PROJEKTS

Apstiprināts ar

Ministru kabineta

2012.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_

rīkojumu Nr. \_\_\_\_

**Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.-2014.gadam**

**(informatīvā daļa)**

 **Saturs**

[Izmantotie saīsinājumi 3](#_Toc322960764)

[Ievads 4](#_Toc322960767)

[1. Situācijas raksturojums un problēmas formulējums 5](#_Toc322960768)

[1.1. Bērna veselība 5](#_Toc322960769)

[1.1.1. Perinatālā mirstība 7](#_Toc322960770)

[1.1.2. Zīdaiņu mirstība 11](#_Toc322960771)

[1.2. Mātes veselība 12](#_Toc322960772)

[1.2.1. Antenatālā aprūpe 14](#_Toc322960773)

[1.2.2. Mātes mirstība 20](#_Toc322960774)

[1.3. Neauglības ārstēšana 23](#_Toc322960775)

[1.4. Starpnozaru sadarbības loma mātes un bērna veselības uzlabošanā 25](#_Toc322960776)

[1.5. Galvenās identificētās problēmas: 27](#_Toc322960777)

[2. Mērķu un rezultātu, to rezultatīvo rādītāju hierarhija 28](#_Toc322960778)

[3. Plāna sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem tiesību aktiem 30](#_Toc322960779)

[4. Plāna ieviešanai nepieciešamais finansējums 34](#_Toc322960780)

[5. Par pasākumu īstenošanu atbildīgās institūcijas 36](#_Toc322960781)

[6. Plāna novērtēšanas un atskaitīšanās kārtība 36](#_Toc322960782)

[7. Plānā paredzētie pasākumi 37](#_Toc322960783)

# Izmantotie saīsinājumi

# ANO Apvienoto Nāciju Organizācija

**CSP** Centrālā statistikas pārvalde

**EK** Eiropas Komisija

**ES** Eiropas Savienība

**MK** Ministru kabinets

**NVD** Nacionālais veselības dienests

**NVO** Nevalstiskās organizācijas

**Plāns** Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.-2014.gadam

**PVO** Pasaules Veselības organizācija

**SPKC** Slimību profilakses un kontroles centrs

**STI** Seksuāli transmisīvās infekcijas

# VI Veselības inspekcija

**VM** Veselības ministrija

# Ievads

 Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2012.-2014.gadam ir īstermiņa politikas plānošanas dokuments, kas izstrādāts atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam apakšmērķim - uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību un, atbilstoši ANO Tūkstošgades attīstības mērķiem, mazināt bērnu mirstību un uzlabot mātes veselību. Tūkstošgades deklarāciju[[1]](#footnote-1) ANO tūkstošgades samitā 2000.gada septembrī pieņēma 189 valstis un parakstīja 147 valstu un valdību vadītāji.

Pasaules un Eiropas mērogā mātes un bērna veselība izvirzīta kā viens no prioritārajiem sabiedrības veselības un labklājības rādītājiem, un šīs jomas attīstībai ir izstrādāti vairāki stratēģiski pasaules un Eiropas līmeņa dokumenti un vadlīnijas (piemēram, Vispasaules mātes un bērna veselības stratēģija[[2]](#footnote-2); Eiropas stratēģija par bērnu un pusaudžu veselības veicināšanu[[3]](#footnote-3) u.c.).

Mātes un bērna veselība ir viena no būtiskākajām sabiedrības veselības jomām. Vesels bērns ir veselas sabiedrības priekšnoteikums. Mātes un bērna veselības veicināšana sekmē ne tikai reproduktīvo un bērnu veselību, bet uzlabo arī visu sabiedrības veselību kopumā.

Katra ANO dalībvalsts izvēlas Tūkstošgades attīstības mērķus atbilstoši vietējiem apstākļiem, izstrādājot savai valstij piemērotus mērķus, uzdevumus un rādītājus, un sekojot līdzi savas valsts progresam rezultātu sasniegšanā.

Plāna projekta izstrādē piedalījās valsts pārvaldes institūcijas, profesionālās asociācijas un nevalstisko organizāciju pārstāvji.

VM kā prioritāti 2012.gadā izvirza mātes un bērna veselības aprūpes uzlabošanu, samazinot bērnu un mātes mirstību, ārstējot neauglību un attīstot starpnozaru sadarbības jautājuma valstisku risināšanu.

# Situācijas raksturojums un problēmas formulējums

## Bērna veselība

Latvijas jaundzimušo, zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu veselība un labklājība joprojām ir zemāka, salīdzinot ar citām ES valstīm. Zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu veselības rādītāju uzlabošana var nodrošināt veselīgu dzīves sākumu un veselākas sabiedrības attīstību nākotnē. Daudzi bērnu veselības indikatori uzlabojas, tomēr, salīdzinot ar ES dalībvalstu vidējiem rādītājiem, rādītāji Latvijā vēl joprojām ievērojami atpaliek un nav sasnieguši vēlamo līmeni.

Valsts labklājību, sabiedrības attīstību un veselību kopumā raksturo dzimstības rādītāji. 2008.gadā Latvijā dzimstība sasniedza augstāko līmeni pēdējo 10 gadu laikā – vairāk kā 23 tūkstoši dzīvi dzimušo skaits gadā (10,6 dzīvi dzimušie uz 1000 iedzīvotājiem). Kā redzams 1.attēlā, kopš 2009.gada dzīvi dzimušo skaits samazinās, attiecīgi 2009.gadā dzīvi dzimušo skaits kopā bija 21677 (9,6 dzīvi dzimušie uz 1000 iedzīvotājiem), 2010.gadā – 19219 (8,6 dzīvi dzimušie uz 1000 iedzīvotājiem).

*1.attēls.* **Dzīvi dzimušo skaits Latvijā 2000.-2010.gadā**

*Avots: CSP*

Dzimstības rādītājs Latvijā 2007.gadā un 2008.gadā pietuvojās ES vidējam dzimstības rādītājam[[4]](#footnote-4), taču tas joprojām ir viens no zemākajiem ES. Uz dzimstības rādītājiem Latvijā laika posmā no 2008.gada līdz 2010.gadam būtisku ietekmi atstājusi ekonomiskā situācija un pieaugusī nedrošības sajūta par ienākumiem un darba saglabāšanu nākotnē.

*2.attēls.* **Dzimstība uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā un ES**

*Avots: PVO European Health for All*

Ņemot vērā tendenci samazināties dzimstības rādītājiem, dabiskais pieaugums Latvijā aizvien saglabājas negatīvs, arī zīdaiņu mirstības rādītāji Latvijā ir augstāki nekā vidēji ES. Kā redzams 3.attēlā, 2009.gadā Latvijā 1 gada vecumu nesasnieguši nomira 168 bērni (7,75 uz 1000 dzīvi dzimušiem). 2010.gadā Latvijā šis rādītājs samazinājās - nomira 110 bērni (5,72 uz 1000 dzīvi dzimušiem). Ir vērojama pozitīva tendence un 2010.gadā samazinājusies zīdaiņu mirstība, kā arī strauji samazinājusies zīdaiņu mirstība neonatālajā periodā (vecumā līdz 27 dienām). Vienlaikus *PVO European Health for All* datu bāzes dati norāda, ka 2009.gadā ES vidējais zīdaiņu mirstības rādītājs bija 4,23 uz 1000 dzīvi dzimušajiem un 2010.gadā – 4,18.

*3.attēls*. **Zīdaiņu mirstība pēc vecuma (absolūtos skaitļos)**

*Avots: CSP*

### Perinatālā mirstība

Perinatālā mirstība ir viens no rādītājiem, kas raksturo perinatālās veselības aprūpes sistēmas kvalitāti valstī.

Perinatālās, neonatālās un postneonatālās mirstības rādītājus, tāpat kā pārējos reproduktīvās veselības rādītājus, var ietekmēt gan mātes, gan tēva attieksme pret grūtniecību, abu dzīvesveids un veselības stāvoklis, un topošo vecāku zināšanas par bērna kopšanu un traumu profilaksi, gan attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba kvalitāte un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība grūtniecības laikā un dzemdībās.

*4.**attēls.* **Perinatālā mirstība un nedzīvi dzimušo bērnu skaits uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem**

*Avots: SPKC*

Kopš 2004. gada perinatālās mirstības rādītājam novēro lēnu samazināšanās tendenci, līdzīga tendence vērojama nedzīvi dzimušo bērnu rādītājam (skatīt 4.attēlu). Vienlaikus *PVO European Health for All* datu bāzes dati norāda, ka perinatālās mirstības rādītājs Latvijā, salīdzinot ar citām ES dalībvalstīm un ES vidējo rādītāju, joprojām saglabājas relatīvi augsts. 2009.gadā Latvijā šis rādītājs uz 1000 dzīvi dzimušiem bija 7,04, bet ES vidēji – 5,58 uz 1000 dzīvi dzimušiem. Latvijā šis rādītājs 2009.gadā bijis ievērojami augstāks nekā Lietuvā (4,4 uz 1000 dzīvi dzimušiem) un Igaunijā (4,51 uz 1000 dzīvi dzimušiem). Nedzīvi dzimušo bērnu īpatsvars Latvijā ir augstāks nekā vidēji ES valstīs. 2009.gadā Latvijā šis rādītājs bija 5,87 uz 1000 dzīvi dzimušiem, kamēr vidēji ES – 4,06. Lietuvā un Igaunijā šis rādītājs attiecīgi bija 4,1 uz 1000 dzīvi dzimušiem un 4,99 uz 1000 dzīvi dzimušiem [[5]](#footnote-5).

Perinatālā perioda definīcijas un statistikas uzskaites principi dažādās Eiropas valstīs atšķiras, tas jāņem vērā savstarpēji salīdzinot mātes un bērna veselības aprūpi raksturojošos statistikas rādītājus. Pēc PVO datiem perinatālais periods sākas no 22 pilnām grūtniecības nedēļām (154 dienas) līdz 7 pilnām dienām pēc dzimšanas. ES valstīs, kā arī Norvēģijā ir atšķirīga perinatālās mirstības rādītāju uzskaite. Vairākums valstu perinatālo mirstību uzskaita no 22.grūtniecības nedēļas, tajā skaitā Baltijas valstis, Dānija, Nīderlande, Francija, Čehija, Somija un citas. Savukārt, Grieķija, Zviedrija – no 28.grūtniecības nedēļas. Ungārija, Portugāle no 24.grūtniecības nedēļas un Norvēģija jau no 12.grūtniecības nedēļas[[6]](#footnote-6).

Perinatālās mirstības biežākie iemesli ir iedzimtas augļa/bērna anomālijas, priekšlaicīga dzimstība, placentas un nabassaites patoloģija, daudzaugļu grūtniecības komplikācijas, kā arī mātes vecums un veselības problēmas – saslimšana ar grūtnieču cukura diabētu, sifilisu un tuberkulozi, un kaitīgie ieradumi (smēķēšana).

 Pēdējo gadu laikā vērojama tendence palielināties pirmdzemdētāju un atkārtoti dzemdējošo sieviešu vecumam. Ginekologa aprūpē nonāk arvien vairāk grūtnieču, kas tiek iekļautas augsta riska grupā vēl pirms tam, kad sākta mātes un augļa izmeklēšana[[7]](#footnote-7). Lai arī dominē 25-29 gadus vecas grūtnieces, tomēr aptuveni 15-20% grūtnieču ir sievietes virs 35 gadiem un šajā vecuma grupā 50% grūtniecības ir ar Dauna sindroma risku (21. hromosomas trisomija)[[8]](#footnote-8).

 Triosomijas ir viens no galvenajiem perinatālās mirstības un invaliditātes iemesliem. Hromosomālo patoloģiju agrīna atklāšana ir viens no svarīgākajiem iemesliem, kāpēc izmanto invazīvas diagnostikas metodes, kas saistītas ar spontānas grūtniecības pārtraukšanās risku pēc procedūras. No 1970. gada galvenais iemesls trisomiju skrīningam bija mātes vecums, bet no 1980. gada – mātes asins plazmas bioķīmiskās analīzes un detalizēta augļa ultrasonogrāfija II trimestrī. Kopš 1990. gada tiek uzskatīts, ka lielāko daļu augļu ar trisomijām iespējams identificēt 85-95% gadījumu, kombinējot datus par mātes vecumu, augļa kakla krokas biezumu 11.-13.grūtniecības nedēļā (NT – *nuchal translucency*), mātes asins plazmas bioķīmiskos rādītājus: brīvo beta horiongonadotropīnu (βHGT) un ar grūtniecību saistīto plazmas proteīnu A (PAPP-A). Viltus pozitīvo gadījumu skaitu (5%) iespējams samazināt, veicot detalizētus augļa ultrasonogrāfijas mērījumus 11.-13.nedēļā.

 Pēdējos desmit gados lielāka nozīme piešķirta I trimestra bioķīmiskajam skrīningam, kombinējot to ar augļa ultrasonogrāfijas marķieriem – kakla krokas biezumu[[9]](#footnote-9). Izmantojot skrīningam tikai PAPP-A, brīvo βHGT un mātes vecumu, konstatē 65% 21.hromososmas trisomijas gadījumu (viltus pozitīvi 5%). Jūtīgāka šī metode ir 9.-10.gestācijas nedēļā nekā 13.nedēļā sakarā ar ievērojamāku PAPP-A līmeņa atšķirību starp hromosomāli normāliem un patoloģiskiem augļiem[[10]](#footnote-10).

 21.hromososmas trisomijas sabiezināto kakla kroku veido šķidruma uzkrāšanās skausta rajonā, kuru iespējams konstatēt auglim 12. nedēļā ar ultrasonogrāfijas metodi un to traktēt kā palielinātu skausta kroku (NT)[[11]](#footnote-11) 20 gadus veiktie pētījumi pierāda agrīni veiktu NT mērījumu efektivitāti hromosomālo patoloģiju, sirds slimību un citu augļa patoloģiju diagnostikā[[12]](#footnote-12).

 Strukturālu augļa attīstības anomāliju diagnostiku var iedalīt trīs lielās grupās atbilstoši I, II un III trimestra, kurās iespējams atpazīt attiecīgo patoloģiju agrīnu manifestāciju. Pirmā grupā iekļauj strukturālu augļa patoloģiju, kuru iespējams diagnosticēt agrīni 11.–13. grūtniecības nedēļā: *anencephalia, holoprosencephalia alobaris, omphalocele, gastroschisis, megacystis*. Otrā grupā iekļautas tās augļa patoloģijas, kuras nav iespējams konstatēt agrīni, jo tās manifestējas tikai II vai III trimestrī (piemēram, *microcephalia, agenesis corpus collosum, holoprosencephalia semilobaris, hypoplasia cerebelli/vermis cerebelli*). Savukārt trešā grupā iekļauj augļa patoloģijas, kuras iespējams paredzēt, piemēram, I trimestrī sabiezēta kakla kroka kā marķieris ne tikai Dauna sindromam, bet arī iedzimtai augļa sirdskaitei, diafragmas trūcei vai skeleta displāzijai[[13]](#footnote-13).

