

(Ministru kabineta
2017. gada 7. augusta
rīkojums Nr. 394)

**Konceptuālais ziņojums
"Par veselības aprūpes sistēmas reformu"**

SATURS

SAĪSINĀJUMI	3
KONCEPTUĀLĀ ZIŅOJUMA KOPSAVILKUMS	4
I ESOŠĀS SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS	6
1.1. Demogrāfiskās tendences un sabiedrības veselības stāvoklis	6
1.2. Veselības aprūpes infrastruktūra	7
1.3. Veselības aprūpes cilvēkresursi.....	8
1.4. Veselības aprūpes kvalitāte.....	10
1.5. Iestāžu pārvaldība un pašvaldību loma	11
1.6. Veselības nozares finansējums.....	12
II VESELĪBAS REFORMAS MĒRĶI, SNIEGUMA RĀDĪTĀJI	13
III REFORMAS IETVAROS VEICAMĀ RĪCĪBA	15
3.1. Infrastruktūra un kartējums.....	15
3.1.1. Primārā veselības aprūpe.....	16
3.1.2. Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti (SMPP)	18
3.1.3. Slimnīcu nodrošinātā veselības aprūpe.....	19
3.1.4. Neatliekamā medicīniskā palīdzība.....	24
3.2. Pašvaldību lomas definēšana veselības aprūpes sistēmā	25
3.3. Cilvēkresursi	26
3.3.1. Ārstniecības personu plānošanas kritēriji.....	28
3.3.2. Ārstniecības personu nodrošinājums 2016. un 2025. gadā.....	29
3.3.3. Ārsta profesijas turpmākā attīstība	30
3.3.4. Māsas profesijas turpmākā attīstība	30
3.3.5. NMPD nodrošinājums ar ārstniecības personām	31
3.3.6. Ārstniecības personu atalgojums un galvenās plānotās darbības veselības nozares cilvēkresursu attīstībai.....	33
3.4. Valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procesa pilnveidošana	36
3.5. Veselības aprūpes kvalitātes sistēma	40
3.6. E-veselība un pacientu identifikācija.....	42
3.7. VM padomības iestāžu reorganizācijas stratēģija.....	45
IV VESELĪBAS NOZARES FINANSĒJUMS	51
4.1. Veselības nozares valsts budžeta finansējuma plāns 2018. – 2023. gadam.....	54
4.2. Ieguvumi tautsaimniecībā	60
V SNIEGUMA RĀDĪTĀJI.....	62
VI PIEDĀVĀTO IZMAIŅU IEGUVUMI UN SASNIEDZAMIE REZULTĀTI LĪDZ	
2023. GADAM	66
VII TURPMĀK VEICAMIE PASĀKUMI	66
VIII RISKI, JA FINANSĒJUMS NETIEK PIEŠĶIRTS	77

SAĪSINĀJUMI

CSP – Centrālā statistikas pārvalde
EK – Eiropas Komisija
ES – Eiropas Savienība
EVAK – Eiropas veselības apdrošināšanas karte
FM – Finanšu ministrija
IIN – Iedzīvotāju ienākuma nodoklis
IKP – iekšzemes kopprodukts
LU – Latvijas Universitāte
MK – Ministru kabinets
NMP – neatliekamā medicīniskā palīdzība
NMPP – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
NVD – Nacionālais veselības dienests
OECD – Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija
PB – Pasaules Banka
PVO – Pasaules Veselības organizācija
RSU – Rīgas Stradiņa Universitāte
SAVA – sekundārā ambulatorā veselības aprūpe
SMPP – Steidzamās medicīniskās palīdzības punkts
SPKC – Slimību profilakses un kontroles centrs
VI – Veselības inspekcija
VID – Valsts ieņēmumu dienests
VM – Veselības ministrija
VSAA – Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra
VSAOI – Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas

KONCEPTUĀLĀ ZIŅOJUMA KOPSAVILKUMS

1. Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (turpmāk – Ziņojums) sagatavots atbilstoši Ministru prezidenta M. Kučinska valdības deklarācijas¹ rīcības plāna 130. punktā ietvertajiem pasākumiem.
2. Ziņojumā ir aplūkotas tikai būtiskākās problēmas ārstniecībā un pārvaldē, kas pamato veicamo reformu nepieciešamību, atturoties no detalizēta izklāsta par citām aktivitātēm, piemēram, sabiedrības veselībā, slimību profilaksē un veselības veicināšanā.
3. Reformas ietvaros ir plānots risināt šādas visbūtiskākās veselības nozares problēmas (detalizētāks problēmu raksturojums lpp. 6. – 14.):
 - 1) Neapmierinošie sabiedrības veselības rādītāji mazina darbaspēka nodrošinājumu nākotnē. Mirstības rādītāji vecumgrupā līdz 65 gadiem ir otrie augstākie Eiropā, kas mazina Latvijas darbaspēka resursus par 3,9% (salīdzinājumā, ja mirstības rādītāji atbilstu ES valstu vidējiem rādītājiem). Tas rada neiekasētos nodokļu ieņēmumus no darbaspēka 247,3 milj. euro apmērā jeb 1,24 miljardus euro piecos gados. Mirstības rādītāji tiešā veidā korelē ar veselības nozares finansējumu - lielāki ieguldījumi būtiski samazina korigējamās jeb attālināmās mirstības rādītājus².
 - 2) slimnīcu tīkls, kas rada izteikti atšķirīgu dzīves kvalitāti dažādu teritoriju iedzīvotājiem (piemēram, Latvijā olnīcu vēža ķirurģijas pacientu mirstība bija 1,5 reizes augstāka zemas intensitātes slimnīcās salīdzinājumā ar augstas intensitātes slimnīcām³), pārsvarā kvalitātes nodrošināšanai nepietiekamā manipulāciju skaita dēļ (t.i. kvalitātes problēmas ārstu pieredzes trūkuma dēļ, jo pacientu plūsmas apjoms neļauj nodrošināt pietiekamu pieredzes līmeni).
 - 3) Veselības aprūpes pakalpojumu nepietiekama finansēšana ar akumulējošo efektu no 2009.gada, kad saistībā ar krīzi finansējums veselības aprūpei tika samazināts. Nepietiekams finansējums un akumulēšanas efekts ir radījis nozīmīgus draudus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai (piemēram, šobrīd pacients uz gūžas operāciju gaida vidēji 7 gadus, uz oftalmoloģiskajām operācijām vidēji 3 līdz 4 gadus).
 - 4) Konstruktīvas pieejas un vienotas izpratnes trūkums par pacientu drošību un kvalitātes vadību veselības nozarē, jo netiek pilnvērtīgi izmantota Eiropas un citu valstu pieredze, standarti un labās prakses piemēri, kā arī nav noteiktas klīniskās vadlīnijas, nav izstrādāti klīniskie algoritmi un klīniskie ceļi⁴.
 - 5) Pilnveidojama indikatoru definēšana, kuru aprēķināšana un monitorēšana ir iespējama tikai ar informācijas sistēmu un informācijas tehnoloģiju attīstību, kā arī veselības tehnoloģiju novērtēšana (*Health Technologies Assessment (HTA)*).
 - 6) Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai nepieciešamo cilvēkresursu problēmas, kas saistītas ar nepietiekamu māsu skaitu, ārstu un māsu disproporciju, nepietiekamo atalgojuma līmeni (ārsti izvēlas neslēgt līgumu ar NVD neizdevīgu tarifu dēļ), personāla novecošanu, neefektīvu paudžu nomaiņu.
 - 7) Trūkst stratēģiskā pieeja veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanā, kas ņemtu vērā kvalitātes rādītājus un būtu orientēta uz samaksu tikai par kvalitatīviem pakalpojumiem.
 - 8) VM padotības iestāžu funkcijas, kompetences un kapacitāte nav pilnībā saistītas ar veicamo reformu.

¹ 2016.gada 3.maija MK rīkojums Nr.275 “Par Valdības rīcības plānu Deklarācijas par Māra Kučinska vadītā MK iecerēto darbību īstenošanai” 130.punkts (prot. Nr.20 29§).

² Jonathan Cylus using GHED and WHO Mortality database, 2015.

³ Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitāte Latvijā, PB ziņojums, 33.lpp.

⁴ VM galvenā speciālista dzemdniecībā un ginekoloģijā D.Rezebergas ziņojums: “Mātes mirstības konfidencialā analīze Latvijā. Ziņojums par situāciju Latvijā 2013.-2015. gadā” iesniegts VM 17. 03.2017. Nr.2723.

- 9) Nav skaidri noteikta pašvaldību loma, atbildība un kompetence dažādu veselības aprūpes pakalpojumu līmeņu nodrošināšanā saviem iedzīvotājiem.
4. Risinājumi veselības aprūpes organizācijai un nepieciešamajam finansējumam veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai ieslodzījuma vietās tiks iekļauti informatīvajā ziņojumā, kuru Veselības ministrija izstrādās kopīgi ar Tieslietu ministriju un iesniegs izskatīšanai Ministru kabinetā⁵.
5. Atbilstoši OECD, PVO un PB⁶ rādītājiem Latvijas veselības sistēma ir nepietiekami finansēta, kas liedz veikt ilgtermiņa ieguldījumus pakalpojumu pieejamības un cilvēkresursu nodrošināšanā. Par nepietiekamu finansējumu liecina šādi salīdzinošie rādītāji:
- 1) finansējums veselības nozarei no IKP Latvijā ir viens no zemākajiem – 5,6 %, ES valstu vidējais – 9,9%, OECD valstu vidējais rādītājs (8,9%), Igaunijā 6,3%, Lietuvā 6,5%;
 - 2) valsts finansējums Latvijas veselības nozarei no IKP attiecīgi arī ir viens no zemākajiem – 3,07 %, ES valstu vidējais – 7,2% , OECD valstu vidējais rādītājs (6,5%).
 - 3) pacientu tiešo maksājumu (*out-of-pocket health expenditure*) Latvijā 35,13% no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem, Igaunijā 20,72%, Lietuvā 31,27%, ES attiecīgi 16,68%⁷. Pacientu tiešie maksājumi ietver pacientu iemaksas, līdzmaksājumu, maksājumus par pakalpojumiem, kurus neapmaksā no veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļiem, un izdevumus zāļu iegādei⁸.
6. Reformas progressa un rezultātu novērtēšanai ir izvirzīti veselības aprūpes reformas sasnieguma rādītāji līdz 2023. gadam, tajos uzrādīti arī salīdzināmie ES valstu vidējie rādītāji.
7. Ziņojumā izmantots PB veiktais esošās situācijas izvērtējums un sniegtie priekšlikumi veselības nozarē, EK un OECD rekomendācijas Latvijai, kā arī MK sēdē 20.12.2016. pieņemtais “Informatīvais ziņojums par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu”.

⁵ Atbilstoši 11.10.2016. MK sēdes Nr.52 prot. §50, 4.punktam.

⁶ EK 2017.gada ziņojums par Latviju (2.lpp), PVO pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā – iespējas un izaicinājumi starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gada jūlijs, (9.lpp).

⁷ PVO, “Health for all”, 2014.

⁸ “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (73.lpp.), MK rīkojums Nr.589 14.10.2014.

I ESOŠĀS SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS

1.1. Demogrāfiskās tendences un sabiedrības veselības stāvoklis

8. Iedzīvotāju skaits Latvijā:
 - kopš 2010.gada samazinājies par 151,54 tūkst. (7,4%);
 - tajā skaitā 50,41 tūkst. (-2,5%) negatīvā dabiskā pieauguma dēļ;
 - 101,13 tūkst (-4,9%) migrācijas rezultātā⁹.
9. Latvijas sabiedrība strauji noveco:
 - no 2010. līdz 2016. gadam darbaspējas vecuma iedzīvotāju skaits samazinājies par 161,27 tūkst. (darbaspējas vecumā 61,5% iedz.);
 - virs darbaspējas vecuma iedzīvotāju skaits palielinājies par 9765¹⁰.
10. Lai gan pēdējos gados dzimstības rādītāji uzlabojas, prognozes, ņemot vērā iedzīvotāju skaitu, liecina par būtisku dzemdību skaita samazinājumu turpmākajos gados:
 - 2013.gadā – 20 094 dzemdības,
 - 2016.gadā – 21 429 dzemdības,
 - prognozējamais dzemdību skaits 2023. gadā – 15 426 dzemdības¹¹.
11. Sabiedrības veselības rādītāji Latvijā būtiski atpaliek no citām ES dalībvalstīm:
 - onkoloģisko pacientu skaits 1,3 reizes lielāks (3,55%) nekā vidēji ES (2,7%)¹²;
 - pirmo reizi par invalīdiem atzīto pacientu skaits 2 reizes pārsniedz ES vidējos rādītājus¹³;
 - 16 545 personām 2015.gadā pirmo reizi noteikta invaliditāte (galvenie cēloņi onkoloģija un sirds asinsvadu slimības)¹⁴;
 - iedzīvotāji, kuri savu veselību vērtē kā labu vai ļoti labu Latvijā – 46,2%, ES vidēji – 67%¹⁵.
12. Latvijā 39,6 % vīriešu atzīmē, kādu ilgstošu slimību, kamēr sievietes populācijā uz ilgstošām slimībām norāda aptuveni 51%¹⁶.
13. Veselības pašvērtējums (savu veselību novērtējuši “slikti” un “ļoti slikti”) reģionu līmenī ir atšķirīgs:
 - Latgalē – 15,2%;
 - Rīgā – 10,7%¹⁷.
14. Jaundzimušo paredzamais mūža ilgums ir būtiski zemāks nekā ES valstu vidējie rādītāji:
 - vīriešiem 69,1 gadi, sievietēm 79,4 gads;
 - vidēji ES vīriešiem 78,1gadi, sievietēm 83,6 gadi¹⁸.
15. Veselīgā mūža ilgums ir visīsākais starp ES valstīm:
 - Latvijā – 55,3 gadi;
 - ES – 61,8 gadi¹⁹.
16. Mirstība (visi nāves cēloņi) Latvijā ir 1,5 reizes augstāka kā vidēji ES, vīriešiem šī atšķirība ir vēl lielāka – 1,7 reizes²⁰.

⁹ CSP datu bāze (dati par 2010.-2015.gadu).

¹⁰ CSP datu bāze (virs darbaspējas vecuma iedzīvotāju skaits attiecīgi 447 519 (2010); 457 284 (2016)).

¹¹ SPKC atvasinātās CSP 2014.gadā publicētās prognozes.

¹² PVO, “Health for all” datu bāze, 2012.

¹³ PVO, “Health for all” datu bāze, 2013.

¹⁴ CSP datu bāze.

¹⁵ (EU-SILC APSEKOJUMS 2015), Eurostat.

¹⁶ CSP, Statistisko datu krājums “IEDZĪVOTĀJU VESELĪBAS APSEKOJUMA REZULTĀTI LATVIJĀ”, 13.lpp.

¹⁷ CSP, Statistisko datu krājums “IEDZĪVOTĀJU VESELĪBAS APSEKOJUMA REZULTĀTI LATVIJĀ”, 12.lpp.

¹⁸ PVO, “Health for all” datu bāze, 2013.

¹⁹ Eurostat, 2014.

²⁰ EUROSTAT, 2013 (standartizētā mirstība uz 100 000 iedz. visi cēloņi: Latvijā kopā 1 548,98 (vīrieši 2 138,56), ES vidēji 1 020,93 (vīrieši 1 265,46).

17. Sabiedrības veselības situācijas uzlabošanai VM pēdējā gada laikā mērķtiecīgi veikusi šādus pasākumus:
- uzsākta savlaicīga un pēctecīga izmeklēšana un ārstēšana onkoloģisko saslimšanu gadījumos, no 2016. gada 1.oktobra ieviešot "zaļo koridoru"²¹. Līdz 2017. gada 2. aprīlim šāda iespēja tika nodrošināta 2213 pacientiem ar aizdomām par onkoloģisku saslimšanu;
 - pašvaldības ar SPKC atbalstu iesaistās veselības veicināšanas aktivitāšu nodrošināšanā²²;
 - izstrādātas un ieviestas uztura normas izglītības un ārstniecības iestādēs, ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas institūcijās, nosakot kvalitātes prasības ēdināšanā izmantojamiem pārtikas produktiem, kā arī noteikti konkrēti pārtikas produkti, kurus drīkst izplatīt izglītības iestādēs un to teritorijā, t.sk. skolu kafejnīcā, uzskodu un dzērienu automātos;
 - aizliegta enerģijas dzērienu pārdošana personām, kuras nav sasniegušas 18 gadu vecumu un šīs personas nedrīkst tās iegādāties;
 - vairāk kā divas reizes samazināts saldināto bezalkoholisko dzērienu patēriņš bērniem pēdējo 12 gadu laikā, pateicoties aizliegumam izplatīt šos dzērienus izglītības iestādēs, kā arī vairākkārtējai akcīzes nodokļa celšanai šiem dzērieniem;
 - noteikts maksimāli pieļaujamais transtaukskābju daudzums Latvijā ražotajos un ievestajos pārtikas produktos. Prasības obligāti tiks piemērotas no 2018. gada 1. jūnija;
 - aizliegts smēķēt bērnu un grūtnieču klātbūtnē, kā arī jebkurā publiskā vietā citas personas klātbūtnē, ja šīs personas pret to iebilst;
 - aizliegta alkoholisko dzērienu vides reklāma, kas nozīmē, ka alkoholiskos dzērienus vairs nedrīkst reklamēt ārējā vidē izvietotos stendos, plakātos un citur;
 - izveidots Veselību veicinošo pašvaldību un Veselību veicinošo skolu tīkls, lai veselības veicinošie pasākumi tiktu aizvien vairāk realizēti uz vietas gan izglītības iestādēs, gan pašvaldībās²³;
 - rosināts palielināt akcīzes nodokli alkoholiskajiem dzērieniem un tabakas izstrādājumiem, kā rezultātā kopš 2016. gada akcīzes nodokli alkoholiskajiem dzērieniem ir paredzēts palielināt katru gadu līdz 2018. gadam, savukārt akcīzes nodokli tabakas izstrādājumiem ir paredzēts palielināt katru gadu līdz 2019. gadam.

1.2. Veselības aprūpes infrastruktūra

18. Latvijā vairāk nekā 32% iestāžu ir mazāk kā 100 gultas, kas tiek uzskatīts par nepietiekamu skaitu, lai uzturētu neatliekamās palīdzības iestādi²⁴.
19. Ievērojot demogrāfiskas tendences, ambulatorās aprūpes attīstību un vispārējo tehnoloģiju attīstību, mainās pieprasījums pēc stacionārās aprūpes pakalpojumiem, gan pakalpojumu skaita ziņā, gan ārstēšanas ilguma ziņā, tāpēc jākoncentrē akūtās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas sniedzēji, vienlaicīgi paplašinot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību pacientiem ar hroniskām slimībām. Rezultātā samazinās arī vajadzība pēc infrastruktūras un gadījumā, ja neseko infrastruktūras optimizācija, tad infrastruktūras izmantošana kļūst par neefektīvu.
20. Ņemot vērā finansiālo situāciju, ārstniecības iestāžu iespējas veikt dārgo tehnoloģiju atjaunošanu ir ierobežotas, līdz ar ko atsevišķos gadījumos ārstniecībai tiek izmantotas novecojušas iekārtas, kas apdraud kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu veikšanu.

²¹ MK 27.09.2016. noteikumi Nr.642 "Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība"".

²² OECD Reviews of health System, LATVIA, 2016 (11.lpp).

²³ OECD Reviews of health System, LATVIA, 2016 (11.lpp).

²⁴ Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālpilns 2016. – 2025 (54.lpp.), PB.

21. Individuālās ģimenes ārstu prakses, kas pilsētās atrodas attālināti no citām ģimenes ārstu praksēm, ne vienmēr var nodrošināt efektīvu pakalpojumu pieejamību saviem pacientiem ārpus prakses darba laikā, tai skaitā vakaros, ārsta atvaļinājuma laikā un brīvdienās.
22. Ņemot vērā iepriekšējos gados veiktās investīcijas, pirmsslimnīcas NMP infrastruktūru, kā arī psihiatrijas monopofila slimnīcu infrastruktūru var uzskatīt par atbilstošu efektīvai un kvalitatīvai pakalpojumu sniegšanas nodrošināšanai.
23. Nevienlīdzība starp reģioniem un vietējām pašvaldībām pastāv ienākumu un ekonomiskās aktivitātes ziņā, gan arī pakalpojumu pieejamībā, kas rada izteikti atšķirīgu dzīves kvalitāti dažādu teritoriju iedzīvotājiem un ierobežotu piekļuvi specializētiem veselības aprūpes pakalpojumiem reģionos, īpaši pašvaldībās, kas atrodas tālāk no Rīgas²⁵. Šīs piekļuves nodrošināšanai nav pilnībā attīstīti reģionālie sadarbības modeļi un skaidri “pacientu ceļi” pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai vienmērīgi visā valstī.
24. Specifiskā mājas aprūpes pakalpojuma nodrošinājums Latvijā nav vienmērīgs un atsevišķās teritorijās pakalpojumu sniedzēji „pārklājas”. Piemēram, mājas aprūpes pakalpojumu sniedzējs viena novada ietvaros ir gan ambulatorais centrs, gan slimnīca, gan privātuzņēmēji, gan ģimenes ārstu prakses. Šāda pieeja viena pakalpojuma nodrošināšanā rada šķēršļus vienotai pakalpojumu kvalitātes pārraudzībai un organizēšanai.
25. Veselības aprūpes infrastruktūras uzlabošanai VM pēdējā gada laikā mērķtiecīgi veikusi šādus pasākumus:
 - ES fondu 2007. – 2013. gada plānošanas periodā veselības nozarē tika atbalstīti ERAF pasākumi galvenokārt infrastruktūras uzlabošanai stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu un NMP sniegšanai, kā arī ģimenes ārstu prakšu uzlabošanai un slimnīcu pārprofilēšanai par ambulatorajām ārstniecības iestādēm. Rezultātā ES fondu 2007. - 2013. gada plānošanas periodā atbalsts sniegts:
 - 1) 486 ģimenes ārstu praksēm, īstenojot 279 projektus par kopējo finansējumu 3 783 605 euro. Tai skaitā atbalsts sniegts 256 ģimenes ārstu prakšu attīstībai 43 pakalpojumu sniegšanas vietās ar divām un vairāk praksēm par 2 490 256 euro;
 - 2) 25 ambulatorajiem veselības aprūpes centriem, pārprofilējoties no stacionārā pakalpojuma sniedzējiem uz ambulatorajiem, par kopējo finansējumu 6 517 951 euro apmērā;
 - 3) NMP dienestam sistēmas centralizācijai nepieciešamo pasākumu īstenošanai (tai skaitā dispečeru punktu centralizācija, vienotas IT sistēmas izveide, jaunu operatīvo medicīnas transporta līdzekļu un to aprīkojuma iegāde) 29 989 885 euro apmērā;
 - 4) slimnīcu sektoram 190 225 442 euro apmērā, tai skaitā ieguldot finansējumu ambulatorā sektora attīstībai, tostarp dienas stacionāru attīstībai, ambulatoro pakalpojumu un manipulāciju attīstībai.
 - Valsts galvoto aizdevumu projekta ietvaros uzlabota psihiatrijas profila slimnīcu infrastruktūra (kopējais projektu finansējums 41 433 374 euro), kā arī klīnisko universitāšu slimnīcu infrastruktūra (kopējais projektu finansējums 147 701 600 euro).
26. Veiktās reformas nodrošināja veselības nozares finansējuma restrukturizāciju pa aprūpes līmeņiem un ārstniecības iestādēm, savukārt ieguldījumi infrastruktūrā palīdzēja saglabāt pakalpojumu pieejamību un paaugstināt to kvalitāti. Tādēļ turpmākajā periodā jānodrošina uzsākto veselības nozares reformu ieviešanas turpināšana, paaugstinot veselības nozares efektivitāti.

1.3. Veselības aprūpes cilvēkresursi

²⁵ Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālpilns 2016. – 2025 (57.lpp.), PB

27. Saskaņā ar CSP datiem 2016. gadā Latvijā 6% (jeb 53,6 tūkstoši) no visiem nodarbinātajiem strādāja veselības un sociālās aprūpes jomā²⁶.
28. Vienlaicīgi veselības un sociālās aprūpes nozare ir to nozaru vidū, kur lielākais nodarbināto īpatsvars ir vecumā virs 50 gadiem, kas sastāda 34 – 47% no veselības aprūpes jomas profesiju apakšgrupās nodarbinātajiem (salīdzinoši vidējais līmenis tautsaimniecībā ir 29%)²⁷.
29. Salīdzinot jaunākos OECD apkopotos starptautiskos rādītājus, secināms, ka ārstu skaits Latvijā ir nedaudz zem ES vidējiem rādītājiem:
- Latvijā 3,2 praktizējoši ārsti uz 1000 iedzīvotāju;
 - ES valstīs vidēji 3,5 praktizējoši ārsti uz 1000 iedzīvotāju²⁸.
30. Joprojām saglabājas būtiska nevienlīdzība ārstu skaita (pamatdarbā strādājošie) sadalījumā:
- Rīgā – 62% no kopējā ārstu skaita,
 - Rīgas reģionā – 9%,
 - Kurzemes reģionā – 7%,
 - Latgales reģionā – 9%,
 - Vidzemes reģions – 6%,
 - Zemgales reģions – 7%²⁹.
31. Latvijā ir arī zems māsu īpatsvars:
- Latvijā 4,8 praktizējošas māsas uz 100 000 iedzīvotāju;
 - ES valstīs vidēji 8,4 praktizējošas māsas uz 100 000 iedzīvotāju;
32. Māsu/ārstu disproporcija liedz pilnvērtīgi izmantot ārsta zināšanas un pieredzi, jo ārstam jāuzņemas māsas loma, kas rada intelektuālos zudumus sistēmā, kā arī tiek apgrūtināts pilnvērtīgs pacientu aprūpes process.
33. Ik gadu aptuveni 250 personas iegūst māsas kvalifikāciju, bet tikai aptuveni 60 uzsāk darbu slimnīcās³⁰. Māsu vecuma struktūra ir izteikti novecojoša (20% māsu ir pirmspensijas un pensijas vecumā). Reģionu griezumā starpība ir vēl jūtama³¹. Pēc rekomendējošās metodoloģijas šobrīd slimnīcās māsu deficīts ir ap 1500 māsu.
34. Latvijā esošo personāla analīzi un standartu noteikšanu apgrūtinātas, ka viens speciālists strādā vairākās amata vietās, kā arī ir nepietiekami pieejama informācija par situāciju reģionos³².
35. Neefektīva paaudžu nomaiņa veselības aprūpes sistēmā un pakalpojumu apmaksas nosacījumi, t.sk., atalgojums un nepietiekamas atbalsta programmas jauno speciālistu motivēšanai, kavē racionālu medicīniskā personāla kapacitātes izmantošanu.
36. Ārstniecības personu migrācija ES kontekstā ir viena no svarīgākajām problēmā cilvēkresursu plānošanas jomā. Ar savu augsto medicīnas izglītības kvalitāti un zemajām darba algām Latvija jau vairākus gadus ieņem ārstniecības personu donorvalsts pozīcijas.
37. Slimnīcās, kur tiek nodrošināta neatliekamā medicīniskā palīdzība, sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpe, nodarbināto ārstu skaits Latvijā ir mazāks kā OECD valstīs vidēji:
- Latvijā aptuveni 35%;
 - OECD valstīs vairāk nekā 75% (tikai 25% strādā ārpus slimnīcu sektora)³³.
38. Esošo un nākotnes vajadzību pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un veselības aprūpes cilvēkresursiem nosaka vairāki faktori: demogrāfiskie procesi, saslimstība, veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana, veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas modelis (ietekmē cilvēkresursu vajadzību primārajā, stacionārajā un ilglaicīgajā aprūpē), ekonomiskā izaugsme un izdevumi veselības nozarei (valsts apmaksāto un maksas pakalpojumu proporcija).

²⁶ CSP dati, Nodarbinātie pēc saimnieciskās darbības veida un dzimuma (NACE 2.red.)

²⁷ CSP dati, Nodarbinātie pēc saimnieciskās darbības veida un dzimuma (NACE 2.red.)

²⁸ Health at a Glance: Europe 2016, 159.lpp., OECD.

²⁹ Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra dati (01.01.2016.)

³⁰ Latvijas māsu asociācijas dati

³¹ Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālpilns 2016. – 2025 (118.lpp.), PB

³² Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālpilns 2016. – 2025 (1.lpp.), PB

³³ Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālpilns 2016. – 2025 (8.lpp.), PB

39. Vienlaicīgi Latvijas veselības aprūpes stiprā puse ir izcila medicīniskā izglītība. Latvijas augstākās medicīnas izglītības iestādes un koledžas nodrošina augsti kvalificētu medicīnas profesionāļu sagatavošanu, kuri spēj veikt visaugstākās kvalitātes diagnostiku, ārstēšanu un aprūpi³⁴.
40. Lai uzlabotu situāciju veselības aprūpes cilvēkresursu jomā, no 2015. gada valsts apmaksātas rezidentūras vietas prioritāri piešķir, ja ir vienošanās par darba attiecību uzsākšanu ārstniecības iestādē ārpus Rīgas. Ar šādu vienošanos 2016./2017. studiju gadā rezidentūrā tika uzņemti 43 studenti no 230. Vienlaikus noteikta prasība pēc valsts apmaksātu rezidentūras studiju pabeigšanas 3 gadus strādāt valsts vai pašvaldību ārstniecības iestādēs, kā arī ģimenes ārstu praksēs.

1.4. Veselības aprūpes kvalitāte

41. Attālināmās mirstības/novēršamās mirstības (*amenable mortality*)³⁵ rādītāji Latvijā ir augstākie ES valstu vidū (2013):
- Latvijā 320 attālināmās nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju;
 - ES valstīs vidēji 119³⁶.
42. Mirstība no sirds asinsvadu slimībām Latvijā ir 2,3 reizes lielāka kā vidēji ES valstīs; mirstība no ļaundabīgiem audzējiem - 1,18 reizes lielāka³⁷.
43. Latvijā 2015. gadā ļaundabīgie audzēji pirmo reizi mūžā tika diagnosticēti 11 123 pacientiem, bet uzskaitē 2015. gada beigās bija 74 540 pacientu;
44. Latvijā ir viens no augstākajiem 30 dienu mirstības rādītājiem slimnīcā pēc insulta:
- Latvijā attiecīgi 18 uz 100 stacionēšanās gadījumiem;
 - ES valstīs vidēji 9,4 uz 100 stacionēšanās gadījumiem³⁸.
45. Tikai ap 30% no krūts vēža pacientiem slimība tiek diagnosticēta agrīnās (0,I) stadijās. Katru gadu vairāk nekā puse no diagnosticētajiem kolorektālā vēža gadījumiem ir jau III un IV stadijā³⁹.
46. Latvijā augstāki ķirurģiskā darba apjomi slimnīcās tieši korelē ar labāku aprūpes kvalitāti un zemākiem mirstības rādītājiem (piemēram, aortas, asinsvadu ķirurģija, invazīvā kardioloģija, krūts, olnīcu un kolorektālā vēža ķirurģija). Pacientiem, kurus ārstēja ārsti, kuri veica vairāk nekā 75 perkutānas koronāras intervences (PKI) gadā, bija par 44 % mazāks mirstības slimnīcā risks salīdzinājumā ar pacientiem, kurus ārstēja ārsti, kuri veica mazāk kā 75 PKI gadā⁴⁰.
47. Ir vāja hronisko slimnieku uzraudzība, piemēram, augstas riska grupas iedzīvotāji (vīrieši vecumā no 45 līdz 54 gadiem) nesaņem asinsspiediena (gan drīz 40% gadījumos) vai holesterīna līmeņa (vairāk nekā 60% gadījumos) ikgadējus mērījumus⁴¹.
48. Gaidīšanas laiks uz ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem svārstās no 20 dienām līdz pat 680 dienām. Ilgs gaidīšanas laiks veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai būtiski ietekmē arī pakalpojumu pēctecības un nepārtrauktas nodrošināšanas iespējas⁴².
49. Ar katru gadu mazinās ārstniecības iestāžu skaits, kas noslēdz līgumu ar NVD par valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu, kā galveno iemeslu norādot nepietiekamus

³⁴ OECD Reviews of health System, LATVIA, 2016 (12.lpp).

