

**Integrētās aprūpes mājās pilngadīgām personām,
kas deklarētas un dzīvo Rīgā, pilotprojekta satura apraksts**

Arvien lielāka iedzīvotāju daļa saskaras ar grūtībām saņemt savlaicīgus un savstarpēji koordinētus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus. Sabiedrības novecošanās tendences, hronisku slimību izplatības pieaugums un multimorbiditāte palielina to iedzīvotāju skaitu, kuriem nepieciešama ilgstoša, daudzpusīga un koordinēta aprūpe. Vienlaikus veselības politikas plānošanas dokumentos arvien vairāk tiek uzsvērtā integrētās, uz pacientu vērstās aprūpes nozīme, īpaši gadījumos, kad personas veselības stāvoklis ir cieši saistīts ar sociālajiem apstākļiem un palīdzības nodrošināšanai nepieciešama vairāku nozaru vienlaicīga iesaiste.

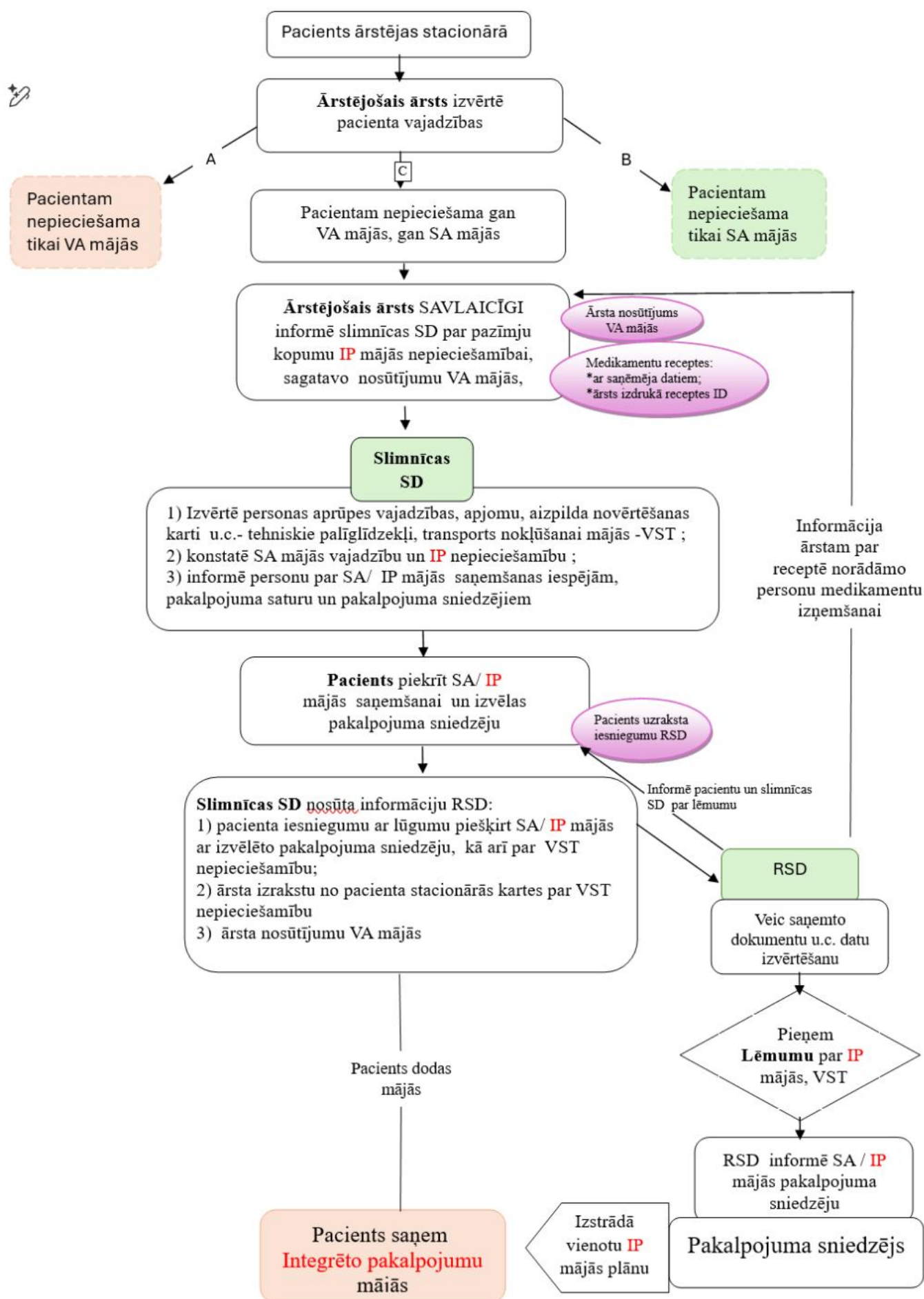
Šī brīža situācija liecina, ka veselības aprūpes (turpmāk - VA) un sociālās aprūpes (turpmāk - SA) pakalpojumu savstarpējā integrācija ir nepietiekama un sadarbība starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem lielākoties balstās uz epizodisku informācijas apmaiņu, nevis sistemātisku, uz pacientu centrētu un kopīgi plānotu aprūpes procesu. Līdz ar to pacienti ar kompleksām vajadzībām nereti vienlaikus saņem pakalpojumus no vairākiem pakalpojumu sniedzējiem bez vienota aprūpes plāna un skaidri noteiktas koordinācijas. Atsevišķos gadījumos sadarbība tiek nodrošināta individuālas iniciatīvas līmenī, taču šāda pieeja ir nevienmērīga un nav balstīta vienotā organizatoriskā modelī.