 Veicot I trimestra kombinēto skrīningu, iespējams diferencēt augsta riska grupu ne tikai saistībā ar hromosomālām patoloģijām, bet arī nedzīvi dzimušiem (45%) un grūtniecības laikā bojā gājušiem augļiem (35%) – par risku liecina sabiezināta skausta kroka, *ductus venosus* reversa plūsma un samazināts PAPP-A[[14]](#footnote-14).

 Veicot I trimestra kombinēto skrīningu, iespējams paredzēt arī 90% agrīnu preeklampsiju (līdz 34. gestācijas nedēļai), 80% preeklampsijas manifestāciju 34.–37. gestācijas nedēļā un 60% vēlīnu preeklampsijas attīstību pēc 37. nedēļas (viltus pozitīvi 5%)[[15]](#footnote-15).

 Ņemot vērā PAPP-A kā bioķīmiskā marķiera lomu agrīnā grūtniecības periodā (Dauna sindroma skrīnings, preeklampsijas skrīnings), attaisnojas šī izmeklējuma nepieciešamība, lai paredzētu dažādus perinatālos stāvokļus grūtniecības laikā visām grūtniecēm.

 Pašlaik Latvijā antenatālā programma neparedz šo izmeklējumu visām grūtniecēm. Grūtnieces un augļa aprūpē vissvarīgākais laiks ir 11.–13.gestācijas nedēļa, lai izvērtētu augļa un mātes riskus un paredzētu turpmāko taktiku antenatālās aprūpes modelī.

 Lai efektīvi uzlabotu mātes un bērna veselības rādītājus, nepieciešams identificēt un mērķtiecīgi iedarboties uz cēloņiem, kas pasliktina šos rādītājus. Kā arī tūlīt pēc bērna nākšanas pasaulē jaundzimušajam nepieciešams sniegt savlaicīgu ārstēšanu ar iedzimtām patoloģijām un uzlabot jaundzimušo bērnu aprūpi reģionālajos perinatālajos centros.

 Lai samazinātu perinatālo mirstību, nepieciešams uzlabot prenatālo iedzimto anomāliju diagnostiku un mātes veselību, jo tieši tā ietekmē augļa iešanu bojā, kā arī svarīga ir mātes aprūpe, jaundzimušā aprūpe un jaundzimušā uzturēšanās vide. Uzlabojot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti grūtniecības laikā un dzemdībās, kā arī veicinot topošo vecāku atbildības sajūtu par savu un bērna veselību, nākotnē varētu samazināt perinatālo mirstību. Lai uzlabotu perinatālās aprūpes kvalitāti valstī, Latvijā nepieciešams izveidot perinatālās mirstības audita sistēmu, kur analīzes rezultātā būtu iespējams operatīvi ieviest izmaiņas perinatālās aprūpes sistēmā valstī.

### Zīdaiņu mirstība

 Zīdaiņu mirstība ir viens no rādītājiem, kas raksturo gan mātes, gan bērna vispārējo veselības stāvokli, gan arī veselības aprūpi pirms un pēc dzemdībām, kā arī netieši raksturo sociāli ekonomiskos apstākļus valstī kopumā.

*5.attēls.* **Zīdaiņu mirstības galvenie cēloņi Latvijā 2010.gadā**

**(īpatsvars no visiem cēloņiem, %)**

*Avots: SPKC*

 Galvenais nāves cēlonis zīdaiņa vecumā ir noteikti perinatālā perioda stāvokļi (piemēram, dzemdību trauma, intrauterīna hipoksija, iedzimta un aspirācijas pneimonija u.c.). Perinatālā perioda stāvokļi ir nāves cēlonis apmēram 52,7% bērnu no visiem pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem (skatīt 5.attēlu). Pēdējos gados mirstība šo cēloņu dēļ nedaudz samazinājusies.

 Iedzimtas anomālijas ir nāves cēlonis gandrīz ceturtdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu. Pēdējos gados šim rādītājam vērojama samazināšanās tendences. Tas varētu būt izskaidrojams ar savlaicīgu ģenētisku izmeklējumu veikšanu, kā rezultātā izdevies diagnosticēt iedzimtas patoloģijas un pārtraukt grūtniecību, samazinot smagi slimu bērnu piedzimšanas risku, tomēr vairākos gadījumos patoloģija tiek diagnosticēta novēloti, grūtniecība ir pārtraukta pēc 22.nedēļas un šie gadījumi tiek iekļauti perinatālajā mirstībā. Joprojām iedzimtu anomāliju skaits ir augsts, kas liecina, ka būtiski ir ieviest papildus ultrasonogrāfijas izmeklēšanu un uzlabot perinatālo iedzimto anomāliju diagnostiku, kas ļautu precīzāk konstatēt iedzimtas patoloģijas, sagatavoties tām vai pārtraukt grūtniecību tādu patoloģiju gadījumos, kur paredzamas smagas paliekošas sekas pēc patoloģijas novēršanas.

Joprojām zīdaiņu nāves iemesls ir arī ārējie cēloņi, neskatoties uz to, ka tie ir ierobežojami vai pat novēršami. 2008.gadā ārējo nāves cēloņu dēļ dzīvību zaudēja 6 zīdaiņi (2,5 zīdaiņi uz 10 000 dzimušajiem), 2009. – 4 zīdaiņi (1,8 zīdaiņi uz 10 000 dzimušajiem), bet 2010.gadā – 3 zīdaiņi (1,6 zīdaiņi uz 10 000 dzimušajiem)[[16]](#footnote-16).

Nozīmīga loma zīdaiņu dzīves kvalitātes uzlabošanā ir sabiedrības izglītošanai par zīdaiņu mirstības riska faktoriem un to novēršanas pasākumiem, īpaši ģimenēm, kurās ir bērns līdz 1 gada vecumam.

## Mātes veselība

Bērna veselība un attīstība līdz piedzimšanai un pirmajā dzīves gadā, galvenokārt, ir atkarīga no mātes un tēva veselības, dzīvesveida paradumiem, vecāku zināšanām par bērna veselību un rūpēm par bērnu.

Būtisks ir arī jautājums par ģimenes plānošanu un reproduktīvās veselības veicināšanu, tāpēc sevišķi nozīmīga ir jauno vecāku izglītošana un apmācība seksuālās un reproduktīvās veselības jomā. Liela nozīme ir medicīnas personālam, līdz ar to ir svarīgi apmācīt to ģimenes ārsta komandu, kas grūtniecību vadīs (uzraudzīs) par ģimenes plānošanu, seksuālo un reproduktīvo veselību (fizioloģiskas grūtniecības vadīšana, abortu prevencija, grūtnieču izglītošana par riska faktoriem, kas var ietekmēt grūtniecības norisi).

Pirms bērna piedzimšanas topošajiem vecākiem ir svarīgi iegūt pirmās iemaņas par bērna kopšanu un drošību, tai skaitā, zīdīšanu. Kā arī pēc bērna piedzimšanas ģimenes ārstam un/vai ģimenes ārsta komandai ir jānodrošina jaundzimušā vecākiem apmācība par bērna kopšanu un drošību pēcdzemdību aprūpes laikā. PVO rekomendē, ka jaundzimušajiem piemērotākais uzturs ir mātes piens, kas nodrošina mazuli ar augšanai un attīstībai vajadzīgajām uzturvielām. Līdz 6 mēnešu vecumam tiek rekomendēts bērnus barot tikai ar mātes pienu (ekskluzīvā zīdīšana).[[17]](#footnote-17) Pozitīvo tendenci bērnu krūts zīdīšanas radītājos ietekmē izglītības un sabiedrības informēšanas darbs zīdīšanas veicināšanas pasākumu izstrādē un īstenošanā.

Negatīvu ietekmi gan uz grūtnieces veselību, gan augļa attīstību atstāj smēķēšana, alkohola, narkotiku un citu atkarību izraisošo vielu lietošana. Aptuveni 10% no dzemdētājām ir smēķējušas grūtniecības laikā, 0,5% lietojušas alkoholu, bet 0,1% – narkotikas[[18]](#footnote-18). Psihoaktīvo vielu lietošana nereti ir saistīta ar nelabvēlīgiem sociāli ekonomiskiem apstākļiem, antisociālu uzvedību, nepietiekamu veselības aprūpi. Latvijas statistikas dati skaidri parāda gan mātes, gan tēva smēķēšanas kaitīgo ietekmi uz augļa veselību un palielinātas perinatālās mirstības risku. Šie kaitīgie paradumi nereti ir par iemeslu spontānam abortam, orgānu sistēmu attīstības traucējumiem, priekšlaicīgām dzemdībām, neiznēsātu bērnu dzimšanai, nedzīvi dzimušiem bērniem un bērnu mirstībai pirmajā dzīves nedēļā.

Mātes un bērna veselību ietekmē arī mātes saslimstība ar infekcijas slimībām, īpaši dzimumceļu infekcijām (sifilisu, hlamidiozi, gonoreju, bakteriālo vaginozi), B grupas β hemolītiskā streptokoka nēsāšana, HIV, akūtās respiratorās vīrusu infekcijas. Tomēr ne vienmēr sieviete var sevi pasargāt no dažādām infekcijas slimībām kā, piemēram, gripas, tāpēc grūtnieces būtu iekļaujamas augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu, kā arī ievērojama loma jāpiešķir grūtnieču izglītošanai dzimumceļu infekcijas profilakses jomā.

Dzimumceļu, urīnceļu un citas nesanētas infekcijas ir priekšlaicīgu dzemdību galvenais etioloģiskais faktors. Ja māte laicīgi stājas grūtniecības uzskaitē un rūpējas savu veselību grūtniecības laikā, bērns dzimst veselāks. Veselības aprūpes kvalitāte un pieejamība, kā arī sievietes zināšanas par savu ķermeni, veselīgu dzīvesveidu, bērna aprūpi, samazinātu bērnu perinatālo mirstību, gūto traumu skaitu, saslimšanas iespējamību ar kādu infekcijas un elpošanas sistēmas slimību.

Jau pašreiz spēkā esošie Ministru kabineta noteikumi[[19]](#footnote-19) nosaka bērniem līdz 3 gadu vecumam papildus piemērojamo kompensāciju diagnozēs, kuru gadījumā zāļu iegādes izdevumus nekompensē pieaugušajiem. Šī plāna viens no uzdevumiem ir paplašināt pacientu loku (grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā, kā arī bērnus līdz 2 gadu vecumam) ar akūtu slimību diagnozēm, kas papildus varēs saņemt valsts atbalstu, iegādājoties konkrētas recepšu zāles saslimšanas gadījumā, bet esošā zāļu kompensācijas sistēma netiks samazināta.

### Antenatālā aprūpe

Lai grūtniecība noritētu veiksmīgi, ļoti svarīgi ir to uzraudzīt un savlaicīgi grūtniecei stāties uzskaitē. Agrīna stāšanās uzskaitē samazina risku piedzimt bērnam ar veselības problēmām, jo savlaicīgi tiek atklāti un novērsti iespējamie riska faktori gan bērna, gan mātes veselībai.

 Negatīvi vērtējams fakts, ka Latvijā kopš 2004.gada samazinājies to grūtnieču īpatsvars, kuras stājušās grūtniecības uzskaitē līdz 12.grūtniecības nedēļai (skatīt 6.attēlu). Līdz 2004.gadam savlaicīga grūtniecības uzskaite tika materiāli stimulēta ar lielāku (divkāršu) bērna piedzimšanas pabalstu, ko mainīja grozījumi normatīvajos aktos - pabalsts visos gadījumos ir vienāds, bet sievietei, kurai sakarā ar grūtniecību medicīniskā aprūpe uzsākta ārstniecības iestādē līdz 12.grūtniecības nedēļai un turpināta visu grūtniecības laiku, ir tiesības saņemt maternitātes pabalstu par 14 dienu ilgu papildatvaļinājumu. 2008.gadā vērojams šī rādītāja neliels pieaugums, kad sociāli apdrošinātās personas varēja saņemt vecāku pabalstu 70% apmērā no sociālo iemaksu algas. Šis pabalsts tika izmaksāts no sociālā apdrošināšanas budžeta, ņemot vērā katra indivīda veiktās sociālās iemaksas. Šim pabalstam nebija noteikta maksimālā robeža - tas līdzinājās algai, ko cilvēks saņem pēc nodokļu nomaksas. Saistībā ar krīzes laika lēmumiem, sākot no 2009.gada mainījās izmaksājamo pabalstu apmēri.

*6.attēls.* **Grūtniecības aprūpe uzsākta līdz 12.grūtniecības nedēļai (%)**

*Avots: NVD*

Ja grūtniecības aprūpe uzsākta pēc 12.grūtniecības nedēļas, palielinās risks perinatālai mirstībai tiem jaundzimušajiem, kuru mātēm netika uzsākta līdz 12.grūtniecības nedēļai (2008.gadā - 26,2 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem, 2009.gadā – 18,1 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem, 2010.gadā – 18,0 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem).[[20]](#footnote-20)

Divdesmit gadu laikā veiktie pētījumi ir pierādījuši, ka detalizēta grūtnieces izmeklēšana pirmajā vizītē 11.-13.grūtniecības nedēļā ļauj prognozēt dažādus perinatālos stāvokļus mātei un bērnam, ņemot vērā mātes vispārējo stāvokli, anamnēzi, bioķīmiskos izmeklējumus, kā arī veicot detalizētu augļa ultrasonogrāfiju. Ir liela iespēja aprēķināt grūtnieces specifiskos riskus: iedzimtu augļa attīstības anomāliju risku, augļa intrauterīnas bojāejas risku, preeklampsijas risku, priekšlaicīgu dzemdību risku, gestācijas diabēta risku, intrauterīnas augļa augšanas aiztures risku, makrosomijas risku. Grūtniecības 11.-13.nedēļa ir vissvarīgākais laiks prenatālajā periodā, kad iespējams iegūt visvairāk informācijas par mātes un bērna veselību, lai iekļautu grūtnieci augsta vai zema riska grupā, ņemot vērā iegūtos datus un izmeklējumu rezultātus. Apzinot bīstamu perinatālu stāvokļu risku, būtu iespēja samazināt mātes un bērna mirstību Latvijā, veicot mērķtiecīgu esošās patoloģijas diagnostiku un individuālu, slimībai specifisku antenatālu aprūpi.