³⁵ Koriģējamās mirstības rādītājs raksturo situāciju, kas būtu novēršama, pie nodrošinātas optimālas veselības aprūpes kvalitātes

³⁶ SPKC dati

³⁷ PVO, "Health for all" datu bāze (Standartizētā mirstība uz 100 000 iedz. no sirds asinsvadu slimībām Latvijā 447,47; ES vidēji 192,05.), 2014.

³⁸ Health at a Glance:Europe2016, 137.lpp, OECD.

³⁹ Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupu diskusiju rezultāti, 16.lpp, PB

⁴⁰ Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitāte Latvijā, 56.-57.lpp, PB

⁴¹ Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupu diskusiju rezultāti, 8.lpp, PB

⁴² "Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020" (74.lpp.), MK rīkojums Nr.589 14.10.2014.

tarifus par zobārstniecības manipulācijām (līgumiestāžu skaits mazinājies no 303 (2014.gadā) uz 249 (2017. gadā)).

50. Nepietiekoša pirmsdzemdību aprūpes kvalitāte, kā arī sociāli ekonomiskie faktori būtiski ietekmē mātes-bērņa veselību. Sievietes no nelabvēlīgākas vides var saskarties ar lielākiem šķēršļiem veselības aprūpes piekļuvē, piemēram, transporta trūkums vai neelastīgi darba laiki. Līdz ar to šīm sievietēm var būt nepieciešama mērķtiecīgi organizēta palīdzība⁴³.
51. Mātes mirstība Latvijā 3 reizes pārsniedz ES vidējos rādītājus (2014):
 - 2014. gadā – 3 mātes jeb 14,0 nāves gadījumi uz 100 000 dzīvi dzimušajiem, 2015.gadā
 - 12 mātes (55,2 nāves gadījumi uz 100 000 dzīvi dzimušajiem)⁴⁴;
 - ES vidēji 4,48 mātes nāves gadījumi uz 100 000 dzīvi dzimušajiem.
52. Pakalpojumu kvalitāte dzemdniecībā saistīta ar slimnīcas darba apjomu - lielāks negatīvu rezultātu skaits zema riska dzemdībās novērojams zema apjoma slimnīcās. Turklāt dzemdniecībā ir nepilnīgi nodrošināta pacientes nosūtīšana uz veselības stāvoklim atbilstoša līmeņa slimnīcu⁴⁵.
53. Latvijā nav NVD vai VM oficiāli apstiprinātu klīnisko algoritmu vai pacientu aprūpes ceļu, izņemot netiešas norādes atsevišķos noteikumos uz atsevišķiem pakalpojumiem, kurus finansē NVD, piemēram, perinatālā aprūpe. Klīnisko algoritmu un pacientu ceļu neesamība rada šķēršļus gan kvalitātes nodrošināšanai, gan efektivitātei un rezultāta mērīšanai⁴⁶.
54. Lai uzlabotu veselības aprūpes kvalitāti VM veikusi šādus pasākumus:
 - pilnveidotas dzemdību palīdzības (perinatālajā periodā) darba kvalitātes uzraudzībai noteiktās prasības, tai skaitā par grūtniecības un dzemdību riska izvērtēšanu, rīcību sarežģītumu un neatliekamu situāciju gadījumos⁴⁷;
 - precizētas pacientu drošības prasības ārstniecības iestādēm (droša pacientu identifikācija, pacientu tiesības uz informāciju, pacientu drošības ziņošanas sistēmas izveide, pacientu sūdzību un ierosinājumu analīze u.c.)⁴⁸;
 - ar 2017. gada februāri SPKC uzdota jauna funkcija – nodrošināt metodisko atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos.

1.5. Iestāžu pārvaldība un pašvaldību loma

55. Veselības aprūpes pakalpojumu atlasē NVD nedarbojas kā stratēģiskais pakalpojumu iepircējs.
56. Nav skaidri nedefinēta līgumu izpildes uzraudzības un kontroles funkcija starp NVD un VI, precīzi nenošķirot kāda ir katras iestādes loma šajā procesā.
57. Ārstniecības iestādēm nav pietiekams atbalsts kvalitātes un pacientu drošības jautājumu risināšanā.
58. Katra kapitālsabiedrība atsevišķi risina jautājumus par medikamentu, medicīnas materiālu un citu slimnīcas darbībai nepieciešamo materiālu un tehnoloģiju iepirkšanu.
59. Netiek centralizēti uzkrāta informācija par pacientiem veiktajiem izmeklējumiem, tādējādi veicinot atkārtotus izmeklējumus.
60. Dažādi tiek traktēti likuma “Par pašvaldībām” 15. pants - pašvaldībām ir autonomas funkcijas attiecībā uz veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu, līdz ar to pašvaldību iesaiste veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā katrā pašvaldībā ir atšķirīga (piem. pakalpojuma

⁴³ Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupu diskusiju rezultāti, 33.lpp, PB.

⁴⁴ PVO, SPKC.

⁴⁵ Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitāte Latvijā, 64.lpp, PB.

⁴⁶ Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā, 8.lpp, PB.

⁴⁷ MK 31.01.2017. noteikumi Nr.60 "Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 25. jūlija noteikumos Nr.611 "Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība".

⁴⁸ MK 20.12.2016. noteikumi Nr.862 "Grozījumi Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumos Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām".

- pieejamības nodrošināšana un investēšana savā īpašumā esošajās ārstniecības iestādēs (slimnīcās, ambulatorajās iestādēs, ģimenes ārstu praksēs), transporta nodrošinājums līdz ārstniecības iestādei, pabalsti veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai iedzīvotājiem u.c.).
61. Neiezīmējot veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā iesaistīto pušu pienākumus un atbildības sadalījumu, pašvaldības, lai nodrošinātu veselības aprūpes pieejamību, turpinās rīkoties atšķirīgi un turpinās pastāvēt ārstniecības iestāžu neefektīvas funkcionēšanas riski.
62. Nav skaidri noteiktas sociālo un aprūpes gultu nodrošināšanas iespējas valstī un pašvaldībā, ņemot vērā, ka aprūpes gultu pakalpojums pamatā saistās ar iedzīvotāju sociālajiem jautājumiem (aprūpes gultu pakalpojums lielākoties tiek sniegts nevis pēc akūtiem gadījumiem, bet gan hronisku saslimšanu gadījumos kontekstā ar iedzīvotāju sociāliem apstākļiem, piemēram, nespēju sevi aprūpēt, nodrošināt sev vienkāršu sadzīvīsku aprūpi un tuvinieku atbalsta trūkumu). Vienmērīgi pieejami netiek organizēta un nodrošināta paliatīvo (termināli slimo) pacientu aprūpe.
63. Nav vienota izpratne par sistēmiski svarīgo slimnīcu pārvaldību, no kurām daļa ir pašvaldību kapitālsabiedrības, un, neiezīmējot iesaistīto pušu pienākumus un atbildības sadalījumu, pašvaldības turpinās rīkoties atšķirīgi.
64. Iestāžu pārvaldības uzlabošanā tiek attīstīta veselības aprūpes informācijas sistēma – E-veselība, tomēr nepastāv droša un nepārprotama personas identifikācija elektroniski, piemēram, izmantojot eID karti⁴⁹.

1.6. Veselības nozares finansējums

65. EK savā ziņojumā norādījusi, ka veselības aprūpes sistēma joprojām netiek pietiekami finansēta, jo publiskie veselības aprūpes izdevumi ir zemi⁵⁰. PVO iesaka Eiropas reģiona valstīs vismaz 12 % kopbudžeta izdevumu paredzēt veselības aprūpei⁵¹, Latvijai 2017. gadā novirzīti 9,85% no kopbudžeta.
66. Finansējums veselības nozarei no iekšzemes kopprodukta:
- Latvijā ir viens no zemākajiem IKP procentiem veselības aprūpei - 3,07%;
 - ES valstu vidējais - 7,2% no IKP⁵²;
 - OECD valstu vidējais - 6,5% no IKP⁵³.
67. Zemais valsts finansējums ir viena no galvenajām veselības aprūpes sistēmas problēmām veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā:
- divas reizes lielākie pacientu tiešie maksājumi - Latvijā 38,8% no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem;
 - ES attiecīgi - 16,51% (pacientu tiešie maksājumi ietver pacientu iemaksas, līdzmaksājumu, maksājumus par pakalpojumiem, kurus neapmaksā no veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļiem un izdevumus zāļu iegādei)⁵⁴.
 - ļoti lielu daļu (48% no pacientu tiešajiem maksājumiem) sastāda izdevumi par medikamentiem⁵⁵.
68. Ierobežota pakalpojumu pieejamība par valsts līdzekļiem nozīmē nepieciešamību apmaksāt steidzami nepieciešamos pakalpojumus no privātiem līdzekļiem, kas nozīmīgi palielina nabadzību un ienākumu nevienlīdzību iedzīvotājiem:

⁴⁹ OECD Reviews of health System, LATVIA, 2016 (11.lpp).

⁵⁰ EK 2017.gada ziņojums par Latviju (2.lpp).

⁵¹ PVO pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā – iespējas un izaicinājumi starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gada jūlijs, (9.lpp).

⁵² EK 2017.gada ziņojums par Latviju (27.lpp).

⁵³ OECD Reviews of health System, LATVIA, 2016 (13.lpp).

⁵⁴ "Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020" (73.lpp.), MK rīkojums Nr.589 14.10.2014.

⁵⁵ OECD Reviews of health System, LATVIA, 2016 (61.lpp).

- Latvijā nevienlīdzības mērvienība ir viena no augstākajām ES - Džini (*GINI*) koeficients⁵⁶ Latvijā ir 35,44;
 - ES vidēji – 31,0⁵⁷.
69. Savukārt daļa iedzīvotāju finansiālu apstākļu dēļ nevar piekļūt veselības aprūpei, kad tā ir nepieciešama:
- Latvijā rindu, attāluma vai finanšu dēļ veselības aprūpes pakalpojumus nesaņēma 13,8% iedzīvotāju;
 - vidēji ES – 3,3% iedzīvotāju⁵⁸.
70. Slikts veselības stāvoklis un tā pašvērtējums tieši korelē ar mazākiem mājsaimniecību ienākumiem:
- trūcīgākās mājsaimniecības (1.kvintile) 19,2% savu veselību vērtē kā sliktu un ļoti sliktu;
 - turīgākās mājsaimniecības (5.kvintile) attiecīgi - 3,5%⁵⁹.
71. Demogrāfiskie aprēķini liecina, ka pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem ilgtermiņā palielināsies, radot papildu slogu valsts izdevumiem. EK 2015. gada ziņojumā prognozēts, ka ar novecošanu saistītie izdevumi palielināsies par 0,9% no IKP un tehnoloģiju attīstības ietekmē laika periodā no 2013. līdz 2060. gadam palielināsies par 1,6% no IKP⁶⁰.
72. Valsts finansējums ir disproporcijā ar valsts nodefinēto veselības aprūpes pakalpojumu grozu⁶¹.
73. Finansējuma ierobežojuma noteikto kvotu dēļ negatīvi tiek ietekmēts piekļuves laiks veselības aprūpei.
74. Primārajā veselības aprūpē pašreizējā kapitācijas modelī nepietiekami atspoguļoti atšķirīgie pacientu saslimšanu sarežģītības līmeņi, kas tieši ietekmē pieprasījumu un izmaksas⁶². Pašreizējais pakalpojumu apmaksas mehānisms nav pielāgots izmaksu atšķirībām, ko nosaka terapijas veids un pacientu atšķirīgās vajadzības⁶³.
75. Pozitīvi, ka Latvijā pastāv visaptveroša iedzīvotāju veselības aprūpes sistēma (*universal health coverage*), kas galvenokārt tiek finansēta no vispārējiem nodokļu ieņēmumiem – kas ir PVO rekomendētais modelis, un ir viens pakalpojumu iepircējs visiem iedzīvotājiem – NVD⁶⁴.
76. Uzsākts darbs pie aprēķiniem ekonomiski pamatotu tarifu izveidei prioritārajās jomās (radioloģija, dzemdniecība, ambulatoro speciālistu darba apmaksā). Piemēram, dzemdību tarifs no 2017.gada 1.janvāra palielināts par 50 euro.

II VESELĪBAS REFORMAS MĒRĶI, SNIEGUMA RĀDĪTĀJI

77. Veselības aprūpes sistēmas mērķis – ilgtspējīga veselības aprūpes sistēma, kuras ietvaros nepieciešamas izmaiņas šādos sistēmas elementos:

⁵⁶ Raksturo ienākumu nevienlīdzību. Tas variē no 0 līdz 100. Džini koeficients ir 0, ja pastāv absolūta ienākumu vienlīdzība (t. i., visiem iedzīvotājiem ir vienādi ienākumi), bet, jo vairāk tas tuvojas 100, jo lielāka ir ienākumu nevienlīdzība (CSP).

⁵⁷ EK 2016.gada ziņojums par Latviju (6.lpp).

⁵⁸ CSP, Statistisko datu krājums "IEDZĪVOTĀJU VESELĪBAS APSEKOJUMA REZULTĀTI LATVIJĀ", 27.lpp. ; (2014.gada aptaujas dati)

⁵⁹ CSP, Statistisko datu krājums "IEDZĪVOTĀJU VESELĪBAS APSEKOJUMA REZULTĀTI LATVIJĀ", 12.lpp. ; (2013.gada aptaujas dati).

⁶⁰ EK 2017.gada ziņojums par Latviju (17.lpp).

⁶¹ Konceptuāls ziņojums "Par Latvijas veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeļa maiņu" (9.lpp.), MK rīkojums Nr.633, 01.11.2016.

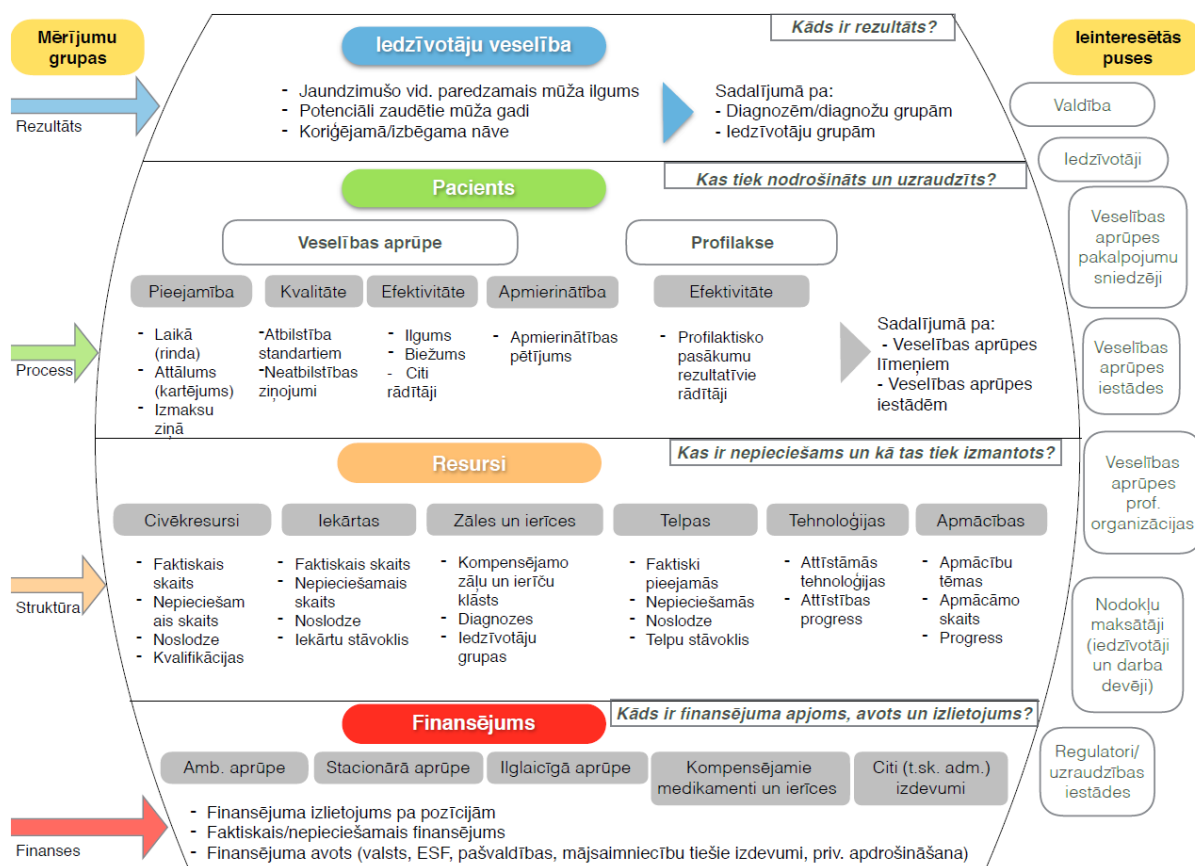
⁶² Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā, 5.lpp., PB

⁶³ Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā, 11.lpp., PB

⁶⁴ OECD Reviews of health System, Latvia, 2016 (11.lpp).

- 1) ņemot vērā iedzīvotāju skaita mazināšanos un populācijas novecošanos, - **jāpārskata veselības aprūpes pakalpojumu kartējums un darbības modelis, tai skaitā primārās veselības aprūpes attīstība un pašvaldību iesaiste;**
 - 2) akcentējot pašvaldību lomu esot vistuvāk iedzīvotājiem, to pamatvajadzību risināšanā, - **jānosaka precīza pašvaldību loma iedzīvotāju primāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā;**
 - 3) ņemot vērā ārstniecības personu novecošanos un izteikti nepietiekamo māsu skaitu, - **jānodrošina atalgojuma palielinājums, jāīsteno ārstniecības personu piesaiste reģioniem, jāuzlabo ārstniecības personu plānošanas un analītiskā kapacitāte;**
 - 4) tā kā pakalpojumu apmaksā nav tieši saistīta ar pakalpojumu sniegšanas klīniskajiem iznākumiem vai izmaksām, - **jāmaina veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases kārtība,** nosakot detalizētus atlases kritērijus, kas balstīti uz sniegto pakalpojumu kvalitāti un kvalitātes priekšnoteikumu (piemēram, pietiekams pakalpojumu apjoms) izpildi;
 - 5) vienotas izpratnes trūkums par veselības aprūpi un kvalitātes kritēriju trūkums, - **jāievieš kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības sistēma;**
 - 5) **jānodrošina veselības aprūpes saņēmēju reģistra sasaiste ar nodokļu maksājumu samaksas informāciju par veiktajām iemaksām Latvijā,** izmantojot e-veselības risinājumus;
 - 6) sliktais sabiedrības veselības stāvoklis un augstie mirstības rādītāji – **jānodrošina optimāls valsts finansējums veselības nozarei;**
 - 7) reformu atbalstam - **jāveic VM padotības iestāžu reorganizācija.**
78. Veselības nozares reforma tiek īstenota, lai izveidotu ilgtspējīgu veselības aprūpes sistēmu gan attiecībā uz pacientu, gan nozarē strādājošajiem profesionāļiem, nodrošinot tam atbilstošu finansējumu.
79. Kvalitatīvas reformas ieguvumi:
- **ilgtspējīga nozares organizācija;**
 - **veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība;**
 - **pietiekams cilvēkresursu nodrošinājums;**
 - **saimnieciski organizēts veselības aprūpes nozares finansējuma izlietojums.**
80. Reformas īstenošanas progressa mērīšanai noteikti sasniedzamie rezultāti (stratēģiskie mērķi) jeb snieguma rādītāji (*KPI – key performance indicators*) un to mērīšanas atskaites punkti, kā arī ilgāk, un veselības ziņā, kvalitatīvāk nodzīvoti dzīves gadi;
81. Veselības nozares trīs galvenie snieguma rādītāji:
- **jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums;**
 - **potenciāli zaudētie mūža gadi;**
 - **attālināmā mirstība/novēršamā mirstība.**
82. Galvenajiem snieguma rādītājiem noteikti vairāki vidējā līmeņa rādītāji, kas tieši vai pastarpināti ietekmē galvenos rādītājus un ļauj atsekot reformas rezultātus (*skat. 1.attēlu*).

Veselības aprūpes reformas snieguma rādītāju karte



Avots: VM

III REFORMAS IETVAROS VEICAMĀ RĪCĪBA

3.1. Infrastuktūra un kartējums

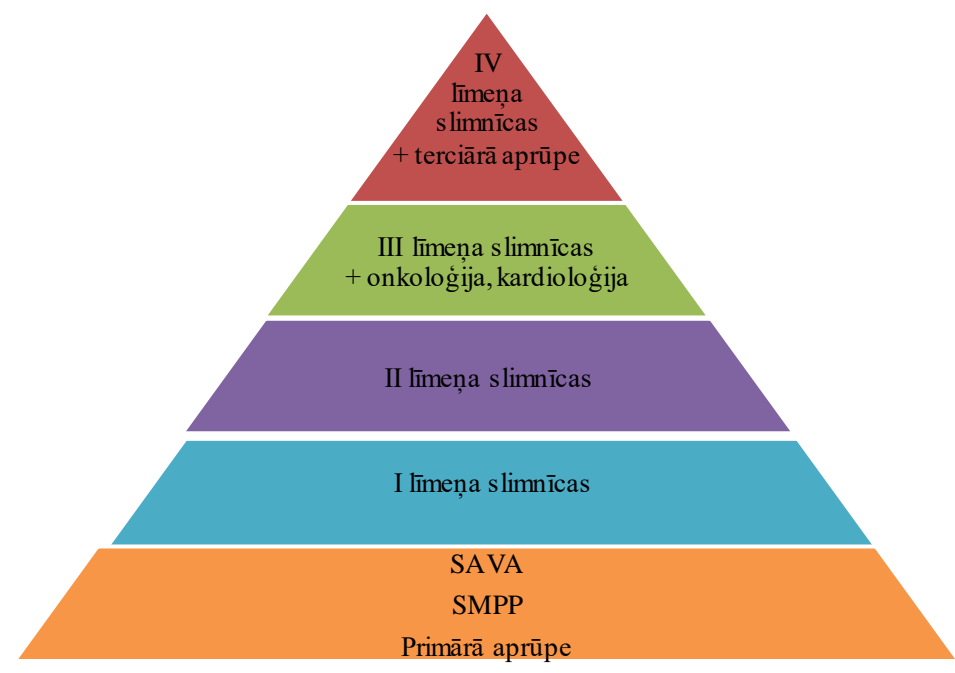
83. Ievērojot pamatoti atšķirīgās pakalpojumu sniegšanas izmaksas un to kvalitāti⁶⁵, nepieciešams izlīdzināt publisko pakalpojumu pieejamību un efektivitāti visā Latvijas teritorijā.
84. Saskaņā ar kritērijiem, kas balstīti uz PB ieteikumiem, slimnīcu tīkla optimizēšanai specializēta veselības aprūpe jācentralizē, lai nodrošinātu pietiekamu pakalpojumu apjomu, kas ļauj uzturēt noteiktu kvalitātes līmeni, un pacientu plūsma jāvirza uz atbilstoša līmeņa slimnīcu, kurā var nodrošināt kvalitatīvu medicīnisko palīdzību. Vienlaikus jāveido veselības aprūpes pakalpojumu tīkls, lai pacienti varētu saņemt nepieciešamo palīdzību tuvāk savai dzīvesvietai gadījumos, kad stacionāra nav nepieciešama.
85. Informatīvajā ziņojumā par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu tika iekļauti šādi kritēriji, kas balstīti uz PB ieteikumiem:
- 1) augsta līmeņa specializētas veselības aprūpes pakalpojumu centralizācija (IV līmeņa terciārā aprūpe);
 - 2) paplašināta piekļuve specializētai veselības aprūpei (IV+III līmeņa slimnīcas ar specializāciju onkoloģijā un invazīvajā kardioloģijā);

⁶⁵ Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014-2020, (60.- 61.lpp).

- 3) optimāls resursu nodrošinājums, atbilstoši sasniedzamajiem pakalpojumiem (cilvēkresursu plānojums);
 - 4) hronisku pacientu atbilstošas aprūpes nodrošināšana (I līmeņa slimnīcas, kur nodrošinās hronisku pacientu veselības aprūpi);
 - 5) palielināts ambulatoro pakalpojumu klāsts un apjoms (atbilstošs ģimenes ārstu, dienas stacionāru, sekundāro ambulatoro pakalpojumu nodrošinājums);
 - 6) ģeogrāfiska veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība (visos veselības aprūpes pakalpojuma līmeņos).
86. Atbilstoši šiem kritērijiem, VM veidos veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju modeli, nodrošinot veselības aprūpi primārajā, ambulatorajā un stacionārajā (slimnīcu) līmenī (*skat. 2.attēlu*).

2.attēls

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju modelis



Avots: VM

87. Veselības aprūpes sistēmas attīstības reforma paredz izmaiņas primārās veselības aprūpes līmenī un nosaka slimnīcu pakalpojumu sniedzēju sadalījumu līmeņos, katrā līmenī nosakot prasības pakalpojuma sniedzējam un sniegtā pakalpojuma kvalitātei (apjomam).
88. Nepieciešamās izmaiņas piešķirtā finansējuma izlietojuma efektivitātes uzlabošanā ambulatorajā aprūpē ir risināmas ar stratēģisko iepirkumu jeb pakalpojumu sniedzēju atlasī, kuras ietvaros tiks izvirzīti sasniedzamie kvalitātes rādītāji un nodrošināta aprūpes pēctecība.

3.1.1. Primārā veselības aprūpe

89. Pamata līmeni veselības aprūpes sistēmā veido primārā aprūpe - veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko pacientam ambulatorās ārstniecības iestādēs, stacionārās ārstniecības iestādes ambulatorajā nodaļā vai dzīvesvietā sniedz ģimenes ārsti, māsas, ārstu palīgi, kā arī farmaceiti, sniedzot farmaceitisko aprūpi aptiekās un ārstniecības iestādēs.
90. Reformas ietvaros tiks uzlabota pamata veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, tuvinot šos pakalpojumus iedzīvotāju dzīves vietai, veidojot pamatu integrētai veselības aprūpes sistēmai,

kuras centrā ir pacients. Šo kā vienu no pašreizējiem trūkumiem primārās veselības aprūpes organizācijā uzrādījusi PB – nav speciālista un/vai atgriezeniskās saites, lai koordinētu pacienta ar blakusslimībām ārstēšanu un uzraudzību, sadarbībā ar ārstiem speciālistiem (pacienta “ceļa kartes”)⁶⁶.

91. Lai stiprinātu primāro veselības aprūpi un uzlabotu šo pakalpojumu pieejamību, jāattīsta ģimenes ārstu darbs kā to paredz ģimenes medicīnas pamatprincipi, tajā skaitā jāattīsta prakses komandas darbs, sadarbībā ar sociālajiem dienestiem, citiem ārstiem speciālistiem, ģimenes ārstu prakšu vai feldšerpunktu sadarbības tīkli, kā arī slimību profilakses darbs.
92. Lai stiprinātu ģimenes ārstu profesijas prestižu sabiedrībā, pilnveidotu atalgojuma sistēmu, veicinot tieši kvalitātē balstītu darba novērtēšanu (tajā skaitā kvalitātes indikatoru pilnveidošanu un izpildi), nepieciešams:

1) Attīstīt “*ideālās*” ģimenes ārsta prakses modeli, kas sevī ietver:

- optimālu reģistrēto pacientu skaitu - 1500 reģistrētie pacienti, sasaistot pacientu skaitu ar prakses finansējumu (šobrīd finansējums tiek saistīts ar 1800 pacientiem uz praksi);
- primārās veselības aprūpes komandu, kuras sastāvā ietilpst ģimenes ārsts, divas māsas/ārsta palīgi. Savukārt uz vairākām ģimenes ārsta praksēm ir piesaistīti citi speciālisti, piemēram, vecmāte, pediatrs, fizioterapeits;
- brīvprātīgu ģimenes ārstu sadarbības tīklu veidošanu, lai nodrošinātu pakalpojumu pieejamību darbdienā vakaros un brīvdienās, efektīva ģimenes ārsta aizvietošana, telefonkonsultācijas, kā arī daļēji pārņemot dežūrārstu funkcijas. Būtisks faktors ir arī sadarbība ar citiem speciālistiem un dienestiem, piemēram sociālo dienestu;
- telpas, kas atbilst primārās veselības aprūpes līmenī sniedzamajiem pakalpojumiem un labas prakses vadlīnijām⁶⁷, piemēram, iekārtota pacientu uzgaidāmā telpa, pacientu reģistrācijas telpa (vai vieta). Ievērojot privātumu, iekārtota pacientu pieņemšanas telpa, atsevišķa telpa mātai/ārsta palīgam un manipulāciju (procedūru) telpa, kā arī ievēroti vides pieejamības principi ērtai piekļūšanai praksei un atbilstoša gaisa kvalitāte (temperatūra), lai pacienti telpās justos ērti.

2) Veicināt, lai visas ģimenes ārsta prakse sniedz vismaz šādus primārās veselības aprūpes pakalpojumus

- bērnu un pieaugušo veselības aprūpe, tās profilakse, diagnostika un ārstēšana (tajā skaitā vakcinācija);
- iekšējo patoloģiju diferenciāldiagnostika (piemēram, sāpju simptomu izvērtēšana, kas var būt par iemeslu dažāda tipa saslimšanām);
- pacientu novirzīšana tālāk pie citiem speciālistiem sarežģītos gadījumos;
- pacientu aprūpe mājās vizītēs;
- hronisku pacientu ārstēšana;
- pacienta hospitalizācijas nepieciešamības izvērtēšana un nosūtīšana uz stacionāru;
- pacientu konsultēšana profilaktiskās vakcinācijas jautājumos;
- grūtnieču aprūpe;

⁶⁶ PB pētījuma “Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupu diskusiju rezultāti” Eiropas Savienības fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotā projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” – Kopsavilkuma ziņojums par galveno informētāju intervijām un fokusa grupu diskusijām, Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumi: interviju un fokusa grupas diskusiju rezultāti, 9.nodevums, 54.lpp.

