**Veselības ministrija**

**Informatīvais ziņojums**

**par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu**

**2016.gada novembris**

**Saturs**

Saīsinājumi 3

Ievads 4

1. Demogrāfiskās tendences 5

2. Saslimstības tendences 9

3. Esošās situācijas raksturojums 13

3.1. Finansiālā situācija veselības nozarē un pacientu maksājumi 13

3.2. Veselības aprūpes sistēma 15

3.2.1. Primārā veselības aprūpe 15

3.2.2. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe 17

3.2.3. Pirmsslimnīcas neatliekamā medicīniskā palīdzība 19

3.2.4. Stacionārā aprūpe 21

3.3. Cilvēkresursi veselības aprūpē 26

3.4. Investīciju analīze par periodu no 2007.gada 29

4. Resursu plānošana 2020. un 2025.gadam 31

4.1. Ārstniecības iestāžu tīkla optimizēšanas pamatprincipi 31

4.2. Prioritāro veselības jomu saslimstības prognozes 33

4.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls 34

4.4. Primārās veselības aprūpes attīstība 35

4.5. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes attīstība 37

4.6. Pirmsslimnīcas neatliekamā medicīniskā palīdzības attīstība 38

4.7. Stacionārās veselības aprūpes attīstība 39

4.7.1. Stacionāro ārstniecības iestāžu līmeņi 40

4.7.2. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu gultu plāns 48

4.7.3. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu medicīnas ierīces 50

4.7.4. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu infrastruktūra 53

4.7.5. Pārējo stacionāro ārstniecības iestāžu investīciju vajadzības 55

4.7.6. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu investīciju aprēķins 56

4.8. Cilvēkresursu attīstība 59

4.9. Resursu plānošanas sasaiste ar Eiropas Savienības fondiem 61

4.10. Plānotie darbības rezultāti un sasniedzamie rādītāji 62

# Saīsinājumi

DP – Darbības programmā „Izaugsme un nodarbinātība”

ERAF – Eiropas Reģionālās attīstības fonds

ES – Eiropas Savienība

ESF – Eiropas Sociālais fonds

MK – Ministru kabinets

NMP – Neatliekamā medicīniskā palīdzība

PVA – Primārā veselības aprūpe

SAM 9.2.3. – Darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3. specifiskais atbalsta mērķis „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no 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”

SAM 9.2.4. – Darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.4. specifiskais atbalsta mērķis „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem”

SAM 9.2.5. – Darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.5. specifiskais atbalsta mērķis „Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumus prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas”

SAM 9.2.6. – Darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.6. specifiskais atbalsta mērķis „Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju”

SAM 9.3.2. – Darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.3.2. specifiskais atbalsta mērķis „Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru”

SMPP – Steidzamas medicīniskās palīdzības punkts

# Ievads

1. Informatīvais ziņojums par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu (turpmāk tekstā – informatīvais ziņojums) sagatavots pamatojoties uz MK 2016.gada 27.septembra sēdes protokola Nr.48 59.§ 3.punktā Veselības ministrijai doto uzdevumu, iesniegt izskatīšanai MK 2016.gada 20.decembra sēdē informatīvo ziņojumu par augsta veselības aprūpes līmeņa ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstību.
2. Informatīvais ziņojums izstrādāts, pamatojoties uz Pasaules Bankas pētījuma par Latvijas veselības sistēmu[[1]](#footnote-1) (turpmāk – Pasaules Bankas pētījums) ziņojumiem, tai skaitā ziņojums „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025”, ziņojums „Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitāte Latvijā” un ziņojums „Kvalitatīvs pētījums par Latvijas veselības aprūpes sistēmas trūkumiem”, kā arī ņemot vērā citus Pasaules Bankas pētījuma ziņojumus.
3. Lai nodrošinātu savlaicīgu pieejamību augstas intensitātes veselības aprūpes pakalpojumiem, nepieciešams nekavējoties veikt investīcijas universitātes un reģionālā līmeņa slimnīcās, kā arī monoprofila iestādēs, kas nodrošina rehabilitācijas, dzemdību palīdzības un traumatoloģijas pakalpojumu sniegšanu. Lokālā līmeņa slimnīcu, psihiatrijas aprūpes, kā arī ambulatorās aprūpes attīstības vajadzību noteikšanai, atbilstoši Pasaules Bankas ieteikumiem nepieciešams veikt papildu apjomīgus un laikietilpīgus pasākumus, piemēram, analizēt stratēģiskā iepirkuma sistēmas ieviešanas ietekmi[[2]](#footnote-2).
4. Balstoties uz Pasaules Bankas pētījuma politikas rekomendācijām VM izstrādāja informatīvo ziņojumu „Rīcības plāns Pasaules Bankas pētījuma rezultātu izmantošanai nacionālajos politikas plānošanas dokumentos un ES fondu ieviešanas nosacījumos” (MK 27.09.2016. sēdes protokols Nr.48, 59.§, TA-1968), kas paredz, ka ES fondu ieviešanas nosacījumi investīcijām augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestādēs tiek izstrādāti un apstiprināti, kā arī projektu iesniegumi tiek atlasīti paralēli veselības nozares nacionālā politikas plānošanas dokumenta izstrādei un apstiprināšanai, tai skaitā, balstoties arī uz valdības lēmumu par augstas intensitātes veselības aprūpes iestāžu kartējumu un attīstību.
5. Informatīvais ziņojums ietver esošās situācijas analīzi attiecībā uz demogrāfiskām tendencēm, saslimstību un veselības aprūpes sistēmu, kā arī paredz rīcības aprakstu attiecībā uz risinājumiem veselības aprūpes attīstībai, tai skatā augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu kartējumu un plānotās investīcijas.
6. Informatīvais ziņojums pilnā apmērā tiks integrēts veselības nozares nacionālajā politikas plānošanas dokumentā.

# 1. Demogrāfiskās tendences

1. Plānojot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīklu un attīstību, svarīgi nodrošināt to atbilstību demogrāfiskajām tendencēm. Iedzīvotāju skaits Latvijā ilgstoši samazinās, kam galvenie iemesli ir zems dzimstības līmenis, sabiedrības novecošanās un salīdzinoši augstāka mirstība nekā vidēji ES valstīs, kā arī iedzīvotāju emigrācija.
2. 2016.gada 1.janvārī Latvijā bija 1,97 miljoni iedzīvotāju, no kuriem 68% dzīvoja pilsētās, bet 32% – laukos (skat. 1.tabulu), kamēr 2013.gadā iedzīvotāju skaits bija par teju 55 000 lielāks.
3. tabula

**Iedzīvotāju statistika 2015.gadā**

|  |  |
| --- | --- |
| Teritorija (tūkstošos km2) | 64,6 |
| Iedzīvotāji **(01.01.2015)** | 1 986 096 |
| *Iedzīvotāji pilsētās* | 1 348 855/**67,9%** |
| *Iedzīvotāji laukos* | 637 241/**32,1%** |
| *Vīrieši* | 911 207/ 45,9% |
| *Sievietes* | 1 074 889/ 54,1% |
| *Iedzīvotāju blīvums (cilvēku skaits uz 1 km2)* | 31 |
| Dzīvi dzimuši | 21 720 |
| Miruši | 28 179 |
| Iedzīvotāji **(01.01.2016)** | 1 968 957 |
| *Iedzīvotāji pilsētās* | 1 338 249/**68,0%** |
| *Iedzīvotāji laukos* | 630 708/**32,0%** |
| *Vīrieši* | 904 299/45,9% |
| *Sievietes* | 1 064 658/54,1% |
| *Iedzīvotāju blīvums (cilvēku skaits uz 1 km2)* | 30 |

*Avots: CSP*

1. Apskatot iedzīvotāju skaita izmaiņas pa reģioniem, lielākais iedzīvotāju skaita samazinājums novērojams Latgalē (nepilni 17 000 iedzīvotāju), kamēr Rīgas un Pierīgas reģions pēdējos gados ir attīstījies un iedzīvotāju skaits ir samazinājies ievērojami mazāk – attiecīgi par aptuveni 5000 un 2000 iedzīvotājiem (skat. 2.tabulu).
2. tabula

**Iedzīvotāju skaits pa reģioniem 2012. – 2016.gadā**

| Reģions | Iedzīvotāju skaits 01.01.2013. | Iedzīvotāju skaits 01.01.2014. | Iedzīvotāju skaits 01.01.2015. | Iedzīvotāju skaits 01.01.2016. |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LATVIJA | 2 023 825 | 2 001 468 | 1 986 096 | **1 968 957** |
| Rīgas | 643 615 | 643 368 | 641 007 | 638 784 |
| Pierīgas | 369 987 | 367 038 | 367 609 | 368 159 |
| Vidzemes | 205 949 | 201 915 | 199 027 | 195 799 |
| Kurzemes | 262 755 | 258 034 | 254 722 | 250 897 |
| Zemgales | 248 845 | 244 875 | 242 150 | 239 335 |
| Latgales | 292 674 | 286 238 | 281 581 | 275 983 |

*Avots: CSP*

1. Nozīmīgs faktors iedzīvotāju skaita izmaiņām ir dzimstība un mirstība. Pēdējos 4 gadus mirstības līmenis uz 1000 iedzīvotāju nav krasi mainījies un ir salīdzinoši stabils. Ja no 2007.gada līdz 2011.gadam bija vērojams neliels mirstības samazinājums, tad pēdējos 4 gadus mirstība sasniedz 14,3 līdz 14,4 nāves gadījumus uz 1000 iedzīvotājiem jeb 28000 – 29000 nāves gadījumus gadā. ES vidēji mirstība laika posmā no 2005.gada bijusi stabila, nepārsniedzot 10 mirušos uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir vidēji par 4 nāves gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem mazāk kā Latvijā.

attēls

**Iedzīvotāju mirstība un dzimstība uz 1000 iedzīvotājiem 2005. – 2015.gadā Latvijā un vidēji ES**

*Avots: SPKC, Health for all Database*

1. Pēc dzimstības līmeņa samazinājuma no 2008.gada līdz 2011.gadam, dzimstība pakāpeniski ir pieaugusi, sasniedzot 11,1 dzimušos uz 1000 iedzīvotājiem un pārsniedzot vidējos rādītājus ES. Neskatoties uz pieaugošo dzimstību, iedzīvotāju dabiskais pieaugums joprojām ir negatīvs – 2014.gadā un 2015.gadā mirušo skaits par aptuveni 6500 pārsniedz dzimušo skaitu.

attēls

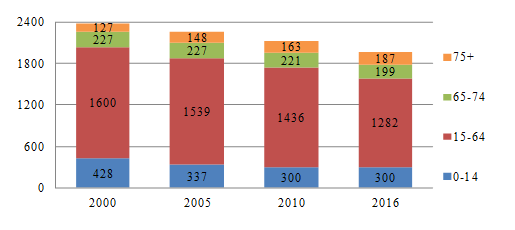
**Sieviešu un vīriešu skaits pa vecuma grupām 2016.gadā**

*Avots: CSP*

1. Vienlaikus Latvijā turpinās sabiedrības novecošanās process – samazinās bērnu skaits un palielinās iedzīvotāju skaits virs darbspējas vecuma (skat. 2. un 3.attēlu).

attēls

**Iedzīvotāju vecumstruktūra (tūkstošos, gada sākumā)**

**

*Avots – CSP*

1. 2016.gada sākumā 28% Latvijas iedzīvotāju bija vecāki par 55 gadiem.[[3]](#footnote-3) Salīdzinot ar 2011.gadu, 2016.gada sākumā ir palielinājies virs darbaspējas vecuma iedzīvotāju skaits un īpatsvars reģionos. Ir pieaudzis iedzīvotāju virs darbspējas vecuma skaits Rīgas reģionā, Pierīgas reģionā, Kurzemes reģionā, Zemgales reģionā, bet samazinājies Vidzemes un Latgales reģionā (skat. 4.attēlu).

attēls

**Iedzīvotāju skaits virs darbspējas vecuma reģionos gada sākumā**

*Avots: CSP*

1. Tomēr pozitīvas tendences novērojamas attiecībā uz jaundzimušo paredzamo mūža ilgumu, kas no 2005.gada līdz 2014.gadam ir pieaudzis par 4 gadiem, sasniedzot 74,8 gadus, tomēr ES vidēji tas sasniedz 80,9 gadus. Būtiski, ka joprojām saglabājas izteiktas dzimumu atšķirības paredzamajā mūža ilgumā - sievietēm jaundzimušo paredzamais mūža ilgums 2015.gadā bija 79,3 gadi, kamēr vīriešiem tikai 69,7 gadi.
2. Ņemot vērā to, ka solicālekonomiskās politikas plānošana ir lielā mērā atkarīga no nākotnē prognozētās iedzīvotāju skaita dinamikas, ar dažādām metodēm tiek aprēķinātas iedzīvotāju skaita prognozes tuvākiem 5, 10 un vairāk gadiem.
3. Informatīvajā ziņojumā izmantotas Pasaules Bankas iedzīvotāju skaita prognozes, kas veidotas, izmantojot Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes 2011.gada Tautas skaitīšanas datus. Prognozes ir aprēķinātas līdz 2025.gadam, piemērojot katram reģionam savu aprēķināto krituma/izaugsmes tempu un ņemot vērā iedzīvotāju uzvedības parametrus pēdējos gados, prognozējot turpmāku iedzīvotāju skaita samazināšanos. Pasaules Banka prognoze, ka iedzīvotāju skaits samazināsies uz 2020.gadu līdz 1 908 684 iedzīvotājiem un uz 2025.gadu līdz 1 839 598 iedzīvotājiem. Līdzīgas prognozes ir izteiktas Eurostat, kur tiek prognozēts, ka 2020.gadā iedzīvotāju skaits Latvijā varētu sasniegt 1 882 099 iedzīvotājus.[[4]](#footnote-4)
4. Pasaules Bankas iedzīvotāju skaita prognozes nedaudz atšķiras no Eurostat prognozēm: Pasaules Bankas prognozētais iedzīvotāju skaits 2020.gadā ir par 1,5% lielāks, bet 2025.gadā par 4,6% lielāks nekā Eurostat prognozētais. Pasaules Banka ir piemērojusi lielāku ataudzes rādītāju (fertility rate) un sagaidāmā dzīves ilguma pieaugumu, ņemot vērā sagaidāmos uzlabojumus veselības aprūpē.
5. tabula

**Iedzīvotāju skaita prognozes**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Iedzīvotāju skaita prognoze** | **Rīga** | **Pierīga** | **Vidzeme** | **Kurzeme** | **Zemgale** | **Latgale** | **KOPĀ** |
| **2020.gadā** | 628 782 | 370 099 | 184 596 | 238 321 | 228 390 | 258 597 | **1 908 684** |
| **2025.gadā** | 617 329 | 372 987 | 171 767 | 223 320 | 215 962 | 238 234 | **1 839 598** |

*Avots - PB*

# 2. Saslimstības tendences

1. Vēl viens faktors, kas jāņem vērā plānojot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīklu un attīstību, ir saslimstības tendences. Ņemot vērā sabiedrības novecošanos, neinfekciju slimības ieņem aizvien nozīmīgāku vietu gan mirstības, gan saslimstības rādītāju vidū ne tikai Latvijā, bet arī pasaulē. To apliecina augstie saslimstības, hospitalizācijas un mirstības rādītāji.
2. Atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam, veiktajiem pētījumiem un saslimstības tendenču analīzēm noteiktas prioritāri attīstāmās veselības aprūpes jomas:
   1. sirds un asinsvadu joma;
   2. onkoloģijas joma;
   3. mātes un bērna veselības joma;
   4. garīgās (psihiskās) veselības joma.
3. **Sirds un asinsvadu slimības** gan veselības sociālo determinantu, gan sabiedrības novecošanas dēļ ir kļuvusi par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu Latvijā un ES. To apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības ir biežākais stacionēšanas iemesls – 2015.g. stacionāros ārstēti 59 964 pacienti virs 18 gadu vecuma ar sirds un asinsvadu slimību diagnozēm, kas veido 20% no visiem stacionēšanas iemesliem un sastāda 17% no stacionārajām gultas dienām 2015.gadā.[[5]](#footnote-5)
4. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības 2015.gadā ir bijušas visizplatītākais nāves cēlonis (57,3% no visiem mirušajiem) Latvijā. Lai arī kopš 2006.gada priekšlaicīga mirstība (0-64 gadu vecumā) no sirds un asinsvadu slimībām ir samazinājusies, kopējais mirušo skaits ik gadu ir ap 16 000 (2015. gadā 16 135)[[6]](#footnote-6), turklāt standartizētā mirstība (līdz 64 gadu vecumam) no sirds un asinsvadu slimībām Latvijā ir vairāk kā trīs reizes augstāka nekā vidēji ES valstīs un augstākā Baltijas valstīs.[[7]](#footnote-7)

attēls

**Priekšlaicīga mirstība no sirds un asinsvadu slimībām Latvijā un ES 2000. – 2014.gadā uz 100 000 iedzīvotāju**

*Avots: SPKC, Health for All database, WHO*

1. **Onkoloģiskās saslimšanas**, kas nāves cēloņu struktūrā 2015.gadā veidoja 21,3% no visiem nāves gadījumiem Latvijā, pieaugot iedzīvotāju mūža ilgumam un sabiedrībai novecojot, rada lielu slogu veselības aprūpei un sabiedrības veselībai. Pēdējo gadu laikā ļaundabīgi audzēji ik gadu tiek diagnosticēti aptuveni 11 000 cilvēku, tomēr ņemot vērā iedzīvotāju skaita samazināšanos, rēķinot uz 100 000 iedzīvotājiem, novērojams pieaugums no 532,5 gadījumiem 2010.gadā līdz 562,5 gadījumiem 2015.gadā. Kopumā 2015.gadā ļaundabīgie audzēji pirmo reizi mūžā tika diagnosticēts 11 123 cilvēkiem, bet uzskaitē kopumā 2015.gada beigās bija pavisam 74 540 pacientu.[[8]](#footnote-8)

attēls

**Saslimstība ar ļaundabīgiem audzējiem 2000. – 2015.gadā uz 100 000 iedzīvotājiem**

*Avots: SPKC*

1. Būtiski, ka 2015.gadā 36,9% ļaundabīgo audzēju tika atklāti novēloti – III un IV stadijā.[[9]](#footnote-9) Salīdzinot ar 2010.gadu, kad novēloti tika atklāti aptuveni 50% ļaundabīgo audzēju, situācija ir uzlabojusies, tomēr, salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, mirstība no ļaundabīgiem audzējiem Latvijā ir augstāka. Ļaundabīgi audzēji ir arī nozīmīgs stacionēšanas iemesls – 2015.g. stacionāros ārstēti 32 433 pacienti virs 18 gadu vecuma ar audzēju diagnozēm, kas veido 11% no visiem stacionētajiem pacientiem.
2. **Ārējie nāves cēloņi** ir viena no trim galvenajām iedzīvotāju nāves cēloņu grupām – aiz sirds un asinsvadu sistēmas slimībām un ļaundabīgajiem audzējiem. Nāves gadījumu skaits no ārējiem nāves cēloņiem pēdējos gados, ir samazinājies, sasniedzot 1 754 gadījumus jeb 88,7 gadījumus uz 100 000 iedzīvotājiem. Arī stacionāros ārstēto pieaugušo skaits ar ievainojumiem samazinās un 2015.gadā sasniedza 24 464 personas (salīdzinājumam, 2013.gadā – 25 973, 2014.gadā – 24 905). Tomēr Latvijā mirstība no ārējiem nāves cēloņiem ir apmēram divas reizes lielāka nekā vidēji ES. Pēdējos desmit gados šis rādītājs samazinās gan Latvijā, gan ES.[[10]](#footnote-10)
3. Pēdējo gadu pētījumos secināts, ka no **garīga (psihiska) rakstura** traucējumiem cieš vairāk nekā trešdaļa Eiropas iedzīvotāju un garīgās (psihiskās) saslimšanas gadu gaitā kļūst par arvien aktuālāku problēmu, kurai īpaši pastiprināta uzmanība jāvelta ekonomiskās recesijas periodos.
4. Viena no būtiskākajām sabiedrības veselības problēmām Latvijā ir pašnāvības. Dati liecina, ka pašnāvību rādītāji Latvijas populācijā ir trešie augstākie ES dalībvalstu vidū un desmitie augstākie pasaulē.[[11]](#footnote-11) Pašnāvību skaits Latvijā ik gadu ievērojami pārsniedz transporta nelaimes gadījumos bojā gājušo skaitu, tomēr kopš 2009.gada pašnāvību skaits Latvijā samazinājies par 20%. 2014.gadā uz 100 000 iedzīvotājiem pašnāvības izdarīja 19,2 iedzīvotāji, 2011.gadā – 21,4, bet 2009.gadā – 24,1. Gadu no gada (arī 2014.gadā) pašnāvību izdarījušo vīriešu ir četras līdz piecas reizes vairāk nekā sieviešu. Fakts, ka pašnāvības biežāk veic vīrieši, saistāms pamatā ar tradicionālo lomu sadalījumu un sabiedrības noteikto atbildību par ģimenes materiālo nodrošināšanu, un pastāvošiem stereotipiem par vīrieti kā ģimenes apgādnieku, kā arī ar faktu, ka vīriešu vidū vairāk ir sastopama atkarību izraisošo vielu lietošana[[12]](#footnote-12).
5. Ņemot vērā augstos pašnāvību rādītājus, gan bērnu, gan pieaugušo pašnāvību un pašnāvnieciskās uzvedības profilakse jāuzskata par vienu no sabiedrības veselības prioritātēm Latvijā.
6. **Reproduktīvās veselības** rādītāji ir nozīmīgi indikatīvi rādītāji, kas raksturo visas sabiedrības veselības stāvokli.
7. Pusaudžu grūtniecība liecina par pusaudžu nepietiekošu veselībpratību un atbildību, t.sk. reproduktīvajā veselībā. Ik gadu Latvijā ap 200-300 bērnu jeb 1,5-2% no visiem jaundzimušajiem piedzimst mātēm, kas ir jaunākas par 18 gadiem. Kaut arī kopumā esošās pārmaiņas norāda uz lēnu, bet stabilu pusaudžu grūtniecības samazināšanās tendenci. Pielīdzinot ES 28 valstu statistikai, Latvija ierindojas piektajā vietā pēc dzimušo bērnu skaita mātēm vecumā līdz 19 gadiem. Vairāk kā Latvijā bērnu šajā vecuma grupā uz tūkstoš sievietēm dzimst vien Lielbritānijā, Rumānijā, Bulgārijā un Slovākijā (Office for National Statistics, 2014). Taču šiem skaitļiem ir pozitīva tendence samazināties un 2015.gadā nepilngadīgām mātēm piedzima 208 mazuļi (0,96% no visiem dzimušajiem).Tas liecina, ka Latvijā ir nepieciešams turpināt iesākto darbu jauniešu izglītošanā par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem. Šī situācija arī aktualizē vajadzību palielināt jauniešiem draudzīgu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un norāda uz kontracepcijas izmantošanas informatīviem un ekonomiskiem šķēršļiem.[[13]](#footnote-13)
8. tabula

**Reproduktīvo veselību raksturojošie rādītāji**

| **Gads** | **Mākslīgo abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem** | **Mākslīgo abortu skaits uz 1000 sievietēm 15-49 gadu vecumā\*** | **Summārais grūtniecību skaits uz 1000 sievietēm 15-49 gadu vecumā\*** | **Dzemdību skaits** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2006 | 530 | 20,9 | 69,0 | 22 197 |
| 2007 | 508 | 21,2 | 71,6 | 23 099 |
| 2008 | 435 | 19,1 | 71,8 | 23 834 |
| 2009 | 410 | 16,8 | 65,0 | 21 559 |
| 2010 | 389 | 14,6 | 59,2 | 19 001 |
| 2011 | 384 | 14,4 | 59,0 | 18 331 |
| 2012 | 317 | 13,0 | 60,9 | 19 401 |
| 2013 | 274 | 12,0 | 63,2 | 20 094 |
| 2014 | 248 | 11,8 | 67,1 | 21 244 |
| 2015 | 221 | 10,9 | 67,9 | 21 496 |

*Avots: SPKC*

1. Kopš 2011.gada dzemdību skaits stabili pieaug, savukārt mākslīgo abortu skaits – samazinājies.
2. **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. Latvijā gandrīz katru gadu tiek reģistrēti mātes nāves gadījumi. Mātes mirstības relatīvais rādītājs nelielās valstīs ir ļoti svārstīgs – tā kā dzīvi dzimušo skaits ir salīdzinoši neliels, tad šo rādītāju (kas tiek rēķināts uz 100 000 dzīvi dzimušo) būtiski ietekmē ikviens mātes nāves gadījums. Latvijā tas variē no 4,6 uz 100 000 dzīvi dzimušiem 2005.gadā līdz 55,2 – 2015.gadā, kad tika reģistrētas 12 mātes nāves un 8 gadījumos nāve bijusi tieši saistīta ar grūtniecību.[[14]](#footnote-14)
3. Attiecībā uz bērnu veselību, perinatālajai mirstībai ir tendence samazināties, taču salīdzinot ar ES vidējo rādītāju, **perinatālās mirstības** rādītājs Latvijā joprojām saglabājas relatīvi augsts. 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).

attēls

**Perinatālā mirstība uz 100 000 iedzīvotājiem 2001.-2015.gadā**

*Avots: SPKC*

1. **Iedzimtas anomālijas** ir nāves cēlonis gandrīz ceturtdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu.
2. Lai mazinātu mātes un jaundzimušo saslimstības un mirstības risku, nepieciešams attīstīt labi funkcionējošu dzemdībpalīdzības sniegšanu, sniedzot to atbilstoša līmeņa slimnīcā, ņemot vērā grūtniecības norises un dzemdību komplikāciju riskus.[[15]](#footnote-15)
3. Perinatālās mirstības samazināšanā vienlīdz svarīgi uzlabot perinatālo iedzimto un pārmantoto anomāliju diagnostiku un mātes veselību, jo tieši tā ietekmē augļa iešanu bojā, kā arī svarīga ir mātes aprūpe, jaundzimušā aprūpe un jaundzimušā uzturēšanās vide un nodrošināta veselības aprūpes pēctecība.

