

9.2.4.specifiskā atbalsta mērķa

“Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem”

9.2.4.1.pasākuma „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi”

un

9.2.4.2.pasākuma „Pasākumi vietējās sabiedrības veselības veicināšanai un slimību profilaksei”

SĀKOTNĒJAIS NOVĒRTĒJUMS

2016.gada maijs

Saturs

Lietotie termini un saīsinājumi	3
Ievads.....	4
1. Ieviešanas risinājuma apraksts un novērtējums	5
1.1. Iedzīvotāju esošā veselības stāvokļa un dzīvesveida paradumu analīze.....	6
1.2. Apraksts un novērtējums par līdzīgiem īstenotiem pasākumiem	15
1.3. Alternatīvi ieviešanas risinājumi	18
1.4. Ieviešanas risinājuma apraksts.....	18
2. Ieviešanas modeļa izvēle	26
3. Sākotnējās ietekmes novērtējums	28
3.1. Ietekme uz valsts budžetu un pašvaldību budžetiem	29
3.2. Sociālā ietekme	29
3.3. Ietekme uz valsts un pašvaldību informācijas sistēmām un ar to saistīto papildu finansējumu, kas nepieciešams izmaiņu nodrošināšanai informācijas sistēmās	31
3.4. Ietekme uz veselību	32
4. Valsts atbalsta ietekme uz konkurenci un tirdzniecību.....	33
5. Ietekmes novērtēšanai nepieciešamie dati	33
5.1. Ietekmes novērtēšanai nepieciešamo datu sākotnējo vērtību noteikšana nacionālajā, reģionālajā un pašvaldību līmenī.....	33
6. Pašvaldību teritoriālo vajadzību analīze reģionālajā un pašvaldību līmenī.....	33

Lietotie termini un saīsinājumi

CFLA	Centrālā finanšu un līgumu aģentūra
CSP	Centrālā statistikas pārvalde
EM	Ekonomikas ministrija
ES	Eiropas Savienība
IZM	Izglītības un zinātnes ministrija
FM	Finanšu ministrija
KM	Kultūras ministrija
LM	Labklājības ministrija
LLPA	Latvijas Lielo pilsētu asociācija
LPS	Latvijas Pašvaldību savienība
NAP	Latvijas Nacionālās attīstības plāns 2014.-2020.gadam
NVD	Nacionālais veselības dienests
NVO	biedrības un nodibinājumi (nevalstiskā organizācijas)
PKC	Pārresoru koordinācijas centrs
PVA	primārā veselības aprūpe
PVO	Pasaules Veselības organizācija
PZMG	Potenciāli zaudētie mūža gadi
SAM 9.2.4.	ES fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” specifiskais atbalsta mērķis Nr.9.2.4. „uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem”
SAS	Sirds un asinsvadu slimības
SM	Satiksmes ministrija
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
SVMZS	Sabiedrības veselības monitoringa un ziņošanas sistēma
TM	Tieslietu ministrija
VARAM	Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrija
VI	Veselības inspekcija
VM	Veselības ministrija
ZM	Zemkopības ministrija
9.2.4.1.pasākums	9.2.4.1.pasākums „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi”
9.2.4.2.pasākums	9.2.4.2.pasākums „Pasākumi vietējās sabiedrības veselības veicināšanai un slimību profilaksei”

Ievads

1. SAM 9.2.4. sākotnējais novērtējums sagatavots, pamatojoties uz Ministru kabineta 2015.gada 24.februāra noteikumu Nr.108 „*Eiropas Savienības struktūrfondu un Kohēzijas fonda ieviešanas uzraudzības, izvērtēšanas un Kohēzijas politikas fondu vadības informācijas sistēmas 2014.-2020.gadam izveides un izmantošanas kārtība*” 15.2.apakšpunktu, kas nosaka, ka atbildīgā iestāde pirms ES fondu ieguldījumu uzsākšanas un normatīvā akta par attiecīgā specifiskā atbalsta mērķa īstenošanu izstrādāšanas (specifiskā atbalsta mērķa sākotnējā izvērtēšana), novērtē specifiskā atbalsta mērķa paredzamo sociālekonomisko ietekmi un specifiskā atbalsta mērķa ieviešanas risinājumu un, ja attiecināms, ņemot vērā vajadzību analīzi teritoriālajā griezumā, iespējamās teritoriālās atstumtības riskus, faktiski veiktos ieguldījumus un, kur iespējams, izstrādājot sasniedzamo rezultātu kartējumu.
2. SAM 9.2.4. vērsts uz kompleksu veselības veicināšanas pasākumu un slimību profilakses pasākumu īstenošanu prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomās nabadzības, teritoriālās un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, tai skaitā SAM 9.2.4. īstenošana līdz 70% apjomā plānota ar pašvaldību, plānošanas reģionu un biedrību un nodibinājumu kā projektu īstenotāju palīdzību, sadarbībā ar vietējām kopienām (*community based*) mērķa grupas sasniegšanā un ņemot vērā katras mērķa grupas individuālās problēmas un to risinājumus. Atbilstoši darbības programmā "Izaugsme un nodarbinātība" noteiktajam SAM 9.2.4. mērķa grupa ir Latvijas iedzīvotāji, jo īpaši teritoriālās un sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupas. Ar teritoriālās un sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām tiek saprasti trūcīgās personas, bērni, personas ar invaliditāti, iedzīvotāji, kuri dzīvo apdzīvotās vietās ar zemu iedzīvotāju blīvumu, vecāka gadagājuma cilvēki virs 54 gadiem, bezdarbnieki un pārējās grupas.
3. Profilaktisko apskašu programmu ietvaros primārajā veselības aprūpē (tai skaitā attiecībā uz primāro¹) plānots īstenot pasākumus saistībā ar prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu problēmām, akcentējot profilakses nozīmi, kur svarīga ir ģimenes ārsta, kā arī citu ārstu-speciālistu loma.
4. SAM ietvaros tiks īstenoti pasākumi, stiprinot iespējas iedzīvotājiem rūpēties par savu veselību vēl pirms saslimšanas, lai samazinātu riskus, kas izraisa veselības traucējumus. Šo pasākumu ietvaros plānots, ka, piemēram, ģimenes ārsts (arī ģimenes ārsta prakses māsa) individuāli vai informatīvu nodarbību laikā izglītos pacientus par veselīga dzīvesveida nozīmi un iespējām, kā arī dzīvesveida paradumiem, kas ļauj saglabāt veselību un izvairīties no saslimšanām (piemēram, aptaukošanās, uzturs, fiziskās aktivitātes, hronisko slimību profilakse, psiho emocionāla stresa novēršana, depresijas un atkarību izraisošo vielu lietošanas, procesu atkarības atpazīšana u.c.) kā arī tiks veiktas profilaktiskās apskates, īpašu nozīmi pievēršot, piemēram, asinsspiediena un pulsa mērīšanas, sirds auskultācijas, ķermeņa masas noteikšanas u.c. pasākumiem. Tā rezultātā uzlabosies dzīvesveida paradumi, veselības problēmas tiks diagnosticētas savlaicīgi un ilgtermiņā samazināsies saslimstība, invaliditāte un priekšlaicīga mirstība. Atbalstu paredzēts sniegt jo īpaši nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, tai skaitā lauku reģionos dzīvojošiem iedzīvotājiem, personām ar invaliditāti, vecāka gadagājuma cilvēkiem, trūcīgām personām u.c.
5. Kompleksu veselības veicināšanas programmu izveide, kas aptver gan veselības izglītību, gan primāro profilaksi, ir jāuzskata par vienīgo efektīvo risinājumu ar veselības stāvokli saistīto

¹ Primārā profilakse - pasākumu kopums, kas domāts slimību potenciāli veicinošo faktoru novēršanai, tādējādi pasargājot indivīdu no saslimšanas. Piemēram, smēķēšanas atmešana, veselīga dzīvesveida piekopšana (uzturs, fiziskā aktivitāte) (Avots: http://www.vm.gov.lv/lv/nozare/terminu_vardnica/)

problēmu (piemēram, sirds un asinsvadu slimību) mazināšanā. Veselības veicināšana ir process, kas paver katram cilvēkam iespēju pastiprināt kontroli pār savu veselību un uzlabot to². Veselības veicināšana ir veselības izglītības un specifisku profilakses kampaņu kombinācija, kas orientēta uz to, lai veicinātu veselībai labvēlīgas pārmaiņas vidē un cilvēka veselības paradumos. Par šo pasākumu efektivitāti galvenokārt liecina paradumu maiņa, saslimstības samazināšanās, bet ar laiku sagaidāma arī pakāpeniska sekundāra cēloņspecifiskās mirstības un slimības izplatības mazināšanās.³

6. SAM 9.2.4. un šī sākotnējā novērtējumā analizētie 9.2.4.1. un 9.2.4.2.pasākumi īstenojami, ņemot vērā Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam⁴ noteikto virsmērķi palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. SAM 9.2.4. ir daļa no veselības ministra sabiedrības veselības uzlabošanas ilgtermiņa plāna „Vesels! Latvijas veselības platforma 2015-2065”.
7. Sākotnējais novērtējums sagatavots ievērojot FM 22.05.2014 vēstulē Nr.21-4-01/2875 sniegtos skaidrojumus, kā arī izmantojot metodisko ieteikumu projektu „Par Kohēzijas politikas fondu 2014.-2020.gada plānošanas perioda ieguldījumu teritoriālo analīzi un datu uzkrāšanu”.
8. Sākotnējais novērtējums ietver analīzi par SAM ieviešanas risinājumu un sākotnējās ietekmes novērtējumu uz valsts un pašvaldību budžetiem, sociālo jomu, informācijas sistēmām, veselību, konkurenci un tirdzniecību. Tāpat novērtējumā ietverta informācija par ietekmes novērtēšanai nepieciešamajiem datiem, kā arī pašvaldību teritoriālo vajadzību analīze reģionālajā līmenī.
9. Sākotnējā novērtējuma izstrādē tika ņemti vērā esošie ierobežojumi un Pasaules Bankas novērtējumā par veselības veicināšanas pasākumu ietvaru Latvijā⁵ izteiktās rekomendācijas un secinājumi.

1. Ieviešanas risinājuma apraksts un novērtējums

10. SAM 9.2.4. ietvaros paredzēts īstenot divus pasākumus:
 - 10.1. 9.2.4.1.pasākums – „Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi”;
 - 10.2. 9.2.4.2.pasākums - „Pasākumi vietējās sabiedrības veselības veicināšanai un slimību profilaksei”.
11. 9.2.4.1.pasākuma kopējais finansējums ir 16 692 798 EUR tai skaitā Eiropas Sociālā fonda finansējums 14 188 878 EUR un valsts budžeta finansējums 2 503 920 EUR.
12. 9.2.4.2.pasākuma kopējais finansējums ir 38 692 398 EUR, tai skaitā Eiropas Sociālā fonda finansējums 32 888 538 EUR un valsts budžeta finansējums 5 803 860 EUR.
13. SAM 9.2.4. darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” līmenī ir noteikti šādi rādītāji:

² PVO Otavas harta. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

³ Baltiņš M. Lietišķā epidemioloģija. Izdevniecība “Zinātne”, 2003, 285.-288.lpp.

⁴ Apstiprinātas Ministru kabinetā 2014.gada 14.oktobrī. Pieejamas: <http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=4965>

⁵ Pasaules bankas izvērtējuma „Veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde prioritārajās jomās” nodevums „Pārskats par veselības veicināšanas dokumentiem Latvijā”, 2015

Nr.	Rādītāja nosaukums	Sākotnējā vērtība	Plānotā vērtība (2023.g.)
1.	Rezultāta rādītājs: Iedzīvotāju skaits, kas iekļaujas sešās mērķa grupās ⁶ un kas apmeklējuši ģimenes ārstu un ir profilaktiski izmeklēti	309 567	356 002 – 371 480
2.	Rezultāta rādītājs: Iedzīvotāju, kas iekļaujas sešās mērķa grupās, skaits, kuri pēdējā gada laikā veselības apsvērumu dēļ ESF veselības veicināšanas pasākumu ietekmē mainījuši uztura un citus dzīvesveida paradumus	70 541	75 000 – 100 000
3.	Iznākuma rādītājs: Iedzīvotāju skaits, kas iekļaujas sešās mērķa grupās, un kas piedalījušies ESF slimību profilakses pasākumos	0	100 000 (t.sk. 20 000 – 9.2.4.1.pasākumā un 80 000 – 9.2.4.2.pasākumā)
4.	Iznākuma rādītājs: Iedzīvotāju skaits, kas iekļaujas sešās mērķa grupās, un kas piedalījušies ESF veselības veicināšanas pasākumos	0	500 000 (t.sk. 50 000 – 9.2.4.1.pasākumā un 450 000 – 9.2.4.2.pasākumā)

14. Rādītāju mērķa vērtības 2023.gadā noteiktas, ņemot vērā plānoto mērķauditorijas iesaisti informatīvajos un izglītojošajos pasākumos par veselības veicināšanas un slimību profilakses jautājumiem un plānoto pasākumu ietekmi uz iedzīvotāju iniciatīvu apmeklēt ģimenes ārstu vai citu speciālistu veselības profilakses nolūkos vai mainīt veselību ietekmējošos dzīvesveida paradumus. Tāpat ņemti vērā 2012.gadā veiktā Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma dati, kas rāda, ka veselības uzlabošanas nolūkā pēdējā gada laikā paradumus mainījuši 38% iedzīvotāju vecuma grupā 15-64 gadi. Savukārt, ņemot vērā, ka riska grupās paradumus mainījušo īpatsvars ir daudz zemāks (ņemot vērā esošo pieredzi ap 5-15%), attiecinot uz mērķa populāciju, attiecīgi iegūts plānotais paradumus mainījušo iedzīvotāju skaits šajā mērķa grupā. Tāpat jāņem vērā, ka iepriekš Latvijā netika īstenoti visaptveroši veselības veicināšanas pasākumi tādā apjomā, kā tiek plānots tos īstenot 2016.-2022.gadā. Jāatzīmē, ka teritoriālās un sociālās atstumtības un nabadzības riskam var tikt pakļautas arī citās iedzīvotāju grupas, kas rādītāju prognozēšanā netika izmantotas.

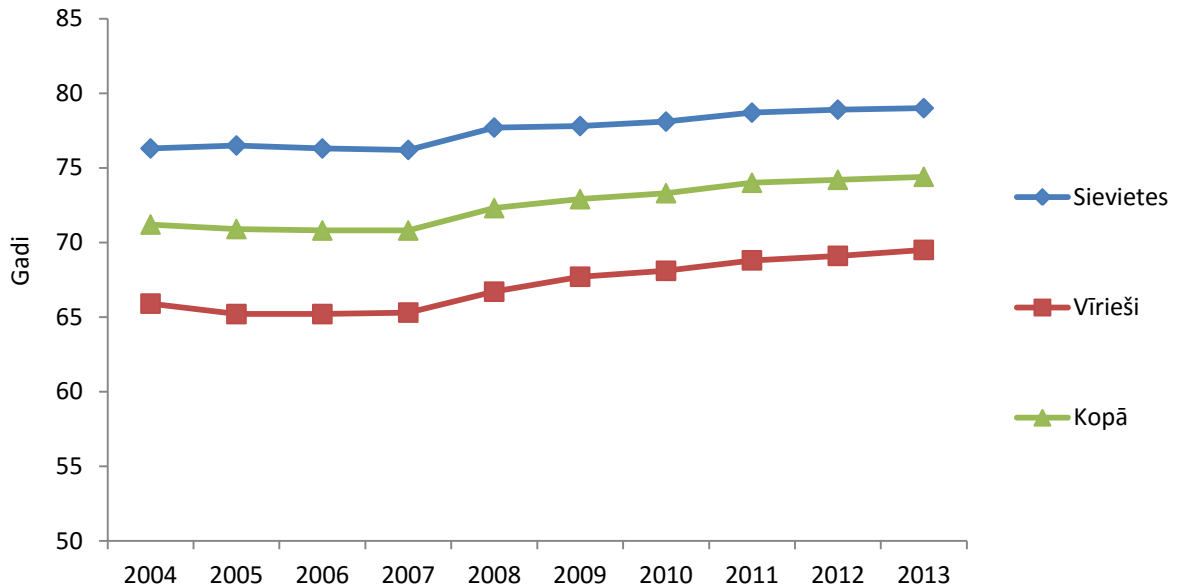
1.1. Iedzīvotāju esošā veselības stāvokļa un dzīvesveida paradumu analīze

15. Lai analizētu iedzīvotāju esošo veselības stāvokli, kā viens no galvenajiem sabiedrības veselības rādītājiem tiek izmantots jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums. 2012.gadā Latvijā tas sasniedza 92% no ES jaundzimušo vidējā paredzamā mūža ilguma. 2012.gadā ES jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums bija 79,6 gadi, Latvijā – 73,6 gadi.⁷
16. Tomēr ir svarīgi ne tikai pagarināt jaundzimušo vidējo paredzamo mūža ilgumu, bet arī uzlabot tā kvalitāti. Līdz ar to tiek analizēts arī veselīgi nodzīvoto mūža gadu rādītājs.

⁶ Teritoriālās atstumtības riskam pakļautie – iedzīvotāji, kuri dzīvo apdzīvotās vietās ar zemu iedzīvotāju blīvumu; trūcīgie un maznodrošinātie iedzīvotāji; bezdarbnieki; personas ar invaliditāti; iedzīvotāji, kas vecāki par 54 gadiem; bērni.

⁷ Eurostat dati

Veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaits Latvijā 2012.gadā vīriešiem bija 54,8 gadi (80% no mūža ilguma), bet sievietēm – 59,1 gadi (75% no mūža ilguma). (Vidēji ES 2012.gadā: vīriešiem 61,3 gadi, sievietēm – 61,9 gadi.)⁸ Tātad sievietēm Latvijā līdzīgi kā citās ES valstīs ir garāks jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums, bet attiecīgi mazāks veselīgi nodzīvoto mūža gadu īpatsvars.