⁶⁷ “Ģimenes ārsta labas prakses vadlīnijas”, biedrība “Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Rīgā, 2010.gada septembrī (http://gimenesmedicina.lv/wp-content/uploads/2014/03/LGAA_labas_-prakses_vadlinijas-0910.pdf)

- zīdaiņu aprūpe;
 - pacienta profilaktisko pārbaūžu veikšana onkoloģisko skrīningu programmu ietvaros;
 - darbnespējas lapu izsniegšana;
 - personas medicīniskās dokumentācijas noformēšana, iestājoties skolā, pirmsskolas izglītības iestādē vai augstskolā;
 - pacienta nosūtīšana uz darba ekspertīzes ārstu komisiju pēc nepieciešamības;
 - pacienta informēšana par viņa slimību, nepieciešamo tālāko izmeklēšanu, ārstēšanu, kā arī brīdināšanu par iespējamiem sarežģījumiem slimības laikā vai iespējamo medikamentu blakus iedarbību (blakusefektiem).
- 3) Samazināt nosūtījumu skaitu pie speciālistiem un hospitalizāciju skaitu attiecībā uz tādiem pacientiem, kuru diagnozes ir kontrolējamas primārajā veselības aprūpes līmenī. Veicināt, lai ģimenes ārsti pacientam nodrošinātu pēc iespējas plašāku pakalpojumu klāstu uz vietas praksē, tādējādi veicinot racionālu veselības aprūpei pieejamo resursu izmantošanu, un mazinātu iedzīvotāju vēršanos pēc palīdzības citos veselības aprūpes līmeņos, apejot ģimenes ārstu.
 - 4) Pilnveidot primārās veselības aprūpes „vārtu vērēja” lomu, lai veicinātu koordinētas un pēctecīgas veselības aprūpes nodrošināšanu, kā arī lai novērstu nepamatotu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu apmeklēšanu, tādējādi uzlabojot speciālistu pieejamību un mazinot gaidīšanas rindas. Šī mērķa sasniegšanai ir plānots pārskatīt nosacījumus attiecībā uz tiešās pieejamības speciālistiem.
 - 5) Izvērtēt esošo ģimenes ārstu skaitu un izvietojumu atbilstoši piecām NVD plānošanas teritorijām.
93. Lai attīstītu vēlamo ģimenes ārsta prakses modeli, **primārās veselības aprūpes organizēšanā vairāk jāiesaista pašvaldības**, paredzot tam nepieciešamo papildus finansējumu. **Jaunu prakšu un ģimenes ārstu sadarbības tīklu veidošanas gadījumā savstarpēji vienojoties, pašvaldība sniedz atbalstu** ģimenes ārstu praksēm dažādu administratīvo funkciju nodrošināšanai, piemēram, informāciju tehnoloģiju lietošanā, prakses atvēršanas un pielāgošanas jautājumos, finanšu pārvaldības jautājumos.
94. Plānotās izmaiņas sasniedzamas ilgtermiņā, secīgi ieviešot nepieciešamos risinājumus un piesaistot nepieciešamos resursus, kā arī veicot grozījumus šādos normatīvajos aktos:
- 1) MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, nosakot prasības, kas attiecināmas uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri ir līgumattiecības ar valsti – reģistrēto pacientu skaits, sniegto pakalpojumu apjoms, nosacījumi attiecībā uz tiešās pieejamības speciālistiem;
 - 2) MK 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” – obligātās prasības telpām.

3.1.2. Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti (SMPP)

95. SMPP sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību iedzīvotājiem vismaz 12 stundas diennaktī. Tajā ir iespējams veikt rentgena diagnostiku, elektrokardiogrammu, analīzes. Šo palīdzību nodrošina viens ārsts (speciālists) un ārsta palīgs. Uz SMPP pacienti ierodas paši neatliekamās un akūtās medicīniskās palīdzība saņemšanai. NMPD brigādes pacientus neved uz SMPP hospitalizācijas plāna ietvaros. SMPP saraksts attēlots 1.tabulā.

Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti

Ārstniecības iestādes (SMPP) nosaukums
SIA "Priekules slimnīca"
SIA "Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca"
Pašvaldības SIA "Saulkrastu slimnīca"
SIA "Kuldīgas slimnīca" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Aizpute)
SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Gulbene)
SIA "Vidzemes slimnīca" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Valka)

3.1.3. Slimnīcu nodrošinātā veselības aprūpe

96. Slimnīcu jeb stacionārā aprūpe nodrošina pacientu atrašanos pastāvīgā ārstniecības personu aprūpē visu diennakti. Stacionārās aprūpes ietvaros tiek sniegti neatliekamās medicīniskās palīdzības, sekundārā un terciārā līmeņa⁶⁸ veselības aprūpes pakalpojumi.
97. Slimnīcās jāveicina sekundāro ambulatoro pakalpojumu saņemšanas iespēju attīstīšana, tā nodrošinot pacienta ārstēšanas un aprūpes nepārtrauktību un pēctecību.
98. Attīstot ambulatoros pakalpojumus, slimnīcas var elastīgāk izmantot cilvēkresursus, uzlabot diagnostikas pieejamību un efektīvāk izmantot tehnoloģijas, kā arī nodrošināt kvalitatīvāku pacientu ārstēšanu, kā arī paaugstināt slimnīcas darba produktivitāti un efektivitāti.
99. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji tiks iedalīti šādos līmeņos:
I līmeņa slimnīcās tiks nodrošināti pamata profili – terapija un hronisku pacientu aprūpe:
- nodrošināta neatliekamā medicīniskā palīdzība 24 stundas diennaktī gadījumos, kad nav apdraudēta pacienta dzīvība;
 - neatliekamās medicīniskās palīdzības sasniedzamība ir plānota līdz 60 minūtēm;
 - speciālisti - ķirurgs, internists (tajā skaitā var būt ģimenes ārsts) un divas māsas;
 - diferenciāldiagnostikai un palīdzības sniegšanai ambulatoru traumu, pēkšņu saslimšanu vai hronisku slimību paasināšanās gadījumā, kas pārsniedz primārās aprūpes ārsta kompetenci, nogādās NMPD, kā arī pacienti var ierasties paši;
 - I līmeņa slimnīca tiks iekļauta NMPD hospitalizācijas plānā;
 - būs iespējama pacientu observācija un stāvokļa stabilizācija, līdz 4 stundām, lai izlemtu par pacienta tālāku hospitalizāciju vai ambulatoru ārstēšanu;
 - ja pacientam nepieciešama NMP stacionārā 24 stundas, tad NMPD pacientu hospitalizē tuvākajā augstāka līmeņa slimnīcā ar atbilstošiem profiliem stacionārās neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai.
100. Ievērojot minēto, tie gadījumi, kad NMP dienesta brigāde pacientu nogādā I līmeņa slimnīcā neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai ir:
- 1) **Traumas:**
- visa veida mugurkaulāja sasitumi, kas prasa diagnostiskus izmeklējumus diagnozes precizēšanai;
 - slēgti lūzumi: ribu lūzumi, aizdomas par ekstremitāšu (augšdelmu, apakšdelmu, augšstilbu, apakšstilbu) lūzumiem un lūzumi, plaukstu un pēdu sasitumi un aizdomas par lūzumiem;

⁶⁸ Terciārā līmeņa veselības aprūpe - augsti specializēti veselības aprūpes pakalpojumi, kurus specializētās ārstniecības iestādēs nodrošina vienas vai vairāku medicīnas nozaru speciālisti ar papildus kvalifikāciju.

- galvas sasitumi bez neiroloģiskas simptomātikas, kas prasa medicīnisku novērošanu;
- ķermeņa lielo locītavu sasitumi, kam nepieciešama diagnostiska izmeklēšana diagnozes precizēšanai un tālākas ārstēšanas taktikas noteikšanai;
- visa veida locītavu saišu sastiepumi sasitumi, aizdomas par saišu plīsumiem;
- artrīti, artrozes, sāpju kupēšanai, diagnostiskai izmeklēšanai un ārstēšanas taktikas noteikšanai;
- apdegumi: I pakāpes (5-10%) II pakāpes, kad izveidojušās bullas vai tās ir plīsušas (izņemot plaukstas, pēdas, dzimumorgāni), kad ir nepieciešama atsāpināšana, brūču apstrāde un ārstēšanas taktikas izvērtēšana un noteikšana;
- apsaldējumi I pakāpes, II pakāpes;
- dzīvnieku kodumi;
- insektu kodumi;
- čūsku kodumi.

2) Ambulatorā ķirurģija:

- visa veida ādas brūces, kam nepieciešama šuvju uzlikšana, brūces primārā apstrāde;
- strutainā ķirurģija: sekundārie brūču iekaisumi, to apstrāde, panarīciji;
- trofisko čūlu apstrāde.

3) Iekšējās slimības:

- primārā hipertensija, hipertensīvās slimības - diagnostika, terapijas taktikas noteikšana;
- hroniska sirds išēmiskā saslimšana;
- akūtas augšējo elpceļu infekcijas ar multiplu lokalizāciju,
- tonsilīts, traheīts, bronhīts, diagnostika, terapijas taktikas izvērtēšanai un noteikšanai;
- astma, lēkmes “kupēšanai” vai pēc lēkmes “kupēšanas” tālākas ārstēšanas taktikas noteikšanai;
- cukura diabēts, cukura līmeņa stabilizēšanai, tālākas terapijas taktikas noteikšanai;
- somatoforma veģetatīva disfunkcija;
- spondiloze: torakāla spondiloze ar radikulopātiju, lumbosakrāla spondiloze ar radikulopātiju;
- urīnceļu infekcija;
- sāpes vēderā-diferenciāldiagnozes veikšanai, tālākās ārstēšanas taktika noteikšanai.

101. **II līmeņa slimnīcās** tiks nodrošināta darbība 7 obligātajos profilos (terapija, hronisku pacientu aprūpe, ķirurģija, neiroloģija, ginekoloģija, grūtniecības un dzemdību profils, pediatrija), kā arī tiks sniegta neatliekamā medicīniskā palīdzība. II līmeņa slimnīcas sasniedzamība plānota līdz 60 minūtēm.
102. **III līmeņa slimnīcās** (reģionālajās slimnīcās) tiks nodrošināta darbība 13 obligātajos profilos un, atbilstoši katras slimnīcas specializācijai, papildus profili (tajā skaitā Liepājas reģionālā slimnīca un Daugavpils reģionālā slimnīca ir specializējušās onkoloģijas profila un invazīvās kardioloģijas profila pacientu ārstēšanā).
103. **IV līmeņa slimnīcās** tiks nodrošināta darbība 22 obligātajos profilos un atbilstoši katras slimnīcas specializācijai papildus profili (piemēram infekciju profils, grūtniecības un dzemdību profils u.c.) IV līmeņa slimnīcās tiks nodrošināti terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumi.
104. **IV līmeņa slimnīcas** ar specializāciju pediatrijā, traumatoloģijas un ortopēdijas profilā, grūtnieču aprūpē un dzemdību palīdzības profilā, rehabilitācijas profilā nodrošina terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši specializācijai.

105. Tiks noteikts diagnožu (SSK-10) un/vai manipulācijas saraksts, kura izpildes gadījumā slimnīcai tiek piešķirts terciārā līmeņa pakalpojuma nodrošinātāja statuss, lai sniegtu augsti specializētus, kompleksus veselības pakalpojumus. Terciārā līmeņa pakalpojumus sniedz speciāli apmācītas ārstniecības personas ar augstu zinātnisko un klīnisko kompetenci un pielieto specializētas medicīnas tehnoloģijas.
106. Terciārā līmeņa pakalpojumus var sniegt arī IV līmeņa un III līmeņa slimnīcas noteiktās diagnožu/programmu grupās.
107. Reformu rezultātā plānotais veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju piedāvājums paredz tādu gultu skaitu katrā profilā, kas nodrošina prognozēto pieprasījumu pēc aprūpes.
108. Restrukturizējot veselības aprūpes pakalpojumu izvietojumu, tiks nodrošināts, ka pakalpojumi tiek sniegti atbilstošajā vietā un laikā (skat. 2. tabulu).

2.tabula

Stacionāro ārstniecības iestāžu dalījums pa pakalpojumu līmeņiem

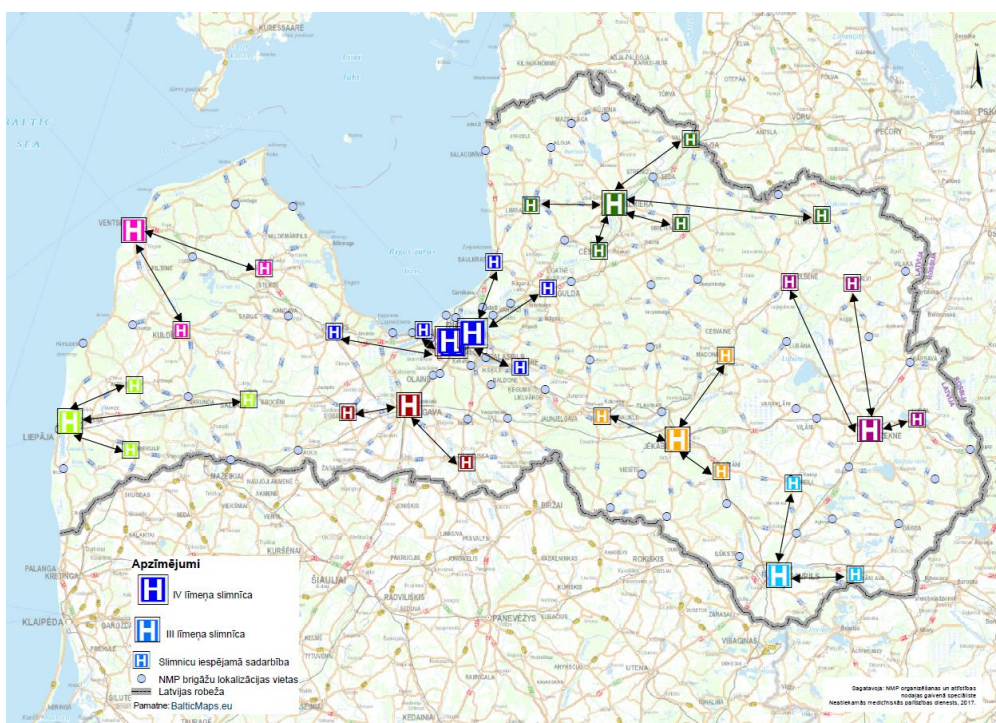
Pakalpojumu līmenis	Stacionārās ārstniecības iestādes nosaukums
IV	SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" SIA "Rīgas Dzemdību nams" VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari""
III	SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" (pakalpojumu sniegšanas vieta – Ventspils) SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca" SIA "Vidzemes slimnīca" SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca" SIA "Rēzeknes slimnīca"
II	SIA "Cēsu klīnika" Madonas novada pašvaldības SIA "Madonas slimnīca" SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība" (pakalpojumu sniegšanas vieta – Balvi) SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca" SIA "Jūrmalas slimnīca" SIA "Ogres rajona slimnīca" SIA "Kuldīgas slimnīca"
I	SIA "Aizkraukles slimnīca" SIA "Ludzas medicīnas centrs" SIA "Siguldas slimnīca" ar specializāciju dzemdniecībā SIA "Saldus medicīnas centrs" SIA "Bauskas slimnīca" SIA "Ziemeļkurzemesreģionālā slimnīca" (pakalpojumu sniegšanas vieta - Talsi) SIA "Tukuma slimnīca"

Pakalpojumu līmenis	Stacionārās ārstniecības iestādes nosaukums
	SIA "Krāslavas slimnīca" Līvānu novada domes pašvaldības SIA "Līvānu slimnīca" SIA "Alūksnes slimnīca" SIA "Limbažu slimnīca" SIA "Preiļu slimnīca"

109. Ņemot vērā pakalpojuma kvalitātes saistību ar sniegto pakalpojumu apjomu, ārstniecības iestāžu pārprofilēšana ietver ne tikai pakalpojumu koncentrāciju un paplašināšanu attiecīgā līmeņa slimnīcās, lai optimizētu resursus, bet arī nodrošina kvalitātes līmeņa uzturēšanai pietiekamu apjomu un savlaicīgu piekļuvi slimnīcas pakalpojumiem augstākajos līmeņos īsākā laika periodā (atbilstoši diagnozei pacients tiek nogādāts nekavējoties uz atbilstošā līmeņa slimnīcu, kur var saņemt pilnu pakalpojuma klāstu atbilstoši pacienta stāvoklim).
110. Reformas ietvaros, lai racionāli izmantotu cilvēkresursus, infrastruktūras resursus, finanšu resursus, medicīnas aprīkojumu un novērstu funkciju dublēšanos, tiks vērtēta iespēja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem veidot 8 slimnīcu sadarbības teritorijas, kurās IV un III līmeņa slimnīcas veido vienotu sadarbības modeli ar I un/vai II līmeņa slimnīcām, kā arī SMPP.
111. Slimnīcu sadarbības teritorijā plašai integrētu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai tiktu iekļauti vairāki novadi (*skat.3.attēlu*). Plānotas 18 – 26 akūtās gultas uz 10 000 iedzīvotājiem un 4,4 hronisko pacientu gultas uz 10 000 iedzīvotājiem, kas monitorējot datus var tikt pārskatīts.

3.attēls

Ārstniecības iestāžu sadarbības teritorijas



Avots: VM, NMPD

112. Terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumi un sarežģītas manipulācijas, ķirurģiskas iejaukšanās veic atbilstošā IV līmeņa vai specializētā III līmeņa slimnīcā (piemēram, onkoloģiskie, invazīvās kardioloģijas pakalpojumi), kur nedefinētā kvalitātes līmeņa

VMkonc_280717_vesreform (TA-945)

pakalpojumu nodrošina kvalificēti speciālisti ar pietiekamu pacientu plūsmas apjomu, secīgi - atbilstošu pieredzi un kvalitāti.

113. Slimnīcu sadarbības teritorijās būtu racionāli iekļaut SMPP, lai atslogotu slimnīcu uzņemšanas nodaļas tajos gadījumos, kad pacientu stacionēšana nav nepieciešama.

Lai nodrošinātu vienmērīgu veselības aprūpes pakalpojumu izvietojumu sadarbības teritorijās, 2020. gadā sadarbības teritorijās nepieciešams šāds gultu skaits (bez psihiatrijas, narkoloģijas un rehabilitācijas) (*skat. 3.tabulu*):

3.tabula

Sadarbības teritorijās 2015. gadā esošais un 2020. gadā plānotais gultu skaits

Sadarbības teritorijas	Gultu skaits 2015	Tai skaitā aprūpes gultas 2015	Maksimālais akūto gultu skaits 2020	Minimālais hronisko pacientu gultu skaits 2020	KOPĀ gultas 2020
Kopā valstī	7426	370	5732	789	6521
1. Ventspils sadarbības teritorija	348	1	247	50	297
2. Liepājas sadarbības teritorija	477	44	266	75	341
3. Jelgavas sadarbības teritorija	408	63	356	50	406
4. Valmieras sadarbības teritorija	376	8	325	85	410
5. Rēzeknes sadarbības teritorija	426	56	321	50	371
6. Daugavpils sadarbības teritorija	824	7	348	65	413
7. Jēkabpils sadarbības teritorija	464	122	275	54	329
8. Rīgas un Pierīgas sadarbības teritorijas	4103	69	3594	360	3954

Avots: VM

114. Rekomendācijas iespējamām slimnīcu sadarbības teritorijām:

- 1) SIA "Ziemeļkurzemes slimnīca" sadarbības teritorija ar Talsu slimnīcas filiāli, SIA "Kuldīgas slimnīca";
- 2) SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" sadarbības teritorija ar SIA "Kuldīgas slimnīca" (pakalpojuma sniegšanas vieta Aizputes pilsēta), SIA "Priekules slimnīca", SIA "Saldus medicīnas centrs";
- 3) SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca" sadarbības teritorija ar SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca", SIA "Bauskas slimnīca";
- 4) Rīgas un Pierīgas sadarbības teritorijas: SIA "Rīgas Austrumu Klīniskās Universitātes slimnīca", SIA "Ogres slimnīca", Pašvaldības SIA "Saulkrastu slimnīca", SIA "Siguldas slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Jūrmalas slimnīca", SIA "Tukuma slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca"; Sadarbībā ar pašvaldību vērtējama SIA "Rīgas 1. slimnīca" nozīme šajā sadarbības teritorijā.
- 5) SIA "Vidzemes slimnīca" sadarbības teritorija ar SIA "Cēsu klīnika", SIA "Alūksnes slimnīca"; SIA "Limbažu slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca" pakalpojuma sniegšanas vieta Valkā, SIA "Smiltenes slimnīca";
- 6) SIA "Rēzeknes slimnīca" sadarbības teritorija ar SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība" ar pakalpojumu sniegšanas vietu Gulbenē un Balvos, SIA "Ludzas medicīnas centrs";
- 7) SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" sadarbības teritorija ar SIA "Krāslavas slimnīca", SIA "Preiļu slimnīca";

- 8) SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca" sadarbības teritorija ar SIA "Madonas slimnīca", SIA "Aizkraukles slimnīca", SIA "Līvānu slimnīca".
115. Atbilstoši rekomendētajai sadarbības teritoriju attīstībai, pakāpeniski veicama arī sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu ar monoprofila slimnīcu - valsts kapitālsabiedrību apvienošana, vai valsts kapitāla ieguldīšana sistēmiski svarīgajās ārstniecības iestādēs, tādējādi nodrošinot valsts līdzdalību sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu pārvaldībā. Pilotprojekta veidā izskatāma valsts kapitālsabiedrības sapludināšana ar pašvaldību kapitālsabiedrību Daugavpils sadarbības teritorijā.
116. Lai nodrošinātu efektīvu cilvēkresursu izmantošanu sadarbības teritorijā, paredzēts izvērtēt iespēju 9.2.5.specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas" (turpmāk – 9.2.5.SAM) ietvaros sniegt finansiālu atbalstu par ārstniecības personu darbu citā ārstniecības iestādē sadarbības teritorijas ietvaros.

3.1.4. Neatliekamā medicīniskā palīdzība

117. Reformu plāna ietvaros mainīsies atsevišķu slimnīcu sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu līmenis, restrukturējot tās par I līmeņa slimnīcām, kas var mainīt pacientu hospitalizācijas plānu, brigāžu skaitu un cilvēkresursu nodrošinājumu NMPD ņemot vērā I līmeņa slimnīcā pieejamo neatliekamās medicīniskās palīdzības apjomu (*skat. 4. attēlu*).
118. Lai nodrošinātu NMPD brigādes ierašanos izsaukumā atbilstošā laikā un pacienta hospitalizāciju iespējami īsākā laikā atbilstoša līmeņa slimnīcā, tiks izvērtēts NMPD brigāžu izvietojums gan tajās vietās, kur šobrīd aizbraukšanas laiks ir ilgāks nekā vidēji valstī, gan kontekstā ar veicamo reformu izskatot iespēju NMPD brigāžu izvietojuma pārplānošanai/pārdislokācijai.
119. NMPD, ņemot vērā plānotās strukturālās izmaiņas veselības aprūpes sistēmā un primārās veselības aprūpes līmeņa stiprināšanu, kā arī citus pasākumus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanā iedzīvotājiem, jāizvērtē iespēja samazināt izbraukumu skaitu pie pacientiem, kur nav nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība Rīgā, ņemot vērā, ka Rīgā pēc PB datiem ir lielākais neatliekamās palīdzības izsaukumu skaits 18,3 uz 100 iedzīvotājiem. Salīdzinājumā Kurzemē ir 8 izsaukumi uz 100 iedzīvotājiem, Zemgalē 9,5 izsaukumi uz 100 iedzīvotājiem, Latgalē 11,5 izsaukumi uz 100 iedzīvotājiem, bet Vidzemē 12 izsaukumi uz 100 iedzīvotājiem.
120. Racionāli virzot pacientu plūsmu, NMPD jāuzlabo savstarpējā sadarbība ar ārstniecības iestādēm (piemēram, SMPP).

4.attēls

NMPD brigāžu izvietojums un skaits 2017.gads



Avots: NMPD

121. Plānotās izmaiņas sasniedzamas ilgtermiņā, secīgi ieviešot nepieciešamos risinājumus un piesaistot nepieciešamos resursus, kā arī veicot grozījumus šādos normatīvajos aktos:
- MK 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”, nosakot prasības katra līmeņa slimnīcām;
 - MK 2005.gada 8.marta noteikumi Nr.170 “Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru”, lai nodrošinātu reģistrāciju atbilstoši dalījumam līmeņos, kā arī terciārā līmeņa pakalpojuma nodrošinātāja statuss (pēc diagnožu vai manipulāciju saraksta);
 - MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, precizējot atbilstoši noteiktajiem slimnīcu līmeņiem un SMPP.

3.2. Pašvaldību lomas definēšana veselības aprūpes sistēmā

122. Likumā noteikts, ka pašvaldībām ir autonomas funkcijas veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā.
123. Veselības aprūpes pieejamībai ir vairāki segmenti:
- 1) finansiālā pieejamība – valsts finansiālās iespējas segt noteiktu pakalpojumu apjomu un cilvēku iespējas izmantot veselības aprūpes pakalpojumus atkarībā no viņu iespējām atvēlēt tam finansiālos resursus no ģimenes naudas līdzekļiem;
 - 2) ģeogrāfiskā pieejamība – iespējas nokļūt līdz ārstniecības iestādei t.i. attālums līdz tai un reālās transporta iespējas jeb ārsta pieejamība noteiktā ģeogrāfiskā vienībā;
 - 3) organizatoriskā un administratīvā pieejamība – iespēja vispār saņemt veselības aprūpes pakalpojumus (ārstu esamība, potenciālais gaidīšanas laiks rindās un iestāžu darba laiks) un dažādi administratīvie šķēršļi (nepieciešamība pēc nosūtījuma u.c.).

124. Jau esošās situācijas izklāstā minēts, ka pašvaldības “Likumā par pašvaldībām” autonomo deleģēto veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanas funkciju traktē dažādi, tādēļ VM reformas ietvaros ierosina precizēt pašvaldības lomu veselības aprūpē, nosakot pašvaldības atbildības un kompetences robežas, definējot precīzu minimālo pašvaldību pienākumu ietvaru veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā, tādējādi stiprinot pašvaldības līdzdalību veselības pakalpojumu nodrošināšanā konkrētā līmeņa ietvaros.
125. Raugoties no pakalpojumu izmantošanas struktūras un pieejamības, tieši **primārā veselības aprūpe un mājas aprūpe ir tie pakalpojumu veidi, kas ir nepieciešami vistuvāk katram pašvaldības iedzīvotājam**. Piemēram, Skandināvijas valstīs pašvaldība kā pakalpojuma nodrošinātājs, uzņemas atbildību par to veselības aprūpes sadaļu, kas ir izmaksu lētāka un tiek nodrošināta pacienta dzīvesvietā pašvaldībā.
126. Efektīvāk izmantojot resursus, veicinot informācijas apmaiņu un starpinstitucionālo sadarbību, tiks izstrādāta vienota pieeja mājas aprūpes pakalpojuma nodrošināšanā kontekstā ar pašvaldību lomas iezīmēšanu primārās veselības aprūpes organizēšanā un pārraudzībā (piemēram, sniedzot atbalstu ģimenes ārstu praksēs nodarbināto māsu mājas vizītēm pie hroniskiem pacientiem).
127. Attiecīgi veselības aprūpes pieejamības uzlabošanai un efektīvākai valsts un pašvaldību rīcībā esošo resursu izmantošanai tiks veikti šādi pasākumi:
- 1) sadarbībā ar pašvaldībām nedefinēts pašvaldībai veicamo pienākumu un atbildības ietvars, tādējādi veicinot līdzvērtīgu veselības aprūpes nodrošināšanu katrā pašvaldībā;
 - 2) izstrādāts mehānisms, kā iesaistīt pašvaldības to pakalpojumu nodrošināšanā, kas ir nepieciešami vistuvāk katram pašvaldības iedzīvotājam, novirzot tam nepieciešamos finanšu līdzekļus:
 - ģimenes ārstu nodrošinātās veselības aprūpes organizēšanā un ģimenes ārstu administratīvo funkciju nodrošināšanā (piemēram, telpu pielāgošanā atbilstībai obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm), kā arī atbalsta sniegšanā ģimenes ārstu prakses “ideālā” modeļa attīstīšanai, paredzot tam nepieciešamo papildus finansējumu mājas aprūpes nodrošināšanā, tajā skaitā ģimenes ārstu praksēs nodarbināto māsu mājas vizītēm hronisku saslimšanu gadījumos;
 - nedziedināmi slimo (*Hospice tipa*)⁶⁹ pacientu aprūpes gultu veidošanā kontekstā ar jau pašvaldības uzturētajām sociālajām gultām.
128. Plānotās izmaiņas sasniedzamas ilgtermiņā, secīgi ieviešot nepieciešamos risinājumus un piesaistot nepieciešamos resursus (deleģējot jaunus valsts pārvaldes uzdevumus, tam tiks paredzēts nepieciešamais finansējums), kā arī veicot grozījumus šādos normatīvajos aktos:
- likumu “Par pašvaldībām”;
 - MK 2013.gada 17.decembra noteikumus Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.

3.3.Cilvēkresursi

129. Cilvēkresursu plānošanas mērķis veselības aprūpes sistēmā ir:
- noteikt nepieciešamo ārstniecības personu skaitu, kas tiek izmantots plānojot uzņemšanu ārstniecības pamatstudijās un rezidentūrā;
 - nodrošināt personāla atalgojuma pieaugumu un optimālo atalgojuma līmeni;

⁶⁹ Aprūpes programmas un filozofija nedziedināmi (termināli) slimo pacientu fiziskās un emocionālās aprūpes nodrošināšanai.

- izstrādāt plānu par veselības aprūpes personāla piesaisti reģioniem.

130. Atbilstoši darbaspēka ar augstāko izglītību piedāvājuma un pieprasījuma prognozēm, veselības aprūpe un sociālā labklājība ir tā tematiskā izglītības grupa, kur 2022.gadā pieprasījums pārsniegs piedāvājumu (par 7%), savukārt pieprasījums pēc speciālistiem ar vidējo izglītību pārsniegs piedāvājumu par 14%. Saskaņā ar prognozēm ES darba tirgū līdz 2025.gadam no 9,5 miljoniem jauno darba vietu lielākā daļa tiks izveidotas pakalpojumu sektorā, tai skaitā arī veselības aprūpes speciālistu profesiju grupās⁷⁰.
131. Nodrošinājums ar veselības aprūpes cilvēkresursiem Latvijā 2014.gadā (atbilstoši EUROSTAT datu bāzē publicētajiem datiem) ir zem vidējiem ES valstu rādītājiem, izņemot zobārstu skaitu un ārstu absolventu skaitu (skat. 4.tabulu).

4.tabula

Ārstniecības personu skaits Latvijā un ES (2014).

Rādītājs	Latvija	ES vidējie rādītāji	Starpība %
Ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	321,6	349,58	8%
Zobārstu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	70,22	67,9	3% virs ES
Māsu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	502,06	864,29	42%
Vecmāšu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	19,61	33,14	41%
Ārstu absolventu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	14,04	12,16	13,4% virs ES
Zobārstu absolventu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	2,01	2,5	19%
Māsu absolventu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	27,89	38,72	28%
Vecmāšu absolventu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem	1,54	1,81	15%

Avots: PVO(<http://data.euro.who.int/hfad/b>) skaītis 28.02.2017.

