**INFORMATĪVAIS ZIŅOJUMS**

**Par veselības sistēmas reformu**

Informatīvais ziņojums „Par veselības sistēmas reformu” izstrādāts saskaņā ar Latvijas ekonomikas stabilizācijas un izaugsmes atjaunošanas programmas ieviešanas rīcības plānu un Saeimas Publisko izdevumu un revīzijas komisijas 2011.gada I pusgada darba plāna ekonomikas stabilizācijas procesa uzraudzības nodrošināšanai 13.punktu.

**1.Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkla attīstība**

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību pēc iespējas plašākam iedzīvotāju lokam ierobežota finansējuma apstākļos, kopš 2009.gada, paralēli stacionāro pakalpojumu koncentrēšanai, veikti pasākumi primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes tīkla attīstībai.

2010.gadā, lai veicinātu veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību primārās veselības aprūpes līmenī, izdarīti šādi grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk tekstā MK noteikumi Nr.1046):

* pilnveidoti ģimenes ārstu kvalitātes novērtēšanas kritēriji un to apmaksas kārtība, paredzot ilgāku pieņemšanas laiku, t.i., lielajās ģimenes ārstu praksēs (praksēs reģistrēti vairāk kā 2000 pacienti) noteikts pacientu pieņemšanas laiks - ne mazāk par 25 stundām nedēļā;
* pagarināts laika periods no sešiem uz deviņiem mēnešiem, kādā jaunatvērtajām primārās veselības aprūpes praksēm nepieciešams nodrošināt noteikta skaita pacientu reģistrāciju attiecīgā ārsta pacientu sarakstā (ģimenes ārstu praksēm - 600 un pediatru praksēm - 300).

Atbilstoši Ministru kabineta 2010.gada 18.augusta rīkojumam Nr.490 „Par Sociālās drošības stratēģiju” apstiprinātajiem grozījumiem Sociālās drošības tīkla stratēģijā, ar 2010.gada 3.augusta Ministru kabineta noteikumiem Nr.727 „Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”” (turpmāk - MK noteikumi Nr.727) noteikts, ka ģimenes ārsta komanda tiek „stiprināta” (paplašināta), piesaistot ģimenes ārsta praksei **otru māsu** arī pilsētās izvietotajām ģimenes ārstu praksēm (līdz šim otra māsa tika piesaistīta ģimenes ārsta praksēm ārpus pilsētām). Tā pat noteikts māsas vai ārsta palīga patstāvīgais pieņemšanas laiks (10 stundas nedēļā), tādējādi radot iespēju lielākam pacientu skaitam saņemt primāro veselības aprūpi. Ģimenes ārsta praksē strādājošajai otrajai māsai galvenokārt ir jānodrošina ar hroniskām slimībām slimojošo pacientu aprūpe, izglītojot pacientus un viņu piederīgos veselības veicināšanas un veselības aprūpes jautājumos, aprūpējot pacientus ģimenes ārsta praksē un pacienta dzīvesvietā, jāseko līdzi profilaktisko apskašu programmas izpildei, sadarbībā ar ģimenes ārstu jāsastāda un jāīsteno vakcinācijas kalendārs, kā arī jāveic citi ar pacientu aprūpi saistīti uzdevumi.

Kopā 2010.gadā ģimenes ārstu komandas paplašināšanai piesaistītas 289 māsas. Ģimenes ārstu praksēs, kurās strādā otra māsa, pacientu aptveres līmenis (to pacientu skaits, kuri ģimenes ārstu gadā apmeklējuši vismaz vienu reizi) ir par 30% lielāks kā tajās praksēs, kur otra māsa nestrādā. Veselības ministrija prognozēja, ka 2010.gadā otra māsa tiks piesaistīta 300 ģimenes ārstu praksēm, tomēr plānotais rādītājs pilnībā netika sasniegts, kas skaidrojams ar to, ka daļai ģimenes ārstu prakses telpas nav piemērotas otras māsas darba vietas iekārtošanai, ģimenes ārsti bieži vien paši labprāt veic daļu māsas darba, kā arī joprojām pastāv prakses, kas nav informētas par iespēju piesaistīt praksei otru māsu. Pasākuma ieviešanai attīstoties (piemēram, ERAF finansējuma piesaiste ģimenes ārstu prakšu infrastruktūras attīstībai, ESF veselības nozares cilvēkresursu apmācībai, t.sk., māsu sertifikācijas atjaunošanai) var prognozēt vēl lielāku ģimenes ārsta praksēs strādājošo otro māsu skaita palielināšanos.

Sociālās drošības tīkla stratēģijā paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, sākot ar 2010.gada 2.pusgadu, tika paplašināts veselības aprūpes pasākumu loks, ietverot divus jaunus pasākumus – **ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa** (laikā, kad nav pieejams ģimenes ārsts) ieviešana. Ieviešot ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni, kas darbosies vakara un nakts stundās, kā arī brīvdienās, tiks rasta iespēja pacientam pēc ģimenes ārsts darba laika iegūt sev nepieciešamo medicīnisko konsultāciju akūtu saslimšanu un hronisku saslimšanu paasinājuma gadījumā. Darbojoties ģimenes ārstu konsultatīvajam tālrunim, tiks atslogots neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests no konsultāciju sniegšanas un izbraukumiem pie pacienta, kā arī tiks atslogotas slimnīcu uzņemšanas nodaļas no ambulatoro konsultāciju sniegšanas vakara stundās un brīvdienās. 2010.gada 4.ceturksnī ir izstrādāta tehniskā specifikācija un noslēdzies iepirkums „Ģimenes ārstu konsultāciju tālrunis”.

