



Nacionālais veselības dienests

GADA PUBLISKAIS PĀRSKATS 2016

2017

SATURA RĀDĪTĀJS

PRIEKŠVārds	3
1. PAMATINFORMĀCIJA PAR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU	4
1.1. Nacionālā veselības dienesta juridiskais statuss	4
1.2. Nacionālā veselības dienesta darbības mērķis un galvenās funkcijas	4
1.3. Nacionālā veselības dienesta struktūra	6
1.4. Nacionālā veselības dienesta teritoriālās nodaļas	7
1.5. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta kvalitātes vadības jomā	7
1.6. Paveiktas Nacionālā veselības dienesta informācijas sistēmu drošības jomā	7
2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI	8
3. BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS, KURU FINANSIĀLIE LĪDZEKĻI TIEK IZLIETOTI DIENESTA DARBĪBAS UZTURĒŠANAI	10
4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS	12
5. DIENESTA DARBĪBAS REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI	16
5.1. Ambulatorā veselības aprūpe	16
5.2. Stacionārā veselības aprūpe	17
5.3. Kompensējamie medikamenti un materiāli	18
5.4. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	19
5.5. Valsts organizētais vēža skrīnings	20
5.6. Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā	21
5.7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, medicīniskās tehnoloģijas un klīniskās vadlīnijas	23
5.8. E-veselības projektu ieviešana	24
5.9. Regresa prasību piedziņa	24
5.10. Ārstniecības riska fonds	25
5.11. Starptautiskā sadarbība	26
6. STARPINSTITŪCIJU SADARBĪBA	27
7. NACIONĀLĀ VESELĪBAS DIENESTA PERSONĀLS	27
8. KOMUNIKĀCIJA AR SABIEDRĪBU	29
9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI	30
IZMANTOTIE TERMINI	32
KONTAKTINFORMĀCIJA	33

Nacionālā veselības dienesta gada publiskajā pārskatā par 2016. 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, 2016. gadā Nacionālais veselības dienests turpināja aktīvi sadarboties ar ārstniecības iestādēm, valsts institūcijām, nevalstiskajām organizācijām, kā arī plašsaziņas līdzekļu pārstāvjiem, sniedzot aktuālu informāciju par valsts apmaksātiem pakalpojumiem.

No 2016. gada 22. jūnija tika atvērta piekļuve E-veselības sistēmas publiskajam portālam – www.eveseliba.gov.lv, un septembrī 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.

Sadarbībā ar Valsts ieņēmumu dienestu pārskata periodā nodrošināta darba devēju informēšana par E-veselības sistēmā noslēgtajām e-darbnespējas lapām, bet sadarbībā ar Valsts reģionālās attīstības aģentūru un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūru – iedzīvotājiem nodrošināta iespēja iesniegt slimības pabalsta iesniegumu, izmantojot e-pakalpojumu valsts pārvaldes pakalpojumu portālā www.latvija.lv.

2016. gadā veikta slimnīcu faktisko izdevumu analīze par 2015. gadu, organizētas un vadītas sanāksmes par zobārstniecības pakalpojumiem, kurās izvērtēti un definēti zobārstniecības pakalpojumu algoritmi. Pārskatīti veselības aprūpes pakalpojumu tarifi saistībā ar darba samaksas izmaiņām ārstniecības personām.

2016. gada 24. novembrī Nacionālais veselības dienests noslēdzis trīspusēju sadarbības līgumu ar Lietuvas Veselības ministrijas Nacionālo veselības apdrošināšanas fondu un Igaunijas Veselības apdrošināšanas fondu par savstarpējās sadarbības nostiprināšanu un attīstīšanu publiskā veselības finansējuma nozarē.

Veikta DRG (*Diagnosis-related group*) apmaksas modeļa pilnveidošana, īstenojot DRG plānā izvirzītos mērķus – izmaksu uzskaites sistēmas, datu kvalitātes uzlabošanas un apmaksas politikas ieviešana, kā arī salīdzinošās novērtēšanas sistēmas izveide. 2016. gadā noritējuši vairāki semināri ar Pasaules Veselības organizācijas ekspertu atbalstu, kuros gan Veselības ministrijas un tās padotības iestāžu darbinieki, gan ārstniecības iestāžu pārstāvji apguvuši zināšanas sekmīgai DRG plāna īstenošanai. Nacionālā veselības dienesta pārstāvji arī piedalījušies NORD DRG ekspertu darba grupās par DRG grupēšanas loģikas attīstību.

Lai ikviens Latvijas iedzīvotājs varētu saņemt drošus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, sadarbībā ar Pasaules banku izstrādātas Veselības tīklu attīstības vadlīnijas un uzsākta Vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas koncepcijas izstrāde.

Darbību turpinājis Ārstniecības riska fonds, kas sniedz iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā, ja pacienta veselībai vai dzīvībai ir nodarīts kaitējums. 2016. gadā saņemti 234 iesniegumi par atlīdzības izmaksāšanu, kas ir par 63 iesniegumiem vairāk nekā 2015. gadā. Lēmums par atlīdzības izmaksāšanu ticis pieņemts 57 gadījumos.

1. PAMATINFORMĀCIJA PAR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU

1.1. Nacionālā veselības dienesta juridiskais statuss

NACIONĀLAIS VESELĪBAS DIENESTS (turpmāk – Dienests) ir Veselības ministrijas pakļautībā 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

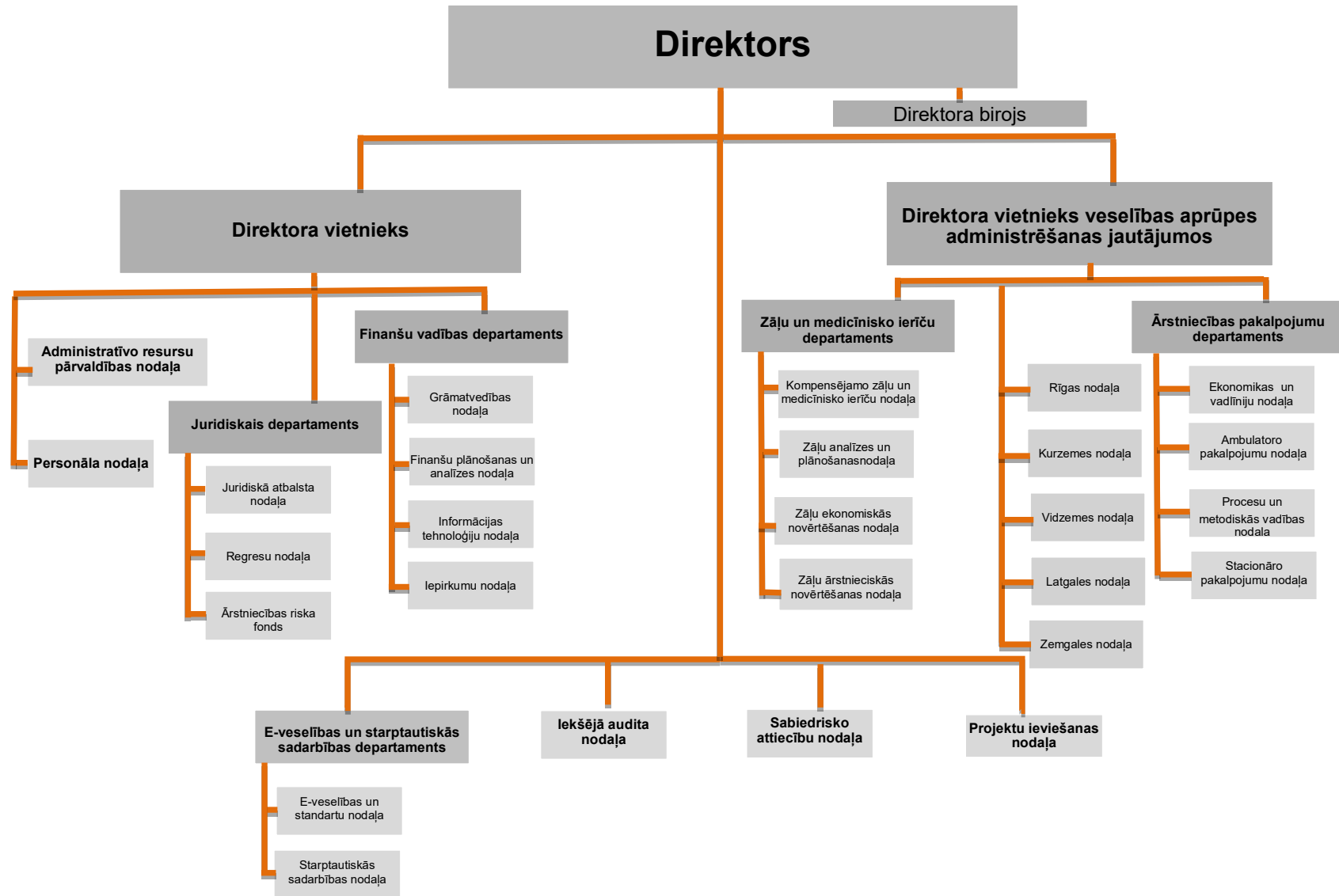
Dienesta darbības mērķis ir īstenot valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, nodrošinot racionālu un maksimāli efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, kā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

Lai veiksmīgi īstenotu iepriekš minēto mērķi, Dienestam 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;
- ✓ 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;
- ✓ 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;
- ✓ sagatavot izstrādājamo klīnisko vadlīniju sarakstu, izvērtēt klīniskās vadlīnijas un nodrošināt to ieviešanas metodisko vadību;
- ✓ 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.

