



Nacionālais veselības dienests

# VĒSTIS Nr. 26

2018

Nosaukums:	Nacionālais veselības dienests
Mājaslapa:	<a href="http://www.vmnvd.gov.lv">www.vmnvd.gov.lv</a>
E-pasts:	<a href="mailto:info@vmnvd.gov.lv">info@vmnvd.gov.lv</a>
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: <a href="mailto:riga@vmnvd.gov.lv">riga@vmnvd.gov.lv</a>
Zemgales nodaļa	Vadītāja Daiga Vulfa Jelgava, Zemgales prospekts 3, LV-3001 Tālr.: 63027249, fakss: 63007087 E-pasts: <a href="mailto:zemgale@vmnvd.gov.lv">zemgale@vmnvd.gov.lv</a>
Kurzemes nodaļa	Vadītāja Dzintra Eglīte Kuldīga, Pilsētas laukums 4, 3. stāvs, LV-3301 Tālr.: 63323471, fakss: 63323696 E-pasts: <a href="mailto:kurzeme@vmnvd.gov.lv">kurzeme@vmnvd.gov.lv</a>
Latgales nodaļa	Vadītājs Jānis Pitrāns Daugavpils, Saules iela 5, LV-5401 Tālr.: 65422236, fakss: 65422236 E-pasts: <a href="mailto:latgale@vmnvd.gov.lv">latgale@vmnvd.gov.lv</a>
Vidzemes nodaļa	Vadītāja Sigita Alhimoviča Smiltene, Pils iela 6, LV-4729 Tālr.: 64772301, fakss: 64707013 E-pasts: <a href="mailto:vidzeme@vmnvd.gov.lv">vidzeme@vmnvd.gov.lv</a>

## SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads. Valsts apmaksāta veselības aprūpe 2017. gadā	4
1. Veselības aprūpes budžets	5
1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana	5
1.2. Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas un apakšprogrammas	8
1.3. Ārstniecība	13
2. Medikamentu iegāde un apmaksā	14
2.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā	14
2.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	18
3. Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze	22
3.1. Vispārējie rādītāji	22
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	49
5. Medicīnas pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveicē	53
5.1. Pārrobežu veselības aprūpes iespējas	53
5.2. Latvijā apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi	54
5.3. Citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi	58
6. E-veselības ieviešana	59
7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi un klīniskās vadlīnijas	60
8. Ārstniecības riska fonds	61
9. Regresa prasību piedziņa	62
10. Starptautiskā sadarbība	63
Izmantotie termini	65

## Valsts apmaksāta veselības aprūpe 2017. gadā

Nacionālā veselības dienesta informatīvajā pārskatā "Vēstis" Nr. 26 par 2017. 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 un racionālu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

Lai efektīvi īstenotu valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, 2017. 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.

Ar mērķi veicināt efektīvāku un uz rezultātu orientētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iedzīvotājiem 2017. gadā saskaņā ar Pasaules Bankas ieteikumiem tika īstenoti stratēģiskie iepirkumi trīs virzienos – stacionārajās ārstniecības iestādēs plānveidā veicamajā onkoloģiskajā ārstēšanā, ambulatorajā mamogrāfijā un medicīniskajā apaugļošanā.

Vienlaikus arī tika sākts darbs pie centralizētas rindas medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu saņemšanai izveides.

2017. gadā tika veiktas izmaiņas programmā, kas paredz uzlabot veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti onkoloģijas pacientiem ("Zaļais koridors") – veicot iekļauto audzēju lokalizāciju skaita palielināšanu. Vienlaikus programmas ietvaros tika pārskatīta onkoloģisko slimnieku ķirurģiskās ārstēšanas pakalpojumu apmaksā un onkoloģisko slimnieku ārstu konsiliju apmaksas kārtība.

2017. gadā sasniegta lielākā atsaucība valsts apmaksātu vēža profilaktisko pārbažu veikšanai kopš 2009. gada, piemēram, profilaktisko krūšu pārbaudi 2017. gadā veikušas 44 % uzaicināto sieviešu (gadu iepriekš – 27 %), savukārt profilaktisko dzemdes kakla pārbaudi – 39 % sieviešu (gadu iepriekš – 25 %). Viens no iemesliem tam ir rastie tehniskie risinājumi, lai pakalpojumu sniedzējiem elektroniski nodrošinātu informāciju par sievietēm izsūtītajām uzaicinājuma vēstulēm (tās numuru un nosūtīšanas datumu) uz valsts apmaksātajām pārbaudēm. Tādējādi gadījumos, kad vēstule, piemēram, ir nozaudēta, tā vairs nav jāatjauno, jo informācija ārstniecības iestādēs ir pieejama elektroniski.

Lai izvērtētu, kā pilnveidot ķirurģisko dienas stacionāru attīstības virzienus, pārskata gadā Dienestā tika izveidota darba grupa par "Par dienas stacionāru darbības izvērtēšanu". Izvērtējums tika veikts sadarbībā ar profesionālajām asociācijām.

Lai uzlabotu klientu apkalpošanas kvalitāti, kapacitāti un ar to saistīto procesu efektivitāti, 2017. gadā tika izveidots Dienesta Klientu apkalpošanas centrs, kas ietver gan Dienesta bezmaksas informatīvā tālruņa 80001234 apkalpošanas funkcijas, gan Eiropas veselības apdrošināšanas karšu (EVAK) izsniegšanu, gan iedzīvotāju iesniegumu izskatīšanu un konsultēšanu klātienē.

Pārskata periodā E-veselības sistēmā sākuši uzkrāties dati par izrakstītajām e-receptēm, e-darbnespējas lapām, e-nosūtījumiem, rezultātiem, vakcinācijas faktiem un cita informācija. Uzkrātais datu apjoms katram iedzīvotājam ir atkarīgs no ārstniecības personas, pie kuras pacients ir bijis vizītē. Kopumā līdz 2017. gada beigām līgumu ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu noslēgušas vairāk nekā 2280 juridiskās personas, tajā skaitā 2058 ārstniecības iestādes (t. sk. 1058 ģimenes ārstu prakses) un 222 aptieku juridiskie īpašnieki.

# 1. Veselības aprūpes budžets

## 1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana

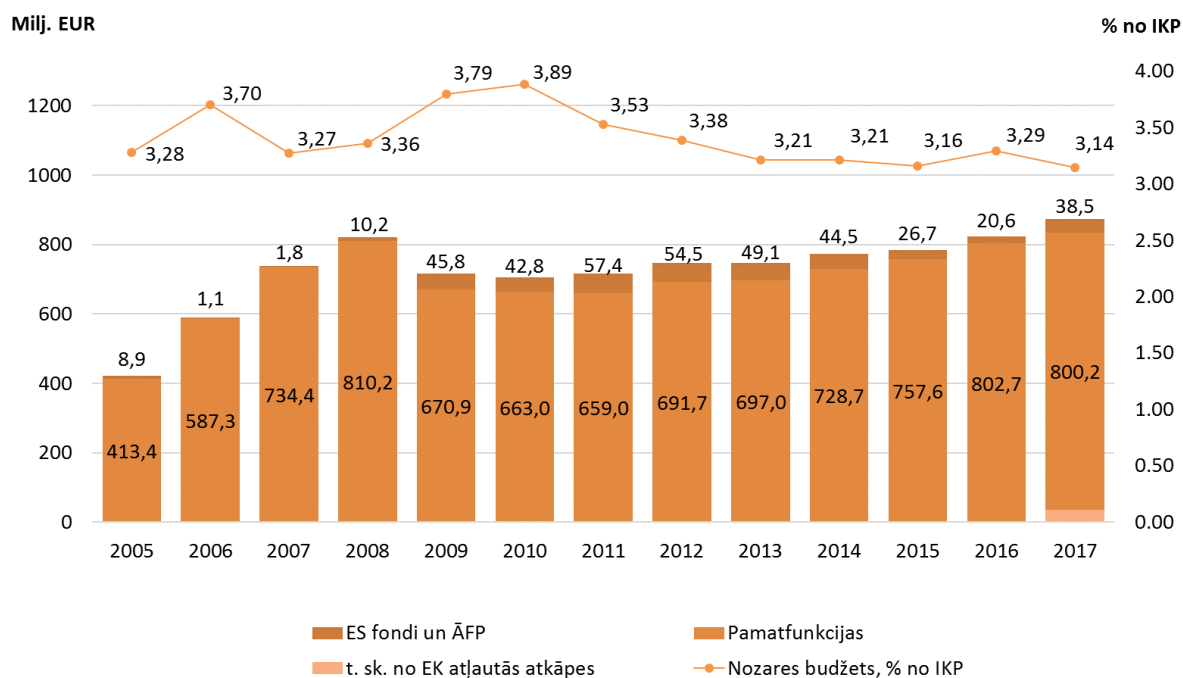
Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests) administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, atbilstoši normatīvajiem aktiem slēdz līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un nodrošina apmaksu par ārstniecības iestāžu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem iedzīvotājiem, 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.

2017. gadā veselības aprūpes budžeta finansējums ir 838,8 miljoni eiro, kas veido 3,14 % no iekšzemes kopprodukta. No šī finansējuma 800,2 miljoni eiro jeb 95,4 % ir atvēlēti veselības aprūpes pamatfunkciju īstenošanai un 38,5 miljoni eiro jeb 4,6 % – ES politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto un finansēto projektu un pasākumu īstenošanai. Papildus pamatfunkciju nodrošināšanai 34,3 miljoni jeb 4 % ir atvēlēti no Eiropas Komisijas (turpmāk – EK). atļautās atkāpes.

### 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	2016. gads	2017. gads
Veselības ministrijas veselības aprūpes budžets, milj., EUR	823,3	838,8
Dienesta administrējamā daļa, milj., EUR	682,9	715,4
Līdzekļu pieaugums salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem, %	2,89	32,5
No kopējā veselības aprūpes budžeta, %	82,9	85,3

**Dienestam administrēšanai nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde**

Atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam 2017. gadā Dienests administrēja likumā "Par valsts budžetu 2017. gadam" veselības aprūpei piešķirtos līdzekļus 732 322 116 eiro apmērā.

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

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

Apakš - programmas kods	Apakšprogrammas nosaukums	Plānotais finansējums 2017. gadam	Līdzekļu izlietojums no gada sākuma	Novirze, EUR
Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas, kopā:		732 322 116	730 665 586	1 656 530
33.00.00	Veselības aprūpes nodrošināšana	715 826 602	715 416 952,97	409 649
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana	146 308 179	146 308 179,00	0
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	11 679 846	11 679 846,00	0
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	119 521	119 521,00	0
33.09.00	Interesešu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	196 692	196 692,00	0
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	1 960 203	1 960 203,00	0
33.14.00	Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana	86 574 725	86 562 201,33	12 524
33.15.00	Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	25 160 356	25 158 410	1 946
33.16.00	Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	171 837 271	171 812 472	24 799
33.17.00	Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs	164 119 539	163 767 457	352 082
33.18.00	Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	99 501 034	99 500 408,92	625
33.19.00	Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem	8 369 236	8 351 562,35	17 674
45.00.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	8 714 416	7 477 116	1 237 300
45.01.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	6 765 805	6 461 261,93	304 543
45.02.00	Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	1 948 611	1 015 853,72	932 757
63.07.000	Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana	87 756	85 380,55	2 375
67.06.00	Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana	2 500	2 499,08	1
70.00.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana	31 788	27 378	4 410
70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana	9 614	5 718,04	3 896
70.09.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē	22 174	21 660,28	514
99.00.00	Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums	7 659 054	7 656 259,57	2 794

- 1) Izdevumu neizpildi ietekmē Krievijas Federācijas militāro pensionāru skaita samazināšanās.
- 2) Izdevumu neizpildi ietekmēja iepirkumu procesa pārsūdzības, kā arī bez rezultāta beidzies Dienesta iepirkums.
- 3) Atlīdzības maksājumus par pacientiem nodarīto kartējumu izmaksā pēc lēmuma pieņemšanas.
- 4) Saskaņotu izmaiņu dēļ projekta mērķos un pasākumos atsevišķas projektu aktivitātes pārceltas uz nākamo gadu.
- 5) Ārvalstu finanšu palīdzības maksājums tiks saņemts nākamajā gadā.

## 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. 1529 32. pielikumā minēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču centralizētu iegādi. Dienests darbojas kā iepirkumu veicējs un maksātājs.

#### Apakšprogramma 33.08.00 "Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana"

Apakšprogramma nodrošina ledzīvotāju 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 "Interesešu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"

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



#### Apakšprogramma 33.12.00 "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem"

Apakšprogramma nodrošina medikamentozu ārstēšanu vitāli svarīgu dzīvības funkciju uzturēšanai SIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" uzskaitē esošiem ar retām slimībām slimojošiem 20 bērniem un ārstnieciskā uztura preparātus (*Neocate*, *Neocate Advanced*) 62 pacientiem (ar smagu olbaltumvielu nepanesību un izteiktu malabsorbcijas sindromu).

#### Apakšprogramma 33.14.00 "Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogramma darbojas no 2017. gada. Tās ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksātie primārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši Noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 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"

Apakšprogramma darbojas no 2017. gada, tās ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksājami ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi un histoloģiskie izmeklējumi atbilstoši Noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

#### Apakšprogramma 33.16.00 "Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana"

Apakšprogramma tika izveidota 2017. gadā atbilstoši MK 2016. gada 31. maija protokolam Nr. 26. Tās 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. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 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. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 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"

Apakšprogramma tika izveidota 2017. gadā atbilstoši MK 2016. gada 31. maija protokolam Nr. 26. Tās ietvaros tiek nodrošināti no valsts budžeta apmaksātie plānveida veselības aprūpes pakalpojumi stacionārajās ārstniecības iestādēs atbilstoši Noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 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 ir izveidota 2017. gadā. Tās ietvaros nodrošina:

- ✓ norēķinus ar ES un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstīm par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ izdevumu atlīdzināšanu fiziskajām personām, kurās veikta samaksa par saņemtajiem pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumiem no personīgajiem līdzekļiem. Izdevumu atlīdzināšana pamatojama gan ar veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Dalībvalstī, kurā veselības aprūpes pakalpojumi tikuši saņemti, gan ar Latvijas veselības aprūpes tarifiem (saskaņā ar Latvijas tiesību aktiem, ar kuriem pārņemta Direktīva par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē);
- ✓ norēķinus ar ārstniecības iestādēm par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ Dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām ar EVAK un par to prasību izpildi, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos 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:

- ✓ līgumu slēgšana ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu;
- ✓ līgumu slēgšana ar aptiekām par kompensējamo zāļu nodrošināšanu;
- ✓ Eiropas veselības apdrošināšanas karšu izdošana un E veidlapu izsniegšana Latvijas iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ES dalībvalstīs;
- ✓ uzaicinājuma vēstuļu nosūtīšana uz valsts apmaksātu dzemdes kakla vēža skrīningu profilaktisko pārbaudi un uz krūts vēža skrīningu profilaktisko pārbaudi;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas un kompensējamo zāļu reģistrācijas un uzskaites informācijas sistēmas uzturēšana un papildināšana;
- ✓ klīnisko vadlīniju un racionālas farmakoterapijas sarakstu izstrāde;
- ✓ E-veselības informācijas sistēmu uzturēšana un pilnveidošana;
- ✓ no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķināšana;
- ✓ kompensējamo zāļu saraksta veidošana un uzturēšana;
- ✓ kompetentās iestādes uzdevumu veikšana veselības aprūpes jomā saskaņā ar Padomes 1971. gada 14. jūnija Regulu (EEK) Nr. [1408/71](#) par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā.

Būtiska daļa no Dienesta izdevumiem – 2 058 241 eiro jeb 32 % 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. 2017. gadā ieņēmumi no ārstniecības iestāžu veiktajiem riska maksājumiem ir 1 366,5 tūkstoši eiro.

#### Programma: 63.07.000 "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.

Prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde tiek realizēta ar ārpakalpojuma piesaisti un iesaistot projekta sadarbības partnerus – Veselības ministriju, Slimību profilakses un kontroles centru, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu. Aktivitātes ietvaros ir noslēgts līgums ar Starptautisko Rekonstrukcijas un attīstības banku (turpmāk - Pasaules Banku), nodrošināta nepieciešamo datu un informācijas iesniegšana, veikta nodevumu (ziņojumu) izvērtēšana, noorganizētas trīs Pasaules Bankas ekspertu vizītes Latvijā.

Veselības tīklu attīstības vadlīnijas būs zinātniska pētījuma rezultātā izstrādāts dokuments, kas norādīs virzienus, kuros attīstāma veselības aprūpes un sabiedrības veselības politika četrās prioritārajās veselības aprūpes jomās periodā līdz 2022. gadam.

### **Programma: 67.06.00 "Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana"**

Pārskata periodā Dienests piedalījās Centrālās statistikas pārvaldes Granta projekta "Pamatinformācijas nodrošināšana pirktspējas paritātēm 2015.-2016. gadam" īstenošanā. Saskaņā ar Eurostat/ OECD vadlīnijām Eiropas salīdzinājumu programmas slimnīcu apsekojuma ietvaros Dienests sagatavoja anketu, uzrādot cenas/ izmaksas par slimnīcu pakalpojumiem 2016. 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"**

Apakšprogrammas ietvaros tika īstenots ES stratēģijas Baltijas jūras reģionam projekts "Novēršamas hospitalizācijas Baltijas jūras reģionā: organizatoriskas un tehnoloģiskas inovācijas primārajā veselības aprūpē (*InnoHealth*)".

