**Informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2018.gadā”**

Informatīvais ziņojums (turpmāk – ziņojums) ir sagatavots atbilstoši likuma “Par valsts budžetu 2018. gadam” 54.pantā noteiktajam, ka veselības aprūpes finansēšanai budžeta resora “74. Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums” 08.00.00 programmā “Veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanas finansējums” rezervēto finansējumu 113 400 000 euro apmērā finanšu ministrs pārdala Veselības ministrijai pēc tam, kad Ministru kabinets ir apstiprinājis finansējumu veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu īstenošanai 2018. gadā.

Latvija savā 2016. gada stabilitātes programmā ir pieprasījusi īslaicīgu novirzi 0,5% apmērā no iekšzemes kopprodukta nepieciešamajām korekcijām vidēja termiņa budžeta mērķa sasniegšanai, 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-3). Eiropas Savienības Padome savās rekomendācijās Latvijai atkārtoti iesaka uzlabot veselības aprūpes sistēmas pieejamību, kvalitāti un izmaksu lietderību[[2]](#footnote-4).

Ministru kabineta ar 2014.gada 14.oktobra rīkojuma Nr. 589 apstiprinātajā vidēja termiņa attīstības plānošanas dokumentā „Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam”[[3]](#footnote-5) (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-6);
* par 11 % samazināt potenciāli zaudēto mūža gadu (līdz 64 gadu vecumam)[[5]](#footnote-7) rādītāju (2020. gadā sasniegt 5 300 uz 100 000 iedzīvotāju).

2017. gada reformai paredzēto līdzekļu no Eiropas Komisijas pieļautās budžeta deficīta atkāpes 34,3 milj. euro apmērā plānotā izlietojuma ziņojumā tika uzsvērti tautsaimniecības zaudējumi ko valstij ik gadu rada iedzīvotāju priekšlaicīga mirstība. Ņemot vērā pieejamo papildus finansējumu, kas 2018. gadā sastāda 0,4 % Eiropas Komisijas pieļautās budžeta budžeta deficīta atkāpes jeb 113,4 milj. euro, uzsāktās reformas nepieciešams turpināt un paplašināt ar jaunām iniciatīvām veselības aprūpes efektivitātes un ilgtspējas uzlabošanā, kas pamatotas ziņojumā.

# **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”[[6]](#footnote-8).**

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”[[7]](#footnote-9).**

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 ministrijai reformu veikšanai jau 2017.gadā papildus tika piešķirts finansējums 34 324 450 *euro* apmērā. Pateicoties papildus finansējumam, sekmīgi tika uzsākts īstenot reformas rindu mazināšanai pie speciālistiem, uz diagnostiskajiem izmeklējumiem, dienas stacionārā un ambulatorajā rehabilitācijā, onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošanai un valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam hroniska C hepatīta (turpmāk – VHC) pacientiem F3-F4 aknu bojājuma pakāpes stadijā. Uzsāktās reformas aprakstītas informatīvajos ziņojumos “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2017.gadā” (20.12.2016 MK sēdes protokola Nr.69 86.§) un “Par veselības reformas pasākumu īstenošanas turpināšanu 2017.gadā” (14.02.2017 MK sēdes protokola Nr.7 45.§).

Atbilstoši informatīvajos ziņojumos “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2017.gadā” un “Par veselības reformas pasākumu īstenošanas turpināšanu 2017.gadā” minētajam, lai uzsāktās reformas sasniegtu mērķi, tās nepieciešams turpināt arī turpmākajos periodos. Līdz ar to uzsāktās intervences tiks turpinātas, savukārt to paplašināšanai un jaunu reformu uzsākšanai papildus 2017.gadā piešķirtajam finansējumam, 2018.gadā pieejams finansējums 79 075 550 *euro* apmērā, kurus plānots izmantot turpinot veselības aprūpes reformu īstenošanu:

1. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai un rindu mazināšanai (t.sk. turpinot 2017.gadā uzsākto rindu mazināšanu pie speciālistiem, uz diagnostiskajiem izmeklējumiem, dienas stacionārā un ambulatorajā rehabilitācijā);
2. Onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošanai (t.sk. turpinot un paplašinot 2017.gadā uzsāktās aktivitātes);
3. Infekcijas slimību izplatības mazināšanai (t.sk. turpinot 2017.gadā uzsāktās reformas valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam VHC pacientiem F3-F4 stadijā);
4. Primārās veselības aprūpes sistēmas kvalitātes un pieejamības uzlabošanai;
5. Kardiovaskulārās saslimstības mazināšanai un slimību ārstēšanas efektivitātes uzlabošanai.

*1.tabula*

**Veselības nozares reformu turpināšanai no Eiropas Komisijas pieļautā budžeta deficīta papildus piešķirtā finansējuma sadalījums 2018.gadam**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Plānotais pasākums** | **Finansējums kopā** |
|  |  | *(euro)* |
| 1. | Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošana | 46 073 209 |
| 2. | Onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošana | 29 896 594 |
| 3. | Infekcijas slimību izplatības mazināšana | 16 740 741 |
| 4. | Primārās veselības aprūpes sistēmas kvalitātes un pieejamības uzlabošana | 9 664 036 |
| 5. | Kardiovaskulārās saslimstības mazināšana un slimību ārstēšanas efektivitātes uzlabošana | 11 025 420 |
|  | **Kopā:** | 1. **400 000** |

Vērtējot reformu veikto pasākumu ietekmi uz konkrētiem veselības nozares rādītājiem, ziņojumā izmantotas Veselības ministrijas galveno speciālistu, profesionālo asociāciju, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, SIA “Rīgas austrumu klīniskā universitātes slimnīca” speciālistu prognozes. Citu speciālistu prognožu gadījumā ziņojumā iekļauta atsauce.

## **Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanas rezultāti 2017. gadā un jaunās iniciatīvas 2018. gadā**

## **1.1. Reformas rezultāti 2017. gadā**

2017.gadā tika uzsāktas reformas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai, kas atbilstoši pasākumu izpildei uz 2017.gada 1.jūliju ir devušas tūlītēju rezultātu. Kopā ambulatoro pakalpojumu skaita pieaugums plānots 730 822 pacientiem, tādējādi nodrošinot pakalpojumu apjoma pieaugumu 13,9% apmērā, kas veido 25% rindas samazinājumu. Ar papildus 2017.gadā piešķirto finansējumu 16 599 307 euro apmērā, tiek nodrošinātas:

* papildus 270 246 speciālistu konsultācijas;
* papildus 328 076 ambulatorie izmeklējumi;
* papildus 62 472 dienas stacionāra pakalpojumi;
* papildus 70 028 ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi;

Atbilstoši 2017.gada 1.pusgada faktiskajai izpildei:

* speciālistu konsultāciju pieaugums īstenots 54% apmērā no gada plānotā konsultāciju pieauguma apjoma, vidēji samazinot rindu garumu uz speciālistu pakalpojumiem par 24,26 %;
* ambulatoro izmeklējumu un terapijas pieaugums īstenots 57 % apmērā no gada plānotā izmeklējumu un terapijas pieauguma apjoma, vidēji samazinot rindu garumu uz speciālistu pakalpojumiem par 12,35 %;
* valsts apmaksāto pakalpojumu apjoms dienas stacionārā īstenots 55,4 % apmērā no gada plānotā dienas stacionāra pieauguma apjoma, vidēji samazinot rindu garumu uz dienas stacionāra pakalpojumiem par 39,43 %;
* ambulatorās rehabilitācijas pieaugums īstenots 55,1 % apmērā no gada plānotā pieauguma apjoma rehabilitācijā, vidēji samazinot rindu garumu uz speciālistu pakalpojumiem par 6 %.

|  |
| --- |
| **Līdz ar to secināms, ka uzsāktās reformas 2017.gada 1.pusgadā ir sasniegušas mērķi un, lai sekmīgi turpinātu uzsāktās intervences pakalpojumu pieejamības jomā un nodrošinātu, ka līdz 2019.gada beigām rindu apjoms ambulatorā aprūpē samazinās par 50%, nepieciešams papildus pakalpojumu apjoma pieaugums 2018. gadā.** |

*2*.*tabula*

**Sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē plānotais pakalpojuma skaits**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Viena pakalpojuma vidējās izmaksas \*** | **Papildus piešķiramais finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** |
|  |  | *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2018** |
| 1. | Speciālistu konsultācijas | 12,53 | 3 386 182 | 270 246 |
| 2. | Ambulatorie izmeklējumi un terapija | 22,99 | 7 542 467 | 328 076 |
| 3. | Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi | 82,65 | 5 163 311 | 62 472 |
| 4. | Ambulatorā rehabilitācija | 7,26 | 508 403 | 70 028 |
|  | **Kopā** |  | **16 600 363** | **730 822** |

\* pakalpojumu tarifs ar 2017.gada darba samaksu. Darba samaksas pieaugums esošajiem pakalpojumiem nodrošināts no papildus finansējuma piešķīruma nozarei sasitībā ar 1% palielinājumu sociālajām iemaksām

2018.gadā papildus plānots uzsākt papildus pasākumus stacionāro pakalpojumu pieejamības uzlabošanā – endoprotezēšanas pakalpojumiem stacionārā, darbnespējas saīsināšanai un pasākumiem prognozējamās invaliditātes novēršanai ar mērķi novērst ilgstošu slimošanu personām darbspējīgā vecumā, aknu transplantācijām stacionārā, diabēta apmācības kabinetu izveidei un hronisko pacientu aprūpes reformai.

Jāuzsver, ka sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu faktiskais rindu garuma samazinājums notiek lēnāk, jo novērojama pacientu uzvedības maiņa - daļas pacientu pārvirzīšanās no maksas pakalpojumiem uz valsts apmaksātu pakalpojumu sektoru (tā dēvēto “out of pocket” maksājumu samazināšanās ietekme), tādejādi palielinot pieprasījumu pēc valsts apmaksātas veselības aprūpes. Pacientu uzvedības maiņas noteikšanai izmantotie rādītāji, balstoties uz Centrālās statistikas pārvaldes 2016.gada “Iedzīvotāju veselības apsekošanas rezultātiem”, skatāmi 3.tabulā.

*3.tabula*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Latvijas iedzīvotāju skaits 2017.gadā | 1 949 267 |
| 2. | Iedzīvotāju skaits %, kuri rindu, attāluma vai finanšu dēļ nav saņēmuši veselības aprūpes pakalpojumus | 13,8%[[8]](#footnote-10) |
| 3. | Iedzīvotāju skaits, kuri rindu, attāluma vai finanšu dēļ nav saņēmuši sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus | 268 999 |
| 4. | Konsultāciju biežums pie speciālistiem divas vai vairāk reižu (četrās nedēļās) | 4,7% [[9]](#footnote-11) |
| 5. | Nesaņemto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu skaits (rindu, attāluma vai finanšu dēļ) | 281 642 |

**Balstoties uz šobrīd esošajiem rindu garumiem sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē aprēķināta nesaņemto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu ietekme (ieplūšana valsts apmaksāto pakalpojumu segmentā), kas indikatīvi noteikta 16,16 % apmērā.**

Pie noteiktiem speciālistiem var doties bez nosūtījuma (tiešā pieejamība). Uz 2017.gada 1.jūliju pacientu gaidīšanas **rindas uz speciālistu konsultācijām ir samazinājušās** vidēji līdz 76,10 dienām salīdzinājumā ar situāciju pirms reformu uzsākšanas, kad vidējais gaidīšanas laiks bija līdz 100,48 dienas. Nodrošinot turpmāku pakalpojumu pieaugumu 2018.gadā plānots rindu samazinājums līdz 40% no sākotnējā rindu apjoma.

Uz 2017.gada 1.jūliju pacientu gaidīšanas **rindas uz dienas stacionārā sniegtajiem pakalpojumiem ir samazinājušās** vidēji līdz 246,5 dienām salīdzinājumā ar situāciju pirms reformu uzsākšanas, kad vidējais gaidīšanas laiks bija līdz 407 dienas. Sākotnēji sasniegts lielāks rindas samazinājums nekā plānots, tomēr turpmāk nav gaidāms tik straujš rindu samazinājums, t.sk. ņemot vērā iepriekš skaidroto pacientu uzvedības maiņu. Nodrošinot turpmāku pakalpojumu pieaugumu 2018.gadā plānots rindu samazinājums līdz 40% no sākotnējā rindu apjoma.

Uz 2017.gada 1.jūliju pacientu gaidīšanas **rindas uz ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem ir samazinājušās** vidēji līdz 469 dienām salīdzinājumā ar situāciju pirms reformu uzsākšanas, kad vidējais gaidīšanas laiks bija līdz 500,2 dienas. Ņemot vērā ievērojamo rindu garumu uz rehabilitācijas pakalpojumiem, arī rindu samazinājums zem 40 % ir būtisks pieejamības uzlabojums pacientiem. 6 % rindu samazinājums saīsinājis gaidīšanas rindu vairāk kā par mēnesi, ietverot pacientu uzvedības maiņu. Līdz ar minēto, ņemot vērā pacientu uzvedības maiņu, turpmāk sagaidāms mērens rindu samazinājumus, 2018.gadā plānojot rindu samazinājumu līdz 30 % no sākotnējā rindu garuma.

*4.tabula*

**Sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē plānotais pakalpojuma skaits**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **Izmaksas\*** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Speciālistu konsultācijas | 18.77 | 31 491 142 | 45 487 218 | 2 039 642 | 2 513 240 | **2 423 400** | **2 532 065** |
| 2. | Ambulatorie  izmeklējumi un terapija | 24.89 | 49 946 508 | 53 456 203 | 5 156 113 | 2 172 775 | **2 147 698** | **2 354 854** |
| 3. | Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi | 110.36 | 44 840 266 | 58 144 380 | 3 872 422 | 542 548 | **526 861** | **561 950** |
| 4. | Ambulatorā rehabilitācija | 12.92 | 5 612 557 | 9 587 379 | 381 476 | 772 944 | **742 287** | **771 813** |
|  | Kopā |  | 131 890 473 | 166 675 180 | 11 449 653 | 6 001 507 | **5 840 246** | **6 220 682** |

\*t.sk. tarifa palielinājums saistībā ar darba samaksas pieaugumu

Straujāku papildus pakalpojumu sniegšanu ierobežo arī ārstniecības iestāžu spēja (kapacitāte) sniegt nepieciešamos pakalpojumus valsts pasūtītajā apjomā. Tam pamatā ir atšķirība starp faktisko tirgus cenu pakalpojuma apmaksas tarifu, galvenokārt darba samaksas jomā, kas pietiekami ātri neatļauj piesaistīt uz maksas pakalpojumu sektoru pārgājušo darbaspēku. Lai apzinātu situāciju, Nacionālais veselības dienests (turpmāk – NVD) 2017.gada novembrī veicis pakalpojumu sniedzēju aptauju par iespējām turpmāk sniegt papildus valsts apmaksātus ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus.

*5.tabula*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. p. k.** | **Pakalpojumu veids** | **Pakalpojumu skaits gadā** |
|
| 1 | Izmeklējumi | 369 711 |
| 2 | Rehabilitācijas pakalpojumi | 218 573 |
| 3 | Speciālistu konsultācijas | 405 614 |
| 4 | Dienas stacionārs | 80 931 |
|  | **Kopā** | **1 074 829** |

*Avots: NVD, 2017.gada novembra dati*

Kā secināms, lai nodrošinātu ārstniecības iestāžu iespējas sniegt vēl vairāk valsts apmaksātus pakalpojumus, nepieciešams pakāpeniski palielināt ārstniecības personu darba samaksu, tādējādi ārstniecības personām radot apstākļus izvēlēties sniegt valsts apmaksātus pakalpojumus, maksas pakalpojumu vietā.

2018.gadā darba samaksas palielinājumam ārstniecības pakalpojumu tarifā plānots novirzīt 94 324 232 *euro*, kas ambulatorajā sektorā tarifā iekļauto darba samaksu ļaus palielināt: ārstiem un funkcionāliem speciālistiem līdz 1125 euro, ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem līdz 675 euro, ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām līdz 450 euro. Tādējādi prognozējams, ka palielināsies ārstniecības iestāžu iespējas piesaistīt papildus personālu un sniegt vēl lielāku pakalpojumu apjomu. Tomēr ņemot vērā, ka darba samaksas pieaugums netiks nodrošināts sākotnēji plānotajā apjomā, turklāt papildus personāla piesaistei nepieciešams zināms laiks, veicot 2019.gada pakalpojumu pieauguma plānošanu, ārstniecības iestāžu aptauja tiks veikta atkārtoti 2018.gada 2. vai 3.ceturksnī.

## **1.2. Jaunā reformas iniciatīva 2018. gadā - diabēta apmācības kabinetu izveide**

Viens no globālajiem mērķiem, ko uzstādījusi Pasaules Veselības organizācija (turpmāk - PVO), ir cukura diabēta izplatības pieauguma apturēšana līdz 2025.gadam, atgriežot to 2010.gada līmenī.

Atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra datiem[[10]](#footnote-12) Latvijā 2008.gadā bija reģistrēti 63 409 cukura diabēta pacienti (jeb 2804.1 uz 100 000 iedzīvotājiem), savukārt 2016.gadā 88 945 (jeb 4561 uz 100 000) iedzīvotājiem.

Cukuru diabēts ir hroniska, šobrīd vēl neizārstējama saslimšana, tāpēc vissvarīgākais ir pacientu noturēt optimālā, kompensētā saslimšanas stāvoklī, kad pacients var dzīvot pilnvērtīgu dzīvi, saglabāt dzīves kvalitāti un slimība tālāk neprogresē, izraisot ļoti nopietnas vēlīnas komplikācijas un pat nāvi. Tieši cukura diabēta pacientu aprūpē, bez medikamentozās terapijas ļoti svarīga ir pacientu apmācība, kas ir sistemātisks, mērķtiecīgs, aktīvs un nepārtraukts process, kurā pacients apgūst zināšanas un praktiskas iemaņas par cukura diabētu un tā kontroli.

**Ņemot vērā nepieciešamo multidisciplināro pieeju saslimšanas uzraudzībā kur kopā ar ģimenes ārstiem darbojas arī speciālisti - endokrinologi un speciāli apmācītas diabēta aprūpes māsas, reformas ietvaros būtu nepieciešams paralēli ģimenes ārstu sniegtajai aprūpei, apmaksāt atsevišķu diabēta aprūpes kabinetu sniegto diabēta pacientu apmācību un aprūpi.**

Jāatzīmē, ka kopš 2014.gada valsts apmaksā diabēta pacientu apmācības kabinetu (VSIA „Bērnu klīniskā universitātes klīnika”), kas ir devis ievērojamus uzlabojums tieši bērnu ar cukura diabētu saslimšanas kontrolē un ārstēšanā.

BKUS diabēta pacientu kabinetā 2017.gada 9 mēnešos bērnu vai bērna piederīgo apmācība tika veikta 823 reizes (prognozētais apmeklējumu skaits 2017.gadā – 1 097). Katru gadu vidēji tiek reģistrēti 6 712 jauni diabēta pacienti, prognozējot kopējo diabētu pacientu skaitu 2018.gadam, kopējais diabētu pacientu skaits varētu būt 105 754 pacienti.[[11]](#footnote-13)

Atbilstoši apstiprinātajai tehnoloģijai [[12]](#footnote-14) diabēta pacienta apmācības cikla ilgums ilgst 12 stundas. Lai izietu apmācības ciklu, katram pacientam nepieciešams apmeklēt diabēta kabinetu 4 reizes. Pirmreizējiem pacientu apmācībai tiek plānots 26 848 apmeklējumi (6 712 pirmreizējie pacienti x4 apmeklējumi). Savukārt atkārtotai jeb mērķtiecīgai apmācībai (1 reizi 5 gados) plānots 84 603 apmeklējumi (105 754x4:5). Papildus plānots, ka 5 500 apmeklējumi būtu nepieciešami individuālai apmācībai. Kopā nepieciešams diabētu apmācības kabinetos diabētu pacientu apmācībai plānot 116 951 apmeklējumus gadā. Pieņemot, ka vidējais apmeklējumu skaits dienā vienā kabinetā ir 12 apmeklējumi, lai veiktu visu diabēta pacientu apmācību, valstī kopā būtu nepieciešami 38 kabineti.

2018.gadā papildus plānots apmaksāt 11 diabēta apmācības kabinetus (4 kabinetus universitātes slimnīcās un 7 reģionālās slimnīcās), kas sastāda 29 348 euro. Prognozētais apmeklējumu skaits šajos kabinetos – 33 264 apmeklējumi.

*6.tabula*

**Diabēta apmācības kabinetu izveidei nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. p. k. |  | **Papildus kabinetu skaits** | Ārstniecības un pacientu aprūpes personas | | Darba samaksa, *(euro)* | Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas, *(euro)* | Darbības nodrošināšanai nepieciešamie līdzekļi, (*euro)* | **Finansējuma gada apjoms, *(euro*)** |
| Personu skaits | **Slodzes apjoms** |
| 1 | *Universitātes slimnīcas* | **4** | 4 | 4.0 | 32 400 | 7 805 | 10672.00 | 50 877 |
| 2 | *Reģionālās slimnīcas* | **7** | 7 | 7.0 | 56 700 | 13 659 | 18676.00 | 89 035 |
|  | KOPĀ | **11** | **11** | **11** | **89 100** | **21 464** | **29 348** | **139 912** |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Cukura diabēta pacientu apmācības nozīmes pētījumi[[13]](#footnote-15),[[14]](#footnote-16) liecina, ka pēc cukura diabēta apmācības realizācijas tiek panākta pacientu veselības stāvokļa uzlabošanās, samazinājās stacionēšanas biežums, tiek racionālāk lietoti medikamenti. Palielinoties pacientu motivācijai līdzdarboties, ar izpratni lietot nepieciešamos medikamentus un attīstot prasmi novērst akūtus veselības sarežģījumus, samazinās akūtās un vēlīnās komplikācijas, invaliditātes iestāšanās riski un efektīvāk tiek izlietots veselības aprūpes finansējums, pacientiem saglabājot dzīves kvalitāti.** |

## **1.3. Jaunā reformas iniciatīva - endoprotezēšanas operācijas stacionārā**

Valsts apmaksātu lielo locītavu endoprotezēšanas (bojātās locītavas nomaiņa ar mākslīgu protēzi) operācijas veic 10 slimnīcās visā valstī.

2017.gadam plānotais lielo locītavu endoprotezēšanas apjoms norādīts 7.tabulā.

*7.tabula*

**Lielo locītavu endoprotezēšanas apjoms 2017.gadā**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  **p.k.** | **Slimnīca** | **Plānotais pacientu skaits** | | |
| **kopā** | **t.sk. gūžas locītavas** | **t.sk. ceļa locītavas** |
| 1. | Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca | 144 | 83 | 61 |
| 2. | Daugavpils reģionālā slimnīca | 39 | 26 | 13 |
| 3. | Jelgavas pilsētas slimnīca | 51 | 31 | 20 |
| 4. | Liepājas reģionālā slimnīca | 421 | 170 | 251 |
| 5. | Rēzeknes slimnīca | 13 | 13 | 0 |
| 6. | Vidzemes slimnīca | 161 | 79 | 82 |
| 7. | Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | 70 | 52 | 18 |
| 8. | Madonas slimnīca | 163 | 112 | 51 |
| 9. | Rīgas 2. slimnīca | 779 | 356 | 423 |
| 10. | Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca | 1233 | 677 | 556 |
|  | **KOPĀ** | **3 074** | **1 599** | **1 475** |

Ārstniecības iestādes, kurās veic plānveida lielo locītavu endoprotezēšanu, veido gaidīšanas rindas:

* endoprotezēšanai vispārējā kārtībā;
* endoprotezēšanai steidzamības kārtā (ar ārstu konsīlija lēmumu);
* endoprotezēšanai ar 50 % endoprotezēšanas izdevumu apmaksu (pacients var rakstiski vienoties ar ārstniecības iestādi par operācijas veikšanu paātrinātā kārtā, sedzot 50 % no endoprotezēšanas operācijas izdevumiem).

Ārstniecības iestādes, kurās veic lielo locītavu endoprotezēšanu, uz 2017.gada 1.septembri gaidīšanas rindas ceļa locītavas endoprotezēšanai (bez konsīlija slēdziena) līdz 66 mēnešiem un ceļu locītavas endoprotezēšanai ar 50% apmaksu ir līdz 6 mēnešiem.

Nereti pēc locītavu endoprotezēšanas (agrīni vai vēlīni) ir nepieciešamība pēc revīzijas endoprotezēšanas. Valsts apmaksātas revīzijas endoprotezēšanas operācijas veic Liepājas reģionālā slimnīca (plānotais revīzijas endoprotezēšanas pacientu skaits 2017. gadā – 15), Rīgas 2.slimnīca (plānotais revīzijas endoprotezēšanas pacientu skaits 2017. gadā – 56) un Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca(plānotais revīzijas endoprotezēšanas pacientu skaits 2017. gadā – 160).

Ārstniecības iestādes, kurās veic revīzijas endoprotezēšanu uz 2017.gada 1. septembri gaidīšanas rindas revīzijas endoprotezēšanai (ar endoprotēzes vērtību) ir līdz 5 mēnešiem.

Lai samazinātu komplicēto un sarežģīto revīzijas operāciju skaitu, revīzijas endoprotezēšanas operācijas būtu jāsniedz pēc iespējas ātrāk no problēmas atklāšanas brīža, kas pastāvošo rindu ietvaros rada risku ilgākam un sarežģītākam operācijas un pēcoperācijas periodam.

Lielo locītavu endoprotezēšanas rindā vislielākais pacientu skaits un attiecīgi arī ilgākais gaidīšanas laiks ir ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijām, uz 2017.gada 1.septembri kopējā endoprotezēšanas rindā bija 20 605 pacienti (bez konsīlija slēdzieniem), tostarp tajā skaitā ceļa locītavas endoprotezēšanai 13 146 pacienti (bez 713 pacientiem ar konsīlija slēdzienu), tādējādi aptverot ceļa locītavu endoprotezēšanas rindai 63,80 % no kopējā lielo locītavu endoprotezēšanu skaita. Rindā uz operācijām kas veicamas steidzamības kārtā ceļa locītavas pacienti sastāda 52 %, bet uz operācijām ar 50% pacienta līdzmaksājumu 53 %. Ņemot vērā lielo pacientu īpatsvaru ceļa locīvas endoprotezēšanai šo operāciju veikšanai būtu novirzāms papildus finansējums.