1.3. Nacionālā veselības dienesta struktūra



1.4. Nacionālā veselības dienesta teritoriālās nodaļas

Dienesta teritoriālās nodaļas ir Dienesta struktūrvienības, kas darbojas saskaņā ar Dienesta nolikumu, Dienesta iekšējiem normatīviem aktiem, Dienesta direktora lēmumiem un rīkojumiem, ievērojot Latvijas Republikas likumus un citus tiesību aktus.

Kopumā Dienestam ir piecas teritoriālās nodaļas – Rīgas nodaļa (Rīgā), Kurzemes nodaļa (Kuldīgā), Latgales nodaļa (Daugavpilī), Vidzemes nodaļa (Smiltēnē) un Zemgales nodaļa (Jelgavā).

Dienesta teritoriālajām nodaļām ir uzticēts veikt šādas funkcijas:

- ✓ administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus noteiktā apjomā:
 - sagatavot un slēgt līgumus ar primārās veselības aprūpes, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem, kā arī ar aptiekām par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu;
 - saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem norēķināties par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
 - uzraudzīt veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs;
- ✓ nodrošināt iepriekšminēto funkciju izpildi Latvijas Republikas administratīvajās teritorijās.

1.5. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta kvalitātes vadības jomā

2016. gadā Dienestā veikti četri pamatdarbības sistēmu auditi un novērtēta kontroles sistēmas darbība sekojošām audita sistēmām:

- ✓ valsts budžeta līdzekļu administrēšana par ambulatorajai ārstniecībai paredzētajām zālēm;
- ✓ ārstniecībā izmantojamās medicīniskās tehnoloģijas;
- ✓ Ārstniecības riska fonda darbība;
- ✓ Vadības informācijas sistēmas, kas nodrošina veselības aprūpes norēķinus un veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistru, uzturēšana un papildināšana.

2016. gadā turpināta Kvalitātes vadības sistēmas pilnveide. Pārskata periodā ir izstrādāts un apstiprināts 51 procesu apraksts. Risku vadības sistēma integrēta visos 2015. un 2016. gadā izstrādātajos procesos.

1.6. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta informācijas sistēmu drošības jomā

2016. gadā, pamatojoties uz Dienesta Informācijas sistēmu drošības politikā noteikto, tika sagatavoti un apstiprināti šādi Dienesta iekšējie normatīvie akti par Dienesta informācijas sistēmu drošību:

- ✓ “Informācijas sistēmu drošības iekšējie noteikumi”;
- ✓ “Informācijas sistēmu lietošanas iekšējie noteikumi”;
- ✓ “Informācijas sistēmu lietotāju pārvaldības kārtība”.

2016. gadā tika veikta novērtēšana un klasifikācija deviņām Dienesta informācijas sistēmām/apakšsistēmām. Divām paaugstinātas drošības informācijas sistēmām tika veikta risku analīze un sagatavots drošības risku pārvaldības plāns. Pārskata periodā arī veikta 146 Dienesta darbinieku apmācība par informācijas sistēmu drošības prasībām, Dienesta informācijas sistēmu lietošanas noteikumiem un lietotāju pārvaldības kārtību.

2016. gadā tika veikts ārējs drošības audits Dienesta lietvedības informācijas sistēmai un veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmai "Vadības informācijas sistēma". Datu valsts inspekcijā tika reģistrēts personas datu apstrādes mērķis "Nodrošināt veselības aprūpes organizēšanu un atvieglot veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, uzkrāt veselības nozares datus".

2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI

Atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam 2016. gadā Dienests administrēja likumā "Par valsts budžetu 2016. gadam" veselības aprūpei piešķirtos līdzekļus 699 149 330 eiro apmērā.

1. tabula

Dienesta administrējamās daļas finansējums kopā 2016. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
	Dienesta administrējamās daļas finansējums	-	-
1.	Finansiālie resursi izdevumu segšanai, kopā:	696 165 147	696 725 213
1.1.	dotācija no vispārējiem ieņēmumiem	676 893 172	676 535 340
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	17 496 946	18 415 959
1.3.	ārvalstu finansiālā palīdzība	130 002	128 893
1.4.	transferti	1 645 027	1 645 021
2.	Izdevumi, kopā:	699 149 330	696 324 085
2.1.	uzturēšanas izdevumi, kopā:	698 884 154	696 088 700
2.1.1.	kārtējie izdevumi	7 294 626	6 365 702
2.1.2.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	689 663 076	687 798 560
2.1.3.	kārtējie maksājumi Eiropas Kopienas budžetā un starptautiskā sadarbība	15 047	15 047
2.1.4.	uzturēšanas izdevumu transferti	1 911 405	1 909 391
2.2.	izdevumi kapitālieguldījumiem	265 176	235 385
	Finansiālā bilance	-2 984 183	401 128
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (pirms summas apzīmē ar -) vai samazinājums (pirms summas apzīmē ar +)	2 984 183	-401 128

2. tabula

Dienesta administrēšanā nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde 2016. gadā

Programmu (apakš-programmu) kodi	Apakšprogrammas nosaukums	Apstiprināts likumā par valsts budžetu, EUR	Līdzekļu izlietojums (naudas plūsma), EUR	Līdzekļu izlietojums, %
Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas, kopā:		699 149 330	696 324 085,32	99,60
33.00.00	Veselības aprūpes nodrošināšana	683 021 790	682 901 846,82	99,98
33.01.00	Ārstniecība	524 675 747	524 584 697,56	99,98
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana	144 583 366	144 583 366,00	100,0
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	11 544 970	11 516 076,26	99,95
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	119 521	119 521,00	100,00
33.09.00	Interesešu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	108 110	108 110,00	100,00
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	1 990 076	1 990 076,00	100,00
37.03.00	Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no Krievijas Federācijas līdzekļiem)	2 759 842	2 625 901,72	95,15
45.00.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana	9 774 829	7 538 450,02	77,12
45.01.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	6 423 409	5 799 673,04	90,29
45.02.00	Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	3 351 420	1 738 776,98	51,88
63.07.00	Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana (2014-2020)	1 305 536	972 647,19	74,50
67.06.00	Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana	2 200	2 193,96	99,73
70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana	11 001	8 934,70	81,22
70.09.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē	22 160	22 141,57	99,92
70.20.00	Projektu un pasākumu Latvijas prezidentūras Eiropas Savienības Padomē nodrošināšanai 2015.gadā	108 207	108 206,12	100,00
99.00.00	Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums	2 143 765	2 143 763,22	100,00

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

2016. gadā programmas 45.00.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana" ietvaros Dienests administrēja 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. Ministru kabineta noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi".

Līdzekļi Dienesta darbības nodrošināšanai plānoti budžeta apakšprogrammā 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 ar aptiekām kompensējamo zāļu un medicīnas ierīču sistēmas ietvaros;
- ✓ izsniedz Eiropas veselības apdrošināšanas kartes (turpmāk – EVAK), kā arī S 1, S 2 un S 3 veidlapas Latvijas iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ES dalībvalstīs;
- ✓ nosūta uzaicinājuma vēstules uz valsts apmaksātu dzemdes kakla vēža profilaktisko pārbaudi un krūts vēža profilaktisko pārbaudi;
- ✓ uztur klasifikatorus, veic izmaiņas un nodrošina vienotu valsts nozīmes veselības aprūpes uzskaites, norēķinu sistēmu (turpmāk – VIS), nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem pieeju VIS (slēdzot līgumus par VIS lietošanu);
- ✓ sniedz informāciju iedzīvotājiem par tiem pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, kā arī konsultē iedzīvotājus par viņu tiesībām, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus;
- ✓ atgūst līdzekļus regresa kārtībā par personu ārstēšanu, ja ārstēšana ir prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma sekas;
- ✓ izstrādā no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un apmaksas nosacījumus;
- ✓ apstiprina ārstniecībā izmantojamās medicīniskās tehnoloģijas, reģistrē apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas, veido un uztur apstiprināto medicīnisko tehnoloģiju uzskaites un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo medicīnisko tehnoloģiju datubāzi;
- ✓ izstrādā un ievieš E-veselības informācijas sistēmas.

2016. gadā izdevumi Dienesta darbības – uzdevumu un funkciju – nodrošināšanai bija 5 799 673 eiro, tajā skaitā Dienesta sniegto publisko maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu apjoms bija 1 430 634 eiro.

