵ Latvijas Republikas Ministru kabinets. 21.05.2024. *Pieejama un stipra primārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes sistēmas pamats – MK apstiprina attīstības plānu*. <https://www.mk.gov.lv/lv/jaunums/pieejama-un-stipra-primara-veselibas-aprupe-ir-veselibas-aprupes-sistemas-pamats-mk-apstiprina-attistibas-planu>

⁶ Eurostat. 2025. *Out-of-pocket expenditure on healthcare*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en

⁷ Behmane, D. et al. 2024. *Latvia: Health System Summary, 2024*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379918/9789289014427-eng.pdf?sequence=1>

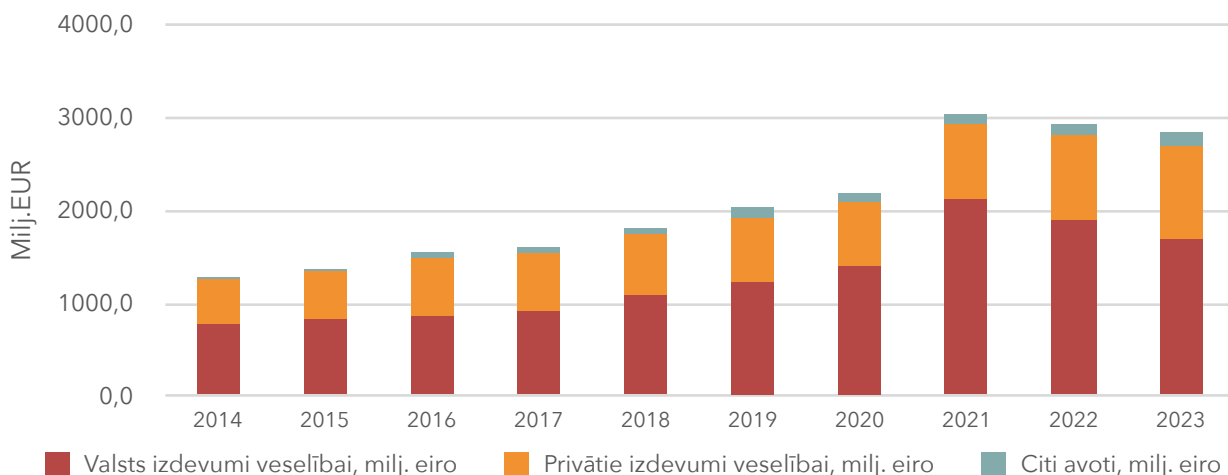
paplašināšanu (īpaši zālēm, rehabilitācijai un zobārstniecībai), kompensācijas griestu ieviešanu un lielāku aizsardzību trūcīgākajiem pacientiem. Būtisks ir arī farmaceitisko izdevumu regulējums un aprūpes sistēmas labāka integrācija, lai mazinātu nevienlīdzību un uzlabotu finanšu pieejamību.

Latvijā **praktizējošo ārstu skaits** uz iedzīvotāju ir nedaudz zem ES vidējā, savukārt **māsu** – būtiski zemāks nekā lielākajā daļā ES, kas apgrūtina veselības sistēmas noturību un pieejamību. Detalizētāka analīze par cilvēkresursiem veselības sektorā sniegta turpmāk tekstā.

2. VESELĪBAS APRŪPES ĪPATSVARŠ IKP, VESELĪBAS FINANSĒJUMS: VALSTS UN PRIVĀTAIS

Veselības aprūpes nozare ir viens no galvenajiem sabiedrisko pakalpojumu balstiem un nozīmīgs darba tirgus elements. Tā veicina ne tikai sabiedrības labklājību, bet arī stabilu ekonomisko izaugsmi, nodarbinātību un inovācijas. Latvijā kopējie izdevumi veselības aprūpei⁸ sasniedz ap 7 % no IKP (skat. 1. attēlu), kas ir ievērojami zemāk nekā ES vidējais līmenis – aptuveni 10 % no IKP⁹. Šī atšķirība norāda ne tikai uz zemāku resursu pieejamību, bet arī uz iespējamu investīciju potenciālu, kas līdz šim nav pilnībā izmantots.

Izdevumi veselības aprūpei Latvijā¹⁰



1. attēls

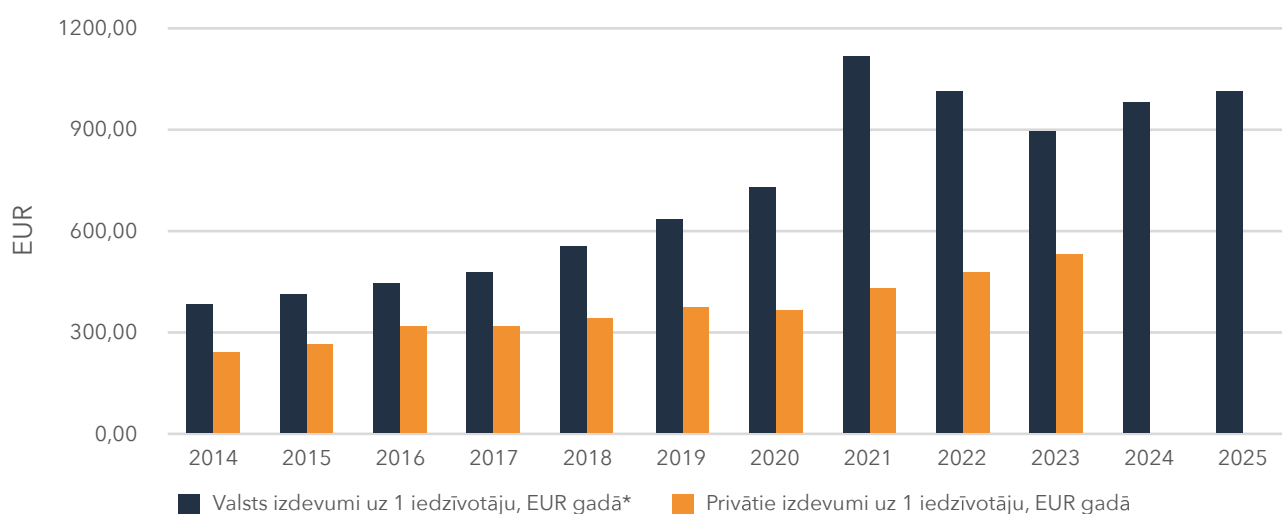
⁸ T.i., valsts izdevumi veselības aprūpei, privātie izdevumi veselības aprūpei, u.c. avoti. Atbilstoši Latvijas Oficiālās statistikas portāla datu bāzē izmantotajai metodoloģijai: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__VES__VA__VAI/VAI010

⁹ 2022. gada dati: OECD/European Commission. 2024. *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. https://health.ec.europa.eu/document/download/1e23af78-d146-4c84-be77-690fc6044655_en?filename=2024_healthatglance_rep_en.pdf

¹⁰ Autoreis veidots attēls. Datu avots: CSP. *Izdevumi veselības aprūpei 2013-2023*. https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__VES__VA__VAI/VAI010/ Citi avoti: Dati no 2014. gada precizēti atbilstoši Veselības kontu sistēmas (SHA) metodoloģijai.

Tomēr jāatzīmē arī, ka finansējums veselības aprūpei Latvijā pēdējo gadu laikā pieaug diezgan būtiski – laika periodā no 2014. līdz 2023. gadam kumulatīvais gada pieauguma temps¹¹ izdevumiem veselības aprūpei ir strauji audzis gan kā valsts izdevumi, gan kopumā – par 9,1–9,2 % gadā. Īpaši būtisks pieaugums bija tieši Covid-19 pandēmijas akūtajā posmā. Raugoties dinamikā, kā ir mainījušies izdevumi uz vienu iedzīvotāju gadā, arī šeit redzams kāpums minētajā periodā, turklāt vēl straujāks: 9,8–9,9 %. Arī privātie izdevumi ir palielinājušies minētajā periodā (nedaudz lēnākā tempā) – kopumā 8,4 %, uz vienu iedzīvotāju 9,1 % (skat. 2. attēlu).

Izdevumi uz vienu iedzīvotāju veselības aprūpei Latvijā ¹²



2. attēls

* Līdz 2023. gadam avots: CSB; 2024–2025 – Finanšu ministrijas informācija

Latvijā **veselības aprūpes izdevumu īpatsvars valsts budžetā** 2025. gadā veido aptuveni 11 %¹³, 2023., 2024. gadā tie bija ~ 10 % (skat. 3. attēlu). Tas ir būtiski zemāk nekā ES vidējais rādītājs (14,8 %, 2023. gada dati¹⁴), taču pēdējos gados veselības budžets nomināli audzis un sasniedz jau 1,9 miljardus eiro. Lielākā daļa līdzekļu tiek novirzīta neatliekamās palīdzības, speciālistu konsultāciju, kompensējamo medikamentu

¹¹ Cumulative annual growth rate (CAGR).

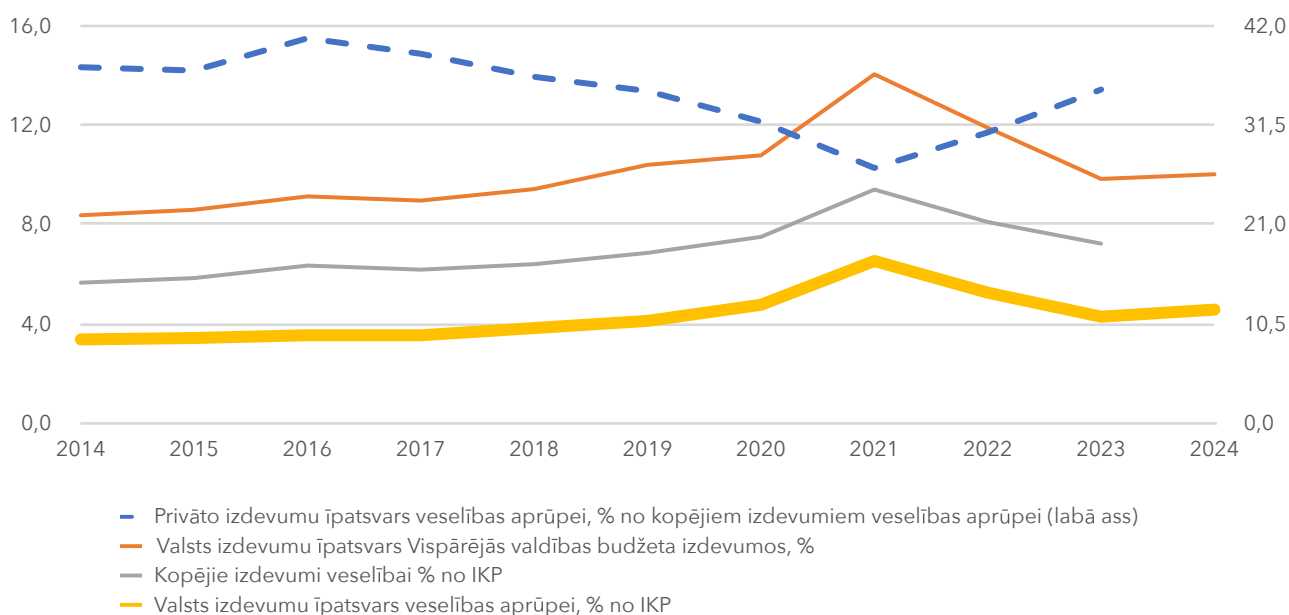
¹² Autore veidots attēls. Datu avots: Centrālā statistikas pārvalde (CSP). *Izdevumi veselības aprūpei 2013–2023*. https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_VES_VA_VAI/VAI010/; *Iedzīvotāju skaits gada sākumā, tā izmaiņas un dabiskās kustības galvenie rādītāji 1920–2025*. https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_POP_IR_IRS/IRS010/; Latvijas Republikas Finanšu ministrija. *Valsts budžets*. <https://www.fm.gov.lv/lv/valsts-budzets>

¹³ Latvijas Republikas Finanšu ministrija. *Valdība apstiprina budžetu iedzīvotāju drošībai un Latvijas konkurētspējai (budžets 2025)*. <https://www.fm.gov.lv/lv/jaunums/budzets2025-valdiba-apstiprina-budzetu-iedzivotaju-drosibai-un-latvijas-konkuretspejai>.

¹⁴ European Commission. *Government Expenditure on Health. Eurostat Statistics Explained*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health

un slimnīcu uzturēšanai. Neskatoties uz pieaugumu, nozares eksperti un starptautiskās institūcijas turpina norādīt, ka Latvijas veselības finansējuma līmenis nav pietiekams, lai nodrošinātu līdzvērtīgu pieejamību un kvalitāti salīdzinājumā ar pārējām ES valstīm.

Izdevumu īpatsvars veselības aprūpē ¹⁵



3. attēls

Pēdējās desmitgades laikā Latvijas valsts sektora izdevumu īpatsvars veselības aprūpei ir pieaudzis no aptuveni 3,4 % līdz 4,6 %¹⁶ no IKP. Covid-19 pandēmijas laikā tas uz brīdi sasniedza pat 4,8–6,5 %. Tomēr šis kāpums bija īslaicīgs un galvenokārt saistīts ar ārkārtas tēriņiem, nevis strukturālām reformām vai ilgtermiņa stratēģiju. Neskatoties uz zināmu progresu, publiskais finansējums veselības aprūpei Latvijā joprojām būtiski atpaliek no ES vidējā līmeņa, kur valsts finansējuma daļa bieži pārsniedz 7,5–8 % no IKP. Salīdzinājumā – Lietuvā publisko veselības izdevumu īpatsvars 2024. gadā bija 4,3 % no IKP, savukārt Igaunijā šis rādītājs 2024. gadā sasniedza 7% no IKP. Turklāt Igaunijas ilgtermiņa stratēģija paredz sasniegt 7,8 % no IKP līdz 2040. gadam¹⁷.

¹⁵ Autores veidots attēls. Datu avots: CSP. *Izdevumi veselības aprūpei 2013–2023*.

https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_VES__VA__VAI/VAI010/;

Iekšzemes kopprodukts pavisam, uz vienu iedzīvotāju un uz vienu nodarbināto 1995–2024. https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_VEK__IK__IKP/IKP010/;

Latvijas Republikas Finanšu ministrija. *Valsts budžets*. <https://www.fm.gov.lv/lv/valsts-budzets>.

¹⁶ 2021. gadā veselības izdevumu īpatsvars IKP (valsts daļa) pieauga līdz 6,5 %, pēc tam tas atkal samazinājās līdz 4,6 % 2024. gadā.

¹⁷ AmCham Estonia. 07.01.2025. *3 Proposals to Avert a Health Crisis in Estonia*. AmCham Healthcare Policy Paper. <https://amcham.ee/wp-content/uploads/2025/03/AmCham-HC-PP-.pdf>

Latvijā publiskā finansējuma daļa veselībā vidēji ir aptuveni 68 % no kopējiem izdevumiem, kamēr ES vidēji tie ir vairāk nekā 81 %¹⁸. Tas nozīmē, ka privātie maksājumi – tostarp pacientu līdzmaksājumi un brīvprātīgā apdrošināšana – veido gandrīz 30 % no visiem veselības izdevumiem, kas ir divkārt vairāk nekā ES vidēji (15 %). Tā kā zema valsts finansējums tieši korelē ar augstāku privāto slogu un ierobežotu pieejamību veselības pakalpojumiem, īpaši svarīgi ir noteikt ambiciozus mērķus publiskā finansējuma palielināšanai. Virzība uz vismaz 7 % no IKP būtu būtisks solis, lai stiprinātu veselības sistēmas noturību un mazinātu finansiālo nevienlīdzību. Kā parāda 3. attēls, pieaugot valsts izdevumu īpatsvaram veselībā, privāto maksājumu apjoms proporcionāli samazinās – šī sakarība īpaši spilgti iezīmējās pandēmijas laikā.

Šī nelīdzsvarotība nozīmē, ka Latvijā, salīdzinājumā ar citām ES valstīm, ievērojami lielāks veselības aprūpes finansēšanas slogs gulstas uz iedzīvotājiem pašiem un viņu ģimenēm. Praksē tas rada būtiskus riskus pieejamībai, jo augstais līdzmaksājumu īpatsvars var liegt ārstniecību maznodrošinātajiem – īpaši konsultācijas pie speciālistiem, medikamentu iegādi un zobārstniecību. Nepietiekams publiskais ieguldījums rada: (1) garas rindas uz valsts apmaksātajiem pakalpojumiem; (2) ārstu, māsu un citu speciālistu trūkumu, jo atalgojums privātajā sektorā ir konkurētspējīgāks; (3) augstāku finansiālo slogu pacientiem, īpaši hronisku slimību gadījumā.

Veselības aprūpes izdevumu kopējo pieaugumu nosaka vairāki savstarpēji saistīti faktori. Viens no galvenajiem izdevumu kāpuma iemesliem ir sabiedrības novecošanās, kas palielina pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem, īpaši ilgstošas aprūpes, rehabilitācijas un hronisko slimību vadības jomā.¹⁹ Līdz ar vecuma grupu maiņu iedzīvotāju struktūrā pieaug arī dārgāku ārstniecības epizožu īpatsvars un ārstēšanās ilgums, kas rada spiedienu uz sistēmas kapacitāti un finansējumu.

Epidemioloģiskās tendences Latvijā iezīmē arvien augstu hronisko slimību izplatību, īpaši sirds un asinsvadu, onkoloģisko²⁰, diabēta un psihiskās veselības traucējumu jomā²¹. Šādas slimības prasa ilgstošu un intensīvu ārstēšanu, kas bieži ir finansiāli ietilpīga. Vienlaikus profilakses pasākumu nepietiekamais īpatsvars nozīmē, ka resursi tiek tērēti ārstēšanai, nevis slimību novēršanai, tādējādi ilgtermiņā palielinot kopējās izmaksas.

¹⁸ OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. 15.12.2023. *Latvia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1/bf2b15d6-en.pdf

¹⁹ Behmane, D., Dūdele, A. 2022. *Healthcare in Latvia: A Summary of Key Issues and Recommendations*. Riga: American Chamber of Commerce in Latvia and Riga Stradiņš University. <https://www.amcham.lv/data/Advocacy/summary-en-2022.pdf>

²⁰ OECD and European Commission. 2025. *EU Country Cancer Profile: Latvia 2025. EU Country Cancer Profiles*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f23ce73c-en>

²¹ CSP. *Nāves cēloņi Latvijā*. <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/iedzivotaji/naves-celoni/21035-naves-celoni>

Veselības ministrijas un SPKC ziņojumos uzsvērts, ka, lai arī zinātniski pierādīts – līdz 80 % sirds un asinsvadu slimību^{22, 23}, daudzu onkoloģisku, diabēta un arī garīgās veselības traucējumu varētu novērst vai aizkavēt ar efektīviem profilakses un veselības veicināšanas pasākumiem, tomēr šo pasākumu īpatsvars gan veselības budžetā, gan reālajā aprūpē joprojām ir ļoti zems – vien 0,21 % no IKP (43,7 EUR uz vienu iedzīvotāju vai 2,8 % no kopējiem veselības izdevumiem; ES vidējais rādītājs ir attiecīgi 0,57 % no IKP, kas ir 202,2 EUR uz vienu iedzīvotāju vai 5,5 % no kopējiem veselības izdevumiem; 2022. gada dati)²⁴. Tāpēc lielākā daļa resursu tiek novirzīta jau izveidojušos, komplicētu slimību ārstēšanai, kas pēc būtības ir ekonomiski neefektīvi ilgtermiņā.

Būtiska nozīme ir arī jauno ārstniecības tehnoloģiju, diagnostikas iekārtu un inovatīvo medikamentu ieviešanai. Tie uzlabo ārstēšanas kvalitāti un pacientu veselības rezultātus, vienlaikus ilgtermiņā palīdzot mazināt hospitalizāciju skaitu un komplikāciju risku, kas samazina slogu stacionāra aprūpei. Tomēr jārēķinās, ka sākotnējās izmaksas gan valsts budžetam, gan pacientiem var būt ievērojamas. Lai nodrošinātu medicīnisko un ekonomisko ilgtspēju, būtiska ir stratēģiska pieeja, piemēram, inovatīvo medikamentu agrīna iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā un to izmantošanas efektivitātes sistemātisks novērtējums.

Vienlaikus būtisks finansējums novirzīts arī veselības aprūpes personāla atalgojuma palielināšanai, lai risinātu darbaspēka deficītu, noturētu speciālistus un veidotu konkurētspējīgu vidi – īpaši tas bija aktuāli pēc Covid-19 pandēmijas, kas ieviesa vēl papildu slodzi sistēmai.

Pandēmijas gadi (2020–2022) atstāja spēcīgu ietekmi uz veselības aprūpes izdevumiem – tika ieguldīti ievērojami līdzekļi aizsardzības līdzekļos, vakcinācijā, piemaksās personālam un infrastruktūras stiprināšanā. 2020. gadā vien papildu finansējums veselības nozarei, reaģējot uz pandēmijas radītajiem izaicinājumiem, pārsniedza 290 milj. EUR. Papildus tam tika pārskatīta veselības aprūpes pakalpojumu struktūra, vairāk līdzekļu novirzot ambulatorajiem pakalpojumiem un dienas stacionāriem, vienlaikus stiprinot arī preventīvos un diagnostikas pasākumus.²⁵ Arī strukturālas reformas, piemēram, 2018. gada izmaiņas sociālās apdrošināšanas sistēmā²⁶, ir devušas papildu līdzekļus un mainījušas veselības politikas uzsvarus.

²² World Heart Federation. n.d. *Prevention*. <https://world-heart-federation.org/what-we-do/prevention/>

²³ National Heart, Lung, and Blood Institute. 2023. *Numbers to Know for a Healthy Heart*. <https://www.nhlbi.nih.gov/news/2023/numbers-know-healthy-heart>

²⁴ Eurostat. 2024. *Preventive health care expenditure statistics. Statistics Explained*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

²⁵ OECD and European Commission. 2021. *State of Health in the EU: Latvia. Country Health Profile 2021*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lv_english.pdf

²⁶ Labklājības ministrija. 08.12.2017. Izmaiņas sociālajā jomā – 2018. gada pārskats par pieņemto 2017. gada lēmumu ietekmi. *LV portāls*. <https://lvportals.lv/skaidrojumi/291972-izmainas-socialaja-joma-2018-gada-2017>

3. VESELĪBAS APRŪPES APAKŠNOZARU IZDEVUMU ANALĪZE LATVIJĀ

Latvijā veselības aprūpes izdevumu struktūra raksturo mērķtiecīgu pārorientēšanos no stacionārās uz ambulatoro aprūpi, kur ambulatorie pakalpojumi veido vislielāko izdevumu daļu un būtiski pārsniedz ES vidējo līmeni. Tas liecina par centieniem uzlabot aprūpes pieejamību ārpus slimnīcām un efektīvāk izmantot resursus, taču kopējais finansējums Latvijā joprojām ir būtiski zemāks nekā ES vidēji. Stacionārā aprūpe veido salīdzinoši nelielu daļu no izdevumiem, taču pieejamības problēmas, piemēram, garās rindas, ierobežo reālo pakalpojumu piegādi.

Izdevumi medicīnas precēm veido aptuveni 28 % no veselības aprūpes budžeta, kas pārsniedz ES vidējo un lielākoties ir saistīts ar augstu tiešo maksājumu īpatsvaru pacientu vidū. Tas nozīmē, ka daudzi iedzīvotāji, īpaši maznodrošinātie un seniori, sedz būtisku daļu medikamentu izmaksu no saviem līdzekļiem, radot finansiālas grūtības un samazinot pakalpojumu pieejamību.

Veselības aprūpes apakšnozaru izdevumu struktūra: salīdzinošā analīze, 2023. gada OECD dati ²⁷

Veselības aprūpes apakšnozare	Latvija, % no kopējiem izdevumiem	ES vidēji, % no kopējiem izdevumiem	Lietuva, % no kopējiem izdevumiem	Igaunija, % no kopējiem izdevumiem
Stacionārā aprūpe	26,0	32,0	27,8	23,9
Ambulatorā aprūpe	29,1	29,4	31,8	36,3
Papildpakalpojumi	11,2	6,5	6,5	13,6
Medicīnas preces	27,8	23,1	29,4	19,6
Preventīvā aprūpe	2,9	4,5	3,2	4,9
Pārvaldība un administrēšana	3,0	4,5	1,3	1,8

2. tabula

²⁷ OECD. *Health Expenditure and Financing: Health Spending by Function, Provider and Financing Scheme*.

[http://data-explorer.oecd.org/vis?](http://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=t&b&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=BEL%2BROU%2BMLT%2BCYP%2BHRV%2BBGR%2BSWE%2BESP%2BSVN%2BSVK%2BPRT%2BPOL%2BNLD%2BLUX%2BITA%2BIRL%2BHUN%2BGRC%2BDEU%2BFRA%2BFIN%2BDNK%2BCZE%2BAUT%2BEST%2BLTU%2BLVA.A.EXP_HEALTH.EUR_PPP.T.HC5%2BHC4%2BHC7%2BHC6%2BHC1HC2%2B_T.HBEDT%2BHBOU%2B_T...V&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false)

[http://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=t&b&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=BEL%2BROU%2BMLT%2BCYP%2BHRV%2BBGR%2BSWE%2BESP%2BSVN%2BSVK%2BPRT%2BPOL%2BNLD%2BLUX%2BITA%2BIRL%2BHUN%2BGRC%2BDEU%2BFRA%2BFIN%2BDNK%2BCZE%2BAUT%2BEST%2BLTU%2BLVA.A.EXP_HEALTH.EUR_PPP.T.HC5%2BHC4%2BHC7%2BHC6%2BHC1HC2%2B_T.HBEDT%2BHBOU%2B_T...V&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](http://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=t&b&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=BEL%2BROU%2BMLT%2BCYP%2BHRV%2BBGR%2BSWE%2BESP%2BSVN%2BSVK%2BPRT%2BPOL%2BNLD%2BLUX%2BITA%2BIRL%2BHUN%2BGRC%2BDEU%2BFRA%2BFIN%2BDNK%2BCZE%2BAUT%2BEST%2BLTU%2BLVA.A.EXP_HEALTH.EUR_PPP.T.HC5%2BHC4%2BHC7%2BHC6%2BHC1HC2%2B_T.HBEDT%2BHBOU%2B_T...V&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false)

Salīdzinājumā ar kaimiņvalstīm Igaunija izceļas ar vēl lielāku uzsvaru uz preventīvo un ambulatoro aprūpi, piešķirot tam attiecīgi 5 % un 36 % veselības izdevumu, kas pārsniedz ES vidējos rādītājus. Lietuvā visvairāk līdzekļu tiek novirzīti ambulatorajai aprūpei, kam seko medicīnas preces un stacionārā aprūpe. Preventīvajai aprūpei piešķirtā daļa un administratīvie izdevumi ir salīdzinoši zemā līmenī.

Jāatzīmē, ka profilaksei Latvijā tiek atvēlēts ap 3 % no veselības budžeta, kas ir krietni zem ES vidējā, tāpat absolūtie izdevumi uz vienu iedzīvotāju ir ļoti zemi, ierobežojot preventīvo pasākumu efektivitāti un ilgtermiņa slimību profilaksi.

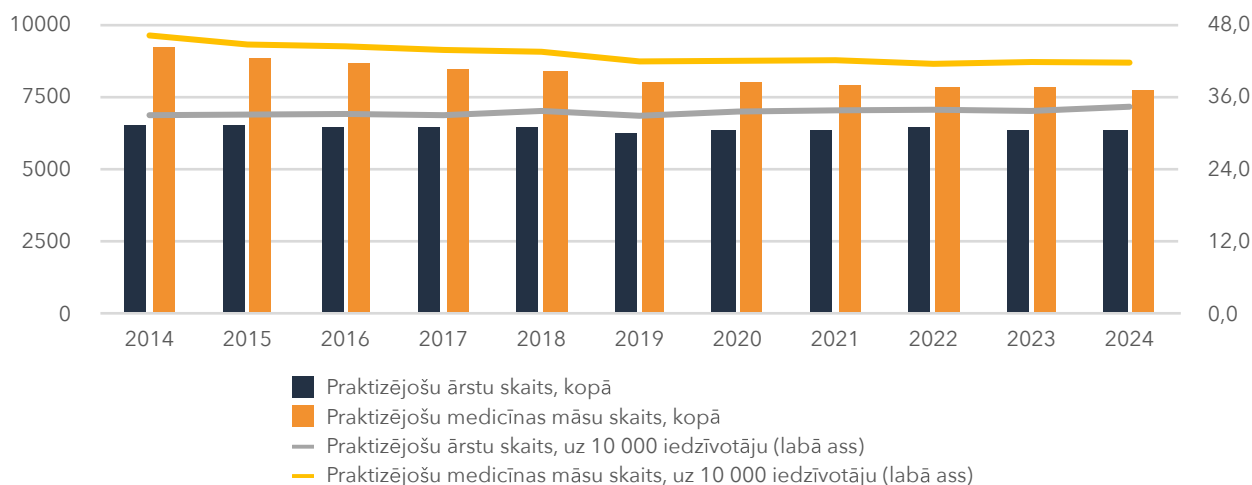
Turklāt Latvijas veselības aprūpes sistēma saskaras ar augstiem tiešajiem pacientu maksājumiem, kas rada nevienlīdzību piekļuvē veselības pakalpojumiem un finanšu slogu īpaši neaizsargātām grupām. Šie faktori kopā ierobežo sistēmas noturību un efektivitāti.

Politikas prioritātes Latvijā pašlaik koncentrējas uz ambulatorās un dienas aprūpes attīstību, farmācijas izdevumu samazināšanu, piemēram, kompensējamo zāļu saraksta un veselības pakalpojumu groza paplašināšanu, īpaši hronisko pacientu un bērnu aprūpē. Lai gan šīs stratēģijas ir solis pareizajā virzienā, jāņem vērā, ka būtiski uzlabojumi prasa ilgāku laiku un papildu resursus, lai mazinātu pieejamības un finansiālās nevienlīdzības problēmas veselības aprūpē Latvijā.

4. NODARBINĀTĪBA VESELĪBAS APRŪPĒ

Neraugoties uz salīdzinoši mērenu finansējumu, veselības aprūpe nodrošina plašu nodarbinātību, aptverot gan tiešās darbavietas (ārsti, māsas, funkcionālie speciālisti, administratīvais personāls), gan netiešās nozares, piemēram, farmācijas rūpniecību, medicīnas tehnoloģiju izstrādi, veselības aprūpes infrastruktūras būvniecību un pētniecību. Šī plašā nodarbinātības struktūra sekmē ne tikai darba tirgus stabilitāti, bet arī veicina inovāciju un augstas pievienotās vērtības nozares attīstību.

Praktizējošu ārstu un medicīnas māsu skaita dinamika Latvijā ²⁸



4. attēls

Darbinieku skaits. Latvijā 2023.–2024. gadā ir vidēji 34 ārsti uz 10 000 iedzīvotājiem (zem ES vidējā – 41), bet māsu ir tikai 42 uz 10 000 iedzīvotājiem, kas ir mazāk nekā puse no ES vidējā (85)²⁹. Līdz ar to var secināt, ka ārstu un māsu skaits uz iedzīvotāju ir viens no zemākajiem Eiropas Savienībā, un zema atalgojuma līmenis jau ilgstoši veicina speciālistu aizplūšanu uz citām, lielākoties attīstītākām valstīm³⁰.

Veselības aprūpes nozarē jau desmitgadēm ir aktuāla nepietiekama **atalgojuma** un nesamērīgas slodzes problēma, kas ietekmē gan darbinieku noturēšanu, gan jauno profesionāļu piesaisti. Salīdzinoši zemais algu līmenis, regulāras virsstundas un ierobežotas profesionālās izaugsmes iespējas samazina motivāciju strādāt publiskajā sektorā, kā rezultātā daļa absolventu izvēlas mainīt profesiju vai doties strādāt uz citām valstīm, kur piedāvāti labvēlīgāki darba un atalgojuma apstākļi.

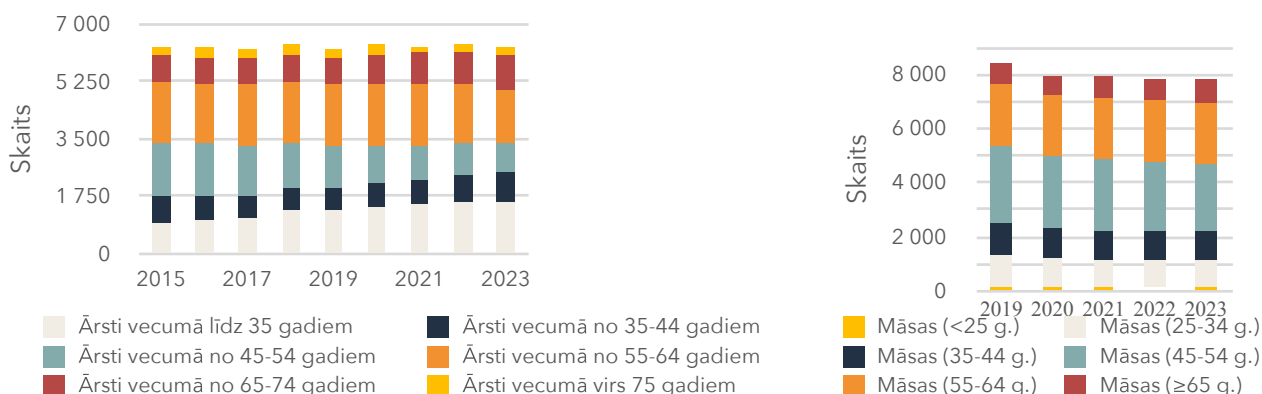
Latvijas veselības aprūpes darbaspēku būtiski ietekmē gan sabiedrības **novecošanās**, gan pieaugošais veselības speciālistu vecums. Pašlaik vairāk nekā 46,5 % nozarē strādājošo ārstu un 40 % medmāsu ir vecāki par 55 gadiem, kamēr jaunāko speciālistu līdz 35 gadu vecumam ir krietni mazāk – attiecīgi 24,7 % ārstu un 14 % medmāsu (2023. gada OECD dati, skat. 5. attēlu).

²⁸ SPKC. *Praktizējošo ārstu skaits pēc administratīvajām teritorijām*. https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Veselibas_aprupes_resursi/RES020_AP_SR_pilsetas.px/table/tableViewLayout2/

²⁹ European Observatory on Health Systems and Policies. 01.12.2023. A New Initiative (2024-2029) Aims to Attract Health Professionals to Work in the Public Sector. *Health Systems and Policy Monitor*. [https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/latvia-2019/a-new-initiative-\(2024-2029\)-aims-to-attract-health-professionals-to-work-in-the-public-sector](https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/latvia-2019/a-new-initiative-(2024-2029)-aims-to-attract-health-professionals-to-work-in-the-public-sector)

³⁰ Veselības ministrija. 2024. *Par veselības aprūpes sistēmas ilgtspējīgu attīstību*. Rīga: Veselības ministrija. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/15455/download?attachment>

Ārstu un medicīnas māsu vecumstruktūra Latvijā ^{31,32}



5. attēls

Tiek prognozēts, ka līdz 2030. gadam Latvijā varētu trūkt vismaz 2 400 mediķu, jo daļa vecāka gadagājuma darbinieku aizies pensijā, bet jauno profesionāļu pieplūdums nav pietiekams. Situāciju pastiprina arī plašāks demogrāfiskais konteksts – Latviju sagaida gan strauja veselības nozares darbaspēka novecošanās, gan kopējā darbaspēka samazinājums par aptuveni 10,9 % līdz 2030. gadam.³³

Latvijā ir īpaši zema **māsu nodrošinātība**, un tā būtiski atpaliek arī pārējo Baltijas valstu rādītājiem. Šis deficīts ierobežo veselības aprūpes sistēmas spēju nodrošināt kvalitatīvu aprūpi gan ikdienā, gan krīzes situācijās. Problēmu saasina arī tas, ka, lai gan Latvijā ir daudz medicīnas studentu, liela daļa no viņiem pēc studijām neturpina darbu nozarē vai emigrē, atšķirībā no kaimiņvalstīm, kur mērķtiecīgas politikas palīdz noturēt jaunos speciālistus vietējā darba tirgū.

Šie faktori kopumā rada augstu risku veselības aprūpes sistēmas kapacitātei un ilgtspējai, īpaši reģionos un šaurajās specialitātēs, kur kadru trūkums jau šobrīd ir izteikts. Latvijā veselības nozares darbaspēka iztrūkums un novecošanās ir sistēmiska krīze ar globālām iezīmēm, tomēr to pastiprina zemāks publiskais finansējums nekā kaimiņvalstīs un joprojām nepietiekama atdeve no izglītības sistēmas. Ilgtermiņā bez būtiskas investīciju palielināšanas darba vides uzlabošanai, mērķtiecīgām programmām jauno kadru piesaistē un reformas veselības sistēmas organizācijā Latvijai draud vēl lielāks speciālistu trūkums, īpaši māsu līmenī.

³¹ OECD. *Healthcare Human Resources – Physicians by Age and Sex*. [explorer.oecd.org/vis?](https://explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=16&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_PHYS_AGE_SEX&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=..PS..M%2BF....&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb)

[explorer.oecd.org/vis?](https://explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=16&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_PHYS_AGE_SEX&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=..PS..M%2BF....&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb)

³² OECD. *Healthcare Human Resources – Nurses by Age and Sex*. [data-explorer.oecd.org/vis?](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealthcare%20human%20resources%23HEA_RES%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=16&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_NURS_AGE_SEX&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=..PS..MINU...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false)

³³ BaSYS Beratungsgesellschaft für Systeme in Sozialwirtschaft. 2023. *Latvia: Health Workforce Analysis*. Berlin: BaSYS. https://www.basys.de/aktuelles/hwf/pdf/LV_HWF.pdf

SECINĀJUMI UN IETEIKUMI

Latvijas veselības aprūpes sistēmas ilgtspējīga attīstība nav iespējama bez visaptverošas pieejas, kas vienlaikus risina gan pieejamības, gan cilvēkresursu, gan kvalitātes jautājumus. Lai gan pēdējos gados īstenoti nozīmīgi pasākumi – tostarp ES līdzfinansētas programmas personāla piesaistei, digitalizācijas attīstība un papildu finansējums reģionālajiem pakalpojumiem, būtiski šķēršļi joprojām saglabājas. Garās rindas, augsti tiešmaksājumi un veselības nevienlīdzība starp reģioniem un sociālajām grupām turpina negatīvi ietekmēt iedzīvotāju veselības rādītājus.

Vienlaikus veselības aprūpes nozare ir būtisks ieguldījums cilvēkkapitālā un tautsaimniecības izaugsmē. Starptautiskie pētījumi apliecina, ka ieguldījumi veselības aprūpē, īpaši profilaksē un agrīnā diagnostikā, var radīt ievērojamu ekonomisko atdevi – samazinot darba nespējas dienas, palielinot nodarbinātību un mazinot spiedienu uz sociālās aizsardzības sistēmu. Uzlabojot veselības rādītājus, iespējams arī samazināt invaliditātes pabalstu un ilgstošas aprūpes izdevumu slogu. Tādēļ veselības aprūpe jāuztver nevis kā patēriņš, bet kā **stratēģiska investīcija** ar augstu sabiedrisko un fiskālo atdevi, kas stiprina valsts ekonomisko attīstību ilgtermiņā.

Lai stiprinātu veselības aprūpes sistēmas noturību, taisnīgumu un ilgtspēju Latvijā, nepieciešama mērķtiecīga rīcībpolitika, kas balstīta uz starptautiski atzītiem pierādījumiem un labās prakses piemēriem. Tālāk apkopoti virzieni turpmākai attīstībai veselības nozarē.

1. **Stiprināt publisko finansējumu un ieviest ilgtspējīgu budžeta plānošanu.** Latvijā publiskā finansējuma īpatsvars veselības aprūpē 2021.–2023. gadā bija tikai 69,5 %, salīdzinot ar ES vidējo 81,1 %. Zemais finansējuma līmenis ir iemesls augstiem pacientu līdzmaksājumiem, ierobežotai pakalpojumu piekļuvei un sistēmas nestabilitātei. Pakāpeniska publiskā finansējuma palielināšana ir priekšnoteikums noturīgai un vienlīdzīgai veselības sistēmai.³⁴
2. **Ieviest kompensācijas griestus līdzmaksājumiem un paplašināt valsts apmaksāto pakalpojumu grozu.** Latvijā pacientu līdzmaksājumi ir ap 27 % no kopējiem veselības izdevumiem – viens no augstākajiem rādītājiem ES. Zinātniski un politikas ieteikumi uzsver griestu noteikšanu līdzmaksājumiem un pakalpojumu groza

³⁴ OECD. 2020. *OECD Reviews of Public Health: Latvia: A Healthier Tomorrow*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/12/oecd-reviews-of-public-health-latvia_aec03279/e9f33098-en.pdf

paplašināšanu kā vienu no galvenajiem veidiem, kā samazināt nabadzību veselības dēļ un uzlabot piekļuvi pakalpojumiem.³⁵

3. **Attīstīt cilvēkresursu politiku veselības aprūpē.** Latvijā ārstu un māsu skaits uz iedzīvotāju ir zem ES vidējā, un vairāk nekā 40 % speciālistu ir vecāki par 55 gadiem. OECD, Pasaules Bankas un Eiropas Komisijas analīzes norāda, ka konkurētspējīgs atalgojums, karjeras atbalsts, reģionālās motivācijas programmas un jauno speciālistu piesaiste ir būtiski faktori cilvēkresursu noturībai^{36, 37}.
4. **Palielināt profilakses pasākumu īpatsvaru un veicināt veselības pratību.** Latvijā veselības profilakses izdevumi veido tikai ~ 2,8 % no veselības budžeta, kamēr ES vidēji ~ 5,5 %. Pētījumi^{38, 39, 40} apliecina, ka ieguldījumi profilaksē ir viens no efektīvākajiem veidiem, kā uzlabot sabiedrības veselību, mazināt hospitalizāciju un ilgtermiņā samazināt kopējās izmaksas.
5. **Uzlabot datu pārvaldību un izveidot vienotu veselības datu telpu.** Efektīva datu pārvaldība ir priekšnoteikums pierādījumos balstītai politikai. Eiropas Komisijas iniciatīva "European Health Data Space" un OECD rekomendācijas⁴¹ uzsver nepieciešamību pēc vienotas datu telpas, neatkarīga monitoringa un kvalitatīvas novērtēšanas sistēmas, lai uzlabotu pārskatāmību, drošību un lēmumu pieņemšanu.

Detalizētāks šo ieteikumu ieviešanas raksturojums (t. sk. ietekme, finanšu un laika resursi) atrodams 1. pielikumā.

