**Informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanas**

**turpināšanu 2017.gadā”**

Informatīvais ziņojums (turpmāk – ziņojums) ir sagatavots atbilstoši likuma “Par valsts budžetu 2017. gadam” 56.pantā noteiktajam, ka veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanai budžeta resora "74. Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums" 08.00.00 programmā "Veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanas finansējums" rezervēto finansējumu 34 324 450 *euro* apmērā finanšu ministrs pārdala Veselības ministrijai pēc tam, kad Ministru kabinets ir apstiprinājis finansējumu veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu īstenošanai 2017. gadā un Ministru kabineta 2016.gada 20.decembra sēdes protokola Nr.69 86§ 5.punktam, kas nosaka Veselības ministrijai līdz 2017.gada 15.februārim iesniegt izskatīšanai Ministru kabinetā informatīvo ziņojumu par pārējiem reformas pasākumiem un finansējuma (22 062 190 EUR) sadalījumu 2017.gadam, norādot pasākumus, kurus plānots finansēt no budžeta resora "74.Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums" 08.00.00 programmā "Veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanas finansējums" rezervētā finansējuma veselības nozares reformas īstenošanai. Līdz ar to informatīvajā ziņojumā “Par veselības reformas pasākumu īstenošanas turpināšanu 2017.gadā” turpināts aprakstīt 2017.gadā plānotās veselības nozares reformas papildus ar Ministru kabineta 20.decembra sēdes protokolam Nr.69 86§ apstiprinātajam informatīvajam ziņojumam "Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2017.gadā".

Latvija savā 2016. gada stabilitātes programmā ir pieprasījusi īslaicīgu novirzi 0,5% apmērā no iekšzemes kopprodukta nepieciešamajām korekcijām vidēja termiņa budžeta mērķa sasniegšanai 2017. gadā, lai īstenotu strukturālās reformas ar pozitīvu ietekmi uz publisko finanšu ilgtspēju ilgtermiņā, jo īpaši veselības aprūpes sektorā notiekošo reformu, kuras pamatā ir Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam.[[1]](#footnote-2) Šī izvērtējuma rezultātā Eiropas Savienības Padome savās rekomendācijās Latvijai atkārtoti iesaka uzlabot veselības aprūpes sistēmas pieejamību, kvalitāti un izmaksu lietderību[[2]](#footnote-3).

Ministru kabineta ar 2014.gada 14.oktobra rīkojuma Nr. 589 apstiprinātajā vidēja termiņa attīstības plānošanas dokumentā „Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam”[[3]](#footnote-4) (turpmāk tekstā – SVP), kas izstrādātas atbilstoši Latvijas Nacionālā attīstības plāna 2014.-2020.gadam rīcības virzienam "Vesels un darbspējīgs cilvēks", ir iekļauti veselības nozarei sasniedzamie rādītāji un to sasniegšanai īstenojamās reformas. Kā virsmērķis SVP noteikts palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot iedzīvotāju veselību. Lai sasniegtu šo virsmērķi, līdz 2020. gadam ir plānots:

* par trim gadiem palielināt veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu (2020. gadā sasniegt 57 gadus vīriešiem un 60 gadus sievietēm)[[4]](#footnote-5);
* par 11 % samazināt potenciāli zaudēto mūža gadu (līdz 64 gadu vecumam)[[5]](#footnote-6) rādītāju (2020. gadā sasniegt 5 300 uz 100 000 iedzīvotāju).

# **Esošās situācijas apraksts**

Latvijas tautsaimniecība ik gadu zaudē vairāk nekā 1 miljardu *euro* priekšlaicīgas iedzīvotāju mirstības dēļ[[6]](#footnote-7).

Valstī ik gadu mirst vairāk nekā 28 tūkstoši cilvēku (2013. – 28 691, 2014. – 28 466, 2015. – 28 478)[[7]](#footnote-8), no kuriem katrs ceturtais miris priekšlaicīgi, t.i., nesasniedzot 65 gadu vecumu. Būtisks indikators priekšlaicīgas mirstības raksturošanai ir potenciāli zaudēto mūža gadu rādītājs. 2015.gadā, nomirstot Latvijas iedzīvotājiem vecumā līdz 64 gadiem, zaudēti 88,2 tūkstoši potenciālo mūža gadu (5 541 uz 100 tūkst. iedzīvotājiem). Vidēji viens priekšlaicīgi mirušais zaudē 13 sava mūža gadus (līdz 64 gadu vecumam).[[8]](#footnote-9)

Līdz ar to valsts zaudē ievērojamus cilvēkresursus, kas atstāj būtisku ietekmi uz visu tautsaimniecību. Ņemot vērā datus par potenciāli zaudētajiem mūža gadiem un iekšzemes kopproduktu uz vienu iedzīvotāju, valsts tautsaimniecība saistībā ar priekšlaicīgi mirušajiem zaudējusi vairāk nekā 1 miljardu *euro* gadā, savukārt valsts budžets tikai neiekasētajos darbaspēka nodokļos, neskaitot citus nodokļu veidus, zaudējis vairāk nekā 431 miljonu *euro*.

Nodrošinot iedzīvotājiem pieejamus un kvalitatīvus veselības profilakses un veselības aprūpes pakalpojumus, tautsaimniecība atgūs daļu no zaudētā finansējuma, tādējādi sekmējot ilgtspējīgu valsts attīstību.

Viens no SVP noteiktajiem politikas virsmērķa sasniegšanai izvirzītajiem apakšmērķiem ir: **„nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem”, kā arī ”novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas veselības veicināšanā un veselības aprūpē”[[9]](#footnote-10).**

Pašreizējā situācijā “liela daļa iedzīvotāju nevar apmierināt savas veselības aprūpes vajadzības, jo veselības aprūpei ir mazs publiskais finansējums, raksturīgi strukturālie trūkumi un lieli tiešie maksājumi, kurus iedzīvotāji maksā paši, kā arī neoptimāla izmaksu lietderība. Kaut arī piekļuve veselības aprūpei kritiskos medicīniskajos gadījumos ir izvirzīta par prioritāti, finansiāli ierobežojumi kavē pakalpojumu sniegšanu kopumā”[[10]](#footnote-11). Šie Eiropas Savienības Padomes secinājumi tieši norāda uz vienu no būtiskākajiem veselības aprūpes sistēmas nodrošināšanas šķēršļiem - **veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību** (gan finansiālu, gan speciālistu, gan ģeogrāfisku).

Nepietiekami finansētā veselības aprūpes sistēma palielina gaidīšanas rindas uz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, kā rezultātā kopš 2010.gada Latvijā iedzīvotāju īpatsvars, kas neapmeklēja veselības aprūpes speciālistu nepieciešamības gadījumā ir visaugstākais no visām Eiropas savienības (turpmāk – ES) dalībvalstīm [[11]](#footnote-12).

Svarīgi atzīmēt, ka ierobežota pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem ir viens no faktoriem, kas būtiski palielina nabadzību un ienākumu nevienlīdzību iedzīvotājiem. Arī šis rādītājs Latvijā ir viens no augstākajiem starp ES dalībvalstīm[[12]](#footnote-13). Vienlaicīgi sliktie sabiedrības veselības rādītāji mazina darbaspēka nodrošinājumu nākotnē. Mirstības rādītāji vecumgrupā virs 65 gadiem ir otrie augstākie Eiropā, kas mazina Latvijas darbaspēku par 3,9% (salīdzinājumā, ja mirstības rādītāji atbilstu ES valstu vidējiem rādītājiem)[[13]](#footnote-14).

