



Nacionālais veselības dienests

VĒSTIS Nr. 27

2018

Nosaukums:	Nacionālais veselības dienests
Mājaslapa:	www.vmnvd.gov.lv
E-pasts:	info@vmnvd.gov.lv
Tālrunis:	+371 67043700
Fakss:	+371 67043701
Kontaktpunkta tālrunis:	Latvijas iedzīvotājiem: 80001234 Zvanot no ārzemēm: + 371 67045005
Centrālais birojs	Rīga, Cēsu iela 31 k-3, 6. ieeja, LV-1012
Rīgas nodaļa	Vadītāja Renāte Neimane Rīga, Cēsu iela 31 k-3, 6. ieeja, LV-1012 Tālr.: 67201282, fakss: 67201285 E-pasts: riga@vmnvd.gov.lv
Zemgales nodaļa	Vadītāja Daiga Vulfa Jelgava, Katoļu iela 1-1, LV-3001 Tālr.: 63027249, fakss: 63007087 E-pasts: zemgale@vmnvd.gov.lv
Kurzemes nodaļa	Vadītāja Anita Zolmane Kuldīga, Pilsētas laukums 4, 3. stāvs, LV-3301 Tālr.: 63323471, fakss: 63323696 E-pasts: kurzeme@vmnvd.gov.lv
Latgales nodaļa	Vadītājs Jānis Pitrāns Daugavpils, Saules iela 5, LV-5401 Tālr.: 65422236, fakss: 65422236 E-pasts: latgale@vmnvd.gov.lv
Vidzemes nodaļa	Vadītāja Sigita Alhimoviča Smiltene, Pils iela 6, LV-4729 Tālr.: 64772301, fakss: 64707013 E-pasts: vidzeme@vmnvd.gov.lv

SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads. Valsts apmaksāta veselības aprūpe 2018. gadā	4
1. Veselības aprūpes budžets	6
1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana	6
1.2. Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas un apakšprogrammas	10
1.3. Ārstniecība	15
2. Medikamentu iegāde un apmaksa	17
2.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā	17
2.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	21
3. Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze	24
3.1. Vispārējie rādītāji	24
3.2. Primārā veselības aprūpe	28
3.2.1. Feldšeru - vecmāšu punktu darbība	32
3.2.2. Profilaktiskās apskates	33
3.2.3. Zobārstniecības aprūpes rādītāji	37
3.2.4. Veselības aprūpe mājās	40
3.3. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	43
4. Stacionāro iestāžu darbība	50
5. Medicīnas pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveicē	52
5.1. Pārrobežu veselības aprūpes iespējas	52
5.2. Latvijā apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi	53
5.3. Citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi	55
6. E-veselības ieviešana	56
7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi un klīniskās vadlīnijas	57
8. Ārstniecības riska fonds	58
9. Regresa prasību piedziņa	59
10. Starptautiskā sadarbība	60
Izmantotie termini	61

Valsts apmaksāta veselības aprūpe 2018. gadā

Nacionālā veselības dienesta informatīvajā pārskatā "Vēstis" Nr. 27 par 2018. 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.

Lai efektīvi īstenotu valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, 2018. gadā Nacionālais veselības dienests turpināja aktīvi sadarboties ar ārstniecības iestādēm, valsts institūcijām, nevalstiskajām organizācijām, kā arī plašsaziņas līdzekļu pārstāvjiem, sniedzot aktuālo informāciju par valsts apmaksātiem pakalpojumiem.

Nemot vērā, ka pārskata periodā stājās spēkā Veselības aprūpes un finansēšanas likums, kas paredzēja mainīt veselības aprūpes finansēšanas sistēmu un ieviest valsts obligāto veselības apdrošināšanu, Nacionālais veselības dienests sadarbībā ar Veselības ministriju ieguldīja darbu, lai veiktu sagatavošanās pasākumus un līdzšinējo Ministru kabineta noteikumu vietā izstrādāja jaunus noteikumus attiecībā uz veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.

No 2018. gada 1. janvāra Latvijā tika uzsākta obligātā E-veselības sistēmas lietošana, nosakot, ka darbnepējas lapu un valsts kompensējamo zāļu receptu aprīte notiek tikai elektroniski. Vienlaikus noteikts, ka uz papīra receptu veidlapas arī turpmāk jāizraksta individuāli kompensējamās zāles, medicīniskās ierīces, valsts kompensējamās M saraksta zāles, kā arī papīra receptu veidlapa jāizmanto vēl citos speciāli noteiktos gadījumos. Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem, sākot no 2018. gada 1. janvāra ārstniecības iestādēm E-veselības sistēmā jāizsniedz arī izraksti – epikrīzes un vizuālās diagnostikas izmeklējumu apraksti.

Pārskata periodā tika uzsākta arī stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju finansēšana atbilstoši katrai iestādei noteiktajam līmenim saskaņā ar Veselības ministrijas izstrādāto ziņojumu "Par veselības aprūpes sistēmas reformu".

Savukārt, lai uzlabotu onkoloģisku slimību diagnostiku un ārstēšanas procesu, 2018. gadā tika organizēta veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlase pozitronu emisijas tomogrāfijas ar datortomogrāfiju (PET/DT) pakalpojuma sniegšanai pie noteiktām diagnozēm.

2018. gadā Nacionālais veselības dienests arī uzsāka darbu pie inovatīva iepirkuma par parenterāli ievadāmo zāļu iegādi onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai 2019. gadam. Tika paredzēts, ka iepirkuma rezultātā ārstniecības iestādes, kas veic onkoloģisko saslimšanu ārstēšanu, zāļu piegādes līgumus ar piegādātājiem slēdz saskaņā ar vispārīgās vienošanās līgumiem (noslēgti starp Dienestu un attiecīgo onkoloģisko zāļu piegādātāju). Tā kā vispārīgās vienošanās līgums paredz fiksētas cenas, tad rezultātā gan lielo, gan mazo ārstniecības iestāžu slēgtajos piegādes līgumos cenas ir vienādas. Tāpat arī kopumā ir panākts būtisks zāļu cenu samazinājums.

Nemot vērā Latvijas iedzīvotāju augstos saslimstības, hospitalizācijas un mirstības no sirds un asinsvadu slimībām rādītājus, 2018. gadā Nacionālais veselības dienests sadarbībā ar Veselības ministriju izstrādāja kārtību, kādā ģimenes ārsta praksē novērtē pacientu sirds un asinsvadu veselības stāvokli un nosaka sirds un asinsvadu saslimšanu risku, pielietojot SCORE metodi. Tāpat tika noteikta arī kārtībā, kādā tiek veikta samaksa par šiem pakalpojumiem.

Savukārt, lai uzlabotu ar retām saslimšanām slimojošo personu veselības aprūpi, pārskata periodā Nacionālais veselības dienests sadarbībā ar Veselības ministriju izstrādāja kārtību, kas nosaka reto slimību jomā nodrošināmo veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, to saņemšanas kārtību un apmaksas nosacījumus. Tāpat šim mērķim ir piešķirts papildu finansējums laboratoriskajiem izmeklējumiem, medikamentiem un organizatoriski metodiskajam darbam.

No 2018. gada tikusi ieviesta centralizēta rinda medicīniskās apaugļošanas veikšanai, kas nozīmē, ka vienotu rindu uztur Nacionālais veselības dienests, savukārt paciente, piesakoties rindā uz pakalpojumu, to var saņemt jebkurā no sešām ārstniecības iestādēm, un pakalpojuma apmaksa tiek veikta atbilstoši principam "nauda seko pacientam". Ja iepriekš rindā uz pakalpojumu bija jāgaida vidēji divarpus gadi, tad līdz ar centralizētās rindas ieviešanu vidējais gaidīšanas laiks ir samazinājies

vidēji līdz 10 mēnešiem. Tāpat tiek nodrošināta centralizēta uzaicinājumu nosūtīšana personām, kurām pienākusi kārta rindā saņemt pakalpojumu.

Ņemot vērā nepieciešamo multidisciplināro pieeju cukura diabēta pacientu veselības aprūpes uzraudzībai, kurā kopā ar ģimenes ārstiem darbojas arī speciālisti – endokrinologi un speciāli apmācītas diabēta aprūpes māsas – no 2018. gada pacientiem ar cukura diabētu no valsts budžeta līdzekļiem paralēli ģimenes ārstu sniegtajai aprūpei tika nodrošināta iespēja saņemt arī apmācību diabēta kabinetā.

Ar mērķi nodrošināt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktību un to pieejamību hronisku slimību pacientiem stacionārā ārstniecības iestādē, 2018. gadā noteikta kārtība, kādā tiek organizēta veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana hroniskiem pacientiem stacionārā. No 2018. gada Nacionālais veselības dienests uzsācis arī darbu pie precīzākas pakalpojumu pašizmaksu uzskaites, kas paredz, ka atsevišķas ārstniecības iestādes Nacionālajam veselības dienestam sniedz informāciju par saviem pakalpojumu sniegšanas izdevumiem līdz individuālu pacientu līmenim.

Tai pat laikā, turpinot darbu pie onkoloģisko slimību diagnostikas uzlabošanas, 2018. gadā ESF līdzfinansētā projekta "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" ietvaros turpināta iepirkuma procedūru par klīnisko vadlīniju identificēšanu un tām atbilstošu klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrādi katrā no prioritārajām veselības jomām, tajā skaitā audzēju primārajā un atkārtotajā vizuālajā diagnostikā. Savukārt, lai nodrošinātu iespēju sekot līdzi ģimenes ārstu praksē sasniegtajiem rezultātiem un veicinātu to uzlabošanu, no 2018. gada ģimenes ārstu darbības novērtēšanu uzsākts veikt ik ceturksni.

Būtiski arī minēt, ka 2018. gadā sadarbībā ar Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministriju Nacionālais veselības dienests organizējis kopīgu starpvalstu iepirkumu par kombinētās vakcīnas (sešas komponentes) un vakcīnas pret rotavīrusa infekciju iegādi 2020.– 2021. gada periodam. Iepirkumā vadošā partnera loma uzticēta Igaunijai. Atbilstoši iepirkuma procedūras rezultātiem 2018. gadā ir noslēgti vispārīgās vienošanās līgumi gan par sešvalentās vakcīnas, gan par vakcīnas pret rotavīrusa infekciju iegādi.

Visbeidzot, lai uzlabotu klientu apkalpošanas kvalitāti Nacionālā veselības dienesta Klientu apkalpošanas centrā, 2018. gadā ticis ieviests klientu apkalpošanas standarts, kā arī veikta regulāra kvalitātes kontrole bezmaksas informatīvā tālruņa 80001234 apkalpošanā un EVAK izsniegšanā, iedzīvotāju iesniegumu izskatīšanā un konsultēšanā klātienē. Lai izvērtētu klientu apkalpošanas centra kvalitāti un izstrādātu klientu apmierinātības uzlabošanas plānu, 2018. gadā ir ticis veikts klientu apmierinātības mērījums.

1. Veselības aprūpes budžets

1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana

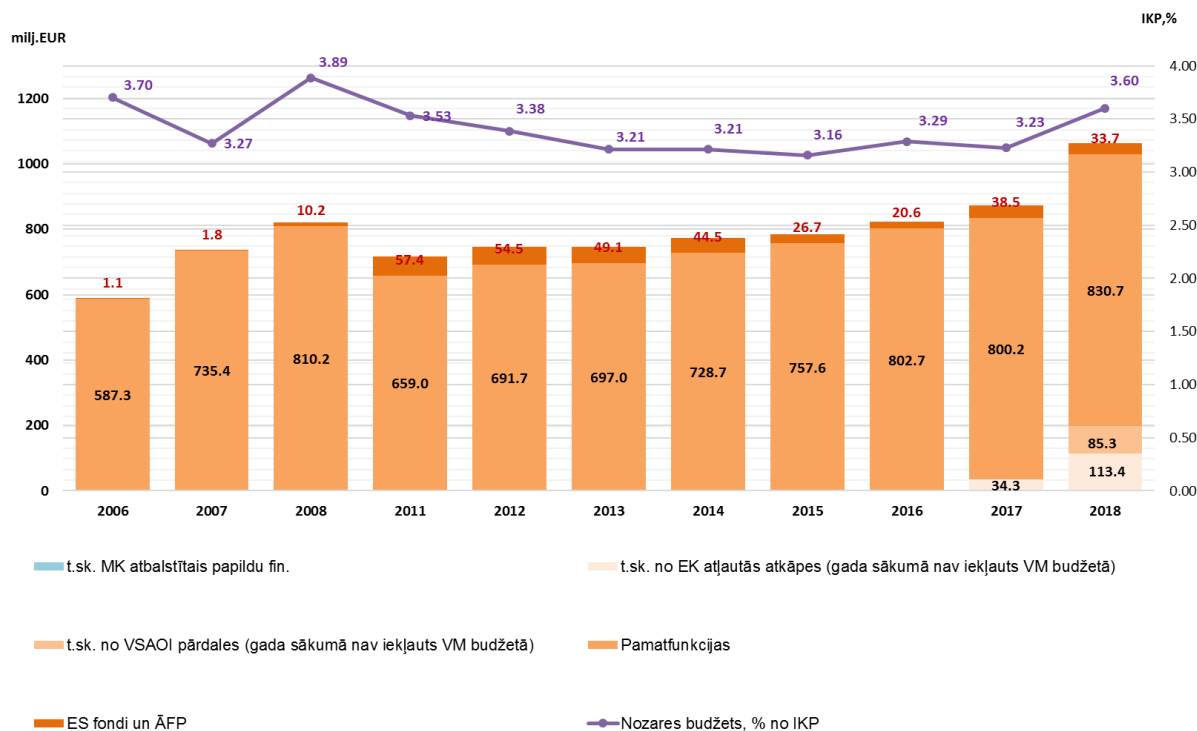
Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests) administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, atbilstoši normatīvajiem aktiem slēdz līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un nodrošina apmaksu par ārstniecības iestāžu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem iedzīvotājiem, kā arī veido, uztur un papildina veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistru un veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmu “Vadības informācijas sistēma” (turpmāk – VIS).

Veselības aprūpei piešķirto budžeta finansējumu atbilstoši likumam par valsts budžetu kārtējam gadam veido:

- ✓ dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem – budžeta līdzekļi, kurus Dienests saņem no centralizētā kārtībā valsts budžeta ieņēmumos iemaksātiem nodokļiem, nodevām un citiem maksājumiem;
- ✓ maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi – līdzekļi, kuri veidojas no iestāžu sniegtajiem maksas pakalpojumiem, ieskaitīti Valsts kasē atvērtajos budžeta iestāžu budžeta kontos un tiek izlietoti izdevumu segšanai;
- ✓ ārvalstu finansiālā palīdzība iestādes ieņēmumos – ieņēmumi no citu Eiropas Savienības (turpmāk – ES) politiku instrumentu līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanas, kas nav ES struktūra.

2018. gadā veselības aprūpes nozarei plānoti 1063.1 miljoni eiro, kas veido 3,6 % no iekšzemes kopprodukta. No šī finansējuma 830.7 miljoni eiro jeb 78% ir atvēlēti veselības aprūpes pamatfunkciju īstenošanai. ES politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto un finansēto projektu un pasākumu īstenošanai atvēlēti 33.7 miljoni eiro. Papildus pamatfunkciju nodrošināšanai ir atvēlēti 198.7 miljoni, t.sk, 113.4 miljoni veselības reformas pasākumu īstenošanai

1. attēls. Veselības aprūpes finansējums



Datu avots: Veselības ministrija.

Katru gadu Veselības ministrija Dienestam administrēšanai deleģē noteiktas budžeta programmas un apakšprogrammas.

1. tabula. Dienesta administrējamo veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļu daļa no kopējā veselības aprūpes budžeta (izpilde)

Rādītāji	2017. gads	2018. gads
Veselības ministrijas veselības aprūpes budžets, milj., EUR	838,8	1036,5
Dienesta administrējamā daļa, milj., EUR	715,4	905,2
No kopējā veselības aprūpes budžeta, %	32,5	87,3
Līdzekļu pieaugums salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem, %	85,3	26,5

Dienestam administrēšanai nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde

Atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam 2018. gadā Dienests administrēja likumā „Par valsts budžetu 2018. gadam” veselības aprūpei piešķirtos līdzekļus 905 196 775 eiro apmērā.

Budžeta finansējuma sadalījums pa apakšprogrammām un izdevumu izpilde ir atspoguļoti 2. tabulā.

2. tabula. Veselības aprūpes budžeta apakšprogrammu izpilde (naudas plūsma)

Apakš-programmu kodi	Apakšprogrammas nosaukums	Plānotais finansējums 2018. gadam	Līdzekļu izlietojums no gada sākuma	Novirze, EUR
Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas, kopā:		909 766 030	905 196 775	4 569 255
33.00.00	Veselības aprūpes nodrošināšana	891 143 975	888 694 580	2 449 395
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana	172 808 777	172 808 777	0
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	12 000 316	12 000 316	0
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	119 521	119 521	0
33.09.00	Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	196 692	196 692	0
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	2 063 766	2 063 766	0
33.14.00	Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana	107 856 734	107 390 707	466 027 ¹
33.15.00	Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	29 294 900	28 992 395	302 505 ²
33.16.00	Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	194 969 904	194 197 583	772 321 ³
33.17.00	Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs	224 300 914	224 208 865	92 049 ⁴
33.18.00	Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	136 485 208	135 689 332	795 876 ⁵
33.19.00	Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem	11 047 243	11 026 626	20 617 ⁶
45.00.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	9 961 457	8 052 357	1 909 100
45.01.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	8 106 365	7 436 597	669 768 ⁷
45.02.00	Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	1 855 092	615 760	1 239 332 ⁸
62.08.00	Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu veselības jomā īstenošana (2014-2020)	47 920	22 076	25 844 ⁹
63.07.00	Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana	571 264	567 240	4 024
67.06.00	Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana	2 500	2 500	0
70.00.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana	293 159	115 144	178 015 ¹⁰
70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana	28 134	16 665	11 469
70.09.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē	265 025	98 479	166 546
99.00.00	Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums	7 745 755	7 742 878	2 877

1) Izdevumu neizpilde izveidojās no gala norēķiniem par decembri primārās veselības aprūpes pakalpojumu un zobārstniecības un mājas aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Liela daļa pakalpojumu sniedzēju bija pašnodarbinātas personas un nebija nepieciešama daļēja priekšapmaksa par decembri 2018. gadā.

- 2) Izdevumu neizpildi ietekmēja jauna pasākuma "Sirds/asisnvadu programma" ietvaros piešķirtais un daļēju apgūtais finansējums, kas tika piešķirts 2018. gada beigās, lai nodrošinātu laboratorijas izveidi pirmā posma primārās veselības aprūpes praksē un otrā posma turpmākos izmeklējumus.
- 3) Izdevumu neizpildi veido norēķinu daļa par decembri.
- 4) Izdevumi neizpildi veido gala norēķini par decembrī sniegtajiem neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem stacionārās ārstniecības iestādēs, kurus apmaksā pēc izpildes.
- 5) Izdevumi neizpildi veido gala norēķini par decembrī sniegtajiem plānveida pakalpojumiem stacionārās ārstniecības iestādēs, kurus apmaksā pēc izpildes.
- 6) Izdevumu neizpildi ietekmē Krievijas Federācijas militāro pensionāru skaita samazināšanās.
- 7) Izdevumu neizpildi ietekmēja VIS izmaiņu pieprasījumu un informācijas sistēmas ieviešanas atbalsta pakalpojumu nobīde no sākotnējā plāna. E-veselības sistēmas uzlabošanas darbu atbalsta pasākumi 2018. gadā bija veikti mazākā apjomā nekā sākotnēji plānots. Plānotie līdzekļi informatīvai kampaņai par obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešanu nebija izlietoti, jo kampaņa 2018. gadā nebija nepieciešama.
- 8) Atlīdzības maksājumus par pacientiem nodarīto kartējumu izmaksā pēc lēmuma pieņemšanas.
- 9) Saskaņotu izmaiņu dēļ projekta mērķos un pasākumos atsevišķas projektu aktivitātes pārceltas uz nākamo gadu.
- 10) Saskaņotu izmaiņu dēļ projekta mērķos un pasākumos atsevišķas projektu aktivitātes pārceltas uz nākamo gadu.

1.2. Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas un apakšprogrammas

Programma: 33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogramma 33.03.00 "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana"

Apakšprogrammas ietvaros pacientiem tiek nodrošināta iespēja 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":

- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā, tajā skaitā 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" 61.2 4. 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.

Apakšprogramma 33.04.00 "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde"

Apakšprogramma nodrošina Noteikumu Nr.555 8. pielikumā noteikto medikamentu centralizētu iepirkumu, iegādājoties peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļus, fenilketonūrijas un citu iedzimto vielmaiņas slimību korekcijas produktus, vakcīnas, redzes korekcijas līdzekļus bērniem, kā arī imūnserumus un specifiskos imunglobulīnus, mākslīgus maisījumus un mākslīgus papildu ēdināšanas maisījumus zīdaiņiem, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm. Dienests darbojas kā šo iepirkumu pasūtītājs un maksātājs.

