



Nacionālais veselības dienests

GADA PUBLISKAIS PĀRSKATS 2019

2019

SATURA RĀDĪTĀJS

PRIEKŠVārds	3
1. PAMATINFORMĀCIJA PAR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU	4
1.1. Nacionālā veselības dienesta juridiskais statuss	4
1.2. Nacionālā veselības dienesta darbības mērķis un galvenās funkcijas	4
1.3. Nacionālā veselības dienesta struktūra	6
1.4. Nacionālā veselības dienesta teritoriālās nodaļas	7
1.5. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta kvalitātes vadības jomā	7
1.6. Paveiktas Nacionālā veselības dienesta informācijas sistēmu drošības jomā	8
2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI	9
3. BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS, KURU FINANSIĀLIE LĪDZEKĻI TIEK IZLIETOTI DIENESTA DARBĪBAS UZTURĒŠANAI	11
4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS	14
5. DIENESTA DARBĪBAS REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI	19
5.1. Ambulatorā veselības aprūpe	19
5.2. Stacionārā veselības aprūpe	19
5.3. Kompensējamie medikamenti un materiāli	22
5.4. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	23
5.5. Valsts organizētais vēža skrīnings	24
5.6. Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā	25
5.7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, medicīniskās tehnoloģijas un klīniskās	27
5.8. E-veselības projektu ieviešana	28
5.9. Regresa prasību piedziņa	29
5.10. Ārstniecības riska fonds	30
5.11. Starptautiskā sadarbība	30
6. STARPINSTITŪCIJU SADARBĪBA	32
7. NACIONĀLĀ VESELĪBAS DIENESTA PERSONĀLS	33
8. KOMUNIKĀCIJA AR SABIEDRĪBU	35
9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI	37
IZMANTOTIE TERMINI	38
KONTAKTINFORMĀCIJA	39

PRIEKŠVārds

Nacionālā veselības dienesta gada publiskajā pārskatā par 2019. gadu ir apkopota būtiskākā informācija par Nacionālā veselības dienesta darbības mērķi, īstenotajām funkcijām un sasniegtajiem rezultātiem, administrējot veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, kā arī nodrošinot maksimāli efektīvu, racionālu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

2019. gada 1. oktobrī, valsts apmaksātu zarnu vēža profilaktisko pārbaūžu veikšanai ieviests jauns tests, kas sniedz iespēju diagnosticēt zarnu slimības, tai skaitā zarnu vēzi agrīnā stadijā – pirms simptomu parādīšanās.

2019. gada 1. oktobrī pretgripas vakcīna grūtniecēm tika iekļauta vakcinācijas kalendārā un tiek apmaksāta 100 % apmērā, iepriekšējo 50 % vietā.

Sākot ar 2020. gada 1. janvāri spēkā stājušās vairākas izmaiņas valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu administrēšanā un apmaksā – atalgojumu savam personālam ārstniecības iestādes paaugstina, saņemot adekvātāku samaksu par veiktajiem pakalpojumiem.

2020. gada 1. janvārī spēkā stājās izmaiņas pacientu līdzmaksājumu apjomā, saņemot valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus. Visiem iedzīvotājiem līdzmaksājumu summas tika samazinātas, izņemot līdzmaksājumu par ģimenes ārsta apmeklējumu personām līdz 65 gadu vecumam.

Vienojoties ar ģimenes ārstu profesionālajām asociācijām, sistematizēta informācija par valsts apmaksātām profilaktiskām pārbaudēm (bērnu un pieaugušo profilaktiskās apskates; krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža skrīnings; sirds asinsvadu riska noteikšana ar SCORE metodi).

2020. gads Latvijas vēsturē ieies kā pārmaiņu laiks veselības aprūpes nozarē. Ņemot vērā izmaiņas veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas un apmaksas kārtībā Dienests izstrādāja papildu manipulācijas sniegto pakalpojumu uzskaiti un apmaksai Covid-19 pandēmijas laikā, tai skaitā paredzot līdzmaksājuma kompensācijas ārstiem par pacienta attālinātu konsultāciju. Kopā ar laboratorijām un ārstniecības iestādēm tika izveidoti Covid-19 analīžu nodošanas punkti visā Latvijas teritorijā, kā arī tika izveidots vienots tālruņa numurs 8303, uz kuru zvanot pacienti var pieteikties valsts apmaksātu Covid-19 analīžu veikšanai. Būtiski uzsvērt paveikto E-veselības sistēmā – iedzīvotājiem, kuri nodevuši analīzes Covid-19 infekcijas noteikšanai, gan viņu ģimenes ārstiem nodrošinām iespēju E-veselības portālā saņemt informāciju ne tikai par negatīviem testa rezultātiem, bet arī par pozitīviem un grūti interpretējamiem rezultātiem.

Vēlos izteikt pateicību mūsu darbiniekiem un ārstniecības personām par gatavību reaģēt mainīgajā situācijā, nežēlojot sevi un ieguldot spēkus Covid-19 izplatības ierobežošanā Latvijā. Tas ir pierādījums, ka kopā iespējams paveikt pat šķietami neiespējamo. Lai gan šī ir tikai neliela daļina no sasniegtā – tas pierāda, ka veiksmīga veselības nozares attīstība nav realizējama bez veselības aprūpes jomas profesionāļu atbalsta un iesaistes, kurā katrs lēmums un rīcība ir vērsta uz vienotu mērķi. Tagad ir īstais laiks nenobīties no pārmaiņām un turpināt kopīgi iesāktu darbu, strādājot pie veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanas, koncentrējoties uz pacienta interesēm.

Direktora p.i. Inga Milaševiča

1. PAMATINFORMĀCIJA PAR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU

1.1. Nacionālā veselības dienesta juridiskais statuss

NACIONĀLAIS VESELĪBAS DIENESTS (turpmāk – Dienests) ir Veselības ministrijas pārraudzībā esoša tiešās pārvaldes iestāde. Dienests savu darbību veic saskaņā ar Ministru kabineta (turpmāk – MK) 2011. gada 1. novembra noteikumos Nr. 850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums” (turpmāk – Dienesta nolikums) noteikto.

1.2. Nacionālā veselības dienesta darbības mērķis un galvenās funkcijas

Lai izveidotu optimālu Veselības ministrijas padotībā esošo iestāžu struktūru un pilnveidotu darba efektivitāti, no 2019. gada sākuma ir notikusi vairāku funkciju pārdale starp ministrijas padotības iestādēm.

No 2019. gada janvāra Veselības inspekcija no Dienesta pilnībā pārņēma atlīdzības prasījumu izskatīšanu un lēmumu pieņemšanu par atlīdzības izmaksām iedzīvotājiem no Ārstniecības riska fonda. Atlīdzības izmaksu atbilstoši Veselības inspekcijas lēmumam un ārstniecības riska maksājumu iekasēšanu turpinās nodrošināt Dienests.

Tāpat ar 2019. gadu noteikts, ka ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu un izvērtēšanu, kā arī ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitātes novērtēšanas funkciju Dienests nodos Zāļu valsts aģentūrai, ņemot vērā, ka lielāko daļu medicīnisko tehnoloģiju (zāļu un medicīnisko ierīču) novērtēšanu un apstiprināšanu veic Zāļu valsts aģentūra.

Jānorāda, ka Dienesta 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.

Lai veiksmīgi īstenotu šo mērķi, Dienestam 2019. gadā, ņemot vērā minēto funkciju pārdali, ir uzticēts veikt šādas funkcijas:

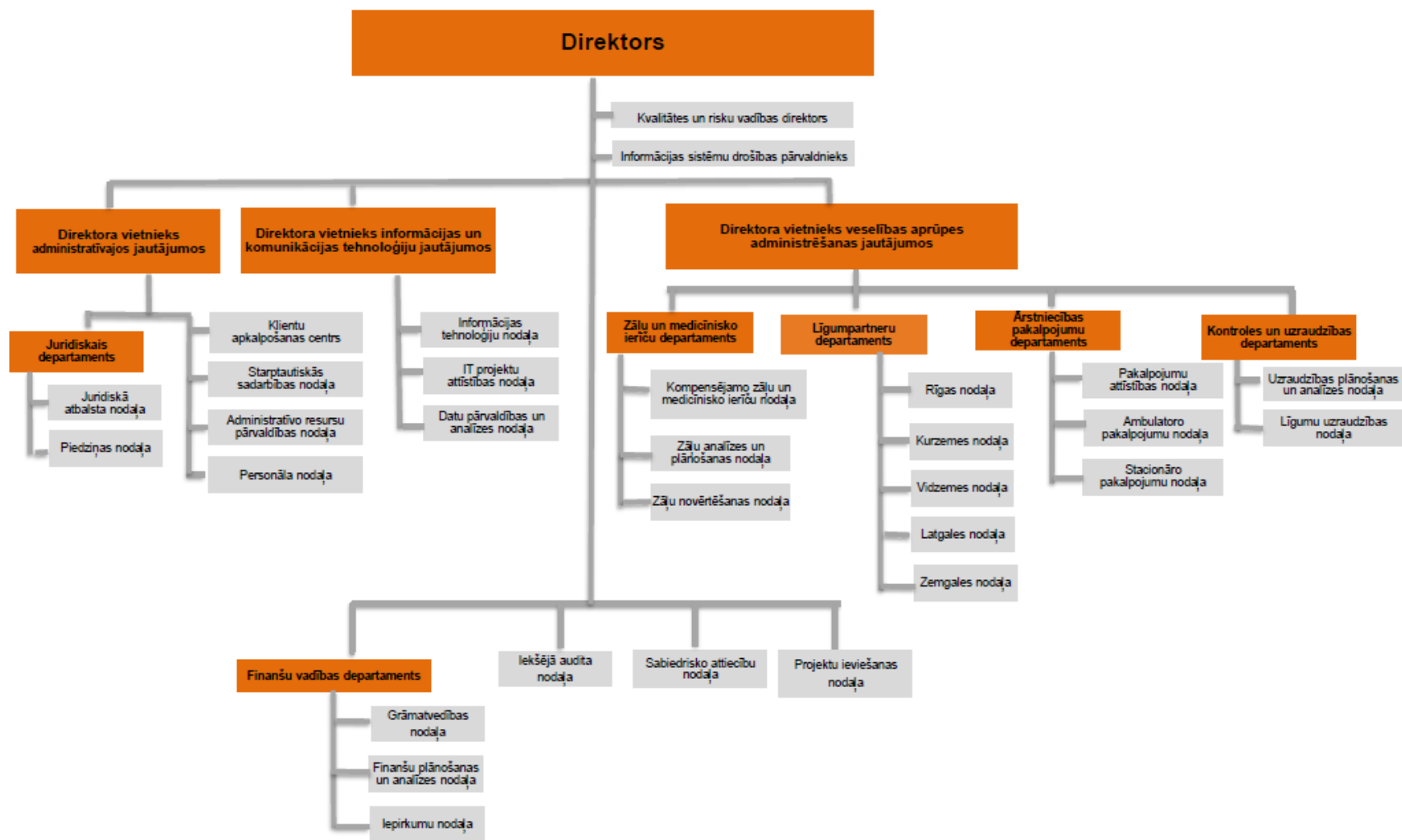
- ✓ administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus un saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem norēķināties par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī ambulatorajai ārstniecībai paredzētajām zālēm un medicīniskajām ierīcēm;
- ✓ uzraudzīt Dienesta administrēšanā nodoto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs un aptiekās;
- ✓ analizēt veselības aprūpes pakalpojumu finanšu un apjoma rādītājus, prognozēt veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un izvērtēt šo pakalpojumu nepieciešamību;
- ✓ informēt sabiedrību par tai pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, kā arī konsultēt iedzīvotājus par viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus;
- ✓ organizēt un veikt normatīvajos aktos paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču valsts centralizētos iepirkumus veselības aprūpes jomā;
- ✓ nodrošināt valsts organizētā vēža skrīninga īstenošanu;
- ✓ regresa kārtībā atgūt līdzekļus par personu ārstēšanu, ja ārstēšana ir prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma sekas;
- ✓ veikt kompetentās iestādes uzdevumus veselības aprūpes jomā, kas noteikti Eiropas Padomes Regulās;
- ✓ nodrošināt starptautisko saistību izpildi veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšanā;

- ✓ izstrādāt priekšlikumus un finanšu aprēķinus jaunu no valsts budžeta apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu ieviešanai;
- ✓ pamatojoties uz veselības ekonomikas principiem, izstrādāt priekšlikumus par veselības aprūpei piešķirtā finansējuma efektīvu izmantošanu;
- ✓ izstrādāt veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas modeļus un noteikt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamus veselības aprūpes pakalpojumu veidus;
- ✓ veidot un uzturēt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo ārstniecībā lietojamo zāļu un medicīnisko ierīču sarakstus;
- ✓ īstenot E-veselības politiku;
- ✓ izstrādāt racionālas farmakoterapijas vadlīnijas;
- ✓ administrēt Ārstniecības riska fondu;
- ✓ sadarboties ar ārvalstu un starptautiskajām institūcijām, kā arī nodrošināt informācijas apmaiņu jomā, kas saistīta ar Dienesta darbību;
- ✓ veikt pārrobežu veselības aprūpes valsts Kontaktpunkta uzdevumus.