### **Programma: 99.00.00 "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem izlietojums"**

No budžeta līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem saskaņā ar MK rīkojumiem piešķirti **7 659 054** eiro:

- ✓ lai segtu izdevumus saistībā ar Ukrainas protestu laikā cietušo personas ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs;
- ✓ lai segtu patvēruma meklētāju ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs laika posmā no 2016. gada novembra līdz 2016. gada beigām, no 2017. gada 1. janvāra līdz 30. aprīlim un no 2017. gada 1. maija līdz 2017. gada 30. septembrim
- ✓ lai Dienests par 2017. gada pusgadu segtu izdevumus par pagarinātā normālā darba laika apmaksu ārstniecības personām ārstniecības iestādēs;
- ✓ lai nodrošinātu atlīdzības izmaksu ārstniecības personām, tai skaitā piemaksu par nakts darbu un svētku dienām, kā arī pastāvīgu ārstniecības personu pieejamību neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļās;
- ✓ lai nodrošinātu izdevumu segšanu pakalpojuma sniedzējiem par izpētes darbiem saistībā ar vienota centralizēta risinājuma izstrādi veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzes uzturēšanai un veselības apdrošināšanas iemaksu administrēšanai;
- ✓ lai daļēji apmaksātu ES dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas un Šveices Konfederācijas kompetento institūciju iesniegtos rēķinus par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

### 1.3. Ārstniecība

2017. 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 apmaksā 2017. gadā

Pakalpojumu veidi	Rēķinu summa, EUR
Veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai kopā	563 296 813
1. Ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi	284 382 550
1.1. Primārā veselības aprūpe	87 073 629
1.2. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	172 464 813
1.3. Ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi	24 844 108
2. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi	272 933 076
2.1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārajās ārstniecības iestādēs	172 850 623
2.2. Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	100 082 453
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)	5 981 187

Saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta, iedzīvotājs veic pacienta iemaksas. Pacienta iemaksas apmērs ir noteikts Noteikumos Nr. 1529, kur minētas arī iedzīvotāju kategorijas, kuras ir atbrīvotas no pacientu iemaksas veikšanas. Pacienta iemaksu par šiem pacientiem kompensē no valsts budžeta.

4. tabula. Ārstniecības iestāžu saņemto pacientu iemaksu dinamika (pēc VIS datiem), EUR

Pacientu iemaksa	2016. gads	2017. gads
Aprēķinātā pacientu iemaksa (iekasē ārstniecības iestāde)	34 453 867	36 484 667
Pacientu iemaksas kompensācija no valsts budžeta līdzekļiem par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros	30 392 612	29 621 182
<b>Kopā</b>	<b>64 846 479</b>	<b>66 105 849</b>

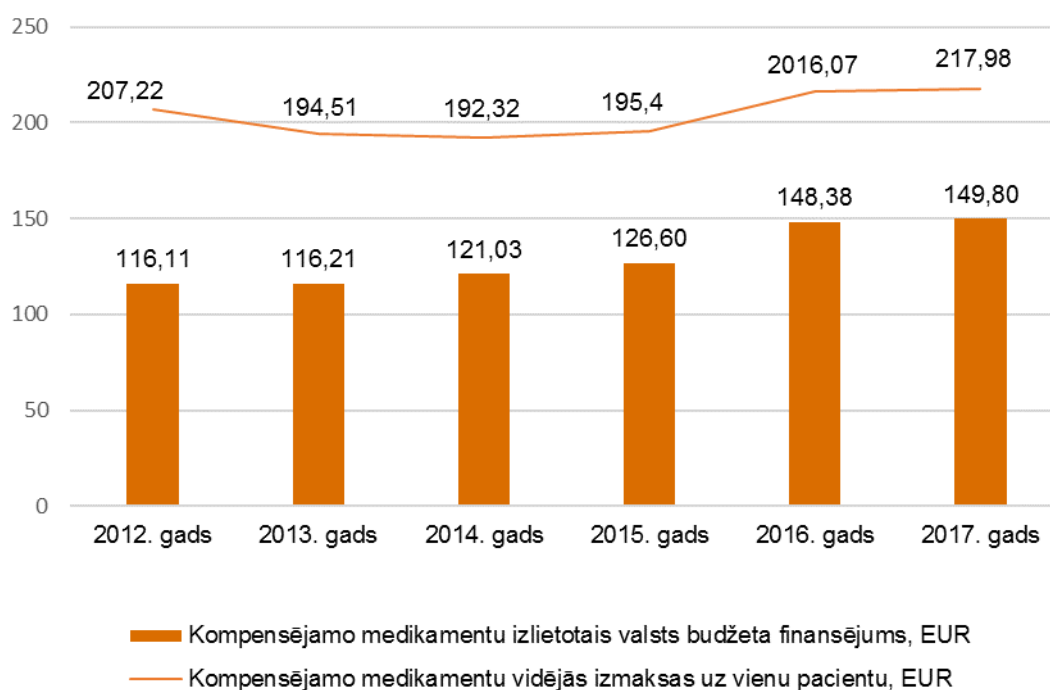
## 2. Medikamentu iegāde un apmaksā

### 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	2016. gads			2017. 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
A, B, C saraksts:						
100%	1 622 555	110 445 507,45	68,07	1 666 208	114 372 494	68,64
75%	3 933 366	27 219 469,44	6,92	4 029 550	27 556 998	6,84
50%	738 265	7 169 180,57	9,71	797 139	7 497 947	9,41
M saraksts:						
50%	64 871	354 640,18	5,47	74 992	404 833	5,4
25%	8 083	29 227,76	3,62	0	0	0
Kopā	6 367 140	145 218 025,40	22,81	6 567 889	149 832 272	22,81

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 2016./ 2017. gadā, EUR
2016. gads	686 257	145 218 025,40	211,61
	t. sk.:		
	kompensējamās zāles 662 889	144 834 157,46	218,49
	M saraksta zāles 36 512	383 867,94	10,51
2017. gads	708 067	149 832 272	211,61
	t. sk.:		
	kompensējamās zāles 685 105	149 427 439	218,11
	M saraksta zāles 36 653	404 833	11,05

2017. gadā kompensējamās zāles apmaksātas kopā 708 067 pacientiem – par 3,18 % vairāk nekā 2016. gadā (2016. gadā – 686 257 pacientiem). 36 653 pacienti saņēmuši zāles no M saraksta. Vidējās kompensējamo zāļu izmaksas vienam pacientam 2017. gadā bija 211,61 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.

2017. gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijai kopumā saņemti 979 pacientu iesniegumi. Dienests 2017. gadā izskatīja 828 pacientu iesniegumus par zāļu individuālo kompensāciju (tajā skaitā 2016. gada decembrī saņemtos iesniegumus). Saistībā ar saņemtajiem iesniegumiem:

- ✓ 804 iesniegumi atzīti par atbilstošiem individuālajai kompensācijai:
  - sagatavoti 719 lēmumi par zāļu kompensācijas piešķiršanu;
  - sagatavoti 85 lēmumi par kompensācijas atteikumu;
- ✓ 24 iesniegumi atzīti par individuālajai kompensācijai neatbilstošiem.

Savukārt par 60 iesniegumiem, kas saņemti 2017. gada decembrī – lēmumi tiks pieņemti 2018. 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 un ārstu-speciālistu konsilijiem.

Saskaņā ar Dienesta lēmumiem 2017. gadā no valsts budžeta līdzekļiem tika plānots nodrošināt C saraksta zāļu iegādes izdevumu kompensāciju zemāk uzskaitītajām zālēm.

Ievērojot kompensācijas limitu finanšu līdzekļu izteiksmē:

- ✓ "Herceptin";
- ✓ "Mabthera" (onkoloģija);
- ✓ "Mozobil";
- ✓ "Gazyvaro".

Ievērojot kompensācijas limitu pacientu skaita izteiksmē:

- ✓ "Tasigna", "Sprycel" un "Bosulif" – 55 pacientiem;
- ✓ "Feiba" – 3 pacientiem;
- ✓ "NovoSeven" – 3 pacientiem;
- ✓ "Celsentri" – 1 pacientam;
- ✓ "Intelence", "Fuzeon" – 7 pacientiem ("Fuzeon" C sarakstā līdz 2017. gada 31. augustam);
- ✓ "Mabthera" (artrīti) – 16 pacientiem;
- ✓ "Erbitux" – 47 pacientiem;
- ✓ "Orencia", "RoActemra", "Simponi", "Kineret", "Stelara" (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) – 139 pacientiem;
- ✓ "Orencia" un "RoActemra" (ar diagnozi "Juvenīlais artrīts" (M08.0-M08.4, N08.8, M08.9)) – 59 pacientiem;
- ✓ "Zepatier" un "Exviera/Viekirax" – 760 pacientiem.



Faktiskais līdzekļu izlietojums kompensējamo zāļu C saraksta zāļu apmaksai 2017. gadā bija 17 810 545,86 eiro. Pacientu skaits, kuri saņēmuši C saraksta zāļu kompensāciju no valsts budžeta līdzekļiem 2017. gadā – ir 1111 pacienti. Ārstēšanas procesa sākumā pacientiem zāļu iegādes kompensācija tiek nodrošināta no iesniedzēja<sup>1</sup> līdzekļiem.

## Izrakstītās receptes

2017. gadā vispārējā kārtībā atprečotas 6 492 897 receptes, savukārt 2016. gadā tika atprečotas 6 367 140 receptes. No kopējā skaita 74 992 receptes atprečotas bērniem līdz divu gadu vecumam, kā arī grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā.

Vienas receptes vidējā cena ir bijusi 23,01 eiro. Savukārt vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā, ir bijusi 5,40 eiro. Zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensēto cenas daļu 16 935 996,04 eiro apmērā.

Vislielākais atprečoto recepšu skaits ir:

- ✓ pacientiem ar asinsrites sistēmas slimībām – 3 599 843 receptes;
- ✓ pacientiem ar endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimībām – 991 553 receptes;
- ✓ pacientiem ar elpošanas sistēmas slimībām – 414 089 receptes;
- ✓ pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem – 336 123 receptes.

Šo recepšu skaits ir 82,27 % no visa atprečoto recepšu skaita.

Savukārt vislielākais līdzekļu apjoms par kompensējamām zālēm 2017. gadā ir izlietots par:

- ✓ endokrīno, uztura un vielmaiņas slimību ārstēšanu – 28 554 319,35 eiro;
- ✓ audzēju ārstēšanu – 23 648 706,53 eiro;
- ✓ infekciju un parazitāro slimību ārstēšanu – 21 414 905,03 eiro;
- ✓ asinsrites sistēmas slimību ārstēšanu – 20 859 848,88 eiro.

Salīdzinot ar 2016. gadu, 2017. gadā vienas receptes cena būtiski nemainījās. Faktiskās izmaksas ir palielinājušās par 3,18 %.

Vairākās diagnožu grupās un diagnozēs vidējā vienas receptes cena un izrakstīto recepšu skaits atšķiras no 2016. gada datiem:

- ✓ vislielākais faktisko izmaksu pieaugums 54,59 % apmērā ir diagnožu grupā “Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi” un 23,57 % pieaugums diagnožu grupā “Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības”;
- ✓ lielākais vidējās vienas receptes cenas palielinājums ir diagnožu grupā “Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi”. Tā palielinājusies par 44,11 %;
- ✓ vislielākais faktisko izdevumu samazinājums ir diagnožu grupā “Ādas un zemādas slimības” – 18,65 % apmērā. Vidējā vienas receptes cena ir samazinājusies par 21,19 % diagnožu grupā “Ādas un zemādas slimības”. Atprečoto recepšu skaita vislielākais samazinājums ir vērojams diagnožu grupā “Infekcijas un parazitārās slimības” – 8,87 %.

<sup>1</sup> Iesniedzējs – zāļu vai medicīnisko ierīču reģistrācijas 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.

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.	147 349 018,98	X
No programmas "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana"	135 972 946,00	
No programmas "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe" (KF)	769 376,24	
Ieņēmumi no maksas pakalpojumiem, citi pašu ieņēmumi un līdzekļi pēc apropriācijas pārdales	10 606 696,74	
Izdevumi – kopā, t. sk.	147 077 555,24	154 316 030,24
Zāļu iegādes izdevumu kompensācija, t. sk.	135 956 375,73	149 832 280,62
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārējā kārtībā	135 956 367,39	149 832 272,28
Atgriezti līdzekļi fiziskām personām	8,34	8,34
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	3 986 886,33	4 470 856,02
Atbalsta maksājums individuālām aptiekām	9 417,44	12 893,60
Saistību izpildei par 2016. gadu	7 124 875,74	X
Līdzekļu atlikums uz 01.01.2018.	271 463,74	X

## 2.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

2017. 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 šīrces;
- ✓ standarta tuberkulīns;
- ✓ fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti;
- ✓ peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi (šķīdumi un piederumi);
- ✓ redzes korekcijas līdzekļi bērniem, kuru apmaksā 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 (ar 01.04.2017.).

## 8. tabula. Centralizēti iepirkto medikamentu piegādes līgumu izpilde

Ārstniecības līdzekļi	Izpilde, EUR	
	2016. gads	2017. gads
Vakcīnas un šļirces	8 163 666,73	8 422 990,44
Standarta tuberkulīns	22 578,08	34 191,75
Peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi	2 332 284,87	2 414 887,53
Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti	765 740,01	847 290,44
Redzes korekcijas līdzekļi bērniem	68 404,88	72 717,62
Imūnbioloģiskie preparāti	202 897,52	188 601,28
Mākslīgie maisījumi zīdaiņiem un mākslīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm.	-	17 862,08
<b>Kopā</b>	<b>11 555 572,09</b>	<b>11 998 541,14</b>

Tāpat kā iepriekšējos gados, arī 2017. 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	10 863	169 115,18
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 12 līdz 15 gadiem	3 291	54 883,35
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 16 līdz 17 gadiem	1 880	31 373,44
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu, poliomiēlītu, b tipa Haemophilus influenzae infekciju un B hepatītu (DTaP – IPV – Hib- HB)	83 223	2 679 780,60
Vakcīna pret cilvēka papillomas vīrusu (CPV)	8 982	230 370,34
Vakcīna pret difteriju, stinguma krampjiem un poliomiēlītu (Td - IPV)	17 904	274 718,98
Vakcīna pret pneimokoku infekciju bērniem līdz 2 gadu vecumam (PCV)	58 690	1 864 182,21
Vakcīna pret B hepatītu bērniem līdz 15 gadu vecumam (HB)	1 162	6 351,03
Vakcīna pret B hepatītu hemodialīžu slimniekiem (HB)	443	6 350,85
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem un bezšūnu garo klepu un poliomiēlītu (DTaP - IPV)	20 173	474 468,96
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, bezšūnu garo klepu, poliomiēlītu un b tipa Haemophilus influenzae (DTaP - IPV - Hib)	301	9 102,24
Vakcīna pret rotavīrusa infekciju (RV)	18 295	512 270,91
Vakcīna pret tuberkulozi jaundzimušajiem (BCG)	42 020	37 979,36
Vakcīna pret masalām, masaliņam un epidēmisko parotītu (MPR)	44 287	238 086,91
Vakcīna pret vējbakām (Varicella)	19 962	410 035,45
Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (dT adult)	155 779	1 256 201,86
Vakcīna pret trakumsērgu	10 443	167 255,09
Šļirces BCG un PPD ievadīšanai	13 800	463,68
<b>Kopā</b>		<b>8 422 990,44</b>

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. 2017. gadā fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinētu slimību korekcijas preparātus lietoja 84 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 (šķīdrie un sausi) bērniem dažādās vecuma grupās	3 406,81	711 860,14
Aminoskābju sausais maisījums bez metionīna	27,00	15 499,95
Taukskābju maisījumi (šķīdrie un sausi)	135,90	15 401,87
Diētiskie produkti ar zemu fenilalanīna saturu (spageti, rīsi, pasta - spirāles, sausās brokastu pārslas)	3 264,75	53 850,38
Milti bez fenilalanīna	2 226,00	16 214,63
Aminoskābe L-Citrulīns	4,00	2 113,14
Aminoskābe L-Arginīns	4,30	16 297,36
Aminoskābe L-cistīns	3,70	14 539,51
Aminoskābe L-lizīns	2,00	1 513,47
<b>Kopā</b>		<b>847 290,44</b>

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 2016. gadu (104 pacienti) peritoneālās dialīzes pacientu skaits būtiski nav mainījies.

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

Ārstniecības iestāde/ Piegādātājs	Vidējais pacientu skaits mēnesī	Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam, EUR
VSIA "P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca"	78	1917,47
SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"	8	1776,49
VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	1	1234,08
SIA "Vidzemes slimnīca"	8	1475,19
SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"	5	1910,05
SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca"	8	2002,45
<b>Kopā</b>	<b>108</b>	<b>1 873,89</b>

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	19 040,00
Immunoglobulinum tetanicum (humanum)	20	1 008,00
Snake venom antiserum	30	4 200,00
Immunoglobulinum antirabicum (equina)	915	75 425,28
Immunoglobulinum antirabicum (humanum)	180	81 648,00
Antitoxinum botulinicum A	5	67,20
Antitoxinum botulinicum B	5	67,20
Antitoxinum botulinicum E	5	67,20
Diphtheria antiserum	100	7 078,40
<b>Kopā</b>		<b>188 601,28</b>

13. tabula. Redzes korekcijas līdzekļu bērniem piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	EUR
Brīļļu ietvari (nerūsējoša tērauda, plastikāta, bērniem ar īpašām vajadzībām)	1 847	14 213,36
Plastikāta brīļļu lēcas (sfēriskās, toriskās, bifokālās, progresīvās, fotohromās)	3 841	28 244,55
Kontaktlēcas (mīkstās (sfēriskās, toriskās), cietās gāzu caurlaidīgās)	836	26 804,51
Speciālās kontaktlēcas zīdaiņiem un bērniem līdz 5 gadu vecumam	15	3 455,20
<b>Kopā</b>		<b>72 717,62</b>

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	897,60	9 525,33
Mākslīgais papildu ēdināšanas maisījums zīdaiņiem no 6 mēn. līdz 1 gada vecumam	720,00	7 640,63
Hipoalerģisks mākslīgais maisījums zīdaiņiem	12,00	190,51
Mākslīgais maisījums priekšlaicīgi dzimušajiem zīdaiņiem un zīdaiņiem ar mazu dzimšanas svaru	28,80	505,61
<b>Kopā</b>		<b>17 862,08</b>

### 3. Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze

#### 3.1. Vispārējie rādītāji

Sākot ar 2017. gadu, budžeta apakšprogrammas 33.01.00. "Ārstniecība" vietā ir izveidotas vairākās jaunas apakšprogrammas. Finansējums ambulatorajiem pakalpojumiem ir sadalīts trīs apakšprogrammās – primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana, pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana un laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē.