# 3. Esošās situācijas raksturojums

## 3.1. Finansiālā situācija veselības nozarē un pacientu maksājumi

1. Veselības nozares budžeta izdevumi (2005.-2015.gadam izdevumu plāns, 2016.gadam plāns atbilstoši likumam “Par valsts budžetu 2016.gadam” un 2017.-2018.gadam plāns atbilstoši 2016.gada 24.novembrī Saeimā pieņemtajam likumam “Par valsts budžetu 2017.gadam” un likumam “Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2017., 2018. un 2019.gadam”) no 2005. līdz 2018.gadam salīdzinājumā pa gadiem un attiecīgi procenti no iekšzemes kopprodukta (IKP), raksturo veselības aprūpes sistēmas nodrošinājumu ar finanšu resursiem (skat. 8.attēlu).

attēls

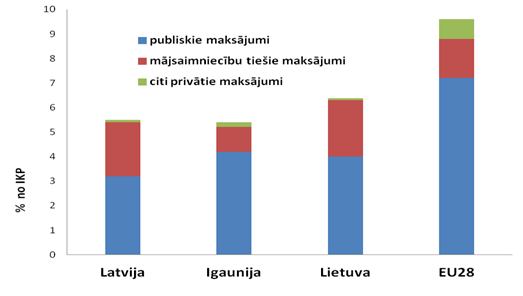
**Veselības nozares budžeta izdevumi 2005.-2018. sadalījumā pa pamatfunkcijām, ES fondiem un ārvalstu finansējumu[[16]](#footnote-16)**

*Avots: Veselības ministrija*

1. Veselības nozarei plānotais finanšu apjoms 2016.gadā nav sasniedzis 2008.gada jeb pirmskrīzes līmeni, negatīvi ietekmējot sistēmas sekmīgu funkcionēšanu un nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu pacientiem. Arī Eiropas Komisija (EK) savā 2016.gada darba dokumentā „Ziņojums par valsti – Latvija”[[17]](#footnote-17) norāda, ka “piekļuvi veselības aprūpei kavē mazais publiskais finansējums un ievērojamie maksājumi, kas pacientiem jāveic pašiem, tādēļ lielas iedzīvotāju daļas veselības aprūpes vajadzības netiek apmierinātas. Kopējie izdevumi veselības jomā ievērojami atpaliek no ES vidējā līmeņa, un lielu izdevumu daļu veido privāti skaidras naudas maksājumi.”
2. Pasaules Banka savā 2016.gada ziņojumā „Valsts apmaksāto pakalpojumu klāsta un pakalpojumu nodrošināšanas modeļa pārskats”[[18]](#footnote-18) norāda, ka pacientu maksājumi Latvijā ir augsti, un to īpatsvars kopējos veselības aprūpes izdevumos ierindo Latviju starp zema ienākumu līmeņa valstīm, līdz ar ko nepieciešams palielināt finansējumu veselības aprūpes pakalpojumu un medikamentu apmaksai, palielinot budžeta izdevumus veselības jomā un identificējot zemas efektivitātes aprūpi.
3. Arī salīdzinājumā ar Lietuvu un Igauniju un ES vidējo rādītāju, veselības aprūpei novirzītais valsts budžeta finansējums procentos no IKP būtiski atpaliek (skat. 9.attēlu).

attēls

**Veselības izdevumi ES un Baltijas valstīs un ES vidēji 2013.g.**



*Avots: Eiropas Komisija, 2016.gada ziņojums par Latviju*

1. Valdība 2016.gada 11.oktobra sēdē (MK prot.Nr.52, 50.§) ir konceptuāli atbalstījusi universālās valsts obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu. Finansēšanas modelis balstās uz pilna veselības pakalpojuma groza nodrošināšanu visiem valsts iedzīvotājiem no iekasētajiem valsts budžeta līdzekļiem, kā arī izmantojot sociālās apdrošināšanas iemaksu administrēšanas datus nodrošinot piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijas valsts nodokļu maksātājiem (rezidentiem) likuma „Par nodokļiem un nodevām” un likuma „Par valsts sociālo apdrošināšanu” izpratnē. Finansēšanas modelis balstās uz esošā vienlīdzības principa saglabāšanu visiem valsts iedzīvotājiem. Neatkarīgi no to ienākuma līmeņa, veselības stāvokļa vai vecuma, tiek nodrošinātas vienlīdzīgas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, kas nav tieši sasaistīti ar katra indivīda veiktā maksājuma apmēru. Attīstot veselības aprūpes sistēmas modeli, tiek izvirzīti šādi galvenie un svarīgākie mērķi:
   1. Pakalpojumu pieejamības palielināšana ambulatorajiem, plānveida stacionārajiem, paliatīvās aprūpes un medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem.
   2. Ekonomiski pamatotu pakalpojumu tarifu pārskatīšana:
      1. darba samaksas paaugstināšanai ārstniecības personām, ārstu 1.kategorijas mēnešalgai sasniedzot divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu, ārstniecības un pacientu aprūpes personām 60% no ārsta darba samaksas un ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām 40% no ārsta darba samaksas;
      2. pārējo tarifa elementu pārskatīšana – ārstniecības līdzekļiem, pacientu ēdināšanai, pieskaitāmām un netiešām izmaksām, amortizācijai.
   3. Ilgtspējīgas veselības aprūpes finanšu sistēmas izveide, tās pārredzamība un stabilitāte.
2. Atbilstoši izvēlētajam veselības nozares finansēšanas modelim tiek nodrošināta iedzīvotāju finansiālā aizsardzība, saglabājot vienoto pakalpojumu apmaksas daļu un pasūtītāju – valsts iestādi, ar kuras starpniecību plānots nodrošināt valsts obligāto universālo apdrošināšanu iedzīvotājiem (rezidentiem) un turpināt organizēt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu iegādi, būtiski nepalielinot administratīvās izmaksas. Līdz ar to iedzīvotājiem tiek saglabāts pilns pakalpojumu grozs un nav pieļauta pakalpojumu fragmentācija. Papildus plānots definēt pakalpojumu saņemšanas ilgumu, nodrošinot iedzīvotājiem pieejamu valsts apmaksātu veselības aprūpi, tai skaitā laboratoriskos un cita veida izmeklējumus. Nosakot veselības nozari kā prioritāti ar atbilstošu finansējuma apmēru tiks uzlabota pakalpojumu pieejamība, samazinot iedzīvotāju privātos maksājumus veselības aprūpes pakalpojumu iegādei. Vienlaikus finansēšanas modeļa ieviešana paredz nodrošināt veselības nozares reformu veikšanu, tādējādi uzlabojot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti un kvalitāti.

## 3.2. Veselības aprūpes sistēma

### 3.2.1. Primārā veselības aprūpe

1. Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas definīciju PVA ir galvenā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas balstās uz zinātniski pamatotām un praktiskām metodēm un kas ir pieejama iedzīvotājiem, un kuras izmaksas ir valstij un sabiedrībai pieņemamas. PVA ir valsts veselības aprūpes sistēmas galvenais posms veselības aprūpes nodrošināšanā, tas ir pirmais veselības aprūpes līmenis daudzpakāpju sistēmā. Tā ir neatņemama valsts sociālās un ekonomiskās attīstības sastāvdaļa.[[19]](#footnote-19)
2. Šaurākā nozīmē PVA ir pirmais saskarsmes posms starp indivīdu (ģimeni) un veselības aprūpes sistēmu, racionālas veselības aprūpes sistēmas pamats, kuras uzdevums ir atrisināt galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu ziņā efektīvākās medicīnas tehnoloģijas.
3. Latvijā PVA pakalpojumu sniedzēji ir ģimenes ārsti, ārsta palīgi (feldšeri), māsas, vecmātes, kā arī zobārsti, zobārsta asistenti, zobārstniecības māsas un zobu higiēnisti.
4. **Ģimenes ārsti** īsteno profilaktiskus pasākumus (skrīningu un imunizāciju), iesaistās veselības veicināšanā un veselības izglītībā un veic savu pacientu veselības aprūpi – medicīnisko izmeklēšanu, diagnostiku un ārstēšanu akūtu un hronisku saslimšanu gadījumos, kā arī izraksta valsts kompensējamos medikamentus un var savā praksē veikt dažādas medicīniskas manipulācijas, piemēram, ambulatoras ķirurģiskas procedūras.
5. Katram iedzīvotājam ir tiesības izvēlēties ģimenes ārstu, kā arī mainīt ārstu, veicot pārreģistrāciju. Reģistrācija pie ģimenes ārsta tiek bloķēta psihiatriskā profila slimnīcu pacientiem, kuri nepārtraukti ārstējas ilgāk par trijiem mēnešiem, ieslodzījumā esošām personām un personām, kuras uzturas ārpus Latvijas Republikas ilgāk par sešiem mēnešiem vai kuras vērsušās Nacionālajā veselības dienestā (turpmāk – NVD) ar iesniegumu par reģistrācijas bloķēšanu, norādot, ka izceļo no Latvijas Republikas, vai par kurām NVD no Iedzīvotāju reģistra saņēmis ziņas par izceļošanu no Latvijas Republikas.
6. Ģimenes ārsts ar savu komandu nodrošina PVA savā praksē reģistrētiem pacientiem, kā arī pacientiem, kuri īslaicīgas uzturēšanās (piemēram, komandējums, apciemojums) laikā ir saslimuši un vērsušies uzturēšanās vietai tuvākajā ģimenes ārsta praksē pēc palīdzības. Valsts apmaksāto PVA uz 2016.gada 1.februāri nodrošina 1320 ģimenes ārsti.
7. Ģimenes ārsts organizē prakses darba laiku un pieņemšanas laiku gan rīta (laikā no plkst.8.00 līdz 13.00), gan vakara (laikā no plkst.13.00 līdz 19.00) stundās, paredzot pieņemšanas laiku pacientiem ar iepriekšēju pierakstu PVA pakalpojumus ģimenes ārsts nodrošina piecu darbdienu laikā, kā arī katru dienu ne mazāk par vienu stundu ir noteikts pieņemšanas laiks personām bez iepriekšēja pieraksta (akūtiem pacientiem), nodrošinot šādām personām ģimenes ārsta pieejamību tajā pašā dienā, kad persona vērsusies ģimenes ārsta praksē, vai nākamajā darbdienā, ja persona ģimenes ārsta praksē vērsusies pēc ģimenes ārsta pieņemšanas laika beigām.
8. Ārpus ģimenes ārsta darba laika veselības aprūpes pakalpojumus pilsētās var nodrošināt **dežūrārsts**, kurš pieņem pacientus darbdienās pēc plkst.15:00 un brīvdienās atbilstoši līgumā ar NVD noteiktajam dežūrārsta darba laika grafikam. Pamatā dežūrārstu pakalpojumi ir pieejami lielākajās pilsētās – Rīgā, Daugavpilī, Jelgavā, Liepājā, Ventspilī, Rēzeknē, kā arī pilsētās ar mazāku iedzīvotāju skaitu – Siguldā, Salaspilī un Alūksnē ar mērķi nodrošināt pietiekamu PVA pakalpojumu pieejamību.
9. Vienlaikus darbdienās laikā no plkst.17:00 līdz 8:00 un brīvdienās visu diennakti informāciju par nepieciešamo veselības aprūpi personām sniedz **ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis**.
10. Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu nodrošinājums un apgrūtināta PVA pakalpojumu pieejamība, valsts var slēgt līgumu ar pašvaldību par **feldšerpunkta**, kurā strādā sertificēts ārsta palīgs (feldšeris) darbību PVA pakalpojumu nodrošināšanai. Feldšeris veic pacientu aprūpi, piedalās ārstniecībā, nodarbojas ar pacientu izglītošanu veselības jautājumos, kā arī izmeklē pacientus, diagnosticē slimību un, atbilstoši savai kvalifikācijai, veic ārstēšanu, kā arī izraksta zāles (parastās zāļu receptes).
11. Līguma ar valsti (NVD) ietvaros veselības aprūpes pakalpojumus 2016.gadā nodrošina 108 feldšeru vai feldšeru-vecmāšu punktos, tai skaitā 37 – Latgales reģionā, 22 – Kurzemes reģionā, 48 – Vidzemes reģionā un vienā – Zemgales reģionā.
12. Valsts apmaksāto **veselības aprūpes mājās** pakalpojumu sniegšana Latvijas teritorijā tika uzsākta ar 2009.gada 1.janvāri un ar 2014. gada 1. janvāri veselības aprūpe mājās ir PVA sastāvdaļa. Veselības aprūpe mājās ir sertificētas māsas, ārsta palīga (feldšera), sertificēta fizioterapeita vai fizioterapeita asistenta, ergoterapeita vai audiologopēda sniegta veselības aprūpe pacientam viņa dzīvesvietā. Tā tiek sniegta gadījumos, kad pacientam nav nepieciešams atrasties slimnīcā, bet medicīnisku indikāciju dēļ, piemēram, būtiski kustību ierobežojumi, pacients nav spējīgs nokļūt pie ģimenes ārsta vai cita speciālista. Par pacientam nepieciešamo veselības aprūpi mājās un tās prognozējamo ilgumu lemj ģimenes ārsts vai ārstniecības iestāde pēc izrakstīšanas no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra, vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts par rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu mājas aprūpē. Pacientam veselības aprūpes pakalpojumus sniedz mājās arī gadījumos, ja pacientam ir hroniskas saslimšanas un pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē, kā arī, ja pacients ir izrakstīts no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra pēc ķirurģiskas iejaukšanās.
13. Atbilstoši NVD datiem medicīnas pakalpojumus mājās 2016.gadā nodrošina 186 ārstniecības iestādes. Šos pakalpojumus saņem arvien vairāk pacientu un 2014.gadā to skaits sasniedzis 16 698, kopā šiem pacientiem tika nodrošināti 346 736 medicīnas personāla mājas apmeklējumi, t.i. vidēji vienam pacientam 21 apmeklējums.
14. Personām ar traumu, pēkšņu saslimšanu vai hroniskas slimības saasināšanās gadījumā, kad vajadzīga steidzama ārstniecības personu iejaukšanās, palīdzību ir iespējams saņemt **SMPP**. Valstī ir noteikti 3 līmeņu SMPP, kuri tiek sniegti 14 vietās.
15. tabula

**Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti**

| Līmenis | SMPP | Prasības |
| --- | --- | --- |
| I līmenis | SIA "Priekules slimnīca",  SIA "Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca",  Pašvaldības SIA "Saulkrastu slimnīca" (7 mēnešus gadā);  SIA "Līvānu slimnīca",  SIA "Kuldīgas slimnīca" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Aizputes pilsēta),  SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Gulbenes pilsēta). | Personai steidzamo medicīnisko palīdzību saslimšanu un traumu gadījumos sniedz viens ārsts kopīgi ar vienu māsu vai ārsta palīgu diennakts vai nepilnas diennakts režīmā vai viens ārsta palīgs diennakts vai nepilnas diennakts režīmā. |
| II līmenis | SIA "Aizkraukles slimnīca",  SIA "Limbažu slimnīca",  SIA "Ludzas medicīnas centrs",  SIA "Siguldas slimnīca" (4 mēnešus kalendāra gadā),  SIA "Saldus medicīnas centrs",  SIA "Vidzemes slimnīca" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Valkas pilsēta). | Personai steidzamo medicīnisko palīdzību saslimšanu un traumu gadījumos darbdienās, brīvdienās un svētku dienās līdz plkst. 24:00 sniedz divi ārsti un viena māsa, bet nakts laikā viens ārsts un viena māsa vai ārsta palīgs. |
| III līmenis | SIA "Bauskas slimnīca",  SIA ”Siguldas slimnīca" (8 mēnešus kalendāra gadā),  pašvaldības SIA "Saulkrastu slimnīca" (5 mēnešus kalendāra gadā),  SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Talsi). | Personai steidzamo medicīnisko palīdzību saslimšanu un traumu gadījumos darbdienās, brīvdienās un svētku dienās līdz plkst. 24:00 sniedz trīs ārsti un divas māsas vai ārstu palīgi, bet nakts laikā – divi ārsti un viena māsa vai ārsta palīgs. |

### 3.2.2. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

1. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona, kā arī ambulatori veiktie laboratoriskie, vizuālās diagnostikas izmeklējumi un dienas stacionārā sniegta veselības aprūpe.
2. Valsts apmaksātus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus saņem ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu.
3. Pieejamība bez nosūtījuma ir pie šādiem speciālistiem:
   1. pie psihiatra vai bērnu psihiatra, ja slimo ar psihisku slimību;
   2. pie narkologa, ja slimo ar alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu atkarību;
   3. pie pneimonologa, ja slimo ar tuberkulozi;
   4. pie dermatovenerologa, ja slimo ar seksuāli transmisīvu slimību;
   5. pie endokrinologa, ja slimo ar cukura diabētu;
   6. pie onkologa, onkologa ķīmijterapeita, ja slimo ar onkoloģisku slimību;
   7. pie ginekologa;
   8. pie oftalmologa;
   9. pie bērnu ķirurga;
   10. pie pediatra;
   11. pie infektologa, ja persona slimo ar HIV/AIDS infekciju.
4. tabula

**Ambulatorās palīdzības darba apjoms, 2011. – 2015.gadā**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ambulatoro apmeklējumu skaits pie ārsta (miljonos)[[20]](#footnote-20) | 13,0 | 14,3 | 12,6 | 11,7 | 11,6 |
| - uz 1 iedzīvotāju | 6,3 | 7,0 | 6,2 | 5,82 | 5,9 |
| Ambulatoro apmeklējumu skaits pie PVA ārsta | 7,4 | 7,1 | 6,9 | 6,3 | - |
| - uz 1 iedzīvotāju | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 2,8 | - |
| Ambulatoro apmeklējumu skaits pie ārsta palīgiem, vecmātēm un medicīnas māsām (miljonos) | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,62 | 1,5 |
| - uz 1 iedzīvotāju | 0,78 | 0,81 | 0,80 | 0,78 | 0,76 |
| Vietu skaits dienas stacionāros | 2 274 | 2 441 | 2 506 | 2 580 | 2 630 |
| Dienas stacionāros ārstēto pacientu skaits | 143 420 | 154 834 | 164 097 | 166 023 | 163 553 |
| Ambulatori veikto operāciju skaits | 189 701 | 191 180 | 191 074 | 193 732 | 197 695 |
| - t.sk. dienas stacionāros | 69 391 | 77 377 | 80 515 | 81 972 | 86 345 |

*Avots: SPKC*

1. Valstī 2015.gadā kopā tika nodrošināti 11,6 miljoni ambulatoro apmeklējumu, no kuriem valsts apmaksātie ambulatorie apmeklējumi 2015.gadā bija 77,5% jeb 9 013 388. Ambulatoro apmeklējumu skaitam dinamikā vērojama tendence samazināties, kas neattiecās uz sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu skaita izmaiņām, bet saistāms ar PVA sniegto pakalpojumu skaita samazināšanos. PVA pakalpojumu skaita samazināšanos nevar saistīt ar fizisko PVA izmaiņām, jo attiecīgajā periodā gan pakalpojumu sniedzēju skaits, gan pakalpojumu sniegšanas nosacījumi būtiski netika mainīti.
2. **Dienas stacionāra pakalpojums** ir ārstniecības vai diagnostikas pakalpojums ārstniecības iestādē, kur pacientam ārstēšanu un veselības aprūpi nodrošina nepilnu diennakti (ne agrāk kā no plkst. 6:00 un ne vēlāk kā līdz plkst. 22:00) un ne mazāk kā trīs stundas veic manipulācijas vai nodrošina pacienta novērošanu pēc manipulāciju veikšanas.
3. Dienas stacionārā sniedz ārstniecības pakalpojumus, kurus to sarežģītības, risku vai laika ietilpības dēļ nav iespējams sniegt ambulatori, tomēr kuru dēļ nav nepieciešama pacienta uzņemšana stacionārā pacienta diennakts uzraudzībai. Dienas stacionāri var būt gan slimnīcu, gan ambulatoro ārstniecības iestāžu struktūrvienības.
4. Dienas stacionārā veselības aprūpes pakalpojumus veic šādos līmeņos:
   1. pirmā līmeņa dienas stacionārs ārstniecības iestādē, kurā ir intensīvās terapijas un anestezioloģijas nodaļas, kā arī asins kabinets;
   2. otrā līmeņa dienas stacionārā nav intensīvās terapijas, anestezioloģijas nodaļas un asins kabineta.
5. 2015.gadā vērojams dienas stacionāros ārstēto pacientu skaita pieaugums salīdzinot ar 2011.gadā, tajā skaitā pacientu pieaugums dienas stacionāros vērojams Rīgas un Pierīgas reģionos, salīdzinot ar 2013.gadu. Šāda tendence liecina par dienas stacionāru darbības attīstību, kā arī kopējo tendenci iespējami mazināt pacientu uzturēšanos stacionāros, tajos gadījumos, kad diagnostiku un ārstēšanu var nodrošināt ambulatori.
6. Ambulatoro pakalpojumu sniedzēju struktūra ir sadrumstalota, tikai 32,6% ambulatoro pakalpojumu tiek sniegti ambulatorajos centros un slimnīcu ambulatorajās nodaļās[[21]](#footnote-21). Pēdējo gadu laikā novērojama ārstu speciālistu privātprakšu skaita palielināšanās un aktīva privāto veselības aprūpes centru darbības paplašināšanās.
7. tabula

**Vietu un ārstēto pacientu skaits dienas stacionāros sadalījumā pa statistiskajiem reģioniem, 2013 – 2015**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Statistiskais reģions | Vietu skaits | | | Ārstēto pacientu skaits | | |
| **2013** | **2014** | **2015** | **2013** | **2014** | **2015** |
| Latvija kopā | **2 506** | **2 580** | **2 630** | **164 097** | **166 023** | **163 553** |
| Rīgas | 1 110 | 1 152 | 1 102 | 96 799 | 99 878 | 100 954 |
| Pierīgas | 371 | 383 | 396 | 13 515 | 14 008 | 15 414 |
| Vidzemes | 216 | 226 | 227 | 13 414 | 12 787 | 11 172 |
| Kurzemes | 265 | 265 | 292 | 14 338 | 14 429 | 12 797 |
| Zemgales | 330 | 316 | 334 | 13 332 | 12 203 | 11 226 |
| Latgales | 214 | 238 | 279 | 12 699 | 12 718 | 11 990 |

*Avots: SPKC*

### 3.2.3. Pirmsslimnīcas neatliekamā medicīniskā palīdzība

1. NMP dienests sniedz pirmsslimnīcas NMP, ko nodrošina 190 brigādes 102 lokalizācijas vietās. NMP dienesta brigāde cietušajam (saslimušajam) sniedz palīdzību notikuma vietā, kā arī transportēšanas laikā uz atbilstošu ārstniecības iestādi, saskaņā ar hospitalizācijas plānu, šādos gadījumos:
   1. nelaimes gadījumi, avārijas, katastrofas, smagas mehāniskās, termiskās, ķīmiskās un kombinētās traumas, elektrotraumas, svešķermeņi elpošanas ceļos, slīkšana, smakšana, saindēšanās;
   2. pēkšņa saslimšana vai trauma sabiedriskā vietā;
   3. pēkšņa saslimšana vai hronisku slimību paasināšanās, kas apdraud personas dzīvību;
   4. dzīvībai un veselībai kritiskā stāvoklī esoša cietušā (saslimušā) neatliekama pārvešana, kā arī dzemdētājas nogādāšana atbilstoši veselības stāvoklim tuvākajā attiecīgajā ārstniecības iestādē vai no ārstniecības iestādes uz stacionāru vai augstāka līmeņa stacionārās ārstniecības iestādi (specializēto centru, universitātes klīniku)
2. tabula

**NMP izsaukumu struktūra sadalījumā pēc izsaukuma rezultāta, 2006 – 2015**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gads | Kopējais izpildīto NMP izsaukumu skaits[[22]](#footnote-22) | NMP dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos | | | | NMP pārējos gadījumos | | Bez rezultāta izsaukumi |
| Traumas  un nelaimes gadījumi | Pēkšņas saslimšanas  un akūti stāvokļi | Dzemdības un grūtniecības patoloģija | Pārvešanas | Saslimšanas | Pārvešanas |
| 2006 | 481 823 | 72 853 | 206 817 | 5 440 | 39 541 | 107 009 | 15 872 | 34 291 |
| 2007 | 479 442 | 68 472 | 213 222 | 5 285 | 35 904 | 108 870 | 12 467 | 35 222 |
| 2008 | 427 881 | 63 149 | 198 854 | 5 195 | 34 762 | 83 573 | 10 817 | 31 531 |
| 2009 | 371 209 | 51 739 | 176 071 | 4 765 | 28 190 | 78 893 | 6 072 | 25 479 |
| 2010 | 432 360 | 60 142 | 187 744 | 4 933 | 26 933 | 115 393 | 5 652 | 31 563 |
| 2011 | 461 258 | 66 180 | 183 669 | 4 012 | 27 943 | 137 070 | 5 270 | 37 114 |
| 2012 | 460 229 | 67 144 | 194 493 | 4 000 | 27 649 | 134 573 | 4 489 | 27 881 |
| 2013 | 451 972 | 67 244 | 187 625 | 7 671 | 24 136 | 131 624 | 4 817 | 28 855 |
| 2014 | 436 245 | 70 752 | 159 580 | 8 110 | 21 422 | 139 537 | 6 131 | 30 713 |
| 2015 | 443 215 | 64 851 | 150 434 | 7 750 | 20 321 | 162 264 | 6 761 | 30 834 |

*Avots: SPKC*

1. NMP izpildīto izsaukumu kopējais skaits 2015.gadā salīdzinot ar 2014.gadu ir palielinājies. Tomēr ir samazinājies izsaukumu skaits NMP sniegšanai dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos, savukārt pieaudzis NMP sniegšanas gadījumu skaits pārējos gadījumos (saslimšanas, pārvešanas).
2. tabula

**NMP dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos (pēc izsaukuma motīva) sadalījumā pēc izsaukuma vietas, 2006 – 2015**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gads | Pilsētās | | | Lauku teritorijās | | |
| Kopā | t.sk. ar ierašanās laiku līdz 15 minūtēm | savlaicīgi izpildīto izsaukumu īpatsvars, % | Kopā | t.sk. ar ierašanās laiku līdz 25 minūtēm | savlaicīgi izpildīto izsaukumu īpatsvars, % |
| 2006 | **323 024** | 291 820 | 90,3 | **90 315** | 73 612 | 81,5 |
| 2007 | **325 575** | 287 806 | 88,4 | **92 636** | 74 879 | 80,8 |
| 2008 | **298 191** | 261 602 | 87,7 | **85 669** | 69 004 | 80,5 |
| 2009 | **255 382** | 230 513 | 90,3 | **79 580** | 62 974 | 79,1 |
| 2010 | **281 800** | 251 234 | 89,2 | **103 481** | 83 503 | 80,7 |
| 2011 | **318 812** | 283 378 | 88,9 | **116 333** | 91 385 | 78,6 |
| 2012 | **327 601** | 290 657 | 88,7 | **104 446** | 80 453 | 77,0 |
| 2013 | **313 114** | 277 181 | 88,5 | **100 778** | 78 265 | 77,7 |
| 2014 | **238 227** | 207 323 | 87,0 | **77 915** | 62 606 | 80,4 |
| 2015\* | **234 793** | 208 668 | 88,9 | **76 166** | 62 859 | 82,5 |

*\* Iekļauts tikai Rezultatīvo NMP izsaukumu skaits (dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos). Izslēgti „bezrezultāta izsaukumi”, jo tie nav iekļaujami operativitātes rādītāju aprēķinos, sakarā ar to, ka pacientam netiek sniegta vai pacients attiecies no NMP sniegšanas.*

*Avots: SPKC*

1. Lielākā daļa izsaukumu 2015.gadā dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos (pēc izsaukumu motīva) tikuši izpildīti pilsētās un 88,9% gadījumu ierašanās laiks ir bijis līdz 15 minūtēm. Lauku teritorijās 2015.gadā izpildīts gandrīz 3 reizes mazāk izsaukumu un ierašanās laiks izsaukumā līdz 25 minūtēm ir bijis 82,5% gadījumu.
2. Datu analīze liecina, ka lielākā daļa jeb gandrīz 70% sekundāro izsaukumu ir ārpus ģimenes ārstu darba laika – darba dienās no plkst. 17:00 - 8:00 un brīvdienās. Visbiežāk sekundārie izsaukumi ir pie pacientiem ar hroniskām saslimšanām (73%) un akūtām augšējo elpceļu saslimšanām (26%). Minētās problēmas risinājumi ir kompleksi pasākumi veselības nozares ietvaros, gan informējot iedzīvotājus par situācijām, kad saucama NMP, gan piedāvājot alternatīvu iespēju saņemt mediķa konsultāciju veselības stāvokļa pasliktināšanās gadījumā, zvanot uz Ģimenes ārstu konsultatīvo telefonu 66016001.

