**Ministru kabineta noteikumu projekta „Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 25. jūlija noteikumos Nr. 611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija)**

|  |
| --- |
| **I. Tiesību akta projekta izstrādes nepieciešamība** |
| 1. | Pamatojums | Seksuālās un reproduktīvās veselības 9.panta trešā daļa |
| 2. | Pašreizējā situācija un problēmas, kuru risināšanai tiesību akta projekts izstrādāts, tiesiskā regulējuma mērķis un būtība | Atbilstoši Ārstniecības likuma 3.panta otrajai daļai grūtnieces, bērna un personas ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpe ir prioritāra.Ņemot vērā minēto, Veselības ministrija ir mērķtiecīgi veikusi pasākumus, lai uzlabotu grūtnieču aprūpi, dzemdību palīdzību un jaundzimušā aprūpi. Prasības grūtnieču un dzemdētāju aprūpei, tai skaitā prasības veicamajiem izmeklējumiem un konsultācijām, aprīkojumam, ir noteiktas Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.611), kā arī Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 „Veselības aprūpes finansēšanas un organizēšanas kārtība”, u.c. normatīvajos aktos.Pēc dzimstības līmeņa samazinājuma no 2008.gada līdz 2011.gadam, dzimstība pakāpeniski ir pieaugusi, sasniedzot 11,1 dzimušos uz 1000 iedzīvotājiem. 2013.gadā bija 20094 dzemdības. 2014.gadā – 21244, 2015.gadā – 21496 dzemdības. 1. Mātes mirstība ir viens no rādītājiem, kas liecina par antenatālās un perinatālās aprūpes kvalitāti valstī. Mātes mirstība Latvijā, salīdzinot ar ES valstu vidējo rādītāju, ir augsta. Latvijā gandrīz katru gadu tiek reģistrēti mātes nāves gadījumi. Mātes mirstības relatīvais rādītājs nelielās valstīs ir ļoti svārstīgs – tā kā dzīvi dzimušo skaits ir salīdzinoši neliels, tad šo rādītāju (kas tiek rēķināts uz 100 000 dzīvi dzimušo) būtiski ietekmē ikviens mātes nāves gadījums. Latvijā tas variē no 4,6 uz 100 000 dzīvi dzimušiem 2005.gadā līdz 55,2 – 2015.gadā, kad tika reģistrētas 12 mātes nāves un 8 gadījumos nāve bijusi tieši saistīta ar grūtniecību.[[1]](#footnote-1)