132. Pamatinformācija par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu nodrošinājumu sadalījumā par profesiju grupām detalizēti ir atspoguļota VM 2016.gadā izstrādātajā Informatīvajā ziņojumā par Pamatnostādņu „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015.gadam” īstenošanu 2014. – 2015.gadā, kā arī informatīvajā ziņojumā “Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu”⁷¹.
133. Šajā ziņojumā, izmantojot informāciju gan no ārstniecības iestādēm, gan no ārstniecības personu reģistra u.c. datu bāzēm, tai skaitā pielietojot arī PB piedāvātos plānošanas nosacījumus, izveidoti Latvijas situācijai atbilstoši plānošanas principi un prognozēts ārstniecības personu nodrošinājums gan valstī kopā (tai skaitā ieslodzījumu vietās, sociālās aprūpes izglītības u.c. iestādēs strādājošās ārstniecības personas), gan specifiski sistemātiski svarīgajās ārstniecības iestādēs.
134. Esošo un nākotnes vajadzību pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un veselības aprūpes cilvēkresursiem nosaka vairāki faktori: demogrāfiskie procesi, saslimstība, veselības aprūpes

⁷⁰ “INFORMATĪVAIS ZIŅOJUMS PAR DARBA TIRGUS VIDĒJA UN ILGTERMIŅA PROGNOZĒM”, Ekonomikas ministrija, 2016.gada jūnijs (36., 68., 42. un 78.lpp).

⁷¹ Informatīvais ziņojums "Par pamatnostādņu "Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē" un programmas "Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015.gadam" īstenošanu 2014.-2015.gadā" (<http://polsis.mk.gov.lv/documents/2135>) un Informatīvais ziņojums par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu (MK 20.12.2016. sēde Nr.69, 83.§) (60.lpp).

pakalpojumu izmantošana, veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas modelis (ietekmē cilvēkresursu vajadzību primārajā, stacionārajā un ilglaicīgajā aprūpē), ekonomiskā izaugsme un izdevumi veselības nozarei (valsts apmaksāto un maksas pakalpojumu proporcija).

135. Veselības aprūpes cilvēkresursu plānošana nav tieša un precīza (eksakta) metode, tāpēc VM nodrošinās regulāru izstrādāto prognožu aktualizāciju, atbilstoši izmaiņām veselības aprūpes sistēmā un jauniem pieejamiem datiem⁷².

3.3.1. Ārstniecības personu plānošanas kritēriji

136. Ārstniecības personu plānošanā izmantoti iedzīvotāju skaitā balstīti plānošanas parametri un kritēriji atbilstoši pacientu (gultu) skaitam un personāla produktivitātei pa specialitātēm.
137. Cilvēkresursu plānošanā un analizē izmantoti:
- ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu reģistra dati par ārstu skaitu pamatdarbā, kas visprecīzāk raksturo valstī kopējo esošo ārstu specialitāšu nodrošinājumu;
 - stacionāro ārstniecības iestāžu sniegtā informācija par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu visās amata grupās un specialitātēs nostrādāto stundu skaitu 2016.gada trīs mēnešos (septembris, oktobris, novembris).
138. Slimnīcu personāla plānošanas pamatkritērijs slimnīcu uzņemšanas un stacionārajās nodaļās ir posteņu skaits.
139. Postenis ir 1 ārstniecības persona (ārsts, māsa, masas palīgs u.c.), kura veic noteikta pacientu skaita aprūpi. Diennakts posteņa (24 stundas, 7 dienas nedēļā) darba nodrošināšanai nepieciešamas 4,7 slodzes, dienas postenim (8 stundas, 5 darba dienas) - 1 slodze.
140. Posteņu skaita plānošanā pielietotie kritēriji slimnīcu uzņemšanas un stacionārajās nodaļās:
- 1) ārstu posteņu skaits slimnīcas uzņemšanas nodaļā saskaņā ar diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamo speciālistu sarakstu⁷³ - māsu, māsu palīgu un ārstu palīgu posteņu skaits atbilst kopējam ārstu posteņu skaitam;
 - 2) posteņu skaits stacionāra nodaļās atbilstoši plānotajam gultu skaitam attiecīgajā profilā (*skat. 1.pielikumu*);
 - 3) slimnīcas stacionārajās nodaļās 1 māsu postenis (diennakts) uz 8 gultām/pacientiem; intensīvajā terapijā māsu postenis plānots uz 3 gultām/pacientiem;
 - 4) 1 māsu palīga postenis (diennakts) uz 2 māsu posteņiem (diennakts);
 - 5) 2 vecmātes diennakts posteņi nodaļā (uz 6,48 gultām/pacientēm)⁷⁴.
141. Ārstu speciālistu rekomendējošās slodzes ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai (gan stacionāru ambulatorajās daļās, gan ambulatorajās iestādēs) noteiktas atbilstoši vidējam viena apmeklējuma ilgumam (minūtēs) un kopējam ambulatoro apmeklējumu skaitam (valsts apmaksātie pakalpojumi).
142. Vidējais viena apmeklējuma ilgums (minūtēs) pie attiecīgā speciālista, kas monitorējot datus var tikt pārskatīts:
- 1) 15 minūtes - neatliekamās medicīnas ārsta palīgs, ķirurgs, neiroķirurgs, torakālais ķirurgs, sirds ķirurgs, asinsvadu ķirurgs, urologs, plastikas ķirurgs, bērnu ķirurgs, traumatologs, ortopēds, ginekologs/dzemdību speciālists, pediatrs, onkologs ķīmijterapeits, hematologs, neirologs, oftalmologs, otolaringologs, infektologs, mutes, sejas un žokļu ķirurgs, dermatologs/venerologs, laboratorijas ārsts, radiologs terapeits, neatliekamās medicīnas ārsts, medicīnas ģenētiķis, arodveselības un arodslimību ārsts, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, reimatologs, endokrinologs, nefrologs, imunologs, algologs, transplantologs;

⁷² Health Workforce Planning in OECD Countries, A review of 26 projection models from 18 countries, (11. un 19.lpp) http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries_5k44t787zcbw-en#.WLVjQzt95hE#page5

⁷³ MK 17.12.2013. noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 3.pielikums.

⁷⁴Atbilstoši VM Darba grupas dzemdību pakalpojumu tarifu metodikas noteikšanai priekšlikumam.

- 2) 20 minūtes - internists, neonatologs, bērnu infektologs, bērnu reimatologs, bērnu pneimonologs, bērnu alergologs, bērnu endokrinologs, bērnu nefrologs, bērnu gastroenterologs, bērnu hematoloģists, anesteziologs/reanimatologs, psihiatrs, narkologs, kardiologs, pneimonologs, gastroenterologs, bērnu neirologs, alergologs;
- 3) 30 minūtes – bērnu psihiatrs.
143. Kopējais ārstniecības personu skaits valstī (ieskaitot arī tos speciālistus, kuri sniedz valsts neapmaksātus pakalpojumus, kā arī speciālistus, kuriem nevar piemērot iepriekšminētos plānošanas kritērijus) plānots uz iedzīvotāju skaitu, par pamatu izmantojot PB izstrādātos plānošanas standartus Latvijai⁷⁵.

3.3.2. Ārstniecības personu nodrošinājums 2016. un 2025. gadā

144. Ārstniecības personu esošais nodrošinājums rada nopietnu apdraudējumu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai nākotnē. Ja pašreiz ārstu un zobārstu skaits ir pietiekams, tad 33% ārstu un 28% zobārstu jau ir vai pēc 7 gadiem būs pensijas vecumā.
145. Vissatraucošākā situācija ir ar māsu nodrošinājumu. Pēc rekomendējošās metodoloģijas šobrīd slimnīcās māsu deficīts ir ap 1500 māsu. Lai sasniegtu optimālo māsu skaitu valstī kopā rekomendējoši līdz 2025.gadam veidojas ap 3050 māsu deficīts (*skat.5.tabulu*).

5.tabula

Plānotais ārstniecības personu skaits sadalījumā pa profesijām

Profesija	Ārstniecības personu skaits (2016) *	Vecāku par 65 gadiem, skaits (2016)	Tuvākajā laikā sasniegts pensijas vecumu, skaits (2016)	Indikatīvais absolventu skaits (2016) **	Ārstniecības personu skaits (-pensionāri, + absolventi) (2022)	Rekomendējamo ārstniecības personu skaits (2025) ****	Deficīts pret 2022.gadu
Ārsta pamatspecialitātes	6515	1048	1117	820	4950	5923	-973
Zobārsts (P25)	1540	200	225	111	1226	1540	-314
Māsa (n39)	8791	582	1158	936***	7987	11 038	- 3051
Vecmāte (n28)	448	31	72	134	479	534.1	-55.1
Ārsta palīgs (n27)	1882	87	199	698	2294	2606	-312
Māsas palīgs (n70)	2230	138	512	210	1790	3498.4	- 1708,4

Avots: VM

* Strādājošo ārstniecības personu skaits pamatdarbā

** Indikatīvais absolventu skaits laika periodā līdz 2022.gadam

***No 250 absolventiem gadā, tikai aptuveni 60 uzsāk darbu ārstniecības iestādēs (valsts un pašvaldību) LMA dati.

**** tai skaitā 2025.gadā rekomendējamo ārstu skaits (valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai) ir 4608, attiecīgi māsu kopējais skaits rekomendēts 8196 māsas.

146. Plānotais ārstniecības personu (ārstu) skaita sadalījums pa pamatspecialitātēm, apakšspecialitātēm un papildspecialitātēm, kā arī uzņemšanas un stacionārajās nodaļās rekomendējamo ārstniecības personu skaits valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai (skat. 2.pielikumu) prognozēts pilna laika slodzēm un tiks izmantots ārstniecības pamatstudiju un rezidentūras uzņemšanas plānošanā.

⁷⁵ Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016. – 2025 (237.lpp.), PB.

3.3.3. Ārsta profesijas turpmākā attīstība

147. Turpmākajā ārstniecības pamatstudiju un rezidentūras uzņemšanas plānošanā, papildus esošajiem plānošanas kritērijiem tiks izmantotas arī izstrādātās rekomendējošās ārstniecības personu skaita prognozes pilna laika slodzēm līdz 2025.gadam.
148. Šobrīd, atbilstoši normatīvajiem aktiem⁷⁶, rezidentu uzņemšana notiek divos posmos, vispirms augstskolas organizē pretendentu pieteikšanos rezidentūras studiju programmās un pēc VM rīkojuma par rezidentūras vietu skaita sadalījumu starp augstskolām organizē rezidentūras pretendentu uzņemšanu rezidentūras studiju programmās. Lai vienkāršotu šo procedūru, 2019./2020. studiju gadā rezidentūras studiju programmā tiks izveidota vienota uzņemšanas komisija.

3.3.4. Māsu profesijas turpmākā attīstība

149. Ņemot vērā atšķirīgās veselības aprūpes sistēmas ES valstīs un atšķirīgi organizēto māsu darbu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, māsu skaita palielināšanu, tuvinot to ES valstu vidējiem rādītājiem, jāskata kontekstā ar māsu profesijas attīstību.
150. Māsu veicamo darbību apjoms, pielietojamās kompetences ir saistītas ar konkrētās pacientu grupas pacientu vajadzībām (pacientu aprūpes līmeņa). Tāpēc katrai ārstniecības iestādei jāizvērtē savs pacientu aprūpes organizācijas modelis (sistēma).
151. Pierādījumos balstīta prakse liecina, ka pamatojoties uz pacientu vajadzībām (aprūpes līmeņiem) māsu prakse, atbilstoši kompetencei, var tikt paplašināta, vienlaikus mainot pacientu aprūpes darba organizāciju⁷⁷.
152. Plānots no funkcionālā darba organizācijas modeļa, ko šobrīd pielieto lielākajā daļā ārstniecības iestāžu, jāpāriet uz grupu darba modeli, kurā centrālais elements ir māsu postenis, kurā māsa, atbilstoši kompetencei, veic noteikta skaita pacientu grupas pacientu aprūpi. Pacientu grupas lielums ir atkarīgs no pacienta aprūpes līmeņa.
153. Darbības, ko māsa veic pacientu aprūpē tiek klasificētas kā vispārējā aprūpe un speciālā aprūpe (piemēram, aprūpe, kas ir saistīta ar operācijām, invazīvām procedūrām, medikamentu ievades nodrošināšana, brūču un ādas aprūpe).
154. Lai noteiktu nepieciešamo posteņu skaitu nodaļā, ārstniecības iestādē ir jāveic mērījumi, kas detalizētāk raksturotu māsu tiešās aprūpes darbības, t.sk. arī aprūpes dokumentācijas aizpildīšanu, netiešās aprūpes darbības un rutīnas darbības. Vienlaikus jāveic pacientu klasificēšanu jeb pacientu aprūpes līmeņu noteikšanu. Pacienta pašaprūpes līmenis jāizvērtē divas reizes diennaktī.
155. Pašreiz tiek izstrādāts metodiskais apraksts pacientu klasificēšanas sistēmai, veicot pirmo posmu – pacientu aprūpē tiks ieviesta pacientu aprūpes līmeņu noteikšana, kam sekos otrais posms – pacientu aprūpes darba organizācija atbilstoši posteņu sistēmai (grupu darba modelim).
156. Pacienti, kuri pilnībā spēj veikt pašaprūpi tiek iedalīti I aprūpes līmenī; II aprūpes līmenī – tie pacienti, kuriem ir nepieciešams neliels atbalsts pašaprūpes darbību veikšanā; III līmenī tie pacienti, kuri nespēj veikt pašaprūpi.
157. Pamatojoties uz noteikto aprūpes līmeni, nepieciešamajām atbalsta funkcijām un veiktajiem mērījumu rezultātiem tiks noteikts nepieciešamais aprūpes personāla (māsu) skaits attiecīgi katram aprūpes līmenim:
 - I līmenis: 1 māsa uz 9 – 10 pacientiem;
 - II līmenis: 1 māsa uz 7 – 8 pacientiem;
 - III līmenis: 1 māsa uz 5 – 6 pacientiem;

⁷⁶ MK 2011.gada 30.augusta noteikumi Nr. 685 "Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi"

⁷⁷ World Health Organization "European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals" (12.lpp).

- intensīvās terapijas, reanimācijas nodaļā: 1 māsa uz 3 – 4 pacientiem.
158. Lai pacientu aprūpes darbu organizētu pēc posteņu sistēmas (jeb grupu darba modeļa) katrā nodaļā ir jāveic konkrēti mērījumi. Tas nozīmē, ka:
- 1) tiks uzskaitīti pacienti konkrētā datumā, konkrētā struktūrvienībā, fiksējot pacientu aprūpes līmeni (ieteicams 3 – 6 mēnešu periodā);
 - 2) tiks aprēķināts pacientu skaits katrā līmenī un tiks noteikts īpatsvars attiecīgajos aprūpes līmeņos;
 - 3) iegūtais pacientu skaits tiks dalīts ar māsū/pacientu attiecību attiecīgajā aprūpes līmenī un atbilstoši dienas vai nakts periodam tiks iegūts nepieciešamo posteņu skaitu dienas un nakts laikā (visbiežāk nakts stundās intensitāte samazinās līdz 20%);
 - 4) pieņēmuma gadījumā, ja šie 46 pacienti ir II līmeņa pacienti, kur māsas/pacienta attiecība ir 1:7, tad šajā nodaļā būtu nepieciešami 6-7 māsū posteņi.
159. Analizējot māsū izglītības organizāciju, dažāds mācību ilgums (viens vai divi gadi), dažādie iegūtie izglītības līmeņi (pirmā līmeņa profesionālā augstākā izglītība vai otrā līmeņa profesionālā augstākā izglītība), kā arī akadēmiskie grādi (profesionālais bakalaura grāds vai bez grāda) māsas pamatspecialitātes iegūšanai rada neskaidrību veselības aprūpes darba tirgū.
160. VM sadarbībā ar Latvijas Māsū asociāciju izveidoja darba grupu ⁷⁸, kuras ietvaros tiek izvērtētas prasības māsas profesijas un specialitāšu izglītībai, kuras mērķis izveidot pēctecīgu, uz studiju rezultātu orientētu māsū pamatspecializācijas studiju programmas attīstību, definējot amata kompetences un pārraudzības sfēras.
161. Māsas kompetences pilnveidošanai, to nesadrumstalojot pa vairākām pamatspecialitātēm, līdz 2019.gadam tiks izveidota māsas profesijas pamatspecialitāte - vispārējās aprūpes māsa, tādejādi samazinot māsas profesijas pamatspecialitāšu skaitu no septiņām uz vienu.
162. Vispārējās aprūpes māsas kompetencē tiks apvienotas internās aprūpes, ķirurģiskās aprūpes un ambulatorās aprūpes māsū kompetences, savukārt bērnu aprūpes māsa, operāciju māsa, garīgās aprūpes māsa un anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas specialitātes tiks noteiktas kā apakšspecialitātes. Šāda vienas pamatspecialitātes izveide atvieglos pacientu aprūpes organizācijas maiņu no funkcionālā modeļa uz grupu (posteņu) darba modeli.

3.3.5. NMPD nodrošinājums ar ārstniecības personām

163. Visā valsts teritorijā pirmsslimnīcas etapā NMP pakalpojumus iedzīvotājiem dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos nodrošina 191 NMP brigāde, kuras izvietotas 103 NMP punktos.
164. Pieņemot, ka ārstniecības persona strādā normālā darba laika ietvaros pilna laika darba slodzi, pirmsslimnīcas etapa brigāžu darba nodrošināšanai nepieciešamas 1719 ārstniecības personas.
165. Brigāžu dežūru laikus plāno, ņemot vērā diennakts NMP izsaukumu intensitāti (pārsvārā Rīgas reģionālajā centrā). Ievērojot minēto, ikdienā uz līnijas plāno 181 diennakts NMP brigādi.
166. Lai nodrošinātu pietiekama skaita un atbilstošas kvalifikācijas personālu darbam NMP brigādē, katrai diennakts (7/24) brigādei noteiktas 4,5 slodzes brigādes vadītājiem (sertificēta ārstniecības persona – ārsts, ārsta palīgs) un 4,5 slodzes brigādes otrai personai – nesertificētam ārsta palīgam. Lai nodrošinātu 191 brigādes darbu, paredzētas 191 x 4,5=859,5 sertificētu ārstniecības personu amata slodzes un tikpat nesertificētu ārstniecības personu slodzes, kas kopā veido 1719 pilna darba laika slodzes.
167. Vidēji 2016.gadā NMP brigādēs nodarbināti 1665 darbinieki, no tiem 1486 ārstniecības personas, tajā skaitā 147 ārsti - rezidenti un 179 medicīnas studenti, kuri NMP dienestā nodarbināti nepilnu darba laiku.

⁷⁸ VM 23.01.2017. rīkojums Nr.23 "Par darba grupas Māsas profesijas un specialitāšu izvērtēšanai izveidi"

168. Optimāla ārstniecības personu skaita nodrošināšanai darbam NMP dienestā normālā darba laika ietvaros, tai skaitā, lai nodrošinātu paaudžu maiņu, ik gadu papildus nepieciešami vidēji 100 ārsta palīgi, kopā ārstu palīgu skaitu nepieciešamas palielināt par 724.
169. Lai aizstātu NMP dienestā šobrīd strādājošos citu specialitāšu ārstu rezidentus NMP brigādes sastāvā, 2017. gadā NMP dienestam būt nepieciešami papildus 200 ārsta palīgi (*skat.6.tabulu*).

6.tabula

Prognozējama papildus nepieciešamais ārsta palīgu skaits NMPD reģionālajos centros

<i>NMPD reģionālais centrs</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>
Kurzemes	12	10	12	10	12	15	15
Vidzemes	11	20	20	20	20	10	12
Latgales	16	10	10	10	13	12	13
Zemgales	11	12	12	15	15	13	15
Rīgas	150	50	50	50	50	50	50
Kopā	200	102	102	105	110	100	105

Avots: VM

170. Lai nodrošinātu pietiekamu skaitu sertificētu ārsta palīgu NMP brigādēs, nepieciešams nodrošināt no valsts budžeta apmaksātas studijas neatliekamās medicīnas ārsta palīga kvalifikācijas un sertifikāta iegūšanai ne mazāk kā 100 personām gadā (*skat.7.tabulu*).

7.tabula

Nepieciešamais valsts apmaksāto studiju vietu skaits NMP ārsta palīga kvalifikācijas un sertifikāta iegūšanai

<i>Studiju gads /vietu skaits</i>	<i>2017/2018</i>	<i>2018/2019</i>	<i>2019/2020</i>	<i>2020/2021</i>	<i>2021/2022</i>
Rīgas RC	40	42	45	50	55
Vidzemes RC	20	22	23	25	25
Latgales RC	20	22	23	25	25
Kurzemes RC	10	12	14	15	20
Zemgales RC	10	12	15	15	20
Kopā	100	110	120	130	140

Avots: VM

171. Lai nodrošinātu atbilstoši NMP brigāžu profilam ārstu-speciālistu, intensīvās terapijas un reanimācijas brigādes ar atbilstošas kvalifikācijas brigādes vadītājiem, ņemot vērā, izdienas pensijā aizejošo ārstu skaitu, NMP dienestam papildus nepieciešamais NMP ārsti un anesteziologi/reanimatologi (*skat.8.tabulu*).

8.tabula

Prognozējama papildus nepieciešamais ārstu skaits NMP dienestā

<i>NMPD reģionālais centrs</i>	<i>Specialitāte</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>
--------------------------------	---------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Kurzemes	Anesteziologs, reanimatologs	4			1		1	1
	Neatliekamās medicīnas ārsts	9			1		1	1
Vidzemes	Anesteziologs, reanimatologs							
	Neatliekamās medicīnas ārsts	2	2	2	3	2	1	2
Latgales	Anesteziologs, reanimatologs	3	1	1	1	1	1	1
	Neatliekamās medicīnas ārsts	10	4	4	4	4	4	4
Zemgales	Anesteziologs, reanimatologs							
	Neatliekamās medicīnas ārsts	3	1	1	1			1
Rīgas	Anesteziologs, reanimatologs					1		
	Neatliekamās medicīnas ārsts	1	10	3	1	4	19	7
Kopā	Anesteziologs, reanimatologs	7	1	1	2	2	2	2
	Neatliekamās medicīnas ārsts	25	17	10	10	10	25	15

Avots: VM, NMPD

3.3.6. Ārstniecības personu atalgojums un galvenās plānotās darbības veselības nozares cilvēkresursu attīstībai

172. Konkurētspējīgs atalgojums ārstniecības personām ir viens no būtiskākajiem aspektiem, kas ietekmē veselības nozares cilvēkresursu nodrošinājumu veselības aprūpes sistēmā.
173. Prioritizējot veselības jomu un atzīstot veselību kā vienu no svarīgākajām valsts pa matvērtībām tautsaimniecības izaugsmē un attīstībā, jāpanāk ka finansējums veselības nozarei, t.sk., veselības aprūpes darbinieku darba samaksai tiek mērķtiecīgi palielināts un 2023.gadā koeficients ārstu (I amata kategorijai) darba samaksai pret vidējo darba samaksu valstī pieaug līdz 2,0 (skat. 4.1.sadaļu).
174. Lai nodrošinātu efektīvāku un pārskatāmāku ārstniecības personu darba samaksas noteikšanas kārtību, tiks precizēts normatīvais regulējums attiecībā uz ārstniecības personu zemākās mēnešalgas noteikšanu un svītrotas ārstniecības struktūrvienību administratīvo vadītāju kategorijas – galvenais ārsts, galvenā ārsta vietnieks, nodaļas vai struktūrvienības vadītājs, virsmāsa, galvenā medicīnas māsa, galvenā vecmāte, galvenais radiologa asistents, apmaksājot veikto darbu no tarifā iekļautā elementa administrācijas izmaksu segšanai.
175. Ārstniecības personu amati atbilstoši tam vai ārstniecības persona ir sertificēta vai reģistrēta, tiks iedalīti 6 kategorijās (skat. 9.tabulu):

9.tabula

Plānotās amatu kategorijas

	Profesiju grupa / amata nosaukums	Kategorija
I Sertificētu ārstniecības personu amati		
1.	Ārsts, zobārsts	1

2.	Fizioterapeits, audiologopēds, uztura speciālists, ergoterapeits, tehniskais ortopēds	2
3.	Māsa, ārsta palīgs, vecmāte, biomedicīnas laborants, radiologa asistents	3
4.	Masieris, ergoterapeita asistents, fizioterapeita asistents, zobu higiēnists, zobārstniecības māsa, kosmētiķis, podologs	4
II Reģistrētu ārstniecības personu amati		
5.	Ārsts, zobārsts, rezidents	2
6.	Fizioterapeits, audiologopēds, uztura speciālists, ergoterapeits, tehniskais ortopēds	3
7.	Māsa, ārsta palīgs (feldšeris), vecmāte, biomedicīnas laborants, radiogrāfers	4
8.	Masieris, ergoterapeita asistents, fizioterapeita asistents, zobu higiēnists, zobārstniecības māsa, kosmētiķis, podologs	5
9.	Zobārsta asistents, māšas palīgs	6

Avots: VM

176. Tāpat tiks pārskatīts ārstniecības personai atbilstoši izglītības līmenim, zinātniskajam grādam, darba novērtējumam un darba stāžam ārstniecības jomā nosakāmais piemaksas apjoms, to neietverot mēnešalgā.
177. 2014.–2020.gada plānošanas perioda ES struktūrfondu nodarbinātības un darbaspēka mobilitātes prioritārā virziena 9.2.5. specifiskā atbalsta mērķa „Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas”, kā arī darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.6. specifiskā atbalsta mērķa „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju” aktivitātēm izmantojams 3.pielikums - uzņemšanas un stacionārajās nodaļās rekomendējamais ārstniecības personu skaits sadalījumā pa pamatspecialitātēm sistēmiski svarīgajās ārstniecības iestādēs.
178. Reģionos ārpus Rīgas laika periodā līdz 2025.gada galvenokārt nepieciešams ārstniecības personu papildinājums šādās specialitātēs: internists, ķirurgs, traumatologs, ortopēds, ginekologs, dzemdību speciālists, neirologs, māšas, vecmātes, ārsta palīgi, māšas palīgi. Atsevišķos reģionos nepieciešams: pediatrs, infektologs, narkologs, kardiologs, pneimonologs.
179. ES fondu ietvaros galvenās plānotās darbības pieejamības uzlabošanai ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām:
- vienreizēja kompensācija par darbu reģionos ārstniecības personām, kuras sniedz NMP pakalpojumus un veselības aprūpes pakalpojumus slimnīcās, ambulatorajā psihiatrijā un ģimenes ārstu praksēs;
 - ikmēneša kompensācija uzturēšanās izdevumu segšanai;
 - atbalsta kompensācijas pasākumiem (apmācībām) ģimenes ārsta prakses pārņemšanai;
 - attālināti speciālistu konsultāciju pakalpojumi citiem speciālistiem (piemēram, speciālistu konsultācijas ģimenes ārstiem par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pacientiem situācijās, kad ģimenes ārstam ir nepieciešama papildu speciālista konsultācija, lai sniegtu pilnvērtīgu pacienta ārstēšanu atbilstoši savam kompetences līmenim).
180. Lai nodrošinātu ES fondu sniegtā atbalsta ilgtspēju, slēdzot līgumu ar ārstniecības personu par vienreizējās kompensācijas saņemšanu vai ģimenes ārsta prakses pārņemšanas gadījumā, tiks noteikts pienākums ārstniecības personai turpināt darbu attiecīgajā ārstniecības iestādē vismaz piecus gadu pēc kompensācijas saņemšanas.

181. ES fondu ietvaros plānotās darbības ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošanai prioritārajās veselības jomās – sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) un garīgās veselības jomās, tostarp:
- visu veidu apmācības ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām, kas strādā prioritārajās veselības jomās un ar prioritārajām veselības jomām saistītajās specialitātēs,
 - apmācības ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām, kas nestrādā prioritārajās veselības jomās un ar prioritārajām veselības jomām saistītajās specialitātēs, par jautājumiem, kas saistīti ar prioritārajām veselības jomām,
 - apmācības farmācijas speciālistiem atbilstoši darba specifikai saistībā ar prioritārajām veselības jomām,
 - sociālā jomā strādājošajiem speciālistiem atbilstoši darba specifikai saistībā ar prioritārajām veselības jomām, nodrošinot demarkāciju ar 9.2.1.1.pasākumu “Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās”.
182. Ar ES fondu atbalstu ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošanai paredzēts ieviest pasākumus ārstniecības personu zināšanu un iemaņu attīstīšanai, kā arī paredzēts izvērtēt iespēju sasaistīt sniedzamo atbalstu ar sertifikācijas procesu un rezervēt finansējumu noteikto ārstniecības personu grupu apmācībai.
183. Veselības aprūpes sistēmas reformas ietvaros plānotie pasākumi ir vērsti tai skaitā uz ārstniecības personu migrācijas mazināšanu. Proti, Pasaules Veselības organizācijas (PVO) kodeksā par veselības nozares personāla piesaistīšanu (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. WHA63.16, May 2010) noteiktajiem principiem, kas dalībvalstīm jāievēro veselības aprūpes personāla plānošanā, lai mazinātu cilvēkresursu migrāciju: efektīva izglītības sistēma, finansiālie stimuli, sociālais un profesionālais atbalsts.
184. Vienlaicīgi veicamie pasākumi lielā mērā saistīti ar veselības politikas plānošanu un ieviešanu, līdz ar to plānots īstenot arī valsts pārvaldes iestāžu (piemēram, Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra, Veselības inspekcijas u.c.) darbinieku visaptverošas apmācības atbilstoši aktuālākajām tendencēm veselības aprūpes sistēmā kopumā un ņemot vērā starptautisko aktuālo praksi, jo īpaši attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu.
185. Šajā sadaļā izstrādātie konceptuālie priekšlikumi ārstniecības personu atalgojuma pieaugumam un galvenajām darbībām veselības nozares cilvēkresursu attīstībai tiks attiecināti arī uz citos sektoros nodarbinātajām ārstniecības personām.
186. Plānotās izmaiņas sasniedzamas ilgtermiņā, secīgi ieviešot nepieciešamos risinājumus un piesaistot nepieciešamos resursus, kā arī veicot grozījumus šādos normatīvajos aktos:
- 1) MK 2009.gada 24.marta noteikums Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”;
 - 2) MK 2006.gada 6.jūnija noteikums Nr.460 “Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām”;
 - 3) MK 2002.gada 19.februāra noteikums Nr.68 “Izglītības programmu minimālās prasības zobārsta, farmaceita, māsas un vecmātes profesionālās kvalifikācijas iegūšanai”;
 - 4) MK 2016.gada 24.maija noteikums Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”;
 - 5) MK 2011.gada 30.augusta noteikums Nr.685 “Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi”;
 - 6) MK 2002.gada 23.jūlija noteikums Nr.315 “Izglītības programmu minimālās prasības ārsta profesionālās kvalifikācijas iegūšanai”;

- 7) MK 2010.gada 29.jūnija noteikumos Nr.595 "Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām".