3. tabula

Finansējums Dienesta administratīvā darba nodrošināšanai 2016. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
1.	Finanšu resursi izdevumu segšanai, kopā:	6 031 278	6 046 863
1.1.	dotācija no vispārējiem ieņēmumiem	4 616 229	4 616 229
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	1 415 049	1 430 634
2.	Izdevumi, kopā:	6 423 409	5 799 673
2.1.	uzturēšanas izdevumi, kopā:	6 158 233	5 564 288
2.1.1.	kārtējie izdevumi	5 968 776	5 374 831
2.1.2.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	189 457	189 457
2.2.	izdevumi kapitālieguldījumiem	265 176	235 385
	Finansiālā bilance	-392 131	247 190
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikums	392 131	-247 190

Būtiska daļa no Dienesta izdevumiem – 1 744 141 eiro jeb 30 % no kopējā 5 799 673 eiro izdevumu apjoma izmantota, lai nodrošinātu Dienestam uzdoto funkciju izpildi:

- ✓ VIS un vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas uzturēšanai un darbības nodrošināšanai – 747 285 eiro;
- ✓ informācijas sistēmu licenču iegādei un nomai – 396 388 eiro;
- ✓ vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas drošības un veiktspējas audita veikšanai – 85 767 eiro
- ✓ vēža skrīninga uzaicinājuma vēstuļu sagatavošanai un nosūtīšanai iedzīvotājiem – 79 495 eiro;
- ✓ EVAK izgatavošanai un izsniegšanas nodrošināšanai – 44 783 eiro;
- ✓ zvanu centra uzturēšanai, bezmaksas informatīvā tālruņa un kontaktpunkta tālruņa darbības nodrošināšanai – 21 803 eiro;
- ✓ medikamentu recepšu veidlapu izgatavošanai – 83 231 eiro;
- ✓ gada maksājumiem dalībai profesionālās asociācijās – 95 932 eiro, tajā skaitā dalības maksa par Ziemeļvalstu DRG sistēmas uzturēšanu – 44 400 eiro;
- ✓ ārstniecības iestāžu reģistru uzturēšanai un organizatoriski metodiskā darba nodrošināšanai – 189 457 eiro.

Veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas un vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas darbības nodrošināšanu īsteno Dienests. Informācija no VIS tiek izmantota ne tikai Dienesta funkciju nodrošināšanai, bet arī citu valsts pārvaldes iestāžu funkciju veikšanai. Sistēmu lieto gandrīz 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 21 803 eiro. Kopumā 2016. gadā sniegtas 26 307 konsultācijas.

2016.gadā izsniegtas 92 972 EVAK¹, kas ir par 6 953 EVAK vairāk nekā 2015. gadā. Dienests izsniedzis arī 410 EVAK aizvietojošos sertifikātus. Uz 2016.gada 31.decembri spēkā esošo EVAK skaits bija 250 800.

¹ EVAK ir visām ES, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīm un Šveices Konfederācijai kopīgs dokuments, kas apliecina šo valstu iedzīvotāju tiesības saņemt valsts apmaksātu neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi tādā pašā apjomā, kādā tā ir nodrošināta attiecīgās valsts iedzīvotājiem.

Pārdotas 22 571 686 medikamentu recepšu veidlapas – tajā skaitā 12 247 893 īpašās receptes un 10 323 793 parastās receptes.

Valsts apmaksātas vēža savlaicīgas atklāšanas programmas ietvaros 2016. gadā izsūtītas 197 413 uzaicinājuma vēstules valsts apmaksātai dzemdes kakla vēža profilaktiskai pārbaudei un 141 475 uzaicinājuma vēstules – krūts vēža profilaktiskai pārbaudei.

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 ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas iestādē praktizē, un specialitāšu sadalījumam atbilstoši riska grupām.

2016. gadā no Ārstniecības riska fonda līdzekļiem veiktas izmaksas 57 pacientiem par kopējo summu 1 738 776,98 eiro.

4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS

Ārstniecība

Apakšprogrammas 33.01.00 “Ārstniecība” ietvaros nodrošina² no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu ārstniecības iestādēm, kas sniedz ambulatoros un stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī veic starpvalstu norēķinus par veselības aprūpes pakalpojumiem Eiropas Savienības (turpmāk – ES) un Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā un apjomā:

- ✓ Latvijas Republikas iedzīvotājiem, kuri uzturas ES, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs (ietilpst Islande, Lihtenšteina un Norvēģija, turpmāk – EEZ) un Šveices Konfederācijā (turpmāk – Šveice);
- ✓ ES, EEZ valstīs un Šveicē sociāli apdrošinātajām personām, kuras uzturas Latvijas Republikā;
- ✓ prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos.

Noteikumi Nr. 1529 paredz, ka līdzekļu sadalījumu veselības aprūpes pakalpojumu samaksai Dienests plāno šādās proporcijās:

- ✓ samaksai par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 45 % apmērā;

² Samaksa par ambulatoriem un stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem tiek veikta saskaņā ar MK 2013. gada 17. decembra noteikumiem Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.1529).

- ✓ samaksai par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 53 % apmērā;
- ✓ samaksai par starpvalstu norēķiniem ar ES, EEZ dalībvalstīm un Šveici, ar ārstniecības iestādēm par ES un EEZ dalībvalstu un Šveices iedzīvotāju Latvijas Republikā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos – ne vairāk kā 2 % apmērā.

Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksā

Apakšprogrammas 33.03.00 “Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana” 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:

- ✓ kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā (tajā skaitā bērniem līdz 18 gadiem zāles un medicīniskās ierīces no Kompensējamo zāļu saraksta tiek apmaksātas 100% apmērā, ja tiek izvēlētas lētākās līdzvērtīgas efektivitātes zāles. Lētāko zāļu 100% kompensācija neattiecas uz M saraksta zālēm);
- ✓ M sarakstā iekļauto zāļu kompensācija (zāļu kompensācija 50 % apmērā bērniem līdz 24 mēnešu vecumam, ja nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru, un kompensācija 25 % apmērā grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja 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–zāles un medicīniskās ierīces, kuras atbilstoši kompensācijas nosacījumiem drīkst izrakstīt konkrētas ārstniecības iestādes speciālisti.

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

Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

Apakšprogramma 33.04.00 “Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde” nodrošina Noteikumu Nr.1529 32. pielikumā minēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču centralizētu iegādi. Dienests darbojas kā iepirkumu pasūtītājs un maksātājs (detalizētāku informāciju skatīt Gada publiskā pārskata 5.4.nodaļā “Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde”).

Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana

Apakšprogramma 33.08.00 “Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana” nodrošina Iedzīvotāju genoma 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.

Interesešu izglītības nodrošināšana VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”

Apakšprogramma 33.09.00 “Interesešu izglītības nodrošināšana VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”” nodrošina VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” pedagogu darba samaksu interesešu izglītībai darbam ar ilgstoši hospitalizētiem bērniem, lai tiem

bērniem, kuri ilgstoši uzturas VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" slimības dēļ, nodrošinātu nepieciešamo interešu izglītību.

Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem

Apakšprogramma 33.12.00 "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem" nodrošina medikamentozās ārstēšanas izmaksu segšanu VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" uzskaitē esošiem ar retām slimībām slimojošiem bērniem, tā nodrošinot dzīvības funkciju uzturēšanu. Apakšprogrammas ietvaros 2016. gadā medikamentozu ārstēšanu saņēma 14 bērni ar diagnozēm: Gošē slimība, 1.un 2. tipa mukopolisaharidoze, urea cikla traucējumu slimība, Leša-Nīhana sindroms, homocistinūrija, pārmantota IX faktora deficīta inhibitoru formu ārstēšana, fenilketonūrija (klasiskā forma), Pompes slimība, tuberozā skleroze, cita veida precizētas demielinizējošas centrālās nervu sistēmas slimības, galvas matainās daļas un kakla ļaundabīga melanoma.

Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe

Apakšprogrammas 37.03.00 "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no KF līdzekļiem)" resursus veido no Krievijas Federācijas saņemtais finansējums 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".

Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums

Programmā 99.00.00 gada laikā piešķirti 2 143 765 eiro šādiem izdevumiem:

- ✓ 2 096 682 eiro, lai daļēji apmaksātu ES dalībvalstu, EEZ un Šveices Konfederācijas kompetento institūciju iesniegtos rēķinus par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (11.10.2016 Finanšu ministrijas rīkojums Nr. 493);
- ✓ 24.10.2016. Finanšu ministrijas rīkojums Nr. 525 "Par līdzekļu piešķiršanu" 29 530 eiro apmērā, lai segtu izdevumus, kas radušies laika posmā no 2016. gada 1. janvāra līdz 2016. gada 30. novembrim saistībā ar patvēruma meklētāju ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs (24.10.2016. Finanšu ministrijas rīkojums Nr. 525 un 23.12.2016. Finanšu ministrijas rīkojums Nr. 652);
- ✓ 17 553 eiro, lai segtu izdevumus, kas radušies laika posmā līdz 2016. gada 30. novembrim saistībā ar piecu karadarbībā Ukraina cietušo personu ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs (24.10.2016. Finanšu ministrijas rīkojums Nr. 525 un 23.12.2016. Finanšu ministrijas rīkojums Nr. 652).

