**Noteikumu projekta „Noteikumi par darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa „Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru” projektu iesniegumu atlases pirmo un otro kārtu” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Tiesību akta projekta izstrādes nepieciešamība** | | |
| 1. | Pamatojums | Eiropas Savienības (turpmāk – ES) fondu 2014. – 2020.gada plānošanas perioda Darbības programmas “*Izaugsme un nodarbinātība*” prioritārā virziena “*Sociālā iekļaušana un nabadzības apkarošana*” 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa *„Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru”* īstenošanas noteikumu projekts izstrādāts atbilstoši:   * darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” mērķiem; * Ministru Prezidenta 2014.gada 21.jūlija rezolūcijai Nr.12/2014-JUR-151, saskaņā ar kuru līdz 2017.gada 1.decembrim atbilstoši kompetencei jāsagatavo un noteiktā kārtībā jāiesniedz Ministru kabinetā (turpmāk – MK) 2014.gada 3.jūlija Eiropas Savienības struktūrfondu un Kohēzijas fonda 2014.-2020. gada plānošanas perioda vadības likuma 20.panta 6. un 13.punktā minēto tiesību aktu projektus; * Ministru kabineta 2016.gada 27.septembra sēdes protokollēmuma Nr.48 59.§ 4.2.punktu. |
| 2. | Pašreizējā situācija un problēmas, kuru risināšanai tiesību akta projekts izstrādāts, tiesiskā regulējuma mērķis un būtība | Darbības programma “*Izaugsme un nodarbinātība*” paredz 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa *„Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru”* (turpmāk – SAM) īstenošanu, paredzot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanu prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) un garīgās veselības) veselības jomās, attīstot veselības aprūpē tehnisko nodrošinājumu un izveidojot infrastruktūru kvalitātes nodrošināšanas sistēmas ieviešanai.  SAM mērķis ir uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru.  SAM 9.3.2. vērsts uz kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanu prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) un garīgās (psihiskās) veselības jomās (turpmāk – prioritārās veselības jomas), attīstot veselības aprūpē tehnisko nodrošinājumu un izveidojot infrastruktūru kvalitātes nodrošināšanas sistēmas ieviešanai.  Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošana, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru, balstīta uz SAM 9.2.3. ietvaros izstrādātajām prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīnijām, kas tiek izmantotas nacionālo politikas plānošanas dokumentu izstrādei. SAM 9.2.3. ietvaros tiks nodrošināts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju efektīvs izvietojums un kvalitatīva infrastruktūra, kas kopā ar ESF investīcijām nodrošinās pilnvērtīgu prioritāro veselības jomu attīstību.  SAM 9.3.2. īstenošanā svarīgs ir teritoriālais aspekts, lai nodrošinātu, ka veselības pakalpojumi vienlīdz kvalitatīvi tiek nodrošināti gan iedzīvotājiem pilsētās, gan lauku teritorijās, kā arī sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajām grupām, paredzot efektīvu un ilgtspējīgu sistēmu, kādā tiek nodrošināta pamatpakalpojumi pacienta dzīvesvietas tuvumā vai uzlabota pacientu piekļūšana augstākas specializācijas pakalpojumam no dzīvesvietas attālāk esošās iestādēs. Rezultātā tiks nodrošināta kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, t.sk. nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām.  Atbilstoši Pasaules Bankas, kas SAM 9.2.3. ietvaros izstrādā prioritāro veselības jomu tīklu attīstības vadlīnijas, politikas rekomendācijām, lai nodrošinātu savlaicīgu pieejamību augsta līmeņa veselības aprūpes pakalpojumiem, nepieciešams nekavējoties veikt investīcijas terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcās, kā arī monoprofila iestādēs, kas nodrošina rehabilitācijas, dzemdību palīdzības un traumatoloģijas pakalpojumu sniegšanu. Lokālo līmeņa slimnīcu, psihiatrijas aprūpes, kā arī ambulatorās aprūpes attīstības vajadzību noteikšanai būtu nepieciešams veikt papildu apjomīgus un laikietilpīgus pasākumus, piemēram, analizēt stratēģiskās iepirkšanas sistēmas ieviešanas ietekmi.  SAM 9.3.2. 1. un 2. projektu iesniegumu atlases kārtu ieviešanas risinājumi paredz veikt investīcijas terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcās, kā arī monoprofila iestādēs, kas nodrošina rehabilitācijas, dzemdību palīdzības un traumatoloģijas pakalpojumu sniegšanu. Attiecībā uz SAM 9.3.2. pārējām projektu iesniegumu atlases kārtām tiks izstrādāts atsevišķs regulējums.  SAM 9.3.2. mērķa grupa ir ārstniecības iestādes.  SAM 9.3.2. kopējais pieejamais finansējums ir 194 364 718 EUR, tai skaitā:   * ERAF finansējums 152 136 253 EUR; * valsts budžeta nacionālais publiskais finansējums 31 580 855 EUR (tai skaitā 15 380 890 EUR no valsts budžeta, palielinot Lielā projekta nacionālo publisko līdzfinansējumu, atbilstoši Ministru Kabineta 2016.gada 9.augusta protokola Nr.39 45.§ 3.2.apakšpunkta lēmumam); * privātais nacionālais finansējums 10 647 610 EUR.   Pirmās un otrās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros Pirmās un otrās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros pieejamais kopējais attiecināmais finansējums ir 174 059 880 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums – 134 877 139 *euro* apmērā un nacionālais finansējums 39 182 741 *euro*, tai skaitā maksimālais valsts budžeta finansējums 29 753 420 *euro* un minimālais nacionālais privātais finansējums 9 429 321 *euro* apmērā.  SAM 9.3.2. ietvaros snieguma rezerve plānota 3.kārtas projektu iesnieguma atlases projektiem.  SAM 9.3.2.darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” līmenī ir noteikti šādi rādītāji, ko, ņemot vērā SAM 9.2.3. ietvaros Pasaules Bankas realizēto pētījuma rezultātus, ierosināts grozīt:   * līdz 2023.gada 31.decembrim rezultāta uzraudzības rādītājs – ambulatoro apmeklējumu relatīvā skaita atšķirība starp iedzīvotājiem novadu teritorijās un lielajās pilsētās - apmeklējumu skaits 2,5 – 2,8. * līdz 2023.gada 31.decembrim iznākuma uzraudzības rādītāji:   + uzlaboto ārstniecības iestāžu skaits, kurās attīstīta infrastruktūra veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai – 775 ārstniecības iestādes;   + iedzīvotāju skaits, kuriem ir pieejami uzlaboti veselības aprūpes pakalpojumi - 2 023 825 iedzīvotāji; * līdz 2018.gada 31.decembrim finanšu uzraudzības rādītājs –sertificēti attiecināmie izdevumi 46 799 872 euro apmērā.   Saskaņā ar Veselības ministrijas 2016.gada 30.septembra vēstuli Nr.01-10.2-01/4319 Finanšu ministrijai kā Eiropas Savienības fonu vadošajai iestādei ir nosūtīti ierosinājumi grozījumiem darbības programmā “*Izaugsme un nodarbinātība*”, kas tiks virzīti saskaņošanai Eiropas Komisijā, kas paredz šādu rādītāju sniegumu:   * līdz 2023.gada 31.decembrim rezultāta uzraudzības rādītājs – Ilgtermiņa un akūto gultu skaits slimnīcās uz 100 000 iedzīvotājiem – 422 skaits; * līdz 2023.gada 31.decembrim iznākuma uzraudzības rādītāji:   + uzlaboto ārstniecības iestāžu skaits, kurās attīstīta infrastruktūra veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai – 49 ārstniecības iestādes;   + iedzīvotāju skaits, kuriem ir pieejami uzlaboti veselības aprūpes pakalpojumi – 1 839 598 iedzīvotāji; * līdz 2018.gada 31.decembrim finanšu uzraudzības rādītājs – sertificēti attiecināmie izdevumi 26 665 244 euro apmērā.   Attiecīgi, ja tiks apstiprināti grozījumi DP rādītājos, noteikumu projektam pievienots protokollēmums, kurš uzdod VM izgrozīt noteikumu projektu.  Iznākuma un rezultātu rādītāju pamatojums, uzskaites apraksts noteikts Rādītāju pasē, kas tiek pievienota Darbības programmai “*Izaugsme un nodarbinātība*”.  Plānojot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīklu un attīstību, svarīgi nodrošināt to atbilstību **demogrāfiskajām tendencēm**. Iedzīvotāju skaits Latvijā ilgstoši samazinās, kam galvenie iemesli ir zems dzimstības līmenis, sabiedrības novecošanās un iedzīvotāju emigrācija.  2016.gada 1.janvārī Latvijā bija 1,97 miljoni iedzīvotāju, no kuriem 68% dzīvoja pilsētās, bet 32% – laukos, kamēr 2013.gadā iedzīvotāju skaits bija par teju 55 000 lielāks.  lielākais iedzīvotāju skaita samazinājums novērojams Latgalē (nepilni 17 000 iedzīvotāju), kamēr Rīgas un Pierīgas reģions pēdējos gados ir attīstījies un iedzīvotāju skaits ir samazinājies ievērojami mazāk - attiecīgi par aptuveni 5000 un 2000 iedzīvotājiem.  Vienlaikus Latvijā turpinās sabiedrības novecošanās process – samazinās bērnu skaits un palielinās iedzīvotāju skaits virs darbspējas vecuma.  Pasaules Bankas iedzīvotāju skaita prognozes, kas veidotas, izmantojot Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes 2011.gada Tautas skaitīšanas datus, aprēķinātas līdz 2025.gadam, piemērojot katram reģionam savu aprēķināto krituma/izaugsmes tempu un ņemot vērā iedzīvotāju uzvedības parametrus pēdējos gados, prognozējot turpmāku iedzīvotāju skaita samazināšanos. Pasaules Banka prognoze, ka iedzīvotāju skaits samazināsies uz 2020.gadu līdz 1 908 684 iedzīvotājiem un uz 2025.gadu līdz 1 839 598 iedzīvotājiem. Līdzīgas prognozes ir izteiktas Eurostat, kur tiek prognozēts, ka 2020.gadā iedzīvotāju skaits Latvijā varētu sasniegt 1 882 099 iedzīvotājus.  