



Vai medicīniskā rehabilitācija tiek
sniegta pacientiem, kam tā ir
vajadzīga, un pareizajā laikā?



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

RĪGA 2018

Revīzijas ziņojums

07.12.2018.

Vai medicīniskā rehabilitācija tiek sniegta pacientiem, kam tā ir vajadzīga, un pareizajā laikā?

Lietderības revīzija “Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa?”.

Revīzija veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 15.11.2016. revīzijas uzdevumu Nr.2.4.1-44/2016.

Vāka noformējumā izmantots attēls no tīmekļa vietnes *Depositphotos*.

Cienījamais lasītāj!

Pasaules Veselības organizācija norāda, ka rehabilitācija tāpat kā slimību profilakse, veselības veicināšana, ārstēšana un paliatīvā aprūpe ir nepārtrauktas veselības aprūpes būtiska sastāvdaļa.

Rehabilitācija ir ieguldījums cilvēku kapitālā ar būtiskām ekonomiskām sekām, kas uzlabo dzīves kvalitāti un palīdz cilvēkiem iekļauties sabiedrībā un ģimenē, iegūt izglītību un darbu.

Tomēr, lai medicīniskā rehabilitācija būtu neatņemama ārstniecības procesa sastāvdaļa, ir svarīgi ne tikai nodrošināt pienācīgu finansējumu kvalitatīvu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai, bet arī noteikt un īstenot mērķtiecīgu rehabilitācijas politiku, kas atbilst valsts prioritātēm.

Vesels un darbaspējīgs cilvēks ir ilgtspējīgas Latvijas attīstības pamatā, ir vēstīts Latvijas Nacionālajā attīstības plānā. Šo mērķi var sasniegt, veicinot veselīgu dzīvesveidu, uzlabojot plānošanu un koordinēšanu veselības aprūpes sistēmā, kā arī ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, mazinot hronisko slimību un ārējo nāves cēloņu riska faktoru izplatību sabiedrībā. Tādā veidā tiks sekmēta iedzīvotāju veselības saglabāšana un uzlabošana, kas ir pamats ilgam un produktīvam darba mūžam. Savukārt viens no veicamajiem uzdevumiem šī mērķa sasniegšanai ir medicīniskās un sociālās rehabilitācijas

pasākumi darbaspēju saglabāšanai un atjaunošanai, t.sk. personām pēc nelaimes gadījumiem, saslimšanām un traumām darbā.

Veicot revīziju, vēlējamies noskaidrot, vai Veselības ministrija ir radījusi priekšnoteikumus efektīvai medicīniskās rehabilitācijas sistēmai, izpildot nosacījumu, ka rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa.

Pateicamies par sadarbību mūsu galvenajai revidējamai vienībai – Veselības ministrijai – un tās padotības iestādēm, kā arī Labklājības ministrijai, Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijai, ārstu profesionālajām asociācijām un pārējām institūcijām, kas revidentiem sniedza atbalstu revīzijas veikšanā. Pateicamies arī slimnīcām un ārstu praksēm, kuras revīzijas ietvaros sniedza informāciju, atbildot uz Valsts kontroles aptaujas jautājumiem.

Īpašs paldies mūsu ekspertam – Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas fakultātes dekānei asociētajai profesorei Signei Tomsonei, kas sniedza mums kompetentu viedokli par rehabilitācijas sistēmas uzbūvi un darbības principiem, pamatojoties ar starptautisko organizāciju rekomendācijām, Latvijas un citu valstu pieredzi, kā arī aktuālajiem pētījumiem par nozares attīstību.