Attiecībā uz bērnu veselību, perinatālajai mirstībai ir tendence samazināties, taču salīdzinot ar ES vidējo rādītāju, perinatālās mirstības rādītājs Latvijā joprojām saglabājas relatīvi augsts. Perinatālās mirstības biežākie iemesli ir iedzimtas augļa/bērna anomālijas, priekšlaicīga dzimstība, placentas un nabassaites patoloģija, daudzaugļu grūtniecības komplikācijas, kā arī to ietekmē mātes vecums, veselības problēmas un kaitīgie ieradumi (smēķēšana).Iedzimtas anomālijas ir nāves cēlonis gandrīz ceturtdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu. Lai mazinātu mātes un jaundzimušo saslimstības un mirstības risku, nepieciešams attīstīt labi funkcionējošu dzemdībpalīdzības sniegšanu, sniedzot to atbilstoša līmeņa ārstniecības iestādēs, ņemot vērā grūtniecības norises un dzemdību komplikāciju riskus.[[2]](#footnote-2)Vienlaikus ir svarīgi savlaicīgi noteikt riskus, kas var radīt veselības problēmas grūtniecības laikā, dzemdībās vai pēcdzemdību periodā, kā mātei, tā arī bērnam, un atbilstoši rīkoties, nodrošinot adekvātu augsta riska pacientu aprūpes vadību. Nepieciešams uzlabot prenatālo iedzimto un pārmantoto anomāliju diagnostiku un mātes veselību, jo tieši tā ietekmē augļa iešanu bojā, kā arī svarīga ir mātes aprūpe, jaundzimušā aprūpe un veselības aprūpes pēctecība.**Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 ”**Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” ir iekļautas normas, kuras ārstniecības iestādēm obligāti jāievēro, lai tās varētu sniegt veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem, tai skaitā noteikumu 17.punktā noteikts, ka ārstniecības iestādē ir izstrādāta, vadītāja apstiprināta un ieviesta kvalitātes vadības sistēma, kas ietver vismaz regulāru sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes kontroli, pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšanu, ārstniecības rezultātu analīzi, kā arī ārstniecības pakalpojumu kvalitātes pilnveidošanu. Lai pilnveidotu normatīvo regulējumu un nodrošinātu uz pacientu orientētu kvalitatīvu veselības aprūpi, ir izstrādāts Ministru kabineta noteikumu projekts „Grozījumi Ministru kabineta **2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 ”**Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”” (noteikumu projekts izsludināts Valsts sekretāru sanāksmē 2016.gada 17.novembrī), kas paredz izteikt 17.punktu jaunā redakcijā, kurā precīzāk noteiktas prasības pacientu drošības prasību noteikšanu, tai skaitā prasības attiecībā uz pacientu korektas identifikācijas nodrošināšanu, prasībām informācijas nodošanai pacientu pārvedot uz citu ārstniecības iestādi, kā arī, prasības veicot pacientiem augsta riska procedūras. Lai slimnīcas varētu pilnveidot esošo sistēmu atbilstoši noteikumu projektā iekļautajām prasībām, paredzēts, ka minētā norma stājas spēkā 2017.gada 1.oktobrī.Kopš 2015.gada Nacionālā veselības dienesta līgumos ar ārstniecības iestādēm par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuru sastāvā ir dzemdību nodaļas, ir noteiktas kvalitātes un pacientu drošības prasības dzemdību nodaļām. Minētās prasības ietver prasības kvalitātes vadības sistēmai, cilvēkresursu un to kompetences nodrošinājumam, tehnoloģiju un palīgdienestu pieejamībai, augsta riska pacientu aprūpes vadībai.Lai nostiprinātu minētās prasības normatīvajā aktā un tās būtu saistošas visiem dzemdību palīdzības pakalpojumu sniedzējiem, Ministru kabineta noteikumu projekts „Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 25. jūlija noteikumos Nr. 611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”” (turpmāk – noteikumu projekts) papildina Noteikumus Nr. 611 ar 21.un 22.punktu, nosakot prasības dzemdību palīdzības grūtniecības periodā, dzemdībās un pēcdzemdību periodā darba kvalitātes uzraudzībai, tai skaitā ārstniecības iestādē atbilstoši tās darba profilam un apjomam jābūt izstrādātai kārtībai grūtniecības un dzemdību riska izvērtēšanai un rīcībai šādos gadījumos, noteiktai