Dienesta funkcijas, kas atbilstoši MK noteikumiem svītrotas 2019. gada laikā:

- ✓ novērtēt ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitāti;
- ✓ apstiprināt ārstniecībā izmantojamās medicīniskās tehnoloģijas, reģistrēt apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas, veidot un uzturēt apstiprināto medicīnisko tehnoloģiju uzskaites un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo medicīnisko tehnoloģiju datubāzi.

1.3. Nacionālā veselības dienesta struktūra



1.4. Nacionālā veselības dienesta teritoriālās nodaļas

Teritoriālās nodaļas – Rīgas nodaļa (Rīgā), Kurzemes nodaļa (Kuldīgā), Latgales nodaļa (Daugavpilī), Vidzemes nodaļa (Smiltēnē) un Zemgales nodaļa (Jelgavā), kas no 2018. gada, lai uzlabotu darbu ar līgumpartneriem (ārstniecības iestādēm, ārstu praksēm, aptiekām) un lai darbs noritētu pēc vienādiem principiem un kritērijiem, ir apvienotas Līgumpartneru departamentā un veic šādas funkcijas:

- ✓ plāno un nodrošina pakalpojumu līgumu slēgšanu:
 - par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu un par ambulatorai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu;
 - par E-veselības sistēmas un veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas "Vadības informācijas sistēma"(VIS) lietošanu;
- ✓ saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem norēķinās par veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ uzrauga veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs;
- ✓ veido un uztur uz sadarbību orientētas attiecības ar līgumpartneriem, iedzīvotājiem un sadarbības iestādēm;
- ✓ nodrošina līgumpartnerus ar informāciju par valsts apmaksājamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, to sniegšanas kārtību un plānotā finansējuma aprēķinu, kā arī nodrošina līgumpartneru pārstāvju apmācību par E-veselības sistēmas un VIS izmantošanu;
- ✓ analizē valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visā valsts teritorijā, apkopojot informāciju, veicot pakalpojumu sniedzēju aptauju par to kapacitāti pakalpojumu sniegšanā un veicot pārrunas ar līgumpartneriem un pašvaldībām par iespējām uzlabot pakalpojumu pieejamību;
- ✓ konsultē iedzīvotājus par pakalpojumu saņemšanas kārtību un viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus.
 - Funkciju izpildei Līgumpartneru departaments un tā nodaļas īsteno šādu vispārējo uzdevumu:
- ✓ izvērtē reģiona iedzīvotājiem nepieciešamo no valsts budžeta līdzekļiem apmaksāto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un tā sadalījumu reģiona veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

1.5. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta kvalitātes vadības jomā

Dienests atjaunojis Kvalitātes vadības sistēmas iekšējo auditu norisi, kas veikts ar mērķi gūt pārlicību, ka Dienesta Klientu apkalpošanas centrā, teritoriālajās nodaļās tiek ievērotas ISO standarta 9001:2015 prasības, kā arī «labās prakses» apkalpošanas standarti definētās jomās – vide, pieejamība, operatīvā darbība.

Kalendārā gada laikā Dienests izveidojis un atjaunojis 9 vadības, atbalsta un pamatdarbības procesus, nosakot uzraudzībai 69 jaunus identificētus darbības riskus ar dažādiem risku vērtējumiem.

Atbilstoši MK noteikumiem Nr. 399, Dienests apkopojis sniegto valsts pārvaldes pakalpojumu klāstu un tā statistika pieejamā Dienesta mājas lapā - <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/publikacijas/1354-statistika>.

Dienests ņemot dalību VARAM organizētā pilotprojektā "Publisko pakalpojumu pārveides metodoloģijas izstrāde un aprobācija", kas notiek programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 3.4.2. “Valsts pārvaldes profesionālā pilnveide, publisko pakalpojumu un sociālā dialoga attīstība mazo un vidējo komersantu atbalsta, korupcijas novēršanas un ēnu ekonomikas mazināšanas sekmēšanai” ietvaros, veicis optimizāciju pieteikumā pakalpojumam par

“Medicīnas pakalpojumu iekļaušana no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā un to tarifu pārrēķināšana “. Izstrādāta un praksē jau pielietojama viena no pieteikuma sadaļām, kas atvieglo ārstniecības iestādēm un asociācijām pakalpojumam nepieciešamā resursa uzskaites veikšanu. Izstrādātajā materiālā ir sniegti papildus skaidrojumi lietotājam, kā pareizi aizpildīt to, kas kopumā uzlabo kopējo pakalpojuma pieteikšanas kvalitāti, kā arī samazina kopējo pieteikuma aizpildīšanas un apstrādes laiku.

Dienests pārveidojot savu pakalpojumu nodrošinās ātrāku un efektīvāku valsts pārvaldes pakalpojumu sniegšanu, samazinās valsts pārvaldes izmaksas un administratīvo slogu un radīs priekšnosacījumus valsts pārvaldes pakalpojumu sniegšanas procesu digitalizācijas straujākai attīstībai.

1.6. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta informācijas sistēmu drošības jomā

Lai nodrošinātu atbilstību aktuālākajām ārējo normatīvo aktu izmaiņām, Dienests arī 2019. gadā turpinājis darbu pie 2018. gadā uzsāktajām aktivitātēm - visu drošības dokumentu pārskatīšanas un pilnveidošanas, tai skaitā ieviešot Valsts kontroles rekomendācijas (izstrādājot kārtību auditācijas pierakstu analīzei un aizdomīgo darbību identificēšanas programmatūras izmantošanai). Veselības nozares centralizācijas kontekstā, uzsāktas aktivitātes projekta Nr.2.2.1.1/17/I/028 “Veselības ministrijas un padotības iestāžu IKT centralizācijas atbalsts” ietvaros, nolūkā ieviest resora iestādēs vienotu – centralizētu datu drošības risinājumu (sistēmas auditācijas pierakstu datu uzkrāšanai, incidentu datu savākšanai un analītikai).

Atbilstoši ārējiem normatīvajiem aktiem, īstenota gan Dienesta sistēmu un datorlietotāju kopējo zināšanu un izpratnes IKT drošības jomā stiprināšana, uzsākot kopēju vispārējās instruktāžas un testēšanas platformas lietošanu Dienestā, gan Dienesta IKT sektora darbinieku kompetences veicināšanas aktivitātes, nolūkā nodrošināt IKT jomas labās prakses un starptautiskas pieredzes pārņemšanu Latvijas ietvaros, būtiska ir Dienesta IKT sektora pastāvīga un regulāra iesaiste starptautiskajā pieredzes apmaiņā un nozīmīgāko notikumu informācijas telpā (kiberdrošības tematikai veltītās konferences, semināri, u.tml.). Šai sakarā Dienesta IKT sektora darbinieki ir ietverti kā regulārie eksperti "European Cybersecurity Health Groupe".

2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI

Atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam 2019. gadā Dienests administrēja likumā „Par valsts budžetu 2019. gadam” veselības aprūpei piešķirtos līdzekļus 1 032 019 415 EUR apmērā.

1. tabula

Dienesta administrējamās daļas finansējums 2019. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
	Dienesta administrējamās daļas finansējums	-	-
1.	Finansiālie resursi izdevumu segšanai, kopā:	1 027 970 663	1 029 247 890
1.1.	dotācija	1 002 474 935	1 002 068 855
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	25 010 255	26 725 341
1.3.	ārvalstu finansiālā palīdzība	4 555	4 555
1.4.	transferti	480 918	449 139
2.	Izdevumi, kopā:	1 032 019 415	1 030 009 420
2.1.	uzturēšanas izdevumi, kopā:	1 031 035 192	1 029 469 918
2.1.1.	kārtējie izdevumi	8 157 911	7 466 416
2.1.2.	procentu izdevumi		
2.1.3.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	1 020 415 900	1 019 591 376
2.1.4.	kārtējie maksājumi Eiropas Kopienas budžetā un starptautiskā sadarbība		
2.1.5.	uzturēšanas izdevumu transferti	2 461 381	2 412 126
2.2.	izdevumi kapitālieguldījumiem	984 223	539 502
	Finansiālā balance	-4 048 752	-761 529
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (pirms summas apzīmē ar -) vai samazinājums (pirms summas apzīmē ar +)	4 031 482	744 261
	Ārvalstu finanšu palīdzības naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (-) vai samazinājums (+)	17 270	17 268

2. tabula

Dienesta administrēšanā nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde 2019. gadā

Programmu/ apakš - programmu kodi	Programmu/ apakšprogrammu nosaukums	Apstiprināts likumā par valsts budžetu, EUR	Līdzekļu izlietojums (naudas plūsma), EUR	Līdzekļu izlietojums, %
33.00.00	Veselības aprūpes nodrošināšana	1 020 019 760	1 019 803 634	100.0
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana	179 789 719	179 789 719	100.0
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	14 066 401	14 066 401	100.0
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	119 521	119 521	100.0
33.09.00	Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	231 221	231 221	100.0
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	6 813 570	6 807 907	99.9
33.14.00	Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana	123 294 508	123 280 694	100.0
33.15.00	Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	38 417 803	38 417 791	100.0

33.16.00	Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	224 061 834	224 012 592	100.0
33.17.00	Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs	267 970 828	267 970 677	100.0
33.18.00	Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	159 783 791	159 715 419	100.0
33.19.00	Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe	5 470 564	5 391 692	98.6
45.00.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	9 203 182	7 812 911	84.9
45.01.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	7 341 338	6 605 285	90.0
45.02.00	Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	1 861 844	1 207 625	64.9
62.08.00	Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu veselības jomā īstenošana (2014-2020)	180 897	48 308	26.7
63.07.000	Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana	1 413 041	1 212 416	85.8
67.06.00	Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana	2 500	2 500	100.0
70.00.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana	529 783	459 400	86.7
70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana	51 365	12 761	24.8
70.09.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē	478 418	446 639	93.4
99.00.00	Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums	670 252	670 251	100.0
Dienesta administrējamā budžeta daļa kopā:		1 032 019 415	1 030 009 420	99.8

3. BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS, KURU FINANSIĀLIE LĪDZEKĻI TIEK IZLIETOTI DIENESTA DARBĪBAS UZTURĒŠANAI

2019. gadā programmas 45.00.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana" ietvaros Dienests administrēja divas apakšprogrammas:

- ✓ 45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana";
- ✓ 45.02.00 "Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana", kuru reglamentē 05.11.2013. MK noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi".

Finansiālie līdzekļi Dienesta darbības nodrošināšanai plānoti budžeta programmā 45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana".

Dienesta veiktās aktivitātes apakšprogrammas ietvaros:

- ✓ slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu;
- ✓ slēdz līgumus par ambulatorajai ārstniecībai paredzēto no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu saskaņā ar valsts budžeta likumu kārtējam gadam;
- ✓ veic valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasī;
- ✓ koordinē veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu atbilstoši starptautiskajiem līgumiem, kā arī Eiropas Savienības un Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā un apjomā Latvijas Republikas iedzīvotājiem, kuri uzturas Eiropas Savienībā, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā, kā arī Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas valstīs un Šveices Konfederācijā apdrošinātajām personām, kuras uzturas Latvijas Republikā;
- ✓ veic pārrobežu veselības aprūpes valsts kontaktpunkta uzdevumus;
- ✓ atbilstoši kompetencei sadarbojas ar citu valstu iestādēm un starptautiskajām organizācijām un pārstāv valsts intereses starptautiskajās organizācijās un Eiropas Savienības institūcijās, piedalās starptautiskajos sadarbības projektos un citos starptautiskajos pasākumos, kā arī nodrošina informācijas apmaiņu jomā, kas saistīta ar dienesta darbību;
- ✓ nosaka mērķa grupas valsts organizētā vēža skrīninga veikšanai un apkopo skrīninga rezultātus;
- ✓ veido, uztur un papildina valsts informācijas sistēmas, kuru pārzinis ir dienests - veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmu "Vadības informācijas sistēma" (turpmāk – VIS), kas nodrošina veselības aprūpes norēķinus; kompensējamo zāļu reģistrācijas un uzskaites informācijas sistēmu, veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzi, ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datubāzi, e-veselības informācijas sistēmu;
- ✓ analizē noslēgto līgumu izpildi un apkopo informāciju par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un ambulatorajai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču nodrošinājumu;
- ✓ apkopo vadības informācijas sistēmas datus;
- ✓ atbilstoši kompetencei uzdod veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem novērst konstatētās nepilnības veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietošanā un atmaksāt personai nepamatoti iekasētu pacienta iemaksu vai samaksu par veselības aprūpes pakalpojumu;
- ✓ aprēķina no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo ārstniecībā izmantojamo (tajā skaitā kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto) zāļu un medicīnisko ierīču cenas;
- ✓ pārbauda no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas, to sniegšanas pamatotību un atbilstību līgumam ar dienestu;

- ✓ sniedz informāciju iedzīvotājiem par tiem pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, kā arī konsultē iedzīvotājus par viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus;
- ✓ izstrādā no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un samaksas nosacījumus;
- ✓ nodrošina ārstniecības riska maksājumu iekasēšanu no ārstniecības iestādēm un no ārstniecības riska fonda izmaksā atlīdzību pacientiem par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu un morālo kaitējumu;
- ✓ izstrādā un ievieš e-veselības informācijas sistēmas, kā arī nodrošina e-pakalpojumus ārstniecības iestādēm un iedzīvotājiem.