15. tabula. Ambulatorās aprūpes līdzekļu faktiskais izlietojums 2016. gadā un 2017. gadā, EUR

Pakalpojumu veidi	2016. gada rēķinu summa	2017. gada rēķinu summa
Līdzekļi ambulatorajai veselības aprūpei, t. sk.	256 680 435	284 382 550
primārā veselības aprūpe, t. sk.:	84 142 833	87 073 629
primārās veselības aprūpes pakalpojumi *	71 140 501	74 095 819
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kuri ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	4 204 081	4 180 571
Zobārstsniecība **	8 556 058	8 554 857
ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība	242 193	242 382
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, t. sk.:	172 537 602	197 308 921
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi	140 954 502	162 641 087
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kuri ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	9 506 948	9 823 726
laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	22 076 152	24 844 108

\* Bez aprēķinātā ģimenes ārstu pārskata gada darbības novērtējuma maksājuma, ko izmaksā nākošajā gadā pēc ģimenes ārstu darbības izvērtējuma. Finanšu apjomā 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.

\*\* Sniegto zobārstsniecības pakalpojumu apmaksātā summa atbilstoši noslēgtajiem zobārstsniecības līgumiem.

2017. gadā tika piešķirts papildu finansējums no līdzekļiem veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanai, tajā skaitā:

- ✓ rindu mazināšanai pie speciālistiem, uz diagnostiskajiem izmeklējumiem, dienas stacionārā un ambulatorajā rehabilitācijā –16 599 307 eiro;
- ✓ onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamībai – 5 660 407 eiro.

Attiecībā uz onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamību jāpiemin, ka jau 2016. gada oktobrī Dienests sadarbībā ar veselības nozares galveno speciālisti onkoloģijā, ķīmijterapijā, kā arī, ņemot vērā Latvijā izstrādātās ļaundabīgu audzēju rekomendācijas un starptautiskās vadlīnijas, izstrādāja kārtību ļaundabīgu audzēju primārai diagnostikai noteiktām lokalizācijām. Tika veikti grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (turpmāk – Noteikumi Nr. 1529), tos papildinot ar 34. pielikumu "Ļaundabīgu audzēju primārā diagnostika noteiktām lokalizācijām". Šo noteikumu grozījumu mērķis bija nodrošināt efektīvāku un savlaicīgāku onkoloģisko slimību diagnostiku, veicināt mērķtiecīgāku veselības aprūpi pacientiem ar noteiktām sūdzībām, simptomiem un konstatētām atradnēm, kā arī efektīvāku valsts budžeta līdzekļu izlietošanu onkoloģisko slimību diagnostikā. Grozījuma rezultātā tika plānots, ka ilgtermiņā varētu pagarināties onkoloģisko slimnieku dzīvildze, jo pateicoties savlaicīgai slimības noteikšanai, tiktu sasniegti labāki ārstēšanas rezultāti.

2017. gada sākumā Noteikumi Nr. 1529 tika papildināti ar 36. pielikumu “Ļaundabīgo audzēju sekundāra diagnostika noteiktām lokalizācijām”, lai nodrošinātu konstatētu pirmreizēji atklātu onkoloģisko slimību tālākas izplatības novērtēšanu un ļaundabīga audzēja stadijas noteikšanu. No 2017. gada Zaļā koridora sekundāra diagnostika tiek veikta piecās specializētajās ārstniecības iestādēs (Rīgas Austrumu slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centrā, Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā, Liepājas reģionālajā slimnīcā, Liepājas Piejūras slimnīcā un Daugavpils reģionālajā slimnīcā) viena mēneša laikā kopš pirmās speciālista konsultācijas, iekļaujot šajā termiņā arī ārstu konsilija lēmumu par pacienta ārstēšanas taktiku.

Savukārt 2017. gada novembrī Noteikumi Nr. 1529 tika papildināti ar jaunām lokalizācijām, “Zaļajā koridorā” iekļaujot nākamās piecus biežākos ļaundabīga audzēja veidus:

- ✓ vairogdziedzera ļaundabīgs audzējs;
- ✓ ļaundabīga ādas melanoma;
- ✓ lūpas, mutes dobuma un rīkles ļaundabīgi audzēji;
- ✓ galvas smadzeņu ļaundabīgi audzēji, papildus iekļaujot arī smadzeņu apvalku un muguras smadzeņu, kraniālo nervu un citu centrālās nervu sistēmas daļu ļaundabīgus audzējus;
- ✓ aknu un intrahepatisko žultsceļu ļaundabīgs audzējs, papildu iekļaujot arī žultspūšļa un citu neprecizētu žultsceļu daļu ļaundabīgus audzējus.

Svarīgi pieminēt, ka arī resnās un taisnās zarnas audzēju kopa papildināta ar tūplja un tūplja kanāla ļaundabīgiem audzējiem.

No 2017. gada novembra arī ginekologi un dzemdību speciālisti kā tiešās pieejamības ārsti var nosūtīt pacientus ar aizdomām par krūts vēzi, dzemdes ķermeņa vēzi vai olnīcu vēzi uz izmeklējumiem un speciālista konsultācijas saņemšanai vienā no specializētajām ārstniecības iestādēm – pakalpojumu saņemšanai prioritārā kārtībā. Tāpat arī ticis paredzēts, ka piecu specializēto ārstniecības iestāžu sekundārās veselības aprūpes speciālisti no 2017. gada novembra var nosūtīt pacientus, kuri atnākuši pie speciālista, uz valsts apmaksātu konsultāciju un izmeklējumiem.

Pārskata periodā onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošanai ticis piešķirts finansējums 5 660 407 eiro apmērā. No tiem 1 499 506 eiro primārās diagnostikas algoritmu ieviešanai, 650 278 eiro speciālistu konsultācijām atbilstoši noteiktajiem algoritmiem, 2 332 565 eiro sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu ieviešanai, savukārt 1 178 058 eiro onkoloģisko pacientu skaita un prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugumam ambulatori.

16. tabula. Ambulatorās veselības aprūpes rādītāji 2017. gadā

Rādītājs	Kurzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Rīgas nodaļa	Vidzemes nodaļa	Zemgales nodaļa	Kopā
Unikālo pacientu skaits, t. sk.:	257192	217849	1193888	213201	255801	1611306
primārajā veselības aprūpē*	222 300	185 481	608 796	184 962	215 901	1 406 113
sekundārajā veselības aprūpē **	136 782	142 531	583 307	122 693	143 160	1 025 212
t. sk. sekundārajā veselības aprūpē, Noteikumu Nr. 1529 13. pielikuma speciālisti	135 737	140 801	567 542	121 498	140 765	1 008 197
palīgkabinetos***	147437	139902	1001519	112073	141465	1202579
Epizožu skaits, t. sk.:	1 546 985	1 537 919	7 823 560	1 287 131	1 504 109	13 699 704
primārajā veselības aprūpē *	792 356	667 021	2 015 136	670 777	739 601	4 884 891
sekundārajā veselības aprūpē **	369 447	432 278	1 801 072	324 265	371 987	3 299 049
t. sk. sekundārajā veselības aprūpē, Noteikumu Nr. 1529 13. pielikuma speciālisti	357 837	418 828	1 747 346	315 848	354 224	3 194 083
palīgkabinetos	385182	438620	4007352	292089	392521	5515764
Apmeklējumu skaits, t. sk.:	1 833 353	1 826 048	8 576 782	1 539 061	1 783 793	15 559 037
primārajā veselības aprūpē *	1 028 906	892 198	2 616 975	885 237	978 685	6 402 001
sekundārajā veselības aprūpē **	419 265	495 230	1 952 455	361 735	412 587	3 641 272
t. sk. sekundārajā veselības aprūpē, Noteikumu Nr. 1529 13. pielikuma speciālisti	404004	481440	1895597	352598	394115	3 527 754
palīgkabinetos***	385 182	438 620	4 007 352	292 089	392 521	5 515 764

Tabulā lietoto apzīmējumu skaidrojumi

*	**	***
1. – 6. aprūpes epizode; PVA <sup>2</sup> ārstu, PVA māsu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.	1. – 6. aprūpes epizode; SAVA <sup>3</sup> 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.

<sup>2</sup> PVA – primārā veselības aprūpe.

<sup>3</sup> SAVA – sekundārā ambulatorā veselības aprūpe.



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**	
	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads
Kurzemes	3,3	3,3	1,3	1,3
Latgales	3,3	3,3	1,8	1,9
Rīgas	2,8	2,8	2,0	2,1
Vidzemes	3,4	3,4	1,3	1,4
Zemgales	3,2	3,2	1,3	1,3
<b>Vidēji</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>

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; SAVAs speciālistu, SAVAs māsu un SAVAs ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVAs.

Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā 2017. gadā, salīdzinot ar 2016. gadu, primārajā veselības aprūpē un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē ir palicis nemainīgs 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**	
	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads
Kurzemes	2,5	2,5	1,1	1,2
Latgales	2,5	2,5	1,5	1,6
Rīgas	2,1	2,1	1,8	1,9
Vidzemes	2,5	2,5	1,2	1,3
Zemgales	2,4	2,4	1,2	1,2
Vidēji	2,3	2,3	1,5	1,6

Aprūpes epizožu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā 2017. gadā primārajā veselības aprūpē ir palicis nemainīgs, savukārt sekundārajā veselības aprūpē nedaudz palielinājies.

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

Teritoriālā nodaļa	PVA*		SAVA**	
	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads
Kurzemes	1,30	1,30	1,13	1,13
Latgales	1,33	1,34	1,15	1,15
Rīgas	1,31	1,30	1,08	1,08
Vidzemes	1,32	1,32	1,13	1,12
Zemgales	1,33	1,32	1,11	1,11
Vidēji	1,31	1,31	1,10	1,10

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; SAVAs speciālistu, SAVAs māsu un SAVAs ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVAs.

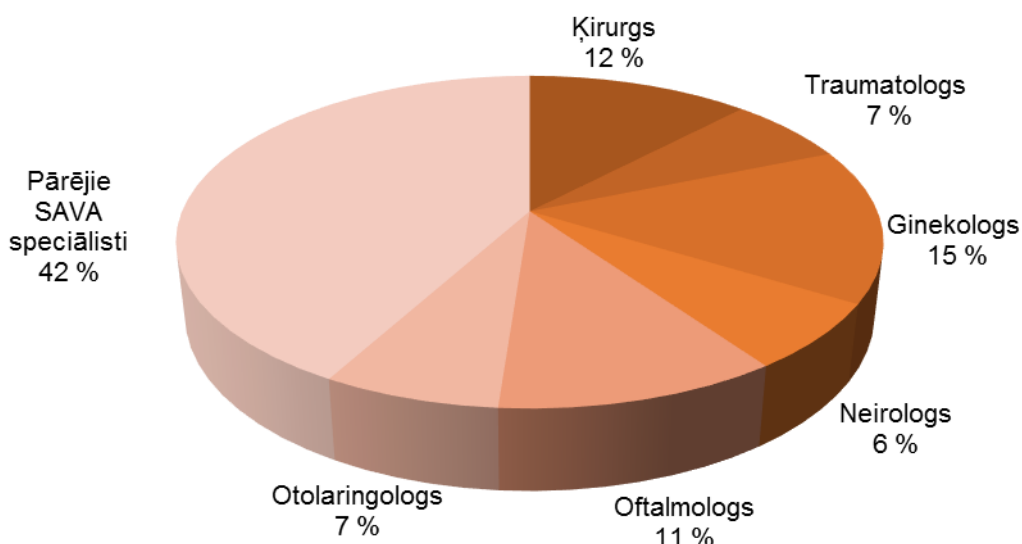
Salīdzinājumā ar 2016. gadu, ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu aprūpes epizodi Latvijā 2017. gadā primārajā veselības aprūpē un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē ir bez būtiskām izmaiņām.

20. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits atbilstoši aprūpes epizodes veidam

Aprūpes epizodes veids	Ambulatorie apmeklējumi	
	Skaits	%
Akūta saslimšana vai trauma	3 302 207	32,9
Pirmoreiz mūžā diagnosticēta hroniska slimība	655 681	6,5
Iepriekš diagnosticētas hroniskas slimības paasinājums	1 810 286	18
Profilaktiska apskate, patronāža, vakcinācija	1 243 065	12,4
Dinamiska novērošana hronisku slimību gadījumā	2 291 111	22,8
Citi iemesli	740 923	7,4
<b>Kopā</b>	<b>10 043 273</b>	<b>100</b>

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

3. attēls. Ambulatoro apmeklējumu sadalījums valstī pēc ārstu specialitātēm, %



Attēlā atspoguļots ambulatoro apmeklējumu (1. – 6. aprūpes epizožu ietvaros) sadalījums atbilstoši ārstu specialitātēm. Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ārstiem ir 38,76 %, bet primārās veselības aprūpes ģimenes ārsta (tajā skaitā pie pediatra) apmeklējums ir 61,24 % no kopējā ambulatoro apmeklējumu skaita.

## 3.2. Primārā veselības aprūpe

### Ģimenes ārstu darbības rādītāji

21. tabula. Ģimenes ārstu prakšu raksturojums 2017. gadā

Teritoriālā nodaļa	Kurzemes	Latgales	Rīgas	Vidzemes	Zemgales	Kopā
Ģimenes ārstu prakšu skaits	204	167	566	169	201	1307
Vidējais pacientu skaits ģimenes ārsta praksē	1493	1559	1575	1485	1491	1536
Prakšu skaits, kurās nav pilns pacientu saraksts <sup>4</sup>	79	74	235	76	90	554
Prakšu skaits ar divām vidējā medicīniskā personāla vienībām	138	125	293	95	111	762
Prakšu skaits ar vairākām pieņemšanas vietām	34	39	5	34	53	165
Prakšu skaits, kuru darbības pamatteritorijā iedzīvotāju blīvums ir mazāks par 500 iedzīvotājiem uz km <sup>2</sup>	90	81	91	139	119	520

2017. gada 31. decembrī līgumattiecībās ar Dienestu bija 1307 ģimenes ārstu prakses ar kopējo reģistrēto pacientu skaitu 2 007 087 (tajā skaitā 359 591 bērni līdz 18 gadu vecumam)<sup>5</sup>. Vidēji vienā ģimenes ārsta praksē bija reģistrēti 1536 pacienti.

22. tabula. Ģimenes ārstu sadalījums atbilstoši praksē reģistrēto pacientu skaitam 2017. 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	5	27	72	76	22	2		204
Latgales	3	20	49	69	20	4	2	167
Rīgas	5	44	199	233	71	9	6	567
Vidzemes	4	33	52	58	14	3	4	168
Zemgales	1	27	78	70	21	3	1	201
<b>Prakšu skaits kopā</b>	<b>18</b>	<b>151</b>	<b>450</b>	<b>506</b>	<b>148</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>1307</b>

2017. gadā 38,7 % no visām ģimenes ārstu praksēm pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaits bija robežās no 1500 līdz 1999 pacientiem.

<sup>4</sup>Saskaņā ar Noteikumu Nr. 1529 34.2. punktu ģimenes ārstam ir pilns pacientu saraksts, ja ģimenes ārsta praksē ir reģistrētas 1800 personas vai 800 bērni (vecumā līdz 18 gadiem).

<sup>5</sup> Datu avots: VIS Pakalpojumu saņēmēju reģistrs.

23. tabula. Ģimenes ārstu skaits atbilstoši ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto bērnu īpatsvaram 2017. gadā

Teritoriālā nodaļa	Ģimenes ārsta praksē reģistrēto bērnu īpatsvars									
	0	0,1- 9 %	10-19 %	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60-69 %	100 %	Kopā
Kurzemes	6	60	68	37	16	4	4	4	5	204
Latgales	16	75	18	12	11	16	12	3	4	167
Rīgas	31	229	84	75	79	42	7	7	13	567
Vidzemes	9	41	70	24	14	6	0	2	2	168
Zemgales	9	68	55	27	10	17	6	5	4	201
<b>Kopā</b>	<b>71</b>	<b>473</b>	<b>295</b>	<b>175</b>	<b>130</b>	<b>85</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>1307</b>

Ārsta prakses tips tiek noteikts atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 nosacījumiem atkarībā no reģistrēto bērnu īpatsvara tajā:

- ✓ ģimenes ārsta prakse – bērnu skaits ir līdz 70 % no kopējā pie ārsta reģistrēto pacientu skaita;
- ✓ pediatriskā prakse – bērnu skaits ir vairāk par 70 % no kopējā pie ārsta reģistrēto pacientu skaita.

2017. gadā 97,17 % no visām praksēm bija ģimenes ārsta tipa prakses un 2,83 % pediatriskās prakses.

