

Psihiskās veselības un uzvedības traucējumu profilakses un kontroles pasākumi Latvijā

Investīciju pamatojums

2021. gada 24. maijs

Šis dokuments ir tulkots no angļu valodas, neskaidrību gadījumā skatīt dokumenta angļisko versiju.

Satura rādītājs

Kopsavilkums.....	3
1. Ievads.....	5
1.1. Psihiskā veselība un ilgtspējīga attīstība	5
1.2. Psihiskā veselība: investīciju pamatojums.....	6
2. Situācijas analīze.....	8
2.1. Psihiskās veselības traucējumu un atkarību izraisošu vielu lietošanas demogrāfija un epidemioloģija.....	8
2.2. Ar psihisko veselību saistīti sociālekonomiskie faktori un sekas.....	10
2.3. Psihiskās veselības un atkarību izraisošu vielu lietošanas sistēma	11
2.4. Psihiskās veselības aprūpes pakalpojumi un pakalpojumi atkarību izraisošu vielu lietotājiem 14	
3. Metodes	17
3.1. Investīciju pamatojuma pētījums.....	17
3.2. Psihisko saslimšanu radītais ekonomiskais slogs.....	18
3.4. Klīnisku un uz sabiedrību kopumā vērstu psihiskās veselības intervenču izmaksas un efekti 19	
3,5. Investīciju atdeves (ROI) analīze.....	23
4. Rezultāti.....	25
4.1. Ekonomiskais slogs	25
4.2. Intervenču kopuma paplašināšanas izmaksas.....	27
4.3. Intervenču kopuma paplašināšanas ietekme uz veselību	29
4.4. Intervenču kopuma paplašināšanas ekonomiskie ieguvumi.....	29
4,5. Investīciju atdeve (ROI)	30
5. Secinājumi un implikācijas par politikas nostādņem un praksi.....	32
5.1. Galvenie secinājumi.....	32
5.2. Implikācijas un ieteikumi politikas nostādņem un praksei.....	33
Atsauces	36

Kopsavilkums

Psihiskas, neiroloģiskas un ar atkarību izraisošu vielu lietošanu saistītas saslimšanas, ieskaitot depresiju, veģetatīvo distoniju, psihozi, epilepsiju, demenci un alkoholismu, Latvijai sagādā nopietnas grūtības ne tikai neizmērojamo cilvēcisko ciešanu un sabiedrības veselības sloga dēļ, ko tās rada vai veicina, bet arī tāpēc, ka tām ir nopietnas sociālekonomiskās sekas, piemēram, ietekme uz darbaspēka produktivitāti.

Šajā ziņojumā sniegts novērtējums par valstī esošo situāciju psihiskās veselības jomā, ieskaitot nozīmīgākos izaicinājumus un attīstības iespējas psihiskās veselības sistēmai, kā arī sniedzot ar ekonomiku saistītus pierādījumus slogam, kuru rada biežāk sastopamās psihiskās un ar atkarību izraisošu vielu lietošanu saistītās saslimšanas (psihoze, bipolārie traucējumi, depresija, veģetatīvā distonija un alkohola kaitīga lietošana), ko varētu novērst. Šo sešu slimību ārstēšanai, tika noteiktas intervences izmaksas, ieguvumi veselības un ekonomikas jomā, kā arī intervences pasākumi skolu vidē ar mērķi novērst depresiju un pašnāvību.

Galvenie secinājumi

- 2020. gadā psihiskās veselības traucējumi Latvijas ekonomikai izmaksāja aptuveni 327 miljonus eiro, kas pielīdzināms 1,28% no valsts iekšzemes kopprodukta (IKP). Pašreizējais izdevumu līmenis par psihiskās veselības aprūpes un šāda tipa slimību ārstēšanas pakalpojumiem veido tikai 12% no šīm sociālajām izmaksām. Lielāko ekonomisko slodzi rada zaudētā produktivitāte to cilvēku vidū, kuri sirgst ar izplatītām psihiskām slimībām, piemēram, depresiju un veģetatīvo distoniju, un saņem ļoti niecīgu vai vispār nekādu atbalstu. Šāds produktivitātes zudums liecina par nepieciešamību rīkoties daudznozaru līmenī un investēt psihiskās veselības aprūpē.
- Paredzams, ka pierādījumos balstītu efektīvu intervences pasākumu apjoma palielināšana psihiskās veselības traucējumu un ar uzvedības traucējumiem saistītu saslimšanu profilaksei un kontrolei, sākot no psiholoģiskas un/vai farmakoloģiskas ārstēšanas bieži sastopamām un smagām psihiskajām slimībām līdz pat depresijas/paškaitējuma un alkohola kaitīgas lietošanas novēršanai (izmantojot skolu vidē balstītas programmas un attiecīgus pieprasījuma mazināšanas pasākumus), laika periodā no 2021. gada līdz 2030. gadam izmaksās aptuveni 230 miljonus (jeb 120 eiro uz iedzīvotāju). Kopējās ikgadējās izmaksas tuvākajos gados paredzamas no 21 līdz 25 miljoniem eiro (jeb 11–13 eiro uz iedzīvotāju).
- Salīdzinot ar šo ieguldījumu, gūstamie rezultāti veselības un ekonomikas ziņā ir ievērojami. Ieviešot intervences mehānismu kopumu, šajā pat laika periodā varētu novērst vairāk nekā 4000 nāves gadījumus un iegūt papildu 84 000 veselīgos mūža gadus. Šo veselības ieguvumu ekonomiskā vērtība minētajā 2021.–2030. g. periodā ietver 865 miljonus eiro atgūtās produktivitātes rezultātā, kā arī 1372 miljonus eiro brīdī, kad tiek ņemta vērā veselības stāvokļa patiesā sociālā vērtība.
- Ieguldījumu atdeves apjoms ievērojami atšķiras, sākot no mazāk nekā 1 eiro uz katru ieguldīto eiro (piem., bipolāro traucējumu ārstēšanas gadījumā) līdz pat vairāk nekā 100 eiro (alkohola patēriņa kontroles pasākumi, kas vērsti uz visu iedzīvotāju kopumu) uz vienu ieguldīto eiro. Ieskaitot visus ieguvumus, investīciju atdeve ekonomiski vissmagāko saslimšanu – depresijas un veģetatīvās distonijas gadījumā, svārstās no 5 līdz 7 eiro uz vienu ieguldīto eiro.

- Tomēr jāatzīmē, ka, nosakot prioritātes, ekonomiskais vai finanšu faktors nav vienīgais vērā ņemamais arguments. Ir vēl daudz citu svarīgu kritēriju, kas jāapsver, pirms pieņemt lēmumu, kā un kur investēt psihiskās veselības jomā, tai skaitā: slimības smagums, ievainojamība, taisnīgums, cilvēktiesību aizsardzība.

Secinājumi un implikācijas par politikas nostādņēm un praksi

- Politikas nostādņu attīstība: Pētījuma rezultāti liecina, ka esošās politikas nostādnes un atvēlētie resursi optimāli neatspoguļo iedzīvotāju vajadzības vai sabiedrības veselības mērķus attiecībā uz psihisko veselību un atkarību izraisošu vielu lietošanu, piem., zema pakalpojumu pieejamība un šaurs pakalpojumu klāsts attiecībā uz biežāk sastopamajiem psihiskās veselības traucējumiem, paļaušanās uz institūcijās balstītu aprūpi smagāku psihisko saslimšanu gadījumā. Vienlaikus pievērsts relatīvi maz uzmanības psihiskās veselības veicināšanas un aizsardzības aktivitātēm. Šī iemesla dēļ svarīgi vairāk pievērsties šīm problēmām nākamajos sabiedrības veselības un valsts politikas dokumentos.
- Finansēšana: Pētījums par ieguldījumu atdevi sniedz aptuvenus kontekstualizētus aprēķinus par sagaidāmajām finansiālajām izmaksām saistībā ar pierādījumos balstītu efektīvu intervences pasākumu apjoma palielināšanu psihiskās veselības traucējumu un atkarību izraisošu vielu lietošanas profilaksei un kontrolei. Analīzē gan nav konkrēti norādīts, kurš segs šīs izmaksas un no kādiem avotiem. Attiecīgi ieteicams apsvērt resursu ieguves iespējas vai iespējas tos pārdalīt no jau izmantotiem avotiem, lai nodrošinātu atbilstošu pierādījumos balstītu efektīvu intervences pasākumu apjoma palielināšanu psihiskās veselības jomā kā daļu no valsts centieniem nodrošināt visaptverošu veselības aprūpi (VVA).
- Finanšu aizsardzība: Psihiskās veselības traucējumi un atkarību izraisošu vielu lietošana var radīt nabadzības risku sirgstošajām personām un māsājniecībām gan veselības aprūpes pakalpojumu tiešo izdevumu rezultātā (ieskaitot medikamentu iegādi), gan darba un ienākumu gūšanas iespēju neizmantošanas dēļ. Šī iemesla dēļ ieteicams aizsargāt sirgstošās personas un māsājniecības no finansiālām grūtībām, nodrošinot, ka psihiskās veselības aprūpe un ārstēšanas izmaksas tiek pietiekamā līmenī segtas no valsts veselības apdrošināšanas līdzekļiem vai uz kompensācijas sistēmu pamata.
- Darbaspēka plānošana, attīstība un apmācība: Jebkura pakalpojumu pārveide, piemēram, progresīva virzība uz sabiedrības sniegtu psihiskās veselības aprūpi, saistīta ar darbaspēka plānošanu, apmācībām un izvietojumu. Šī iemesla dēļ ieteicams veikt novērtējumu par prasēm un kompetencēm, kas nepieciešamas, lai nodrošinātu valsts politisko nostādņu un plānu īstenošanu attiecībā uz psihisko veselību un atkarību izraisošu vielu lietošanu, kā arī sniegt jaunas iespējas gūt zināšanas un prasmes psihosociālu intervences pasākumu un daudzdisciplīnu komandas darba nodrošināšanai.
- Sabiedrības sniegtas psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu attīstīšana: Par pamatu ņemot Rīgā jau spertos soļus, uz personu vairāk vērsta, ar sabiedrības iesaisti nodrošinātas aprūpes modeļa izstrādes un izvērtēšanas virzienā, ieteicams turpināt un paplašināt šo aprūpes modeli citās

iestādēs un reģionos, kā arī veidot jaunus agrīnās intervences programmu centrus, organizēt aprūpi mājās un veidot programmas turpmākai ārstēšanai pēc akūto pakalpojumu sniegšanas slimnīcā.

- Psihiskās veselības traucējumu un ar atkarību izraisošu vielu lietošanu saistītu saslimšanu profilakse: Kā liecina analīze, paplašinātu profilakses stratēģiju īstenošanai sabiedrībā, tai skaitā sociāli emocionālās mācīšanās programmām skolas vecuma bērniem un alkoholisko dzērienu ierobežošanas pasākumiem, ir liels potenciāls uzlabot iedzīvotāju veselību.

1. Ievads

1.1. Psihiskā veselība un ilgtspējīga attīstība

Psihiskā veselība ir neatņemama cilvēku veselības daļa, un tā nopietni ietekmē cilvēku spēju dzīvot piepildītu un produktīvu dzīvi. PVO lēš, ka psihiskās veselības traucējumi veido 30% no sloga uz visu pasauli kopumā, kuru rada slimības, kas nav nāvējošas, un 10% no kopējā slimību sloga, ieskaitot nāves un invaliditātes gadījumus. Psihiskās saslimšanas ievērojami bieži ir kā blakusslimības tādu, izmaksu ziņā dārgu, hronisku medicīnisku saslimšanu gadījumā kā vēzis, kardiovaskulārās slimības, diabēts, HIV un aptaukošanās.

Psihoze, depresija, demence, alkohola atkarība un citas psihiskas, neiroloģiskas un ar atkarību izraisošu vielu lietošanu saistītas saslimšanas ir neinfekcijas slimību apakšgrupa, kas kā kopums nopietni ietekmē sabiedrības veselību visos pasaules reģionos. Psihiskās saslimšanas rada ne tikai individuālas ciešanas, bet ietekmē arī ekonomiku valsts un globālajā līmenī. Tās rada arī finanšu slogu veselības aprūpes sistēmām un darbaspēka produktivitātes zudumu, jo personas, kas cieš no psihiskām saslimšanām, daudz biežāk pamet darba tirgu, kavē darbu (absentisms) vai strādā ar samazinātu produktivitāti (prezentisms). Tomēr, laikus nodrošinot efektīvu ārstēšanu, lielākā daļa personu ar psihiskām saslimšanām – īpaši tādām bieži sastopamām kā trauksme, depresija un alkoholisms – var atgūt veselību un spēju pilnīgi funkcionēt.

Politisko nostādņu stiprināšana un intereses par psihisko veselību palielināšana ir nozīmīgs mērķis sabiedrības veselības un ilgtspējīgas attīstības nodrošināšanā. Tas uzskatāmi parādīts arī Ilgtspējīgas attīstības programmā 2030. gadam, kur 3.4. mērķis ir līdz 2030. gadam par trešdaļu samazināt neinfekcijas slimību izraisītu priekšlaicīgu mirstību un veicināt psihisko veselību un labklājību. Nepieciešamība pievērsties psihisko veselības traucējumu radītajiem sociālajiem un ekonomiskajiem izaicinājumiem nesēn izcelta arī augstā līmeņa ANO Neinfekcijas slimību profilakses un kontroles ģenerālās asamblejas sanāsmē 2018. gadā. Arī PVO 13. vispārējā darba programma (2019–2023) un PVO Eiropas darba programma (2020–2025) spēcīgi uzsver reaģēšanu uz neinfekcijas slimību epidēmiju un psihiskās veselības veicināšanu.

1.2. Psihiskā veselība: investīciju pamatojums

Kā akcentēts PVO Psihiskās veselības rīcības plānā (2013–2020), valstīm pieejamas vairākas pierādījumos balstītas starpnozaru stratēģijas, kuras tās var izmantot, lai efektīvi veicinātu un aizsargātu psihisko veselību. Pēc Pasaules Veselības asamblejas 2019. gadā pieņemtā lēmuma pagarināt šī rīcības plāna darbības laiku līdz 2030. gadam, PVO sekretariātam lūgts sagatavot rentablu intervences pasākumu piedāvājumu psihiskās veselības jomā¹. Piedāvājums ir dalībvalstīm lietošanai pieejams saraksts ar intervences pasākumiem, par kuru rentabilitāti pieejama informācija, izvēloties savas valsts situācijai piemērotāko. Saraksts nav pilnīgs iespējamo pasākumu apkopojums – tas ir sākotnējais saraksts ar sabiedrības un individuālā līmenī īstenojamiem intervences pasākumiem, balstoties uz šobrīd pieejamiem pierādījumiem, kas kalpos par pamatu turpmākai pierādījumu bāzes attīstīšanai un paplašināšanai.

Pamatojoties uz šiem ekonomiskajiem rādītājiem un neinfekcijas slimību investīciju pamatojumu, PVO un ANO Attīstības programma ir izveidojusi metodoloģiju un vadlīnijas valsts psihiskās veselības investīciju pamatojumu izstrādei, lai palīdzētu dalībvalstīm saprast psihisko saslimšanu radītās un novēršamās ekonomiskās sekas. Psihiskās veselības investīciju pamatojums nosaka psihiskās veselības traucējumu izmaksas attiecībā pret veselības aprūpes sektoru un ekonomiku kopumā, kā arī attiecībā pret ieguvumiem, kādus sniedz plašāka rīcība. Metodoloģijā ietverta investīciju atdeves (ROI) analīze, kas salīdzina psihiskās veselības traucējumu izmaksas ar paredzamo atdevi veselības un ekonomiskajos rādītājos, kāda būtu rentablu pasākumu kopuma (gan paplašinātas ārstēšanās iespējas psihisko saslimšanu gadījumā, gan sabiedrībā īstenotas profilakses programmas) ieviešanas gadījumā noteikta investīciju perioda laikā (piemēram, pieci vai desmit gadi). Psihiskās veselības investīciju pamatojuma metodoloģijā iekļauta arī situācijas un institucionālā konteksta analīze, lai informētu par psihiskās veselības pakalpojumu un sistēmas stiprināšanas iespējām.

Procesā esošo veselības sistēmas reformēšanas centienu un jaunu Sabiedrības veselības nostādņu 2021.–2027. gadam izstrādes kontekstā Latvijas valdība lūgusi PVO Eiropas Reģionālā biroja tehnisko palīdzību izstrādāt valsts investīciju pamatojumu psihiskās veselības jomā. Šis investīciju pamatojums ietver tikai lielāko slogu radošos psihiskās veselības traucējumus, pievēršoties gan tādiem bieži sastopamiem psihiskās veselības traucējumiem kā depresija un veģetatīvā distonija, gan tādām nopietnākām psihiskajām slimībām kā šizofrēnija un bipolārie traucējumi. Līdzās depresijas, trauksmes un pašnāvību novēršanai skolas vecuma bērnu vidū ar vispārēju intervenci un indikatīvu skolas vidē balstītu sociāli emocionālu mācību programmu palīdzību tika apskatītas arī pierādījumos balstītas klīniskās intervences šo traucējumu ārstēšanai. Papildus tam investīciju pamatojumā iekļauta informācija arī par kaitīgu alkohola daudzuma patēriņu, kas ir ļoti nozīmīgs un bieži sastopams slimību un ievainojumu riska faktors Latvijā, kā intervences iespējas apsverot gan individuālus padomdošanas pakalpojumus ilgstošajiem alkoholiķiem, gan uz sabiedrību kopumā vērstus rīcības mērus ar mērķi samazināt pieprasījumu pēc alkohola (palielināti akcīzes nodokļi un alkohola, kā arī alkoholisko dzērienu reklāmas pieejamības ierobežošana). Šajā pētījumā netika iekļauti citi ar atkarību izraisītu vielu lietošanu saistīti traucējumi, kā arī tādas neiroloģiskas saslimšanas kā epilepsija, migrēna un demence.

Ziņojums sastāv no piecām nodaļām, pirmajai esot ievadam. 2. nodaļā izklāstīta situācija psihiskās veselības jomā Latvijā un valdības jau īstenotie, kā arī plānotie atbildes pasākumi psihiskās veselības izaicinājuma kontekstā. 3. nodaļā aprakstītas ekonomiskajā analizē izmantotās metodes un rīki. 4. nodaļā sniegts rezultātu pārskats, tai skaitā kopējās izmaksas un sagaidāmie veselības un ekonomiskie ieguvumi (piemēram, iegūtie veselīgie mūža gadi, novērstie nāves gadījumi un produktivitātes ieguvumi), kādi rastos, ieviešot klīnisku un uz sabiedrību kopumā vērstu psihiskās veselības profilakses intervenču kopumu. 5. nodaļā izklāstīti secinājumi, kādi radušies pēc situācijas izpēti, un sniegti piedāvājumi Latvijas valdībai par ieviešamajām politikas nostādnēm ar mērķi stiprināt un paplašināt rentablu preventīvo un klīnisko intervenču kopumu psihiskās veselības un uzvedības traucējumu saslīmšanu jomā.

