**Informatīvais ziņojums „Par Eiropas Savienības fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ieviešanu”**

**Rīga**

**2014.gads**

**Saturs**

Ievads 3

1. Situācijas apraksts 4

1.1. Esošās situācijas apraksts un ieguldījumu nepieciešamības pamatojums 4

1.2. Ieguldījumu apraksts 9

2. Ieviešanas un kontroles ietvars 10

2.1. Ieviešanas nosacījumi 10

2.2. Atbalstāmās darbības, attiecināmo izmaksu pozīcijas, ierobežojumi 11

2.3. Starptautiskās Rekonstrukcijas un attīstības bankas iesaiste 13

2.4. Uzraudzības rādītāju un darbības rezultāti 14

2.5. Pagaidu projekta sagatavošana un pārbaude 15

2.6. Pagaidu projekta ieviešanas nosacījumi 15

2.7. Sadarbības partnera izvēles un sadarbības nosacījumi. 17

2.8. Ieviešanas kontrole 17

2.9. Mērķu un rezultātu sasniegšanas uzraudzība 18

3. Īstenošanas nosacījumi pēc vienotā ES fondu regulējuma apstiprināšanas 18

# Ievads

1. Informatīvais ziņojums (turpmāk – ziņojums) sagatavots atbilstoši Ministru kabineta 2014.gada 11.marta sēdes protokola Nr.16 38.§ „*Informatīvais ziņojums „Par Eiropas Savienības struktūrfondu un Kohēzijas fonda, Eiropas Ekonomikas zonas finanšu instrumenta, Norvēģijas valdības divpusējā finanšu instrumenta un Latvijas un Šveices sadarbības programmas apguvi līdz 2013.gada 31.decembrim”*” 13.8.apakšpunktam, saskaņā ar kuru lemts atbalstīt ES fondu 2014.-2020.gada plānošanas perioda darbības programmas „*Izaugsme un nodarbinātība*” 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa (turpmāk – SAM) „*Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai*” (turpmāk – 9.2.3.SAM) īstenošanas uzsākšanu 2014.gadā pēc tam, kad Eiropas Komisijā ir apstiprināta Darbības programma „*Izaugsme un nodarbinātība*”.
2. Ziņojums izstrādāts balstoties uz Ministru Kabineta 2013.gada 20.augusta sēdē (prot.Nr.45, 97.§) izskatītajā informatīvajā ziņojumā „*Par Eiropas Savienības struktūrfondu un Kohēzijas fonda, Eiropas Ekonomikas zonas finanšu instrumenta, Norvēģijas finanšu instrumenta un Latvijas un Šveices sadarbības programmas apguvi līdz 2013.gada 30.jūnijam*” noteikto, proti, ja SAM plānots ieviest ierobežotas projektu iesniegumu atlases ietvaros un finansējuma saņēmējs ir valsts budžeta iestāde, tad par attiecīgā SAM ieviešanu atbildīgā ministrija izstrādā informatīvo ziņojumu SAM ieviešanai, virza minēto ieviešanas ziņojumu saskaņošanai Eiropas Savienības (turpmāk – ES) fondu pagaidu uzraudzības komitejā un attiecīgi pēc saskaņošanas virza to izskatīšanai MK, lai pēc ziņojuma izskatīšanas MK sēdē atbilstoši MK sēdes lēmumiem būtu iespējama 9.2.3.SAM īstenošanas uzsākšana. 9.2.3.SAM ietvaros paredzēts īstenot vienu projektu.
3. Ziņojums izstrādāts, lai aprakstītu kārtību, kādā īsteno darbības programmas „*Izaugsme un nodarbinātība*” papildinājuma 9.2. ieguldījumu prioritātes „*Piekļuves uzlabošana cenas ziņā pieejamiem, ilgtspējīgiem un kvalitatīviem pakalpojumiem, tostarp veselības aprūpei un vispārējas nozīmes sociālajiem pakalpojumiem*” 9.2.3.SAM līdz ES fondu 2014.-2020.gada plānošanas perioda ieviešanu regulējošo normatīvo aktu izstrādei un vienošanās par Eiropas Sociālā fonda (turpmāk – ESF) projekta īstenošanu noslēgšanai starp sadarbības iestādi un finansējuma saņēmēju.
4. 9.2.3.SAM mērķis ir atbalstīt sirds un asinsvadu, onkoloģijas, garīgās un perinatālā un neonatālā perioda veselības jomu (turpmāk – prioritārās veselības jomas) veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.
5. 9.2.3.SAM atbalsta veids:
	1. veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde prioritārajās veselības jomās. Attiecīgajās vadlīnijās tiks noteikti veicamie pasākumi, t.sk. attiecībā uz veselības veicināšanu, slimību profilaksi, agrīnu diagnostiku, ārstniecību, katra aprūpes līmeņa kompetenci, tehnoloģisko nodrošinājumu, cilvēkresursu piesaisti un attīstību, utt.
	2. vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un tās ieviešana prioritārajās veselības jomās. Attiecīgā sistēma tiks izstrādāta, lai veicinātu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanos, ņemot vērā starptautisko pieredzi līdzīgu sistēmu izstrādē un ieviešanā.
6. 9.2.3.SAM īsteno ierobežotās projektu iesniegumu atlases veidā.
7. 9.2.3.SAM mērķa grupa ir Nacionālais veselības dienests, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, Veselības inspekcija, Slimību profilakses un kontroles centrs, ārstniecības iestādes un pašvaldības.

