



Nacionālais veselības dienests

GADA PUBLISKAIS PĀRSKATS 2018

2018

SATURA RĀDĪTĀJS

PRIEKŠVĀRDS	3
1. PAMATINFORMĀCIJA PAR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU	5
1.1. Nacionālā veselības dienesta juridiskais statuss	5
1.2. Nacionālā veselības dienesta darbības mērķis un galvenās funkcijas	5
1.3. Nacionālā veselības dienesta struktūra	7
1.4. Nacionālā veselības dienesta teritoriālās nodaļas	8
1.5. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta kvalitātes vadības jomā	8
1.6. Paveiktas Nacionālā veselības dienesta informācijas sistēmu drošības jomā	9
2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI	10
3. BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS, KURU FINANSIĀLIE LĪDZEKĻI TIEK IZLIETOTI DIENESTA DARBĪBAS UZTURĒŠANAI	12
4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS	15
5. DIENESTA DARBĪBAS REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI	20
5.1. Ambulatorā veselības aprūpe	20
5.2. Stacionārā veselības aprūpe	21
5.3. Kompensējamie medikamenti un materiāli	23
5.4. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	24
5.5. Valsts organizētais vēža skrīnings	25
5.6. Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā	26
5.7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, medicīniskās tehnoloģijas un klīniskās	29
5.8. E-veselības projektu ieviešana	30
5.9. Regresa prasību piedziņa	31
5.10. Ārstniecības riska fonds	32
5.11. Starptautiskā sadarbība	33
6. STARPINSTITŪCIJU SADARBĪBA	34
7. NACIONĀLĀ VESELĪBAS DIENESTA PERSONĀLS	36
8. KOMUNIKĀCIJA AR SABIEDRĪBU	38
9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI	40
IZMANTOTIE TERMINI	43
KONTAKTINFORMĀCIJA	44

Nacionālā veselības dienesta gada publiskajā pārskatā par 2018. gadu ir apkopota būtiskākā informācija par Nacionālā veselības dienesta darbības mērķi, īstenotajām funkcijām un sasniegtajiem rezultātiem, administrējot veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, kā arī nodrošinot maksimāli efektīvu, racionālu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

Lai efektīvi īstenotu valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, 2018. gadā Nacionālais veselības dienests turpināja aktīvi sadarboties ar ārstniecības iestādēm, valsts institūcijām, nevalstiskajām organizācijām, kā arī plašsaziņas līdzekļu pārstāvjiem, sniedzot aktuālo informāciju par valsts apmaksātiem pakalpojumiem.

Nemot vērā, ka pārskata periodā stājās spēkā Veselības aprūpes un finansēšanas likums, kas paredzēja mainīt veselības aprūpes finansēšanas sistēmu un ieviest valsts obligāto veselības apdrošināšanu, Nacionālais veselības dienests sadarbībā ar Veselības ministriju ieguldīja darbu, lai veiktu sagatavošanās pasākumus un līdzšinējo Ministru kabineta noteikumu vietā izstrādāja jaunus noteikumus attiecībā uz veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.

No 2018. gada 1. janvāra Latvijā tika uzsākta obligāta E-veselības sistēmas lietošana, nosakot, ka darbnespējas lapu un valsts kompensējamo zāļu recepšu aprīte notiek tikai elektroniski. Vienlaikus noteikts, ka uz papīra recepšu veidlapas arī turpmāk jāizraksta individuāli kompensējamās zāles, medicīniskās ierīces, valsts kompensējamās M saraksta zāles, kā arī papīra recepšu veidlapa jāizmanto vēl citos speciāli noteiktos gadījumos. Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem, sākot no 2018. gada 1. janvāra ārstniecības iestādēm E-veselības sistēmā jāizsniedz arī izraksti – epikrīzes un vizuālās diagnostikas izmeklējumu apraksti.

Pārskata periodā tika uzsākta arī stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju finansēšana atbilstoši katrai iestādei noteiktajam līmenim saskaņā ar Veselības ministrijas izstrādāto ziņojumu "Par veselības aprūpes sistēmas reformu".

Savukārt, lai uzlabotu onkoloģisku slimību diagnostiku un ārstēšanas procesu, 2018. gadā tika organizēta veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlase pozitronu emisijas tomogrāfijas ar datortomogrāfiju (PET/DT) pakalpojuma sniegšanai pie noteiktām diagnozēm.

2018. gadā Nacionālais veselības dienests arī uzsāka darbu pie inovatīva iepirkuma par parenterāli ievadāmo zāļu iegādi onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai 2019. gadam. Tika paredzēts, ka iepirkuma rezultātā ārstniecības iestādes, kas veic onkoloģisko saslimšanu ārstēšanu, zāļu piegādes līgumus ar piegādātājiem slēdz saskaņā ar vispārīgās vienošanās līgumiem (noslēgti starp Dienestu un attiecīgo onkoloģisko zāļu piegādātāju). Tā kā vispārīgās vienošanās līgums paredz fiksētas cenas, tad rezultātā gan lielo, gan mazo ārstniecības iestāžu slēgtajos piegādes līgumos cenas ir vienādas. Tāpat arī kopumā ir panākts būtisks zāļu cenu samazinājums.

Nemot vērā Latvijas iedzīvotāju augstos saslimstības, hospitalizācijas un mirstības no sirds un asinsvadu slimībām rādītājus, 2018. gadā Nacionālais veselības dienests sadarbībā ar Veselības ministriju izstrādāja kārtību, kādā ģimenes ārsta praksē novērtē pacientu sirds un asinsvadu veselības stāvokli un nosaka sirds un asinsvadu saslimšanu risku, pielietojot SCORE metodi. Tāpat tika noteikta arī kārtība, kādā tiek veikta samaksa par šiem pakalpojumiem.

Savukārt, lai uzlabotu ar retām saslimšanām slimojošo personu veselības aprūpi, pārskata periodā Nacionālais veselības dienests sadarbībā ar Veselības ministriju izstrādāja kārtību, kas nosaka reto slimību jomā nodrošināmo veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, to saņemšanas kārtību un apmaksas nosacījumus. Tāpat šim mērķim ir piešķirts papildu finansējums laboratoriskajiem izmeklējumiem, medikamentiem un organizatoriski metodiskajam darbam.

No 2018. gada tikusi ieviesta centralizēta rinda medicīniskās apaugļošanas veikšanai, kas nozīmē, ka vienotu rindu uztur Nacionālais veselības dienests, savukārt paciente, piesakoties rindā uz pakalpojumu, to var saņemt jebkurā no sešām ārstniecības iestādēm, un pakalpojuma apmaksa tiek veikta atbilstoši principam “nauda seko pacientam”. Ja iepriekš rindā uz pakalpojumu bija jāgaida vidēji divarpus gadi, tad līdz ar centralizētās rindas ieviešanu vidējais gaidīšanas laiks ir samazinājies vidēji līdz 10 mēnešiem. Tāpat tiek nodrošināta centralizēta uzaicinājumu nosūtīšana personām, kurām pienākusi kārtā rindā saņemt pakalpojumu.

Nemot vērā nepieciešamo multidisciplināro pieeju cukura diabēta pacientu veselības aprūpes uzraudzībai, kurā kopā ar ģimenes ārstiem darbojas arī speciālisti – endokrinologi un speciāli apmācītas diabēta aprūpes māsas – no 2018. gada pacientiem ar cukura diabētu no valsts budžeta līdzekļiem paralēli ģimenes ārstu sniegtajai aprūpei tika nodrošināta iespēja saņemt arī apmācību diabēta kabinetā.

Ar mērķi nodrošināt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktību un to pieejamību hronisku slimību pacientiem stacionārā ārstniecības iestādē, 2018. gadā noteikta kārtība, kādā tiek organizēta veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana hroniskiem pacientiem stacionārā.

No 2018. gada Nacionālais veselības dienests uzsācis arī darbu pie precīzākas pakalpojumu pašizmaksu uzskaites, kas paredz, ka atsevišķas ārstniecības iestādes Nacionālajam veselības dienestam sniedz informāciju par saviem pakalpojumu sniegšanas izdevumiem līdz individuālu pacientu līmenim.

Tai pat laikā, turpinot darbu pie onkoloģisko slimību diagnostikas uzlabošanas, 2018. gadā ESF līdzfinansētā projekta “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” ietvaros turpināta iepirkuma procedūru par klīnisko vadlīniju identificēšanu un tām atbilstošu klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrādi katrā no prioritārajām veselības jomām, tajā skaitā audzēju primārajā un atkārtotajā vizuālajā diagnostikā.

Savukārt, lai nodrošinātu iespēju sekot līdzi ģimenes ārstu praksē sasniegtajiem rezultātiem un veicinātu to uzlabošanu, no 2018. gada ģimenes ārstu darbības novērtēšanu uzsākts veikt ik ceturksni.

Būtiski arī minēt, ka 2018. gadā sadarbībā ar Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministriju Nacionālais veselības dienests organizējis kopīgu starpvalstu iepirkumu par kombinētās vakcīnas (sešas komponentes) un vakcīnas pret rotavīrusa infekciju iegādi 2020.–2021. gada periodam. Iepirkumā vadošā partnera loma uzticēta Igaunijai. Atbilstoši iepirkuma procedūras rezultātiem 2018. gadā ir noslēgti vispārīgās vienošanās līgumi gan par sešvalentās vakcīnas, gan par vakcīnas pret rotavīrusa infekciju iegādi.

Visbeidzot, lai uzlabotu klientu apkalpošanas kvalitāti Nacionālā veselības dienesta Klientu apkalpošanas centrā, 2018. gadā ticis ieviests klientu apkalpošanas standarts, kā arī veikta regulāra kvalitātes kontrole bezmaksas informatīvā tālruņa 80001234 apkalpošanā un EVAK izsniegšanā, iedzīvotāju iesniegumu izskatīšanā un konsultēšanā klātienē. Lai izvērtētu klientu apkalpošanas centra kvalitāti un izstrādātu klientu apmierinātības uzlabošanas plānu, 2018. gadā ir ticis veikts klientu apmierinātības mērījums.

1. PAMATINFORMĀCIJA PAR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU

1.1. Nacionālā veselības dienesta juridiskais statuss

NACIONĀLAIS VESELĪBAS DIENESTS (turpmāk – Dienests) ir Veselības ministrijas pārraudzībā esoša tiešās pārvaldes iestāde. Dienests savu darbību veic saskaņā ar Ministru kabineta (turpmāk – MK) 2011. gada 1. novembra noteikumos Nr. 850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums” (turpmāk – Dienesta nolikums) noteikto.

1.2. Nacionālā veselības dienesta darbības mērķis un galvenās funkcijas

Lai izveidotu optimālu Veselības ministrijas padotībā esošo iestāžu struktūru un pilnveidotu darba efektivitāti, 2018. gadā notikusi vairāku funkciju pārdale starp ministrijas padotības iestādēm.

Tā rezultātā no 2018. gada septembra valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzību veselības nozarē, kā arī līgumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu izpildes uzraudzību veic viena iestāde – Dienests. Līdz 1. septembrim līguma uzraudzības funkciju īstenoja Veselības inspekcija. Līdz ar funkcijas pārņemšanu ir ticis pilnveidots uzraudzības process, t.sk. piemērojot principu “konsultē vispirms”. Šāda principa ieviešana ir veicinājusi līgumpartneru konsultēšanu par līgumu un normatīvo aktu izpildi, kā arī nodrošinājusi vienotu pieeju ikdienas uzraudzībai.

Vienlaikus Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) no Dienesta ar 2018. gada septembri savā pārziņā ir pārņēmis klīnisko vadlīniju izvērtēšanas un reģistrēšanas funkciju, ņemot vērā, ka SPKC tiek attīstīts kā metodiskais atbalsts ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos.

Savukārt no 2019. gada janvāra Veselības inspekcija no Dienesta pilnībā pārņems atlīdzības prasījumu izskatīšanu un lēmumu pieņemšanu par atlīdzības izmaksām iedzīvotājiem no Ārstniecības riska fonda. Atlīdzības izmaksu atbilstoši Veselības inspekcijas lēmumam turpinās nodrošināt Dienests.

Tāpat ar 2019. gadu noteikts, ka ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu un izvērtēšanu, kā arī ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitātes novērtēšanas funkciju Dienests nodos Zāļu valsts aģentūrai, ņemot vērā, ka lielāko daļu medicīnisko tehnoloģiju (zāļu un medicīnisko ierīču) novērtēšanu un apstiprināšanu veic Zāļu valsts aģentūra.

Jānorāda, ka Dienesta darbības mērķis ir īstenot valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, nodrošinot racionālu un maksimāli efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, kā arī īstenot valsts politiku Ē-veselības ieviešanā.