24. tabula. Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits darba dienā pie ģimenes ārsta<sup>6</sup>

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	18,89	0,62
Latgales	19,1	0,61
Rīgas	17,28	0,72
Vidzemes	19,14	0,79
Zemgales	18,43	0,58
<b>Vidēji</b>	<b>18,19</b>	<b>0,68</b>

Vidēji dienā pie ģimenes ārsta 2017. gadā ir bijuši 18,19 apmeklējumi. Apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem visās teritoriālajās nodaļās ir līdzīgs, izņemot Rīgas nodaļu, kur apmeklējumu skaits ir nedaudz mazāks. 2016. gadā vidējais apmeklējumu skaits darba dienā pie ģimenes ārsta bija 18,37, savukārt 2017. gadā vidējais apmeklējumu skaits dienā ir samazinājies salīdzinājumā ar 2016. gadu. Viena apmeklējuma vidējās izmaksas pie ģimenes ārsta ir palielinājušās no 10,07 eiro 2016. gadā līdz 10,49 eiro 2017. gadā.

Valsts apmaksātas ģimenes ārsta mājas 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 mājas vizīšu skaits darba dienā 2016. gadā bija 0,71, savukārt 2017. gadā mājas vizīšu skaits ir samazinājies.

<sup>6</sup> Datu avots: VIS, apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 13. pielikumā noteiktajam 1. - 6. aprūpes epizodes veidam.

25. tabula. Ģimenes ārstu praksēm veiktie vidējie maksājumi 2017. 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	12 662	19 235	25 692	35 508
Par PVA veiktajām apmaksājamām manipulācijām	1 781	2 476	3 500	4 724
Fiksētais maksājums PVA prakses uzturēšanai	5 769	5 769	5 769	5 769
Valsts pacienta iemaksas kompensācija	2 165	2 380	3 535	5 178
Citas PVA piemaksas	3 002	2 857	3 292	4 655
Samaksa par īslaicīgo pacientu un neregistrēto pacientu aprūpi	46	77	90	188
PVA ārstu piemaksa par māsām un ārsta palīgiem	9 743	11 162	16 257	25 670
Vidējie ieņēmumi gadā, EUR	35 168	43 956	58 135	81 692
Ārstu skaits <sup>7</sup>	154	435	498	181
Gada darbības novērtējuma maksājums par 2016. gadu	293	485	770	989
<b>Kopā vidējie ienākumi no valsts gadā</b>	<b>35 461</b>	<b>44 441</b>	<b>58 905</b>	<b>82 681</b>

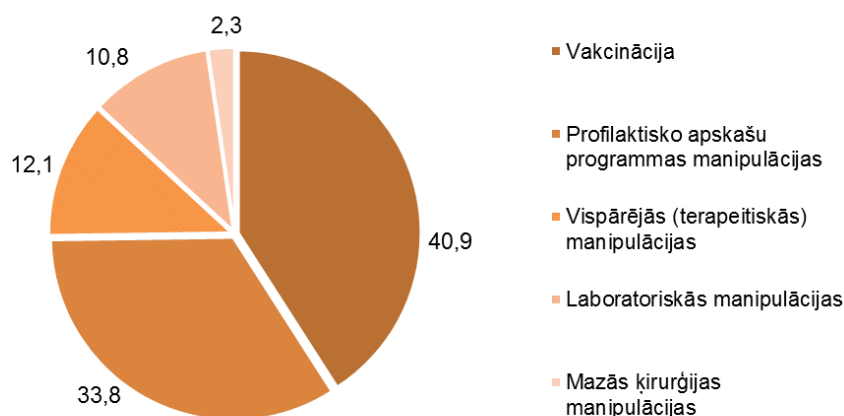
No valsts budžeta ģimenes ārstu praksēm 2017. gadā tika izmaksāts arī maksājums par pacientam savlaicīgi atklātu vēzi 1. vai 2. stadijā un ģimenes ārsta kontrolēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikums. 2017. gadā 1124 ģimenes ārstiem kopā tika izmaksāti 328,5 tūkstoši eiro par 4618 gadījumiem iepriekšējā gadā, kad pacientam savlaicīgi atklāts vēzis 1. vai 2. stadijā. Ģimenes ārsta prakses ienākumus 2017. 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.

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

#### 4. attēls. Ģimenes ārstu pielietoto manipulāciju procentuālais sadalījums pēc pielietojuma veida<sup>8</sup>, %



Lielākais īpatsvars no visām ģimenes ārstu pielietotajām manipulācijām 2017. 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.

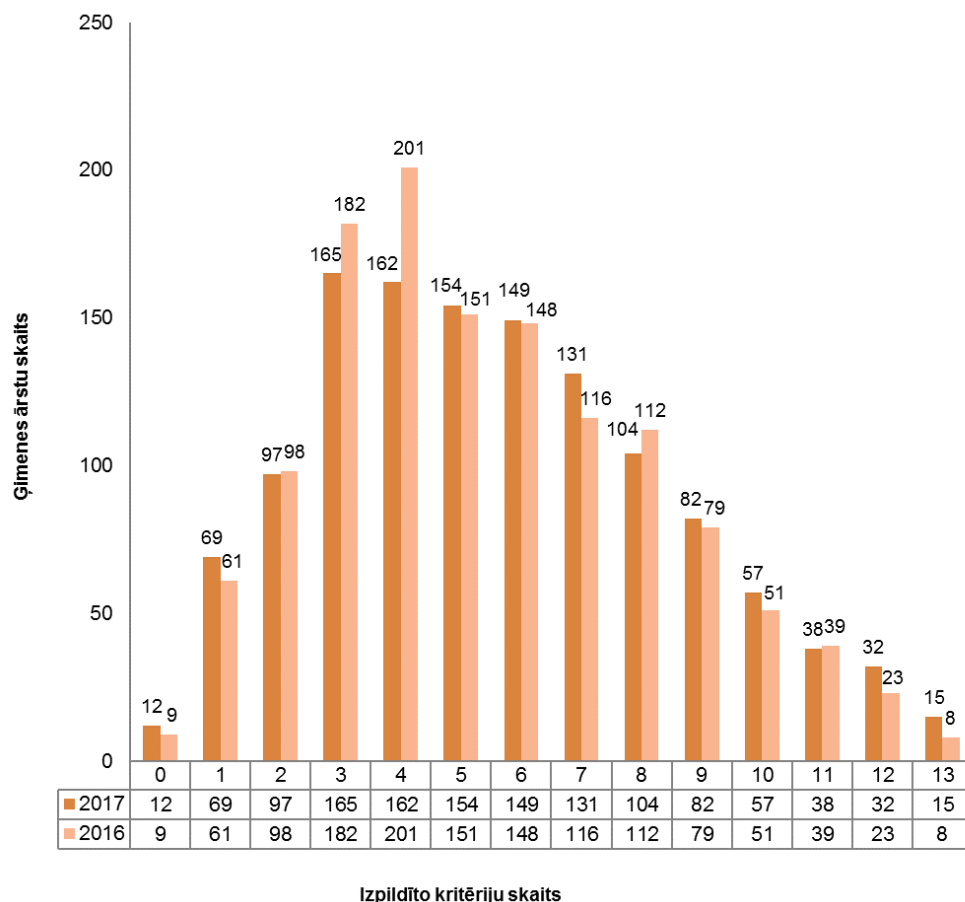
Ģimenes ārsta darbībā tiek vērtēta:

- ✓ 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. 1529 14. 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.

<sup>8</sup> Atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumam "Ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas".

## 5. attēls. Ģimenes ārstu skaits<sup>9</sup>, kuri izpilda noteiktu kvalitātes kritēriju skaitu



Ģimenes ārstiem no valsts budžeta izmaksātais gada darbības novērtējuma maksājums par 2017. gadu ir 0,84 miljoni eiro.

### 3.2.1. Feldšeru - vecmāšu punktu darbība

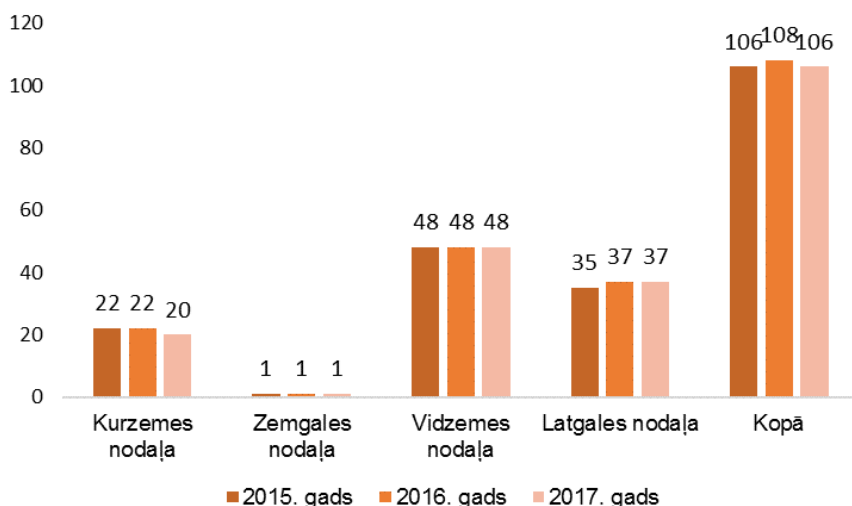
Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, Dienests slēdz līgumu ar pašvaldību par feldšerpunkta darbību PVA pakalpojumu nodrošināšanai.

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. 2017. gadā tika noslēgti 106 līgumi ar pašvaldībām par 53,5 slodzēm feldšerpunktos PVA pakalpojumu nodrošināšanai, t. sk. pārtraukti divi līgumi Kurzemē. 2017. gadā veikta apmaksa par feldšerpunktu sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem 600 610 eiro apmērā.

<sup>9</sup> Ārsti, kuri snieguši veselības aprūpes pakalpojumus visu gadu un nav tikuši aizvietoti.



## 6. attēls. Feldšeru - vecmāšu punktu skaita salīdzinājums



26. tabula. Vidējais apmeklējumu skaits dienā feldšeru-vecmāšu punktos 2017. gadā

Teritoriālā nodaļa	Feldšeru-vecmāšu punktu skaits	Apmeklējumu skaits (bez 7. aprūpes epizodes)	Vidējais apmeklējumu skaits darba dienā
Kurzemes	20	15 796	3,30
Zemgales	1	1 337	5,31
Vidzemes	48	44 324	3,74
Latgales	37	49 958	5,36
Kopā	106	111 415	4,43

### 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 gadā<sup>10</sup>

Periods	Apskašu skaits	Personu skaits vecuma grupā *	Vidējais profilaktisko apskašu skaits vienam pacientam
2016. gadā	177 775	21 968	8,1
2017. gadā	166 518	20 828	8,0

\* 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.

<sup>10</sup> Atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumam "Ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas" veiktas manipulācijas 01061, 01064, 01066.

## 28. tabula. Profilaktisko apskašu aptvere vecuma grupās<sup>11</sup>

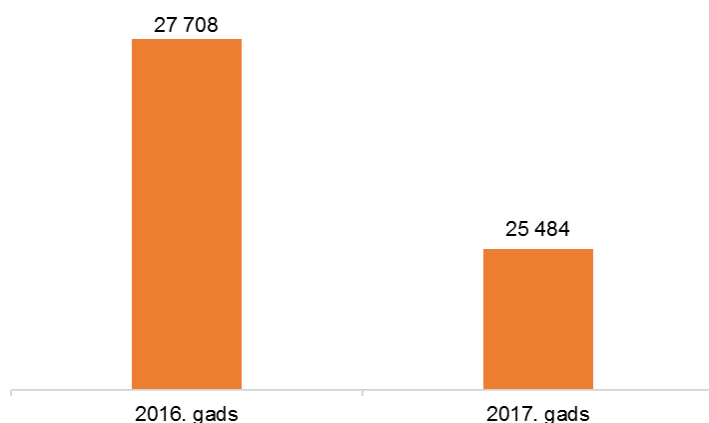
Pacienta vecuma grupa	Periods	Personu skaits vecuma grupā *	Pacientu skaits, kam veiktas profilaktiskās apskates	Pacientu, kuriem veiktas profilaktiskās apskates, % Īpatsvars
1-6 gadi	2016. gadā	121 272	86 774	71,55
	2017. gadā	122 659	107 562	87,69
7-17 gadi	2016. gadā	209 142	124 548	59,55
	2017. gadā	212 027	130 072	61,34
pieaugušie (18+)	2016. gadā	1 616 659	424 652	26,27
	2017. gadā	1 593 589	441 689	27,72

\* Pacientu skaits no Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzes.

2017. gadā salīdzinājumā ar 2016. gadu vērojams profilaktisko apskašu īpatsvara pieaugums bērnu vecuma grupās un neliels profilaktisko apskašu īpatsvara pieaugums pieaugušo vecuma grupā (vecāki par 18 gadiem), kas saistīts ar iedzīvotāju skaita samazināšanos pieaugušo vecumu grupā.

### Oftalmologa profilaktiskā apskate bērniem

#### 7. 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 2016. gadu, 2017. gadā unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši oftalmologa profilaktisko pārbaudi, ir samazinājies par 9 %.

### 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. Savukārt, ja izmeklējums tiek veikts pie ārsta, kas nav līgumattiecībās ar Dienestu, tad apmaksāts ir tikai izmeklējums, bet konsultācija ir jāapmaksā pašam pacientam.

<sup>11</sup> Atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumam "Ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas" 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 2015. - 2017. gadā						
Vecuma grupas	Sieviešu skaits*	Izsūtīto uzaicinājuma vēstulu skaits**	Izmeklētās sievietes skrīninga ietvaros	Izmeklētās sievietes ārpus skrīninga***	Izmeklēto sieviešu skaits kopā	Populācijas aptvere
25-29	66 722	64 939	18 933	35 920	54 853	82%
30-34	67 752	69 682	18 265	31 969	50 234	74%
35-39	62 435	61 749	13 603	26 717	40 320	65%
40-44	67 002	62 690	22 533	24 664	47 197	70%
45-49	69 284	64 902	22 561	25 460	48 021	69%
50-54	71 937	64 888	18 152	24 518	42 670	59%
55-59	78 888	73 059	26 662	19 829	46 491	59%
60-64	70 804	66 718	21 217	15 083	36 300	51%
65-70	67 017	63 401	13 850	12 246	26 096	39%
<b>Kopā</b>	<b>621 841</b>	<b>592 028</b>	<b>175 776</b>	<b>216 406</b>	<b>392 182</b>	<b>63%</b>

\* Dati no Centrālās statistikas pārvaldes datubāzes "Pastāvīgo iedzīvotāju skaits pēc valstiskās piederības un dzimuma 2017. gada sākumā".

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

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

Visbiežāk onkocitoloģisko izmeklējumu ir veikušas gados jaunākas sievietes. 45 % 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.

Krūts vēža skrīninga izmeklējumu jeb mamogrāfiju sievietēm veic vecumā no 50 līdz 70 gadiem. 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 2016. - 2017. 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	71 937	70 284	27 837	4 849	32 686	45%
55 - 59	78 888	77 856	24 780	5 688	30 468	39%
60 - 64	70 804	70 173	28 018	5 424	33 442	47%
65 - 69	67 017	64 992	20 546	5 747	26 293	39%
<b>Kopā</b>	<b>288 646</b>	<b>283 305</b>	<b>101 181</b>	<b>21 708</b>	<b>122 889</b>	<b>43%</b>

\* Dati no Centrālās statistikas pārvaldes datubāzes "Pastāvīgo iedzīvotāju skaits pēc valstiskās piederības un dzimuma 2017. gada sākumā".

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

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

Kopumā no visām sievietēm, kuras veikušas mamogrāfijas izmeklējumu pēdējos divos gados, 82 % veikušas izmeklējumu ar Dienesta nosūtītām uzaicinājuma vēstulēm.

Arī 2017. gadā papildus stacionārajām mamogrāfijas iekārtām darbojās trīs mobilie mamogrāfijas kabineti, 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 2017. gadā mobilajos mamogrāfijas kabinetos veikti 7992 skrīninga mamogrāfijas izmeklējumi.

### Zarnu vēža profilaktiskā pārbaude

Zarnu vēža profilaktiskās pārbaudes jeb kolorektālā vēža skrīninga mērķa grupas iedzīvotāji ir sievietes un vīrieši vecumā no 50 līdz 74 gadiem. Šīs pārbaudes veikšanai uzaicinājuma vēstule netiek nosūtīta. Lai veiktu profilaktisko pārbaudi, nepieciešams vērsties sava ģimenes ārsta praksē.

31. tabula. Zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītāji

Zarnu vēža skrīninga atsaucība 2017. gadā			
Teritoriālā nodaļa	Personu skaits noteiktā vecuma grupā*	Izmeklētie pacienti 2017. gadā	
		Skaitis	Izmeklēto pacientu īpatsvars
Kurzeme	95 174	11 532	12,1%
Rīga	278 308	33 907	12,2%
Zemgale	91 860	13 194	14,4%
Vidzeme	80 598	12 446	15,4%
Latgale	89 475	14 103	15,8%
<b>Kopā</b>	<b>635 415</b>	<b>85 182</b>	<b>13,4%</b>

\* Dati no veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas "Vadības informācijas sistēma" veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistra.

2017. gadā zarnu vēža agrīnā diagnostika kolorektālā vēža skrīninga ietvaros veikta 85 182 pacientiem. Pārskata periodā zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītājs ir pieaudzis, salīdzinot ar 2016. gadu, kad tas bija 11,8 %.