*8.tabula*

**Endoprotezēšanas pakalpojumu plānotais pieaugums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **Izmaksas\*** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Ceļa locītavas endoprotezēšana | 2 542.71 | 2 189 283 | 2 189 283 | 1 014 541 | 959 | **959** | **1 358** |
| 2. | Ceļu locītavas endoprotezēšana ar 50% apmaksu | 1 271.36 | 127 841 | 127 841 | 233 930 | 112 | **112** | **296** |
| 3. | Ceļa locītavas endoprotezēšana sarežģītos gadījumos | 3 469.13 | 892 652 | 892 652 | 326 098 | 290 | **290** | **384** |
| 4. | Ceļa locītavas endoprotezēšana ar 50 % apmaksu sarežģītos gadījumos | 1 734.57 | 175 453 | 175 453 | 182 130 | 114 | **114** | **219** |
| 5. | Revīzijas endoprotezēšana (ar endoprotēzes vērtību) | 3 256.94 | 208 795 | 208 795 | 13 028 | 71 | **71** | **75** |
| 6. | Revīzijas endoprotezēšana un protezēšana osteomielīta un onkoloģijas pacientiem | 4 333.12 | 588 128 | 588 128 | 844 958 | 160 | **160** | **355** |
|  | Kopā |  | 4 182 152 | 4 182 152 | 2 614 685 | 1 706 | **1 706** | **2 687** |

\*t.sk. tarifa palielinājums saistībā ar darba samaksas pieaugumu

Palielinot endoprotezēšanas operāciju skaitu par 981 operācijām, rinda uz pakalpojumiem atsevišķās pozīcijās tiks samazināta līdz pat 87%, tomēr turpmākajā trīs gadu periodā plānots turpināt endoprotezēšanas operāciju skaita pieaugumu, kopumā nodrošinot visas kopējās rindas samazinājumu vidēji 25% apmērā 2019.gadā, vidēji 35% apmērā 2020.gadā un vidēji 50% apmērā 2021.gadā (skat. 9.tabulu). Kā arī plašākam priekšstatam pievienojam 1.attēlu.

*9.tabula*

**Endoprotezēšanas plānotais rindu samazinājums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Pasākums | Pacientu skaits rindā uz 2017.gada 1.septembri | Atbilstoši izvērtējumam pieļaujamais atbirums plānveida rindai | Atbilstoši izvērtējumam plānotais pacientu skaits rindā esošo | Plānotais pieaugums 2018.gadam | 2018.gada plānotais rindas samazinājums % | Plānotais pacientu skaita pieaugums 2019.gadam | 2019.gada plānotais rindas samazinājums % | Plānotais pacientu skaita pieaugums 2020.gadam | 2020.gada plānotais rindas samazinājums % | Plānotais pacientu skaita pieaugums 2021.gadam | 2021.gada plānotais rindas samazinājums % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | Ceļa locītavas endoprotezēšana, t.sk.ar konsīlija slēdzienu | 13859 | 6652 | 7207 | 493 | 6.84 | 1685 | 23.38 | 2239 | 31.07 | 3429 | 47.58 |
| 2 | Ceļa locītavas endoprotezēšana ar 50 % apmaksu | 394 |  | 394 | 289 | 73.35 | 289 | 73.35 | 289 | 73.35 | 289 | 73.35 |
| 3 | Revīzijas endoprotezēšana | 228 |  | 228 | 199 | 87.28 | 209 | 91.67 | 209 | 91.67 | 209 | 91.67 |
| 4 | Gūžas locītavas endoprotezēšana, t.sk. ar konsīlija slēdzienu | 7442 | 3572 | 3870 |  | 0.00 | 690 | 17.83 | 1290 | 33.33 | 1830 | 47.29 |
| 5 | Gūžas locītavas endoprotezēšana ar 50 % apmaksu | 345 |  | 345 |  | 0.00 | 120 | 34.78 | 160 | 46.38 | 240 | 69.57 |
| 6 | Plecu locītavas endoprotezēšana | 684 |  | 684 |  | 0.00 | 190 | 27.78 | 270 | 39.47 | 370 | 54.09 |
| 7 | Plecu locītavas endoprotezēšana ar 50 % apmaksu | 5 |  | 5 |  | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| **Vidējais rindas samazinājums:** | | **22957** | **10224** | **12733** | **981** | **7.70** | **3183** | **25.00** | **4457** | **35.00** | **6367** | **50.00** |

\*Atbirums uz plānveida operācijām endoprotezēšanā noteikts 48 % apmērā, ņemot vērā Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas sniegto izvērtējumu attiecībā uz uzaicināto un apstiprinošu atbildi saņēmušo pacientu skaitam.

*1.attēls*

**Plānotais endoprotezēšanas rindu samazinājums, %**

Avots: NVD dati uz 2017.gada 1.septembri un plānotais rindu samazinājums 2018.gadam

Ar augstākminēto rindas samazinājumu plānots aptver 33 – 37 % darbspējīgā vecuma iedzīvotāju atbilstoši šobrīd rindā esošajam pacientu skaitam, tādējādi minēto iedzīvotāju grupu atgriežot tautsaimniecībā, ar darbspējas atgūšanu turpmāk tautsaimniecībā tikai darba nodokļos ikgadēji sākot no 2018.gada radot pienesumu valsts ekonomikai 2 064 tūkst. euro apmērā, 2019.gadā 6 698,1 tūkst. euro apmērā, 2020.gadā 9 376,2 tūkst. euro apmērā, 2021.gadā 13 396,1 tūkst. euro apmērā. Sākotnējam rindu garumam lielāks pienesums paredzēts endoprotezēšanas operācijām ar 50 % apmaksu un revīzijas endoprotezēšanām, sedzot 73 -87 % no rindu garuma. Atzīmējam, ka 50 % apmaksa ir ar salīdzinoši lielāku ieguvumu un zemākām izmaksām no valsta budžeta aspekta. Locītavas endoprotēzes kalpošanas laiks ir no 15 – 25 gadiem. Visām endoprotēzēm atkarībā no to materiāla veidojas nodiluma produkti – mikroskopiskas šī materiāla skaidiņas. Uzkrājoties, tās pakāpeniski bojā kaulu, radot tajā rētaudus. Rezultātā endoprotēze izkustas un kļūst vaļīga. Locītavas atkārtota endoprotezēšana jeb revīzijas operācija ir sarežģītāka un ilgāka par pirmreizējo endoprotezēšanu. Savukārt pēc revīzijas operācijas endoprotēze kalpo vēl aptuveni 80% no tās sākotnējā kalpošanas laika.

Turpmākajos periodus plānots izlīdzināt rindu garumus starp endoprotezēšanas pasākumiem, vidēji samazinot rindu garumu kopumā par 25%. Lai nodrošinātu kopējās rindas samazinājumu 25% apmērā, papildus gadā nepieciešams veikt vairāk nekā 1,4 tūkstošus endoprotezēšanas operāciju, līdz ar to esošais operāciju apjoms gadā, apmēram 3 tūkstoši, jāpalielina vidēji par 50%. Savukārt, lai nodrošinātu, ka rindas tiek samazinātas vēl vairāk, līdz 50% no esošā apjoma, šobrīd sniegtais pakalpojumu apjoms faktiski būtu jāpalielina 100 % apmērā. Esošais cilvēkresursu un materiāli tehnisko resursu apjoms neļauj veikt tik strauju pakalpojumu apjoma pieaugumu īstermiņā, līdz ar to arī šobrīd plānotais vidējais 25% rindas samazinājums pakalpojumu grupām vērtējams kā būtisks.

Lielāka finansējuma novirzīšana konkrētai aktivitātei īsā laika periodā var rādīt arī pretējus negatīvus efektus, veicinot konkrētas pakalpojumu grupas “pārkāršanu”. Līdz ar to reformas endoprotezēšanas jomā veicamas vairāku gadu garumā un tiks turpinātas arī pēc EK atkāpes finansējuma termiņa beigām, līdz 2021.gadam samazinot rindu uz pakalpojumiem vismaz 50% apmērā.

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Uzlabojoties pakalpojumu pieejamībai un iespējai veikt savlaicīgu operāciju, uzlabojas sabiedrības veselības rādītāji, mazinās invaliditātes iespējas, it sevišķi darbaspējīgā vecumā ar attiecīgu sabiedrības izmaksu slogu un pacienti var iesaistīties darba tirgū.** |

## **1.4. Jaunā reformas iniciatīva - darbnespējas saīsināšana un pasākumi prognozējamās invaliditātes novēršanai ar mērķi novērst ilgstošu slimošanu personām darbspējīgā vecumā**

Atbilstoši Labklājības ministrijas 2017.gada 28.augusta Informatīvajam ziņojumam „Priekšlikums izmaiņām darbnespējas lapu izsniegšanas un apmaksas kārtībā, kā arī konstatēto pārkāpumu novēršanas mehānisma ieviešanas izvērtējums” katru gadu pieaug vispārējā gadījuma slimības pabalstu gadījumu skaits, tā piemēram, salīdzinot ar 2015.gadu, 2016.gadā tas pieaudzis par 6%, bet salīdzinot ar 2014.gadu – par 16%\*. Vidējais piešķirtais apmērs dienā 2016.gadā pieaudzis par 8,7% pret 2015.gadu. Savukārt arodslimības gadījumā slimības pabalstu gadījumu skaits 2016.gadā, salīdzinot ar 2015.gadu, audzis par 12% bet salīdzinot ar 2014.gadu – par 43%\*. Vidējais piešķirtais apmērs dienā 2016.gadā pieaudzis par 5,4% pret 2015.gadu. Viens no faktoriem, kas varētu samazināt izsniegto darba nespējas lapu skaitu un slimības ilgumu, ir savlaicīga ārstēšanas uzsākšana. Atbilstoši Nacionālais veselības dienesta datiem reģistrēto pacientu skaits 2017.gadā uz plānveida stacionāriem pakalpojumiem - 1038 pacienti; mikroķiruģija pieaugušajiem - 532 pacienti; mugurkaulāja saslimšanu un traumu ķirurģiska ārstēšana - 240 pacienti; citi plānveida ķirurģiskie pakalpojumi - 19 057 pacienti.

Saskaņā ar 2013.gada 17.decembra Ministru kabineta noteikumiem Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.1529), NVD, plānojot finanšu līdzekļus veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, atsevišķi plāno naudas līdzekļu apmēru veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, kas nepieciešami personām ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā.

Ārstniecības iestāde personai ar prognozējamu invaliditāti valsts apmaksātos plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir vērsti uz personas funkcionēšanas spēju saglabāšanu, uzlabošanu vai atjaunošanu, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, un kuri ir iekļauti Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajā personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajā rehabilitācijas plānā, uzsāk šādos termiņos:

* + ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;
  + plānveida ambulatorās un stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;
  + plānveida operācijas – piecu kalendāra mēnešu laikā[[15]](#footnote-17).

Atbilstoši NVD datiem 2017.gada 9 mēnešos stacionāros pakalpojumus ir saņēmušas 602 personas ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošas personas darbspējīgā vecumā[[16]](#footnote-18).

*10.tabula*

**Darbnespējas saīsināšanai un pasākumiem prognozējamās invaliditātes novēršanai darbspējīgā vecumā ārstēto pacientu skaits sadalījumā pa diagnožu grupām**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnožu grupas nosaukums** | **Pacientu skaits 2017.gada**  **9 mēnešos** |
| Audzēji | 8 |
| Nervu sistēmas slimības | 7 |
| Acu un to palīgorgānu slimības | 90 |
| Asinsrites sistēmas slimības | 8 |
| Gremošanas sistēmas slimības | 1 |
| Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības | 418 |
| Uroģenitālās sistēmas slimības | 1 |
| Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas | 2 |
| Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas | 67 |
| **KOPĀ** | **602** |

No epidemioloģiskā viedokļa viens no visbiežākajiem iemesliem ilgstošai invaliditātei un darbaspēju zuduma, ir muguras sāpes ar attiecīgu patoloģiju - diska trūce (tās izplatība ir 10 līdz 15% no visām muguras sāpēm). No 2018.gada 1.janvāra paredzēts apmaksāt jaunu manipulāciju stacionārā – Mikrodiskektomija ar viena gadījuma izmaksām 796,34 euro, ko veido pakalpojuma tarifs 301,86 euro apmērā, 4 pacienta gultas dienu apmaksa 274,04 euro (4 \* 68,51 euro) apmērā un vidējās anestēzijas (pirms, pēc operācijas, operācijas laikā, ierīces izmantošanas izmaksas) izmaksas uz pacientu 220,44 euro apmērā.

Attiecīgi ar mikrodiskektomijas, mikrofenestrācijas operācijas veikšanu plānots 2018.gadā uzlabot 582 pacientu darbspējas un atgriešanos darba tirgū.

Lai mazinātu rindas uz plānveida stacionāriem pakalpojumiem personām darbspējīgā vecumā, tādējādi mazinot darba nespējas zudumu, 2018. gadā plānots papildus apmaksāt 1 667 plānveida stacionāros pakalpojumus pacientiem darbspējīgā vecumā[[17]](#footnote-19).

*11.tabula*

**Darbnespējas saīsināšanai un pasākumiem prognozējamās invaliditātes novēršanai ar mērķi novērst ilgstošu slimošanu personām darbspējīgā vecumā nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnožu grupas kods | Diagnožu grupas nosaukums | Pacientu skaits | Vidējā viena pacienta izmaksa 2018.gads | Izmaksas 2018.gads |
| H00...H59 | Acu un to palīgorgānu slimības | 243 | 506.53 | 123 087 |
| I00...I99 | Asinsrites sistēmas slimības | 51 | 2774.11 | 141 480 |
| C00...D48 | Audzēji | 51 | 1077.47 | 54 951 |
| K00...K93 | Gremošanas sistēmas slimības | 22 | 946.02 | 20 812 |
| S00...T98 | Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas | 43 | 3063.95 | 131 750 |
|  | Mikrodiskektomija, mikrofenestrācija jostas daļā | 582 | 796.34 | 463 470 |
| G00...G99 | Nervu sistēmas slimības | 71 | 596.52 | 42 353 |
| M00...M99 | Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības | 578 | 2732.85 | 1 579 587 |
| N00...N99 | Uroģenitālās sistēmas slimības | 26 | 247.18 | 6 427 |
| **Kopā** |  | **1667** |  | **2 563 917** |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Tiks nodrošināta tieši darbspējīgā vecumā esošu pacientu pakalpojuma pieejamības uzlabošana, veicinot pacienta ātrāku iekļaušanos darba tirgū un samazinot slimības pabalstu gadījumu skaitu un vidējo darbnespējas ilgumu. Prognozējams, ka papildus pieauguma rezultātā kopējais izmaksājamo slimības pabalstu apmērs 2018.gadā varētu samazināties par 2%, tādējādi ņemot vērā, ka izmaksāto slimības pabalstu apjoms 2018.gadā varētu sasniegt 186 miljonus euro, kopumā ietaupījums no intervences īstenošanas sasniegtu 3,72 miljonus.** |

## **1.5. Jaunā reformas iniciatīva - aknu transplantācija**

Aknu transplantācija ir vienīgā pasaulē pielietojamā ārstēšanas metode pacientiem ar terminālu (galēju) aknu mazspēju. Pakalpojuma mērķis ir pārstādīt funkcionēt spējīgas donora aknas, tādejādi izglābjot pacienta dzīvību un uzlabojot dzīvildzi, dzīves kvalitāti. Pakalpojuma paredzamie rezultāti pacientiem pēc aknu transplantācijas terminālas aknu mazspējas gadījumā – 1 gada dzīvildze – 83%, 5 gadu dzīvildze – 77%, 10 gadu dzīvildze – 61%. Pakalpojumu plānots attīstīt Latvijā, jo visās Eiropas Savienības valstīs ir donoru orgānu trūkums un līdz ar to garas rindas uz aknu transplantāciju attiecīgās valsts pacientiem.

*12.tabula*

**Aknu transplantācijai stacionārās ārstniecības iestādēs nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| **Aknu transplantācija, t.sk.** | **71 428,71** | **-** | **-** | **500 001** | **-** | **-** | **7** |
| imūnsupresīvās terapijas medikamentu nodrošināšana pēc transplantācijas | 11 053,00 |  |  | 77 371 |  |  | **7** |
| ambulatorās konsultācijas un izmeklējumus pirms un pēc aknu transplantācijas | 21 150,28 |  |  | 148 052 |  |  | **7** |
| Transplantācijas operācijas nodrošināšana stacionārā | 39 225,43 |  |  | 274 578 |  |  | **7** |

Atbilstoši VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” speciālistu sniegtajai informācijai pašlaik rindā ir 25 pacienti, no tiem 6 pacienti ir kritiskā stāvoklī. Jāatzīmē, ka veikto aknu transplantāciju skaits ir atkarīgs ne tikai no rindā esošajiem pacientiem, bet arī no orgānu donoru skaita un saderības.

Līdz ar to reformu uzsākot, pilnībā tiks risināta problēma ar pacientiem kritiskā stāvoklī, savukārt 2 gadu laikā reformas ietvaros tiks samazināta gaidīšanas rinda vairāk nekā 50% apmērā.

## **1.6. Jaunā reformas iniciatīva - bioloģiskās terapijas nodrošināšana un kompensācijas apmēra palielināšana Krona slimībai, čūlainajam kolītam un psoriāzei**

Saskaņā ar noteikto kompensācijas kārtību valsts kompensējamo zāļu sistēmā (turpmāk – KZS) zāļu iegādes izdevumus sedz, piemērojot trīs kompensācijas kategorijas – I kategorija (kompensācija 100% apmērā), II kategorija (kompensācija 75% apmērā) un III kategorija (kompensācija 50% apmērā)[[18]](#footnote-20). Zāļu iegādes izdevumi tiek apmaksāti 100% apmērā, ja pacientam konstatēta hroniska, dzīvību apdraudoša slimība vai slimība, kas izraisa smagu neatgriezenisku invaliditāti un kuras ārstēšanā nepieciešama attiecīgo zāļu lietošana, lai uzturētu pacienta dzīvības funkcijas.

*K50 Krona (Crohn) slimība (reģionālais enterīts)* un *K51 Čūlains (ulcerozs) kolīts* ir iekaisīgas zarnu slimības (turpmāk – IZS), kas izraisa zarnu trakta orgānu sieniņu iekaisumu. Tās ir hroniskas, bieži progresējošas slimības ar augstu invaliditātes risku, kuras var skart jebkuru gremošanas trakta daļu. Slimība visbiežāk tiek diagnosticēta vecumā no 15 līdz 29 gadiem, bet var rasties jebkurā dzīves posmā.

Ja slimība attīstās bērnībā, tā var aizkavēt augšanu un pubertāti[[19]](#footnote-21). Biežākie nāves cēloņi Krona slimības gadījumā ir sepse (organisma saindēšanās), plaušu embolija un vēzis.

Eiropas Krona un čūlainā kolīta asociāciju federācija, lai izvērtētu ietekmi uz pacientu sociālajiem, izglītības, nodarbinātības un holistiskajiem aspektiem, veica Eiropas mēroga pacientu aptauju[[20]](#footnote-22). Aptaujā piedalījās vairāk nekā 6000 cilvēku no 27 valstīm. 48% pacientu raksturo savu slimību kā hroniski aktīvu vai aktīvu ar periodiskiem uzliesmojumiem. Hospitalizācijas skaits ir īpaši liels: pēdējo piecu gadu laikā 85% pacientu ir nokļuvuši slimnīcā IZS dēļ. 40% pacientu ir veikta vismaz viena operācija. Bez tam IZS ir sistēmiskas slimības, kas ir saistītas ar blakussaslimšanām – 49% pacientu tās saistītas ar locītavām, bet 34% pacientu saistītas ar ādu.

Ar IZS Eiropā slimo vairāk nekā 2,2 miljoni cilvēku, Latvijā ik gadu kompensējamos medikamentus saņem ~1900 pacientu, bet iespējams, ka vēl daļai pacientu slimības diagnoze nav noteikta.

Saskaņā ar psoriāzes klīniskajām vadlīnijām[[21]](#footnote-23) diagnoze *L40 Zvīņēde (psoriasis)* ir viena no visbiežāk sastopamām ādas slimībām, kas industriāli attīstītajās valstīs skar 1,5–2% iedzīvotāju. Pacienti slimības dēļ cieš gan fiziski, gan psiholoģiski. Psoriāzes norise ir saistīta ar iespējamu procesa ģeneralizāciju, psoriātiskā artrīta un metabolā sindroma attīstību. Smagu, pret citu ārstēšanu rezistentu psoriāzi novēro 10% gadījumu. Pirmā psoriāzes tipa gadījumā, kad slimība parādās līdz 40 gadu vecumam, sasniedzot maksimumu mūža otrā pusē, slimniekiem nereti sastopams psoriātiskais artrīts.

Vērtējot psoriāzes ietekmi uz pacienta dzīves kvalitāti secināts, ka galvenie traumējošie faktori ir sāpes, diskomforts, fiziski bojājumi un stress, nespēja paredzēt un kontrolēt slimības uzliesmojumus. Hroniskā un recidivējošā slimības gaita var izraisīt bezcerību attiecībā uz ārstēšanas panākumu. Pašnāvnieciskas vēlmes atzīmē līdz pat 9,7% pacientu, kas slimo ar psoriāzi.

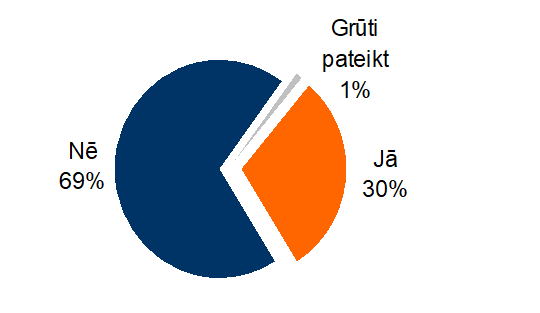
Neārstēta psoriātiskā artrīta gadījumā mēdz veidoties smagas locītavu deformācijas un locītavu funkcionāli traucējumi, kas var beigties letāli komplikāciju dēļ.

Diagnozēm *K50 Krona (Crohn) slimība (reģionālais enterīts)*, *K51 Čūlains (ulcerozs) kolīts* un *L40 Zvīņēde (psoriasis)* šobrīd noteiktais zāļu iegādes izdevumu kompensācijas apmērs ir 75%[[22]](#footnote-24), kamēr citām invalidizējošām slimībām ar līdzīgu izcelsmes mehānismu (*M05 Seropozitīvs reimatoīdais artrīts, M08 Juvenilais artrīts* u.c.) tiek nodrošināta zāļu kompensācija 100% apmērā, tādējādi salīdzināmu slimību pacienti atrodas nevienlīdzīgā situācijā.

Ārstēšanās izmaksas ir saistītas ar pacientu līdzestību ārstēšanai. Saskaņā ar SKDS aptaujas datiem (2014., zemāk skatīt 2. attēlu) 30% iedzīvotāju vecumā virs 62 gadiem ir apstiprinoši atbildējuši uz jautājumu: Vai pēdējo 12 mēnešu laikā Jums ir bijuši gadījumi, kad Jūs neesat lietojis/-usi kādas Jums izrakstītas zāles (nemaz vai tikai daļējā apjomā) tikai tāpēc, ka šo zāļu iegādi Jūs nevarējāt atļauties – tās bija pārāk dārgas?

*2.attēls*

**Iedzīvotāju atbildes uz jautājumu “Vai pēdējo 12 mēnešu laikā Jums ir bijuši gadījumi, kad Jūs neesat lietojis/-usi kādas Jums izrakstītas zāles (nemaz vai tikai daļējā apjomā) tikai tāpēc, ka šo zāļu iegādi Jūs nevarējāt atļauties – tās bija pārāk dārgas?”**



No 2014.gada pacientiem ar Krona slimību un čūlaino kolītu KZS ir iekļautas divas bioloģiskās izcelsmes zāles *Adalimumabum* un *Infliximabum*. Zāles saskaņā ar konsīlija slēdzienu var izrakstīt gastroentrologs bērniem un pieaugušajiem, kuriem nav pietiekama atbildes reakcija pret iepriekšēju terapiju ar aminosalicilātiem, glikokortikoīdiem un imunosupresantiem. Finansējuma trūkuma dēļ KZS šobrīd nav iekļautas bioloģiskās izcelsmes zāles psoriāzes ārstēšanai. Tomēr arī pacienti ar Krona slimību un čūlaino kolītu nespēj iegādāties KZS iekļautās bioloģiskās terapijas zāles, jo pašreizējais pacienta līdzmaksājums pie 75% kompensācijas ir ~ 200 eiro mēnesī.

Kompensācijas apmēra paaugstināšana un bioloģiskās terapijas nodrošināšana diagnozēm *K50 Krona (Crohn) slimība (reģionālais enterīts)*, *K51 Čūlains (ulcerozs) kolīts* un *L40 Zvīņēde (psoriasis)* jau vairākus gadus ir viena no VM prioritātēm zāļu kompensācijas jomā. Šie pasākumi iekļauti arī ziņojumā par veselības aprūpes sistēmas reformu.[[23]](#footnote-25)

Identificētās problēmas:

1. Diagnožu *K50 Krona (Crohn) slimība (reģionālais enterīts)*, *K51 Čūlains (ulcerozs) kolīts* un *L40 Zvīņēde (psoriasis)* gadījumā pacientiem netiek nodrošināta vienlīdzīga pieeja zāļu kompensācijā ar citām invalidizējošām autoimūnas izcelsmes slimībām, kam šobrīd tiek nodrošināta zāļu kompensācija 100% apmērā.

2. Kompensācija 75% apmērā pacientiem ar diagnozēm *K50 Krona (Crohn) slimība (reģionālais enterīts)*, *K51 Čūlains (ulcerozs) kolīts* un *L40 Zvīņēde (psoriasis)* liedz iespēju saņemt slimību smagāko formu ārstēšanai nepieciešamās bioloģiskās izcelsmes zāles.

3. Ilgstoši pienācīgi neārstētas iekaisīgas zarnu slimības un psoriāze palielina stacionēšanas gadījumu skaitu, darbnespēju un izraisa invaliditāti.

*13.tabula*

**Bioloģiskās terapijas Krona slimībai, čūlainajam kolītam un psoriāzei iekļaušanai kompensējamo zāļu sarakstā nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Nodrošināt bioloģiskās izcelsmes zāles diagnozēm K50 un K51 | 9000.00 | - | - | 450 000 | - | **-** | **50** |
| 2. | Nodrošināt bioloģiskās izcelsmes zāles diagnozei L40 | 9000.00 | - | - | 450 000 | - | **-** | **50** |
|  | Kopā |  | - | - | 900 000 | - | **-** | **100** |

Prognozētais pacientu skaits – šobrīd 100 pacienti skar pacientus ar īpaši smagu slimības gaitu, kuriem līdz šim pieejamā terapija nepalīdz un ir jāuzsāk jaunu medikamentu grupu lietošana, šajā gadījumā bioloģiskie medikamenti. Līdz ar to sākotnēji ar bioloģisko terapiju tiks nodrošināti visi nepieciešamie pacienti.

