



Nacionālais veselības dienests

GADA PUBLISKAIS PĀRSKATS 2017

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	8
2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI	9
3. BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS, KURU FINANSIĀLIE LĪDZEKĻI TIEK IZLIETOTI DIENESTA DARBĪBAS UZTURĒŠANAI	11
4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS	14
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	24
5.6. Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā	25
5.7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, medicīniskās tehnoloģijas un klīniskās vadlīnijas	28
5.8. E-veselības projektu ieviešana	29
5.9. Regresa prasību piedziņa	30
5.10. Ārstniecības riska fonds	31
5.11. Starptautiskā sadarbība	31
6. STARPINSTITŪCIJU SADARBĪBA	33
7. NACIONĀLĀ VESELĪBAS DIENESTA PERSONĀLS	34
8. KOMUNIKĀCIJA AR SABIEDRĪBU	36
9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI	38
IZMANTOTIE TERMINI	41
KONTAKTINFORMĀCIJA	42

PRIEKŠVārds

Nacionālā veselības dienesta gada publiskajā pārskatā par 2017. 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, 2017. 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.

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

Vienlaikus arī tika sākts darbs pie centralizētas rindas medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu saņemšanai izveides.

2017. gadā tika veiktas izmaiņas programmā, kas paredz uzlabot veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti onkoloģijas pacientiem (“Zaļais koridors”) – veicot iekļauto audzēju lokalizāciju skaita palielināšanu. Vienlaikus programmas ietvaros tika pārskatīta onkoloģisko slimnieku ķirurģiskās ārstēšanas pakalpojumu apmaksā un onkoloģisko slimnieku ārstu konsiliju apmaksas kārtība.

2017. gadā sasniegta lielākā atsaucība valsts apmaksātu vēža profilaktisko pārbažu veikšanai kopš 2009. gada, piemēram, profilaktisko krūšu pārbaudi 2017. gadā veikušas 44 % uzaicināto sieviešu (gadu iepriekš – 27 %), savukārt profilaktisko dzemdes kakla pārbaudi – 39 % sieviešu (gadu iepriekš – 25 %). Viens no iemesliem tam ir rastie tehniskie risinājumi, lai pakalpojumu sniedzējiem elektroniski nodrošinātu informāciju par sievietēm izsūtītajām uzaicinājuma vēstulēm (tās numuru un nosūtīšanas datumu) uz valsts apmaksātajām pārbaudēm. Tādējādi gadījumos, kad vēstule, piemēram, ir nozaudēta, tā vairs vairs nav jāatjauno, jo informācija ārstniecības iestādēs ir pieejama elektroniski.

Lai izvērtētu, kā pilnveidot ķirurģisko dienas stacionāru attīstības virzienus, pārskata gadā Dienestā tika izveidota darba grupa par “Par dienas stacionāru darbības izvērtēšanu”. Izvērtējums tika veikts sadarbībā ar profesionālajām asociācijām.

Lai uzlabotu klientu apkalpošanas kvalitāti, kapacitāti un ar to saistīto procesu efektivitāti, 2017. gadā tika izveidots Dienesta Klientu apkalpošanas centrs, kas ietver gan Dienesta bezmaksas informatīvā tālruņa 80001234 apkalpošanas funkcijas, gan Eiropas veselības apdrošināšanas karšu (EVAK) izsniegšanu, gan iedzīvotāju iesniegumu izskatīšanu un konsultēšanu klātienē.

Pārskata periodā E-veselības sistēmā sākuši uzkrāties dati par izrakstītajām e-receptēm, e-darbnespējas lapām, e-nosūtījumiem, rezultātiem, vakcinācijas faktiem un cita informācija. Uzkrātais datu apjoms katram iedzīvotājam ir atkarīgs no ārstniecības personas, pie kuras pacients ir bijis vizītē. Kopumā līdz 2017. gada beigām līgumu ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu noslēgušas vairāk nekā 2280 juridiskās personas, tajā skaitā 2058 ārstniecības iestādes (t. sk. 1058 ģimenes ārstu prakses) un 222 aptieku juridiskie īpašnieki.

2017. gada nogalē kopumā tikuši reģistrēti vairāk nekā 5 miljoni autentificēšanās gadījumi E-veselības sistēmā, kā arī sistēmā izrakstītas vairāk nekā 90 tūkstoši e-darbnespējas lapas un 368 tūkstoši e-receptes. Jāatzīmē, ka atbilstoši normatīvajam regulējumam – ārstniecības personām līdz 2018. gada 1. janvārim E-veselības sistēmas lietošana ir bijusi brīvprātīga.

Pārskata periodā darbību turpinājis arī Ārstniecības riska fonds, kas sniedz iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā, ja pacienta veselībai vai dzīvībai ir nodarīts kaitējums. 2017. gadā saņemti 216 atlīdzības prasījuma iesniegumi. Lēmums par atlīdzības izmaksāšanu pieņemts 56 gadījumos.

Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projekta “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” tika turpināta vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izveidošana un ieviešana. Tika izstrādāts mācību materiāls “Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana”, kā arī organizētas apmācības veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par šīm tēmām. Uzsākta iepirkuma procedūra par klīnisko vadlīniju identificēšanu un tām atbilstošo klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrādi katrā no prioritārajām veselības jomām.

Pārskata gadā uzsākta biznesa inteliģences tehnoloģisko risinājumu izmantošana Dienestā, lai varētu uzkrāt un analizēt datus par veselības aprūpes tendencēm.

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

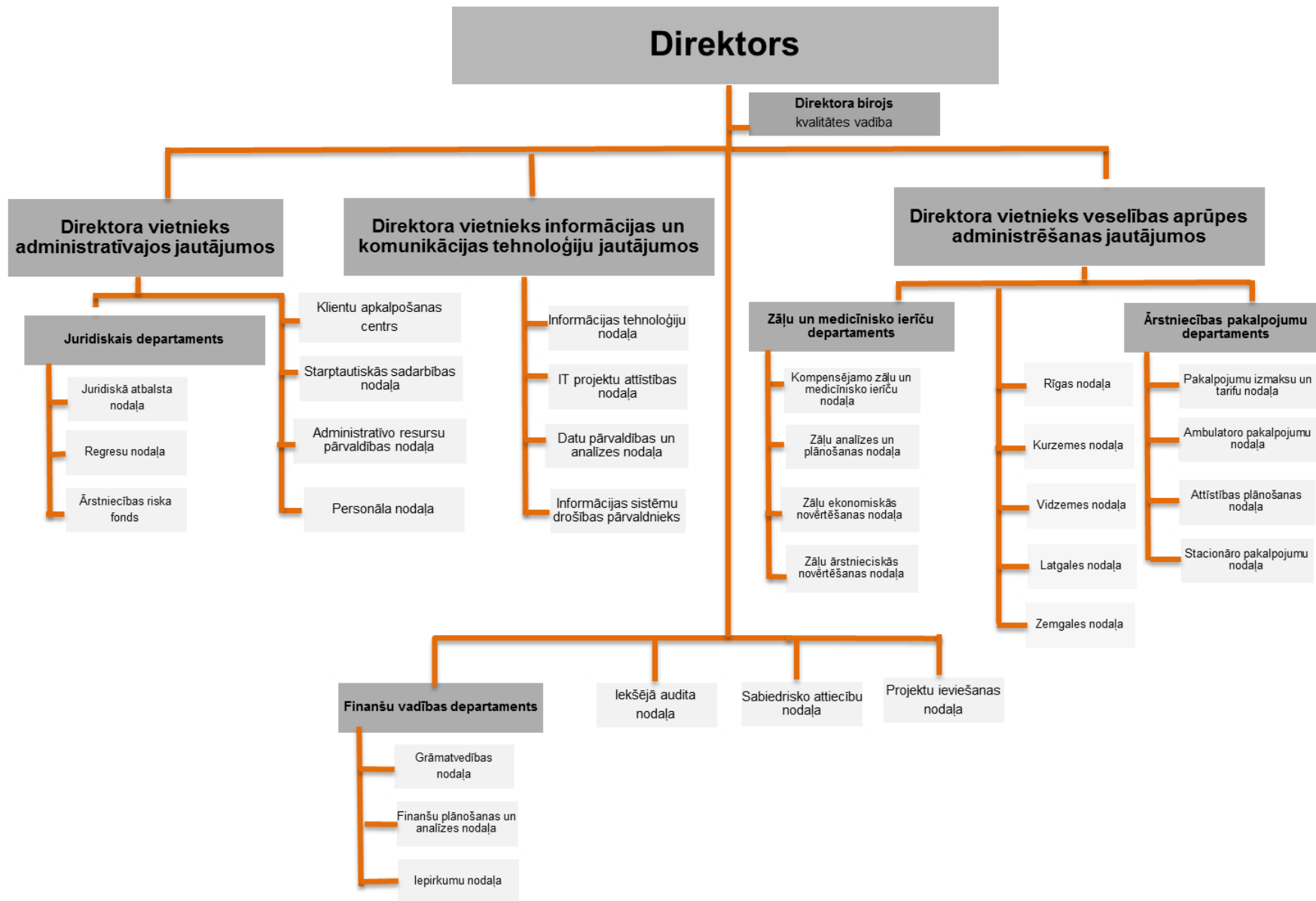
Dienesta darbības mērķis ir īstenot valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, nodrošinot racionālu un maksimāli efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, kā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