³⁵ Tambor, M. 2015. *Patient Cost-Sharing for Health Care in Europe*. Doctoral Thesis. Maastricht University. <https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/1130645/guid-abe2dea7-a53b-4ae5-89a4-30cb9b68eab4-ASSET1.0.pdf>

³⁶ Araujo, Edson C., et al. 2020. *Human Resources Review. Support to Develop a Health System Strategy for Priority Disease Areas in Latvia*. World Bank. <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/280/download>

³⁷ Ernst & Young. December 2023. *Health Workforce Strategy in Latvia. Final Report*. Directorate-General for Structural Reform Support, European Commission. <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/13305/download?attachment>

³⁸ AbdulRaheem, Yussuf. 2023. Unveiling the Significance and Challenges of Integrating Prevention Levels in Healthcare Practice. *BMC Health Services Research* 23, no. 1: 601. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10350749/>

³⁹ Sivapalan, S., Sangeetha, P. R. 2023. Improving Health Care Outcomes through Health Promotion and Disease Prevention. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare* 10, no. 5: 394-397. <https://www.jebmh.com/articles/improving-health-care-outcomes-through-health-promotion-and-disease-prevention-105903.html>

⁴⁰ The European House – Ambrosetti, and International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA). 2025. *The Value of Prevention for Economic Growth and the Sustainability of Healthcare, Social Care and Welfare Systems*. Milan: Ambrosetti. <https://www.ifpma.org/publications/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-care-and-welfare-systems-the-european-house-ambrosetti/>

⁴¹ OECD. 2022. *Health Data Governance for the Digital Age: Implementing the OECD Recommendation on Health Data Governance, 2016–2021*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/05/health-data-governance-for-the-digital-age_5c42de41/68b60796-en.pdf

Starptautiskā pieredze rāda, ka būtiski panākumi sasniedzami, kombinējot atalgojuma paaugstināšanu ar mērķtiecīgu karjeras atbalstu, mentoru programmām un digitāliem risinājumiem darba slodzes sabalansēšanai. Tādas valstis kā Igaunija, Somija un Slovēnija pierāda, ka reģionālās stimulēšanas paketes, telemedicīnas tīkli un mobilās aprūpes vienības var ievērojami samazināt nevienlīdzību un uzlabot pieejamību. Latvijai jāturpina integrēt šīs prakses, vienlaikus attīstot vienotu veselības datu telpu un vienkāršotu pārvaldību. Ilgtermiņā vislielāko ietekmi sniegs trīs galveno virzienu – profilakses, digitalizācijas un personāla politikas – sabalansēta stiprināšana, kā arī starpnozaru sadarbība, budžeta plānošanas inovācijas un aktīva dalība ES kopīgo iniciatīvu īstenošanā. Tikai ar kompleksu, uz pierādījumiem balstītu pieeju iespējams nodrošināt veselības sistēmas noturību, pieejamību un taisnīgumu visiem Latvijas iedzīvotājiem.

1. pielikums

Ieteikumu ieviešanas raksturojums

Nr.	Ieteikums	Ieteikuma ieviešanas ietekme	Nepieciešamie finanšu resursi	Laika resurss	Komentārs
1A	Palielināt publisko finansējumu veselības aprūpei	Augsta: nodrošina pieejamību, samazina līdzmaksājumus, uzlabo veselības rezultātus	Augsti: nepieciešami pakāpeniski izdevumu pieaugumi (piemēram, +0,3-0,5 % no IKP gadā)	Vidējā līdz ilgtermiņā (3-7 gadi)	Šīs rekomendācijas ieviešana prasa būtiskus valsts budžeta līdzekļus un fiskālās plānošanas reformas. Lai izvairītos no pēkšņas slodzes uz budžetu, publisko finansējumu vēlams palielināt pakāpeniski (par 0,3-0,5 % no IKP gadā), līdz tas sasniedz 7-8 % no IKP. Tas prasa politisku apņemšanos un vidēja termiņa fiskālos scenārijus, taču nodrošina ilgtermiņa ieguvumus veselības sistēmas noturībai.
1B	Ieviest ilgtspējīgu budžeta plānošanu veselības aprūpē (piemēram, daudzgadu budžeti, rādītājos balstīta plānošana, fiskālā ietekmes modelēšana)	Vidēja līdz augsta: uzlabo caurskatāmību, paredzamību un efektivitāti, kalpo kā pamats strukturālām reformām un sabalansētai izaugsmei	Zemi līdz mēreni: nav nepieciešami lieli tiešie izdevumi; vajadzīgi dati, ekspertīze, politiskā griba un starpnozaru koordinācija	Īstermiņā: 1-2 gadi sagatavošanai un pilotprojektiem. Pilnīga ieviešana – vidējā termiņā (3-5 gadi)	Ieviešanu var sākt ar ierobežotiem resursiem, piemēram, testējot daudzgadu budžetus noteiktās jomās. Lai gan mehānismi nav dārgi, tie prasa ekspertīzi un politisku apņemību. Pakāpeniska ieviešana ļautu stiprināt caurskatāmību un veidot pamatu ilgtspējīgai veselības finansēšanai bez pēkšņām fiskālām svārstībām.

2	Ieviest līdzmaksājumu griestus un paplašināt pakalpojumu grozu	Augsta: samazina finanšu barjeras, mazina nevienlīdzību	Mēreni līdz vidēji: atkarīgs no pakalpojumu groza paplašinājuma apjoma; nepieciešami aprēķini par ietekmi uz budžetu	Vidējā termiņā (2-4 gadi)	Griestu sistēmu var ieviest ar mēreniem līdzekļiem, īpaši, ja tā tiek mērķēta konkrētām grupām (piemēram, senioriem vai bērniem). Pilotprojekti ir īstenojami 6-12 mēnešu laikā, izmantojot esošo IT un datu bāzes. Pakalpojumu groza paplašināšanai nepieciešams lielāks finansējums, taču to var veikt pakāpeniski, prioritizējot kliniski efektīvus pakalpojumus. Rekomendācija nodrošina relatīvi ātru ietekmi ar kontrolējamu budžeta slodzi.
3	Attīstīt cilvēkresursu politiku veselības aprūpē	Augsta: uzlabo pakalpojumu kvalitāti, pieejamību, mazinot speciālistu trūkumu	Augsti: konkurētspējīgs atalgojums, stipendijas, reģionālās programmas	Vidējā līdz ilgtermiņā (3-6 gadi)	Personāla politikas reformas prasa ilgtermiņa ieguldījumus (piemēram, algu celšana, jauno speciālistu piesaiste), taču atsevišķi mērķēti pasākumi – kā prēmiju sistēmas reģionos, mentoringi vai stipendijas – iespējami ar salīdzinoši nelieliem resursiem un dod rezultātus 8-12 mēnešu laikā. Lai gan būtiskas pārmaiņas prasa 2-5 gadus, šie soļi var būt motivējoši un uzlabot noturību jau īstermiņā.
4	Palielināt profilakses pasākumu īpatsvaru un veicināt veselības pratību	Vidēja līdz augsta: samazina slimību izplatību, ilgtermiņā mazina izmaksas	Zemi līdz mēreni: nepieciešamas mērķētas sabiedrības informēšanas kampaņas (t.sk. skolu veselības izglītības programma), skrīninga un prevencijas programmas	Īstermiņā (1-2 gadi) – iespējams sākt uzreiz	Profilakses jomas stiprināšanai nepieciešami papildu ieguldījumi, taču daudzas aktivitātes (piemēram, sabiedrības informēšana, veselības pratības kampaņas vai skrīninga pieejamības uzlabošana) iespējamas ar salīdzinoši nelieliem resursiem. Šie pasākumi var tikt ieviesti 6-12 mēnešu laikā un sniedz redzamu sabiedrības ieguvumu, īpaši ilgtermiņā – samazinot hospitalizācijas un hronisko slimību slogu.
5	Uzlabot datu pārvaldību un veidot vienotu veselības datu telpu	Vidēja: uzlabo lēmumu pieņemšanu, efektivitāti, uzraudzību	Mēreni: IT sistēmu attīstība, speciālistu apmācība, datu kvalitātes uzlabošana	Vidējā termiņā (2-4 gadi)	Datu pārvaldības pilnveide un vienotas veselības datu telpas izveide prasa vidēja termiņa ieguldījumus un starpinstitutionālu sadarbību, taču sākotnēji iespējams uzlabot esošo datu kvalitāti, analītikas jaudas un caurskatāmību ar mēreniem resursiem. Ar mērķtiecīgu pieeju iespējams redzams progress 12-18 mēnešu laikā – tas stiprina lēmumu pieņemšanu un veido pamatu pierādījumos balstītai politikai.



DR. JĀNIS VĒTRA
LATVIJAS JAUNO ĀRSTU ASOCIĀCIJAS
VALDES PRIEKŠSĒDĒTĀJS

**IEGULDĪJUMU IETEKME UZ
ĀRSTNIECĪBAS KVALITĀTI UN
CILVĒKRESURSU NOTURĪBU**

Veselība ir sabiedrības un valsts labklājības pamats. Tā nav tikai individuāla vērtība, bet gan stratēģiska investīcija nācijas drošībā, ekonomiskajā izaugsmē un vispārējā noturībā. Ieguldījumi veselībā un labklājībā ir ilgtspējīgas attīstības dzinējspēks, kas nodrošina visaugstāko sasniedzamo veselības standartu ikvienam, veicinot sociālo, ekonomisko un vides ilgtspēju. Ir steidzami un mērķtiecīgi jārīkojas, lai risinātu pieaugošās sabiedrības veselības, nevienlīdzības, ekonomikas un vides problēmas, lai tādējādi nodrošinātu ilgtspējīgu attīstību un veselību pašreizējām un nākamajām paaudzēm. Esošā ieguldījumu politika, kas balstās uz "ierasto praksi", nav ilgtspējīga, radot augstas izmaksas indivīdiem, ģimenēm, kopienām, sabiedrībai, ekonomikai un planētai.

Latvijas situācija šajā kontekstā ir īpaši satraucoša. Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklis ir būtiski sliktāks nekā citās Eiropas Savienības (ES) valstīs. Latvijas iedzīvotāji veselīgi nodzīvo visīsāko laiku ES, un tas ir par 17 gadiem īsāks laiks nekā ES valstīs ar vislabākajiem rādītājiem. Medicīniski novēršamā mirstība Latvijā 2022. gadā vairāk nekā divas reizes pārsniedza ES vidējo rādītāju.¹

Lai arī pēdējo desmit gadu laikā veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju Latvijā ir ievērojami palielinājušies, tie joprojām ir ievērojami zemāki par ES vidējo rādītāju². Hroniski zemais finansējums ir radījis nopietnas strukturālas problēmas, kas ietekmē gan cilvēkresursu piesaisti un noturību, gan pakalpojumu pieejamību. Latvijā problēmas veselības aprūpē joprojām ir sistemātiskas: ierobežots finansējums, nepietiekams cilvēkresursu nodrošinājums, pieejamības plaisa starp reģioniem un novecojusi infrastruktūra³.

Eiropas Komisija uzsvērusi Latvijas nespēju nodrošināt Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2021.-2027. gadam paredzēto – valsts finansējums veselības aprūpei 2027. gadā jāsasniedz 6 % no iekšzemes kopprodukta (IKP). Latvijas valdība prognozējusi, ka veselības aprūpes finansējums 2028. gadā būs tikai 4,1 % no IKP.⁴ Šīs nodaļas mērķis līdz ar to ir analizēt, kā ieguldījumi veselības aprūpes nozarē ietekmē ārstniecības kvalitāti un cilvēkresursu noturību.

¹ Eurostat. April 2025. *Preventable and treatable mortality statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics

² OECD. 20.01.2024. *Latvija: Valsts veselības profils*. https://www.oecd.org/lv/publications/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1.html

³ *Ibid.*

⁴ Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība. 02.07.2025. *Informācija plašsaziņas līdzekļiem*. <https://www.lvsada.lv/?p=5047>

1. KAS IR KVALITĀTĪVA VESELĪBAS APRŪPE?

Veselības aprūpes kvalitāte ir daudzdimensionāls jēdziens, kas aptver gan klīniskos rezultātus, gan pacientu drošību, gan sabiedrības uzticēšanos veselības aprūpes sistēmai. Pasaules Veselības organizācija (PVO) kvalitāti definē kā veselības aprūpes pakalpojumu spēju palielināt iespēju sasniegt vēlamos veselības rezultātus, balstoties uz aktuālām profesionālām zināšanām un cilvēkcentrētu pieeju.⁵

Augsti kvalitatīva veselības aprūpe, kas balstīta pierādījumos un profesionālās zināšanās, ir būtisks priekšnoteikums ne tikai indivīda labklājībai, bet arī sabiedrības sociāli ekonomiskajai attīstībai. Kvalitatīvai aprūpei jābūt efektīvai, drošai un cilvēkcentrētai. Tāpat kvalitatīvi pakalpojumi tiek raksturoti ar savlaicīgumu, pieejamību, savstarpēju integrētību un efektivitāti. Tikai ar atbilstošu, motivētu un atbalstītu veselības aprūpes personālu ir iespējams nodrošināt šos kvalitātes kritērijus.

Kvalitātes dimensijas tiek iedalītas trīs galvenajās kategorijās:

- **klīniskā kvalitāte**, kas ietver atbilstošu ārstēšanas metožu lietojumu, pierādījumos balstītas vadlīnijas un ārstēšanas efektivitāti;
- **pacienta pieredze**, kas aptver komunikāciju ar personālu, iekļaušanu lēmumu pieņemšanā, cieņpilnu attieksmi un psiholoģisko komfortu;
- **sistēmiskie faktori**, tostarp pieejamība, koordinācija starp aprūpes līmeņiem, infrastruktūra un informācijas tehnoloģiju atbalsts.⁶

Latvijā kvalitatīvas veselības aprūpes pamats tiek veidots, balstoties uz ārstniecības iestāžu atbilstību valsts noteiktajām prasībām, ārstniecības personu profesionālo kvalifikāciju, ārstēšanas metodēm, kā arī medikamentu un tehnoloģiju drošumu.⁷

Tomēr arī labi izstrādātas sistēmas nevar garantēt kvalitāti, ja trūkst būtiska faktora – kvalificēta, motivēta un atbalstīta personāla. Kā uzsver arī Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (OECD), Latvijā novērojamas būtiskas atšķirības starp iestādēm un reģioniem, kā rezultātā kvalitatīva aprūpe ne vienmēr ir vienlīdz pieejama visiem iedzīvotājiem.⁸

Kvalitātes novērtēšana veselības aprūpē tiek veikta, izmantojot dažādus rādītājus – gan objektīvus (piemēram, komplikāciju biežums, atkārtotas hospitalizācijas, infekciju rādītāji, mirstība), gan subjektīvus (pacientu apmierinātības aptaujas, komunikācijas kvalitāte).

⁵ World Health Organization. 2023. *Quality of care*. <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>

⁶ OECD. 07.11.2023. *Health at a glance 2023: OECD indicators*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html

⁷ Veselības ministrija. 2023. *Veselības aprūpes kvalitātes vadības metodika*. <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-kvalitate-un-drosiba-0>

⁸ OECD. 20.01.2024. *Latvija: Valsts veselības profils*. https://www.oecd.org/lv/publications/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1.html

Mūsdienu pieejas arvien vairāk uzsver nepieciešamību sistemātiski iekļaut pacientu balsi kā kvalitātes kritēriju.

Būtiska kvalitātes komponente ir arī izmaksu efektivitāte – spēja sasniegt labus rezultātus par saprātīgām izmaksām. OECD ziņojumos uzsvērts, ka nepietiekami ieguldījumi infrastruktūrā, tehnoloģijās vai cilvēkresursos var būtiski ietekmēt kvalitāti, jo aizkavē agrīnu diagnostiku, paildzina ārstēšanas uzsākšanu vai noved pie nevajadzīgām komplikācijām.⁹

Tādējādi kvalitatīva veselības aprūpe nav tikai medicīnas darbinieku profesionāls pienākums – tā ir visas veselības sistēmas funkcionēšanas rezultāts, kur ieguldījumi, pārvaldība, cilvēkresursi un pacients ir vienā *veselumā* saistīti elementi.

2. IEGULDĪJUMU IETEKME UZ ĀRSTNIECĪBAS KVALITĀTI

Ārstniecības kvalitāte ir veselības aprūpes sistēmas stūrakmens, un ilgtspējīgi ieguldījumi ir tas, kas nodrošina ne tikai teorētiski augstus standartus, bet arī reālu, ikdienā pieredzamu pacientu drošību un efektīvu aprūpi. Kvalitātes standarti Latvijā ir noteikti virknē normatīvo aktu, piemēram, Ārstniecības likumā un Pacientu tiesību likumā, ietverot arī ES prasības. Tomēr normatīvais ietvars vien bez atbilstoša finansējuma nespēj garantēt kvalitāti.

Sabiedrības veselības rādītāji ir cieši saistīti ar valsts nodrošināto finansējumu veselības aprūpei. Mirstība no medicīniski novēršamiem cēloņiem Latvijā ir vairāk nekā divas reizes augstāka nekā vidēji Eiropā (186 pret 92 – standartizētais mirstības rādītājs uz 100 000 iedzīvotājiem 2020. gadā).¹⁰ Latvijā 2023. gadā nomira 9008 cilvēki, kuru nāves bija profilaktiski un medicīniski novēršamas.¹¹

Publiskā finansējuma būtiskas atšķirības jau ilgstoši pastāv starp Latviju un Rietumeiropas valstīm. Aizvadītajos gados Latvijas rādītāji būtiski atpaliek arī no, piemēram, Igaunijas un Lietuvas, kur veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju ir 1684 eiro un 1211 eiro, bet Latvijā tikai 944 eiro.¹²

⁹ OECD. 23.02.2023. *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience*. https://www.oecd.org/en/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_1e53cf80-en.html

¹⁰ OECD. 20.01.2024. *Latvija: Valsts veselības profils*. https://www.oecd.org/lv/publications/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1.html

¹¹ Slimību profilakses un kontroles centrs. 2024. *Novēršamā mirstība, statistika*. https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/AVMOR010_Noversama_mirstiba_dzimumi.px/

¹² Veselības ministrija. 03.09.2025. Budžeta taupības apstākļos veselības aprūpe nedrīkst kļūt par upuri politiskām un populistiskām spēlēm. *LV portāls*. <https://lvportals.lv/dienaskartiba/378124-h-abu-meri-budzeta-taupibas-apstaklos-veselibas-aprupe-nedrikst-klut-par-upuri-politiskam-un-populistiskam-spelem-2025>

2.1. PIEEJAMĪBA UN SAVLAICĪGUMS

Finansējuma apjoms tieši ietekmē veselības aprūpes pieejamību un savlaicīgumu, kas ir fundamentāli kvalitātes rādītāji. Latvijā vairāk nekā katrs desmitais pieaugušais ziņo par neapmierinātām medicīniskās aprūpes vajadzībām finansiālu šķēršļu, gaidīšanas rindu vai attāluma dēļ.¹³ Pakalpojumu ierobežotais kvotu apjoms veicina ilgu gaidīšanas laiku un paaugstinātus pacientu tiešos maksājumus, kas ierobežo veselības aprūpes pieejamību. Šādas problēmas liecina par sistēmas nepilnībām, kas tieši ietekmē pacientu veselības iznākumus. Pēc Covid-19 pandēmijas izvērtējuma PVO norāda, ka lielāks gultasvietu skaits un augstāks mediķu blīvums slimnīcās ietekmē veselības aprūpes sistēmas absorbcijas spējas, spēj nodrošināt augstāku pieejamību pakalpojumiem un ir saistīts ar labākiem veselības iznākumiem.¹⁴

Nepietiekama finansējuma dēļ rodas garas rindas pie speciālistiem un uz izmeklējumiem, kas noved pie novēlotas slimību diagnostikas un ārstēšanas. Aprūpes laicīga nesaņemšana rada augstas izmaksas cilvēkiem un veselības sistēmām. Īpaši tas ir attiecināms krīzes situācijām, kad, piemēram, 2020. gadā un 2021. gadā vidēji vairāk nekā piektā daļa cilvēku 22 OECD valstīs ziņoja par neapmierinātām medicīniskās aprūpes vajadzībām pandēmijas pirmo 12 mēnešu laikā.¹⁵

2.2. INFRASTRUKTŪRAS UN MEDICĪNISKO TEHNOLOĢIJU MODERNIZĀCIJA

Kvalitatīva ārstniecība nav iedomājama bez atbilstošas un modernas infrastruktūras, kā arī jaunākajām medicīniskajām tehnoloģijām.

- **Mūsdienīga infrastruktūra un aprīkojums:** Hroniski nepietiekams finansējums nozīmē, ka slimnīcās bieži vien trūkst līdzekļu infrastruktūras modernizācijai un novecojušu iekārtu nomaiņai. Tas ietekmē diagnostikas precizitāti un ārstēšanas iespējas. Latvijas ārstniecības iestāžu infrastruktūra daudzviet ir novecojusi – tiek lietotas iekārtas, kas neatbilst mūsdienu prasībām, apdraudot pacientu drošību.¹⁶
- **Digitālā transformācija un datu pieejamība:** Tehnoloģiju attīstība piedāvā milzīgu potenciālu veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanai reģionos. Tomēr veselības sektors pilnībā neizmanto digitalizācijas potenciālu, un datu infrastruktūra arvien ir sadrumstalota. Datu pieejamība un savlaicīgums uzlabojas, ir ieviestas jaunas tehnoloģijas datu pieejamības, koplietošanas un privātuma uzlabošanai.

¹³ OECD. 20.01.2024. *Latvija: Valsts veselības profils*. https://www.oecd.org/lv/publications/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1.html

¹⁴ OECD. 23.02.2023. *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience*. https://www.oecd.org/en/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_1e53cf80-en.html

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ OECD. 20.01.2024. *Latvija: Valsts veselības profils*. https://www.oecd.org/lv/publications/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1.html

Telemedicīna ir kļuvusi par pozitīvu transformāciju, palielinot tiešsaistes vai tālruna medicīnisko konsultāciju īpatsvaru. Lielākas investīcijas datu infrastruktūrā ir būtiskas, lai uzlabotu veselības sistēmu noturību. Latvijas veselības aprūpē kvalitatīvu datu trūkums pagaidām būtiski traucē pieņemt informētus lēmumus.

2.3. VESELĪBAS NEVIENLĪDZĪBAS MAZINĀŠANA

Mērķtiecīgas publiskās investīcijas ir būtiskas veselības nevienlīdzības mazināšanā. Sociālekonomiskie trūkumi, piemēram, bezdarbs, zemāki ienākumi vai izglītības trūkums, ir saistīti ar sliktu veselību un veicina neveselīgu uzvedību. Slikta veselība savukārt ir saistīta ar ilgstošiem nelabvēlīgiem sociālekonomiskiem faktoriem, piemēram, lielāku bezdarba risku vai zemākas kvalifikācijas darba vietām.¹⁷

Vides veselības riski saasina nevienlīdzību valstu starpā un valstu iekšienē, jo zemākas sociālekonomiskās grupas parasti ir vairāk pakļautas vides apdraudējumiem un tām ir ierobežotākas iespējas tos mazināt. Investīcijas tādos pakalpojumos, kas palīdz novērst slimības un uzlabot veselību, labklājību un noturību visā populācijā, veicinās veselības nevienlīdzības mazināšanu un samazinās novēršamu slimību izmaksas.

2022. gadā tikai puse Latvijas iedzīvotāju (50 %) norādīja, ka viņiem ir laba veselība, kas ir daudz zemāks rādītājs nekā vidēji ES (68 %). Jānorāda, ka par labu veselību ziņoja 71 % iedzīvotāju augstākajā ienākumu kvintilē, turpretim zemākajā ienākumu kvintilē tie bija tikai 30 % iedzīvotāju. Latvijā saglabājās augsts personīgo aprūpes izdevumu (*out-of-pocket*) īpatsvars – 27 %, kas ir gandrīz divreiz vairāk nekā vidēji ES (15 %).¹⁸

Bez finansiālas aizsardzības cilvēki var būt spiesti izvēlēties starp veselības aprūpi un citām pamatvajadzībām, kas var padziļināt nabadzību, pasliktināt veselību un labklājību, kā arī vēl vairāk pastiprināt nevienlīdzību.

3. CILVĒKRESURSI KĀ KVALITĀTES PRIEKŠNOTEIKUMS

Kvalificēts veselības aprūpes personāls ir izšķiroši svarīgs elements veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanā. Nav iespējams runāt par pacientu drošību, efektīvu ārstēšanu un savlaicīgu aprūpi, ja trūkst cilvēkresursu vai ja esošais personāls saskaras ar izdegšanu, pārmērīgu noslodzi un nepietiekamu atbalstu. Veselības aprūpes kvalitāte un cilvēkresursu kapacitāte ir savstarpēji saistīti jēdzieni: bez motivēta un profesionāli attīstīta personāla veselības sistēma nevar funkcionēt ilgtspējīgi.

¹⁷ Dyakova, M., et al. 2017. *Investment for health and well-being: A review of the social return on investment from public health policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

¹⁸ OECD. 20.01.2024. *Latvija: Valsts veselības profils*. https://www.oecd.org/lv/publications/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1.html

Vairāki faktori samazina veselības aprūpes darbinieku skaitu: (I) veselības aprūpes darbinieku, jo īpaši ārstu un māsu, novecošana; (II) palielināta iekšējā mobilitāte no lauku apvidiem uz pilsētām un no valsts uz privāto sektoru; (III) palielināta ārstu un medmāsu starptautiskā migrācija; (IV) palielināta veselības aprūpes darbinieku aizplūšana prom no nozares, ko galvenokārt izraisa slikti darba apstākļi un slikta psihiskā veselība.¹⁹

Latvijā ārstniecības personu nodrošinājums uz 1000 iedzīvotājiem ir tikai 7,3 (pretstatā ES vidējam rādītājam – 12,1), un māsu skaits ir mazākais starp OECD valstīm²⁰. Māsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā ir tikai 4,2 (OECD vidēji – 9,2), savukārt ārstu skaits ir 3,4, kamēr OECD vidēji 3,7.²¹ Šie skaitļi atspoguļo ilgstošu veselības aprūpes jomas nepietiekamu finansējumu, kā arī vāju personāla noturības politiku.

Lai arī liela daļa no Latvijā praktizējošiem ārstiem ir pensijas vai pirmspensijas vecumā, vienlaikus jaunie ārsti Latvijā veido pieaugošu īpatsvaru – ārsti vecumā līdz 35 gadiem veido 22,6 % no kopējā ārstu skaita, kas ir vairāk nekā ES vidēji (20,2 %).²² Tas liecina par potenciālu daļēji atjaunot cilvēkresursus, ja vien tiek nodrošināti pienācīgi darba apstākļi, izglītības iespējas un karjeras attīstības perspektīvas.

Eiropas Junioru ārstu asociācija savā ziņojumā uzsver, ka nepietiekams cilvēkresursu nodrošinājums, pārmērīgs darba apjoms un vāja profesionālā atbalsta sistēma rada ne tikai izdegšanu, bet arī apdraud klīniskās izglītības kvalitāti un pacientu aprūpes drošumu.²³

Lai noturētu speciālistus, īpaši reģionos, jāveido mērķtiecīga cilvēkresursu plānošana, ietverot gan rezidentūras vietu sadali, gan pārklājuma principus, kas atbilst reālām veselības aprūpes vajadzībām. Vienlaikus būtiski ir arī ieguldījumi tālākizglītībā – Latvijā ārsti lielā mērā paši finansē savu kvalifikācijas uzturēšanu, kamēr citās ES valstīs šis process bieži tiek atbalstīts valsts līmenī.

Satraucošu situāciju Latvijā atklāj arī Latvijas Jauno Ārstu asociācijas aptaujās, kur gandrīz puse respondentu norādījuši, ka ir saskārušies ar vardarbību darba vidē vai bijuši tās liecinieki.²⁴ Darba vides uzlabošana – tostarp drošības, psihoemocionālā atbalsta, darba un privātās dzīves līdzsvara jautājumi – kļūst par arvien svarīgāku faktoru ne tikai jauno speciālistu piesaistei, bet arī pieredzējušo darbinieku noturēšanai. PVO Bukarestes

¹⁹ Maniscalco, L., et al. 2024. Intention to leave, depersonalisation and job satisfaction in physicians and nurses: A cross-sectional study in Europe. *Scientific Reports*. 2024 Jan 28;14(1):2312.

²⁰ World Health Organization. 2025. *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.

²¹ OECD. 07.11.2023. *Health at a glance 2023: OECD indicators*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html

²² OECD. 20.01.2024. *Latvija: Valsts veselības profils*. https://www.oecd.org/lv/publications/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1.html

²³ European Junior Doctors Association. 12.11.2022. *Policy on health workforce*.

²⁴ Klēšmite-Blūma, A. 2024. Kas notur jaunus ārstus profesijā. *Medicus Bonus*. Nr. 70, 18-23.

deklarācijā izcelta darba vides nozīme veselības darbinieku labbūtībā un profesionālajā attīstībā.²⁵

Cilvēkresursu attīstības stratēģijās jāiekļauj arī tādi aspekti kā caurviju prasmes – komunikācija, vadība, kvalitātes vadība, digitālās prasmes. Šīs prasmes ir būtiskas ne tikai aprūpes kvalitātes celšanai, bet arī veselības sistēmas pielāgošanās spējai mainīgajiem apstākļiem, kā to spilgti ilustrēja Covid-19 pandēmijas izaicinājumi.

4. IEGULDĪJUMU IETEKME UZ CIVĒKRESURSU NOTURĪBU

Ieguldījumiem veselības aprūpes nozarē ir tieša un būtiska ietekme uz cilvēkresursu noturību. Ieguldījumi cilvēkresursu attīstībā – apmācībā, tālākizglītībā, darba vides uzlabošanā – stiprina personāla motivāciju, samazina izdegšanu un uzlabo aprūpes kvalitāti.

Konkurētspējīgs atalgojums ir galvenais faktors speciālistu piesaistei un noturēšanai. Ilgstoši zems atalgojums, īpaši aprūpes personālam, salīdzinājumā ar citām ES valstīm, veicina tā dēvēto “smadzeņu aizplūšanu”. Latvija ilgstoši ir bijusi “donorvalsts”, lielākoties Vācijai, Lielbritānijai, Norvēģijai u. c. Nepietiekams finansējums negatīvi ietekmē veselības aprūpes darbinieku atalgojumu, profesionālo attīstību un motivāciju.

Kā viens no mehānismiem, lai Latvijā noturētu jaunos ārstus, ir izveidotā represīvā sistēma, kas pēc speciālista sertifikāta iegūšanas paredz piespiedu darbu publiskajā sektorā. Norma paredz, ka personai, kuras apmācība rezidentūrā finansēta no valsts budžeta līdzekļiem, piecu gadu laikā pēc rezidentūras beigšanas trīs gadus atbilstoši normālajam darba laikam ir jābūt darba tiesiskajās attiecībās attiecīgajā specialitātē. Ja persona pēc rezidentūras beigšanas nepilda šos nosacījumus, no ārsta tiek pieprasīts valstij atmaksāt rezidenta apmācībai izlietos valsts budžeta līdzekļus. Latvijas Jauno Ārstu asociācija un Eiropas Jauno ārstu asociācija atkārtoti norādījusi, ka šāda prakse pārkāpj ES direktīvas par profesionālajām kvalifikācijām un pilsoņu tiesībām: jauno ārstu piespiešana strādāt noteiktās vietās grauj viņu autonomiju, ierobežo viņu spēju pieņemt lēmumus par savu profesionālo ceļu un personīgo dzīvi. Šī prakse var izraisīt aizvainojumu un neapmierinātību, negatīvi ietekmējot viņu sniegumu un pacienta aprūpi. Latvijā nepieciešams atcelt atstrādes prasību, un tās vietā veidot medicīnas personāla brīvprātīgu piesaisti darbam publiskajā sektorā, kas pamatā ietver finansiālus stimulus, uzlabotus darba apstākļus un uzraudzītu klīnisko iekārtošanu darbā.

²⁵ World Health Organization. 2023. *Bucharest declaration on health and care workforce*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Aizvadīto gadu (2021–2023) ieguldījumi Latvijas veselības aprūpē ir nozīmīgs faktors, kāpēc Latvijas jaunie ārsti ikgadējā aptaujā ar lielāku pārliecību norāda, ka plāno savu profesionālo karjeru veidot Latvijā. Laikā no 2020. līdz 2024. gadam vidēji 52 % jauno ārstu norādīja, ka ir pārliecināti par vēlmi palikt Latvijā, bet 2025. gada sākumā veiktajā aptaujā to norāda jau 65,2 % respondentu.²⁶ Jaunajiem veselības aprūpes profesionāļiem ir svarīgi, lai ieguldījumi veselības aprūpē turpinātos un tuvinātos Eiropas un OECD vidējiem rādītājiem.

Investīcijas veselības aprūpes speciālistu izglītībā un apmācībā dod ieguldījumu nākotnes veselības aprūpes kvalitātē. Lai nodrošinātu augsti kvalificētus speciālistus, nepieciešams modernizēt rezidentūras programmas un tālākizglītības iespējas. Tas nozīmē, ka rezidentūras programmām jāatbilst starptautiskajiem standartiem (Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības UEMS noteiktās minimālās prasības) un apmācībai jāparedz nepieciešamais finansējums. Uz šī brīža veselības aprūpes trūkumu rēķina nedrīkst ierobežot ieguldījumus speciālistos, kuri rūpēsies par nākotnes pacientu veselību.

Lai nodrošinātu personāla noturību un spēju pielāgoties mainīgajām prasībām, ir jāinvestē nepārtrauktā profesionālajā pilnveidē un jauno tehnoloģiju apguvē.

Ārstniecības personāla labbūtība un droša darba vide ir tikpat svarīga kā atalgojums, lai nodrošinātu personāla noturību. Hronisks stress un pārslodze, ko ārsti bieži piedzīvo, var izraisīt izdegšanu un samazināt darba efektivitāti. Ir būtiski ieviest psiholoģiskā atbalsta programmas, mentoringa sistēmas un citus pasākumus izdegšanas profilaksei. Ir jāveicina droša darba vide, kas novērš vardarbības riskus no pacientiem vai kolēģiem. Medicīnas personālam ir jābūt aizsargātam savā darbavietā.

Kā viens no risinājumiem cilvēkresursu noturības stiprināšanai ir pasākumi, kas palielina ierobežotā skaitā pieejamo veselības aprūpes darbinieku efektivitāti veselības aprūpes sistēmā, piemēram, pārstrukturējot veselības aprūpes pakalpojumus, izmantojot digitālās veselības tehnoloģijas un pārdefinējot komandas un prasmju kopumu, lai palielinātu katras darbības pievienoto vērtību.

²⁶ Latvijas Jauno ārstu asociācija. 2025. *Latvijas Jauno ārstu asociācijas biedru aptauja 2024./2025.*

5. STRATĒĢISKĀS INVESTĪCIJU JOMAS LATVIJĀ: KO DARĪT UN KO SAGaidĪT?

Ir skaidrs, ka pašreizējais veselības aprūpes finansējuma līmenis Latvijā nav pietiekams, lai ilgtermiņā nodrošinātu sistēmas noturību, pieejamību un kvalitāti.

Ir nepieciešamas pārmaiņas sabiedrības un lēmumu pieņēmēju domāšanā. Veselības aprūpes finansējums nedrīkst tikt uztverts tikai kā izdevumu ailīte valsts budžetā, ko var pēc nepieciešamības samazināt krīzes brīžos. Gluži pretēji, tas ir jāuztver kā stratēģiska un nepieciešama investīcija valsts ilgtermiņa attīstībā un noturībā. Šī investīcija nodrošina ne tikai labāku dzīves kvalitāti ikvienam indivīdam, bet arī stiprina valsts ekonomiku un drošību.

5.1. SKAIDRA STRATĒĢIJA UN MĒRĶU DEFINĒŠANA

Jebkurai investīciju programmai jābūt balstītai uz skaidru ilgtermiņa stratēģiju ar definētiem, izmērāmiem un sasniedzamiem mērķiem. Veselības ministrijas (VM) plānos ir uzsvērtā nepieciešamība nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, kā arī stiprināt cilvēkresursus. Tomēr šie mērķi jāsaista ar konkrētiem finanšu resursiem un laika grafikiem.

- **Mērķu izmērāmība:** Skaidri definēti mērķi, piemēram, samazināts gaidīšanas laiks uz konkrētām procedūrām, palielināts ārstu skaits reģionos vai uzlaboti pacientu veselības iznākumi ļauj novērtēt investīciju efektivitāti.
- **Prioritāšu noteikšana:** Stratēģijai jānosaka skaidras prioritātes, piemēram, primārās aprūpes stiprināšana, digitālā transformācija vai personāla atalgojuma paaugstināšana, lai nodrošinātu, ka resursi tiek novirzīti tur, kur tie sniegs vislielāko labumu.

Lai veidotu sabiedrības uzticēšanos, ir nepieciešama neatkarīga finansējuma izlietojuma uzraudzība un regulāra, publiska atskaitīšanās. Efektīva finansējuma izmantošana prasa augstas kompetences gan iepirkumu procesos, gan projektu vadībā. Lielu investīciju projektu (piemēram, jaunu slimnīcu būvniecība vai dārgu medicīnas iekārtu iegāde) gadījumā ir būtiski nodrošināt profesionālus un caurskatāmus iepirkumus, kas garantē labāko vērtību par naudu un novērš korupcijas riskus. Jāstiprina projektu vadības spējas veselības aprūpes iestādēs un ministrijā, lai nodrošinātu, ka projekti tiek īstenoti laicīgi, budžeta ietvaros un ar paredzēto kvalitāti.

Sabiedrības un profesionālo organizāciju iesaiste lēmumu pieņemšanā un uzraudzībā veicina uzticēšanos un nodrošina, ka investīcijas atbilst reālajām vajadzībām. Regulāras konsultācijas ar pacientu organizācijām, medicīnas profesionālajām apvienībām un

citām ieinteresētajām pusēm palīdz identificēt prioritātes un risināt problēmas. Vienlaicīgi ir jānodrošina efektīvi atgriezeniskās saites mehānismi, lai pacienti un medicīnas darbinieki varētu sniegt savu viedokli par pakalpojumu kvalitāti un sistēmas darbību.

Ilgspējīgu ieguldījumu principi paredz ne tikai finanšu pieaugumu, bet arī mērķtiecīgu un uz pierādījumiem balstītu līdzekļu sadali. PVO uzsver, ka ieguldījumiem jābūt taisnīgiem, efektīviem un orientētiem uz veselības rezultātiem.²⁷ Tāpat nepieciešama pārvaldības kvalitātes uzlabošana – skaidri mērķi, izvērtējami rezultāti un iedzīvotāju uzticības veidošana.

Lai nodrošinātu veselības aprūpes noturību un kvalitāti, Latvijai nepieciešams:

- mērķtiecīgi palielināt publisko finansējumu veselības aprūpei līdz vismaz 6 % no IKP;
- stabilizēt cilvēkresursu politiku: prognozēt, sagatavot, noturēt;
- attīstīt kvalitatīvu rezidentūras un tālākizglītības sistēmu;
- nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pārklājumu visos reģionos;
- veicināt sadarbību starp nozaru institūcijām, pacientu organizācijām un profesionālajām biedrībām.

5.2. VESELĪBA KĀ CILVĒKKAPITĀLS UN EKONOMISKĀS IZAUGSMES DZINĒJSPĒKS

Veselība ir primārais cilvēkkapitāla balsts. Vesela, aktīva un produktīva sabiedrība ir jebkuras ekonomikas un valsts pamats. Investīcijas veselībā veicina cilvēkkapitāla pieaugumu, uzlabo darbaspēka produktivitāti un aktivitāti.

PVO norāda, ka investīcijas veselībā tieši veicina ekonomisko izaugsmi, radot darbavietas, attīstot prasmes, veidojot infrastruktūru, iepērkot iekārtas un tehnoloģijas, nodrošinot sakarus un loģistiku, kā arī palielinot nodokļu un sociālās apdrošināšanas iemaksas. Tas viss kopā veido konkurētspējīgus medicīnas pakalpojumus un veicina tehnoloģiskās inovācijas. Šāda divvirzienu saikne starp cilvēku veselību un ilgtspējīgu attīstību ir sarežģīta, tomēr neapstrīdama – investējot veselībā, mēs veicinām sociālo, ekonomisko un vides ilgtspēju.

Politika, kas nav gatava pēc būtības izvirzīt veselību kā prioritāti, nav ilgtspējīga un rada augstas izmaksas indivīdiem, ģimenēm, kopienām, sabiedrībai, ekonomikai un planētai.

²⁷ Dyakova, M., et al. 2017. *Investment for health and well-being: A review of the social return on investment from public health policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

5.3. VESELĪBAS APRŪPE KĀ NACIONĀLĀS DROŠĪBAS UN NOTURĪBAS PĪLĀRS

Mūsdienu pasaulē valsts drošība vairs nav tikai militārais spēks. Tā ir visaptveroša koncepcija, kuras centrā ir sabiedrības noturība un tās spēja izturēt dažādus šokus – sākot no ekonomiskām krīzēm un dabas katastrofām līdz pat pandēmijām un militāriem konfliktiem. Veselības aprūpes sistēma ir šīs *noturības* neatņemama sastāvdaļa.

Jaunie ārsti, kuri bieži ir pirmie reaģētāji kritiskās situācijās, ir unikālā pozīcijā, lai identificētu trūkumus mūsu kopējā krīžu gatavībā. Jau iepriekš gūtā pieredze Covid-19 pandēmijas laikā parāda nepieciešamību uzlabot komunikāciju, nodrošināt laicīgu, strukturētu krīzes vadības apmācību un veikt lielākus ieguldījumus veselības aprūpes noturībā.

Covid-19 pandēmija kalpoja kā skarba mācību stunda, izgaismojot, ka veselības sistēmas nebija pietiekami noturīgas pret šokiem, radot katastrofālas sekas gan globālajai ekonomikai, gan sabiedrībai kopumā. OECD uzsver, ka steidzami ir jānodrošina veselības sistēmu gatavība nākotnes satricinājumiem. Pirms pandēmijas veselības sistēmas bija nepietiekami sagatavotas, tās cieta no hroniska personāla trūkuma un nepietiekama finansējuma. Tikai 2,7 % no kopējiem veselības izdevumiem OECD valstīs 2019. gadā tika novirzīti profilaksei, atstājot lielu daļu sabiedrības neaizsargātu.²⁸

Tieši mediķu darbaspēka ierobežojumi pandēmijas laikā izrādījās būtiskāks šķērslis veselības aprūpes nodrošināšanā nekā gultasvietu vai aprīkojuma trūkums. Tas uzsver, ka vesels, apmācīts un noturīgs medicīnas personāls ir valsts stratēģiska nepieciešamība. Kā liecina pieredze, lielāks veselības un sociālās aprūpes darbinieku skaits bija saistīts ar salīdzinoši labākiem rezultātiem krīzes laikā.

Pēc Latvijas Jauno ārstu asociācijas ierosinājuma 2025. gada maijā Eiropas Jauno ārstu asociācijas ģenerālā asambleja pieņēma pozīciju par veselības aprūpes izšķirošo nozīmi Eiropas nākotnei un drošībai. Politikas veidotāji ir aicināti:

- atzīt ieguldījumus veselības aprūpē par stratēģisku prioritāti Eiropas drošībai;
- palielināt finansējumu, lai risinātu kritisko veselības aprūpes darbaspēka un zāļu piegādes trūkumu, kā arī stiprinātu veselības aprūpes infrastruktūru;
- investēt padziļinātās apmācības un krīzes gatavības programmās, tostarp psihiskās veselības un noturības apmācībā visiem veselības aprūpes speciālistiem un administratoriem;

²⁸ OECD. 23.02.2023. *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience*. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_1e53cf80-en.html

- veicināt integrētu sadarbību starp civilo un militāro sektoru, nodrošinot koordinētu reaģēšanu ārkārtas situācijās;
- stiprināt digitālās veselības sistēmas un kiberdrošību, lai aizsargātu pret kiberuzbrukumiem un nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību katastrofu, konfliktu un hibrīddraudu laikā;
- nodrošināt aprūpes nepārtrauktību neaizsargātām grupām krīzes situācijās, izmantojot stingrus protokolus, piekļuvi zālēm un attālinātas aprūpes risinājumus;
- stiprināt pārrobežu sadarbību veselības aprūpes jomā, lai izveidotu noturīgu, adaptīvu un taisnīgu Eiropas veselības savienību.²⁹

5.4. INVESTĪCIJU ATDEVE (SROI) VESELĪBAS APRŪPĒ

Investīciju veselības aprūpē ekonomiskā atdeve ir ievērojama un bieži pārsniedz sākotnējās izmaksas. Šo atdevi mēra ar tādiem rādītājiem kā *Social Return on Investment* (SROI), kas aptver ne tikai finansiālos ieguvumus, bet arī plašāku sociālo vērtību, piemēram, sabiedrības spēju kļūt spēcīgākai, sociālo saliedēšanos un politisko līdzdalību. PVO ziņojums uzsver, ka sabiedrības veselības politikas demonstrē spēcīgu SROI un veicina ilgtspējīgu attīstību. Vietējas un nacionālas sabiedrības veselības intervences ir ārkārtīgi rentablas, nodrošinot 14,3 reizes lielāku atdevi par katru ieguldīto vienību augsta ienākuma valstīs.³⁰

Šīs investīcijas atspoguļojas ne tikai tiešā ekonomiskā izaugsmē, bet arī samazinātās izmaksās, kas saistītas ar slimībām, invaliditāti un priekšlaicīgu mirstību. Piemēram, samazinot slimību slogu, tiek atbrīvoti resursi, ko citādi izmantotu ārstēšanai, un palielinās darbaspējīgā iedzīvotāju skaita produktivitāte.