No 2010.gada 1.janvāra paralēli ģimenes ārstu prakšu tīklam tika uzsākta **pediatru prakšu** veidošana. Tomēr, tā kā 2010.gada I pusgada statistiskie dati apliecināja, ka iedzīvotāju aktivitāte pārreģistrējoties jaunajās pediatru praksēs ir bijusi zema, no 2011.gada 1.janvāra jaunas pediatru prakses netiek veidotas (MK noteikumi Nr.727).

Lai sakārtotu ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju infrastruktūru, uzlabojot ģimenes ārstu pieejamību pašvaldību teritorijās, tādējādi materiāltehniski nodrošinot un pilnveidojot primārās veselības aprūpes sniedzēju tīklu, 2010.gadā tika uzsākta 230 projektu vērtēšana ERAF 3.1.5.1.1. apakšaktivitātes „**Ģimenes ārstu tīkla attīstība**” ietvaros. Projektā paredzēts veicināt ģimenes ārstu pakalpojumu sniegšanas koncentrēšanu vienā adresē, prakšu infrastruktūras sakārtošana, atbalstot telpu renovāciju, rekonstrukciju un aprīkojuma iegādi. Projektu iesniegumu vērtēšana noslēdzās 2011.gada 4.februārī. Aktivitātes ietvaros apstiprināti 4 projekti, 210 projekta iesniegumi tika apstiprināti ar nosacījumiem, 15 projekta iesniegumi tika noraidīti un 1 projekta iesniegums tika atsaukts. Apstiprināto projektu realizācija tiks uzsākta 2011.gadā.

Jāatzīmē, ka 2010.gadā apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem ir saglabājies tādā pat apjomā kā 2009.gadā un iepriekšējos gados (skatīt 1.attēlu), neskatoties uz straujo hospitalizāciju skaita samazinājumu. Ģimenes ārstu apmeklējumu skaita saglabāšanos iepriekšējo gadu līmenī var skaidrot ne tikai ar ģimenes ārstu pakalpojumu nepietiekamu pieejamību.

*1.attēls. Primārās veselības aprūpes ārstu nodrošināto apmeklējumu skaits*



*Datu avots: Veselības norēķinu centrs*

2009.gada decembrī līgumattiecībās ar Veselības norēķinu centru bija 1 362, bet 2010.gada decembrī - 1 377 ģimenes ārsti.

Ģimenes ārstu sadalījums pa reģioniem saglabājies proporcionāli līdzīgs. Visvairāk ģimenes ārstu strādā Rīgas teritorijā, kur ir vislielākais iedzīvotāju blīvums. Lielākais ģimenes ārstu prakšu īpatsvars ir ar vidējo reģistrēto pacientu skaitu robežās no 1500 līdz 2000. Tātad, lai būtu nodrošināta kvalitatīva aprūpe, ģimenes ārsti necenšas praksē reģistrēt vairāk kā 2000 pacientus. Tomēr ir neliels skaits ģimenes ārstu prakšu, kur reģistrēti vairāk kā 3000 pacientu. Šādas prakses ģimenes ārstam palīdz ārstu palīgi un ir vairākas pieņemšanas vietas. Parasti tas saistīts ar reģiona īpatnībām, piemēram, lielas teritorijas ar mazu iedzīvotāju blīvumu, vai arī ģimenes ārstu trūkums pagastos tālu no pilsētām.

Ir svarīgi attīstīt ģimenes ārsta nodrošināto veselības aprūpi, panākot, ka tiek sniegti kvalitatīvi un efektīvi veselības aprūpes pakalpojumi, kam nepieciešami salīdzinoši mazāki finanšu ieguldījumi, savukārt pakalpojumi tiek nodrošināti pēc iespējas lielākam pacientu skaitam un pēc iespējas tuvāk pacienta dzīvesvietai. Neskatoties uz veiktajām reformām joprojām ir apgrūtināta primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, jo:

1)saglabājas pārāk liels pie viena ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaits;

2)teritorijās ārpus pilsētām pacientam līdz ģimenes ārstam ir jāmēro liels attālums;

3)ģimenes ārsti ne vienmēr nodrošina pakalpojuma sniegšanu piecu darba dienu laikā, ne vienmēr pieņem rīta un vakara stundās, nedēļas nogalē vai nedēļas sākumā;

4)nav nodrošināta „paaudžu nomaiņa”, jo 25,3% no visiem ģimenes ārstiem ir vecumā virs 60 gadiem, bet 30,5% ģimenes ārstu ir vecumā no 50 – 59 gadiem un nav ieinteresēti jauninājumu ieviešanā;

5)saglabājas situācija, kad atsevišķu ģimenes ārstu praksēs nav primārās veselības aprūpes māsas vai reģistratora, vienā kabinetā uz maiņām notiek divu ģimenes ārstu pacientu pieņemšana, māsai nav nodrošināta atsevišķa telpa, kur strādāt ar pacientiem.

Šie trūkumi pasliktina pacientu pieejamību ģimenes ārsta un māsas pakalpojumiem, rada rindas pakalpojumu saņemšanai, izsauc pacientu neapmierinātību ar ģimenes ārstu darba organizāciju un pakalpojumu kvalitāti. Jāatzīmē, ka normatīvajos aktos noteiktās prasības ģimenes ārstu prakšu darba organizācijai nav pietiekami detalizētas un līdz ar to ir iespējamas šādas *novirzes* no labās prakses izpratnes. Šīs prasības ir nepieciešams nostiprināt normatīvajos aktos. Nepieciešams izvērtēt ģimenes ārstu prakšu darba organizāciju, lai 2011.gada laikā novērstu augstāk minētos trūkumus. Tā pat nepieciešams turpināt Sociālā drošības tīkla stratēģijas uzsāktos pasākumus ģimenes ārsta prakšu un ambulatoro pakalpojumu attīstībai, kā arī nodrošināt efektīvu ģimenes ārstu prakšu infrastruktūras attīstību ERAF ietvaros.