Terapijai kļūstot pieejamai (arī finansiāli), pacientu skaits varētu palielināties, jo šie medikamenti nepieciešami ne tikai smagas, bet arī vidēji smagas slimības gadījumā. Līdz ar to turpmākajā periodā papildus tiks vērtēts terapijas nodrošinājums plašākam pacientu lokam.

*14.tabula*

**Kompensācijas apmēra palielināšanai Krona slimībai, čūlainajam kolītam un psoriāzei nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k.** | **Pakalpojuma veids** | **75% kompensācija** | **100% kompensācija** | **Pieaugums (euro)** | **Pacientu skaits** | **Nepieciešamais finansējums** |
| 1. | Palielināt kompensācijas apmēru no 75% uz 100% diagnozēm K50 un K51 | 224.33 | 299.11 | 74.78 | 1 961 | 146 644 |
| 2. | Palielināt kompensācijas apmēru no 75% uz 100% diagnozei L40 | 49.97 | 66.62 | 16.65 | 9 736 | 162 104 |
|  |  |  |  |  | 11 697 | 308 748 |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Mazināsies nevienlīdzība zāļu pieejamībā, samazināsies izdevumi par ārstēšanos stacionārā, invaliditātes un ļaundabīgu audzēju rašanās risks. Tāpat saņemot atbilstošu terapiju, pacienti varēs atgriezties darba tirgū un samazināsies slimības pabalstu gadījumu skaits un vidējais darbnespējas ilgums.** |

## **Hronisko pacientu aprūpes reforma**

Daudzās Eiropas valstīs, tajā skaitā Latvijā, aizvien lielāks slogs veselības un sociālās drošības sistēmām ir hroniskās slimības (piemēram, sirds asinsvadu slimības, onkoloģija, cukura diabēts u.c.) un sabiedrības novecošanās. Ņemot vērā sabiedrības novecošanās procesus un dzīvildzes palielināšanos, ir svarīgi, lai hronisko slimību pacienti, neatkarīgi no slimības veida, saņemtu atbilstošu un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu. Līdz ar to nepieciešams sistēmiski risināt problēmas, kas saistītas ar hronisko pacientu aprūpes nodrošināšanu, kuriem ir kompleksas aprūpes vajadzības un, kuriem slimība radījusi pārejošus vai pastāvīgus funkcionālus traucējumus, tāpēc tiem nepieciešama gan medicīniskā aprūpe, gan diennakts uzraudzība (piemēram, pastāvīga traheostomas kopšana, regulāra skābekļa terapija, enterāla barošana utt.).

Aprūpes slimnīca šobrīd ir ārstniecības iestāde, kur pacientam pēc slimības paasinājuma novēršanas līdz noteiktas ārstniecības pakāpes sasniegšanai nodrošina stacionāro veselības aprūpi, ja viņam ir ilgstoša vai hroniska slimība. Aprūpes slimnīcā atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam nav nepieciešama ārsta dežūra visu diennakti.

Ņemot vērā to, ka pašreizējā situācijā nav iespējams nodrošināt aprūpi pacientiem ar hroniskām saslimšanām atbilstošās hronisko pacientu aprūpes slimnīcās un hronisko pacientu aprūpes nodaļās daudzprofilu slimnīcās tādā apjomā, kādā būtu nepieciešams, šādi pacienti ilgāk tiek medicīniski aprūpēti augstāka līmeņa slimnīcās un daudzprofila slimnīcu cita profila nodaļās, kā arī izrakstīti mājās, atkārtoti sauc Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu vai tiek nogādāti atpakaļ augstāka līmeņa slimnīcās. Sekundāro izsaukumu skaitam pie gados vecākiem cilvēkiem ir tendence palielināties un 2016.gadā Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam 60.5% sekundāro izsaukumiem bija pie cilvēkiem virs 59 gadu vecuma.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta datu analīze liecina, ka aptuveni 30% no kopumā izpildītajiem izsaukumiem (piemēram, 2016. gadā 438 888 izsaukumi) pēc rezultāta klasificējami kā sekundārie izsaukumi (sekundārs NMP izsaukums NMP dienesta izpratnē ir izsaukums, kurā pēc Neatliekamā medicīniskās palīdzības dienesta brigādes vadītāja vērtējuma pacientam nav konstatēts dzīvībai vai veselībai kritisks stāvoklis). 2016.gadā šādu izsaukumu skaits bija viens no augstākajiem pēdējo 6 gadu laikā – 136 143 izsaukumi jeb aptuveni 370 – 400 izsaukumi dienā . Sekundāro izsaukumu iemesls visbiežāk ir paaugstināts asinsspiediens un akūta respiratora saslimšana bez sarežģījumiem un mugurkaula spondiloze. Pacienti ar minētajām saslimšanām sastāda 48% no kopējā sekundāro izsaukumu skaita un daļa no šiem pacientiem (30% no kopējo sekundāro izsaukumu skaita) nesaņem pietiekamu un atbilstošu hronisko pacientu aprūpes pakalpojumu klāstu, kas viņus motivē izsaukt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādi. Kā iemesls neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukšanai tiek minēta nespēja nokļūt līdz ģimenes ārsta praksei vai ārstniecības iestādei – nav transporta, nav līdzekļu, īpaši gados veciem, vientuļiem cilvēkiem lauku teritorijās. Analizējot datus par Neatliekamā medicīniskās palīdzības izsaukumu struktūru kopumā no 2013.gada par aptuveni 2000 katru gadu pieaug izsaukumu skaits pie pacientiem, kuri nav dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos, līdz ar to noslogojot Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes un neefektīvi tērējot resursus. Ņemot vērā iepriekšminētos faktorus, var secināt, ka neefektīvi tiek izmantoti veselības aprūpes sistēmas resursi hronisko pacientu aprūpes nodrošināšanai, kuri būtu efektīvāk izmantojami akūtu un neatliekamu situāciju gadījumos medicīniskās palīdzības sniegšanai pacientiem. Ņemot vērā to, ka šādiem pacientiem tomēr ir kompleksas veselības un sociālas problēmas, tie nokļūst slimnīcu uzņemšanas nodaļas un tiek arī stacionēti slimnīcās, kuras sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Hospitalizāciju proporcionālais sadalījums pa slimnīcu veidiem saglabājies nemainīgs, tāpat kā 2015. gadā – 83 % no visām hospitalizācijām ir bijušas neatliekamās palīdzības slimnīcās, 14 % – specializētajās slimnīcās un 3% – aprūpes slimnīcās. 2016. gadā hospitalizāciju skaits, salīdzinot ar 2015. gadu, ir palielinājies par 1 415 hospitalizācijām. Kā redzams, tad pacienti lielākajā daļā gadījumu nokļūst slimnīcās, kur tiek sniegta neatliekamās medicīniskā palīdzība, līdz ar to var secināt, ka šajā gadījumā pacienti, iespējams, nokļūst augstāka līmeņa slimnīcā tā vietā, lai atbilstoši hronisko pacientu diagnozei un nepieciešamajam medicīniskās palīdzības apjomam, tiem būtu jāatrodas slimnīcā, kur tiem tiktu nodrošināta atbilstoša terapeitiska un aprūpes palīdzība un tādējādi tiktu atslogoti neatliekamās palīdzības slimnīcu resursi, lai tās efektīvāk sniegtu neatliekamo medicīnisko palīdzību un arī plānveida palīdzību. Papildus finansējuma novirzīšana ļautu risināt jautājumu par to, ka hronisko diagnožu pacietiem būtu iespēja veselības stāvoklim atbilstošu veselības aprūpes pakalpojumu saņemt hronisko pacientu aprūpes slimnīcā vai hronisko pacientu aprūpes nodaļā daudzprofila slimnīcā un netiktu noslogotas cita profila nodaļas (terapijas, neiroloģijas, ķirurģijas utt.), kurās varētu efektīvāk ārstēt pacientus, kuriem ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība vai plānveida palīdzība atbilstoši nodaļas profilam.

Jāatzīmē, ka neatliekamās palīdzības slimnīcu uzņemšanas nodaļās kopumā 2016.gadā ir vērsušies 326 308 pacienti, kuriem ir sniegta ambulatora līmeņa palīdzība un līdz ar to neatliekamās palīdzības slimnīcas resursi tikusi novirzīti šo pacientu izmeklēšanai un palīdzības sniegšanai.

Analizējot rindu garumu uz 2017.gada 1.novembri,samērā garas rindas plānveida stacionāro pakalpojumu saņemšanai, piemēram, ir ķirurģiska profila (rindā kopumā 532 pacienti), ginekoloģiska (operācijas) profila (rindā 369 pacienti) un mugurkaulāja saslimšanu un traumu ķirurģiskai ārstēšanai (rindā 253 pacienti). Efektīvi izmantojot resursus un atslogojot neatliekamās palīdzības slimnīcu kapacitāti, tajā skaitā, virzot hronisko pacientu plūsmu uz I līmeņa slimnīcām un arī hronisko pacientu aprūpes nodaļām daudzprofila slimnīcās, tiktu atbrīvoti resursi plānveida pacientu plūsmas palielināšanai un rindu mazināšanai. Ņemot vērā iepriekš minēto atbilstoši klīnisko universitātes slimnīcu speciālistu novērtējumam un prognozei atbilstoši faktiskajam uzņemšanas nodaļu darbam un sistēmas iespējām sākotnējā reformas posmā, būtu iespējams papildus ieplānot 10 000 pacientus, kuriem būtu iespēja neatliekamās palīdzības slimnīcās nodrošināt plānveida palīdzību un tādējādi mazināt pacientu rindu.

Vienlaikus jāatzīmē, ka pēc Slimību un profilakses kontroles centra datiem, 2016.gadā 44% no stacionāros ārstēto pacientu skaita ir vecuma grupā no 18 gadiem līdz 39 gadiem, kuri ir darbspējas vecumā un, kuriem pēc iespējas ātrāk būtu jānodrošina plānveida stacionāros pakalpojumus, lai saglabātu pēc iespējas labu veselību un atgrieztu viņus darba tirgū.

Atbilstoši konceptuālā ziņojuma “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”[[24]](#footnote-26) sadaļā “Iestāžu pārvaldība un pašvaldību loma” minētajam: šobrīd nav skaidri noteiktas sociālo un aprūpes gultu nodrošināšanas iespējas valstī un pašvaldībā, ņemot vērā, ka aprūpes gultu pakalpojums pamatā saistās ar iedzīvotāju sociālajiem jautājumiem (aprūpes gultu pakalpojums lielākoties tiek sniegts nevis pēc akūtiem gadījumiem, bet gan hronisku saslimšanu gadījumos kontekstā ar iedzīvotāju sociāliem apstākļiem, piemēram, nespēju sevi aprūpēt, nodrošināt sev vienkāršu sadzīvisku aprūpi un tuvinieku atbalsta trūkumu) un šajā gadījumā netiek sniegta pilnvērtīga medicīniskā aprūpe pacientiem ar kompleksām diagnozēm un nopietnām veselības problēmām.

Ņemot vērā minēto būtiska ir ārstniecības personu un sociālās jomas speciālistu sadarbība, lai nodrošinātu, īpaši, riska grupu pacientu (piemēram, smagi slimu un kopjamu pacientu, gados vecu pacientu, vientuļu, pacientu ar invaliditāti u.c.) ne tikai veselības aprūpes pēctecību, bet arī savlaicīgi nodrošinātu iespējas saņemt sociālās aprūpes pakalpojumus personām, kurām ir objektīvas grūtības aprūpēt sevi slimības izraisīto funkcionālo traucējumu dēļ, tādēļ svarīga ir veselības aprūpes sistēmas sadarbība ar sociālās aprūpes sistēmu .

Turpmāk hronisku pacientu plānveida veselības aprūpe (tiks nodrošināta hronisko pacientu aprūpes līmeņa slimnīcā vai daudzprofilu slimnīcas hronisko pacientu aprūpes nodaļā, kur plānots terapijas un hronisku pacientu aprūpes profils), kas tiek sniegta pacientiem ilgstošu slimību vai hronisku slimību paasinājuma novēršanai un aprūpes nodrošināšanai. Hronisko pacientu medicīnisko ārstēšanu un aprūpi diennakti nodrošinās internists un māsas, kas uzlabos ārstēšanas procesu.

Hroniskie pacienti hronisko pacientu aprūpes slimnīcā (I līmeņa slimnīcā) varēs tikt nosūtīti:

1. ar ģimenes ārsta/speciālista nosūtījumu;
2. pārvedot no augstāka līmeņa slimnīcas atbilstošas medicīniskās palīdzības un aprūpes nodrošināšanai;
3. hronisko slimību paasinājuma gadījumā, kad nepieciešama medicīniska novērošana un stāvokļa stabilizēšana, atbilstoša ārstēšana, bet pacienta stāvoklis neprasa tūlītēju sarežģītu un kompleksu augsta līmeņa ārstēšanu (piemēram, operāciju) ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādi.

Aprūpes nodaļā tiks uzņemti pacienti pārsvarā ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista norīkojumu ar iepriekš ambulatori veiktiem diagnozi apstiprinošiem izmeklējumiem (veikti laboratoriskie izmeklējumi, funkcionālā diagnostika u.c.). Pacienta stāvoklis šajos gadījumos neprasa tūlītēju intensīvu neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu un komplicētu ārstēšanu ar augstu intensitāti un tās būtu, piemēram, hronisko saslimšanu grupas - hroniskas asinsrites slimības, onkoloģiskas saslimšanas ar precizētu diagnozi, hroniskas elpošanas sistēmas slimības u.c. Tajā gadījumā, ja pacienta stāvoklis pasliktināsies un būs nepieciešama intensīva terapija augstāka līmeņa slimnīca, pacients tiks pārvests atbilstošai ārstēšanai un daudzprofilu slimnīcu.

Pamatdiagnozes, kurām tiks sniegti veselības aprūpes pakalpojumi hronisko pacientu aprūpes gultās būtu:

* Hroniskas sirds asinsvadu saslimšanas
* Ateroskleroze
* Cerebrovaskulāru slimību sekas
* Hroniska obstruktīva plaušu slimība
* Hroniska elpošanas mazspēja
* Skeleta, muskuļu un saistaudu hroniskas saslimšanas/ Spondiloze
* Onkoloģisko pacientu aprūpe ar precizētu morfoloģiju u.c. hronisko pacientu aprūpes diagnozes

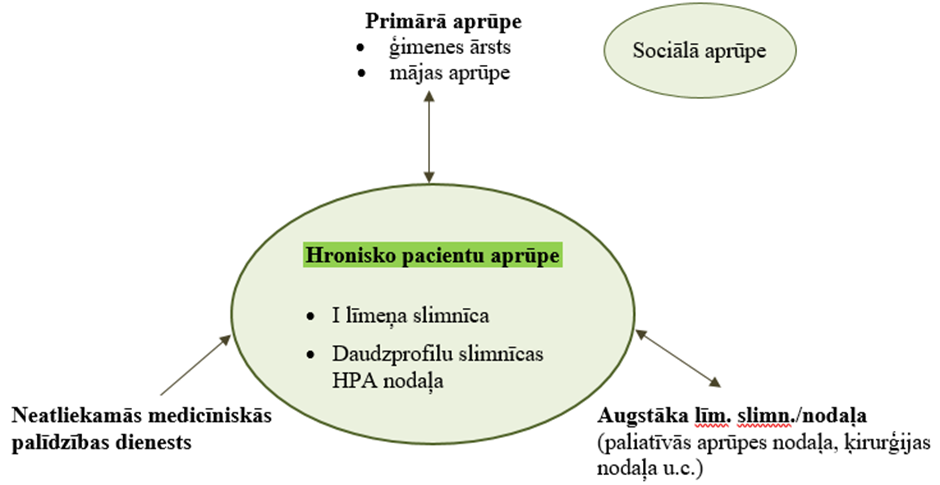
Hronisko pacientu aprūpes pakalpojumu saņemšanai pacienti no augstāka līmeņa slimnīcas ar ārstējoša ārsta nosūtījumu tiks nosūtīti pēc akūtā perioda un atbilstošas palīdzības saņemšanas pēc smagām saslimšanām -insultiem, ķirurģiskajām manipulācijām, traumām u.c., tajā skaitā onkoloģiskie pacienti ar precizētu diagnozi, kuriem nozīmēta atbilstoša terapija un intensīva ķirurģiska un cita veida ārstēšana vairs nav iespējama.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests I līmeņa slimnīcā pacientus nogādās, piemēram, pie šādām saslimšanām un stāvokļiem tālākai diagnozes precizēšanai, stāvokļa stabilizācijai un atbilstošas terapijas noteikšanai:

* + primārā un sekundāra hipertensija, hipertensīvā slimība, t.sk. ar steidzami kupējamu hipertensīvo krīzi (kupētu);
  + hroniska sirds išēmiskā saslimšana, tajā skaitā, mirdzaritmijas pastāvīga forma, kardiomiopātija, dekompensēta hroniska sirds mazspēja ar kupētu kardiālās astmas lēkmi, kupētu plaušu tūsku;
  + akūtas augšējo elpceļu infekcijas ar mono vai multiplu lokalizāciju;
  + akūta angīna, traheīts, bronhīts, iespējama pneimonija;
  + *herpes zoster*;
  + limfadenīts;
  + HOPS paasinājuma fāzē;
  + bronhiālās astmas paasinājums ar vieglu vai vidēji smagu lēkmi - “kupēšanai” vai pēc lēkmes “kupēšanas”;
  + insulīnatkarīgs un insulīnneatkarīgs cukura diabēts, kad nepieciešama cukura līmeņa korekcija;
  + diagnosticēta migrēna;
  + epilepsija (pēc kupētas lēkmes);
  + polineiropātijas;
  + alerģiskas reakcijas, t.sk. diseminēta nātrene;
  + ģībonis, kolapss;
  + artrīti, artropātijas, podagra;
  + spondiloze ar radikulopātiju;
  + atopiskais dermatīts (neirodermīts), alerģisks kontaktdermatīts,
  + urīnceļu infekcija;
  + jebkuras lokalizācijas ļaundabīgs audzējs, pacienta tālākai ārstēšanai, kad nav iespējams nodrošināt atbilstošu veselības aprūpi pacienta mājās (dzīvesvietā);
  + vaskulāra demence, smadzeņu ateroskleroze, hroniska smadzeņu išēmija, cerebrovaskulāru slimību sekas;
  + pēctraumatiska, hroniska toksiska encefalopātija u.c.

*3.attēls*

**Hronisko pacientu plūsmas modelis**



Kopumā reformas nodrošināšanai nepieciešams finansējums 10 995 930 euro apmērā, nodrošinot 33 000 stacionēšanas gadījumus gadā[[25]](#footnote-27) ar vidējo gadījuma izmaksu 333,21 euro apmērā.

*15.tabula*

**Hronisko pacientu aprūpes reformai nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| Hronisko pacientu aprūpe | 333,21 | - | - | 10 995 930 | - | **-** | **33 000** |
| Kopā | 333,21 | - | - | 10 995 930 | - | **-** | **33 000** |

Hronisko pacientu reformas ieguvumi:

1) par 10 000 palielināt pacientu skaitu, kuriem neatliekamās palīdzības slimnīcās varētu nodrošināt plānveida palīdzību;

2) palielināt par 5% plānveida stacionāro pakalpojumu pacientiem darbspējas vecumā;

3) mazināt neatliekamās palīdzības slimnīcu uzņemšanas nodaļu noslodzi ar pacientiem, kuriem nav nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība un novirzīt šo pacientu plūsmu uz atbilsta līmeņa slimnīcām, kur hroniskajiem pacientiem tiktu sniegta atbilstoša līmeņa palīdzība;

4) nodrošināt hronisko pacientu atbilstošu un pēctecīgu aprūpi, tādējādi uzlabojot viņu dzīves kvalitāti;

5) mazināt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pārslodzi un palielināt operativitāti uz dzīvībai bīstamiem izsaukumiem.

## **Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības reformas uzlabošanas ieguvumi**

|  |
| --- |
| **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[[26]](#footnote-28).**  **Indikatīvie rādītāji (papildus 2017.gadā uzsāktajām reformām):**   * **Papildus 108 665 speciālistu konsultācijas;** * **Papildus 207 156 ambulatorie izmeklējumi;** * **Papildus 35 089 dienas stacionāra pakalpojumi;** * **Papildus 29 526 ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi;** * **Papildus 11 diabēta kabinetu apmaksa, nodrošinot 33 264 apmeklējumu;** * **Papildus 981 endoprotezēšanas operācijas;** * **Papildus 1 667 pakalpojumi pacientiem darbspējas vecumā;** * **Papildus 7 aknu transplantācijas;** * **Papildus medikamentu nodrošinājums 100 pacientiem un kompensācijas apjoma palielinājums 11 697 pacientiem;** * **Papildus 33 000 hronisko pacientu aprūpe.**   **Kopā ambulatoro pakalpojumu skaita pieaugums 380 436 pacientiem (pakalpojumu pieaugums 6,5%), samazinot gaidīšanas rindas līdz 40%, diabēta kabinetos sniegti pakalpojumi 33 264 pacientiem. Endoprotezēšanas pakalpojumu rindu samazinājums 5% apmērā.** |

Tādējādi novirzot papildus finansējumu veselības aprūpes pakalpojumiem, uzlabosies to pieejamība, samazināsies darbnespējas gadījumu skaits un ilgums, kas rezultēsies labākos veselības rādītājos sabiedrībā, samazinot potenciāli zaudēto mūža gadus.[[27]](#footnote-29)

## **Onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošana**

## **2.1. Reformas rezultāti 2017. gadā**

Ar Ministru kabineta 2016.gada 20.decembra sēdes protokola Nr.69 86§ 1.punktu, Veselības ministrijai 2017.gadā no budžeta resora "74.Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums" 08.00.00 programmas "Veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanas finansējums" rezervētā finansējuma piešķirts finansējums 12 262 260 euro apmērā onkoloģijas jomas reformām, lai uzlabotu onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamību.

Onkoloģisko saslimšanu ārstēšana iedalās vairākos secīgos posmos:

* + primārā diagnostika jeb aizdomas uz saslimšanu;
  + sekundārā diagnostika jeb aizdomu apstiprināšana un ārstēšanas plāna sastādīšana (konsīlija slēdziens);
  + ārstēšana, kas atkarībā no saslimšanas rakstura un stadijas var būt ķirurģiska, medikamentoza (ķīmijterapija) un staru terapija;
  + rehabilitācija un pacienta dinamiskā novērošana pie speciālista un ģimenes ārsta.

Bez tam, onkoloģisko saslimšanu ārstēšanas gaitā visi ārstēšanas veidi var savstarpēji papildināties, ko determinē arī precīza slimības stadijas jeb audzēja morfoloģijas noteikšana, kas ļauj precīzāk iezīmēt tālāko ārstēšanas ceļu. Būtiski, ka kombinējot dažādus ārstēšanas veidus (ķīmijterapija, staru terapija vai ķirurģiska iejaukšanas), svarīgs ir laiks kurā secīgi jāsāk katrs nākamais ārstēšanas posms, kas ir nozīmīgs aspekts, lai pieejamību uzlabotu visos diagnostikas un ārstēšanas posmos kompleksi, tādejādi garantējot iespējami labāko rezultātu pacientam un secīgi arī iegūstot PZMG uzlabojumu.

Ar 2016.gada 1.oktobri jau tika uzsākta reforma onkoloģisko slimību ātrākā diagnostikā un sekmīgākā ārstēšanā, sākotnēji ieviešot ļaundabīgo audzēju primārās diagnostikas algoritmus jeb nosūtīšanas kārtību primārajā aprūpē 11 biežākajām ļaundabīgo audzēju lokalizācijām. Turpinot šo reformu jau sekundārajā jeb tālākajā veselības aprūpes līmenī, Veselības ministrija izstrādāja ļaundabīgo audzēju sekundāros diagnostikas algoritmus noteiktām lokalizācijām, kas nosaka kārtību kādā ārstniecības iestāde, kurā pacientam veikta ļaundabīgo audzēju primārā diagnostika, nodrošina konsultāciju pie ārsta speciālista un tālākus sekundāros izmeklējumus, lai savlaicīgi uzsāktu ārstēšanu.

Attiecīgi, lai uzlabotu diagnostisko izmeklējumu kvalitāti onkoloģisko slimību atklāšanai agrīnās stadijās, tālākai onkoloģiskās aprūpes reformai, atbilstoši SVP noteiktajam prioritārajam virzienam, tika paredzēti papildus finanšu līdzekļi:

* + Primārās diagnostikas algoritmu ieviešanai 1 499 506 euro;
  + Speciālistu konsultāciju izmaksu pieaugumam, atbilstoši noteiktajiem algoritmiem - 650 278 euro;
  + Sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu ieviešanai - 2 332 565 euro,
  + Onkoloģisko pacientu skaita un prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugumam ambulatori - 1 178 058 euro;
  + Onkoloģisko pacientu skaita un prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugumam stacionārā - 2 463 058 euro;
  + Kompensējamos medikamentus saņēmušo pacientu skaita un līdzekļu pieaugumam onkoloģijā - 4 138 795 euro.

Lai gan reformas tika uzsāktas sekmīgi, tika konstatēti vairāki faktori, kuri ietekmē kopējo reformu sniegumu.

Sistēmu ieviešot, tās sākumā posmā, ne visos gadījumos veikta pilna plānoto pakalpojumu apguve. Attiecīgi 2017.gada I pusgadā ārstēto onkoloģisko pacientu aptvere ir zemāka, jo nepieciešams laiks, lai adaptētu sistēmas izmaiņas, kā arī sākotnēji primārās diagnostikas algoritmu ieviešana tika attiecināta uz 11 biežākajām ļaundabīgo audzēju lokalizācijām, kuras, nodrošinot vienlīdzīgu pieeju, no 2017. gada oktobra ir paplašinātas ar citām onkoloģiskajām saslimšanām. Papildus tam, ieviestas izmaiņas primārās diagnostikas pakalpojumu saņemšanā, paredzot, ka VSIA “Piejūras slimnīca”, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” konstatēto pacientu sūdzību vai simptomu gadījumā varēs arī nodrošināt onkoloģisko pacientu ļaundabīgo audzēju primāro diagnostiku atbilstoši noteiktajiem algoritmiem. Tāpat MK Noteikumu Nr.1529 grozījumos veikta onkoloģisko operāciju piemaksu aptveres paplašināšana, paredzot piemaksu par sarežģītas onkoloģiskās operācijas saņemšanu ārstniecības iestādēs arī gadījumos, kad tiek veikta atkārtota, sarežģīta operācija vai arī sarežģīta operācija pacientam, kura noris vairākos etapos, pirmajā operācijā veicot tikai zināmus sagatavošanās darbus tālākajai ārstēšanai.

Ņemot vērā nosacījumu pārskatīšanu, prognozējams, ka līdz 2017.gada 31.decembrim onkoloģijas reformām novirzītā finansējuma apguve tiks nodrošināta pilnā apmērā.