2019.gada faktiskie izdevumi Dienesta darbības uzturēšanai bija 7 113 125 EUR – uzdevumu un funkciju, kuras noteiktas ārējos normatīvajos aktos, nodrošināšanai, bet Dienesta sniegto publisko maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu apjoms sastādīja 1 466 489 EUR.

3. tabula

Finansējums Dienesta administratīvā darba nodrošināšanai 2019. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
1.	Finansiālie resursi izdevumu segšanai, kopā:	7 169 797	7 113 125
1.1.	dotācija	5 650 068	5 646 636
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	1 519 729	1 466 489
2.	Izdevumi kopā:	7 341 338	6 605 285
2.1.	uzturēšanas izdevumi kopā:	6 740 867	6 437 143
2.1.1.	kārtējie izdevumi	6 417 622	6 117 330
2.1.2.	procentu izdevumi		
2.1.3.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	323 245	319 813
2.1.4.	kārtējie maksājumi Eiropas Kopienas budžetā un starptautiskā sadarbība		
2.1.5.	uzturēšanas izdevumu transferti		
2.2.	Kapitālie izdevumi	600 471	168 143
	Finansiālā bilance	-171 541	507 839
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (pirms summas apzīmē ar -) vai samazinājums (pirms summas apzīmē ar +)	171 541	507 839

Būtiska daļa no Dienesta izdevumiem – 1 603 450 euro jeb 24.28% no kopējā 6 605 285 euro izdevumu apjoma izmantota Dienestam uzdoto funkciju izpildei:

- ✓ 1 335 452 euro - vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas uzturēšanai un darbības nodrošināšanai, t.sk., informācijas sistēmu licenču iegādei un nomai, E-veselības sistēmas uzlabojumi.
- ✓ 19 986 euro – sabiedrības informēšana, t.sk., informatīvo materiālu druka, informatīvo video rullīšu izveide.
- ✓ 105 975 euro - vēža skrīninga uzaicinājuma vēstule sagatavošanai un nosūtīšanai iedzīvotājiem;
- ✓ 36 080 euro - Eiropas veselības apdrošināšanas karšu (EVAK) izgatavošanai un izsniegšanas nodrošināšanai;
- ✓ 15 656 euro - zvanu centra uzturēšanai, bezmaksas informatīvā tālruņa un kontaktpunkta tālruņa darbības nodrošināšanai;
- ✓ 16 201 euro - medikamentu receptu veidlapu izgatavošanai;
- ✓ 74 100 euro - gada maksājumiem dalībai profesionālās asociācijās.

Veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas un vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas darbības nodrošināšanu īsteno Dienests. Informācija no VIS tiek izmantota ne tikai Dienesta funkciju nodrošināšanai, bet arī citu valsts pārvaldes iestāžu funkciju veikšanai. Sistēmu lieto gandrīz visas ārstniecības iestādes, kuras ir noslēgušas līgumu ar Dienestu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

Dienests nodrošina zvanu centra darbību, kas ietver Dienesta apmaksāto bezmaksas informatīvo tālruni 80001234 un Kontaktpunkta tālruni 6704500. Tālruņi darbojas no pirmdienas līdz ceturtdienai no plkst. 8.30 - 17.00, bet piektdienās no plkst. 8.30 - 15.00, lai nodrošinātu iedzīvotājiem informācijas pieejamību par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu un medikamentu apmaksas, kā arī saņemšanas kārtību. Tālrunu darbības nodrošināšanai pārskata periodā izlietoti 15553.81 eiro. Kopumā 2019. gadā sniegtas 65745 konsultācijas.

2019. gadā izsniegtas 127 722 EVAK kas ir par 11 894 EVAK vairāk nekā 2018. gadā. Dienests izsniedzis arī 1081 EVAK aizvietojošos sertifikātus. Uz 2019. gada 31. decembri spēkā esošo EVAK skaits bija 329 124.

Programma 45.02.00 „Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana”

Ārstniecības riska fonda mērķis ir sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā, kas ir ievērojami pieejamāks un ātrāks. Savukārt ārstniecības personām tas nodrošina iespēju aizsargāt savas profesionālās darbības un tās iespējamo seku risku.

Pacientu tiesību likums nosaka, ka pacientam ir tiesības uz atlīdzību no Ārstniecības riska fonda par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas.

Ārstniecības iestādes Ārstniecības riska fondā finansiālos līdzekļus iemaksā atbilstoši Dienesta sagatavotajam rēķinam. Katrai ārstniecības iestādei riska maksājums tiek aprēķināts saskaņā ar noteiktu formulu – atbilstoši specialitāšu skaitam, kādās mediķi iestādē praktizē, un specialitāšu sadalījumam atbilstoši riska grupām.

2019.gadā ieņēmumi no ārstniecības iestāžu veiktajiem riska maksājumiem bija 1 454 444 eiro. 2019.gadā tika veiktas izmaksas par 60 gadījumiem par kopējo summu 1 207 625.48 euro, savukārt, 2018.gadā tika veiktas izmaksas par 42 gadījumiem par kopējo summu 615 760.46 euro.

4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS

Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksā

Apakšprogramma 33.03.00 "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana" nodrošina līgumu slēgšanu par izdevumu kompensāciju ar aptiekām par ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju atbilstoši pacienta slimības diagnozei, raksturam un smaguma pakāpei. Šī apakšprogramma nodrošina pacientiem iespēju saņemt noteiktu slimību ārstēšanai nepieciešamos medikamentus, kurus valsts kompensē 100 %, 75 % un 50 % apmērā atkarībā no diagnozes.

Izdevumu kompensāciju veic atbilstoši 2006. gada 31. oktobra MK noteikumiem Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”.

Apakšprogrammas ietvaros pacientam tiek nodrošināta iespēja iegādāties zāles un medicīniskās ierīces, kuru iegādes izdevumus atbilstoši normatīvajiem aktiem daļēji vai pilnībā sedz no likumā par valsts budžetu kārtējam gadam zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirtajiem līdzekļiem:

- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā. Tajā skaitā no 2014. gada bērniem līdz 18 gadiem zāles un medicīniskās ierīces no Kompensējamo zāļu saraksta tiek apmaksātas 100 % apmērā (lētākās līdzvērtīgas efektivitātes zāles). Lētāko zāļu 100 % kompensācija neattiecas uz M sarakstā iekļautajām zālēm;
- ✓ M sarakstā iekļauto zāļu kompensācija (zāļu kompensācija 50 % apmērā bērnam līdz 24 mēnešu vecumam, ja viņam nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru un kompensācija 25 % apmērā grūtniecei vai sievietei pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja viņai nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru);
- ✓ C sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija;
- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuāliem pacientiem;
- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija – zāles un medicīniskās ierīces, kuras atbilstoši kompensācijas nosacījumiem drīkst izrakstīt konkrētas ārstniecības iestādes speciālisti.

Saskaņā ar 2006. gada 31. oktobra Ministru kabineta noteikumu Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" 61. 24. punktu, lai uzlabotu lētāku inovatīvo zāļu pieejamību pacientiem, Dienests ir noslēdzis ar zāļu ražotājiem vairākus līgumus par finansiālu līdzdalību kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto zāļu kompensācijas nodrošināšanai. Līgumā ar katru zāļu ražotāju noteikta līdzdalības daļa atkarībā no izsniegtā medikamentu apjoma.

Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

Apakšprogramma 33.04.00 "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde" nodrošina Noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 8. pielikumā noteikto medikamentu centralizētu iepirkumu, iepērkot peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļus, fenilketonūrijas un citu iedzimto vielmaiņas slimību korekcijas produktus, vakcīnas, redzes korekcijas līdzekļus bērniem, tuberkulīnu, imūnserumus un specifiskos imūnglobulīnus, mākslīgos maisījumus zīdaiņiem un mākslīgos papildu ēdināšanas maisījumus bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm, kā arī parenterāli ievadāmās zāles onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai.

Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana

Apakšprogramma 33.08.00 "Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana" nodrošina Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošanu (fenotipisko datu un asins paraugu Ievākšana, apstrāde, uzglabāšana un kvalitātes nodrošināšana), ko veido un uztur Latvijas Biomedicīnas un studiju centrs. Materiāli tiek izmantoti ģenētisku pētījumu projektos un rezultātu analīzei.

Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskās universitātes slimnīca"

Apakšprogramma 33.09.00 "Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"" nodrošina pedagogu darba samaksu interešu izglītībai darbam ar ilgstoši hospitalizētajiem bērniem, lai tiem bērniem, kuri ilgstoši slimības dēļ uzturas VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", nodrošinātu nepieciešamo interešu izglītību.

Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem

Apakšprogramma 33.12.00 "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem" nodrošina medikamentozu ārstēšanu vitāli svarīgu dzīvības funkciju uzturēšanai SIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" uzskaitē esošiem ar retām slimībām slimojošiem - Gošē slimības, Mukopolisaharidozes 1.un 2. tipu, Urea cikla traucējumu slimību, Primāra IGF – 1 deficīta, homocistinūrijas, pārmantota VIII faktora deficīta, fenilketonūrijas (klasiskā forma), Pompes slimības, tuberozās sklerozes, cita veida precizētas demielinizējošas centrālās nervu sistēmas slimības, galvas matainās daļas un kakla ļaundabīgas melanomas, hemolītiski urēmiskā sindroma, atipiski hemolītiski urēmiskā sindroma, Dišēna muskuļu distrofijas ārstēšanu - 18 bērniem un ārstnieciskā uztura preparātus (Neocate, Neocate advanced) 46 pacientiem ar smagu olbaltumvielu nepanesību un izteiktu malabsorbcijas sindromu, kā arī reto slimību metodisko vadību no 2018. gada marta.

Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksāto primārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši 2018. gada 28. augusta noteikumos nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā par ģimenes ārstu sniegtie pakalpojumi, zobārstniecības pakalpojumi bērniem līdz 18 gadu vecumam un Černobiļas AES avārijas rezultātā radiācijas ietekmei pakļautām personām, veselības aprūpes pakalpojumi mājās pacientiem ar hronisku saslimšanu un pārvietošanās traucējumiem, un citiem primārās aprūpes pakalpojumiem.

Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksājami ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi un histoloģiskie izmeklējumi atbilstoši 2018. gada 28. augusta noteikumos nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksātie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi pie sekundārās ambulatorās aprūpes speciālistiem, diagnostiskie izmeklējumi, ambulatorā rehabilitācija, dienas stacionāra pakalpojumi, profilaktiskie izmeklējumi un ārstnieciska uztura preparāti (Neocate, Neocate advance) pacientiem ar smagu olbaltumvielu nepanesību un izteiktu malabsorbcijas sindromu atbilstoši 2018. gada 28. augusta noteikumos nr.555 "Veselības aprūpes pakalpojumu

organizēšanas un samaksas kārtība” noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem. Apakšprogrammas ietvaros nodrošina arī norēķinu veikšanu ar Eiropas Savienības (ES) un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstīm par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksāto neatliekamās palīdzības pakalpojumi stacionārās ārstniecības iestādēs atbilstoši 2018. gada 28. augusta noteikumos nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā slimnīcu uzņemšanas nodaļu darbība, dzemdību palīdzība u.c.

Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksātie plānveida veselības aprūpes pakalpojumi stacionārās ārstniecības iestādēs atbilstoši 2018. gada 28. augusta noteikumos nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā endoprotezēšana, rehabilitācija, plānveida ķirurģiskie pakalpojumi, ortotopiskā sirds transplantācija, Kohleāro implanta implantācija pieaugušajiem, plānveida īslaicīgā ķirurģija (no 1.marta arī īslaicīgo ķirurģiju invazīvajā kardioloģijā), Aortālā vārstuļa transkatetrālo implantāciju, pasākumus darbnespējas saīsināšanai un pasākumi prognozējamās invaliditātes novēršanai ar mērķi novērst ilgstošu slimšanu personām darbspējīgā vecumā - mikrodissektomija, mikrofenestrācija, u.c. pakalpojumus, kā arī norēķinu veikšanu ar ES un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstīm par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe

Apakšprogramma 33.19.00 “Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no Krievijas Federācijas līdzekļiem)” nodrošina no Krievijas Federācijas līdzekļiem veselības aprūpes budžeta izdevumu kompensāciju par Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpi Latvijā saskaņā ar 1994. gada 30. aprīļa Latvijas Republikas valdības un Krievijas Federācijas valdības vienošanos “Par Latvijas Republikas teritorijā dzīvojošo Krievijas Federācijas militāro pensionāru un viņu ģimenes locekļu sociālo aizsardzību” un saskaņā ar 1995. gada 15. decembra Krievijas Federācijas Aizsardzības ministrijas un Latvijas Republikas Labklājības ministrijas vienošanos “Par Latvijas Republikas teritorijā dzīvojošo Krievijas Federācijas militāro pensionāru medicīnisko pakalpojumu izdevumu kompensācijas kārtību”. No Krievijas Federācijas saņemto finansējumu izlieto norēķiniem par veselības aprūpes pakalpojumiem, par kompensējamiem medikamentiem un materiāliem, centralizēti iepirkto medikamentu iegādi un ar veselības aprūpes finansējuma administrēšanu saistītiem izdevumiem.

Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums

Programmā 99.00.00 līdzekļi noteiktam mērķim tiek piešķirti ar MK rīkojumu. Pārskata periodā piešķirti līdzekļi šādiem pasākumiem:

- ✓ 9 862 euro, lai segtu izdevumus saistībā ar patvēruma meklētāju ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs.

- ✓ 600 097 euro, lai segtu izdevumus, kas saistīti ar SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" stacionāra "Latvijas Onkoloģijas centrs" ūdensapgādes sistēmas atjaunošanu.
- ✓ 60 293 euro, lai nodrošinātu izdevumu segšanu saistībā ar militārajā konfliktā Ukrainā cietušo personu rehabilitāciju VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" un transporta izdevumus Latvijā.

Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogramma 63.07.00 Eiropas Sociālā fonda (turpmāk – ESF) projektu īstenošana (2014 – 2020) nodrošina Dienesta ESF projekta "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešanas prioritāro jomu ietvaros" (turpmāk – projekts) aktivitāšu īstenošanu.

Projekta mērķis ir nodrošināt sirds un asinsvadu, onkoloģijas, garīgās un perinatālā un neonatālā perioda veselības jomu (turpmāk – prioritārās veselības jomas) veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogrammas 62.08.00 "Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu veselības jomā īstenošana (2014-2020)" ietvaros no 2018. gada tiek īstenoti divi projekti:

- ✓ "Veselības nozares informācijas sistēmu (reģistri) modernizācija, attīstība un integrācija ar e-veselības informācijas sistēmu";
- ✓ "Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas tālāka pilnveidošana, sasaistot to ar personas identifikāciju".

Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana

Apakšprogrammas 67.06.00 "Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana" ietvaros tiek īstenots projekts "Nacionālā veselības dienesta dalība apsekojumā par pirk spējas paritātēm slimnīcās" saskaņā ar Granta līgumu Nr.04152.2014.001-2014.197, kas noslēgts ar Centrālo statistikas pārvaldi.

Citu ES politikas instrumentu projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogrammas finansējumu veido ārvalstu finansiālā palīdzība – ieņēmumi no citu ES politiku instrumentu līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanas, kas nav ES struktūrfondi.

Apakšprogrammas 70.07.00 "Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana" ietvaros tiek īstenoti projekti:

- ✓ Eiropas Komisijas trešās Savienības rīcības programmas veselības jomā (2014 - 2020. gadam) projekta "Trešā Vienota rīcība Eiropas veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas tīkls EUnetHTA JA3 īstenošana". Projekta ietvaros notiek labākās pieredzes un zināšanu apmaiņa veselības tehnoloģiju novērtēšanas jomā, nodrošinot veselības tehnoloģiju, tajā skaitā zāļu relatīvās efektivitātes darba tālāku attīstību.
- ✓ Eiropas Komisijas trešās Savienības rīcības programmas veselības jomā (2014 - 2020. gadam) projekta "Vienotā rīcība E-veselības tīkla atbalstam" JAseHN īstenošana.
- ✓ projekta "Vienotā rīcība e-Veselības tīklu atbalstam" ('Joint Action supporting the eHealth Network — eHAction) mērķis ir attīstīt stratēģiskās rekomendācijas un

instrumentus, kas var ierosināt politiskās apspriešanas un sekmēt sadarbībai galvenajās prioritāšu jomās.

Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē

Dienests un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra (VSAA), kā kompetentās institūcijas Latvijā sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanā, ir noslēgušas sadarbības līgumu par kopīgu projekta realizāciju elektroniskas informācijas apmaiņas organizēšanā un nodrošināšanā starp Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstīm un Šveici un apakšprogrammas 70.09.00 „Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē” ietvaros tiek īstenots projekts “LatEESSI” (*Electronic Exchange of Social Security Information*) (turpmāk – projekts).

Projekta ietvaros paredzēta sistēmas izstrāde, kas nodrošinās sociālās nodrošināšanas dokumentu uzturēšanu un automatizētu apmaiņu ar vienoto Dalībvalstu EESSI sistēmu tiešsaistes režīmā. EESSI ir informācijas tehnoloģiju sistēma, kura atbilstoši prasībām, kas izvirzītas koordinēšanas noteikumos par sociālā nodrošinājuma koordināciju, palīdzēs sociālā nodrošinājuma iestādēm visās Dalībvalstīs ātrāk un drošāk apmainīties ar informāciju.

5. DIENESTA DARBĪBAS REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI

5.1. Ambulatorā veselības aprūpe

Finansējums ambulatoriem pakalpojumiem ir sadalīts 3 apakšprogrammās - primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana, pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana un laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē.

4. tabula.

Ambulatoro pakalpojumu izpilde 2018. gadā un 2019.gadā, euro

Rādītājs	2018. gada rēķinu summa	2019. gada rēķinu summa
Līdzekļi ambulatorai veselības aprūpei, t. sk.:	335 237 855	385 993 701
Primārā veselības aprūpe, t. sk.:	108 945 946	124 782 125
primārās veselības aprūpes pakalpojumi	84 332 353	96 641 524
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	4 008 550	4 027 588
zobārstniecība	13 468 910	16 481 910
veselības aprūpes pakalpojumi mājās pacientiem ar smagām slimībām	7 116 804	7 631 103
ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība	19 329*	
Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, t. sk:	197 064 149	222 608 159
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi	187 248 622	212 842 064
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	9 815 527	9 766 095
Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	29 227 760	38 603 417

*Norēķins par 2018. gada decembri

5.2. Stacionārā veselības aprūpe

2019. gadā stacionārajai veselības aprūpei saglabājās divas budžeta apakšprogrammas – 33.17.00. “Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārajās ārstniecības iestādēs” un 33.18.00. “Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana”. Stacionāro pakalpojumu finansējums ir sadalīts divās programmās – plānveida un neatliekamajos pakalpojumos.

2019. gadā samaksu par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem turpināja veikt kā fiksētu maksājumu par DRG stacionāra darbību, kā arī tika turpināta ikmēneša fiksētā piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību, observācijas gultu izveidošanu un uzturēšanu. Papildus ir izdalītas vairākas plānveida/ neatliekamās iezīmētās programmas, kuras apmaksā pēc izpildes, nepārsniedzot līgumā noteikto apjomu. Virs līguma summas samaksa tiek veikta par:

- ✓ pacienta līdzmaksājumu;
- ✓ dzemdību palīdzību;
- ✓ pacientiem, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija;

- ✓ personām ar prognozējamu invaliditāti un pakalpojumi, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbaspējīgā vecumā;
- ✓ pacientiem, kuriem veikta zāļu rezistenta tuberkulozes pacienta paliatīvā aprūpe;
- ✓ trombolītiskajiem medikamentiem un hemodialīzes manipulācijām;
- ✓ pavadošās personas atrašanos pie pacienta;
- ✓ specifiskiem medikamentiem un nestandarta endoprotēzēm saskaņā ar MK noteikumu Nr. 555 7.pielikumu;
- ✓ sarežģītām onkoloģiskajām operācijām;
- ✓ rehabilitāciju psihiatriskā profila pacientiem;
- ✓ akūtu rehabilitāciju jaukta tipa profila gultās;
- ✓ sarežģītām endoprotezēšanas operācijām;
- ✓ hibridizācijas izmeklējumu mutāciju noteikšanai;
- ✓ urīnpūšļa fotodinamisku diagnostiku;
- ✓ PET/DT (Pozitrona emisijas tomogrāfija/datortomogrāfija) ar medikamentiem;
- ✓ mugurkaula ķirurģija;
- ✓ ķīmijterapijas zālēm (kas nav iekļauti centralizētos iepirkumos).

2019. gadā tika piešķirts papildus finansējums Veselības reformas pasākumu īstenošanai stacionārai palīdzībai 46 223 977 EUR - gan pakalpojumiem, gan iekārtu iegādei.

5 .tabula

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu izpilde 2018. gadā un 2019. gadā

Pakalpojumi	2018. gada rēķinu summa, EUR	2019. gada rēķinu summa, EUR
Stacionārā palīdzība kopā:	360 981 981	424 378 179
1. Neatliekamā stacionārā veselības aprūpe:	226 041 209	270 033 384
1.1. Pakalpojumu apmaksā	210 560 214	256 290 221
1.2. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	10 980 995	10 591 404
1.3. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem, Veselības reformas pasākumu īstenošana iekārtu iegādei	4 500 000	3 151 759
2. Plānveida stacionārā veselības aprūpe:	134 940 772	154 344 795
2.1. Pakalpojumu apmaksā*	115 592 036	136 412 361
2.2. Valsts kompensētais pacienta līdzmaksājums par atbrīvotajām kategorijām	2 932 555	3 084 548
2.3. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem, Veselības reformas pasākumu īstenošana iekārtu iegādei	16 416 181	14 847 886

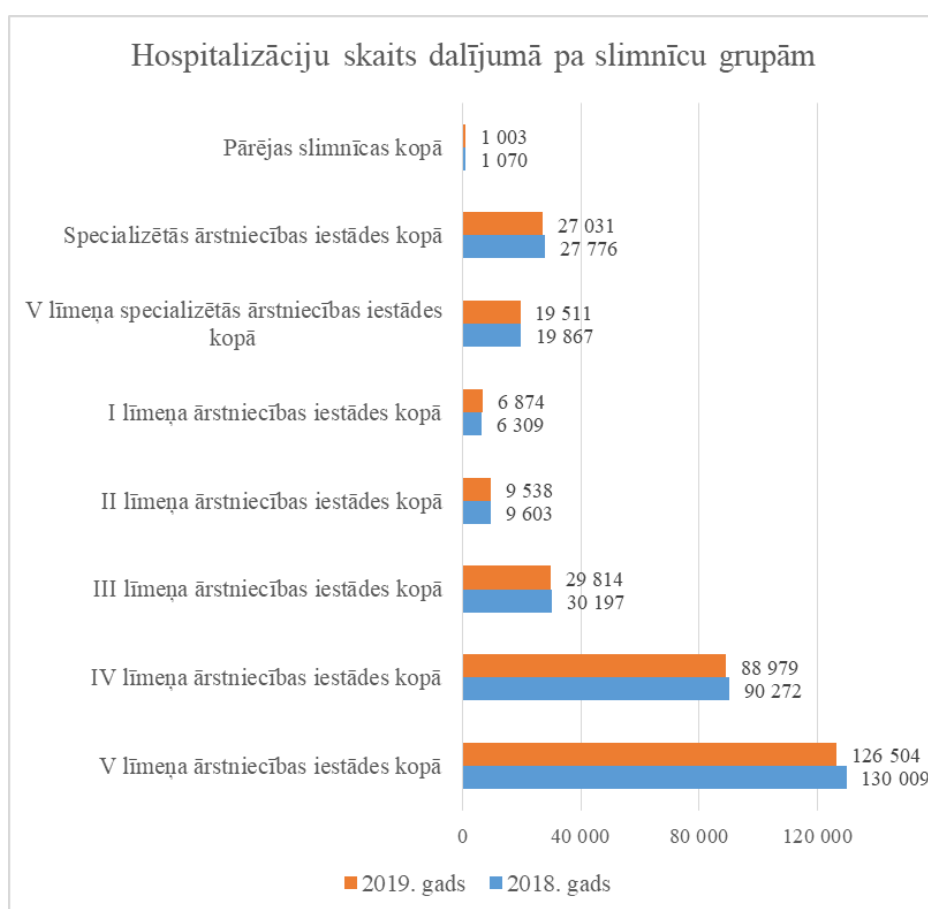
*sākot ar 2018.gada 1.martu no dienas stacionāra pārcelts DRG fiksētais maksājums par plānveida īslaicīgo ķirurģiju un invazīvo kardiokirurģiju

6. tabula.