Apakšprogramma 33.08.00 "Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana"

Apakšprogramma nodrošina iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošanu (fenotipisko datu un audu 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.

Apakšprogramma 33.09.00 "Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"

Apakšprogramma nodrošina VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 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.

Apakšprogramma 33.12.00 "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem"

Apakšprogramma nodrošina specifisko medikamentozo ārstēšanu personām ar retām slimībām atbilstoši 29.05.18. MK noteikumu Nr. 311 "Noteikumi par veselības aprūpes pakalpojumiem reto slimību jomā" noteiktajam, kā arī reto slimību metodisko vadību no 2018. gada marta. Līdz 2018. gada septembrim apakšprogrammas ietvaros tika nodrošināti ārstnieciska uztura preparāti (*Neocate*, *Neocate advance*) pacientiem ar smagu olbaltumvielu nepanesamību un izteiktu malabsorcijas sindromu, savukārt no minētā datuma šo pakalpojumu nodrošina apakšprogrammas 33.16.00 "Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana" ietvaros. Reto slimību medikamentozo ārstēšanu un metodisko vadību veic VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca".

Apakšprogramma 33.14.00 "Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogrammas ietvaros pacientiem tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksātos primārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši Noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā ģimenes ārstu sniegtie pakalpojumi, zobārstniecības pakalpojumi bērniem līdz 18 gadu vecumam un Černobiļas AES avārijas rezultātā radiācijas ietekmei pakļautajām personām, veselības aprūpes pakalpojumi mājās pacientiem ar hronisku saslimšanu un pacientiem ar pārvietošanās traucējumiem, un citi primārās aprūpes pakalpojumi.

Apakšprogramma 33.15.00 "Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē"

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksājami ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi un histoloģiskie izmeklējumi atbilstoši Noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

Apakšprogramma 33.16.00 "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 un profilaktiskie izmeklējumi atbilstoši Noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

Apakšprogramma 33.17.00 "Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs"

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksātie neatliekamās palīdzības pakalpojumi stacionārajās ārstniecības iestādēs atbilstoši Noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā slimnīcu uzņemšanas nodaļu darbība, dzemdību palīdzība u.c.

Apakšprogramma 33.18.00 "Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana"

Apakšprogrammas ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksātie plānveida veselības aprūpes pakalpojumi stacionārajās ārstniecības iestādēs atbilstoši Noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā endoprotezēšana, rehabilitācija, plānveida ķirurģiskie pakalpojumi u.c.

Apakšprogramma 33.19.00 "Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem"

Apakšprogramma nodrošina:

- ✓ norēķinus ar ES un Eiropas Ekonomiskās zonas (turpmāk EEZ) dalībvalstīm par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ izdevumu atlīdzināšanu fiziskajām personām, kuras veikušas samaksu par saņemtajiem pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumiem no personīgajiem līdzekļiem. Izdevumu atlīdzināšana pamatojas gan uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Dalībvalstī, kur veselības aprūpes tika saņemta, gan uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem (saskaņā ar Latvijas tiesību aktiem, ar kuriem pārņemto Direktīva par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē);
- ✓ norēķinus ar ārstniecības iestādēm par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ Dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājumā sistēmās ietvaros apdrošinātajām

personām ar EVAK un par to prasību izpildi, kuras noteiktos veselības aprūpes jomu regulējošas starptautiskajos līgumos;

- ✓ 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.

Programma: 45.00.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana"

Apakšprogramma 45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana"

Līdzekļi apakšprogrammas ietvaros ir paredzēti Dienesta funkciju īstenošanai un administratīvā darba nodrošināšanai. Dienesta veiktās aktivitātes apakšprogrammas ietvaros:

- ✓ 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 atlasīšanu;
- ✓ 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 – vadības sistēma), 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.

Būtiska daļa no Dienesta izdevumiem – 2 889 213 euro jeb 39% veido:

Pamatfunkcijas:

- ✓ Veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas (VIS) un vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas uzturēšana un darbības nodrošināšana;
- ✓ informācijas sistēmu licenču iegāde un noma;
- ✓ vienotās veselības nozares elektroniskas informācijas sistēmas drošības un veiktspējas audita veikšana;
- ✓ vēža skrīninga uzaicinājuma vēstuļu sagatavošana un nosūtīšana iedzīvotājiem;
- ✓ Eiropas veselības apdrošināšanas karšu (EVAK) izgatavošana un izsniegšanas nodrošināšana;
- ✓ zvanu centra uzturēšana, bezmaksas informatīvā tālruņa un kontaktpunkta tālruņa darbības nodrošināšana;
- ✓ medikamentu recepšu veidlapu izgatavošana;
- ✓ gada maksājumi dalībai profesionālās asociācijās;
- ✓ ārstniecības iestāžu reģistru uzturēšanai un organizatoriski metodiskā darba nodrošināšanai, t. sk.:
 - valsts arodslimību un Černobiļas AES avārijas rezultātā radiācijas ietekmei pakļauto personu reģistru uzturēšana un organizatoriski metodiskā darba nodrošināšana;
 - “Balttransplant” – operatīvā medicīniskā dienesta uzturēšana un organizatoriski metodiskā darba nodrošināšana.

Apakšprogramma 45.02.00 “Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana”

Apakšprogrammas līdzekļus veido ārstniecības iestāžu veiktie riska maksājumi, lai nodrošinātu pacientu prasījumus par viņu dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par morālo kaitējumu. Pacientam vai viņu pārstāvjiem ir nodrošinātas tiesības vērsties ar iesniegumu Dienestā un pieprasīt atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī morālo kaitējumu, kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas ārstniecības laikā pēc 2013. gada 25. oktobra. 2018. gadā ieņēmumi no ārstniecības iestāžu veiktajiem riska maksājumiem ir 1 418,5 tūkstoši eiro.

Programma: 63.07.00 “Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana”

Programma nodrošina Dienesta ESF projekta “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” aktivitātes.

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.

Pārskata periodā, iesaistot projekta sadarbības partnerus – Veselības ministriju, Slimību profilakses un kontroles centru, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu un Veselības inspekciju, tika turpināta kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana.

2018. gada jūnijā tika organizēta starptautiska konference “Uzlabojot pacientu drošību un pakalpojumu kvalitāti Latvijā”, kurā uzstājās lektori no ārvalstīm un Latvijas. Konferenci apmeklēja 428 klausītāji – nozares profesionāļi, ārstniecības iestāžu vadītāji, politikas veidotāji, sabiedrisko organizāciju pārstāvji, u.c.

Tika noslēgts līgums par pētījuma veikšanu par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti. Pētījuma mērķis ir veicināt uz pierādījumiem balstītas veselības politikas

veidošanu. Pēc pētījuma zinātniski izstrādātas metodoloģijas izstrādes, klātienē intervijās tika aptaujāti vairāk nekā 3000 Latvijas iedzīvotāju vecumā no 18 līdz 74 gadiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā bija saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Pētījuma gala ziņojums tiks izstrādāts 2019. gada sākumā un būs publiski pieejams.

Noslēgtā līguma "Apmācību programmu izstrāde un apmācību organizēšana pacientu drošības un kvalitātes vadības jomā" ietvaros apmācības beiguši 2080 ārstniecības un valsts pārvaldes iestāžu darbinieki.

Vairāk nekā 40 valsts pārvaldes iestāžu darbinieki piedalījās trīs dienu mācībās par pacientu drošību un kvalitātes vadību. Mācību ietvaros tika pārrunātas dažādas ar pacientu drošību saistītas tēmas, analizēti kļūdu un negadījumu rašanās iemesli un vērtēta Ārstniecības riska fonda loma.

Savukārt ārstniecības iestāžu darbinieki piedalījās 32 stundu mācībās par komandas lomu pacienta drošības un ārstniecības procesa kvalitātes nodrošināšanā.

Izstrādātais mācību materiāls "Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana (LV)" pieejams Nacionālā veselības dienesta mājaslapas sadaļā "ESF projekts" – ["Ziņojumi"](#).

Noslēgtā līguma "Eksperta pakalpojumi veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā" par eksperta pakalpojumiem veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības trīs jomās:

- ✓ Ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā
- ✓ Pacientu sūdzību analīzes jomā
- ✓ Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanā

Pakalpojuma sniedzējs bija Nīderlandē reģistrēta starptautiska ekspertu grupa "Stichting Eurinspect" (turpmāk – eksperti), kas ir arī EPSO (European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care) biedri.

Ekspertu darba uzdevums bija analizēt Eiropas Savienības un Latvijas Republikas likumdošanas ietvaru konkrētajās jomās, pētīt pastāvošo praksi, sniegt priekšlikumus procesa pilnveidošanai, kā arī aprakstīt citu valstu labās prakses piemērus.

Lai gūtu vispusīgu priekšstatu par ārstniecības iestāžu uzraudzību, pacientu sūdzību analīzi un Ārstniecības riska fonda darbību, eksperti viesojās Latvijā, lai klātienē tiktos ar Veselības ministrijas, Veselības inspekcijas, Nacionālā veselības dienesta, ārstniecības iestāžu, nozares profesionālo apvienību, pacientu apvienību, Tiesībsarga biroja pārstāvjiem, procesu pētniekiem un nozarē iesaistītiem juristiem.

Eksperti izstrādāja gala ziņojumu "**Ekspertu ziņojums – Latvijas Republikas Veselības inspekcija (LV)**", kas pieejams Nacionālā veselības dienesta mājaslapas sadaļā "ESF projekts" – ["Ziņojumi"](#).

Ar Latvijas Ārstu biedrību un Rīgas Stradiņa universitāti tika noslēgti kopā pieci līgumi par klīnisko vadlīniju identificēšanu, klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrādi prioritārajās veselības jomās – bērnu (sākot no neonatālā perioda) aprūpe, perinatālā perioda aprūpe, sirds un asinsvadu slimības, garīgās (psihiskās) veselības aprūpē, onkoloģiskās slimības. Plānots, ka klīniskie algoritmi, klīniskie ceļi un kvalitātes indikatori tiks izstrādāti līdz 2020. gadam.

Programma: 67.06.00 "Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana"

Apakšprogrammas ietvaros tiek īstenota Nacionālā veselības dienesta dalība apsekojumā par pirktspējas paritātēm slimnīcās saskaņā ar Granta līgumu Nr.04152.2014.001-2014.197, kas noslēgts ar Centrālo statistikas pārvaldi. Saskaņā ar Eurostat/OECD vadlīnijām Eiropas salīdzinājumu programmas slimnīcu apsekojuma ietvaros Dienests sagatavoja anketu, uzrādot cenas/ izmaksas par slimnīcu pakalpojumiem 2017. gadā.

Programma: 70.00.00 "Citu ES politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana"

Apakšprogramma: 70.07.00 "Eiropas Kopienu projektu īstenošana"

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

Apakšprogrammas ietvaros tiek īstenoti:

- ✓ EK trešās Savienības rīcības programmas veselības jomā (2014.-2020. gadam) projekts "Trešā Vienota rīcība Eiropas veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas tīkls (EUnetHTA JA3)". Projekta ietvaros notiek labās pieredzes un zināšanu apmaiņa veselības tehnoloģiju novērtēšanas jomā, nodrošinot veselības tehnoloģiju, tajā skaitā zāļu relatīvās efektivitātes darba tālāku attīstību.

- ✓ EK trešās Savienības rīcības programmas veselības jomā (2014.-2020. gadam) projekts "Vienotā rīcība E-veselības tīkla atbalstam (JAseHN)".

Apakšprogramma 70.09.00: "Citu ES 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 ietvaros tiek īstenots projekts "LatEESI" (*Electronic Exchange of Social Security Information*) (turpmāk – projekts).

Latvijai kā vienai no Dalībvalstīm projekta ietvaros izstrādās sistēmu, kura 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.

Programma: 99.00.00 "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem"

No budžeta līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem saskaņā ar MK rīkojumiem piešķirti **7 745 755** euro:

- ✓ 18.4 tūkst. euro, lai segtu izdevumus saistībā ar patvēruma meklētāju ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs.
- ✓ 1 573.2 tūkst. euro, lai segtu izdevumus, kas saistīti ar veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzes izveidi.
- ✓ 17.7 tūkst. euro, lai nodrošinātu izdevumu segšanu saistībā ar militārajā konfliktā Ukrainā cietušo personu rehabilitāciju VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" un transporta izdevumus Latvijā.
- ✓ 12.1 tūkst. euro, lai VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" segtu izdevumus, kas saistīti ar Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu vienotās datubāzes modernizāciju un datu migrācijas failu sagatavošanu.
- ✓ 6 124.3 tūkst. euro, lai nodrošinātu samaksu par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši Eiropas savienības sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši ES dalībvalstu, Eiropas ekonomiskās zonas un Šveices Konfederācijas kompetento institūciju iesniegtajiem rēķiniem.

1.3. Ārstniecība

2018. gadā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai pieejamie resursi un plānotais finansējums sadalījumā pa veselības aprūpes veidiem ir norādīts tabulā 3. tabulā. Sākot ar 2017. gadu likumā par valsts budžetu ir veiktas strukturālas izmaiņas, budžeta apakšprogrammas "Ārstniecība" vietā izveidojot vairākās jaunas budžeta apakšprogrammas.

3. tabula. Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa 2018. gadā

Pakalpojumu veidi	Rēķinu summa, EUR
Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai kopā	710 446 605
1. Ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi	335 237 855
1.1. Primārā veselības aprūpe	108 945 946
1.2. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	197 064 149
1.3. Ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi	29 227 760
2. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi	360 981 981
1.4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārajās ārstniecības iestādēs	226 041 209

1.5. Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	134 940 772
3. Norēķini ar ES, EEZ dalībvalstīm un Šveices Konfederāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām un par prasību izpildi, kas noteiktas veselības aprūpi regulējošos starpvalstu līgumos (naudas plūsma)	14 226 769

Saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta, iedzīvotājs veic pacienta līdzmaksājumu. Pacienta līdzmaksājuma apmērs ir noteikts MK noteikumos Nr. 555, kur ir minētas arī iedzīvotāju kategorijas, kuras ir atbrīvotas no pacienta līdzmaksājuma veikšanas. Pacienta līdzmaksājumu par šiem pacientiem kompensē no valsts budžeta.

4. tabula. Ārstniecības iestāžu saņemtā pacientu līdzmaksājuma dinamika (pēc VIS datiem), EUR

Pacienta līdzmaksājums	2017. gads	2018. gads
Aprēķinātais pacienta līdzmaksājums (iekasē ārstniecības iestāde)	36 484 667	37 487 809
Valsts kompensētais pacienta līdzmaksājums no valsts budžeta līdzekļiem par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros	29 621 182	27 737 627
Pacienta līdzmaksājums – kopā:	66 105 849	65 225 436

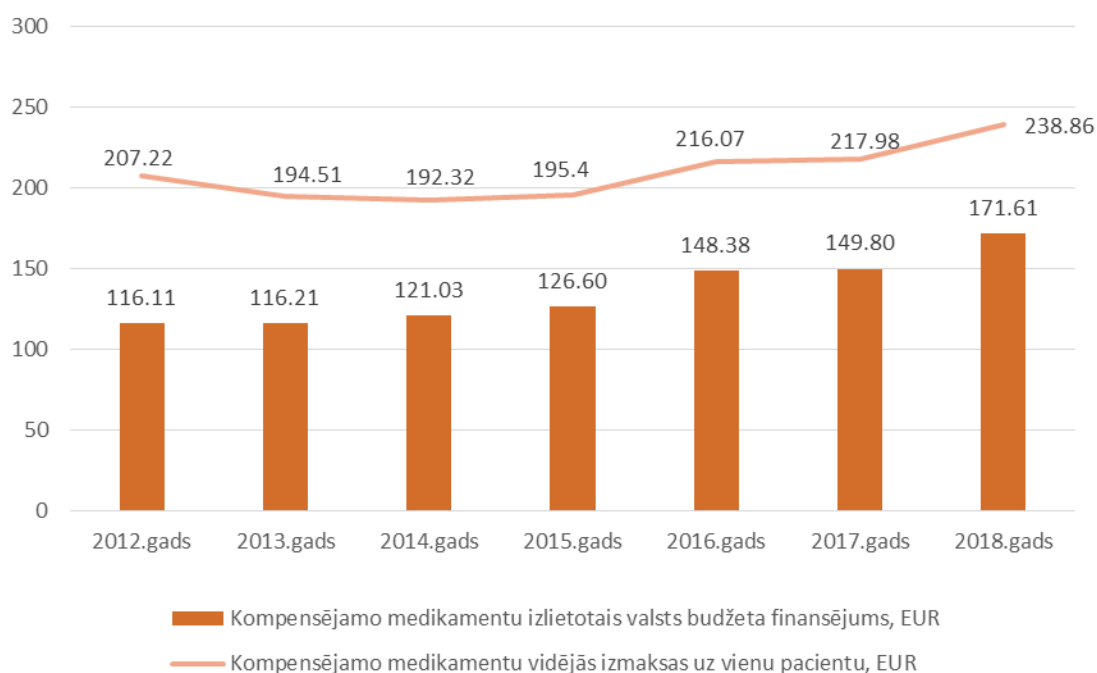
2. Medikamentu iegāde un apmaksa

2.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā

Saskaņā ar 2006. gada 31. oktobra MK noteikumiem Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība", no valsts budžeta līdzekļiem tiek nodrošināta ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču izdevumu kompensācija atbilstoši pacienta slimības diagnozei.

Zāļu un medicīnisko ierīču izdevumu kompensācija tiek nodrošināta, izmantojot apakšprogrammas 33.03.00 "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana" līdzekļus.

2. attēls. Kompensējamo medikamentu vidējās izmaksas uz vienu pacientu un izlietotais valsts budžeta finansējums, EUR



5. tabula. Faktiskie izdevumi un izrakstītais recepšu skaits atkarībā no kompensācijas apmēra (bez zāļu kompensācijas izdevumiem pacientiem individuālā kārtībā)

Kompensācijas apmērs	2017. gads			2018. gads		
	Atprečotais recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi, EUR	Vidējā vienas receptes cena, EUR	Atprečotais recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi, EUR	Vidējā vienas receptes cena, EUR
100%	1 666 208	114 372 494	68.64	1 742 513	136 115 069	78.11
75%	4 029 550	27 556 998	6.84	4 207 987	28 115 629	6.68
50%	797 139	7 497 947	9.41	841 032	7 004 020	8.33
		149 427 439			171 234 718	
50%	74 992	404 833	5.4	64 179	355 414	5.54
25%	0	0	0	5 201	21 962	4.22
Kopā:	6 567 889	149 832 272	22,81	6 860 912	171 590 132	25.01

6. tabula. Vispārējā kārtībā kompensējamām zālēm, M saraksta zālēm un medicīniskajām ierīcēm izlietotie finansiālie līdzekļi

Gads	Unikālo pacientu skaits	Finanšu līdzekļu izlietojums, EUR	Zāļu izmaksas uz vienu pacientu 2017./ 2018. gadā, EUR
2017. gads	708 067	149 832 272	211.61
	t. sk.:		
	kompensējamās zāles 685 105	149 427 437	218.11
	M saraksta zāles 36 653	404 833	11.05
2018. gads	718 452	171 612 094	238.86
	t. sk.:		
	kompensējamās zāles 697 158	171 234 718	245.62
	M saraksta zāles 33 853	377 375	11.15

2018. gadā kompensējamās zāles apmaksātas kopā 718 452 pacientiem – par 1,5 % vairāk nekā 2017. gadā (2017. gadā – 708 067 pacientiem). 33 853 pacienti saņēmuši zāles no M saraksta. Vidējās kompensējamo zāļu izmaksas vienam pacientam 2018. gadā bija 238,86 eiro (neiekļaujot apmaksātos valsts budžeta līdzekļus pacientiem individuālajā kārtībā).

Zāļu individuālā kompensācija

Zāļu kompensācijai individuāliem pacientiem Dienests plāno līdzekļus līdz 2 % no budžeta apakšprogrammā “Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana” paredzētajiem līdzekļiem. Dienests izskata saņemtos iesniegumus zāļu individuālajai kompensācijai, izvērtē iesniegto dokumentu atbilstību MK noteikumiem Nr. 899, pieprasa nepieciešamo informāciju no ārstniecības iestādēm, sagatavo lēmumus par zāļu iegādes izdevumu kompensāciju vai kompensācijas atteikumu un slēdz līgumus starp Dienestu un aptiekām par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensāciju individuālajiem pacientiem.

2018. gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijai kopumā saņemti 759 pacientu iesniegumi. Dienests 2018. gadā izskatīja 657 pacientu iesniegumus par zāļu individuālo kompensāciju (tajā skaitā 2017. gada decembrī saņemtos iesniegumus). Saistībā ar saņemtajiem iesniegumiem:

- ✓ 645 iesniegumi atzīti par atbilstošiem individuālajai kompensācijai:
 - sagatavoti 577 lēmumi par zāļu kompensācijas piešķiršanu;
 - sagatavoti 68 lēmumi par kompensācijas atteikumu;
- ✓ 12 iesniegumi atzīti par individuālajai kompensācijai neatbilstošiem.