Papildu faktors, kas jāņem vērā plānojot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīklu un attīstību, ir **saslimstības tendences**. Ņemot vērā sabiedrības novecošanos, neinfekciju slimības ieņem aizvien nozīmīgāku vietu gan mirstības, gan saslimstības rādītāju vidū ne tikai Latvijā, bet arī pasaulē. To apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji.  Atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam, veiktajiem pētījumiem un saslimstības tendenču analīzēm noteiktas prioritāri attīstāmās veselības aprūpes jomas:   * sirds un asinsvadu joma; * onkoloģijas joma; * mātes un bērna veselības joma; * garīgās (psihiskās) veselības joma.   **Sirds un asinsvadu sistēmas slimības** 2015.gadā ir bijušas visizplatītākais nāves cēlonis (57,3% no visiem mirušajiem) Latvijā. Lai arī kopš 2006.gada priekšlaicīga mirstība (0-64 gadu vecumā) no sirds un asinsvadu slimībām ir samazinājusies, kopējais mirušo skaits ik gadu ir ap 16 000 (2015. gadā 16 135)[[1]](#footnote-1), turklāt standartizētā mirstība (līdz 64 gadu vecumam) no sirds un asinsvadu slimībām Latvijā ir vairāk kā trīs reizes augstāka nekā vidēji ES valstīs un augstākā Baltijas valstīs.  **Onkoloģiskās saslimšanas**, kas nāves cēloņu struktūrā 2015.gadā veidoja 21,3% no visiem nāves gadījumiem Latvijā, pieaugot iedzīvotāju mūža ilgumam un sabiedrībai novecojot, veselības aprūpei rada lielu slogu. Pēdējo gadu laikā ļaundabīgi audzēji ik gadu tiek diagnosticēti aptuveni 11 000 cilvēku, tomēr ņemot vērā iedzīvotāju skaita samazināšanos, rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem, novērojams pieaugums no 532,5 gadījumiem 2010.gadā līdz 562,5 gadījumiem 2015.gadā. Kopumā 2015.gadā vēzis pirmo reizi mūžā tika diagnosticēts 11 123 cilvēkiem, bet uzskaitē kopumā 2015.gada beigās bija pavisam 74 540 pacientu.[[2]](#footnote-2)  Būtiski, ka 2015.gadā 36,9% ļaundabīgo audzēju tika atklāti novēloti – III un IV stadijā.[[3]](#footnote-3) Salīdzinot ar 2010.gadu, kad novēloti tika atklāti aptuveni 50% ļaundabīgo audzēju, situācija ir uzlabojusies, tomēr, salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, mirstība no ļaundabīgiem audzējiem Latvijā ir augstāka. Ļaundabīgi audzēji ir arī nozīmīgs stacionēšanas iemesls – 2015.g. stacionāros ārstēti 32 433 pacienti virs 18 gadu vecuma ar audzēju diagnozēm, kas veido 11% no visiem stacionētajiem pacientiem.  Viena no būtiskākajām sabiedrības veselības problēmām Latvijā ir **pašnāvības**. Dati liecina, ka pašnāvību rādītāji Latvijas populācijā ir trešie augstākie ES dalībvalstu vidū un desmitie augstākie pasaulē.[[4]](#footnote-4) Pašnāvību skaits Latvijā ik gadu ievērojami pārsniedz transporta nelaimes gadījumos bojā gājušo skaitu, tomēr kopš 2009.gada pašnāvību skaits Latvijā samazinājies par 20%. 2014.gadā uz 100 000 iedzīvotājiem pašnāvības izdarīja 19,2 iedzīvotāji, 2011.gadā – 21,4, bet 2009.gadā – 24,1. Gadu no gada (arī 2014.gadā) pašnāvību izdarījušo vīriešu ir četras līdz piecas reizes vairāk nekā sieviešu. Fakts, ka pašnāvības biežāk veic vīrieši, saistāms pamatā ar tradicionālo lomu sadalījumu un sabiedrības noteikto atbildību par ģimenes materiālo nodrošināšanu, un pastāvošiem stereotipiem par vīrieti kā ģimenes apgādnieku, kā arī ar faktu, ka vīriešu vidū vairāk ir sastopama atkarību izraisošo vielu lietošana[[5]](#footnote-5).  Ņemot vērā augstos pašnāvību rādītājus, gan bērnu, gan pieaugušo pašnāvību un pašnāvnieciskās uzvedības profilakse jāuzskata par vienu no sabiedrības veselības prioritātēm Latvijā.  **Reproduktīvās veselības** rādītāji ir ļoti nozīmīgi indikatīvi rādītāji, kas raksturo visas sabiedrības veselības stāvokli. Kopš 2011.gada dzemdību skaits stabili pieaug, savukārt mākslīgo abortu skaits – samazinājies. 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.[[6]](#footnote-6)  Attiecībā uz **bērnu veselību**, perinatālajai mirstībai ir tendence samazināties. Lai mazinātu mātes un jaundzimušo saslimstības un mirstības risku, nepieciešams attīstīt labi funkcionējošu dzemdībpalīdzības sniegšanu, kad dzemdībpalīdzība tiek sniegta atbilstošā slimnīcu līmenī, ņemot vērā grūtniecības riskus un dzemdību komplikācija.s  Balstoties uz Pasaules Bankas iedzīvotāju skaita prognozēm, kas paredz tuvāko 10 gadu laikā dzimstība palielinājumu aptuveni par 20%, sagaidāms, ka palielināsies arī kopējais pediatriskās aprūpes vecuma bērnu skaits, pieņemot, ka saslimstības līmeņa struktūra saglabāsies līdzīga pašreizējai.[[7]](#footnote-7)  **Veselības aprūpes sistēmu** var sadalīt šādos veselības aprūpes un neatliekamās medicīniskās palīdzības līmeņos:   * Primārā veselības aprūpe (tai skaitā mājas aprūpe); * Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe (tai skaitā dienas stacionāru aprūpe); * Neatliekamā medicīniskā palīdzība; * Diennakts stacionārā veselības aprūpe.   Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas definīciju **primārā veselības aprūpe** ir galvenā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas balstās uz zinātniski pamatotām un praktiskām metodēm un kas ir pieejama iedzīvotājiem, un kuras izmaksas ir valstij un sabiedrībai pieņemamas. Primārā veselības aprūpe ir valsts veselības aprūpes sistēmas galvenais posms veselības aprūpes nodrošināšanā, tas ir pirmais veselības aprūpes līmenis daudzpakāpju sistēmā.  Latvijā primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji ir ģimenes ārsti, tai skaitā primārās veselības aprūpes pediatri un primārās veselības aprūpes internisti, ārsta palīgi (feldšeri), māsas, vecmātes, kuras nodarbinātas ģimenes ārsta praksē, ārstniecības personas, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās, kā arī zobārsti, zobārsta asistenti, zobārstniecības māsas un zobu higiēnisti.  Ģimenes ārsti veic savu pacientu veselības aprūpi- medicīnisko izmeklēšanu, diagnostiku un ārstēšanu akūtu un hronisku saslimšanu gadījumos, kā arī izraksta valsts kompensējamos medikamentus un var savā praksē veikt dažādas medicīniskas manipulācijas un ambulatoras ķirurģiskas procedūras. Ģimenes ārsti arī īsteno profilaktiskus pasākumus (skrīningu un imunizāciju), ka arī iesaistās veselības veicināšanā un veselības izglītībā. Katram iedzīvotājam ir tiesības izvēlēties ģimenes ārstu, kā arī mainīt ārstu, veicot pārreģistrāciju. Valsts apmaksāto primāro veselības aprūpi uz 2016.gada 1.februāri nodrošina 1320 ģimenes ārsti un primārās aprūpes pediatri.  Ārpus ģimenes ārsta darba laika veselības aprūpes pakalpojumus pilsētās var nodrošināt dežūrārsts, kurš pieņem pacientus darbdienās pēc plkst.15:00 un brīvdienās atbilstoši līgumā ar NVD noteiktajam dežūrārsta darba laika grafikam. Dežūrārstu pakalpojumi ir pieejami lielākajās pilsētās – Rīgā, Daugavpilī, Jelgavā, Liepājā, Ventspilī, Rēzeknē, kā arī pilsētās ar mazāku iedzīvotāju skaitu - Siguldā, Salaspilī un Alūksnē ar mērķi nodrošināt pietiekamu PVA pakalpojumu pieejamību. Vienlaikus darbdienās laikā no plkst.17:00 līdz 8:00 un brīvdienās visu diennakti informāciju par nepieciešamo veselības aprūpi personām sniedz ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis.  Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu nodrošinājums un apgrūtināta primārā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, valsts var slēgt līgumu ar pašvaldību par feldšerpunkta, kurā strādā sertificēts ārsta palīgs (feldšeris) darbību primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Feldšeris veic pacientu aprūpi, piedalās ārstniecībā, nodarbojas ar pacientu izglītošanu veselības jautājumos, kā arī izmeklē pacientus, diagnosticē slimību un, atbilstoši savai kvalifikācijai, veic ārstēšanu, kā arī izraksta zāles (parastās zāļu receptes). Šobrīd līguma ar valsti (NVD) ietvaros veselības aprūpes pakalpojumus nodrošina 105 feldšeru vai feldšeru-vecmāšu punktos, tai skaitā 35 – Latgales reģionā, 22 – Kurzemes reģionā, 47 – Vidzemes reģionā un vienā – Zemgales reģionā.  Papildus personām ar traumu, pēkšņu saslimšanu vai hroniskas slimības saasināšanās gadījumā, kad vajadzīga steidzama ārstniecības personu iejaukšanās, palīdzību ir iespējams saņemt Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā (SMPP). Valstī ir noteikti 3 līmeņu SMPP, kuri tiek sniegti 14 vietās.  **Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe** ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona, kā arī ambulatori veiktie laboratoriskie, vizuālās diagnostikas izmeklējumi un dienas stacionārā sniegta veselības aprūpe.  Valsts apmaksātus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus saņem ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu. Pieejamība bez nosūtījuma ir pie šādiem speciālistiem   * pie psihiatra vai bērnu psihiatra, ja slimo ar psihisku slimību; * pie narkologa, ja slimo ar alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu atkarību; * pie pneimonologa, ja slimo ar tuberkulozi; * pie dermatovenerologa, ja slimo ar seksuāli transmisīvu slimību; * pie endokrinologa, ja slimo ar cukura diabētu; * pie onkologa, onkologa ķīmijterapeita, ja slimo ar onkoloģisku slimību; * pie ginekologa, ārpus valsts organizētā vēža skrīninga; * pie oftalmologa; * pie bērnu ķirurga; * pie pediatra; * pie infektologa, ja persona slimo ar HIV/AIDS infekciju.   