rīcībai sarežģījumu, neatliekamu situāciju un komplikāciju gadījumos dzemdniecībā. Kvalitātes prasības ietver grūtnieču un dzemdētāju aprūpē iesaistītā personāla regulāru apmācību (profesionālo pilnveidi), grūtnieču, dzemdētāju un jaundzimušo aprūpē, neatliekamajā palīdzībā dzemdniecībā un neonatoloģijā, kā arī komandu treniņos operatīvas un saskaņotas rīcības nodrošināšanai dzīvībai un veselībai kritiskās situācijās. Ņemot vērā minēto, prasību, kas šobrīd jau ir Nacionālā veselības dienesta līgumos ar ārstniecības iestādēm par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu plānotais spēkā stāšanās termiņš ir 2017.gada 1.janvāris.Savukārt prasības, kas saistītas ar grozījumiem Ministru kabineta **2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 ”**Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”” 17.punktā attiecībā par pacientu drošību un ārstniecības pakalpojumu kvalitāti, stāsies spēkā 2017.gada 1.oktobrī. Lai veicinātu grūtniecības risku pēc iespējas agrīnu noteikšanu, savlaicīgi iesaistot speciālistus grūtnieces aprūpē un nodrošinot koordinētu un vienotu pieeju, noteikumu projekts paredz Noteikumu Nr.611 5.punktu izteikt jaunā redakcijā, nosakot, ka grūtnieces aprūpes veicējs (ginekologs (dzemdību speciālists), vecmāte vai ģimenes ārsts, uzsākot grūtnieces aprūpi sastāda grūtniecības vadīšanas plānu, izvērtējot grūtniecības riska faktorus, ja nepieciešams iesaista grūtnieces aprūpes citus speciālistus, kā arī nodrošina izmeklējumu un speciālistu atzinumu apkopošanu un izvērtēšanu. Lai pilnveidotu grūtnieču un dzemdētāju aprūpes kvalitāti, atbilstoši Eiropas Ginekologu asociācijas standartiem ginekoloģijā, dzemdniecībā un neonatālajā aprūpē, sadarbībā ar jomas speciālistiem ir izvērtētas Noteikumu Nr. 611 prasības un sagatavoti grozījumi Noteikumu Nr.611 1.pielikumā „Dzemdību palīdzība grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā”, izsakot minēto pielikumu jaunā redakcijā un paredzot:* Precizēt pirmreizējā apmeklējuma laiku no 8.grūtniecības nedēļas līdz 12.grūtniecības nedēļai, jo speciālistu ieskatā tas ir optimālākais laiks, lai uzsāktu antenatālo aprūpi jeb stātos grūtnieču uzskaitē.
* Ir veikti precizējumi, kas paredz rūpīgāk izvērtēt pacientes anamnēzi un grūtniecības riska faktorus, kā arī vērst uzmanību arī tādiem faktoriem, kā grūtnieces vai nedēļnieces psihoemocionālais stāvoklis, psihiskā veselība, vardarbība ģimenē u.c. Kā arī noteikumu projektā ir papildināta informācija par aktuālajiem jautājumiem par ko informatīvi jāizglīto pacienti, lai nodrošinātu aprūpes pēctecību un nepārtrauktību, kā arī speciālista atbalstu pēcdzemdību periodā.
* Ņemot vērā jomas speciālistu priekšlikumus, ir aktualizēti un precizēti grūtniecības periodā, dzemdībās un pēcdzemdību periodā veicamie izmeklējumi, kā arī to veikšanas kārtība, piemēram, ir precizēta kārtība HIV izmeklējumu veikšanai, paredzot arī pēctesta konsultāciju, jo ārstniecības personas pienākums, veicot personas testēšanu uz HIV, ir sniegt pirmstesta un pēctesta konsultēšanu.
* Precizēti laboratoriskie izmeklējumi prenatālo iedzimto un pārmantoto anomāliju diagnostikai, kā arī noteikts, ka jaundzimušo skrīnings uz fenilketonūriju un hipotireozi jāveic laikā no 48.līdz 72.dzīves stundai, atbilstoši rekomendācijām[[3]](#footnote-3).
* Lai savlaicīgi diagnosticētu arteriālā vada atkarīgās un kritiskās iedzimtās sirdskaites agrīnā jaundzimušo periodā, kas ir biežs iemesls jaundzimušu un zīdaiņu pēkšņai nāvei, nepieciešams ieviest visās dzemdību nodaļās obligātu neinvazīvu izmeklēšanas metodi – pulsa oksimetrijas skrīningu, paredzot ikvienam jaundzimušam pirms izrakstīšanas no dzemdību iestādes noteikt skābekļa piesātinājumu uz vienas no pēdām un uz labās plaukstas[[4]](#footnote-4).
* Kā arī veikti redakcionāli precizējumi, piemēram, precizētas grūtniecības nedēļas veicamajiem izmeklējumiem, nosūtīšana pie speciālistiem, B grupas streptokoka riska grupas dzemdētāju aprūpe u.c.