3.4. Valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procesa pilnveidošana

187. **Līdzšinējā valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pirkšana raksturojama kā pasīva**, kas nozīmē iepriekš noteiktā budžeta sadalīšanu starp esošajiem pakalpojumu sniedzējiem, balstoties pārsvarā uz pakalpojumu sniedzēju atbilstību kvalifikācijas un tehniskā nodrošinājuma prasībām. Ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu atlases norise šobrīd tiek organizēta saskaņā ar MK 2013.gada 17.decembra noteikumu "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (turpmāk – MK not. Nr.1529), 215. un 219.-230.punktu.
188. Lai paaugstinātu veselības aprūpei piešķirtā finansējuma izlietojuma efektivitāti, uzlabotu pakalpojumu kvalitāti, kā arī palielinātu konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, PB iesaka izmantot **stratēģisko iepirkumu** jeb pakalpojumu sniedzēju atlasī pēc noteiktiem kritērijiem⁷⁹.
189. Šobrīd, īstenojot pakalpojumu sniedzēju atlasī netiek ņemti vērā nozīmīgie kritēriji (piemēram, PB ir norādījusi, ka pastāv būtiska saistība starp pakalpojumu sniedzēju veikto pakalpojumu apjomu (piem., ārstu veikto operāciju skaitu gadā) un sasniegtie rezultāti (pacienta dzīvildzes un dzīves kvalitātes rādītāji), attiecīgi ārstniecības iestādēs strādājošie ārsti, kuri biežāk veic noteikta veida operācijas, sasniedz labākus rezultātus⁸⁰.
190. PB norāda, ka Latvijā slimnīcās ar mazu pacientu skaitu trīs reizes biežāk tika veiktas radikālas mastektomijas (krūts un paduses limfmezglu izoperēšana) agrīnās vēža stadijās (I un II stadija), nevis daļēja mastektomija (krūts saglabāšanas operācija), kas attiecīgajos gadījumos būtu uzskatāma par optimālu. No minētā secināms, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju veiktā apjoma rādītāji ir nozīmīgs indikators, kas palīdz novērtēt sniegto pakalpojumu kvalitāti.
191. Stratēģiskā iepirkuma īstenošana paredz pieeju, kā nepārtraukti meklēt un atrast labākos veidus, kā uzlabot veselības sistēmas sniegumu, lemjot kādus pakalpojumus pirkt, no kā tos pirkt un kā tos pirkt⁸¹.
192. Lai īstenotu stratēģisku iepirkuma metodiku un panāktu plānotos ieguvumus - valsts maksā tikai par kvalitatīvu, rezultatīvu, izmaksu efektīvu veselības aprūpes pakalpojumu (*skat.5.attēlu*), VM plāno:
- 1) izveidot/pilnveidot iepērkamā pakalpojuma kvalitātes kritērijus, kas nosaka pieņemamu ārstniecības kvalitātes līmeni (sasnieguma rādītāju (*KPI - key performance indicator*)) un šī līmeņa nodrošināšanas priekšnoteikumus (piemēram, manipulāciju/epizožu apjoms);
 - 2) noteikt šo kritēriju aprēķina metodoloģiju, rādītāju pieņemamās robežvērtības;
 - 3) uzsākt šo kritēriju mērījumus un monitoringu, kā arī nodrošināt atgriezenisko saiti pakalpojumu sniedzējiem;

⁷⁹ Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā, 10.lpp, PB

⁸⁰ ES fondu darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa "Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai" ietvaros īstenotā projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" 6.nodevums – Pakalpojumu sniedzēju noslodzes, kvalitātes un apjoma ziņojums, 28-30.lpp.

⁸¹What is strategic purchasing for health?

<http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/Purchasing%20brief.pdf>

- 4) izveidot pakalpojumu finansēšanas izmaksu efektivitātes izvērtēšanas metodiku (kādam algoritmam ir jāseko, lai nonāktu pie lēmuma kurus pakalpojumus ir nepieciešams izvēlēties);
- 5) pārskatīt/precizēt pakalpojuma teritoriālās pieejamības nodrošināšanas pieeju, lai nodrošinātu kvalitatīvai ārstniecībai pietiekamu manipulāciju/aprūpes epizožu apjomu katram ārstam;
- 6) ar atlases procesa pilnveidošanu nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem vienādas iespējas piedalīties atlases procedūrā godīgas konkurences apstākļos, tostarp arī jauniem pakalpojumu sniedzējiem, kuri līdz šim nav bijuši līgumattiecībās ar NVD;
- 7) pārstrādāt līguma slēgšanas un apmaksas nosacījumus, lai tie atbilstu augstākminētos stratēģiskā iepirkuma kritērijus attiecībā uz pakalpojumu kvalitāti un izmaksu efektivitāti.

193. Pārejot uz stratēģiskā iepirkuma procedūru, jāmaina pieeja no tā, ka pakalpojuma iepirkšana ir nodalīta no pakalpojuma kvalitātes izvērtēšanas:

$P = P = S$ (Pakalpojums (P) ir pakalpojums un tam ir noteikts attiecīgais tarifs, t.i. samaksa (S))

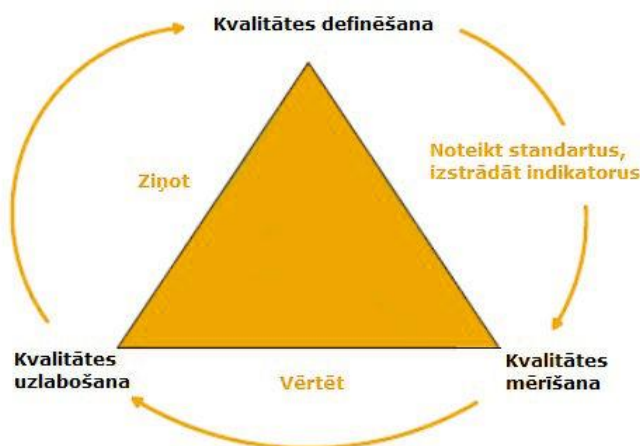
$K = K = S$ (Pakalpojuma kvalitātes (K) prasības ir noteiktas tikai atsevišķiem pakalpojumiem un par to ievērošanu tiek noteikta atsevišķa samaksa) uz pieeju, ka tiek iepirkts tikai kvalitatīvs pakalpojums un tikai par tādu pakalpojumu tiek maksāts:

$P = P + K = S$.

194. Attiecībā uz pakalpojuma sniedzējiem jāparedz iespēja uzraudzīt pakalpojuma sniedzēja veikumu, reaģējot uz sliktu sniegumu, auditēt pakalpojumu sniedzējam izvirzītās prasības. To ir plānots īstenot sadarbībā ar nozares profesionāļiem ilgākā laika periodā, veidojot vai pārskatot jau izveidotos kvalitātes kritērijus un sadalot šo kritēriju rādītājus noteiktajos līmeņos:

- 1) nepieņemama kvalitāte – šāds pakalpojums netiek iepirkts, bet ja kvalitāte pēc iepirkuma ir pasliktinājusies līdz šādam līmenim, tad līgumattiecības ir pārtraucamas;
- 2) uzlabojamā kvalitāte – šāds pakalpojums netiek iepirkts, bet ja kvalitāte pēc iepirkuma ir pasliktinājusies līdz šādam līmenim, tad tiek noteikts termiņš kvalitātes uzlabošanai. Ja pēc šī termiņa kvalitāte ir uzlabota, līgumattiecības ir turpināmas, ja nav - pārtraucamas;
- 3) pieņemama kvalitāte – šāds pakalpojums tiek iepirkts un apmaksāts saskaņā ar apstiprināto tarifu,
- 4) izcila (visaugstākā) kvalitāte – šāds pakalpojums tiek iepirkts, apmaksāts saskaņā ar apstiprināto tarifu, un šādai kvalitātei var tikt noteikts atsevišķs papildu maksājums.

Kvalitātes nodrošināšanas cikls⁸²



195. Pāreja no pasīvā iepirkuma procesa uz stratēģiskā iepirkuma pieeju īstenojama pakāpeniski, pilnveidojot normatīvo bāzi, veselības aprūpes informācijas sistēmas, veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, ietverot skaidri formulētus kvalitātes kritērijus vairākos veselības aprūpes līmeņos.⁸³
196. Ņemot vērā definētās prioritārās jomas veselības nozarē, pakalpojumu sniedzēju atlasī pēc augstākminētajiem noteikumiem ir **vispirms plānots organizēt un 2018. gadam pakalpojumus stratēģiski iepirkt trīs pakalpojumu sniedzēju grupās:**
- 1) onkoloģijas pakalpojumu sniedzējiem stacionārajās ārstniecības iestādēs;
 - 2) ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem mamogrāfijas nodrošināšanai;
 - 3) medicīniskās apaugļošanas pakalpojuma sniedzējiem.
197. Atlasot **onkoloģijas pakalpojumu sniedzējus** stacionārajās ārstniecības iestādēs, ir plānots noteikt kritērijus, kas ietver:
- 1) prasības pakalpojuma *kvalitātes nodrošināšanai*, nosakot pakalpojuma sniedzējam veicamo apjomu (piem., minimāli veicamo operāciju skaitu gadā ķirurģam, % īpatsvaru radikālajām krūts vēža operācijām);
 - 2) *organizatoriskās prasības* (piem., pakalpojuma sniedzēja rīcībā esošais tehnoloģiskais nodrošinājums).
198. Veicot valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasī **medicīniskās apaugļošanas pakalpojumiem**, ārstniecības iestādēm paredzēts noteikt kritērijus, kas ietver:
- 1) prasības pakalpojuma *kvalitātes nodrošināšanai*, kas raksturo iespējas sniegt kvalitatīvus medicīniskās apaugļošanas pakalpojumus (piem., iestādei ir sava dzimumšūnu banka);
 - 2) *organizatoriskās prasības* (piem., iestādes atbilstība MK noteikumos Nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" noteiktajām prasībām dienas stacionāram, Zāļu valsts aģentūras izsniegta atļauja/sertifikāts par audu iegūvi, uzkrāšanu un izmantošanu), prasības attiecībā uz

⁸²"Guidance on Developing Key Performance Indicators and Minimum Data Sets to Monitor Healthcare Quality". Pieejams:

http://www.hse.ie/eng/about/Who/qualityandpatientsafety/MeasuringandLearning/SCDOIDQIProgramme/guidance_on_developingKPI_and_minimum_data_sets_to_monitor_healthcare_quality.pdf. Aplūkots: 29.03.2017.

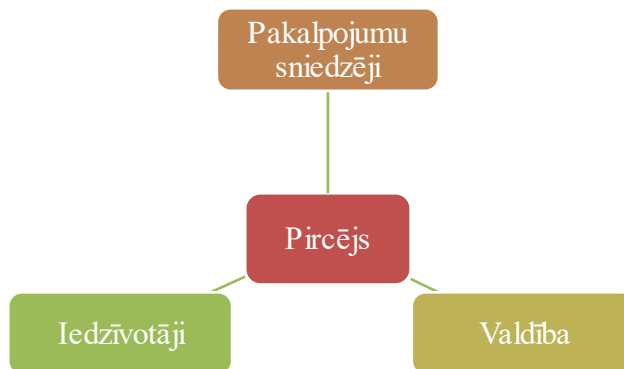
⁸³ Briģis G. Zinātniskā konference Veselības aprūpes sistēma: izaicinājumi un iespējas. Prezentācija: Veselības aprūpes pakalpojumu pirkšana Latvijas pašreizējās veselības sistēmas kontekstā. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/583d3b11a1aee.pdf>, aplūkots 28.01.2017.

personāla nodrošinājumu, t.sk. personāla iegūto pieredzi un kvalifikāciju, kā arī noteiktas prasības attiecībā un pakalpojuma nodrošināšanai nepieciešamajām iekārtām un aprīkojumu.

199. Pakalpojumu sniedzēju atlasī valsts apmaksātu **mamogrāfijas** metodes pakalpojumu nodrošināšanai plānots veikt, nosakot kritērijus, kas ietver:
- 1) prasības *pakalpojuma kvalitātes nodrošināšanai* (piem., procentuāli nosakot pieļaujamo daudzumu mamogrāfijas metodes izmeklējumiem, kuri uzrāda neskaidru rezultātu, kā arī nosakot prasības atkārtoti veiktajiem mamogrāfijas metodes izmeklējumiem);
 - 2) *organizatoriskās prasības*, ņemot vērā pakalpojuma sniedzēja teritoriālo pieejamību (piem., nosakot pakalpojuma sniegšanas vietas noteiktās teritorijās visā Latvijā proporcionāli iedzīvotāju skaitam). Kā arī nosakot prasības skrīninga izmeklējumiem mobilās mamogrāfijas kabinetā (piem., paredzot, ka valsts apmaksātu pakalpojumu sniedz ārpus apdzīvotām teritorijām, kurās izvietoti stacionārie mamogrāfi, nosakot attālumu līdz pakalpojuma sniegšanas vietai). Jārada efektīvs mehānisms, lai saņemtu un reaģētu uz iedzīvotāju sūdzībām, tādējādi nodrošinot atgriezenisko saiti (*skat. 6. attēlu*)⁸⁴.
200. Vienlaikus medicīniskās apaugļošanas pakalpojuma saņemšanai paredzēts izveidot vienotu jeb centralizētu rindu, ko turpmāk paredzēts ieviest arī citās veselības aprūpes jomās, piemēram, valsts apmaksātu endoprotezēšanas pakalpojumu saņemšanai. Ieviešot centralizētu rindu noteiktiem veselības aprūpes pakalpojumiem, būs iespējams monitorēt iepirkumā izvirzīto kritēriju izpildi.

6.attēls

Pakalpojumu pircēja funkcionālie partneri



Avots: RESYST, 2014.⁸⁵

201. Plānotās izmaiņas sasniedzamas ilgtermiņā, secīgi ieviešot nepieciešamos risinājumus un piesaistot nepieciešamos resursus, kā arī veicot grozījumus MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.

⁸⁴ Briģis G. Zinātniskā konference Veselības aprūpes sistēma: izaicinājumi un iespējas. Prezentācija: Veselības aprūpes pakalpojumu pirkšana Latvijas pašreizējās veselības sistēmas kontekstā.

<http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/583d3b11a1aee.pdf>, skatīts 28.01.2017.

⁸⁵ What is strategic purchasing for health?

<http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/Purchasing%20brief.pdf>

3.5. Veselības aprūpes kvalitātes sistēma

202. VM ir izstrādājusi Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju „Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, lai uzlabotu pacientu drošību, pacientu uzticību veselības aprūpes sistēmai, kā arī izveidotu vienotu izpratni par veselības aprūpes sistēmas un ārstniecības procesu kvalitāti (konceptija apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017.rīkojumu Nr.22).
203. Konceptijas izstrādē tika izmantoti PB un PVO pētījumu rezultāti, izpratne par cilvēka faktoru, un veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanai tika izmantota kvalitātes pētījumu un teorijas dibinātāja veselības aprūpes jomā Avedisa Donabediana pieeja “struktūra-process- rezultāts”,⁸⁶ kā arī principi:
- 1) pacients un viņa ģimene ir visu procesu centrā;
 - 2) visu ieinteresēto pušu iesaistīšana veselības aprūpes sistēmas pilnveidošanā;
 - 3) identificēt ES veselības aprūpes sistēmas funkcionēšanas Labu praksi un ieviest to Latvijas veselības aprūpes sistēmā;
 - 4) procesu vadībā maksimāli standartizēt standartizējamās lietas un pieejas;
 - 5) mērīt efektivitāti, lietderīgumu, pieejamību, kvalitātes un pacientu drošības līmeņus – rezultātus, kā arī monitorēt rezultātus dinamikā.
204. Vienotas izpratnes veidošanai par veselības aprūpes sistēmu un ārstniecības procesu kvalitāti tiks veikta VM un padotības iestāžu un ārstniecības iestāžu darbinieku informēšana un izglītošana pacientu drošības un kvalitātes vadības jomā.
205. Tāpat tiks izvērtētas esošās definīcijas veselības aprūpē un metodiski tās izskaidrotas visiem veselības aprūpes sistēmā iesaistītajiem – politikas veidotājiem, finanšu plānotājiem, uzraudzības iestādēm un iedzīvotājiem.
206. SPKC izveidota informācijas resursu atbalsta vienība⁸⁷, kuras kompetencē ir pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes jautājumi, tai skaitā:
- 1) informatīva, metodiska un konsultatīva atbalsta nodrošināšana ārstniecības iestādēm, VI un citām veselības aprūpes institūcijām kvalitātes un pacientu drošības jautājumos;
 - 2) klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu, klīnisko (pacientu) ceļu un labas prakses standartu uzturēšana un pieejamības nodrošināšana ārstniecības iestādēm un personām;
 - 3) veselības aprūpes rezultatīvo rādītāju un indikatoru sistēmas veidošana un uzturēšana.
207. Ņemot vērā klīnisko vadlīniju būtisko lomu jauno ārstu izglītošanā, ārstniecības procesā, klīnisko rezultātu analīzē un klīnisko auditu nodrošināšanā paredzēts izvērtēt šobrīd spēkā esošās un NVD apstiprinātās klīniskās vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas, identificēt jomas, kur nepieciešama to aktualizācija, izmantojot pieejamās starptautiskās vadlīnijas, un izstrādāt klīniskos algoritmus un pacientu ceļus, kā arī indikatorus un rezultatīvos rādītājus. Lai nodrošināto klīnisko algoritmu, pacientu ceļu un indikatoru efektīvu izmantošanu, paredzēts izvērtēt iespēju ar IT risinājumiem standartizēt un elektronizēt minētos dokumentus.
208. Lai nodrošinātu iedzīvotājiem pieejamu aktuālo informāciju par ārstniecības iestādēs sniegtiem pakalpojumiem un veiktu efektīvu un lietderīgu ārstniecības iestāžu uzraudzību, tai skaitā novēršot situāciju, kad ārstniecības iestāžu reģistrā pacientiem un uzraugošām institūcijām nav pieejama aktuālākā informācija par ārstniecības iestādes paredzēto darbību un sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tiks veiktas izmaiņas ārstniecības iestāžu reģistrācijas procesā ārstniecības iestāžu reģistrā. Pirms savas darbības uzsākšanas, kā arī jaunu pakalpojumu sniegšanas uzsākšanas, ārstniecības iestāde sniedz informāciju par darbības jomu un sniegtajiem pakalpojumiem.

⁸⁶ Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju (3.lpp) (VM 20.01.2017. rīkojums Nr.22).

⁸⁷ MK 03.04.2012. noteikumi Nr.241 “Slimību profilakses un kontroles centra nolikums”

209. Vienlaikus ārstniecības iestādes vadītājam tiks paaugstināta atbildība par minētās informācijas savlaicīgu/nesavlaicīgu sniegšanu. Minēto informāciju ārstniecības iestāde ārstniecības iestāžu reģistram sniegs izmantojot e-veselības informācijas sistēmu.
210. Ņemot vērā starptautisko praksi, VI un NVD personālu apmācīs sūdzību analīzē un cēloņu noteikšanas metožu pielietošanā, tai skaitā Ārstniecības riska fonda pieteikumu izskatīšanā.
211. VI darbiniekiem tiks nodrošinātas apmācības par citu valstu pieredzi, metodēm un indikatoru pielietošanu ārstniecības iestāžu uzraudzībā, tai skaitā pašnovērtējuma metodes pielietošanā.
212. Sūdzību izvērtēšanā tiks vairāk iesaistītas pašas ārstniecības iestādes. Apmācību rezultātā, tiks pilnveidots uzraudzības modelis un noteikti indikatori. Bez tam, ņemot vērā citu valstu pieredzi, tiks izvērtēta Ārstniecības riska fonda darbība, tai skaitā skaidri definēti termini pārkāpums un kaitējums.
213. Pacientu drošības uzlabošanai ārstniecības iestāde veic šādus pasākumus:
- 1) ievieš un nodrošina nepārprotamu pacientu identifikāciju visā ārstniecības procesa laikā, izmantojot vismaz divus identifikatorus (piemēram, pacienta vārds, uzvārds un personas kods);
 - 2) nodrošina efektīvu komunikāciju starp ārstniecības procesā iesaistītajām ārstniecības personām un pacientu;
 - nodrošina savlaicīgu kritisko izmeklējumu (tādas diagnostisko izmeklējumu novirzes no normas, kas visticamāk liecina par nopietnu risku pacienta veselībai) rezultātu paziņošanu attiecīgā pacienta ārstniecības procesā iesaistītajām ārstniecības personām vai pacientam;
 - nodrošina nepieciešamos medicīniskos dokumentus attiecīgā pacienta ārstniecībā iesaistītām ārstniecības personām atsevišķos ārstēšanas posmos;
 - 3) nodrošina risku mazinošus pasākumus ķirurģijā un anestēzijā;
 - 4) nodrošina risku mazinošus pasākumus augsta riska pacientiem vai pacientu grupām, kas saistīti ar pacientu vecumu, veselības stāvokli un nepieciešamību pēc īpašas aprūpes (piemēram, krišanas risks, pašnāvības risks, veselības stāvokļa pēkšņas pasliktināšanās risks atkarībā no manipulācijas vai saslimšanas);
 - 5) ievieš un uztur pacientu neidentificējošu iekšējo pacientu drošības ziņošanas-mācīšanās sistēmu, kas nodrošina informācijas vākšanu un analīzi par gadījumiem, kuru dēļ radies vai varēja rasties ar veselības aprūpi saistīts kaitējums pacientam (pacientu drošības gadījumiem), un risku mazināšanas pasākumus, lai samazinātu attiecīgu gadījumu atkārtotāšanās iespējas un nodrošinātu atgriezenisku saiti pacienta drošības jautājumos iesaistītajām ārstniecības personām;
 - 6) ievieš un uztur drošu zāļu aprites sistēmu saskaņā ar normatīvajiem aktiem par zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtību ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās;
 - 7) nodrošina ar pacienta veselības aprūpi saistīto infekcijas slimību risku mazināšanas pasākumus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē;
 - 8) ievieš un uztur pacientu sūdzību un ierosinājumu analīzes sistēmu;
 - 9) nodrošina sniegto ārstniecības pakalpojumu rezultātu analīzi;
 - 10) regulāri veic pacientu aptauju par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem⁸⁸.

⁸⁸ MK 20.12.2016. noteikumi Nr.862 "Grozījumi Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām""

214. Tiks aktualizēts jautājums par iekšēju nenosodošu ziņošanas un mācīšanās sistēmu, kas ir viens no pacientu drošības sistēmas svarīgākajiem rīkiem informācijas par negadījumiem/risku esamību vākšanai, analīzei, cēloņu noteikšanai, lai mācītos no savām kļūdām un nevēlamiem notikumiem, kā arī lai plānotu un veiktu korektīvās darbības problēmu cēloņu likvidēšanai vai risku mazināšanai.
215. Lai novērtētu pacientu apmierinātību ar sniegto veselības aprūpi un līdz ar to pacientu uzticības veselības aprūpes sistēmai uzlabošanas, tiks veikti 2 pētījumi (attiecināmi 2017.gada septembrī un 2018.gada septembrī) par pacientu un viņu ģimeņu apmierinātību ar veselības aprūpi stacionāros un ģimenes ārsta praksēs.
216. Saskaņā ar veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju, Latvijā nacionālais tiesiskais regulējums definē **minimālās obligātās prasības** ārstniecības iestādēm kvalitātes un pacientu drošības jomā. Noteiktās prasības kvalitatīvu un drošu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai ir saistošas visām un katrai ārstniecības iestādei, tostarp medicīnas laboratorijām, ārstniecības iestādēm ieslodzījumu vietās u.c.
217. Plānotās izmaiņas sasniedzamas ilgtermiņā, secīgi ieviešot nepieciešamos risinājumus un piesaistot nepieciešamos resursus, kā arī veicot grozījumus šādos normatīvajos aktos:
- 1) Ārstniecības likums;
 - 2) Pacientu tiesību likums;
 - 3) MK 2010.gada 25.maija noteikumi Nr.469 “Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas”;
 - 4) MK 2005.gada 28.jūnija noteikumi Nr.468 “Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtība”;
 - 5) MK 2012.gada 3.aprīļa noteikumi Nr.241 “Slimību profilakses un kontroles centra nolikums”;
 - 6) MK 2005.gada 8.marta noteikumi Nr.170 “Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru”;
 - 7) MK 2013.gada 5.novembra noteikumi Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi”;
 - 8) MK 2009.gada 20.janvāra noteikumi Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”.

3.6. E-veselība un pacientu identifikācija

218. E-veselība ir droša, ātra un ērta informācijas apmaiņas sistēma starp iedzīvotāju un viņa veselības aprūpē iesaistītajām pusēm.
219. Sistēmas drošībai Latvijā ieviesta divu faktoru autentifikācija lietotāju identifikācijai, visas ar pacientu datiem veiktās darbībām tiek fiksētas auditācijas pierakstos, turklāt sistēmai regulāri notiek drošības auditi un nepārtraukti tiek veikti to rezultātiem atbilstoši drošības uzlabošanas pasākumi.
220. Ārstniecībā iesaistīto pušu ērtībām visa pacienta veselības stāvokļa informācijas uzkrājas vienuviet, turklāt, ir pieejama uzreiz pēc tās ievades E-veselības sistēmā no jebkuras ierīces ar interneta pieslēgumu atbilstoši lietotājiem piešķirtajām lietošanas tiesībām.
221. Joprojām virknē gadījumu dokumentu aprīte starp iesaistītajām iestādēm notiek, izmantojot tikai papīra dokumentus. E-veselības projekta pilnveidošanas ietvaros (3.kārtā) plānots nodrošināt elektronisku datu apmaiņu starp ārstniecības personām, NMPD, slimnīcu uzņemšanas nodaļām, Tiesu medicīnas ekspertīzes centru, Dzimtsarakstu nodaļām, SPKC un ZVA, tādejādi nodrošinot vismaz turpmāko procesu pilnveidošanu, pārejot uz pilnvērtīgu elektronisku dokumentu apriti un samazinot nepieciešamību vienu un to pašu informāciju iesniegt vairākas reizes.
222. Tādejādi tiek nodrošināta tūlītēja informācijas pieejamība visām procesā iesaistītajām pusēm, kā arī caurskatāmība par informācijas avotu, lietotājiem un tendencēm turpmāko procesu uzlabojumu plānošanai.

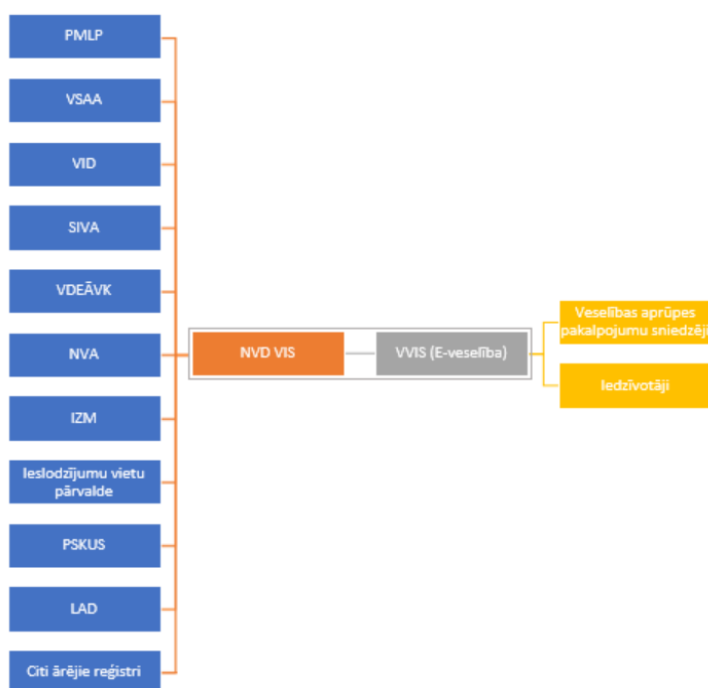
223. E-veselības projekta pilnveidošanas ietvaros (3.kārtā) plānots nodrošināt pacientu un ārstniecības personu fizisku identifikāciju ārstniecības pakalpojumu sniegšanas brīdī, tādējādi radot pilnīgi caurskatāmu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas procesu.
224. **E-veselības ieviešana un attīstība dos būtiskus ieguvumus veselības aprūpes sistēmā:**
- 1) Veicināta iedzīvotāju iesaiste savas veselības saglabāšanā un kontrole par savu veselību, sniedzot iedzīvotājiem pieeju saviem veselības datiem, kā arī efektīvāka veselības veicināšanas lēmumu pieņemšana, palielinot pieejamību informācijai par veselības veicināšanas pasākumiem;
 - 2) Ārsti un farmaceiti operatīvi saņem kvalitatīvu informāciju par pacientu. Ir iespējas pārliecināties, vai pacients ievēro ārsta nozīmēto ārstēšanu – ir apmeklējis nepieciešamos speciālistus, iegādājies nepieciešamās zāles vai veicis nepieciešamās veselības pārbaudes;
 - 3) Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nodrošināta ātra pieeja pie nepieciešamajiem pacienta veselības datiem, tādējādi paaugstinot veselības aprūpes efektivitāti un caurspīdīgumu;
 - 4) Paaugstināta iedzīvotāju veselības datu ticamība un drošība, jo tiek **novērsta** kļūdas, kas rodas, ja ārsta rīcībā savlaicīgi nav visa nepieciešamā informācija par pacientu (citi apmeklētie speciālisti, izrakstītie un lietotie medikamenti utml.);
 - 5) Iespēja pacientam kontrolēt pieeju saviem veselības datiem un piekļūt tiem vienuviet, sev ērtā laikā un veidā.
225. Attīstot veselības aprūpes finansēšanas sistēmu un, lai veicinātu nodokļu maksātāju brīvprātīgo nodokļu maksāšanas saistību izpildi, nepieciešams nodrošināt informatīvo saikni starp NVD pakalpojumu saņēmēju reģistru un valsts reģistriem par iemaksu aprēķināšanu un nodokļu saistību rašanos Latvijā.
226. Attiecībā uz pakalpojumu saņēmēja reģistra datiem šobrīd MK 17.12.2013. noteikumi Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” paredz, ka personas reģistrāciju pie ģimenes ārsta NVD bloķē personām, kuras uzturas ārpus Latvijas Republikas ilgāk par sešiem mēnešiem vai kuras vērsušās NVD ar iesniegumu par reģistrācijas bloķēšanu, norādot, ka izceļo no Latvijas Republikas, vai par kurām NVD no iedzīvotāju reģistra saņēmis ziņas par izceļošanu no Latvijas Republikas⁸⁹.
227. Ārvalstniekiem (ES un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstu, kā arī Šveices Konfederācijas pilsoņiem), kuri nepakļaujas rezidences principam un Latvijā nemaksā nodokļus ir iespēja izmantot EVAK.
228. Uzrādot EVAK persona nepieciešamo, tai skaitā neatliekamo veselības aprūpi saņem tādā pašā apjomā, kādā tā tiek nodrošināta Latvijas iedzīvotājiem. Ārvalstu pilsoņiem sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus apmaksās attiecīgās (mītnes) valsts kompetentā institūcija, ārvalstniekam pašam sedzot pacienta iemaksu.
229. Latvijas pilsoņi (nepilsoņi), kuri strādā un maksā IIN ārpus Latvijas, saņem pakalpojumus tajā valstī, kurā viņi maksā nodokļus. Ja šīs personas vēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā, tām ir iespēja izmantot attiecīgās valsts izsniegto EVAK.
230. Saskaņā ar Satversmes 111.pantu „valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”, tātad, arī pēc informācijas saiknes ieviešanas, persona turpina saņemt veselības aprūpes pakalpojumus.
231. Tiks stiprināta NVD sadarbība ar VID un VSAA, lai operatīvi risinātu jautājumu par personas statusu un nepieciešamo pakalpojumu saņemšanu. Lai realizētu šo modeli, nepieciešams pilnveidot informācijas sistēmu funkcionalitātes, lai pakalpojumu sniedzējiem (ārstniecības iestādēm) nodrošinātu piekļuvi datiem par katru iedzīvotāju.