Šobrīd Ministru kabineta noteikumi nosaka, ka grūtniecēm, kuras nav riska grupā, ultrasonogrāfija tiek veikta 16.-18.grūtniecības nedēļā un 34.- 36.grūtniecības nedēļā[[21]](#footnote-21). Taču visefektīvāk iedzimto anomāliju diagnostiku ir veikt grūtniecības pirmajā trimestrī. Šajā laikā veiktais ultrasonogrāfiskais izmeklējums palīdz noteikt precīzāku augļa vecumu, kā arī dzemdēšanas laiku. Tāpat iegūst informāciju par to, kā auglis ir novietojies dzemdes dobumā, kā arī kādi ir augļa attīstības procesi.

Komplikācijas grūtniecības laikā var rasties arī bez acīmredzamiem riska faktoriem, tāpēc regulāra ultrasonogrāfijas izmeklējuma veikšana visos grūtniecības trimestros būtu nepieciešama. Attiecībā uz bērna mirstības rādītājiem, ultrasonogrāfija palīdz atklāt vieglas un vidēji smagas anomālijas, palīdzot tās laicīgi novērst tūlīt pēc piedzimšanas vai atsevišķos gadījumos jau grūtniecības laikā.

Pēc Veselības inspekcijas datiem, 2 reizes gadā veikto ultrasonogrāfijas izmeklējumu skaits 2009.gadā bija 3 119, 2010.gadā – 5 901, 2011.gadā – 6 100. Pēc nepieciešamības grūtniecēm tiek veikti 3 un vairāk ultrasonogrāfijas izmeklējumi, kas 2009.gadā bija 1 546, 2010.gadā – 5 154, 2011.gadā – 5 374.

Ultrasonogrāfija atzīta par drošu procedūru ar minimālu zināmo negatīvo ietekmi un bez radiācijas iedarbības. Tādejādi padarot to par plaši izmantojamu antenatālās aprūpes izmeklējumu[[22]](#footnote-22).

Pašlaik spēkā esošie normatīvie akti[[23]](#footnote-23) paredz septiņas vizītes pie ārstniecības personas (ginekologa (dzemdību speciālista), vecmātes vai ģimenes ārsta) pirms dzemdībām un divas vizītes pēc dzemdībām. Saskaņā ar Pacientu tiesību likumā noteikto, grūtniecei ir tiesības izvēlēties ārstniecības personu
(ginekologu, vecmāti vai ģimenes ārstu) pie kura stāties grūtniecības uzskaitē un veidot savstarpēju sadarbību ar savu izvēlēto speciālistu. Atšķirībā no izvēlētā speciālista (speciālists, kurš veic valsts apmaksātu grūtniecības aprūpi vai privātais speciālists, kurš veic šo aprūpi par maksu) atšķiras arī grūtniecības izmaksas, tās ietekmē arī tas, vai grūtniecei ir līgums ar apdrošināšanas kompāniju vai nav. Izvēloties valsts apmaksātu grūtniecības aprūpi, grūtniecības aprūpes pakalpojumu izmaksas sedz valsts, tomēr katru gadu valsts apmaksātie pakalpojumi tiek ierobežoti, nosakot konkrētu finansējuma apjomu.

Lai uzlabotu grūtnieču veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, pakalpojumu izpildes kvalitāti (samazināt gaidīšanas rindas pie valsts apmaksātajiem speciālistiem un līdz ar to panākt savlaicīgi un kvalitatīvi veiktus izmeklējumus, jo rindas nav pieļaujamas), pakalpojuma apmaksas apjomu, nepieciešams iesaistīt grūtnieču aprūpē privāti praktizējošus ginekologus un citus speciālistus, īstenojot principu „nauda seko grūtniecei”. Topošajām māmiņām būs iespēja saņemt valsts apmaksātus pakalpojumus grūtniecības laikā arī pie privātiem ginekologiem vai citiem speciālistiem, kuri būs noslēguši atsevišķu līgumu ar NVD par grūtnieču aprūpi.

Pieejamība (gan finansiāla, gan teritoriāla, gan speciālistu pieejamība) veselības aprūpes pakalpojumiem raksturo veselības aprūpes sistēmas kvalitāti un efektivitāti. Latvijā daļa iedzīvotāju finansiālu apstākļu dēļ nevar piekļūt veselības aprūpei, kad tā ir nepieciešama[[24]](#footnote-24).

Pēdējo gadu laikā Latvijā strauji palielinās grūtnieču skaits ar cukura diabētu, kas sācies grūtniecības laikā (2006.gadā – 45, 2007.gadā – 75, 2008.gadā – 105, 2009.gadā – 140 un 2010.gadā – 179)[[25]](#footnote-25). Gestācijas cukura diabēts ir viens no visbiežāk sastopamajiem grūtniecības sarežģījumiem. Tas skar 1,5-10 % grūtnieču, taču daudzi gadījumi paliek neatklāti. Gestācijas cukura diabēts izraisa nopietnas komplikācijas gan mātei, gan auglim. Mātei – augsts risks 2.tipa cukura diabēta attīstībai nākotnē, kā arī iespējama preeklampsija, placentas priekšlaicīga atslāņošanās, priekšlaicīgas dzemdības, dzemdību darbības vājums, urīnceļu infekcija. Lielāks ir ķeizargriezienu un operatīvo vaginālo dzemdību skaits. Auglim – makrosomija, hroniska augļa hipoksija, intrauterīna augļa bojāeja. Jaundzimušajam iespējama hipoglikēmija, hiperbilirubinēmija, hipokalcinēmija, hroniska augļa hipoksija. Palielinās sirds un citu orgānu iedzimto anomāliju biežums. Nākotnē bērniem ir lielāka iespēja slimot ar diabētu un aptaukošanos.

Kanādas Diabēta asociācijas Cukura diabēta novēršanas un pārvaldības klīniskās prakses vadlīnijas rekomendē veikt gestācijas diabēta skrīningu visām grūtniecēm periodā starp 24. un 28.gestācijas nedēļu. Sievietēm ar vairākiem gestācijas diabēta riska faktoriem, skrīnings būtu jāveic pirmajā grūtniecības trimestrī[[26]](#footnote-26). Ir pierādīts, ka universāls skrīnings ir efektīvāks nekā uz riska faktoriem balstīta pieeja. Pētījumi atklāj, ka uz riska faktoriem balstīts skrīnings atklāj tikai aptuveni pusi no gestācijas diabēta gadījumiem[[27]](#footnote-27).

Paplašinot iespējas gestācijas diabēta skrīninga veikšanu grūtniecēm ir iespējams atklāt un ārstēt gestācijas diabētu skartās grūtnieces, tādā veidā samazinot komplikāciju skaitu gan grūtniecības laikā, gan dzemdībās (ieskaitot manipulāciju daudzumu). Turklāt ir arī ilgtermiņa ieguvumi - 2. tipa diabēta un aptaukošanās izplatīšanās ierobežošana nākotnē.

Ņemot vērā to, ka gestācijas diabēta skrīnings nav dārgs vai sarežģīts, turklāt iespējama veiksmīga slimības ārstēšana, būtu optimāli to ieviest arī Latvijā.

 **Saistībā ar infekciju slimībām B grupas beta hemolītiskais streptokoks ir galvenais perinatālās saslimstības un mirstības cēlonis gan Eiropas valstu vidū, gan ASV un Kanādā, jo tas ir galvenais sepses un meningīta ierosinātājs jaundzimušo periodā. B grupas beta hemolītiskais streptokoks ir neonatālas nāves iemesls 1 uz 10 000 jaundzimušo**[[28]](#footnote-28)**.**

 **B grupas beta hemolītiskais streptokoka** kolonizācija kuņģa zarnu traktā Eiropas reģionos ir sekojoša: Austrumeiropā 19,7-29,3%, Rietumeiropā 1-21%, Skandināvijā 24-36%, Dienvideiropā 6,5-32%[[29]](#footnote-29). Latvijā **B grupas beta hemolītiskais streptokoka** nēsāšanu konstatē 17% grūtnieču[[30]](#footnote-30). Sievietei **B grupas beta hemolītiskais streptokoka** kolonizācija parasti ir asimptomātiska, taču mikroorganisms var būt urīnceļu infekcijas, horionamnionīta, pēcdzemdību endometrīta, bakterēmijas, kā arī intrauterīnas augļa bojāejas cēlonis[[31]](#footnote-31).

 Vertikālās transmisijas risks vaginālās dzemdībās **B grupas beta hemolītiskais streptokoka** nēsātājām ir 40-75% jaundzimušo, 1-2% no tiem attīstās **B grupas beta hemolītiskais streptokoka** izraisīta infekcija neonatālajā periodā.

Kopš 2007.gada Latvijā zīdaiņu skaits ar jaundzimušā bakteriālo sepsi ir pieaudzis (2007.gadā – 14, 2008.gadā – 24, 2009.gadā – 24, 2010.gadā – 23), arī mirušo zīdaiņu skaits ir palielinājies (2007.gadā – 2, 2008.gadā – 7, 2009.gadā – 5, 2010.gadā – 8). Patlaban Latvijā tiek pielietota uz riska faktoriem balstīta **B grupas beta hemolītiskā streptokoka profilakse**. Tas nozīmē, ka  pacientes, kurām ir riska faktori, saņem antibakteriālu terapiju dzemdību laikā. Skrīninga ieviešana visām grūtniecēm ar sekojošu antibakteriālu profilaksi minētā mikroorganisma nēsātājām ir zinātniski pamatota un samazina jaundzimušo mirstību no smagām jaundzimušo infekcijām.

Vispārējs **B grupas beta hemolītiskais streptokoka** skrīnings grūtniecēm 35 līdz 37 grūtniecības nedēļās ar sekojošu antibakteriālu profilaksi dzemdībās ir vairāk kā 50% efektīvāks nekā uz riska faktoriem balstītā stratēģija. Pēc vispārējā grūtnieču skrīninga ieviešanas un antibakteriālas profilakses dzemdībās, agrīnas neonatālas sepses biežums ASV ir samazinājies no 1,7/1000 jaundzimušajiem 1990.gadā līdz 0,34-0,37/1000 jaundzimušajiem 2008.gadā[[32]](#footnote-32).

ASV Slimību kontroles un profilakses centrs rekomendē veikt **B grupas beta hemolītiskā streptokoka** skrīningu visām grūtniecēm periodā starp 35.un 37. gestācijas nedēļu, lai izvairītos no paaugstinātā riska jaundzimušo sepsei un mirstībai no tās[[33]](#footnote-33).

Kopš 2007.gada ir tendence pieaugt antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvaram Latvijā (skatīt 7.attēlu). Kā iemesls tam varētu būt iedzīvotāju informētības trūkums par nepieciešamību grūtniecības laikā būt uzskaitē pie speciālista, iedzīvotāju ekonomiskās situācijas pasliktināšanās un valsts apmaksātu pakalpojumu grūtniecēm pieejamības nepietiekamība (B grupas beta hemolītiskā streptokoka uzsējums, gestācijas diabēta skrīnigs u.c.), kā rezultātā rodas sarežģījumi, kas var būt iemesls mātes, vēl nedzimušā bērna vai jaundzimušā nāvei. 2010.gadā antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvara rādītājs saglabājies 2009.gada līmenī - 2,7% [[34]](#footnote-34).

*7.attēls.* Antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvars (%)

*Avots: SPKC*

Izstrādājot antenatālās aprūpes vadlīnijas un kritērijus ārstniecības personu kompetences noteikšanai, uzlabotos grūtnieču aprūpe, līdz ar to samazinātos antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvars un savlaicīgi tiktu atklāti un novērsti iespējamie riska faktori gan bērna, gan mātes veselībai.

*Avots: PVO European Health for All*

Latvijā, līdzīgi kā citās ES valstīs, ķeizargriezienu skaits (uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem) pēdējo piecu gadu laikā ir ar pieaugušu tendenci. Latvijā tas ir visaugstākais Baltijas valstīs. Viens no ķeizargrieziena īpatsvara pieauguma iemesliem varētu būt biežākas hroniskas saslimšanas (kas arī pieaug līdz ar vecumu) grūtniecēm, kā arī tas, ka iepriekš šīs saslimšanas netika uzskatītas par pietiekamu indikāciju.

Uzlabojot grūtnieču aprūpi un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, samazinātos nepieciešamība pēc ķeizargrieziena veikšanas un samazinātos dzemdību sarežģījumu īpatsvars.

### Mātes mirstība

 Mātes mirstība ir viens no rādītājiem, kas liecina par antenatālās un perinatālās aprūpes kvalitāti valstī.

 Mātes mirstība Latvijā, salīdzinot ar ES valstu vidējo rādītāju, ir augsta. Grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā 2008.gadā nomira 3 sievietes, 2009. – 10 sievietes, bet 2010. – 5 (skatīt 8.attēlu). Izsakot šos skaitļus uz 100 000 dzīvi dzimušajiem bērniem, 2010.gadā šis rādītājs bija 26 (2009. gadā - 46 uz 100 000 dzīvi dzimušajiem). Šādu rādītāju parasti izmanto starptautiskos salīdzinājumos, kur Latvijas rādītājs ir satraucoši augsts, jo, piemēram, vidējais ES rādītājs ir 6 uz 100 000 dzīvi dzimušajiem. Tomēr starptautiskos salīdzinājumos jāņem vērā, ka Latvijā šis rādītājs ir izteikti labils (jutīgs) – to ietekmē katrs mātes nāves gadījums, jo Latvijā gadā piedzimst aptuveni 20 000 bērnu, bet rādītājs tiek rēķināts uz 100 000 dzīvi dzimušiem bērniem, kas attiecīgi arī izskaidro šī rādītāja salīdzinoši augstās vērtības.

*9.attēls.* **Mātes mirstība, nāves gadījumu skaits (absolūtos skaitļos)**

*Avots: SPKC*

 Mātes mirstības cēloņi, kas tieši un netieši saistīti ar grūtniecību, katru gadu ir dažādās attiecībās.

 Kopš 2006.gada mātes mirstības cēloņi, kas tieši saistīti ar grūtniecību, bijuši dažādi, tai skaitā aborti – 3 (ieskaitot kriminālos), ārpusdzemdes grūtniecība – 2, augļūdeņu embolija – 1 (2009.gadā), flebotromboze – 2, asiņošana – 9, toksikoze, eklampsija – 2, dzemdes plīsums – 1 (2007.gadā), placentas atslāņošanās – 1 (2007.gadā), sepse – 1 (2009.gadā).