Lai veiksmīgi īstenotu šo mērķi, Dienestam 2018. gadā, ņemot vērā minēto funkciju pārdali, ir uzticēts veikt šādas funkcijas:

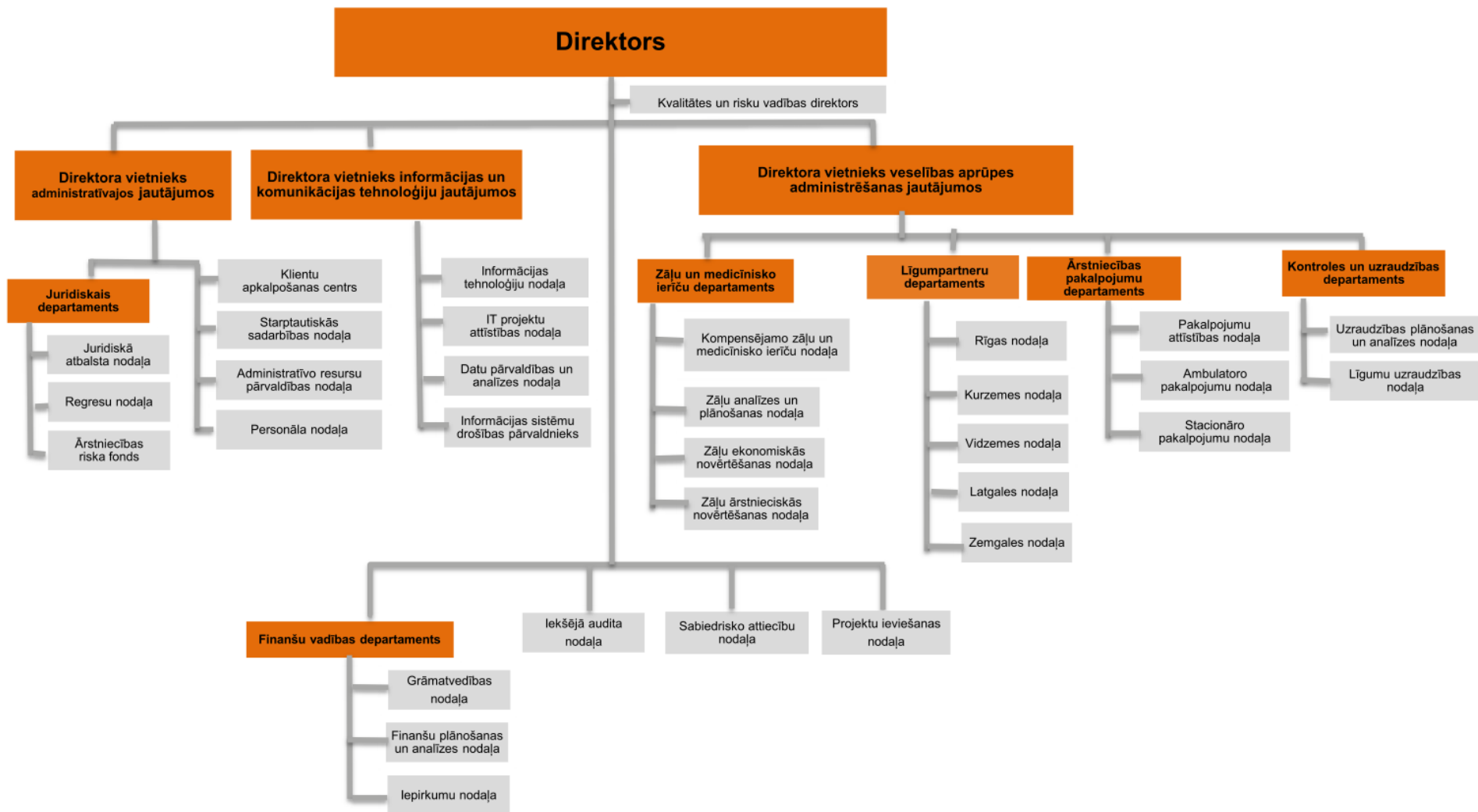
- ✓ administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus un saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem norēķināties par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī ambulatorajai ārstniecībai paredzētajām zālēm un medicīniskajām ierīcēm;
- ✓ uzraudzīt Dienesta administrēšanā nodoto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs un aptiekās;

- ✓ analizēt veselības aprūpes pakalpojumu finanšu un apjoma rādītājus, prognozēt veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un izvērtēt šo pakalpojumu nepieciešamību;
- ✓ informēt sabiedrību par tai pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, kā arī konsultēt iedzīvotājus par viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus;
- ✓ organizēt un veikt normatīvajos aktos paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču valsts centralizētos iepirkumus veselības aprūpes jomā;
- ✓ nodrošināt valsts organizētā vēža skrīninga īstenošanu;
- ✓ regresa kārtībā atgūt līdzekļus par personu ārstēšanu, ja ārstēšana ir prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma sekas;
- ✓ veikt kompetentās iestādes uzdevumus veselības aprūpes jomā, kas noteikti Eiropas Padomes Regulās;
- ✓ nodrošināt starptautisko saistību izpildi veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšanā;
- ✓ izstrādāt priekšlikumus un finanšu aprēķinus jaunu no valsts budžeta apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu ieviešanai;
- ✓ pamatojoties uz veselības ekonomikas principiem, izstrādāt priekšlikumus par veselības aprūpei piešķirtā finansējuma efektīvu izmantošanu;
- ✓ izstrādāt veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas modeļus un noteikt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamus veselības aprūpes pakalpojumu veidus;
- ✓ novērtēt ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitāti;
- ✓ veidot un uzturēt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo ārstniecībā lietojamo zāļu un medicīnisko ierīču sarakstus;
- ✓ apstiprināt ārstniecībā izmantojamās medicīniskās tehnoloģijas, reģistrēt apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas, veidot un uzturēt apstiprināto medicīnisko tehnoloģiju uzskaites un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo medicīnisko tehnoloģiju datubāzi;
- ✓ īstenot E-veselības politiku;
- ✓ izstrādāt racionālas farmakoterapijas vadlīnijas;
- ✓ administrēt Ārstniecības riska fondu;
- ✓ sadarboties ar ārvalstu un starptautiskajām institūcijām, kā arī nodrošināt informācijas apmaiņu jomā, kas saistīta ar Dienesta darbību;
- ✓ veikt pārrobežu veselības aprūpes valsts Kontaktpunkta uzdevumus.

Dienesta funkcijas, kas atbilstoši MK noteikumiem svītrotas 2018. gada laikā:

- ✓ veidot konkrētu pacientu grupu ārstniecības procesu aprakstus, kas balstīti uz zinātniskiem pierādījumiem un pamatoti ar izmaksu efektivitāti. Aprakstos norāda ārstēšanas rezultāta sasniegšanai nepieciešamās darbības, ārstniecībā izmantojamās zāles, medicīniskās ierīces un medicīniskās tehnoloģijas;
- ✓ sagatavot izstrādājamo klīnisko vadlīniju sarakstu, izvērtēt klīniskās vadlīnijas un nodrošināt to ieviešanas metodisko vadību.

1.3. Nacionālā veselības dienesta struktūra



1.4. Nacionālā veselības dienesta teritoriālās nodaļas

Lai uzlabotu darbu ar līgumpartneriem (ārstniecības iestādēm, ārstu praksēm, aptiekām) un lai darbs noritētu pēc vienādiem principiem un kritērijiem, Dienesta teritoriālās nodaļas 2018. gadā tika apvienotas Līgumpartneru departamentā. Līdz tam teritoriālās nodaļas bija Dienesta struktūrvienības.

Līgumpartneru departaments ietver piecas teritoriālās nodaļas – Rīgas nodaļu (Rīgā), Kurzemes nodaļu (Kuldīgā), Latgales nodaļu (Daugavpilī), Vidzemes nodaļu (Smiltēnē) un Zemgales nodaļu (Jelgavā).

Līgumpartneru departamentam ir uzticēts veikt šādas funkcijas:

- ✓ plānot un nodrošināt pakalpojumu līgumu slēgšanu:
 - par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu un par ambulatorai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu;
 - par E-veselības sistēmas un veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas "Vadības informācijas sistēma" (VIS) lietošanu;
- ✓ saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem norēķināties par veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ uzraudzīt veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs;
- ✓ veidot un uzturēt uz sadarbību orientētas attiecības ar līgumpartneriem, iedzīvotājiem un sadarbības iestādēm;
- ✓ nodrošināt līgumpartnerus ar informāciju par valsts apmaksājamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, to sniegšanas kārtību un plānotā finansējuma aprēķinu, kā arī nodrošināt līgumpartneru pārstāvju apmācību par E-veselības sistēmas un VIS izmantošanu;
- ✓ analizēt valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visā valsts teritorijā, apkopojot informāciju, veicot pakalpojumu sniedzēju aptauju par to kapacitāti pakalpojumu sniegšanā un veicot pārrunas ar līgumpartneriem un pašvaldībām par iespējām uzlabot pakalpojumu pieejamību;
- ✓ konsultēt iedzīvotājus par pakalpojumu saņemšanas kārtību un viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus.

Funkciju izpildei Līgumpartneru departaments un tā nodaļas īsteno šādu vispārējo uzdevumu:

- ✓ izvērtē reģiona iedzīvotājiem nepieciešamo no valsts budžeta līdzekļiem apmaksāto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un tā sadalījumu reģiona veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

1.5. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta kvalitātes vadības jomā

Dienests pastāvīgi uzrauga un uzlabo sabiedrībai sniegto pakalpojumu kvalitāti, organizējot pārvaldi pēc iespējas efektīvi. Iestādes iekšējā audita galvenā loma, novērtējot pastāvošos procesus, ir sagatavot ieteikumus vadībai, kas vērsti uz procesu uzlabošanu nākotnē, tādējādi ar iekšējo auditoru palīdzību radot pievienoto vērtību organizācijai.

Pārskata gadā, atbilstoši Valsts pārvaldes reformu plāna izvirzītajiem mērķiem, iekšējo auditu uzdevumi bija fokusēti birokrātijas mazināšanai valsts pārvaldē (t.i., iekšējo procesu efektivizācija, datu apmaiņa, iekšējā komunikācija, normatīvisma mazināšana u.c.) un birokrātiskā sloga mazināšanai uzņēmējiem un iedzīvotājiem (principu "Konsultē vispirms" un "Iesniedz vienreiz" stiprināšana un pakalpojumu pārveidošana).

Novērtējot veikto audita ieteikumu ietekmi uz iestādes un klientu faktiskajiem ieguvumiem, var apstiprināt, ka pēc ieteikumu ieviešanas un procesu darbību pilnveidošanas, klienti saņem pakalpojumus ātrāk, bet iestāde ekonomē resursus. Piemēram, klienti, kuriem nepieciešami dokumenti, kas apliecina tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā Eiropas Savienības dalībvalstī, pakalpojumu var saņemt 7-11 dienu laikā, iepriekšējo 40-60 dienu vietā, bet pakalpojuma izpildei nepieciešamo resursu ekonomija ir 48,6 tūkstoši eiro.

Turpinot vadības un darbības procesu uzlabošanu, Dienests ir aktualizējis Kvalitātes vadības sistēmas politiku un tās mērķus laika periodam līdz 2020. gadam. Ir izveidota un stājusies spēkā Dienesta funkciju un tajā ietverto procesu karte.

Pārskata periodā Dienesta vadītāji ir apguvuši novitātes risku identificēšanā un vadībā.

Kalendārā gada periodā ir atjaunoti procesu darbības riski kopumā par 11 pamatdarbības un vadības procesiem, nosakot uzraudzībai 45 jaunus identificētus darbības riskus ar dažādiem to vērtējumiem.

Dienests kopā ar vairākām citām valsts iestādēm ir uzsācis dalību arī Vides aizsardzības un reģionālas attīstības ministrijas organizētā un Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā pilotprojektā "Publisko pakalpojumu pārveides metodoloģijas izstrāde un aprobācija". Tas paredz valsts iestāžu publisko pakalpojumu pārveidi par efektīviem, uz klientu orientētiem, ātrāk un ērtāk lietojamiem pakalpojumiem. Dienests iecerējis, ka projekta ievaros tiks būtiski samazināts pakalpojuma izpildes laiks Dienestā iesniegto pieteikumu manipulāciju tarifu pārrēķināšanai un jaunu manipulāciju iekļaušanai valsts apmaksājamo klāstā, process tiks padarīts ērtāks un caurspīdīgāks klientiem.

Pēc ilgāka laika pārtraukuma tikusi organizēts klientu apmierinātības pētījums iedzīvotājiem par Dienesta sniegto pakalpojumu pieejamību un apkalpošanas kvalitāti 2018. gadā. Ar aptaujas rezultātiem ir iespējams iepazīties Dienesta mājas lapas sadaļā "Publikācijas" – ["Pētījumi"](#).

1.6. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta informācijas sistēmu drošības jomā

Lai nodrošinātu nepārtrauktu E-veselības sistēmas darbību un izvairītos no DDOS uzbrukumiem, kāds E-veselības sistēmai tika veikts 2018. gada sākumā, Nacionālās drošības starpinstitūciju komisijas 2018. gada 18. janvāra sēdē tika atbalstīts Veselības ministrijas priekšlikums noteikt arī E-veselības sistēmu par kritisko infrastruktūru. Savukārt Ministru kabinets ir lēmis E-veselību iekļaut Kritiskajā infrastruktūrā ar 2018. gada 26. marta rīkojumu. Šajā kontekstā 2018. gadā Dienests uzsācis darbu pie visu drošības dokumentu pārskatīšanas.

2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI

Atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam 2018. gadā Dienests administrēja likumā "Par valsts budžetu 2018. gadam" veselības aprūpei piešķirtos līdzekļus 909 766 030 eiro apmērā.

1. tabula
Dienesta administrējamās daļas finansējums kopā 2018. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
	Dienesta administrējamās daļas finansējums	-	-
1.	Finansiālie resursi izdevumu segšanai, kopā:	908 357 132	908 276 906
1.1.	dotācija no vispārējiem ieņēmumiem	882 374 829	880 044 799
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	24 542 699	26 990 092
1.3.	ārvalstu finansiālā palīdzība	16 627	22 840
1.4.	transferti	1 422 977	1 219 176
2.	Izdevumi, kopā:	909 766 030	905 196 776
2.1.	uzturēšanas izdevumi, kopā:	907 545 450	903 125 892
2.1.1.	kārtējie izdevumi	8 127 630	7 404 475
2.1.2.	procentu izdevumi		
2.1.3.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	897 221 917	893 538 535
2.1.4.	kārtējie maksājumi Eiropas Kopienas budžetā un starptautiskā sadarbība		
2.1.5.	uzturēšanas izdevumu transferti	2 195 903	2 182 882
2.2.	izdevumi kapitālieguldījumiem	2 220 580	2 070 884
	Finansiālā bilance	-1 408 898	3 080 130
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (pirms summas apzīmē ar -) vai samazinājums (pirms summas apzīmē ar +)	1 406 472	-3 082 554
	Ārvalstu finanšu palīdzības naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (-) vai samazinājums (+)	2 426	2 424

2. tabula
Dienesta administrēšanā nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde 2018. gadā

Programmu/ apakš - programmu kodi	Programmu/ apakšprogrammu nosaukums	Apstiprināts likumā par valsts budžetu, EUR	Līdzekļu izlietojums (naudas plūsma), EUR	Līdzekļu izlietojums, %
33.00.00	Veselības aprūpes nodrošināšana	891 143 975	888 694 580	99,7
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana	172 808 777	172 808 777	100
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	12 000 316	12 000 316	100
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	119 521	119 521	100
33.09.00	Interesešu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	196 692	196 692	100
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	2 063 766	2 063 766	100
33.14.00	Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana	107 856 734	107 390 707	99,6
33.15.00	Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	29 294 900	28 992 395	99,0

33.16.00	Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	194 969 904	194 197 583	99,6
33.17.00	Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs	224 300 914	224 208 865	100
33.18.00	Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	136 485 208	135 689 332	99,4
33.19.00	Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem	11 047 243	11 026 626	99,8
45.00.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	9 961 457	8 052 357	80,8
45.01.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	8 106 365	7 436 597,00	91,7
45.02.00	Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	1 855 092	615 760	33,2
62.08.00	Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu veselības jomā īstenošana (2014-2020)	47 920	22 076	46,1
63.07.000	Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana	571 264	567 240	99,3
67.06.00	Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana	2 500	2 500	100
70.00.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana	293 159	115 144	39,3
70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana	28 134	16 665	59,2
70.09.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē	265 025	98 479	37,2
99.00.00	Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums	7 745 755	7 742 878	100
Dienesta administrējamā budžeta daļa kopā:		909 766 030	905 196 776	99,5

3. BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS, KURU FINANSIĀLIE LĪDZEKĻI TIEK IZLIETOTI DIENESTA DARBĪBAS UZTURĒŠANAI

2018. gadā programmas 45.00.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana" ietvaros Dienests administrējis divas apakšprogrammas:

- ✓ 45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana";
- ✓ 45.02.00 "Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana", kuru reglamentē 23.11.2013. MK noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi".