5.5. MĒRĶTIECĪGA FINANSĒJUMA PALIELINĀŠANA

Saskaņā ar Nacionālo attīstības plānu 2021.–2027. gadam, Latvija apņēmusies mērķtiecīgi palielināt finansējumu veselības aprūpei, tuvinot to ES vidējam rādītājam, stiprināt cilvēkresursu piesaisti un attīstīt digitālos pakalpojumus.³¹ Tomēr līdzšinējā prakse rāda, ka bez ilgtermiņa stratēģijas un politiskas gribas šos mērķus nav iespējams sasniegt.

²⁹ European Junior Doctors Association. 31.05.2025. *Statement on healthcare resilience as a vital strategic component*. <https://www.juniordoctors.eu/blog/healthcare-pillar-european-security-ejds-call-action>

³⁰ Dyakova, M., et al. 2017. *Investment for health and well-being: A review of the social return on investment from public health policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

³¹ Saeimas 2020. gada 2. jūlija paziņojums "Par Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2021.–2027. gadam". 06.07.2020. *Latvijas Vēstnesis*, 127.

Lai nodrošinātu, ka papildu finansējums rada maksimālu atdevi ārstniecības kvalitātes un cilvēkresursu noturības ziņā, ir jākoncentrējas uz vairākām prioritārām jomām:

- **Cilvēkresursi: Atalgojums, apmācība un noturība.**

Galvenās investīcijas ir jānovirza veselības aprūpes darbaspēkam. Tas ietver konkurētspējīga atalgojuma nodrošināšanu, kas samazinātu "smadzeņu aizplūšanu" un piesaistītu jaunus speciālistus. Latvijai, kur ir viens no zemākajiem ārstu un māsu skaitiem uz 1000 iedzīvotājiem ES, šis ir neatliekams solis.

Jāinvestē rezidentūras un tālākizglītības kvalitātes uzlabošanā, lai nodrošinātu atbilstību starptautiskajiem standartiem. Svarīgi ir arī veidot labbūtības programmas un nodrošināt drošu darba vidi, kas mazinātu izdegšanu un veicinātu personāla noturību.

2025. gadā izstrādātā "Veselības darbaspēka attīstības stratēģija 2025–2029" uzsver nepieciešamību uzlabot darba vidi, atalgojumu, profesionālās attīstības iespējas, kā arī veidot līdzsvarotu sadalījumu starp reģioniem.³²

- **Primārā aprūpe un profilakse.**

Investīcijas profilaksē un sabiedrības veselības veicināšanā tiek uzskatītas par nešaubīgi izmaksu efektīvu veidu, kā uzlabot veselību. OECD iesaka papildu investīcijas aptuveni 0,3 % no IKP iedzīvotāju veselības veicināšanā. Stipra primārā aprūpe ir būtiska, lai absorbētu šokus un atgūtos no tiem. Spēcīga profilakses un primārās aprūpes sistēma samazina dārgas hospitalizācijas un atvieglo lielo slimnīcu noslodzi, kas ir īpaši svarīgi krīzes apstākļos.

- **Infrastruktūra un digitālā transformācija.**

Tas ietver digitālo risinājumu (telemedicīna, e-veselība) pilnveidošanu, datu infrastruktūras stiprināšanu un kiberdrošības uzlabošanu. Digitālā transformācija ne tikai uzlabo efektivitāti, bet arī stiprina sistēmas noturību un spēju reaģēt uz krīzēm, nodrošinot savlaicīgu informāciju lēmumu pieņemšanai.

Šajā kontekstā nepieciešama arī regulāra, kvalitatīva datu uzskaitē, lai novērtētu kvalitāti, identificētu trūkumus un plānotu ieguldījumus.³³

- **Krīžu gatavība un noturība.**

Ņemot vērā iedzīvotāju novecošanās izraisīto veselības aprūpes pieprasījuma pieaugumu un nepieredzētos izaicinājumus, ko rada Covid-19 pandēmija, ar klimatu

³² Veselības ministrija. 2025. *Veselības darbaspēka attīstības stratēģija no 2025. gada līdz 2029. gadam*. <https://www.vsm.gov.lv/veselibas-darbaspeka-attistibas-strategija-no-2025gada-lidz-2029gadam-0>

³³ OECD. 23.02.2023. *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience*. https://www.oecd.org/en/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_1e53cf80-en.html

saistītie notikumi, ģeopolitiskā spriedze, pieaugošā pārrobežu migrācija, ir skaidrs, ka mūsu veselības aprūpes sistēmas saskaras ar milzīgu slodzi.³⁴

Sistēmai jābūt gatavai neparedzētiem satricinājumiem. Tas ietver stratēģisko rezervju veidošanu (medicīnas iekārtas, medikamenti), civilo un militāro mediķu sadarbības stiprināšanu, kā arī risku kartēšanu un scenāriju plānošanu.

Baltijas valstu jauno ārstu asociācijas 2025. pavasarī nāca klajā ar kopīgu publisku paziņojumu, aicinot novērst veselības aprūpes darbaspēka un finansējuma kritiskos trūkumus, lai stiprinātu nacionālo drošību un uzlabotu kopējo veselības aprūpes sistēmas noturību, kā arī būtiski paaugstināt ieguldījumus veselības aprūpes darbaspēka apmācībā un infrastruktūrā, lai uzlabotu pielāgošanās spējas kritiskās situācijās.³⁵

6. GALVENĀS ATZIŅAS UN AICINĀJUMS RĪKOTIES

- Latvijas veselības aprūpes finansējums ir nepietiekams – ilgstoši zemāks nekā ES vidēji (2028. gadā prognozēti tikai 4,1 % no IKP pret 6 % mērķi), radot strukturālas problēmas, īpaši cilvēkresursu trūkumu un nevienlīdzīgu pieejamību pakalpojumiem.
- Veselības aprūpes kvalitāte ir cieši saistīta ar ieguldījumiem – nepietiekami resursi noved pie garām rindām, novēlotas diagnostikas un sliktākiem veselības iznākumiem.
- Cilvēkresursu noturība ir apdraudēta – Latvijā ir viens no zemākajiem ārstu un māsu skaitiem OECD, novecojošs personāls un darba vides problēmas.
- Investīcijas veselībā rada augstu sociālo un ekonomisko atdevi – uzlabo produktivitāti, samazina sociālās izmaksas un stiprina nacionālo drošību.
- Latvijā nepieciešams īstenot mērķtiecīgu stratēģiju ar izmērāmiem mērķiem, prioritāšu noteikšanu un caurskatāmu uzraudzību.
- Prioritāri ieguldījumu virzieni: cilvēkresursu atalgojums un attīstība, primārā aprūpe un profilakse, infrastruktūra un digitālā transformācija, krīžu gatavība.
- Kvalitatīva aprūpe nav tikai medicīnas jautājums – tā ir valsts drošības, ekonomikas un sabiedrības noturības komponente.

³⁴ European Junior Doctors Association. 31.05.2025. *Statement on healthcare resilience as a vital strategic component*. <https://www.juniordoctors.eu/blog/healthcare-pillar-european-security-ejds-call-action>

³⁵ Baltijas jauno ārstu asociācijas. 12.03.2025. *Kopīgs Igaunijas, Latvijas un Lietuvas jauno ārstu asociāciju paziņojums par veselības aizsardzību kā daļu no valsts drošības*. <https://www.arstubiedriba.lv/wp-content/uploads/2025/03/Kopigs-pazinojums-no-Igaunijas-Latvijas-un-Lietuvas-jauno-arstu-asociacij...osibas.pdf>

Veselības aprūpes kvalitāte un cilvēkresursu noturība ir savstarpēji saistīti elementi, kas nosaka sistēmas spēju nodrošināt efektīvu, drošu un pieejamu aprūpi visiem iedzīvotājiem. Kvalitatīva aprūpe prasa ne tikai profesionāli sagatavotu personālu un mūsdienīgu infrastruktūru, bet arī pastāvīgus, uz pierādījumiem balstītus ieguldījumus veselības sistēmas attīstībā.

Veselības aprūpe ir balsts valsts drošībai un attīstībai. Tam nepieciešama skaidra ilgtermiņa politika ar konkrētiem rīcības virzieniem un pietiekamu budžeta nodrošinājumu. Tas nodrošinās pamatu valsts tālākai ekonomiskai izaugsmei un konkurētspējai, kā arī cels sabiedrības uzticēšanos valsts institūcijām.

Mērķtiecīga, ilgtspējīga un uz cilvēkiem centrēta politika stiprinās veselības aprūpes sistēmas spēju reaģēt uz sabiedrības vajadzībām, krīzēm un nākotnes izaicinājumiem.



BAIBA ZIEMELE

LATVIJAS PACIENTU ORGANIZĀCIJU TĪKLA
VALDES PRIEKŠSĒDĒTĀJA

**PIEEJAMĪBA UN
UZTICĒŠANĀS KĀ ILGTERMIŅA
IEGULDĪJUMU REZULTĀTS**

Lai gan daudzi cilvēki to neapzinās, veselība ir viens no lielākajiem dārgumiem un drošības garantiem dzīvē. To īpaši izjūt tad, kad kaut kas noiet greizi – notiek kāds negadījums, cilvēks saslimst, un šī visbiežāk ir joma, kurā cilvēki nemācās no citu kļūdām, bet veselību sāk novērtēt tikai tad, kad paši aci pret aci saskaras ar izaicinājumiem to saglabāt vai atjaunot. Dzīvojot demokrātiskā valstī ar augstiem ienākumiem, kāda ir arī Latvija¹, svarīgi, lai valsts palīdzētu cilvēkiem saglabāt un uzturēt veselību atbilstoši starptautiskajām konvencijām un labai praksei, kā arī spētu to regulāri izvērtēt, lai uzlabotu dažādos indikatorus. Pasaules Veselības organizācija joprojām kā optimālāko modeli veselības jomā rekomendē visaptverošu veselības aprūpi², kas nozīmē, ka visiem iedzīvotājiem ir pieejami kvalitatīvi visi nepieciešamie veselības aprūpes pakalpojumi tieši tad un tur, kur tie vajadzīgi, bez lieka finansiālā sloga, un tas aptver visus pamatpakalpojumus veselības jomā visā cilvēka mūžā – no veselības veicināšanas un profilakses līdz ārstēšanai, rehabilitācijai un paliatīvajai aprūpei. Virkne no šiem dokumentiem tiek izmantota ikdienā politikas plānošanā dažādos termiņos³, taču ir vērts paskatīties uz to arī no pacientu perspektīvas veselības pieejamības kontekstā.

PIECAS VESELĪBAS APRŪPES PIEEJAMĪBAS DIMENSIJAS

Izmantosim divas koncepcijas – veselības aprūpes pieejamības dimensiju analīzi un vērtībā balstītas veselības aprūpes pieeju. Veselības aprūpes pieejamībai ir piecas dimensijas (pietiekamība, fiziskā pieejamība, finansiālā pieejamība, atbilstība vajadzībām un pieejamība resursu līmenī)⁴, un to izmanto, lai nostiprinātu universālu veselības aprūpes sistēmu. Vērtībā balstītas veselības aprūpes (*Value-Based Health Care*, VBHC) pieeja vērtē veselības uzlabojumu attiecībā pret izmantotajiem resursiem un pacienta vērtību sistēmā⁵ ar mērķi izvērtēt, vai ieguldījumi sistēmā atsver ieguvumu pacientiem un vai tas pacientiem vispār ir svarīgi veselības noturēšanā, saglabāšanā un iegūšanā. Latvijā, neskatoties uz relatīvi universālo segumu un daudziem īstenotajiem vai plānotajiem uzlabojumiem, joprojām pastāv daudzi pieejamības trūkumi, kas ietekmē pacientu uzticēšanos sistēmai. Tāpat pietrūkst mērķtiecīgu investīciju tādos veselības aprūpes pakalpojumos, kas uzlabotu pieejamību un pakalpojumu kvalitāti.

¹ Metreau, E., Young, K. E. and, Eapen, G. S. 01.07.2025. *Understanding country income: World Bank Group income classifications for FY26 (July 1, 2025–June, 2026)*. <https://blogs.worldbank.org/en/opendata/understanding-country-income--world-bank-group-income-classifica>

² World Health Organization. 26.03.2025. *Universal health coverage (UHC)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

³ Ministru kabineta 2022. gada 26. maija rīkojums Nr. 359 "Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam". 01.06.2022. *Latvijas Vēstnesis*, 105.

⁴ Penchansky, R., Thomas, J. W. 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*. 19(2), 127–140. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1981/02000/the_concept_of_access__definition_and_relationship.1.aspx

⁵ Harvard Business School. n. d. *Key concepts: Value-based health care*. <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/default.aspx>

KLĀSTS UN KVALITĀTE – KĀ NODROŠINĀT VISU PACIENTIEM NEPIECIEŠAMO

Viena no veselības aprūpes pieejamības dimensijām ir pietiekamība (*adequacy*) – tā raksturo pakalpojumu apjomu un kvalitātes atbilstību pacienta vajadzībām. Kontekstā ar visaptverošu veselības aprūpi tas nozīmē, ka valstij ir jāparūpējas, lai tās iedzīvotājiem būtu pieejami dažādi pakalpojumi veselības aprūpes jomā visā pacienta dzīves ceļā, kā arī jāgādā par šo pakalpojumu kvalitāti.

Regulāri redzami dati, kas Latvijai nav glaimojoši. Piemēram, inovatīvo zāļu pieejamībā⁶ Latvija būtiski atpaliek no citām Eiropas valstīm. Latvijā ir vieni no augstākajiem līdzmaksājumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem⁷: iedzīvotāji paši samaksā aptuveni trešdaļu no visiem izdevumiem par veselību, un iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem maksas pakalpojumi vispār nav pieejami, tāpēc būtiski pasliktinās arī vispārējie sabiedrības veselības rādītāji – plaša starp bagātajiem un nabadzīgajiem iedzīvotājiem palielinās, neskatoties uz pūlēm to samazināt. Salīdzinājumā ar citām valstīm Latvija arī no budžeta uz vienu iedzīvotāju veselības jomā tērē ievērojami mazāk naudas⁸, un sekas ir dramatiskas. Metodiskās vadības institūcijām⁹ būtu ne tikai jāveic pacienta ceļa analīze, bet arī jāpievērš uzmanība, kuri no nepieciešamajiem pakalpojumiem ir kritiski svarīgi un kuri no tiem un kādā apmērā iekļauti valsts apmaksāto manipulāciju sarakstā¹⁰, un attiecīgi jāstrādā pie to pieejamības.

Ja sistēma nevar nodrošināt vajadzīgo pakalpojumu klāstu, pacients jūtas atstāts novārtā. Piemēram, tiek veikta kāda operācija, bet nav padomāts par to, kā pēc tam pacientam nodrošināt rehabilitāciju; vai tiek nodrošināts kāds īpašs medikaments, bet nav sistēmas, kā to saņemt un lietot, nav izpratnes par blakņu ziņošanas nozīmību. Vai, piemēram, pacientam tiek sniegta medicīniskā palīdzība stacionārā, bet informācija vai pacients pats pēc tam nenonāk līdz primārās aprūpes ārstam, kuram stacionāra ārsti uzticējuši tālāko pacienta aprūpi; vai arī laicīgi tiek diagnosticēta onkoloģiska saslimšana, bet nav iespējams saņemt nepieciešamo terapiju vai tā netiek veikta piemērotā kvalitātē. Pietiekamības trūkums bieži piespiež meklēt maksas pakalpojumus vai palikt bez aprūpes vispār. Tā nebūtu problēma maksātspējīgajai sabiedrības daļai, taču aptuveni piektā daļa iedzīvotāju atzīst, ka nevar samaksāt par visiem nepieciešamajiem veselības

⁶ Newton, M., et al. 2025. *EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey*. <https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf>

⁷ Eurostat. November 2024. *Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme

⁸ *Ibid.*

⁹ Latvijas Republikas Veselības ministrija. 07.11.2024. *Metodiskās vadības institūcijas*. <https://www.vmd.gov.lv/lv/metodiskas-vadibas-institucijas>

¹⁰ Nacionālais veselības dienests. 26.07.2025. *Pakalpojumu tarifi*. <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>

aprūpes pakalpojumiem¹¹. Pakalpojumu pietiekamības nodrošināšana samazinātu novēlotu komplikāciju skaitu un izmaksas ilgtermiņā. Svarīgi, lai pakalpojumi ne tikai tiktu sniegti, bet arī radītu vērtību – uzlabotu veselības rezultātus. Taču Latvijā nemēra pacienta ziņotos veselības iznākumus (PROMs) un dažādas veselības datu bāzes ir tikai attīstības pirmsākumos, līdz ar to nav iespējams pamatoti izvērtēt, vai sniegtie pakalpojumi ir devuši kādu pievienoto vērtību pacienta turpmākajā veselībā. Tas būtu iespējams atsevišķu diagnožu vai pacientu grupu griezumā, bet sistēmā nav cilvēkresursu un kompetences sistemātiskai datu vākšanai un analīzei.

Regulāri no pacientiem var dzirdēt, ka netiek ievērotas jaunākās ārstēšanas vadlīnijas, ka ir neapmierinoša pakalpojumu kvalitāte, pat politikas plānošanas dokumentos nevar atrast atsauces uz reāliem risinājumiem pakalpojumu kvalitātes sniegšanas uzlabošanā, jo problēmas vienkārši tiek noklusētas. Ja kļūdas un ierobežojumi tiktu godīgi atzīti, tos izlabot būtu daudz vieglāk un tas neveidotu skandālus (kā piemēram, par dzemdību palīdzības nodrošināšanu, kur viena diskutētāju puse saprot, ka nepieciešams noteikts pakalpojuma apjoms, lai nezaudētu kvalitāti, bet otra grib visu tuvāk mājām un ir gatavi par to maksāt ar sieviešu un jaundzimušo veselību un pat dzīvību). Pacienti, kas nezina, kā vajag, novērtē saņemtos pakalpojumus augstāk nekā tie, kas redz, ka bija jābūt citādāk. Līdz ar to valstij nepieciešamas arī mērķtiecīgas darbības iedzīvotāju veselībpratības veicināšanai¹².

Protams, neviens neprasa no valsts nodrošināt pilnīgi visus pakalpojumus maksimālā kvalitātē katrā apdzīvotā vietā – tas nav iespējams. Eksistē dažādi citi mehānismi, kā nodrošināt pacientam vajadzīgo, piemēram, ar Pārrobežu veselības aprūpes direktīvas¹³ sniegtajām iespējām un Eiropas References tīklu¹⁴ ietvaros, kur savā starpā sadarbojas dažādu slimību ekspertīžu centri, lai ārstētu pacientus ar īpaši smagām un sarežģītām slimībām, nodrošinātu ārsts-ārsts un ārsts-pacients konsultācijas, zinātnisko darbu un īstenotu virkni citu uzdevumu. Svarīgi, lai visas iesaistītās puses par to varētu atklāti runāt un meklēt labākos risinājumus.

Lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības pietiekamības dimensiju, jāturpina darbs pie valsts apmaksāto pakalpojumu klāsta paplašināšanas, jāsamazina pacientu līdzmaksājumi un jāievieš rezultātos balstīti indikatori, tai skaitā, izstrādājot pacientu ceļus. Svarīgi, lai šajā darbā tiktu iesaistītas arī pacientu organizācijas, kas

¹¹ World Health Organization. Regional Office for Europe. 12.12.2023. *Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060660>

¹² Gatulytė, I., et al. 11.07.2022. Level of health literacy in Latvia and Lithuania: a population-based study. *Archives of Public Health*. 80 (166). <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-022-00886-3>

¹³ European Commission. n. d. *Cross-border healthcare: Overview*. https://health.ec.europa.eu/cross-border-healthcare/overview_en

¹⁴ European Commission. n. d. *European Reference Networks*. https://health.ec.europa.eu/rare-diseases-and-european-reference-networks/european-reference-networks_en

darbojas kā tilts starp pacientu kopienām un citiem dalībniekiem veselības aprūpes sistēmā.

RINDAS UN ATTĀLUMI – ŠKĒRSLIS LABĀKAI VESELĪBAI

Tāpat ir svarīgi, lai pakalpojumi būtu fiziski pieejami (*accessibility*), tas nozīmē gan vides pieejamību, gan attālumu līdz pakalpojuma saņemšanas vietai. Jo vairāk šķēršļu, jo mazāka iespēja, ka pacients laicīgi saņems nepieciešamo pakalpojumu. Ilga gaidīšanas laiks un rindas ir viens no galvenajiem iemesliem pakalpojumu nesaņemšanai, un Latvijā tas ir būtiski lielāks nekā vidēji Eiropā.¹⁵

Jau ilgu laiku Latvijas iedzīvotāji sastopas ar garām rindām, lai saņemtu dažādu speciālistu konsultācijas, taču dati par rindu izmaiņām vairs nav publiski pieejami. Neskatoties uz centieniem to sakārtot, pacienti joprojām nevar laicīgi pierakstīties pie speciālistiem un specifiskiem izmeklējumiem. Lai tiktu pie ģimenes ārsta, nereti ir jāgaida vairākas dienas vai pat nedēļas. Medijos izskan ziņas, ka nav iespējams laicīgi veikt nepieciešamos terapijas soļus, piemēram, pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām, jo nepieciešamās iekārtas un darbinieki nevar apkalpot visu pacientu plūsmu.¹⁶ Ir izveidota sadarbība ar ārvalstu klīnikām atsevišķu specifisku pakalpojumu, piemēram, analīžu un izmeklējumu veikšanai pacientiem ar retām slimībām.

Valsts šobrīd investē jauna e-pieraksta sistēmas izstrādē¹⁷, kas mazinātu dubulto pierakstīšanos un, iespējams, samazinātu nenotikušo vizīšu rādītājus, kā arī veido jaunu e-veselības portālu¹⁸, kurš darbotos kā mobilā lietotne ar kalendāra atgādinājumiem un pieeju saviem datiem. Tikmēr pacienti sūdzas, ka nav iespējams sazināties ar reģistratūras, pierakstus var veikt tikai noteiktās dienās un laikos, nav iespējams pierakstīties uz kādu turpmāko periodu, ja speciālistam visi pieejamie laiki tuvākajiem mēnešiem, pat gadiem^{19,20}, jau ir aizņemti. Nereti praktizē arī pieteikšanos rindā uz gaidīšanas rindu. Pacienti, īpaši strādājošie, kam nav privātās apdrošināšanas polises, un pensionāri, ir dusmīgi, ka visu mūžu maksājuši nodokļus, bet uz valsts apmaksātiem veselības aprūpes

¹⁵ Eurostat. July 2025. *Unmet health care needs statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics

16 Ozola, M. 19.07.2025. Rindas uz ķīmijterapiju noved pie traģedijām: "Dzīvības koks" vadītāja Gunita Bērke brīdina par kritisko situāciju nozarē. *Jauns.lv*. <https://jauns.lv/raksts/par-veselibu/664750-rindas-uz-kimijterapiju-noved-pie-tragedijam-dzivibas-koks-vaditaja-gunita-berke-bridina-par-kritisko-situaciju-nozare>

¹⁷ Ministru kabinets. 2014. gada 11. marts. Noteikumi Nr. 134 "Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu". 13.03.2014. *Latvijas Vēstnesis*, 52.

¹⁸ Teste.lv <https://www.teste.lv/>

¹⁹ Zute-Vītola, L. 10.07.2025. Rinda uz endoprotezēšanu – divi, pat trīs gadi: strādāšanas vietā ir ilgstošas darbnespējas lapas un sāpes. *LSM.lv*. <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/10.07.2025-rinda-uz-endoprotezesanu-divi-pat-tris-gadi-stradasanas-vieta-ir-ilgstosas-darbnespejas-lapas-un-sapes.a606266/>

20 LETA. 02.08.2025. Pieprasījums pēc dažiem valsts apmaksātiem pakalpojumiem būtiski pārsniedz pieejamo finansējumu. *Apollo.lv*. <https://www.apollo.lv/8297854/pieprasijums-pec-daziem-valsts-apmaksatiem-pakalpojumiem-butiski-parsniedz-peejamo-finansejumu>

pakalpojumiem nevar tikt laicīgi. Piemēram, bieži ir situācijas, kad pēc traumas ultrasonogrāfijas pakalpojums ir pieejams tikai par maksu, turklāt ne uzreiz vai citā pilsētā. Pacienti, kas izmisumā vēršas pie maksas speciālistiem, nevar saņemt turpmāku ārstēšanu par valsts budžeta līdzekļiem, tajā skaitā kompensējamos medikamentus. Lai pierakstītos pie ārsta, pacienti apzvana vairākas klīnikas, un veiksmīgākā situācijā izrādās tie, kas dzīvo galvaspilsētā vai kādā lielā pilsētā un kam ir elastīgs darba grafiks. Reizēm dzirdams, ka pacienti zaudē ticību, ka ārsti par viņiem parūpēsies vai meklēs risinājumus sarežģītākām situācijām, un nemaz nevēršas pēc konsultācijām un nelieto medikamentus atbilstoši norādījumiem.

Speciālistu pieejamība reģionos ir kritiska. Atsevišķi speciālisti strādā tikai dažas stundas nedēļā, un nav pārliecības, ka attālinātās vizītes to trūkumu varētu atrisināt. Reģionos trūkst ģimenes ārstu, pasākumi to piesaistīšanai nav izrādījušies pietiekami efektīvi. Nerimst diskusijas par farmaceitisko pakalpojumu pieejamību lauku reģionos – no vienas puses, ikviens iedzīvotājs ar aptieku var sarunāt medikamentu piegādi mājās, taču ne visi par to ir informēti un var atbilstoši samaksāt, joprojām ir situācijas, kad farmaceita padoms ir nepieciešams klātienē. Pakalpojumu apmaksas modeļi neveicina pakalpojumu kvalitātes uzlabošanos, kā arī klibo multidisciplinārās aprūpes koordinācija. Piemēram, e-veselībā beidzot ir pieejami izmeklējumu dati, taču tie nav strukturēti un viegli pārskatāmi, un katrs dokuments jāatver atsevišķi, tādējādi novērošana dinamiskā prasa papildu piepūli, šādi vēl vairāk kavējot jau tā īso vizītes laiku.

Jāatzīmē, ka, lai veicinātu pakalpojumu pieejamību, tika izstrādāts slimnīcu tīkla sadarbības modelis²¹, kas paredz slimnīcu savstarpējo sadarbību, lai ikdienas pakalpojumi būtu pieejami tuvāk iedzīvotājiem, bet sarežģītāku gadījumu risināšanu notiktu centralizēti tur, kur ir lielāka kompetence. Tas iedzīvotājos rada pārpratumus un neizpratni – cilvēki bija pieraduši, ka slimnīca nozīmē iestādi, kur ir plaša profila ārstēšanas iespējas, un joprojām daudzi runā par mazāku slimnīcu nekompetenci, loģistikas izaicinājumiem un citām problēmām. Pakalpojumu kvalitātes izvērtēšanai netiek pievērsta pietiekama uzmanība. Iedzīvotāju zemā maksātspēja un valsts infrastruktūra ar nesalabotiem ceļiem arī negatīvi ietekmē šāda plāna realizāciju dzīvē.

Lai gan visām veselības aprūpes iestādēm ir jāievēro noteikumi par vides pieejamību, attālumš līdz tām netiek mērīts un uzskatīts par šķērsli pakalpojuma saņemšanai. Jo sarežģītāka nokļūšana pie ārsta (piemēram, ar sabiedrisko transportu, kur starppilsētu pārvadājumiem regulāri atceļ reisuš šoferu trūkuma dēļ), jo grūtāk dabūt brīvdienu darbā, jo mazāk ticams, ka pacients ieradīsies uz pieteikto vizīti. Tas būtu jāņem vērā, veidojot pakalpojumus un aprēķinot to izmaksas - ne tikai vizītes un ārstēšanas cenu, bet

²¹ LV portāls. 07.05.2024. Uzsāk īstenot slimnīcu tīkla attīstības plānu. *LV portāls*. <https://lvportals.lv/norises/363132-uzsak-istenot-slimnicu-tikla-attistibas-planu-2024>

arī citus izdevumus, ar ko saskaras pacients. Ieviestās pacientu pieredzes aptaujas²² ir pirmais solis pacientu pieredzes uzlabošanā no klientu apkalpošanas viedokļa.

Ilgstošas rindas, sarežģīta pierakstīšanās, attālums līdz speciālistam būtiski ietekmē uzticēšanos un veselības stāvokli. Veicinot veselībratību, pacienti labāk saprastu atšķirības starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem, zinātu, kur vērsties atbilstošās situācijās. Vairojot uzticēšanos un pieejamību primārās aprūpes speciālistiem, tiktu atslogotas augstākas veselības aprūpes iestādes. Lai to mainītu, būtu nepieciešams atcelt kvotu sistēmu kritiskajās jomās, attīstīt telemedicīnu un decentralizēt aprūpi, stiprinot primāro aprūpi un multidisciplināro pieeju, kā arī uzlabot sabiedrības informētību par pakalpojumiem. Vienmēr jāpatur prātā, ka kavēta un neprecīza diagnostika pasliktina veselības iznākumus un attiecīgi palielina izmaksas, jo ielaistas veselības problēmas ārstēt ir daudz dārgāk nekā tās novērst vai izārstēt sākumā. Savukārt negatīvā pacientu pieredze, stāsti sarunās tuviniekiem un sociālajos tīklos vēl vairāk grauj uzticēšanos medicīnai un veselības aprūpes sistēmai kopumā.

PIEMAKSĀJAM DIVREIZ VAIRĀK, BET VESELĪBAS RĀDĪTĀJI TIK STRAUJI NEUZLABOJAS

Cits veselības aprūpes pieejamības aspekts ir finansiālā pieejamība (*affordability*). Visaptveroša veselības aprūpe paredz, ka veselības aprūpes pakalpojumi nedrīkst uzlikt nesamērojamu finansiālu slogu un tam jāatbilst ar pacienta iespējām. No vienas puses, pacientu līdzmaksājumi par valsts veselības aprūpes pakalpojumiem atsevišķi nav kosmiski lieli, taču cilvēkiem ar hroniskām slimībām ikdienā saņemot gan ārstu, gan farmaceitu konsultācijas, gan citus pakalpojumus, to izmaksas var sastādīt ievērojamu daļu no ikmēneša izdevumiem²³. Liels līdzmaksājumu īpatsvars, maksas diagnostika un ārstēšana rada stresu, nedrošību un neuzticēšanos. Pacienti nereti atliek ārstēšanu finansiālu apsvērumu dēļ.

Kā iepriekš minēts, tā kā uz valsts apmaksātajiem pakalpojumiem ir garas rindas, pacienti nereti ir spiesti saņemt maksas pakalpojumus. Arī šajā sektorā izmaksas ir būtiski palielinājušās, jo maksas vizīte pie speciālista maksā no 50 līdz 80 eiro, nemaz nerunājot par izmaksām par laboratorijas vai citiem izmeklējumiem, rehabilitācijas un stomatologa pakalpojumiem u. tml. Latvijā ir viens no augstākajiem pacientu līdzmaksājumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem Eiropā, divreiz lielāks nekā

²² Slimību profilakses un kontroles centrs. 26.11.2024. *Pacientu pieredzes mērījumi*. <https://www.spkc.gov.lv/lv/pacientu-pieredzes-merijumi-0>

²³ World Health Organization. Regional Office for Europe. 12.12.2023. *Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060660>

vidēji ES²⁴ – tas nozīmē, ka vidēji vienu trešdaļu no izdevumiem par visiem veselības aprūpes pakalpojumiem iedzīvotāji sedz no savas kabatas.

Kontekstā ar izdevumiem par veselību jārunā arī par ienākumiem veselības aprūpei. Daudzi iedzīvotāji un lēmumu pieņēmēji nav informēti par to, ka daļa no viņu nodokļiem tiek novirzīti tieši veselības aprūpes budžetam, un turpina izplatīt nepatiesu informāciju, ka Latvijā nav veselības apdrošināšanas sistēmas, kā arī nezina, ka valsts apņēmusies apmaksāt pakalpojumus dažādām iedzīvotāju grupām, piemēram, bērniem, cilvēkiem ar īpašām vajadzībām, maznodrošinātajiem un citiem.²⁵ Ar šiem līdzekļiem nepietiek, lai segtu visas vajadzības, taču tas nav pamats manipulēt ar informāciju pretēji sabiedrības kopīgajām interesēm. Ne visiem iedzīvotājiem ir pieejamas privātās veselības apdrošināšanas polises, un to tvērums nepasargā no īpaši lieliem tēriņiem, piemēram, par onkoloģisku vai retu slimību ārstēšanu, kas tāpat jāuzņemas valstij un pašam pacientam vai viņa tuviniekiem.

Jāņem vērā, ka divas piektdaļas Latvijas iedzīvotāji nevarētu segt arī neparedzētus tēriņus, jo viņiem nav vai ir nepietiekams finanšu "drošības spilvens".²⁶ Arī viena ārstēšanas epizode cilvēkam var radīt finansiālas nepatīkšanas – līdz sabiedrībai regulāri nonāk lūgumi ziedot zālēm vai kādām terapijām, kas Latvijā nav pieejamas vai kas vajadzīgas regulāri, bet cilvēki, īpaši tie, kuriem nav citu ienākumu avotu kā tikai invaliditātes pensija²⁷ vai alga, tos nevar atļauties, arī ģimenes, draugu un citu tuvinieku atbalsts ir izsmelts, ir pārdoti īpašumi, paņemti kredīti ārstniecības izdevumu segšanai.

Finansiālas barjeras mazina aprūpes izmantošanu un pasliktina veselības iznākumus, tādējādi samazinot sistēmas efektivitāti. Jo zemāka ir sabiedrības veselībpratība un jo mazāk pieejama ir primārā un sekundārā veselības aprūpe, jo lielāki izdevumi vajadzīgi terciārajai aprūpei un neatliekamajai palīdzībai. Ilgstoši investējot tikai stacionāros, nepietiek līdzekļu primārajai aprūpei un veselībpratības veicināšanai, un tādējādi nav iespējams būtiski uzlabot iedzīvotāju veselības rādītājus kopumā.

²⁴ Eurostat. 21.08.10. *Out-of-pocket expenditure on healthcare*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en

²⁵ Veselības aprūpes finansēšanas likums. 31.12.2017. *Latvijas Vēstnesis*, 259.

²⁶ Delfi.lv. 01.03.2025. No 2025. gada 1. janvāra paaugstināti pensiju un atlīdzību minimālie apmēri un valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta apmēri. *Delfi Business*. https://www.delfi.lv/bizness/37293360/bankas_un_finanses/120062652/ap-40-iedzivotaju-nav-drosibas-spilvena-ko-izmantot-ienakumu-zaudesanas-gadijuma-liecina-aptauja

²⁷ Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra. 11.12.2024. No 2025. gada 1. janvāra paaugstināti pensiju un atlīdzību minimālie apmēri un valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta apmēri. <https://www.vsaa.gov.lv/lv/jaunums/no-2025-gada-1-janvara-paaugstinati-pensiju-un-atlidzibu-minimalie-apmeri-un-valsts-sociala-nodrosinajuma-pabalsta-apmeri>

KOPĪGA LĒMUMU PIEŅEMŠANA KĀ TĀLS SAPNIS

Veselības aprūpei jāatbilst pacienta klīniskajām vajadzībām, kultūras kontekstam un vēlmēm (*appropriateness*). Mūsdienu veselības aprūpe virzās uz kopīgu lēmumu pieņemšanu²⁸ – gan personīgā, gan sabiedrības līmenī, tas nozīmē, ka būtiski mainās pacientu un veselības aprūpes speciālistu attiecības. Pacienti ir pieejamāka dažāda veida, tai skaitā, zinātniskā, informācija par viņu diagnozēm un ārstēšanas pieejām citās valstīs, viņi uzdod jautājumus un sagaida izsmeļošas atbildes, lai kopā ar ārstu lemtu par piemērotākajām terapijām. Dažādu apstākļu ietekmē uzlabojas diagnostikas iespējas, ārsti var pacientiem piemēlēt efektīvāko terapiju, aizvien vairāk runā par personalizētu ārstēšanu. Taču vienlaikus pacientiem bieži trūkst informācijas, cieņpilnas komunikācijas un viņi nejūtas līdzvērtīgi aprūpes procesos, to vēl vairāk pastiprina zemā veselībratība, īpaši senioru un zemu ienākumu grupās. Šī sajūta samazina sadarbību un uzticēšanos: pacienti, kas neseko ārstu norādījumiem, un medicīnas personāls, kas pavirši izturas pret pacientiem, iespējams, ir gan viens no iemesliem zemajiem veselības rādītājiem, gan tā sekas. Cieņpilnas attieksmes trūkums ir novērojams abos virzienos – gan no ārstiem pret pacientiem, gan no pacientiem pret ārstiem un citiem veselības aprūpes darbiniekiem. Situācijas uzlabošanai ir paredzētas dažādas iniciatīvas Pacientu tiesību likuma kontekstā²⁹, taču to iedzīvināšana saskaras ar milzīgu pretestību abās pusēs.

Jāatzīmē, ka aprūpes atbilstība reālajām vajadzībām ir arī cieši saistīta ar pacientu organizāciju³⁰ iesaisti lēmumu pieņemšanā³¹, jo tieši tur meklējami dažādu pacientu kopienu pārstāvji, kam ir plašāka informācija par visu pacientu kopienu nacionālā un starptautiskā līmenī un iespējas gan savākt, gan izplatīt atbilstošu informāciju – tātad palīdzēt gan politikas, gan pakalpojumu plānošanā identificējot tās vietas pacienta ceļā, kur nepieciešami uzlabojumi, un iesakot pacientiem piemērotākos risinājumus. Kamēr Latvijā nav speciālu instrumentu tieši pacientu kopienu un to ekspertu atbalstam, sadarbība ar dažādām institūcijām nav produktīva: ilgstošs un profesionāls darbs arī pacientu interešu aizstāvībā nav iespējams tikai uz brīvprātības pamata. Tā vietā, lai stiprinātu pacientu kopienas un to iesaisti lēmumu pieņemšanā, iestādes ne tikai neveicina, bet arī veido dažādus šķēršļus to iesaistei vai nodod pacienta lomu citām iesaistītajām pusēm, piemēram, profesionālajām asociācijām. Tai pat laikā pacientu līdzdalība un apmierinātība ir būtiska veselības aprūpes vērtības komponente.

²⁸ Montori, V. M., et al. 2023. Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 28(4), 213-217. doi: 10.1136/bmjebm-2022-112068. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10423463/>

²⁹ LV portāls. 30.07.2025. Ārstniecības iestādēm no 1. jūlija jāievieš pacientu tiesību īstenošanas plāns. *LV portāls*. <https://lvportals.lv/skaidrojumi/377892-arstniecibas-iestadem-no-1-julija-jaievies-pacientu-tiesibu-istenosanas-plans-2025>

³⁰ Pacientu organizācijas. n.d. *Definīcija. Pacientu organizācijas*. <https://pacientu-organizacijas.lv/pacientu-organizacijas/definicija/>

³¹ World Health Organization. 29.05.2024. *World Health Assembly endorses resolution on social participation*. <https://www.who.int/news/item/29-05-2024-world-health-assembly-endorses-resolution-on-social-participation>

Ir ļoti svarīgi, lai visas puses kopīgi meklētu veidus, kā veicināt pacientu iesaisti lēmumu pieņemšanā individuālā un sabiedrības līmenī, kā arī uzlabot veselībratību dažādās sabiedrības grupās. Arī veselības aprūpes speciālistiem ir nepieciešams atbalsts jaunajos apstākļos, lai iedzīvinātu kopīgu lēmumu pieņemšanu un patiesu informēto piekrišanu. Nepiemērota aprūpe pazemina rezultātus un palielina izmaksas.

ILGSTOŠS RESURSU TRŪKUMS KĀ ŠĶĒRSLIS ĀTRĀKIEM UZLABOJUMIEM

Lai sniegtu nepieciešamo veselības aprūpi, svarīgs ir arī pietiekams veselības aprūpes resursu apjoms un sadalījums (*availability*). Ilgstoši novājinātā veselības aprūpes sistēma cīnās ar medicīnas māsu un speciālistu trūkumu. Piemēram, nepietiekamais māsu skaits³² neļauj laicīgi veikt visas nepieciešamās manipulācijas pat tad, ja ir pieejamas tehnoloģijas, neļauj pilnvērtīgi izmantot māsu kompetenci, lai atslogotu ārstus un ikdienā atbalstītu hronisko slimību pacientus, kā arī apdraud pacientu drošību veselības aprūpes iestādēs, jo vienai māsai ir nesamērīgi liels darba apjoms. Trūkst arī dažādu specialitāšu ārstu, piemēram, bērnu aprūpē, psihiatrijā un rehabilitācijā. Jaunie ārsti dažkārt sūdzas par ilgstošajām darba stundām un darba vidi, kur netiek ievērotas valsts valodas lietošanas prasības.

Kopumā Latvijas veselības aprūpes speciālisti noveco – arvien palielinās māsu un ģimenes ārstu vidējais vecums; profesiju prestiža, lielā darba apjoma un atalgojuma sistēmas dēļ ir grūti motivēt jauniešus mācīties un strādāt šajās profesijās. Bet bez cilvēkresursiem un atbilstošas infrastruktūras nevar radīt pacientam nozīmīgus rezultātus. Nepieciešams nodrošināt karjeras un atbalsta mehānismus jauniem ārstiem un māsām. Ja valstī būtu visi nepieciešamie resursi pietiekami plaša pakalpojumu klāsta nodrošināšanai atbilstošā līmenī, kopā ar labāku veselībratību iedzīvotāju vidū izdotos samazināt novēršamo nāvju skaitu un paildzināt iedzīvotāju kvalitatīvi nodzīvoto mūžu.³³

Šie ir daži no iemesliem jau iepriekš apskatītajai garo rindu problēmai, kas reizē ar citām negatīvām pieredzēm pacientos rada nedrošību un neuzticību sistēmai kopumā, katra negatīvā pieredze vairākkārt pārsniedz pozitīvo pieredzi. Pacienti to visu izjūt ne tikai kā rindas, bet arī kā neinteresētību un jaunu pieeju nepārziņāšanu, nespēju veltīt pietiekami daudz uzmanības vizītes laikā, nelaipnu attieksmi. Ikviens uzņēmuma darbinieks ir uzņēmuma seja un rada iespaidu par visu uzņēmumu kopumā, un veselības aprūpe nav izņēmums.

³² Eurostat. December 2024. *Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals. Statistics Explained*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals

³³ OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. 15.12.2023. *Latvia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/latvia-country-health-profile-2023_3ef73ce1/bf2b15d6-en.pdf

Latvijā ir izstrādāta arī veselības nozares darbaspēka attīstības stratēģija³⁴, kur izvirzīti dažādi uzdevumi mērķa sasniegšanai – “drošāks, efektīvāks un labāks veselības aprūpes pakalpojums, ko sniedz apmierināts, augsti novērtēts un motivēts personāls”. Jāatzīmē, ka tas nevar notikt bez atbilstoša finansējuma, bet, neskatoties uz pieaugumu, valdība gadiem ilgi nevar atrast iespēju nodrošināt starptautiskajiem standartiem atbilstošu finansējumu veselības aprūpei. Tas rada ārkārtīgi saspringtas situācijas – izvēlēties starp atalgojumu un citām iespējām, būvēt vienu vai otru objektu, kaut gan abi ir vienlīdz svarīgi pacientu veselības uzlabošanai un nodrošināšanai.