2. Situācijas analīze

2.1. Psihiskās veselības traucējumu un atkarību izraisošu vielu lietošanas demogrāfija un epidemioloģija

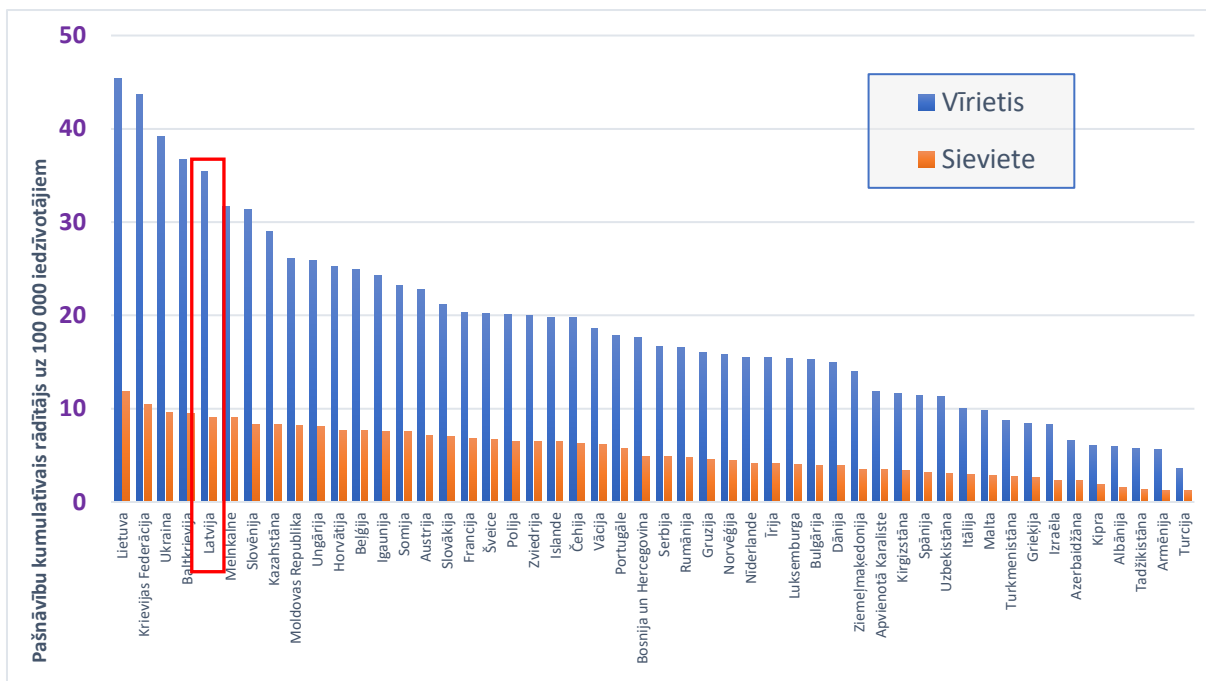
2019. gada sākumā kopējais Latvijas iedzīvotāju skaits bija 1,92 miljoni, no kuriem 22,8% bija pēcdarbspējas vecumā². 2019. gadā Latvijā paredzamais mūža ilgums no dzimšanas brīža ir 70,8 gadi vīriešiem un 79,9 gadi sievietēm³.

Pamatojoties uz 2011. gadā veikto iedzīvotāju aptauju, kurā izmantota Pacientu veselības aptauja-9, aprēķinātā depresijas izplatība vispārējā populācijā Latvijā bija 6,7%⁴. Tā kā iedzīvotāju skaits tajā brīdī bija nedaudz virs diviem miljoniem, secināms, ka 2011. gadā Latvijā bija aptuveni 139 000 depresijas slimnieku. Vienlaikus ziņojums par psihiskās veselības stāvokli valstī, kas publicēts tajā pašā gadā, liecina, ka ar valsts psihiskās veselības aprūpes sniedzējiem sazinājušies mazāk nekā 5000 depresijas slimnieku un 562⁵ slimnieki ar bipolāriem traucējumiem.

Pēdējos gados kopumā trūkst ziņojumu par psihisko traucējumu epidemioloģiju un situāciju psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu jomā. Pēdējais šāda veida ziņojums publicēts 2017. gadā par 2016. gadu. 2016. gadā to depresijas slimnieku skaits, kas sazinājās ar valsts psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, palielinājās līdz 7278 un bipolāro traucējumu gadījumā sasniedza 687. Neskatoties uz to, ārstēto pacientu skaits ir ļoti neliels. Dažu pacientu ārstēšana notiek ārpus valsts veselības aprūpes sistēmas, taču lielā skaitliskā atšķirība starp ārstēšanu saņemošajiem un nesaņemošajiem ir skaidri redzama.

Depresija ir galvenais pašnāvību iemesls. Pašnāvību skaits Latvijā joprojām ir liels, arī salīdzinot ar ES un citām valstīm (skat. [1. diagrammu](#)). Tik augstam pašnāvību līmenim par iemeslu ir nepietiekama ārstēšanās iespēju pieejamība, stigmatizācija, tradīcijas ārstēšanu sniegt slimnīcā, bailes no iespējamajiem ierobežojumiem, piem., aizlieguma iegūt autovadītāja apliecību, izmantot šaujamo ierociņus u.tml.

1. diagramma. Pašnāvību kumulatīvais rādītājs uz 100 000 iedzīvotājiem (2019. g.)



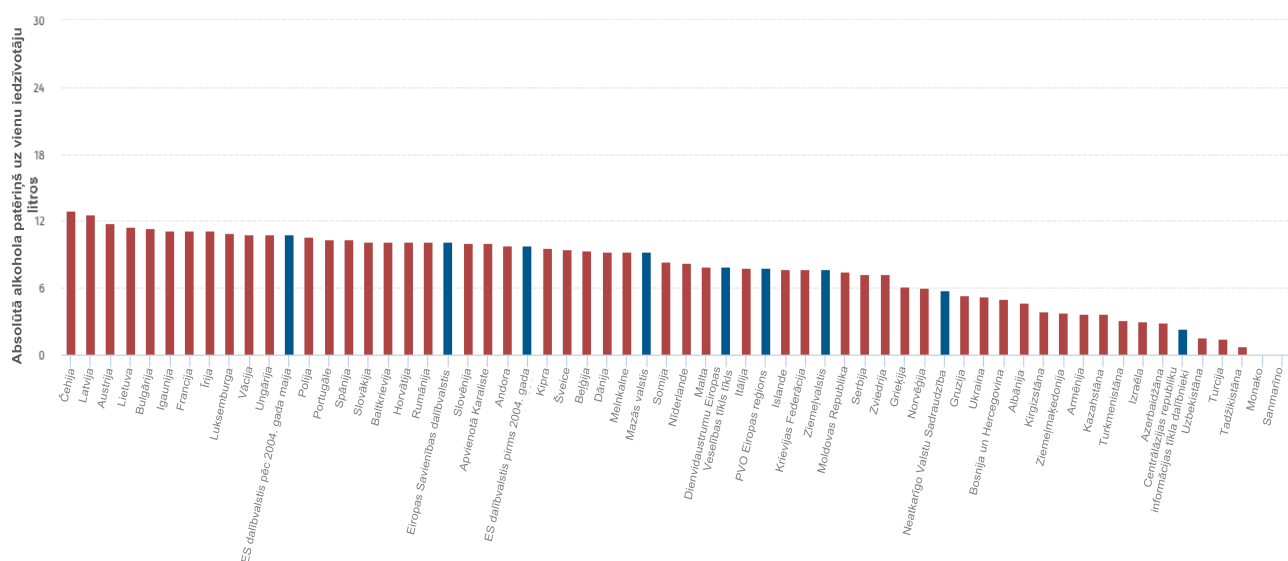
Avots: WHO Global Health Estimates, 2019

2016. gadā Latvijā pašnāvību izdarīja 364 cilvēki, no kuriem 78,8% bija vīrieši. Pašnāvību un paša izraisītu miesas bojājumu rādītājs uz 100 000 iedzīvotājiem bija 18,6 (18,2 uz 100 000 iedzīvotājiem 2017. gadā). Ļoti ticams, ka tik ievērojamai atšķirībai dzimumu ziņā par iemeslu ir stigmatizācija, nepietiekama ārstēšanas pieejamība un alkohola patēriņš. Alkohola patēriņa rādītāji Latvijā un citās Eiropas valstīs redzami zemāk, 2. diagrammā. 2017. gadā to pacientu skaits, kas valsts veselības aprūpes sistēmā saņēmuši ārstēšanu no atkarību izraisošu vielu lietošanas, bija 10 576⁶.

2017. gadā šizofrēnijas gadījumu (SSK 10 F20–F29) izplatība bija 1021 uz 100 000 iedzīvotāju⁷. Šis rādītājs precīzāk atbilst reālajai slimības izplatībai sabiedrībā, jo šizofrēnijas pacienti ir daudz vairāk atkarīgi no valsts veselības aprūpes sistēmas (medikamenti, invaliditātes pensijas, bezmaksas ārstēšana) sociālo grūtību un zemo ienākumu dēļ.

Latvijā 10 izplatītāko nāves un invaliditātes iemeslu sarakstā 8. vietu ieņem depresīvie traucējumi, 9. vietā ir Alcheimera slimība un 10. vietā alkoholisms.⁸

2. diagramma. Absolūtā alkohola patēriņš, litri uz iedzīvotāju, vecums 15+ (2018. g.)



Avots: PVO Eiropas datubāze «European Health for All»

2.2 Ar psihisko veselību saistīti sociālekonomiskie faktori un sekas

Latvijā, līdzīgi kā citās valstīs, attiecība starp sociālajiem un ekonomiskajiem faktoriem, nevienlīdzība un iespēja būt veselīgam ir faktori, kas tieši saistīti ar psihisko veselību. Svarīgākie riska faktori ir: zems pamatienākumu līmenis, nodarbinātības nodrošinājums, dzīvesvietas apstākļi, nevienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei, alkohola pieejamība, tiranizēšana jeb ņirgāšanās skolās. Džini koeficients – ienākumu nevienlīdzības rādītājs – Latvijā ir ievērojami augstāks nekā lielākajā daļā pārējo OECD valstu.

Sabiedrības aptaujā par veselības paradumiem Latvijas pieaugušo iedzīvotāju vidū 2018. gadā⁹ 32% no aptaujātajiem norādīja, ka viņu ikmēneša ienākumi uz vienu ģimenes locekli ir zemi. Šajā aptaujā 4,5% no aptaujātajiem pēdējo 12 mēnešu laikā bija saņēmuši ārstēšanu no depresijas vai viņiem diagnosticēta šī saslimšana. 30,2% pēdējā gada laikā jutušies depresīvi. Valdības tēriņi veselības jomā procentos no IKP ir ļoti zemi – 3,4% (2017. gadā)¹⁰. Budžeta izdevumi par veselības aprūpi procentos no kopējām veselības aprūpes izmaksām ir tikai 54,6% (2017. gadā), kas nozīmē lielus pacientu tiešos maksājumus, kuri sedz atlikušo daļu no kopējām veselības aprūpes izmaksām, t.i., 41,8%.

Budžeta izdevumi par veselības aprūpi procentos no kopējiem valdības izdevumiem 2016. gadā bija 9,2%, kas liecina, ka veselības aprūpe valdības dienaskārtībā nav bijusi prioritāte. 2019. gadā jaunu psihisko saslimšanu un uzvedības traucējumu izraisītas invaliditātes gadījumu skaits bija 1190. Kopējais personu skaits, kuriem atzīta invaliditāte, bija 196 159, ieskaitot 27 129 ar psihisko traucējumu izraisītu invaliditāti (2019. gadā)¹¹. Invaliditātes pensiju apmērs ir ļoti zems – vidējais izmaksāto pensiju apmērs (eiro) 2019. gadā bija 176,72 eiro. Pacienti ar psihiskās veselības traucējumiem, lielākoties šizofrēniju, parasti ir bez darba vai darba pieredzes, turklāt pensiju apmērs ir vēl zemāks, kā rezultātā pacients ir atkarīgs no radniekiem un ar ļoti mazu iespēju saņemt ārstēšanu privātā veselības aprūpes iestādē.

Skolā piedzīvota ņirgāšanās arī ir nopietns pamats aizdomām par psihiskās veselības problēmām nākotnē. Saskaņā ar Latvijas skolēnu veselības paradumu aptauju 21,3% no 11 līdz 15 gadus veciem bērniem 2018. gadā bija kļuvuši par ņirgāšanās upuriem skolā.¹²

2.3 Psihiskās veselības un atkarību izraisošu vielu lietošanas sistēma

Pārvaldība

Galvenais ar veselības aprūpi saistīto politisko nostādņu dokuments Latvijā ir Sabiedrības veselības pamatnostādnes. Šobrīd Veselības ministrija strādā pie Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2021.–2027. gadam. Šī politikas nostādņu dokumenta mērķis ir palielināt prognozējamo veselīgo mūža gadu skaitu, izvairīties no priekšlaicīgas nāves gadījumiem un pievērsties pastāvošajai nevienlīdzībai veselības aprūpes pieejamības jautājumā. Psihiskā veselība un psihoemocionālā labklājība, atkarību novēršana ir ārkārtīgi svarīgi sabiedrības veselības pamatnostādņu aspekti. Šajā stratēģijā iekļautās psihiskās veselības profilakses aktivitātes ietver sabiedrības izglītošanu, izpratnes veidošanu, kampaņu, kas vērsta pret saslimušo stigmatizāciju, kā arī pret tiranizēšanu un ņirgāšanos vērsta darbības. Personu, kuras cieš no psihiskajām saslimšanām un atkarību izraisošu vielu lietošanas, ārstēšanu šajā jaunajā politiskajā stratēģijā paredzēts nodrošināt ar daudzdisciplīnu komandas darbu, intervencēm mājās apstākļos, vecāka gadagājuma cilvēku psihisko saslimšanu (psihogeriatriskās slimības) ārstēšanas pakalpojumu izveidi un ciešāku sadarbību ar ģimenes ārstiem.

Attiecībā uz atkarību novēršanu stratēģija paredz iedzīvotāju izpratnes veicināšanu un specifiskas intervences/aktivitātes mērķa grupām, izglītības programmu stiprināšanu, ārstēšanas programmu pieejamības palielināšanu, tabakas, alkohola un citu atkarību izraisošu vielu pieejamības samazināšanu, kā arī sabiedrības aptaujas. Papildus tam 2020. gada jūlijā Latvijas valdība pieņēmusi Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plānu 2020.–2022. gadam.¹³ Šī plāna mērķis ir samazināt alkohola lietošanas radīto kaitējumu sabiedrības veselībai, samazinot alkoholisko dzērienu lietošanas izplatību un sekas, vienlaikus uzlabojot alkoholisma ārstēšanas terapiju un rehabilitācijas pakalpojumus. Noteikti pieci rīcības virzieni: (1) samazināt pieprasījumu pēc alkoholiskajiem dzērieniem, kā arī riskantu un pārmērīgu alkohola patēriņu; (2) ierobežot un kontrolēt alkoholisko dzērienu piedāvājumu; (3) ierobežot alkohola mārketingu un cenu politiku; (4) veikt alkohola lietošanas un tās radīto seku monitoringu un pētīšanu; (5) nodrošināt terapijas un rehabilitācijas pakalpojumus no alkohola atkarīgajām personām.

Atbilstoši starptautiskajiem standartiem un labajai praksei, nākotnes plānu svarīgākie aspekti, kas izklāstīti vadlīniju dokumenta projektā par sabiedrības veselības politiku¹⁴ un ieviešanas stratēģiju, ir:

1. septiņu jaunu ambulatoro centru izveide¹⁵ (līdzīgi diviem Rīgā esošajiem) visā Latvijā;
2. pēc iespējas lielāka citu speciālistu iesaiste ārstēšanā (psihoterapija (KBT), mūzika, vizuālā māksla, drāma, kustību terapija, darba terapija, fizioterapija, uztura speciālists, konsultācijas pie sociālā darbinieka);
3. vairāk uzmanības pievērst psihiskās veselības veicināšanas un saslimšanu profilakses darbam (stigmatizācija, diskriminācija, simptomu atpazīšana u.tml.).

Pasaules Bankas grupa sadarbībā ar «Sanigest International» sagatavojusi ziņojumu «Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016–2025», kurā iekļauts ierosinājums par psihiskās veselības aprūpes līmeņiem un šādas rekomendācijas psihiatrisko pakalpojumu attīstībai¹⁶:

- Popularizēt lietotāju un aprūpētāju aktīvu iesaisti pakalpojumu sniegšanā, plānošanā un reorganizācijā;
- Attīstīt infrastruktūru un tādas integrētas programmas, kas ietver pakalpojumu koordināciju, atbalsta vai mobilizē psihiskās veselības aprūpes grupas, E-Veselību, pašpalīdzību un lietotāju un aprūpētāju grupas;
- Attīstīt strukturētu sadarbību psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu, sociālo pakalpojumu un nodarbinātības pakalpojumu sniedzēju starpā;
- Attīstīt efektīvus mehānismus iedzīvotāju skaitam atbilstošas psihiskās veselības aprūpes finansēšanai, ieskaitot sabiedrības sniegtas aprūpes stimulēšanu.
- Iekļaut aprūpes pārvaldības programmas, lai koordinētu aprūpes sniegšanu visā pakalpojumu līmeņu spektrā, kam nepieciešams vismaz kopīgu klīnisko protokolu kopums un spēja sniegt kopīgu klīnisko pakalpojumu informāciju.

Paredzētais pakalpojumu klāsts un nepieciešamo funkcionālo kompetenču uzskaitījums, kas vajadzīgs dažādos psihiskās veselības aprūpes sistēmas līmeņos, apkopots 1. tabulā.