*10.attēls.* **Mātes mirstības cēloņi (absolūtos skaitļos)**

*Avots: SPKC*

Jāņem vērā, ka mātes mirstība atsevišķos gadījumos nav tieši saistīta ar grūtniecību, piemēram, krūts vēzis – 1 (2008.gadā). Pēdējos gados Latvijā ir konstatēta mātes mirstība no gripas, piemēram, 2009.gadā reģistrēti 2 gadījumi, kad no gripas AH1N1 nomirušas divas grūtnieces. Latvijā 2009.gadā kopā bija 10 mātes mirstības gadījumi (gan netieši, gan tieši ar grūtniecību saistīto cēloņu dēļ). Attiecīgi 20% no mātes mirstības nāves cēloņiem bija gripa, kas ir satraucoši augsts rādītājs, salīdzinot ar ES valstu rādītājiem. Valstī ar mazu dzemdētāju skaitu, relatīvi svarīgi novērst katras grūtnieces nāvi gan netieši, gan tieši ar grūtniecību saistīto cēloņu dēļ. Grūtniecei ar gripu ir lielāka iespēja uz nopietnām saslimšanām ar gripas izraisītām komplikācijām, kā arī uz nopietnām problēmām tās nedzimušajam bērnam, kas saistīts ar fizioloģiskām izmaiņām grūtniecības laikā. Sakarā ar paaugstinātu risku grūtniecības laikā, inaktivētā gripas vakcīna uzskatāma par vislabāko un drošāko profilakses līdzekli, neatkarīgi no grūtniecības trimestra. PVO rekomendē vakcinēties tām sievietēm, kam ir vai būs grūtniecība gripas sezonas laikā. Gripas vakcīna nodrošina aizsardzību pret gripu grūtnieces, jaundzimušos un pasargā zīdaiņus līdz 6 mēnešiem pēc piedzimšanas, kad sieviete ir vakcinējusies pret gripu grūtniecības laikā[[35]](#footnote-35). Zīdaiņiem līdz 6 mēnešu vecumam ir palielināts risks saslimt ar gripu un tās izraisītām komplikācijām, kā arī nav ieteicams zīdaiņus vakcinēt, jo viņiem neizstrādājas pienācīga imūnreakcija[[36]](#footnote-36). Tāpēc vakcinācija grūtniecības laikā ir svarīga, lai samazinātu saslimstību un mirstību zīdaiņiem līdz 6 mēnešu vecumam[[37]](#footnote-37). Daži pētījumi liecina, ka gripa grūtniecības laikā palielina risku iedzimtām patoloģijām, piemēram, lūpu, nervu caurulītes defektiem un iedzimtām sirdskaitēm[[38]](#footnote-38). Ir arī netieši pierādījumi, ka mātes gripas infekcija grūtniecības laikā ir saistīta ar paaugstinātu risku spontānajam abortam, priekšlaicīgām dzemdībām, zemam dzimšanas svaram jaundzimušajam[[39]](#footnote-39).

Lai novērstu grūtnieču mirstību no gripas, ļoti svarīgi savlaicīgi vakcinēt grūtnieces, kurām ir slimības ar imūndeficīta simptomātiku, tiek plānotas plānveida operācijas vai manipulācijas stacionārā gripas epidēmijas laikā. Šīs grūtnieces nepieciešams iekļaut augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu.

Šobrīd Latvijā mātes mirstības cēloņi tiek apzināti neskaidri un netiek reģistrēti visi mātes mirstības gadījumi, tādēļ nepieciešama rūpīga katra gadījuma analīze un nepieciešams ieviest mātes mirstības konfidenciālās analīzes sistēmu, lai izanalizējot katru mātes nāves gadījumu, varētu izprast tā cēloņus, tādejādi novēršot citus līdzīgus gadījumus.

## Neauglības ārstēšana

Kā viena no būtiskākajām problēmām seksuāli reproduktīvās veselības jomā ir neauglība. Šo problēmu veicina grūtniecības atlikšana, liekā svara pieaugums, seksuāli transmisīvas slimības u.c. Sakarā ar nelabvēlīgo demogrāfisko situāciju, neauglība ir ļoti nopietna medicīniska un sociāla problēma. Latvijā nav izveidota statistiska datu bāze neauglības problēmu risināšanai. Attīstītu valstu pieredze rāda, ka neauglīgi ir vidēji 6-10% pāru, Eiropā vidēji 8-10% pāru. Latvijā vidēji gadā tiek veiktas 1100 ārpusķermeņa apaugļošanas procedūras, kas pašlaik tiek nodrošināts kā maksas pakalpojums. Latvijā mākslīgās apaugļošanas rezultātā katru gadu dzimst apmēram 200-300 bērnu.

Sievietēm biežākie neauglības cēloņi ir olvadu necaurlaidība, kas rodas pēc iekaisuma (nereti pēc slimošanas ar gonoreju), ķirurģiskas iejaukšanās sekas dzimumorgānos, kā arī olnīcu darbības traucējumi, dzemdes, olnīcu audzēji, vielmaiņas traucējumi, stress, neveselīgs dzīvesveids u.c. Vīrieša neauglību var radīt samazināts spermatozoīdu daudzums, vai arī pilnīgs to trūkums, kā arī, ja spermatozoīdu daudzums ir pietiekams, bet tie ir nekustīgi vai nedzīvi, u.c. cēloņi. Neauglības problēmu demogrāfijas kontekstā risina Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.-2017.gadam[[40]](#footnote-40), paredzot uzdevumu - izvērtēt iespēju ieviest valsts atbalsta pasākumus neauglības ārstēšanai, kā arī informēt sabiedrību par reproduktīvās veselības apdraudējumiem un riskiem, kas palielina neauglību. Lai vērtētu iespēju ieviest valsts atbalsta pasākumus, nepieciešams apzināt neauglības problēmas sastopamību Latvijā. Jāpilnveido iedzīvotāju informatīvi izglītojošais darbs jautājumos par seksuālo un reproduktīvo veselību, ģimenes plānošanu un bērnu pareizas attīstības nodrošināšanu. Jāvērš lielāka uzmanība savlaicīgai reproduktīvo orgānu saslimšanu un patoloģiju atpazīšanai un ārstēšanai jau bērnu vecumā.

Efektīva un kvalitatīva iedzīvotāju reproduktīvās veselības aprūpe ir viens no galvenajiem priekšnoteikumiem dzimstības paaugstināšanai un veselas jaunās paaudzes radīšanai. Visbūtiskākā loma ir jāpiešķir slimību profilaksei – jaunatnes izglītošanai seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumos. Reproduktīvās veselības aprūpe ir ārstniecības personu veicamais reproduktīvo orgānu slimību, dzimumceļu infekciju, cilvēka imūndeficīta vīrusu infekcijas (HIV) un AIDS, kā arī neauglības profilakses, diagnosticēšanas, ārstēšanas un novērošanas, dzimstības regulēšanas, grūtniecības pārtraukšanas un medicīniski veiktas apaugļošanas pasākumu kopums.

Nozīmīga problēma ir vienota neauglības reģistra trūkums valstī. Šobrīd katra medicīniskā apaugļošanas klīnika veido atsevišķu reģistru, tādēļ Latvijā nav pieejami kopīgi statistikas dati par neauglību un medicīnisko apaugļošanu. Šādi statistikas dati būtu nozīmīgi gan zinātniskajiem pētījumiem, gan valsts politikas un medicīniskās apaugļošanas finansēšanas sistēmas izstrādei[[41]](#footnote-41). Īstenojot plānu, saskaņā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, kā arī ņemot vērā noteikto izņēmumu attiecībā uz sensitīvo personas datu apstrādi[[42]](#footnote-42), tiks apzinātas personas, kurām nepieciešama valsts atbalsta programma neauglības ārstēšanai un tiks izveidota šo personu veikto medicīniskās apaugļošanas manipulācijas uzskaite, kā arī mākslīgās apaugļošanas rezultātā dzimušo bērnu uzskaite. Nepieciešams izveidot centralizētu spermas datu banku Latvijā, ietverot dzimumšūnu donoru izmeklēšanu. Vecums ir viens no noteicošiem faktoriem neauglības ārstēšanas taktikas izvēlē. Medicīnisko apaugļošanu rekomendē sievietēm ar necaurlaidīgiem olvadiem un vīriešiem ar medikamentozi vai ķirurģiski nekoriģējamo azoospermiju. Ļoti būtiski padarīt neauglības ārstēšanu pieejamāku pēc iespējas lielākam skaitam neauglīgo pāru un personu, kā arī neauglības ārstēšanu (medikamentus, diagnostiku, arī medicīnisko apaugļošanu) nepieciešams iekļaut valsts apmaksātajos pakalpojumos.

## 1.4. Starpnozaru sadarbības loma mātes un bērna veselības uzlabošanā

Lai veiksmīgāk īstenotu Plānā izvirzītos mērķus un uzdevumus, nepieciešams pēc iespējas plašāk iesaistīt un sadarboties ar citu sektoru pārstāvjiem. Valstij būtu aktīvi jāsadarbojas un jāatbalsta NVO darbība veselības jomā. NVO ir attīstīts plašs sadarbības partneru tīkls, kā arī tās aptver plašāku sabiedrības daļu un veiksmīgi attīsta un stiprina pusaudžu un jauniešu neformālo izglītību. Būtisks ir citu ministriju, pašvaldību atbalsts, jo kopīgi sadarbojoties mērķis ir daudz ātrāk sasniedzams.

Demogrāfijas jautājumi, tajā skaitā seksuālā un reproduktīvā veselība, šobrīd izvirzīti par vienu no valdības prioritātēm. Šajā sakarā īpaša uzmanība jāpievērš jauniešu izglītošanai jau skolās, jo informācijas nepietiekamība ir tiešs iemesls neplānoto grūtniecību un mākslīgo abortu skaita pieaugumam jauniešu vidū. Pusaudžiem un jauniešiem, kas ir Latvijas jaunās paaudzes veidotāji, ir svarīgi būt izglītotiem veselības jautājumos, ģimenes plānošanā, tāpēc ir nepieciešams jau skolā apgūt šos tik būtiskos jautājumus, pilnveidot mācību priekšmetu programmu paraugus, veicinot integrētu veselības, sporta izglītības un cilvēkdrošības jautājumu pēctecīgu apguvi pirmsskolas izglītībā, pamatizglītībā un vidējā izglītībā.

 Tikai savā starpā sadarbojoties valsts iestādēm, pašvaldībām un NVO ir iespējams veiksmīgi attīstīt un stiprināt pusaudžu un jauniešu neformālo izglītību par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem. Sadarbībā ar NVO nepieciešams organizēt informatīvi izglītojošus pasākumus jauniešiem un pusaudžiem, kuros iekļauti jautājumi par higiēnu, attiecību veidošanu un drošām seksuālās attiecībām. 2011.gadā tika apstiprinātas vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā (VM 29.12.2011. rīkojums Nr.243), kuru mērķis ir sniegt pašvaldībām metodisku atbalstu veselību veicinošu aktivitāšu īstenošanai pašvaldības iedzīvotājiem, tai skaitā arī jauniešiem par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem, sniedzot ieteikumus STS, HIV infekciju samazināšanai, izglītošanas paaugstināšanai, dažādu atbalsta pasākumu veikšanai. Lai nodrošinātu vadlīniju ieviešanu pašvaldībās, no 2012.gada plānots izveidot pašvaldības koordinatoru tīklu, kas būs atbildīgi par veselības veicināšanas aktivitāšu organizēšanu savā pašvaldībā. Deleģētām pašvaldību kontaktpersonām tiks organizēti apmācību kursi veselības veicināšanas un sabiedrības veselības jautājumos, tai skaitā par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem.

Latvijā aizvien aktuālāka kļūst tēma par bērnu drošību. Īpaši tas ir aktuāli risinot Latvijas demogrāfiskās problēmas. Atbilstoši PVO atziņām[[43]](#footnote-43), ģimenē vislielākajam vardarbības riskam ir pakļauti bērni vecumā no 0-4 gadiem, jo šīs grupas bērni ir pilnībā atkarīgi no aprūpētāja un viņiem ir mazāk iespēju sevi aizsargāt. Ne vienmēr vardarbība pret mazu bērnu ir apzināta (fiziska vardarbība), tā ir arī nepietiekama vai nepareiza bērna aprūpe un bērna vajadzību nenodrošināšana, kā rezultātā bērns cieš no nejaušiem nelaimes gadījumiem vai veselības traucējumiem. Cēlonis šādai rīcībai ir informācijas un prasmju trūkums jaunajiem vecākiem vai emocionālas problēmas ģimenē. 2010.gadā fiziskas vardarbības rezultātā miruši 2 bērni vecumā līdz 4 gadiem. Savukārt stacionārā ar mājās gūtām traumām ārstējušies 766 bērni vecumā līdz 4 gadiem[[44]](#footnote-44).

Vairākas pašvaldības (Rīga, Rēzekne, Talsi u.c) organizē speciālistu darba grupas informācijas apmaiņai par vardarbības vai bērna pamešanas novārtā gadījumiem, kā arī nodrošina ģimeņu asistentus vai brīvprātīgo atbalsta grupas ģimenēm.

2011.gadā Veselības ekonomikas centra speciālisti ar PVO Eiropas reģionālā biroja atbalstu veica pētījumu „Par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi”. Kā liecina pētījuma rezultāti, 65,9% respondenti atzina, ka bērnībā tikuši fiziski sodīti, savukārt 35,9% respondentu atzinuši emocionālu atstāšanu novārtā, bet 27% - fizisku atstāšanu novārtā. Jautājuma risināšanai ir veikti grozījumi Ārstniecības likumā, kas nosaka ārstniecības iestādēm sniedzot palīdzību nepilngadīgam pacientam un ir pamats uzskatīt, ka pacients cietis no pienācīgas aprūpes un uzraudzības trūkuma vai cita bērnu tiesību pārkāpuma, ārstniecības iestāde nekavējoties, bet ne vēlāk kā 12 stundu laikā paziņo par to Valsts policijai.

Papildus minētajam, 2010. gadā ar PVO atbalstu divgades sadarbības līguma ietvaros tika izstrādātas „[Rekomendācijas reproduktīvās veselības speciālistiem par pacientes izmeklēšanu un palīdzības sniegšanu](http://phoebe.vm.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/195448bbbf7b0975c2257313001f19e0/%24FILE/vardarbiba%20pret%20sievieti_rekomendacijas%20arstiem.pdf)”, kā arī izstrādāta apmācību programma speciālistiem vardarbības un ievainojumu profilaksei.

Neskatoties uz veiktajiem pasākumiem, sabiedrības un dažādu institūciju izpratne par vardarbību ģimenē, tai skaitā emocionālo, nav pilnīga, tāpēc ir svarīgi veicināt vardarbības ģimenē atpazīšanu un vardarbības profilaksi, iesaistot sabiedrības veselības un citu jomu ekspertus. Svarīga ir jauno vecāku izglītošana par bērnu aprūpi un bērna pieskatīšanas nozīmi bērnu drošības garantēšanai, kā arī par vardarbības ģimenē novēršanu un atbalsta iespējām. Nepieciešams veicināt sabiedrības izpratni par sabiedrības lomu vardarbības mazināšanā un vardarbības novēršanas iespējām, bērnu drošības veicināšanā, kā arī jāveicina plašsaziņas līdzekļu iesaistīšanos sabiedrības izglītošanā par bērnu audzināšanas un attiecību veidošanas ģimenē jautājumiem. Nepieciešama lielāka primārās aprūpes speciālistu līdzdalība vecāku informēšanā par bērnu drošības jautājumiem.