## Valsts apmaksāti pēcskrīninga izmeklējumi

No 2014. gada pēcskrīninga izmeklējumi tiek nodrošināti atbilstoši “zaļā koridora” principam – vēršoties ārstniecības iestādēs, kas nodrošina pēcskrīninga 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. Valsts apmaksāti dzemdes kakla vēža pēcskrīninga izmeklējumi ir pieejami trīs ārstniecības iestādēs, krūts vēža pēcskrīninga izmeklējumi – četrās ārstniecības iestādēs, savukārt zarnu vēža izmeklējumi – 26 ārstniecības iestādēs. Skrīninga un pēcskrīninga izmeklējumi tiek apmaksāti pēc fakta virs līgumā noteiktā apjoma.

32. tabula. Ārstniecības iestāžu skaits pēcskrīninga 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
<b>Kopā</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>26</b>

### 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 iedzimu sejas-žokļu šķeltņu 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
Zobārstniecībā, t. sk.:	523 984	483 974
bērnu apmeklējumi	521 835	481 694
Černobiļas AES avārijā cietušo personu apmeklējumi	1 264	1 283
pie zobārsta:	375 993	338 692
pie zobu higiēnista t. sk.:	107 976	108 487
bērnu apmeklējumi	107 956	108 460
Černobiļas AES avārijā cietušo personu apmeklējumi	20	27
mobilajā zobārstniecības kabinetā:	7 431	6 903
pie ortodonta t. sk.:	14 591	15 227
pirmreizēja konsultācija bērniem	1 096	1 539
iedzimtu sejas-žokļu šķeltņu gadījumā (līdz 22 gadiem)	12 751	12 891

Kopumā 2017. gadā ir bijuši 483 974 apmeklējumi zobārstniecībā, kas ir par 40 010 apmeklējumiem mazāk nekā 2016. gadā. Zobārstu apmeklējuši 338 692 reizes jeb 69,98 % gadījumu no kopējā apmeklējumu skaita zobārstniecībā 2017. gadā, kas ir par 1,77 % mazāk nekā 2016. gadā. Zobu higiēnistu apmeklējuši 108 487 reizes jeb 22,42 % gadījumu no kopējā apmeklējumu skaita zobārstniecībā 2017. gadā, un tas ir par 1,81 % vairāk nekā 2016. gadā.

Zobārstniecības pakalpojumus attālinātos lauku reģionos iedzīvotājiem nodrošināja trīs zobārstniecības autobusi jeb mobilie zobārstniecības kabineti. Kopumā 2017. gadā apmeklējumu skaits šajos kabinetos bija 6 903, kas ir par 7,11 % mazāk nekā iepriekšējā gadā. Apmeklējumi mobilajos zobārstniecības kabinetos veido aptuveni 1,4 % no kopējā zobārstniecības apmeklējumu skaita valstī gan 2016. gadā, gan arī 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 šķeltņu gadījumos – 2016. gadā 87,39 % no kopējā apmeklējumu skaita pie ortodonta, savukārt 2017. gadā 84,66 %. Savukārt Černobiļas AES avārijā cietušās personas apmeklē zobārstniecības iestādes biežāk nekā iepriekšējā gadā – apmēram 0,27 % no kopējā apmeklējumu skaita zobārstniecībā 2017. gadā un 0,24 % – 2016. gadā.

34. tabula. Apmeklējumu skaits zobārstniecībā sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām

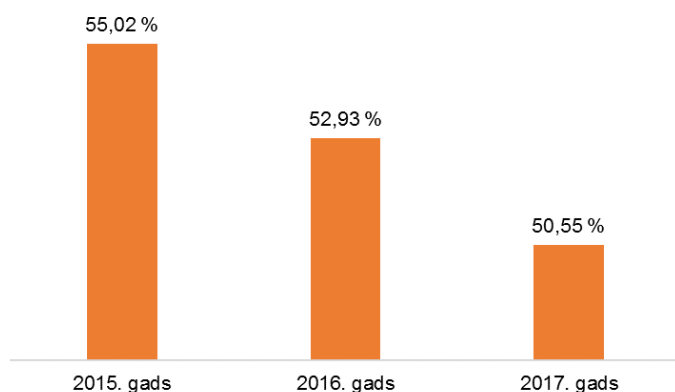
Dienesta teritoriālā nodaļa	2016. gads		2017. gads	
	Faktiskais apmeklējumu skaits	t. sk. mobilā zobārstniecības kabinetā	Faktiskais apmeklējumu skaits	t. sk. mobilā zobārstniecības kabinetā
Rīgas nodaļa	238 550	0	223 506	0
Latgales nodaļa	74 674	1 260	69 368	1 569
Zemgales nodaļa	68 114	2 340	61 008	1 493
Vidzemes nodaļa	59 168	1 819	51 018	1 616
Kurzemes nodaļa	83 478	2 012	79 074	2 225
<b>Kopā</b>	<b>523 984</b>	<b>7 431</b>	<b>483 974</b>	<b>6 903</b>

35. tabula. Sniegto pakalpojumu finanšu apjoms, EUR

Pakalpojumi	2016. gadā	2017. gadā
Zobārstniecībā, t. sk.:	8 586 214	8 576 577
bērniem	8 477 105	8 467 414
Černobiļas AES avārijā cietušajām personām	27 501	31 571
Zobārsta apmeklējumi:	6 105 189	6 121 831
Zobu higiēnista apmeklējumi, t. sk.:	1 742 719	1 805 169
bērniem	1 742 453	1 804 828
Černobiļas AES avārijā cietušajām personām	266	341
Piemaksa par mobilā zobārstniecības autobusa izmantošanu	84 476	26 486
Ortodonta apmeklējumi, t. sk.:	403 683	425 295
pirmreizēja konsultācija bērniem	11 903	10 860
iedzimtu sejas-žokļu šķeltņu gadījumā (līdz 22 gadiem)	391 780	414 435

## Zobārstniecības pakalpojumi bērniem

### 8. attēls. Bērnu zobārstniecības aptveres dinamika, %\*



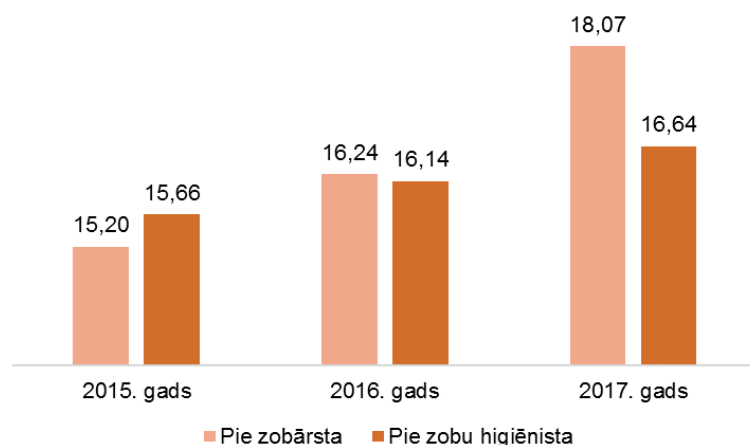
\* Bērnu zobārstniecības aptvere rēķināta, pamatojoties uz Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzē norādīto bērnu skaitu. Bērnu zobārstniecības aptvere – saņemtie zobārstniecības pakalpojumi bērniem pie jebkuras no zobārstniecības specialitātēm.

Analizējot datus par bērnu zobārstniecības aptveri 2017. gadā, var secināt, ka bērnu zobārstniecības aptvere sasniegusi 50,22 %. Salīdzinot ar 2016. gadu, tā ir samazinājusies par 2,38 %, savukārt salīdzinot ar 2015. gadu – par 4,8 %.

Kopumā valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus 2017. gadā ir saņēmuši 180 233 bērni. Bērniem pakalpojumi nodrošināti 8 576 577 eiro apmērā.

Zobārsta pakalpojumus ir izmantojuši 73,71 % bērnu, kas ir par 3,51 % mazāk nekā 2016. gadā. Zobu higiēnista pakalpojumus izmantojuši 53,81 % zobārstniecības pakalpojumus saņēmušie bērni, kas, savukārt, ir par 1,6 % vairāk nekā iepriekšējā gadā.

### 9. attēls. Vidējās izmaksas vienam apmeklējumam pie zobārsta un zobu higiēnista, EUR



2017. gadā zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas pie zobārsta ir pieaugušas par 1,83 eiro jeb 10,13 %, salīdzinot ar iepriekšējo gadu un pa 1,04 eiro jeb 6,4 %, salīdzinot ar 2015. gadu. Līdzīgi arī zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas pie zobu higiēnista – 2017. gadā tās ir pieaugušas par 0,50 eiro jeb 3 %, salīdzinot ar 2016. gadu un par 0,98 eiro jeb 5,9 % salīdzinājumā ar 2015. 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 2017. gadā ir saņēmušas 462 Černobiļas AES avārijā cietušās personas. Šīm personām pakalpojumi nodrošināti 31 571 eiro apmērā.

Zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas uz vienu Černobiļas AES avārijā cietušo personu 2017. gadā, salīdzinot ar 2016. gadu, pieaugušas par 11,99 % jeb 8,16 eiro. Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, 2017. gadā Černobiļas AES avārijā cietušo personu, kuras vēlējušies saņemt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus, skaits ir pieaudzis par 1,08 %.

### 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.

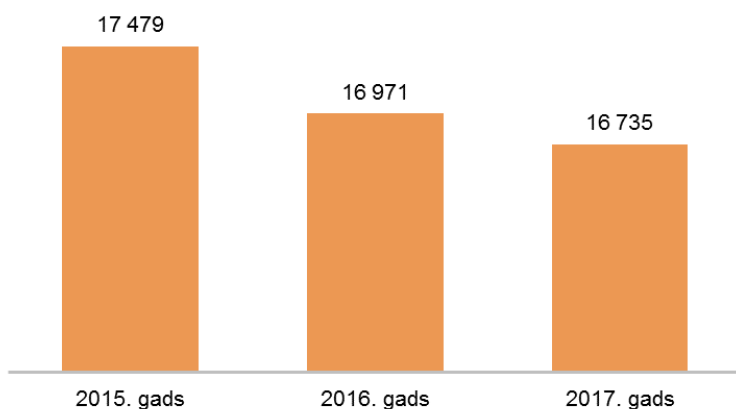
### 36. tabula. Ārstniecības iestāžu skaits, kas nodrošina veselības aprūpe mājās pakalpojumu

Periods	Ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji	Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji	Kopā
2015. gads	175	57	197
2016. gads	164	48	184
2017. gads	163	49	181

Veselības aprūpes mājās pakalpojumus 2017. gadā nodrošināja 181 ārstniecības iestāde, tai skaitā 163 māsas, ārsta palīga veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji un 49 rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji. Kopš 2009. gada, kad tika uzsākta veselības aprūpes mājās pakalpojumu apmaksāšana no valsts budžeta līdzekļiem, pakalpojumu sniedzēju skaits ir divkāršojies. Salīdzinot ar 2016. gadu, kopējais pakalpojumu sniedzēju skaits ir samazinājies, kas saistīts ar līgumattiecību pārtraukšanu.

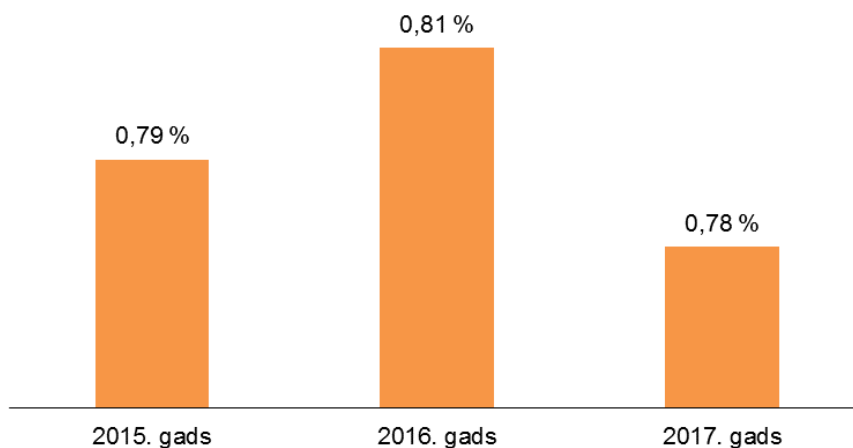


## 10. attēls. Unikālo pacientu skaits



Unikālo pacientu, kuri saņēmuši mājās aprūpes pakalpojumus, skaits gadu dinamikā ir pieaudzis no 5298 pacientiem 2009. gadā līdz 16 735 pacientiem 2017. gadā. 2017. gadā šo pakalpojumu kopumā saņēma 16 735 pacienti, no kuriem 15 598 pacienti saņēma ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumus, 1360 pacienti saņēma rehabilitācijas speciālista veselības aprūpes mājās pakalpojumus, bet 13 mājās aprūpes pacientiem tika nodrošināti arī ilgstošas mākslīgās plaušu ventilācijas pakalpojumi.

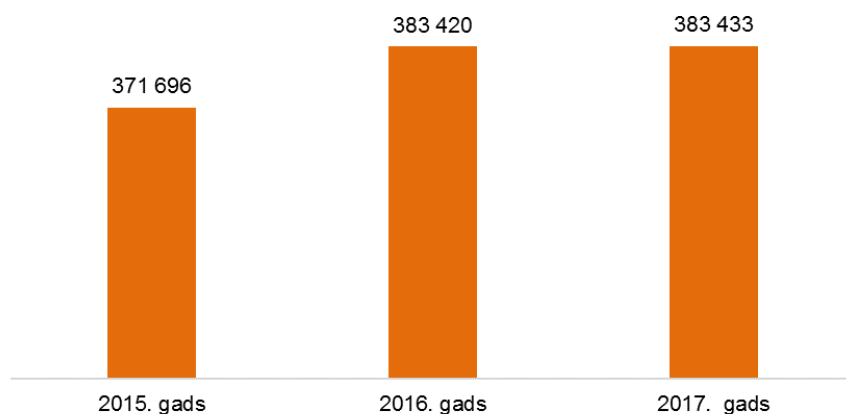
## 11. attēls. Latvijas iedzīvotāju, kuri saņēmuši veselības aprūpi mājās (no visiem Latvijas iedzīvotājiem), īpatsvars % \*



\* Aprēķinā izmantots iedzīvotāju, kuri ir iekļauti Dienesta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā, skaits – 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.

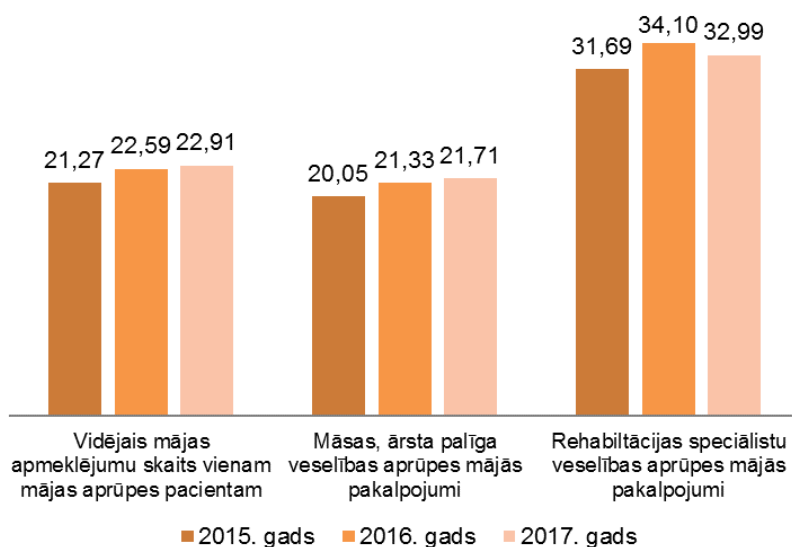
No visiem Latvijas iedzīvotājiem 2017. gadā 0,78 % izmantoja veselības aprūpi mājās. Pakalpojumu saņēmušo iedzīvotāju īpatsvara samazinājums 2017. gadā skaidrojams ar iedzīvotāju skaita samazināšanos.

## 12. attēls. Veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits



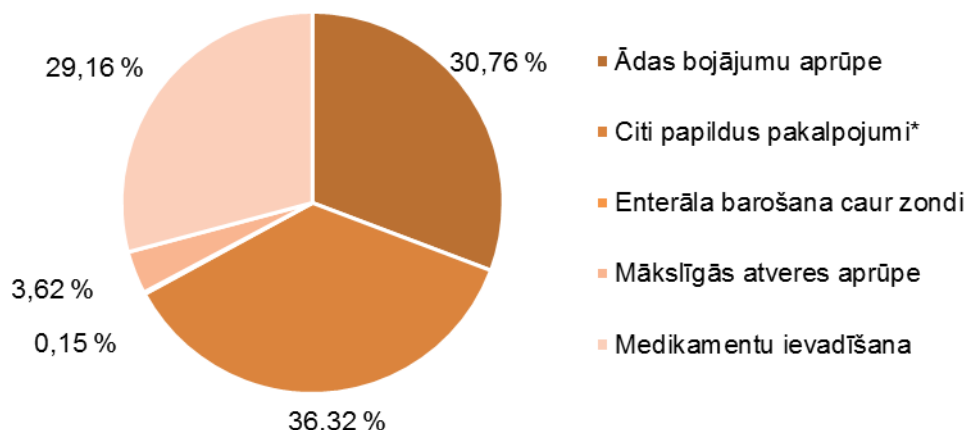
Kopā 2017. gadā ir veikti 383 433 veselības aprūpes mājās apmeklējumi, tajā skaitā 44 871 apmeklējumi bijuši pie pacientiem, kuriem sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās. Salīdzinoši ar 2016. gadu, kopējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits ir saglabājies līdzvērtīgs.