1.attēls. Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā, pa dzimumiem
Avots: CSP

17. Priekšlaicīgu mirstību un novēršamus nāves cēloņus raksturo potenciāli zaudēto mūža gadu (PZMG) rādītājs, kā arī tas ir izmantojams valsts sociāli ekonomiskā zaudējuma novērtēšanai. 2013.gadā, nomirstot Latvijas iedzīvotājiem vecumā līdz 64 gadiem, zaudēti 96,5 tūkstoši PZMG (2010. – 110 tūkstoši, 2006. – 153 tūkstoši). (līdz 64 g.v.) skaits Vidēji viens priekšlaicīgi (līdz 64 gadu vecumam) mirušais zaudē 13- sava mūža gadus. Vīriešu salīdzinoši īsāku mūža ilgumu izskaidro tas, ka vīriešiem PZMG skaits ir gandrīz 2,4 reizes lielāks kā sievietēm (2013.gadā vīrieši zaudē 71% no visiem PZMG, sievietes attiecīgi – 29%). Visvairāk PZMG zaudēts no ārējiem nāves cēloņiem, otrs biežākais PZMG iemesls ir sirds un asinsvadu slimības, un nākamais – ļaundabīgie audzēji (jo agrākā vecumā iedzīvotāji miruši, jo augstāks PZMG rādītājs).⁹
18. Dati liecina par ievērojamām atšķirībām Latvijas iedzīvotāju veselības stāvoklī un veselību ietekmējošajos paradumos, turklāt ne tikai starp dzimumiem, bet arī sociālekonomiskajās grupās. Atšķirības vērojamas attiecībā uz fizisko aktivitāti, lieko svaru un aptaukošanos, smēķēšanu un citu atkarības vielu lietošanu, garīgo veselību, negadījumiem, vakcināciju, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību - tās norāda par Latvijā pastāvošo nevienlīdzību veselības jomā.¹⁰
19. Nevienlīdzības (t.sk. finansiālas) mazināšanā liela loma ir starpsektoru sadarbībai (piemēram, ar Labklājības ministriju), t.sk. ar vietējo kopienu – pašvaldību, tās sociālajiem darbiniekiem, sporta darba organizatoriem, jaunatnes lietu speciālistiem un nevalstiskām organizācijām. Būtiska ir arī sadarbība ar ārstniecības personām. Pašvaldībām ir noteikta autonoma funkcija

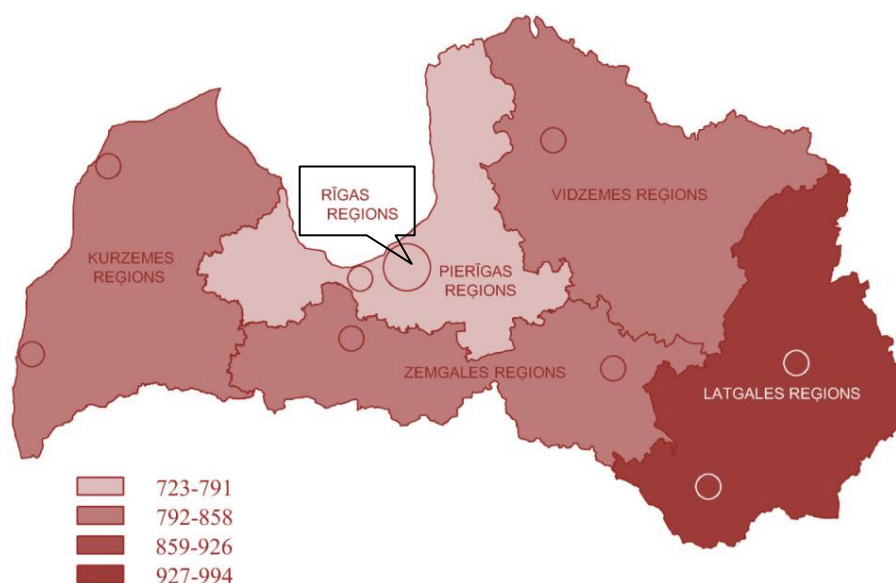
⁸Eurostat dati

⁹ Potenciāli zaudētie mūža gadi Latvijā 2012.gadā. SPKC, 2013

¹⁰ M. Štāle, J.Skrule „Latvijas iedzīvotāju veselība”, analītisks ziņojums, SPKC 2012

– nodrošināt veselības aprūpes pieejamību, kā arī veicināt iedzīvotāju veselīgu dzīvesveidu un sportu.¹¹

20. Pašvaldību loma ir liela, arī risinot ģeogrāfiskās pieejamības jautājumus – organizējot integrētus medicīniskās un sociālās aprūpes punktus, integrējot medicīnisko un sociālo mājas aprūpi, organizējot transportu pacientu nokļūšanai pie ārsta, kad esošā sabiedriskā transporta sistēma nav piemērota. Arī aptieku loma apstākļos, kad PVA pieejamība ir ierobežotā (gan teritoriālās atstumtības, gan citu faktoru dēļ), būtu palielināma, veicinot riska faktoru noteikšanu (ķermeņa masas indeksa noteikšana, asinsspiediena mērīšana u.c.) un iedzīvotāju informēšanā veselības veicināšanā.
21. Līdz ar sabiedrības dzīvesveida izmaiņām un sabiedrības novecošanos SAS ir kļuvušas par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu gan Latvijā, gan ES. To apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. SAS ir visizplatītākais nāves cēlonis (2013.gadā 57% no visiem mirušajiem) Latvijā. Kopējais mirušo skaits no SAS ik gadu ir ap 16 000 (2013. gadā 16 358), no kuriem 16% ir miruši līdz 64 gadu vecumam¹², turklāt standartizētā mirstība (līdz 64 gadu vecumam) no sirds un asinsvadu slimībām Latvijā ir trīs reizes augstāka nekā vidēji ES valstīs un augstākā Baltijas valstīs. Pēdējos četros gados situācija Latvijā uzlabojas – priekšlaicīga mirstība mazinās¹³. Mirstība no SAS atšķiras sadalījumā pa reģioniem – visaugstākā tā ir Latgales reģionā, bet viszemākā Rīgas un Pierīgas reģionā (2.attēls).



2.attēls. Vecuma standartizētā mirstība no sirds un asinsvadu slimībām (I00-I99) reģionos, 2013. gads, uz 100 000 iedzīvotāju

Avots: SPKC

22. Nāves cēloņu struktūrā 21% no visiem nāves gadījumiem nāves cēlonis bijis ļaundabīgais audzējs. Vīriešu mirstība (2013.gadā 345 uz 100000 iedzīvotāju) no ļaundabīgajiem audzējiem ir augstāka nekā sievietēm (254 uz 100000 iedzīvotāju). Mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem atšķiras sadalījumā pa reģioniem.¹⁴ 2013. gadā vēzis pirmo reizi mūžā tika

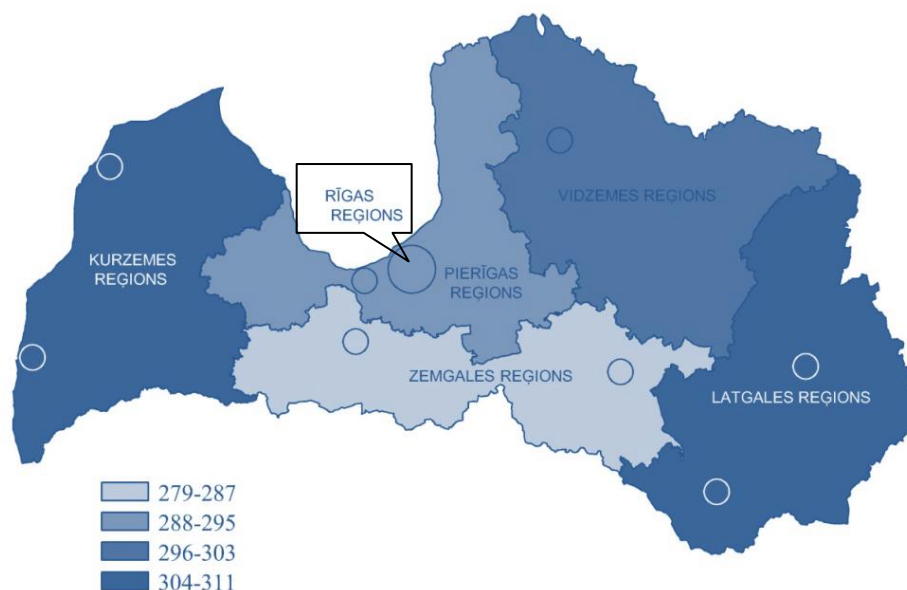
¹¹ Likums „Par pašvaldībām”.

¹² Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC

¹³ PVO Health For All datu bāze

¹⁴ SPKC, Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes dati

diagnosticēti 11 599 cilvēkiem, bet uzskaitē kopumā 2013. gada beigās bija pavisam 74 647 pacienti.¹⁵



3.attēls. Vecuma standartizētā mirstība no ļaundabīgiem audzējiem (C00-C97) reģionos, 2013. gads, uz 100 000 iedzīvotāju

Avots: SPKC

23. Nozīmīgākais nāves iemesls ārējo nāves cēloņu grupā ir pašnāvības (viens no būtiskiem garīgās veselības indikatoriem). Ilgākā dinamikā pašnāvību rādītājs stabili mazinājās, taču 2008.-2009.gadā tas pieauga, pēdējos gados tam ir mainīga tendence. Joprojām vīriešu pašnāvību rādītājs ir sešas (2013.gadā) reizes augstāks nekā sievietēm. Analizējot PZMG rādītāju, secināts, ka pašnāvības ir viens no galvenajiem priekšlaicīgas mirstības cēloņiem (vīriešu augsto pašnāvību rādītāju dēļ)¹⁶. Salīdzinot ar ES vidējo rādītāju, Latvijas standartizētās mirstības rādītājs pašnāvību dēļ ir gandrīz divas reizes augstāks¹⁷.
24. Par garīgās veselības traucējumu izplatību Latvijā liecina arī pētījumu dati, ka 63% (2012.gadā) iedzīvotāju (15-64 g.v.) pēdējā mēneša laikā jutuši sasprindzinājumu. Stresu, nomāktību un uz pieaugošu depresiju norādījuši 10%¹⁸. Pētījuma (2011.) dati norāda, ka 7,3% iedzīvotāju (15-64 g.v.) konstatējama klīniski nozīmīga depresija pēdējo 12 mēnešu laikā¹⁹.
25. Veselības kā fiziskas, garīgas un sociālas labklājības koncepts uzskatāmi parāda garīgās veselības komponentes būtisko nozīmi labas indivīda un sabiedrības veselības nodrošināšanā. Laba sabiedrības garīgā jeb psihiskā veselība ir būtisks nosacījums stabilas, drošas un labklājības sabiedrības veidošanai. Svarīgākie sabiedrības garīgās veselības uzlabošanas aspekti ir psihisko slimību un pašnāvību profilakse, psihiskās veselības un labklājības uzlabošana, somatiskās veselības uzlabošana, cilvēku resursu un potenciālu pilnvērtīga

¹⁵ SPKC Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām

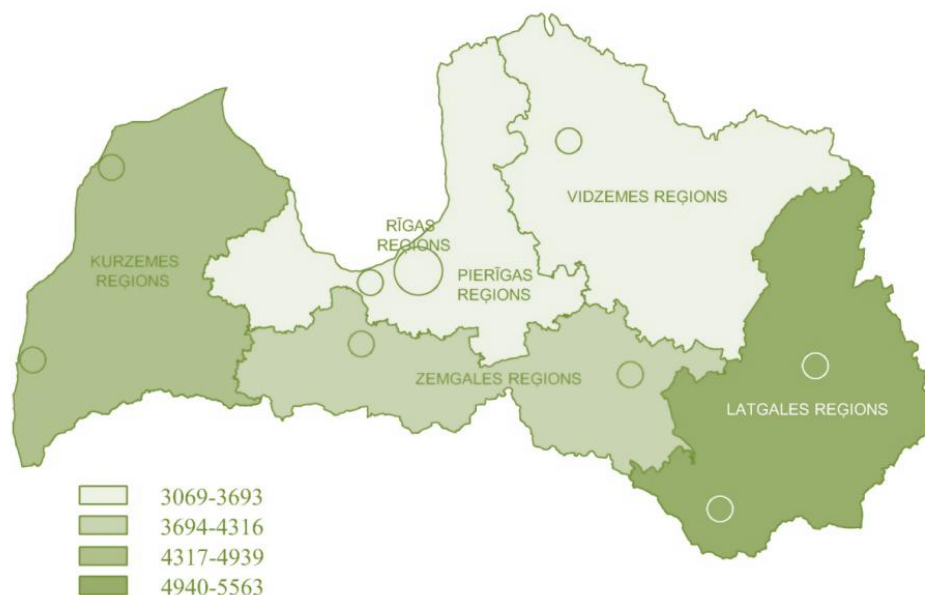
¹⁶ SPKC dati

¹⁷ PVO Health For All datu bāze

¹⁸ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

¹⁹ Vrubļevska J., Rancāns E., Trapencieris M., Sņikere S. Depresijas sociāldemogrāfiskais raksturojums Latvijas vispārējā populācijā. RSU 2012. gada Zinātniskā konference. Tēzes. Rīga, RSU, 2012., 482 lpp.

realizācija, aizspriedumu un diskriminācijas mazināšana, speciālistu pieejamība, starpsektoru sadarbība, resursu piesaiste u.c.²⁰



4. attēls. Vecuma standartizētā psihisko un uzvedības traucējumu prevalence (F00-F09; F20-F99) reģionos, 2012. gads, uz 100 000 iedzīvotāju²¹

Avots: SPKC

26. Latvijas jaundzimušo, zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu (līdz 5 gadu vecumam) veselība un labklājība joprojām ir zemāka, salīdzinot ar situāciju vidēji ES valstīs.²² Kopš 2001.gada zīdaiņu mirstības (pirmajā dzīves gadā mirušie bērni) rādītājs (11,0 uz 1000 dzīvi dzimušo) būtiski samazinājies. Pēdējos piecos gados tai bijusi mainīga tendence, tomēr 2013.gadā šis rādītājs sasniedzis zemāko līmeni – 4,5 uz 1000 dzīvi dzimušo (2011. – 6,7; 2012. – 6,4).²³ Tomēr joprojām Latvijā tas ir augstāks nekā vidēji ES.²⁴
27. Zīdaiņu mirstības galvenais cēlonis (apmēram 50 - 60% no visiem pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem) ir noteikti perinatālā perioda stāvokļi (piemēram, intrauterīna hipoksija, iedzimta un aspirācijas pneimonija u.c.). Apmēram trešdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu nāves cēlonis ir iedzimtas anomālijas. Tāpat, neraugoties uz to, ka ārējie nāves cēloņi ir ierobežojami vai pat novēršami, arī tie joprojām ir zīdaiņu nāves iemesls.²⁵
28. Zīdaiņu mirstību būtiski ietekmē augsts perinatālās mirstības rādītājs, kas arī attiecīgi ir mazinājies pēdējos divos gados, tomēr ilgākā laika periodā ir ar mainīgu tendenci un joprojām saglabājas augsts, salīdzinot ar vidējo ES rādītāju. Šo rādītāju uzlabošanās pēdējos gados skaidrojama ar pozitīvi vērtējamām tendencēm grūtnieču aprūpes rādītājos: pieaudzis grūtnieču īpatsvars ar laicīgi (līdz 12.grūtniecības nedēļai) uzsāktu antenatālo aprūpi,

²⁰ WHO Regional Office for Europe, Mental Health facing the challenge, building solutions, Report from the European Ministerial Conference, Copenhagen, 2005

²¹ Neietverot psihiskos un uzvedības traucējumus psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ

²² Pārskats par bērnu stāvokli Latvijā 2011.gadā, LM, 2013

²³ SPKC dati

²⁴ PVO Health For All datu bāze

²⁵ SPKC dati

2013.gadā sasniedzot 91%, mazinājies grūtniecības pārtraukšanās draudu īpatsvars, 2013.gadā sasniedzot 12% no dzemdējušo skaita. Bez antenatālās aprūpes dzimuši 1,1% bērnu²⁶.