⁸⁹ MK 17.12.2013. noteikumu Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”

232. Šobrīd NVD rīcībā tā nolikumā minēto funkciju veikšanai, ir Vadības informācijas sistēma, kurā tiek uzturēts veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrs, atbilstoši Ārstniecības likuma 17.pantam. Taču šī reģistra funkcionalitāte ir ierobežota un neparedz datu apmaiņu ar vairāku iestāžu datu bāzēm, IT sistēmām un reģistriem, lai iegūtu informācija par personas statusu, piemēram, nodokļu nomaksas faktu, bezdarbnieka statusu u.tt.
233. Nepieciešamie dati par personas statusu tiktu apkopoti NVD uzturētajā veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā, kura funkcionalitāte tiktu paplašināta ar datiem, kas saņemami no VID par personas nodokļu rezidences statusu un no VSAA par personām, par kurām aprēķinātas VSAOI, kā arī personām, kuras uzskatāmas par sociāli apdrošinātām personām, vai personām par kurām VSAOI nav jāveic no VSAA, Sociālās integrācijas valsts aģentūras, no Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas, Nodarbinātības valsts aģentūras, Ieslodzījumu vietas pārvaldes u.c. (skat. 7. attēlu).

7.attēls

Datu apmaiņu ar ārpus veselības no iestāžu datu bāzēm, IT sistēmām un reģistriem.



Avots: VM

234. Vienlaicīgi projekta “Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas tālāka pilnveidošana, sasaistot to ar personas identifikāciju” tiks izstrādāts risinājums pacientam, saņemot valsts apmaksātos ārstniecības pakalpojumus, un ārstam, sniedzot ārstniecības pakalpojumus, nodrošinātu iespēju droši apliecināt savu identitāti, izmantojot esošos identifikācijas dokumentus vai drošu elektronisku identifikācijas līdzekli.
235. Jau šobrīd ārstniecības iestādēm ir pienākums – izvērtēt, vai persona ietilpst to personu kategorijā, kurām ir tiesības saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, pārbaudīt šo personu statusu veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā un neskaidrību gadījumā sazināties ar NVD. Šādi pienākumi ir iekļauti līgumā par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.
236. Ieviešot informācijas sasaistes risinājumu, ārstniecības iestāžu pienākumu apjoms attiecībā uz personas statusa noskaidrošanu būtiski netiks mainīts.

237. Plānotās izmaiņas sasniedzamas ilgtermiņā, secīgi ieviešot nepieciešamos risinājumus un piesaistot nepieciešamos resursus, kā arī veicot grozījumus šādos normatīvajos aktos:
- 1) Ārstniecības likums;
 - 2) MK 2014.gada 11.marta noteikumi Nr.134 “Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu”.

3.7. VM padotības iestāžu reorganizācijas stratēģija

238. Veselības aprūpes sistēmas organizatoriskajā pārvaldībā pēdējos 15 gados notikušas būtiskas izmaiņas, saistītas ar administrējošo iestāžu skaita samazināšanu un struktūras optimizāciju, paralēli reorganizējot veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas un pirkšanas funkciju no Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras līdz Veselības norēķinu centram un Veselības ekonomikas centram, kas 2011. gadā kļuva par NVD.
239. Vienlaikus būtiskas izmaiņas skāra arī veselības nozares uzraudzības funkciju vairākas iestādes apvienojot VI, kā arī sabiedrības veselības un epidemioloģiskās uzraudzības funkciju, kas pēc Sabiedrības veselības aģentūras likvidēšanas 2009. gadā, jaunas iestādes SPKC veidolā tika izveidota 2012. gadā.
240. Lai arī varētu uzskatīt pašreizējo VM padotības iestāžu struktūru par samērā optimālu, pašreizējā situācija un nepieciešamība veikt būtiskas strukturālas reformas nozares pārvaldībā, tomēr pieprasa daļu iestāžu funkciju pārskatīt.
241. Galvenās izmaiņas tiek plānotas, balstoties uz stratēģiskā iepirkuma organizāciju, datu analīzes kapacitātes konsolidāciju un stiprināšanu, kā arī uzraudzības funkcijas uzlabošanu, atbilstoši pacientu interesēm un kvalitatīvai veselības aprūpes procesa organizācijai.
242. Vadošā valsts pārvaldes iestāde veselības nozarē, kas ietver sabiedrības veselības, veselības aprūpes, farmācijas un narkotiku legālās aprites apakšnozares ir VM⁹⁰, kuras funkcijas ir izstrādāt veselības politiku, kā arī organizēt un koordinēt veselības politikas īstenošanu. Veselības politikas veidošanā VM sadarbojas arī ar citām ministrijām un īsteno Saeimas un MK dotos uzdevumus.
243. VM savu funkciju realizēšanai ir 8 veselības ministra pakļautībā strādājošas tiešās pārvaldes iestādes un viena veselības ministra pārraudzībā esoša valsts budžeta nefinansēta iestāde (Zaļu valsts aģentūra), atvasināta publiska persona Rīgas Stradiņa Universitāte, kā arī 13 valsts kapitālsabiedrības – slimnīcas, kurā VM ir valsts kapitāldaļu turētāja (*skat. 8.attēlu*).

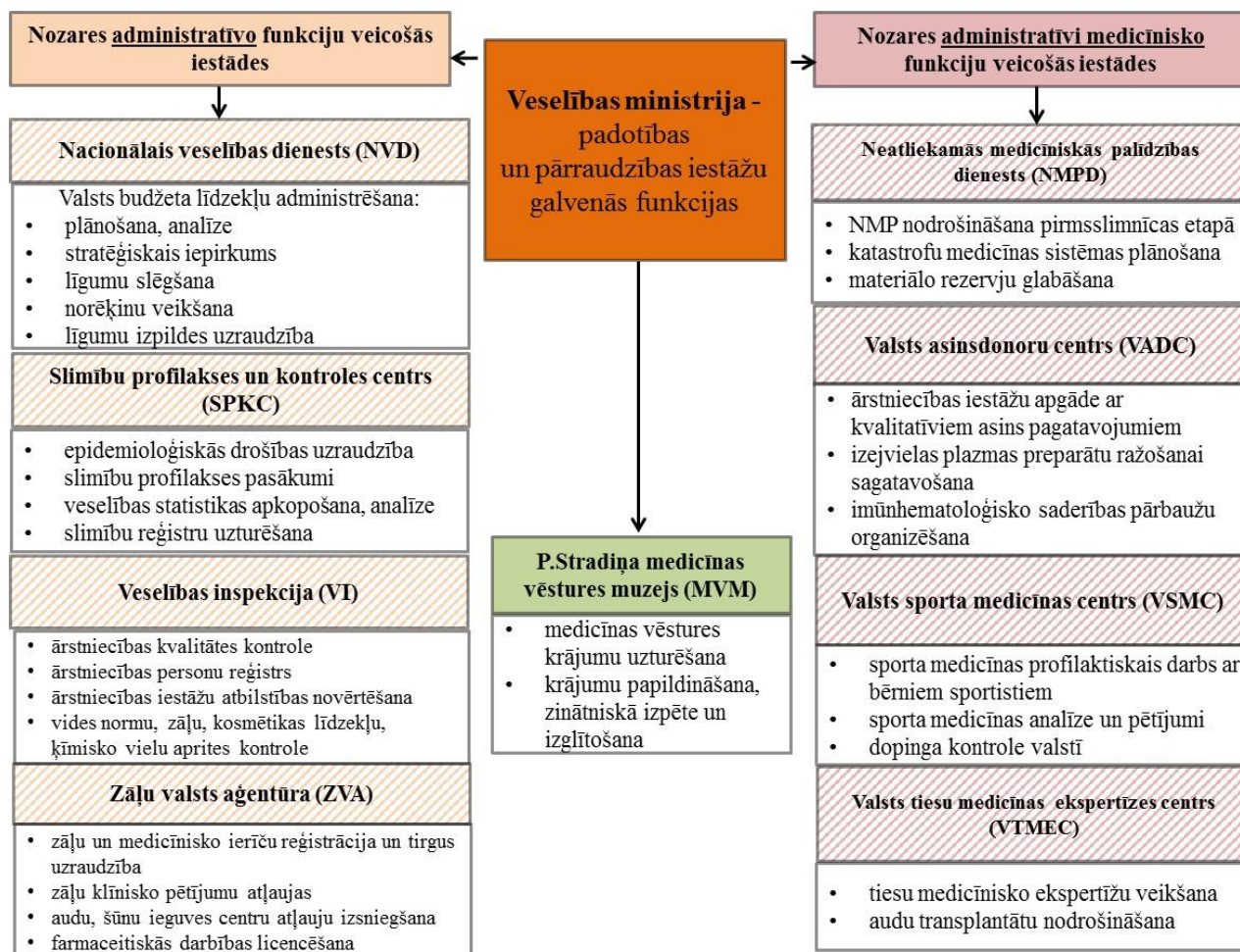
⁹⁰ Ministru kabineta noteikumi Nr.286 (13.04.2004.) “Veselības ministrijas nolikums”



Avots: VM

244. VM padotības iestādes pēc to darbības struktūras iedalāmas divās grupās - nozares administratīvo funkciju veicošās iestādes, kas nodarbojas ar VM realizētās politikas ieviešanu un uzraudzību un administratīvi medicīniskās iestādes, kuras kā valsts pārvaldes iestādes veic lielāku medicīniskā darba īpatsvaru konkrētās jomās (*skat. 9.attēlu*).
245. Kapitālsabiedrības kā ārstniecības iestādes tiek aplūkotas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju kartējuma kontekstā, bet RSU medicīnas izglītības attīstības normatīvo dokumentu kontekstā.

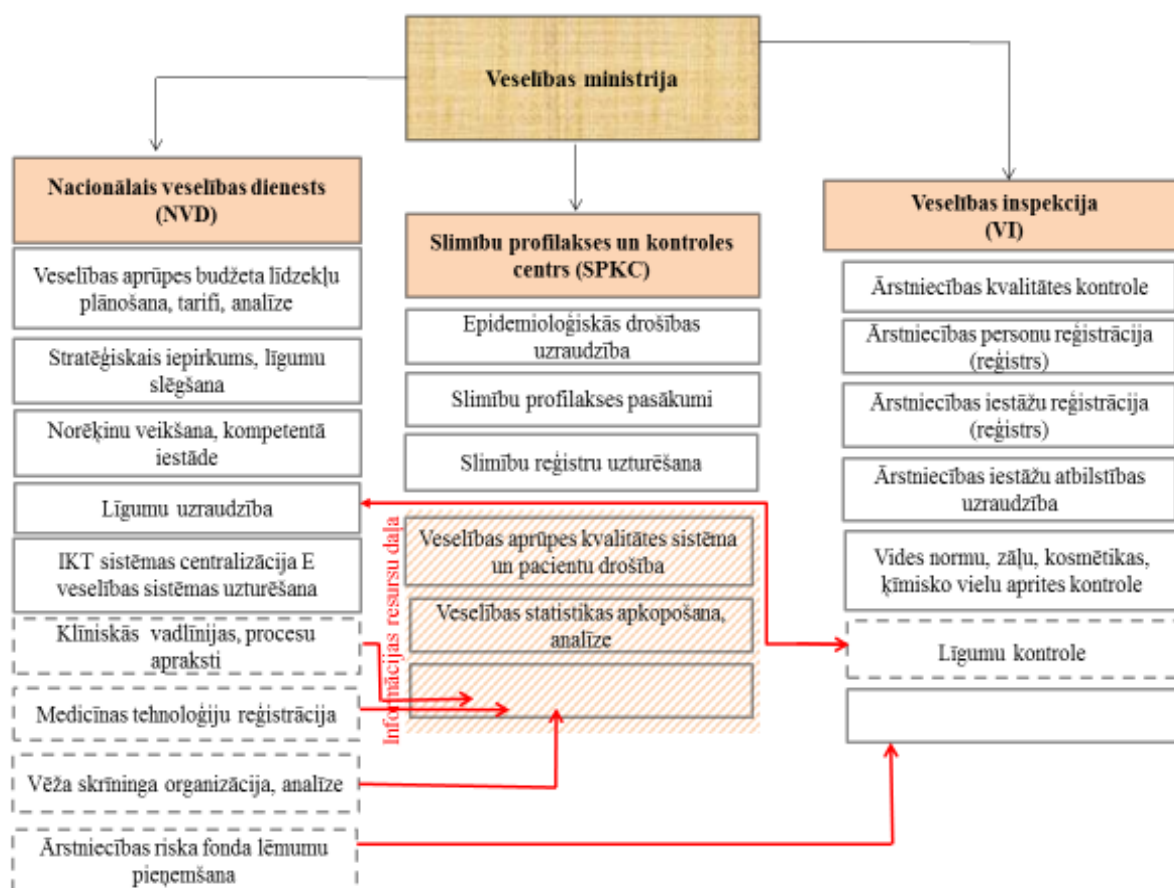
Veselības ministrijas padotības un pārraudzības iestāžu galvenās funkcijas.



Avots : VM

246. Veicot VM padotības iestāžu funkciju, uzdevumu un procesu analīzi un apskatot to no pamatfunkciju nodrošināšanas puses - veselības aprūpes pakalpojumu administrēšana, veselības aprūpes pakalpojumu drošība un uzraudzība, kā arī veselības datu analīze un informācija, galvenās izmaiņas plānots veikt trīs iestādēs: NVD, VI un SPKC. Šajās iestādēs plānots veikt funkciju un uzdevumu pārdali, kuru mērķis ir nodrošināt efektīvu, pārskatāmu, savstarpēji papildinošu un nedublējošu veselības nozares administratīvo vadību.
247. Jāvērtē Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centra turpmākā attīstība, tai skaitā ievērojot sadarbības iespējas ar ārstniecības iestādēm, zinātniskajām institūcijām, Tieslietu un Iekšlietu ministriju resoriem saistībā ar tiesu medicīnas ekspertīžu nodrošināšanu, kā arī Valsts sporta medicīnas centra pārvaldes funkcijas nodalīšana no veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas, šo funkciju turpmāk nododot ārstniecības iestādēm.

Funkciju reorganizācijas shēma



Avots: VM

Nacionālais veselības dienests

248. NVD darbības mērķis ir īstenot valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, nodrošinot racionālu un maksimāli efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, kā arī īstenot valsts politiku e-veselības ieviešanā, veselības un sabiedrības veselības datu iegūšanā un analīzē.
249. Veselības nozarē plānoto reformu kontekstā, kas saistītas ar efektīvu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu un administrēšanu, - realizējot stratēģisko iepirkumu valsts apmaksāto pakalpojumu izvēlē (organizējot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasī no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem tiek izvirzīti tādi kritēriji, kas nodrošina kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu), NVD funkcijas tiks fokusētas tieši uz veselības aprūpes līdzekļu plānošanas, administrēšanas un uzraudzības funkciju, kā arī e-veselības sistēmas uzturēšanas funkciju (*skat. 10. attēlu*).
250. Stiprinot šīs funkcijas, tiks pārstrukturētas citas funkcijas, kā klīnisko vadlīniju reģistrācija, medicīnas tehnoloģiju reģistrācija, lēmumu pieņemšana par pacientam izmaksājamo atlīdzību no ārstniecības riska fonda nodošanu citām VM padotībā esošām iestādēm. Pēc papildus diskusijām ar iesaistītajām institūcijām, tiks uzlabota valsts apmaksātā vēža skrīninga organizēšana un uzraudzība.

251. Stiprinot ar ārstniecības iestādēm noslēgto līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu uzraudzību, tiks noteikti NVD un VI iesaistes un operacionālās darbības līmeņi no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju līgumu uzraudzības un kontroles jomā.
252. NVD tiks pilnveidots līgumu izpildes uzraudzības darbs ar pakalpojumu sniedzējiem, veicot informatīvi atbalstošo un brīdinošo (nesodošo) preventīvo funkciju.
253. NVD galvenās funkcijas pēc reorganizācijas:
- 1) veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana (plānošana, veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, samaksas nosacījumi, stratēģiskā iepirkuma organizēšana, līgumu slēgšana, norēķinu veikšana);
 - 2) veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietojuma ārstniecības iestādēs un aptiekās uzraudzība;
 - 3) kompetentās iestādes funkcijas nodrošināšana pārrobežu veselības aprūpes jautājumos;
 - 4) e-veselības politikas īstenošana, kā arī VM padotības iestāžu veiktās IKT centralizācijas uzturēšana;
 - 5) no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo ārstniecībā lietojamo zāļu un medicīnisko ierīču saraksta veidošana un uzturēšana.
 - 6) ārstniecības riska fonda finanšu līdzekļu administrēšana.

Slimību profilakses un kontroles centrs

254. SPKC darbības mērķis ir īstenot valstī sabiedrības veselības politiku epidemioloģiskās drošības un slimību profilakses apakšjomās, veselības aprūpes politiku veselības aprūpes kvalitātes apakšjomā, kā arī nodrošināt veselības veicināšanas politikas īstenošanu un koordināciju.
255. Veselības nozarē plānoto reformu kontekstā, kas saistītas ar kvalitatīvu un pacientiem drošu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu, kā arī pilnvērtīgas un visaptverošas veselības statistikas iegūšanai un analīzei, tiks pārskatītas SPKC funkcijas.
256. SPKC tiks deleģēta funkcija nodrošināt metodisko atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos. Ņemot vērā to, ka ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumi ir cieši saistīti ar ārstniecībā izmantojamām klīniskajām vadlīnijām, klīniskiem algoritmiem, klīniskiem ceļiem (pacientu ceļš – pacientu ar noteiktām diagnozēm virzība nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai) un indikatoriem, lai nodrošinātu pilnvērtīgu metodiskā atbalsta funkciju, SPKC no NVD būtu nododama klīnisko vadlīniju reģistrācija, medicīnisko tehnoloģiju reģistrācija, kā arī medicīnisko tehnoloģiju un klīnisko vadlīniju uzturēšana un klīnisko ceļu izveide un uzturēšana.
257. SPKC galvenās funkcijas pēc reorganizācijas:
- 1) izstrādāt uz zinātniskiem pierādījumiem balstītus un labākajai starptautiskajai praksei atbilstošus priekšlikumus veselības aprūpes un sabiedrības veselības politikas veidošanai;
 - 2) veikt neinfekcijas slimību uzraudzību, kā arī izvērtēt faktorus, kuri var ietekmēt sabiedrības veselību;
 - 3) veikt infekcijas slimību epidemioloģisko uzraudzību, monitoringu un izlūkošanu;
 - 4) organizēt infekcijas slimību profilakses un izplatības ierobežošanas pasākumus;
 - 5) apstrādāt un analizēt sabiedrības veselības un veselības aprūpes statistikas informāciju;
 - 6) veikt sabiedrības veselības monitoringu;
 - 7) nodrošināt metodisku atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos;
 - 8) reģistrēt klīniskās vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas;
 - 9) administrēt klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru datu bāzi;

- 10) izstrādāt un uzturēt veselības aprūpes rezultatīvo radītāju un indikatoru klāstu ārstniecības iestāžu darbības un rezultātu analīzei un salīdzināšanai nacionālajā līmenī un starptautiskā vidē; Uzkrāt datus par rezultatīvajiem radītājiem un indikatoriem un veikt noteikto datu analīzi nacionālajā līmenī.

Veselības inspekcija

258. VI darbības mērķis ir īstenot valsts pārvaldes funkcijas veselības nozares uzraudzībā un kontrolē, lai nodrošinātu minēto jomu regulējošo normatīvo aktu prasību ievērošanu un izpildi.
259. Esošajā nolikumā VI noteiktas 19 plašas funkcijas un 17 uzdevumi, kas tiks precizētas funkcijas iezīmējot galvenajos blokos un sīkāku detalizāciju iezīmējot uzdevumos. Vadoties no racionāla funkciju izvērtējuma un ņemot vērā to, ka līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem, slēdz NVD, VI turpinās veikt līgumu kontroles funkciju vadoties no NVD ziņojumiem, pacientu un trešo personu sūdzībām, kā arī regulāri plānotajām kontrolēm.
260. Šobrīd lēmumu par atlīdzību, kas personai izmaksājama no Ārstniecības riska fonda, pieņem NVD, balstoties uz VI veikto ekspertīzi, sagatavoto analīzi un noteikto kaitējuma apmēru procentos. Līdz ar to šobrīd lēmuma sagatavošana principā notiek divās iestādēs – VI, kas sagatavo atzinumu par veikto ekspertīzi un NVD, kas sagatavo lēmumu, pamatojoties uz VI atzinumu - savukārt atbildība par termiņa ievērošanu ir uzlikta NVD, lai arī NVD ir ierobežotas iespējas to ietekmēt. Lai nodrošinātu iestāžu darba caurspīdīgumu Ārstniecības riska fonda lēmumu pieņemšanā, pareizu atbildības uzlikšanu un optimizētu lēmumu pieņemšanas procesu, VI no NVD pārņems lēmumu pieņemšanu par atlīdzību, kas personai izmaksājama no Ārstniecības riska fonda, pieņemšana, savukārt NVD būtu saglabājama Ārstniecības riska fonda finanšu administrēšanas funkcija, tai skaitā atlīdzības izmaksa.
261. VI galvenās funkcijas pēc reorganizācijas:
- 1) uzraudzīt un kontrolēt ārstniecības iestādēm saistošo normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes un darbības ekspertīzes jomā, kā arī veselības aprūpes profesionālo un darbības ekspertīzes kvalitāti ārstniecības iestādēs;
 - 2) nodrošināt zāļu, veterināro, narkotisko un psihotropo zāļu, mazgāšanas līdzekļu un kosmētikas līdzekļu tirgus (prasības, reklāma, aprīte u.c.) uzraudzību;
 - 3) uzraudzīt un kontrolēt normatīvo aktu ievērošanu epidemioloģiskās drošības un vides veselības jomā, dzeramā ūdens nekaitīguma jomā, ķīmisko vielu un ķīmisko produktu (tai skaitā mazgāšanas līdzekļu un biocīdu) tirdzniecībā un profesionālajā lietošanā (dezinfekcijā, dezinfekcijā un deratizācijā);
 - 4) kontrolēt, vai ārstniecības iestādes atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām un vai ārstniecības personām ir sertifikācijas institūcijas izsniegti ārstniecības personas sertifikāti;
 - 5) reģistrēt ārstniecības iestādes Ārstniecības iestāžu reģistrā un ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā;
 - 6) veikt kompetentajai iestādei paredzētos uzdevumus atbilstoši prasībām, ko nosaka Eiropas Parlamenta un Padomes regulas.
262. VM padotības iestāžu reorganizācija tiek veikta ar mērķi uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu administrēšanu un veselības datu analīzi, kā arī nodrošināt atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos. Reorganizācija ir saistīta ne tikai ar funkciju grozījumiem, bet arī ar pārmaiņām padotības iestāžu darbā pielietojamās metodēs: jaunu metožu (pašnovērtējumi, supervīzija) ieviešana ārstniecības iestāžu uzraudzībā; sadarbības ar ārstniecības iestādēm veicināšana sūdzību analīzē, pielietojot cēloņu -seku analīzes metodes; pacientu drošības kultūras veidošana; risku analīze; ieinteresēto pušu iesaistīšana u.c.
263. Reorganizācijas rezultātā tiks veiktas šādas izmaiņas VM padotības iestāžu funkcijās (uzdevumos):

Nacionālais veselības dienests:

- 1) nodrošinās līgumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu uzraudzību;
- 2) organizēs veselības aprūpes pakalpojumu stratēģisko iepirkumu;
- 3) uzturēs VM padotības iestāžu veikto IKT centralizāciju.

Slimību profilakses un kontroles centrs:

- 1) reģistrēs klīniskās vadlīnijas;
- 2) izstrādās un uzturēs veselības aprūpes rezultatīvo rādītāju un indikatoru klāstu ārstniecības iestāžu darbības un rezultātu analīzei un salīdzināšanai.

Veselības inspekcija pieņems lēmumus par atlīdzību, kas izmaksājamas personai no Ārstniecības riska fonda.

264. Reformas ietvaros tiks veikta arī atbalsta funkciju (piemēram grāmatvedība, personāls u.c.) pakāpeniska centralizācija, kā arī VM padotības iestādē tiks veidota struktūrvienība centralizētai medikamentu un medicīnas preču iepirkumu organizēšanai VM piešķirto budžeta līdzekļu ietvaros.
265. Centralizēta iepirkumu organizēšana slimnīcās, izmantojot centralizēta iepirkuma procedūras nepieciešamo preču iegādei un slēdzot vispārīgās vienošanās, tai skaitā izmantojot EIS e-katalogu apakšsistēmu.
266. Pārējās VM padotībā esošajās iestādēs izmaiņas to veicamajās funkcijas vai uzdevumos šobrīd netiek plānotas.
267. Ņemot vērā plānotās izmaiņas, būs nepieciešams izstrādāt grozījumus šādos normatīvajos aktos:
 - Pacientu tiesību likums – attiecībā uz Ārstniecības riska fonda darbību;
 - MK 2010.gada 25.maija noteikumi Nr.469 “Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas”
 - MK 2005.gada 28.jūnija noteikumi Nr.468 “Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtība”
 - MK 2012.gada 3.aprīļa noteikumi Nr.241 “Slimību profilakses un kontroles centra nolikums”
 - MK 2011.gada 1.novembra noteikumi Nr.850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums”
 - MK 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” – attiecībā uz līgumu izpildes uzraudzību
 - MK 2008.gada 5.februāra noteikumi Nr.76 “Veselības inspekcijas nolikums”.

IV VESELĪBAS NOZARES FINANSĒJUMS

268. EK Eiropas semestra ietvaros vērtējot Latvijas veselības aprūpes sistēmas attīstību, atkārtoti norāda, ka publiskie izdevumi veselības aprūpei ir nepietiekoši (2014. gadā 3,7 % no IKP salīdzinājumā ar ES vidējo rādītāju – 7,2 %), bet iecerētais veselības aprūpes finansējuma palielinājums nav atspoguļots izdevumu plānos pēc 2017. gada⁹¹.
269. Arī OECD viens no galvenajiem secinājumiem – Latvijas valsts budžeta izdevumi veselības aprūpei ir ļoti zemi salīdzinājumā ar OECD valstu standartiem (3,2 % no IKP (2013) salīdzinājumā ar OECD vidējo rādītāju – 6,5 %), tomēr nozarē ir veiktas būtiskas reformas konsolidējot stacionārās iestādes un, neskatoties uz nepietiekamo finansējumu, veselības aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti⁹². Kaut gan nevar noliegt, ka nepietiekams finansējums

⁹¹ EK 2017.gada ziņojums par Latviju (14. un 27.lpp).

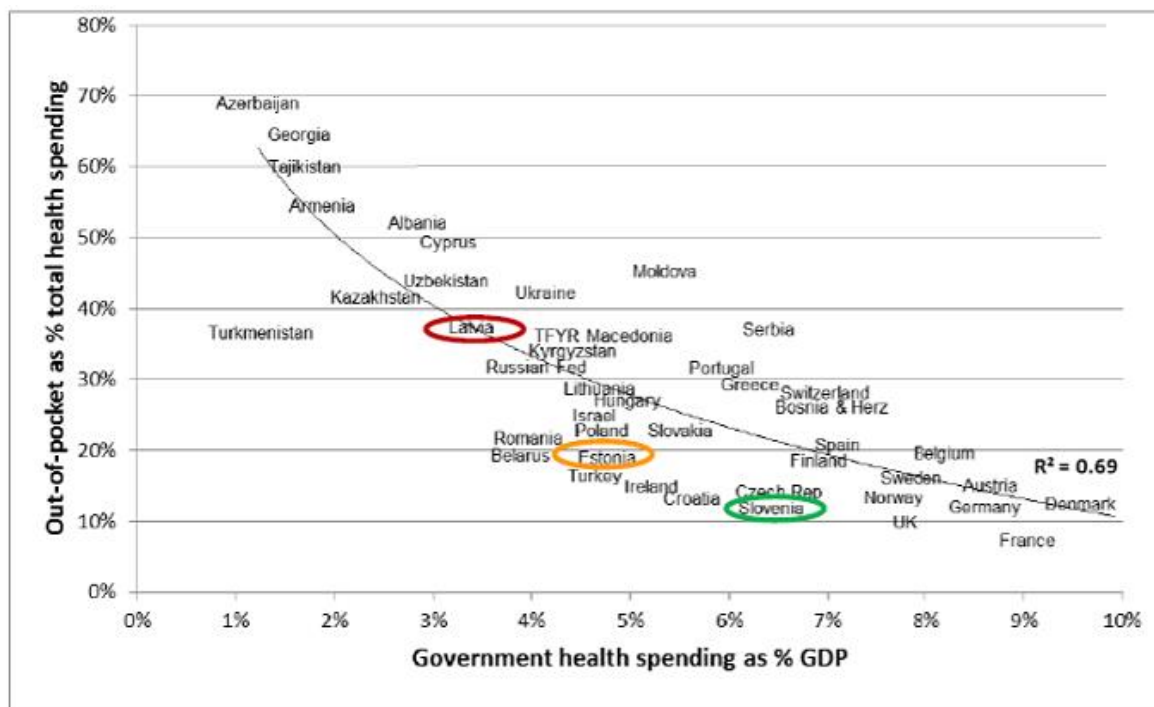
⁹² OECD Reviews of health System, LATVIA, 2016 (49.lpp).

negatīvi ietekmē veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un tā turpina pasliktināties, atspoguļojot nepietiekamā finansējuma sekas.

270. Pacientu tiešo maksājumu īpatsvars (*out-of-pocket health expenditure*) Latvijā ir viens no augstākajiem - 38,8% no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem, Igaunijā 20,72%, Lietuvā 31,27%, ES attiecīgi 16,51%⁹³. Palielinot valsts izdevumus veselības aprūpei tiek būtiski samazināts finansiālais slogs pacientam (skat.11.attēlu).

