



Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?

RĪGA 2016



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Revīzijas ziņojums

Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?

16.12.2016.

Lietderības revīzija "Vai valsts pacientiem spēj nodrošināt efektīvu ambulatoro veselības aprūpi?".

Revīzija veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 2015.gada 30.marta revīzijas uzdevumu Nr.2.4.1-11/2015.

Revīzijas ziņojums apstiprināts ar Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 2016.gada 16.decembra lēmumu Nr.2.4.1-11/2015.

Vāka noformējumā izmantota fotogrāfija no tīmekļa vietnes *Depositphotos*.

Cienījamais lasītāj!

Valsts kontrole ir veikusi lietderības revīziju un sagatavojusi revīzijas ziņojumu “Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?”.

Racionālas veselības aprūpes sistēmas pamatā ir stiprs ģimenes ārstu institūts. Ģimenes ārsts ir pirmā persona, pie kuras vēršas pacients, ja viņam radušās veselības problēmas, un no ģimenes ārsta ir atkarīga pacienta tālākā ārstēšanas gaita. Daudzas iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas, var atrisināt jau ģimenes ārsts, arī profilakse un savlaicīga diagnostika ir ģimenes ārsta ziņā. Savukārt valsts ir ieinteresēta, lai ģimenes ārsti sniegtu pēc iespējas plašāku pakalpojumu klāstu, jo šādi tiek veicināta racionālu veselības aprūpei pieejamo resursu izmantošana. Tomēr šobrīd sabiedrībā valda neapmierinātība par veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību. Saproto, ka tuvākajā laikā visdrīzāk nebūs iespējams būtiski palielināt veselības aprūpei piešķirto valsts finansējumu, risinājumi jāmeklē jau sistēmas pamatā, domājot arī par uzlabojumiem ģimenes ārstu darba organizācijā.

Lai nodrošinātu iedzīvotājiem veselības aprūpi, valsts pērk ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus ne tikai no valstij un pašvaldībām piederošajām veselības aprūpes iestādēm, bet arī no privātajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Tai pašā laikā valsts un pašvaldības iegulda papildu līdzekļus sev piederošo veselības aprūpes iestāžu uzturēšanai, lai tās varētu turpināt sniegt iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumus, nodrošinot arī neatliekamās

medicīniskās palīdzības nepārtrauktību 24 stundas diennaktī.

Atzīstot, ka veselības aprūpei trūkst finansējuma un to nepieciešams palielināt, Valsts kontrole ar šīs revīzijas rezultātiem vēlas parādīt, ka Veselības ministrija arī ierobežota finansējuma apstākļos tomēr var rast risinājumus ambulatorās veselības aprūpes sistēmā ieguldīto finanšu līdzekļu racionālākai izlietošanai un izveidotās sistēmas kvalitātes uzlabošanai.

Šajā revīzijā mēs vērtējam, kā tiek īstenota Veselības ministrijas noteiktā politika ambulatorās veselības aprūpes jomā, kā darbojas ģimenes ārstu institūts un cik pārdomāti valsts tērē ambulatorajai veselības aprūpei piešķirtos resursus.

Mēs ceram, ka Veselības ministrija sadarbībā ar ģimenes ārstiem, ieviešot mūsu ieteikumus, radīs dzīvotspējīgus un labvēlīgus priekšnosacījumus ambulatorās veselības aprūpes sistēmas darbības uzlabošanai, tā palielinot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, kā arī ambulatorajai veselības aprūpei piešķirto finanšu līdzekļu izlietojuma efektivitāti.

Pateicamies par sadarbību Veselības ministrijai, Nacionālajam veselības dienestam, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijai, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijai un Rīgas Austrumu klīniskajai universitātes slimnīcai!

Ar cieņu
departamenta direktore

Inga Vārava



Saturs

Kopsavilkums.....	7
Motivācija	7
Galvenie secinājumi.....	7
Būtiskākie ieteikumi	12
Ziņojuma struktūra.....	12
Ambulatorās veselības aprūpes jomas raksturojums	14
Kas ir ambulatorā veselības aprūpe?	14
Ambulatorās veselības aprūpes jomas tiesiskais regulējums	15
Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas organizācija	16
Finansējums ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai.....	17
Revīzijas secinājumi, konstatējumi un ieteikumi	20
I. Vai Veselības ministrija ir ieviesusi politikas plānošanas dokumentos paredzētos pasākumus ambulatorās veselības aprūpes jomā?	20
Ieteikumi	41
II. Vai iedzīvotājiem savlaicīgi ir pieejama valsts apmaksāta laba primārā veselības aprūpe?	42
Vai iedzīvotājiem ir nodrošināta teritoriālā pieejamība valsts apmaksātai primārajai veselības aprūpei?.....	44
Ieteikumi	49

Vai primārās aprūpes ārsts (ģimenes ārsts) ar savu komandu veido labu veselības aprūpes pamatu, lai atrisinātu iedzīvotāju veselības problēmas?	49
Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales metodika un tās nepilnības.....	50
Ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība un paveiktā darba vērtējums atbilstoši viņu darbības pamatteritorijai.....	63
Nosūtīto pacientu skaits pie citiem speciālistiem un vadlīnijas tieši ģimenes ārstiem.....	71
Ieteikumi	73
III. Vai Veselības ministrija rīkojas racionāli, pērkot ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus?	75
Ieteikums.....	91
Veselības ministrijas viedoklis	92
Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes	94
1.pielikums. Attīstības plānošanas dokumentos noteikto mērķu kritēriji, politikas un darbības rezultātu pazīmes.....	110
2.pielikums. Politikas plānošanas dokumentos plānotie pasākumi un noteiktie rezultatīvie rādītāji, to izpilde	111
3.pielikums. Apkopojums par ģimenes ārstu sniegto primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumu pagastos, kur uz vietas nav ģimenes ārstu pieņemšanas vietas.....	132
4.pielikums. No izlases 46 ģimenes ārstu vidējais pakalpojumu apmaksas un gada darbības novērtējuma maksājuma sadalījums	135
5.pielikums. Apkopotā informācija par izlasē iekļautajiem privātajiem pakalpojumu sniedzējiem Latvijas reģionos, izņemot Rīgu, kuri sniedz izlasē	

iekļautos, no valsts budžeta finansētus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus	138
6.pielikums. Apkopotā informācija par izlasē iekļauto, no valsts budžeta finansēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veikšanas iespējamību izlasē iekļautajiem ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem Latvijas reģionos, izņemot Rīgu, kurās tiek sniegta gan ambulatorā, gan stacionārā palīdzība, tai skaitā neatliekamā medicīniskā palīdzība 24 stundas diennaktī.....	141
7.pielikums. Apkopota SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Rīgas 1.slimnīca” sniegtā informācija par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu, kas tiek finansēti no valsts budžeta, veikšanas iespējām .	151
Atsauces	155

Kopsavilkums

Motivācija

Veselības ministrijas politikas plānošanas dokumentos deklarētais mērķis – palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību – ir sasniedzams, nodrošinot ilgtspējīgu, visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgi pieejamu, efektīvu veselības aprūpes sistēmu ar racionālu resursu izmantošanu.

Viens no veselības aprūpes sistēmas komponentiem ir ambulatorā veselības aprūpe, tai skaitā ģimenes ārsts ar savu komandu.

Attīstot ambulatoro sektoru, paplašinot pakalpojumu klāstu un uzlabojot aprūpes kvalitāti, būtu jāmazina slogs stacionārajam veselības aprūpes līmenim un jāuzlabo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem.

Ģimenes ārstu institūtam jābūt profesionālam, pieejamam, efektīvam un visaptverošam veselības aprūpes sistēmas elementam, kura loma profilaksē, diagnostikā, ārstēšanā un rehabilitācijā Veselības ministrijai nepārtraukti jāstiprina.

Revīzijas mērķis bija pārlicināties, vai pieejamo resursu ietvaros ambulatorā veselības aprūpes sistēma ir pilnveidojama, tāpēc revīzijā vērtējām, vai Veselības ministrijas noteiktā politika ambulatorās veselības aprūpes sistēmas darbībai ir īstenota, vai ģimenes ārsts ar savu komandu veido labu veselības aprūpes sistēmas pamatu un vai Veselības ministrija, pērkot ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, ir rīkojusies racionāli.

Galvenie secinājumi

Revīzijā konstatētais mums ir ļāvis secināt, ka Veselības ministrija nav sevi pozicionējusi kā spēcīgu vadošo iestādi veselības nozarē, jo nav veiktas visas nepieciešamās darbības, lai ambulatorās veselības aprūpes sistēma būtu pilnvērtīga un notiktu virzība uz ministrijas noteiktā mērķa – nodrošināt savlaicīgu, drošu, kvalitatīvu un vienlīdzīgu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, vienlaikus racionāli izmantojot pieejamos resursus – sasniegšanu.

Veselības ministrijas politikas plānošanas dokumenti ambulatorās veselības aprūpes jomā

Gadu no gada Veselības ministrija un veselības aprūpes nozarē iesaistītās puses uzsver, ka veselības nozarei piešķirtais finansējums ir nepietiekams, tāpēc pieejamo resursu ietvaros ministrijai būtu jāveido tāda veselības aprūpes politika, kurā sasniedzamie mērķi ir līdzsvarā ar to īstenošanai pieejamajiem resursiem, kā arī jāuzrauga politikas ieviešana, lai sabiedrībai sniegtu iespējami lielāku labumu.

Revīzijā, izvērtējot Veselības ministrijas faktiskās darbības ieviešot politikas plānošanas dokumentos iekļautos pasākumus ambulatorās veselības aprūpes jomā, secināts, ka daudzi nozarei būtiskie jautājumi jau gadiem netiek risināti vai arī veiktie pasākumi nesasniedz savu mērķi:

- ✓ Valsts kontrole revīzijā izlases veidā vērtēja 39 politikas plānošanas dokumentos noteiktos pasākumus un secināja, ka 31 no tiem nav ieviests. Piemēram, līdz 01.03.2015. jāievieš pasākums, kas veicinātu optimālu reģistrēto pacientu skaitu ģimenes ārsta praksē, izveidojot mehānismu, kas ierobežo lielo ģimenes ārsta prakšu veidošanos. Taču revīzijā konstatēts, ka Veselības ministrija arvien nav noteikusi optimālo reģistrēto pacientu skaitu ģimenes ārsta praksē;
- ✓ izvērtējot, kāpēc plānotie pasākumi nav ieviesti, konstatēts, ka, galvenokārt, netiek ievērots finansiālo iespēju princips un pasākumi tiek plānoti, neizvērtējot esošos un prognozētos resursus. Taču vienlaikus jāatzīmē, ka nav ieviesti arī vairāki pasākumi, kurus bija paredzēts īstenot piešķirtā valsts budžeta finansējuma ietvaros;
- ✓ politikas plānošanas dokumentos nav iekļauts efektīvākais risinājums attiecībā uz izvirzīto mērķu sasniegšanai nepieciešamajām aktivitātēm. Piemēram, Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015.gadam tika plānots pasākumu kopums, lai līdz 30.12.2015. pie ārstniecības iestādēm izveidotu 30 kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetus un uzsāktu kardioloģisko pacientu aprūpi, tomēr plānotās darbības nav veiktas, jo ministrijai ir šaubas par šāda pasākuma nepieciešamību;
- ✓ lai gan vairākus politikas plānošanas dokumentos noteiktos pasākumus Veselības ministrija uzskata par ieviestiem, revīzijā konstatēts, ka pasākumi ir īstenoti formāli, jo tie nesasniedz savu mērķi. Piemēram, lai gan ir izveidoti ģimenes ārstu aizvietotāju saraksti, tomēr ārstu aktivitāte ir neliela, turklāt Rīgā, Kurzemē un Vidzemē gaidīšanas sarakstā nav reģistrēts neviens ģimenes ārsts.

Arī politikas plānošanas dokumentu kvalitāti ir iespējams uzlabot, jo:

- ✓ ne visos gadījumos rezultāta sasniegšanai definētie rezultatīvie rādītāji ir noteikti kvalitatīvi un ne visos gadījumos iespējams ar tiem noteikt politikas plānošanas dokumentos izvirzīto mērķu sasniegšanas pakāpi;
- ✓ noteiktie rādītāji nav sasniegti, piemēram, politikas plānošanas dokumentos noteiktajiem rādītājiem samazināt saslimstību un mirstību no asinsrites sistēmas un onkoloģiskajām slimībām nav vērojama stabila izmaiņu tendence vēlamajā virzienā vai ir vērojama pat pretēja izmaiņu tendence, kā arī nav sasniegts plānotais izmaiņu līmenis.

Teritoriālā pieejamība valsts apmaksātai primārajai veselības aprūpei

Viens no galvenajiem primārās veselības aprūpes principiem ir pieejamība visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no ģeogrāfiskiem ierobežojumiem. Veselības ministrija, analizējot primāro veselības aprūpi Latvijā, ir identificējusi problēmas – nevienmērīga pakalpojumu sniedzēju pieejamība dažādās teritorijās un trūkumi esošajā ģimenes ārstu praksē un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumā. Saskaņā ar likumu¹ viena no pašvaldību autonomajām funkcijām ir nodrošināt veselības aprūpes pieejamību, piemēram, organizējot integrētus medicīniskās un sociālās aprūpes punktus vai organizējot transportu pacientu nokļūšanai pie ārsta, kad esošā sabiedriskā transporta sistēma nav piemērota. Tai pašā laikā jēdziens “veselības aprūpes pieejamība” ir atstāts bez konkrētas definīcijas un pieejamības novērtēšanai nav definēti noteikti kritēriji. Revīzijā nav identificētas Veselības

ministrijas darbības, lai veicinātu vienotu pašvaldību izpratni par to atbildību un veicamo darbību kopumu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanā saviem iedzīvotājiem.

Valsts kontrole secina, ka viens no galvenajiem primārās veselības aprūpes principiem – pieejamība visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no ģeogrāfiskiem ierobežojumiem – nav ievērots, jo:

- ✓ pašvaldībām nav vienotas izpratnes par veicamajām darbībām, risinot ģeogrāfiskās pieejamības jautājumus savas teritorijas iedzīvotājiem;
- ✓ nav noteikti skaidri, starp visām iesaistītajām pusēm saskaņoti un izpildāmi kritēriji jēdzienam “veselības aprūpes pieejamība”;
- ✓ Veselības ministrija nav atradusi efektīvus kopīgus risinājumus ģeogrāfiskās nevienlīdzības mazināšanā starpsektoru sadarbībā ar pašvaldībām un ar tām nav panākusi vienošanos par atbildības un kompetences sadalījumu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā.

Ģimenes ārstu gada darbības novērtēšana, maksājuma sadales metodika un paveiktā darba apmaksa

Primārā veselības aprūpe ir galvenā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas pamatojas uz zinātniski izstrādātām un praktiskām metodēm. Tā ir pieejama iedzīvotājiem un to realizē ģimenes ārsti kopā ar savu komandu, atrisinot galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu ziņā efektīvākās medicīnas tehnoloģijas.

Par ģimenes ārstu darbības efektivitāti liecina ģimenes ārstu spēja un gatavība savā darbībā sniegt iespējami daudz pakalpojumu, kas pacientam pēc būtības rada labāku veselības aprūpes pieejamību un ļauj pacienta individuālās problēmas risināt pilnīgāk un vispusīgāk. Valsts ir ieinteresēta, lai pacientam nepieciešamie veselības aprūpes pakalpojumi pēc iespējas tiktu nodrošināti jau primārās veselības aprūpes līmenī, tā veicinot budžeta līdzekļu racionālu izmantošanu. Arī viens no ģimenes ārstu gada darbības kvalitātes rādītājiem mēra ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu daudzveidību.

Lai paaugstinātu sniegtās aprūpes kvalitāti un vienlaikus ieviestu instrumentu ģimenes ārstu darba kvalitātes novērtēšanai un motivācijai, Veselības ministrija sadarbībā ar ģimenes ārstu asociācijām un ekspertiem izstrādāja ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodiku, par metodikā noteikto prasību izpildi paredzot samaksu. Tomēr revīzijā secināts, ka ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodika nedarbojas kā iecerēts, un to ir nepieciešams pilnveidot, jo netiek veicināta metodikas ieviešanas mērķa – pacientam pieejama kvalitatīva ģimenes ārsta aprūpe – sasniegšana.

Kopš šīs metodikas ieviešanas trīs gadu laikā ģimenes ārsti nav būtiski uzlabojuši gada darbības rādītājus kvalitātes kritēriju sasniegšanā, jo no 13 definētajiem kritērijiem ir sasniegti tikai seši, no tiem vairāki, pateicoties tam, ka Veselības ministrija ir samazinājusi prasības kritēriju sasniegšanai.

Vairāki kritēriji, kuriem Veselības ministrija novērtēšanas metodikā ir paredzējusi svarīgu lomu, netiek sasniegti, turklāt ar katru gadu to izpilde pasliktinās. Piemēram, vēža skrīninga izmeklējumu veicināšanas uzdevumu izpildījuši tikai 16% ģimenes ārstu, savukārt pacientu apmeklētības kritēriju izpildījis tikai 31% ģimenes ārstu.

Pacientu profilaktiskās apskates, ko Veselības ministrija savos politikas plānošanas dokumentos ir definējusi kā būtisku pasākumu, lai veselības sistēma būtu vērsta nevis uz ielaistu slimību ārstēšanu, bet savlaicīgu slimību diagnostiku un slimību profilaksi, nav iekļautas ģimenes ārstu darba novērtēšanas kritēriju skaitā un par to veikšanu ģimenes ārstam nav paredzēta samaksa. Revīzijas laikā konstatēts, ka profilaktiskā apskate veikta tikai 29% personu, kas reģistrējušās pie ģimenes ārstiem, turklāt no izlasē iekļautajiem 79 ģimenes ārstiem 15 ārsti saviem pacientiem profilaktisko apskati nav veikuši vispār.

Citās valstīs ģimenes ārstu darbības efektivitāti raksturo sarūkošs nosūtījumu skaits. Arī Veselības ministrijas politikas plānošanas dokumentos ir noteikts, ka lielāko daļu iedzīvotāju veselības problēmu var atrisināt ģimenes ārsti, nosūtot pacientus pie speciālista tikai tad, ja ģimenes ārsts nespēj palīdzēt. Taču šāds kritērijs ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas metodikā iekļauts netika. Veselības ministrija līdz šim brīdim nav atradusi pietiekami efektīvus instrumentus, lai mazinātu ģimenes ārstu nosūtījumu skaitu pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem, un nosūtījumu skaitam ir tendence pieaugt.

Arī izveidotā ģimenes ārstu paveiktā darba samaksas sistēma nemotivē ārstus izpildīt izvirzītos kvalitātes kritērijus un palielināt darba apjomu, sniedzot pakalpojumus savā praksē. Revīzijā konstatēts, ka plānotā piemaksa par ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanu veido mazāk nekā 3% no kopējiem ģimenes ārsta ieņēmumiem. Turklāt pie vienāda vai pat mazāka padarītā darba apjoma ģimenes ārstu prakses ar lielāku pieteikto pacientu skaitu saņem lielāku gada darbības novērtējuma maksājumu nekā ģimenes ārstu prakses ar mazāku pieteikto pacientu skaitu.

Lai gan Veselības ministrijas plānotā politika paredz palielināt ģimenes ārstu lomu ārstniecībā, tomēr noteiktā ģimenes ārstu praksi finansēšanas kārtība neveicina ģimenes ārstu ieinteresētību palielināt darba apjomu, sniedzot pakalpojumus ģimenes ārsta praksē. Revīzijā, izlases veidā pārbaudot 46 ģimenes ārstu saņemtos maksājumus par pacientu aprūpi, konstatēts, ka dažādu fiksētu maksājumu veidā ģimenes ārstu prakses no valsts budžeta saņem līdz pat 90% no to kopējiem ieņēmumiem, pārējo ieņēmumu daļu veido ieņēmumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs.

Ģimenes ārstu paveiktais darbs

Lai uzlabotu nozarei piešķirtā finansējuma izmantošanas efektivitāti un lai radītu pacientam pēc būtības labāku veselības pakalpojumu pieejamību un veicinātu individuālā pacienta problēmu pilnīgāku un vispusīgāku risināšanu, Veselības ministrija politikas plānošanas dokumentos ir deklarējusi, ka, nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana jānodrošina jau pie ģimenes ārsta, apmaksājot šos pakalpojumus pēc sniegšanas fakta. Šādi tiktu veicināta arī ģimenes ārstu ieinteresētība sniegt vienkāršus pakalpojumus savā praksē, nenosūtot pacientus tālāk uz speciālistu konsultācijām.

Tomēr revīzijā konstatēts, ka ģimenes ārsti bieži vien nesniedz vienkāršus pakalpojumus savā praksē, kā arī pacienti arvien biežāk vēršas pie tiešās pieejamības speciālistiem, arī lai saņemtu pakalpojumus, kuri ietilpst ģimenes ārstu profesionālajā kompetencē. Šī tendence vairāk ir izteikta Rīgā. Arī mazākais unikālo pacientu skaita apmeklējums ir ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga. Valsts kontroles ieskatā tas liecina, ka Veselības ministrijas īstenotā politika nav efektīva un nespēj iedzīvotājus pārliecināt, ka ģimenes ārsts ir pirmais un svarīgākais saskarsmes

posms starp pacientiem un veselības aprūpes sistēmu un tieši ģimenes ārsts bieži vien var pacientiem sniegt nepieciešamo palīdzību.

Turklāt ģimenes ārstam, nosūtot pacientus pie speciālista veikt pakalpojumus, kuri ietilpst ģimenes ārstu profesionālajā kompetencē, palielinās valsts budžeta izdevumi šī pakalpojuma apmaksai. Valsts kontroles ieskatā, palielinot ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu apjomu, nozarē uzlabotos resursu izmantošanas efektivitāte.

Piemēram, ģimenes ārsta ieņēmumu daļu par konkrēta pacienta aprūpi veido gan ikmēneša maksājums par pacientu neatkarīgi no tā, vai pacients ir apmeklējis ģimenes ārstu vai nav, gan samaksa par ģimenes ārsta šim pacientam sniegto pakalpojumu. Savukārt speciālista pakalpojumi tiek apmaksāti tikai tad, ja pacients to ir apmeklējis un speciālista ieņēmumus veido maksājums par aprūpes epizodi (kas ir līdz sešām reizēm lielāks nekā noteiktais maksājums ģimenes ārstam par pacientu mēnesī), kā arī samaksa par šim pacientam sniegto pakalpojumu (tāda pati kā ģimenes ārstam).

Ja ģimenes ārsts nosūta pacientu pie speciālista veikt pakalpojumus, kuri ietilpst ģimenes ārsta profesionālajā kompetencē, speciālisti tiek noslogoti, sniedzot salīdzinoši vienkāršus pakalpojumus, līdz ar to speciālistiem samazinās iespēja sniegt pakalpojumus, kur nepieciešama īpaša sagatavotība, specifiskas zināšanas un pieredze.

Lai gan nozares profesionāļi ir norādījuši, ka jautājums par ģimenes ārstu nosūtījumu skaita samazināšanu būtu jāskata kontekstā ar klīnisko vadlīniju izstrādi, tomēr Veselības ministrijai līdz šim nav izdevies panākt vienošanos ar nozares speciālistiem par vadlīniju izstrādi un apstiprināšanu. Valsts kontroles ieskatā vadlīnijas ir viens no instrumentiem, lai samazinātu nosūtījumu skaitu, jo, izstrādājot ārstniecības procesu aprakstus (vadlīnijas) konkrētām pacientu grupām, tiktu veicināta racionāla budžeta līdzekļu izmantošana un uzlabota primārās veselības aprūpes kvalitāte, vienlaikus nostiprinot ģimenes ārsta lomu pacienta profilaksē, diagnostikā, ārstēšanā un rehabilitācijā.

Veselības ministrijas rīcība, pērkot ambulatoros pakalpojumus

Lai noteiktu, vai pieejamo resursu ietvaros īstenotā Veselības ministrijas politika ambulatorās veselības aprūpes jomā veicina efektīvu veselības aprūpes pārvaldi, revīzijā vērtējām, vai Veselības ministrija, pērkot veselības aprūpes pakalpojumus, tai skaitā izmeklējumu, dienas stacionāru un speciālistu pakalpojumus, ir rīkojusies racionāli.

Patlaban spēkā esošie pakalpojumu apmaksas nosacījumi veicina ārstniecības iestāžu ieinteresētību sniegt ambulatoros pakalpojumus. Revīzijā, vērtējot kopsavilkuma pārskatus par finanšu līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs, secināts, ka ambulatoros pakalpojums sniegt ir rentabli, piemēram, radioloģijas nodaļas ienesīguma koeficients ir pat līdz 30%.

Šobrīd valsts pērk ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus gan no valsts un pašvaldību, gan no privātajām ārstniecības iestādēm. Vidēji valstī no izlasē iekļautajiem pakalpojumu sniedzējiem valsts, pašvaldību un privāto pakalpojumu sniedzēju īpatsvars attiecīgi ir 37%, 38% un 25%, tai skaitā lielākais privāto pakalpojumu sniedzēju nodrošināto pakalpojumu īpatsvars ir Rīgā un tas veido 28% no kopējā pakalpojumu apjoma.

Kā liecina revīzijas laikā iegūtā informācija, valsts un pašvaldību veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju resursi nav noslogoti pilnībā un tiem ir iespējas palielināt veikto ambulatoro pakalpojumu

apjomu. Vienlaikus jānorāda, ka daudzi valsts un pašvaldību veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji veic arī citas valstij nepieciešamas funkcijas, piemēram, nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu 24 stundas diennaktī, rezidentu apmācību, veic pētījumus, u.c.

Valsts un pašvaldības ir spiestas dotēt sev piederošās ārstniecības iestādes, lai nodrošinātu valstij nepieciešamo funkciju veikšanas nepārtrauktību, piemēram, pašvaldības 2015.gadā savu veselības aprūpes iestāžu uzturēšanai ir veikušas ieguldījumus 3,1 miliona *euro* apmērā, savukārt valsts ir pārņēmusi tās galvoto veselības aprūpes iestāžu saistību izpildi, 2015.gadā klīniskajām universitātes slimnīcām no valsts budžeta valsts galvotā aizdevuma saistību nomaksai piešķirot 3,9 miljonus *euro*. Tai pašā laikā publisko ārstniecības iestāžu resursi netiek pilnvērtīgi izmantoti.

Ņemot vērā iepriekš minēto, Valsts kontroles uzskata, ka Veselības ministrija, slēdzot līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, nav atradusi risinājumu, lai ierobežota budžeta finansējuma apstākļos pēc iespējas racionālāk izmantotu sev un pašvaldībām piederošos resursus un uzlabotu pakalpojumu pieejamību.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz lietderības revīzijas secinājumiem, revīzijā Veselības ministrijai kā vadošajai valsts pārvaldes iestādei veselības aprūpes jomā ir sniegti ieteikumi, kurus ieviešot, tiks pilnveidota ambulatorās veselības aprūpes sistēmas darbība, tai skaitā ģimenes ārstu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, racionāli izlietojot ambulatorajai veselības aprūpei piešķirtos finanšu līdzekļus.

Ambulatorās veselības aprūpes sistēmas pilnveidošanai Valsts kontrole aicina Veselības ministriju veikt šādas darbības:

- ✓ izstrādājot nozares attīstības plānošanas dokumentus, radīt tālredzīgus, dzīvotspējīgus un labvēlīgus priekšnosacījumus ambulatorās veselības aprūpes sistēmas efektīvai darbībai;
- ✓ sadarbībā ar pašvaldībām veikt pasākumus primārās veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālās pieejamības uzlabošanai;
- ✓ pārskatot ģimenes ārstu darbības novērtēšanas un finansēšanas kārtību, izveidot efektīvu mehānismu savlaicīgas, drošas, kvalitatīvas un pieejamas veselības aprūpes nodrošināšanā, vienlaikus racionāli izmantojot pieejamos resursus;
- ✓ uzlabot valsts budžeta līdzekļu izlietojuma efektivitāti, rodot risinājumu publisko veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju resursu racionālākai izmantošanai.

Ziņojuma struktūra

Informācija ziņojumā izklāstīta šādā secībā:

- ✓ ambulatorās veselības aprūpes jomas īss raksturojums;

- ✓ revīzijas secinājumi, konstatējumi un ieteikumi, sadalot tos trīs būtiskās nodaļās. Katras nodaļas ievadā ir sniegts Valsts kontroles viedoklis, izsecinot būtiskāko un to tālāk nodaļā pamatojot ar revīzijas konstatējumiem;
- ✓ revidējamās vienības iesniegtais viedoklis par veikto revīziju;
- ✓ revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes (mērķis, juridiskais pamatojums, atbildība, apjoms, ierobežojumi).

Ziņojuma pirmajā nodaļā ir vērtēta Veselības ministrijas izstrādātajos politikas plānošanas dokumentos paredzēto pasākumu ieviešana ambulatorās veselības aprūpes jomā.

Otrajā nodaļā ir vērtēta primārās veselības aprūpes un ģimenes ārsta darbības atbilstība Veselības ministrijas noteiktajiem kvalitātes rādītāju vērtēšanas kritērijiem.

Trešajā nodaļā ir vērtēta Veselības ministrijas darbība, pērkot veselības aprūpes pakalpojumus, tai skaitā izmeklējumu, dienas stacionāru un speciālistu pakalpojumus.

Revīzijas ziņojumā ietverts revidējamās vienības iesniegtais viedoklis par veikto revīziju.

Sadaļā “Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes” ietverta informācija par revīzijas veikšanas mērķi, juridisko pamatojumu, atbildību, apjomu, ierobežojumiem, kā arī norādīti vērtēšanas kritēriji.

Ambulatorās veselības aprūpes jomas raksturojums

Kas ir ambulatorā veselības aprūpe?

Veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īstenots pasākumu komplekss pacienta veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai². Veselības aprūpes iedalījumu nosaka Ministru kabineta noteikumi³ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību (skatīt 1.attēlu).



1.attēls. Veselības aprūpes iedalījums.

Ņemot vērā veselības aprūpes iedalījumu, primārās veselības aprūpes pakalpojumi un sekundārās un terciārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi veido ambulatoro veselības aprūpi⁴, tas ir, pacientu veselības aprūpi pirmsslimnīcas etapā (skatīt 2.attēlu).

Primārās veselības aprūpes pakalpojumi

- ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegtā veselības aprūpe
- zobārsta un higiēnista sniegtā veselības aprūpe personām vecumā līdz 18 gadiem un atsevišķām iedzīvotāju kategorijām
- veselības aprūpe mājās

Sekundārās un terciārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi

- veselības aprūpe, ko sniedz vecmāte vai ārsts speciālists un citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas
- laboratoriskie un vizuālās diagnostikas izmeklējumi
- dienas stacionārā sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi
- neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās, ja persona netiek stacionēta, un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos

2.attēls. Ambulatorās veselības aprūpes iedalījums.

Ambulatorās veselības aprūpes jomas tiesiskais regulējums

Veselība ir fiziska, garīga un sociāla labklājība, valsts un tautas pastāvēšanas un izdzīvošanas dabiskais pamats⁵.

Atbilstoši Latvijas Republikas Satversmes 111.pantam valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.

Personu tiesības, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus vai vēršoties pēc tiem, reglamentē Pacientu tiesību likums. Likuma mērķis ir veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, sekmējot pacienta aktīvu līdzdalību savas veselības aprūpē, kā arī nodrošināt viņam iespēju īstenot un aizstāvēt savas tiesības un intereses. Likums nosaka, ka katrai personai ir tiesības saņemt veselības stāvoklim atbilstošu, savlaicīgu, kvalitatīvu, kvalificētu un pēctecīgu ārstniecību⁶.

Ārstniecības likuma mērķis ir regulēt sabiedriskās attiecības ārstniecībā, lai nodrošinātu slimību vai traumu kvalificētu ārstniecību, un noteikt īpašus ārstniecības iestāžu saimnieciskās darbības tiesiskā regulējuma noteikumus⁷.

Pašu veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem, samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem, kā arī kārtību, kādā veidojamas plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindas, reglamentē Ministru kabineta noteikumi⁸ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas organizācija

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā ir iesaistītas vairākas institūcijas⁹ (skatīt 3.attēlu).

Veselības ministrija - vadošā valsts pārvaldes iestāde veselības nozarē	• izstrādā valsts politiku slimību profilakses, diagnostikas, ārstēšanas, pacientu rehabilitācijas un veselības aprūpes organizācijas apakšjomās, organizē un koordinē veselības politikas īstenošanu • izstrādā nozari reglamentējošo tiesību aktu un politikas plānošanas dokumentu projektus • nodrošina nozares politikas īstenošanu ministrijas padotībā esošajās valsts pārvaldes iestādēs • pārbauda ārstniecības iestāžu un to struktūrvienību atbilstības novērtēšanu • pārbauda veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanu ārstniecības iestādēs • pārbauda veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību • sagatavo un sniedz priekšlikumus par nepieciešamo finansējumu no valsts budžeta
Nacionālais veselības dienests - īsteno valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus	• administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus • slēdz līgumus par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem norēķinās par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem • veic valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasi • analizē noslēgto līgumu izpildi un apkopo informāciju par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību • izstrādā no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un samaksas nosacījumus • izstrādā priekšlikumus par veselības aprūpei piešķirtā finansējuma efektīvu izmantošanu
Veselības inspekcija - īsteno veselības nozares uzraudzību un kontroli	• uzrauga un kontrolē ārstniecības iestādēm saistošo normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes jomā, kā arī veselības aprūpes profesionālo kvalitāti ārstniecības iestādēs • kontrolē, vai ārstniecības iestādes atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām un vai ārstniecības personām ir sertifikācijas institūcijas izsniegti ārstniecības personas sertifikāti • kontrolē normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes jomā, kā arī uzrauga tirgu veselības aprūpes jomā
Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji - pakalpojumus sniedz, pamatojoties uz līgumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu	• sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumus • sniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus • veic krūts vēža, dzemdes kakla vēža un zarnu vēža skrīninga izmeklējumus

3.attēls. Ambulatorajā veselības aprūpē iesaistītās institūcijas.

Finansējums ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai

Ņemot vērā ārvalstu pieredzi un Pasaules veselības organizācijas rekomendācijas¹⁰, saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem¹¹ Nacionālais veselības dienests veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētos valsts budžeta līdzekļus novirza samaksai:

- ✓ par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 45 % apmērā;
- ✓ par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 53 % apmērā;
- ✓ starpvalstu norēķiniem ar ārstniecības iestādēm par attiecīgo¹² valstu iedzīvotāju Latvijā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos, – ne vairāk kā 2 % apmērā.

No valsts budžeta samaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu finanšu apmēru (budžetu) katram līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošam veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam nosaka kalendāra gadam, ņemot vērā izsludināto likumu par valsts budžetu kārtējam gadam¹³. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta mājaslapā pieejamajai informācijai¹⁴ ambulatorās veselības aprūpes noslēgto līgumu apmērs 2014., 2015. un 2016.gadam bija attiecīgi 258,17 miljoni, 259,15 miljoni un 258,35 miljoni *euro*.

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai paredzētie līdzekļi tālāk tiek novirzīti:

- ✓ primārās veselības aprūpes pakalpojumu (PVA) izdevumu segšanai (skatīt 4.attēlu);

Primārās veselības aprūpes ārstu pakalpojumi kopā, tai skaitā:	2014.	2015.	2016.
	81,20	82,98	82,86
PVA ārstu kapitācijas nauda	28,92	29,05	28,65
Ģimenes ārsta praksei paredzētā māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanas maksājums	17,59	18,45	18,62
Zobārstniecība	8,84	8,71	8,29
Veselības aprūpes pakalpojumi mājās pacientiem ar smagām slimībām	5,64	6,33	6,23
Ikmēneša fiksētais maksājums ārstu praksei	5,61	5,63	6,69
Pacientu iemaksas kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	4,30	4,18	4,15
Apmaksājamās manipulācijas	4,21	4,31	3,90
PVA ārstu fiksētās piemaksas (par ģimenes ārsta otrā sertificētu pieņemšanas vietu, par prakses darbības nodrošināšanu lauku teritorijā, par reģistrēto pacientu vecuma struktūras atbilstību ģimenes ārsta prakses tipam un par hronisko slimnieku aprūpi)	3,80	3,74	3,71
Maksājums par PVA pakalpojumu nodrošināšanu (ārstu palīgi sertificētos feldšerpunktos)	0,56	0,58	0,59
Ģimenes ārsta iepriekšējā gada darbības novērtējuma maksājums	0,46	0,70	0,70
Maksājumi no ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma neizmaksātās daļas (maksājumam par pacientam savlaicīgi atklātu vēzi 1. vai 2.stadijā un ģimenes ārsta kontrolēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikuma izmaksa)	0,46	0,41	0,47
Fiksētais maksājums dežūrārstu kabinetiem	0,42	0,41	0,41
Maksājums jaunvērtām ģimenes ārstu praksēm	0,19	0,28	0,15
Nereģistrēto pacientu ambulatorās aprūpes pakalpojumu apmaksa	0,15	0,14	0,14
Maksājums par profilaktiskajiem izmeklējumiem (slēptās asinis)	0,05	0,06	0,05
Rezerve maksājumiem no ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma neizmaksātās daļas	x	x	0,11

4.attēls. Primārās ambulatorās veselības aprūpes finansēšanas maksājumu veidi un noslēgto līgumu apmērs 2014., 2015. un 2016.gadā (miljonos euro).

Avots: Nacionālā veselības dienesta informācija.

- ✓ sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu (SAVA) segšanai (skatīt 5.attēlu).

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi kopā, tai skaitā:	2014.	2015.	2016.
	176,97	176,19	175,49
Epizodes un manipulācijas, tai skaitā hroniska un akūta nieru aizstājējterapija dienas stacionārā	121,40	119,83	119,91
Laboratoriskie izmeklējumi (bez laboratoriskajiem izmeklējumiem ar kodiem AP0803, AP0804, AP204 un AP205) (ar ieturējumu/piemērojot koeficientu)	27,55	28,34	25,96
Pacientu iemaksas kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	10,31	9,55	9,25
Fiksētais maksājums ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām	9,42	9,96	9,87
Profilaktiskie izmeklējumi (ar ieturējumu) (profilaktisko apskāšu programma, skrīningizmeklējumu programma un pēcprofilakses izmeklējumi)	7,72	8,03	8,13
Augsta riska bērnu profilakse pret sezonālo saslimšanu ar respiratori sincitiālo vīrusu (Synagi)	0,47	0,37	0,46
Prognozējamā invaliditāte un novēršamās invaliditātes ārstu konsīlijs	0,10	0,11	0,07
Histoloģiskie izmeklējumi	x	x	1,80
Priekšlaicīgi dzimušo bērnu profilakse	x	x	0,04

5.attēls. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes finansēšanas maksājumu veidi un noslēgto līgumu apmērs 2014., 2015. un 2016.gadā (miljonos euro).

Avots: Nacionālā veselības dienesta informācija.

Revīzijas secinājumi, konstatējumi un ieteikumi

I. Vai Veselības ministrija ir ieviesusi politikas plānošanas dokumentos paredzētos pasākumus ambulatorās veselības aprūpes jomā?

Attīstības plānošanas sistēmas likumā¹⁵ ir noteikts, ka attīstības plānošana ir mērķu un to sasniegšanai nepieciešamās rīcības izstrāde nolūkā īstenot politiski noteiktas prioritātes un nodrošināt sabiedrības attīstību.

Mērķis ir vēlamais stāvoklis, ko vēlas sasniegt, pilnveidojot noteiktu politikas jomu, un tam ir jābūt virzītam uz situācijas daļēju uzlabošanu vai arī uz problēmas pilnīgu atrisinājumu¹⁶. Savukārt attīstības plānošanas rezultāti ir attīstības plānošanas dokumentu īstenošanas gaitā valsts un pašvaldību institūciju izstrādātie produkti un pakalpojumi (darbības rezultāts), kā arī sabiedrībā un tautsaimniecībā panāktās pārmaiņas (politikas rezultāts), kuru noteikšanai izmanto rezultatīvos rādītājus¹⁷ (mērķa kritērijus, politikas un darbības rezultāta pazīmes skatīt 1.pielikumā).

Saskaņā ar Ministru kabineta instrukciju¹⁸ politikas rezultāts ir hierarhiski pakārtots un atbilst konkrētam politikas mērķim, un tas attēlo mērķa sasniegšanas pakāpi noteiktā laikposmā, savukārt darbības rezultāts ir hierarhiski pakārtots vienam vai vairākiem politikas rezultātiem un tā plānošanas nolūks ir gan iestādes darba rezultātu apjoma, gan mērķtiecīguma un efektivitātes atspoguļošana.

Attīstības plānošanā ievēro Attīstības plānošanas sistēmas likumā¹⁹ noteiktos pamatprincipus, tai skaitā finansiālo iespēju principu, kas paredz izvērtēt esošos un vidējā termiņā prognozētos resursus un piedāvāt efektīvākos risinājumus attiecībā uz nosprausto mērķu sasniegšanai nepieciešamajām izmaksām, kā arī aktualitātes principu, kas paredz attīstības plānošanas dokumentus aktualizēt atbilstoši situācijai.

Ministru kabineta noteikumi²⁰ par attīstības plānošanas dokumentu izstrādi un ietekmes izvērtēšanu nosaka, ka institūcijas sistemātiski un konsekventi īsteno attīstības plānošanas dokumentā paredzētos uzdevumus noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai. Plānošanas dokumenti, kas apstiprināti Ministru kabinetā, ir saistoši visām tiešās pārvaldes iestādēm.

Valsts kontrole revīzijas ietvaros analizēja Veselības ministrijas izstrādātos politikas plānošanas dokumentus, kas attiecas uz ambulatorās veselības aprūpes jomu, lai noskaidrotu, vai, ieviešot šajos dokumentos paredzētos pasākumus, ir radīti priekšnosacījumi, lai ambulatorās veselības aprūpes sistēma darbotos efektīvi, tas ir, vai plānotie pasākumi noteikto mērķu un izvirzīto rezultātu sasniegšanai ir veikti kvalitatīvi un norādītajos termiņos.

Valsts kontrole revīzijas ietvaros vērtēja šādus politikas plānošanas dokumentus, kas skar veselības aprūpes apakšnozari, tai skaitā kvalitatīvas ambulatorās veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu:

- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam²¹,

jo līdz 14.10.2014. tās ir nozīmīgākais vidēja termiņa politikas plānošanas dokuments veselības nozarē, kas izstrādāts, lai saglabātu, uzlabotu un atjaunotu Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokli septiņu gadu periodā;

- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam²²,

jo tās turpina aizsāktās sabiedrības veselības politikas īstenošanu, aktualizējot Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011.-2017.gadam iekļauto situācijas raksturojumu, problēmu formulējumu, mērķus, politikas rezultātus, rīcības virzienos ietvertos uzdevumus un saskaņojot to ar Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.-2020.gadam un Eiropas Savienības 2014.-2020.gada finanšu plānošanas periodu;

- ✓ Primārās veselības aprūpes attīstības plānu 2014.-2016.gadam²³,

lai izvērtētu plānoto un paveikto primārās veselības aprūpes stiprināšanā;

- ✓ Onkoloģisko slimību kontroles programmu 2009.-2015.gadam²⁴,

lai izvērtētu plānoto un paveikto mirstības no onkoloģiskajām slimībām mazināšanai ambulatorās veselības aprūpes līmenī;

- ✓ Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānu 2013.-2015.gadam²⁵,

lai izvērtētu plānoto un paveikto mirstības no sirds un asinsvadu slimībām mazināšanai ambulatorās veselības aprūpes līmenī.

Izvērtējot politikas plānošanas dokumentos plānotos rezultātus un to sasniegšanas noteikšanai izmantotos rezultātīvos rādītājus, secināts, ka ne visos gadījumos rezultātīvie rādītāji ir noteikti kvalitatīvi un ne visos gadījumos iespējams ar tiem noteikt politikas plānošanas dokumentos izvirzīto mērķu sasniegšanas pakāpi, jo, piemēram, noteikto rezultātīvo rādītāju vērtības nav salīdzināmas pa gadiem un līdz ar to nav iespējams novērtēt to izmaiņu tendences, rezultātīvie rādītāji noteikti ar pretēju tendenci vēlamajām pozitīvajām izmaiņām un to sagaidāmās izmaiņu tendences dažādos politikas plānošanas dokumentos atšķiras, rezultātīvajiem rādītājiem nav norādīts atsauces līmenis, pret ko tiks vērtēta to izpilde nākotnē, īstermiņa politikas plānošanas dokumentos (plānos) noteikti tādi rezultāti un to rezultātīvie rādītāji, kuru nozīmīgas izmaiņas un tendences var konstatēt tikai ilgtermiņā, arī noteiktie darbības rezultātu rezultātīvie rādītāji neatbilst darbības rezultāta pazīmēm un nesniedz informāciju par iestādes darba rezultātu apjomu, mērķtiecīgumu un efektivitāti.

Revīzijā, vērtējot attīstības plānošanas dokumentos noteikto rādītāju izpildi, secināts turpmāk minētais:

● nav sasniegts plānotais izmaiņu līmenis politikas plānošanas dokumentos noteiktajiem rādītājiem – samazināt mirstību no asinsrites sistēmas un onkoloģiskajām slimībām, jo nav vērojama stabila izmaiņu tendence vēlamajā virzienā;

● lai arī Veselības ministrija ir norādījusi, ka šie dati ir tikai starprādītāji un uz to pamata nav iespējams izdarīt secinājumus par plāna izpildi kopumā, tomēr Valsts kontrole vērš uzmanību, ka lielākā daļa (pieci no septiņiem izlasē iekļautajiem rādītājiem) Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.-2016.gadam darbības rezultātu, kas paredz uzlabot primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti un drošību, nodrošināt iedzīvotāju informēšanu par primārās veselības aprūpes aktuālajām tēmām un veicināt pacientu līdzestību, 2014.gadā vēl nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un rezultatīvajiem rādītājiem, salīdzinot ar atsauces gadiem (2010. vai 2012.gads), ir pat pretēja izmaiņu tendence;

● nav sasniegts Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam politikas rezultāts palielināt pacientu ārstēšanos ambulatorajā sektorā, jo noteiktajam rezultatīvajam rādītājam, kas raksturo ambulatoro apmeklējumu skaitu pie primārās veselības aprūpes ārsta vienam pacientam gadā par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem, ir jāpalielinās, bet tam pretēji plānotajam ir tendence samazināties, savukārt rādītājam, kas raksturo vidējo gultdienu skaitu uz vienu pacientu, ir jāsamazinās, taču tas ir tikai nedaudz samazinājies un turpmāk palicis nemainīgs, nesasniedzot plānoto 2014.gada līmeni.

Lai gan politikas plānošanas dokumenti, kas apstiprināti Ministru kabinetā, ir saistoši visām tiešās pārvaldes iestādēm, izvērtējot Veselības ministrijas faktiskās darbības, ieviešot politikas plānošanas dokumentos iekļautos pasākumus ambulatorās veselības aprūpes jomā, secināts, ka atbildīgās institūcijas nepietiekami sistemātiski un konsekventi īsteno plānotos pasākumus noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai un no 39 izlasē iekļautajiem pasākumiem Valsts kontroles ieskatā nav ieviests 31 pasākums.

Revīzijā, izvērtējot, kāpēc plānotie pasākumi nav ieviesti, Valsts kontrole ir nonākusi pie šādiem secinājumiem:

● ne visos gadījumos ir ievērots finansiālo iespēju princips un pasākumi nav plānoti, izvērtējot esošos un prognozētos resursus. Piemēram, no Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015.gadam izlasē iekļautajiem pieciem pasākumiem, kuriem bija nepieciešams papildu finansējums, nav īstenoti četri pasākumi 1 882 260 euro apmērā, kas ir 28 % no visa kopējā plānotā nepieciešamā papildu

finansējuma (neņemot vērā vēl tos pasākumus, kurus bija plānots īstenot Eiropas Savienības fondu finansējuma ietvaros);

- noteiktajā termiņā nav ieviesti arī tādi politikas plānošanas dokumentos paredzētie pasākumi, kuri īstenojami piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros. Piemēram, daudzi Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.-2016.gadam pasākumi primārās veselības aprūpes teritoriālās un organizatoriskās pieejamības uzlabošanai. Arī Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2011.-2017.gadam bija plānots līdz 31.12.2012. identificēt faktorus, kas kavē organizētā vēža skrīninga īstenošanu, un pilnveidot skrīninga izmeklēšanu onkoloģisko slimību agrīnai diagnosticēšanai. Lai gan valsts organizētā un apmaksātā vēža skrīninga programma tika aizsākta 2009.gadā, Veselības ministrija, apzinoties pastāvošās problēmas tās norisē, laikus neveica atbilstošas darbības, lai tās novērstu;

- pastāv risks, ka politikas plānošanas dokumentos nav iekļauts efektīvākais risinājums attiecībā uz izvirzīto mērķu sasniegšanai nepieciešamajām aktivitātēm. Piemēram, Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015.gadam tika plānots pasākumu kopums, lai līdz 30.12.2015. pie ārstniecības iestādēm izveidotu 30 kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetus un uzsāktu kardioloģisko pacientu aprūpi, savukārt, informējot par pasākumu ieviešanu, Veselības ministrija norādīja, ka viedokļi par šādu kabinetu nepieciešamību un efektīvāko to darbības formu krasi atšķīrās un šādu kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetu izveide ir viens no risinājumiem, taču to ieviešana vērtējama kontekstā ar izmaksu efektivitāti un citiem pieejamiem resursiem;

- citā gadījumā nav gūta pārlicība, ka atbildīgās institūcijas izprot ieviešamā pasākuma būtību, vai arī kā pasākuma rezultāts ir norādītas darbības, kas faktiski ir veiktas pirms politikas plānošanas dokumenta stāšanās spēkā vai arī jau pēc tā darbības beigām, kā arī darbības, kas neatbilst plānotajam darbības rezultātam;

- nav ievērots aktualitātes princips, kas paredz, ka attīstības plānošanas dokumentus aktualizē atbilstoši situācijai. Piemēram, ņemot vērā finansējuma apmēru un iestāžu reorganizāciju, pārstrukturizāciju un funkciju pārdali veselības aprūpes nozarē, Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam netika pārstrādāta un pielāgota atbilstoši pieejamajiem resursiem.

Attiecībā uz dažiem politikas plānošanas dokumentos paredzētiem un ieviesti pasākumiem secināts, ka, lai arī pasākumi formāli ir īstenoti, tie nerasniedz savu mērķi, piemēram, neskatoties uz obligāto prasību, 14 % lielo prakšu joprojām nav otrās mēģas

vai ārsta palīga vai arī, lai gan ir izveidoti ģimenes ārstu aizvietotāju saraksti, tomēr ārstu aktivitāte ir neliela, turklāt Rīgā, Kurzemē un Vidzemē ģimenes ārstu aizvietotāju sarakstā nav reģistrēts neviens ģimenes ārsts.

Revīzijas laikā izlases veidā tika vērtēta vairākos politikas plānošanas dokumentos paredzēto pasākumu ambulatorās veselības aprūpes jomā īstenošanas gaita (skatīt 2.pielikumu).

Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam un Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam virsmērķis ir pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. Šī mērķa sasniegšanai ir definēti vairāki apakšmērķi, tai skaitā attiecībā uz efektīvas veselības aprūpes sistēmas pārvaldes un resursu izmantošanas nodrošināšanu un saslimstības un mirstības no neinfekcijas slimībām samazināšanu.

Lai sasniegtu noteiktos mērķus, Veselības ministrija Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011.-2017.gadam un Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014.-2020.gadam plānoja pasākumus kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošanai, nodrošinot pakalpojumu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem, un neinfekcijas slimību riska faktoru mazināšanai.

Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011.-2017.gadam iepriekš minēto rīcības virzienu ietvaros plānoti 23 pasākumi. Valsts kontroles ieskatā nav īstenoti divi no trim izlasē iekļautajiem plānotajiem pasākumiem (skatīt 6.attēlu).



6.attēls. Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011.-2017.gadam plānotie pasākumi.

Ņemot vērā to, ka Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam ir spēkā no 14.10.2014., kā arī lielākajai daļai pasākumu ieviešanas termiņš vēl nav pienācis, izlasē tika iekļauts viens pasākums, kura īstenošanu bija plānots veikt līdz 30.12.2015. Valsts kontroles ieskatā šis pasākums nav īstenots (skatīt 7.attēlu).

Kvalitatīvas, drošas un ilgtspējīgas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana (t. sk. pacienta iemaksu samazināšana, rindu saīsināšana uz plānveida pakalpojumiem, darba samaksas paaugstināšana veselības aprūpes nozares darbiniekiem, zāļu pieejamība pacientiem), nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem

pārskatīt kardioloģijas, onkoloģijas, pediatrijas un ģimenes medicīnas pakalpojumu apmaksas tarifus, definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus un paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts

Nepieciešams papildus finansējums



Rīcības virziens

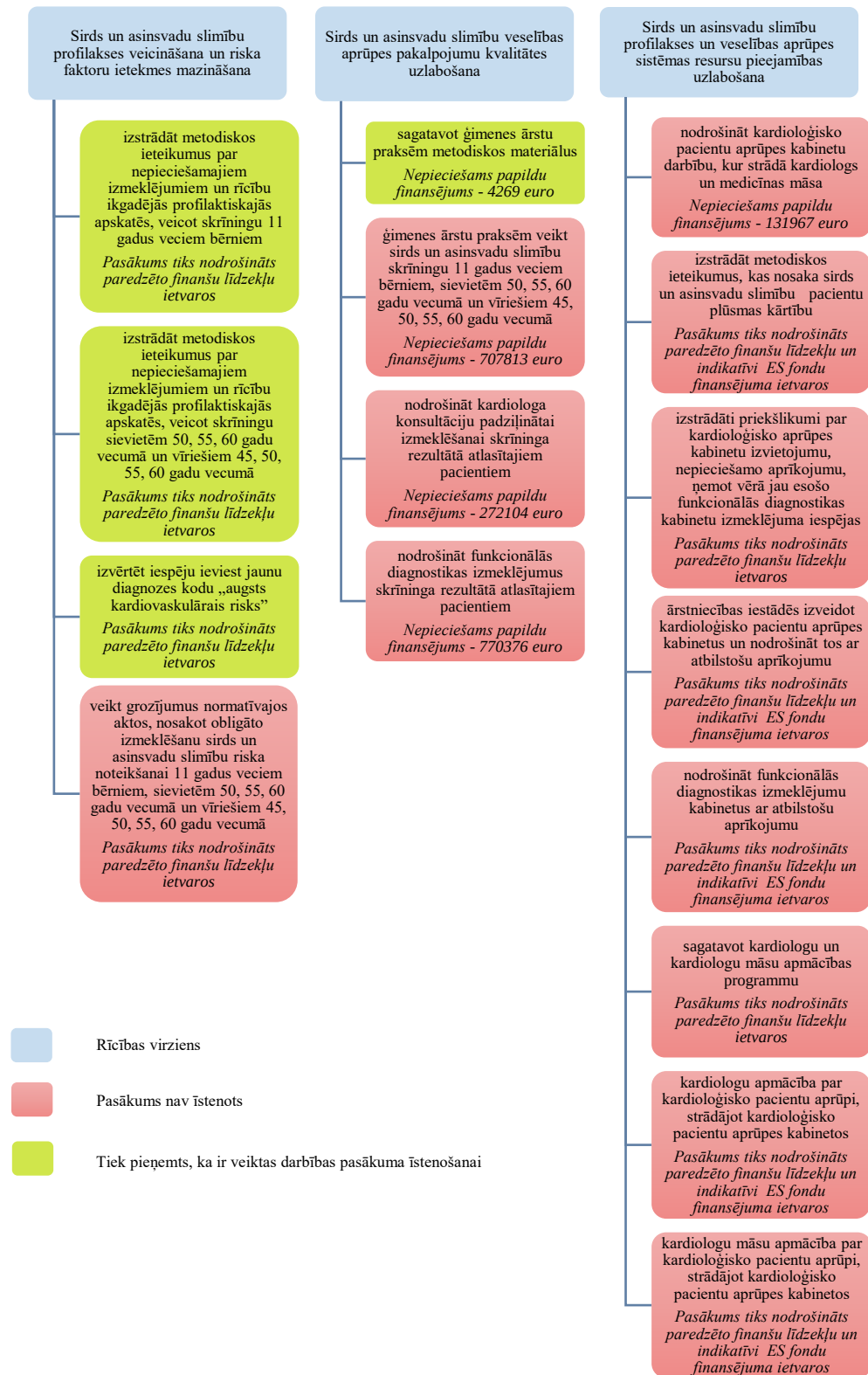


Pasākums nav īstenots

7.attēls. Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam plānotie pasākumi.

Lai veicinātu Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam apakšmērķa – samazināt saslimstību un mirstību no neinfekcijas slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību – sasniegšanu, tika izstrādāts Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam, kura mērķis ir samazināt mirstību no sirds un asinsvadu slimībām.