Arī Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošajos paradumu pētījumos novērojamas būtiskas atšķirības ne tikai starp dzimumiem, bet arī sociālekonomiskajās grupās, kas norāda par Latvijā pastāvošo nevienlīdzību veselības jomā. Atšķirības vērojamas gan attiecībā uz sabiedrības veselības paradumiem (fizisko aktivitāti, lieko svaru un aptaukošanos, smēķēšanu utt.), gan arī veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību[[14]](#footnote-15).

SVP ir uzsvērts, ka veselības aprūpes sistēmai nav pietiekama valsts finansiālā atbalsta, kā arī ir augsts pacientu tiešo maksājumu līmenis, un tas būtiski ietekmē veselības aprūpes pieejamību. Veselības aprūpes sistēma risina ielaistas veselības problēmas, jo pacientiem ne vienmēr ir iespēja laikus vērsties pie ārsta[[15]](#footnote-16). Vienlīdz būtiski ir nodrošināt kvalitatīvu, efektīvu, koordinētu un savstarpēji integrētu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, lai cilvēki saņemtu pēctecīgus pakalpojumus visos veselības sistēmas līmeņos atbilstoši cilvēku vajadzībām.

Tāpat kā identificētās problēmas šajā sadaļā, arī SVP ir iezīmētas šādas problēmas veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā:

* Garas gaidīšanas rindas ambulatoro un plānveida stacionāro pakalpojumu saņemšanai, kas tādējādi negatīvi ietekmē veselības aprūpes pēctecību un savlaicīgu palīdzības sniegšanu.
* Nepietiekams publiskā finansējuma īpatsvars veselības aprūpes sistēmai, t.sk., kompensējamo zāļu sistēmai.
* Veselības aprūpes sistēma galvenokārt risina ielaistas veselības problēmas, kas ir par pamatu sliktajam sabiedrības veselības stāvoklim.
* Netiek pilnībā nodrošināta integrēta, nepārtraukta un pēctecīga pacientu veselības aprūpe.
* Daļai iedzīvotāju ir ierobežota veselības aprūpes pieejamība.

# **Reformu virzieni veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanai**

Lai turpinātu reformu un realizētu SVP izvirzītos virsmērķus kā rīcības virziens izvirzītā mērķa sasniegšanai minēts **„kvalitatīvas, drošas un ilgtspējīgas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana (t. sk. pacienta iemaksu samazināšana, rindu saīsināšana uz plānveida pakalpojumiem, darba samaksas paaugstināšana veselības aprūpes nozares darbiniekiem, zāļu pieejamība pacientiem), nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem”[[16]](#footnote-17).**

Minēto problēmu risināšanai nepieciešams „**veicināt pacientu tiešo maksājumu īpatsvara samazināšanos, uzlabojot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un mazinot gaidīšanas laikus”,** kā arī „**uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti visos veselības aprūpes līmeņos”[[17]](#footnote-18).**

Atbilstoši šiem minētajiem SVP iezīmētajiem problēmu virzieniem veselības aprūpes nozarē, lai nodrošinātu turpmāku veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pieejamības uzlabošanu iedzīvotājiem, un attiecīgi palielinātu veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un samazinātu potenciāli zaudēto mūža gadu skaitu, tādējādi veicinot visas tautsaimniecības attīstību, Veselības ministrija saplānojusi 2017.gadā papildus pieejamo finansējumu 34 324 450 *euro* apmērā no Eiropas Komisijas pieļautā budžeta deficīta palielinājuma 0,1% apmērā šādiem veselības aprūpes pasākumiem:

1. Rindu mazināšanai pie speciālistiem, uz diagnostiskajiem izmeklējumiem, dienas stacionārā un ambulatorajā rehabilitācijā;
2. Onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošanai;
3. Reformas valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam VHC pacientiem F3-F4 stadijā.

*1.tabula*

**Veselības nozares reformu turpināšanai no Eiropas Komisijas pieļautā budžeta deficīta papildus piešķirtā finansējuma sadalījums 2017.gadam**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Plānotais pasākums** | **Finansējuma apmērs** |
|  |  | *(euro)* |
| 1. | Rindu mazināšanai pie speciālistiem, uz diagnostiskajiem izmeklējumiem, dienas stacionārā un ambulatorajā rehabilitācijā | 16 599 307 |
| 2. | Onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošanai | 12 262 260 |
| 3. | Reformas valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam VHC pacientiem F3-F4 stadijā | 5 462 883 |
|  | **Kopā:** | 1. **324 450** |

Papildus Ministru kabineta 2016. gada 20.decembra sēdes protokola Nr.69 86§ (Informatīvais ziņojums "Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2017.gadā") apstiprinātajām reformām onkoloģijas jomā, turpmāk tiek aprakstītas nepieciešamās reformas rindu mazināšanai pie speciālistiem, uz diagnostiskajiem izmeklējumiem, dienas stacionārā un ambulatorajā rehabilitācijā un reformas valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam VHC pacientiem F3-F4 stadijā.

## **Rindu mazināšanai pie speciālistiem, uz diagnostiskajiem izmeklējumiem, dienas stacionārā un ambulatorajā rehabilitācijā jeb pieejamības uzlabošanai**

Speciālistu konsultācijas, diagnostiskie izmeklējumi, dienas stacionārs un ambulatorā rehabilitācija ir sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi.

### **Speciālistu konsultācijas**

Valsts apmaksātus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus, tajā skaitā speciālistu konsultācijas un izmeklējumus, saņem pēc ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījuma, kuriem ir noslēgti līgumi par no valsts budžeta apmaksājamu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

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.

Lai saņemtu sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, pacients vienojas ar ārstniecības iestādi, kad būs iespējams saņemt nosūtījumā norādīto veselības aprūpes pakalpojumu. Savukārt ārstniecības iestāde par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu informē ārstniecības personu, kura izsniedza nosūtījumu, un, ja pacientam ir nepieciešami tālāki izmeklējumi vai konsultācijas, izsniedz personai nosūtījumu šādu pakalpojumu saņemšanai.

Uz 2016.gada 1.decembri pacientu gaidīšanas rindas pie endokrinologa līdz 117 dienām, t.i. 3,9 mēnešiem (SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" stacionārs ''Gaiļezers", SIA "Jelgavas poliklīnika", SIA "Siguldas slimnīca", SIA "Veselības centrs 4", AS "Veselības centru apvienība" struktūrvienība "VCA OLVI medicīnas centrs" un SIA "Rīgas 1. slimnīca"), pie ginekologa līdz 75 dienām, t.i. līdz 2,5 mēnešiem (SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca "Stacionārs ''Biķernieki", SIA "Salaspils veselības centrs" un SIA "Zemgales veselības centrs"), pie kardiologa līdz 133 dienām, t.i. 4,43 mēnešiem (AS "Veselības centru apvienība" struktūrvienība "VCA Juglas medicīnas centrs" un SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" stacionārs ''Biķernieki"), pie reimatologa – 107 dienām, t.i. 3,57 mēnešiem (SIA "Rīgas 1.slimnīca" un SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" stacionārs ''Biķernieki"), pie oftalmologa līdz 150 dienām, t.i. 5 mēnešiem (SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" stacionārs ''Biķernieki" un Madonas slimnīca, Madonas novada pašvaldības SIA), pie traumatologa, ortopēda līdz 97 dienām, t.i. 3,23 mēnešiem (SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" un SIA "Salaspils veselības centrs"), pie asinsvadu ķirurga SIA „Rīgas 1.slimnīca” līdz 146 dienām, t.i. 4,87 mēnešiem, pie gastroenterologa līdz 105 dienām, t.i. 3,5 mēnešiem (SIA "Rīgas 1. slimnīca"), pie urologa līdz 114 dienām, t.i. 3,8 mēnešiem (SIA "Rīgas 1. slimnīca" un SIA "Vidzemes slimnīca"), pie bērnu ķirurga līdz 30 dienām, t.i. 1 mēnesis (AS "Veselības centru apvienība" struktūrvienība "VCA veselības centrs Pļavnieki"), pie mikroķirurga līdz 70 dienām, t.i. 2,33 mēnešiem (Madonas slimnīca, Madonas novada pašvaldības SIA), pie sirds ķirurga līdz 31 dienām, t.i. 1,03 mēnešiem (VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca"), pie pneimonologa līdz 75 dienām, t.i. 2,50 mēnešiem (SIA "Rīgas 1. slimnīca"), pie otolaringologa līdz 62 dienām, t.i. 2,07 mēnešiem (SIA "Salaspils veselības centrs"), pie narkologa līdz 31 dienām, t.i. 1,03 mēnešiem (SIA "Salaspils veselības centrs"), pie neirologa līdz 92 dienām, t.i. 3,07 mēnešiem (SIA "Salaspils veselības centrs").