UZLABOJUMI NEPIECIEŠAMI IKVIENĀ PEEJAMĪBAS DIMENSIJĀ

Izvērtējot dažādus veselības pieejamības aspektus, var secināt, ka pieejamība nav tikai fiziska sasniedzamība – tā ir strukturēta, līdzsvarota, pacientcentrēta veselības sistēmas kvalitāte. Pacientu uzticēšanās aug tikai tad, ja redz, ka aprūpe ir savlaicīga, atbilstoša, godīga un saprotama. Latvijā joprojām ir ievērojami trūkumi vairākās pieejamības dimensijās, taču pastāv arī skaidras iespējas pārmaiņām. Ieguldot pieejamības uzlabošanā, tiek radīta dubulta atdeve: labāki veselības rādītāji un spēcīgāka sociālā kohēzija. Tuvākajā laikā īstenojamie uzlabojumi:

- **veicināt iedzīvotāju veselībratību**, jo tas ļauj pacientiem savlaicīgāk meklēt palīdzību, labāk izprast savas tiesības un sadarboties ar speciālistiem;
- **uzlabot piekļuvi primārajai aprūpei**, īpaši reģionos – jāstiprina ģimenes ārstu un māsu komandas, jāpaplašina e-pakalpojumu klāsts;
- **pārskatīt kvotu un rindas sistēmas**, lai prioritizētu ārstēšanu pēc vajadzības, nevis pēc pieraksta laika, stiprināt hronisko pacientu aprūpi;
- **palielināt atbalstu pacientu organizācijām**, lai nodrošinātu līdzdalību lēmumu pieņemšanā un sistemātiski integrētu pacientu pieredzi veselības politikā, tādējādi stiprinot arī pilsonisko sabiedrību;
- **uzlabot komunikāciju aprūpē**, apmācot personālu par cieņpilnas saskarsmes nozīmi un pacientu lēmumu līdzdalības metodēm.

Lai uzlabotu veselības aprūpes pieejamību un pacientu uzticēšanos ilgtermiņā, nepieciešami šādi uzlabojumi:

- **attīstīt uz vērtību balstītu pacientcentrētu aprūpi** – ieviest pacientu ziņoto rezultātu (PROMs) mērījumus, lai novērtētu veselības ieguvumu pēc ārstēšanas;

³⁴ Ministru kabineta 2024. gada 18. decembra rīkojums Nr. 1194 "Par plānu "Veselības darbaspēka attīstības stratēģija no 2025. gada līdz 2029. gadam"". 18.12.2024. *Latvijas Vēstnesis*, 247A.

- **investēt multidisciplinārās aprūpes un kopīgu lēmumu pieņemšanas kultūras veidošanā**, iesaistot pacientus kā līdzvērtīgus partnerus visos līmeņos;
- **ieviest ilgtspējīgu veselības aprūpes cilvēkresursu stratēģiju**, īpaši reģionālajos centros, nodrošinot karjeras ceļus, atbalstu un stabilu atalgojumu;
- **izmantot datu pārvaldības sistēmas**, kas ļauj sekot līdzi aprūpes kvalitātei un pacientu ceļam, uzlabojot caurspīdīgumu un efektivitāti;
- **palielināt valsts finansējumu veselības aprūpei**, tuvinot to ES vidējam līmenim, lai mazinātu finansiālās barjeras un veidotu ilgtspējīgu aprūpes sistēmu.

Pacientiem ir svarīga ne tikai individuālo veselības rādītāju uzlabošanās, kuru nodrošina savlaicīgi pieejami pakalpojumi par adekvātu samaksu, ko sniedz profesionāli veselības aprūpes darbinieki ērtās un drošās telpās, bet arī pārliecība, ka veselības aprūpes sistēma varēs nodrošināt visu nepieciešamo. Arī pacientu kā līdzvērtīgu partneru iesaiste lēmumu pieņemšanā dažādos līmeņos – gan parastā ārsta apmeklējumā, gan politikas plānošanā – ir tikpat svarīga.



ALINA DŪDELE

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTES METODISKĀS VADĪBAS
CENTRA ĢIMENES MEDICĪNAS JOMĀ VADĪTĀJA

**VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS
FINANSĒŠANA: SLOGS VAI
STRATĒGISKS IEGULDĪJUMS?**



1. VESELĪBA IR SABIEDRĪBAS KAPITĀLS

Veselība nav tikai individuāla labklājība – tā ir sabiedrības kopējais kapitāls, kas nosaka ekonomisko produktivitāti, sociālo stabilitāti un ilgtspējīgu attīstību. Ieguldījumi veselības aprūpē nav izmaksas, bet stratēģiska investīcija nākotnē. Tomēr pēdējos gados politiskajās diskusijās dominē pieaugošo veselības aprūpes izmaksu jautājums, savukārt veselība kā ieguldījums mūsu sabiedrībā lielā mērā ir tikusi ignorēta.¹ Veselības problēmas rada ievērojamu slogu ne tikai indivīdiem un veselības aprūpes sistēmām, bet arī valsts ekonomikai. Ekonomiskie zaudējumi, kas saistīti ar slimībām, traumu un priekšlaicīgas mirstības sekām, ietekmē darbaspēka produktivitāti, valsts budžetu un sabiedrības kopējo labklājību. Galvenie zaudējumu veidi ietver tiešās un netiešās izmaksas, darbaspēka produktivitātes zudumu un priekšlaicīgu mirstību.

Tiešās izmaksas ietver izdevumus, kas saistīti ar veselības aprūpi – ārstēšanu, hospitalizāciju, medikamentiem, diagnostiku un rehabilitāciju. Savukārt netiešās izmaksas attiecas uz produktivitātes zudumiem, darba nespēju, priekšlaicīgu pensionēšanos un mirstību. Piemēram, OECD valstīs netiešās izmaksas var veidot līdz pat 70 % no kopējā ekonomiskā sloga, ko rada hroniskas slimības.²

Slimības un invaliditāte samazina darbaspēka iesaisti un efektivitāti. Produktivitātes zudumi var rasties gan no ilgstošas prombūtnes (absenteisma), gan no samazinātas veiktspējas darba vietā (presenteisma). Pētījumi liecina, ka depresija, muguras sāpes un sirds un asinsvadu slimības ir starp galvenajiem faktoriem, kas ietekmē darbaspēka produktivitāti. Visā pasaulē katru gadu depresijas un trauksmes dēļ tiek zaudēts aptuveni 12 miljardi darba dienu, radot produktivitātes zudumus aptuveni 1 triljona ASV dolāru apmērā gadā.³ Saskaņā ar SPKC publicētajiem datiem par darba nespējas dienām⁴, Latvijā 2024. gada kopumā bija 16,4 miljoni darba nespēju dienu, radot produktivitātes zudumus 1,2 miljardu apmērā, jeb apmēram 3 % no IKP.

Priekšlaicīga mirstība rada būtiskus zaudējumus ekonomikā, jo samazina potenciāli aktīvo darbaspēku un samazina nodokļu ieņēmumus. Pasaules Veselības organizācija (PVO) lēš, ka neinfekcijas slimības katru gadu izraisa 1,8 miljonus novēršamu nāvju tikai Eiropas reģionā, radot ekonomiskos zaudējumus vairāk nekā 514 miljardu ASV dolāru

¹ McKinsey Global Institute. 2020. *Prioritizing Health: A Prescription for Prosperity*. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity>

² OECD. 2022. *Noncommunicable Diseases and the Economy – Long-Term Impact*. <http://oecdpublichealthexplorer.org/ncd-doc/Economy/longterm.html>

³ World Health Organization (WHO). 2023. *Mental Health at Work*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

⁴ Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). 2024. *Darba nespējas dienu statistika – Power BI vizualizācija*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiYzI4Nzc4ZmUtYTBiNy00MDFjLTk0YTktM2ZmZTk0OGE5ZjZhliwidCI6ImRiYzkwMTJkLTkyOGItNDNkNC1iMTkwLTlhNmZmZjdlMWU5NiIsImMiOiJ9>

apmērā gadā, galvenokārt produktivitātes zudumu dēļ.⁵ Latvijā 2023. gadā tika zaudēti 73 556 potenciālie mūža gadi⁶, kas saistīti ar ekonomiskiem zaudējumiem aptuveni 1,36 miljardu eiro apmērā. Tas atbilst 3,37 % no valsts IKP.

Priekšlaicīgie nāves gadījumi ne tikai radīja būtisku slogu sabiedrības veselībai, bet arī izraisīja tiešus zaudējumus Eiropas ekonomikām. Acīmredzama priekšlaicīgas mirstības sekas ir potenciālā darbaspēka samazināšanās, un šis aspekts ir īpaši nozīmīgs Eiropas kontekstā, ņemot vērā sabiedrības novecošanos. Darbaspēka trūkums Eiropā un īpaši Latvijā jau ir sācis apdraudēt ekonomisko izaugsmi, un šī problēma nākotnē kļūs vēl nopietnāka, sabiedrībai novecojot.

Standartizētais mirstības līmenis Latvijā 2022. gadā bija 1 476 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, salīdzinot ar 1 002 uz 100 000 Eiropas Savienībā (ES) vidēji. Galvenie priekšlaicīgas mirstības iemesli ir asinsrites sistēmas slimībās (1 837 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, kas ir 3. augstākais rādītājs ES), ļaundabīgie audzēji (708 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, arī būtiski virs ES vidējā līmeņa) un ārējie nāves cēloņi.⁷ Priekšlaicīga mirstība rada **ievērojamu potenciālā darbaspēka zudumu**, kas negatīvi ietekmē Latvijas ekonomisko izaugsmi un darba tirgu.

Blažeja Liščaža (*Błażej Łyszczarz*) veikta pētījumā par produktivitātes zudumiem 28 Eiropas valstīs⁸ tika konstatēts, ka visi ES ekonomikas zaudējumi priekšlaicīgas mirstības dēļ veidoja 1,179 % no IKP (novērtējumam tika izmantoti 2015. gada dati). Bet sešas valstis zaudēja vairāk nekā 2 % no IKP, un vislielākais slogs bija vērojams trīs Baltijas valstīs: Latvijā – 3,176 % no IKP, Lietuvā – 2,944 % un Igaunijā – 2,283 % (saskaņā ar pētījuma autoru veikto aprēķinu). Uz vienu iedzīvotāju aprēķinātie produktivitātes zaudējumi, kas saistīti ar priekšlaicīgu mirstību, vidēji visā ES-28 bija 342,39 eiro. Bet vislielākais slogs tika konstatēts trīs Baltijas valstīs: Lietuvā – 643,68 eiro, Latvijā – 590,17 eiro un Igaunijā – 494,09 eiro.

⁵ WHO. 2025. *New Data: Noncommunicable Diseases Cause 1.8 Million Avoidable Deaths and Cost US\$ 514 Billion Every Year – Reveals New WHO/ Europe Report*. <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data--noncommunicable-diseases-cause-1-8-million-avoidable-deaths-and-cost-us-514-billion-usd-every-year--reveals-new-who-europe-report>

⁶ SPKC. 2025. *Veselības statistikas datubāze – Darba nespējas dienas*. <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/>

⁷ Eurostat. 2025. *Causes of Death Statistics – Statistics Explained*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics

⁸ Łyszczarz, B. 2019. Production losses associated with premature mortality in 28 European union countries. *Journal of Global Health*. Open Access. DOI: 10.7189/jogh.09.020418

2. INVESTĪCIJU IETEKME UZ VESELĪBAS RĀDĪTĀJIEM

Investīcijas veselības aprūpē var būtiski uzlabot veselības rādītājus, tādējādi samazinot ekonomiskus zaudējumus, kas ir saistīti ar sliktu veselību.

Veicot mērķtiecīgas darbības, kas vērstas uz sabiedrības veselības uzlabošanu, ir iespējams samazināt priekšlaicīgas mirstības un darbnespējas rādītājus. Tas savukārt palielina valsts ekonomisko potenciālu un veicina ilgtspējīgu ekonomikas attīstību. Ekonomiskā analīze par saslimstību un mirstību palīdz noteikt prioritāros ieguldījumu virzienus, kuros sagaidāma vislielākā atdeve no investīcijām. McKinsey⁹ pētījums pierāda, ka, izmantojot jau esošās ārstēšanas metodes un profilakses intervences, pasaules slimību slogu nākamo 20 gadu laikā varētu samazināt par aptuveni 40 %. Tas nozīmētu:

- par trešdaļu mazāk nāves gadījumu no vēža un sirds un asinsvadu slimībām;
- par 60 % mazāk nāves gadījumu no tropiskajām slimībām un malārijas;
- vidēja vecuma cilvēkiem šī pārmaiņa varētu pagarināt dzīves gadus labā veselībā par veselu desmitgadi, būtībā padarot 65 gadus par jauno 55.

Šie uzlabojumi palielinātu darbaspēka apjomu un produktivitāti, veicinot globālā IKP pieaugumu par 0,4 % gadā. Līdz 2040. gadam tas varētu radīt papildu 12 triljonus ASV dolāru ikgadējā pasaules IKP, kas ir 8 % pieaugums, neiekļaujot papildu ieguvumus no inovācijām un labklājības pieauguma.

Ieguldījumi veselībā ne tikai pagarina dzīves ilgumu un uzlabo dzīves kvalitāti, bet arī palielina ekonomisko aktivitāti. Veselāka sabiedrība nozīmē vairāk cilvēku darbaspēkā, augstāku produktivitāti un mazākus zaudējumus no slimībām un priekšlaicīgas mirstības. Lielāks, veselīgāks un produktīvāks darbaspēks varētu kompensēt demogrāfiskos izaicinājumus un veicināt globālo izaugsmi. Šie ieguvumi var būtiski stiprināt ekonomiku ilgtermiņā. Pēc pētnieku novērtējuma, katrs ieguldītais dolārs veselības uzlabošanā var radīt divu līdz četrus dolārus ekonomisko atdevi, un daudzi no šiem ieguvumiem ir sasniedzami bez būtiskiem papildu izdevumiem¹⁰.

Mērķtiecīgas investīcijas var nodrošināt augstu atdevi gan veselības, gan ekonomiskajā jomā. Veselības ieguldījumi jāuzskata ne tikai par sociālu, bet arī par ekonomisku prioritāti. Veselības tehnoloģiju novērtēšana (VTN) palīdz identificēt tehnoloģijas, kas var uzlabot sabiedrības veselību un tādējādi veicināt ekonomisko izaugsmi.

⁹ McKinsey Global Institute. 2020. *Prioritizing Health: A Prescription for Prosperity*. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity>.

¹⁰ Citos aprēķinos, kas aprakstīti šī pētījuma citās nodaļās (skat. J. Vētras un A. Berķes-Bergas nodaļas) ieguvums ir vēl lielāks.

Ieguldījumi veselībā ir būtisks ilgtspējīgas attīstības virzītājspēks. Veselāki cilvēki iegulda vairāk izglītībā, rūpējas par ģimenēm un aktīvāk piedalās sabiedriskajā dzīvē. Bērni, kuri aug veselīgā vidē, iegūst labākas izglītības iespējas un nākotnē kļūst par produktīvākiem pieaugušajiem. Veselības uzlabošana veicina dzimumu līdztiesību, jo sievietes bieži uzņemas rūpes par slimiem ģimenes locekļiem. Veselības sistēmas stiprināšana palielina valsts noturību pret krīzēm, piemēram, pandēmijām, klimata pārmaiņām vai migrācijas spiedienu. Sabiedrības ar labāku veselību ir mazāk pakļautas sociālajai spriedzei un ekonomiskajai nestabilitātei. Uzņēmumi gūst labumu no mazāka darbinieku prombūtnes līmeņa, augstākas darba efektivitātes un zemākām veselības apdrošināšanas izmaksām. Veselības uzlabošana veicina jaunu tehnoloģiju un pakalpojumu attīstību, piemēram, digitālās veselības risinājumus, kas rada jaunas darba vietas un inovāciju iespējas.

Ieguldījumi veselībā nav tikai morāls pienākums, bet arī stratēģisks ekonomisks lēmums, kas atbalsta ilgtspējīgu attīstību. Uzlabojot cilvēkkapitālu, samazinot ietekmi uz vidi un stiprinot sabiedrības veselību, ieguldījumi veselībā veido pozitīvu izaugsmes un attīstības ciklu, kas sniedz labumu visai sabiedrībai.¹¹

Veselības aprūpes sistēmas visā pasaulē saskaras ar pieaugošu slogu, ko rada disproporcija starp vajadzību pieaugumu no vienas puses un pieejamiem resursiem no otras puses. Tāpēc ir arvien svarīgāk nodrošināt efektīvu, uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanas sistēmu, kas spēj nodrošināt ilgtspējīgu veselības politiku. Veselības aprūpē veselības problēmu risināšanā tiek izmantots plašs veselības tehnoloģiju klāsts, kas ietver medikamentus, medicīniskās ierīces, palīgtehnoloģijas un digitālos risinājumus. Nepārtraukti tiek izstrādāti jauni tehnoloģiskie risinājumi, kuru mērķis ir uzlabot diagnostikas precizitāti, ārstēšanas efektivitāti, pacientu aprūpes kvalitāti un kopējo dzīves kvalitāti. VTN mūsdienās kļūst par neatņemamu komponenti veselības aprūpes plānošanā un stratēģiskajā vadībā.

VTN ir starpdisciplinārs, sistemātisks process, kas ļauj vispusīgi izvērtēt veselības tehnoloģiju klīnisko efektivitāti, drošumu, izmaksu lietderību, kā arī sociālos, ētiskos un juridiskos aspektus. Tā mērķis ir sniegt zinātniski pamatotus ieteikumus politikas veidotājiem, veselības aprūpes sniedzējiem un citām ieinteresētajām pusēm, veicinot racionālu resursu izmantošanu un uzlabojot pacientu aprūpes kvalitāti.

¹¹ Guidotti, Tee L. 2018. Sustainability and health: notes toward a convergence of agendas. *Journal of Environmental Studies and Sciences*. DOI: 10.1007/s13412-018-0496-3

3. VESELĪBAS TEHNOLOĢIJU NOVĒRTĒŠANAS NOZĪME EFEKTĪVAS VESELĪBAS APRŪPES POLITIKAS VEIDOŠANĀ

Veselības tehnoloģiju novērtēšana kā instruments ilgtspējīgai veselības aprūpei.

Mūsdienu veselības aprūpes sistēmas darbojas apstākļos, kur resursi ir ierobežoti, bet vajadzības nepārtraukti pieaug. Īpašu izaicinājumu rada sabiedrības novecošana, kā rezultātā palielinās pacientu skaits ar vienu vai vairākām hroniskām saslimšanām.¹² Šādos apstākļos efektīva resursu izmantošana kļūst par būtisku priekšnoteikumu veselības aprūpes sistēmu ilgtspējīgai darbībai.

Virzoties uz visaptverošu veselības aprūpi, ir svarīgi ieguldīt līdzekļus mūsdienīgās tehnoloģijās un efektīvās programmās. Lai gan jaunas veselības tehnoloģijas un ārstēšanas metodes tiek nepārtraukti izstrādātas, to faktiskais pienesums sabiedrības veselībai un sistēmas efektivitātei ne vienmēr ir uzreiz skaidri saskatāms.

Šajā kontekstā īpaša loma ir VTN – starpdisciplināram, sistemātiskam un daudznozaru procesam, kura mērķis ir vispusīgi izvērtēt veselības tehnoloģiju īpašības un ietekmi. VTN aptver gan tiešās, gan netiešās sekas, izvērtējot klīnisko efektivitāti, drošību, izmaksu lietderību, ietekmi uz pacientu dzīves kvalitāti un ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu kopumā.¹³

VTN galvenais uzdevums ir noteikt tehnoloģijas pievienoto vērtību konkrētā kontekstā, sniedzot zinātniski pamatotus ieteikumus par tās piemērotību un izmantošanu. Tas kalpo kā caurspīdīgs un atbildīgs lēmumu pieņemšanas atbalsta instruments, kas nodrošina pierādījumos balstītu informāciju politikas veidotājiem un citām ieinteresētajām pusēm. VTN veicina racionalizētu, efektīvu un ilgtspējīgu resursu izmantošanu, savienojot zinātnisko izpēti ar praktisku politikas veidošanu.

4. VESELĪBAS TEHNOLOĢIJU NOVĒRTĒŠANAS ORGANIZĀCIJAS PASAULĒ

Pasaulē VTN ir plaši izmantots instruments veselības politikas veidošanā. Katra valsts izvēlas savu pieeju VTN organizēšanā, ņemot vērā nacionālās veselības aprūpes sistēmas struktūru, politiskos lēmumus un institucionālo ietvaru. Tā, piemēram,

- Apvienotajā Karalistē VTN ir viens no Nacionālā klīniskās izcilības institūta (NICE) galvenajiem uzdevumiem. NICE ir neatkarīga valsts iestāde, kas izstrādā

¹² SPKC. 2023. *Sirds un asinsvadu slimību komorbiditāte*. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/19971>

¹³ WHO. 2015. *Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509749>

pierādījumos balstītas vadlīnijas un rekomendācijas veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanai, tai skaitā jaunu tehnoloģiju izvērtēšanai;

- Vācijā medicīnisko tehnoloģiju izvērtēšana ir viens no galvenajiem uzdevumiem Institutam veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes novērtēšanai (IQWiG). Šī ir neatkarīga zinātniska institūcija, kas sniedz objektīvus un uz pierādījumiem balstītus ieteikumus veselības aprūpes politikas veidotājiem un sabiedrībai;
- Kanādā par VTN koordinēšanu atbild Kanādas Veselības tehnoloģiju novērtēšanas koordinācijas birojs (CADTH). Tā ir neatkarīga, bezpeļņas organizācija, kas sadarbojas ar federālajām, provinču un teritoriālajām veselības aprūpes iestādēm, lai nodrošinātu informāciju par veselības tehnoloģiju klīnisko un ekonomisko efektivitāti;
- Francijā VTN tiek īstenota caur Augsto veselības iestādi (HAS), kas ir neatkarīga publiska institūcija. HAS veic klīnisko un ekonomisko novērtējumu, lai atbalstītu lēmumu pieņemšanu par tehnoloģiju iekļaušanu kompensējamo pakalpojumu sarakstā.
- Zviedrijā VTN koordinē Zviedrijas Veselības un aprūpes pakalpojumu novērtēšanas padome (SBU). Tā ir neatkarīga valsts aģentūra, kas veic sistemātiskus pārskatus par medicīniskajām un sociālajām tehnoloģijām, balstoties uz zinātniskiem pierādījumiem.

Eiropā darbojas EUnetHTA¹⁴ – Eiropas veselības tehnoloģiju novērtēšanas tīkls. Tas ir Eiropas sadarbības tīkls, kurš izveidots, lai attīstītu efektīvu un ilgtspējīgu VTN struktūru visā Eiropā. Tīkls apvieno 83 organizācijas no 27 ES dalībvalstīm, kā arī no Norvēģijas, Šveices, Ukrainas un Apvienotās Karalistes.

4.1. VESELĪBAS TEHNOLOĢIJU NOVĒRTĒŠANA LATVIJĀ

Latvijā par veselības tehnoloģiju novērtēšanas funkcijas īstenošanu ir atbildīga Zāļu valsts aģentūra (ZVA). Kopš 2019. gada 1. jūlija ZVA darbojas Veselības tehnoloģiju novērtēšanas nodaļa, un ZVA ir atbildīga par ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju (MT) apstiprināšanu Latvijā.¹⁵ Medicīniskās tehnoloģijas ietver gan ārstniecības metodes, gan medicīniskās ierīces, kuras ārstniecības iestādes drīkst izmantot tikai pēc to apstiprināšanas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā. ZVA šobrīd aktīvi veic VTN, galvenokārt attiecībā uz zālēm, izvērtējot to izmaksu efektivitāti un piemērotību ārstniecībā. Savukārt, lai gan medicīnisko ierīču un tehnoloģiju novērtēšana

¹⁴ European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA). 2025. *European Network for Health Technology Assessment: Planning, Development, and Implementation*. https://health.ec.europa.eu/health-technology-assessment/behind-hita-regulation/health-technology-assessment-network_en

¹⁵ Zāļu valsts aģentūra. 2025. *Nolikums un reglaments*. <https://www.zva.gov.lv/lv/par-mums/par-agenturu/nolikums-un-reglaments>

ir iekļauta ZVA funkcijās kopš 2019. gada, praksē šī joma vēl nav pilnībā attīstīta, un medicīnisko ierīču novērtēšana joprojām ir plānošanas un attīstības stadijā. Saskaņā ar ZVA stratēģiju un Eiropas Savienības Regulu (ES) 2021/2282 tiek plānots paplašināt VTN tvērumu, iekļaujot arī medicīniskās ierīces un veicinot kopīgu klīnisko novērtēšanu visā ES.

ZVA galvenie uzdevumi medicīnisko tehnoloģiju jomā:

- jaunu MT apstiprināšana – izvērtējot ražotāja iesniegtus dokumentus, kas ietver metodes aprakstu un klīnisko pētījumu rezultātus par efektivitāti, drošību un ietekmi uz pacienta dzīves kvalitāti;
- apstiprināto MT pārskatīšana un papildināšana – iespējama, ja ir jauni dati vai nepieciešamība precizēt esošo informāciju;
- MT anulēšana – iespējama, ja tiek konstatēta neefektivitāte, drošības riski vai citi būtiski iemesli;
- datu bāzes uzturēšana – ZVA uztur publiski pieejamu datubāzi ar apstiprinātajām medicīniskajām tehnoloģijām.

Prof. Zoltāns Kalo (*Zoltán Kaló*) no Ungārijas Semmelveisa Universitātes Veselības tehnoloģiju novērtēšanas centra seminārā “Medikamentu pieejamības veicināšana pacientiem Latvijā: veselības tehnoloģiju novērtēšana”, kuru organizēja ZVA sadarbībā ar Starptautisko Inovatīvo Farmaceutisko Firmu Asociāciju (SIFFA) un pacientu organizācijām, uzsvēra uz pierādījumiem balstītas pieejas un salīdzinošās efektivitātes pierādījumu esamību kā galvenos faktorus, lai noteiktu jaunās tehnoloģijas ekonomisko vērtību, un izskaidroja Veselības tehnoloģiju novērtēšanas pieeju attīstību pasaulē.

Kā aktualitāti pasaulē Prof. Zoltāns Kalo izvirzīja nepieciešamību papildināt VTN ar uz pacientu centrētiem novērtējuma elementiem (piemēram, finansiālais slogs pacientam, ģimenes locekļu vai aprūpētāju dzīves kvalitāte samazinājums un radītais finansiālais slogs), ietverot arī sabiedrībai svarīgus kritērijus (piemēram, slimības retums un smagums, veselības aprūpes pieejamības paplašināšana mazaizsargātām sabiedrības grupām vai iedzīvotājiem attālākos valsts reģionos). Visos veselības tehnoloģiju novērtējumos Latvijā primārā izmaksu perspektīva ir maksātāja perspektīva – valsts veselības aprūpes budžets. Sabiedrības perspektīva, kas sevī ietver netiešās izmaksas, tiek pieņemta tikai kā papildu analīze.

Lai arī Latvijā VTN tiek veikta atbilstoši vispārpieņemtai metodoloģijai un principiem, ir jāatzīst, ka novērtējumos ir plašāk jāpielieto tieši sabiedrības perspektīva un saistītās izmaksas, jo nereti tieši šī perspektīva var sniegt pilnvērtīgāku un precīzāku izmaksu un ieguvumu novērtējumu. VTN tvēruma paplašināšana neizbēgami saistīta ar

nepieciešamību mobilizēt papildu resursus, kas var izrādīties problemātiski ierobežotā kvalificētu speciālistu pieejamības un vispārējā resursu deficīta dēļ.

5. VESELĪBAS TEHNOLOĢIJU NOVĒRTĒŠANAS METODES

Veselības tehnoloģiju novērtēšanas galvenie metodoloģiskie posmi:

1. **Pētījuma problēmas definēšana.** Veselības tehnoloģiju novērtējuma svarīgs posms ir problēmas definēšana: pētījuma jautājuma noteikšana un novērtēšanas apjoms. Ir svarīgi skaidri definēt robežas, kurās tiks veikta analīze.
2. **Klīniskās efektivitātes izvērtēšana.** Viens no centrālajiem posmiem veselības tehnoloģiju novērtēšanas procesā, kura mērķis ir noteikt, cik lielā mērā konkrētā veselības tehnoloģija uzlabo pacientu veselības iznākumu, salīdzinot ar esošajām alternatīvām vai standarta terapiju. Klīniskā efektivitāte attiecas uz tehnoloģijas spēju radīt vēlamu terapeitisko efektu reālos klīniskos apstākļos, ņemot vērā gan ārstēšanas rezultātus, gan drošuma profilu.¹⁶ Izvērtēšana balstās uz zinātniski pamatotiem pierādījumiem, galvenokārt no randomizētiem kontrolētiem pētījumiem (RCT), kas tiek uzskatīti par zelta standartu. Tiek izmantoti arī sistemātiskie pārskati, metaanalīzes, kohortu pētījumi un reālās pasaules dati (*real-world evidence*), īpaši gadījumos, kad RCT nav pieejami vai nav pietiekami.¹⁷

Galvenie izvērtēšanas aspekti:

1. Terapeitiskā efektivitāte – cik lielā mērā tehnoloģija uzlabo veselības rādītājus (piemēram, mirstības samazinājums, simptomu mazināšana, dzīves kvalitātes uzlabošana).
2. Drošums – blakusparādību biežums, smagums un ietekme uz pacientu.
3. Pacientu ieguvumi – subjektīvi un objektīvi veselības uzlabojumi, tostarp dzīves kvalitāte, funkcionālā kapacitāte un ārstēšanas pieņemamība.
4. Salīdzinošā efektivitāte – tehnoloģijas sniegums salīdzinājumā ar alternatīvām terapijām vai standarta aprūpi.

Klīniskās efektivitātes izvērtēšana ir pamats ekonomiskajai analīzei, jo tikai klīniski efektīvu tehnoloģiju izmaksu efektivitāti ir lietderīgi analizēt.

¹⁶ Health Information and Quality Authority (HIQA). 2019. *Clinical Effectiveness Guidelines*. <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2019-01/Clinical-Effectiveness-Guidelines.pdf>

¹⁷ European Commission. 2025. *Health Technology Assessment – Key Documents*. https://health.ec.europa.eu/health-technology-assessment/key-documents_en?f%5B0%5D=topic_topic%3A227&f%5B1%5D=topic_topic%3A236

5.1. EKONOMISKĀ NOVĒRTĒŠANA

Veselības tehnoloģiju novērtēšana izmanto dažādas metodes, atkarība no novērtēšanas perspektīvas, vērtējamās tehnoloģijas raksturojuma, datu pieejamības, novērtēšanas mērķa un politiska konteksta. Četras nozīmīgākās metodes ir izmaksu efektivitātes analīze, izmaksu lietderības analīze, izmaksu minimizācijas analīze un ietekmes uz budžetu analīze.¹⁸

- **Izmaksu efektivitātes analīzes (CEA)** mērķis ir salīdzināt veselības tehnoloģiju izmaksas ar iegūtajiem veselības rezultātiem, piemēram, papildus iegūtiem dzīves gadiem. Metodē tiek aprēķināts izmaksu pieauguma rādītājs (*Incremental Cost-Effectiveness Ratio* (ICER)) – papildu izmaksas par vienu veselības ieguvumu. Metodi pielieto, salīdzinot divas ārstēšanas metodes, kuras atšķiras pēc klīniskās efektivitātes un izmaksām. Metode izvērtē, kura tehnoloģija sniedz labāku rezultātu par ieguldītajiem līdzekļiem.
- **Izmaksu lietderības analīzes (CUA)** mērķis ir novērtēt izmaksu pieaugumu un kvalitatīvas dzīves ilguma pieaugumu, izmantojot kvalitatīvi pielāgotus dzīves gadus (QALY). Metodē aprēķina izmaksas par vienu kvalitatīvo dzīves gadu. Metodi pielieto tad, kad ārstēšana ietekmē pacienta dzīves kvalitāti, ne tikai ilgumu (piemēram, hronisku sāpju terapija vai paliatīvā aprūpe).
- **Izmaksu minimizācijas analīzes (CMA)** mērķis ir noteikt viszemākās izmaksas starp divām vai vairākām tehnoloģijām, kuru klīniskā efektivitāte ir līdzvērtīga. Metode salīdzina kopējās izmaksas bez veselības iznākuma korekcijas. Metodi var pielietot, kad pieejami pierādījumi, ka vairākas terapijas ir vienlīdz klīniski efektīvas – tiek izvēlēta finansiāli izdevīgākā.
- **Budžeta ietekmes analīzes (BIA)** mērķis ir izvērtēt jaunas tehnoloģijas vai medikamenta ietekmi uz veselības aprūpes budžetu konkrētā laika posmā (parasti 3–5 gadi). Metode novērtē kopējās izmaiņas veselības izdevumos, ņemot vērā pacientu skaitu, lietošanas apjomu, esošo terapiju aizstāšanu u. c. Metode ir noderīga politikas plānošanā, lai novērtētu, vai tehnoloģija rada papildu slogu, vai palīdz samazināt kopējās izmaksas (piemēram, samazinot hospitalizāciju).

¹⁸ Abbott J.H., et al. 15.12.2022. Economic evaluation: a reader's guide to studies of cost-effectiveness. *Arch Physiother*, 12(1):28. doi: 10.1186/s40945-022-00154-1. PMID: 36517825; PMCID: PMC9753355

5.2. SOCIĀLO, ĒTISKO UN JURIDISKO ASPEKTU IZVĒRTĒŠANA

Sociālo, ētisko un juridisko aspektu izvērtēšana ir būtiska VTN sastāvdaļa, kas nodrošina, ka veselības tehnoloģiju ieviešana notiek ne tikai klīniski un ekonomiski pamatoti, bet arī sabiedrībai pieņemamā, taisnīgā un cilvēktiesības respektējošā veidā.

- 1. Sociālie aspekti.** Sociālā izvērtēšana analizē, kā tehnoloģija ietekmē sabiedrības grupas ar atšķirīgu piekļuvi veselības aprūpei (piemēram, lauku iedzīvotāji, seniori, personas ar invaliditāti), pacientu līdzdalību lēmumu pieņemšanā un sabiedrības vērtības un uzskatus par veselību, slimību un ārstēšanu. Tiek ņemta vērā arī kultūras pieņemamība, informētība un sabiedrības uzticēšanās tehnoloģijai.
- 2. Ētiskie aspekti.** Ētiskā izvērtēšana koncentrējas uz autonomijas ievērošanu (pacienta tiesības pieņemt informētus lēmumus), taisnīgumu (vienlīdzīga piekļuve ārstēšanai), labuma un nekaitējuma principiem (vai tehnoloģija uzlabo veselību, neradot pārmērīgu kaitējumu) un cieņas un privātuma aizsardzību, īpaši datu apstrādes un mākslīgā intelekta izmantošanas gadījumos.
- 3. Juridiskie aspekti.** Juridiskā izvērtēšana ietver atbilstību nacionālajiem un starptautiskajiem normatīvajiem aktiem (piemēram, datu aizsardzības regulai – GDPR), intelektuālā īpašuma tiesības (īpaši digitālajām un biotehnoloģijām) un atbildības sadalījumu starp tehnoloģijas izstrādātājiem, ārstiem un veselības aprūpes iestādēm.
- 4. Metodoloģiskā pieeja.** Sociālo, ētisko un juridisko aspektu izvērtēšana bieži tiek veikta, izmantojot strukturētas intervijas ar pacientiem un ekspertiem, fokusa grupas, ētikas komiteju atzinumus un normatīvo aktu analīzi. Šie aspekti tiek integrēti EUnetHTA *Core Model* ietvarā kā atsevišķi domēni, kas papildina klīnisko un ekonomisko izvērtējumu.¹⁹

6. NOSLĒGUMĀ – VTN IZMANTOŠANAS POTENCIĀLS

Starptautiskā pieredze liecina, ka VTN plašāka integrācija veselības aprūpes politikas procesos var būtiski uzlabot ierobežoto resursu izmantošanas efektivitāti un veicināt mērķtiecīgas, uz pierādījumiem balstītas investīcijas veselības jomā. Veselības aprūpes digitālā transformācija Latvijā paver iespējas izmantot arvien plašāku strukturētu datu klāstu, kas ļautu VTN balstīt uz daudzveidīgiem un kvalitatīviem pierādījumiem. Turklāt VTN attīstība nav iedomājama bez aktīvas Latvijas dalības Eiropas HTA sadarbības tīklos

¹⁹ Leo, C.G., Tumolo, M.R., Sabina, S., et al. 2022. Health Technology Assessment for In Silico Medicine: Social, Ethical and Legal Aspects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1510.

un kopīgu metodoloģiju izmantošanas, kas veicina efektīvāku resursu izmantošanu un starptautisku salīdzināmību.

Veselības tehnoloģiju novērtēšanas instrumenta turpmāka lietojuma tvēruma paplašināšana, to izmantojot ne tikai zāļu, bet arī medicīnisko ierīču, inovāciju izvērtēšanā un stratēģiskajā plānošanā, pavērtu plašākas iespējas sabiedrības veselības stiprināšanai un veselības aprūpes sistēmas ilgtspējīgai attīstībai.

Vienlaikus arvien nozīmīgāka kļūst VTN sociālā dimensija – pacientu un ekspertu iesaistes mehānismu attīstība VTN procesos ir būtiska, lai veicinātu sabiedrības uzticību un nodrošinātu, ka veselības politikas lēmumi atspoguļo sabiedrības vajadzības, vērtības un tiesības uz kvalitatīvu aprūpi.

VESELĪBAS DATI ŠĶĒRSGRIEZUMĀ: MEKLĒJOT CĒLOŅSAKARĪBAS AR CITĀM NOZARĒM UN POLITIKĀM

RENĀTE GRUDULE

ANALĪTIKAS UN VADĪBAS GRUPAS
"POWERHOUSE LATVIA" DATU ANALĪTIĶE

BEĀTE LIVDANSKA

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTES SOCIĀLO ZINĀTŅU
FAKULTĀTES LEKTORA UN PĒTNIEKA P. I.

LUĪZE LĪCE-TANE

ANALĪTIKAS UN VADĪBAS GRUPAS
"POWERHOUSE LATVIA" DATU ANALĪTIĶE

MĀRTIŅŠ VARGULIS

ANALĪTIKAS UN VADĪBAS GRUPAS
"POWERHOUSE LATVIA" RISKU UN VADĪBAS DIREKTORS

Kā tas norādīts iepriekš, analizējot veselības aprūpes būtiskākos datus, veselības aprūpes kvalitāte, efektivitāte un pieejamība tiešā veidā korelē ar valsts labklājību, uzņēmējdarbību un kopējo sabiedrības noturību. Veselība ietekmē to, cik daudz darbaspēka ir pieejams, cik konkurētspējīgs ir Latvijas pilsonis un cik ilgi viņš var pilnvērtīgi piedalīties darba tirgū. Līdz ar to veselības sistēma nav tikai izdevumu pozīcija valsts budžetā, bet investīcija, kas rada pievienoto vērtību ekonomikā.

Latvija ilgstoši ir atpalikusi no Eiropas Savienības (ES) un OECD valstu vidējiem rādītājiem veselības finansējumā, kas atstāj tiešas sekas tautsaimniecībai. Nepietiekami ieguldījumi palielina netiešās izmaksas – darbnespēju, priekšlaicīgu mirstību, ilgstošas ārstēšanās izmaksas un sociālās sekas. Šādi zaudējumi ietekmē nodokļu bāzi, inovāciju spēju un valsts konkurētspēju. Turklāt starptautiskās organizācijas (OECD, PVO) atkārtoti norāda, ka investīcijas veselībā uzlabo ne tikai iedzīvotāju dzīves kvalitāti, bet arī veicina ekonomikas izaugsmi un fiskālo ilgtspēju.

Veselības aprūpe ir cieši saistīta arī ar valsts drošību un noturību. Veselīga sabiedrība ir spējīgāka reaģēt uz dažāda veida krīzēm – no pandēmijām līdz militāriem draudiem vai ekonomiskiem satricinājumiem. Tā kļūst par daļu no drošībošanas koncepta līdzās aizsardzībai un izglītībai. Ja veselības sistēma ir vāja, valsts krīzes situācijās kļūst ievainojamāka un tās sabiedrība – mazāk noturīga.

Vienlaikus veselības aprūpes pieejamība un līdzmaksājumu sistēma atspoguļo sociālā taisnīguma dimensiju. Augsti līdzmaksājumi un nepietiekami valsts ieguldījumi disproporcionāli skar zemāko ienākumu grupas, radot nevienlīdzību un ierobežojot iespējas pilnvērtīgi piedalīties darba tirgū. Tas savukārt vēl vairāk vājina nodokļu bāzi un kavē valsts attīstību. Līdz ar to šīs nodaļas mērķis ir analizēt un vilkt paralēles starp veselību un tās ietekmi uz citām nozarēm, īpaši akcentējot nepietiekamā un neefektīvi izmantotā finansējuma sasaisti ar valsts ekonomiku, labklājību un sabiedrības noturību. Turpmākajās sadaļās tiks aplūkotas galvenās korelācijas: veselība un labklājība, konkurētspēja, sociālā (ne)vienlīdzība, sabiedrības noturība, kā arī veselība un digitālā transformācija.

1. VESELĪBA UN LABKLĀJĪBA

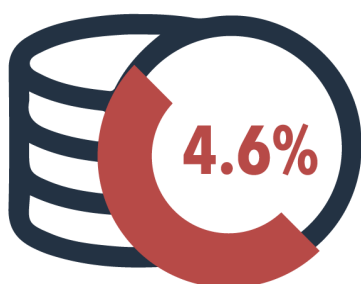
Veselība ir viens no centrālajiem labklājības indikatoriem, jo tā nosaka cilvēka dzīves kvalitāti, spēju piedalīties darba tirgū un pilnvērtīgi funkcionēt sabiedrībā. Veselīgi nodzīvotie dzīves gadi (*Healthy Life Years, HLY*) sniedz koncentrētu priekšstatu par to, cik ilgi indivīds var dzīvot bez būtiskiem funkcionāliem ierobežojumiem, kas rada būtisku ietekmi uz valsts labklājību. Kā tas norādīts iepriekšējās satura nodaļās, veselība nav tikai

individuāls labklājības rādītājs – tā ir cilvēkkapitāla daļa, kas ietekmē ekonomikas un sabiedrības ilgtspējīgu attīstību¹.

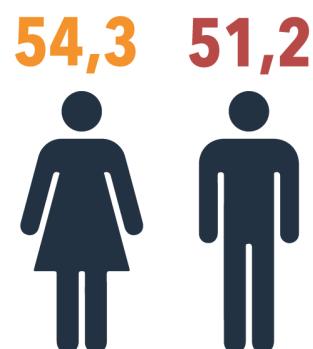
1.1. GALVENIE DATI UN KORELĀCIJAS

- Veselīgi nodzīvotie dzīves gadi (HLY): Latvijā 2023. gadā veselīgi nodzīvotie gadi bija tikai 51,2 gadi vīriešiem un 54,3 gadi sievietēm, kas ir zemākais rādītājs ES (salīdzinājumam – ES vidēji ~ 62-63 gadi).²
- Preventīvās aprūpes zemā aptvere: Latvija 2022. gadā profilaksei novirzīja tikai 2,8 % no veselības izdevumiem, kamēr ES vidēji 5,5 %.³

VALSTS IZDEVUMU ĪPATSVARŠ VESELĪBAS APRŪPEI (% NO IKP)



VESELĪGI NODZĪVOTIE MŪŽA GADI



1.2. IETEKME UN SEKAS

Indivīda līmenis. Īsāks veselīgi nodzīvotais dzīves posms nozīmē, ka cilvēki daudz agrāk sāk saskarties ar hroniskām slimībām, funkcionāliem ierobežojumiem vai nepieciešamību pēc ilgtermiņa ārstēšanas. Tas ne tikai samazina dzīves kvalitāti, bet arī rada psiholoģisku slodzi ģimenēm, kurām bieži jāuzņemas papildu aprūpes pienākumi. Latvijā HLY rādītāji liecina, ka vidusmēra iedzīvotājam vairāk nekā desmit dzīves gadi pāriet ar veselības traucējumiem, kas nozīmē ierobežotu iespēju baudīt aktīvu un pilnvērtīgu dzīvi.