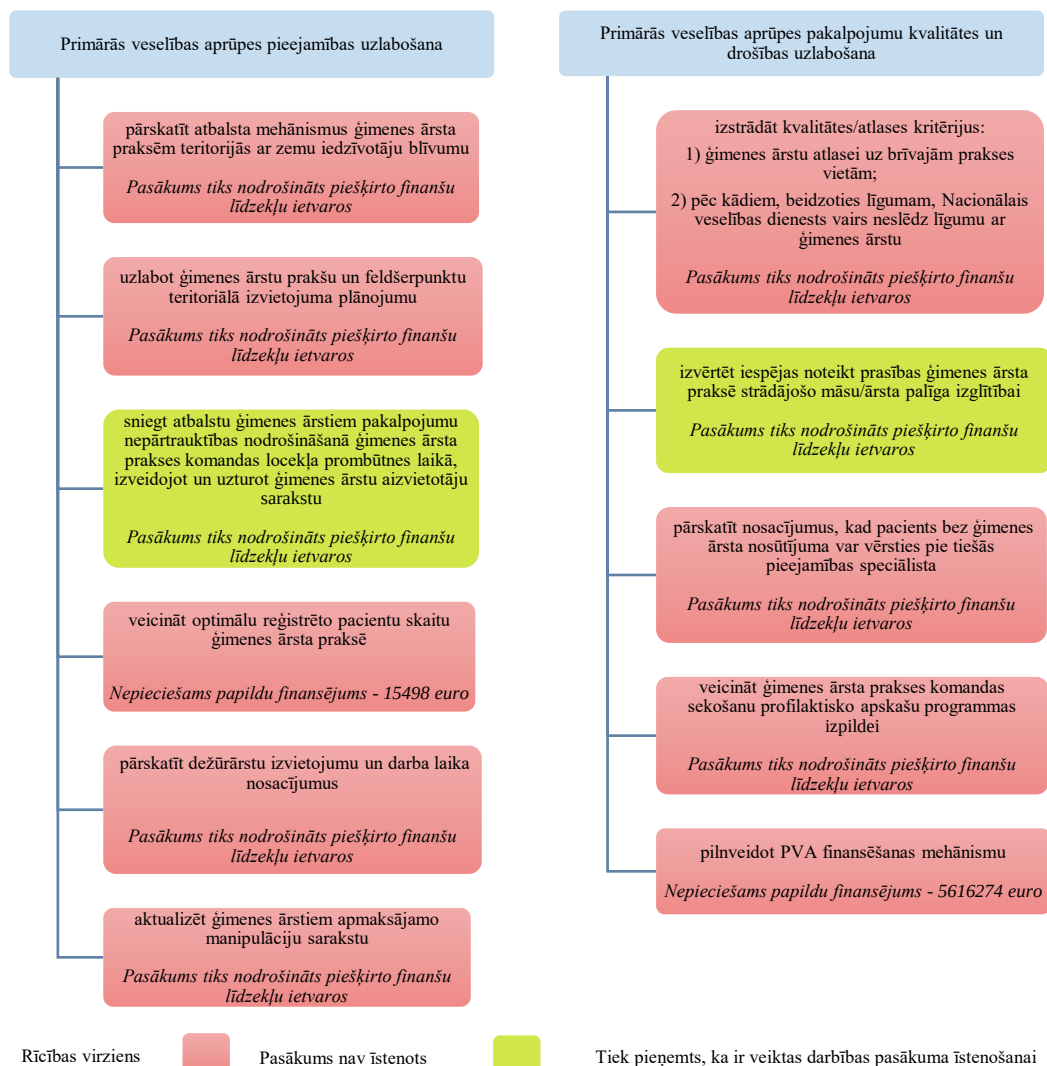
Lai sasniegtu noteikto mērķi, Veselības ministrija Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015.gadam paredzēja 32 pasākumus sirds un asinsvadu slimību profilakses veicināšanai un riska faktoru ietekmes mazināšanai, pilnveidojot agrīnu sirds un asinsvadu slimību diagnostiku, veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai, pilnveidojot sirds un asinsvadu slimību riska mazināšanu un ārstēšanu primārajā un sekundārajā līmenī, un slimību profilakses un veselības aprūpes sistēmas resursu pieejamības uzlabošanai (skatīt 8.attēlu). Valsts kontroles ieskatā nav īstenoti 12 no 16 izlasē iekļautajiem plānotajiem pasākumiem.



8.attēls. Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015.gadam paredzētie pasākumi.

Lai veicinātu Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam apakšmērķa – nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem no valsts budžeta apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem – sasniegšanu, tika izstrādāts Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, kura mērķis ir stiprināt primāro veselības aprūpi kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot primārās veselības aprūpes lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabot primārās veselības aprūpes kvalitāti.

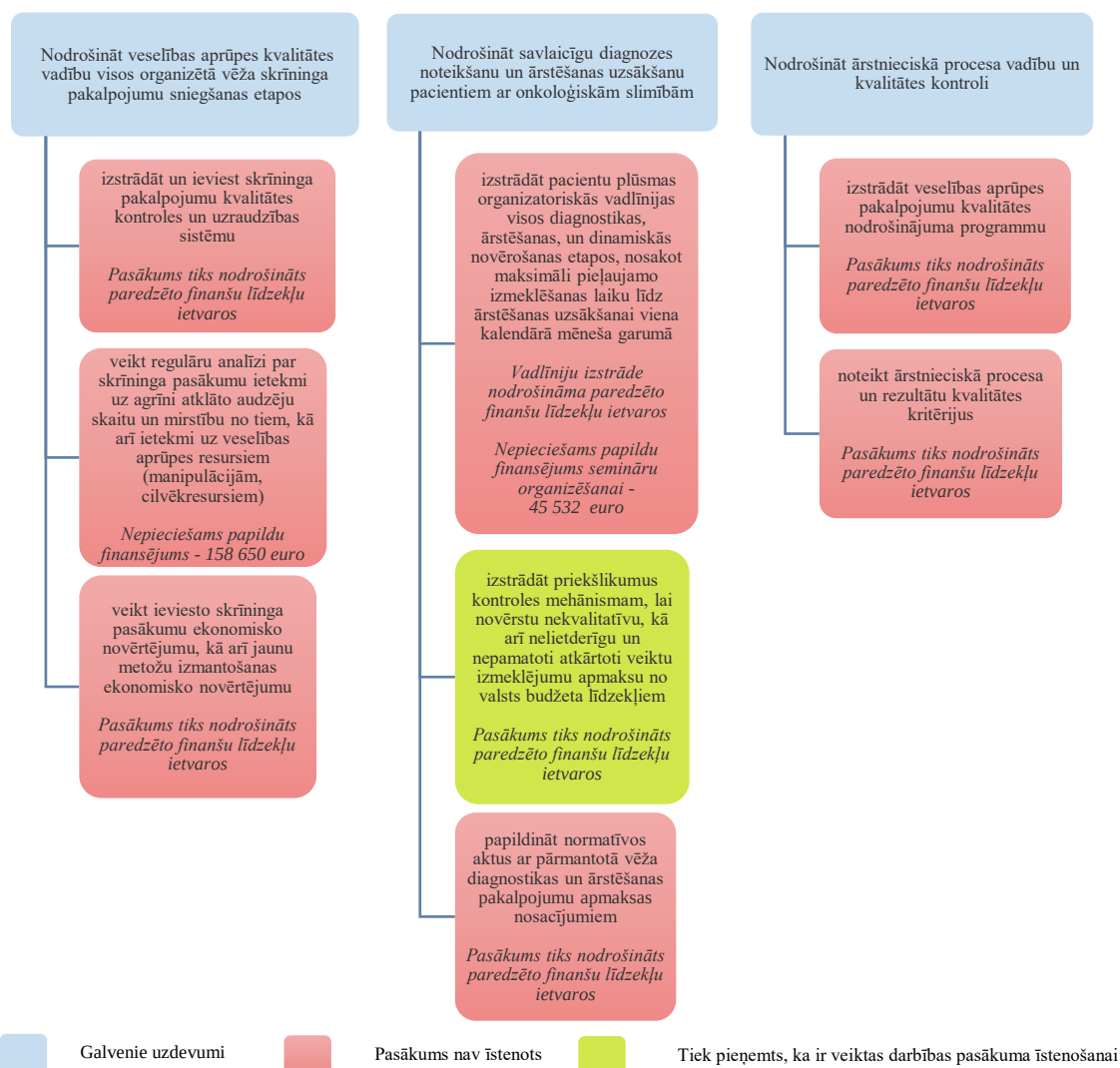
Lai sasniegtu noteikto mērķi, Veselības ministrija Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.-2016.gadam primārās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanai plānoja 21 pasākumu primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju teritoriālās un organizatoriskās pieejamības uzlabošanai un primārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un drošības uzlabošanai, pilnveidojot primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba organizāciju, prasības pakalpojumu sniedzējiem un finansēšanas mehānismu un palielinot veselības veicināšanas un slimību profilakses lomu primārās veselības aprūpes līmenī (skatīt 9.attēlu). Valsts kontroles ieskatā nav īstenoti deviņi no 11 izlasē iekļautajiem plānotajiem pasākumiem.



9.attēls. Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.-2016.gadam paredzētie pasākumi.

Onkoloģisko slimību kontroles programmas 2009.-2015.gadam mērķis ir samazināt saslimšanas risku ar onkoloģiskām slimībām, pagarināt onkoloģisko slimnieku dzīvildzi un uzlabot dzīves kvalitāti.

Lai sasniegtu noteikto mērķi, Veselības ministrija Onkoloģisko slimību kontroles programmā 2009.-2015.gadam plānoja 12 pasākumus, lai nodrošinātu savlaicīgu diagnozes noteikšanu un ārstēšanas uzsākšanu pacientiem ar onkoloģiskām slimībām, veselības aprūpes kvalitātes vadību visos organizētā vēža skrīninga pakalpojumu sniegšanas etapos un ārstnieciskā procesa vadību un kvalitātes kontroli (skatīt 10.attēlu). Valsts kontroles ieskatā nav īstenoti septiņi no astoņiem izlasē iekļautajiem plānotajiem pasākumiem.



10.attēls. Onkoloģisko slimību kontroles programmā 2009.-2015.gadam plānotie pasākumi.

Tā kā attīstības plānošanas dokumentā paredzētos uzdevumus īsteno noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai, revīzijas ietvaros izlases veidā tika veikts arī to rezultātu un rezultatīvo rādītāju sasniegšanas pakāpes izvērtējums, kas Valsts kontroles ieskatā ir attiecināmi uz ambulatorās veselības aprūpes līmeni (skatīt 2.pielikumu). Revīzijā konstatēts turpmāk minētais:

- ✓ nav sasniegti politikas plānošanas dokumentos noteiktie rādītāji samazināt saslimstību un mirstību no asinsrites sistēmas un onkoloģiskajām slimībām, jo noteiktajiem rezultātīvajiem rādītājiem, kas raksturo priekšlaicīgu mirstību no asinsrites sistēmas slimībām un ļaundabīgajiem audzējiem, potenciāli zaudētos mūža gadus sirds un asinsvadu slimību dēļ, jauno onkoloģisko gadījumu skaitu, IV stadijas onkoloģisko slimnieku īpatsvaru un onkoloģisko pacientu dzīvildzi, nav vērojama stabila izmaiņu tendence vēlamajā virzienā vai ir vērojama pat pretēja izmaiņu tendence, kā arī nav sasniegts plānotais izmaiņu līmenis;

- ✓ nav sasniegts Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam politikas rezultāts – palielinās pacientu ārstēšanās ambulatorajā sektorā –, jo noteiktajam rezultatīvajam rādītājam, kas raksturo ambulatoro apmeklējumu skaitu pie primārās veselības aprūpes ārsta vienam pacientam gadā par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem, ir jāpalielinās, savukārt rādītājam, kas raksturo vidējo gultdienu skaitu uz vienu pacientu, ir jāsamazinās. Salīdzinot atsaucē līmeni ar rādītāju izpildi pa gadiem, ambulatoro apmeklējumu skaitam pretēji plānotajam ir tendence samazināties, savukārt vidējais gultdienu skaits uz vienu pacientu ir nedaudz samazinājies un turpmāk palicis nemainīgs, nesasniedzot plānoto 2014.gada līmeni;
- ✓ Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.-2016.gadam darbības rezultātu – uzlabota primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, kvalitāte un drošība, nodrošināta iedzīvotāju informēšana par primārās veselības aprūpes aktuālām tēmām un veicināta pacientu līdzestība – rezultatīvo rādītāju lielākā daļa (pieci no septiņiem izlasē iekļautajiem rādītājiem) 2014.gadā vēl nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un tiem, salīdzinot ar atsaucē gadiem (2010. vai 2012.gads), ir pat pretēja izmaiņu tendence;
- ✓ noteiktā rezultatīvā rādītāja vērtības nav salīdzināmas pa gadiem, un līdz ar to nav iespējams novērtēt tā izmaiņu tendences. Piemēram, Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam rādītāja, kas raksturo veselīgi nodzīvotā mūža ilgumu, vērtības, sākot ar 2013.gadu, nav salīdzināmas, jo ir mainījusies metodoloģija, arī Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.-2016.gadam rādītāja, kas norāda uz iedzīvotāju īpatsvaru, kuri ir apmierināti ar sava ģimenes ārsta darbu, vērtības nav salīdzināmas, jo 2014.gada aptaujā jautājumam ir mainījies atbilžu variantu formulējums;
- ✓ vairāki rezultatīvie rādītāji ir noteikti ar pretēju tendenci vēlamajām pozitīvajām izmaiņām un to izmaiņu tendence dažādos dokumentos atšķiras. Piemēram, Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2011.-2017.gadam rezultatīvais rādītājs, kas raksturo priekšlaicīgu mirstību no asinsrites sistēmas slimībām sievietēm, ir noteikts ar samazinājumu, bet vīriešiem – ar pieaugumu, savukārt Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015.gadam tāds pats rezultatīvais rādītājs abās dzimumu grupās ir noteikts ar samazinājumu;
- ✓ noteiktie darbības rezultāta rezultatīvie rādītāji neatbilst darbības rezultāta pazīmēm un nesniedz informāciju par mērķa sasniegšanu vai iestādes darbības efektivitāti. Piemēram, Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.-2016.gadam rezultatīvie rādītāji, kas raksturo iedzīvotāju īpatsvaru, kuri pēdējā gada laikā apmeklēja ģimenes ārstu;
- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam virsmērķa – palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību – sasniegšanas mērīšanai noteiktajiem rezultatīvajiem rādītājiem nav norādīts atsaucē līmenis, pret ko tiks vērtēta to izpildes tendence līdz 2020.gadam;
- ✓ plānos, kas ir īstermiņa politikas plānošanas dokumenti, Veselības ministrija noteikusi tādus rezultātus un to rezultatīvos rādītājus, kuru nozīmīgas izmaiņas un tendences var konstatēt tikai ilgtermiņā. Piemēram, Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015.gadam politikas rezultāta – samazinājusies priekšlaicīga mirstība no sirds un asinsrites sistēmas slimībām – rezultatīvie rādītāji, kas raksturo mirstību vai potenciāli zaudētos mūža gadus sirds un asinsvadu slimību dēļ.

Revīzijas laikā konstatēts, ka politikas plānošanas dokumentos iekļauti pasākumi, kuri formāli ir uzskatāmi par ieviestiem, tomēr tie nesasniedz savu mērķi, piemēram:

- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam pasākums – ģimenes ārsta praksē iesaistīt otro māsu, nodrošinot, ka māsa patstāvīgi pieņem pacientus.

Saskaņā ar informatīvo ziņojumu²⁶ viena no pasākuma ieviešanas darbībām, lai stiprinātu ģimenes ārstu komandas darbu, ir saistīta ar izmaiņām normatīvajā regulējumā, paredzot, ka ģimenes ārstu praksēm, kurās ir vairāk par 1800 reģistrētiem pacientiem (vai 800 pacientu vecumā līdz 18 gadiem), obligāti jāpiesaista otra māsa vai ārsta palīgs. Tomēr, lai arī Ministru kabineta noteikumos²⁷ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību šāda prasība ir noteikta, saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta iesniegto informāciju uz 01.09.2015. 14 % jeb 47 no 339 ģimenes ārstu praksēm, kurās reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 1800, joprojām nav otrās māsas vai ārsta palīga;

- ✓ Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.-2016.gadam pasākums – sniegt atbalstu ģimenes ārstiem pakalpojumu nepārtrauktības nodrošināšanā ģimenes ārsta prakses komandas locekļa prombūtnes laikā, izveidojot un uzturot ģimenes ārstu aizvietotāju sarakstu.

Revīzijas ietvaros, apkopojot informāciju²⁸ par šo aktivitāti, konstatēts, ka ģimenes ārstu vēlme iesaistīties aktivitātes nodrošināšanā nav augsta. Piemēram, Zemgales nodaļā ir reģistrēts viens ģimenes ārsts uz piecām teritorijām, kurās tas ir izteicis vēlēšanos strādāt, savukārt Latgales nodaļā ir reģistrēti divi ģimenes ārsti uz divām teritorijām, kurās tie ir izteikuši vēlēšanos strādāt. Rīgā, Kurzēmē un Vidzemē ģimenes ārstu aizvietotāju sarakstā nav reģistrēts neviens ģimenes ārsts.

Veselības ministrija Revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā informēja²⁹, ka, ja attiecīgajā reģionā ģimenes ārstu aizvietotāju sarakstā nav reģistrēts neviens ģimenes ārsts, tas nozīmē, ka konkrētajā brīdī neviens ģimenes ārsts nav izteicis vēlēšanos strādāt noteiktajā teritorijā kā aizvietotājs gadījumā, ja attiecīgās teritorijas ģimenes ārsts atradīsies prombūtnē. Veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktība tiek nodrošināta neatkarīgi no ģimenes ārstu aizvietotāju sarakstā reģistrētajiem ģimenes ārstiem. Katram ģimenes ārstam, kas noslēdzis līgumu ar Nacionālo veselības dienestu, ir savs aizvietotājs (jau līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošs ģimenes ārsts) gadījumiem, kad savā pamatdarbības teritorijā praktizējošs ģimenes ārsts kādu iemeslu dēļ nevar īslaicīgi sniegt primārās veselības aprūpes pakalpojumus.

Revīzijas laikā konstatēts, ka pasākums nav ieviests, un nav gūta pārliecība, ka atbildīgās institūcijas izprot ieviešamā pasākuma būtību, piemēram:

- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.-2020.gadam plānots līdz 30.12.2015. pārskatīt kardioloģijas, onkoloģijas, pediatrijas un ģimenes medicīnas pakalpojumu apmaksas tarifus, definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus un paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts.

Saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju³⁰ minētā pasākuma īstenošanai saistībā ar darba samaksas pieaugumu 2014.gadam tarifiem tika piešķirti papildus 28 740 220 euro un 2015.gadam – papildus 16 596 880 euro, līdz ar to uz 01.01.2014. tika pārrēķināti pieskaitāmo un netiešo ražošanas izmaksu (U), amortizācijas (N) un administratīvo izdevumu (A) koeficienti, savukārt uz 01.01.2015. – pieskaitāmo un netiešo ražošanas izmaksu (U) un administratīvo izdevumu (A) koeficienti.

Ņemot vērā veiktās tarifu izmaiņas 2014. un 2015.gadā, pamatojoties uz Nacionālā veselības dienesta³¹ sniegto informāciju, izlases veidā tika veikta atsevišķu apmaksājamo manipulāciju tarifu elementu izmaiņu pārbaude pa gadiem un konstatēts, ka 2014.gadā no 26 izlasē iekļautajām manipulācijām:

- ✓ 26 manipulācijām ir veikta tarifa elementa U palielināšana,
- ✓ 19 manipulācijām – tarifa elementa A palielināšana,
- ✓ tarifa elements N nav palielināts,

savukārt 2015.gadā no 26 izlasē iekļautajām manipulācijām:

- ✓ 26 manipulācijām ir veikta tarifa elementa U palielināšana,
- ✓ 22 manipulācijām – tarifa elementa A palielināšana.

Ņemot vērā to, ka atbilstoši pasākumam ir jāpārskata kardioloģijas, onkoloģijas, pediatrijas un ģimenes medicīnas pakalpojumu apmaksas tarifi, definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus un paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts, Valsts kontrole lūdza Nacionālo veselības dienestu un Veselības ministriju sniegt skaidrojumu³² par termiņiem “definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus” un “paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts” un informēt par veiktajām darbībām pasākuma īstenošanai.

Nacionālais veselības dienests revīzijā nevarēja sniegt termina “definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus” skaidrojumu³³, jo, lai definētu minimālos bāzes raksturlielumus, ir jābūt veselības aprūpes pakalpojumu standartam, bet šādi standarti nav izstrādāti. Savukārt Veselības ministrija skaidroja³⁴, ka tiešā veidā šāda terminoloģija netiek lietota, kā arī norādīja, ka Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, kā arī ārstēšanas vadlīnijās un pielietojamo tehnoloģiju aprakstos ir norādīts, kas ir ietverts katrā tarifa pozīcijā.

Skaidrojot terminu “paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts”, Nacionālais veselības dienests norādīja³⁵, ka veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķina formula sastāv no tarifa elementiem, un patlaban tā neparedz līmeņa noteikšanu, piemēram, neskatoties uz to, vai rentgens veikts lokālā slimnīcā, klīniskā universitātes slimnīcā vai poliklīnikā, vai konsultācijas sniedzis profesors vai ārsts, valsts noteiktais tarifs ir viens. Veselības ministrija skaidrojumā³⁶ nenorādīja, kā jāsaprot termins “tarifa mainīgā daļa”, savukārt par līmeni, kādā pakalpojums tiek sniegts, norādīja, ka ar to visticamāk domāts atbilstošās ārstniecības iestādes un personāla kvalifikācijas līmenis.

Jāpiebilst, ka, lai arī 2014. un 2015.gadā tika pārskatīti veselības aprūpes pakalpojumu tarifi saistībā ar darba samaksas un valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu likmes izmaiņām, tomēr minētās darbības Valsts kontroles ieskatā nevar attiecināt uz plānotā pasākuma ieviešanu pēc būtības, jo Ministru kabineta noteikumi³⁷ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību paredz, ka Nacionālais veselības dienests veselības aprūpes pakalpojumu tarifus pārrēķina vismaz vienu reizi trijos gados, ja mainās vidējā darba samaksa mēnesī vai darba devēja valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu procentu likme.

Revīzijas laikā konstatēts arī, ka pasākumi nav īstenoti noteiktajā termiņā, lai gan to īstenošanai nav nepieciešams papildu finansējums, kā arī Veselības ministrijas sniegtā informācija par paveikto pasākuma ieviešanā neatbilst plānotajam tiešās darbības rezultātam, tai skaitā kā paveiktais plānoto pasākumu īstenošanai ir norādītas darbības, kas veiktas pirms politikas plānošanas dokumenta pieņemšanas, piemēram, Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.-2016.gadam Veselības ministrija plānoja:

- ✓ līdz 31.12.2014. uzlabot ģimenes ārstu praksi un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumu. Tiešās darbības rezultātā bija paredzēts sagatavot primārās veselības aprūpes

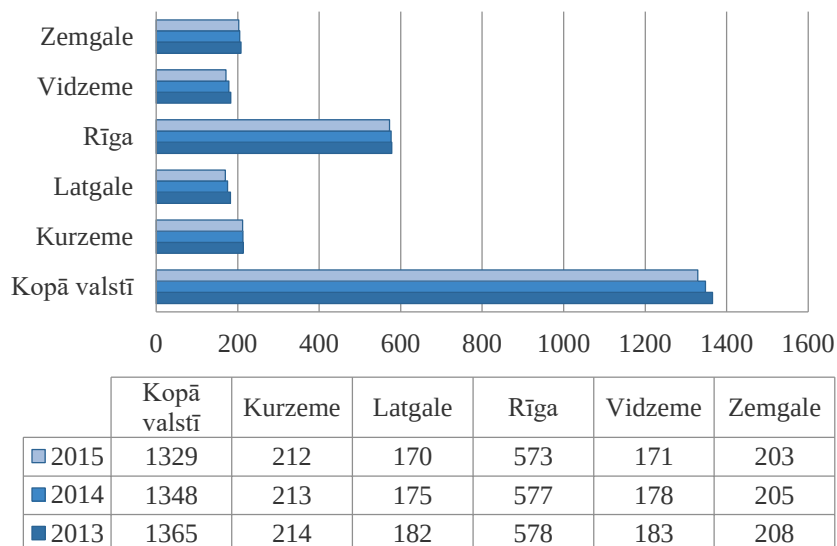
teritoriālās pieejamības situācijas izvērtējumu un izstrādāt priekšlikumus tā uzlabošanai, savukārt pēc izvērtēšanas sagatavot priekšlikumus grozījumiem Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.

Veselības ministrija skaidroja³⁸, ka izvērtējuma veikšanai tika uzrunāti pārstāvji no Rīgas Stradiņa universitātes, un to plānoja veikt Pasaules Bankas finansēta projekta ietvaros, bet, tā kā projekts netika apstiprināts un finansējums netika piešķirts, minēto izvērtējumu nebija iespējams veikt. Veselības ministrija arī norādīja, ka tiek vērtēta Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrijas veiktajā veselības aprūpes pakalpojumu izvērtējumā³⁹ iekļautā informācija par veselības pakalpojumu teritoriālo izvietojumu atbilstoši apdzīvojumam un priekšlikumi to pieejamības uzlabojumiem.

Veselības ministrijai neveicot primārās veselības aprūpes teritoriālās pieejamības visaptverošu izvērtējumu, izdarīti grozījumi⁴⁰ Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, precizējot ģimenes ārsta prakses pieņemšanas laiku pamatpraksē un otrajā prakses vietā, nosacījumus otrās prakses atvēršanai, kā arī radīts jauns mehānisms – ģimenes ārsta organizētas savā praksē reģistrēto pacientu pieņemšanas feldšerpunktos, kuri atrodas ārsta darbības pamatteritorijā.

Revīzijā, vērtējot primārās veselības aprūpes teritoriālo pieejamību Latvijā, konstatēts, ka līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes ārstu skaitam⁴¹ ir tendence samazināties, tas ir, no 1377 ģimenes ārstiem 2010.gadā uz 1329 ģimenes ārstiem 2015.gadā.

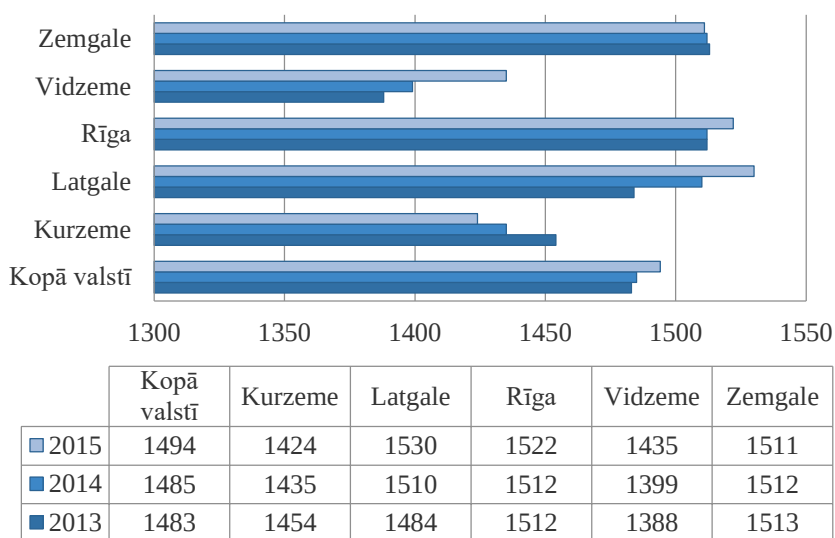
Izvērtējot Veselības ministrijas sniegto informāciju⁴² par līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes ārstu skaitu sadalījumā pa reģioniem, konstatēts, ka vislielākā ģimenes ārstu koncentrācija ir Rīgā un tās apkaimē, savukārt vismazākā – Latgalē un Vidzemē (skatīt 11.attēlu).



11.attēls. Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes ārstu skaits sadalījumā pa reģioniem uz 31.decembri.

Datu avots: Veselības ministrija.

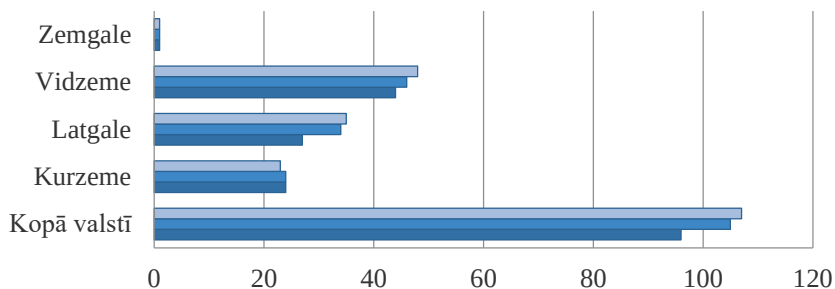
Pamatojoties uz Veselības ministrijas sniegto informāciju⁴³, konstatēts, ka 2015.gadā Latgalē, kur ir vismazākā ģimenes ārstu koncentrācija, ir bijis vislielākais iedzīvotāju skaits uz vienu ģimenes ārstu. Tomēr, kaut gan vislielākā ģimenes ārstu koncentrācija ir Rīgā un tās apkaimē, tur ir otrs vislielākais iedzīvotāju skaits uz vienu ģimenes ārstu. Kopumā iedzīvotāju skaits uz vienu ģimenes ārstu pārsniedz Latvijas Universitātes izvērtējumā⁴⁴ rekomendēto vidējo attiecību viens ārsts uz 1300 iedzīvotājiem, un faktiski valstī kopumā ir aptuveni viens ārsts uz 1500 iedzīvotājiem (skatīt 12.attēlu).



12.attēls. Iedzīvotāju skaits gada sākumā uz vienu ģimenes ārstu valstī kopā un sadalījumā pa reģioniem.

Datu avots: Veselības ministrija.

Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, Nacionālais veselības dienests slēdz līgumu ar pašvaldību par feldšeru – vecmāšu punkta darbību primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Apkopojot datus⁴⁵ par feldšerpunktu skaitu pa reģioniem, konstatēts, ka tas nav vienmērīgs (skatīt 13.attēlu). Lielākā daļa feldšerpunktu koncentrēta Vidzemē, pēc tam seko Latgale, turpretim Zemgalē ir viens feldšerpunkts, savukārt Rīgā un tās apkaimē šādu punktu nav vispār.

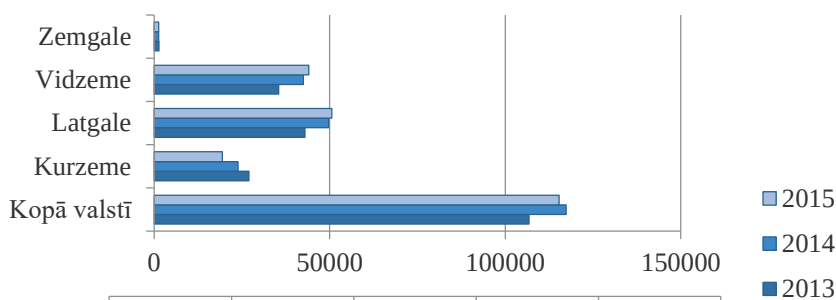


	Kopā valstī	Kurzeme	Latgale	Vidzeme	Zemgale
2015	107	23	35	48	1
2014	105	24	34	46	1
2013	96	24	27	44	1

13.attēls. Feldšerpunktu skaits kopā valstī un sadalījumā pa reģioniem.

Datu avots: Nacionālais veselības dienests.

Apkopojot datus⁴⁶ par feldšerpunktu apmeklējumu sadalījumā pa reģioniem un attiecīgi salīdzinot ar datiem par feldšerpunktu skaitu konkrētajā reģionā, konstatēts, ka, piemēram, 2014.gadā vislielākais apmeklējumu skaits uz vienu feldšerpunktu ir bijis Latgalē, tas ir, 1460 apmeklējumi, bet vismazākais – Vidzemē, tas ir, 924 apmeklējumi, savukārt 2015.gadā vislielākais apmeklējumu skaits uz vienu feldšerpunktu ir bijis Latgalē, tas ir, 1445 apmeklējumi, savukārt vismazākais – Kurzemē, tas ir, 845 apmeklējumi (skatīt 13. un 14.attēlu).



	Kopā valstī	Kurzeme	Latgale	Vidzeme	Zemgale
2015	115322	19446	50569	44029	1278
2014	117345	23912	49657	42522	1254
2013	106756	27029	42958	35445	1324

14.attēls. Feldšerpunktu apmeklējumu skaits kopā valstī un sadalījumā pa reģioniem.

Datu avots: Nacionālais veselības dienests.

Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrijas veiktajā izvērtējumā⁴⁷ norādīts, ka, ņemot vērā nevienmērīgo feldšeru – vecmāšu punktu izvietojumu, kam ir maz sakara ar apdzīvojuma raksturu, ir pamats uzskatīt, ka šā brīža tīkla izveidei pamatā nav bijusi pārdomāta valsts politika, bet drīzāk katras konkrētās pašvaldības subjektīvie apsvērumi.

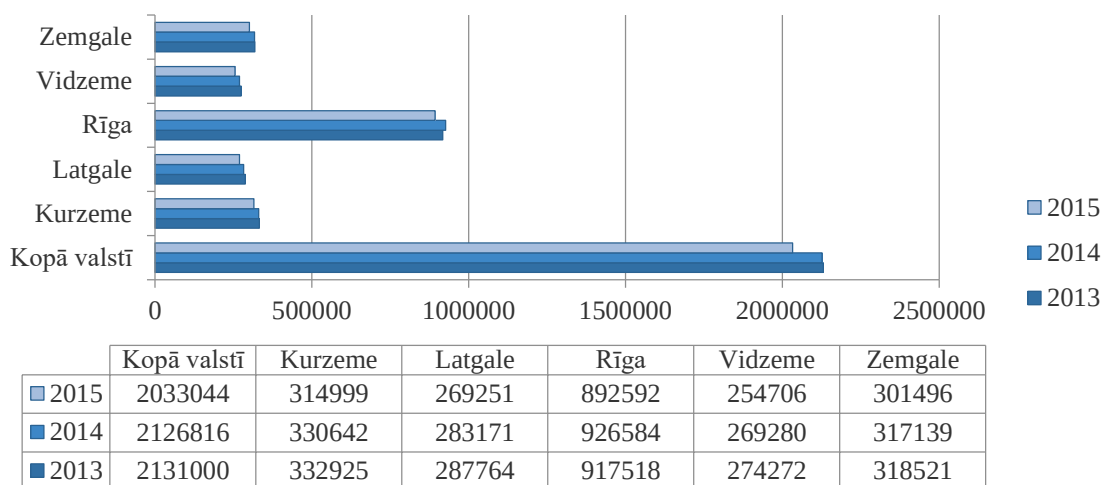
- ✓ Līdz 01.03.2015. veicināt optimālu reģistrēto pacientu skaitu ģimenes ārsta praksē. Tiešās darbības rezultātā bija jāizveido mehānisms, kas ierobežo lielo ģimenes ārsta prakšu veidošanos, kā arī jāsaģatavo priekšlikumi grozījumiem Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.

Revīzijā konstatēts, ka Veselības ministrija nav noteikusi, kāds ir optimālais reģistrēto pacientu skaits ģimenes ārsta praksē. Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem⁴⁸ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību ģimenes ārsts var nepieņemt personas reģistrācijai savu pacientu sarakstā, ja ģimenes ārsta pacientu sarakstā jau ir 1800 reģistrētas personas vai 800 bērni, līdz ar to šādu praksi var uzskatīt par pilnu ģimenes ārsta praksi.

Veselības ministrija revīzijā paskaidroja⁴⁹, ka saskaņā ar starptautiskajām publikācijām un zinātniskiem pētījumiem optimāls ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu skaits ir robežās no 1500 līdz 2000 pacientiem. Latvijas Universitātes izvērtējumā⁵⁰ veselības aprūpes problēmu risināšanai ir rekomendēts kā maksimālo noslodzi vienam ģimenes ārstam noteikt 1500 pacientus.

Piemēram, Igaunijas Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas likumā⁵¹ ir noteikts, ka maksimālais personu skaits prakses sarakstā ir 1200–2000 personas. Ja kopā ar ģimenes ārstu vispārēju medicīnisko aprūpi personām sniedz vismaz viens kvalificēts ārsts, tad maksimālais personu skaits prakses sarakstā ir 2001–2400 personas.

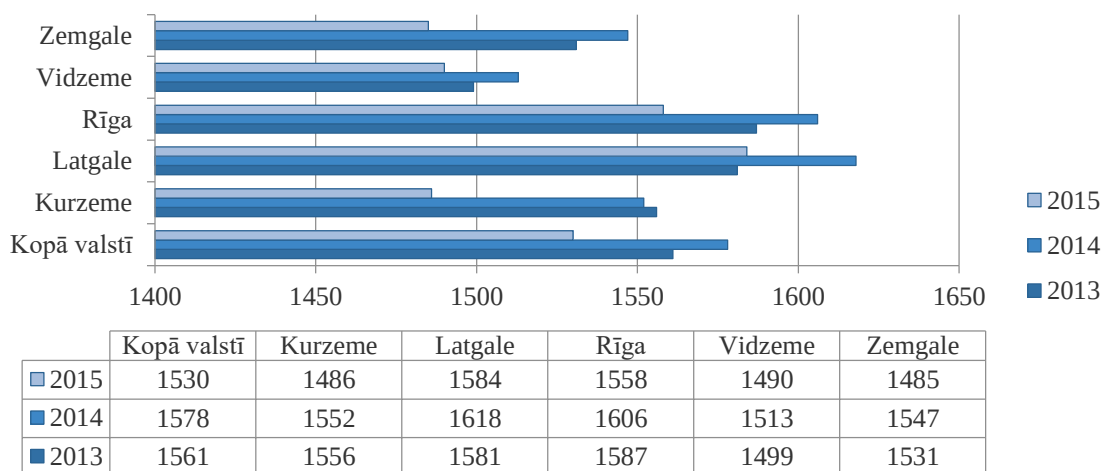
Ņemot vērā datus par ģimenes ārstu prakšu skaitu sadalījumā pa reģioniem (skatīt 11.attēlu) un salīdzinot tos ar Veselības ministrijas sniegto informāciju⁵² par reģistrēto pacientu skaitu reģionos (skatīt 15.attēlu), konstatēts, ka visvairāk reģistrēto pacientu ir Rīgā un tās apkaimē, kur attiecīgi arī ir visvairāk līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes ārstu, savukārt vismazāk – Latgalē un Vidzemē, kur arī attiecīgi ir vismazāk līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes ārstu. Tomēr, salīdzinot šos datus ar apkopotajiem datiem par vidējo reģistrēto pacientu skaitu uz vienu ģimenes ārstu pa reģioniem (skatīt 16.attēlu), konstatēts, ka tieši Latgalē ir vislielākā noslodze uz vienu ģimenes ārstu, kurai seko Rīga.



15.attēls. Reģistrēto pacientu skaits sadalījumā pa reģioniem uz 31.decembri.

Datu avots: Veselības ministrija.

Pamatojoties uz Veselības ministrijas sniegto informāciju⁵³, konstatēts, ka vidējais reģistrēto pacientu skaits uz vienu ģimenes ārstu valstī kopumā pārsniedz Latvijas Universitātes izvērtējumā rekomendētos 1500 pacientus, tomēr ģimenes ārstu noslodzes rādītāji sadalījumā pa reģioniem ir tuvu vai nedaudz virs optimālā (skatīt 16.attēlu).



16.attēls. Vidējais reģistrēto pacientu skaits uz vienu ģimenes ārstu valstī kopā un sadalījumā pa reģioniem.

Datu avots: Veselības ministrija.

Veselības ministrija revīzijā sniedza informāciju⁵⁴, ka uz 31.12.2015. līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu bija 1329 ģimenes ārsti, no tiem 339 ģimenes ārstiem (25,5 %) reģistrēto pacientu skaits uz 01.09.2015. pārsniedza 1800 pacientus. No šiem 339 ģimenes ārstiem 150 ģimenes ārstiem reģistrēto pacientu skaits bija 1801–2000, 181 ģimenes ārstam – 2001–3000, septiņiem ģimenes ārstiem – 3001–4000 un vienam ģimenes ārstam – 6738 pacienti.

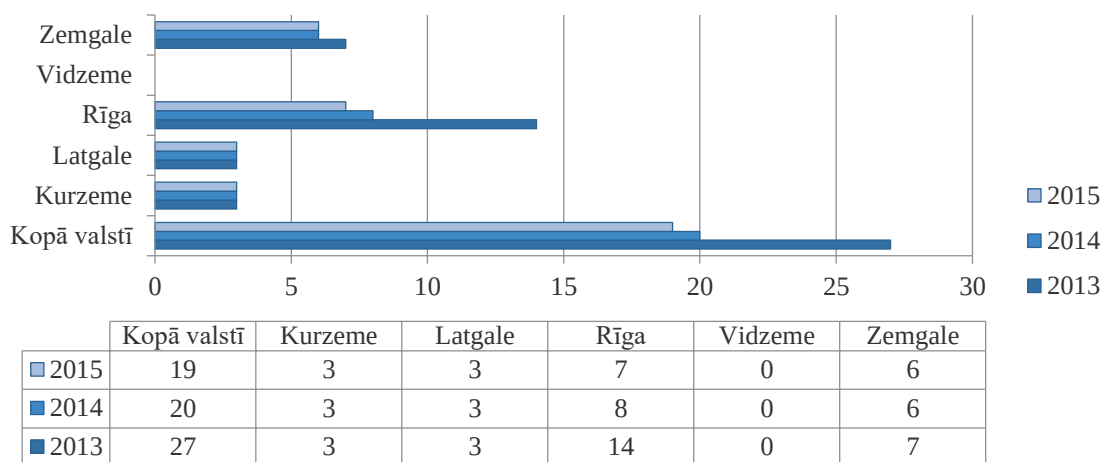
Atbilstoši Veselības ministrijas sniegtajai informācijai⁵⁵ pārāk liels reģistrēto pacientu skaits ģimenes ārsta praksē var ietekmēt sniegto pakalpojumu kvalitāti un pieejamību, savukārt mazs reģistrēto pacientu skaits negatīvi ietekmē ģimenes ārsta profesionālo kompetenci. Lai veicinātu, ka ģimenes ārsta praksē ir reģistrēts optimāls pacientu skaits, kopā ar nozares profesionāļiem tika vērtēta iespēja ieviest papildu mehānismus, piemēram, noteikt regresa koeficientu (ja praksē būtu reģistrēti vairāk nekā X pacienti, finansējums par katru pacientu virs noteiktā limita būtu mazāks) vai maksimālo reģistrēto pacientu skaitu, tomēr nevienam no minētajiem priekšlikumiem netika panākts pilnīgs nozares profesionāļu atbalsts.

- ✓ Līdz 30.12.2014. pārskatīt dežūrārstu izvietojumu un darba laika nosacījumus. Tiešās darbības rezultātā bija jāveic izvērtējums un grozījumi Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, lai uzlabotu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ārpus ģimenes ārsta darba laika.

Veselības ministrija informēja⁵⁶, ka izvērtējums par dežūrārstu darbu nav pieejams dokumenta veidā, bet tika organizētas diskusijas un izvērtēta iespēja mainīt dežūrārstu izvietojumu un pārskatīt dežūrārstu darba laiku. Pēc situācijas izvērtējuma izdarīti grozījumi Ministru kabineta noteikumos⁵⁷ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, ar kuriem precizēts dežūrārstu darba laiks, nosakot dežūrārsta pieņemšanas laiku darbdienās pēc plkst.15.00. Darbs saistībā ar šo pasākumu turpinās.

Revīzijas laikā konstatēts, ka Veselības ministrijas norādītajos Ministru kabineta noteikumu grozījumos šāds priekšlikums nav iekļauts, savukārt jau 17.12.2013. pieņemto Ministru kabineta noteikumu⁵⁸ sākotnējā versijā, tas ir, pirms Plāna apstiprināšanas 25.04.2014., ir iekļauta norma, kas nosaka dežūrārsta pieņemšanas laiku darbdienās pēc plkst.15.00.

Izvērtējot Veselības ministrijas sniegto informāciju⁵⁹ par dežūrārstu izvietojumu, konstatēts, ka dežūrārstu skaitam ir tendence samazināties, vislielākā to koncentrācija ir Rīgā, savukārt Vidzemē dežūrārsta pakalpojums netiek sniegts (skatīt 17.attēlu). Lai arī kopējais pakalpojuma sniedzēju skaits samazinās, kopumā pakalpojums nemainīgi ir pieejams 12 Latvijas pilsētās – Rīgā, Daugavpilī, Rēzeknē, Jelgavā, Jēkabpilī, Bauskā, Dobelē, Liepājā, Ventspilī, Ogrē, Salaspilī un Siguldā.



17.attēls. Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz dežūrārsta pakalpojumus valstī kopā un sadalījumā pa reģioniem.

Datu avots: Veselības ministrija.

Analizējot revīzijā iesniegtos datus⁶⁰, konstatētas arī atšķirības dežūrārstu noslodzē dažādās iestādēs, piemēram, 2014.gadā Ogres rajona slimnīcā – 115 apmeklētāji gada laikā, savukārt Salaspils veselības centrā – 3258 apmeklētāji. 2014.gadā no 20 iestādēm septiņās gada apmeklējumu skaits bija mazāks par 500, savukārt 2015.gadā no 19 iestādēm – deviņās bija mazāks par 500. Piemēram, pie Jēkabpils reģionālās slimnīcas dežūrārsta 2015.gadā gada laikā bija tikai 55 apmeklējumi, savukārt Salaspils veselības centrā – 3401 apmeklējums.

Lai gan Ministru kabineta noteikumos⁶¹ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību ir noteikts, ka dežūrārsts pieņem pacientus darbdienās pēc plkst.15.00 un brīvdienās atbilstoši līgumā ar Nacionālo veselības dienestu noteiktajam dežūrārsta darba laika grafikam, izvērtējot pieejamos datus⁶² par dežūrārstu pieņemšanas laikiem, konstatēts, ka, piemēram, Salaspils veselības centrā dežūrārsts pieņem darbdienās no plkst.15.00 līdz 21.00 un sestdienās no plkst.8.00 līdz 15.00, savukārt Ogres rajona slimnīcā dežūrārsts pieņem tikai sestdienās un svētdienās no plkst.8.00 līdz 18.00 un Jēkabpils reģionālajā slimnīcā – tikai sestdienās no plkst.9.00 līdz 18.00.

Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrijas veiktajā izvērtējumā⁶³ norādīts, ka attiecīgajām instancēm papildus būtu jāveic izpēte, kāpēc tik ļoti atšķiras dežūrārstu noslodze dažādās iestādēs. Detalizētāka pārbaude noteikti rosinātu šīs jomas sakārtošanu, likvidējot dežūrārsta pakalpojumu vietās, kur pēc tā nav pieprasījuma, un atverot papildpunktus, kur pēc tiem ir paaugstināts pieprasījums. Iespējams, ka daudzviet problēma slēpjas apstākļi, ka dežūrārstu noteiktais darba laiks sakrīt ar ģimenes ārstu noteikto darba laiku, bet ārpus tā nav pieejams nedz viens, nedz otrs.

Revīzijas laikā konstatēts, ka, tā kā valsts organizētais un apmaksātais vēža skrīnings tika aizsākts 2009.gadā, Veselības ministrija, apzinoties pastāvošās problēmas valsts organizētā vēža skrīninga norisē, laikus nav veikusi atbilstošas darbības, lai tās novērstu, piemēram:

- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2011.-2017.gadam plānots līdz 31.12.2012. identificēt faktorus, kas kavē organizētā vēža skrīninga īstenošanu, un pilnveidot skrīninga izmeklēšanu onkoloģisko slimību agrīnai diagnosticēšanai.

Saskaņā ar 06.10.2014. informatīvo ziņojumu⁶⁴ par pamatnostādņu īstenošanas vidusposma (2011.-2013.gadā) novērtējumu minētais pasākums ir ieviests. Revīzijā, izvērtējot Veselības ministrijas veiktās darbības pasākuma īstenošanai, konstatēts, ka tās veiktas pēc pasākuma īstenošanai noteiktā termiņa – 31.12.2012., kā arī daļa – pēc Pamatnostādņu darbības beigām, tas ir, pēc 13.10.2014. Veselības ministrija par pasākuma izpildi sniedza skaidrojumu⁶⁵, ka jau ir noslēgušās divas Veselības ministrijas organizētas darba grupas, lai uzlabotu valsts organizētā dzemdes kakla vēža un kolorektālā vēža skrīninga darbību Latvijā, kā arī darbojas krūts vēža skrīninga darba grupa. Darba grupas ziņojums par dzemdes kakla vēža skrīningu Veselības ministrijai nosūtīts 01.10.2013., ziņojums par kolorektālā vēža skrīningu – 31.03.2015., savukārt kopš 28.05.2015. notiek darbs arī saistībā ar krūts vēža skrīninga izvērtēšanu. Pamatojoties uz sagatavotajiem ziņojumiem, ir izdarīti grozījumi Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, piemēram, iekļaujot jaunu dzemdes kakla vēža klasifikāciju, precizējot vecuma mērķa grupu kolorektālā vēža izmeklējumam un nosakot pēcskrīninga izmeklējumu algoritmu.

Nacionālais veselības dienests organizē un nosūta uzaicinājumus dzemdes kakla vēža un krūts vēža skrīninga izmeklējumu veikšanai organizētajā skrīningā iekļauto mērķa grupu iedzīvotājiem. Zarnu vēža profilaksei uzaicinājuma vēstule netiek izsūtīta, jo skrīningu īsteno ģimenes ārstu prakses un, lai veiktu profilaktisko pārbaudi, jāvērsas pie ģimenes ārsta, kas savukārt neatbilst organizēta skrīninga definīcijai, jo atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību⁶⁶ skrīnings ir uz iedzīvotāju reģistra datiem balstīta veselības aprūpes programma ar centralizētu uzaicinājumu nosūtīšanu.

1.tabula

Valsts apmaksātais dzemdes kakla vēža, krūts vēža un zarnu (kolorektālā) vēža skrīnings

Rādītājs	Dzemdes kakla vēža skrīnings			Krūts vēža skrīnings			Zarnu (kolorektālā) vēža skrīnings		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Izsūtīto uzaicinājuma vēstulu skaits	204198	202472	199747	130205	142115	142168	-	-	-
Izmeklējumu veikušo personu skaits	54503	55498	55487	42559	48549	51060	60184	80308	67560
Mērķa grupas populācijas aptvere (%)	26,69	27,41	27,78	32,69	34,16	35,92	7,63	9,64	10,59

Avots: Nacionālā veselības dienesta gada publiskais pārskats par 2014.gadu.

Izvērtējot statistikas datus par valsts apmaksātā vēža skrīninga aptveri, konstatēts, ka mērķa grupu atsaucība nav liela un mērķa grupu populācijas aptvere ir būtiski zemāka par starptautiski pieņemtajiem minimuma rādītājiem, kuriem saskaņā ar Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.-2020. gadam ir jāsasniedz vismaz 75 %.

Viens no ģimenes ārsta darba kvalitātes rādītājiem ir organizētā vēža skrīninga datu uzraudzība pie ģimenes ārsta reģistrētajiem pacientiem. Latvijas Universitātes izvērtējumā⁶⁷ Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam izstrādei ir norādīts, ka nepieciešams turpināt esošās skrīninga

programmas, tās efektīvāk realizēt, palielinot aptveri, kā arī palielināt ģimenes ārsta atbildību attiecībā uz veiktajiem skrīninga pasākumiem praksē reģistrētiem pacientiem. Izvērtējot iesniegtos datus par gada darbības novērtējuma mainīgā maksājuma aprēķinu ģimenes ārstiem, revīzijā konstatēts, ka, piemēram, 2013.gadā no 1315 ģimenes ārstiem 979 (74 %) ģimenes ārstiem par mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīninga datu uzraudzību un 806 (61 %) ģimenes ārstiem par veikto slēpto asiņu testu aptveres datu uzraudzību izmaksājamā summa ir bijusi 0 *euro*, savukārt 2014.gadā no 1302 ģimenes ārstiem 1058 (81 %) ģimenes ārstiem par mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīninga datu uzraudzību un 747 (57 %) ģimenes ārstiem par veikto slēpto asiņu testu aptveres datu uzraudzību izmaksājamā summa ir bijusi 0 *euro*.

Ieteikumi

Lai Veselības ministrijas izstrādātie politikas plānošanas dokumenti būtu kvalitatīvi un normatīvo aktu prasībām atbilstoši, kā arī tiktu sistemātiski un konsekventi īstenoti, aicinām:

- politikas plānošanas dokumentu izstrādē ievērot finansiālo iespēju principu, sabalansējot Veselības ministrijas izvirzītos mērķus ar to sasniegšanai pieejamajiem resursiem, kā arī politikas plānošanas dokumentos noteikt uzdevumus, kas ir aktuāli, īstenojami un vērsti uz noteikto mērķu un rezultātu sasniegšanu;
- uzlabot politikas ieviešanas uzraudzību, sistemātiski un konsekventi uzraugot politikas plānošanas dokumentos noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanu, un, veicot politikas plānošanas dokumentos ietvertu rezultatīvo rādītāju monitoringu, kā arī, ievērojot aktualitātes principu, politikas plānošanas dokumentus pārskatīt un aktualizēt atbilstoši situācijas izmaiņām.

II. Vai iedzīvotājiem savlaicīgi ir pieejama valsts apmaksāta laba primārā veselības aprūpe?

Lai veselības aprūpes situācijas raksturojums, problēmu formulējums, mērķi, politikas rezultāti, rīcības virzienos ietvertie uzdevumi būtu saskaņoti ar galveno vidējā termiņa attīstības plānošanas dokumentu – Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.-2020.gadam⁶⁸ un Eiropas Savienības 2014.-2020.gada finanšu plānošanas periodu, 14.10.2014. Ministru kabinets apstiprināja jaunu vidēja termiņa politikas plānošanas dokumentu – Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam⁶⁹ (turpmāk – Pamatnostādnes), ar to aizstājot līdz tam spēkā esošās Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam⁷⁰.

Pamatnostādnēs norādīts, ka veselības nodrošināšana, saglabāšana un uzlabošana ir sabiedrības, katra indivīda un arī valsts kopīga atbildība, realizējot dažādu nozaru politiku. Ieguldot valsts budžeta līdzekļus veselības veicināšanā un slimību profilaksē, izmaksas ir zemākas, nekā cīnoties ar sekām – ārstējot slimības.

Pamatnostādnēs definētais virsmērķis ir palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību, un viens no izvirzītajiem apakšmērķiem ir nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējīgu un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.

Šī apakšmērķa sasniegšanai 25.04.2014. Ministru kabinets apstiprināja īstermiņa politikas plānošanas dokumentu – Primārās veselības aprūpes attīstības plānu 2014.-2016.gadam⁷¹ (turpmāk – Plāns), lai stiprinātu primāro veselības aprūpi kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot primārās veselības aprūpes lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, rehabilitācijā, kā arī uzlabotu primārās veselības aprūpes kvalitāti.

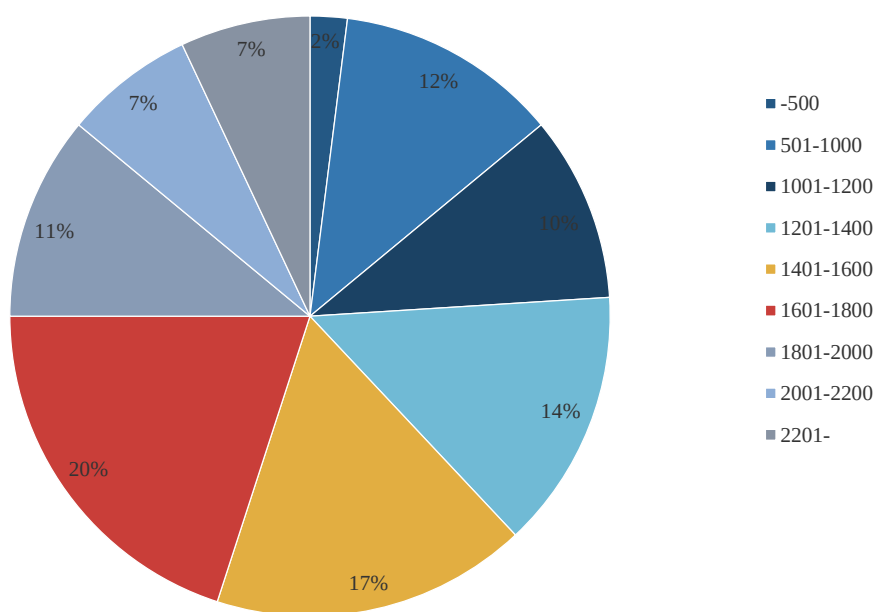
Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas definīciju⁷² primārā veselības aprūpe ir galvenā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas balstās uz zinātniski pamatotām un praktiskām metodēm un kas ir pieejama iedzīvotājiem, un kuras izmaksas ir valstij un sabiedrībai pieņemamas.

Gan Pamatnostādnēs, gan Plānā ir skaidrota primārās veselības aprūpes būtība un norādīts, ka primārā veselības aprūpe veselības aprūpes organizācijā ir pirmais līmenis un pirmais saskarsmes posms starp indivīdu (ģimeni) un veselības aprūpes sistēmu, un tā ir racionālas veselības aprūpes sistēmas pamats, kuras uzdevums ir atrisināt galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu ziņā efektīvākās medicīnas tehnoloģijas.

Primārā veselības aprūpe ir ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē vai tās dzīvesvietā sniedz ģimenes ārsts kopā ar savu komandu (ārsta palīgu vai māsu un vecmāti), zobārsts, zobārsta asistenti, zobārsta māsas un higiēnisti ambulatorajās ārstniecības iestādēs un stacionāro ārstniecības iestāžu ambulatorajās nodaļās, kā arī ārstniecības personas, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās⁷³.

Kā norādīts Pamatnostādnēs, veselības aprūpes pirmo līmeni īsteno ģimenes ārsts ar savu komandu. Ģimenes ārsta darbības sfēra ietver arī sadarbību ar pašvaldību un pašvaldības sociālo dienestu, nodrošinot daudzsektoru pieeju pacienta veselības problēmu risināšanā.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta sniegto informāciju⁷⁴ 2015.gadā iedzīvotāji varēja saņemt valsts apmaksātu primāro veselības aprūpi pie 1332 ģimenes ārstiem. Vienā ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu skaits svārstās robežās no 197 līdz 6738, tomēr 25 % ģimenes ārstu prakšu ir reģistrēti vairāk nekā 1800 pacienti. Informāciju par ģimenes ārstu prakšu īpatsvaru atbilstoši pierēģistrēto pacientu skaitam detalizēti skatīt 18.attēlā.



18.attēls. Ģimenes ārstu īpatsvars atbilstoši pierēģistrētajam pacientu skaitam uz 01.09.2015.

Avots: Nacionālā veselības dienesta sniegtā informācija.

Lai noteiktu, vai pieejamo resursu ietvaros īstenotā Veselības ministrijas politika ambulatorās veselības aprūpes jomā darbojas iedzīvotāju interesēs, revīzijā vērtējām, vai iedzīvotājiem ir pieejama savlaicīga un kvalitatīva primārā veselības aprūpe un vai ģimenes ārsts ar savu komandu veido labu veselības aprūpes sistēmas pamatu, kuras uzdevums ir atrisināt iedzīvotāju veselības problēmas.

Vai iedzīvotājiem ir nodrošināta teritoriālā pieejamība valsts apmaksātai primārajai veselības aprūpei?

Veselības ministrijas īstenotie pasākumi primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā nav pietiekami un nenodrošina vienu no galvenajiem primārās veselības aprūpes principiem – *pieejamība visiem iedzīvotājiem neatkarīgi no ģeogrāfiskajiem ierobežojumiem* – sasniegšanu, jo:

- Veselības ministrija nav definējusi jēdzienu “veselības aprūpes pieejamība”, tāpēc pašvaldībām nav vienotas izpratnes par veicamajām darbībām, risinot ģeogrāfiskās pieejamības jautājumus;
- iesaistot pašvaldības, nav radīts efektīvs risinājums ģeogrāfiskās nevienlīdzības mazināšanā, uzlabojot esošo ģimenes ārstu prakšu un feldšerpunktu teritoriālo izvietojumu;
- ar pašvaldībām nav panākta vienošanās par atbildības un kompetences sadalījumu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā.