Analizējot ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par gaidīšanas rindu garumiem ārstniecības iestādēs, redzams, ka pacientu pieprasījums pēc ambulatorajiem izmeklējumiem un speciālistu konsultācijām būtiski pārsniedz valsts novirzīto finansējumu šim mērķim. Apgrūtinātās izmeklējumu pieejamības rezultātā pacientiem precīzas diagnozes tiek uzstādītas novēloti un nav iespējams nodrošināt kvalitatīvu slimību norises uzraudzību.

### **Dienas stacionārs**

Dienas stacionārs 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 laikietilpības 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.

Dienas stacionārā veselības aprūpes pakalpojumus veic šādos līmeņos:

* pirmā līmeņa dienas stacionārs ārstniecības iestādē, kurā ir intensīvās terapijas un anestezioloģijas nodaļas, kā arī asins kabinets;
* otrā līmeņa dienas stacionārā nav intensīvās terapijas, anestezioloģijas nodaļas un asins kabinets.

Uz 2016.gada 1.decembri gaidīšanas rindas dienas stacionārā ķirurģiskajiem pakalpojumiem oftalmoloģijā ir līdz 3000 dienām, t.i. 8,3 gadiem (SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca "Stacionārs ''Biķernieki"), ginekoloģijai dienas stacionārā - 180 dienas, t.i. 6 mēnešiem (SIA "Vidzemes slimnīca" (Valmierā)), staru terapijai - 20 dienām (SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"), otolaringoloģija bērniem - 120 dienām, t.i. 4 mēnešiem (SIA "Vidzemes slimnīca" (Valmierā)) un pieaugušajiem - 120 dienām, t.i. 4 mēnešiem (SIA "Vidzemes slimnīca" (Valmierā)), invazīvā radioloģija - 2 mēnešiem (SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"), savukārt gastrointenstinālā endoskopija dienas stacionārā - 150 dienas, t.i. 5 mēnešiem (SIA "Bauskas slimnīca"), traumatoloģijai, ortopēdijai dienas stacionārā - 150 dienas, t.i. 5 mēnešiem (SIA "Vidzemes slimnīca" (Valmierā)), uroloģijai dienas stacionārā - 150 dienas, t.i. 5 mēnešiem (SIA "Vidzemes slimnīca" (Valmierā)), vispārējiem ķirurģiskajiem pakalpojumiem dienas stacionārā - 120 dienas, t.i. 4 mēnešiem (SIA "Vidzemes slimnīca" (Valmierā)).

### **Medicīniskā rehabilitācija ambulatori**

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. Ambulatorās rehabilitācijas gadījumā pacients netiek stacionēts un saņem pakalpojumus ambulatori, piemēram, rehabilitologa, fizioterapeita vai ergoterapeita konsultāciju.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti un funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, piedaloties citām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pacients var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tajā skaitā dienas stacionārā, un stacionārā ārstniecības iestādē (Nacionālajā rehabilitācijas centrā "Vaivari", Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcā, Bērnu klīniskās universitātes slimnīcā, Vidzemes slimnīcā, Rēzeknes slimnīcā, Liepājas reģionālajā slimnīcā).

Gaidīšanas laiks jeb gaidīšanas rindas garums uz valsts apmaksāta veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanu uz ambulatoriem rehabilitologa pakalpojumiem ir līdz 181 dienām, uz ambulatoriem ergoterapeita pakalpojumiem gaidīšanas laiks ir līdz 950 dienām (SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" Stacionārs ''Biķernieki"), savukārt uz ambulatoriem fizioterapeita pakalpojumiem gaidīšanas laiks ir līdz pat 600 dienām (SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" Stacionārs ''Biķernieki"), uz audiologopēda pakalpojumiem līdz 350 dienām (SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" stacionārs ''Biķernieki") un vispārējā masāža bērniem līdz 420 dienām (SIA "Rīgas 1.slimnīca").

Funkcionālo traucējumu novēršanas vai mazināšanas efektivitāte ir tieši atkarīga no savlaicīgas rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas, tāpēc rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības uzlabošana nodrošina ātrāku pacientu funkcionālo traucējumu novēršanu vai mazināšanu, līdz ar to samazinot darbnespējas periodu, uzlabojot dzīves kvalitāti, attiecīgi mazinot invaliditātes gadījumu skaitu. Saskaņā ar Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas datiem 2015.gadā 17 466 personām pirmo reizi dzīvē noteikta invaliditāte. Un 2015. gadā, tāpat kā iepriekšējā gadā, pirmreizējiem invalīdiem pārsvarā noteikta smaga invaliditāte - 68,8%.

*2.tabula*

**Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu plānotais pakalpojuma skaits**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2016**  *(euro)* | **2017**  *(euro)* | *(euro)* | **2016** | **2017** | **2017** |
| 1. | Speciālistu konsultācijas | 12,530 | 24 962 514 | 28 104 954 | 3 386 187 | 1 992 204 | **2 243 013** | **2 513 259** |
| 2. | Ambulatorie  izmeklējumi un terapija | 22,987 | 42 405 017 | 42 405 017 | 7 541 491 | 1 844 705 | **1 844 739** | **2 172 815** |
| 3. | Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi | 82,648 | 38 319 547 | 39 677 107 | 5 163 159 | 463 650 | **480 073** | **542 545** |
| 4. | Ambulatorā rehabilitācija | 7,261 | 5 104 087 | 5 104 087 | 508 470 | 702 919 | **702 945** | **772 973** |
|  | Kopā |  | 110 791 165 | 115 291 165 | 16 599 307 | 5 003 478 | **5 270 770** | **6 001 592** |

|  |
| --- |
| **Reformas mērķis ir ieguldot papildus valsts līdzekļus, uzlabot pieejamību sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, tādejādi sekmējot iespējami liela veselības problēmu loka (savlaicīga slimību diagnostika, pacientu dzīves kvalitāte, darbnespējas periods, invaliditāte u.c.) risināšanu ekonomiski efektīvākajā ambulatorajā sektorā[[18]](#footnote-19).**  **Indikatīvie rādītāji:**   * **Papildus 270 246 speciālistu konsultācijas** * **Papildus 328 076 ambulatorie izmeklējumi** * **Papildus 62 472 dienas stacionāra pakalpojumi** * **Papildus 70 028 ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi**   **Kopā ambulatoro pakalpojumu skaita pieaugums 730 822 pacientiem (pakalpojumu pieaugums 13,9%)** |

Attiecīgi tiek prognozēts, ka uzlabojot pieejamību augstāk minētajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kopumā par 13,9%, samazināsies gaidīšanas laiki. Palielinoties sniegto pakalpojumu apjomam un ņemot vērā, ka kopējais pacientu skaits paliek nemainīgs, nepalielinoties incidenču apjomam, 2017.gadā sākotnēji gaidīšanas rindu apjoma samazinājums pēc papildus finansējuma piešķiršanas plānots 25% apmērā, atbilstoši Nacionālā veselības dienesta (turpmāk – NVD) apkopotajai informācijai par rindu apjomiem uz 2016.gada 1.aprīli un prognozēto rindu garumu pilna 2016.gada apjomam. Uz 2016.gada 1.aprīli bija gaidīšanas rinda uz 611 tūkst. sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem. Ņemot vērā kopējo izpildīto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu 2016.gadā, prognozēta rinda uz 2,9 miljoniem sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu.