**2.Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju plānveidīga konsolidācija**

Kopš 2005.gada, kad tika apstiprināta Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju programma un tās ieviešanas plāns 2005.-2010.gadam[[1]](#footnote-1), notikusi mērķtiecīga stacionāro pakalpojumu koncentrēšana un konsolidācija, vienlaicīgi attīstot ambulatoro pakalpojumu pieejamību vietās, kur vairs netiek nodrošināti stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi.

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumus minimāli nepieciešamajā apmērā situācijā, kad līdzekļi veselības aprūpei tiek sistemātiski ierobežoti, 2009.gadā stacionāro pakalpojumu koncentrēšana ir notikusi straujāk.

Uz 2009.gada 1.janvāri valsts apmaksāti stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi tika sniegti 72 slimnīcās un rehabilitācijas centros, valsts aģentūrā „Latvijas Infektoloģijas centrs” un Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūrā. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju strukturālo reformu ietvaros Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (šobrīd – Veselības norēķinu centrs) no 2009.gada 1.aprīļa pārtrauca līgumu par stacionāro pakalpojumu sniegšanu ar 13 tā sauktajām „mazajām slimnīcām”, no 2009.gada 1.septembra vēl ar 17 slimnīcām, bet no 2010.gada ar 1 slimnīcu.

Specializēta ambulatorā un stacionārā palīdzība infekcijas slimību gadījumos tiek sniegta valsts aģentūrā „Latvijas Infektoloģijas centrs” (ar 2009.gada 1.oktobri Latvijas Infektoloģijas centram kā struktūrvienība, tika pievienota Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūra un tās filiāles). Slimnīcas (30), ar kurām līgumi par stacionāro pakalpojumu sniegšanu vairs netiek slēgti, turpina savu darbību, sniedzot ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus.

2010.gadā valsts apmaksāto diennakts **neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedza 21 slimnīca, pacientu aprūpes pakalpojumus – 6 slimnīcas, bet 12 slimnīcas nodrošināja specializēto palīdzību** (skat.2.attēlu).

*2.attēls. Slimnīcu skaita izmaiņas no 2006.-2010.gadam*



*Avots: Veselības ministrija*

Lai pilnveidotu sniegto pakalpojumu spektru dažādās slimību grupās, vienlaicīgi attīstot īstermiņa un zemāku izmaksu aprūpes profilus daudzprofilu slimnīcās, nodrošinātu maksimāli efektīvu nenoslogoto infrastruktūru izmantošanu, 2010.gadā turpināta 2009.gadā aizsāktā stacionāro **ārstniecības iestāžu apvienību veidošana**.

Veikta reorganizācija, apvienojot šādas slimnīcas:

* VSIA „Daugavas slimnīca” (sniedza specializēto palīdzību onkoloģijā un narkoloģijā) pievienota SIA „Daugavpils reģionālā slimnīca”;
* PSIA „Gulbenes slimnīca” apvienota ar SIA „Balvu slimnīca”;
* izveidota SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", apvienojot pašvaldības SIA „Ventspils slimnīca” un Talsu rajona pašvaldības akciju sabiedrības slimnīcu „Talsu slimnīca”.

Jāatzīmē, ka **akūto slimnīcu gultu skaits** (neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcās, specializētajās slimnīcās) joprojām ir sadrumstalots pa daudzām slimnīcām, kas apkalpo administratīvās teritorijas ar mazu iedzīvotāju skaitu un nodrošina nelielu hospitalizāciju apjomu. Atbilstoši Pasaules Bankas rekomendācijām stacionāro gultu skaits, lai efektivizētu pieejamo līdzekļu izlietojumu, būtu jāsamazina, lai sasniegtu līdzīgu rādītāju ar Dāniju, 350 akūtās slimnīcu gultas uz 100 000 iedzīvotāju.

*3.attēls. Stacionāro gultu skaita dinamika (uz 100 000 iedzīvotājiem) Latvijā*



 *Avots: Veselības ministrija*

Saskaņā ar Latvijas slimnīcu biedrības veikto pētījumu[[2]](#footnote-2) diennakts neatliekamo medicīnisko palīdzību atbilstošā kvalitātē spēj nodrošināt tikai reģionālajās daudzprofilu slimnīcās, ar 4-7 speciālistu diennakts dežūrām un adekvātu diagnostiku, tā kā šajās slimnīcās koncentrējas lielākā ārstu speciālistu daļa.

Vidējais **ārstēšanās ilgums** stacionārā Latvijā pēdējo gadu laikā ir samazinājies, tomēr salīdzinot ar citām Eiropas Savienības valstīm, joprojām ir lielāks kā vidēji Eiropas Savienības valstīs. Ja 2010.gadā vidējais ārstēšanās ilgums Latvijā bija 8,7 dienas, tad, piemēram, Dānijā – 5,1 dienas.

2009. un 2010.gadā sakarā ar veiktajiem pasākumiem stacionāru skaita mazināšanā un dienas stacionārā sniegto pakalpojumu apjoma palielināšanā ir vērojams **hospitalizāciju skaita** samazinājums. Jau 2009.gadā tika sasniegs salīdzinoši zems hospitalizācijas rādītājs uz 1000 iedzīvotājiem, tas ir 165 hospitalizācijas, tad jau 2010.gadā - 144 hospitalizācijas uz 1000 iedzīvotājiem (jeb 324 231 hospitalizācijas), sasniedzot vienu no zemākajiem hospitalizāciju līmeņa rādītājiem Eiropas Savienībā (piemēram, Igaunijā 2008.gadā bija 190 hospitalizācijas uz 1000 iedzīvotāju).