Saskaņā ar Plānu⁷⁵ viens no galvenajiem primārās veselības aprūpes principiem ir pieejamība visiem iedzīvotājiem neatkarīgi no finanšu vai no ģeogrāfiskiem ierobežojumiem. Plānā, analizējot primāro veselības aprūpi Latvijā, identificētas problēmas – nevienmērīga pakalpojumu sniedzēju pieejamība dažādās teritorijās un trūkumi esošajā ģimenes ārstu prakšu un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumā. Tai pašā laikā jēdziens “pieejamība” ir atstāts bez konkrētas definīcijas.

Ja ārstniecības persona vēlas strādāt par ģimenes ārstu Nacionālā veselības dienesta apstiprinātajā un ar attiecīgo pašvaldību saskaņotajā ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā⁷⁶, tā slēdz līgumu ar Nacionālo veselības dienestu⁷⁷ un tiek reģistrēta primārās veselības aprūpes sniedzēju gaidīšanas sarakstā⁷⁸.

Ministru kabineta noteikumi⁷⁹ nosaka, ka ģimenes ārsta pacients var būt persona, kura reģistrēta ģimenes ārsta pacientu sarakstā, kā arī ģimenes ārsta pacientu sarakstā neregistrējusies persona jeb īslaicīgais pacients.

Katrai personai ir tiesības izvēlēties ģimenes ārstu un reģistrēties ģimenes ārsta pacientu sarakstā, vēršoties pie izvēlēta ģimenes ārsta un noslēdzot vienošanos. Ģimenes ārsts var nepieņemt pacienta reģistrācijai savu pacientu sarakstā tikai gadījumā, ja pacienta dzīvesvieta atrodas ārpus ģimenes ārsta darbības pamatteritorijas vai ģimenes ārsta pacientu sarakstā jau ir 1800 reģistrētu pacientu vai 800 bērnu, izņemot jau reģistrēta pacienta bērnus, vecākus vai laulāto un ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā dzīvojošus pacientus. Tāpat katrai personai ir tiesības izvēlēties citu ģimenes ārstu un veikt pārrēģistrāciju⁸⁰.

Ministru kabineta noteikumi⁸¹ paredz, ka ģimenes ārsts kopā ar māsu vai ārsta palīgu (feldšeri) nodrošina pacientiem veselības aprūpes pakalpojumus ģimenes ārsta prakses vietā vai darbavietā (ja ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē) un pacientu dzīvesvietās.

Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem⁸² Nacionālajam veselības dienestam mājaslapā internetā ir jāievieto informācija par ģimenes ārstu praksēm.

Saskaņā ar Plānu⁸³, lai pilnveidotu pacientiem pieejamo informāciju par tuvākajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, līdz 2016.gada 31.decembrim e-veselības ietvaros jāizveido interaktīvā Latvijas karte ar valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Revīzijas laikā Nacionālais veselības dienests sniedza informāciju⁸⁴, ka noris interaktīvās kartes izveide un ir uzsāktas sarunas ar Valsts zemes dienestu par datu iegūšanu.

Ģimenes ārstu/ feldšeru teritoriālā pieejamība

Saskaņā ar Plānu⁸⁵ ģimenes ārsti savā praksē reģistrētajiem pacientiem nodrošina vispārējo veselības aprūpi gan akūto, gan hronisko slimību vadīšanā. Savukārt Ministru kabineta noteikumi paredz, ka jebkurā veselības pasliktināšanās gadījumā cilvēkam ir jāvērsas pie ārsta. Ja cilvēka dzīvība un veselība ir kritiskā stāvoklī, neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz ārstniecības iestāde vai Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde⁸⁶. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā⁸⁷ norādīts, ka attāluma vai transporta trūkuma, kā arī transporta izmaksu dēļ ģimenes ārstu 2014.gadā neapmeklēja 11 % no apjautātajiem respondentiem, lai gan vizīte bija nepieciešama.

Lai iegūtu informāciju, kurā Latvijas reģionā ir vislielākais izsaukumu skaits pie pacientiem ar hroniskām saslimšanām, revīzijas laikā apkopoti dati⁸⁸ par visiem Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izpildītajiem izsaukumiem Kurzemes, Zemgales, Vidzemes un Latgales reģionālajos centros 2014.gadā un 2015.gada 1.pusgadā, kuros kā izsaukumu rezultāts norādīts “atstāts uz vietas” vai “praktiski vesels”. Konstatēts, ka no visu izpildīto neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaita procentuāli vislielākais izsaukumu skaits (vairāk nekā ceturtdaļa) pie pacientiem ar hroniskām saslimšanām bijis Latgales un Kurzemes reģionālajos centros (detalizēti skatīt 2.tabulā). Tāpēc revīzijā tika vērtēta ģimenes ārstu sniegto primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība šajos reģionos, apkopojot izlasē iekļauto septiņu Latgales⁸⁹ un sešu Kurzemes⁹⁰ novadu datus par pakalpojumu pieejamību šo pašvaldību 154 pagastos.

2.tabula

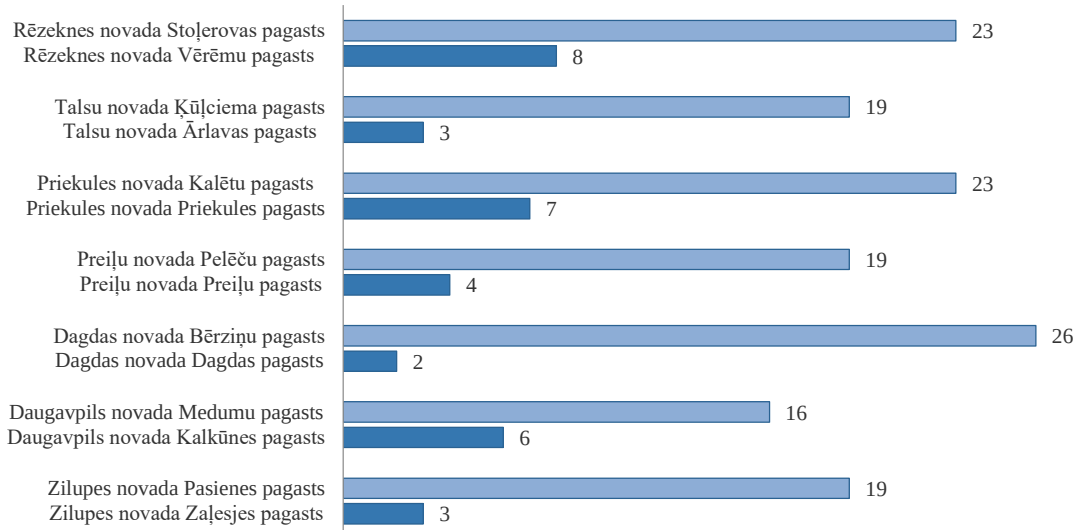
Neatliekamās medicīniskās palīdzības izpildītie izsaukumi 2014.gadā un 2015.gada 1.pusgadā
Kurzemes, Zemgales, Vidzemes un Latgales reģionālajos centros

Reģions	2014.gads					2015.gada 1.pusgads				
	Visi izpildītie izsaukumi	Izsaukumi pie pacientiem ar hronisku saslimšanu				Visi izpildītie izsaukumi	Izsaukumi pie pacientiem ar hronisku saslimšanu			
		Atstāts uz vietas	Praktiski vesels - atstāts uz vietas	Kopā	% no visu izpildīto izsaukumu skaita		Atstāts uz vietas	Praktiski vesels - atstāts uz vietas	Kopā	% no visu izpildīto izsaukumu skaita
Kurzemes reģionālais centrs	44542	11562	72	11634	26,1	24765	5997	23	6020	24,3
Vidzemes reģionālais centrs	45402	9410	47	9457	20,8	24650	4897	14	4911	19,9
Latgales reģionālais centrs	67770	17057	33	17090	25,2	35186	8800	15	8815	25,1
Zemgales reģionālais centrs	42777	7124	31	7155	16,7	25166	4395	24	4419	17,6

Datu analīzes rezultātā konstatēts, ka Latgales un Kurzemes reģionu 45 pagastos uz vietas nav ģimenes ārstu pieņemšanas vietas (no tiem 30 pagastos uz vietas nav arī feldšerpunktu).

Piemēram, Latgales reģiona Dagdas novada Andzeļu, Bērziņu, Dagdas un Ķepovas pagasti ir iekļauti ģimenes ārstu pamatdarbības teritorijā, tomēr minētajos pagastos uz vietas šo ģimenes ārstu pieņemšanas vietas neatrodas un nav arī feldšerpunktu, savukārt Kurzemes reģionā Saldus novada Šķēdes pagasts nav iekļauts neviena ģimenes ārsta pamatdarbības teritorijā, un tajā nav arī feldšerpunkta (detalizēt skatīt 4. pielikumā).

Revīzijā konstatēts, ka vairākos pagastos attālums, kas iedzīvotājiem jāmēro, lai nokļūtu pie ģimenes ārsta, kura pamatdarbības teritorijā atrodas pagasts, pārsniedz pat 20 kilometrus (skatīt 19.attēlu).



19.attēls. Attālums (kilometros) līdz ģimenes ārstam, kura pamatdarbības teritorijā atrodas pagasts.

Avots: Attāluma aprēķini veikti <https://www.google.lv/maps>.

Veicot teritoriālās pieejamības izpēti⁹¹ Latgales reģionā, konstatēts, ka no izlasē iekļautajiem 54 ciemiem piecu ciemu iedzīvotāji, izmantojot sabiedrisko transportu, nevar vienas dienas laikā nokļūt pie ģimenes ārsta/ feldšera un atgriezties dzīves vietā.

Veicot teritoriālās pieejamības izpēti⁹² Kurzemes reģionā, konstatēts, ka no izlasē iekļautajiem 53 ciemiem, izmantojot sabiedrisko transportu:

- ✓ četru ciemu iedzīvotāji nevar vienas dienas laikā nokļūt pie ģimenes ārsta/ feldšera un atgriezties dzīves vietā;
- ✓ deviņos ciemos attālums līdz sabiedriskā transporta pieturai ir no diviem līdz sešiem kilometriem, vairākos pagastos nav pieejams sabiedriskais transports⁹³.

Valsts kontroles ieskatā daļā pašvaldību iedzīvotājiem nav nodrošināta pietiekama veselības aprūpes teritoriālā pieejamība, jo sabiedriskais transports kursē reti vai jāmēro liels attālums līdz pieturvietām, tāpēc Veselības ministrijai būtu jāveicina pašvaldību izpratne par nepieciešamību iesaistīties situācijas uzlabošanā.

Pašvaldību loma veselības aprūpes teritoriālās pieejamības uzlabošanā

Saskaņā ar likumu⁹⁴ viena no pašvaldību autonomajām funkcijām ir nodrošināt veselības aprūpes pieejamību, taču normatīvajos aktos nav definēti kritēriji pieejamības novērtēšanai. Pamatnostādnēs⁹⁵

norādīts, ka pašvaldību loma ir liela, arī risinot ģeogrāfiskās pieejamības jautājumus – organizējot integrētus medicīniskās un sociālās aprūpes punktus, integrējot medicīnisko un sociālo mājas aprūpi, organizējot transportu pacientu nokļūšanai pie ārsta, kad esošā sabiedriskā transporta sistēma nav tam piemērota.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam⁹⁶ ģimenes ārstu prakšu un feldšeru punktu teritoriālā izvietojuma plānošana notiek, ņemot vērā faktisko situāciju reģionā (tuvākajos pagastos esošie ārsti, jaunu ārstu esamība), tomēr pašvaldībai pašai ir jārisina jautājums par iedzīvotāju nokļūšanu līdz ģimenes ārstam, piemēram, transporta nodrošinājumu. Nacionālais veselības dienests šādos jautājumos ar pašvaldībām nesadarbojas.

Lai noskaidrotu, kā tiek nodrošināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem pagastos, kur uz vietas nav ģimenes ārstu pieņemšanas vietas, izlases veidā tika aptaujātas 13 novadu pašvaldības. Izlasē iekļauto pašvaldību iesniegtās informācijas apkopojumu skatīt 3.pielikumā.

Izvērtējot pašvaldību iesniegto informāciju⁹⁷, konstatēts, ka vairākas pašvaldības nerisina primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības problēmas pagastos, kur uz vietas neatrodas ģimenes ārstu pieņemšanas vietas, piemēram:

- ✓ Daugavpils un Zilupes novadu pašvaldības norādīja, ka ģimenes ārsti veselības aprūpi iedzīvotājiem nodrošina, tos pieņemot reģistrētajās ģimenes ārstu prakses vietās, attiecīgi Daugavpilī un Zilupē;
- ✓ Dagdas novada pašvaldība norādīja, ka vistuvāk savai dzīvesvietai ģimenes ārstu sniegtos pakalpojumus pagastu iedzīvotāji var saņemt Dagdas pilsētā vai arī pieejamība tiek nodrošināta ar ģimenes ārstu mājas vizītēm;
- ✓ Rēzeknes novada pašvaldība nenorādīja uz konkrētām pašvaldības veiktajām darbībām, iedzīvotājiem nodrošinot ģimenes ārstu pieejamību. Priekules novada pašvaldība norādīja, ka vairākos pagastos nav pieejams sabiedriskais transports, līdz ar to vientuļajiem cilvēkiem ģimenes ārstu pieejamība ir nopietna problēma.

Revīzijā iesniegtā informācija norāda arī uz problēmām primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, kuru risināšanā būtu nepieciešama Veselības ministrijas iesaiste, piemēram:

- ✓ Talsu novada pašvaldība norāda, ka likumā⁹⁸ nav noteikti kritēriji, kuri raksturotu veselības aprūpes pieejamību vai nepieejamību. Talsu novada pašvaldība norāda arī, ka tā var nodrošināt telpas ģimenes ārstu pieņemšanas vietām katrā pagastā, taču diemžēl valsts nav nodrošinājusi ģimenes ārstu pietiekamību un pašvaldība nevar ietekmēt ģimenes ārstu izvēli prakses vietas ierīkošanā;
- ✓ Saldus novada pašvaldība norādīja, ka neviens ģimenes ārsts nav izrādījis interesi, izmantojot pašvaldības rīcībā esošās telpas, atvērt ģimenes ārsta praksi Šķēdes pagastā.

Konstatēts arī, ka vairākas izlasē iekļautās pašvaldības ir veikušas aktīvas darbības, lai uzlabotu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību pagastos, kur uz vietas neatrodas ģimenes ārstu pieņemšanas vietas, piemēram:

- ✓ Viļānu novada pašvaldība ir lūgusi Nacionālā veselības dienesta Latgales nodaļu izskatīt jautājumu par Dekšāres feldšeru punkta finansēšanu, lai ģimenes ārsti varētu veikt iedzīvotāju pieņemšanu pagastā;
- ✓ Preiļu novada pašvaldība 28.04.2016. lēma par feldšeru punktu atvēršanu Preiļu novada Saunas un Pelēču pagastos, kur pieņemtu arī ģimenes ārsti;
- ✓ Grobiņas novada Gaviezes un Grobiņas pagastu feldšerpunktos reizi mēnesī jau pieņem arī ģimenes ārsti;
- ✓ Grobiņas, Saldus un Skrundas novadu pagastu iedzīvotājiem tiek nodrošināts transports nokļūšanai pie ārstniecības personām, tāpat vairāki novadi primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai sniedz atbalstu telpu jautājuma risināšanā;
- ✓ Kuldīgas novada pašvaldība ir pieņēmusi lēmumu par finanšu līdzekļu piešķiršanu Pelču un Snēpeles pagastu doktorātu telpu pielāgošanai cilvēkiem ar kustību traucējumiem un ir paredzējusi iekārtot arī prasībām atbilstošas telpas ģimenes ārsta praksei Rumbas pagastā.

Ieteikumi

Lai uzlabotu primārās veselības aprūpes pakalpojumu ģeogrāfisko pieejamību, aicinām Veselības ministriju:

- izvērtēt iespēju noteikt skaidrus, ar visām iesaistītajām pusēm saskaņotus un izpildāmus kritērijus jēdzienam “veselības aprūpes pieejamība”, tādējādi iezīmējot arī visu veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā iesaistīto pušu pienākumu un atbildības sadalījumu;
- veikt pasākumus, lai uzlabotu pašvaldību izpratni par to lomu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā savas teritorijas iedzīvotājiem;
- veikt uz rezultātu vērstas darbības primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju teritoriālās pieejamības uzlabošanai, pilnveidojot ģimenes ārstu praksi un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumu, tai skaitā teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu.

Vai primārās aprūpes ārsts (ģimenes ārsts) ar savu komandu veido labu veselības aprūpes pamatu, lai atrisinātu iedzīvotāju veselības problēmas?

Ārstniecības likums, kas regulē sabiedriskās attiecības ārstniecībā, nosaka, ka ārstniecība ir profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe, kuru veic personas, kam ir medicīniskā izglītība un kas nodarbojas ar ārstniecību.

Saskaņā ar Ārstniecības likumu izdotajos Ministru kabineta noteikumos⁹⁹ ir noteikta ģimenes (vispārējās prakses) ārsta kompetence ārstniecībā un pacientu aprūpē, piemēram:

- ✓ iedzīvotāju izglītošana un veselības veicināšana, slimību profilakse, agrīna slimību diagnosticēšana, ārstēšana un rehabilitācija;
- ✓ speciālo izmeklējumu nepieciešamības un citu specialitāšu ārstu līdzdalības noteikšana pacienta veselības aprūpē, kā arī citu veselības aprūpes speciālistu ieteikumu koordinēšana, izmantojot izmaksu efektīvākos veidus profilakses un ārstēšanas resursu izmantošanā;
- ✓ manipulāciju veikšana, specialitātes kompetences ietvaros, izmantojot attiecīgās diagnostiskās un ārstnieciskās metodes.

Lai ģimenes ārsts varētu sniegt valsts apmaksātos primārās veselības aprūpes pakalpojumus, ir jānoslēdz līgums¹⁰⁰ ar Nacionālo veselības dienestu. Līgumā ir uzskaitīti līdzēju pienākumi un tiesības, kā arī norādīti ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu saņēmēji. Līgumam ir vairāki pielikumi, kuros noteikti, piemēram:

- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas noteikumi un norēķinu kārtība;
- ✓ informācijas apmaiņas kārtība.

Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs par pacientu aizpilda Ministru kabineta noteikumu¹⁰¹ apstiprināto veidlapu “Ambulatorā pacienta talons”¹⁰² atbilstoši Nacionālā veselības dienesta vadlīnijās¹⁰³ noteiktajām prasībām un nodrošina minētās veidlapas informācijas ievadi Vadības informācijas sistēmas datubāzē. Savukārt šīs dokumentācijas informācijas uzkrāšanu un apstrādi Vadības informācijas sistēmā nodrošina Nacionālais veselības dienests.

Lai novērtētu primārās veselības aprūpes kvalitāti, viens no revīzijas uzdevumiem bija strukturēt un analizēt Vadības informācijas sistēmā pieejamos datus par 79 izlasē¹⁰⁴ iekļauto ģimenes ārstu pierēģistrētajiem pacientiem un tiem veiktā visa ambulatorā darba uzskaiti laikā no 01.01.2014. līdz 30.06.2015.

Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales metodika un tās nepilnības

Sadarbībā ar ģimenes ārstu asociācijām un ekspertiem izstrādātā ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodika raksturo ģimenes ārstu sniegtās aprūpes kvalitāti, un tās mērķis ir veicināt ģimenes ārsta pieejamību un labāku pacientu aprūpi. Tomēr kopš šīs metodikas ieviešanas trīs gadu laikā ģimenes ārsti nav būtiski uzlabojuši gada darbības rādītājus kvalitātes kritēriju sasniegšanā, jo no 13 definētajiem kvalitātes rādītāju kritērijiem ir sasniegti tikai seši, turklāt divu kritēriju sasniegšana ir skaidrojama ar robežvērtības sliekšņa samazināšanu un ierobežojumu atcelšanu.

Ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodikai būtu jādarbojas arī kā monetārās motivēšanas instrumentam, lai veicinātu ģimenes ārstu interesi izpildīt kvalitātes kritērijus, tā iedzīvotājiem paaugstinot primārās veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti. Taču izveidotā apmaksas sistēma nav pārdomāta un nemotivē ārstus šos

kritērijus izpildīt. Revīzijā konstatētais ļauj secināt, ka ģimenes ārsti biežāk izpilda tos kvalitātes kritērijus, kuru ietvaros veicamās darbības tiek apmaksātas ikdienā saskaņā ar veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem. Piemēram, par slēpto asiņu testu veikšanu pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem ģimenes ārsti saņem samaksu, un tas ir viens no vislabāk sasniegtajiem kvalitātes kritērijiem. Savukārt, lai gan sirds un asinsvadu slimības ir visizplatītākais nāves cēlonis Latvijā, kā arī Nacionālais veselības dienests norāda uz kardiovaskulārā riska noteikšanas nozīmīgumu, tomēr par šo ģimenes ārstu veikto darbību ikdienā atsevišķa samaksa nav noteikta, un tas ir vissliktāk izpildītais kvalitātes kritērijs.

Ģimenes ārsti ir atbildīgi arī par dažādu profilaktisko pasākumu veikšanu, tomēr ģimenes ārstu gada darbības novērtēšanas metodikā šiem pasākumiem nav piešķirta būtiska nozīme, kas Valsts kontroles ieskatā liecina par izveidotās sistēmas nepilnībām. Ģimenes ārstu veikto regulāro profilaktisko apskaušu mērķis ir veicināt savlaicīgu slimību diagnostiku un slimību profilaksi, tai skaitā mirstības no onkoloģiskām slimībām samazināšanos, kā arī individuālu pacienta problēmu pilnīgāku un vispusīgāku risināšanu. Ģimenes ārstu darbam ir arī būtiska nozīme, lai uzlabotu iedzīvotāju atsaucību un iesaisti valsts organizētajos skrīninga pasākumos. Taču revīzijā konstatēts, ka netiek izpildīti gada darbības rādītāji vai rādītāju izpilde pasliktinās tādiem nozīmīgiem un lielas pacientu grupas aptverošiem kvalitātes rādītāju vērtēšanas kritērijiem, kā, piemēram, mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings un veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem. Turklāt Veselības ministrija ģimenes ārstu gada darbības novērtēšanas metodikā nav paredzējusi kritērijus, lai novērtētu veikto regulāro profilaktisko pārbaužu apjomu un kvalitāti, un šis darbs netiek arī atsevišķi apmaksāts.

Valsts kontroles ieskatā ģimenes ārstu gada darbības novērtēšanā iekļautā kvalitātes rādītāja “Ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojuma daudzveidība” vērtēšanas veids nav pārdomāts un kvalitātes rādītāja mērķis netiek sasniegts. Lai izpildītu šī rādītāja vērtēšanas kritērijus Ministru kabineta noteikumi¹⁰⁵ paredz ģimenes ārstam gada laikā izmantot vismaz 25% no 63 dažādiem manipulāciju veidiem, tomēr kvalitātes kritēriju var izpildīt, katru atsevišķo manipulācijas veidu veicot kaut vai vienu reizi.

Visiem ģimenes ārstiem ir noteiktas vienādas prasības gada darbības kvalitātes rādītāju vērtēšanas kritēriju izpildē, taču finansējuma bāze gada darbības novērtējuma maksājumam ir atkarīga no vairākiem aspektiem, tai skaitā no praksē reģistrēto pacientu skaita un struktūras. Šāda finansēšanas kārtība Valsts kontroles ieskatā radījusi nepamatotas priekšrocības ģimenes ārstu praksēm, kurās ir vairāk reģistrēto pacientu, jo

par kvalitātes un apjoma ziņā līdzvērtīgu darbu lielās prakses saņem lielākus kvalitātes maksājumus, lai gan ne vienmēr tiek sasniegti augstāki darbības kvalitātes rādītāji.

Lai gan Veselības ministrijas plānotā politika¹⁰⁶ paredz palielināt primārās veselības aprūpes (ģimenes ārstu) lomu ārstniecībā, tomēr Ministru kabineta noteikumos¹⁰⁷ norādītā ģimenes ārstu prakšu finansēšanas kārtība neveicina ģimenes ārstu ieinteresētību palielināt darba apjomu, veicot manipulācijas un sniedzot citus pakalpojumus ģimenes ārstu praksē. Jau sākotnēji, plānojot maksimāli iespējamo piemaksu apmēru par ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanu, šim mērķim Veselības ministrija gadā ir paredzējusi apmēram 3 % no kopējiem maksājumiem ģimenes ārstiem. Tomēr faktiski ģimenes ārsti šo finansējuma apjomu apgūt nespēj izveidotās ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales aprēķina metodes dēļ.

Revīzijā izlases veidā pārbaudīta 46 ģimenes ārstu prakšu ieņēmumu struktūra un konstatēts, ka pamatmaksājums par pierēģistrēto pacientu skaitu veido apmēram 43 % no kopējiem ieņēmumiem, māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanas maksājumi veido apmēram 28 %, pārējie maksājumi (fiksētie maksājumi un piemaksas par faktiski paveikto darbu) – apmēram 29 %, tai skaitā 1,1 % – ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums. Tādējādi dažādu fiksētu maksājumu veidā ģimenes ārstu prakses no valsts budžeta saņem līdz pat 90 % no to kopējiem ieņēmumiem.

Lai novērtētu ģimenes ārstu sniegtās aprūpes kvalitāti un vienlaikus motivētu ģimenes ārstus to uzlabot, Veselības ministrija¹⁰⁸ sadarbībā ar ekspertiem no sešām valstīm Baltijas jūras reģiona valstu projekta “Sabiedrības veselības uzlabošana, veicinot pieejamu augstas kvalitātes primārās veselības aprūpes sistēmu” ietvaros, kā arī ņemot vērā gan ģimenes ārstu asociāciju priekšlikumus, gan ekspertu ieteikumus, izstrādāja ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodiku.

Veselības ministrijas¹⁰⁹ izveidotā darba grupa ģimenes ārstu darbības kvalitātes kritēriju izstrādei darbojās līdz 01.08.2012. Iepazīstoties ar darba grupas sanāksmju protokoliem¹¹⁰, konstatēts, ka sākotnēji darba grupa kā vienu no kritērijiem ģimenes ārstu darba kvalitātes novērtēšanai piedāvāja vērtēt, piemēram, ģimenes ārsta reģistrēto pacientu konsultāciju skaitu pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem un ģimenes ārsta reģistrēto pacientu hospitalizāciju skaitu. Tomēr minētie kritēriji ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanā iekļauti netika.

Revīzijā, pētot citu valstu pieredzi primārās veselības aprūpes ārstu darbības novērtēšanā, konstatēts¹¹¹, ka, piemēram, Nīderlandē, kur ir labi attīstīta primārā veselības aprūpe, ģimenes ārsta darbības efektivitāti raksturo sarūkošs norīkojumu skaits, jo lielākā daļa problēmu tiek atrisināta tieši ģimenes ārsta kabinetā.

Izstrādātā ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodika apstiprināta ar Ministru kabineta noteikumiem¹¹², kuros ir definēti ģimenes ārstu gada darbības kvalitātes kritēriju izpildes nosacījumi ar sasniedzamajām robežvērtībām šādās jomās:

- ✓ profilakse;
- ✓ pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitātes paaugstināšana – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāžu izbraukumu skaita vērtējums pie ģimenes ārsta pacientiem;
- ✓ ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

Ģimenes ārstu gada darbības kvalitātes rādītāju atbilstoši vērtēšanas kritērijiem izpilde

Ministru kabineta noteikumos¹¹³ ir definēti 13 ģimenes ārstu darbības kvalitātes kritēriji, un tie ir procentuāli sadalīti pēc nozīmīguma vērtējuma, piemēram, mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīningam ir visnozīmīgākais vērtējums – 11 %, savukārt neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izbraukumu skaitam, ja pacientu nepārved uz slimnīcu, vismazākais – 4 % (detalizēti skatīt ziņojuma nodaļā Revīzijas kritēriji).

Gan 2013., gan 2014. un 2015.gadā ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanai Nacionālais veselības dienests izmantoja vienādus kvalitātes rādītājus. Dienests apkopo informāciju par katram pacientam sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem novērtējamā gada laikā un katram ģimenes ārstam nosaka Ministru kabineta noteikumos¹¹⁴ definētos kvalitātes rādītājus.

Revīzijā, analizējot Nacionālā veselības dienesta apkopoto informāciju par kvalitātes kritēriju izpildi, konstatēts, ka dažiem rādītājiem 2014. un 2015.gadā salīdzinājumā ar 2013.gadu ir samazināti izpildes nosacījumi¹¹⁵, piemēram, slēpto asiņu testiem pacientiem no 50 gadiem un vecākiem izmainīti vecumu grupas ierobežojumi, nosakot to robežās 50-74 gadi, tāpat no jauna reģistrēto pacientu veselības stāvokļa novērtējuma sasniedzamā robežvērtība ir samazināta no 90-95 % uz 75-90 %, kā arī bērnu vakcinācijas aptverei noņemts minimālā reģistrēto bērnu skaita (20 bērni vecumā līdz trīs gadiem) ierobežojums praksē.

Lai noskaidrotu vidējo ģimenes ārstu gada darbības kvalitātes rādītāju izpildes dinamiku pa gadiem, revīzijā apkopoti dati par visu 2013., 2014. un 2015. gadā novērtēto ģimenes ārstu katram pacientam gada laikā sniegtajiem pakalpojumiem. Iegūtie rezultāti sadalīti četrās grupās pēc ģimenes ārstu darbības pamatteritorijām – Rīga, republikas pilsētas, pilsētas, lauku teritorijas un pagasti¹¹⁶ (detalizēti skatīt 3. un 4.tabulā).

Revīzijas laikā konstatēts, ka vidējie ģimenes ārstu gada darbības rādītāji kvalitātes kritēriju izpildē, salīdzinot 2013., 2014. un 2015.gadu, nav uzlabojušies, jo septiņiem no 13 kvalitātes rādītājiem visu trīs gadu vērtēšanas periodā nav sasniegta zemākā noteiktā robežvērtība. Zemākā robežvērtība nav sasniegta arī rādītājiem, kam noteikts augsts nozīmīguma vērtējums, piemēram, mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīningam, bērnu vakcinācijas aptverei un veselības stāvokļa novērtējumam pacientiem vecumā no 18 gadiem (detalizēti skatīt 3.tabulā).

Atbilstoši Pamatnostādnēm¹¹⁷ 2012.gadā 20,6 % no visiem nāves gadījumiem nāves cēlonis bijis ļaundabīgais audzējs, tāpat 34 % ļaundabīgo audzēju tika atklāti novēloti. Lai šo situāciju uzlabotu, valsts organizē un apmaksā vēža skrīningu, kas saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem¹¹⁸ ir uz iedzīvotāju reģistra datiem balstīta veselības aprūpes programma ar centralizētu uzaicinājumu nosūtīšanu ierasties attiecīgā vecuma pacientu grupām uz izmeklējumiem, lai laikus atklātu

pirmsvēža slimības un vēzi agrīnajās stadijās. Arī ģimenes ārstam Veselības ministrija ir paredzējusi lomu šo izmeklējumu veicināšanā, nosakot, ka viens no ģimenes ārsta darba kvalitātes rādītājiem¹¹⁹ ir organizētā vēža skrīninga datu uzraudzība. Nacionālā veselības dienesta mājaslapā¹²⁰ ir dots skaidrojums, kā jārīkojas ģimenes ārstam¹²¹, lai palielinātu šos izmeklējumus veikušo pacientu skaitu, tādējādi izpildot arī organizētā vēža skrīninga datu uzraudzības kvalitātes rādītāja vērtēšanas kritēriju¹²².

Revīzijā konstatēts, ka kvalitātes rādītājs *mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings* aptver lielu vērtējamo pacientu grupu (pacientus, kuriem nepieciešams veikt šos izmeklējumus). Piemēram, 2015.gadā tie bija 307 374 pacienti, tomēr kopumā valstī izmeklējumi tiek veikti mazāk nekā trešdaļai pacientu, tā nerasniedzot šim ģimenes ārsta darba kvalitātes rādītājam noteikto sasniedzamo zemāko robežvērtību (36 %), turklāt 2015.gadā, salīdzinot ar 2014.gadu, izpilde ir samazinājusies, jo 2014.gadā skrīninga programmas ietvaros izmeklējumus veikuši 30 % uzaicinājumus saņēmušo personu, bet 2015.gadā – tikai 28 %. Šī kvalitātes rādītāja vērtēšanas kritēriju ir izpildījuši tikai 19 % ārstu 2014.gadā un 16 % ārstu 2015.gadā.

Revīzijā konstatēts, ka kvalitātes rādītāja *veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem*, kas aptver lielu vērtējamo pacientu grupu (2015.gadā – 1,55 miljoni pacientu), izpilde 2015.gadā, salīdzinot ar 2014.gadu, nav uzlabojusies, saglabājoties 61 % apmērā. Šī kvalitātes rādītāja vērtēšanas kritēriju ir izpildījuši 32 % ārstu 2014.gadā un 31 % ārstu 2015.gadā. Nacionālais veselības dienests skaidro¹²³, ka saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem¹²⁴ ģimenes ārsta profesionālā kompetence ietver pacienta veselības stāvokļa novērtējumu neatkarīgi no ģimenes ārsta apmeklējuma iemesla. Tāpēc, apkopojot informāciju par šī kvalitātes rādītāja izpildi, tiek vērtēts, vai par konkrēto pacientu ir aizpildīts kaut viens ambulatorais talons. Tātad tiek uzskatīts, ka ģimenes ārsts attiecīgajā gadā ir veicis pacienta veselības stāvokļa novērtējumu, ja pacients kaut vai vienu reizi ir apmeklējis ģimenes ārstu neatkarīgi no apmeklējuma iemesla.

Pamatnostādnēs¹²⁵ ir arī norādīts, ka ģimenes ārstu sniegtajām pacientu profilaktiskajām apskatēm ir liela nozīme, lai veselības sistēma būtu vērsta nevis uz ielaistu slimību ārstēšanu, bet uz savlaicīgu slimību diagnostiku un slimību profilaksi, tādējādi regulāras profilaktiskās pārbaudes ir atslēga uz veselu sabiedrību un mirstības no onkoloģiskām slimībām samazināšanos. Arī Ministru kabineta noteikumi¹²⁶ nosaka, ka profilaktisko apskati veic ģimenes ārsts reizi gadā, ja pacienta izmeklēšana jau nav tikusi veikta slimības laikā, un personas, kurām veic profilaktiskās apskates un izmeklējumus, ir atbrīvotas no pacientu iemaksas¹²⁷. Profilaktiskās apskates laikā ģimenes ārsts uzklauša pacienta sūdzības un izvērtē veselības stāvokli, un nepieciešamības gadījumā veic dažādas pārbaudes:

- ✓ ķermeņa svara, garuma, ādas un gļotādu stāvokļa pārbaudi, mutes dobuma apskati;
- ✓ kakla, padušu, cirkšņu limfmezglu apskati un iztaustīšanu, krūšu dziedzeru apskati un iztaustīšanu, vairogdziedzera stāvokļa novērtēšanu, vēdera iztaustīšanu;
- ✓ asinsspiediena, pulsa, ķermeņa temperatūras noteikšanu, sirdsdarbības un plaušu izklausīšanu un citas pārbaudes.

Lai iegūtu informāciju par veiktajām profilaktiskajām apskatēm pieaugušajiem, no 01.11.2009. Ministru kabineta noteikumos¹²⁸ tika iekļautas jaunas manipulācijas (pieaugušo profilaktiskās apskates – 60404,60405), par kuru veikšanu samaksa nav noteikta (tarifs 0,00). Nacionālais veselības dienests revīzijā paskaidroja¹²⁹, ka dati par pieaugušajiem veiktajām profilaktiskajām apskatēm ir

nepieciešami dažādiem statistikas rādītājiem un netiek saistīti ar kvalitātes kritēriju datiem. Manipulācijas pēc būtības apliecina, ka ir veikts Ministru kabineta noteikumos¹³⁰ norādītais apskates apjoms. Citos gadījumos ģimenes ārsts pacienta veselības stāvokļa izvērtējumu veic tādā apjomā, lai nodrošinātu slimību diagnostiku un ārstēšanu. Tādējādi ģimenes ārstu veiktās pacientu profilaktiskās apskates netiek apmaksātas un nav arī iekļautas ģimenes ārstu gada darbības rādītāju vērtēšanas sistēmā.

Revīzijas laikā, apkopojot datus par veiktajām profilaktiskajām apskatēm pieaugušajiem (manipulācijas kods – 60404,60405), konstatēts, ka izlasē iekļautie 79 ģimenes ārsti profilaktisko apskati veikuši tikai 29 % personu, kas pie tiem reģistrējušās, vai 46 % no unikālo pacientu skaita, kuri ir apmeklējuši ģimenes ārstu. Turklāt 15 ārsti saviem pacientiem profilaktisko apskati nav veikuši vispār.

Saskaņā ar Pamatnostādnēs¹³¹ norādīto informāciju sirds un asinsvadu slimības ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma Latvijā. To apliecina augstie mirstības, saslimstības un hospitalizācijas rādītāji. Sirds un asinsvadu slimības, piemēram, 2012. gadā ir bijis visizplatītākais nāves cēlonis (54,9 % no visiem mirušajiem) Latvijā. Ir svarīgi laikus atpazīt sirds un asinsvadu slimību riska faktorus, lai tos turpmāk varētu novērst vai koriģēt, tādējādi mazinot saslimstību un mirstību. No Nacionālā veselības dienesta¹³² skaidrojuma izriet, ka ir ļoti nozīmīgi izvērtēt kardiovaskulārās slimības risku, proti, vai tuvāko 10 gadu laikā ir iespēja letālam kardiovaskulāras saslimšanas iznākamam.

Revīzijā konstatēts, ka trīs gadu vērtēšanas periodā kvalitātes rādītāja – *kardiovaskulārā riska noteikšana* – izpildes robežvērtības nav sasniegtas un to sasniegšanu nav veicinājusi arī sasniedzamo robežvērtību samazināšana no 70-95 % uz 60-90 %, piemēram, 2015.gadā sasniegtais vidējais rādītājs kardiovaskulārā riska noteikšanā ir 30 %. Lai gan šī darbība ir iekļauta vērtēšanas sistēmā, tomēr par šīs manipulācijas veikšanu atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹³³ samaksa nav noteikta (tarifs 0,00). Konstatēts, ka 2015.gadā pie 1202 ģimenes ārstiem kopā ir reģistrēti 47 873 pacienti¹³⁴, kuri atbilst vērtējamai pacientu grupai (pacienti, kuriem nepieciešams noteikt šo risku) un kuriem vienu reizi gadā ģimenes ārsta konsultācijas laikā būtu jānosaka kardiovaskulārais risks, tomēr:

- ✓ 516 ģimenes ārsti, pie kuriem reģistrēti 16 160 pacienti, nav veikuši kardiovaskulārā riska noteikšanu;
- ✓ 686 ģimenes ārsti, pie kuriem ir reģistrēti 31 713 pacienti, kardiovaskulāro risku ir noteikuši tikai 14 251 pacientam.

3.tabula

Ģimenes ārstu sasniegto kvalitātes kritēriju salīdzinājums 2013., 2014. un 2015.gadā sadalījumā pa teritorijām (%)

Pēc nozīmīguma vērtējums, %	Kvalitātes kritēriju definējums	Robežvērtība 2013.g.	Robežvērtība 2014. un 2015.g.	Lauku teritorijas un pagasti, %			Pilsēta, %			Republikas pilsēta, %			Rīga, %		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
11	Mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings	36-50%	36-50%	33	30	30	37	34	31	32	29	28	28	27	25
10	Bērnu vakcinācijas aptvere	92-98%	92-98%	74	79	81	76	79	84	69	71	78	64	69	76
9	Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem	65-75%	65-75%	60	63	62	60	64	64	58	62	62	56	58	58
8	Zema blīvuma holesterīna noteikšana	80-95%	70-90%	56	60	57	60	62	61	57	63	61	60	63	61
7	Kardiovaskulārā riska noteikšana	70-95%	60-90%	22	27	26	28	35	37	24	30	31	16	23	25
5	No reģistrēto jauno pacientu veselības stāvokļa novērtējums	90-95%	75-90%	73	60	69	75	74	71	72	64	71	73	63	71
4	Izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem	75-90%	75-90%	37	41	45	43	51	54	46	53	52	40	44	47

Vērtējot Nacionālā veselības dienesta datus par ģimenes ārstu darbības kvalitātes kritēriju izpildi, konstatēts, ka no 13 kvalitātes rādītājiem visus trīs gadus nemainīgi tiek sasniegti divi – pēc nozīmīguma svarīgi kvalitātes kritēriji – *pacienti vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests* un *veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no diviem līdz 18 gadiem*.

Salīdzinot 2015.gada vidējos kvalitātes rādītājus pa ģimenes ārsta darbības pamatteritorijām, konstatēts, ka sliktāk ar kritērija sasniegšanu ir veicies ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorijas ir Rīga – no 13 kvalitātes rādītājiem sasniegti četri (detalizēti skatīt 4.tabulā).

Par kvalitātes rādītāja *pacienti vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests* izpildi ģimenes ārstam saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem¹³⁵ tiek veikta gan samaksa (tarifs – 1,10 euro) par veikto izmeklējumu, gan arī papildu fiksētais maksājums par katru noteikto profilaktisko izmeklējumu saņēmušo pieaugušo pacientu – 0,71 euro par ģimenes ārsta praksē vai laboratorijā veiktu slēpto asiņu izmeklējumu¹³⁶.

No 01.01.2016. saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem¹³⁷ kvalitātes rādītāja – *pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests* – sasniedzamā robežvērtība ir palielināta no 8-25 % uz 11-25 %.

Lai gan 2014. un 2015.gadā salīdzinājumā ar 2013.gadu sasniegto kvalitātes kritēriju skaits ir nedaudz palielinājies, tomēr tas ir skaidrojams ar kvalitātes kritēriju sasniedzamās zemākās robežvērtības samazināšanu, piemēram, kritērija *Mikroalbuminūrijas noteikšana 2.tipa cukura diabēta pacientiem* sasniedzamā robežvērtība ir samazināta no 60-80 % uz 50-75 % un kritērija *cukura diabēta uzraudzība* abos parametros izņemts ierobežojums – *praksē ir reģistrēti ne mazāk kā 20 cukura diabēta pacienti* (detalizēti skatīt 4.tabulā).

Lai gan kvalitātes kritērijam *ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība* ir samazināta sasniedzamā zemākā robežvērtība no 30-50 % uz 25-50 %, augstāks rādītājs šī kritērija izpildē ir ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti – 30 %. Ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorijas ir republikas pilsētas un Rīga, 2015.gadā vidējie gada darbības rādītāji ir attiecīgi 17 % un 15 %.

Turklāt 2015.gadā no 1276 vērtētajiem ģimenes ārstiem deviņi ģimenes ārsti nav veikuši nevienu no 63 vērtēšanai pakļautajiem manipulāciju veidiem, savukārt 803 ģimenes ārsti ir veikuši mazāk par 16 manipulāciju veidiem, tādējādi neizpildot noteiktos kvalitātes kritērijus (detalizēti skatīt 4.tabulā).

4.tabula

Ģimenes ārstu sasniegto kvalitātes kritēriju salīdzinājums 2013., 2014. un 2015.gadā sadalījumā pa teritorijām (%)

Pēc nozīmīguma vērtējums, %	Kvalitātes kritēriju definējums	Robežvērtība 2013.g.	Robežvērtība 2014. un 2015.g.	Lauku teritorijas un pagasti, %			Pilsēta, %			Republikas pilsēta, %			Rīga, %		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
11	Pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests	8-25%	8-25%	10	10	10	14	16	16	14	14	13	10	12	11
9	Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 2 līdz 18 gadiem	75-95%	75-95%	85	84	87	85	85	88	81	82	87	83	83	86
8	Glikohemogl obīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta slimniekiem	80-90%, 60-80%	75-90%, 60-80%	75	78	77	78	80	79	79	83	81	79	84	85
8	Ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība	30-50%	25-50%	29	29	30	24	24	25	16	16	17	15	15	15

Pēc nozīmīguma vērtējums, %	Kvalitātes kritēriju definējums	Robežvērtība 2013.g.	Robežvērtība 2014. un 2015.g.	Lauku teritorijas un pagasti, %			Pilsēta, %			Republikas pilsēta, %			Rīga, %		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
6	Mikroalbumi nūrijas noteikšana 2.tipa cukura diabēta pacientiem	60-80%	50-75%	41	43	43	48	52	54	43	48	52	32	35	36
4	NMPD izbraukumu skaits, ja pacientu nepārved uz slimnīcu	110-100%	110-100%	86	80	78	106	101	96	125	112	105	86	101	106
No 6 definētajiem kvalitātes kritērijiem ir sasniegta zemākā robežvērtība, skaits				3	5	5	3	5	6	2	3	5	3	4	4
No 6 definētajiem kvalitātes kritērijiem nav sasniegta zemākā robežvērtība, skaits				3	1	1	3	1	0	4	3	1	3	2	2

Kvalitātes rādītāja – *ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība* – mērķis ir motivēt ģimenes ārstus sniegt daudzveidīgus pakalpojumus ģimenes ārsta praksē. Nacionālais veselības dienests skaidro¹³⁸, ka, vērtējot kvalitātes kritēriju *ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība*, tiek vērtēta atbilstošo manipulāciju esamība ģimenes ārsta aizpildītajos ambulatorajos talonos. Ja ir veikta vismaz viena manipulācija, tad tā tiek ieskaitīta kvalitātes kritērija vērtējumā. Konkrēts vērtējams manipulāciju daudzums nav noteikts, jo katra ģimenes ārsta kompetencē ir izvērtēt, vai manipulāciju var veikt ģimenes ārsta praksē, vai nepieciešams nosūtīt pie speciālista.

Revīzijas laikā konstatēts, ka izlasē iekļautie ģimenes ārsti dažos gadījumos pēc skaita ir veikuši tikai dažas manipulācijas (pie attiecīgās diagnozes), piemēram, manipulāciju *elektrokardiogrammas ar 12 novadījumiem pieraksts un apraksts* viens ģimenes ārsts ir veicis trīs reizes, bet cits – divas reizes, pacientus attiecīgi 434 reizes un 171 reizi nosūtot šo manipulāciju veikt pie cita pakalpojuma sniedzēja, divi ģimenes ārsti manipulāciju *glikozes noteikšana asinīs* ir veikuši vienu reizi, toties nosūtījuši pacientus veikt šo pašu manipulāciju pie cita pakalpojuma sniedzēja attiecīgi 290 un 180 reizes. Taču atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam šīs dažas veiktās manipulācijas tiek ieskaitītas kvalitātes kritērija vērtējumā.

Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas maksājumu aprēķina principu un sniegto pakalpojumu apmaksas sistēmas nepilnības

Ministru kabineta noteikumi¹³⁹ paredz, ka ģimenes ārstam reizi gadā ir tiesības saņemt ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu, kuru aprēķina, pamatojoties uz ģimenes ārsta gada darbības rādītāju izvērtējumu.

Ģimenes ārstu gada darbības novērtējuma maksājumiem¹⁴⁰ gan 2014., gan 2015.gadā valsts budžetā bija paredzēti 2,2 miljoni *euro*, taču ģimenes ārstiem par sasniegtajiem kvalitātes rādītāju kritērijiem gan 2014., gan 2015.gadā ir izmaksāti 0,7 miljoni *euro* jeb trešā daļa no plānotā.

Revīzijā veiktas pārbaudes par ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas maksājumu aprēķina principiem un ģimenes ārsta sniegto pakalpojumu apmaksas sistēmu, lai gūtu pārliecību, vai maksājumi ģimenes ārstiem par faktiski paveikto darbu, izņemot fiksētos maksājumus ģimenes ārstu praksēm, ir motivējoši.

Ministru kabineta noteikumi¹⁴¹ nosaka, ja ģimenes ārsta praksē nav reģistrētas personas, kas atbilst vērtēšanas kritērijā noteiktajam pacientu veidam, maksājumu par attiecīgo kvalitātes kritēriju ģimenes ārstam neizmaksā.

Revīzijā konstatēts, ka, piemēram, 2015.gadā aprēķinātais visiem ģimenes ārstiem plānotais gada kvalitātes maksājums par rādītājiem *Bērnu vakcinācijas aptvere* un *Glikohemoglobīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta slimniekiem* ir attiecīgi bijis 210 659 euro un 168 526 euro. Taču šos kvalitātes rādītāju kritērijus nevar izpildīt attiecīgi 432 un 589 ģimenes ārsti, jo to praksē nav reģistrētas personas, kas atbilstu vērtēšanas kritērijā noteiktajam pacientu veidam, tāpēc attiecīgi 61 342 euro un 78 348 euro no attiecīgajiem kvalitātes kritērijiem aprēķinātajiem līdzekļiem nav izmaksāti. Arī pediatri no 13 kvalitātes kritērijiem faktiski var izpildīt tikai astoņus, lai gan plānotais gada kvalitātes maksājums pediatriem ir aprēķināts, pieņemot, ka tiks izpildīti visi 13 kvalitātes kritēriji.

Izlasē iekļautajiem 79 ģimenes ārstiem plānotais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums 2014. un 2015.gadā bija attiecīgi 126 820 euro un 126 946 euro, un tas veido apmēram 3 % no ģimenes ārstu kopējiem ieņēmumiem par pacientu aprūpi, ko apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem. Tomēr ģimenes ārsti nevar šo maksājumu saņemt plānotajā apmērā, jo, piemēram, 2015.gadā no 79 ģimenes ārstiem 45 ģimenes ārstiem praksē nebija reģistrētas personas, kas atbilstu vērtēšanas kritērijā *Glikohemoglobīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta slimniekiem* noteiktajam pacientu veidam.

Ministru kabineta noteikumi¹⁴² nosaka ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma aprēķina principus. Gada darbības novērtējuma maksājuma apmērs ir atkarīgs no praksē reģistrēto pacientu skaita un vecuma struktūras. Nacionālais veselības dienests skaidro, ka vēsturiski šis maksājums bija kā daļa no kapitācijas naudas, kas, sākot no 2013.gada, tika sadalīta divos atsevišķos maksājumos¹⁴³. Kapitācijas naudas apmērs par vienu reģistrēto personu mēnesī ir 1,182579 euro, savukārt ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par vienu reģistrēto personu mēnesī ir 0,087455 euro, tādējādi lielāks gada darbības novērtējuma maksājuma apmērs ir praksēm, kurām ir lielāks reģistrēto personu skaits vai liels reģistrēto bērnu skaits.

Ieplānotais gada darbības novērtējuma maksājums katram ģimenes ārstam ir procentuāli sadalīts pēc 13 kvalitātes rādītāju nozīmīguma vērtējuma. Piemēram, aprēķinot ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma apmēru, visaugstākais nozīmīguma vērtējums 11 % ir piešķirts rādītājam *mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings*, savukārt viszemākais nozīmīguma vērtējums 4 % – rādītājam *neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izbraukumu skaits, ja pacientu nepārved uz slimnīcu*.

Nacionālais veselības dienests revīzijā paskaidroja¹⁴⁴, ka šāda sistēma izveidota ar mērķi, lai motivētu ģimenes ārstus savā praksē reģistrēt dažāda vecuma pacientus, un lielākus maksājumus var saņemt tās ģimenes ārstu prakses, kuru darbība ir vispusīga un tajās ir reģistrēti pacienti visās vecuma grupās.

Valsts kontroles ieskatā Nacionālā veselības dienesta sniegtais skaidrojums jāvērtē kritiski, jo atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁴⁵ ģimenes ārsts nevar atteikt reģistrēt pacientu, ja tā

dzīvesvieta atrodas ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā un ģimenes ārsta praksē jau nav pierēģistrēts noteikts pacientu daudzums. Tāpat Ministru kabineta noteikumi¹⁴⁶ nosaka, ka ģimenes (vispārējās prakses) ārsta kompetencē ir jaundzimušo, zīdaiņu un bērnu attīstības un veselības novērošana un konsultāciju sniegšana par to uzlabošanu, profilaktiskās vakcinācijas veikšana atbilstoši vakcinācijas kalendāram, kā arī zīdaiņu, bērnu un pusaudžu ārstēšana, ja nepieciešams, pieaicinot attiecīgās specialitātes ārstu.

Revīzijā konstatēts, ka 2015.gadā ģimenes ārstu prakse, kurā reģistrēts vairāk nekā 2000 personu, izpildot četrus no 13 kvalitātes kritērijiem, taču neizpildot nevienu kritēriju ar nozīmīguma vērtējumu 11 %, par gada darbības novērtējumu saņēmusi 811 *euro*, savukārt ģimenes ārstu prakse ar 1500 reģistrētajiem pacientiem, izpildot deviņus no 13 kvalitātes kritērijiem, tai skaitā vienu ar nozīmīguma vērtējumu 11 %, par gada darbības novērtējumu saņēmusi 795 *euro*.

Revīzijā konstatēts, ka 2015.gadā izlasē iekļautie 15 ģimenes ārsti ar pierēģistrēto pacientu skaitu virs 2000 vidēji ir sasnieguši trīs kvalitātes rādītāju kritērijus no 13 iespējamajiem, tai skaitā no 15 ģimenes ārstiem pēc nozīmīguma vērtējuma vissvarīgākajos rādītājos – *mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings* un *pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests* – attiecīgi ir sasnieguši trīs un pieci ģimenes ārsti. Arī rādītāju *bērnu vakcinācijas aptvere* un *veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem* kritērijus attiecīgi ir sasnieguši tikai divi un četri ģimenes ārsti, kā arī no 15 ģimenes ārstiem septiņi ir sasnieguši kvalitātes rādītājam *ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība* noteiktos vērtēšanas kritērijus.

Revīzijā arī konstatēts, ka faktiski ar vienādu padarītā darba apjomu vai pat mazāku ģimenes ārstu prakses ar lielāku pierēģistrēto pacientu skaitu saņem lielāku gada darbības novērtējuma maksājumu nekā ģimenes ārstu prakses ar mazāku pierēģistrēto pacientu skaitu.

Piemēram, 2015.gadā kvalitātes kritēriju *pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests* (nozīmīguma vērtējums – 11 %) izpildījušas divas ģimenes ārstu prakses ar 2338 pacientiem un 1761 reģistrēto pacientu, vērtējamo vienību skaits (pacienti, kuriem nepieciešams veikt šos izmeklējumus) attiecīgi ir 618 un 611, atrasto vienību skaits (pacienti, kuriem ir veikti šie izmeklējumi) attiecīgi ir 160 un 321, kvalitātes kritērija izpilde attiecīgi ir 26 % un 53 %. Tātad, faktiski veicot divas reizes mazāk izmeklējumu, ģimenes ārsta prakse, kurā ir lielāks pierēģistrēto pacientu skaits, par šī kvalitātes kritērija izpildi ir saņēmusi 282 *euro*, savukārt ģimenes ārsta prakse, kurā ir mazāk pierēģistrēto pacientu, taču veikts lielāks izmeklējumu skaits, – 194 *euro* (detalizēti skatīt 5.tabulā).

Piemēram, 2015.gadā kvalitātes kritēriju *veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem* (nozīmīguma vērtējums – 9 %) ir izpildījušas divas ģimenes ārstu prakses attiecīgi ar 2338 un 1660 reģistrētajiem pacientiem, vērtējamo vienību skaits (reģistrētie pieaugušie pacienti) attiecīgi ir 1849 un 1345, atrasto vienību skaits (pacients kaut vai vienu reizi ir apmeklējis ģimenes ārstu) attiecīgi ir 1267 un 1281, kvalitātes kritērija izpilde attiecīgi ir 69 % un 95 %. Par līdzīgu paveiktā darba apjomu ģimenes ārsta prakse, kurā ir lielāks pierēģistrēto pacientu skaits, par šī kvalitātes kritērija izpildi ir saņēmusi 210 *euro*, savukārt ģimenes ārsta prakse ar mazāku pierēģistrēto pacientu skaitu – 154 *euro* (detalizēti skatīt 5.tabulā).

5.tabula

Ģimenes ārstu sasniegto kvalitātes kritēriju un maksājumu sadalījuma salīdzinājums

Pēc nozīmīguma vērtējums, %	Kvalitātes kritēriju definējums	Robežvērtība 2015.g.	Ģimenes ārsta prakse ar reģistrēto pacientu skaitu, kopā ar bērniem uz 01.09.2015. ¹⁴⁷	2015.gads				
				Aprēķinātais gada kvalitātes maksājums, euro	Kvalitātes kritērija izpilde, %	Vērtējamo vienību skaits	Atrasto vienību skaits	Izmaksātā summa, euro
11	Mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings	36-50%	2030	235	40.5	289	117	190
			1752	188	62.9	337	212	187
11	Pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests	8-25%	2338	282	25.9	618	160	282
			1761	194	52.5	611	321	194
10	Bērnu vakcinācijas aptvere	92-98%	2096	219	93.3	15	14	209
			1752	171	100	15	15	171
9	Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 2 līdz 18 gadiem	75-95%	2681	242	93.1	217	202	237
			1548	150	94.5	219	207	149
9	Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem	65-75%	2338	230	68.5	1849	1267	210
			1660	154	95.2	1345	1281	154
8	Ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība	25-50%	2030	171	41.3	63	26	141
			1127	98	55.6	63	35	98
8	Zema blīvuma holesterīna noteikšana	70-90%	1855	146	72.3	155	112	117
			1127	98	66.7	189	126	0
8	Glikohemoglobīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta slimniekiem	75-90%, 60-80%	1771	145	84	50	42	145
			892	75	86.5	52	45	75
7	Kardiovaskulārā riska noteikšana	60-90%	2338	179	60	75	45	119
			1784	121	78.5	93	73	105
6	Mikroalbuminūrijas noteikšana 2.tipa cukura diabēta pacientiem	50-75%	1713	107	66	50	33	94
			1145	70	87.8	49	43	69
5	No jauna reģistrēto pacientu veselības stāvokļa novērtējums	75-90%	2338	128	98.4	64	63	128
			1752	85	100	66	66	85
4	Izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem	75-90%	1855	73	87.5	8	7	71
			1145	46	100	13	13	46
4	NMPD izbraukumu skaits, ja pacientu nepārved uz slimnīcu	110-100%	2227	98	93.5	x	x	98
			1509	55	17.11	x	x	55

Revīzijas ziņojuma saskaņošanas laikā Veselības ministrija sniegusi viedokli¹⁴⁸, ka lielāks reģistrēto pacientu skaits saistīts ar papildus darba un resursu ieguldījumu no ģimenes ārsta kritērijiem noteikto robežvērtību sasniegšanai.