Savukārt par 62 iesniegumiem, kas saņemti 2018. gada decembrī – lēmumi tika pieņemti 2019. gadā.

C saraksta zāļu kompensācija

C saraksta zāļu kompensācija tiek veikta, pamatojoties uz Dienesta lēmumiem par zāļu iekļaušanu C sarakstā, noteikto pacientu skaitu, līgumu ar iesniedzēju vai medicīnisko preču reģistrācijas apliecības turētāju par izdevumu segšanu no iesniedzēja līdzekļiem noteiktam pacientu skaitam vai katram pacientam noteiktajā apmērā, un ārstu konsilija lēmumiem.

Saskaņā ar Dienesta lēmumiem 2018. gadā no valsts budžeta līdzekļiem tika plānots nodrošināt C saraksta zāļu iegādes izdevumu kompensāciju zemāk uzskaitītajām zālēm.

Ievērojot kompensācijas limitu finanšu līdzekļu izteiksmē:

- ✓ Herceptin/Perjeta;
- ✓ Mabthera (onkoloģija);

- ✓ Mozobil;
- ✓ Gazyvaro;
- ✓ Caelyx;
- ✓ Imbruvica;
- ✓ Zelboraf;
- ✓ Lynparza;
- ✓ Vectibix – no 01.11.2018 kompensējamo zāļu B sarakstā;
- ✓ Stelara (K50, K51, L40.0).

Ievērojot kompensācijas limitu pacientu skaita izteiksmē:

- ✓ Tasigna, Sprycel un Bosulif – 72 pacientiem;
- ✓ Feiba – 3 pacientiem;
- ✓ NovoSeven – 3 pacientiem;
- ✓ Celsentri – 1 pacientam;
- ✓ Intelence – 2 pacientiem;
- ✓ Mabthera (artrīti) – 19 pacientiem; no 25.10.2018 – kompensē ievērojot kompensācijas limitu finanšu līdzekļu izteiksmē; no 01.12.2018 – kompensējamo zāļu B sarakstā;
- ✓ Erbitux – 37 pacientiem (no 30.09.2018 – kompensējamo zāļu B sarakstā);
- ✓ Orencia, RoActemra, Simponi, Kineret, Stelara, Cosentyx, Xeljanz (ar diagnozi Seropozitīvs reimatoīdais artrīts (M05.0-M05.3, M05.8), Cita veida reimatoīdais artrīts (M06.0-M06.4, M06.8), Psoriātiskas artropātijas (M07.0 - M07.3) un Ankilozējošais spondilīts (M45) – 192 pacientiem;
- ✓ Orencia un RoActemra (ar diagnozi Juvenīlais artrīts (M08.0-M08.4, N08.8, M08.9)) – 59 pacientiem;
- ✓ Zepatier, Eplusa – 3000 pacientiem;
- ✓ Exviera/Viekirax (pacientiem ar nieru funkciju traucējumiem) – pacientu skaita sadalījuma shēma.

Faktiskais līdzekļu izlietojums kompensējamo zāļu C saraksta zāļu apmaksai 2018.gadā bija 31 436 015,89 eiro. Pacientu skaits, kuri saņēmuši C saraksta zāļu kompensāciju no valsts budžeta līdzekļiem 2018. gadā – ir 2 224 pacienti. Ārstēšanas procesa sākumā pacientiem zāļu iegādes kompensācija tiek nodrošināta no iesniedzēja¹ līdzekļiem.

Izrakstītās receptes

2018. gadā vispārējā kārtībā atprečotas 6 791 532 receptes, savukārt 2017. gadā tika atprečotas 6 492 897 receptes. No kopējā skaita 69 380 receptes atprečotas bērniem līdz divu gadu vecumam, kā arī grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā.

Vienas receptes vidējā cena ir bijusi 25.21 eiro. Savukārt vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā, ir bijusi 5,44 eiro. Zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensēto cenas daļu 16 790 837,09 eiro apmērā.

Vislielākais atprečoto recepšu skaits ir:

- ✓ pacientiem ar asinsrites sistēmas slimībām – 3 801 621 receptes;
- ✓ pacientiem ar endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimībām – 1 033 772 receptes;
- ✓ pacientiem ar elpošanas sistēmas slimībām – 412 035 receptes;
- ✓ pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem – 349 139 receptes.

Šo recepšu skaits ir 82,40 % no visa atprečoto recepšu skaita.

Savukārt vislielākais līdzekļu apjoms par kompensējamām zālēm 2018. gadā ir izlietots par:

- ✓ infekciju un parazitāro slimību ārstēšanu – 33 761 418.46 eiro;
- ✓ audzēju ārstēšanu – 29 761 397.00 eiro;
- ✓ endokrīno, uztura un vielmaiņas slimību ārstēšanu – 27 853 989.63 eiro;

¹ Iesniedzējs – zāļu vai medicīnisko ierīču registrācijas apliecības turētājs (īpašnieks) vai viņa pilnvarots pārstāvis vai zāļu vai medicīnisko ierīču vairumtirgotājs vai viņa pilnvarots pārstāvis, kas iesniedz Dienestā rakstisku iesniegumu, lai zāles vai medicīniskās ierīces iekļautu kompensējamo zāļu sarakstā.

- ✓ asinsrites sistēmas slimību ārstēšanu – 22 914 415.99 eiro.

Salīdzinot ar 2017. gadu, 2018. gadā vienas receptes cena palielinājās par 9.56%. Faktiskās izmaksas ir palielinājušās par 14.59 %.

Vairākās diagnožu grupās un diagnozēs vidējā vienas receptes cena un izrakstīto recepšu skaits atšķiras no 2017. gada datiem:

- ✓ vislielākais faktiskais izmaksu pieaugums 99 % apmērā ir diagnožu grupā “Ādas un zemādas audu slimības” un 68% pieaugums diagnožu grupā “Gremošanas sistēmas slimības”;
- ✓ lielākais vidējās vienas receptes cenas palielinājums ir diagnožu grupā “Ādas un zemādas audu slimības umi”. Tā palielinājusies par 77 %;
- ✓ vislielākais faktiskais izdevumu samazinājums ir diagnožu grupās “Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējas iedarbes sekas” – 14.42 % apmērā. Vidējā vienas receptes cena ir samazinājusies par 13.68 % diagnožu grupā “Elpošanas sistēmas slimības”. Atprečoto recepšu skaita vislielākais samazinājums ir vērojams diagnožu grupā “Audzēji” – 3.2 %.

7. tabula. Līdzekļu izlietojums ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai

Rādītāji	Naudas plūsma, EUR	Faktiskie izdevumi, EUR
Ieņēmumi - kopā, t. sk.	176 264 179,32	X
No programmas "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana"	155 254 440,00	
No programmas "Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem" (KF)	966 653,18	
Citi pašu ieņēmumi, transferti un līdzekļi pēc apropriācijas pārdales	20 043 086,14	
Izdevumi – kopā, t. sk.	173 775 430,18	175 206 991,77
Zāļu iegādes izdevumu kompensācija, t. sk.	156 114 188,21	171 620 730,68
<i>Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārējā kārtībā</i>	<i>156 114 182,37</i>	<i>171 620 724,84</i>
<i>Atgriezti līdzekļi fiziskām personām</i>	<i>5,84</i>	<i>5,84</i>
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	3 288 418,02	3 573 416,48
Atbalsta maksājums individuālām aptiekām	9 482,05	12 844,61
Saistību izpildei par 2017. gadu	14 363 341,90	X
Līdzekļu atlikums uz 01.01.2019.	2 488 749,14	X

2018. gadā tika piešķirts papildus finansējums no līdzekļiem veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanai 32 750 038 EUR, tajā skaitā:

- ✓ Medikamentu pieejamība onkoloģiskiem pacientiem 12 709 164 EUR
- ✓ C vīrushepatīta terapijas nodrošināšanai 11 174 882 EUR
- ✓ HIV/AIDS medikamentozā ārstēšana 4 203 000 EUR
- ✓ Kompensējamo medikamentu nodrošināšana sirds un asinsvadu saslimšanām 3 376 873 EUR
- ✓ Bioloģiskās terapijas nodrošināšana Krona slimībai, čūlainajam kolītam un psoriāzei 1 208 748 EUR
- ✓ Aknu transplantācijai nepieciešamie medikamenti 77 371 EUR

2.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

2018. gadā atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 32. pielikumam Dienests centralizēti iepirka un budžeta apakšprogrammas "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde" ietvaros apmaksāja šādu ārstniecības līdzekļu piegādi:

- ✓ vakcīnas un šļirces;
- ✓ standarta tuberkulīns;
- ✓ fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti;
- ✓ peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi (šķīdumi un piederumi);
- ✓ redzes korekcijas līdzekļi bērniem, kuru apmaksa pieļaujama saskaņā ar Noteikumu Nr. 1529 11.11. apakšpunktu;
- ✓ imūnbioloģiskie preparāti;
- ✓ mākslīgie maisījumi zīdaiņiem un mākslīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm.

8. tabula. Centralizēti iepirkto medikamentu piegādes līgumu izpilde

Ārstniecības līdzekļi	Izpilde, EUR	
	2017. gads	2018. gads
Vakcīnas un šļirces	8 422 990,44	7 821 755.86
Standarta tuberkulīns	34 191,75	40 311.04
Peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi	2 414 887,53	2 547 504.95
Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti	847 290,44	788 283.84
Redzes korekcijas līdzekļi bērniem	72 717,62	52 209.25
Imūnbioloģiskie preparāti	188 601,28	131 402.88
Mākslīgie maisījumi zīdaiņiem un mākslīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm.	17 862,08	15 419.06
Kopā:	11 998 541,14	11 396 886.88

Tāpat kā iepriekšējos gados, arī 2018. gadā vakcīnu pasūtījumus veica ārstniecības iestādes, saskaņojot tos ar Slimību profilakses un kontroles centru, savukārt Dienests veica norēķinus par piegādātajām vakcīnām un standarta tuberkulīnu.

9. tabula. Vakcīnu piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	EUR
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem līdz 11 gadiem	12 824	187 148.33
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 12 līdz 15 gadiem	4 072	63 940.17
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 16 līdz 17 gadiem	2 309	36 282.70
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu, poliomielītu, b tipa Haemophilus influenzae infekciju un B hepatītu (DTaP – IPV – Hib- HB)	78 034	2 439 271.61
Vakcīna pret cilvēka papillomas vīrusu (CPV)	10 145	232 935.30
Vakcīna pret difteriju, stinguma krampjiem un poliomielītu (Td - IPV)	17 816	289 331.84
Vakcīna pret pneimokoku infekciju bērniem līdz 2 gadu vecumam (PCV)	62 387	1 677 014.37
Vakcīna pret B hepatītu bērniem līdz 15 gadu vecumam (HB)	735	5 350.80
Vakcīna pret B hepatītu hemodialīžu slimniekiem (HB)	621	18 083.52
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem un bezšūnu garo klepu un poliomielītu (DTaP - IPV)	19 705	485 531.20
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, bezšūnu garo klepu, poliomielītu un b tipa Haemophilus influenzae (DTaP - IPV - Hib)	230	6 697.60
Vakcīna pret rotavīrusa infekciju (RV)	19 000	499 566.96
Vakcīna pret tuberkulozi jaundzimušajiem (BCG)	45 830	41 576.98

Vakcīna pret masalām, masaliņām un epidēmisko parotītu (MPR)	34 906	236 914.00
Vakcīna pret vējbakām (Varicella)	18 968	459 489.73
Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (dT adult)	110 832	945 510.83
Vakcīna pret trakumsērgu	11 282	195 855.52
Šļirces BCG un PPD ievadīšanai	14 000	1 254.40
Kopā:		7 821 755.86

Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu nepieciešamo apjomu pacientiem plāno un to lietošanu nosaka VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", Dienests veic norēķinus par pacientiem piegādātajiem preparātiem. 2018. gadā fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinētu slimību korekcijas preparātus lietoja 92 pacienti.

10. tabula. Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu piegādes līgumu izpilde

Ārstnieciskā līdzekļa nosaukums	Piegādātais daudzums (kg/litri)	EUR
Aminoskābju maisījumi bez fenilalanīna (šķidrie un sausi) bērniem dažādās vecuma grupās	3 895.21	621 500.39
Aminoskābju sausais maisījums bez metionīna	44.00	25 259.19
Taukskābju maisījumi (šķidrie un sausi)	176.85	20 684.47
Diētiskie produkti ar zemu fenilalanīna saturu (spageti, rīsi, pasta - spirāles, sausās brokastu pārslas, piens)	3 934.68	85 836.75
Milti bez fenilalanīna	1 601.50	12 353.80
Aminoskābe L-Citrulīns	5.90	3 062.63
Aminoskābe L-Arginīns	3.00	10 460.57
Aminoskābe L-cistīns	2.40	8 676.57
Aminoskābe L-lizīns	0.60	449.47
Kopā:		788 283.84

Nepieciešamo peritoneālās dialīzes apjomu katram pacientam plāno un pasūta ārstniecības iestāde, kuras uzskaitē atrodas pacients. Peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļus pacients var saņemt dzīves vietā vai ārstniecības iestādē, ja pacients piegādes brīdī tajā ārstējas. Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam ir saistītas ar peritoneālās dialīzes ārstniecības programmu pielietojumu konkrētajam pacientam, kuru nosaka ārsts saskaņā ar pacienta medicīniskajām indikācijām. Salīdzinājumā ar 2017. gadu (108 pacienti) peritoneālās dialīzes pacientu skaits 2018.gadā palielinājies līdz 116 pacientiem.

11. tabula. Peritoneālās dialīzes pacientam paredzēto ārstniecības līdzekļu apmaksa sadalījumā pa ārstniecības iestādēm

Ārstniecības iestāde	Vidējais pacientu skaits mēnesī	Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam, EUR
VSIA "P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca"	87	1908.63
SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"	8	1902.46
VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	1	1739.84
SIA "Vidzemes slimnīca"	7	1635.06
SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"	5	2042.00
SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca"	8	1679.50
Kopā:	116	1880.19

Imūnbioloģisko preparātu pasūtījumu veic SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", kas veic ar infekciju slimību ārstniecību saistītās funkcijas. Dienests pilda norēķinu funkciju par SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" piegādātajiem preparātiem.

12. tabula. Imūnbioloģisko preparātu piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	EUR
Immunoglobulinum tetanicum (equina)	1 000	20 944.00
Immunoglobulinum tetanicum (humanum)	20	1 209.60
Snake venom antiserum	40	6 160.00
Immunoglobulinum antirabicum (equina)	700	58 800.00
Immunoglobulinum antirabicum (humanum)	80	35 840.00
Antitoxinum botulinicum A	5	221.76
Antitoxinum botulinicum B	5	221.76
Antitoxinum botulinicum E	5	221.76
Diphtheria antiserum	100	7 784.00
Kopā:		131 402.88

13. tabula. Redzes korekcijas līdzekļu bērniem piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	EUR
Briļļu ietvari (nerūsējoša tērauda, plastikāta, bērniem ar īpašām vajadzībām)	1 867	13 228.15
Plastikāta briļļu lēcas (sfēriskās, toriskās, bifokālās, progresīvās, fotohromās)	3 905	23 972.54
Kontaktlēcas (mīkstās (sfēriskās, toriskās), cietās gāzu caurlaidīgās)	413	10 331.44
Speciālās kontaktlēcas zīdaiņiem un bērniem līdz 5 gadu vecumam	24	4 677.12
Kopā:		52 209.25

14. tabula. Mākslīgie maisījumi zīdaiņiem un mākslīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm

Nosaukums	Piegādātais daudzums (kg)	EUR
Mākslīgais maisījums zīdaiņiem no dzimšanas līdz 6 mēn. vecumam	1 158.40	8 070.76
Mākslīgais papildu ēdināšanas maisījums zīdaiņiem no 6 mēn. līdz 1 gada vecumam	1 056.00	7 053.31
Mākslīgais maisījums priekšlaicīgi dzimušajiem zīdaiņiem un zīdaiņiem ar mazu dzimšanas svaru	23.20	294.99
Kopā:		15 419.06

3. Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze

3.1. Vispārējie rādītāji

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

15. tabula. Ambulatoro pakalpojumu izpilde 2017. gadā un 2018. gadā, EUR

Pakalpojumu veidi	2017. gada rēķinu summa	2018. gada rēķinu summa
Līdzekļi ambulatorajai veselības aprūpei, t. sk.	284 382 550	335 237 855
Primārā veselības aprūpe, t. sk.:	87 073 629	108 945 946
primārās veselības aprūpes pakalpojumi *	67 678 108	84 335 710
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	4 180 571	4 008 550
zobārstniecība	8 554 857	13 468 910
veselības aprūpes pakalpojumi mājās pacientiem ar smagām slimībām	6 417 711	7 113 447
ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība	242 382	19 329
Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, t.sk:	172 464 813	197 064 149
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi	162 641 087	187 248 622
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	9 823 726	9 815 527
Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	24 844 108	29 227 760

* Rādītājā ir iekļauts pārskata gadā izmaksātais ģimenes ārstu darbības novērtējuma maksājums par iepriekšējo gadu un veiktie maksājumi par ģimenes ārstu kontrolēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikumu, kā arī par pacientiem savlaicīgi atklātu vēzi 1. un 2. stadijā.

2018. gadā tika piešķirts papildus finansējums no līdzekļiem veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanai 47 335 586 eiro, tajā skaitā:

- ✓ Speciālistu konsultācijas – 5 425 824 eiro;
- ✓ Ambulatorie izmeklējumi un terapija – 12 698 580 eiro;
- ✓ Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi – 9 613 310 eiro;
- ✓ Ambulatorā rehabilitācija – 889 879 eiro;
- ✓ Diabēta apmācības kabinetu izveide – 139 912 eiro;
- ✓ Aknu transplantācijai nepieciešamie ambulatorie izmeklējumi – 128 837 eiro;
- ✓ Onkoloģisko slimību primārās diagnostikas algoritmu ieviešana – 1 499 520 eiro;
- ✓ Speciālistu konsultācijas atbilstoši noteiktiem algoritmiem – 650 320 eiro;
- ✓ Sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu ieviešana – 2 332 540 eiro;
- ✓ Ambulatorās ārstēšanas apjoma pieaugums – 1 177 895 eiro;
- ✓ Pozitronu emisijas tomogrāfija/ datortomogrāfija – 235 473 eiro;
- ✓ Vēža skrīninga programmas reforma – 390 000 eiro;
- ✓ References laboratorijas izmeklējumi C hepatīta pacientu terapijas uzsākšanai un terapijas monitoringam saistībā ar pacientu skaita pieaugumu – 783 203 eiro;
- ✓ Mērķa kritēriju izpildes iekļaušana kapitācijas naudā – 3 131 715 eiro;
- ✓ Ģimenes ārstu kvalitātes maksājumu sistēmas reforma – 2 797 022 eiro;
- ✓ Bērnu zobārstniecības tarifu pārskatīšana – 3 735 299 eiro;
- ✓ Kardiovaskulārā riska izvērtēšana un algoritmu ieviešana – 1 706 257 eiro.

16. tabula. Ambulatorās veselības aprūpes rādītāji 2018. gadā

Rādītājs	Kurzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Rīgas nodaļa	Vidzemes nodaļa	Zemgales nodaļa	Kopā
Unikālo pacientu skaits, t. sk.:						
primārajā veselības aprūpē*	220 123	184 300	617 697	182 448	216 239	1 410 061
sekundārajā veselības aprūpē **	138 397	140 423	605 806	122 675	146 363	1 037 222
palīgkabinetos***	145 793	132 205	1 053 736	110 203	138 902	1 217 519
Epizožu skaits, t. sk.:	1 495 742	1 451 198	8 193 414	1 247 096	1 465 238	13 852 688
primārajā veselības aprūpē *	753 489	656 199	2 003 660	649 044	725 065	4 787 457
sekundārajā veselības aprūpē **	371 601	410 518	1 834 181	316 673	361 069	3 294 042
palīgkabinetos	370 652	384 481	4 355 573	281 379	379 104	5 771 189
Apmeklējumu skaits, t. sk.:	1 776 384	1 724 388	8 915 442	1 485 589	1 730 292	15 632 095
primārajā veselības aprūpē *	988 282	871 553	2 586 375	853 138	953 843	6 253 191
sekundārajā veselības aprūpē **	417 450	468 354	1 973 494	351 072	397 345	3 607 715
palīgkabinetos***	370 652	384 481	4 355 573	281 379	379 104	5 771 189

Tabulā lietoto apzīmējumu skaidrojumi

*	**	***
1. – 6. aprūpes epizode; PVA ² ārstu, PVA māsu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.	1. – 6. aprūpes epizode; SAVA ³ speciālistu, SAVA māsu un SAVA ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVA.	Palīgkabinetos veiktie izmeklējumi – laboratoriskie, radioloģiskie, funkcionālā diagnostika, endoskopiskie u. c.