Šī pilotprojekta mērķis ir izveidot un pārbaudīt pacientu plūsmas organizēšanas modeli, kurā pacienti ar kompleksām veselības un sociālajām vajadzībām tiek novirzīti pie viena pakalpojuma sniedzēja, kas nodrošina integrētus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus pacienta dzīvesvietā. Projekts paredz pāreju no sadrumstalotas, vairāku pakalpojuma sniedzēju paralēlas iesaistes uz vienotu aprūpes organizēšanas pieeju, kur viens pakalpojuma sniedzējs uzņemas atbildību par pacientam nepieciešamo pakalpojumu nodrošināšanu un iesaistīto speciālistu darba koordinēšanu. Šāda pieeja veicinātu aprūpes nepārtrauktību, mazinātu atkārtotu hospitalizāciju risku, samazinātu administratīvo slogu pacientiem un tuviniekiem, kā arī ļautu efektīvāk izmantot veselības un sociālās aprūpes resursus.

PILOTPROJEKTA ĪSTENOŠANAS SHĒMA

Apzīmējumi shēmā:

- VA - veselības aprūpe
- SA - sociālā aprūpe
- IP - integrētais pakalpojums
- SD - sociālais darbinieks
- ID – medikamentu receptes identifikācijas numurs
- RSD - Rīgas sociālais dienests
- VST- vienreizējais specializētais transports



Pilotprojekta nosaukums	Integrētas aprūpe mājās pilngadīgām personām, kas deklarētas un dzīvo Rīgā
Pilotprojekta īstenošanas periods	2026. gada 3.augusts līdz 2027. gada 31. jūlijs
Pilotprojekta mērķis	Izveidot un pārbaudīt pacientu plūsmas organizēšanas modeli, kurā pacienti ar kompleksām veselības un sociālajām vajadzībām tiek novirzīti pie viena pakalpojuma sniedzēja , kas nodrošina integrētus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus pacienta dzīvesvietā ar holistisku pieeju, kā arī izvērtēt integrētā modeļa darbības efektivitāti (kritēriji efektivitātes izvērtēšanai: nodrošināta pēctecība - savlaicīga pēcstacionāra etapa uzsākšana, NMPD izsaukumu skaits, hospitalizāciju skaits, pacientu pieredzes anketa), pakalpojumu sniedzēju izvērtējums un datu analīze par pilotprojekta ietekmi uz pakalpojumu pieejamību, secinājumi un ieteikumi šādas kārtības ieviešanas nepieciešamībai un lietderībai citām pacientu grupām)
Pilotprojekta īstenotājs	NVD un Rīgas valstspilsētas pašvaldība
Pilotprojekta dalībnieki	RAKUS, PSKUS, pakalpojuma sniedzēji
Pakalpojuma sniedzēji	Ar potenciālajiem pakalpojuma sniedzējiem, kam spēkā esoši līgumi par veselības aprūpes mājās un sociālās aprūpes mājās pakalpojumu sniegšanu, pēc NVD rīkotās atlases rezultātiem tiek noslēgti līgumi par integrētās aprūpes mājās pakalpojuma sniegšanu.