# Situācijas apraksts

## Esošās situācijas apraksts un ieguldījumu nepieciešamības pamatojums

1. Saskaņā ar Eurostat datiem 37% Latvijas iedzīvotāju 2012.gadā bija pakļauti nabadzības vai sociālās atstumtības riskam, kas ir trešais augstākais rādītājs ES[[1]](#footnote-1). Nepietiekamais veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu klāsts, pakalpojumi, kuri tiek sniegti segregētā vidē (t.i. institūcijās), kā arī nepietiekama virzība uz katra pakalpojuma saņēmēja individuālām vajadzībām ir uzskatāmi par galvenajiem šķēršļiem, kuri šobrīd Latvijā ierobežo personu ar funkcionāliem traucējumiem un citu sociālās un teritoriālās atstumtības riskam pakļauto personu vienlīdzīgas tiesības būt līdzvērtīgiem sabiedrības locekļiem. Analizējot nabadzības cēloņus, konstatēts, ka cilvēku pakļautību nabadzības riskam ietekmē arī slikts fiziskās un garīgās veselības stāvoklis, kas ir par pamatu darbaspējīgo cilvēku nokļūšanai ekonomiski neaktīvo cilvēku vidū un priekšlaicīgai mirstībai. Latvijā veselības jomā pastāv nevienlīdzība sociāli ekonomisko faktoru ietekmē, par ko liecina dažādu iedzīvotāju grupu atšķirīgie veselības rādītāji. Dati liecina par ievērojamām iedzīvotāju veselības stāvokļa un veselību ietekmējošo paradumu atšķirībām sociālekonomiskajās grupās. Piemēram, veselības pašvērtējums ir nevienlīdzīgs sadalījumā pēc dzīvesvietas. Laukos dzīvojošie (49% to vērtē kā labu vai diezgan labu) savu veselību vērtē sliktāk nekā, piemēram, rīdzinieki (57%). Atšķirības vērojamas arī attiecībā uz fizisko aktivitāti, lieko svaru un aptaukošanos, smēķēšanu un citu atkarības vielu lietošanu, garīgo veselību*,* negadījumiem, vakcināciju, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību[[2]](#footnote-2).
2. Būtisks faktors, kas nosaka sliktu veselību, ir nabadzība. Finanšu līdzekļu trūkums ir ļoti nozīmīgs veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ierobežojošais faktors. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība (gan finansiāla, gan ģeogrāfiska, gan speciālistu pieejamība) raksturo veselības aprūpes sistēmas kvalitāti un efektivitāti. Latvijā daļa iedzīvotāju finansiālu apstākļu dēļ nevar piekļūt veselības aprūpei, kad tā ir nepieciešama. 2013.gadā EU SILC iedzīvotāju aptaujā 20% respondentu Latvijā atbildējuši, ka nav apmeklējuši veselības aprūpes speciālistu, lai gan ir bijusi nepieciešamība, no tiem 60% gadījumu iemesls bijis tas, ka medicīniskos izmeklējumus nevar atļauties finansiāli[[3]](#footnote-3). Tas liecina, ka zemākā ienākuma līmeņa mājsaimniecības ir lielākā mērā pakļautas riskam nesaņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību nekā citas. Kā citi biežāk minētie iemesli, kāpēc nav izmantoti veselības aprūpes pakalpojumi nepieciešamības gadījumā, bija: vēlme nogaidīt, vai nekļūs labāk – 16%; laika trūkums -8%; ilga gaidīšana un rindas – 6.5%[[4]](#footnote-4).
3. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības ir nozīmīgākā sabiedrības veselības problēma Latvijā un viena no nozīmīgākajām visā pasaulē. To apliecina arī augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. Asinsrites sistēmas slimības ir visizplatītākais nāves cēlonis (56% no visiem mirušajiem)[[5]](#footnote-5). Mirstības rādītājs asinsrites sistēmas slimību dēļ Latvijas iedzīvotājiem ir divas reizes augstāki nekā vidējais ES rādītājs, priekšlaicīgas mirstības rādītājs – pat trīs reizes[[6]](#footnote-6).
4. Ambulatorās un stacionārās aprūpes dati liecina, ka Latvijā saslimstība ar asinsrites sistēmas slimībām ir ļoti augsta un dinamikā pieaug[[7]](#footnote-7). Latvijas iedzīvotāju sirds veselību būtiski ietekmē augstā sirds un asinsvadu slimību riska faktoru izplatība populācijā. Pēc Latvijas iedzīvotāju sirds un asinsvadu slimību riska faktoru šķērsgriezuma pētījuma datiem paaugstināts arteriālais asinsspiediens virs 140/90 mmHg novērojams vidēji 45% iedzīvotāju (25-74 g.v.), sasniedzot 60 – 70% biežumu vecuma grupā pēc 55 gadiem. Augsta ir kopējā holesterīna (virs 5.0 mmol/l) izplatība – no 40-50% 25 – 34 gadu vecumā un līdz 75-85% vecuma grupā virs 55 gadiem. Novērojama arī liela aptaukošanās izplatība – vairāk nekā 30% iedzīvotāju[[8]](#footnote-8).
5. Nāves cēloņu struktūrā ļaundabīgie audzēji jau ilgāku laiku ieņem otro vietu aiz sirds un asinsvadu slimībām[[9]](#footnote-9). Saslimstību raksturojošie statistiskie rādītāji Latvijā ir samērojami ar ES vidējiem rādītājiem (izņemot plaušu vēzi), bet mirstība no šīs grupas slimībām joprojām ir salīdzinoši augstāka bez būtiskām pozitīvām pārmaiņām dinamikā. Mirstības rādītāji ļaundabīgo audzēju dēļ Latvijā ir augstāki nekā vidēji ES, dinamikā tie nemazinās, turpretī ES vidējie rādītāji mazinās[[10]](#footnote-10). Vīriešu mirstība (346 uz 100000 iedzīvotājiem) no ļaundabīgajiem audzējiem ir augstāka nekā sieviešu (253 uz 100000 iedzīvotājiem). Pēc reģistra „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs” datiem par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām, 2012.gadā vēzis pirmo reizi mūžā tika diagnosticēts 11 508 cilvēkiem, bet uzskaitē kopumā 2012.gada beigās bija pavisam 71 166 pacienti.
6. Ievērojamais pacientu īpatsvars (2012.gadā 34%), kuriem slimība tiek atklāta novēloti, nosaka salīdzinoši augstus pirmā gada letalitātes un zemus 5 gadu dzīvildzes rādītājus.
7. Pēc Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datubāzes datiem 2009.gadā Latvijā 1 gada vecumu nesasnieguši nomira 168 bērni (7,7 uz 1000 dzīvi dzimušiem). 2010.gadā Latvijā šis rādītājs samazinājās - nomira 110 bērni (5,7 uz 1000 dzīvi dzimušiem). 2011.gadā Latvijā šis rādītājs bija 6,7 uz 1000 dzīvi dzimušiem (miruši 124 bērni līdz gada vecumam), bet 2012.gadā 1 gada vecumu nesasnieguši nomira 125 bērni (6,4 uz 1000 dzīvi dzimušiem)[[11]](#footnote-11). Ir vērojama pozitīva tendence, bet vienlaikus Pasaules Veselības organizācijas European Health for All datu bāzes dati rāda, ka zīdaiņu mirstības rādītājs Latvijā ir viens no visaugstākajiem Eiropas Savienībā. Vidēji ES 2011.gadā vidējais zīdaiņu mirstības rādītājs bija 4 uz 1000 dzīvi dzimušajiem[[12]](#footnote-12).
8. Galvenais nāves cēlonis zīdaiņa vecumā ir noteikti perinatālā perioda stāvokļi (piemēram, dzemdību trauma, intrauterīna hipoksija, iedzimta un aspirācijas pneimonija u.c.), kas ir nāves cēlonis apmēram 53% bērnu no visiem pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem. Iedzimtas anomālijas ir nāves cēlonis gandrīz ceturtdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu. Lai gan tiek nodrošināta savlaicīga ģenētisku izmeklējumu veikšana, kā rezultātā izdodas diagnosticēt iedzimtas patoloģijas un pārtraukt grūtniecību, samazinot smagi slimu bērnu piedzimšanas risku, tomēr vairākos gadījumos patoloģija tiek diagnosticēta novēloti, grūtniecība ir pārtraukta pēc 22.nedēļas un šie gadījumi tiek iekļauti perinatālajā mirstībā. Attīstoties medicīniskajām tehnoloģijām ir būtiski palielinājušās iespējas izdzīvot priekšlaicīgi dzimušiem bērniem.
9. Mātes mirstība ir viens no rādītājiem, kas liecina par antenatālās un perinatālās aprūpes kvalitāti valstī. Grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā 2010.gadā nomira 5 sievietes, 2011.gadā – 1, 2012.gadā – 4. Izsakot šos skaitļus uz 100 000 dzīvi dzimušajiem bērniem, 2012.gadā šis rādītājs bija 20,5 (2011. gadā –5,4 uz 100 000 dzīvi dzimušajiem)[[13]](#footnote-13). Relatīvo rādītāju parasti izmanto starptautiskos salīdzinājumos, kur Latvijas 2012.gada rādītājs ir satraucoši augsts, salīdzinot ar vidējo ES rādītāju -6 uz 100 000 dzīvi dzimušajiem. Turpretī 2011.gada rādītājs ir pat zemāks nekā vidēji ES. Līdz ar to, kad mātes nāves gadījumu skaits nepārsniedz 2 gadījumus gadā, tas ir tuvs ES vidējam.
10. Latvijā pasliktinājušies rādītāji, kas atspoguļo populācijas garīgo veselību. Pēc Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012.gada aptaujas datiem 63% iedzīvotāju (15-64 g.v.) (56% vīriešu un 70% sieviešu) atzīmē, ka pēdējā mēneša laikā ir izjutuši sasprindzinājumu, stresu un nomāktību. Stresa un nomāktības izjūtas biežāk ir abiem dzimumiem vecumā no 25 līdz 54 gadiem. Sūdzības par depresijas epizodēm norādījuši vidēji 31% no visiem aptaujātajiem (28% vīriešu un 33% sieviešu)[[14]](#footnote-14). Pēc skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2010.gada aptaujas datiem 54% 15 gadīgu skolēnu (45% zēnu un 55% meiteņu) vismaz reizi nedēļā izjutuši aizkaitināmību vai sliktu garastāvokli[[15]](#footnote-15). Pēc Eiropas skolu aptaujas pētījuma par alkoholu un citām atkarību izraisošām vielām 2011.gada datiem 26% 15–16 gadu vecu skolēnu atzīst, ka ir domājuši par pašnāvību, bet 8,7% – ka mēģinājuši to izdarīt[[16]](#footnote-16). Analizējot pašnāvību kā vienu no garīgās veselības indikatoriem rādītājus, redzams, ka mirstība no pašnāvībām uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā divas reizes pārsniedz vidējo rādītāju ES - 2010.gadā Latvijā šis rādītājs bija 20,1, kamēr vidēji ES - 10,4[[17]](#footnote-17).
11. Atbilstoši Eiropas Komisijas zaļai grāmatai „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana veidojot ES stratēģiju par garīgo veselību” garīgās veselības traucējumu ietekme uz indivīdu un sabiedrību kopumā izpaužas dažādi, tas ir gan sociāls, gan medicīnisks jautājums. Ir aprēķināts, ka garīgo traucējumu radītās izmaksas ES ir 3-4% no IKP, galvenokārt ražīguma zuduma un darba kavējumu dēļ. Uzvedības traucējumi rada izmaksas sociālajā, izglītības, krimināltiesību un tiesu sistēmā.
12. Galveno problēmu sadalījumu un investīciju vajadzības veselības jomā parāda priekšlaicīgas mirstības, priekšlaicīgas invaliditātes un potenciāli zaudētajiem mūža gadu cēloņu struktūras rādītāji, kas atainoti zemāk redzamajās tabulās. Pamatojoties uz tabulās atspoguļotajiem rādītājiem, ir plānota sīkāka prioritāro jomu rādītāju analīze, kas sniegs informāciju investīciju novirzīšanai attiecīgajiem Latvijas reģioniem, kur šie rādītāji vērtējami vissliktāk.

