**Ministru kabineta noteikumu projekta „Darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa „Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru” īstenošanas noteikumi” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija)**

|  |
| --- |
| **I. Tiesību akta projekta izstrādes nepieciešamība** |
| 1. | Pamatojums | Eiropas Savienības (turpmāk – ES) fondu 2014. – 2020.gada plānošanas perioda Darbības programmas “*Izaugsme un nodarbinātība*” prioritārā virziena “*Sociālā iekļaušana un nabadzības apkarošana*” 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa *„Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru”* īstenošanas noteikumu projekts izstrādāts atbilstoši darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” mērķiem un Ministru Prezidenta 2014.gada 21.jūlija rezolūcijai Nr.12/2014-JUR-151, saskaņā ar kuru līdz 2017.gada 1.decembrim atbilstoši kompetencei jāsagatavo un noteiktā kārtībā jāiesniedz Ministru kabinetā (turpmāk – MK) 2014.gada 3.jūlija Eiropas Savienības struktūrfondu un Kohēzijas fonda 2014.-2020. gada plānošanas perioda vadības likuma 20.panta 6. un 13.punktā minēto tiesību aktu projektus. |
| 2. | Pašreizējā situācija un problēmas, kuru risināšanai tiesību akta projekts izstrādāts, tiesiskā regulējuma mērķis un būtība | Darbības programma “*Izaugsme un nodarbinātība*” paredz 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa *„Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru”* (turpmāk – SAM) īstenošanu, paredzot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanu prioritārajās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) un garīgās veselības) veselības jomās, attīstot veselības aprūpē tehnisko nodrošinājumu un izveidojot infrastruktūru kvalitātes nodrošināšanas sistēmas ieviešanai.**SAM mērķis** ir uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru. **SAM problēmas apraksts:**Nevienlīdzība veselības jomā ir viena no mūsdienu lielākajām sociālajām, ekonomiskajām un politiskajām problēmām ES, PVO Eiropas reģionā, kā arī visā pasaulē, un nevienlīdzības mazināšana veselības jomā ir viens no prioritārajiem mērķiem līdz 2020.gadam.[[1]](#footnote-1)Atbilstoši Eiropas Komisijas[[2]](#footnote-2) sociālo investīciju pakotnes dokumentā paustajam, pieejamība veselības aprūpei ir svarīgs aspekts sociālās aizsardzības uzlabošanai. Viens no svarīgākajiem rīkiem mērķtiecīgai nevienlīdzības mazināšanai ir investīcijas veselības aprūpes pieejamības un vienlīdzīgas kvalitātes uzlabošanai, īpaši pievēršot uzmanību riska grupām, kas pakļautas finansiālai, ģeogrāfiskai un citai nevienlīdzībai, tādejādi paredzot efektīvu un ilgtspējīgu sistēmu, kādā tiek nodrošināta attiecīgā līmeņa pakalpojumi pacienta dzīvesvietas tuvumā vai uzlabota pacientu piekļūšana augstākas specializācijas pakalpojumam no dzīvesvietas attālāk esošās iestādēs. Veselības aprūpes sistēma Latvijā balstās uz vispārējās valsts garantētās veselības aprūpes sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem. Veselības aprūpe tiek organizēta trīs līmeņos - primārā veselības aprūpe; ambulatorā un stacionārā sekundārā veselības aprūpe; ambulatorā un stacionārā terciārā veselības aprūpe.Attiecībā uz **neatliekamās medicīniskās palīdzības** pieejamību, no decentralizētas un sadrumstalotas sistēmas 2009.gada sākumā salīdzinoši īsā laikā (29.01.2009.-01.07.2010.) Latvijā tika izveidots Baltijas valstīs un visā Eiropā unikāls neatliekamās medicīniskās palīdzības organizēšanas modelis, kur pirmsslimnīcas NMP visā valstī nodrošina viena iestāde – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests. Ar ES fondu atbalstu 2007.-2013.gada plānošanas periodā tika centralizēta NMP un KM sistēmas vadība ar mūsdienīgu informācijas tehnoloģiju palīdzību. Daļēji ir atjaunots NMP autoparks, tomēr joprojām nepieciešami uzlabojumi. Attiecībā uz **ambulatoro** veselības aprūpes pieejamību, jāmin, ka valsts apmaksāto veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniegšana Latvijas teritorijā tika uzsākta ar 2009.gadu, un 2012.gadā līgums par veselības aprūpes mājās sniegšanu bija noslēgts ar 208 veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem ir ievērojami audzis. Tāpat pieaudzis arī dienas stacionāros sniegtās veselības aprūpes pakalpojumu skaits, ko galvenokārt ietekmē ambulatorās veselības aprūpes attīstīšana un stacionāro pakalpojumu pārvirzīšana uz ambulatorajiem pakalpojumiem. Tas deva iespēju daļu no agrāk diennakts stacionāros ārstētiem pacientiem ārstēt dienas stacionāros, tādējādi nodrošinot arī plānveida palīdzības saņemšanu. Lai veselības aprūpes sistēma būtu vērsta nevis uz ielaistu slimību ārstēšanu, bet savlaicīgu slimību diagnostiku un slimību profilaksi, liela nozīme ir ģimenes ārstu sniegtajām pacientu profilaktiskajām apskatēm. Tikai 13,0% pie ģimenes ārsta reģistrēto pieaugušo ir veikta profilaktiskā pārbaude 2012.gadā, un laika periodā no 2011. līdz 2012.gadam šis rādītājs būtiski nav mainījies. 2014. un 2015.gadā šie rādītāji ir uzlabojušies, tomēr joprojām nepieciešams paaugstināt profilakses lomu.Lai racionāli un izmaksu efektīvi nodrošinātu ārstniecības personāla un pieejamo tehnoloģiju resursu izvietojumu un noslogojumu situācijā, kad 2009.gadā tika ierobežoti pieejamie finanšu līdzekļi ekonomiskās lejupslīdes dēļ, valstī tika realizēta vairāku veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārprofilēšana, optimizējot **stacionārās veselības aprūpes** pakalpojumu sniegšanas organizēšanu un tās pieejamība. Tika noteikts to slimnīcu skaits, kuras sniedz diennakts neatliekamo medicīnisko palīdzību, un kuras – aprūpes pakalpojumus. Nodalot diennakts neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu no aprūpes pakalpojumu sniegšanas, tika panākta valsts budžeta līdzekļu efektīvāka izlietošana, jo aprūpes slimnīcās nepieciešams mazāks to speciālistu skaits, kas dežūrē visu diennakti, kā arī mazāks medicīnisko tehnoloģiju pielietojums. Līdz ar to jau tika veikti būtiski sistēmiski uzlabojumi. **Medicīnisko rehabilitāciju** ir iespējams saņemt gan ambulatori, gan stacionārā. Jāatzīmē, ka pēdējo gadu laikā ir būtiski sarucis to ārstniecības iestāžu skaits, kurās stacionāri pieejami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, turklāt šo iestāžu izvietojums valstī ir neproporcionāls un stacionāri medicīniskā rehabilitācija galvenokārt ir pieejama tikai Rīgā un Pierīgas reģionā. **Farmaceitiskās