### 3.2.4. Stacionārā aprūpe

1. Diennakts stacionāro veselības aprūpi sniedz universitātes slimnīcas, daudzprofilu reģionālās un lokālās slimnīcas, aprūpes slimnīcas, kā arī specializētās slimnīcas. MK 2013.gada 17.decembra noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 17.pielikumā ir noteiktas stacionārās ārstniecības iestādes, ar kuram NVD slēdz līgumus par stacionāro veselības aprūpi.
2. tabula

**Universitātes, daudzprofilu, specializētās un aprūpes slimnīcas**

|  |  |
| --- | --- |
| Universitātes slimnīcas | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"  VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca"  SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" |
| Reģionālās daudzprofilu slimnīcas | SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"  SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca"  SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca"  SIA "Rēzeknes slimnīca"  SIA "Vidzemes slimnīca"  SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca"  SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca" |
| Daudzprofilu slimnīcas | SIA "Jūrmalas slimnīca"  SIA "Ogres rajona slimnīca"  SIA "Tukuma slimnīca"  SIA "Kuldīgas slimnīca"  SIA "Preiļu slimnīca"  SIA "Krāslavas slimnīca"  Madonas novada pašvaldības SIA "Madonas slimnīca"  SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība"  SIA "Cēsu klīnika"  SIA "Alūksnes slimnīca”  SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca" |
| Aprūpes slimnīcas | SIA "Aizkraukles slimnīca"  SIA "Bauskas slimnīca"  Līvānu novada pašvaldības SIA "Līvānu slimnīca"  SIA "Ludzas medicīnas centrs"  SIA "Siguldas slimnīca"  SIA "Saldus medicīnas centrs"  SIA "Priekules slimnīca" |
| Slimnīcas, kurās sniedz specializētos stacionāros pakalpojumus | VSIA "Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca"  VSIA "Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži""  VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca"  VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari""  VSIA "Piejūras slimnīca"  SIA "Rīgas Dzemdību nams"  VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs"  SIA "Rīgas 2.slimnīca"  VISA "Slimnīca "Ģintermuiža""  VSIA "Straupes narkoloģiskā slimnīca"  VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca"  VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" |

1. Reģionālajās daudzprofilu slimnīcās visu diennakti jādežurē vismaz septiņiem dažādiem speciālistiem un jānodrošina NMP. Lokālo daudzprofilu slimnīcās visu diennakti jādežūrē vismaz trīs dažādiem speciālistiem un jānodrošina NMP.

1. Kopējais stacionēšanas gadījumu skaits pēdējo 5 gadu laikā ir mainīgs, tomēr kopš 2011.gada ir tendence samazināties. 2015.gadā kopā bija 321 588 stacionēšanas gadījumu, no kuriem 25% bija plānveida hospitalizācijas[[23]](#footnote-23). Ņemot vērā ambulatoro pakalpojumu attīstību, paredzams, ka arī turpmākajos gados kopējais stacionēšanas gadījumu skaits varētu nedaudz samazināties.
2. tabula

**Vispārējie stacionārie aprūpes statistikas rādītāji 2011. – 2015.gadā**

| Rādītāji | Kopā/vidēji 2011.gads | Kopā/vidēji 2012.gads | Kopā/vidēji 2013.gads | Kopā/vidēji 2014.gads | Kopā/vidēji 2015.gads |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unikālo pacientu skaits | 234 049 | 232 188 | 230 095 | 224 939 | 223 272 |
| Stacionēšanas gadījumu skaits | 330 978 | 330 481 | 327 209 | 322 701 | 321 588 |
| *t.sk. plānveida, %* | *17%* | *18%* | *22%* | *23%* | *25%* |
| Gultas dienu skaits | 2 811 059 | 2 762 038 | 2 800 055 | 2 758 427 | 2 754 650 |
| Vidējais ārstēšanās ilgums\* | 8,5 | 8,4 | 8,6 | 8,5 | 8,6 |

*\* ieskaitot ilglaicīgi ārstētos pacientus*

*Avots: NVD*

1. 2015.gadā stacionārā ir ārstējušās 223 272 unikālās personas, savukārt kopējais hospitalizēto personu skaits bija 321 588. Vidējais ārstēšanas ilgums no 2011.gada līdz 2015.gadam bija robežās no 8,4 līdz 8,6 dienām. Analizējot starptautiskos valstu rādītājus, redzams, ka Latvijā hospitalizāciju, vidējā ārstēšanās ilguma un slimnīcu gultu skaita rādītāji ir pietuvinājušies Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (OECD) valstu vidējiem rādītājiem, tomēr joprojām pastāv iespējas uzlabot stacionāro ārstniecības iestāžu darbības efektivitāti. Latvijā 2013.gadā bija 172 hospitalizācijas uz 1 000 iedzīvotājiem, vidēji OECD valstīs 155 hospitalizācijas uz 1 000 iedzīvotājiem. Arī vidējais ārstēšanās ilgums Latvijā (8,6 dienas) ir virs OECD valstu vidējiem rādītājiem, kas atbilstoši 2013.gada datiem bija 8,1 diena. Savukārt kopējais akūto gultu skaits uz 1000 iedzīvotājiem 2013.gadā Latvijā bija 5,8, vidēji OECD valstīs 4,8 [[24]](#footnote-24).
2. tabula

**Vispārējie stacionārās aprūpes rādītāji 2015.gadā atbilstoši ārstniecības iestāžu grupām**

| Ārstniecības iestāžu grupa | Pacientu skaits | Gultas dienu skaits | Vidējais ārstēšanās ilgums dienās\* |
| --- | --- | --- | --- |
| NMP kopā, tai skaitā: | 267 420 | 1 738 716 | 6,5 |
| Klīniskās universitātes slimnīcas kopā | 131 240 | 917 395 | 7,0 |
| Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā | 93 173 | 591 060 | 6,3 |
| Pārējās NMP slimnīcas kopā | 43 007 | 230 261 | 5,4 |
| Specializētās slimnīcas kopā | 44 957 | 949 337 | 21,1 |
| Aprūpes slimnīcas kopā | 9 211 | 66 597 | 7,2 |
| Valstī kopā/vidēji | 321 588 | 2 754 650 | 8,6 |

*\* ieskaitot ilglaicīgi ārstētos pacientus*

*Avots: NVD*

1. Kopumā 2015.gadā stacionārā pacienti pavadījuši 2 754 650 gultas dienas - 83 % no visām hospitalizācijām ir bijušas NMP, 14% specializētajās slimnīcās un 3% aprūpes slimnīcās. 2015.gadā hospitalizāciju skaits, salīdzinot ar 2014.gadu, ir samazinājies par 1113 hospitalizācijām.
2. Būtiski, ka pēdējo 5 gadu laikā 40% - 42% no visām hospitalizācijām ir bijušas klīniskajās universitātes slimnīcās ar tendenci paaugstināties (2011.gadā – 40%, 2012.gadā – 41%, 2013.gadā – 42%), līdz ar to nepieciešams izvērtēt optimāla pakalpojumu sniedzēju tīkla attīstību, nodefinējot pakalpojumu sniegšanas līmeņus..

attēls

**Vidējais ārstēšanās ilgums pa slimnīcu veidiem 2010.-2015.gadā**

*Avots: Nacionālais veselības dienests*

1. Apskatot vidējo ārstēšanās ilgumu sadalījumā pa slimnīcu veidiem, vislielākais ārstēšanās ilgums vērojams specializētajās slimnīcās, kur vidējais ārstēšanās ilgums 2015.gadā bija 21,1 diena, tomēr pozitīvi vērtējams, ka tieši specializētajās slimnīcās vienlaikus novērojams vislielākais ārstēšanās ilguma samazinājums - no 23,6 dienām 2010.gadā līdz 21,4 dienai 2013.gadā. Vidējā ārstēšanās ilguma samazinājums specializētajās slimnīcās norāda uz garīgās (psihiskās) veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanos ambulatorajā līmenī, kā arī mājas aprūpes ietvaros sniegto rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu, tomēr tas joprojām ir salīdzinoši augsts. Savukārt vidējais ārstēšanās ilgums arī aprūpes slimnīcās pēdējos gados samazinājies no 8,1 dienas 2010.gadā līdz 7,2 dienām 2015.gadā, kas var liecināt par dienas stacionāru un mājas aprūpes pakalpojumu attīstību, jo pacientam ir iespēja saņemt veselības aprūpes pakalpojumu viņu dzīvesvietā vai tuvāk dzīvesvietai.

attēls

**Stacionārā ārstēto bērnu (0-17 gadi) sadalījums pa galvenajām diagnožu grupām 2015.gadā**

*Avots: SPKC*

1. Analizējot stacionāros ārstētos bērnus no 0-17 gadiem, redzams, ka trīs biežākās saslimšanu grupas šajā vecumā ir elpošanas sistēmas slimības, infekcijas un parazitārās slimības, kā arī gremošanas sistēmas slimības.

attēls

**Stacionārā ārstēto pacientu (18-44 gadi) sadalījums pa galvenajām diagnožu grupām 2015.gadā**

*Avots: SPKC*

1. Savukārt vecumā no 18 gadiem līdz 44 gadiem trīs stacionārā ārstēto pamata diagnožu grupas ir grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods, kā arī psihiski un uzvedības traucējumi un ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbības sekas.

attēls

**Stacionārā ārstēto pacientu (45-59 gadi) sadalījums pa galvenajām diagnožu grupām 2015.gadā**

*Avots: SPKC*

1. Vecuma grupā no 45 līdz 59 gadiem trīs stacionārā ārstētās biežākās saslimšanu grupas ir psihiski un uzvedības traucējumi, asinsrites sistēmas slimības un skeleta, muskuļu un saistaudu slimības.

attēls

**Stacionārā ārstēto pacientu (60 gadi un vecāki) sadalījums pa galvenajām diagnožu grupām 2015.gadā**

*Avots: SPKC*

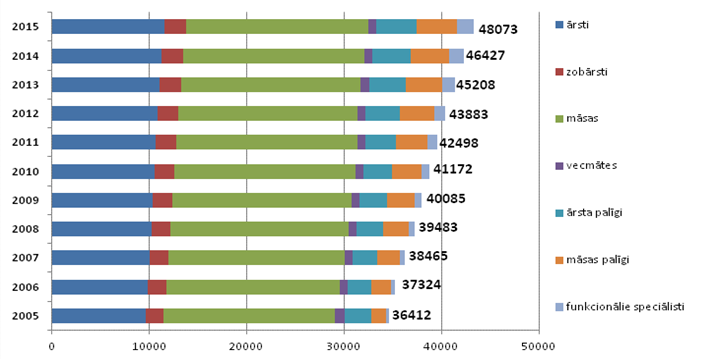
1. Savukārt vecuma grupā no 60 gadiem un vecākiem trīs stacionārā ārstētās biežākās saslimšanas grupas ir asinsrites sistēmas slimības, audzēji un skeleta, muskuļu un saistaudu slimības.
2. Plānojot veselības aprūpes pakalpojumus (apjomu un profilus) turpmākajam periodam jāņem vērā demogrāfiskās situācijas attīstība un saslimšanas tendences attiecīgajās vecuma grupās (piemēram dzimstības pieaugums nākamajā periodā, kā arī iedzīvotāju novecošanās tendences).
3. Ārstniecības iestāžu darba efektivitāti raksturo arī vidējā gultu noslodze. Kopš 2005.gada, vidējā gultu noslodze stacionārajās ārstniecības iestādēs pieauga līdz 81% 2006.gadā, taču 2009.gadā bija vērojams straujš samazinājums līdz 69,5%, kas saistāms ar stacionēšanas skaita samazināšanos ierobežotā finansējuma, kā arī ar pacientu iemaksu paaugstināšanos un līdzmaksājuma ieviešanas. Būtiski vidējo gultu noslodzi ietekmēja arī veselības aprūpes sistēmas pārorientācija no ārstēšanās slimnīcā uz primāro un ambulatoro līmeni, kā rezultātā ārstniecības iestāžu infrastruktūra netika pietiekami strauji pielāgota šīm pārmaiņām un gultas netika strauji samazinātas, līdz ar to 2011.gadā un 2012.gadā vidējā gultu noslodze attiecīgi ir 73,6% un 71,1%. Lai arī 2014.gadā un 2015.gadā situācija ir uzlabojusies un gultu noslodze ir palielinājusies – attiecīgi 74,7% un 75,1%[[25]](#footnote-25), joprojām pastāv neefektīvi slimnīcu infrastruktūras izmantošanas gadījumi.[[26]](#footnote-26)

## 3.3. Cilvēkresursi veselības aprūpē

1. Mērķis nodrošināt mērķtiecīgas veselības aprūpes cilvēkresursu attīstības politikas īstenošanu (īpaši reģionos), sakārtojot veselības nozares darbinieku atlīdzības un profesionālās pilnveides sistēmu iekļauts 2016.gada 26.aprīlī apstiprinātajā Valdības rīcības plānā[[27]](#footnote-27).
2. Kopējais Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā reģistrētais ārstniecības personu skaits kopš 2005.gada ir pieaudzis par 32 % (2014.-2015.gadā – par 4%). Lielākais pieaugums vērojams funkcionālo speciālistu grupā, kur pieaugums 2015.gadā salīdzinot ar 2005.gadu sasniedz 466% (2005.gadā 298; 2015.gadā – 1688) un māsu palīgu grupā – par 171% (2005.gadā – 1554, 2015.gadā – 4218). Tāpat ievērojami palielinājies reģistrēto ārsta palīgu skaits – par 46%, ārstu un zobārstu skaits – par 20%, kā arī māsu skaits – par 6%. Vecmāšu skaits mazinājies par 9% (skat.15.attēlu).

attēls

**Reģistrēto aktīvo unikālo ārstniecības personu skaita dinamika 2005.-2015.gadā**

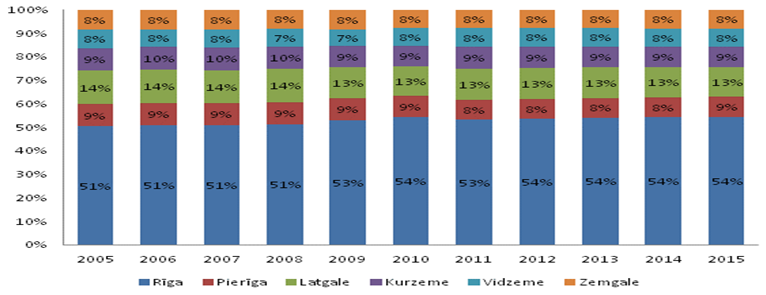


*Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs*

1. Lielākais ārstniecības personu īpatsvars ir koncentrēts Rīgā, kas liecina par to, ka līdz šim realizētie pasākumi reģionālā cilvēkresursu nodrošinājuma stiprināšanai nav bijuši pietiekami efektīvi. Kopš 2008.gada ekonomiskās krīzes gadiem ārstniecības personu koncentrēšanās tendence galvaspilsētā ir pieaugusi par 2%, attiecīgi mazinoties ārstniecības personu nodrošinājumam Latgalē, Kurzemē un Zemgalē (skat.16.attēlu).

attēls

**Ārstniecības personu (ārstu, zobārstu, māsu, vecmāšu, ārsta palīgu, māsas palīgu, funkcionālo speciālistu) reģionālais izvietojums 2005.-2015.gadā**

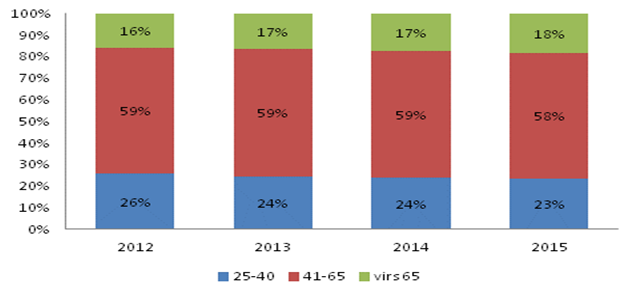


*Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs*

1. Ārstniecības personāls koncentrējas galvaspilsētā, jo Rīgā ir liels pastāvīgo iedzīvotāju skaits (Rīgā atbilstoši CSP datiem 2015.gadā 32,3 % no kopējā Latvijas pastāvīgo iedzīvotāju skaita). Līdz ar to ir lielākais pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojuma un, ņemot vērā iedzīvotāju augstāku ienākumu līmeni (saskaņā ar CSP datiem strādājošo mēneša vidējā bruto darba samaksa 2015.gadā Rīgā bija 925 *euro*, Latgalē – 564 *euro*), ir lielākas karjeras iespējas privātajā medicīnā. Tāpat galvaspilsētā kopumā ir lielākas darba un mācību iespējas, kā arī ir plašas sociālās iespējas u.c.
2. Ārstniecības personu vecuma struktūra norāda uz intensīvu ārstniecības personāla novecošanos un neefektīvu paaudžu nomaiņu – samazinoties jaunākajai un vidējai vecuma grupai, pieaug vecākās vecuma grupas īpatsvars (skat.17.attēlu).

attēls

**Reģistrēto ārstniecības personu vecuma struktūra 2012.-2015.gadā**

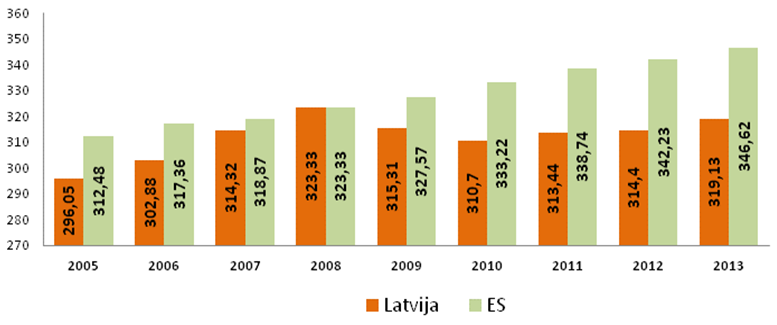


*Avots: VI Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs*

1. Lai arī vidējais **ārstu** skaits uz 100 000 iedzīvotājiem 2015.gadā joprojām atpaliek no ES valstu vidējā rādītāja, ārstu nodrošinājums uz 100 000 iedzīvotājiem kopš 2010.gada uzrāda pieauguma tendenci, kas, iespējams, ir saistāms ar iedzīvotāju skaita mazināšanos (2013.gadā, salīdzinot ar 2010.gadu – samazinājums par 5%) un vienlaicīgu reģistrēto un pamatdarbā strādājošo ārstu skaita pieaugumu. Tomēr, jāņem vērā, ka ārstniecības personu reģistrā informācija par ārstu skaitu tiek vākta dažādās pozīcijās, jo veselības aprūpes sistēma pieļauj, ka ārstniecības persona vienlaikus var tikt nodarbināta vairākās darba vietās. Tādējādi ārstniecības personu reģistrs nepieļauj korektu unificētu datu atlasi, piemēram, viena un tā pati persona tiek atlasīta un pieskaitīta vairākām pozīcijām (pamatdarbs, blakusdarbs, sertificēto skaits, reģistrēto skaits u.c.). Pēc būtības reģistrs neļauj secināt vai reālais veselības aprūpes sistēmā nodarbināto skaits ir pietiekams, lai nodrošinātu slimnīcās NMP sniegšanu visu diennakti 7 dienas nedēļā un normāla darba laika izpildi visu līmeņu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā.
2. Lai neapdraudētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iedzīvotājiem, ir nepieciešami kompleksi pasākumi kopējā ārstu skaita nodrošinājuma uzlabošanai, tai skaitā efektīvas veselības nozares cilvēkresursu uzskaites, uzraudzības un plānošanas sistēmas izveide (skat. 18.attēlu).

attēls

**Ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā un ES valstīs 2005.- 2013.gadā**



*Avots. PVO datu bāze, skatīts 07.03.2016.*

1. Saskaņā ar Reģistra datiem, 2015.gadā pamatdarbā ārstniecības iestādēs bija nodarbinātas 8 945 **māsas**, kas ir par 4% mazāk kā 2014.gadā (9 282) un par 15% mazāk kā 2005.gadā (10 487). Māsu skaits turpina sarukt. Jau 2013.gadā māsu skaita nodrošinājums uz 100 000 iedzīvotājiem ievērojami atpalika no ES valstu vidējiem rādītājiem – ja Latvijā māsu skaits bija 508,09, tad ES valstīs – 849,69[[28]](#footnote-28).
2. Māsu vecuma struktūra ir izteikti novecojoša. Ja 2012.gadā vecuma grupa 25-40 gadiem veidoja 28% no kopējā māsu skaita, tad 2013.gadā – 25%, 2014.gadā – 22%, bet 2015.gadā – vairs tikai 20%, vienlaikus palielinoties vecuma grupas virs 65 gadiem īpatsvaram – 2012.gadā – 14%, 2013.gadā – 15%, 2014.gadā – 17%, bet 2015. gadā – 18%.
3. Nepietiekamais māsu skaits kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai saistīts ar zemo māsu atalgojumu valsts apmaksātajā veselības aprūpes sektorā, kam sekas ir māsu došanās uz privāto veselības aprūpes sektoru un ārvalstīm. Vienlaikus ir jāņem vērā, ka citās ES valstīs, atšķirībā no Latvijas, veselības aprūpes sistēmā nav nodarbināti ārstu palīgi, kam ir būtiska loma pacientu aprūpē un ārstniecībā, kas daļēji kompensē gan ārstu, gan māsu nodrošinājuma nepietiekamību.
4. Pozitīvi vērtējams **ārstu palīgu** skaita pieaugums, kas daļēji ļauj kompensēt citu ārstniecības personu, piemēram, māsu un ārstu nepietiekamo nodrošinājumu. Latvijas veselības aprūpes sistēmā ārstu palīgi nodarbināti gan ģimenes ārstu praksēs, gan NMP dienestā, gan feldšerpunktos. Reģistrā reģistrēto ārstu palīgu skaits 2015.gadā bija 4 078 jeb par 46% vairāk kā 2005.gadā un par 4% vairāk kā 2014.gadā (izņemot Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā).
5. Ārstu palīgu vecuma struktūrā dominē jaunākā (25-40 gadi) un vidējā (41-65) vecuma grupa. Ja 2012.gadā jaunākajā vecuma grupa veidoja 22% (vidējā – 66%), tad jau 2014.gadā - jaunākajā grupā bija 25% (vidējā – 65%), bet 2015.gadā – jaunākajā vecuma grupā jau 28%, bet vidējā 58%. Vienlaikus vecuma grupā virs 65 gadiem nodarbināto īpatsvars katru gadu pieaug vidēji par vienu procentpunktu[[29]](#footnote-29).