29. Veselīgam dzīvesveidam ir būtiska loma veselības saglabāšanā un uzlabošanā. Kā jau iepriekš minēts, nozīmīgākās sabiedrības veselības problēmas ir neinfekcijas slimības. Galvenie uzvedības riska faktori, kas veicina šo slimību attīstību, ir neveselīgs uzturs, nepietiekama fiziskā aktivitāte un atkarības²⁷.
30. Šobrīd Latvijā vīriešiem kopumā ir sliktāki **uztura paradumi** nekā sievietēm, piemēram, zems ikdienas dārzeņu patēriņš, zems pilngraudu un kliju maizes patēriņa īpatsvars.²⁸ Pēc PVO ieteikumiem dienā nepieciešams apēst vismaz 400 g dārzeņu un augļu²⁹, taču tikai 27% iedzīvotāju svaigus dārzeņus uzturā lieto katru dienu. Arī augļus un ogas katru dienu uzturā lieto tikai 19% iedzīvotāju. Katrs piektais vīrietis (21%) un katra desmitā sieviete (10%) svaigus dārzeņus uzturā nelieto vispār. Šis rādītājs (līdzīgi kā citi uztura paradumus raksturojoši rādītāji) atšķiras sadalījumā pēc dzīvesvietas un izglītības līmeņa: neveselīgāki uztura paradumi ir lauciniekiem un iedzīvotājiem ar zemāku izglītības līmeni. Piemēram, svaigus dārzeņus uzturā vispār nelieto katrs ceturtais laukos dzīvojošais (25%) un katrs desmitais (10%) Rīgā dzīvojošais; skatoties pēc izglītības līmeņa, svaigus dārzeņus nelieto 30% iedzīvotāju ar pamatzglītību un 8% - ar augstāko izglītību³⁰.
31. Skolēniem pusaudžu vecumā fizioloģiski palielinās vajadzība pēc uzturvielām, tāpēc svarīga ir lietoto pārtikas produktu uzturvērtība un sabalansētība. Liela nozīme ir skolēnu un to vecāku izglītošanai sabalansēta uztura jautājumos, veicinot veselīga uztura izvēli skolēnu vidū un nodrošinot ikdienā ieteicamu pārtikas produktu pieejamību. Kā liecina 2010.gada pētījums, kopumā veselīgāka izvēle uztura paradumos ir meitenēm: meitenes vairāk nekā zēni uzturā lieto augļus un dārzeņus, kā arī mazāk lieto saldinātos gāzētos dzērienus. Tomēr meitenes vairāk nekā zēni patērē saldumus³¹. Skolēnu uztura paradumi atšķiras atkarībā no ģimenēs pārticības, piemēram, mazāk pārtikušās ģimenēs ikdienā augļus lieto retāk. Savukārt saldināto gāzēto dzērienu lietošana ikdienā vairāk raksturīga vairāk pārtikušām ģimenēm³².
32. Jaundzimušo un zīdaiņu veselības veicināšanā un infekcijas slimību profilaksē viens no būtiskākajiem faktoriem ir mātes piens. Tādēļ svarīgs ir izglītības un sabiedrības informēšanas darbs zīdīšanas veicināšanas pasākumu izstrādē un īstenošanā, kur būtiska loma ir tieši NVO, kuras aktīvi darbojas un sniedz atbalstu jaunajām māmiņām ar zīdīšanu saistītu problēmu risināšanā. Zīdīšanas veicināšanu ietekmē arī ārstniecības iestāžu darbība un ārstniecības personu kompetence. Lai uzlabotu ārstniecības personu kompetenci, tai skaitā zīdīšanas veicināšanas jomā, ir svarīgi izglītēt ārstniecības personas par zīdīšanas veicināšanas jautājumiem un atbalsta sniegšanu zīdošām mātēm.
33. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012.gada aptaujas dati par Latvijas iedzīvotāju **fizisko aktivitāti** liecina, ka tā vairumam iedzīvotāju nav pietiekama – 2012. gadā ar fiziskām aktivitātēm vismaz pusstundu dienā 4 reizes nedēļā un biežāk nodarbojās tikai 15% iedzīvotāju, turklāt sievietes mazāk (13%) nekā vīrieši (17%). Visaugstākais nepietiekamas fiziskās aktivitātes īpatsvars ir sieviešu 35-44 gadu vecuma

²⁶ SPKC dati

²⁷ WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, WHA66.10 Agenda item 13.1; 27 May 2013

²⁸ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. SPKC,

²⁹ Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003

³⁰ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC.

³¹ Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2009./2010.māc.g., SPKC

³² Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children Study: International report from the 2009/2010 survey, WHO 2012

grupā (87%) un vīriešu 45-54 gadu vecuma grupā (85%). Gandrīz puse iedzīvotāju 15-64 gadu vecumā (44% vīriešu un 48% sievietes) fiziski aktīvi ir tikai dažas reizes gadā. Fiziski neaktīvo ir vairāk vidējās izglītības grupā (53%), salīdzinot ar augstākās izglītības iedzīvotāju grupu (35%)³³.

34. Saskaņā ar *Eurobarometer* aptaujas datiem Latvijā ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm vispār nenodarbojas 44% iedzīvotāju, savukārt vidēji ES - 39%. Tāpat konstatēts, ka vismaz 1-2 reizes nedēļā Latvijā ar fiziskām vai sportiskām aktivitātēm nodarbojas tikai 28% iedzīvotāju, savukārt vidēji ES - 40%.³⁴
35. Arī skolēniem (11, 13 un 15 gadu vecumā) Latvijā fiziskās aktivitātes rādītāji ir ļoti zemi. Tikai 24% zēnu un 16% meiteņu tā ir pietiekama (vismaz stunda dienā). Turklāt līdz ar vecumu tā samazinās – 11 un 13 gadīgajiem ir labāki rādītāji nekā 15 gadīgajiem³⁵. Zemāka fiziskā aktivitāte (zēniem) ir saistīta ar zemāku ģimenes pārticības līmeni³⁶.
36. **Smēķēšana** ir nozīmīgs vairāku hronisku slimību, tādu kā onkoloģisko, sirds un asinsvadu, elpošanas sistēmas slimību, diabēta u.c. riska faktors. 2012.gadā pieaugušo populācijā ik dienu smēķēja 34% iedzīvotāju (52% vīriešu un 18% sieviešu). Lielākā daļa (56%) regulāro smēķētāju vidēji dienā izsmēķē vairāk nekā pusi paciņas jeb desmit cigaretes, tostarp 9% iedzīvotāju patērē vairāk par vienu standarta paciņu (20 cigaretēm) dienā. Joprojām augsts ir tabakas dūmiem pakļauto īpatsvars mājās. Pieaugušo populācijā vairāk kā trešdaļa sieviešu (34%) un puse vīriešu (45,4%), kā arī teju puse 13 līdz 15 gadus veco jauniešu ziņojuši, ka tiek pakļauti tabakas dūmu otrreizējai ieelpošanai mājās. Augstāks pakļauto īpatsvars ir lauku teritorijās, kur puse aptaujāto atzinuši, ka ik dienas mājās tiek pakļauti tabakas dūmu otrreizējai ieelpošanai. Sadalījumā pēc izglītības līmeņa visvairāk smēķētāju ir iedzīvotāju grupā ar pamatskolas izglītību (46%), vismazāk – augstākās izglītības grupā (21%). Vīriešu grupā visbiežāk smēķē laucinieki, sieviešu grupā - rīdzinieces³⁷.
37. Vienlaikus liela nozīme smēķēšanas izplatības mazināšanā ir ārstniecības personām. Pat īsi un vienkārši ārstniecības personas sniegti padomi var nozīmīgi palielināt smēķēšanas atmešanas gadījumu skaitu. Tomēr, kā liecina pētījuma dati, vien 18% ikdienas smēķētāju ārsts pēdējā gada laikā ir ieteicis atmest smēķēšanu, vēl mazāk to ieteikušas medmāsas (1,8%) un zobārsti (2,3%)³⁸.
38. **Alkohola lietošana** ir viens no galvenajiem riska faktoriem, kas negatīvi ietekmē iedzīvotāju veselību. Tabakas lietošana, paaugstināts asinsspiediens un pārmērīga alkohola lietošana ir trīs galvenie riska faktori sliktai veselībai un nāvei ES. Austrumeiropas valstīs, tai skaitā arī Latvijā alkohols ir galvenais novēršamais riska faktors. Alkohola lietošana ir cēlonis vairāk nekā 60 dažādām hroniskām slimībām vai akūtiem stāvokļiem.³⁹
39. 2013.gadā vidēji viens Latvijas iedzīvotājs patērēja 8,9 litrus reģistrētā absolūtā alkohola, jeb 10,4 litrus, rēķinot uz 15 gadus veciem un vecākiem iedzīvotājiem. Laikā no 2007.gada līdz 2010.gadam reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš samazinājās, bet pēdējos gados vērojams neliels alkohola patēriņa pieaugums.
40. **Garīgo veselību** ietekmē bioloģisku, psiholoģisku un sociālu faktoru kopums, tāpat garīgās veselības kontekstā būtiska nozīme ir aizspriedumu mazināšanai sabiedrībā pret personām ar

³³ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

³⁴ Survey on Sport and Physical Activity, Special Eurobarometer Nr. 334, March 2010

³⁵ Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2009./2010.māc.g., SPKC

³⁶ Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children Study: International report from the 2009/2010 survey, WHO 2012

³⁷ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012, SPKC

³⁸ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

³⁹ PVO; Lim et al. 2012; citi GBD raksti <http://www.healthmetricsandevaluation.org>

psihiskiem traucējumiem un palīdzības meklēšanas pie speciālista aizdomu par psihisku saslimšanu gadījumā. Būtiska nozīme ir arī darba vides faktoriem (negatīva psiholoģiskā vide, trūkumi darba organizācijā, ilgstošs stress, psiholoģiskā atbalsta nepieejamība, u.c.), kas var radīt darbinieku izdegšanu. Izdegšanas sindroms ir raksturīgs dažādu profesiju pārstāvjiem, tomēr augstāks risks ir tām profesijām, kurās nodarbinātajiem ir jābūt intensīvā saskarsmē ar citiem cilvēkiem, kuriem ir kādas fiziskas vai emocionālas vajadzības. Visbiežāk tās ir tā saucamās „palīdzošās” profesijas – skolotāji, sociālie darbinieki, psihologi, policisti, u.c. Šo augsta riska profesiju vidū ir arī ārstniecības personas. Starptautisku pētījumu dati liecina, ka dažāda profila un līmeņa ārstniecības personu vidū izdegšanas izplatība var svārstīties no 8% līdz pat 73,3%⁴⁰. Būtiski garīgo veselību veicināt jau bērna vecumā – īpaši attiecībā uz vardarbības mazināšanu - Latvijā no ģirgāšanās cietuši 19,3% skolēnu, bet 23,1% ģirgājušies par citiem⁴¹, turklāt rādītāji ir starp augstākajiem, salīdzinot ar citām valstīm⁴².

41. Viens no garīgo veselību ietekmējošiem faktoriem ir arī apkārtējā vide. Bērībā kā viens no garīgās veselības riska faktoriem atzīmēta nelabvēlīga mācību vide. Ēkas veids un kvalitāte, troksnis, iekštelpu gaisa kvalitāte un gaisma – visi šie faktori var ietekmēt arī garīgo veselību⁴³. Svarīgākie neatkarīgie apkārtējās vides faktori, kas ietekmē garīgo labklājību – apkārtnes troksnis un pārapdzīvotības, pārblīvētības sajūta telpās.⁴⁴ Viena no problēmām, ar ko cilvēki ikdienā saskaras, ir neadekvāta iekštelpu ventilācija, kā rezultātā telpu gaisā paaugstinās CO₂ koncentrācija un citu piesārņotāju koncentrācija, kas sekas ir centrālās nervu sistēmas darbības traucējumi (miegainība, uztveres traucējumi, reiboņi utml.). Regulāri uzturoties slikti vēdinātās telpās mazinās darba spējas, kam seko citi psihiskās veselības traucējumi. Īpaši jutīgi pret telpu gaisa piesārņojumu ir bērni.⁴⁵ Gaisa piesārņotājiem, kas rada smakas, ir paaugstināta negatīva ietekme, bet atzsevisšķas vielas, piemēram, organiskie gaistošie savienojumi, var radīt uzvedības traucējumus (piemēram, agresiju un pašregulācijas spēju traucējumus). Nepietiekama dienas gaisma var provocēt depresijas simptomātiku. Netieši fiziskā vide var ietekmēt garīgo veselību, mainot personu psihosociālos procesus ar zināmām garīgās veselības sekām. Apkārtējās vides iekārtojums ietekmē personisko kontroli, sociāli atbalstošu attiecību veidošanos, atpūtu no stresa un noguruma.⁴⁶
42. Grūtniecības periodā ļoti nozīmīgi ir **vecāku, īpaši mātes**, dzīvesveida paradumi. Īpaši negatīvu ietekmi uz augļa attīstību atstāj atkarību uzraisošo vielu lietošana. Dati rāda, ka riskantāki paradumi biežāk raksturīgi gados jaunākām mātēm. Ik gadus katra devītā dzemdētāja ir smēķējusi grūtniecības laikā. Smēķējošo dzemdētāju īpatsvars 2013.gadā bija 9,2%. 15-19 gadu vecumā smēķē katra piektā dzemdētāja⁴⁷.
43. Ik gadu nepilngadīgām mātēm dzimst ap 200 bērnu (dinamikā mazinās). Kā galvenie iemesli neplānotai grūtniecībai ir neizsargāšanās vispār, nedrošu kontracepcijas metožu izvēle, kā arī

⁴⁰ Zārde I., Zīle I., Ivasčenko T., Ķīvīte A., Kirņičanska A. Izdegšanas sindroms, tā ārstēšanas un profilakses iespējas ārstniecības personām. Rīga, Slimību profilakses un kontroles centrs, 2015., 41. lpp.

⁴¹ Pudule I., Velika B., Grīnberga D., Gobiņa I., Villeruša A. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums: 2009./2010. māc. g. aptaujas rezultāti un tendences. Rīga, SPKC: 2012.

⁴² World Health Organisation. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012

⁴³ Van Kamp I., Davies H. Environmental noise and mental health: Five year review and future directions. 9th International Congress on Noise as a Public Health Problem (ICBEN), 2008, Foxwoods, CT

⁴⁴ Guite H.F., Clark C., Ackrill G. The impact of the physical and urban environment on mental well-being. Public Health. 2006. 120: 1117-1126.

⁴⁵ Guidelines for indoor air quality: selected pollutants, WHO, 2010 http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/128169/e94535.pdf

⁴⁶ Evans G.W. J. Urban Health. 2003. 80(4): 536 – 55

⁴⁷ SPKC, Jaundzimušo reģistra dati

klūdaina kontracepcijas metožu lietošana⁴⁸, kas norāda uz nepietiekošu izpratni par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem jauniešu vidū un sabiedrībā kopumā, kā arī par kontracepcijas pieejamības problēmām. Pēc 2010.gada pētījuma datiem 15 gadu vecumā seksuālas attiecības atzīmējuši 18% meiteņu un 27% zēnu, no kuriem pēdējā dzimumakta laikā prezervatīvu lietojuši tikai 84% meiteņu un 77% zēnu⁴⁹. Cita 2011.gada pētījuma dati liecina, ka 15-19 gadu vecumā kontracepcijas līdzekļus vispār nelieto ap 12-15% jauniešu, kuri neplāno grūtniecību⁵⁰.

44. Par neplānotām grūtniecībām liecina abortu rādītājs. Lai gan abortu relatīvais skaits dinamikā turpina samazināties, joprojām tas ir augstāks nekā vidēji ES⁵¹. Pārtrauktas pirmās grūtniecības īpatsvars ir ap 9%, meitenēm līdz 17 gadu vecumam šis rādītājs ir ap 65-70%⁵².
45. Izglītojot topošos vecākus par seksuāli reproduktīvo veselību, jārunā arī par seksuāli transmisīvajām infekcijām (STI) un to profilaksi. Dati liecina, ka gandrīz puse (44% 2014.gadā) STI gadījumu tiek reģistrēta vecumā līdz 25 gadiem.⁵³
46. Būtiska loma STI un HIV mazināšanā ir sabiedrības izglītošanai, vislielāko uzmanību pievēršot pusaudžu un jauniešu izglītošanai par seksuālas un reproduktīvās veselības jautājumiem sadarbībā ar NVO un ārstniecības personām.
47. 2013.gadā reģistrētajām HIV pozitīvajām grūtniecēm piedzimuši 32 jaundzimušie, no kuriem 10 inficējušies ar HIV infekciju⁵⁴. Minētais rādītājs ir augsts, ņemot vērā, ka HIV infekcijas nodošana no mātes bērnam ir novēršama, ievērojot konkrētus norādījumus, stājoties pirmsdzemdību aprūpē. HIV mazināšanā liela nozīme ir HIV profilakses punktiem un tajos sniegtajiem pakalpojumiem, kas jau šobrīd darbojas Latvijā, tomēr to darbība būtu jāpaplašina un jāīsteno kaitējuma mazināšanas programmas, kur iedzīvotāji varētu vērsties, lai saņemtu konsultācijas par inficēšanās riskiem, veikt HIV testu u.c.
48. Pēc 2012.gada pētījuma datiem **ģimenes ārstu** pēdējā gada laikā **nav apmeklējuši** 30% darbspējīgo iedzīvotāju⁵⁵. Tikai 12,7% iedzīvotāju (no reģistrētajiem pie ģimenes ārsta) 2013.gadā veikuši profilaktisko veselības pārbaudi pie ģimenes ārsta. Arī bērnu ģimenes ārsta profilaktisko apskāšu rādītāji ir neapmierinoši. Vidējais apskāšu skaits bērna pirmajā dzīves gadā 2013.gadā bija 7,3 (paredzētas 8 apskates). 1-6 gadu vecumā šis rādītājs ir 0,75 (paredzēta vismaz viena apskate gadā). Vēlākā vecumā (7-18 g.v.) šis rādītājs vēl samazinās – 0,49 (paredzēta viena apskate gadā)⁵⁶.
49. Par **profilaktisko izmeklējumu** nepietiekamu aptveri liecina arī pētījumu dati. Pēc 2014.gada pētījuma datiem 45-64 gadu vecumā asinsspiedienu pēdējā gada laikā mērījuši 90% sieviešu un tikai 71% vīriešu. Holesterīna līmenis un cukura līmenis asinīs pēdējā gada laikā šajā vecuma grupā ir noteikts retāk: 52% vīriešu un 67% sieviešu⁵⁷.
50. Vēža skrīninga valsts programmu aptveres rādītāji ir neapmierinoši, kaut 2014.gadā nedaudz uzlabojušies, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem. 2014.gadā vēža skrīningu atsaucības rādītāji

⁴⁸ Iedzīvotāju reproduktīvās veselības pētījums 2011, „Papardes zieds”

⁴⁹ HBSC pētījums

⁵⁰ Iedzīvotāju reproduktīvās veselības pētījums 2011, „Papardes zieds”

⁵¹ WHO, European Health for All database

⁵² SPKC dati

⁵³ SPKC dati

⁵⁴ SPKC, HIV/AIDS reģistra dati

⁵⁵ Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC

⁵⁶ NVD dati

⁵⁷ Latvijas iedzīvotāju ietekmējošo paradumu pētījums 2014., SPKC

ir sekojoši: dzemdes kakla vēža skrīnings – 28%, krūts vēža skrīnings – 36%. Zarnu vēža skrīninga aptvere ir 10,6%⁵⁸.