aprūpes** pieejamības jautājums Latvijā galvenokārt ir saistīts ar aptieku nevienmērīgu izvietojumu valsts teritorijā. Skaitliski aptieku pieejamība Latvijā, salīdzinājumā ar citām valstīm, ir vērtējama kā laba, tomēr pārklājums nav vienmērīgs.Analizējot mirstības un saslimstības rādītājus, redzams, ka galvenie nāves cēloņiem ir sirds asinsvadu saslimšanas (SAS) un ļaundabīgie audzēji. Līdz ar sabiedrības dzīvesveida izmaiņām un sabiedrības novecošanos SAS ir kļuvušas par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu gan Latvijā, gan ES. To apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. SAS ir visizplatītākais nāves cēlonis (2013.gadā 57% no visiem mirušajiem) Latvijā. Tāpat Latvijā svarīga problēma ir psihiskās veselības traucējumu izplatība, par ko liecina arī pētījumu dati - 63% (2012.gadā) iedzīvotāju (15-64 g.v.) pēdējā mēneša laikā jutuši sasprindzinājumu. Stresu, nomāktību un uz pieaugošu depresiju norādījuši 10%[[3]](#footnote-3). Pētījuma (2011.) dati norāda, ka 7,3% iedzīvotāju (15-64 g.v.) konstatējama klīniski nozīmīga depresija pēdējo 12 mēnešu laikā[[4]](#footnote-4). Tāpat pieaug iedzīvotāju skaits, kam alkohola lietošanas dēļ konstatēta alkohola psihoze un citi psihiski un uzvedības traucējumi. Latvijas jaundzimušo, zīdaiņu un pirmsskolas vecuma bērnu (līdz 5 gadu vecumam) veselība un labklājība joprojām ir zemāka, salīdzinot ar situāciju vidēji ES valstīs.[[5]](#footnote-5) Kopš 2001.gada zīdaiņu mirstības (pirmajā dzīves gadā mirušie bērni) rādītājs (11,0 uz 1000 dzīvi dzimušo) būtiski samazinājies. Pēdējos piecos gados tai bijusi mainīga tendence, tomēr 2013.gadā šis rādītājs sasniedzis zemāko līmeni – 4,5 uz 1000 dzīvi dzimušo (2011. – 6,7; 2012. – 6,4).[[6]](#footnote-6) Tomēr joprojām Latvijā tas ir augstāks nekā vidēji ES.[[7]](#footnote-7) Ņemot vērā, to, ka veselība bērnībā ietekmē tālāko veselību visa mūža garumā, tad svarīgi ir uzlabot bērnu veselību, kā arī mātes un tēva veselību, kas būtiski ietekmē arī bērnu veselības stāvokli **SAM plānotā ietekme:**Ievērojot ierobežoto investīciju apjomu, izstrādājot Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.-2020.gadam un atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam, kas ir galvenais veselības nozares plānošanas dokuments Latvijā, tika nolemts veikt ieguldījumus pasākumos, kas ar lielāko atdevi var nodrošināt potenciāli zaudēto mūža gadu samazināšanu un veselīgo mūža gadu skaita palielināšanu. Jau 2007.-2013.gada ES fondu plānošanas periodā tika veikta veselības aprūpes reforma, optimizējot ārstniecības iestāžu skaitu un uzlabojot infrastruktūru, tomēr joprojām ir būtiskas infrastruktūras nepilnības atsevišķas iestādēs un jomās. Ņemot vērā 2007.-2013.gadā īstenotos pasākumus, kas pārsvarā tika vērsti uz strukturālo reformu īstenošanu nozarē, 2014.-2020.gada plānošanas periodā paredzēts īstenot pasākumus, kas vērsti uz mērķtiecīgu pasākumu realizāciju ar lielākiem atdeves rādītājiem, kas risinātu konkrētas problēmas saistībā ar iedzīvotāju kā darbaspēka labāku veselību. Līdz ar to atbilstoši iepriekš minētajai informācijai par aktuālākajām veselības problēmām Latvijā, investīcijas nepieciešams veikt prioritāri: sirds un asinsvadu jomas attīstībai, onkoloģijas jomas attīstībai, psihiskās veselības jomas attīstībai un bērnu veselības aprūpes attīstībai.Infrastruktūras uzlabojumi nepieciešami visos veselības aprūpes līmeņos, jo īpaši terciāras veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstībai , kas atrodas Rīgā, bet nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu visiem republikas iedzīvotājiem. Daļa no slimnīcu infrastruktūras joprojām neatbilst mūsdienu prasībām, tāpat arī speciālistu praksēs nepieciešami uzlabojumi, lai veselības aprūpes pakalpojumus varētu sniegt kvalitatīvi un savlaicīgi.Būtiska loma veselības aprūpes jomā kopumā Latvijā ir VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" (turpmāk – PSKUS) kā vadošajam ārstniecības, pētniecības un izglītības centram. Turklāt slimnīca nodrošina ne tikai ikdienas medicīnisko, tostarp neatliekamo palīdzību, bet ir terciāras aprūpes slimnīca, kas ietver unikālus centrus (kardioloģijas, tostarp, kardioķirurģija, asinsvadu ķirurģija, Černobiļas nodaļa, grūtnieču pataloģijas, u.c.), kas nav citās medicīnas iestādēs. PSKUS ir Latvijā augstākā medicīnas institūcija vairākās jomās (piemēram, kardioloģija, grūtnieču pataloģijas), kas sniedz palīdzību citām medicīnas iestādēm pacientu diagnostikā un ārstēšanā. Ņemot vērā PSKUS specializāciju, tajā ārstējas iedzīvotāji no visas Latvijas – 2016.gada pirmajos četros mēnešos PSKUS dienas stacionārā 57,5% pacientu bija no teritorijām ārpus Rīgas, savukārt, stacionārā 49,3% pacientu nebija rīdzinieki[[8]](#footnote-8). Tomēr ņemot vērā, ka vairums PSKUS ēku celtas vairāk kā pirms 100 gadiem, šobrīd trūkst telpu efektīvas slimnīcas pamatdarbības nodrošināšanai, jo telpu platība ir pārāk maza, stacionāra telpas neatbilst Latvijas un ES standartiem ārstniecības iestādēm, slimnīcu nodaļu izvietojums nav racionāls, kas apgrūtina ātru, precīzu un kvalitatīvu pacientu loģistiku, slimnīcas ēkas ir sliktā tehniskā stāvoklī, veco ēku uzturēšana ir ekonomiski neizdevīga.Investīciju ietekmē uzlabosies pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem gan primārā un sekundārā līmeņa ambulatorajās iestādēs, gan sekundārā un terciārā līmeņa stacionārajās iestādēs. **SAM ieviešanas nosacījumi:**SAM ieviešanas nosacījumi ir izstrādāti pamatojoties uz SAM sākotnējo novērtējumu, kas ietver analīzi par SAM ieviešanas risinājumu, ieviešanas modeļa aprakstu, kā arī sākotnējās ietekmes uz valsts un pašvaldību budžetiem, sociālo jomu, veselību, konkurenci un tirdzniecību novērtējumu..SAM ieviešanas modelis tika izvēlēts atbilstoši veselības aprūpes organizācijas līmeņiem, nodalot stacionāro un ambulatoro (primāro un sekundāro) līmeni. Līdz ar to SAM tiks īstenot trijās projektu iesniegumu atlases kārtās:* PSKUS A korpusa II kārtas projekts (lielais projekts);
* Infrastruktūras attīstība ārstniecības iestādēs, kas sniedz valsts apmaksāto stacionāro veselības aprūpi, un infrastruktūras attīstība veselības nozares valsts pārvaldes iestādēs tās deleģēto valsts pārvaldes funkciju ietvaros, piemēram Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, kas nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu sniegšanu;
* Infrastruktūras attīstība ambulatorajās ārstniecības iestādēs.