11.attēls

Pacientu tiešo maksājumu īpatsvars un valsts budžeta izdevumi veselības aprūpei



Source: WHO estimates for 2012, selected countries with population > 600,000

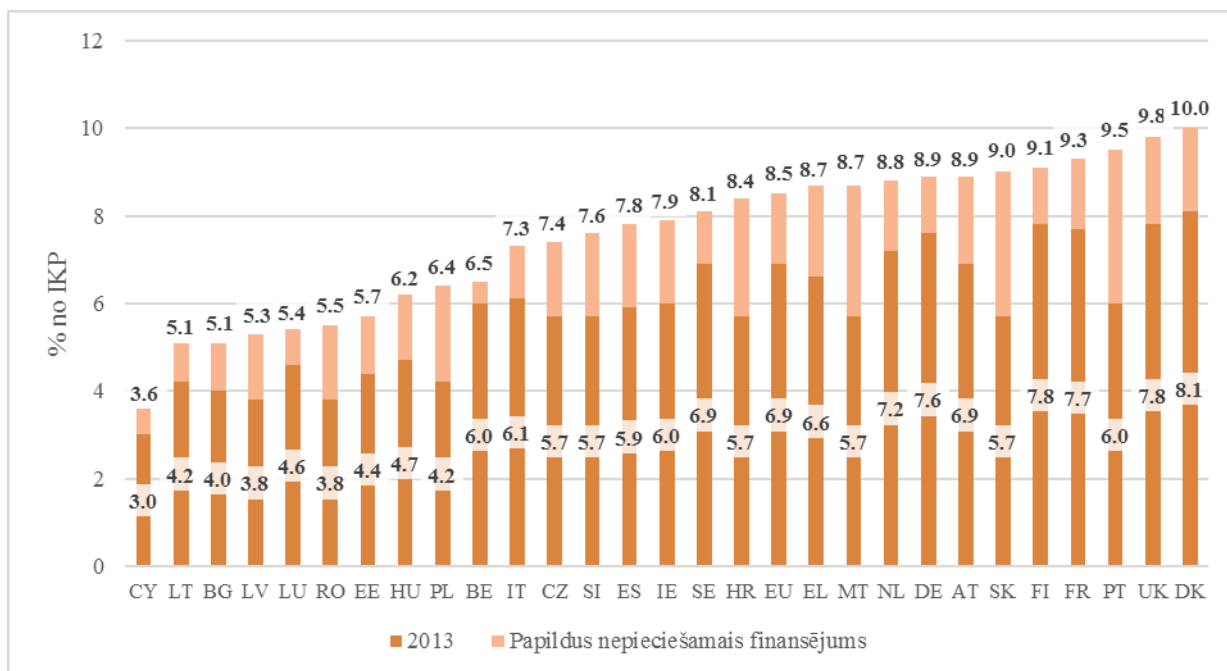
271. Pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem ilgtermiņā palielināsies, radot papildu spiedienu uz valsts izdevumiem. EK prognozē, ka izdevumi palielināsies par 1,5 % no IKP laikposmā no 2013. līdz 2060. gadam (skat.12.attēlu). Budžeta pieaugumu nākotnē noteiks tādi objektīvi faktori, kā populācijas novecošanās ES vidēji par 0,9 % un tehnoloģiju attīstība par 1,6%⁹⁴.

12.attēls

EK plānotie valsts budžeta izdevumi veselībai 2013-2060.gadā

⁹³ PVO, "Health for all", 2014.

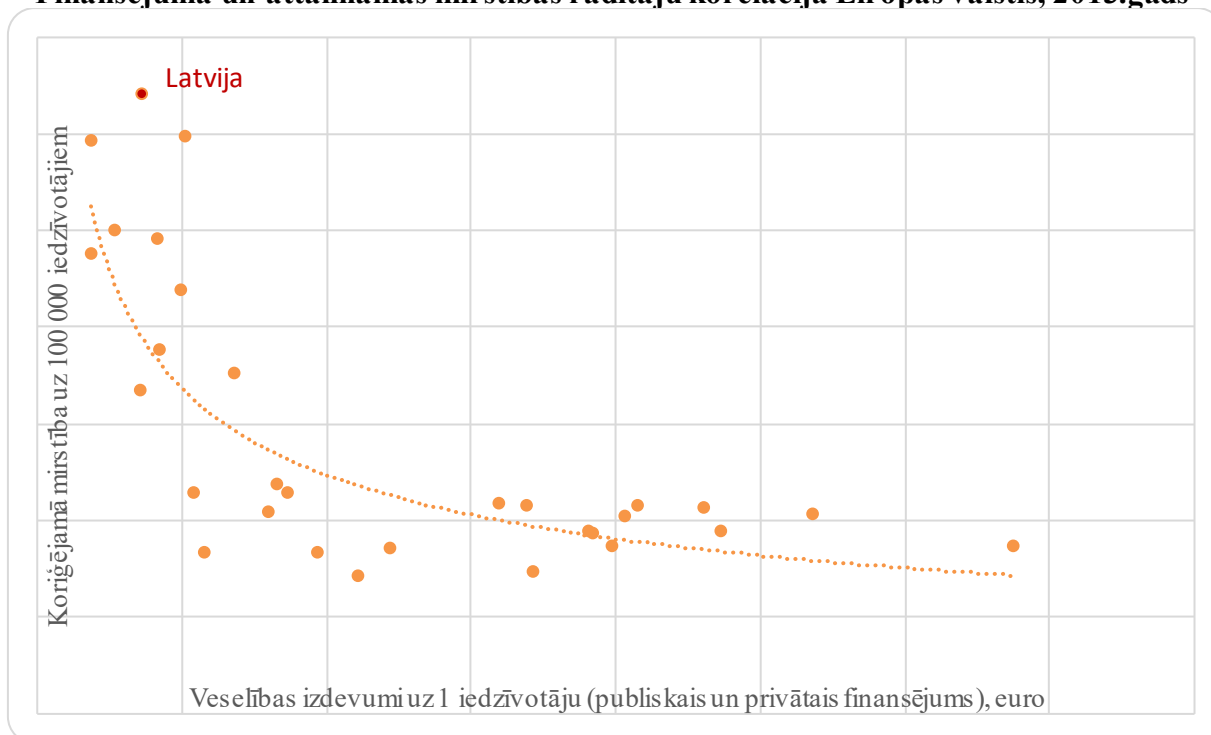
⁹⁴ EC, Age-related fiscal sustainability challenges: A horizontal assessment framework for pension, health care, long-term care policies for the 2016 European Semester, 2015



272. Pastāv arī korelācija starp veiktajiem ieguldījumiem un attālināmo mirstību (*skat. 13.attēlu*), kas liecina, ka veicot papildus ieguldījumus un intervences, ilgtermiņā un vidējā termiņā var uzlabot veselības aprūpes snieguma rādītājus.

13.attēls

Finansējuma un attālināmās mirstības rādītāju korelācija Eiropas valstīs, 2013.gads



Avots:

273. Kā redzams 13.attēlā, attālināmās (*amenable*) mirstības rādītāji korelē ar izdevumiem veselības aprūpes nodrošināšanai uz 1 iedzīvotāju (valsts un privātie), tādēļ izvirzīto **mērķu izpilde ir tieši atkarīga no papildus finanšu resursu piesaistes**. Nevar noliegt, ka arī reformas soļi

sistēmas efektivitātes un snieguma rādītāju uzlabošanai pozitīvi ietekmēs mirstības rādītājus, tomēr to ietekme vien, bez papildu finanšu resursiem, nebūs pietiekama, lai būtiski uzlabotu šos rādītājus.

4.1. Veselības nozares valsts budžeta finansējuma plāns 2018. – 2023.gadam

274. Lai nodrošinātu **izvirzīto mērķu izpildi**, jāveic veselības nozares finansējuma palielinājums, sasniedzot Pasaules veselības organizācijas ieteikto optimālo līmeni un veselības nozarei novirzot finansējumu vismaz 14% apmērā no valsts kopbudžeta (*skat. 10.tabulu*).

10.tabula

Veselības nozares budžeta pieaugums 2018 – 2023.gadam

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Veselības nozares budžets, miljoni euro	1 079,2	1 214,8	1 321,8	1 451,3	1 578,7	1 687,1
Veselības nozares budžets % no valsts konsolidētā budžeta	12.42%	13.80%	14.34%	14.39%	14.37%	14.33%
Veselības nozares budžets % no IKP	3.92%	4.16%	4.29%	4.46%	4.60%	4.66%
Veselības nozares budžets uz 1 iedzīvotāju, euro	559.23	635.86	698.85	775.05	851.66	919.34

275. Papildus nepieciešamo finansējumu veselības aprūpes nozarei nepieciešams rast no sociālajām iemaksām, vienlaicīgi sasaistot pilnā veselības aprūpes pakalpojumu groza saņemšanas tiesības ar sociālo iemaksu maksāšanas faktu⁹⁵.
276. **Tādējādi pilnu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozu** saņems personas, kas veic sociālās iemaksas un pacientu grupas, kuras būs atbrīvotas no šo iemaksu veikšanas. Piemēram, bērni (līdz 18 gadu vecumam), pensionāri, Nodarbinātības valsts aģentūrā reģistrējušies bezdarbnieki, trūcīgās personas, u.c. Precīzs atbrīvoto grupu saraksts tiks definēts normatīvajā regulējumā.
277. Pilnajā valsts apmaksāto pakalpojumu grozā, ko saņems iepriekš minētās iedzīvotāju grupas, ietilps:
- primārā veselības aprūpe - ģimenes ārsta aprūpe (bērniem līdz 18 gadu vecumam zobārstniecības pakalpojumi);
 - ārstu speciālistu sniegtā aprūpe (sekundārā ambulatorā palīdzība);
 - medicīniskā aprūpe mājās (pie noteiktām indikācijām);
 - NMPD pakalpojums;
 - palīdzība Steidzamās medicīniskās palīdzības punktos (traumpunktos);
 - diagnostiskie izmeklējumi;
 - ārstniecība dienas stacionārā;
 - stacionārā aprūpe (neatliekamā medicīniskā palīdzība slimnīcās, observācijas gultas, plānveida stacionārā palīdzība, neatliekamā medicīniskā palīdzība ambulatori slimnīcas Uzņemšanas nodaļā);
 - valsts kompensējamie medikamenti;
 - medicīniskā rehabilitācija.
278. Savukārt tās personas, kuras nebūs sociālo iemaksu veicēji vai atbrīvotas no šo iemaksu veikšanas, būs tiesīgas saņemt **pamata veselības aprūpes pakalpojumu klāstu**:
- ģimenes ārsta aprūpi;
 - NMPD pakalpojumus;

⁹⁵ Ministru kabineta veidojošo koalīcijas partiju pārstāvju 2017.gada 14.jūnijā panāktā vienošanās

- palīdzību SMPP;
- valsts kompensējamus medikamentus tikai pie atsevišķām diagnozēm;
- neatliekamo medicīnisko palīdzību slimnīcā;
- ārstēšanu saslimšanu, kurām ir nozīmīga ietekme vai tās rada apdraudējumu sabiedrības veselībai, gadījumos (onkoloģija, noteiktas infekcijas slimības, psihiatrija);
- grūtnieču aprūpi.

279. Veselības nozares finansēšanas likumā tiks noteikti valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas un saņemšanas principi un nosacījumi, tai skaitā veselības nozares finansējuma avoti, veselības aprūpes pakalpojumu klāsts un apjoms, kādā minētajā likumā noteiktās iedzīvotāju grupas un personas būs tiesīgas saņemt valsts finansētos veselības aprūpes pakalpojumus.

280. Veselības nozares budžeta palielināšanai līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 866,7 miljonus euro, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 136,1 miljonu euro, samazinot pacientu gaidīšanas rindas līdz 90 dienām (skat. 11.tabulu). Jautājums par papildu valsts budžeta līdzekļu piešķiršanu 2018.gadam un turpmākajiem gadiem skatāms Ministru kabinetā gadskārtējā valsts budžeta likumprojekta un vidēja termiņa budžeta ietvara likumprojekta sagatavošanas un izskatīšanas procesā atbilstoši valsts budžeta finansiālajām iespējām, atbilstoši Ministru kabineta 9.maija sēdes protokola Nr.23, 21.§ 1.punktā noteiktajam 2020.gadā veselības aprūpes finansējumam sasniedzot 4% no IKP. Veselības ministrija, virzot konkrētus priekšlikumus par papildus finansējuma piešķiršanu konceptuālajā ziņojumā paredzēto pasākumu finansēšanai, iesniegs attiecīgus priekšlikumus Finanšu ministrijā un Pārresoru koordinācijas centrā par papildu finansējuma piešķiršanu prioritārajiem pasākumiem, tiem pievienojot detalizētus aprēķinus.

11.tabula

Veselības nozares budžeta pieaugums 2018 – 2023.gadam ambulatoro un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošana	16 602 202	29 063 468	29 206 013	39 965 659	60 891 206	61 080 934
1.1.	Onkoloģisko pacientu prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugums, euro	235 612	247 392	389 937	546 737	719 216	908 944
1.2.	Zobārstniecības pakalpojumi bērniem, euro	3 917 106	3 917 106	3 917 106	3 917 106	3 917 106	3 917 106
1.3.	Ambulatorie izmeklējumi un terapija, euro	5 656 118	11 312 236	11 312 236	16 797 318	22 282 400	22 282 400
1.4.	Speciālistu pakalpojumi (t.sk. invaliditātes novēršanas pasākumi), euro	2 539 643	5 079 287	5 079 287	6 586 674	11 108 836	11 108 836
1.5.	Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi, euro	3 872 369	7 744 738	7 744 738	11 326 679	22 072 503	22 072 503
1.6.	Ambulatorā rehabilitācija, euro	381 354	762 709	762 709	791 145	791 145	791 145
	Pakalpojumu apjoma pieaugums, skaits	548 110	1 096 219	1 096 219	1 502 388	2 231 924	2 231 924

2	Stacionāro pakalpojumu pieejamības uzlabošana	27 282 822	34 993 647	42 466 784	56 847 926	73 683 555	75 029 431
2.1.	Endoprotezēšanas pakalpojumi, euro	5 364 427	13 160 366	13 160 366	26 320 733	42 113 173	42 113 173
	Pakalpojumu apjoma pieaugums endoprotezēšanā, skaits	2 184	5 358	5 358	10 716	17 145	17 145
2.2.	Prognozējamās invaliditātes novēršanas līdzekļu palielināšana ar mērķi novērst ilgstošu slimošanu personām darbspējīgā vecumā, euro	1 528 920	1 536 422	1 544 300	1 552 572	1 561 256	1 570 376
2.3.	Rehabilitācijas pakalpojumiem, euro	1 308 055	1 215 439	4 540 946	5 300 589	5 300 589	5 300 589
2.4.	Rehabilitācija pēc insulta, euro	645 675	645 675	903 945	903 945	903 945	903 945
2.5.	Paliatīvā aprūpe, euro	2 484 221	2 484 221	3 389 941	3 842 801	3 842 801	3 842 801
	Pakalpojumu apjoma pieaugums rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes pakalpojumiem, skaits	6 336	6 204	12 371	13 990	13 990	13 990
2.6.	Sirds/asinsvadu programma, euro	15 451 524	15 451 524	15 451 524	15 451 524	15 451 524	15 451 524
2.7.	Aknu transplantācija stacionārā, euro	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000
2.8.	Pārējiem stacionāriem pakalpojumiem, euro	-	-	2 975 762	2 975 762	4 010 267	5 347 023
	Pakalpojumu apjoma pieaugums pārējiem stacionāriem pakalpojumiem, skaits	-	-	1 580	1 580	2 129	3096

281. Ārstniecības personu darba samaksas palielināšanai līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 500,8 miljonus euro, ārstu un funkcionālo speciālistu vidējā darba samaksai 2021.gadā par mērķi nosakot divkārtu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu. Ārstniecības un pacientu aprūpes personu darba samaksai nepieciešams sasniegt 60%, bet ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personu vidējā darba samaksa nepieciešams sasniegt 40% no ārstu un funkcionālo speciālistu vidējās darba samaksas, lielāku finansējuma apjomu paredzot stacionārajām ārstniecības iestādēm (*skat. 12.tabulu*). Šāds solis ļaus apturēt ārstniecības personāla migrāciju gan uz ambulatoro sektoru, gan arī migrāciju uz citām ES valstīm, kas šobrīd rada ļoti būtiskus draudus stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai.

12.tabula

Veselības nozares budžeta pieaugums 2018 – 2023.gadam ārstniecības personu darba samaksas palielinājumam

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
3	Darba samaksas palielinājums ārstniecības personām	117 366 834	185 516 440	253 520 037	347 168 837	400 995 602	500 813 131
3.1.	Vidējā darba samaksa ārstiem un funkcionāliem speciālistiem, euro	1 270	1 600	1 847	2 206	2 327	2 455
3.2.	Vidējā darba samaksa ārstniecības un pacientu aprūpes personām, euro	762	960	1 108	1 324	1 396	1 473
3.3.	Vidējā darba samaksa ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām, euro	508	640	739	882	931	982
3.4.	Vidējā darba samaksa ārstiem pret tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu, koeficients	1.33	1.60	1.76	2.00	2.00	2.00
3.5.	Pagarinātā normālā darba laika samazinājums, h	20.00	40.00	60.00	80.00	80.00	80.00

282. Ārstniecības pakalpojumu tarifa elementu pārskatīšanai, nosakot ekonomiski pamatotus tarifus līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 45,5 miljonus euro, nodrošinot, ka sniegto pakalpojumu apmaksā tiek veikta atbilstoši pakalpojumu faktiskajām izmaksām (*skat. 13.tabulu*).

13.tabula

Veselības nozares budžeta pieaugums 2018 – 2023.gadam pārējo tarifa elementu palielināšanai

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
4	Pārējo tarifa elementu palielināšana	33 908 741	39 390 852	45 503 751	45 503 751	45 503 751	45 503 751
4.1.	Stacionārā veselības aprūpe, euro	22 313 731	22 313 731	22 313 731	22 313 731	22 313 731	22 313 731
4.2.	Primārā veselības aprūpe, euro	5 482 111	10 964 222	10 964 222	10 964 222	10 964 222	10 964 222
4.3.	Zobārstniecības pakalpojumu tarifu pārskatīšanai un līgumu skaita palielināšanai, euro	1 305 702	1 305 702	2 611 404	2 611 404	2 611 404	2 611 404
4.4.	Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe, euro	4 807 197	4 807 197	9 614 394	9 614 394	9 614 394	9 614 394
	Pārējo tarifa elementu palielinājums, lai nodrošinātu pakalpojuma faktiskās izmaksas	100%/50%	100%/50%	100%	100%	100%	100%

283. Medicīnas izglītības nodrošināšanai līdz 2023.gada nepieciešams novirzīt 3,1 miljonu euro, nodrošinot papildus 50 studiju vietas rezidentūrā katru gadu (*skat. 14.tabulu*).

14.tabula

Veselības nozares budžeta pieaugums 2018 – 2023.gadam medicīnas izglītībai

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
5	Medicīnas izglītība	987 047	1 740 114	2 510 076	3 079 848	3 079 848	3 079 848

5.1.	Papildus studiju vietas rezidentūrā	987 047	1 740 114	2 510 076	3 079 848	3 079 848	3 079 848
	Papildus studiju vietas rezidentūrā	50	50	50	50	50	50

284. Kompensējamo un centralizēto medikamentu apmaksai līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 125,1 miljonu euro, nodrošinot valsts kompensējamo medikamentu pieejamību, palielinot kompensācijas apmēru līdz 100%, iekļaujot valsts kompensējamo medikamentu sarakstā jaunus, inovatīvus medikamentus efektīvākai esošo diagnožu ārstēšanai un medikamentus jaunu diagnožu ārstēšanai (*skat. 15.tabulu*).

15.tabula

**Veselības nozares budžeta pieaugums 2018 – 2023.gadam kompensējamo un centralizēti
iepirkamo medikamentu apmaksai**

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
6	Kompensējamie medikamenti	27 411 227	51 013 967	70 332 106	80 667 736	116 567 553	123 635 298
6.1.	Onkoloģisko pacientu pieejamībai, euro	2 069 398	2 069 398	1 369 941	1 920 815	2 526 776	3 193 332
6.2.	Unikālo pacientu skaita pieaugums, euro		3 743 458	5 062 917	7 335 973	9 948 451	10 644 842
6.3.	Unikālo pacientu skaita pieaugums, palielinot apmaksājamo medikamentu apjomu un iekļaujot jaunas diagnozes, euro	-	-	11 821 206	11 821 206	32 273 084	37 977 882
	Unikālo pacientu skaita pieaugums	-	3%	4%	6%	7%	7%
	Unikālo pacientu skaita pieaugums, palielinot apmaksājamo medikamentu apjomu un iekļaujot jaunas diagnozes	-	-	10%	10%	15%	15%
6.4.	Kompensācijas apmēra palielināšana zālēm no 50% uz 100%, euro	-	-	4 635 200	4 635 200	4 635 200	4 635 200
6.5.	Kompensācijas apmēra palielināšana zālēm no 75% uz 100%, euro	216 555	8 324 054	8 324 054	8 324 054	8 324 054	8 324 054
6.6.	Bioloģiskās terapijas nodrošināšana Krona slimībai, čūlainajam kolītam un psoriāzei, euro	-	630 000	630 000	630 000	630 000	630 000
	Papildus pacientu skaits Krona slimībai, čūlainajam kolītam un psoriāzei, skaits	-	70	70	70	70	70
6.7.	Imūnglobulīnu terapijas nodrošināšana polineuropātijām, euro	-	1 056 000	1 056 000	1 056 000	1 056 000	1 056 000
	Papildus pacientu skaits Imūnglobulīnu terapijai, skaits	-	20	20	20	20	20
6.8.	Kompensācijas uzlabošana zāļu iegādes kompensācijas sistēmā esošām diagnozēm ar jaunām zālēm un medicīniskajām ierīcēm (inovatīvie medikamenti), euro	14 583 357	14 583 357	14 583 357	14 583 357	26 812 857	26 812 857

	Papildus pacientu skaits inovatīviem medikamentiem, skaits	669	669	669	669	39 693	39 693
6.9.	Zāļu iegādes izdevumu kompensācija pacientiem ar jaunām diagnozēm, euro	-	-	-	4 710 860	4 710 860	4 710 860
6.10.	Individuāli kompensēto diagnožu iekļaušana Kompensējamo zāļu sarakstā, euro	-	-	-	2 800 840	2 800 840	2 800 840
6.11.	C vīrushepatīta terapijas nodrošināšana, euro	5 737 117	13 577 117	13 577 117	13 577 117	13 577 117	13 577 117
	Papildus ārstēto C hepatīta pacientu skaits	425	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
6.12.	HIV/AIDS terapijas nodrošināšana, euro,	4 203 000	6 335 000	8 487 600	8 487 600	8 487 600	8 487 600
	Papildus ārstēto HIV/AIDS pacientu skaits	1 500	2 020	2 640	2 640	2 640	2 640
6.13.	B vīrushepatīta terapijas nodrošināšana	601 800	690 300	778 800	778 800	778 800	778 800
	Papildus ārstēto B hepatīta pacientu skaits	170	195	220	220	220	220
6.14.	Jaundiagnosticēta sifilisa ārstēšana	-	5 283	5 914	5 914	5 914	5 914
	Papildus ārstēto sifilisa pacientu skaits	-	184	205	205	205	205
7	Centralizētie medikamenti	1 151 902	2 754 412	1 452 156	1 469 368	1 469 368	1 469 368
7.1.	Vakcīnu rezerve (10%) atbilstoši Ministru kabineta 2000.gada 26.septembra noteikumu Nr.330 "Vakcinācijas noteikumi" grozījumiem, euro	858 214	858 214	858 214	858 214	858 214	858 214
7.2.	Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu iegādes nodrošināšana saistībā ar patēriņa pieaugumu, palielinoties pacientu skaitam, euro	263 814	263 814	263 814	263 814	263 814	263 814
7.3.	Imunizācijas nodrošināšana atbilstoši vakcinācijas kalendāram, ievērojot bērnu skaita pieaugumu (no 2018.gada uzsākot vakcināciju pret vējbakām septiņus gadus veciem bērniem (2.deva)), euro	-	1 602 510	300 254	317 466	317 466	317 466
	Papildus vakcinēto bērnu skaits		78 019	14 618	15 456	15 456	15 456
7.4.	Nodrošināt Mākslīgo maisījumu zīdaiņiem un mākslīgo papildu ēdināšanas maisījumu zīdaiņiem, kas dzimuši HIV inficētām sievietēm, lai mazinātu jaundzimušo inficēšanās draudus ar mātes pienu	29 874	29 874	29 874	29 874	29 874	29 874

285. Norēķinu veikšanai ar ES un EEZ valstīm par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 9 296 356 euro, nodrošinot, ka norēķini par ES un EEZ valstīs sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijas iedzīvotājiem tiek veikti pilnā apmērā noteiktajos termiņos bez kavējuma naudas aprēķināšanas.

286. Papildus politikas plānošanas dokumentu īstenošanai konkrētu saslimšanu jomās - Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plānam 2017.–2020.gadam, HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plānam 2018. - 2020.gadam, Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānam 2017.-2020.gadam un Plānam reto slimību jomā 2017.-2020.gadam līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 46 764 750 euro t.sk.:
- 286.1. Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plānam 2017.–2020.gadam līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 10 278 860 euro (2018.gadā 10 577 409 euro, 2019.gadā 6 998 296 euro, 2020.gadā 10 472 785 euro un turpmāk ik gadu 10 278 960 euro).
- 286.2. HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plānam 2018. - 2020.gadam līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 1 238 442 euro (2018.gadā 394 856 euro, 2019.gadā 1 380 482 euro, 2020.gadā 1 300 873 euro un turpmāk ik gadu 1 238 442 euro).
- 286.3. Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānam 2017.-2020.gadam līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 4 754 855 euro (sākot ar 2018.gadu ik gadu 4 754 855 euro).
- 286.4. Plānam reto slimību jomā 2017.-2020.gadam līdz 2023.gadam nepieciešams novirzīt 30 492 493 euro (2018.gadā 8 964 373 euro, 2019.gadā 27 409 970 euro, 2020.gadā 30 473 493 euro un turpmāk ik gadu 30 492 493 euro).
287. Palielinot valsts budžeta finansējumu, tiks samazināti māsaiņniecību tiešie maksājumi par veselības aprūpes pakalpojumiem, 2023.gadā sasniedzot ES vidējos rādītājus 26% (*skat. 16.tabulu*). Kopējie izdevumi par veselības aprūpi sasniegs 1 242 euro.

16.tabula

Veselības nozares kopējie (valsts un privātie) izdevumi

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Valsts budžets no kopējiem veselības aprūpes pakalpojumiem (%)	62.00%	64.00%	68.00%	70.00%	72.00%	74.00%
Māsaiņniecību tiešo maksājumu īpatsvars no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem (%)	38.00%	36.00%	32.00%	30.00%	28.00%	26.00%
Kopējie izdevumi par veselības aprūpes pakalpojumiem, euro	1 740 628 297	1 898 130 905	1 943 794 419	2 073 221 644	2 192 698 485	2 279 951 064
Māsaiņniecību izdevumi par veselības aprūpes pakalpojumiem, euro	661 438 753	683 327 126	622 014 214	621 966 493	613 955 576	592 787 277
Kopā izdevumi uz 1 iedzīvotāju, euro	901.99	993.54	1027.72	1107.22	1182.86	1242.35
Kopā izdevumi no IKP (%)	6.32%	6.51%	6.30%	6.37%	6.39%	6.29%

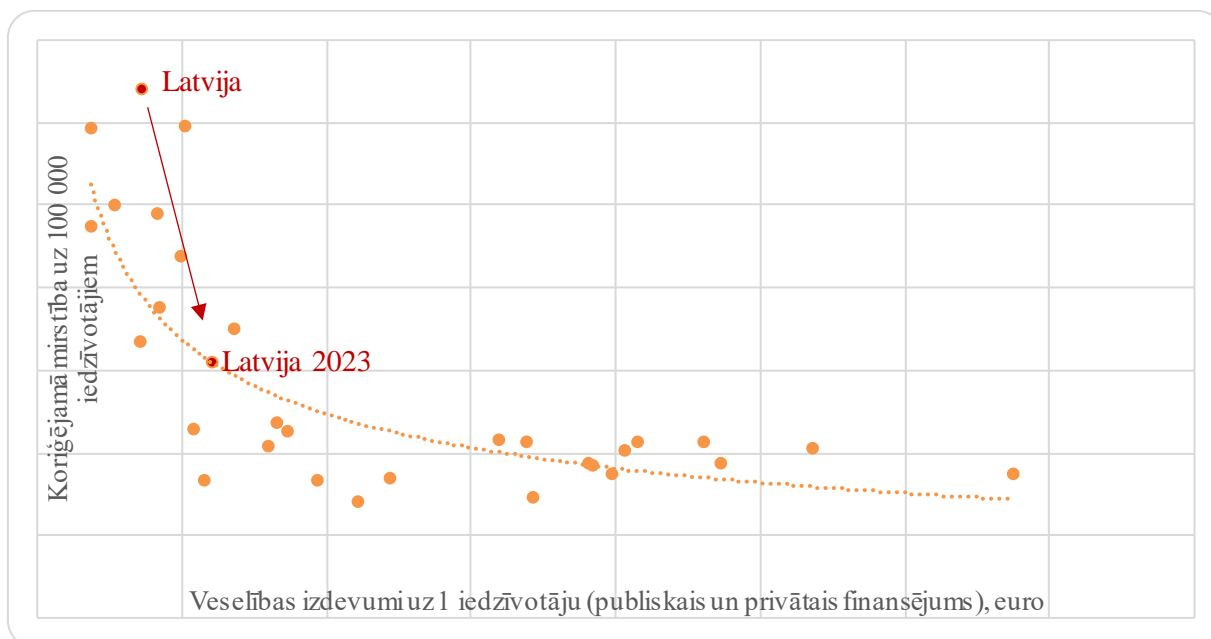
4.2. Ieguvumi tautsaimniecībā

288. Veicot ieguldījumus veselības aprūpes sistēmā un vienlaikus nodrošinot izmaksu efektivitātes palielināšanu, ieguvumi tautsaimniecībā tiek mērīti vairākos aspektos.
289. 2023.gadā kopējam veselības finansējumam (publiskajam un privātajam) sasniedzot 1 242 euro uz 1 iedzīvotāju, attālināmās mirstības rādītājs atbilstoši Eiropas valstu rādītājiem sasniegs 154 koriģējamās mirstības gadījumus uz 100 000 iedzīvotājiem (*skat. 14.attēlu*). Tādējādi rēķinot

uz populāciju tiks novērsta 3 046 iedzīvotāju nāve, tautsaimniecībai gūstot ieguvumu 1,5 miljardu euro apmērā, ņemot vērā, ka viena iedzīvotāja dzīvības cena ir 500 000 euro⁹⁶.

14.attēls

Finansējuma un attālināmās mirstības rādītāju korelācija Eiropas valstīs, 2013.gads



290. Otrs no aspektiem ir mirstības rādītāji vecumgrupā līdz 65 gadiem, kas ir otrie augstākie Eiropā un kas mazina Latvijas darbaspēka resursus par 3,9% (salīdzinājumā, ja mirstības rādītāji atbilstu ES valstu vidējiem rādītājiem). Ņemot vērā likumā “Par valsts budžetu 2017.gadam” plānotos valsts budžeta nodokļu ieņēmumus 6,34 miljardu apmērā un nodarbināto skaitu 894 tūkst. apmērā, tas rada neiekasētos nodokļu ieņēmumus valsts budžetā 247,3 milj. euro apmērā gadā jeb 1,24 miljardus euro piecos gados.
291. Tādējādi, veicot ieguldījumus veselības nozares attīstībā plānotajā apjomā, valsts budžets kopumā iegūs vairāk nekā 400 miljonus euro. Līdz ar to veiktajiem ieguldījumiem būs pozitīvs fiskāls efekts.
292. Tāpat palielinot finansējumu veselības nozarei, samazināsies potenciāli zaudēto mūža gadu apjoms no 88 191 potenciāli zaudētiem mūža gadiem 2015.gadā līdz 75 023 potenciāli zaudētiem mūža gadiem 2023.gadā, tautsaimniecībai radot papildus ieņēmumus 466,5 miljonu euro apmērā, ņemot vērā iekšzemes kopprodukta apmēru uz 1 iedzīvotāju (*skat. 15.attēlu un 17.tabulu*).
293. Savukārt tikai darbaspēka nodokļu papildus ieņēmumi valsts budžetā dos 179 miljonus euro, ņemot vērā vidējo bruto un neto darba samaksu tautsaimniecībā un spēkā esošo sociālā nodokļa likmi.