Lai efektīvāk izstrādātu un īstenotu mātes un bērna veselības politiku Latvijā, veselības, izglītības, labklājības un citu nozaru aspekti jāiekļauj vienotā starpsektoru politikā, sadarbojoties ar citām ministrijām, pašvaldībām un nevalstisko sektoru, kā arī ar PVO un ES institūcijām. Mātes un bērna veselības jautājumi jārisina stratēģiski un kompleksi, lai ieviestu principu *„veselība visās politikās”*, jo šie jautājumi vistiešākā veidā saistīti ar demogrāfijas situācijas uzlabošanu un valsts veselīgu attīstību.

## Galvenās identificētās problēmas:

1. Augsta perinatālā, zīdaiņu un mātes mirstība Latvijā.
2. Nepietiekoša primārās aprūpes posma iesaistīšanās reproduktīvo pakalpojumu sniegšanā (antenatālā aprūpe, dzemdes kakla vēža skrīnings, ģimenes plānošanas pakalpojumi), kas ierobežo pakalpojumu pieejamību, īpaši sociālās atstumtības riska grupām.
3. Jauno vecāku nepietiekamās zināšanas par seksuālo un reproduktīvo veselību, veselības saglabāšanu grūtniecības laikā, jaundzimušā aprūpi un drošību.
4. Nav vienota neauglības reģistra valstī un centralizētas spermas datu bankas, kā arī nav iekļauti valsts apmaksātajos pakalpojumos neauglības diagnostiskie izmeklējumi un medicīniskās apaugļošanas procedūras.
5. Nav izveidota mātes mirstības konfidenciālās analīzes un perinatālās mirstības audita sistēma problēmu identificēšanai un novēršanai.
6. Nav pietiekama starpnozaru sadarbība reproduktīvās veselības, mātes un bērna veselības uzlabošanas jomā, nepietiekoša informācija jauniešiem un pusaudžiem par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem.

# Mērķu un rezultātu, to rezultatīvo rādītāju hierarhija

 **Plāna mērķis ir uzlabot** mātes un bērna veselību (tai skaitā samazināt perinatālo mirstību un mātes mirstību)**, nodrošinot plānotu, saskaņotu un koordinētu pasākumu veikšanu.**

Plāna mērķis sasniedzams, realizējot trīs rīcības virzienus:

1. Pasākumi mātes un bērna veselības aprūpes uzlabošanai.
2. Neauglības ārstēšanas (t.sk. medicīniskās apaugļošanas) iekļaušana valsts apmaksātajos pakalpojumos.
3. Citu sektoru iesaiste (starpnozaru sadarbība) jautājuma kompleksai un valstiskai risināšanai.

Lai sasniegtu Plānā izvirzīto mērķi, tiek noteikti šādi uzdevumi:

1. Ieviest papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem.
2. Valsts finansētajā grūtnieču aprūpē īstenot principu *„nauda seko grūtniecei”*.
3. Iesaistīt ģimenes ārstu komandu (māsu vai vecmāti) ģimenes plānošanas un reproduktīvās veselības veicināšanā.
4. Izstrādāt un reģistrēt antenatālās aprūpes vadlīnijas un kritērijus ārstniecības personu kompetences noteikšanai.
5. Izveidot mātes mirstības konfidenciālās analīzes sistēmu, kā arī perinatālās mirstības analīzes sistēmu veselības aprūpes uzlabošanai.
6. Iekļaut grūtnieces augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošināt vakcīnas cenas kompensāciju 100 % apmērā no valsts budžeta līdzekļiem. Tiek vakcinētas grūtnieces, kurām ir slimības ar imūndeficīta simptomātiku vai tiek plānotas plānveida operācijas vai manipulācijas stacionārā gripas epidēmijas laikā.
7. Nodrošināt vecāku informēšanu un topošo vecāku bezmaksas apmācības procesu pirmsdzemdību un pēcdzemdību aprūpes laikā, veicināt zīdīšanu.
8. Kompensēt recepšu zāles 25% apmērā grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā, kompensēt recepšu zāles 50% apmērā bērniem līdz 2 gadu vecumam (neieskaitot), ja nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru
9. Izveidot valstī neauglības reģistru un centralizētu spermas datu banku.
10. Iekļaut valsts kompensējamo zāļu sarakstā medikamentus neauglības ārstēšanai.
11. Iekļaut valsts apmaksātajos pakalpojumos papildus diagnostiskos izmeklējumus neauglības noteikšanai un medicīniskās apaugļošanas procedūras.
12. Veikt starpnozaru sadarbību, nodrošinot jauniešu un pusaudžu izglītošanu un vardarbības pret bērniem novēršanu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Politikas rezultāti** | **Rezultatīvie rādītāji** | **Atsauces līmenis** | **2012.****gads** | **2014.****gads** |
| **Rādītājs** | **Gads** |
| 1. Uzlabojas bērna un mātes veselības stāvoklis | Rezultatīvais rādītājs:Perinatālā mirstība (uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem) | 8,12[[45]](#footnote-45) | 2010. | 8,2 | 7,5 |
| Rezultatīvais rādītājs:Zīdaiņu mirstība (uz 1000 dzīvi dzimušiem) | 5,7[[46]](#footnote-46) | 2010. | 5,5 | 5 |
| Rezultatīvais rādītājs:Zīdaiņu mirstība no noteiktiem perinatālā perioda stāvokļiem (uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem) | 3,0[[47]](#footnote-47) | 2010. | 2,9 | 2,7 |
| 2. Nodrošināta vecāku informēšana par atkarību izraisošo vielu ietekmi uz grūtnieces un augļa veselību un mātes piena nozīmi bērna veselības nodrošināšanā | Rezultatīvais rādītājs:Smēķējošu dzemdētāju īpatsvars (%) | 10,2%[[48]](#footnote-48) | 2010. | 10% | 7% |
| Rezultatīvais rādītājs:Zīdaiņu īpatsvars, kuri saņēmuši krūts barošanu līdz 6 mēnešu vecumam  | 52,5[[49]](#footnote-49) | 2010. | 53,7 | 56,7 |
| 3.Samazināta mātes mirstība | Rezultatīvais rādītājs:Mātes mirstība (uz 100 000 dzīvi dzimušajiem) | 26,1[[50]](#footnote-50) | 2010. | 20 | 15 |
| 4. Nodrošināta neauglības ārstēšana  | Rezultatīvais rādītājs:Valstī izveidots neauglīgo pacientu reģistrs  | - | 2010 | X | X |
| Rezultatīvais rādītājs:Valstī izveidota centralizēta spermas datu banka | - | 2010 | X | X |

#

**3. Plāna sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem tiesību aktiem**

Plāns sagatavots pamatojoties uz šādiem dokumentiem:

1. *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam[[51]](#footnote-51)*, apakšmērķis – uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību.

*Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija „Latvija 2030”*[[52]](#footnote-52), 2.sadaļā „Ilgtermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā” noteiktais ilgtermiņa rīcības virziens – veselības un sociālo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība.

*Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2007.-2013.gadam*[[53]](#footnote-53), kurā noteikts veidot sabalansētu valsts un indivīda atbildību par veselības saglabāšanu un tās uzlabošanu, veidot sabiedrībā izpratni par veselīgu dzīves veidu un uzturu, un iesaistīt sabiedrību cīņā pret atkarības slimībām.

4. *Latvijas Stratēģiskās attīstības plāns 2010-2013.gadam*[[54]](#footnote-54), kurā kā drošas un stabilas attīstības priekšnosacījums izvirzīts vesels cilvēks ilgtspējīgā sabiedrībā.

Citi politikas plānošanas dokumenti, ar kuriem ir saistīts Plāns:

Nodarbinātības un sociālās politikas jomā:

* *Ģimenes valsts politikas pamatnostādnes 2011.-2017.gadam*[[55]](#footnote-55) (virsmērķis – veicināt ģimeņu nodibināšanu, stabilitāti, labklājību, sekmēt dzimstību, kā arī stiprināt laulības institūciju un tās vērtību sabiedrībā).
* *Plāns „Bērniem piemērota Latvija 2010.-2012.gadam”*[[56]](#footnote-56) (virsmērķis – radīt tādu pasauli, kas atbilstu visu bērnu vajadzībām un interesēm).

Izglītības un zinātnes politikas jomā:

* *Jaunatnes politikas valsts programma 2009.-2013.gadam*[[57]](#footnote-57) (mērķis – uzlabot jauniešu dzīves kvalitāti, veicinot viņu iniciatīvas, līdzdalību lēmumu pieņemšanā un sabiedriskajā dzīvē, atbalstot darbu ar jaunatni un nodrošinot jauniešiem vieglāku pāreju no bērna uz pieaugušā statusu).

Transporta un sakaru politikas jomā:

* *Ceļu satiksmes drošības programma 2007.-2013.gadam*[[58]](#footnote-58) (mērķis – panākt ceļu satiksmes negadījumos bojā gājušo skaita samazināšanos. Īpaši, risinot šādus uzdevumus – mazaizsargāto ceļu satiksmes dalībnieku drošības garantēšana, bērnu drošības līmeņa paaugstināšana ceļu satiksmē, transportlīdzekļu vadīšanas alkohola reibumā izskaušana).

Ārpolitikas jomā:

* *Ziņojums par Tūkstošgades attīstības mērķiem Latvijā 2005[[59]](#footnote-59)*, (mērķis - mātes veselības uzlabošana un bērnu mirstības mazināšana).

ES dokumenti:

1. *Eiropas Padomes rezolūcija par veselības determinantēm[[60]](#footnote-60)*, kurā tiek uzsvērta nepieciešamība attīstīt zināšanas, lai novērtētu citu politikas jomu un to noteicošo faktoru ietekmi uz veselību. Dalībvalstis tiek aicinātas veicināt tādu politiku ieviešanu, kuras nodrošina augsta līmeņa veselības aizsardzību. (OV C 218,31.07.2000.)
2. *EK Baltā grāmata „Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.-2013.gadam”[[61]](#footnote-61)*, jo īpaši tās stratēģiskais mērķis, kurā noteikts, ka veselības politikai Kopienas līmenī jāveicina laba veselība, jāaizsargā iedzīvotāji no apdraudējuma un jāatbalsta ilgtspēja (COM(2007)630).
3. *Eiropas Parlamenta un Padomes lēmums Nr.1350/2007/EK (2007.gada 23.oktobris), ar ko izveidota otrā Kopienas rīcības programma veselības aizsardzības jomā (2008.–2013.gadam).[[62]](#footnote-62)* Lēmums nosaka uzlabot iedzīvotāju veselības drošību, veicināt veselību, tostarp novēršot nevienlīdzību jomā, un sagatavot un izplatīt informāciju par veselības aizsardzību.
4. *Eiropas Parlamenta 2007.gada 5.septembra rezolūcija par Eiropas Savienības stratēģiju dalībvalstu atbalstam alkohola radītā kaitējuma mazināšanai* (2007/2005(INI))[[63]](#footnote-63), kura aicina dalībvalstis pievērst īpašu uzmanību tādām neaizsargātām sociālajām grupām kā bērni, jaunieši un grūtnieces, un bīstamas un veselībai kaitīgas alkohola lietošanas radītās problēmas jauniešu, strādnieku un autovadītāju vidū risināt ar informatīvo un izpratnes veidošanas kampaņu palīdzību.
5. *Eiropas Komisijas 2006.gada 24.oktobra paziņojums par ES stratēģiju dalībvalstu atbalstam alkohola radītā kaitējuma mazināšanai* (COM(2006)0625)[[64]](#footnote-64), kurā EK ir noteikusi piecas sevišķi svarīgas jomas: aizsargāt jauniešus, bērnus un vēl nedzimušus bērnus; mazināt alkohola lietošanas rezultātā izraisītos ceļu satiksmes negadījumos gūtās traumas un nāves gadījumu skaitu; novērst alkohola izraisīto kaitējumu pieaugušo vidū un mazināt tā negatīvo ietekmi darbvietā; informēt, izglītot un vairot izpratni par kaitīgu un bīstamu alkohola patēriņu un atbilstīgiem patēriņa veidiem, kā arī pilnveidot un uzturēt vienotu pierādījumu bāzi ES līmenī.

PVO dokumenti:

1. *PVO pamatnostādnes Eiropas reģionam „Veselība visiem 21.gadsimtā”[[65]](#footnote-65)*, kurās izvirzīts mērķis veicināt un aizsargāt cilvēka veselību visa mūža garumā un samazināt slimību un traumu biežumu un atvieglot to radītās ciešanas (1998.gada maijs, Pasaules Veselības asambleja).
2. *PVO Globālā stratēģija neinfekcijas slimību novēršanai un kontrolei[[66]](#footnote-66)*, kas paredz atbilstošu pasākumu īstenošanu, lai novērstu neinfekcijas slimību riska faktorus – neveselīgu uzturu, nepietiekamu fizisko aktivitāti, alkohola un tabakas izstrādājumu lietošanu (2000.gada 20.maijs, 53. Pasaules Veselības asambleja).
3. PVO 2008.–2013. gada Rīcības plāns par pasaules mēroga stratēģiju neinfekcijas slimību novēršanai un kontrolei (2008.gada 18.aprīlis, Pasaules Veselības asambleja)[[67]](#footnote-67).
4. PVO 2012.–2016. gada Rīcības plāns par pasaules mēroga stratēģiju neinfekcijas slimību novēršanai un kontrolei (2011.gada 12.-15.septembris, Azerbaidžāna)[[68]](#footnote-68).
5. *PVO Eiropas reģiona rezolūcija par ievainojumu profilaksi Eiropas reģionā[[69]](#footnote-69)*, kas mudina dalībvalstis izvirzīt vardarbības un nejaušu traumu profilaksi par prioritāti, izstrādājot nacionālos rīcības plānus, attīstot traumu uzraudzību, stiprinot tehnisko un institucionālo kapacitāti, lai risinātu traumatisma problēmas (2005.gada septembris. Bukareste, PVO Eiropas reģionālā komitejas sēde).
6. *Vispasaules mātes un bērna veselības stratēģija[[70]](#footnote-70),* kurā ir minēta sievietes un bērna būtiskā loma sabiedrības attīstībā, kā arī norādīts, ka, ieguldot vairāk līdzekļu sieviešu un bērnu veselības uzlabošanā un saglabāšanā, tiks veidota veselāka sabiedrība.
7. *Eiropas stratēģija par bērnu un pusaudžu veselības veicināšanu*[[71]](#footnote-71)*,* kurā tiek īpaši uzsvērts bērni un jaunieši kā ieguldījums nākotnes sabiedrības veidošanā un tas, ka viņu veselība un veids, kādā vecāki viņus audzina, noteiks Eiropas valstu labklājību un stabilitāti nākamajās desmitgadēs.
8. *Bērnu vides un veselības rīcības plāns Eiropai[[72]](#footnote-72)*, ar kuru valstis apņemas izstrādāt nacionālos bērnu vides un veselības rīcības plānus, lai nodrošinātu reģionālā līmenī izvirzīto prioritāro mērķu sasniegšanu (piemēram, novērst un būtiski samazināt nelaimes gadījumu un traumu ietekmi uz veselību, samazināt saslimšanas, kas saistītas ar nepietiekamām fiziskām aktivitātēm, samazināt slimību risku, kas saistītas ar bīstamu ķīmisko vielu, fizikālo un bioloģisko faktoru ietekmi), 2004.gada jūnijs, PVO ceturtā ministru konference par vides un veselības jautājumiem.