Sabiedrības līmenis. Zemi veselības rādītāji ietekmē arī sabiedrības kopējo labklājības līmeni un sociālo kapitālu. Nepietiekams finansējums veselībai izraisa plašākas sekas –

¹ Skat. asoc. prof. A. Berķes-Bergas, B. Ziemeles, kā arī "WifOR Institute" pārstāvu rakstus.

² Eurostat. 2025. *Healthy life years statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

³ Eurostat. November 2024. *Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme

zemu uzticēšanos veselības aprūpes sistēmai, nevienlīdzīgu piekļuvi pakalpojumiem un augstu sociālās netaisnības sajūtu.

Starppaaudžu dimensija. Veselības problēmas nav izolētas viena indivīda ietvaros – tās ietekmē ģimenes un nākamās paaudzes. Ja vecākiem ir ierobežots veselīgs dzīves posms, viņi mazāk var ieguldīt bērnu izglītībā, atbalstā un sociālajā mobilitātē. Tas nostiprina nevienlīdzības ciklu un padara veselības un labklājības saikni par ilgtermiņa attīstības faktoru.

1.3. POLITIKAS DIMENSIJA UN NĀKOTNES SKATĪJUMS

Kā tas ir jebkurā attīstītā demokrātiskā valstī, arī Latvijas gadījumā veselības politika tiešā veidā ietekmē sabiedrības un indivīda personīgo labklājību. Potenciālie risinājumi, kas varētu mazināt plaisu ar ES vidējo līmeni:

- samazināta finansiālā barjera profilakses un primārās aprūpes pieejamībai, īpaši zemāko ienākumu grupām;
- Palielināti ieguldījumi profilaksē un agrīnā diagnostikā, pārejot no "reaģējoša" uz preventīvu veselības sistēmas modeli;
- ieviests ekonomiskās atdeves ietvars (mērījumi un analīze par to, kādu atdevi rada katrs ieguldītais eiro, tai skaitā labklājības veicināšanai būtiskos parametros – veselīgi nodzīvotie gadi; novērsti zaudējumu procenti no IKP). Līdzšinējā prakse un plānošana paredz, ka veselība tiek uztverta zināmā mērā "atrauti" no valsts ekonomiskās un konkurētspējas rādītājiem.

Tādējādi veselības sistēmas stiprināšana nozīmē ne tikai dzīves ilguma pagarināšanu, bet arī kvalitatīvāku dzīves posmu, kas ir priekšnoteikums sabiedrības labklājībai kopumā.

2. VESELĪBA UN KONKURĒTSPĒJA

Veselība ir viens no pamatnosacījumiem valsts konkurētspējai un ilgtspējīgai ekonomiskajai izaugsmei. Augsti veselības rādītāji veicina darbaspēka kvalitāti, ilgāku produktīvo darba mūžu un samazina ekonomiskos zaudējumus, kas saistīti ar priekšlaicīgu mirstību vai hronisku slimību radīto prombūtni. OECD un Pasaules Banka veselību konsekventi definē kā cilvēkkapitāla daļu, kas ir priekšnoteikums inovācijai, produktivitātei un sabiedrības labklājībai. Ja veselības sistēma ir vāja, tā kļūst par strukturālu šķērslī uzņēmējdarbībai un investīciju piesaistei, jo palielinās sociālais un finanšu slogs.

2.1. GALVENIE DATI UN KORELĀCIJAS

- Novēršamā mirstība: novēršamās mirstības līmenis Latvijas iedzīvotāju vidū ir starp augstākajiem Eiropā – ar 543,3 nāves gadījumiem uz 100 000, kamēr ES vidējais rādītājs ir 257,8. Ievērojami resursi, kas ik gadu tiek “izrauti” no darba tirgus.⁴
- Ražošana: ražošanas zudumi *per capita* novēršamu nāvju dēļ = 590,18 EUR gadā (ES vidēji ~ 342,39 EUR).⁵
- Investīciju vides signāls: zemie veselības rādītāji liecina par strukturāli nepietiekamu publisko finansējumu. Tas atspoguļojas zemākā cilvēkkapitāla kvalitātē, kas ir kritisks faktors investoru skatījumā.

NOVĒRŠAMO NĀVJU LATVIJĀ IZMAKSAS



**~ 1,1 MILJARDS EUR
JEB ~ 2,8 % NO IKP GADĀ**

$-590,20 \text{ EUR} \times 1,86 \text{ MILJ. IEDZ.} \approx 1,1 \text{ MILJARDS EUR}$

2.2. IETEKME UN SEKAS

Makroekonomikas līmenī. Augstie veselības zaudējumi mazina nodokļu ieņēmumus un palielina publisko finanšu spiedienu. Veselības sistēmas vājums kavē ekonomikas modernizāciju – daļa resursu tiek tērēti slimību ārstēšanai, nevis produktīvām investīcijām.

Darba tirgus un uzņēmējdarbības līmenī. Veselīgs darbaspēks ir tiešs konkurētspējas faktors. Latvijā īsāks veselīgs dzīves posms un augsta novēršamā mirstība nozīmē

⁴ Eurostat. 30.06.2025. 1.1 Million Deaths Linked to Avoidable Conditions. *Eurostat News*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250630-1>

⁵ Łyszczarz B. 2019. Losses associated with premature mortality in 28 European Union countries. *Journal of Global Health*. 9(2). 5. doi: 10.7189/jogh.09.020418

mazāku produktivitāti un lielākas uzņēmumu izmaksas. Tas arī ierobežo jaunu industriju attīstību, kur nepieciešams augsti kvalificēts un ilgtspējīgs darbaspēks. Īsāks veselīgs mūžs nozīmē mazāku darba tirgū aktīvu iedzīvotāju īpatsvaru un īsāku pilnvērtīga darba mūža ilgumu. Hroniskas slimības un priekšlaicīga mirstība rada biežākus slimības atvaļinājumus, ilgāku prombūtni un zemāku produktivitāti. Tas savukārt tieši ietekmē darba devējus – palielinās izmaksas saistībā ar darbaspēka aizvietošanu, zemāku ražīgumu un nepieciešamību investēt darbinieku veselības atbalsta programmās.

Starptautiskā līmenī. Latvija, atpaliekot no ES vidējiem veselības rādītājiem, riskē ar “cilvēkkapitāla plaisu” – spējā konkurēt globālajā darba tirgū un piesaistīt investīcijas. Tas var nostiprināt valsts perifēro statusu, ja veselības sistēma netiek uzlūkota kā ekonomiskās politikas pamatelements.

2.3. POLITIKAS DIMENSIJA UN NĀKOTNES SKATĪJUMS

Kopumā veselības sistēma nav tikai sociālās politikas instruments, bet konkurētspējas pamatelements, kas nosaka Latvijas spēju noturēt un attīstīt savu cilvēkkapitālu, piesaistīt investīcijas un nodrošināt ilgtspējīgu ekonomisko izaugsmi. Lai veselība kļūtu par Latvijas konkurētspējas resursu, nepieciešami strukturāli soļi:

- veselības finansējuma sasaistīšana ar ekonomikas politiku: veselības ieguldījumi jāuzrāda kā daļa no valsts izaugsmes stratēģijas, līdzīgi kā investīcijas infrastruktūrā vai inovācijās;
- profilakses un agrīnās diagnostikas stiprināšana: mazina darba tirgus zaudējumus un ilgtermiņa izmaksas;
- starptautiskā sadarbība: integrēt veselības politiku cilvēkkapitāla attīstības un konkurētspējas programmās ES un OECD ietvaros, lai stiprinātu Latvijas pozīcijas globālajā ekonomikā.

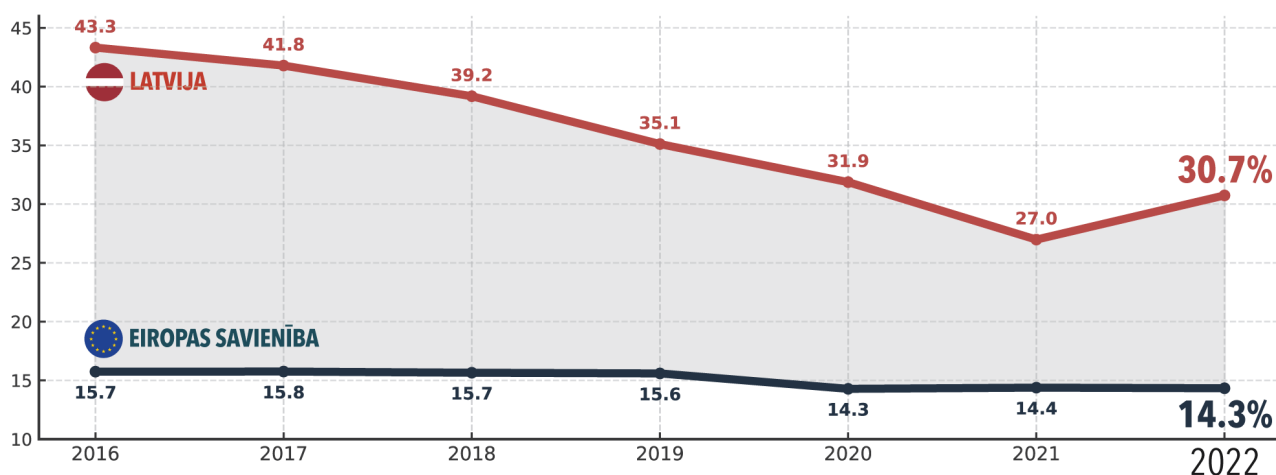
3. VESELĪBA UN SOCIĀLĀ (NE)VIENTLĪDZĪBA

Veselības sistēmas pieejamība un taisnīgums ir viens no galvenajiem sociālās vienlīdzības rādītājiem. Ja veselības aprūpes kvalitāte un sasniedzamība atšķiras atkarībā no ienākumiem, dzīvesvietas vai piekļuves zālēm, tas rada nevienlīdzīgas iespējas dzīvot veselīgu dzīvi. Latvijā veselības aprūpes modelis vēsturiski ir balstījies uz augstu iedzīvotāju līdzmaksājumu īpatsvaru, kas ir viens no augstākajiem ES. Tas nozīmē, ka piekļuve veselības aprūpei bieži ir atkarīga no mājtsaimniecību maksātspējas, nevis no medicīniskās nepieciešamības.

3.1. GALVENIE DATI UN KORELĀCIJAS

- Augsti līdzmaksājumi: Latvijā iedzīvotāju tiešie maksājumi (*out-of-pocket, OOP*) 2022. gadā sasniedza 30,7 % no kopējiem veselības izdevumiem,⁶ kas būtiski pārsniedz OECD rekomendēto 15–20 % robežu.⁷ Tas rada nevienlīdzības (veselības aprūpes “pieejamības”) plaisu starp turīgajiem un mazāk turīgajiem.
- Medikamentu pieejamība: Latvijā ir pieejami tikai 18 % no ES apstiprinātajiem medikamentiem,⁸ un vidējais laiks līdz jaunās terapijas nonākšanai pie pacientiem ir 642 dienas (salīdzinājumam – Vācijā 128 dienas).⁹
- Profilakses pieejamība: zema aptvere vēža skrīningos – krūts vēzis (36 %¹⁰ Latvijā pret 56% ES¹¹), kolorektālais vēzis (19 %¹² Latvijā pret 42 % ES¹³) – norāda, ka zemākās ienākumu grupas visvairāk cieš no pieejamības barjerām.

PACIENTU TIEŠO MAKSĀJUMU ĪPATSVARS VESELĪBAS APRŪPĒ % NO KOPĒJIEM IZDEVUMIEM (2022.GADS)



⁶ Eurostat. 2025. *Out-of-Pocket Expenditure on Healthcare*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en

⁷ Fenny, A. P., Yates, R., & Thompson, R. 2021. Strategies for financing social health insurance schemes for providing universal health care: a comparative analysis of five countries. *Global health action*, 14(1), 1868054. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7833020/>

⁸ Newton, M., et al. 2025. EFPIA *Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey*. 12. <https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf>

⁹ *Ibid*

¹⁰ Eurostat. July 2025. *Cancer Screening Statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=645205&title=Cancer_screening_statistics

¹¹ OECD/European Commission. 2025. *EU Country Cancer Profile: Latvia 2025*. Paris: OECD Publishing, 13. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-latvia-2025_21c08462/f23ce73c-en.pdf

¹² Eurostat. 2025. *Preventive Cancer Screenings - Programme Data*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ps_prev/default/table?lang=en

¹³ OECD/European Commission. 2025. *EU Country Cancer Profile: Latvia 2025*. Paris: OECD Publishing, 24. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-latvia-2025_21c08462/f23ce73c-en.pdf

3.2. IETEKME UN SEKAS

Sociālais taisnīgums. Augstie līdzmaksājumi un ierobežotā valsts finansējuma pieejamība padara veselības aprūpi par privilēģiju turīgākajām māsaimniecībām. Zemāko ienākumu kvintiles bieži atliek vizītes, nepiedalās skrīningā vai pārtrauc ārstēšanu izmaksu dēļ. Tas nozīmē, ka veselības sistēma ne tikai nespēj izlīdzināt sociālo nevienlīdzību, bet to pat padziļina.

Ģeogrāfiskā nevienlīdzība. Reģionos veselības aprūpes pieejamība ir būtiski zemāka nekā Rīgā. Tas nozīmē ilgākus gaidīšanas laikus, mazāk speciālistu un lielāku noslodzi esošajam personālam. Pacienti no reģioniem bieži spiesti meklēt palīdzību galvaspilsētā, kas palielina izmaksas ģimenēm un pasliktina sociālo mobilitāti.

Medikamentu nevienlīdzība. Ierobežota pieeja inovatīvām terapijām un kavēta kompensācijas sistēma rada strukturālu nevienlīdzību – pacienti ar augstākiem ienākumiem var ātrāk piekļūt jaunākām zālēm. Turklāt nevienlīdzības plaša ir īpaši izteikta, salīdzinot pieejamos inovatīvos medikamentus Latvijas pacientiem ar vidējo ES.

Ilgtermiņa sociālās sekas. Veselības nevienlīdzība veicina sabiedrības fragmentāciju un zemu uzticēšanos valsts institūcijām. Ja iedzīvotāji redz, ka veselības sistēma nav vienlīdz pieejama, tas mazina solidaritāti un atbalstu valsts politikām kopumā. Rezultātā veselības nevienlīdzība kļūst par sociālās noturības un demokrātiskās stabilitātes jautājumu.

3.3. POLITIKAS DIMENSIJA UN NĀKOTNES SKATĪJUMS

- Līdzmaksājumu sloga mazināšana: mērķēti atvieglojumi zemāko ienākumu grupām un pacientiem ar hroniskām slimībām.
- Reģionālo disproporciju samazināšana: mērķtiecīga cilvēkresursu politika (piemēram, māsu un ārstu sadales līdzsvarošana, motivācijas instrumenti darbam reģionos).
- Ātrāka inovatīvo medikamentu pieejamība: palielinot kompensējamo zāļu budžetu.
- Profilakses aptveres paplašināšana: aktīvāka ģimenes ārstu iesaiste un automatizēti (digitālu risinājumu) iesaiste skrīninga aptveres veicināšanā, īpaši mērķējot uz zemāko ienākumu iedzīvotājiem.

Kopumā veselības sistēmas "taisnīgums" ir ne tikai veselības jautājums, bet arī sociālās vienlīdzības un uzticēšanās sabiedrības institūcijām pamatelements. Ja veselības aprūpes pieejamība ir nevienlīdzīga, tad arī sabiedrības noturība un solidaritāte kļūst ievainojama.

4. VESELĪBA UN SABIEDRĪBAS NOTURĪBA

Sabiedrības noturība ir valsts spēja pielāgoties un pārvarēt krīzes – pandēmijas, ekonomiskos satricinājumus vai militārus draudus. Veselības sistēma ir šīs noturības centrā, jo tā nodrošina sabiedrības spēju saglabāt funkcionējošu ikdienas dzīvi un uzturēt darbaspēka pieejamību arī krīzes apstākļos. Pandēmija un Krievijas karš Ukrainā spilgti parādīja, ka veselība ir tikpat nozīmīga drošības dimensija kā aizsardzība un enerģētika. Valsts, kuras veselības sistēma ir vāja, ir ievainojama ne tikai epidemioloģisku draudu priekšā, bet arī plašākā drošības un ekonomiskā kontekstā.

4.1. GALVENIE DATI UN KORELĀCIJAS

- Gaidīšanas laiki: reģionos vidēji 22,9 nedēļas, kamēr Rīgā 8,1 nedēļa.¹⁴ Krīzes brīžos šādi rādītāji nozīmē kritisku sistēmas nespēju ātri reaģēt, īpaši reģionos.
- Gultu noslodze miera apstākļos jau virs drošas robežas: piemēram, 2024. gada pavasarī Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionāru noslodze bija 87 %, kamēr vadlīnijas rekomendē nepārsniegt 80 %, lai saglabātu manevra spējas pie pēkšņa pieprasījuma kāpuma.¹⁵ Tas nozīmē – brīvo gultu rezerve ikdienā praktiski iztērēta.

STACIONĀRO PAKALPOJUMU GAIDĪŠANAS LAIKI

22,9
NEDĒĻAS REĢIONOS



8,1
NEDĒĻAS RĪGĀ



GULTU NOSLODZE RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKAJĀ UNIVERSITĀTES SLIMNĪCĀ

87%



¹⁴ Nacionālais veselības dienests. 29.08.2025. *Stacionāro pakalpojumu gaidīšanas rindas*. https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-pakalpojumu-gaidisanas-rindas?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

¹⁵ Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca. n.d. *Austrumu slimnīcā pacientu pieaugums un pārslodze. Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas klīnikā un stacionāros*. <https://aslimnica.lv/jaunumi/zinas/austrumu-slimnica-pacientu-pieaugums-un-parslodze-neatliekamās-medicīnas-un-pacientu-uzņemšanas-klīnika-un-stacionaros/>

4.2. IETEKME UN SEKAS

Krīžu pārvarēšanas spēja. Zema profilakses aptvere un ilgi gaidīšanas laiki nozīmē, ka veselības sistēma darbojas reaktīvi – slimības tiek ārstētas vēlīni, kas palielina gan cilvēkresursu, gan finanšu slogu. Tas padara sabiedrību mazāk elastīgu krīžu brīžos, kad pieprasījums pēc veselības aprūpes strauji pieaug.

Drošības dimensija. Veselība ir kļuvusi par daļu no nacionālās drošības koncepta. Pandēmija un Krievijas karš Ukrainā pierādīja, ka valsts aizsardzības spējas un sabiedrības mobilizācija ir cieši atkarīga no veselības sistēmas jaudas. Ja veselības aprūpe sabrūk, cieš ne tikai indivīdu veselība, bet arī ekonomiskās, militārās un sociālās struktūras. Militāra vai hibrīda apdraudējuma apstākļos civilā aprūpe un militārā medicīna ir viena sistēma – ja trūkst personāla un brīvu gultu, cietušo “caurlaidspēja” krīt, aug mirstība un sekundāro seku nasta (invaliditāte, garas rehabilitācijas) ar tiešu ietekmi uz ekonomiku un sabiedrisko kārtību.

Starptautiskā perspektīva. Latvija, atpaliekot no medicīnas noturības rādītājiem, kļūst ievainojamāka ilgtermiņā. Tas nozīmē lielāku risku, ka veselības sistēma nebūs gatava nākotnes satricinājumiem (jaunas epidēmijas, demogrāfiskie izaicinājumi, karadarbības radītas slodzes). Tāpat tas var radīt būtiskas plaisas aizsardzības spējās, kas mazina kopējo valsts atturēšanas politiku.

4.3. POLITIKAS DIMENSIJA UN NĀKOTNES SKATĪJUMS

- Sistēmas kapacitātes stiprināšana. Jāmazina reģionālās disproporcijas ārstniecības personāla un infrastruktūras pieejamībā, vienlaikus saglabājot funkcionāli pamatotu slimnīcu līmeņu gradāciju, lai visā valstī nodrošinātu vienlīdzīgu noturības līmeni, kas ir būtiski kara un/vai krīzes apstākļos.
- Drošības politikas integrācija. Veselības sistēma jāiekļauj nacionālās drošības plānos līdzvērtīgi aizsardzībai un enerģētikai, nosakot konkrētus parametrus gan primāro vajadzību nodrošināšana (piemēram, gultas vietas, medikamentu loģistika un krājumi), gan stiprinot savstarpējo savietojamību ar aizsardzības sektoru.

5. VESELĪBA UN DIGITĀLĀ TRANSFORMĀCIJA

Digitālā veselība pārvieto sistēmu no atsevišķiem rīkiem uz saderīgu, koplietojamu un pacientam pieejamu datu vidi. Tā uzlabo pieejamību, kvalitāti un izmaksu disciplīnu, vienlaikus radot jaunu jaudu profilaksei, plūsmas pārvaldībai un krīžu noturībai. Latvijā pamata infrastruktūra jau strādā (e-receptes, e-nosūtījumi, laboratorijas un

attēldiagnostikas datu apmaiņa). Uzdevums ir šo bāzi pārvērst mērāmos ieguvumos pacientam, ārstam un sistēmai kopumā. Turklāt iztrūkstošs elements ir datu savietojamība starp dažādām ārstniecības iestādēm.

5.1. GALVENIE DATI UN KORELĀCIJAS

- E-veselības briedums: ~ 85 % (virs ES-27 vidējā ~ 79 %). Datu kategoriju pieejamība ~ 86 %, strukturēto veselības kopsavilkumu komponents ~ 71 %.¹⁶ Infrastruktūra pastāv, bet strukturētais saturs un lietojamība vēl jāpilnveido.
- Datu plūsmas mērogs: 2025. gada pavasarī uzkrāti > 6 miljoni laboratorijas rezultātu; ¹⁷2025. gada maijā izrakstītas 1 479 221 e-receptes un izsniegtas 1 222 193; ielādēti 431 891 laboratoriskie rezultāti un 111 388 attēldiagnostikas ieraksti; ievietotas 44 525 epikrīzes.¹⁸ Pacientu portālā – tikai ap 2 000 dokumentu skatījumu darba dienā.¹⁹ Liels klīnisko datu apjoms, bet zema pacientu iesaiste nozīmē neizmantotu potenciālu pašaprūpē un līdzestībā.
- Pārrobežu funkcionalitāte: Latvijas e-receptes var izpirkt Igaunijā, Čehijā, Polijā, Spānijā, Lietuvā un Portugālē; pamatdatu apmaiņa darbojas ar Maltu, Nīderlandi, Portugāli, Igauniju, Spāniju un Franciju.²⁰ Pārrobežu nepārtrauktība mazinās pārtraukumus terapijā, bet iedzīvotājiem jābūt skaidriem atlīdzības nosacījumiem.

5.2. IETEKME UN SEKAS

- Pieejamība un efektivitāte. Strukturēti dati kopā ar savietojamību ļauj automatizēt atgādinājumus skrīningam, medikamentu lietošanai un kontroles vizītēm. Rezultāts – agrīnākas diagnozes un mazāk akūtu saasinājumu.
- Kvalitāte un drošība. Vienota terminoloģija un kopsavilkumi uzlabo lēmumu atbalstu, mazina kļūdas un dublējumus (īpaši laboratorijā un attēldiagnostikā).
- Vienlīdzība. Mobilā pieeja, deleģētas tiesības tuviniekiem un piekļūstamības vadlīniju ievērošana mazina digitālo plaisu un atvieglo piekļuvi riska grupām (seniori, cilvēki ar funkcionāliem traucējumiem, reģioni).

¹⁶ European Comission. 2024. 2024 Digital Decade eHealth Indicator Study: Annex-Country Factsheets. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 1. <https://www.ministrzdravi.cz/app/uploads/2024/11/2024-digital-decade-ehealth-indicator-study-kk0524387enn.pdf>

¹⁷ Latvijas Digitālās veselības centrs. 25.04.2025. LDVC: E-veselībā pieejami teju 6 miljoni laboratorisko izmeklējumu rezultātu pārskati. <https://www.ldvc.lv/post/ldvc-e-veseliba-pieejami-teju-6-miljoni-laboratorisko-izmeklejumu-rezultatu-parskati>

¹⁸ E-veselība. 2025. E-veselības sistēmas lietošanas statistika. https://eveseliba.gov.lv/docs/default-source/default-document-library/eves_junijs_2025.pdf?sfvrsn=77d660e2_0

¹⁹ Latvijas Digitālās veselības centrs. 25.04.2025. LDVC: E-veselībā pieejami teju 6 miljoni laboratorisko izmeklējumu rezultātu pārskati. <https://www.ldvc.lv/post/ldvc-e-veseliba-pieejami-teju-6-miljoni-laboratorisko-izmeklejumu-rezultatu-parskati>

²⁰ E-veselība. n. d. E-receptes izmantošana citās Eiropas Savienības dalībvalstīs. <https://eveseliba.gov.lv/sakums/pārrobežu-e-veselības-pakalpojumi>

5.3. POLITIKAS DIMENSIJA / NĀKOTNES SKATĪJUMS

Latvijai ir funkcionējoša digitālā bāze; nākamais posms – lietojamība, savietojamība un mērāmie rezultāti. Digitālā transformācija nav mērķis pati par sevi: tā ir metode, kā saīsināt ceļu līdz pakalpojumam, celt kvalitāti un palielināt sistēmas noturību.

- Telemedicīnas paritāte. Ņemot vērā OECD labās prakses ietvarus, vienādi uzskaites un apmaksas noteikumi ar klātieni, kopīga kvalitātes indikatoru kopa (laiks līdz konsultācijai, atkārtoto vizīšu īpatsvars, hospitalizācijas pēc vizītes).
- Pacienta pieredze un uzticēšanās (digitālie risinājumi). Mobilā piekļuve kā noklusējums, vienkāršota identifikācija, deleģēšanas mehānismi tuviniekiem, konsekventas piekļūstamības prasības, skaidri noteikumi par pārrobežu atlīdzināšanu.
- Pārrobežu nepārtrauktība (MyHealthEU). Paplašināts valstu loku.



LUĪZE LĪCE-TANE

ANALĪTIKAS UN VADĪBAS GRUPAS "POWERHOUSE LATVIA"
DATU ANALĪTIKE

MĀRTIŅŠ VARGULIS

ANALĪTIKAS UN VADĪBAS GRUPAS "POWERHOUSE LATVIA"
RISKU UN VADĪBAS DIREKTORS

MEKLĒJOT ALTERNATĪVOS VESELĪBAS FINANSĒJUMA AVOTUS: IZAICINĀJUMI UN IESPĒJAS

Veselības aprūpes finansējuma jautājums Latvijā ir ne tikai ekonomisks, bet arī sabiedriska un politiska izaicinājums, kas prasa skaidru ilgtermiņa stratēģiju un jaunu vienošanos starp valsti un iedzīvotājiem. Ilgstoša veselības aprūpes nepietiekama līdzfinansēšana ir radījusi situāciju, kurā valsts izdevumi veselībai saglabājas zem Eiropas Savienības (ES) vidējā līmeņa – ~ 4,6 % no IKP¹, savukārt iedzīvotāju tiešie maksājumi veidoja 30,7 % no kopējām veselības izdevumu daļas 2022. gadā, kas ir būtiski virs ES vidējā rādītāja – 14,3 %.² Šādas disproporcijas saglabāšanās ilgtermiņā grauj gan sistēmas noturību, gan sabiedrības uzticēšanos, vienlaikus radot risku, ka veselības aprūpe tiek uztverta kā izmaksu pozīcija, nevis investīcija cilvēkkapitālā. Ņemot vērā esošos ģeopolitiskos apstākļus un potenciālo fiskālās telpas sašaurināšos, nākamajos gados brīvi pieejamie līdzekļi gan veselības aprūpei, gan citām nozarēm kļūs arvien ierobežotāki. Tas uzliek par pienākumu meklēt ilgtspējīgus finansēšanas modeļus un alternatīvus resursu avotus, lai nodrošinātu veselības aprūpes sistēmas noturību un, iespēju robežās, tās kvalitātes pieaugumu.

Šajā kontekstā būtiska ir arī Latvijas pieredze, kas sniedz mācības nākotnes diskusijām. 2018. gada modelis, kas sasaistīja veselības pakalpojumu pieejamību ar iemaksu statusu, apliecināja pretējo – mehānismi, kas neveicina vienlīdzību un neveido sabiedrības uzticību, nav ilgtspējīgi. To papildina arī atkārtotās diskusijas par Veselības aprūpes finansēšanas likuma grozījumiem. Lai gan likums formāli ir spēkā, tā ieviešana praksē nav notikusi, jo pārejas normas vairākkārt pagarinātas, kas ilustrē, ka politiskās vienošanās trūkums atkārtoti kavē noturīgas sistēmas izveidi. Šādos apstākļos turpmākām diskusijām par nodokļiem veselības finansējumam nepieciešams augsts politiskās vienošanās līmenis un skaidri, sabiedrībai saprotami mērķi. To apliecināja arī 2025. gada Veselības ministrijas konference “Ilgtspējīgi veselības aprūpes finansēšanas modeļi”, kurā tika uzsvērtā sabiedriskā līguma nozīme un vairāku instrumentu kombinācijas nepieciešamība, akcentējot, ka noturīgu finansējuma modeli iespējams veidot tikai uz plašas politiskās un sabiedriskās vienošanās pamata.³

Katra jauna veselības aprūpes finansējuma modeļa ieviešana prasa jaunu “vienošanos” starp valsti un iedzīvotājiem, kur abas puses izprot ieguldījumu mērķus, sagaidāmos ieguvumus un kompromisus, kas nepieciešami sistēmas noturībai. Bez uzticības un caurskatāmības par līdzekļu izlietojumu jebkurš alternatīvs finansējuma avots ilgtermiņā nespēs nodrošināt stabilitāti vai risināt sistēmas vajadzības. Šāda vienošanās nav tikai

¹ *Veselības aprūpe kā ieguldījums valsts attīstībā: makroekonomisks novērtējums Latvijā*. Autores Anželikas Berķes-Bergas aprēķins, balstīts Centrālās statistikas pārvaldes datos par vispārējās valdības izdevumiem veselības aprūpei un IKP.

² Eurostat. 2025. *Out-of-pocket expenditure on healthcare*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en

³ Veselības ministrija. 02.05.2024. *Konferencē apspriež ilgtspējīgus veselības aprūpes finansēšanas modeļus*. <https://www.vm.gov.lv/jaunums/konference-apspiez-ilgtspejigus-veselibas-aprupes-finansesanas-modelus>

fiskāls jautājums, bet arī sabiedrības uzticēšanās un solidaritātes tests, kas nosaka, cik gatava sabiedrība ir atbalstīt strukturālas pārmaiņas veselības aprūpē.

Tāpat jāatzīmē, ka starptautiskā pieredze rāda, ka noturīgākās veselības finansējuma sistēmas ir tās, kas balstās nevis uz vienu dominējošu ienākumu avotu, bet uz disciplinētu vairāku instrumentu kombināciju. Šādu pieeju ilustrē, piemēram, Somijas modelis, kur veselības aprūpes finansējums tiek nodrošināts caur vispārējo nodokļu sistēmu un darba devēju iesaisti arodveselības nodrošināšanā, kā arī Apvienotās Karalistes cukuroto dzērienu nodoklis, kas nodrošinājis stabilus ieņēmumus un vienlaikus veicinājis ražotāju reformulāciju un veselīgāku patēriņa paradumu maiņu. Reģionāli koordinēta akcīzes politika, mērķēti nodokļu ieņēmumi no veselībai riskantām nozarēm, publiskā un privātā partnerība (PPP) jaunu risinājumu pilotēšanai un stratēģisku projektu ieviešanai, iekšējās efektivitātes rezerves un ES fondu piesaiste veido alternatīvu pieeju kopu, kas var radīt papildu finansējumu nozarē un stiprināt kopējo sistēmas noturību. Tajā pašā laikā jānorāda, ka katra instrumenta ieviešana prasa rūpīgu politisko diskusiju par ieguvumiem, riskiem un sloga sadalījumu, lai izvairītos no regresīvas ietekmes, neplānotām budžeta saistībām vai īstermiņa efekta pasākumiem.

Alternatīvie veselības finansējuma avoti neizslēdz, bet tieši akcentē divus jau šajā pētījumā vairākkārt uzsvērtus priekšnoteikumus – nepieciešamību pēc efektīvākas resursu izlietošanas un papildu finansējuma piesaistes no kopējiem valsts līdzekļiem. Balstoties uz šiem pamata pieņēmumiem, šī nodaļa aplūko iespējamās finansējuma risinājumus, kas varētu paplašināt un stabilizēt Latvijas veselības aprūpes resursu bāzi. Tajā ietverti starptautiski ieteikumi un piemēri, vērtēts to fiskālais potenciāls un ietekme uz veselības aprūpes kvalitāti, kā arī izcelti riski un izaicinājumi, kas jāņem vērā, lai novērstu nevēlamas blaknes. Ieņēmumu aplēses sniegtas kā ilustratīvi scenāriji, balstīti uz pieejamiem statistikas datiem un starptautiski atzītām metodoloģijām. Jebkurš no šiem instrumentiem prasa ne tikai rūpīgu izvērtējumu, bet arī politisku apņemšanos un skaidru redzējumu, kas balstās jaunā sabiedrības līguma veselības nozarē ietvarā.

1. IEKŠĒJĀ EFEKTIVITĀTE UN IZDEVUMU PĀRORIENTĀCIJA

Diskusijā par veselības aprūpes finansējuma ilgtspēju būtiski nav tikai jauni ieņēmumu avoti, bet arī iekšējās rezerves, kuras iespējams mobilizēt, efektīvāk izmantojot jau esošos resursus. Starptautiskās aplēses rāda, ka ievērojama daļa veselības izdevumu netiek pārvērsta izmērāmos veselības ieguvumos. OECD aprēķini liecina, ka aptuveni piektdaļa veselības izdevumu neveicina būtisku veselības uzlabojumu vai pat ir mazvērtīgi, piemēram, dublējoši izmeklējumi, nevajadzīgas hospitalizācijas un

neatbilstošu tehnoloģiju izmantošana.⁴ Tas pamatoti virza uzmanību uz iekšējās neefektivitātes mazināšanu kā papildu fiskālās telpas avotu, nevis kā šī brīža pakalpojumu groza sašaurināšanu.

Latvijas kontekstā Valsts kontroles revīzijas regulāri atklāj sistēmiskas problēmas resursu izmantošanā. Revīzijā par ambulatoro veselības aprūpi tika konstatēts, ka nepilnīga plānošana un resursu sadrumstalotība kavē efektīvu pakalpojumu sniegšanu un rada nevienlīdzību starp reģioniem.⁵ Atsevišķos ziņojumos par e-veselības attīstību norādīts, ka vāja datu integrācija un nepietiekama sistēmu savietojamība bremsē produktivitāti un kvalitātes kontroli.⁶ Pieredze rāda, ka digitālie rīki – e-nosūtījumi, e-receptes, centralizēti datu paneļi – var ievērojami samazināt dublējošus izmeklējumus, saīsināt gaidīšanas laikus un uzlabot iepirkumu uzraudzību, taču Latvijā šo potenciālu vēl neizdodas pilnībā izmantot.

No ilgtspējas perspektīvas uzmanības centrā ir esošo institūciju pārvaldības spēju un datu izmantošanas stiprināšana, jo tieši šo kapacitāšu nepietiekamība var kavēt fragmentācijas mazināšanu un caurskatāmākas fiskālās uzraudzības nodrošināšanu. Vienlaikus efektivitātes stiprināšanas diskusijās nereti tiek piedāvāti arī institucionāli risinājumi, piemēram, priekšlikums Nacionālo veselības dienestu pārveidot par fondu. Šāds modelis varētu mazināt administratīvo sadrumstalotību un veicināt sistēmas attīstību, taču tas prasa rūpīgu priekšnoteikumu izvērtējumu un skaidru pārvaldības ietvaru. Šajā pašā kontekstā aktualizējas arī lielo valsts slimnīcu finansējuma jautājums, kas neaprobežojas tikai ar papildu līdzekļu piešķiršanu, bet ietver arī jautājumu, kā nodrošināt, lai šīs investīcijas radītu izmērāmu piensumu gan sabiedrības veselībai, gan sistēmas noturībai.

Ekonomiskais ieguvums no šādas efektivitātes stiprināšanas būtu nozīmīgs. Pieņemot, ka tikai 5 % no mazvērtīgajiem izdevumiem – tādiem, kas neveicina būtisku veselības ieguvumu, piemēram, dublējoši izmeklējumi, nevajadzīgas hospitalizācijas vai neatbilstošu tehnoloģiju izmantošana, – tiktu novirzīti augstākas vērtības aprūpei, piemēram, profilakses programmām, savlaicīgai diagnostikai, efektīvu ārstēšanas tehnoloģiju ieviešanai vai cilvēkresursu stiprināšanai, pie 2024. gada veselības nozares budžeta 1,88 miljardu eiro apmērā⁷ tas dotu aptuveni 94 miljonu eiro ietaupījumu, kas

⁴ OECD. 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health*, 3.

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/01/tackling-wasteful-spending-on-health_g1g72f29/9789264266414-en.pdf

⁵ Latvijas Republikas Valsts kontrole. 26.01.2017. *Vai valsts pacientiem spēj nodrošināt efektīvu ambulatoro veselības aprūpi?* <https://www.lrvk.gov.lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/vai-valsts-pacientiem-spej-nodrosinat-efektivu-ambulatoro-veselibas-aprupi?>

⁶ Latvijas Republikas Valsts kontrole. 08.09.2015. *Informācijas sistēmas veselības aprūpē.*

<https://lrvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/informacijas-sistemas-veselibas-aprube>

⁷ Veselības ministrija. 09.12.2023. *Veselība – viena no 2024. gada valsts budžeta prioritātēm.*

<https://www.vm.gov.lv/jaunums/veseliba-viena-no-2024-gada-valsts-budzeta-prioritatem>

būtu izmantojams gaidīšanas rindu mazināšanai, profilakses programmām vai cilvēkresursu stiprināšanai.

Starptautiskā pieredze arī skaidri parāda, ka efektīvi ieguldīts finansējums veselības aprūpē rada pozitīvu ekonomisko atdevi. PVO aprēķini rāda, ka katrs ieguldītais eiro augstas izmaksu-efektivitātes NCD profilakses un *best buy* intervencēs (piemēram, tabakas kontroli, alkohola patēriņa regulāciju, cukura patēriņa samazināšanu un vakcinācijas stratēģijas) ilgtermiņā nodrošina ievērojamu ekonomisko atdevi. Konkrēti, PVO 2018. gada aprēķini liecina, ka katrs 1 ASV dolārs, kas ieguldīts šajās pasākumu paketēs, līdz 2030. gadam rada vismaz 7 ASV dolāru atdevi veselības uzlabošanas un produktivitātes saglabāšanas formā.⁸

Latvijas veselības aprūpes sistēmai tas nozīmē, ka fiskālās telpas paplašināšana nav iespējama tikai ar jauniem nodokļiem vai ārēju finansējumu – tai jābalstās arī uz iekšējās neefektivitātes mazināšanu un izdevumu pārorientāciju. Stratēģiski ieguldīt primārajā un sekundārajā profilaksē, digitālajā pārvaldībā un citās pierādījumos balstītās pozīcijās, kas ilgtermiņā nes arī ekonomiskie atdevi, iespējams gan palielināt sistēmas noturību, gan uzlabot sabiedrības uzticēšanos, demonstrējot, ka katrs izlietotais eiro rada izmērāmu veselības un ekonomisko pienesumu. Šajā kontekstā jāuzsver, ka efektivitātes stiprināšana reti ir “bezmaksas risinājums”. Lai identificētu un novērstu trūkumus, nepieciešama gan resursu pārdale, gan padziļināta esošo sistēmu analīze. Tas nozīmē sākotnējus ieguldījumus – mazākus nekā potenciālie ilgtermiņa ieguvumi, bet tomēr ar izmaksām sistēmas uzlabošanas pirmajā posmā.

Līdztekus efektivitātes pasākumiem Latvijas pieredze ar divu grozu modeli 2018. gadā izgaismoja papildu problēmas, kas saistītas ar iedzīvotāju deklarēšanos un sociālajām iemaksām. Modelis paredzēja sasaistīt veselības pakalpojumu pieejamību ar rezidentu statusu un iemaksām, taču tā praktiska ieviešana nenotika – pārejas normas vairākkārt tika pagarinātas un galu galā atceltas. Pieredze parādīja, ka daļa iedzīvotāju, lai gan deklarēti Latvijā, neveica sociālās iemaksas, bet izmantoja publiski finansētos pakalpojumus, savukārt atsevišķa grupa vispār nemaksāja nodokļus. Rezultātā lielāks finansiālais slogs gulās uz tiem, kas sistēmu faktiski uztur, un tas padziļināja nevienlīdzības risku. Veselības ministrs Hosams Abu Meri ir norādījis, ka aptuveni 30 000 Latvijas pilsoņu dzīvo ārvalstīs, bet regulāri izmanto veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā, neveicot iemaksas sistēmas uzturēšanā.⁹ Taču, paplašinot iemaksu prasības uz ārzemēs dzīvojošiem rezidenti, fiskālais efekts būtu tikai daži miljoni eiro gadā un

⁸ World Health Organization. 2018. *Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?sequence=1>

⁹ Konference “Veselības aprūpe budžeta krustcelēs: politika, resursi, pacients”, 12.09.2025., Rīga.

nespētu nodrošināt risinājumu veselības aprūpes finansējuma sistēmiskajām problēmām.¹⁰

2. PRIVĀTĀS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS LOMA VESELĪBAS FINANSĒJUMA IZTRŪKUMU MAZINĀŠANĀ

Starptautiskajā literatūrā privātā veselības apdrošināšana (*Voluntary health insurance, VHI*) tiek raksturota kā brīvprātīga apdrošināšanas sistēma, kas tiek iegādāta papildus publiski finansētajam veselības aprūpes segumam, lai kompensētu līdzmaksājumus, nodrošinātu piekļuvi papildu vai ātrāk pieejamiem pakalpojumiem, kā arī pakalpojumiem ārpus valsts garantētā klāsta.¹¹ OECD klasifikācijā izšķir divas galvenās VHI funkcijas – papildinošo apdrošināšanu, kas nodrošina piekļuvi pakalpojumiem ārpus publiski finansētā pakalpojumu groza, un komplementāro apdrošināšanu, kas paredzēta valsts noteikto līdzmaksājumu segšanai.¹²

Dažādās valstīs šīs funkcijas tiek izmantotas atšķirīgi atkarībā no veselības sistēmas struktūras. Valstīs ar augstu līdzmaksājumu īpatsvaru komplementārā apdrošināšana tiek uzskatīta par nozīmīgu finanšu aizsardzības instrumentu, savukārt sistēmās ar plašu publisko segumu privātā apdrošināšana funkcionē kā papildu mehānisms, nodrošinot luksusa jeb izvēles pakalpojumu, kas pārsniedz valsts garantēto grozu. Diskusijās par VHI lomu veselības sistēmās tiek norādīts, ka tā var mazināt publiskā finansējuma slogu un uzlabot pieejamību, bet pārmērīga paļaušanās uz šo instrumentu bez regulējuma riskē palielināt nevienlīdzību un radīt “divu ātrumu” veselības aprūpes modeli.¹³

Latvijā visbiežāk sastopamais modelis ir papildinošā apdrošināšana, savukārt komplementārā apdrošināšana nav pietiekami attīstīta,¹⁴ kas ierobežo tās potenciālu mazināt līdzmaksājumu radīto slogu. Tajā pašā laikā veselības finansēšanas sistēmas kvalitāte tiek vērtēta pēc spējas pasargāt cilvēkus no katastrofāliem veselības izdevumiem.¹⁵ Latvijā šis risks ir būtiski lielāks nekā ES vidēji – 2016. gadā 15 % māsaimniecību piedzīvoja katastrofālu veselības izdevumu situāciju, salīdzinot ar 6,8 %

¹⁰ Konference “Veselības aprūpe budžeta krustcelēs: politika, resursi, pacients”, 12.09.2025., Rīga.