Dienests, ievērojot labas pārvaldības principus savā darbībā, pastāvīgi uzrauga un uzlabo sabiedrībai sniegto pakalpojumu kvalitāti, organizējot pārvaldi pēc iespējas efektīvi. Tās mērķis ir vienkāršot un uzlabot procedūras privātpersonas labā. Pamatojoties uz strukturētu risku analīzi, tiek veikti mērķtiecīgāki un efektīvāki auditi. Pamatdarbības jomu uzraudzību nodrošina Dienesta leksējā audita nodaļa, savukārt, vadības un atbalsta sistēmu uzraudzību – Veselības ministrijas leksējā audita nodaļa, lai kopīgiem spēkiem sasniegtu plānotos mērķus.

Pārskata periodā veikti auditi un novērtēta kontroles sistēmas darbība šādām audita sistēmām:

- ✓ ambulatoro pakalpojumu līdzekļu administrēšana;
- ✓ Dienesta darbības nodrošināšana, iepirkumi;
- ✓ atbilstoši 2016. gada 26. oktobra MK rīkojumam “Par kopējām valsts pārvaldē auditējamām prioritātēm 2017. gadam”, veikts audits, kurā novērtēta valsts pārvaldes pakalpojumu kvalitāte, pakalpojumu organizācija un pieejamība privātpersonām, administratīvais slogs un tā mazināšanas iespējas valsts pārvaldes pakalpojumu sniegšanas nodrošināšanā.

Turpinot vadības un darbības procesu uzlabošanu, tika veikta Kvalitātes vadības sistēmas pilnveide – risku pārvaldības ieviešana un procesu aprakstu izstrāde un pilnveidošana.

1.6. Paveiktais Nacionālā veselības dienesta informācijas sistēmu drošības jomā

2017. gadā Dienests veicis informācijas sistēmu drošības dokumentācijas pārskatīšanu un atjaunošanu, kā arī vērtēti procesi, gatavojoties Vispārīgajai datu aizsardzības regulas piemērošanai Latvijā. Regulas piemērošana tiks uzsākta 2018. gada 25. maijā, nosakot vienādus noteikumus personas datu aizsardzībai visā Eiropas Savienībā (turpmāk ES).

2. BUDŽETA PROGRAMMU UN APAKŠPROGRAMMU FINANSIĀLIE RESURSI

Atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam 2017. gadā Dienests administrēja likumā "Par valsts budžetu 2017. gadam" veselības aprūpei piešķirtos līdzekļus 732 322 116 eiro apmērā.

1. tabula
Dienesta administrējamās daļas finansējums kopā 2017. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
	Dienesta administrējamās daļas finansējums	-	-
1.	Finansiālie resursi izdevumu segšanai, kopā:	731 019 519	730 960 822
1.1.	dotācija no vispārējiem ieņēmumiem	714 012 808	714 005 540
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	16 977 849	16 927 301
1.3.	ārvalstu finansiālā palīdzība	26 362	25 483
1.4.	transferti	2 500	2 499
2.	Izdevumi, kopā:	732 322 116	730 665 586
2.1.	uzturēšanas izdevumi, kopā:	731 873 676	730 270 528
2.1.1.	kārtējie izdevumi	6 300 972	6 043 028
2.1.2.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	723 633 095	722 288 542
2.1.3.	kārtējie maksājumi Eiropas Kopienas budžetā un starptautiskā sadarbība	12 358	12 357
2.1.4.	uzturēšanas izdevumu transferti	1 927 251	1 926 601
2.2.	izdevumi kapitālieguldījumiem	448 440	395 058
	Finansiālā bilance	-1 302 597	295 236
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (pirms summas apzīmē ar -) vai samazinājums (pirms summas apzīmē ar +)	1 302 580	-295 253
	Ārvalstu finanšu palīdzības naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (-) vai samazinājums (+)	17	17

2. tabula

Dienesta administrēšanā nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde 2017. 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	715 826 602	715 416 952,97	99,9
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana	146 308 179	146 308 179,00	100,0
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	11 679 846	11 679 846,00	100,0
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	119 521	119 521,00	100,0
33.09.00	Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	196 692	196 692,00	100,0
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	1 960 203	1 960 203,00	100,0
33.14.00	Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana	86 574 725	86 562 201,33	100,0
33.15.00	Laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē	25 160 356	25 158 410	100,0
33.16.00	Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	171 837 271	171 812 472	100,0
33.17.00	Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs	164 119 539	163 767 457	99,8
33.18.00	Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana	99 501 034	99 500 408,92	100,0
33.19.00	Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem	8 369 236	8 351 562,35	99,8
45.00.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	8 714 416	7 477 116	85,8
45.01.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	6 765 805	6 461 261,93	95,5
45.02.00	Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	1 948 611	1 015 853,72	52,1
63.07.000	Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana	87 756	85 380,55	97,3
67.06.00	Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana	2 500	2 499,08	100,0
70.00.00	Citu ES politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana	31 788	27 378	86,1
70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana	9 614	5 718,04	59,5
70.09.00	Citu ES politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē	22 174	21 660,28	97,7
99.00.00	Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums	7 659 054	7 656 259,57	100,0
Dienesta administrējamā budžeta daļa kopā:		732 322 116	730 665 586	99,8

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

2017. 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 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;
- ✓ pilnveido un pārrauga E-veselības informācijas sistēmas.

2017. gadā izdevumi Dienesta darbības – uzdevumu un funkciju – nodrošināšanai bija 6 461 262 eiro, tajā skaitā Dienesta sniegto publisko maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu apjoms bija 1 575 152 eiro.

3. tabula

Finansējums Dienesta administratīvā darba nodrošināšanai 2017. gadā

Nr.p.k.	Finansiālie rādītāji	Apstiprināts likumā, EUR	Faktiskā izpilde, EUR
1.	Finansiālie resursi izdevumu segšanai, kopā:	6 187 879	6 243 302
1.1.	Dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem	4 668 150	4 668 150
1.2.	maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi	1 519 729	1 575 152
2.	Izdevumi kopā:	6 765 805	6 461 262
2.1.	uzturēšanas izdevumi kopā:	6 317 365	6 066 204
2.1.1.	kārtējie izdevumi	6 142 498	5 891 340
2.1.3.	subsīdijas, dotācijas un sociālie pabalsti	174 867	174 864
2.2.	izdevumi kapitālieguldījumiem	448 440	395 058
	Finansiālā bilance	-577 926	-217 960
	Maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu naudas līdzekļu atlikumu izmaiņas palielinājums (pirms summas apzīmē ar -) vai samazinājums (pirms summas apzīmē ar +)	577 926	-217 960

Būtiska daļa no Dienesta izdevumiem – 2 058 241 eiro jeb 32% no kopējā 6 461 262 eiro izdevumu apjoma izmantota Dienestam uzdoto funkciju izpildei:

- ✓ vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas uzturēšanai un darbības nodrošināšanai – 1 0150 901 eiro;
- ✓ informācijas sistēmu licenču iegādei un nomai – 654 703 eiro;
- ✓ vienotās veselības nozares elektroniskas informācijas sistēmas drošības un veiktspējas audita veikšanai – 38 723 eiro;
- ✓ vēža skrīninga uzaicinājuma vēstuļu sagatavošanai un nosūtīšanai iedzīvotājiem – 84 319 eiro;
- ✓ EVAK izgatavošanai un izsniegšanas nodrošināšanai – 37 506 eiro;
- ✓ zvanu centra uzturēšanai, bezmaksas informatīvā tālruņa un kontaktpunkta tālruņa darbības nodrošināšanai – 18 471 eiro;
- ✓ medikamentu recepšu veidlapu izgatavošanai – 84 162 eiro;
- ✓ gada maksājumiem dalībai profesionālās asociācijās – 92 936 eiro, tajā skaitā dalības maksa par Ziemeļvalstu DRG sistēmas uzturēšanu – 32 822 eiro;
- ✓ ārstniecības iestāžu reģistru uzturēšanai un organizatoriski metodiskā darba nodrošināšanai – 31 517 eiro.

Veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas un vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas 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 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 18 471 eiro. Kopumā 2017. gadā sniegtas 56 109 konsultācijas.

2017.gadā izsniegtas 99 513 EVAK¹, kas ir par 6 541 EVAK vairāk nekā 2016. gadā. Dienests izsniedzis arī 416 EVAK aizvietojošos sertifikātus. Uz 2017. gada 31. decembri spēkā esošo EVAK skaits bija 275 319.

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. 2017. gadā ieņēmumi no ārstniecības iestāžu veiktajiem riska maksājumiem bija 1 366,500 eiro.

2017. gadā no Ārstniecības riska fonda līdzekļiem veiktas izmaksas 56 gadījumos (lielākā daļa izmaksu ir par 2016. gadā saņemtajiem iesniegumiem, ņemot vērā, ka iesnieguma izskatīšana var ilgt līdz vienam gadam), izmaksājot atlīdzību par kopējo summu 1 015 853,72 eiro.

¹ Eiropas veselības apdrošināšanas karte (EVAK) ir visām Eiropas Savienības, 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.

4. DIENESTA ADMINISTRĒŠANĀ NODOTĀS BUDŽETA PROGRAMMAS UN APAKŠPROGRAMMAS

Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksā

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" 61.2 4. 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 MK noteikumu Nr. 1529 32. pielikumā noteikto medikamentu centralizētu iepirkumu, iegādājoties peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļus, fenilketonūrijas korekcijas preparātus, ārstnieciskā uztura produktus, vakcīnas, redzes korekcijas līdzekļus bērniem, kā arī imūnbioloģiskos preparātus, un no 2017. gada aprīļa nodrošina arī mākslīgus maisījumus un mākslīgus papildu ēdināšanas maisījumus zīdaiņiem, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm. Dienests darbojas kā šo iepirkumu pasūtītājs un maksātājs.

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.

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 medikamentozās ārstēšanas izmaksu segšanu VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" uzskaitē esošiem ar retām slimībām slimojošiem bērniem, tā nodrošinot dzīvības funkciju uzturēšanu. Apakšprogrammas ietvaros 2017. gadā medikamentozu ārstēšanu saņēma 20 bērni ar diagnozēm: Gošē slimība, primārs IGF – 1 deficīts, 1. un 2. tipa mukopolisaharidoze, urea cikla traucējumu slimība, hemolītiski urēmiskais sindroms, homocistinūrija, pārmantota VIII 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.

Primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšana

Apakšprogramma darbojas no 2017. gada, tās ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti primārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši MK 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā ģimenes ārstu sniegtie pakalpojumi, zobārstniecības pakalpojumi bērniem līdz 18 gadu vecumam un Černobilas 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

Apakšprogramma darbojas no 2017. gada, tās ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi un histoloģiskie izmeklējumi atbilstoši MK 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

Pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana

Apakšprogramma izveidota 2017. gadā, un tās 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 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārās ārstniecības iestādēs

Apakšprogrammas ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti neatliekamās palīdzības pakalpojumi stacionārajās ārstniecības iestādēs atbilstoši MK 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā slimnīcu uzņemšanas nodaļu darbība, dzemdību palīdzība u.c. Apakšprogrammas ietvaros notikušas 234 240 hospitalizācijas, tajā skaitā 19 978 dzemdību palīdzība.

Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana

Apakšprogrammas ietvaros no valsts budžeta tiek nodrošināti plānveida veselības aprūpes pakalpojumi stacionārajās ārstniecības iestādēs atbilstoši MK 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem, tajā skaitā endoprotezēšana, rehabilitācija, plānveida ķirurģiskie pakalpojumi u.c. Apakšprogrammas ietvaros notikušas 75 483 hospitalizācijas.

Starptautiskie norēķini par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem

Apakšprogrammas 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 līdzekļi noteiktam mērķim tiek piešķirti ar MK rīkojumu. Pārskata periodā piešķirti līdzekļi šādiem pasākumiem:

- ✓ 6,2 tūkstoši eiro, lai segtu izdevumus saistībā ar Ukrainas protestu laikā cietušo personu ārstēšanu (VSIA "Rīgas austrumu klīniskā universitātes slimnīca");
- ✓ 36,6 tūkstoši eiro, lai segtu izdevumus, kas radušies saistībā ar patvēruma meklētāju ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs;
- ✓ 1 465,1 tūkstotis eiro, lai segtu izdevumus saistībā ar pagarinātā normālā darba laika apmaksu ārstniecības personām ārstniecības iestādēs;
- ✓ 5 852,5 tūkstoši eiro, lai nodrošinātu atlīdzības izmaksu ārstniecības personām, tai skaitā piemaksu par nakts darbu un darbu svētku dienās, kā arī pastāvīgu ārstniecības personu pieejamību neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļās (tai skaitā dzemdību palīdzības sniegšanā nepieciešamo speciālistu piesaistei);
- ✓ 48,8 tūkstoši eiro, lai nodrošinātu izdevumu segšanu pakalpojuma sniedzējiem par izpētes darbiem (procesa analīzes konsultācijas) saistībā ar vienota centralizēta risinājuma izstrādi veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzes uzturēšanai un veselības apdrošināšanas iemaksu administrēšanai;
- ✓ 249,8 tūkstoši eiro, lai nodrošinātu daļēju samaksu par ES dalībvalstu, EEZ un Šveices Konfederācijas (turpmāk Šveices) kompetento institūciju iesniegtajiem rēķiniem par Latvijas iedzīvotājiem ES sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

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 jomu ietvaros" (turpmāk – projekts) aktivitāšu īstenošanu.

Projekta mērķis ir nodrošināt sirds un asinsvadu, onkoloģijas, garīgās un perinatālā un neonatālā perioda veselības jomu (turpmāk – prioritārās veselības jomas) veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

Veselības tīklu attīstības vadlīnijas būs zinātniska pētījuma rezultātā izstrādāts dokuments, kas norādīs virzienus, kuros attīstāma veselības aprūpes un sabiedrības veselības politika četrās prioritārajās veselības aprūpes jomās periodā līdz 2022. gadam.

Vadlīnijas ietvers prioritāro veselības jomu attīstības plānus un sniegs kompleksu skatījumu uz prioritārajām veselības jomām, nosakot veselības sistēmas vājos posmus, to iemeslus un sniedzot risinājumus vājo posmu stiprināšanai. Vadlīnijās tiks apskatīti ar veselības veicināšanu, cilvēkresursu plānošanu, veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizēšanu, veselības pakalpojumu grozu un pakalpojumu apmaksu, kā arī kapitālieguldījumu plānošanu saistīti jautājumi.

Veselības tīklu attīstības vadlīniju uzdevums:

- ✓ sniegt konkrētas rekomendācijas veselības veicināšanas pasākumu organizēšanai, finansēšanai, kā arī monitoringam nacionālā un lokālā līmenī visās četrās prioritārajās veselības jomās;
- ✓ izvērtēt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojumu dažādos veselības aprūpes līmeņos;

- ✓ noteikt pasākumus veselības aprūpes organizācijas uzlabošanai, tajā skaitā pasākumus sadarbības attīstībai starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem;
- ✓ noteikt katra aprūpes līmeņa kompetenci un nepieciešamo tehnisko nodrošinājumu, tajā skaitā nosacījumus pakalpojumu pieejamības paaugstināšanai sociālās atstumtības un nabadzības riska grupām;
- ✓ noteikt kritērijus un principus veselības aprūpes infrastruktūras attīstībai un izvietojumam, un tā rezultātā izveidot cilvēkresursu un infrastruktūras kartes.

Projekta aktivitāšu īstenošana tika uzsākta 2014. gada 5. novembrī. Plānotais projekta darbības noslēgums ir paredzēts 2018. gada 31. decembrī. Prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde tiek realizēta ar ārpalpojuma piesaisti un iesaistot projekta sadarbības partnerus – Veselības ministriju, Slimību profilakses un kontroles centru, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu.