ANO dokumenti:

1. *ANO Tūkstošgades deklarācija, pieņemta Tūkstošgades galotņu sanāksmē Ņujorkā, kas risinājās 2000.gada 6.-8.septembrī[[73]](#footnote-73),* kurā minēta apņemšanās veikt pasākumus astoņu Tūkstošgades Attīstības mērķu (*Millenium Development goals*) īstenošanai. Tie skar dažādus jautājumus, kuri saistīti ar dzīves līmeņa uzlabošanu tādās jomās kā izglītība, veselība, vides ilgtspēja u.c.
2. *ANO 1959. gada 20. novembra Deklarācija par bērna tiesībām[[74]](#footnote-74)*, saskaņā ar kuru bērnam un viņa mātei nodrošināma īpaša kopšana un aizsardzība, arī pirms un pēc dzemdībām”.
3. *ANO 1989. gada 20. novembra Konvencija par bērna tiesībām[[75]](#footnote-75)*, saskaņā ar kuru parakstītājvalstīm jānodrošina “mātēm pienācīgus pakalpojumus veselības aizsardzībā pirmsdzemdību un pēcdzemdību periodā”.

# Plāna ieviešanai nepieciešamais finansējums

Lai uzlabotu mātes un bērna veselības aprūpi, ir nepieciešams papildus finansējums **1 266 300** latu apmērā, kas ietver papildus izmeklēšanas metožu *grūtniecēm* ieviešanu, tai skaitā, visām grūtniecēm veikt *B grupas beta hemolītiskā streptokoka* uzsējumu grūtniecības 37 nedēļā, ieviest papildus ultrasonogrāfijas skrīningu, paplašināt iespējas *gestācijas diabēta skrīninga* veikšanai un *paplašināt* *prenatālo diagnostiku.*

 Lai veicinātu grūtnieču, jauno māmiņu un jaundzimušo veselības aprūpes uzlabošanu ir nepieciešams papildus finansējums **3 750 750** latu apmērā, valsts finansētajā grūtnieču aprūpē iesaistīt privāti praktizējošos ginekologus un citus speciālistus, īstenojot principu *„nauda seko grūtniecei”* (slēdzot līgumu ar valsti par grūtnieču aprūpi, tiek plānots palielināt aprūpes samaksu no 4,56 Ls uz 12,00 Ls, vienlaikus kompensējot pacienta iemaksu 3,00 Ls un ultrasonogrāfijas tarifu no 15,00 Ls uz 13,21 Ls (vienlaicīgi kompensējot pacienta iemaksu 3,00 Ls).

 Lai uzlabotu jaundzimušo bērnu aprūpi ar iedzimtām patoloģijām reģionos,

ir nepieciešams papildus finansējums **501 000** latu apmērā, kas paredzēts jaundzimušo bērnu reanimācijas tehnoloģiju, iekārtu atjaunošanai un perinatālā perioda aprūpes nodrošināšanai.

Brīvprātīgās vakcinācijas nodrošināšanai ir nepieciešams papildus finansējums **17 496** latu apmērā, paredzot grūtnieču iekļaušanu augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošinot kompensāciju 100% apmērā no valsts budžeta līdzekļiem.

Nepieciešams papildus finansējums **359 711** latu apmērā zāļu pieejamības nodrošināšanai, kompensējot nepieciešamās recepšu zāles 25% apmērā grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, kompensējot nepieciešamās recepšu zāles 50% apmērā bērniem līdz 2 gadu vecumam (neieskaitot), ja nav noteikta cita diagnoze ar citu kompensācijas apmēru.

Neauglības problēmu risināšanai ir nepieciešams papildus finansējums **1 536 082** latu apmērā, kas ietver neauglīgo personu uzskaiti un uzskaiti par šīm personām veiktajām manipulācijām, zāļu kompensāciju (neauglības ārstēšanas nodrošināšanai), neauglības diagnostisko izmeklējumu un medicīniskās apaugļošanas procedūru/manipulāciju apmaksu.

Realizējot augstāk minētos pasākumus mātes un bērna veselības un veselības aprūpes uzlabošanai, kas sevī ietver papildus informatīvos, atbalsta, diagnostiskos un ārstnieciskos pasākumus, tajā skaitā medicīniskās apaugļošanas iekļaušanu valsts apmaksātajos pakalpojumos **kopējais nepieciešamais papildus finansējums** veselības sektorā (trīs gadu periodam) – **7 431 339 Ls. Ls.**

Atsevišķi pasākumi tiks realizēti iesaistītajām institūcijām piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros savā kompetencē esošo pasākumu (uzdevumu) īstenošanai, Eiropas Sociālā fonda 1.3.2.3. aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” finansējuma ietvaros.

1. **Par pasākumu īstenošanu atbildīgās institūcijas**

Atbildīgā institūcija par Plāna ieviešanas rezultātu pārraudzību ir VM. Plāna ieviešanā ir iesaistītas 3ministrijas un 4 valsts institūcijas, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija, Latvijas vecmāšu asociācija, ģimenes ārsti, ārstniecības iestādes, pašvaldību, NVO un PVO pārstāvji. Plānā ir noteiktas atbildīgās institūcijas par pasākumu izpildi.

# Plāna novērtēšanas un atskaitīšanās kārtība

VM līdz 2015.gada 1.jūnijam iesniedz Ministru kabinetam informāciju par Plāna īstenošanu tā darbības periodā.

# 7. Plānā paredzētie pasākumi

|  |  |
| --- | --- |
| Sasaiste ar pamatnostādnēs noteiktajiem politikas mērķiem, rīcības virzieniem vai uzdevumiem (ja plāns izstrādāts pamatnostādņu ieviešanai) | Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam apakšmērķis – uzlabot mātes un bērna veselību, samazināt zīdaiņu mirstību. |
| Plānā noteiktais mērķis | **Plāna mērķis - uzlabot** mātes un bērna veselību (tai skaitā samazināt perinatālo mirstību un mātes mirstību)**, nodrošinot plānotu, saskaņotu un koordinētu pasākumu veikšanu.** |
| **Rīcības virziens mērķa sasniegšanai** | **1.Rīcības virziens –** Pasākumi mātes un bērna veselības aprūpes uzlabošanai |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.1.** **Ieviest papildus izmeklēšanas metodes grūtniecēm, lai mazinātu iedzimto anomāliju attīstību jaundzimušajiem** |
| **Pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai** | **Izpildes termiņš** | **Atbildīgā institūcija** | **Iesaistītās institūcijas** | **Tiešie darbības rezultāti** | **Paredzētais finansējums un tā avoti (Ls)** |
| 1.1.1. Visām grūtniecēm veikt B grupas beta hemolītiskā streptokoka uzsējumu grūtniecības 37.nedēļā  | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Samazināts risks jaundzimušo sepsei un mirstībai no tās (veikti grozījumi MK 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”) | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 321 000 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2012.gadā – 64 200 Ls2013.gadā – 128 400 Ls2014.gadā – 128 400 LsPrognozējamais grūtnieču skaits gadā - 20 000. Viena izmeklējuma cena - 6,42 Ls (tarifs, kurš ir apstiprināts ar 19.12.20006 MK noteikumiem Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" – aprēķinā izmantotais tarifs ir iegūts atbilstoši pielietoto manipulāciju 44507 un 44508 īpatsvaram).Papildus līdzekļi pilnam gadam: 6,42 Ls × 20 000 = 128 400 Ls.2012.gadā:128 400 Ls / 2 = 64 200 Ls (summa otrajam pusgadam). |
| 1.1.2. Ieviest papildus ultrasonogrāfijas skrīningu  | 2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Savlaicīgi identificēti augļi ar iedzimtām patoloģijām (veikti grozījumi MK 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” un MK 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "[Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība](http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766)") | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 396 300 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2013.gadā – 132 100 Ls2014.gadā – 264 200 LsPrognozējamais grūtnieču skaits gadā - 20 000. Viena izmeklējuma cena -13,21 Ls (tarifs, kurš ir apstiprināts ar 19.12.20006 MK noteikumiem Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" – aprēķinā izmantotais tarifs ir iegūts atbilstoši manipulācijām – 50697 (4.81 Ls), 50742 (5.40 Ls) un pacienta iemaksas kompensācija (3 Ls), kopā 4.81 Ls + 5.40 Ls + 3 Ls = 13.41 Ls).Papildus līdzekļi gadam: 13,21 Ls × 20 000 = 264 200 Ls.2013.gadā plānota aptvere 50% (132 100 Ls), 2014.gadā aptvere 100% (264 200 Ls). |
| 1.1.3. Paplašināt iespējas gestācijas diabēta skrīninga veikšanai  | 2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Identificētas grūtnieces ar diabēta risku (izstrādātas vadlīnijas) | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 37 800 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2013.gadā – 18 900 Ls2014.gadā – 18 900 LsPrognozējamais grūtnieču skaits gadā - 20 000. Viena izmeklējuma cena - 1,89 Ls (tarifs, kurš ir apstiprināts ar 19.12.20006 MK noteikumiem Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" – aprēķinā izmantotais tarifs ir iegūts atbilstoši manipulācijai 41096).Plānots katru gadu veikt skrīningu 50% jeb 10 000 grūtnieču. Papildus līdzekļi gadā: 1,89 Ls × 10 000 = 18 900 Ls. |
| 1.1.4. Uzlabot prenatālo iedzimto anomāliju diagnostiku  | 2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Palielinās iespēja agrāk atklāt augļus ar iedzimtām patoloģijām (veikti grozījumi MK 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” un MK 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "[Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība](http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766)") | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 511 200 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2013.gadā – 255 600 Ls2014.gadā – 255 600 LsPrognozējamais grūtnieču skaits gadā **–** 20 000.Izmeklējumu cenas:1. 49008\* PAPP-A noteikšana asins serumā riska grupas grūtniecēm 1.trimestrī - 6,77 Ls
2. 49009\* Brīvā beta hroniskā gonadotropīna noteikšana asins serumā riska grupas grūtniecēm 1.vai 2.trimestrī - 6,01 Ls