Finansiālie līdzekļi Dienesta darbības nodrošināšanai tiek plānoti budžeta programmā 45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana".

Apakšprogrammas ietvaros Dienests :

- ✓ slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu;
- ✓ slēdz līgumus par ambulatorajai ārstniecībai paredzēto no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu;
- ✓ veic valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasī;
- ✓ koordinē veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu atbilstoši starptautiskajiem līgumiem, kā arī ES un LR normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā un apjomā Latvijas iedzīvotājiem, kuri uzturas ES, EEZ dalībvalstīs un Šveicē, kā arī ES, EEZ valstīs un Šveicē apdrošinātajām personām, kuras uzturas Latvijā;
- ✓ veic pārrobežu veselības aprūpes valsts kontaktpunkta uzdevumus;
- ✓ atbilstoši kompetencei pārstāv valsts intereses un sadarbojas ar citu valstu iestādēm un starptautiskām organizācijām, piedalās starptautiskos sadarbības projektos un pasākumos, kā arī nodrošina informācijas apmaiņu jomā, kas saistīta ar Dienesta darbību;
- ✓ nosaka mērķa grupas valsts organizētā vēža skrīninga veikšanai, nosūta uzaicinājuma vēstules un apkopo skrīninga rezultātus;
- ✓ veido, uztur un papildina valsts informācijas sistēmas, kuru pārzinis ir Dienests - veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmu "Vadības informācijas sistēma" (turpmāk – VIS), kas nodrošina veselības aprūpes norēķinus; Kompensējamo zāļu reģistrācijas un uzskaites informācijas sistēmu; veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzi; ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datubāzi un E-veselības informācijas sistēmu;
- ✓ analizē noslēgto līgumu izpildi un apkopo informāciju par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un ambulatorajai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču nodrošinājumu;
- ✓ apkopo VIS datus;
- ✓ atbilstoši kompetencei uzdod veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem novērst konstatētās nepilnības veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietošanā un atmaksāt personai nepamatoti iekasētu pacienta iemaksu vai samaksu par veselības aprūpes pakalpojumu;
- ✓ aprēķina no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo ārstniecībā izmantojamo (tajā skaitā kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto) zāļu un medicīnisko ierīču cenas;
- ✓ pārbauda no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas, to sniegšanas pamatotību un atbilstību līgumam ar Dienestu;
- ✓ sniedz informāciju iedzīvotājiem par tiem pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, kā arī konsultē iedzīvotājus par viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus;

- ✓ izstrādā no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un samaksas nosacījumus;
- ✓ nodrošina ārstniecības riska maksājumu iekasēšanu no ārstniecības iestādēm un no Ārstniecības riska fonda izmaksā atlīdzību pacientiem par dzīvībai vai veselībai nodarītu kaitējumu un morālo kaitējumu;
- ✓ izstrādā un ievieš E-veselības informācijas sistēmas, kā arī nodrošina e-pakalpojumus ārstniecības iestādēm un iedzīvotājiem.

2018. gadā izdevumi Dienesta darbības – uzdevumu un funkciju – nodrošināšanai bija 7 436 597 eiro, tajā skaitā Dienesta sniegto publisko maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu apjoms bija 1 567 960 EUR. Saskaņā ar MK 2018. gada 29. maija sēdes protokolu Dienests saņēma transferta pārskaitījumu no Zāļu valsts aģentūras 969 005 eiro apjomā Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas uzturēšanai un nepārtrauktas darbības nodrošināšanai.

3. tabula

Finansējums Dienesta administratīvā darba nodrošināšanai 2018. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
1.	Finansiālie resursi izdevumu segšanai, kopā:	7 507 680	7 521 435
1.1.	Dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem	4 984 499	4 984 499
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	1 519 729	1 567 931
1.3.	ārvalstu finansiālā palīdzība		
1.4.	saņemtie transferti no savas ministrijas, centrālās valsts iestādes padotībā esošām no valsts budžeta daļēji finansētām atvasinātām publiskām personām un budžeta nefinansētām iestādēm	1 003 452	969 005
2.	Izdevumi kopā:	8 106 365	7 436 597
2.1.	uzturēšanas izdevumi kopā:	7 617 993	6 948 225
2.1.1.	kārtējie izdevumi	7 375 626	6 713 511
2.1.2.	procentu izdevumi		
2.1.3.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	242 367	234 714
2.1.4.	kārtējie maksājumi Eiropas Kopienas budžetā un starptautiskā sadarbība		
2.1.5.	uzturēšanas izdevumu transferti		
2.2.	izdevumi kapitālieguldījumiem	488 372	488 372
	Finansiālā bilance	-598 685	84 383
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (pirms summas apzīmē ar -) vai samazinājums (pirms summas apzīmē ar +)	598 685	-84 838

Būtiska daļa no Dienesta izdevumiem – 2 896 816 eiro jeb 39 % no kopējā 7 436 597 eiro izdevumu apjoma izmantota Dienestam uzdoto funkciju izpildei:

- ✓ vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas (VIS) uzturēšanai un darbības nodrošināšanai – 1 237 792 eiro;
- ✓ informācijas sistēmu licenču iegādei un nomai, kā arī E-veselības sistēmas uzlabojumiem, t.sk. e-nosūtījuma attīstīšanai – 1 338 006 eiro;
- ✓ sabiedrības informēšanai – 70 388 eiro;
- ✓ vēža skrīninga uzaicinājuma vēstuļu sagatavošanai un nosūtīšanai iedzīvotājiem – 91 731 eiro;
- ✓ EVAK izgatavošanai un izsniegšanas nodrošināšanai – 49 686 eiro;

- ✓ zvanu centra uzturēšanai, bezmaksas informatīvā tālruņa un kontaktpunkta tālruņa darbības nodrošināšanai – 23 576 eiro;
- ✓ medikamentu recepšu veidlapu izgatavošanai – 28 501 eiro;
- ✓ gada maksājumiem dalībai profesionālās asociācijās – 57 137 eiro.

Veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas un VIS darbības nodrošināšanu īsteno Dienests. Informācija no vadības informācija sistēmas tiek izmantota ne tikai Dienesta funkciju nodrošināšanai, bet arī citu valsts pārvaldes iestāžu funkciju veikšanai. Sistēmu lieto visas ārstniecības iestādes, kuras ir noslēgušas līgumu ar Dienestu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

Dienests nodrošina zvanu centra darbību, kas ietver Dienesta apmaksāto bezmaksas informatīvo tālruni 80001234 un Kontaktpunkta tālruni 6704500. Tālruņi darbojas darba dienās no plkst. 8.30 līdz 17.00, lai nodrošinātu iedzīvotājiem informācijas pieejamību par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu un medikamentu apmaksas, kā arī saņemšanas kārtību. Tālruņu darbības nodrošināšanai pārskata periodā izlietoti 23 576 eiro.

2018. gadā izsniegtas 115 828 EVAK, kas ir par 16 315 EVAK vairāk nekā 2017. gadā. Dienests izsniedzis arī 994 EVAK aizvietojošos sertifikātus. Uz 2018. gada 31. decembri spēkā esošo EVAK skaits bija 298 746.

Programma 45.02.00 “Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana”

Ārstniecības riska fonda mērķis ir sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā, kas ir ievērojami pieejamāks un ātrāks. Savukārt ārstniecības personām tas nodrošina iespēju aizsargāt savas profesionālās darbības un tās iespējamo seku risku.

Pacientu tiesību likums nosaka, ka pacientam ir tiesības uz atlīdzību no Ārstniecības riska fonda par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas.

Ārstniecības iestādes Ārstniecības riska fondā finansiālos līdzekļus iemaksā atbilstoši Dienesta sagatavotajam rēķinam. Katrai ārstniecības iestādei riska maksājums tiek aprēķināts saskaņā ar noteiktu formulu – atbilstoši specialitāšu skaitam, kādās mediķi iestādē praktizē, un specialitāšu sadalījumam atbilstoši riska grupām. 2018. gadā ieņēmumi no ārstniecības iestāžu veiktajiem riska maksājumiem bija 1 418 521 eiro.

2018. gadā no Ārstniecības riska fonda līdzekļiem veiktas izmaksas 42 gadījumos par kopējo summu 615 760,46 eiro.

4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS

Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana

Apakšprogramma 33.03.00 "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana" nodrošina līgumu slēgšanu par izdevumu kompensāciju ar aptiekām par ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju atbilstoši pacienta slimības diagnozei, raksturam un smaguma pakāpei.

Izdevumu kompensāciju veic atbilstoši 2006. gada 31. oktobra MK noteikumiem Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība".

Apakšprogrammas ietvaros pacientam tiek nodrošināta iespēja iegādāties zāles un medicīniskās ierīces, kuru iegādes izdevumus atbilstoši normatīvajiem aktiem daļēji vai pilnībā sedz no likumā par valsts budžetu kārtējam gadam zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirtajiem līdzekļiem:

- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā. Tajā skaitā no 2014. gada bērniem līdz 18 gadiem zāles un medicīniskās ierīces no KZS tiek apmaksātas 100 % apmērā (lētākās līdzvērtīgas efektivitātes zāles). Lētāko zāļu 100% kompensācija neattiecas uz M sarakstā iekļautajām zālēm;
- ✓ M sarakstā iekļauto zāļu kompensācija (zāļu kompensācija 50 % apmērā bērnam līdz 24 mēnešu vecumam, ja viņam nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru un kompensācija 25 % apmērā grūtniecei vai sievietei pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja viņai nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru);
- ✓ C sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija;
- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuāliem pacientiem;
- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija 100 %, 75 % un 50 % apmērā atkarībā no diagnozes.

Saskaņā ar 2006. gada 31. oktobra MK noteikumu Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" 61.24. punktu, lai uzlabotu lētāku inovatīvo zāļu pieejamību pacientiem, Dienests ir noslēdzis ar zāļu ražotājiem vairākus līgumus par finansiālu līdzdalību KZS iekļauto zāļu kompensācijas nodrošināšanai. Līgumā ar katru zāļu ražotāju noteikta līdzdalības daļa atkarībā no izsniegtā medikamentu apjoma.

Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

Apakšprogramma 33.04.00 "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde" nodrošina Noteikumu Nr. 555 8. pielikumā noteikto medikamentu centralizētu iepirkumu, iegādājoties peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļus, fenilketonūrijas un citu iedzimto vielmaiņas slimību korekcijas produktus, vakcīnas, redzes korekcijas līdzekļus bērniem, kā arī imūnserumus un specifiskos imunglobulīnus, mākslīgus maisījumus un mākslīgus papildu ēdināšanas maisījumus zīdaiņiem, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm. Dienests darbojas kā šo iepirkumu pasūtītājs un maksātājs.

Iedzīvotāju ģenoma datubāzes projekta īstenošana

Apakšprogramma 33.08.00 "Iedzīvotāju ģenoma datubāzes projekta īstenošana" nodrošina Iedzīvotāju ģenoma datubāzes projekta īstenošanu (fenotipisko datu un audu paraugu Ievākšana, apstrāde, uzglabāšana un kvalitātes nodrošināšana), ko veido un uztur Latvijas Biomedicīnas un studiju centrs. Materiāli tiek izmantoti ģenētisku pētījumu projektos un rezultātu analīzei.

Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"

Apakšprogramma 33.09.00 "Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"" nodrošina pedagogu darba samaksu interešu izglītībai darbam ar ilgstoši hospitalizētajiem bērniem, lai tiem bērniem, kuri ilgstoši slimības dēļ uzturas VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", nodrošinātu nepieciešamo interešu izglītību.

Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem

Apakšprogramma 33.12.00 "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem" nodrošina specifisko medikamentozo ārstēšanu personām ar retām slimībām atbilstoši 29.05.18 MK noteikumu Nr. 311 "Noteikumi par veselības aprūpes pakalpojumiem reto slimību jomā" noteiktajam, kā arī reto slimību metodisko vadību no 2018. gada marta. Līdz 2018. gada septembrim apakšprogrammas ietvaros tika nodrošināti ārstnieciska uztura preparāti (*Neocate*, *Neocate advance*) pacientiem ar smagu olbaltumvielu nepanesību un izteiktu malabsorcijas sindromu, savukārt no minētā datuma šo pakalpojumu nodrošina apakšprogrammas 33.16.00 "Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana" ietvaros.

Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana

Apakšprogrammas 33.14.00 "Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana" ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti primārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā ģimenes ārstu sniegtie pakalpojumi, zobārstniecības pakalpojumi bērniem līdz 18 gadu vecumam un Černobiļas AES avārijas rezultātā radiācijas ietekmei pakļautajām personām, veselības aprūpes pakalpojumi mājās pacientiem ar hronisku saslimšanu un pārvietošanās traucējumiem, un citi primārās aprūpes pakalpojumi.

Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē

Apakšprogrammas 33.15.00 "Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē" ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi un histoloģiskie izmeklējumi atbilstoši MK noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana

Apakšprogrammas 33.16.00 "Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana" ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi pie sekundārās ambulatorās aprūpes speciālistiem, diagnostiskie izmeklējumi, ambulatorā rehabilitācija, dienas stacionāra pakalpojumi un profilaktiskie izmeklējumi atbilstoši MK noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs

Apakšprogrammas 33.17.00 "Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs" ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti neatliekamās palīdzības pakalpojumi stacionārajās ārstniecības iestādēs atbilstoši MK noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā slimnīcu uzņemšanas nodaļu darbība, dzemdību palīdzība u.c.

Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana

Apakšprogrammas 33.18.00 "Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana" ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti plānveida veselības aprūpes pakalpojumi stacionārajās ārstniecības iestādēs atbilstoši MK noteikumos Nr. 555 noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā endoprotezēšana, rehabilitācija, plānveida ķirurģiskie pakalpojumi u.c.

Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem

Apakšprogrammas 33.19.00 "Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem" ietvaros nodrošina:

- ✓ norēķinus ar ES un Eiropas Ekonomiskās zonas (turpmāk EEZ) dalībvalstīm par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ izdevumu atlīdzināšanu fiziskajām personām, kurās veikta samaksa par saņemtajiem pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumiem no personīgajiem līdzekļiem. Izdevumu atlīdzināšana pamatojas gan uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Dalībvalstī, kur veselības aprūpes tika saņemta, gan uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem (saskaņā ar Latvijas tiesību aktiem, ar kuriem pārņemto Direktīva par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē);
- ✓ norēķinus ar ārstniecības iestādēm par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ Dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājumā sistēmās ietvaros apdrošinātajām personām ar EVAK un par to prasību izpildi, kuras noteiktos veselības aprūpes jomu regulējošos starptautiskajos līgumos;
- ✓ no Krievijas Federācijas līdzekļiem veselības aprūpes budžeta izdevumu kompensāciju par Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpi Latvijā saskaņā ar 1994.gada 30.aprīļa Latvijas Republikas valdības un Krievijas Federācijas valdības vienošanos "Par Latvijas Republikas teritorijā dzīvojošo Krievijas Federācijas militāro pensionāru un viņu ģimenes locekļu sociālo aizsardzību" un saskaņā ar 1995.gada 15.decembra Krievijas Federācijas Aizsardzības ministrijas un Latvijas Republikas Labklājības ministrijas vienošanos "Par Latvijas Republikas teritorijā dzīvojošo Krievijas Federācijas militāro pensionāru medicīnisko pakalpojumu izdevumu kompensācijas kārtību". No Krievijas Federācijas saņemto finansējumu izlieto norēķiniem par veselības aprūpes pakalpojumiem, par kompensējamiem medikamentiem un materiāliem, centralizēti iepirkto medikamentu iegādi un ar veselības aprūpes finansējuma administrēšanu saistītiem izdevumiem.

Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem

Programmā 99.00.00 līdzekļus noteiktam mērķim piešķir ar MK rīkojumiem. Pārskata periodā Dienestam piešķirti līdzekļi šādiem pasākumiem:

- ✓ 18,4 tūkstoši eiro, lai segtu izdevumus saistībā ar patvēruma meklētāju ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs;

- ✓ 1 570,3 tūkstoši eiro, lai segtu izdevumus, kas saistīti ar veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzes izveidi;
- ✓ 17,7 tūkstoši eiro, lai nodrošinātu izdevumu segšanu saistībā ar militārajā konfliktā Ukrainā cietušo personu rehabilitāciju VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" un transporta izdevumus Latvijā;
- ✓ 12,1 tūkstotis eiro, lai VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" segtu izdevumus, kas saistīti ar Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu vienotās datubāzes modernizāciju un datu migrācijas failu sagatavošanu;
- ✓ 6 124,2 tūkstoši eiro, lai nodrošinātu samaksu atbilstoši ES dalībvalstu, EEZ un Šveices kompetento institūciju iesniegtajiem rēķiniem.

Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogramma 63.07.00 Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana (2014.–2020.g.) nodrošina Dienesta ESF projekta "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešanas prioritāro veselības jomu ietvaros" aktivitāšu īstenošanu.

Projekta mērķis ir nodrošināt sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) aprūpes un garīgās veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogrammas 62.08. ietvaros tiek īstenoti divi projekti:

- ✓ Veselības nozares informācijas sistēmu (reģistri) modernizācija, attīstība un integrācija ar E-veselības informācijas sistēmu;
- ✓ Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas tālāka pilnveidošana, sasaistot to ar personas identifikāciju".

Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana

Apakšprogrammas 67.06.00 "Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana" ietvaros tiek īstenots projekts "Nacionālā veselības dienesta dalība apsekojumā par pirktspējas paritātēm slimnīcās" saskaņā ar Granta līgumu, kas noslēgts ar Centrālo statistikas pārvaldi.

2018. gadā saskaņā ar Eurostat/OECD vadlīnijām Eiropas salīdzinājumu programmas slimnīcu apsekojuma ietvaros Dienests sagatavoja anketu, uzrādot cenas/ izmaksas par slimnīcu pakalpojumiem 2017. gadā.

Citu ES politikas instrumentu projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogrammas finansējumu veido ārvalstu finansiālā palīdzība – ieņēmumi no citu ES politiku instrumentu līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanas, kas nav ES struktūrfondi.

Apakšprogrammas 70.07.00 "Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana" ietvaros tiek īstenoti projekti:

- ✓ Eiropas Komisijas trešās Savienības rīcības programmas veselības jomā (2014–2020. gadam) projekta "Trešā Vienota rīcība Eiropas veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas tīkls" (*EUnetHTA JA3*) īstenošana. Projekta ietvaros notiek labākās

- pieredzes un zināšanu apmaiņa veselības tehnoloģiju novērtēšanas jomā, nodrošinot veselības tehnoloģiju, tajā skaitā zāļu relatīvās efektivitātes darba tālāku attīstību.
- ✓ Eiropas Komisijas trešās Savienības rīcības programmas veselības jomā (2014-2020. gadam) projekta "Vienotā rīcība E-veselības tīkla atbalstam" (*JAseHN*) īstenošana;
 - ✓ projekts "Vienotā rīcība e-Veselības tīklu atbalstam" (*Joint Action supporting the eHealth Network — eHAction*) ar mērķi attīstīt stratēģiskas rekomendācijas un instrumentus, kas varētu rosināt politiskas apspriešanas un sekmēt sadarbību galvenajās prioritāšu jomās.

Citu ES politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē

Dienests un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra (VSAA) kā kompetentās institūcijas sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanā Latvijā ir noslēgušas sadarbības līgumu par kopīgu projekta realizāciju elektroniskas informācijas apmaiņas organizēšanā un nodrošināšanā starp ES, EEZ dalībvalstīm un Šveici. Attiecīgi apakšprogrammas 70.09.00 ietvaros tiek īstenots projekts "LatEESSI" (*Electronic Exchange of Social Security Information*).

Latvijai kā vienai no Dalībvalstīm projekta ietvaros izstrādās sistēmu, kura nodrošinās sociālās nodrošināšanas dokumentu uzturēšanu un automatizētu apmaiņu ar vienoto Dalībvalstu EESSI sistēmu tiešsaistes režīmā. EESSI ir informācijas tehnoloģiju sistēma, kura atbilstoši prasībām, kas izvirzītas koordinēšanas noteikumos par sociālā nodrošinājuma koordināciju, palīdzēs sociālā nodrošinājuma iestādēm visās Dalībvalstīs ātrāk un drošāk apmainīties ar informāciju.

5. DIENESTA DARBĪBAS REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI

5.1. Ambulatorā veselības aprūpe

Finansējums ambulatoriem pakalpojumiem ir sadalīts trīs apakšprogrammās - primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana, pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana un laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē.

4. tabula
Ambulatoro pakalpojumu izpilde 2017. gadā un 2018. gadā

Rādītājs	2017. gada rēķinu summa	2018. gada rēķinu summa
Līdzekļi ambulatorai veselības aprūpei, t. sk.:	284 382 550	335 237 855
Primārā veselības aprūpe, t. sk.:	87 073 629	108 945 946
primārās veselības aprūpes pakalpojumi	67 678 108	84 332 353
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	4 180 571	4 008 550
zobārstniecība	8 554 857	13 468 910
veselības aprūpes pakalpojumi mājās pacientiem ar smagām slimībām	6 417 711	7 116 804
ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība	242 382	19 329*
Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, t. sk:	172 464 813	197 064 149
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi	162 641 087	187 248 622
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	9 823 726	9 815 527
Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	24 844 108	29 227 760

* Norēķins par 2018. gada decembri

5. tabula
Ambulatoro apmeklējumu skaits primārajā un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē

Rādītājs	2017. gads	2018. gads
Ambulatoro apmeklējumu skaits primārajā veselības aprūpē (1.6. aprūpes epizodē pie PVA ¹ ārsta, PVA māsas, PVA ārsta palīga, PVA vecmātes un dežūrārsta)	6 402 001	6 253 191
Ambulatoro apmeklējumu skaits sekundārajā veselības aprūpē (1.6. aprūpes epizodē pie SAVA ² speciālista, SAVA māsas, SAVA ārsta palīga)	3 641 272	3 724 322
Ambulatoro apmeklējumu skaits, kopā	10 043 273	9 977 513

¹ PVA – primārā veselības aprūpe.

² SAVA – sekundārā ambulatorā veselības aprūpe.

5.2. Stacionārā veselības aprūpe

2018. gadā stacionārajai veselības aprūpei saglabātas divas budžeta apakšprogrammas – 33.17.00. “Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārajās ārstniecības iestādēs” un 33.18.00. “Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana”. Attiecīgi stacionāro pakalpojumu finansējums ir sadalīts divās programmās – plānveida un neatliekamajos pakalpojumos.

2018. gadā samaksu par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem turpināja veikt kā fiksētu maksājumu par DRG stacionāra darbību, kā arī tika turpināta ikmēneša fiksētā piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību, observācijas gultu izveidošanu un uzturēšanu. Papildus ir izdalītas vairākas plānveida/ neatliekamās iezīmētās programmas, kuras apmaksā pēc izpildes, nepārsniedzot līgumā noteikto apjomu. Virs līguma summas samaksa tiek veikta par:

- ✓ pacienta iemaksas kompensāciju;
- ✓ dzemdību palīdzību;
- ✓ pacientiem, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija;
- ✓ personām ar prognozējamu invaliditāti un pakalpojumi, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā;
- ✓ pacientiem, kuriem veikta zāļu rezistentā tuberkulozes pacienta paliatīvā aprūpe;
- ✓ trombolītiskajiem medikamentiem un hemodialīzes manipulācijām;
- ✓ pavadošās personas atrašanos pie pacienta;
- ✓ specifiskiem medikamentiem un nestandarta endoprotēzēm saskaņā ar MK noteikumu Nr. 555 7. pielikumu
- ✓ sarežģītām onkoloģiskajām operācijām.

6. tabula

Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu izpilde 2017. un 2018. gadā

Pakalpojumi	2017. gada rēķinu summa, EUR	2018. gada rēķinu summa, EUR
Stacionārā palīdzība kopā:	272 933 076	360 981 981
1. Neatliekamā stacionārā veselības aprūpe:	172 850 623	226 041 209
1.1. Pakalpojumu apmaksā	161 568 069	210 560 214
1.2. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	11 242 554	10 980 995
1.3. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem 2017.gadā / Veselības reformas pasākumu īstenošana iekārtu iegādei 2018.gadā	40 000	4 500 000
2. Plānveida stacionārā veselības aprūpe:	100 082 453	134 940 772
2.1. Pakalpojumu apmaksā*	86 786 644	115 592 036
2.2. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	4 374 331	2 932 555
2.3. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem 2017.gadā / Veselības reformas pasākumu īstenošana iekārtu iegādei 2018.gadā	8 921 478	16 416 181

*Sākot ar 2018. gada 1. martu, no dienas stacionāra pārceļts DRG fiksētais maksājums par plānveida īslaicīgo ķirurģiju un invazīvo kardiokirurģiju.

7. tabula

Vispārējie stacionārās aprūpes statistikas rādītāji no 2017. gada līdz 2018. gadam

Rādītāji	Kopā / vidēji 2017. gads	Kopā / vidēji 2018. gads
Unikālo pacientu skaits	214 965	214 873
Stacionēšanas gadījumu skaits	312 038	315 103
Gultas dienu skaits	2 673 331	2 628 887
Vidējais ārstēšanās ilgums	8,6	8,3

2018. gadā stacionāros par valsts budžeta līdzekļiem ārstējušās 214 873 unikālās personas, kas ir par 92 personām mazāk nekā iepriekšējā periodā. Kopējais hospitalizāciju jeb stacionēšanas gadījumu skaits ir 315 103, kas salīdzinājumā ar 2017. gadu uzrāda kāpumu par 3 065 vienībām.

No visiem stacionēšanas gadījumiem pārskata periodā 83 % ir bijuši neatliekamās palīdzības slimnīcās, 14 % – specializētajās slimnīcās un 3 % – aprūpes slimnīcās. Salīdzinot ar 2017. gadu, 2018. gadā stacionēšanas gadījumu skaits ir palielinājies par 3 065 vienībām, stacionārā pacienti kopā pavadījuši 2 628 887 gultas dienas, vidēji viens pacients stacionārā atradies 8,3 dienas, kas ir par 0,3 dienām mazāk nekā gadu iepriekš.

5.3. Kompensējamie medikamenti un materiāli

Uz 2018. gada 1. janvāri kompensējamo zāļu sarakstā (turpmāk – KZS)³ bija iekļauti 1693 medikamenti, no kuriem 1344 medikamenti A sarakstā, 319 medikamenti B sarakstā un 30 medikamenti – C sarakstā, kā arī 281 medicīniskā ierīce.

2018. gadā veikta iekļauto zāļu cenu pārvērtēšana salīdzinājumā ar cenām citās ES valstīs, kā arī iekļauti jauni un lētāki patentbrīvie (*generic*) medikamenti. Iesniedzēji⁴ arī pēc savas iniciatīvas samazināja medikamentu kompensācijas bāzes cenas. Tika veikts terapijas izmaksu pārreķins, salīdzinot ar citiem KZS iekļautajiem medikamentiem. Iepriekš minēto pasākumu rezultātā tika samazinātas kompensācijas bāzes un references cenas, kas deva iespēju nodrošināt nepieciešamos medikamentus plašākam pacientu lokam piešķirtā finansējuma ietvaros.

Lai sekmētu racionālāku un izmaksu efektīvāku medikamentozās terapijas nodrošināšanu, 2018. gada laikā veikta atkārtota terapeitiskās un izmaksu efektivitātes pārvērtēšana, pamatojoties uz klīniskās efektivitātes pierādījumiem, izmaksu atšķirībām, kā arī ņemot vērā pieejamo aktuālo informāciju par medikamentu cenām citās valstīs, šādām zāļu grupām:

- ✓ zāles HIV ārstēšanai;
- ✓ cukura diabēta ārstēšanai paredzētie perorālie līdzekļi;
- ✓ pretepilepsijas medikamenti;
- ✓ antipsihotiskie līdzekļi
- ✓ renīna-angiotenzīna-aldosterona sistēmas blokatori un kombinācijas;
- ✓ kalcija kanālu blokatori.

2018. gadā ir saņemti 266 iesniegumi jaunu zāļu un medicīnisko ierīču iekļaušanai KZS.

Pārskata periodā pieņemti 807 lēmumi par zāļu un medicīnisko ierīču iekļaušanu KZS, references un kompensācijas bāzes cenas pārskatīšanu, saraksta kategorijas maiņu, svītrošanu un gada uzturēšanas maksas piemērošanu vai atcelšanu un kompensācijas nosacījumu pārskatīšanu. No tiem pozitīvi lēmumi ir 140 zāļu un 14 medicīnisko ierīču iekļaušanai A sarakstā, 63 medikamentu iekļaušanai B sarakstā un 9 medikamentu iekļaušanai C sarakstā. Iekļaujot KZS jaunus patentbrīvos (*generic*) medikamentus vai paplašinot farmakoterapeitiskās grupas un piemērojot references cenas principu, saraksta kategorija no B uz A mainīta 17 medikamentiem un 17 medicīniskajām ierīcēm, C uz B – 7 medikamentiem.

Kompensācijas bāzes cenas vai references cenas pārskatīšana veikta 834 gadījumos medikamentiem un 71 gadījumā – medicīniskajai ierīcei.