Mērķa grupa	Pakalpojums paredzēts personām, kuras ir deklarējušas dzīvesvietu un faktiski dzīvo Rīgas valstspilsētas administratīvajā teritorijā, izrakstoties no stacionāra ārstniecības iestādes, kurām vienlaikus ir konstatēta nepieciešamība: 1) gan pēc nopietnām veselības aprūpes vajadzībām: • pacientam ir hroniska saslimšana un pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē; • pacients ir izrakstīts no stacionārās ārstniecības iestādes vai no dienas stacionāra pēc ķirurģiskas iejaukšanās; • pacientam (ar diagnozi I60 - Subarahnoidāls asinsizplūdums; I61 - Intracerebrāls asinsizplūdums; I63 - Smadzeņu infarkts; I64 - Insults, neprecizējot, vai tas ir asinsizplūdums vai infarkts; vai I69 - Cerebrovaskulāru slimību sekas) nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta trīs mēnešu laikā pēc saslimšanas. 2) gan pēc sociālās aprūpes dzīvesvietā (līdz 35 aprūpes stundām nedēļā) vajadzībām, kas ietver palīdzību personiskās aprūpes nodrošināšanā un/vai mājas darbu veikšanā un sadzīvē personām, kuras funkcionālo traucējumu dēļ nevar to veikt pašas, ja persona dzīvo viena vai ar šo personu kopā dzīvojošie ģimenes locekļi vecuma, veselības stāvokļa vai nodarbinātības dēļ nevar nodrošināt tai nepieciešamo aprūpi.
Pilotējamā pakalpojuma nodrošināšanas izvērstais saturs	1. Pacientu plūsmas organizēšana no slimnīcas līdz integrētās aprūpes sniedzējam. 2. Vienota aprūpes plāna izstrāde, kurā apvienoti veselības un sociālās aprūpes aspekti. 3. Koordinēta speciālistu iesaiste, nodrošinot nepieciešamos veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumus pacienta dzīvesvietā. 4. Regulāra informācijas apmaiņa starp iesaistītajām institūcijām, izmantojot vienotus saziņas kanālus. 5. Rezultātu monitorings un izvērtējums - tostarp datu apkopošanu par pacientu skaitu, aprūpes ilgumu, NMPD izsaukumu skaitu, hospitalizāciju gadījumiem un resursu izmantošanu. 6. Pacientu pieredzes anketa par Integrētās aprūpes mājās pakalpojuma saņemšanu, kur iekļauta pacientam sniegtā Veselības aprūpes pakalpojuma un Sociālā pakalpojuma kvalitātes vērtēšana, veicot pacientu un/vai viņu likumisko pārstāvju aptauju. 7. Pakalpojumu sniedzēju izvērtējums un datu analīze par pilotprojekta ietekmi uz pakalpojumu pieejamību, secinājumi un ieteikumi šādas kārtības ieviešanas nepieciešamībai un lietderībai citām pacientu grupām
Pacientu skaits projektā	600-700 Rīgā deklarētas personas, kas dzīvo Rīgā
Datu ievade un uzskaitē	Veselības aprūpes pakalpojuma uzskaitē pilotprojekta ietvaros tiek veikta Nacionālā veselības dienesta (NVD) veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā "Vadības informācijas sistēma" (VIS), un to apmaksa tiek nodrošināta atbilstoši VIS ievadītajiem uzskaites dokumentiem un līgumā par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu noteiktajai