Psihiskās veselības aprūpi regulējošie tiesību akti veido daļu no vispārējiem veselības aprūpi regulējošajiem tiesību aktiem un ietver cilvēktiesību aspektus, juridiskos aspektus, kā arī norīkošanu uz piespiedu ārstēšanos. Latvija ratificēja Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvenciju pret spīdzināšanu un citiem nežēlīgas, necilvēcīgas vai pazemojošas izturēšanās vai sodīšanas veidiem 1992. gadā. Psihiatriskajās slimnīcās piespiedu ārstēšana tiek regulēta ar atsevišķām juridiskajām procedūrām. Neskatoties uz to, piemēram, 2019. gadā Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrā tika ievietoti 5734 pacienti, bet tikai 59 no tiem bija tiesas piespriedu piespiedu ārstēšana. Tas rada jautājumus par iespējamu «slēptu» brīvprātīgo ārstēšanos, kad pacients piekrīt hospitalizācijai bez skaidras izpratnes par notiekošo. Turklāt arī Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) regulāri pievērš uzmanību tādām problēmām psihiatriskajās slimnīcās kā mehāniskiem kustību ierobežojumiem, kas īstenoti telpās, kur uzturas vairāki pacienti (piem., citiem pacientiem skaidri redzamā vietā), ar ķīmiskām vielām panāktu kustību ierobežošanu (piem., spēcīgu nomierinošu līdzekļu ievadīšana organismā piespiedu kārtā), kas nav norādīta kā kustību ierobežošana; pacientiem, kas pakļauti mehāniskiem kustību ierobežojumiem, bieži netika piešķirta kvalificēta darbinieka pastāvīga, tieša un personīga uzraudzība u.tml.¹⁷

1. tabula. Psihiskās aprūpes pakalpojumu līmeņi, aktivitāšu nodrošinājums un ar to saistītās personāla vajadzības

Psihiskās veselības aprūpes līmenis	Pakalpojumu aptvere	Personāla sastāvs
1. Primārā un sabiedrības sniegtā aprūpe	<ul style="list-style-type: none"> • Pilns primārās aprūpes pakalpojumu klāsts • Profilakses programmas • Diagnostika un ārstēšana • Atbalsts veselības aprūpes centriem, kas apkalpo pacientus bez pieraksta • Integrēti aprūpes plāni • Nosūtījumi pie speciālistiem • Mājas vizītes 	Primārās veselības aprūpes komandas veido ārsti un medicīnas māsas, ar kuriem kopā komandā vajadzētu būt arī psihietriem, paliatīvās aprūpes un darba terapijas speciālistiem.
2. Ambulatoro pacientu aprūpes speciālisti	Pacientu ievietošana profilakse un ārstēšana	Specializētajām klīnikām nepieciešami kvalificēti psihiskās veselības aprūpes speciālisti.
3. Akūtā psihiatriskā aprūpe vispārējās veselības aprūpes slimnīcās	<ul style="list-style-type: none"> • Krīzes un ārkārtas aprūpe • Pacientu stāvokļa stabilizēšana • Stacionārā aprūpe • Izrakstīšanas plānošana pārejai uz ārstēšanu sabiedrības vidū vai ilgstošo veselības aprūpi 	Augsti darbinieku skaita pret pacientu skaitu rādītāji ar specializētajām klīnikām raksturīgo programmu liecina par vajadzību pēc psihiskās veselības aprūpes klīnicistiem
4. Ilgstoša aprūpe psihiatriskajās iestādēs	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientu nosūtīšana ārstēšanai • Aprūpes plāni • Ārstēšana • Izrakstīšanas plānošana pārejai uz ārstēšanu sabiedrības vidū 	24 stundu aprūpe rada nepieciešamību darbinieku komandā iekļaut psihiskās veselības aprūpes klīnicistus, sertificētas medicīnas māsas, sanitārus un sociālos darbiniekus, no kuriem visi apguvuši prasmes darbam ar psihiskās veselības traucējumu pacientiem

Finansēšana

Veselības aprūpes sistēmu Latvijā finansē galvenokārt no nodokļiem. Psihiskās veselības pakalpojumu sniedzēji (ambulatorās klīnikas, slimnīcas, psihiatri) finansējumu saņem uz līguma pamata ar Nacionālo veselības dienestu. Ģimenes ārstu darbs tiek apmaksāts no kapitācijas naudas, maksas par pakalpojumiem un fiksētiem maksājumiem. Psihiatriskajām slimnīcām un ambulatorajām ārstēšanas iestādēm samaksa tiek veikta par katru pacientu atsevišķi. 80% no psihiskās veselības aprūpes finansējuma tiek izmaksāti slimnīcām.

Darbspēks

Latvijā psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu jomā strādā 1600 speciālisti, kas atbilst aptuveni 80 speciālistiem uz 100 000 iedzīvotāju¹⁸. Uz 100 000 iedzīvotāju ir 10 psihiatri un 23 medmāsas. Relatīvi mazais medmāsu skaits rada izaicinājumu turpmākajiem centieniem attīstīt daudznazaru darbu. Īpaši problemātisks ir bērnu psihiatru pieejamības jautājums. Kopējais bērnu psihiatru skaits ir 13, ieskaitot arī tos, kuri strādā ārpus valdības finansētās sistēmas. Rezultātā gaidīšanas laiks līdz bērnu psihiatra apmeklējumam ir ilgs – aptuveni 12–18 mēneši. Pēdējos gados studēt bērnu psihiatriju izvēlas vairāk medicīnas studentu, kas ļauj cerēt uz labāku ārstēšanas pieejamību nākotnē. Arī psihologu, mākslas, mūzikas, kustību, darba terapijas un cita veida speciālistu skaits ir ļoti zems.

Psihiskās veselības aprūpes speciālisti, īpaši psihiatri, lielākoties strādā psihiatriskajās slimnīcās un saskaras ar grūtībām veikt jaunus pienākumus sabiedrības sniegtu aprūpes pakalpojumu ietvaros. Visas profesionālās organizācijas piedāvā izglītības iespējas psihiskās veselības aprūpes profesionāļiem. Licences turēšanai speciālistiem jāiegūst izglītības punkti (piem., psihiatriem jāiegūst 250 izglītības punkti piecu gadu laikā).

Informācijas sistēmas un uzraudzība

Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs apkopo un analizē informāciju, kā arī sniedz ziņojumus par dažādām psihiskās veselības aprūpes sistēmas šķautnēm. Šī informācija tiek izmantota kā pamats politisko nostādņu sagatavošanas un īstenošanas uzraudzības procesā. Līdzīgi kā citās valstīs, galvenās problēmas psihiskās veselības aprūpes uzraudzības procesā saistītas ar kvalitātes un rezultātu indikatoru trūkumu. Slimību profilakses un kontroles centrs sniedz datus starptautiskām organizācijām, tostarp ES, PVO un OECD. Latvija cenšas spert soļus kvalitātes novērtēšanas virzienā. Analizēti un publicēti dati par atkārtotu ārstēšanos un šizofrēnijas un bipolāro traucējumu slimnieku pārmērīgās mirstības rādītājiem¹⁹.

2.4. Psihiskās veselības aprūpes pakalpojumi un pakalpojumi atkarību izraisīšu vielu lietotājiem

Lielais vairums (tuvu 80%) reģistrēto pacientu, kuru ārstēšana finansēta no valsts budžeta (tie, kuriem diagnosticēta SSK 10 pamatdiagnoze F00-F99), saņem sekundārās aprūpes pakalpojumus; tikai piektdaļa (22%) saņēma primāro aprūpi (pie ģimenes ārstiem). Pacienti ar vieglākām saslimšanām daudz biežāk ārstējas pie ģimenes ārstiem, iekšķīgo slimību speciālistiem un neirologiem. To lielā mērā nosaka izvēle, nevis nepieciešamība, jo vēl arvien pastāv uz psihiatrisko aprūpi attiecināma stigmatizācija.

Stacionārā aprūpe

Padomdošanas nodaļās tiek nodrošināta psihiatriskā padomdošana, kurā ietilpst psihiatra konsultācijas ar atbalstu no medmāsas puses un medikamentu izrakstīšana. Kopš 2020. gada atkarībā no attiecīgo speciālistu pieejamības pacienti var apmeklēt arī individuālās psihoterapijas sesijas (KBT), uztura speciālistu konsultācijas, saņemt mākslas terapeita palīdzību (vizuālā māksla, mūzika, drāma, kustību terapija). Ambulatorā psihiatriskā ārstēšana tiek sniegta dažādās iestādēs:

- privātajās psihiatrijas praksēs, no kurām dažas noslēgušas līgumu ar NVD (psihiatri, medmāsa, 15–30 minūtes reizi 1 līdz 3 mēnešos, recepšu medikamentu izrakstīšana; papildus tam, ja pieejama, psihoterapija (KBT)); dažās no tām ir papildu psihologs, kurš ir komandas loceklis ambulatoro pacientu aprūpes nodrošināšanai komandā, kuru vada psihiatrs;
- trīs psiholoģiskās palīdzības centri Rīgā (ieskaitot dienas stacionāra pakalpojumus),²⁰ ieskaitot Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas ambulatoro pacientu aprūpes nodaļu;
- sešas ambulatoro pacientu aprūpes nodaļas psihiatrijas un vispārējās ārstniecības slimnīcās Rīgā, Jelgavā, Liepājā, Strenčos, Cēsīs un Daugavpilī;
- psihiatra konsultāciju kabineti pašvaldību primārās aprūpes centros, kuriem noslēgts līgums ar NVD (psihiatri, medmāsa, 15–30 min reizi 1 līdz 3 mēnešos, medikamentu recepšu izrakstīšana, atsevišķos gadījumos pieejama psihoterapija (KBT)).

Kopējais reģistrēto psihiatriskās ārstēšanas gadījumu skaits no valsts budžeta finansētajā sistēmā, kad saņemta ambulatorā aprūpe 2017. gadā (snieguši psihiatri, ģimenes ārsti un citi speciālisti), bija 144 475, un veikti 508 709 apmeklējumi (84 882 bērni un 423 872 pieaugušie)²¹. Kopējās izmaksas par ambulatoro pacientu aprūpi bija 7 750 250 eiro, kas nozīmē, ka vidējās izmaksas par vienu apmeklējumu bija 15,24 eiro un viena saslimšanas gadījuma ārstēšanas izmaksas bija 53,64 eiro.

Kopējais ambulatoro pacientu apmeklējumu skaits psihiatrisko ārstēšanas pakalpojumu saņemšanai (tikai pie valsts apmaksātiem psihiatriem) 2018. gadā bija 235 147. Kopējais pacientu skaits, kuri saņēma ambulatoro psihiatrisko apmeklējumu pakalpojumus, bija 55 537, un šie apmeklējumi nodrošināti 55 dažādās aprūpes iestādēs. Aplūkojot ar atkarībām saistītos pakalpojumus, 2018. gadā 8095 pacienti devās kopumā 37 466 apmeklējumos pie viena no 43 ar atkarību sirgstošo ambulatoro pacientu aprūpes speciālistiem (narkologiem), un viena apmeklējuma cena bija 12,32 eiro.

Dienas stacionārs

Par dienas stacionāriem uzskatāmas dienas stacionāra pakalpojumu sniegšanas vietas (bez gultām) psihiatriskajās slimnīcās (2018. gadā piecas šādas) un divi dienas ambulatorās aprūpes centri Rīgā. Ārstēšana dienas ambulatorās aprūpes centros parasti ilgst ne vairāk kā mēnesi. Ja nepieciešams, ārstēšanas process var notikt ilgāk vai arī pacientam tiek ieteikts ārstēties slimnīcā. Veiksmīgākas ārstēšanas nodrošināšanai psihiatru vadītajos dienas centros tiek lietota daudzdisciplīnu komandas metode (psihoterapija (KBT), mūzikas, vizuālās mākslas, drāmas terapija, kustību terapija, darba terapija, psihoterapija, uztura speciālista konsultācijas, sociālā darbinieka konsultācijas). Par ārstēšanās dienām slimnīcā nav jāmaksā. Lai pieteiktos valsts apmaksātai ārstēšana dienas aprūpes centrā, nepieciešams nosūtījums no psihiatra vai ģimenes ārsta.

2018. gadā kopējais pacientu skaits, kuri saņēma ārstēšanu dienas ambulatorās psihiatriskās aprūpes centros, bija 2357, un viņi kopumā izmantoja 70 266 ārstēšanas sesijas jeb intervences (psihiatra konsultācijas, psihoterapija (KBT), mūzikas, vizuālās mākslas, drāmas terapija, kustību terapija, darba terapija, psihoterapija, uztura speciālista konsultācijas, sociālā darbinieka konsultācijas).²² Vienas dienas maksa par saņemto ārstēšanu jeb intervenci bija 17,16 eiro. Vēl 305 pacienti saņēma ārstēšanu no atkarībām dienas ambulatorās aprūpes centros stacionāri, kas galvenokārt bija 12 soļu programmas (Minesotas programma) īstenošana (izmaksas dienā: 13,84 eiro).

Stacionārā aprūpe

Ievietošana slimnīcā notiek, pamatojoties uz psihiatra vai ģimenes ārsta nosūtījumu vai pēc ārkārtas medicīniskās aprūpes sniedzēja lēmuma. Stacionāro ārstēšanu nodrošina septiņas specializētās psihiatrijas slimnīcas vai nodaļas (atrodas Rīgā, Jelgavā, Daugavpilī, Strenčos, Liepājā (Jelgavas slimnīcas struktūrvienība), Aknīstē (Daugavpils slimnīcas struktūrvienība), Ainažos) un 35 vispārējās ārstniecības slimnīcas. Daļa šo psihiatrisko slimnīcu nodaļu nodrošina ārstēšanu akūtajiem pacientiem, bet citas tiek izmantotas ilgstošai ārstēšanai un rehabilitācijai. Specializētas apsargātas slimnīcu nodaļas Rīgā uzņem pacientus, kuriem ārstēšanu obligātā kārtā piespriedusi tiesa. Psihiatriskā stacionārā ārstēšana bērniem tiek nodrošināta bērnu psihiatriskajā slimnīcā Ainažos, Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas psihiatrijas nodaļā Rīgā, kā arī bērnu nodaļā pieaugušo psihiatrijas slimnīcās Jelgavā, Daugavpilī un Liepājā. Ilgstošu psihiatrisko pakalpojumu sniegšanu klasificē kā sociālo aprūpi, par kuru atbildību uzņemas Veselības ministrija (VM).

Dati par stacionāro ārstēšanu slimnīcās redzami zemāk ievietotajā tabulā. Kopējie izdevumi 2018. gadā par ārstēšanu slimnīcā (SSK 10 F00-F99) bija 31 867 878 eiro, kas atbilst 45 eiro dienā par vienu pacientu stacionārā.

2. tabula. Slimnīcās esošo pacientu ar psihiskajiem un uzvedības traucējumiem skaits

Gads	Izrakstīto pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais uzturēšanās ilgums	Pacientu skaits, kuri turpina ārstēšanos ilgāk nekā 12 mēnešus
2010. gads	16 767	876 843	52	524
2011. gads	19 758	946 037	48	479
2012. gads	19 150	848 756	44	477
2013. gads	19 152	854 575	45	435
2014. gads	19 328	741 151	38	482
2015. gads	18 543	824 131	44	455
2016. gads	18 801	853 376	45	446
2017. gads	18 513	770 315	42	432
2018. gads	18 520	769 246	42	419
2019. gads	17 675	769 581	44	384

Kopā F00-F09; F20-F98, neiekļaujot F63.0 (Psihiskie un uzvedības traucējumi); Datu avots:

https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health_Veselibas%20Aprupe_StacionaraMedicinskaPalidziba/STAC017_Stacionars_PUT.px/

Valsts apmaksāti medikamenti

Izdevumi par stacionārā ārstētu pacientu medikamentiem iekļauti izmaksās par ārstēšanu stacionārā. Katra slimnīca lieto psihotropos medikamentus atbilstoši savām vajadzībām. Atkarībā no diagnozes valsts apmaksā psihotropos medikamentus ambulatoro pacientu ārstēšanai (100% apmērā F20 gadījumā, 75% apmērā citu SSK-10 F kodu gadījumā) ²³. Ambulatorās ārstēšanās gadījumā,

pacientam jāveic līdzmaksājums 0,70 eiro apmērā par katru medikamentu no apstiprinātā saraksta (ja zāles tiek apmaksātas 100% apmērā) un apdrošināšanas līdzmaksājums 25% apmērā (ja medikamentu apmaksā 75% apmērā)²⁴. 2017. gadā kopumā tika izrakstītas 336 123 receptes SSK-10 F00-F99 gadījumos, par kopējo summu 3,6 miljoni eiro no valsts budžeta.

Sociālā aprūpe (Labklājības ministrijas pārraudzībā)

2019. gadā ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs dzīvoja 8623 pieaugušie ar psihiskās veselības traucējumiem (2136 ar mācīšanās grūtībām (psihiskā atpalicība), 1928 ar šizofrēniju, 3339 ar demenci, 1220 ar citiem psihiskajiem traucējumiem)²⁵. Papildus tam ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs dzīvoja arī 439 bērni (122 ar mācīšanās iemaņu traucējumiem, 63 ar psihiskiem traucējumiem, 242 ar psihisko atpalicību, 12 ar citiem psihiskajiem traucējumiem). Aprūpes izmaksas vienam pieaugušajam bija robežās no 621 līdz 885 eiro mēnesī.

3. Metodes

3.1. Investīciju pamatojuma pētījums

Šajā analīzē izmantotās metodes ir saskaņā ar PVO un ANO attīstības programmas izstrādāto metodoloģiju un vadlīnijām nacionālo psihiskās veselības investīciju pamatojuma pētījumiem.²⁶ Psihiskās veselības investīciju pamatojuma izstrādei ir šādi posmi:

1. Sākotnējie **sagatavošanās darbi un pētījuma plānošana**, tai skaitā konsultācijas ar nozīmīgākajām valsts līmenī iesaistītajām personām no Veselības ministrijas, Slimību kontroles centra un citām organizācijām, lai izprastu kontekstu lūgumam pēc tehniskas palīdzības un pārskatītu nepieciešamo datu sarakstu; šī grupa vēlāk izveidoja darba grupu, lai sniegtu savu ieguldījumu un atsauksmes par investīciju pamatojuma pētījumu;
2. **Investīciju pamatojuma izstrādes komandas** izveide, kura sastāvēja no diviem nacionālajiem ekspertiem (Dr. Māris Taube un Dr. Lauma Springe) un viena starptautiska līmeņa psihiskās veselības jautājumu speciālista (Dr. Dens Čizems (*Dan Chisholm*), PVO Eiropas reģionālais birojs); šo komandas kodolu atbalstīja PVO pārstāvniecība Latvijā (Dr. Uldis Mitenbergs un Laima Bauvare);
3. **Datu vākšana** situācijas novērtēšanai un ekonomiskajai modelēšanai, tai skaitā psihiskās veselības politisko nostādņu un pakalpojumu attīstības pārskats un sintēze, psihiatrisko traucējumu, pakalpojumu izlietojuma skaidrošanas aptaujas, veselības aprūpes pakalpojumu vienības izmaksu un makroekonomisko parametru apkopošana;
4. **Investīciju pamatojuma izstrāde**, tai skaitā institucionālā konteksta analīzes uzmetuma izveide, iedzīvotāju veselības un ekonomisko modeļu izpēte, intervenču izmaksu aptuvena aprēķināšana, to ieguvumu un investīciju atdeves noteikšana;
5. **Rezultātu prezentēšana** valsts līmenī ieinteresētajām personām (ziņojuma atklāšanas pasākums valsts līmenī ar attiecīgo ministriju, veselības aprūpes, citu sektoru un partneru, kā arī pilsoniskās sabiedrības un mediju iesaisti).