Vēl lielāka hospitalizēto pacientu apjoma mazināšanās turpmākajos gados ir maz ticama, jo katrā populācijā ir noteikts daudzums iedzīvotāju, kuriem nepieciešama tieši stacionāra palīdzība. Tomēr, turpinot ambulatorās veselības aprūpes attīstību, tai skaitā palielinot dienas stacionāros veikto aktivitāšu skaitu 2011. – 2013.gadā, un novirzot tam nepieciešamo finansējumu, Veselības ministrijas ieskatā ir iespējams vēl nedaudz, 2 – 3% apjomā, mazināt hospitalizācijas apjomu.

Lai nodrošinātu racionālu pieejamo valsts budžeta līdzekļu izmantošanu un nodrošinātu ilgtermiņa attīstības iespējas ārstniecības iestādēm, bez kurām veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājums iedzīvotājiem nav iespējams, 2009.gadā uzsākts **pilnveidot atlases procedūras kārtību un līgumu slēgšanas noteikumus** ar stacionārajām ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Slimnīcām, kuras sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību 24 stundas diennaktī, noteiktas atsevišķas **kvantitatīvās un kvalitatīvās prasības** – gadā jānodrošina ne mazāk kā 7000 pacientu, kuri saņem valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, hospitalizācija un dzemdību palīdzība vismaz 400 dzemdību gadījumos, jānodrošina ārstu speciālistu dežūras vismaz 7 specialitātēs (lokālajām slimnīcām - vismaz 3 specialitātēs).

2011.gadā stacionāro pakalpojumu sniedzējus struktūrā izmaiņas netiek plānotas, tomēr prioritāri tiks vērtēts stacionāros sniedzamo pakalpojumu apjoms un kvalitāte.

Lai nodrošinātu stacionāro pakalpojumu attīstību, Veselības ministrija 2011.gadā ir izveidojusi darba grupas priekšlikumu izstrādei šādos prioritārajos virzienos:

*- Stacionāro pakalpojumu kvalitātes uzlabošana, tai skaitā lokālo slimnīcu sniegto pakalpojumu apjoma pārskatīšana*. Saglabājot esošo stacionāro pakalpojumu sniedzēju tīklu, tiks izstrādāts stacionāro ārstniecības iestāžu darba organizācijas modelis, lai panāktu modernas stacionārās veselības aprūpes sistēmas izveidi, kad visiem Latvijas iedzīvotājiem ir vienlīdzīga pieeja no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātājiem veselības aprūpes pakalpojumiem, pēc iespējas racionālāk izmantojot veselības aprūpes darbaspēku un medicīniskās ierīces.

*- Traumpunktu darbības pārskatīšana,* paredzot traumpunktu sniegtās palīdzības diferencēšanu 2 līmeņos pēc sniegto pakalpojumu apjoma (1.līmeņa, jeb Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti un 2.līmeņa, jeb Ambulatorie neatliekamās palīdzības punkti). Traumpunktu sniegto pakalpojumu pārskatīšana atkarībā no prioritāri sniedzamo pakalpojumu apjoma nodrošinās efektīvāku veselība aprūpes līdzekļu izlietošanu, atslogos neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbu, kā arī pacientiem būs iespēja saņemt savlaicīgu un pilnvērtīgu palīdzību pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai.

*- Dienas stacionārā sniegto pakalpojumu apjoma pārskatīšana*, veicinot dienas stacionāra efektīvāku izmantošanu, vienlaicīgi mazinot hospitalizēšanas līmeni.

Jāatzīmē, ka turpmāka hospitalizēto pacientu apjoma mazināšanās un nepietiekamā ambulatoro pakalpojumu sniedzēju kapacitāte publiskajā sektorā turpmākajos gados var novest pie pakalpojuma kvalitātes un pieejamības samazināšanās. Līdz ar to paralēli stacionāro pakalpojumu koncentrēšanai, jāpaaugstina slimnīcu darbības efektivitāte, jāturpina attīstīt ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī nepieciešams veicināt sadarbību ar sociālo pakalpojumu sniedzējiem, pašvaldībām, lai attīstītu integrētu ilgtermiņa aprūpi, īpaši pacientiem gados, šiem mērķiem novirzot nepieciešamo finansējumu.

**3.Ambulatorās veselības aprūpes pieejamības nodrošināšana**

Turpinot veselības aprūpes sistēmas modernizāciju, optimizējot slimnīcu skaitu, ierobežojot finansējumu stacionārajai palīdzībai un attīstot jaunus pakalpojumus, tika veicināta veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana ambulatorās veselības aprūpes līmenī.

**3.1.Pasākumi Sociālās drošības tīkla stratēģijas ietvaros**

Ieviešot Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumus ir palielinājusies ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība.

Veselības aprūpe **dienas stacionāros** ir pieejama pacientiem, kuriem nepieciešams saņemt diagnostiskos izmeklējumus un ķirurģiska un terapeitiska rakstura ārstēšanu bez ievietošanas slimnīcā un bez 24 stundu ārstniecības personu uzraudzības. Attīstot dienas stacionāru pakalpojumus, ir iespējams samazināt ārstēšanas laiku stacionāros un kopējo hospitalizācijas skaitu. Pacienti, kuriem ir izziņa par trūcīgas personas statusu vai izziņa par personas ienākumiem līdz 120 vai 150 latiem, nemaksā pacienta iemaksu.

Sākot ar 2010.gada 3.ceturksni dienas stacionāros sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi tiek apmaksāti no Sociālās drošības tīkla stratēģijas līdzekļiem.