Lai nodrošinātu, ka pie palielinātas pakalpojumu pieejamības tiek kontrolēts un ierobežots pieprasījuma palielinājums, diagnostisko izmeklējumu skaitam jau pašlaik ir ierobežojumi, nosakot pacientu indikācijas un nosūtīt tiesīgo speciālistu loku. Tāpat atsevišķās programmās jau ir ieviesti un arī turpmāk tiks attīstīti algoritmi pacientu diagnostisko un ārstniecisko pasākumu veikšanai (piemēram, onkoloģijā). NVD tiks papildus izvērtēti dati par pakalpojumu apjoma izmaiņām, veikts informatīvi – izglītojošais darbs ar attiecīgajiem pakalpojumu sniedzējiem un Veselības inspekcija veiks papildus pārbaudes un uzraudzību.

Tādējādi novirzot finansējumu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, uzlabosies to pieejamība, kas rezultēsies labākos veselības rādītājos sabiedrībā, samazinot potenciāli zaudēto mūža gadus[[19]](#footnote-20) (skat. 1.un 2.attēlu). Reformu ietvaros plānota potenciāli zaudēto mūža gadu samazinājums, kas atspoguļots 2.attēlā sniedzot ilgtspējīgu ieguldījumu tautsaimniecībai ar prognozējamo ietekmi 19,6 milj.euro apmērā.

*1.attēls*

**Potenciāli zaudēto mūža gadu prognoze, ja ieguldījumi netiek veikti**

*2.attēls*

**Potenciāli zaudēto mūža gadu prognoze, ja ieguldījumi sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā tiek veikti**

Lai nodrošinātu, ka reforma sasniedz būtiskus rezultātus 2018.- 2019.gadā, jāturpina intervence ambulatoro pakalpojumu pieejamības jomā, nodrošinot, ka gaidīšanas rindu apjoms samazinās vismaz par 50%. Tomēr jāņem vērā divi būtiski aspekti, kas ietekmē turpmāko ambulatorā sektora pakalpojumu pieejamību pēc sākotnējās intervences 2017.gadā:

1. Pacientu uzvedības maiņa, izvēloties pakalpojuma sniedzēju, ņemot vērā papildus pieejamos valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus (daļas pacientu pārvirzīšanās no maksas pakalpojumu uz valsts apmaksātu pakalpojumu sektoru saistībā ar uzlabotu pieejamību);
2. Ārstniecības personu trūkums, kuri ir gatavi sniegt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus pie pašreizējās darba samaksas.

Palielinoties finansējumam ambulatoro pakalpojumu pieejamības jomā un daļai pacientu pārvirzoties uz valsts apmaksātu pakalpojumu saktoru, vienlaikus tiks risināta problēma uz ko norāda Eiropas komisija – Latvijas iedzīvotāju tiešo maksājumu (*out-of-pocket payments*) lielais īpatsvars izdevumos par veselības aprūpi. Faktiski gandrīz 40% no kopējiem izdevumiem veselības aprūpei tiek segti no privātiem iedzīvotāju tiešajiem maksājumiem, kā tas par 2012.-2014. gadu redzams 3.attēlā.

*3.attēls*

**Veselības aprūpes izdevumu sadalījums Latvijā**

*Avots: PVO*

Tikmēr vidēji Eiropas Savienības valstīs iedzīvotāju tiešie maksājumi sastāda 13.9% no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem[[20]](#footnote-21). Galvenie iemesli augstajiem iedzīvotāju tiešajiem maksājumiem ir pārāk garas rindas uz valsts apmaksātajiem pakalpojumiem, pakalpojumi ir pārāk dārgi vai nav ģeogrāfiski pieejami.

Līdz ar to, palielinot valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamību, sagaidāms, ka daļa no iedzīvotājiem, kuri pakalpojumus saņem veicot privātus maksājumus, turpmāk izvēlēsies saņemt valsts apmaksātus pakalpojumus. Atbilstoši SPKC aplēsēm tādējādi sagaidāms, ka lai nodrošinātu valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamību ņemot vērā pacientu ieplūšanu no maksas pakalpojumu sektora, papildus nepieciešams palelināt pieejamo valsts apmaksāto pakalpojumu apjomu vēl vismaz papildus 50% apmērā. Attiecīgi, lai nodrošinātu vēl 25% rindu samazinājumu sākot ar 2018. gadu, kopā sasniedzot rindu samazinājumu par 50%, nepieciešams ambulatoro pakalpojumu pieejamībā ieguldīt vēl vismaz 24 898 970 *euro* gadā, sniedzot vēl papildus 1 096 219 pakalpojumus.

Tomēr papildus iedzīvotājiem pieejamo pakalpojumu apjomu ierobežo arī ārstniecības iestāžu spēja sniegt nepieciešamos pakalpojumus valsts pasūtītajā apjomā. Tam pamatā ir faktiskajai tirgus cenai neatbilstošs pakalpojuma apmaksas tarifs, galvenokārt darba samaksas jomā. NVD 2016.gada decembrī ir veicis pakalpojumu sniedzēju aptauju par iespējām turpmāk sniegt papildus ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus.

*3.tabula*

**Ārstniecības iestāžu iespējas sniegt papildus veselības aprūpes pakalpojumus**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. p. k.** | **Pakalpojumu veids** | **Pakalpojumu skaits gadā** |
|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Izmeklējumi | 615 663 |
| 2 | Rehabilitācijas pakalpojumi | 334 154 |
| 3 | Speciālistu konsultācijas | 550 548 |
| 4 | Dienas stacionārs | 113 640 |
|  | **Kopā** | **1 614 005** |

*Avots: NVD, 2016.gada decembra aptaujas dati*

Ņemot vērā ārstniecības iestāžu pieejamos resursus, tikai ambulatorajā rehabilitācijā iespējams nodrošināt piedāvājumu atbilstoši papildus nepieciešamajam pakalpojumu skaitam 2018. un 2019.gadā. Savukārt izmeklējumus, speciālistu konsultācijas un dienas stacionāra pakalpojumus esošajā situācijā nav iespējams nodrošināt sekmīgas intervences turpināšanai nepieciešamajā apjomā.

Lai nodrošinātu piedāvājuma palielinājumu, nepieciešams pakāpeniski palielināt ārstniecības personu darba samaksu, tādējādi ārstniecības personām radot apstākļus izvēlēties sniegt valsts apmaksātus pakalpojumus maksas pakalpojumu vietā. Atbilstoši Veselības ministrijas prioritātēm cilvēkresursu jomā veselības nozarē, ārstu un funkcionālo speicālistu vidējai darba samaksai jāsasniedz divkārša tautsamniecībā nodarbināto vidējā darba samaksa, ārstniecības un pacientu aprūpes personu darba samaksai jāsasniedz 60% un ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personu darba samaksai jāsasniedz 40% no ārstu un funkcionālo speciālistu darba samaksas.

Līdz ar to sekmīgai reformu turpināšanai, kas tieši ietekmēs pakalpojumu pieejamības palielināšanu un iedzīvotāju tiešo maksājumu samazināšanu, nepieciešams novirzīt finansējumu ārstniecības personu darba samaksas paaugstināšanai 2018. un 2019.gadā 150 miljonu *euro* apmērā ik gadu, kas pieejamā finansējuma apjomā būs jānodrošina vispārējās veselības aprūpes reformas ietvaros.