Ar cieņu

departamenta direktore

Inga Vārava



Saturs

Kopsavilkums	6
Galvenie secinājumi	6
Būtiskākie ieteikumi.....	12
Ziņojuma struktūra	13
Vispārīgā izpratne par rehabilitāciju.....	14
Starptautiskās organizācijas par rehabilitācijas lomu veselības aprūpē.....	14
Rehabilitācijai noteiktā loma veselības aprūpē Latvijā.....	15
Vai ir nepieciešams uzlabot situāciju rehabilitācijas jomā Latvijā?	17
1. Kam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi?	19
Ģimenes ārsta loma pacienta rehabilitācijā	19
Medicīniskās rehabilitācijas pasākumi darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai	27
Onkoloģisko un sirds un asinsvadu slimību pacientu rehabilitācija	37
Rehabilitācija veselības aprūpes mājas ietvaros.....	48
2. Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības nodrošināšana un pacienta plūsma	59
3. Vai medicīniskā rehabilitācija Latvijā vērsta uz pacienta spēju veicināšanu?	73
Kā vērtēt rehabilitācijas procesa kvalitāti?.....	74
Vai medicīniskās rehabilitācijas process tiek uzraudzīts?	79
4. Īstenotās veselības aprūpes politikas sekas	86
Veselības ministrijas viedoklis	99
Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes.....	111

1.pielikums. Nacionālā veselības dienesta dati par unikālo pacientu skaitu pa vecuma grupām kopā un dati par darbaspējīga vecuma personām (unikālie pacienti vecuma grupā 18-59), kuras saņem slimības

pabalstu, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām, un kuras saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumus 2015., 2016.gadā un 2017.gada 1.pusgadā	122
2.pielikums. Ambulatorajai rehabilitācijai 2016.gadam plānotā finansējuma aprēķins uz 10 000 iedzīvotājiem sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām	124
3.pielikums. Ambulatoro ārstniecības iestāžu, tai skaitā dienas stacionāru, skaits, kas nodrošina valsts apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus laika periodā no 2012. līdz 2017.gadam	125
4.pielikums. Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošie audiologopēdi, ergoterapeiti, fizioterapeiti un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus	126
5.pielikums. Pacientu skaita, kas saņēmuši ambulatoros medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, procentuālais sadalījums 2016.gadā	129
6.pielikums. Darbnespējas gadījumu un rehabilitācijas pakalpojumu skaits 2016.gadā un darbnespējas unikālo personu un unikālo personu, kas saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumu skaits 2016.gadā	130
7.pielikums. Datu apkopojums par slimības pabalstu saņēmējiem sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām un šīm personām darbnespējas periodā sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu skaitu laika periodā no 2015.gada līdz 2017.gada 1.pusgamam.....	131
8.pielikums. Datu apkopojums par slimības pabalstu saņēmējiem sadalījumā pa darbnespējas cēloņiem un šīm personām darbnespējas periodā sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu skaitu laika periodā no 2015.gada līdz 2017.gada 1.pusgamam.....	133
9.pielikums. Pacientu skaits rindā ambulatorās rehabilitācijas saņemšanai laika periodā no 2014. līdz 2016.gadam	135
10.pielikums. Datu apkopojums sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām par personu ar prognozējamu invaliditātes statusu un personu, kurām veikta atkārtotas invaliditātes ekspertīze, skaitu, kurām ir/nav sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi	136
11.pielikums. Personas vecuma grupā 18-59 gadi, kurām pirmreizēji noteikta III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija, spondilopātija”, un šīm personām sniegtie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi sadalījumā par teritoriālajām nodaļām laika posmā no 2015. līdz 2017.gadam	138
12.pielikums. Personas vecuma grupā 18-59 gadi, kurām pirmreizēji noteikta III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “arodslimība”, un šīm personām sniegtie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi sadalījumā par teritoriālajām nodaļām laika posmā no 2015. līdz 2017.gadam	139
Atsauces.....	140

Kopsavilkums

Galvenie secinājumi

Pasaules Veselības organizācija uzskata, ka rehabilitācijas stiprināšanu un paplašināšanu valstīs kavē rehabilitācijas politikas neesamība un valstu nespēja plānot un noteikt šīs jomas prioritātes.