SAM plānotais kopējais attiecināmais finansējums ir 178 983 828 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums – 152 136 253 *euro* apmērā un nacionālais finansējums 26 847 575 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 16 199 965 *euro* un nacionālais privātais 10 647 610 *euro* apmērā.Pieejamais kopējais attiecināmais finansējums vienošanās / līguma par projektu īstenošanu slēgšanai, paredzot finanšu uzraudzības rādītāja plānojumu līdz 2018.gada 31.decembrim, ir 169 704 241 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums – 144 248 605 *euro*, nacionālais finansējums 25 455 636 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 18 667 467 *euro* un nacionālais privātais 6 788 166 *euro* apmērā. No 2019.gada 1.janvāra atbildīgā iestāde saskaņā ar Eiropas Komisijas lēmumu var ierosināt palielināt pieejamo kopējo attiecināmo finansējumu vienošanās par projektu īstenošanu slēgšanai līdz šo noteikumu .punktā norādītajam finansējuma apjomam.SAM **mērķa grupa** noteikta saskaņā ar Darbības programmu “*Izaugsme un nodarbinātība*” – ārstniecības iestādes. SAM ietvaros saskaņā ar Darbības programmu “*Izaugsme un nodarbinātība*” ir noteikti šādi **sasniedzami uzraudzības rādītāji**: 1. līdz 2023.gada 31.decembrim rezultāta uzraudzības rādītājs – ambulatoro apmeklējumu relatīvā skaita atšķirība starp iedzīvotājiem novadu teritorijās un lielajās pilsētās - apmeklējumu skaits 2,5 – 2,8.
2. līdz 2023.gada 31.decembrim iznākuma uzraudzības rādītāji:
	1. uzlaboto ārstniecības iestāžu skaits, kurās attīstīta infrastruktūra veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai – 775 ārstniecības iestādes, t.sk.:
		1. pirmās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros – 1 ārstniecības iestāde;
		2. otrās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros – 41 ārstniecības iestādes;
		3. trešās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros – 733 ārstniecības iestādes;
	2. iedzīvotāju skaits, kuriem ir pieejami uzlaboti veselības aprūpes pakalpojumi - 2 023 825 iedzīvotāji;
3. līdz 2018.gada 31.decembrim finanšu uzraudzības rādītājs –sertificēti attiecināmie izdevumi 46 799 872 *euro* apmērā.