Eiropas Sociālā fonda projektu un pasākumu īstenošana

2016. gadā tika turpināta Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" aktivitāšu ieviešana, sagatavojot Veselības tīklu attīstības vadlīnijas un uzsākot izstrādāt veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmu.

Tīklu vadlīnijas norāda virzienus, kuros attīstāma veselības aprūpes un sabiedrības veselības politika četrās prioritārajās veselības aprūpes jomās. Šīs jomas ir – sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības joma.

Savukārt veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādes mērķis ir nodrošināt, ka ikviens Latvijas iedzīvotājs saņem drošus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogrammas 67.06.00 "Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana" ietvaros sagatavota informācija atbilstoši saņemtajām Eurostat/ OECD apsekojuma vadlīnijām par nosacītajām (kvazi) cenām/ izmaksām par stacionāro ārstniecības iestāžu sniegtajiem pakalpojumiem, kas 2015. gadā apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem, nodrošinot iespēju Centrālajai Statistikas pārvaldei izpildīt saistības, kas izriet no Granta līguma Nr. 04152.2014.001-2014.197 "Pamatinformācijas nodrošināšana pirktspējas paritātēm" saistībā ar informācijas apkopošanu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu stacionārajās ārstniecības iestādēs.

Citu ES politikas instrumentu projektu un pasākumu īstenošana

Apakšprogrammu finansējumu veido ārvalstu finanšu 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 trīs projekti:

- ✓ Medicīnas tehnoloģiju novērtēšanas Eiropas sadarbības tīkls (*EUnetHTA2 JA*);
- ✓ Vienota rīcība – eVeselības pārvaldības iniciatīva (*JA-eHGov*);
- ✓ Atbalsts Eiropas eVeselības pārvaldības iniciatīvai un darbībai (*SEHGOVIA*).

Apakšprogrammas 70.09.00 "Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē" ietvaros tika uzsākts īstenot Eiropas Savienības stratēģijas Baltijas jūras reģionam projektu izstrādāšanas instrumenta sākumkapitāla projektu Nr. S80 "Novēršamas hospitalizācijas Baltijas jūras reģionā: organizatoriskas un tehnoloģiskas inovācijas primārajā veselības aprūpē, lai paaugstinātu veselības aprūpes sistēmas izmaksu efektivitāti – *InnoHealth*", kurā Dienests pilda vadošā partnera funkcijas. Sākuma kapitāla projekta mērķis ir sagatavot projekta pieteikumu galvenajam projektam, izpētīt pašreizējo situāciju un, piesaistot jaunus partnerus, izstrādāt galvenā projekta *InnoHealth* plānu.

5. DIENESTA DARBĪBAS REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI

5.1. Ambulatorā veselības aprūpe

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai Dienests plāno ne mazāk kā 45 % no budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība" paredzētajiem līdzekļiem. To administrēšanu nodrošina Dienesta teritoriālās nodaļas atbilstoši Noteikumos Nr. 1529 noteiktajiem plānošanas un apmaksas kritērijiem un nosacījumiem.

4. tabula

Ambulatoro pakalpojumu izpilde 2015. gadā un 2016. gadā

Rādītājs	2015. gada rēķinu summa	2016. gada rēķinu summa
Līdzekļi ambulatorai veselības aprūpei, t.sk.:	258 539 889	256 680 435
Primārā veselības aprūpe, t.sk.:	83 272 751	84 142 833
primārās veselības aprūpes pakalpojumi*	70 324 587	71 140 501
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacienta iemaksas	4 199 530	4 204 081
zobārstniecība	8 411 509	8 556 058
Ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība	337 125	242 193
Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, t.sk.:	175 267 138	172 537 602
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi**	165 746 621	163 030 654
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacienta iemaksas	9 520 517	9 506 948

* Rādītājā ir iekļauts pārskata gadā izmaksātais ģimenes ārstu darbības novērtējuma maksājums par iepriekšējo gadu un veiktie maksājumi par ģimenes ārstu kontrolēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikumu, kā arī par pacientiem savlaicīgi atklātu vēzi 1. un 2. stadijā.

** 2016. gadā rēķinu summa samazinājusies saistībā ar to, ka tika mainīti apmaksas nosacījumi laboratoriskajiem izmeklējumiem.

5. tabula

Ambulatoro apmeklējumu skaits primārajā un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē

Rādītājs	2015. gads	2016. gads
Ambulatoro apmeklējumu skaits primārajā veselības aprūpē (1.6. aprūpes epizodē pie PVA ³ ārsta, PVA māsas, PVA ārsta palīga, PVA vecmātes un dežūrārsta)	6 305 924	6 383 782
Ambulatoro apmeklējumu skaits sekundārajā veselības aprūpē (1.6. aprūpes epizodē pie SAVA ⁴ speciālista, SAVA māsas, SAVA ārsta palīga)	3 510 825	3 481 100
Ambulatoro apmeklējumu skaits, kopā	9 816 749	9 864 882

³ PVA – primārā veselības aprūpe.

⁴ SAVA – sekundārā ambulatorā veselības aprūpe.

5.2. Stacionārā veselības aprūpe

2016. gadā samaksu par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem turpināja veikt kā fiksētu maksājumu par stacionāra darbību, kā arī piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību un piemaksu par konservācijas gultu uzturēšanu.

Samaksu atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam un tarifam veic par sniegto:

- ✓ dzemdību palīdzību;
- ✓ lielo locītavu endoprotezēšanu;
- ✓ pakalpojumiem personām ar prognozējamu invaliditāti;
- ✓ pakalpojumiem, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā;
- ✓ pakalpojumiem, kas sniegti personai, kurai ir nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija.

6. tabula
Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu izpilde 2016. gadā

Pakalpojumi	Rēķinu summa, EUR
Stacionārā palīdzība, kopā:	254 290 085
Fiksētie maksājumi stacionārai palīdzībai, t.sk.:	215 354 513
Fiksētais maksājums par stacionāra darbību	199 162 249
Fiksētā piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību	14 633 781
Fiksētā piemaksa par observācijas gultu uzturēšanai	1 558 483
Pakalpojuma apmaksa atbilstoši līguma nosacījumiem, t.sk.	35 054 520
Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	16 681 583
Pēc fakta apmaksājami specifiskie medikamenti un medicīnas materiāli (MK noteikumu Nr. 1529 22. pielikums)	842 686
Dzemdību palīdzība	8 002 579
Lielo locītavu endoprotezēšana	6 004 154
Apmaksa par trombolītiskajiem medikamentiem un hemodialīzes manipulācijām	2 098 786
Pakalpojumi personām ar prognozējamu invaliditāti un pakalpojumi, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā	1 404 181
Pakalpojumi, kas sniegti personai, kurai ir nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija	12 063
Apmaksa pacientiem, kuriem veikta zāļu rezistentā tuberkulozes pacienta paliatīvā aprūpe	7 835
Apmaksa par pacienta ārstēšanu ar zālēm "Rekombinantais aktivētais VII faktors" (atbilstoši iesniegtajiem rēķiniem)	653
Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem, t.sk.	3 881 052
Vienreizējs maksājums uzņemšanas nodaļām un par primāri operējamiem onkoloģiskiem slimniekiem	3 745 552
Rehabilitācijas novietnes "Gaiļezers" aprīkojuma iegāde VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un rehabilitācijas iekārtu iegāde VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs Vaivari"	135 500

7. tabula

Vispārējie stacionārās aprūpes statistikas rādītāji no 2014. gada līdz 2016. gadam

Rādītāji	Kopā / vidēji 2014. gads	Kopā / vidēji 2015. gads	Kopā / vidēji 2016. gads
Unikālo pacientu skaits	224 939	223 272	223 591
Stacionēšanās gadījumu skaits	322 701	321 588	323 003
Gultas dienu skaits	2 758 427	2 754 650	2 749 451
Vidējais ārstēšanās ilgums	8,5	8,6	8,5

2016. gadā stacionārā ir ārstējusies 223 591 unikālā persona, savukārt kopējais hospitalizāciju jeb stacionēšanas gadījumu skaits ir 323 003.

No visām hospitalizācijām 83 % ir bijušas neatliekamās palīdzības slimnīcās, 14 % – specializētajās slimnīcās un 3 % – aprūpes slimnīcās. Salīdzinot ar 2015. gadu, 2016. gadā hospitalizāciju skaits ir palielinājies par 1415 hospitalizācijām. Kopumā 2016. gadā stacionārā pacienti kopā pavadījuši 2 749 451 gultasdienu. Vidēji viens pacients stacionārā atradies 8,5 dienas, kas ir par 0,1 dienu mazāk nekā gadu iepriekš.