Dienas stacionāra pakalpojums ir ārstniecības vai diagnostikas pakalpojums ārstniecības iestādē, kur pacientam ārstēšanu un veselības aprūpi nodrošina nepilnu diennakti (ne agrāk kā no plkst. 6:00 un ne vēlāk kā līdz plkst. 22:00) un ne mazāk kā trīs stundas veic manipulācijas vai nodrošina pacienta novērošanu pēc manipulāciju veikšanas. Dienas stacionārā sniedz ārstniecības pakalpojumus, kurus to sarežģītības, risku vai laika ietilpības dēļ nav iespējams sniegt ambulatori, tomēr kuru dēļ nav nepieciešama pacienta uzņemšana stacionārā pacienta diennakts uzraudzībai. Dienas stacionāri var būt gan slimnīcu, gan ambulatoro ārstniecības iestāžu struktūrvienības. Valstī 2015.gadā kopā tika nodrošināti 11,6 miljoni ambulatoro apmeklējumu, no kuriem valsts apmaksātie ambulatorie apmeklējumi 2015.gadā bija 77,5% jeb 9 013 388. Ambulatoro apmeklējumu skaitam dinamikā vērojama tendence samazināties, kas neattiecās uz sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu skaita izmaiņām, bet saistāms ar būtisku primārās veselības aprūpes sniegto pakalpojumu skaita samazināšanos. Primāro veselības aprūpes pakalpojumu skaita samazināšanos nevar saistīt ar fizisko primārās aprūpes pieejamības izmaiņām, jo attiecīgajā periodā gan pakalpojumu sniedzēju skaits, gan pakalpojumu sniegšanas nosacījumi būtiski netika mainīti.  Dienas stacionāros vērojams ārstēto pacientu skaita pieaugums. Šāda tendence liecina par dienas stacionāru darbības attīstību, kā arī kopējo tendenci ārstniecībā ar mērķi iespējami mazināt pacientu uzturēšanos stacionāros, lai mazinātu iespējamos hospitālo infekciju saslimstības riskus.  Ambulatoro pakalpojumu sniedzēju struktūra ir sadrumstalota, tikai 32,6% ambulatoro pakalpojumu tiek sniegti ambulatorajos centros un slimnīcu ambulatorajās nodaļās. Pēdējo gadu laikā novērojama ārstu speciālistu privātprakšu skaita palielināšanās un aktīva privāto veselības aprūpes centru darbības paplašināšanās.[[8]](#footnote-8)  Pirmsslimnīcas **neatliekamo medicīnisko palīdzību** sniedzNeatliekamās medicīniskās palīdzības dienests. Neatliekamo medicīnisko palīdzību pirmsslimnīcas etapā nodrošina190 brigādes 102 lokalizācijas vietās. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde neatliekamo medicīnisko palīdzību cietušajam (saslimušajam) sniedz notikuma vietā, kā arī transportēšanas laikā uz atbilstošu ārstniecības iestādi, saskaņā ar hospitalizācijas plānu, šādos gadījumos:   * nelaimes gadījumi, avārijas, katastrofas, smagas mehāniskās, termiskās, ķīmiskās un kombinētās traumas, elektrotraumas, svešķermeņi elpošanas ceļos, slīkšana, smakšana, saindēšanās; * pēkšņa saslimšana vai trauma sabiedriskā vietā; * pēkšņa saslimšana vai hronisku slimību paasināšanās, kas apdraud personas dzīvību; * dzīvībai un veselībai kritiskā stāvoklī esoša cietušā (saslimušā) neatliekama pārvešana, kā arī dzemdētājas nogādāšana atbilstoši veselības stāvoklim tuvākajā attiecīgajā ārstniecības iestādē vai no ārstniecības iestādes uz stacionāru vai augstāka līmeņa stacionārās ārstniecības iestādi (specializēto centru, universitātes klīniku).   Neatliekamās medicīniskās palīdzības izpildīto izsaukumu kopējais skaits 2015.gadā salīdzinot ar 2014 gadu ir palielinājies. Tomēr ir samazinājies izsaukumu skaits neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos (traumas un nelaimes gadījumi, pēkšņas saslimšanas un akūti stāvokli, dzemdības un grūtniecības patoloģijas, pārvešanas), savukārt pieaudzis neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas gadījumu skaits pārējos gadījumos (saslimšanas, pārvešanas).  Lielākā daļa izsaukumu 2015.gadā dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos (pēc izsaukumu motīva) tikuši apkalpoti pilsētās un 88,9% gadījumu ierašanās laiks ir bijis līdz 15 minūtēm. Lauku teritorijās 2015.gadā izpildīts 3 reizes mazāk izsaukumu un ierašanās laiks izsaukumā līdz 25 minūtēm ir bijis 82,5% gadījumu.  **Diennakts stacionāro veselības aprūpi** sniedz universitātes slimnīcas, daudzprofilu reģionālās un lokālās slimnīcas, aprūpes slimnīcas, kā arī specializētās slimnīcas un specializētie centri. Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 17.pielikumā ir noteiktas stacionārās ārstniecības iestādes, ar kuram NVD slēdz līgumus par stacionāro veselības aprūpi.  Kopējais hospitalizāciju skaits kopš 2009.gada ir samazinājies un ir novērojama tendence, ka ik gadus pieaug plānveida hospitalizāciju skaits, norādot uz labāku stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Paredzams, ka arī turpmākajos gados kopējais hospitalizāciju skaits pakāpeniski varētu nedaudz samazināties, ņemot vērā primārās veselības aprūpes sektora, ambulatoro pakalpojumu attīstību. Kopumā 2015.gadā stacionārā pacienti pavadījuši 2 754 650 gultas dienas - 83 % no visām hospitalizācijām ir bijušas neatliekamās palīdzības slimnīcās, 14% specializētajās slimnīcās un 3% aprūpes slimnīcās. Būtiski, ka pēdējo 5 gadu laikā 40% - 42% no visām hospitalizācijām ir bijušas klīniskās universitātes slimnīcās ar tendenci paaugstināties (2013.gadā – 42%, 2012.gadā – 41%, 2011.gadā – 40%), norādot šo slimnīcu lomu kopējā stacionāro ārstniecības iestāžu vidū.  Stacionāro ārstniecības iestāžu darba efektivitāti raksturo arī vidējā gultu noslodze. Kopš 2005.gada, vidējā gultu noslodze stacionārajās ārstniecības iestādēs pieauga līdz 81% 2006.gadā, taču 2009.gadā bija vērojams straujš samazinājums līdz 69,5%, kas saistāms ar stacionēšanas skaita samazināšanos ierobežotā finansējuma, kā arī pacientu iemaksu paaugstināšana un līdzmaksājuma ieviešana. Būtiski vidējo gultu noslodzi ietekmēja arī veselības aprūpes sistēmas pārorientācija no ārstēšanās slimnīcā uz primāro un ambulatoro līmeni, kā rezultātā ārstniecības iestāžu infrastruktūra netika pietiekami strauji pielāgota šīm pārmaiņām un gultas netika strauji samazinātas, līdz ar to 2011.gadā un 2012.gadā vidējā gultu noslodze attiecīgi ir 73,6% un 71,1%. Lai arī 2014.gadā un 2015.gadā situācija ir uzlabojusies un gultu noslodze ir palielinājusies – attiecīgi 74,7% un 75,1%[[9]](#footnote-9), joprojām pastāv ievērojams slimnīcu kapacitātes pārpalikums[[10]](#footnote-10). Risināmās problēmas veselības aprūpes jomā SAM 9.2.3. ietvaros veiktā Pasaules Bankas pētījuma pieejamie rezultāti apstiprina nepieciešamību turpināt iepriekšējos gados uzsāktās reformas. Tiek rekomendēts koncentrēties uz šādām reformām:   * Kvalitātes nodrošināšanas sistēmas attīstība; * Veselības aprūpes finansēšanas reforma; * Integrētās veselības pārvaldības un informācijas sistēmu attīstība; * Pakāpeniskās investīcijas veselības aprūpes infrastruktūrā un cilvēkresursos.[[11]](#footnote-11)   Lai nodrošinātu savstarpēji saskaņotu reformu ieviešanu VM, balstoties uz Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam, Pasaules Bankas pētījuma rezultātiem un citu informāciju un analīzēm, izstrādā veselības nozares politikas plānošanas dokumentu.  Atbilstoši Pasaules Bankas politikas rekomendācijām, lai nodrošinātu savlaicīgu pieejamību augsta līmeņa veselības aprūpes pakalpojumiem, nepieciešams nekavējoties veikt investīcijas terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcās, kā arī monoprofila iestādēs, kas nodrošina rehabilitācijas, dzemdību palīdzības un traumatoloģijas pakalpojumu sniegšanu. Lokālo līmeņu slimnīcu, psihiatrijas aprūpes, kā arī ambulatorās aprūpes attīstības vajadzību noteikšanai būtu nepieciešamas veikt papildu apjomīgus un laikietilpīgus pasākumus, piemēram, analizēt stratēģiskās iepirkšanas sistēmas ieviešanas ietekmi.[[12]](#footnote-12)  Lai nodrošinātu pārdomātu investīciju veikšanu augsta līmeņa veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstībā, VM izstrādā Ministru kabineta informatīvo ziņojumu par augsta līmeņa veselības aprūpes ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstību, kas vēlāk veidos arī veselības nozares politikas plānošanas dokumenta sastāvdaļu un uz kura pamata ir izstrādāts normatīvais regulējums.  Galvenie secinājumi norāda, ka demogrāfiskās izmaiņas un pacientu plūsma neietekmēs esošo ārstniecības iestāžu tīklu un slimnīcu sektoru tādā mērā, lai kāda no slimnīcām vai ārstniecības iestādēm būtu pilnībā jāaizver. Tomēr atsevišķās slimnīcās ir iespējama līmeņa un funkciju maiņa un pārprofilēšana par cita līmeņa ārstniecības iestādi, ar mērķi pacientu plūsmu koncentrēt atbilstoša līmeņa, atbilstoši aprīkotās un ar atbilstošiem speciālistiem nodrošinātās slimnīcās.  Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju reformas mērķis ir:   * nodrošināt pacientu hospitalizāciju atbilstošā laikā un atbilstoša līmeņa slimnīcā; * droši, kvalitatīvi, standartiem atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumi; * komplicētu veselības aprūpes pakalpojumu koncentrēšana augsta līmeņa slimnīcās.   