Noteikumos noteikti septiņi aprūpes epizožu veidi, ko izmanto ambulatorās veselības aprūpes speciālistu darba uzskaitē. Visi speciālisti ir sadalīti deviņās speciālistu grupās, un katrai speciālistu grupai ir noteikts aprūpes epizodes tarifs.

Par ambulatoro apmeklējumu tiek uzskatīts pacienta kontakts ar ārstniecības personu noteiktā laikā un vietā – ambulatorajā ārstniecības iestādē, steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, slimnīcas ambulatorās palīdzības nodaļā vai uzņemšanas nodaļā, ja slimnieku nehospitalizē. Par ambulatoro apmeklējumu netiek uzskatīta konsultācija pa tālruni, laboratoriskais izmeklējums un vizuālās diagnostikas izmeklējums, funkcionāls izmeklējums un ārstnieciskā procedūra.

Nākamajā tabulā norādīti apmeklējumi attiecībā uz iedzīvotājiem, kas ir iekļauti Dienesta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā – tie ir visi Latvijas Republikas iedzīvotāji, kuri ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta vai atbilst Ārstniecības likuma 17. panta nosacījumiem par tiesībām saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

17. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu iedzīvotāju

Teritoriāla nodaļa	PVA*		SAVA**	
	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads
Kurzemes	3,3	3,3	1,3	1,4
Latgales	3,3	3,5	1,9	1,9
Rīgas	2,8	3,0	2,1	2,3
Vidzemes	3,4	3,5	1,4	1,5
Zemgales	3,2	3,2	1,3	1,4
Vidēji:	3,1	3,2	1,7	1,9

² PVA – primārā veselības aprūpe.³ SAVA – sekundārā ambulatorā veselības aprūpe.

Tabulā lietoto apzīmējumu skaidrojumi

*	**
1. – 6. aprūpes epizode; PVA ārstu, PVA māsu, PVA palīgu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.	1. – 6. aprūpes epizode; SAVA speciālistu, SAVA māsu un SAVA ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVA.

Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā 2018. gadā, salīdzinot ar 2017. gadu, primārajā veselības aprūpē un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē ir palielinājies salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu.

Aprūpes epizodes

Aprūpes epizode ir 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 īstenot tikai viens ārsts – ģimenes ārsts vai cits ambulatorās veselības aprūpes speciālists, vai arī tajā tiek iesaistīti vairāki ārsti.

Ja aprūpes epizode ilgst vairāk nekā 30 kalendāra dienas, aprūpes epizodi noslēdz pēc 30 kalendāra dienām, skaitot no aprūpes epizodes sākšanās dienas, un ar nākamo pacienta apmeklējumu uzsāk jaunu aprūpes epizodi. Vienā aprūpes epizodē var ietilpt vairāki ārsta ambulatorie apmeklējumi.

18. tabula. Aprūpes epizožu skaits uz vienu iedzīvotāju

Teritoriālā nodaļa	PVA*		SAVA**	
	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads
Kurzemes	2,5	2,5	1,2	1,3
Latgales	2,5	2,6	1,6	1,7
Rīgas	2,1	2,3	1,9	2,2
Vidzemes	2,5	2,7	1,3	1,3
Zemgales	2,4	2,5	1,2	1,3
Vidēji:	2,3	2,4	1,6	1,7

Aprūpes epizožu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā 2018. gadā salīdzinot ar 2017. gadu primārajā veselības aprūpē, gan sekundārajā veselības aprūpē ir nedaudz palielinājies.

19. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits vidēji uz vienu aprūpes epizodi

Teritoriālā nodaļa	PVA*		SAVA**	
	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2017. gads
Kurzemes	1,30	1,31	1,13	1,12
Latgales	1,34	1,33	1,15	1,14
Rīgas	1,30	1,29	1,08	1,07
Vidzemes	1,32	1,31	1,12	1,11
Zemgales	1,32	1,32	1,11	1,10
Vidēji:	1,31	1,31	1,10	1,09

Tabulās lietoto apzīmējumu skaidrojumi

*	**
1. – 6. aprūpes epizode; PVA ārstu, PVA māsu, PVA palīgu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.	1. – 6. aprūpes epizode; SAVA speciālistu, SAVA māsu un SAVA ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVA.

Salīdzinājumā ar 2017. gadu, ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu aprūpes epizodi Latvijā 2018. gadā primārajā veselības aprūpē un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē ir nedaudz samazinājies.

20. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits atbilstoši aprūpes epizodes veidam

Aprūpes epizodes veids	Ambulatorie apmeklējumi	
	Skaitis	%
Akūta saslimšana vai trauma	3 264 170	32.72
Pirmoreiz mūžā diagnosticēta hroniska slimība	664 361	6.66
Iepriekš diagnosticētas hroniskas slimības paasinājums	1 795 819	18.00
Profilaktiska apskate, patronāža, vakcinācija	1 233 292	12.36
Dinamiska novērošana hronisku slimību gadījumā	2 232 803	22.38
Citi iemesli	787 068	7.89
Kopā:	9 977 513	100

Tabulā ir atspoguļots ambulatoro apmeklējumu skaita sadalījums pēc aprūpes epizodes veida. Lielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars valstī ir akūtu saslimšanu vai traumu gadījumos.

3.2. Primārā veselības aprūpe

Ģimenes ārstu darbības rādītāji

21. tabula. Ģimenes ārstu prakšu raksturojums 2018. gadā

Teritoriālā nodaļa	Kurzemes	Latgales	Rīgas	Vidzemes	Zemgales	Kopā
Ģimenes ārstu prakšu skaits	207	171	567	163	200	1308
Vidējais pacientu skaits ģimenes ārsta praksē	1468	1519	1572	1506	1504	1514
Prakšu skaits, kurās nav pilns pacientu saraksts ⁴	78	79	238	70	88	553
Prakšu skaits ar divām vidējā medicīniskā personāla vienībām	139	125	301	94	112	771
Prakšu skaits ar vairākām pieņemšanas vietām	32	37	5	30	53	157
Prakšu skaits, kuru darbības pamatteritorijā iedzīvotāju blīvums ir mazāks par 500 iedzīvotājiem uz km2	87	81	87	132	113	500

2018. gada 31. decembrī līgumattiecībās ar Dienestu bija 1308 ģimenes ārstu prakses ar kopējo reģistrēto pacientu skaitu 1 977 095 (tajā skaitā 356 711 bērni līdz 18 gadu vecumam)⁵. Vidēji vienā ģimenes ārsta praksē bija reģistrēti 1514 pacienti.

22. tabula. Ģimenes ārstu sadalījums atbilstoši praksē reģistrēto pacientu skaitam 2018. gadā

Teritoriālā nodaļa	Pacientu skaits ģimenes ārsta praksē							Prakšu skaits kopā
	1-499	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000 un vairāk pacientu	
Kurzemes	11	30	71	67	25	3	0	207
Latgales	9	20	52	65	19	5	1	171
Rīgas	15	42	193	234	68	8	7	567
Vidzemes	6	29	49	59	11	4	5	163
Zemgales	3	28	75	71	20	2	1	200
Prakšu skaits kopā:	44	149	440	496	143	22	14	1308

2018. gadā 38 % no visām ģimenes ārstu praksēm pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaits bija robežās no 1500 līdz 1999 pacientiem.

⁴Saskaņā ar Noteikumu Nr. 555. 3.3. nodaļas 25. punktu ģimenes ārstam ir pilns pacientu saraksts, ja ģimenes ārsta praksē ir reģistrētas 1800 personas vai 800 bērni (vecumā līdz 18 gadiem).

⁵Datu avots: VIS Pakalpojumu saņēmēju reģistrs.

23. tabula. Ģimenes ārstu skaits atbilstoši ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto bērnu īpatsvaram 2018. gadā

Teritoriālā nodaļa	Ģimenes ārsta praksē reģistrēto bērnu īpatsvars									
	0	0,1- 9 %	10-19 %	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60-99 %	100 %	Kopā
Kurzemes	12	52	68	40	13	4	6	7	5	207
Latgales	20	77	18	11	12	15	11	3	4	171
Rīgas	36	217	97	76	77	35	8	9	12	567
Vidzemes	12	38	65	25	15	5	0	2	1	163
Zemgales	11	64	56	27	13	13	8	3	5	200
Kopā:	91	448	304	179	130	72	33	24	27	1308

Ārsta prakses tips tiek noteikts atbilstoši Noteikumu Nr. 555 nosacījumiem, ja ģimenes ārsta praksē reģistrēti gan pieaugušie, gan bērni, dienests nosaka praksē reģistrēto bērnu un pieaugušo skaita proporciju pret kopējo pacientu skaitu un vērtē to pret šo noteikumu 25.1 (1800). un 25.2. apakšpunktā norādīto pacientu skaitu (800).

2018. gadā 97,40 % no visām praksēm bija ģimenes ārsta tipa prakses un 2,60 % pediatrikās prakses.

24. tabula. Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits darba dienā pie ģimenes ārsta⁶

Teritoriālā nodaļa	Vidējais apmeklējumu skaits darba dienā kopā (gan mājās, gan ārstniecības iestādē)	Tajā skaitā, vidējais ģimenes ārsta apmeklējumu skaits mājās vienā darba dienā
Kurzemes	18,28	0,58
Latgales	19,12	0,56
Rīgas	17,12	0,62
Vidzemes	18,90	0,74
Zemgales	18,39	0,53
Vidēji:	17,97	0,61

Vidēji dienā pie ģimenes ārsta 2018. gadā ir bijuši 17,97 apmeklējumi. Apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem visās teritoriālajās nodaļās ir līdzīgs, izņemot Rīgas nodaļu, kur apmeklējumu skaits ir nedaudz mazāks. 2017. gadā vidējais apmeklējumu skaits darba dienā pie ģimenes ārsta bija 18,19, savukārt 2018. gadā vidējais apmeklējumu skaits dienā ir samazinājies salīdzinājumā ar 2017. gadu. Viena apmeklējuma vidējās izmaksas pie ģimenes ārsta 2018. gadā nav būtiski mainījušas salīdzinājumā ar 2017. gadu.

Valsts apmaksātas ģimenes ārsta mājās vizītes tiek nodrošinātas: bērniem līdz 18 gadu vecumam; 1. grupas invalīdiem; personām, kas vecākas par 80 gadiem; personām ar gripas saslimšanu gripas epidēmijas laikā. Vidējais mājās vizīšu skaits darba dienā 2017. gadā bija 0,68, savukārt 2018. gadā ir 0,61, mājās vizīšu skaits ir samazinājies.

⁶ Datu avots: VIS, apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem atbilstoši Noteikumu Nr. 555 4. pielikumā noteiktajam 1. - 6. aprūpes epizodes veidam.

25. tabula. Ģimenes ārstu praksēm veiktie vidējie maksājumi 2018. gadā atbilstoši reģistrēto pacientu skaitam praksē

Maksājuma veids	Vienam ģimenes ārstam veiktie vidējie maksājumi gadā, EUR			
	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu līdz 1000	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu no 1001 līdz 1500	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu no 1501 līdz 2000	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu virs 2000
Ģimenes ārsta kapitācijas nauda	16 206	24 721	32 834	45 818
Par PVA veiktajām apmaksājamām manipulācijām	560	943	1 480	2 160
Fiksētais maksājums PVA prakses uzturēšanai	5 769	5 769	5 769	5 769
Valsts pacienta iemaksas kompensācija	2 144	2 294	3 410	5 148
Citas PVA piemaksas	5 138	4 964	5 206	7 525
Samaksa par īslaicīgo pacientu un neregistrēto pacientu aprūpi	175	211	294	569
PVA ārstu piemaksa par māsām un ārsta palīgiem	12 347	14 518	20 862	32 860
Vidējie ieņēmumi gadā, EUR	42 339	53 420	69 855	99 849
Ārstu skaits ⁷	154	427	490	177
Gada darbības novērtējuma maksājums par 2018. gadu	473	848	1 295	1 672
Kopā vidējie ienākumi no valsts gadā:	35 461	44 441	58 905	82 681

No valsts budžeta ģimenes ārstu praksēm 2018. gadā tika izmaksāts arī maksājums par pacientam savlaicīgi atklātu vēzi 1. vai 2. stadijā un ģimenes ārsta kontrolēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikums. 2018. gadā 1124 ģimenes ārstiem kopā tika izmaksāti 328,5 tūkstoši eiro par 4618 gadījumiem iepriekšējā gadā, kad pacientam savlaicīgi atklāts vēzis 1. vai 2. stadijā. Ģimenes ārsta prakses ienākumus 2018. gadā veidoja arī ieņēmumi no maksas medicīnas pakalpojumu sniegšanas un pacienta iemaksas, kuras veic pacienti, saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

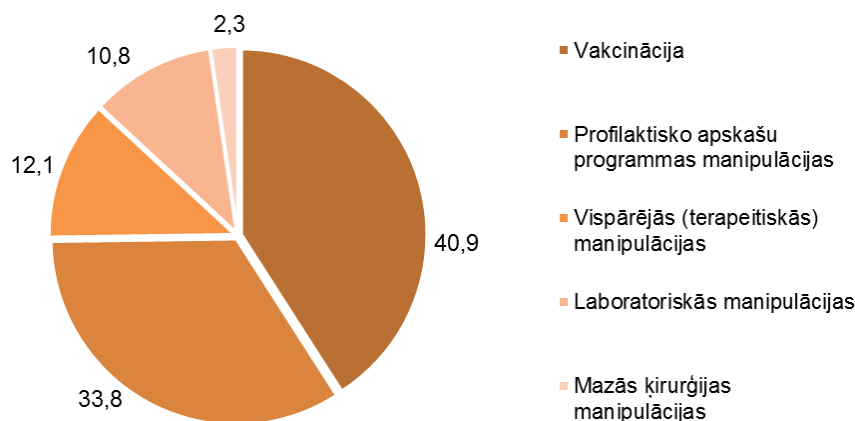
Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas

Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumā “Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas” ir norādītas manipulācijas, par kurām ģimenes ārstiem tiek veikta papildu samaksa. Šajā sarakstā ir iekļautas manipulācijas, kuras var veikt, aprūpējot pacientu ar noteiktām sūdzībām vai pie noteiktas diagnozes. Par šo manipulāciju veikšanu ģimenes ārstam tiek maksāts atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem vai veikto manipulāciju apjomam. Tādējādi ģimenes ārstam tiek piedāvāta izvēle – nosūtīt pacientu pie speciālista (tādā gadījumā šo manipulāciju sniegšana tiek apmaksāta no sekundārās veselības aprūpes līdzekļiem) vai šīs manipulācijas veikt pašam, palielinot savas prakses ienākumus.

Pareizi izdevumus par ģimenes ārsta praksē veiktajām manipulācijām, kuras manipulāciju sarakstā norādītas kā ģimenes ārstam piemaksājamās manipulācijas, atbilstoši šo manipulāciju apmaksas nosacījumiem pieejamas mājas lapā: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/ligumu-dokumenti/pakalpojumu-tarifi>.

⁷ Ārsti, kuri atbilstoši noslēgtajam līgumam par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ir snieguši veselības aprūpes pakalpojumus visu gadu vai tikuši aizvietoti.

3. attēls. Ģimenes ārstu pielietoto manipulāciju procentuālais sadalījums pēc pielietojuma veida⁸, %



Lielākais īpatsvars no visām ģimenes ārstu pielietotajām manipulācijām 2018. gadā ir vakcinācijas manipulācijām (40,9 %) un profilaktisko apskašu programmas manipulācijām (33,8 %). Vismazākais procentuālais īpatsvars ir mazajām ķirurģiskajām manipulācijām.

Ģimenes ārsta gada darbības rādītāju izvērtējums

Ģimenes ārsta praksei no valsts budžeta reizi gadā tiek maksāts gada darbības novērtējuma maksājums atbilstoši ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma rezultātiem.

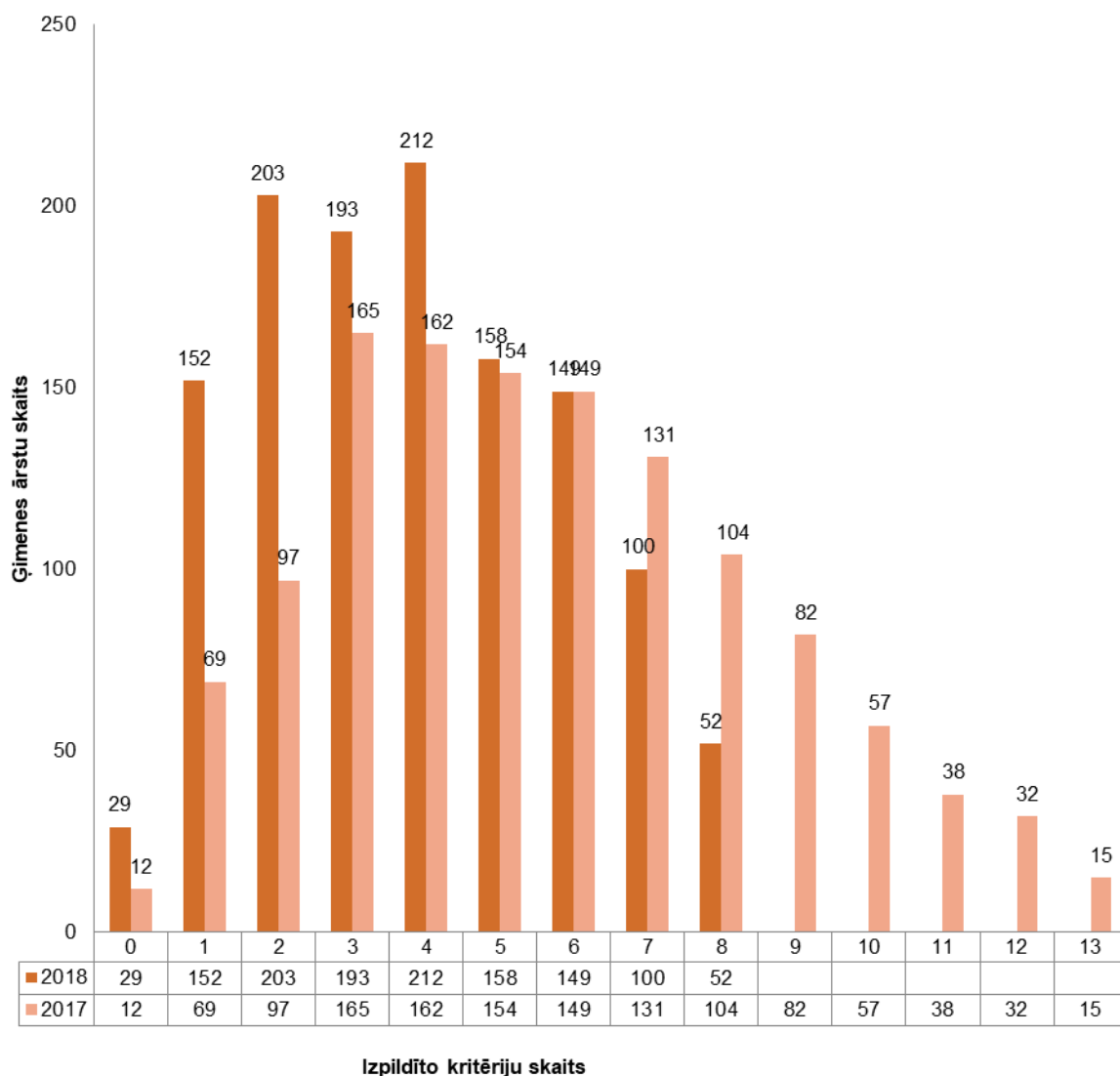
Ģimenes ārsta darbībā tiek vērtēta:

- ✓ profilakse:
 - veselības pārbaudes,
 - bērnu veselība,
 - organizētā vēža skrīninga datu uzraudzība;
- ✓ pacientu ar hroniskām slimībām aprūpe:
 - cukura diabēta pacientu aprūpe,
 - pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe,
 - pacientu ar bronhiālo astmu aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitātes paaugstināšana – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāžu izbraukumu skaita vērtējums pie ģimenes ārsta pacientiem;
- ✓ ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

Ārstu darbība tiek vērtēta atbilstoši Noteikumu Nr. 555 15. pielikumā noteiktajiem kvalitātes rādītāju vērtēšanas kritēriju nosacījumiem. 2017. gadā ir palielinājies ārstu skaits, kas izpilda vairāk nekā piecus un vairāk kritērijus, kā arī ir samazinājies ārstu skaits, kas neizpilda nevienu no kritērijiem vai izpilda četrus un mazāk kvalitātes kritērijus.

⁸ Atbilstoši Noteikumu Nr. 555 11. pielikumam "Ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas".

4. attēls. Ģimenes ārstu skaits⁹, kuri izpilda noteikto kvalitātes kritēriju skaitu



Ģimenes ārstiem no valsts budžeta izmaksātais gada darbības novērtējuma maksājums par 2018. gadu ir 1,8 miljoni eiro.