¹¹ OECD. 2022. *Private health insurance spending*. Paris: OECD Publishing. 3. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/03/private-health-insurance-spending_936ad24d/4985356e-en.pdf

¹² OECD. 2025. *OECD Health Statistics 2025: Definitions, Sources and Methods – Voluntary Health Insurance*. Paris: OECD Publishing, 1-2.

¹³ Colombo, F., Tapay, N. 2004. *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. France: OECD publishing. 21-23. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2004/01/private-health-insurance-in-oecd-countries_g17a1697/527211067757.pdf

¹⁴ OECD. 2020. *OECD Reviews of Public Health: Latvia: A Healthier Tomorrow*. Paris: OECD Publishing. 51. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/12/oecd-reviews-of-public-health-latvia_aec03279/e9f33098-en.pdf

¹⁵ World Health Organization (WHO). n.d. *Financial protection*. <https://www.who.int/health-topics/financial-protection>

ES vidēji.¹⁶ Tas ilustrē būtiski vajāku finanšu aizsardzību un akcentē nepieciešamību stiprināt alternatīvus mehānismus.

Privātās veselības apdrošināšanas īpatsvars Latvijā ir ap 4 % no kopējiem veselības izdevumiem,¹⁷ šis rādītājs ietver gan individuāli iegādātas polises, gan darba devēju apmaksātās grupu polises, bet neietver iedzīvotāju tiešos maksājumus vai obligātās sociālās iemaksas. Polises visbiežāk sedz ambulatoros pakalpojumus, diagnostiku un plānveida operācijas, bet reti aptver hronisko slimību ārstēšanu vai dārgas terapijas, kas paliek publiskās sistēmas pārziņā. Līdz ar to VHI Latvijā drīzāk nodrošina pievienoto vērtību noteiktam iedzīvotāju segmentam, nevis būtiski mazina nevienlīdzību vai finansiālo slogu.

Starptautiskā pieredze rāda vairākus mehānismus, kas var stiprināt finanšu aizsardzību. Somijā nozīmīga ir darba devēju iesaiste, nodrošinot apmaksātus profilakses un arodveselības pakalpojumus, kurus daļēji kompensē valsts aģentūra *Kela*.¹⁸ Latvijā obligātās veselības pārbaudes ir riska balstītas un attiecas tikai uz nodarbinātajiem noteiktos darba apstākļos, līdz ar to vienots aptverto iedzīvotāju īpatsvars netiek publicēts. Tomēr šī pieeja ļauj mazināt darbnespējas izmaksas un stiprināt agrīnu diagnostiku, vienlaikus uzņemoties uzņēmumu atbildību par darbinieku veselību. Savukārt Francijā aptuveni 96 % iedzīvotāju izmanto komplementāro apdrošināšanu, kas sedz līdzmaksājumus un veido ap 13 % no veselības izdevumiem,¹⁹ bet Nīderlandē papildus obligātajai apdrošināšanai tiek piedāvātas regulētas komplementārās polises, kas nodrošina gandrīz universālu pārklājumu. Vācijā un Slovēnijā savukārt ieviesti līdzmaksājumu griesti, kas nosaka maksimālo izdevumu apjomu, pēc kura visas pārējās izmaksas sedz publiskā sistēma.²⁰ Šādas shēmas īpaši aizsargā zemāko ienākumu mājsaimniecības un augsta riska pacientu grupas, piemēram, seniorus, bērnus vai cilvēkus ar hroniskām slimībām.

Latvijā privātās apdrošināšanas tirgus joprojām orientējas uz mazāk izmaksu ietilpīgiem un prognozējamiem pakalpojumiem, nerasniedzot kritiski nozīmīgas jomas, piemēram, hronisko slimību aprūpi. OECD dati liecina, ka liela daļa iedzīvotāju vecumā virs 65 gadiem dzīvo ar vismaz vienu hronisku slimību, piemēram, sirds un asinsvadu

¹⁶ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2023. *Latvia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. 16. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/2023_chp_lv_english.pdf

¹⁷ Behmane D, et al. 2024. *Latvia: Health System Summary, 2024*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. 3. <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/publicationsnew/hit-summaries-no-flags/hit-summary-latvia-2024-2p.pdf>

¹⁸ Kela (Social Insurance Institution of Finland). 14.09.2024. *Occupational Healthcare for Employers: A Quick Guide*. <https://www.kela.fi/news/occupational-healthcare-for-employers-a-quick-guide>

¹⁹ Lapinte, A., et al. 28.08.2024. *Complementary health insurance: more reimbursements for hearing aids and dental care after the 2019 health care reform*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-en-anglais/Complementary-health-insurance>

²⁰ OECD. 2022. *Private health insurance spending*. Paris: OECD Publishing. 1. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/03/private-health-insurance-spending_936ad24d/4985356e-en.pdf

slimībām, diabētu vai Parkinsona slimību.²¹ Lai gan ambulatorajā aprūpē vērojami uzlabojumi, piemēram, mazāk hospitalizāciju astmas un HOPS dēļ, profilakses un agrīnās diagnostikas īpatsvars Latvijas veselības izdevumu struktūrā ir tikai 2,8 %, kamēr ES vidēji tas sasniedz 5,6 %.²² Šī disproporcija atklāj sistēmiskus izaicinājumus un norāda uz nepieciešamību paplašināt VHI regulējumu, lai tas aptvertu arī augsta riska un izmaksu jomas.

Vienlaikus ir skaidrs, ka bez lielākām investīcijām profilaksē, tostarp skrīninga programmās un dzīvesveida slimību mazināšanā, veselības sistēma kļūst dārga un neefektīva. Tas nozīmē, ka profilaksei jābūt nevis perifēram, bet centrālam veselības politikas instrumentam, jo tikai tā iespējams ilgtermiņā mazināt finansiālo slogu un uzlabot iedzīvotāju veselības rādītājus.²³

Latvijas diskusijās atkārtoti uzsvērts, ka solidaritātes princips ir veselības finansēšanas ilgtspējas pamats. Kā norādījusi Saeimas deputāte Ingrīda Circene, ilgtspējīga sistēma prasa visu iedzīvotāju iesaisti finansēšanā – “veselais maksā par slimo, bagātais par nabago”.²⁴ Tikai universāla pieejamība var nodrošināt taisnīgumu, uzticēšanos un sabiedrības atbalstu veselības politikai. Pretēji, fragmentēti mehānismi, kas sasaista pakalpojumu pieejamību ar deklarēšanās vietu vai iemaksām noteiktām grupām, nevis risina, bet padziļina nevienlīdzību un bremzē noturīgas sistēmas izveidi. Šajā kontekstā privātās apdrošināšanas attīstība var kalpot kā papildinājums, bet ne aizstājējs universālajam publiskajam segumam – ilgtspējīgas veselības aprūpes pamatu joprojām veido taisnīga un visaptveroša publiskā finansēšana.

²¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. *Latvia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. 5. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/latvia-country-health-profile-2019_50ca1d1b/b9e65517-en.pdf

²² Eurostat. 2025. *Health care expenditure by function*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hc__custom_15153532/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=f6e66347-fff7-49b3-9b1f-a906329f05af&c=1737975381694z

²³ Konference *Veselības aprūpe budžeta krustcelēs: politika, resursi, pacients*, 12.09.2025., Rīga.

²⁴ Konference *Veselības aprūpe budžeta krustcelēs: politika, resursi, pacients*, 12.09.2025., Rīga.

3. PUBLISKĀ UN PRIVĀTĀ PARTNERĪBA (PPP)

Prognozes liecina, ka turpmākajos gados valsts tiešo izdevumu īpatsvars veselības aprūpē varētu samazināties,²⁵ kas vēl vairāk akcentē vajadzību meklēt papildu finansējuma un inovāciju mehānismus. Latvijā PPP projekti veselības aprūpes jomā līdz šim ir bijuši ierobežoti. Piemēram, plānotais Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas autostāvvietas projekts, kas 2017. gadā tika iecerēts kā PPP, netika realizēts.²⁶ Līdzīga pieredze vērojama arī citās valstīs, kur liela mēroga PPP projekti veselības aprūpes infrastruktūrā bieži saskaras ar ievērojamiem sagatavošanās un pārvaldības izaicinājumiem, kas var radīt papildu izmaksas un fiskālās saistības, ja netiek nodrošināti stingri izvērtēšanas un uzraudzības mehānismi.²⁷

Vienlaikus starptautiskā pieredze rāda, ka valstīs ar ierobežotu PPP tradīciju efektīvāks pieejas veids ir mazāka mēroga pilotprojekti, kas ļauj pakāpeniski attīstīt institucionālo kapacitāti un pārbaudīt risinājumus pirms to mērogošanas.²⁸ Šādi projekti ir īpaši piemēroti digitalizācijas, telemedicīnas, laboratorijas vai pacientu atbalsta pakalpojumu jomās, kur privātā sektora resursi un kompetence var papildināt publiskā sektora iespējas. Šāda mēroga PPP iniciatīvas sniedz arī demonstrācijas efektu, veicinot uzticību šim instrumentam un mazinot priekšstatu, ka PPP ir piemērojams tikai kapitālietilpīgiem infrastruktūras projektiem.

Maksimāla ieguvuma sasniegšanai PPP shēmās būtiski ir iekļaut skaidrus iznākuma kritērijus (KPI), risku sadales mehānismus un godīgu norēķinu sistēmu, kas balstīta uz snieguma kvalitāti un *value for money*, nevis tikai kapitāla ieguldījumiem.²⁹ Šādi modeļi ļauj nodrošināt, ka ieviestās tehnoloģijas un pakalpojumi sniedz ilgtermiņa lietderību un tiek pienācīgi pārvaldīti visa līguma darbības laikā.³⁰

Lai gan veselības aprūpes infrastruktūras attīstība Latvijā joprojām pārsvarā balstās uz ES fondu grantfinansējumu (2021.-2027. gada plānošanas periodā veselības aprūpes infrastruktūrai paredzēti vairāk nekā 322,8 miljoni eiro), mazāka mēroga PPP risinājumi varētu kalpot kā papildinājums un elastīgs instruments stratēģiski nozīmīgu projektu

²⁵ LETA. 20.08.2024. *Valdība nofiksē "starta pozīcijas" budžeta sarunās*. https://www.leta.lv/home/important/889832EE-D66A-4DC4-9445-84967362EE1C/?utm_source=chatgpt.com

²⁶ Kņigins, B. 09.12.2021. *Publiskā privātā partnerība veselības jomā*. Prezentācija. 6. <https://www.cfla.gov.lv/lv/media/6780/download>

²⁷ European Investment Bank. 2021. *EPEC Guide to Public-Private Partnerships*. Luxembourg: European Investment Bank. 26. https://www.eib.org/files/publications/epec_guide_to_ppp_en.pdf

²⁸ Tabrizi, Jafar & Azami-Aghdash, et al. 2020. Public-Private Partnership Policy in Primary Health Care: A Scoping Review. *Journal of Primary Care & Community Health*. 1. https://www.researchgate.net/publication/343888077_Public-Private_Partnership_Policy_in_Primary_Health_Care_A_Scoping_Review

²⁹ European Court of Auditors. 2018. *Public Private Partnerships in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits*. European Union Publication Office. 35. https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18_09/SR_PPP_EN.pdf

³⁰ Waluszewski, A., Hakansson, H., Snehota, I. 2019. The public-private partnership (PPP) disaster of a new hospital - expected political and existing business interaction patterns. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 34(5), 1119-1130. <https://scispace.com/pdf/the-public-private-partnership-ppp-disaster-of-a-new-2jhgiqv62l.pdf>

īstenošanai, īpaši tajās jomās, kur nepieciešamas ilgtermiņa investīcijas un privātā sektora pieredze.³¹ Papildu grantfinansējumam būtisku lomu var spēlēt arī ārējo institūciju aizdevumi. Kaimiņvalsts pieredze rāda, ka Lietuva RRF ietvaros līdz 2026. gadam plāno saņemt aptuveni 2,3 miljardus eiro, tostarp 2025. gada decembrī – 515 miljonus, kas paredzēti veselības sistēmas reformām. Finansējums tiek novirzīts gan ārstniecības personāla atalgojuma un profesionālās kapacitātes stiprināšanai, gan neatliekamās palīdzības infrastruktūras modernizācijai.³² Šāda pieeja ilustrē, ka aizņēmumi var kalpot kā stratēģisks papildinājums ES fondu finansējumam, vienlaikus nodrošinot stabilāku resursu pieejamību ilgtermiņa projektiem.

Veselības ministrija ir identificējusi vairākas nozares investīcijas prioritātes līdz 2029. gadam. Galvenokārt tās ir trīs: 1) infrastruktūras attīstībai, 2) cilvēkresursu attīstībai un 3) veselības veicināšana. Šīm investīcijām jāatbilst vairākiem savstarpēji saistītiem mērķiem – veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanai, sistēmas noturības stiprināšanai krīžu gadījumos, veselības aprūpes ilgtspējai un uz cilvēku orientētas integrētas veselības aprūpes attīstībai.³³ Katrā no šīm prioritātēm pastāv iespējas stiprināt sadarbību starp publisko un privāto sektoru.

Kā tas norādīts arī Veselības ministrijas analīzē par PPP iespējām nozarē, lielākā daļa valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifu nesedz ne amortizācijas, ne uzturēšanas, ne attīstības izmaksas. Tādēļ paši pakalpojumi nav peļņu nesoši, un tirgus interese par tiem ir ierobežota. Infrastruktūras attīstībā pārsvarā tiek izmantoti investīciju granti, bet finanšu instrumentu loma ir minimāla. Ārstniecības iestādes ir noslogotas ar savu primāro funkciju veikšanu, kas ierobežo iespējas nopietni pievērsties publiskās un privātās partnerības jautājumiem.³⁴

Vienlaikus tiek identificēti arī stiprinošie elementi. Pirmkārt, ES fondu un investīciju regulējums neierobežo PPP izmantošanu veselības projektos – privātais partneris var iesaistīties gan kā projekta realizētājs, gan kā līdzfinansētājs, gan kā partneris ar pieredzi. Otrkārt, digitālā veselība joprojām ir viens no lielākajiem nozares attīstības izaicinājumiem³⁵, un tieši šī joma var kalpot par “pilotpieeju” ciešākai PPP iespējošanai.

³¹ Kņigins, B. 09.12.2021. *Publiskā privātā partnerība veselības jomā*. Prezentācija. <https://www.cfla.gov.lv/lv/media/6780/download>

³² Ministry of Finance of the Republic of Lithuania. 04.08.2025. *Plan “Next Generation Lithuania”: Lithuania submits payment request for EUR 598 million*. <https://finmin.lrv.lt/en/news/plan-next-generation-lithuania-lithuania-submits-payment-request-for-eur-598-million-wy8t/>

³³ Kņigins, B. 09.12.2021. *Publiskā privātā partnerība veselības jomā*. Prezentācija. <https://www.cfla.gov.lv/lv/media/6780/download>

³⁴ *Ibid*

³⁵ *Ibid*

Ņemot vērā starptautiskās prakses, ir identificējami vairāki risinājumi, kā stiprināt PPP instrumentu izmantošanu veselības nozarē:

- speciālas PPP platformas vai kompetences centra izveide, kas kalpotu kā starpnieks starp valsts institūcijām un privāto sektoru, nodrošinot juridisko, finanšu, organizatorisko ietvaru, kā arī nodrošinātu risinājumu mērogošanu pēc pilotēšanas noslēguma;
- inovatīvu sadarbības modeļu ieviešana, piemēram, ēku un infrastruktūras pilnvērtīga apsaimniekošanas deleģēšana privātajam sektoram, tehnoloģisko risinājumu integrācija vai apkalpojošo pakalpojumu nodošana ārpakalpojumā;
- privātā sektora motivācijas stiprināšana, izmantojot nodokļu atvieglojumus, pievienoto vērtību ārpakalpojumos vai piekļuvi ES fondu līdzfinansējumam;
- pilotprojektu īstenošana konkrētās nišās (piemēram, diagnostikas centri, rehabilitācijas infrastruktūra), kas ļautu pārbaudīt PPP modeļu dzīvotspēju mazāk riskantā mērogā.

4. MĒRĶĒTIE NODOKĻU INSTRUMENTI VESELĪBAS SISTĒMAS STIPRINĀŠANAI

Nodokļu pārskatīšana kopumā var nodrošināt stabilu un taisnīgu finansējuma bāzi, un viens no tiešākajiem un praktiski izmantojamajiem mehānismiem ir papildu nodokļu ieņēmumu mobilizācija, īpaši izmantojot akcīzes un citus mērķētus nodokļus, kuru ietekme vienlaikus sniedzas sabiedrības veselības jomā. Šādi instrumenti nodrošina dubultu efektu, jo tie vienlaikus gan palielina budžeta resursus, gan samazina kaitīga patēriņa apjomu, tādējādi mazinot ilgtermiņa slogu veselības sistēmai.

Starptautiskā pieredze rāda, ka vairākas valstis veselības aprūpei piesaista ieņēmumus, izmantojot speciālus nodokļu komponentus, kas sasaistīti ar vispārējo nodokļu sistēmu. Austrālijā darbojas vispārējais *Medicare levy* (2 % no ar nodokli apliekamajiem ienākumiem),³⁶ Kanādas Ontārio provincē – *Ontario Health Premium*³⁷, bet Britu Kolumbijā – darba devēju veselības nodoklis.³⁸ Šie piemēri parāda, ka šādi nodokļu mehānismi ļauj piesaistīt stabilus resursus veselībai, saglabājot gan taisnīgumu, gan administratīvu vienkāršību.

³⁶ Australian Taxation Office. 11.06.2025. *What is the Medicare levy?* <https://www.ato.gov.au/individuals-and-families/medicare-and-private-health-insurance/medicare-levy/what-is-the-medicare-levy>

³⁷ Government of Canada. 30.07.2025. *Ontario Health Premium rates.* <https://open.canada.ca/data/en/dataset/0ac05194-c053-430a-8ffd-0e9bbc28e8f4>

³⁸ Government of British Columbia. 19.06.2025. *Employer Health Tax B.C. remuneration.* <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/taxes/employer-health-tax/employer-health-tax-overview/eh-remuneration>

Tālāk detalizēti aplūkoti trīs instrumenti – saldināto bezalkoholisko dzērienu nodoklis, paaugstinātas akcīzes likmes tabakas izstrādājumiem un alkoholiskajiem dzērieniem. Tie izvēlēti kā piemēri ar augstu starptautiski pierādītu efektivitāti, ieviešanas salīdzinošu vienkāršību un būtisku fiskālo potenciālu, kā arī tieši izmērāmu ietekmi uz sabiedrības veselību.

4.1. TABAKAS IZSTRĀDĀJUMU AKCĪZES PAAUGSTINĀŠANA

Latvijā tabakas akcīzes likmes tiek pakāpeniski paaugstinātas, izpildot ES prasības, taču esošais līmenis joprojām atpaliek no kaimiņvalstīm un no PVO, kā arī Pamatnolīguma par tabakas kontroli (FCTC) rekomendācijām. PVO un FCTC 6. panta vadlīnijas paredz, ka akcīzei tiek noteikts vismaz 70 % no mazumtirdzniecības cenas, turklāt struktūrai jābalstās uz vienotu akcīzi ar regulāru indeksāciju, kas nodrošina cenas pieaugumu straujāk par inflāciju, tādējādi samazinot lētāko segmentu pieejamību un vienkāršojot administrēšanu.³⁹ Latvijas politiskajā dienaskārtībā šis jautājums aktualizējies arī 2025. gada augustā, kad valdošās partijas līmenī tika publiski pausta gatavība diskutēt par akcīzes nodokļa paaugstināšanu stiprajam alkoholam un tabakas izstrādājumiem, uzsverot, ka ieņēmumi būtu novirzāmi veselības aprūpes finansēšanai.⁴⁰

Pieredze rāda, ka tabakas nodokļu paaugstināšana nodrošina dubultu efektu, jo tā samazina smēķēšanas izplatību un vienlaikus palielina budžeta ieņēmumus. Piemēram, 2011. gadā komplekss akcīzes celšanas plāns Latvijā (tabaka, alkohols, degviela) deva papildu 31,8 miljonu latu (~ 45 miljonu eiro) ieņēmumu gadā, no kuriem nozīmīgu daļu nodrošināja tieši tabakas akcīze.⁴¹ Ilustratīvā modelējumā, izmantojot Valsts ieņēmumu dienesta (VID) 2023. gada datus (kopējā akcīze 1 187,7 miljoni eiro, no tiem tabaka ~ 23 % jeb 267,9 miljoni eiro),⁴² + 10 % akcīzes likmes kāpums pie pilnas pārcenošanas un tipiskas cenas elastības diapazonā no – 0,3 līdz – 0,543, nozīmētu aptuveni 6 % gala cenas kāpumu, 2–3 % patēriņa kritumu un 6–9 % akcīzes ieņēmumu pieaugumu. Tas atbilst papildu 16–24 miljoniem eiro budžetā viena gada laikā. Latvijā visi akcīzes

³⁹ United Nations Development Programme (UNDP). 2022. *Pro-Poor Taxes for Sustainable Development Financing: Tobacco Taxation to Accelerate the SDGs, Equity and Sustainability in Asia and the Pacific - Policy Brief. 2.* [https://uniatf.who.int/docs/librariesprovider22/default-document-library/undp-policy-brief-pro-poor-taxes-for-sustainable-dev-financing-2022-2.pdf?sfvrsn=9f756fed_1&utm](https://uniatf.who.int/docs/librariesprovider22/default-document-library/undp-policy-brief-pro-poor-taxes-for-sustainable-dev-financing-2022-2.pdf?sfvrsn=9f756fed_1&utm_source=rss&utm_medium=link&utm_campaign=RSSLListSocial)

⁴⁰ LETA. 29.08.2025. Kuluāros izskan runas par akcīzes nodokļa celšanu alkoholam un tabakas izstrādājumiem. *NRA.lv*. https://nra.lv/latvija/500297-edmunds-jurevics-gatavs-diskutet-par-akcizes-nodokla-paaugstinasanu-alkoholam-un-tabakai.htm?utm_source=rss&utm_medium=link&utm_campaign=RSSLListSocial

⁴¹ LSM. 09.03.2011. Valdība atbalsta akcīzes nodokļa palielināšanu degvielai. *LSM.lv*. <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/ekonomika/valdiba-atbalsta-akcizes-nodokla-palielinasanu-degvielai.a16160/#:~:text=atvieglojumam%20dīzeldegvielai%20zemniekiem%2C%20kā%20arī,par%2037%2C56%20miljoniem%20latu%20vairāk>

⁴² Valsts ieņēmumu dienests. 2024. *Akcīzes preču aprites pārskats 2023. gadā*. <https://www.vid.gov.lv/iv/media/22833/download?attachment>

⁴³ Tesche, J., Mugosa, A., Cizmovic, M., Vulovic, V. 2023. *A Toolkit on Modeling the Impacts of Tobacco Taxes: Modeling the Impacts of Tobacco Taxes - A Tobacconomics Toolkit*. Chicago: Tobacconomics, University of Illinois Chicago. <https://www.economicsforhealth.org/files/research/874/tobacconomics-modeling-toolkit-eng-v7.0.pdf>

nodokļa ieņēmumi pilnā apjomā tiek ieskaitīti valsts pamatbudžetā un nav tieši sasaistīti ar veselības nozari, tādēļ šajā nodaļā aplūkoti aprēķini attiecas tikai uz papildu fiskālo efektu, kas rodas pie likmju paaugstināšanas.⁴⁴

Baltijas kontekstā redzams, ka Latvija saglabā zemāku akcīzes līmeni nekā Igaunija, kur specifiskā likme 2023. gadā bija 96,3 eiro / 1000 cigarešu, bet *ad valorem* likme sasniedza 30 % pret Latvijas 15 %.⁴⁵ Tas nozīmē, ka Igaunija ar augstākām likmēm nodrošina spēcīgāku instrumenta ietekmi uz patēriņa mazināšanu, savukārt Latvijā zemāks nodokļu sliekšnis ierobežo fiskālās un sabiedrības veselības politikas efektivitāti.

Šie ieņēmumi var kalpot kā nozīmīgs finansējuma avots veselības aprūpes stiprināšanai, tomēr jāņem vērā samazinošās atdeves fenomēns. Pārāk straujš akcīzes pieaugums palielina kontrabandas un nelegālās aprites riskus, kā to apliecina arī Baltijas valstu pieredze. Pētījumi norāda, ka Latvijā, pārsniedzot noteiktu akcīzes sliekšni, valsts budžeta ieņēmumi var būtiski ciest, ja vienlaikus netiek pastiprināti kontrabandas apkarošanas pasākumi. Pretējā gadījumā legālā tirgus apjoma kritums varētu atsvērt nodokļu ieņēmumu pieaugumu un radīt zaudējumus valsts budžetam, kas tiek aplēsti līdz pat 14–17 miljoniem eiro gadā.⁴⁶

Papildu fiskālajam efektam tabakas akcīzes paaugstināšanai ir nozīmīgs veselības ekonomikas potenciāls. PVO aprēķini apliecina, ka nodokļu palielināšana ir visefektīvākais instruments smēķēšanas izplatības samazināšanai un ar to saistīto slimību mazināšanai.⁴⁷ OECD dati liecina, ka smēķēšanas izplatība Latvijā ir augstāka nekā vidēji OECD valstīs, un tā būtiski ietekmē sabiedrības veselību, tostarp veicinot augstu mirstību no novēršamām slimībām.⁴⁸ Smēķēšanas radītās izmaksas Latvijā, ietverot tiešos veselības aprūpes izdevumus un netiešās izmaksas produktivitātes zudumu veidā, tiek lēstas apmēram 803 miljonu eiro apmērā gadā.⁴⁹ Pat neliels smēķētāju īpatsvara samazinājums ļautu sasniegt ievērojamus ietaupījumus: 1 % kritums nozīmētu ap 8 miljoniem eiro gadā, bet 5 % – vairāk nekā 40 miljonus eiro. Šie scenāriji parāda, ka akcīzes nodoklis veselības politikā nav tikai fiskāls instruments, bet arī efektīvs mehānisms ilgtermiņa ekonomiskā sloga mazināšanai.

⁴⁴ Finanšu ministrija. 09.12.2024. *Nodokļu ieņēmumu sadalījums pa budžetiem 2025. gadā*. <https://www.fm.gov.lv/lv/nodoklu-ienemumu-sadalijums-pa-budzeti-2025gada>

⁴⁵ Finanšu ministrija. 2025. *Taxes in Baltic States*. Prezentācija. 15. <https://www.fm.gov.lv/en/media/18069/download>

⁴⁶ Pļuta, A., et al. 2020. *Akcīzes nodokļa politika Baltijas valstīs: alkoholiskie dzērieni, bezalkoholiskie dzērieni un tabakas izstrādājumi*. 35. https://www.sseriga.edu/sites/default/files/2020-09/AKCIZES_NODOKLIS_28.09.2020.pdf#:~:text=match%20at%20L912%20Baltijas%20valstis%3A,8%20milj.%20Igaunija.%2035

⁴⁷ WHO. n.d. *Promoting taxation on tobacco products*. <https://www.who.int/europe/activities/promoting-taxation-on-tobacco-products>

⁴⁸ OECD. n.d. *OECD Health at a Glance 2023. Country Note. Latvia*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39bcb58d/latvia_43ed333c/82c6f9a1-en.pdf

⁴⁹ Drope, J., Hamill, S., editors. 2025. *Country profile: Latvia. The Tobacco Atlas*. New York: Vital Strategies and Economics for Health. <https://tobaccoatlas.org/factsheets/latvia/>

Tāpēc turpmākas izmaiņas tabakas akcīzes politikā tiek vērtētas kā efektīvākas tad, ja tās ir pietiekami straujas, lai nepieļautu patērētāju pielāgošanos zemām cenu starpībām. Tomēr, lai izvairītos no kontrabandas riskiem, būtiska ir reģionāla koordinācija Baltijas mērogā un vienlaikus pastiprināti tirgus uzraudzības pasākumi. Šāda pieeja, apvienota ar sabiedrības informēšanu par akcīzes mērķiem, tiek uzskatīta par priekšnoteikumu fiskālā ieguvuma un sabiedrības veselības uzlabojumu nodrošināšanai. Līdz ar to akcīzes nodokļa paaugstināšana tiek vērtēta kā instruments ar divējādu ietekmi – gan sabiedrības veselības stiprināšanai, gan ilgtermiņa ekonomisko zaudējumu mazināšanai.

4.2. ALKOHOLISKO DZĒRIENU AKCĪZES PAAUGSTINĀŠANA

Alkoholisko dzērienu akcīzes politika starptautiski tiek atzīta par efektīvu mehānismu, kas var samazināt kaitīgu patēriņu un mazināt slogu veselības sistēmai. OECD novērtējumi rāda, ka ar alkoholu saistītās slimības patērē aptuveni 2,4 % no kopējiem veselības izdevumiem, savukārt ilgtermiņā tiek novērtēta vidēja IKP līmeņa ietekme ap – 1,6 %.⁵⁰

Latvijā 2021. gadā vidējais alkohola patēriņš sasniedza ap 12,8 litriem tīrā alkohola uz iedzīvotāju (15 +),⁵¹ salīdzinājumā ar aptuveni 8,6 litriem OECD vidēji tajā pašā gadā.⁵² Smagas epizodiskas lietošanas īpatsvars (vismaz 60 g tīrā alkohola vienā reizē vismaz reizi mēnesī) tiek lēsts ap 44 %. OECD modelējumi Latvijai norāda, ka ar alkoholu saistītās veselības izmaksas veido ap 3,7 % no kopējiem veselības izdevumiem, bet kaitīgās lietošanas mazināšana līdz 2050. gadam var paaugstināt IKP līmeni par aptuveni 3,6 %.⁵³ Šie rādītāji kopumā iezīmē paaugstinātu riska profilu. Liels kopējais patēriņš un augsta epizodiski smagās lietošanas izplatība korelē ar neatliekamās palīdzības epizodēm, traumām un akūtām hospitalizācijām, kas var palielināt slogu stacionārajai aprūpei un ārstēšanas izmaksām, vienlaikus vājinot profilakses un agrīno intervenču ietekmi. Šo risku fonā 2025. gada augustā Latvijas politiskajā dienaskārtībā atkal parādījusies diskusija par alkohola akcīzes celšanu, taču konkrēti lēmumi pagaidām vēl nav pieņemti.⁵⁴

⁵⁰ OECD. 19.05.2021. *Governments should step up their efforts to tackle harmful alcohol consumption.*

<https://www.oecd.org/en/about/news/press-releases/2021/05/governments-should-step-up-their-efforts-to-tackle-harmful-alcohol-consumption.html>

⁵¹ OECD. 2021. *Preventing Harmful Alcohol Use. Latvia.* https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/preventing-harmful-alcohol-use-country-notes_88239678/latvia_4e0f7ac9/e20314f1-en.pdf

⁵² OECD. 2023. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators.* Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/alcohol-consumption_b2eb135e.html

⁵³ OECD. 2021. *Preventing Harmful Alcohol Use. Latvia.* https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/preventing-harmful-alcohol-use-country-notes_88239678/latvia_4e0f7ac9/e20314f1-en.pdf

⁵⁴ LETA. 29.08.2025. Kuluāros izskan runas par akcīzes nodokļa celšanu alkoholam un tabakas izstrādājumiem. *NRA.lv.* https://nra.lv/latvija/500297-edmunds-jurevics-gatavs-diskutet-par-akcizes-nodokla-paaugstinasanu-alkoholam-un-tabakai.htm?utm_source=rss&utm_medium=link&utm_campaign=RSSListSocial

Baltijas kontekstā īpaši nozīmīgs ir Lietuvas piemērs, kas pēdējās desmitgades laikā īstenojusi konsekventu un pakāpenisku akcīzes politikas pieaugumu, apvienojot to ar citiem sabiedrības veselības instrumentiem (reklāmas ierobežojumi, pārdošanas laika regulējums u. c.). Neskatoties uz to, ka daļa patērētāju pārorientējās uz iepirkumiem Latvijā vai Polijā, starptautiskajā pētniecībā, tostarp EVID-Action projektā, secināts, ka pārrobežu tirdzniecības ietekme uz kopējo patēriņu un budžeta ieņēmumiem bijusi nebūtiska. Savukārt ieguvums valsts finansēm ir bijis ievērojams – Lietuvas budžetā tagad ik gadu papildus ienāk vairāk nekā 100 miljoni eiro tikai no alkohola akcīzes paaugstinājuma.⁵⁵ Šis piemērs apliecina, ka fiskālais efekts var tikt sasniegts paralēli ar sabiedrības veselības ieguvumiem, ja politikas trajektorija ir prognozējama un sabiedrībai tiek skaidrots pasākumu mērķis.

Latvijā alum tiek piemērota graduēta akcīzes struktūra, kur likme noteikta par alkohola tilpumprocentu uz hektolitru, un pārskatījumi paredzēti pa posmiem ar stāšanos spēkā 1. martā katrā nodokļu gadā (piemēram, no 9,00 eiro 2024. gadā līdz 11,30 eiro 2027. gadā par hl/%).⁵⁶ Reģionālajos salīdzinājumos, PVO/Europe dati rāda, ka Latvijā akcīzes īpatsvars alus gala cenā dažos segmentos ir augstāks nekā Lgaunijā, taču kopumā zemāks nekā Lietuvā,⁵⁷ kas veiksmīgi izmantojusi nodokļu politiku kā veselības un budžeta instrumentu. Lietuvas pieredze, kas, neraugoties uz patērētāju iepirkšanās tūrisma, ir nodrošinājusi gan stabilu fiskālo ieguvumu, gan uzlabojumus sabiedrības veselības rādītājos, tiek uzskatīta par būtisku atskaites punktu Latvijas kontekstā. Plānotais pieauguma grafiks 2026.–2027. gadam var tikt vērtēts kā instruments, lai mazinātu starpvalstu atšķirības, pārrobežu cenu atšķirību riska ierobežošanai un nodokļu politikas prognozējamības stiprināšanai.

Latvijas gadījumā fiskālā ieguvuma potenciāls vērtējams, salīdzinot nodokļu likmju līmeni ar kaimiņvalstīm.⁵⁸ 2024. gada 1. janvārī Lgaunijā alus akcīzes likme bija 13,34 eiro par 1 % alkohola uz hektolitru,⁵⁹ savukārt Latvijā – 9 eiro.⁶⁰ Balstoties uz VID datiem, 2023. gadā akcīzes nodokļa kopējie ieņēmumi sasniedza 1,187,7 miljonus eiro, no kuriem aptuveni 248 miljonus eiro jeb aptuveni 21 % nodrošināja alkoholiskie dzērieni.⁶¹ Ilustratīvā scenārijā, ja Latvijā vidējais akcīzes “grozs” tiktu palielināts par aptuveni 12 %

⁵⁵ Zālīte, K. 16.05.2025. Karina Zālīte: Alkohola nozares izplatītie mīti. *Delfi.lv*. <https://www.delfi.lv/898102/versijas/120072729/karina-zalite-alkohola-nozares-izplatitie-miti>

⁵⁶ Valsts ieņēmumu dienests (VID). 07.08.2025. *Akcīzes nodokļa likmes*. <https://www.vid.gov.lv/lv/akcizes-nodokla-likmes>

⁵⁷ WHO. 2025. *Alcohol taxes, prices and affordability in the WHO European Region in 2022*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 11. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381233/9789289061940-eng.pdf>

⁵⁸ ERR News. 02.08.2025. *Latvia's Excise, VAT Rates to Remain Mostly Lower Than Estonia's Even after Hikes*. <https://news.err.ee/1609477997/latvia-s-excise-vat-rates-to-remain-mostly-lower-than-estonia-s-even-after-hikes>

⁵⁹ Estonian Tax and Customs Board. 22.07.2025. *Alcohol - Excise duty on alcohol*. <https://www.emta.ee/en/business-client/taxes-and-payment/excise-duties/alcohol>

⁶⁰ VID. 2025. *Excise duty rates*. <https://www.vid.gov.lv/en/excise-duty-rates>

⁶¹ VID. 2024. *Akcīzes preču aprites pārskats 2023. gadā*. <https://www.vid.gov.lv/lv/media/22833/download?attachment>

(tuvu Lietuvas un Igaunijas līmeņiem), fiskālais efekts varētu būt nozīmīgs. Šāds pieaugums pieņem pilnu pārcenošanu patērētāju cenās, kas starptautiskajā literatūrā bieži konstatēta kā pilnīga vai pat pārsniedz 100 %, īpaši dārgākajos segmentos.⁶² Tajā pašā laikā izmantota konservatīva cenas elastība – aptuveni – 0,3, kas nozīmē, ka 10 % cenu kāpums vidēji samazina patēriņu par 3 %. Šie parametri atbilst starptautiskajos meta-pētījumos konstatētajam alus tirgum.⁶³ Ņemot vērā šos pieņēmumus, neto efekts Latvijas budžetam būtu vērtējams aptuveni 8–10 % apmērā no esošajiem alkoholisko dzērienu ieņēmumiem, kas nozīmētu papildu 20–25 miljonus eiro gadā. Tas apliecina, ka pat iespējama patēriņa krituma apstākļos nodokļu bāze saglabājas pietiekami stabila, lai nodrošinātu nozīmīgu fiskālo pieaugumu. Kā minēts tabakas izstrādājumu akcīzes paaugstināšanas sadaļā (4.1. nodaļa), Latvijā akcīzes ieņēmumi pilnā apjomā nonāk valsts pamatbudžetā un netiek mērķēti veselības nozarei. Tādēļ arī šeit aprēķins atspoguļo tikai papildu fiskālo efektu, kas rodas pie likmju paaugstināšanas.⁶⁴

Alkoholisko dzērienu akcīzes politika Latvijā atrodas krustpunktā starp fiskālo ilgtspēju un sabiedrības veselības stiprināšanu. Iepriekšējie aprēķini rāda, ka likmju paaugstinājums spēj nodrošināt gan papildu budžeta ieņēmumus vairāku desmitu miljonu eiro apmērā, gan mazināt kaitīgā patēriņa izplatību. Tomēr šie ieguvumi nav pašsaprotami – tie ir atkarīgi no sabiedrībai skaidrota, prognozējama un reģionāli koordinēta kursa. Tādējādi akcīzes politika jāsaprot ne tikai kā īstermiņa fiskālais risinājums, bet kā ilgtermiņa instruments, kas var palielināt sabiedrības uzticēšanos un veidot veselības aprūpes sistēmu ar zemāku novēršamo slogu.

4.3. SALDINĀTO BEZALKOHOLISKO DZĒRIENU NODOKLIS

Saldināto bezalkoholisko dzērienu (SBD) aplikšana ar nodokli starptautiski tiek atzīta par vienu no efektīvākajiem fiskālajiem instrumentiem, kas nodrošina dubultu ietekmi, jo tā vienlaikus palielina budžeta ieņēmumus un vienlaikus uzlabo sabiedrības veselības rādītājus, samazinot cukura patēriņu. Apvienotajā Karalistē 2018. gadā tika ieviests *Soft Drinks Industry Levy* (SDIL), kura struktūra paredzēja divus cukura satura sliekšņus (5–8 g/100 ml un > 8 g/100 ml), radot tiešu stimulu ražotājiem reformulēt produktus un samazināt to cukura saturu.⁶⁵ Rezultāti apliecina šīs pieejas efektivitāti: no 2015. līdz

⁶² Shang, C., Ngo, A., Chaloupka, F.J. 2020. The pass-through of alcohol excise taxes to prices in OECD countries. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9996670>

⁶³ Nelson, Jon P. 2013. *Meta-analysis of alcohol price and income elasticities - with corrections for publication bias*. *Health Economics Review* 3(17), 1. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/150423/1/766156427.pdf>

⁶⁴ Finanšu ministrija. 09.12.2024. *Nodokļu ieņēmumu sadalījums pa budžetiem 2025. gadā*. <https://www.fm.gov.lv/lv/nodoklu-ienemumu-sadalijums-pa-budzetiem-2025gada>

⁶⁵ World Health Organization. 2022. *Policy Brief: Taxing Sugar-Sweetened Beverages*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357078/WHO-EURO-2022-5721-45486-65112-eng.pdf>

2019. gadam vidējais cukura saturs dzērienos samazinājās par 28,8 %, un mājsaimniecībās kopējais brīvo cukuru patēriņš ievērojami saruka, īpaši mazāk aizsargātajās sociālajās grupās.⁶⁶ Vienlaikus fiskālais efekts saglabājās stabils – 2023.–2024. fiskālajā periodā nodrošināja aptuveni 338 miljonus Lielbritānijas mārciņu (~ 395 miljonus eiro) ieņēmumus.⁶⁷ Šī pieredze apliecina, ka rūpīgi izstrādāts nodokļa dizains spēj vienlaikus stiprināt gan sabiedrības veselības, gan valsts finanšu politikas mērķus.

Latvijā no 2024. gada 1. marta saldināto dzērienu akcīze tiek piemērota bezalkoholiskajiem dzērieniem ar cukura saturu vismaz 8 g uz 100 ml un enerģijas dzērieniem, kā to paredz grozījumi likumā “Par akcīzes nodokli”.⁶⁸ Pēc Valsts ieņēmumu dienesta datiem, 2024. gada pirmajos sešos mēnešos patēriņam nodotais bezalkoholisko dzērienu apjoms bija aptuveni 96,5 miljoni litru, kas gada griezumā nozīmē gandrīz 190 miljonu litru bāzi.⁶⁹ Tomēr fiskālajos pārskatos nodokļa radītie ieņēmumi vēl netiek uzrādīti kā atsevišķa pozīcija, kas ierobežo iespējas sniegt precīzu vērtējumu par pirmo darbības gadu. Detalizētāka fiskālā un sabiedrības veselības ietekmes analīze būs iespējama pēc 2025. gada budžeta izpildes datu apkopošanas.

Vienlaikus diskusijās tiek aktualizēti riski, kas saistīti ar cenu pieaugumu un zemāko ienākumu grupu disproporcionālu ietekmi.⁷⁰ Starptautiskā pieredze gan liecina, ka šīs grupas ilgtermiņā gūst vislielāko labumu no patēriņa krituma veselības aspektā. Latvijā, lai gan akcīzes nodokļa par saldinātajiem dzērieniem viens no deklarētajiem mērķiem ir patēriņa ierobežošana sabiedrības veselības uzlabošanas nolūkos, tomēr ieņēmumi šobrīd netiek mērķēti konkrētām veselības programmām, bet gan ieplūst vispārējā valsts budžetā.⁷¹ Tajā pašā laikā starptautiskā prakse rāda, ka ieņēmumu sasaistīšana ar veselības profilakses iniciatīvām (piemēram, bērnu zobu veselības veicināšanu vai aptaukošanās mazināšanas programmām) spēj mazināt regresīvās ietekmes risku un stiprināt sabiedrības uzticēšanos instrumenta mērķiem.⁷² Apvienotajā Karalistē sākotnēji šāda sasaiste tika nodrošināta, jo SDIL ieņēmumi tika publiski solīti bērnu veselības

⁶⁶ Allais, O. 2023. Effective policies to promote sugar reduction in soft drinks. *European Journal of Public Health*. <https://academic.oup.com/eurpub/article/33/6/1095/7268811>

⁶⁷ Public Health England (PHE). 27.09.2024. *Soft Drinks Industry Levy statistics commentary 2024*. <https://www.gov.uk/government/statistics/soft-drinks-industry-levy-statistics/soft-drinks-industry-levy-statistics-commentary-2021>

⁶⁸ VID. 29.02.2024. *Akcīzes nodokļa izmaiņas 2024. gadā*. <https://www.vid.gov.lv/lv/jaunums/akcizes-nodokla-izmainas-2024-gada>

⁶⁹ VID. 2024. *Akcīzes preču aprīte: 2024. gada 6 mēneši*. <https://www.vid.gov.lv/lv/media/25695/download>

⁷⁰ Fooks, G. J., Williams, S., Box, G., et al. 2019. Corporations' use and misuse of evidence to influence health policy: a case study of sugar-sweetened beverage taxation. *Global Health* 15, 56. 9. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0495-5>

⁷¹ Kodoliņa-Miglāne, I., Sauketēna, Z., Tiesnieks, I. 2012. *Pētījums par akcīzes nodokli bezalkoholiskiem dzērieniem un kafijai*. 9. <https://www.fm.gov.lv/lv/media/181/download>

⁷² Eykelenboom, M., van Stralen, M. M. R. et al. 2019. Political and public acceptability of a sugar-sweetened beverages tax: a mixed-method systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 16, 78. <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-019-0843-0>

programmām, tostarp skolu sporta infrastruktūras un veselīgas ēdināšanas nodrošināšanai.⁷³ Tomēr kopš 2020. gada šie ieņēmumi vairs netiek mērķēti un nonāk vispārējā valsts budžetā.⁷⁴ Francijā saldināto dzērienu nodokļa ienākumi tiek daļēji novirzīti sociālās drošības budžetam, kur tie tiek izmantoti arī veselības aprūpes izdevumu segšanai, kā arī atbalstam lauksaimniecības sektoram. Polijā nodokļa saistība ar veselības nozari ir vēl tiešāka: 96,5 % no tā dēvētās “cukura nodevas” ieņēmumiem nonāk Nacionālajā veselības fondā, kas tos izmanto veselības aprūpes finansēšanai, tostarp vispārīgām programmām.⁷⁵

Apkopojot, Latvijas SBD nodokļa ieviešana atbilst starptautiskajai praksei un iezīmē pavērsienu sabiedrības veselības politikā. Lai gan pirmais darbības gads vēl neļauj pilnībā novērtēt tā fiskālo un veselības ietekmi, salīdzinājums ar citām valstīm norāda, ka strukturēta un prognozējama nodokļa politika var radīt būtiskus ieguvumus. Turpmākā uzraudzība un politikas kalibrēšana būs izšķiroša, lai nodrošinātu gan fiskālās ilgtspējas, gan sabiedrības veselības mērķu sasniegšanu.