Saskaņā ar kritērijiem, kas izstrādāti balstoties uz Pasaules Bankas ieteikumiem, slimnīcu tīkla optimizēšanai ļoti specializēta veselības aprūpe būtu jācentralizē un pacientu plūsma jāvirza uz atbilstoša līmeņa slimnīcu, kurā var nodrošināt kvalitatīvu medicīnisko palīdzību. Taču vienlaikus jāveido veselības aprūpes pakalpojumu tīkls, lai pacienti varētu saņemt adekvātu palīdzību tuvāk savai dzīvesvietai gadījumos, kad stacionēšana nav nepieciešama.  Pasaules Banka atzīmē, ka vairākos pētījumos dokumentēta saikne starp apjomu un rezultātiem – kas norāda, ka zemāki aprūpes apjomi nodrošina zemāku aprūpes kvalitāti[[13]](#footnote-13). Amerikas Savienotajās Valstīs tiek lēsts, ka valstī būtu iespējams novērst ap 11 000 nāves gadījumu trīs gadu laikā, ja pacienti, kuri devās uz zema apjoma slimnīcām saņemtu tādas pašas kvalitātes aprūpi kā liela apjoma slimnīcās[[14]](#footnote-14).  Svarīgi piebilst, ka apjoms ir tikai viens no veselības rezultātu komponentiem. Izmantojot procedūru skaitu kā kvalitātes rādītāju, jāņem vērā citi aprūpes komponenti, ne tikai procedūru apjoma rādītāji[[15]](#footnote-15). Saikne starp apjomu un rezultātiem atspoguļo pamatā esošos aprūpes strukturālos un procesa komponentus, piemēram, specializēti darbinieki, piemērotas operāciju zāles, augstas intensitātes intensīvās aprūpes nodaļas, efektīva profilakse un komplikāciju ārstēšana[[16]](#footnote-16).  Ņemot vērā pakalpojuma kvalitātes saistību ar pakalpojuma apjoma nodrošinājumu, ārstniecības iestāžu pārprofilēšana ietver ne tikai pakalpojumu koncentrāciju un paplašināšanu attiecīga līmeņa slimnīcās, lai optimizētu resursus, bet arī nodrošina savlaicīgu piekļuvi slimnīcas pakalpojumiem augstākajos līmeņos mazākā laika periodā (atbilstoši diagnozei pacients tiek nogādāts nekavējoties uz atbilstošā līmeņa slimnīcu, kur var saņemt pilnu pakalpojuma klāstu atbilstoši stāvoklim). Vienlaicīgi svarīgi nodrošināt to, ka pacienti ar neatliekamu stāvokli saņemtu neatliekamo medicīnisko palīdzību nokļūstot ārstniecības iestādē iespējami ātrāk.  Pasaules Banka secinājusi, ka analizējot vidējos ienākumus uz vienu iedzīvotāju Latvijā, redzams, ka Rīgas un Pierīgas reģionu pašvaldībās koncentrēti vislielākie ienākumi, tāpat kā katra reģiona lielākajās pilsētās kā Daugavpils, Ventspils, Rēzekne, Valmiera, Jelgava un Liepāja. Neapšaubāmi šīs ir ne tikai pašvaldības ar augstāko iedzīvotāju koncentrāciju, bet arī pašvaldības, kurās ir labākās nodarbinātības iespējas un attiecīgi augstākie ienākumi.  Piedāvātajā slimnīcu sistēmas plānošanā ņemta vērā Pasaules Bankas aprakstītā sociālekonomiskā situācija, kur ierosināts koncentrēt specializētus centrus un attiecīga līmeņa slimnīcas augsta pieprasījuma zonās pašvaldībās ar augstāku ienākumu līmeni, sociālajiem ieguldījumiem un infrastruktūras attīstību. Īpaša situācija veidojas Latgalē, kur ierosināts veidot divas reģionāla līmeņa slimnīcas (Daugavpils reģionālā slimnīca un Rēzeknes reģionālā slimnīca). Rēzeknes slimnīcas atrašanās vienā no valsts nabadzīgākajiem reģioniem ļaus tās nabadzīgākajiem iedzīvotājiem laikus un ar zemākām izmaksām piekļūt specializētiem pakalpojumiem.  Pēc Pasaules Bankas analizētās informācijas Latvijā joprojām vairāk kā 40% iestāžu ir mazāk kā 100 gultas un lielā daļā iestāžu ir mazāk kā 50 gultas, kas parasti tiek uzskatīts par nepietiekamu skaitu, lai uzturētu akūtas aprūpes iestādi. Lielākā daļa zemākā līmeņa slimnīcu apkalpo vietējo vai pašvaldības līmeni, reģionālās slimnīcas apkalpo savus reģionus un valsts līmeņa slimnīcas apkalpo visu populāciju. Taču praksē, katras slimnīcas reāli uzņemto pacientu analīze liecina, ka, būtu jāņem vērā teritoriāls pakalpojumu pieprasījums un piedāvājums.  Sagaidāms, ka sirds un asinsvadu slimību aprūpes pieprasījums pieaugs par 20 procentiem tuvāko desmit gadu laikā. Tas saistīts ar demogrāfijas izmaiņām un pieaugošu šo slimību izplatību. Šajā sakarā jāpaplašina specializētas (terciārās) kardioloģiskās aprūpes pakalpojumu skaits.  Turpmākajos gados prognozējams arī mērens onkoloģijas saslimstības pieaugums diagnosticēšanas pilnveidošanas, skrīninga, novecošanās un saslimstības struktūras izmaiņu dēļ, kā arī mirstības mazināšanās veselības aprūpes efektivitātes dēļ, ļaundabīgo audzēju izplatība palielināsies līdz 21,2 (stacionārā ārstēto pacientu skaits uz 1000 iedzīvotājiem audzēju slimību grupā) 2020.gadā un 23,9 2025.gadā. Salīdzinoši 2015.gadā šis rādītājs bija 18,2 pacientu uz 1000 iedzīvotājiem.[[17]](#footnote-17)  Balstoties uz Pasaules bankas iedzīvotāju skaita prognozēm, kas paredz tuvāko 10 gadu laikā dzimstība palielinājumu aptuveni par 20%, sagaidāms, ka palielināsies arī kopējais pediatriskās aprūpes vecuma bērnu skaits, pieņemot, ka saslimstības līmeņa struktūra saglabāsies līdzīga pašreizējai.[[18]](#footnote-18)  Saistībā ar tendencēm garīgajā (psihiatriskā) veselības jomā būtiska loma ir sabiedrības aizspriedumu mazināšanai pret cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem, kā arī ambulatoro psihiatrijas pakalpojumu attīstīšana, jo psihisko un uzvedības traucējumu ārstēšanā joprojām ir liels stacionārā sniegto pakalpojumu īpatsvars.[[19]](#footnote-19) Pāreja uz lielāku sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu attīstību, varētu ievērojami mazināt hospitalizācijas gadījumu skaitu.[[20]](#footnote-20)  Optimālais slimnīcas lielums varētu būt vairāk nekā 80 gultu slimnīcā. Ieteicamais gultu skaits nodaļās, atsaucoties uz Pasaules Bankas rekomendācijām, atkarībā no nodaļas profila, varētu būt 20 gultas. Tomēr vērtējot situāciju veselības nozarē Latvijā kopumā, demogrāfisko situāciju, pacientu plūsmu un citus faktorus atbilstoši reālajai situācijai tiks veidots optimālais gultu skaits nodaļās.  Lai definētu katra līmeņa obligātās prasības slimnīcām un nodrošinātu atbilstošu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, slimnīcas tiks iedalītos četros slimnīcu pakalpojumu sniegšanas līmeņos. Katrā līmenī ar atbilstošiem resursiem (cilvēkresursi, medicīniskās ierīces utt.) tiks sniegti attiecīga līmeņa pakalpojumi atbilstošos profilos.   * ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā veselības nozarē tika atbalstīti ERAF pasākumi infrastruktūras uzlabošanai ģimenes ārstu, slimnīcu pārprofilēšanai par ambulatorajām ārstniecības iestādēm, neatliekamās medicīniskās palīdzības, kā arī stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Atbalsta mērķis bija optimizēt veselības aprūpes sistēmu, nodrošinot racionālu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojumu valstī, kas, īstenojot reformu, ļautu optimizēt nozarei pieejamo finansējumu un paaugstināt pakalpojumu pieejamību un kvalitāti. * Vērtējot iepriekšējā perioda ERAF ieguldījumus veselības aprūpes jomā, jāsecina ka 2007.-2013.gada ES fondu plānošanas perioda ietvaros tika sniegts ievērojams atbalsts ERAF investīciju veidā tieši ambulatoro pakalpojumu attīstībai. * Analizējot statistikas rādītājus, var secināt, ka veiktās veselības nozares reformas (tai skaitā izmantojot ES fondu investīcijas) uzlaboja sabiedrības veselības stāvokli, neskatoties uz to, ka ekonomikas krīzes laikā tika samazināts valsts finansējums veselības nozarei[[21]](#footnote-21). Veiktās reformas nodrošināja veselības nozares finansējuma restrukturizāciju pa aprūpes līmeņiem un ārstniecības iestādēm, savukārt ieguldījumi infrastruktūrā palīdzēja saglabāt pakalpojumu pieejamību un paaugstināt to kvalitāti. Svarīgi nodrošināt uzsākto veselības nozares reformu ieviešanas turpināšanu, paaugstinot veselības nozares efektivitāti.   Galvenie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkla analīzes un prognozēšanas secinājumi norāda, ka demogrāfiskās izmaiņas un pacientu plūsma neietekmēs esošo ārstniecības iestāžu tīklu un slimnīcu sektoru tādā mērā, lai kādai no slimnīcām vai ārstniecības iestādēm būtu jāpazemina aprūpes līmenis. Tomēr atsevišķās slimnīcās ir iespējama līmeņa un funkciju maiņa un pārprofilēšana par cita līmeņa ārstniecības iestādi, ar mērķi pacientu plūsmu koncentrēt atbilstoša līmeņa, atbilstoši aprīkotās un ar atbilstošiem speciālistiem nodrošinātās slimnīcās. Zema līmeņa stacionāro ārstniecības iestāžu un ambulatoro pakalpojumu sniedzēju investīciju vajadzības ir atkarīgas no kopējās veselības nozares reformas ieviešanas, tādējādi to tūlītēja attīstība var nebūt ilgtspējīga.  Ņemot vērā minēto, SAM 9.3.2. ieviešanas modelis tiks īstenots četrās projektu iesniegumu atlases kārtās:   * 1. un 2. projektu iesniegumu atlases kārtas augsta līmeņa stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstībai, tai skaitā:   + 1.projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros paredzēts sniegt atbalstu 82 991 202 euro apmērā terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcām, kā arī monoprofila iestādēm kas nodrošina rehabilitācijas, dzemdību palīdzības un traumatoloģijas pakalpojumu sniegšanu, izņemot VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kas īstenos lielo projektu;   + 2.projektu iesniegumu atlases kārta ietvaros paredzēts sniegt atbalstu 91 068 678 euro apmērā VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” lielajam projektam. * 3. un 4.projektu iesniegumu atlases kārtas zema līmeņa stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstībai, stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārprofilēšanai par ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem un ambulatorās aprūpes attīstībai. 