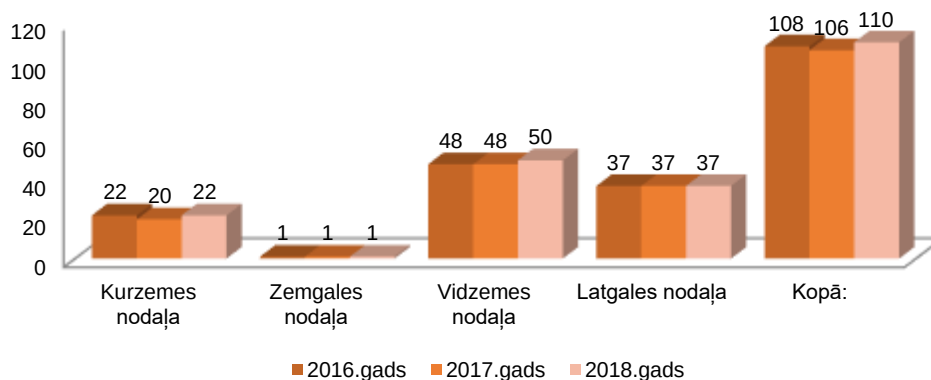
3.2.1. Feldšeru - vecmāšu punktu darbība

Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, Dienests slēdz līgumu ar pašvaldību par feldšerpunkta darbību PVA pakalpojumu nodrošināšanai.

2016. gadā tika veikts feldšerpunktu darbības novērtējums un PVA pakalpojumu pieejamības izvērtējums, kā rezultātā palielinājās feldšerpunktu skaits, kas sniedz valsts apmaksātus primārās veselības aprūpes pakalpojumus. 2018. gadā tika noslēgti 110 līgumi ar pašvaldībām par 56,75 slodzēm feldšerpunktos PVA pakalpojumu nodrošināšanai, t.sk. pārtraukts viens līgums un noslēgti trīs jauni līgumi – divi Vidzemē un divi Kurzemē. 2018. gadā veikta apmaksa par feldšerpunktu sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem 730 397 euro apmērā.

⁹ Ārsti, kuri snieguši veselības aprūpes pakalpojumus visu gadu un nav tikuši aizvietoti.

5. attēls. Feldšeru - vecmāšu punktu skaita salīdzinājums



26. tabula. Vidējais apmeklējumu skaits dienā feldšeru-vecmāšu punktos 2018. gadā

Teritoriālā nodaļa	Feldšeru-vecmāšu punktu skaits	Apmeklējumu skaits (bez 7. aprūpes epizodes)	Vidējais apmeklējumu skaits darba dienā
Kurzemes	22	18 094	3.30
Zemgales	1	1324	5.32
Vidzemes	50	43 366	3.48
Latgales	37	49 537	5.38
Kopā:	110	112 321	4.10

3.2.2. Profilaktiskās apskates

Profilaktiskās apskates ģimenes ārstu praksēs

Profilaktisko apskašu programmā bērniem līdz viena gada vecumam paredzētas astoņas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates ģimenes ārsta prakses vietā.

27. tabula. Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits bērniem pirmajā dzīves gadā¹⁰

Periods	Apskašu skaits	Personu skaits vecuma grupā *	Vidējais profilaktisko apskašu skaits vienam pacientam
2017. gadā	166 518	20 828	8.0
2018. gadā	167 683	19 314	8.7

* Dzimušo skaits no Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzes.

Otrajā dzīves gadā bērniem profilaktiskās programmas ietvaros ir paredzētas divas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates. Bērniem, sākot no divu gadu vecuma, tāpat kā pieaugušajiem, profilaktiskā apskate pie ģimenes ārsta jāveic vienu reizi gadā.

¹⁰ Atbilstoši Noteikumu Nr. 555 1. pielikuma "Profilaktiskās apskates (izmeklējumi) un sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana" 3. punktam veiktas manipulācijas 01061, 01064, 01066.

28. tabula. Profilaktisko apskašu aptvere vecuma grupās¹¹

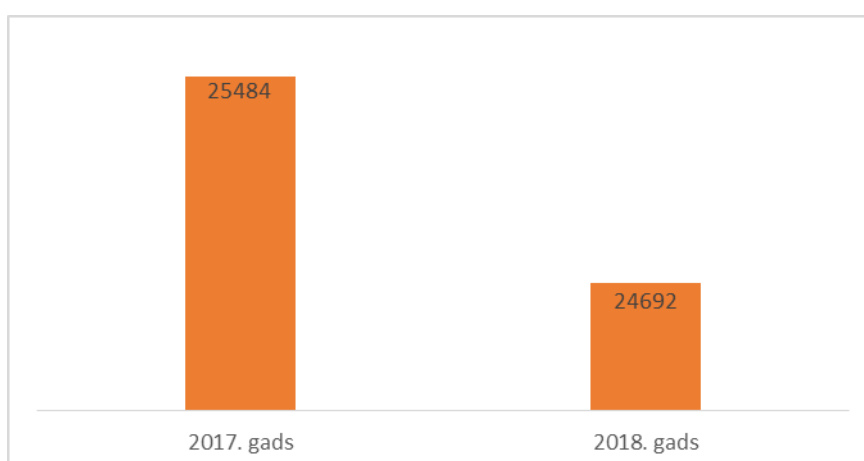
Pacienta vecuma grupa	Periods	Personu skaits vecuma grupā *	Pacientu skaits, kam veiktas profilaktiskās apskates	Pacientu, kuriem veiktas profilaktiskās apskates, % īpatsvars
1-6 gadi	2017. gadā	122 659	107 562	87.69
	2018. gadā	125 641	83 190	66.21
7-17 gadi	2017. gadā	212 027	130 072	61.34
	2018. gadā	212 461	126 728	59.65
pieaugušie (18+)	2017. gadā	1 593 589	441 689	27.72
	2018. gadā	1 575 617	458 556	29.10

* Pacientu skaits no Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzes.

2018. gadā salīdzinājumā ar 2017. gadu vērojams profilaktisko apskašu īpatsvara mazinājums bērnu vecuma grupās un palielinājumu pieaugušo vecuma grupā (vecāki par 18 gadiem), kas saistīts ar iedzīvotāju skaita palielināšanos bērnu vecumu grupā un iedzīvotāju skaita mazināšanos pieaugušo vecumu grupā.

Oftalmologa profilaktiskā apskate bērniem

6. attēls. Unikālo pacientu skaits, kas veikuši oftalmologa profilaktisko apskati



Profilaktisko apskašu programma paredz oftalmologa profilaktisko apskati bērniem 13 – 24 mēnešu vecumā, trīs gadu vecumā un pirms skolas 6 – 7 gadu vecumā. Salīdzinot ar 2017. gadu, 2018. gadā unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši oftalmologa profilaktisko pārbaudi, ir samazinājies par 3%.

Valsts organizētais vēža skrīnings

Profilaktisko pārbažu programmā ir iekļautas trīs agrīnās vēža diagnostikas pārbaudes:

- ✓ dzemdes kakla vēža pārbaude (vienu reizi trijos gados);
- ✓ krūts vēža izmeklējums ar mamogrāfijas metodi (vienu reizi divos gados);
- ✓ kolorektālā vēža pārbaude jeb slēpto asiņu izmeklējums fēcēs (vienu reizi gadā).

Šo pārbažu veikšana pilnībā tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem. Veicot skrīninga izmeklējumus, pacientam nav jāveic arī pacienta iemaksas.

¹¹ Atbilstoši Noteikumu Nr. 555 1. pielikumam "Profilaktiskās apskates (izmeklējumi) un sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana" 3. punktam bērniem vecumā 1-18 gadi veiktas manipulācijas 01061, 01066, pieaugušajiem manipulācijas - 60404, 60405.

Dzemes kakla vēža un krūts vēža skrīnings

Dzemes kakla vēža izmeklējumu (citoloģiskā uztriepe) dzemes kakla vēža profilaksei un mamogrāfijas izmeklējumu krūts vēža profilaksei kā preventīvus veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājas var veikt, saņemot uzaicinājuma vēstuli no Dienesta.

Agrīna dzemes kakla vēža diagnostika tiek nodrošināta, veicot citoloģiskās uztriepes paņemšanu no dzemes kakla un to mikroskopiski izmeklējot. Tas sniedz iespēju atklāt agrīnas izmaiņas dzemes kakla šūnās.

Dzemes kakla vēzi iespējams novērst, uzsākot savlaicīgu ārstēšanu, tādēļ sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem reizi trijos gados ieteicams veikt profilaktisko dzemes kakla vēža pārbaudi.

29. tabula. Dzemes kakla vēža skrīninga atsaucības rādītāji trīs gadu ietvaros

Sievietes, kas veikušas onkocitoloģisko izmeklējumu 2016. - 2018. gadā						
Vecuma grupas	Sieviešu skaits*	Izsūtīto uzaicinājuma vēstulju skaits**	Izmeklētās sievietes skrīninga ietvaros	Izmeklētās sievietes ārpus skrīninga***	Izmeklēto sieviešu skaits kopā	Populācijas aptvere
25-29	63823	61002	22510	30489	52999	83%
30-34	68269	69088	23111	28679	51790	76%
35-39	62091	63133	17186	23443	40629	65%
40-44	65447	62109	26345	20941	47286	72%
45-49	68797	64761	26780	22047	48827	71%
50-54	69692	63849	21231	20793	42024	60%
55-59	78545	72270	31341	17503	48844	62%
60-64	71699	68475	25755	13467	39222	55%
65-70	67530	62757	16953	11263	28216	42%
Kopā:	615 893	587444	211212	188625	399837	65%

* Dati no Centrālās statistikas pārvaldes datubāzes "Pastāvīgo iedzīvotāju skaits pēc valstiskās piederības un dzimuma 2018. gada sākumā (pa 5 gadu vecuma grupām)".

** Iekļautas uzaicinājuma vēstules 2016.-2018. gadā definētajām mērķa grupas sievietēm noteiktajā vecuma grupā.

*** Ietver sievietes, kuras veikušas tikai diagnostisko izmeklējumu.

Visbiežāk onkocitoloģisko izmeklējumu ir veikušas gados jaunākas sievietes. 53% no onkocitoloģiskiem izmeklējumiem ir veikti ar Dienesta uzaicinājuma vēstulēm skrīninga programmas ietvaros – pārējie veikti bez uzaicinājuma vēstulēm. Novērojams, ka visbiežāk šo izmeklējumu ar uzaicinājuma vēstuli veic sievietes, kas ir gados vecākas.

Atbilstoši EK izveidotajām krūts vēža skrīninga vadlīnijām sievietēm vecumā no 50 līdz 70 gadiem ieteicams vienu reizi divos gados veikt krūšu mamogrāfijas izmeklējumu. Veicot mamogrāfijas izmeklējumu, vēzi iespējams konstatēt trīs līdz četrus gadus pirms paciente pati sāktu pamanīt slimības simptomus. Tādējādi var uzsākt savlaicīgu un mazāk agresīvu ārstēšanu.

30. tabula. Krūts vēža skrīninga atsaucības rādītāji divu gadu ietvaros

Sievietes, kas veikušas mamogrāfijas izmeklējumu 2017. - 2018. gadā						
Vecuma grupas	Sieviešu skaits*	Izsūtīto uzaicinājuma vēstulju skaits**	Izmeklētās sievietes skrīninga ietvaros	Izmeklētās sievietes ārpus skrīninga***	Izmeklēto sieviešu skaits kopā	Populācijas aptvere
50 - 54	69692	68632	32371	4038	36409	52%
55 - 59	78545	76752	29751	4785	34536	44%
60 - 64	71699	71928	34127	4808	38935	54%
65 - 69	67530	64640	25236	4990	30226	45%
Kopā:	287 466	281952	121485	18621	140106	49%

* Dati no Centrālās statistikas pārvaldes datubāzes "Pastāvīgo iedzīvotāju skaits pēc valstiskās piederības un dzimuma 2018. gada sākumā (pa 5 gadu vecuma grupām)".

** Iekļautas uzaicinājuma vēstules 2017.-2018. gadā definētajām mērķa grupas sievietēm noteiktajā vecuma grupā.

*** Ietver sievietes, kuras veikušas tikai diagnostisko izmeklējumu.

Kopumā no visām sievietēm, kas veikušas mamogrāfijas izmeklējumu pēdējos divos gados, 87% veikušas izmeklējumu ar Dienesta nosūtītām uzaicinājuma vēstulēm.

Arī 2018. gadā papildus stacionārajām mamogrāfijas iekārtām darbojās četri mobilie mamogrāfijas autobusi, kas veic izbraukumus uz tām Latvijas teritorijām, kurās nav pieejama izmeklējuma veikšana uz stacionārās mamogrāfijas iekārtas. Tādējādi tiek nodrošināta pakalpojuma pieejamība visā Latvijas teritorijā. Kopumā 2018. gadā mobilajos mamogrāfijas kabinetos veikti 7185 skrīninga mamogrāfijas izmeklējumi.

Zarnu vēža profilaktiskā pārbaude

Zarnu vēža profilaktiskās pārbaudes jeb kolorektālā vēža skrīninga mērķa grupas iedzīvotāji ir sievietes un vīrieši no 50 līdz 74 gadu vecumam. Šīs pārbaudes veikšanai uzaicinājuma vēstule netiek nosūtīta – lai veiktu profilaktisko pārbaudi, jāvērsas sava ģimenes ārsta praksē.

31. tabula. Zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītāji

Zarnu vēža skrīninga atsaucība 2018. gadā			
Teritoriālā nodaļa	Personu skaits noteiktā vecuma grupā	Izmeklētie pacienti 2018. gadā	
		Skaits	Izmeklēto pacientu īpatsvars
Kurzeme	93 990	13 490	14.4%
Rīga	268 961	40 274	15.0%
Zemgale	89 848	15 848	17.6%
Vidzeme	77 866	13 512	17.4%
Latgale	86 734	15 489	17.9%
Kopā:	617 399	98 613	16.0%

2018. gadā zarnu vēža agrīnā diagnostika kolorektālā vēža skrīninga ietvaros veikta 98 613 pacientiem. 2018. gadā zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītājs ir pieaudzis, salīdzinot ar 2017. gadu, kad tas bija 13,4%.

Valsts apmaksāti pēckrīninga izmeklējumi

No 2014. gada pēckrīninga izmeklējumi tiek nodrošināti atbilstoši “zaļā koridora” principam – vēršoties ārstniecības iestādēs, kas nodrošina pēckrīninga izmeklējumu veikšanu, šie pakalpojumi tiek sniegti ārpus kopējā ārstniecības iestādei piešķirtā finansējuma. Tādējādi pacientam nav jāgaida kopējā izmeklējumu veikšanas rindā.

Valsts apmaksāti izmeklējumi, kas nepieciešami pēc skrīninga pārbaužu veikšanas, ir pieejami 33 ārstniecības iestādēs visā Latvijā. Dzemdības kakla vēža pēckrīninga izmeklējumi par valsts līdzekļiem ir pieejami trīs ārstniecības iestādēs, krūts vēža pēckrīninga izmeklējumi četrās ārstniecības iestādēs, savukārt zarnu vēža izmeklējumi 26 ārstniecības iestādēs. Skrīninga un pēckrīninga izmeklējumi tiek apmaksāti pēc fakta virs līgumā noteiktā apjoma.

32. tabula. Ārstniecības iestāžu skaits pēckrīninga izmeklējumu veikšanai

Teritoriālā nodaļa	Iestāžu skaits		
	Tālākie izmeklējumi pēc krūts vēža skrīninga	Tālākie izmeklējumi pēc dzemdes kakla vēža skrīninga	Tālākie izmeklējumi pēc zarnu vēža skrīninga
Kurzemes	1	1	4
Latgales	1	1	4
Rīgas	2	1	11
Vidzemes	-	-	4
Zemgales	-	-	3
Kopā:	4	3	26

3.2.3. Zobārstniecības aprūpes rādītāji

No valsts budžeta līdzekļiem tiek veikta samaksa par zobārstniecības palīdzību bērniem vecumā līdz 18 gadiem, par pirmreizēju ortodonta konsultāciju bērniem līdz 18 gadiem un ortodontisku ārstēšanu iedzimtu sejas-žokļu šķeltnu gadījumos personai vecumā līdz 22 gadiem.

Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostācijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktajām personām (turpmāk tekstā – Černobiļas AES avārijā cietusī persona) izdevumus par zobārstniecības palīdzību sedz 50 % apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm pilnā apmērā.

33. tabula. Apmeklējumu skaits zobārstniecībā

Apmeklējumi	2016. gadā	2017. gadā	2018. gadā
Zobārstniecībā, t.sk.:	523 984	483 974	477 789
bērnu apmeklējumi	521 835	481 694	475 737
Černobiļas AES avārijā cietušo personu apmeklējumi	1 264	1 283	1 140
pie zobārsta:	375 993	338 692	329 620
pie zobu higiēnista t.sk.:	107 976	108 487	113 562
bērnu apmeklējumi	107 956	108 460	113 536
Černobiļas AES avārijā cietušo personu apmeklējumi	20	27	26
mobilajā zobārstniecības kabinetā:	7 431	6 903	5 581
pie ortodonta t.sk.:	14 591	15 227	14 003
pirmreizēja konsultācija bērniem	1 096	1 539	3 288
iedzimtu sejas-žokļu šķeltnu gadījumā (līdz 22 gadiem)	12 751	12 891	9 939

Kopumā 2018. gadā ir bijuši 477 789 apmeklējumi zobārstniecībā, kas ir par 6 000 apmeklējumiem mazāk nekā 2017. gadā. Zobārstu apmeklējumi 329 620 reizes jeb 68,99 % gadījumu no kopējā apmeklējumu skaita zobārstniecībā 2018. gadā – par 0,99 % mazāk nekā 2017. gadā. Zobu higiēnistu apmeklējumi 113 562 reizes jeb 23,77 % gadījumu no kopējā apmeklējumu skaita zobārstniecībā 2017. gadā – par 1,34 % vairāk nekā 2017. gadā.

Zobārstniecības pakalpojumus attālinātos lauku reģionos iedzīvotājiem nodrošināja trīs zobārstniecības autobusi jeb mobilie zobārstniecības kabineti. Kopumā 2018. gadā apmeklējumu skaits šajos kabinetos bija 5 581, kas ir par 19,15 % mazāk nekā iepriekšējā gadā. Apmeklējumi mobilajos zobārstniecības kabinetos veido aptuveni 1,17 % no kopējā zobārstniecības apmeklējumu skaita valstī 2018.gadā, kas ir par 0,26 % mazāk nekā 2017. gadā. 2017.gada 1.aprīlī Slimību profilakses un kontroles centrs mobilos zobārstniecības autobusus pārņēma no Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas, lai turpinātu valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojuma sniegšanu bērniem līdz 18 gadu vecumam attālos Latvijas reģionos.

Ortodontu visbiežāk apmeklē pacienti vecumā līdz 22 gadiem iedzimtu sejas-žokļu šķeltnu gadījumos, taču apmeklējumu īpatsvars gada laikā ir samazinājies – 2017. gadā 84,66 % no kopējā apmeklējumu skaita pie ortodonta, 2018.gadā – 70,98 %. Savukārt Černobiļas AES avārijā cietušās personas apmeklē zobārstniecības iestādes mazāk nekā pagājušajā gadā – apmēram 0,27 % - 2017.gadā un 0,24 % - 2018.gadā no kopējā apmeklējuma skaita zobārstniecībā.