3.2. Psihisko saslimšanu radītais ekonomiskais slogs

Tika izveidots Latvijas situācijas modelis, lai novērtētu psihisko saslimšanu ekonomisko slogu, kas ļauj aplēst Latvijas pašreizējos tiešos un netiešos izdevumus, kas saistīti ar psihiskās veselības traucējumiem. Dati par iedzīvotājiem tika iegūti no Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes, iedalot iedzīvotājus vecuma un dzimuma grupās periodā no 2020. gada līdz 2030. gadam. Lai izdalītu datus par slimības izplatību un mirstības rādītājiem pa vecuma un dzimuma grupām, tika izmantots vairāku ANO aģentūru sadarbības rezultātā izstrādāts veselības sistēmas plānošanas un izmaksu aprēķināšanas rīks «OneHealth» (skat. [1. tekstlogu](#)), apstrādājot datus par sešiem psihiskās veselības traucējumiem: depresiju, trauksmi, psihozi, bipolārajiem traucējumiem, epilepsiju un alkoholismu.

«OneHealth» rīks noteica izplatības un mirstības paredzamos rādītājus katram no šiem psihiskās veselības traucējumiem laikā no 2020. gada līdz 2030. gadam, esošos rādītājus saglabājot nemainīgus. «OneHealth» izplatības un mirstības paredzamie rādītāji balstīti 2017. gada pētījumā par globālo slimību slogu, un tajā iekļauti dati gan par izārstētajiem, gan neizārstētajiem pacientiem.²⁷ Paredzamie rādītāji tika apkopoti kopējos izplatības un mirstības rādītājos gan visam iedzīvotāju kopumam, gan darbspējas vecumā esošo iedzīvotāju grupai (t.i., personas vecumā 15–64 gadi).

1. tekstlogs «OneHealth» rīks un tā psihiskās veselības modulis

«OneHealth» rīks (turpmāk – rīks) ir programmatūras rīks, kas izveidots ar mērķi nodrošināt informāciju nacionālās veselības aprūpes stratēģijas plānotājiem valstīs ar zemiem vai vidējiem ienākumiem. Rīka izstrādi pārrauga starpaģentūru grupa, kuras sastāvā ir eksperti no vairākām ANO aģentūrām un attīstības institūtiem. Psihiskās veselības modulis tika izveidots kā šī rīka daļa psihiskās veselības pakalpojumu un intervencu izmaksu un ietekmes noteikšanai uz veselības stāvokli populācijas līmenī. Modulis dod iespēju noteikt attiecīgajā valstī dzīvojošo cilvēku skaitu, kuri sirgst ar psihiskās veselības traucējumiem, un sasaistīt psihiskās veselības traucējumu epidemioloģijas rādītājus ar valstij raksturīgo mūža gadu tabulu, lai aprēķinātu novērsto gadījumu skaitu un laika gaitā populācijas līmenī iegūtos veselīgos mūža gadus.

Rādītājus par iegūtajiem veselīga mūža gadiem (ekvivalenti invaliditātes koriģētajiem dzīves gadiem) bieži izmanto pasaules literatūrā par globālo veselību kā sabiedrības veselības kopsavilkuma rādītāju. Valstu mūža tabulas izmanto, lai aprēķinātu veselīgos mūža gadus, kas atspoguļo iedzīvotāju kopējo laiku, kas pavadīts ar labu veselības stāvokli vai zināmu (vai neesošu) invaliditātes pakāpi. Lai koriģētu rādītājus par laiku, kas pavadīts konkrētā veselības stāvoklī, izmanto invaliditātes smaguma rādītāju, kas vērtējams skalā no 0 (apzīmē nāvi) līdz 1 (apzīmē nevainojamu veselības stāvokli). Piemēram, ja persona, kas saņem dzīves ilgumu pagarinošu ārstēšanu, ar slimību X nodzīvo papildu 10 gadus un invaliditātes smagums šai slimībai X ir 0,4, kopējais iegūto veselīgo mūža gadu skaits ir 4, t.i., 10 reizināts ar 0,4.

Lai aprēķinātu psihisko veselības traucējumu izraisīto tiešo un netiešo ekonomisko slogu Latvijai, tika sperti šādi soļi:

1. Tika aprēķināti valdības kopējie izdevumi par psihiskās veselības aprūpi, balstoties uz PVO Atlanta datiem par 2017. gadu¹⁶ Šeit netika ņemti vērā dati par izdevumiem, kas nav saistīti ar veselības aprūpi, piemēram, izdevumi par transportu, gaidīšanas laika radītās izmaksas un neformālās aprūpes izmaksas.
2. Lai noteiktu netiešo ekonomisko slogu, sākotnēji tika aprēķināta katra pilna laika nodarbinātā ikgadējā vērtība Latvijā (vērtējot pēc ekonomiskās atdeves). Šie aprēķini tika balstīti uz iekšzemes kopprodukta (IKP) rādītājiem uz vienu nodarbinātu personu, kas izteikts kā valsts IKP, dalīts ar tās kopējo nodarbināto skaitu. Lai noteiktu kopējo nodarbināto skaitu, tika izmantoti vietējie dati par kopējo darbaspēku vecumā 15 gadi un vairāk, bezdarba līmeņa rādītāji un līdzdalības līmeņa rādītāji.
3. Dati tika ņemti vērā līdz pakāpei, ciktāl psihiskās veselības traucējumi samazina darbinieku produktivitāti. Līdzīgi kā iepriekšējā globālās investīciju atdeves pētījumā, tika izmantoti rādītāji no Pasaules psihiskās veselības aptaujas, lai raksturotu: (a) darbaspēka līdzdalības samazinājumu gadījumā pie katra no sešiem psihiskajiem traucējumiem; (b) nostrādāto pilna laika stundu skaita samazinājumu, kas radies ar psihiskās veselības traucējumiem saistītu darba kavējumu rezultātā (absentisms); un (c) produktivitātes samazinājumu, kas radies psihiskās veselības traucējumu izraisītas nespējas pilnvērtīgi veikt darba pienākumus, arī esot darbavietā, dēļ (presentisms).²⁸
4. Latvijā strādājošo skaits ar psihiskās veselības traucējumiem tika noteikts, izmantojot datus par darbaspēka līdzdalību, bezdarbu un mirstību. Modelī tika iekļauti visi cilvēki vecumā no 15 līdz 64 gadiem ar psihiskās veselības traucējumiem, un netika iekļauti tie, kuri nepiedalījās darbaspēka veidošanā, bija bezdarbnieki, nevarēja piedalīties darbaspēka veidošanā savu psihiskās veselības traucējumu dēļ vai bija miruši.
5. Pēdējais solis ietvēra ar darba kavējumiem (absentismu), produktivitātes samazinājumu nespējas pilnvērtīgi veikt darba pienākumus, arī atrodoties darbavietā (presentismu), un pāragras nāves gadījumiem darbinieku vidū saistīto ekonomisko zaudējumu aprēķinu pie katra no psihiskās veselības traucējumiem. Modelis piemēroja attiecīgos otrajā solī iegūtos produktivitātes rādītājus trešajā solī noteiktajai atbilstīgajai sabiedrības daļai un iegūto rezultātu reizināja ar IKP uz vienu nodarbinātu personu. Šo aprēķinu rezultātā tika iegūts psihiskās veselības traucējumu kopējais netiešais ekonomiskais slogs.

3.4. Klīnisku un uz sabiedrību kopumā vērstu psihiskās veselības intervenču izmaksas un efekti

Paaugstinātu ieguldījumu laika gaitā uzrādīto izmaksu un uz veselības stāvokli atstāto iespaidu analizēšanas nolūkā izveidots «OneHealth» rīka psihiskās veselības modulis.²⁹ Šobrīd rīkā ieprogrammētie psihiskās veselības traucējumi ir psihoze, bipolārie traucējumi, depresija, trauksme un alkohola kaitīga lietošana. Lai noteiktu izmaksas un efektus, kas attiecināmi uz sabiedrībā balstītām psihiskās veselības aprūpes intervencēm, kas ietver gan universālu, gan uz riska indivīdiem mērķētu sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) nodrošināšanu pusaudžiem skolās ar mērķi novērst depresiju, trauksmi un pašnāvību, tika izmantoti īpaši izveidoti *Excel* modeļi (skat. 2. tekstlogu).

Lai novērtētu šo intervenču ietekmi uz veselību, «OneHealth» rīkā tiek ieviests uz sabiedrību kopumā vērsts modelis, aprēķinot veselīgi nodzīvotos mūža gadus sabiedrībā esošajā situācijā un pie sasniedzamās aptveres atbilstīgajā sabiedrības daļā, kurai pastāv ārstēšanas nepieciešamība (skat. 3. tabulu) analizē izmantotajiem aptveres rādītājiem, pamatojoties uz konsultācijām ar vietējiem ekspertiem). Nosakot veselīgo mūža gadu rādītāju, tiek ņemtas vērā gan sagaidāmās izmaiņas paredzamajā mūža ilgumā (piem., nāves gadījumu skaita samazinājuma rezultātā pēc pesticīdu aizlieguma ieviešanas), gan ar nāvi nesaistītie rezultāti veselības jomā (piem., samazināta sastopamība vai depresijas epizožu ilgums pēc ārstēšanas). Modelēto intervenču efekta izmēri tiek ņemti no PVO rentabilitātes darba programmas «CHOICE» un apkopoti 3. tabulā.

3. tabula. Psihiskās veselības investīciju pamatojumā iekļautās intervences

Intervences	Pašreizējā aptvere atbilstīgo iedzīvotāju vidū (2020. gads)	Vēlamā aptvere atbilstīgo iedzīvotāju vidū (2030. gads)	Apskatītie uz veselību atstātās ietekmes veidi
Veģetatīvā distonija (Pakalpojuma sniegšanas vide: primārā veselības aprūpe)			
Pamata psihosociāla ārstēšana vieglu traucējumu gadījumā (piemērojama 55% no visiem gadījumiem)	10% (4071)	30% (10 877)	Uzlabota funkcionalitāte / samazināts invaliditātes (7–12%) un remisijas (36–4%) līmenis personām, kuras cieš no veģetatīvās distonijas un ir 15 gadus vecas vai vecākas, pēc korekcijām, ņemot vērā gadījumus, kad netiek ievēroti norādījumi par ārstēšanās procesu (30–40%) ²⁵
Pamata psihosociālā ārstēšana un antidepresanti vidēji smagos un smagos saslimšanas gadījumos (piemērojama 45% no visiem gadījumiem)	10% (3371)	30% (8900)	
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti vidēji smagos un smagos saslimšanas gadījumos (piemērojama 45% no visiem gadījumiem)	5% (1665)	15% (4450)	
Depresija (Pakalpojuma sniegšanas vide: primārā veselības aprūpe)			
Pamata psihosociāla ārstēšana vieglu traucējumu gadījumā (piemērojama 40% no visiem gadījumiem)	10% (3597)	30% (9389)	Uzlabota funkcionalitāte / samazināts invaliditātes (4–9%) un remisijas (15–25%) līmenis personām, kuras cieš no depresijas un ir 15 gadus vecas vai vecākas, pēc korekcijām, ņemot vērā gadījumus, kad netiek ievēroti norādījumi par ārstēšanās procesu (30–40%) ²⁵
Pamata psihosociālā ārstēšana un antidepresanti pirmās epizodes laikā vidēji smagos un smagos saslimšanas gadījumos (piemērojama 18% no visiem gadījumiem)	10% (1619)	30% (4225)	
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti pirmās epizodes laikā vidēji smagos un smagos saslimšanas gadījumos (piemērojama 18% no visiem gadījumiem)	10% (1619)	30% (4225)	
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti rekurentos vidēji smagos un smagos epizodiskos saslimšanas	10% (3777)	30% (9858)	

gadījumos (piemērojama 42% no visiem gadījumiem)			
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti rekurentos vidēji smagos un smagos saslimšanas gadījumos stāvokļa uzturēšanas nolūkā (piemērojama 42% no visiem gadījumiem)	5% (1888)	15% (4929)	Kā iepriekš minēts, plus samazināts rekurento epizožu skaits (28% pēc korekcijām, ņemot vērā gadījumus, kad netiek ievēroti norādījumi par ārstēšanās procesu (30%))
Psihoze (Pakalpojuma sniegšanas vide: sekundārā veselības aprūpe)			
Pamata psihosociālais atbalsts un antidepresanti	50% (3155)	80% (4630)	Uzlabota funkcionalitāte / samazināts invaliditātes līmenis personām, kuras cieš no psihozes un ir 15 gadus vecas vai vecākas (21–35% pēc korekcijām, ņemot vērā gadījumus, kad netiek ievēroti norādījumi par ārstēšanās procesu) ³¹
Intensīvs psihosociālais atbalsts un antipsihotiskie medikamenti	10% (631)	20% (1158)	
Bipolārie traucējumi (Pakalpojuma sniegšanas vide: sekundārā veselības aprūpe)			
Pamata psihosociālā ārstēšana plus garastāvokļa stabilizatori	20% (2553)	50% (5997)	Uzlabota funkcionalitāte / samazināts invaliditātes līmenis personām, kuras cieš no bipolārajiem traucējumiem un ir 15 gadus vecas vai vecākas, (22–29 % pēc korekcijām, ņemot vērā gadījumus, kad netiek ievēroti norādījumi par ārstēšanās procesu) ³²
Intensīva psihosociālā ārstēšana plus garastāvokļa stabilizatori	10% (638)	20% (2399)	
Alkohola kaitīga lietošana			
Īsas intervences un papildu ārstēšana alkohola lietošanas/atkarības gadījumā	5,0%	30%	Samazināta bīstamas un kaitīgas alkohola lietošanas izplatība (pie pilnas aptveres), kas svārstās atkarībā no vecuma, dzimuma un reģiona (0% [sievietes, 15-59 gadi], 11–17% [sievietes, 60+ gadi], 13–21% [vīrieši, 15–59 gadi], 6–11% [vīrieši, 60+ gadi]) ³³
Uz sabiedrību kopumā vērsti alkohola kontroles pasākumi			
Alkoholisko dzērienu akcīzes nodokļa celšana	N/A	N/A	Ietekme uz bīstamas un kaitīgas dzeršanas izplatību (pamatojoties uz aprēķinātajām pašreizējo nodokļu likmēm, (ne)reģistrēto patēriņu un pieprasījuma elastīgumu) ³³
Aizliegumu vai visaptverošu alkohola reklāmu (dažādos medijos) ieviešana un izpilde	N/A	N/A	Bīstamas un kaitīgas alkohola lietošanas izplatības samazinājums par 1,2%

Ierobežojumu ieviešana un izpilde attiecībā uz mazumtirdzniecībā iegādājamā alkohola fizisko pieejamību (samazināts tirdzniecības stundu skaits)	N/A	N/A	Izplatības samazinājums 1,8–2,1% (vīrieši) un 4% (sievietes) apmērā
Uz sabiedrību kopumā vērstas psihiskās veselības intervences			
Universālas, skolu vidē balstītas, sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) intervences ar mērķi novērst depresiju/trauksmi un pašnāvību pusaudžu vidū vecuma grupā 12–17 gadi	0,5% (no kopējā iedzīvotāju skaita)	10% (no kopējā iedzīvotāju skaita)	Depresijas un trauksmes (16%), kā arī pašnāvību (5,8%) relatīvā riska samazinājums pusaudžu vidū, kuri apmeklē skolu un ietilpst vecuma grupā 12–17 gadi ¹
Uz riska indivīdiem mērķētas, skolu vidē balstītas, sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) intervences ar mērķi novērst depresiju/trauksmi un pašnāvību pusaudžu vidū vecuma grupā 12–17 gadi	0,02% (no kopējā iedzīvotāju skaita)	0,5% (no kopējā iedzīvotāju skaita)	Depresijas un trauksmes (27%), kā arī pašnāvību (5,8%) relatīvā riska samazinājums riska pusaudžu vidū, kuri apmeklē skolu un ietilpst vecuma grupā 12–17 gadi ¹⁴

2. tekstlogs Skolas vidē balstītas sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) intervences

Depresijas parādīšanās un pašnāvības risks ārkārtīgi strauji palielinās pusaudžu vecumā, 10 līdz 19 gados. Depresijas un pašnāvības novēršana šajos tik ļoti svarīgajos attīstības posmos potenciāli var sniegt ievērojamus veselības ieguvumus uz visu turpmāko personas dzīvi. Skolas vidē balstītas sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) intervences ar mērķi novērst depresiju un/vai pašnāvību parasti ietver apmācīta koordinators (piem., skolotāja, veselības aprūpes speciālista vai šīs intervences veikšanai apmācīta darbinieka) sniegtus vairākus intervences moduljus, kas jauniešiem māca psihoterapeitiskās stratēģijas, kā uzlabot viņu vispārējo labklājību un/vai samazināt vājāku psihiskās veselības rādītāju risku. Pastāv pierādījumi tam, ka skolas vidē balstītas SEM intervences, kas vērstas tieši uz pusaudžiem, efektīvi samazina depresijas un/vai pašnāvības gadījumu skaitu. Skolas vide arvien vairāk tiek atzīta par svarīgu platformu psihiskās veselības profilakses intervenču sniegšanai jaunākām vecuma grupām. Skolas vidē balstītas psiholoģiskās intervences var iedalīt divās grupās: (1) universālās intervences, kas vērstas uz visiem skolēniem neatkarīgi no viņu pamata riska profila; un (2) uz riska indivīdiem vērstas intervences, kas mērķētas uz konkrētiem skolēniem, kuri noteikti kā paaugstināta depresijas un/vai pašnāvības izdarīšanas riska grupā esoši (parasti ar novērtējuma tabulas palīdzību, kur iekļauti psihiskās veselības traucējumu simptomi/pašnāvības riska indikatori). Cilvēki, uz kuriem vērstas riska indivīdiem paredzētās intervences, bieži raksturojami kā pirmsdepresijas līmenī esoši – t.i., viņiem raksturīgi simptomi, kas ir tieši zem pilnīgas psihiskās saslimšanas diagnosticēšanas sliekšņa.

Katra «OneHealth» rīkā modelētā intervence un īpaši veidotie *Excel* modeļi satur aprēķinus par nepieciešamo līdzekļu daudzumu, kas vajadzīgi intervences ieviešanai. Saskaņā ar metodoloģiskajām vadlīnijām par psihiskās veselības investīciju pamatojumu galvenās resursu izmaksu kategorijas bija:

- **Stacionārā aprūpe:** Dažiem cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem var būt nepieciešama ārstēšana slimnīcā (piem., 5% no vidēji smagiem un smagiem depresijas gadījumiem, vidējais uzturēšanās ilgums 14 dienas). Smagu psihisko traucējumu gadījumā (psihoze un bipolārie traucējumi) tika modelēta pakāpeniska pāreja no ārstēšanas slimnīcā uz vairāk sabiedrības sniegtu aprūpes modeli.