5.3. Kompensējamie medikamenti un materiāli

Uz 2016. gada 1. janvāri kompensējamo zāļu sarakstā (turpmāk – KZS)⁵ bija iekļauti 1609 medikamenti, no kuriem 1245 medikamenti A sarakstā, 341 medikaments B sarakstā un 23 medikamenti – C sarakstā, kā arī 179 medicīniskās ierīces.

2016. gadā veikta iekļauto zāļu cenu pārvērtēšana salīdzinājumā ar cenām citās ES valstīs, kā arī iekļauti jauni un lētāki patentbrīvie (*generic*) medikamenti. Iesniedzēji⁶ arī pēc savas iniciatīvas samazināja medikamentu kompensācijas bāzes cenas. Tika veikta terapijas izmaksu pārrēķins, 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, 2016. 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 hroniska C vīrushepatīta ārstēšanai ;
- ✓ zāles multiplās sklerozes ārstēšanai;
- ✓ dipeptidil peptidāzes-4 inhibitori un to kombinācijas ar *Metforminum*;
- ✓ antipsihotiskie līdzekļi;
- ✓ antidepresanti;
- ✓ pretparkinsonisma līdzekļi;
- ✓ renīna-angiotensīna sistēmu ietekmējošie līdzekļi;
- ✓ diurētiskie līdzekļi, vazodilatatori.

2016. gadā ir saņemti 238 iesniegumi jaunu zāļu un medicīnisko ierīču iekļaušanai KZS.

⁵ 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".

⁶ 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.

Pieņemti 589 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 107 zāļu un 39 medicīnisko ierīču iekļaušanai A sarakstā, 28 medikamentu iekļaušanai B sarakstā un 2 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 28 medikamentiem, no C uz A – vienam medikamentam.

Veikta kompensācijas bāzes cenas vai references cenas pārskatīšana 616 medikamentiem un 135 medicīniskajām ierīcēm.

2016. gadā pieņemti 26 pozitīvi lēmumi par 17 jaunu zāļu vispārīgo nosaukumu vai to kombināciju iekļaušanu KZS. Tāpat pārskata gadā ir pieņemti 5 negatīvi lēmumi par jaunu zāļu vispārīgo nosaukumu iekļaušanu KZS. Negatīvie lēmumi saistīti ar nepietiekošiem klīniskās un izmaksu efektivitātes pierādījumiem salīdzinājumā ar pašreizējo praksi lietojamo terapiju, nepietiekamu finansējumu zāļu iegādes kompensācijas sistēmas ietvaros, kā arī ar iesniegumu atsaukšanu medikamentu iekļaušanai KZS. Pēc Dienesta iniciatīvas pieņemti 13 lēmumi par zāļu kompensācijas paplašināšanu un pieejamības nodrošināšanu pacientiem.

2016. gadā kopumā aptiekās izsniegtas valsts kompensējamās zāles 148 378 168 eiro apmērā. Pārskata gadā noslēgti 6 līgumi par finansiālu līdzdalību KZS iekļauto zāļu kompensācijas nodrošināšanai. Salīdzinājumā ar 2015. gadu izdevumi ir palielinājušies par 21 778 621 eiro jeb 17,2 %.

Vispārējā kārtībā kompensējamās zāles izsniegtas 686 257 pacientiem (2015. gadā – 647 911, pieaugums par 5,9 %). No tiem 36 512 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 216,07 eiro apmērā (2015. gadā – 195,39 eiro). Zāļu iegādes izdevumu kompensācija individuālā kārtībā 2016. gadā nodrošināta 584 pacientiem 3 139 897,35 eiro apmērā (2015. gadā – 430 pacientiem).

2016. gadā vispārējā kārtībā izsniegtas 6 367 140 receptes (A, B, C un M saraksta zāles), pieaugums pret 2015. gadu – 3,10 % (2015. gadā izsniegtas 6 175 651 recepte). No kopējā skaita 72 954 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 22,81 eiro (2015. gadā – 20,18 eiro). Vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm vai sievietēm pēcdzemdību periodā – 5,26 eiro.

2016. gadā zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensējamo cenas daļu, t.i. līdzmaksājumu atbilstoši 50 % vai 75 % valsts kompensācijas apmēram 16 480 100,11 eiro apmērā (2015. gadā – 16 624 154,58 eiro).

Pārskata gadā arīdzan aktualizētas racionālas farmakoterapijas rekomendācijas zāļu iegādes kompensācijas sistēmas ietvaros C vīrushepatīta ārstēšanai.

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: vakcīnas, šļirces, standarta tuberkulīns, peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļi, fenilketonūrijas

korekcijas preparāti un ārstnieciskā uztura produkti, redzes korekcijas līdzekļi bērniem, kā arī imūnbioloģiskie preparāti.

2016. gadā centralizētai medikamentu un materiālu iegādei izlietoti 11 516 076 eiro. Salīdzinājumā ar 2015. gadu izdevumi pieauguši par 613 316 eiro. Papildus tikuši piešķirti līdzekļi, lai segtu deficītu fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinētu slimību korekcijas preparātu apmaksai.

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 divu 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 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	2015. gads	2016. gads
Valsts apmaksātā dzemdes kakla vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstūļu skaits	199 109	197 413
Izmeklējumu veikušo personu skaits	49 790	49 784
Valsts apmaksātā krūts vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstūļu skaits	142 319	141 475
Izmeklējumu veikušo personu skaits	42 592	38 726
Valsts apmaksātā zarnu (kolorektālā) vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izmeklējumu veikušo personu skaits	71 286	74 475
Populācijas aptvere	9,8%	11,8%

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 2016. gadā ir saņēmis 2092 pieprasījumus (neskaitot pieprasījumus izsniegt EVAK) saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:

- ✓ 138 iesniegumus par izdevumu atmaksu par citās ES, EEZ dalībvalstīs un Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ 213 pieprasījumus piešķirt tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S 2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu"⁷);
- ✓ 118 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 personas ir nosūtītas (S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi"⁸);
- ✓ 326 pieprasījumus piešķirt tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Latvijas pensijas saņēmējiem un viņu ģimenes locekļiem, kuru dzīvesvieta ir citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi");
- ✓ 311 pieprasījumus piešķirt tiesības uz pilna apjoma veselības aprūpi Latvijā nodarbinātām personām un ģimenes locekļiem, kuru dzīvesvieta ir citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi");
- ✓ 302 pieprasījumus par personu apdrošināšanas periodiem Latvijas Republikā⁹;
- ✓ 684 pieprasījumus izsniegt EVAK¹⁰ aizvietojošo sertifikātu¹¹.

2016. gadā Dienests ir izsniedzis 94 856 dokumentus, tajā skaitā, administratīvos aktus, saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:

- ✓ 164 lēmumus par Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesību atzīšanu/neatzīšanu uz izdevumu atmaksu;
- ✓ 796 lēmumus par S1 veidlapas izsniegšanu/neizsniegšanu;
- ✓ 212 lēmumus par tiesību atzīšanu saņemt plānveida veselības aprūpi citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē un izsniedzot 228 S2 veidlapas;
- ✓ 302 atbildes par personu apdrošināšanas periodiem Latvijas Republikā, tajā skaitā, izsniegtas 219 E104 veidlapas vai tās ekvivalents S041 veidlapa¹²;
- ✓ 410 EVAK aizvietojošos sertifikātus;
- ✓ 92 972 EVAK.

2016. gadā Dienestā saņemti pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesībām uz veselības aprūpi Latvijas Republikā:

- ✓ 133 pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijas Republikā, un Dienests

⁷ S 2 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.

⁸ S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" nodrošina iespēju saņemt visa veida veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī.

⁹ **Periodi**, kuros persona ir bijusi tiesīga saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

¹⁰ **Eiropas veselības apdrošināšanas karte** ir dokuments, kas apliecina personas tiesības saņemt neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi personas īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī.

¹¹ **Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošais sertifikāts** tiek izmantots gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī ir saņemta neatliekamā vai nepieciešamā veselības aprūpes un personai nav bijusi iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti.

¹² 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".

sniedzis informāciju par izdevumu atmaksu atbilstoši Latvijas Republikas tarifiem 265 lietās;

- ✓ 232 pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesību apliecināšanu reģistrāciju valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai Latvijā.

Starpvalstu norēķini¹³ par Latvijas Republikā sniegtajiem pakalpojumiem

2016. gadā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, 210 087,66 eiro apmērā, savukārt citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus 124 886,16 eiro apmērā. Dienests nav sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas, savukārt citas dalībvalstis ir veikušas norēķinus 48,38 eiro apmērā.

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

2016. gadā Dienests ir veicis norēķinus 9 447 285,02 eiro apmērā. No minētās summas 9 431 540,19 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, savukārt 15 744,83 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas.