***Tabula Nr.1***

*Prioritāro un citu jomu cēloņu īpatsvars priekšlaicīgas mirstības struktūrā 2012.gadā (no visiem mirušajiem 0-64 g.v.). Datu avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze*

| **Mirstība, 0-64 g.v.** | **Absolūtais skaits** | **Īpatsvars, %** |
| --- | --- | --- |
| **Sirds un asinsvadu saslimšanas (I00-I99)** | **2 606** | **35,01** |
| **Ļaundabīgie audzēji (C00-C97)** | **1 798** | **24,16** |
| **Perinātālā un neonatālā perioda mirstība (no 22. gr. ned.-27 dz.d.), dzīvi un nedzīvi dzimušie** | 190 |  |
| t.sk.dzimis dzīvs, miris līdz 27. dz. d.  | **84** | **1,13** |
| t.sk.dzimis nedzīvs | 106 |  |
| **Psihiski un uzvedības traucējumi (F00-F99)** | **113** | **1,52** |
| t.sk. psihiski un uzvedības traucējumi (F00-F09; F20-F98) | 10 | **0,13** |
| t.sk. psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu (t.sk. alkohola) lietošanas dēļ (F10-F19, izņemot F17 (tabaka)) | 102 | **1,37** |
| **Pašnāvības (X60-X84)** | **443** | **5,95** |
| **Citi cēloņi:** | **2 159** | **29,01** |
| t.sk. Ārēji slimību un nāves cēloņi, izņemot pašnāvības (V01-X59; X85 -Y89) | 985 | 13,2 |
| t.sk. Gremošanas sistēmas slimības (K00-K99) | 470 | 6,31 |
| t.sk. Diabēts (E10-E14) | 98 | 1,32 |
| t.sk. Gripa un pneimonija (J10-J18)  | 163 | 2,19 |
| Visi cēloņi (A-Y) | 7443 | 100 |

***Tabula Nr.2***

*Prioritāro un citu jomu cēloņu īpatsvars priekšlaicīgas invaliditātes struktūrā, 2012.gads, Pirmreizējā invaliditāte, 0-59 g.v. Datu avots: VDEĀK*

| **Pirmreizējā invaliditāte, 0-59 g.** | **Absolūtais skaits** | **Īpatsvars, %** |
| --- | --- | --- |
| **Sirds un asinsvadu saslimšanas (I00-I99)** | 1 214 | **12,47** |
| **Onkoloģiskās slimības (C00-C97; D00-D09; D45)** | 1 666 | **17,12** |
| **Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas (Q00-Q11; Q16-Q99)** | 179 | **1,84** |
| **Psihiski un uzvedības traucējumi (F00-F99)** | 966 | **9,92** |
| **Citi cēloņi:** | 2 931 | **30,11** |
| t.sk. Skeleta, muskuļu un saistaudu sistēmas slimības (M00-M99) | 1 958 | 20,12 |
| t.sk. Diabēts (E10-E14) | 221 | 2,27 |
| t.sk. Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas (S00-T98) | 752 | 7,73 |
| Kopā (visi cēloņi) | 9733 | 100 |

***Tabula Nr.3***

*Prioritāro un citu jomu cēloņi potenciāli zaudētie mūža gadu skaita cēloņu struktūrā, 2012.gads, Potenciāli zaudētie mūža gadi 0-64 g.v. - Datu avots: Slimību profilakses un kontroles centra aprēķini, izmantojot Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes datus*

| **Potenciāli zaudētie mūža gadi , 0-64 g.** | **Absolūtais skaits** | **Īpatsvars, %** |
| --- | --- | --- |
| **Sirds un asinsvadu saslimšanas (I00-I99)** | 24 645,5 | **24,99** |
| **Ļaundabīgie audzēji (C00-C97)** | 16 293,5 | **16,52** |
| **Psihiski un uzvedības traucējumi (F00-F99)** | 1 417,5 | **1,44** |
| t.sk. psihiski un uzvedības traucējumi (F00-F09; F20-F98) | 116,5 | **0,12** |
| t.sk. psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (F10-F19, izņemot F17) | 1 301 | **1,32** |
| **Pašnāvības (X60-X84)** | 7 575,5 | **7,68** |
| **Citi cēloņi:** |  |  |
| t.sk. Ārēji slimību un nāves cēloņi, izņemot pašnāvības (V01-X59; X85 -Y89) | 20452 | **20,7** |
| t.sk. Gremošanas sistēmas slimības (K00-K99) | 6 530 | **6,62** |
| t.sk. Diabēts (E10-E14) | 1 151 | **1,17** |
| t.sk. Gripa un pneimonija (J10-J18)  | 2 390,5 | **2,42** |
| Visi cēloņi (A-Y) | 98613,5 | **100** |