Iznākuma un rezultātu rādītāju pamatojums, uzskaites apraksts noteikts Rādītāju pasē, kas tiek pievienota Darbības programmai “*Izaugsme un nodarbinātība*”.SAM **finansējuma saņēmēj**i:* pirmās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros ir PSKUS kā terciārās stacionārā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kurš nodrošina pakalpojumu pieejamību visas Latvijas iedzīvotājiem un ir vadošais stacionārs Latvijā vairākās jomās, kas nav citās medicīnas iestādēs;
* otrās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros ir ārstniecības iestādes atbilstoši 2013.gada 17.decembra Ministru kabineta noteikumu Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk MK noteikumi Nr.1529) [17.pielikuma](http://likumi.lv/doc.php?id=263457#piel17) 1., 2. un 3.punktā noteiktajam, proti stacionārās veselības aprūpes iestādes, ar kurām Nacionālais veselības dienests slēdz līgumus par stacionāro veselības aprūpi (1.punkts), par stacionāro pakalpojumu sniegšanu atbilstoši aprūpes slimnīcas (nodaļas) tarifiem un apmaksas nosacījumiem (2.punkts) un par specializēto stacionāro pakalpojumu sniegšanu (3.punkts) par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumus sniegšanu.
* trešās projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros ir ārstniecības iestādes, kurām atbilstoši MK noteikumiem Nr.1529 ir noslēgts līgums par valsts apmaksāto primārās un sekundārā ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, proti ārstniecības iestādes, kurām ir līgums par ambulatoro veselības aprūpi, kas ietver primārās veselības aprūpes pakalpojumus un ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus.

SAM **atbalstāmās darbības un attiecināmās izmaksas**, kā arī attiecināmo izmaksu ierobežojumi:1. **projekta vadības nodrošināšana.**
	1. 1.kārtas un 2.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu ietvaros ir attiecināmas **projekta tiešās attiecināmās personāla atlīdzības izmaksas** jeb finansējuma saņēmēja projekta vadības personāla atlīdzības izmaksas, kas radušās uz darba līguma vai uzņēmuma (pakalpojuma) līguma pamata, tai skaitā tiesību aktos noteiktās piemaksas un nodokļus, šādā apmērā:
		1. ja projekta tiešās attiecināmās izmaksas ir 5 000 000 *euro* vai lielākas, nepārsniedzot 56 580 *euro* gadā;
		2. ja projekta tiešās attiecināmās izmaksas ir zem 5 000 000 *euro*, nepārsniedzot ierobežojumu, kas tiek aprēķināts 24 426 *euro* gadā pieskaitot 0,64 procenti no projekta tiešajām attiecināmajām izmaksām, neieskaitot tiešās projekta vadības personāla izmaksas;
		3. attiecināma ir ne mazāka kā 30 procenti noslodze, personāla iesaisti projektā nodrošinot saskaņā ar daļlaika attiecināmības principu (attiecināms, ja izmaksas radušās uz darba līguma pamata).
	2. Ņemot vērā nozarei nepietiekamo ERAF līdzfinansējumu infrastruktūras attīstībai un 3.kārtas plānoto projektu zemās izmaksas, tika pieņemts, ka 3.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu ietvaros nav attiecināmas projekta tiešās attiecināmās personāla atlīdzības izmaksas. Īstenojot projektus ambulatorajām ārstniecības iestādēm projektu vadības un administratīvās izmaksas jānodrošina no saviem resursiem. Attiecīgi neplānojas arī projektam netiešās attiecināmās izmaksas.