Ministru kabineta noteikumi¹⁴⁹ nosaka, ka no valsts budžeta līdzekļiem ģimenes ārstiem par pacientu aprūpi tiek veikti šādi maksājumi:

- ✓ kapitācijas nauda (maksājums par vienu reģistrēto personu ģimenes ārsta praksē mēnesī);

- ✓ piemaksa par māsu vai ārsta palīgu;
- ✓ fiksētie maksājumi par praksi;
- ✓ piemaksas par faktiski paveikto darbu;
- ✓ pacientu iemaksas kompensācijas par atbrīvotajām iedzīvotāju grupām;
- ✓ ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums.

Revīzijas laikā konstatēts, ka izlasē iekļautajiem 79 ģimenes ārstiem gan 2014., gan 2015.gadā ieņēmumi par pacientu aprūpi, ko apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem, ir šādi – kapitācijas nauda jeb pamatmaksājums par pierēģistrēto pacientu skaitu vidēji 43 %, māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanas maksājumi vidēji 28 %, pārējie maksājumi (fiksētie maksājumi, piemaksas par faktiski paveikto darbu u.c.) vidēji 29 %, tai skaitā 1,1 % ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums.

Tā kā lielāko ģimenes ārsta ieņēmumu daļu par pacientu aprūpi veido kapitācijas nauda, kā arī māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanas maksājumi, revīzijā aprēķināts, kāds ir maksājumu par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs procentuālais īpatsvars kopējos ģimenes ārsta ieņēmumos. Izlases veidā analizēta Nacionālā veselības dienesta iesniegtā informācija par 46 ģimenes ārstu (ar reģistrēto personu skaitu robežās 1201–2000) ieņēmumiem, sadalot tos četrās daļās:

- ✓ maksājumi māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanai;
- ✓ fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēs, tai skaitā kapitācijas nauda jeb pamatmaksājums, ikmēneša fiksētā piemaksa par reģistrēto pacientu vecuma struktūras atbilstību, ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei, tai skaitā riska maksājums jeb maksājums par prakses uzturēšanu, ikmēneša fiksētais maksājums par ģimenes ārsta prakses otro un katru nākamo pieņemšanas vietu, ikmēneša fiksētā piemaksa par prakses un personāla darbības nodrošināšanu lauku teritorijā, valsts pacienta iemaksas kompensācija;
- ✓ maksājumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, tai skaitā ikmēneša piemaksas par hronisko slimnieku aprūpi, piemaksa par profilaktiskajiem izmeklējumiem, piemaksa par savlaicīgi atklātu vēzi un ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas;
- ✓ aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums.

Veicot aprēķinus, konstatēts, ka, neņemot vērā māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanas maksājumus, par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs 2014. un 2015.gadā vidējie ieņēmumi ir bijuši attiecīgi 10,7 % un 11,9 % no kopējiem ģimenes ārsta ieņēmumiem par pacientu aprūpi, ko apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem (detalizēti skatīt 4.pielikumā).

Ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība un paveiktā darba vērtējums atbilstoši viņu darbības pamatteritorijai

Veselības ministrija attīstības plānošanas dokumentos ir deklarējusi, ka, lai radītu pacientam pēc būtības labāku veselības pakalpojumu pieejamību un individuālā pacienta problēmu pilnīgāku un vispusīgāku risināšanu, nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana jānodrošina jau primārās veselības aprūpes līmenī, attiecīgās ģimenes ārsta veiktās manipulācijas apmaksājot pēc sniegšanas fakta. Tādējādi arī ģimenes ārsti būtu ieinteresēti sniegt vienkāršus pakalpojumus savā praksē, nenosūtot pacientus tālāk uz speciālistu konsultācijām. Taču revīzijā konstatētais ļauj secināt, ka šie Veselības ministrijas deklarētie principi praksē nedarbojas.

Revīzijā veiktās datu analīzes rezultāti norāda uz tendenci, ka vairums ģimenes ārstu, kuru darbības pamatteritorija ir republikas pilsētas un Rīga, tai skaitā, kuri darbojas kā darba ņēmēji pastarpināti kādā ārstniecības iestādē vai ir telpu nomnieki lielajos veselības centros, savā profesionālajā kompetencē ietilpstošas manipulācijas vai izmeklējumus neveic paši, bet gan pacientus nosūta pie citiem speciālistiem.

Tā kā primārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai finanšu līdzekļi tiek plānoti prioritāri, tas ir, ja palielinās ģimenes ārstu veikto manipulāciju skaits, samazinās līdzekļu apmērs, ko var novirzīt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes (t.sk. ārstu speciālistu) pakalpojumu apmaksai, šāda pakalpojumu finansēšanas sistēma rada sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ieinteresētību lielākā ģimenes ārstu pacientu nosūtījumu skaitā. Taču vienlaikus tiek radīts risks, ka speciālisti tiek noslogoti, sniedzot pakalpojumus, kuri ietilpst ģimenes ārstu profesionālajā kompetencē, savukārt sarežģītāku gadījumu risināšanai kapacitātes pietrūkst. Turklāt palielinās arī valsts budžeta izdevumi veselības aprūpei, jo ģimenes ārsta ieņēmumu daļu par konkrēta pacienta aprūpi veido maksājums par pacientu neatkarīgi no tā, vai pacients ir apmeklējis ģimenes ārstu vai nav, kā arī samaksa par ģimenes ārsta šim pacientam sniegto pakalpojumu. Savukārt speciālistam maksājums veidojas no maksājuma par aprūpes epizodi (apmēram līdz sešām reizēm lielāks nekā noteiktais maksājums ģimenes ārstam par pacientu mēnesī), kas tiek apmaksāts tikai tad, ja pacients ir apmeklējis speciālistu, kā arī samaksa par šim pacientam sniegto pakalpojumu.

Revīzijā iegūtie pierādījumi liecina par šādām tendencēm:

- ģimenes ārsti nesniedz vienkāršus pakalpojumus savā ārsta praksē, un pacienti arvien vairāk izmanto tiešās pieejamības speciālistu pakalpojumus, arī gadījumos, kuri ietilpst ģimenes ārstu profesionālajā kompetencē;

- samazinās unikālo pacientu skaits pie ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga.

Valsts kontroles ieskatā iepriekšminētais liecina, ka Veselības ministrijas īstenotā politika nav efektīva un nespēj iedzīvotājus pārliecināt, ka ģimenes ārsts ir pirmais un svarīgākais saskarsmes posms starp pacientiem un veselības aprūpes sistēmu un tieši ģimenes ārsts bieži vien var pacientiem sniegt nepieciešamo palīdzību.

Ministru kabineta noteikumi¹⁵⁰ nosaka, ka ģimenes ārsts savā darbībā izmanto iespējami daudz manipulāciju, kuras ietilpst viņa profesionālajā kompetencē un ir norādītas šo noteikumu 11.pielikumā¹⁵¹, tas ir arī viens no ģimenes ārstu gada darbības kvalitātes rādītājiem.

Ministru kabineta noteikumi¹⁵² nosaka, ka ģimenes ārsta ieņēmumus par pacientu aprūpi, ko apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem, veido samaksa par ģimenes ārsta veiktajām manipulācijām saskaņā ar šo noteikumu 11.pielikumu¹⁵³. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi par veiktajām ģimenes ārstu manipulācijām, piemēram, vispārējiem ambulatorajiem pakalpojumiem, vakcināciju, neatliekamo palīdzību un citiem, ir noteikti Ministru kabineta noteikumos¹⁵⁴.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta skaidrojumu¹⁵⁵, lai veicinātu efektīvāku ģimenes ārstu darbību, kas pacientam pēc būtības rada labāku veselības pakalpojumu pieejamību un individuālā pacienta problēmu pilnīgāku un vispusīgāku risināšanu, pacientam nepieciešamie veselības aprūpes pakalpojumi pēc iespējas jānodrošina jau primārās veselības aprūpes līmenī. Lai ģimenes ārstus ieinteresētu sniegt vienkāršus pakalpojumus savā prakses vietā, nenosūtot pacientus uz speciālistu konsultācijām, ģimenes ārstu pakalpojumu apmaksai tiek lietoti dažādi mehānismi un šīs manipulācijas tiek apmaksātas pēc sniegšanas fakta. Ģimenes ārsta profesionālajā kompetencē ietilpstošo manipulāciju saraksts ir veidots, ņemot vērā ģimenes ārstu asociāciju priekšlikumus par papildus apmaksājamām manipulācijām, tos saskaņojot ar konkrēto jomu speciālistu profesionālajām asociācijām.

Ministru kabineta noteikumi¹⁵⁶ par ģimenes ārsta gada darbības rādītāju vērtēšanu paredz, ka, lai izpildītu kvalitātes kritēriju *Ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība*, ģimenes ārstiem gada laikā no Ministru kabineta noteikumos¹⁵⁷ paredzētajām 63 manipulācijām, tai skaitā 11 analīžu veidiem pie attiecīgajām diagnozēm¹⁵⁸, ir jāizmanto (jāveic) vismaz 16 manipulācijas jeb 25 % no kopējā manipulāciju skaita (kvalitātes kritērija zemākā robežvērtība ir 25 %).

Revīzijā konstatēts, ka no izlasē iekļautajiem 79 ģimenes ārstiem 2014. un 2015.gadā izmantoto manipulāciju daudzveidības zemāko robežvērtību – 25 % nav sasnieguši attiecīgi 35 un 38 ģimenes ārsti. Taču no 20 ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti, tikai

divi ārsti nav izpildījuši noteikto kvalitātes rādītāja kritēriju. Savukārt no 28 ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga, noteikto kvalitātes rādītāja kritēriju nav izpildījuši 18 ģimenes ārsti.

Tāpat konstatēts, ka seši ģimenes ārsti, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga un kuri darbojas kā darba ņēmēji pastarpināti kādā no ārstniecības iestādēm, no vērtējamajām 63 manipulācijām 2014. un 2015.gadā vidēji ir izpildījuši attiecīgi tikai 5 % un 6 %. Savukārt 11 ģimenes ārsti, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga un kuri ir telpu nomnieki lielajos veselības centros, no vērtējamajām 63 manipulācijām 2014. un 2015.gadā vidēji ir izpildījuši 17 % un 20 %, pārējie 11 ģimenes ārsti Rīgā gan 2014., gan 2015.gadā ir sasnieguši šī kvalitātes kritērija zemāko robežvērtību – 25 %.

Revīzijā konstatēts, ka izlasē iekļautie ģimenes ārsti, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti, gan 2014., gan 2015.gadā ir nemainīgi izpildījuši apmēram trešo daļu no vērtējamo manipulāciju veidiem, tā sasniedzot kvalitātes rādītāja vērtēšanas kritēriju (detalizēti skatīt 6.tabulā).

6.tabula

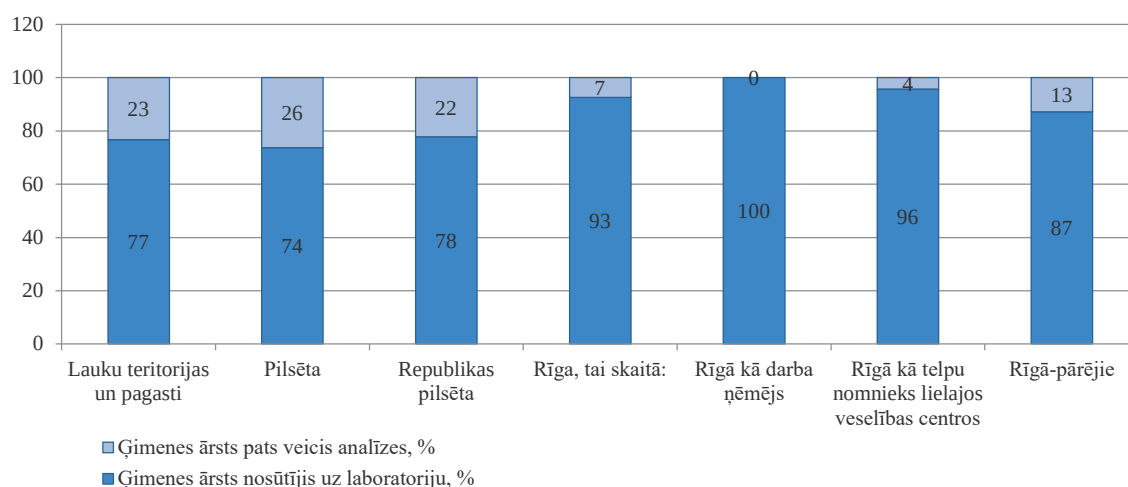
2014. un 2015.gadā ģimenes ārstu izmantotā manipulāciju daudzveidība (sasniedzamā robežvērtība 25-50 %)

Pacientu skaita robežvērtības	Lauku teritorijas un pagasti, %		Pilsēta, %		Republikas pilsēta, %		Rīga, %	
	2014.gads	2015.gads	2014.gads	2015.gads	2014.gads	2015.gads	2014.gads	2015.gads
501-1000	35	37	32	24	3	5	22	27
1001-1200	31	31	29	29	16	13	31	37
1201-1400	28	25	22	21	59	56	22	27
1401-1600	33	31	35	36	14	14	13	13
1601-1800	37	43	23	22	20	17	16	17
1801-2000	33	28	24	22	48	47	23	23
2001-2200	33	34	25	30	16	10	17	17
2201-	45	41	35	29	25	27	13	16
Vidējais	34	34	28	27	24	21	18	20
	0	0	3	4	5	5	8	5
	8	8	5	4	3	3	0	3

Revīzijā konstatēts, ka 79 izlasē iekļautie ģimenes ārsti 2014.gadā no 96 544 analīžu kopējā skaita, kuras varētu veikt paši, ir veikuši 21 953 analīzes jeb 23 %, pārējo analīžu par kopējo summu 86 504 *euro* veikšanai ģimenes ārsti pacientus ir nosūtījuši uz laboratoriju. Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁵⁹ samaksu par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem veic no līdzekļiem, kas nodoti ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista kontrolē, un tie ir ierobežoti. Revīzijas laikā konstatēts, ka 2014.gadā no 79 izlasē iekļautajiem ārstiem 63 ģimenes ārsti ir pārtērējuši plānoto līdzekļu apmēru laboratorisko pakalpojumu apmaksai ar ģimenes ārsta nosūtījumu.

Valsts kontroles ieskatā ģimenes ārsti, veicot analīzes, kuras ģimenes ārstiem apmaksā atbilstoši Ministru kabineta noteikumos¹⁶⁰ noteiktajam, varētu būtiski samazināt savu nosūtījumu apjomu laboratorisko pakalpojumu izmantošanai.

Piemēram, revīzijā konstatēts, ka izlasē iekļautie ģimenes ārsti urīna analīzes ar teststrēmeli un glikozes noteikšanu asinīs pie attiecīgām diagnozēm¹⁶¹ paši ir veikuši 19 % gadījumu no kopējā šo analīžu¹⁶² skaita, veikt pārējās analīzes¹⁶³ par kopējo summu 21 589 *euro* ģimenes ārsti pacientus ir nosūtījuši uz laboratorijām. Vismazāk analīžu tiek veiktas ģimenes ārstu praksēs, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga – vidēji tikai 7 % no visu veikto analīžu skaita, savukārt ģimenes ārsti, kuri darbojas kā darba ņēmēji pastarpināti kādā ārstniecības iestādē, vispār nav paši veikuši šīs analīzes (skatīt 18.attēlu).



18.attēls. 2014.gadā veikto analīžu sadalījums starp ģimenes ārstiem un laboratorijām (%).

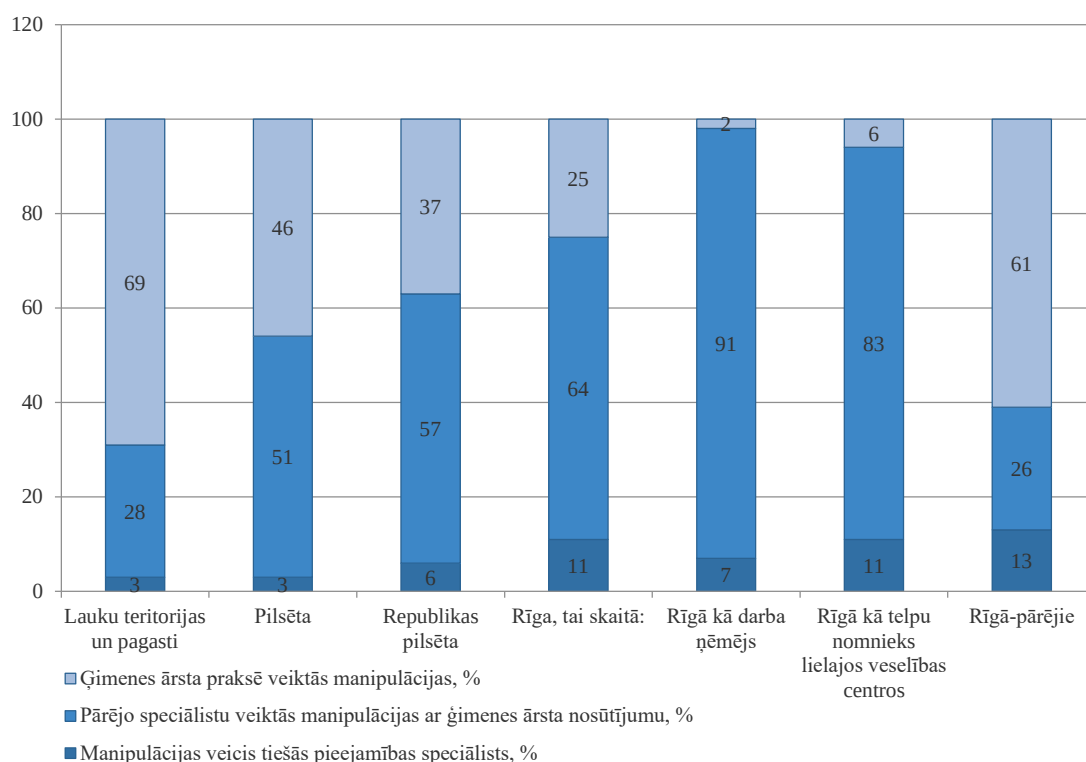
Datu avots: Nacionālā veselības dienesta sniegtā informācija.

Revīzijas ziņojuma saskaņošanas laikā Veselības ministrija norādīja¹⁶⁴, ka ne visos gadījumos ģimenes ārstam, veicot analīzes patstāvīgi un nenosūtot pacientu uz laboratoriju, ir iespējams noteikt precīzu diagnozi. Piemēram, teststrēmeles rādītāji pēc būtības ir indikatīvi, un laboratorijā gūtie analīžu rezultāti ir precīzi. Ģimenes ārsts ir tiesīgs izvēlēties šādu izmeklējumu nepieciešamību, ņemot vērā pacienta veselības stāvokli (piem. pacienti, kas slimo ar hroniskām slimībām).

Valsts kontroles ieskatā Veselības ministrijas viedoklis ir vērtējams kritiski, jo revīzijā konstatēts, ka lauku teritorijās un pagastos, pilsētās un republikas pilsētās ģimenes ārsti 24% no šāda veida analīzēm saviem pacientiem veic paši, taču ģimenes ārsti Rīgā 93% šāda veida analīzes nosūta veikt uz laboratorijām.

Ministru kabineta noteikumos¹⁶⁵ ir norādīti 14 manipulāciju veidi¹⁶⁶ – otorinolaringoloģijā, uroloģijā un traumatoloģijā, ortopēdijā un strutainajā ķirurģijā, kurus var veikt pats ģimenes ārsts un par kuriem ģimenes ārstam atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁶⁷ tiek veikta samaksa. Revīzijā konstatēts, ka izlasē iekļautie ģimenes ārsti 2014.gadā paši šīs manipulācijas ir veikuši 5635 gadījumos jeb 51 % no kopējā manipulāciju skaita, bet 5486 reizes ir nosūtījuši pacientus manipulācijas veikt pie speciālistiem, savukārt 642 šāda veida manipulācijas ir veikuši tiešās pieejamības speciālisti, piemēram, bērnu ķirurgs.

Vismazāk minēto manipulāciju tiek veikts ģimenes ārstu praksēs, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga – vidēji 25 % no visu veikto manipulāciju skaita. Rīgā arī pacienti visvairāk izmanto tiešās pieejamības speciālistu pakalpojumus – vidēji 11 % gadījumu. Turklāt ģimenes ārsti, kuri darbojas kā darba ņēmēji pastarpināti kādā ārstniecības iestādē, vidēji 91 % gadījumu pacientus manipulāciju veikšanai ir nosūtījuši pie citiem speciālistiem. Ģimenes ārsti, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti, 69 % no visām veiktajām manipulācijām ir veikuši savā praksē (skatīt 19.attēlu).



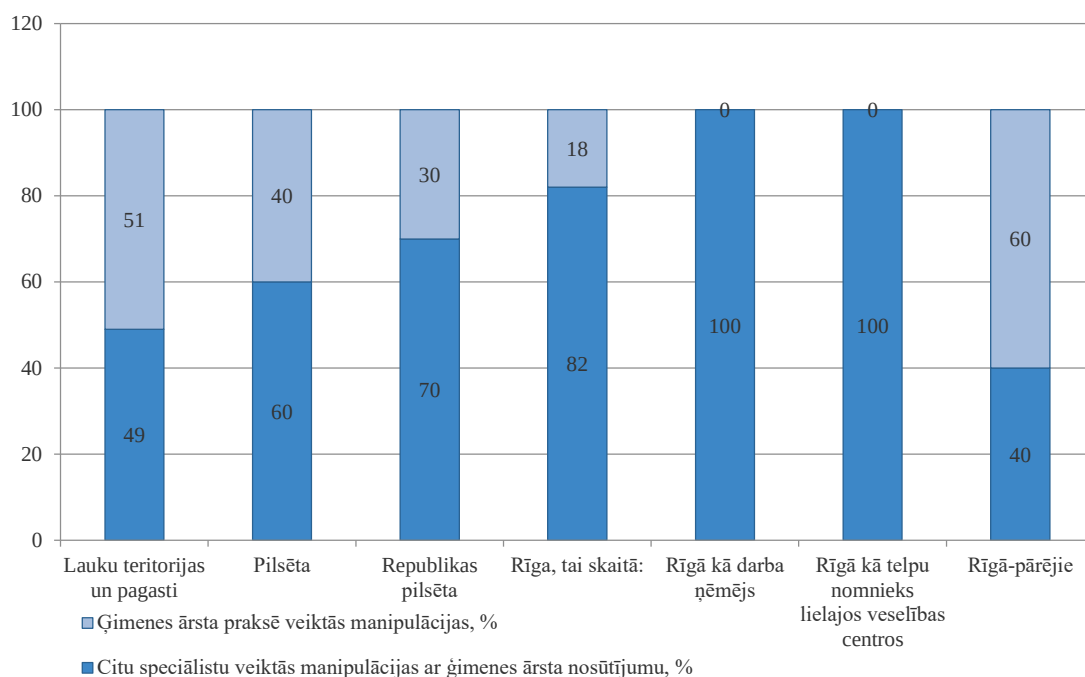
19.attēls. 2014.gadā veikto manipulāciju sadalījums starp ģimenes ārstiem, pārējiem speciālistiem un tiešās pieejamības speciālistiem (%).

Datu avots: Nacionālā veselības dienesta sniegtā informācija.

Valsts kontroles ieskatā, lai uzlabotu izmaksu efektivitāti nozarē, Veselības ministrijai jārod risinājums, lai veicinātu ģimenes ārstu ieinteresētību sniegt vienkāršus pakalpojumus savā praksē, nenosūtot pacientus tālāk uz speciālistu konsultācijām.

Ministru kabineta noteikumos¹⁶⁸ ir norādīti divi manipulāciju veidi – *elektrokardiogrammas ar 12 novadījumiem pieraksts un apraksts*¹⁶⁹, kuru veikšanu ģimenes ārstam apmaksā atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁷⁰. Revīzijā konstatēts, ka no 79 izlasē iekļautajiem ģimenes ārstiem 2014.gadā 37 ģimenes ārsti šīs manipulācijas nav veikuši, bet gan nosūtījuši pacientus to veikt pie speciālistiem. No kopējā veiktā manipulāciju skaita 14 959 ģimenes ārsti ir veikuši 4683 šāda veida manipulācijas.

Vismazāk manipulāciju tiek veikts ģimenes ārstu praksēs, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga – vidēji 18 % no visu veikto manipulāciju skaita. Turklāt ģimenes ārsti, kuri darbojas kā darba ņēmēji pastarpināti kādā ārstniecības iestādē, un ģimenes ārsti, kuri ir telpu nomnieki lielajos veselības centros, – visos gadījumos ir nosūtījuši pacientus šīs manipulācijas veikt pie speciālistiem, savukārt ģimenes ārsti, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti, 51 % manipulāciju veikuši savā praksē (skatīt 20.attēlu).



20.attēls. 2014.gadā veikto manipulāciju sadalījums starp ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem (%).

Datu avots: Nacionālā veselības dienesta sniegtā informācija.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam¹⁷¹, piemēram, pakalpojumu veids *sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi* ietver dažādus izmeklējumus, ne tikai elektrokardiogrāfiju, ko ģimenes ārsts var veikt savā praksē. Ja ārstniecības iestāde saņem mazāk nosūtījumu tādu manipulāciju veikšanai, ko var veikt ģimenes ārsts, tad var palielināt citu sirds asinsvadu izmeklējumu skaitu, kurus ģimenes ārsts veikt nevar, piemēram, *veloergometrijas slodzes testu*. Tomēr jāņem vērā, ka līdzekļi primārās veselības aprūpes (t.sk. ģimenes ārstu) pakalpojumu apmaksai tiek plānoti prioritāri, tātad, ja palielinās ģimenes ārstu veikto manipulāciju skaits, samazinās līdzekļu apmērs, ko var novirzīt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes (t.sk. ārstu speciālistu) pakalpojumu apmaksai.

Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁷² ģimenes ārsta ieņēmumus par pacienta aprūpi veido maksājums, kuru aprēķina, ņemot vērā reģistrēto personu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā (neatkarīgi no tā, vai pacients ir apmeklējis ģimenes ārstu vai nav) un samaksu par ģimenes ārsta veiktajām manipulācijām¹⁷³, savukārt speciālistam samaksu par sniegtajiem pakalpojumiem atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁷⁴ veido aprūpes epizožu¹⁷⁵ tarifi¹⁷⁶ un samaksa par veiktajām manipulācijām¹⁷⁷; šie maksājumi tiek veikti tikai tad, ja pacients ir apmeklējis speciālistu. Revīzijā veiktas pārbaudes par vienu Ministru kabineta noteikumos¹⁷⁸ norādīto manipulāciju veidu – *locītavu punkcija (manipulācijas kods 03180)*, kuru veikšanu ģimenes ārstam apmaksā atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁷⁹. Revīzijā konstatēts, ka ģimenes ārsti no kopējā veikto manipulāciju skaita

1749 ir veikuši tikai 14 šāda veida manipulācijas, un no 79 izlasē iekļautajiem ģimenes ārstiem 2014.gadā 71 ģimenes ārsts šo manipulāciju nav veicis, visus pacientus nosūtījis pie citiem speciālistiem, piemēram, pie ķirurga. Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem ķirurgam par manipulāciju, kura ir arī ģimenes ārsta kompetencē, tiek veikta ne tikai samaksa par manipulāciju, bet arī samaksa par aprūpes epizodi 7,04 euro apmērā, līdz ar to valsts budžeta izdevumi par šīs manipulācijas veikšanu palielinās.

Valsts kontroles ieskatā šāda pakalpojumu finansēšana veicina sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ieinteresētību, lai ģimenes ārsti savus pacientus vairāk nosūtītu pie speciālistiem un uz izmeklējumiem, tai skaitā arī tādu pakalpojumu veikšanai, kurus var sniegt paši ģimenes ārsti, un liecina par neefektīvu resursu izmantošanu nozarē.

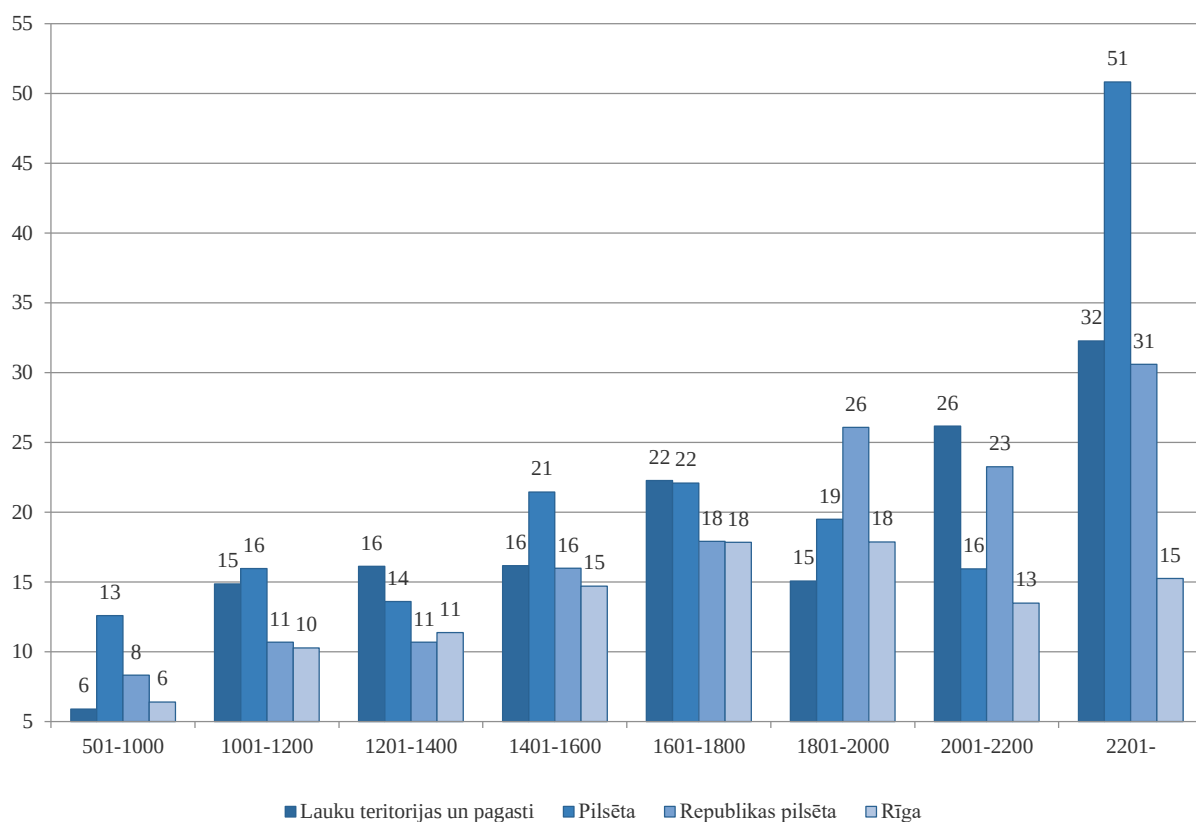
Kvalitātes kritērija *Ģimenes ārsta darbība neatliekamās medicīniskās palīdzības izbraukumu skaita samazināšanai* izpildē tiek vērtēts Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izbraukumu skaits pie pacientiem no četrus gadu vecuma ar brigādes noteiktām diagnozēm I10–I15, J06, M47, ja pacientu nepārved uz slimnīcu. Ģimenes ārsta gada darbības rādītāju vērtēšanas ietvaros Nacionālā veselības dienesta mājaslapā¹⁸⁰ dots skaidrojums, kā jārikojas ģimenes ārstam¹⁸¹, lai tas izpildītu minēto kvalitātes kritēriju, norādot, ka ģimenes ārstam jāinformē savus reģistrētos pacientus par gadījumiem, kad jāvērsas pie neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta.

Revīzijas laikā konstatēts, ka 2014.gadā izlasē iekļauto ģimenes ārstu pacientu, kas ietilpst minētajā grupā un kuri saņēmuši ambulatoro medicīnisko palīdzību slimnīcu uzņemšanas nodaļās bez ārstniecības personas nosūtījuma, proporcija ir šāda:

- ✓ 4 pacienti uz 1000 pacientiem, kuri reģistrēti pie ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga;
- ✓ 1 pacients uz 1000 pacientiem, kuri reģistrēti pie ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti, pilsēta vai republikas pilsētas.

No izlasē iekļautajiem 79 ģimenes ārstiem 2014.gadā zemākais unikālo pacientu apmeklējums (tai skaitā bērni) ir ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga – vidēji 64 % no visu pierēģistrēto pacientu skaita, savukārt augstākais – vidēji 72 % – ir ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti. Ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir pilsēta un republikas pilsētas, šis rādītājs attiecīgi ir 70 % un 69 %.

Revīzijā konstatēts arī, ka no izlasē iekļautajiem 79 ģimenes ārstiem 2014.gadā mazākais pacientu apmeklējumu skaits dienā ir bijis ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga – vidēji 13 apmeklējumu dienā, savukārt lielākais – vidēji 21 apmeklējums dienā – ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir pilsēta. Ģimenes ārstiem, kuru darbības pamatteritorija ir lauku teritorijas un pagasti un republikas pilsētas, vidēji ir bijuši attiecīgi 19 un 18 apmeklējumi dienā (detalizēti skatīt 21.attēlā).



21.attēls. 2014.gadā vidējais pacientu apmeklējumu skaits darba dienā.

Avots: Nacionālā veselības dienesta sniegtā informācija.

Nosūtīto pacientu skaits pie citiem speciālistiem un vadlīnijas tieši ģimenes ārstiem

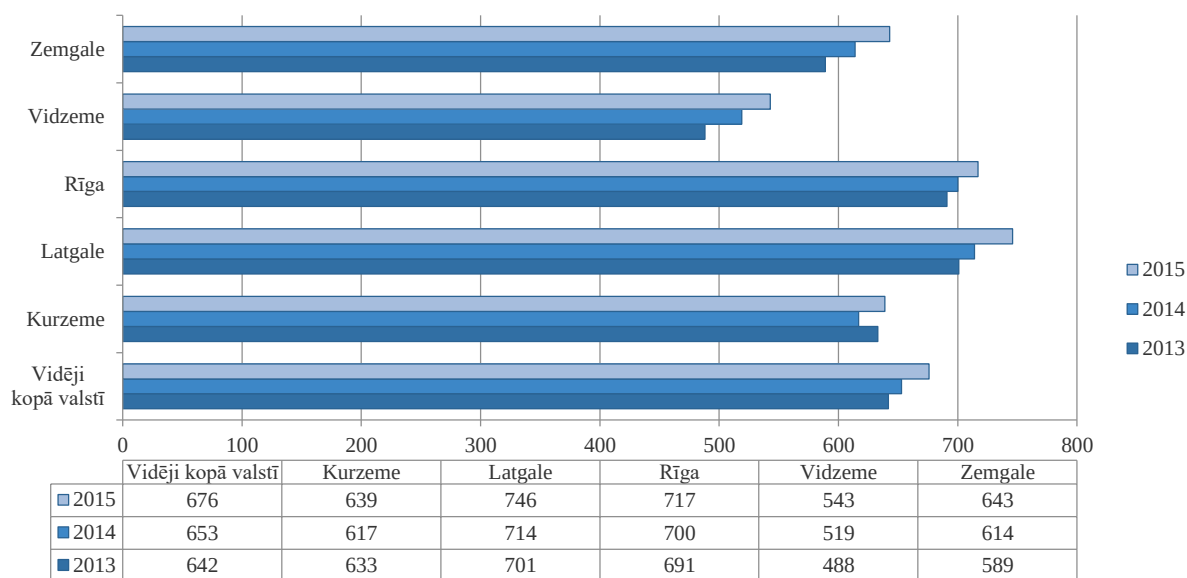
Lai gan Plānā¹⁸² noteikts, ka lielāko daļu iedzīvotāju veselības problēmu var atrisināt primārās veselības aprūpes līmenī (pie ģimenes ārstiem), nosūtot pacientus pie speciālista tikai tad, ja ģimenes ārsts nespēj palīdzēt, tomēr Veselības ministrija nav atradusi pietiekami efektīvus instrumentus, lai mazinātu ģimenes ārstu nosūtījumu skaitu pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem, turklāt nosūtījumu skaitam ir tendence ar katru gadu pieaugt, tāpēc nenotiek virzība uz Veselības ministrijas mērķa sasniegšanu – stipru primāro veselības aprūpi kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko, līdz ar to primārā veselības aprūpe neveido racionālas veselības aprūpes sistēmas pamatu, kuras uzdevums ir atrisināt galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu ziņā efektīvākās medicīnas tehnoloģijas.

Saskaņā ar nozares profesionāļu viedokli ģimenes ārstiem paredzēto klīnisko vadlīniju izstrāde var uzlabot ģimenes ārstu darba efektivitāti, piemēram, diagnozes noteikšanā paredzot principu, ka jāvirzās no vienkāršākā (lētākā) uz sarežģītāko (dārgāko) izmeklējumu. Veselības ministrija, ilgstoši nespējot vienoties ar nozares speciālistiem par klīnisko vadlīniju apstiprināšanu un ieviešanu, neveicina produktīvu veselības aprūpes resursu izlietojumu.

Revīzijas laikā tika vērtēts, vai Veselības ministrija Plānā¹⁸³ ir noteikusi veicamos pasākumus identificētās problēmas – liels nosūtījumu skaits pie speciālistiem¹⁸⁴ – risināšanai.

Jau 2012.gadā, izstrādājot ģimenes ārsta darbības novērtēšanas sistēmu, ģimenes ārstu asociācijas pārstāvji neatbalstīja kvalitātes rādītāja *ģimenes ārsta reģistrēto pacientu konsultāciju skaits pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem*¹⁸⁵ ieviešanu.

Pamatojoties uz Veselības ministrijas sniegto informāciju¹⁸⁶ par primārās veselības aprūpes ārstu nosūtījumiem pie sekundārās veselības aprūpes speciālistiem, konstatēts, ka nosūtījumu skaits ir augsts un tas pārsniedz optimālo nosūtījumu skaitu 184–363 uz 1000 reģistrētajiem pacientiem gadā Eiropas Savienībā¹⁸⁷, kā arī nosūtījumu skaitam ir tendence ar katru gadu pieaugt (detalizēti skatīt 22. attēlā).



22.attēls. Primārās veselības aprūpes ārstu nosūtījumu skaits¹⁸⁸ uz 1000 reģistrētajiem pacientiem pie sekundārās veselības aprūpes speciālistiem valstī kopā un sadalījumā pa reģioniem uz 31.decembri.

Avots: Veselības ministrijas sniegtā informācija.

Lai gan problēma ir identificēta, Plānā nav noteikta turpmākā rīcība un veicamie pasākumi tās risināšanai. Veselības ministrija revīzijā paskaidroja¹⁸⁹, ka par minēto jautājumu ir bijušas diskusijas ar ģimenes ārstiem un citiem nozares speciālistiem, taču tālāko pasākumu plānošanai nepieciešams detalizēts izvērtējums. Savukārt nozares profesionāļi apņēmas sniegt konkrētus priekšlikumus par kritērijiem, kad pacienti ar noteiktām diagnozēm būtu nosūtāmi konsultācijai pie speciālista, šo jautājumu skatot kontekstā ar klīnisko vadlīniju izstrādi.

Likums¹⁹⁰ nosaka, ka ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus. Vadlīnijas ir sistematizēts konkrētu pacientu grupu ārstniecības procesa apraksts, kurā noteiktas nepieciešamās darbības, to veikšanas kārtība un pacientu ārstēšanas taktikas izvēlē būtiski kritēriji labāka ārstēšanas rezultāta sasniegšanai.

Plānā¹⁹¹ norādīts, ka, piesaistot Pasaules Bankas finansējumu, 2001.gadā tika izstrādātas 16 uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas ģimenes ārstiem, tomēr kopš 2010.gada, kad tika apstiprināta kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas¹⁹², nevienas klīniskās vadlīnijas ģimenes ārstiem nav reģistrētas. Ģimenes ārstu asociāciju pārstāvji, tiekoties ar revidentiem, norādīja, ka 2001.gadā izstrādātās vadlīnijas nepieciešams atjaunot.

Savukārt Veselības ministrija uzskata¹⁹³, ka klīnisko vadlīniju izstrāde un tālāka virzīšana apstiprināšanai normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā ir ģimenes ārstu un nozares speciālistu kompetence. Lai atbalstītu nozares profesionāļus vadlīniju izstrādē un rastu tam nepieciešamos finanšu resursus, klīnisko vadlīniju izstrāde tiek plānota Eiropas Savienības 2014.-2020. gada plānošanas perioda darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa¹⁹⁴ ietvaros.

Ieteikumi

Lai uzlabotu primārās veselības aprūpes efektivitāti un panāktu, ka primārās aprūpes ārsts ar savu komandu veido labu veselības aprūpes sistēmas pamatu, tā risinot galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu ziņā efektīvākās medicīnas tehnoloģijas, kā rezultātā tiek nodrošināta veselības aprūpes resursu racionāla izmantošana, aicinām Veselības ministriju veikt pasākumus:

- lai veicinātu ģimenes ārstu darba klīnisko vadlīniju izstrādi un apstiprināšanu;
- lai veicinātu ģimenes ārstu vēlmi palielināt faktiski paveiktā darba apjomu, sadarbībā ar ģimenes ārstiem pārskatīt un precizēt spēkā esošos ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu apmaksas principus;
- pārskatīt ģimenes ārstu gada darbības novērtēšanas maksājumu aprēķina principu, paredzot vienlīdzīgu un taisnīgu samaksu par apjoma un kvalitātes ziņā vienādi padarītu darbu;

- sadarbībā ar ģimenes ārstiem apzināt un novērst cēloņus sistemātiskai nozīmīgu un lielu pacientu grupu aptverošu kvalitātes rādītāju vērtēšanas kritēriju neizpildei;
- veicot izmaksu un ieguvumu analīzi, ieviest ģimenes ārstu motivēšanas sistēmu, kas veicinātu ģimenes ārstu ieinteresētību veikt manipulācijas un pakalpojumus, vienlaikus izstrādājot kvalitātes kontroles kārtību, piemēram, profilaktisko pārbaužu veikšanai;
- sadarbībā ar ģimenes ārstiem izvērtēt iemeslus augstam ģimenes ārstu nosūtījumu skaitam pie citiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem un noteikt pasākumus, lai šo tendenci samazinātu.

III. Vai Veselības ministrija rīkojas racionāli, pērkot ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus?

Gan valstij, gan pašvaldībām ir noteiktas funkcijas savas kompetences ietvaros nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, tai skaitā ārstniecības pakalpojumu sniegšanu un neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Veselības ministrijas īstenotā veselības aprūpes politika paredz, ka ārstniecības pakalpojumus sniedz gan publiskās, gan privātas veselības aprūpes iestādes, savukārt neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz tikai publiskās ārstniecības iestādes.

Ambulatorajam sektoram ir svarīga loma veselības aprūpes sistēmā, lai mazinātu slogu stacionārajam veselības aprūpei un uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem.

Veselības ministrija, pērkot ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, nav atradusi risinājumu, lai ierobežota budžeta finansējuma apstākļos pēc iespējas racionālāk izmantotu pieejamos resursus un uzlabotu pakalpojumu pieejamību, jo:

- netiek veikta pietiekama pakalpojumu pārklājuma analīze, tāpēc privātās un publiskās (pašvaldību un valsts) ārstniecības iestādes savstarpēji konkurē. Piemēram, ārstniecības persona vienā un tajā pašā pilsētā vienlaikus ir nodarbināta gan pašvaldības ārstniecības iestādē, gan pie privātā pakalpojumu sniedzēja vai savā privātpraksē, vai arī publiskās un privātās ārstniecības iestādes atrodas vienās telpās un sniedz vienus un tos pašus ārstniecības pakalpojumus, turklāt privātās ārstniecības iestādes par valsts naudu pakalpojumus sniedz lielākā apmērā nekā pašvaldības ārstniecības iestādes;
- publisko ārstniecības iestāžu kapacitāte un resursi netiek izmantoti racionāli, par ko liecina revīzijā iegūtā informācija par publisko ārstniecības iestāžu iespējām ar esošajiem resursiem (personālu un tehnoloģijām) sniegt lielāku sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu;
- publiskajām ārstniecības iestādēm, kas sniedz gan ambulatoros, gan stacionāros pakalpojumus, tai skaitā neatliekamo medicīnisko palīdzību, kā arī veic citas valstij nepieciešamas funkcijas, piemēram, apmācību, pētniecību, medicīnas inovācijas, ik gadu no valsts vai pašvaldību budžeta tiek piešķirts papildu finansējums, lai nodrošinātu šo ārstniecības iestāžu darbības nepārtrauktību un sabiedrībai būtisku pakalpojumu sniegšanu.

Spēkā esošie pakalpojumu apmaksas nosacījumi veicina ārstniecības iestāžu ieinteresētību sniegt ambulatoros pakalpojumus. Revīzijā, vērtējot kopsavilkuma pārskatus par finanšu līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs, secināts, ka ambulatoros pakalpojums sniegt ir rentabli, piemēram, radioloģijas nodaļas ienesīguma koeficients ir pat līdz 30 %. Savukārt stacionāro pakalpojumu sniegšana nav rentabla un nesedz stacionāru faktiskos izdevumus pakalpojumu nodrošināšanai.

Revīzijas ziņojuma saskaņošanas laikā Veselības ministrija norādīja¹⁹⁵, ka pakalpojumu apmaksā tiek izmantoti aprēķinātie veselības aprūpes pakalpojumu tarifi. Tarifi un apmaksas nosacījumi ir rīks, ar kura palīdzību var stimulēt, vai otrādi, bremsēt tā vai cita pakalpojuma sniegšanu. Tā kā stratēģiskā prioritāte ir ambulatoro pakalpojumu attīstīšana, ir loģiski, ka šajā sektorā kopumā pakalpojumu apmaksas nosacījumi ir labāki. Valstī ir vienota tarifu sistēma – tarifi par vieniem un tiem pašiem pakalpojumiem ambulatorajā un stacionārajā sektorā ir vienādi. Atšķirība, kāpēc ambulatorā aprūpe ir rentablāka nekā stacionārā, ir iestāžu izdevumu struktūra – tā ir lielāka stacionārajās ārstniecības iestādēs. Tomēr jāatzīmē, ka slimnīcas ir uzņēmumi, kas sniedz gan valsts apmaksātos ambulatoros un stacionāros pakalpojumus, gan maksas pakalpojumus, un to finansiālā darbība ir jāskata kopumā. Arī viena līmeņa slimnīcu grupā vērojama atšķirība starp slimnīcām, kad daļai ieņēmumi pārsniedz izdevumus, bet citām otrādi. Tātad runa ir ne tikai par tarifiem, bet arī par iestāžu saimniekošanas stilu un prasmi.

Veselības ministrijai ir jārod risinājums kritiskajai situācijai nozarē, lai nodrošinātu tādu sabiedrībai nepieciešamu funkciju veikšanu kā neatliekamā medicīniskā palīdzība, ārstniecības personu apmācība, pētniecība, medicīnas inovācijas situācijā, kad šo funkciju pilnvērtīgai izpildei nav pieejami nepieciešamie resursi. Ņemot vērā to, ka ambulatoros pakalpojumus sniegt ir rentabli, kā arī to, ka publiskie pakalpojumu sniedzēji ir norādījuši, ka tās ir gatavas palielināt sniegto ambulatoro pakalpojumu apjomu, Valsts kontroles ieskatā ir jāizvērtē iespēja palielināt ambulatoro pakalpojumu kvotas publiskajām ārstniecības iestādēm, tā pilnvērtīgi izmantojot to kapacitāti, veicinot valsts un pašvaldību līdzekļu racionālu izmantošanu, kas arī radītu apstākļus publisko veselības aprūpes iestāžu pilnvērtīgai attīstībai un mazinātu speciālistu aizplūšanu uz privātajām ārstniecības iestādēm.

Ārstniecības iestādes var būt ambulatoras, kur pacientiem, ja nav nepieciešama ievietošana stacionārā, nodrošina ārstniecības pakalpojumus, un stacionāras, kur pacientiem, kas visu diennakti atrodas pastāvīgā ārstniecības personu aprūpē, sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību, nosaka diagnozi un nodrošina ārstniecības pakalpojumus līdz noteiktas ārstniecības pakāpes sasniegšanai¹⁹⁶.

Ministru kabineta noteikumos¹⁹⁷ ir norādītas ārstniecības iestādes¹⁹⁸, kurām ir noteikta ikmēneša fiksētā piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību (maksājums stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību 24 stundas diennaktī) un kurās kapitāldaļu turētāji ir valsts vai pašvaldības.

Ambulatorais sektors ir veselības aprūpes sistēmas sastāvdaļa, kura attīstība, paplašinot pakalpojumu klāstu un uzlabojot aprūpes kvalitāti, mazinās slogu stacionārajā veselības aprūpes līmenī un uzlabos veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem¹⁹⁹.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, piemēram, izmeklējumi un terapija, speciālistu pakalpojumi, ko personai sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona ambulatorajā ārstniecības iestādē, slimnīcas ambulatorajā nodaļā, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē, ja tajā organizēta ambulatorās palīdzības sniegšana, vai dienas stacionārā. Dienas stacionārā pacients, kuram nav nepieciešama ārstniecības personu aprūpe un uzraudzība visu diennakti, var saņemt diagnostiskos un citus veselības aprūpes pakalpojumus.

Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem²⁰⁰ sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus persona saņem:

- ✓ pēc ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījuma;
- ✓ pēc savas iniciatīvas vēršoties pie tiešās pieejamības speciālistiem;
- ✓ pēc savas iniciatīvas vēršoties ārstniecības iestādēs, tai skaitā steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, lai saņemtu neatliekamo medicīnisko palīdzību;
- ✓ pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes nosūtījuma;
- ✓ ar Nacionālā veselības dienesta nosūtīto uzaicinājumu valsts organizētā krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga ietvaros.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta mājaslapā pieejamo informāciju²⁰¹ 2015.gadā iedzīvotāji varēja saņemt valsts apmaksātu ambulatoro veselības aprūpi 464 iestādēs.

No veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz tās ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar Nacionālo veselības dienestu, kā arī valsts pārvaldes iestādes, kuras veselības aprūpes pakalpojumus sniedz saskaņā ar nolikumu²⁰².

Nacionālais veselības dienests nodrošina līgumu slēgšanu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, veicot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru, un, plānojot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasi, pamatojas uz nepieciešamību nodrošināt minimālo specialitāšu un veselības aprūpes pakalpojumu veidus veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās, kurās iekļauj novadus un pilsētas, ievērojot teritoriālās vai administratīvi teritoriālās robežas. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru Nacionālais veselības dienests veic ne biežāk kā vienu reizi kalendāra gadā²⁰³.

Ja konkrētajā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjoms ir mazāks par 65 % no valsts vidējā rādītāja, Nacionālais veselības dienests izvērtē nepieciešamību veikt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru, veicot plānošanas teritorijā esošo ārstniecības iestāžu aptauju par to iespējām sniegt lielāku sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu šajā veselības aprūpes pakalpojumu veidā, un:

- ✓ ja veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā esošie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji var nodrošināt nepieciešamo papildu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu pakalpojumu veidā, jaunu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru neveic;
- ✓ savukārt, ja veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā esošie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji nevar nodrošināt nepieciešamo papildu veselības aprūpes pakalpojumu apjomu pakalpojumu veidā vai kāds no veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā nepieciešamajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem netiek sniegts, Nacionālais veselības dienests organizē jaunu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasī attiecīgā sekundārā ambulatorā veselības aprūpes pakalpojumu veida sniegšanai attiecīgajā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā²⁰⁴.

Līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem dienests slēdz uz laiku, kas nepārsniedz 10 gadus. No valsts budžeta samaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu finanšu apmēru (budžetu) katram veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam nosaka kalendāra gadam²⁰⁵.

Nacionālais veselības dienests līguma finanšu apmēru sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nosaka, pamatojoties uz vairākiem rādītājiem, tai skaitā faktiski veikto izmeklējumu, aprūpes epizožu vai dienas stacionāra gultasdienu skaitu pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem kārtējā gada pirmajos deviņos mēnešos. Tālāk, ievērojot noteiktos rādītājus, tai skaitā iepriekš minēto, Nacionālais veselības dienests nosaka līguma finanšu apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ievērojot noteiktu kārtību, tai skaitā aprēķina no valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma, aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētā ārstniecības iestādē atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par kārtējā gada deviņiem mēnešiem²⁰⁶.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes budžeta plānošanā tiek ņemti vērā dažādi maksājumu veidi atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem²⁰⁷ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.

Lai noteiktu, vai pieejamo resursu ietvaros īstenotā Veselības ministrijas politika ambulatorās veselības aprūpes jomā veicina efektīvu veselības aprūpes pārvaldi, revīzijā vērtējam, vai Veselības ministrija, pērkot veselības aprūpes pakalpojumus, tai skaitā izmeklējumu, dienas stacionāru un speciālistu pakalpojumus, ir rīkojusies racionāli.

Lai rastu atbildi uz izvirzīto jautājumu, viens no revīzijas uzdevumiem bija izlases veidā apzināt valsts un pašvaldību veselības aprūpes iestāžu ārstniecības pakalpojumu sniegšanas iespējas.

Pārskats par līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs

Ministru kabineta noteikumi²⁰⁸ nosaka, ka līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošajām ārstniecības iestādēm ir jāiesniedz statistiskas pārskati par finanšu līdzekļu izlietojumu un kārtību, kādā sniedzami šie pārskati.

Vērtējot Nacionālā veselības dienesta mājaslapā²⁰⁹ pieejamo informāciju par finanšu līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs gan 2014., gan 2015.gadā, konstatēts, ka ārstniecības iestāžu

faktiskie ieņēmumi par valsts budžeta finansētiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī pacientu iemaksām un līdzmaksājumiem:

- ✓ 2014.gadā bija 269,7 miljoni *euro* un faktiskie izdevumi bija 235,9 miljoni *euro*, tai skaitā atlīdzībai, precēm un pakalpojumiem, arī pamatlīdzekļu nolietojumam un citiem izdevumiem, tādējādi veidojot pozitīvu rezultātu;
- ✓ 2015.gadā bija 276,1 miljons *euro* un faktiskie izdevumi bija 252,7 miljoni *euro*, tai skaitā atlīdzībai, precēm un pakalpojumiem, arī pamatlīdzekļu nolietojumam un citiem izdevumiem, tādējādi veidojot pozitīvu rezultātu.

Savukārt no valsts budžeta līdzekļiem par valsts finansētiem veselības aprūpes pakalpojumiem stacionārajai palīdzībai faktisko ieņēmumu un izdevumu rezultāts 2014. un 2015.gadā bija negatīvs, jo ārstniecības iestāžu faktiskie izdevumi attiecīgi par 23,2 miljoniem *euro* un 22,6 miljoniem *euro* pārsniedza ieņēmumus.

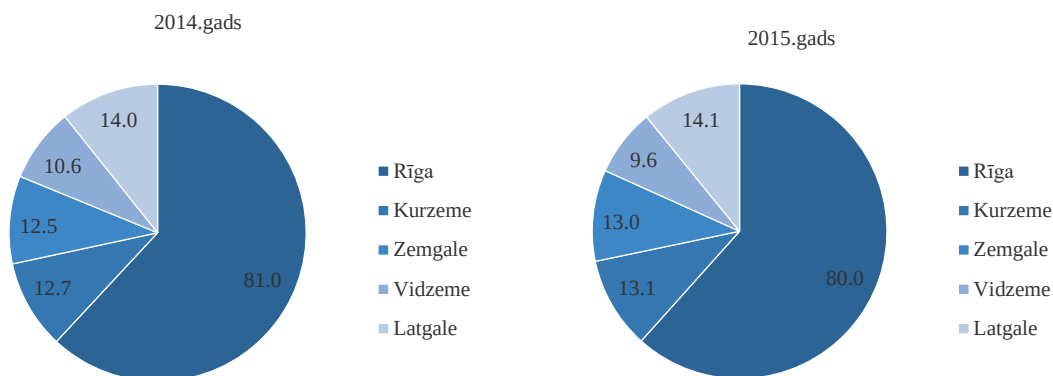
Pārskatos par līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs gan 2014., gan 2015.gadā kā viens no faktisko ieņēmumu veidiem ir norādīti ieguldītie pašvaldību līdzekļi, kas 2014. un 2015.gadā attiecīgi veidoja 3,2 miljonus *euro* un 3,1 miljonu *euro*.

Saskaņā ar Veselības ministrijas informatīvo ziņojumu²¹⁰ valsts galvotos aizdevumus vairāk nekā 200 miljonu *euro* apmērā laika posmā no 2002. līdz 2007.gadam saņēma 11 valsts un pašvaldību slimnīcas un uz 31.12.2015. kopējās valsts galvotā aizdevuma saistības veselības aprūpes iestādēs bija 176,6 miljoni *euro*²¹¹. Piemēram, valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” (vienotais reģistrācijas numurs 40003457109) jāatmaksā vēl 57,5 miljoni *euro*, sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” (vienotais reģistrācijas numurs 40003951628) – 54 miljoni *euro*, savukārt sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca” (vienotais reģistrācijas numurs 50003197651) – 0,1 miljons *euro*.

18.08.2016. Ministru kabineta sēdē²¹² nolēma, ka Finanšu ministrija pārņem valsts galvotās ārstniecības iestāžu saistības, paredzot arī, ka procentu maksājumi par pārņemtajām saistībām sedzami no valsts budžeta.

Publiskā un privātā sektora sniegtie sekundārās veselības aprūpes pakalpojumi

Revīzijas laikā konstatēts, ka 2014. un 2015.gadā Nacionālais veselības dienests valsts finansēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai (bez laboratoriskiem izmeklējumiem)²¹³ ir izlietojis attiecīgi 130,8 miljonus *euro* un 129,8 miljonus *euro*, slēdzot līgumus gan ar publiskā, gan privātā sektora ārstniecības iestādēm (detalizēti skatīt 23.attēlu).