## 3.4. Investīciju analīze par periodu no 2007.gada

1. ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā veselības nozarē tika atbalstīti ERAF pasākumi infrastruktūras uzlabošanai ģimenes ārstu, slimnīcu pārprofilēšanai par ambulatorajām ārstniecības iestādēm, NMP, kā arī stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Atbalsta mērķis bija optimizēt veselības aprūpes sistēmu, nodrošinot racionālu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojumu valstī, kas, īstenojot reformu, ļautu optimizēt nozarei pieejamo finansējumu un paaugstināt pakalpojumu pieejamību un kvalitāti.
2. Vērtējot iepriekšējā perioda ERAF ieguldījumus veselības aprūpes jomā, jāsecina ka 2007.-2013.gada ES fondu plānošanas perioda ietvaros tika sniegts ievērojams atbalsts ERAF investīciju veidā tieši ambulatoro pakalpojumu attīstībai. 3.1.5.1.1.apakšaktivitātes „Ģimenes ārstu tīkla attīstība” ietvaros tika paredzēts finansējums 5 947 437 *euro* apmērā ģimenes ārstu prakšu renovācijai un rekonstrukcijai, pieejamības nodrošināšanai, medicīnas ierīču, mēbeļu un IT aprīkojuma iegādei. Kaut arī tika realizētās četras projektu iesniegumu atlases kārtas, tomēr viss pieejamais finansējums netika piesaistīts ģimenes ārstu projektu attīstībai un rezultātā sniegts atbalsts 486 ģimenes ārstu praksēm, īstenojot 279 projektus par kopējo finansējumu 3 783 605 *euro*. 60% atbalstītās prakses atrodas reģionos ārpus Rīgas un Pierīgas. Atbalsts tai skaitā tika sniegts arī ģimenes ārstu kopprakšu attīstībai, kā rezultātā atbalstu 2 490 256 *euro* apmērā saņēma 43 ģimenes ārstu kopprakses, kurās ir apvienotas aptuveni puse jeb 53 % (256 ārstu prakses) no visu atbalstīto ārstu prakšu skaita. Izveidotajās koppraksēs vidēji apvienojās 5 līdz 6 ģimenes ārstu prakses. 70% no ģimenes ārstu koppraksēm tika izveidotas teritorijās ārpus Rīgas.
3. ERAF 3.1.5.1.2.apakšaktivitātes „Veselības aprūpes centru attīstība”” ietvaros tika sniegts atbalsts par kopējo finansējumu 6 517 951 *euro* apmērā, atbalstot 25 ambulatoros veselības aprūpes centrus, kuri saņēma atbalstu infrastruktūras attīstībai pārprofilējoties no stacionārā pakalpojuma sniedzējiem uz ambulatorajiem. Šeit lielākā daļa no finansējuma saņēmējiem attīstīja ambulatoro pakalpojumu infrastruktūru pakalpojumu sniegšanai attālinātajās Latvijas teritorijās.
4. ERAF 3.1.5.3.1.apkšaktivitātes „Stacionārās veselības aprūpes attīstība” ietvaros par pieejamo finansējumu 190 225 442 *euro* stacionārās ārstniecības iestādes veica ieguldījumus ambulatorā sektora attīstībai, renovēja, rekonstruēja telpas, iegādājās medicīniskās iekārtas un aprīkojumu tostarp dienas stacionāru attīstībai, ambulatoro pakalpojumu un manipulāciju attīstībai. Vienlaikus ERAF 3.1.5.3.2.apakšaktivitātes „Onkoloģijas slimnieku radioterapijas ārstēšanas attīstība” ietvaros 2009.gadā tika sniegts atbalsts 13 822 268 *euro* apmērā onkoloģijas ārstniecības attīstībai, iegādājoties četrus lineāros paātrinātājus četrām onkoloģijas ārstēšanas pakalpojumu sniedzējiem gan Rīgā, gan reģionos.
5. Atsevišķas ārstniecības iestādes šajā periodā īstenoja valsts galvoto aizdevumu projektus, lai veicinātu ārstniecības iestāžu turpmāku attīstību, sakārtojot infrastruktūru, nodrošinot sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, izmaksu efektivitāti un racionālu pieejamību. Valsts galvoto aizdevumu projektu realizācijas rezultātā tika ievērojami uzlabota psihiatrijas profila slimnīcu infrastruktūra (kopējais projektu finansējums 41 433 374 *euro*), kā arī klīnisko universitāšu slimnīcu infrastruktūra (kopējais projektu finansējums 147 701 600 *euro*).
6. Nodrošinot pakalpojumu pieejamību, jo īpaši reģionos tika sniegts atbalsts ERAF 3.1.5.2. aktivitātes „Neatliekamās medicīniskās palīdzības attīstība” ietvaros. Par kopējo finansējumu 29 991 9226 *euro* tika īstenoti sistēmas centralizācijai nepieciešamie pasākumi (tai skaitā dispečeru punktu centralizācija, vienotas IT sistēmas izveide, jaunu operatīvo medicīnas transporta līdzekļu iegāde, NMP sniegšanai operatīvajos medicīnas transporta līdzekļos nepieciešamo iekārtu un aprīkojumu iegādes), tostarp par 16 639 488 *euro* tika papildināts OMT autoparks un iegādātas 159 OMT, kas tiešā veidā nodrošina pieejamību savlaicīgai veselības aprūpei reģionos dzīvojošiem iedzīvotājiem.
7. ESF 1.3.2.3.aktvitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” ietvaros sniegts atbalsts 16 075 689 *euro* apmērā ārstniecības personu kvalifikācijas celšanai un cilvēkresursu pārkvalifikācijai atbilstoši veselības reformām. Kopā atbalstu saņēmuši 47 685 veselības aprūpes, NMP un veselības veicināšanas profesionāļi.
8. Analizējot statistikas rādītājus, var secināt, ka veiktās veselības nozares reformas (tai skaitā izmantojot ES fondu investīcijas) uzlaboja sabiedrības veselības stāvokli, neskatoties uz to, ka ekonomikas krīzes laikā tika samazināts valsts finansējums veselības nozarei[[30]](#footnote-30). Veiktās reformas nodrošināja veselības nozares finansējuma restrukturizāciju pa aprūpes līmeņiem un ārstniecības iestādēm, savukārt ieguldījumi infrastruktūrā palīdzēja saglabāt pakalpojumu pieejamību un paaugstināt to kvalitāti. Tādēļ turpmākajā periodā svarīgi nodrošināt uzsākto veselības nozares reformu ieviešanas turpināšanu, paaugstinot veselības nozares efektivitāti.

# 4. Resursu plānošana 2020. un 2025.gadam

1. Pasaules Bankas pētījuma pieejamie rezultāti apstiprina nepieciešamību turpināt iepriekšējos gados uzsāktās reformas. Pasaules Bankas pētījuma politikas rekomendācijās tiek aicināts Latvijai koncentrēties uz šādām reformām:
   1. Kvalitātes nodrošināšanas sistēmas attīstība;
   2. Veselības aprūpes finansēšanas pārvaldības reforma;
   3. Integrētās veselības pārvaldības un informācijas sistēmu attīstība;
   4. Pakāpeniskas investīcijas veselības aprūpes infrastruktūrā un cilvēkresursos.[[31]](#footnote-31)
2. Lai nodrošinātu savstarpēji saskaņotu reformu ieviešanu VM, balstoties uz Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.-2020.gadam, Pasaules Bankas pētījuma rezultātiem un citu informāciju un analīzēm, izstrādā veselības nozares politikas plānošanas dokumentu.
3. Atbilstoši Pasaules Bankas politikas rekomendācijām, lai nodrošinātu savlaicīgu pieejamību augsta līmeņa veselības aprūpes pakalpojumiem, nepieciešams nekavējoties veikt investīcijas terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcās, kā arī monoprofila iestādēs, kas nodrošina rehabilitācijas, dzemdību palīdzības, jaundzimušo un zīdaiņu aprūpi, kā arī traumatoloģijas pakalpojumu sniegšanu. Lokālā līmeņa slimnīcu, psihiatrijas aprūpes, kā arī ambulatorās aprūpes attīstības vajadzību noteikšanai būtu nepieciešamas veikt papildu apjomīgus un laikietilpīgus pasākumus, piemēram, analizēt stratēģiskās iepirkšanas sistēmas ieviešanas ietekmi.[[32]](#footnote-32)
4. Arī galvenie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkla analīzes un prognozēšanas secinājumi norāda, ka demogrāfiskās izmaiņas un pacientu plūsma neietekmēs esošo augstās intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu tīklu tādā mērā, lai kādai no ārstniecības iestādēm būtu jāpazemina intensitātes līmenis. Tomēr attiecībā uz pārējām stacionārajām ārstniecības iestādēm ir iespējama līmeņa un funkciju maiņa un pārprofilēšana par cita līmeņa ārstniecības iestādi, ar mērķi pacientu plūsmu koncentrēt atbilstoša līmeņa, atbilstoši aprīkotās un ar atbilstošiem speciālistiem nodrošinātās slimnīcās

## 4.1. Ārstniecības iestāžu tīkla optimizēšanas pamatprincipi

1. Ārstniecības iestāžu reformu mērķi:
   1. Pamatpakalpojumu teritoriālā pieejamība iedzīvotājiem;
   2. Komplicētu veselības aprūpes pakalpojumu koncentrēšana uzlabojot sniegto pakalpojumu kvalitāti;
   3. Pacientu hospitalizācija diagnozei atbilstošā līmeņa slimnīcā atbilstošā laikā.
2. tabula

**Kritēriji ārstniecības iestāžu tīkla optimizēšanai**

|  |  |
| --- | --- |
| Pieeja | Pamatojums |
| Paplašināt iedzīvotājiem piekļuvi specializētai veselības aprūpei | Specializētu pakalpojumu decentralizācija, lai nodrošinātu pieejamību visiem iedzīvotājiem (piemēram, insulta vienības, perinatālās aprūpes centri) |
| Palielināt ambulatoro pakalpojumu klāstu un apjomu | Nodrošināt teritoriālo pieejamību iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumiem |
| Hronisku pacientu atbilstošas aprūpes nodrošināšana | Pieaugs nepieciešamība pēc dienas stacionāra pakalpojumiem un ilgtermiņa aprūpes iestādēm. To ietekmēs arī deinstitucionalizācija garīgo (psihisko) saslimšanu un atkarības pacientu ārstēšanā  Ņemot vērā demogrāfisko situāciju, nepieciešams attīstīt hronisko pacientu aprūpes nodrošināšanu |
| Augsta līmeņa specializētas veselības aprūpes pakalpojumu centralizācija | Lai nodrošinātu augsta līmeņa pakalpojumus atbilstošā apjomā un kvalitātē (piemēram, onkoloģija, invazīvā kardioloģija, transplantoloģija u.c.) |
| Ģeogrāfiskā pieejamība | NMP pakalpojumu saņemšana atbilstošā laikā – SMPP, pirmsslimnīcas etapa NMP, slimnīcu plānojums |
| Optimāls resursu nodrošinājums atbilstoši sniedzamajiem pakalpojumiem | Atbilstoši ārstniecības iestādes sniedzamajiem pakalpojumiem plānot cilvēkresursus, medicīnas ierīces, infrastruktūru, kas definēti kā kritēriji maksājot par pakalpojumu |

1. Saskaņā ar .tabulā minētajiem kritērijiem, kas izstrādāti balstoties uz Pasaules Bankas ieteikumiem, slimnīcu tīkla optimizēšanai ļoti specializēta veselības aprūpe būtu jācentralizē un pacientu plūsma jāvirza uz atbilstoša līmeņa slimnīcu, kurā var nodrošināt kvalitatīvu medicīnisko palīdzību. Taču vienlaikus jāveido veselības aprūpes pakalpojumu tīkls, lai pacienti varētu saņemt nepieciešamo palīdzību tuvāk savai dzīvesvietai gadījumos, kad stacionēšana nav nepieciešama.
2. Pasaules Banka atzīmē, ka vairākos pētījumos dokumentēta saikne starp pakalpojumu apjomu (minimālais pakalpojumu skaits, lai nodrošinātu atbilstošu kvalitāti) un rezultātiem – kas norāda, ka zemāki aprūpes apjomi nodrošina zemāku aprūpes kvalitāti[[33]](#footnote-33). Atsevišķos pētījumos tiek secināts, ka, piemēram ASV, būtu iespējams novērst ap 11 000 nāves gadījumu trīs gadu laikā, ja pacienti, kuri devās uz zemākas intensitātes slimnīcām saņemtu tādas pašas kvalitātes aprūpi kā augstas intensitātes slimnīcās[[34]](#footnote-34).
3. Svarīgi piebilst, ka apjoms ir tikai viens no veselības rezultātu komponentiem. Izmantojot procedūru skaitu kā kvalitātes rādītāju, jāņem vērā citi aprūpes komponenti, ne tikai procedūru apjoma rādītāji[[35]](#footnote-35). Saikne starp apjomu un rezultātiem atspoguļo pamatā esošos aprūpes strukturālos un procesa komponentus, piemēram, specializēti darbinieki, piemērotas operāciju zāles, augstas intensitātes intensīvās aprūpes nodaļas, efektīva profilakse un komplikāciju ārstēšana[[36]](#footnote-36).
4. Ņemot vērā pakalpojuma kvalitātes saistību ar pakalpojuma apjoma nodrošinājumu, ārstniecības iestāžu pārprofilēšana ietver ne tikai pakalpojumu koncentrāciju un paplašināšanu attiecīga līmeņa slimnīcās, lai optimizētu resursus, bet arī nodrošina savlaicīgu piekļuvi slimnīcas pakalpojumiem augstākajos līmeņos īsākā laika periodā (atbilstoši diagnozei pacients tiek nogādāts nekavējoties uz atbilstošā līmeņa slimnīcu, kur var saņemt pilnu pakalpojuma klāstu atbilstoši stāvoklim). Vienlaicīgi svarīgi nodrošināt to, ka pacienti ar neatliekamu stāvokli saņemtu NMP nokļūstot ārstniecības iestādē iespējami ātrāk.
5. Pēc Pasaules Bankas analizētās informācijas, Latvijā joprojām vairāk kā 40% iestāžu ir mazāk kā 100 gultas un lielā daļā iestāžu ir mazāk kā 50 gultas, kas parasti tiek uzskatīts par nepietiekamu skaitu, lai uzturētu akūtas aprūpes iestādi. Lielākā daļa zemākā līmeņa slimnīcu nodrošina veselības aprūpi vietējo vai pašvaldības līmeni, reģionālās slimnīcas sniedz pakalpojumus savos reģionos un valsts līmeņa slimnīcas – visiem Latvijas iedzīvotājiem. Taču praksē, katras slimnīcas reāli uzņemto pacientu analīze liecina, ka, būtu jāņem vērā dažādas iedzīvotāju zonas, kas izmantos pakalpojumus balstoties uz reālo pakalpojumu pieejamību iedzīvotāju vidū
6. Optimālais slimnīcas lielums varētu būt vairāk nekā 80 gultas slimnīcā[[37]](#footnote-37). Ieteicamais gultu skaits nodaļās atsaucoties uz Pasaules Bankas rekomendācijām, atkarībā no nodaļas profila, varētu būt 20 un vairāk gultas. Tomēr vērtējot situāciju veselības nozarē Latvijā kopumā, demogrāfisko situāciju, pacientu plūsmu un citus faktorus atbilstoši reālajai situācijai tiks veidots optimālais gultu skaits nodaļās.
7. Gan Pasaules Bankas veiktā analīze, gan starptautiskie valstu rādītāji liecina par to, ka Latvijā kopējo slimnīcu gultu skaitu ir iespējams optimizēt.

## 4.2. Prioritāro veselības jomu saslimstības prognozes

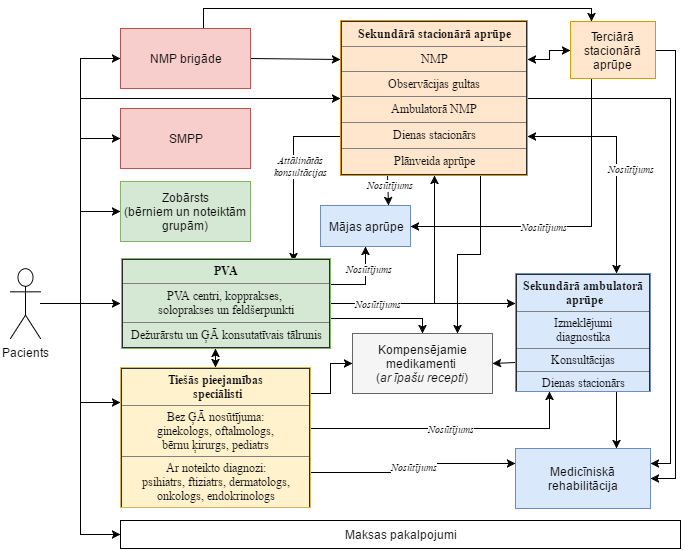
1. Balstoties uz Pasaules Bankas iedzīvotāju skaita prognozēm, sagaidāms, ka sirds un asinsvadu slimību aprūpes pieprasījums pieaugs par 20 procentiem tuvāko desmit gadu laikā.[[38]](#footnote-38) Tas saistīts ar demogrāfijas izmaiņām un pieaugošu šo slimību izplatību, kas nosaka nepieciešamību paplašināt specializētas (terciārās) kardioloģiskās aprūpes pakalpojumu apjomu.
2. Ņemot vērā diagnosticēšanas pilnveidošanas, skrīninga, novecošanās un saslimstības struktūras izmaiņas, turpmākajos gados prognozējams arī mērens ļaundabīgo audzēju saslimstības pieaugums (izplatība palielināsies līdz 21,2 stacionārā ārstētiem pacientiem uz 1000 iedzīvotājiem audzēju slimību grupā 2020.gadā un 23,9 2025.gadā). Salīdzinoši 2015.gadā šis rādītājs bija 18,2 pacientu uz 1000 iedzīvotājiem.[[39]](#footnote-39) Jāatzīmē, ka pieaugs arī agrīnās stadijās atklāto vēža formu īpatsvars, kā arī palielināsies pacientu dzīvildze.
3. Vienlaikus jāatzīmē arī dzimstības palielinājumu aptuveni par 20%, kas paredz tuvāko 10 gadu laikā palielināties arī kopējam bērnu skaitam, pieņemot, ka saslimstības līmeņa struktūra saglabāsies līdzīga pašreizējai.[[40]](#footnote-40)
4. Saistībā ar tendencēm psihiatrijas jomā būtiska loma ir sabiedrības aizspriedumu mazināšanai pret cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem, kā arī ambulatoro psihiatrijas pakalpojumu attīstīšana, jo psihisko un uzvedības traucējumu ārstēšanā joprojām ir liels stacionārā sniegto pakalpojumu īpatsvars.[[41]](#footnote-41) Pāreja uz lielāku sabiedrībā balstītu garīgās (psihiskās) veselības aprūpes pakalpojumu attīstību, varētu ievērojami mazināt hospitalizācijas gadījumu skaitu, nostiprinot ambulatoro pieejamību.[[42]](#footnote-42)

## 4.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls

1. Kārtība, kādā iedzīvotāji var saņemt nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus, noteikta normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas jautājumiem. Kārtība paredz organizēto pacienta virzība nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai,.
2. Veselības aprūpes pakalpojumi ir:
   1. Neatliekamā medicīniskā palīdzība;
   2. Ambulatorā veselības aprūpe (Primārās veselības aprūpes pakalpojumi, ko nodrošina ģimenes ārsts un viņa praksē nodarbinātās ārstniecības personas, kā arī veselības aprūpe mājās, un sekundārās un terciārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, kas ietver vecmātes vai ārsta, kurš specializējies noteiktā specialitātē, un citu ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu sniegtos pakalpojumus, laboratoriskos un vizuālās diagnostikas izmeklējumus, dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu steidzamās medicīniskās palīdzības punktos un stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās, ja persona netiek stacionēta);
   3. Stacionārā veselības aprūpe;
   4. Zāles un medicīniskās ierīces.

attēls

**Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls**



1. Šī ziņojuma 19.attēlā atspoguļotais veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkls veidots atbilstoši esošajam veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizācijas modelim, kas papildināts ar atsevišķiem elementiem, kas izriet no šī ziņojumā paredzētajiem pasākumiem, tai skaitā:
   1. ģimenes ārstu iespēja saņemt attālinātās konsultācijas no stacionāro iestāžu speciālistiem;
   2. ģimenes ārstu attīstības vīzija, kas paredz ģimenes ārstu prakšu koncentrāciju PVA centros un koppraksēs, nodrošinot kompleksa pieeju PVA pakalpojumu sniegšanā;
   3. iezīmēta sadarbības uzlabošanas nepieciešamība starp slimnīcu aprūpes līmeņiem un ar sociāliem dienestiem un citiem sektoriem.
2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīklu paredzēts attīstīt un papildināt ar papildus elementiem, kas tiks identificēti izstrādājot nacionālo politikas plānošanas dokumentu.

## 4.4. Primārās veselības aprūpes attīstība

1. Kā minēts 4.1.nodaļā pie ārstniecības iestāžu optimizācijas pamatprincipiem svarīgi nodrošināt ne tikai komplicēto veselības aprūpes pakalpojumu koncentrēšanu augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestādēs, bet arī uzlabot pamata veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, tuvinot tos iedzīvotāju dzīves vietai, tādējādi veidojot pamatu integrētai veselības aprūpes sistēmai, kuras centrā ir pacients. Ģimenes ārstam ir jābūt centrālajai personai, kas virza pacientu veselības sistēmas ietvaros un koordinē ārstēšanas procesu gan horizontāli, gan vertikāli.
2. PVA pakalpojumu attīstības ietvaros ir nepieciešams stiprināt PVA „vārtu vērēja” lomu veselības aprūpē, lai veicinātu koordinētas un pēctecīgas veselības aprūpes nodrošināšanu, kā arī novērstu nepamatotu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu apmeklēšanu, tādējādi uzlabojot speciālistu pieejamību, mazinot gaidīšanas rindas. Šī mērķa sasniegšanai nepieciešams pārskatīt nosacījumus attiecībā uz tiešās pieejamības speciālistiem Latvijā, kā arī stiprināt ģimenes ārsta kapacitāti un resursus, lai iedzīvotāji ar savu veselības stāvokli saistītos jautājumos vispirms risinātu PVA līmenī.
3. PVA pakalpojumu attīstības ietvaros ir nepieciešams palielināt PVA pakalpojumu īpatsvaru no kopējā ambulatoro apmeklējumu apjoma un PVA kompetences, vienlaicīgi ņemot vērā ģimenes ārstu kapacitāti un resursus pakalpojumu apjoma pieauguma nodrošināšanai. Nepieciešams attīstīt ģimenes ārstu prakšu tīklu, uzlabot komandas darbu, kā arī paplašināt ģimenes ārsta un viņa komandas kompetenci un motivāciju iesaistīties ne tikai slimību diagnostikā un ārstēšanā, bet arī veselības veicināšanā un slimību profilaksē. Svarīga ir arī ģimenes ārstu un sociālo dienestu savstarpējās sadarbības jautājumu risināšana, jo atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas definīcijai „veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, nevis tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem” [[43]](#footnote-43).
4. Nodrošinot PVA attīstību, paredzēts izvērtēt ģimenes ārstu skaitu un pārskatīt ģimenes ārstu darba kvalitātes kritērijus. Līdz 2025.gadam plānots tuvināt pie ģimenes ārsta pierakstīto vidējo pacientu skaitu līdz 1 500 (pēc 2015.gada datiem 35.5% ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaits ir no 1400 līdz 1800). Tiks veicināta ģimenes ārstu kopprakšu veidošana un ģimenes ārstu tīkla sistematizēšana, tomēr atbalsts infrastruktūras attīstībai netiks sniegts tām ģimenes ārstu praksēm, kuras atbalstu saņēma ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā.
5. Vienlaikus tiks turpināts darbs pie dežūrārstu tīkla attīstības un funkciju pārskatīšanas (izvietojums, darba laiks ārpus ģimenes ārsta darba laika utt.), lai nodrošinātu pacientiem pieejamību vienmērīgi visā teritorijā.
6. Ar ģimenes ārstu palīdzību nepieciešamas attīstīt veselības aprūpes pamatpakalpojumu pieejamību, stiprinot ģimenes ārstu zināšanas attiecīgajās jomās un nodrošinot iespējas ģimenes ārstiem konsultēties ar attiecīgās jomas speciālistiem.
7. Medicīnas aprūpes pakalpojumi mājās tiek nodrošināti visā valsts teritorijā, tomēr nav pietiekama pieejamība rehabilitācijas pakalpojumiem mājas aprūpē, kas galvenokārt saistīts ar cilvēkresursu trūkumu.
8. Optimizējot ārstniecības iestāžu tīklu, tiek pārskatīta arī SMPP koncepcija, kas turpmāk trīs līmeņu vietā tiks nodrošināta divos līmeņos:
   1. I līmeņa SMPP sniedz NMP vismaz 12 stundas diennaktī. SMPP strādā ārsts (speciālists) un ārsta palīgs. SMPP sniedz palīdzību saslimšanu un ambulatoru traumu gadījumā. Ir iespēja veikt RTG diagnostiku, EKG, analīzes. I līmeņa SMPP pārēja uz vismaz 12 stundu darba laiku saistītā ar to, ka nakts stundās I līmeņa SMPP apmeklējumu skaits ir neliels, kā arī jāatzīmē, ka NMP dienests neved pacientus uz I līmeņa SMPP un tas orientēts uz pacientiem, kuri ierodas SMPP paši. Piemēram, Saldus SMPP 2016.gada oktobrī no plkst.20:00 līdz pulkst.6:00 bija 36 apmeklējumi. I līmeņa SMPP nodrošinās ambulatoros pakalpojumus iedzīvotājiem, tādējādi uzlabojot pieejamību pacientiem neatliekamās medicīniskās palīdzības un akūtās palīdzības gadījumos (tajā skaitā ārpus ģimenes ārstu darba laika). Pacientiem, kuriem nav nepieciešama neatliekama hospitalizācija un nepieciešama ambulatora palīdzība (vieglas traumas, hronisku slimību paasinājumi utt.) būs iespēja vērsties I līmeņa SMPP, lai saņemtu neatliekamo palīdzību iespējami tuvāk dzīvesvietai.
   2. II līmeņa SMPP iedzīvotājiem nodrošina diennakts akūto palīdzību akūtu saslimšanu vai traumu gadījumos, kad nav apdraudēta pacienta dzīvība. Iespējama pacienta novērošana observācijas gultā līdz 4 stundām (observācija), lai veiktu diferenciālo diagnostiku un novērtētu pacienta stāvokli. Situācijās, kad saslimšanas vai traumas dēļ tiek apdraudēta pacienta dzīvība, SMPP punktā strādājošās ārstniecības personas nosūta pacientu uz atbilstošu veselības aprūpes līmeņa slimnīcu, lai sniegtu atbilstošu medicīnisko palīdzību. SMPP punktā palīdzību 24 stundas diennaktī nodrošina – internists, ķirurgs un divas māsas.
9. PVA stiprināšanai ES fondu ietvaros 2014.-2020.gada plānošanas periodā paredzēts finansējums šādu specifisko atbalsta mērķu ietvaros:
   1. SAM 9.2.3. ietvaros atbalsts paredzēts kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādei un ieviešanai, kas ļaus īstenot visaptverošu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu, tai skaitā primārajā veselības aprūpē;
   2. SAM 9.2.4. ietvaros atbalsts paredzēts veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumiem, kuru īstenošanā pašvaldību līmenī plānots iesaistīt ģimenes ārstus;
   3. SAM 9.2.5. ietvaros atbalsts paredzēts ģimenes ārstu, ārstu palīgu un māsu piesaistei darbam Latvijas reģionos ārpus Rīgas;
   4. SAM 9.2.6. ietvaros atbalsts paredzēts ģimenes ārsta komandas un citu PVA speciālistu kompetences paaugstināšanai caur tālākizglītības kursiem, kā arī sociālo darbinieku apmācībai sabiedrības veselības jautājumos;
   5. SAM 9.3.2. ietvaros PVA infrastruktūras attīstībai finansējums paredzēts 3. – 4. projektu iesniegumu atlases kārtās.
10. Izvērtējot PVA pakalpojumu sniedzēju infrastruktūras attīstības investīciju vajadzības, var secināt, ka kopā nepieciešamais finansējums ir 4,5 *milj.euro*, kas aprēķināts ņemot vērā šādus pieņēmumus:
    1. Vidējās vienas prakses attīstības izmaksas, ņemot vērā Pasaules Bankas metodoloģiju attīstības izmaksas balstītas uz iepriekšējā perioda izmaksām, noteiktas atbilstoši ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas perioda 3.1.5.1.1.apakšaktivitātes „Ģimenes ārstu tīkla attīstība” vienas prakses vidējām attīstības izmaksām – t.i. 7 785 *euro*;
    2. Investīcijas vajadzības noteiktās tikai kopprakšu un PVA centru ģimenes ārstu praksēm, jo individuālo prakšu attīstība neprasa ievērojamus vienreizējus ieguldījumus, kā arī individuālo prakšu attīstība veido nesamērīgo administratīvo slogu uz finanšu instrumenta apsaimniekotāju un finansējuma saņēmēju;
    3. Kopējais plānotais kopprakšu un PVA centru ģimenes ārstu prakšu skaits 2025.gadā ir 831, pie nosacījuma, ka uz vienu praksi 1 600 pacienti un pieņemamais attālums no pacienta dzīves vietas līdz praksei ir 5 km;
    4. Attīstāmo ģimenes ārstu prakšu skaits ir samazināts par ģimenes ārstu prakšu skaitu, kas ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas perioda 3.1.5.1.1.apakšaktivitātes „Ģimenes ārstu tīkla attīstība” ietvaros saņēmusi atbalstu kopprakses ietvaros (256 ģimenes ārstu prakses).