Ir atbalstāmas šādas pārējās tiešās attiecināmās īstenošanas izmaksas:1. **Būvdarbi** (tostarp:
* skiču projekta un būvprojekta izstrādes izmaksas, projektu ekspertīžu izmaksas, autoruzraudzības izmaksas un būvuzraudzības un būvekspertīžu izmaksas, kas nepārsniedz 10% no projekta kopējām pieejamajām attiecināmajām izmaksām;
* būvniecības izmaksas, *tostarp būvlaukuma ierīkošanas un novākšanas, jaunu ēku būvniecības, renovācijas un rekonstrukcijas izmaksas un labiekārtošanas izmaksas, apzaļumošana atbilstoši būvprojekta risinājumam*)
	1. 1.kārtas un 2.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu ietvaros ir attiecināmi būvdarbi infrastruktūrā, kas daļēji vai pilnībā saistīta ar stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu četrās prioritārajās veselības jomās – sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu, sākot no perinatālā un neonatālā perioda, aprūpes un garīgās veselības aprūpes (turpmāk – prioritārajās veselības jomās);
	2. 3.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu *ietvaros ir attiecināmi būvdarbi infrastruktūrā, kas pilnībā saistīta* ar ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu prioritārajās veselības jomās un kas saistīta ar ģimenes ārsta pakalpojumu sniegšanu prioritārajās veselības jomās.
	3. ņemot vērā veselības aprūpes pieejamo infrastruktūras stāvokli, iepriekš veiktās investīcijas infrastruktūras attīstībai, kā arī ņemot vērā ERAF finansējuma nepietiekamību, noteikumu projektā tiek noteikts, ka 2. un 3.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu ietvaros nav attiecināmas izmaksas par jaunu ēku būvniecību.

Investīcijas ir atbalstāmas infrastruktūras attīstībai, kas tieši saistīta ar stacionāro, ambulatoro un ģimenes ārstu pakalpojumu sniegšanu prioritārajās veselības jomās, atbilstoši šādiem nosacījumiem:* Stacionāro iestāžu infrastruktūrai, kas vienlaicīgi tiek izmantota veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai prioritārajās veselības jomās un citās veselības aprūpes jomās;
* Ambulatoro iestāžu infrastruktūrai, kas tiek izmantota veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai tikai prioritārajās veselības jomās;

Infrastruktūrai, kurā tiek sniegti ģimenes ārstu pakalpojumi, attiecībā uz pakalpojumiem, kas saistīti tikai ar prioritārajām veselības aprūpes jomām.1. **tehnoloģiju piegāde un montāža,** ir attiecināmas ārstnieciskajam procesam tieši nepieciešamo tehnoloģiju piegādes un montāžas izmaksas, tai skaitā iebūvējamu tehnoloģiju iegāde:
	1. 1.kārtas un 2.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu ietvaros ir attiecināmas ārstnieciskajam procesam tieši nepieciešamās tehnoloģiju piegādes un montāžas izmaksas infrastruktūrai, kas daļēji vai pilnībā saistīta ar veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu prioritārajās veselības jomās. Ņemot vērā iepriekš veiktās investīcijas infrastruktūras attīstībai, līdzšinējo pieredzi ES fondu investīciju izmantošanā veselības jomā un noteiktās veselības aprūpes attīstības prioritātes, noteikumu projektā tiek noteikts ierobežojums, ka tehnoloģiju izmaksas 1.kārtas un 2.kārtas projektu iesniegumu atlases projektiem nepārsniedz 25 procentus no projekta kopējām pieejamajām attiecināmajām izmaksām;
	2. 3.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu *ietvaros ir attiecināmi*  ārstnieciskajam procesam tieši nepieciešamās tehnoloģiju piegādes un montāžas izmaksas infrastruktūrai*, kas pilnībā saistīta* ar ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu prioritārajās veselības jomās un kas saistīta ar ģimenes ārsta pakalpojumu sniegšanu prioritārajās veselības jomās bez procentuāla ierobežojuma.
2. **informācijas un publicitātes pasākumu nodrošināšana.**