Minēto faktoru ietekmē tiks veikta būtiska reforma veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai iedzīvotājiem, samazinot rindu garumu vismaz 50% apmērā un ievērojami samazinot iedzīvotāju tiešo maksājumu par veselības aprūpes pakalpojumiem apjomu.

Iedzīvotāju pašnovērtējumā minētās neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem *(unmet needs for medical care*), kas bija nepieciešami, bet netika saņemti, finansiālu, garo rindas vai nepieejamības iemeslu dēļ atspoguļotas 4.attēlā. Šie dati tiek apkopoti no Eiropas statistikas apsekojuma par ienākumiem un dzīves apstākļiem. Slimību profilakses un kontroles centrs modelēja situāciju līdz 2021.gadam par rezultātiem tālāk ieguldot vai arī neieguldot līdzekļus pieejamības uzlabošanā. Turpmākajos gados, veicot finansiālus ieguldījumus, iedzīvotāju pašvērtējuma prognozei par pieejamību ir jāuzlabojas, bet neieguldot līdzekļus tiek prognozēts, ka situācija ar pakalpojumu nepieejamību sasniedz kritisko līmeni, kas atspoguļojas arī pašvērtējumā.

*4.attēls*

**Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, %**

*Avots: SPKC, EUROSTAT - SILC[[21]](#footnote-22)*

## **2.3**. **Reformas valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam VHC pacientiem F3-F4 stadijā**

Valsts apmaksājamās medikamentu iegādes kompensācijas sistēmas uzdevums ir nodrošināt pārsvarā ar hroniskām slimībām slimojošajiem pacientiem, ņemot vērā slimības raksturu un smaguma pakāpi, atbilstošās nepieciešamās zāles un arī medicīniskās ierīces, kuru lietošanas rezultātā var tikt pagarināta pacientu ar hroniskām saslimšanām dzīvildze vai labi kontrolētu slimības pazīmju laiks, samazināts paasinājumu biežums, invaliditātes risks, hospitalizācijas gadījumu skaits hroniskas slimības paasinājumu vai komplikāciju dēļ, kā arī kontrolēts un uzlabots veselības stāvoklis.

Šobrīd no medikamentu iegādes kompensācijas sistēmas budžeta līdzekļiem pacientiem ir iespēja saņemt noteiktu slimību ārstēšanai nepieciešamos medikamentus, kurus valsts kompensē 100 %, 75 % un 50 % apmērā atkarībā no diagnozes (diagnožu saraksts ir iekļauts 2006. gada 31.oktobra MK noteikumu Nr. 899 “Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” 1. pielikumā), tajā skaitā:

* zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā, tajā skaitā bērniem līdz 18 gadiem zāles un medicīniskās ierīces no kompensējamo zāļu saraksta tiek apmaksātas 100 % apmērā (lētākās līdzvērtīgas efektivitātes zāles). Lētāko zāļu 100 % kompensācija neattiecas uz M sarakstā iekļautajām zālēm;
* M sarakstā iekļauto zāļu kompensācija (zāļu kompensācija 50 % apmērā bērnam līdz 24 mēnešu vecumam, ja viņam nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru un kompensācija 25 % apmērā grūtniecei vai sievietei pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru);
* C sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija;
* zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuāliem pacientiem;
* zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija – zāles un medicīniskās ierīces, kuras atbilstoši kompensācijas nosacījumiem drīkst izrakstīt konkrētas ārstniecības iestādes speciālisti.

Kompensējamo zāļu saņēmēju (unikālo pacientu) skaits ar katru gadu palielinās (skat. 5.attēlu), jo papildus tiem pacientiem, kuri jau saņem ārstēšanu, katru gadu tiek diagnosticēti jauni. Ņemot vērā, ka zāļu iegādes izdevumu kompensācijas sistēmā pārsvarā iekļautas hroniskas slimības, pacientiem ārstēšanās nepieciešama pastāvīgi, un zāļu pareiza lietošana ambulatorajā ārstēšanā novērš vai samazina stacionārās ārstēšanas gadījumu skaitu.

Lai nodrošinātu vienlīdzību kompensējamo zāļu saņemšanā visiem pacientiem ar vienādu diagnozi, nav iespējams atteikt zāļu izrakstīšanu no jauna diagnosticētajiem pacientiem. Tādējādi arī gadījumā, ja zāļu kompensācijas sistēma netiek attīstīta (papildināta ar jaunām diagnozēm un inovatīvām zālēm), jārēķinās ar papildus izdevumiem.

*5.attēls*

**Unikālo pacientu skaita dinamika 2012.-2016. gadā**

*Avots: NVD*

Ņemot vērā, ka zāļu kompensācijai piešķirto valsts budžeta līdzekļu apmērs aug lēnāk, nekā unikālo pacientu skaits, finansējuma apjoms, kas izlietots uz vienu pacientu, samazinās, liedzot iekļaut kompensējamo zāļu sarakstā jaunākās paaudzes medikamentus (skat. 6. attēlu).

*6.attēls*

**Zāļu kompensācijas apjoma un viena pacienta izmaksu korelācija**

*Avots: NVD*

Neraugoties uz pastāvīgi nepietiekamo finansējumu, Veselības ministrija ir centusies esošo līdzekļu ietvaros nodrošināt pieejamību kompensējamām zālēm iespējami plašākam pacientu lokam:

* 2010.gadā tika rasta iespēja palielināt asinsrites sistēmas slimību diagnožu kompensācijas apmēru no 50% uz 75%;
* sākot ar 2011.gada 1.martu tika palielināts kompensācijas apmērs no 50% uz 75% diagnožu grupai „Vīrushepatīti”;
* 2012.gadā tika nodrošināta Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānā paredzēto uzdevumu izpilde: sākot ar 2012.gada 1.augustu – gripas vakcīnas iegādes izdevumu kompensācija 50% apmērā grūtniecēm; ar 2012.gada 1.septembri –recepšu zāļu iegādes izdevumu kompensācija bērniem līdz 2 gadu vecumam 50% apmērā un grūtniecēm vai sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām 25% apmērā; ar 2012.gada 1.novembri – zāļu iegādes izdevumu kompensācija 100% apmērā neauglības ārstēšanai;
* sākot ar 2014.gadu tika nodrošināta 100% zāļu kompensācija bērniem līdz 18 gadu vecumam;
* sākot ar 2015.gada 1.jūliju tika paplašināta antibiotiku kompensācija akūtām respiratorām slimībām un vidusauss iekaisumam bērniem līdz 18 gadu vecumam;
* sākot ar 2015.gada 1.jūliju tika palielināts zāļu kompensācijas apmērs no 50% uz 75% Krona slimības, Čūlainā kolīta un Zvīņēdes pacientiem.

Papildus iepriekš minētajam, sākot ar 2016.gada 1.janvāri diagnožu grupai „Vīrushepatīti” tika palielināts kompensācijas apmērs no 75% uz 100%, kā arī atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas rekomendācijām tika mainīti HIV/AIDS kompensācijas nosacījumi ātrākai terapijas uzsākšanai. Minētās izmaiņas tika veiktas, pamatojoties uz hroniska C hepatīta (turpmāk – VHC) epidemioloģisko situāciju valstī.

Modelējot VHC izplatību sabiedrībā, infektoloģijas speciālistu veiktajā pētījumā tika secināts, ka VHC antigēns ir konstatējams 1,7% Latvijas iedzīvotāju asinīs. Katru gadu tiek reģistrēti vairāk kā 1000 jaunatklāti VHC infekcijas gadījumi. Lielākajai daļai šo cilvēku ir VHC bezsimptomu forma, kas nozīmē, ka viņiem nav slimības klīnisko izpausmju, bet viņi ir infekciozi, un ilgākā laika periodā šie cilvēki var kļūt par VHC pacientiem ar dažādas pakāpes aknu bojājumiem.