Pārskata periodā veiktās ES fondu 2014.–2020. gada plānošanas perioda specifiskā atbalsta mērķa 9.2.3. “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” aktivitātes bija - veikta projekta administrēšana, nodrošinot projekta darbību organizēšanu un kontroli, tajā skaitā pārskatu par projekta izpildes gaitu un sasniegtajiem rezultātiem sagatavošana, projektā nepieciešamo iepirkumu organizēšana un veikšana, projekta vadības un uzraudzības komisijas sēdes organizēšana un protokolēšana.

Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana

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

Saskaņā ar Eurostat/OECD vadlīnijām Eiropas salīdzinājumu programmas slimnīcu apsekojuma ietvaros Dienests sagatavoja anketu, uzrādot cenas/ izmaksas par slimnīcu pakalpojumiem 2016. 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.

Citu ES politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē

Apakšprogrammas 70.09.00 "Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē" ietvaros tika īstenots ES stratēģijas Baltijas jūras reģionam projektu izstrādāšanas instrumenta sākumkapitāla projekts "Novēršamas hospitalizācijas Baltijas jūras reģionā: organizatoriskas un tehnoloģiskas inovācijas primārajā veselības aprūpē" (*InnoHealth*).

5. DIENESTA DARBĪBAS REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI

5.1. Ambulatorā veselības aprūpe

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai Dienests plāno ne mazāk kā 45 % no veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem. To administrēšanu nodrošina Dienesta teritoriālās nodaļas atbilstoši MK noteikumos Nr. 1529 noteiktajiem plānošanas un apmaksas nosacījumiem.

Atbilstoši MK 31.05.2016. sēdē nolemtajam, sākot ar 2017. gadu budžeta apakšprogramma 33.01.00. "Ārstniecība" vietā izveidotas vairākās jaunas apakšprogrammas. Finansējums ambulatorajiem 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 2016. gadā un 2017. gadā

Rādītājs	2016. gada rēķinu summa	2017. gada rēķinu summa
Līdzekļi ambulatorai veselības aprūpei, t. sk.:	256 680 435	284 382 550
Primārā veselības aprūpe, t. sk.:	84 142 833	87 073 629
primārās veselības aprūpes pakalpojumi	71 140 501	74 095 819
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	4 204 081	4 180 571
zobārstniecība	8 556 058	8 554 857
Ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība	242 193	242 382
Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, t. sk.:	172 537 602	197 308 921
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi	163 030 654	187 485 195
pacientu iemaksu kompensācija par iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksas	9 506 948	9 823 726

5. tabula

Ambulatoro apmeklējumu skaits primārajā un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē

Rādītājs	2016. gads	2017. gads
Ambulatoro apmeklējumu skaits primārajā veselības aprūpē (1.6. aprūpes epizodē pie PVA ² ārsta, PVA māsas, PVA ārsta palīga, PVA vecmātes un dežūrārsta)	6 383 782	6 402 001
Ambulatoro apmeklējumu skaits sekundārajā veselības aprūpē (1.6. aprūpes epizodē pie SAVA ³ speciālista, SAVA māsas, SAVA ārsta palīga)	3 481 100	3 641 272
Ambulatoro apmeklējumu skaits, kopā	9 864 882	10 043 273

5.2. Stacionārā veselības aprūpe

Atbilstoši MK 31.05.2016. sēdē nolemtajam, sākot ar 2017. gadu, stacionārajai veselības aprūpei izveidotas divas jaunas budžeta apakšprogrammas – 33.17.00. “Neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšana stacionārajās ārstniecības iestādēs” un 33.18.00. “Plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana”. Līdz ar to stacionāro pakalpojumu finansējums ticis sadalīts divās programmās – plānveida un neatliekamajos pakalpojumos.

2017. 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 no 2017. gada 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. 1529. 22. pielikumu;
- ✓ sarežģītām onkoloģiskajām operācijām.

² PVA – primārā veselības aprūpe.

³ SAVA – sekundārā ambulatorā veselības aprūpe.

6. tabula
Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu izpilde 2017. gadā*

Pakalpojumi	Rēķinu summa, EUR
Stacionārā palīdzība kopā:	272 933 076
1. Neatliekamā stacionārā veselības aprūpe:	172 850 623
1.1. Pakalpojumu apmaksā	161 568 069
1.2. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	11 242 554
1.3. Vienreizēji maksājumi - tehnoloģiskā aprīkojuma iegāde SIA "Vidzemes slimnīca" un telpu paplašināšanas un remonta izdevumu segšana VSIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"	40 000
2. Plānveida stacionārā veselības aprūpe:	100 082 453
2.1. Pakalpojumu apmaksā	86 786 644
2.2. Kompensētās pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām	4 374 331
2.3. Vienreizēji maksājumi atbilstoši MK rīkojumiem un citiem atsevišķiem lēmumiem, t. sk.:	8 921 478
2.3.1. Darba samaksas pieauguma nodrošināšanai piešķirtie līdzekļi	8 863 282
2.3.2. Rehabilitācijas aprīkojuma iegāde VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un VSIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", izdevumi telpu remontam SIA "Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca"	58 196

*Dati atspoguļoti tikai par 2017. gadu, jo stacionāro pakalpojumu dalījums – neatliekamās un plānveida – spēkā tikai no 2017. gada.

7. tabula
Vispārējie stacionārās aprūpes statistikas rādītāji no 2015. gada līdz 2017. gadam

Rādītāji	Kopā / vidēji 2016. gads	Kopā / vidēji 2017. gads
Unikālo pacientu skaits	223 591	214 965
Stacionēšanas gadījumu skaits	323 003	312 038
Gultas dienu skaits	2 749 451	2 673 331
Vidējais ārstēšanās ilgums	8,5	8,6

2017. gadā stacionārā ir ārstējušās 214 965 unikālās personas, savukārt kopējais hospitalizāciju jeb stacionēšanas gadījumu skaits ir 312 038. No visām hospitalizācijām 82 % ir bijušas neatliekamās palīdzības slimnīcās, 15 % – specializētajās slimnīcās un 3 % – aprūpes slimnīcās. Salīdzinot ar 2016. gadu, 2017. gadā hospitalizāciju skaits ir samazinājies par 109 65 hospitalizācijām, stacionārā pacienti kopā pavadījuši 2 673 331 gultas dienu, vidēji viens pacients stacionārā atradies 8,6 dienas, kas ir par 0,1 dienu vairāk nekā gadu iepriekš.

5.3. Kompensējamie medikamenti un materiāli

Uz 2017. gada 1. janvāri kompensējamo zāļu sarakstā (turpmāk – KZS)⁴ bija iekļauti 1656 medikamenti, no kuriem 1310 medikamenti A sarakstā, 319 medikaments B sarakstā un 27 medikamenti – C sarakstā, kā arī 207 medicīniskās ierīces.

2017. gadā veikta iekļauto zāļu cenu pārvērtēšana salīdzinājumā ar cenām citās ES valstīs, kā arī iekļauti jauni un lētāki patentbrīvie (*generic*) medikamenti. Iesniedzēji⁵ arī pēc savas iniciatīvas samazināja medikamentu kompensācijas bāzes cenas. Tika veikts 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, 2017. 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;
- ✓ zāles elpošanas sistēmas slimību ārstēšanai;
- ✓ dipeptidil peptidāzes-4 inhibitori un to kombinācijas ar Metforminum;
- ✓ insulīna preparāti;
- ✓ pretepilepsijas medikamenti;
- ✓ antidepressanti;
- ✓ antiaritmiskie līdzekļi;
- ✓ kalcija antagonisti un kombinācijas;
- ✓ lipīdus samazinošie līdzekļi;
- ✓ antitrombotiskie līdzekļi;
- ✓ AKE inhibitori;
- ✓ Beta blokatori.

2017. gadā ir saņemti 234 iesniegumi jaunu zāļu un medicīnisko ierīču iekļaušanai KZS.

Pārskata periodā pieņemti 667 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 100 zāļu un 56 medicīnisko ierīču iekļaušanai A sarakstā, 19 medikamentu iekļaušanai B sarakstā un 3 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 11 medikamentiem un 17 medicīniskajām ierīcēm, C uz B – diviem medikamentiem.

Kompensācijas bāzes cenas vai references cenas pārskatīšana veikta 864 medikamentiem un 191 medicīniskajai ierīcei.

2017. gadā pieņemti 10 pozitīvi lēmumi par 13 jaunu zāļu vispārīgo nosaukumu vai to kombināciju iekļaušanu KZS. Tāpat pārskata gadā ir pieņemts 1 negatīvs lēmums par jauna zāļu vispārīgā nosaukumu iekļaušanu KZS. Pēc Dienesta iniciatīvas pieņemti 16 lēmumi par zāļu kompensācijas paplašināšanu un pieejamības nodrošināšanu pacientiem.