	kārtībai. Sociālās aprūpes pakalpojumi VIS netiek uzskaitīti - to uzskaitē un apmaksa tiek organizēta atbilstoši sociālo pakalpojumu regulējošajiem normatīvajiem aktiem un Rīgas valstspilsētas pašvaldības noteiktajai kārtībai. Klientu vajadzību pēc sociālās aprūpes pakalpojumiem vērtēšana tiek veikta elektroniskajā sociālās aprūpes plānošanas sistēmā (ApSis) un datu uzskaitē par klientiem sniegto sociālās aprūpes pakalpojumu tiek veikta Rīgas domes vienotās informācija sistēmas lietojumprogrammā “Sociālās palīdzības administrēšanas sistēma” (SOPA). Rēķinu un atskaiti par sniegto sociālās aprūpes pakalpojumu pakalpojuma sniedzējam jāiesniedz Rīgas valstspilsētas pašvaldības tīmekļvietnē www.eriga.lv.
Pakalpojuma ilgums	Integrētais pakalpojums pilngadīgās personas dzīvesvietā tiek uzsākts no brīža, kad pacients no stacionāra pārvests uz savu dzīvesvietu. Integrētā pakalpojuma saņemšanai un turpmāko pakalpojuma koordināciju veic integrētā pakalpojuma sniedzējs ar savu koordinatoru, iesaistot ģimenes ārstu turpmākai pakalpojuma saņemšanas izvērtēšanai gadījumos: • ja pacientam ar hronisku saslimšanu un pārvietošanās traucējumiem veselības aprūpe mājās jānodrošina ilgāk par 30 kalendāra dienām, divu darbdienu laikā pirms minētā termiņa beigām ģimenes ārsts apmeklē pacientu un sniedz attiecīgā pakalpojuma sniedzējam atzinumu par pakalpojuma pārtraukšanu vai turpināšanu; • ja pacientam pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes sakarā ar ķirurģisku iejaukšanos veselības aprūpe mājās jānodrošina ilgāk par 10 kalendāra dienām, ģimenes ārsts pēc attiecīgā pakalpojuma sniedzēja lūguma apmeklē pacientu un sniedz atzinumu par pakalpojuma pārtraukšanu vai turpināšanu. Ja ģimenes ārsts sniedzis atzinumu par veselības aprūpes pakalpojuma pārtraukšanu, Rīgas Sociālais dienests pārvērtē personas vajadzības pēc sociālās aprūpes pakalpojumiem un pieņem personas aprūpes vajadzībām atbilstošu lēmumu – izbeigt vai turpināt aprūpes mājās pakalpojumu vai nodrošināt cita veida sociālās aprūpes pakalpojumu. Pakalpojumu izbeidz sniegt, ja tiek konstatēts vismaz viens no šādiem apstākļiem: • pacients ir atguvis funkcionēšanas vai pašaprūpes spējas un Integrētais Pakalpojums vairs nav nepieciešams; • pacients rakstiski lūdz izbeigt Pakalpojuma sniegšanu; • pacientam, kurš iepriekš saņēmis Pakalpojumu dzīvesvietā, tiek nodrošināts Pakalpojums ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā; • Pakalpojums tiek nodrošināts cita pakalpojuma ietvaros un tas pārklājās; • pacients apdraud citu personu veselību vai dzīvību; • pacients ļaunprātīgi pārkāpj vai nepilda līgumā par Pakalpojuma sniegšanu noteiktās saistības vai bez attaisnojoša iemesla neuzsāk saņemt Pakalpojumu; • pacients maina savu dzīvesvietu, pārcēloties uz citas

	pašvaldības administratīvo teritoriju; pacientam Pakalpojums ir piešķirts, bet pacients (tuvinieki) neiesniedz spēkā esošu iztikas līdzekļu deklarāciju Pakalpojuma samaksas noteikšanai, kā arī citus Pakalpojuma saņemšanu pamatojošus dokumentus.
Finansējums	Finanšu līdzekļi nāk no katras nozares finansējuma - Veselības ministrijas NVD administrētie 2026. gada valsts budžeta līdzekļi veselības aprūpei mājās un Rīgas valstspilsētas pašvaldības budžeta līdzekļi 2026. gadam sociālajai aprūpei personas dzīvesvietā, ko administrē Labklājības departaments Pilotprojekta ietvaros sniegto pakalpojumu finansēšana tiek nodrošināta atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, noslēgtajiem līgumiem un vispārēji piemērojamajiem finansēšanas nosacījumiem attiecīgajā jomā. Pilotprojekta īstenošana neparedz papildu finansējuma piešķiršanu ārpus noteiktā, izņemot gadījumus, kad atsevišķām pilotprojekta aktivitātēm ir paredzēta papildu finansējuma piesaiste. NVD veic veselības aprūpei mājās paredzētā finansējuma apjoma izvērtēšanu un nepieciešamības gadījumā tā pārskatīšanu, prioritāri novirzot finanšu līdzekļus faktiski sniegtā pakalpojuma apmaksai.
Pilotprojekta rezultātā sagaidāmie ieguvumi	- Pacienti nodrošināta pakalpojumu pēctecība - veselības aprūpes pakalpojumi mājās, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās un aprūpe pēc akūtām saslimšanām un hronisku saslimšanu paasinājuma; - Nodrošināta nepārtraukta pacientu aprūpe pārejas periodā līdz ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai; - Izvērtēts NMPD izsaukumu un hospitalizāciju skaits; - Izstrādāti priekšlikumi pakalpojumu pieejamības uzlabošanai, secinājumi un ieteikumi šādas kārtības ieviešanas nepieciešamībai un lietderībai citām pacientu grupām.