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk – PVO) pētījumiem, 33% ar VHC inficētajām personām 30 gadu laikā attīstās aknu ciroze vai aknu ļaundabīgie audzēji, kas ir smagas aknu slimības un ierobežo cilvēka darba spējas, un noved pie letāla iznākuma[[22]](#footnote-23). Tādēļ 2016. gada maijā Pasaules Veselības Asamblejā 194 valstis, tai skaitā Latvija, pieņēma Vispasaules veselības sektora stratēģiju par VHC izplatības ierobežošanu, kurā ir ietverta apņemšanās līdz 2030. gadam likvidēt VHC kā sabiedrības veselības problēmu un panākt, ka 80% no inficētajām personām saņem ārstēšanu.

Latvijas eksperti sadarbībā ar Slimību analīzes centra (Center of Disease Analysis – turpmāk CDA)[[23]](#footnote-24) pārstāvjiem veica aprēķinus, kas norāda - ja Latvijā netiks nodrošināta pietiekami efektīva VHC ārstēšana, pastāv risks, ka 2030. gadā ar VHC Latvijā būs inficēti gandrīz 50 tūkstoši pacientu, no kuriem aptuveni 10% VHC pacientu (5000 VHC pacientu) būs aknu cirozes, aknu cirozes dekompensētā stadijā, aknu vēži vai nepieciešamība veikt aknu transplantācijas. Pacienti ar aknu cirozi, dekompensētu aknu cirozi un aknu vēzi ir invalīdi, kuri nav darbspējīgi un viņu ārstēšanai tiek tērēti ievērojami valsts budžeta finanšu līdzekļi.

Kā liecina Slimību profilakses un kontroles centra dati, lielākā daļa ar VHC inficēto personu ir vecumā no 18-60 gadiem, kas ir cilvēki darbspējīgā vecumā.

*4.tabula*

**VHC jaunatklāto gadījumu vecuma struktūra 2011.-2015. gados**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vecums | 0 | 1-6 | 7-14 | 15-17 | 18-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60 un > | Kopā |
| Skaits | 3 | 19 | 19 | 26 | 1354 | 2137 | 1610 | 1234 | 944 | 7346 |
| % | 0,04 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 18,4 | 29,1 | 21,9 | 16,8 | 12,9 | 100,0 |

*Avots: SPKC[[24]](#footnote-25)*

Analizējot vecuma struktūru VHC pacientiem ar smagāko F3-F4 slimības formu (prioritārā pacientu grupa ārstēšanas saņemšanai neatliekamā kārtā), jāsecina, ka lielākais īpatsvars pacientu ir vecumā no 30 līdz 69 gadiem. Šie cilvēki ir darbaspējīgā vecumā, kuriem progresējot slimībai, samazinās darbaspējas, līdz pat invaliditātei, kas iegūta, attīstoties aknu cirozei. Kā liecina VHC pacientu reģistra dati, 2016. gadā ārstniecības personu redzeslokā nonāca 1244 VHC pacienti, no kuriem 228 VHC pacientiem tika diagnosticēta F4 slimības forma (cirozes stadijā). Cirozes stadijā VHC izsauc smagus aknu darbības traucējumus, kā rezultātā tiek ierobežotas cilvēka darba spējas, līdz pat invaliditātei. Lai panāktu šo cilvēku izārstēšanu, ir nepieciešama aknu transplantācija. Atbilstoši reģistra datiem, 426 personām VHC tika diagnosticēts F3 fibrozes stadijā, kas ir aknu cirozes priekšstadija. Šos pacientus neārstējot un neatbrīvojot no VHC ierosinātāja, dažu gadu laikā viņiem tiks diagnosticēta aknu ciroze. Savukārt VHC pacientus F3 fibrozes stadijā pilnībā atbrīvojot no VHC ierosinātāja, tiktu panākta šo cilvēku pilnīga izārstēšana un atgriešanās darba tirgū. Pēc provizoriskiem VHC pacientu reģistra datiem 2016. gadā no VHC ierosinātāja tika atbrīvoti 160 pacienti ar VHC F3 stadijā. Šie cilvēki ir pilnībā atgriezušies darba tirgū un nerada risku citu cilvēku inficēšanai ar VHC ierosinātāju. Pilnīga informācija par 2016. gadā reģistrēto pacientu ārstēšanas rezultātiem būs pieejama 2017. gada aprīlī. Tiek prognozēts, ka izārstēto pacientu skaits būs lielāks.

Papildus jāņem vērā fakts, ka laika periodā no 2011. līdz 2015.gadam 1354 personām vecumā no 18-29 gadiem ir jau reģistrēts VHC. No šīm personām 30% (406) līdz 50 gadu vecumam attīstīsies aknu ciroze, kas nozīmē ierobežotas darbaspējas un invaliditāti. Uzsākot savlaicīgu VHC ārstēšanu un novēršot vīrusa cirkulāciju sabiedrībā, var samazināt inficēšanās riskus un jaunu saslimšanas gadījumu skaitu.

*5.tabula*

**VHC pacientu, kuri vērsušies pēc palīdzības pie hepatologa, F3-F4 stadijā**

**vecuma struktūra 2015.-2016. gads**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vecums | 19-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | Kopā |
| Gadījumi, t.sk. | 93 | 376 | 355 | 370 | 163 | 26 | 1383 |
| F3 | 20 | 89 | 123 | 136 | 77 | 10 | 455 |
| F4 | 4 | 31 | 58 | 78 | 49 | 11 | 231 |
| **Kopā F3 un F4** | **24** | **120** | **181** | **214** | **126** | **21** | **686** |

*Avots: SPKC[[25]](#footnote-26)*

Analizējot nāves iemeslus pēc mirušo vecuma, vecuma grupās no 50-54 gadiem un 55- 59 gadiem viens no biežākajiem nāves cēloņiem ir VHC. 2015.gadā 73% mirušo bija vecumā no 0 līdz 64 gadiem (2013. gadā - 73%; 2014. gadā - 70%)[[26]](#footnote-27).

*7.attēls*

**Priekšlaicīgi mirušo skaits no VHC pa vecumgrupām, 2015. gads**

Izvērtējot ārstēšanas ietekmi uz VHC izplatību, tajā skaitā ar tiešās iedarbības jaunajiem medikamentiem (*New direct-acting antivirals DAAs*), pētījumi tika veikti riska uzvedības grupās (narkotiku lietotāji; vīrieši, kuriem ir dzimumsakari ar vīriešiem; pacienti ar HIV un VHC koinfekciju)[[27]](#footnote-28). Pētījumos iegūtie rezultāti pierāda, ka ārstēšana samazina infekcijas izplatību pat riska grupās. Līdz ar to, VHC ārstēšana samazina VHC izplatību arī kopējā populācijā.

Saskaņā ar CDA noteikto un Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas speciālistu[[28]](#footnote-29) sniegto informāciju, ir aprēķinātas VHC izplatības prognozes līdz 2030.gadam (par inficēšanos ar VHC, mirstību no VHC un ar VHC saistīto smagu formu izplatību), ja pacientu ārstēšanai vairāk pielieto efektīvākus medikamentus:

1. Viena gada periodā ārstējot VHC pacientus, kuriem ir noteikta 3. vai 4. pakāpes aknu fibroze, ar inovatīviem tiešās darbības pretvīrusu līdzekļiem, tiek nodrošināts, ka:

• mirstība no VHC samazinās par 2%;

• pacientu skaits ar VHC izraisītu aknu vēzi samazinās par 2%;

• dekompensētas cirozes pacientu skaits samazinās par 2% ;

• kopējais ar VHC inficēto pacientu skaits samazinās par 1%.