Kopumā veiktās reformas onkoloģijas “zaļā koridora” izveidei, ir nodrošinājušas, ka pacienta ceļš līdz diagnozes saņemšanai un ārstēšanas uzsākšanai ir ievērojami samazinājies, lielākajā daļā gadījumu nodrošinot, ka pēc reformu veikšanas 30 dienu laikā tiek nodrošinātas sākotnējās konsultācijas, izmeklējumi un uzsākta ārstēšana, savukārt pirms “zaļā koridora” ieviešanas pacients tikai uz konsultāciju pie speciālista gaidīja vidēji 30 dienas.

**Līdz ar to nepieciešams turpināt onkoloģijas jomas reformas, papildus turpmākajos periodos uzlabojot diagnostiku, padarot to kvalitatīvāku, precīzāku un ātrāku, uzlabojot finanšu līdzekļu, kas saistīti ar pacienta atrašanos ārstniecības iestādēs, izlietojuma efektivitāti un attīstot personalizētu, mērķētu ārstēšanu**.

2017.gadā uzsākto reformu turpināšanai 2018.gadā paredzēts finansējums līdzvērtīgā apmērā.

*16*.*tabula*

**Onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošanai nepieciešamo līdzekļu sadalījums**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas pakalpojuma vidējās izmaksas \*** | **Papildus piešķiramais finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** |
|  |  | *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2018** |
| 1. | Primārās diagnostikas algoritmu ieviešanai | 68.16 | **1 499 520** | 22 000,00 |
| 2. | Speciālistu konsultāciju izmaksu pieaugums, atbilstoši noteiktajiem algoritmiem | 59.12 | **650 320** | 11 000,00 |
| 3. | Sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu ieviešanai | 159.12 | **2 332 540** | 14 659,00 |
| 4. | Onkoloģisko pacientu skaita un prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugums ambulatori | 356.29 | **1 177 895** | 3 306,00 |
| 5. | Onkoloģisko pacientu skaita un prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugums  stacionārā | 714.71 | **2 462 176** | 3 445,00 |
| 6. | Kompensējamos medikamentus saņēmušo  pacientu un līdzekļu pieaugums onkoloģijā | 920.95 | **4 138 749** | 4 494,00 |
|  | **Kopā** |  | **12 261 200** | **58 904,00** |

\* pakalpojumu tarifs ar 2017.gada darba samaksu. Darba samaksas pieaugums esošajiem pakalpojumiem nodrošināts no papildus finansējuma piešķīruma nozarei sasitībā ar 1% palielinājumu sociālajām iemaksām

Lai nodrošinātu minēto mērķu sasniegšanu plānots tālāk paplašināt onkoloģijas jomas reformu īstenošanu.

## **2.2. Jaunā reformas iniciatīva - pozitronu emisijas tomogrāfija/ datortomogrāfija**

Lai gan pakāpeniski pieaug agrīni atklāto gadījumu skaits, tomēr joprojām augsts saglabājas 3.stadijas gadījumu īpatsvars (2009.gadā 18,3%, 2014. gadā 16,5% un 2015.g. 16,5%), bet 4.stadijā attiecīgi 21,0%, 20,6% un 2015.gadā 20,3%. Jāuzsver, ka agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskiem faktoriem veselības atgūšanā. Pirmā gada letalitāte (mirstība) un piecu gadu dzīvildze10 ir saistāma ar audzēja stadiju diagnozes noteikšanas brīdī - 2014.gadā vēlīni diagnosticētajiem audzējiem (4.stadijā) pirmā gada letalitāte bija 74,1%, bet agrīni diagnosticētiem audzējiem (1.stadijā) - 4,6%. Savukārt, piecgadu dzīvildze 4.stadijā 2010.gadā diagnosticētajiem audzējiem bija tikai 8,7%, bet 1.stadijā - 81,3%. Tādējādi svarīgi ir biežāk konstatēt saslimstību ar vēzi 1. – 2. stadijā.

Pozitronu emisijas tomogrāfija/datortomogrāfija (turpmāk – PET/DT) Eiropas un pasaules kontekstā ir modernākā metode (specifiskums, jutīgums) primāro un sekundāro izmaiņu precizēšanai vēža diagnostikā, ka arī slimības recidīvu atklāšanā. Metode, ar kuras palīdzību agrīni reģistrē vēža šūnu bioķīmisko aktivitāti atšķirībā no citām kvantitatīvām šūnu izmaiņu metodēm, nepieciešams izmeklējums pirms lutēcija terapijas uzsākšanas. PET/DT ir radioloģisks izmeklējums, izmantojot specifisku radioaktīvo izotopu ievadīšanu, galvenokārt, dažādu orgānu sistēmu ļaundabīgu audzēju diagnostikai, diferenciāldiagnostikai un ārstēšanas efektivitātes kontrolei. Izmantojot PET/DT iespējams biežāk konstatēt saslimstību ar vēzi 1.-2.stadijā, iespējama agrīna vēža recidīva un metastāžu konstatēšana. Izmantojot PET/DT, 30-70% gadījumos pēc audzēju atklāšanas tiek mainīta terapijas stratēģija.

Plānots no valsts budžeta līdzekļiem ar 2018.gada 1.jūliju apmaksāt PET/DT izmeklējumus personām ar aizdomām par ļaundabīgu audzēju - krūts vēzis, bronhu, plaušu vēzis, resnās un taisnās zarnas vēzis un melanoma, ja par izmeklējuma nepieciešamību tiks saņemts ārstu konsīlija lēmums, pamatojot izmeklējuma nepieciešamību atbilstoši apstiprinātam ārstēšanas algoritmam.

PET/DT izmeklējums plānots pirmreizēji diagnosticētiem pacientiem ar II un III stadijas audzēju, kopumā vidēji 1 287 pacientiem gadā, līdz ar to ar gadā pieejamo izmeklējumu apjomu (217 pakalpojumi pusgadā \* 2), tiks nodrošināti 34% no nepieciešamajiem izmeklējumiem, ko 2019.gadā plānots palielināt, lai nodrošinātu, ka tiek veikti vismaz 50% no nepieciešamajiem izmeklējumiem, tādējādi būtiski risinot problēmu.

*17.tabula*

**PET/DT izmeklējumu nodrošināšanai nepieciešamais finansējums 2018.gada 2.pusgadam\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Pozitronu emisijas tomogrāfija/datortomogrāfija (PET/DT) | 1 085,13 | - | - | 235 473 | - | **-** | **217** |
|  | Kopā | 1 085,13 | - | - | 235 473 | - | **-** | **217** |

\* pasākuma īstenošana tiks uzsākta ar 2018.gada 1.jūliju, nepieciešamais finansējums norādīts 6 mēnešiem

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: PET/DT ieviešana uzlabos ārstēšanas efektivitāti. Izmantojot PET/DT, finanšu līdzekļi tiks izmantoti racionālāk, ar lielāku efektivitāti, pagarinot pacientu kvalitatīvu dzīvildzi.** |

## **2.3. Jaunā reformas iniciatīva - medikamentu pieejamības uzlabošana onkoloģiskajiem pacientiem**

Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija ir nepieciešama, lai nodrošinātu pilnvērtīgu pacientu ārstēšanu ambulatorās veselības aprūpes līmenī, kā arī atkarībā no slimības smaguma novērstu vai samazinātu dzīvības apdraudējumu, uzturētu veselības stāvokli, kontrolētu slimības izpausmes, lai persona nezaudētu darbspēju, un mazinātu nepieciešamību pacientiem ārstēties stacionārā. KZS tiek iekļautas zāles, kas atbilst konkrētās diagnozes starptautiskām ārstēšanas vadlīnijām, kam ir veikta terapeitiskā un ekonomiskā novērtēšanu, pierādot izmaksu efektivitāti un kuru izmaksas atbilst zāļu kompensācijai piešķirtajam finansējumam[[28]](#footnote-30).

Latvijā kompensācijas kārtība jau no pirmsākumiem tiek veidota ierobežotu resursu apstākļos, pat salīdzinājumā ar Baltijas kaimiņvalstīm, kas neatbilst Latvijas pacientu vajadzībām un neļauj efektīvi sasniegt politikas plānošanas dokumentos vairākkārtīgi noteiktos rezultatīvos rādītājus saistībā ar mirstības, stacionēšanas un pacientu finansiālās līdzdalības samazināšanos[[29]](#footnote-31).

Pacientiem, kuru diagnoze nav iekļauta zāļu kompensācijas sistēmā vai arī tiem, kuru diagnoze ir iekļauta[[30]](#footnote-32), bet kompensējamo zāļu sarakstā nav iekļautas nevienas zāles tās ārstēšanai, var saņemt zāles individuālās kompensācijas ietvaros[[31]](#footnote-33).

*4.attēls*

**Zāļu kompensācija onkoloģisko slimību gadījumā –**

**valsts budžeta finansējums un pacientu skaits**

*Avots: NVD*

Zāļu kompensācijai onkoloģisko slimību gadījumā ir vērojams ikgadējs finansējuma patēriņa un pacientu skaita pieaugums (skat. 4.attēlu), kas ir saistīts ar arvien pieaugošu diagnostikas iespēju pieejamību. Nepietiekama finansējuma apstākļos tiek rasta iespēja nosegt pieaugošo zāļu saņēmēju skaitu, bet pēdējos gados nav bijis iespējams papildināt kompensējamo zāļu sarakstu ar jaunām zālēm, kas īpaši būtiski ir onkoloģisko slimību pacientiem. Līdzekļu nepietiekamības dēļ tikai nelielai daļai šo pacientu ir iespēja saņemt zāļu kompensāciju, pamatojoties uz individuālu iesniegumu (skat. 5.attēlu).

*5.attēls*

**Zāļu kompensācija individuāliem pacientiem diagnožu grupā “Audzēji”**

*Avots: NVD*

Maksimālais individuālās kompensācijas apmērs gadā ir 14 228,72 eiro, un individuālās kompensācijas gadījumā NVD pieņem lēmumu, pamatojoties uz ārstu konsīlija slēdzienu. Zālēm, kuras tiek kompensētas, pamatojoties uz individuālā pacienta iesniegumu un ārstu konsīlija slēdzienu, netiek veikti izmaksu efektivitātes aprēķini, kā arī nav juridisks pamats sarunām ar ražotāju par finansiālās līdzdalības līgumiem. Līdz ar to, zāļu izmaksas vienam pacientam individuālās kompensācijas gadījumā var ievērojami pārsniegt KZS iekļauto zāļu izmaksas.

Gadījumos, kad individuāli kompensēto zāļu izmaksas pārsniedz valsts apmaksāto summu, pārsniegumu jāmaksā pašam pacientam, kas vairumā gadījumu neatbilst pacienta finansiālajām iespējām, spiežot pacientu vērsties pēc palīdzības pie labdarības organizācijām[[32]](#footnote-34).

Onkoloģisko slimību pacientiem individuālās kompensācijas ietvaros apmaksātas gan tādas zāles, kas ir iesniegtas iekļaušanai KZS, bet kuras netiek iekļautas sarakstā nepietiekamā finansējuma dēļ[[33]](#footnote-35), gan arī tādas zāles, kas ir iekļautas KZS ar stingriem izrakstīšanas ierobežojumiem citu diagnožu ārstēšanai, kaut arī to lietošana būtu nepieciešama plašākam pacientu lokam.

Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.-2020. gadam paredz, ka jaunu klīniski un ekonomiski efektīvu onkoloģisko pacientu ārstēšanai lietojamo zāļu apmaksāšanai būtu papildus nepieciešami 14 583 357 eiro**[[34]](#footnote-36)**. Šāds pasākums un finansējums norādīts arī kā viens no VM prioritārajiem pasākumiem. Ņemot vērā, ka plaisa starp Latvijas onkoloģiskajiem pacientiem pieejamo KZS un jaunāko iespējamo ārstēšanos arvien palielinās, pieaug arī efektīvas ārstēšanas nodrošināšanai nepieciešamais finansējums. Tādējādi 2018.gadam plānotais papildus finansējums 7 069 390 eiro apmērā tikai daļēji ļaus risināt zāļu kompensācijas problēmas onkoloģijā

Identificētās problēmas:

1. Pat nepaplašinot KZS, pastāvīgi pieaug kompensējamo zāļu lietotāju skaits (esošie pacienti turpina ārstēšanos, jauni uzsāk), bet nav proporcionāla valsts budžeta finansējuma pieauguma.

2. Pastāvīgi nepietiekamā finansējuma dēļ nav iespējams papildināt KZS ar jaunām efektīvām zālēm.

3. Daļai onkoloģisko pacientu KZS iekļautās zāles nesniedz vēlamo rezultātu, līdz ar to izvērtējama KZS papildināšana ar jaunām zālēm, kā arī personalizētās medicīnas principu tālāka ieviešana – papildināt KZS ar zālēm, kas piemērotas noteiktām onkoloģisko pacientu grupām ar noteiktiem pozitīviem biomarķieriem.

Saskaņā ar onkoloģijas plānā paredzēto, NVD ir izstrādāts t.s. prioritizācijas rīks, kas dotu iespēju iekļaušanai KZS iesniegtās zāles sarindot prioritārā secībā, ņemot vērā tādus kritērijus kā zāļu klīniskā nepieciešamība, salīdzinošās terapijas pieejamība, efektivitātes radītāji (kopējā dzīvildze, dzīvildze bez progresijas), dzīves kvalitāte, paredzes marķieri u.c.. Lai efektīvāk izmantotu papildus budžeta līdzekļus, turpmākās sarunas ar ražotājiem par zāļu izmaksu efektivitāti, paredzamo ietekmi uz piešķirtajiem budžeta līdzekļiem, iespējamiem līguma nosacījumiem tiks uzsāktas vispirms par zālēm, kurām pierādīta augstāka klīniskā efektivitāte un lielāka klīniskā nepieciešamība.

Tādējādi reformas īstenošanai pieejamā finansējuma ietvaros 2018.gadā tiks veikti šādi pasākumi:

*18.tabula*

**Zāļu kompensācija pacientiem diagnožu grupā “Audzēji”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Inovatīvie onkoloģiskie medikamenti | 20 000.00 | - | - | 6 000 000 | - | **-** | **300** |
| 2. | Kompensējamos medikamentus saņēmušo pacientu un līdzekļu pieaugums onkoloģijā | 1069.39 | 24 485 563 | 24 485 563 | 1 069 390 | 26 966 | **26 966** | **27 966** |
|  | Kopā | 1085,13 | 24 485 563 | 24 485 563 | 7 069 390 | 26 966 | **26 966** | **28 266** |

Medikamentu pieejamības uzlabošana ir viena no onkoloģijas jomas reformu sastāvdaļām, kas skatāmas kopumā. Kopā ar 2017.gadā uzsākto reformu onkoloģijas “zaļā koridora” ieviešanā un ārstniecības pieejamības uzlabošanā, papildus medikamenti tiks nodrošināti 5 794 pacientiem, nodrošinot būtisku medikamentu pieejamības uzlabošanos. Tajā skaitā tiks nodrošināta inovatīvo medikamentu terapijas uzsākšana 300 pacientiem. Kopumā inovatīvās terapijas nodrošinājums nepieciešams 669 pacientiem. Līdz ar to reforma tiks turpināta 2019.gadā, sasniedzot vismaz 50% aptveri.

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Tiks mazināta nevienlīdzība zāļu pieejamībā, līdz ar to mazinot invaliditātes, priekšlaicīgas mirstības risku un uzlabojot onkoloģisko pacientu dzīvildzi.** |

## **2.4. Jaunā reformas iniciatīva - staru terapijas un ķīmijterapijas efektivitātes uzlabošana**

Staru terapija ir viena no trim pamata ārstēšanas metodēm onkoloģijā. Pēc starptautiskiem onkoloģisko pacientu ārstēšanas protokoliem, staru terapiju saņem ne mazāk kā 60% no primāri ārstētiem pacientiem. Staru terapija var tikt pielietota gan kā vienīgā radikālā neinvazīvā ārstēšanas metode vēža agrīno stadiju gadījumā (priekšdziedzera, plaušu, aknu vēzis), gan kā kombinētas ārstēšanas sastāvdaļa (krūts, kuņģa zarnu trakta, ausu kakla, deguna, plaušu, nervu sistēmas, uroloģisko un citu lokalizāciju audzējiem), gan kā paliatīva un simptomātiska ārstēšana vēlīno stadiju pacientiem. Ar katru gadu palielinās ielaisto onkoloģisko saslimšanu skaits, kuru ārstēšanā staru terapija arvien biežāk tiek pielietota, ir efektīva un salīdzinoši lēta, bet ārstēšanas procesā jāievēro rekomendētie staru terapijas gaidīšanas un uzsākšanas laiki.

Staru terapijas procedūras tiek veiktas gan stacionāra pacientiem, gan ambulatorajiem pacientiem. Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca ir vienīgā ārstniecības iestāde Latvijā, kur tiek pielietotas tādas saudzējošas staru terapijas apstarošanas metodes kā IMRT, RapidArc, IGRT un ar elpošanu sinhronizēta staru terapija. Savukārt kopumā staru terapija tiek nodrošināta arī SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”. Valstī kopumā laika periodā no 2017.gada 1.janvāra līdz 1.jūlijam ir veiktas 59 606 staru terapijas procedūras, kas ir par 13,5 % vairāk nekā iepriekšējā gada līdzvērtīgā periodā. Esošās aparatūras tehniskie resursi un veiktspēja neatbilst reformas veicamo uzdevumu vajadzībām attiecībā uz kvalitatīvas un nepārtrauktas ārstēšanas nodrošināšanu. Attiecīgi mērķtiecīgai pakalpojuma nodrošināšanai un pieejamībai pacientiem, nepieciešams veikt jaunu tehnoloģiju – lineāro paātrinātāju - ieviešanu, kas palielinās pacientu plūsmu un nodrošinās ārstēšanas procesa un izmeklēšanas efektivitāti.

Jaunās staru terapijas tehnoloģijas nodrošinās iespēju apkalpot vairāk pacientus, efektivizējot darbu:

1. Balstoties uz to, ka tās ir digitalizētas un pacientu izmeklēšanas rezultāti ārstējošam ārstam tiek pārsūtīti ātrāk, jaunās tehnoloģijas dos iespēju palielināt kopējo pacientu plūsmu par 3-5 %, kas sastādītu 100-150 unikālo pacientu pieaugumu gadā. Līdz ar to kopējais unikālo pacientu skaits palielinātos līdz 3000 pacientiem. Ņemot vērā, ka vidēji pacientam tiek veiktas 14-15 starošanas procedūras, kopējais procedūru skaits pieaugtu par 2 250 procedūrām.

2. Modernizējot vecākos staru terapijas kabinetus galvenais ieguvums būs apstarošanas kvalitāte, kas tiks panākta ar jaunām apstarošanas metodēm (VMAT, IMRT), kas būtiski samazinās apstarošanas laiku par 10% un nodrošinās staru dozas konformalitāti un staru dozas precizitāti 582 pacientiem, kopā 8 730 staru terapijas procedūras. Jaunā paātrinātāja tehniskās iespējas ļaus precīzāk verificēt audzēja atrašanās vietu, analizēt tā kustības attiecībā pret elpošanas kustībām un izvērtēt elpošanas ietekmi uz mērķa apjomu un tā kustību trajektoriju, kas savukārt ļaus paplašināt klīniskās iespējas - veikt standarta staru terapiju un abliatīvo staru terapiju vairākām lokalizācijām un ļaus eskalēt dozu mērķa apjomā un sniegs labākus klīniskos rezultātus- audzēja kontrolei.

Neieviešot jaunas tehnoloģijas staru terapijas pakalpojuma nodrošināšanā, turpmāko divu gadu laikā iespēja sniegt staru terapijas pakalpojumus valstī samazināsies par 30-40%, palielinot mirstību līdz papildus 1 200 gadījumiem.

Kopumā reformas ietvaros 2018.gadā plānots iegādāties 3 lineāros paātrinātājus par kopējo summu 6 654 999 euro, 2019.gadā plānojot papildus lineāro paātrinātāju iegādi.

Saskaņā ar plānoto veselības aprūpes sistēmas reformu, lai nodrošinātu efektīvāku onkoloģisko medikamentu iepirkšanu un izlietošanu, nodrošinot pacientu līdzestību, plānots, ka onkoloģisko slimību ārstēšanai lietojamās parenterāli (intravenozi) ievadāmās zāles (izņemot tās, par kuru kompensācijas nodrošināšanu ir noslēgts finansiālas līdzdalības līgums ar zāļu reģistrācijas apliecības īpašnieku vai viņa pilnvarotām personām), kuru iegāde tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem, tiks iepirktas centralizēti. Tādejādi tiks iegūts ietaupījums uz aptieku uzcenojuma rēķina un novērsti zāļu zudumi pacienta nelīdzestīgas rīcības gadījumā un iepirkuma centralizēšanā, iegūstot zemākas cenas. Turklāt šķaidīšanas sistēmu automatizācija novērstu būtiskus zudumus parenterāli lietojamo ķīmijterapiju zāļu sagatavošanā, kas savukārt paplašinātu pacientu aptveri. Atbilstoši Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas ekspertu novērtējumam, iespējamie medikamentu, kas tika iegādāti kompensējamo zāļu sistēmā (turpmāk – KZS), zudumi ir 3-5%, vidēji 4%. Lai nodrošinātu reformas īstenošanu, nepieciešams iegādāties specializētas ķīmijterapijas preparātu šķaidīšanas sistēmas, kas ļaus parenterāli lietojamo ķīmijterapijas zāļu sagatavošanu nodrošināt ar mazāku ārstniecības personāla skaitu. Plānojot pakāpenisku darba samaksas pieaugumu ārstniecības personām, arī 2019.-2021.gada budžeta ietvarā, manuālā darba samazināšana nodrošinātu izmaksu optimizāciju, neradot deficītu šķaidīšanas sistēmu iegādes dēļ. Tāpat liela loma šķaidīšanas sistēmu ieviešanai ir ārstniecības personu darba apstākļu uzlabošana, lai nodrošinātu ārstniecības personu darbu bez paaugstināta riska un veselībai kaitīgiem faktoriem. Ieviešot parenterāli lietojamo ķīmijterapijas zāļu sagatavošanu Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā ar speciālu automatizētu šķaidīšanas sistēmu, sistēmas iegādei un atbilstošas infrastruktūras izveidei novirzot 2 319 872 euro.

2017. gada septembrī tika veikta tirgus izpēte un saņemti divi iespējamo pretendentu piedāvājumi par iekārtu nomaiņas izmaksām uz jaunajām. Realizējot aktivitāti, iepirkumi tiks veikti Publisko iepirkumu likuma noteiktajā kārtībā un faktiskā iekārtu cena būs zināma pēc iepirkuma procedūras veikšanas. Finansējuma ekonomija tiks novirzīta citu reformas pasākumu īstenošanai.

Kopējais iespējamais ieguvums no parenterāli ievadāmo onkoloģisko medikamentu centralizācijas reformas, kas ietver pacienta nelīdzestīgas rīcības gadījumu samazinājumu, aptieku uzcenojuma samazinājumu un iepirkuma centralizēšanu sastāda 519 664 euro gadā, līdz ar to ķīmijterapijas zāļu jaucēja iegāde un infrastruktūras izveide atmaksās mazāk nekā 5 gados no paredzēta 10 gadu iekārtu dzīves cikla.

*19.tabula*

**Staru terapijas un ķīmijterapijas efektivitātes uzlabošanai nepieciešamo iekārtu finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas iekārtas**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais iekārtu skaits** | | **Plānotais iekārtu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Lineāro paātrinātāju iegāde | 2 218 333 |  |  | 6 654 999 |  |  | **3** |
| 2. | Ķīmijterapijas zāļu jaucēja iegāde un infrastruktūras izveide | 2 319 872 |  |  | 2 319 872 |  |  | **1** |
|  | Kopā |  |  |  | 8 974 871 |  |  | **4** |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Tiks nodrošināta uzsāktās onkoloģiskās pieejamības uzlabošanas procesa nepārtrauktība, nodrošinot savlaicīgu un drošu staru terapijas pakalpojumu pacientiem nākamajā ārstēšanas posmā. Ar speciālu automatizētu šķaidīšanas sistēmu ieviešot parenterāli lietojamo ķīmijterapijas zāļu sagatavošanu Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, kur ķīmijterapiju saņem vairāk kā 75% valsts onkoloģisko saslimšanu pacientu, tiks samazinātas darbaspēka izmaksas, uzlabota ārstniecības personāla un pacientu drošība, kā arī novērsti medikamentu zudumi, kas rodas to manuālas šķaidīšanas procesā, tādējādi palielinot iespējas zāles saņemt lielākam skaitam pacientu.** |

## **2.5. Jaunā reformas iniciatīva - valsts patoloģijas centra izveide**

Veicot Valsts patoloģijas centra (turpmāk – VPC) izveidi ir paredzēts īstenot strukturālās reformas veselības aprūpē, uzlabojot slimību diagnostiku un samazinot diagnosticēšanas laiku, kas būs pieejams visiem Latvijas iedzīvotājiem neatkarīgi no dzīves vietas, kuru rezultātā palielināsies kvalitatīvi nodzīvoto mūža gadu skaits un samazināsies potenciāli zaudēto mūža gadu skaits, ka arī ļaundabīgo audzēju skaits vēlīnajās stadijās. Turklāt, tiks attīstīti inovatīvie pakalpojumi eksportam ar augstu pievienotu vērtību. Tajā pašā laikā, tiks īstenota inovatīvā pētniecība un modernie studiju kursi augstākajā izglītībā.

VPC izveide atbilst Nacionālā attīstības plāna 2014.-2020. gadam šādiem rīcības virzieniem - “Augstražīga un eksportspējīga ražošana un starptautiski konkurētspējīgi pakalpojumi"; “Attīstīta pētniecība, inovācija un augstākā izglītība" un “Vesels un darbspējīgs cilvēks".

Līdzīgi, VPC izveide atbilst "Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģijai līdz 2030. gadam" (Latvija 2030) un "Nacionālo reformu programmu stratēģijas "ES2020".

Būtiskākās problēmas onkoloģijas jomā un saslimšanas ārstēšanas efektivitātē rada vēlīni diagnosticēti audzēji. 33,9% no jaunatklātajām onkoloģiskajām saslimšanām tiek diagnosticētas III un IV stadijā, savukārt vēl 20,8% tiek diagnosticētas bez stadijas precizējuma[[35]](#footnote-37). Pacientiem ar III un IV stadiju ir zemāka dzīvildze salīdzinājumā ar pacientiem, kuriem ļaundabīgs audzējs atklāts agrīnākā stadijā. I un II stadijā atklātiem audzējiem 5 gadu dzīvildze tiek sasniegta attiecīgi vidēji 80% un 65% gadījumu, savukārt III stadijā vairs tikai 38% gadījumu un IV stadijā 7% gadījumu. Diagnostikas problēmas novēršanai plānots izveidot VPC, attīstot un sniedzot jaunus pakalpojumus.