9. tabula

Starpvalstu norēķini par citā ES, EEZ dalībvalstī un Šveicē sniegtajiem pakalpojumiem Latvijā apdrošinātajām personām 2014.-2016. gadā

Gads	Kopā iesniegtās summas apmaksai, EUR	Citām Dalībvalstīm samaksāto summu apmērs, EUR
2016. gads	10 736 959, 67	9 447 285,02
2015. gads	10 232 163,11	3 191 468,15
2014. gads	9 307 946, 24	9 192 374, 67

Lielākā daļa no 2016. gada ietvaros citām Dalībvalstīm samaksātās summas (9 447 285,02 eiro) ir par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti par plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru nodrošināšana nav bijusi iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs¹⁴ – 4 130 767,39 eiro (43,73 %). Nedaudz mazāka summa ir samaksāta par neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī¹⁵ – 3 399 458,01 eiro (35,98 %). Atlikusī summa 1 917 059,62 eiro (20,29 %) apmērā ir samaksāta par Latvijā apdrošinātajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citā Dalībvalstī, kuriem attiecīgajā Dalībvalstī ir nodrošinātas tiesības uz visiem šīs valsts publiskās veselības aprūpes sistēmā pieejamiem pakalpojumiem¹⁶.

¹³ 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; S 1 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), S 2 veidlapa, S 3 veidlapa;
- vidējās veselības aprūpes izmaksas tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem, izsniegta S 1 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.

¹⁴ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz S 2 veidlapu "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu".

¹⁵ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz EVAK vai EVAK aizvietojošo sertifikātu.

¹⁶ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz S 1 veidlapu "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi".

10. tabula

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

Uzrādītā veidlapa	Veselības aprūpes pakalpojuma veids	Dienesta samaksātā summa 2016. gadā
EVAK / EVAK AS	Neatliekamā / nepieciešamā veselības aprūpe īslaicīgas uzturēšanas laikā	3 399 458, 01
S 1	Pilna apjoma veselības aprūpe	1 917 059, 62
S 2 (pieaugušie)	Plānveida veselības aprūpe	1 863 574, 97
S 2 (bērni)	Plānveida veselības aprūpe	2 267 192, 42
Kopā		9 447 285, 02

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

2016. gadā veikta 2015. gada slimnīcu faktisko izdevumu analīze, salīdzinot ar apmaksāto atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifa formulas elementiem. Organizētas un vadītas sanāksmes par zobārstniecības pakalpojumiem, kuru ietvaros izvērtēti un definēti zobārstniecības pakalpojumu algoritmi. Pārskatīta kapitācijas nauda uz vienu personu mēnesī (saistībā ar minimālās algas daļas pieaugumu).

No 3822 manipulācijām:

- ✓ veiktas izmaiņas 2948 manipulācijām, tajā skaitā izveidotas vienpadsmit jaunas manipulācijas (viena manipulācija “Vispārējie ambulatorie pakalpojumi” sadaļā, viena manipulācija “Dermatoloģija un veneroloģija” sadaļā, viena manipulācija sadaļā “Zobārstniecības pakalpojumi”, viena manipulācija sadaļā “Abdominālā ķirurģija un proktoloģija” un septiņas manipulācijas sadaļā “Citās sadaļās neiekļautās manipulācijas”), kā arī svītrotas 19 manipulācijas, pārskatīts manipulācijas tarifs un veiktas redakcionālas izmaiņas piecdesmit divām manipulācijām, redakcionālas izmaiņas veiktas 72 manipulācijām.

No 69 pakalpojumu programmu viena pacienta ārstēšanas tarifiem:

- ✓ veiktas izmaiņas 69 pakalpojumu programmās, tajā skaitā pārskatītas 2 pakalpojumu programmas (sadaļā “Nieru transplantācija”), kā arī pārrēķināti pakalpojumu programmu tarifi 67 pakalpojumu programmām.

2016. gadā izvērtētas un Dienesta mājaslapas “Klīnisko vadlīniju datu bāzē” reģistrētas četras klīniskās vadlīnijas:

- ✓ “Klīniskās vadlīnijas “Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē””;
- ✓ “Vidēji smagas un smagas gaitas psoriāzes klīniskās vadlīnijas”;
- ✓ “Juvenīla idiopātiska artrīta klīniskās vadlīnijas”;
- ✓ “Klīniskās vadlīnijas “Dzemdē kakla priekšvēža slimību profilakse, diagnostika, ārstēšana un novērošana””.

2016. gadā apstiprinātas un Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē reģistrētas 76 medicīniskās tehnoloģijas, no kurām – 71 jauna un 5 – pārskatītas un papildinātas.

5.8. E-veselības projekta ieviešana

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

Pārskata periodā sadarbībā ar Valsts ieņēmumu dienestu ir nodrošināta darba devēju informēšana par E-veselības sistēmā noslēgtajām e-darbnespējas lapām, bet sadarbībā ar Valsts reģionālās attīstības aģentūru un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūru – iedzīvotājiem ir nodrošināta iespēja iesniegt slimības pabalsta iesniegumu, izmantojot e-pakalpojumu valsts pārvaldes pakalpojumu portālā www.latvija.lv.

E-veselības sistēmā sākuši uzkrāties dati 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 būs pieejami iedzīvotāja profilā un būs redzami arī citām ārstniecības personām, kuras strādā E-veselības sistēmā.

Kopumā līdz 2016. gada beigām līgumus ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu noslēguši vairāk nekā 900 veselības nozares profesionāļu, tajā skaitā 719 ārstniecības iestādes (t.sk. 156 ģimenes ārstu prakses) un 190 aptieku juridiskie īpašnieki. 2016. gada nogalē kopumā tikuši reģistrēti 63 238 autentificēšanās gadījumi E-veselības sistēmā, sistēmā izrakstītas 1392 e-darbnespējas lapas un 2009 e-receptes.

Darbojies arī E-veselības lietotāju atbalsta dienests, kas 2016. gada decembra beigās bija sniedzis konsultācijas aptuveni 2800 profesionāļiem (ārstniecības personām un farmaceitiem), kā arī gandrīz 105 iedzīvotājiem par sistēmas lietošanas jautājumiem.

Atbilstoši normatīvajam regulējumam, ārstniecības personām līdz 2017. gada 1. septembrim E-veselības sistēmas lietošana ir brīvprātīga.

5.9. Regresa prasību piedziņa

2016. gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis 863 025,59 eiro. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība", veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

11. tabula
Regresa prasību rādītāji 2016. gadā

	Skaitis	Summa, EUR
Iesniegtās prasības, kopā:	1247	696371,61
t.sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1107	584259,82
t.sk. apdrošināšanas sabiedrībām	1045	513652,56
Latvijas Transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	62	70607,26
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t.sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	140	112111,79
Apmaksātās prasības kopā, t.sk. iepriekšējos gados pieteiktās prasības:	1701	863025,59
t.sk. daļēji apmaksātās prasības	15	6808,51
t.sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu, t.sk.	1658	845168,18
t.sk. no apdrošināšanas sabiedrībām	1585	772875,47
no Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	73	72292,71
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t.sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	28	11048,90

2016. gadā Dienests regresa kārtībā ir atguvis 863 025,59 eiro, kas ir par 16,48 % vairāk valsts budžeta līdzekļu nekā 2015. gadā, kad tika atgūti 740 901,42 eiro. Atgūto līdzekļu pieaugums saistīts ar to, ka 2016. gadā par vairāk nekā 20 % palielinājās Dienesta iesniegto atlīdzības pieprasījumu skaits. Tāpat tas saistīts ar to, ka tika pasludināta likvidējamās AAS "Balva" maksātspēja, kuras saistības pārņēma Transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja administrētais Garantijas fonds, kas Dienestam izmaksāja apdrošināšanas atlīdzības likvidējamās AAS "Balva" lietās 130 543,05 eiro apmērā.

5.10. Ārstniecības riska fonds

Darbību turpinājis 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.

2016. gadā Dienests ir saņēmis 234 iesniegumus par atlīdzības izmaksāšanu no Ārstniecības riska fonda, kas ir par 63 iesniegumiem vairāk nekā 2015. gadā un 2,5 reizes vairāk nekā 2014. gadā. Kopumā pārskata periodā:

- ✓ pieņemti 57 lēmumi par atlīdzības izmaksāšanu par kopējo summu 1 738 776,98 eiro. Vienam pacientam lielākā izmaksātā summa ir 142 290,00 eiro;
- ✓ 63 gadījumos pieņemts lēmums par atteikumu izmaksāt atlīdzību, jo nav konstatēts kaitējums pacienta veselībai;
- ✓ 20 gadījumos ir atteikta izskatīšana Ārstniecības riska fonda ietvaros, jo: sūdzība ir par gadījumu pirms 2013. gada 25. oktobra, t. i. pirms Ārstniecības riska fonda darbības uzsākšanas; 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.

5.11. Starptautiskā sadarbība

2016. gadā Dienests uzsāka dalību 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 izvērtējumi.