Vispārējie stacionārās aprūpes statistikas rādītāji no 2018. gada līdz 2019. gadam

Rādītāji	Kopā / vidēji 2018. gads	Kopā / vidēji 2019. gads
Unikālo pacientu skaits	214 873	209 992
Stacionēšanas gadījumu skaits	315 103	309 254
Gultas dienu skaits	2 628 887	2 559 309
Vidējais ārstēšanās ilgums	8.3	8.3

2019. gadā stacionāros par valsts budžeta līdzekļiem ārstējušās 209 992 unikālās personas, kas ir par 4 881 personām jeb 2,3% mazāk nekā iepriekšējā periodā. Kopējais hospitalizāciju jeb stacionēšanas gadījumu skaits ir 309 254, kas salīdzinājumā ar 2018. gadu uzrāda kritumu par 5 849 vienībām jeb 1,9%. Stacionārā pacienti kopā pavadījuši 2 559 578 gultas dienas, kopumā par 69 578 dienām mazāk, kā 2018. gadā. Vidēji viens pacients stacionārā atradies 8,3 dienas tā pat kā 2018. gadā.



No visiem stacionēšanas gadījumiem pārskata periodā 40% ir bijuši V līmeņa ārstniecības iestādēs, 28% – IV līmeņa ārstniecības iestādēs, 9% – gan III līmeņa ārstniecības iestādēs, gan arī specializētās ārstniecības iestādēs, 6% – V līmeņa specializētās ārstniecības iestādēs, un atlikušos 6% gadījumu nodrošinājušas II un I līmeņa ārstniecības iestādes un pārējās slimnīcas kopā. Hospitalizāciju skaita sadalījums 2018. un 2019. gadā būtiski neatšķiras.

5.3. Kompensējamie medikamenti un materiāli

Uz 2019. gada 1. janvāri kompensējamo zāļu sarakstā (turpmāk – KZS)³ bija iekļauti 1724 medikamenti, no kuriem 1360 medikamenti A sarakstā, 330 medikamenti B sarakstā un 34 medikamenti – C sarakstā, kā arī 253 medicīniskā ierīce.

2019. gadā veikta iekļauto zāļu cenu pārvērtēšana salīdzinājumā ar cenām citās ES valstīs, kā arī iekļauti jauni un lētāki patentbrīvie (generic) medikamenti. Iesniedzēji arī pēc savas iniciatīvas samazināja medikamentu kompensācijas bāzes cenas. Tika veikts terapijas izmaksu pārrēķins, salīdzinot ar citiem KZS iekļautajiem medikamentiem. Iepriekš minēto pasākumu rezultātā tika samazinātas kompensācijas bāzes un references cenas, kas deva iespēju nodrošināt nepieciešamos medikamentus plašākam pacientu lokam piešķirtā finansējuma ietvaros.

Lai sekmētu racionālu un izmaksu efektīvu medikamentozās terapijas nodrošināšanu, 2019. gada laikā veikta atkārtota terapeitiskās un izmaksu efektivitātes pārvērtēšana, pamatojoties uz klīniskās efektivitātes pierādījumiem, izmaksu atšķirībām, kā arī ņemot vērā pieejamo aktuālo informāciju par medikamentu cenām citās valstīs onkoloģisko slimību grupā – mielofibrozes, kolorektālā vēža, aknu vēža, vairogdziedzera vēža un krūts vēža ārstēšanai, kā arī 2. tipa cukura diabēta un psihisko un uzvedības traucējumu grupā.

2019. gadā ir saņemti 158 iesniegumi jaunu zāļu un medicīnisko ierīču iekļaušanai KZS. Pārskata periodā pieņemti 710 lēmumi par zāļu un medicīnisko ierīču iekļaušanu KZS, references un kompensācijas bāzes cenas pārskatīšanu, saraksta kategorijas maiņu, svītrošanu un gada uzturēšanas maksas piemērošanu vai atcelšanu un kompensācijas nosacījumu pārskatīšanu. No tiem pozitīvi lēmumi ir 108 zāļu un 23 medicīnisko ierīču iekļaušanai A sarakstā, 33 medikamentu iekļaušanai B sarakstā. Iekļaujot KZS jaunus patentbrīvos (generic) medikamentus vai paplašinot farmakoterapeitiskās grupas un piemērojot references cenas principu, saraksta kategorija no B uz A mainīta 14 medikamentiem. Kompensācijas bāzes cenas vai references cenas pārskatīšana veikta 501 gadījumā medikamentiem un 100 gadījumos – medicīniskajām ierīcēm. 2019. gadā pieņemti 20 pozitīvi lēmumi par jaunu zāļu vispārīgo nosaukumu vai to kombināciju iekļaušanu KZS. Pēc Dienesta iniciatīvas pieņemts 17 lēmumi par zāļu kompensācijas paplašināšanu un pieejamības nodrošināšanu pacientiem. Pārskata gadā noslēgti 13 jauni līgumi par finansiālu līdzdalību KZS iekļauto zāļu kompensācijas nodrošināšanai.

2019. gadā kopumā aptiekās izsniegtas valsts kompensējamās zāles 176 388 826 eiro apmērā. Kompensācijas nodrošināšanai. Salīdzinājumā ar 2018. gadu zāles naudas izteiksmē izsniegtas par 2 % vairāk.

2019. gadā vispārējā kārtībā kompensējamās zāles izsniegtas 732 766 pacientiem (2018. gadā – 718 452, pieaugums par 2 %). No tiem 28 308 ir pacienti, kuri saņem M saraksta zāles (bērni līdz divu gadu vecumam, grūtnieces vai sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām). Viens pacients ir saņēmis kompensējamās zāles vidēji 237.42 eiro apmērā (2018. gadā – 245.62 eiro). Zāļu iegādes izdevumu kompensācija individuālā kārtībā 2019. gadā nodrošināta 599 pacientiem 2 684 528.38 eiro apmērā (2018. gadā – 776 pacientiem).

2019. gadā vispārējā kārtībā izsniegtas 7 286 900 receptes (A, B, C un M saraksta zāles), pieaugums pret 2018. gadu – 6.2 %. No kopējā skaita 56 313 receptes izrakstītas bērniem līdz divu gadu vecumam, kā arī grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā. Vienas receptes vidējā cena A, B, C un M saraksta zālēm ir 23.35 eiro (2018. gadā – 24.96 eiro). Vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm vai sievietēm pēcdzemdību periodā – 6.49 eiro.

Lai onkoloģijas pacientiem uzlabotu ķīmijterapijas līdzekļu pieejamību un atbilstošus zāļu uzglabāšanas apstākļus, parenterāli ievadāmie onkoloģiskie līdzekļi, kas līdz šim tika nodrošināti zāļu iegādes kompensācijas sistēmas ietvaros, no 2019. gada tiek nodrošināti centralizētā iepirkuma kārtībā.

Nemot vērā piešķirto finansējumu un pateicoties Dienesta sarunām ar zāļu ražotājiem par izmaksu samazinājumu, 2019. gadā Kompensējamo zāļu sarakstā ir iekļauti jauni inovatīvi medikamenti metastātiska zarnu audzēja, HER2 negatīva metastātiska krūts vēža, metastātiska aknu vēža, vairogdziedzera vēža, atsevišķu onkohematoloģisko saslimšanu un šizofrenijas ārstēšanai, kā arī nodrošināta terapijas turpināšana pacientiem ar jaunajām inovatīvajām zālēm, kas tika iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā 2018. gadā.

Nemot vērā to, ka 2019. gadā ģeogrāfiskā uzmanība tika pievērsta terapijas pieejamības uzlabošanai pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, 2019. gadā palielināts kompensācija apmērs uz 100 % vidēji smaga, smaga un dziļa garīga atpalcība valsts kompensē medikamentus 100 % apmērā, bet pārējām diagnozēm psihisko un uzvedības traucējumu grupā medikamentu kompensācija palielināta no 50 % uz 75 %. Tāpat šajā grupā iekļautas jaunas diagnozes *F07 Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ*, *F23 Akūti un transitoriiski psihotiski traucējumi*, *F32 Depresīva epizode* un *F70 Viegla garīga atpalcība*. Vidēji smagas, smagas un dziļas garīgas atpalcības gadījumā inkontinences līdzekļi ar 50 % apmēru 2019. gadā uzsākti nodrošināt visām vecuma grupām. Pacientiem līdz 18 gadu vecumam inkontinences līdzekļiem saglabājas 100 % kompensācijas apmērs. Bez tam kompensējamo zāļu sarakstā iekļautas jaunas diagnozes un nodrošināta terapija ar 100 % kompensācijas apmēru pacientiem ar imūndeficītu, pacientiem ar imūndeficītu, kuru ārstēšanai medikamentus pacienti līdz šim saņēma individuālās kompensācijas kārtībā.

Visbeidzot, zāļu cenu koridora ietvaros 2019. gadā 53 medikamentiem, kuri pārsniedza 100 % cenu robežu starp lētākajiem un dārgākajiem vienas grupas medikamentiem, tika samazinātas cenas, kā rezultātā tika samazināts pacientu līdzmaksājums.

5.4. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

Centralizētas medikamentu un materiālu iegādes ietvaros tiek organizēts un veikts normatīvajos aktos paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču valsts centralizētais iepirkums veselības aprūpes jomā. Dienests darbojas kā iepirkuma pasūtītājs un maksātājs šādu medikamentu un materiālu centralizētai iegādei: vakcīnas un šļircēs, standarta tuberkulīns, peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi, fenilketonūrijas un citu iedzimto vielmaiņas slimību korekcijas produkti, redzes korekcijas līdzekļi bērniem, imūnserumi un specifiskie imūnglobulīni, mākslīgie maisījumi zīdaiņiem un mākslīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm, parenterāli ievadāmās zāles onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai.

2019. gadā centralizētai medikamentu un materiālu iegādei izlietoti 14 066 401 eiro. Salīdzinājumā ar 2018. gadu izdevumi pieauguši par 2 066 085 eiro, jo no 2019. gada uzsākta bērnu revakcinācija (2. pote) pret vējbakām un vakcinācija pret gripu grūtniecēm un bērniem līdz 2 gadu vecumam, kā arī no 2019. gada onkoloģisko slimību ārstēšanai lietojamās parenterāli ievadāmās zāles tiek iepirkas centralizēti.

5.5. Valsts organizētais vēža skrīnings

Valsts organizētais vēža skrīnings ir uz ledzīvotāju reģistra datiem balstīta veselības aprūpes programma, kura tika uzsākta 2009. gadā. Šī profilaktiskā programma ietver trīs veidu profilaktiskās pārbaudes sievietēm – dzemdes kakla vēža pārbaudi un krūts vēža pārbaudi, kā arī zarnu vēža profilaktisko pārbaudi gan sievietēm, gan vīriešiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem.

"Dzemdes kakla vēža profilaktiskā pārbaude ietver valsts apmaksātu ginekoloģisko apskati, citoloģiskās uztriepes ņemšanu un uztriepes citoloģiskā materiāla izmeklēšanu laboratorijā. Šī izmeklējuma veikšana reizi trijos gados tiek nodrošināta sievietēm, kuras ir vecumā no 25 līdz 70 gadiem. Krūts vēža profilaktiskā pārbaude ir izmeklēšana ar mamogrāfijas jeb rentgena metodi. Šo pārbaudi reizi divos gados nodrošina sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem. Savukārt valsts apmaksātām zarnu vēža profilaktiskajām pārbaudēm no 2019. gada 1. oktobra tika ieviests jauns tests slēpto asiņu noteikšanai fēcēs, pielietojot imūnķīmijas metodi (FIT), kas sniedz iespēju diagnosticēt zarnu slimības, tai skaitā zarnu vēzi agrīnā stadijā pirms simptomu parādīšanās.

Jaunā testa metode ne vien būtiski atvieglo testa veikšanu pacientam mājās apstākļos, bet arī ir krietni precīzāka par iepriekš pieejamajiem testiem. Tā veicama no vienas vēdera izejas un pirms tās veikšanas pacientam nav jāievēro diētas ierobežojumi, ko reizi gadā bez maksas var veikt pacienti vecumā no 50 līdz 74 gadiem."

Lai nodrošinātu dzemdes kakla vēža un krūts vēža profilaktiskās pārbaudes, Dienests izsūta uzaicinājuma vēstules, savukārt zarnu vēža skrīningu īsteno ģimenes ārstu prakses.