VPC paredzēts strādāt vairākos virzienos:

Tiks ieviestas jaunākās izmeklēšanas metodes, kas ļaus precīzi noteikt slimības diagnozi un izvēlēties atbilstošu ārstēšanu. Papildus ir paredzēts ieviest jaunās metodes slimību diagnostikai un personalizētās ārstēšanas noteikšanai (hibridizācijas metodes, polimerāzes ķēdes reakcija, jaunās paaudzes sekvencēšanu un digitālu patoloģiju). Šīs metodes tiks ieviestas praksē pēc VPC infrastruktūras modernizācijas. Turklāt, tiks modernizētas esošas metodes, kuru rezultātā pakalpojuma sniegšanas laiks samazināsies vismaz divas reizes, tā rezultātā pacientiem diagnoze tiks noteikta ātrāk - „zaļais koridors” audu diagnostikā (diagnoze tiks noteikta vienas līdz trīs darba dienu laikā kas šobrīd aizņem trīs līdz deviņas darba dienas). Vienlaikus arī būs iespējams precīzāk noteikt efektīvāko medikamentu katra konkrēta pacienta audzēja tipam (personalizēta terapija). Pētījumi rāda, ka plaušu audzēja, melanomas un kolorektālā audzēja personalizēta terapija var pagarināt pacienta dzīvildzi pat līdz 50%) [[36]](#footnote-38),[[37]](#footnote-39). Tiek prognozēts, ka arī onkoloģijas pacientu ārstēšanas ilgums valstī samazinās vidēji par 0,5 dienām[[38]](#footnote-40).

Veicot strukturālas reformas patoloģijas nozarē, tiks attīstītas arī jaunas eksporta pakalpojumu iespējas ar augstu pievienotu vērtību (pamatā orientējoties uz Skandināvijas valstīm), jo pašlaik izteiktāka ir pretēja tendence, kad aizvien vairāk audu materiālu tiek sūtīti izmeklēšanai ārpus valsts.

VPC piedalīsies vietējo un starptautisko zinātnisko projektu pieteikšanā un realizācijā. VPC sadarbības partneri būs gan augstskolas, gan zinātniskie institūti. Ir paredzēts attīstīt arī *know-how* tehnoloģijas un patentēt tās Latvijā, ES un citās valstīs.

VPC izveidei kopumā plānots finansējums 3 525 000 euro apmērā, kas paredzēts infrastruktūras atjaunošanai un jaunu tehnoloģiju ieviešanai, t.sk. 2018. gadā nepieciešams finansējums 965 660 euro apmērā. Reformas īstenošana un VPC izveide turpināma arī 2019.gadā, VPC darbu ar modernizētu esošo pakalpojumu sniegšanu uzsākot 2018.gada 3-4.ceturksnī, savukārt jaunos pakalpojumus uzsākot sniegt 2019.gadā. VPC uzturēšanas izdevumi tiks segti no ieņēmumiem par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu, maksas pakalpojumu sniegšanu un pakalpojumu eksporta.

*20.tabula*

**VPC izveides uzsākšanai nepieciešamais finansējums 2018.gadā**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Investīciju pozīcija** | **Cena** | **Daudzums** | **Summa** |
| **Ēkas un tās infrastruktūras renovācija, t.sk.** |  |  | **400 000** |
| ēkas tehniskā apsekošana | 25 000 | 1 | 25 000 |
| projekta izstrāde | 250 000 | 1 | 250 000 |
| celtniecība | 125 000 | 1 | 125 000 |
| **Iekārtu iegāde, t.sk.** |  |  | **565 660** |
| Automatizēta hematoksilīna-eozīna krāsošanas iekārta | 199 635 | 1 | 199 635 |
| Automātizēta imūnhistoķīmiskās un in situ hibridizācijas krāsošanas iekārta | 96 800 | 2 | 193 600 |
| Mikrotoms imūnhistoķīmisko mikropreparātu izgatavošanai | 7 018 | 6 | 42 108 |
| Digitālais mikroskops imūnhistoķīmisko reakciju un FISH rezultātu izvērtēšanai | 18 150 | 3 | 54 450 |
| Mikroskops ārstiem patologiem hematoksilīna-eozīna mikropreparātu novērtēšanai | 7 260 | 7 | 50 820 |
| Kaulu griešanas iekārta | 9 680 | 1 | 9 680 |
| Ūdens vanniņa ar žāvējamo plati hematoksilīna-eozīna, histoķīmisko un imūnhistoķīmisko mikropreparātu izgatavošanai | 1 573 | 7 | 11 011 |
| Reaģentu uzglabāšanas ledusskapis | 2 178 | 2 | 4 356 |
| **KOPĀ** | | | **965 660** |

Jaunu diagnosticēšanas metožu ieviešana un esošo modernizēšana kopā ar onkoloģijas jomas reformām un ieviesto “zaļo koridoru” atbilstoši SIA “Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca” ekspertu novērtējumam 3 gadu periodā ļautu par 10 procentpunktiem samazināt vēlīni un bez precizētas stadijas diagnosticētus audzējus, tādējādi vairāk nekā par 5% palielinot pacientu skaitu ar 5 gadu dzīvildzi un samazinot mirstību no onkoloģiskām saslimšanām.

Ieviešot jaunākās izmeklēšanas metodes un nodrošinot izmeklējumu veikšanu VPC, nevis pērkot izmeklējumu ārpakalpojumā Lielbritānijā, VPC izveide atmaksāsies 3 gadu periodā. Kopējie izdevumi izmeklējumu pērkot ārpakalpojumā ārzemēs 3 gadu laikā sastādīs 7 738 909 euro, savukārt izmeklējumu veikšanas VPC, izmaksās 3 481 286 euro. Tādējādi kopējais ieguvums 3 gadu laikā sastāda 4 257 623 euro, kas pārsniedz VPC izveides izmaksas.

*21.tabula*

**Izmeklējumu izmaksu salīdzinājums, pakalpojumu nodrošinot VPC vai ārpakalpojumā**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2019** | **2020** | **2021** |
| **Operāciju un biopsiju materiāla imūnhistoķīmija pie limfoproliferatīvajām saslimšanām** |  |  |  |
| Izmeklējumu apjoms | 1 322 | 1 422 | 1 521 |
| 1 izmeklējuma plānotās izmaksas VPC, euro | 232.71 | 232.71 | 232.71 |
| **Summa, euro** | **307 643** | **330 914** | **353 952** |
|  |  |  |  |
| **Operāciju un biopsiju materiāla imūnhistoķīmija krūts dziedzera vēža gadījumā** |  |  |  |
| Izmeklējumu apjoms | 1 594 | 1 683 | 1 772 |
| 1 izmeklējuma plānotās izmaksas VPC, euro | 224.12 | 224.12 | 224.12 |
| **Summa, euro** | **357 247** | **377 194** | **397 141** |
|  |  |  |  |
| **Operāciju un biopsiju materiāla izmeklēšana ar Fluorescento in situ hibridizācijas (FISH) metodi krūts dziedzera audzēju gadījumā** |  |  |  |
| Izmeklējumu apjoms | 875 | 1 019 | 1 163 |
| 1 izmeklējuma plānotās izmaksas VPC, euro | 242.71 | 242.71 | 242.71 |
| **Summa, euro** | **212 371** | **247 321** | **282 272** |
|  |  |  |  |
| **Operāciju un biopsiju materiāla izmeklēšana- gēnu mutāciju noteikšana ar polimerāzes ķēdes reakciju (PCR) visu veidu audzēju gadījumos,īpaši bērniem** |  |  |  |
| Izmeklējumu apjoms | 875 | 1 025 | 1 174 |
| 1 izmeklējuma plānotās izmaksas VPC, euro | 200.14 | 200.14 | 200.14 |
| **Summa, euro** | **175 123** | **205 144** | **234 964** |
|  |  |  |  |
| **Plānotās izmaksas VPC kopā, euro** | **1 052 384** | **1 160 573** | **1 268 329** |
|  |  |  |  |
| Izmeklējumu apjoms kopā | 4 666.00 | 5 149.00 | 5 630.00 |
| 1 izmeklējuma izmaksas Lielbritānijā, euro | 500.00 | 501.00 | 502.00 |
| **Summa, kopā** | **2 333 000** | **2 579 649** | **2 826 260** |
|  |  |  |  |
| **Ieguvums pakalpojumu nodrošinot VPC, euro** | **1 280 616** | **1 419 076** | **1 557 931** |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts : Realizējot VPC modernizācijas projektu, un ieviešot jaunās izmeklēšanas metodes ļaundabīgo audzēju diagnostikā un personalizētā ārstēšanā, tiks paātrināts diagnozes noteikšanas laiks kā rezultātā ar personalizētās diagnostikas ieviešanu būs iespēja precīzi noteikt audzēja veidu un piemeklēt efektīvāko ārstēšanas metodi (īpaši medikamentozo terapiju), kas dod būtisku ieguvumu ne tikai pacientu dzīvildzes uzlabošanā, bet arī līdzekļu efektīvā izlietošanā, ārstējot tikai ar mērķtiecīgu terapiju. Attiecīgi prognozējams, ka mirstība no ļaundabīgajiem audzējiem tiks samazināta vidēji par 8%.** |

## **2.6. Jaunā reformas iniciatīva – vēža skrīninga programmas reforma**

Būtiska nozīme vēža savlaicīgā atklāšanā ir regulāra vēža profilaktisko pārbaužu veikšana. Profilaktiskās pārbaudes sniedz iespēju gūt pārliecību par veselības stāvokli, savukārt gadījumā, ja tiek atklāta slimība, uzsākt savlaicīgu ārstēšanu.

Valsts organizētā vēža skrīninga programmā ir iekļautas trīs agrīnās vēža diagnostikas pārbaudes - dzemdes kakla vēža pārbaude (vienu reizi trijos gados), krūts vēža izmeklējums ar mamogrāfijas metodi (vienu reizi divos gados) un kolorektālā vēža pārbaude jeb slēpto asiņu izmeklējums fēcēs (vienu reizi gadā).

Uzaicinājuma vēstules dzemdes kakla un krūšu profilaktiskās pārbaudēm tiek nosūtītas izlases kārtībā atbilstoši Iedzīvotāju reģistra datiem. Uzaicinājums dzemdes kakla pārbaudei tiek nosūtīts sievietēm vecumā no 25 līdz 67 gadiem (reizi trijos gados), savukārt krūts vēža pārbaudei (ar mamogrāfijas metodi) sievietēm vecumā no 50 līdz 68 gadiem (reizi divos gados). Uzaicinājuma vēstules tiek nosūtītas uz sievietes deklarēto dzīvesvietas adresi aptuveni trīs mēnešu laikā pēc personas dzimšanas dienas. Savukārt valsts apmaksātu zarnu vēža profilaktisko pārbaudi reizi gadā var veikt sievietes un vīrieši vecumā no 50 līdz 74 gadiem.

Šīs pārbaudes veikšanai uzaicinājuma vēstule netiek nosūtīta. Lai veiktu profilaktisko pārbaudi, pacientam ir jāvēršas savā ģimenes ārsta praksē. Minētās vecuma grupas noteiktas pamatojoties uz ārstu profesionālo asociāciju rekomendācijām, kā arī Eiropas Komisijas rekomendācijām par valsts organizētā un apmaksātā krūts dziedzera un dzemdes kakla ļaundabīgo audzēju savlaicīgas atklāšanas programmas ieviešanu dalībvalstīs. Pēc Eiropas Komisijas rekomendācijām, katrai dalībvalstij ieteicams ieviest valsts organizētu vēža skrīningprogrammu, kuras ietvaros vēlams veikt mammogrāfijas izmeklējumu sievietēm vecumā no 50 – 69 gadiem un dzemdes kakla citoloģisko izmeklēšanu sievietēm ne agrāk kā 20 gadu vecumā, bet ne vēlāk kā 30 gadu vecumā.

Atbilstoši NVD sniegtai informācijai 2017.gada 9 mēnešos dzemdes kakla vēža skrīninga atsaucība sasniedza 38,7%, savukārt krūts vēža skrīninga atsaucība sasniedza 45,9%.

2017.gadā Slimību profilakses un kontroles centrs sadarbībā ar ārstniecības iestādi īstenoja pilotprojektu par “Par dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga aptveri”. Pilotprojekta ietvaros tika gūts apstiprinājums hipotēzei, ka organizējot, uzaicinot un strādājot individuāli ar mērķa grupas pacientiem ir sasniedzama augstāka valsts organizētā vēža skrīninga aptvere. Pilotprojekta ietvaros tika izvēlētas 6 ģimenes ārsta prakses, kur praksē reģistrēto pacientu valsts organizētā vēža skrīninga aptvere bija zemāka kā valsts vidējā valsts organizētā vēža skrīninga aptvere. Pilotprojekts parādīja, ka būtiska nozīme ir individuālam darbam ar pacientu, individuāli skaidrojot profilakses nozīmi, kā arī organizējot pacienta attiecīgā pakalpojuma saņemšanas iespēju. Pilotprojekta īstenošanas laikā veikto izmeklējumu skaits vēža skrīniga ietvaros pieauga apmēram divas reizes nekā tas bija iepriekšējā gada līdzīgā laika periodā.

Lai uzlabotu valsts organizētā vēža skrīninga atsaucību, tādējādi sekmējot vēža agrīnu diagnostiku, pilotprojekta ietvaros ir plānots iesaistīt ģimenes ārstus, paredzot papildus maksājumu par vēža skrīninga atsaucības palielināšanu pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu vidū. Šādā veidā ģimenes ārsts tiks ieinteresēts vairāk rūpēties par saviem pacientiem, sekot līdz savu pacientu veselībai un izglītot tos par skrīninga veikšanas nepieciešamību. Pilotprojekta ietvaros paredzēts ģimenes ārsta praksei novirzīt 500 euro ceturksnī (250 euro par katru (dzemdes kakla un krūts vēža) skrīningu), ja vēža skrīninga atsaucība ir sasniegusi 50% par dzemdes kakla vēža skrīningu un 60% - par krūts vēža skrīningu. Rezultāti tiks novērtēti katru ceturksni, izvērtējot izmeklējumu veikušo personu skaits periodā / izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits periodā. Papildus maksājumu plānots veikt reizi ceturksnī. Plānots pilotprojektā iesaistīt 260 ģimenes ārstu prakses. Nepieciešamā summa 2018.gadā 500 euro ceturksnī \* 260 prakses \* 3 ceturkšņi = 390 000 euro.

Pēc pilotprojekta beigām, tiks turpināta ģimenes ārstu iesaistīšana vēža profilakses nodrošināšanā, sasniedzot 75% vēža skrīninga aptveri.

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Nodrošināta krūts un dzemdes kakla vēža agrīna diagnostika un savlaicīga ārstēšanas uzsākšana. Pilotprojekta rezultātā ģimenes ārstu praksēs, kuras piedalās pilotprojektā, tiks palielināta krūts vēža skrīninga aptvere par 14,1%, savukārt dzemdes kakla skrīninga aptvere par 11,3%. Atbilstoši SPKC datiem 2016.gadā dzemdes kakla vēzis 12% gadījumos tika uzstādīts valsts organizētā vēža skrīningā ietvaros, savukārt krūts vēzis - 18,6% gadījumos. Pirmā gada letalitāte un piecu gadu dzīvildze ir saistāma ar audzēja stadiju diagnozes noteikšanas brīdī – 2015.gadā vēlīni diagnosticētajiem audzējiem (4.stadijā) pirmā gada letalitāte bija 73,6%, bet agrīni diagnosticētiem audzējiem (1.stadijā) - 4,1%. Savukārt, piecgadu dzīvildze 4. stadijā 2011. gadā diagnosticētajiem audzējiem bija tikai 5,9%, bet 1. stadijā – 80,2%.** |

Onkoloģijas jomas reformas tika uzsāktas 2017.gadā, ieviešot “zaļo koridoru”, kura ietvaros tika uzsākti vairāki savstarpēji saistīti pasākumi, lai nodrošinātu, ka onkoloģiskās saslimšanas tiktu diagnosticētas agrīnās stadijās un tiktu uzlabota ārstēšanas kvalitāte un efektivitāte. 2018.gadā minēto aktivitāšu ietvaros papildus plānots uzsākt vēža skrīninga pilotprojektu, kas kopā ar 2017.gadā izstrādātajiem primārajiem un sekundārajiem algoritmiem vēl vairāk palielinās agrīni diagnosticēto saslimšanu skaitu. Savukārt pieaugot kopējam diagnosticēto pacientu skaitam un agrīni diagnosticēto pacientu skaitam, palielinās arī pacientu skaits, kam nepieciešama ambulatorā un stacionārā ārstniecība un medikamenti. Lai uzlabotu ārstēšanas pieejamību un kvalitāti, papildus tiks nodrošināts pakalpojumu apjoma pieaugums, efektīvāku, kvalitatīvāku iekārtu iegāde, medikamentu apjoma pieaugums. Tādējādi onkoloģijas reformu ietvarā tiek sasniegts kopējs efekts no visiem pasākumiem un reformas pasākumus nevar skatīt atsevišķi un atrauti vienu no otra. Nenodrošinot atsevišķu aktivitāšu īstenošanu, netiks sasniegti kopējie reformas mērķi.

## **Infekcijas slimību izplatības mazināšana**

## **3.1. Veiktās reformas valsts kompensējamo medikamentu nodrošinājumam VHC pacientiem F3-F4 aknu bojājuma stadijā**

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 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.[[39]](#footnote-41) 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.

Ņemot vērā iepriekš minēto 2017.gadā ir uzsākta reforma VHC kompensējamo medikamentu jomā, kuras ietvaros plānots nodrošināt papildus ārstēšanu 203 pacientiem. Minētajā apjomā reforma tiks turpināta arī 2018.gadā.

*22.tabula*

**Plānotais valsts kompensējamo medikamentu izlietojums VHC ārstēšanai**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas pakalpojuma vidējās izmaksas \*** | **Papildus piešķiramais finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** |
|  |  | *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2018** |
| 1. | Kompensējamie medikamenti C hepatīta ārstēšanai | 26 910.75 | 5 462 882 | **203** |
|  | **Kopā** |  | **5 462 882** | **203** |

\* Ietverot iepriekšējos periodos uzsākto interferona terapiju izmaksas

Jau 2017.gada I pusgadā Nacionālā veselības dienesta sekmīgas darbības rezultātā ārstēšana VHC pacientiem F3-F4 stadijā īstenota 69 % apmērā no gada plānotā pieejamības pieauguma apjoma, līdz ar to nepieciešams turpināt iesākto reformu VHC ārstēšanā, nodrošinot tiešās darbības interferonu nesaturošo preparātu pieejamību pacientiem lielākā apjomā un 2018.gadā nodrošinot papildus terapiju 204 VHC pacientiem, vispirms nodrošinot papildus ārstēšanu VHC F3-F4 stadijā fiksētajiem 2017.gada pacientiem un iespēju robežās no 2018.gada nodrošinot VHC ārstēšanu arī pacientiem ar F2 aknu bojājuma stadiju.

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. Reforma VHC pacientu ārstēšanai tiks turpināta arī 2019. un 2020.gadā. Papildus 2017.gada turpinātajam apjomam, 2018.gadā tiks nodrošināta vēl 204 pacientu ārstēšana.

*23.tabula*

**Plānotais finansējums VHC ārstēšanai**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Kompensējamie medikamenti C hepatīta ārstēšanai | 28 000 | 10 562 883 | 10 562 883 | 5 712 000 | **393** | **393** | **597** |
|  | Kopā |  | 10 562 883 | 10 562 883 | 5 712 000 | **393** | **393** | **597** |

Ņemot vērā to, ka no 2016.gada ir uzsākta VHC ārstēšana, izmatojot jaunākās paaudzes medikamentus, kas ir ievērojami dārgāki, bet tajā pat laikā nodrošina praktiski visu VHC pacientu atbrīvošanu no VHC vīrusa, no 2016.gada liels uzsvars tiek likts VHC diagnostikai un dinamiskajai novērošanai. Tādēļ, salīdzinot ar situāciju pirms reformas uzsākšanas, ņemot vērā piemērojamās manipulācijas vidējais manupilāciju tarifs ir pieaudzis no 68 euro uz 100.40 euro, savukārt izmeklējumu skaits audzis no 3 938 līdz 10 468. Lai nodrošinātu sekmīgu reformas turpināšanu nepieciešams nodrošināt arī atbilstošu diagnostisko izmeklējumu pieaugumu. Tādēļ, lai nodrošinātu Nacionālās references laboratorijas darbību un 10 468 VHC izmeklējumu apstiprinošo diagnostiku, tipēšanu un ārstēšanas efektivitātes monitoringu, nepieciešams papildus finansējums **783 203 euro** apmērā.

*24.tabula*

**Plānotais finansējums VHC izmeklējumu nodrošināšanai**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pirms reformas uzsākšanas | 2018.gada plāns | Starpība |
| Vidējais manipulāciju tarifs | 68.00 | 100.40 |  |
| Manipulāciju skaits | 3 938 | 10 468 |  |
| **Finansējums, euro** | **267 784** | **1 050 987** | **783 203** |

Papildus infekcijas slimību izplatības risks pastāv asins pagatavojumu izplatīšanas jomā. Lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pacientu drošību asins pagatavojumu jomā, nepieciešams uzlabot vīrusu molekulārās izmeklēšanas analītiskās jūtības testus sagatavojamo asins preparātu izmeklēšanā Valsts asinsdonoru centrā (turpmāk tekstā – VADC). Šobrīd VADC vīrusu molekulārie izmeklējumi tiek veikti 24 asins paraugu kopā, kurā veidojas pārāk liels atšķaidījums, tādēļ ne vienmēr vīrusa klātbūtni iespējams pierādīt. Ņemot vērā valstī esošo nopietno epidemioloģisko situāciju saslimstībā ar vīrushepatītiem B, C, kā arī HIV, ir nepieciešams ieviest jaunu, speciālu testēšanas metodi samazinot asins paraugu atšķaidījumu līdz 6 asins paraugiem kopā, kas attiecīgi potenciālā asiņu recipienta (saņēmēja) inficēšanas risku samazina par 16,7%. VADC gadā veic apmēram 55 000 izmeklējumus 3 vīrusiem –hepatīts B, VHC un HIV.

Ņemot vērā epidemioloģisko situāciju Latvijā, atklāto un apstiprināto pozitīvo virusoloģiskā skrīninga (seroloģijas testi) rezultātu skaitu, ir jāuzlabo asins komponentu drošums, papildus seroloģijas skrīninga metodēm pielietojot laboratorijās arī molekulārā skrīninga metodi (NAT, MP6), kā papildu filtru donoru atlasei. NAT metode palīdz uzlabot vīrusu infekciju diagnostiku, saīsināt infekciju atklāšanas periodu un samazināt nedrošu komponentu pārliešanas iespējamību valstī.

NAT tehnoloģija ir augsti jutīga un specifiska, tā pamatojas uz vīrusu DNS vai RNS mērķa reģionu amplifikāciju un, to pielietojot, ir iespējams atklāt vīrusa klātbūtni organismā ātrāk nekā lietojot seroloģiskā skrīninga metodes, ievērojami sašaurinot HIV, HCV un HBV infekcijas atklāšanas periodu. NAT metode ir vienīgā, ar kuras palīdzību var diagnosticēt HCV RNS agrīnajā periodā.

Saskaņā ar VADC statistikas datiem pieaug ne tikai seropozitīvo donoru skaits, bet arī seronegatīvo donoru skaits, kuriem tika konstatēta infekciju esamība, veicot vīrusu izraisītāju (HIV, HBV vai HCV) testēšanu, pielietojot NAT tehnoloģiju “seroloģiskā loga periodā”. Statistikas dati norāda uz tendenci atklāt vīrusu klātbūtni regulāriem donoriem.

Statistikas dati par seroloģijas testiem kopumā:

* 2013. gads – 269 primāri pozitīvie paraugi, no kuriem 7 tika apstiprinātas infekcijas (2.6 %);
* 2014. gads – 350 primāri pozitīvie paraugi, no kuriem 14 tika apstiprinātas infekcijas (4 %);
* 2015. gads – 399 primāri pozitīvie paraugi, no kuriem 13 tika apstiprinātas infekcijas (3.25 %);
* 2016. gads – 581 primāri pozitīvie paraugi (ieskaitot no arhīva pārtestētus paraugus), no kuriem 132 tika apstiprinātas infekcijas (ieskaitot no arhīva pārtestētus paraugus) (22.7%);
* 2016. gadā tika konstatēti 11 (vienpadsmit) gadījumi, kad “seroloģiskā loga periodā” tika atklāta vīrusu infekcija agrīnā fāzē. 10 (desmit) gadījumos tie bija regulārie donori.

NAT tehnoloģijas pielietošana VADC praksē seroloģiski negatīviem donoriem palielina asins komponentu drošumu, samazinot infekciju (HIV, HBV vai HCV) pārnešanas risku asins komponentu recipientiem.

Lai reformas ietvaros uzlabotu vīrusu molekulārās izmeklēšanas analītiskās jūtības rādītājus papildus nepieciešami 579 656 euro, ņemot vērā, ka vienas donācijas testēšanas izmaksas pieaug par 10,54 euro ar PVN.

*25.tabula*

**Izdevumu aprēķins vīrusu molekulārās izmeklēšanas analītiskās jūtības rādītāju uzlabošanai**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nosaukums** | **Daudzums** | **Cena bez PVN, *euro*** | **Kopā izdevumi bez PVN, *euro*** | **Izdevumi ar PVN, *euro*** |
| Izmantojot minipulus no 24 (MP24) asins paraugiem | 55 000 | 10.96 | 602 800.00 | 675 136.00 |
| Izmantojot minipulus no 6 (MP6) asins paraugiem | 55 000 | 20.37 | 1 120 350.00 | 1 254 792.00 |
| **Izdevumu pieaugums** |  |  |  | **579 656.00** |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Tiks turpināta 2017. gadā uzsāktā reforma ar jaunākās paaudzes ārstēšanu un laboratorisko diagnostiku nodrošinot to papildus vēl 204 VHC pacientiem, tādejādi samazinot saslimšanas radītos epidemioloģiskos draudus valstī un pakāpeniski paplašinot pacientu aptveri uzsākot ārstēšanu jau F2 aknu bojājuma stadijā, kas nodrošina pamatā darbaspējīgā vecuma cilvēku pilnīgu izveseļošanos un atgriešanos sabiedrībā un darba tirgū. Savukārt ieviešot jauno testēšanas metodi, tiek mazināts HIV infekciju izplatības risks un sekojoši to ārstēšanās izdevumi.** |

## **3.2. Jaunā reformas iniciatīva - epidemioloģiskās situācijas uzlabošana paplašinot ārstēšanas iespējas HIV/AIDS pacientiem**

HIV infekcijas izplatība ir globāla mēroga problēma, kam ir sociāli ekonomiskas sekas un kas negatīvi ietekmē visas sabiedrības veselību, katra indivīda drošību, iekļaušanos sabiedrībā un darba tirgū, kā arī ietekmē valsts labklājību kopumā.