4.4. SECINĀJUMI

Iepriekš aplūkotie nodokļu instrumenti – tabakas, alkohola un saldināto bezalkoholisko dzērienu akcīzes nodokļi – apliecina to divējādo efektu: vienlaikus samazināt kaitīga patēriņa apjomu un palielināt valsts budžeta ieņēmumus. Starptautiskā pieredze rāda, ka šo instrumentu ietekme nav vienmērīga un īstermiņā tie bieži sastopas ar nozares pretestību, sabiedrības skepsi un pārrobežu tirdzniecības radītajiem izaicinājumiem. Tomēr ilgākā laika posmā šie nodokļi ir nostiprinājušies kā viens no būtiskākajiem sabiedrības veselības politikas rīkiem, kas ļauj apvienot fiskālos un preventīvos mērķus.

Tabakas akcīze ir viens no vislabāk dokumentētajiem piemēriem – augstāka cena tiešā veidā samazina smēķēšanas izplatību, īpaši jauniešu vidū, un līdz ar to mazina ar smēķēšanu saistīto slimību un mirstības slogu. Alkohola akcīze savukārt palīdz ierobežot ne vien ilgtermiņa veselības riskus, piemēram, aknu slimības un kardiovaskulāros traucējumus, bet arī akūtos gadījumus, kas rada tūlītēju slogu veselības aprūpei un sabiedrībai – satiksmes negadījumus, vardarbību un saindēšanās epizodes. Saldināto dzērienu nodoklis, lai gan salīdzinoši nesens instruments, jau demonstrē spēju būtiski mazināt cukura patēriņu, sekmēt ražotāju produktu reformulāciju un ilgtermiņā uzlabot

⁷³ HM Treasury. 05.04.2018. Soft Drinks Industry Levy comes into effect. Gov.uk. <https://www.gov.uk/government/news/soft-drinks-industry-levy-comes-into-effect>

⁷⁴ Sasse, T., Metcalfe, S. 14.11.2024. Sugar tax. Institute for Government. <https://www.instituteforgovernment.org.uk/explainer/sugar-tax>

⁷⁵ WHO. 2023. *Global report on the use of sugar-sweetened beverage taxes, 2023*. Geneva: World Health Organization. <https://hpfnub.info/using-health-promotion-funding/how-is-the-fund-used-ssb/>

sabiedrības veselības rādītājus, īpaši saistībā ar aptaukošanās un zobu veselības problēmām.

Šie instrumenti uzskatāmi parāda, ka nodokļu politika veselības jomā nav tikai fiskāla izvēle ieņēmumu palielināšanai. Tā ir cieši saistīta ar valsts spēju mazināt ar dzīvesveidu saistīto slimību izplatību un radīt ilgtermiņa ieguvumus sabiedrībai kopumā. Tajā pašā laikā to efektivitāte ir atkarīga no politikas konsekvences un sabiedrības uzticēšanās. Ja iedzīvotāji redz skaidru sasaisti starp papildu ieņēmumiem un veselības sistēmas uzlabojumiem, šie nodokļi tiek uztverti kā leģitīms un pamatots politikas instruments. Detalizēts šo instrumentu fiskālais potenciāls un ietekme apkopotas 1. tabulā.

Mērķēto nodokļu instrumentu potenciālie ieguvumi un riski

Instrumenti	Potenciālais papildu ieņēmums gadā (EUR)	Ietekme uz sabiedrības veselību	Ietekme uz uzņēmējdarbības/fiskālo vidi
Tabakas akcīzes paaugstināšana	+ 16-24 milj.	Smēķēšanas izplatības samazinājums, mazāks ar tabaku saistīto slimību slogs	Kontrabandas riska pieaugums, legālā tirgus sarūkuma iespējamība
Alkoholisko dzērienu akcīzes paaugstināšana	+ 20-25 milj.	Kaitīgas lietošanas un akūtu hospitalizāciju mazināšanās	Reģionālās tirdzniecības pārorientācijas risks, nepieciešama Baltijas koordinācija; ilgtermiņā pozitīva ietekme uz IKP caur uzlabotu produktivitāti
Saldināto bezalkoholisko dzērienu nodoklis	Precīzs fiskālais efekts būs zināms pēc 2025. gada budžeta izpildes datiem	Cukura patēriņa samazināšana, aptaukošanās un zobu veselības uzlabošanās	Ražotāju produktu reformulācija, iespējama disproporcionāla ietekme uz zemāko ienākumu grupām

1. tabula.

5. VESELĪBAS FONDI KĀ ALTERNATĪVS FINANSĒJUMA INSTRUMENTS

Konceptuāli būtiski uzsvērt, ka atšķirībā no privātās apdrošināšanas veselības fonds nav saistīts ar individuāliem maksājumiem vai polišu iegādi, bet gan ar nodokļu ieņēmumu mērķētu novirzīšanu veselības nozarei. Diskusijās par veselības aprūpes ilgtspējīgu finansējumu bieži parādās atšķirīgas izpratnes par to, ko nozīmē papildu finansējuma avoti. Viena pieeja tos skaidro kā lielāku nodokļu slogu iedzīvotājiem, cita – kā efektīvāku esošā budžeta līdzekļu izmantošanu, bet vēl cita – kā reālu papildu naudas ieplūdi sistēmā no jauniem avotiem. Šo interpretāciju daudzveidība kavē progresu, jo sarežģī vienotas politiskās gribas veidošanos un apgrūtina mērķētu risinājumu ieviešanu. Līdz ar to, analizējot alternatīvos finansēšanas instrumentus, ir būtiski ne tikai izvērtēt to fiskālo

un politisko potenciālu, bet arī panākt vienotu izpratni par to nozīmi un praktisko ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu.⁷⁶

Iepriekšējās nodaļās analizētie akcīzes nodokļi uz tabaku, alkoholiskajiem dzērieniem un saldinātajiem dzērieniem parādīja to divējādo efektu – tie vienlaikus samazina kaitīgu patēriņu un palielina valsts budžeta ieņēmumus. Tomēr Latvijā šo instrumentu radītie līdzekļi pilnā apjomā ieplūst pamatbudžetā un nav tieši sasaistīti ar veselības jomas finansēšanu. Šī pieeja nodrošina fiskālo elastību, bet ierobežo iespēju izmantot nodokļu instrumentus kā mērķtiecīgus resursus sabiedrības veselības stiprināšanai.

Starptautiskā pieredze rāda, ka plaisu starp fiskālajiem un veselības politikas mērķiem iespējams pārvarēt, veidojot īpašus veselības fondus. Tie nodrošina, ka daļa no ieņēmumiem tiek novirzīta konkrētām veselības programmām un profilakses iniciatīvām, tādējādi stiprinot saikni starp nodokļu politiku un veselības rezultātiem. Apvienotās Karalistes pieredze ar SDIL apliecina šādas pieejas priekšrocības – nodoklis ne vien samazināja cukura saturu dzērienos un veicināja ražotāju reformulāciju, bet arī radīja iespēju sasaistīt daļu ieņēmumu ar bērnu veselības veicināšanas programmām, piemēram, skolu sporta infrastruktūru un veselīgas ēdināšanas iniciatīvām. Līdzīgi risinājumi ieviesti arī citviet Eiropā – Francijā daļa no saldināto dzērienu nodokļa ieņēmumiem tiek novirzīta sociālās drošības sistēmai, tostarp veselības aprūpei, bet Polijā 96,5 % cukura nodevas ieņēmumu nonāk Nacionālajā veselības fondā, kas tos izmanto mērķētām veselības programmām.

Latvijas kontekstā diskusijās par veselības fondu ieviešanu ir norādīts, ka līdzīga pieeja kā Igaunijā vai Nīderlandē varētu stiprināt sasaisti starp nodokļu ieņēmumiem un veselības aprūpes vajadzībām. Tomēr ir uzsvērts, ka, kamēr netiek iezīmēts konkrēts nodokļu avots, fonda izveide būtu politiski sarežģīta un grūti īstenojama praksē. Šis aspekts aktualizē fundamentālu jautājumu par fiskālās politikas un veselības politikas savstarpējo koordināciju, ja finansējuma avots nav skaidrs, fonds riskē palikt tikai konceptuālā līmenī.⁷⁷

Vienlaikus jāņem vērā riski, ko rada fondu izveide. Kā norāda Pasaules Banka, stingra jeb “cietā mērķēšana” (kad līdzekļi tiek stingri rezervēti tikai veselības jomai, bez iespējas tos pārdalīt) var mazināt budžeta elastību un ierobežot valdības spēju pielāgoties ekonomikas svārstībām, savukārt “mīkstā mērķēšana” (kad pastāv iespēja līdzekļus pārdalīt arī citām vajadzībām) ļauj saglabāt fiskālo elastību, taču samazina garantiju, ka līdzekļi faktiski nonāks veselības jomā.⁷⁸ Vēl viens izaicinājums ir sabiedrības uzticēšanās

⁷⁶ Konference *Veselības aprūpe budžeta krustcelēs: politika, resursi, pacients*, 12.09.2025., Rīga.

⁷⁷ Konference *Veselības aprūpe budžeta krustcelēs: politika, resursi, pacients*, 12.09.2025., Rīga.

⁷⁸ Ozer, C., et al. 2020. *Health earmarks and health taxes: what do we know?* 1. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/415911607500858658/pdf/Health-Earmarks-and-Health-Taxes-What-Do-We-Know.pdf>

nodrošināšana, jo fondi kā atsevišķi mehānismi nereti tiek uztverti ar skepsi, vai līdzekļi tiešām nonāks veselības jomā un vai netiks izmantoti citām budžeta vajadzībām. Otrs aspekts ir administratīvo izmaksu pieaugums, jo fondu uzturēšanai nepieciešama atsevišķa uzraudzības struktūra, finanšu plūsmas pārvaldība un regulāra atskaitīšanās, kas var radīt būtisku papildus slogu sistēmai. Savukārt politiskie spiedieni izmantot fondu līdzekļus citiem mērķiem rodas tādēļ, ka šāds finanšu instruments kļūst par pievilcīgu resursu īstermiņa prioritātēm vai vēlēšanu solījumiem, tādējādi apdraudot paredzēto ilgtermiņa veselības sistēmas stabilizācijas funkciju.

Latvijas gadījumā veselības fonda ieviešana varētu risināt problēmu, ka akcīzes nodokļu ieņēmumi nav tieši piesaistīti veselības nozarei. Daļas no papildu ieņēmumiem, kas rastos, paaugstinot tabakas, alkohola vai saldināto dzērienu akcīzi, novirzīšana īpašam fondam ļautu finansēt profilakses pasākumus, piemēram, bērnu zobu veselības uzlabošanu vai smēķēšanas mazināšanu jauniešu vidū. Šāds fonds nodrošinātu stabilāku un prognozējamāku finansējumu profilaksei neatkarīgi no ikgadējām budžeta sarunām. Šāda stabilitāte ir priekšnoteikums sabiedrības uzticēšanās veidošanai – ja iedzīvotāji redz, ka fonds konsekventi nodrošina ieguvumus veselībai, nodokļa leģitimitāte kļūst noturīgāka. Kā uzsver PVO, skaidra ieņēmumu sasaistīšana ar veselības uzlabojumiem ilgtermiņā palielina sabiedrības atbalstu nodokļu politikai.⁷⁹

Veselības fondiem alternatīvu finansējuma mehānismu spektrā ietilpst arī privātās iniciatīvas – darba devēju iesaiste veselības aprūpes apdrošināšanā. Tā Latvijā galvenokārt izpaužas kā līdzfinansējums darbinieku veselības apdrošināšanai, kas rada papildu ieņēmumus pakalpojumu sniedzējiem un vienlaikus mazina slodzi uz valsts sistēmu. Līdz ar to darba devēji netieši kļūst par veselības aprūpes partneriem, ieguldot profilaktiskajos pasākumos, vakcinācijās, ergonomikas risinājumos un darbinieku labbūtības programmās. Šāda pieeja tiek uztverta kā investīcija cilvēkkapitālā – uzņēmumi to izmanto, lai stiprinātu darba spēju noturību un mazinātu darbnespējas izmaksas, vienlaikus uzlabojot darba vides pievilcību.

Privātā veselības apdrošināšana Latvijā pārsvarā ir brīvprātīga un balstīta uz darba devēju līdzdalību. Polises visbiežāk sedz ambulatoros un diagnostikas pakalpojumus, kā arī nodrošina ātrāku piekļuvi ārpus valsts sistēmas gaidīšanas kārtības. Tomēr tās aptvere ir ierobežota un koncentrēta noteiktos uzņēmumu un iedzīvotāju segmentos. Privātā apdrošināšana reti aptver hronisko slimību ārstēšanu vai dārgas terapijas, kas pārsvarā paliek publiskās sistēmas pārziņā. Līdz ar to privātā apdrošināšana vairāk darbojas kā pievienotā vērtība noteiktām iedzīvotāju grupām, nevis kā instruments, kas būtiski samazinātu nevienlīdzību vai nodrošinātu universālu finanšu aizsardzību.

⁷⁹ WHO. 2023. *Global report on the use of sugar-sweetened beverage taxes*. Geneva: World Health Organization. 22. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374530/9789240084995-eng.pdf>

Tomēr šīs iniciatīvas nevar aizstāt publiskā finansējuma trūkumu. To ietekme joprojām ir fragmentāra – polises koncentrējas noteiktos uzņēmumos un nodarbināto grupās, atstājot ārpus seguma lielu daļu iedzīvotāju, īpaši tos, kuriem privātā apdrošināšana būtu visvairāk nepieciešama. Pastāv arī risks, ka privāto apdrošināšanu pārmērīgi uztver kā valsts finansējuma aizvietotāju, tādējādi vājinot solidaritātes principu veselības aprūpē.

Latvijas pieredze apliecina, ka gan darba devēju līdzdalība, gan privātā apdrošināšana sniedz noteiktu pienesumu publiskajai veselības aprūpes sistēmai, taču to aptvere un ietekmes mērogs joprojām ir ierobežots. Šie mehānismi nodrošina papildu resursus un uzlabo pieejamību konkrētiem pakalpojumiem, tomēr nepietiekamā regulējuma un motivācijas dēļ to potenciāls netiek pilnībā izmantots. Tiek identificēta nepieciešamība stiprināt komplementārās apdrošināšanas lomu un veicināt darba devēju iesaisti arī plašākos profilakses risinājumos, kas varētu uzlabot sistēmas efektivitāti un līdzsvarot publiskā un privātā finansējuma proporciju, vienlaikus saglabājot universālās pieejamības principu.

Vienlaikus veselības fondi tiek identificēti kā potenciāls instruments plaisas mazināšanai starp fiskālās un veselības politikas mērķiem. To efektivitāte ir cieši saistīta ar fonda dizaina kvalitāti, caurskatāmu pārvaldību un spēju nodrošināt sabiedrības uzticēšanos. Izšķiroša nozīme ir arī konkrēta un ilgtspējīga finansēšanas avota esamībai. Ja šie priekšnoteikumi netiek īstenoti, fonda koncepts var tikt uztverts kā deklaratīvs. Savukārt nodrošinot skaidru sasaisti starp fonda mērķiem un finansēšanas mehānismiem, tas var tikt izmantots kā viens no iespējamajiem virzieniem ilgtspējīgas veselības aprūpes sistēmas attīstībai Latvijā.



RENĀTE GRUDULE
ANALĪTIKAS UN VADĪBAS GRUPAS
"POWERHOUSE LATVIA" DATU ANALĪTIKE

VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS UZTVERE LATVIJAS SABIEDRĪBĀ



SKDS, 2025. GADA AUGUSTS

Būtisks rādītājs par veselības aprūpes sistēmas efektivitāti, kvalitāti un pieejamību ir tās lietotāju – pacientu – vērtējums. Veselības aprūpes sistēma ir ļoti svarīgs atbalsta punkts sabiedrībā, kur pieaug dzīvildze, un tajā pašā laikā palielinās citi veselības izaicinājumi, īpaši pieaugot hronisko saslimšanu skaitam un ilgumam.¹ Lai izprastu sabiedrības noskaņojumu par to, cik efektīvi tiek pārvaldīta veselības aprūpe, cik daudz Latvijas iedzīvotāji ir gatavi ieguldīt veselībā, kā arī kādu vietu veselība ieņem uz kopējo prioritāšu fona, pētījuma ietvaros tika veikta socioloģiska aptauja. Aptauja aptver Latvijas iedzīvotājus vecumā no 18 līdz 75 gadiem. Izlase tika veidota kā kvotu izlase, balstoties uz Fizisko personu reģistra datiem, un vēlāk svērta pēc dzimuma, tautības, vecuma un reģiona, lai nodrošinātu reprezentativitāti visai sabiedrībai. Iegūtie rezultāti ļauj analizēt sabiedrības priekšstatus gan par veselības aprūpes sistēmas efektivitāti un resursu izmantošanu, gan par pieejamību, finanšu šķēršļiem un personīgo pieredzi. Socioloģisko aptauju veica SKDS 2025. gada augustā.

VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS EFEKTIVITĀTE

Veselības sistēmas efektivitāte ietver plašu dažādu mērījumu kopumu, raugoties uz to, kā veselības aprūpes sistēma izmanto savus resursus sabiedrības veselības uzlabošanai un veselības jomā noteikto mērķu sasniegšanai. Attiecīgi efektivitāti veselības aprūpes sistēmā var mērīt, raugoties uz attiecību starp veselības sistēmas ieguldījumiem (izmaksām, piemēram, darbaspēkā, infrastruktūrā) un rezultātiem (piemēram, novērstās nāves) vai veselības rādītājiem (piemēram, veselīgi nodzīvoto dzīves gadu pieaugums).

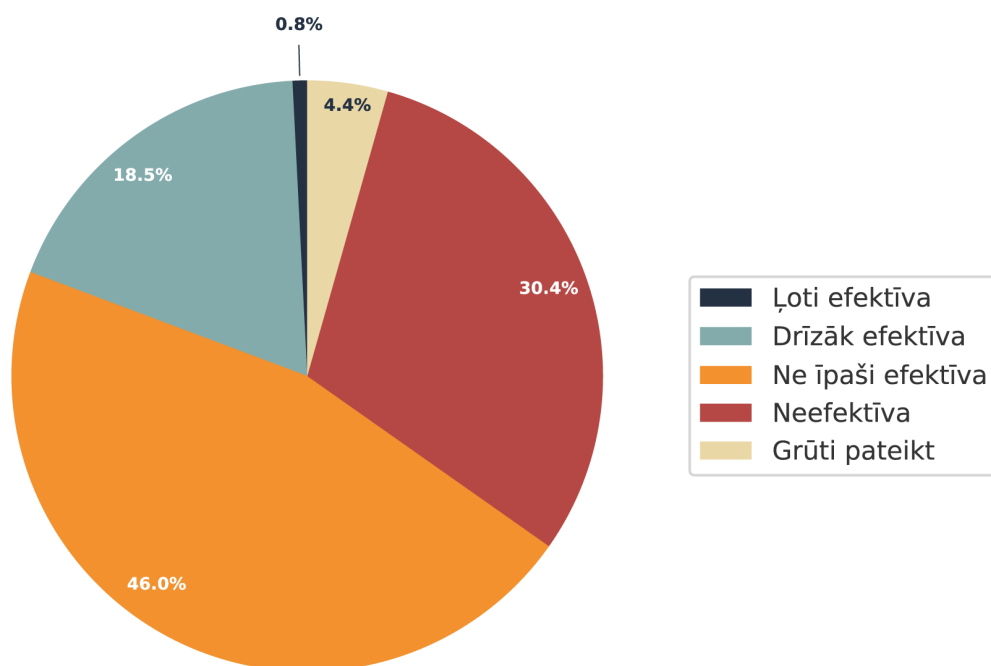
Kopumā Latvijas iedzīvotāji veselības sistēmu vērtē kā ne īpaši efektīvu vai pat neefektīvu, kopsummā šādu vērtējumu izsakot 76,4 % iedzīvotāju (skat. grafiku nr. 1). Sistēmu par efektīvu vai ļoti efektīvu uzskata tikai 19,3 % iedzīvotāju (tostarp par efektīvu tikai 0,8 % iedzīvotāju). Tas nozīmē, ka sabiedrībā dominē uzskats, kas veidojies personīgā pieredzē, ka veselības aprūpes sistēma nenodrošina pienācīgu atdevi tās uzturēšanā ieguldījumiem resursiem. Iedzīvotāju viedokli apstiprina arī starptautiskie salīdzinošie pētījumi – Latvijā gan ieguldījumi veselībā, gan rezultāti ir zemāki nekā citur Eiropā.² Tas arī korelē ar novērtējamās mirstības rādītājiem – Latvijā šis rādītājs ir augstākais Eiropas Savienībā (ES), sasniedzot 543,33 cilvēkus uz 10 000 (vidēji Eiropā – 257,84).³

¹ OECD. 2025. *Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>, 23

² Eurostat. 2023. *General government expenditure by function (COFOG)*. https://doi.org/10.2908/GOV_10A_EXP

³ Eurostat. 2022. *Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex*. https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_APR

Kā Jūs vērtējat veselības aprūpes sistēmas efektivitāti Latvijā (ārstēšanas kvalitāte, resursu izmantošana, pieejamība)?



Grafiks 1. Bāze: visi respondenti, n=1005

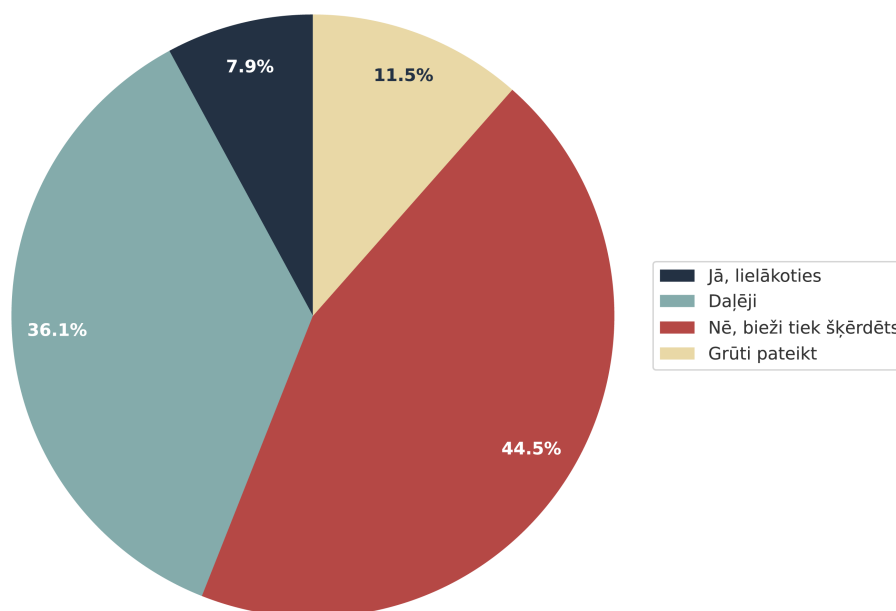
Salīdzinoši pozitīvākās domās par veselības aprūpes sistēmas efektivitāti ir jaunākā vecuma grupa 18–24 gadi, pozitīvu vērtējumu sniedzot 44,2 % respondentu, tomēr jāņem vērā, ka tā ir vecuma grupa, kura veselības aprūpes sistēmā nepiedalās tik intensīvi, cik gados vecāki cilvēki.⁴ Tas liecina par to, ka lielāka saskarsme ar veselības aprūpes jautājumiem samazina pārliecību par tās efektivitāti. Izteiktāko kritiku par sistēmas neefektivitāti izsaka pirmspensijas un pensijas vecuma cilvēki, iedzīvotāji ar zemiem un vidējiem ienākumiem, kā arī fiziskā darba veicēji. Tas norāda uz to, ka veselības aprūpes sistēmu visvairāk kritizē tās grupas, kuras to izmanto visintensīvāk un kurām veselības pakalpojumu pieejamība ir būtisks dzīves kvalitātes priekšnoteikums. Tas atspoguļo faktu, ka tieši neaizsargātākās grupas ikdienā visvairāk saskaras ar garām rindām, augstām pacienta iemaksām un ierobežotu medikamentu pieejamību. Atšķirība novērojama arī starp statistiskajiem reģioniem – Rīgā 23,7 % iedzīvotāju pārstāv viedokli, ka veselības sistēma ir efektīva vai drīzāk efektīva, kamēr nevienā citā reģionā šis rādītājs nesasniedz 20 %, Latgalē šādu viedokli pārstāvējot tikai 15,2 % iedzīvotāju. Dati atklāj ievērojamu uzticības krīzi starp iedzīvotājiem un veselības sistēmu – viņu pieredze un veselības sistēmā sastaptie šķēršļi liecina, ka sistēma nespēj atbilstoši kalpot viņu vajadzībām.

⁴ SPKC. 2023. STAC015. Stacionārā ārstēto pacientu skaits. <https://statistika.spkc.gov.lv:443/sq/a18a95d7-7a7c-4c78-89b8-39e36a2b3f8c>

VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS FINANSĒJUMS

Viens no kritiskajiem punktiem parādās tieši uzskatos par veselības aprūpes sistēmas finansējuma efektīvu izlietošanu – tikai 7,9 % iedzīvotāju uzskata, ka veselības aprūpes finansējums Latvijā tiek izmantots lietderīgi, bet gandrīz puse iedzīvotāju (44,5 %) domā, ka tas bieži tiek izšķērdēts. Vēl trešdaļa atzīst, ka finansējums tiek izmantots tikai daļēji lietderīgi (skat. grafiku nr. 2).

Vai, Jūsaprāt, veselības aprūpes finansējums Latvijā tiek izmantots lietderīgi?



Grafiks 2. Bāze: visi respondenti, n=1005

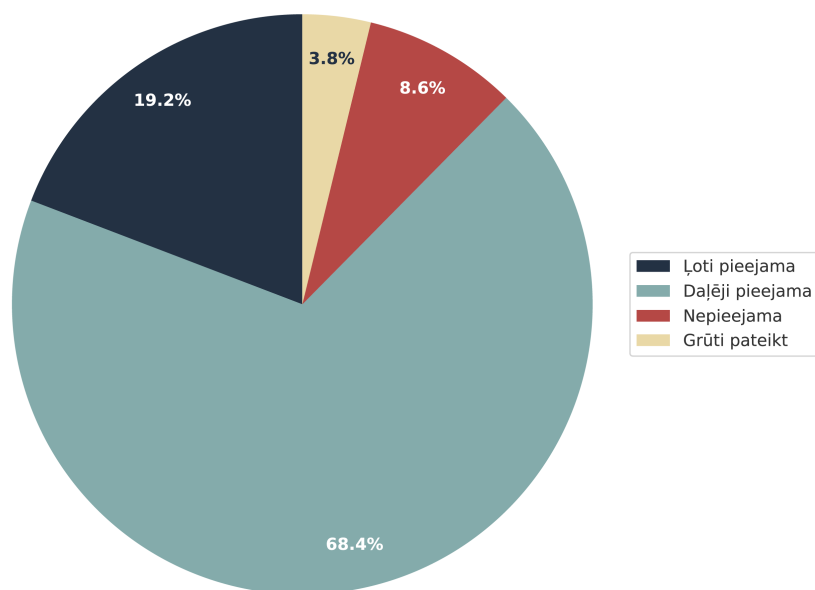
Var secināt, ka gandrīz katrs otrais Latvijas iedzīvotājs veselības aprūpes budžeta izlietojumu raksturo kā problemātisku. Tas nozīmē, ka sabiedrībā dominē priekšstats par strukturālām nepilnībām finanšu sadalījumā, kur veselības aprūpē ieguldītie līdzekļi nespēj pārvērsties pietiekamā pakalpojumu kvalitātē un pieejamībā. Līdzīgi kā jautājumā par sistēmas kopējo efektivitāti, arī finansējuma jautājumi jaunākajai paaudzei (vecuma grupa 18–24) šķiet mazāk problemātiski – 17 % atzīst, ka izlietojumu uzskata kā lietderīgu. Tomēr šis rādītājs joprojām ir ļoti zems un drīzāk atspoguļo ierobežotu šīs vecuma grupas saskarsmi ar veselības aprūpes sistēmu, nevis sistēmas kvalitāti. Pieaugot vecumam, pieaug arī kritiskums – pirmspensijas un pensijas vecuma cilvēki biežāk nekā citi atzīst, ka finansējums tiek šķērdēts. Šī tendence norāda, ka ilgstoša un intensīvāka

pieredze veselības aprūpē stiprina neuzticību sistēmai. Reģionālās atšķirības iezīmē nevienlīdzību – galvaspilsētā, kur pakalpojumu pieejamība ir relatīvi labāka, vērtējums par sistēmas efektivitāti ir pozitīvāks, kamēr Latgalē un citos reģionos dominē sajūta, ka sistēma ir nepietiekami efektīva.

Pirmkārt, sistēmas efektivitāte sabiedrības acīs ir zema – tikai nepilna piektdaļa iedzīvotāju uzskata, ka tā darbojas efektīvi, kamēr lielākā daļa to raksturo kā neefektīvu vai tikai daļēji efektīvu. Šis vērtējums īpaši izteikts to grupu vidū, kurām veselības aprūpe ir ikdienas nepieciešamība, liecinot, ka vislielākā kritika nāk no cilvēkiem, kas to izmanto visintensīvāk. Otrkārt, dati izgaismo būtisku reģionālo nevienlīdzību. Rīgā veselības aprūpes efektivitātes vērtējumi ir salīdzinoši pozitīvāki, un arī pakalpojumu pieejamība gan ģeogrāfiskā, gan praktiskā līmenī tiek novērtēta augstāk.

VESELĪBAS APRŪPES PIEEJAMĪBA – ĢEOGRĀFISKA UN FINANSIĀLA

Cik kopumā pieejama Jums personīgi ir veselības aprūpe Latvijā?



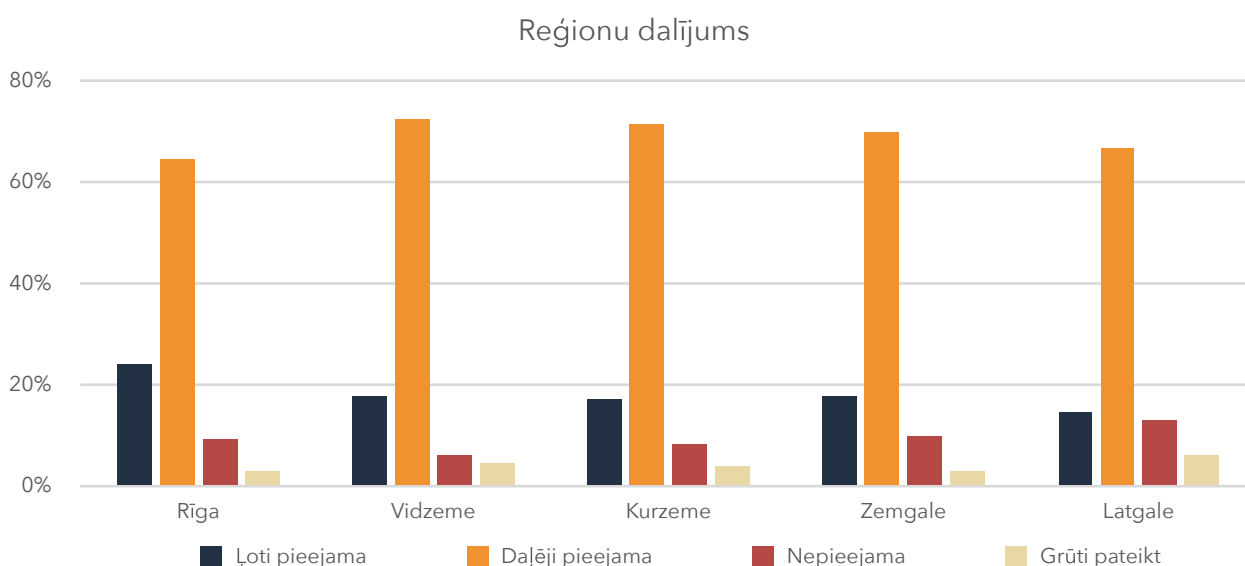
Grafiks 3. Bāze: visi respondenti, n=1005

Aptaujas dati atklāj, ka veselības aprūpes pieejamība Latvijā sabiedrības uztverē pārsvarā ir nepilnīga. Lielākā daļa iedzīvotāju to izjūt tikai kā daļēji pieejamu (skat. grafiku nr. 3), un šī sajūta īpaši izteikta reģionos un zemāko ienākumu grupās. Tas liecina, ka veselības aprūpes sistēma joprojām nespēj nodrošināt universālu un vienlīdzīgu piekļuvi visiem iedzīvotājiem neatkarīgi no viņu dzīvesvietas un materiālā stāvokļa. Šādi dati atbalsta secinājumu, ka pieejamība ir viens no lielākajiem sistēmas izaicinājumiem,

un tā risināšana ir būtiska gan uzticības atjaunošanai, gan veselības nevienlīdzības mazināšanai Latvijā.

Šo secinājumu apstiprina arī iedzīvotāju atbildes uz jautājumu "Cik kopumā pieejama Jums personīgi ir veselības aprūpe Latvijā?", 12,9 % Latgales reģiona iedzīvotāju norāda, ka veselības aprūpe viņiem ir nepieejama (skat. grafiku nr. 4).

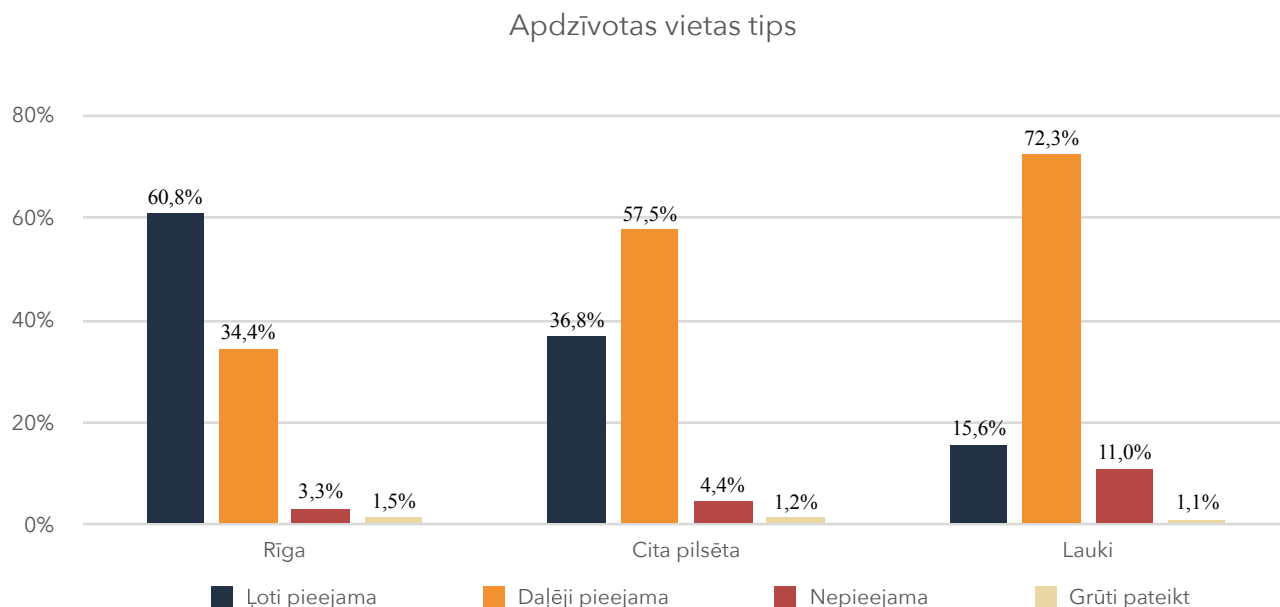
Cik kopumā pieejama Jums personīgi ir veselības aprūpe Latvijā?



Grafiks 4. Bāze: visi respondenti, n=1005

Analizējot reģionālās atšķirības, redzams, ka Rīgā situācija ir salīdzinoši pozitīvāka – ceturtā daļa (24 %) galvaspilsētas iedzīvotāju veselības aprūpi vērtē kā ļoti pieejamu. Analizējot veselības aprūpes pieejamību no ģeogrāfiskā skatpunkta (transports, pakalpojumi dzīvesvietas tuvumā), kopējais vērtējums nav negatīvs – tikai 5,8 % iedzīvotāju to uzskata par nepieejamu (skat. grafiku nr. 5), savukārt lielākā daļa to raksturo kā daļēji pieejamu.

Cik pieejama Jums ir veselības aprūpe Latvijā ģeogrāfiski (transporta, pakalpojumu pieejamība dzīvesvietas tuvumā)?



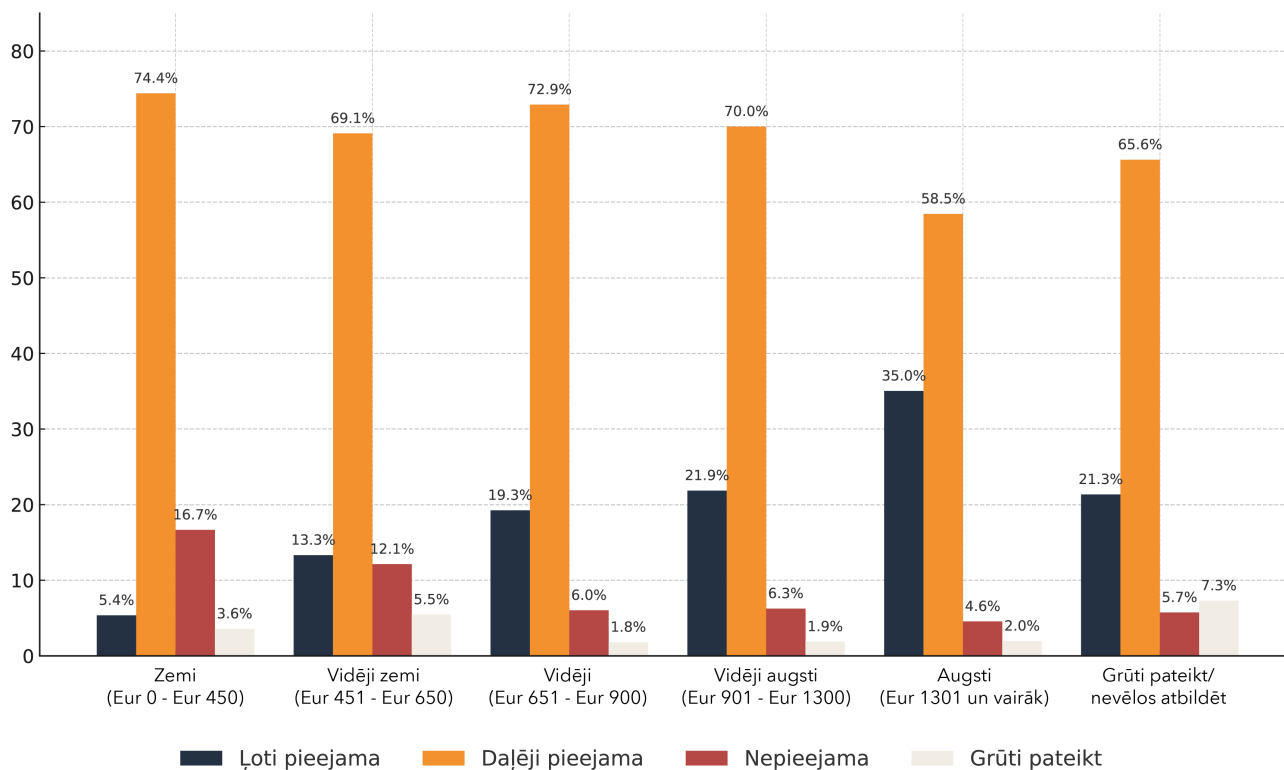
Grafiks 5. Bāze: visi respondenti, n=1005

Lielākā atšķirība pieejamībā redzama tieši starp Rīgu un lauku teritorijām. Tas apstiprina ģeogrāfisko nevienlīdzību veselības aprūpes piekļuvē. Galvaspilsētā veselības pakalpojumu koncentrācija ir augstāka, savukārt lauku reģionos problēma slēpjas ne tikai veselības aprūpes iestāžu vai ārstu skaitā, bet arī transporta pieejamībā – ne vienmēr ir iespējams ar sabiedrisko transportu sasniegt tuvāko ārsta praksi, slimnīcu vai aptieku. Daudzviet sabiedriskais transports kursē reti, nav sinhronizēts ar ārstu pieņemšanas laikiem vai vispār nav pieejams noteiktās dienās vai maršrutos. Rezultātā cilvēkiem nākas paļauties uz privāto transportu vai radnieku palīdzību, kas ievērojami ierobežo vecāku, mazāk mobilo un finansiāli trauklāko grupu iespējas.

Svarīga loma pieejamības uztverē ir arī ienākumu līmenim. Zemāko ienākumu grupās veselības aprūpe biežāk tiek vērtēta kā daļēji pieejama vai nepieejama – piemēram, māsasaimniecībās ar ienākumiem līdz 450 eiro uz cilvēku tikai 5,4 % uzskata to par ļoti pieejamu, bet gandrīz 16,7 % – par nepieejamu (skat. grafiku nr. 6).

Cik kopumā pieejama Jums personīgi ir veselības aprūpe Latvijā?