¹ Izstrādāto un populācijai piemēroto modeļu detalizēts apraksts iekļauts pamatinformācijas apkopojumā, kuru sagatavojis un prezentējis Dr. Jongs Ji Li (*YongYi Lee*) un citi ekspertu konsultatīvajā sanāksmē, kas notika PVO galvenajā mītnē 2019. gada 20.–21. augustā, un iesniegts izvērtēšanai publicēšanas nolūkā zinātnisko rakstu akadēmiskajā žurnālā.

- **Ambulatorā un primārā aprūpe:** Lielākajā daļā gadījumu nepieciešami regulāri ambulatorie apmeklējumi (piem., no četriem apmeklējumiem gada laikā vienai saslimšanai pamata līmeņa psihosociālai ārstēšanai vai farmakoloģiskai ārstēšanai līdz ikmēneša apmeklējumam vai apmeklējumam divas reizes mēnesī vidēji smagiem un smagiem gadījumiem, saņemot intensīvu psiholoģisko ārstēšanu).
- **Medikamenti:** Ārstēšanā pamatā izmantotie psihotropie medikamenti, tādi kā antipsihotiskie medikamenti vai antidepresanti.
- **Programmas izmaksas un veselības aprūpes sistēmas dalītie resursi:** Šeit iekļaujama programmu pārvaldība un administrācija, apmācības un uzraudzība.

Vienību izmaksas par katru nepieciešamo līdzekli tika iegūtas no vietējo datu avotiem (piem., Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes) un PVO «CHOICE» datubāzes (skat. arī 2.4. apakšnodaļu).^{34 35} Apkopojums par resursiem, kas izmantoti individuāli vērstu klīnisko intervencu sniegšanai kopā ar vidējām gada izmaksām uz vienu saslimšanas gadījumu sniegts 1. pielikumā. Programmas resursi, kas nepieciešami uz sabiedrību vērstu alkohola kontroles mehānismu īstenošanai, raksturoti citur.³⁶

3,5 Investīciju atdeves (ROI) analīze

Izmaksu un ieguvumu attiecība ir izpildes rādītājs, ko izmanto, lai novērtētu investīciju veselības aprūpē rentabilitāti investīciju atdeves (ROI) veidā. Tas tieši salīdzina intervences ietekmēto veselības un produktivitātes vērtību ar intervences izmaksu pašreizējo vērtību. Ietekme uz veselību un produktivitāti, kā arī intervences izmaksas, kas radīsies nākotnē, tika diskontētas pret to pašreizējo vērtību, lai ņemtu vērā naudas vērtības izmaiņas, kur nākotnē iegūta viena valūtas vienība ir mazāk vērtīga nekā šobrīd iegūta tā pati valūtas vienība. PVO izstrādājusi uz *Excel* pamata veidotu ROI kalkulatoru, lai ģenerētu aprēķinus par izmaksām un ieguvumiem, kas rodas, investējot dažādās rentablās psihiskās veselības intervencēs (skat. 3. tabulu).

Attiecībā uz pakalpojumu paplašināšanas periodu līdz 2030. gadam tika aprēķinātas izmaksas, ietekme uz veselību un produktivitāti, kā arī ROI rādītāji. Lai noteiktu paaugstināto produktivitātes līmeņu ekonomisko vērtību, tika izmantotas divas atšķirīgas metodes: a) tiešo aprēķinu pieeja, kur izmantoti empīriski novēroti absentisma un prezentisma līmeņa samazinājumi darbaspēka ārstēšanas rezultātā (pamatojoties uz globālo ROI analīzi bieži sastopamu psihisko traucējumu gadījumā);²⁶ b) netiešo aprēķinu pieeja, kur izmantota atgūto veselīgo mūža gadu praktiskā vērtība (pamatojoties uz globālo investīciju pamatojumu veselības jomā).³⁷

Tiešo aprēķinu pieejā tika izmantoti šādi soļi:

- novērstu nāves gadījumu skaita un novērstu slimību rezultātā panākta darbaspēka līdzdalības paaugstināšana: Novērsto nāves gadījumu skaita rezultātā panāktā veselīgā darbaspēka palielinājuma ekonomiskā vērtība tika aprēķināta, kopējo novērsto nāves gadījumu skaitu salāgojot ar to attiecināmo cilvēku skaitu, kuri ir darbaspēka sastāvā un šobrīd ir nodarbināti, un tad reizinot neto pašreizējo vērtību ar neiegūto IKP uz iedzīvotāju modelētā laika nogriežņa ietvaros, kas šajā gadījumā bija 10 gadi. Novērsto slimību rezultātā panāktā veselīgā darbaspēka

pieauguma ekonomiskā vērtība tika aprēķināta, kopējam novērsto izplatības gadījumu skaitam piemērojot tos pašus ar nodarbinātību saistītos salāgojumus kā iepriekš minētajā gadījumā un reizinot ar gada IKP uz vienu nodarbināto, bet iegūto rezultātu reizinot vēl ar 5% (t.i., darbaspēka līdzdalības pieaugums to personu starpā, kas sirgst ar psihiskās veselības traucējumiem, bet saņēmuši ārstēšanu). Šis 5% pieaugums darbaspēka līdzdalības rādītājā balstīts uz iepriekšējās globālās ROI analīzes secinājumiem.²⁶

- Absentisma un prezentisma samazināšana: Absentisma/prezentisma samazināšanas ekonomiskā vērtība tika aprēķināta tāpat, kā novērsto slimību rezultātā panāktās veselīgā darbaspēka rādītāju palielināšanās ekonomiskā vērtība. Vienīgi šajā gadījumā reizināšana ar 5% atspoguļots absentisma/prezentisma parādības samazinājums to personu starpā, kuri sirgst ar psihiskās veselības traucējumiem, bet saņem ārstēšanu. Absentisma/prezentisma samazinājums balstīts uz iepriekšējās globālās ROI analīzes secinājumiem un arī noteikts 5%.²⁶

Universālu un uz riska indivīdiem vērstu skolas vidē balstītu intervenču, kas paredzētas pusaudžiem, gadījumā bija iespējams noteikt produktivitātes ieguvumus tikai darbaspēka līdzdalības rādītājā. Produktivitātes ieguvumi, kas saistīti ar samazinātu absentisma un prezentisma līmeni, netika noteikti skolas vidē balstītu intervenču gadījumā, jo tie nav attiecināmi uz pirms darbaspējas vecuma skolēniem, un šobrīd nepastāv šim nolūkam izstrādāta metodoloģija, lai pārnestu skolas apmeklētības rādītājus pusaudžu vecumā (ko iespējams uzlabot ar psihiskās veselības profilakses intervencēm) uz vēlāk dzīvē potenciāli uzlabotiem darba peļņas rādītājiem.

Netiešo aprēķinu pieejas gadījumā *Lancet* veselības investīciju komisija noteica, ka iegūto veselīgo mūža gadu vērtība ir aptuveni 1,5, reizināts ar IKP uz iedzīvotāju.³⁴ Divas trešdaļas no šī (1,0 reizināts ar IKP uz iedzīvotāju) ir attiecināmas uz uzlabotas veselības praktisko vērtību – t.i., ekonomiskajiem vai ar produktivitāti saistītajiem ieguvumiem. Līdzās atgūtas veselības praktiskajai vērtībai, kas atspoguļojas produktivitātes ieguvumos katrai no skartajām personām, veselībai ir arī patiesā vērtība. Ar to saprotams, ka neatkarīgi no labas veselības ietekmes uz spēju strādāt vai veikt citas aktivitātes cilvēki vienmēr dod priekšroku veselībai, nevis slimībai. Šī veselības patiesā vērtība noteikta kā viena trešdaļa no veselības kopējās vērtības (jeb 0,5 reizināts ar IKP uz iedzīvotāju),³⁴ taču nesēn publicētās starptautiskās vadlīnijas par ieguvumu un izmaksu analīzi rekomendēja veselības patieso vērtību novērtēt pilnībā (kā 1,5 reizināts ar IKP uz iedzīvotāju) un pieskaitīt kopā ar uz produktivitāti attiecināmo vērtību, kas rodas no darbaspējas vai ienākumu pieauguma.³⁸ Saskaņā ar šo, rezultāti tika aprēķināti un izklāstīti gan tikai par produktivitāti/praktiskajiem ieguvumiem (izmantojot gan iepriekš aprakstīto tiešo aprēķinu pieeju, gan netiešo pieeju), gan par produktivitātes (praktiskajiem) un sociālajiem (patiesajiem) ieguvumiem kopā.

Katras intervences investīciju atdeve tika aprēķināta, salīdzinot intervences sniegtos produktivitātes ieguvumus (atspoguļoti kā IKP pieaugums) ar kopējām intervences sagatavošanas un ieviešanas izmaksām. Paredzamās izmaksas un paredzamie produktivitātes ieguvumi tika aprēķināti, izmantojot neto pašreizējās vērtības pieeju ar 3% ikgadējo diskonta likmi.

Investīciju atdeves mērījumi, kas sniegti šajā ziņojumā, pielīdzināmi gan 1) izmaksu un ieguvumu attiecības rādītājam, kas izteikts kā kopējā veselības un/vai produktivitātes ieguvumu pašreizējā

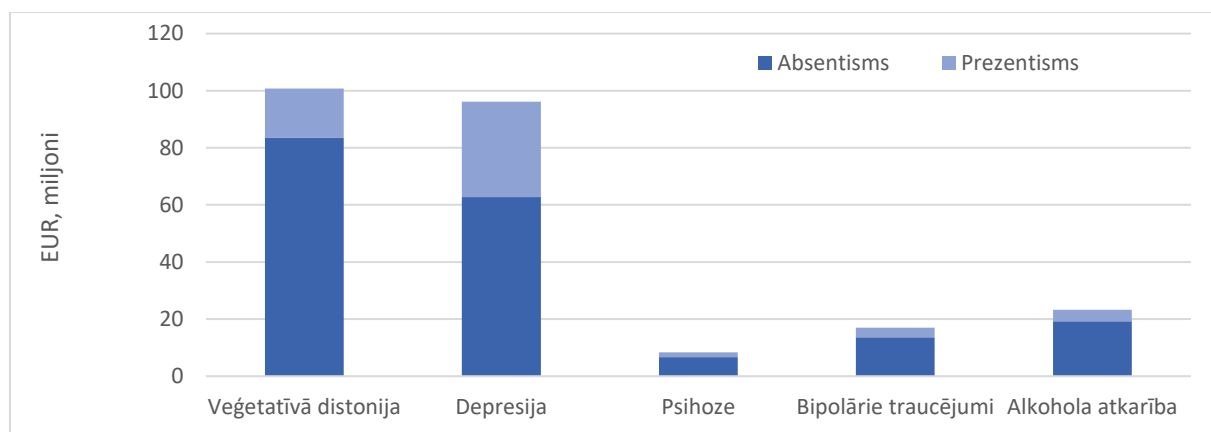
vērtība dalīta ar kopējo intervences izmaksu pašreizējo vērtību; gan 2) investīciju atdeves rādītājam, kas izteikts kā kopējā veselības un/vai produktivitātes ieguvumu pašreizējā vērtība mīnus kopējo intervences izmaksu pašreizējā vērtība, dalīta ar kopējo intervences izmaksu pašreizējo vērtību.²⁴

4. Rezultāti

4.1. Ekonomiskais slogs

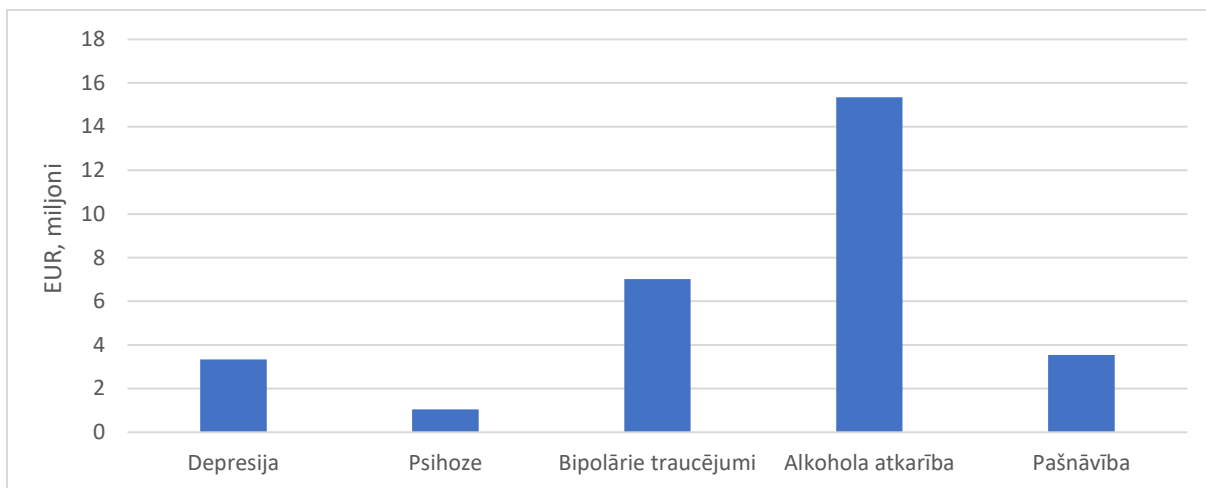
Balstoties uz datiem par Latviju, kas sniegti 2017. gada PVO psihiskās veselības Atlantā, kopējie tēriņi par psihiskās veselības aprūpi tika lēsti 31,1 miliona eiro apmērā. Psihiskās veselības traucējumu radītie netiešie ekonomiskie zaudējumi tika lēsti kā zaudējumu summa, kas radušies no darba kavēšanas, darba kvalitātes zuduma veselības traucējumu dēļ, arī atrodoties darbavietā, un priekšlaicīgas nāves gadījumiem. Kopējās izmaksas Latvijai no darba kavēšanas un darba kvalitātes zuduma veselības traucējumu dēļ, atrodoties darbavietā, izklāstītas 3. diagrammā. Aprēķināts, ka kopējās nenostādāto darba dienu izmaksas sasniedza 194 miljonus eiro absentisma gadījumā un 62 miljonus eiro prezentisma gadījumā. Depresijas un veģetatīvās distonijas gadījumā absentisma un prezentisma izmaksas ir augstākas.

3. diagramma. Ar psihiskās veselības traucējumiem saistāmās izmaksas absentisma un prezentisma gadījumā (EUR, miljoni)



Aprēķināts, ka ar psihiskās veselības traucējumiem saistītas priekšlaicīgas nāves izmaksas sasniedza 31 miljonu eiro (4. diagramma). Bipolārie traucējumi un alkohola atkarība ir dārgākie psihiskās veselības traucējumi priekšlaicīgas nāves ziņā, kas skaidrojams ar augsto novēršamo nāves gadījumu skaitu šo divu saslimšanu gadījumā (piem., desmitreiz augstāks novēršamo nāves gadījumu skaits iedzīvotāju vidū salīdzinājumā ar depresijas un psihozes gadījumiem). Augstos mirstības rādītājus no alkohola atkarīgo vidū veicinājušas dažādas saslimšanas, sākot no vēža līdz ievainojumiem (piem., satiksmes negadījumi un kritieni).

4. diagramma. Ar psihiskās veselības traucējumiem saistāmas priekšlaicīgas nāves izmaksas (EUR, miljoni)



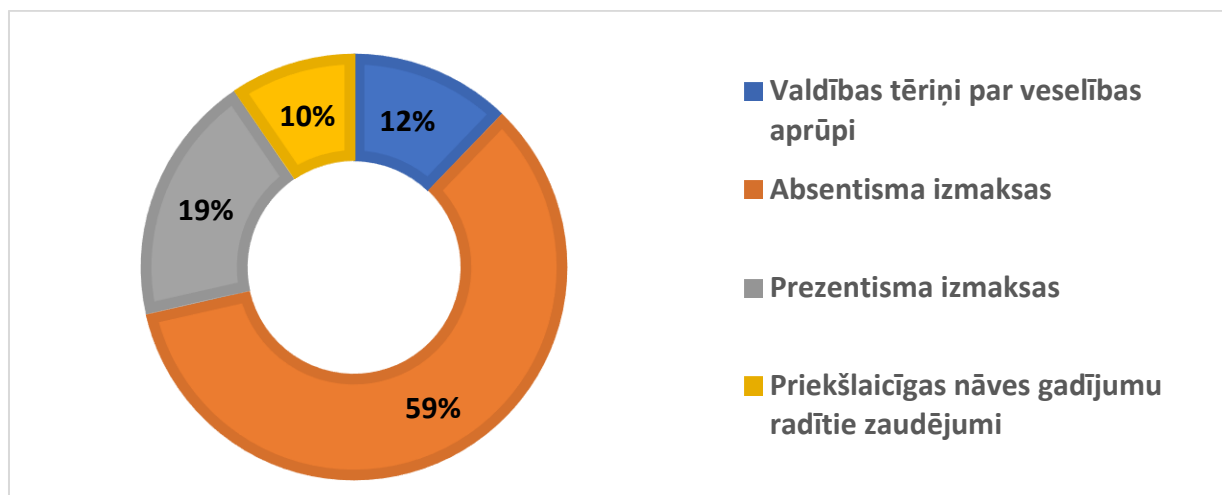
2. tabulā attēlotas kopējās tiešās un netiešās ar psihiskajiem traucējumiem saistāmās izmaksas Latvijā, kas 2020. gadā bija 327 miljoni eiro, atbilstot 171 eiro uz vienu iedzīvotāju un vairāk nekā 1,25% no iekšzemes kopprodukta. Netiešie ekonomiskie zaudējumi ir ievērojami augstāki par tiešajiem zaudējumiem.

4. tabula. Psihisko saslimšanu radītais ekonomiskais slogs Latvijā (EUR, miljoni)

Izmaksu postenis	Kopējās izmaksas (EUR, miljoni)
Tiešās – veselības aprūpes izmaksas	37,1
Tiešās – invaliditātes atbalsta maksājumi	3
Netiešās – absentisms	194
Netiešās – prezentisms	62
Netiešās – zaudējumi priekšlaicīgas nāves dēļ	31
KOPĒJĀ EKONOMISKĀ VĒRTĪBA	327
% NO KOPĒJĀ IKP	1,28%

3. diagrammā attēlota psihisko veselības traucējumu radītā ekonomiskā sloga struktūra Latvijā, 2019. gadā. Valdības tēriņi veselības aprūpei veido tikai 12% no visām ar psihiskās veselības traucējumiem saistāmajām izmaksām, bet attiecībā uz ekonomisko slogu tā ir tikai aisberga redzamā daļa.