## 4.5. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes attīstība

1. Atbilstoši Pasaules Bankas veiktajam ambulatorās veselības aprūpes izvērtējumam, tiek prognozēts, ka 2020.gadā valstī kopējais ambulatoro apmeklējumu skaits būs vismaz 12 880 839, savukārt 2025.gadā 12 414 607[[44]](#footnote-44), kas salīdzinājumā ar 2015.gadu ir vairāk par 11,2% 2020.gadā un 7% 2025.gadā.
2. Sekundārie ambulatorie pakalpojumi kopā ar PVA pakalpojumiem nodrošina pamata veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem. Ņemot vērā ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūras sadrumstalotību un plānoto ambulatoro pakalpojumu apjoma pieaugumu, ir nepieciešams pārskatīt valsts, pašvaldības un privāto ārstniecības iestāžu lomu un funkciju apjomu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, nosakot kritērijus līguma slēgšanai[[45]](#footnote-45). Nepieciešams izvērtēt tiešās pieejamības speciālistu skaitu un pakalpojumu apjomu. Papildus būtu nepieciešams noteikt sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu komplektēšanu, kas ļautu mērīt pacientam iegūto rezultātu.
3. Atbilstoši Pasaules Bankas pētījuma rekomendācijām sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību būtu jānodrošina sekojoši:
   1. ambulatoro speciālistu pakalpojumi pieejami ambulatorajos veselības centros teritorijās ar 10 000 cilvēkiem un vairāk, šādās pamatspecialitātēs: internā medicīna, pediatrija, dzemdniecība un ginekoloģija un vispārējā ķirurģija;
   2. ambulatoro speciālisti iepriekšējā apakšpunktā neminētajās specialitātēs pieejami II līmeņa un III līmeņa slimnīcu ambulatorajās daļās.[[46]](#footnote-46)
4. Turpinot iepriekšējā periodā uzsākto ambulatoro pakalpojumu stiprināšanu pie stacionārajām ārstniecības iestādēm un stacionāro iestāžu pārprofilēšanu par ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem, plānots uzlabot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes, tai skaitā dienas stacionāra aprūpes, pakalpojumu kvalitāti un pieejamību. Attīstot ambulatoros pakalpojumus, slimnīcās var elastīgāk izmantot cilvēkresursus, uzlabot diagnostikas pieejamību un efektīvāk izmantot tehnoloģijas, kā arī nodrošināt kvalitatīvāku pacientu ārstēšanu procesu nepārtrauktību un pēctecību. Aktīva ambulatorā daļa paaugstina slimnīcas produktivitāti un uzlabo tās efektivitāti[[47]](#footnote-47).
5. Nepieciešams skaidri definēt dienas stacionārā sniedzamos veselības aprūpes pakalpojumus, nodalot no diennakts stacionārā sniedzamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, lai tiktu nodrošināta atbilstošā kvalitāte un pacientu drošība.
6. Svarīgi nodrošināt ne tikai kopējā ambulatoro pakalpojumu skaita palielināšanu, bet arī nodrošināt, ka valsts budžeta finansēto ambulatoro pakalpojumu īpatsvars arī palielinās.
7. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes attīstībai ES fondu ietvaros 2014.-2020.gada plānošanas periodā paredzēts finansējums šādu specifisko atbalsta mērķu ietvaros:
   1. SAM 9.2.3. ietvaros atbalsts paredzēts kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādei un ieviešanai, kas ļaus īstenot visaptverošu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu, tai skaitā sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē;
   2. SAM 9.2.5. ietvaros atbalsts paredzēts ambulatoro psihiatru piesaistei darbam Latvijas reģionos ārpus Rīgas, kā arī citu speciālistu piesaistei darbam stacionārajās ārstniecības iestādēs ārpus Rīgas, kas paralēli iesaistīsies ambulatoro pakalpojumu sniegšanā;
   3. SAM 9.2.6. ietvaros atbalsts paredzēts ambulatoro speciālistu kompetences paaugstināšanai caur tālākizglītības kursiem;
   4. SAM 9.3.2. ietvaros sekundārās ambulatorās aprūpes infrastruktūras attīstībai finansējums paredzēts gan 1. – 2. projektu iesniegumu atlases kārtās, atbalstot augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu ambulatoro nodaļu attīstību, gan 3. – 4. projektu iesniegumu atlases kārtās atbalstot pārējo stacionāro ārstniecības iestāžu ambulatoro nodaļu attīstību.
8. Izvērtējot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes infrastruktūras attīstības investīciju vajadzības, var secināt, ka kopā nepieciešamais finansējums ir 93,7 *milj.euro*, kas aprēķināts ņemot vērā šādas vajadzības un pieņēmumus:
   1. Augstās intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu ambulatoro nodaļu telpu atjaunošanas vajadzības 48 *milj.euro* apmērā (detalizēto aprēķinu skatīt 4.7.4.sadaļā);
   2. Augstās intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu nozīmīgākās medicīniskās iekārtas daļēji tiek izmantotas ambulatoro pakalpojumu veikšanai un finansiālā izteiksmē nozīmīgāko medicīnisko iekārtu iegādei nepieciešamo investīciju daļa 29,2 *milj.euro* apmērā attiecās uz ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (detalizēto kopējo iekārtu attīstības vajadzību aprēķinu skatīt 4.7.3.sadaļā);
   3. Pārējo stacionāro ārstniecības iestāžu ambulatoro nodaļu telpu atjaunošanas vajadzības 12 *milj.euro* apmērā, kas noteikts balstoties uz vidējo I un II līmeņa slimnīcu ambulatoro nodaļu platību 1 200 m2 apmērā un vidējām telpu atjaunošanas izmaksām, ņemot vērā Pasaules Bankas metodoloģiju attīstības izmaksas balstītas uz iepriekšējā perioda izmaksām;
   4. Pārējo stacionāro ārstniecības iestāžu nozīmīgāko medicīnisko iekārtu attīstības vajadzības, kas noteiktas balstoties uz starptautiskajiem standartiem, iestāžu apkalpes zonā esošo iedzīvotāju skaitu un iestāžu sniedzamo pakalpojumu iespējamo klāstu un kas attiecas uz ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ir 4,4 *milj.euro* apmērā. Iekārtu izmaksas noteiktas atbilstoši 17.tabulā norādītajām iekārtu izmaksām.
9. Kaut arī sekundārās ambulatorās veselības aprūpes attīstības vajadzību aprēķins ir indikatīvs, tomēr jāatzīmē, ka uz augstās intensitātes stacionārajām ārstniecības iestādēm attiecas 82,5% no sekundārās ambulatorās veselības aprūpes identificētajām attīstības vajadzībām.
10. Jāatzīmē, ka atbilstoši Pasaules Banka ziņojumam „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” ambulatoros pakalpojumus attīstīt teritorijās ar iedzīvotāju skaitu virs 10 000 uz slimnīcu ambulatoro nodaļu pamata – Latgalē ambulatoros centrus ieteikts attīstīt Balvos, Ludzā, Preiļos, Krāslavā, Līvānos, Rēzeknē un Daugavpilī, kas arī atbilst I – III līmeņa stacionāro ārstniecības iestāžu izvietojumam.
11. Īpaša situācija veidojas Rīgā, kur ambulatoros pakalpojumus liels pakalpojumu sniedzēju skaits un kur pastāv ievērojama konkurence starp pakalpojumu sniedzējiem, gan attiecībā uz valsts apmaksātajiem pakalpojumiem, gan attiecībā uz maksas pakalpojumiem. Arī Pasaules Banka savā ziņojumā norāda, ka ambulatorā aprūpe Rīgā ir labi attīstīta, līdz ar to investīcijas ambulatorās aprūpes attīstībai Rīga nav paredzētas, izņemot stacionāro ārstniecības iestāžu medicīnas iekārtās, kas izmantojamas gan stacionāro, gan ambulatoro pakalpojumu sniegšanai.

## 4.6. Pirmsslimnīcas neatliekamā medicīniskā palīdzības attīstība

1. Kā minēts 4.1. nodaļā, ārstniecības iestāžu optimizācijas viens no pamatprincipiem paredz iespējami ātru pacientu nogādāšanu tuvākajā atbilstoša līmeņa slimnīcā, lai savlaicīgi saņemtu kvalitatīvu veselības aprūpi, plānojot, organizējot un nodrošinot pirmsslimnīcas NMP pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem teritorijā. Šī pamatprincipa realizācijai pirmsslimnīcas etapā būtiskā loma ir
   1. atbilstoši kvalificēta un apmācīta personāla nodrošinājums;
   2. atbilstoša materiāli tehniskā bāze (medicīnas iekārtas, aprīkojums; pacientu transportēšanas līdzekļi).
2. Iepriekšējā periodā tika veikta NMP pakalpojumu sniedzēju apvienošana vienotā valsts NMP dienestā, atbalstot šo procesu gan ar investīcijām vienotā dispečeru dienesta izveidē un autoparkā nomaiņā. Savukārt, veicot stacionāro ārstniecības iestāžu tīkla izmaiņas, notiks pirmsslimnīcas NMP sniedzēju tīkla pārskatīšana un tiks izvērtēts NMP brigāžu un punktu izvietojums un skaits, lai nodrošinātu savlaicīgu ierašanos pie pacientiem un nogādāšanu atbilstoša līmeņa slimnīcā, lai pacienti ar attiecīgu diagnozi saņemtu kvalitatīvu ārstēšanu iespējami ātrāk.
3. Pie noteiktām izmaiņām dažādu līmeņu slimnīcu kartējumā, NMP dienests nodrošinot NMP un specializēto medicīnisko palīdzību, ir jāizvērtē alternatīvi risinājumi pacientu medicīniskai transportēšanai.
4. Pie attiecīga resursu nodrošinājuma, būtu nepieciešams paaugstināt normatīvajos dokumentos noteiktos kontroles laikus attiecībā uz brigāžu savlaicīgu ierašanos pie pacienta, nosakot, ka 90 % gadījumu ne vēlāk kā 15 minūšu laikā apkalpo izsaukumus dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos pilsētās, bet 80 % gadījumus ne vēlāk kā 25 minūšu laikā apkalpo izsaukumus dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos lauku teritorijās.
5. Pirmsslimnīcas NMP attīstībai ES fondu ietvaros 2014.-2020.gada plānošanas periodā paredzēts finansējums šādu specifisko atbalsta mērķu ietvaros:
   1. SAM 9.2.3. ietvaros atbalsts paredzēts kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādei un ieviešanai, kas ļaus īstenot visaptverošu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu, tai skaitā pirmsslimnīcas NMP;
   2. SAM 9.2.5. ietvaros atbalsts paredzēts atbalstīt arī speciālistu piesaisti darbam NMP dienestā ārpus Rīgas;
   3. SAM 9.2.6. ietvaros atbalsts paredzēts NMP dienesta darbinieku kompetences paaugstināšanai caur tālākizglītības kursiem;
6. Ņemot vērā ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas perioda atbalstus 3.1.5.2. aktivitātes „Neatliekamās medicīniskās palīdzības attīstība” ietvaros un esošo NMP dienesta infrastruktūras labo tehnisko stāvokli, NMP dienesta infrastruktūras attīstība nav prioritāra un līdz ar to nav paredzēts atbalsts pirmsslimnīcas NMP attīstībai SAM 9.3.2. ietvaros.

## 4.7. Stacionārās veselības aprūpes attīstība

1. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju optimizācija balstās uz pamatprincipu, kas paredz komplicēto veselības aprūpes pakalpojumu koncentrēšanu. Stacionāro ārstniecības iestāžu optimizāciju paredzēts nodrošināt divos posmos:
   1. augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu kapacitātes stiprināšana;
   2. pārējo stacionāro ārstniecības iestāžu optimizācija atbilstoši jaunam stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanas / pasūtīšanas modelim, kas paredz pārēju no pasīvas iepirkšanas (finansējuma piešķiršana izmantojot normas, nepietiekama pakalpojumu sniedzēju atlase un nepietiekama kvalitātes uzraudzība) uz stratēģisko iepirkšanu (pakalpojumu sniedzēju atlase, uz sniegumu balstīti maksājumi un kvalitātes uzlabošanas veicināšana).

### 4.7.1. Stacionāro ārstniecības iestāžu līmeņi

1. Plānojot stacionāro ārstniecības iestāžu optimizāciju tika ņemtas vērā demogrāfiskās un saslimstības tendences un prognozes, ņemot par pamatu šī informatīvā ziņojuma un Pasaules Bankas pētījuma analīzes un rekomendācijas.
2. Lai definētu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, ievērojot pakalpojumu koncentrācijas parametrus, slimnīcas tiek iedalītas četros pakalpojumu sniegšanas līmeņos. Katrā līmenī ar atbilstošiem resursiem (cilvēkresursi, medicīniskās ierīces utt.) tiks sniegti attiecīga līmeņa pakalpojumi atbilstošos profilos (skatīt 14.tabulu).
3. **I līmeņa slimnīca** ir ārstniecības iestāde, kurā nodrošina plānveida pacientu uzņemšanu un hronisku pacientu aprūpi. Pacientus uz slimnīcu nosūta ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu.
   1. NMP nodrošināšanai 24 stundas diennaktī pieejamie izmeklējumi: RTG, EKG, analīzes.
   2. Slimnīcā integrēts II līmeņa SMPP.
4. **II līmeņa slimnīca** ir ārstniecības iestāde, kura iedzīvotājiem nodrošina diennakts NMP. Slimnīca nodrošina diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus plānveida un akūtajiem pacientiem, nepieciešamības gadījumos nodrošina pasākumus pacienta veselības stāvokļa stabilizēšanai, lai būtu iespēja pārvest pacientu uz augstāka līmeņa slimnīcu.
   1. Attālums / sasniedzamība līdz 60 minūtēm;
   2. NMP iedzīvotājiem 24 stundas diennaktī nodrošina 5 speciālisti – ķirurgs, anesteziologs/reanimatologs, ginekologs, pediatrs, internists.
   3. NMP 24 stundas diennaktī ir jābūt pieejamiem funkcionālās un vizuālās diagnostikas (RTG, CT, USG, EHO) un laboratoriskajiem pakalpojumiem.
   4. Slimnīca var būt apmācības vieta (prakses vieta) māsu un māsu palīgu programmās studējošiem.
5. **III līmeņa slimnīca** ir ārstniecības iestāde, kura iedzīvotājiem nodrošina diennakts NMP. Slimnīca nodrošina diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus plānveida un akūtajiem pacientiem, nepieciešamības gadījumos nodrošina pasākumus pacienta veselības stāvokļa stabilizēšanai, lai būtu iespēja pārvest pacientu uz augstāka līmeņa slimnīcu. Slimnīca nodrošina insulta vienības darbību.
   1. Attālums / sasniedzamība līdz 90 minūtēm;
   2. NMP iedzīvotājiem 24 stundas diennaktī nodrošina 8 speciālisti (internists, ķirurgs, anesteziologs/reanimatologs, ginekologs, pediatrs, internists, traumatologs, neirologs). Var būt pieejami vairāk speciālisti. Ja slimnīcā nodrošina dzemdībpalīdzību vairāk kā 1000 dzemdībās gadā, tad obligāti jābūt nodrošinātam neonatologam.
   3. NMP nodrošināšanai 24 stundas diennaktī ir jābūt pieejamiem funkcionālās, vizuālās diagnostikas izmeklējumiem: (RTG, CT, USG, MR, EHO) un laboratoriskajiem pakalpojumiem.
   4. Slimnīca var būt apmācības vieta ārstiem rezidentiem, māsām, māsu palīgiem, kā arī pētniecības bāze.
6. **III līmeņa slimnīca ar papildu specializāciju kardioloģijā un onkoloģijā** ir ārstniecības iestāde, kura iedzīvotājiem nodrošina diennakts NMP, diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus plānveida un akūtajiem pacientiem un ir papildus specializējusies kardioloģijas (tajā skaitā invazīvās kardioloģijas) un onkoloģijas jomā. Nodrošina insulta vienības darbību.
   1. Attālums / sasniedzamība līdz 120 minūtēm specializētajiem profiliem;
   2. NMP 24 stundas diennaktī iedzīvotājiem nodrošina 9 līdz 10 speciālisti – ķirurgs, anesteziologs/reanimatologs, psihiatrs (atkarībā no profiliem), ginekologs, pediatrs, internists, traumatologs, neirologs, kardiologs, neiroķirurgs.
   3. NMP nodrošināšanai 24 stundas diennaktī ir jābūt pieejamiem funkcionālās, vizuālās diagnostikas izmeklējumiem: RTG, CT, USG, MR, EHO, angiogrāfam, kā arī iespējām veikt endoskopiskos izmeklējumus un laboratoriskos izmeklējumus.
   4. Slimnīca var būt apmācību vieta ārstiem rezidentiem, māsām, māsu palīgiem, un ārstiem rezidentiem, kā arī pētniecības bāze.
7. **IV līmeņa slimnīca** ir stacionārā ārstniecības iestāde, kura diennakti nodrošina pacientiem neatliekamos, sekundāros un terciāros veselības aprūpes pakalpojumus.
   1. Attālums / sasniedzamība līdz 180 minūtēm terciārā līmeņa pakalpojumiem;
   2. NMP 24 stundas diennaktī iedzīvotājiem nodrošina 10 (8+2 atkarībā no specializācijas profiliem) speciālisti – internists, ķirurgs, anesteziologs/reanimatologs, ginekologs, traumatologs, neirologs, kardiologs, neiroķirurgs, un citi speciālisti NMP sniegšanai atkarībā no universitātes slimnīcas specializācijas profiliem.
   3. Neatliekamās un plānveida medicīniskās palīdzības nodrošināšanai visu diennakti ir jābūt pieejamiem funkcionālās, vizuālās diagnostikas RTG, CT, USG, MR, EHO, angiogrāfam u.c. ierīcēm un laboratoriskajiem pakalpojumiem.
   4. Slimnīca nodrošina diploma un pēcdiploma apmācību medicīnas izglītībā un rezidentūras programmas īstenošanā un veic zinātnisko un pētniecisko darbu ārstniecības jomā. Slimnīca veicina jaunu ārstniecības metožu un medicīnas tehnoloģiju ieviešanu.
8. Tabula

**Slimnīcu obligāto profilu minimālais skaits attiecīga līmeņa slimnīcā**

| IV līmeņa\*\* | III līmeņa | II līmeņa | I līmeņa |
| --- | --- | --- | --- |
| Terapija | Terapija | Terapija | Terapija |
| Hronisku pacientu aprūpe | Hronisku pacientu aprūpe\* | Hronisku pacientu aprūpe | Hronisku pacientu aprūpe |
| Ķirurģija | Ķirurģija | Ķirurģija | - |
| Neiroloģija | Neiroloģija | Neiroloģija | - |
| Ginekoloģija | Ginekoloģija | Ginekoloģija | - |
| Grūtniecības un dzemdību⃰ | Grūtniecības un dzemdību | Grūtniecības un dzemdību | - |
| - | Pediatrija | Pediatrija | - |
| Uroloģija | Uroloģija | - | - |
| Otorinolaringoloģija | Otorinolaringoloģija | - | - |
| Insulta vienība | Insulta vienība | - | - |
| Infekciju⃰ | Infekciju | - | - |
| Traumatoloģija⃰ | Traumatoloģija | - | - |
| Grūtniecības patoloģija⃰ | Grūtniecības patoloģija\* | - | - |
| - | Psihiatrija\* | - | - |
| Rehabilitācija | Rehabilitācija | - | - |
| Kardioloģija | Kardioloģija | - | - |
| Nefroloģija | Nefroloģija\* | - | - |
| Invazīvā kardioloģija | Invazīvā kardioloģija\* | - | - |
| Onkoloģija | Onkoloģija\* | - | - |
| Paliatīvā aprūpe | Paliatīvā aprūpe\* | - | - |
| Pulmonoloģija | Pulmonoloģija\* | - | - |
| Gastroenteroloģija | Gastroenteroloģija\* | - | - |
| Neiroķirurģija | Neiroķirurģija\* | - | - |
| Asinsvadu ķirurģija | Asinsvadu ķirurģija\* | - | - |
| Endokrinoloģija | - | - | - |
| Oftalmoloģija | - | - | - |
| Torakālā ķirurģija | - | - | - |

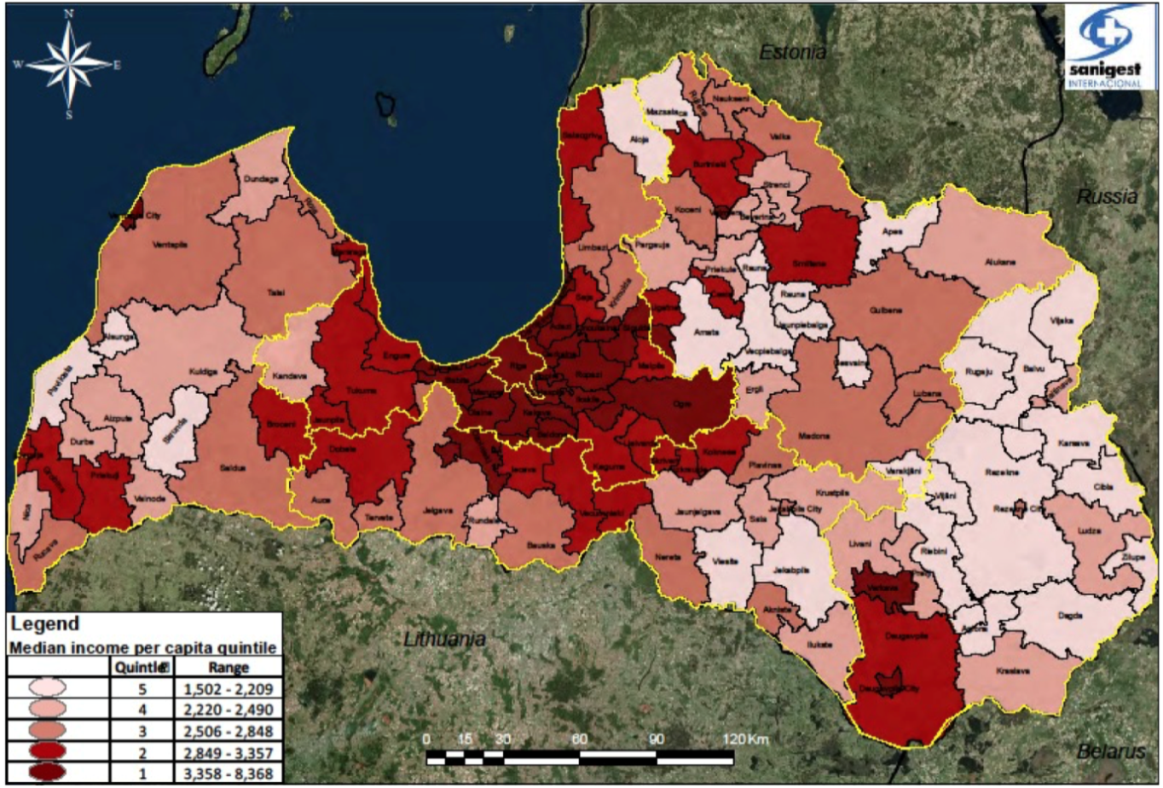
*\* Nodrošina atbilstoši konkrētas slimnīcas specializācijai attiecīgajā profilā*