## 13. attēls. Vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam unikālam pacientam



Gadu dinamikā ir pieaudzis arī vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam. Salīdzinot ar 2016. gadu, šis rādītājs 2017. gadā ir pieaudzis - vidēji 22,91 apmeklējumi, kas liecina, ka šo pakalpojumu mājās aprūpes pacienti izmanto arvien ilgāku laika periodu. Vislielākais vidējais mājas apmeklējumu skaits vienam mājas aprūpes pacientam 2017. gadā vērojams Rīgas teritorijā (vidēji 26 apmeklējumi vienam pacientam).

14. attēls. Sniegtie pakalpojumi ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās ietvaros 2017. gadā, %



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

2017. gadā 29,16 % no visiem ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumiem bijuši saistīti ar medikamentu ievadīšanu, 30,76 % – pakalpojumi saistībā ar ādas bojājumu aprūpi, bet 36,32 % – 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 pielietojumu. 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.

Līdz 2016. gadam 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. 2017. gadā nosūtījumu īpatsvars, salīdzinot ar 2016. gadu, ir palicis nemainīgs.

37. tabula. Laboratorisko izmeklējumu sadalījums atbilstoši nosūtītājiem

Periods (gads)	Ģimenes ārstu nozīmēto laboratorisko izmeklējumu apjoms, %	Speciālistu nozīmēto laboratorisko izmeklējumu apjoms, %
2015. gads	58	42
2016. gads	56	44
2017. gads	56	44

Kopējais veikto laboratorisko un histoloģisko izmeklējumu (manipulāciju) skaits 2016. gadā bija samazinājies par 23 % salīdzinājumā ar 2015. gadu. Samazinājās arī pacientu skaits par 3 %, kuriem veikti izmeklējumi, un vidējais vienam pacientam veikto izmeklējumu skaits, ko veicināja ieviestās laboratorisko pakalpojumu apmaksas nosacījumu izmaiņas. Savukārt 2017. gadā salīdzinājumā ar 2016. gadu ir vērojams veikto laboratorisko un histoloģisko izmeklējumu un pacientu skaita pieaugums.

38. tabula. Laboratorisko un histoloģisko pakalpojumu skaits

Periods (gads)	Periodā veikto izmeklējumu (manipulāciju) skaits	Unikālo pacientu skaits	Vienam pacientam veikto izmeklējumu skaits (vidēji)
2015. gads	14 351 722	973 573	14,7
2016. gads	11 052 199	943 893	11,7
2017. gads	12 427 047	967 419	12,8

Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi 2017. gadā sniedza 369 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 2017. 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	65	35	15	5	10
Latgales	67	38	15	5	9
Rīgas	130	74	27	4	25
Vidzemes	60	37	12	3	8
Zemgales	47	28	8	2	9
<b>Kopā</b>	<b>369</b>	<b>212</b>	<b>77</b>	<b>19</b>	<b>61</b>

2017. gadā ārstniecības iestādes kopumā nodrošināja iedzīvotājiem 72 dažādus valsts apmaksātos sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojuma veidus.

40. tabula. Izmeklējumu pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2016. – 2017. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Veikto izmeklējumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz pakalpojumus		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads
Rentgenoloģija	516 654	525 649	724 969	750 727	79	77	8,86	10,03
Kodolmagnētiskā rezonanse	28 919	38 892	35 753	47 967	11	11	96,78	102,15
Datortomogrāfija	103 907	121 023	152 986	186 573	39	39	101,00	69,33
Ultrasonogrāfija	244 965	257 732	350 611	375 011	97	95	10,86	10,15
Radionuklīdā diagnostika	8 061	7 638	8 968	8 715	4	4	63,91	68,53
Osteodensitometrija	25 104	28 327	26 617	31 298	17	16	20,03	20,28
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	226 367	238 125	325 210	348 719	78	76	9,98	10,50
Endoskopija	53 301	58 300	60 789	67 197	48	47	50,84	51,95
Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	16 220	16 792	17 460	18 404	20	20	28,87	29,30
Doplerogrāfija	55 048	64 304	105 803	123 864	54	55	20,50	20,61
Mamogrāfija	26 239	23 201	26 659	23 549	30	30	15,45	15,98

2017. gadā unikālo pacientu pieaugums salīdzinājumā ar 2016. gadu ir vērojams visiem pakalpojumu veidiem. Procentuāli vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums ir izmeklējumu pakalpojuma veidam "Kodolmagnētiskā rezonanse" – par 34,49 %.

41. tabula. Dienas stacionāru pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2016.– 2017. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads
Hemodialīze dienas stacionārā	731	749	66 296	67 580	14	14	99,69	101,03
Invazīvā kardioloģija dienas stacionārā	7 606	7 660	15 861	16 335	5	5	764,24	785,57
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	9 422	15 780	11 367	19 677	11	10	269,30	290,94
Ķīmijterapija un hematoloģija dienas stacionārā	3 422	3 722	18 949	21 420	6	6	44,94	44,66
Staru terapija dienas stacionārā	20	19	168	170	3	4	136,95	92,76
Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā	2 307	2 321	62 093	65 169	7	7	14,19	14,62
Invazīvā radioloģija dienas stacionārā	280	590	312	435	3	3	1878,14	3895,52
Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā	247	297	6 734	8 131	1	1	11,69	11,88
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	28 154	28 413	177 853	177 590	63	61	23,85	24,87
Dienas stacionārs hronisko sāpju pacientu ārstēšanai	21	29	73	100	5	2	50,84	39,42
Uroloģija dienas stacionārā	2 017	2 488	3 963	5 214	17	16	206,06	220,93
Gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā	6 482	7 101	6 374	7 131	20	20	133,00	127,04
Ginekoloģija dienas stacionārā	10 563	11 555	17 675	20 258	44	44	167,32	176,69
Otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā	2 100	2 035	2 287	2 273	13	14	236,61	246,11
Otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā	2 402	2 891	4 850	5 878	13	12	148,35	149,88
Traumatoloģija, ortopēdija dienas stacionārā	7 450	8 308	12 308	14 404	36	35	256,97	259,52
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	12 495	13 799	23 395	24 782	49	44	178,89	197,34

Vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums bija vērojams Dienas stacionāra pakalpojumu veidā - ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā – par 6 358 pacientiem vairāk nekā gadu iepriekš. Savukārt vislielākais unikālo pacientu samazinājums (par 65 pacientiem mazāk nekā iepriekšējā gadā) tika konstatēts Dienas stacionāra pakalpojumu veidā – otolaringoloģija bērniem 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 5,75 % salīdzinājumā ar 2016. gadu.

42. tabula. Speciālistu pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2016.– 2017. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Ārstu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads
Kardioloģija	43 779	48 817	63 732	69 621	51	51	163	171	8,68	11,80
Oftalmoloģija	199 481	222 699	299 743	325 590	97	97	182	182	19,03	20,65
Otolaringoloģija	139 370	147 374	183 606	192 813	78	78	129	131	19,88	21,35
Dermatoveneroloģija	81 245	85 875	112 565	117 910	51	51	94	101	10,87	11,44
Anestezioloģija	45 326	57 143	50754	61 134	45	44	235	227	10,03	17,65
Reimatoloģija	7205	7 609	12 560	13 892	11	11	25	24	7,82	10,92
Hematoloģija	8693	8 463	17 838	16 084	7	7	24	25	8,09	12,96
Internā medicīna	5517	58 071	6131	5 809	35	34	187	201	9,66	8,94
Arodslimību speciālisti	4823	5 196	6192	6 665	4	4	11	11	7,67	10,78
Pediatrija	13 457	47 874	23 827	29 035	25	22	201	208	8,18	11,83
Nefroloģija	8274	9 045	13 337	14 328	24	24	27	33	9,05	11,21
Gastroenteroloģija	8954	10 829	11 923	14 734	13	13	46	47	8,14	10,99
Infektoloģija	16 519	20 495	32 502	32 423	14	14	58	56	7,70	10,81
Alergoģija	20 771	20 930	25 835	25 878	14	15	23	21	20,89	22,20
Algoloģija	1003	1 293	1 198	1 500	9	8	12	10	11,24	12,31
Endokrinoloģija	77 901	80 863	154 106	160 358	59	57	75	77	7,68	10,81
Ķirurģija	163 766	228 975	226 909	231 748	81	79	418	410	13,75	14,54
Uroloģija	33 464	38 947	50 224	56 064	35	36	61	65	23,32	24,84
Traumatoloģija	82 296	146 140	120 937	123 569	57	56	147	152	11,20	11,23
Ginekoloģija	185 586	191 298	275 955	278 213	141	134	328	325	8,31	8,43
Onkoloģija	35 394	34 653	63 582	63 693	29	28	76	73	10,53	11,31
Neiroloģija	130 986	147 254	194 730	204 563	92	89	225	225	8,87	12,22
Narkoloģija	7 699	7 770	40 741	38 102	40	39	57	55	7,45	10,57
Psihiatrija	54 113	55 433	238 318	234 882	54	53	148	142	13,41	10,78
Pulmonoloģija	61 896	62 283	90 631	47 012	39	40	94	98	13,46	13,26

Lielākais unikālo pacientu pieaugums 2017. gadā, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, vērojams speciālistu pakalpojumu veidā “Ķirurģija” – par 65 209 pacientiem, bet lielākais unikālo pacientu samazinājums ir konstatējams speciālistu pakalpojumu veidā “Onkoloģija” – par 741 pacientiem mazāk. Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz tabulā norādītos pakalpojumus, ir samazinājies.

#### 43. tabula. Rehabilitācijas pakalpojumu apjomi un izmaksas 2016.- 2017. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads	2016. gads	2017. gads
Rehabilitācijas pakalpojumi	72 804	77 515	850 958	870 948	67	69	6,45	6,89
Fizikālās medicīnas pakalpojumi	21 758	21 627	261 996	260 250	68	68	3,2	3,28
Rehabilitācija dienas stacionārā	9049	10 254	97 587	109 986	22	23	42,82	42,22

Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums 2017. gadā ir bijis pakalpojumu veidā "Rehabilitācijas pakalpojumi", kur unikālo pacientu skaits ir palielinājies par 4 711, salīdzinot ar iepriekšējo gadu.

#### Speciālistu kabinetē 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.<sup>13</sup> Līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tiek noteikts kabineta darba laiks.

#### 44. tabula. Ārstu-speciālistu kabinetē ar ikmēneša fiksēto maksājumu

Kabineta nosaukums	Kabineta skaits	Ārsta slodžu skaits	Māsu slodžu skaits
Diabētiskās pēdas aprūpes kabinets	34	0	23
Pneimonologa kabinets	40	30,5	41,5
Hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets	20	14,25	14,25
Metadona aizvietojošās terapijas kabinets	12	12,5	15,75
Paliatīvās aprūpes kabinets	7	9,25	5,75
Stomas kabinets	3	0	1,25
Psihologa kabinets Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā	2	2	0
Cistiskās fibrozes kabinets	1	0,5	0,5
Diabēta apmācības kabinets bērniem	1	1	1
Dietologa kabinets bērniem	1	0,5	0,5
<b>Kopā</b>	<b>121</b>	<b>70,5</b>	<b>103,5</b>

2017. gadā ikmēneša fiksētais maksājums ir izmaksāts 54 ārstniecības iestādēm par 121 kabineta darbības nodrošināšanu. Ar ikmēneša fiksēto maksājumu 2017. 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".

<sup>13</sup> Noteikumu Nr. 1529 153. punkts.



## 4. Stacionāro iestāžu darbība

Par stacionārās palīdzības sniegšanu un apmaksu 2017. gadā ir noslēgti līgumi ar 40 stacionārajām ārstniecības iestādēm.

Sākot ar 2017. gadu stacionārajai veselības aprūpei izveidotas divas jaunas budžeta apakšprogrammas – “Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs” un “Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana”. Līdz ar to stacionāro pakalpojumu finansējums sadalīts divās programmās - plānveida un neatliekamajos pakalpojumos.

2017. 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 no 2017. gada ir izdalītas vairākas plānveida/ neatliekamās programmas, kuras apmaksā pēc izpildes, nepārsniedzot līgumā noteikto apjomu.

Papildus fiksētajiem maksājumiem ārstniecības iestādēm atbilstoši izpildei tika apmaksāts:

- ✓ pacientu iemaksas kompensācija par tiem iedzīvotājiem, kuri ir atbrīvoti no pacientu iemaksu veikšanas;
- ✓ dzemdību palīdzība;
- ✓ gultas dienas par pacientu aprūpi, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumi ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, kā arī personām ar prognozējamu invaliditāti;
- ✓ pakalpojumi par zāļu rezistentā tuberkulozes pacienta paliatīvo aprūpi;
- ✓ trombolītiskie medikamenti un hemodialīzes manipulācijas;
- ✓ pavadošās personas atrašanās pie pacienta;
- ✓ specifiski medikamenti un nestandarta endoprotēzes saskaņā ar Noteikumu Nr. 1529 22. pielikumu;
- ✓ piemaksa par onkoloģiskajām operācijām.

#### 45. tabula. Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu izpilde 2017. gadā

Pakalpojumi	Faktiskā izpilde līguma ietvaros, EUR
Stacionārā palīdzība kopā:	272 933 076
1. Neatliekamie pakalpojumi:	172 850 623
1.1. Fiksētie maksājumi stacionārai palīdzībai	127 507 161
1.2. Iezīmētās pakalpojuma programmas	22 697 907
1.3. Virs līguma summas pakalpojuma apmaksā atbilstoši līguma nosacījumiem	11 363 001
1.4. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	11 242 554
1.5. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem (SIA "Vidzemes slimnīca" un VSIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca")	40 000
2. Plānveida pakalpojumi:	100 082 453
2.1. Fiksētie maksājumi stacionārai palīdzībai	47 266 741
2.2. Iezīmētās pakalpojuma programmas	33 812 305
2.3. Virs līguma summas pakalpojuma apmaksā atbilstoši līguma nosacījumiem	5 707 598
2.4. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	4 374 331
2.5. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem, t. sk.	8 921 478
Darba samaksas pieauguma nodrošināšanai piešķirtie līdzekļi	8 863 282
Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem (VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un SIA "Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca")	58 196

Starp visām ārstniecības iestādēm visaugstākās gultas dienu vidējās izmaksas pārskata periodā bija Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā (237 eiro), Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā (209 eiro) un Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (210 eiro).

#### 46. tabula. Vispārējie stacionārie aprūpes statistikas rādītāji 2015.– 2017. gadā

Rādītāji	Kopā / vidēji 2015. gads	Kopā / vidēji 2016. gads	Kopā / vidēji 2017. gads
Unikālo pacientu skaits	223 272	223 591	214 965
Hospitalizāciju skaits (faktiskā izpilde)	321 588	323 003	312 038
Gultas dienu skaits	2 754 650	2 749 451	2 673 331
Vidējais ārstēšanās ilgums dienās*	8,6	8,5	8,6

\* Ieskaitot ilglaicīgi ārstētos pacientus.

2017. gadā stacionārā ir ārstējušās 214 965 unikālās personas. Unikālo pacientu skaits salīdzinājumā ar 2016. gadu ir samazinājies par 3,9 %. Savukārt kopējais hospitalizēto personu skaits pārskata periodā ir bijis 312 038. Hospitalizēto pacientu skaits ir samazinājies par 3,4 %.

47. tabula. Vispārējie stacionārās aprūpes rādītāji 2017. gadā atbilstoši ārstniecības iestāžu grupām

Ārstniecības iestāžu grupa	Hospitalizēto pacientu skaits	Apmaksāto gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums dienās*
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā	257 209	1 683 375	6,5
Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	124 880	873 904	7,0
Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā	92 315	589 169	6,4
Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā	40 014	220 302	5,5
Specializētās slimnīcas kopā	45 579	925 248	20,3
Aprūpes slimnīcas kopā	9 250	64 708	7,0
<b>Valstī kopā / vidēji</b>	<b>312 038</b>	<b>2 673 331</b>	<b>8,6</b>

\* Ieskaitot ilglaicīgi ārstētos pacientus.

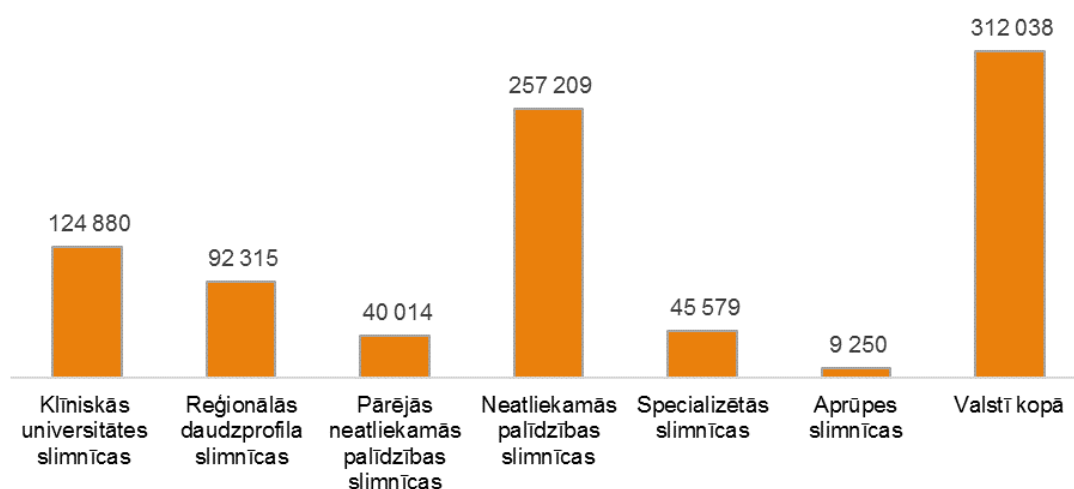
Hospitalizāciju proporcionālais sadalījums pa slimnīcu veidiem saglabājas līdzīgs kā 2016. gadā – 82 % no visām hospitalizācijām ir bijušas neatliekamās palīdzības slimnīcās, 15 % specializētajās slimnīcās un 3 % – aprūpes slimnīcās. 2017. gadā hospitalizāciju skaits, salīdzinot ar 2016. gadu, ir samazinājies par 10 965 hospitalizācijām. Kopumā 2016. gadā stacionārā pacienti pavadījuši 2 673 331 gultas dienas, kas ir par 76 120 dienām jeb 3 % mazāk nekā 2016. gadā.