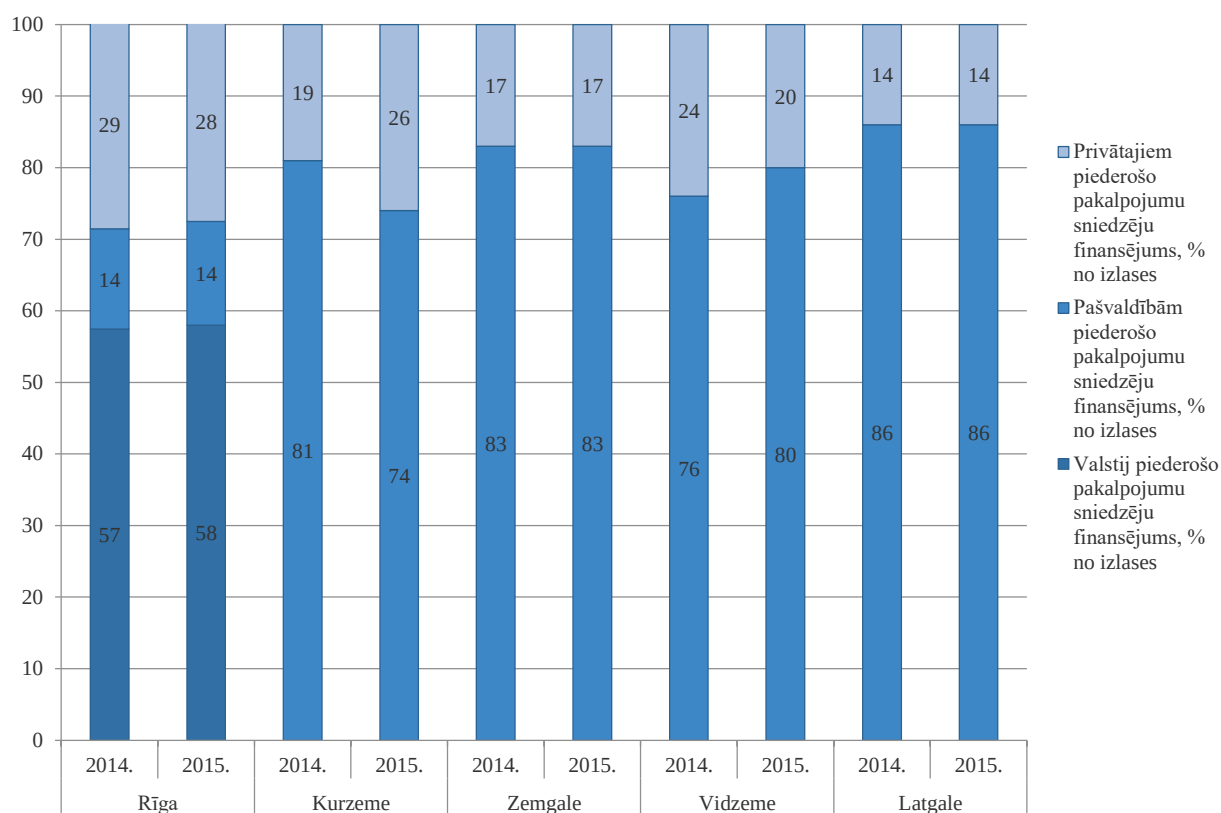


23.attēls. 2014. un 2015.gada valsts finansējums sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem sadalījumā pa reģioniem (miljonos euro).

Avots: Pārskats par noslēgtiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu 2014. un 2015.gadu.

Revīzijas laikā analizēti dati par valsts finansēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu plānotajām līgumu summām 2014. un 2015.gadā, attiecīgi 116,2 miljonu euro un 114,3 miljonu euro apmērā, kas veido 88 % no Nacionālā veselības dienesta slēgtajiem līgumiem par valsts finansēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu²¹⁴.

Revīzijā konstatēts, ka vidēji valstī no izlasē iekļautajiem pakalpojumu sniedzējiem valsts, pašvaldību un privāto pakalpojumu sniedzēju īpatsvars attiecīgi ir 37 %, 38 % un 25 %, tai skaitā lielākais privāto pakalpojumu sniedzēju īpatsvars ir Rīgā – 28 %, bet vismazākais ir Latgalē – 14 % (detalizēti skatīt 24.attēlu).



24.attēls. Valsts finansēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īpatsvars pēc īpašumpiederības sadalījumā pa reģioniem (%).

Avots: Pārskats par noslēgtiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu 2014. un 2015.gadu.

Publiskā un privātā sektora sniegtie sekundārās veselības aprūpes pakalpojumi Latvijas reģionos, izņemot Rīgu

Izmeklējumi un terapija

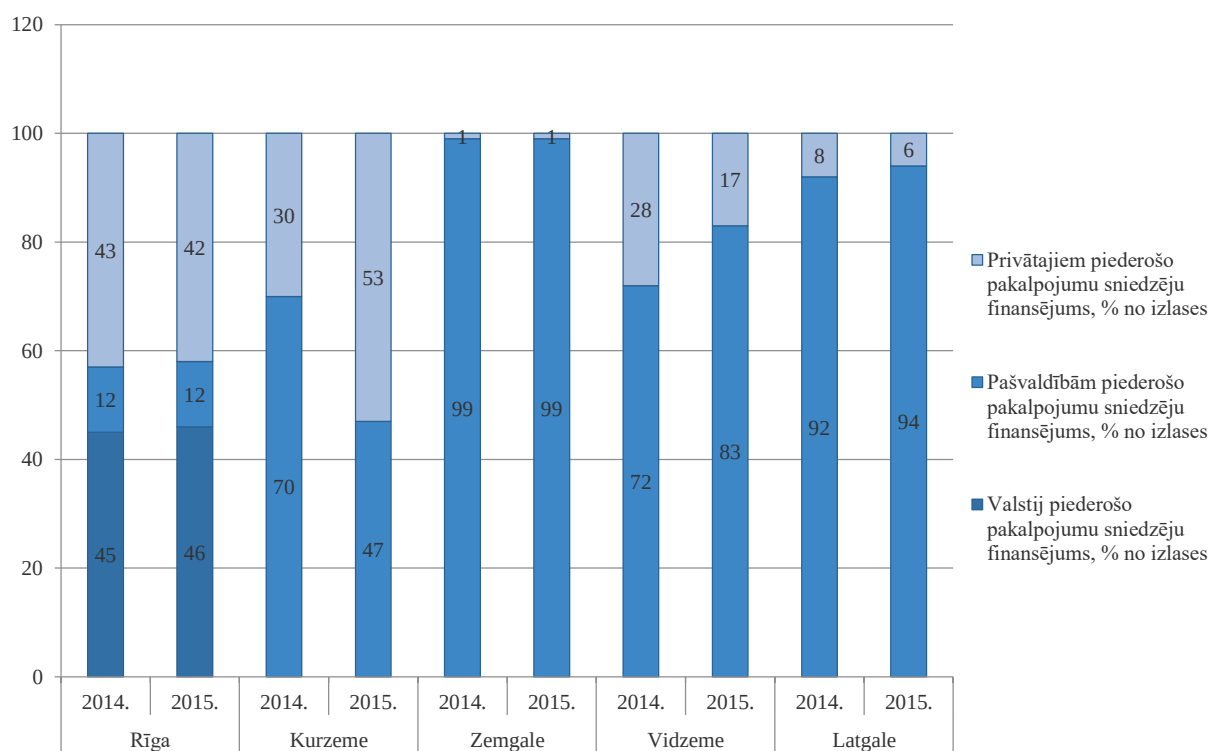
Gan 2014., gan 2015.gadā no valsts budžeta izmeklējumiem un terapijai²¹⁵ piešķirti 42 miljoni *euro*, no tiem 33 miljonus *euro* Nacionālais veselības dienests, noslēdzot līgumus, atvēlējis kodolmagnētiskās rezonanses, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas, rentgenoloģijas, sirds asinsvadu sistēmas funkcionālo izmeklējumu un endoskopijas veikšanai. Revīzijā, apkopojot datus par noslēgtajiem līgumiem 31 miliona *euro* apmērā, kas veido 94 % no kopējas līgumu summas, konstatēts, ka 2014. un 2015.gadā par šo pakalpojumu sniegšanu valsts privātajiem pakalpojumu sniedzējiem samaksājusi attiecīgi 31,6 % un 32,9 % jeb vairāk nekā trešo daļu no šīm mērķiem piešķirtā finansējuma. Informāciju sadalījumā pēc īpašumpiederības pa reģioniem detalizēti skatīt 25.attēlā.

Nav iespējams precīzi noteikt (revidentu ieskatā novirze nepārsniedz 2 %) finansējuma sadalījumu starp Kurzemes, Zemgales un Vidzemes pakalpojumu sniedzējiem pēc īpašumpiederības, jo lielākais

privātais pakalpojumu sniedzējs Kurzēmē ir sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Vizuālā diagnostika” (vienotais reģistrācijas numurs 41203027193). Lai gan līgums ar šo kapitālsabiedrību ir slēgts par pakalpojumu sniegšanu Kurzemes reģionā, tā pakalpojumus sniedz arī Zemgalē un Vidzemē.

2014.gada nogalē sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca” informēja Nacionālo veselības dienestu²¹⁶, ka tā no 01.11.2014. plāno pārtraukt sniegt noteiktus pakalpojumus – kodolmagnētisko rezonansi, datortomogrāfiju, rentgenoloģiju, doplerogrāfiju, mammogrāfiju, daļēji ultrasonogrāfiju. Šāds lēmums tika pamatots ar nepieciešamību investēt finanšu līdzekļus vairāk nekā viena miliona *euro* apmērā, lai saglabātu pakalpojumu kvalitāti. Tā kā līdzekļi nebija pieejami, Kuldīgas slimnīcas radioloģijas nodaļas telpu nomas tiesības izsoles rezultātā tika iznomātas sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Vizuālā diagnostika”, lai turpmāk nodrošinātu radioloģiskos pakalpojumus ambulatorajiem un stacionārajiem pacientiem. Revīzijā noskaidrots, ka viens no sabiedrības dalībniekiem (50 % kapitāldaļas) ir arī Kuldīgas slimnīcas valdes loceklis. Nacionālais veselības dienests norāda²¹⁷, ka uz izsludināto pakalpojumu apjomu citi pakalpojumu sniedzēji nepieteicās, tāpēc Nacionālais veselības dienests noslēdza līgumu ar sabiedrību ar ierobežotu atbildību “Vizuālā diagnostika” par attiecīgo pakalpojumu sniegšanu un tās plānotā līguma summa no 1,1 miliona *euro* 2014.gadā ir palielinājusies līdz 1,8 miljoniem *euro* 2016.gadā.

Sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca” sniedz gan ambulatoro, gan stacionāro palīdzību, tai skaitā neatliekamo medicīnisko palīdzību, un 2015.gadā no valsts budžeta valsts galvotā aizdevuma saistību nomaksai Kuldīgas slimnīcai bija piešķirti 0,04 miljoni *euro*.



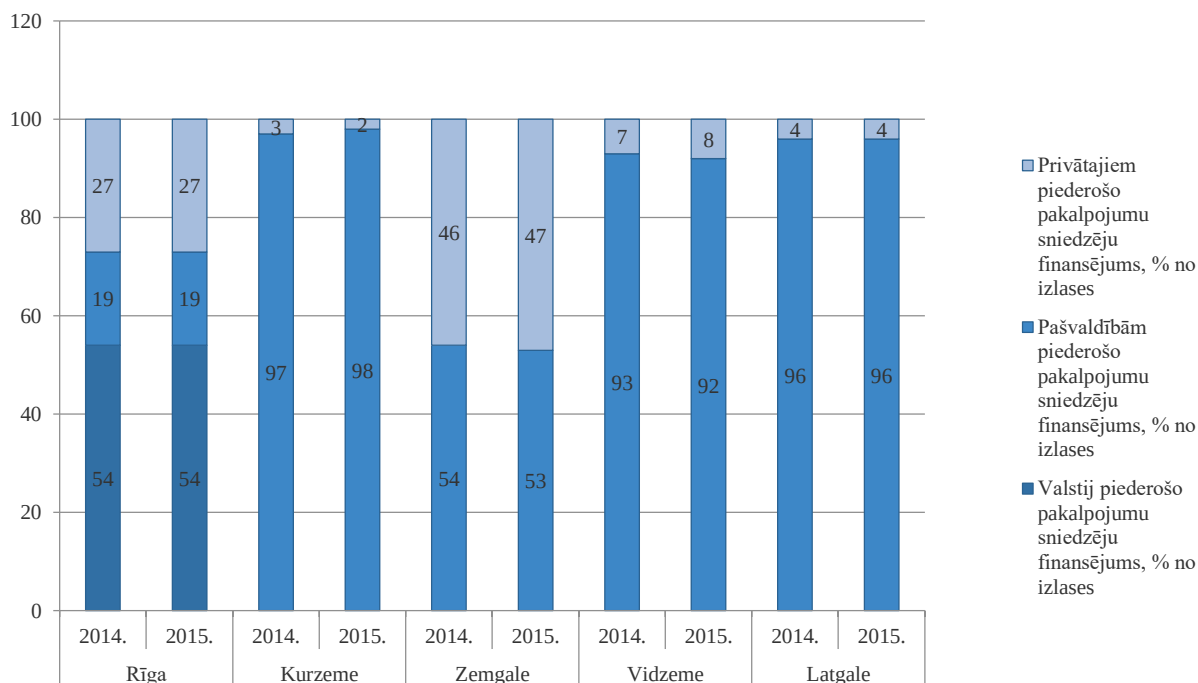
25.attēls. Valsts finansēto kodolmagnētiskās rezonanses, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas, rentgenoloģijas, sirds un asinsvadu sistēmas funkcionālo izmeklējumu un endoskopijas pakalpojumu sniedzēju īpatsvars pēc īpašumpiederības sadalījumā pa reģioniem (%).

Avots: Pārskati par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām 2014. un 2015.gadu.

Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi

Gan 2014., gan 2015.gadā no valsts budžeta pakalpojumiem dienas stacionāros²¹⁸ piešķirti 44 miljoni *euro*. Nacionālais veselības dienests ar pakalpojumu sniedzējiem par dienas stacionārā sniegtajiem pakalpojumiem – hroniska un akūta nieru aizstājējterapija, koronarogrāfija, ginekoloģija, vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi, ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana – slēdzis līgumus 25 miljonu *euro* apmērā. Revīzijas laikā, apkopojot datus par noslēgtajiem līgumiem 24 miljonu *euro* apmērā, kas veido 97 % no kopējās līgumu summas, konstatēts, ka gan 2014., gan 2015.gadā par šo pakalpojumu sniegšanu valsts privātajiem pakalpojumu sniedzējiem samaksājusi 22 % no šim mērķiem piešķirtā finansējuma. Informāciju sadalījumā pēc īpašumpiederības pa reģioniem detalizēti skatīt 26.attēlā.

Revīzijā konstatēts, ka Zemgalē pakalpojums *hroniska un akūta nieru aizstājējterapija dienas stacionārā* veido 75 % no visiem privāto pakalpojumu sniedzēju pakalpojumiem dienas stacionārā, pārējo pakalpojumu īpatsvars Zemgalē nepārsniedz 3 %.

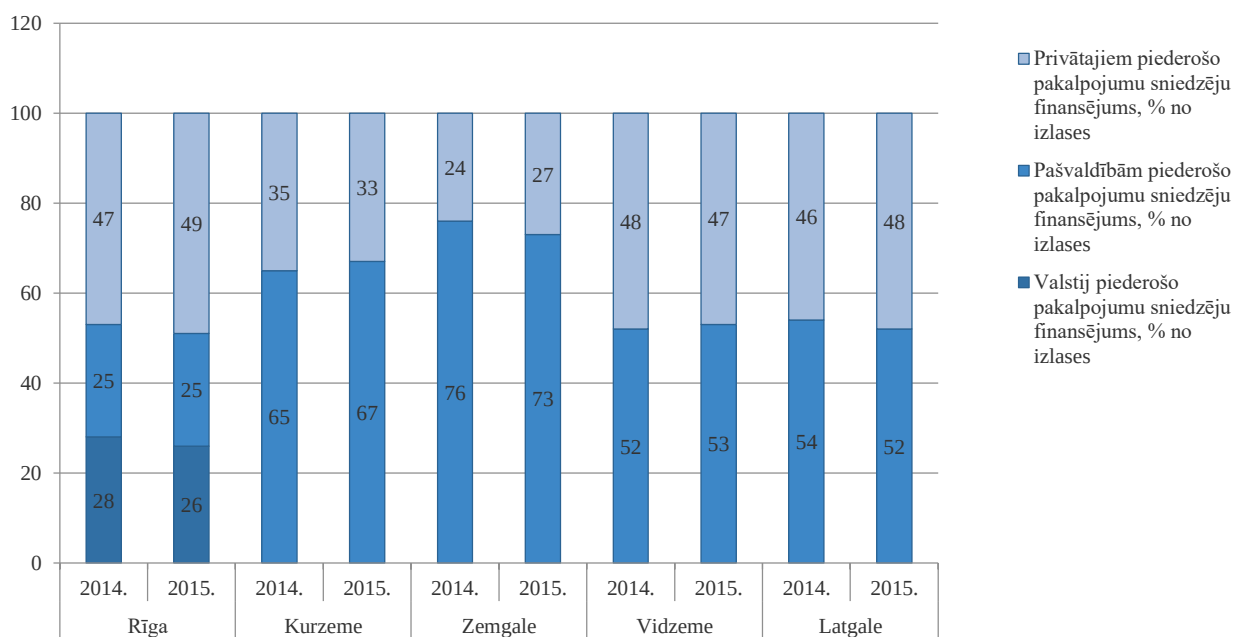


26.attēls. Valsts finansēto hroniskas un akūtas nieru aizstājējterapijas, koronarogrāfijas, ginekoloģijas, vispārējo ķirurģisko pakalpojumu, ķirurģisko pakalpojumu oftalmoloģijā, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšanā pakalpojumu sniedzēju īpatsvars pēc īpašumpiederības sadalījumā pa reģioniem (%).

Avots: Pārskati par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām 2014. un 2015.gadu.

Speciālistu pakalpojumi

2014. un 2015.gadā no valsts budžeta speciālistu pakalpojumiem²¹⁹ piešķirti attiecīgi 26,6 miljoni *euro* un 25,2 miljoni *euro*. Nacionālais veselības dienests par speciālistu pakalpojumiem kardioloģijā, ķirurģijā, uroloģijā, traumatoloģijā, ginekoloģijā, neiroloģijā, oftalmoloģijā un otolaringoloģijā slēdzis līgumus 2014.gadā 20 miljonu *euro* apmērā un 2015.gadā – 19 miljonu *euro* apmērā. Revīzijas laikā, apkopojot datus par noslēgtajiem līgumiem attiecīgi 18,5 miljonu *euro* un 17,4 miljonu *euro* apmērā, kas veido 92 % no kopējās līgumu summas, konstatēts, ka 2014. un 2015.gadā par šo pakalpojumu sniegšanu privātajiem pakalpojumu sniedzējiem valsts samaksājusi attiecīgi 43 % un 44 % no šīm mērķiem piešķirtā finansējuma. Informāciju sadalījumā pēc īpašumpiederības pa reģioniem detalizēti skatīt 27.attēlā.



27.attēls. Valsts finansēto speciālistu pakalpojumu kardioloģijā, ķirurģijā, uroloģijā, traumatoloģijā, ginekoloģijā, neiroloģijā, oftalmoloģijā un otolaringoloģijā sniedzēju īpatsvars pēc īpašumpiederības sadalījumā pa reģioniem (%).

Avots: Pārskati par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām 2014. un 2015.gadu.

Pašvaldību veselības aprūpes iestādes, izņemot Rīgu

Revīzijā izlases veidā pārbaudīti 17 pašvaldību ārstniecību iestāžu²²⁰ pārskati par finanšu līdzekļu izlietojumu 2015.gadā. Visās revīzijas apjomā iekļautajās iestādēs tiek sniegta gan ambulatorā, gan stacionārā palīdzība, tai skaitā neatliekamā medicīniskā palīdzība 24 stundas diennaktī, turklāt piecās no tām notiek arī rezidentu apmācība un tajās ir asins sagatavošanas nodaļas. Konstatēts, ka 2015.gadā pārbaudītajās ārstniecības iestādēs no valsts budžeta finansēto ambulatorās palīdzības pakalpojumu balance ir pozitīva, tas ir, ieņēmumi par 11,02 miljoniem *euro* pārsniedz izdevumus, savukārt stacionārās palīdzības pakalpojumu balance ir negatīva, jo izdevumi par 10,7 miljoniem *euro* pārsniedz ieņēmumus. Tāpat konstatēts, ka 2015.gadā 10 iestādes no 17 pašvaldību ārstniecības iestādēm ir saņēmušas pašvaldību finansējumu 1,5 miljonu *euro* apmērā, piemēram, pamatkapitāla palielināšanai vai *kārtējiem izdevumiem* un medicīnisko tehnoloģiju iegādēm.

Revīzijā izlases veidā ir apkopota informācija par privātajiem pakalpojumu sniedzējiem Latvijas reģionos²²¹, izņemot Rīgu, kuri sniedz izlasē iekļautos no valsts budžeta finansētos pakalpojumus un kuri darbojas teritorijās, kurās darbojas arī pašvaldību ārstniecības iestādes (detalizēti skatīt 5.pielikumā).

Analizējot iepriekš minēto informāciju, konstatēti gadījumi, ka ārstniecības persona vienā un tajā pašā pilsētā vienlaikus ir nodarbināta gan pašvaldības ārstniecības iestādē, gan pie privātā pakalpojuma sniedzēja vai savā privātpraksē, kā arī vairāki gadījumi, ka pašvaldības un privātās ārstniecības iestādes atrodas vienās telpās un sniedz vienus un tos pašus ārstniecības pakalpojumus, turklāt privātās ārstniecības iestādes pakalpojumus sniedz lielākā apmērā nekā pašvaldības ārstniecības iestādes.

Piemēram, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Latgales uroloģijas centrs” (vienotais reģistrācijas numurs 41503049560) uroloģijas pakalpojumus Rēzeknē un Krāslavā sniedz pašvaldību ārstniecības iestāžu telpās – sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Rēzeknes slimnīca” (vienotais reģistrācijas numurs 40003223971) un sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Krāslavas slimnīca” (vienotais reģistrācijas numurs 41503032140). Krāslavas slimnīca un Rēzeknes slimnīca arī sniedz uroloģijas pakalpojumus, tikai mazākā apmērā. Arī sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Daugavpils reģionālā slimnīca” (vienotais reģistrācijas numurs 41503029600) sniedz uroloģijas pakalpojumus. Revīzijā visas trīs pašvaldību ārstniecības iestādes, kurās tiek sniegta gan ambulatorā, gan stacionārā palīdzība, tai skaitā neatliekamā medicīniskā palīdzība 24 stundas diennaktī, apstiprināja, ka ar esošajiem tehniskajiem un cilvēkresursiem tās var palielināt sniegto pakalpojumu apjomu.

Lai noskaidrotu ārstniecības procesos iesaistīto tehnisko un cilvēkresursu faktisko noslodzi un iespējas, 53 ārstniecības iestādes revīzijā aicinājām iesniegt informāciju par iestādēs sniegtajiem izlasē iekļautajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem 2014. un 2015.gadā, kā arī lūdzām sniegt viedokli par iespējamajiem pakalpojumu programmu veidiem un apjomu nākotnē. Revīzijā pieprasīto informāciju iesniedza 36 ārstniecības iestādes²²².

Analizējot informāciju par ārstniecības izmeklējumu veikšanai nepieciešamo iekārtu noslodzi un iespējām palielināt sniegto pakalpojumu skaitu ar esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), konstatēts:

- ✓ nevienā no sešām ārstniecības iestādēm, kurās sniedz kodolmagnētiskās rezonanses pakalpojumus, kodolmagnētiskās rezonanses iekārtas nav noslogotas un ar esošajiem resursiem

iespējams veikt papildu izmeklējumus. Līgumus ar Nacionālo veselības dienestu par minēto pakalpojumu sniegšanu ir noslēgušas trīs pašvaldības ārstniecības iestādes²²³ (divas – Latgalē, viena – Kurzemē), bet viena iestāde²²⁴ Kurzemē ir pārtraukusi šāda pakalpojuma sniegšanu. Divas iestādes²²⁵, kuras sniedz stacionāros pakalpojumus, tai skaitā neatliekamo medicīnisko palīdzību (Zemgalē un Vidzemē), līgumus ar Nacionālo veselības dienestu nav noslēgušas;

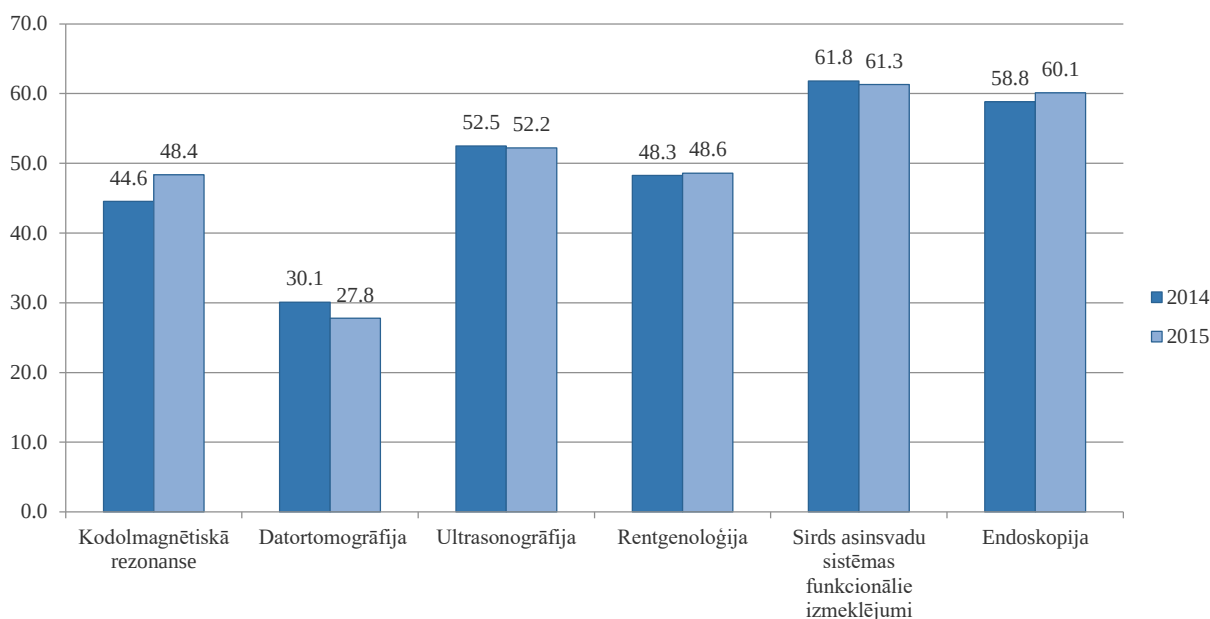
- ✓ no 16 ārstniecības iestādēm, kuras sniedz datortomogrāfijas pakalpojumus, 12 iestādes ir norādījušas, ka iekārtas nav noslogotas un ar esošajiem resursiem ir iespējams veikt papildu izmeklējumus;
- ✓ no 23 ārstniecības iestādēm, kuras sniedz ultrasonogrāfijas pakalpojumus, 18 ir norādījušas, ka iekārtas nav noslogotas un ar esošajiem resursiem ir iespējams veikt papildu izmeklējumus;
- ✓ no 28 ārstniecības iestādēm, kuras sniedz rentgenoloģijas pakalpojumus, 21 iestāde ir norādījusi, ka iekārtas nav noslogotas un ar esošajiem resursiem ir iespējams veikt papildu izmeklējumus;
- ✓ no 25 ārstniecības iestādēm, kuras sniedz sirds asinsvadu sistēmas funkcionālu izmeklējumu pakalpojumus, 22 iestādes ir norādījušas, ka iekārtas nav noslogotas un ar esošajiem resursiem ir iespējams veikt papildu izmeklējumus;
- ✓ no 16 ārstniecības iestādēm, kuras sniedz endoskopijas pakalpojumus, 13 ir norādījušas, ka iekārtas nav noslogotas un ar esošajiem resursiem ir iespējams veikt papildu izmeklējumus;
- ✓ no septiņām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz hemodialīzi dienas stacionārā, sešas ārstniecības iestādes ir norādījušas, ka var palielināt sniegto pakalpojumu apjomu.

Pašvaldību ārstniecības iestādes Valsts kontrolei norādīja, ka iekārtas ārstniecisko izmeklējumu veikšanai ir nepieciešamas, lai 24 stundas diennaktī sniegtu neatliekamo medicīnisko palīdzību. Apkopojot 15 reģionālo pašvaldību ārstniecības iestāžu, izņemot Rīgu, kurās tiek sniegta ambulatorā un stacionārā palīdzība, tai skaitā neatliekamā medicīniskā palīdzība 24 stundas diennaktī, sniegto informāciju par izlasē iekļauto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veikšanas iespējamību, konstatēts, ka lielākā daļa ārstniecības iestāžu ir gatava palielināt veikto izmeklējumu, speciālistu un dienas stacionāra pakalpojumu apjomu (detalizēti skatīt 6.pielikumā).

Publiskā un privātā sektora sniegtie sekundārās veselības aprūpes pakalpojumi Rīgā

Izmeklējumi un terapija Rīgā

Izlasē iekļautajiem kodolmagnētiskās rezonanses, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas, rentgenoloģijas, sirds asinsvadu sistēmas funkcionālo izmeklējumu un endoskopijas pakalpojumiem gan 2014., gan 2015.gadā piešķirts valsts finansējums 31 miljona *euro* apmērā, no tiem pakalpojumi 18 miljonu *euro* apmērā tiek sniegti Rīgā, tai skaitā pie privātajiem pakalpojumu sniedzējiem – 7,5 miljonu *euro* jeb 42 % apmērā (detalizēti skatīt 28.attēlā).

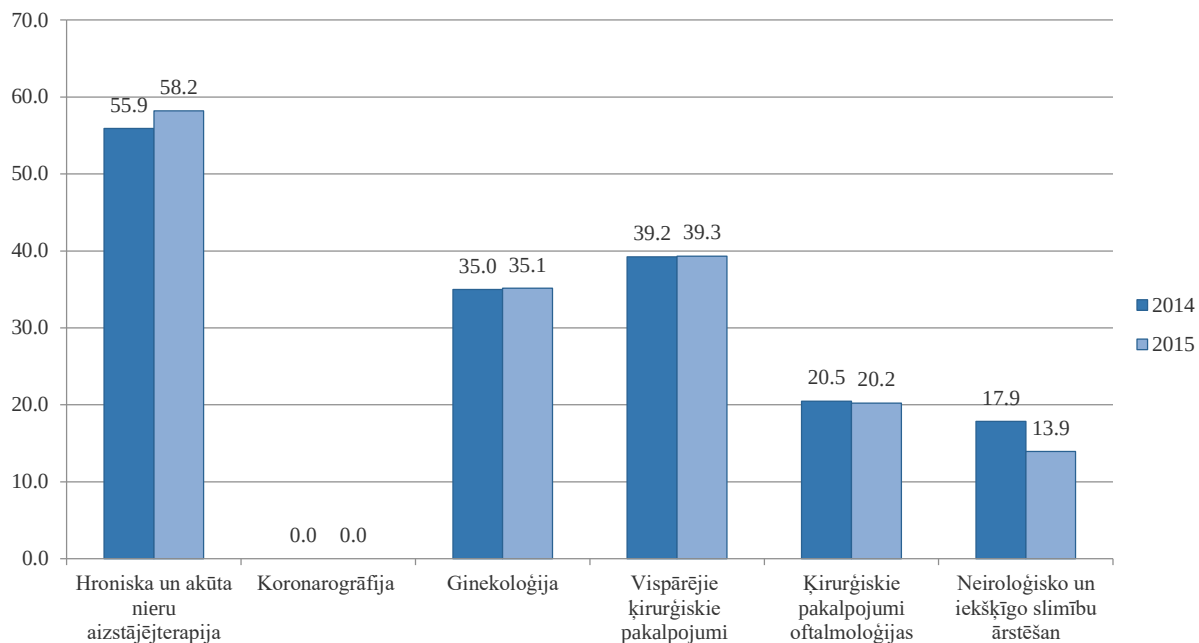


28.attēls. Valsts finansēto kodolmagnētiskās rezonanses, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas, rentgenoloģijas, sirds un asinsvadu sistēmas funkcionālo izmeklējumu un endoskopijas privāto pakalpojumu sniedzēji Rīgā (%).

Avots: Pārskati par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām 2014. un 2015.gadu.

Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi Rīgā

Izlasē iekļautajiem hroniskās un akūtas nieru aizstājējterapijas, koronarogrāfijas, ginekoloģijas, vispārējo ķirurģisko pakalpojumu, ķirurģisko pakalpojumu oftalmoloģijā, neiroloģisko un iekšējgo slimību ārstēšanas pakalpojumiem gan 2014., gan 2015.gadā piešķirts valsts finansējums 24 miljonu *euro* apmērā. Šie pakalpojumi 16 miljonu *euro* apmērā ir sniegti Rīgā, tai skaitā pie privātajiem pakalpojumu sniedzējiem – 4,5 miljonu *euro* jeb 27 % apmērā (detalizēti skatīt 29.attēlā).

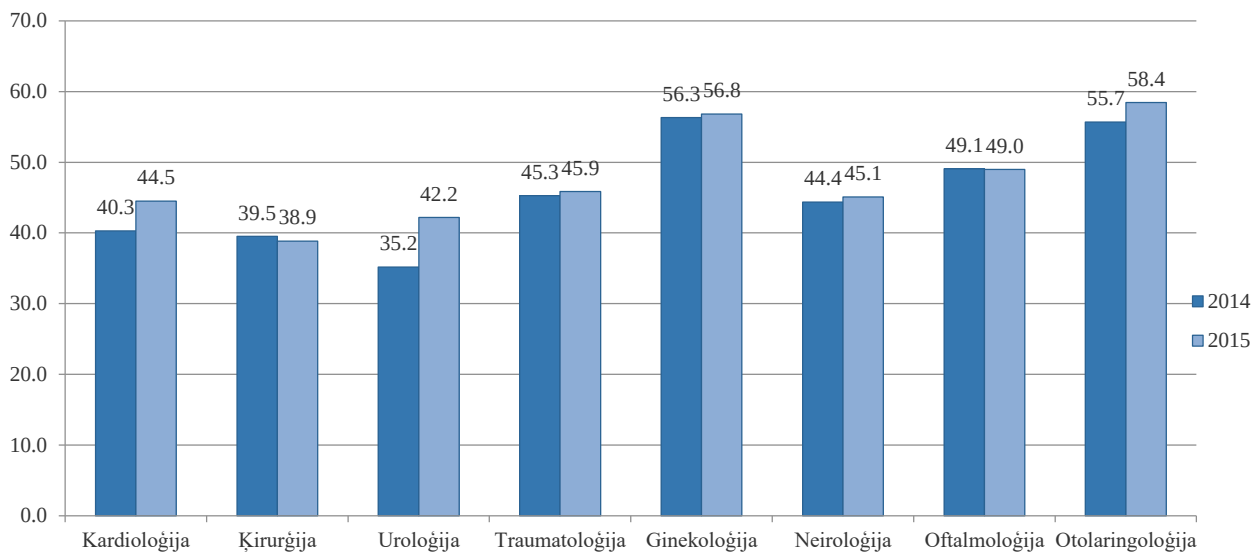


29.attēls. Valsts finansēto hroniskas un akūtas nieru aizstājējterapijas, koronarogrāfijas, ginekoloģijas, vispārējo ķirurģisko pakalpojumu, ķirurģisko pakalpojumu oftalmoloģijā, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšanā privāto pakalpojumu sniedzēji Rīgā (%).

Avots: Pārskati par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām 2014. un 2015.gadu.

Speciālistu pakalpojumi Rīgā

Izlasē iekļautajiem speciālistu pakalpojumiem kardioloģijā, ķirurģijā, uroloģijā, traumatoloģijā, ginekoloģijā, neiroloģijā, oftalmoloģijā un otolaringoloģijā gan 2014., gan 2015.gadā piešķirts valsts finansējums 18 miljonu *euro* apmērā, šie pakalpojumi 10 miljonu *euro* apmērā ir sniegti Rīgā, tai skaitā pie privātajiem pakalpojumu sniedzējiem – 4,8 miljonu *euro* jeb 49 % apmērā (detalizēti skatīt 30.attēlā).



30.attēls. Valsts finansējums privātajiem pakalpojumu sniedzējiem Rīgā kardioloģijas, ķirurģijas, uroloģijas, traumatoloģijas, ginekoloģijas, neiroloģijas, oftalmoloģijas un otolarinololoģijas pakalpojumu sniegšanai (%).

Avots: Pārskati par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām 2014. un 2015.gadu.

Valsts un pašvaldības veselības aprūpes iestādes Rīgā

Revīzijas laikā konstatēts, ka 2016.gadā valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” (turpmāk – PSKUS) plānots piešķirt 20,5 %, sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” (turpmāk – RAKUS) – 18,6 %, pašvaldības sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Rīgas 1.slimnīca” (vienotais reģistrācijas numurs 40004339279) – 4,5 % no visiem sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem paredzētajiem finanšu līdzekļiem Rīgā.

Lai gan abas klīniskās universitātes slimnīcas ir lielākie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, tās arī ir lielākās ārstniecības iestādes, kuras sniedz stacionāros pakalpojumus, tai skaitā neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem²²⁶ personai, kura vērsusies stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā pēc savas iniciatīvas un kurai ir nepieciešama steidzama ārstniecības personu iejaukšanās, kā arī nepieciešamā palīdzība pārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci, bet personu nav nepieciešams stacionēt, stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā tiek sniegti ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi. Līdz ar to daļa no līdzekļiem, kas ir plānoti valsts apmaksātajiem ambulatorajiem pakalpojumiem, tiek izlietota pacientiem, kuri ir vērsušies pēc palīdzības stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā, bet kuri nav stacionēti.

Piemēram, saskaņā RAKUS sniegto informāciju²²⁷ valsts apmaksāto ambulatoro pakalpojumu skaits datortomogrāfijas izmeklējumiem 2015.gadā bija 28 035 gadījumos, no tiem 13 277 izmeklējumi tika veikti neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas ietvaros stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā pacientiem, kurus nebija nepieciešams stacionēt.

Revīzijā, analizējot divu ārstniecības iestāžu²²⁸, kurās tiek sniegta gan ambulatorā, gan stacionārā palīdzība, tai skaitā neatliekamā medicīniskā palīdzība 24 stundas diennaktī, un vienas pašvaldības ārstniecības iestādes²²⁹, kura sniedz ambulatoros pakalpojumus, 2015.gada pārskatus par finanšu līdzekļu izlietojumu, konstatēts, ka 2015.gadā valsts finansēto ambulatorās aprūpes pakalpojumu faktisko ieņēmumu un izdevumu rezultāts visās slimnīcās ir bijis pozitīvs, tas ir, ieņēmumi ir pārsnieguši izdevumus attiecīgi par 7,4 miljoniem *euro* un 2,3 miljoniem *euro*, taču RAKUS valsts finansēto stacionārās aprūpes pakalpojumu faktisko ieņēmumu un izdevumu rezultāts bijis negatīvs, tas ir, izdevumi par 8,8 miljoniem *euro* pārsnieguši ieņēmumus. 2015.gadā abām klīniskajām universitātes slimnīcām no valsts budžeta valsts galvotā aizdevuma saistību nomaksai bija piešķirti 3,9 miljoni *euro*, arī Rīgas dome (vienotais reģistrācijas numurs 90000064250) pašvaldības sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Rīgas 1.slimnīca” ir ieguldījusi 1,3 miljonus *euro* pamatkapitāla palielināšanai.

Lai noskaidrotu, vai sniegto ambulatoro pakalpojumu ieņēmumu līmenis ir atbilstošs šo pakalpojumu izmaksu līmenim, revīzijā analizēti RAKUS vadības grāmatvedības uzskaites dati par izlasē iekļautajiem pakalpojumu veidiem.

Analizējot RAKUS iesniegtos datus²³⁰ par slimnīcas finanšu rādītājiem, konstatēts, ka ienesīguma koeficients 2014.gadā un 2015.gada 6 mēnešos, piemēram:

- ✓ radioloģijas nodaļā, veicot kodolmagnētiskās rezonanses, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas, rentgenoloģijas, mammogrāfijas, angiogrāfijas izmeklējumus, attiecīgi ir bijis 33 % un 27 %;
- ✓ diagnostiskās kardioloģijas nodaļā, veicot sirds asinsvadu sistēmas un neiroelektrofizioloģiskos funkcionālos izmeklējumus un doplerogrāfijas izmeklējumus, attiecīgi 15 % un 32 %;
- ✓ nieru slimību un nieru aizstājterapijas klīnikā – 7 %, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā – 18 %;
- ✓ ginekoloģijas dienas stacionārā attiecīgi 25 % un 21 %, ķirurģijas dienas stacionārā attiecīgi 16 % un 7 %.

Arī pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Rīgas 1.slimnīca” ir norādījusi²³¹, ka ambulatoro pakalpojumu sniegšana ir rentabla, piemēram, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas, rentgenoloģijas, un citiem izmeklējumiem ienesīguma koeficients 2015.gadā bija 7% – 13%, tāpat arī speciālistu, piemēram, oftalmologu, otolaringologu sniegto pakalpojumu ienesīguma koeficients 2015.gadā bija 2% – 5%.

Apkopojot revīzijā iesniegto informāciju par RAKUS un pašvaldības sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Rīgas 1.slimnīca” sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veikšanas iespējamību, konstatēts, ka abas ārstniecības iestādes var nodrošināt papildu pakalpojumus gan veicot izmeklējumus, gan sniedzot pakalpojumus dienas stacionāros un speciālistu pakalpojumus. Tāpat ir konstatēts, ka sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Rīgas 1.slimnīca” ir iekārta magnētiskai

rezonansei, bet Nacionālais veselības dienests līgumu par kodolmagnētiskās rezonanses pakalpojumu sniegšanu ir atteicies slēgt, skaidrojot²³², ka jau esošie līgumu partneri (tie ir gan publiskie, gan privātie pakalpojumu sniedzēji) var nodrošināt lielāku pakalpojumu apjomu un to resursi nav pilnībā noslogoti, kā arī Nacionālā veselības dienesta rīcībā nav līdzekļu papildu pakalpojumu apmaksai (detalizēti skatīt 7.pielikumā).

Ieteikums

Veselības ministrijai, lai veicinātu publisko resursu racionālu izmantošanu, izvērtēt iespēju pakāpeniski palielināt valsts un pašvaldību veselības aprūpes iestāžu lomu veselības aprūpes sistēmā, koncentrējot tajās valsts apmaksāto sekundāro ambulatoro veselības aprūpi, vienlaikus uzlabojot ārstniecības iestāžu pārvaldību.

Veselības ministrijas viedoklis

Valsts kontroles veiktā lietderības revīzija „Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?” ir nepieciešama tāpat kā jebkurā citā jomā veikta revīzija, jo norāda uz veselības aprūpes sistēmas vājajām vietām, atklājot tās trūkumus, ļaujot novērtēt un uzlabot esošo situāciju ambulatorajā veselības aprūpē.

Informējam, ka vienlaikus ar Valsts kontroles veikto revīziju attiecīgajā laika posmā paralēli esošās situācijas analīzi un veselības aprūpes sistēmas izvērtējumu veic Pasaules Banka, kuras sniegtās rekomendācijas un priekšlikumi tiks izvērtēti efektīvāko risinājumu izstrādei, īstenojot reformas veselības aprūpes nozarē.

Neskatoties uz līdzšinējo Veselības ministrijas veikumu ambulatorās veselības aprūpes uzlabošanā, nozarē joprojām iezīmējas vairāki būtiski izaicinājumi, kas pamato reformu nepieciešamību, lai uzlabotu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem un to kvalitāti, sekmētu uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanu un izveidotu stimulu sistēmas, kas nodrošina efektīvu un lietderīgu pakalpojumu sniegšanu.

Viens no tiem ir līdzšinējais veselības aprūpes finansējuma mehānisms, kas nav sekmējis politikas plānošanas dokumentos noteikto mērķu sasniegšanu. Pēc būtības finansējums nav saistīts ar konkrētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas klīniskajiem iznākumiem, rādītājiem vai izmaksām. Modelis neatspoguļo atšķirību starp akūtiem un neakūtiem, kā arī sarežģītiem ārstēšanas gadījumiem.

Tāpat Latvijas veselības aprūpes sistēmā joprojām pastāv infrastruktūras, aprīkojuma, gultasvietu noslodzes un personāla kapacitātes pārpalikums, kas rada slogu veselības aprūpes sistēmai. Paredzams, ka plānoto reformu ietvaros kapacitātes optimizēšana paaugstinās kvalitāti un uzlabos pacientu piekļuvi pakalpojumiem un apmierinātības līmeni.

Veselības ministrija jau iepriekš Valsts kontrolei norādījusi, ka politisku lēmumu rezultātā apstākļi strauji mainās, un tos ne vienmēr iespējams ietekmēt. Saskaņā ar Pasaules Bankas norādīto, pastāv pieņēmums, ka demokrātiskās valstīs reti rodas politisks “iespēju periods” nopietnu strukturālo reformu īstenošanai veselības aprūpes sistēmā. Lai šādas iespējas sekmīgi izmantotu, ir vajadzīgi spēcīgi politiskie līderi augstākajā līmenī un jāīsteno politiskā autoritāte. Ārpus politisko “iespēju perioda” reformas jāīsteno harmoniskāk un ar minimāliem traucējumiem, cenšoties pakāpeniski uzlabot sniegumu un neieviešot nopietnas strukturālas pārmaiņas.

Valsts kontroles veiktā revīzija un sniegtie ieteikumi var būt noderīgi, plānojot turpmāko Veselības ministrijas darbu. Tomēr norādām, ka atsevišķi ieteikumi ir balstīti uz neprecīzi izdarītiem secinājumiem pēc būtības.

Valsts kontrole vērš uzmanību, ka, atbilstoši Valsts kontroles revīziju veikšanas metodoloģijai, secinājumi ir revidentu spriedumi par pārbaudāmo tēmu, kuri izriet no konstatēto faktu, faktisko situāciju un normatīvo aktu prasību vai kritēriju salīdzinošās analīzes, līdz ar to secinājumu izmaiņas iespējams veikt, pamatojoties tikai uz būtiskām revidējamās vienības iebildēm par revīzijas ziņojumā izklāstītajiem faktiem, iesniedzot papildu revīzijas pierādījumus. Veselības ministrija revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā nav šādas iebildes par konstatēto sniegusi.

Ambulatorās veselības aprūpes sistēmas pilnveidošana skatāma kontekstā ar paredzētajām veselības aprūpes reformām nozarē kopumā, kas paredz pakāpeniskus ieguldījumus infrastruktūrā, aprīkojumā, cilvēkresursos un svarīgos kvalitātes nodrošināšanas mehānismos, veselības aprūpes finansējuma efektivitātes paaugstināšanu, ieviešot jaunus pakalpojumu sniedzēju maksājumu mehānismus un paaugstinot konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, vienlaikus apzinoties, ka reformu īstenošanai nepieciešami arī papildu finansiālie resursi.

Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes

Revīzijas mērķis

Revīzijas mērķis ir pārbaudīt, vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama, tai skaitā:

- ✓ vai Veselības ministrija ir ieviesusi politikas plānošanas dokumentos paredzētos pasākumus ambulatorās veselības aprūpes jomā;
- ✓ vai iedzīvotājiem ir pieejams ģimenes ārsts ar savu komandu un vai tas veido labu veselības aprūpes sistēmas pamatu, kura uzdevums ir atrisināt iedzīvotāju veselības problēmas;
- ✓ vai Veselības ministrijas īstenotā politika ambulatorās veselības aprūpes jomā veicina efektīvu veselības aprūpes pārvaldi.

Juridiskais pamatojums

Lietderības revīzija "Vai valsts pacientiem spēj nodrošināt efektīvu ambulatoro veselības aprūpi?" ir veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles 2015.gada darba plānu un Trešā revīzijas departamenta 2015.gada 30.marta revīzijas uzdevumu Nr.2.4.1-11/2015.

Revīziju veica revīzijas grupas vadītāja – vecākā valsts revidente Sandra Batalova un valsts revidente – juriste Linda Sandere.

Revidentu un revidējamās vienības atbildība

Valsts kontroles revidenti ir atbildīgi par revīzijas ziņojuma sniegšanu, kas pamatojas uz revīzijas laikā gūtiem atbilstošiem, pietiekamiem un ticamiem revīzijas pierādījumiem.

Veselības ministrija ir atbildīga par normatīvo aktu ievērošanu un revidentiem sniegtās informācijas patiesumu.

Revīzijas apjoms un ierobežojums

Revīzija ir veikta saskaņā ar Latvijas Republikā atzītiem starptautiskajiem revīzijas standartiem. Revīzija plānota un veikta tā, lai iegūtu pietiekamu pārliecību par revīzijas apjomā iekļautās revidējamās vienības – Veselības ministrijas – veiktajiem pasākumiem, lai nodrošinātu ambulatoro veselības aprūpi.

Revīzija veikta par laika posmu no 2014.gada 1.janvāra līdz 2015.gada 30.jūnijam, nepieciešamības gadījumā apkopojot informāciju arī ārpus minētā laika posma.

Revīzijas apjomā iekļauta:

- ✓ Veselības ministrija kā vadošā iestāde veselības nozarē, kura izstrādā veselības politiku, organizē un koordinē veselības politikas īstenošanu;

- ✓ Nacionālais veselības dienests, kurš īsteno valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus;
- ✓ primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji – ģimenes ārsti;
- ✓ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, kura viena no funkcijām ir organizēt un nodrošināt neatliekamo medicīnisko palīdzību iedzīvotājiem pirmsslimnīcas etapā;
- ✓ novadu pašvaldības, kurām viena no autonomajām funkcijām ir nodrošināt veselības aprūpes pieejamību;
- ✓ valsts un pašvaldību veselības aprūpes iestādes, kuras sniedz izmeklējumu, dienas stacionāru un speciālistu pakalpojumus.

Revīzijas ierobežojumi:

Revīzijā izmantojot Nacionālā veselības dienesta iesniegtos datus par ģimenes ārstiem un pacientiem no Vadības informācijas sistēmas par sniegtajiem pakalpojumiem un veiktajām manipulācijām, esam paļāvušies uz to patiesumu.

Ģimenes ārstu un pacientu datubāzes analīze tika veikta, neizmantojot ārstniecības iestādē par pacientu veiktos medicīniskos ierakstus, kas veido pacienta ambulatoro karti, līdz ar to revīzijas laikā netika vērtēta pacienta noteiktā diagnoze, kas pamato izmeklējumus un ārstēšanas metodes, kā arī ārstēšanas rezultāti.

Vērtēšanas kritēriji

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
1. Vai Veselības ministrija ir ieviesusi politikas plānošanas dokumentos paredzētos pasākumus ambulatorās veselības aprūpes jomā?		
Vai Veselības ministrijas izstrādātie attīstības plānošanas dokumenti ir vērsti uz situācijas ambulatorās veselības aprūpes jomā uzlabošanu?	Ambulatorās veselības aprūpes jomā ir izstrādāti attīstības plānošanas dokumenti situācijas uzlabošanai valstī ar noteiktām prioritātēm, izvirzītiem mērķiem un sasniedzamajiem rezultātiem, veicamajiem pasākumiem un konkrētiem iesaistāmo institūciju uzdevumiem.	☑ Kritērijs ir sasniegts – Veselības ministrijas izstrādātie politikas plānošanas dokumenti ir vērsti arī uz ambulatorās veselības aprūpes jomu, līdz ar to ir izvirzīti rīcībpolitikas mērķi, paredzēti veicamie pasākumi un sasniedzamie rezultāti.
Vai Veselības ministrijas izstrādātie attīstības plānošanas dokumenti ir vērsti uz situācijas ambulatorās veselības aprūpes jomā uzlabošanu?	Kritērijs ir sasniegts, ja: ✓ ir izstrādāti politikas plānošanas dokumenti situācijas uzlabošanai ambulatorās veselības aprūpes jomā ar noteiktām prioritātēm, izvirzītiem mērķiem un sasniedzamajiem rezultātiem, veicamajiem pasākumiem un konkrētiem iesaistāmo institūciju uzdevumiem; ✓ aktuālākās problēmas ambulatorās veselības aprūpes jomā ir apzinātas un ietvertas politikas plānošanas dokumentos; ✓ politikas plānošanas dokumentos ietverti tādi uzdevumi, kas ir skaidri saprotami un ir vērsti uz noteikto mērķu sasniegšanu, tie ir plānoti, pamatojoties uz faktisko situāciju un problēmu cēloņiem.	☑ Kritērijs sasniegts daļēji – - Veselības ministrijas izstrādātie politikas plānošanas dokumenti ir vērsti arī uz ambulatorās veselības aprūpes jomu, līdz ar to ir izvirzīti konkrēti rīcībpolitikas mērķi, paredzēti veicamie pasākumi un sasniedzamie rezultāti; - identificētas problēmas, kuru risināšanai politikas plānošanas dokumentos nav plānota tālākā rīcība, tomēr kopumā politikas plānošanas dokumentos identificētas būtiskākās problēmas ambulatorās veselības aprūpes jomā; - ne visi politikas plānošanas dokumentos ietvertie uzdevumi ir skaidri saprotami un ir vērsti uz noteikto mērķu sasniegšanu, tie nav plānoti, pamatojoties uz faktisko situāciju un problēmu cēloņiem, kā arī, lai arī atsevišķi pasākumi ir ieviesti, tie neatrisina pastāvošās problēmas.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai sasniegti Pamatnostādņu virsmērķim – pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību – pakārtotie rezultātie rādītāji (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Mērķis ir sasniegts: ✓ noteikti novērtējami mērķa sasniegšanas rezultātie rādītāji; ✓ sasniegts pa gadiem plānotais izmaiņu līmenis; ✓ saglabājas rezultatīvajam rādītājam plānotā pozitīvā tendence.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – veselīgi nodzīvoto dzīves gadu rādītāja 2017.gadam plānotās mērķa vērtības jau ir sasniegtas 2012.gadā, tomēr 2013.gadā rādītāju vērtībām ir tendence samazināties. Ņemot vērā to, ka, sākot ar 2013.gadu, ir mainījusies metodoloģija, līdz ar to šie dati nav salīdzināmi ar iepriekšējiem gadiem un nav iespējams vērtēt to tendenci. ✓ Kritērijs ir sasniegts – potenciāli zaudēto mūža gadu rādītājs sasniedz plānotās izmaiņas.
Vai sasniegts izlasē iekļautais Pamatnostādņu mērķim – samazināt saslimstību un mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību – pakārtotais politikas rezultāts (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Mērķis ir sasniegts: ✓ noteikti novērtējami mērķa sasniegšanas rezultātie rādītāji; ✓ sasniegts pa gadiem plānotais izmaiņu līmenis; ✓ saglabājas rezultatīvajam rādītājam plānotā pozitīvā tendence.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – nav vērojama stabila rezultatīvo rādītāju izmaiņu tendence vēlamajā virzienā. Tādējādi, lai arī kopumā mirstība no asinsrites sistēmas un onkoloģiskajām slimībām samazinās, tomēr vērojama arī pretēja rezultatīvo rādītāju izmaiņu tendence, netiek sasniegts plānotais izmaiņu līmenis. Turklāt rezultatīvais rādītājs mirstībai no asinsrites sistēmas slimībām vīriešu vidū ir noteikts ar negatīvu tendenci, tas ir, pieaugumu un Valsts kontroles ieskatā nav vērtējams.
Vai sasniegti izlasē iekļautie Pamatnostādņu mērķim – nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem – pakārtotie politikas un darbības rezultāti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Mērķis ir sasniegts: ✓ noteikti novērtējami mērķa sasniegšanas rezultātie rādītāji; ✓ sasniegts pa gadiem plānotais izmaiņu līmenis; ✓ saglabājas rezultatīvajam rādītājam plānotā pozitīvā tendence; ✓ rezultātie rādītāji atbilst darbības rezultāta pazīmēm.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - politikas rezultātam nav vērojama visu rezultatīvo rādītāju izmaiņu tendence vēlamajā virzienā, kā arī nav sasniegts plānotais izmaiņu līmenis; - darbības rezultāts nav sasniegts, jo veselības aprūpes sistēmas cilvēkresursu attīstības plāns nav izstrādāts; - darbības rezultāta rezultātie rādītāji neatbilst darbības rezultāta pazīmēm; - rezultatīvajam rādītājam, kas raksturo ārstu skaitu, ir tendence pieaugt, lai gan tas ir noteikts ar negatīvu tendenci un Valsts kontroles ieskatā tas nav vērtējams.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai izlasē iekļautais pasākums neinfekciju slimību riska faktoru mazināšanai ir īstenots (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātam; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – izlasē iekļautais pasākums noteiktajā termiņā nav ieviests, pasākums ieviešams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros.
Vai izlasē iekļautie pasākumi kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošanai, nodrošinot pakalpojumu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem, ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātam; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums); ✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – no diviem izlasē iekļautajiem pasākumiem ieviests viens pasākums. Pasākums noteiktajā termiņā nav ieviests, pasākums ieviešams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros.
Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam		
Vai ir noteikti Pamatnostādņu virsmērķim – palielināt Latvijas	Ir noteikti sasniedzami rezultātīvie rādītāji un plānoto	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – ir noteikts sasniedzamais mērķis un rezultātīvie

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību – pakārtoti rezultātie rādītāji (skatīt 2.pielikumu)?	izmaiņu tendence būs salīdzināma pa gadiem.	rādītāji, bet nav norādīts atsaucē līmenis, pret ko tiks vērtēta to izpilde 2020.gadā.
Vai izlasē iekļautais pasākums kvalitatīvas, drošas un ilgtspējīgas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošanā un pakalpojumu vienlīdzīgas pieejamības visiem Latvijas iedzīvotājiem nodrošināšanā ir ieviests?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātam; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – faktiskā darbība neatbilst plānotajam izlasē iekļautajam pasākumam, kā arī nav gūta pārliecība, ka atbildīgās un iesaistītās institūcijas izprot ieviešamā pasākuma būtību.
Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.–2015. gadam		
Vai sasniegts izlasē iekļautais Plāna mērķim – samazināt mirstību no sirds un asinsvadu slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību – pakārtotais politikas rezultāts – samazinājusies priekšlaicīga mirstība no sirds un asinsrites sistēmas slimībām (skatīt 2.pielikumu)?	Mērķis ir sasniegts: ✓ noteikti novērtējami mērķa sasniegšanas rezultātie rādītāji; ✓ sasniegts pa gadiem plānotais izmaiņu līmenis; ✓ saglabājas rezultatīvajam rādītājam plānotā pozitīvā tendence.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – mirstība no sirds un asinsvadu slimībām kopumā samazinās, tomēr nav sasniegts plānotais rezultātie rādītāju 2014.gada līmenis, kā arī rādītājiem sieviešu vidū 2014.gadā bija pretēja izmaiņu tendence.
Vai sasniegts izlasē iekļautais Plāna mērķim – samazināt mirstību no sirds un asinsvadu slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību – pakārtotais politikas rezultāts – pieaugusi iedzīvotāju profilaktiskā aktivitāte (skatīt 2.pielikumu)?	Mērķis ir sasniegts: ✓ noteikti novērtējami mērķa sasniegšanas rezultātie rādītāji; ✓ sasniegts pa gadiem plānotais izmaiņu līmenis; ✓ saglabājas rezultatīvajam rādītājam plānotā pozitīvā tendence.	⊙ Kritērijs ir sasniegts – pieci no sešiem rezultatīvajiem rādītājiem sasniedz plānotās izmaiņas. Tikai viens rādītājs, kas raksturo asinsspiediena mērīšanu vīriešu vidū, nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un ir vērojama pretēja izmaiņu tendence plānotajam.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai izlasē iekļautie plānotie pasākumi sirds un asinsvadu slimību profilakses veicināšanai un riska faktoru ietekmes mazināšanai, pilnveidojot agrīnu sirds un asinsvadu slimību diagnostiku, ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātiem; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums); ✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	☑ Kritērijs ir sasniegts – tiek pieņemts, ka trim no četriem izlasē iekļautajiem pasākumiem ir veiktas darbības to īstenošanai. Viens pasākums noteiktajā termiņā nav ieviests, pasākums ieviešams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros.
Vai izlasē iekļautie plānotie pasākumi sirds un asinsvadu slimību veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai, pilnveidojot sirds un asinsvadu slimību riska mazināšanu un ārstēšanu primārajā un sekundārajā līmenī, ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātiem; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums);	⊗ Kritērijs nav sasniegts – trīs no četriem izlasē iekļautajiem pasākumiem nav ieviesti, pasākumu īstenošanai nepieciešams papildu finansējums.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
	✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	
Vai izlasē iekļautie plānotie pasākumi sirds un asinsvadu slimību profilakses un veselības aprūpes sistēmas resursu pieejamības uzlabošanai ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultāti; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums); ✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	⊗ Kritērijs nav sasniegts – visi astoņi izlasē iekļautie pasākumi nav ieviesti noteiktajā termiņā, pasākumi veicami piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros, pasākumu īstenošanai arī nepieciešams papildu finansējums vai ES fondu finansējums.
Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015. gadam		

Vai sasniegti Programmas mērķim – samazināt saslimšanas risku ar onkoloģiskām slimībām, pagarināt onkoloģisko slimnieku dzīvildzi un uzlabot dzīves kvalitāti – pakārtotie politikas rezultāti (*skatīt 2.pielikumu*)?