Latvija ir to ES valstu vidū, kur HIV infekcijas izplatības rādītāji ir vieni no visaugstākajiem ES. SPKC dati rāda, ka 2015.gadā Latvijā tika reģistrēti 19,8 HIV infekcijas gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, salīdzinoši pēc jaunākajiem publicētajiem Eiropas slimību kontroles centra (ECDC) datiem ES/EEZ valstīs 2015.gadā vidēji reģistrēti 5,8 HIV infekcijas gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem (dati par HIV epidemioloģisko situāciju 2016.gadā ES/EEZ valstīs tiks publicēti 2017.gada beigās).

*6.attēls*

**HIV un AIDS saslimšanas gadījumi, 2015.[[40]](#footnote-42)**

Ņemot vērā pieejamos veselības aprūpes budžeta līdzekļus, atbilstoši “Racionālas farmakoterapijas rekomendācijām no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātai antiretrovirālai terapijai HIV/AIDS infekcijas ārstēšanai”, HIV inficēto personu ārstēšana tiek uzsākta no 350 CD4 šūnām ml. Savukārt PVO un cita starptautiskās organizācijas iesaka HIV inficēto personu ārstēšanu uzsākt nekavējoties, līdz ar infekcijas atklāšanu. 2016.gada septembrī ar PVO Eiropas Reģionālās Komitejas atbalstu tika apstiprināts “PVO rīcības plāns veselības nozarē Eiropas reģionam, reaģējot uz HIV”[[41]](#footnote-43), kurā tika izvirzīts mērķis līdz 2030.gadam izbeigt HIV epidēmiju panākot to, ka 90% no HIV inficētām personām zina savu statusu, 90% no personām, kam atklāta HIV infekcija saņem ārstēšanu un 90% no tām personām, kas saņem ārstēšanu, tā ir efektīva. Šobrīd Latvija ir vienīgā ES valsts, kur HIV ārstēšanu uzsāk tik novēloti - no 350 CD4 šūnām ml.

Palielinoties HIV inficēto pacientu skaitam un pacientu skaitam AIDS stadijā, ar katru gadu palielinās HIV infekcijas ārstēšanai paredzēto zāļu izmaksas, jo palielinās personu skaits, kam nepieciešama ārstēšana. Latvijā ir visaugstākais AIDS jaunatklāto gadījumu skaits ES. Kopumā personu skaits ar AIDS katru gadu palielinās. Kopš 2007.gada HIV inficēto personu AIDS stadijā skaits ir gandrīz trīskāršojies no 630 personām līdz 1873 personām 2017.gadā. Jāņem vērā, ka pacientu ārstēšana AIDS stadijā prasa lielus papildus veselības aprūpes resursus. Pēdējo gadu laikā viena HIV pacienta izmaksas ir dubultojušas, jo ir jāsniedz palīdzība personām ar grūti ārstējamām blakus slimībām, tai skaitā tuberkulozi (TB) un multirezistento TB. 17,4% no TB pacientiem ir HIV inficētas personas. Vidēji ES šis rādītājs ir 4,6%. Bez tam šīm personām dēļ smagiem veselības traucējumiem ir ierobežotas darbaspējas.

Saskaņā ar NVD datiem līdz 2017.gada 1.septembrim no zāļu iegādes kompensācijas sistēmas budžeta līdzekļiem ārstēšanu saņēma 2081 pacients ar HIV infekciju. 2017.gadā HIV/AIDS ārstēšanai tika ieplānoti 9,65 miljoni eiro.

*7.attēls*

**Pretvīrusu terapiju saņēmušo pacienta skaita un izmaksu dinamika**

**(2011.-2016.)**

HIV savlaicīga ārstēšana ir vissvarīgākais profilakses pasākums, lai samazinātu HIV izplatību sabiedrībā. Pētījumos[[42]](#footnote-44) ir pierādīts, ka uzsākot agrīnu HIV ārstēšanu un samazinot vīrusa šūnu skaitu cilvēka organismā līdz minimumam, HIV inficētais vairs nevar inficēt apkārtējos, tādējādi samazinot infekcijas izplatības risku par 20%. Pētījumi[[43]](#footnote-45) arī pierāda, ka bez ARV terapijas 100 inficēti cilvēki gada laikā inficē vēl 12 cilvēkus. Tādēļ viens no svarīgākajiem pasākumiem HIV izplatības samazināšanā ir nodrošināt pēc iespējas agrīnāku HIV inficēto personu ārstēšanu, nodrošinot ārstēšanu apmēram 90% no HIV inficētām personām. Latvijā šobrīd ARV terapiju saņem ap 38% no HIV inficētām personām. Latvijā 2017.gada 1.septembrī bija 5431 dzīvas HIV inficētas personas, no kurām 2081 saņēma ARV. Līdz ar to varam secināt, ka pastāv risks, ka gada laikā var tikt inficētas vairāk kā 400 jaunas personas, kas arī atbilst pašreizējām saslimstības tendencēm. Papildus jāņem vērā, ka šobrīd HIV infekcija Latvijā izplatās heteroseksuālā ceļā, kas nozīmē, ka pieaug risks ar HIV inficēties sievietēm reproduktīvā vecumā, kā rezultātā ir risks pārnest infekciju no mātes jaundzimušajam. Katru gadu Latvijā tiek atklāti vairāki HIV infekcijas gadījumi bērniem, kas ir inficējušies no mātes.

2017.gada 31.oktobrī ar Ministru kabineta rīkojums Nr.630 (prot. Nr.53 27.§) tika apstiprināts rīcības plāns “HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāns 2018.–2020. gadam”. Tā ietvaros no 2018.gada ir paredzēts uzlabot HIV ambulatorai ārstēšanai nepieciešamo zāļu pieejamību, nodrošinot HIV terapiju no CD4 500 šūnām. 2018.gadā tiek plānots nodrošināt HIV terapijas uzsākšanu 200 jauniem pacientiem, nodrošināt ārstēšanu vismaz 500 HIV/AIDS pacientiem ar pavadošajām saslimšanām. Lai nodrošinātu finanšu resursu deficīta segšanu uz HIV pacientu pieauguma rēķina tiek plānots 2018.gadā ārstēt 800 HIV pacientus, 2019.gadā - 1320 pacientus, 2020.gadā - 1840 pacientus. 2018.gadā HIV/AIDS terapijas nodrošināšanai nepieciešami 4 203 000 euro, paredzot vienam HIV pacientam ārstēšanas izmaksas 4 100 euro gadā.

2*6.tabula*

**Plānotais ārstēto HIV/AIDS pacientu skaits un to ārstēšanas izmaksas**

**2018.gadam**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | HIV terapija (no CD4 500 šūnām) | 4 100 | - | - | 820 000 | **-** | **-** | **200** |
| 2. | HIV terapija (pacientu skaita pieaugums) | 4 100 | 9 651 065 | 9 651 065 | 3 280 000 | **2 832** | **2 832** | **3 632** |
| 3. | Oportūnistisko slimību ārstēšana pacientiem ar HIV/AIDS | 206 | - | - | 103 000 | **-** | **-** | **500** |
|  | Kopā |  | 9 651 065 | 9 651 065 | 4 203 000 | **2 832** | **2 832** | **4 332** |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Veicot reformu HIV pacientu ārstēšanas jomā un nodrošinot agrīnāku HIV inficēto personu ārstēšanu, tas ir , uzsākot ārstēšanu no 500 CD4 šūnām ml un katru gadu palielinot HIV inficēto personu skaitu, kas saņem ārstēšanu, samazinās HIV infekcijas izplatības riski un uzlabojas valsts epidemioloģiskā situācija un draudi sabiedrības veselībai, tiek efektīvāk izmantoti līdzekļi HIV pacientu ārstēšanai, jo tiek novērsta AIDS stadijas attīstība un novērsta HIV pavadošo slimību, tai skaitā tuberkulozes izplatība, tiek samazināti personu invaliditātes un darbnespējas riski.** |

## **Primārās veselības aprūpes sistēmas kvalitātes un pieejamības uzlabošana**

## **4.1. Jaunā reformas iniciatīva - ģimenes ārstu kvalitātes sistēmas reforma**

1978. gada Alma-Atas konferencē PVO identificēja primāro veselības aprūpi kā visefektīvāko ceļu, lai iedzīvotājiem nodrošinātu veselības aprūpes pamatpakalpojumus. Kopš tā laika PVO un Pasaules Ģimenes ārstu organizācija *(WONCA)* dažādās pasaules līmeņasanāksmēs ir akcentējušas primāro veselības aprūpi un ģimenes ārsta lomu indivīda un sabiedrības veselības jomā.

Ģimenes ārsts spēj apvienot uz pacientu orientētu attieksmi, prasmes un visaptverošas zināšanas, kas nodrošina ikviena pacienta ārstēšanu, veselības saglabāšanu un slimību profilaksi, neskatoties uz to, vai radusies veselības problēma ir bioloģiska, psiholoģiska vai sociāla. Ģimenes ārsti darbojas kā pacienta veselības advokāti visos ar veselību saistītajos jautājumos – gan koordinējot konsultācijas pie speciālistiem, gan nosūtot uz ārstēšanos slimnīcā, gan nodrošinot mājas aprūpi un iesaistot par sociālo palīdzību atbildīgos darbiniekus, ja tas ir nepieciešams.[[44]](#footnote-46)

Ģimenes ārsta darbība ir primārās veselības aprūpes pamats, kas balstās uz šādiem galvenajiem principiem - brīva pakalpojumu pieejamība, ilglaicīga un nepārtraukta pacientu aprūpe, vispusīga un koordinēta pacientu aprūpe, un pacienta sadarbība pacienta veselības veicināšanā, slimību profilaksē un ārstnieciskajā procesā[[45]](#footnote-47).

Atbilstoši EHCI (Euro Health Consumer Index) datiem, Latvija 2015.gadā bija priekšpēdējā vietā attiecībā uz ģimenes ārsta pieejamību[[46]](#footnote-48). Par nepietiekošu ģimenes ārsta pieejamību liecina arī Neatliekamās medicīniskās palīdzības (turpmāk –NMP) dienesta dati - 2017.gada 9 mēnešos ģimenes ārstiem tika nosūtīti 655 ziņojumi par pacientiem, kuri vairāk nekā 5 reizes mēnesī izsaukuši NMP brigādi un 101 229 ziņojumi pacientiem, pie kuriem bijusi izsaukta NMP brigāde, bet pacients nav nogādāts slimnīcā. Nepamatotu izsaukumu[[47]](#footnote-49) īpatsvaram pēdējo 3 gadu laikā ir tendence pieaugt, un 2016.gadā tas sasniedza 30% no visiem izsaukumiem. 2017.gada pirmajā pusgadā sekundāro izsaukumu skaits sasniedza 31,9% no visiem izsaukumiem. Vidēji diennaktī NMP brigādes dodas uz aptuveni 1 200 izsaukumiem, no kuriem aptuveni 370 - 400 pēc rezultāta no NMP dienesta darba specifikas viedokļa klasificējami kā NMP dienestam nepamatoti jeb tādi, kuros NMP nebija nepieciešama. Šādus izsaukumus novirzot primārās un ambulatorās veselības aprūpes sniedzējiem, ieguvumi būtu vairāki – pacients saņemtu atbilstošu un izmaksu efektīvu pakalpojumu, efektīvi un atbilstoši tiktu izmantoti NMP dienesta resursi, palielinot iespēju uzlabot izsaukumu apkalpošanas operativitāti dzīvībai un veselībai kritiskās situācijās. Lielākā daļa jeb 70% sekundāro izsaukumu ir ārpus ģimenes ārstu darba laika – darba dienās no plkst. 18:00 līdz 8:00 un brīvdienās. Darba dienās laikā no plkst. 08:00 līdz 18:00 sekundāro izsaukumu īpatsvars ir 25,5,%, bet ārpus ģimenes ārstu darba laika tas palielinās pat līdz 42% no kopējā izpildīto izsaukumu skaita. 80% sekundāro izsaukumu ir pie pacientiem ar hroniskām saslimšanām. Sekundāro izsaukumu iemesli visbiežāk ir paaugstināts asinsspiediens un akūtas respiratoras saslimšanas bez sarežģījumiem un mugurkaula spondiloze. Pacienti ar minētajām saslimšanām sastāda 48% no kopējā sekundāro izsaukumu skaita. Viens no iemesliem NMP izsaukšanai bieži vien tiek minēts, ka ģimenes ārsts nav sazvanāms, nav pieejams vai licis izsaukt NMP. Pagarinot ģimenes ārsta prakšu darba laiku un palielinot pieejamību primārai veselības aprūpei – viens no pasākumiem situācijas uzlabošanai.

2016.gadā bija 6 383 782 apmeklējumi pie ģimenes ārsta. 42,8 % no visiem apmeklējumiem ir hronisku pacientu aprūpe (t.sk., hronisku slimību diagnostika). Apmeklējums saistībā ar profilakses veikšanu 2016.gadā veido tikai 15% no visiem apmeklējumiem pie ģimenes ārsta. 60% profilaktiski apskatītajiem pacientiem tiek atrastas veselības aprūpes problēmas un uzsākta savlaicīga ārstēšana.

Lai uzlabotu ģimenes ārstu kapacitāti un nodrošinātu pacientu pieejamību primārai veselības aprūpei, plānots palielināt finansējumu kapitācijas naudā par 205,10 euro mēnesī uz praksi, nosakot 3 rezultatīvos rādītājus:

* ģimenes ārsts veic regulāru savā pacientu sarakstā reģistrēto personu veselības stāvokļa novērtēšanu, nodrošinot, ka gadā veikta novērtēšana ne mazāk kā pusei no visiem ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētiem pacientiem;
* nodrošināt ģimenes ārsta konsultāciju pieejamību piecu dienu laikā;
* nodrošināt ģimenes ārsta prakses darbību gan rīta, gan vakara stundās, nosakot, ka vienu reizi nedēļā pacientu pieņemšanas laiks ir no plkst. 8.00 un vienu reizi nedēļā pacientu pieņemšanas laiks ir līdz plkst. 19.00.

Atbilstoši spēkā esošajiem normatīviem regulējumiem[[48]](#footnote-50), ģimenes ārstam katru gadu ir jāveic pie ģimenes ārsta reģistrēto pieaugušo pacientu profilaktiskā apskate. Pieaugušo profilaktiskā apskate ir iekļauta ģimenes ārsta kapitācijas naudā. 2016.gadā tikai 26,27% pieaugušajiem pacientiem ir veikta profilaktiskā apskate, savukārt tikai 32,67% ģimenes ārsti ir sasnieguši gada darbības rādītāja “Veselības stāvokļa novērtējums pieaugušajiem” apakšējo robežu. Palielinot kapitācijas naudu, tiktu nodrošināts, ka vismaz 50% pie ģimenes ārsta reģistrētiem pacientiem visās ģimenes ārstu praksēs tiktu veikts veselības stāvokļa novērtējums.

2016.gada 1.oktobrī uzsāktajā onkoloģisko slimību ātrākā diagnostikas un sekmīgākas ārstēšanas reformā būtiska loma ir ģimenes ārstam, kurš veic pacientu atlasi ļaundabīgo audzēju primārai diagnostikai. Ģimenes ārsta uzdevums ir atlasīt pacientus ar noteiktu simptomātiku un veikt primāro pārbaudi un izmeklēšanu ļaundabīgā audzēja diagnostikai. Plānots, ka, veicot līdzīgu simptomu primāro pārbaudi un izmeklēšanu, ļaundabīgais audzējs apstiprinās katram otrajam pacientam no primāri izmeklētiem pacientiem. Līdz ar to plānots, ka ļaundabīgā audzēja primāro diagnostiku 2018.gadā veiks 22 000 pacientiem. Palielinot pacientu skaitu, kuriem ģimenes ārsts reizi gadā veiks veselības stāvokļa novērtēšanu, palielinās pacientu skaits, kuriem tiks diagnosticēts ļaundabīgais audzējs agrīnā stadijā.

Atbilstoši vadlīnijām[[49]](#footnote-51) ir noteiktas indikatordiagnozes, pacienti, ar kurām pārsvarā būtu jāārstē ambulatori, sadalot kompetenci starp primārās un sekundārās veselības aprūpes speciālistiem. 2016.gadā pacienti ar šīm diagnozēm tika hospitalizēti 14 219 reizes[[50]](#footnote-52).

*27.tabula*

**Hospitalizēto pacientu skaits ar indikatordiagnozēm 2016.gadā**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Izrakstīšanas pamata diagnožu grupas kodi pēc SSK-10** | **Diagnozes grupas nosaukums** | **Hospitalizēto pacientu skaits 2016.gadā** |
|
| E10 | Isulīnatkarīgs cukura diabēts | 1107 |
| E11 | Insulīnneatkarīgs cukura diabēts | 1275 |
| I10 | Esenciāla (primāra) hipertensija | 6509 |
| I11 | Hipertensīva sirds slimība | 2477 |
| I12 | Hipertensīva nefropātija | 116 |
| I13 | Hipertensīva kardionefropātija | 37 |
| I15 | Sekundāra hipertensija | 90 |
| J45 | Astma | 2598 |
| J46 | *Status asthmaticus* | 10 |
| **Kopā** | | **14 219** |

Nodrošinot ģimenes ārsta veselības stāvokļa novērtēšanu pie ģimenes ārsta reģistrētiem pacientiem, turpmākajā laika periodā plānots panākt hospitalizāciju skaita ar indikatordiagnozēm samazinājumu par 25%.

Liela nozīme primārās veselības aprūpē ir ģimenes ārstu komandai, tas ir, ģimenes ārsta praksē strādājošām ģimenes ārsta māsām un ārstu palīgiem, kas kopā ar ģimenes ārstu nodrošina aprūpes regularitāti, savlaicīgumu un efektivitāti. Lai nodrošinātu ģimenes ārstu, ārstu palīgu un medmāsu pieejamību, ģimenes ārstu komandai nepieciešams piesaistīt otrās māsas. Pašlaik spēkā esošais normatīvais regulējums[[51]](#footnote-53) pieļauj ģimenes ārsta praksei piesaistīt otro māsu (ārsta palīgu), ja tā ir nodrošināta ar iekārtotu darba vietu un māsas vai ārsta palīga pacientu patstāvīgais pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 10 stundām nedēļā. Līdz ar to otrās māsas (ārsta palīga) darbības nodrošināšanai, ģimenes ārstam ir jānodrošina papildus resursi.

Mērķa kritēriju iestrādei ģimenes ārstu kapitācijas naudas maksājumā papildus nepieciešams finansējums 3 131 715 euro apmērā. Mēneša kapitācijas nauda tiks palielināta par 205.10 euro, tādējādi nodrošinot kapitācijas naudas pieaugumu par 0,129892 (1.601602 - 1.47171) euro mēnesī[[52]](#footnote-54). Atbilstoši kapitācijas pieaugumam aprēķināta kapitācijas naudas palielinājuma ietekme uz valsts budžetu ņemot par pamatu kopējo reģistrēto pacientu skaitu uz 20.08.2017. – 2 009 179 pacienti. Attiecīgi kapitācijas pieaugums mēnesī uz 1 pacientu 0,129892 x kopējais reģistrēto pacientu skaitu 2 009 179 x 12 mēnešiem = **3 131 715 euro.**

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts:** |
| **603 515 pacientiem veselības stāvokļa novērtēšanas laikā ir konstatētas veselības problēmas un uzsākta savlaicīga ārstēšana;** |
| **11 000 pacientiem pēc ļaundabīgo audzēju primārās diagnostikas, savlaicīgi tiks uzsākta ļaundabīgo audzēju sekundārā diagnostika un ārstēšana;** |
| **Par 20 % tiks samazināta NMP dienesta nepamatoti izsaukumu skaits** |
| **Ilgtermiņā par 25 % tiks samazināts novēršamo hospitalizāciju skaits** |

Papildus mērķa kritēriju iekļaušanai kapitācijas naudā un kapitācijas naudas palielinājumam, plānots pārskatīt ģimenes ārstu kvalitātes sistēmu.

Kvalitātes kritēriji, pēc kuriem pašreiz tiek vērtēti ģimenes ārstu gada darbība, tika noteikti 2013.gadā. Pašreizējie kvalitātes kritēriji ir saistīti ar kapitācijas naudu un pēc ģimenes ārstu vērtējuma nav efektīvi un noteiktais finansējuma apjoms un lielais kritēriju klāsts nav motivējošs kvalitātes kritēriju izpildē, par ko liecina ģimenes ārstu skaits, kuri izpildījuši kritēriju robežvērtības[[53]](#footnote-55).

Lai motivētu ģimenes ārsta iesaisti kvalitātes kritēriju izpildē un līdz ar to nodrošinot pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu savlaicīgu diagnostiku, ārstēšanu un hronisko pacientu uzraudzību, tiks uzlabota uzskaites un novērtēšanas metodoloģiju, tādējādi paaugstinot pakalpojuma sniegšanas kvalitāti, kas balstīta uz sekojošu uzlaboto kvalitātes kritēriju kopuma attiecībā uz gada darbības rādītājiem šādās jomās:

1. Veselības pārbaudes un profilakse:

* + no jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana;
  + bērnu vakcinācijas aptvere;
  + veikto slēpto asiņu testu aptvere pie ģimenes ārsta reģistrētajiem pacientiem;

2. Pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe:

* + cukura diabēta pacientu aprūpe:
  + glikohemoglobīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta pacientiem;
  + mikroalbuminūrijas noteikšana kvantitatīvi 2.tipa cukura diabēta pacientiem;
  + pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe – ZBL holesterīna noteikšana;
  + pacientu ar bronhiālo astmu aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem;

3. Ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

Ar pārskatīto un uzlaboto kvalitātes kritēriju pielietošanu tiks panākts, ka lielāks ģimenes ārstu skaits iesaistīsies kvalitātes programmas izpildē, tādējādi panākot, ka vairāk pacienti saņems kvalitatīvu primāro veselības aprūpes aprūpi.

*28.tabula*

**Ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju plānotā izpilde**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ģimenes ārsta gada darbības rādītāji** | | **Prakšu skaits, kuras izpildījušas rādītājus 2016.gadā** | **Plānotais prakšu skaits 2018.gadā[[54]](#footnote-56)** |
| Veselības pārbaudes un profilakse | No jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana | 646 | 800 |
| Bērnu vakcinācijas aptvere | 330 | 700 |
| Pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests | 483 | 600 |
| Pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe | Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot glikohemoglobīna (glikētā Hb) mērījumi 2. tipa cukura diabēta slimniekiem | 636 | 800 |
| Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot mikroalbuminūrijas noteikšanu kvantitatīvi 2. tipa cukura diabēta pacientiem | 524 | 700 |
| Pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe- zema blīvuma holesterīna līmeņa noteikšana | 228 | 500 |
| Pacientu ar bronhiālo astmu veselības aprūpe-izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem | 289 | 500 |
| Ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība | | 454 | 700 |

Ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izpilde tiks monitorēta un apmaksa par kvalitātes kritēriju izpildi tiks veikta tikai ģimenes ārstu praksēm ar izpildītiem kvalitātes kritērijiem.

Primārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošana ir prioritāte un visi ģimenes ārsta komandas dalībnieki ir jāiesaista kvalitātes nodrošināšanā un uzlabošanā.

Minētās kvalitātes sistēmas ieviešanai plānotais finansējums ir 3 729 362 euro gadā, 1 322 ģimenes ārsta praksēm, vidēji uz vienu ģimenes ārsta praksi 2  821 euro gadā, kas tiks novirzīts sākot ar 2018.gadu, vērtējot rādītāju izpildi 1 reizi ceturksnī. Līdz ar to 2018.gadam nepieciešams finansējums **2 797 022 euro** apmērā 3 ceturkšņu kvalitātes kritēriju izpildei.

Kopumā ģimenes ārstu kvalitātes sistēmas reformai 2018.gadā papildus plānots novirzīt 5 928 737 euro.

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: tiks veikta ģimenes ārstu darba kvalitātes rādītāju pārskatīšana un uz pacientu un darba rezultātu vērstas motivācijas sistēmas izveide, kas sekmēs tieši primārās veselības aprūpes kā veselības aprūpes sistēmas pamata attīstību, it īpaši plānotā dalītā veselības aprūpes pakalpojumu klāsta kontekstā, kas projektā paredzēts jaunajā veselības aprūpes finansēšanas likumā.**  **Piesaistot lielāku skaitu ģimenes ārstu kvalitātes programmas realizācijā, 2018.gadā tiks veikta no jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa izvērtēšana 96 003 pacientiem, 87 011 pacientiem tiks veikts slēpto tests vēža skrīninga ietvaros, tiks nodrošināta hronisko pacientu uzraudzība 161 641 pacientiem.** |

## **4.2. Jaunā reformas iniciatīva - bērnu zobārstniecības pieejamības uzlabošana**

Tā kā valsts noteiktais tarifs lielākajā daļā gadījumu nenosedz pat attiecīgajā manipulācijā pielietoto materiālu izmaksas, zobārstniecībā ir izveidojusies situācija, kad zobārsti nav ieinteresēti sniegt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus bērniem. 2017.gadā līgumus par no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu bērniem ir noslēgušas par 17,4% mazāk ārstniecības iestādes nekā 2014.gadā. 2014. gadā ar Nacionālo veselības dienestu līgumu par no valsts budžeta apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu bija noslēgušas 300 ārstniecības iestādes, savukārt uz 2017.gada 1.septembri līgumā ar Nacionālo veselības dienestu bija 248 iestādes. Tādejādi, nepārskatot zobārstniecības tarifus, šī tendence turpinās pieaugt un ar katru gadu valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu pieejamība bērniem samazināsies (2015. gadā ir bijuši 545 865 apmeklējumi zobārstniecībā, kas ir par 37 590 apmeklējumiem mazāk nekā 2014. gadā, bet 2014. gadā bijuši 583 455 apmeklējumi zobārstniecībā, kas ir par 4 575 apmeklējumiem mazāk nekā 2013. gadā).

*8.attēls*

**Apmeklējumu skaits bērnu zobārstniecībā**

Avots: NVD

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta datiem, rindā uz zobārstniecības pakalpojumiem uz 2015.gada 1.oktobri bija 28 264 bērni, uz 2016.gada 1.oktobri 31 921 bērns, bet uz 2017.gada 1.oktobri 35 728 bērni. Līdz ar to rindas apjoms katru gadu pieaug vairāk nekā par 10%.