7. tabula

Valsts apmaksātā dzemdes kakla, krūts vēža un zarnu (kolorektālā) vēža skrīninga veikšanas statistika

Rādītājs	2018. gads	2019. gads
Valsts apmaksātā dzemdes kakla vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits	194 516	191 589
Izmeklējumu veikušo personu skaits	85 190	76 073
Valsts apmaksātā krūts vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits	140 115	139 428
Izmeklējumu veikušo personu skaits	58 983	54 581
Valsts apmaksātā zarnu (kolorektālā) vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izmeklējumu veikušo personu skaits	98 613	95 197
Populācijas aptvere	16 %	15 %

5.6. Veselības aprūpes pakalpojumi ES, EEZ dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā

Dienests kā Latvijas kompetentā institūcija, kas Latvijā ir atbildīga par ES sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu veselības aprūpes jomā, pārrobežu veselības aprūpes kontekstā 2019. gadā ir saņēmis 1503 pieprasījumus (neskaitot pieprasījumus izsniegt EVAK¹ un EVAK aizvietojošo sertifikātu²) saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:

- ✓ 171 iesniegumus par izdevumu atmaksu par citās ES, EEZ dalībvalstīs un Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ 151 pieprasījumus piešķirt tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu"³);
- ✓ 173 pieprasījumus piešķirt Latvijā nodarbinātām personām, kuras darba devējs ir nosūtījis uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei, un viņu ģimenes locekļiem, tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Dalībvalstī, uz kuru personas ir nosūtītas (S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi"⁴);
- ✓ 212 pieprasījumus piešķirt tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Latvijas pensijas saņēmējiem un viņu ģimenes locekļiem, kuru dzīvesvieta ir citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi");
- ✓ 347 pieprasījumus piešķirt tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Latvijā nodarbinātām personām un ģimenes locekļiem, kuru dzīvesvieta ir citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi");
- ✓ 449 pieprasījumus par personu apdrošināšanas periodiem Latvijas Republikā⁵;

2019. gadā Dienests ir izsniedzis 130 223 dokumentus saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:

- ✓ 171 lēmumus par Latvijā apdrošināto personu tiesību uz izdevumu atmaksu atzīšanu;
- ✓ 663 S1 veidlapas "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi";
- ✓ 149 S2 veidlapas "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu";
- ✓ 437 E104 veidlapas vai tās ekvivalents S041 veidlapa⁶;
- ✓ 1081 EVAK aizvietojošos sertifikātus;
- ✓ 127 722 EVAK.

2019. gadā Dienestā saņemti pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesībām uz veselības aprūpi Latvijas Republikā:

- ✓ 204 pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijas Republikā;
- ✓ 428 pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesību apliecināšanu dokumentu reģistrāciju valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai Latvijā.

¹ Eiropas veselības apdrošināšanas karte ir dokuments, kas apliecina personas tiesības saņemt neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi personas īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī.

² Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošais sertifikāts tiek izmantots gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī ir saņemta neatliekamā vai nepieciešamā veselības aprūpes un personai nav bijusi iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti.

³ S2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" nodrošina iespēju saņemt noteiktā citas Dalībvalsts ārstniecības iestādē konkrētu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu, kura nodrošināšana nav iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs.

⁴ S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" nodrošina iespēju saņemt visa veida veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī.

⁵ Periodi, kuros persona ir bijusi tiesīga saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

⁶ E104 veidlapa "Apliecinājums par apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodu summēšanu" vai tās ekvivalents S041 veidlapa "Atbilde par periodu pieprasījumu – apdrošināšanas riska veids: slimība un maternitāte".

Starpvalstu norēķini⁷ par Latvijas Republikā sniegtajiem pakalpojumiem

2019. gadā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, 635 485,63 eiro apmērā, savukārt citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus 328 081,16 eiro apmērā.

Starpvalstu norēķini par citā ES, EEZ dalībvalstī un Šveicē sniegtajiem pakalpojumiem Latvijā apdrošinātajām personām

2019. gadā Dienests ir veicis norēķinus 8 735 590,08 eiro apmērā (9.tabula). Lielākā daļa no citām Dalībvalstīm samaksātās summas ir samaksāta par nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī⁸ – 3 477 300,42 eiro (39,81%). Par Latvijā apdrošinātajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citā Dalībvalstī, kuriem attiecīgajā Dalībvalstī ir nodrošinātas tiesības uz visiem šīs valsts publiskās veselības aprūpes sistēmā pieejamiem pakalpojumiem⁹, ir samaksāti 2 821 545,02 eiro (32,30%). Atlikusī summa 2 436 744,64 eiro (27,89%) apmērā ir samaksāta par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti par plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru nodrošināšana nav bijusi iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs¹⁰.

8. tabula

Starpvalstu norēķini par citā ES, EEZ dalībvalstī un Šveicē sniegtajiem pakalpojumiem Latvijā apdrošinātajām personām pēc veidlapu veida

Uzrādītā veidlapa	Veselības aprūpes pakalpojuma veids	Dienesta samaksātā summa 2019. gadā
EVAK / EVAK AS	Nepieciešamā veselības aprūpe	3 477 300,42
S 1	Pilna apjoma veselības aprūpe	2 821 545,02
S 2 (pieaugušie)	Plānveida veselības aprūpe	2 436 744,64
Kopā:		8 735 590,08

⁷ Norēķini par nodrošinātajiem pakalpojumiem tiek veikti, pamatojoties uz faktiskām veselības aprūpes izmaksām vai vidējām veselības aprūpes izmaksām:

- faktiskās izmaksas tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti, pamatojoties uz šādiem dokumentiem: EVAK; EVAK aizvietojošais sertifikāts; S 1 veidlapa (izņemot gadījumus, kad minētā veidlapa ir tikusi izsniegta apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem), S 2 veidlapa, S 3 veidlapa;
- vidējās veselības aprūpes izmaksas tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem, izsniegtu S 1 veidlapu; Dalībvalsts aprēķinātās vidējās veselības aprūpes izmaksas (t. sk. to aprēķināšanas metodoloģija) tiek apstiprināta Administratīvajā komisijā sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanai (kas sastāv no Dalībvalstu delegātiem) un pēc apstiprināšanas – publicētas ES Oficiālajā Vēstnesī.

⁸ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz EVAK vai EVAK aizvietojošo sertifikātu.

⁹ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz S1 veidlapu "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi".

¹⁰ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz S2 veidlapu "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu".

5.7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, medicīniskās tehnoloģijas un klīniskās vadlīnijas

Saistībā ar Veselības ministrijas padotības iestāžu funkciju reorganizāciju no 2019. gada 1. jūlija ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu un izvērtēšanu un ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitātes novērtēšanu, kā arī medicīnisko tehnoloģiju datu bāzes uzturēšanu veic [Zāļu valsts aģentūra](#).

2019. gadā kā prioritātes tika noteiktas psihiatrijas un narkoloģijas, kā arī pediatrijas un neonatoloģijas jomu sakārtošana un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošana šajās jomās.

Ņemot vērā 2019. gadā noteiktās prioritātes, proti, uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību psihiatrijas un narkoloģijas jomās, tika izveidotas jaunas piemaksas manipulācijas par psihiatrijas dienas stacionārā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Savukārt, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai pediatrijas un neonatoloģijas jomās, tika uzsākta 4 jaunu skrīninga izmeklējumu nodrošināšana jaundzimušajiem un izveidotas jaunas manipulācijas.

2019. gadā pārskatāmās veselības aprūpes pakalpojumu grupas:

- ✓ Invazīvā kardioloģija;
- ✓ Traumatoloģija, ortopēdija, strutainā ķirurģija;
- ✓ Sirds asinsvadu sistēma;
- ✓ Laboratoriskie izmeklējumi;
- ✓ Ķirurģija (Abdominālā ķirurģija un proktoloģija; Plastiskā (rekonstruktīvā un plaukstu) ķirurģija, izmantojot optisko palielinājumu; mugurkaula ķirurģija; torakālā ķirurģija; neiroķirurģija).

Valstī ir izstrādāti vairāki veselības aprūpes politikas plānošanas dokumenti, kas ietver konkrētus pasākumus minētās jomas uzlabošanai:

- ✓ Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2018.–2020. gadam;
- ✓ Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.-2020. gadam;
- ✓ Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.-2020.gadam;
- ✓ Plāns reto slimību jomā 2017.-2020. gadam;
- ✓ HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāns 2018.-2020.gadam;
- ✓ Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāns 2020. – 2022. gadam;
- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014. – 2020. gadam.

Kā viens no kritērijiem veselības aprūpes pakalpojumu manipulāciju tarifu pārskatīšanai ir valstī noteiktās prioritārās jomas veselības aprūpē.

Saistībā ar grozījumiem Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība": 1.1. saskaņā ar grozījumiem 153. punktā, visiem tarifiem, kuros ietverta darba samaksas apmaksā, pārrēķinātā tarifā ietvertā ārstniecības personu darba samaksa, palielinot to par 10 %. Līdz ar to tika pārskatīti visi tarifi un fiksētie maksājumi saistībā ar ārstniecības personu atalgojumu palielinājumu.

2019. gadā tika izveidotas 216 jaunas manipulācijas, no kurām 115 ir statistikas uzskaites manipulācijas. Savukārt, pārrēķins veikts 20 manipulācijām.

5.8. E-veselības projekta ieviešana

No 2018. gada 1. janvāra Latvijā tika uzsākta obligāta E-veselības sistēmas lietošana, nosakot, ka darbnespējas lapu un valsts kompensējamo zāļu recepšu aprīte notiek tikai elektroniski. Vienlaikus noteikts, ka uz papīra recepšu veidlapas arī turpmāk jāizraksta individuāli kompensējamās zāles, medicīniskās ierīces, valsts kompensējamās M saraksta zāles, papīra recepšu veidlapa turpmāk jāizmanto arī tad, ja zāļu iegādi pacientam kompensē apdrošināšanas sabiedrība, ja zāles izraksta personai, kura nav reģistrēta ledzīvotāju reģistrā, ja zāles (ne vairāk kā 50 receptes gadā) personīgai lietošanai izraksta ārsts, kurš nestrādā ārstniecības iestādē, kā arī gadījumā, ja e-receptes izrakstīšana nav iespējama tehnisku iemeslu dēļ.

Atbilstoši MK noteikumiem, sākot no 2018. gada 1. janvāra ārstniecības iestādēm E-veselības sistēmā jāizsniedz arī izraksti – epikrīzes un vizuālās diagnostikas izmeklējumu apraksti.

Jānorāda, ka, jau sākot no 2016. gada 22. jūnija tika atvērta piekļuve E-veselības sistēmas publiskajam portālam – <http://www.eveseliba.gov.lv/> un no 2016. gada 12. septembra pirmie E-veselības sistēmas lietotāji (ārstniecības personas) uzsāka datu ievadi (izrakstīt e-receptes, e-darbnespējas lapas, kā arī ievadīt sistēmā pacientu pamatdatus). Savukārt farmaceiti aptiekās uzsāka zāļu izsniegšanu, pamatojoties uz ārstniecības personu izrakstītajām e-receptēm.

Pārskata periodā E-veselības sistēmā jau uzkrājies zināms datu apjoms par izrakstītajām e-receptēm, e-darbnespējas lapām, nosūtījumiem, rezultātiem, vakcinācijas faktiem un cita informācija. Uzkrātais datu apjoms katram iedzīvotājam ir atkarīgs no ārstniecības personas, pie kuras pacients ir bijis vizītē. Tikai tad, ja attiecīgā ārstniecības persona ir noslēgusi līgumu Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu un pieprasījusi piekļuves tiesības noteiktiem pakalpojumiem, kā arī veikusi datu ievadi, tie ir pieejami iedzīvotāja profilā un redzami arī citām ārstniecības personām, kuras strādā E-veselības sistēmā.

Kopumā līdz 2019. gada beigām līgumus ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu bija noslēguši vairāk nekā 2858 veselības nozares profesionāļu, tajā skaitā 2628 ārstniecības iestādes (t.sk. 1251 ģimenes ārstu prakses) un 230 aptieku juridiskie īpašnieki. Līdz 2019. gada beigām sistēmā izrakstītas 2 164 424 e-darbnespējas lapas, 25 789 029 e-receptes, iesūtīti 1 323 080 vizuālās diagnostikas izmeklējumi un 1 733 592 vizuālās diagnostikas slēdzieni. Aktuālā E-veselības statistika pieejama E-veselības portāla sadaļā “Par E-veselību” – [“E-veselības statistika”](#).

Pārskata periodā turpināja darboties arī E-veselības Lietotāju atbalsta dienests, kas līdz 2019. gada decembra beigām bija sniedzis aptuveni 42 000 konsultācijas profesionāļiem (ārstniecības personām un farmaceitiem), kā arī vairāk nekā 16 000 konsultācijas iedzīvotājiem par sistēmas lietošanas jautājumiem. Kopā E-veselības Lietotāju atbalsta dienests 2019. gadā sniedzis vairāk nekā 58 000 konsultācijas zvanu un e-pastu formā. Kopš darbības sākuma (no 2016. gada) sniedzis vairāk kā 131 000 konsultācijas.