3. un 4. projektu iesniegumu atlases kārtām paredzams finansējums 20 304 841 euro apmērā, attiecīgi ar Veselības ministrijas 23.11.2016 vēstuli Nr. 01-08/5174 starpinstitūciju saskaņošanai tika nosūtīto atbilstoši Ministru kabineta 2016.gada 27.septembra sēdes protokola Nr.48 59.§ 3.punkta lēmumam izstrādātais informatīvais ziņojums „Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu” projektu kur atspoguļoti 3.un 4.kārtas finansējuma sadalījuma pamatprincipi.   1. un 2. projektu iesniegumu atlases kāršu ieviešanu regulējošie dokumenti, tiek izstrādāti atsevišķi no 3. un 4. projektu iesniegumu atlases kārtu ieviešanu regulējošiem dokumentiem.  Atbilstoši VM izstrādātajam informatīvajam ziņojumam „Rīcības plāns Pasaules Bankas pētījuma rezultātu izmantošanai nacionālajos politikas plānošanas dokumentos un Eiropas Savienības fondu ieviešanas nosacījumos” (27.09.2016. MK sēdes protokols Nr.48, 59.§, TA-1968) (turpmāk – Rīcības plāns) ieviešanas nosacījumi 1. un 2. kārtai tiek izstrādāti un apstiprināti, kā arī projektu iesniegumi tiks atlasīti balstoties noteikumu projekta 2.pielikumā noteiktajām ārstniecības iestādēm, kas noteiktas balstoties uz informatīvo ziņojumu „Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu” projektu, savukārt 3. un 4. kārtas ieviešanas nosacījumi tiks izstrādāti un apstiprināti pēc tam, kad tiks apstiprināts veselības nozares nacionālais politikas plānošanas dokuments un tiks ieviesta stratēģiskās veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanas sistēma.  1. un 2. projektu iesniegumu atlases kāršu ieviešana veicina SAM 9.3.2. rezultāta rādītāja un kopējā iznākuma rādītāja sasniegšanu, ka arī nodrošina šādu uzraudzības rādītāju sasniegšanu:   * Iznākuma rādītājs: Uzlaboto ārstniecības iestāžu skaits, kurās attīstīta infrastruktūra veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai – 13; * Finanšu rādītājs: Attiecināmie izdevumi sertificējošās iestādes uzskaites sistēmā – līdz 2018.gadam 46 799 872 *euro*. * Galvenais īstenošanas posms: Noslēgtie līgumi ar finansējuma saņēmēju % no kopējā SAM finansējuma – līdz 2018.gada 30%.   1. un 2. projektu iesniegumu atlases kāršu ietvaros atbalsts izmantojams ar prioritāro veselības jomu saistītas infrastruktūras attīstībai, realizējot šādas atbalstāmās darbības:   * Projekta administrēšana (tikai 1. projektu iesniegumu atlases kārtas projektiem) atbilstoši vadošās iestādes vadlīnijām Attiecināmo un neattiecināmo izmaksu noteikšanai, kas ietver personāla izmaksas; * Būvdarbi infrastruktūrā, kas daļēji vai pilnībā saistīta ar stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu četrās prioritārajās veselības jomās bez izmaksu ierobežojuma, kas ietver:   + būvprojekta minimālajā sastāvā un būvprojekta izstrādes izmaksas, projektu ekspertīžu izmaksas, autoruzraudzības izmaksas un būvuzraudzības un būvekspertīžu izmaksas, kas nepārsniedz 10% no projekta kopējām pieejamajām attiecināmajām izmaksām;   + būvniecības izmaksas, tostarp būvlaukuma ierīkošanas un novākšanas, jaunu ēku būvniecības, atjaunošanas un pārbūves izmaksas un labiekārtošanas izmaksas, apzaļumošana atbilstoši būvprojekta risinājumam);   + izmaksas attīstīto telpu aprīkošanai līdz 15% no būvniecības izmaksām, kas ietver medicīniskās ierīces un tehnoloģijas, tai skaitā iebūvējamās iekārtas un tehnoloģijas, mēbeles, saimnieciskās ierīces un aprīkojums, IT un cits aprīkojums telpu funkcionalitātes nodrošināšanai   + izmaksas jauno ēku būvniecībai attiecināmas tikai 2. projektu iesniegumu atlases kārtas projektam, savukārt 1.kārtas projektu iesniegumu atlases ietvaros ir atbalstāmas atbilstoši Būvniecības likumā noteiktajiem terminiem atjaunošanas un pārbūves izmaksas, kas ietver iepriekšējā likuma redakcijā noteiktās renovācijas un rekonstrukcijas izmaksas. Būvniecības likuma definīcijas: **būves atjaunošana** — būvdarbi, kuru rezultātā ir nomainīti nolietojušies būves nesošie elementi vai konstrukcijas vai veikti funkcionāli vai tehniski uzlabojumi, nemainot būves apjomu vai nesošo elementu nestspēju un **būves pārbūve** — būvdarbi, kuru rezultātā ir mainīts būves vai tās daļas apjoms vai pastiprināti nesošie elementi vai konstrukcijas, mainot vai nemainot lietošanas veidu. Tostarp pārbūves jeb rekonstrukcijas ietvaros ir attiecināmi platību palielinājumi pie esošajām konstrukcijām, nemainot ēku adresi. * Medicīnisko tehnoloģiju piegāde un montāža bez izmaksu ierobežojuma, saskaņojot ar VM, kas ietver izmaksas par nozīmīgajām medicīniskajām tehnoloģijām, kuru vienas vienības piegādes izmaksas pārsniedz 20 000 *euro* un par kuru iegādi saņemts Veselības ministrijas saskaņojums. Iekārtu vērtības ierobežojums noteikts, ņemot vērā Pasaules Bankas pētījuma rekomendācijas un metodoloģiju un Veselības ministrijas izstrādāto informatīvo ziņojumu „Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu”, kurā noteiktas minimāli nepieciešamas nozīmīgās medicīnas iekārtas. Iekārtu vērtēšanai paredzēts izstrādāt vērtēšanas kārtību. * Infrastruktūras attīstība kvalitātes nodrošināšanas sistēmas ieviešanai līdz 10% no projekta izmaksām, kas ietver informācijas un komunikāciju tehnoloģiju attīstības izmaksas, kas saistītas ar ārstniecības iestādes līdzdalību kvalitātes nodrošināšanas sistēmā; * Projekta informācijas un publicitātes pasākumi atbilstoši obligātajām prasībām.   1. un 2. projektu iesniegumu atlases kāršu projektu izmaksas ir attiecināmas no Ministru kabineta noteikumu par ieviešanas nosacījumiem apstiprināšanas un spēkā stāšanas.  Finansējama saņēmējam jānodrošina, ka projekta īstenošanas laikā nekustamie īpašumi, kuri nepieciešami projekta īstenošanai, ir finansējuma saņēmēja, valsts vai pašvaldības īpašumā, ilgtermiņa nomā, bezatlīdzības lietošanā, valdījumā, pie tam īpašumtiesībām jābūt nostiprinātām Zemesgrāmatā.  SAM 9.3.2. ietvaros atbalsts tiks sniegts saskaņā ar nosacījumiem par atlīdzības maksājuma par sabiedrisko pakalpojumu sniegšanu infrastruktūras attīstīšanai, kas nepieciešama, lai nodrošinātu valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, ievērojot Komisijas 2012/21/ES lēmumā par Līguma par Eiropas Savienības darbību 106. panta 2. punkta piemērošanu valsts atbalstam attiecībā uz kompensāciju par sabiedriskajiem pakalpojumiem dažiem uzņēmumiem, kuriem uzticēts sniegt pakalpojumus ar vispārēju tautsaimniecisku nozīmi (turpmāk – Komisijas lēmums) noteiktās prasības. Ārstniecības iestādei, kas saņem ES fondu atbalstu SAM ietvaros ir pilnvarojums valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai. Infrastruktūrai, kas tiek izmantota gan valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai, gan maksas pakalpojumu sniegšanai izmantošanas proporcija valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai konkrētajā ārstniecības iestādē tiks noteikta, ievērojot Komisijas lēmumā noteiktās prasības un nodrošinot vienlīdzīgu pieeju infrastruktūras izmantošanas proporcijas noteikšanā.  1. un 2. projektu iesniegumu atlase plānota ierobežotas projektu iesniegumu atlases (IPIA) veidā. Atbalsta apjoms finansējuma saņēmējiem noteikts noteikumu projekta 2.pielikumam, kas izstrādāts balstoties uz ar Veselības ministrijas 23.11.2016 vēstuli Nr. 01-08/5174 starpinstitūciju saskaņošanai nosūtīto atbilstoši Ministru kabineta 2016.gada 27.septembra sēdes protokola Nr.48 59.§ 3.punkta lēmumam izstrādāto informatīvo ziņojumu „Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu” projektu, kurš iesniedzams izskatīšanai Ministru kabineta 2016.gada 20.decembra sēdē, par augsta līmeņa veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju kartējumu un attīstību.  Projektu iesniegumu vērtēšanas komisijā SI uzaicina balsstiesīgo locekļu statusā VM pārstāvjus, kā arī atbildīgās iestādes pārstāvi un vadošās iestādes pārstāvi novērotāja statusā.  Lai nodrošinātu pastiprinātu ieviešanas uzraudzību papildus ES fondu standarta uzraudzības un kontroles pasākumiem paredzēts projektu, kuru kopējās attiecināmās izmaksas pārsniedz 3 *milj.euro*, ieviešanas kontrolei finansējuma saņēmējs izveido vadības un kontroles komisiju un reizi ceturksnī organizē atskaites par projekta progresu, uz kurām uzaicina atbildīgās iestādes un sadarbības iestādes pārstāvjus.  Ņemot vērā, ka lielā projekta ieviešana uzsākta pirms tā apstiprināšanas, lielā projekta uzraudzībai papildus minētajam paredzēts noslēgt vienošanas starp atbildīgās iestādes, sadarbības iestādes un finansējuma saņēmēju projekta ieviešanas kontrolei līdz lielā projekta apstiprināšanai, nodrošinot ikmēneša operatīvo projektu atskaišu izskatīšanu. Ietekme uz valsts budžetu un pašvaldību budžetiem SAM 9.3.2. darbības paredz ietekmi uz valsts budžetu, jo nacionālo līdzfinansējumu paredzēts daļēji nodrošināt no valsts budžeta līdzekļiem, kā rezultātā būs nepieciešams valsts budžeta līdzfinansējums aptuveni 16,25% jeb 31 580 855 *euro* apmērā, tai skaitā 1. un 2. projektu iesniegumu atlases kārtām 29 780 855 *euro*.  