Pārskata periodā uzsākts Baltijas jūras reģiona sākumkapitāla projekts "Novēršamas hospitalizācijas Baltijas jūras reģionā: organizatoriskas un tehnoloģiskas inovācijas primārajā veselības aprūpē" (*Preventable Hospitalization in the Baltic Sea Region: Organizational and technical innovations in primary healthcare for more costs-effective health systems performance – InnoHealth*). Sākumkapitāla projektu mērķis ir veikt izpēti par izvēlēto tēmu, kas ļautu kvalitatīvi sagatavot apjomīga projekta pieteikumu. Minētā projekta ietvaros tiek pētīta tēma par iespējām paaugstināt veselības aprūpes sistēmas izmaksu efektivitāti, samazinot hospitalizāciju skaitu pacientiem ar noteiktām diagnozēm, kuras var ārstēt ambulatori.

2016. gadā arī turpināta 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 ir atbalstīt e-Veselības tīkla, kas dibināts atbilstoši direktīvas "Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē" (Nr. 2011/24/ES) 14. pantam, darbību. Projekts kalpos 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*), kā arī piedalījies Eiropas Sociālās apdrošināšanas foruma Zāļu novērtēšanas komitejā (MEDEV – *European Social Health Insurance Forum, the Medicine Evaluation Committee*).

Dienests ir bijis dalībnieks arī:

- ✓ E-veselība reģioniem tīklā (*E-health for Regions Network*);
- ✓ Eiropas primārās veselības aprūpes forumā (*The European Forum for Primary Care*);
- ✓ Eiropas Veselības telemātikas apvienībā (*European Health telematics organisation*).

2016. gada 24. novembrī Dienests noslēdza trīspusēju sadarbības līgumu ar Lietuvas Veselības ministrijas Nacionālo veselības apdrošināšanas fondu un Igaunijas Veselības apdrošināšanas fondu par savstarpējās sadarbības nostiprināšanu un attīstīšanu publiskā veselības finansējuma nozarē. Kā prioritārās sadarbības jomas ir noteiktas: veselības sistēmas reformas; obligātās veselības apdrošināšanas nodokļu ienākumu ievākšana un apkopošana; personu, kurām ir tiesības saņemt obligāto veselības apdrošināšanu, reģistra pārvaldīšana; pamatprincipi par līgumu slēgšanu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un aptiekām un līgumu uzraudzīšana; veselības aprūpes pakalpojumu un farmaceitisko līdzekļu kompensācijas metodes; veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un aptieku uzraudzība, inovatīvo tehnoloģiju kompensācija un citas kopīgo interešu jomas.

Arī pārskata periodā tikusi īstenota 2010. gada 24. septembrī parakstītā vienošanās par Latvijas Republikas Veselības ministrijas, Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministrijas un Igaunijas Republikas Iekšlietu ministrijas savstarpējo palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā pierobežas teritorijā.

2016. 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.

6. STARPINSTITŪCIJU SADARBĪBA

2016. gadā Dienests ir noslēdzis sadarbības līgumus ar:

- ✓ Nacionālajiem bruņotajiem spēkiem – par veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu Nacionālo bruņoto spēku personālsastāvam. Līgums tika noslēgts, lai Nacionālo bruņoto spēku karavīriem un zemessargiem, kuri guvuši veselības bojājumus, pildot uzdevumus Zemessardzes dienestā vai piedaloties apmācībās, nodrošinātu iespēju saņemt ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju. Tāpat līgums paredz no veselības aprūpei paredzētajiem budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādēs, kas neietilps Nacionālo bruņoto spēku struktūrā un ir noslēgušas līgumu ar Dienestu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.
- ✓ Centrālo statistikas pārvaldi – par grozījumiem Starpresoru vienošanās dokumentā par informācijas apmaiņu. Līgums tika noslēgts, lai nodrošinātu iespēju Centrālajai statistikas pārvaldei izpildīt no Grantu līguma “Pamatinformācijas nodrošināšanai pirkspējas paritātēm” izrietošās saistības (līgums noslēgts starp Centrālo statistikas pārvaldi un Eiropas Komisiju par informācijas apkopošanu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu stacionārajās iestādēs).

Pārskata periodā Dienests turpinājis pildīt arī 2015. gadā noslēgto līgumu saistības ar:

- ✓ Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūru – sniedzot informāciju par personām ar 1. grupas redzes invaliditāti, kuras iepriekšējā mēnesī izrakstītas no ārstniecības iestādes diennakts stacionāra un ārstējušās tajā nepārtraukti septiņas vai vairāk diennaktis.
- ✓ Iekšlietu ministrijas Informācijas centru – sniedzot informāciju par nepilngadīgā ģimenes ārstu vai pediatru, informāciju nododot elektroniski, izmantojot valsts informācijas sistēmu savietotāju.

2016. gadā Dienests sniedzis arī ar sadarbības līgumiem nesaistītus pakalpojumus. Pamatojoties uz datu pieprasījumiem par finansiālo un veselības aprūpes pakalpojumu statistiku, tajā skaitā par personām sniegtajiem pakalpojumiem, sniegta informācija no VIS.

Informācija sniegta Veselības ministrijai, Veselības inspekcijai, Slimību profilakses un kontroles centram, Iekšlietu ministrijai, Valsts kontrolei, Labklājības ministrijai, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam, valsts pašvaldībām, tiesībsargājošām iestādēm, kā arī citām fiziskām un juridiskām personām.

7. NACIONĀLĀ VESELĪBAS DIENESTA PERSONĀLS

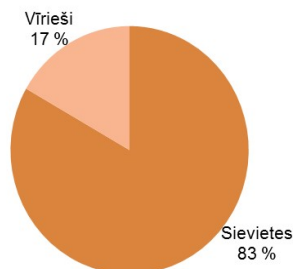
Uz 2016. gada 31. decembri Dienestā bija 203 amata vietas, tajā skaitā 104 ierēdņu un 99 darbinieku amati. Pārskata gadā darbu Dienestā uzsākuši 23 darbinieki, savukārt darbu pārtraukuši 34 darbinieki. Personāla mainība 2016. gadā veido 16,7 %.

lestādes ietvaros 4 nodarbinātajiem ir bijusi karjeras attīstība. Lai nodrošinātu labu pārvaldību, civildienesta uzdevumu efektīvu izpildi un veicinātu ierēdņa kvalifikācijas izaugsmi, 6 ierēdņi 2016. gadā tika pārcelti uz citām iestādēm.

Vairums, t.i. 83 % Dienestā nodarbināto ir sievietes, kas skaidrojams ar vēsturiski izveidojušos sieviešu īpatsvaru augstskolu absolventu vidū un valsts pārvaldē (skat. 1. attēlu).

1. attēls

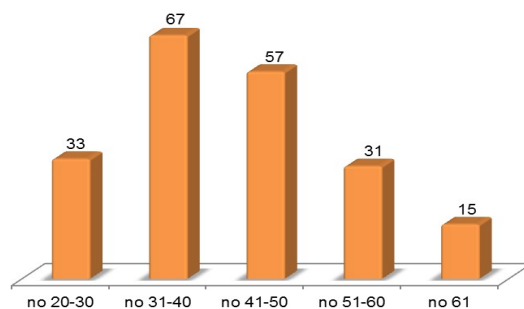
Nodarbinātie sadalījumā pēc dzimuma



2016. gadā Dienestā nodarbināto vidējais vecums ir bijis 42 gadi (skat. 2. attēlu). Pārskata periodā pieņemto jauno darbinieku vidējais vecums bijis 34 gadi.

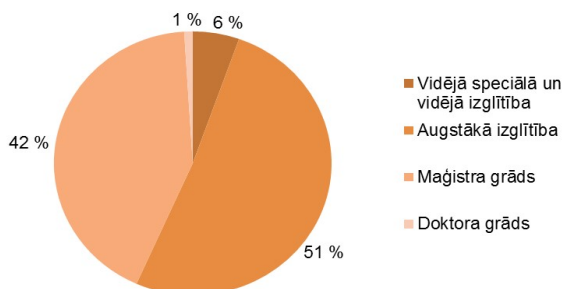
2. attēls

Nodarbinātie sadalījumā pa vecuma grupām



3. attēls

Nodarbināto izglītības līmenis



Personāla kvalifikācijas uzturēšanai saskaņā ar ikgadējās novērtēšanas rezultātiem ir izstrādāts personāla apmācību plāns. Personāla mācības atbilstoši mācību plānam, personāla vēlmēm un Dienesta finansiālajām iespējām organizējusi Personāla nodaļa. 2016. gadā Valsts administrācijas skolas rīkotos seminārus un kursus noklausījušies 12 nodarbinātie, kā arī 28 nodarbinātie piedalījušies 17 dažādu citu organizāciju rīkotosursos un semināros. Vienlaikus kursi nodarbinātajiem ir organizēti arī Dienesta telpās – tādējādi 146 Dienesta darbinieki noklausījušies semināru par informācijas drošību, 23 klientu apkalpošanā iesaistītajiem darbiniekiem uzlabotas saskarsmes prasmes kritiskas komunikācijas situācijās, savukārt 30 darbinieki ir apmācīti par efektīvu un pārliecinošu publisko komunikāciju.

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.