Turpinot attīstīt E-veselības sistēmu, kā arī pilnveidojot Dienesta VIS, 2018. gada 29. oktobrī tika noslēgts līgums par projekta “Veselības nozares informācijas sistēmu (reģistri) modernizācija, attīstība un integrācija ar E-veselības informācijas sistēmu” ieviešanu. Līdz ar šo projekta īstenošanu paredzēts nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, operatīvāku un efektīvāku finanšu informācijas un informācijas par pakalpojumiem pārvaldību veselības aprūpes nozarē valsts un iestāžu līmenī.

5.9. Regresa prasību piedziņa

2019. gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis 884613,38 eiro. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība", veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

9. tabula

Regresa prasību rādītāji 2019. gadā

	Skaitis	Summa, EUR
iesniegtās prasības, kopā:	2164	1032880,81
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	2143	1019330,84
t. sk. apdrošināšanas sabiedrībām	2027	933109,23
Latvijas Transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	116	86221,61
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	21	13549,97
Apmaksātās prasības kopā, t. sk. iepriekšējos gados pieteiktās prasības:	2001	884613,38
t. sk. daļēji apmaksātās prasības	9	5553,70
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu, t. sk.	1968	872358,26
t. sk. no apdrošināšanas sabiedrībām	1929	835868,32
no Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	39	36489,94
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	24	6701,42

Pārskata periodā regresa kārtībā tika atgūti 884613,38 eiro par 2001 regresa prasību, savukārt 2018. gadā tika atgūti 960027,40 eiro par 1925 regresa prasībām. 2019. gadā neskatoties uz lielāku apmaksāto prasību skaitu, regresa kārtībā atgūto līdzekļu kritums par 7,86 % ir skaidrojams ar to, ka 2019. gadā vidējā apmaksātās regresa prasības summa salīdzinājumā ar 2018. gadu samazinājās par 10,57%.

5.10. Ārstniecības riska fonds

Ārstniecības riska fonds tika izveidots saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 16. panta pirmo daļu, kas nosaka, ka pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas vai radījuši apstākļi ārstniecības laikā, kā arī tiesības uz atlīdzību par izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama, lai novērstu vai mazinātu ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai.

Sakarā ar izmaiņām Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumos Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" no 2019. gada 1. janvāra Veselības inspekcija pārņēma no Dienesta lēmumu pieņemšanas funkciju, savukārt Dienests administrē Ārstniecības riska fonda līdzekļus, kā arī izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda.

2019. gadā no ārstniecības riska fonda 60 lietās tika izmaksātas atlīdzības par veselībai nodarīto kaitējumu tai skaitā par izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama, lai novērstu vai mazinātu ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai 1207625,48 eiro apmērā.

10. tabula

Izmaksu no Ārstniecības riska fonda sadalījums pa gadiem

Gads	Lēmumu par izmaksu skaits	Izmaksu saņēmēju skaits
2014.	3	3
2015.	58	63
2016.	58	64
2017.	55	62
2018.	39	42
2019.	60	62
Kopā izmaksāts:	273	296

2019. gadā Ārstniecības riska fondā no ārstniecības iestādēm tika piedzīti iepriekšējos gados nesamaksātie riska maksājumi 118236,37 eiro apmērā.

5.11. Starptautiskā sadarbība

2019. gadā realizēti divi starptautiskās sadarbības projekti. Viens no tiem uz ilgstošu sadarbību vērsts – Ziemeļvalstu DRG uzturēšanas un attīstīšanas ietvaros divi darbinieki no Stacionāro pakalpojumu nodaļas piedalījušies ikgadējā pavasara un rudens DRG ekspertu sanāksmē, kurā lemts par izmaiņām DRG grupēšanas loģikā, ar tiem saistītajos klasifikatoros.

Otra - divpusējās vizītes Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta programmas (SRSS) DRG projekta ietvaros realizētā Eiropas komisijas TAIEX SRSP P2P mācību vizīte novembrī - DRG un izmaksu uzskaites jautājumos Tampērē, Somijā. Vizīte ietvēra iepazīšanos ar Latvijai aktuālām tēmām Tampēres reģionā un Tampēres universitātes klīnikā. Piedalījās trīs darbinieki no Ārstniecības pakalpojumu departamenta.

11. tabula.

Starptautiskā sadarbība

Sadarbības valsts	Līdzšinējās sadarbības jomas / projektu nosaukums; divpusējās vizītes	Sadarbība sāka (datums)	Sadarbības projekts pabeigts vai to plānots pabeigt (datums)
ES dalībvalstis	Common Semantic Strategy for Health in the European Union	11.02.2019.	Stratēģija apstiprināta eHealth Network sanāksmē, kas norisinājās 28.11.2019 - 29.11.2019.
ES dalībvalstis	eHealth Network Subgroup on Semantics	10.12.2019.	Plānots visu 2020.gadu, pēdējā ieplānotā telekonference 8.12.2020.
ES dalībvalstis	EHTEL (Collaborating for Digital Health and Care in Europe)	2018. gads	Ikgadēja dalības maksa
ES dalībvalstis	EU-TOPIA (towards improved cancer screening)	2017. gads	14.01.2020.
ES dalībvalstis	World health organization, regional office for Europe, Country office of Slovenia	2019. gada decembris	Praktiskā mācību ekskursija, lai iepazītos ar PVA pakalpojumu organizēšanu un sniegšanu

6. STARPINSTITŪCIJU SADARBĪBA

2019. gadā Dienests turpinājis pildīt arī 2016. gadā noslēgtā līguma saistības ar Centrālo statistikas pārvaldi – par informācijas apmaiņu, lai nodrošinātu iespēju Centrālajai statistikas pārvaldei izpildīt no Granta līguma “Pamatinformācijas nodrošināšanai pirktspējas paritātēm” izrietošās saistības (līgums noslēgts starp Centrālo statistikas pārvaldi un Eiropas Komisiju par informācijas apkopošanu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu).

7. NACIONĀLĀ VESELĪBAS DIENESTA PERSONĀLS

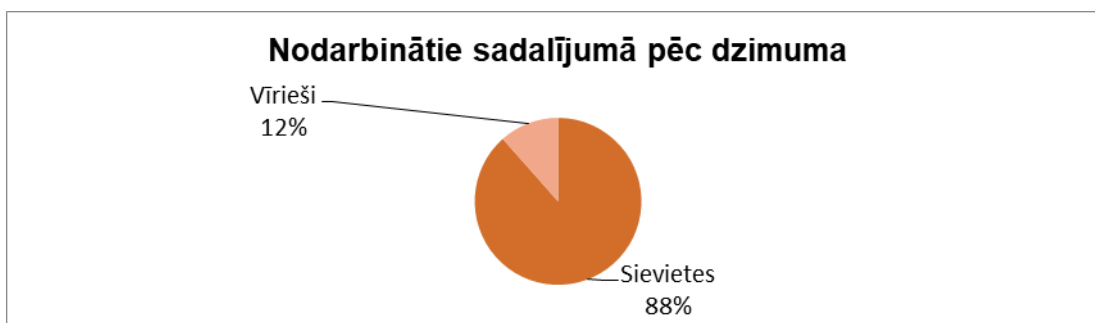
Uz 2019. gada 31. decembri Dienestā bija 215 amata vietas, tajā skaitā, 113 valsts civildienesta ierēdņa amati un 102 darbinieka amats.

Lai nodrošinātu Ministru kabineta 2018. gada 29. maija rīkojuma Nr. 227 "Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju" izpildi no Dienesta uz Zāļu valsts aģentūru kopā ar funkciju – ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitātes novērtēšana un ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšana, reģistrēšana un apstiprināto medicīnisko tehnoloģiju uzskaites un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo medicīnisko tehnoloģiju datubāzes veidošana un uzturēšana tika pārceltas sešas valsts civildienesta ierēdņa amata vietas.

Atskaites gadā darbu Dienestā uzsākuši 62 nodarbinātie, pārtraukuši 52 nodarbinātie.

1. attēls

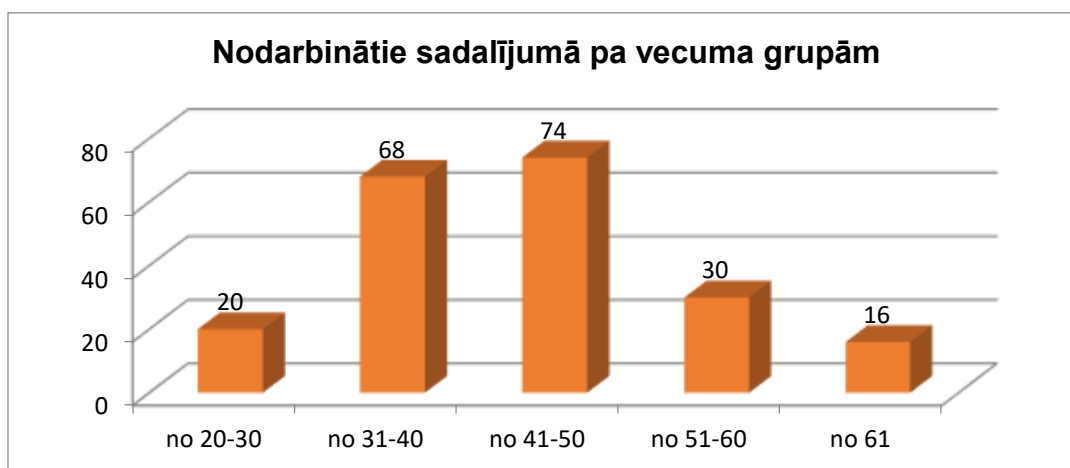
Nodarbinātie sadalījumā pēc dzimuma (%)



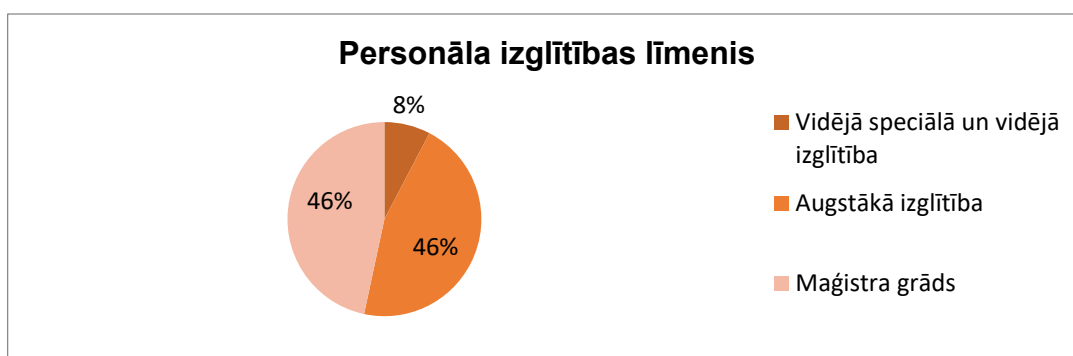
Vairums, t.i. 88 %, Dienestā nodarbināto ir sievietes, kas izskaidrojams ar vēsturiski veidojušos sieviešu īpatsvaru augstskolu absolventu vidū un valsts pārvaldē.

2. attēls

Nodarbinātie sadalījumā pa vecuma grupām (skaits)



3. attēls
Personāla izglītības līmenis (%)



Personāla profesionālās pilnveides un kvalifikācijas paaugstināšanas kursus plāno un organizē Personāla nodaļa atbilstoši mācību plānam, personāla vajadzībām, velmēm un Dienesta finansiālajām iespējām. 2019. gadā nodarbinātie apmeklēja gan Valsts administrācijas skolas rīkotos seminārus un kursus, gan dažādu citu organizāciju rīkotos seminārus un kursus – vadītāju un speciālistu kompetenču pilnveidošanai, par datu drošības un informācijas sistēmu drošības jautājumiem, par aktualitātēm publisko iepirkumu jomā, par komunikācijas un saskarsmes jautājumiem, par panākumu domāšanas stratēģiju, par normatīvo aktu izstrādi un darbu ar informācijas tehnoloģijām. Profesionālās efektivitātes paaugstināšanai tika organizēta supervīzija.

8. KOMUNIKĀCIJA AR SABIEDRĪBU

Īstenojot Dienesta funkciju “informēt sabiedrību par tai pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, kā arī konsultēt iedzīvotājus par viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus”, Dienests veic aktivitātes un nodrošina pakalpojumus, kuru mērķis ir sabiedrības izpratnes veicināšana un izglītošana par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu.

2019. gadā īstenoja aktīva sadarbība un komunikācija ar plašsaziņas līdzekļu pārstāvjiem – sagatavotas un medijiem izsūtītas preses relīzes, sniegtas intervijas un nodrošinātas atbildes uz mediju (drukāto, elektronisko, TV un radio) jautājumiem.