Pieejamības izmaiņas valsts apmaksāto bērnu zobārstniecības pakalpojumu skaitā samazina zobārstniecības aptveri, attiecīgi zobārstu un zobu higiēnistu apmeklējušo bērnu vecumā līdz 18 gadiem īpatsvars no 2014. gada līdz 2016. gadam ir samazinājies. Zobārstniecības aptvere 2016.gadā 52,93%; 2015.gadā 55,02 %, 2014. gadā - 57,72%.

*29.tabula*

**Bērnu aptvere NVD teritoriālās nodaļās 2015-2016.gadā**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. p.k. | Teritoriālā nodaļa | 2015.gads | 2016.gads | Atšķirība starp 2015 un 2016.gadu |
| 1. | Kurzemes nodaļa | 54,21% | 49,10% | -5,11% |
| 2. | Latgales nodaļa | 59,75% | 60,04% | 0,29% |
| 3. | Rīgas nodaļa | 52,33% | 51,60% | -0,73% |
| 4. | Vidzemes nodaļa | 63,57% | 58,57% | -5,% |
| 5. | Zemgales nodaļa | 49,16% | 47,78% | -1,38% |
|  | **VALSTĪ** | **55,02%** | **52,93%** | **-2,09%** |

Avots: NVD

Mutes veselībai ir tieša ietekme uz dzīves kvalitāti gan bērna[[55]](#footnote-57) vecumā, gan pieaugušiem un veciem cilvēkiem[[56]](#footnote-58) . Mutes veselības problēmas ir viens no biežākajiem pieaugušo darba nespējas cēloņiem[[57]](#footnote-59).

Atbilstoši Latvijā veiktajiem pētījumiem, kariess skar gandrīz visus Latvijas bērnus, 12 gadu vecumā vidēji bojāti vairāk kā 9 zobi, sasniedzot izplatību emaljas kariesa līmenī – 98,5%, kariesa ar kavitāti līmenī – 79,8%, bet izteiktas dentīna kavitātes līmenī – 71,9%[[58]](#footnote-60). Kariesa izplatība ir augsta jau 2-3 gadus veco bērnu populācijā – 31%[[59]](#footnote-61).

Kariesa sekas ir infekcija žokļa kaulā, kas ir sasaistāma ar cukura diabētu, kardiovaskulāro un pulmonoloģisko saslimšanas risku[[60]](#footnote-62), kā arī var izsaukt gremošanas orgānu slimības.

Atbilstoši Centrālās Statistikas pārvaldes datiem Latvijā 2016.gadā vecumā no 3 līdz 17 gadiem ieskaitot bija 287 529 bērni. Pieņemot, ka vecuma grupā no 3-11 gadiem kariesa izplatība sasniedz 31%, savukārt 12-17 gadu vecuma grupā – 98,5%, un pieņemot, ka 5 % gadījumā ir risks saslimt ar cukura diabētu, kardiovaskulāro, pulmonoloģisko vai gremošanas orgānu slimībām, ar šīm slimībām risks saslimt ir 8058 bērniem. Viena pacienta vidējās ārstēšanas izmaksas šajās slimību grupās ir 540,14 euro gadā (503,50 euro stacionārā, savukārt 36,64 euro sekundārā ambulatorā veselības aprūpē). Tādējādi, ja netiek savlaicīgi veikta zobu profilakse un ārstēšana, katru gadu sekundārai veselības aprūpei būtu jāparedz 4 352 448 euro tādu slimību ārstēšanai, kuru cēlonis ir neārstēti zobi un neveikta zobu profilakse.

Ņemot vērā, ka zobārstniecības aptvere 2016.gadā sasniedza tikai 52,93%, faktiski zobārsta pakalpojumi bija pieejami 152 189 bērniem vecumā līdz 17 gadiem, vidējam apmeklējumu skaitam sasniedzot 3,43 apmeklējumus. Lai nodrošinātu, ka mutes veselība nepasliktinās, atbilstoši speciālistu vērtējumam, gadā jāsasniedz vismaz 4 apmeklējumi. Savukārt, lai nodrošinātu bērnu aptveri vismaz līmenī, kas atbilst vidējai kariesa izplatībai, tā jāpalielina līdz 65%, tādējādi novēršot mutes veselības izraisīto problēmu sekas. Tādējādi turpinot reformu 2019.gadā, plānots palielināt pakalpojumu apjomu par 40%, nodrošinot, ka:

* Zobārstniecības pakalpojumus saņem 65% no bērnu skaita jeb 186 894 bērni, par 34 705 vairāk nekā 2016.gadā;
* Vidējais apmeklējumu skaits pie zobārsta sasniedz 4 reizes.

Rezultātā tiks sasniegts rindas samazinājums vismaz 40% apmērā un samazināts risks saslimt cukura diabētu, kardiovaskulāro, pulmonoloģisko vai gremošanas orgānu slimībām 8 058 bērniem.

Tāpat būtiskas ir ārstniecības speciālistu norādes, ka slikts zobu stāvoklis ir negatīvs priekšnosacījums bērna vecumā veidojušos hronisku slimību attīstībai. Piemēram, mātes periodonta veselībai ir tieša saistība ar priekšlaicīgu bērnu dzimšanu vai samazinātu dzimšanas svaru[[61]](#footnote-63) kas, savukārt, ir viens no jaundzimušo miršanas iemesliem[[62]](#footnote-64). Tas nozīmē, ka reproduktīvā vecumā vairāk nekā 85% sieviešu ir paaugstināts priekšlaicīgu dzemdību risks, kas var veicināt smagas bērna veselības problēmas.

Papildus finansējuma piešķiršana uzlabotu zobārstniecības pakalpojumu pieejamību, kā arī nodrošinātu plašāku zobārstniecības materiālu izvēli, kas kļūtu atbilstoša spēkā esošajām zobārstniecības tehnoloģijām. Nepieciešamais papildus finansējums tarifu pārskatīšanai zobārstniecībā – 2 968 525 euro. Finansējums plānots tarifu pieaugumam, izņemot darba samaksas elementu, kas finansēts no papildus finansējuma piešķīruma nozarei sasitībā ar 1% palielinājumu sociālajām iemaksām. Tarifa pieaugums īstenots manipulācijām no 70001- 70929.

*30.tabula*

**Zobārstniecības tarifa palielinājumam nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | | **Plānotais manipulāciju skaits** | | |
|  | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2019**  *(euro)* | **2017** | **2018** | **2019** |
| Zobārstniecība bērniem | 3.90 | 5.30 | 8 269 463 | 11 237 988 | 2 968 525 | 4 495 195 | 2 120 375 | 2 120 375 | 2 968 525 |
| **Kopā** | **3.90** | **5.30** | **8 269 463** | **11 237 988** | **2 968 525** | **4 495 195** | **2 120 375** | **2 120 375** | **2 968 525** |

Papildus jāuzsver, ka 2017.gada 17.maijā stājās spēkā Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2017/852 par dzīvsudrabu un ar ko atceļ Regulu (EK) Nr.1102/2008 (turpmāk - Regula), kuras 10.panta 1.punkts nosaka no 2019.gada 1.janvāra izmantot tikai iepriekš sagatavotās devās kapsulētu zobārstniecības amalgamu. Zobārstiem ir aizliegts izmantot dzīvsudrabu brīvā veidā. Savukārt no 2018.gada 1.jūlija zobārstniecības amalgamu nedrīkst izmantot piena zobu ārstēšanai bērniem vecumā līdz 15 gadiem un grūtniecēm vai sievietēm, kuras baro bērnu ar krūti. Tas nozīmē valsts zobārstniecības pakalpojumu nodrošināšanā ieviest kompozīta materiāla plombes zobu ārstēšanai bērniem vecumā līdz 15 gadiem, kam arī nepieciešami papildus finanšu līdzekļus no veselības aprūpes budžeta. Nepieciešamais finansējums, lai izmantotu kompozīta materiāla plombes zobu ārstēšanai bērniem līdz 15 gadiem – 766 774 euro.

*31.tabula*

**Nepieciešamais finansējums kompozīta materiāla plombu apmaksai**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kods | Manipulācijas nosaukums | Manipulāciju skaits | Tarifs ar kompozīta materiālu, EUR | Finansējums, EUR |
|
| 1 | 2 | 3 | 6 | 7=3\*6 |
| 70245 | Kompozīts, premolāri, 1 virsma | 3 175 | 16.03 | 50 895 |
| 70246 | Kompozīts, premolāri, 2 virsmas | 5 576 | 17.80 | 99 253 |
| 70247 | Kompozīts, premolāri, 3 virsmas | 3 297 | 21.66 | 71 413 |
| 70248 | Kompozīts, premolāri, 4 un vairāk virsmas | 652 | 25.24 | 16 456 |
| 70249 | Kompozīts, premolāri, klīniska kroņa atjaunošana | 141 | 30.67 | 4 324 |
| 70250 | Kompozīts, molāri, 1 virsma | 12 894 | 16.21 | 209 012 |
| 70251 | Kompozīts, molāri, 2 virsmas | 6 988 | 20.69 | 144 582 |
| 70252 | Kompozīts, molāri, 3 virsmas | 4 651 | 24.36 | 113 298 |
| 70253 | Kompozīts, molāri, 4 un vairāk virsmas | 1 611 | 29.78 | 47 976 |
| 70254 | Kompozīts, molāri, klīniska kroņa atjaunošana | 285 | 33.56 | 9 565 |
|  | **KOPĀ** | **39 270** | **19.53** | **766 774** |

Bērnu zobārstniecības pieejamības reformas ietvaros 2018.gadā tiks palielināts pakalpojumu tarifs, nodrošinot, ka neturpinās pakalpojumu sniedzošo ārstniecības iestāžu skaits. Savukārt 2019.gadā, atjaunojot pakalpojumu sniedzēju apjomu, plānots palielināt zobārstniecības pakalpojumu apjomu līdz 40%. Palielinot zobārstniecības pakalpojumu apjomu, 2019.gadā plānots sasniegt 65% bērnu aptveri zobārstniecībā.

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Nodrošināta valsts apmaksāta zobārstnieciskā palīdzība bērniem, tādejādi uzlabojot pieejamību un mazinot rindu garumu. Izpildītas noteiktās ES saistības par kompozīta materiāla plombju pielietošanu zobārstniecībā no 2018. gada.** |

## **5. Jaunā reformas iniciatīva - Kardiovaskulārās saslimstības mazināšana un slimību ārstēšanas efektivitātes uzlabošana**

Sirds un asinsvadu slimības ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma gan Latvijā, gan ES. To apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. Sirds un asinsvadu slimības (turpmāk - SAS) ir visizplatītākais nāves cēlonis Latvijā: 2012.gadā – 54,9%, 2015.gadā – 57,4% (no visiem mirušajiem). Šo slimību dēļ kopējais mirušo skaits 2015.gadā bija 16,2 tūkstoši (2011.gadā – 15,7 tūkstoši).[[63]](#footnote-65)

2015.gadā priekšlaicīga mirstība (līdz 64 gadu vecumam) veido 14,2% no kopējā mirušo skaita no SAS (2011.gadā – 17%). Neskatoties uz to, ka pēdējos gados situācija Latvijā uzlabojas un priekšlaicīga mirstība no SAS mazinās, Latvijā tā joprojām ir vairāk kā trīs reizes augstāka nekā vidēji ES valstīs un augstākā Baltijas valstīs (skatīt 9.attēlu).

*9.attēls.*

**Standartizētā priekšlaicīga mirstība (0-64 gadi) no SAS Baltijas valstīs un ES no 2006. līdz 2014.gadam (uz 100 000 iedzīvotāju).**

*Avots: PVO Health for All datubāze.*

Galvenais nāves cēlonis SAS grupā 2015.gadā bija sirds išēmiskā slimība, cerebrovaskulāras slimības un hipertensīvas slimības (skatīt 10.attēlu). Savukārt visbiežākais sirds išēmiskās slimības cēlonis ir koronāro artēriju ateroskleroze.

*10.attēls.*

**Mirstība no SAS Latvijā no 2006. līdz 2015.gadam (uz 100 000 iedzīvotāju).**

*Avots: SPKC, Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze*

Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015.gadam tika identificētas sekojošas galvenās problēmas:

* Augsta ietekmējamo jeb novēršamo risku faktoru izplatība sabiedrībā;
* Priekšlaicīga mirstība no sirds un asinsvadu slimībām sabiedrībā joprojām ir augsta, it īpaši, vīriešu (vecumā grupā no 0-64 gadiem) vidū;
* Sirds un asinsvadu slimību profilakses un ārstēšanas iespējas primārajā, sekundārajā un terciārajā līmenī valstī ir ierobežotas, bet iedzīvotāju īpatsvars, kuriem būtu nepieciešama palīdzība, ir augsts;
* Samazināta sirds un asinsvadu veselības aprūpes sistēmas resursu pieejamība un kvalitāte;
* Neatbilstošs un nepietiekams sirds un asinsvadu slimību monitorings valstī;
* Netiek metodiski vadīts sirds un asinsvadu slimību pacientu plūsma veselības aprūpes sistēmā (nav nodrošināta atgriezeniskā saite starp ģimenes ārstu un kardiologu);
* Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju zināšanas nav pietiekošas, lai nodrošinātu agrīnu SAS riska izvērtēšanu;
* Latvijā netiek veikts skrīnings konkrētām mērķa grupām, lai agrīni diagnosticētu SAS un nodrošinātu savlaicīgu ārstēšanu[[64]](#footnote-66).

Mērķi samazināt mirstību no sirds un asinsvadu slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību sasniegšanai var sasniegt, realizējot četrus rīcības virzienus:

1) sirds un asinsvadu slimību profilakses veicināšana un riska faktoru ietekmes mazināšana;

2) sirds un asinsvadu slimību veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošana;

3) sirds un asinsvadu slimību profilakses un veselības aprūpes sistēmas resursu pieejamības uzlabošana;

4) sirds un asinsvadu slimību monitoringa (darbības izvērtēšana) pilnveidošana.

SAS diagnostiku un ārstēšanu (atbilstoši slimības norisei) var nodrošināt primārā, sekundārā un terciārā veselības aprūpes līmenī[[65]](#footnote-67).

1. Primārajā veselības aprūpē būtiski ir panākt, ka ģimenes ārsts ir centrālā persona, kurš virza sirds un asinsvadu slimību pacientu veselības sistēmas ietvaros, koordinē ārstēšanas procesu, vairāk laika velta pacienta veselības veicināšanas un profilakses aspektiem, kā arī nodrošina savlaicīgu un ekonomisku ārstēšanu.

Ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju augstos saslimstības, hospitalizācijas un mirstības rādītājus ar sirds un asinsvadu slimībām, būtiski ir organizēt primāro veselības aprūpi agrīnai slimību diagnostikai un ārstēšanai. Pēc ES ekspertu datiem aptuveni pusi no SAS samazinājuma dod profilakses programmas (mērķētas uz riska faktoriem), aptuveni trešdaļu – ārstēšanas un aprūpes uzlabojumi. Kardiologi iesaka vērst uzmanību uz 8 sirds veselības faktoriem, lai primārās veselības aprūpes līmenī varētu izslēgt sirds un asinsvadu saslimšanu (kā nesmēķēšana, ķermeņa masas indekss, fiziskās aktivitātes, uzturs, asinsspiediens, holesterīna līmenis, kā arī cukura diabēta un SAS esamība)[[66]](#footnote-68).

2015.gadā 31% ambulatoro pacientu pie ārsta vērsās SAS dēļ (2011.gadā – 31%), no tiem 91% - pie sava ģimenes ārsta (2011.gadā – 92%), kas norāda, ka SAS pacientus var sekmīgi ārstēt arī primārās aprūpes līmenī [[67]](#footnote-69).

SAS ir augsts īpatsvars ģimenes ārstu apmeklējumu iemeslu struktūrā – aptuveni 22% 2015.gadā (2011.gadā – 24%)[[68]](#footnote-70). Kardiologu apmeklējums, rēķinot vidējo aprūpes epizožu skaitu uz vienu unikālo pacientu, 2015. gadā bija 1,54 reizes (2011.gadā – 1,71 reizes). 51% šo ambulatoro pacientu bija vecumā virs 65 gadiem (2011.gadā – 50%)[[69]](#footnote-71).

2011.gadā pie PVA ārstiem dinamiskā novērošanā bija zem 500 tūkstoši pacientu ar SAS (vecumā līdz 64 gadiem (ieskaitot) – 247  942 unikālie pacienti, savukārt, virs 65 gadu vecuma – 243 366 unikālie pacienti). 2015.gadā šis skaits ir virs 500 tūkstošu pacientu - vecumā līdz 64 gadiem (ieskaitot) – 244 443 unikālie pacienti, savukārt, virs 65 gadu vecuma – 257 011 unikālie pacienti[[70]](#footnote-72).

Reformas ietvaros nepieciešams paplašināt ģimenes ārsta kompetenci un motivāciju iesaistīties sabiedrības veselības veicināšanā, īpaši uzmanību pievēršot sirds un asinsvadu slimību profilaksei un agrīnai diagnostikai. Ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju augstos saslimstības, hospitalizācijas un mirstības rādītājus ar sirds un asinsvadu slimībām, būtiski ir organizēt veselības aprūpi agrīnai slimību diagnostikai un ārstēšanai sadarbībā ar speciālistu - kardiologu.

Lai ekonomētu resursus sekundārā un terciārā aprūpē un atslogotu šos aprūpes līmeņu pakalpojumu sniedzēju darbu, primārā veselības aprūpes līmenī ir jānodrošina, ka ikviens iedzīvotājs pie ģimenes ārsta regulāri var saņemt konsultācijas par sirds un asinsvadu slimību profilaksi, kā arī noteikt savu sirds un asinsvadu slimību risku ar zināmu regularitāti. Latvijā kardiovaskulāro slimību (turpmāk – SAS) riska novērtēšanai izmanto t.s. SCORE (sistemātiska koronārā riska izvērtēšana (Systematic Coronary Risk Evaluation)) sistēmu. Minētie riska novērtēšanas principi attiecas uz personām, kam vēl nav izveidojusies SAS, proti, tās domātas, lai izvērtētu indikācijas SAS primārai profilaksei. Jāuzsver, ka pacienti ar jau diagnosticētu SAS automātiski ir pieskaitāmi augsta riska grupai. Kopējā SAS riska novērtēšana ir nepieciešama, lai:

• izvērtētu konkrētā pacienta iespējamo turpmāko SAS notikumu risku;

• novērtētu nepieciešamo papildizmeklējumu lietderību un apjomu;

• atkarībā no riska noteiktu nepieciešamo profilaktisko pasākumu apjomu;

• izdalītu augsta SAS riska pacientus. SAS riska novērtējumu pēc SCORE veic 40, 50, 55, 60 un 65 gadu vecumā .

Pieņemot, ka augsta riska pacienti ir 5% no visiem pacientiem 40 gadu vecuma grupā, 10%, 20%, 30%, un 50% - attiecīgi 50, 55, 60 un 65 gadu vecuma grupā, pieņemot, ka pēc SAS riska noteikšanas pēc SCORE, vēl būs nepieciešams veikt papildus izmeklējumus 40 gadu vecuma grupā 10% pacientiem, savukārt 50, 55, 60 un 65 – attiecīgi 20%, 25%, 50% un 75% pacientiem un prognozējot, ka 2018. gadā pacientu aptvere varētu sasniegt 50%, nepieciešamā summa, lai attiecīgajās vecuma grupās veiktu sirds asinsvadu slimību profilaksi, 2018. gadā 712 751.45 euro.

*32.tabula*

**SAS primārai profilaksei nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Pacienta vecums* | | *40 gadi* | *50 gadi* | *55 gadi* | *60 gadi* | *65 gadi* | ***Kopā*** |
| Pacientu skaits | | 25 771 | 26 298 | 29 570 | 26 251 | 23 119 |  |
| Plānotā pacientu aptvere 50% |  | 12 886 | 13 149 | 14 785 | 13 126 | 11 560 |  |
|  | | | | | | | |
| Pacientu skaits ar augstu KVS risku | Pac.skaits | 644 | 1 315 | 2 957 | 3 938 | 5 780 |  |
| Izmeklējumu cena, euro | 11.27 | 11.27 | 11.27 | 11.27 | 11.27 |  |
| **Izmeklējumu summa, euro** | **7 257.88** | **14 820.05** | **33 325.39** | **44 381.26** | **65 140.6** | **164 925.18** |
|  | | | | | | | |
| Pacientu skaits, kam tiks noteikts KVS risks pēc SCORE | Pac.skaits | 12 242 | 11 834 | 11 828 | 9 188 | 5 780 |  |
| Izmeklējumu cena, euro | 1.99 | 1.99 | 1.99 | 1.99 | 1.99 |  |
| **Izmeklējumu summa, euro** | **24 361.58** | **23 549.66** | **23 537.72** | **18 284.12** | **11 502.2** |  |
| Ģimenes ārsta 1 apskates izmaksa, euro | 5.35 | 5.35 | 5.35 | 5.35 | 5.35 |  |
| **Ģimenes ārsta apskates summa, euro** | **65 494.7** | **63 311.9** | **63 279.8** | **49 155.8** | **30 923** |  |
| **Kopā, EUR** | **89 856.28** | **86 861.56** | **86 817.52** | **67 439.92** | **42 425.2** | **373 400.48** |
|  | | | | | | | |
| Pacientu skaits, kuriem tiks veikta padziļināta riska novērtēšana | Pac.skaits | 1 224 | 2 367 | 2 957 | 4 594 | 4 335 |  |
| Izmeklējumu cena, euro | 11.27 | 11.27 | 11.27 | 11.27 | 11.27 |  |
| **Izmeklējumu summa, euro** | **13 794.48** | **26 676.09** | **33 325.39** | **51 774.38** | **48 855.45** | **174 425.79** |
| **KOPĀ** | | | | | | | **712 751.45** |

Izvērtējot pacientu veselības stāvokli un novērtējot SAS risku, pacienti, kuriem būs konstatēts augsts vai ļoti augsts SAS risks, nepieciešamības gadījumā tiks nosūtīti pie kardiologa, kurš veiks tālāko pacienta padziļinātu izmeklēšanu, medikamentu terapijas piemērošanu, nepieciešamības gadījumā nosūtīs uz papildus diagnostiskiem izmeklējumiem vai stacionārai ārstēšanai un nozīmēs adekvātu ārstēšanu. Lai visiem Latvijas iedzīvotājiem vienmērīgu kardiologu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, nepieciešams nodrošināt kardiologu pieejamību visā Latvijas teritorijā. Kardiologu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai un papildus izmeklējumu, 2018.gadā tiek plānots novirzīt 887 175.14 euro.

*33*.*tabula*

**Sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu uzlabošanai nepieciešamo līdzekļu sadalījums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas pakalpojuma vidējās izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus piešķiramais finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu ieviešanai | 74,39 | - | - | **887 175,14** | - | - | **11 926** |
|  | **Kopā** |  | **-** | **-** | **887 175,14** | **-** | **-** | **11 926** |

Kopumā reformu uzsākšanai SAS profilakses uzsākšanai 2018.gadā nepieciešams finansējums 1 599 926 euro.

Terciārā kardioloģiskā palīdzība Latvijas iedzīvotājiem šobrīd tiek nodrošināta četros valsts nozīmes centros: Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā, Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, Daugavpils reģionālajā slimnīcā un Liepājas reģionālajā slimnīcā.

Koronārā angiogrāfija joprojām ir „zelta standarts” koronārās sirds slimības diagnostikā, diagnozes uzstādīšanai, precizēšanai, ārstēšanas stratēģijas noteikšanai un prognozes izvērtēšanai. Koronārā angiogrāfija nosaka koronārās sirds slimnieku turpmāku ārstēšanu: medikamentozā veidā, veicot perkutāno koronāro intervenci vai koronārās šuntēšanas operāciju. Koronārās sirds slimības diagnosticēšanai un ārstēšanai izmantotā medicīniskā tehnoloģija ir angiogrāfija jeb asinsvadu kontrastēšana. Šī metode ir ar augstu efektivitāti, drošību un zemu risku. Tā noris, artērijā ievadot elastīgu zondi ar kontrastvielu, kas tiek aizvadīta līdz sirdij un kontrastviela nonāk sirds koronārajos asinsvados. Šo procesu fiksē ar speciālu ierīci – angiogrāfu.

Latvijā šobrīd tiek izmantoti 10 digitālie angiogrāfi, no kuriem 7 vecāki par 10 gadiem (2 vecāki par 15 gadiem, jaunākais 7 gadus vecs). Vecākajiem angiogrāfiem ir lielāka radiācija deva personālam un pacientam, zema izšķirtspēja un maza jauda, kā arī nepilnīga integrācija ar citām attēla diagnostikas izmeklēšanas metodēm.

Lai nodrošinātu neatliekamās medicīniskās palīdzību 24/7 režīmā invazīvajā kardioloģijā akūta miokarda infarkta ārstēšanā, kā arī ļautu attīstīt neatliekamu endovaskulāru ārstēšanu pacientiem ar akūtu insultu, palielinātu diagnostisko un ārstniecisko izmeklējumu skaitu, paaugstinātu veikto operāciju drošumu (gadījumā, ja pēkšņi nedarbojas viens angiogrāfs, ir iespēja turpināt operāciju ar otru), paplašinātu sniegto medicīnisko pakalpojumu klāstu, t.i. palielināt perifēro asinsvadu angiogrāfijas un angioplastijas ir nepieciešams ieviest jaunas tehnoloģijas SAS slimību modernā un uz rezultātu vērstā diagnostikā.

Kopumā angiogrāfu iegādei nepieciešams finansējums 4 500 000 euro apmērā, kas nodrošinās 4 angiogrāfu iegādi (viena angiogrāfa vidējās izmaksas 1 125 000 euro).

Atbilstoši Veselības ministrijas iekšējam normatīvajam aktam "Ārstniecības procesam tieši nepieciešamo medicīnisko tehnoloģiju, kuru vienas vienības piegādes izmaksas pārsniedz 20 000 euro, iegādes saskaņošanas kārtība" Veselības ministrijā tiek vērtētas medicīniskās tehnoloģijas ERAF projektu ietvaros. Tehnoloģiju iegādes saskaņošanas komisijas locekļi ir izvērtējuši vairāku ārstniecības iestāžu iesniegtos "Angiogrāfijas iekārta" pieteikumus. Pēc ārstniecības iestāžu veiktās tirgus izpētes angiogrāfu vidējās cenas ir aptuveni 1 200 000 euro. Realizējot aktivitāti, iepirkumi tiks veikti Publisko iepirkumu likuma noteiktajā kārtībā un faktiskā iekārtu cena būs zināma pēc iepirkuma procedūras veikšanas. Finansējuma ekonomija tiks novirzīta citu reformas pasākumu īstenošanai.