⁴ 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".

⁵ 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.

2017. gadā kopumā aptiekās izsniegtas valsts kompensējamās zāles 154 316 028,19 eiro apmērā. Pārskata gadā noslēgti 2 līgumi par finansiālu līdzdalību KZS iekļauto zāļu kompensācijas nodrošināšanai. Salīdzinājumā ar 2016. gadu zāles naudas izteiksmē izsniegtas par 4 % vairāk.

Vispārējā kārtībā kompensējamās zāles izsniegtas 708 067 pacientiem (2016. gadā – 686 257, pieaugums par 5,3 %). No tiem 36 653 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 213,56 eiro apmērā (2016. gadā – 216,07 eiro). Zāļu iegādes izdevumu kompensācija individuālā kārtībā 2017. gadā nodrošināta 833 pacientiem 4 470 856,02 eiro apmērā (2016. gadā – 584 pacientiem).

2017. gadā vispārējā kārtībā izsniegtas 6 567 889 receptes (A, B, C un M saraksta zāles), pieaugums pret 2016. gadu – 3,2 % (2016. gadā izsniegtas 6 367 140 receptes). No kopējā skaita 74 992 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 (2016. gadā – 22,81 eiro). Vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm vai sievietēm pēcdzemdību periodā – 5,40 eiro.

2017. gadā zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensējamo cenas daļu, t.i. līdzmaksājumu atbilstoši 50 % vai 75 % valsts kompensācijas apmēram 16 935 996,04 eiro apmērā (2016. gadā – 16 480 100,11 eiro apmērā) .

Pārskata gadā arī 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, šļircēs, standarta tuberkulīns, peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi, fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti, redzes korekcijas līdzekļi bērniem, imūnbioloģiskie preparāti, un no 2017. gada aprīļa arī mākslīgie maisījumi zīdaiņiem un mākslīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm.

2017. gadā centralizētai medikamentu un materiālu iegādei izlietoti 11 679 846 eiro. Salīdzinājumā ar 2016. gadu izdevumi pieauguši par 163 770 eiro. Papildus tikuši piešķirti līdzekļi, lai segtu izdevumu pieaugumu vakcīnu un peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļu iegādei.

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.

Dzemes kakla vēža profilaktiskā pārbaude ietver valsts apmaksātu ginekoloģisko apskati, citoloģiskās uztriepes ņemšanu un uztriepes citoloģiskā materiāla izmeklēšanu laboratorijā. Šī izmeklēšana 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 izmeklēšana fecēs (no trīs sekojošām vēdera izejām), ko reizi gadā bez maksas var veikt pacienti vecumā no 50 līdz 74 gadiem.

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

8. tabula

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

Rādītājs	2016. gads	2017. gads
Valsts apmaksātā dzemes kakla vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits	197 413	195 512
Izmeklējumu veikušo personu skaits	49 784	76 190
Valsts apmaksātā krūts vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits	141 475	141 841
Izmeklējumu veikušo personu skaits	38 726	62 455
Valsts apmaksātā zarnu (kolorektālā) vēža skrīninga veikšanas statistika		
Izmeklējumu veikušo personu skaits	74 475	85 182
Populācijas aptvere	11,8 %	13,4 %

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 2017. gadā ir saņēmis 2319 pieprasījumus (neskaitot pieprasījumus izsniegt EVAK) saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:

- ✓ 149 iesniegumus par izdevumu atmaksu par citās ES, EEZ dalībvalstīs un Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ 206 pieprasījumus piešķirt tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē (S2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu"⁶);

⁶ 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.

- ✓ 81 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 (S1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi"⁷);
 - ✓ 194 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");
 - ✓ 359 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");
 - ✓ 549 pieprasījumus par personu apdrošināšanas periodiem Latvijas Republikā⁸;
 - ✓ 781 pieprasījumus izsniegt EVAK⁹ aizvietojošo sertifikātu¹⁰.
2017. gadā Dienests ir izsniedzis 103 240 dokumentus, tajā skaitā, administratīvos aktus, saistībā ar Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesībām uz pārrobežu veselības aprūpi:
- ✓ 154 lēmumus par Latvijas Republikā apdrošināto personu tiesību atzīšanu/ neatzīšanu uz izdevumu atmaksu;
 - ✓ 629 lēmumus par S1 veidlapas izsniegšanu/ neizsniegšanu;
 - ✓ 191 lēmumus par tiesību atzīšanu saņemt plānveida veselības aprūpi citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē un izsniedzot 207 S2 veidlapas;
 - ✓ 549 atbildes par personu apdrošināšanas periodiem Latvijas Republikā, tajā skaitā, izsniegtas 456 E104 veidlapas vai tās ekvivalents S041 veidlapa¹¹;
 - ✓ 461 EVAK aizvietojošos sertifikātus;
 - ✓ 101 256 EVAK.
2017. gadā Dienestā saņemti pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesībām uz veselības aprūpi Latvijas Republikā:
- ✓ 170 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 138 lietās;
 - ✓ 257 pieprasījumi par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē apdrošināto personu tiesību apliecināšanu dokumentu reģistrāciju valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai Latvijā.

⁷ S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" nodrošina iespēju saņemt visa veida veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī.

⁸ Periodi, kuros persona ir bijusi tiesīga saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

⁹ Eiropas veselības apdrošināšanas karte ir dokuments, kas apliecina personas tiesības saņemt neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi personas īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī.

¹⁰ 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.

¹¹ E104 veidlapa "Apliecība par apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodu summēšanu" vai tās ekvivalents S041 veidlapa "Atbilde par periodu pieprasījumu – apdrošināšanas riska veids: slimība un maternitāte".

Starpvalstu norēķini¹² par Latvijas Republikā sniegtajiem pakalpojumiem

2017. gadā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, 273 777,12 eiro apmērā, savukārt citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus 225 606,09 eiro apmērā. Dienests nav sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas, savukārt citas dalībvalstis ir veikušas norēķinus 4 768,51 eiro apmērā.

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

2017. gadā Dienests ir veicis norēķinus 5 668 916,59 eiro apmērā. No minētās summas 5 573 178,05 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, savukārt 95 738,54 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas.

Lielākā daļa no 2017. gada ietvaros citām Dalībvalstīm samaksātās summas (5 668 916,59 eiro) ir par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti par plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru nodrošināšana nav bijusi iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs¹³ – 1 158 971,51 eiro (20,44 %). Vairāk nekā dubulta summa ir samaksāta par neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī¹⁴ – 2 705 758,82 eiro (47,73 %). Atlikusī summa 1 804 186,26 eiro (31,83 %) 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 pakalpojumiem¹⁵.

9. tabula

Starpvalstu 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 2017. gadā
EVAK / EVAK AS	Neatliekamā/ nepieciešamā veselības aprūpe īslaicīgas uzturēšanās laikā	2 705 758,82
S 1	Pilna apjoma veselības aprūpe	1 804 186,26
S 2 (pieaugušie)	Plānveida veselības aprūpe	761 126,66
S 2 (bērni)	Plānveida veselības aprūpe	397 844,83
Kopā:		5 668 916,59

¹² 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, izsniegtu 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.

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

¹⁴ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz EVAK vai EVAK aizvietojošo sertifikātu.

¹⁵ Pakalpojumi, kas sniegti, pamatojoties uz S1 veidlapu "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi".

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

2017. gadā veikta 2016. gada slimnīcu faktisko izdevumu analīze, salīdzinot ar apmaksāto atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifa formulas elementiem. Pārskatīti visi tarifi un fiksētie maksājumi (saistībā ar ārstniecības personu atalgojumu palielinājumu).

No 4224 manipulācijām:

- ✓ veiktas izmaiņas 3441 manipulācijai, tajā skaitā izveidotas 423 jaunas manipulācijas (viena manipulācija "Vispārējie ambulatorie pakalpojumi" sadaļā, divas manipulācijas "Neonatoloģijas un pediatrija" sadaļā, viena manipulācija "Sirds un asinsvadu sistēma" sadaļā, viena manipulācija "Pulmonoloģija" sadaļā, sešas manipulācijas "Neiroloģija" sadaļā, viena manipulācija "Mugurkaula ķirurģija" sadaļā, piecas manipulācijas "Aknu transplantācijas operācijas" sadaļā, trīs simti septiņdesmit manipulāciju "Laboratorijas izmeklējumi" sadaļā, septiņas manipulācijas "Radioloģija" sadaļā, divas manipulācijas "Morfoloģija, toksikoloģija" sadaļā, trīspadsmit manipulācijas sadaļā "Citās sadaļās neiekļautās manipulācijas" un četrpadsmit manipulācijas "Zobārstniecības pakalpojumu tarifi" sadaļā), kā arī svītrotā 21 manipulācija, pārskatīts manipulācijas tarifs divi tūkstoši deviņi simti sešdesmit sešām manipulācijām, redakcionālas izmaiņas veiktas 31 manipulācijai.