***Tabula Nr.4***

*Potenciāli zaudētie mūža gadi 0-64 g.v., nomirstot līdz gada vecumam, 2012.gadā- Datu avots: SPKC aprēķini, izmantojot Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes datus.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potenciāli zaudētie mūža gadi , nomirstot līdz gada vecumam** | **Absolūtais skaits** | **Īpatsvars (no visiem PZMG vecuma grupā 0-64 gadi), %** |
|  Galvenie nāves cēloņi, nomirstot zīdaiņa vecumā: (P, Q, R95): | 7095 | 7,19 |
| t.sk. Noteikti perinatālā perioda stāvokļi (P00-P96) | 4450,5 | 4,51 |
| t.sk.Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas (Q00-Q99) | 1806 | 1,83 |
| t.sk. Zīdaiņa pēkšņas nāves sindroms (R95) | 838,5 | 0,85 |

1. Visi augšminētie dati norāda uz sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības jomām kā prioritārām veselības nozarēm, kā arī liek pievērst uzmanību gan iedzīvotāju attieksmei pret savu veselību un prasmei sasaistīt riska faktoru esamību ar iespēju nākotnē saslimt, gan veselības aprūpes organizācijai un infrastruktūras attīstības vajadzībām, profesionāļu prasmju un iemaņu attīstībai, pieejamībai un savstarpējai sadarbībai visos veselības aprūpes līmeņos. Svarīgi, izmantojot sistēmisku pieeju pacientu drošības un veselības aprūpes darbības kvalitātes nodrošināšanai, izveidot vienotu nacionālo veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, kas, papildinot atbalstāmo tīklu plānošanas un klīnisko vadlīniju izstrādes aktivitātes, tiks ieviesta prioritārajās veselības jomās.

## Ieguldījumu apraksts

1. Lai risinātu ziņojuma 1.1.sadaļā minētās problēmas, nepieciešams izstrādāt veselības tīklu attīstības vadlīnijas, veikt analīzi pacientu plūsmas uzlabošanai nosakot optimālu veselības aprūpes organizāciju dažādos līmeņos, koordinējot multisektorālas sadarbības attīstību starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (t.sk. deinstitucionalizācijas un sociālās iekļaušanas kontekstā), tai skaitā analizējot situāciju attiecībā uz teritoriālās, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļauto personu iespējām saņemt pilnvērtīgus veselības aprūpes pakalpojumus un identificējot pasākumus, kas vērsti uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanu minētajām personām (t.sk. cilvēkresursu piesaiste reģioniem, infrastruktūras attīstība, pakalpojumu pieejamība lauku teritorijās).
2. Veicot analīzi, nepieciešams horizontālo faktoru izvērtējums – cilvēkresursi, infrastruktūra, pakalpojumu kvalitāte, kā arī laba pārvaldība un komunikācija, sabiedrībā balstīta veselība aprūpe, ņemot vērā noteicošo faktoru veselības nozares finansējumu.
3. Nepieciešams izvērtēt veselības tīkla jeb pakalpojumu sniedzēju izvietojumu šādos veselības nozares līmeņos, pilnveidojot institucionālo tīklu jeb pakalpojumu sniedzēju izvietojumu, katrā līmenī nosakot pakalpojumus, kurus esošajā veselības sistēmā var nodrošināt vai ir nepieciešams nodrošināt atbilstošā kvalitātē:
	1. veselības veicināšana un slimību profilakse;
	2. primārā veselības aprūpe, t.sk. farmaceitiskā aprūpe;
	3. sekundārā ambulatorā veselības aprūpe (speciālisti, kuri ārstniecību nodrošina gan ambulatorajos centros, gan dienas stacionāros, gan mājas aprūpes līmenī);
	4. stacionārā veselības aprūpe, kura tiek nodrošināta slimnīcās (24/7);
	5. pirmsslimnīcas aprūpe.
4. Lai atrisinātu ziņojuma 1.1.sadaļā minētās problēmas, nepieciešams izveidot vienotu nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, veikt personāla apmācības un nodrošināt sistēmas ieviešanu prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomās (tai skaitā izstrādājot un apstiprinot klīniskās vadlīnijas), jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai, nodrošinot šādu mērķu sasniegšanu:
	1. pacienu aprūpes pilnveidošana (tajā skaitā pakalpojumu kvalitātes uzlabošana, pacientu drošības paaugstināšana, klientu apmierinātības celšana, ziņošanas sistēmas izveide);
	2. efektīvākas ārstniecības nodrošināšana (tajā skaitā efektīva tehnoloģiju pielietošana un veselības aprūpes resursu izmantošana, nodrošinot augstāku produktivitāti);
	3. nevienlīdzības mazināšana veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības ziņā (tajā skaitā rindu mazināšana un savlaicīga pakalpojuma saņemšana).
5. Veicot prioritāro veselības jomu detalizētu analīzi un izstrādājot prioritāro veselības jomu efektīvas attīstības tīklu vadlīnijas un izveidojot vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, nepieciešams nodrošināt sasaisti ar valsts mēroga un nozares politikas plānošanas dokumentiem *(Stratēģija "Eiropa 2020", Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam; Reģionālās politikas pamatnostādnes 2013.-2019.gadam u.c.).*
6. Veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde un to ieviešana akcentēs veselības aprūpes pakalpojumu koordinēšanu un savstarpēju integrēšanu, kā rezultātā 9.2.3.SAM mērķa grupa jeb cilvēki saņemtu nepārtrauktu (integrētu) veselības veicināšanu, profilaksi, veselības aprūpi (diagnostiku, ārstēšanu, rehabilitāciju, ilgtermiņa aprūpi, mājas aprūpi) visos veselības sistēmas līmeņos atbilstoši veselības aprūpes sistēmai un cilvēku vajadzībām.
7. Veselības tīklu plānojuma izvērtējumā jāņem vērā reģionu specifika un problemātika noteiktos aspektos, perspektīvā apdzīvojuma struktūra, kas definēta Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģijā līdz 2030.gadam (“Latvija 2030”), tādejādi nodrošinot, ka piedāvātie atbalsta pasākumi atbilst teritoriju vajadzībām.

# Ieviešanas un kontroles ietvars

## Ieviešanas nosacījumi

1. 9.2.3.SAM pieejamais kopējais finansējums ir 4 352 315 *euro*, tajā skaitā attiecināmais finansējums – 4 352 315 *euro* (100% no kopējā finansējuma), tai skaitā ESF līdzfinansējums – 3 699 467 *euro* (85% no kopējā finansējuma) un valsts budžeta finansējums 652 848 *euro* (15% no kopējā finansējuma).
2. 9.2.3.SAM īstenošanai nepieciešamo attiecināmo finansējumu (līdz ESF projekta apstiprināšanai un pēc ESF projekta apstiprināšanas) plāno un pieprasa no 74.resora „Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums” programmas 80.00.00 „Nesadalītais finansējums ES politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanai” atbilstoši MK 2010.gada 18.maija noteikumiem Nr.464 „Noteikumi par 74.resora „Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums” 80.00.00 programmā plānoto līdzekļu pārdales kārtību Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanai”.
3. 9.2.3.SAM atbildīgā iestāde ir Veselības ministrija.
4. 9.2.3.SAM finansējuma saņēmējs var būt Nacionālais veselības dienests (turpmāk – finansējuma saņēmējs). Finansējuma saņēmējs ir Veselības ministrijas padotības iestāde, kuras **mērķis** ir īstenot valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, nodrošinot racionālu un maksimāli efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, kā arī īstenot valsts politiku e-veselības ieviešanā.