2018. gadā pieņemti 33 pozitīvi lēmumi par 38 jaunu zāļu vispārīgo nosaukumu vai to kombināciju iekļaušanu KZS. Pēc Dienesta iniciatīvas pieņemts 21 lēmums par zāļu kompensācijas paplašināšanu un pieejamības nodrošināšanu pacientiem.

2018. gadā kopumā aptiekās izsniegtas valsts kompensējamās zāles 172 808 777 eiro apmērā. Pārskata gadā noslēgti 25 līgumi par finansiālu līdzdalību KZS iekļauto zāļu kompensācijas nodrošināšanai. Salīdzinājumā ar 2017. gadu zāles naudas izteiksmē izsniegtas par 15 % vairāk.

³ Izdevumu medikamentu iegādes izdevumu kompensācija tiek veikta atbilstoši 2006. gada 31. oktobra MK noteikumiem Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība".

⁴ Iesniedzējs – zāļu vai medicīnisko ierīču reģistrācijas apliecības turētājs (īpašnieks) vai viņa pilnvarots pārstāvis, vai zāļu, vai medicīnisko ierīču vairumtirgotājs, vai viņa pilnvarots pārstāvis, kas iesniedz Dienestā rakstisku iesniegumu, lai zāles vai medicīniskās ierīces iekļautu kompensējamo zāļu sarakstā.

Vispārējā kārtībā kompensējamās zāles izsniegtas 718 452 pacientiem (2017. gadā – 708 067, pieaugums par 1,5 %). No tiem 33 853 ir pacienti, kuri saņem M saraksta zāles (bērni līdz divu gadu vecumam, grūtnieces vai sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām).

Viens pacients ir saņēmis kompensējamās zāles vidēji 245,62 eiro apmērā (2017. gadā – 213,56 eiro). Zāļu iegādes izdevumu kompensācija individuālā kārtībā 2018. gadā nodrošināta 776 pacientiem 3 573 416,48 eiro apmērā (2017. gadā – 833 pacientiem).

2018. gadā vispārējā kārtībā izsniegtas 6 791 532 receptes (A, B, C un M saraksta zāles), pieaugums pret 2017. gadu – 4,5 % (2017. gadā izsniegtas 6 567 889 receptes). No kopējā skaita 69 380 receptes izrakstītas bērniem līdz divu gadu vecumam, kā arī grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā. Vienas receptes vidējā cena A, B, C un M saraksta zālēm ir 24,96 eiro (2017. gadā – 22,81 eiro). Vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm vai sievietēm pēcdzemdību periodā – 5,44 eiro.

2018. gadā zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensējamo cenas daļu, t.i. līdzmaksājumu atbilstoši 50 % vai 75 % valsts kompensācijas apmēram 16 790 837 eiro apmērā (2017. gadā – 16 935 996,04 eiro apmērā).

Pārskata gadā arī aktualizētas racionālas farmakoterapijas rekomendācijas zāļu iegādes kompensācijas sistēmas ietvaros HIV infekcijas ārstēšanai.

Pateicoties inovatīvo zāļu iekļaušanai piešķirtajam finansējumam un Dienesta sarunām ar zāļu ražotājiem par izmaksu samazinājumu, 2018. gadā Kompensējamo zāļu sarakstā ir iekļauti jauni inovatīvi medikamenti gastroenteropātisku audzēju, *metastātiska plaušu audzēja*, metastātiska zarnu audzēja, metastātiska prostatas audzēja, HER2 pozitīva metastātiska krūts vēža, olhīcu audzēja, noteikta tipa limfocitomas un metastātiskas ādas melanomas ārstēšanai.

2018. gadā arī palielināts kompensācijas apmērs no 75 % uz 100 % tādām diagnozēm kā Krona slimība, čūlainais kolīts un psoriāze, kā rezultātā tikušas paplašinātas terapijas iespējas, iekļaujot bioloģiskos medikamentus pie šīm diagnozēm, tāpat arī palielināts kompensācijas apmērs diagnožu grupā – minerālu vielmaiņas traucējumi. Pārskata periodā ir palielināts kompensācijas apmērs no 50 % uz 100 % vairākām diagnozēm: sarkoidoze, hipersensitivitātes pneimonīts, ko izraisījuši organiskie putekļi, citas intersticiālas plaušu slimības, Hantingtona (*Huntington*) slimība, motoriskā neirona slimība. Bez tam, lai mazinātu administratīvo slogu, Kompensējamo zāļu sarakstā ar 100 % kompensācijas apmēru tika iekļautas tādas jaunas diagnozes kā primārā plaušu hipertensija, *osteogenesis imperfecta* un D vitamīnrezistents rahīts, kuru ārstēšanai medikamentus pacienti līdz šim saņēma individuālās kompensācijas kārtībā.

Visbeidzot, zāļu cenu koridora ietvaros 2018. gadā 98 medikamentiem, kuri pārsniedza 100 % cenu robežu starp lētākajiem un dārgākajiem vienas grupas medikamentiem, tika samazinātas cenas, kā rezultātā tika samazināts pacientu līdzmaksājums.

5.4. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

Centralizētas medikamentu un materiālu iegādes ietvaros tiek organizēts un veikts normatīvajos aktos paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču valsts centralizētais iepirkums veselības aprūpes jomā. Dienests darbojas kā iepirkuma pasūtītājs un maksātājs šādu medikamentu un materiālu centralizētai iegādei: vakcīnas un šļirces, standarta tuberkulīns, peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi, fenilketonūrijas un citu iedzimto vielmaiņas slimību korekcijas produkti, redzes korekcijas līdzekļi bērniem, imūnserumi un

specifiskie imūnglobulīni, mākslīgie maisījumi zīdaiņiem un mākslīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm.

2018. gadā centralizētai medikamentu un materiālu iegādei izlietoti 12 000 316 eiro. Salīdzinājumā ar 2017. gadu izdevumi pieauguši par 320 470 eiro.

5.5. Valsts organizētais vēža skrīnings

Valsts organizētais vēža skrīnings ir uz ledzīvotāju reģistra datiem balstīta veselības aprūpes programma, kura tika uzsākta 2009. gadā. Šī profilaktiskā programma ietver trīs veidu profilaktiskās pārbaudes sievietēm – dzemdes kakla vēža pārbaudi un krūts vēža pārbaudi, kā arī zarnu vēža profilaktisko pārbaudi gan sievietēm, gan vīriešiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem.

Dzemdes kakla vēža profilaktiskā pārbaude ietver valsts apmaksātu ginekoloģisko apskati, citoloģiskās uztriepes ņemšanu un uztriepes citoloģiskā materiāla izmeklēšanu laboratorijā. Šī izmeklējuma veikšana reizi trijos gados tiek nodrošināta sievietēm, kuras ir vecumā no 25 līdz 70 gadiem. Krūts vēža profilaktiskā pārbaude ir izmeklēšana ar mamogrāfijas jeb rentgena metodi. Šo pārbaudi reizi divos gados nodrošina sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem. Savukārt profilaktiskā pārbaude (skrīningtests) zarnu vēzim ir slēpto asiņu izmeklējums fēcēs (no trīs sekojošām vēdera izejām), ko reizi gadā bez maksas var veikt pacienti vecumā no 50 līdz 74 gadiem.

Lai nodrošinātu dzemdes kakla vēža un krūts vēža profilaktiskās pārbaudes, Dienests izsūta uzaicinājuma vēstules, savukārt zarnu vēža skrīningu īsteno ģimenes ārstu prakses.

8. tabula

Valsts apmaksātā dzemdes kakla, krūts vēža un zarnu (kolorektālā) vēža skrīninga veikšanas statistika

Rādītājs	2017. gads	2018. gads
Valsts apmaksātā dzemdes kakla vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits	195 512	194 516
Izmeklējumu veikušo personu skaits	76 190	85 190
Valsts apmaksātā krūts vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits	141 841	140 115
Izmeklējumu veikušo personu skaits	62 455	58 983
Valsts apmaksātā zarnu (kolorektālā) vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izmeklējumu veikušo personu skaits	85 182	98 613
Populācijas aptvere	13,4 %	16,0 %

5.6. Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā

Dienests kā Latvijas kompetentā institūcija, kas Latvijā ir atbildīga par ES sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu veselības aprūpes jomā, pārrobežu veselības aprūpes kontekstā 2018. gadā ir saņēmis 2439 pieprasījumus (neskaitot pieprasījumus izsniegt EVAK) saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:

- ✓ 155 iesniegumus par izdevumu atmaksu par citās ES, EEZ dalībvalstīs un Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ 186 pieprasījumus piešķirt tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu"⁵);
- ✓ 106 pieprasījumus piešķirt Latvijā nodarbinātām personām, kuras darba devējs ir nosūtījis uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei, un viņu ģimenes locekļiem tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Dalībvalstī, uz kuru persona ir nosūtīta (S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi"⁶);
- ✓ 179 pieprasījumus piešķirt tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Latvijas pensijas saņēmējiem un viņu ģimenes locekļiem, kuru dzīvesvieta ir citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi");
- ✓ 366 pieprasījumus piešķirt tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Latvijā nodarbinātām personām un ģimenes locekļiem, kuru dzīvesvieta ir citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi");
- ✓ 453 pieprasījumus par personu apdrošināšanas periodiem Latvijas Republikā⁷;
- ✓ 994 pieprasījumus izsniegt EVAK⁸ aizvietojošo sertifikātu⁹.

2018. gadā Dienests ir izsniedzis 118 400 dokumentus, tajā skaitā, administratīvos aktus, saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:

- ✓ 174 lēmumus par Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesību atzīšanu/ neatzīšanu uz izdevumu atmaksu;
- ✓ 729 lēmumus par S1 veidlapas izsniegšanu/ neizsniegšanu;
- ✓ 174 lēmumus par tiesību atzīšanu saņemt plānveida veselības aprūpi citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē un izsniedzot 189 S2 veidlapas;
- ✓ 453 atbildes par personu apdrošināšanas periodiem Latvijas Republikā, tajā skaitā izsniegtas 396 E104 veidlapas vai tās ekvivalents S041 veidlapa¹⁰;
- ✓ 1042 EVAK aizvietojošos sertifikātus (*kas ietver gan 2018. gada, gan daļu 2017. gada pieprasījumus*);
- ✓ 115 828 EVAK.

⁵ S2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" nodrošina iespēju saņemt noteiktā citas Dalībvalsts ārstniecības iestādē konkrētu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu, kura nodrošināšana nav iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs.

⁶ S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" nodrošina iespēju saņemt visa veida veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī.

⁷ Periodi, kuros persona ir bijusi tiesīga saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

⁸ Eiropas veselības apdrošināšanas karte ir dokuments, kas apliecina personas tiesības saņemt nepieciešamo veselības aprūpi personas īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī.

⁹ Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošais sertifikāts tiek izmantots gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī ir saņemta nepieciešamā veselības aprūpe un personai nav bijusi iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti.

¹⁰ E104 veidlapa "Apliecinājums par apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodu summēšanu" vai tās ekvivalents S041 veidlapa "Atbilde par periodu pieprasījumu – apdrošināšanas riska veids: slimība un maternitāte".

2018. gadā Dienestā saņemti pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesībām uz veselības aprūpi Latvijas Republikā:

- ✓ 178 pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijas Republikā, un Dienests sniedzis informāciju par izdevumu atmaksu atbilstoši Latvijas Republikas tarifiem 164 lietās;
- ✓ 389 pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesību apliecināšanu dokumentu reģistrāciju valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai Latvijā.

Starpvalstu norēķini¹¹ par Latvijas Republikā sniegtajiem pakalpojumiem

2018. gadā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, 313 069,68 eiro apmērā, savukārt citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus 299 313,64 eiro apmērā par iepriekšējo periodu.

Starpvalstu norēķini par citā ES, EEZ dalībvalstī un Šveicē sniegtajiem pakalpojumiem Latvijā apdrošinātajām personām

2018. gadā Dienests ir veicis norēķinus 13 779 795,87 eiro apmērā. No minētās summas 13 512 206,03 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, savukārt 267 589,84 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas.

Lielākā daļa no 2018. gadā citām Dalībvalstīm samaksātās summas (13 779 795,87 eiro) ir samaksāta par nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī¹² – 5 388 163,10 eiro (39,10 %). Par plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru nodrošināšana nav bijusi iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs,¹³ ir samaksāti 4 813 526,01 eiro (34,93 %). Atlikusī summa 3 578 106,76 eiro (25,97 %) apmērā ir samaksāta par Latvijā apdrošinātām personām citā Dalībvalstī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (šīm personām attiecīgajā Dalībvalstī ir nodrošinātas tiesības uz visiem šīs valsts publiskās veselības aprūpes sistēmā pieejamiem pakalpojumiem¹⁴).

¹¹ Norēķini par nodrošinātajiem pakalpojumiem tiek veikti, pamatojoties uz faktiskām veselības aprūpes izmaksām vai vidējām veselības aprūpes izmaksām:

- faktiskās izmaksas tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti, pamatojoties uz šādiem dokumentiem: EVAK; EVAK aizvietojošais sertifikāts; S1 veidlapa (izņemot gadījumus, kad minētā veidlapa ir tikusi izsniegta apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem), S2 veidlapa, S3 veidlapa;
- vidējās veselības aprūpes izmaksas tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kuri nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem izsniegtu S1 veidlapu; Dalībvalsts aprēķinātās vidējās veselības aprūpes izmaksas (t. sk. to aprēķināšanas metodoloģija) tiek apstiprināta Administratīvajā komisijā sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanai (kas sastāv no Dalībvalstu delegātiem) un pēc apstiprināšanas – publicētas ES Oficiālajā Vēstnesī.

¹² Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz EVAK vai EVAK aizvietojošo sertifikātu.

¹³ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz S2 veidlapu "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu".

¹⁴ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz S1 veidlapu "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi".

9. tabula

Starptautu norēķini par citā ES, EEZ dalībvalstī un Šveicē sniegtajiem pakalpojumiem Latvijā apdrošinātām personām pēc veidlapu veida

Uzrādītā veidlapa	Veselības aprūpes pakalpojuma veids	Dienesta samaksātā summa 2018. gadā
EVAK / EVAK AS	Nepieciešamā veselības aprūpe	5 388 163,10
S 1	Pilna apjoma veselības aprūpe	3 578 106,76
S 2 (pieaugušie)	Plānveida veselības aprūpe	2 380 952,74
S 2 (bērni)	Plānveida veselības aprūpe	2 432 573,27
Kopā:		13 779 795,87

5.7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, medicīniskās tehnoloģijas un klīniskās vadlīnijas

Pārskata gadā veikta 2017. gada slimnīcu faktisko izdevumu analīze, salīdzinot ar apmaksāto atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifa formulas elementiem.