Ņemot vērā, ka SAM 9.3.2. atbalsts paredzēts valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, pievienotās vērtības nodokļa maksājumi projektu ietvaros nevarēs atgūt normatīvajos aktos par pievienotās vērtības nodokli noteiktajā kārtībā, līdz ar to tie tiks tiešā vai netiešā veidā tiks ieskatīti valsts budžeta. Pievienotās vērtības nodokļa maksājumi SAM 9.3.2. ietvaros plānoti līdz 33 732 720 *euro*. Sociālā ietekme Nevienlīdzība veselības jomā ir viena no mūsdienu lielākajām sociālajām, ekonomiskajām un politiskajām problēmām nevienlīdzības mazināšana veselības jomā ir viens no prioritārajiem mērķiem līdz 2020.gadam.[[22]](#footnote-22) Labāka veselības aprūpe ļaus uzlabot iedzīvotāju veselības stāvokli un saņemt kvalitatīvāku veselības aprūpi, kas ļaus mazināt sociālās nevienlīdzības sabiedrībā.  Atbilstoši Eiropas Komisijas[[23]](#footnote-23) sociālo investīciju pakotnes dokumentā paustajam, pieejamība veselības aprūpei ir svarīgs aspekts sociālās aizsardzības uzlabošanai.  Paredzēts, ka SAM 9.3.2. ietvaros atbalsts tiks sniegts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanai visiem Latvijas iedzīvotājiem, bet jo īpaši teritoriālās, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām. Jāatzīmē, ka atbalsts paredzēts tieši valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ko biežāk izmanto tieši atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupas, jo tiem dažādu iemeslu dēļ ir ierobežota pieejamība maksas veselības aprūpes pakalpojumiem. Ietekme uz veselību Ievērojot ierobežoto investīciju apjomu, izstrādājot Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.-2020.gadam un atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam, kas ir galvenais veselības nozares plānošanas dokuments Latvijā, tika nolemts veikt ieguldījumus pasākumos, kas ar lielāko atdevi var nodrošināt potenciāli zaudēto mūža gadu samazināšanu un veselīgo mūža gadu skaita palielināšanu.  Veselības aprūpes sistēmai mūsdienās ir jāņem vērā dažādas aktuālās tendences - sabiedrības novecošanās, pieaugošas vajadzības pēc dažāda līmeņa veselības aprūpes pakalpojumiem, kas var arī nebūt saistīti ar demogrāfiskiem cēloņiem, piemēram, jaunu ārstniecības metožu ieviešanas nepieciešamība specifiskām saslimšanām. Līdz ar to infrastruktūras attīstībai ir būtiska loma iedzīvotāju veselības uzlabošanā un saglabāšanā.  Lai nodrošinātu pieejamību kvalitatīviem un savlaicīgiem veselības aprūpes pakalpojumiem, nepieciešams uzlabot infrastruktūru, lai pakalpojumus būtu iespējams sniegt atbilstoši šīsdienas aktuālajai sabiedrības veselības situācijai un mūsdienu veselības aprūpes prasībām.  Detalizēti ietekme uz sabiedrības veselību norādīta sākotnēja novērtējuma 0.sadaļā „Risināmās problēmas veselības aprūpes jomā”. Ietekme uz horizontālo prioritāti „Vienlīdzīgas iespējas” SAM 9.3.2. īstenošanai būs tieša pozitīva ietekme uz ES struktūrfondu ieguldījumu horizontālās prioritātes „Vienlīdzīgas iespējas” īstenošanu, jo SAM 9.3.2.veicina vides pielāgošanu iedzīvotājiem ar funkcionāliem traucējumiem.  SAM 9.3.2. ietvaros plānotas specifiskas darbības attiecībā uz vides un informācijas pieejamības nodrošināšanu personām ar funkcionāliem traucējumiem, piemēram, vides pieejamības ekspertu konsultācijas būvniecības projektu izstrādes un īstenošanas gaitā, vides un informācijas pieejamības nodrošināšanas pasākumi personām ar redzes, dzirdes, kustību un garīga (psihiskā) rakstura traucējumiem, piemēram, reljefa virsma un vadlīnijas būvēs, kontrastējošs krāsojums pie līmeņu un virsmu maiņas, marķējumi un piktogrammas, aizsargmargas, automātiski veramas durvis, u.c. specifiskas darbības.  Lai nodrošinātu horizontālā principa “Vienlīdzīgas iespējas” uzraudzību, tiks nodrošināta HP VI uzraudzība projektos, proti, HP VI uzraudzībai MK noteikumos par SAM īstenošanu tiks noteikts horizontālais rādītājs “Objektu skaits, kuros ERAF ieguldījumu rezultātā ir nodrošināta vides un informācijas pieejamība”. Valsts atbalsta ietekme uz konkurenci un tirdzniecību SAM 9.3.2.ietvaros tiks sniegts atbalsts saskaņā ar nosacījumiem par atlīdzības maksājuma par sabiedrisko pakalpojumu sniegšanu infrastruktūras attīstīšanai, kas nepieciešama, lai nodrošinātu valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, ievērojot Komisijas 2012/21/ES lēmumā *par Līguma par Eiropas Savienības darbību 106. panta 2. punkta piemērošanu valsts atbalstam attiecībā uz kompensāciju par sabiedriskajiem pakalpojumiem dažiem uzņēmumiem, kuriem uzticēts sniegt pakalpojumus ar vispārēju tautsaimniecisku nozīmi* (turpmāk – Komisijas lēmums) noteiktās prasības. Ārstniecības iestādei, kas saņem ES fondu atbalstu SAM 9.3.2.ietvaros ir pilnvarojums valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai.  Infrastruktūrai, kas tiek izmantota gan valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai, gan maksas pakalpojumu sniegšanai, izmantošanas proporcija valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai konkrētajā ārstniecības iestādē tiks noteikta, ievērojot Komisijas lēmumā noteiktās prasības un nodrošinot vienlīdzīgu pieeju infrastruktūras izmantošanas proporcijas noteikšanā. Metodiskam atbalstam finansējuma saņēmējiem ir pieejama ar 2013. gada 8.aprīļa Veselības ministrijas rīkojumu Nr.80 apstiprinātā „Infrastruktūras izmantošanas valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai un citu darbību veikšanai proporcijas aprēķināšanas un aprēķina iekļaušanas projekta iesnieguma veidlapā metodika”. Pašvaldību teritoriālo vajadzību analīze Pašvaldību teritoriālo vajadzību analīzi reģionālajā un pašvaldību līmenī skatīt Pasaules Bankas pētījuma ziņojumā „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” un informatīvajā ziņojumā par augstā līmeņa veselības aprūpes ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstību.  Atbilstoši darbības programmā “*Izaugsme un nodarbinātība*” noteiktajam SAM tiek īstenots sinerģijā ar specifiskajiem atbalsta mērķiem Nr. 9.2.3.[[24]](#footnote-24), 9.2.5.[[25]](#footnote-25) un 9.2.6.[[26]](#footnote-26). |
| 3. | Projekta izstrādē iesaistītās institūcijas | MK noteikumu projekta izstrādē tika iesaistīta Veselības ministrija. |
| 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 | Tiesiskais regulējums ietekmē stacionārās ārstniecības iestādes. Tiesiskā regulējuma ietvaros tiks īstenoti pasākumi ar mērķi uzlabot ārstniecības iestāžu infrastruktūru, tādejādi tiešais labuma guvējs būs pacienti, plānots līdz 2023.gada 31.decembrim 2 023 825 iedzīvotājiem nodrošināt pieejamus uzlabotus veselības aprūpes pakalpojumus. |
| 2. | Tiesiskā regulējuma ietekme uz tautsaimniecību un administratīvo slogu | Sabiedrības grupām un institūcijām projekta tiesiskais regulējums tieši nemaina tiesības un pienākumus, kā arī veicamās darbības pēc būtības.  Tiesiskā regulējuma radītais administratīvais slogs ir paredzēts atbilstoši ES fondu normatīvajam regulējumam un segts ES fondu atbalsta ietvaros un izmaksas segtas no ES atbalsta SAM finansējuma.  Tiesiskā regulējuma ietvaros uzliktie pienākumi finansējuma saņēmējam – ārstniecības iestādēm informācijas sniegšanai un citu darbību veikšanai atbilst ES fondu specifiskā atbalsta mērķa sasniegšanai un tiks finansēts no SAM pieejamā finansējuma, ko īstenos finansējuma saņēmēja administratīvie darbinieki, kuru atlīdzība tiks segta no SAM projekta finansējuma. |
| 3. | Administratīvo izmaksu monetārs novērtējums | **Administratīvās izmaksas** (C)  Finansējuma saņēmēja – ārstniecības iestāžu administratīvās izmaksas par noteikumu projekta 35. punktā noteikto pienākumu - projekta iesnieguma iesniegšanu, kas veicamas pirms vienošanās par projekta īstenošanu noslēgšanas un tiks finansētas no ārstniecības iestāžu līdzekļiem:  C= (f \* l) x (n \* b) = (5,34 \* 8) \* (2 \* 2) = 170,88 *euro.*  Tabula Nr.1:   |  |  | | --- | --- | | **f** | finanšu līdzekļu apjoms, kas nepieciešams, lai nodrošinātu projektā paredzētā informācijas sniegšanas pienākuma izpildi (stundas samaksas likme, ieskaitot virsstundas vai stundas limitu ārējo pakalpojumu sniedzējiem, ja tādi ir) (darbaspēka atlīdzības vidējā stundas likme) | | **l** | laika patēriņš, kas nepieciešams, lai sagatavotu informāciju, kuras sniegšanu paredz projekts (stundas) | | **n** | subjektu skaits, uz ko attiecas projektā paredzētās informācijas sniegšanas prasības; | | **b** | cik bieži gada laikā projekts paredz informācijas sniegšanu. |   Aprēķinam izmantots pieņēmums, ka projekta iesniegums tiek iesniegts elektroniski, šo pienākumu veic darbinieki ar vidējo mēneša darba samaksu sabiedriskajā sektorā, kas 2015.gadā Latvijā bija 855 *euro* mēnesī (<http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/darba-samaksa-galvenie-raditaji-30270.html>), kam atbilst stundas samaksas likme 5,34 *euro*. Aprēķinam tiek izmantots pieņēmums, ka finansējuma saņēmējs datu ievadei un iesniegšanai sadarbības iestādē izmanto Kohēzijas politikas vadības informācijas sistēmu, projektu ievada, apstiprina un paraksta 2 darbinieki (projekta vadītājs un atbildīgā persona), pieņemot, ka tiks sagatavots lielais projekts un vidēja apjoma projekti, un paredzēts, ka projektu iesniegs vienu reizi pirmreizēji un otru reizi izpildīt apstiprinājumu ar nosacījumu, ja par tādu lems sadarbības iestāde.  Finansējuma saņēmēja izmaksas par citu noteikumu projekta noteikto ienākumu izpildi tiks segtas no finansējuma saņēmēja līdzekļiem vai no projekta līdzekļiem par administratīvo darbinieku atlīdzību, kuru tiks segta no SAM projektam pieejamā finansējuma. |