## Atbalstāmās darbības, attiecināmo izmaksu pozīcijas, ierobežojumi

1. Atbilstoši 9.2.3.SAM atbalstāmajām darbībām un to attiecināmajām izmaksām, lai nodrošinātu koncepciju izstrādi, darba uzdevuma un tehniskās specifikācijas sagatavošanu, sadarbību ar ārpakalpojumu sniedzējiem un ārpakalpojumu sniedzēju nodevumu izvērtēšanu, finansējuma saņēmējs sadarbības partneru statusā piesaista:
	1. Veselības inspekciju kā iestādi, kuras mērķis ir īstenot valsts pārvaldes funkcijas veselības nozares uzraudzībā un kontrolē, lai nodrošinātu minēto jomu regulējošo normatīvo aktu prasību ievērošanu un izpildi, tai skaitā nodrošinot funkciju - uzraudzīt un kontrolēt ārstniecības iestādēm saistošo normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes un darbspējas ekspertīzes jomā, kā arī veselības aprūpes profesionālo un darbspējas ekspertīzes kvalitāti ārstniecības iestādēs, attiecīgi nodalot un nedublējot iestādes pamatfunkciju veikšanu no 9.2.3.SAM darbību īstenošanas;
	2. Veselības ministriju kā vadošo valsts pārvaldes iestādi veselības nozarē, kuras uzdevums ir izstrādāt un īstenot valsts politiku sabiedrības veselības nodrošināšanai veselā vidē, veicinot profilaksi, popularizējot veselīgu dzīves veidu, kā arī radot nosacījumus, lai iedzīvotāji saņemtu izmaksu efektīvus, pieejamus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, attiecīgi nodalot un nedublējot iestādes pamatfunkciju veikšanu no 9.2.3.SAM darbību īstenošanas;
	3. Slimības profilakses un kontroles centru kā iestādi, kas nodrošina veselības veicināšanas politikas īstenošanu un koordināciju, attiecīgi nodalot un nedublējot iestādes pamatfunkciju veikšanu no 9.2.3.SAM darbību īstenošanas;
	4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu kā iestādi, kas nodrošina vienotas valsts politikas neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas jomā nodrošināšanu, attiecīgi nodalot un nedublējot iestādes pamatfunkciju veikšanu no 9.2.3.SAM darbību īstenošanas.
2. 9.2.3.SAM ietvaros ir atbalstāmas šādas darbības:
	1. projekta administrēšana;
	2. prioritāro veselības jomu tīklu attīstības vadlīniju izstrāde;
	3. vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izveide un ieviešana;
	4. informācijas un publicitātes pasākumu nodrošināšana.
3. Ziņojuma 32.2., 32.3. un 32.4.apakšpunktā minēto darbību izmaksas veido kopējo projekta attiecināmo tiešo izmaksu summu.
4. Ziņojuma 32.1.apakšpunktā noteiktās atbalstāmās darbības finansējums ir netiešās izmaksas, kas nepārsniedz piecus procentus no kopējā 9.2.3.SAM pieejamā maksimālā finansējuma un ietver šādas attiecināmo izmaksu pozīcijas:
	1. projekta vadības personāla atlīdzības izmaksas;
	2. darba braucienu izmaksas;
	3. darba vietas aprīkojuma iegādes un īres izmaksas;
	4. komunikācijas pakalpojumu izmaksas.
5. Ziņojuma 32.2.apakšpunktā noteiktās atbalstāmās darbības finansējums nepārsniedz 30 procentus no kopējā 9.2.3.SAM pieejamā maksimālā finansējuma un ietver šādas attiecināmo izmaksu pozīcijas:
	1. izmaksas, kas nepārsniedz 17 procentus no atbalstāmai darbībai pieejamā maksimālā finansējuma un ietver izmaksas, kas saistītas ar veselības tīklu attīstības vadlīniju koncepcijas un darba uzdevuma izstrādi, dalību līguma slēgšanā, sadarbību ar ārpakalpojuma sniedzēju un nodevumu izvērtēšanu (ekspertīzi), kā arī informācijas izplatīšanu par veselības tīklu attīstības vadlīnijām 9.2.3.SAM mērķa grupai, tai skaitā:
		1. finansējuma saņēmēja un sadarbības partneru personāla atlīdzības izmaksas;
		2. finansējuma saņēmēja un sadarbības partneru komandējumu un darba braucienu izmaksas;
		3. tulkošanas pakalpojumu izmaksas;
		4. informatīvo semināru un konferenču organizēšanas un īstenošanas izmaksas.
	2. izmaksas, kas ietver konsultantu un ekspertu pakalpojumu izmaksas, kas saistītas ar pētījumu, izvērtējumu un analīzes veikšanu un veselības tīklu attīstības vadlīniju līdz 2022.gadam izstrādi un publisko apspriedi.
6. Ziņojuma 32.3.apakšpunktā noteiktā atbalstāmā darbība ietver šādas attiecināmo izmaksu pozīcijas:
	1. izmaksas, kas nepārsniedz 13 procentus no atbalstāmās darbības finansējuma un ietver izmaksas, kas saistītas ar vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas koncepcijas un tehniskās specifikācijas izstrādi, darbu iepirkuma komisijā, sadarbību ar ārpakalpojuma sniedzēju un nodevumu izvērtēšanu (ekspertīzi), kā arī informācijas izplatīšanu par kvalitātes nodrošināšanas sistēmu 9.2.3.SAM mērķa grupai, tai skaitā:
		1. finansējuma saņēmēja un sadarbības partneru personāla atlīdzības izmaksas;
		2. finansējuma saņēmēja un sadarbības partneru komandējumu un darba braucienu izmaksas;
		3. tulkošanas pakalpojumu izmaksas;
		4. informatīvo semināru un konferenču organizēšanas un īstenošanas izmaksas.
	2. izmaksas, kas ietver konsultantu un ekspertu pakalpojumu izmaksas, kas saistītas ar pētījumu, izvērtējumu un analīzes veikšanu un vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izveidi, publisko apspriedi un ieviešanu.
7. Ziņojuma 32.4.apakšpunktā noteiktās atbalstāmās darbības finansējums nepārsniedz 5 000 *euro* un ietver informācijas un publicitātes nodrošināšanas izmaksas atbilstoši ES struktūrfondu un Kohēzijas fonda līdzfinansēto projektu publicitātes un vizuālās identitātes prasībām.
8. Ziņojuma 34.3.apakšpunktā noteiktās atbalstāmās darbības darba vietas aprīkojuma (biroja mēbeles un tehnika, datorprogrammas un licences, izņemot telpu nomu) iegādes vai īres izmaksas, tai skaitā aprīkojuma uzturēšanas un remonta izmaksas, ir attiecināmas ne vairāk kā 3000 *euro*apmērā uz vienu jaunradītu darba vietu visā projekta īstenošanas laikā, personālam, kurš projektā iesaistīts uz pilnu darba laiku.
9. Finansējuma saņēmējs, plānojot finansējumu projekta īstenošanai un īstenojot projektu, ievēro šajā ziņojumā noteiktās izmaksu pozīcijas un ierobežojumus, nepārsniedzot kopējo 9.2.3.SAM pieejamo finansējumu.
10. Projekta administrēšanas un projekta īstenošanas personāls atbilstoši ziņojuma 34.1., 35.1.1. un 36.1.1.apakšpunktos norādītajām attiecināmo atlīdzības izmaksu pozīcijām var tikt piesaistīts uz pilnu darba laiku un daļlaika noslodzi, ievērojot daļlaika noslodzes principus izmaksu attiecināšanai Eiropas Savienības fondu projektos atbilstoši Finanšu ministrijas vadlīnijām attiecināmo un neattiecināmo izmaksu noteikšanai 2014.-2020.gada plānošanas periodā.