2016. gadā īstēnota 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. Tāpat sabiedrība informēta par Ārstniecības riska fonda darbību, kā arī īpaši intensīva komunikācija veidota par E-veselības sistēmas ieviešanas gaitu un aktualitātēm, ar mediju starpniecību informējot visas iesaistītās puses – ārstniecības iestādes, aptiekas un iedzīvotājus.

Kopumā 2016. gadā sagatavotas un izplatītas vairāk nekā 20 preses relīzes par Dienesta aktualitātēm, kā arī sniegtas atbildes uz 540 mediju pārstāvju jautājumiem. Vērtējot Dienesta publicitāti medijos – mēnesī bijušas vidēji 476 publikācijas, savukārt biežāk pieminētā tēma 2016. gadā bijusi E-veselība, kas mēnesī vidēji atspoguļota 205 publikācijās.

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 vairāk nekā 50 Dienesta aktuālās ziņas.

Ātrai un efektīvai saziņai ar iedzīvotājiem, kā arī aktualitāšu un noderīgas informācijas publicēšanai Dienests aktīvi izmantojis profilus sociālajās vietnēs “Twitter”, “Facebook” un “Draugiem.lv”. 2016. gadā būtiski pieaudzis Dienesta sociālo profilu sekotāju skaits, tā piemēram 2015. gadā tie bija 4200 sekotāju, savukārt 2016. gadā jau 6300.

2016. 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 (darbdienās plkst. 8.30 -17.00), kā arī pa tālruni, zvanot no ārzemju numuriem + 371 67045005 (darbdienās plkst. 8.30-17.00);
- ✓ pa e-pastu: nvd@vmnvd.gov.lv;
- ✓ mājaslapā: www.vmnvd.gov.lv.

Kopumā 2016. gadā Kontaktpunktā sniegtas 26 307 telefoniskas konsultācijas, kā arī nodrošinātas atbildes uz 944 e-pastā saņemtiem iedzīvotāju jautājumiem. Visbiežāk saņemti zvani par šādiem tematiem: ārstniecības iestādes, kurās var saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus; EVAK saņemšana un darbības principi; līdźdalība vēža savlaicīgas atklāšanas programmā; reģistrācija pie ģimenes ārsta atbilstoši dzīvesvietai; valsts apmaksātu operāciju veikšanas kārtība un kompensējamo zāļu saņemšanas nosacījumi.

Darbību 2016. gadā turpinājis arī Ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis 66016001. Zvanot uz Ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni, iedzīvotājiem ir iespēja ārpus sava ģimenes ārsta darba laika saņemt medicīniskus padomus par to, kā rīkoties vienkāršu saslimšanu gadījumos, kuru risināšanai nav nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība. Kopumā 2016. gadā tālruņa speciālisti snieguši 83 846 konsultācijas, kas ir būtisks pieaugums salīdzinājumā ar 2015. gadu, kad zvanītāji tika konsultēti 72 171 reizi.

Pārskata periodā arī izveidotas un plašākas sabiedrības informēšanai publicētas vairākas infografikas – par valsts apmaksātu valsts profilaktisko apskati pie ģimenes ārsta; par iespēju vērsties Ārstniecības riska fondā, ja ārstniecības laikā nodarīts kaitējums veselībai; par uzlabojumiem pacientiem ar aizdomām par onkoloģiskām slimībām (“zaļais koridors”); kā saņemt valsts apmaksātu plānotu ārstniecību citā ES valstī, ja to neveic Latvijā (S2 veidlapa); kā noslēgt līgumu par E-veselības sistēmas lietošanu; kā izmantot e-darbnespējas lapu un e-recepti un citiem tematiem.

2016. gadā īstenota apjomīga informatīvā kampaņa, lai palielinātu iedzīvotāju izpratni par regulāru valsts apmaksātu vēža profilaktisko pārbaūžu nozīmīgumu un aicinātu iedzīvotājus tās veikt. Savukārt gada izskaņā uzsākts darbs pie E-veselības informatīvās kampaņas ar mērķi informēt iedzīvotājus par E-veselības sistēmas lietošanas ieguvumiem.

Pēc iespējas plašākai iedzīvotāju informēšanai ir izvietoti stendi universitāšu slimnīcās ar Dienesta drukātajiem informatīvajiem materiāliem – Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas filiālēs Vienības gatvē un Juglas ielā, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas klīnikā “Gaiļezers”, kā arī Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcā.

Lai informētu veselības aprūpes sistēmas darbiniekus un iedzīvotājus par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu veselības aprūpē, kā arī, lai detalizēti atspoguļotu iestādes līgumpartneru darba rezultātus, ticis sagatavots elektroniski informatīvais izdevums “Vēstis 2015”, kas ir pieejams Dienesta mājaslapas sadaļā “Publikācijas”.

9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI

E-veselības jomā Dienests 2017. gadā plāno īstenot šādas aktivitātes:

- ✓ E-veselības sistēmas lietotāju skaita palielināšanas veicināšanu un E-veselības sistēmā pieejamo pakalpojumu klāsta paplašināšanu;
- ✓ atbalsta nodrošināšanu ārējo informācijas sistēmu salāgošanai darbam ar E-veselības sistēmu;

- ✓ lietotāju (ārstniecības personu un farmaceitu) ierosinājumu E-veselības sistēmas darbībai izvērtēšanu un ieviešanu;
- ✓ e-mācību vides izveidi par E-veselības lietošanu ārstniecības personām, ārstniecības atbalsta personām, farmaceitiem un farmaceitu asistentiem, kā arī iedzīvotājiem;
- ✓ E-veselības lietotāju atbalsta dienesta darbības nodrošināšanu;
- ✓ vairāku sabiedrības informēšanas kampaņu īstenošanu par E-veselības sistēmas lietošanas ieguvumiem;
- ✓ grozījumu veikšanu normatīvajos aktos, kas paredz dažādu E-veselības sistēmas pakalpojumu izmantošanas nosacījumu precizēšanu.

2017. gadā Dienests turpinās darbu pie DRG plāna ieviešanas. Nākamajā pārskata periodā tiks apkopoti pirmā pilnā viena gada četru pilotslimnīcu dati par faktiskajām viena pacienta izmaksām. Sākot ar 2017. gadu, faktisko izmaksu uzskaiti plānots veikt sešās pilotslimnīcās.

Ar mērķi veicināt efektīvāku un uz rezultātu orientētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu 2017. gadā saskaņā ar Pasaules Bankas ieteikumiem tiek plānoti stratēģiskie iepirkumi trīs virzienos – stacionārajās ārstniecības iestādēs plānveidā veicamajā onkoloģiskajā ārstēšanā, ambulatorajā mamogrāfijā un medicīniskajā apaugļošanā.

Pārskata periodā ir plānots izveidot Dienestā darba grupu par “Par dienas stacionāru darbības izvērtēšanu”, kas sadarbībā ar profesionālajām asociācijām izskatītu labākos ķirurģisko dienas stacionāru attīstības virzienus.

Tāpat 2017. gadā plānotas izmaiņas programmā, kas paredz uzlabot veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti onkoloģijas pacientiem (“Zaļais koridors”) – plānota iekļauto audzēju lokalizāciju skaita palielināšana. Vienlaikus programmas ietvaros ir paredzēts pārskatīt onkoloģisko slimnieku ķirurģiskās ārstēšanas pakalpojumu apmaksu un onkoloģisko slimnieku ārstu konsiliju apmaksas kārtību.

Vienlaikus arī plānots uzsākt un attīstīt biznesa intelīģences tehnoloģisko risinājumu izmantošanu Dienestā, nodrošinot pilnvērtīgu atbalstu Ārstniecības pakalpojumu departamentam un Zāļu un medicīnisko ierīču departamentam ar Dienesta rīcībā esošajiem datiem.

Paredzēts turpināt Vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izveidošanu un ieviešanu Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” ietvaros. Plānots organizēt apmācības veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem pacientu drošības un kvalitātes vadības jomā, kā arī izstrādāt klīniskos algoritmus un klīniskos ceļus, lai sekmētu kvalitatīvu un drošu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iedzīvotājiem.

Lai uzlabotu klientu apkalpošanas kvalitāti, kapacitāti un ar to saistīto procesu efektivitāti, 2017. gadā ir plānots izveidot Dienesta Klientu apkalpošanas centru, kas ietvertu gan Dienesta bezmaksas informatīvā tālruņa 80001234 apkalpošanas funkcijas, EVAK izsniegšanu, iedzīvotāju iesniegumu izskatīšanu un konsultēšanu klātienē.

Ar mērķi informēt ar veselības aprūpes nozari saistītās personas par būtiskākajiem veselības aprūpes rādītājiem, tiks sagatavots statistiski informatīvais izdevums “Vēstis”. Tiks nodrošināta arī aktuālas un noderīgas informācijas sagatavošana un izplatīšana gan Dienesta mājaslapā, gan sociālo tīklu profilos.

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

Kurzemes nodaļa

Vadītāja Dzintra Eglīte

Tālr.: 63323471; 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

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