1. Uzsākot visu 1. genotipa pacientu ārstēšanu ar inovatīviem medikamentiem ar efektivitāti virs 90% un perspektīvā šādi ārstējot arī visus 3. genotipa pacientus, tiek nodrošināts, ka:

• mirstība no VHC samazinās par 11%;

• pacientu skaits ar VHC izraisītu aknu vēzi samazinās par 11%;

• dekompensētas cirozes pacientu skaits samazinās par 12%;

• kopējais ar VHC inficēto pacientu skaits samazinās par 7% .

Ņemot vērā augsto VHC izplatību sabiedrībā, VHC lēno slimības gaitu un starptautisko pieredzi, kā arī Latvijas infektologu un hepatologu ieteikumus, ārstēšanai no VHC ir noteiktas prioritārās pacientu grupas. Veselības ministrijas izveidotās ekspertu darba grupas rekomendācijas nosaka, ka ārstēšanai no VHC prioritārās pacientu grupas ir pacienti ar VHC F3/F4 un aknu cirozes stadijā, pacienti pirms un pēc orgānu transplantācijas, nieru mazspējas pacienti, kuriem veic hemodialīzi. Atsaucoties uz klīnisko pētījumu rezultātiem, kas pierāda, ka VHC F3/F4 stadijā pielietojot interferonu saturošās ārstēšanas shēmas, tiek nodrošināta izārstēšana tikai 70% gadījumos un mazāk, bet izvēloties šo pacientu terapijā izmantot tiešās iedarbības interferonu nesaturošos līdzekļus, tiek nodrošināta izārstēšana no VHC 95% gadījumos un vairāk, kā arī ņemot vērā to, ka interferonu saturošās terapijas ilgums ir garāks (24 nedēļas un ilgāk) nekā ārstēšanas kurss ar tiešās iedarbības pretvīrusa līdzekļiem (8-12 nedēļas), kā arī, izvērtējot abu ārstēšanas shēmu ietekmi uz komplikāciju veidošanos un risku nepabeigt ārstēšanas kursu zāļu radīto blakņu dēļ, minētā ekspertu grupa rekomendē VHC ārstēšanai pamatā izmantot zāļu shēmas, kas satur tiešās darbības interferonu nesaturošus preparātus. Izvērtējot augstāk minēto medikamentu cenas, ārstēšanas rezultātus, ārstēšanas kursa ilgumu, kā arī cilvēka darbaspējas terapijas laikā, interferonu nesaturošie medikamenti tiek atzīti par izmaksu efektīvākiem.

*6.tabula*

**Plānotais valsts kompensējamo medikamentu izlietojums VHC ārstēšanai**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  | *(euro)* | **2016**  *(euro)* | **2017**  *(euro)* | *(euro)* | **2016** | **2017** | **2017** |
| Kompensējamie medikamenti C hepatīta ārstēšanai | 26 842 | 6 600 000 | 5 100 000\* | 5 462 883 | **228** | **190** | **393** |

*\* Atbilstoši Ministru kabineta 2015.gada 8.decembra noteikumu Nr.706 “Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 31. oktobra noteikumos Nr. 899 “Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”” anotācijā norādītajam, finansējums VHC jaunās paaudzes terapijas nodrošināšanai 2017.gadā piešķirts par 1 486 168 euro mazākā apmērā nekā 2016.gadā.*

Līdz ar to nepieciešams turpināt iesākto reformu VHC ārstēšanā, nodrošinot tiešās darbības interferonu nesaturošo preparātu pieejamību pacientiem lielākā apjomā. Nodrošinot papildus terapiju 203 pacientiem, papildus tiks ārstēti 30% no VHC F3-F4 stadijā fiksētajiem 2015.un 2016.gada pacientiem, kopā ar esošo finansējumu, nodrošinot 57% pacientu ārstēšanu. Atbilstoši Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas speciālistu sniegtajai informācijai, tādējādi mirstība no VHC tiks samazināta par 8% jeb 11 pacientiem, savukārt kopējais inficēto skaits samazinātos par 4% jeb 1 600 inficētajiem, mirstību samazinot vēl par 117 pacientiem. Atbilstoši 5.tabulā norādītajam, 50% no VHC pacientiem ir F3-F4 stadijā, kas potenciāli ir darbnespējīgi iedzīvotāji. Tādējādi, veicot ārstēšanu F3-F4 stadijas pacientiem, tie tiek atgriezti darba tirgū, sniedzot ieguldījumu kopējā valsts tautsaimniecībā vismaz 64 miljonu apmērā, ņemot vērā, ka viena iedzīvotāja dzīvības cena ir 500 000 *euro[[29]](#footnote-30)*, kā arī vismaz 17,7 miljonu apmērā, ņemot vērā, ka PZMG tiek samazināti par 1 433 gadiem atbilstoši mirušo prognozējamai vecuma struktūrai. Reforma VHC pacientu ārstēšanai tiks turpināta arī 2018. un 2019.gadā, pēc reģistrēto F3-F4 stadijas pacientu izārstēšanas, papildus ārstējot F2 stadijas pacientus.

|  |
| --- |
| **Reformas mērķis ir ieguldot papildus valsts līdzekļus turpināt iesākto reformu medikamentu pieejamības nodrošināšanā un vienlaikus arī epidemioloģiskās situācijas uzlabošanā valstī, strukturāli mainot pieeju VHC pacientu aprūpei un ārstēšanas organizācijai un rezultātā uzlabojot pamatā darbspējīgā vecuma iedzīvotāju dzīves kvalitāti un darbspēju, saņemot ieguvumus tautsaimniecībā vismaz 64 miljonu apmērā, mazinoties mirstībai un vismaz 17,7 miljonu apmērā, ņemot vērā, ka PZMG tiek samazināti par 1 433 gadiem atbilstoši mirušo prognozējamai vecuma struktūrai.**  **Indikatīvie rādītāji:**   * **Papildus tiek ārstēti 203 pacienti jeb 30% no VHC F3-F4 aknu bojājuma stadijā esošajiem pacientiem** * **Mirstība no VHC tiks samazināta par 8%** * **Kopējais inficēto skaits samazinātos par 4% jeb 1 600 inficētajiem** |

Ņemot vērā esošās tendences kompensējamo zāļu sistēmā, bez papildus finansējuma piešķiršanas 2017.gadā būs nepieciešama kompensējamo medikamentu sistēmas pārskatīšana, samazinot valsts apmaksāto medikamentu grozu.

# **3. Turpmākā rīcība reformu īstenošanā**

Laika posmā no 2013.gada līdz 2015.gadam Veselības ministrijas budžeta izdevumi pieauga par 57 miljoniem *euro*. Tajā pašā laikā potenciāli zaudētie mūža gadi 2015.gadā samazinājās līdz 88 191 (5 541 uz tūkst. iedzīvotājiem), salīdzinot ar 96 670 (5 924 uz tūkst. iedzīvotājiem) 2013.gadā. Līdz ar to 1 miljona ieguldījums veselības aprūpē ir devis 148 potenciāli zaudēto mūža gadu samazinājumu, kopumā tautsaimniecībai ietaupot 104 miljonus *euro*. Veicot turpmākus ieguldījumus veselības nozares reformu procesā, sagaidāms arī turpmāks ieguvums tautsaimniecības izaugsmē, kas tiks monitorēts.

Prognozējot potenciāli atgūtos (nezaudētos) mūža gadus gadījumā, ja ieguldījumi netiek veikti, domājams, ka pakāpeniski uzlabojoties iedzīvotāju veselībpratībai un ņemot vērā nelielos uzlabojumus iepriekšējos periodos, kā arī uzlabojoties ārstniecības procesa koordinācijai t.sk. e-veselības ieviešanas rezultātā, sagaidāma esošās situācijas neliela uzlabošanās, vienlaikus saglabājoties pieejamības problēmām it īpaši sociāli neaizsargātiem, kuri pie ārsta vērsīsies novēloti. Gala rezultātā minētie faktori datos atspoguļosies kā mirstības saglabāšanās vai pat neliela palielināšanās vecuma grupā līdz 65 gadiem un PZMG skaita minimāla lejupslīde vai pat stagnēšana (skat.8.attēlu).