Revīzijā konstatētais diemžēl liek secināt, ka Latvijā netiek īstenota mērķtiecīga un efektīva politika, kas ir vērsta uz cilvēka veselības saglabāšanu un uzlabošanu, kā arī darbaspēju atjaunošanu. Veselības ministrijai nav ilgtermiņa redzējuma, kā medicīnisko rehabilitāciju padarīt par būtisku un pilnvērtīgu veselības aprūpes turpinājumu, nodrošinot rehabilitācijas pakalpojumus pacientiem, kam tā ir nepieciešama. Veselības ministrija vairākos ziņojumos kā lielāko veselības aprūpes attīstības ierobežojošu faktoru ir minējusi veselības aprūpes nepietiekamo finansējumu ar akumulējošo efektu no 2009.gada, kad saistībā ar krīzi finansējums veselības aprūpei tika samazināts. Tomēr Valsts kontrole, pamatojoties uz revīzijā konstatēto, secina, ka pastāvošo problēmu iemesli meklējami arī konceptuālas pieejas neesamībā rehabilitācijas jomas attīstībai.

Pirmkārt, Veselības ministrija nav noteikusi prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, tās sasaistot ar augstajiem saslimstības, hospitalizācijas, invaliditātes un mirstības rādītājiem.

Otrkārt, paredzot no valsts budžeta finansēt rehabilitācijas pakalpojumus noteiktām pacientu (diagnožu) grupām, ministrija nav skaidri definējusi rezultātus, kas jāsasniež un kā tos izmērīt, lai spētu novērtēt, vai rehabilitācija ir bijusi efektīva.

Treškārt, netiek veikts sistēmisks rehabilitācijas procesa kvalitātes izvērtējums, tas tiek pilnībā atstāts katras atsevišķas ārstniecības iestādes ziņā. Veselības ministrijas rīcībā nav datu par iedzīvotāju rehabilitācijas vajadzībām, jo vienkopus netiek uzkrāta informācija par pacientiem, kuriem ir nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, tāpēc nevar plānot nepieciešamo pakalpojumu apjomu un pastāv risks, ka pacientu vajadzības pēc rehabilitācijas pakalpojumiem netiek apmierinātas.

Tā kā Veselības ministrijas rīcībā nav datu ne par pacientu rehabilitācijas vajadzībām, ne par rehabilitācijas procesā panāktajiem rezultātiem, šobrīd nav iespējas izvērtēt valsts finansēto rehabilitācijas pakalpojumu efektivitāti un veikt vispusīgu un pamatotu iedzīvotāju vajadzību izvērtējumu kopsakarā ar valsts budžeta iespējām šīs vajadzības nodrošināt.

2018.gadā Veselības ministrija ir uzsākusi reformas, kas paredz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasē piemērot pakalpojumu organizēšanas un pakalpojumu kvalitātes monitorēšanas kritērijus. Revīzijā piesaistītais Eksperts ir norādījis, ka jaunā kārtība ir vērtējama pozitīvi. Lai gan par šo izmaiņu ietekmi varēs spriest tikai pēc kāda laika, ir sperti soļi pacientu situācijas uzlabošanai.

Medicīniskās rehabilitācijas pasākumi darbaspēju saglabāšanai un atjaunošanai

Lai cilvēku agrīni atgrieztu darbā, novērstu funkcionēšanas ierobežojumus un invaliditāti, kā arī izglītotu par veselīgu dzīvesveidu un motivētu to ievērot, ir nepieciešams sniegt pēc iespējas savlaicīgu medicīnisko atbalstu.

Revīzijā konstatēts, ka Latvijā darbnespējas gadījumu skaits vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem 2017.gadā, salīdzinot ar 2015.gadu, ir palielinājies par 15%, tai skaitā pieaug slimības pabalstu saņēmēju skaits, kuriem saslimšana ilgst vairāk nekā 26 nedēļas. Valstī pieaug arī personu skaits, kuriem darbnespējas lapā norādīts cēlonis “arodslimība”.

Tomēr revidentu ieskatā Veselības ministrijas darbības, lai pēc iespējas saglabātu un atjaunotu cilvēku darbības, nav bijušas pietiekamas. Par to liecina revīzijā konstatētais, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pacientiem darbspējīgā vecumā netiek nodrošināti savlaicīgi un nepieciešamajā apjomā. No kopējā ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju skaita tikai 8% ir slimības pabalstu saņēmēji darbspējīgā vecumā, tātad, ir bijuši darba attiecībās.