34. tabula. Apmeklējumu skaits zobārstniecībā sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām

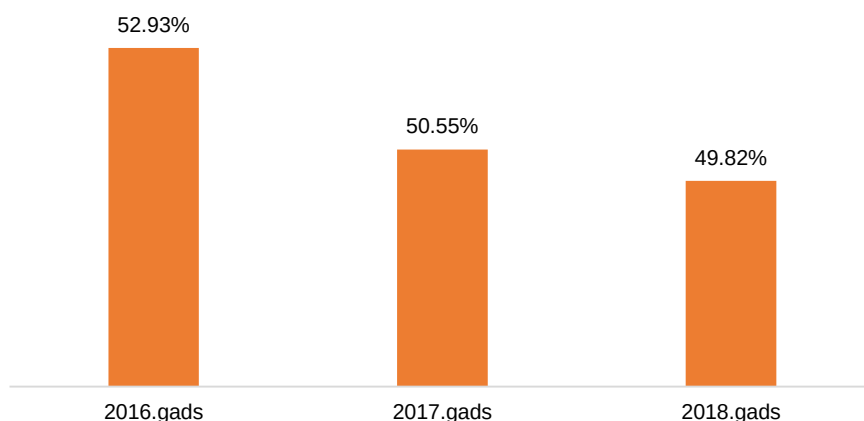
Dienesta teritoriālā nodaļa	2016. gads		2017. gads		2018. gads	
	Faktiskais apmeklējumu skaits	t.sk. mobilā zobārstniecības kabinetā	Faktiskais apmeklējumu skaits	t.sk. mobilā zobārstniecības kabinetā	Faktiskais apmeklējumu skaits	t.sk. mobilā zobārstniecības kabinetā
Rīgas nodaļa	238 550	0	223 506	0	218 402	0
Latgales nodaļa	74 674	1 260	69 368	1 569	70 149	1 166
Zemgales nodaļa	68 114	2 340	61 008	1 493	63 481	1 658
Vidzemes nodaļa	59 168	1 819	51 018	1 616	52 553	1 223
Kurzemes nodaļa	83 478	2 012	79 074	2 225	73 204	1 534
Kopā:	523 984	7 431	483 974	6 903	477 789	6081

35. tabula. Sniegto pakalpojumu finanšu apjoms, EUR

Pakalpojumi	2016. gadā	2017. gadā	2018. gadā
Zobārstniecībā, t.sk.:	8 586 214	8 576 577	13 531 676
bērniem	8 477 105	8 467 414	13 383 783
Černobiļas AES avārijā cietušo personām	27 501	31 571	31 615
Zobārsta apmeklējumi:	6 105 189	6 121 831	9 834 023
Zobu higiēnista apmeklējumi, t.sk:	1 742 719	1 805 169	2 919 660
bērniem	1 742 453	1 804 828	2 919 168
Černobiļas AES avārijā cietušo personām	266	341	492
Ortodonta apmeklējumi, t.sk.:	403 683	425 295	504 569
pirmreizēja konsultācija bērniem	11 903	10 860	68 215
iedzimtu sejas-žokļu šķeltnu gadījumā (līdz 22 gadiem)	391 780	414 435	436 354

Zobārstniecības pakalpojumi bērniem

7. attēls. Bērnu zobārstniecības aptveres dinamika, %*



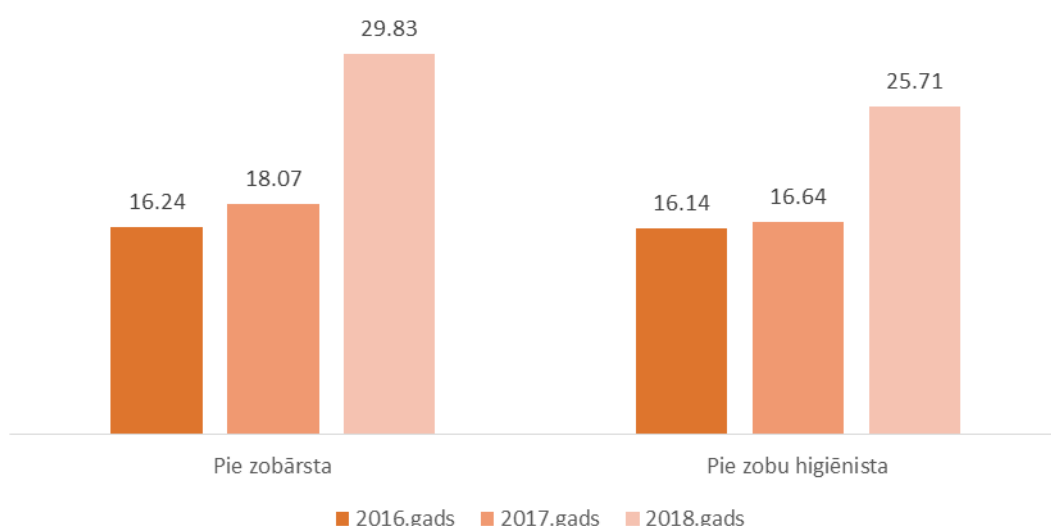
* Bērnu zobārstniecības aptvere rēķināta, pamatojoties uz Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzē norādīto bērnu skaitu. Bērnu zobārstniecības aptvere – saņemtie zobārstniecības pakalpojumi bērniem pie jebkuras no zobārstniecības specialitātēm.

Analizējot datus par bērnu zobārstniecības aptveri 2018. gadā var secināt, ka bērnu zobārstniecības aptvere sasniegusi 49.82 %. Salīdzinot ar 2017. gadu, tā ir samazinājusies par 0,73 %, savukārt salīdzinot ar 2016.gadu – 3,11 %.

Kopumā valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus 2018. gadā saņēmuši 178 725 bērni. Bērniem pakalpojumi nodrošināti 13 383 783 eiro apmērā.

Zobārsta pakalpojumus ir izmantojuši 72,51 % bērnu, kas ir par 1,19 % mazāk nekā 2017. gadā. Zobu higiēnista pakalpojumus izmantojuši 57,07 % zobārstniecības pakalpojumus saņēmušie bērni, kas, savukārt, ir par 3,26 % vairāk nekā iepriekšējā gadā.

8. attēls. Vidējās izmaksas vienam apmeklējumam pie zobārsta un zobu higiēnista



2018. gadā zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas pie zobārsta ir pieaugušas par 11,76 eiro jeb 39,42 %, salīdzinot ar iepriekšējo gadu un pa 13,59 eiro jeb 45,56 %, salīdzinot ar 2016.gadu. Līdzīgi arī zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas pie zobu higiēnista – 2018. gadā tās ir pieaugušas par 9,07 eiro jeb 35,28 %, salīdzinot ar 2017.gadu un par 9,57 eiro jeb 37,22 % - 2016.gadu. Izmaksu pieaugumu ietekmēja zobārstniecības pakalpojumu tarifu pārskatīšana, it īpaši zobārsta sniegtajiem pakalpojumiem.

Zobārstniecības pakalpojumi Černobiļas AES avārijā cietušajām personām

Kopumā valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus 2018. gadā saņēmušas 419 Černobiļas AES avārijā cietušās personas. Šīm personām pakalpojumi nodrošināti 31 615 eiro apmērā.

Zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas uz vienu Černobiļas AES avārijā cietušo personu 2017. gadā, salīdzinot ar 2016. gadu, pieaugusi par 9,42 % jeb 7,11 eiro. Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, 2018. gadā Černobiļas AES avārijā cietušo personu skaits, kas vēlējušies saņemt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus ir samazinājies par 10,26 %.

3.2.4. Veselības aprūpe mājās

Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz sertificēta māsa vai ārsta palīgs (feldšeris) pacientam tā dzīvesvietā. Tā veicama, ja pacientam nepieciešama ambulatora ārstnieciskā palīdzība, bet medicīnisku indikāciju dēļ viņš nespēj ierasties ārstniecības iestādē ambulatorās aprūpes saņemšanai:

- ✓ 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;
- ✓ pacientiem ar insulta diagnozi (I60, I61, I63, I64 vai I69), kuriem nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta triju mēnešu laikā pēc saslimšanas;
- ✓ bērniem, kuri atrodas VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, ir pieejami valsts apmaksāti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās (veselības aprūpes mājās ietvaros);
- ✓ pacientiem ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma ar diagnozi T91.3, kas izpaužas kā tetraplēģija vai paraplēģija un vairumam muskuļu zem bojājuma līmeņa spēks ir mazāks par trijām ballēm, nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pēc pirmreizējas medicīniskās rehabilitācijas saņemšanas stacionārā (rehabilitācija pacientiem ar muguras smadzeņu šķērsbojājumu), ja uz šādiem pakalpojumiem nosūta VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" nodarbināts fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts.

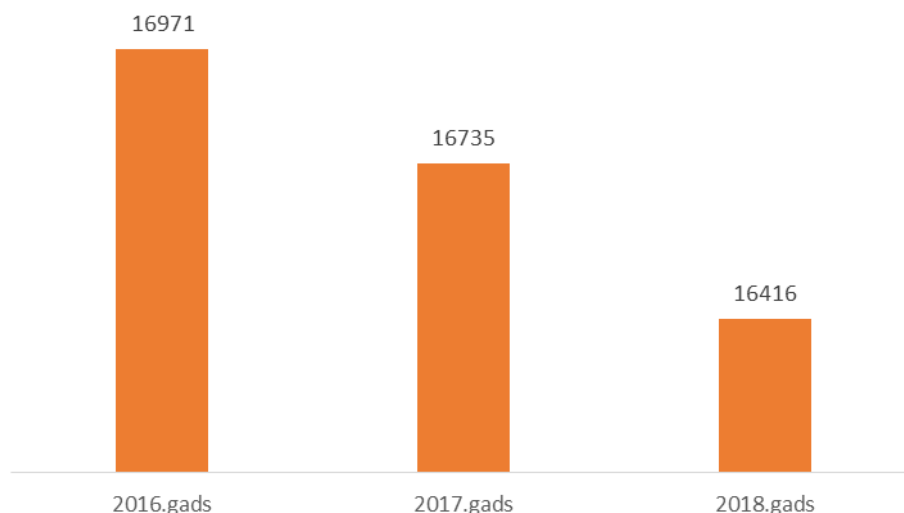
No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksātas arī rehabilitologa mājas vizīte pie pacientiem, kas saņem rehabilitācijas speciālistu sniegtos pakalpojumus mājās aprūpes ietvaros.

36. tabula. Ārstniecības iestāžu skaits, kas nodrošina veselības aprūpe mājās pakalpojumu

Periods	Ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji	Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji	Kopā
2016. gads	164	48	184
2017. gads	163	49	181
2018. gads	157	44	173

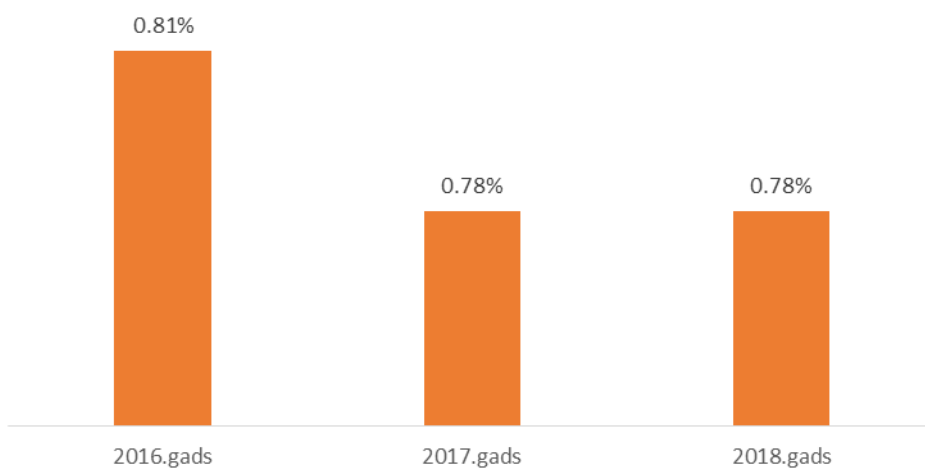
Veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniegšana Latvijas teritorijā tika uzsākta ar 2009. gada 1. janvāri. 2018. gadā līgums par veselības aprūpes mājās sniegšanu bija noslēgts ar 173 veselības aprūpes sniedzējiem. Gada laikā veselības aprūpi mājās saņēmuši 16416 pacienti ar smagām slimībām – 15 272 pacienti saņēma ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumus, bet 1 357 pacienti saņēma rehabilitācijas speciālista veselības aprūpes mājās pakalpojumus.

9. attēls. Unikālo pacientu skaits



Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši mājas aprūpes pakalpojumus, gadu dinamikā pieaudzis no 5298 pacientiem 2009. gadā līdz 16 416 pacientiem 2018. gadā. 2018. gadā šo pakalpojumu kopumā saņēma 16 416 pacienti, no kuriem 15 272 pacienti saņēma ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumus, 1357 pacienti saņēma rehabilitācijas speciālista veselības aprūpes mājās pakalpojumus, bet 19 mājas aprūpes pacientiem tika nodrošināta arī ilgstošas mākslīgās plaušu ventilācijas pakalpojumi.

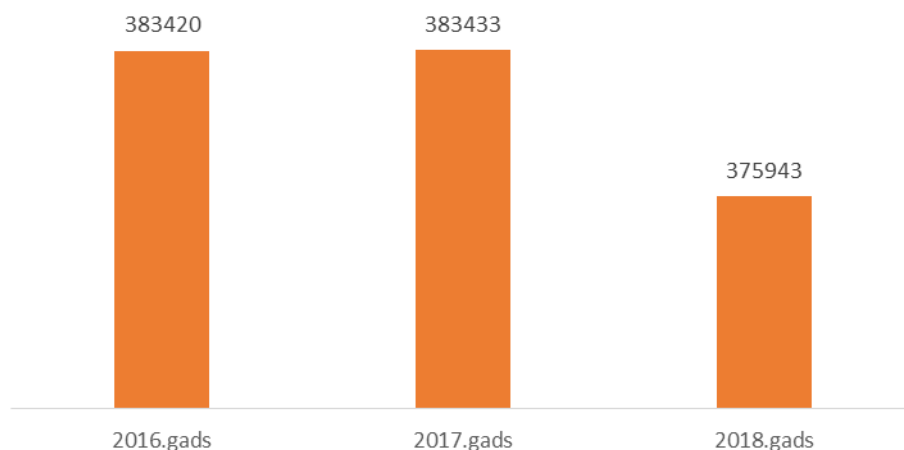
10. attēls. Latvijas iedzīvotāju īpatsvars, kuri saņēmuši veselības aprūpi mājās (no visiem Latvijas iedzīvotājiem), % *



* aprēķinā izmantots iedzīvotāju skaits, kas ir iekļauti Dienesta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā – tie ir visi Latvijas Republikas iedzīvotāji, kuri ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta vai atbilst Ārstniecības likuma 17. panta nosacījumiem par tiesībām saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

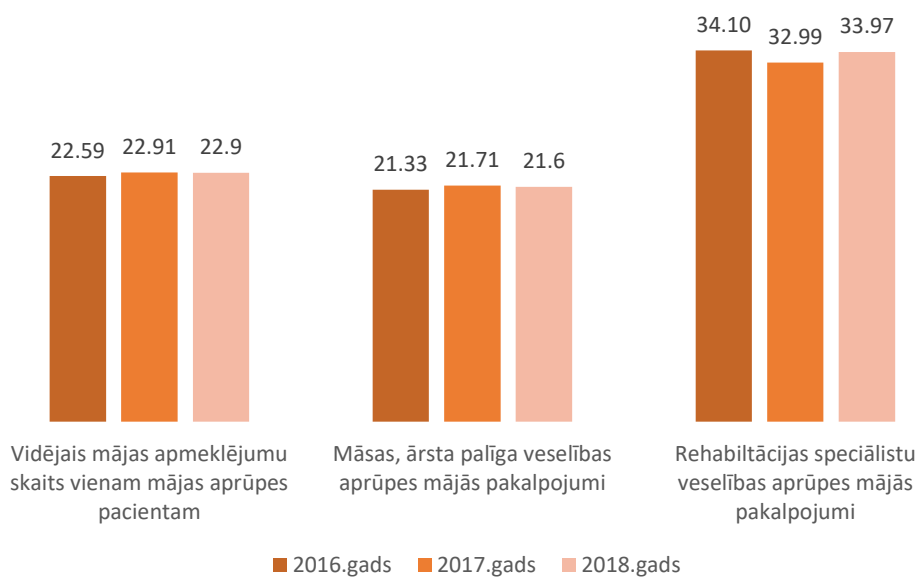
No visiem Latvijas iedzīvotājiem 2018. gadā 0,78% izmantoja pakalpojumu veselības aprūpe mājās. Salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu iedzīvotāju skaits ir samazinājies, bet pakalpojumu saņēmušo iedzīvotāju īpatsvars palicis nemainīgs.

11. attēls. Veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits



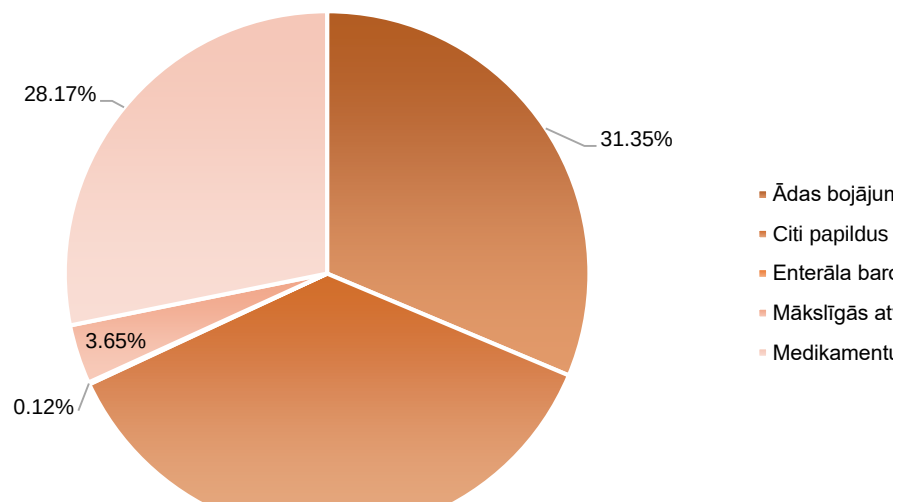
Kopā 2018. gadā ir veikti 375 943 veselības aprūpes mājās apmeklējumi, tai skaitā 46 104 apmeklējumi bijuši pie pacientiem, kuriem sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās. Salīdzinoši ar 2017. gadu, kopējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits ir samazinājies.

12. attēls. Vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam unikālam pacientam



Gadu dinamikā vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam ir saglabājies līdzvērtīgs – vidēji 22.9 apmeklējumi. Vislielākais vidējais mājas apmeklējumu skaits vienam mājas aprūpes pacientam 2018.gadā vērojams Rīgas teritorijā (vidēji 25 apmeklējumi vienam pacientam).

13. attēls. Sniegtie pakalpojumi ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās ietvaros 2018. gadā, %



* Tajā skaitā pacienta vai aprūpes procesā iesaistītās personas izglītošana un praktiska apmācība.

2018. gadā 28.17 % no visiem ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumiem bijuši saistīti ar medikamentu ievadīšanu, 31.35 % – pakalpojumi saistībā ar ādas bojājumu aprūpi, bet 36.72 % – citi sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, tajā skaitā pacienta vai aprūpes procesā iesaistītās personas izglītošana un praktiskā apmācība.

3.3. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

2015. gadā Dienests pārskatīja ambulatoro laboratorisko izmeklējumu apmaksas nosacījumus sadarbībā ar Latvijas Laboratorijas speciālistu biedrības, Latvijas klīnisko universitātes slimnīcu laboratoriju, Slimību profilakses un kontroles centra, kā arī ģimenes ārstu asociāciju pārstāvjiem, lai nodrošinātu laboratorijas izmeklējumu racionālu pielietojšanu. Rezultātā ar Noteikumu Nr. 1529 grozījumiem 2016. gadā tika mainīta laboratorisko pakalpojumu saņemšanas kārtība un izmeklējumu klāsts.

Tika noteiktas nosūtīšanas kompetences ģimenes ārstiem un speciālistiem. Atsevišķiem laboratoriskajiem izmeklējumiem noteikti apmaksas biežuma nosacījumi (piemēram, pilna asins ainas veikšanu valsts pacientam apmaksā vienu reizi gadā, izņemot akūtu vai hronisku slimību gadījumos), bet atsevišķiem laboratoriskajiem izmeklējumiem noteikts apmaksas algoritms t.i. izmeklējums tiek veikts pakārtoti – nākamo izmeklējumu veic tikai tad, ja ir atradne (piemēram, urīna analīzes ar mikroskopiju tiks apmaksātas, ja būs atradne urīna analīzē ar teststrēmeli). Laboratorijas pakalpojumu sniedzējiem līgumos tika noteikts līdzekļu apjoms ("kvota") laboratorisko un histoloģisko pakalpojumu apmaksai. Rezultātā tika ieviesta izmeklējumu nozīmēšana, kas balstīta uz medicīniskajām indikācijām un klīniskajām vadlīnijām, izmantojot izmaksu efektīvākos veidus pacientu slimību diagnostikai un ārstēšanai.

2018. gadā salīdzinājumā ar 2017. gadu ir pieaudzis speciālistu nosūtījumu īpatsvars uz laboratoriskajiem izmeklējumiem no kopējā nosūtījumu apjoma laboratorisko izmeklējumu veikšanai, kas nozīmē, ka vizītes laikā speciālisti biežāk nozīmē pacientiem laboratoriskos izmeklējumus.

37. tabula. Laboratorisko izmeklējumu sadalījums atbilstoši nosūtītājiem

Periods (gads)	Ģimenes ārstu nozīmēto laboratorisko izmeklējumu apjoms, %	Speciālistu nozīmēto laboratorisko izmeklējumu apjoms, %
2016. gads	56	44
2017. gads	56	44
2018. gads	58	42

2018. gadā salīdzinājumā ar 2017. gadu ir vērojams veikto laboratorisko un histoloģisko izmeklējumu un pacientu skaita pieaugums. Kopējais veikto laboratorisko un histoloģisko izmeklējumu (manipulāciju) skaits 2018. gadā bija palielinājies par 3.1 % salīdzinājumā ar 2017. gadu.