48. tabula. Viena pacienta hospitalizāciju biežums diennakts stacionārā 2017. gadā

Diennakts hospitalizāciju skaits	Unikālo pacientu skaits	Unikālo pacientu skaits %
1	159 810	74,34%
2	35 620	16,57%
3	11 136	5,18%
4	4 189	1,95%
5	1 807	0,84%
6	898	0,42%
7	546	0,25%
8	353	0,16%
9	187	0,09%
10	135	0,06%
11	77	0,04%
12	63	0,03%
13	45	0,02%
14	29	0,01%
15	28	0,01%
16 un vairāk	42	0,02%

2017. gadā lielākais skaits pacientu stacionāri vienu reizi - kopā 159 810 pacienti, kas veido 74,34 % no visiem unikālajiem pacientiem.

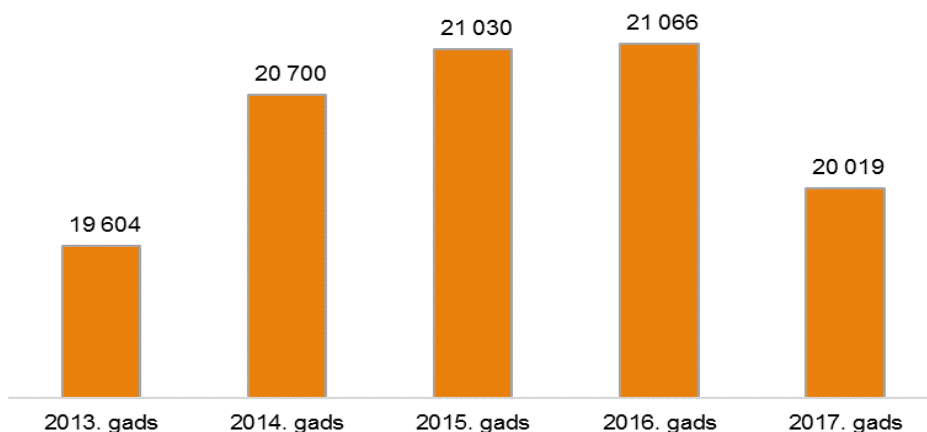
#### 15. attēls. Hospitalizāciju skaits dalījumā pa slimnīcu grupām 2017. gadā



Tāpat kā 2016. gadā – nemainīgi arī 2017. gadā lielākā pacientu daļa hospitalizēta klīniskās universitātes slimnīcās, savukārt mazākā – aprūpes slimnīcās.

#### Dzemdību palīdzība

#### 16. attēls. Valsts apmaksātu dzemdību skaits 2013. - 2017. gadā



2017. gadā 20 019 dzemdību gadījumi apmaksāti no valsts budžeta.

2017. gadā novērojams straujš dzemdību skaita samazinājums – par 1 047 dzemdībām mazāk nekā 2016. gadā. Piecu gadu periodā no 2013. gada dzemdību skaita statistika uzrāda kāpumu, lielāko pieaugumu novērojot 2014. gadā. Nākamajos gados dzemdību skaita pieauguma tempam ir tendence samazināties.

Lielākais dzemdību skaits novērojams specializētajā ārstniecības iestādē SIA "Rīgas Dzemdību nams" – 6 480 dzemdības, kas veido 32 % no valstī kopā notikušajām dzemdībām. Vairāk nekā 1 000 dzemdību notikušas arī VSIA "Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca" – 1 843 dzemdības, SIA "Jūrmalas slimnīca" – 1 672, SIA "Siguldas slimnīca" - 1 108, SIA "Liepājas slimnīca" – 1 096, SIA "Vidzemes slimnīca" – 1 098 un 1 006 dzemdības ir noritējušas SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca".

Vairāk informācijas par valsts apmaksāto stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu iespējams uzzināt pārskata sadaļā "Pielikumi".

## 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 koordinācijai<sup>14</sup>, lai nodrošinātu, ka apdrošinātās personas, pārvietojoties uz citu Dalībvalsti, saglabā tiesības uz veselības aprūpi. Veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt citā Dalībvalstī, ja persona uzrāda dokumentu<sup>15</sup>, 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 piedāda 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. Minētās tiesības ir attiecināmas uz šādām situācijām:

- ✓ par nepieciešamo un neatliekamo veselības aprūpi<sup>16</sup> īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī;
- ✓ par plānveida veselības aprūpi, kurai izsniegta iepriekšēja atļauja saistībā ar to, ka personai nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus nav iespējams nodrošināt Latvijas ārstniecības iestādēs.

Iepriekš minētajos gadījumos personai tiek veikta izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā tajā Dalībvalstī, kurā veselības aprūpes pakalpojumi ir tikuši saņemti.

---

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī ir saņemta neatliekamā vai nepieciešamā veselības aprūpes 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).

Veicinot pārrobežu veselības aprūpes pieejamību ES līmenī, iepriekš minētās tiesības uz veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanu ir tikušas paplašinātas. Līdztekus ES tiesību aktiem sociālā nodrošinājuma koordinēšanai tika pieņemts tiesību akts – direktīva par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē<sup>17</sup>. Tādejādi, pacientiem ir tiesības saņemt izdevumu atlīdzību par veselības aprūpes pakalpojumiem (tajā skaitā, iegādātajiem medikamentiem):

- ✓ kas saņemti ārpus citas Dalībvalsts publiskās veselības aprūpes sistēmas;
- ✓ kuru saņemšanai persona mērķtiecīgi devusies uz citu Dalībvalsti (persona ir devusies ar mērķi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus).

Iepriekš minētajos gadījumos personai 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.

## 5.2. Latvijā apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi

### 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. 2017. gadā Latvijā nodarbinātām personām, kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī, kā arī viņu ģimenes locekļiem izsniegtas 236 S1 veidlapas "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi". No tām 183 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. 2017. gadā personām, kuras saņem Latvijas pensiju un kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī, kā arī viņu ģimenes locekļiem izsniegtas 159 S1 veidlapas. No tām 52 S1 veidlapas izsniegtas, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Apvienotajā Karalistē, 27 – atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Īrijā un 26 – atzīstot tiesības saņemt veselības aprūpi Vācijā.

### Tiesības saņemt veselības aprūpi ilgstoša komandējuma laikā

Latvijā nodarbinātas 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. 2017. gadā Latvijā nodarbinātām personām, kuras darba devējs ir nosūtījis uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei, kā arī viņu ģimenes locekļiem ir izsniegtas 167 S1 veidlapas. No tām 102 S1 veidlapas tikušas izsniegtas, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Beļģijā. Lielākoties administratīvās lietas 2017. gadā ir tikušas izskatītas attiecībā uz valsts amatpersonām un viņu ģimenes locekļiem.

---

<sup>17</sup> 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.

## **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 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. 2017. 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 pa vienai veidlapai uz Austriju, Grieķiju, Īriju, Spāniju, Šveici un Zviedriju.

## **Tiesības saņemt plānveida veselības aprūpi citā Dalībvalstī**

Latvijā apdrošinātās personas ir tiesīgas citā Dalībvalstī saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumu, ja to nodrošināšana nav iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs. 2017. gadā 191 administratīvajā lietā ir ticis pieņemts labvēlīgs vai daļēji labvēlīgs lēmums, un ir izsniegtas 207 S2 veidlapas "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu". No 191 administratīvās lietas 70 lēmumi ir tikuši pieņemti, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Igaunijā, 61 lēmums – atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Vācijā, 36 lēmumi – atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Lietuvā. Veselības aprūpes pakalpojums, par kura saņemšanu citā Dalībvalstī ir pieņemts lielākais skaits labvēlīgu lēmumu – ir ģenētiskās analīzes (2017. gadā pieņemti 66 labvēlīgi lēmumi).

## **Tiesības saņemt neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi citā Dalībvalstī**

Latvijā apdrošinātās personas ir tiesīgas saņemt neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī. Dokuments, kas personām tiek izsniegts iepriekš minēto tiesību realizācijai, ir Eiropas veselības apdrošināšanas karte (EVAK). 2017. gadā Dienests ir izsniedzis 101 256 EVAK. Salīdzinot ar 2015. gada (izsniegtas 86 019 EVAK) un 2016. gada (izsniegtas 92 972 EVAK) datiem, ir novērojama tendence ik gadu pieaugt izsniegto EVAK skaitam.

Ja īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī personai tiek sniegta neatliekamā vai nepieciešamā medicīniskā palīdzība, bet persona nevar uzrādīt EVAK, tiek pieprasīts izsniegt EVAK aizvietojošo sertifikātu<sup>18</sup>. 2017. gadā Dienests ir izsniedzis 461 EVAK aizvietojošo sertifikātu.

## **Izdevumu atlīdzināšana fiziskām personām par pārrobežu veselības aprūpi**

2017. gadā ir tikušas ierosinātas 149 administratīvās lietas par veselības aprūpes izdevumu atlīdzināšanu fiziskām personām, kuras veikušas samaksu par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem no personīgajiem līdzekļiem. Minētās lietas attiecas gan uz izdevumu atlīdzināšanu, pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Dalībvalstī, kurā veselības aprūpes pakalpojumi ir tikuši saņemti (piemērojot ES tiesisko regulējumu sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijai), gan uz izdevumu atlīdzināšanu, pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem (saskaņā ar Latvijas tiesību aktiem, ar kuriem ir tikusi pārņemta Direktīva par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē). 2017. gadā Dienests ir izskatījis 154 administratīvās lietas, pieņemot 109 labvēlīgus administratīvos aktus un 39 nelabvēlīgus administratīvos aktus. Administratīvajās lietās, kurās ir ticis pieņemts labvēlīgs administratīvais akts, kopējā atlīdzināmā summa veido 57 778,02 eiro.

---

<sup>18</sup> Pieprasījumi par Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošo sertifikātu izsniegšanu tiek iesniegti par dažādiem veselības aprūpes saņemšanas periodiem (dažādiem gadiem). Tādejādi, 2017. gadā saņemto pieprasījumu skaits nesniedz ieskatu par nepieciešamību saņemt veselības aprūpes pakalpojumus 2017. gadā.

## **Izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz citas Dalībvalsts veselības aprūpes tarifiem**

2017. gadā šīs kategorijas administratīvajās lietās ir tikuši pieņemti 95 labvēlīgi lēmumi, un tie attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu 17 Dalībvalstīs. Lielākais skaits administratīvo lietu attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu Vācijā (20 lēmumi), Lietuvā (17 lēmumi), Francijā (12 lēmumi) un Austrijā (10 lēmumi).

Atlīdzināmās summas, kas tiek noteiktas atbilstoši veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas valsts noteiktajiem tarifiem un kritērijiem, variē katrā atsevišķā gadījumā (atlīdzināmā summa veido atšķirīgu % daļu no samaksātās summas). Minētais ir saistīts ar to, ka Dalībvalstu publiskās veselības aprūpes sistēmas ir būtiski atšķirīgas (atšķirīgs ir publisko veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, pacienta līdzmaksājuma daļa u.tml.).

## **Izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem**

Novērtējot Direktīvas par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē pārņemšanas Latvijas tiesību aktos ietekmi un personu interesi uz pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, ir secināms, ka Dienestā iesniegto pieprasījumu skaits samazinās (28 iesniegumi 2016. gadā, 12 iesniegumi 2017. gadā), jo, dodoties uz citu Dalībvalsti, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus, personai:

- ✓ sākotnēji ir jānorēķinās par veselības aprūpes pakalpojumiem pilnā apmērā;
- ✓ veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšana tiks veikta atbilstoši Latvijas veselības aprūpes tarifiem (lielākoties, Latvijas veselības aprūpes tarifi ir būtiski zemāki nekā citu Dalībvalstu veselības aprūpes tarifi);
- ✓ rodas papildu izdevumi, kas saistīti ar nokļūšanu ārstniecības iestādē un uzturēšanos citā Dalībvalstī, kas netiks atlīdzināti;
- ✓ var rasties sarežģījumi saskarsmē un komunikācijā ar citas Dalībvalsts ārstniecības iestādi, ja persona nepārzina citas Dalībvalsts valodu (gan saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, gan iepazīstoties/ turpmāk izmantojot ārstniecības iestādes izdoto medicīnisko dokumentāciju par veikto ārstniecību).

Dienests ir identificējis, ka galvenokārt personas ir nolēmušas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī, jo citas Dalībvalsts ārstniecības iestāde ir bijusi tuvāk personas dzīvesvietai (Latvijas pierobežas teritorijā - Lietuvā un Igaunijā) vai arī personas ieskatā citā Dalībvalstī ir bijis iespējams saņemt augstākas kvalitātes pakalpojumus (piemēram, Vācijā).

Gadījumos, kad persona ir saņēmusi neatliekamo medicīnisko palīdzību ārstniecības iestādē, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus ārpus valsts sociālā nodrošinājuma sistēmas, Dienests pieņem lēmumu veikt izdevumu atmaksu personai, pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem.

2017. gadā šīs kategorijas administratīvajās lietās ir tikuši pieņemti 14 labvēlīgi lēmumi, no kuriem 4 lēmumi – par veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu atlīdzināšanu Vācijā, 3 lēmumi – par veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu atlīdzināšanu Lietuvā un Spānijā un pa 1 lēmumam – par veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu atlīdzināšanu Beļģijā, Bulgārijā, Itālijā un Horvātijā.

Administratīvajās lietās, kurās ir ticis pieņemts labvēlīgs administratīvais akts, kopējā atlīdzinātā summa veido 11 526,08 eiro.

Statistiskas dati par izdevumu atlīdzināšanu, salīdzinot personas samaksāto summu ārstniecības iestādē ar Dienesta atlīdzināto summu, iezīmē būtisku atšķirību starp dažādu Dalībvalstu veselības aprūpes sistēmas tarifiem, kas iepriekš tika minēts kā iemesls tam, ka aktīva personu kustība uz citu Dalībvalsti, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus, nav prognozējama. Atlīdzināmās summas īpatsvars svārstās no 5,1% līdz 75,9% no samaksātās summas par plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem un no 7,8% līdz 42,5% no samaksātās summas par neatliekamo medicīnisko palīdzību ārstniecības iestādē, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus ārpus valsts sociālā nodrošinājuma sistēmas.



2017. gadā ir tikuši pieņemti 4 nelabvēlīgi lēmumi, no kuriem 2 lēmumi ir tikuši pieņemti, pamatojoties uz to, ka personas bija devušās uz citu Dalībvalsti veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai (ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā), nesaņemot Dienesta iepriekšēju atļauju<sup>19</sup>.

### **Informācijas sniegšana par apdrošināšanas periodiem Latvijā**

2017. gadā Dienests ir saņēmis 549 pieprasījumus izsniegt izziņu<sup>20</sup> 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 (tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti, pamatojoties uz šādiem dokumentiem: EVAK; EVAK aizvietojošais sertifikāts; S1 veidlapa (izņemot gadījumus, kad minētā veidlapa ir tikusi izsniegta apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem), S2 veidlapa, S3 veidlapa);
- ✓ veselības aprūpes vidējās izmaksas (tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem, izsniegtu S1 veidlapu; Dalībvalsts aprēķinātās vidējās veselības aprūpes izmaksas (t. sk., to aprēķināšanas metodoloģija) tiek apstiprināta Administratīvajā komisijā sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanai (kas sastāv no Dalībvalstu delegātiem) un pēc apstiprināšanas – publicētas ES Oficiālajā Vēstnesī).

### **Dalībvalstīs sniegtie pakalpojumi**

2017. gada ietvaros Dienestā iesniegto pieprasījumu apjoms apmaksai par Latvijā sociāli apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citās Dalībvalstīs ir 10 817 452,73 eiro apmērā (10 666 364,75 eiro veido pieprasījumi par Latvijā sociāli apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu faktiskās izmaksas, bet 151 087,98 eiro veido iepriekšējos gados saņemtie pieprasījumi par Latvijā sociāli apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu vidējās izmaksas, kuras publicētas Eiropas Oficiālajā vēstnesī 2017.gadā). 2017. gada ietvaros Dienests ir veicis norēķinus 5 668 916,59 eiro apmērā<sup>21</sup>. No minētās summas 5 573 178,05 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, savukārt, 95 738,54 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas.

<sup>19</sup> Dienesta iepriekšēja atļauja ir nepieciešama, lai saņemtu šādus veselības aprūpes pakalpojumus: 1) lielo locītavu endoprotezēšanu stacionārā; 2) kardiokirurģisko ārstēšanu stacionārā (piemēram, miokarda revaskularizāciju; aortokoronāro, mamarokoronāro šuntēšanu; sirds audzēju operācijas; vārstuļu plastiskās operācijas; iedzimu sirds saslimšanu korekcijas u.c.); 3) medicīnisko rehabilitāciju stacionārā; 4) ķirurģiskos pakalpojumus oftalmoloģijā (piemēram, kataraktas, glaukomas operācijas); 5) medicīnisko apauģlošanu.

<sup>20</sup> 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".

<sup>21</sup> 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 2016. gadā.