51. Arī OECD ir publicējusi vairākus analītiskus pētījumus⁵⁹, kuros tika analizēts ekonomiskais ieguvums, ieviešot dažādus visaptverošus veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus, gan aptaukošanās mazināšanā, gan hronisku slimību novēršanā, norādot, ka veselības veicināšana un slimību profilakse visos tās līmeņos (primārā, sekundārā un terciārā) samazina izdevumus veselības aprūpes sistēmā ilgtermiņā. Protams, katra veselības veicināšanas un slimību profilakses programma ir jāizstrādā atbilstoši konkrētās valsts un mērķa grupas vajadzībām un tās izmaksu efektivitāte ir atkarīga no dažādiem faktoriem, tajā skaitā pieejamajiem resursiem, politiskiem lēmumiem, starpsektoru sadarbības efektivitātes.⁶⁰

1.2. Apraksts un novērtējums par līdzīgiem īstenotiem pasākumiem

52. Lai izvērtētu efektīvākos risinājumus sabiedrības veselības uzlabošanai, tika analizēti citu, tai skaitā Eiropas, valstu labas prakses piemēri. Starptautiskā pieredze pierāda, ka ieguldījumi veselības veicināšanā ļauj mazināt izmaksas veselības aprūpei un būtiski uzlabo iedzīvotāju veselību, mazinot arī veselības nevienlīdzības ietekmējošos faktorus. Tāpat veselības veicināšanas pasākumi ir izmaksu efektīvākais veids iedzīvotāju veselības uzlabošanai. Sīkāka informācija par citu valstu pieredzi un veselības veicināšanas starptautisko pieredzi pieejama šī sākotnējā novērtējuma 1.pielikumā.
53. Latvijā 2007.-2013.gada ES fondu plānošanas periodā tika plānotas Eiropas Sociālā fonda aktivitātes veselības uzlabošanas veicināšanai darba vietā, veicinot ilgtspējīgo nodarbinātību, kā arī pētījumu un aptauju veikšanai par veselību darbā, kopumā investējot 14 milj.EUR veselības veicināšanai nodarbinātajiem iedzīvotājiem. Tomēr krīzes periodā finansējums tika pārdalīts aktivitātēm aktīvās nodarbinātības veicināšanai, tādējādi veselības veicināšanai līdz šim pieejamais finansējums ir bijis minimāls, tomēr atbilstoši pasaulē atzītai praksei, tieši veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi visefektīvāk ļauj uzlabot iedzīvotāju veselību.
54. 2012.gadā ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu tika organizētas apmācības pašvaldību kontaktpersonām, lai nodrošinātu pašvaldību deleģēto kontaktpersonu veselības veicināšanas jautājumos izglītošanu veselības veicināšanas un sabiedrības veselības jautājumos, lai tās varētu patstāvīgi organizēt uz mērķi – iedzīvotāju veselības veicināšana, lielākas atbildības uzņemšanās par savu veselību – orientētu veselības veicināšanas darbu savā pašvaldībā, piesaistot atbilstošus sadarbības partnerus. Programmas apjoms bija 30 stundas, kas ietvēra lekcijas un praktiskās nodarbības, treniņus veselības veicināšanas pasākumu projektu veidošanā. Apmācības īstenoja Rīgas Stradiņa universitāte un Latvijas Ārstu biedrība. Kursos apmācītas 204 pašvaldību kontaktpersonas.
55. Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanas pieeja no 2007.-2013.gadam raksturojama ar regulāru funkciju pārdali starp iestādēm un biežu par sabiedrības veselības jautājumiem atbildīgo iestāžu maiņu, kas attiecīgi ietekmēja arī veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanu. Laikā no 2007.-2009.gadam par veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanu bija atbildīga Sabiedrības veselības aģentūra, kura analizēja, organizēja, ieviesa veselības veicināšanas un slimību profilakses programmas dažādās jomās. Lai nodrošinātu veselības

⁵⁸ NVD dati

⁵⁹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/economics-of-prevention.htm>

⁶⁰ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-prevention-of-lifestyle-related-chronic-diseases_243180781313

veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanu pašvaldību līmenī, tika nodrošināta arī reģionālo koordinatoru darbība. No 2009. - 2011.gadam veselības veicināšanas funkcija tika nodota Veselības inspekcijai, kopā ar reģionālajiem koordinatoriem. No 2011.-2013.gadam veselības veicināšanas, sabiedrības informēšanas pasākumus sāka veikt VM, kas 2011.gadā finansēja 12 reģionālo veselības veicināšanas koordinatoru darbu, kuri reģionos arī veica, organizēja veselību veicinošas aktivitātes iedzīvotājiem, kuras VM centralizēti uzraudzīja. Lai sniegtu metodisku atbalstu pašvaldībām veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanā 2011.gadā VM ir izstrādājusi vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā⁶¹, kas tika izplatītas pašvaldībām drukātā veidā, kā arī pieejamas elektroniski.

56. 2012.gadā VM uzsāk jaunu pieeju veselības veicināšanas darba organizēšanā Latvijas reģionos un lai palielinātu pašvaldību lomu iedzīvotāju veselības veicināšanā pašvaldības tika aicinātas deleģēt kontaktpersonu veselības veicināšanas jautājumos, ar kuru VM turpmāk aktīvi sadarbosies aktuālās informācijas izplatīšanā un kura organizētu vietējos resursus (pašvaldības iestādes un institūcijas, izglītības iestādes, NVO, interešu centri, sporta infrastruktūra) iedzīvotāju veselības veicināšanai. Kopš 2013.gada veselības veicināšanas funkciju veic Slimību profilakses un kontroles centrs, kurš turpina 2012.gadā uzsākot sadarbību ar pašvaldību deleģētajām kontaktpersonām veselības veicināšanas jautājumos, izsūtot regulāri aktuālo informāciju un sniedzot metodisku atbalstu veselības veicināšanas jomā, kā arī informāciju par valsts apmaksātiem veselības veicināšanas pasākumiem pašvaldībā, apmācību iespējām, izdotajiem materiāliem u.c. 2015.gadā 87 Latvijas pašvaldības ir deleģējušas kontaktpersonas veselības veicināšanas jautājumos Slimību profilakses un kontroles centram
57. Paralēli izveidotajam pašvaldību deleģēto kontaktpersonu veselības veicināšanas jautājumos tīklam 2013.gadā tika izveidots Nacionālais Veselīgo pašvaldību tīkls, lai valsts veselības veicināšanas politiku sekmīgāk realizētu pašvaldību līmenī, sniegtu atbalstu pašvaldībām iedzīvotāju veselīga dzīvesveida veicināšanā un veicinātu pašvaldību iesaisti iedzīvotāju veselības veicināšanā. Dalība tīklā ir brīvprātīga un bezmaksas. Tīklā var iesaistīties ikviena pašvaldība, kas vēlas darboties veselības veicināšanas jomā un izpilda noteiktus kritērijus – tai ir pašvaldības domes atbalsts un lēmums par dalību tīklā, tai ir nozīmēts atbildīgais darbinieks (tīkla koordinators) un pašvaldībā tiek regulāri īstenotas veselību veicinošas aktivitātes. Šobrīd tīklā ir iesaistījušās 37 pašvaldības. Reizi gadā pašvaldības aizpilda un iesniedz Slimību profilakses un kontroles centrā monitoringa veidlapu par pašvaldībā īstenotajām aktivitātēm. Tīkla darbības attīstīšana un pašvaldību iesaistīšanās tīklā ir ļoti nozīmīga, jo tā sekmē labās prakses un pieredzes apmaiņu starp pašvaldībām, veicina pašvaldību darbinieku izglītību sabiedrības veselības un veselības veicināšanas jautājumos, kā arī veicina vienlīdzīgu iespēju attīstību reģionālā līmenī.
58. Tā kā bērni lielāko daļu sava laika pavada skolā, apgūstot turpmākajā dzīvē nepieciešamās zināšanas un prasmes, un tieši skola ir vispiemērotākā vide, kur veiksmīgi īstenot veselības veicināšanas pasākumus un veidot skolēnu izpratni par veselību kā vērtību. 2014.gadā tika uzsākts darbs pie Veselību veicinošo skolu kustības darbības atjaunošanas un Nacionālā Veselību veicinošo skolu tīkla izveides. Iesaistīties tīklā var ikviena vispārējās vai profesionālas izglītības iestāde, kas īsteno pamata vai vidējās izglītības programmu. 2015.gada I pusgadā tīklā ir iesaistījušās 55 skolas. Lai iegūtu veselību veicinošas skolas statusu, skolai jāasniedz noteikti kritēriji, kā arī jāīsteno veselības veicināšanas aktivitātes skolas izvēlētajā prioritārā jomā (politika un plānošana, sociālā un fiziskā skolas vide, izglītības programma un mācīšanās, partnerība).

⁶¹ <http://www.spkc.gov.lv/vadlinijas-par-veselibas-veicinasanu/>

59. 2013.gadā no valsts budžeta veselības veicināšanas aktivitātēm tika atvēlēts LVL 62 745, īstenojot trīs dažādus izglītojošu pasākumu ciklus dažādām mērķauditorijām, divas sabiedrības informēšanas kampaņas un nodrošinot informatīvu materiālu izstrādi un druku. 2014.gadā no valsts budžeta veselības veicināšanas aktivitātēm tika atvēlēts EUR 263 626, īstenojot 7 sabiedrības informēšanas kampaņas, 5 dažādus izglītojošu pasākumu ciklus dažādām mērķauditorijām, divas izglītojošas filmas skolēniem, divus seminārus pašvaldībām un skolām, kā arī nodrošinot informatīvu materiālu izstrādi un druku. 2015.gadā veselības veicināšanas plānotais finansējuma apjoms no valsts budžeta ir aptuveni EUR 300 000, nodrošinot 8 sabiedrības informēšanas kampaņas, 3 dažādus izglītojošu pasākumu ciklus dažādām mērķauditorijām, divas izglītojošas filmas skolēniem, divus seminārus pašvaldībām un skolām, konsultatīvā tālruņa smēķēšanas atmešanas jautājumos darbības nodrošināšanu, informatīvu materiālu izstrādi un druku, kā arī citas aktivitātes.
60. Būtisks priekšnoteikums efektīvai veselības veicināšanas un slimību profilakses politikas ieviešanai ir arī atbalstošas iniciatīvas likumdošanā, kas papildina veiktās slimību profilakses un veselības veicināšanas aktivitātes, mazinot vai ierobežojot veselībai kaitīgos paradumus – smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana, neveselīgs uzturs. Laika posmā no 2007.-2013.gadam ir veiktas izmaiņas likumdošanā un pieņemti vairāki normatīvie akti – 2012.gadā tika apstiprinātas uztura normas⁶², lai nodrošinātu veselīga un sabalansēta uztura lietošanu bērnu dārzos, skolās, slimnīcās, sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijās, veicinātu veselīgāku uztura paradumu izveidi, 2013.gadā tika veikti grozījumi Bērnu tiesību aizsardzības likumā, nosakot, ka smēķēšana bērna klātbūtnē ir pielīdzināma fiziskai vardarbībai, tāpat 2013.gadā Saeimā tika pieņemti grozījumi Alkoholisko dzērienu aprites likumā, kas paredz aizliegumu realizēt alkoholiskos dzērienus izglītības iestāžu dienesta viesnīcās un ierobežojumus alkoholisko dzērienu mazumtirdzniecībai valsts un pašvaldību iestāžu telpās. Tika noteikts, ka personām vecumā no 18 līdz 25 gadiem, iegādājoties alkoholiskos dzērienus, jāuzrāda personu apliecinošs dokuments, kā arī aizliegta alkoholisko dzērienu reklamēšana vides reklāmās u.c. Būtiski nodrošināt arī turpmāk atbalstošas likumdošanas un normatīvo aktu iniciatīvas, kas gan veicinātu veselīgus paradumus, gan ierobežotu kaitīgos ieradumus sabiedrībā, vai konkrētās sabiedrības grupās.
61. Iepriekš īstenotās veselības veicināšanas programmas sniedza ilgtermiņa ieguldījumu sabiedrības veselības uzlabošanā, kas atspoguļojās atsevišķu sabiedrības veselības rādītāju uzlabojumos, piemēram, attiecībā uz smēķētāju skaita samazinājumu pusaudžu vidū. Svarīgi minēt, ka būtiskāku pozitīvu ietekmi liedza ierobežotie finansējuma apstākļi, kopējā dzīves līmeņa pasliktināšanās un citi faktori (piemēram, nepietiekama cenu celšana alkohola un tabakas izstrādājumiem) Veselības veicināšanā būtiski ir īstenot regulārus un kompleksus pasākumus, turklāt regulāri un savstarpēji papildinot līdzīgas veselības veicināšanas programmas, ļaujot iedzīvotājiem mainīt paradumus ilgtermiņā un veidot veselīga dzīvesveida paradumus, uzlabojot veselību. Nepieciešams izvērtēt iespēju līdztekus ierastajiem rādītājiem iegūt informāciju par faktoriem, kur ietekme ir redzama īsākā laika termiņā, piemēram, par mērķgrupas informētību par riska faktoriem.
62. Līdz šim īstenotie pasākumi bijuši neregulāri un nevienmērīgā apjomā, savukārt 9.2.4.SAM pasākumu ietvaros plānoti sistemātiski un apjomīgi pasākumi, iesaistot plašu sabiedrības daļu, kas mainītu iedzīvotāju attieksmi pret veselību kopumā un nodrošinātu, veidotu sabiedrības uzskatu maiņu. Tāpat arī SAM 9.2.4. pasākumos iesaistītajās iestādēs tiks nodrošināta īstenoto pasākumu pēctecība, ilgtspēja un īstenošana arī pēc 2023.gada, jo septiņu gadu

⁶² Ministru kabineta 2013.gada 13.marta noteikumi Nr.172 „Noteikumi par uztura normām izglītības iestāžu izglītojamiem, sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju klientiem un ārstniecības iestāžu pacientiem”

periodā tiks radīta bāze uzskatu un paradumu maiņai, gan indivīdiem, gan sabiedrībā kopumā, tai skaitā iestādēs, kas ietekmē iedzīvotāju ikdienas paradumus.

1.3. Alternatīvi ieviešanas risinājumi

63. Kā alternatīva veselības veicināšanas pasākumu īstenošanai izvērtējami pasākumi, kas ļautu ievērojami palielināt ārstniecībai nepieciešamos resursus, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumus nepieciešamajā apjomā, tai skaitā ņemot vērā sabiedrības novecošanās tendences, pie nosacījuma, ka iedzīvotāju dzīvesveida paradumi, kas ietekmē veselības stāvokli, nemainās. Pierādīts, ka pasākumi, kas var samazināt galveno riska faktoru (smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana, neveselīgs uzturs, zema fiziskā aktivitāte) izplatību, salīdzinoši ir lētāki (zemas izmaksas). Tāpat daudz zemākas izmaksas ir savlaicīgas slimību atklāšanas pasākumiem nekā slimību vēlāi atklāšanai un ilgstošai ārstēšanai^{63;64}. Piemēram, Apvienotajā Karalistē veiktajā pētījumā tika secināts, ka iedzīvotāju zemā fiziskā aktivitāte ir iemesls 3,1% saslimstības un mirstības gadījumiem, kas gada laikā radīja vienu miljardu mārciņu lielus izdevumus NVD.⁶⁵ Līdz ar to var secināt, ka uzlabojot iedzīvotāju paradumus, kas saistīti ar fizisko aktivitāti būtu iespējams samazināt izdevumus veselības aprūpei.
64. Jau šobrīd pieejamais finansējums veselības aprūpei ir zems - no 2010.-2012.gadam ir strauji krities publiskā veselības aprūpes finansējuma procentuālais īpatsvars no IKP un 2012.gadā tie ir 3.47%, kas ir otrs zemākais rādītājs pēdējo astoņu gadu laikā. Turklāt Latvijā ir viens no zemākajiem rādītājiem publisko izdevumu apjomam veselības aprūpei no kopējiem valdības izdevumiem ES, kas 2009.gadā bija 9,2% (Igaunija – 11,7%, Lietuva – 12,6% un ES vidējais rādītājs – 15,9%)⁶⁶. Veselības veicināšanas pasākumi ļautu uzlabot sabiedrības veselības stāvokli, kā rezultātā vispārējā pieejamība veselības aprūpei uzlabotos.

1.4. Ieviešanas risinājuma apraksts

65. Lai nodrošinātu mērķtiecīgu un efektīvu slimību profilakses un veselības veicināšanas pasākumu īstenošanu, mainot sabiedrības vispārējo attieksmi par dzīvesveida paradumiem un tieši uzrunājot iedzīvotājus viņu dzīves vietā, mācību un darba vietā, SAM 9.2.4. paredzētais atbalsts sadalīts divās daļās:
 - 65.1. Kompleksu veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanai, ko realizēs 9.2.4.1.pasākuma ietvaros;
 - 65.2. Pasākumiem vietējās sabiedrības veselības veicināšanai un slimību profilaksei, ko realizēs 9.2.4.2.pasākuma ietvaros.
66. Pasākumu plānošana tika balstīta uz spēkā esošajiem plānošanas dokumentiem, kā arī Pasaules Bankas veikto izvērtējuma „Veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde prioritārajās jomās” nodevumu „Pārskats par veselības veicināšanas dokumentiem Latvijā”.