Mēneša vidējie ienākumi uz vienu cilvēku ģimenē (kvintiles)

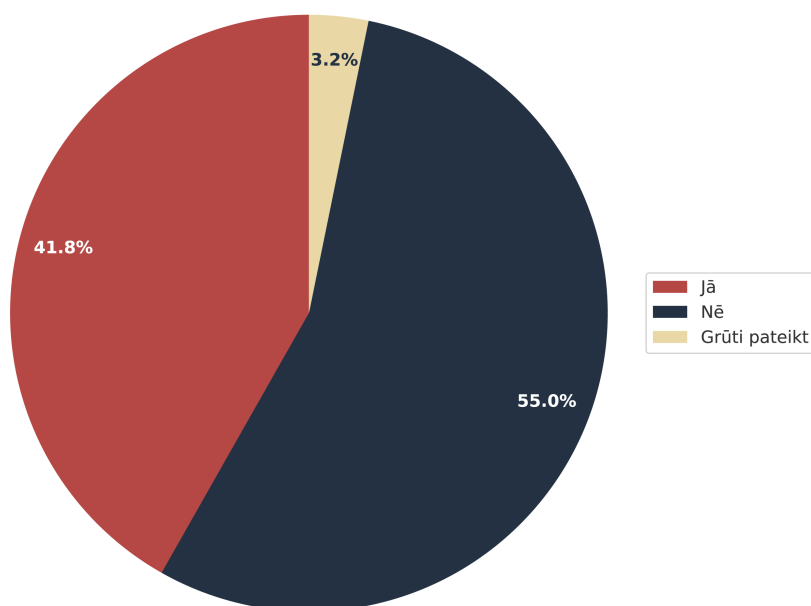


Grafiks 6. Bāze: visi respondenti, n=1005

Augstāko ienākumu grupā (virs 1301 eiro uz cilvēku) pozitīvs vērtējums par sistēmas pieejamību ir gandrīz sešreiz biežāk sastopams nekā zemākajā kvintilē (35 % pret 5,4 %). Tas atspoguļo, ka finansiālie šķēršļi veselības aprūpes pieejamībai Latvijā ir ļoti nozīmīgi. Finansiālie izaicinājumi ir redzami arī ļoti tieši – iedzīvotājiem nākas atteikties no ārstu apmeklēšanas vai ārstēšanās tieši finansiālu iemeslu dēļ. Kopumā šis skaits ir augsts – pēdējā gada laikā šāds lēmums bijis jāpieņem 41 % iedzīvotāju (skat. grafiku nr. 7). Šie ieguldījumi kopsummā nav mazi – Latvijā māsasaimniecību izdevumi par veselības pakalpojumiem sastāda aptuveni 30,7 % no kopējiem veselības izdevumiem, kas ir ievērojami augstāk nekā vidēji ES (14,3 %).⁵ Kopsummā tas nozīmē, ka veselības aprūpes pieejamība Latvijā joprojām cieši korelē ar dzīvesvietu un sociāli ekonomisko statusu.

⁵ Eurostat. 2022. *Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function_provider_and_financing_scheme#:~:text=The%20third%20largest%20source%20of,%25\)%20and%20Greece%20\(33.5%25\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function_provider_and_financing_scheme#:~:text=The%20third%20largest%20source%20of,%25)%20and%20Greece%20(33.5%25))

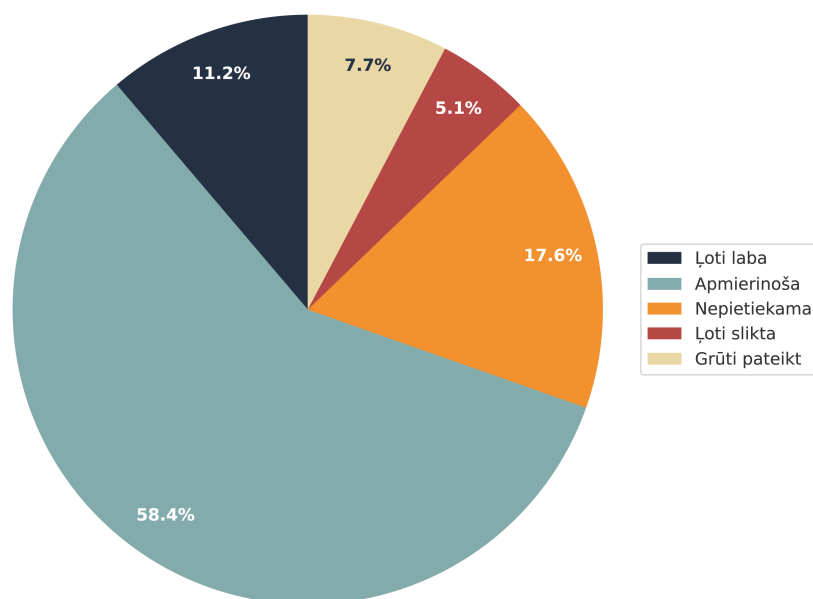
Vai pēdējā gada laikā Jūs esat atteicies/ -usies no ārsta apmeklējuma vai ārstēšanās finansiālu iemeslu dēļ?



Grafiks 7. Bāze: visi respondenti, n=1005

MEDIKAMENTU PIEEJAMĪBA

Medikamentu pieejamību var uzskatīt par vienu no uzskatāmākajiem veselības aprūpes rezultātiem, jo tas ir konkrēts, izmērāms pakalpojums, kas pacientam nepieciešams gan akūtu, gan hronisku saslimšanu gadījumā. Ja medikamenti nav pieejami vai to cena ir nepieejama, tas nozīmē, ka veselības aprūpes ķēde pārtrūkst jau tajā posmā, kur ārstēšanas efektivitātei būtu jāizpaužas viskonkrētāk. Iedzīvotāju vērtējumi par medikamentu pieejamību Latvijā kopumā ir mēreni pozitīvi, tomēr ar nozīmīgām atšķirībām starp grupām. Lielākā daļa aptaujāto – 58,4 % – norāda, ka pieejamība ir apmierinoša, bet vēl gandrīz piektā daļa (17,6 %) uzskata to par labu vai ļoti labu. Vienlaikus apmēram ceturtdaļa iedzīvotāju (23,3 %) to raksturo kā sliktu vai ļoti sliktu (skat. grafiku nr. 8).

Kā Jūs kopumā vērtējat medikamentu pieejamību Latvijā?

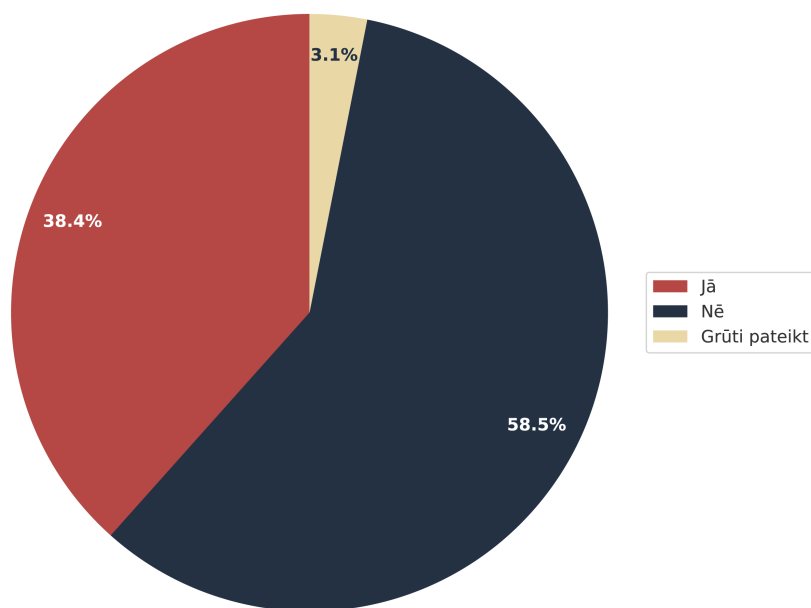
Grafiks 8. Bāze: visi respondenti, n=1005

Analizējot atšķirības starp sabiedrības grupām, redzams, ka kritiskāki vērtējumi raksturīgi vecākām paaudzēm un zemāko ienākumu grupām, kur nepieciešamība pēc medikamentiem ir lielāka, bet pieejamību biežāk ierobežo finansiālie šķēršļi. Tāpat salīdzinoši negatīvāki vērtējumi vērojami reģionos, īpaši Latgalē, kamēr Rīgā biežāk tiek sniegts novērtējums "Apmierinoši" vai "Labi". Kopumā šie dati liecina, ka sabiedrības vairākums medikamentu pieejamību vērtē kā pietiekamu, tomēr jāņem vērā, ka medikamentu pieejamība ir cieši saistīta ar ienākumu līmeni un dzīvesvietu.

Svarīgi piebilst, ka medikamentu pieejamības vērtējumos būtisku lomu spēlē arī kompensējamo medikamentu sistēma. Pēc Nacionālā veselības dienesta publicētajiem datiem 2024. gadā 756 804 Latvijas iedzīvotāji jeb 40,4 % ir saņēmuši valsts kompensējamus medikamentus. Šis aspekts ir jāņem vērā arī šo datu kontekstā, jo ne visiem iedzīvotājiem kompensējamie medikamenti ir nepieciešami. Tas nozīmē, ka šajā jautājumā tiek atspoguļotas gan pacientu ar hroniskām slimībām, gan arī to cilvēku pieredzes, kuri kompensācijas sistēmu neizmanto vispār. Tādējādi kopējie pieejamības vērtējumi ietver dažādus faktorus vienlaikus: medikamentu cenu, kompensācijas līmeni, konkrētu kompensējamo medikamentu pieejamību Latvijā.

Jau detalizētāk raugoties uz izaicinājumiem saņemt sev nepieciešamos medikamentus, 38,4 % aptaujāto atzīst, ka pēdējā gada laikā ir saskārušies ar medikamentu pieejamības problēmām, savukārt 58,5 % šādas pieredzes nav bijis (skat. grafiku nr. 9).

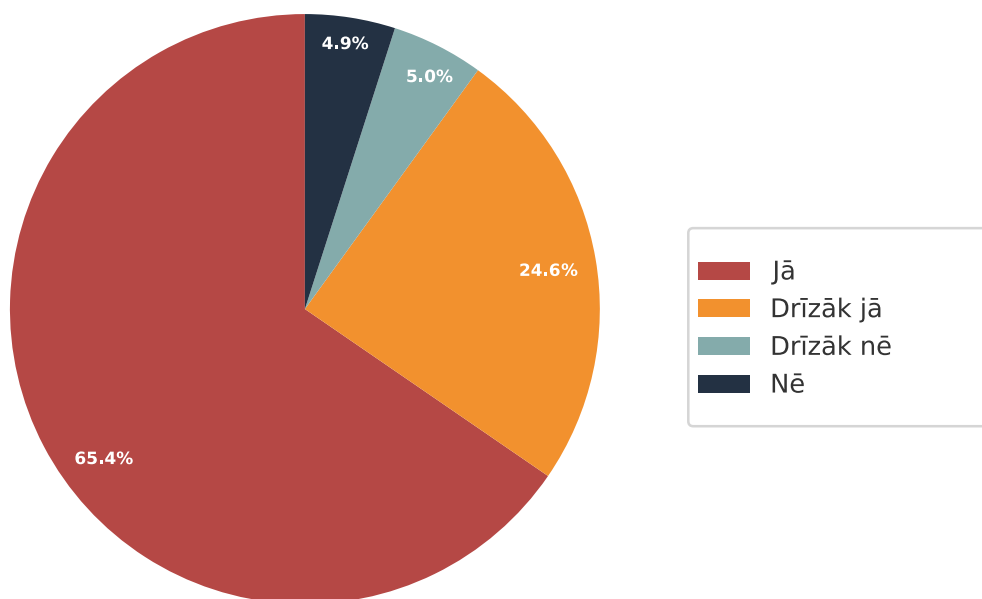
Vai Jūs personīgi pēdējo gadu laikā esat saskāries/-usies ar medikamentu pieejamības problēmām?



Grafiks 9. Bāze: visi respondenti, n=1005

Atšķirības starp sabiedrības grupām ir redzamas galvenokārt vecuma un ienākumu griezumā. Jaunākajā vecuma grupā (18–24 gadi) šādu problēmu pieredzējuši tikai 24 %, bet 65–75 gadu vecumā – jau vairāk nekā puse (55 %). Arī ienākumu līmenis korelē ar rezultātiem: zemāko ienākumu mājsaimniecībās (līdz 450 eiro uz vienu cilvēku) medikamentu pieejamības problēmas min gandrīz puse respondentu (43 %), savukārt augstāko ienākumu grupā – apmēram trešdaļa (34 %). Šie dati parāda, ka grūtības vairāk skar vecākas paaudzes un iedzīvotājus ar zemākiem ienākumiem, taču kopumā ar to saskaras būtiska sabiedrības daļa – vairāk nekā trešdaļa Latvijas iedzīvotāju.

Vai, Jūsaprāt, veselības aprūpes finansējumam nākamā gada budžetā jābūt "neaizskaramam", līdzīgi kā aizsardzības izdevumiem?



Grafiks 10. Bāze: visi respondenti, n=1005

VESELĪBAS BUDŽETS UN SABIEDRĪBAS PRIORITĀTES VESELĪBAS JOMĀ

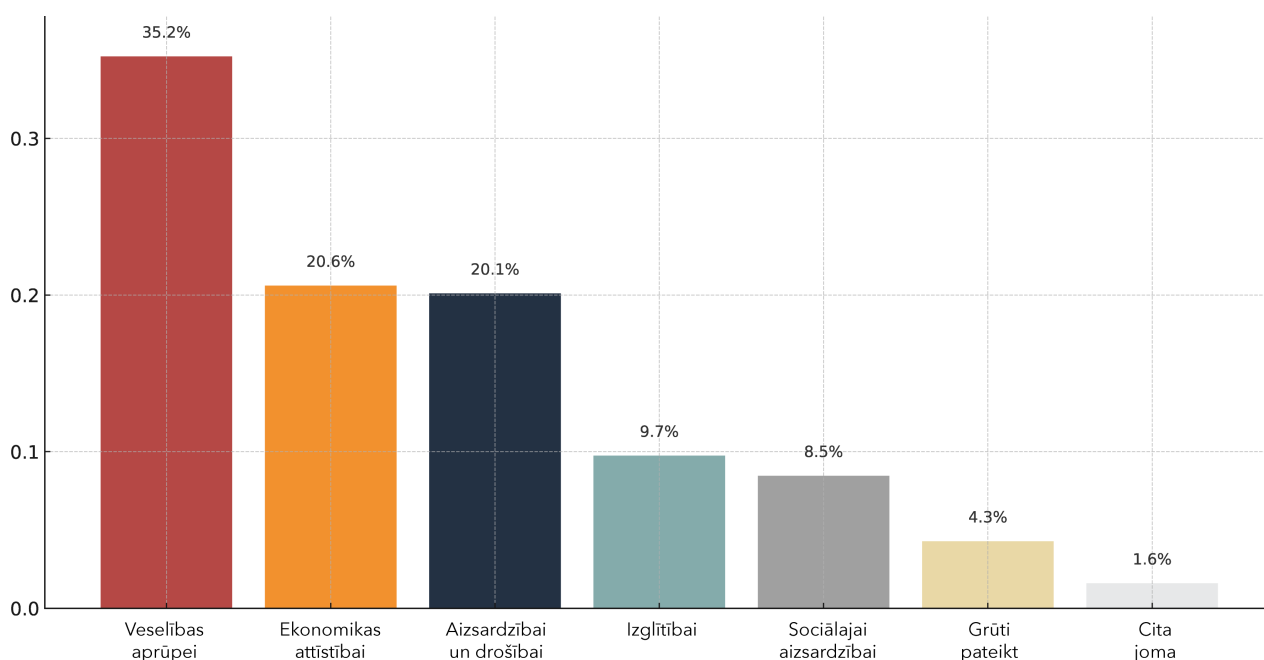
Valsts budžeta veidošanas process 2025. un 2026. gadam Latvijā notiek sarežģītos apstākļos. No vienas puses, valdībai jānodrošina fiskālā disciplīna un jāierobežo izdevumi, no otras puses, pieaug sabiedrības spiediens pēc lielākiem ieguldījumiem aizsardzībā, izglītībā un arī veselības aprūpē. Šajā diskusijā arvien biežāk parādās ideja par tā saucamajiem neaizskaramajiem budžeta izdevumiem – finansējumu, kuru nedrīkstētu samazināt neatkarīgi no valsts fiskālajām grūtībām. Līdz šim Latvijā šādā kontekstā ticis skatīts tikai aizsardzības budžets, tomēr, kā liecina aptaujas dati, sabiedrība vēlētos šādā statusā ieraudzīt arī veselības budžetu. Uz jautājumu "Vai, Jūsaprāt, veselības aprūpes finansējumam nākamā gada budžetā jābūt "neaizskaramam", līdzīgi kā aizsardzības izdevumiem?", 89,3 % respondentu atbildēja apstiprinoši ("Jā" vai "Drīzāk jā" (skat. grafiku nr. 10)). Tikai 5 % atbildēja noraidoši, bet 4,9 % nespēja sniegt atbildi. Šis rezultāti nepārprotami apliecina, ka veselības aprūpe sabiedrības skatījumā ieņem stratēģiski līdzvērtīgu vietu aizsardzības izdevumiem.

Aptaujas dati liecina, ka, runājot par jomu, kuru iedzīvotāji uzskata par prioritāru valsts budžetā, visbiežāk tiek minēta veselības aprūpe – to kā svarīgāko atzīmējuši 35,2 %

respondentu. Tai seko aizsardzība un drošība (20,1 %) un izglītība (18,6 %) (skat. grafiku nr. 11). Sabiedrība šobrīd skaidri signalizē, ka veselībai ir galvenā prioritāte, apsteidzot gan militāros, gan izglītības jautājumus. Vienīgā vecuma grupa, kur veselības aprūpe neizvirzās kā prioritārā joma, ir respondenti 18–24 gadu vecumā, kuri biežāk par budžeta galveno prioritāti uzskata aizsardzību (25,3 %) vai izglītību (15,8 %). Tas ir likumsakarīgi, ņemot vērā šīs paaudzes ierobežoto pieredzi ar veselības sistēmu un lielāku orientāciju uz nākotnes kapitālu – izglītību (skat. grafiku nr. 12). Savukārt vidējās un vecākās paaudzes, kurām veselības aprūpes pieejamība un izmaksas ir ikdienas realitāte, daudz biežāk piešķir prioritāti tieši veselībai – piemēram, vecuma grupā no 45 līdz 54 gadiem šis īpatsvars pārsniedz 40 % respondentu. Šie dati norāda, ka veselības aprūpes budžeta jautājums nav tikai tehnisks, bet dziļi saistīts ar sabiedrības uztveri par drošību, taisnīgumu un nākotnes perspektīvu.

Kurai no šīm jomām, Jūsaprāt, būtu jāpiešķir prioritārs finansējums valsts budžetā?

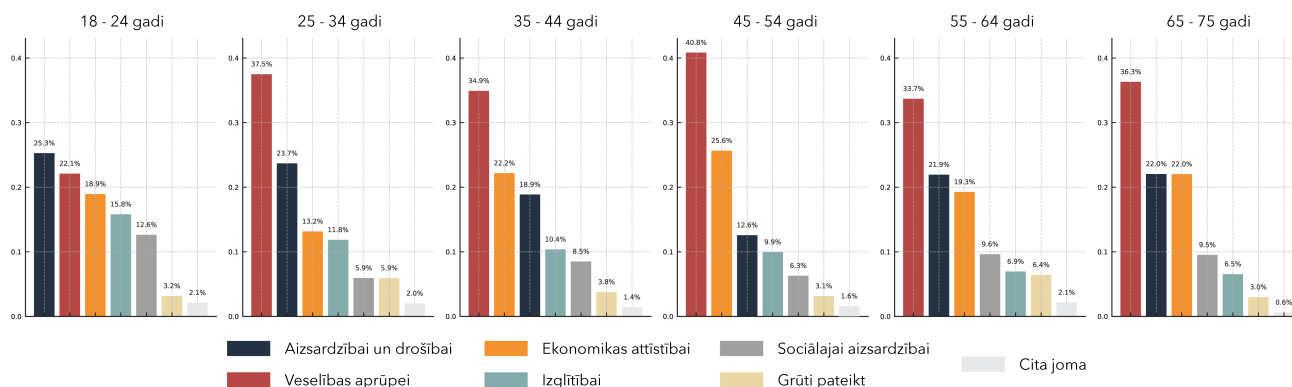
Prioritātās nozares



Grafiks 11. Bāze: visi respondenti, n=1005

Kurai no šīm jomām, Jūsaprāt, būtu jāpiešķir prioritārs finansējums valsts budžetā?

Pēc vecuma grupām



Grafiks 12. Bāze: visi respondenti, n=1005

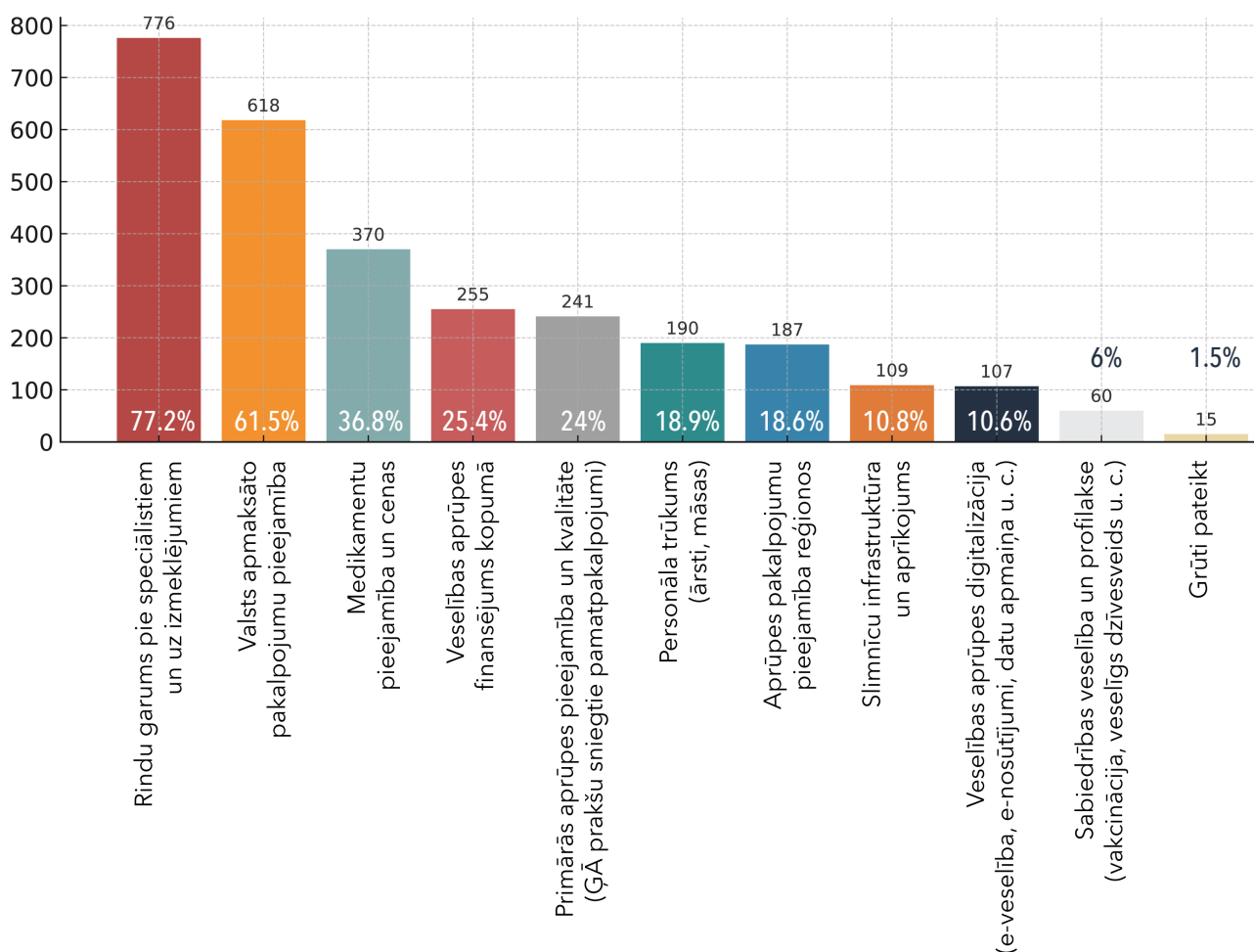
Aptaujas dati rāda, ka sabiedrības skatījumā veselības aprūpes sistēmas lielākās problēmas koncentrējas divās jomās: garajās rindās pie ārstiem un speciālistiem (776 atbildes – 77,2 %), valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamībā (681 atbilde – 61,5 %, skat. grafiku nr. 13). Rindu problēma sabiedrības acīs ir īpaši akūta, jo tā tieši ietekmē pacienta iespējas savlaicīgi saņemt palīdzību – kavē diagnostiku, pagarina ārstēšanas uzsākšanu un pasliktina slimību prognozi. Tā ir pieredze, ar ko ikdienā saskaras dažādas iedzīvotāju grupas, bet visvairāk – seniori un cilvēki ar hroniskām slimībām, kam nepieciešami regulāri speciālistu apmeklējumi. Valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamība cieši saistīta ar iedzīvotāju pieredzi finansiālu šķēršļu dēļ. Lai apietu rindas, daudzi pacienti izvēlas maksas vizītes vai izmeklējumus, tādējādi palielinot nevienlīdzību starp tiem, kas var atļauties maksāt papildu, un tiem, kuriem šādu iespēju nav. Līdz ar to jautājums par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem nav tikai tehnisks – tas atspoguļo sabiedrības bažas par to, cik lielā mērā veselības aprūpe Latvijā ir universāla un neatkarīga no indivīda maksātspējas.

Tajā pašā laikā nozīmīga daļa iedzīvotāju kā steidzamus jautājumus izceļ arī medikamentu pieejamību un cenas (370 atbildes – 36,8 %) un veselības aprūpes kvalitāti (30,7 %), kas atsaucas uz datiem par sabiedrības daļu, kas atzīst, ka pēdējā gada laikā personīgi ir saskārusies ar problēmām medikamentu iegādē, un šī pieredze tieši atspoguļojas arī skatījumā uz nozares steidzamākajiem izaicinājumiem.

Kopumā šie rezultāti skaidri parāda, ka sabiedrības skatījumā veselības aprūpes krīzes centrā ir praktiskā pieejamība – gan rindas, gan valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājums, gan medikamentu cenas. Strukturālie jautājumi, lai gan tiek minēti retāk,

netiek ignorēti, bet sabiedrības vērtējumā tie ieņem pakārtotu vietu attiecībā pret ikdienā tieši izjūtamām problēmām. Kopumā šie dati liecina, ka sabiedrības definētie veselības aprūpes izaicinājumi nav atrauti no citiem faktoriem, bet cieši savijas ar iedzīvotāju pieredzi par veselības aprūpes pieejamību un finansiālajām barjerām. Ja rindas atspoguļo sistēmas kapacitātes ierobežojumus, finansējuma un personāla jautājumi norāda uz strukturālo pamatu, bet medikamentu pieejamība izgaismo ikdienas slogu, tad kopā šie faktori veido skaidru sabiedrības pieprasījumu pēc pieejamākas, taisnīgākas un efektīvākas veselības aprūpes.

Kuri, Jūsprāt, ir trīs steidzamāk risināmie jautājumi Latvijā veselības nozarē?



Grafiks 13. Bāze: visi respondenti, n=1005

SECINĀJUMI

Sabiedrības vērtējums par veselības aprūpi Latvijā ir konsekventi kritisks un tieši saistās ar ikdienas pieredzi – garām rindām, finansiālām barjerām un reģionālo nevienlīdzību. Tikai nepilna piektdaļa iedzīvotāju sistēmu uzskata par efektīvu, bet vairākums – par neefektīvu vai daļēji efektīvu. Kritiskums pieaug vecākās un zemāko ienākumu grupās, kur veselības pakalpojumi ir ikdienas nepieciešamība. Šī uztvere korelē ar reģionālām atšķirībām (Rīga ieņem lauku teritorijām) un ar biežāku saskari ar garām rindām un augstiem līdzmaksājumiem.

Pieejamības plaša ir divējāda – ģeogrāfiska un finansiāla. Lauku teritorijās to padziļina transports un ierobežotā piekļuve pakalpojumiem, kamēr zemāko ienākumu mājsaimniecībās pieejamību ierobežo izdevumi – 41 % iedzīvotāju pēdējā gada laikā vismaz reizi atteikušies no ārstēšanas naudas dēļ. Šie ir ievērojami skaitļi, kas būtiski ietekmē arī sabiedrības kopējo veselības stāvokli, labklājību un gatavību būt par pilnvērtīgu daļu no darba tirgus.

Sabiedrības uztverē medikamentu pieejamība ir uzskatāms rādītājs tam, cik taisnīga un godīga ir veselības aprūpes sistēma. Vairāk nekā trešdaļa iedzīvotāju (38,4 %) pēdējā gada laikā personīgi saskārušies ar problēmām medikamentu pieejamībā; kritiskākie vērtējumi koncentrējas vecākajās un zemāko ienākumu grupās un reģionos ārpus Rīgas. Tas apstiprina, ka medikamentu pieejamība ir viens no steidzamāk risināmajiem jautājumiem līdzās rindām un valsts apmaksāto pakalpojumu nodrošinājumam. Turklāt tas tiešā veidā ir saistīts ar sabiedrības ticību veselības aprūpei – nodrošinot inovatīvākos un labākos risinājumus veselības izaicinājumiem.

Diskusijās par prioritārām nozarēm un budžeta sadalījumu sabiedrības politiskais signāls ir nepārprotams: veselība jāpadara par “neaizskaramu” budžeta prioritāti (to atbalsta ~ 89 %), un veselības nozare kopumā ierindojas pirmajā vietā starp valsts budžeta prioritātēm (35,2 %; aizsardzība 20,1 %, izglītība 18,6 %). Lai arī sabiedrībā kopumā ir bailes par karu Ukrainā, tomēr arī šajos ģeopolitiskajos apstākļos veselība dominē pār citām nozarēm. Tas apliecina, ka veselības aprūpe sabiedrības acīs ir jautājums ne tikai par sociālo politiku, bet arī drošību un uzticēšanos valsts institūcijām.

Kopumā sabiedrības uzticība veselības sistēmai šobrīd ir trausla, un tās atjaunošanai nepieciešamas redzamas, ikdienā sajūtas pārmaiņas – īsākas rindas, mazāka maksa “pie kases”, tuvāki pakalpojumi reģionos un droša pieeja zālēm. Ja šie jautājumi netiks risināti, veselības aprūpes sistēmas uztveres krīze var kļūt par plašāku sociālās un ekonomiskās attīstības šķērslī. Savukārt ieguldījumi pieejamības un taisnīguma uzlabošanā būtu ieguldījums gan sabiedrības veselībā, gan valsts ilgtspējā kopumā.



PAR AUTORIEM



Dr. Hosams Abu Meri ir Latvijas Republikas veselības ministrs. Pēc profesijas ārsts – gastroenterologs – ar vairāk nekā 20 gadu klīnisko pieredzi. Bijis 12. un 14. Saeimas deputāts, Labklājības ministrijas parlamentārais sekretārs, Ministru prezidenta padomnieks integrācijas jautājumos un vadījis “Vienotības” frakciju Saeimā. Aktīvs profesionālajās organizācijās: Latvijas Ārstu biedrībā, Latvijas Gastroenterologu asociācijā u.c. Publiskajā pārvaldē fokusējas uz veselības aprūpes sistēmas stiprināšanu, pacientu piekļuvi pakalpojumiem un kvalitātes uzlabošanu.

Arvils Ašeradens ir Latvijas Republikas finanšu ministrs. Bijis ekonomikas ministrs, Finanšu ministrijas un Labklājības ministrijas parlamentārais sekretārs, kā arī vairāku Saeimas sasaukumu deputāts. Valdībā pārrauga fiskālo politiku, budžeta sagatavošanu un finanšu sektora attīstības virzienus. Apbalvots ar V šķiras Triju Zvaigžņu ordeni.

Dr. oec. Anželika Berķe-Berga ir Rīgas Stradiņa universitātes asociētā profesore ar pedagoģisko pieredzi kopš 2008. gada. Iegūts Latvijas Zinātnes padomes ekspertes statuss ekonomikā un uzņēmējdarbībā. Viņas pētnieciskās intereses cieši saistītas ar veselības ekonomiku, kā arī ar finanšu tirgiem, korporatīvajām un starptautiskajām finansēm. A. Berķe-Berga ir piedalījies vairākos starpdisciplināros valsts nozīmes pētījumos, kuros analizēti ar uzņēmējdarbību un finansēm saistīti makroekonomiskie procesi. Viņa ir arī mentore Rīgas Stradiņa universitātes Biznesa inkubatorā un turpina profesionālo izaugsmi, padziļināti apgūstot veselības ekonomiku un turpinot mācības CFA programmā.

Alina Dūdele ieguvusi maģistra grādu sabiedrības veselībā, pabeigusi doktorantūras mācības Rīgas Stradiņa universitātē (Medicīna), Metodiskās vadības centra ģimenes medicīnas jomā vadītāja, docētāja RSU (lekciju kursi “Veselības ekonomika” un “Finanšu vadības pamati”). Pētnieciskās intereses: saistība starp resursiem, procesiem un iznākumu veselības aprūpē; vērtībās balstīta veselības aprūpe; inovatīvās sociālo un veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas metodes. Vairāku gadu starptautiskā pieredze veselības aprūpes sistēmu sniegumu analizē, ieteikumu izstrādē reformu plānošanai, pieredze veselības aprūpes resursu optimizācijā. Vairāk nekā 20 gadu pieredze mācību programmu satura izstrādē, docēšanā un maģistra darbu vadīšanā un vērtēšanā.

Dr. oec. Karla Ernandea-Villafuerte (*Karla Hernandez-Villafuerte*) ir ekonomiste un ekonometrijas speciāliste ar specializāciju jauno veselības aprūpes pasākumu kompensācijas lēmumu ietekmējošo faktoru analizē. Šobrīd viņa ir vecākā pētniece WifOR institūtā (*WifOR Institute*) Vācijā, kur piedalās metodoloģijas izstrādē, lai novērtētu jauno veselības aprūpes ārstēšanas metožu apstiprināšanas makroekonomiskos (sociālos) ieguvumus. Iepriekš viņa bija vecākā pētniece Vācijas Vēža pētniecības centrā (DKFZ) Veselības ekonomikas nodaļā. Viņas darbs bija vērsts uz vēža sociālekonomisko slogu pacientiem un viņu ģimenēm, jauno zāļu pētniecības un attīstības (P&A) izmaksu

noteicošajiem faktoriem un riskā balstītu prostatas un krūts vēža skrīninga programmu rentabilitāti Vācijā. Pirms pievienošanās DKFZ viņa strādāja Veselības ekonomikas birojā (OHE) Londonā, kur analizēja statistikas un veselības ekonomikas problēmas onkoloģijā, jo īpaši ekstrapolējot bezprogresijas izdzīvošanas rādītājus uz kopējiem izdzīvošanas rādītājiem. Viņa arī ir piedalījusies pētījumā par kvalitatīviem un kvantitatīviem rādītājiem attiecībā uz politisko apņemšanos un attīstības valstu progresu ceļā uz vispārēju veselības aprūpi.

Renāte Grudule ir Analītikas un vadības grupas "PowerHouse Latvia" datu analītiķe. Ieguvusi politikas zinātņu bakalaura grādu, šobrīd Rīgas Stradiņa universitātē apgūst Sociālo antropoloģiju, un profesionālo karjeru attīstījusi ar politisko komunikāciju saistītos amatos. Savā darbā izmanto kvalitatīvas metodes, lai atklātu, kā digitālajā vidē veidojas un transformējas pieredzes, identitātes un nozīmes, un attīstās to darbības mehānismi. Veikusi vairākus pētījumus par pacientu pieredzi un veselības naratīviem, uzmanību pievēršot tam, kā digitālā telpa ietekmē veselības aprūpes, izglītības un sabiedrības komunikācijas procesus.

Beāte Livdanska Rīgas Stradiņa universitātē ieguvusi sociālo zinātņu bakalaura grādu politoloģijā un sociālo zinātņu maģistra grādu starptautiskajās attiecībās. Šobrīd ir Rīgas Stradiņa universitātes lektora p. i. un doktora grāda pretendente. Kopš 2024. gada pētnieka p. i. Rīgas Stradiņa universitātes valsts pētījumu programmas (VPP) Sabiedrības veselība projektā "Ģimenes ārstu dzīvesspēka veicināšana Latvijā: izaicinājumi un risinājumi". Pētniece un projektu vadītāja Latvijas Ārpolitikas institūtā. Viņas pētniecības intereses iekļauj mazu valstu un Eiropas Savienības savstarpējās mijiedarbības analīzi, kā arī Baltkrievijas iekšpolitisko un ārpolitisko izaicinājumu analīzi.

Luīze Līce-Tane ir Analītikas un vadības grupā "PowerHouse Latvia" datu analītiķe. Ieguvusi politikas zinātņu bakalaura grādu un maģistra grādu starptautiskajās attiecībās un diplomātijā Rīgas Stradiņa universitātē. Karjeru viņa veido pētniecībā, un ir veikusi vairākus starptautiskus pētījumus, kuros aplūkotas vēlēšanu norises, drošības politika, sabiedrības noskaņojuma analīze, kā arī veselības politikas un sabiedrības veselības jautājumi.

Jurģis Miezainis ir Ekonomikas ministrijas parlamentārais sekretārs un Zaļo un Zemnieku savienības biedrs. No 2021. gada aprīļa līdz 2022. gada aprīlim viņš ieņēma valdes locekļa un ģenerālsekretāra amatus politiskajā partijā "Par Cilvēcīgu Latviju". Profesionālo pieredzi viņš guvis vairākās nozarēs: farmaceitisko izstrādājumu vairumtirdzniecības uzņēmumā SIA "Jelgavfarm" kā komercdarbības speciālists, biznesa ilgspējas konsultāciju uzņēmumā SIA "JJ Serviss" kā valdes priekšsēdētājs.

Dr. oec. Malina Millere (*Malina Müller*) vada veselības ekonomikas pētniecības virzienu WifOR institūtā (*WifOR Institute*), specializējoties statistikā, veselības politikā un alternatīvajās ekonomikās. Viņas mērķis ir nodrošināt veselību ikvienam cilvēkam, padarot redzamus un izmērāmus mērķtiecīgus pasākumus veselības jomā. Viņa iztēlojas sabiedrību, kurā veselības aprūpes inovāciju medicīniskie un sociāli ekonomiskie ieguvumi tiek novērtēti atbilstoši to patiesajai vērtībai – padarot redzamu veselības iejaukšanās sociālo ietekmi. Kopā ar savu veselības ekonomikas komandu Dr. Millere palīdz ieinteresētajām pusēm politikā un biznesā atpazīt veselības vērtību sabiedrībai, noteikt, kur pastāv veselības aprūpes plaisas, un kuras darbības var efektīvi nodrošināt labāku, noturīgāku veselību. Dr. Malina Millere ir ieguvusi doktora grādu par veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas noteicošajiem faktoriem Vācijas sociālajā veselības apdrošināšanā (SHI) un ir vieslektore vairākās Vācijas universitātēs. Pēta tēmas, kas ietver veselības ekonomikas lēmumu modelēšanu, darba tirgu un alternatīvās ekonomikas, kā arī institucionālo ekonomiku. Kopš pievienošanās WifOR institūta Veselības ekonomikas komandai 2016. gadā Dr. Millere vada pētījumu projektus, kuros analizē medicīnisko inovāciju sociālo ietekmi un preventīvo pieeju ilgtermiņa ieguvumus iedzīvotājiem makrolīmenī. Viņas pētījumos, izmantojot modernu ekonometriju, statistiskās metodoloģijas un simulācijas, tiek modelēta inovatīvo zāļu efektivitāte un investīciju atdeve (ROI).

Mārtiņš Vargulis ir Analītikas un vadības grupas “PowerHouse Latvia” direktors, kā arī lektors Rīgas Stradiņa universitātē. Iepriekš bijis viespētnieks *Nuclear Threat Initiative (NTI) Global Nuclear Policy Program* ietvaros, kā arī Latvijas Ārpolitikas institūta pētnieks un direktora vietnieks. Savas akadēmiskās karjeras ietvaros M. Vargulis koncentrējies uz Krievijas drošības un ietekmes politikas jautājumiem, NATO un Eiropas Savienības drošības politiku, kā arī Eiropas kaimiņattiecību problemātiku. Ilgstošajā profesionālajā darbībā Latvijas Republikas Aizsardzības ministrijā viņš pildījis Aizsardzības politikas un stratēģijas nodaļas vadītāja amatu, kā arī strādājis par diplomātu Latvijas Pastāvīgajā pārstāvniecībā NATO un ES, kur bijis iesaistīts plaša spektra drošības jautājumu risināšanā, tostarp kodolieroču un ieroču kontroles politikas jautājumos. M. Vargulis ir vairāku rakstu autors un vairāku izdevumu redaktors.

Dr. Jānis Vētra ir neirologs, Rīgas Stradiņa universitātes doktorants, Latvijas Jauno ārstu asociācijas valdes priekšsēdētājs, Latvijas Ārstu biedrības valdes loceklis, *Nordic Stroke Society* valdes loceklis un pasniedzējs RSU Neiroloģijas un neiroķirurģijas katedrā. Galvenās darbības jomas neiroloģijā un pētniecībā saistītas ar cerebrovaskulārām slimībām, īpaši insulta ārstēšanu. Ikdienā cieši iesaistīts jauno ārstu un rezidentu apmācībā Rīgas Stradiņa universitātē un Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā. Kā Latvijas Jauno Ārstu asociācijas valdes priekšsēdētājs, kā arī Latvijas Ārstu biedrības un Ziemeļvalstu Insulta biedrības valdes loceklis padziļināti iesaistīts veselības aprūpes interešu aizstāvībā un politikas izstrādē ar mērķi uzlabot veselības aprūpes kvalitāti, pieejamību un pacientu aprūpi visā reģionā.

Baiba Ziemele ir *MBA, PhD cand.*, Latvijas Pacientu organizāciju tīkla dibinātāja un vadītāja. Kopš 2009. gada vada Latvijas Hemofilijas biedrību, kas pārstāv, aizstāv un apvieno cilvēkus ar iedzimtiem asins recēšanas traucējumiem, un kopā ar citām pacientu organizācijām aktīvi iesaistās dažādu veselības aprūpes jautājumu risināšanā, akcentējot pilsoniskā dialoga nozīmi un pacientu iesaisti lēmumu pieņemšanā dažādos līmeņos. Starptautiski atzīta veselības aprūpes pētniece pacientu interešu aizstāvības jomā ar vairāk nekā 20 publikācijām, aktīvi iesaistījusies tādos nozīmīgos projektos kā RARE2030 nākotnes pētījumā reto slimību jomā, CoreVWD, COST Action par medikamentu piegāžu pārtraukumiem un EuroBloodNet ENROL platformas izveidē, kā arī veikusi dažādus pētījumus par asins recēšanas traucējumu ārstēšanu Latvijā un pasaulē, reto slimību pacientu sociāli ekonomisko pašvērtējumu, kompensācijas sistēmu un veselības aprūpes pieejamību. 2022. gadā Baiba saņēma Balvu cilvēka izaugsmei par izcilu ieguldījumu veselības jomā no Latvijas Pilsoniskās alianses un ASV vēstniecības Latvijā, un 2023. gadā Latvijas Ārstu biedrība viņu godināja kā Gada cilvēku medicīnā. 2024. gadā žurnāls "Pastaiga" atzina Baibu par vienu no ietekmīgākajām 100 sievietēm Latvijā.



"PowerHouse Latvia" ir neatkarīga analītkas un vadības grupa, kas specializējas stratēģiskajā komunikācijā, sabiedriskās domas un riska analīzē, kā arī (iekšējās un ārējās) politikas un uzņēmējdarbības vides izpētē. Grupa apvieno akadēmiskās pētniecības pieeju ar praktisko pieredzi politikas plānošanā, ekonomikas un drošības jautājumos, sniedzot klientiem padziļinātu izpratni par Latvijas, Baltijas un starptautiskajām norisēm. Grupas darbības mērķis ir palīdzēt politikas veidotājiem, uzņēmumiem un sabiedriskām organizācijām pieņemt pārdomātus lēmumus, balstoties uz datiem, prognozēm un precīzu situācijas analīzi. Analītkas un vadības grupa "PowerHouse Latvia" stiprina saikni starp akadēmisko pētniecību ar praktiskiem risinājumiem, nodrošinot stratēģisku skatījumu, kas balstīts gan vietējā, gan globālā kontekstā.



POWERHOUSE LATVIA