Noteikumu projekts paredz 2.pielikumā „Obligātais aprīkojums plānotās ārpusstacionāra dzemdībās” aizstāt medicīnisko ierīci stetoskops aizstāt ar medicīnisko ierīci – fetālais doplers, jo plānotās ārpusstacionāra dzemdībās augļa sirdsdarbību izmeklē ar šo medicīnisko ierīci. Noteikumu projektā tiek precizēts, ka 5.pielikumā minētā prasība ārstniecības iestādes vadītājam apliecināt, ka speciālists (speciālisti) un ārstniecības iestāde ir gatavi veikt valsts apmaksātus I trimestra ultrasonogrāfiskos izmeklējumus grūtniecēm un lietot invazīvās diagnostikas metodes attiecas uz tiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina valsts apmaksātus ultrasonogrāfisko izmeklējumus grūtniecēm (ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu).  |
| 3. | Projekta izstrādē iesaistītās institūcijas | Nacionālais veselības dienests, Veselības inspekcijaLatvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija, Latvijas Neonatologu biedrība, Latvijas Vecmāšu asociācija, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Medicīniskās ģenētikas asociācija, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”  |
| 4. | Cita informācija | Nav |

|  |
| --- |
| **II. Tiesību akta projekta ietekme uz sabiedrību, tautsaimniecības attīstību un administratīvo slogu** |
| 1. | Sabiedrības mērķgrupas, kuras tiesiskais regulējums ietekmē vai varētu ietekmēt | Noteikumu projekts attiecas uz ārstniecības iestādēm, kurās veic grūtnieču, dzemdētāju, nedēļnieču un jaundzimušo aprūpi, esošajām un potenciālajām grūtniecēm.  |
| 2. | Tiesiskā regulējuma ietekme uz tautsaimniecību un administratīvo slogu | Sabiedrības grupām un institūcijām projekta tiesiskais regulējums nemaina tiesības un pienākumus, kā arī veicamās darbības. |
| 3. | Administratīvo izmaksu monetārs novērtējums | Projekts šo jomu neskar. |
|  |  |  |
| 4. | Cita informācija | Nav |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **VI. Sabiedrības līdzdalība un komunikācijas aktivitātes** |
| 1. | Plānotās sabiedrības līdzdalības un komunikācijas aktivitātes saistībā ar projektu | Noteikumu projekts 2016.gada 25.oktobrī ievietots Veselības ministrijas tīmekļa vietnē [www.vm.gov.lv](http://www.vm.gov.lv) un nodots sabiedriskajai apspriešanai. Papildus informācija par sagatavoto noteikumu projektu tika nosūtīta Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijai, Latvijas Vecmāšu asociācijai, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijai, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijai, Latvijas neonatologu biedrībai, Latvijas Medicīniskās ģenētikas asociācijai, Latvijas ārstu biedrībai, Latvijas Slimnīcu biedrībai. |
| 2. | Sabiedrības līdzdalība projekta izstrādē | Veselības ministrija 2016.gada 10.novembrī notika sabiedriskā apspriede par noteikumu projektu, kurā piedalījās Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā, pārstāvji no Latvijas Vecmāšu asociācijas, Latvijas Neonatologu biedrības, Latvijas Medicīniskās ģenētikas asociācijas, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, SIA „Preiļu slimnīca”, Veselības inspekcijas. Sanāksmes laikā tika diskutēts par noteikumu projektā iekļauto normu redakciju. |
| 3. | Sabiedrības līdzdalības rezultāti | Noteikumu projektā iekļauti Veselības ministrijas galvenā speciālista ginekoloģijā un dzemdniecībā, Latvijas Neonatologu biedrības, Latvijas Medicīniskās ģenētikas asociācijas, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” priekšlikumi. |
| 4. | Cita informācija | Nav |

|  |
| --- |
| **VII. Tiesību akta projekta izpildes nodrošināšana un tās ietekme uz institūcijām** |
| 1. | Projekta izpildē iesaistītās institūcijas | Nacionālais veselības dienests, Veselības inspekcija, ārstniecības iestādes |
| 2. | Projekta izpildes ietekme uz pārvaldes funkcijām un institucionālo struktūru. Jaunu institūciju izveide, esošu institūciju likvidācija vai reorganizācija, to ietekme uz institūcijas cilvēkresursiem. | Noteikumu projekts šo jomu neskar |
| 3. | Cita informācija | Nav |

Anotācijas III, IV un V sadaļa – noteikumu projekts šīs jomas neskar.

Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Kārlis Ketners

Arzova, 67876165

inese.arzova@vm.gov.lv

1. SPKC dati [↑](#footnote-ref-1)
2. Pasaules Banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā” [↑](#footnote-ref-2)
3. Report on the practices of newborn screening for rare disorders implemented in Member States of the European Union, Candidate, Potential Candidate and EFTA countries; Newborn screening in Europe, Expert Opinion document, 2012. [↑](#footnote-ref-3)
4. Kemper A et al., Strategies for Implementing screening for critical congenital heart disease .*Pediatrics* 2011; 128:1259-1267 [↑](#footnote-ref-4)