| 4. | Cita informācija | Nav. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Tiesību akta projekta ietekme uz valsts budžetu un pašvaldību budžetiem** | | | | | |
| **Rādītāji** | **2016.gads** | | Turpmākie trīs gadi (*euro*) | | |
| **2017.** | **2018.** | **2019.** |
| saskaņā ar valsts budžetu kārtējam gadam | izmaiņas kārtējā gadā, salīdzinot ar valsts budžetu kārtējam gadam | izmaiņas, salīdzinot ar kārtējo (n) gadu | izmaiņas, salīdzinot ar kārtējo (n) gadu | izmaiņas, salīdzinot ar kārtējo (n) gadu |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. Budžeta ieņēmumi: | 0 | 0 | 2 821 702 | 18 114 306 | 27 600 241 |
| 2. Budžeta izdevumi: | 0 | 0 | 3 120 470 | 20 613 957 | 32 919 082 |
| 3. Finansiālā ietekme: | 0 | 0 | -298 768 | -2 499 651 | -5 318 841 |
| 4. Finanšu līdzekļi papildu izdevumu finansēšanai (kompensējošu izdevumu samazinājumu norāda ar "+" zīmi) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. Precizēta finansiālā ietekme: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. Detalizēts ieņēmumu un izdevumu aprēķins (ja nepie­ciešams, detalizētu ieņēmumu un izdevumu aprēķinu var pie­vienot anotācijas pielikumā): | Kopējais attiecināmais finansējums ir 194 364 718 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums – 152 136 253 *euro* apmērā un nacionālais finansējums 42 228 465 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 31 580 855 *euro* un nacionālais privātais finansējums 10 647 610 *euro* apmērā. Valsts budžeta finansējums ietver ar 2016.gada 9.augusta Ministru kabineta protokollēmuma Nr.39 45.pargr. 3.2.punktā noteikto par papildus valsts budžeta piešķīrumu 15 380 890 *euro* apmērā PSKUS projekta īstenošanai 2021.un 2022.gadā.  Pirmās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros pieejamais kopējais attiecināmais finansējums ir 82 991 202 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums – 70 542 521 *euro* apmērā un nacionālais finansējums 12 448 681 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 7 469 208 *euro* un nacionālais privātais finansējums 4 979 473 *euro*.  Otrās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros pieejamais kopējais attiecināmais finansējums ir 91 068 678 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums – 64 334 618 *euro* apmērā un nacionālais finansējums 26 734 060 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 22 284 211 *euro* un nacionālais privātais finansējums 4 449 849 *euro*.  Budžeta ieņēmumi ir finansējuma ERAF daļa no projekta attiecināmajām izmaksām. SAM plānots ieviest līdz 2022.gada 31.decembrim. Pirmajā ieviešanas gadā (2016.gadā) nav plānots apgūt finansējumu, sākot ar otro gadu paredzēts:   * **2017.gadam** kopējās izmaksas 3 319 649 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 2 821 702 *euro* un valsts budžeta finansējums 298 768 *euro* un nacionālais privātais finansējums 199 179 *euro* apmērā. Finansējums 2017.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās. * **2018.gadam** kopējās izmaksas 21 889 178 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 18 114 306 *euro* un valsts budžeta finansējums 2 499 651 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 275 221 *euro* apmērā. Finansējums 2018.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās. * **2019.gadam** kopējās izmaksas 34 853 175 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 27 600 241 *euro* un valsts budžeta finansējums 5 318 841 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 934 093 *euro* apmērā. Finansējums 2019.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās. * **2020.gadam** kopējās izmaksas 34 853 175 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 27 600 241 *euro* un valsts budžeta finansējums 5 318 841 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 934 093 *euro* apmērā. Finansējums 2020.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās. * **2021.gadam** kopējās izmaksas 37 342 127 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 29 209 610 *euro* un valsts budžeta finansējums 6 088 361 *euro* un nacionālais privātais finansējums 2 044 16 *euro* apmērā. Finansējums 2021.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās. * **2022.gadam** kopējās izmaksas 28 108 040 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 19 856 663 *euro* un valsts budžeta finansējums 6 877 947 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 373 430 *euro* apmērā. Finansējums 2022.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās. * **2023.gadam** kopējās izmaksas 13 694 536 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 9 674 377 *euro* un valsts budžeta finansējums 3 351 010 *euro* un nacionālais privātais finansējums 669 149 *euro* apmērā. Finansējums 2023.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās.   Finansējums par Veselības ministrijas padotības iestādēm tiks plānots Veselības ministrijas budžeta 62.06.00 apakšprogrammā „Eiropas Reģionālā attīstības fonda (ERAF) projektu īstenošana (2014-2020)”, savukārt par pārējiem finansējuma saņēmējiem finansējums tiks plānots Finanšu ministrijas budžetā kā avansi un atmaksa finansējuma saņēmējiem par ERAF projektu realizāciju.  Papildus ar Ministru kabineta 2016.gada 9.augusta protokollēmuma Nr.39 45.§ 3.2. un 4.punktā noteikto, papildus no valsts budžeta 15 380 890 EUR apmērā, palielinot slimnīcas A korpusa otrās kārtas attīstības projekta nacionālo publisko līdzfinansējumu, 2021. un 2022.gadā tiks piešķirts finansējums, kas izmantojams pievienotās vērtības nodokļa maksājumu segšanai. | | | | |
| 6.1. detalizēts ieņēmumu aprēķins |
| 6.2.apakšpunktu detalizēts izdevumu aprēķins |
| 7. Cita informācija | Nav | | | | |

**Anotācijas IV sadaļa – projekts šo jomu neskar.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V. Tiesību akta projekta atbilstība Latvijas Republikas starptautiskajām saistībām** | | | | | | | |
| 1. | Saistības pret Eiropas Savienību | | | Tiek ieviestas šādas normas:   1. Eiropas Parlamenta un Padomes 2013.gada 17.decembra Regula (ES) Nr.1303/2013, 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 - Komisijas regula Nr.1303/2013); 2. Eiropas Komisijas [2011.](http://likumi.lv/ta/id/281111-darbibas-programmas-izaugsme-un-nodarbinatiba-4-2-2-specifiska-atbalsta-merka-atbilstosi-pasvaldibas-integretajam-attistibas#p2011)gada [20.](http://likumi.lv/ta/id/281111-darbibas-programmas-izaugsme-un-nodarbinatiba-4-2-2-specifiska-atbalsta-merka-atbilstosi-pasvaldibas-integretajam-attistibas#p20)decembra lēmumu Nr. 2012/21/ES par Līguma par Eiropas Savienības darbību [106. panta](http://likumi.lv/ta/id/281111-darbibas-programmas-izaugsme-un-nodarbinatiba-4-2-2-specifiska-atbalsta-merka-atbilstosi-pasvaldibas-integretajam-attistibas#p106) 2. punkta piemērošanu valsts atbalstam attiecībā uz kompensāciju par sabiedriskajiem pakalpojumiem dažiem uzņēmumiem, kuriem uzticēts sniegt pakalpojumus ar vispārēju tautsaimniecisku nozīmi (turpmāk – Komisijas lēmums Nr. 2012/21/ES). | | | |
| 2. | Citas starptautiskās saistības | | | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | | | |
| 3. | Cita informācija | | | Nav. | | | |
| **1.tabula**  **Tiesību akta projekta atbilstība ES tiesību aktiem** | | | | | | | |
| Attiecīgā ES tiesību akta datums, numurs un nosaukums | | Komisijas regula Nr.1303/2013 | | | | | |
| A | | B | | | C | | D |
| Attiecīgā ES tiesību akta panta numurs (uzskaitot katru tiesību akta vienību – pantu, daļu, punktu, apakšpunktu) | | Projekta vienība, kas pārņem vai ievieš katru šīs tabulas A ailē minēto ES tiesību akta vienību, vai tiesību akts, kur attiecīgā ES tiesību akta vienība pārņemta vai ieviesta | | | Informācija par to, vai šīs tabulas A ailē minētās ES tiesību akta vienības tiek pārņemtas vai ieviestas pilnībā vai daļēji.  Ja attiecīgā ES tiesību akta vienība tiek pārņemta vai ieviesta daļēji, sniedz attiecīgu skaidrojumu, kā arī precīzi norāda, kad un kādā veidā ES tiesību akta vienība tiks pārņemta vai ieviesta pilnībā.  Norāda institūciju, kas ir atbildīga par šo saistību izpildi pilnībā | | Informācija par to, vai šīs tabulas B ailē minētās projekta vienības paredz stingrākas prasības nekā šīs tabulas A ailē minētās ES tiesību akta vienības.  Ja projekts satur stingrā­kas prasības nekā attie­cīgais ES tiesību akts, norāda pamatojumu un samērīgumu.  Norāda iespējamās alternatīvas (t.sk. alternatīvas, kas neparedz tiesiskā regulējuma izstrādi) – kādos gadījumos būtu iespējams izvairīties no stingrāku prasību noteikšanas, nekā paredzēts attiecīgajos ES tiesību aktos |