1.tabula. Pasaules Bankas izvērtējuma rekomendācijas un to ieviešana.

⁶³ Pekka Puska “Political incentives for more effective prevention including health care settings”; The 2014 EU Summit on Chronic Diseases, Brussels 2014; http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/ev_20140403_w4co08_en.pdf

⁶⁴ PVO informācija; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

⁶⁵ Allender S., Foster C., Scarborough P., and Rayner M. „The burden of physical activity-related ill health in the UK”, 2007

⁶⁶ Konceptijas projekts par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli

Nr.p.k.	Pasaules Bankas rekomendācija	Rekomendācijas ieviešana
1.	Veiksmīgai pasākumu īstenošanai nepieciešams īstenot starpsektorālu sadarbību (t.sk. ar Labklājības ministriju, pašvaldībām, veselības aprūpes iestādēm, izglītības iestādēm, sociālās rehabilitācijas un sociālās aprūpes institūcijām NVO, komersantiem u.c.)	1. Plānots izveidot sadarbības komiteju veselības veicināšanas jautājumu vadībai, piesaistot LPS, Labklājības ministrijas, IZM un citu valsts institūciju un nevalstisko organizāciju pārstāvjus, tai skaitā arī SAM 9.2.4.ietvaros projektu aktivitāšu un labās prakses izvērtēšanai un ieteikumu izstrādei. 2. VM regulāri sekot līdzi citās jomās (piemēram, izglītības, sporta, labklājības, reģionālās attīstības, pārtikas aprītes jomās) izstrādātajiem normatīvo aktu projektiem un sniegt viedokli saistībā ar sabiedrības veselības uzlabošanu.
2.	Jānodrošina stabila veselības veicināšanas politikas organizācija un SPKC jānodrošina slimību profilakses un veselības veicināšanas pasākumu koordinācija un tehniskais atbalsts, datu vākšana un uzkrāšana un dzīvesveida paradumu monitorings;	1. Paredzēts stiprināt Nacionālo veselīgo pašvaldību tīklu un (tai skaitā pašvaldību deleģēto kontaktpersonu veselības veicināšanas jautājumos tīklu) un Nacionālo Veselību veicinošo skolu tīklu, kā arī izvērtēt iespēju attīstīt veselīgo darbavietu tīklu, kas nodrošinās veselības veicināšanas politikas stabilitāti un pasākumu pēctecību. 2. ES fondu SAM 9.2.4.ietvaros VM nodalītās funkcijas ietvaros nodrošinās nozares ekspertīzi projektu iesniegumu vērtēšanā CFLA, kā arī 9.2.4.2.pasākuma projektu vērtēšanai plānots piesaistīt VM un SPKC. 3. ES fondu 9.2.4.1.pasākuma ietvaros tiks izstrādāts Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plāns ar ieteikumiem efektīvu pasākumu īstenošanai. Plāns tiks regulāri aktualizēts izvērtējot iepriekšējā gadā īstenotās aktivitātes. 4. ES fondu SAM 9.2.4.ietvaros tiks nodrošināta gan sabiedrības veselības pētījumu veikšana, gan veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu monitorings, tai skaitā attiecībā uz 9.2.4.2.pasākuma projektiem. Tāpat paredzēts periodiski veikt reprezentatīvu pētījumu par iedzīvotāju garīgo veselību Latvijā, lai iegūtu visaptverošus datus par šo jomu. 5. SPKC atbilstoši iestādes nolikumam un pieejamajiem valsts budžeta līdzekļiem izstrādā slimību profilakses un veselības veicināšanas programmas un veic to

		īstenošanas metodisko vadību, koordinē veselības veicināšanas pasākumu īstenošanu, sagatavo informāciju, izstrādā metodiskos ieteikumus un sniedz metodisko atbalstu valsts un pašvaldību institūcijām, ārstniecības iestādēm, NVO, citām juridiskām un fiziskām personām jautājumos, kas saistīti ar epidemioloģisko drošību, slimību profilaksi un veselības veicināšanu; iegūst, apkopo, apstrādā, analizē, publicē un izplata iekšzemes un ārvalstu datu lietotājiem nepieciešamo valsts statistisko informāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem, iedzīvotāju veselības stāvokli, infekcijas slimībām, veselības riska faktoriem, sabiedrības veselības problēmām, atkarības slimībām un garīgo veselību, kā arī plāno, metodiski vada, organizē, koordinē un veic pētījumus sabiedrības veselības jomā.
3.	Uzsvars veselības veicināšanas stratēģijā nepieciešams uz galveno neinfekciju slimību riska faktoru mazināšanu, jo īpaši smēķēšanas un alkohola patēriņa mazināšanu, un nepieciešami papildus dati par citiem iedzīvotāju paradumiem un riska faktoriem, tādiem kā uzturs, fiziskās aktivitātes, bioloģiskiem parametriem (glikozes un holesterīna līmenis asinīs) un sabiedrības garīgo veselību;	1. Nosacījums tiks ietverts SAM 9.2.4. projektu iesniegumu vērtēšanas kritērijos un Veselības veicināšanas un slimību profilakses plānā. 2. Veidojot Veselības veicināšanas un slimību profilakses plānu, tiks izvērtēti arī dažādi iedzīvotāju paradumu aspekti, lai tiktu definēti vispiemērotākie veselības veicināšanas pasākumi. 3. Sabiedrības veselības pētījumos plānots periodiski detalizēti vērtēt iedzīvotāju paradumus un to izmaiņas.
4.	Veselības paradumu maiņai nepieciešams radīt veselību veicinošu (sociālo, kultūras, ekonomisko un fizisko) vidi;	1. Īstenojot kompleksus veselības veicināšanas pasākumus un 9.2.4.2.pasākuma darbībastiks radīta informatīvā telpa, kurā pieejama informācija un viedokļi par veselīgiem lēmumiem un veselīgu dzīvesveidu. 2. Īstenojot vietējos veselības veicināšanas pasākumus, vietējā sabiedrībā tiks izplatīta informācija un iedzīvotāji tiks iesaistīti veselīgu dzīvesveidu veicinošos pasākumos, tiks sekmēta pieejamība veselību veicinošiem pasākumiem, pakalpojumiem, infrastruktūrai. 3. IZM pārziņā esošajos SAM 8.1.2. un 8.1.3. plānota izglītības iestāžu sporta infrastruktūras attīstība, kas attiecīgi uzlabos fiziskās un sporta aktivitātes vidi. VARAM pārziņā esošajā SAM 5.5.1. "Saglabāt, aizsargāt un attīstīt nozīmīgu kultūras un dabas mantojumu, kā arī attīstīt

		ar to saistītos pakalpojumus” ietvaros arī paredzēta atbildošas vides attīstība. LM pārziņā esošajā SAM 7.3.1. plānoti pasākumi darba vietu drošas vides uzlabošanai. 4. VM turpinās pilnveidot likumdošanu, ierobežojot kaitīgo faktoru izplatību, mazinot pieejamību veselībai kaitīgiem produktiem un uzlabojot veselīgas vides pieejamību. 5. Plānots iesaistīt veselības veicināšanas pasākumu īstenošanā dažādu kompetenču valsts pārvaldes iestādes, t.sk., piemēram, VI.
5.	Veselības aprūpes iestāžu un ārstniecības personu aktīva iesaiste veselības veicināšanā un slimību profilaksē;	1. Plānots veicināt profilaktisko apskašu apmeklētību un pieejamību pie ģimenes ārsta, informējot iedzīvotāju par iespējām veikt profilaktisko apskati un motivēt. 2. Veicināt ārstniecības personām realizēt pienākumu informēt pacientu par veselīgu dzīvesveidu. 3. Paredzētas apmācības ārstniecības personām veselības veicināšanas jautājumos. 4. Biedrības un nodibinājumu, kā arī ārstniecības iestādes un to personālu paredzēts iesaistīt projektos uz iepirkumu pamata.
6.	Jābūt skaidri definētiem mērķiem un uzraudzības rādītājiem. Jāizvērtē iespēja radītāju sistēmu balstīt uz PVO Neinfekcijas slimību rīcības plānu un tā brīvprātīgajiem mērķiem un saistītajiem indikatoriem un rezultātu salīdzināšana ar kaimiņvalstīm.	1. Tiks izstrādāts Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plāns, kas balstīts uz Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam noteiktajiem pasākumiem, definēti uzraudzības rādītāji. 2. Tiks attīstīta sabiedrības veselības monitoringa sistēma.
7.	Visaptveroša pieeja veselības veicināšanas pasākumu īstenošanā (izglītība un saziņa, vides maiņa, sabiedrības līdzdalība, starpnozaru sadarbība, privātā sektora iesaiste un veselības pakalpojumu pārorientācija);	1. Pasākumu īstenošanā tiek nodrošināta starpsektorālā sadarbība (skat.tabulas 1.punktu). 2. Visaptverošas pieejas jautājumi tiks ietverti veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plānā. 3. Tiek plānoti pasākumi gan likumdošanas pilnveidei, gan konkrētu mērķa grupu un rīcību ietekmējošu pasākumu veikšanai, gan uzraudzības un monitoringa sistēmas attīstībai.
8.	Nepieciešams ilgtspējīgs finansējums	1.Plānojot valsts budžetu, tiks izvērtētas

	veselības veicināšanas aktivitātēm ne tikai no ārvalstu finanšu instrumentiem, bet arī no valsts budžeta, piemēram, iezīmēta alkohola un tabakas akcīzes nodokļu formā.	iespējas nodrošināt paredzamu un stabilu finansējumu veselības veicināšanai, t.sk. iezīmēto nodokļu veidā.
9.	Rādītājus par riska faktoriem un veselības iznākuma rādītājus nepieciešams iegūt un analizēt kopsakarībā ar sociālekonomiskajiem faktoriem. Nepieciešams uzlabot datu iegūvi par veselīga dzīvesveida paradumiem, kā arī par fizioloģiskiem un bioloģiskiem riska faktoriem.	1. Plānots pilnveidot uzraudzības, monitoringa sistēmu. 2. Tiks īstenoti attiecīgi sabiedrības veselības pētījumi, t.sk. analizējot rādītājus kontekstā ar sociālekonomiskajiem faktoriem.
10.	Nepieciešams attīstīt jau esošos veselības veicināšanas tīklus (piem., Nacionālo veselīgo pašvaldību tīklu), kā arī izveidot citus tīklus, lai labāk sasniegtu konkrētas mērķa grupas (piem., veselīgo darba vietu tīklu);	1. Rekomendāciju paredzēts izvērtēt un aprakstīt Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plānā. 2. Tiks nodrošināta sinerģija ar specifisko atbalsta mērķi 7.3.1. "Uzlabot darba drošību, it īpaši bīstamo nozaru uzņēmumos", veicinot uz darba vidi balstītu veselības veicināšanu
11.	Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plānā nepieciešams ņemt vērā riska faktoru izplatības teritoriālās, kā arī citu populācijas grupu atšķirības, īpaši vēršot uzmanību uz sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām.	1. Plānots izstrādāt Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plānu (kas ietver vadlīnijas pasākumu īstenošanai), kurās tiks noteiktas mērķa grupas, iespējamie labās prakses piemēri. 2. Projektu iesniegumu vērtēšanas kritērijos tiks noteikti attiecīgi nosacījumi par piemērotu informācijas kanālu izmantošanu katrai mērķa grupai, kā arī definēts minimālais apveramais pasākumu dalībnieku skaits vienā pasākumā un visos pasākumu ciklos kopā.
12.	Nepieciešams veikt veselības veicināšanas ietvara izvērtēšanu (iesaistīto organizāciju lomas un atbildības izvērtēšana).	1. Tiks ņemts vērā, izstrādājot Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plānu, sabiedrības veselības pētījumu tēmu un aptveres definēšanā. 2. Tiks ņemts vērā, izveidojot SAM 9.2.4. ietvara monitoringa sistēmu un veicot sabiedrības veselības pētījumus. 3. Veselības veicināšanas un slimību profilakses plānā tiks ietverta atsevišķa sadaļa, kas atrunās veselības veicināšanas pasākumu ilgtspējas jautājumus un pēctecību pēc ESF projekta realizācijas.

67. Pasākumi tiek plānoti, ņemot vērā šādus veselību ietekmējošos faktoros:

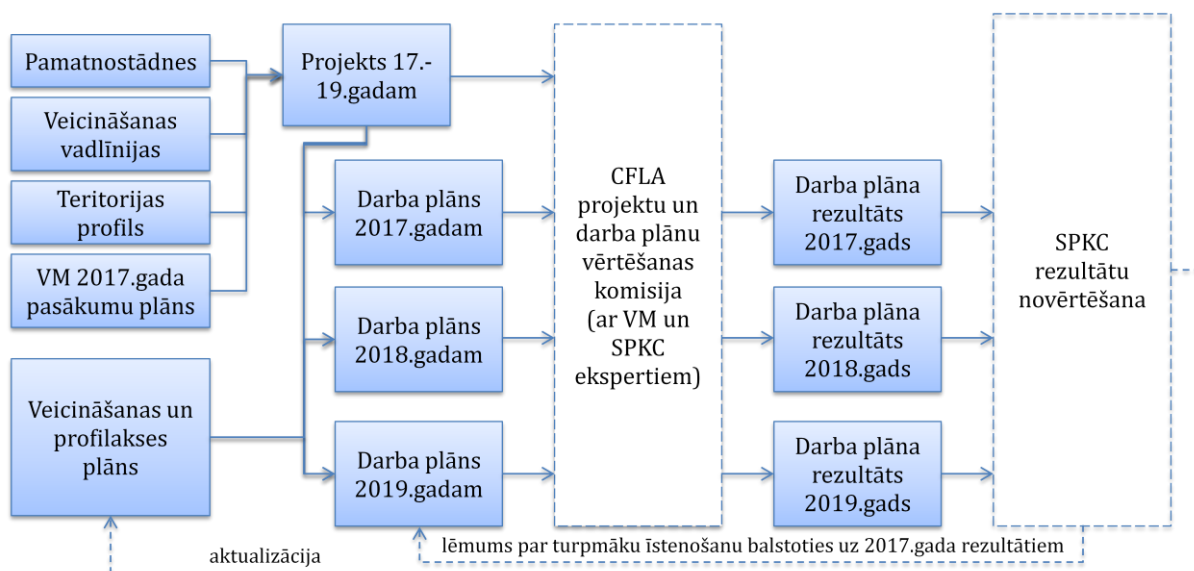
67.1. Iedzīvotāju paradumi: nepietiekama fiziskā aktivitāte, uztura paradumi, atkarību izraisošo vielu lietošana (smēķēšana, alkohols u.c.), procesu atkarības, nedrošs sekss, neveiktas profilaktiskās apskates;

- 67.2. Sociāli ekonomiskie apstākļi/determinantes (ienākumi, , nodarbinātība, dzīvesvieta, statuss u.c.);
- 67.3. Apkārtējā vide: apdzīvotība, pilsētas/lauku vide, drošība u.c.
- 67.4. Veselības sistēma: pakalpojumu esamība, finansiāla pieejamība, ģeogrāfiska sasniedzamība utt.
- 67.5. Ģenētiskā dispozīcija un bioloģiskie faktori: vecums, dzimums, veselības stāvoklis
68. Tāpat, plānojot pasākumus, tiks ņemts vērā iespējamo pasākumu komplekss visos līmeņos, ko nepieciešams īstenot, t.sk. pasākumi, kas netiek finansēti no ES fondiem, bet ir papildinoši ES fondu investīcijām, piemēram, likumdošanas izmaiņas. Kā arī, ņemot vērā Pasaules Bankas izvērtējumu un spēkā esošos plānošanas un ieviešanas dokumentus, tika izveidots attiecīgs veselības veicināšanas pasākumu ietvars.
69. Lai nodrošinātu sinerģiju ar pārējiem VM pārziņā esošajiem specifiskajiem atbalsta mērķiem, kā arī Tieslietu ministrijas 9.1.2. specifisko atbalsta mērķi “Palielināt bijušo ieslodzīto integrāciju sabiedrībā un darba tirgū” un Labklājības ministrijas 9.2.1. specifisko atbalsta mērķi “Paaugstināt sociālo dienestu darba efektivitāti un darbinieku profesionalitāti darbam ar riska situācijās esošām personām” un 9.1.1. specifisko atbalsta mērķi “Palielināt nelabvēlīgā situācijā esošu bezdarbnieku iekļaušanos darba tirgū” un citiem saistītiem ES fondu specifiskajiem atbalsta mērķiem, SAM 9.2.4.ietvaros VM izveidos slimību profilakses un veselības veicināšanas starpsektoru sadarbības komiteju. Komitejā tiks aicināti piedalīties VM, NVD, SPKC un VI pārstāvji pastāvīgo locekļu statusā, EM, FM, IZM, KM, LM, SM, TM, VARAM, ZM, LLPA, LPS, PKC un Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras pārstāvji pieaicināto ekspertu statusā, kā arī atbildīgās iestādes pārstāvji novērotāja statusā
70. Ņemot vērā veikto analīzi un veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu ietvaru, paredzēts, ka SAM 9.2.4. rezultātu sasniegšanai tiks finansētas šādas atbalstāmās darbības (plašāku plānoto darbību uzskati skatīt Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam un vadlīnijās pašvaldībām veselības veicināšanā):
 - 70.1. Veselības veicināšanas un slimību profilakses plāna (kas ietver arī vadlīnijas projektu aktivitāšu efektīvai īstenošanai) izstrāde un aktualizēšana;
 - 70.2. Slimību profilakses pasākumi, piemēram:
 - 70.2.1. profilaktiskās apskates, kas tiks veiktas papildus valsts apmaksātajām apskatēm;
 - 70.2.2. veselības riska faktoru novērtēšana («skrīnings» bez diagnostiskiem izmeklējumiem);
 - 70.2.3. speciālistu konsultācijas;
 - 70.2.4. mobilie slimību profilakses pasākumi (piem., asinsspiediena noteikšana, svara un ĶMI noteikšana, glikozes līmeņa noteikšana, informēšana par profilakses nepieciešamību u.c.);
 - 70.2.5. psihologa konsultācijas bērniem, vecākiem un riska grupām, lai mazinātu atkarību riska veidošanos un risinātu problēmas, saistītas ar vielu lietošanas cēloņiem
 - 70.2.6. interešu grupas iedzīvotājiem par hronisko slimību vadīšanu.
 - 70.3. Vispārējās sabiedrības veselības veicināšanas pasākumi, piemēram:
 - 70.3.1. reklāma medijos (t.sk. internetā);
 - 70.3.2. vides reklāma;