Papildus nepieciešams gadā: 6,77 Ls x 20 000 + 6,01 Ls x 20 000 = 255 00 Ls. |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.2.** **Valsts finansētajā grūtnieču aprūpē iesaistīt privāti praktizējošus ginekologus un citus speciālistus** |
| 1.2.1. Īstenot principu *„nauda seko grūtniecei”*, kas ir saistošs tām ārstniecības personām (ginekologs (dzemdību speciālists), ģimenes ārsts vai vecmāte), kuras nodrošina grūtnieču aprūpi | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM  | NVD | Samazinās antenatāli neaprūpētu grūtnieču skaits (veikti grozījumi MK 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "[Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība](http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766)" un MK 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”) | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 3 750 750 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2012.gadā – 750 150 Ls2013.gadā – 1 500 300 Ls2014.gadā – 1 500 300 LsGrūtnieču skaits gadā prognozēts 20 000. Slēdzot līgumu ar valsti, plānots palielināt aprūpes samaksu no 4,56 Ls uz 12 Ls, vienlaikus kompensējot pacienta iemaksu 3 Ls, tātad starpība, kas sedzama no valsts budžeta ir 7,44 Ls (7,44 Ls veidojas kā starpība starp vidējo maksas pakalpojuma tarifu par ginekaloga grūtnieces konsultāciju (12 Ls) un tarifu, ko par grūtnieces konsultāciju apmaksā valsts (4,56 Ls): 12 Ls - 4.56 Ls = 7,44 Ls). Aprūpes epizodes paredzētas 9 reizes (reizi mēnesī).Paredzēti 3 ultrasonogrāfijas izmeklējumi 10 000 grūtnieču (50%) un 6 izmeklējumi 10 000 grūtnieču (50%), sedzot starpību starp 15 Ls maksas pakalpojumu un 13,21 Ls pakalpojuma izmaksu (= 1,79 Ls). Kopā papildus gadam:  ((7,44 Ls × 20 000 × 9) + (1,79 Ls ×10 000 × 3) + (1,79 Ls ×10 000 × 6)) = 1 339 200 Ls + 53 700 Ls + 107 400 Ls = 1 500 300 Ls.2012.gadā plānoti līdzekļi otrajam pusgadam: 1 500 300 Ls / 2 = 750 150 Ls. |
| 1.2.2. Reģionālo perinatālo centru stiprināšana | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija | Kvalitatīva jaundzimušo bērnu aprūpe ar iedzimtām patoloģijām reģionos | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 501 000 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2012.gadā – 167 000 Ls2013.gadā – 167 000 Ls2014.gadā – 167 000 LsPapildus nepieciešamais finansējums paredzēts jaundzimušo bērnu reanimācijas tehnoloģiju, iekārtu atjaunošanai un perinatālā perioda aprūpes nodrošināšanai reģionos (Liepāja, Rēzekne). |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | * 1. **Iesaistīt ģimenes ārstu komandu (māsu vai vecmāti) ģimenes plānošanas un reproduktīvās veselības veicināšanā**
 |
| 1.3.1. Ģimenes ārsta komandas tālākizglītības programmās ieviest ģimenes plānošanas, seksuālās un reproduktīvās veselības kursu: fizioloģiskās grūtniecības vadīšana, abortu prevencija, grūtnieču izglītošana par riska faktoriem, kas var ietekmēt grūtniecības norisi | 2014.gada 30.decembris | VM  | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija Latvijas vecmāšu asociācijaVI | Apmācīta ģimenes ārsta komanda, kas nodrošina grūtnieču aprūpi, par ģimenes plānošanu, seksuālo un reproduktīvo veselību | Eiropas Sociālā fonda 1.3.2.3.aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” finansējuma ietvaros. 2014.gadā – 40 000Ls |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.4. Izstrādāt un reģistrēt antenatālās aprūpes vadlīnijas un kritērijus ārstniecības personu kompetences noteikšanai** |
| 1.4.1. Izstrādāt un reģistrēt antenatālās aprūpes vadlīnijas un kritērijus | 2013.gada 30.decembris | NVD  | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija Latvijas vecmāšu asociācijaVI | Izstrādātas un reģistrētas antenatālās aprūpes vadlīnijas un kritēriji ārstniecības personu kompetences noteikšanai | NVD budžeta ietvaros programmā 45.00.00. |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.5.** **Veidot perinatālā un mātes mirstības audita sistēmas** |
| 1.5.1. Veikt perinatālās mirstības analīzi un, balstoties uz analīzes rezultātiem, izvērtēt iespēju ieviest izmaiņas valsts perinatālās aprūpes sistēmā | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM  | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija Latvijas vecmāšu asociācijaVIPVO | Izmaiņas perinatālās aprūpes sistēmas jautājumos – izveidota perinatālā audita sistēma | Esošā valsts finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.01.00. |
| 1.5.2. Veikt mātes mirstības konfidenciālo auditu, ieviešot izmaiņas dzemdību un grūtniecības vadīšanas vadlīnijās | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM  | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijaLatvijas vecmāšu asociācijaVIPVO | Izmaiņas dzemdību un grūtniecības vadīšanas jautājumos – izveidota mātes mirstības konfidenciālā audita sistēma | Esošā valsts finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.01.00. |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.6.** **Grūtnieču vakcinācija pret gripu** |
| 1.6.1. Iekļaut grūtnieces augsta riska grupā brīvprātīgai vakcinācijai pret gripu un nodrošināt vakcīnas cenas kompensāciju 100 % apmērā no valsts budžeta līdzekļiem. Tiek vakcinētas grūtnieces, kurām ir slimības ar imūndeficīta simptomātiku vai tiek plānotas plānveida operācijas vai manipulācijas stacionārā gripas epidēmijas laikā  | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM  | NVDSPKC | Grūtnieču mirstības no gripas rādītājs ir 0 (veikti grozījumi MK 2006.gada 31.oktobra noteikumos Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”, 1.pielikumā iekļaujot jaunu pacientu grupu diagnozei Z25.1, mainot 4. punktu attiecībā uz kompensācijas kategorijām, kā arī 10.nodaļu par kvotu aprēķināšanas metodiku.Veikti grozījumi Ministru kabineta 2005.gada 8.marta noteikumos Nr.175 „Recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas un uzglabāšanas noteikumi”, nosakot, ka šajā gadījumā uz īpašās receptes jānorāda gan kods Z25.1, gan Z33 *Esoša grūtniecība*) | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 17 496 Ls apakšprogrammā 33.03.00.2012.gadā – 5 832 Ls2013.gadā – 5 832 Ls2014.gadā – 5 832 LsPrognozējamais grūtnieču skaits gadā – 1 200 (6% no kopskaita).Vienas vakcīnas cena – 4,86 Ls (cena ir iegūta no kompensējamo zāļu saraksta 4.57 Ls un papildinot to ar vakcinācijas ievadīšanas (vakcīnas ievadīšana ādā, zemādā un muskulī) tarifu, kurš ir apstiprināts ar 19.12.20006 MK noteikumiem Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība".Papildus līdzekļi gadā:4,86 Ls × 1 200 = 5 832 Ls.Tā kā vakcināciju veic II.pusgadā, arī 2012.gadam nepieciešami līdzekļi pilnā apmērā. |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.7.** **Vecāku informēšana** |
| 1.7.1. Nodrošināt topošo vecāku apmācību pirmsdzemdību aprūpes laikā | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM  | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijaLatvijas vecmāšu asociācija | Veikti grozījumi MK 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”, paredzot nodrošināt vecākiem apmācību par bērna kopšanu un drošību | Esošā valsts finansējuma ietvaros apakšprogrammā 33.01.00 (skatīt 7.sadaļas 1.2.1.uzdevumu). |
| 1.7.2. Nodrošināt jauno vecāku apmācību par bērnu kopšanu un drošību ģimenes ārstu praksēs | 2013.gada 1.janvāris | VM | NVD | Veikti grozījumi MK 2006.gada 4.aprīļa noteikumos Nr.265 "Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība" 93.pielikumā, nosakot, ka veidlapa „Bērna vecumā no 1 nedēļas līdz 5 gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšanas lapa” no 2013.gada 1.janvāra ir aizpildāma obligāti | Esošā valsts finansējuma ietvaros apakšprogrammā 33.01.00. |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.8. Zīdīšanas veicināšana** |
| 1.8.1. Atkārtoti izdot informatīvo materiālu „Zīdīšanas ABC” bezmaksas izplatīšanai jaunajām māmiņām dzemdību nodaļās | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM  | SPKC | Izdoti un izplatīti informatīvie materiāli | Esošā finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.05.00. |
| 1.8.2. Organizēt informatīvus pasākumus grūtniecēm un jaunajiem vecākiem par zīdīšanu un bērnu drošību (t.sk. par vardarbības ģimenē novēršanu un zīdaiņu pēkšņās nāves sindroma novēršanu) un jauniešiem par veselīgu dzīvesveidu, seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM  | SPKC, pašvaldības, NVO | Noorganizēti informatīvi pasākumi | Esošā finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.05.00. |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **1.9. Medikamentu pieejamības nodrošināšana** |
| 1.9.1. Kompensēt recepšu zāļu iegādes izdevumus 25% apmērā grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tām nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Kompensētas nepieciešamās recepšu zāles 25% apmērā (veikti grozījumi MK 2006.gada 31.oktobra noteikumos Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”, mainot 4.punktu attiecībā uz kompensācijas kategorijām, kur vajadzētu minēt, ka šajā gadījumā uz īpašās receptes norāda diagnozes kodu Z33 *Esoša grūtniecība* vai Z39.2 *Parastā pēcdzemdību novērošana*, kā arī jāskaidro šāds jauns apmaksas mehānisms) | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 75 000 Ls apakšprogrammā 33.03.00.2012.gadā – 15 000 Ls2013.gadā – 30 000 Ls2014.gadā – 30 000 LsPrognozējamais grūtnieču skaits gadā – 20 000, prognozējamais grūtnieču skaits, kam nepieciešamas recepšu zāles – 3000 (15%). Vidēji gadā recepšu zāļu cena ir 40 Ls, 25% kompensācija – 10 Ls.Gadam nepieciešams papildus:10 Ls × 3 000 = 30 000 Ls.2012.gadam plānoti līdzekļi otrajam pusgadam (no 2012.gada 1.septembra): 30 000 Ls / 2 = 15 000 Ls. |
| 1.9.2. Kompensēt recepšu zāļu iegādes izdevumus 50% apmērā bērniem līdz 2 gadu vecumam (neieskaitot), ja tiem nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Kompensētas nepieciešamās recepšu zāles 50% apmērā (veikti grozījumi MK 2006.gada 31.oktobra noteikumos Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”, mainot 4.punktu attiecībā uz kompensācijas kategorijām, kā arī jāskaidro šāds jauns apmaksas mehānisms) | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 284 711 Ls apakšprogrammā 33.03.00.2012.gadā – 40 673 Ls2013.gadā – 122 019 Ls2014.gadā – 122 019 LsJaundzimušo un bērnu skaits 0-2 gadu vecumā (neieskaitot) – 40 673(2011.gada dati), prognozējamais bērnu skaits, kam nepieciešamas recepšu zāles – (15%). Vidēji gadā recepšu zāļu cena ir 40 Ls, 50% kompensācija – 20 Ls.Gadam nepieciešams papildus: (40 673 x 15%) x (40 Ls x 50%) = 122 019 Ls 2012.gadam plānoti no 2012.gada 1.septembra (4 mēneši): 122 019 Ls / 3 = Ls 40 673.  |
| **Rīcības virziens mērķa sasniegšanai** | 1. **Rīcības virziens –** Neauglības ārstēšanas (t.sk. medicīniskās apaugļošanas) iekļaušana valsts apmaksātajos pakalpojumos
 |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **2.1. Neauglības reģistra un centralizētas spermas datu bankas izveide**  |
| 2.1.1. Nodrošināt neauglīgu personu uzskaiti un tām veikto manipulāciju uzskaiti | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | NVD | VM | Pilnveidots datu iegūšanas mehānisms, tajā skaitā datu iegūšana no privātām ārstniecības iestādēm. Notiek datu analīze un apkopošana par NVD uzskaitē esošajiem neauglīgajiem pacientiem, tiem veiktajām manipulācijām, kā arī tiek uzskaitīti mākslīgās apaugļošanas rezultāta dzimušie bērni | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 21 782 Ls programmā 45.00.00.2013.gadā – 11 891 Ls2014.gadā – 9 891 LsPapildus finansējums nepieciešams pasākuma ieviešanas izmaksām vadības informācijas sistēmas kompensējamo medikamentu apmaksas norēķnu sistēmai (VIS KMANS) (recepšu medikamentu klasifikators, izmaiņas ievada formās un aprēķinu mehānismā grūtnieču un bērnu recepšu kompensācijai noteiktajā apjomā, jaunais rēķina veids (summas grūtniecēm un bērniem), viens pārskats par grūtniecēm un bērniem atprečoto medikamentu summām).  |
| 2.1.2. Sagatavot informatīvu ziņojumu par neauglības problēmām Latvijā, apzinot esošo situāciju un sniedzot priekšlikumus situācijas uzlabošanai | 2012.gada 30.decembris | VM | NVD | Sagatavots informatīvais ziņojums | Esošā valsts finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.01.00. |
| 2.1.3. Izveidot vienotu spermas datu banku Latvijā (ietverot dzimumšūnu donoru izmeklēšanu) | 2014.gada 30.decembris | NVD | Ārstniecības iestādesVMSPKCVI | Ārstniecības iestādes, slēdzot līgumus ar NVD par medicīniskās apaugļošanas veikšanu, līguma ietvaros, tiek paredzēts, ka tās sniedz datus NVD par spermas donoriem. NVD izveido vienotu datu bāzi. Izveidota vienota spermas datu banka Latvijā (ietverot dzimumšūnu donoru izmeklēšanu) atbilstoši MK 2003.gada 16.decembra noteikumu Nr.716 "Medicīniskās apaugļošanas organizatoriskā kārtība un neauglīgo ģimeņu reģistra, medicīniskās apaugļošanas reģistra, dzimumšūnu donoru reģistra un donoru dzimumšūnu banku izveidošanas kārtība" prasībām. | Esošā valsts finansējuma ietvaros apakšprogrammā 45.00.00. |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | **2.2. Neauglības ārstēšana** |
| 2.2.1. Zāļu kompensācija neauglības ārstēšanas nodrošināšanai | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Neauglības ārstēšanai paredzētie medikamenti iekļauti valsts kompensējamo zāļu sarakstā (veikti grozījumi MK 2006.gada 31.oktobra noteikumos Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”, 1.pielikumā iekļaujot attiecīgās diagnozes- N97 *Sievietes neauglība*, N46 *Vīriešu neauglība* (Azoospermija, oligospermija), Z31.1 *Mākslīgā apsēklošana*, Z31.2 *In vitro apaugļošana*, kā arī mainot 10.nodaļu par kvotu aprēķināšanas metodiku.) | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 805 000 Ls apakšprogrammā 33.03.00.2012.gadā – 35 000 Ls2013.gadā – 231 000 Ls2014.gadā – 539 000 LsNeauglīgo pāru skaits gadā vidēji 1100.Neauglības ārstēšanai paredzēto medikamentu izmaksas vidēji vienam gadījumam - 700 Ls.Plānotā aptvere:2012.gadā – 50 pāri (pacienti), 2013.gadā - 30% jeb 330 pacienti, 2014.gadā - 70% jeb 770 pacienti.Medikamentu izmaksas: 2012.gadā: 700 Ls x 50 = 35 000 Ls;2013.gadā: 700 Ls x 330 = 231 000 Ls;2014.gadā: 700 Ls x 770 = 539 000 Ls.Katram pārim (pacientam) tiek plānota 1 ārstniecības kurss un 1 medicīniskās apaugļošanas manipulācija. |
| 2.2.2. Neauglības diagnostisko izmeklējumu apmaksa | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Neauglības ārstēšanai diagnostiskie izmeklējumi iekļauti valsts apmaksātajos pakalpojumos.No 2013.gada papildus tiek iekļauti spermogrammas izmeklējumi, lai precizētu neauglības cēloņus vīriešiem. | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem kopā 19 800 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2012.gadā – esošā finansējuma ietvaros 2013.gadā – 9 900 Ls2014.gadā – 9 900 LsNeauglīgo pāru skaits gadā vidēji 1100.Neauglības diagnos­tis­ko izmeklējumu izmaksas vidēji 4,50 Ls, plānotā aptvere 100%, plānoti 2 izmeklējumi.Izmeklējumu kopējās izmaksas gadā: 4,50 Ls x 1100 x 2 = 9 900 Ls.  |
| 2.2.3. Medicīniskās apaugļošanas procedūru/manipulāciju apmaksa | 2012.gada 30.decembris,2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVD | Neauglības ārstēšanai paredzētās medicīniskās apaugļošanas procedūras/manipulācijas iekļautas valsts apmaksātajos pakalpojumos (veikti grozījumi MK 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "[Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība](http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766)") | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem, kopā 689 500 Ls apakšprogrammā 33.01.00.2012.gadā – 35 000 Ls 2013.gadā – 192 500 Ls2014.gadā – 462 000 LsNeauglīgo pāru skaits gadā vidēji 1100.Neauglības ārstēšanai paredzēto medicīniskās apaugļošanas procedūru/mani­pu­­­lāciju izmaksas vienam gadījumam – vidēji 700 Ls.Plānotā aptvere: 2012.gadā 50 pāri (pacienti), 2013.gadā - 25% jeb 275 pacienti, 2014.gadā - 60% jeb 660 pacienti.Manipulāciju izmaksas: 2012.gadā: 700 Ls x 50 = 35 000 Ls;2013.gadā: 700 Ls x 275= 192 500 Ls;2014.gadā: 700 Ls x 660= 462 000 Ls. |
| 2.2.3.1. Valsts apmaksāto medicīniskās apaugļošanas procedūru/manipulāciju tarifa izveidošana | 2012.gada 1.novembris  | NVD | Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija | Izstrādāti valsts apmaksāto medicīniskās apaugļošanas procedūru/ manipulāciju tarifi | NVD budžeta ietvaros programmā 45.00.00. |
| 2.2.3.2. Grozījumu veikšana Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "[Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība](http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766)" | 2012.gada 1.decembris | VM | NVD | Veikti grozījumi MK 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "[Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība](http://www.likumi.lv/doc.php?id=150766), apstiprināti tarifi. | Esošā finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.01.00. |
| 2.2.3.3. NVD līgumu slēgšana ar pakalpojumu sniedzējiem | 2012.gada 1.decembris | NVD | VM | Noslēgti līgumi ar pakalpojumu sniedzējiem medicīniskās apaugļošanas procedūru veikšanai | NVD budžeta ietvaros programmā 45.00.00. |
| 2.2.3.4. Medicīniskās apaugļošanas procedūru/manipulāciju veikšana pacientiem | 2012.gada 1.decembris | Ārstniecības iestādes | VM | Veiktas medicīniskās apaugļošanas procedūras/manipulācijas | Esošā valsts finansējuma ietvaros apakšprogrammā 33.01.00. |
| **Rīcības virziens mērķa sasniegšanai** | **3. Rīcības virziens –** Citu sektoru (starpnozaru sadarbība) iesaiste jautājuma kompleksai un valstiskai risināšanai |
| **Uzdevums mērķa sasniegšanai** | * 1. **Bērnu un jauniešu izglītošana**
 |
| * + 1. 3.1.1. Pilnveidot mācību priekšmetu programmu paraugus, veicinot integrētu veselības, sporta izglītības un cilvēkdrošības jautājumu pēctecīgu apguvi pirmsskolas izglītībā, pamatizglītībā un vidējā izglītībā
 | 2013.gada 1.decembris | IZM | VMNVOLatvijas Ģimenes un seksuālās veselības asociācija Latvijas vecmāšu asociācija„Papardes zieds” | Palielinājies vispārējās vidējās un profesionālās izglītības iestāžu audzēkņu skaits, kuri ieguvuši plašākas zināšanas par cilvēka veselību  | IZM esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| 3.1.2. Sadarbojoties ar NVO un pašvaldībām, pilnveidot jauniešu zināšanas par veselīga dzīvesveida, seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem jauniešu neformālās izglītības programmu ietvaros | 2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | NVOpašvaldības | Palielinājies to jauniešu skaits, kas apmeklē iestādes, kuras piedāvā neformālās izglītības programmas | Esošā finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.05.00. |
| * + 1. 3.1.3. Izglītot jaunos vecākus par vardarbības ģimenē novēršanu un atbalsta iespējām, kā arī veicināt sabiedrības izpratni par vardarbības ģimenē novēršanas iespējām
 | 2012.gada 30.decembris | VM | LMNVOPašvaldības | Palielinājies jauno vecāku skaits, kuri spēj identificēt vardarbības ģimenē gadījumus un ir informēti, kur meklēt atbalstu un palīdzību  | Esošā finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.05.00. |
| 3.1.4. Izdot informatīvu materiālu jaunajiem vecākiem par bērna veselību (t.sk. par vardarbības ģimenē novēršanu un atbalsta iespējām) | 2013.gada 30.decembris,2014.gada 30.decembris | VM | LM,SPKC, NVO | Izdoti un izplatīti informatīvie materiāli | Esošā finansējuma ietvaros apakšprogrammā 01.05.00. |