3. diagramma. Psihisko saslimšanu radītā ekonomiskā sloga Latvijā struktūra



4.2. Intervenču kopuma paplašināšanas izmaksas

5. tabulā attēlota gan kopējo izmaksu, gan izmaksu uz vienu iedzīvotāju pašreizējā vērtība pirmajiem četriem paplašinātā piedāvājuma perioda gadiem plus desmitgades kopējās izmaksas. Detalizētāks izmaksu pārskats par katru gadu un intervenci atsevišķi atrodams [2. pielikumā](#). Intervenču kopums psihozes un bipolāro traucējumu ārstēšanai saistīts ar lielākajām izmaksām (saistībā ar dažādajām aprūpes un atbalsta vajadzībām). Intervences. Pieejams plašs intervenču klāsts par zemām cenām, tai skaitā pamata psihosociālā ārstēšana (veģetatīvās distonijas un depresijas gadījumiem īpaši), kā arī skolas vidē balstītas sociāli emocionālās mācīšanās programmas un uz sabiedrību kopumā vērsti alkohola patēriņa kontroles pasākumi. Visa intervenču kopuma ieviešanas pašreizējā vērtība 10 gadu periodā ir 230 miljoni eiro (jeb 120 eiro uz vienu iedzīvotāju). Kopējās ikgadējās izmaksas tuvākajos gados paredzamas no 21 līdz 25 miljoniem eiro (jeb 11–13 eiro uz iedzīvotāju).

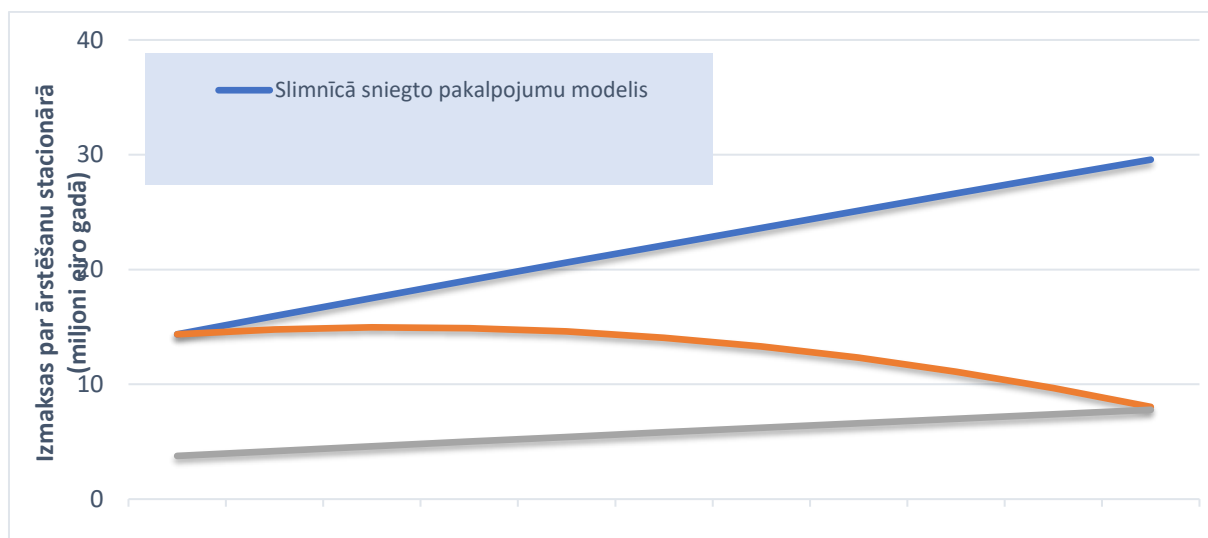
5. tabula. Intervenču kopuma paplašināšanas kopējās izmaksas un izmaksas uz vienu iedzīvotāju, 2020.g.–2030.g. (EUR)

Kopējās izmaksas (absolūtā vērtība): EUR, miljoni	Neto pašreizējā vērtība	Investīcijas 10 gados	2020. gads	2021. gads	2022. gads	2023. gads
Veģetatīvā distonija	10,7	13,1	0,6	0,7	0,9	1,0
Depresija	28,8	35,2	1,7	2,0	2,3	2,6
Psihoze	61,2	71,4	8,0	7,9	7,7	7,5
Bipolārie traucējumi	81,7	96,9	7,8	8,5	9,1	9,5
Alkohola lietošana (individuālā padomdošana)	31,7	39,1	1,3	1,9	2,3	2,7
Alkohola lietošana (uz sabiedrību vērsti pasākumi)	9,7	11,5	1,1	1,1	1,0	1,0
Skolas vidē balstītas SEM intervences	3,9	4,7	0,3	0,3	0,3	0,3
Kopā	229,6	274,3	21,0	22,7	23,8	24,8

Kopējie izdevumi (uz iedzīvotāju); EUR	Neto pašreizējā vērtība	Investīcijas 10 gados	2020. gads	2021. gads	2022. gads	2023. gads
Veģetatīvā distonija	5,6	6,8	0,3	0,4	0,5	0,5
Depresija	15,1	18,5	0,9	1.1.	1.2.	1,4
Psihoze	32,1	37,5	4.2.	4.2.	4.1.	3,9
Bipolārie traucējumi	42,8	50,8	4.1.	4,5	4,8	5,0
Alkohola lietošana (individuālā padomdošana)	16,6	20,5	0,7	1,0	1.2.	1,4
Alkohola lietošana (uz sabiedrību vērsti pasākumi)	5,1	6,0	0,6	0,6	0,5	0,5
Skolas vidē balstīta SEM intervence	2,0	2,5	0,1	0,2	0,2	0,2
Kopā	120,3	143,8	11,0	11,9	12,5	13,0

Lielākais izmaksu elements saistīts ar smagi slimu psihiskās veselības traucējumu pacientu ārstēšanu stacionārā (psihoze un bipolārie traucējumi). Intervencu kopuma paplašinājums ar pierādījumos balstītām intervencēm šai iedzīvotāju mērķa grupai paredz pakāpenisku pāreju no ārstēšanas slimnīcā uz vairāk sabiedrības sniegtu aprūpes modeli. Salīdzinājumam: 4. diagrammā attēlotas paredzamās izmaksas, kas saistāmas ar turpmāku slimnīcas vidē balstītu pakalpojumu modeli paplašināta intervencu kopuma ieviešanai, kā arī laika gaitā paredzamās izmaksas, ja visaptveroši tiktu ieviests sabiedrības sniegtu pakalpojumu modelis.

4. diagramma. Paredzamās izmaksas par pacientu ar smagiem psihiskajiem traucējumiem ārstēšanu stacionārā



4.3. Intervenču kopuma paplašināšanas ietekme uz veselību

Visas novērtētās intervences uzlabo iedzīvotāju veselību, kas izteikta iegūtajos veselīgajos mūža gados (skat. [6. tabulu](#)). Laika gaitā palielinot intervenču pārklājumu sabiedrībā, ievērojami palielinās arī iegūto veselīgo mūža gadu skaits, kopumā par 84 388 visa intervenču kopuma paplašināšanas perioda laikā līdz 2030. gadam. Šie veselības ieguvumi saistībā ar katru intervenci tiek izprasti dažādos veidos; psihozes gadījumā ieguvumi vērojami tikai funkcionalitātes uzlabojumos, taču tādu traucējumu kā depresija gadījumā pozitīvie rezultāti lielākoties izpaužas kā remisijas rādītāju pieaugums vai atlabšana no slimības epizodes, bet skolas vidē balstītām profilakses intervencēm primārais uzlabojumu mehānisms ir samazināta depresijas, trauksmes un paškaitējuma izplatība. Atsevišķas intervences samazina arī mirstības rādītājus vai nu tiešā veidā (skolas vidē balstītas SEM intervences), vai netieši, pateicoties samazinātai tādas slimības izplatībai, kas saistīta ar novēršamo nāves gadījumu skaitu (depresija, bipolārie traucējumi).

6. tabula. Aprēķinātā absolūtā ietekme uz veselību

Intervenču kopums	Kopā		uz 100 000 iedzīvotājiem	
	iegūtie veselīgie mūža gadi kopā	Novērstie nāves gadījumi kopā	iegūtie veselīgie mūža gadi kopā	Novērstie nāves gadījumi kopā
Veģetatīvā distonija	2522	0	132	0
Depresija	9139	76	479	4
Psihoze	1711	0	90	0
Bipolārie traucējumi	1264	196	66	10
Alkohola lietošana (individuālā padomdošana)	18 601	0	975	0
Alkohola lietošana (uz sabiedrību vērsti pasākumi)	46 692	4074	2448	214
Skolas vidē balstītas SEM intervences	4459	0	234	0
Kopā	84 388	4346	4424	228

4.4. Intervenču kopuma paplašināšanas ekonomiskie ieguvumi

Kā iepriekš skaidrots, ar intervenču piedāvājuma paplašinājumu saistīto veselības ieguvumu ekonomiskā vērtība novērtēta gan ar tiešo, gan netiešo pieeju. Izmantojot tiešo pieeju, kas pamatojas uz aprēķinos balstītiem uzlabojumu rādītājiem (5%) darbaspēka līdzdalības un produktivitātes ziņā, kā arī darbaspēka piedāvājuma pieaugumā, pateicoties novērstiem nāves gadījumiem, piedāvājumu kopuma paplašināšanas periodā depresijas un veģetatīvās distonijas gadījumā ieguvumi produktivitātes rādītājos ir tuvu 75 miljoniem eiro, taču šī metode lielākoties balstās aprēķinātajā novērsto traucējumu gadījumu skaitā, tāpēc nesniedz nekādus ieguvumus pacientiem ar atsevišķiem traucējumiem (tādiem kā psihoze un bipolārie traucējumi), un nav piemērojama intervencēm, kas vērstas uz visu sabiedrību kopumā.

Izmantojot netiešo pieeju šo pārējo intervenču kopuma novērtēšanai, kas vienkārši attiecināda dažādus IKP uz vienu iedzīvotāju katrā iegūtajā veselīgajā mūža gadā, būtu iespējams piedēvēt ekonomisko vērtību. Rezultāti liecina, ka 10 gadu perioda laikā kopējais aprēķināto produktivitātes ieguvumu apjoms sasniedz gandrīz 800 miljonus eiro, no kuriem lielāko daļu nodrošina kaitīga un bīstama alkohola patēriņa ārstēšana vai profilakse.

Veselības sociālā vērtība, kas atspoguļo patieso vērtību labākam veselības stāvoklim neatkarīgi no veselības praktiskās vērtības, arī tika aprēķināta, atsaucoties uz IKP uz vienu iedzīvotāju katrā iegūtajā veselīgajā mūža gadā. Uz intervenču kopuma paplašināšanu attiecināmā kopējā aprēķinātā veselības sociālā vērtība 10 gadu laikā sasniedz 1,37 miljardus eiro, un arī šeit redzams, ka lielu daļu no šī ieguvuma rada bīstama un kaitīga alkohola patēriņa profilakse un ārstēšana.

6. tabula. 10 gadu laikā vērojami psihiskās veselības intervenču produktivitātes ieguvumi (EUR, miljoni)

Psihiskās veselības intervenču kopa	Atgūtā produktivitāte	Veselības sociālā vērtība	Kopējais ieguvums
Veģetatīvā distonija	21	40	61
Depresija	53	146	199
Psihoze	18	27	46
Bipolārie traucējumi	13	20	33
Alkohola lietošana (individuālā padomdošana)	198	297	494
Alkohola lietošana (uz sabiedrību vērsti pasākumi)	513	770	1283
Skolas vidē balstītas SEM intervences	48	73	121
Kopā	865	1372	2237

4,5 Investīciju atdeve (ROI)

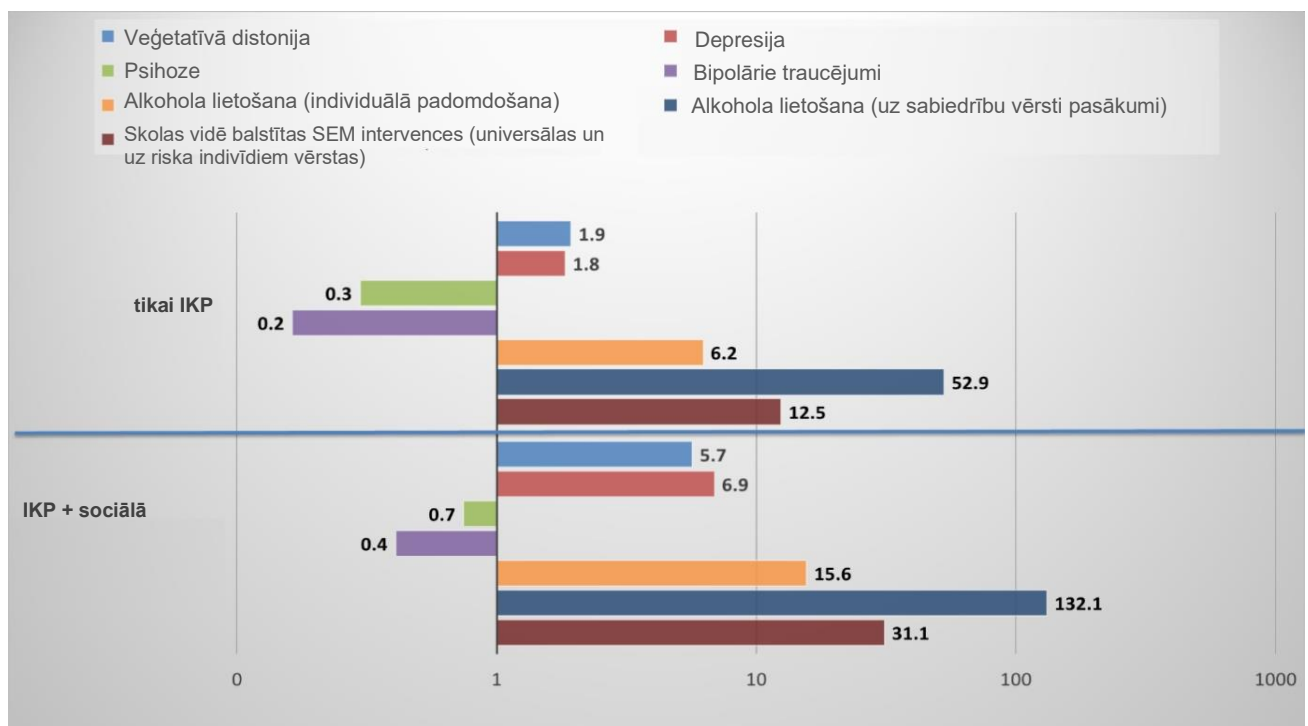
Pašreizējās un paplašinātās ārstēšanas un profilakses centienu kopējo izmaksu salīdzinājums ar naudas izteiksmē izteiktu produktivitātes un citu ieguvumu vērtību ļauj noteikt ieguvumu un izmaksu attiecības, kā arī neto investīciju atdeves rādītājus. ROI rezultāti attēloti 7. tabulā ar un bez norādītas veselības sociālās vērtības. Kā liecina arī zemāk redzamā 5. diagramma, dažādu traucējumu starpā ievērojami atšķiras uzrādītie ieguvumu un izmaksu attiecības rezultāti (lai nodrošinātu tik neviendabīgu datu attēlojumu, izmantots logaritmiskais mērogs).

7. tabula. Psihiskās veselības intervenču neto investīciju atdeve (EUR uz vienu ieguldīto eiro)

Psihiskās veselības intervenču kopa	Izmaksu un ieguvumu attiecības rādītāji	Investīciju atdeve (kopējo ieguvumu pašreizējā vērtība mīnus kopējo izmaksu pašreizējā)
-------------------------------------	---	--

	<i>(kopējo ieguvumu pašreizējā vērtība, dalīta ar kopējo izmaksu pašreizējo vērtību)</i>		<i>vērtība, dalīts ar kopējo izmaksu pašreizējo vērtību)</i>	
	Produktivitātes ieguvumi	Produktivitātes ieguvumi <u>un</u> veselības sociālā vērtība	Produktivitātes ieguvumi	Produktivitātes ieguvumi <u>un</u> veselības sociālā vērtība
Veģetatīvā distonija	1,9	5,7	0,9	4,7
Depresija	1,8	6,9	0,8	5,9
Psihoze	0,3	0,7	-0,7	-0,3
Bipolārie traucējumi	0,2	0,4	-0,8	-0,6
Alkohola lietošana (individuālā padomdošana)	6,2	15,6	5,2	14,6
Alkohola lietošana (uz sabiedrību vērsti pasākumi)	52,9	132,1	51,9	131,1
Skolas vidē balstītas SEM intervences	12,45	31,1	11,5	30,1
Kopā	5,5	14,3	4,5	13,3

5. diagramma. Ieguvumu un izmaksu attiecības rādītāji sadalījumā pa psihiskās veselības un uzvedības traucējumu intervencu kopām (2020. g.–2030. g.)



Intervenču kopums ar augstāko ieguvumu un izmaksu attiecības rādītāju ir uz alkohola kontroles pasākumiem vērstais, kas ietver trīs tā sauktos neinfekcijas slimību «izdevīgos pirkumus» – palielinātu akcīzes nodokli, mārketinga ierobežojumus un samazinātu pieejamību mazumtirdzniecībā. Nākamie

labākie rādītāji ir īsām intervencēm, kas vērstas uz smagi slimiem alkoholiķiem, un skolas vidē balstītām intervencēm ar depresijas, trauksmes un pašnāvības profilakses mērķi. No atlikušajām klīniskajām intervencēm pieaugušo psihiskās veselības traucējumu ārstēšanai, depresijas un veģetatīvās distonijas ārstēšana uzrāda labākus investīciju atdeves rādītājus nekā intervenču kopumi, kas vērsti uz smagu psihisko traucējumu (šizofrēnija un bipolārie traucējumi) ārstēšanu.

Par spīti to zemajai investīciju atdevei, psihozes un bipolāro traucējumu intervenču kopumi ir kritiski svarīgi, lai nodrošinātu cilvēktiesību mērķu sasniegšanu veicinošus pakalpojumus un īstenotu ilgtspējīgas attīstības mērķu dienaskārtības apņemšanos nevienu neatstāt novārtā. Šīm kopām bija zemāki investīciju atdeves rādītāji nekā citām psihiskās veselības intervencēm, jo ārstēšana galvenokārt ietekmē šo traucējumu radītās invaliditātes smagumu, nevis izplatību vai izraisīto mirstību. Turklāt šīm ārstēšanas iespējām ir mazāks potenciāls palielināt darbaspēka līdzdalību.

Paredzams, ka uz sabiedrību kopumā vērsto psihiskās veselības intervenču investīciju atdeve (universālās un uz riska indivīdiem vērstās, skolas vidē balstītās sociāli emocionālās mācīšanās programmas, kuru mērķauditorija ir pusaudži) netiks adekvāti novērtētas, jo vienīgie produktivitātes ieguvumi, kas tika izvērtēti, bija saistīti ar samazināto mirstību. Pašlaik tiek izstrādātas metodes, kā aprēķināt pusaudžu vidū uzlabotu izglītības rezultātu radīto, nākotnē paredzamo produktivitātes/nodarbinātības ieguvumu neto pašreizējo vērtību brīdīm, kad šie pusaudži sasniegs briedumu.