## Starptautiskās Rekonstrukcijas un attīstības bankas iesaiste

1. Ziņojuma 32.2. apakšpunktā minētās darbības īstenošanai jeb prioritāro veselības jomu tīklu attīstības vadlīniju izstrādei finansējuma saņēmējs piesaista Starptautisko Rekonstrukcijas un attīstības banku jeb Pasaules Banku (turpmāk – Pasaules Banka). Pasaules Bankas iesaiste nepieciešama pamatojoties uz to, ka, izstrādājot prioritāro veselības jomu tīklu attīstības vadlīnijas, ir jāveic zinātnisks pētījums, kura ietvaros tiek veikts esošās situācijas izvērtējums un tiek nodrošināta vairāku iespējamo attīstības modeļu stipro pušu un juridisko, ekonomisko, finanšu, sociālo un citu risku identifikācija, kam jābūt balstītām tieši uz Latvijas situāciju raksturojošo datu padziļinātu analīzi un argumentiem, vienlaicīgi ņemot vērā starptautisko pieredzi un labo praksi. Pasaules Banka, izstrādājot prioritāro veselības jomu tīklu attīstības vadlīnijas, piesaistīs Latvijas veselības nozares ekspertus un biedrības un nodibinājumus. Tieši zinātniski veikti pētījumi nodrošina objektīvu un pamatotu datu ieguvi un analīzi. Ieguvums būs visas sabiedrības labums, jo valsts politika veselības aprūpē tiks kvalitatīvi plānota un sistēmiski īstenota, efektīvi izmantojot valsts budžeta līdzekļus.
2. Pētījuma veicējam ir jābūt neatkarīgam, starptautiski atzītam un ar pieredzi līdzīgu pētījumu veikšanā, datu ieguvē un apstrādē atšķirīgu valstu situācijās. Tāpat tam ir jāspēj darbu pabeigt iespējami īsā laikā, un pētījuma izmaksām jābūt samērīgām. Pasaules Banka ir viens no vadošajiem ekspertīzes sniedzējiem visā pasaulē ar augstu starptautisku autoritāti un uzkrātu milzīgu pieredzi. Pasaules Banka ir vienīgā ārējā institūcija, kas Latvijas veselības aprūpes un citu politiku veidošanā un analīzē ir iesaistījusies jau vairakkārt, līdz ar to tai jau ir uzkrātā pieredze un informācija par situāciju veselības aprūpi Latvijā, ko varēs izmantot pētījuma veikšanai.
3. Vienlaicīgi Pasaules Bankai ir kapacitāte dažādu globāla mēroga salīdzinošu rādītāju monitoringa sistēmu uzturēšanā. Pasaules Bankas pētījuma rezultātā 2004.gadā Ministru kabinetā tika apstiprināta „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma” jeb tā saucamais „Māsterplāns”, uz kura pamata tika veikta veselības aprūpes reforma, plānotas ārvalstu finansējuma investīcijas. Tāpat 2010.gadā Pasaules Banka Finanšu ministrijas uzdevumā veica publisko izdevumu pārskatu (Latvia - From Exuberance to Prudence: A Public Expenditure Review of Government Administration and the Social Sectors - Overview and Summary), kura mērķis krīzes ietvaros bija apzināt iespējamās jomas turpmākai budžeta konsolidācijai valsts pārvaldē un sociālajās jomās, palīdzētu atjaunot fiskālo bilanci, veicinot Latvijas atgūšanos no krīzes un palīdzētu izpildīt Māstrihtas kritērijus līdz 2012, nodrošinot veiksmīgu pievienošanos Eurozonai 2014.gadā. 2013.gadā Pasaules Banka Labklājības ministrijas uzdevumā veica zinātnisko pētījumu „Latvija: kurš ir bezdarbnieks, ekonomiski neaktīvais vai trūcīgais?", kura mērķis bija iegūt kvalitatīvus pierādījumus un veikt pētījumu par to, kādas pārmaiņas notikušas sabiedrībā, kādu ietekmi krīze atstājusi uz iedzīvotāju ienākumiem, sabiedrības noslāņošanos, darba tirgus piedāvātajām iespējām, kāda ir bezdarbnieku gatavība pieņemt darba piedāvājumus, kādas iedzīvotāju grupas  visbiežāk pakļautas ilgstoša bezdarba riskam vai atkārtotam bezdarbam un izrietoši - nabadzībai. Pētījums un tā secinājumi tika izmantoti sociālās drošības sistēmas pilnveidošanai, kā arī politikas pasākumu pamatojumam, diskusijai par nākamo Eiropas fondu plānošanas periodu, adresējot valstu specifiskās rekomendācijas, pilnveidojot ilgstošajiem bezdarbniekiem, bezdarbnieku grupām un sociālās atstumtības riska grupām paredzētos pasākumus, veidojot darba meklēšanas atbalsta un bezdarbnieku profilēšanas sistēmu.
4. Līguma noslēgšanai ar Pasaules Banku par veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi prioritārajās veselības jomās plānots piemērot Publisko iepirkumu likuma 3.panta pirmās daļas 6.punktā minēto izņēmumu.

## Uzraudzības rādītāju un darbības rezultāti

1. 9.2.3.SAM īsteno, sasniedzot šādus specifiskos uzraudzības rādītājus un specifiskos iznākuma rādītājus:
	1. specifiskie rezultāta rādītāji:
		1. izstrādāto un ieviesto veselības attīstības vadlīniju skaits - 4 [[18]](#footnote-18),
		2. izstrādāto un ieviesto kvalitātes nodrošināšanas sistēmu skaits - 1 [[19]](#footnote-19).
	2. specifiskie iznākuma rādītāji:
		1. attīstībai un ieviešanai atbalstīto veselības tīklu attīstības vadlīniju skaits - 4 [[20]](#footnote-20);
		2. stacionāro ārstniecības iestāžu, kuras nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu, skaits, kuras atbalstītas kvalitātes sistēmas un veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādāšanai un ieviešanai - 21[[21]](#footnote-21).
2. Projekta ietvaros sasniegto rezultātu uzturēšanu pēc projekta pabeigšanas finansējuma saņēmējs nodrošina atbilstoši Eiropas Parlamenta un Padomes Regulaa (ES) Nr. 1303/2013 (2013. gada 17. decembris), *ar ko paredz kopīgus noteikumus par Eiropas Reģionālās attīstības fondu, Eiropas Sociālo fondu, Kohēzijas fondu, Eiropas Lauksaimniecības fondu lauku attīstībai un Eiropas Jūrlietu un zivsaimniecības fondu un vispārīgus noteikumus par Eiropas Reģionālās attīstības fondu, Eiropas Sociālo fondu, Kohēzijas fondu un Eiropas Jūrlietu un zivsaimniecības fondu un atceļ Padomes Regulu (EK) Nr. 1083/2006* (turpmāk - Regula 1303/2013) 71.panta prasībām.