Mērķis ir sasniegts:

- ✓ noteikti novērtējami mērķa sasniegšanas rezultatīvie rādītāji;
- ✓ sasniegts pa gadiem plānotais izmaiņu līmenis;
- ✓ saglabājas rezultatīvajam rādītājam plānotā pozitīvā tendence.

⊗ Kritērijs nav sasniegts – nav vērojama stabila rezultatīvo rādītāju izmaiņu tendence vēlamajā virzienā, kā arī atsevišķiem rezultatīvajiem rādītājiem nav sasniegts plānotais izmaiņu līmenis.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai izlasē iekļautie apakšmērķa – izveidot un ieviest organizētā vēža skrīninga programmu – sasniegšanai plānotie pasākumi – nodrošināt veselības aprūpes kvalitātes vadību visos organizētā vēža skrīninga pakalpojumu sniegšanas etapos – ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātiem; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums); ✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	⊗ Kritērijs nav sasniegts – visi trīs izlasē iekļautie pasākumi nav ieviesti, jo: - pasākums nav ieviests noteiktajā termiņā; - pasākums nav ieviests, neskatoties uz to, ka tas veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros; - pasākumu īstenošanai nepieciešams papildu finansējums; - nav sasniegts plānotais darbības rezultāts.
Vai izlasē iekļautie apakšmērķa – uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību onkoloģiskiem pacientiem – sasniegšanai plānotie pasākumi – nodrošināt savlaicīgu diagnozes noteikšanu un ārstēšanas uzsākšanu pacientiem ar onkoloģiskām slimībām – ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātiem; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums);	⊗ Kritērijs nav sasniegts – divi no trim izlasē iekļautajiem pasākumiem nav ieviesti, jo: - pasākums nav ieviests noteiktajā termiņā; - pasākums nav ieviests, neskatoties uz to, ka tas veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros; - pasākuma īstenošanai nepieciešams papildu finansējums; - nav sasniegts plānotais darbības rezultāts.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
	✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	
Vai izlasē iekļautie apakšmērķa – nodrošināt vienlīdzīgu, uz pierādījumiem balstītu un izmaksu efektīvu onkoloģisko slimnieku ārstēšanu un rehabilitāciju – sasniegšanai plānotie pasākumi – nodrošināt ārstnieciskā procesa vadību un kvalitātes kontroli – ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātiem; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums); ✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	⊗ Kritērijs nav sasniegts – abi izlasē iekļautie pasākumi nav ieviesti, jo: - pasākums nav ieviests noteiktajā termiņā; - pasākums nav ieviests, neskatoties uz to, ka tas veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros; - nav sasniegts plānotais darbības rezultāts.

Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.–2016. gadam

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai starpvērtēšanas posmā salīdzinājumā ar atsauces gadiem ir vērojama izlasē iekļauto Plāna mērķim – stiprināt primāro veselības aprūpi kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot primārās veselības aprūpes lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabot primārās veselības aprūpes kvalitāti – pakārtoto darbības rezultātu – uzlabota primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte un drošība, nodrošināta iedzīvotāju informēšana par primārās veselības aprūpes aktuālām tēmām un veicināta pacientu līdzestība – vēlamā izmaiņu tendence (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Mērķis ir sasniegts: ✓ rezultatīvie rādītāji atbilst darbības rezultāta pazīmēm; ✓ sasniegts pa gadiem plānotais izmaiņu līmenis; ✓ saglabājas rezultatīvajam rādītājam plānotā pozitīvā tendence.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - noteiktie rezultatīvie rādītāji, kas raksturo iedzīvotāju īpatsvaru, neatbilst darbības rezultāta pazīmēm; - lielākā daļa rezultatīvo rādītāju (pieci no astoņiem) nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un tiem ir pretēja izmaiņu tendence, tai skaitā viena rezultatīvā rādītāja vērtības nav salīdzināmas.
Vai izlasē iekļautie plānotie pasākumi primārās veselības aprūpes teritoriālās un organizatoriskās pieejamības uzlabošanai ir ieviesti (<i>skatīt 2.pielikumu</i>)?	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātam; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums); ✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	⊗ Kritērijs nav sasniegts – pieci no sešiem izlasē iekļautajiem pasākumiem nav ieviesti, jo: - pasākums nav ieviests noteiktajā termiņā; - pasākums nav ieviests, neskatoties uz to, ka tas veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros; - pasākuma īstenošanai nepieciešams papildu finansējums; - nav sasniegts plānotais darbības rezultāts; - Plānā iekļauts pasākums, kas ieviests jau pirms Plāna apstiprināšanas.
Vai izlasē iekļautie plānotie pasākumi primārās veselības aprūpes	Pasākums ir ieviests: ✓ faktiskā darbība atbilst	⊗ Kritērijs nav sasniegts – četri no pieciem izlasē iekļautajiem

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
pakalpojumu kvalitātes un drošības uzlabošanai ir ieviesti (skatīt 2.pielikumu)?	plānotajam pasākumam un tā darbības rezultātiem; ✓ plānotais pasākums ir īstenots noteiktajā termiņā; ✓ ievērots finansiālo iespēju princips – pasākums veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros vai arī tam nepieciešams papildu finansējums. Ja ir vairāki pasākumi, tad: ✓ ieviests – ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums); ✓ daļēji ieviests – ieviesta puse pasākumu (plus viens pasākums); ✓ nav ieviests – nav ieviesti visi pasākumi (mīnus viens pasākums).	pasākumiem nav ieviesti, jo: - pasākums nav ieviests noteiktajā termiņā; - pasākums nav ieviests, neskatoties uz to, ka tas veicams piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros; - pasākuma ieviešanai nepieciešams papildu finansējums; - nav sasniegts plānotais darbības rezultāts.

2. | Vai iedzīvotājiem savlaicīgi ir pieejama valsts apmaksāta laba primārā veselības aprūpe?

2.1. | Vai iedzīvotājiem ir nodrošināta teritoriālā pieejamība valsts apmaksātai primārajai veselības aprūpei?

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai ir nodrošināta primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība visiem iedzīvotājiem neatkarīgi no ģeogrāfiskiem ierobežojumiem?	Primārās veselības aprūpes pakalpojumi iedzīvotājiem pieejami pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - ir pagasti, kur uz vietas nav ģimenes ārsta pieņemšanas vietas, kā arī nav feldšerpunktu; - iedzīvotājiem līdz ģimenes ārstam, kura pamatdarbības teritorijā atrodas pagasts, jāmēro attālums no pāris kilometriem līdz pat pāri par 20 kilometriem; - lai apmeklētu ģimenes ārstu, nav iespējams tikt līdz tuvākajai sabiedriskā transporta pieturai vai nevar izbrait ar vienu transportu, vai ar sabiedrisko transportu nevar izbrait vienā dienā, vai sabiedriskais transports vispār nekursē; - atsevišķos Kurzemes un Latgales reģionu novados iedzīvotāju skaits uz vienu ģimenes ārstu pārsniedz Latvijas Universitātes izvērtējumā²³³ rekomendēto vidējo attiecību viens ārsts uz 1300 iedzīvotājiem; - atšķiras pašvaldību izpratne un rīcība primārās veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā pagastos, kur uz vietas neatrodas ģimenes ārsta pieņemšanas vietas, kā rezultātā Latvijas iedzīvotājiem netiek nodrošinātas vienādas iespējas primārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. -

2.2. | Vai primārās veselības aprūpes ārsts (ģimenes ārsts) ar savu komandu veido labu veselības aprūpes pamatu, lai atrisinātu iedzīvotāju veselības problēmas?

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai 2013., 2014. un 2015.gadā vidēji valstī ir sasniegti ģimenes ārstiem noteiktie kvalitātes kritēriji (<i>skatīt tabulu</i>)?	Kvalitātes kritēriju izpilde attiecīgā gada ietvarā iekļaujas attiecīgajās kvalitātes kritērijiem noteiktajās robežvērtībās. Ja gada ietvarā ir vairāki kvalitātes kritēriji, tad tiek pieņemts, ka attiecīgā gada ietvarā kvalitātes kritēriji: ✓ izpildīti, ja izpildīti gandrīz visi kvalitātes kritēriji (+/- divi kritēriji); ✓ daļēji izpildīti, ja izpildīta vairāk nekā puse kvalitātes kritēriju; ✓ nav izpildīti, ja izpildīta mazāk nekā puse kvalitātes kritēriju.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - 2013.gadā no 13 kvalitātes kritērijiem sasniegti 3 kvalitātes kritēriji; - 2014. un 2015.gadā no 13 kvalitātes kritērijiem sasniegti 4 kvalitātes kritēriji.

Videji valstī ģimenes ārstu sasniegto kvalitātes kritēriju salīdzinājums 2013., 2014. un 2015.gadā

Pēc nozīmīguma vērtējums, %	Kvalitātes kritēriju definējums	Robežvērtība 2013.	2013.gads		Robežvērtība 2014.,2015.	2014.gads		2015.gads	
			Kvalitātes kritērija izpilde, %	Izpildīts/ neizpildīts jā/nē		Kvalitātes kritērija izpilde, %	Izpildīts/ neizpildīts jā/nē	Kvalitātes kritērija izpilde, %	Izpildīts/ neizpildīts jā/nē
11	Mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings	36-50%	32	Nē	36-50%	30	Nē	28	Nē
11	Pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests	8-25%	12	Jā	8-25%	13	Jā	12	Jā
10	Bērnu vakcinācijas aptvere	92-98%	70	Nē	92-98%	74	Nē	79	Nē
9	Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 2 līdz 18 gadiem	75-95%	84	Jā	75-95%	84	Jā	87	Jā
9	Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem	65-75%	58	Nē	65-75%	61	Nē	61	Nē
8	Ģimenes ārstu izmantoto manipulāciju daudzveidība	30-50%	20	Nē	25-50%	20	Nē	21	Nē
8	Zema blīvuma holesterīna noteikšana	80-95%	59	Nē	70-90%	63	Nē	60	Nē
8	Glikohemoglobīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta slimniekiem	80-90%, 60-80%	78	Nē	75-90%, 60-80%	81	Jā	81	Jā
7	Kardiovaskulārā riska noteikšana	70-95%	22	Nē	60-90%	29	Nē	30	Nē
6	Mikroalbuminūrijas noteikšana 2.tipa cukura diabēta pacientiem	60-80%	40	Nē	50-75%	44	Nē	45	Nē
5	No jauna reģistrēto pacientu veselības stāvokļa novērtējums	90-95%	73	Nē	75-90%	65	Nē	68	Nē
4	Izelpas maksimāla plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem	75-90%	42	Nē	75-90%	47	Nē	49	Nē
4	NMPD izbraukumu skaits, ja pacientu nepārved uz slimnīcu	110-100%	99	Jā	110-100%	100	Jā	98	Jā

Revīzijas metodes

Revīzijā izmantotas šādas galvenās metodes:

- ✓ analizēti politikas plānošanas dokumenti, normatīvie akti un citi ar revidējamo jomu saistīti dokumenti un informācija;
- ✓ vērtēta iesniegtā informācija par politikas plānošanas dokumentos paredzēto pasākumu ieviešanu un izvirzīto mērķu un noteikto rezultātu sasniegšanu;
- ✓ strukturizēti, vērtēti un analizēti Nacionālā veselības dienesta iesniegtie dati par ģimenes ārstiem un pacientiem no Vadības informācijas sistēmas par sniegtajiem pakalpojumiem un veiktajām manipulācijām;
- ✓ apkopoti un analizēti novadu pašvaldību aptaujas rezultāti un valsts un pašvaldību veselības aprūpes iestāžu aptauju rezultāti;
- ✓ analizēti Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta iesniegtie dati;
- ✓ veiktas intervijas ar Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un ģimenes ārstu asociāciju atbildīgajām personām.

Revīzijas grupas vadītāja

vecākā valsts revidente

S.Batalova

Revīzijas grupa:

valsts revidente – juriste

L.Sandere

1.pielikums. Attīstības plānošanas dokumentos noteikto mērķu kritēriji, politikas un darbības rezultātu pazīmes

Mērķa kritēriji:

Mērķa kritēriji

- tā sasniegšana ir reāli ietekmējama ar iestādes rīcībā esošajiem instrumentiem (normatīvajiem aktiem un administratīvajiem resursiem) un līdzekļiem, kā arī ar ārējās vides apstākļiem
- tas ir sasniedzams noteiktā laika periodā
- tas ir sasniedzams iestādes pilnvarojuma ietvaros

Politikas rezultāta pazīmes:

Politikas rezultāta pazīmes

- līdztekus darbības rezultātu sasniegšanai to daļēji ietekmē arī ārējās vides faktori, kurus iestāde nevar tieši kontrolēt
- nozīmīgas politikas rezultātu un to rādītāju izmaiņas un tendences var konstatēt tikai vidējā termiņā un ilgtermiņā
- tas atspoguļo sasniegumu, nevis veidu, kā to panākt
- tas ir sabiedrībai saprotams, viegli uztverams un pēc iespējas konkrētāks
- ir iespējams formulēt to ietekmējošus darbības rezultātus
- tā rādītāju mērījumi nav atkarīgi no subjektīva vērtējuma un ir pārbaudāmi

Darbības rezultāta pazīmes:

Darbības rezultāta pazīmes

- tas ir preces un pakalpojumi, kurus iestāde rada un sniedz ārējiem klientiem – iedzīvotājiem, komercsabiedrībām, nevalstiskām organizācijām, valdībai, tiešās pārvaldes iestādēm un starptautiskajām organizācijām
- tas pilnībā atrodas iestādes ietekmē, un tā sasniegšanu var kontrolēt iestādes administratīvais vadītājs, kurš ir tieši atbildīgs par to
- tas ir tiešo pārvaldes iestāžu un to padotībā esošu iestāžu normatīvajos aktos noteikto funkciju un plānošanas dokumentos noteikto pasākumu īstenošanas galaprodukts
- to var novērtēt darbības veikšanas laikā vai tūlīt pēc tās
- to mēra ar rezultatīvajiem rādītājiem, kas tiek savstarpēji salīdzināti laikā un ir ar salīdzināmām mērvienībām
- tas ir tieši saistīts ar politikas rezultātiem
- tam ir jābūt noderīgam, saprotamam, pārbaudāmam un revidējamam

2.pielikums. Politikas plānošanas dokumentos plānotie pasākumi un noteiktie rezultatīvie rādītāji, to izpilde

Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2011.–2017.gadam plānotie pasākumi un to izpilde:

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu ²³⁴	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
Neinfekciju slimību riska faktoru mazināšana	Identificēt faktorus, kas kavē organizētā vēža skrīninga īstenošanu, un pilnveidot skrīninga izmeklēšanu onkoloģisko slimību agrīnai diagnosticēšanai	31.12.2012.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Izpildīts	Veselības ministrija informēja ²³⁵ , ka jau ir noslēgušās divas Veselības ministrijas organizētas darba grupas, lai uzlabotu valsts organizētā dzemdes kakla vēža un kolorektālā vēža skrīninga darbību Latvijā, kā arī darbojas krūts vēža skrīninga darba grupa. Pamatojoties uz sagatavotajiem ziņojumiem, ir veiktas izmaiņas Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.	■ Pasākums nav ieviests. Minētie pasākumi veikti pēc pasākuma īstenošanai noteiktā termiņa – 31.12.2012., kā arī daļa pēc Pamatnostādņu darbības beigām, tas ir, pēc 13.10.2014. Izvērtējot statistikas datus par valsts apmaksātā vēža skrīninga aptveri, konstatēts, ka mērķa grupu atsaucība nav liela un mērķa grupu populācija aptvere ir būtiski zemāka par starptautiski pieņemtajiem minimuma rādītājiem (vismaz 75%). (<i>Sīkāk skatīt konstatējumus</i>)
Kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana, nodrošinot pakalpojumu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem	Otras māsas iesaiste ģimenes ārsta praksē, nodrošinot, ka māsa patstāvīgi pieņem pacientus	31.12.2013.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Izpildīts	Saskaņā ar 06.10.2014. Informatīvo ziņojumu ²³⁶ , lai stiprinātu ģimenes ārsta komandu, Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību iestrādātas normas attiecībā uz ģimenes ārsta prakses otro māsu, tai skaitā, praksēs, kurās ir vairāk nekā 1800 pacientu (vai 800 pacientu vecumā līdz 18 gadiem), no 01.01.2014. prasība ģimenes ārsta prakses komandā iesaistīt arī otru māsu vai ārsta palīgu ir obligāta.	● Pasākums ir ieviests. Tomēr, lai arī Ministru kabineta noteikumos noteikta obligāta prasība lielajās ģimenes ārsta praksēs iesaistīt arī otru māsu vai ārsta palīgu, joprojām 47 (14 %) no 339 ģimenes ārstiem, kuriem reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 1800, nav otrās māsas vai ārsta palīga. (<i>Sīkāk skatīt konstatējumus</i>)
	Izstrādāt plānu par cilvēkresursu attīstību veselības aprūpē un veselības aprūpes sistēmas attīstības plānu	30.06.2012. 31.12.2012.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Izpildīts daļēji	Veselības ministrija skaidroja ²³⁷ , ka politikas plānošanas dokumentu izstrādē ir atlikta un ir saistīta arī ar Starptautiskās Rekonstrukciju un attīstības bankas pētījumu par veselības aprūpes tīklu vadlīniju izstrādi prioritārajās veselības jomās. Attiecīgi Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014.–2020. gadam ietverti uzdevumi „6.1.3. Nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai nepieciešamo cilvēkresursu attīstības plānošanu, vēršot uzmanību uz paaudžu nomaņu medicīnā un māsu īpatsvara palielināšanu” un „6.1.6. Izstrādāt veselības aprūpes pakalpojumu attīstības plānu	■ Pasākums nav ieviests. Valsts kontroles ieskatā plānotais pasākums noteiktajā termiņā nav ieviests, jo dokumenti nav izstrādāti.

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu ²³⁴	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
					atbilstoši veselības aprūpes tīklu vadlīniju prioritārajās veselības aprūpes jomās plānošanas principiem", kuru izpildes termiņš noteikts 30.12.2020.	

Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam mērķu sasniegšanas rezultātīvie rādītāji un to izpilde:

Virsmērķis: Pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvotos dzīves gadus un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību.												
Rādītājs		References gads 2009	2011 izpilde	2012 izpilde	2013 izpilde	Mērķis 2017	Valsts kontroles vērtējums par izpildi Jā Nē		Valsts kontroles viedoklis par rādītāju izpildi		Veselības ministrijas skaidrojums par rādītāju izpildi	
Veselīgi nodzīvotie dzīves gadi ²³⁸	Vīrieši	52,6	53,6	54,8	51,7	54,7			Rādītājam ir jāpalielinās un 2017.gadam plānotās mērķa vērtības jau ir sasniegtas 2012.gadā, tomēr 2013.gadā rādītāju vērtībām ir tendence samazināties. Tā kā ar 2013.gadu ir pamainījusies metodoloģija un dati nav salīdzināmi, nav iespējams vērtēt to tendenci.		Veselības ministrija skaidroja ²³⁹ , ka, sākot ar 2013.gadu ir pamainījusies metodoloģija, līdz ar to šie dati nav salīdzināmi ar iepriekšējiem gadiem un nav iespējams vērtēt to tendenci	
	Sievietes	55,8	56,6	59,1	54,2	57,8						
Potenciāli zaudētie mūža gadi ²⁴⁰	Vīrieši	85338	73125	71225	68104	68270			Rādītājam ir jāsamazinās, 2017.gadam plānotās mērķa vērtības jau 2013.gadā sasniegtas abu dzimumu grupās.		x	
	Sievietes	35793	29996	27597	28361	28634						
Mērķis: Samazināt saslimstību un mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību.												
		Atsauces līmenis			2012 izpilde	2013 izpilde	2014	2014 izpilde	2017	Valsts kontroles vērtējums par izpildi Jā Nē	Valsts kontroles viedoklis par rādītāju izpildi	Veselības ministrijas skaidrojums par rādītāju izpildi
		Rādītājs	Koriģēts	Gads								
Politikas rezultāts: Samazinājusies mirstība no neinfekciju slimībām vecumā līdz 64 gadiem ²⁴¹	Rezultatīvais rādītājs: mirstība no asinsrites sistēmas slimībām (uz 100000 iedzīvotāju)										Rādītājam būtu jāsamazinās, tomēr vīriešu vidū tas ir noteikts ar pieaugumu, nevis samazinājumu, līdz ar to, lai arī rādītājs kopumā samazinās, izmaiņu tendence pa gadiem Valsts kontroles ieskatā nav vērtējama. Savukārt Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.–2015.gadam mirstības no asinsrites sistēmas	Veselības ministrija skaidroja ²⁴² , ka rādītāja vīriešu vidū prognoze 2011.gadā veidota, pamatojoties uz iepriekšējām rādītāja attīstības tendencēm, ievērojot izmaiņas demogrāfiskajā situācijā, kā arī ņemot vērā pieejamo finansējumu veselības aprūpei, līdz ar to pozitīva mirstības tendence vīriešu vidū līdz 2014.gadam netika prognozēta. Situācijas uzlabojumu plānoja no 2017.gada, kad papildus tiktu rasti
	t.sk. vīrieši	237	244,4	2010.	240,8	239,9	250,9	231	241,7			
	t.sk. sievietes	81,7	92,3	2010.	78,1	75,5	70,1	78,4	59,8			

											slimībām rādītājs vīriešu vidū noteikts ar tendenci samazināties. Rādītājs sieviešu vidū noteikts ar samazinājumu. Salīdzinot 2013. un 2014.gada rādītāju izpildi, sieviešu vidū tam ir tendence pieaugt, kā arī nav sasniegts plānotais 2014.gada līmenis.	līdzekļi pasākumiem sirds un asinsvadu saslimstības un mirstības mazināšanai, piesaistot Eiropas Savienības fondu 2014.–2020.gada plānošanas perioda līdzekļus.
	Rezultatīvais rādītājs: mirstība no ļaundabīgiem audzējiem (uz 100000 iedzīvotāju)	106,4	113,5	2010.	108,6	108,0	102,5	108,4	102,0		Rādītājam ir jāsamazinās. Kopējais mirstības rādītājs ir nedaudz samazinājies, tomēr plānotais 2014.gada līmenis nav sasniegts, kā arī nav vērojama rādītāju stabilas izmaiņas, jo, salīdzinot 2013. un 2014.gada rādītāju izpildi, 2014.gadā tam ir tendence pieaugt, kā arī vīriešu vidū nav sasniegts plānotais 2014.gada līmenis, savukārt sieviešu vidū tas ir sasniegts.	x
	t.sk. vīrieši	123,2	132,1	2010.	130,7	130,1	117,6	130,4	117,0			
	t.sk. sievietes	90,2	95,8	2010.	87,5	86,7	89,0	87,3	88,8			
Mērķis: nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.												
		Atsauces līmenis			2012 izpilde	2013 izpilde	2014	2014 izpilde	2017	Valsts kontroles vērtējums par izpildi  Jā  Nē	Valsts kontroles viedoklis par rādītāju izpildi	Veselības ministrijas skaidrojums par rādītāju izpildi
		Rādītājs	Koriģēts	Gads								
Politikas rezultāts: Palielinās pacientu ārstēšanās ambulatorajā sektorā ²⁴³	Rezultatīvais rādītājs: Ambulatoro apmeklējumu skaits pie primārās veselības ārsta vienam pacientam gadā par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem	2,9	-	2009.	3,2	3,1	3,1	2,8	3,2		Rādītājam ir jāpalielinās. Salīdzinot izpildi pa gadiem, ambulatoro apmeklējumu skaitam pretēji plānotajam ir tendence samazināties.	x
	Rezultatīvais rādītājs: Vidējais gulstīšanas skaits	8,54	-	2010.	8,3	8,3	6,5	8,3	6,5		Rādītājam ir jāsamazinās. Salīdzinot izpildi pa gadiem, vidējais gulstīšanas skaits uz vienu	x

	uz 1 pacientu (visi stacionāri, visi profili)										pacientu ir nedaudz samazinājies un turpmāk palicis nemainīgs, nesasniedzot plānoto 2014.gada līmeni.	
Darbības rezultāts: Izstrādāts un īstenots Veselības aprūpes sistēmas cilvēkresursu attīstības plāns ²⁴⁴	Rezultatīvais rādītājs: Ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju (bez zobārstiem, ar stažieriem un rezidentiem)	31	33,3	2010.	34,3	34,6	30,0	34,6	30,0	■	Rādītājam būtu jāpalielinās, tomēr tas ir noteikts ar samazinājumu, savukārt tā izpildē vērojams, ka tam ir tendence pieaugt, līdz ar to, lai arī rādītājs kopumā samazinās, izmaiņu tendence pa gadiem Valsts kontroles ieskatā nav vērtējama. Darbības rezultāta rezultatīvais rādītājs Valsts kontroles ieskatā neatbilst darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	Veselības ministrijas skaidroja ²⁴⁵ , ka rādītājs ir noteikts ar samazinājumu, jo prognoze 2011.gadā veidota, ņemot vērā esošo situāciju cilvēkresursu nodrošinājumā veselības aprūpē, kā arī to, ka papildus finanšu resursi cilvēkresursu attīstībai līdz 2014.gadam netika paredzēti, līdz ar to pozitīvu tendenci līdz 2014.gadam neplānoja. Stabilizāciju esošajā līmenī plānoja no 2017.gada, ņemot vērā plānotās aktivitātes veselības aprūpes sistēmas attīstībai 2014.–2020.gada Eiropas Savienības fondu plānošanas perioda ietvaros. Tomēr citā Veselības ministrijas skaidrojumā ²⁴⁶ norādīta pretēja informācija, tas ir, kopš 2010.gada ārstu relatīvā skaita izmaiņas ir nebūtiskas, ar tendenci palielināties, un, tā kā ārstu skaita nodrošinājums nav aktuālākā veselības aprūpes cilvēkresursu problēma, arī Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014.–2020.gadam šis rādītājs nav iekļauts.
	Rezultatīvais rādītājs: Ģimenes ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju	5,9	6,3	2010.	6,5	6,5	6,0	6,8	6,0	●	Vērtējot noteikto rezultatīvo rādītāju izpildi, konstatēts, ka ģimenes ārstu skaits ir nedaudz pieaudzis. Darbības rezultāta rezultatīvais rādītājs Valsts kontroles ieskatā neatbilst darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	x
	Rezultatīvais rādītājs: Māsu skaits uz 10 000	45	48,3	2010.	46,7	46,6	50	46,3	60	■	Vērtējot noteikto rezultatīvo rādītāju izpildi, konstatēts, ka māsu skaits ir samazinājies.	Veselības ministrija skaidroja ²⁴⁷ , ka māsu skaita samazināšanos var skaidrot ar finansiālā nodrošinājuma

	iedzīvotāju										Darbības rezultāta rezultatīvais rādītājs Valsts kontroles ieskatā neatbilst darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	aspektu veselības nozarei kopumā, tas ir, zems atalgojums, nepietiekams finansējums stacionāro un ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem, kas liedz pieņemt darbā pietiekamu skaitu aprūpes personāla (māsas).
--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam plānotie pasākumi un to izpilde:

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
Kvalitatīvas, drošas un ilgtspējīgas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana (t.sk. pacienta iemaksu samazināšana, rindu saīsināšana uz plānveida pakalpojumiem, darba samaksas paaugstināšana veselības aprūpes nozares darbiniekiem, zāļu pieejamība pacientiem), nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem	Pārskatīt kardioloģijas, onkoloģijas, pediatrijas un ģimenes medicīnas pakalpojumu apmaksas tarifus, definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus un paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts	30.12.2015.	Nepieciešams papildus finansējums	Nav definēts	Veselības ministrija informēja ²⁴⁸ , ka saistībā ar darba samaksas pieaugumu 2014.gadam tarifiem tika piešķirts papildus 28 740 220 euro un 2015.gadam – papildus 16 596 880 euro, līdz ar to uz 01.01.2014. tika pārrēķināti pieskaitāmo un netiešo ražošanas izmaksu (U), amortizācijas (N) un administratīvo izdevumu (A) koeficienti, savukārt uz 01.01.2015. – pieskaitāmo un netiešo ražošanas izmaksu (U) un administratīvo izdevumu (A) koeficienti. Nacionālais veselības dienests ²⁴⁹ un Veselības ministrija ²⁵⁰ nevarēja sniegt skaidrojumu, ko nozīmē “definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus” un “paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts”.	☒ Pasākums nav ieviests. Ņemot vērā to, ka atbilstoši pasākumam ir jāpārskata kardioloģijas, onkoloģijas, pediatrijas un ģimenes medicīnas pakalpojumu apmaksas tarifi, definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus un paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts, Valsts kontrole vērsās pie atbildīgās iestādes par pasākuma īstenošanu - Nacionālā veselības dienesta un Veselības ministrijas, lūdzot sniegt skaidrojumu ²⁵¹ , ko nozīmē “definējot minimālos bāzes pakalpojumu raksturlielumus” un “paredzot tarifa mainīgo daļu atbilstoši līmenim, kādā pakalpojums tiek sniegts”. Skaidrojums netika sniegts. Nav gūta pārliecība, ka atbildīgās un iesaistītās institūcijas izprot ieviešamā pasākuma būtību. (Sīkāk skatīt konstatējumus)

Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam mērķu sasniegšanas rezultatīvie rādītāji:

Virsmērķis: Palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību.					
Līdz 2020. gadam paveicamais	Rādītājs		Mērķis 2020	Valsts kontroles viedoklis	Veselības ministrijas skaidrojums
Par trim gadiem palielināt veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu	Veselīgi nodzīvotie dzīves gadi	Vīrieši	57	Virsmērķa sasniegšanas rezultatīvajiem rādītājiem nav norādīts atsaucies līmenis, pret ko tiks vērtēta to izpildes tendence līdz 2020.gadam.	Veselības ministrija skaidroja ²⁵² , ka atsaucies līmenis pamatnostādņu apstiprināšanas brīdī bija 2011.gads veselīgi nodzīvoto dzīves gadu rādītājam (vīrieši – 53,6 un sievietes 56,6) un 2012.gads – potenciāli zaudēto mūža gadu rādītājam (5971 gads).
		Sievietes	60		
Par 11% samazināt potenciāli zaudētos mūža gadus	Potenciāli zaudētie mūža gadi (līdz 64 g.v.) (uz 100 000 iedz.)		5300		

Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.–2015.gadam plānotie pasākumi un to izpilde:

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
Sirds un asinsvadu slimību profilakses veicināšana un riska faktoru ietekmes mazināšana	Izstrādāt metodiskos ieteikumus par nepieciešamajiem izmeklējumiem un rīcību ikgadējās profilaktiskajās apskatēs, veicot skrīningu 11 gadus veciem bērniem	30.12.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija informēja ²⁵³ , ka, ņemot vērā citu valstu pieredzi un zinātniskajā literatūrā ieteiktos uzraudzības modeļus koronārās sirds slimības profilaksei bērniem, Latvijas Bērnu kardioloģijas asociācija un Latvijas Kardiologu biedrība ieteica izstrādāt metodiskos ieteikumus par nepieciešamajiem izmeklējumiem un rīcību ikgadējās profilaktiskajās apskatēs bērniem visās vecuma grupas. Metodiskie materiāli pieejami: www.spkc.gov.lv/sirds-un-asinsvadu-slimibas-sas/	🟢 Tiek pieņemts, ka ir veiktas darbības plānotā pasākuma ieviešanai.
	Izstrādāt metodiskos ieteikumus par nepieciešamajiem izmeklējumiem un rīcību ikgadējās profilaktiskajās apskatēs, veicot skrīningu sievietēm 50, 55, 60 gadu vecumā un vīriešiem 45, 50, 55, 60 gadu vecumā	30.12.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija informēja ²⁵⁴ , ka, ņemot vērā citu valstu pieredzi un zinātniskajā literatūrā ieteiktos uzraudzības modeļus koronārās sirds slimības profilaksei, Latvijas Kardiologu biedrība iesaka izvērtēt kardiovaskulāro risku un veikt nepieciešamos izmeklējumus ikgadējās profilaktiskajās apskatēs pacientiem ar paaugstinātu risku. Metodiskie materiāli pieejami: www.spkc.gov.lv/sirds-un-asinsvadu-slimibas-sas/	🟢 Tiek pieņemts, ka ir veiktas darbības plānotā pasākuma ieviešanai.
	Veikt grozījumus normatīvajos aktos, nosakot obligāto izmeklēšanu sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanai 11 gadus veciem bērniem, sievietēm 50, 55, 60 gadu vecumā un vīriešiem 45, 50, 55, 60 gadu vecumā	30.12.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija informēja ²⁵⁵ , ka priekšlikumu par pieaugušo pacientu sirds un asinsvadu saslimšanu profilaktisko izmeklēšanu pie ģimenes ārsta sagatavošanai tika organizētas diskusijas ar ģimenes ārstiem un nozares speciālistiem. Pamatprasība no ģimenes ārstu puses, lai tālāk profilaktiskajās apskatēs pie ģimenes ārsta iekļautu papildus rādītājus sirds un asinsvadu saslimšanu izmeklējumiem, bija - atjaunot samaksu/tarifu par pieaugušo profilaktisko izmeklēšanu (manipulācijas kods 60404). Savukārt šādas samaksas atjaunošanai nepieciešami papildus finanšu līdzekļi, kuri netika rasti.	🔴 Pasākums nav ieviests.
	Izvērtēt iespēju ieviest jaunu diagnozes kodu „augsts kardiovaskulārais risks”	30.12.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Izpildīts	Veselības ministrija informēja ²⁵⁶ , ka, izvērtējot “augsta kardiovaskulārā riska” jēdziena iekļaušanu SSK-10, secināts, ka “KVR” ir simptomu/sindromu komplekss, kas nav diagnoze un tāpēc nav iekļaujama SSK-10 “I” grupā. Tas varētu atrasties kodu “R” grupā, kurā jau tagad ir ar asinsrites sistēmu saistīti simptomi, kurus var izmantot kodēšanā. ņemot vērā, ka SSK-10 ir statistiskā klasifikācija, nav mērķtiecīgi rosināt iekļaut šādu kodu šajā klasifikācijā, bet izmantot jau atbilstošus R un I kodus.	🟢 Tiek pieņemts, ka ir veiktas darbības plānotā pasākuma ieviešanai.

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
Sirds un asinsvadu slimību veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošana	Sagatavot ģimenes ārstu praksēm metodiskos materiālus (...)	30.12.2014.	Nepieciešams papildus finansējums 4269 euro	Izpildīts	Veselības ministrija informēja ²⁵⁷ , ka prasītais papildus finansējums tika piešķirts un sagatavoti metodiskie materiāli.	🟢 Tiek pieņemts, ka ir veiktas darbības plānotā pasākuma ieviešanai.
	Ģimenes ārstu praksēm veikt SAS skrīningu 11 gadus veciem bērniem, sievietēm 50, 55, 60 gadu vecumā un vīriešiem 45, 50, 55, 60 gadu vecumā	30.12.2015.	Nepieciešams papildu finansējums 707813 euro	Nav izpildīts	Veselības ministrijas skaidroja ²⁵⁸ , ka pasākums nav īstenots, jo netika piešķirts prasītais papildu finansējums.	🔴 Pasākums nav ieviests.
	Nodrošināt kardiologa konsultāciju padziļinātai izmeklēšanai skrīninga rezultātā atlasītajiem pacientiem	30.12.2015.	Nepieciešams papildu finansējums 272104 euro	Nav izpildīts	Veselības ministrijas skaidroja ²⁵⁹ , ka pasākums nav īstenots, jo netika piešķirts prasītais papildu finansējums.	🔴 Pasākums nav ieviests.
	Nodrošināt funkcionālās diagnostikas izmeklējumus skrīninga rezultātā atlasītajiem pacientiem	30.12.2015.	Nepieciešams papildu finansējums 770376 euro	Nav izpildīts	Veselības ministrijas skaidroja ²⁶⁰ , ka pasākums nav īstenots, jo netika piešķirts prasītais papildu finansējums.	🔴 Pasākums nav ieviests.
Sirds un asinsvadu slimību profilakses un veselības aprūpes sistēmas resursu pieejamības uzlabošana	Nodrošināt kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetu darbību, kur strādā kardiologs un medicīnas māsa (plānoja 2015.gadā slēgt līgumus ar ārstniecības iestādēm par 30 kardioloģisko kabinetu izveidošanu un kardioloģisko pacientu aprūpes uzsākšanu)	30.12.2015.	Nepieciešams papildu finansējums 131967 euro	Nav izpildīts	Veselības ministrijas skaidroja ²⁶¹ , ka pasākums nav īstenots, jo netika piešķirts prasītais papildu finansējums.	🔴 Pasākums nav ieviests.
	Izstrādāt metodiskos ieteikumus, kas nosaka SAS pacientu plūsmas kārtību	30.12.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu un indikatīvi ES fondu finansējuma ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrijas skaidroja ²⁶² , ka saskaņā ar Ministru kabineta rīkojumu ²⁶³ pasākumu 2014.-2015.gadā plānots virzīt īstenošanai Eiropas Savienības fondu projektu veidā 2014.-2020.gada Eiropas Savienības fondu plānošanas perioda ietvaros. Šobrīd notiek darbs pie Eiropas Savienības fondu darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" Specifiskā atbalsta mērķa SAM 9.2.3. ²⁶⁴ ieviešanas. Šī pasākuma realizācijai noslēgtā līguma starp Nacionālo veselības dienestu un Starptautisko rekonstrukcijas un attīstības banku ietvaros ir uzsākts darbs pie pacientu, t.sk. SAS jomā, plūsmu izvērtēšanas un rekomendāciju izstrādes (rezultāts būs pieejams 2016.gadā).	🔴 Pasākums nav ieviests.

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
	Izstrādāti priekšlikumi par kardioloģisko aprūpes kabinetu izvietojumu, nepieciešamo aprīkojumu, ņemot vērā jau esošo funkcionālās diagnostikas kabinetu izmeklējuma iespējas	30.12.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija skaidroja ²⁶⁵ , ka notika atsevišķas diskusijas ar nozares speciālistiem, lai apzinātu efektīvākos risinājumus šajā jomā un viedokli par šādu kabinetu nepieciešamību un efektīvāko to darbības formu krasi atšķīrās. Vienlaikus norisinājās darbs pie Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādes, saskaņā ar kurām ir iezīmētas četras prioritārās jomas, tostarp arī sirds un asinsvadu veselība, un to attīstībai Eiropas Savienības 2014.–2020.gada plānošanas perioda darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa ²⁶⁶ ietvaros tiek veikts Starptautiskās Rekonstrukcijas un attīstības bankas pētījums, kura rezultātā tiks izstrādātas Veselības tiklu attīstības vadlīnijas, kas norādīs virzienus, kuros attīstāma veselības aprūpes un sabiedrības veselības politika četrās prioritārajās veselības aprūpes jomās periodā līdz 2022.gadam, tajā skaitā vērtēta kardioloģisko kabinetu izveide. Diskusijas par šādu kabinetu izveidošanas nepieciešamību un iespējām tiks turpinātas.	 Pasākumi nav ieviesti.
	Ārstniecības iestādēs izveidot kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetus un nodrošināt tos ar atbilstošu aprīkojumu (plānoja, ka 2015.gadā ārstniecības iestādēs tiks izveidoti un aprīkoti 30 kardioloģisko pacientu aprūpes kabineti)	30.12.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu un indikatīvi ES fondu finansējuma ietvaros			
	Nodrošināt funkcionālās diagnostikas izmeklējumu kabinetus ar atbilstošu aprīkojumu	30.12.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu un indikatīvi ES fondu finansējuma ietvaros			
	Sagatavot kardiologu un kardiologu māsu apmācības programmu	01.06.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros			
	Kardiologu apmācība par kardioloģisko pacientu aprūpi, strādājot kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetos (...)	30.12.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu un indikatīvi ES fondu finansējuma ietvaros			
	Kardiologu māsu apmācība par kardioloģisko pacientu aprūpi, strādājot kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetos	30.12.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu un indikatīvi ES fondu finansējuma ietvaros			

Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.–2015.gadam mērķa sasniegšanas rezultatīvie rādītāji un to izpilde:

Mērķis: samazināt mirstību no sirds un asinsrites sistēmas slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību.											
Politikas rezultāti	Rezultatīvie rādītāji	Atsauces līmenis		2013.	2013. izpilde	2014.	2014. izpilde	2015.	Valsts kontroles vērtējums par izpildi  Jā  Nē	Valsts kontroles viedoklis par rādītāju izpildi	Veselības ministrijas skaidrojums par rādītāju izpildi
		Rādītājs	Gads								
Samazinājusies priekšlaicīga mirstība no sirds un asinsrites sistēmas slimībām (vecumā līdz 64 gadiem) ²⁶⁷	Mirstība no asinsrites sistēmas slimībām uz 100 000 iedzīvotāju vīriešu vidū	242,9	2011.	235	240	230	231	225		Rādītājs nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas, tomēr ir zemāks nekā atsauces gadā. Veicot Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam un Plānā noteikto kopīgo rezultatīvo rādītāju vērtību atbilstības salīdzināšanu, konstatēts, ka tās nav salīdzināmas. Piemēram, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam rādītāja vērtība 2014.gadam vīriešu vidū ir noteikta 250,9, savukārt Plānā – 230.	Veselības ministrija skaidroja ²⁶⁸ , ka Plānā rādītāju vērtība noteikta, ņemot vērā iedzīvotāju skaitu saskaņā ar 2011. gada tautas skaitīšanas rezultātiem, savukārt Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam prognozes ir noteiktas uz "vecu" iedzīvotāju skaitu. Kopumā vēlamā tendence ir panākta un ar plāna pasākumiem ir izdevies mazināt mirstību no asinsrites sistēmas slimībām. Tāpat radītājus būtiski ietekmē dažādi faktori, piemēram, slimību riska faktoru (uzturs, fiziskās aktivitātes, smēķēšana) izplatība sabiedrībā ilgstošākā laika periodā, savlaicīga veselības aprūpes pieejamība un pacienta līdzestība šajos pasākumos. Veselības ministrija skaidroja ²⁶⁹ , ka potenciāli zaudēto mūža gadu rādītājs ir mazinājies abu dzimumu grupās un liecina par Plāna ietvaros īstenoto pasākumu lietderību, ko apliecina rādītāja izmaiņas vēlamajā virzienā (mazināšanās, nevis pieaugums). Veselības ministrija norādīja, ka turpmāk, plānojot politiku un definējot politikas rezultātus, vērtēs iespēju izvairīties no tādu rādītāju noteikšanas, kas pēc būtības tikai rāda ietekmi uz izmaiņām sabiedrības veselībā ilgtermiņa periodā.
	Mirstība no asinsrites sistēmas slimībām uz 100 000 iedzīvotāju sieviešu vidū	85,1	2011.	77,1	75,5	70,1	78,4	65,7		Rādītājs nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas, tomēr ir zemāks nekā atsauces gadā, taču, salīdzinot 2013. un 2014.gada rādītājus, tam ir tendence pieaugt.	
	Potenciāli zaudētie mūža gadi SAS dēļ uz 100 000 iedzīvotāju, pa dzimumiem									Rādītājs ir mazinājies abās dzimumu grupās, tomēr 2014.gadā vīriešiem tas ir augstāks nekā plānots, savukārt sievietēm ir tuvs plānotajam līmenim, tomēr salīdzinot 2013. un 2014.gada rādītājus, sieviešu vidū tam ir tendence pieaugt.	
	vīriešiem	2392	2011.	2200	2395	2020	2305	1930			
	sievietēm	736	2011.	700	600	650	669	600			

Pieaugusi iedzīvotāju profilaktiskā aktivitāte ²⁷⁰	Pieaugušo (15-64 g.v.), kuriem pēdējā gada laikā mērīts asinsspiediens, īpatsvars								x	Rādītājs ir cieši saistīts ar profilaktisko apskaušu veikšanu un būtiski atpaliek no plānotā vīriešu mērķgrupā, kas liecina par to, ka vīrieši kā mērķauditorija ir grūtāk sasniedzama, kas jāņem vērā, plānojot turpmākās aktivitātes.
	t.sk. vīriešu	61,6%	2010.	-	60%	65%	59,5%	-	■	
	t.sk. sievietes	71,9%	2010.	-	77%	75%	79,4%	-	●	
	Pieaugušo (15-64 g.v.), kuriem pēdējā gada laikā noteikts holesterīna līmenis asinīs, īpatsvars									Rādītāji sasniedz plānotās izmaiņas abās dzimumu grupās.
	t.sk. vīriešu	25,5%	2010.	-	30%	29%	34%	-	●	
	t.sk. sievietes	34,7%	2010.	-	47%	39%	51%	-	●	
	Pieaugušo (15-64 g.v.), kuriem pēdējā gada laikā noteikts cukura līmenis asinīs, īpatsvars									Rādītāji sasniedz plānotās izmaiņas abās dzimumu grupās.
	t.sk. vīriešu	28,1%	2010.	-	29%	32%	35%	-	●	
	t.sk. sievietes	37,2%	2010.	-	48%	41%	52%	-	●	

Onkoloģisko slimību kontroles programmā 2009.–2015.gadam plānotie pasākumi un to izpilde:

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
Nodrošināt savlaicīgu diagnozes noteikšanu un ārstēšanas uzsākšanu pacientiem ar onkoloģiskām slimībām	Izstrādāt pacientu plūsmas organizatoriskās vadlīnijas visos diagnostikas, ārstēšanas, un dinamiskās novērošanas etapos, nosakot maksimāli pieļaujamo izmeklēšanas laiku līdz ārstēšanas uzsākšanai viena kalendārā mēneša garumā	2009.-2015.gads	Vadlīniju izstrāde nodrošināma piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros Nepieciešams papildu finansējums semināru organizēšanai 45 532 euro	Nav definēts	Veselības ministrija skaidroja ²⁷¹ , ka vadlīnijas netika izstrādātas nepietiekamu resursu dēļ, kā arī šobrīd Nacionālā veselības dienesta vadības informācijas sistēmā, kurā tiek ievadīta informācija par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, nav iespējams atlasīt datus par onkoloģiskajiem pacientiem, kuriem izmeklēšanas laiks pēc diagnozes noteikšanas līdz ārstēšanas uzsākšanai nepārsniedz vienu kalendāro mēnesi. Papildus Veselības ministrija norādīja uz izmaiņām Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, lai nodrošinātu onkoloģisko pakalpojumu labāku pieejamību un mazinātu rindas uz šiem pakalpojumiem, un saskaņā ar kurām līdzekļi šīs palīdzības nodrošināšanai tiek plānoti pēc faktiskās nepieciešamības,	■ Pasākums nav ieviests. Atbilstoši plānotajai darbībai 2009. un 2010.gadā bija jāizstrādā organizatoriskās pacientu plūsmas vadlīnijas 10 biežākajām audzēju lokalizācijām, no 2010.gada jāorganizē semināri, kā arī no 2011.gada jāpasniedz noteikts onkoloģisko pacientu īpatsvars (%), kuriem izmeklēšanas laiks pēc diagnozes noteikšanas līdz ārstēšanas uzsākšanai nepārsniedz vienu kalendāro

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
					konsultācija pie onkologa vai hematologa jānodrošina ne vēlāk kā 10 darbdienu laikā no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē, noteikta pacientu rindas veidošanas kārtība, kā arī 30 dienu laikā noteiktām ārstniecības iestādēm ir pienākums pacientiem nodrošināt pēcskrīninga tālākos izmeklējumus.	mēnesi.
	Izstrādāt priekšlikumus kontroles mehānismam, lai novērstu nekvalitatīvu, kā arī nelietderīgu un nepamatoti atkārtoti veiktu izmeklējumu apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem	2010.gads	Piešķirto budžeta līdzekļu ietvaros	Izpildīts	Saskaņā ar 12.11.2013. un 03.10.2016. informatīvajiem ziņojumiem par programmas īstenošanas gaitu no 01.01.2011. ir definēti kritēriji, kuros gadījumos uzaicinājuma vēstule sievietei netiek nosūtīta: - ja sievietei ir uzstādītas noteiktas slimību diagnozes; - ja sievietei ir veiktas noteiktas ķirurģiskas procedūras; - saskaņā ar NVD VIS esošo informāciju gada laikā līdz uzaicinājuma vēstules sagatavošanas datumam ir veikts dzemdes kakla citoloģisks izmeklējums vai mamogrāfijas izmeklējums; - uz uzaicinājuma vēstules sagatavošanas brīdi nav deklarētas dzīvesvietas Latvijas Republikas teritorijā. Organizētā vēža skrīninga moduļa uzstādījumos ir iekļautas loģiskās pārbaudes, kas nodrošina minēto kritēriju ievērošanu uzaicinājuma vēstuli veidošanas procesā.	🟢 Tiek pieņemts, ka ir veiktas darbības plānotā pasākuma ieviešanai.
	Papildināt normatīvos aktus ar pārmantotā vēža diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumu apmaksas nosacījumiem	2009.gads	Piešķirto budžeta līdzekļu ietvaros	Nav izpildīts	Veselības ministrija skaidroja ²⁷² , ka, ņemot vērā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai piešķirto finanšu līdzekļu apjomu, jaunu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu ieviešana nebija iespējama.	❌ Pasākums nav īstenots.
Nodrošināt veselības aprūpes kvalitātes vadību visos organizētā vēža skrīninga pakalpojumu sniegšanas etapos	Izstrādāt un ieviest skrīninga pakalpojumu kvalitātes kontroles un uzraudzības sistēmu	2010.-2015.gads	Piešķirto budžeta līdzekļu ietvaros	Nav izpildīts	Veselības ministrija informēja ²⁷³ , ka atsevišķa skrīninga pakalpojumu kvalitātes kontroles un uzraudzības sistēma nav izveidota nepietiekamu resursu dēļ. Lai izvērtētu valsts organizētā skrīninga norises kārtību un izstrādātu priekšlikumus skrīninga norises uzlabošanai, ņemot vērā Eiropas vadlīnijas dzemdes kakla vēža, kolorektālā vēža un krūts vēža skrīninga kvalitātes nodrošināšanai, tai skaitā par skrīninga kvalitāti un kritērijiem, tika organizētas vairākas darba grupas, iekļaujot to sastāvā jomas speciālistus, pārstāvjus no atbildīgajām iestādēm. Darba grupas sagatavoja un iesniedza Veselības ministrijai ziņojumus, kuri tika izskatīti un priekšlikumi tiek īstenoti atbilstoši budžeta iespējām.	❌ Pasākums nav īstenots. Atbilstoši plānotajai darbībai jāsaņem vadlīnijas pakalpojumu kvalitātes uzraudzībai un kontrolei, jāizstrādā kvalitātes kritēriji un jāiesaista vēža skrīninga valsts programmas pakalpojumu sniedzēji kvalitātes kontroles sistēmā.
	Veikt ieviesto skrīninga pasākumu ekonomisko novērtējumu, kā arī jaunu	2011.-2013.gads	Piešķirto budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija skaidroja ²⁷⁴ , ka pasākums netika īstenots nepietiekamu resursu dēļ. Tāpat Veselības ministrija norādīja, ka Latvijas Universitātes	❌ Pasākums nav īstenots. Netika sagatavoti atbilstoši

gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotāju ²⁷⁹	482,9 ²⁸⁰				2											jāpalielinās, pēc tam turpmākajos gados saglabājot nemainīgumu. Vērtējot rezultatīvā rādītāja izmaiņas pa gadiem, redzams, ka rādītājs ir svārstīgs un tas gan samazinās, gan pieaug. Salīdzinot 2007.gada līdz 2014.gada rādītājus, tas ir pieaudzis un pārsniedz plānotās izmaiņas, tomēr nav vērojama tendence tam palikt nemainīgam un 2014.gadā rādītājs ir atkal zemāks nekā 2013.gadā.	skaidroja ²⁸¹ , ka jauno reģistrēto gadījumu skaita pieaugumu ietekmēja datu kvalitātes un pilnīguma uzlabošanas pasākumi ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā.
IV stadijas onkoloģisko slimnieku īpatsvars (%) ²⁸²	21,3	23	19,7	21	20,6	20	22,2	19	18,5	18	19,7	17	20,5	15		Rādītājam ir jāsamazinās no 21,3 % 2007.gadā līdz 17 % 2014.gadā. Vērtējot rezultatīvā rādītāja izmaiņas pa gadiem, redzams, ka rādītājs ir svārstīgs un tas gan samazinās, gan pieaug. Rādītājs ir samazinājies līdz 20,5 % 2014.gadā, tomēr tas nesasniedz plānotās izmaiņas, kā arī 2014.gadā, salīdzinot ar 2013.gadu, tas ir atkal pieaudzis.	Veselības ministrija skaidroja ²⁸³ , ka IV stadijas onkoloģisko slimnieku īpatsvara pieaugumu varētu izskaidrot arī ar precīzāku stadiju noteikšanu diagnozes apstiprināšanas brīdī.
Dzīvildze 5 gadi un vairāk (%) ²⁸⁴	58,3	59	58,3	60	58,6	60	58,3	61	58	61	57,9	63	58,5	63		Rādītājam ir jāpalielinās no 58,3 % 2007.gadā līdz 63 % 2014.gadā. Vērtējot rezultatīvā rādītāja izmaiņas pa gadiem, redzams, ka rādītājs ir svārstīgs un tas gan pieaug, gan samazinās. Rādītājs ir pieaudzis līdz 58,5 % 2014.gadā, tomēr tas nesasniedz plānotās izmaiņas.	Informatīvajā ziņojumā ²⁸⁵ par Programmas īstenošanas gaitu 2009.-2012.gadā zemaais pacients, kuri dzīvo 5 gadus un ilgāk pēc ļaundabīgā audzēja diagnostikas, īpatsvars tiek skaidrots ar pieaugošo atklāto jauno vēža gadījumu skaitu.

Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.–2016. gadam plānotie pasākumi un to izpilde:

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
Primārās veselības aprūpes pieejamības uzlabošana	Pārskatīt atbalsta mehānismus ģimenes ārsta praksēm teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu	01.12.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija skaidroja ²⁸⁶ , ka tika izvērtēti esošie atbalsta mehānismi, kā arī tika organizētas diskusijas ar nozares profesionāļiem, apzināts rezidentu redzējums, kā rezultātā netika identificēti efektīvi papildu atbalsta mehānismi. Minētajās sarunās tika gūts apliecinājums, ka būtiska loma ir arī pašvaldību sniegtajam atbalstam, par ko ir diskutēts arī tikšanās reizēs ar Latvijas Pašvaldības savienību.	■ Pasākums nav īstenots. Tiešās darbības rezultātā ir jāsagatavo priekšlikumi atbalsta mehānismam, lai piesaistītu ģimenes ārstus darbam teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu un attīstītu prakses sniegto pakalpojumu kvalitāti, kas nav paveikts, līdz ar to nav rasts risinājums identificētajai problēmai - neefektīvi atbalsta mehānismi ģimenes ārsta praksēm laukos ar zemu iedzīvotāju blīvumu.
	Uzlabot ģimenes ārstu prakšu un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumu	31.12.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija skaidroja ²⁸⁷ , ka izvērtējuma veikšanai tika uzrunāti pārstāvji no Rīgas Stradiņa universitātes, kuru plānoja veikt Pasaules Bankas finansēta projekta ietvaros, bet, tā kā projekts netika apstiprināts un finansējums tā veikšanai netika piešķirts, minēto izvērtējumu nebija iespējams veikt. Tāpat Veselības ministrijas norādīja, ka tiek vērtēta Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrijas veiktajā veselības aprūpes pakalpojumu izvērtējumā ²⁸⁸ iekļautā informācija. Veikti arī grozījumi ²⁸⁹ Ministru kabineta noteikumus par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, precizējot ģimenes ārsta prakses pieņemšanas laiku pamatpraksē un otrajā prakses vietā, nosacījumus otrās prakses atvēršanai, kā arī radīts jauns mehānisms – ģimenes ārsta organizētas savā praksē reģistrēto pacientu pieņemšanas feldšerpunktos, kuri atrodas ārsta darbības pamatteritorijā.	■ Pasākums nav īstenots. Tiešās darbības rezultātā ir jāsagatavo primārās veselības aprūpes teritoriālās pieejamības situācijas izvērtējums un jāizstrādā priekšlikumi tā uzlabošanai, savukārt pēc izvērtēšanas jāsagatavo priekšlikumi grozījumiem Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, kas nav paveikts, līdz ar to nav rasts risinājums identificētajai problēmai - nevienmērīga primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pieejamība dažādās teritorijās un trūkumi esošajā ģimenes ārstu prakšu un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumā. (Sīkāk skatīt konstatējumos)
	Sniegt atbalstu ģimenes ārstiem pakalpojumu nepārtrauktības	01.06.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	x	● Pasākums ir īstenots. Tomēr revīzijas laikā konstatēts, ka 17.12.2013.