*\*\* Neattiecās uz specializētām IV līmeņa slimnīcām*

1. **IV līmeņa slimnīca ar specializāciju pediatrijā** ir stacionārā ārstniecības iestāde, kura diennakti nodrošina pacientiem neatliekamos, sekundāros un terciāros veselības aprūpes pakalpojumus.
   1. Attālums / sasniedzamība līdz 180 minūtēm terciārā līmeņa pakalpojumiem;
   2. NMP 24 stundas diennaktī iedzīvotājiem nodrošina 6 speciālisti – pediatrs, bērnu ķirurgs, traumatologs/ortopēds, oftalomologs, kardiologs, anesteziologs/reanimatologs un ja nepieciešams vairāk speciālisti NMP sniegšanai.
   3. Neatliekamās un plānveida medicīniskās palīdzības nodrošināšanai universitātes slimnīcā 24 stundas diennaktī ir jābūt pieejamiem funkcionālās, vizuālās diagnostikas RTG, CT, USG, MR, EHO un laboratoriskajiem pakalpojumiem
   4. Slimnīca nodrošina diploma un pēcdiploma apmācību medicīnas izglītībā un rezidentūras programmas īstenošanā un veic zinātnisko un pētniecisko darbu ārstniecības jomā. Slimnīca veicina jaunu ārstniecības metožu un medicīnas tehnoloģiju ieviešanu.
2. **IV līmeņa slimnīca ar specializāciju traumatoloģijas un ortopēdijas profilā**
   1. NMP 24 stundas diennaktī nodrošina 3 speciālisti – traumatologs/ortopēds, anesteziologs/reanimatologs, radiologs/diagnosts.
   2. NMP nodrošināšanai 24 stundas diennaktī ir jābūt pieejamiem funkcionālās, vizuālās diagnostikas izmeklējumiem: RTG, CT, USG un laboratoriskajiem pakalpojumiem.
   3. Specializētā slimnīca traumatoloģijas un ortopēdijas profilā var būt apmācības vieta ārstiem rezidentiem, māsām, māsu palīgiem, kā arī pētnieciskā bāze.
3. **IV līmeņa slimnīca ar specializāciju grūtnieču aprūpē un dzemdību palīdzības profilā**
   1. NMP 24 stundas diennaktī nodrošina 4 speciālisti – ginekologs/dzemdību speciālists, anesteziologs/reanimatologs, vecmāte, neonatologs.
   2. NMP nodrošināšanai 24 stundas diennaktī ir jābūt pieejamiem funkcionālās, vizuālās diagnostikas izmeklējumiem: USG un laboratoriskajiem pakalpojumiem.
   3. Specializētā slimnīca grūtnieču aprūpes un dzemdību palīdzības profilā var būt apmācības vieta ārstiem rezidentiem, māsām, māsu palīgiem, kā arī pētnieciskā bāze.
4. **IV līmeņa slimnīca ar specializāciju rehabilitācijas profilā**
   1. Nodrošina plānveida ambulatorās un stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus. Diennaktī 24 stundas specializētajā rehabilitācijas profilā slimnīcā pieejams internists.
   2. Specializētā slimnīca rehabilitācijas profilā var būt apmācības vieta ārstiem rezidentiem, māsām, māsu palīgiem, kā arī pētnieciskā bāze.
5. Paredzēts, ka NVD slēgs līgumus ar ārstniecības iestādēm par stacionāro pakalpojumu sniegšanu, nosākot obligāto profilu minimālo skaitu atbilstoši ārstniecības iestādes līmenim. Gadījumā, ja slimnīca nevar nodrošināt kādu no obligāto profilu minimālā skaita, tad NVD ar attiecīgo ārstniecības iestādi slēdz līgumu atbilstoši līmenim, kuru obligāto profilu minimālo skaitu ārstniecības iestāde var nodrošināt. Gadījumā, ja ārstniecības iestāde piesaistīja investīciju finansējumu profila attīstībai un pēc-uzraudzības periodā pārtrauc pakalpojumu sniegšanu attiecīgajā profilā, tad proporcionāli profila darbības laikam pēc-uzraudzības periodā būs jāatmaksā veiktās investīcijas atbilstoši investīciju finanšu instrumentus regulējošiem normatīvajiem aktiem.
6. Pasaules Banka analizējot vidējos ienākumus uz vienu iedzīvotāju Latvijā, secinājusi, ka Rīgas un Pierīgas reģionu pašvaldībās koncentrēti vislielākie ienākumi, tāpat kā katra reģiona lielākajās pilsētās kā Daugavpils, Ventspils, Rēzekne, Valmiera, Jelgava un Liepāja. Šīs ir ne tikai pašvaldības ar augstāko iedzīvotāju koncentrāciju, bet arī pašvaldības, kurās ir labākās nodarbinātības iespējas un attiecīgi augstākie ienākumi.

attēls

**Iedzīvotāju vidējie ienākumi pašvaldībās**



*Avots: Pasaules Banka*

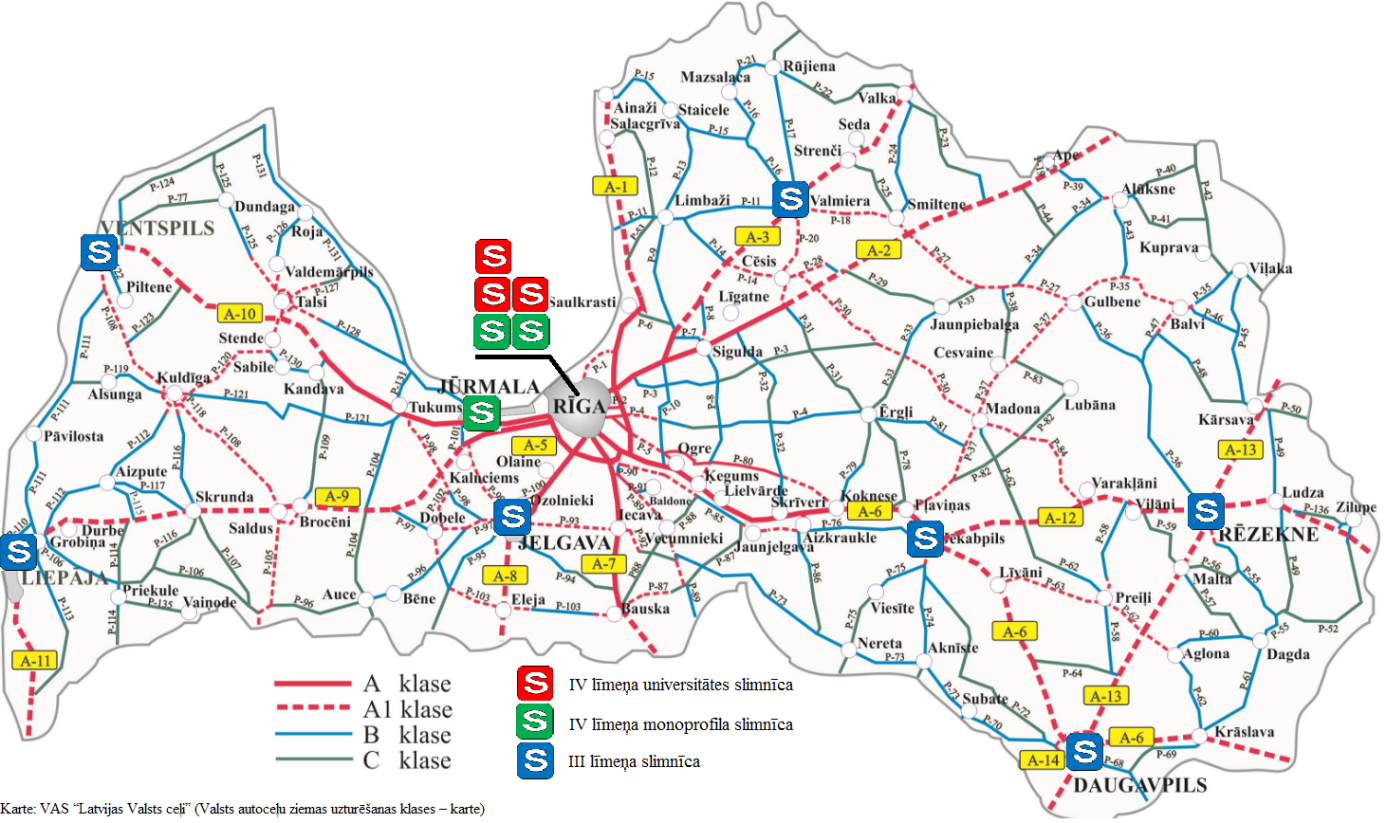
1. Piedāvātajā slimnīcu sistēmas plānošanā ņemta vērā Pasaules Bankas aprakstītā sociālekonomiskā situācija, kur ierosināts koncentrēt specializētus centrus un attiecīga līmeņa slimnīcas augsta pieprasījuma zonās pašvaldībās ar augstāku ienākumu līmeni, sociālajiem ieguldījumiem un infrastruktūras attīstību. Attiecīgi Rēzeknes slimnīcas atrašanās vienā no valsts nabadzīgākajiem reģioniem ļaus tās sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām laikus un ar zemākām izmaksām piekļūt specializētiem pakalpojumiem.
2. Ņemot vērā augstāk minēto, noteiktas augstas intensitātes stacionārās ārstniecības iestādes un sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu profili katrai iestādei (skatīt 15.tabulu).
3. tabula

**Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu saraksts un pakalpojumu profili**

| Līmenis | Slimnīcas nosaukums | Profili |
| --- | --- | --- |
| IV | Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Insulta vienība, Rehabilitācija, Kardioloģija, Nefroloģija, Invazīvā kardioloģija, Onkoloģija, Paliatīvā aprūpe, Pulmonoloģija, Gastroenteroloģija, Endokrinoloģija, Oftalmoloģija, Asinsvadu ķirurģija, Torakālā ķirurģija, Neiroķirurģija  **Specializācijas profili:** Infekciju, Hematoloģija, Politraumas, Apdegumu, Tuberkuloze, Radioloģijas, Proktoloģija, Toksikoloģija, Plastiskā rekonstruktīvā ķirurģija, Geriatrija |
| IV | Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Insulta vienība, Rehabilitācija, Kardioloģija, Nefroloģija, Invazīvā kardioloģija, Onkoloģija, Paliatīvā aprūpe , Pulmonoloģija, Gastroenteroloģija, Endokrinoloģija, Oftalmoloģija, Asinsvadu ķirurģija, Torakālā ķirurģija, Neiroķirurģija  **Specializācijas profili:** Grūtniecības un dzemdību (grūtniecības patoloģija un neiznēsāti bērni), Alergoloģija, Sirds ķirurģija, Stomatoloģija, Reimatoloģija, Transplantācija |
| IV | Bērnu klīniskā universitātes slimnīca | **Specializācijas profili bērnu ārstniecībā:** Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Rehabilitācija, Kardioloģija, Nefroloģija, Invazīvā kardioloģija, Onkoloģija, Paliatīvā aprūpe, Pulmonoloģija, Gastroenteroloģija, Endokrinoloģija, Oftalmoloģija, Torakālā ķirurģija, Neiroķirurģija, Alergoloģija, Infekcijas, Hematoloģija, Sirds ķirurģija, Traumatoloģija, Apdegumu, Ortopēdija, Psihiatrija, Pediatrija, Neiznēsāti bērni, Zīdaiņu (28 d- 1 g), Reimatoloģija, Strutainā ķirurģija |
| IV | Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca | **Specializācijas profili:** Traumatoloģija un ortopēdija |
| IV | Rīgas Dzemdību nams | **Specializācijas profili:** Grūtnieču aprūpe un dzemdības |
| IV | Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" | **Specializācijas profili:** Rehabilitācija |
| III | Liepājas reģionālā slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija**,** Neiroloģija**,** Ginekoloģija**,** Grūtniecības un dzemdību**,** Pediatrija**,** Uroloģija**,** Otorinolaringoloģija**,** Insulta vienība**,** Infekciju**,** Traumatoloģija**,** Rehabilitācija**,** Kardioloģija**,** Nefroloģija**,** Invazīvā kardioloģija**,** Onkoloģija**,** Paliatīvā aprūpe**,** Pulmonoloģija**,** Gastroenteroloģija**,** Neiroķirurģija**,** Asinsvadu ķirurģija  **Specializācijas profili:** Tuberkuloze, Narkoloģija, Grūtniecības patoloģija un neiznēsāti bērni |
| III | Daugavpils reģionālā slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija**,** Neiroloģija**,** Ginekoloģija**,** Grūtniecības un dzemdību**,** Pediatrija**,** Uroloģija**,** Otorinolaringoloģija**,** Insulta vienība**,** Infekciju**,** Traumatoloģija**,** Psihiatrija**,** Rehabilitācija**,** Kardioloģija**,** Nefroloģija**,** Invazīvā kardioloģija**,** Onkoloģija**,** Paliatīvā aprūpe**,** Pulmonoloģija**,** Gastroenteroloģija**,** Neiroķirurģija**,** Asinsvadu ķirurģija  **Specializācijas profili:** Tuberkuloze, Oftalmoloģija, Narkoloģija, Grūtniecības patoloģija un neiznēsāti bērni |
| III | Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Grūtniecības un dzemdību, Pediatrija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Insulta vienība, Infekciju, Traumatoloģija, Grūtniecības patoloģija, Psihiatrija, Rehabilitācija, Kardioloģija  **Specializācijas profili:** Oftalmoloģija |
| III | Jelgavas pilsētas slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Grūtniecības un dzemdību, Pediatrija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Insulta vienība, Infekciju, Traumatoloģija, Grūtniecības patoloģija, Psihiatrija, Rehabilitācija, Kardioloģija |
| III | Vidzemes slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Grūtniecības un dzemdību, Pediatrija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Insulta vienība, Infekciju, Traumatoloģija, Psihiatrija, Rehabilitācija, Kardioloģija  **Specializācijas profili:** Oftalmoloģija, Grūtniecības patoloģija un neiznēsāti bērni |
| III | Jēkabpils reģionālā slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Grūtniecības un dzemdību, Pediatrija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Insulta vienība, Infekciju, Traumatoloģija, Psihiatrija, Rehabilitācija, Kardioloģija  **Specializācijas profili:** Tuberkuloze, Grūtniecības patoloģija un neiznēsāti bērni |
| III | Rēzeknes slimnīca | **Profili atbilstoši minimālam skaitam:** Terapija, Hronisku pacientu aprūpe, Ķirurģija, Neiroloģija, Ginekoloģija, Grūtniecības un dzemdību, Pediatrija, Uroloģija, Otorinolaringoloģija, Insulta vienība, Infekciju, Traumatoloģija, Grūtniecības patoloģija, Psihiatrija, Rehabilitācija, Kardioloģija |

attēls

**Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu kartējums**

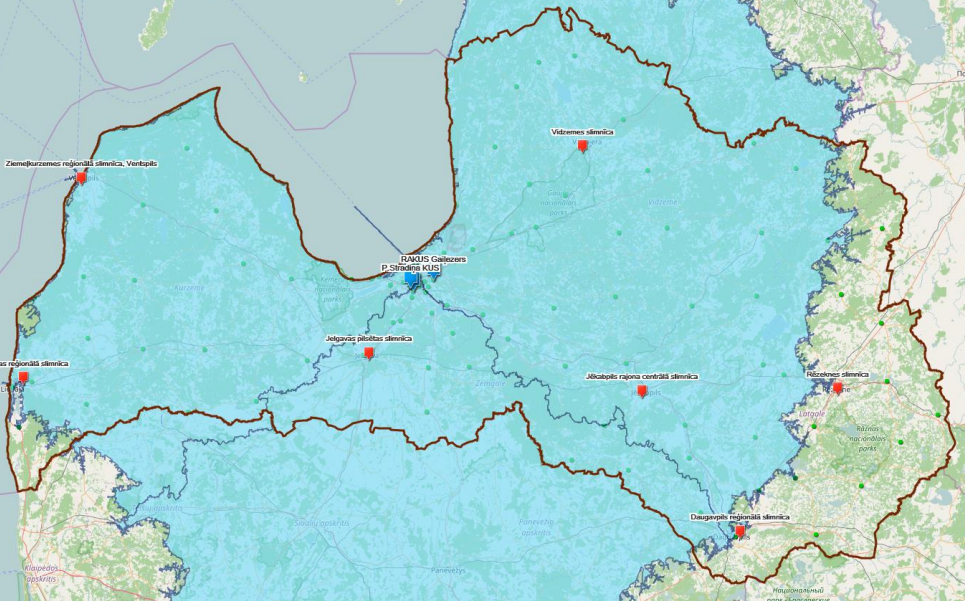


*Avots: Veselības ministrija*

1. Analizējot IV līmeņa universitāšu slimnīcu pakalpojumu sasniedzamību (skatīt 22.attēlu), var secināt, ka 180 minūšu sasniedzamība nodrošināta gandrīz visā Latvijas teritorijā, izņemot Austrumlatgales teritoriju. Austrumlatgales teritorijā IV līmeņa slimnīcu pakalpojumu pieejamību virs 180 minūtēm daļēji kompensēs Daugavpils reģionālā slimnīca, kas sniedz III līmeņa slimnīcas pakalpojumus ar specializāciju onkoloģija un kardioloģijā.

attēls

**Teritorijas sasniedzamība 180 minūšu laikā no IV līmeņa universitātes slimnīcām**

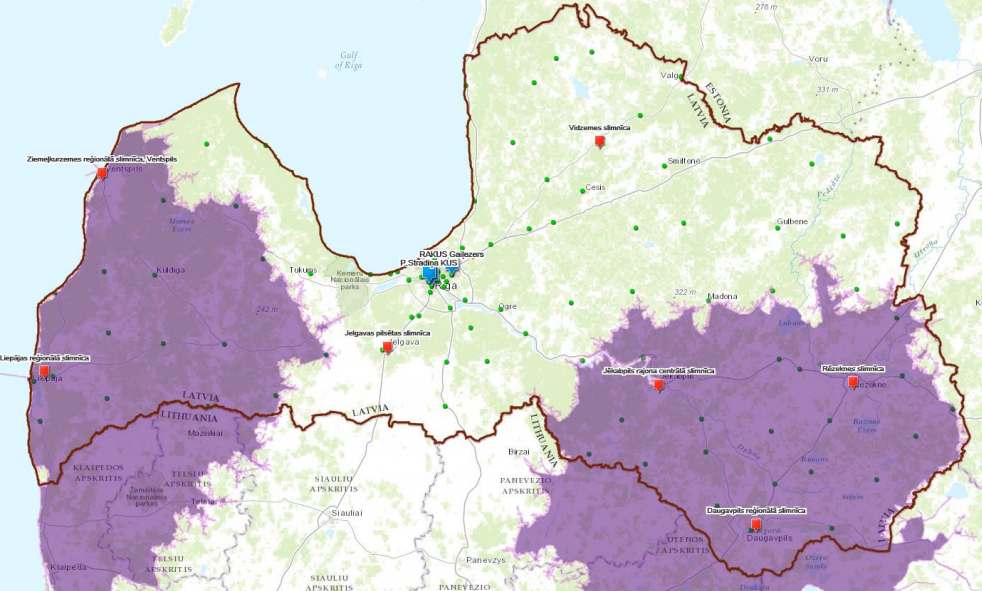


*Avots: NMP dienests*

1. III līmeņa slimnīcu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība 90 minūšu laikā arī ir nodrošināta gandrīz visā Latvijas teritorijā, izņemot Alūksnes, Viļakas un Mērsraga novadu teritoriju daļu. Mērsraga novadā III līmeņa stacionāro pakalpojumu pieejamību virs 90 minūtēm daļēji kompensē Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas Talsu filiāle, savukārt stacionāro pakalpojumu pieejamību Alūksnes un Viļakas novadu teritorijās plānots risināt nacionālā politikas plānošanas dokumenta līmenī, kartējot II līmeņa stacionāro ārstniecības iestādes.

attēls

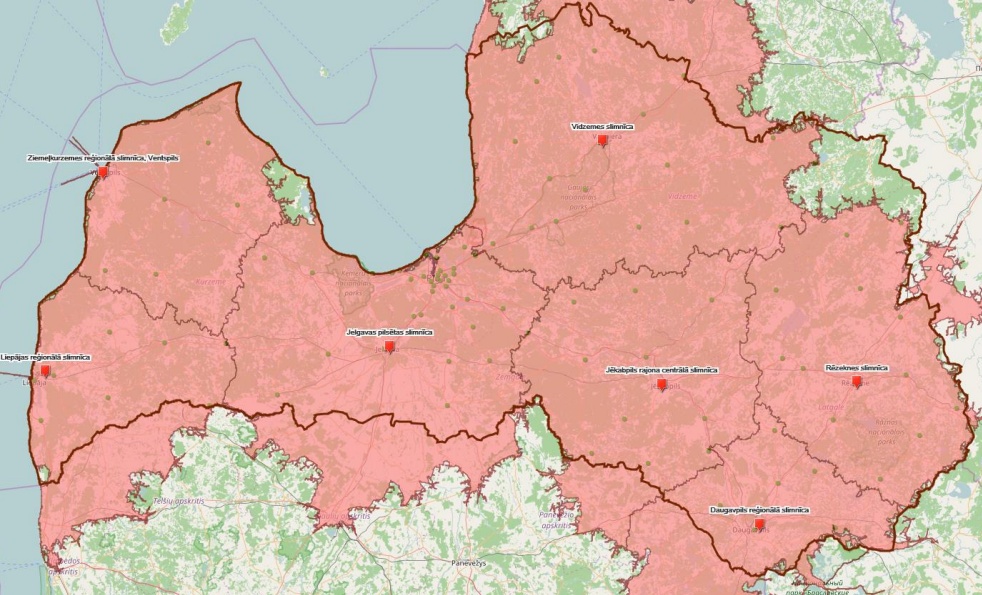
**Teritorijas sasniedzamība 120 minūšu laikā no III līmeņa slimnīcām ar speciālizāciju onkoloģijā un kardioloģijā**



*Avots: NMP dienests*

attēls

**Teritorijas sasniedzamība 90 minūšu laikā no III līmeņa slimnīcām**



*Avots: NMP dienests*

### 4.7.2. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu gultu plāns

1. Nākotnē nepieciešamais gultu skaits stacionāros Pasaules Bankas pētījumā ir prognozēts ņemot vērā iedzīvotāju skaita un vecuma struktūras izmaiņas, veselības aprūpes tehnoloģiju attīstību un slimību profilu izmaiņas.
2. Attiecībā uz pieprasījumu pēc akūtās aprūpes gultu skaita Pasaules Bankas pētījumā prognozēts, ka stacionāros 2020.gadā būs nepieciešamas 5 778 gultas un 2025.gadā 5 554 akūtās aprūpes gultas. Šo prognozi Pasaules Banka aprēķināja, ņemot vērā demogrāfiskās izmaiņas un pakalpojumu struktūras izmaiņas – tai skaitā prognozēts, ka ambulatorās ķirurģijas pakalpojumu skaits pieaugs par 25%, pieaugs dienas stacionāra pakalpojumu apjoms interno profilu pacientiem, kā arī stacionāra gultu izmantošanas intensitātes pieaugums samazinās nepieciešamību pēc slimnīcu gultām kopumā. Latvijā iepriekšējos gados jau ir veiktas reformas, attīstot ambulatorās aprūpes pieejamību, tai skaitā attīstot ķirurģiskā profila pakalpojumus dienas stacionārā, būtiski samazinot stacionāru gultu skaitu. Tādējādi arī kopējais gultu skaits daudzprofilu NMP tiek plānots lielāks kā Pasaules Bankas prognozes.
3. Izmantojot Pasaules Bankas pētījumā izmantoto metodiku un ņemot vērā Latvijas veselības aprūpes sistēmas pašreizējo stacionāru gultu skaitu un izvietojumu, tika prognozēts pacientu un stacionāra gultu skaits augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu tīklam.
4. Tika noteikts optimālais nepieciešamais gultu skaits katrā augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestādē 2015.gadā ārstētajiem pacientiem, ņemot vērā, ka optimālā gultu noslodze stacionāra nodaļās ir 85% un vidējais uzturēšanās ilgums vispārēja profila nodaļās ir vidēji 5 dienas, bet bērnu ITN, pediatrijas, infekciju un dzemdību profiliem gultu noslodze ir 75%.
5. Ņemot vērā optimāli nepieciešamo stacionāra gultu skaitu 2015.gadā un prognozējamās pacientu skaita izmaiņas, ir aprēķināts nepieciešamais gultu skaits 2025.gadam:
   1. Daudzprofilu NMP:
      1. izmantota Pasaules Bankas prognoze iedzīvotāju skaita izmaiņām 2025.gadam sadalījumā pa Latvijas reģioniem;
      2. par 3% samazināsies stacionāra pacientu skaits (saistībā ar ambulatoro un dienas stacionāra pakalpojumu attīstību) – paredzams ambulatorās ķirurģijas pieaugums, bet ambulatori netiks veiktas tās ķirurģiskās operācijas, kuras ir jāveic stacionāra apstākļos. Samazināsies akūto pacientu skaits, bet palielināsies hronisko pacientu skaits;
      3. pacientu skaita pieaugums 3. un 4.līmeņa slimnīcās par 9,6% saistībā ar akūto pacientu pārvirzīšanu no 1. un 2.līmeņa slimnīcām;
      4. gultu skaits 2025.gadam aprēķināts izmantojot optimālo gultu skaitu 2015.gadam reizinot ar pacientu skaita izmaiņu proporciju.
   2. Specializētajām monoprofila slimnīcām:
      1. NRC “Vaivari” – pacientu skaits būs palielināts uz gultas noslodzes rēķina, arī prognozējot, ka bērnu rehabilitācijas pacientu skaits uz 2020.gadu palielināsies par 20%;
      2. Rīgas Dzemdību nams – pacientu skaits palielināsies par 20% saskaņā ar Pasaules Bankas prognozēm, attiecīgi palielināts arī gultu skaits pie optimālas noslodzes 75%;
      3. Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca – pacientu skaits palielināsies pārskatot pacientu plūsmu, attiecīgi palielināts arī gultu skaits pie optimālas noslodzes 85%.
6. Prognozētais stacionāro pacientu un gultu skaits attēlots 16.tabulā. Minētājās slimnīcās kopējo gultu skaitu līdz 2025.gadam paredzēts samazināt par 8,5%, salīdzinot ar rādītāju uz 2015.gadu.
7. tabula

**Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu pacientu un gultu plānojums**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ārstniecības iestāde | Iestādes līmenis | Plānotais pacientu skaits 2025 | Plānotais gultu skaits 2025 | Pacientu skaits uz gultu |
|
| Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca  *t.sk. III līmenis* | IV | 80 108  *47 713* | 2 068  *1 205* | 39  *40* |
| Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca  *t.sk. III līmenis* | IV | 46 723  *18 309* | 815  *330* | 57  *55* |
| Bērnu klīniskā universitātes slimnīca  *t.sk. III līmenis* | IV | 17 492  *7 643* | 355  *141* | 49  *54* |
| Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca | IV | 9 138 | 210 | 44 |
| Rīgas Dzemdību nams | IV | 9 522 | 146 | 65 |
| Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" | IV | 5 181 | 252 | 21 |
| Liepājas reģionālā slimnīca | III | 16 151 | 291 | 56 |
| Daugavpils reģionālā slimnīca | III | 26 747 | 543 | 49 |
| Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | III | 13 136 | 247 | 53 |
| Jelgavas pilsētas slimnīca | III | 11 982 | 229 | 52 |
| Vidzemes slimnīca | III | 12 952 | 265 | 49 |
| Jēkabpils reģionālā slimnīca | III | 9 728 | 190 | 51 |
| Rēzeknes slimnīca | III | 10 277 | 241 | 43 |
| IV līmeņa slimnīcas | IV | 168 164 | 3 846 | 44 |
| III līmeņa slimnīcas | III | 100 973 | 2 006 | 50 |
| **Kopā** |  | **269 137** | **5 852** | **46** |

### 4.7.3. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu medicīnas ierīces

1. Stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi ir sociāla rakstura pakalpojumi ar tautsaimniecisku nozīmi, kuru sniegšanu valsts ir uzticējusi slimnīcām un par kuriem valsts maksā atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajiem tarifiem, kuri nozares ierobežotā finansējuma apstākļos slimnīcām nekompensē to sniegšanas faktiskās izmaksas. Līdz ar to, ņemot vērā, to, ka valsts apmaksāto stacionāro pakalpojumu sniegšanu galvenokārt nodrošina valsts un pašvaldību slimnīcas, tās ilgtermiņā nevar nodrošināt uz attīstību vērstu saimniecisko darbību, jo jāņem vērā arī preču un pakalpojumu pakāpenisks sadārdzinājums makroekonomisko izmaiņu rezultātā. Turklāt veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas pieaug straujāk nekā plānotie ieņēmumi, jo palielinās prasības pret ārstniecības procesu gan attiecībā uz diagnostikas un ārstēšanas kvalitāti, gan pacientu aprūpes un saskarsmes kvalitāti, gan telpu tehniskajiem un kvalitātes standartiem, gan datu drošības prasībām, attīstās tehnoloģijas, kas vienlaicīgi palielina investīciju un darbības izmaksas.
2. Daļa no medicīnas iekārtām ir dārgas un slimnīcām nepieciešamo iekārtu nomaiņai vai iegādei ir nepieciešami ievērojami finanšu līdzekļi, kas tām nav bijuši pieejami. Līdz ar to ir izveidojusies situācija, ka liela daļa slimnīcu izmantoto medicīnas ierīču ir fiziski un morāli novecojušas, kas ietekmē sniegto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību (piemēram, netiek sniegti pakalpojumi ierīces bojājumu gadījumā) un kvalitāti (piemēram, ar jaunākas paaudzes ierīcēm ir iespējams veikt precīzākus izmeklējumus vai manipulācijas).
3. Lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību četrās prioritārajās veselības jomās, ņemot vērā Pasaules Bankas pētījuma rekomendācijas un metodoloģiju, tika noteiktas četrpadsmit nozīmīgākās medicīniskās iekārtas (skatīt 17.tabulu), kuru iegādes izmaksas pārsniedz 20 *tūkst.euro* un kuru nomaiņai vai atsevišķos gadījumos iegādei slimnīcas varētu piesaistīt publiskā avota finansējumu.
4. tabula

**Nozīmīgākās medicīniskās iekārtas un to cenas**

| Nr. | Medicīnas iekārta | Starptautiskais standarts iekārtas nodrošinājumam (uz 100 000 iedzīvotājiem) [[48]](#footnote-48) | Vienības cena (atkarīga no komplektācijas)  [euro] |
| --- | --- | --- | --- |
| ***I Medicīniskais aprīkojums, kura vienības iegādes izmaksas pārsniedz 100 000 euro*** | | | |
| 1. | Ultrasonogrāfijas iekārta | 5,7 | līdz 110 000 |
| 2. | Endoskopijas iekārta | 2,6 | līdz 130 000 |
| 3. | Rentgena iekārta | 4,0 | līdz 264 000 |
| 4. | Mamogrāfijas iekārta | 1,3 | līdz 290 000 |
| 5. | Gamma kamera | 0,8 | līdz 650 000 |
| 6. | Datortomogrāfs | 1,2 | līdz 850 000 |
| 7. | Angiogrāfs | 1,0 | līdz 1 450 000 |
| 8. | Magnētiskās rezonanses iekārta | 0,7 | līdz 1 815 000 |
| 9. | Lineārais paātrinātājs | 0,7 | līdz 4 600 000 |
| ***II Medicīniskais aprīkojums, kura vienības iegādes izmaksas ir no 20 000 euro līdz 100 000 euro*** | | | |
| 10. | Zīdaiņu inkubators (intensīvās terapijas) | 5,5 | līdz 25 000 |
| 11. | Operāciju galds | 8,1 | līdz 33 000 |
| 12. | Anestēzijas iekārta | 10,4 | līdz 50 000 |
| 13. | Litotripsijas iekārta | 1,0 | līdz 73 000 |
| 14. | Laparoskopijas iekārta | 1,3 | līdz 97 000 |

1. Pamatojoties uz 17.tabulā sniegtajiem starptautiskajiem standartiem iekārtu nodrošinājumam (uz 100 000 iedzīvotāju) un Pasaules Bankas veiktajām iedzīvotāju skaita prognozēm 2025.gadā, kas koriģētas pamatojoties uz veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas tendencēm, sadalījumā pa reģioniem tika noteikts kopējais veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai nepieciešamais indikatīvais minimālais nozīmīgo medicīnas iekārtu skaits (skatīt 18.tabulu).
2. Jāatzīmē, ka lielā daļa no nozīmīgajām medicīnas iekārtām tiek izmantota pārsvarā ambulatoro pakalpojumu sniegšanai – diagnostiskiem izmeklējumiem (ultrasonogrāfija, rentgens, mammogrāfija, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse), tomēr pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanai paredzēts, ka šo ambulatoro pakalpojumu jo īpaši reģionos būtu jānodrošina slimnīcu ambulatorajās nodaļās, tādējādi nodrošinot efektīvāku iekārtu un cilvēkresursu izmantošanu.
3. tabula

**Nozīmīgo indikatīvo medicīnas iekārtu sadalījums pa ārstniecības iestādēm**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ultrasonogrāfijas iekārta | Endoskopijas iekārta | Rentgena iekārta | Mamogrāfijas iekārta | Gamma kamera | Datortomogrāfs | Angiogrāfs | Magnētiskās rezonanses iekārta | Lineārais paātrinātājs | Zīdaiņu inkubators (intensīvās terapijas) | Operāciju galds | Anestēzijas iekārta | Litotripsijas iekārta | Laparoskopijas iekārta |
| Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca | 10 | 1 | 10 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 5 | - | 40 | 40 | 1 | 6 |
| Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca | 10 | 1 | 5 | 1 | 2 | 2 | 6 | 1 | 1 | 5 | 40 | 40 | 1 | 3 |
| Bērnu klīniskā universitātes slimnīca | 4 | 1 | 2 | - | 1 | 1 | - | 1 | - | 5 | 10 | 15 | - | 3 |
| Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca | 2 | - | 2 | - |  | 1 | - | - | - | - | 10 | 10 | - | - |
| Rīgas Dzemdību nams | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | 5 | 3 | 5 | - | - |
| Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Liepājas reģionālā slimnīca | 4 | 1 | 4 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 10 | 10 | 1 | 1 |
| Daugavpils reģionālā slimnīca | 4 | 1 | 5 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 15 | 15 | 1 | 1 |
| Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | 2 | 1 | 2 | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 |
| Jelgavas pilsētas slimnīca | 2 | 1 | 2 | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 2 | 5 | 5 | 1 | - |
| Vidzemes slimnīca | 2 | 1 | 2 | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 3 | 5 | 5 | 1 | 1 |
| Jēkabpils reģionālā slimnīca | 2 | 1 | 2 | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 3 | 5 | 5 | 1 | 1 |
| Rēzeknes slimnīca | 2 | 1 | 2 | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 |

1. Ņemot vērā noteikto nozīmīgo medicīnas iekārtu skaitu un iekārtu cenas, tika aprēķināts indikatīvais nepieciešamo investīciju apjoms, ko būtu nepieciešams piesaistīt nozīmīgo medicīnas iekārtu nodrošināšanai augstas intensitātes stacionārajās ārstniecības iestādēs (skatīt 19.tabulu).
2. tabula

**Lielo iekārtu iegādei indikatīvais nepieciešamais investīciju apjoms**

| Slimnīca | Iestādes līmenis | Nepieciešamais investīciju apjoms  [euro] |
| --- | --- | --- |
| Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca | IV | 41 440 000 |
| Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca | IV | 24 764 000 |
| Bērnu klīniskā universitātes slimnīca | IV | 5 909 000 |
| Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca | IV | 2 428 000 |
| Rīgas Dzemdību nams | IV | 694 000 |
| Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" | IV | 0 |
| Liepājas reģionālā slimnīca | III | 11 706 000 |
| Daugavpils reģionālā slimnīca | III | 12 360 000 |
| Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | III | 4 468 000 |
| Jelgavas pilsētas slimnīca | III | 4 371 000 |
| Vidzemes slimnīca | III | 4 493 000 |
| Jēkabpils reģionālā slimnīca | III | 4 493 000 |
| Rēzeknes slimnīca | III | 4 468 000 |
| IV līmeņa slimnīcas | IV | 75 235 000 |
| III līmeņa slimnīcas | III | 46 359 000 |
| Kopā |  | 121 594 000 |

### 4.7.4. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu infrastruktūra

1. Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, salīdzinot ar citiem veselības aprūpes pakalpojumiem, nepieciešamas ievērojami lielākās telpas. Šo telpu attīstība atbilstoši NVD samaksai par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir apgrūtināta, tāpēc normatīvajā aktā par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību noteikts, ka finansējumu stacionārās veselības aprūpes iestādēm valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas infrastruktūras attīstībai nodrošina atbilstoši pieejamiem investīciju finanšu instrumentiem.
2. Lai noteiktu nepieciešamas telpu attīstības investīciju vajadzības, balstoties uz Pasaules Bankas pētījuma metodoloģiju, tika aptaujātas augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestādes attiecībā uz investīcijām, kas veiktas infrastruktūras attīstībā pēdējo 10 gadu laikā, tai skaitā atsevišķi jauno telpu būvniecībā, esošo telpu iekšējā renovācijā un esošo ēku ārējā renovācijā, tādējādi identificējot cik liela platība atbilstoši ir attīstīta.
3. Kopā telpu attīstībai indikatīvās nepieciešamās investīcijas augstas intensitātes stacionārajām ārstniecības iestādēm aprēķinātas atbilstoši šādam algoritmam:
   1. Pamatojoties uz gultu skaita prognozi un vidējo platību uz gultu attiecīgā līmeņa ārstniecības iestādē, noteikta stacionārās veselības aprūpes sniegšanai nepieciešamā platība:

kur:

*Pnepiec stac* – stacionārās veselības aprūpes sniegšanai nepieciešamā platība [*m2*];

*G* – prognozētais gultu skaits (skatīt 16.tabulu);

*Pvid* – vidējā platība uz gultu, kas noteikta ņemot par pamatu šādus telpu platības standartus:

* IV līmeņa universitātes slimnīcām no 60 m2 līdz 110 m2;
* IV līmeņa specializētajām slimnīcām no 60 m2 līdz 70 m2;
* III līmeņa slimnīcām no 40 m2 līdz 70 m2.

Ārstniecības iestādēm, kuru platība ir lielāka par maksimālo robežu vai mazāka par minimālo robežu, aprēķinos izmantotā platība uz gultu koriģēta līdz attiecīgam tuvākajam robežlielumam.

* 1. Stacionārās veselības aprūpes sniegšanai nepieciešamā platība salīdzināta ar ārstniecības iestādes esošo platību stacionāro pakalpojumu sniegšanai un citu ar veselības aprūpi nesaistīto funkciju veikšanai izmantoto platību, ko nepieciešamības gadījumā varētu pielāgot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, tādējādi nosakot vai ārstniecības iestādei nav nepieciešams būvēt jaunas telpas stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai:

kur:

*Pstac būv* – stacionārās veselības aprūpes sniegšanai nepieciešamā papildu platība [*m2*];

*Pstac pieejams* – ārstniecības iestādes esošā platība stacionāro pakalpojumu sniegšanai un citu ar veselības aprūpi nesaistīto funkciju veikšanai [*m2*].

* 1. Stacionārās veselības aprūpes sniegšanai nepieciešamā platība, kas samazināta par atbilstoši šī ziņojuma181.2.apakšpunktā aprēķināto jaunās būvniecības platību, salīdzināta ar ārstniecības iestādes pēdējo 10 gadu laikā attīstīto platību, tādējādi aprēķinot cik lielā apmērā telpas vēl nepieciešams atjaunot:

kur:

*Pstac ren* – stacionārās veselības aprūpes sniegšanai nepieciešamā neatjaunotā platība [*m2*];

*Pstac atbilst* – ārstniecības iestādes stacionāro pakalpojumu sniegšanai izmantotā atjaunotā platība[*m2*].

* 1. Ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai nepieciešamā un attīstāmā telpu platība noteikta balstoties uz esošo ārstniecības iestāžu telpu platību, kas tiek izmantota ambulatoro pakalpojumu sniegšanai.
  2. Vidējās telpu atjaunošanas un jaunās būvniecības kvadrātmetra izmaksas noteiktas pamatojoties uz attiecīgā līmeņa slimnīcu vidējām izmaksām iepriekšējo 10 gadu periodā par telpu atjaunošanu un jaunu būvniecību, un koriģētas ar koeficentu 1,3 atbilstoši vidējam būvniecības izmaksu pieauguma tempam no 2006.gada[[49]](#footnote-49). Ambulatoro veselības aprūpes telpu vidējās kvadrātmetra izmaksas noteiktas balstoties uz vidējām ārstniecības iestāžu atjaunošanas izmaksām, neņemot vērā ārstniecības iestāžu līmeni.
  3. Kopējās ārstniecības iestāžu vajadzības noteiktas, ņemot vērā attīstībai noteikto telpu platību un telpu vidējās izmaksas (skatīt 20.tabulu):

kur:

*I* – aprēķinātās ārstniecības iestādes vajadzības telpu attīstībai [*euro*];

*P* – telpu platība, ko nepieciešams attīstīt [*m2*];

*C* – telpu kvadrātmetra attīstības izmaksas [*euro*];

*i* – telpu izmantošanas un attīstības veids (stacionāro telpu jaunā būvniecība, stacionāro telpu atjaunošana un ambulatoro telpu atjaunošana).

1. tabula

**Telpu attīstībai indikatīvais nepieciešamais investīciju apjoms**

| Ārstniecības iestāde | Iestādes līmenis | Nepiecieš-amā platība [m2] | Atjauno-jamā telpu platība [m2] | Jauno telpu platība [m2] | Kopējās aprēķinātās izmaksas  [euro] |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca | IV | 124 080 | 58 661 | 22 260 | 100 891 603 |
| Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca | IV | 73 379 | 3 231 | 38 572 | 88 449 003 |
| Bērnu klīniskā universitātes slimnīca | IV | 38 418 | 12 106 | 0 | 10 382 423 |
| Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca | IV | 14 510 | 17 524 | 0 | 15 455 599 |
| Rīgas Dzemdību nams | IV | 8 760 | 1 102 | 0 | 945 222 |
| Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" | IV | 17 640 | 16 713 | 0 | 14 749 213 |
| Liepājas reģionālā slimnīca | III | 19 648 | 2 581 | 0 | 2 213 687 |
| Daugavpils reģionālā slimnīca | III | 33 207 | 13 622 | 0 | 10 498 206 |
| Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | III | 11 039 | 6 988 | 0 | 5 993 295 |
| Jelgavas pilsētas slimnīca | III | 9 450 | 1 472 | 0 | 1 262 469 |
| Vidzemes slimnīca | III | 10 600 | 4 391 | 0 | 3 765 690 |
| Jēkabpils reģionālā slimnīca | III | 13 300 | 2 381 | 0 | 2 041 820 |
| Rēzeknes slimnīca | III | 14 308 | 9 174 | 0 | 7 074 984 |
| IV līmeņa slimnīcas | IV | 276 787 | 109 336 | 60 832 | 230 873 063 |
| III līmeņa slimnīcas | III | 111 553 | 40 608 | 0 | 32 850 150 |
| Kopā |  | **388 340** | **149 944** | **60 832** | **263 723 213** |

1. Jāņem vērā, kā publiskā avota finansējumu paredzēts piešķirt tikai valsts apmaksāto pakalpojumu attīstībai, savukārt maksas pakalpojumu attīstībai ārstniecības iestādēm būs jāpiesaista privāto finansējumu. Valsts apmaksātos pakalpojumus vairāk nekā citi Latvijas iedzīvotāji izmanto sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautie iedzīvotāji, jo viņu spēja maksāt par veselības aprūpes pakalpojumiem ir ievērojami zemākā nekā citiem iedzīvotājiem.

### 4.7.5. Pārējo stacionāro ārstniecības iestāžu investīciju vajadzības

1. I un II līmeņa stacionāro ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības stratēģiju paredzēts noteikt nacionālajā politikas plānošanas dokumentā, tai skaitā veikt detalizēto investīciju vajadzību aprēķinu. Tomēr, lai varētu lemt par pieejamo investīciju piešķiršanu augstās intensitātes stacionārajām ārstniecības iestādēm, svarīgi identificēt visas investīciju vajadzības.
2. I un II līmeņa stacionāro ārstniecības iestāžu stacionāro veselības aprūpes attīstības investīciju vajadzības aprēķinātas 18,6 *milj.euro* apmērā, kas balstīts uz šādiem pieņēmumiem:
   1. Kopējais stacionāro gultu skaits I un II līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs plānots 679 gultu apmērā;
   2. Vidējā plātība uz vienu gultu paredzēta 35 m2;
   3. Atbilstoši augstās intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu esošo telpu stāvokļa analīzei, pieņemts kā 71% no I un II līmeņa stacionāro ārstniecības iestāžu telpu platības ir atbilstoši atjaunotās
   4. Vidējās viena m2 atjaunošanas izmaksas ir 450 *euro* bez PVN, kas palielināms par 15% atjaunoto telpu aprīkošanai;
   5. Nozīmīgo medicīnas iekārtu iegādei ar eksperta metodi aprēķinātās vajadzības ir 9,2 *milj.euro*.
3. Attiecībā uz infrastruktūras attīstības vajadzībām psihiatrijas monoprofila slimnīcās, kas nodrošina ilgtermiņa psihiatrijas stacionāro pakalpojumu sniegšanu, jāatzīmē, ka būtisks investīciju atbalsts tika piešķirts periodā no 2007.gada līdz 2015.gadam (skatīt 98.punktu) un šobrīd psihiatrijas monoprofila slimnīcu infrastruktūru var uzskatīt par apmierinošo. Atbalsts psihiatrijas pakalpojumu sniegšanas infrastruktūras attīstībai tiks sniegts, atbalstot infrastruktūras attīstību stacionārajās ārstniecības iestādēs, kas sniedz akūto psihiatrijas stacionāro palīdzību un ambulatoro psihiatrijas aprūpi, kā arī atbalstot ģimenes ārstu infrastruktūras attīstību.

### 4.7.6. Augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu investīciju aprēķins

1. Ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstībai pieejams finansējums ES fondu 2014.-2020.gada plānošanas perioda SAM Nr.9.3.2. ietvaros 194 364 718 *euro*, tai skaitā:
   1. ERAF finansējums – 152 136 253 *euro* apmērā;
   2. nacionālais finansējums 42 228 465 *euro* apmērā, tai skaitā:
      1. valsts budžeta finansējums 31 580 855 *euro* apmērā (tai skaitā 15 380 890 *euro* no valsts budžeta, palielinot Lielā projekta nacionālo publisko līdzfinansējumu, atbilstoši MK 2016.gada 9.augusta protokola Nr.39 45.§ 3.2.apakšpunkta lēmumam);
      2. nacionālais privātais finansējums 10 647 610 *euro* apmērā.
2. SAM 9.3.2. ietvaros finansējums paredzēts četru prioritāro jomu (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, mātes un bērna veselības un psihiskās veselības joma) attīstībai. Visas augstas intensitātes stacionārās ārstniecības iestādes sniedz veselības aprūpes pakalpojumus minētajās jomās, kas atbilstoši gultdienu skaita analīzei sastāda 63% no kopējā gultdienu skaita[[50]](#footnote-50). SAM 9.3.2.ietvaros atbalsts paredzēts arī Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcai, ņemot vērā, ka tā ir vienīgais stacionārā iestāde valstī, kurā tiek ārstētas primāras muskulo-skeletālās sistēmas ļaundabīgas saslimšanas, kā arī citu onkoloģisku saslimšanu komplikācijas. Pieaugot onkoloģisko pacientu skaitam un pielietojot modernākas, tajā skaitā mikroķirurģiskas ārstniecības metodes, pagarinās gan operāciju laiks, gan operāciju zāļu noslodze. Tāpat šobrīd Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca ir vienīgā slimnīca valstī kur tiek endoprotezētas locītavas pacientiem ar paaugstinātu operācijas un narkozes risku (ASA III). Vismaz divas trešdaļas šo pacientu kā arī geriatriskie slimnieki ar kaulu lūzumiem cieš no smagām sirds asinsvadu slimībām ar augstu trombožu, asinsizplūdumu vai kardioloģisku risku.
3. SAM 9.3.2. ieviešanas modelis paredz atbalstu sniegt četrās projektu iesniegumu atlases kārtās:
   1. 1. un 2. projektu iesniegumu atlases kārtas augstas intensitātes stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstībai, tai skaitā:
      1. 1.projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros paredzēts sniegt atbalstu 82 991 203 *euro* apmērā universitātes un reģionālā līmeņa slimnīcām, kā arī monoprofila iestādēm kas nodrošina rehabilitācijas, dzemdību palīdzības un traumatoloģijas pakalpojumu sniegšanu, izņemot VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kas īstenos lielo projektu;
      2. 2.projektu iesniegumu atlases kārtas ietvaros paredzēts sniegt atbalstu 91 068 677 *euro* apmērā VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” lielajam projektam.
   2. 3. un 4.projektu iesniegumu atlases kārtas pārējo stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstībai, stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārprofilēšanai par ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem un ambulatorās aprūpes attīstībai. 3. un 4. projektu iesniegumu atlases kārtām paredzams finansējums 20 304 838 *euro* apmērā.
4. Finansējuma sadalījums noteikts balstoties uz šādu algoritmu:
   1. Finansējums PVA vajadzību apmierināšanai paredzēts 100% apmērā;
   2. Atlikušais pieejamais finansējums sadalīts starp augstās intensitātes stacionārajām ārstniecības iestādēm un pārējām ārstniecības iestādēm proporcionāli aprēķinātajām vajadzībām, paredzot, ka ar pieejamo finansējumu var nosegt 45,2% no identificētajām vajadzībām;
   3. Finansējums VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” lielajam projektam 100% apmērā nodrošināms no finansējuma daļas, kas paredzēta augstās intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstībai.
5. Atbilstoši vajadzību aprēķinam, 22% no visu stacionāro ārstniecības iestāžu vajadzībām attiecas uz ambulatoro aprūpi, līdz ar to plānots un tiks veicināts ar ieviešanas nosacījumiem, ka arī investīciju finansējums stacionāro ārstniecības iestāžu projektu ietvaros tiks novirzīts 22% apmērā no kopējām izmaksām.
6. Minētais finansējuma sadalījums arī skaidrojams ar to, ka 88% no visām stacionārajām gultām (neieskaitot psihiatriju) jau tagad tiek koncentrētās augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestādēs. Papildus jāņem vērā, ka, jo zemākas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāde, jo mazāks ir tehnoloģiju nodrošinājums, kā arī mazāka telpu platība nepieciešama veselības aprūpes sniegšanai.
7. Minētais aprēķins arī salīdzināms ar ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas perioda infrastruktūras finansējuma sadalījumam, kad lokālo un aprūpes slimnīcu un ambulatoro veselības aprūpes (tai skaitā PVA) pakalpojumu attīstībai tika novirzīts finansējums 15% apmērā. Jāatzīmē, ka salīdzinot ar iepriekšējo periodu atbalsts nepieciešams būtiski mazākam zemākā intensitātes līmeņa stacionāro ārstniecības iestāžu skaitam (iepriekšējā periodā atbalstu saņēma 41 stacionārā ārstniecības iestāde, ieskaitot stacionārās ārstniecības iestādes, kas tika pārprofilētās par ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem, savukārt jaunajā periodā nepieciešams atbalsts 19 stacionārām iestādēm).
8. Atbilstoši aprēķinātajām investīciju vajadzībām un iestāžu pieteiktajām investīciju vajadzībām, kā arī ņemot vērā pieejamo finansējumu ES fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” specifiskā atbalsta mērķa Nr.9.3.2. „Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru” ietvaros, tika aprēķināts finansējums katrai augstas intensitātes stacionārajai ārstniecības iestādei (skatīt 21.tabulu).
9. VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” atbilstoši MK 2016.gada 9.augusta sēdes protokola Nr.39 45.§ 3.punkta lēmumam paredzēts finansējums 91 068 678 *euro* apmērā.
10. Pārējo augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu piešķiramais investīciju apjoms noteikts atbilstoši šādam algoritmam:
    1. balstoties uz ārstniecības iestāžu sniegto informāciju tika identificētās ārstniecības iestāžu attīstības vēlmes četru prioritāro veselības aprūpes jomu ietvaros gan telpu attīstībai, gan iekārtu iegādei un atjaunošanai, kas arī tika izmantotas par bāzi ārstniecības iestādes piešķiramo investīciju apjoma noteikšanai;
    2. ārstniecības iestāžu identificētās vēlmes tika salīdzinātās ar atbilstoši 4.6.3. un 4.6.4.sadaļā aprēķinātajām ārstniecības iestāžu vajadzībām, un gadījumos, kad vēlmēs pārsniedz vajadzības, piešķiramo investīciju apjoms samazināts līdz aprēķināto vajadzību līmenim;
    3. ārstniecības iestāžu atbilstoši vajadzībām koriģētās vēlmes tika salīdzinātas ar maksimālajām projektu summām dalījumā pa iestāžu līmeņiem, kas noteiktas proporcionāli ārstniecības iestāžu plānoto pacientu skaitam, nodrošinot investīciju proporcionālo ģeogrāfisko sadalījumu Rīgā un reģionos. Noteiktās šādās maksimālas investīciju summas:
       1. IV līmeņa universitātes slimnīcām līdz 25 000 000 *euro*;
       2. IV līmeņa monoprofila slimnīcām līdz 2 500 000 *euro*;
       3. III līmeņa slimnīcām līdz 15 000 000 *euro*;
    4. ņemot vērā, ka ES fondu finansējums veselības aprūpes infrastruktūras attīstībai prioritāri paredzēts atbalsta sniegšanai sociālās atstumtības, nabadzības un teritoriālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupām, kā arī ņemot vērā, ka jo tālāk no Rīgas jo mazākās alternatīvās saņemt veselības aprūpi, piešķiramais investīciju apjoms koriģēts atbilstoši attālumam no Rīgas:
       1. ārstniecības iestāžu, kas atrodas Rīgā vai līdz 50 km no Rīgas, izmaksām piemērots koeficents 0,70;
       2. ārstniecības iestāžu, kas atrodas līdz 150 km no Rīgas, izmaksām piemērots koeficents 0,75;
       3. ārstniecības iestāžu, kas atrodas līdz 200 km no Rīgas, izmaksām piemērots koeficents 0,92.
    5. aprēķinātais piešķiramais investīciju apjoms koriģēts proporcionāli pieejamā finansējuma apjomam:

kur:

*Ii* – aprēķinātais piešķiramais investīciju apjoms [euro];

*Ii pirms korekcijas* – atbilstoši 195.4.apakšpunktam aprēķinātais piešķiramais investīciju apjoms [euro];

*i* – attiecīgā augstas intensitātes stacionārā ārstniecības iestāde.

1. tabula

**Aprēķinātais attīstībai nepieciešamais investīciju apjoms**

| Ārstniecības iestāde | Iestādes līmenis | Attālums no Rīgas  [km] | Iestādes identificētās vēlmes  [*euro*] | Atbilstoši vajadzībām koriģētās vēlmes  [*euro*] | Iestādei aprēķinātās investīcijas  [*euro*] |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca | IV | 0 | 157 835 591 | 142 331 603 | 17 888 467 |
| Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca | IV | 0 | 157 751 653 | 113 213 003 | 91 068 678 |
| Bērnu klīniskā universitātes slimnīca | IV | 0 | 35 562 100 | 16 291 423 | 11 157 143 |
| Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca | IV | 0 | 3 889 600 | 3 889 600 | 1 788 847 |
| Rīgas Dzemdību nams | IV | 0 | 17 000 000 | 1 639 222 | 1 172 927 |
| Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" | IV | 30 | 5 178 800 | 5 178 800 | 1 788 847 |
| Liepājas reģionālā slimnīca | III | 219 | 18 911 765 | 13 919 687 | 14 228 677 |
| Daugavpils reģionālā slimnīca | III | 222 | 7 015 000 | 7 015 000 | 7 670 720 |
| Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca | III | 189 | 12 485 000 | 10 461 295 | 9 838 034 |
| Jelgavas pilsētas slimnīca | III | 44 | 3 000 000 | 3 000 000 | 2 146 616 |
| Vidzemes slimnīca | III | 108 | 8 796 500 | 8 258 690 | 6 331 512 |
| Jēkabpils reģionālā slimnīca | III | 140 | 8 032 000 | 6 534 820 | 5 009 910 |
| Rēzeknes slimnīca | III | 247 | 3 883 300 | 3 883 300 | 3 969 502 |
| IV līmeņa slimnīcas | IV | - | 377 217 744 | 282 543 651 | 124 864 909 |
| III līmeņa slimnīcas | III | - | 62 123 565 | 53 072 791 | 49 194 971 |
| **Kopā** | **-** | **-** | **439 341 309** | **335 616 443** | **174 059 880** |

## 4.8. Cilvēkresursu attīstība

1. Saskaņā ar Pasaules Bankas prognozi, kur par pamatu ņemta iedzīvotāju skaita samazināšanās ietekme uz nepieciešamo ārstniecības personu nodrošinājumu, 2025.gadā būs nepieciešami 7 132 ārsti (atbilstoši Veselības inspekcijas datiem 2016.gadā 7 265 praktizējošo ārsti), savukārt attiecībā uz māsu skaitu Pasaules Banka identificē nepieciešamību būtiski palielināt sistēmā strādājošo māsu skaitu.[[51]](#footnote-51)
2. Pamatojoties uz reģistrēto ārstniecības personu vecuma struktūras analīzi secināts, ka sekmīga paaudžu nomaiņa pie pašreizējās veselības aprūpes organizācijas sistēmas un sociāli ekonomiskajiem apstākļiem vidējā plānošanas periodā ir iespējama visām ārstniecības personu grupām. Tomēr, ņemot vērā, ka visās ārstniecības personu grupās palielinās vidējās un vecākās vecuma grupas īpatsvars, nepieciešamas rast ilgtermiņa risinājumus optimālai paaudžu nomaiņai, t.sk., jāņem vērā plānojot uzņemšanu ārstniecības pamatstudijās un rezidentūrā, vienlaikus risinot jautājumus, kas saistīti ar personāla atalgojuma pieauguma nodrošināšanu optimālā līmenī.
3. Lai notiktu racionāla speciālistu nomaiņa, jauno speciālistu (līdz 40 gadiem) un vecākās paaudzes speciālistu (65 un vairāk gadi) proporcijai jābūt līdzvērtīgai, 2020.gadā nodrošinot, ka veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu vecuma grupā 25-40 gadiem īpatsvars no kopējā veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu skaita sasniedz ne mazāk kā 30% (2015.gadā – 23%)[[52]](#footnote-52).
4. Līdz ar to ir nepieciešams mērķtiecīgi, saudzīgi un nodrošinot pēctecību veikt aktivitātes paaudžu nomaiņai. Attiecīgi nepieciešams turpināt ES fondu 2007.-2013.gada plānošanas periodā uzsākto virzienu ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu kompetenču un prasmju paaugstināšanai, lai nodrošinātu efektīvu un mūsdienīgu pacientu aprūpi.
5. Lai turpmāk nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu reģionu līmenī atbilstoši plānotajai veselības aprūpes pakalpojumu attīstībai un ievērojot reģionālās politikas attīstības pamatprincipus[[53]](#footnote-53), nepieciešams rast jaunus, inovatīvus risinājumus veselības aprūpes personāla piesaistei reģioniem (tai skaitā finansiālā motivācija), attīstot sadarbību ar citu nozaru ministrijām, pašvaldībām, darba devējiem un izglītības iestādēm u.c. Piemēram, attīstot veselības aprūpes pakalpojumu primārajā un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpes līmenī, rodot jaunas darba vietas māsām un vecmātēm ģimenes ārstu praksē, rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem, farmaceitiem un zobārstiem, skaidri definējot to lomu pakalpojumu sniegšanā.
6. Pasaules Bankas nodevumā „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” ir iekļauti principi un priekšlikumi veselības nozares cilvēkresursu attīstības plānošanai. Pamatā Pasaules Banka cilvēkresursu plānošanā piedāvā izmantot uz iedzīvotāju skaitu balstītus standartus, kas ietver četru soļu plānošanas pieeju:
   1. starptautisko rādītāju salīdzināšana;
   2. iedzīvotāju skaita samazināšanās ietekmes analīze uz personāla līmeņiem;
   3. ārstniecības personu skaita noteikšana atbilstoši pieprasījumam un gultu nepieciešamībai;
   4. ārstniecības personu skaita standartu noteikšana.
7. Veselības nozares nacionālajā politikas plānošanas dokumenta sadaļā par nozares cilvēkresursu attīstību tiks iekļauta esošā cilvēkresursu nodrošinājuma analīze (izmantojot informāciju gan no ārstniecības iestādēm, gan no ārstniecības personu reģistra u.c. datu bāzēm), tai skaitā pa reģioniem, pa vecumgrupām, pa specialitātēm, pa ārstniecības iestāžu līmeņiem un, pielietojot Pasaules Bankas piedāvātos plānošanas nosacījumus, izveidoti Latvijas situācijai atbilstoši plānošanas principi un prognozēts ārstniecības personu nodrošinājums. Secīgi tālāk politikas plānošanas dokumentā tiks iekļauti veicamie pasākumi, lai nodrošinātu plānotos nepieciešamos cilvēkresursus.
8. Vienlaicīgi politikas plānošanas dokumentā Veselības ministrijai tiks dots uzdevums veikt Veselības ministrijas padotības iestāžu datu bāzēs un reģistros iekļauto veselības aprūpes cilvēkresursu datu revīziju, vērtējot informācijas apjomu un savietojamību, tai skaitā noteikt un atlasīt cilvēkresursu plānošanai nepieciešamo datu minimālo kopu.
9. Cilvēkresursu plāns ir nozares nacionālā politikas plānošanas dokumenta sastāvdaļa, kura izstrādē ir jānodrošina sinerģija ar veselības aprūpes pakalpojumu pieprasījuma prognozēto vajadzību un paredzamo pakalpojumu klāstu. Līdz ar to plāna sadaļu par veselības nozares cilvēkresursiem paredzēts izstrādāt līdz 2017.gada pirmajā pusē.

## 4.9. Resursu plānošanas sasaiste ar Eiropas Savienības fondiem

1. Investīcijas sistēmiski svarīgo stacionāro ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstībai, kā arī vēlāk pārējo ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstībai paredzēts finansēt no SAM 9.3.2. finansējuma, nodrošinot atbilstību DP noteiktajiem nosacījumiem un plānoto mērķu sasniegšanu, turpinot iepriekšējos plānošanas periodos uzsākto veselības nozares reformu.
2. Atbilstoši SAM 9.3.2. mērķim paredzēts uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību prioritārajās veselības aprūpes jomās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā perioda) un garīgās (psihiskās) veselības aprūpes jomās) visiem Latvijas iedzīvotājiem un īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem.
3. Orientācija uz īpašu mērķa grupu tiks nodrošināta ar ierobežojumu ieguldīt publisko finansējumu tikai valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanā, ko vairāk izmanto sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautie iedzīvotāji, savukārt liekot uzsvaru uz reģionālo ārstniecības iestāžu attīstību, tiks nodrošināta lielāka kvalitatīvu pakalpojumu pieejamība tieši teritoriālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem. Jāatzīmē, ka atbilstoši VM aprēķinam 69% no Latvijas iedzīvotājiem pakļauti sociālās atstumtības, nabadzības vai teritoriālās atstumtības riskam, savukārt atbilstoši NVD datiem 2012.gadā 60% no visiem valsts apmaksāto pakalpojumu un medikamentu izmaksām pienākas uz iedzīvotājiem vecuma grupās līdz 19 gadiem un virs 60 gadiem, ko pārsvarā veido sociālās atstumtības riskam pakļautas iedzīvotāju grupas – bērni un iedzīvotāji pirmspensijas un pensijas vecumā.
4. Ar investīciju atbalstu paredzēts arī risināt galvenās veselības aprūpes problēmas, kas ierobežo mērķa grupas iedzīvotājiem atbilstošas veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, salīdzinot ar citiem Latvijas iedzīvotājiem, tai skatā:
   1. attīstot veselības aprūpes universālo pieejamību, standartizējot veselības aprūpes pakalpojumus, nodrošinot, ka veselības aprūpes pakalpojumi pieejami iedzīvotājiem 4.7.1.sadaļā noteiktajā apmērā;
   2. uzlabojot stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti atbilstoši jaunām veselības aprūpes modelim, attīstot cilvēkresursus un infrastruktūru, tādējādi nodrošinot, ka veselības aprūpes pakalpojumi pieejami iedzīvotājiem atbilstošā kvalitātē;
   3. attīstot primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti, ieguldot cilvēkresursos un infrastruktūrā, kā arī piesaistot papildu valsts budžeta finansējumu pakalpojumu apmaksai, tādējādi nodrošinot, ka lielāks pakalpojumu klāsts un savlaicīgāk pieejams ambulatorajā līmenī.
5. Sasaiste ar DP noteiktajām prioritārajām investīciju jomām tika nodrošināta, definējot ārstniecības iestāžu investīciju vajadzības, jo tika analizētas tikai tās iestāžu definētās investīciju vēlmes, kas tieši un daļēji saistītas ar prioritārajām veselības aprūpes jomām. Papildus SAM 9.3.2. regulējuma līmenī paredzēts noteikt ierobežojumu attiecībā uz investīciju veikšanu infrastruktūrā, kas nav saistīta ar prioritārajām veselības aprūpes jomām.
6. Šī ziņojuma ietvaros atbilstoši DP tiek noteikti prioritāro veselības aprūpes jomu tīklu attīstības nosacījumi, nosakot katra aprūpes līmeņa kompetenci un nepieciešamo tehnisko nodrošinājumu, paredzot pamatpakalpojumu pieejamības paaugstināšanu, attīstot un sistematizējot primārās veselības aprūpes un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, kā arī pārskatot NMP brigāžu izvietojumu, uzlabojot pacientu piekļūšanu augstākas specializācijas pakalpojumiem no dzīves vietas attālāk esošajās ārstniecības iestādēs akūtos gadījumos.
7. Veicot ieguldījumus sistēmiski svarīgo stacionāro ārstniecības iestāžu ambulatorajās nodaļās un vēlāk primārās veselības aprūpes un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes attīstībā, tiks uzlabota slimību savlaicīgas diagnostikas un ārstniecības pakalpojumu pieejamība pēc iespējās tuvāk pacienta dzīves vietai.
8. Attīstot komplicēto pakalpojumu kvalitāti, tos paredzēts koncentrēt tādā līmenī, kurā tos paredzēts sniegt pietiekamā apjomā, lai nodrošinātu atbilstošu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un izmaksu efektivitāti, izveidojot ilgtspējīgu veselības aprūpes sistēmu.
9. Atbilstoši DP paredzētajam aprakstīta plānotā sinerģija starp SAM 9.3.2. plānotajām investīcijām un ESF plānotajām investīcijām, tai skaitā kvalitātes nodrošināšanas sistēmā, veselības veicināšanā un slimību profilaksē, kā arī cilvēkresursu attīstībā un pieejamībā. Ņemot vērā šī ziņojuma sadaļā par primārās veselības aprūpes attīstību minēto, tieši ESF investīcijas ir vissvarīgākās primārās veselības aprūpes lomas stiprināšanai. Nacionālajā politikas plānošanas dokumentā paredzēts detalizēti izvērtēt cilvēkresursu attīstības jautājumu un paredzēt papildu pasākumus finansēšanai ESF projektu ietvaros.
10. Saistībā ar Labklājības ministrijas īstenoto reformu attiecībā valsts sociālo aprūpes dienestu klientu deinstitucionalizāciju (turpmāk – DI), jāatzīmē, ka esošais veselības aprūpes pakalpojumu tīkls ir pietiekams, lai varētu uzsākt DI procesu, un tās paredz:
    1. ikdienas komunikāciju, tai skaitā attiecībā uz medikamentu lietošanu, ar deinstitucionalizēto personu nodrošina sociālais darbinieks, kura specifiskās prasmes darbam ar psihiski slimām personām, kam jau ir noteikta vai nav noteikta diagnoze, paredzēts attīstīt SAM 9.2.6. ietvaros;
    2. otro aprūpes līmeni nodrošina ģimenes ārsts, kura prasmes psihiatrijas jomā tiks stiprinātas ar SAM 9.2.6. tālākizglītības pasākumiem un caur sadarbības stiprināšanu starp ģimenes ārstu un psihiatrijas speciālistiem SAM 9.2.5. ietvaros;
    3. trešo aprūpes līmeni nodrošina ambulators psihiatrs atbilstoši patreizējai pakalpojumu pieejamībai (146 ambulatorie psihiatri 54 ārstniecības iestādēs);
    4. papildus nepieciešamības gadījumā deinstitucionalizētā persona var tikt stacionēta ar ārsta nosūtījumu vai ar NMP dienesta starpniecību.

## 4.10. Plānotie darbības rezultāti un sasniedzamie rādītāji

1. Paaugstināta veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte un racionāla veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība ir galvenie šī ziņojuma rezultāti, kurus raksturo šādi rādītāji:
   1. augstas intensitātes ārstniecības iestādēs kopā akūto gultu skaits ir ne mazāk kā 80% no kopējā akūto gultu skaita;
   2. vidējais uzturēšanās ilgums augstas intensitātes ārstniecības iestādēs vispārēja profila nodaļās ir 5 dienas;
   3. augstas intensitātes ārstniecības iestādēs vidējā gultu noslodze:
      1. stacionāra nodaļās ir 85%
      2. bērnu intensīvās terapijas, pediatrijas, infekciju un dzemdību profiliem ir 75%;
   4. sasniedzamība no iedzīvotāju dzīvesvietas līdz:
      1. III līmeņa augstas intensitātes ārstniecības iestādei, pārvietojoties ar autotransportu nepārsniedz 90 minūtes;
      2. III līmeņa augstas intensitātes ārstniecības iestādei ar papildus specializāciju kardioloģijā un onkoloģijā, pārvietojoties ar autotransportu nepārsniedz 120 minūtes (specializētajiem profiliem);
      3. IV līmeņa augstas intensitātes ārstniecības iestādei, pārvietojoties ar autotransportu nepārsniedz 180 minūtes (terciārā līmeņa pakalpojumiem);
   5. brigāžu savlaicīgu ierašanos pie pacienta:
      1. 90 % gadījumu ne vēlāk kā 15 minūšu laikā apkalpo izsaukumus dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos pilsētās;
      2. 80 % gadījumus ne vēlāk kā 25 minūšu laikā apkalpo izsaukumus dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos lauku teritorijās.

Iesniedzējs: Veselības ministre A.Čakša

Vīza: Valsts sekretārs K.Ketners

1. ES fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” specifiskais atbalsta mērķa 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” zinātniskais pētījums [↑](#footnote-ref-1)
2. Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Veselības politikas rekomendācijas Latvijai” 3 lpp. [↑](#footnote-ref-2)
3. CSP dati [↑](#footnote-ref-3)
4. Eurostat, dati, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj\_13npms&lang=en [↑](#footnote-ref-4)
5. Valsts statistikas pārskats „Pārskats par stacionāra darbību”, SPKC [↑](#footnote-ref-5)
6. Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC [↑](#footnote-ref-6)
7. WHO Health for all database [↑](#footnote-ref-7)
8. SPKC Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām [↑](#footnote-ref-8)
9. SPKC dati [↑](#footnote-ref-9)
10. PVO Health for All datubāze [↑](#footnote-ref-10)
11. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 (24.lpp) [↑](#footnote-ref-11)
12. Informatīvais zinojums par pamatnostādņu ”Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014. gadā” un pamatnostādņu īstenošanas plāna 2013.–2014. gadam izpildi (15.lpp) [↑](#footnote-ref-12)
13. Štāle M., Skrule J. Latvijas iedzīvotāju veselība. SPKC, 2012, 112 lpp. [↑](#footnote-ref-13)
14. SPKC dati [↑](#footnote-ref-14)
15. Pasaules Banka “Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitātes Latvijā” [↑](#footnote-ref-15)
16. ES fondu un ĀFP sadaļā sākot ar 2011.gadu iekļauts arī Finanšu ministrijas (Centrālās finanšu un līgumu aģentūras) budžeta izdevumu apmērs atsevišķu veselības nozares projektu īstenošanai [↑](#footnote-ref-16)
17. [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016\_latvia\_lv.pdf -30.lpp](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_latvia_lv.pdf%20-30.lpp). [↑](#footnote-ref-17)
18. Pasaules Bankas ziņojuma „Valsts apmaksāto pakalpojumu klāsta un pakalpojumu nodrošināšanas modeļa pārskats” 55.lpp. [↑](#footnote-ref-18)
19. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12

    September 1978 [↑](#footnote-ref-19)
20. Neieskaitot apmeklējumus pie zobārsta un neatliekamās medicīniskās palīdzības staciju, nodaļu ambulatori apkalpotās personas [↑](#footnote-ref-20)
21. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 (63.lpp) [↑](#footnote-ref-21)
22. NMP dienesta datos iekļauta arī ambulatorā palīdzība [↑](#footnote-ref-22)
23. Plānveida hospitalizācijas tiek noteiktas pēc iestāšanās kustības veida ārstniecības iestādē [↑](#footnote-ref-23)
24. Health at a Glance, 2015, OECD [↑](#footnote-ref-24)
25. Datu avots SPKC Stacionāra gultu fonda izmantošanas datu bāze [↑](#footnote-ref-25)
26. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-26)
27. 26.04.2016. Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Māra Kučinska vadītā MK iecerēto darbību īstenošanai [↑](#footnote-ref-27)
28. PVO datu bāze, [European Health for All database (HFA-DB)](http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db), skatīts 09.03.2016 [↑](#footnote-ref-28)
29. [Informatīvais ziņojums "Par pamatnostādņu "Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē" un programmas "Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015.gadam” īstenošanu 2014.-2015.gadā"](http://polsis.mk.gov.lv/api/file/file5561910602750960524.docx) (17.lpp) [↑](#footnote-ref-29)
30. Atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes datiem 2006.-2011.gadā iedzīvotāju mirstība uz 100 000 iedzīvotajiem vecumā no 0-64 gadiem samazinājās, neskatoties uz samazināto valsts budžeta finansējumu veselības aprūpe [↑](#footnote-ref-30)
31. Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Veselības politikas rekomendācijas Latvijai” [↑](#footnote-ref-31)
32. Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Veselības politikas rekomendācijas Latvijai” [↑](#footnote-ref-32)
33. Avots: Piemēram, Birkmeyer, J. D., A. E. Siewers, E. V. Finlayson, T. A. Stukel, F. L. Lucas, I. Batista, H. G. Welch and D. E. Wennberg (2002). "Hospital volume and surgical mortality in the United States." New England Journal of Medicine **346**(15): 1128-1137. [↑](#footnote-ref-33)
34. Avots: US News Report, 2015 [↑](#footnote-ref-34)
35. Avots: Pennsylvania Health Care Cost Containment Council 2002 [↑](#footnote-ref-35)
36. Avots: Tol, van Gulik et al. 2012 [↑](#footnote-ref-36)
37. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-37)
38. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-38)
39. SPKC (Asoc. Prof. Dz.Mozgis) prognoze [↑](#footnote-ref-39)
40. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-40)
41. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 (22.lpp) [↑](#footnote-ref-41)
42. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-42)
43. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 (64.lpp) [↑](#footnote-ref-43)
44. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-44)
45. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 (79.lpp) [↑](#footnote-ref-45)
46. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-46)
47. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 (79.lpp) [↑](#footnote-ref-47)
48. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-48)
49. Atbilstoši CSB datiem par būvniecības izmaksu indeksu no 2006.gada beigām līdz 2015.gada beigām [↑](#footnote-ref-49)
50. SPKC Statistikas dati par 2015.gadu [↑](#footnote-ref-50)
51. Pasaules Banka „Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025” [↑](#footnote-ref-51)
52. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014-2020 [↑](#footnote-ref-52)
53. Reģionālās politikas pamatnostādnes 2013.-2019.gadam (29.lpp) [↑](#footnote-ref-53)