Kopumā 2010.gadā nodrošināta 81 537 pacientu ārstēšana dienas stacionāros, t.sk. 42 285 pacientu ārstēšana nodrošināta Sociālās drošības tīkla stratēģijas ietvaros.

2009. un 2010.gadā dienas stacionāros sniegtās veselības aprūpes pakalpojumu skaits ir pieaudzis, kas saistāms ar slimnīcu skaita mazināšanu un mērķtiecīgu ambulatori sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu apjoma palielināšanu. Veikto strukturālo reformu un jauno tehnoloģiju, kas dod iespēju palielināt darba efektivitāti, izmantošanas rezultātā, daļa no agrāk diennakts stacionāros ārstētiem pacientiem tagad tiek ārstēti dienas stacionāros, tādējādi nodrošinot arī plānveida palīdzības saņemšanu. 2010.gadā dienas stacionāros ārstēto pacientu skaits, salīdzinājumā ar 2009.gadu, ir pieaudzis 1,07 reizi.

Ārstniecības iestādēs ir izveidotas **pacientu** **viesnīcas**, lai dotu pacientam iespēju palikt pa nakti ārstniecības iestādē, ja nav iespējams nokļūt mājās. Pacientu viesnīcas izdevumi no valsts budžeta tiek segti tiem pacientiem, kuru ienākumi mēnesī nepārsniedz 120 latus. Palielinoties pacientu skaitam dienas stacionāros, palielinās arī pacientu viesnīcās palikušo pacientu skaits. 2011.gadā, vēl palielinot dienas stacionārā sniegto pakalpojumu apjomu, nedaudz var palielināties arī pacientu viesnīcu izmantošanas rādītāji.

2010.gadā Sociālās drošības tīkla stratēģijā paredzēto finanšu līdzekļu ietvaros, pacientu viesnīcās uzturējies 7 208 pacients. 2010.gadā pacientu skaits, kam kompensēta uzturēšanās pacientu viesnīcās, pieauga no 390 pacientiem 2010.gada 1.ceturksnī līdz 3 521 pacientam 4.ceturksnī. Pacientu pieaugums skaidrojams ar to, ka, uzsākot no Sociālās drošības tīkla stratēģijas līdzekļiem apmaksāt dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, stratēģijā iekļauto grupu pacientiem tika radīta iespēja pakalpojumu saņemt ātrāk, pieauga iedzīvotāju un ārstniecības personu informētība par Stratēģijas ietvaros nodrošināto veselības aprūpes pakalpojuma apmaksu, kā arī ārstniecības iestādes aktīvāk piedāvāja pacientiem iespēju palikt ārstniecības iestādē pa nakti, nemērojot katru dienu ceļu no pacienta dzīves vietas līdz ārstniecības iestādei.

2010.gadā Veselības ministrija turpināja attīstīt pacientu veselības **aprūpi mājās**, nosakot šī pakalpojuma sniedzēju kvalifikāciju un palielinot pacientu grupas, kurām tiek sniegta veselības aprūpe mājās. Pacientiem ar hronisku saslimšanu un pārvietošanās traucējumiem nav ierobežots mājas aprūpes pakalpojums vizīšu skaits, jo vienas epizodes ilgums no 10 dienām ir pagarināts līdz 30 kalendāra dienām un nepieciešamības gadījumā ģimenes ārsts var pagarināt veselības aprūpes mājās pakalpojuma sniegšanas ilgumu. 2010.gadā mājas aprūpi sniedza 181 ārstniecības iestāde. Mājas aprūpes pakalpojumus saņēmušo pacientu skaits palielinājies 2010.gadā, gan salīdzinot ar 2009.gadu kopumā, gan pa ceturkšņiem, tādējādi mazinot nepieciešamību pēc ārstēšanas stacionārā. 2010.gadā pasākuma ietvaros tika nodrošinātas 82 896 mājas aprūpes vizītes, bet valstī kopumā aprūpi mājās saņēma 12 162 pacienti (197 031 apmeklējumi).

No Stratēģijas līdzekļiem kopš 2010.gada otrās puses mājas aprūpes vizītes kompensācija tiek attiecināta uz visiem pacientiem, ne tikai uz pacientiem ar zemiem ienākumiem.

2010.gadā, sākot ar 2010.gada 2.pusgadu no Sociālā drošības tīkla stratēģijas līdzekļiem tiek apmaksāta visu, ne tikai personām ar zemiem ienākumiem, psihiatrisko pacientu ambulatorā aprūpe **dienas centros (stacionāros)**. Jāatzīmē, ka, tā kā psihiatrijas pacientu aprūpe galvenokārt tiek sniegta stacionārā un ambulatoro pakalpojumu tīkls ir maz attīstīts, minētā pasākuma izpildes aktivitāte bijusi zema.

Veselības ministrija 2011.gadā izstrādās pamatnostādņu „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014.gadā" īstenošanas plānu 2012.-2014.gadā, paredzot ambulatoro pakalpojumu, t.sk., dienas stacionāru attīstību personām ar garīga rakstura traucējumiem.

***3.2. Speciālistu nodrošinātā veselības aprūpe***

2010.gadā ambulatoro apmeklējumu skaits pie sekundārās veselības aprūpes speciālistiem, salīdzinot ar 2009.gadu ir pieaudzis par 8.2%, kad bija vērojams straujš ambulatoro apmeklējumu kritums (skatīt 4.attēlu).

*4.attēls. Speciālistu nodrošināto vizīšu skaits*

**

*Datu avots: Veselības norēķinu centrs*

Pacientiem ārpus ģimenes ārstu un ambulatoro speciālistu darba laika visu diennakti ir pieejama palīdzība slimnīcu **traumpunktos** un slimnīcu uzņemšanas nodaļās.