2018. gada otrajā pusgadā uzsākts darbs pie manipulāciju tarifu pārskatīšanas pa grupām, kā prioritāri pārskatāmās izvirzot:

- ✓ manipulāciju grupas, kurām ir augsts pacientu finansiālās līdzdalības apjoms (oftalmoloģijas tarifi);
- ✓ manipulācijas, kas attiecas uz pakalpojumiem, kuriem plānoti stratēģiskie iepirkumi (rehabilitācijas tarifi);
- ✓ manipulācijas ar būtisku finansiālo svaru, kas veido lielu daļu no finansējuma (traumatoloģijas, ķirurģijas, ortopēdijas manipulācijas).

Pārskatīti visi tarifi un fiksētie maksājumi (saistībā ar ārstniecības personu atalgojumu palielinājumu).

No 4096 manipulācijām:

- ✓ veiktas izmaiņas 3363 manipulācijām, tajā skaitā izveidotas 97 jaunas manipulācijas (5 manipulācijas "Vispārējie ambulatorie pakalpojumi" sadaļā, 2 manipulācijas "Neonatoloģijas un pediatrija" sadaļā, 1 manipulācija "Laboratoriskie izmeklējumi" sadaļā, 15 manipulācijas "Citās sadaļās neiekļautās manipulācijas" sadaļā, 59 manipulācijas "Parenterāli ievadāmās zāles onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai" sadaļā, 15 manipulācijas "Statistikas uzskaitē izmeklējumiem, kas nav veikti no valsts budžeta līdzekļiem" sadaļā), kā arī svītrotas 226 manipulācijas, pārskatīts manipulācijas tarifs 3040 manipulācijām.

No 76 pakalpojumu programmu viena pacienta ārstēšanas tarifiem:

- ✓ veiktas izmaiņas 76 pakalpojumu programmās, tajā skaitā izveidotas 3 jaunas pakalpojumu programmas (viena pakalpojumu programma "Hronisko pacientu aprūpe ar ārstēšanās ilgumu līdz 10 gultasdienām", pakalpojumu programma "Hronisko pacientu aprūpe ar ārstēšanās ilgumu 11 vai vairāk gultasdienām" un pakalpojumu programma "Pacientu izmeklēšana pirms aknu transplantācijas"), pārrēķināti pakalpojumu programmu tarifi 73 pakalpojumu programmām.

Saistībā ar Veselības ministrijas padotības iestāžu funkciju reorganizāciju, no 2018. gada septembra klīnisko vadlīniju izvērtēšanu un reģistrēšanu Dienests ir nodevis Slimību profilakses un kontroles centram. Iepriekš šo funkciju īstenoja NVD. Līdz ar šīs funkcijas pārņemšanu arī Klīnisko vadlīniju datu bāze ir pieejama Slimību profilakses un kontroles centra mājaslapā www.spkc.gov.lv.

5.8. E-veselības projekta ieviešana

No 2018. gada 1. janvāra Latvijā tika uzsākta obligāta E-veselības sistēmas lietošana, nosakot, ka darbnespējas lapu un valsts kompensējamo zāļu recepšu aprīte notiek tikai elektroniski. Vienlaikus noteikts, ka uz papīra recepšu veidlapas arī turpmāk jāizraksta individuāli kompensējamās zāles, medicīniskās ierīces, valsts kompensējamās M saraksta zāles, papīra recepšu veidlapa turpmāk jāizmanto arī tad, ja zāļu iegādi pacientam kompensē apdrošināšanas sabiedrība, ja zāles izraksta personai, kura nav reģistrēta ledzīvotāju reģistrā, ja zāles (ne vairāk kā 50 receptes gadā) personīgai lietošanai izraksta ārsts, kurš nestrādā ārstniecības iestādē, kā arī gadījumā, ja e-receptes izrakstīšana nav iespējama tehnisku iemeslu dēļ.

Atbilstoši MK noteikumiem, sākot no 2018. gada 1. janvāra ārstniecības iestādēm E-veselības sistēmā jāizsniedz arī izraksti – epikrīzes un vizuālās diagnostikas izmeklējumu apraksti.

Jānorāda, ka, jau sākot no 2016. gada 22. jūnija tika atvērta piekļuve E-veselības sistēmas publiskajam portālam – www.eveseliba.gov.lv un no 2016. gada 12. septembra pirmie E-veselības sistēmas lietotāji (ārstniecības personas) uzsāka datu ievadi (izrakstīt e-receptes, e-darbnespējas lapas, kā arī ievadīt sistēmā pacientu pamatdatus). Savukārt farmaceiti aptiekās uzsāka zāļu izsniegšanu, pamatojoties uz ārstniecības personu izrakstītajām e-receptēm.

Pārskata periodā E-veselības sistēmā jau uzkrājies zināms datu apjoms par izrakstītajām e-receptēm, e-darbnespējas lapām, nosūtījumiem, rezultātiem, vakcinācijas faktiem un cita informācija. Uzkrātais datu apjoms katram iedzīvotājam ir atkarīgs no ārstniecības personas, pie kuras pacients ir bijis vizītē. Tikai tad, ja attiecīgā ārstniecības persona ir noslēgusi līgumu Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu un pieprasījusi piekļuves tiesības noteiktiem pakalpojumiem, kā arī veikusi datu ievadi, tie ir pieejami iedzīvotāja profilā un redzami arī citām ārstniecības personām, kuras strādā E-veselības sistēmā,

Kopumā līdz 2018. gada beigām līgumus ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu bija noslēguši vairāk nekā 2720 veselības nozares profesionāļi, tajā skaitā 2502 ārstniecības iestādes (t.sk. 1215 ģimenes ārstu prakses) un 225 aptieku juridiskie īpašnieki. Līdz 2018. gada beigām sistēmā izrakstītas 1 032 697 e-darbnespējas lapas un 11 285 645 e-receptes. Aktuālā E-veselības statistika pieejama E-veselības portāla sadaļā “Par E-veselību” – [“E-veselības statistika”](#).

Pārskata periodā turpinājies darbojies arī E-veselības Lietotāju atbalsta dienests, kas līdz 2018. gada decembra beigām bija sniedzis aptuveni 56 000 konsultācijas profesionāļiem (ārstniecības personām un farmaceitiem), kā arī vairāk nekā 17 000 konsultācijas iedzīvotājiem par sistēmas lietošanas jautājumiem. Kopā E-veselības Lietotāju atbalsta dienests 2018. gadā sniedzis vairāk nekā 73 000 konsultācijas zvanu un e-pastu formā.

Turpinot attīstīt E-veselības sistēmu, kā arī pilnveidojot Dienesta VIS, 2018. gada 29. oktobrī tika noslēgts līgums par projekta “Veselības nozares informācijas sistēmu (reģistri) modernizācija, attīstība un integrācija ar E-veselības informācijas sistēmu” ieviešanu, un 2018. gada 1. novembrī noslēgts līgums par projekta “Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas tālāka pilnveidošana, sasaistot to ar personas identifikāciju” ieviešanu. Līdz ar šo projektu īstenošanu paredzēts nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, operatīvāku un efektīvāku finanšu informācijas un informācijas par pakalpojumiem pārvaldību veselības aprūpes nozarē valsts un iestāžu līmenī.

5.9. Regresa prasību piedziņa

2018. gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis 960 027,40 eiro. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība", veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

10. tabula
Regresa prasību rādītāji 2018. gadā

	Skaitis	Summa, EUR
iesniegtās prasības, kopā:	1864	1 005 519,79
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1810	967 092,10
t. sk. apdrošināšanas sabiedrībām	1698	913 147,10
Latvijas Transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	112	53 945,00
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	54	38 427,69
Apmaksātās prasības kopā, t. sk. iepriekšējos gados pieteiktās prasības:	1942	960 027,40
t. sk. daļēji apmaksātās prasības	17	241 64,53
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu, t. sk.	1904	929 175,60
t. sk. no apdrošināšanas sabiedrībām	1815	895 072,09
no Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	89	34 103,51
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	21	6 687,27

Pārskata periodā regresa kārtībā tika atgūti 960 027,40 eiro par 1925 regresa prasībām, savukārt 2017. gadā tika atgūti 686 792,23 eiro par 1637 regresa prasībām. 2018. gadā regresa kārtībā atgūto līdzekļu pieaugums ir skaidrojams ar to, ka 2018. gadā vidējā apmaksātās regresa prasības summa palielinājās par 74,81 eiro, kā arī tika apmaksātas par 288 prasībām vairāk salīdzinājumā ar 2017. gadu.

5.10. Ārstniecības riska fonds

Darbību turpināja Ārstniecības riska fonds, kas tika izveidots 2013. gada 25. oktobrī. Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 16. panta pirmo daļu pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas vai radījuši apstākļi ārstniecības laikā, kā arī tiesības uz atlīdzību par izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama, lai novērstu vai mazinātu ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai.

2018. gadā Dienests ir saņēmis 225 iesniegumus par atlīdzības izmaksāšanu no Ārstniecības riska fonda, kas ir par 9 iesniegumiem vairāk nekā 2017. gadā.

Kopumā 2018. gadā:

- ✓ pieņemti 42¹⁵ lēmumi par atlīdzības izmaksāšanu par kopējo summu 615 760,46 eiro, Dienestam vidēji vienai personai atlīdzībā izmaksājot 14 660,96. 2018. gadā pacientiem (mantiniekiem) atlīdzībās izmaksātā summa ir par 400 093,26 eiro mazāka nekā 2017. gadā, kas skaidrojams ar izmaksu lēmumu skaita samazinājumu (2017. gadā - 56 lēmumi) un vidējās izmaksājamās summas samazināšanos. Lielākā personai izmaksātā summa 2018. gadā ir 71 145,00 eiro, šāda atlīdzība izmaksāta vienā gadījumā;
- ✓ 106¹⁶ gadījumos pieņemts lēmums par atteikumu izmaksāt atlīdzību, jo nav konstatēts kaitējums pacienta veselībai;
- ✓ 36 gadījumos ir atteikta lietas izskatīšana Ārstniecības riska fonda ietvaros, jo ir nokavēts Pacientu tiesību likumā noteiktais iesniegšanas termiņš, nav mantojuma apliecības, gadījums neattiecas uz Ārstniecības riska fondu pēc satura u.c. trūkumi, kas neļauj ierosināt administratīvo lietu.

Papildus Dienests norāda, ka 2019. gada janvārī Ārstniecības riska fonda institucionālajā atbildības sadalījumā ir plānotas būtiskas izmaiņas, Veselības inspekcijai no Dienesta pārņemot lēmumu pieņemšanas funkciju.

¹⁵ Lēmumi 2018. gadā Ārstniecības riska fonda lietās tikuši pieņemti arī par lietām, kuras ierosinātas iepriekšējos gados.

¹⁶ Lēmumi 2018. gadā Ārstniecības riska fonda lietās tikuši pieņemti arī par lietām, kuras ierosinātas iepriekšējos gados.

5.11. Starptautiskā sadarbība

2018. gadā turpināta dalība Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2014.-2020. gada plānošanas perioda projektā "Trešā Vienotā rīcība Eiropas veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas tīklā" (*European Network for Health Technology Assessment Joint Action 3 - EUnetHTA JA3*). Projekta mērķis ir uzlabot kopīgi veikto medicīnas tehnoloģiju novērtēšanu, kvalitāti un efektivitāti Eiropas līmenī. Tādējādi ar šo projektu tiek veicināta uz pierādījumiem balstīta un ilgtspējīga veselības aprūpe, kā arī objektīvas izvēles iespējas veselības aprūpē un medicīnas tehnoloģijās. Tāpat arī tiek nodrošināts, ka netiek veikta paralēla novērtējumu veikšana (dublicēšana), bet atkārtoti izmantoti reģionālā un nacionālā līmeņa medicīnas tehnoloģiju izvērtējami.

2018. gada 30. jūnijā noslēgusies dalība Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2014.-2020. gada plānošanas perioda projektā "Vienotā rīcība e-Veselības tīkla atbalstam" (*Joint Action to support the eHealth Network – JAseHN*). Projekta mērķis bija atbalstīt e-Veselības tīkla, kas dibināts atbilstoši direktīvas "Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē" (Nr. 2011/24/ES) 14. pantam, darbību. Projekts kalpo kā platforma operatīvai un stratēģiskai sadarbībai starp ES dalībvalstīm par E-veselību, kā arī sadarbībai ar ieinteresētajām sadarbības grupām un standartizācijas organizācijām.

Veselības aprūpes tehnoloģiju jomā Dienests ir bijis dalībnieks organizācijās, kas darbojas zāļu cenu veidošanas, zāļu kompensācijas un vienotu zāļu cenu datu bāžu izveides jomā – ES valstu atbildīgo institūciju pārstāvju tīklā par zāļu cenām un kompensāciju (*Network of the Competent Authorities for Pricing and Reimbursement Pharmaceuticals*), Eiropas Zāļu cenu veidošanas un kompensācijas tīklā (*Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information jeb PPRI*), izmantojis Eiropas Vienoto zāļu Cenu datu bāzi EURIPID (*European Integrated Price Information System*), darbojies Eiropas veselības aprūpes tehnoloģijas novērtēšanas tīklā (*European network for health technology assessment – EUnetHTA*), kā arī piedalījies Eiropas Sociālās apdrošināšanas foruma Zāļu novērtēšanas komitejā (*MEDEV – European Social Health Insurance Forum, the Medicine Evaluation Committee*).

Tāpat pārskata gadā Dienests savas kompetences ietvaros un atbilstoši Veselības ministrijas pilnvarojumam turpinājis līdzdarboties, lai noslēgtu vienošanos ar Lietuvu par savstarpējo palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā pierobežas teritorijā. Vienošanās tika parakstīta 2018. gada 3. oktobrī.

6. STARPINSTITŪCIJU SADARBĪBA

Pārskata periodā Dienests turpinājis pildīt 2017. gadā noslēgto līgumu saistības ar:

- ✓ Slimību profilakses un kontroles centru – par mobilās zobārstniecības palīdzības sistēmas nodrošināšanu. Līgums tika noslēgts, lai tiktu nodrošināta mobilās zobārstniecības palīdzības sistēmas darbība tajos Latvijas reģionos, kuros iedzīvotājiem ir nepietiekama pieejamība valsts apmaksātiem zobārstniecības pakalpojumiem;
- ✓ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu – par informācijas apmaiņas kārtību un termiņiem saistībā ar nodrošināto neatliekamo medicīnisko palīdzību ES dalībvalstu, EEZ valstu un Šveices pilsoņiem, kā arī pierobežas iedzīvotājiem, pamatojoties uz Latvijas un Igaunijas atbildīgo institūciju noslēgto vienošanos par savstarpējo palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā pierobežas teritorijā. Līgums tika noslēgts, lai Dienests varētu nodrošināt starptautisko saistību izpildi veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšanā, t. sk. minētās vienošanās saistību izpildei un iespējai regresa kārtībā atgūt līdzekļus par personu ārstēšanu, ja ārstēšana ir prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma sekas;
- ✓ Slimību profilakses un kontroles centru, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu un Veselības inspekciju – par veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes monitorēšanas sistēmas izveidi. Līgums tika noslēgts, lai noteiktu kārtību, kādā minētās iestādes sadarbojas vienotas veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes monitorēšanas sistēmas (t. sk. neidentificējamu pacientu un identificējamu pakalpojumu sniedzēju datu datubāzes) izveidē un sagatavo priekšlikumus tajā iekļaujamajiem rādītājiem un to aprēķina metodoloģijai;
- ✓ Slimību profilakses un kontroles centru, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu un Veselības inspekciju – par grozījumiem sadarbības līgumā par veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes monitorēšanas sistēmas izveidi.