| Komisijas regula Nr.1303/2013  XII pielikuma 2.2.apakšpukts | | MK noteikumu projekta 37.1.apakšpunkts | | | Tiek ieviesta pilnībā.  Atbildīgā institūcija –projekta iesniedzējs | | Netiek paredzētas stingrākas prasības. |
| Komisijas lēmums Nr. 2012/21/ES | | MK noteikumu projekta IV sadaļa | | | Tiek ieviesta pilnībā.  Atbildīgā institūcija –projekta iesniedzējs | | Netiek paredzētas stingrākas prasības. |
| Kā ir izmantota ES tiesību aktā paredzētā rīcības brīvība dalīb­valstij pārņemt vai ieviest noteiktas ES tiesību akta normas?  Kādēļ? | | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | | | | | |
| Saistības sniegt paziņojumu ES insti­tūcijām un ES dalīb­valstīm atbilstoši normatīvajiem aktiem, kas regulē informācijas sniegšanu par tehnisko noteikumu, valsts atbalsta piešķir­šanas un finanšu noteikumu (attiecībā uz monetāro politiku) projektiem | | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | | | | | |
| Cita informācija | | Nav. | | | | | |
| **2.tabula**  **Ar tiesību akta projektu izpildītās vai uzņemtās saistības, kas izriet no starptautiskajiem tiesību aktiem vai starptautiskas institūcijas vai organizācijas dokumentiem.**  **Pasākumi šo saistību izpildei** | | | | | | | |
| Attiecīgā starptautiskā tiesību akta vai starptautiskas institūcijas vai organizācijas dokumenta (turpmāk – starptautiskais dokuments) datums, numurs un nosaukums | | | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | | | | |
| A | | | B | | | C | |
| Starptautiskās saistības (pēc būtības), kas izriet no norādītā starptautiskā dokumenta.  Konkrēti veicamie pasākumi vai uzdevumi, kas nepieciešami šo starptautisko saistību izpildei | | | Ja pasākumi vai uzdevumi, ar ko tiks izpildītas starptautiskās saistības, tiek noteikti projektā, norāda attiecīgo projekta vienību vai dokumentu, kurā sniegts izvērsts skaidrojums, kādā veidā tiks nodrošināta starptautisko saistību izpilde | | | Informācija par to, vai starptautiskās saistības, kas minētas šīs tabulas A ailē, tiek izpildītas pilnībā vai daļēji.  Ja attiecīgās starptautiskās saistības tiek izpildītas daļēji, sniedz skaidrojumu, kā arī precīzi norāda, kad un kādā veidā starptautiskās saistības tiks izpildītas pilnībā.  Norāda institūciju, kas ir atbildīga par šo saistību izpildi pilnībā | |
| MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | | | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | | | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | |
| Vai starptautiskajā dokumentā paredzētās saistības nav pretrunā ar jau esošajām Latvijas Republikas starptautis­kajām saistībām | | | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. | | | | |
| Cita informācija | | | Nav. | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VI. Sabiedrības līdzdalība un komunikācijas aktivitātes** | | |
| 1. | Plānotās sabiedrības līdzdalības un komunikācijas aktivitātes saistībā ar projektu | SAM mērķis tika saskaņots un izdiskutēts starpinstitūciju un sociālo partneru starpā Darbības programmu “*Izaugsme un nodarbinātība*” saskaņošanas procesa ietvaros |
| 2. | Sabiedrības līdzdalība projekta izstrādē | Sabiedrības līdzdalība tika nodrošināta visā SAM plānošanas procesā.  Papildus SAM ir izstrādāts sasaistē ar valsts mēroga un nozares politikas plānošanas dokumentiem kā Stratēģija "Eiropa 2020", Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, tādejādi arī šo plānošanas dokumentu saskaņošanas procesu ietvaros tika nodrošināta SAM mērķa un būtības, virzienu saskaņošana.  SAM mērķis tika saskaņots un izdiskutēts starpinstitūciju un sociālo partneru starpā Darbības programmu “*Izaugsme un nodarbinātība*” saskaņošanas procesa ietvaros, kā arī plašas diskusijas notika saskaņojot Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, kā ietvaros arī tika nodrošināta sabiedriskā apspriede. Tāpat saistībā ar Pasaules bankas izvērtējumu par veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi prioritārajās veselības jomās tika izveidota projekta „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” darba grupa, kurā iesaistītas nozares biedrības un nodibinājumi, Finanšu ministrija, Labklājības ministrija, reģionu pārstāvji un citas sadarbības organizācijas, un kuras ietvaros tika diskutēti ar SAM 9.3.2.plānošanu saistītie jautājumi. Darba grupa joprojām turpina savu darbību, un konsultācijas par SAM 9.3.2.jautājumiem turpināsies t.sk. arī šīs darba grupas ietvaros. |
| 3. | Sabiedrības līdzdalības rezultāti | Latvijas Nacionālais attīstības plāna 2014.-2020.gadam, Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam, Darbības programmu “*Izaugsme un nodarbinātība*” un Partnerības līguma saskaņošanas procesā saņemtie komentāri ir saskaņoti un panākta vienošanās ar visām iesaistītajām pusēm. |
| 4. | Cita informācija | Pirms noteikumu projekta iesniegšanas izskatīšanai Ministru kabinetā paredzēts SAM sākotnējais novērtējums, uz kā pamata izstrādāts noteikumu projekts, un projektu vērtēšanas kritēriji tiks izskatīti un apstiprināti atbilstoši Eiropas Savienības struktūrfondu un Kohēzijas fonda 2014.—2020.gada plānošanas perioda vadības likumam izveidotajā Nodarbinātības, darbaspēka mobilitātes un sociālā iekļaušanas prioritārā virziena uzraudzības apakškomitejā. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VII. Tiesību akta projekta izpildes nodrošināšana un tās ietekme uz institūcijām** | | |
| 1. | Projekta izpildē iesaistītās institūcijas | Atbildīgās iestādes funkcijas pilda Veselības ministrija, sadarbības iestādes funkcijas – Centrālā finanšu un līgumu aģentūra. Projekta iesniedzējs un finansējuma saņēmēji ir 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 | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. |
| 3. | Cita informācija | Nav. |

Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Kārlis Ketners

A.Tomsone, 67 876 181, Agnese.Tomsone@vm.gov.lv

1. Avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC [↑](#footnote-ref-1)
2. Avots: SPKC Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām [↑](#footnote-ref-2)
3. Avots: SPKC, „Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012” [↑](#footnote-ref-3)
4. Avots: Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 [↑](#footnote-ref-4)
5. Avots: Informatīvais zinojums par pamatnostādņu ”Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014. gadā” un pamatnostādņu īstenošanas plāna 2013.–2014. gadam izpildi [↑](#footnote-ref-5)
6. Avots: SPKC [↑](#footnote-ref-6)
7. Avots: Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-7)
8. Avots: Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 [↑](#footnote-ref-8)
9. Avots: NVD dati [↑](#footnote-ref-9)
10. Avots: Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-10)
11. Avots: Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Veselības politikas rekomendācijas Latvijai” [↑](#footnote-ref-11)
12. Avots: Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Veselības politikas rekomendācijas Latvijai” [↑](#footnote-ref-12)
13. Avots: Piemēram, Birkmeyer, J. D., A. E. Siewers, E. V. Finlayson, T. A. Stukel, F. L. Lucas, I. Batista, H. G. Welch and D. E. Wennberg (2002). "Hospital volume and surgical mortality in the United States." New England Journal of Medicine **346**(15): 1128-1137. [↑](#footnote-ref-13)
14. Avots: US News Report, 2015 [↑](#footnote-ref-14)
15. Avots: Pennsylvania Health Care Cost Containment Council 2002 [↑](#footnote-ref-15)
16. Avots: Tol, van Gulik et al. 2012 [↑](#footnote-ref-16)
17. SPKC (Asoc. Prof. Dz.Mozgis) prognoze. [↑](#footnote-ref-17)
18. Pasaules banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-18)
19. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 [↑](#footnote-ref-19)
20. Pasaules bankasa „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-20)
21. Atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes datiem 2006.-2011.gadā iedzīvotāju mirstība uz 100 000 iedzīvotajiem vecumā no 0-64 gadiem samazinājās, neskatoties uz samazināto valsts budžeta finansējumu veselības aprūpe [↑](#footnote-ref-21)
22. Avots: Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam. [↑](#footnote-ref-22)
23. Avots: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020, EC, 2013 [↑](#footnote-ref-23)
24. Veselības ministrijas administrējamais specifiskais atbalsta mērķis Nr.9.2.3.“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”. [↑](#footnote-ref-24)
25. Veselības ministrijas administrējamais specifiskais atbalsta mērķis Nr.9.2.5.specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas”. [↑](#footnote-ref-25)
26. Veselības ministrijas administrējamais specifiskais atbalsta mērķis Nr. 9.2.6.specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju”. [↑](#footnote-ref-26)