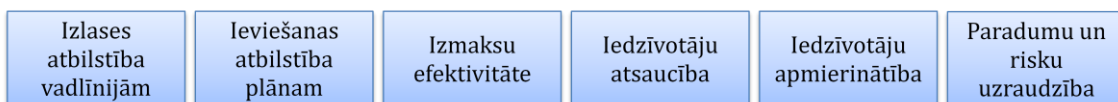
- 70.3.3. drukātie materiāli;
- 70.3.4. IT un mobilie risinājumi (izstrādes un darbības nodrošināšanas izmaksas, piem, mobilo aplikāciju izveide, veselības veicināšanas vienotas IT platformas attīstīšana);
- 70.3.5. vizuālie risinājumi (video, baneri, animācija);
- 70.3.6. informēšanas pasākumi (radio, TV, sociālie mediji, drukātie mediji);
- 70.4. Pasākumi, kas orientēti uz konkrētas mērķa grupas uzrunāšanu, piemēram:
 - 70.4.1. semināri un kursi speciālistiem;
 - 70.4.2. specializētie pasākumi darba vietās, sociālās aprūpes iestādēs un izglītības iestādēs;
- 70.5. Veselības veicināšanas pasākumi vietējai sabiedrībai, piemēram:
 - 70.5.1. veselības veicināšanas pasākumi pašvaldībās;
 - 70.5.2. bērnu un jauniešu nometnes;
 - 70.5.3. interešu (mērķa) grupas;
 - 70.5.4. rīcību un/vai iespēju popularizējošie un/vai realizējošie pasākumi;
 - 70.5.5. speciālie pasākumi mērķa grupām.
- 70.6. Mobilitātes pabalsts (transporta izmaksas mērķa grupām).
- 70.7. Pētījumu veikšana un uzraudzības sistēmas izveide un attīstība.
- 70.8. Slimību profilakses un veselības veicināšanas uzraudzība.
- 70.9. Informācijas un publicitātes pasākumu nodrošināšana.
- 71. 9.2.4.1.pasākuma ietvaros atbalstāmo darbību finansēšanai piemērojami šādi ierobežojumi:
 - 71.1. Projekta vadība – ne vairāk kā 7%;
 - 71.2. Veselības veicināšanas un slimību profilakses plāna izstrāde un aktualizēšana – ne vairāk kā 2%;
 - 71.3. Vispārējās sabiedrības veselības veicināšanas pasākumi – vismaz 50%;
 - 71.4. Sabiedrības veselības pētījumu veikšana – vismaz 15%;
 - 71.5. Uzraudzības sistēmas izveide un attīstība – ne vairāk kā 7%.
- 72. Savukārt 9.2.4.2.pasākuma ietvaros atbalstāmo darbību finansēšanai piemērojami šādi ierobežojumi:
 - 72.1. Veselības veicināšanas un slimību profilakses plāna izstrāde un aktualizēšana, vispārējie sabiedrības veselības veicināšanas pasākumi, sabiedrības veselības pētījumu veikšana, uzraudzības sistēmas izveide un attīstība – nav attiecināms;
 - 72.2. Projekta vadība – ne vairāk kā 5%;
 - 72.3. Pasākumi, kas orientēti uz konkrētas mērķa grupas uzrunāšanu un vietējie veselības veicināšanas pasākumi – vismaz 80%;
- 73. Atbalstāmās darbības, kurām nav noteikti ierobežojumi, var tikt īstenotas abos pasākumos atbilstoši pieejamajam finansējumam.9.2.4.1.pasākuma ietvaros plānots īstenot vienu projektu visā plānošanas periodā. Lai nodrošinātu mērķtiecīgu un visaptverošu veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu īstenošanu mērķa auditorijai, projekta īstenošanai plānots piesaistīt sadarbības partnera statusā iestādes, kas iesaistītas veselības

veicināšana, un juridiskās un publiskās personas, kam deleģēta veselības veicināšanas politikas koordinācijas un īstenošanas funkcija. Sadarbības partneriem paredzēts deleģēt atbalstāmo darbību īstenošanu un attiecīgu projekta resursu administrēšanu atbilstoši sadarbības partnera kompetencei.

74. Savukārt 9.2.4.2.pasākuma ietvaros projektu atlasī sadarbības iestāde organizēs divas reizes plānošanas periodā. Lai nodrošinātu 9.2.4.2.pasākuma projektu augstāku efektivitāti plānots 9.2.4.1.projekta ietvaros līdz 2017.gada jūlijam izstrādāt Slimību profilakses un veselības veicināšanas plānu, slimību profilakses un veselības veicināšanas vadlīnijas un SAM 9.2.4. monitoringa sistēmu, ko plānots saskaņot ar VM izveidota Slimību profilakses un veselības veicināšanas starpsektoru sadarbības komiteju, tāpat šī komiteja risinās starpsektorālās sadarbības jautājumus un uzraudzīs SAM 9.2.4.ieviešanu. 9.2.4.1.projekta ietvaros tiks izstrādāts 2017.gada darbību plāns (laika grafiks ar konkrētām projekta darbībām), atbilstoši kuram pašvaldības un SPKC 9.2.4.2.pasākuma ietvaros plānos savu projektu darbības līdz Slimību profilakses un veselības veicināšanas plāna izstrādei. Tāpat jau ir izstrādātas Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam un vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā, kuras 9.2.4.2.pasākuma finansējuma saņēmēji izmantos par pamatu darbību plānošanai. Līdz ar to pasākumu orientāciju uz rezultātu nodrošinās šāds ieviešanas mehānisms:
 - 74.1. Pirmās atlases kārtas ietvaros 9.2.4.2.pasākuma projektu iesniedzēji, balstoties uz Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.-2020.gadam, vadlīnijām pašvaldībām veselības veicināšanā un teritoriju veselības profiliem, izstrādās projektu trīs gadu periodam, kurā jāiekļauj darbības vismaz četriem no sešiem atbalstāmajiem virzieniem (veselīgs uzturs, atkarību mazināšana, fizisko aktivitāšu veicināšana, garīgās veselības veicināšana, reproduktīvās veselības veicināšana, profilakses uzlabošana) un ņemot vērā 9.2.4.1.pasākuma ietvaros sagatavoto darbību laika grafiku veselības veicināšanas kampaņām sagatavos projekta gada plānu 2017.gadam, ko izvērtēs CFLA izveidota vērtēšanas komisija, pieaicinot VM un SPKC ekspertus. Turpmāko gadu projektu gada plānus finansējuma saņēmēji gatavos, balstoties uz izstrādāto veselības veicināšanas un slimību profilakses plānu un šos plānus atkārtoti vērtēs CFLA izveidota vērtēšanas komisija.;
 - 74.2. Otrās atlases kārtas organizācija plānota līdzīgi pirmajai atlases kārtai, savukārt projektu iesniegumus izstrādās, balstoties uz izstrādāto veselības veicināšanas un slimību profilakses plānu;
 - 74.3. Pēc projektu gada plānu ieviešanas to efektivitāti plānots izvērtēt un secinājumus izmantot gan veselības veicināšanas un slimību profilakses plāna aktualizācijai, gan lēmuma pieņemšanai par projekta trešā gada plāna apstiprināšanu.

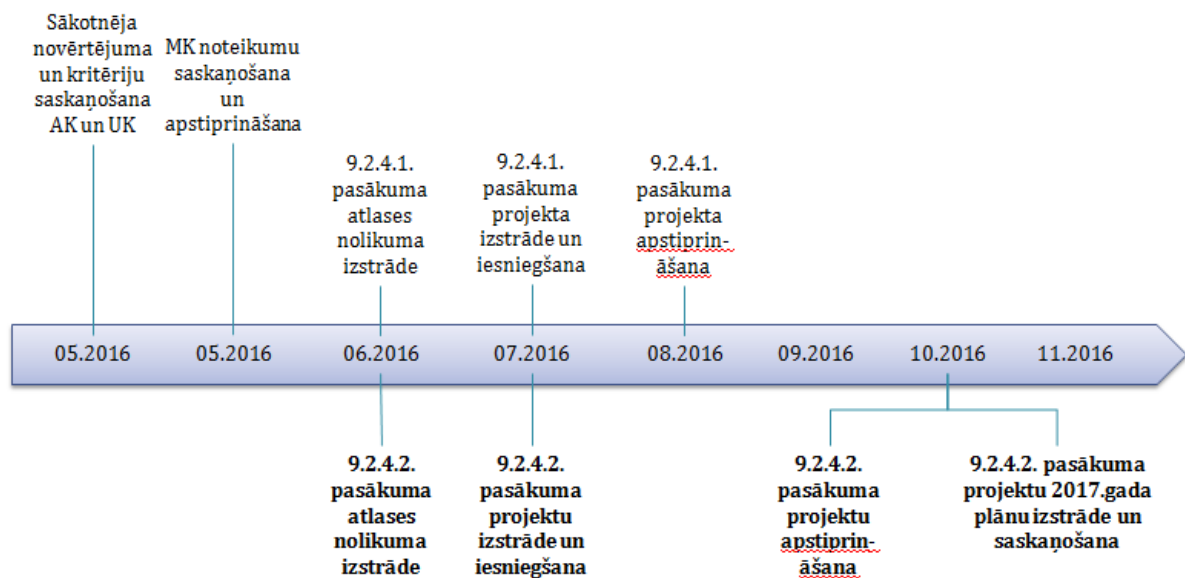


Rezultātu novērtēšanas kritēriji:



5.attēls. 9.2.4.2.pasākuma atlases un novērtēšanas modelis

Lai nodrošinātu 9.2.4.1.pasākuma un 9.2.4.2.koordinētu īstenošanu, pasākumi tiks īstenoti atbilstoši laika grafikam, kas ļautu abus pasākumus īstenot savstarpējā sinerģijā, nodrošinot maksimālu ietekmi uz iedzīvotāju veselības paradumiem.



6.attēls. SAM 9.2.4.īstenošanas laika grafiks

2. Ieviešanas modeļa izvēle

75. Būtisks priekšnoteikums veiksmīgai sabiedrības veselības stāvokļa uzlabošanai ir starpsektoru sadarbība - gan ar Labklājības ministriju, gan ar IZM, gan ar Zemkopības, Finanšu u.c. ministrijām, kā arī ar NVO un veselības nozares valsts pārvaldes iestādēm, kopā darbojoties

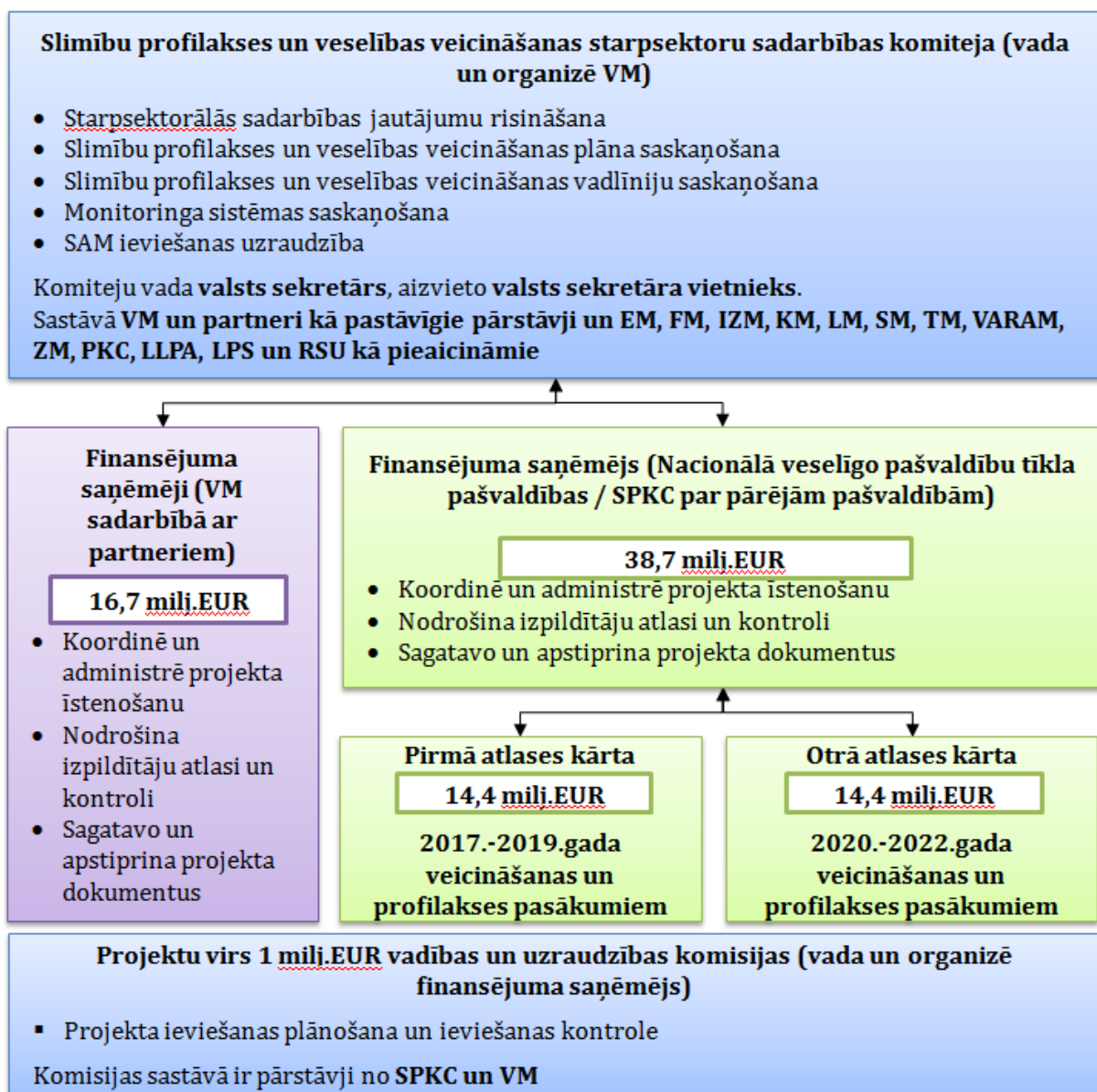
gan dažādās darba grupās un starpsektoru padomēs (tai skaitā saskaņojot Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plānu), gan strādājot pie politikas veidošanas, ietverot veselības veicināšanu un saglabāšanu kā būtisku priekšnoteikumu jebkurā politikas jomā. Papildus iepriekš aprakstītajiem pasākumiem ir plānots turpināt pilnveidot likumdošanu un, ievērojot pieeju ‘veselība visās politikās’, saistībā ar smēķēšanas ierobežošanu, alkohola politiku, akcīzes nodokļiem (gan tabakas izstrādājumiem, gan alkoholam, gan pārtikas produktiem ar augstu cukura, sāls un tauku saturu) u.c. jautājumiem, lai veicinātu, saglabātu un uzlabotu Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokli.

76. Visu ieviešanas modeļu ietvaros paredzēta regulāra pasākumu pārskatīšana reizi gadā, lai mazinātu neefektīvu veselības veicināšanas pasākumu īstenošanas risku.
77. Ņemot vērā darbības programmā „Izaugsme un nodarbinātība” noteikto, ka SAM 9.2.4. īstenojams 30% finansējuma izmantojot kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumiem, kā efektīvākais ieviešanas modelis SAM 9.2.4. īstenošanai tika izvērtēta ierobežota projektu iesniegumu atlase, kuras ietvaros 9.2.4.1. pasākumā īsteno vienu projektu par kopējo finansējumu 16 692 798 EUR, sadarbības partneru statusā piesaistot iestādes, kas iesaistītas veselības veicināšanas politikas īstenošanā. Savukārt, 9.2.4.2. pasākumā pašvaldības, kuras piedalās Nacionālajā veselīgo pašvaldību tīklā īsteno projektus savās pašvaldībās, bet pašvaldībām, kuras nav Nacionālajā veselīgo pašvaldību tīklā, paredzēts īstenot papildu atsevišķu projektu.
78. Lai lemtu par efektīvāko ieviešanas modeli, tika analizēti vairāki iespējamie ieviešanas risinājumi.

2.tabula. 9.2.4.2.pasākuma ieviešanas modeļu salīdzinājums.