*34.tabula*

**Angiogrāfu iegādei nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas iekārtas**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais iekārtu skaits** | | **Plānotais iekārtu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 1. | Angiogrāfu iegāde | 1 125 000 |  |  | 4 500 000 |  |  | **4** |
|  | Kopā | 1 125 000 |  |  | 4 500 000 |  |  | **4** |

Aortas vārstuļa stenoze ir visizplatītākā sirds vārstuļu saslimšana rietumu pasaulē un viens no biežākajiem kardiovaskulāro slimību izraisītas nāves cēloņiem aiz koronārās sirds slimības, sirds mazspējas un hipertensijas. Transkatetrāla aortas vārstuļa implantācija (turpmāk – TAVI) sevi ir apstiprinājusi kā dzīvotspējīgu stratēģiju pacientiem ar smagu, simptomātisku aortas vārstuļa stenozi, ja vispārējais stāvoklis nepieļauj ķirurģiska vārstuļa protezēšanu un ir ļoti augsts ķirurģiskās terapijas risks piemēram, vecāka gadagājuma pacientiem (virs 80 gadiem), pacientiem pēc jau iepriekš veiktas sirds operācijas, kā arī pacientiem ar smagām hroniskām blakusslimībām (onkoloģija, smagas plaušu slimības, izteikta sirds mazspēja ar samazinātu izsviedes frakciju u.c.). TAVI ir mazinvazīva, saudzējoša metode salīdzinājumā ar klasisko ķirurģisko metodi.

Pakalpojuma mērķa grupa ir pacienti ar aortas vārstuļa stenozi, kam vecuma vai blakusslimību dēļ ķirurģiska aortas vārstuļa maiņa ir neiespējama.

TAVI plānots veikt 75 pacientiem, kur viena pacienta operācijai plānots manipulāciju finansējums 24 588,94 euro, samaksa par 6 gultas dienām 411,06 euro (6\* 68,51 euro), kopā 25 000 euro, plānojot 75 pacientus gadā, finansiālā ietekme **1 875 000 euro**. Plānotais apjoms 75 pacientiem nosegs nepieciešamo operāciju apjomu 90-100% apmērā*.*

*35.tabula*

**TAVI pakalpojumu nodrošināšanai nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pakalpojumu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| TAVI pakalpojumi | 25 000 | - | - | 1 875 000 | - | **-** | **75** |
| Kopā | 25 000 | - | - | 1 875 000 | - | **-** | **75** |

Lai gan zāļu kompensācijas sistēma piedāvā plašas izvēles iespējas asinsrites sistēmas slimību ārstēšanā, hroniska finansējuma trūkuma dēļ Latvijā šobrīd netiek izmantotas visas iespējas, kas spētu paildzināt pacientu mūžu, novēršot priekšlaicīgu nāvi no slimībām, kas ir ārstējamas.

Lai situāciju uzlabotu, paredzēts kompensējamo zāļu sarakstu papildināt ar jauniem medikamentiem. Tiks nodrošināta jaunu inovatīvu zāļu nodrošināšana sirds mazspējas, priekškambaru mirdzēšanas un plandīšanās pacientiem, uzlabota terapijas pieejamība pacientiem, kam pēc akūta koronāra sindroma veikta stentēšana, jaunu diagnožu iekļaušana- plaušu embolija, dziļo vēnu tromboze, kurās jauno zāļu savlaicīga lietošana novērš letālas komplikācijas, kopumā 2018.gadā tiem novirzot papildus 3 050 494 euro.

*36.tabula*

**Zāļu kompensācija pacientiem diagnožu grupā “Asinsrites sistēmas slimības”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Vienas ārstēšanas vidējās**  **izmaksas** | **Plānotais finansējums** | | **Papildus finansējums** | **Plānotais pacientu skaits** | | **Plānotais pakalpojumu skaits pēc finansējuma piešķīruma** |
|  |  | *(euro)* | **2017**  *(euro)* | **2018**  *(euro)* | *(euro)* | **2017** | **2018** | **2018** |
| 2. | Kompensējamos medikamentus saņēmušo pacientu un līdzekļu pieaugums asinsrites sistēmas slimību pacientiem | 586.07 | - | - | 3 050 494 | - | **-** | **5 205** |
|  | Kopā | 586.07 | - | - | 3 050 494 | - | **-** | **5 205** |

|  |
| --- |
| **Reformas rezultāts: Uzlabota SAS pacientu diagnostika un aprūpe primārajā un terciārajā līmenī, kas nodrošina būtisku sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanos un priekšlaicīgas mirstības samazināšanos.** |

# **Reformu īstenošanai nepieciešamā finansējuma kopsavilkums**

*37.tabula*

**Reformu īstenošanai nepieciešamais finansējums**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reformas pasākums | Finansējums, euro | Budžeta apakšprogramma |
| **1. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība** | **46 073 209** |  |
| Speciālistu konsultācijas | 5 425 824 | 33.16.00 |
| Ambulatorie izmeklējumi un terapija | 12 698 580 | 33.16.00 |
| Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi | 9 035 733 | 33.16.00 |
| Ambulatorā rehabilitācija | 889 879 | 33.16.00 |
| Diabēta apmācības kabinetu izveide | 139 912 | 33.16.00 |
| Endoprotezēšanas operācijas stacionārā | 2 614 685 | 33.18.00 |
| Darbnespējas saīsināšana un pasākumi prognozējamās invaliditātes novēršanai ar mērķi novērst ilgstošu slimošanu personām darbspējīgā vecumā | 2 563 917 | 33.18.00 |
| Aknu transplantācija, t.sk. | 500 001 |  |
| Operācijas nodrošināšana stacionārā | 274 578 | 33.18.00 |
| Aknu transplantācijai nepieciešamie izmeklējumi | 148 052 | 33.16.00 |
| Aknu transplantācijai nepieciešamie medikamenti | 77 371 | 33.03.00 |
| Bioloģiskās terapijas nodrošināšana Krona slimībai, čūlainajam kolītam un psoriāzei | 1 208 748 | 33.03.00 |
| Hronisko pacientu aprūpes reforma | 10 995 930 | 33.18.00 |
| **2.Onkoloģija** | **29 896 594** |  |
| Onkoloģisko slimību primārās diagnostikas algoritmu ieviešana | 1 499 520 | 33.16.00 |
| Speciālistu konsultācijas atbilstoši noteiktiem algoritmiem | 650 320 | 33.16.00 |
| Sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu ieviešana | 2 332 540 | 33.16.00 |
| Onkoloģisko pacientu skaita un prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugums ambulatori | 1 177 895 | 33.16.00 |
| Onkoloģisko pacientu skaita un prognozētās ārstēšanas izmaksu pieaugums stacionārā | 2 462 176 | 33.18.00 |
| Medikamentu pieejamība onkoloģiskiem pacientiem | 11 208 139 | 33.03.00 |
| Pozitronu emisijas tomogrāfija/ datortomogrāfija | 235 473 | 33.16.00 |
| Staru terapijas un ķīmijterapijas efektivitātes uzlabošana | 8 974 871 | 33.18.00 |
| Valsts patoloģijas centra izveide | 965 660 | 33.18.00 |
| Vēža skrīninga programmas reforma | 390 000 | 33.14.00 |
| **3. Infekcijas slimību izplatības mazināšana** | **16 740 741** |  |
| C vīrushepatīta terapijas nodrošināšana | 11 174 882 | 33.03.00 |
| References laboratorijas izmeklējumi c hepatīta pacientu terapijas uzsākšanai un terapijas monitoringam saistībā ar pacientu skaita pieaugumu | 783 203 | 33.16.00 |
| Vīrusu molekulārās izmeklēšanas analītiskās jūtības rādītāju uzlabošana | 579 656 | 39.03.00 |
| HIV/AIDS medikamentozā ārstēšana | 4 203 000 | 33.03.00 |
| **4. Primārā veselības aprūpe** | **9 664 036** |  |
| Mērķa kritēriju izpildes iekļaušana kapitācijas naudā | 3 131 715 | 33.14.00 |
| Ģimenes ārstu kvalitātes maksājumu sistēmas reforma | 2 797 022 | 33.14.00 |
| Bērnu zobārstniecības tarifu pārskatīšana, t.sk. | 3 735 299 |  |
| Tarifa pieaugums | 2 968 525 | 33.14.00 |
| Kompozīts bērniem līdz 14 gadiem (ieskaitot) ar medikamentiem | 766 774 | 33.14.00 |
| **5. Sirds/asinsvadu programma** | **11 025 420** |  |
| Kardiovaskulārā riska izvērtēšana un algoritmu ieviešana, t.sk. | 1 599 926 |  |
| Primārās profilakses algoritmu ieviešana | 712 751 | 33.14.00 |
| Sekundārās diagnostikas un izmeklēšanas algoritmu ieviešana | 887 175 | 33.16.00 |
| Aortālā vārstuļa transkatetrāla implantācija (TAVI) pakalpojuma ieviešana | 1 875 000 | 33.18.00 |
| Angiogrāfu iegāde | 4 500 000 | 33.17.00 |
| Kompensējamo medikamentu nodrošināšana sirds un asinsvadu saslimšanām | 3 050 494 | 33.03.00 |
| **Kopā** | **113 400 000** |  |

# **Reformas paredzamā ietekme un nepieciešamā rīcība reformu īstenošanai**

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.11.attēlu).

*11.attēls*

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

*Avots: SPKC*

Veicot ziņojumā minētās reformas samazināsies potenciāli zaudēto mūža gadu skaits, jo palielināsies iedzīvotāju dzīvildze un samazināsies priekšlaikus mirušo skaits (skat. 38.tabulu).

*38.tabula*

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| PZMG prognoze neveicot ieguldījumus | 96 670 | 93 374 | 88 191 | 88 191 | 87 541 | 86 343 | 85 045 | 83 913 |
| PZMG prognoze veicot ieguldījumus |  |  |  | 84 371 | 84 079 | 83 918 | 81 372 | 78 341 |
| **Iegūtie PZMG** |  |  |  |  |  | **2 425** | **3 673** | **5 572** |
| *Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošana* |  |  |  |  |  | *518* | *904* | *1587* |
| *Onkoloģisko saslimšanu diagnostikas un ārstēšanas pieejamības uzlabošana* |  |  |  |  |  | *578* | *687* | *1246* |
| *Infekcijas slimību izplatības mazināšana* |  |  |  |  |  | *534* | *1181* | *1645* |
| *Primārās veselības aprūpes sistēmas kvalitātes un pieejamības uzlabošana* |  |  |  |  |  | *102* | *114* | *216* |
| *Kardiovaskulārās saslimstības mazināšanai un slimību ārstēšanas efektivitātes uzlabošana* |  |  |  |  |  | *693* | *787* | *878* |
| IKP uz vienu iedzīvotāju gadā, euro | 11 315 | 11 838 | 12 314 | 12 760 | 13 685 | 14 695 | 15 691 | 16 741 |
| Finansiālais ieguvums gadā, euro |  |  |  |  |  | 35 636 581 | 57 632 476 | 93 279 489 |
| **Finansiālais ieguvums kopā, euro** |  |  |  |  |  | **35 636 581** | **93 269 058** | **186 548 547** |

*Avots: VM un SPKC*

PZMG izmaiņu prognozēšanā tiek izmantoti pieejamie dati konkrētās diagnozēs, kas atspoguļo incidences (saslimstības), prevalences (izplatības) un mirstības tendences pa gadiem atkarībā no vecuma grupas, dzimuma un diagnozes, kā arī meklējot ciešas un loģiski izskaidrojamas saistības ar kādiem citiem faktoriem. Datu pieejamības gadījumā tiek izmantota informācija par konkrētās diagnozes incidenci sabiedrībā un mirstības gadījumu skaitu. Savukārt ņemot vērā, ka pakalpojumu pieejamība atšķirībā no iniciatīvām konkrētām diagnozēm tiek nodrošināta plašai diagnožu grupai, PZMG samazinājumam tiek izmantotas plašākas prognozes nekā konkrētām diagnozēm. Lielākajās pakalpojumu grupās faktiskā diagnoze tiek noteikta tikai pēc pakalpojuma saņemšanas, līdz ar to plānošanas posmā tā nav zināma. Turklāt ambulatorajā posmā, pakalpojumi lielākoties vērsti uz dzīvildzes palielināšanu, veicot ātrāku diagnostiku, diagnozes uzstādīšanu, speciālistu pakalpojumu un terapijas un rehabilitācijas saņemšanu. Līdz ar to galvenais prognozētais lielums ir uz vienu mirstības gadījumu samazinātie PZMG, atbilstoši saslimstības incidencēm un prevalencēm un saistību ar citiem medicīniski pamatotiem faktoriem, izmantojot ekspertu vērtējumus.

Vidēji 2015.gadā uz vieno mirušo tika zaudēti 3,1 PZMG, savukārt atbilstoši 2017.gada EK atkāpes finansējumam ekspertu prognozētajam PZMG samazinājums uz 1 mirstības gadījumu ir 1,5-2% (vidēji 1,75%), 2018.gadā pārskatot prognozes līdz 1,8%, ņemot vērā palielināto pakalpojumu apjomu, kas tiks nodrošināts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai.

Prognozējot PZMG samazinājumu saistībā ar onkoloģijas jomas reformām, ņemta vērā mirstība no onkoloģiskām saslimšanām un mirstības vecuma struktūra, kā arī onkoloģijas centra un valsts patoloģijas centra speciālistu novērtējumu, ka mirstība no onkoloģiskajām slimībām reformu rezultātā samazināsies par 8%.

Tāpat prognozējot infekcijas slimību reformu ietekmi uz PZMG samazinājumu ņemta vērā mirstība un mirstības vecuma struktūra no VHC un HIV/AIDS saslimšanām. Ārstējot VHC pacientus tiek nodrošināts, ka mirstība no VHC samazinās par 8%, kopējais ar VHC inficēto pacientu skaits samazinās par 4%, vēl vairāk samazinot mirstību, savukārt inficēto HIV/AIDS pacientu skaits samazinās par 402, samazinot mirstību par 81 gadījumu.

Prognozējot primārās veselības aprūpes reformu ietekmi uz PZMG, ņemts vērā, ka ģimenes ārsti nodrošina sākuma posmu pārējo reformu veikšanai, tādējādi tiešā veidā atstājot ietekmi uz pārējo reformu veikšanu, nodrošinot onkoloģijas primāro algoritmu nosūtījumu veikšanu, plānoto SAS primāro algoritmu virzību un nosūtījumu veikšanu ambulatoro pakalpojumu saņemšanai. Līdz ar to veicot reformas primārajā veselības aprūpē un nodrošinot ģimenes ārstu profilakses aptveres pieaugumu no 26% līdz 50%, iegūto PZMG no SAS apjoms 14,4% apmērā saistīts ar ģimenes ārstu tiešu ietekmi, ņemot vērā, ka 60% profilaktiski apskatītajiem pacientiem tiek atrastas veselības aprūpes problēmas un uzsākta savlaicīga ārstēšana. Savukārt onkoloģijas jomā 22 000 pacientiem savlaicīgi uzsākot ļaundabīgo audzēju primāro diagnostiku, ņemot vērā, ka tālākos posmos diagnostiku un ārstēšanu plānots nodrošināt 11 000 PZMG ieguvumi palielinās līdz pat 50%.

PZMG samazinājums saistībā ar bērnu zobārstniecību aprēķināts, prognozējot, ka nodrošinot pilnvērtīgu aptveri, risks saslimt ar cukura diabētu, kardiovaskulāro, pulmonoloģisko vai gremošanas orgānu slimībām samazinās par 5%, novēršot 8058 saslimšanas gadījumus un potencioālos nāves gadījumus atbilstoši minēto slimību mirstībai uz 100 000 iedzīvotājiem.

Prognozējot PZMG samazinājumu SAS reformu ietvaros, ņemta vērā mirstība no SAS, mirušo skaits līdz 64 gadiem un, ka uz vieno mirušo no SAS vidēji tiek zaudēti 9,5 dzīves gadi un specialitātes ekspertu novērtējumam par prognozējamo mirstības samazinājumu reformu ietvarā par 4%.

Atbilstoši prognozētajam PZMG samazinājumam var secināt, ka kopējais tautsaimniecības ieguvums, ņemot vērā IKP uz vienu iedzīvotāju gadā, tikai turpmāko trīs gadu periodā pārsniegs ieguldījumu veselības aprūpes sistēmā, sastādot 178,7 miljonus euro.

Tāpat reformu rezultātā uzlabosies iedzīvotāju pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem, galvenokārt zemākajā ienākumu kvintilē (skat. 12.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.

*12.attēls*

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

*Avots: SPKC*

Papildus būtiskus ieguvumus tautsaimniecības dos vairāki reformu pasākumi, kas ir vērsti tieši uz darbnespējas biežuma un ilguma samazināšanu. Pēc ekspertu novērtējuma prognozējot kopējo izmaksājamo slimības pabalstu apmēra samazinājumu 5% apmērā un izmaksāto slimības pabalstu apjoma kāpumu, ja izmaiņas netiek veiktas (2018.gadā 186 miljoni euro, 2019.gadā 209 miljoni euro un 2020.gadā 226 miljoni euro[[71]](#footnote-73)) līdz 2020.gadam iespējams ietaupīt papildus 11,3 miljonus euro.

Pastāv arī korelācija starp veiktajiem ieguldījumiem un attālināmo mirstību *(skat. 13.attēlu)*, kas liecina, ka veicot papildus ieguldījumus un intervences, ilgtermiņā un vidējā termiņā var uzlabot veselības aprūpes snieguma rādītājus.

*13.attēls*

**Finansējuma un attālināmās mirstības rādītāju korelācija Eiropas valstīs, 2013.gads**

Kā redzams *13.attēlā,* attālināmās *(amenable)* mirstības rādītāji korelē ar izdevumiem veselības aprūpes nodrošināšanai uz 1 iedzīvotāju (valsts un privātie), tādēļ izvirzīto **mērķu izpilde ir tieši atkarīga no papildus finanšu resursu piesaistes**. Nevar noliegt, ka arī reformas soļi sistēmas efektivitātes un snieguma rādītāju uzlabošanai pozitīvi ietekmēs mirstības rādītājus, tomēr to ietekme vien, bez papildu finanšu resursiem, nebūs pietiekama, lai būtiski uzlabotu šos rādītājus.

Ņemot vērā visus šajā dokumentā minētos apsvērumus un paredzamo ietekmi, veselības nozares reformu sekmīgai turpināšanai 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 113 400 000 *euro* apmērā veselības aprūpes sistēmas reformas pasākumu īstenošanai 2018.gadā.

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Aivars Lapiņš

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-3)
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-4)
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-5)
4. Veselīgi nodzīvotie mūža gadi ir laiks, kurus cilvēks prognozējami var nodzīvot bez slimībām un invaliditātes jeb aktivitātes ierobežojumiem. [↑](#footnote-ref-6)
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-7)
6. Ministru kabineta rīkojums Nr.589 2014.gada 14.oktobrī (prot. Nr.51 53.§) “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (6.lpp.) [↑](#footnote-ref-8)
7. Ministru kabineta rīkojums Nr.589 2014.gada 14.oktobrī (prot. Nr.51 53.§) “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (83.lpp.) [↑](#footnote-ref-9)
8. csp, statistisko datu krājums “Iedzīvotāju veselības apsekojuma rezultāti Latvijā”, 27.lpp [↑](#footnote-ref-10)
9. csp, statistisko datu krājums “Iedzīvotāju veselības apsekojuma rezultāti Latvijā”, 66.lpp [↑](#footnote-ref-11)
10. https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1/get/nid/14 [↑](#footnote-ref-12)
11. Datu avots NVD [↑](#footnote-ref-13)
12. http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecb-izmantojamo-medicnisko-tehnoloiju-datu-bze/2-internas-medicinas-un-funkcionalas-diagnostikas-mediciniskie-pakalpo-jumi/228-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/cukura-diabeta-pacientu-apmaciba [↑](#footnote-ref-14)
13. WHO standards - [http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0007/145294/E63674.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf" \t "_blank) [↑](#footnote-ref-15)
14. Therapeutic education of diabetic patients -  [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.798/abstract;jsessionid=37A56EE1DD129D66016580D5B2793921.f02t03](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.798/abstract;jsessionid=37A56EE1DD129D66016580D5B2793921.f02t03" \t "_blank) [↑](#footnote-ref-16)
15. MK 1529 131. punkts [↑](#footnote-ref-17)
16. Avots NVD [↑](#footnote-ref-18)
17. Avots NVD [↑](#footnote-ref-19)
18. MK 31.10.2006.noteikumi Nr.899 “Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” (turpmāk – MK noteikumi Nr.899); 4.punkts [↑](#footnote-ref-20)
19. https://spkc.gov.lv/upload/Bukleti/buklets\_iekaisigas\_zarnu\_slimibas.pdf [↑](#footnote-ref-21)
20. http://www.efcca.org/en/projects/impact-survey [↑](#footnote-ref-22)
21. http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5178cc7540dc9.pdf [↑](#footnote-ref-23)
22. MK noteikumi Nr.899; 1.pielikums [↑](#footnote-ref-24)
23. Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (MK 07.08.2017. rīkojums Nr.394); 15.tabula [↑](#footnote-ref-25)
24. Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”, 12.lpp. pieejams:http://polsis.mk.gov.lv/documents/5973 [↑](#footnote-ref-26)
25. Klīnisko universitātes slimnīcu speciālistu novērtējums un prognoze atbilstoši faktiskajam uzņemšanas nodaļu darbam [↑](#footnote-ref-27)
26. Ministru kabineta rīkojums Nr.589 2014.gada 14.oktobrī (prot. Nr.51 53.§) “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020” (6.-7.lpp.) [↑](#footnote-ref-28)
27. Tiek novērtēta kopējā intervences ietekme, ņemot vērā ambulatoro pakalpojumu dažādību un to ietekmi uz dažādām saslimšanas diagnozēm [↑](#footnote-ref-29)
28. MK 31.10.2006. noteikumu Nr.899 “Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” (turpmāk – MK noteikumi Nr.899) [↑](#footnote-ref-30)
29. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.−2020.gadam (MK 14.10.2014. rīkojums Nr.589); 75., 76.lpp [↑](#footnote-ref-31)
30. MK noteikumi Nr.899; 1.pielikums [↑](#footnote-ref-32)
31. MK noteikumi Nr.899; XII.nodaļa [↑](#footnote-ref-33)
32. http://www.tvnet.lv/zinas/latvija/681742-pieaudzis\_veza\_slimnieku\_skaits\_kas\_mekle\_palidzibu\_ziedotlv [↑](#footnote-ref-34)
33. http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/59f2ed0ecffe6.pdf [↑](#footnote-ref-35)
34. Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.-2020. gadam (MK 31.05.2017. rīkojums Nr.269); 3.23.punkts [↑](#footnote-ref-36)
35. SPKC dati par 2016.gadu [↑](#footnote-ref-37)
36. Lynch TJ, Bell DW, Sordella R, et al. Activating mutations in the epidermal growth factor receptor underlying responsiveness of non-small-cell lung cancer to gefitinib. Discovery of EGFR mutations in non-small-cell lung cancer (NSCLC) tumor samples that confer sensitivity to the tyrosine kinase inhibitor, gefitinib. N Engl J Med. 2004;350(21):2129–2139 [↑](#footnote-ref-38)
37. Shaw AT, Kim DW, Nakagawa K, et al. Crizotinib versus chemotherapy in advanced ALK-positive lung cancer. N Engl J Med. 2013;368(25):2385–2394 [↑](#footnote-ref-39)
38. RAKUS prognozes [↑](#footnote-ref-40)
39. # Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021

    [↑](#footnote-ref-41)
40. ECDC and WHO Regional Office for Europe (2016), HIV/AIDS Surveilance in Europe 2015 (33.lpp); http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf [↑](#footnote-ref-42)
41. http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/working-documents/eurrc669-action-plan-for-the-health-sector-response-to-hiv-in-the-who-european-region [↑](#footnote-ref-43)
42. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT. Et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014. doi: 10.1097/QAD.0000000000000298 [↑](#footnote-ref-44)
43. Pretty LA, Anderson GS, Sweet DJ. Human bites and the risk of human immunodeficiency virus transmission. Am J Forensic Med Pathol 1999;20(3):232-239 [↑](#footnote-ref-45)
44. http://gimenesmedicina.lv/ [↑](#footnote-ref-46)
45. http://gimenesmedicina.lv/gimenes-arsta-labas-prakses-vadlinijas/ [↑](#footnote-ref-47)
46. http://indicators.healthpowerhouse.com/ehci2016-indicators/ [↑](#footnote-ref-48)
47. NMP dienesta dati [↑](#footnote-ref-49)
48. Noteikumu Nr. 1529 1.pielikums [↑](#footnote-ref-50)
49. [https://www.ahrq.gov/downloads/pub/ahrqqi/pqiguide.pdf](https://www.ahrq.gov/downloads/pub/ahrqqi/pqiguide.pdf" \t "_blank) [↑](#footnote-ref-51)
50. NVD dati [↑](#footnote-ref-52)
51. Noteikumu Nr. 1529 12.pielikums [↑](#footnote-ref-53)
52. Papildus no valsts budžeta finansējuma plānots palielināt kapitācijas naudā iekļauto mēnešalgas pozīciju, nodrošinot kapitācijas naudas pieaugumu no 1.251254 līdz 1.47171 euro. No EK atkāpes finansējuma nav plānots mēnešalgas palielinājums. [↑](#footnote-ref-54)
53. NVD dati [↑](#footnote-ref-55)
54. Veselības ministrijas prognoze pēc Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas novērtējuma [↑](#footnote-ref-56)
55. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25793957 [↑](#footnote-ref-57)
56. Singh KA, Brennan DS. Chewing disability in older adults attributable to tooth loss and other oral conditions. Gerodontology. 2012;29:106–110. [↑](#footnote-ref-58)
57. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26318590 [↑](#footnote-ref-59)
58. https://www.spkc.gov.lv/upload/spkcresearchfailicol/petijuma\_zinojums\_mutes\_veseliba.pdf [↑](#footnote-ref-60)
59. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24037301 [↑](#footnote-ref-61)
60. Department of Health and Human, Sevices, 2000. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health. [↑](#footnote-ref-62)
61. López et al, 2015; Azarpazhooh et al, 2012; Cetin et al, 2012 [↑](#footnote-ref-63)
62. Horton et al, 2012 [↑](#footnote-ref-64)
63. Informatīvais ziņojums „Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015.gadam īstenošana” [↑](#footnote-ref-65)
64. Informatīvais ziņojums „Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015.gadam īstenošana” [↑](#footnote-ref-66)
65. Informatīvais ziņojums „Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015.gadam īstenošana” [↑](#footnote-ref-67)
66. Informatīvais ziņojums „Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015.gadam īstenošana” [↑](#footnote-ref-68)
67. NVD VIS dati [↑](#footnote-ref-69)
68. NVD dati [↑](#footnote-ref-70)
69. NVD VIS dati [↑](#footnote-ref-71)
70. NVD dati [↑](#footnote-ref-72)
71. Datu avots: LM, aktualizētie bāzes izdevumi uz 04.08.2017 [↑](#footnote-ref-73)