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
	nodrošināšanā ģimenes ārsta prakses komandas locekļa prombūtnes laikā, izveidojot un uzturot ģimenes ārstu aizvietošanu sarakstu					pieņemtajos Ministru kabineta noteikumos ²⁹⁰ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību jau ir iekļauta norma par ģimenes ārstu aizvietošanu sarakstu veidošanu, savukārt Plāns apstiprināts 25.04.2014., līdz ar to Plānā iekļauts pasākums, kas jau ir īstenots. (Sīkāk skatīt konstatējumos)
	Veicināt optimālu reģistrēto pacientu skaitu ģimenes ārsta praksē	01.03.2015.	Nepieciešams papildu finansējums 15498 euro	Nav definēts	Veselības ministrija informēja ²⁹¹ , ka, lai veicinātu, ka ģimenes ārsta praksē ir reģistrēts optimāls pacientu skaits, kā arī netiktu apdraudēta pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, kopā ar nozares profesionāļiem tika vērtēta iespēja ieviest papildus mehānismus, tomēr netika panākts viennozīmīgs atbalsts kādam no piedāvātajiem mehānismiem. Tāpat Veselības ministrija norādīja ²⁹² , ka, vērtējot sasniegto rezultātu, būtu jāņem vērā pasākuma mērķis, kas ir uzlabot ģimenes ārstu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Lai sasniegtu šo mērķi, ir veikti citi pasākumi, tostarp Nacionālais veselības dienests ir veicis pasākumus, kas bija iespējami esošo finanšu ietvaros. No 01.01.2014. Ministru kabineta noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 12.pielikumā ir noteikti nosacījumi, kas jāizpilda praksēm ar lielu pacientu skaitu.	■ Pasākums nav īstenots. Tiešās darbības rezultātā ir jāizveido mehānisms, kas ierobežo lielo ģimenes ārsta prakšu veidošanos, kā arī jā sagatavo priekšlikumi grozījumiem Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, kas nav paveikts, līdz ar to nav rasts risinājums identificētajai problēmai - liels prakšu īpatsvars ar vairāk nekā 2 000 reģistrētiem pacientiem vai 900 reģistrētiem bērniem. Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumos noteikts, ka institūcijas sistemātiski un konsekventi īsteno attīstības plānošanas dokumentā paredzētos uzdevumus noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai, līdz ar to nav izprotama attīstības plānošanas nozīme, ja politikas plānošanas dokumentā iekļautie pasākumi netiek īstenoti. (Sīkāk skatīt konstatējumos)
	Pārskatīt dežūrārstu izvietojumu un darba laika nosacījumus	30.12.2014.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Nav definēts	Veselības ministrija informēja ²⁹³ , ka izvērtējums par dežūrārstu darbu nav pieejams dokumenta veidā, bet ir organizētas diskusijas un izvērtēta iespēja mainīt dežūrārstu izvietojumu un pārskatīt dežūrārstu darba laiku. Pēc situācijas izvērtējuma veikti grozījumi Ministru kabineta noteikumos ²⁹⁴ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, ar kuriem precizēts	■ Pasākums nav īstenots. Tiešās darbības rezultātā ir jāveic izvērtējums un grozījumi Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, lai uzlabotu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ārpus ģimenes ārsta darba laika, kas nav paveikts, līdz ar to nav rasts risinājums identificētajai problēmai - nepietiekoši efektīvs dežūrdienests un citi mehānismi, kā nodrošināt palīdzību ārpus ģimenes

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
					dežūrārstu darba laiks, nosakot dežūrārsta pieņemšanas laiku darb dienās pēc plkst.15.00. Darbs pie šī pasākuma tiek turpināts.	ārstu darba laika. Revīzijas laikā konstatēts, ka jau 17.12.2013. pieņemto Ministru kabineta noteikumu ²⁹⁵ sākotnējā versijā, tas ir, pirms Plāna apstiprināšanas 25.04.2014., ir iekļauta norma, kas nosaka dežūrārsta pieņemšanas laiku darb dienās pēc plkst.15.00. (Sīkāk skatīt konstatējumos)
	Aktualizēt ģimenes ārstiem apmaksājamo manipulāciju sarakstu	01.01.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Izpildīts	Veselības ministrija skaidroja ²⁹⁶ , ka Veselības ministrija un Nacionālais veselības dienests sadarbībā ar Latvijas Ģimenes ārstu asociāciju un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociāciju pārskatīja ģimenes ārsta praksei apmaksājamo manipulāciju tarifus, kā arī aprēķināja nepieciešamo papildus finansējumu izmaiņu veikšanai, kas netika piešķirts. Tāpat Veselības ministrija norādīja ²⁹⁷ , ka pasākuma tiešais darbības rezultāts bija pārskatīt ģimenes ārstam apmaksājamo manipulāciju sarakstu, kas arī sadarbībā ar nozares speciālistiem un dienestu tika veikts. Plāns neparedzēja nedz finansējumu, nedz uzdevumu ieviest aktualizētos tarifus. Līdz ar to uzdevums ir uzskatāms par izpildītu.	▣ Pasākums nav īstenots. Atbilstoši Plānam tiešās darbības rezultātā ir pārskatīts ģimenes ārstam apmaksājamo manipulāciju saraksts un tarifi, sagatavoti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību. Manipulāciju saraksta pārskatīšana un aktualizēšana nodrošināma esošā valsts finansējuma ietvaros. Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumos noteikts, ka institūcijas sistemātiski un konsekventi īsteno attīstības plānošanas dokumentā paredzētos uzdevumus noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai, līdz ar to darbības, kas nav vērstas uz konkrētu rezultātu, nevar uzskatīt par pietiekamām pasākuma ieviešanai. Atbilstoši ārējam normatīvajam aktam²⁹⁸ viens no ģimenes ārsta darba kvalitātes rādītājiem ir ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība. Izvērtējot iesniegtos datus par gada darbības novērtējuma mainīgā maksājuma aprēķinu ģimenes ārstiem, konstatēts, ka, piemēram, 2013.gadā no 1315 ģimenes ārstiem 1011 ģimenes ārstiem un 2014.gadā no 1302 ģimenes ārstiem 843 ģimenes ārstiem par manipulāciju daudzveidību izmaksājamā summa ir 0 euro.
Primārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un drošības uzlabošana	Izstrādāt kvalitātes/atlasas kritērijus: 1) ģimenes ārstu atļauju uz brīvajām prakses vietām; 2) pēc kādiem izvēlas valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu	01.01.2016.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Daļēji aktuāls	Veselības ministrija informēja ²⁹⁹ , ka tā izvērtēja situāciju primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju jomā, secinot, ka jautājums par kvalitātes/atlasas kritēriju noteikšanu aktuāls daļēji un netiek risināts prioritāri.	▣ Pasākums nav īstenots. Atbilstoši Plānam nav noteikti kritēriji, pēc kādiem atkārtotu līgumu par valsts apmaksātu primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu var neslēgt vai noteikti kritēriji, pēc kuriem slēgt līgumus ar tiem primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri var nodrošināt kvalitatīvākus pakalpojumus. Tā

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
	sniedzējus; 3) pēc kādiem, beidzoties līgumam, NVD vairs neslēdz līgumu ar ģimenes ārstu, zobārstu.					kā priekšlikumi kvalitātes/atlasē kritērijiem netika sagatavoti, nav rasts risinājums identificētajai problēmai - primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasē netiek piemēroti paplašināti kritēriji.
	Izvērtēt iespējas noteikt prasības ģimenes ārsta praksē strādājošo māsu/ārsta palīga izglītībai	01.01.2016.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Izpildīts	Veselības ministrija skaidroja ³⁰⁰ , ka jautājums tika vērtēts kopā ar jautājumu par cilvēkresursiem attiecīgajā jomā. Šobrīd vairums ģimenes ārstu praksēs (694 jeb 34,29%) nodarbinātās māsas specializējušās ambulatorajā veselības aprūpē. Turklāt iezīmējusies jauna tendence – darbam ģimenes ārstu praksēs vairāk tiek piesaistīti ārstu palīgi. Šobrīd ģimenes ārstu praksēs ir nodarbināti 567 jeb 28% ārstu palīgi, 53 jeb 2,6% ambulatorās aprūpes ārsta palīgi un 13 jeb 0,6% neatliekamās palīdzības ārsta palīgi. Šādi rādītāji uzskatāmi par atbilstošiem veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai ģimenes ārstu praksēs. Turklāt specialitātes noteikšana māsa/ārsta palīgam darbam ģimenes ārsta praksē var veicināt pakalpojumu pieejamības mazināšanos reģionos atbilstošas specializācijas personāla trūkuma dēļ. Turklāt veselības aprūpes budžetā nav plānoti līdzekļi ārstniecības personu pārkvalifikācijai. Būtiski nemainoties situācijai cilvēkresursu veselības aprūpes jomā, pasākuma realizēšana šobrīd nav iespējama un lietderīga.	🟢 Pasākums ir īstenots. Tiešās darbības rezultātā ir jāveic izvērtējums un nepieciešamības gadījumā arī grozījumi normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, līdz ar to tiek pieņemts, ka ir veiktas darbības plānotā pasākuma ieviešanai.
	Pārskatīt nosacījumus, kad pacients bez ģimenes ārsta nosūtījuma var vērsties pie tiešās pieejamības speciālista	01.12.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Pasākums tiek īstenots	Veselības ministrija informēja ³⁰¹ , ka ir uzsākusi diskusijas ar nozaru pārstāvjiem par iespējamu mainīt nosacījumus, kad pacients bez ģimenes ārsta nosūtījuma var vērsties pie tiešās pieejamības speciālista. Diskusijas ar Latvijas Endokrinologu asociāciju un ģimenes ārstiem rezultātā tika panākta	🔴 Pasākums nav īstenots. Atbilstoši Plānam, pasākums nepieciešams, lai stiprinātu primārās veselības aprūpes „vārtu vērēja” lomu veselības aprūpē, veicinātu koordinētas un pēctecīgas veselības aprūpes nodrošināšanu, kā arī novērstu nepamatotu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu apmeklēšanu, tādējādi

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
					vienošanās, ka tiešās pieejamības samazināšana endokrinoloģiskajiem pacientiem ir atbalstāma, taču nepieciešams izvērtēt šo jautājumu no medicīniskās puses. Attiecīgie nozares speciālisti gatavo priekšlikumus nepieciešamajām izmaiņām, un pēc to saņemšanas un izvērtēšanas Veselības ministrija attiecīgi veiks grozījumus normatīvajos aktos.	uzlabojot speciālistu pieejamību, mazinot gaidīšanas rindas. Lai arī darbības ir veiktas, konkrēts rezultāts noteiktajā termiņā nav sasniegts.
	Veicināt ģimenes ārsta prakses komandas sekošanu profilaktisko apskašu programmas izpildei	01.01.2015.	Piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros	Pasākums tiek īstenots	Veselības ministrija informēja ³⁰² , ka sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu sagatavoja priekšlikumus normatīvā akta grozījumiem par bērnu profilaktisko apskašu saturu, nodefinējot bērnu profilaktiskās apskates, kas tika nodoti sabiedriskajai apspriedei ³⁰³ . Ņemot vērā to, ka priekšlikumi netika atbalstīti, attiecīgie grozījumi netika tālāk virzīti, tomēr darbs pie profilaktisko apskašu satura un apjoma tiek turpināts, meklējot jaunus un efektīvus risinājumus. Tāpat priekšlikums tika izskatīts arī Mātes un bērna konsultatīvās padomes sēdes laikā, kā rezultātā tika panākta vienošanās, ka ģimenes ārsti sadarbībā ar pediatriem kopīgi izvērtēs un sniegs priekšlikumus par piedāvātajiem grozījumiem normatīvajā aktā.	❑ Pasākums nav īstenots. Tiešās darbības rezultātā ir jāpārskata profilaktisko apskašu programma un jāgatavo priekšlikumi grozījumiem Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību. Par sagatavoto priekšlikumu iebildumi³⁰⁴ saņemti no Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas, kas nav ņēmti vērā, norādot, ka projekta virzības gaitā tiks turpinātas diskusijas, tai skaitā šo jautājumu izdiskutējot Mātes un bērna konsultatīvajā padomē. Jāpiebilst, ka Plāna izstrādes darba grupā³⁰⁵ piedalījās arī ģimenes ārstu asociāciju pārstāvji un par šādu pasākumu un tiešās darbības rezultātu tika panākta vienošanās. Lai arī darbības ir veiktas, tomēr noteiktajā termiņā nav sasniegts rezultāts, līdz ar to nav rasts risinājums identificētajai problēmai - primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji nepietiekoši iesaistās veselības veicināšanas un slimību profilakses jautājumos.
	Pilnveidot primārās veselības aprūpes finansēšanas mehānismu	01.01.2015.	Nepieciešams papildu finansējums 5616274 euro	Nav definēts	Veselības ministrija informēja ³⁰⁶ , ka ģimenes ārstu finansēšana mehānismā veiktas vairākas izmaiņas ³⁰⁷ , piemēram, ņemot vērā starptautisko ekspertu rekomendācijas nesadrumstot izmaksājamo finansējumu kapitācijas modeļa ietvaros, no 01.01.2014. mēneša mainīgais maksājums tika iekļauts kapitācijas naudā un kapitācijas maksājums ir nodalīts no ģimenes ārsta	❑ Pasākums nav īstenots. Pasākums plānotajā apmērā nav īstenots, tāpat atsevišķas darbības veiktas pirms Plāna apstiprināšanas. Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumos noteikts, ka institūcijas sistemātiski un konsekventi īsteno attīstības plānošanas dokumentā paredzētos uzdevumus noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai, līdz ar to nav izprotama attīstības plānošanas nozīme, ja politikas plānošanas

Politikas plānošanas dokumentā noteiktais rīcības virziens	Plānotais pasākums	Izpildes termiņš	Paredzētais finansējums	Veselības ministrijas viedoklis par pasākuma ieviešanu	Veselības ministrijas sniegtais komentārs par pasākuma ieviešanu	Valsts kontroles viedoklis par pasākuma ieviešanu
					gada darbības novērtējuma maksājuma, kapitācijas naudā iekļauta arī samaksa par reģistratora funkcijas veikšanu, kā arī atbalsta maksājumi par zemu iedzīvotāju blīvumu un lielu attālumu līdz tuvākajai stacionārai ārstniecības iestādei apvienoti vienā maksājumā – atbalsta maksājums lauku teritorijās esošām ģimenes ārstu praksēm. Papildus līdzekļi gada kvalitātes novērtējuma sistēmas stiprināšanai netika piešķirti. Tās stiprināšanai Nacionālais veselības dienests organizēja seminārus ģimenes ārstiem par gada kvalitātes kritēriju izpildi un korektas informācijas ievadi Nacionālā veselības dienesta vadības informācijas sistēmā. Tāpat Veselības ministrija norādīja³⁰⁸, ka politikas dokumentu gatavošanas procesā pasākumi, kas uzskatāmi par īpaši aktuāliem, tiek uzsākti pildīt, negaidot politikas plānošanas dokumenta apstiprināšanu Ministru kabinetā. Minētais pasākums tika mērķtiecīgi uzsākts pildīt līdz Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.–2016.gadam apstiprināšanai Ministru kabinetā.	dokumentā iekļauj jau īstenotas darbības. Tiešās darbības rezultāts ir: - pārskatīti finansēšanas mehānisma principi, paredzot atcelt ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējuma mainīgo maksājumu un izskatot iespēju noteikt veselības aprūpes pakalpojumu apmēru, kurš tiek segts ar kapitācijas maksājumu; - stiprināta kvalitātes novērtējuma sistēma ģimenes ārstu praksē sniegto pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai; - veikti grozījumi Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, paredzot vienkāršot primārās veselības aprūpes finansēšanas mehānismu un palielinot finansējumu ģimenes ārstu kvalitātes novērtējuma sistēmai. Revīzijas laikā konstatēts, ka normas attiecībā uz izmaiņām finansēšana mehānismā ir iekļautas jau 17.12.2013. pieņemto Ministru kabineta noteikumu³⁰⁹ par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību sākotnējā versijā, tas ir, pirms Plāna apstiprināšanas 25.04.2014.

Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.–2016.gadam mērķu sasniegšanas rezultātie rādītāji un to izpilde:

Mērķis: Stiprināt PVA kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot PVA lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabot PVA kvalitāti.									
Rezultāti	Rezultatīvie rādītāji	Atsauces līmenis		2014.	2016.	Valsts kontroles vērtējums par izpildi	Valsts kontroles viedoklis par rādītāju izpildi	Veselības ministrijas skaidrojums par rādītāju izpildi	
		Rādītājs	Gads	izpilde					
						Jā Nē			
Uzlabota PVA pakalpojumu pieejamība ³¹⁰	Iedzīvotāju (15-64 g.v.) īpatsvars, kuri	12,3%	2010.	19%	9%	Nē	Rādītājs nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un, lai gan rezultatīvajam rādītājam ir jāsamazinās, tam ir tendence	Veselības ministrija skaidroja ³¹¹ , ka šobrīd	

	norādījuši, ka pēdējā gada laikā vizīti pie ģimenes ārsta gaidījuši ilgāk nekā 1 nedēļu (no tiem, kas apmeklējuši ģ.ā)						pieaugt. Rādītājs, kas raksturo iedzīvotāju īpatsvaru, neatbilst darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	novērojamās izmaiņas rādītājos gan ar pozitīvu, gan negatīvu tendenci skaidrot ir pārāgi, jo tie jāvērtē ilgtermiņā, un starpposma izvērtējumā ir iespējams izstrādāt darba hipotēzes, bet nav lietderīgi izdarīt gala secinājumus un uz tiem balstīt jaunas politikas iniciatīvas. Tāpat rādītāji jāvērtē visa Plāna un tajā iekļauto pasākumu kontekstā, kā arī, ņemot vērā pasākumus un datus ietekmējošus faktorus ārpus Plāna.
	Pēdējā gada laikā ģimenes ārstu apmeklējušo iedzīvotāju īpatsvars	69,9%	2012.	72,9%	75%	●	Rādītājam ir jāpalielinās un uz 2014.gadu tam ir šāda tendence. Tomēr, izvērtējot ģimenes ārstu sasniegto kvalitātes kritēriju izpildi 2013., 2014. un 2015.gadā, konstatēts, ka rādītāja, kas raksturo ģimenes ārstu apmeklējušo iedzīvotāju īpatsvaru, pieaugums ir saistāms ar pacientu vecumā no 2 līdz 18 gadiem veselības stāvokļa novērtējuma pieaugumu, savukārt veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem saglabājas nemainīgs. Rādītājs, kas raksturo iedzīvotāju īpatsvaru, neatbilst darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	Attiecībā uz atsevišķu darbības rezultātu neatbilstību darbības rezultāta pazīmēm Veselības ministrija skaidroja ³¹² , ka, neskatoties uz to, ka daļa rādītāju nav definēti kā darbības rezultātu rādītāji, to iekļaušana Plānā ir pamatota, jo šie rādītāji iezīmē nepieciešamo pārmaiņu virzienu primārās veselības aprūpes politikā un to izmaiņu dinamikas uzraudzības ir būtiska, lai izprastu Plānā izvirzītā mērķa sasniegšanas pakāpi.
Uzlabota PVA pakalpojumu kvalitāte un drošība ³¹⁴	Hospitalizēto pacientu relatīvais skaits ar cukura diabētu un bronhiālo astmu	3,0 uz 1000 iedz.	2012.	3,2 uz 1000 iedz.	2,7 uz 1000 iedz.	■	Rādītājs nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un, lai gan rezultatīvajam rādītājam ir jāsamazinās, tam ir tendence pieaugt. Rādītājs, kas raksturo iedzīvotāju īpatsvaru, neatbilst darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	Par rādītāju, kas norāda uz iedzīvotāju īpatsvaru, kuri ir apmierināti ar sava ģimenes ārsta darbu, un, kura datu avots ir Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, Veselības ministrija informēja ³¹³ , ka 2010.gada un 2014.gada rādītāju vērtības tiešā veidā salīdzināt nav
	Imunizācijas līmenis pret difteriju un stingumkrampjiem pieaugušajiem	59,6%	2012.	58,8%	76%	■	Rādītājs, kas raksturo ģimenes ārstu darba kvalitāti, tas ir, sekošanu līdzīgu pieaugušo pacientu vakcinācijai pret difteriju un stingumkrampjiem, nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un, lai gan rezultatīvajam rādītājam ir jāpalielinās, tam ir tendence samazināties. Rādītājs, kas raksturo iedzīvotāju īpatsvaru, neatbilst darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	
	Pie ģimenes ārsta reģistrēto profilaktiski izmeklēto pacientu īpatsvars gadā	pacientiem vecumā no 2 līdz 17 gadiem	2012.	pacientiem vecumā no 2 līdz 17 gadiem	pacientiem vecumā no 2 līdz 17 gadiem		Rādītājam ir jāpalielinās un uz 2014.gadu tam ir šāda tendence.	
		49,1%		56,17%	60%	●		
		pacientiem vecumā no 18 gadiem	2012.	pacientiem vecumā no 18 gadiem	pacientiem vecumā no 18 gadiem			
		17,4%		25,44%	22%	●		
	Iedzīvotāju (15-64 g.v.) īpatsvars, kuri ir	72%	2010.	91,2%	82%	■	Rādītāja izmaiņu tendence pa gadiem nav izvērtējama. Rādītājs, kas raksturo iedzīvotāju īpatsvaru, neatbilst	

	apmierināti ar sava ģimenes ārsta darbu						darbības rezultāta pazīmēm, jo nesniedz informāciju par iestādes darbības efektivitāti.	iespējams, jo 2014.gada aptaujā jautājumam pamainījies atbilžu variantu formulējums.
Nodrošināta iedzīvotāju informēšana par PVA aktuālām tēmām un veicināta pacientu līdzestība ³¹⁵	Vidējais ģimenes ārsta praksē apkalpoto pacientu skaits vienā darba dienā	18,6	2012.	16,79	19,6	■	Rādītājs nesasniedz plānotās rezultātu izmaiņas un, ņemot vērā to, ka rezultatīvajam rādītājam ir jāpieaug, tam ir tendence samazināties.	

3.pielikums. Apkopojums par ģimenes ārstu sniegto primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumu pagastos, kur uz vietas nav ģimenes ārstu pieņemšanas vietas

Novads	Pagasts	Iedzīvotāju skaits ³¹⁶	Ģimenes ārsta, kura pamatdarbības teritorijā atrodas pagasts, atrašanās vieta ³¹⁷	Aptuvenais attālums ³¹⁸ līdz ģimenes ārstam (km)	Feldšerpunkts ³¹⁹ ir/nav	Pašvaldības sniegtais komentārs
Latgales reģions						
Daugavpils novads	Kalkūnes pagasts	2290	Daugavpils	6	Nav	Daugavpils novada pašvaldība informēja, ka Kalkūnes, Laucesas un Medumu pagastu ģimenes ārsti veselības aprūpi iedzīvotājiem nodrošina, tos pieņemot reģistrētajās ģimenes ārstu prakses vietās sabiedrībā ar ierobežotu atbildību „Grīvas poliklīnika”. Tāpat Medumu pagasta feldšerpunktā katru dienu pieņem ārsta palīgs.
	Laucesas pagasts	1467	Daugavpils	7	Nav	
	Medumu pagasts	1006	Daugavpils	16	Ir	
Zilupes novads	Pasienes pagasts	632	Zilupe	19	Ir	Zilupes novada pašvaldība informēja, ka veselības aprūpes pieejamība Pasienes pagastā un Zaļesjes pagastā tiek nodrošināta, pamatojoties uz ģimenes ārstu darbības pamatteritoriju iedalījuma plānu Zilupes novadā 2016.-2018.gadam. Iesniegtā plāna informācija atbilst līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes ārstu (primārās aprūpes ārstu) sarakstā esošajai informācijai.
	Zaļesjes pagasts	742	Zilupe	3	Nav	
Viļānu novads	Dekšāres pagasts	829	Viļāni	10	Nav	Viļānu novada pašvaldība informēja, ka Dekšāres pagasta teritorija robežojas ar Varakļānu novada teritoriju un līdz Varakļānu centram ir 5–6 kilometri, kur savu privāto praksi veic trīs ģimenes ārsti un lielākā daļa Dekšāru pagasta iedzīvotāji ir izvēlējušies par ģimenes ārstiem ārstus no Varakļānu novada Varakļānu pilsētas. Viļānu novada pašvaldība ir lūgusi Nacionālā veselības dienesta Latgales nodaļai izskatīt jautājumu par Dekšāres feldšeru punkta finansēšanu, lai ģimenes ārsti varētu veikt iedzīvotāju pieņemšanu pagastā.
	Sokolku pagasts	783	Viļāni	6	Ir	
	Viļānu pagasts	1765	Viļāni	4	Nav	
Dagdas novads	Andzeļu pagasts	633	Dagda	12	Nav	Dagdas novada pašvaldība informēja, ka veselības aprūpes pieejamība Dagdas novada Andzeļu, Bērziņu, Dagdas un Ķepovas pagastos tiek nodrošināta ar ģimenes ārstu mājās vizītiem, kā arī vistuvāk savai dzīvesvietai medicīniskos un sociālos pakalpojumus augstākminēto pagastu iedzīvotāji var saņemt Dagdas pilsētā veselības un sociālo pakalpojumu centrā “Dagda”.
	Bērziņu pagasts	429	Dagda	26	Nav	
	Dagdas pagasts	810	Dagda	2	Nav	
	Ķepovas pagasts	223	Dagda	21	Nav	
Preiļu novads	Saunas pagasts	1016	Preiļi	17	Nav	Preiļu novada pašvaldība informēja, ka novada teritorija ir ļoti kompakta un iedzīvotājiem ir ērti nokļūt Preiļos, kas arī bija viens no faktoriem, kāpēc ģimenes ārsti pārtrauca pacientu pieņemšanu minētajos pagastos. Pēc iedzīvotāju lūguma Preiļu novada dome 28.04.2016. lēma par feldšeru punktu atvēršanu Preiļu novada Saunas un Pelēču pagastos un notiek pārrunas par ģimenes ārstu pieņemšanas iespējām šajos pagastos.
	Pelēču pagasts	750	Preiļi	19	Nav	
	Preiļu pagasts	1145	Preiļi	4	Nav	
	Aizkalnes pagasts	635	Preiļi	10	Nav	
Rēzeknes novads	Kantinieku pagasts	568	Viļāni	16	Ir	Rēzeknes novada pašvaldība informēja, ka viena no Kantinieku pagasta iedzīvotājus apkalpojošajām ģimenes ārstēm iedzīvotājus pieņem Viļānos, savukārt otra ģimene ārste iedzīvotājus divas reizes mēnesī pieņem Kantinieku feldšerpunktā. Nagļu pagasta
	Nagļu pagasts	524	Gaigalava, Gaigalavas pagasts	14	Ir	

Novads	Pagasts	Iedzīvotāju skaits ³¹⁶	Ģimenes ārsta, kura pamatdarbības teritorijā atrodas pagasts, atrašanās vieta ³¹⁷	Aptuvenais attālums ³¹⁸ līdz ģimenes ārstam (km)	Feldšerpunkts ³¹⁹ ir/nav	Pašvaldības sniegtais komentārs
	Pušas pagasts	453	Malta, Maltas pagasts	17	Nav	iedzīvotājus apkalpojošās ģimenes ārstes prakses vieta atrodas blakus esošajā Gaigalavas pagastā, Rikavas pagastā iedzīvotājus apkalpo vairāki ģimenes ārsti, daļa iedzīvotāju brauc uz Viļāniem, daži brauc pie ģimenes ārstes uz Gaigalavas pagastu. Ģimenes ārsti Rikavas pagasta feldšerpunkta telpās nepieņem, tur iedzīvotājus pieņem ārsta palīgs, kurš arī pieņem mājas izsaukumus un nodod ģimenes ārstei, kura tad apmeklē pacientus mājās. Pušas pagasta iedzīvotāji brauc pie ģimenes ārstiem uz Maltu, uz kuriem transporta kustība un ceļš ir labā līmenī. Feldšerpunkta Pušas pagastā nav, to slēdza, jo bija ļoti mazs apmeklētāju skaits. Stojerovas pagastā iedzīvotāji pamatā reģistrēti pie ģimenes ārstes, kuras prakses vieta atrodas Rēzeknē, uz kuriem ceļa stāvoklis un sabiedriskā transporta kustība ir apmierinoša.
	Rikavas pagasts	808	Gaigalava, Gaigalavas pagasts	13	Ir	
	Stojerovas pagasts	689	Rēzekne	23	Ir	
	Vērēmu pagasts	1697	Rēzekne	8	Nav	
Krāslavas novads	Krāslavas pagasts	564	Krāslava	5	Nav	Krāslavas novada pašvaldība informēja, ka minētie pagasti atrodas blakus Krāslavas pilsētai. Lielākā daļa iedzīvotāju dzīvo ciematos Ezerkalnā un Augstkalnē, kur attālums līdz Krāslavai ir 1 kilometrs, ka arī caur šiem ciematiem regulāri kursē starppilsētu autobusi. Tāpat Krāslavas novada dome regulāri veic lauku ceļu uzturēšanu, lai iedzīvotāji varētu savlaicīgi saņemt ģimenes ārsta sniegtos primārās veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī citus nepieciešamos pakalpojumus.
	Ūdrīšu pagasts	1610	Krāslava	6	Nav	
Kurzemes reģions						
Grobiņas novads	Gaviezes pagasts	860	Grobiņa	12	Ir	Grobiņas novada pašvaldība informēja, ka Gaviezes, Medzes un Grobiņas pagastos ir feldšerpunkti un Gaviezes un Grobiņas pagastu feldšerpunktos reizi mēnesī pieņem arī ģimenes ārstus, kā arī nepieciešamības gadījumā Sociālā dienesta darbinieki iedzīvotājus aizved uz pieņemšanu pie ģimenes ārsta vai speciālistiem.
	Medzes pagasts	1501	Grobiņa	12	Ir	
	Grobiņas pagasts	2728	Grobiņa	8	Ir	
Priekules novads	Bunkas pagasts	967	Priekule	11	Ir	Priekules novada pašvaldība informēja, ka feldšerpunktos strādā daļēji valsts apmaksāti ārsta palīgi (feldšeri), savukārt lai iedzīvotājiem pakalpojums būtu pieejams, pašvaldība piemaksā starpību no valsts finansētās 0,5 slodzes līdz vienai slodzei. Tāpat pagastu iedzīvotāji nav viena ģimenes ārsta pacienti, tie ir pierakstījušies arī pie ģimenes ārstiem Priekulē, Bārtā, Grobiņā, Vaiņodē, Liepājā un citur. Lielākās problēmas ir ar ģimenes ārstu apmeklēšanu prakses vietā, jo sabiedriskais transports atsevišķos pagastos nav pieejams, pašvaldības skolēnu autobusus pārvadāt nedrīkst, legālas iespējas palīdzēt cilvēkiem ikdienā pašvaldībai ir ļoti ierobežotas, līdz ar to vientuļajiem cilvēkiem ģimenes ārstu pieejamība ir nopietna problēma.
	Gramzdas pagasts	728	Priekule	17	Ir	
	Kalētu pagasts	696	Priekule	23	Ir	
	Priekules pagasts	638	Priekule	7	Nav	
Saldus novads	Novadnieku pagasts	1863	Saldus	12	Nav	Saldus novada pašvaldība informēja, ka Novadnieku un Zvārdes pagasti atrodas Saldus pilsētas aglomerācijā, līdz ar ko pagastu iedzīvotājiem ir nodrošināta ātra un ērta piekļuve ģimenes ārstu praksēm, kuras reģistrētas un atrodas Saldus pilsētas teritorijā un kuru pakalpojumus pagastu iedzīvotāji arī izmanto. Šķēdes pagasta iedzīvotāji ir reģistrējušies pie ģimenes ārstiem Jaunlutriņū, Lutriņū, Saldus pagastos un Saldus pilsētā. Nevieni ģimenes ārsti nav izrādījis interesi pēc pašvaldības rīcībā esošām telpām par ģimenes ārsta prakses atvēršanu Šķēdē. Nepieciešamības gadījumā pagasta pārvalde var nodrošināt Šķēdes pagasta iedzīvotāju nokļūšanu pie ģimenes ārsta Jaunlutriņos un atpakaļ uz Šķēdi. Ģimenes ārsta pakalpojumu Vadakstes pagasta iedzīvotāji saņem Rubas pagastā un vienu
	Zvārdes pagasts	401	Saldus	20	Nav	
	Šķēdes pagasts	671	Neatrodas	-	Nav	
	Vadakstes pagasts	499	Rubas pagasts	16	Nav	

Novads	Pagasts	Iedzīvotāju skaits ³¹⁶	Ģimenes ārsta, kura pamatdarbības teritorijā atrodas pagasts, atrašanās vieta ³¹⁷	Aptuvenais attālums ³¹⁸ līdz ģimenes ārstam (km)	Feldšerpunkts ³¹⁹ ir/nav	Pašvaldības sniegtais komentārs
						reizi mēnesī pagasta pārvalde nodrošina transportu iedzīvotājiem nokļūšanai pie ģimenes ārsta.
Skrundas novads	Nīkrāces pagasts	679	Skrunda	14	Ir	Skrundas novada pašvaldība informēja, ka Nīkrāces pagastā ir veselības aprūpes punktu, kas ir kā struktūrvienība Skrundas novada pašvaldības iestādei "Skrundas veselības un sociālās aprūpes centrs", kurā strādā sertificēta ārsta palīdzība. Skrundas novada pašvaldība ir iegādājusies speciāli aprīkotu transportu, ar kuru tiek vesti iedzīvotāji ar īpašām vajadzībām pie ārstiem speciālistiem. Pašvaldība sadarbojas arī ar Latvijas Samariešu apvienības Skrundas nodaļu, un Skrundas novada iedzīvotāji ar pašvaldības Sociālā dienesta nosūtījumu var saņemt pakalpojumu „Samariešu atbalsts mājās” un drošības pogas pakalpojumu, kas ļauj palīdzību var lūgt tieši tad, kad tā nepieciešama, un saņemt jebkurā laikā 24 stundas diennaktī septiņas dienas nedēļā.
	Skrundas pagasts	1122	Skrunda	12	Nav	
	Raņķu pagasts	469	Skrunda	16	Nav	
Talsu novads	Abavas pagasts	1218	Sabīle	6	Nav	Talsu novada pašvaldība informēja, ka minēto pagastu iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumi ir pieejami. Likuma "Par pašvaldībām" 15.panta 6.punktā nav noteikti kritēriji, kuri raksturo veselības aprūpes pieejamību vai nepieejamību. Talsu novada pašvaldība uzskata, ka var nodrošināt telpas pašvaldības īpašumos ģimenes ārstu pieņemšanas vietām katrā pagastā, tāpat ir pieņemti noteikumi par nomas maksas atlaidēm ārstiem, bet diemžēl valsts nav nodrošinājusi ģimenes ārstu pietiekamību un pašvaldība nevar ietekmēt ģimenes ārstu izvēli prakses vietas ierīkošanā.
	Ārlavas pagasts	1003	Valdemārpils	3	Nav	
	Kūļciema pagasts	441	Mērsrags	19	Ir	
	Lubes pagasts	537	Valdemārpils	13	Nav	
Kuldīgas novads	Pelču pagasts	1078	Kuldīga	11	Nav	Kuldīgas novada pašvaldība informēja, ka, pamatojoties uz Veselības inspekcijas lēmumiem, slēgtas ģimenes ārstu prakses vietas Pelču un Snēpeles pagastos, jo prakses vietās nebija nodrošināta vides pieejamība. Kuldīgas novada Dome ir pieņēmusi lēmumu par finanšu līdzekļu piešķiršanu Pelču un Snēpeles pagastu doktorātu telpu pielāgošanai cilvēkiem ar kustību traucējumiem. Tāpat tiks iekārtotas arī prasībām atbilstošas telpas ģimenes ārsta praksei Rumbas pagastā. No pagastiem uz Kuldīgu vairākas reizes dienā kursē sabiedriskais transports. Kuldīgas novada pašvaldībā ieviesta e-talonu sistēma, kas paredz ne tikai skolēniem, bet arī senioriem no 75 gadu vecuma sabiedrisko transportu izmantot bez maksas.
	Rumbas pagasts	1640	Kuldīga	11	Nav	
	Snēpeles pagasts	773	Kuldīga	14	Nav	

4.pielikums. No izlases 46 ģimenes ārstu vidējais pakalpojumu apmaksas un gada darbības novērtējuma maksājuma sadalījums

Pacientu skaita robežvērtības, pacientu skaits	Teritoriālais sadalījums	Māsas un ārsta palīga darba samaksa, <i>euro</i>	Fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumu par faktiski paveikto darbu attiecībā pret fikstajiem maksājumiem ģimenes ārstu praksēs, %	Kopā maksājumi fikstie un par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma attiecība pret fikstajiem maksājumiem un maksājumiem par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, %	Māsas un ārsta palīga darba samaksa, <i>euro</i>	Fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumu par faktiski paveikto darbu attiecībā pret fikstajiem maksājumiem ģimenes ārstu praksēs, %	Kopā maksājumi fikstie un par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma attiecība pret fikstajiem maksājumiem un maksājumiem par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, %
1	2	3	4	5	6=5/7	7=4+5	8	9	10=9/7	11	12	13	14=13/15	15=12+13	16	17	18=17/15
		2014.gads								2015.gads							
1201 - 1400	Lauku teritorija un pagasti	7512	26795	4070	13.2	30865	1191	249	0.8	11306	30699	4949	13.9	35648	1359	228	0.6
	Pilsētas	15025	28388	2158	7.1	30546	1362	504	1.6	12275	27003	1948	6.7	28951	1263	404	1.4
	Republikas pilsētas	7512	15906	2038	11.4	17944	818	258	1.4	15505	23694	3725	13.6	27419	1223	278	1.0
	Rīga	10016	23312	2250	8.8	25562	1321	293	1.1	11844	24264	2283	8.6	26547	1319	274	1.0
Vidēji uz vienu ģimenes ārsta praksi			23600	2629	10.0	26229	1173	326	1.2		26415	3226	10.9	29641	1291	296	1.0
1401 - 1600	Lauku teritorija un pagasti	10173	30745	2975	8.8	33720	1456	375	1.1	11629	33184	4107	11.0	37291	1525	395	1.1

Pacientu skaita robežvērtības, pacientu skaits	Teritoriālais sadalījums	Māsas un ārsta palīga darba samaksa, euro	Fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēs, euro	Maksājumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, euro	Maksājumu par faktiski paveikto darbu attiecībā pret fikstajiem maksājumiem ģimenes ārstu praksēs, %	Kopā maksājumi fikstie un par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, euro	Aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, euro	Izmaksātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, euro	Izmaksātā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma attiecība pret fikstajiem maksājumiem un maksājumiem par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, %	Māsas un ārsta palīga darba samaksa, euro	Fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēs, euro	Maksājumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, euro	Maksājumu par faktiski paveikto darbu attiecībā pret fikstajiem maksājumiem ģimenes ārstu praksēs, %	Kopā maksājumi fikstie un par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, euro	Aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, euro	Izmaksātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, euro	Izmaksātā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma attiecība pret fikstajiem maksājumiem un maksājumiem par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, %
1	2	3	4	5	6=5/7	7=4+5	8	9	10=9/7	11	12	13	14=13/15	15=12+13	16	17	18=17/15
		2014.gads								2015.gads							
	Pilsētas	12561	32144	4940	13.3	37084	1556	656	1.8	13038	33024	4886	12.9	37910	1523	770	2.0
	Republikas pilsētas	7512	27699	2136	7.2	29835	1586	312	1.0	8475	26939	2203	7.6	29142	1446	357	1.2
	Rīga	10008	24638	2490	9.2	27128	1406	331	1.2	10475	25786	2807	9.8	28593	1390	356	1.2
	Vidēji uz vienu ģimenes ārsta praksi		28807	3135	9.8	31942	1501	419	1.3		29733	3501	10.5	33234	1471	470	1.4
1601 - 1800	Lauku teritorija un pagasti	17904	41797	5285	11.2	47082	1800	774	1.6	17829	42108	6447	13.3	48555	1724	978	2.0
	Pilsētas	10413	32753	6270	16.1	39023	1830	267	0.7	10708	33362	6943	17.2	40305	1776	445	1.1
	Republikas pilsētas	12183	27596	2636	8.7	30232	1630	788	2.6	13553	30032	3542	10.5	33574	1708	733	2.2
	Rīga	12306	29006	2104	6.8	31110	1737	453	1.5	13648	30307	2620	8.0	32927	1739	480	1.5
	Vidēji uz vienu ģimenes ārsta praksi		32788	4074	11.1	36862	1749	571	1.5		33952	4888	12.6	38840	1737	659	1.7
1801 -	Lauku teritorija un	16967	41661	5741	12.1	47402	1753	455	1.0	17633	37943	4625	10.9	42568	1728	394	0.9

Pacientu skaita robežvērtības, pacientu skaits	Teritoriālais sadalījums	Māsas un ārsta palīga darba samaksa, <i>euro</i>	Fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumu par faktiski paveikto darbu attiecībā pret fikstajiem maksājumiem ģimenes ārstu praksēs, %	Kopā maksājumi fikstie un par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma attiecība pret fikstajiem maksājumiem un maksājumiem par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, %	Māsas un ārsta palīga darba samaksa, <i>euro</i>	Fiksētie maksājumi ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Maksājumu par faktiski paveikto darbu attiecībā pret fikstajiem maksājumiem ģimenes ārstu praksēs, %	Kopā maksājumi fikstie un par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, <i>euro</i>	Aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums, <i>euro</i>	Izmaksātā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma attiecība pret fikstajiem maksājumiem un maksājumiem par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, %
1	2	3	4	5	6=5/7	7=4+5	8	9	10=9/7	11	12	13	14=13/15	15=12+13	16	17	18=17/15
		2014.gads								2015.gads							
2000	pagasti																
	Pilsētas	17726	35867	2906	7.5	38773	1851	652	1.7	17987	36204	3172	8.1	39376	1792	665	1.7
	Republikas pilsētas	16459	33712	5530	14.1	39242	1743	1323	3.4	17073	35113	8341	19.2	43454	1734	1502	3.5
	Rīga	15115	33249	4778	12.6	38027	1965	921	2.4	17234	33747	5204	13.4	38951	1928	919	2.4
Vidēji uz vienu ģimenes ārsta praksi			36122	4739	11.6	40861	1828	838	2.1		35752	5336	13.0	41088	1796	870	2.1
Kopā vidēji uz vienu ģimenes ārsta praksi			30329	3644	10.7	33974	1563	539	1.5		31463	4238	11.9	35701	1574	574	1.5

5.pielikums. Apkopotā informācija par izlasē iekļautajiem privātajiem pakalpojumu sniedzējiem Latvijas reģionos, izņemot Rīgu, kuri sniedz izlasē iekļautos, no valsts budžeta finansētus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus

Adrese	Ārstniecības iestādes nosaukums	Valsts kontroles komentārs
1	2	3
Vidzeme		
Vidus iela 1, Alūksne	Alūksnes primārās veselības aprūpes centrs, SIA	Pašvaldības SIA Alūksnes slimnīca nesniedz neiroloģijas pakalpojumu, pārējos sniedz.
Valmieras iela 9, Cēsis Bastiona iela 24, Valmiera	Valmieras veselības centrs, SIA	Cēsis pašvaldības Cēsu klīnika sniedz tādus pašus pakalpojumus. SIA Valmieras veselības centrs Valmierā atrodas tajā pašā adresē, kur pašvaldības Vidzemes slimnīca. Vidzemes slimnīca sniedz tādus pašus pakalpojumus.
Jumaras iela 195, Valmiera Upes iela 1, Gulbene Ābeļu iela 17, Gulbene	Vizuālā diagnostika, SIA	Valmierā atrodas tajā pašā adresē kur pašvaldības Vidzemes slimnīca. Vidzemes slimnīcas ārsti ir nodarbināti arī SIA Vizuālā diagnostika. Gulbenē SIA atrodas tajā pašā adresē, kur Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība.
Skolas iela 29, Madona Parka iela 7, Ērgļi	AURIS, Madonas rajona D.Kalves individuālais uzņēmums	Pašvaldības Madonas slimnīca sniedz otolaringoloģijas pakalpojumu. Ērgļos atrodas tajā pašā adresē, kur pašvaldības Ērgļu slimnīca. Pašvaldības iestāde nesniedz otolaringoloģijas pakalpojumu.
Mazā stacijas iela 5, Valmiera Raina iela 6, Valka Rīgas iela 27, Cēsis Kārļa Baumaņa iela 9 - 3, Valmiera	GRUNDMANES APO, SIA	Arī pašvaldības iestādes Valmierā, Valkā un Cēsis sniedz oftalmologa pakalpojumu.
Valņu iela 9 - 4, Cēsis	I.Zupas ārstu prakse, SIA	Pašvaldības Cēsu klīnika sniedz ginekoloģijas pakalpojumu.
“Vēstneši”, Endzele, Jeru pagasts, Rūjienas novads Valdemāra iela 26, Rūjiena	J.Tralmaka un A.Tralmakas ārsta prakse, SIA	Atrodas tajā pašā adresē Rūjienā, kur pašvaldības Vidzemes slimnīca. Pašvaldības Vidzemes slimnīca arī sniedz ginekoloģijas pakalpojumu.
Bastiona iela 24, Valmiera	Krauze Jolanta - ārsta prakse ginekoloģijā, dzemdniecībā (J.Krauzes ārsta prakse, SIA)	Valmierā atrodas tajā pašā adresē, kur pašvaldības Vidzemes slimnīca. Vidzemes slimnīca sniedz ginekoloģijas pakalpojumus. Ārste strādā pašvaldības slimnīcas Dzemdību un ginekoloģijas nodaļā.
Zemgale		
Zemgales prospekts 15, Jelgava Nīcgales iela 5, Rīga	Dialīzes centrs, SIA	Atrodas tajā pašā adresē, kur pašvaldības SIA Zemgales veselības centrs.
Zemgales prospekts 15, Jelgava	Ilgas Zaķes ārsta prakse, SIA	Atrodas tajās pašās telpās, kur SIA Zemgales veselības centrs. Ultrasonogrāfiju un ginekoloģijas pakalpojumus sniedz arī kāda no vai arī visas pašvaldības iestādes - Jelgavas pilsētas slimnīca, Jelgavas poliklīnika, Medicīnas sabiedrība “Optima 1”.
Meža prospekts 9, Ogre	Lijas Moras ārsta prakse, SIA	Atrodas tajā pašā adresē kur pašvaldības Ogres rajona slimnīca. Pašvaldības slimnīca arī sniedz kardioloģijas pakalpojumu.
Palejas iela 9 - 18, Jēkabpils	Lornete, SIA	Pašvaldības Jēkabpils reģionālā slimnīca arī sniedz oftalmologa pakalpojumu.

Adrese	Ārstniecības iestādes nosaukums	Valsts kontroles komentārs
1	2	3
Dambja iela 10, Jelgava	Stankus doktorāts, SIA	Pašvaldības iestādes - Jelgavas pilsētas slimnīca, Jelgavas poliklīnika, Medicīnas sabiedrība "Optima 1" - arī sniedz ķirurģijas pakalpojumu.
Sudrabu Edžus iela 9, Korp. 6, Jelgava	V. Rozentāļbergas Acu ārsta prakse, SIA	Pašvaldības Jelgavas poliklīnika atrodas blakus. Pašvaldības iestādes - Jelgavas poliklīnika, Medicīnas sabiedrība "Optima 1" - arī sniedz oftalmoloģijas pakalpojumu.
Uzvaras iela 5 - 23, Jelgava	Līgita Igaunes ārsta prakse neiroloģijā, SIA	Pašvaldības Jelgavas poliklīnika un Jelgavas slimnīca arī sniedz neiroloģijas pakalpojumus.
Latgale		
Raiņa iela 43, Ludza	INSAITS A, SIA	Atrodas tajā pašā adresē kur pašvaldības Ludzas medicīnas centrs, kurai līgums ar Nacionālo veselības dienestu par stacionāro veselības aprūpi, endoskopijas pakalpojumu pašvaldības Ludzas medicīnas centrs pēc līguma nesniedz. Dalībnieks J.Atstupens ir valdes loceklis pašvaldības Ludzas medicīnas centrs.
Raiņa bulvāris 7, Preiļi	Lāzers, SIA	Preiļos atrodas pašvaldības Preiļu slimnīca, kur netiek sniegti otolaringoloģijas pakalpojumi.
Viestura iela 5, Daugavpils Vasarnīcu iela 20, Daugavpils Alejas iela 96A, Daugavpils	MEDA D, SIA	Tādus pašus diagnostikas pakalpojumus sniedz arī pašvaldības Daugavpils reģionālās slimnīca.
18. Novembra iela 19, Daugavpils	J.Kosnareviča-prakse oftalmoloģijā, SIA	Atrodas tajā pašā adresē kur pašvaldības Daugavpils bērnu veselības centrs. Oftalmoloģijas pakalpojumu pašvaldības Daugavpils bērnu veselības centrs nesniedz.
18. Novembra iela 41, Rēzekne Rīgas iela 159, Krāslava Rīgas iela 54A, Daugavpils	Latgales uroloģijas centrs, SIA	Atrodas tajā pašā adresē, kur: Rēzeknē - pašvaldības Rēzeknes slimnīca, pašvaldības Rēzeknes veselības aprūpes centrs; Krāslavā - pašvaldības Krāslavas slimnīca. Krāslavas slimnīca un Rēzeknes veselības aprūpes centrs sniedz arī uroloģijas pakalpojumu, tikai daudz mazākā apmērā. Arī Daugavpils reģionālā slimnīca sniedz uroloģijas pakalpojumu.
18. Novembra iela 41, Rēzekne Augusta Deglava iela 12A, Rīga	SOINE, SIA	Atrodas tajā pašā adresē, kur Rēzeknes veselības aprūpes centrs un Rēzeknes slimnīca. Pašvaldības iestādes nesniedz oftalmoloģijas pakalpojumu.
Cietokšņa iela 34 - 1, Daugavpils	Sergeja Hobotova traumatoloģijas un ortopēdijas klīnika, SIA	Pašvaldības Daugavpils reģionālā slimnīca sniedz traumatoloģijas pakalpojumu mazākā apmērā.
18. Novembra iela 41, Rēzekne Dārzu iela 83, Rēzekne	MAGNETOM MEDICAL, SIA	Preses relīze - ar 04.06.2014. iespējama valsts apmaksāto magnētiskās rezonanses izmeklējumu pārtraukšana 18.novembra ielā 41, Rēzeknē, ko sniedza SIA "MAGNETOM MEDICAL". SIA „MAGNETOM MEDICAL” bez tiesiska pamata aizņem SIA „Rēzeknes slimnīca” telpas un ir ilgstoši parādā gan par piegādāto elektroenerģiju, gan par aizņemto telpu lietošanu. Darām zināmu, ka SIA "Rēzeknes slimnīca" kopš 17.12.2013. sniedz magnētiskās rezonanses maksas izmeklējumus. Magnētiskās rezonanses izmeklējumi tiek sniegti ar jaunākās paaudzes optisko magnētiskās rezonanses iekārtu, kuras magnētiskā lauka stiprums ir 1,5 Teslas, kas salīdzinājumā ar SIA „MAGNETOM MEDICAL” magnētiskās rezonanses iekārtas magnētisko lauku ir vairākas reizes stiprāks un atbilstoši ar lielāku audu izšķirtspēju un izmeklējumu precizitāti.
Kurzeme		
Voldemāra Ruģēna iela 4, Talsi	Talsu veselības centrs, SIA	Talsos, Stendes iela 1, atrodas pašvaldības Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca, kas arī sniedz pakalpojumus.

Adrese	Ārstniecības iestādes nosaukums	Valsts kontroles komentārs
1	2	3
Kuršu iela 18, Liepāja	L. Atiķes Doktorāts, SIA	Šādus pakalpojumus sniedz arī pašvaldības iestādes - Liepājas reģionālā slimnīca, Jaunliepājas primārās veselības aprūpes centrs, Veciepājas primārās veselības aprūpes centrs.
Talsu iela 39A, Ventspils	Kronoss, SIA	Šādus pakalpojumus sniedz arī pašvaldības iestādes - Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca, Ventspils poliklīnika.
Saules iela 31, Ventspils	Doktorāts Elite, Medicīnas SIA	Šādus pakalpojumus sniedz arī pašvaldības iestādes - Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca, Ventspils poliklīnika.
Aldaru iela 20/24, Liepāja	LENS-L, SIA	Atrodas tajā pašā adresē kur pašvaldības Liepājas reģionālā slimnīca un Jaunliepājas primārās veselības aprūpes centrs. Liepājas reģionālā slimnīca sniedz šādu pakalpojumu. Dr.N.Linavska strādā arī pašvaldības Liepājas reģionālā slimnīca kā oftalmologs.
Liepājas iela 38, Kuldīga	Kuldīgas ginekologu prakse, SIA	Pašvaldības Kuldīgas slimnīca sniedz ginekologa pakalpojumu.
Ganību iela 8, Ventspils	Dr.Čēma endoskopiju privātprakse, SIA	Pašvaldības Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca sniedz endoskopijas pakalpojumu. Dr.E.Čēms strādā par endoskopistu un ķirurgu pašvaldības Ziemeļkurzemes reģionālajā slimnīcā.
Smilšu iela 22, Kuldīga Slimnīcas iela 3, Saldus Andreja Pormaļa iela 125, Jēkabpils Grebenščikova iela 1, Rīga	SIA VIZUĀLĀ DIAGNOSTIKA	Dalībnieks I.Eglītis ir pašvaldības Kuldīgas slimnīcas valdes loceklis. Kodolmagnētiskās rezonanse, Datortomogrāfija, Rentgenoloģija - šos pakalpojumus pašvaldības Kuldīgas slimnīcā 2015.gadā vairs nesniedz, tikai SIA Vizuālā Diagnostika. Ultrasonogrāfija - 2014.gadā sniedza pašvaldības Kuldīgas slimnīcā, SIA Vizuālā Diagnostika nesniedza, savukārt 2015.gadā sniedza gan pašvaldības, gan SIA Vizuālā Diagnostika, bet pašvaldības Kuldīgas slimnīcai apjoms bija daudz mazāks. Aizputes iela 22, Kuldīga - šajā pašvaldības Kuldīgas slimnīcas adresē atrodas arī SIA Vizuālā diagnostika.