5. Secinājumi un implikācijas par politikas nostādņēm un praksi

Šajā ziņojumā sniegts novērtējums par valstī esošo situāciju psihiskās veselības jomā, ieskaitot nozīmīgākos izaicinājumus un attīstības iespējas psihiskās veselības sistēmai, kā arī sniedzot ar ekonomiku saistītus pierādījumus slogam, kuru rada biežāk sastopamās psihiskās un ar atkarību izraisošu vielu lietošanu saistītās saslimšanas (psihoze, bipolārie traucējumi, depresija, veģetatīvā distonija un alkohola kaitīga lietošana), ko varētu novērst. Tika noteiktas intervences izmaksas šo sešu slimību ārstēšanā, veselības un ekonomiskie ieguvumi, kā arī intervences pasākumi skolu vidē ar mērķi novērst depresiju un pašnāvību.

5.1. Galvenie secinājumi

- 2020. gadā psihiskās veselības traucējumi Latvijas ekonomikai izmaksāja aptuveni 327 miljonus eiro, kas pielīdzināms 1,28% no valsts iekšzemes kopprodukta (IKP). Pašreizējais izdevumu līmenis par psihiskās veselības aprūpes un šāda tipa slimību ārstēšanas pakalpojumiem veido tikai 12% no šīm sociālajām izmaksām. Lielāko ekonomisko slodzi rada zaudētā produktivitāte to cilvēku vidū, kuri sirgst ar izplatītām psihiskajām saslimšanām, piemēram, depresiju un veģetatīvo distoniju, šobrīd saņemot ļoti niecīgu vai vispār nekādu atbalstu. Šāds produktivitātes zudums liecina par nepieciešamību rīkoties daudznozaru līmenī un investēt psihiskās veselības aprūpē.

- Paredzams, ka pierādījumos balstītu intervenču kopuma paplašināšana psihiskās veselības un uzvedības traucējumu profilaksei un ārstēšanai, kas ietvertu psiholoģisku un/vai farmakoloģisku bieži sastopamu un smagu psihisko slimību ārstēšanu, kā arī depresijas/paškaitējuma un kaitīga alkohola patēriņa profilaksi (attiecīgi ar skolu vidē balstītu programmu un alkohola pieprasījuma samazināšanas pasākumu palīdzību) izmaksātu 230 miljonus eiro (jeb 120 eiro uz vienu iedzīvotāju) laika periodā no 2021. gada līdz 2030. gadam. Kopējās ikgadējās izmaksas tuvākajos gados paredzamas no 21 līdz 25 miljoniem eiro (jeb 11–13 eiro uz iedzīvotāju).
- Salīdzinot ar šo ieguldījumu, gūstamie rezultāti veselības un ekonomikas ziņā ir ievērojami. Ieviešot intervences mehānismu kopumu, šajā pat laika periodā varētu novērst vairāk nekā 4000 nāves gadījumus un iegūt papildu 84 000 veselīgos mūža gadus. Šo veselības ieguvumu ekonomiskā vērtība 2021.–2030. g. periodā ietver 865 miljonus eiro atgūtās produktivitātes rezultātā, kā arī 1,37 miljardus eiro brīdī, kad tiek ņemta vērā veselības stāvokļa patiesā sociālā vērtība.
- Ieguldījumu atdeves apjoms ievērojami atšķiras, sākot no mazāk nekā 1 eiro uz katru ieguldīto eiro (piem., bipolāro traucējumu ārstēšanas gadījumā) līdz pat vairāk nekā 100 eiro (uz sabiedrību kopumā vērsti alkohola patēriņa kontroles pasākumi) uz vienu ieguldīto eiro. Investīciju atdeve vislielāko slogu radošo traucējumu – depresijas un veģetatīvās distonijas – gadījumā svārstās no 5 līdz 7 eiro uz katru ieguldīto eiro, ņemot vērā visus ieguvumus.

5.2. Implikācijas un ieteikumi politikas nostādņēm un praksei

Ar psihiskās veselības aprūpi un atkarību izraisošu vielu lietošanu saistītās politiskās nostādnes un plānošana

- Politikas nostādņu attīstība: Pētījuma secinājumi liecina, ka esošās politikas nostādnes un atvēlētie resursi optimāli neatspoguļo iedzīvotāju vajadzības vai sabiedrības veselības mērķus attiecībā uz psihisko veselību un atkarību izraisošu vielu lietošanu, piem., zema pakalpojumu pieejamība un šaurs pakalpojumu klāsts attiecībā uz biežāk sastopamajiem psihiskās veselības traucējumiem, pašaušanās uz institūcijās balstītu aprūpi smagāku psihisko saslimšanu gadījumā. Vienlaikus nav pievērsts pietiekami daudz uzmanības psihiskās veselības veicināšanas un aizsardzības aktivitātēm. Šī iemesla dēļ svarīgi vairāk pievērsties šīm problēmām nākamajos sabiedrības veselības un valsts politikas dokumentos. Psihiatriskās aprūpes pieejamības uzlabošanas rīcības plāns 2019.–2020. g. nodrošina labu pamatu turpmākai psihiatriskās aprūpes attīstībai, komandas darbā ciešāk iesaistot citus psihiatriskās aprūpes speciālistus, piemēram, psihologus, mākslas terapeitus u.c. 2021. gadā jāveido jauns rīcības plāns. Jaunu kopienu aprūpes centru izveide galvenokārt vērsta uz aprūpi tādu biežāk sastopamo psihiskās veselības traucējumu gadījumā kā depresija un trauksme, sniedzot personām atjaunotu iespēju saņemt psihosociālo atbalstu un aprūpi primārās veselības aprūpes ietvaros. Būtiski svarīga ir visu ieinteresēto pušu iesaiste.
- Likumdošanas izstrāde: Alkohola patēriņa samazināšanas un alkoholisma ierobežošanas plāns 2020.–2022. gadam ietver neinfekcijas slimību «izdevīgos pirkumus» alkohola kontroles politikai (palielināts akcīzes nodoklis, mārketinga ierobežojumi, samazināta pieejamība mazumtirdzniecībā). Izstrādājot politiskās nostādnes, kas paredz veselības un ekonomiskos ilgtermiņa ieguvumus no akcīzes nodokļa pieauguma, mārketinga ierobežojumiem un samazinātas

alkoholisko dzērienu pieejamības, ne tikai Veselības ministrija, bet arī citas iesaistītās personas ņem vērā šos alkohola kontrolei paredzētos pasākumus.

- **Prioritāšu noteikšana:** Domājot tikai par ekonomikas aspektu, pētījuma rezultāti uzrāda ievērojamu investīciju atdeves nevienādīgumu. Tomēr pastāv vēl daudz citu svarīgu kritēriju, kas jāapsver, pieņemot lēmumu, kā un kur investēt psihiskās veselības jomā, tai skaitā: slimības smagums, ievainojamība, taisnīgums, cilvēktiesību aizsardzība. Zemāk redzamā **8. tabula** sniedz apkopojumu ar jautājumiem, kurus var uzdot paralēli izmaksu efektivitātes vai investīciju atdeves rezultātu izvērtēšanai, pamatojoties uz ekspertu grupas darbu jautājumā par prioritāšu noteikšanu veselības jomā.³⁹ Ieteicams, ka šie jautājumi tiek apspriesti kā daļa no rūpīgi izvērtēta un viedokļa paušanu atbalstoša prioritāšu noteikšanas procesa, kas tiek īstenots atvērtā un caurredzamā kārtībā ar plašu ieinteresēto pušu dalību.

8. tabula. Prioritāšu noteikšanas kritēriji, kas jāņem vērā reizē ar ROI pētījuma rezultātiem

Kritēriji	Jautājums
<i>1. grupa: slimības un intervences kritēriji</i>	
Smaguma pakāpe	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, ja tā vērsta uz kādas noteiktas smaguma pakāpes traucējumiem (esošā un nākotnē paredzamā veselības plaisa)?
Vērā ņemamais potenciāls	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša augstāka vērtība, nekā par to liecina efekta izmēri, pamatojoties uz faktu, ka tā sniedz labāko iespējamo ārstēšanu pacientu grupai, kuriem pilnīga veselības atgūšana nav iespējama?
Sens veselības zudums	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, ja tā vērsta uz mērķa grupu, kas pagātnē cietusi ievērojamu veselības zudumu (piem., neārstējama invaliditāte)?
<i>2. grupa: ar sociālo grupu īpatnībām saistīti kritēriji</i>	
Sociāli ekonomiskais statuss	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, ja tā var samazināt veselības stāvokļa atšķirības, kas saistāmas ar netaisnīgu nevienlīdzību turības, ienākumu vai izglītības līmeņa rādītājos?
Dzīvesvietas teritorija	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, ja tā var samazināt veselības stāvokļa atšķirības, kas saistāmas ar dzīvesvietas teritoriju?
Dzimums	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, jo tā var samazināt veselības stāvokļa atšķirības, kas saistāmas ar dzimumu?
Rase, etniskā izcelsme, reliģija un seksuālā orientācija	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, jo tā var neproporcionāli ietekmēt dažādu rasu, etniskās izcelsmes, reliģijas un seksuālās orientācijas grupas?
<i>3. grupa: ar aizsardzību pret sliktas veselības radītiem finanšu un sociālajiem efektiem saistīti kritēriji</i>	
Ekonomiskā produktivitāte	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, jo tā uzlabo indivīda un sabiedrības labklājību, aizsargājot mērķa iedzīvotāju grupas produktivitāti?
Rūpes par citiem	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, jo tā uzlabo labklājību, aizsargājot mērķa iedzīvotāju grupas spējas parūpēties par citiem?
Uz veselības aprūpi attiecināmi izdevumi, kas pārsniedz personas finanšu iespējas	Vai ir apsvērta intervencei piemītoša īpašā vērtība, jo tā samazina mērķa iedzīvotāju grupas izdevumus, kas pārsniedz tās finanšu iespējas?

Psihiskās veselības aprūpes un atkarību izraisošu vielu lietošanas finansēšana un cilvēkresursi

- **Finansēšana:** Pētījums par ieguldījumu atdevi sniedz aptuvenus kontekstualizētus aprēķinus par sagaidāmajām finansiālajām izmaksām saistībā ar pierādījumos balstītu efektīvu intervences pasākumu apjoma palielināšanu psihiskās veselības traucējumu un atkarību izraisošu vielu lietošanas profilaksei un kontrolei. Analīzē gan nav konkrēti norādīts, kurš segs šīs izmaksas un no kādiem avotiem. Attiecīgi, kā tas norādīts arī psihiskās veselības investīciju pamatojuma piezīmēs ar vadlīnijām,²⁶ ieteicams apsvērt resursu ieguves iespējas vai iespējas tos pārdalīt no jau izmantotiem avotiem, lai nodrošinātu atbilstošu pierādījumos balstītu efektīvu intervences pasākumu apjoma palielināšanu psihiskās veselības jomā kā daļu no valsts centieniem nodrošināt visaptverošu veselības aprūpi (VVA). Piemēram, var izstrādāt budžeta plānu, kas apskata resursu neto izmaksu novirzīšanu no aprūpes veselības specializētās institūcijās uz veselības aprūpi vispārējās aprūpes iestādēs, vai arī varētu tikt identificēti jauni finansēšanas avoti, piemēram, paaugstināts akcīzes nodoklis tabakai vai alkoholam. Psihiskajai veselībai būtu jābūt arī neatņemamai daļai no atbildes reakcijas un atlabšanas plāniem pēc COVID-19, kā arī tā obligāti jāiekļauj jebkāda veida ES Atveseļošanas un noturības finansējuma izlietošanas plānā.
- **Finanšu aizsardzība:** Psihiskās veselības traucējumi un atkarību izraisošu vielu lietošana var radīt nabadzības risku sirgstošajām personām un mājsaimniecībām gan veselības aprūpes pakalpojumu tiešo izdevumu rezultātā (ieskaitot medikamentu iegādi), gan darba un ienākumu gūšanas iespēju neizmantošanas dēļ. Šī iemesla dēļ ieteicams aizsargāt sirgstošās personas un mājsaimniecības no finansiālām grūtībām, nodrošinot, ka psihiskās veselības aprūpe un ārstēšanas izmaksas tiek pietiekamā līmenī segtas no valsts veselības apdrošināšanas līdzekļiem vai uz kompensācijas sistēmu pamata.
- **Darbaspēka plānošana, attīstība un apmācība:** Latvijā sperti sākotnējie soļi pareizajā virzienā uz darbaspēka attīstību psihiatrijā. Psihologi, ergoterapeiti, mākslas terapeiti, psihoterapeiti, uztura speciālisti, sociālie darbinieki u.c. tiek arvien vairāk iekļauti ārstēšanas plānā un procesos. Nākamais svarīgais solis būs paplašināt psihiatru zināšanas un pievērsties vēl novērojamajai skepei par komandas darbu un psihosociālām intervencēm. Psihietriem aprūpe kopienas ietvaros pieprasa jaunas prasmes un ārstēšanas pieeju.

Psihiskās veselības aprūpes pakalpojumi un pakalpojumi atkarību izraisošu vielu lietotājiem

- **Sabiedrības sniegtas psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu attīstīšana:** Rīgā sperti pirmie soļi ceļā prom no ārstēšanās slimnīcas gultā uz ārstēšanas modeli, kas paredz uz personu vairāk vērstu, ar sabiedrības iesaisti nodrošinātu aprūpi.⁴⁰ Tas ir veids, kā noturēt darbinieku un administrācijas pārliecību un samazināt papildu finansiālos ieguldījumus. Tas ir process, kas soli pa solim ved prom no aprūpes institūcijās uz kopienas nodrošinātas aprūpes izveidi. Nākamais solis būs ārstēšanas paradumu maiņa, piemēram, jaunu agrīnās intervences programmu izstrāde jaunos aprūpes centros, aprūpe mājās, papildu aprūpes programmas pēc akūtas ārstēšanas slimnīcā. Tam sekos klīniku specializācija dažādu pacientu grupu vajadzībām. Šobrīd Latvijā tiek veiktas investīcijas esošajā institucionālajā aprūpē, un efektīva infrastruktūras izmantošana pēc kopienas aprūpes ieviešanas būs problēma. Risinājums varētu būt gerontopsihiatrija, tiesu psihiatrija, grupu un individuālie dzīvokļi psihiatrijas pacientiem.

- Psihiskās veselības traucējumu un ar atkarību izraisošu vielu lietošanu saistītu saslimšanu profilakse: Kā liecina analīze, paplašinātu profilakses stratēģiju īstenošanai sabiedrībā, tai skaitā sociāli emocionālās mācīšanās programmām skolas vecuma bērniem un alkoholisko dzērienu ierobežošanas pasākumiem, ir liels potenciāls uzlabot iedzīvotāju veselību.

Atsauces

¹ Sākotnējais rentablu intervences pasākumu piedāvājumu saraksts psihiskās veselības jomā. Pieejams: https://www.who.int/mental_health/WHO_Discussion_Paper_Draft_Menu_of_cost-effective_interventions_for_mental_health.pdf

²Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.
https://data.csb.gov.lv/pxweb/en/iedz/iedz_iedzrakst/IRG010.px/table/tableViewLayout1/

³Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.
http://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/iedz/iedz_muza_ilq/PMG010.px/table/tableViewLayout1/

⁴Rancans E., Vrublevska J., Snikere S., Koroleva I., Trapencieris M. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*. 2014;156: 104-10. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.022. *E-publikācija* 2013. gada 7. decembris. PMID: 24388684.

⁵Pulmanis T., Šica K., Taube M., Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs, Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā (latviski)

⁶Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības statistikas datubāze.
https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/en/Health/Health_Saslimstiba_Slimibu_Izplatiba_Narkolojija/NARK010_dg_dzim_vec.px/table/tableViewLayout2/

⁷Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības statistikas datubāze,
https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/en/Health/Health_Saslimstiba_Slimibu_Izplatiba_Psihiski_un_uzvedibas_traucejumi/PUT010_dg_qr_rejons_abs_relac.px/table/tableViewLayout2/

⁸Veselības metrikas un novērtēšanas institūts (IHME). Projekts «Global Burden of Disease (GBD)».
<http://www.healthdata.org/latvia>

⁹Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2018 https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/finbalt_2018_i_ii_dala1.pdf

¹⁰ Behmane D., Dudele A., Villerusa A., Misins J., Kļaviņa K., Mozgis D., Scarpetti G. Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2019; 21(4):i-165.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331419/HiT-21-4-2019-eng.pdf>

¹¹ Latvijas Centrālā statistikas pārvalde.
https://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/sociala/sociala_veseliba_vesel/VAG132.px/table/tableViewLayout1/

-
- ¹² Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums, Latvijas Slimību profilakses un kontroles centrs. Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums (2017./2018. mācību gada aptaujas rezultāti un tendences)https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/latvijas-skolenu-veselibas-paradumu-petijums-05.10.2020_1.pdf
- ¹³ Ministru kabineta noteikumi Nr. 412. Par Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plānu 2020.–2022. gadam <https://likumi.lv/ta/id/316448-par-alkoholisko-dzerienu-paterina-mazinasanas-un-alkoholisma-ierobezosanas-ricibas-planu-20202022-gadam>
- ¹⁴ Veselības ministrija, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021–2027 (dokumenta projekts) <https://www.vm.gov.lv/lv/jaunums/publiskai-apsriesanai-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnu-2021-2027gadam-projekts> (latviski) un dokumenta projekts vadlīnijām par sabiedrības veselību<http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?dateFrom=2020-05-04&dateTo=2021-05-04&text=vesel%C4%ABbas+pamatnost%C4%81dnes&org=0&area=0&type=0>
- ¹⁵ Ministru kabineta noteikumi Nr. 299. Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.–2020. gadam<https://likumi.lv/ta/id/307701-psihiskas-veselibas-aprupes-pieejamibas-uzlabosanas-plans-2019-2020-gadam> (latviski)
- ¹⁶ Pasaules Bankas grupa sadarbībā ar «Sanigest International». Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālpilāns 2016–2025 <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/58b57889c736b.pdf>
- ¹⁷ Eiropas Padome, Ziņojums Latvijas valdībai par Eiropas Komitejas spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) vizīti Latvijā laikā no 2016. gada 12. līdz 22. aprīlim, Strasbūrā, 2017. gada 29. jūnijā <https://rm.coe.int/pdf/168072ce4f>
- ¹⁸ PVO, Psihiskās veselības ATLANTS 2017 Dalībvalsts profils. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/
- ¹⁹ Taube M., Berzina-Novikova N., Improving quality of psychiatric care in Latvia by measuring patient experiences, *Health Policy*, 122: 765-768. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.011>.
- ²⁰ Taube M., Quentin W. Provision of community-based mental health care, Latvia. *Bulletin of the World Health Organization* 2020;98:426–430 doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.239913>
- ²¹ Nacionālais veselības dienests, Vēstis no 26, 2017 <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5be423aed5aad.pdf>
- ²² Nacionālais veselības dienests, Vēstis no 27, 2018 <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/vestis>
- ²³ Nacionālais veselības dienests, kompensējamo zāļu saraksts <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/kompensejamie-medikamenti/kompensejamo-zalu-saraksti> (latviski)
- ²⁴ Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin W. Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012; 14(8): 1–191