Nodrošināta informācija par veselības aprūpes pakalpojumu finansējumu un pakalpojumu apjomu, līgumu slēgšanas procesu, kā arī valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu un kompensējamo medikamentu saņemšanas iespējām, pakalpojumu pieejamību un gaidīšanas rindām. Īpaši intensīva komunikācija arī 2019. gadā tika veikta par E-veselības sistēmas ietvaros pieejamajiem pakalpojumiem, ar mediju starpniecību informējot visas iesaistītās puses – ārstniecības iestādes, aptiekas un iedzīvotājus.

Lai informētu sabiedrību par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kurus var saņemt ģimenes ārsta praksē, kā arī par vakcināciju, profilaktiskajām pārbaudēm, pacienta līdzmaksājumu apmēriem un medicīniskās palīdzības saņemšanas iespējām ārpus ģimenes ārsta darba laika – tika izveidots un izplatīts buklets “Mans ģimenes ārsts”.

Lai informētu sabiedrību par ģimenes ārsta “akūto stundu”, dežūrārstiem, steidzamās medicīniskās palīdzības punktiem un slimnīcu uzņemšanas nodaļām, tajā skaitā gadījumiem, kad iespējams vērsties minētajās ārstniecības iestādēs, lai saņemtu medicīnisko palīdzību. Izplatīšana sociālajos tīklos, ārstniecības iestāžu reģistratūru monitoros u.c. – tika izveidoti un izplatīti informatīvi videi rullīši par medicīniskās palīdzības saņemšanas iespējām sabiedrības informēšanai.

Kopumā 2019. gadā sagatavotas un izplatītas gandrīz 36 preses relīzes, kā arī sniegtas atbildes uz aptuveni 330 mediju pārstāvju jautājumiem.

Vērtējot Dienesta publicitāti medijos – mēnesī bijušas vidēji 700 publikācijas, kurās pieminēts Dienests (2018. gadā – 500), savukārt biežāk pieminētā tēma 2019. gadā tāpat kā jau iepriekšējā gadā – bijusi E-veselība ar vidēji 158 publikācijām mēnesī.

Kā citas medijos visbiežāk atspoguļotās tēmas 2019. gadā var minēt – kompensējamās zāles (vidēji 156 publikācijas mēnesī), valsts apmaksātā skrīninga programma (vidēji 106 publikācijas mēnesī) un valsts apmaksātie medicīnas pakalpojumi ar gandrīz 72 publikācijām mēnesī.

Dienesta mājaslapa www.vmnvd.gov.lv regulāri tikusi papildināta ar aktuālo informāciju par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem – statistikas datiem, aktualitātēm, infografikām un citiem informatīvajiem uzskates materiāliem. Kopumā mājaslapā publicētas aptuveni 55 Dienesta aktuālās ziņas.

Ātrai un efektīvai saziņai ar iedzīvotājiem, kā arī aktualitāšu, noderīgas informācijas un informatīvi grafisku attēlu publicēšanai Dienests aktīvi izmantojis profilus sociālajās vietnēs “Twitter” (2019. gadā 105 ieraksti), “Facebook” (2019. gadā 190 ieraksti) un “Draugiem.lv” (2019. gadā 132 ieraksti). Pārskata periodā būtiski pieaudzis kopējais Dienesta sociālo

profilu sekotāju skaits, ja, piemēram, 2015. gadā tie bija 4200 sekotāji, tad 2019. gadā jau vairāk nekā 8497.

2019. gadā darbu turpinājis Dienesta Kontaktpunkts, kura ietvaros iedzīvotājiem ir iespējams saņemt informāciju par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību.

Latvijā Kontaktpunkts sniedz informāciju:

- ✓ telefoniski pa bezmaksas tālruni Latvijas iedzīvotājiem 80001234 (no pirmdienas līdz ceturtdienai no plkst. 8.30 - 17.00, bet piektdienās no plkst. 8.30 - 15.00), kā arī pa tālruni, zvanot no ārzemju numuriem + 371 67045005 (no pirmdienas līdz ceturtdienai no plkst. 8.30 - 17.00, bet piektdienās no plkst. 8.30 - 15.00);
- ✓ pa e-pastu: nvd@vmnvd.gov.lv;
- ✓ mājaslapā: www.vmnvd.gov.lv.

Kopumā 2019. gadā Kontaktpunktā sniegtas 73 474 telefoniskas konsultācijas, kā arī nodrošinātas atbildes uz 4 129 e-pastā saņemtiem iedzīvotāju jautājumiem. Visbiežāk saņemti zvani par tādiem tematiem kā ārstniecības iestādes, kurās var saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus; EVAK saņemšana un darbības principi; līdzdalība vēža savlaicīgas atklāšanas programmā; reģistrācija pie ģimenes ārsta atbilstoši dzīvesvietai; valsts apmaksātu operāciju veikšanas kārtība un kompensējamo zāļu saņemšanas nosacījumi.

Pārskata periodā izveidotas un plašākas sabiedrības informēšanai publicētas arī vairākas infografikas – izglītojoša infografika par e-darbnespējas lapu, par rindu garumu vietnē www.rindapiearsta.lv, par Eiropas veselības apdrošināšanas karti jeb EVAK, valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, par tiešās pieejamības speciālistiem, par S1 veidlapas saņemšanu, par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem mājās. Savukārt ģimenes ārstiem izveidoti informatīvi materiāli par valsts apmaksātām profilaktiskām pārbaudēm (bērnu un pieaugušo profilaktiskās apskates; krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža skrīnings; sirds asinsvadu riska noteikšana ar SCORE metodi).

Lai informētu sabiedrību par valsts apmaksātu paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām, Veselības ministrija (VM) sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu (NVD) un Labklājības ministriju (LM) ir izstrādājusi informatīvus bukletus jeb ceļvežus par paliatīvo aprūpi gan pieaugušajiem, gan bērniem.

Lai informētu veselības aprūpes sistēmas darbiniekus un iedzīvotājus par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu veselības aprūpē, kā arī, lai detalizēti atspoguļotu iestādes līgumpartneru darba rezultātus, kā ik gadu ticis sagatavots elektroniski informatīvais izdevums “Vēstis 2018”, kas ir pieejams Dienesta mājaslapas sadaļā “Publikācijas”.

9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI

Ar mērķi veicināt efektīvāku un uz rezultātu orientētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu 2020. gadā tiek plānots veikt dienas stacionārā sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju stratēģisko iepirkumu, kā arī, izvērtējot stratēģiskā iepirkumā ietverto kvalitātes kritēriju maiņu un izvirzīto prasību aktualitāti, Dienests plāno pagarināt līgumus ar jau esošajiem medicīniskās apaugļošanas, plānveida onkoloģisko veselības aprūpes pakalpojumu stacionāros un pozitronu emisijas tomogrāfijas ar datortomogrāfiju (PET) pakalpojumu sniedzējiem.

Lai veselības aprūpes pakalpojumu tarifus pēc iespējas tuvinātu pakalpojuma faktiskajām izmaksām, Dienests pārskata periodā plāno analizēt un pārskatīt veselības aprūpes pakalpojumu tarifus medicīniskās rehabilitācijas, abdominālās ķirurģijas, sejas - žokļu ķirurģijas, oftalmoloģijas, invazīvās kardioloģijas, parenterālās un enterālās barošanas pieaugušajiem, staru terapijas, transplantācijas, krūts rekonstruktīvās ķirurģijas, sirds - asinsvadu saslimšanu grupās.

Ar mērķi attīstīt un uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķināšanas un pārrēķināšanas metodiku, Dienests pārskata periodā plāno aktualizēt un uzlabot vispārējo kārtību, kādā tiek veikta veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķināšana, pārrēķināšana un jaunu veselības aprūpes pakalpojumu iekļaušana no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā.

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pēctecību pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām, Dienests 2020. gadā plāno izstrādāt kārtību, kādā ir nodrošināma pacientu ar onkoloģiskām saslimšanām dinamiskā novērošana.

Savukārt orgānu donoru pieejamības uzlabošanai un ārstniecības iestāžu iesaistes donoru nodrošināšanā veicināšanai, Dienests 2020. gadā plāno mainīt donora uzturēšanas un sagatavošanas pakalpojumu apmaksas nosacījumu izmaiņas ārstniecības iestādēm, vienlaikus veicot donora izmeklējumu groza un donora izņemšanas pakalpojumu tarifu aprēķinu un sagatavojot priekšlikumus grozījumiem normatīvajos aktos.

Lai trombektomijas pakalpojuma izmaksas pēc iespējas tuvinātu pakalpojuma faktiskajām izmaksām, tādejādi uzlabojot insulta pacientu ārstēšanu Latvijā, Dienests pārskata periodā plāno veikt trombektomijas pakalpojumu apmaksas nosacījumu izmaiņas, vienlaikus veicot tarifa aprēķinu un sagatavojot priekšlikumus grozījumiem normatīvajos aktos.

Ar mērķi uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas procesu ārstniecības iestādēs, 2020. gadā Dienests plāno izvērtēt diabēta pacientu apmācību un diabētiskās pēdas aprūpes kabinetu un stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļu darbību, kā arī uzlabot ģimenes ārstu un zobārstniecības pakalpojumu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzību un kontroli.

Lai veicinātu kvalitatīvu un pacientam drošu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, nākamajā gadā ESF līdzfinansētajā projektā "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros" turpināsies nozares profesionālo asociāciju veiktā klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrāde prioritārajās veselības jomās – bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) aprūpes, sirds un asinsvadu slimību, psihiskās veselības aprūpes un onkoloģisko slimību jomās. Kā arī tiks uzsākta nolikuma izstrāde iepirkumam par klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu un indikatoru sistēmas informācijas tehnoloģiju risinājuma izstrādi un ieviešanu.

IZMANTOTIE TERMINI

Unikālais pacients

Pacients, kurš saņēmis kādu vienu vai vairākus veselības aprūpes pakalpojumus konkrētā laika periodā, bet unikālo pacientu skaitā viņš tiek ieskaitīts kā viens pacients.

Primārā veselības aprūpe

Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (ģimenes ārsti, māsas, ārstu palīgi) sniedz personai ambulatorās ārstniecības iestādēs, stacionārās ārstniecības iestādes ambulatorajā nodaļā vai dzīvesvietā.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona ambulatorajā ārstniecības iestādē, slimnīcas ambulatorajā nodaļā, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē (ja tajā ir organizēta ambulatorās palīdzības sniegšana), dienas stacionārā vai slimnīcā. Piemēram, speciālistu konsultācijas, diagnostiskie izmeklējumi (ultrasonogrāfija, datortomogrāfija u.c.), veselības aprūpe dienas stacionārā.

Aprūpes epizode

Laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju), līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam. Aprūpes epizodi var realizēt tikai viens ārsts (ģimenes ārsts vai speciālists) un tajā var ietilpt vairāki ambulatorie apmeklējumi.

Hospitalizācija

Pacienta viena uzturēšanās slimnīcā no iestāšanās līdz izrakstīšanai. Ja pacientam vienas hospitalizācijas laikā ir sniegti pakalpojumi vairākās pakalpojumu programmās, piemēram, endoprotezēšana un aprūpe, tad tas tiek uzskaitīts kā viens gadījums.

KONTAKTINFORMĀCIJA

Nacionālā veselības dienesta

Centrālais birojs

Direktora p.i. Inga Milaševiča
Tālr.: 67043782; fakss: 67043701
E-pasts: nvd@vmnvd.gov.lv
Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV-1012

Nacionālā veselības dienesta

Rīgas nodaļa

Vadītāja Renāte Neimane
Tālr.: 67686323; 29496418
E-pasts: riga@vmnvd.gov.lv
Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV-1012

Nacionālā veselības dienesta

Zemgales nodaļa

Vadītāja Daiga Vulfa
Tālr.: 63028873; 29363656
E-pasts: zemgale@vmnvd.gov.lv
Adrese: Katoļu iela 1-1, Jelgava, LV-3001

Nacionālā veselības dienesta

Kurzemes nodaļa

Vadītāja Anita Zolmane
Tālr.: 63323146; fakss: 63323696
E-pasts: kurzeme@vmnvd.gov.lv
Adrese: Pilsētas laukums 4, Kuldīga, LV-3301

Nacionālā veselības dienesta

Latgales nodaļa

Vadītājs Jānis Pitrāns
Tālr.: 65476973; fakss: 26510124
E-pasts: latgale@vmnvd.gov.lv
Adrese: Saules iela 5, Daugavpils, LV-5401

Nacionālā veselības dienesta

Vidzemes nodaļa

Vadītāja Sigita Alhimoviča
Tālr.: 64772300; 29147186
E-pasts: vidzeme@vmnvd.gov.lv
Adrese: Pils iela 6, Smiltene, LV-4729