Tomēr kopumā šīs struktūrvienības, izņemot universitātes slimnīcas un dažas lielās slimnīcas, nav pietiekami noslogotas, traumpunktu noslodze ir vērtējama kā ļoti zema, jo vairākos traumpunktos diennaktī ir daži, līdz 10, apmeklējumi.

Ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjoma nelielo palielināšanos var skaidrot ar ekonomisko situāciju, jo nokļūšana pie ģimenes ārsta vai speciālista ir saistīta ar transporta izdevumu un pacienta iemaksas maksāšanu. Un iespējams, ka tādēļ ir pieaudzis tieši sekundārās neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits, jo par to pacientam nav jāmaksā. Primārās neatliekamās palīdzības (beidzas ar nogādāšanu slimnīcā) izsaukumu skaits 2010.gadā salīdzinot ar analogu periodu 2009.gadā, ir samazinājies atsevišķos mēnešos par 18%, kas neliecina par to, ka iedzīvotāju veselības stāvoklis būtu būtiski pasliktinājies. Savukārt sekundārās neatliekamās palīdzības izsaukumu (pacients netiek vests uz stacionāru, bet tikai konsultēts) skaits 2010.gadā ir pieaudzis vidēji par 30%, kas varētu raksturot gan veselības stāvokļa izmaiņas, gan sociālo apstākļu ietekmi uz iedzīvotāju uzvedību. Novēlota vēršanās vai nevēršanās pie ārsta primārajā un ambulatorajā posmā palielina hospitalizāciju skaitu.

***3.3.Kompensējamo medikamentu pieejamība***

Latvijā ilgstoši ir vismazākais piešķirtais finansējums zāļu iegādes kompensācijai (skatīt 5.attēlu). Nepietiekamais finansējums zāļu iegādes kompensācijas sistēmā ir izraisījis hronisko un savlaicīgi neārstēto slimību apjoma pieaugumu. Pacients, nespējot medikamentus saņemt ambulatorajā sistēmā, tos saņem stacionārā, jo veselības stāvoklim pasliktinoties tiek stacionēts, tādejādi palielinot veselības aprūpes izmaksas. Samazinoties valsts atbalstam zāļu iegādē, būtiski pasliktinās pacientu pieejamība medikamentiem, līdz ar to arī veselības aprūpes kvalitāte. Latvijā jau tagad ir lielākais pacientu līdzmaksājums valsts apmaksātajiem medikamentiem salīdzinājumā ar citām Eiropas Savienības valstīm.

*5.attēls. Izdevumi zāļu iegādes kompensācijas sistēmai Baltijas valstīs uz vienu iedzīvotāju (EUR)*



*Datu avots: Pasaules Veselības organizācija*

2010.gadā kompensējamās zāles vispārējā kārtībā izrakstītas 505 773 pacientiem par 73 854 504 latiem. Vidēji viens pacients ambulatorajai ārstniecībai kompensējamās zāles ir saņēmis 146,02 latu apmērā. Zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensējamo cenas daļu par summu 15 051 847 latiem**,** kā arī piemaksājuši zāļu references cenai 9 184 407 latus. Tādējādi pacientu maksājumi, saņemot valsts kompensējamās zāles, bijuši 24 236 254 lati, kas veido 33 % no valsts budžeta kompensējamo zāļu apmaksas līdzekļiem.

2010.gada laikā Sociālā drošības tīkla stratēģijas ietvaros nodrošināta **zāļu iegādes kompensācija 100% apjomā** - kopumā 21 920 pacientiem kompensētas zāles un medicīniskās ierīces 100% apmērā.

Sākot ar 2012.gadu jāturpina zāļu kompensācijas sistēmas attīstība, paredzot finansējumu, lai:

1)pacientiem, kas jau saņem kompensējamās zāles, tās tiktu nodrošinātas pašreizējā līmenī, radot paļāvību, ka uzsāktā ārstēšana netiks pārtraukta;

2)nodrošinātu iespēju saņemt kompensējamās zāles pacientiem, kuriem slimība diagnosticēta no jauna, nodrošinot vienlīdzīgu attieksmi pret visiem pacientiem ar vienādu diagnozi;

3)nodrošinātu iespēju kompensācijas sistēmā iekļaut jaunas diagnozes un zāles, paplašinot to iedzīvotāju loku, kam ir iespējas saņemt valsts palīdzību zāļu iegādē;

4)uzlabotu sabiedrības veselības rādītājus;

5)racionāli izlietotu veselības aprūpes budžeta līdzekļus, piemēram, samazinot vajadzību pēc ārstēšanās stacionārā;

6)pilnvērtīgāk izmantotu primārās veselības aprūpes iespējas.

**3.4.Laboratoriskie izmeklējumi**

Veselības aprūpes sistēmas izmaksu efektivitātes paaugstināšanai 2011. gadā tiks ieviesta arī jauna ambulatoro laboratorisko izmeklējumu finansēšanas kārtība jeb princips „nauda seko pacientam”[[3]](#footnote-3). Jaunajā modelī laboratoriskie izmeklējumu apjomi tiks regulēti caur nosūtītāju – ģimenes ārstu vai ārstu speciālistu, ļaujot pacientam brīvi izvēlēties laboratorisko pakalpojuma sniedzēju. Tādējādi valsts apmaksātos laboratoriskos pakalpojumus varēs sniegt ikviena iestāde, kas atbilst obligātajām prasībām un ir līgumattiecībās ar valsti. Finansējuma apjoms, tiks aprēķināts atkarībā no reģistrēto pacientu skaita un pacientu vecuma grupu struktūras, savukārt ārstiem speciālistiem – pamatojoties uz plānoto apmeklējumu skaitu un attiecīgās specialitātes viena apmeklējuma izmaksām. No ģimenes ārstiem un ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem visa laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētā līdzekļu kopējā apjoma, Veselības norēķinu centrs veidos 5% finanšu līdzekļu rezervi, kuru izmantos laboratorisko pakalpojumu apmaksai atbilstoši faktiski veikto pakalpojumu apjomam. Plānots, ka jaunā kārtība veicinās racionālāku finanšu līdzekļu izlietojumu, jo samazināsies no ārstniecības viedokļa nepamatoto nosūtījumu skaits, palielināsies pakalpojuma pieejamība pacientiem un konkurence starp pakalpojuma sniedzējiem.