-
- ²⁵ Labklājības ministrija, Pārskats par ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu. Ziņojums <https://www.lm.gov.lv/lv/par-2019gadu> 2019 (latviski)
- ²⁶ PVO un ANO attīstības programma (2019). Psihiskā veselība: leteikumi investīciju pamatojuma sagatavošanai. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019386>
- ²⁷ PVO (2018). Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- ²⁸ Chisholm, D., K. Sweeny, P. Sheehan, et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 3(5): 415–424.
- ²⁹ «OneHealth» rīks; <https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>
- ³⁰ Chisholm D., Sanderson K., Ayuso-Mateos JL, Saxena S. (2004). Reducing the global burden of depression: a population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 epidemiologically-defined sub-regions (WHO-CHOICE). *British Journal of Psychiatry*, 184: 393.-403.
- ³¹ Chisholm D., Gureje O., Saldivia S., Villalón Calderón M., Wickremasinghe R., Mendis N., Ayuso-Mateos JL, Saxena S. (2008). Schizophrenia treatment in the developing world: an inter-regional and multi-national cost-effectiveness analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 86: 542–551
- ³² Chisholm D., Van Ommeren M., Ayuso-Mateos JL, Saxena S. (2005). Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the burden of bipolar disorder: a global analysis (WHO-CHOICE). *British Journal of Psychiatry*, 187: 559-67.
- ³³ Chisholm D., Moro D., Bertram M., Pretorius C., Gmel G., Shield K., Rehm J. (2018). Are the “Best Buys” for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79: 514–522.
- ³⁴ Stenberg, K., J. A. Lauer, G. Gkountouras, et al. (2018). Econometric estimation of WHO-CHOICE country-specific costs for inpatient and outpatient health service delivery. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 16: 11.
- ³⁵ Bertram, M. Y., K. Stenberg, C. Brindley, et al. (2017). Disease control programme support costs: an update of WHO-CHOICE methodology, price databases and quantity assumptions. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 15: 21.
- ³⁶ WHO (2011). Scaling up action against NCDs: How much will it cost? World Health Organization; Geneva. https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/
- ³⁷ Stenberg, K., H. Axelson, P. Sheehan, et al. (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 383: 1333-1354.
- ³⁸ Robinson L., Hammit J., Cecchini M., Chalkidou K., Claxton K., Cropper M., et al (2019). Reference case guidelines for benefit-cost analysis in global health and development [Online]. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Pieejams: <https://sites.sph.harvard.edu/bcaguidelines/>

³⁹ Norheim OF, Baltussen R., Johri M., Chisholm D., Nord E., Brock DW et al (2014). Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): The inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 12: 18. doi.org/10.1186/1478-7547-12-18.

⁴⁰ Taube M., Quentin W. Provision of community-based mental health care, Latvia. *Bulletin of the World Health Organization* 2020; 98: 426-430. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.239913>

1. PIELIKUMS UZ INDIVĪDU VĒRSTU KLĪNISKO INTERVENČU RESURSU IZLIETOJUMS UN IZMAKSAS

Medikamenti	Stacionārā aprūpe slimnīcā	Ambulatorā aprūpe slimnīcā	Ambulatorā un primārā veselības aprūpe	Izmaksas gadā uz vienu gadījumu	
IZMAKSAS PAR VIENĪBU (EUR)	45	15	15		
trauksme;					
Pamata psihosociālā ārstēšana vieglas veģetatīvās distonijas gadījumā		2 apmeklējumi	1 medmāsas apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums	30,50	
Pamata psihosociālā ārstēšana un ārstēšana ar antidepresantiem vidēji smagos un smagos veģetatīvās distonijas gadījumos	Fluoxetine, 20 mg tabletes; Amitriptyline, 50 mg tabletes	2% no pacientiem nepieciešama 14 dienu ārstēšana stacionārā	2 apmeklējumi	1 medmāsas apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums psihosociālajam atbalstam 2 medmāsas apmeklējumi, 2 ģimenes ārsta apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai	66,95
Intensīva psihosociālā ārstēšana un ārstēšana ar antidepresantiem vidēji smagos un smagos veģetatīvās distonijas gadījumos	Fluoxetine, 20 mg tabletes; Amitriptyline, 50 mg tabletes	2% no pacientiem nepieciešama 14 dienu ārstēšana stacionārā	2 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai 10 individuālās terapijas apmeklējumi (50% pacientu) 8 grupu	1 medmāsas apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums medikamentu atbalstam 10 īpaši ilgi individuālās terapijas apmeklējumi pie medmāsas 50%	256,11

			terapijas apmeklējumi (50% pacientu)	pacientu 8 vienaudžu grupas sesijas 50% pacientu	
Depresija					
Pamata psihosociāla ārstēšana vieglas depresijas gadījumā			2 apmeklējumi	1 medmāsas apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums	2,05
Pamata psihosociālā ārstēšana un antidepresanti pirmās epizodes laikā vidēji smagos un smagos depresijas gadījumos	Fluoxetine, 20 mg tabletes; Amitriptyline, 50 mg tabletes	2% no pacientiem nepieciešama 14 dienu ārstēšana stacionārā	2 apmeklējumi	1 medmāsas apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums psihosociālajam atbalstam 2 medmāsas apmeklējumi, 2 ģimenes ārsta apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai	67,28
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti pirmās epizodes laikā vidēji smagos un smagos depresijas gadījumos	Fluoxetine, 20 mg tabletes; Amitriptyline, 50 mg tabletes	2% no pacientiem nepieciešama 14 dienu ārstēšana stacionārā	3 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai 12 individuālās terapijas apmeklējumi (50% pacientu) 12 grupu terapijas apmeklējumi (50% pacientu)	1 medmāsas apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums medikamentu atbalstam 12 īpaši ilgi individuālās terapijas apmeklējumi pie medmāsas 50% pacientu 12 vienaudžu grupas sesijas 50% pacientu	256,53
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti rekurentos vidēji smagos un smagos depresijas gadījumos stāvokļa uzturēšanas nolūkā	Fluoxetine, 20 mg tabletes; Amitriptyline, 50 mg tabletes	2% no pacientiem nepieciešama 14 dienu ārstēšana stacionārā	3 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai 12 individuālās terapijas apmeklējumi (50% pacientu) 12 grupu terapijas apmeklējumi (50% pacientu)	1 medmāsas apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums medikamentu atbalstam 12 īpaši ilgi individuālās terapijas apmeklējumi pie medmāsas 50% pacientu 12 vienaudžu grupas sesijas 50% pacientu	257,38

Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti rekurentos vidēji smagos un smagos depresijas gadījumos stāvokļa uzturēšanas nolūkā	Fluoxetine, 20 mg tabletes; Amitriptyline, 50 mg tabletes	2% no pacientiem nepieciešama 14 dienu ārstēšana stacionārā	3 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai 12 individuālās terapijas apmeklējumi (50% pacientu) 12 grupu terapijas apmeklējumi (50% pacientu)	1 medmāsu apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums medikamentu atbalstam 12 īpaši ilgi individuālās terapijas apmeklējumi pie medmāsu 50% pacientu 12 vienaudžu grupas sesijas 50% pacientu	328,09
Bipolārie traucējumi					
Garastāvokļa stabilizatori + pamata psihosociālā ārstēšana veģetatīvās distonijas gadījumā	50% lieto Lithium, 300 mg; 20% lieto Valproate, 500 mg; 20% lieto Carbamazepine, 200 mg; 10% lieto Haloperidol, 5 mg tabletes; 20% lieto Diazepam, 5 mg 20% veic asins seruma testu; 50% veic vairogdziedzera darbības pārbaudi;	15–45% no pacientiem nepieciešama 28 dienas ilga ārstēšana stacionārā 10–30% no pacientiem nepieciešama ilgstoša aprūpe iestādē (vidēji 90 dienas) *	6 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai 12 individuālās terapijas apmeklējumi (50% pacientu) 12 grupu terapijas apmeklējumi (50% pacientu)	1 medmāsu apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums psihosociālajam atbalstam 2 medmāsu apmeklējumi, 2 ģimenes ārsta apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai	1037,43
Garastāvokļa stabilizatori + intensīva psihosociālā ārstēšana bipolāro traucējumu gadījumā	50% lieto Lithium, 300 mg; 20% lieto Valproate, 500 mg; 20% lieto Carbamazepine, 200 mg; 10% lieto Haloperidol, 5 mg tabletes; 20% lieto Diazepam, 5 mg 20% veic asins seruma testu; 50% veic vairogdziedzera darbības pārbaudi;	15–45% no pacientiem nepieciešama 28 dienas ilga ārstēšana stacionārā 10–30% no pacientiem nepieciešama ilgstoša aprūpe iestādē (vidēji 90 dienas) *	6 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai 12 individuālās terapijas apmeklējumi (50% pacientu) 12 grupu terapijas apmeklējumi (50% pacientu)	1 medmāsu apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums medikamentu atbalstam 12 īpaši ilgi individuālās terapijas apmeklējumi pie medmāsu 50% pacientu 12 vienaudžu grupas sesijas 50% pacientu	1075,18
Psihoze					
Antipsihotiskie medikamenti + pamata psihosociālā ārstēšana psihozes gadījumā	20% lieto haloperidolu, 5 mg tabletes; 20% lieto hlorpromazīnu, 100 mg; 10% lieto <i>Fluphenazine decanoate</i> , 25 mg/ml; 50% lieto risperidonu, 2 mg tabletes; 10% lieto biperidēnu, 2 mg tabletes; 75% veic elektroencefalogrāfiju	15–45% no pacientiem nepieciešama 28 dienas ilga ārstēšana stacionārā 10–30% no pacientiem nepieciešama ilgstoša aprūpe iestādē (vidēji 90 dienas) *	2 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai	1 medmāsu apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums psihosociālajam atbalstam 2 medmāsu apmeklējumi, 2 ģimenes ārsta apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai	740,55

Antipsihotiskie medikamenti + intensīva psihosociālā ārstēšana psihozes gadījumā	20% lieto haloperidolu, 5 mg tabletes; 20% lieto hlorpromazīnu, 100 mg; 10% lieto <i>Fluphenazine decanoate</i> , 25 mg/ml; 50% lieto risperidonu, 2 mg tabletes; 10% lieto biperidēnu, 2 mg tabletes; 75% veic elektroencefalogrāfiju	15–45% no pacientiem nepieciešama 28 dienas ilga ārstēšana stacionārā 10–30% no pacientiem nepieciešama ilgstoša aprūpe iestādē (vidēji 90 dienas) *	6 apmeklējumi medikamentu izrakstīšanai 12 individuālās terapijas apmeklējumi (50% pacientu) 12 grupu terapijas apmeklējumi (50% pacientu)	1 medmāsu apmeklējums, 1 ģimenes ārsta apmeklējums medikamentu atbalstam 12 īpaši ilgi individuālās terapijas apmeklējumi pie medmāsu 50% pacientu 12 vienaudžu grupas sesijas 50% pacientu	753,04
Alkohola lietošanas traucējumi					
Īsa padomdošanas sesija ar kontroles pasākumiem bīstama un kaitīga alkohola patēriņa gadījumā				1 apmeklējums (novērošana); 2 apmeklējumi (intervence un kontroles tikšanās) 1 informatīvais buklets	47,86

* Atšķirības procentuālajā rādītājā uzņemšanas līmenī kopienā balstīta un slimnīcas vidē balstīta pakalpojumu modeļa gadījumā

2. PIELIKUMS INTERVENČES IZMAKSAS GADĀ PAR NODROŠINĀJUMA APJOMA PALIELINĀŠANU

Intervēncu kopums	Neto pašreizējā vērtība	Investīcijas 10 gados	2020. gads	2021. gads	2022. gads	2023. gads	2024. gads	2025. gads
Veģetatīvā distonija	\$ 10 684 138	\$ 13 055 948	\$ 624 913	\$ 119 832	\$ 138 573	\$ 975 734	\$ 1 088 134	\$ 1 198 374
Pamata psihosociālā ārstēšana vieglas saslimšanas gadījumā	\$ 1 715 106	\$ 2 095 159	\$ 100 694	\$ 214 113	\$ 247 842	\$ 156 919	\$ 174 879	\$ 192 467
Pamata psihosociālā ārstēšana un antidepresanti vidēji smagos un smagos saslimšanas gadījumos	\$ 3 079 123	\$ 3 763 034	\$ 179 743	\$ 410 214	\$ 474 681	\$ 280 934	\$ 313 405	\$ 345 278
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti vidēji smagos un smagos saslimšanas gadījumos	\$ 5 889 909	\$ 7 197 455	\$ 344 476	\$ 2 023 140	\$ 2 332 821	\$ 537 881	\$ 599 850	\$ 660 629
Depresija	\$ 28 844 799	\$ 35 237 721	\$ 1 705 983	\$ 646 4	\$ 7583	\$ 2 637 071	\$ 2 936 703	\$ 3 231 672
Pamata psihosociālā ārstēšana vieglas saslimšanas gadījumā	\$ 99 920	\$ 122 631	\$ 5357	\$ 103 618	\$ 119 514	\$ 8721	\$ 9880	\$ 11 061
Pamata psihosociālā ārstēšana un antidepresanti pirmās epizodes laikā vidēji smagos un smagos gadījumos	\$ 1 479 441	\$ 1 807 156	\$ 87 349	\$ 395 839	\$ 456 392	\$ 135 142	\$ 150 543	\$ 165 715
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti pirmās epizodes laikā vidēji smagos un smagos gadījumos	\$ 5 641 356	\$ 6 891 192	\$ 333 813	\$ 926 428	\$ 1 068 203	\$ 515 871	\$ 574 436	\$ 632 078
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti rekurentos vidēji smagos un smagos depresijas gadījumos epizodiski	\$ 13 206 498	\$ 16 133 331	\$ 781 221	\$ 590 790	\$ 681 129	\$ 1 207 481	\$ 1 344 635	\$ 1 479 645
Intensīva psihosociālā ārstēšana un antidepresanti rekurentos vidēji smagos un smagos gadījumos veselības stāvokļa uzturēšanas nolūkā	\$ 8 417 585	\$ 10 282 782	\$ 498 243	\$ 7 917 498	\$ 7 726 788	\$ 769 856	\$ 857 208	\$ 943 173
Psihoze	\$ 61 175 913	\$ 71 447 082	\$ 8 040 678	\$ 6 551 506	\$ 6 357 537	\$ 7 472 670	\$ 7 158 085	\$ 6 784 770
Pamata psihosociālais atbalsts un antidepresanti	\$ 49 913 090	\$ 58 224 533	\$ 6 695 909	\$ 1 365 992	\$ 1 369 251	\$ 6 117 194	\$ 5 832 686	\$ 5 505 242
Intensīvs psihosociālais atbalsts un antipsihotiskie medikamenti	\$ 11 262 823	\$ 13 222 549	\$ 1 344 769	\$ 8 545 317	\$ 9 095 199	\$ 1 355 477	\$ 1 325 400	\$ 1 279 529
Bipolārie traucējumi	\$ 81 686 824	\$ 96 948 553	\$ 7 809 646	\$ 6 644 626	\$ 6 933 378	\$ 9 463 707	\$ 9 654 730	\$ 9 671 800
Pamata psihosociālā ārstēšana un garastāvokļa stabilizatori	\$ 60 671 192	\$ 71 779 353	\$ 6 233 804	\$ 1 900 691	\$ 2 161 821	\$ 7 102 716	\$ 7 155 025	\$ 7 092 501
Intensīva psihosociālā ārstēšana plus garastāvokļa stabilizatori	\$ 21 015 631	\$ 25 169 200	\$ 1 575 842	\$ 1 872 438	\$ 2 294 986	\$ 2 360 990	\$ 2 499 704	\$ 2 579 299
Alkohola lietošana/atkarība	\$ 31 665 744	\$ 39 052 769	\$ 1 251 714	\$ 1 872 438	\$ 2 294 986	\$ 2 719 701	\$ 3 144 416	\$ 3 581 466
Īsas intervences un papildu ārstēšana alkohola lietošanas/atkarības gadījumā	\$ 31 665 744	\$ 39 052 769	\$ 1 251 714	\$ 1 068 867	\$ 1 038 130	\$ 2 719 701	\$ 3 144 416	\$ 3 581 466
Uz sabiedrību kopumā vērstas alkohola patēriņa kontroles intervences	\$ 9 708 131	\$ 11 524 095	\$ 1 121 592	\$ 747 809	\$ 747 809	\$ 1 038 130	\$ 1 038 130	\$ 1 073 750
Akcīzes nodoklis (palielināts par 50%)	\$ 7 002 773	\$ 8 324 972	\$ 780 835	\$ 108 031	\$ 138 573	\$ 747 809	\$ 747 809	\$ 780 835
Ierobežots mārketinga (reklāmu aizliegumi)	\$ 963 112	\$ 1 142 848	\$ 112 729	\$ 213 027	\$ 247 842	\$ 102 123	\$ 102 123	\$ 108 107
Ierobežota pieejamība (tirdzniecības vietas)	\$ 1 742 246	\$ 2 056 274	\$ 228 029	\$ 312 139	\$ 474 681	\$ 188 198	\$ 188 198	\$ 184 808
Uz sabiedrību kopumā vērstas garīgās veselības aprūpes intervences	\$ 3 892 941	\$ 4 722 288	\$ 281 535	\$ 144 860	\$ 2 332 821	\$ 333 405	\$ 335 147	\$ 545 432
Universālas skolas vidē balstītas sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) intervences ar mērķi novērst depresiju/trauksmi un pašnāvību pusaudžu vidū vecuma grupā 12–17 gadi	\$ 1 996 870	\$ 2 129 152	\$ 139 607	\$ 119 832	\$ 7583	\$ 165 025	\$ 165 025	\$ 286 951
Uz riska indivīdiem vērstas skolas vidē balstītas sociāli emocionālās mācīšanās (SEM) intervences ar mērķi novērst depresiju/trauksmi un pašnāvību pusaudžu vidū vecuma grupā 12–17 gadi	\$ 1 896 071	\$ 2 293 136	\$ 141 928	\$ 214 113	\$ 119 514	\$ 168 380	\$ 170 121	\$ 258 481
Programmas izmaksas (5% no kopējām)	\$ 9 799 637	\$ 11 646 784	\$ 979 217	\$ 410 214	\$ 456 392	\$ 1 096 036	\$ 1 110 546	\$ 1 125 290