17.tabula

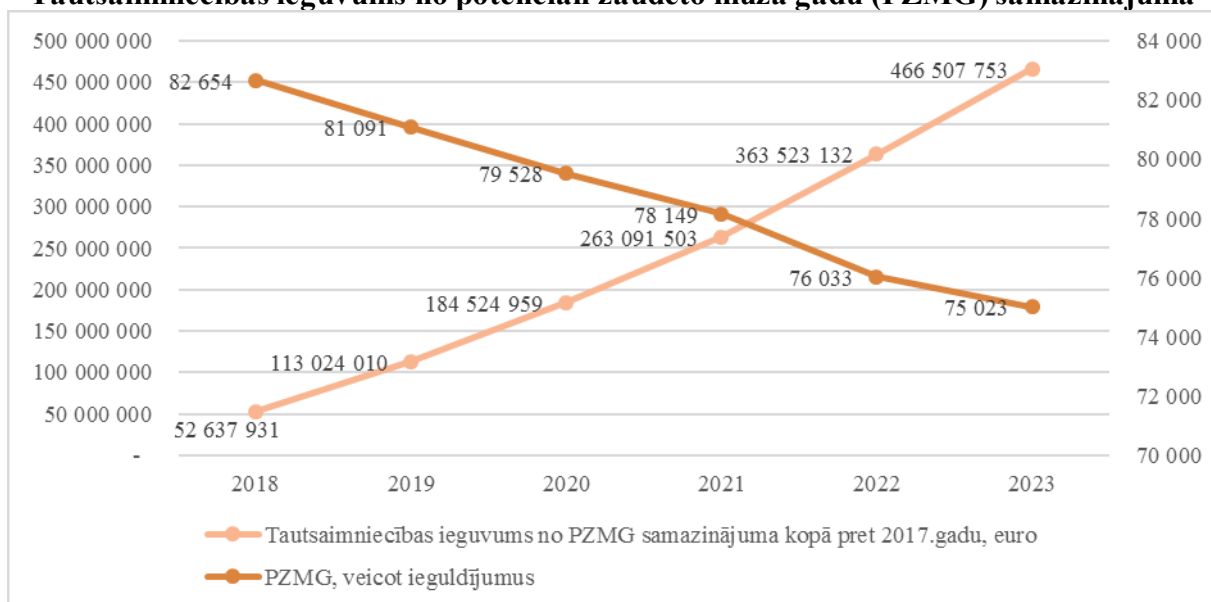
⁹⁶ Ceļu satiksmes drošības direkcijas dati

Tautsaimniecības ieguvums no veselības nozares reformas

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tautsaimniecības ieguvums no PZMG samazinājuma pret 2017.gadu, euro	52 637 931	113 024 010	184 524 959	263 091 503	363 523 132	466 507 753
Darbspēka nodokļu ieguvums pret 2017.gadu, euro	21 111 822	44 872 548	72 542 253	102 531 666	140 483 784	179 011 483

15.attēls

Tautsaimniecības ieguvums no potenciāli zaudēto mūža gadu (PZMG) samazinājuma



294. Saskaņā ar vairāku valstu datiem, nodrošinot veselības finansējumu līdz 1800 euro uz 1 iedzīvotāju tiek iegūts visbūtiskākais paredzamā mūža ilguma palielinājums.⁹⁷ Līdz ar to, lai maksimizētu ieguvumus, veselības nozarei papildus būtu jāpalielina finansējums vēl 600 euro apmērā uz 1 iedzīvotāju.

V SNIEGUMA RĀDĪTĀJI

295. Snieguma rādītāju mērķa jeb plānotās vērtības līdz 2023.gadam prognozētas ar nosacījumu, ka 2017.gadā un turpmāk reformas pasākumu īstenošanas ietvaros būs pieejami papildus valsts budžeta līdzekļi veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības, kvalitātes un izmaksu efektivitātes uzlabošanai, tai skaitā ārstniecības personu atalgojuma palielināšanai. Snieguma rādītāju vērtības noteiktas un salīdzinātas ar ES valstu vidējiem rādītājiem (*skat. 18.tabulu*).

18.tabula

⁹⁷ Esteban Ortiz-Ospina and Max Roser (2017) – ‘Financing Healthcare’. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: <https://ourworldindata.org/financing-healthcare/> [Online Resource]

Veselības aprūpes snieguma rādītāji

	Snieguma rādītāji		Bāzes vērtība Latvijā	ES valstu vidējie rādītāji attiecīgajā gadā	Plānotā vērtība Latvijā (2023)
Galveniesnieguma rādītāji	Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums (gados) (Avots: EUROSTAT)		Sievietēm 79,4 (2014) Vīriešiem 69,1 (2014)	Sievietēm 83,6 (2014) Vīriešiem 78,1 (2014)	Sievietēm 80 Vīriešiem 72
	Potenciāli zaudētie mūža gadi (Avots: SPKC)		88 191 (2015)	Datī nav salīdzināmi	75 023
	Attālināmā mirstība/novēšamā mirstība (amenable mortality) uz 100 000 iedz.		320 (2013)	119 (2013)	154 - 200
Pakārtoti snieguma rādītāji	Perinātālā mirstība no 1000 dzimušajiem (Avots: HFA datu bāze)		4,84 (2014)	4,10 (2014)	4,10
	Mātes mirstība uz 100 000 dzīvi dzimušajiem (Avots: HFA datu bāze)		13,8 (2014)	4,72 (2014)	5,0
	30 dienu mirstība stacionārā a. k. miokarda infarkts uz 100 stacionēšanas gadījumiem (Avots: Health at a Glance 2016, OECD)		15,4 (2013) 13,4 (2015)	7,5 (2013)	10,4
	30 dienu mirstība stacionārā i. s. insults uz 100 stacionēšanas gadījumiem (Avots: Health at a Glance 2016, OECD)		18 (2013) 18,3 (2015)	9,4 (2013)	15,4
	30 dienu mirstība stacionārā h. r. infarkts uz 100 stacionēšanās gadījumiem (Avots: SPKC)		34,7 (2015)	24,3 (2013)	28,5
	Standartizētā mirstība sievietēm no krūts ļaundabīga audzēja uz 100 000 iedz. (Avots: HFA datu bāze)		23,42 (2014)	21,65 (2014)	22,0
	Standartizētā mirstība sievietēm no dzemdes kakla ļaundabīga audzēja uz 100 000 iedz. (Avots: HFA datu bāze)		7,56 (2014)	3,05 (2014)	5,4
	Standartizētā mirstība vīriešiem no prostatas ļaundabīga audzēja uz 100 000 iedz. (Avots: PVO, European Detailed Mortality Database)		36,3 (2014)	28,9 (2012)	36,3
	Standartizētā mirstība no kolorektālās daļas ļaundabīga audzēja uz 100 000 iedz. (Avots: PVO, European Detailed Mortality Database)		20,4 (2014)	30 (2012)	20,0
	Standartizētā mirstība no bronhu un plašu ļaundabīga audzēja uz 100 000 iedz. (Avots: HFA datu bāze)		31,3 (2014)	35,68 (2014)	31,0
Ieguvums pacientam (procesa rādītāji)	Pieejamība	Pieejamība pie speciālista (dienās) (Avots: NVD dati)	Endokrinologs - 241 Gastroenterologs - 185 Ginekologs - 123 Neirologs - 155 Oftalmologs - 221 Urologs - 97	Datī nav pieejami	90 dienas
		Ambulatoro diagnostisko izmeklējumu (KMR – kodolmagnētiskā rezonanse) pieejamība (dienās) (Avots: NVD dati)	Publiskā sektora iestādēs 109 dienas, tai skaitā: Rīgā - 114;	Datī nav pieejami	< 90 dienām publiskā sektora iestādēs

		Vidzeme – nav pieejams; Kurzeme -150; Zemgale – nav pieejams; Latgale -64		katrā plānošanas reģionā
	Mājsaimniecību tiešo maksājumu īpatsvars no kopējiem izdevumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem (%) (Avots: HFA datu bāze)	35,13% (2014)	16,68 (2014)	26%
	Publisko resursu izdevumi medikamentiem, % no kopējā zāļu tirgus (Avots: Latvijas valsts budžeta dati, NVD un ZVA dati; OECD dati - dalībvalstu vidējais rādītājs)	45%	57% (2015)	52%
	Pieejamības laiks neatliekamā (visaugstākā, augstākā prioritāte) situācijā (Avots: VM, NMPD)	25 min. lauku teritorijā - 82,6% (2016) 15 min. pilsētā – 89,4% (2016)	Nav datu	84% 90%
Kvalitāte	Klīnisko kompetenču attīstība: izstrādāti pacientu aprūpes ceļi (skaits) (Avots: VM)	2	Dati nav pieejami	86
	Klīnisko kompetenču attīstība: izstrādāti klīniskie algoritmi (skaits) (Avots: VM)	0	Dati nav pieejami	109
Nozares caurspīdīgums un efektivitāte	Stacionēšanas ilgums (dienas) (Avots: HFA datu bāze)	8,31 (2014)	8,16 (2014)	8,16
	Stacionēšana pie hroniskām slimībām uz 100 000 iedz. - astma un HOPS ⁹⁸ (Avots: Health at a glance 2016, OECD)	257 341,2 (2015)	219 (2013)	190
	Stacionēšanas biežums uz 100 iedz. (Avots: PVO dati)	18,55 (2014)	17,34 (2014)	18
	NMP izsaukumu skaits uz 100 iedz. (Avots: NMPD)	22,0 izsaukumi uz 100 iedz. (2016)	Nav datu	21,5 izsaukums uz 100 iedz.
	Nosūtījumu skaits speciālista no viena PVA ārsta uz 1000 reģistrētajiem pacientiem	2000 (2014)	optimāli 184 - 363 nosūtījumi	800-1000
	Izmeklējumu skaits uz 1000 iedz. (CT – datortomogrāfija; KMR – kodolmagnētiskā rezonanse), (Avots: NVD dati)	CT - 70,1 KMR - 16,4	CT – 31,7-202,1 KMR – 22,8-90,9	CT - 45-50 KMR - 80-90
Apmierinātība	Iedzīvotāju īpatsvars, kas savu veselību vērtē kā labu vai ļoti labu	46,2% (2015)	67% (2015)	57%

⁹⁸ HOPS – hroniska obstruktīva plaušu saslimšana

		<i>(Avots: Eurostat, EU-SILC APSEKOJUMS 2015)</i>			
Resursu (strukturās rādītāji)	Resursi	Gultu skaits uz iedz. 100 000 <i>(Avots: PVO, Health for all)</i>	565,71 (2014)	521,62 (2014)	520
		Praktizējošu ārstu skaits uz 100 000 iedz. <i>(Avots: PVO, Health for all)</i>	321,6 (2014)	349,58 (2014)	322
		Praktizējošu māsu skaits uz 100 000 iedz. <i>(Avots: PVO, Health for all)</i>	482,45 (2014)	846,45 (2014)	600
		Māsu/ārstu attiecība <i>(Avots: Health at a glance 2016, OECD)</i>	1,5 (2014)	2,5 (2014)	1,9
		Pacientu skaits uz PVA praksi	1578	1500	1500
Finanšu izlietojums (finansialie rādītāji)	Nozares budžeta apjoms <i>(OECD, Health at a Glance 2016)</i>	Kopā, % no valsts budžeta	9.85%	Dati nav pieejami	14,33%
		Valsts budžets	820 490 920 euro (2017), 60.4%	76% (t.sk. obligātā apdrošināšana)	1 687 157 874 euro 74%
		Mājsaimniecību tiešie maksājumi	38.8 % (2014)	15% (2014)	26%
		Brīvprātīgā apdrošināšana	5% (2014)	5% (2014)	5%
		Izdevumi (valsts un privātie) veselībai uz iedzīvotāju	686 (2015)	2 781 (2015)	1 242
	Veselības aprūpes budžets sadalījumā pa funkcijām (2017)	Ambulatorā veselības aprūpe	35.50%	Dati nav pieejami	30.20% *
		Stacionārā veselības aprūpe	32.41%	Dati nav pieejami	43.22% *
		Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	0.24%	Dati nav pieejami	0.26% *
		Medikamenti	18.41%	Dati nav pieejami	16.94% *
		VM funkciju nodrošināšana (NMPD, NVD, VADC, SPKC, VI utt.)	9.64%	Dati nav pieejami	5.08% *
		Medicīnas izglītība	3.32%	Dati nav pieejami	3.31% *
		Starptautiskās saistības	0,48%	Dati nav pieejami	0.99% *
	Ārstniecības personu darba samaksa	Atalgojums: Arstu vidējās darba samaksas koeficients pret tautsaimniecībā nodarbinātā vidējo darba algu <i>(Avots: VM dati)</i>	0,95	Dati nav pieejami	2 (2021)
		Māsu, vecmāšu, ārstu palīgu u.c. vidējā medicīnas personāla algas apmērs (% no ārstu darba algas) <i>(Avots: VM dati)</i>	63%	Dati nav pieejami	60% (2018)
		Ārstniecības atbalsta personu algas apmērs (% no ārstu darba algas) <i>(Avots: VM dati)</i>	47%	Dati nav pieejami	40% (2018)

*Prognoze – cik % no plānotā nozares budžeta pieauguma plānots novirzīt konkrētām funkcijām

VI PIEDĀVĀTO IZMAIŅU IEGUVUMI UN SASNIEDZAMIE REZULTĀTI LĪDZ 2023.GADAM

296. Ilgāk, un veselības ziņā, kvalitatīvāk nodzīvoti dzīves gadi:
- mūža ilgums pagarinās, samazinās priekšlaicīgā mirstība;
 - iedzīvotāju veselības stāvokļa pašvērtējums uzlabojas.
297. Ilgtspējīga nozares organizācija:
- stabils un ilgtspējīgs veselības nozares finansējums;
 - veselības politikas, t.sk. finansēšanas prognozējamība stabilizējas.
298. Nodrošināta kvalitatīva pakalpojumu pieejamība:
- savlaicīgi pieejama primārā aprūpe, neatliekamā medicīniskā palīdzība vienlīdzīgi visā valsts teritorijā;
 - pieejami vienlīdz kvalitatīvi pakalpojumi visā valsts teritorijā;
 - gaidīšanas laiks līdz pirmreizējai ārsta speciālista konsultācijai nepārsniedz 3 mēnešus;
 - gaidīšanas laiks līdz izmeklējumam (radioloģijā) nepārsniedz vienu mēnesi;
 - pacienta līdzmaksājuma daļa samazinās;
 - veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pacientu drošības līmenis paaugstināts un izlīdzināts visās ārstniecības iestādēs;
 - ārstniecības iestādēm vienota izpratne par kvalitātes un pacientu drošības jautājumiem;
 - iedzīvotājiem nodrošināta iespēja izvēlēties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, pamatojoties uz faktiskiem mērāmiem rādītājiem.
299. Optimāls cilvēkresursu nodrošinājums:
- pilnveidota darba samaksas sistēma;
 - attīstītas klīniskās kompetences un prasmes;
 - ārstniecības personu reģionālais nodrošinājums izlīdzinās.
300. Saimnieciski organizēts nozares finansējuma izlietojums:
- uzlabota procesu un sistēmu caurredzamība;
 - ieviesta rezultātu mērīšana un reaģēšanu uz novirzēm no normas utt.

VII TURPMĀK VEICAMIE PASĀKUMI

301. Lai pilnībā veiktu reformas veselības aprūpē un restrukturētu ārstniecības iestādes atbilstoši sniedzamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nepieciešams veikt 19.tabulā ietvertās darbības:
- 1) vienoties ar MK par reformas gaitu un termiņiem, tajā skaitā pieejamo finansējumu reformu periodam;
 - 2) vienoties ar pašvaldībām par reformas gaitu un termiņiem;
 - 3) veikt nepieciešamos grozījumus nozari reglamentējošos un citos normatīvajos aktos.
302. Savukārt, lai risinātu jautājumus par veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu ieslodzījumu vietās, Veselības ministrija līdz š.g. 1.oktobrim sadarbībā ar Tieslietu ministriju Ieslodzījuma vietu pārvaldi sagatavos un iesniegs MK informatīvo ziņojumu.

**Veselības sistēmas reformas ietvaros plānoto rīcību
īstenošanas laika grafiks***

Nr.	Veicamā darbība	Normatīvais akts/cits dokuments	Termiņš (projekta sagatavošanai)
INFRASTRUKTŪRA UN KARTĒJUMS			
1.	“Ideālās” ĢĀ prakses noteikšana (praksē veicamā darba saturs) un optimālā pacientu skaita noteikšana	Grozījumi MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” u.c.	01.03.2018.
2.	ĢĀ teritoriālā izvietojuma izvērtēšana sadarbībā ar pašvaldībām	Teritoriālā karte, sagatavoti pilotprojekti	01.03.2018.
3.	SMPP sniedzamās palīdzības apjoma noteikšana	Grozījumi MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” u.c.	01.10.2017.
4.	Visu līmeņu slimnīcās sniedzamās palīdzības apjoma noteikšana, slimnīcu sadarbības teritoriju veidošanas nosacījumu noteikšana, un nepieciešamo prasību definēšana atsevišķiem profiliem	Grozījumi MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” u.c.	01.10.2017.
5.	Hospitalizācijas plāna izmainīšana	Līguma ⁹⁹ starp ārstniecības iestādi un NVD pielikums u.c.	01.12.2017.
6.	I un II līmeņa slimnīcu infrastruktūras attīstība	Noteikumi par darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru" projektu iesniegumu atlases trešo kārtu	31.07.2017.

⁹⁹ Atbilstoši MK 17.12.2013. noteikumiem Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”

7.	Primārās veselības aprūpes pakalpojumu infrastruktūras attīstība sniedzēju	Noteikumi par darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru" projektu iesniegumu atlases ceturto kārtu	01.03.2018.
PAŠVALDĪBU LOMAS DEFINĒŠANA			
8.	Pašvaldību lomas definēšana veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā un pašvaldību iesaistīšana: 8.1. PVA organizēšanā 8.2. mājas aprūpes organizēšanā	Likums "Par pašvaldībām"; Grozījumi MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" pēc likumprojekta pieņemšanas Saeimā otrajā lasījumā u.c.	01.03.2018.
9.	Prasību definēšana HOSPICE tipa gultām, pašvaldību iesaistīšana to izveidē un uzturēšanā	Grozījumi MK 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām"; Grozījumi MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" u.c.	01.03.2018.
CILVĒKRESURSI			
10.	Slimnīcas personāla plānošanas pamatkritēriju apstiprināšana (posteņu)	Grozījumi MK 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" u.c.	01.10.2017.

11.	Ārstniecības pamatstudiju un rezidentūras uzņemšanas plānošana izmantojot ārstniecības personu skaita prognozes pilna laika slodzēm	Grozījumi MK 2011.gada 30.augusta noteikumos Nr.685 "Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi"; VM rīkojums par uzņemšanu rezidentūrā	01.10.2017.
12.	Metodikas par pacientu klasificēšanu jeb pacientu aprūpes līmeņu noteikšanu apstiprināšana, ieviešana un aprobēšana	VM rīkojums u.c.	01.03.2018.
13.	Ārstniecības personu amatu kategoriju pārskatīšana	Grozījumi MK 2010.gada 29.jūnija noteikumos Nr.595 "Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām" u.c.	01.10.2017.
14.	Darba samaksas palielināšana	Grozījumi MK 2010.gada 29.jūnija noteikumos Nr.595 "Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām" u.c.	01.10.2017.
15.	Ārstniecības personu piesaiste reģioniem prioritāro veselības aprūpes jomu ietvaros: pārcelšanas kompensācijas uzturēšanas kompensācijas ģimenes ārstu prakšu pārņemšana attālinātas konsultācijas	Eiropas Sociālā fonda projekta iesniegums atbilstoši MK 2017.gada 21.marta noteikumiem Nr.158 "Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.5. specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas" īstenošanas noteikumi"	02.08.2017
16.	Ārstniecības personu, farmaceitu un sociālo darbinieku kvalifikācijas uzlabošana prioritāro veselības aprūpes jomu ietvaros	Eiropas Sociālā fonda projekts atbilstoši MK 2016. gada 8.novembra noteikumiem Nr.718 "Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.6. specifiskā atbalsta mērķa	11.2017 sāka projekta ieviešana

		"Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju" īstenošanas noteikumi"	
PAKALPOJUMU SNIEDZĒJU ATLASE			
17.	Izveidot/pilnveidot iepērkamā pakalpojuma kvalitātes kritērijus, kas nosaka pieņemamu ārstniecības kvalitātes līmeni, pakalpojumu apjomu katrā iepirkumā un ikgadēji iepirkt vismaz trīs pakalpojumus	Izstrādāts iepirkuma nolikums u.c.	01.11.2017.
18.	Noteikt stratēģiskā iepirkuma kritēriju aprēķina metodoloģiju un uzsākt šo kritēriju mērījumus un monitoringu	Grozījumi MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" u.c.	01.03.2018.
KVALITĀTES SISTĒMA			
19.	Personāla apmācība kvalitātes jautājumos	Iepirkums ¹⁰⁰	01.10.2018.
20.	Klīnisko algoritmu/protokolu un pacientu ceļu izstrāde	Iepirkums ¹⁰¹	30.11.2018.
21.	Ārstniecības iestāžu uzraudzības pilnveidošana	Grozījumi MK 2005.gada 8.marta noteikumos Nr.170 "Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru" u.c.	01.03.2018.
PACIENTU IDENTIFIKĀCIJA UN E-VESELĪBA			
22.	Noteikt tiesības datu apmaiņai ar konceptuālā ziņojuma ietvaros iesaistīto iestāžu datu bāzēm, IT sistēmām un reģistriem.	Grozījumi Ārstniecības likumā	31.12.2017.

¹⁰⁰ Iepirkuma konkursi "Apmācību programmu izstrāde un apmācību organizēšana pacientu drošības un kvalitātes vadības jomā" un "Eksperta pakalpojumi veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā" tiek veikti ESF līdzfinansētā projekta 9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" aktivitāšu īstenošanu.

¹⁰¹ Iepirkuma konkursi "Klīnisko vadlīniju identificēšana un tām atbilstošo klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrāde prioritārajās veselības jomās" tiek veikti ESF līdzfinansētā projekta 9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" aktivitāšu īstenošanu.

23.	E-veselības pilnveidošana.	Grozījumi MK 2014.gada 11.marta noteikumos Nr.134 "Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu" u.c.	01.09.2017.
VESELĪBAS NOZARES PĀRVALDĪBA			
24.	VM padotības iestāžu pārvaldība, lai nodrošinātu atbalstu nozares reformām	MK rīkojums par iestāžu reorganizāciju Grozījumi MK 2012.gada 3.aprīļa noteikumos Nr.241 "Slimību profilakses un kontroles centra nolikums" Grozījumi MK 2011.gada 1.novembra noteikumos Nr.850 "Nacionālā veselības dienesta nolikums" Grozījumi MK 2008.gada 5.februāra noteikumos Nr.76 "Veselības inspekcijas nolikums" u.c.	01.10.2017 15.11.2017. (pēc MK rīkojuma par iestāžu reorganizāciju apstiprināšanas)
25.	Veselības nozares finansēšanas likums	Likumprojekta izstrāde	01.10.2017.

* - veicamās darbības un to izpildes termiņi var mainīties atkarībā no valsts budžeta līdzekļu piešķiršanas.

Kopsavilkums par konceptuālajā ziņojumā iekļauto risinājumu (risinājumu variantu) realizācijai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu

Risinājums	Risinājums (risinājuma varianti)	Budžeta programmas (apakšprogrammas) kods un nosaukums	Vidēja termiņa budžeta ietvara likumā plānotais finansējums			Nepieciešamais papildu finansējums						Pasākumu īstenošanas gads (ja risinājuma (risinājuma varianta) īstenošana ir terminēta)
			2 017	2 018	2 019	2017	2 018	2 019	2 020	turpmākajā laikposmā līdz (risinājuma varianta) pabeigšanai (ja īstenošana ir terminēta)	turpmāk ik gadu (ja risinājuma varianta) izpilde nav terminēta)	
Finansējums konceptuālā ziņojuma īstenošanai kopā			795 903 608	755 686 275	755 703 413	9 477 657	294 175 255	440 166 464	545 658 849	91 708 962	866 672 867	31.12.2023.
tajā skaitā												
	29. Veselības ministrija											
		02.00.00 "Medicīnas izglītība"	9 740 963	9 738 547	9 738 547	-	4 238 238	7 855 450	12 723 901	-	27 387 791	-
		02.04.00 "Rezidentu apmācība"	9 740 963	9 738 547	9 738 547	-	4 238 238	7 855 450	12 723 901	-	27 387 791	-
		33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana"	710 412 586	670 323 363	670 323 363	-	247 693 734	373 045 603	462 825 986	-	795 655 492	-

		33.03.00 "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana"	137 642 927	122 283 386	122 283 386	-	28 467 757	52 154 497	71 575 636	-	124 965 828	-
		33.04.00 "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde"	11 428 873	11 428 873	11 428 873	-	1 151 902	2 754 412	1 452 156	-	1 469 368	-
		33.12.00 "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem"	1 960 203	1 990 076	1 990 076		7 935 009	26 096 182	28 824 038		28 824 038	
		33.14.00 "Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana"	86 879 318	86 941 355	86 941 355	-	24 843 027	36 460 840	43 939 716	-	69 619 697	-
		33.15.00 "Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē"	25 410 416	25 410 416	25 410 416	-	5 706 322	12 187 937	15 222 269	-	25 920 627	-
		33.16.00 "Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana"	178 902 846	156 643 132	156 643 132	-	48 655 311	69 590 540	87 106 495	-	168 480 596	-
		33.17.00 "Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs"	162 380 437	162 340 437	162 340 437	-	70 639 699	98 559 106	122 252 709	-	221 452 751	-

		33.18.00 "Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana"	102 256 450	99 734 572	99 734 572	-	50 875 351	65 699 733	82 787 611	-	145 257 231	-
		33.19.00 "Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem"	3 551 116	3 551 116	3 551 116	-	9 419 356	9 542 356	9 665 356	-	9 665 356	-
		39.00.00 "Specializētās veselības aprūpes nodrošināšana"	61 887 309	61 782 888	61 800 026	-	6 194 567	12 389 133	23 464 090	-	41 062 160	-
		39.02.00 "Sporta medicīnas nodrošināšana"	1 038 228	1 038 228	1 038 228	-	108 506	217 011	411 002	-	719 255	-
		39.03.00 "Asins un asins komponentu nodrošināšana"	7 247 298	7 189 844	7 189 844	-	253 586	507 172	960 545	-	1 680 954	-
		39.04.00 "Neatliekamā medicīniskā palīdzība"	51 209 154	51 162 187	51 179 325	-	5 464 288	10 928 576	20 697 905	-	36 221 335	-
		39.06.00 "Tiesu medicīniskā ekspertīze"	2 392 629	2 392 629	2 392 629	-	368 187	736 374	1 394 638	-	2 440 616	-
		45.00.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana"	6 187 879	6 187 879	6 187 879	-	76 166	74 331	1 120 402	-	1 052 402	-
		45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un	6 187 879	6 187 879	6 187 879	-	76 166	74 331	1 120 402	-	1 052 402	-

		ekonomiskā novērtēšana"										
		46.00.00 "Veselības nozares uzraudzība"	7 674 871	7 653 598	7 653 598		495 919	948 342	1 154 906		1 515 022	-
		46.01.00 "Uzraudzība un kontrole"	4 174 111	4 158 655	4 158 655	-	172 578	319 316	585 237	-	1 007 784	-
		46.03.00 "Slimību profilakses nodrošināšana"	3 262 045	3 256 228	3 256 228	-	120 740	345 965	327 068		304 637	
		46.04.00 "Veselības veicināšana"	238 715	238 715	238 715	-	202 601	283 061	242 601		202 601	
		63.00.00 "Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu un pasākumu īstenošana"	3 448 547	-	-	1 755 771	8 575 310	7 686 173	7 132 811	17 141 320	-	31.12.2023.
		63.07.00 "Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana (2014-2020)"	3 448 547	-	-	1 755 771	8 575 310	7 686 173	7 132 811	17 141 320	-	31.12.2023.
	13. Finanšu ministrija											
		63.00.00 "Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu un pasākumu īstenošana"	-	-	-	3 057 262	6 353 298	5 370 632	4 439 953	13 237 636	-	31.12.2023.
		63.07.00 "Eiropas Sociālā fonda (ESF) avansa maksājumi un atmaksas finansējuma	-	-	-	3 057 262	6 353 298	5 370 632	4 439 953	13 237 636	-	31.12.2023.

		saņēmējiem (2014-2020)”)										
		62.00.00 “Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu un pasākumu īstenošana”	-	-	-	4 664 624	20 548 023	32 796 800	32 796 800	61 330 006	-	31.12.2023.
		62.08.00 “Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) avansa maksājumi un atmaksas finansējuma saņēmējiem (2014-2020)”)”	-	-	-	4 664 624	20 548 023	32 796 800	32 796 800	61 330 006	-	31.12.2023.

VIII RISKI, JA FINANSĒJUMS NETIEK PIEŠĶIRTS

303. Pieejamības rādītāji un sabiedrības veselības stāvokli turpinās pasliktināties, ņemot vērā rindu veidošanas akumulējošo efektu, atstājot negatīvu ietekmi gan uz iedzīvotāju labklājības līmeni, palielinot nevienlīdzības plaisu. Nepalielinot nozares finansējumu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozs nosegtu tikai PVA un NMP pakalpojumus.
304. Nodarīti neatgriezeniski zaudējumi Latvijas tautsaimniecības attīstībā, jo veselība ir ne tikai viena no galvenajām vērtībām cilvēka dzīvē, tā tiek uzskatīta par svarīgu cilvēkkapitāla formu un līdz ar to arī būtisku ekonomisko izaugsmi ietekmējošo faktoru (WHO12, 2006).¹⁰²
305. Ja atalgojums ārstniecības personām netiek palielināts plānotajā apjomā, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, galvenokārt neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana kritiski pasliktināsies ne tikai slimnīcās reģionos, bet arī klīniskās universitātes slimnīcās Rīgā. Turpināsies ārstniecības personu nodarbinātības pieaugums ambulatorajā privātajās ārstniecības iestādēs vai veselības nozares darbaspēka emigrācija uz citām valstīm.

Veselības ministre

Anda Čakša

¹⁰² WHO, Regional Office for Europe and Council of Europe Development Bank (2006) Health and economic development in South-Eastern Europe. Paris: World Health Organization.