	0.modelis: standarts ES fondu ieviešanas modelis	1.modelis: SPKC vienīgais finansējuma saņēmējs	2.modelis: Finansējuma saņēmēji SPKC un SIF
Modeļa īss apraksts	Finansējuma saņēmēji (pašvaldības) tieši sadarbojas ar CFLA, katrs īstenojot savu projektu bez sadarbības partneriem SPKC realizē papildu projektu par neaktīvajām pašvaldībām	Finansējums vienā projekta ietvaros piešķirams SPKS, kas vietējo pasākumu un atsevišķu mērķintervenču īstenošanai piesaista pašvaldības un iestādes, piemēram, sadarbības partneru statusā	SPKC atbilstoši savai kompetencei īsteno kompleksus veselības veicināšanas pasākumus, savukārt pašvaldības un iestādes vietējo pasākumu un atsevišķo mērķintervenču ietvaros ar SIF starpniecību, sadarbojās ar CFLA
Modeļa priekšrocības	Standarts zema riska modelis	Pasākumu koordinācija Elastība	Pasākumu koordinācija Elastība
Modeļa trūkumi	-	Papildu izmaksas Nav kontroles sistēmas Nav atbilstošā personāla Funkciju dublēšana Partneru atbildības trūkums Neatbilstību risks	Papildu izmaksas Funkciju dublēšana Partneru atbildības trūkums Neatbilstību risks

79. Izvērtējot iespējamās ieviešanas modeļus, tika atzīts, ka efektīvākais un ieviešanas ziņā vienkāršākais modelis ir standarta modelis. Šajā gadījumā modelis atbilst klasiskam ES fondu ieviešanas mehānismam un ieviešanas sistēmā netiek iesaistītas papildu ieviešanas institūcijas, kas varētu sarežģīt ieviešanas modeli.
80. Papildus, ņemot vērā, ka atsevišķās pašvaldībās mērķa grupas skaits var būt nepietiekams efektīvo veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu veikšanai, paredzēts noteikt mehānismu kā pašvaldības var organizēt kopējo veselības veicināšanas vai slimību profilakses pasākumu sadalot izmaksas starp projektiem.



6.attēls. SAM 9.2.4. ieviešanas un uzraudzības modelis

3. Sākotnējās ietekmes novērtējums

81. Ņemot vērā SAM 9.2.4. specifiku, tam ir netieša ietekme uz:
- 81.1. vidi;
 - 81.2. makroekonomisko vidi;

- 81.3. uzņēmējdarbības vidi;
- 81.4. administratīvajām procedūrām un to izmaksām (gan attiecībā uz saimnieciskās darbības veicējiem, gan attiecībā uz fiziskām personām un nevalstiskā sektora organizācijām, gan attiecībā uz budžeta finansētām institūcijām);
- 81.5. pārvaldes iestāžu funkcijām un cilvēkresursiem;
- 81.6. Stratēģijas Baltijas jūras reģionam projektiem;
- 81.7. spēkā esošo tiesību normu sistēmu un Latvijas Republikas starptautiskajām saistībām.

3.1. Ietekme uz valsts budžetu un pašvaldību budžetiem

- 82. 9.2.4.SAM darbības paredz ietekmi uz valsts budžetu, jo nacionālo līdzfinansējumu paredzēts nodrošināt no valsts budžeta līdzekļiem, kā rezultātā būs nepieciešams valsts budžeta līdzfinansējums 15% jeb 8 346 399 EUR apmērā.
- 83. SAM 9.2.4.1 nepieciešamais finansējums ir 16 692 797 EUR (ESF līdzfinansējums 14 188 878 EUR), tai skaitā:
 - 83.1. 2016.gadā 667 712 EUR;
 - 83.2. 2017.gadā 2 670 848 EUR;
 - 83.3. 2018.gadā 2 670 848 EUR;
 - 83.4. 2019.gadā 2 670 848 EUR;
 - 83.5. 2020.gadā 2 670 848 EUR;
 - 83.6. 2021.gadā 2 670 848 EUR;
 - 83.7. 2022.gadā 2 670 847 EUR.
- 84. SAM 9.2.4.2.nepieciešamais finansējums ir 38 692 399 EUR (ESF līdzfinansējums 32 888 539 EUR) tai skaitā:
 - 84.1. 2016.gadā 530 033 EUR;
 - 84.2. 2017.gadā 6 360 394 EUR;
 - 84.3. 2018.gadā 6 360 394EUR;
 - 84.4. 2019.gadā 6 360 394 EUR;
 - 84.5. 2020.gadā 6 360 394 EUR;
 - 84.6. 2021.gadā 6 360 394 EUR;
 - 84.7. 2022.gadā 6 360 395 EUR.

3.2. Sociālā ietekme

- 85. Nevienlīdzība veselības jomā ir viena no mūsdienu lielākajām sociālajām, ekonomiskajām un politiskajām problēmām ES, PVO Eiropas reģionā, kā arī visā pasaulē, un nevienlīdzības mazināšana veselības jomā ir viens no prioritārajiem mērķiem līdz 2020.gadam.⁶⁷

⁶⁷ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam.

86. Viens no svarīgākajiem rīkiem mērķtiecīgai nevienlīdzības mazināšanai ir investīcijas veselības veicināšanā, slimību profilaksē un integrētas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, īpaši vēršot uzmanību riska grupām, kas pakļautas finansiālai, ģeogrāfiskai u.c. nevienlīdzībai. Sociālajām determinantēm ir liela loma iedzīvotāju veselības veicināšanas un veselības aprūpes nodrošināšanā. Līdz ar to nevienlīdzības mazināšanai un sociālajai iekļaušanai nepieciešams īstenot pasākumus, kas izglītotu nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautos iedzīvotājus par iespējām uzlabot un saglabāt veselību (piemēram, interešu grupu nodarbību organizēšana, jauniešu izglītošana par veselīga dzīvesveida paradumiem, konkrētu rīcību vai iespēju popularizējošu pasākumu organizēšana pašvaldībās u.c.), cieši sadarbojoties ar sociālo sektoru, pašvaldībām un tml.⁶⁸
87. Dzīvesveida, saslimstības un invaliditātes rādītāji, ko būtiski var uzlabot, īstenojot mērķtiecīgus veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus, tieši ietekmē arī sociālo jomu, jo slimojot cilvēks noteiktos gadījumos veido papildu slogu valsts budžetam, kā arī, gūstot invaliditāti, pilnībā vai daļēji zaudē darba spējas. Katru gadu ievērojami valsts budžeta un darba devēju līdzekļi tiek tērēti, lai apmaksātu strādājošo iedzīvotāju darbnespējas dienas.
88. „Eiropa 2020” izvirza mērķi „Cīņa ar nabadzību”. Mirstot apgādniekam, tiek apdraudēta visas ģimenes labklājība un ģimene tiek pakļauta nabadzības riskam. Piemēram, AS „Swedbank” 2011.gadā veiktajā aptaujā⁶⁹ par iedzīvotāju spēju saglabāt ģimenes esošo dzīves līmeni gadījumā, ja ar kādu no ģimenes apgādniekiem notiktu kas neparedzēts, secināts, ka viena apgādnieka nāves vai darbības zuduma gadījumā 33% ģimeņu esošo dzīves līmeni spētu saglabāt ne ilgāk kā vienu mēnesi, kamēr kopumā vairāk nekā puse jeb 56% iedzīvotāju – ne ilgāk par 3 mēnešiem. Jāatzīmē, ka vairāk nekā ceturtajai daļai (27%) iedzīvotāju nav konkrēta viedokļa šajā jautājumā, jo viņi nav domājuši par šādu situāciju iespējamām sekām uz savu labklājību.
89. Viens no kohēzijas politikas mērķiem ir atbalstīt izaugsmi veicinošus nosacījumus un faktorus, kas nodrošina reālu konvergenci mazāk attīstītajās dalībvalstīs un reģionos. Viens no konverģences aspektiem ir cilvēka veselība. 2005.gadā par vienu no Lisabonas stratēģijas strukturālajiem indikatoriem izvirzīja veselīgo mūža gadu skaitu, uzsverot, ka svarīgs ekonomiskās izaugsmes faktors ir nevis tikai paredzamais mūža ilgums, bet laba veselība līdz mūža galam.
90. Salīdzinot veselīgo mūža gadu skaitu Latvijā ar ES rādītājiem, redzams, ka sievietēm Latvijā šis rādītājs 2012.gadā bija par 2,8 gadiem zemāks kā vidēji ES, savukārt vīriešiem – par 6,5 gadiem zemāks nekā ES⁷⁰. Lielas atšķirības ir arī mirstības rādītājos – Latvijas rādītāji ir vieni no augstākajiem ES, kas tiek skaidrots arī ar sociāli ekonomiskajām atšķirībām⁷¹. Uzlabojot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, īstenojot veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus, kas izglītotu iedzīvotājus par iespējām saglabāt veselību, tiktu nodrošināti priekšnoteikumi veselības saglabāšanai un uzlabošanai, kā arī minēto rādītāju atšķirību būtiskai mazināšanai nākotnē. Tādējādi tiktu ne tikai mazināta veselības nevienlīdzība (*health inequality*), bet arī palielināta darbaspējīgo iedzīvotāju daļa, paaugstinot nodarbinātību un veicinot ekonomikas attīstību, nodrošinot Latvijas iedzīvotāju dzīves ilguma

⁶⁸ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam.

⁶⁹ Swedbank iedzīvotāju aptauja par iedzīvotāju spēju saglabāt ģimenes esošo dzīves līmeni gadījumā, ja ar kādu no ģimenes apgādniekiem notiktu kas neparedzēts, veikta 12.12.2011-19.12.2011. Aptaujāti 1010 respondenti vecumā no 15 līdz 74 gadiem.

⁷⁰ Eurostat datu bāze

⁷¹ Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016, World Health Organization 2012

pietuvinašanos vidējam ES rādītājam, kas ļautu nodrošināt arī ekonomiskās izaugsmes un labklājības līmeņa tuvināšanos ES vidējiem rādītājiem.

91. Lai mazinātu sociālās atstumtības un nabadzības risku, kā arī sekmētu Latvijas ekonomisko izaugsmi, ir nepieciešams uzlabot sabiedrības veselības stāvokli, kas iespējams, ieviešot kompleksus investīciju pasākumus – sākot no veselīga dzīves veida popularizēšanas un slimību profilakses un turpinot ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanu un kvalitātes paaugstināšanu.
92. Mērķtiecīgiem veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumiem ir būtiska loma sabiedrības veselības stāvokļa uzlabošanā, kas ir svarīgs faktors veselības aprūpes sistēmas noslodzes mazināšanā. Pierādīts, ka, investējot veselības veicināšanā un hronisku neinfekcijas slimību profilaksē (mazinot riska faktoru izplatību), var samazināt priekšlaicīgu mirstību, invaliditāti, saglabāt darbaspējas un dzīves kvalitāti, tādējādi veicinot iedzīvotāju darba spēju saglabāšanu un mazinot arī nabadzības risku^{72,73}. Iedarbojoties uz sabiedrības dzīvesveida paradumiem (veicot uz pierādījumiem balstītus veselības veicināšanas pasākumus⁷⁴), tiks mazināts hronisku neinfekcijas slimību slogs (*burden of disease*)⁷⁵ sabiedrībai kopumā, t.sk. tiks atvieglota veselības aprūpes sistēmas veikspēja (t.sk. pieejamība) pieaugošas slodzes apstākļos, ko rada sabiedrības novecošanās.
93. Pierādīts, ka smēķēšanas atmešana mazina mirstības no SAS risku vīriešiem 2,5 reizes, sievietēm – 2 reizes. Pēc Pasaules Sirds federācijas datiem SAS risks, atmetot smēķēšanu, gada laikā mazinās par 50%⁷⁶. Pēc jaunākajiem pētījumiem riskanta (pārmērīga) alkohola lietošana ir galvenais riska faktors, kas rada lielāko slimību slogu darbaspējīgajiem iedzīvotājiem (15-49 g.v.) Latvijā⁷⁷. Mazinot pārmērīgu alkohola lietošanu, ne tikai mazināsies saslimtība un mirstība no hroniskām neinfekcijas slimībām, bet mazināsies citas ar alkohola lietošanu saistītās sekas (piemēram, traumatisms, kas palielina invaliditātes un mirstības rādītājus, vardarbība, noziedzība, bezdarbs, sociālā atstumtība), kas ietekmē sabiedrību, mazina darbaspēka kvalitāti un vecina nabadzību.

Arī veselīgam un pilnvērtīgam uzturam ir būtiska nozīme SAS saslimšanas riska mazināšanā un Eiropas Komisijas veiktajos aprēķinos ir izpētījusi, ka piemēram samazinot sāls patēriņu par 3g Eiropas reģionā gada mirstība no insulta samazinātos par 40 000, no išēmiskās slimības par 45 000.⁷⁸

3.3. Ietekme uz valsts un pašvaldību informācijas sistēmām un ar to saistīto papildu finansējumu, kas nepieciešams izmaiņu nodrošināšanai informācijas sistēmās

94. Plānotas izmaiņas Sabiedrības veselības monitoringa un ziņošana sistēmā, kuru plānots pilnveidot un uzturēt, piemērojot plānoto pasākumu vērtēšanai.

⁷² Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016, World Health Organization 2012

⁷³ Otavas harta, PVO, 1986 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

⁷⁴ The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, World Health Organization 2002

⁷⁵ Stephen S Lim et al, A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet* 2012; 380: 2224–60

⁷⁶ World Heart Federation, <http://www.world-heart-federation.org/publications/>

⁷⁷ The Global Burden of Disease Study, Institute for Health Metrics and Evaluation, <http://www.healthdata.org/>

⁷⁸ http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf

95. Nepieciešams paredzēt finanšu līdzekļus Sabiedrības veselības monitoringa un ziņošanas sistēmas modernizācijai atbilstoši mūsdienu tehnoloģijām, kas nozīmētu ne tikai kvalitatīvāku rutīnas sabiedrības veselības monitoringa veikšanu, bet arī jaunu tehnoloģisko risinājumu ieviešanu un attīstīšanu (pašvaldību, reģionālie veselības profili, interaktīva informācijas pasniegšana dažādām mērķauditorijām; informācijas monitorēšana saistībā ar veiktajiem pasākumiem – efektivitātes vērtēšana).
96. Nepieciešamās izmaksas plānots segt no SAM pieejamā finansējuma netiešo attiecināmo izmaksu ietvaros.

3.4. Ietekme uz veselību

97. Ievērojot ierobežoto investīciju apjomu, izstrādājot Latvijas NAP un atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.-2020.gadam, kas ir galvenais veselības nozares plānošanas dokuments Latvijā, tika nolemts veikt ieguldījumus pasākumos, kas ar lielāko atdevi var nodrošināt potenciāli zaudēto mūža gadu samazināšanu un veselīgo mūža gadu skaita palielināšanu.
98. Investīciju ietekmē uzlabosies iedzīvotāju informētība un izglītība (*literacy*) veselības jomā, pieaugs veselības veicināšanas un slimību profilakses iespēju pieejamība gan valsts, gan pašvaldību līmenī. Plānotie veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi ESF ietvaros nodrošinās pasākumu regularitāti un kompleksu pieeju problēmu risinājumiem, kas ir būtisks priekšnoteikums šo pasākumu efektivitātei. Tāpat fondu investīcijas ļaus realizēt pasākumus, kas līdz šim ierobežotu līdzekļu dēļ ir veikti ļoti ierobežotā apjomā, piemēram, intervences sociāli atstumtām grupām (īpašās mērķgrupas), veselības veicināšanas pasākumu efektivitātes izvērtējumi. Valsts un pašvaldību līmenī tiks izstrādāti dažādi mehānismi (piemēram, pakalpojumu integrēšana, sadarbība, komunikāciju stratēģijas) pasākumu realizēšanai, kas darbosies arī pēc finansēšanas perioda.
99. Iepriekšminētais uzlabos iedzīvotāju paradumus, pakalpojumu pieejamību ne tikai individuālā, bet arī ģimenes un vietējās kopienas līmenī. Tas attiecīgi palīdzēs veicināt veselību, sekmēs savlaicīgu slimību risku atklāšanu un mazināšanu, darbības saglabāšanu, tādējādi palielinot veselīgo mūža ilgumu.
100. Atbilstoši starptautiski veiktu pētījumu secinājumiem^{79, 80}, neinfekciju slimību cēloņi meklējami neveselīgā dzīvesveidā un sociālajā vidē. Līdz ar to, lai uzlabotu iedzīvotāju veselību, nepieciešams uzlabot ar veselību saistītos dzīvesveida paradumus, kas ir SAM 9.2.4.mērķis. Tāpat plānots veikt informatīvo un konsultatīvo darbu, lai mazinātu kaitīgo vides faktoru ietekmi uz iedzīvotāju veselību, piemēram, attiecībā uz izglītības iestāžu uzraudzību un kontroli saistībā ar higiēnas prasību izpildi, telpu veidu un kvalitāti, trokšņa līmeni, iekštelpu gaisa kvalitāti un gaismu.

3.5. Ietekme uz horizontālo prioritāti „Vienlīdzīgas iespējas”

⁷⁹ – Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020

⁸⁰ Pasaules bankas izvērtējuma „Veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde prioritārajās jomās” nodevums „Pārskats par veselības veicināšanas dokumentiem Latvijā”, 2015

101. SAM 9.2.4. īstenošanai būs tieša pozitīva ietekme uz ES struktūrfondu ieguldījumu horizontālās prioritātes „Vienlīdzīgas iespējas” īstenošanu, jo SAM 9.2.4.veicina diskriminācijas mazināšanu, kas rodas dažādu veselības stāvokļu dēļ, kā arī īpaši ir plānots uzrunāt dažādas atstumtības grupas, piemēram, iedzīvotājus ar invaliditāti un vecāka gada gājuma iedzīvotājus.

4. Valsts atbalsta ietekme uz konkurenci un tirdzniecību

102. SAM 9.2.4. nav ietekmes uz konkurenci un tirdzniecību, un tā ietvaros nav plānots sniegt valsts atbalstu uzņēmumiem un saimnieciskās darbības veicējiem. Lai izvairītos no negatīvas ietekmes uz konkurenci un tirdzniecību, tika precizēts plānošanas dokumentos noteiktais finansējuma saņēmēju loks, finansējumu biedrībām un nodibinājumiem, ārstniecības iestādēm un komersantiem paredzēts novirzīt uz publisko iepirkumu pamata, tādējādi nodrošinot ne tikai godīgo konkurenci, bet arī efektīvāku finansējuma izmantošanu.