Atbilstoši veikti grozījumi Ministru kabineta 2010.gada 21.decembra noteikumos Nr.1183 „Grozījumi Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām””, kuros ietvertas obligātās prasības medicīnas laboratorijām un noteikts nepieciešamais aprīkojums un laboratorijas darba organizācijas pamatprincipi.

**4.Neatliekamās medicīniskās palīdzības pieejamības nodrošināšana**

Ar 2009.gada 29.janvāra Ministru kabineta rīkojumu Nr.75 „Par tiešās pārvaldes iestādes "Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests" izveidošanu” tika izveidota valsts pārvaldes iestāde Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (turpmāk – NMPD). Ar Ministru kabineta 2009.gada 9.novembra rīkojumu Nr.766 „Par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta un Katastrofu medicīnas centra reorganizāciju” Katastrofu medicīnas centrs apvienots ar NMPD.

Līdz ar NMPD izveidošanu, tika uzsākta pašvaldību pārziņā esošo 39 neatliekamās medicīniskās palīdzības institūciju apvienošana vienotajā valsts NMPD.

NMPD izveide pabeigta 2010.gada 1.jūlijā.

Analizējot NMPD brigāžu darba rādītājus datus par 2009. un 2010.gadu, vērojamas sekojošas tendences – 2010.gadā izpildīto izsaukumu skaits dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos (pēc rezultāta) samazinājies no 66,6% uz 64,9% no kopējā izpildīto izsaukumu skaita, savukārt neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits pārējos gadījumos jeb sekundāro izsaukumu skaits pieaudzis no 25,3% uz 27,7% no kopējā izpildīto izsaukumu skaita (skat. 1.tabulu).

*Tabula Nr.1. Neatliekamā medicīniskā palīdzības izsaukumu sadalījums pēc rezultāta 2009. un 2010.gadā.*

|  |
| --- |
| **Neatliekamā medicīniskā palīdzības izsaukumu sadalījums pēc rezultāta** |
|  | **2009. gadā** | **2010.gadā** | **Izmaiņas procentpunktos** |
| **Kopējais izpildīto izsaukumu skaits (bez ambulatoriem)** | **159 115** | **395 891** |  |
| Neatliekamā medicīniskā palīdzība dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos | 105 992 | 257 271 |  |
| Neatliekamā medicīniskā palīdzība dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos, % | 66,6% | 64,9% | ↓ 1,7 |
| Neatliekamā medicīniskā palīdzība pārējos gadījumos | 40 262 | 109 544 |  |
| Neatliekamā medicīniskā palīdzība pārējos gadījumos, % | 25,3% | 27,7% | ↑  2,4 |
| Bezrezultāta izsaukumi | 12 861 | 29 076 |  |
|  |  |  |  |
| Bezrezultāta izsaukumi, % | 8,08% | 7,34% | ↓ 0,74 |

*Avots. NMPD*

Savlaicīgi izpildīto neatliekamu izsaukumu skaits pilsētās (līdz 15 minūtēm) 2010.gadā salīdzinājumā ar 2009.gadu saglabājies nemainīgs – 89%, savukārt, lauku teritorijās savlaicīgi (līdz 25 minūtēm) izpildīto izsaukumu skaits pieaudzis no 79,2% uz 81.4%, kas skaidrojams ar 10 jaunu neatliekamās medicīniskās palīdzības punktu un 3 jaunu neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu izveidošanu 2009.gada nogalē un 2010.gadā.

Lai arī vidējais savlaicīgi izpildīto neatliekamu izsaukumu īpatsvars pārsniedz MK noteikumu Nr.1046 noteiktās prasības, kas nosaka, ka pēc neatliekama izsaukuma saņemšanas neatliekamās medicīniskās palīdzības 75% gadījumu jānodrošina ne vēlāk kā 25 minūšu laikā, tomēr atsevišķos pagastos šis rādītājs nepārsniedz pat 10%. Lai nodrošinātu vienlīdzīgu pakalpojuma pieejamību visiem iedzīvotājiem, ir nepieciešams veidot jaunus neatliekamās medicīniskās palīdzības punktus, galvenokārt lauku teritorijās. Analizējot neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu darba un savlaicīguma rādītājus, iedzīvotāju blīvumu un konkrētu teritoriju īpatnības, ir apzinātas 25 vietas valstī, kurās būtu jāizvieto 26 jaunas un 7 pārvietotas neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes, lai uzlabotu neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas savlaicīguma rādītājus tuvāko 2 gadu laikā.

**5.ES fondu līdzekļu faktiskā un plānotā apguve**

Veselības ministrija ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā administrē Eiropas Sociālā fonda 1.3.2.pasākumu „Veselība darbā” un Eiropas Reģionālās attīstības fonda 3.1.5.pasākumu „Veselības aprūpes infrastruktūra” ar kopējo ES fondu finansējumu 154,4 LVL, paredzot atbalstu veselības nozares personāla attīstībai, ģimenes ārstu tīkla attīstībai, neatliekamās medicīniskās palīdzības attīstībai, slimnīcu pārprofilēšanai par ambulatorajām iestādēm un slimnīcu attīstībai.