No 73 pakalpojumu programmu viena pacienta ārstēšanas tarifiem:

- ✓ veiktas izmaiņas 73 pakalpojumu programmās, tajā skaitā izveidotas 3 jaunas pakalpojumu programmas (viena pakalpojumu programma sadaļā "Staru terapija", pakalpojumu programma "Ortotopiskā aknu transplantācija" un pakalpojumu programma "Aortālā vārstuļa transkatetrāla implantācija (TAVI)"), kā arī pārskatītas 3 pakalpojumu programmas (2 pakalpojumu programmas sadaļā "Tuberkulozes izplatības ierobežošana" un 1 pakalpojumu programma sadaļā "Psihiatriskā palīdzība stacionārā"), pārrēķināti pakalpojumu programmu tarifi 69 pakalpojumu programmām.

2017. gadā izvērtēti divi klīnisko vadlīniju projekti:

- ✓ "Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas";
- ✓ "Parkinsona slimības un Parkinsona-plus sindromu klīniskās vadlīnijas".

2017. gadā Dienesta mājaslapas "Klīnisko vadlīniju datu bāzē" reģistrēta viena klīniskā vadlīnija:

- ✓ "Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas".

5.8. E-veselības projekta ieviešana

Sākot jau 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 (izraksta e-receptes, e-darbnespējas lapas, ievada sistēmā pacientu pamatdatus, kā arī citu informāciju). Savukārt farmaceiti aptiekās izsniedz medikamentus, pamatojoties uz ārstniecības personu izrakstītajām e-receptēm.

No 2017. gada februāra E-veselības portālā pieejamie e-pakalpojumi pieejami arī valsts pārvaldes pakalpojumu portālā www.latvija.lv:

- ✓ e-pakalpojums “Medicīnas pakalpojumu izmaksas”;
- ✓ e-pakalpojums “Saņemtās Darbnespējas lapas”;
- ✓ e-pakalpojums “Saņemt e-konsultāciju no ģimenes ārsta”;
- ✓ e-pakalpojums “Veiktie pieraksti uz medicīnas pakalpojumiem”;
- ✓ e-pakalpojums “Reģistrēties pie ģimenes ārsta”;
- ✓ e-pakalpojums “Pieteikt Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK)” ;
- ✓ e-pakalpojums “Saņemtie nosūtījumi”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacienta medicīnas pamatdati”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacientam noteiktās diagnozes”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacientam veiktie izmeklējumi”;
- ✓ e-pakalpojums “Pacienta saņemto medicīnas pakalpojumu rezultāti”
- ✓ e-pakalpojums “Atgādinājumi pacientam”;
- ✓ e-pakalpojums “Noteikt piekļuvi ārstiem maniem medicīnas datiem”;
- ✓ e-pakalpojums “Kas skatījies manus medicīnas datus”;
- ✓ e-pakalpojums “Manas e-receptes”;
- ✓ e-pakalpojums “Mani vizuālās diagnostikas dati”.

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 ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu un pieprasījusi piekļuves tiesības noteiktiem pakalpojumiem, kā arī veikusi datu ievadi, tie būs pieejami iedzīvotāja E-veselības profilā un būs redzami arī citām ārstniecības personām, kuras strādā E-veselības sistēmā.

Kopumā līdz 2017. gada beigām līgumu ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu noslēgušas vairāk nekā 2280 juridiskās personas, tajā skaitā 2058 ārstniecības iestādes (t. sk. 1058 ģimenes ārstu prakses) un 222 aptieku juridiskie īpašnieki. 2017. gada nogalē kopumā tikuši reģistrēti 5 028 082 autentificēšanās gadījumi E-veselības sistēmā, kā arī sistēmā izrakstītas 90 259 e-darbnespējas lapas un 368 224 e-receptes.

Darbojies arī E-veselības lietotāju atbalsta dienests, kas 2017. gadā kopā bija sniedzis konsultācijas aptuveni 20 000 profesionāļiem (ārstniecības personām un farmaceitiem), kā arī gandrīz 2000 iedzīvotājiem par sistēmas lietošanas jautājumiem.

Atbilstoši normatīvajam regulējumam, ārstniecības personām līdz 2018. gada 1. janvārim E-veselības sistēmas lietošana ir bijusi brīvprātīga.

5.9. Regresa prasību piedziņa

2017. gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis 686792,23 eiro. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība", veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

10. tabula
Regresa prasību rādītāji 2017. gadā

	Skaitis	Summa, EUR
iesniegtās prasības, kopā:	1990	887 971,65
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1871	795 743,72
t. sk. apdrošināšanas sabiedrībām	1784	738 897,04
Latvijas Transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	87	568 46,68
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	119	92 227,93
Apmaksātās prasības kopā, t. sk. iepriekšējos gados pieteiktās prasības:	1637	686 792,23
t. sk. daļēji apmaksātās prasības	24	10 698,62
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu, t. sk.	1581	668 404,04
t. sk. no apdrošināšanas sabiedrībām	1521	629 299,56
no Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	60	39 104,48
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	32	7 689,57

Dienests ir aktualizējis iepriekšējos gados pieteiktās prasības un par cietušo papildus saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem 2017. gadā, piesakot 61 prasību par kopējo summu 68 014,37 eiro, no kurām apmaksātas ir 57 prasības par kopējo summu 59 664,75 eiro.

Pārskata periodā regresa kārtībā tika atgūti 686 792,23 eiro par 1637 regresa prasībām, savukārt 2016. gadā tika atgūti 863 025,59 par 1686 regresa prasībām. 2017. gadā regresa kārtībā atgūto līdzekļu samazinājums ir skaidrojams ar to, ka 2017. gadā vidējā apmaksātās regresa prasības summa samazinājās par 92,33 eiro jeb 18 % salīdzinājumā ar 2016. gadu.

2017. gadā tika izskatīta Dienesta iesniegtā prasība tiesā pret apdrošināšanas sabiedrībām par atteikumiem izmaksāt apdrošināšanas atlīdzības par ceļu satiksmes negadījumā cietušajai personai stacionāra veikto manipulāciju Nr. 60100 par pacienta pārvešanu uz citu ārstniecības iestādi ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta Operatīvās medicīnas daļas pārvedumu. Izskatot Dienesta celto prasību, tiesa nosprieda, ka pacienta pārvešana uz citu stacionāru ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta Operatīvās medicīnas daļas pārvedumu ir uzskatāma par hospitalizāciju, un piedzina no apdrošinātāja neizmaksātās apdrošināšanas atlīdzības.

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.

2017. gadā Dienests ir saņēmis 216 iesniegumus par atlīdzības izmaksāšanu no Ārstniecības riska fonda, kas ir par 18 iesniegumiem mazāk nekā 2016. gadā, bet par 45 vairāk nekā 2015. gadā. Kopumā 2017. gadā:

- ✓ pieņemti 56¹⁶ lēmumi par atlīdzības izmaksāšanu par kopējo summu 1 015 853,72 eiro, Dienestam vidēji vienai personai atlīdzībā izmaksājot 18 140,25; 2017. gadā pacientiem (mantiniekiem) atlīdzībā izmaksātā summa ir par 722 923,26 eiro mazāka nekā 2016. gadā, kas skaidrojams ar vidējās izmaksājamās summas būtisku samazināšanos, jo lēmumu par atlīdzības izmaksu skaits ir līdzīgs kā 2016. gadā (57 atlīdzības izmaksas gadījumi). Lielākā personai izmaksātā summa 2017. gadā ir 71 145,00 eiro (piecos gadījumos);
- ✓ 110* gadījumos pieņemts lēmums par atteikumu izmaksāt atlīdzību, jo nav konstatēts kaitējums pacienta veselībai;
- ✓ 20¹⁷ gadījumos ir atteikta lietas 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

2017. gadā turpināta 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 (duplicēšana), bet atkārtoti izmantoti reģionālā un nacionālā līmeņa medicīnas tehnoloģiju izvērtējami.