Projektu ietvaros ir attiecināmas projekta netiešās attiecināmās izmaksas, piemērojot netiešo izmaksu vienoto likmi 15 procentu apmērā no tiešajām personāla atlīdzības izmaksām.Projektu ietvaros ir attiecināmas neparedzētās izmaksas līdz diviem procentiem no projektam pieejamā finansējuma, ko izmanto pārējo tiešo attiecināmo īstenošanas papildu izmaksu segšanai, kas neparedzamu apstākļu dēļ ir kļuvuši nepieciešami projekta īstenošanaiPapildus noteikumu projektā noteikti **nosacījumi attiecībā uz izmaksu plānošanu un efektivitātes nodrošināšanu**, proti:* lai nodrošinātu sekmīgu un savlaicīgu SAM īstenošanas uzsākšanu tādejādi nodrošinot SAM snieguma ietvara izpildi uz 2018.gada 31.decembrim, nezaudējot SAM pieejamo plānoto finansējumu, nepieciešams pēc iespējas ātrāk uzsākt 1.kārtas un 2.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu īstenošanu. Tādejādi noteikumu projekts paredz, ka 1.kārtas un 2.kārtas projektu iesniegumu atlases ietvaros projekta izmaksas ir attiecināmas, ja tās atbilst noteikumos minētajām izmaksu pozīcijām un ir radušās no noteikumu spēkā stāšanās brīža. Pamatojot šo nepieciešamību atbilstoši Ministru kabineta 2009.gada 7.aprīļa noteikumu Nr.300 „Ministru kabineta kārtības rullis” 118.punktam, Veselības ministrija 2016.gada 15.aprīlī ir nosūtījusi starpinstitūciju saskaņošanai informatīvā ziņojuma „Par VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” A korpusa otrās kārtas attīstību” un protokollēmuma projektus par VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" .
* Savukārt 3.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu ietvaros projekta izmaksas ir attiecināmas, ja tās atbilst šajos noteikumos minētajām izmaksu pozīcijām un ir radušās no līguma vai vienošanās par projekta īstenošanu noslēgšanas brīža. 3.kārtas projektu iesniegumu atlases projektu ietvaros projektu īstenošanas termiņš nepārsniedz divas gadus no līguma vai vienošanās par projekta īstenošanu noslēgšanas brīža, tādejādi nodrošinot, ka 2017.gadā uzsākti projekti ambulatorās veselības aprūpes infrastruktūras jomā tiktu īstenoti līdz 2019.gada beigām, nodrošinot SAM snieguma ietvara izpildi.

SAM efektīvai ieviešanai īpaša uzmanība pievērsta **plānošanai un uzraudzībai**, tai skaitā paredzēts, ka projektam, kura kopējās attiecināmās izmaksas pārsniedz 5 000 000 *euro*, ieviešanas plānošanas un ieviešanas kontrolei finansējuma saņēmējs izveido vadības un kontroles komisiju, kuras sastāvā uzaicina Veselības ministrijas un atbildīgās iestādes pārstāvjus, kā arī sadarbības iestādes pārstāvi novērotāja statusā. Projekta vadības un uzraudzības komisijas sanāksmes organizē ne retāk kā reizi ceturksnī.Noteikts, ka finansējama saņēmējam jānodrošina, ka projekta īstenošanas laikā nekustamie īpašumi, kuri nepieciešami projekta īstenošanai, ir finansējuma saņēmēja, valsts vai pašvaldības īpašumā, ilgtermiņa nomā, bezatlīdzības lietošanā, valdījumā, pie tam īpašumtiesībām jābūt nostiprinātām Zemesgrāmatā.SAM ir tieša pozitīva ietekme uz horizontālo principu “Vienlīdzīgas iespējas”, līdz ar to īstenojot projektus tiek uzkrāti dati par projekta ietekmi uz horizontālā principa "Vienlīdzīgas iespējas" rādītāju „Objekti, kuros ERAF/KF ieguldījumu rezultātā ir nodrošināta vides un informācijas pieejamība”. Noteikumu projektā tiek atrunāti nosacījumi, ka SAM ietvaros **atbalsts** tiks sniegts **saskaņā ar nosacījumiem par atlīdzības maksājuma par sabiedrisko pakalpojumu sniegšanu infrastruktūras attīstīšanai**, kas nepieciešama, lai nodrošinātu valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, ievērojot Komisijas 2012/21/ES lēmumā *par Līguma par Eiropas Savienības darbību 106. panta 2. punkta piemērošanu valsts atbalstam attiecībā uz kompensāciju par sabiedriskajiem pakalpojumiem dažiem uzņēmumiem, kuriem uzticēts sniegt pakalpojumus ar vispārēju tautsaimniecisku nozīmi* (turpmāk – Komisijas lēmums) noteiktās prasības. Ārstniecības iestādei, kas saņem ES fondu atbalstu SAM ietvaros ir pilnvarojums valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai.Infrastruktūrai, kas tiek izmantota gan valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai, gan maksas pakalpojumu sniegšanai izmantošanas proporcija valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai konkrētajā ārstniecības iestādē tiks noteikta, ievērojot Komisijas lēmumā noteiktās prasības un nodrošinot vienlīdzīgu pieeju infrastruktūras izmantošanas proporcijas noteikšanā.Pašvaldību teritoriālo vajadzību analīzi reģionālajā un pašvaldību līmenī lūdzam skatīt Pasaules bankas izvērtējumā (tiks pievienots pēc nodevuma saņemšanas).Atbilstoši darbības programmā “*Izaugsme un nodarbinātība*” noteiktajam SAM tiek īstenots sinerģijā ar specifiskajiem atbalsta mērķiem Nr. 9.2.3.[[9]](#footnote-9), 9.2.5.[[10]](#footnote-10) un 9.2.6.[[11]](#footnote-11). |
| 3. | Projekta izstrādē iesaistītās institūcijas | MK noteikumu projekta izstrādē tika iesaistīta Veselības ministrija. |
| 4. | Cita informācija | Nav. |