38. tabula. Laboratorisko un histoloģisko pakalpojumu skaits

Periods (gads)	Periodā veikto izmeklējumu (manipulāciju) skaits	Unikālo pacientu skaits	Vienam pacientam veikto izmeklējumu skaits (vidēji)
2016. gads	11 052 199	943 893	11,7
2017. gads	12 427 047	967 419	12,8
2018. gads	12 824 463	986 417	13,0

Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi 2018. gadā sniedza 360 ārstniecības iestādes, ar kurām Dienestam bija noslēgts savstarpējs līgums par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

39. tabula. Ārstniecības iestāžu skaita sadalījums pa Dienesta teritoriālajām nodaļām un sniegto pakalpojumu veidiem 2018. gadā

Teritoriālā nodaļa	Ārstniecības iestāžu skaits	Ārstniecības iestāžu skaits ar vienu pakalpojuma veidu	Ārstniecības iestāžu skaits ar 2 - 5 pakalpojumu veidiem	Ārstniecības iestāžu skaits ar 6 - 10 pakalpojumu veidiem	Ārstniecības iestāžu skaits ar vairāk nekā 10 pakalpojumu veidiem
Kurzemes	64	34	15	6	9
Latgales	66	38	14	6	8
Rīgas	124	67	27	4	26
Vidzemes	58	35	12	3	8
Zemgales	48	29	8	2	9
Kopā:	360	203	76	21	60

2018. gadā ārstniecības iestādes kopumā nodrošināja iedzīvotājiem 67 dažādus valsts apmaksātos sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojuma veidus.

40. tabula. Izmeklējumu pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2017. – 2018. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Veikto izmeklējumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz pakalpojumus		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads
Rentgenoloģija	525 649	535 118	750 727	773 923	77	78	10.03	11.36
Kodolmagnētiskā rezonanse	38 892	44 326	47 967	55 277	11	11	102.15	109.75
Datortomogrāfija	121 023	131 883	186 573	178 324	39	39	69.33	74.29
Ultrasonogrāfija	257 732	262 095	375 011	384 891	95	96	10.15	11.00
Radionuklīdā diagnostika	7 638	7 296	8 715	9 154	4	4	68.53	80.79
Osteodensitometrija	28 327	29 111	31 298	30 905	16	16	20.28	22.86
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	238 125	0	348 719	0	76	0	10.50	0.00
Elektrokardiogrāfija	0	193 763	0	242 704	0	66	0	4.61
Pārējie sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	0	101 622	0	127 486	0	60	0	26.03
Endoskopija	58 300	58 248	67 197	67 869	47	45	51.95	58.36
Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	16 792	17 148	18 404	18 858	20	20	29.30	35.84
Doplerogrāfija	64 304	68 066	123 864	131 822	55	56	20.61	22.51
Mammogrāfija	23 201	23 289	23 549	23 718	30	27	15.98	17.68

2018. gadā unikālo pacientu pieaugums salīdzinājumā ar 2017. gadu ir vērojams gandrīz visiem pakalpojumu veidiem. Procentuāli vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums ir izmeklējumu pakalpojuma veidam “Kodolmagnētiskā rezonanse” – par 13.97 %.

41. tabula. Dienas stacionāru pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2017.– 2018. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads
Nieru aizstājterapija	749	729	67 580	68 960	14	14	101.03	108.61
Invazīvā kardioloģija dienas stacionārā	7 660	6 587	16 335	8 250	5	5	785.57	955.04
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	15 780	18 971	19 677	21 726	10	10	290.94	379.11
Ķīmijterapija un hematoloģija dienas stacionārā	3 722	3 225	21 420	21 110	6	6	44.66	44.12
Staru terapija dienas stacionārā	19	32	170	139	4	4	92.76	205.23
Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā	2 321	2 357	65 169	70 226	7	7	14.62	17.16
Invazīvā radioloģija dienas stacionārā	590	732	435	838	3	3	3895.52	2713.67
Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā	297	305	8 131	7 990	1	1	11.88	13.84
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	28 413	27 577	177 590	173 978	61	60	24.87	29.22
Dienas stacionārs hronisko sāpju pacientu ārstēšanai	29	606	100	1 284	2	2	39.42	68.12
Uroloģija dienas stacionārā	2 488	2 378	5 214	3 424	16	18	220.93	355.15
Gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā	7 101	9 058	7 131	9 063	20	23	127.04	148.39
Ginekoloģija dienas stacionārā	11 555	11 464	20 258	13 225	44	40	176.69	270.53
Otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā	2 035	2 169	2 273	2 257	14	13	246.11	296.70
Otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā	2 891	2 450	5 878	2 987	12	11	149.88	232.67
Traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija	8 308	9 197	14 404	10 492	35	37	259.52	494.58
Bērnu ķirurģija dienas stacionārā	0	3 019		3 253		8		186.13
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	13 799	10 740	24 782	11 948	44	44	197.34	283.82

Vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums bija vērojams Dienas stacionāra pakalpojumu veidā - ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā – par 3 191 pacientiem vairāk nekā gadu iepriekš. Savukārt vislielākais unikālo pacientu samazinājums (par 3 059 pacientiem mazāk nekā iepriekšējā gadā) tika konstatēts Dienas stacionāra pakalpojumu veidā – Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā. Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz tabulā norādītos pakalpojumu

veidus, ir nedaudz samazinājies vai palicis nemainīgs. Vidējās viena izmeklējuma izmaksas 2017. gadā ir pieaugušas gandrīz visos tabulā minētajos pakalpojumu veidos – vidēji par 1,8 % salīdzinājumā ar 2017. gadu.

42. tabula. Speciālistu pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2017.– 2018. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Ārstu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads
Kardioloģija	48 817	52 335	69 621	76 485	51	50	149	140	11.80	13.25
Oftalmoloģija	222 699	231 279	325 590	340 952	97	102	168	172	20.65	25.94
Otolaringoloģija	147 374	149 589	192 813	196 533	78	79	122	121	21.35	27.17
Dermatoveneroloģija	85 875	88 585	117 910	121 765	51	50	93	92	11.44	14.97
Anestezioloģija	57 143	61 017	61 134	64 871	44	45	188	188	17.65	10.07
Reimatoģija	7 609	8 384	13 892	15 770	11	11	25	26	10.92	12.47
Hematoloģija	8 463	9 071	16 084	19 282	7	7	25	22	12.96	14.33
Internā medicīna	58 071	56 788	5 809	7 365	34	29	65	66	8.94	11.61
Arodslimību speciālisti	5 196	5 395	6 665	7 023	4	4	9	12	10.78	12.31
Pediatrija	47 874	47 969	29 035	31 407	22	22	144	142	11.83	12.47
Nefroloģija	9 045	10 203	14 328	17 047	24	25	35	38	11.21	13.29
Gastroenteroloģija	10 829	12 484	14 734	17 851	13	14	42	44	10.99	12.63
Infektoloģija	20 495	20 351	32 423	33 082	14	14	43	41	10.81	12.36
Alergoģija	20 930	22 517	25 878	29 058	15	15	27	25	22.20	25.23
Algoģija	1 293	1 348	1 500	1 547	8	8	11	13	12.31	13.00
Endokrinoloģija	80 863	84 277	160 358	168 281	57	54	79	86	10.81	12.37
Ķirurģija	228 975	237 475	231 748	251 229	79	81	362	371	14.54	17.14
Uroloģija	38 947	41 983	56 064	65 305	36	35	58	62	24.84	27.68
Traumatoloģija	146 140	150 059	123 569	130 479	56	55	146	144	11.23	13.17
Ginekoloģija	191 298	190 473	278 213	279 638	134	133	278	287	8.43	9.82
Onkoloģija	34 653	32 666	63 693	61 118	28	27	74	69	11.31	13.66
Neiroloģija	147 254	147 835	204 563	205 890	89	90	212	219	12.22	14.32
Narkoloģija	7 770	8 095	38 102	37 446	39	39	44	43	10.57	12.32
Psihiatrija	55 433	55 537	234 882	235 147	53	55	135	151	10.78	12.54
Pulmonoloģija	62 283	59 663	47 012	48 332	40	38	98	95	13.26	14.96

Lielākais unikālo pacientu pieaugums 2018. gadā, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, vērojams speciālistu pakalpojumu veidā "Oftalmoloģija" – par 8 580 pacientiem, bet lielākais unikālo pacientu samazinājums ir konstatējams speciālistu pakalpojumu veidā "Pulmonoloģija" – par -2 620 pacientiem mazāk. Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz tabulā norādītos pakalpojumus, ir samazinājies.

43. tabula. Rehabilitācijas pakalpojumu apjomi un izmaksas 2017. – 2018. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads	2017. gads	2018. gads
Rehabilitācijas pakalpojumi	77 515	86 307	870 948	1 040 401	69	70	6.89	8.50
Fizikālās medicīnas pakalpojumi	21 627	20 293	260 250	239 862	68	65	3.28	3.92
Rehabilitācija dienas stacionārā	10 254	12 050	109 986	131 150	23	24	42.22	51.54

Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums 2018. gadā ir bijis pakalpojumu veidā "Rehabilitācijas pakalpojumi", kur unikālo pacientu skaits ir palielinājies par 8 792, salīdzinot ar iepriekšējo gadu.

Speciālistu kabineti ar ikmēneša fiksēto maksājumu

Dienests veic samaksu par noteiktu speciālistu sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem saskaņā ar ikmēneša fiksēto maksājumu, kas ietver ārstu un māsu darba samaksu, darba devēja sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas un speciālistu kabineta darbības nodrošināšanai nepieciešamos līdzekļus.¹² Līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tiek noteikts kabineta darba laiks.

44. tabula. Ārstu-speciālistu kabineti ar ikmēneša fiksēto maksājumu

Kabineta nosaukums	Kabinetu skaits	Ārsta slodžu skaits	Māsu slodžu skaits
Diabētiskās pēdas aprūpes kabinets	5	0	25
Pneimonologa kabinets	5	30	41.5
Hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets	5	6,25	6,25
Metadona aizvietojošās terapijas kabinets	4	6,25	14,25
Paliatīvās aprūpes kabinets	3	9,25	5,75
Stomas kabinets	3	0	1,25
Psihologa kabinets Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā	2	2,5	0
Diabēta apmācības kabinets bērniem	5	1	11.25
Reto slimību kabinets	1	4,5	3
Kopā:	33	59.75	108.25

2018. gadā ikmēneša fiksētais maksājums ir izmaksāts 54 ārstniecības iestādēm par 33 kabineta darbības nodrošināšanu. Ar ikmēneša fiksēto maksājumu 2018. gadā finansēta arī steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumu sniegšana 14 ārstniecības iestādēs. Kopš 2017. gada psihiatra un narkologa sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi netiek finansēti ar ikmēneša fiksēto maksājumu, bet tiek apmaksāti veiktās aprūpes epizodes ietvaros.

Vairāk informācijas par valsts apmaksātu ambulatoro pakalpojumu nodrošināšanu var uzzināt pārskata sadaļā "Pielikumi".

¹² Noteikumu Nr. 555 3.7. nodaļas 78 punkts.

Medicīniskās apaugļošanas pakalpojums

2018. gadā ieviesta centralizēta gaidīšanas rinda medicīniskās apaugļošanas pakalpojumam, kas nozīmē, ka vienotu rindu uztur Dienests, savukārt paciente, piesakoties rindā uz pakalpojumu, to var saņemt jebkurā no sešām ārstniecības iestādēm, un pakalpojuma apmaksa tiek veikta atbilstoši principam “nauda seko pacientam”. Tāpat tiek nodrošināta centralizēta uzaicinājumu nosūtīšana personām, kurām pienākusi kārta rindā saņemt pakalpojumu.

45. tabula. Medicīniskās apaugļošanas pakalpojums 2018. gadā

Pakalpojuma nosaukums	Faktiski veiktais procedūru skaits	Notikušo dzemdību skaits	Faktiski veiktais darba apjoms, EUR
Medicīniskā apaugļošana	504	242	733 369

4. Stacionāro iestāžu darbība

Par stacionārās palīdzības sniegšanu un apmaksu 2018. gadā ir noslēgti līgumi ar 40 stacionārajām ārstniecības iestādēm.

2018. gadā stacionārajai veselības aprūpei saglabājās divas budžeta apakšprogrammas – “Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs” un “Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana”. Stacionāro pakalpojumu finansējums sadalīts divās programmās - plānveida un neatliekamajos pakalpojumos.

2018. 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. Vīrs līguma summas samaksa tiek veikta par:

- ✓ pacientu iemaksas kompensāciju;
- ✓ dzemdību palīdzība;
- ✓ pacientiem, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija;
- ✓ personām ar prognozējamu invaliditāti un pakalpojumiem, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā;
- ✓ pacientiem, kuriem veikta zāļu rezistentā tuberkulozes pacienta paliatīvā aprūpe;
- ✓ trombolītiskiem 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.

2018. gadā tika piešķirts papildu finansējums no līdzekļiem veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu īstenošanai stacionārai palīdzībai, tajā skaitā:

- ✓ iekārtu iegādei un Valsts Patoloģijas centra izveidei – 20 206 181 eiro;
- ✓ aortālā vārstuļa transkatetrāla implantācijas (TAVI) pakalpojuma ieviešana sirds/asinsvadu programmā – 1 875 000 eiro;
- ✓ onkoloģisko pacientu skaita pieauguma mazināšanai – 2 462 176 eiro;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai stacionārā – 8 191 363 eiro (tajā skaitā endoprotezēšanas operācijām stacionārā – 2 614 685 eiro; personām ar prognozējamu invaliditāti un pakalpojumiem, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā - 2 563 917 eiro; hronisko pacientu aprūpei – 2 718 968 eiro un aknu transplantāciju nodrošināšanai stacionārā – 293 793 eiro).

46. tabula. Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu izpilde 2018. gadā

Pakalpojumi	Faktiskā izpilde līguma ietvaros, EUR
Stacionārā palīdzība kopā:	360 981 981
1. Neatliekamie pakalpojumi:	226 041 209
1.1. Fiksētie maksājumi stacionārai palīdzībai	168 307 671
1.2. Iezīmētās pakalpojuma programmas	29 623 797
1.3. Virs līguma summas pakalpojuma apmaksa atbilstoši līguma nosacījumiem	12 628 746
1.4. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	10 980 995
1.5. Iekārtu iegāde Veselības reformas pasākumu īstenošanai stacionārai palīdzībai (VSIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca")	4 500 000
2. Plānveida pakalpojumi:	134 940 772
2.1. Fiksētie maksājumi stacionārai palīdzībai	62 487 635
2.2. Iezīmētās pakalpojuma programmas	44 143 256
2.3. Virs līguma summas pakalpojuma apmaksa atbilstoši līguma nosacījumiem	8 961 145
2.4. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	2 932 555
2.5. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem, t. sk.	16 416 181
Iekārtu iegāde un Valsts Patoloģijas centra izveide Veselības reformas pasākumu īstenošanai stacionārai palīdzībai (VSIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca")	15 706 181
Vienreizējs maksājums insulīna sūkņi bērniem (VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca")	710 000

Starp visām ārstniecības iestādēm visaugstākās gultas dienu vidējās izmaksas pārskata periodā bija Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā (300 eiro), Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā (279 eiro) un Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (262 eiro).

47. tabula. Vispārējie stacionārie aprūpes statistikas rādītāji no 2017. gada līdz 2018. gadam

Rādītāji	Kopā / vidēji 2017. gads	Kopā / vidēji 2018. gads
Unikālo pacientu skaits	214 965	214 873
Hospitalizāciju skaits (faktiskā izpilde)	312 038	315 103
Gultas dienu skaits	2 673 331	2 628 887
Vidējais ārstēšanās ilgums dienās*	8.6	8.3

* Ieskaitot ilglaicīgi ārstētos pacientus.

2018. gadā stacionāros par valsts budžeta līdzekļiem ārstējušās 214 873 unikālās personas, kas ir par 92 personām mazāk nekā iepriekšējā periodā. Kopējais hospitalizāciju jeb stacionēšanas gadījumu skaits ir 315 103, kas salīdzinājumā ar 2017. gadu uzrāda kāpumu par 3 065 vienībām.

No visiem stacionēšanas gadījumiem pārskata periodā 83 % ir bijuši neatliekamās palīdzības slimnīcās, 14 % – specializētajās slimnīcās un 3 % – aprūpes slimnīcās. Salīdzinot ar 2017. gadu, 2018. gadā stacionēšanas gadījumu skaits ir palielinājies par 3 065 vienībām, stacionārā pacienti kopā pavadījuši 2 628 887 gultas dienas, vidēji viens pacients stacionārā atradies 8,3 dienas, kas ir par 0,3 dienām mazāk nekā gadu iepriekš.

5. Medicīnas pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveicē

5.1. Pārrobežu veselības aprūpes iespējas

Viena no ES pamata brīvībām ir brīva personu kustība, kas ietver personas tiesības brīvi pārvietoties, apmesties uz dzīvi un strādāt citā ES dalībvalstī, EEZ valstī – Norvēģijā, Lihtenšteinā un Islandē vai Šveicē (turpmāk – Dalībvalstis). ES ietvaros ir noteikts vienots ES tiesiskais regulējums sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijai¹³, lai nodrošinātu, ka apdrošinātās personas, pārvietojoties uz citu Dalībvalsti, saglabā tiesības uz veselības aprūpi. Veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt citā Dalībvalstī, ja persona uzrāda dokumentu¹⁴, kas apliecina tiesības saņemt veselības aprūpi. Veselības aprūpe tiek nodrošināta atbilstoši uzturēšanās Dalībvalsts publiskās veselības aprūpes sistēmas nosacījumiem.

Sociālā nodrošinājuma koordinācijas mehānisms nodrošina saskaņotu rīcību starp Dalībvalstu kompetentajām institūcijām, kas atbildīgas par veselības aprūpes jomu. Dienests ir Latvijas kompetentā institūcija, kas atbildīga par ES sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu veselības aprūpes jomā Latvijā. Pārrobežu veselības aprūpes kontekstā Dienests īsteno šādas funkcijas:

- ✓ izsniedz dokumentus, kas apliecina Latvijā apdrošinātās personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī un veic samaksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti, pamatojoties uz šiem dokumentiem;
- ✓ reģistrē citas Dalībvalsts izsniegtos dokumentus, kas apliecina citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības saņemt Latvijā valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, un piedāvā attiecīgajai Dalībvalstij rēķinus par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti, pamatojoties uz šiem dokumentiem.

ES tiesiskais regulējums sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijai paredz arī personu tiesības uz izdevumu atlīdzināšanu gadījumos, kad persona ir apmaksājusi saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus no personīgajiem finanšu līdzekļiem. Gadījumos, kad persona ir saņēmusi nepieciešamo medicīnisko palīdzību¹⁵ īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī vai arī kad persona ir saņēmusi plānveida veselības aprūpi, kurai izsniegta iepriekšēja atļauja pakalpojuma saņemšanai, kuru nav iespējams nodrošināt Latvijas ārstniecības iestādēs, izdevumu atlīdzināšana tiek veikta pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā tajā Dalībvalstī, kurā veselības aprūpes pakalpojumi ir tikuši saņemti. Piemērojot direktīvas par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē¹⁶ dotās tiesības, persona var saņemt izdevumu atmaksu arī par tādiem veselības aprūpes pakalpojumiem (tai skaitā, iegādātajiem medikamentiem), kas saņemti ārpus citas Dalībvalsts publiskās veselības aprūpes sistēmas vai kuru saņemšanai persona ir devusies uz citu Dalībvalsti bez iepriekšējas atļaujas saņemšanas. Šajos gadījumos tiek veikta izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Latvijā (atlīdzinājuma summa nepārsniegs ārstēšanās izmaksas, kādas tās ir Latvijā), ja saņemtais veselības aprūpes pakalpojums tiek apmaksāts no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem.

¹³ Eiropas Parlamenta un Padomes Regula Nr. 883/2004 (2004. gada 29. aprīlis) par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu un Eiropas Parlamenta un Padomes Regula Nr. 987/2009 (2009. gada 16. septembris), ar ko nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu.

¹⁴ ES ir noteikti vienota parauga dokumenti pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai:

S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi"; S2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu"; S3 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz ārstēšanu bijušajam pierobežas darbiniekam valstī, kurā iepriekš bijis nodarbināts"; Eiropas veselības apdrošināšanas karte; Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošais sertifikāts.

¹⁵ Gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī ir saņemta nepieciešamā veselības aprūpe un personai nav bijusi iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai to aizvietojošo sertifikātu (piemēram, pirms došanās uz citu Dalībvalsti persona nav izņēmusi Eiropas veselības apdrošināšanas karti, persona ir nozaudējusi Eiropas veselības apdrošināšanas karti).

¹⁶ Eiropas Parlamenta un Padomes direktīva Nr. 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Direktīva ir adresēta Dalībvalstīm un tā uzliek saistības attiecībā uz sasniedzamo rezultātu, bet ļauj šo valstu iestādēm noteikt to īstenošanas formas un metodes. ES dalībvalstīm iepriekš minētā direktīva bija jāpārņem valstu tiesību aktos līdz 2013. gada 25. oktobrim.

5.2. Latvijā apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi

Tiesības saņemt nepieciešamo veselības aprūpi citā Dalībvalstī

Latvijā apdrošinātās personas ir tiesīgas saņemt nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī. Dokuments, kas personām tiek izsniegts iepriekš minēto tiesību realizācijai, ir Eiropas veselības apdrošināšanas karte (EVAK). 2018. gadā Dienests ir izsniedzis 115 828 EVAK, kas ir par gandrīz 15% vairāk nekā iepriekšējā gadā, un ir novērojama tendence ik gadu pieaugt izsniegto EVAK skaitam.