2017. 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

¹⁶ Lēmumi 2017. gadā Ārstniecības riska fonda lietās tikuši pieņemti arī par lietām, kuras ierosinātas iepriekšējos periodos - t.i. 2015. un 2016. gadā.

¹⁷ Lēmumi 2017. gadā Ārstniecības riska fonda lietās tikuši pieņemti arī par lietām, kuras ierosinātas iepriekšējos periodos - t.i. 2015. un 2016. gadā.

stratēģiskai sadarbībai starp ES dalībvalstīm par E-veselību, kā arī sadarbībai ar ieinteresētajām sadarbības grupām un standartizācijas organizācijām.

Programmas "Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē" ietvaros tika īstenots ES stratēģijas Baltijas jūras reģionam projektu izstrādāšanas instrumenta sākumkapitāla projekts "Novēršamas hospitalizācijas Baltijas jūras reģionā: organizatoriskas un tehnoloģiskas inovācijas primārajā veselības aprūpē" (*InnoHealth*). Projekts noslēdzās 2017. gada 31. martā.

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*).

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*).

Saskaņā ar 2016. gada 24. novembrī noslēgto trīspusējo sadarbības līgumu ar Lietuvas Veselības ministrijas Nacionālo veselības apdrošināšanas fondu un Igaunijas Veselības apdrošināšanas fondu pārskata periodā tikusi turpināta savstarpējās sadarbības nostiprināšana un attīstīšana publiskā veselības finansējuma nozarē. Kā prioritātes sadarbības līguma ietvaros ir noteiktas šādas jomas – 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.

Pārskata periodā tikusi īstenota arī 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.

2017. 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

2017. gadā Dienests ir noslēdzis sadarbības līgumus 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.

Pārskata periodā Dienests turpinājis pildīt arī 2016. gadā noslēgto līgumu saistības ar:

- ✓ Nacionālajiem bruņotajiem spēkiem – par veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu Nacionālo bruņoto spēku personālsastāvam;
- ✓ Centrālo statistikas pārvaldi – par informācijas apmaiņu, lai nodrošinātu iespēju Centrālajai statistikas pārvaldei izpildīt no Granta līguma “Pamatinformācijas nodrošināšanai pirktspējas paritātēm” izrietošās saistības (līgums noslēgts starp Centrālo statistikas pārvaldi un Eiropas Komisiju par informācijas apkopošanu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu stacionārajās iestādēs).

2017. 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

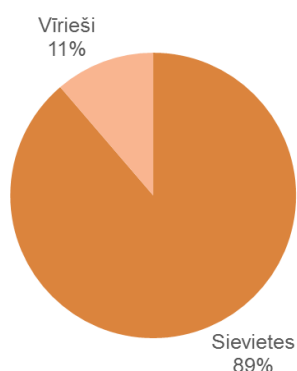
Uz 2017. gada 31. decembri Dienestā bija 203 amata vietas, tajā skaitā 104 ierēdņu un 99 darbinieku amati. Pārskata gadā darbu Dienestā uzsācis 21 darbinieks, savukārt darbu pārtraukuši 49 darbinieki. Personāla mainība 2017. gadā veido 34 %.

Iestādes ietvaros 21 nodarbinātajiem ir bijusi karjeras attīstība. Lai nodrošinātu labu pārvaldību, civildienesta uzdevumu efektīvu izpildi un veicinātu ierēdņa kvalifikācijas izaugsmi, četri ierēdņi 2017. gadā tikuši pārcelti uz citām iestādēm.

Vairums, t.i. 89 % Dienestā nodarbināto ir sievietes, kas skaidrojams ar vēsturiski izveidojušos sieviešu īpatsvaru augstskolu absolventu vidū un valsts pārvaldē (skat. 1. attēlu).

1. attēls

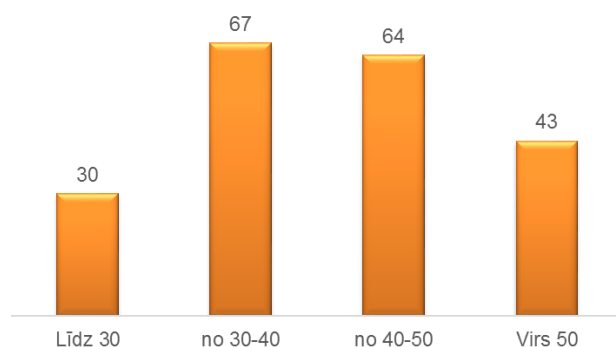
Nodarbinātie sadalījumā pēc dzimuma



2017. gadā Dienestā nodarbināto vidējais vecums ir bijis 42 gadi (skat. 2. attēlu). Pārskata periodā pieņemto jauno darbinieku vidējais vecums bijis 32 gadi.

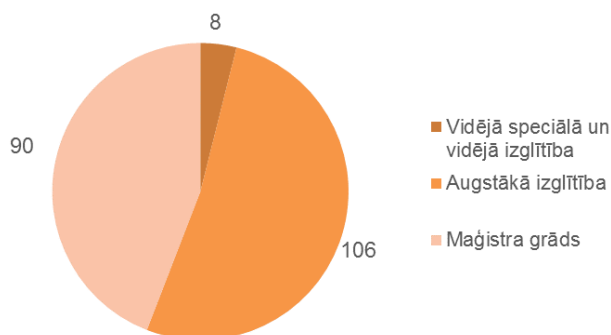
2. attēls

Nodarbinātie sadalījumā pa vecuma grupām (skaits)



3. attēls

Nodarbināto izglītības līmenis (skaits)



Personāla profesionālās pilnveides un kvalifikācijas paaugstināšanas kursus plāno un organizē Personāla nodaļa atbilstoši mācību plānam, personāla velmēm un Dienesta finansiālajām iespējām. 2017. gadā Valsts administrācijas skolas rīkotos seminārus un kursus noklausījušies 13 nodarbinātie, kā arī 15 nodarbinātie piedalījušies dažādu citu organizāciju rīkotosursos un semināros par administratīvā procesa aktualitātēm, personas datu aizsardzību, aktualitātēm Publiskā iepirkumu likuma kontekstā. Dienesta 24 vecākie grāmatveži pilnveidojuši zināšanas par filtriem un datu salīdzināšanas iespējām grāmatvedības sistēmā "Horizon". 2017. gadā ir uzsākts īstenot Dienesta struktūrvienību vadītāju un vadītāju vietnieku kompetenču attīstības programmu, kuras ietvaros augstākā, vidējā un zemākā līmeņa vadītāji attīstīja līderības kompetences, pilnveidoja prasmes, kā rast efektīvākus risinājumus problemātiskās situācijās, mācījās saprast emociju ietekmi uz savu un padoto uzvedību, to nozīmīgi komandas izvirzīto mērķu sasniegšanā. Semināru par pacientu drošību un kvalitātes vadību apmeklēja 12 darbinieki.

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.

2017. 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. Tāpat sabiedrība informēta par Ārstniecības riska fonda darbību, kā arī īpaši intensīva komunikācija veidota par E-veselības sistēmas ieviešanas gaitu un tās sniegtajiem pakalpojumiem, ar mediju starpniecību informējot visas iesaistītās puses – ārstniecības iestādes, aptiekas un iedzīvotājus.

Kopumā 2017. gadā sagatavotas un izplatītas vairāk nekā 40 preses relīzes par Dienesta aktualitātēm, kas ir uz pusi vairāk nekā 2016. gadā, kā arī sniegtas atbildes uz gandrīz 400 mediju pārstāvju jautājumiem. Vērtējot Dienesta publicitāti medijos – mēnesī bijušas vidēji 495 publikācijas (2016. gadā – vidēji 476), savukārt biežāk pieminētā tēma 2017. gadā tāpat kā gadu iepriekš – bijusi E-veselība ar vidēji 340 publikācijām mēnesī, kas ir aptuveni par 100 publikācijām vairāk nekā gadu iepriekš. Kā citas medijos visbiežāk atspoguļotās tēmas 2017. gadā var minēt – kompensējamās zāles (vidēji 214 publikācijas mēnesī), valsts apmaksātā skrīninga programma (vidēji 172 publikācijas mēnesī) un valsts apmaksātie medicīnas pakalpojumi ar vidēji 165 publikāciju atspoguļojumu mēnesī.