2018. gadā Dienests turpinājis pildīt arī 2016. gadā noslēgtā līguma saistības ar Centrālo statistikas pārvaldi – par informācijas apmaiņu, lai nodrošinātu iespēju Centrālajai statistikas pārvaldei izpildīt no Granta līguma “Pamatinformācijas nodrošināšanai pirkjspējas paritātēm” izrietošās saistības (līgums noslēgts starp Centrālo statistikas pārvaldi un Eiropas Komisiju par informācijas apkopošanu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu stacionārajās iestādēs).

Dienests saskaņā ar MK 2018. gada 8. maija noteikumiem Nr. 271 “Veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzes noteikumi” 2018. gadā ir noslēdzis sadarbības līgumus un starpresoru vienošanās par līgumslēdzēju institūciju un iestāžu rīcībā esošās informācijas nodošanu Dienesta pārziņā esošajai valsts informācijas sistēmai “Veselības aprūpe pakalpojumu saņēmēju datubāze”. Šādas vienošanās tika noslēgtas ar Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldi, Labklājības ministriju, Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju, Aizsardzības ministriju, Ieslodzītumu vietu pārvaldi, Jaunatnes starptautisko programmu aģentūru, Valsts ieņēmumu dienestu, Izglītības un zinātnes ministriju, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūru, Iekšlietu ministrijas Informācijas centru, Nodarbinātības valsts aģentūru, VSIA “Paula Stradiņa klīnisko universitātes slimnīcu”, vairākām reliģiskajām organizācijām (Latvijas Pareizticīgo baznīcu, Latvijas Konsekrētās dzīves institūtu priekšnieku apvienoto konferenci, Liepājas Sv. Annas evaņģēliski luterisko draudzi) un Latvijas republikas pašvaldībām.

2018. gadā Dienests ir sniedzis arī ar sadarbības līgumiem nesaistītus pakalpojumus, proti, Dienests fiziskām un juridiskām personām ir nodrošinājis dažādas informācijas sniegšanu no

Vadības informācijas sistēmā (VIS) pieejamajiem datiem par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tajā skaitā par privātpersonām sniegtiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Informācija sniegta Veselības ministrijai, Veselības inspekcijai, Slimību profilakses un kontroles centram, Valsts kontrolei, Labklājības ministrijai, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam, kā arī citām valsts un pašvaldību institūcijām un tiesībsargājošām iestādēm.

7. NACIONĀLĀ VESELĪBAS DIENESTA PERSONĀLS

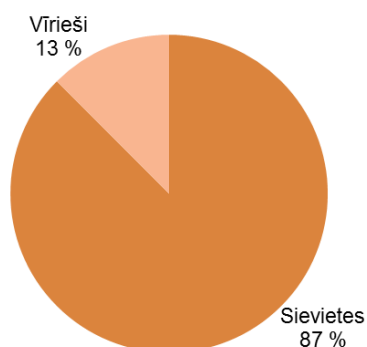
Uz 2018. gada 31. decembri Dienestā bija 216 amata vietas, tajā skaitā 120 ierēdņu un 96 darbinieku amati. Lai nodrošinātu Dienesta darbību atbilstoši MK 2018. gada 29. maija noteikumos "Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju" un uzlabotu stratēģiskā iepirkuma organizāciju, datu analīzes kapacitātes konsolidāciju un stiprināšanu, kā arī uzraudzības funkciju atbilstoši pacientu interesēm un kvalitatīvai veselības aprūpes procesa organizācijai, 15 ierēdņu amata vietas no Veselības inspekcijas tika pārdalītas uz Dienestu. Savukārt no Dienesta viena amata vieta tika pārdalīta uz Slimību kontroles un profilakses centru.

Pārskata gadā darbu Dienestā uzsākuši 37 nodarbinātie, savukārt, darba attiecības pārtraukuši 53 nodarbinātie. Personāla mainība veido 45 %. 2018. gadā 17 nodarbinātajiem ir bijusi karjeras attīstība. Lai nodrošinātu labu pārvaldību, civildienesta uzdevumu efektīvu izpildi un veicinātu ierēdņa kvalifikācijas izaugsmi, viens ierēdnis no Dienesta pārcelts citā ierēdņa amatā Veselības ministrijā un viens ierēdnis no Veselības ministrijas pārcelts uz Dienestu.

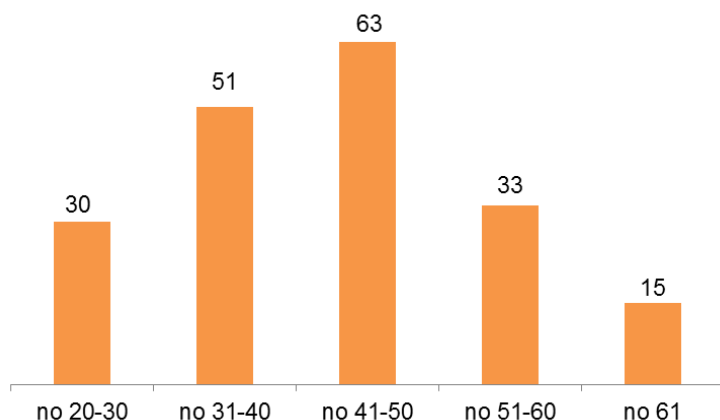
Vairums, t.i. 87 %, Dienestā nodarbināto ir sievietes, kas skaidrojams ar vēsturiski veidojušos sieviešu īpatsvaru augstskolu absolventu vidū un valsts pārvaldē.

1. attēls

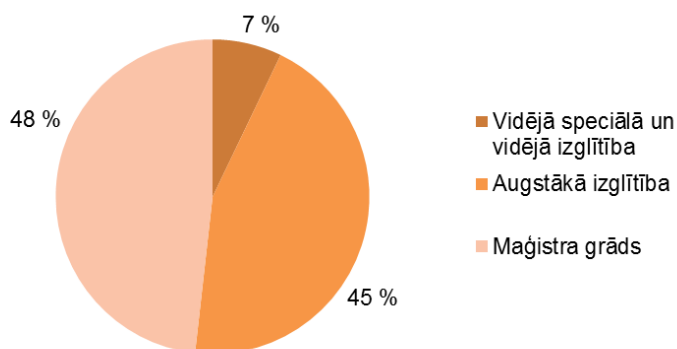
Nodarbinātie sadalījumā pēc dzimuma (%)



2. attēls
Nodarbinātie sadalījumā pa vecuma grupām (skaits)



3. attēls
Nodarbināto izglītības līmenis (%)



Personāla profesionālās pilnveides un kvalifikācijas paaugstināšanas kursus plāno un organizē Personāla nodaļa atbilstoši mācību plānam, personāla vēlmēm un Dienesta finansiālajām iespējām. 2018. gadā Valsts administrācijas skolas rīkotos seminārus un kursus noklausījušies 11 nodarbinātie, kā arī 21 nodarbinātais piedalījies dažādu citu organizāciju rīkotosursos un semināros par ekonomisko modelēšanu veselības aprūpes sistēmas ietvaros, par datu drošības jautājumiem, par aktualitātēm publisko iepirkumu jomā un citiem iestādei aktuāliem jautājumiem. 2018. gadā īstenota Dienesta struktūrvienību vadītāju un vadītāju vietnieku kompetenču attīstības programma, kuras ietvaros augstākā, vidējā un zemākā līmeņa vadītāji attīstīja līderības kompetences, pilnveidoja prasmes, kā rast efektīvākos risinājumus problemātiskās situācijās, mācījās saprast emociju ietekmi uz savu un padoto uzvedību, to nozīmi komandas izvirzīto mērķu sasniegšanā.

8. KOMUNIKĀCIJA AR SABIEDRĪBU

Īstenojot Dienesta funkciju “informēt sabiedrību par tai pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, kā arī konsultēt iedzīvotājus par viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus”, Dienests veic aktivitātes un nodrošina pakalpojumus, kuru mērķis ir sabiedrības izpratnes veicināšana un izglītošana par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu.

2018. gadā īstenota aktīva sadarbība un komunikācija ar plašsaziņas līdzekļu pārstāvjiem – sagatavotas un medijiem izsūtītas preses relīzes, sniegtas intervijas un nodrošinātas atbildes uz mediju (drukāto, elektronisko, TV un radio) jautājumiem.

Nodrošināta informācija par veselības aprūpes pakalpojumu finansējumu un pakalpojumu apjomu, līgumu slēgšanas procesu, kā arī valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu un kompensējamo medikamentu saņemšanas iespējām, pakalpojumu pieejamību un gaidīšanas rindām. Īpaši intensīva komunikācija arī 2018. gadā tika veidota par E-veselības sistēmas ietvaros pieejamajiem pakalpojumiem, ar mediju starpniecību informējot visas iesaistītās puses – ārstniecības iestādes, aptiekas un iedzīvotājus.

Nemot vērā, ka pārskata periodā stājās spēkā Veselības aprūpes un finansēšanas likums, kas paredzēja mainīt veselības aprūpes finansēšanas sistēmu un no 2019. gada ieviest valsts obligāto veselības apdrošināšanu ar divu grozu sistēmu, tika nodrošināta virkne komunikācijas aktivitāšu ar mērķi informēt sabiedrību. Tika nodrošināta *online* testa izveide iedzīvotājiem apdrošināšanas statusa noteikšanai www.apdrosinaties.lv, tika izveidots interneta baneris, kas interesentus aizveda uz speciāli izveidotu sadaļu Dienesta mājaslapā par valsts veselības apdrošināšanu, izveidotas vairākas skaidrojošas infografikas iedzīvotāju informēšanai, savukārt ģimenes ārstiem – informatīvi materiāli. Tāpat tika nodrošināta aktīva komunikācija ar sociālo tīklu starpniecību, informācija medijiem, interviju organizēšana, preses relīzes u.c.

Kopumā 2018. gadā sagatavotas un izplatītas gandrīz 50 preses relīzes, kas ir nedaudz vairāk nekā 2017. gadā (40 relīzes), kā arī sniegtas atbildes uz aptuveni 350 mediju pārstāvju jautājumiem.

Vērtējot Dienesta publicitāti medijos – mēnesī bijušas vidēji 500 publikācijas, kurās pieminēts Dienests (2017. gadā – 495), savukārt biežāk pieminētā tēma 2018. gadā tāpat kā jau iepriekšējā gadā – bijusi E-veselība ar vidēji 470 publikācijām mēnesī, kas ir par 100 publikācijām vairāk nekā gadu iepriekš.

Kā citas medijos visbiežāk atspoguļotās tēmas 2018. gadā var minēt – kompensējamās zāles (vidēji 266 publikācijas mēnesī; 2017. gadā – 214 publikācijas mēnesī), valsts apmaksātā skrīninga programma (vidēji 112 publikācijas mēnesī; 2017. gadā nedaudz vairāk – 172 publikācijas) un valsts apmaksātie medicīnas pakalpojumi ar gandrīz 100 publikācijām mēnesī (2017. gadā – 165 publikācijas).

Dienesta mājaslapa www.vmnvd.gov.lv regulāri tikusi papildināta ar aktuālo informāciju par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem – statistikas datiem, aktualitātēm, infografikām un citiem informatīvajiem uzskates materiāliem. Kopumā mājaslapā publicētas aptuveni 55 Dienesta aktuālās ziņas.

Ātrai un efektīvai saziņai ar iedzīvotājiem, kā arī aktualitāšu, noderīgas informācijas un informatīvi grafisku attēlu publicēšanai Dienests aktīvi izmantojis profilus sociālajās vietnēs “Twitter” (2018. gadā 99 ieraksti; 2017. gadā 162 ieraksti), “Facebook” (2018. gadā 192 ieraksti; 2017. gadā 176 ieraksti) un “Draugiem.lv” (2018. gadā 122 ieraksti; 2017. gadā 158

ieraksti). Pārskata periodā būtiski pieaudzis kopējais Dienesta sociālo profilu sekotāju skaits, ja, piemēram, 2015. gadā tie bija 4200 sekotāji, tad 2018. gadā jau vairāk nekā 11 100.

2018. gadā darbu turpinājis Dienesta Kontaktpunkts, kura ietvaros iedzīvotājiem ir iespējams saņemt informāciju par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību.

Latvijā Kontaktpunkts sniedz informāciju:

- ✓ telefoniski pa bezmaksas tālruni Latvijas iedzīvotājiem 80001234 (no pirmdienas līdz ceturtdienai no plkst. 8.30 - 17.00, bet piektdienās no plkst. 8.30 - 15.00), kā arī pa tālruni, zvanot no ārzemju numuriem + 371 67045005 (no pirmdienas līdz ceturtdienai no plkst. 8.30 - 17.00, bet piektdienās no plkst. 8.30 - 15.00);
- ✓ pa e-pastu: nvd@vmnvd.gov.lv;
- ✓ mājaslapā: www.vmnvd.gov.lv.

Kopumā 2018. gadā Kontaktpunktā sniegtas 60 299 telefoniskas konsultācijas, kā arī nodrošinātas atbildes uz 2 466 e-pastā saņemtiem iedzīvotāju jautājumiem. Visbiežāk saņemti zvani par tādiem tematiem kā ārstniecības iestādes, kurās var saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus; EVAK saņemšana un darbības principi; līdzdalība vēža savlaicīgas atklāšanas programmā; reģistrācija pie ģimenes ārsta atbilstoši dzīvesvietai; valsts apmaksātu operāciju veikšanas kārtība un kompensējamo zāļu saņemšanas nosacījumi.

Pārskata periodā izveidotas un plašākas sabiedrības informēšanai publicētas arī vairākas infografikas – izglītojoša infografika par valsts apmaksātu dzemdību palīdzību, par to, kādi pakalpojumi pacientam pieejami ģimenes ārsta praksē, par ģimenes ārsta darba kvalitātes kritērijiem un citām tēmām.