## Pagaidu projekta sagatavošana un pārbaude

1. Atbildīgā iestāde 30 darba dienu laikā pēc šī ziņojuma izskatīšanas Ministru kabinetā izstrādā iekšējo normatīvo aktu, kurš nosaka specifiskā atbalsta mērķa ieviešanas pagaidu regulējumu līdz Ministru kabineta noteikumu par specifiskā atbalsta mērķa spēkā stāšanās un līguma par ESF projekta īstenošanu noslēgšanas, tai skaitā nosakot specifiskā atbalsta mērķa ieviešanas nosacījumus, atbildīgās iestādes un finansējuma saņēmēja pienākumus, pagaidu projekta sagatavošanas, pārbaudes un apstiprināšanas kārtību, pagaidu projekta kontroles un uzraudzības kārtību, un atbilstoši uzaicina projekta iesniedzēju iesniegt pagaidu projekta iesniegumu.
2. Finansējuma saņēmējs 10 darbdienu laikā pēc Atbildīgās iestādes uzaicinājuma iesniegt pagaidu projekta iesniegumu, ņemot vērā ziņojumā un tā pielikumos noteikto, sagatavo pagaidu projekta iesniegumu atbilstoši ziņojuma 1.pielikumam un iesniedz to izskatīšanai Atbildīgajā iestādē. Finansējuma saņēmējs visus grozījumus pagaidu projekta iesniegumā saskaņo ar Atbildīgo iestādi.
3. Atbildīgā iestāde 10 darbdienu laikā pēc pagaidu projekta iesnieguma vai tā grozījumu saņemšanas pārbauda to atbilstību ziņojumā noteiktajam un izdod lēmumu par pagaidu projekta atbilstību vai lūdz finansējuma saņēmēju precizēt pagaidu projekta iesniegumu un informē par to sadarbības iestādi.

## Pagaidu projekta ieviešanas nosacījumi

1. Finansējuma saņēmējam, ieviešot pagaidu projektu, ir šādi pienākumi:
	1. sagatavot un iesniegt saskaņošanai sadarbības iestādē iepirkuma plānu ne vēlāk kā 10 darba dienu laikā pēc šī ziņojuma izskatīšanas Ministru kabineta sēdē, kā arī saskaņot visas izmaiņas iepirkuma plānā;
	2. iesniegt iepirkumu dokumentāciju sadarbības iestādē pirmspārbaudei pēc iepirkuma izsludināšanas un iepirkuma norises pārbaudei pēc sadarbības iestādes pieprasījuma;
	3. iesniegt pirmspārbaudei iepirkumu priekšmeta aprakstu un tehnisko specifikāciju atbildīgajai iestādei pirms iepirkuma izsludināšanas;
	4. nodrošināt iepirkumu veikšanu, iepirkumu līgumu slēgšanu un līgumu izpildes kontroli;
	5. ne retāk kā reizi ceturksnī sagatavot pagaidu projekta ieviešanas progresa pārskatu, atbilstoši ziņojuma 2.pielikuma veidlapai un iesniegt to atbildīgajai iestādei izvērtēšanai un sadarbības iestādei informācijai par pagaidu projekta ieviešanas gaitu;
	6. ne retāk kā reizi ceturksnī organizēt pagaidu projekta uzraudzības sanāksmi, pieaicinot atbildīgo iestādi un sadarbības iestādi;
	7. nodrošināt atsevišķu ar pagaidu projektu saistītās lietvedības uzglabāšanu un ieņēmumu un izdevumu uzskaiti;
	8. nodrošināt un spēt dokumentāli pierādīt, ka attiecīgais iestādes gan esošais gan bijušais darbinieks, kas iesaistīts pagaidu projekta ieviešanā, nav bijis iesaistīts iepirkumā, kura ietvaros tiek slēgts uzņēmuma līgums, procedūras dokumentu izstrādāšanā, tam nav bijušas citas priekšrocības vai tas kā citādi nav ietekmējis finansējuma saņēmēja lēmuma pieņemšanu;
	9. nodrošināt sadarbības iestādei un citām ES fondu vadībā iesaistīto Latvijas valsts un ES institūciju pārstāvjiem pieeju visu ar pagaidu projekta ieviešanu saistīto dokumentu oriģināliem, grāmatvedības sistēmai, kā arī pagaidu projekta īstenošanas vietai;
	10. nodrošināt informācijas un publicitātes prasību ievērošanu atbilstoši Regulai 1303/2013, tai skaitā ne retāk kā reizi ceturksnī publicēt aktuālo informāciju par pagaidu projekta ieviešanu finansējuma saņēmēja mājas lapā;
	11. nekavējoties informēt atbildīgo iestādi un sadarbības iestādi par jebkuriem apstākļiem, kas varētu mainīt vai apdraudēt pagaidu projekta ieviešanu;
	12. desmit darba dienu laikā pēc šī ziņojuma apstiprināšanas iesniegt atbildīgajā iestādē informāciju par kārtējā gadā nepieciešamo finansējumu sadalījumā pa mēnešiem un atbilstoši ekonomiskajām kategorijām;
	13. slēgt sadarbības līgumus ar sadarbības partneriem, kontrolēt to izpildi un nodrošināt dubultā finansējuma risku neiestāšanos;
	14. nodrošināt pagaidu projekta ieviešanā un administrēšanā iesaistītā personāla, kam tiek izmaksātas atlīdzības izmaksas, darba laika uzskaiti. Ja personāls piesaistīts, pamatojoties uz uzņēmuma līgumu, nodrošināt izpildītā darba pieņemšanas-nodošanas aktus;
	15. īstenojot personāla apmācību, nodrošināt mikro datu vākšanu pagaidu projekta līmenī, Regulas 1303/2013 125.panta 2.punkta d un e apakšpunktiem.
2. Pēc atbildīgās iestādes vai sadarbības iestādes lūguma iesniegt pieprasīto informāciju un dokumentus noteiktajā termiņā.
3. Finansējuma saņēmējs izveido tādu pagaidu projekta ieviešanas vadības un kontroles sistēmu, kas nodrošina drošu un kvalitatīvu pagaidu projekta ieviešanu.
4. Finansējuma saņēmējs izstrādā iekšējo normatīvo aktu par pagaidu projekta ieviešanas vadības un kontroles sistēmu.

## Sadarbības partnera izvēles un sadarbības nosacījumi.

1. Finansējuma saņēmējs šī ziņojuma 31.punktā noteiktos sadarbības partnerus pagaidu projekta ieviešanā iesaista, ievērojot šādus nosacījumus:
	1. Sadarbības partneri var būt valsts pārvaldes iestādes, kas noteiktas šī ziņojuma 31.punktā;
	2. Finansējuma saņēmējs pagaidu projekta ieviešanā iesaista tikai tādus sadarbības partnerus, kuriem ir attiecīgā kompetence, kas nepieciešamas pagaidu projekta ieviešanas nodrošināšanai. Sadarbības partnera iesaisti ir attiecīgi jāpamato pagaidu projekta iesniegumā un sadarbības līgumā;
	3. Finansējuma saņēmējs pagaidu projekta ietvaros plāno finansējumu sadarbības partneriem atbilstoši ziņojuma 32.2., 32.3., 35.1.1., 35.1.2., 36.1.1. un 36.1.2.punktos norādīto atbalstāmo darbību un attiecināmo pozīciju izmaksu veikšanai;
	4. Finansējuma saņēmējs ir atbildīgs par visām sadarbības partnera īstenotajām šī ziņojuma 50.punktā noteiktajām funkcijām un sadarbības partneru pienākumu izpildi. Visu ar projekta ieviešanu saistīto sadarbības partneru un sadarbības iestādes komunikāciju un dokumentācijas apriti nodrošina tikai ar finansējuma saņēmēja starpniecību. Uz sadarbības partneri ir attiecināmi ziņojuma 50.punktā noteiktie finansējuma saņēmēja pienākumi, izņemot ziņojuma 50.6. un 50.13. apakšpunktā noteiktos pienākumus;
	5. Finansējuma saņēmējs pirms sadarbības līgumu ar sadarbības partneriem noslēgšanas izstrādā un saskaņo ar atbildīgo iestādi attiecīgo sadarbības līguma projektu, iekļaujot vismaz šādu informāciju:
		1. sadarbības partnera finansējuma plānošana ;
		2. sadarbības partnera īstenojamās funkcijas un to apjoms;
		3. sadarbības partneru īstenojamo funkciju kvalitātes kontrole;
		4. sadarbības partneru pienākumi un atskaitīšanas kārtība.