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” (2017. gadā 162 ieraksti), “Facebook” (2017. gadā 176 ieraksti) un “Draugiem.lv” (2017. gadā 158 ieraksti). Pārskata periodā pieaudzis kopējais Dienesta sociālo profilu sekotāju skaits, tā piemēram 2015. gadā tie bija 4200 sekotāju, 2016. gadā jau 6300, bet 2017. gadā – gandrīz 7500.

2017. 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 2017. gadā Kontaktpunktā sniegtas 56 109 telefoniskas konsultācijas, kā arī nodrošinātas atbildes uz 1425 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.

Darbību 2017. gadā turpināja 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 2017. gadā tālruņa speciālisti snieguši 94 313 konsultācijas, kas ir pieaugums salīdzinājumā ar 2016. gadu, kad zvanītāji tikuši konsultēti 83 846 reizes.

Pārskata periodā arī izveidotas un plašākas sabiedrības informēšanai publicētas arī vairākas infografikas – par papildu budžeta līdzekļiem oftalmoloģijas operācijām un endoprotezēšanas rindu mazināšanai; izglītojoša infografika par iespējām iegādāties lētākas zāles, par tām nepārmaksājot; par valsts apmaksātajām profilaktiskajām pārbaudēm bērniem; par ģimenes ārsta prakses finansējumu; par ieguvumiem, izmantojot e-recepti; par ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni; par valsts finansējumu veselības aprūpei 2017. gadā, kā arī par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanu 2018. gadā; par bērnu zobārstniecības pakalpojumiem un citām tēmām.

2017. gadā tikušas īstenotas divas E-veselības informatīvās kampaņas. Janvārī Dienests uzsāka pirmo E-veselības informatīvo kampaņu, kuras mērķis bija informēt iedzīvotājus par E-veselības sistēmas izmantošanas iespējām, kā arī skaidrot ieguvumus, kurus E-veselība sniedz pacientiem, darba devējiem, ārstniecības personām un farmaceitiem. Kampaņas ietvaros sagatavoti un izplatīti drukātie informatīvie materiāli gan iedzīvotājiem, gan speciālistiem, izgatavotas E-veselības vizītkartes, kā arī īpašas atpazīstamības uzlīmes izvietojšanai ārstniecības iestādēs un aptiekās, izplatīti arī informatīvi video iedzīvotājiem un profesionāļiem. Tāpat 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 otrajā pusgadā norisinājās otra sabiedrības informēšanas kampaņa par E-veselību. Tās ietvaros izvietota vides reklāma, nodrošināta reklāmas izvietošana televīzijā, video reklāmas izvietošana sociālajā tīklā "Facebook", TV interneta platformās un veselības centru monitoros izplatīti kampaņas video rullīši un veiktas citas aktivitātes.

Papildus kampaņas ietvaros īstenotajām komunikācijas aktivitātēm tikusi nodrošināta arī intensīva komunikācija ar medijiem par E-veselības ieviešanas jautājumiem, gatavojot un izsūtīt preses relīzes, kā arī sniedzot intervijas un atbildes uz mediju pārstāvju jautājumiem. Piemēram, 2017. gadā sniegtas rakstiskas atbildes uz vairāk nekā 80 mediju jautājumiem par E-veselību un nodrošinātas vairāk nekā 30 ekspertu intervijas.

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 2016", kas ir pieejams Dienesta mājaslapas sadaļā "Publikācijas".

9. NĀKAMAJĀ PĀRSKATA GADĀ PLĀNOTIE PASĀKUMI

Nemot vērā, ka nākamajā pārskata periodā stājas spēkā Veselības aprūpes un finansēšanas likums, kas paredz mainīt veselības aprūpes finansēšanas sistēmu un ieviest valsts obligāto veselības apdrošināšanu, Dienests sadarbībā ar Veselības ministriju līdzšinējo MK noteikumu vietā plāno izstrādāt jaunus MK noteikumus, kas noteiks veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.

2018. gadā tiks sākti 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 plānots rīkot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasu pozitronu emisijas tomogrāfijas ar datortomogrāfiju (PET/DT) pakalpojuma sniegšanai.

2018. gadā Dienests arī uzsāks darbu pie inovatīva iepirkuma par parenterāli ievadāmo zāļu iegādi onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai 2019. gadam. Iepirkuma rezultātā ārstniecības iestādes, kas veic onkoloģisko saslimšanu ārstēšanu, no piegādātājiem iepirks zāles, un tādējādi tiks mazināts administratīvais slogs pašās ārstniecības iestādēs.

Vienlaikus 2018. gadā tiek plānots arī medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu stratēģiskais iepirkums.

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

Lai uzlabotu ar retām saslimšanām slimojošo personu veselības aprūpi, nākamajā pārskata periodā Dienests sadarbībā ar Veselības ministriju plāno izstrādāt kārtību, kas noteiks reto slimību jomā nodrošināmo veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, to saņemšanas kārtību un apmaksas nosacījumus.

Nākamajā pārskata periodā plānots arī uzturēt centralizēto rindu medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu saņemšanai, kā arī veikt centralizētu uzaicinājumu nosūtīšanu personām, kurām pienākusi kārta 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 paredzēts nodrošināt arī apmācību diabēta kabinetā. Apmācību veiks sertificēta diabēta apmācības māsa atbilstoši speciāli izstrādātai metodoloģijai.

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

Vienlaikus, lai uzlabotu klientu apkalpošanas kvalitāti Dienesta Klientu apkalpošanas centrā, 2018. gadā ir plānots ieviest klientu apkalpošanas standartu, kā arī veikt regulāru kvalitātes kontroli 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 tiks veikts klientu apmierinātības mērījums un prezentēti tā rezultāti.

Sadarbībā ar Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministriju Dienests nākamajā gadā plāno organizēt kopīgu starpvalstu iepirkumu par kombinētās vakcīnas (sešas komponentes) un vakcīnas pret rotavīrusa infekciju iegādi 2020.– 2021. gada periodam. Iepirkumā vadošā partnera loma būs Igaunijai.

E-veselības jomā Dienests 2018. gadā plāno turpināt veikt šādas aktivitātes:

- ✓ E-veselības sistēmas lietotāju skaita palielināšanas veicināšanu un E-veselības sistēmā pieejamo pakalpojumu klāsta paplašināšanu, t. sk. e - nosūtījums;
- ✓ atbalsta nodrošināšanu ārējo informācijas sistēmu salāgošanai darbam ar E-veselības sistēmu;
- ✓ lietotāju (ārstniecības personu, farmaceitu un iedzīvotāju) 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;
- ✓ sabiedrības informēšanas kampaņas īstenošanu par E-veselības sistēmas pakalpojumiem;
- ✓ grozījumu veikšanu normatīvajos aktos, kas paredz dažādu E-veselības sistēmas pakalpojumu izmantošanas nosacījumu precizēšanu.

Turpinot attīstīt E-veselības sistēmu, kā arī pilnveidojot NVD VIS, tiek plānots uzsākt divus projektus – “Veselības nozares informācijas sistēmu (reģistri) modernizācija, attīstība un integrācija ar E-veselības informācijas sistēmu” un projektu “Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas tālāka pilnveidošana, sasaistot to ar personas identifikāciju”. 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.

2018. gadā tiks veikta arī E-veselības sistēmā uzkrāto datu analīze, izmantojot biznesa inteliģences tehnoloģisko risinājumu. Analīze sniegs detalizētu informāciju un kopskatu par veselības aprūpes tendencēm, ieradumiem, kā arī analīzē iegūtie dati kalpos par pamatu nākotnes darbībām.

Savukārt, lai iegūtu detalizētu informāciju analīzei un tarifu aprēķiniem, no 2018. gada Dienests plāno uzsākt darbu pie pašizmaksu uzskaites sistēmas izstrādes. Tā paredz, ka atsevišķas ārstniecības iestādes sistēmā ievada informāciju par saviem pakalpojumu sniegšanas izdevumiem.

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 paredzēts turpināt 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.

Bez minētās aktivitātes ESF līdzfinansētā projekta ietvaros plānots arī:

- ✓ pabeigt 2017. gadā uzsāktās apmācības veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanu;
- ✓ organizēt starptautisku konferenci par pacientu drošību un pakalpojumu kvalitātes uzlabošanas jautājumiem;

- ✓ veikt pētījumu par pacientu apmierinātību ar saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ piesaistīt ekspertus, kas sniegtu pakalpojumus veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā.

Lai nodrošinātu iespēju sekot līdzi ģimenes ārstu praksē sasniegtajiem rezultātiem un tos uzlabot, no 2018. gada tiek plānots ģimenes ārstu darbības novērtēšanu veikt ik ceturksni.

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 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 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