Ja īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī personai tiek sniegta nepieciešamā medicīniskā palīdzība, bet persona nevar uzrādīt EVAK, tiek pieprasīts izsniegt EVAK aizvietojošo sertifikātu¹⁷. 2018. gadā Dienests ir izsniedzis 1042 EVAK aizvietojošo sertifikātus.

Tiesības saņemt plānveida veselības aprūpi citā Dalībvalstī

Latvijā apdrošinātās personas ir tiesīgas saņemt citā Dalībvalstī plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, ja to nodrošināšana nav iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs. 2018. gada ietvaros ir izsniegtas 189 S2 veidlapas, no kurām 53 S2 veidlapas ir devušas personai tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Lietuvā, 52 – devušas personai tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Igaunijā, 45 – devušas personai tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Vācijā. Veselības aprūpes pakalpojums, par kura saņemšanu citā Dalībvalstī ir pieņemts lielākais skaits labvēlīgu lēmumu, ir ģenētiskās analīzes (2018. gadā pieņemti 33 labvēlīgi lēmumi).

Tiesības saņemt veselības aprūpi savā dzīvesvietā

Latvijā nodarbinātās personas, kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī, ir tiesīgas pieprasīt, lai dzīvesvietas valstī tiek nodrošināta iespēja saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. 2018. gadā Latvijā nodarbinātām personām, kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī, kā arī viņu ģimenes locekļiem izsniegtas 255 S1 veidlapas "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi". No tām 187 S1 veidlapas ir izsniegtas, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Lietuvā. Lielākā daļa no lēmumiem ir tikusi pieņemta attiecībā uz ārvalstniekiem, kuri, izmantojot darbaspēka brīvas kustības tiesības, ir nodarbināti pie Latvijas darba devēja.

Tiesības citā Dalībvalstī saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ir arī personām, kuras saņem Latvijas pensiju un kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī. 2018. gadā personām, kuras saņem Latvijas pensiju un kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī, kā arī viņu ģimenes locekļiem izsniegtas 117 S1 veidlapas. No tām 32 S1 veidlapas izsniegtas, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Vācijā, 22 – atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Apvienotajā Karalistē un 18 – atzīstot tiesības saņemt veselības aprūpi Īrijā.

Tiesības saņemt veselības aprūpi ilgstoša komandējuma laikā

Latvijā nodarbinātās personas, kuras darba devējs ir nosūtījis uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei, ir tiesīgas pieprasīt, lai uz komandējuma laiku Dalībvalstī, uz kuru personas ir nosūtītas, tiek nodrošināta iespēja saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. 2018. gadā Latvijā nodarbinātām personām, kuras darba devējs ir nosūtījis uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei, kā arī viņu ģimenes locekļiem ir izsniegtas 175 S1 veidlapas. No tām 114 S1 veidlapas tikušas izsniegtas, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Beļģijā. Lielākoties administratīvās lietas 2018. gadā ir tikušas izskatītas attiecībā uz valsts amatpersonām un viņu ģimenes locekļiem.

Tiesības saņemt veselības aprūpi darba meklējumu laikā citā Dalībvalstī

Bezdarbnieki, kuriem ir tiesības saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā un kuri vēlas doties darba meklējumos uz citu Dalībvalsti, ir tiesīgi

¹⁷ Pieprasījumi par Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošo sertifikātu izsniegšanu tiek iesniegti par dažādiem veselības aprūpes saņemšanas periodiem (dažādiem gadiem). Tādējādi, 2018. gadā izsniegto sertifikātu skaits nesniedz ieskatu par nepieciešamību saņemt veselības aprūpes pakalpojumus 2018. gadā.

pieprasīt, lai darba meklējumu laikā (kamēr ir tiesības saņemt bezdarbnieka pabalstu no Latvijas) uzturēšanās valstī tiktu nodrošināta iespēja saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. 2018. gadā bezdarbniekiem, kuriem ir tiesības saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā un kuri vēlas doties darba meklējumos uz citu Dalībvalsti, kā arī viņu ģimenes locekļiem ir izsniegtas 11 S1 veidlapas. No tām 5 veidlapas izsniegtas uz Vāciju un Zviedriju un viena uz Austriju.

Tiesības saņemt izdevumu atlīdzināšanu par pārrobežu veselības aprūpi

Latvijā apdrošinātas personas ir tiesīgas saņemt izdevumu atlīdzināšanu gadījumos, kad persona ir apmaksājusi saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus no personīgajiem finanšu līdzekļiem. 2018. gadā kopējā atlīdzināmā summa ir 45 239.33 eiro, no kuriem 29 608.07 eiro ir atmaksāti pamatojoties uz citas Dalībvalsts veselības aprūpes tarifiem un 15 631.26 eiro – pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem, kur atlīdzināmās summas apmērs ir vidēji 20.73 %. Lielākais skaits administratīvo lietu attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu Vācijā (32 lēmumi), Francijā (16 lēmumi) un Igaunijā (16 lēmumi).

Informācijas sniegšana par apdrošināšanas periodiem Latvijā

2018. gadā Dienests ir saņēmis 453 pieprasījumus izsniegt izziņu¹⁸ par apdrošināšanas periodiem Latvijā (periodu, kurā persona ir bijusi tiesīga saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus). Minētais dokuments ir paredzēts, lai personas apdrošināšanas periodus Latvijā ņemtu vērā citā Dalībvalstī gadījumā, ja persona vēlas iekļauties citas Dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmā.

Norēķini par pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu

Katrai Dalībvalstij ir pienākums norēķināties par tās sociāli apdrošinātajām personām citā Dalībvalstī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ja tie sniegti, pamatojoties uz attiecīgās Dalībvalsts kompetentās iestādes izdotiem dokumentiem – S1 veidlapu, S2 veidlapu, S3 veidlapu, EVAK vai EVAK AS.

Norēķini par nodrošinātajiem pakalpojumiem tiek veikti, ņemot par pamatu veselības aprūpes faktiskās izmaksas un vidējās izmaksas, kuras atsevišķas Dalībvalstis piemēro 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.

Dalībvalstīs sniegtie pakalpojumi

2018. gada ietvaros Dienestā iesniegto pieprasījumu apjoms apmaksai par Latvijā sociāli apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citās Dalībvalstīs ir 11 398 184.78 eiro apmērā. 2018. gada ietvaros Dienests ir veicis norēķinus 13 779 795.88 eiro apmērā¹⁹. No minētās summas 13 512 206.04 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, savukārt, 267 589.84 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas.

¹⁸ E104 veidlapa "Apliecība par apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodu summēšanu" vai tās ekvivalents S041 veidlapa "Atbilde par periodu pieprasījumu – apdrošināšanas riska veids: slimība un maternitāte".

¹⁹ Citas Dalībvalsts rēķinu apmaksu jānodrošina 18 mēnešu laikā pēc rēķina saņemšanas. Pamatojoties uz minēto, uzrādītā naudas summa neliecina par Latvijā apdrošināto personu veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām citā Dalībvalstī 2018. gadā.

5.3. Citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi

Dienestā 2018. gadā ir saņemti 389 pieprasījumi reģistrēt citas Dalībvalsts izsniegtos dokumentus (veidlapas), kas apliecina citā Dalībvalstī apdrošinātu personu tiesības saņemt Latvijā valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus. 335 veidlapas ir saņemtas attiecībā uz nodarbinātām personām, 20 veidlapas ir saņemtas attiecībā uz apdrošināto personu ģimenes locekļiem un 34 veidlapas – attiecībā uz pensionāriem, kuru dzīvesvieta ir Latvijā. Dienests ir novērojis, ka katru gadu veidlapu skaits palielinās un arvien biežāk tiek saņemtas veidlapas par Latvijas valstspiederīgajiem, kas nozīmē, ka Latvijas valstspiederīgie ir iekļāvušies citas Dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmās, līdz ar to, minēto personu veselības aprūpes izmaksas Latvijā jāsedz citai Dalībvalstij.

2018. gada ietvaros Dienestā ir saņemti 178 citu Dalībvalstu pieprasījumi par Latvijā saņemto veselības aprūpes tarifu noteikšanu, kas nepieciešams, lai citā Dalībvalstī apdrošinātai personai atlīdzinātu izdevumus par Latvijā saņemtu nepieciešamo veselības aprūpi²⁰. Salīdzinot ar 2017. gada datiem, pieprasījumu skaits ir pieaudzis par 5 %.

2018. gadā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, 313 069.68 eiro apmērā²¹, savukārt citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus²² 299 313.64 eiro apmērā. Dienests nav sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas, savukārt citas dalībvalstis ir veikušas norēķinus 72.57 eiro apmērā.

Vairāk informācijas par medicīnas pakalpojumiem ES, EEZ dalībvalstīs un Šveicē var uzzināt pārskata sadaļā "Pielikumi".

²⁰ Gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā Latvijā ir saņemta nepieciešamā veselības aprūpe un personai nav bijusi iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai to aizvietojošo sertifikātu (piemēram, pirms došanās uz Latviju, persona nav izņēmusi savā apdrošināšanas valstī Eiropas veselības apdrošināšanas karti jeb persona ir nozaudējusi Eiropas veselības apdrošināšanas karti).

²¹ Dienestam rēķini citas Dalībvalsts kompetentajai institūcijai ir jāizstāda 12 mēnešu laikā.

²² Citas Dalībvalsts rēķinu apmaksu jānodrošina 18 mēnešu laikā pēc rēķina saņemšanas.

6. E-veselības ieviešana

Sākot no 2016. gada 22. jūnija ir atvērta piekļuve E-veselības sistēmas publiskajam portālam – www.eveseliba.gov.lv un no 2016. gada 12. septembra pirmie E-veselības sistēmas lietotāji (ārstniecības personas) ir uzsākuši datu ievadi (izrakstīt e-receptes, e-darbnespējas lapas, kā arī ievadīt sistēmā pacientu pamatdatus). Savukārt farmaceiti aptiekās ir uzsākuši zāļu izsniegšanu, pamatojoties uz ārstniecības personu izrakstītajām e-receptēm.

E-veselības sistēmā sākuši uzkrāties dati 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 būs pieejami iedzīvotāja profilā un būs redzami arī citām ārstniecības personām, kuras strādā E-veselības sistēmā.

No 2018. gada 1. janvāra Latvijā tika uzsākta obligāta E-veselības sistēmas lietošana. Tā paredz, ka darbnespējas lapu un valsts kompensējamo zāļu receptu aprīti notiek tikai elektroniski.

Kopumā līdz 2018. gada beigām līgumus ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu noslēguši vairāk nekā 2720 veselības nozares profesionāļi, tajā skaitā 2502 ārstniecības iestādes (t.sk. 1215 ģimenes ārstu prakses) un 225 aptieku juridiskie īpašnieki. Līdz 2018. gada beigām kopumā sistēmā izrakstītas 1032697 e-darbnespējas lapas un 11285645 e-receptes.

Darbojies arī E-veselības lietotāju atbalsta dienests, kas līdz 2018. gada decembra beigām bija sniedzis aptuveni 56000 konsultācijas profesionāļiem (ārstniecības personām un farmaceitiem), kā arī vairāk kā 17000 konsultācijas iedzīvotājiem par sistēmas lietošanas jautājumiem.

Kopā – vairāk kā 73000 konsultācijas zvanu un e-pasta formā.

Turpinot attīstīt E-veselības sistēmu, kā arī pilnveidojot NVD 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 un 2018. gada 1. novembrī noslēgts līgums par projekta “Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas tālāka pilnveidošana, sasaistot to ar personas identifikāciju” ieviešanu.

7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi un klīniskās vadlīnijas

Pārskata gadā veikta 2017. gada slimnīcu faktisko izdevumu analīze, salīdzinot ar apmaksāto atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifa formulas elementiem.

2018. gada otrajā pusgadā uzsākts darbs pie manipulāciju tarifu pārskatīšanas pa grupām, kā prioritāri pārskatāmās izvirzot:

- ✓ manipulāciju grupas, kurām ir augsts pacientu finansiālās līdzdalības apjoms (oftalmoloģijas tarifi);
- ✓ manipulācijas, kas attiecas uz pakalpojumiem, kuriem plānoti stratēģiskie iepirkumi (rehabilitācijas tarifi);
- ✓ manipulācijas ar būtisku finansiālo svaru, kas veido lielu daļu no finansējuma (traumatoloģijas, ķirurģijas, ortopēdijas manipulācijas).

Pārskatīti visi tarifi un fiksētie maksājumi (saistībā ar ārstniecības personu atalgojumu palielinājumu).

No 4096 manipulācijām:

- ✓ veiktas izmaiņas 3363 manipulācijām, tajā skaitā izveidotas 97 jaunas manipulācijas (5 manipulācijas "Vispārējie ambulatorie pakalpojumi" sadaļā, 2 manipulācijas "Neonatoloģijas un pediatrija" sadaļā, 1 manipulācija "Laboratoriskie izmeklējumi" sadaļā, 15 manipulācijas "Citās sadaļās neiekļautās manipulācijas" sadaļā, 59 manipulācijas "Parenterāli ievadāmās zāles onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai" sadaļā, 15 manipulācijas "Statistikas uzskaitē izmeklējumiem, kas nav veikti no valsts budžeta līdzekļiem" sadaļā), kā arī svītrotas 226 manipulācijas, pārskatīts manipulācijas tarifs 3040 manipulācijām.

No 76 pakalpojumu programmu viena pacienta ārstēšanas tarifiem:

- ✓ veiktas izmaiņas 76 pakalpojumu programmās, tajā skaitā izveidotas 3 jaunas pakalpojumu programmas (viena pakalpojumu programma "Hronisko pacientu aprūpe ar ārstēšanās ilgumu līdz 10 gultasdienām", pakalpojumu programma "Hronisko pacientu aprūpe ar ārstēšanās ilgumu 11 vai vairāk gultasdienām" un pakalpojumu programma "Pacientu izmeklēšana pirms aknu transplantācijas"), pārrēķināti pakalpojumu programmu tarifi 73 pakalpojumu programmām.

Saistībā ar Veselības ministrijas padotības iestāžu funkciju reorganizāciju, no 2018. gada septembra klīnisko vadlīniju izvērtēšanu un reģistrēšanu Dienests ir nodevis Slimību profilakses un kontroles centram. Iepriekš šo funkciju īstenoja NVD. Līdz ar šīs funkcijas pārņemšanu arī Klīnisko vadlīniju datu bāze ir pieejama Slimību profilakses un kontroles centra mājaslapā: www.spkc.gov.lv.

8. Ārstniecības riska fonds

Darbību turpināja Ārstniecības riska fonds, kas tika izveidots 2013. gada 25. oktobrī. Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 16. panta pirmo daļu 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.

2018. gadā Dienests ir saņēmis 225 iesniegumus par atlīdzības izmaksāšanu no Ārstniecības riska fonda, kas ir par 9 iesniegumiem vairāk nekā 2017. gadā.

Kopumā 2018. gadā:

- ✓ pieņemti 42²³ lēmumi par atlīdzības izmaksāšanu par kopējo summu 615 760,46 eiro, Dienestam vidēji vienai personai atlīdzībā izmaksājot 14 660,96. 2018. gadā pacientiem (mantiniekiem) atlīdzībās izmaksātā summa ir par 400 093,26 eiro mazāka nekā 2017. gadā, kas skaidrojams ar izmaksu lēmumu skaita samazinājumu (2017. gadā - 56 lēmumi) un vidējās izmaksājamās summas samazināšanos. Lielākā personai izmaksātā summa 2018. gadā ir 71 145,00 eiro, šāda atlīdzība izmaksāta vienā gadījumā;
- ✓ 106²⁴ gadījumos pieņemts lēmums par atteikumu izmaksāt atlīdzību, jo nav konstatēts kaitējums pacienta veselībai;
- ✓ 36 gadījumos ir atteikta lietas izskatīšana Ārstniecības riska fonda ietvaros, jo ir nokavēts Pacientu tiesību likumā noteiktais iesniegšanas termiņš, nav mantojuma apliecības, gadījums neattiecas uz Ārstniecības riska fondu pēc satura u.c. trūkumi, kas neļauj ierosināt administratīvo lietu.

Papildus Dienests norāda, ka 2019. gada janvārī Ārstniecības riska fonda institucionālajā atbildības sadalījumā ir plānotas būtiskas izmaiņas, Veselības inspekcijai no Dienesta pārņemot lēmumu pieņemšanas funkciju.

²³ Lēmumi 2018. gadā Ārstniecības riska fonda lietās tikuši pieņemti arī par lietām, kuras ierosinātas iepriekšējos gados.

²⁴ Lēmumi 2018. gadā Ārstniecības riska fonda lietās tikuši pieņemti arī par lietām, kuras ierosinātas iepriekšējos gados.

9. Regresa prasību piedziņa

2018. gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis 960 027,40 eiro. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība", veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

48. tabula. Regresa prasību rādītāji 2018. gadā

	Skaitis	Summa, EUR
Iesniegtās prasības, kopā:	1864	1 005 519,79
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1810	967 092,10
t. sk. apdrošināšanas sabiedrībām	1698	913 147,10
Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	112	53 945,00
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	54	38 427,69
Apmaksātās prasības kopā, t. sk. iepriekšējos gados pieteiktās prasības:	1942	960 027,40
t. sk. daļēji apmaksātās prasības	17	241 64,53
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu, t. sk.	1904	929 175,60
t. sk. no apdrošināšanas sabiedrībām	1815	895 072,09
no Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	89	34 103,51
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	21	6 687,27

Pārskata periodā regresa kārtībā tika atgūti 960 027,40 eiro par 1925 regresa prasībām, savukārt 2017. gadā tika atgūti 686 792,23 eiro par 1637 regresa prasībām. 2018. gadā regresa kārtībā atgūto līdzekļu pieaugums ir skaidrojams ar to, ka 2018. gadā vidējā apmaksātās regresa prasības summa palielinājās par 74,81 eiro, kā arī tika apmaksātas par 288 prasībām vairāk salīdzinājumā ar 2017. gadu.

10. Starptautiskā sadarbība

Projekti

2018. gadā turpināta dalība Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2014. – 2020. gada plānošanas perioda projektā “Trešā Vienotā rīcība Eiropas veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas tīklā” (*European Network for Health Technology Assessment Joint Action 3 - EUnetHTA JA3*). Projekta mērķis ir uzlabot kopīgi veikto medicīnas tehnoloģiju novērtēšanu, kvalitāti un efektivitāti Eiropas līmenī. Tādējādi ar šo projektu tiek veicināta uz pierādījumiem balstīta un ilgtspējīga veselības aprūpe, kā arī objektīvas izvēles iespējas veselības aprūpē un medicīnas tehnoloģijās. Tāpat arī tiek nodrošināts, ka netiek veikta paralēla novērtējumu veikšana (dublicēšana), bet atkārtoti izmantoti reģionālā un nacionālā līmeņa medicīnas tehnoloģiju izvērtējami.

2018. gada 30. jūnijā noslēgusies dalība Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2014.-2020. gada plānošanas perioda projektā “Vienotā rīcība e-Veselības tīkla atbalstam” (*Joint Action to support the eHealth Network – JAseHN*). Projekta mērķis bija atbalstīt e-Veselības tīkla, kas dibināts atbilstoši direktīvas “Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē” (Nr. 2011/24/ES) 14. pantam, darbību. Projekts kalpo kā platforma operatīvai un stratēģiskai sadarbībai starp ES dalībvalstīm par E-veselību, kā arī sadarbībai ar ieinteresētajām sadarbības grupām un standartizācijas organizācijām.

Dalība organizācijās

Veselības aprūpes tehnoloģiju jomā Dienests ir bijis dalībnieks organizācijās, kas darbojas zāļu cenu veidošanas, zāļu kompensācijas un vienotu zāļu cenu datu bāžu izveides jomā – ES valstu atbildīgo institūciju pārstāvju tīklā par zāļu cenām un kompensāciju (*Network of the Competent Authorities for Pricing and Reimbursement Pharmaceuticals*), Eiropas Zāļu cenu veidošanas un kompensācijas tīklā (*Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information jeb PPRI*), izmantojis Eiropas Vienoto zāļu Cenu datu bāzi EURIPID (*European Integrated Price Information System*), darbojies Eiropas veselības aprūpes tehnoloģijas novērtēšanas tīklā (*European network for health technology assessment – EUnetHTA*), kā arī piedalījies Eiropas Sociālās apdrošināšanas foruma Zāļu novērtēšanas komitejā (*MEDEV – European Social Health Insurance Forum, the Medicine Evaluation Committee*).

Starptautiskie līgumi

Tāpat pārskata gadā Dienests savas kompetences ietvaros un atbilstoši Veselības ministrijas pilnvarojumam turpinājis līdzdarboties, lai noslēgtu vienošanos ar Lietuvu par savstarpējo palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā pierobežas teritorijā. Vienošanās tika parakstīta 2018. gada 3. oktobrī.

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 (PVA)

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 (SAVA)

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 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.