2018. gadā tikusi īstenota E-veselības informatīvās kampaņa divos posmos. Kampaņas pirmā posma mērķis bija informēt un nostiprināt iedzīvotāju zināšanas par E-veselības jau piedāvātajiem pakalpojumiem (e-recepte, e-darbnespējas lapa u.c.) un skaidrot ieguvumus, kurus E-veselība sniedz pacientiem, darba devējiem, ārstniecības personām un farmaceitiem. Pirmā posma ietvaros tika sagatavoti un izplatīti drukāti informatīvie materiāli gan iedzīvotājiem, gan speciālistiem, televīzijā izvietots skaidrojošs E-veselības reklāmas rullītis un internetā E-veselības reklāmas banneri, uzrādot kopējo unikālo potenciāli sasniegto mērķauditoriju vairāk nekā 1 125 000 iedzīvotājus.

Savukārt kampaņas otrā posma mērķis (gada otrajā pusē) bija informēt iedzīvotājus par e-nosūtījumu un šī e-pakalpojuma sniegtajām iespējām. Tā rezultātā tika nodrošināta vides reklāmas izvietošana, reklāmas izvietošana televīzijā, video reklāmas izvietošana sociālajā tīklā "Facebook", TV interneta platformās, kā arī kampaņas video rullīšu izplatīšana veselības centriem to atspoguļošanai centru monitoros u.c.

Lai informētu veselības aprūpes sistēmas darbiniekus un iedzīvotājus par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu veselības aprūpē, kā arī, lai detalizēti atspoguļotu iestādes līgumpartneru darba rezultātus, kā ik gadu ticis sagatavots elektroniski informatīvais izdevums "Vēstis 2017", kas ir pieejams Dienesta mājaslapas sadaļā "Publikācijas".

9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI

Ciešā sadarbībā ar ārstniecības iestādēm un asociācijām Dienests nākamajā pārskata periodā ir iecerējis turpināt darbu pie tarifu pārskatīšanas ar mērķi tos tuvināt pakalpojumu sniegšanas pašizmaksai. Kopā valsts apmaksāto manipulāciju sarakstā ir vairāk nekā četri tūkstoši manipulāciju, un Dienests plāno pakāpeniski pārskatīt finansiāli ietilpīgāko manipulāciju tarifus dalījumā pa grupām – medicīniskā rehabilitācija, oftalmoloģija, kardioloģija, ķirurģija, ginekoloģija, intensīvās terapija (reanimācija) u.c.

Vienlaikus Dienests kopā ar vairākām citām valsts iestādēm plāno turpināt dalību Vides aizsardzības un reģionālas attīstības ministrijas organizētā un ESF līdzfinansētā pilotprojektā “Publisko pakalpojumu pārveides metodoloģijas izstrāde un aprobācija”. Tas paredz valsts iestāžu publisko pakalpojumu pārveidi par efektīviem, uz klientu orientētiem, ātrāk un ērtāk lietojamiem pakalpojumiem. Piemēram, Dienests iecerējis, ka projekta ievaros tiks būtiski samazināts pakalpojuma izpildes laiks Dienestā iesniegto pieteikumu manipulāciju tarifu pārrēķināšanai – no trīsdesmit uz desmit dienām.

Nākamajā pārskata periodā Dienests arī plāno nodrošināt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu uzskaiti un apmaksu atbilstoši pacienta veselības stāvokļa sarežģītībai. Tas ietver DRG uzskaites un apmaksas sistēmas pilnveidošanu, izveidojot aprēķina metodiku universitāšu slimnīcu DRG fiksētā maksājuma aprēķinam. Tā aprēķinos izmantotās gultas dienas tarifs tiktu tuvināts normatīvajos aktos noteiktajai universitāšu slimnīcu gultas dienas vērtībai.

2019. gadā arī plānots darbs pie stacionāro veselības aprūpes kvalitātes kritēriju izstrādes, kas tiks iekļauti līgumā par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu. Šāds kvalitātes indikatoru līguma pielikums kopš 2018. gada darbojas VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.

Ar mērķi uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību pacientiem ar psihiskām saslimšanām, Dienests sadarbībā ar Veselības ministriju plāno mainīt psihiatrijas jomas finansēšanas modeli. Attiecīgi no samaksas ārstam speciālistam par aprūpes epizodi ir paredzēts pāriet uz tāmes finansējumu par psihiatra slodzi kabineta ietvaros, kā arī stiprināt jau esošās psihiatriskās prakses un psihiskās veselības aprūpes ambulatoros centrus, nodrošinot psihiatra kabineta ietvaros arī garīgās aprūpes māsas, psihologa un funkcionālo speciālistu pakalpojumu pieejamību.

Vienlaikus, lai veicināt efektīvāku un uz rezultātu orientētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, 2019. gadā tiek plānots psihiatrijas dienas stacionārā sniegto pakalpojumu, ultrasonogrāfijas un magnētiskās rezonanses izmeklējumu, kā arī ambulatorās un dienas stacionāra medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu stratēģiskais iepirkums.

Nākamajā gadā Dienests plāno arī sakārtot un veikt uzlabojumus gaidīšanas rindās uz valsts apmaksātām endoprotezēšanas operācijām, kā arī uzsākt vairāku jaunu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu pakalpojumu nodrošināšanu, tajā skaitā:

- ✓ robotizētas stereotaktiskās radioķirurģijas pakalpojumu ar ārstu konsilija atzinumu pacientiem ar acs melanomu vai neoperējamu trijzaru nerva neiralģiju;
- ✓ paplašināt jaundzimušo skrīningu, ieviešot četrus jaunus skrīninga izmeklējumus;
- ✓ nodrošināt jaunas izmeklējumu metodes aknām (aknu elastogrāfija), urīnpūslim (fotodinamiska diagnostika) un prostatai (biopsijas).

Ar mērķi uzlabot pacientu plūsmu un nodrošinātu operatīvu pakalpojuma saņemšanu atbilstoši pacienta veselības stāvoklim, 2019. gadā paredzēts izstrādāt kārtību pacientu triāžas (šķīrošanas) veikšanai V, IV, III līmeņa ārstniecības iestāžu, V specializētā līmeņa -

VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Rīgas Dzemdību nams", specializētā līmeņa SIA "Rīgas 2. slimnīca" neatliekamās medicīniskās palīdzības uzņemšanas nodaļās.

Savukārt, lai veicinātu kvalitatīvu un pacientam drošu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, nākamajā gadā ESF līdzfinansētajā projektā "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros" turpināsies nozares profesionālo asociāciju veiktā klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrāde prioritārajās veselības jomās – bērnu (sākot no neonatālā perioda) aprūpes, perinatālā perioda aprūpes, sirds un asinsvadu slimību, psihiskās veselības aprūpes un onkoloģisko slimību jomās.

Tā kā kolorektālais jeb resnās un taisnās zarnas vēzis ir otra biežākā onkoloģiskā saslimšana Latvijā, tad 2019. gadā ir plānots organizēt centralizētu iepirkumu valsts apmaksātam pakalpojumam – laboratorijā veicamam imunoloģiskam testam slēpto asiņu noteikšanai fēcēs ar maināmu pozitīva rezultāta robežvērtību, ko rekomendē Eiropas kolorektālā skrīninga kvalitātes vadlīnijas. Līdz šim pacientiem ir bijusi iespēja valsts apmaksāto kolorektālo skrīningu veikt, vērstoties sava ģimenes ārsta praksē, taču, piemēram, 2018. gadā, to ir izmantojuši tikai 16 % no mērķa grupas, kas atbilstoši vadlīnijām ir nepietiekams rādītājs. Viens no zemas atsaučības iemesliem ir tas, ka iedzīvotājiem līdzšinējā testa veikšanai ir bijis nepieciešams ievērot diētu pirms tam un testu ir bijis nepieciešams veikt trīs reizes. Savukārt ar laboratorijā veicamo testu var sasniegt lielāku atsaučību iedzīvotāju vidū, jo testu veic tikai vienu reizi un nav nepieciešams ievērot diētu. Tāpat testu veikšanai jāizmanto viena laboratorija, kas nodrošina skrīninga testēšanas kvalitāti, tādējādi paaugstinot ekonomisko efektivitāti.

Savukārt E-veselības jomā Dienests 2019. gadā ielānojis tādas aktivitātes kā:

- ✓ E-veselības lietotāju padomes izveide ar ārstu, farmaceitu un veselības nozares profesionāļu organizāciju pārstāvju dalību. Padomes mērķis – uzklaut visu pārstāvēto dalībnieku viedokļus un pieredzi un izveidot prioritāri veicamo E-veselības uzlabošanas darbu sarakstu, lai iespējami atvieglotu un efektivizētu ārstu un farmaceitu ikdienas darbu ar sistēmu;
- ✓ E-veselības sistēmas lietotāju skaita palielināšanas veicināšana un E-veselības sistēmā pieejamo pakalpojumu klāsta paplašināšana;
- ✓ atbalsta nodrošināšana ārējo informācijas sistēmu salāgošanai darbam ar E-veselības sistēmu;
- ✓ lietotāju (ārstniecības personu un farmaceitu) ierosinājumu E-veselības sistēmas darbībai izvērtēšana un ieviešana;
- ✓ E-veselības lietotāju atbalsta dienesta darbības nodrošināšana;
- ✓ sabiedrības informēšanas kampaņas īstenošana par E-veselības sistēmas pakalpojumiem un to lietošanas ieguvumiem;
- ✓ grozījumu veikšana normatīvajos aktos, kas paredz dažādu E-veselības sistēmas pakalpojumu izmantošanas nosacījumu precizēšanu;
- ✓ darba turpināšana pie projekta "Veselības nozares informācijas sistēmu (reģistri) modernizācija, attīstība un integrācija ar e-veselības informācijas sistēmu" un "Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas tālāka pilnveidošana, sasaistot to ar personas identifikāciju", lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, operatīvāku un efektīvāku finanšu informācijas un informācijas par pakalpojumiem pārvaldību veselības aprūpes nozarē valsts un iestāžu līmenī, kā arī lai nodrošinātu pamatotu nozares stratēģisku un taktisku lēmumu pieņemšanu.

2019. gadā Dienests plāno organizēt nākamo jeb otro pēc kārtas iepirkumu par parenterāli ievadāmo zāļu iegādi onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai 2020. gadam. Iepirkuma rezultātā ārstniecības iestādes, kas veic onkoloģisko saslimšanu ārstēšanu, slēdz zāļu piegādes līgumus ar piegādātājiem saskaņā ar vispārīgās vienošanās līgumiem, kas noslēgti starp

Dienestu un konkrēto onkoloģisko zāļu piegādātāju. Tā kā vispārīgās vienošanās līgums paredz fiksētas cenas, tad rezultātā gan lielo, gan mazo ārstniecības iestāžu slēgtajos piegādes līgumos cenas ir vienādas. Tāpat arī kopumā tādā veidā tiek panākts būtisks zāļu cenu samazinājums.

Bez tam, nākamajā plānošanas periodā Dienests Sadarbībā ar Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministriju turpinās darbu pie kopīgā starpvalstu iepirkuma par kombinētās vakcīnas (sešas komponentes) un vakcīnas pret rotavīrusa infekciju iegādi 2020.–2021. gada periodam. 2018. gadā jau tika noslēgti vispārīgās vienošanās līgumi gan par sešvalentās vakcīnas, gan vakcīnas pret rotavīrusa infekciju iegādi, savukārt 2019. gadā pakārtoti vispārīgās vienošanās līgumiem ir paredzēts noslēgt piegādes līgumus.

Ņemot vērā Dienesta pieredzi medikamentu un medicīnas preču iepirkumu organizēšanā, kā arī, lai pēc iespējas efektīvi organizētu noteikto valsts pārvaldes funkciju īstenošanu, ar MK rīkojumu Dienests 2019. gadā organizēs centralizētos medikamentu un medicīnas preču iepirkumus elektronisko iepirkumu sistēmā (EIS).

IZMANTOTIE TERMINI

Unikālais pacients

Pacients, kurš saņēmis kādu vienu vai vairākus veselības aprūpes pakalpojumus konkrētā laika periodā, bet unikālo pacientu skaitā viņš tiek ieskaitīts kā viens pacients.

Primārā veselības aprūpe

Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (ģimenes ārsti, māsas, ārstu palīgi) sniedz personai ambulatorās ārstniecības iestādēs, stacionārās ārstniecības iestādes ambulatorajā nodaļā vai dzīvesvietā.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona ambulatorajā ārstniecības iestādē, slimnīcas ambulatorajā nodaļā, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē (ja tajā ir organizēta ambulatorās palīdzības sniegšana), dienas stacionārā vai slimnīcā. Piemēram, speciālistu konsultācijas, diagnostiskie izmeklējumi (ultrasonogrāfija, datortomogrāfija u.c.), veselības aprūpe dienas stacionārā.

Aprūpes epizode

Laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju), līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam. Aprūpes epizodi var realizēt tikai viens ārsts (ģimenes ārsts vai speciālists) un tajā var ietilpt vairāki ambulatorie apmeklējumi.

Hospitalizācija

Pacienta viena uzturēšanās slimnīcā no iestāšanās līdz izrakstīšanai. Ja pacientam vienas hospitalizācijas laikā ir sniegti pakalpojumi vairākās pakalpojumu programmās, piemēram, endoprotezēšana un aprūpe, tad tas tiek uzskaitīts kā viens gadījums.

KONTAKTINFORMĀCIJA

Nacionālā veselības dienesta Centrālais birojs

Direktore Inga Milaševiča
Tālr.: 67043700; fakss: 67043701
E-pasts: nvd@vmnvd.gov.lv
Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV-1012

Nacionālā veselības dienesta Rīgas nodaļa

Vadītāja Renāte Neimane
Tālr.: 67201282; fakss: 67201285
E-pasts: riga@vmnvd.gov.lv
Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV-1012

Nacionālā veselības dienesta Zemgales nodaļa

Vadītāja Daiga Vulfa
Tālr.: 63027249; fakss: 63007087
E-pasts: zemgale@vmnvd.gov.lv
Adrese: Zemgales prospekts 3, Jelgava, LV-3001

Nacionālā veselības dienesta Kurzemes nodaļa

Vadītāja Anita Zolmane
Tālr.: 63323146; fakss: 63323696
E-pasts: kurzeme@vmnvd.gov.lv
Adrese: Pilsētas laukums 4, Kuldīga, LV-3301

Nacionālā veselības dienesta Latgales nodaļa

Vadītājs Jānis Pitrāns
Tālr.: 65422236; fakss: 65422236
E-pasts: latgale@vmnvd.gov.lv
Adrese: Saules iela 5, Daugavpils, LV-5401

Nacionālā veselības dienesta Vidzemes nodaļa

Vadītāja Sigita Alhimoviča
Tālr.: 64772301; fakss: 64707013
E-pasts: vidzeme@vmnvd.gov.lv
Adrese: Pils iela 6, Smiltene, LV-4729