|  |
| --- |
| **II. Tiesību akta projekta ietekme uz sabiedrību, tautsaimniecības attīstību****un administratīvo slogu** |
| 1. | Sabiedrības mērķgrupas, kuras tiesiskais regulējums ietekmē vai varētu ietekmēt | Tiesiskais regulējums ietekmē Veselības ministriju, Finanšu ministriju, ārstniecības iestādes. |
| 2. | Tiesiskā regulējuma ietekme uz tautsaimniecību un administratīvo slogu | Sabiedrības grupām un institūcijām projekta tiesiskais regulējums nemaina tiesības un pienākumus, kā arī veicamās darbības pēc būtības. Tiesiskā regulējuma ietvaros noteiktie pienākumi tiks īstenoti esošo finanšu un darbinieku kapacitātes ietvaros. |
| 3. | Administratīvo izmaksu monetārs novērtējums | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. |
| 4. | Cita informācija | Nav. |

|  |
| --- |
| **III. Tiesību akta projekta ietekme uz valsts budžetu un pašvaldību budžetiem** |
| **Rādītāji** | **2016.gads** | Turpmākie trīs gadi (*euro*) |
| **2017.** | **2018.** | **2019.** |
| saskaņā ar valsts budžetu kārtējam gadam | izmaiņas kārtējā gadā, salīdzinot ar valsts budžetu kārtējam gadam | izmaiņas, salīdzinot ar kārtējo (n) gadu | izmaiņas, salīdzinot ar kārtējo (n) gadu | izmaiņas, salīdzinot ar kārtējo (n) gadu |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. Budžeta ieņēmumi: | 0 | 0 | 15 643 570 | 37 676 342 | 33 003 467 |
| 2. Budžeta izdevumi: | 0 | 0 | 17 029 417 | 41 279 178 | 36 606 303 |
| 3. Finansiālā ietekme: | 0 | 0 | -1 385 847 | -3 602 836 | -3 602 836 |
| 4. Finanšu līdzekļi papildu izdevumu finansēšanai (kompensējošu izdevumu samazinājumu norāda ar "+" zīmi) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. Precizēta finansiālā ietekme: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. Detalizēts ieņēmumu un izdevumu aprēķins (ja nepie­ciešams, detalizētu ieņēmumu un izdevumu aprēķinu var pie­vienot anotācijas pielikumā): | SAM kopējais finansējums (*kopējās attiecināmās izmaksas*) ir **178 983 828** *euro*, tai skaitā ERAF finansējums – **152 136 253** *euro* apmērā un nacionālais finansējums 26 847 575 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 16 199 965 *euro* un nacionālais privātais finansējums 10 647 610 *euro* apmērā. Budžeta ieņēmumi ir finansējuma ERAF daļa 85% apmērā no projekta attiecināmajām izmaksām. SAM plānots ieviest līdz 2022.gada 31.decembrim. Pirmajā ieviešanas gadā (2016.gadā) nav plānots apgūt finansējumu, otrajā ieviešanas gadā (2017.gadā) plānots nodrošināt finansējuma apguvi vidēji 8.74% apmērā no kopējā finansējuma, trešajā (2018.gadā) plānots nodrošināt finansējuma apguvi vidēji 21.05% apmērā no kopējā finansējuma, ceturtajā (2019.gadā) plānots nodrošināt finansējuma apguvi vidēji 18.44% apmērā no kopējā finansējuma, attiecīgi 2020.gadā 14.23%, 2021.gadā 9.29%, 2022.gadā 9.29% un 2023.gadā 3.97%.* **2017.gadam** kopējās izmaksas 18 404 200 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 15 643 570 *euro* un nacionālais finansējums 2 760 630 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 1 385 847 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 374 783 *euro* apmērā. Finansējums 2017.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās, tai skaitā:
	+ 1.kārtas kopējās izmaksas 2 500 000 *euro,* ;
	+ 2.kārtas kopējās izmaksas 10 406 700 *euro;*
	+ 3.kārtas kopējās izmaksas 5 497 500 *euro*.
* **2018.gadam** kopējās izmaksas 44 325 109 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 37 676 342 *euro* un nacionālais finansējums 6 648 767 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 3 602 836 *euro* un nacionālais privātais finansējums 3 045 931 *euro* apmērā. Finansējums 2018.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās.
	+ 1.kārtas kopējās izmaksas 19 552 559 *euro*;
	+ 2.kārtas kopējās izmaksas 15 610 050 *euro;*
	+ 3.kārtas kopējās izmaksas 9 162 500 *euro*.
* **2019.gadam** kopējās izmaksas 38 827 608 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 33 003 467 *euro* un nacionālais finansējums 5 824 141 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 3 602 836 *euro* un nacionālais privātais finansējums 2 221 305 *euro* apmērā. Finansējums 2019.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās.
	+ 1.kārtas kopējās izmaksas 19 552 559 *euro*;
	+ 2.kārtas kopējās izmaksas 15 610 049 *euro;*
	+ 3.kārtas kopējās izmaksas 3 665 000 *euro*.
* **2020.gadam** kopējās izmaksas 29 959 259 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 25 465 370 *euro* un nacionālais finansējums 4 493 889 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 3 030 467 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 463 422 *euro* apmērā. Finansējums 2020.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās.
	+ 1.kārtas kopējās izmaksas 19 552 559 *euro*;
	+ 2.kārtas kopējās izmaksas 10 406 700 *euro;*
	+ 3.kārtas kopējās izmaksas 0 *euro*.
* **2021.gadam** kopējās izmaksas 19 552 559 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 16 619 675 *euro* un nacionālais finansējums 2 932 884 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 1 885 730 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 047 154 *euro* apmērā. Finansējums 2021.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās.
	+ 1.kārtas kopējās izmaksas 19 552 559 *euro*;
	+ 2.kārtas kopējās izmaksas 0 *euro;*
	+ 3.kārtas kopējās izmaksas 0 *euro*.
* **2022.gadam** kopējās izmaksas 19 552 559 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 16 619 675 *euro* un nacionālais finansējums 2 932 884 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 1 885 730 *euro* un nacionālais privātais finansējums 1 047 154 *euro* apmērā. Finansējums 2022.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās.
	+ 1.kārtas kopējās izmaksas 19 552 559 *euro*;
	+ 2.kārtas kopējās izmaksas 0 *euro;*
	+ 3.kārtas kopējās izmaksas 0 *euro*.
* **2023.gadam** kopējās izmaksas 8 362 534 *euro*, tai skaitā ERAF finansējums 7 108 154 *euro* un nacionālais finansējums 1 254 380 *euro*, tai skaitā valsts budžeta finansējums 806 518 *euro* un nacionālais privātais finansējums 447 862 *euro* apmērā. Finansējums 2023.gadam tiks iestrādāts budžeta ilgtermiņa saistībās.
	+ 1.kārtas kopējās izmaksas 8 362 534 *euro*;
	+ 2.kārtas kopējās izmaksas 0 *euro;*
	+ 3.kārtas kopējās izmaksas 0 *euro*.