*8.attēls*

**Potenciāli zaudēto mūža gadu prognoze, ja ieguldījumi netiek veikti**

*Avots: SPKC*

Veicot ziņojumā minētās reformas, palielinot pieejamību valsts apmaksātiem ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem un palielinot VHC pacientu F3-F4 stadijā ārstēšanas apjomu,samazināsies Potenciāli zaudēto mūža gadu skaits, jo palielināsies iedzīvotāju dzīvildze un samazināsies priekšlaikus mirušo skaits (skat. 9.attēlu).

*9.attēls*

**Potenciāli zaudēto mūža gadu prognoze, ja ieguldījumi tiek veikti**

*Avots: SPKC*

Tāpat reformu rezultātā uzlabosies iedzīvotāju pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem, galvenokārt zemākajā ienākumu kvintilē (skat. 10.attēlu) un samazināsies iedzīvotāju tiešie maksājumi par veselības aprūpes pakalpojumiem. Minētajos rādītājos Latvija pārliecinoši ir vienā sliktākajām situācijām Eiropas Savienībā uz ko atkārtoti norāda arī Eiropas Komisija.

*10.attēls*

**Iedzīvotāju vērtējums veselības aprūpes pieejamības ierobežojumiem finansiālu, ģeogrāfisku vai gaidīšanas iemeslu dēļ (ziņotās neapmierinātās vajadzības), %**

*Avots: SPKC*

Līdz ar to reformu sekmīgai turpināšanai ambulatoro pakalpojumu pieejamības jomā un iedzīvotāju tiešo maksājumu samazināšanā, kā arī valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam VHC pacientiem F3-F4 stadijā saskaņā ar SVP noteikto, nepieciešams pārdalīt Veselības ministrijai veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanai budžeta resora “74.Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums” 08.00.00 programmā “Veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanas finansējums” rezervēto finansējumu 22 062 190 *euro* apmērā veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu īstenošanai 2017.gadā [[30]](#footnote-31).

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Kārlis Ketners

1. Eiropas Savienības Padomes ieteikumi par Latvijas 2016. gada valsts reformu programmu un ar ko sniedz Padomes atzinumu par Latvijas 2016. gada stabilitātes programmu (5) [↑](#footnote-ref-2)
2. Padomes ieteikums (2016. gada 12. jūlijs) par Latvijas 2016. gada valsts reformu programmu un ar ko sniedz Padomes atzinumu par Latvijas 2016. gada stabilitātes programmu [↑](#footnote-ref-3)
3. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam (MK rīkojums Nr. 589 14.10.2014) ir vidēja termiņa attīstības plānošanas dokuments, kas balstās uz Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģiona stratēģiju "Veselība 2020" un ir izstrādātas, lai aktualizētu Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011.-2017. gadam iekļauto situācijas raksturojumu, problēmu formulējumu, mērķus, politikas rezultātus, rīcības virzienos ietvertos uzdevumus un saskaņotu tos ar Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.-2020. gadam un jauno finanšu plānošanas periodu. [↑](#footnote-ref-4)
4. Veselīgi nodzīvotie mūža gadi ir laiks, kurus cilvēks prognozējami var nodzīvot bez slimībām un invaliditātes jeb aktivitātes ierobežojumiem. [↑](#footnote-ref-5)
5. Potenciāli zaudētie mūža gadi – gadi, kurus cilvēks būtu nodzīvojis līdz noteiktam vecumam (LV lietotais slieksnis līdz 64 gadiem), ja nebūtu nomiris. Jo agrākā vecumā iedzīvotāji mirst, jo lielāks ir potenciāli zaudēto mūža gadu skaits. [↑](#footnote-ref-6)
6. Slimību profilakses un kontroles centra (turpmāk – SPKC) aprēķini [↑](#footnote-ref-7)
7. Avots: Centrālā statistikas pārvalde [↑](#footnote-ref-8)
8. Avots: SPKC [↑](#footnote-ref-9)
9. Ministru kabineta rīkojums Nr.589 2014.gada 14.oktobrī (prot. Nr.51 53.§) “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (6-7.lpp.) [↑](#footnote-ref-10)
10. Eiropas Savienības Padomes ieteikumi par Latvijas 2016. gada valsts reformu programmu un ar ko sniedz Padomes atzinumu par Latvijas 2016. gada stabilitātes programmu (10) [↑](#footnote-ref-11)
11. Eiropas komisijas 2016.gada ziņojums par Latviju [↑](#footnote-ref-12)
12. Eiropas komisijas 2016.gada ziņojums par Latviju [↑](#footnote-ref-13)
13. Avots: Eiropas Komisija (calculations on impact of mortality on labour force size, measured as the number of potential working life years per birth cohort, standardised for population size and age cohort mix, based on Eurostat, 2013 figures.) [↑](#footnote-ref-14)
14. M. Štāle, J.Skrule „Latvijas iedzīvotāju veselība”, analītisks ziņojums, SPKC 2012 [↑](#footnote-ref-15)
15. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam (MK rīkojums Nr. 589 14.10.2014) kopsavilkums [↑](#footnote-ref-16)
16. Ministru kabineta rīkojums Nr.589 2014.gada 14.oktobrī (prot. Nr.51 53.§) “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (6.lpp.) [↑](#footnote-ref-17)
17. Ministru kabineta rīkojums Nr.589 2014.gada 14.oktobrī (prot. Nr.51 53.§) “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (83.lpp.) [↑](#footnote-ref-18)
18. Ministru kabineta rīkojums Nr.589 2014.gada 14.oktobrī (prot. Nr.51 53.§) “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (6.-7.lpp.) [↑](#footnote-ref-19)
19. Tiek novērtēta kopējā intervences ietekme, ņemot vērā ambulatoro pakalpojumu dažādību un to ietekmi uz dažādām saslimšanas diagnozēm [↑](#footnote-ref-20)
20. Avots: PVO [↑](#footnote-ref-21)
21. http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tespm110&plugin=1 [↑](#footnote-ref-22)
22. # Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021

    [↑](#footnote-ref-23)
23. ASV bāzēts sabiedrības veselības pētījumu uzņēmums, kura pamatdarbības jomas ir epidemioloģija un slimību izplatības modelēšana, tai skaitā slimību ekonomiskās ietekmes analīze. http://centerforda.com/about\_us.htm [↑](#footnote-ref-24)
24. Avots SPKC infekcijas slimību uzraudzības un monitoringa sistēmas VISUMS (apkopo informāciju par jaunatklātiem VHC infekcijas gadījumiem) [↑](#footnote-ref-25)
25. Avots SPKC VHC pacientu reģistrs (apkopo informāciju par VHC pacientiem, kas vērsušies pie ārsta) [↑](#footnote-ref-26)
26. SPKC Nāves cēloņu datubāze [↑](#footnote-ref-27)
27. http://cid.oxfordjournals.org/content/62/9/1072.full

    http://betablog.org/can-treatment-prevention-work-hepatitis-c/, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26524330 , [↑](#footnote-ref-28)
28. I.Tolmane, A.Jēruma, B.Rozentāle, J.Storoženko RAKUS stacionārs “Latvijas Infektoloģijas centrs” [↑](#footnote-ref-29)
29. Ceļu satiksmes drošības direkcijas dati [↑](#footnote-ref-30)
30. Atbilstoši 2016.gada 30.augusta sēdes protokollēmuma Nr.43 23§ 2.punktā un likumā “Par valsts budžetu 2017.gadam” 56.pantā noteiktajam [↑](#footnote-ref-31)