Veselības ministre I.Circene

24.05.2012. 12:39

11 781

E.Klepermane, 67876081

Evija.Klepermane@vm.gov.lv

1. Tūkstošgades deklarācija. Tūkstošgades galotņu sanāksme Ņujorkā, 2000.gada 6.-8.septembrī. [↑](#footnote-ref-1)
2. Global Strategy for Women's and Children's Health. United Nations Secretary-General, 2010. [↑](#footnote-ref-2)
3. European startegy for child and adolescent health development. WHO, 2005. [↑](#footnote-ref-3)
4. PVO, European Health for All datu bāzes dati. [↑](#footnote-ref-4)
5. PVO, European Health for All datu bāzes dati. [↑](#footnote-ref-5)
6. [European Perinatal Health Report by the Euro-Peristat project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report, 2008](http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf). [↑](#footnote-ref-6)
7. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home. [↑](#footnote-ref-7)
8. Nicolaides KH. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. Prenat Diagn, 2011, 31, 3-6. [↑](#footnote-ref-8)
9. Nicolaides KH. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. Prenat Diagn, 2011, 31, 3 – 6. [↑](#footnote-ref-9)
10. Wright D, Spencer K, Kagan KO, et al. First trimester combinated screening for trisomy 21 at 7 – 14 weeks gestation. Ultrasound Obstet Gynecol, 2010, 36, 404 – 411. [↑](#footnote-ref-10)
11. Nicolaides KH, Azar G, Byrne D, Mansur C, Marks K. Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in the first trimester of pregnancy. Br Med J, 1992, 304, 867 – 869. [↑](#footnote-ref-11)
12. Souka AP, Von Kaisenberg CS, Hett JA, Sonek JD, Nikolaides KH. Increased NT with normal karyotype. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192, 1005 – 1021. [↑](#footnote-ref-12)
13. Syngelaki A, Chelemen T, Dagklis T, Allan L, Nicolaides KH. Challenges in the diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities at 11–13 weeks. Prenat Diagn 2011, 31, 90–102. [↑](#footnote-ref-13)
14. Akolekar R, Bower S, Flack N, Bilardo CM, Nicolaides KH. Prediction of miscarriage and stillbirth at 11–13 weeks and the contribution of chorionic villus sampling. Prenatal Diagn, 2011, 31, 38–45. [↑](#footnote-ref-14)
15. Akolekar R, Syngelaki A, Sarquis R, Wright D, Nicolaides KH. Prediction of preeclampsia from biophysical and biochemical markers at 11–13 weeks. Prenat Diagn 2011, 31, 66–74. [↑](#footnote-ref-15)
16. CSP dati. [↑](#footnote-ref-16)
17. Baby-Friendly Hospital Initiative. WHO, UNICEF, 2009. [↑](#footnote-ref-17)
18. Ministru kabineta 2011.gada 5.oktobra rīkojums Nr.504 „Par Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2011.-2017.gadam”. [↑](#footnote-ref-18)
19. Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra noteikumi Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanas paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”. [↑](#footnote-ref-19)
20. SPKC dati. [↑](#footnote-ref-20)
21. Ministru kabineta  2006.gada 25.jūlija noteikumi Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”. [↑](#footnote-ref-21)
22. <http://www.who.int/diagnostic_imaging/imaging_modalities/dim_ultrasound/en/index.html>. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumi Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”. [↑](#footnote-ref-23)
24. Access to health care and the financial burdes of out-of-pocket health payments in Latvia. WHO, 2009. [↑](#footnote-ref-24)
25. SPKC dati. [↑](#footnote-ref-25)
26. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. [↑](#footnote-ref-26)
27. Pöyhönen-Alho MK,Teramo KA, Kaaja RJ, et al. 50gram oral glucose challenge test combined with risk factor-based screening for gestational diabetes. European Journal Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology 2005, 121:34-37. [↑](#footnote-ref-27)
28. Cunningham FG, Leveno JK, Bloom LS, Hauth CJ, Gilstrap III C L, Wenstrom DK. Williams Obstetrics, 22nd Edition, New York: McGrow-Hill Companies, 2005. p.1306-1307,1284-1287 and Berghella V.Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines, London: Informa UK Ltd; 2007.p.239-243, 256-264. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [↑](#footnote-ref-28)
29. Barcaite E, Bartusevicius A, Tameliene R, Kliucinskas M, Maleckiene L, Nadisauskiene R, Prevalence of maternal group B streptococcal colonisation in European countries, Acta Obstetricia and Gynecologica 2008, 87:260-271. [↑](#footnote-ref-29)
30. Veisa V, Eihenberga S, Beļevičs J, Afanasjeva A, Rezeberga D. C.trachomatis un BGS sastopamība grūtniecēm Latvijā: potenciālie ieteikumi antenatālās aprūpes programmas izmaiņām. Latvijas Ginekologu un Dzemdību speciālistu 6.kongresa tēzes. [↑](#footnote-ref-30)
31. Cunningham FG, Leveno JK, Bloom LS, Hauth CJ, Gilstrap III C L, Wenstrom DK. Williams Obstetrics, 22nd Edition, New York: McGrow-Hill Companies; 2005. p.1306-1307,1284-1287and Berghella V.Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines, London: Informa UK Ltd; 2007.p.239-243, 256-264. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [↑](#footnote-ref-31)
32. Berghella V.Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines, London: Informa UK Ltd, 2007.p.239-243, 256-264. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2010, 54:1205-8. [↑](#footnote-ref-32)
33. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5910.pdf>. [↑](#footnote-ref-33)
34. SPKC, Latvijas veselības un veselības aprūpes rādītāju datubāze 2000.-2010.gads. [↑](#footnote-ref-34)
35. [Poehling KA, Szilagyi PG, Staat MA, et al. Impact of maternal immunization on influenza hospitalizations in infants. Am J Obstet Gynecol 2011, 204:S141.](http://datubazes.lanet.lv:3091/contents/influenza-and-pregnancy/abstract/38) [↑](#footnote-ref-35)
36. [Halasa NB, Gerber MA, Chen Q, et al. Safety and immunogenicity of trivalent inactivated influenza vaccine in infants. J Infect Dis 2008, 197:1448.](http://datubazes.lanet.lv:3091/contents/influenza-and-pregnancy/abstract/40) [↑](#footnote-ref-36)
37. Fiore, AE, Uyeki, TM, Broder, K, Finelli, L, Euler, GL, Singleton, JA, et al. Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. MMWR Recomm Rep 2010, 59:1. [↑](#footnote-ref-37)
38. [Acs N, Bánhidy F, Puhó E, Czeizel AE. Maternal influenza during pregnancy and risk of congenital abnormalities in offspring. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2005and](http://datubazes.lanet.lv:3091/contents/influenza-and-pregnancy/abstract/18)[Rasmussen SA, Jamieson DJ, Bresee JS. Pandemic influenza and pregnant women. Emerg Infect Dis 2008.](http://datubazes.lanet.lv:3091/contents/influenza-and-pregnancy/abstract/19) [↑](#footnote-ref-38)
39. [Mosby LG, Rasmussen SA, Jamieson DJ. 2009 pandemic influenza A (H1N1) in pregnancy: a systematic review of the literature. Am J Obstet Gynecol 2011,205:10.](http://datubazes.lanet.lv:3091/contents/influenza-and-pregnancy/abstract/6) [↑](#footnote-ref-39)
40. Ministru kabineta 2011.gada 18.februāra rīkojums Nr.65 „Par ģimenes valsts politikas pamatnostādnes
2011.–2017.gadam”. [↑](#footnote-ref-40)
41. „Latvijas iedzīvotāju reproduktīvā veselība. Pārskats par situāciju Latvijā (2003 – 2011)”, publicēts 2011.gadā, pieejams [www.papardeszieds.lv](http://www.papardeszieds.lv). [↑](#footnote-ref-41)
42. 2000.gada 23.marta likuma "Fizisko personu datu aizsardzības likums" 11.panta 5.punkts. [↑](#footnote-ref-42)
43. 2003.gada PVO ziņojums „Vardarbība un veselība” un 2006.gada „Sliktas apiešanās pret bērniem novēršanai: rekomendācijas pasākumiem un pētījumiem” „Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence”. [↑](#footnote-ref-43)
44. SPKC datu bāze. [↑](#footnote-ref-44)
45. SPKC dati. [↑](#footnote-ref-45)
46. Turpat. [↑](#footnote-ref-46)
47. Turpat. [↑](#footnote-ref-47)
48. Turpat. [↑](#footnote-ref-48)
49. SPKC dati. [↑](#footnote-ref-49)
50. PVO, European Health for All datu bāzes dati. [↑](#footnote-ref-50)
51. Ministru kabineta 2011.gada 5.oktobra rīkojums Nr.504 „Par Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2011.-2017.gadam”. [↑](#footnote-ref-51)
52. Apstiprināta 2010.gada 10.jūnija Saeimas sēdē (Latvijas Vēstnesis nr.101, 29.06.2010.). [↑](#footnote-ref-52)
53. Ministru kabineta 2006.gada 4.jūlija noteikumi Nr.564 „Noteikumi par Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2007.-2013.gadam”. [↑](#footnote-ref-53)
54. Ministra kabineta 2010.gada 9.aprīļa rīkojums Nr.203 „Latvijas Stratēģiskās attīstības plāns 2010.-2013.gadam”. [↑](#footnote-ref-54)
55. Ministru kabineta 2011.gada 18.februāra rīkojums Nr.65 „Par Ģimenes valsts politikas pamatnostādnēm 2011.-2017.gadam”. [↑](#footnote-ref-55)
56. Ministru kabineta 2010.gada 9.jūnija rīkojums Nr.324 „Par plānu „Bērniem piemērota Latvija 2010.-2012.gadam””. [↑](#footnote-ref-56)
57. Ministru kabineta 2009.gada 27.augusta rīkojums Nr.589 „Par Jaunatnes politikas valsts programmu 2009.-2013.gadam”. [↑](#footnote-ref-57)
58. Ministru kabineta 2007.gada 13.aprīļa rīkojums Nr.209 „Par ceļu satiksmes drošības programma 2007.-2013.gadam”. [↑](#footnote-ref-58)
59. Ziņojums par Tūkstošgades attīstības mērķiem Latvijā, LR Ārlietu ministrija un ANO Latvijā, 2005. [↑](#footnote-ref-59)
60. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:218:0008:0009:EN:PDF>. [↑](#footnote-ref-60)
61. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for EU 2008-2013. Brussels. [↑](#footnote-ref-61)
62. Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008 to 2013). [↑](#footnote-ref-62)
63. European Parliament resolution of 5 September 2007 on an European Union strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm ([2007/2005(INI)](http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=INI/2007/2005)). [↑](#footnote-ref-63)
64. [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004\_2009/documents/com/com\_com(2006)0625/com\_com](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com%282006%290625/com_com). [↑](#footnote-ref-64)
65. Health For All in the 21st century. World Health Organization 1998. [↑](#footnote-ref-65)
66. Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Fifty-third World Health Assembly, 2000. [↑](#footnote-ref-66)
67. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization 2008. [↑](#footnote-ref-67)
68. Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. Regional Committee for Europe. Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011. [↑](#footnote-ref-68)
69. Resolution. Prevention of injuries in the WHO European Region. Regional Committee for Europe. Bucharest, Romania, 12–15 September 2005. [↑](#footnote-ref-69)
70. Global Strategy for Women's and Children's Health. United Nations Secretary-General, 2010. [↑](#footnote-ref-70)
71. European startegy for child and adolescent health development. WHO, 2005. [↑](#footnote-ref-71)
72. Children’s Environment and Health Action Plan for Europe. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, Hungary, 23-25 June 2004. [↑](#footnote-ref-72)
73. ANO Tūkstošgades deklarācija (United Nations Millennium Declaration). [↑](#footnote-ref-73)
74. Declaration of the Rights of the Child. General Assembly. 20 November 1959. [↑](#footnote-ref-74)
75. Convention on the Rights of the Child. General Assembly.20 November 1989. [↑](#footnote-ref-75)