## Ieviešanas kontrole

1. Sadarbības iestāde līdz 2014.-2020.gada plānošanas perioda normatīvo aktu spēkā stāšanās un līguma par ESF projekta īstenošanu noslēgšanai veic šādus neatbilstošo izdevumu rašanās preventīvos pasākumus atbilstoši termiņiem, kas ir noteikti sadarbības līgumā starp atbildīgo iestādi un sadarbības iestādi:
	1. Finansējuma saņēmēja izstrādātā iepirkumu plāna un tā izmaiņu saskaņošana;
	2. Finansējuma saņēmēja izstrādātās iepirkumu dokumentācijas pirmspārbaudi;
	3. Finansējuma saņēmēja iepirkumu norises pārbaudi;
	4. Līdzdalība finansējuma saņēmēja organizētajās pagaidu projekta uzraudzības sanāksmēs.
2. Sadarbības iestādes funkcijas veic Centrālā finanšu un līgumu aģentūra.

## Mērķu un rezultātu sasniegšanas uzraudzība

1. Pagaidu projekta ieviešanas uzraudzību nodrošina atbildīgā iestāde, veicot šādus pasākumus:
	1. Finansējuma saņēmēja izstrādātā pagaidu projekta ieviešanas progresa pārskata saskaņošana 10 darba dienu laikā pēc tā saņemšanas;
	2. Līdzdalība finansējuma saņēmēja organizētajās pagaidu projekta uzraudzības sanāksmēs;
	3. Pagaidu projekta rezultātu sasniegšanas uzraudzība;
	4. Pagaidu projekta ieviešanai nepieciešamo valsts budžeta līdzekļu plānošana atbilstoši finansējuma saņēmēja informācijai;
	5. Finansējuma saņēmēja izstrādātā sadarbības līguma ar sadarbības partneriem pārbaude 10 darba dienu laikā pēc tā saņemšanas.

# Īstenošanas nosacījumi pēc vienotā ES fondu regulējuma apstiprināšanas

1. Šajā ziņojumā noteiktais 9.2.3.SAM ieviešanas pagaidu regulējums ir spēkā līdz Ministru kabineta noteikumu par 9.2.3.SAM īstenošanu spēkā stāšanās un līguma par ESF projekta īstenošanu starp finansējuma saņēmēju un sadarbības iestādi noslēgšanas brīdim.
2. ESF projekta iesnieguma izstrāde pēc 2014.-2020.gada plānošanas perioda normatīvo aktu spēkā stāšanās (t.sk. ņemot vērā normatīvos aktos noteikto 2014.-2020.gada plānošanas perioda projekta iesnieguma veidlapu), izvērtēšana un apstiprināšana atbilstoši šī ziņojuma 3.pielikumā noteiktajiem projektu iesniegumu vērtēšanas kritērijiem (kritēriji ir indikatīvi un tie tiek apstiprināti ES fondu uzraudzības komitejā) tiek veikta pēc šī ziņojuma 58.punktā minēto tiesību aktu spēkā stāšanās.
3. Pēc finansējuma saņēmēja iesniegtā un sadarbības iestādes apstiprinātā ESF projekta apstiprināšanas ESF projekta īstenošana tiek turpināta atbilstoši ES fondu 2014.-2020.gada plānošanas perioda ieviešanu regulējošajiem normatīvajiem aktiem.
4. Pēc ESF projekta apstiprināšanas sadarbības iestāde un finansējuma saņēmējs slēdz vienošanos par ESF projekta īstenošanu atbilstoši ES fondu 2014.-2020.gada plānošanas perioda ieviešanu regulējošo normatīvo aktu nosacījumiem.
5. Pēc  šī ziņojuma 58. punktā minēta līguma noslēgšanas finansējuma saņēmējs noteiktajā kārtībā sagatavo un iesniedz maksājuma pieprasījumu.
6. Ņemot vērā, ka Veselības ministrijas budžetā nav ieplānotu līdzekļu, par kuriem tā varētu segt projekta īstenošanu un pārņemt projekta saistības neatbilstību gadījumā, finansējums to projektu īstenošanai, kas pēc ziņojuma 58.punktā noteiktā līguma noslēgšanas neatbildīs ES fondu uzraudzības komitejā apstiprinātajiem kritērijiem pēc atmaksas pieprasījuma izskatīšanas sadarbības iestādē, tiek segtas no valsts budžeta līdzekļiem (74.resora „Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums” programmas 80.00.00 ”Nesadalītais finansējums ES politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanai”).

Veselības ministra vietā

Ministru prezidente L.Straujuma

11.08.2014 13:57

5 814

A.Tomsone

67876181, Agnese.Tomsone@vm.gov.lv

1. EUROSTAT dati [↑](#footnote-ref-1)
2. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. Slimību profilakses un kontroles centrs [↑](#footnote-ref-2)
3. 2013. gada apsekojums ”Ienākumi un dzīves apstākļi Latvijā (EU-SILC)”, Centrālā statistikas pārvalde [↑](#footnote-ref-3)
4. 2013. gada apsekojums ”Ienākumi un dzīves apstākļi Latvijā (EU-SILC)”, Centrālā statistikas pārvalde [↑](#footnote-ref-4)
5. SPKC dati [↑](#footnote-ref-5)
6. EUROSTAT dati [↑](#footnote-ref-6)
7. NVD dati [↑](#footnote-ref-7)
8. A.Ērglis, A.Rozenbergs, V.Dzērve. Latvijas iedzīvotāju kardiovaskulāro un citu neinfekcijas slimību riska faktoru šķērsgriezuma epidemioloģisks pētījums. LU Kardioloģijas zinātniskais institūts, 2009. gads [↑](#footnote-ref-8)
9. SPKC dati [↑](#footnote-ref-9)
10. EUROSTAT 2010. gada dati [↑](#footnote-ref-10)
11. SPKC dati [↑](#footnote-ref-11)
12. PVO, HFA datu bāze [↑](#footnote-ref-12)
13. PVO dati [↑](#footnote-ref-13)
14. **Latvijas iedzīvotāju (15-64 gadu vecumā) veselību ietekmējošo paradumu pētījums** (2012). SPKC [↑](#footnote-ref-14)
15. **Skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošo paradumu pētījums Latvijā, 2009./2010. māc. gada aptauja. SPKC** [↑](#footnote-ref-15)
16. ESPAD. SPKC [↑](#footnote-ref-16)
17. EUROSTAT dati [↑](#footnote-ref-17)
18. Rādītājs atbilst darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” rādītājiem. [↑](#footnote-ref-18)
19. Rādītājs atbilst darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” rādītājiem. [↑](#footnote-ref-19)
20. Rādītājs atbilst darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” rādītājiem. [↑](#footnote-ref-20)
21. Rādītājs atbilst darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” rādītājiem. [↑](#footnote-ref-21)