Finansējums par Veselības ministrijas padotības iestādēm tiks plānots Veselības ministrijas budžeta 62.06.00 apakšprogrammā „Eiropas Reģionālā attīstības fonda (ERAF) projektu īstenošana (2014-2020)”, savukārt par pārējiem finansējuma saņēmējiem finansējums tiks plānots Finanšu ministrijas budžetā kā avansi un atmaksa finansējuma saņēmējiem par ERAF projektu realizāciju.  |
| 6.1. detalizēts ieņēmumu aprēķins |
|  |
| 7. Cita informācija | Nav |

**Anotācijas IV un V sadaļas – projekts šo jomu neskar.**

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

|  |
| --- |
| **VII. Tiesību akta projekta izpildes nodrošināšana un tās ietekme uz institūcijām** |
| 1. | Projekta izpildē iesaistītās institūcijas | Atbildīgās iestādes funkcijas pilda Veselības ministrija, sadarbības iestādes funkcijas – Centrālā finanšu un līgumu aģentūra. Projekta iesniedzējs un finansējuma saņēmēji ir ārstniecības iestādes. |
| 2. | Projekta izpildes ietekme uz pār­valdes funkcijām un institucionālo struktūru.Jaunu institūciju izveide, esošu institūciju likvidācija vai reorga­nizācija, to ietekme uz institūcijas cilvēkresursiem | MK noteikumu projekts šo jomu neskar. |
| 3. | Cita informācija | Nav. |

Veselības ministrs G.Belēvičs

Vīza: Valsts sekretāre S.Zvidriņa

17.05.2016 10:38

4 450

A.Tomsone

67876181, Agnese.Tomsone@vm.gov.lv

1. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam. [↑](#footnote-ref-1)
2. Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020, EC, 2013 [↑](#footnote-ref-2)
3. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012., SPKC [↑](#footnote-ref-3)
4. Vrubļevska J., Rancāns E., Trapencieris M., Sniķere S. Depresijas sociāldemogrāfiskais raksturojums Latvijas vispārējā populācijā. RSU 2012. gada Zinātniskā konference. Tēzes. Rīga, RSU, 2012., 482 lpp. [↑](#footnote-ref-4)
5. Pārskats par bērnu stāvokli Latvijā 2011.gadā, LM, 2013 [↑](#footnote-ref-5)
6. SPKC dati [↑](#footnote-ref-6)
7. PVO Health For All datu bāze [↑](#footnote-ref-7)
8. PSKUS dati atbilstoši Ārsta birojā pieejamajai informācijai 10.05.2016 [↑](#footnote-ref-8)
9. Veselības ministrijas administrējamais specifiskais atbalsta mērķis Nr.9.2.3.“Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai”. [↑](#footnote-ref-9)
10. Veselības ministrijas administrējamais specifiskais atbalsta mērķis Nr.9.2.5.specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas”. [↑](#footnote-ref-10)
11. Veselības ministrijas administrējamais specifiskais atbalsta mērķis Nr. 9.2.6.specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju”. [↑](#footnote-ref-11)