5. Ietekmes novērtēšanai nepieciešamie dati

5.1. Ietekmes novērtēšanai nepieciešamo datu sākotnējo vērtību noteikšana nacionālajā, reģionālajā un pašvaldību līmenī

103. Ietekmes izvērtēšanai tiks uzkrāti un analizēti dati gada (ja nav norādīts citādi) griezumā atbilstoši sākotnējā novērtējuma 2. un 4.pielikumam.

6. Pašvaldību teritoriālo vajadzību analīze reģionālajā un pašvaldību līmenī

104. Ņemot vērā, ka Latvija ir maza valsts, kur vairāk kā 50% iedzīvotāju dzīvo Rīgā un lielajās pilsētās, līdz ar to dažādu veselības rādītāju analīze pašvaldību līmenī ir ļoti ierobežota. Iespēju robežās šie rādītāji tiek analizēti lielo pilsētu (pilsētu veselības profili) un reģionu līmenī, nepieciešamības gadījumā standartizējot pēc vecuma, piemēram, mirstības rādītājus.
105. Atbilstoši 3.pielikumā pievienotajam Latvijas reģionu veselības profilam, redzams, ka pamatproblēmas sabiedrības veselības jomā visā Latvijā ir vienādas. Tomēr tām iezīmējas arī būtiskas reģionālas atšķirības, kas ir saistītas arī ar reģiona sociāli ekonomisko attīstības līmeni. Ļoti daudzi sabiedrības veselības rādītāji negatīvāk vērtējami Latgalē, kur arī sociāli ekonomiskie rādītāji ir sliktākie valstī, kā arī Latgalē ir vislielākais vecāku iedzīvotāju īpatsvars. Savukārt, Pierīgā daudzi rādītāji ir labākie valstī, kas visdrīzāk skaidrojams ar to, ka šai reģionā dzīvo daudz jaunu cilvēku, kas ir strādājoši un ar regulāriem ienākumiem. Datu analīzē iespēju robežās var ņemt vērā vecuma ietekmi, piemēram, mirstību standartizējot pēc vecuma, bet ne vienmēr tas ir iespējams. Jāņem vērā, ka atšķirības gan veselības paradumos, gan veselības stāvoklī būtiski ietekmē arī tādas lietas, kā personas dzimums, vecums, izglītības līmenis, ienākumi, dzīvesvietas raksturojums u.tml. Piemēram, arī Latgalē izglītotiem cilvēkiem ir labāki veselības paradumi nekā Pierīgā dzīvojošiem cilvēkiem ar pamatizglītību.
106. Veselības stāvokli raksturojoši indikatori, kā jau minēts, visnegatīvāk vērtējami Latgalē, vislabāk Pierīgā. Arī iedzīvotāju paradumu rādītāji nereti negatīvāk vērtējami Latgalē, piemēram, uztura paradumi, alkohola lietošana, zīdīšana. Tomēr arī Pierīgā nereti iedzīvotāju paradumi ir neveselīgāki nekā citos reģionos, piemēram, mazāk fizisko aktīvu personu, vairāk

tādu, kam nav mērīts asinsspiediens, vairāk tādu smēķētāju, kas nav izlēmuši atnest šo netikumu un tml.

107. Ņemot vērā iepriekšminēto arī veselības veicināšanas pasākumu īstenošanas specifika dažādos reģionos būs atšķirīga – atbilstoši reģiona sabiedrības veselības aktuālajām problēmām. Tāpat, lai ņemtu vērā labās prakses piemērus darbam ar konkrētām mērķa grupām, regulāri reizi gadā tiks izvērtēta pasākumu īstenošanas efektivitāte un veikti precizējumi Veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu plānā, lai nodrošinātu labās prakses pārņemšanu.
108. ~66% Latvijas iedzīvotāju ir darbspējas vecumā. Pastāv jau minētās reģionālās atšķirības iedzīvotāju vecuma struktūrā – vislielākais veco iedzīvotāju īpatsvars ir Latgales reģionā (20% iedzīvotāju vecumā virs 65 gadiem, kamēr Pierīgas reģionā – 17%)⁸¹, kas attiecīgi nozīmē arī vairāk ar populācijas novecošanos saistītu veselības aprūpes jautājumu. Latgales reģionā reģistrēta arī viszemākā dzimstība (2013.g. 8,4 jaundzimušo uz 1000 iedz.), toties Pierīgas reģionā – visaugstākā (2013.g. 11,2 jaundzimušo uz 1000 iedz.). Pēdējos gados Latvijā samazinājusies gan perinatālā mirstība, gan zīdaiņu mirstība. Reģionālā līmenī perinatālā mirstība atšķiras – augstāka tā ir Latgales reģionā un Kurzemes reģionā. Augstāka zīdaiņu mirstība reģistrēta Zemgales un Latgales reģionos, bet zemākā – Rīgas reģionā. Šos rādītājus ietekmē arī jaundzimušo skaits noteiktajā reģionā – reģionos, kur jaundzimušo skaits ir mazāks, perinatālās un zīdaiņu mirstības rādītājs ir svārstīgāks pa gadiem.
109. Visaugstākā mirstība (standartizēta pēc vecuma) no sirds un asinsvadu sistēmas slimībām reģistrēta Latgales reģionā, pārsniedzot vidējo rādītāju valstī par 27-38%, savukārt priekšlaicīga mirstība (līdz 64 g.v.) no SAS – par 40-60% (2010.-2013.g.) (skat.2. attēlu).
110. Ļaundabīgo audzēju izplatību atspoguļo gan saslimstības, gan mirstības rādītāji. Mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem reģionos atšķiras 10% robežās, salīdzinot ar vidējo rādītāju valstī. Visaugstākā mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem reģistrēta Latgales reģionā, zemākā – Pierīgas reģionā. Standartizējot šo mirstības rādītāju pēc vecuma, situācija mainās: augstākā mirstība ir Kurzemes reģionā, zemākā – Zemgales reģionā (skat. 3.attēlu). Biežākais nāves cēlonis ļaundabīgo audzēju grupā visos reģionos ir bronhu un plaušu audzējs. Augsti mirstības rādītāji ir arī no resnās, sigmoidveida un taisnās zarnas audzēja, krūts audzēja sievietēm un prostatas audzēja vīriešiem.
111. Saslimstība ar ļaundabīgajiem audzējiem reģionos atšķiras 10% robežās, salīdzinot ar vidējo rādītāju valstī. Augstākie saslimstības rādītāji (arī standartizētie pēc vecuma) ar ļaundabīgajiem audzējiem reģistrēti Kurzemes un Rīgas reģionos, turklāt Kurzemes reģionā ir reģistrēta visaugstākā vecuma standartizētā mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem, kas norāda uz ļaundabīgo audzēju augstāku izplatību šajā reģionā (skat. 3. attēlu)⁸². Par šādu situāciju liecina arī Kurzemes lielo pilsētu dati, piemēram, Liepājā saslimstība ar ļaundabīgajiem audzējiem ir par 20% augstāka nekā vidēji Latvijā, Ventspilī – par 26% (mirstība - par 34%) (2012.gads, vecuma nestandartizēti)⁸³.
112. Rīgas reģionā augstie saslimstības rādītāji un salīdzinoši zemākie mirstības rādītāji liecina par diagnostikas ietekmi uz šo audzēju saslimstības rādītāju. Zemākie saslimstības ar ļaundabīgajiem audzējiem rādītāji (standartizēti pēc vecuma) ir Vidzemes un Zemgales reģionos.
113. Pastāv reģionālās atšķirības biežāk reģistrēto ļaundabīgo audzēju rādītājiem. Kurzemes reģionā ir reģistrēta augstākā saslimstība valstī ar prostatas audzēju vīriešiem (2013.g.

⁸¹ CSP dati

⁸² Latvijas reģionu veselības profils, SPKC 2014

⁸³ Pilsētu veselības profili, SPKC 2013

pārsniedza vidējo rādītāju valstī par 58%), bronhu un plaušu audzēju (par 26%) un ādas ļaundabīgajiem audzējiem, t.sk. melanomu (par 26%). Latgales reģionā pieaugusi saslimstība ar kuņģa audzēju, 2013. g. pārsniedzot vidējo rādītāju valstī par 40%. Tāpat Latgales reģionā reģistrēta augstākā saslimstība ar resnās, sigmoidveida un taisnās zarnas ļaundabīgo audzēju. Vidzemes reģionā reģistrēta visaugstākā saslimstība ar aizkuņģa dziedzera ļaundabīgo audzēju. Rīgas reģionā reģistrēta augstākā saslimstība valstī ar krūts audzējiem sievietēm, pārsniedzot vidējo rādītāju valstī par 24%.

114. Visaugstākā mirstība no ārējiem nāves cēloņiem reģistrēta Latgales un Zemgales reģionos (2013.g. 109 un 107 gad. uz 100 000 iedz.), viszemākā – Kurzemes reģionā (2013.g. 68 gad. uz 100 000 iedz.). Gan valstī kopumā, gan reģionos ārējo cēloņu grupā visvairāk mirušo ir pašnāvību dēļ. Visaugstākā mirstība no pašnāvībām ir Latgales reģionā, 2013.g. pārsniedzot valsts vidējo rādītāju par 38%, vecuma grupā 0-64 gadi – pat par 51%. Otrs nozīmīgākais ārējais nāves cēlonis Latgales reģionā ir noslīkšana, nosmakšana, 2013.g. pārsniedzot vidējo rādītāju valstī par 80%. Trešais nozīmīgākais ārējais nāves cēlonis Latgales reģionā ir kritieni, pārsniedzot vidējo rādītāju valstī par 27%. Visās šo cēloņu grupās Latgales rādītājs ir visaugstākais valstī⁸⁴. Liela daļa šo nāves cēloņu ir saistīta ar pārmērīgu alkohola lietošanu. Latgale ir reģions, kur riskanto alkohola lietotāju īpatsvars ir visaugstākais (52%), attiecīgi Pierīgā un Zemgalē šis rādītājs ir daudz zemāks (32%) (vidēji Latvijā - 44%)⁸⁵.
115. Zemgales reģionā vairākus gadus pēc kārtas kā nozīmīgs ārējais nāves cēlonis ir nejauša saindēšanās un indīgu vielu iedarbe, sasniedzot augstāko rādītāju valstī (2013.g. 13 gad. uz 100 000 iedz., vidēji valstī 7,6 gad. uz 100 000 gad.).
116. Latvijā pirmreizēji reģistrētās saslimstības ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem rādītājs dinamikā ir svārstīgs, arī reģionos nav vērojama noteikta dinamika. Gan no jauna reģistrētais pacientu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, gan kopējais reģistrēto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem relatīvais skaits visaugstākais ir Latgales reģionā, kas, iespējams, saistīts arī ar speciālās aprūpes iestādēs deklarēto pacientu lielo skaitu⁸⁶.
117. Aptaujājot pašvaldības (atbildēja 62 no 118) par to „vājajām pusēm” atkarību profilakses, garīgās veselības veicināšanas, psihisko traucējumu un pašnāvību profilakses pasākumu realizācijā, visbiežāk minētas jomas speciālistu un cilvēkresursu trūkums, pēc tam finanšu līdzekļu trūkums un normatīvās bāzes nepilnības⁸⁷.
118. Plānojot veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus, tiks ņemta vērā līdzšinējā datu analīze attiecīgajā teritoriālajā sadalījumā un pētījumi par pašvaldību iesaisti un vajadzībām veselības veicināšanas pasākumos.
119. Lai detalizētāk izvērtētu rādītājus mērķa grupās, plānots veikt iedzīvotāju pētījumus, attiecīgi paplašinot pētāmās populācijas lielumu, lai varētu precīzāk vērtēt riska faktoru izplatību, mērķtiecīgāk plānot pasākumus un vērtēt to efektivitāti. Tāpat tiks izvērtēta iespēja sabiedrības dzīvesveida monitoringa pētījumus papildināt ar veselības aprūpes speciālistu viedokļu un ietekmes uz veselības veicināšanu analīzi.
120. Lai nodrošinātu veselības veicināšanas pasākumu ietekmi uz SAM 9.2.4.mērķa grupu, tiks analizēti dati pašvaldību griezumā atbilstoši 4.pielikumā noteiktajam sadalījumam. Kā arī sabiedrības veselības dati tiks analizēti reģionālā līmenī SPKC sagatavotajos ikgadējos reģionu veselības profilos.

⁸⁴ Latvijas reģionu veselības profils, SPKC 2014

⁸⁵ Pētījums „Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū 2011”, SPKC 2012

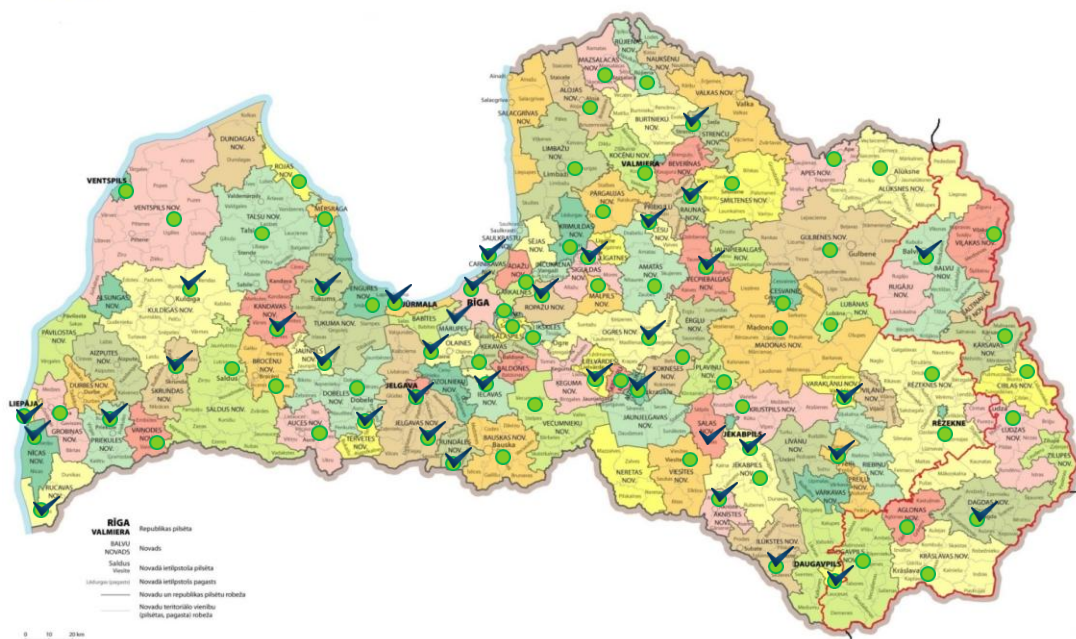
⁸⁶ Latvijas reģionu veselības profils, SPKC 2014

⁸⁷ Atkarību izraisīto vielu profilakse Latvijā 2013. gadā, SPKC tematiskais ziņojums/pētījums, 2014



**NACIONĀLAIS
VESELĪGO
PAŠVALDĪBU
TĪKLS**

- - Pašvaldība, kurā ir deleģēta kontaktpersona veselības veicināšanā
- ✓ - Pašvaldība ir Nacionālā veselīgo pašvaldību tīkla dalībniece



7.attēls. Nacionālo veselīgo pašvaldību tīkls

121. Kā jau iepriekš minēts, lai sekmīgāk realizētu veselības veicināšanas politiku pašvaldību līmenī, Latvijā ir izveidots Nacionālo veselīgo pašvaldību tīkls, kā arī pašvaldību deleģēto kontaktpersonu veselības veicināšanas jautājumos tīkls, kur šobrīd veiksmīgi darbojas virkne pašvaldību. Analizējot zemāk redzamo attēlu, var secināt, ka vietējo pašvaldību ieinteresētība iedzīvotāju veselības paradumu uzlabošanā ir ļoti atšķirīga, līdz ar to tiks izstrādāts mehānisms, lai pasākumi sasniegtu visas plānotās mērķa grupas, tai skaitā, paredzot motivējošus pasākumus pašvaldībām veselības veicināšanas projektu īstenošanai, tai skaitā motivēt tās darboties Nacionālajā veselīgo pašvaldību tīklā, kā arī deleģēt kontaktpersonu veselības veicināšanas jautājumos.
122. Ņemot vērā, ka SAM 9.2.4. ir vērsts uz veselības nevienlīdzību mazināšanu iedzīvotāju vidū, it īpaši sociāli un teritoriāli atstumtajās grupās, svarīgi ir veicināt pašvaldību iesaisti Nacionālajā veselīgo pašvaldību tīklā, kā arī to, lai pašvaldības deleģētu savus pārstāvjus veselības veicināšanas jautājumos ar ko Slimību profilakses un kontroles centrs varētu sadarboties. Augstāk redzamajā kartē atspoguļots šī brīža tīkla pārklājums, ko SAM 9.2.4.īstenošanas rezultātā ir svarīgi būtiski uzlabot un panākt, ka visas Latvijas pašvaldības īsteno pasākumus veselīga dzīvesveida uzlabošanai un nodrošina veselīgu vidi iedzīvotājiem, tādējādi mazinot veselības nevienlīdzības. Tāpat mērķauditorijas aptveres palielināšanai plānots projektu mērķa grupu iesaiste, izmantojot Nacionālo veselību veicinošo skolu tīklu.
123. Tāpat, lai risinātu problēmas, kas saistītas ar veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumu pieejamību mērķa grupām, SAM 9.2.4.atbalstāmajās darbības tiks iekļautas izmaksas, kas nodrošina pieejamību (piemēram, transporta izmaksas mērķa grupām, lai nokļūtu līdz pakalpojuma sniedzējam; pasākumu organizēšana iestādēs un administratīvi teritoriālajās vienībās, kur dzīvo, strādā vai mācas SAM 9.2.4.mērķa grupas).