*6.attēls.Veselības ministrijas administrējamo ES fondu aktivitāšu ieviešanas progress uz 31.12.2010 (LVL)*

**

*Avots. Veselības ministrija*

Apstiprināto projektu un noslēgto līgumu par projektu ieviešanu progress ir 60% no ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā paredzētā, kas vērtējams viduvēji. 90% no neapguves veido slimnīcu attīstības 2.kārtas projekti, kuru iesniegšana plānota sākot ar 2011.gada 1.jūniju, līdz ar to nepastāv bāžas par Veselības ministrijas administrējamo aktivitāšu finansējuma apguvi plānotajos termiņos un apjomos. Arī veikto avansa maksājumu un atmaksas maksājumu finansējuma saņēmējiem progress ir apmierinošs (skatīt 7.attēlu).

*7.attēls.Veselības ministrijas administrējamo ES fondu aktivitāšu finansējuma apguves mērķis (tūkst.LVL)*



*Avots. Veselības ministrija*

Lai nodrošinātu ES fondu finansējuma ieguldījumu efektivitāti, plānošanos dokumentos noteikti rādītāji, kurus jāsasniedz ar pieejamo finansējumu (skatīt 2.tabulu).

*Tabula Nr.2. Veselības ministrijas administrējamo ES fondu aktivitāšu rādītāji*

| **RĀDĪTĀJI** | **Izejas vērtība [2004.gads]** | **Sasniegta vērtība [31.12.2011]** | **Plānotā vērtība [2013.gads]** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Iznākumu rādītāji** |
| ESF atbalstīto veselības aprūpes un veselības veicināšanas profesionāļu skaits | 0 | 18 417 | 32 880 |
| Atbalstīto ģimenes ārstu prakšu skaits | 0 | 0 | 65 |
| Atbalstīto veselības aprūpes centru skaits | 0 | 2 | 25 |
| Vienotās neatliekamās medicīniskās palīdzības vadības sistēmas ietvaros izveidoti vadības un dispečeru centri | 0 | 0 | 6 |
| Stacionārās veselības aprūpes iestādes ar uzlabotu infrastruktūru | 0 | 8 | 46 |
| Iegādāta un uzstādīta jaunā onkoloģijas slimnieku radioterapijas ārstēšanas aparatūra | 0 | 3 | 4 |

*Avots. Veselības ministrija*

Iznākumu rādītāju sasniegšanā vislielākais progress ir veselības personāla apmācībā, kur rādītājs ir sasniegts 56%, kas saistīts ar to, ka minētā rādītāja sasniegšana notiek pakāpeniski projekta īstenošanas gaitā, savukārt pārējo rādītāju sasniegšana iespējama tikai pēc attiecīgā projekta pabeigšanas. Ievērojot ģimenes ārstu atbalsta stratēģijas izmaiņas, plānots pārsniegt plānoto rādītāja „Atbalstīto ģimenes ārstu prakšu skaits” vērtību, atbalstot vairāk nekā 400 ģimenes ārstu prakses.

**Secinājumi**

Par veikto veselības aprūpes reformu efektivitāti būs iespējams spriest ilgākā laika periodā, tomēr atsevišķi rādītāji jau tagad norāda, ka veiktās izmaiņas ambulatoro un stacionāro pakalpojumu struktūrā un jaunu pakalpojumu attīstība ir bijusi lietderīga no izmaksu efektivitātes un pakalpojumu pieejamības viedokļa, par ko liecina izmaiņas atsevišķos ārstniecības iestāžu darba rādītājos.

Lai gan kopējais apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem nav palielinājies, tajās praksēs, kur ir piesaistīta otra māsa, pacientu aptvere ir augusi. Koncentrējot stacionāra pakalpojumus, kopējais hospitalizāciju skaits ir samazinājies, vienlaicīgi ir pieaudzis ambulatoro speciālistu apmeklējumu skaits, palielinājies dienas stacionārā sniegto pakalpojumu skaits, kā arī kļuvuši populārāki slimnīcu viesnīcas un mājas aprūpes pakalpojumi. Izveidojot vienoto Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu, neatliekamās medicīniskās palīdzība iedzīvotājiem tiek sniegta savlaicīgāk, īpaši, lauku teritorijās.

Ievērojot minēto, ir jāturpina uzsākto reformu īstenošana, uzsvaru liekot uz primārās veselības aprūpes un stacionāru darba kvalitātes kritēriju izstrādi un ieviešanu, traumpunktu tīkla darbības optimizēšanu un efektivizēšanu, vienlaicīgi apgūstot ES finansējumu, jāuzlabo veselības aprūpes pakalpojumu infrastruktūra, lai veicinātu pieejamību veselības aprūpes pakalpojumam.

Veselības ministrs J.Bārzdiņš

18.03.2011 15:31

4313

D.Brante, 67876082

Daina.brante@vm.gov.lv

1. Ministru kabineta 2004.gada 20.decembra rīkojums Nr.1003 „Par Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu” un Ministru kabineta 2005.gada 28.decembra rīkojums Nr.854 „Par Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plānu 2005. – 2010.gadam” [↑](#footnote-ref-1)
2. Latvijas slimnīcu biedrības ziņojums VANA sēdes dalībniekiem „Cilvēkresursu nodrošinājums Latvijas slimnīcās”. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Ministru kabineta 2010.gada 28.decembra noteikumi Nr.1217 „Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””* [↑](#footnote-ref-3)