6.pielikums. Apkopotā informācija par izlasē iekļauto, no valsts budžeta finansēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veikšanas iespējamību izlasē iekļautajiem ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem Latvijas reģionos, izņemot Rīgu, kurās tiek sniegta gan ambulatorā, gan stacionārā palīdzība, tai skaitā neatliekamā medicīniskā palīdzība 24 stundas diennaktī

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Vidzeme			
SIA “Alūksnes slimnīca”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	nē	330	x
Ultrasonogrāfija	nē	720	
Rentgenoloģija	nē	1020	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē	630	
Endoskopija	nē	220	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	40	x
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	45	
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	96	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	nē	75	x
Ķirurģija	nē	75	
Uroloģija	nē	110	
Traumatoloģija	nē	250	
Ginekoloģija	nē	200	
Otolaringoloģija	nē	Otolaringologs tiek nodarbināts maksimāli esošajā laika periodā (trūkst kadru).	
SIA “Cēsu klīnika”			
Izmeklējumi			
Kodolmagnētiskā rezonanse	nē	325	x
Datortomogrāfija	nē	1500	
Ultrasonogrāfija	nē	4500	x

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Otolaringoloģija			
SIA “Vidzemes slimnīca”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	nē- vidējais noslogojums - 80%	Pakalpojumu varam nodrošināt 24h diennaktī, ja tiek palielināts valsts finansējums.	
Ultrasonogrāfija			
Rentgenoloģija			
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi			
Endoskopija		Pakalpojuma apjomu var palielināt pēc pieprasījuma.	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Hemodialīze dienas stacionārā	nē - vidējais noslogojums - 80%	Pakalpojuma apjomu var palielināt pēc pieprasījuma.	
Ginekoloģija dienas stacionārā		Pakalpojuma apjomu var palielināt par 20%, ja tiek palielināts valsts finansējums.	
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā			
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā			
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā		Pakalpojumam nav pieprasījuma.	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	nē - vidējais noslogojums - 80%	Pakalpojumi var tikt palielināti par 20%, ja tiek palielināts valsts finansējums.	
Ķirurģija			
Uroloģija			
Traumatoloģija			
Ginekoloģija			
Neiroloģija			
Oftalmoloģija			
Otolaringoloģija			
Zemgale			
SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	nē	300	x
Ultrasonogrāfija	nē	300	
Rentgenoloģija	nē	300	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē	100	
Endoskopija	nē	300	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Hemodialīze dienas stacionārā	nē	1000	1000 dialīzes
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	200	x
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	300	
Neiroloģisko un iekšēīgo slimību ārstēšana dienas stacionārā	jā	0	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	jā	0	x
Ķirurģija	jā	0	
Traumatoloģija	nē	100	
Ginekoloģija	jā	0	
Neiroloģija	jā	0	
Oftalmoloģija	jā	0	
Otolaringoloģija	jā	0	
SIA “Jēkabpils reģionālās slimnīcas”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	Ņemot vērā esošo finansējumu, ir problemātiska iekārtu atjaunošana un jaunu dārgu iekārtu iegāde, līdz ar to pie esošo ārstu - radiologu skaita, NVD apmaksājamo kvotu daudzuma, esošajām diagnostiskajām iekārtām, var teikt ka ir 100% noslodze. Ir rezerves USG iekārtai - viena iekārta tiek darbināta nenoslogojot par 100% , bet par 60-70% ar rezervi, gadījumā , ja otra iekārta nedarbojas vai salūzt. Endoskopijas/videogastroskopijas/ kolonoskopijas iekārta ir viena , kas pie esošās noslodzes jau tā tiek regulāri 1x mēnesī remontēta (vecā, nolietojusies, jāpērk jauna); Datortomogrāfijas iekārta - viena; Osteodensitometrija- maksājam par iekārtu nomu. Ļoti optimistiskas prognozes un pie nosacījuma, ka nopērkam, piemēram, jaunu endoskopiju iekārtu un piešķir papildus kvotas, esam spējīgi vismaz par 10% palielināt apjomu.		
Ultrasonogrāfija			
Rentgenoloģija			
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi			
Endoskopija			
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Koronarogrāfija dienas stacionārā	Noslodze 70-80%. Visi dienas stacionāru pakalpojumi var tikt sniegti vismaz par 20% lielākā apjomā, ja būtu valsts apmaksātas kvotas. Šobrīd sniedzam pakalpojumus, kurus neapmaksā papildus piešķirtajām kvotām - par saviem līdzekļiem. Izņēmums ir vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi - noslodze 30-40% pie esošajiem ārstiem, taču nav kvotu.		
Ginekoloģija dienas stacionārā			
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā			
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā			
Neiroloģisko un iekšēīgo slimību ārstēšana dienas stacionārā			
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	Noslodze pie esošajiem ārstiem aptuveni 80%. Pakalpojumi var tikt sniegti vismaz par 20% lielākā apjomā, ja būtu valsts apmaksātas kvotas. Šobrīd sniedzam pakalpojumus par maksu, papildus piešķirtajām kvotām.		
Ķirurģija			
Uroloģija			
Traumatoloģija			
Ginekoloģija			
Neiroloģija			

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Oftalmoloģija			
Otolaringoloģija			
SIA “Ogres rajona slimnīca”			
Izmeklējumi			
Kodolmagnētiskā rezonanse	nē	2000	Nav līguma ar NVD, ar NVD līgumu spētu nodrošināt 2000 MR izmeklējumus gadā.
Datortomogrāfija	nē	1000	x
Ultrasonogrāfija	nē	2000	
Rentgenoloģija	nē	500	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē	1000	
Endoskopija	nē	500	Nepietiekama NVD līguma summa, kā arī saitošajā pozīcijā anestezioloģija, attiecībā pret endoskopiju nepietiekama kvota, nevar nodrošināt anesteziologa veiktu narkozi pie izmeklējumiem
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	250	x
Neiroloģisko un iekšēgo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	250	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	nē	1000	Nav līguma ar NVD, spētu nodrošināt 1000 konsultācijas gadā.
Ķirurģija	nē	500	x
Traumatoloģija	nē	200	
Ginekoloģija	nē	500	
Neiroloģija	nē	100	
Oftalmoloģija	nē	500	
Otolaringoloģija	nē	500	
Latgale			
SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”			
Izmeklējumi			
Kodolmagnētiskā rezonanse	nē	491	x
Datortomogrāfija	jā	x	
Ultrasonogrāfija	jā	x	

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Rentģenoloģija	jā	x	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē	5 259	
Endoskopija	nē	1 274	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Hemodialīze dienas stacionārā	jā	x	x
Koronarogrāfija dienas stacionārā	nē	20	
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	368	
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	816	
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	jā	x	
Neiroloģisko un iekšēģģģ			

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Neiroloģisko un iekšēgo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	apjoms.	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	nē	Nepietiekami cilvēkresursi plānotā pakalpojuma skaita nodrošināšanai.	
Ķirurģija	nē	Ņemot vērā, ka pakalpojuma pašizmaksa pārsniedz noteiktā tarifa apmēru, pakalpojumu skaitu var palielināt, ja tiek palielināts piešķirtā finansējuma apjoms.	
Uroloģija	Laika periodā līdz 05.04.2016. speciālistu pakalpojumi neietilpa Rēzeknes slimnīcas sniegto no NVD līdzekļiem apmaksāto pakalpojumu klāstā. Pēc Rēzeknes slimnīcas un SIA Rēzeknes veselības aprūpes centrs reorganizācijas, Rēzeknes slimnīcā tiek turpināta minētās programmas īstenošana, kuras ietvaros šāda veida pakalpojumi sniegti 366 cilvēkiem 12 mēnešu periodā.		
Traumatoloģija	nē	Ņemot vērā, ka pakalpojuma pašizmaksa pārsniedz noteiktā tarifa apmēru, pakalpojumu skaitu var palielināt, ja tiek palielināts piešķirtā finansējuma apjoms.	
Ginekoloģija	nē		
Neiroloģija	nē		
Otolaringoloģija	Laika periodā līdz 05.04.2016. speciālistu pakalpojumi neietilpa Rēzeknes slimnīcas sniegto no NVD līdzekļiem apmaksāto pakalpojumu klāstā. Pēc Rēzeknes slimnīcas un SIA Rēzeknes veselības aprūpes centrs reorganizācijas Rēzeknes slimnīcā tiek turpināta minētās programmas īstenošana, kuras ietvaros šāda veida pakalpojumi sniegti 3240 cilvēkiem 12 mēnešu periodā.		
SIA “Krāslavas slimnīca”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	nē	235	x
Ultrasonogrāfija	nē	1089	
Rentģenoloģija	nē	1084	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē	410	
Endoskopija	nē	110	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	50	x
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	193	
Neiroloģisko un iekšēgo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	230	
Speciālistu pakalpojumi			
Uroloģija	x	186	x
Ginekoloģija	x	3147	x
Neiroloģija		1582	
Oftalmoloģija		180	
Otolaringoloģija		887	

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
SIA “Preiļu slimnīca”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	nē	*Iekārtu noslogojums nav 100%, pieņemot, ka iekārta varētu darboties režīmā 24/7. Savukārt cilvēkresursi, kuri apkalpo iekārtas, nodarbināti atbilstoši piešķirtā finansējuma apjomam.	
Ultrasonogrāfija	nē		
Rentgenoloģija	nē		
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē		
Endoskopija	nē		
Kurzeme			
SIA “Kuldīgas slimnīca”			
Izmeklējumi			
Kodolmagnētiskā rezonanse	**	***	**Ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas par 50 %. ***Pakalpojumu skaitu varētu vēl veikt par 50% pie esošajām tehnoloģijām, bet palielinot cilvēkresursu skaitu.
Datortomogrāfija	x	x	
Ultrasonogrāfija			
Rentgenoloģija			
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi			
Endoskopija			
SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	jā	x	x
Ultrasonogrāfija	jā	x	
Rentgenoloģija	nē	1200	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	jā	x	
Endoskopija	jā	x	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Hemodialīze dienas stacionārā	nē	400	x
Koronarogrāfija dienas stacionārā	nē	25	
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	60	
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	100	
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	jā	x	
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	150	x
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	x	Ir veikti maksas pakalpojumi, tātad, tos neveicot, var nodrošināt valsts finansētos pakalpojumus (Valsts	

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Ķirurģija		kontroles secinājums).	
Uroloģija			
Traumatoloģija			
Ginekoloģija			
Neiroloģija			
Oftalmoloģija			
Otolaringoloģija			
SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”			
Izmeklējumi			
Kodolmagnētiskā rezonanse	nē	30%	Iekārtām nav iespējams nodrošināt 100% noslodzi, ņemot vērā ierobežoto valsts finansējumu, bet šīs iekārtas 24 stundas diennaktī ir nepieciešamas, sniedzot neatliekamo medicīnisko palīdzību.
Datortomogrāfija		40%	
Ultrasonogrāfija		50%	
Rentgenoloģija		50%	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi		40%	
Endoskopija		50%	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Hemodialīze dienas stacionārā	nē	30%	x
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	30%	
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	30%	
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	nē	35%	
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	jā	Nav resursu	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	jā	Ir veikti maksas pakalpojumi, tātad, tos neveicot, var nodrošināt valsts finansētos pakalpojumus (Valsts kontroles secinājums).	
Ķirurģija	jā		
Uroloģija	jā		
Traumatoloģija	jā		
Ginekoloģija	nē	10%	x
Neiroloģija	jā	Ir veikti maksas pakalpojumi, tātad, tos neveicot, var nodrošināt valsts finansētos pakalpojumus (Valsts kontroles secinājums).	
Oftalmoloģija	jā		
Otolaringoloģija	nē		
SIA “Tukuma slimnīca”			

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	nē	2859	x
Ultrasonogrāfija	nē	0	Nav cilvēkresursu.
Rentgenoloģija	jā	0	x
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē	0	Nav cilvēkresursu.
Endoskopija	nē	350	x
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	0	Nav cilvēkresursu.
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	0	
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	0	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	nē	0	Nav cilvēkresursu.
Ķirurģija	nē	0	
Traumatoloģija	nē	0	
Neiroloģija	nē	0	
Oftalmoloģija	jā	0	x
Otolaringoloģija	nē	0	Nav cilvēkresursu.

7.pielikums. Apkopota SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Rīgas 1.slimnīca” sniegtā informācija par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu, kas tiek finansēti no valsts budžeta, veikšanas iespējām

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”			
Izmeklējumi			
Kodolmagnētiskā rezonanse	nē	1 250	x
Datortomogrāfija	nē	3 200	
Ultrasonogrāfija	nē	6 250	
Radionuklīdā diagnostika	jā	Pie esošiem resursiem nav iespējams palielināt apjomu.	
Rentgenoloģija	nē	4 500	x
Osteodensitometrija	nē	2 000	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē (noslogojums 85%)	Stresa ehokardiogrāfija (10 izm./mēn.); veloergometrija (20 izm./mēn.).	
Endoskopija	nē	Iespējams palielināt par 15%.	
Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	jā	x	x
Doplerogrāfija	nē (noslogojums 90%)	Galvas un kakla as.v. (10 izm./mēn.).	
Mammogrāfija	nē	3 500	x
Staru terapija	nē	Latvijā staru terapijas procedūras 100% apmākā valsts. Staru terapiju nodrošina Valsts slimnīcas. TRMFK noslogota apmēram 90%. Lai palielinātu noslogojumu nepieciešams: 1.Cilvēku resursi, it īpaši radiologa asistenti. 2.Atjaunot tehniskos resursus (Klīnikas modernizācija).	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Hemodialīze dienas stacionārā	jā	x	x
Koronarogrāfija dienas stacionārā	nē	Papildus 400 izmeklējumu gadā virs plānotā apjoma.	
Ķīmijterapija un hematoloģija dienas stacionārā	jā	Ar esošiem resursiem pakalpojumu skaitu grūti palielināt, ar papildus darbinieku slodzēm varētu palielināt par 20%.	
Staru terapijas dienās stacionārā	nē	x	x
Uroloģija dienas stacionārā	nē	Iespējams palielināt par 50%.	
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	Iespējams palielināt par 50%.	

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā	nē	Pakalpojumu skaitu iespējams trīskāršot.	
Traumatoloģija, ortopēdija dienas stacionārā	nē	Iespējams palielināt par 30%.	
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	Iespējams palielināt par 30%.	
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	nē	Var veikt 2500 - 3000 kataraktas operāciju gadā (papildus 2000).	
Invazīvā radioloģija dienas stacionārā	jā	Pakalpojumu skaitu iespējams divkāršot, pārdalot no stacionāra pakalpojumiem uz dienas stacionāra.	
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	Iespējams palielināt par 10-15%, jo pārsvarā slimo veci cilvēki. 2015.gadā tika sāкта programma "gastrointestinālā endoskopija", NVD to 2015.gadā nepirka. Iespējams papildus veikt 500 endoskopijas manipulācijas gadā dienas stacionārā.	
Rehabilitācijas pakalpojumi	x	Valsts pakalpojumu skaitu iespējams trīskāršot.	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	x	Papildus 1200 apmeklējumi gadā.	
Pulmonoloģija		Papildus 500 apmeklējumi gadā.	
Endokrinoloģija		Papildus 1700 apmeklējumi gadā.	
Ķirurģija, tai skaitā:		x	
vispārējais ķirurgs		Papildus 2000 apmeklējumi gadā.	
neiroķirurgs		Papildus 250 apmeklējumi gadā.	
asinsvadu ķirurgs		Papildus 600 apmeklējumi gadā.	
sejas žokļu ķirurgs		Papildus 600 apmeklējumi gadā.	
torakālais ķirurgs		Papildus 100 apmeklējumi gadā.	
bērnu ķirurgs		Papildus 100 apmeklējumi gadā.	
Uroloģija		Papildus 1000 apmeklējumi gadā.	
Traumatoloģija		Papildus 300 apmeklējumi gadā.	
Ginekoloģija		Papildus 750 apmeklējumi gadā.	
Onkoloģija	x	Papildus 1800 apmeklējumi gadā.	
Neiroloģija		Papildus 1000 apmeklējumi gadā.	

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Oftalmoloģija		Papildus 2200 apmeklējumi gadā.	
Otolaringoloģija		Papildus 1000 apmeklējumi gadā.	
Dermatoveneroloģija		Papildus 500 apmeklējumi gadā.	
Psihiatrija		Pakalpojuma nav - NVDniecīgās kvotas dēļ psihiatrs atteicās no konsultācijām.	
Anestezioloģija		Papildus 200 apmeklējumi gadā.	
Reimatoģija		Papildus 250 apmeklējumi gadā.	
Hematoloģija		Papildus 1000 apmeklējumi gadā.	
Pediatrija		Ārstē tuberkulozi bērniem. Papildus iespējami 500 apmeklējumi gadā. Šobrīd nav pieprasījuma.	
Nefroloģija		Papildus 600 apmeklējumi gadā.	
Gastroenteroloģija		Papildus 750 apmeklējumi gadā.	
Infektoloģija		Papildus 500 apmeklējumi gadā. Ar papildus ārstu slodzēm varētu palielināt par 4000 apmeklējumiem gadā.	
Alergoģija		Papildus 200 apmeklējumi gadā.	
Imunoloģija		Papildus 300 apmeklējumi gadā.	
Hepatologs		Iespējams palielināt par 15%.	
SIA “Rīgas 1.slimnīca”			
Izmeklējumi			
Datortomogrāfija	nē	16300	x
Ultrasonogrāfija	nē	19300	
Rentgenoloģija	nē	22000	
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	nē	24600	
Endoskopija	nē	8500	
Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	nē	1750	
Doplerogrāfija	nē	7500	
Dienas stacionāru sniegtie pakalpojumi			
Koronarogrāfija dienas stacionārā	nē	700	x
Uroloģija dienas stacionārā	nē	560	x
Ginekoloģija dienas stacionārā	nē	2300	
Otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā	nē	820	

Pakalpojuma programmas	Vai ārstniecības izmeklējumiem nepieciešamās iekārtas ir noslogotas 100 %, jā/nē	Kādu pakalpojumu skaitu vēl varētu veikt pie esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), skaits	Ārstniecības iestādes komentārs
1	2	3	4
Otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā	nē		
Traumatoloģija, ortopēdija dienas stacionārā	nē	750	
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	nē	3450	
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	nē	1550	
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	nē	6200	
Rehabilitācijas pakalpojumi	nē	34000	
Fizikālās medicīnas pakalpojumi	nē	24000	
Speciālistu pakalpojumi			
Kardioloģija	nē	5900	x
Pulmonoloģija	nē	2100	
Endokrinoloģija	nē	5800	
Ķirurģija	nē	9000	
Uroloģija	nē	4300	
Traumatoloģija	nē	5500	
Ginekoloģija	nē	20500	
Neiroloģija	nē	9800	
Oftalmoloģija	nē	11000	
Otolaringoloģija	nē	9500	
Dermatoveneroloģija	nē	31000	
Anestezioloģija	nē	18000	
Reimatoloģija	nē	550	
Internā medicīna	nē	900	
Gastroenteroloģija	nē	1800	
Pārējie ambulatorie sekundārās veselības aprūpes pasākumi	nē	x	

Atsauces

¹ Likuma “Par pašvaldībām” 15.panta 6.punkts.

² Ārstniecības likuma 3.panta pirmā daļa.

³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 2.punkts.

⁴ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 6.punkts.

⁵ Ārstniecības likuma 3.panta pirmā daļa.

⁶ Pacientu tiesību likuma 2.pants, 5.panta pirmā, otrā, ceturtā, piektā daļa.

⁷ Ārstniecības likuma 2.pants.

⁸ Ārstniecības likuma 4.panta pirmā daļa; Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 1.punkts.

⁹ Ministru kabineta 13.04.2004. noteikumi Nr.286 “Veselības ministrijas nolikums”, Ministru kabineta 01.11.2011. noteikumi Nr.850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums”, Ministru kabineta 05.02.2008. noteikumi Nr.76 “Veselības inspekcijas nolikums”, Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.

¹⁰ Veselības ministrijas 29.06.2011. vēstule Nr.01-15/2655.

¹¹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 5.punkts.

¹² Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstis un Šveices Konfederācija.

¹³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 7., 243.punkts.

¹⁴ Pārskats par ambulatorai veselības aprūpei plānotiem līdzekļiem, noslēgtiem līgumiem un faktisko izpildi līguma ietvaros 2014. un 2015.gada 12 mēnešos, Pārskats par ambulatorai veselības aprūpei plānotiem līdzekļiem, noslēgtiem līgumiem un faktisko izpildi līguma ietvaros 2016.gada 6 mēnešos. Pieejams: <http://vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/arhivs>; <http://vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-ambulatorajas-iestades>, skatīts: 14.09.2016.

¹⁵ Attīstības plānošanas sistēmas likuma 3.panta pirmā daļa.

¹⁶ Politikas ietekmes vērtēšana politikas veidošanas sistēmā. Valsts kanceleja, 2005.gads.

¹⁷ Attīstības plānošanas sistēmas likuma 11.panta septītā daļa.

¹⁸ Ministru kabineta 17.11.2009. instrukcijas Nr.16 “Ministriju un citu centrālo valsts iestāžu rezultātu un to rezultatīvo rādītāju izstrādes un novērtēšanas metodika” 31., 32., 35., 36., 37.punkts.

¹⁹ Attīstības plānošanas sistēmas likuma 5.panta otrās daļas 5., 11.punkts.

²⁰ Ministru kabineta 13.10.2009. noteikumu Nr.1178 “Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumi” 60., 62.punkts (spēkā līdz 12.12.2014.).

²¹ Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr.504 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.–2017.gadam” (spēkā līdz 13.10.2014.).

²² Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojums Nr.589 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.–2020.gadam” (spēkā no 14.10.2014.).

²³ Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojums Nr.181 “Par Primārās veselības aprūpes attīstības plānu 2014.–2016.gadam”.

²⁴ Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojums Nr.48 “Par Onkoloģisko slimību kontroles programmu 2009.–2015.gadam”.

²⁵ Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojums Nr.359 “Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.–2015.gadam”.

²⁶ Informatīvā ziņojuma “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums” 1.pielikums. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/3768>, skatīts: 03.10.2016.

²⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 12.pielikuma 14., 15., 16.punkts.

²⁸ Ārstu gaidīšanas saraksti. Pieejams: <http://vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/arstu-gaidisanas-saraksti>, skatīts: 22.09.2016.

- ²⁹ Veselības ministrijas 15.12.2016. vēstule Nr.01-15.1/5544 “Par Revīzijas ziņojuma projektu revīzijas lietā Nr. 2.4.1-11/2015”.
- ³⁰ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³¹ Nacionālā veselības dienesta 03.03.2016. e-pasta vēstule.
- ³² Valsts kontroles 26.02.2016. e-pasta vēstule; Valsts kontroles 03.03.2016. e-pasta vēstule.
- ³³ Nacionālā veselības dienesta 03.03.2016. e-pasta vēstule.
- ³⁴ Veselības ministrijas 10.03.2016. e-pasta vēstule.
- ³⁵ Nacionālā veselības dienesta 03.03.2016. e-pasta vēstule.
- ³⁶ Veselības ministrijas 10.03.2016. e-pasta vēstule.
- ³⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 283.punkts.
- ³⁸ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³⁹ Publisko individuālo pakalpojumu klāsta izvērtējums atbilstoši apdzīvojumam. 1.pielikums “Veselības pakalpojumu teritoriālā izvietojuma analīze atbilstoši apdzīvojumam un priekšlikumi to pieejamības uzlabojumiem”. Pieejams:
http://www.varam.gov.lv/lat/fondi/grants/EEZ_2009_2014/latvijas_plan_reg_un_pasv_ter_att/jaunumi/?doc=19979
 , skatīts: 21.01.2016.
- ⁴⁰ Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr.840 “Grozījumi Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””; Ministru kabineta 09.06.2015. noteikumi Nr.296 “Grozījumi Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””.
- ⁴¹ Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁴² Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁴³ Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁴⁴ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei. Pieejams:
http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf, skatīts: 05.01.2016.
- ⁴⁵ Nacionālā veselības dienesta 14.03.2016. e-pasta vēstule.
- ⁴⁶ Nacionālā veselības dienesta 14.03.2016. e-pasta vēstule.
- ⁴⁷ Publisko individuālo pakalpojumu klāsta izvērtējums atbilstoši apdzīvojumam. 1.pielikums “Veselības pakalpojumu teritoriālā izvietojuma analīze atbilstoši apdzīvojumam un priekšlikumi to pieejamības uzlabojumiem”. Pieejams:
http://www.varam.gov.lv/lat/fondi/grants/EEZ_2009_2014/latvijas_plan_reg_un_pasv_ter_att/jaunumi/?doc=19979
 , skatīts: 21.01.2016.
- ⁴⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 34.punkts.
- ⁴⁹ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁵⁰ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei. Pieejams:
http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf, skatīts: 05.01.2016.
- ⁵¹ *Health Services Organisation Act, (2002).*
- ⁵² Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁵³ Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁵⁴ Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁵⁵ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

- ⁵⁶ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr.01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁵⁷ Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr.840 “Grozījumi Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””.
- ⁵⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 54.1.apakšpunkts.
- ⁵⁹ Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁶⁰ Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁶¹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 54.1.apakšpunkts.
- ⁶² Dežūrārsti (ārpus ģimenes ārstu darba laika). Pieejams: <http://vmnvd.gov.lv/lv/469-veselibas-aprupes-pakalpojumi/ģimenes-arsti/dezurarsti-arpus-ģimenes-arstu-darba-laika>, skatīts: 29.02.2016.
- ⁶³ Publisko individuālo pakalpojumu klāsta izvērtējums atbilstoši apdzīvojumam. 1.pielikums “Veselības pakalpojumu teritoriālā izvietojuma analīze atbilstoši apdzīvojumam un priekšlikumi to pieejamības uzlabojumiem”. Pieejams: http://www.varam.gov.lv/lat/fondi/grants/EEZ_2009_2014/latvijas_plan_reg_un_pasv_ter_att/jaunumi/?doc=19979, skatīts: 21.01.2016.
- ⁶⁴ Veselības ministrijas 06.10.2014. Informatīvā ziņojuma “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.-2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.-2013.gadā) novērtējums” 1.pielikums.
- ⁶⁵ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ⁶⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 7.pielikuma 1.punkts.
- ⁶⁷ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.-2020.gadam izstrādei. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf, skatīts: 05.01.2016.
- ⁶⁸ Saeimas 20.12.2012. paziņojums “Par Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.-2020.gadam”.
- ⁶⁹ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (spēkā no 14.10.2014.).
- ⁷⁰ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojumu Nr. 504 (spēkā līdz 13.10.2014.).
- ⁷¹ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.
- ⁷² *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.*
- ⁷³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 28.punkts, 6.2.1.apakšpunkts.
- ⁷⁴ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 01.12.2015. e-pasta vēstule.
- ⁷⁵ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.
- ⁷⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 83., 214.punkts.
- ⁷⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 62.1.apakšpunkts.
- ⁷⁸ Ārstu gaidīšanas saraksti. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/arstu-gaidisanas-saraksti>, skatīts: 18.07.2016.
- ⁷⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 49. un 50.punkts.
- ⁸⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 30., 34., 35.punkts.
- ⁸¹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 53.punkts.
- ⁸² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 48.punkts.

- ⁸³ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.
- ⁸⁴ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 25.08.2016. e-pasta vēstule.
- ⁸⁵ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.
- ⁸⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 196.punkts.
- ⁸⁷ "Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014", II daļa. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/veselibu-ietekmejos-paradumu-petijumi/>, skatīts: 22.08.2016.
- ⁸⁸ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta dati no 01.01.2014. līdz 30.06.2015. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 18.01.2016. e-pasta vēstule.
- ⁸⁹ Reģionālās attīstības indikatoru modulis. Pieejams: <http://raim.gov.lv/cms/tiki-index.php?page=Municipality>, skatīts: 01.06.2016. Izlasē iekļauti 7 no 19 novadiem, aptverot 90 teritoriāli administratīvās vienības no 149.
- ⁹⁰ Reģionālās attīstības indikatoru modulis. Pieejams: <http://raim.gov.lv/cms/tiki-index.php?page=Municipality>, skatīts: 01.06.2016. Izlasē iekļauti 6 no 18 novadiem, aptverot 64 teritoriāli administratīvās vienības no 107.
- ⁹¹ Katrā novadā pēc brīvas izvēles tika pētīti 1-2 lielākie pagasti, kuros analizēti lielākie apdzīvotie ciemati. Pieejams: https://lv.wikipedia.org/wiki/Kategorija:Latvijas_novadi. Transporta esamības analīzē. Pieejams: <http://www.1188.lv/satiksme>, skatīts: 23.10.2015., attālumš līdz ģimenes ārstam/feldšerim rēķināts no pagastu ciema centra.
- ⁹² Katrā novadā pēc brīvas izvēles tika pētīti 1-2 lielākie pagasti, kuros analizēti lielākie apdzīvotie ciemati. Pieejams: https://lv.wikipedia.org/wiki/Kategorija:Latvijas_novadi. Transporta esamības analīzē. Pieejams: <http://www.1188.lv/satiksme>, skatīts: 09.10.2015., attālumš līdz ģimenes ārstam/feldšerim rēķināts no pagastu ciema centra.
- ⁹³ Priekules novada pašvaldības 26.04.2016. vēstule Nr.2.1.7./427.
- ⁹⁴ Likuma "Par pašvaldībām" 15.panta 6.punkts.
- ⁹⁵ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (spēkā no 14.10.2014.).
- ⁹⁶ Valsts kontroles un Nacionālā veselības dienesta pārstāvju tikšanās 27.08.2015.
- ⁹⁷ Daugavpils novada pašvaldības 21.04.2016. vēstule Nr.2.1-08/410; Zilupes novada pašvaldības 25.04.2016. e-pasta vēstule; Viļānu novada pašvaldības 25.04.2016. vēstule Nr.1.3.6/461; Dagdas novada pašvaldības 29.04.2016. e-pasta vēstule; Preiļu novada pašvaldības 26.04.2016. e-pasta vēstule; Rēzeknes novada pašvaldības 22.04.2016. vēstule Nr.4.2.1/660; Krāslavas novada pašvaldības 25.04.2016. vēstule Nr. 3. 15 /348; Grobiņas novada pašvaldības 19.04.2016. vēstule Nr.2.1.13./540; Priekules novada pašvaldības 26.04.2016. vēstule Nr.2.1.7./427; Saldus novada pašvaldības 26.04.2016. vēstule Nr.4-34.1/1563; Skrundas novada pašvaldības 06.06.2016. vēstule Nr.2.3.13/587; Talsu novada pašvaldības 21.04.2016. vēstule Nr.12-19/1695; Kuldīgas novada pašvaldības 26.04.2016. vēstule Nr.2.13/878.
- ⁹⁸ Likuma "Par pašvaldībām" 15.panta 6.punkts.
- ⁹⁹ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumi Nr.268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanas apjomu".
- ¹⁰⁰ Nacionālā veselības dienesta mājaslapā pieejamā informācija "Primārās veselības aprūpes pakalpojuma līguma paraugs". Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugi>, skatīts: 18.07.2016.
- ¹⁰¹ Ministru kabineta 04.04.2006. noteikumi Nr.265 "Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība".
- ¹⁰² Ministru kabineta 04.04.2006. noteikumu Nr.265 "Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība" 45.pielikums.
- ¹⁰³ Nacionālā veselības dienesta mājaslapā pieejamā informācija "Ambulatorā pacienta talons un tā aizpildīšanas vadlīnijas". Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/informacija/informacija-par-ambulatora-pacienta-talona-aizpildisanu>, skatīts: 23.08.2016.
- ¹⁰⁴ Izlasē iekļautie ģimenes ārsti grupēti atbilstoši pierēģistrēto pacientu skaitam ar intervālu 200 pacienti, attiecīgās grupas sadalītas pa ģimenes ārstu darbības pamatteritorijām – Rīga, republikas pilsētas, pilsētas, lauku teritorijas un pagasti. Dalījumaam pa teritorijām izmantota informācija no Informatīvā portāla Pilsētas.lv mājaslapas. Pieejams: <http://www.pilsetas.lv/pilsetas>, skatīts: 28.09.2015.

- ¹⁰⁵ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 14. pielikums.
- ¹⁰⁶ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.
- ¹⁰⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumi Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība".
- ¹⁰⁸ Veselības ministrijas mājaslapā pieejamā informācija "Noslēdzas Baltijas jūras reģiona valstu projekts primārās veselības aprūpes uzlabošanai". Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/3977_nosledzas_baltijas_juras_regiona_valstu_projekts_primaras_ve/, skatīts: 01.08.2016.
- ¹⁰⁹ Veselības ministrijas 03.02.2012. rīkojums Nr.22 "Par darba grupas ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izstrādei izveidošanu".
- ¹¹⁰ Veselības ministrijas mājaslapā pieejamā informācija "Darba grupa ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izstrādei". Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/ministrija/darba_grupas/darba_grupa_gimenes_arstu_kvalitates_kriteriju_izstradei/, skatīts: 20.07.2016.
- ¹¹¹ Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 1DP/1.5.2.2.2/11/APIA/SIF/114/74 "NVO ekspertīze veselības rīcībpolitikas izstrādē". Pieejams: http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4980/Makets_Petijums_ES_pieredze.pdf, skatīts: 27.07.2016.
- ¹¹² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 14. pielikums.
- ¹¹³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 14. pielikums.
- ¹¹⁴ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 14. pielikums.
- ¹¹⁵ Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr.840 "Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība"".
- ¹¹⁶ Dalījumam pa teritorijām izmantota informācija no Informatīvā portāla Pilsētas.lv mājaslapas. Pieejams: <http://www.pilsetas.lv/pilsetas>, skatīts: 28.09.2015.
- ¹¹⁷ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (spēkā no 14.10.2014.).
- ¹¹⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 7. pielikums.
- ¹¹⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 14. pielikums.
- ¹²⁰ Nacionālās veselības dienesta mājaslapā pieejamā informācija "Informācija ģimenes ārstiem". Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/informacija-gimenes-arstiem>, skatīts: 02.03.2016.
- ¹²¹ Nacionālās veselības dienesta mājaslapā pieejamā informācija "Informācija ģimenes ārstiem". Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/informacija-gimenes-arstiem>, skatīts: 02.03.2016. Ir skaidrota ģimenes ārsta rīcība organizētā vēža skrīninga datu uzraudzībā - ģimenes ārsts aicina savus reģistrētos pacientus izmantot skrīninga uzaicinājuma vēstules un seko līdzi skrīninga izmeklējumu veikšanai Vadības informācijas sistēmas Skrīninga reģistrā un, nepieciešamības gadījumā, izgatavo uzaicinājuma vēstules kopiju pacientam. Informācija par vēstuli atjaunošanu: (www.vmnvd.gov.lv → Līgumpartneriem → Vēža savlaicīgas atklāšanas programma).
- ¹²² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 11. pielikums, nosaka, ka aptveres rādītāju aprēķina, dzemdes kakla vēža skrīninga un krūts vēža skrīninga izmeklējumu veikšu pacientu skaitu, kuri vērtējamā periodā bija reģistrēti pie ģimenes ārsta, attiecinot pret kopējo vērtējamā periodā izsūtīto uzaicinājuma vēstulu skaitu ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem pacientiem. Aprēķinātais aptveres rādītājs ir vismaz 36%.
- ¹²³ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 05.08.2016. e-pasta vēstule.
- ¹²⁴ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumu Nr.268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" 40. punkts.
- ¹²⁵ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (spēkā no 14.10.2014.).

- ¹²⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 1. pielikums.
- ¹²⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 23.10. apakšpunkts.
- ¹²⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.
- ¹²⁹ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 12.08.2016. un 17.08.2016. e-pasta vēstule.
- ¹³⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 1. pielikums.
- ¹³¹ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (spēkā no 14.10.2014.).
- ¹³² Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests 01.07.2015. e-pasta vēstulē norāda, ka arteriālā hipertensija var būt primāra (diagnoze: esenciāla (primāra) hipertensija, ar diagnozes kodu I10 – augsts asinsspiediens¹³²), un tā veido aptuveni 90-95% no pieaugušo arteriālās hipertensijas gadījumiem. Pašlaik Eiropā un arī Latvijā kardiovaskulārās slimības riska novērtēšanai izmanto novērtēšanas sistēmu SCORE (sistemātiska koronārā riska izvērtēšana). Tāpēc, pacientiem diagnosticējot arteriālo hipertensiju, ir ļoti nozīmīgi izvērtēt SCORE, kas ir risks, ka tuvāko 10 gadu laikā ir iespēja letālam kardiovaskulāras saslimšanas iznākamam.
- ¹³³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.
- ¹³⁴ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 13.04.2016. e-pasta vēstule.
- ¹³⁵ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.
- ¹³⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 10. pielikums.
- ¹³⁷ Ministru kabineta 22.12.2015. noteikumi Nr.802 “Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””.
- ¹³⁸ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 12.08.2016. e-pasta vēstule.
- ¹³⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 90. punkts.
- ¹⁴⁰ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 14.09.2015. e-pasta vēstule.
- ¹⁴¹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 14. pielikums.
- ¹⁴² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 9. pielikums.
- ¹⁴³ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 19.08.2016. e-pasta vēstule.
- ¹⁴⁴ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 19.08.2016. e-pasta vēstule.
- ¹⁴⁵ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 33. un 34.punkts.
- ¹⁴⁶ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumu Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 41.12., 41.13., 42.21.apakšpunkts.
- ¹⁴⁷ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 13.04.2016. e-pasta vēstule.
- ¹⁴⁸ Veselības ministrijas 28.12.2016. vēstule Nr.01-15.1/5798 “Par Revīzijas departamenta lēmumu, Revīzijas ziņojuma precizējumiem un Revidējamās vienības ziņošanas par ieteikumu ieviešanu laika grafiku”.
- ¹⁴⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 86. punkts.
- ¹⁵⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 14. pielikums.
- ¹⁵¹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.
- ¹⁵² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 86. punkts.
- ¹⁵³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.

¹⁵⁴ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.

¹⁵⁵ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 19.02.2016. e-pasta vēstule.

¹⁵⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 14. pielikums.

¹⁵⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 14. pielikums.

¹⁵⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.

¹⁵⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” IX. nodaļa “Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu finansēšana”.

¹⁶⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.

¹⁶¹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.

¹⁶² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums nosaka, ka manipulācijas - urīna analīze ar teststrēmeli (9-10 parametri) ar manipulācijas kodu 40148 – ģimenes ārstam apmaksā pie diagnozēm B15–B18, C00–C97, E10–E27, E79, E83, I10–I15.9, I25–I50.9, K71–K74, M30–M34, N04–N11, N18–N30, N40, T66, Z34 un glikoze asinīs ar manipulācijas kodu 41095 - ģimenes ārstam apmaksā pie diagnozēm E10–E14, E23.2, I10–I15.9, Z34.

¹⁶³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums nosaka, ka manipulācijas - urīna analīze ar teststrēmeli (9-10 parametri) ar manipulācijas kodu 40148 – ģimenes ārstam apmaksā pie diagnozēm B15–B18, C00–C97, E10–E27, E79, E83, I10–I15.9, I25–I50.9, K71–K74, M30–M34, N04–N11, N18–N30, N40, T66, Z34 un glikoze asinīs ar manipulācijas kodu 41095 - ģimenes ārstam apmaksā pie diagnozēm E10–E14, E23.2, I10–I15.9, Z34.

¹⁶⁴ Veselības ministrijas 28.12.2016. vēstule Nr.01-15.1/5798 “Par Revīzijas departamenta lēmumu, Revīzijas ziņojuma precizējumiem un Revidējamās vienības ziņošanas par ieteikumu ieviešanu laika grafiku”.

¹⁶⁵ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.

¹⁶⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums nosaka, ka ģimenes ārstam apmaksā šādas manipulācijas - Nekustīga svešķermeņa izņemšana no dzirdes ejas (manipulācijas kods 18118), Urīnpūšļa katetrizācija bez vienreizlietojamā katetra vērtības (manipulācijas kods 19015), Urīnpūšļa katetrizācija ar vienreizlietojamā katetra vērtību (manipulācijas kods 19016), Pastāvīga katetra ielikšana, urīnpūšļa katetrizācija ar skalošanu, medikamentu instilāciju un/vai asins sarecējumu izskalošanu (manipulācijas kods 19017), Urīnpūšļa skalošana un/vai instilācija ielikta pastāvīga katetra gadījumā (manipulācijas kods 19018), Mazas brūces primārā apdare, tualete. Primāri dzīstošu brūču pārsiešana (brūces garums mazāks par 5 cm, virsma mazāka par 10 cm², tilpums mazāks par 3 cm³) (manipulācijas kods 20010), Lielas brūces primārā apdare, tualete. Primāri dzīstošu brūču pārsiešana (garums lielāks par 5 cm, virsma lielāka par 10 cm², tilpums lielāks par 3 cm³) (manipulācijas kods 20013), Brūču primārā ķirurģiskā apdare, ieskaitot izgriešanu un noslēgšanu (manipulācijas kods 20014), Diegu vai klamburu izņemšana no brūcēm vienā vai vairākās apmeklējumu reizēs (manipulācijas kods 20015), Ligatūras, svešķermeņa, kas redzams brūcē, izņemšana (ambulatori) (manipulācijas kods 20019), Lielas, primāri nedzīstošas brūces apstrāde un/vai nekrožu izgriešana (ambulatori) (manipulācijas kods 20028), Zāļu ievadišana, dobumu skalošana abscesa un strutojošu brūču gadījumos, drenas maiņa (manipulācijas kods 20030), Antirabiskais darbs (pirmā pieņemšana) (manipulācijas kods 20031), Virspusēja incīzija ar/bez drenāžu (furunkuls, karbunkuls, panarīcijs, abscess, flegmona, mastīti) (manipulācijas kods 20044).

¹⁶⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.

¹⁶⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.

¹⁶⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums nosaka, ka manipulācijas - elektrokardiogrammas ar 12 novadījumiem pieraksts un apraksts ar manipulācijas kodiem 06003 un 06004 - ģimenes ārstam apmaksā pie diagnozēm I10–I50.

¹⁷⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.

¹⁷¹ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 05.08.2016. e-pasta vēstule.

¹⁷² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 86. punkts.

¹⁷³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.

¹⁷⁴ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 153. punkts.

¹⁷⁵ Aprūpes epizode ir 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. Minētais nozīmē, ka pacienta konkrētās problēmas risināšanas gaitā pie viena un tā paša ārsta var būt vairāki ambulatorie apmeklējumi viena un tā paša saslimšanas gadījuma sakarā. Tā kā aprūpes epizodes ilgums var būt no vienas līdz 30 dienām, 30 dienu laikā ir iespējams, ka pacients saslimst ar kādu citu slimību, vai atkārtoti ar to pašu slimību, pie kam tiek apmeklēts viens un tas pats ārsts. Tādos gadījumos sākas jauna aprūpes epizode. Šīs situācijas (vairākas aprūpes epizodes pie viena ārsta 30 dienu laikā) ir jāvērtē atbilstoši ierakstiem medicīniskajā dokumentācijā, lai izlemtu, vai jaunās epizodes ir iepriekšējās turpinājums vai jauni saslimšanas gadījumi.

¹⁷⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 13. pielikums.

¹⁷⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.

¹⁷⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11. pielikums.

¹⁷⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 16. pielikums.

¹⁸⁰ Nacionālās veselības dienesta mājaslapā pieejamā informācija “Informācija ģimenes ārstiem”. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/informacija-gimenes-arstiem>, skatīts: 02.03.2016.

¹⁸¹ Nacionālās veselības dienesta mājaslapā pieejamā informācija “Informācija ģimenes ārstiem”. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/informacija-gimenes-arstiem>, skatīts: 02.03.2016. Ir skaidrota ģimenes ārsta rīcība organizētā vēža skrīninga datu uzraudzībā - ģimenes ārsts aicina savus reģistrētos pacientus izmantot skrīninga uzaicinājuma vēstules un seko līdzī skrīninga izmeklējumu veikšanai Vadības informācijas sistēmas Skrīninga reģistrā un, nepieciešamības gadījumā, izgatavo uzaicinājuma vēstules kopiju pacientam. Informācija par vēstuli atjaunošanu: (www.vmnvd.gov.lv → Līgumpartneriem → Vēža savlaicīgas atklāšanas programma).

¹⁸² Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.

¹⁸³ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.

¹⁸⁴ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.

¹⁸⁵ Veselības ministrijas mājaslapā pieejamā informācija “Darba grupa ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izstrādei”. Pieejams:

http://www.vsm.gov.lv/lv/ministrija/darba_grupas/darba_grupa_gimenes_arstu_kvalitates_kriteriju_izstradei/, skatīts: 20.07.2016.

¹⁸⁶ Veselības ministrijas 29.02.2016. vēstule Nr.01-15.1/976 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

¹⁸⁷ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.

¹⁸⁸ Nosūtījumu skaits – sekundārās veselības aprūpes speciālistu aprūpes epizožu skaits, kurām ambulatorajā talonā kā nosūtītājs uzrādīts primārās veselības aprūpes ārsts, neiekļaujot aprūpes epizodes uzsākšanas nodaļā, dienas stacionārā un izmeklējumus palīgkabinētos.

¹⁸⁹ Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr.01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

¹⁹⁰ Ārstniecības likuma 1.panta 20.punkts, 9.¹ pants.

¹⁹¹ Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.

¹⁹² Ministru kabineta 25.05.2010. noteikumi Nr.469 "Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas".

¹⁹³ Veselības ministrijas 04.01.206. vēstule Nr.01-15/6 "Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".

¹⁹⁴ Ministru kabineta 28.10.2014. noteikumi Nr.666 "Noteikumi par darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa "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" īstenošanu".

¹⁹⁵ Veselības ministrijas 28.12.2016. vēstule Nr.01-15.1/5798 "Par Revīzijas departamenta lēmumu, Revīzijas ziņojuma precizējumiem un Revidējamās vienības ziņošanas par ieteikumu ieviešanu laika grafiku".

¹⁹⁶ Ārstniecības likuma 54.panta otrā daļa.

¹⁹⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 168.2. apakšpunkts.

¹⁹⁸ Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", "Liepājas reģionālā slimnīca", "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", "Daugavpils reģionālā slimnīca", "Rēzeknes slimnīca", "Vidzemes slimnīca", "Jelgavas pilsētas slimnīca", "Jēkabpils reģionālā slimnīca", "Jūrmalas slimnīca", "Ogres rajona slimnīca", "Tukuma slimnīca", "Kuldīgas slimnīca", "Preiļu slimnīca", "Krāslavas slimnīca", Madonas novada pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Madonas slimnīca", sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība", "Cēsu klīnika", "Alūksnes slimnīca", "Dobeles un apkārtnes slimnīca", Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"", Rīgas pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Dzemdību nams", Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs", Rīgas pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas 2. Slimnīca", Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", "Straupes narkoloģiskā slimnīca".

¹⁹⁹ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (spēkā no 14.10.2014.).

²⁰⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 99. punkts.

²⁰¹ Infografika "Valsts apmaksātu pakalpojumu sniedzēji 2015.gadā". Pieejams:

<http://www.vmnvd.gov.lv/lv/publikacijas/907-infografikas>, skatīts: 16.09.2015.

²⁰² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 2., 4., 7.punkts.

²⁰³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 212., 215., 216., 223., 224., 232.punkts.

²⁰⁴ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 222., 223., 224.punkts.

²⁰⁵ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 236., 243.punkts.

²⁰⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 244., 246.punkts.

²⁰⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" VIII. nodaļa "Sekundārās veselības aprūpes finansēšana" (redakcijā līdz 30.12.2015.).

²⁰⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 240.3. apakšpunkts.

²⁰⁹ Pārskats par līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādē – kopsavilkums. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/arhivs>, skatīts: 25.08.2016.

²¹⁰ Informatīvais ziņojums "Par iespējām pārņemt ārstniecības iestāžu valsts galvoto aizdevumu atmaksu". Pieejams: <http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40397056&mode=mk&date=2016-08-18>, skatīts: 18.10.2016.

²¹¹ Veselības ministrijas publiskie gada pārskati. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Gada_parskati/VM_GPP_2015_29062016_web.pdf, skatīts: 25.08.2016.

²¹² Ministru kabineta 18.08.2016. ārkārtas sēdes protokols Nr.41 3.§ TA-1748.

²¹³ Līgumā iekļauts - izmeklējumi un terapija, tai skaitā neatliekamās palīdzības sniegšana uzņemšanā, dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi, tai skaitā hroniska un akūta nieru aizstājējterapija dienas stacionārā, rehabilitācijas pakalpojumi, fizikālās medicīnas pakalpojumi, speciālistu pakalpojumi, ģenētisko slimnieku konsultēšana,

ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas, tiesu psihiatriskā un psiholoģiskā ekspertīze, ambulatorā palīdzība surdoloģijā, multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana, medicīniskā apaugļošana, metadona aizvietojošā terapija, pārējie ambulatorie sekundārās veselības aprūpes pasākumi, kā arī fiksētais maksājums ārstu un speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām.

²¹⁴ Līgumā iekļauts - izmeklējumi un terapija, tai skaitā neatliekamās palīdzības sniegšana uzņemšanā, dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi, tai skaitā hroniska un akūta nieru aizstājējterapija dienas stacionārā, rehabilitācijas pakalpojumi, fizikālās medicīnas pakalpojumi, speciālistu pakalpojumi, ģenētisko slimnieku konsultēšana, ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas, tiesu psihiatriskā un psiholoģiskā ekspertīze, ambulatorā palīdzība surdoloģijā, multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana, medicīniskā apaugļošana, metadona aizvietojošā terapija, pārējie ambulatorie sekundārās veselības aprūpes pasākumi, kā arī fiksētais maksājums ārstu un speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām.

²¹⁵ Izmeklējumos un terapijā iekļautie pakalpojumi – kodolmagnētiskā rezonanse, datortomogrāfija, ultrasonogrāfija, radionuklīdā diagnostika, rentgenoloģija, osteodensitometrija, sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, doplerogrāfija, mammogrāfija, staru terapija.

²¹⁶ Sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca” 30.09.2014. vēstule Nr.1-05/1629 “Par radioloģisko izmeklējumu pārtraukšanu”.

²¹⁷ Nacionālā veselības dienesta 30.09.2016. e-pasta vēstule.

²¹⁸ Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi – koronarogrāfija, koronaroangioplastija, rehabilitācija, ķīmijterapija un hematoloģija, staru terapija, psihiatrisko slimnieku ārstēšana, ķirurģiskie pakalpojumi, pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi, hroniska un akūta nieru aizstājējterapija.

²¹⁹ Speciālistu pakalpojumi – kardioloģijā, pulmonoloģijā, endokrinoloģijā, ķirurģijā, uroloģijā, traumatoloģijā, ortopēdijā, ginekoloģijā, onkoloģijā, neiroloģijā, oftalmoloģijā, otolaringoloģijā, dermatoveneroloģijā, psihiatrijā, narkoloģijā, anestezioloģijā un pārējo speciālistu pakalpojumi.

²²⁰ Sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Daugavpils reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Liepājas reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Rēzeknes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Vidzemes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Jelgavas pilsētas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Jūrmalas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ogres rajona slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Tukuma slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Preiļu slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Krāslavas slimnīca”, Madonas novada pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Madonas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Cēsu klīnika”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Alūksnes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Dobeles un apkārtnes slimnīca”.

²²¹ Pārskats par noslēgtiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes (SAVA) darba apjomu Kurzemes, Zemgales, Vidzemes un Latgales nodaļās 2014. un 2015.gada 12 mēnešos.

²²² Sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Alūksnes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Cēsu klīnika”, Ērgļu pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ērgļu slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Madonas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Mazsalacas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Sarkanā Krusta Smiltenes Slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Varakļānu veselības aprūpes centrs”, pašvaldības aģentūra “Iecavas veselības centrs”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Vidzemes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Auces slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Dobeles un apkārtnes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Jelgavas pilsētas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Medicīnas sabiedrība “OPTIMA 1””, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ogres rajona slimnīca”, P.I. Vecumnieku veselības centrs, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Zemgales veselības centrs”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Daugavpils bērnu veselības centrs”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Daugavpils reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Kārsavas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Krāslavas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Preiļu slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Rēzeknes slimnīca”, PI “Veselības un sociālo pakalpojumu centrs “Dagda””, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Zilupes veselības un sociālās aprūpe centrs”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Irlavas Sarkanā Krusta slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Jaunliepājas primārās veselības centrs”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Liepājas reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Priekules slimnīca”, “Skrundas veselības un sociālās aprūpes centrs”, Vecliepājas primārās veselības aprūpes centrs, pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ventspils

poliklīnika”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Tukuma slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Veselības centrs Ilūkste”.

²²³ Sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Daugavpils reģionālā slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Rēzeknes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”.

²²⁴ Sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca”.

²²⁵ Sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Ogres rajona slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Cēsu klīnika”.

²²⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 158. punkts.

²²⁷ Sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” 09.02.2016. e-pasts.

²²⁸ Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”.

²²⁹ Pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Rīgas 1.slimnīca”.

²³⁰ Sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” 09.02.2016. un 15.03.2016. e-pasts.

²³¹ Pašvaldības sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Rīgas 1.slimnīca” 22.03.2016. e-pasts.

²³² Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 13.10.2016. e-pasta vēstule.

²³³ Latvijas Universitātes izvērtējums Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam izstrādei. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sab_ves_pamatnost_izvertejums_31_01_14.pdf, skatīts: 05.01.2016.

²³⁴ 06.10.2014. Informatīvā ziņojuma “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums” 1.pielikums.

²³⁵ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²³⁶ Informatīvā ziņojuma “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums” 1.pielikums. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/3768>, skatīts: 03.10.2016.

²³⁷ Veselības ministrijas 19.02.2016. vēstule Nr.01-15/848 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²³⁸ Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr. 504 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.–2017.gadam” (spēkā līdz 13.10.2014.); Veselības ministrijas 06.10.2014. Informatīvais ziņojums “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums”; Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 03.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1055 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²³⁹ Veselības ministrijas 03.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1055 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²⁴⁰ Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr. 504 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.–2017.gadam” (spēkā līdz 13.10.2014.); Veselības ministrijas 06.10.2014. Informatīvais ziņojums “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums”; Veselības ministrijas 03.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1055 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²⁴¹ Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr. 504 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.–2017.gadam” (spēkā līdz 13.10.2014.); Veselības ministrijas 06.10.2014. Informatīvais ziņojums “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums”; Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²⁴² Veselības ministrijas 19.02.2016. vēstule Nr.01-15/848 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²⁴³ Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr.504 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.–2017.gadam” (spēkā līdz 13.10.2014.); Veselības ministrijas 06.10.2014. Informatīvais ziņojums “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums”.

²⁴⁴ Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr.504 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.–2017.gadam” (spēkā līdz 13.10.2014.); Veselības ministrijas 06.10.2014. Informatīvais ziņojums “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2011.–2017.gadam īstenošanas vidusposma (2011.–2013.gadā) novērtējums”; Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

²⁴⁵ Veselības ministrijas 19.02.2016. vēstule Nr.01-15/848 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

- ²⁴⁶ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁴⁷ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁴⁸ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁴⁹ Nacionālā veselības dienesta 03.03.2016. e-pasta vēstule.
- ²⁵⁰ Veselības ministrijas 10.03.2016. e-pasta vēstule.
- ²⁵¹ Valsts kontroles 26.02.2016. e-pasta vēstule; Valsts kontroles 03.03.2016. e-pasta vēstule.
- ²⁵² Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁵³ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁵⁴ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁵⁵ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁵⁶ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁵⁷ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁵⁸ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁵⁹ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁶⁰ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁶¹ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁶² Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁶³ Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojuma Nr.359 "Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam" 3.2.punkts.
- ²⁶⁴ Ministru kabineta 28.10.2014. noteikumi Nr.666 "Noteikumi par darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa "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" īstenošanu".
- ²⁶⁵ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015"; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr.01-15/6 "Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁶⁶ Ministru kabineta 28.10.2014. noteikumi Nr.666 "Noteikumi par darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa "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" īstenošanu".
- ²⁶⁷ Dati no Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015.gadam; Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015"; Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014, II daļa.
- ²⁶⁸ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁶⁹ Veselības ministrijas 11.12.2015. vēstule Nr.01-15/4938 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".

- ²⁷⁰ Dati no Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015.gadam; Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11-2015"; Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014, II daļa.
- ²⁷¹ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁷² Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁷³ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁷⁴ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁷⁵ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁷⁶ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁷⁷ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁷⁸ ESF projekts. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/nozare/esf_projekts/, skatīts: 18.02.2016.
- ²⁷⁹ Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojums Nr.48 "Par Onkoloģisko slimību kontroles programmu 2009.–2015.gadam"; Veselības ministrijas 12.11.2013. Informatīvais ziņojums par programmas "Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam" īstenošanas gaitu 2009.-2012.gadā; Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁸⁰ Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra dati, aktualizēti 22.07.2013. Veselības ministrijas 12.11.2013. Informatīvais ziņojums par programmas "Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam" īstenošanas gaitu 2009.-2012.gadā.
- ²⁸¹ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015"; Veselības ministrijas 12.02.2016. vēstule Nr.01-15/702 "Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁸² Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojums Nr.48 "Par Onkoloģisko slimību kontroles programmu 2009.–2015.gadam"; Veselības ministrijas 12.11.2013. Informatīvais ziņojums par programmas "Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam" īstenošanas gaitu 2009.-2012.gadā; Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁸³ Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁸⁴ Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojums Nr.48 "Par Onkoloģisko slimību kontroles programmu 2009.–2015.gadam"; Veselības ministrijas 12.11.2013. Informatīvais ziņojums par programmas "Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam" īstenošanas gaitu 2009.-2012.gadā; Veselības ministrijas 23.12.2015. vēstule Nr.01-15/5167 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁸⁵ Veselības ministrijas 12.11.2013. Informatīvais ziņojums par programmas "Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.-2015.gadam" īstenošanas gaitu 2009.-2012.gadā.
- ²⁸⁶ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁸⁷ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015".
- ²⁸⁸ Publisko individuālo pakalpojumu klāsta izvērtējums atbilstoši apdzīvojumam. 1.pielikums "Veselības pakalpojumu teritoriālā izvietojuma analīze atbilstoši apdzīvojumam un priekšlikumi to pieejamības uzlabojumiem". Pieejams: http://www.varam.gov.lv/lat/fondi/grants/EEZ_2009_2014/latvijas_plan_reg_un_pasv_ter_att/jaunumi/?doc=19979, skatīts: 21.01.2016.
- ²⁸⁹ Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr.840 "Grozījumi Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība"; Ministru kabineta 09.06.2015. noteikumi Nr.296 "Grozījumi Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība".
- ²⁹⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 61., 62.punkts.

- ²⁹¹ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ²⁹² Veselības ministrijas 02.12.2016. vēstule Nr. 01-15.1/5330 “Par Revīzijas ziņojuma projektu revīzijas lietā Nr. 2.4.1.-11/2015”.
- ²⁹³ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr. 01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ²⁹⁴ Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr.840 “Grozījumi Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””.
- ²⁹⁵ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 54.1.apakšpunkts.
- ²⁹⁶ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ²⁹⁷ Veselības ministrijas 02.12.2016. vēstule Nr. 01-15.1/5330 “Par Revīzijas ziņojuma projektu revīzijas lietā Nr.2.4.1.-11/2015”.
- ²⁹⁸ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 14.pielikuma 1.4.apakšpunkts.
- ²⁹⁹ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³⁰⁰ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³⁰¹ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³⁰² Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³⁰³ Veselības ministrijas rīkotās sabiedriskās apspriedes 2014.gadā. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas_lidzdaliba/veselibas_ministrijas_rikotas_sabiedriskas_apspriedes_2014ga/, skatīts: 25.01.2016.
- ³⁰⁴ Ministru kabineta noteikumu projekta “Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija). Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas_lidzdaliba/veselibas_ministrijas_rikotas_sabiedriskas_apspriedes_2014ga/, skatīts: 25.01.2016.
- ³⁰⁵ Veselības ministrijas 14.02.2013. rīkojums Nr.32 “Par darba grupas primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.-2016.gadam izstrādei izveidošanu”.
- ³⁰⁶ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr. 01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³⁰⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 9.pielikuma 5., 6.punkts, 10.pielikuma 4.punkts.; Ministru kabineta noteikumu projekta “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ³⁰⁸ Veselības ministrijas 02.12.2016. vēstule Nr. 01-15.1/5330 “Par Revīzijas ziņojuma projektu revīzijas lietā Nr. 2.4.1.-11/2015”.
- ³⁰⁹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 9.pielikuma 5., 6.punkts, 10.pielikuma 4.punkts.; Ministru kabineta noteikumu projekta “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ³¹⁰ Dati no Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.–2016.gadam; Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr.01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014, II daļa.
- ³¹¹ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr.01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.
- ³¹² Veselības ministrijas 12.02.2016. vēstule Nr.01-15/702 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

³¹³ Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr.01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

³¹⁴ Dati no Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.–2016.gadam; Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”; Veselības ministrijas 04.01.2016. vēstule Nr.01-15/6 “Par papildus informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

³¹⁵ Dati no Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.–2016.gadam; Veselības ministrijas 20.11.2015. vēstule Nr.01-15/4586 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-11/2015”.

³¹⁶ Latvijas iedzīvotāju skaits pašvaldībās. Pieejams:

http://www.pmlp.gov.lv/lv/assets/01072013/01.01.2014/ISPV_Pasvaldibas_iedzivotaju_skaits_pagasti.pdf, skatīts: 01.06.2016.

³¹⁷ Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes (primārās aprūpes) ārstu saraksts 2014.gadā (Latgale, Kurzeme); Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes (primārās aprūpes) ārstu saraksts 2015.gadā (Latgale, Kurzeme). Nacionālā veselības dienesta 29.04.2016. e-pasta vēstule.

³¹⁸ <https://www.google.lv/maps>, skatīts: 01.06.2016.

³¹⁹ Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju saraksti feldšerpunktos 2014. un 2015.gadā. Nacionālā veselības dienesta 29.04.2016. e-pasta vēstule.