### 5.3. Citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi

Dienestā 2017. gadā ir saņemti 257 pieprasījumi reģistrēt citas Dalībvalsts izsniegtos dokumentus (veidlapas), kas apliecina citā Dalībvalstī apdrošinātu personu tiesības saņemt Latvijā valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus. 224 veidlapas ir saņemtas attiecībā uz nodarbinātām personām, 16 veidlapas ir saņemtas attiecībā uz apdrošināto personu ģimenes locekļiem un 17 veidlapas – attiecībā uz pensionāriem, kuru dzīvesvieta ir Latvijā. Dienests ir novērojis, ka 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.

2017. gada ietvaros Dienestā ir saņemti 170 citu Dalībvalstu pieprasījumi par Latvijā saņemto veselības aprūpes tarifu noteikšanu, kas nepieciešams, lai citā Dalībvalstī apdrošinātai personai atlīdzinātu izdevumus par Latvijā saņemtu neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi<sup>22</sup>. Salīdzinot ar 2016. gada datiem, pieprasījumu skaits ir pieaudzis par 28 %.

2017. gadā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot *faktiskās* veselības aprūpes izmaksas, 273 777,12 eiro apmērā<sup>23</sup>, savukārt citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus<sup>24</sup> 225 606,09 eiro apmērā. Dienests nav sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot *vidējās* veselības aprūpes izmaksas, savukārt citas dalībvalstis ir veikušas norēķinus 4 768,51 eiro apmērā.

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

---

<sup>22</sup> Gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā Latvijā ir saņemta neatliekamā vai 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).

<sup>23</sup> Dienestam rēķini citas Dalībvalsts kompetentajai institūcijai ir jāizstāda 12 mēnešu laikā.

<sup>24</sup> Citas Dalībvalsts rēķinu apmaksu jānodrošina 18 mēnešu laikā pēc rēķina saņemšanas.

## 6. E-veselības ieviešana

Piekluve E-veselības sistēmas publiskajam portālam – [www.eveseliba.gov.lv](http://www.eveseliba.gov.lv) ir atvērta jau no 2016. gada 22. jūnija, un no tā paša gada 12. septembra pirmie E-veselības sistēmas lietotāji (ārstniecības personas) ir uzsākuši datu ievadi (izraksta e-receptes, e-darbnespējas lapas, ievada sistēmā pacientu pamatdatus, kā arī citu informāciju). Savukārt farmaceiti aptiekās izsniedz medikamentus, pamatojoties uz ārstniecības personu izrakstītajām e-receptēm.

No 2017. gada februāra E-veselības portālā pieejamie e-pakalpojumi iedzīvotājiem pieejami arī valsts pārvaldes pakalpojumu portālā [www.latvija.lv](http://www.latvija.lv):

- ✓ e-pakalpojums “Medicīnas pakalpojumu izmaksas”;
- ✓ e-pakalpojums “Saņemtās Darbnespējas lapas”;
- ✓ e-pakalpojums “Saņemt e-konsultāciju no ģimenes ārsta”;
- ✓ e-pakalpojums “Veiktie pieraksti uz medicīnas pakalpojumiem”;
- ✓ e-pakalpojums “Reģistrēties pie ģimenes ārsta”;
- ✓ e-pakalpojums “Pieteikt Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK)”;
- ✓ e-pakalpojums “Saņemtie nosūtījumi”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacienta medicīnas pamatdati”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacientam noteiktās diagnozes”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacientam veiktie izmeklējumi”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacienta saņemto medicīnas pakalpojumu rezultāti”;
- ✓ e-pakalpojums “Atgādinājumi pacientam”;
- ✓ e-pakalpojums “Noteikt piekļuvi ārstiem maniem medicīnas datiem”;
- ✓ e-pakalpojums “Kas skatījies manus medicīnas datus”;
- ✓ e-pakalpojums “Manas e-receptes”;
- ✓ e-pakalpojums “Mani vizuālās diagnostikas dati”.

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 ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu un pieprasījusi piekļuves tiesības noteiktiem pakalpojumiem, kā arī veikusi datu ievadi, tie būs pieejami iedzīvotāja E-veselības profilā un būs redzami arī citām ārstniecības personām, kuras strādā E-veselības sistēmā.

Kopumā līdz 2017. gada beigām līgumu ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu noslēgušas vairāk nekā 2280 juridiskās personas, tajā skaitā 2058 ārstniecības iestādes (t. sk. 1058 ģimenes ārstu prakses) un 222 aptieku juridiskie īpašnieki. 2017. gada nogalē kopumā tikuši reģistrēti 5 028 082 autentificēšanās gadījumi E-veselības sistēmā, kā arī sistēmā izrakstītas 90 259 e-darbnespējas lapas un 368 224 e-receptes.

Darbojies arī E-veselības lietotāju atbalsta dienests, kas 2017. gadā kopā bija sniedzis konsultācijas aptuveni 20 000 profesionāļiem (ārstniecības personām un farmaceitiem), kā arī gandrīz 2000 iedzīvotājiem par sistēmas lietošanas jautājumiem.

Atbilstoši normatīvajam regulējumam, ārstniecības personām līdz 2018. gada 1. janvārim E-veselības sistēmas lietošana ir bijusi brīvprātīga.

## 7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi un klīniskās vadlīnijas

2017. gadā veikta 2016. gada slimnīcu faktisko izdevumu analīze, salīdzinot ar apmaksāto atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifa formulas elementiem, kā arī tika pārskatīti visi tarifi un fiksētie maksājumi saistībā ar ārstniecības personu atalgojumu palielinājumu.

Pārskata periodā no kopumā 4224 manipulācijām:

- ✓ veiktas izmaiņas 3441 manipulācijai, tajā skaitā izveidotas 423 jaunas manipulācijas (1 manipulācija "Vispārējie ambulatorie pakalpojumi" sadaļā, 2 manipulācijas "Neonatoloģijas un pediatrija" sadaļā, 1 manipulācija "Sirds un asinsvadu sistēma" sadaļā, 1 manipulācija "Pulmonoloģija" sadaļā, 6 manipulācijas "Neiroloģija" sadaļā, 1 manipulācija "Mugurkaula ķirurģija" sadaļā, 5 manipulācijas "Aknu transplantācijas operācijas" sadaļā, 370 manipulāciju "Laboratorijas izmeklējumi" sadaļā, 7 manipulācijas "Radioloģija" sadaļā, 2 manipulācijas "Morfoloģija, toksikoloģija" sadaļā, 13 manipulācijas sadaļā "Citās sadaļās neiekļautās manipulācijas" un 14 manipulācijas "Zobārstniecības pakalpojumu tarifi" sadaļā). Vienlaikus svītrotā 21 manipulācija, pārskatīts manipulācijas tarifs 2966 manipulācijām, redakcionālas izmaiņas veiktas 31 manipulācijai.

No 73 pakalpojumu programmu viena pacienta ārstēšanas tarifiem:

- ✓ veiktas izmaiņas visās 73 pakalpojumu programmās, tajā skaitā izveidotas 3 jaunas pakalpojumu programmas (viena pakalpojumu programma sadaļā "Staru terapija", pakalpojumu programma "Ortotopiskā aknu transplantācija" un pakalpojumu programma "Aortālā vārstuļa transkatetrāla implantācija (TAVI)"), kā arī pārskatītas 3 pakalpojumu programmas (2 pakalpojumu programmas sadaļā "Tuberkulozes izplatības ierobežošana" un 1 pakalpojumu programma sadaļā "Psihiatriskā palīdzība stacionārā"), pārrēķināti pakalpojumu programmu tarifi 69 pakalpojumu programmām.

2017. gadā izvērtēti divi klīnisko vadlīniju projekti:

- ✓ "Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas";
- ✓ "Parkinsona slimības un Parkinsona-plus sindromu klīniskās vadlīnijas".

2017. gadā Dienesta mājaslapas "Klīnisko vadlīniju datu bāzē" reģistrēta viena klīniskā vadlīnija:

- ✓ "Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas".

## 8. Ārstniecības riska fonds

Iespēja ārpustiesas kārtībā saņemt atlīdzību par veselības aprūpes procesa laikā nodarītu kaitējumu pacienta dzīvībai vai veselībai Latvijā pastāv jau vairāk nekā četrus gadus. Kopš 2013. gada 25. oktobra, kad darbību uzsāka Ārstniecības riska fonds (turpmāk – ĀRF), ko administrē Dienests, pacientiem izmaksāto kompensāciju apmērs līdz 2017. gada beigām ir pārsniedzis 3,7 miljonus eiro.

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. Tāpat pacientiem ir tiesības uz atlīdzību par izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama ar mērķi novērst vai mazināt ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai.

Dienests administrē ĀRF līdzekļus un, pamatojoties uz Veselības inspekcijas atzinumu, pieņem lēmumu, izmaksā atlīdzību no ĀRF par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kā arī atlīdzību par ārstniecības izdevumiem.

Lēmumu par atlīdzības izmaksu no ĀRF Dienests pieņem sešu mēnešu laikā (nepieciešamības gadījumā termiņš var tikt pagarināts līdz gadam). Pamatojoties uz Dienesta lēmumu, atlīdzību pacientam izmaksā 90 darbdienu laikā.

ĀRF ietvaros saņemto iesniegumu skaits pēdējos gados ir nostabilizējies, pārsniedzot 200 iesniegumus gadā.

2017. gadā ĀRF ir saņēmis 216 iesniegumus (salīdzinot – 2016. gadā saņemti 234 iesniegumi):

- ✓ 14 saņemtajiem iesniegumiem ir atteikta izskatīšana ĀRF ietvaros, jo: sūdzība ir par gadījumu pirms 2013. gada 25. oktobra, t.i. pirms ĀRF darbības uzsākšanas; nokavēts Pacientu tiesību likumā noteiktais iesniegšanas termiņš; nav mantojuma apliecības; gadījums neattiecas uz ĀRF pēc satura un citi trūkumi, kas neļauj ierosināt administratīvo lietu;
- ✓ pamatojoties uz ekspertīzes rezultātiem, 110 gadījumos nav tikusi konstatēta kaitējuma esība un atteikts izmaksāt atlīdzību no ĀRF;
- ✓ savukārt 54 gadījumos 2017. gadā ir konstatēta kaitējuma esība un pieņemts lēmums par atlīdzības izmaksāšanu par kopējo summu 1 015 853,73 eiro, kas ietver gan atlīdzību par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), gan atlīdzību par ārstniecības izdevumiem, kas radās, lai mazinātu vai novērstu ārstniecības iestādes nodarītā kaitējuma sekas veselībai. Vienam pacientam lielākā izmaksātā summa ir 106 717,50 eiro.

Pacientu iesniegumi ir par dažādām medicīnas jomām. Vairumā gadījumu par šādām jomām – traumatoloģija, neiroloģija, ķirurģija, ginekoloģija/dzemdību palīdzība un stomatoloģija. Sūdzības ir ļoti daudzveidīgas. Piemēram, par nepietiekamu veselības aprūpi, nenoteiktām diagnozēm, sekām pēc veiktajām manipulācijām un citām situācijām.

## 9. Regresa prasību piedziņa

2017. gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis 686 792,23 eiro. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā "Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārajās ārstniecības iestādēs".

49. tabula. Regresa prasību rādītāji 2017. gadā

	Skaitis	Summa, EUR
iesniegtās prasības, kopā:	1990	887 971,65
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1871	795 743,72
t. sk. apdrošināšanas sabiedrībām	1784	738 897,04
Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	87	56 846,68
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t.sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	119	92 227,93
Apmaksātās prasības kopā, t.sk. iepriekšējos gados pieteiktās prasības:	1637	686 792,23
t. sk. daļēji apmaksātās prasības	24	10 698,62
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu, t. sk.	1581	668 404,04
no apdrošināšanas sabiedrībām	1521	629 299,56
no Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	60	39 104,48
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t.sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	32	7 689,57

Dienests ir aktualizējis iepriekšējos gados pieteiktās prasības un 2017. gadā par cietušo papildus saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Rezultātā Dienests ir pieteicis 61 prasību par kopējo summu 68 014,37 eiro, no kurām apmaksātas ir 57 prasības par kopējo summu 59 664,75 eiro.

Pārskata periodā regresa kārtībā tika atgūti 686 792,23 EUR par 1637 regresa prasībām, savukārt 2016. gadā tika atgūti 863 025,59 par 1686 regresa prasībām. 2017. gadā regresa kārtībā atgūto līdzekļu samazinājums skaidrojams ar to, ka 2017. gadā vidējā apmaksātās regresa prasības summa samazinājās par 92,33 eiro jeb 18 % salīdzinājumā ar 2016. gadu.

## 10. Starptautiskā sadarbība

### Projekti

2017. gadā ir turpināta dalība Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2014.-2020. gada plānošanas perioda projektā "Vienotā rīcība eVeselības tīkla atbalstam" (*Joint Action to support the eHealth Network - JAseHN*). Projekta mērķis ir atbalstīt e-Veselības tīkla<sup>25</sup>, kas dibināts atbilstoši direktīvas "Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē"<sup>26</sup> 14. pantam, darbību. Projekts kalpos kā platforma operatīvai un stratēģiskai sadarbībai starp ES dalībvalstīm par e-veselību, kā arī sadarbībai ar ieinteresētajām grupām un standartizācijas organizācijām.

Pārskata periodā nodrošināta arī ESF līdzfinansētā projekta "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" aktivitāšu īstenošana. Šī projekta mērķis ir nodrošināt sirds un asinsvadu, onkoloģijas, garīgās un perinatālā un neonatālā perioda veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

Projekta ietvaros 2017. gada septembrī vairāk nekā 40 Veselības ministrijas, Dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra un citu 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 procesu kvalitātes nodrošināšanā. Mācībās piedalījās ārstniecības personas no dažādām ārstniecības iestādēm visā Latvijā, apgūstot kvalitātes un drošības risku identifikāciju, negadījumu analīzes metodes, komunikācijas principus un citas tēmas, kas veicinās pacientu drošības un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu.

Paredzēts, ka līdz 2018. gada 30. septembrim kopumā tiks apmācītas vairāk nekā 2000 personas.

Dienests 2017. gadā projekta ietvaros arī uzsācis vairākus iepirkuma konkursus. Lai tiktu nodrošināts, ka ārstniecības personu sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi atbilst labākajai pasaules praksei un tiek sniegti atbilstoši vienotiem principiem, tika uzsākts atklāts konkurss, kura rezultātā paredzēts izvēlēties organizācijas un ekspertus, kuri identificēs klīniskās vadlīnijas, sagatavos klīniskos ceļus un klīniskos algoritmus četrās prioritārajās veselības jomās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) aprūpes un garīgās veselības). Tāpat tika uzsākts atklāts konkurss pētījuma par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti iepirkumam, kā arī sarunu procedūra eksperta pakalpojumu veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā iepirkuma veikšanai.

### Dalība organizācijās

Veselības aprūpes tehnoloģiju jomā Dienests piedalās 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*), Eiropas Vienotā zāļu cenu datu bāze EURIPID (*European Integrated Price Information System*), kā arī Eiropas Sociālās apdrošināšanas foruma Zāļu novērtēšanas komitejā (*MEDEV – European Social Health Insurance Forum, the Medicine Evaluation Committee*).

<sup>25</sup> Komisijas īstenošanas lēmums (2011. gada 22. decembris), ar ko paredz dalībvalstu atbildīgo e-veselības iestāžu tīkla izveidošanas, pārvaldības un darbības noteikumus (2011/890/ES).

<sup>26</sup> Eiropas Parlamenta un Padomes direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē.

Dienests ir dalībnieks arī:

- ✓ tīklā "E-veselība reģioniem" (*E-health for Regions Network*);
- ✓ Eiropas primārās veselības aprūpes forumā (*The European Forum for Primary Care*);
- ✓ Eiropas Veselības telemātikas apvienībā (*European Health telematics organisation*).

Dienests ir iesaistīts Ziemeļu Dimensijas Sabiedrības veselības un sociālās labklājības partnerībā, kuras mērķis ir veicināt sadarbību, palīdzēt celt kapacitāti un labāk koordinēt Ziemeļu dimensijas teritorijā realizētos starptautiskos projektus. Dienesta pārstāvis piedalās arī partnerības ekspertu darba grupā "Primārās veselības ekspertu darba grupa". Dienests sadarbojas ar Pasaules Veselības organizāciju (turpmāk – PVO), sniedzot nepieciešamo informāciju PVO ekspertiem, kā arī piedalās PVO rīkotajos semināros.

Dienests turpinājis dalību arī 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.

### **Starptautiskie līgumi**

2017. gadā Dienests turpināja īstenot 2016. gada 24. novembrī noslēgto trīspusēju sadarbības līgumu ar Lietuvas Veselības ministrijas Nacionālo veselības apdrošināšanas fondu un Igaunijas Veselības apdrošināšanas fondu par savstarpējās sadarbības nostiprināšanu un attīstīšanu publiskā veselības finansējuma nozarē. Kā prioritārās sadarbības jomas ir noteiktas: veselības sistēmas reformas; obligātās veselības apdrošināšanas nodokļu ienākumu ievākšana un apkopošana; personu, kurām ir tiesības saņemt obligāto veselības apdrošināšanu, reģistra pārvaldīšana; pamatprincipi par līgumu slēgšanu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un aptiekām un līgumu uzraudzīšana; veselības aprūpes pakalpojumu un farmaceitisko līdzekļu kompensācijas metodes; veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un aptieku uzraudzība, inovatīvo tehnoloģiju kompensācija un citas kopīgo interešu jomas.

Tāpat tikusi īstenota 2010. gada 24. septembrī parakstītā vienošanās par Latvijas Republikas Veselības ministrijas, Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministrijas un Igaunijas Republikas Iekšlietu ministrijas savstarpējo palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā pierobežas teritorijā.

2017. 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.



## 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.