Nav arī vērojama tendence, ka rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju skaits pieaugtu ātrāk nekā saslimušo, kuri saņem slimības pabalstu, skaits. Ātrāka rehabilitācijas uzsākšana ir viens no instrumentiem, lai saīsinātu darbnespējas periodu, tomēr revīzijā konstatēts, ka procentuāli vismazāk rehabilitācijas pakalpojumus saņem tie pacienti, kuriem darbnespēja ilgst līdz 12 nedēļām.

Gandrīz ceturtajai daļai no visiem strādājošajiem, kuriem pirmreizēji noteikta invaliditāte, invaliditātes iemesls ir muskuļu un skeleta sistēmas slimības (2016.gadā – 24%). Arī revīzijā apkopotā informācija liecina, ka gandrīz ceturtajai daļai nodarbināto personu ar ilgstošām veselības problēmām un slimībām viena no noteiktajām diagnozēm darbnespējas periodā ir diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības”. Lai gan rehabilitācija pie šīm slimībām ir īpaši būtiska un būtiska tieši slimības sākumā un tās mērķis ir pacientu agrīna atgriešana darbā, savlaicīga pacientu funkcionēšanas ierobežojumu un invaliditātes novēršana, tomēr gan 2015., gan 2016., un 2017.gada 1.pusgadā, apmēram 75% no šo pacientu skaita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi vispār nav sniegti.

Onkoloģisko un sirds un asinsvadu slimību pacientu rehabilitācija

Kā norādīts Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam, sabiedrībai novecojot, neinfekciju slimības ieņem aizvien nozīmīgāku vietu gan mirstības, gan saslimstības rādītāju vidū ne tikai Latvijā, bet arī pasaulē. Pusei no visiem nāves gadījumiem Latvijā cēlonis ir sirds un asinsvadu slimības, bet piektajai daļai iedzīvotāju nāves cēlonis ir ļaundabīgais audzējs.

Revīzijā konstatēts, ka Veselības ministrijas savos plānošanas dokumentos ietvērusi uzdevumus rehabilitācijas pakalpojumu uzlabošanai tieši onkoloģiskajiem un kardioloģiskajiem pacientiem, paredzot, piemēram, nodrošināt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību onkoloģiskajiem pacientiem un izstrādāt priekšlikumus ambulatorās kardioloģiskās rehabilitācijas programmas izveidei pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām pēc izrakstīšanās no stacionāra. Šo pasākumu mērķis ir uzlabot pacientu dzīves kvalitāti, saglabājot vai uzlabojot darbību, vai novēršot stacionēšanas nepieciešamību, tomēr neviens uzdevums šajā jomā nav izpildīts. Veselības ministrija norāda, ka šobrīd onkoloģisko un kardioloģisko pacientu rehabilitācija notiek vispārējā kārtībā.

Veselības ministrija uzsver, ka laika posmā no 2014.gada līdz 2017.gadam ir par aptuveni 30% palielinājies finansējums rehabilitācijai, tāpēc pacienti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus gan stacionāri, gan ambulatori var saņemt ievērojami lielākā apjomā. Tomēr statistikas dati liecina, ka cerētais pozitīvais iznākums nav sasniegts, jo rehabilitācijas apjomi pacientiem ar onkoloģiskajām saslimšanām nav būtiski pieauguši. Rehabilitācijas pakalpojumus saņēmušo onkoloģiskos pacientu skaits nesasniedz pat vienu procentu no kopējā saslimušo skaita.

Netiek nodrošināta arī kardioloģiskā profila pacientu specializētas rehabilitācijas pēctecība pēc izrakstīšanās no stacionāra, un šo pacientu medicīniskās aprūpes nepārtrauktība ir apdraudēta, kas savukārt ietekmē ārstēšanās procesa efektivitāti.

Tāpēc ir secināms, ka Veselības ministrijai onkoloģisko un kardioloģisko pacientu rehabilitācija nav bijusi prioritāte un būtiskus uzlabojumus onkoloģijas un kardioloģijas rehabilitācijas jomā tā nav veikusi, jo visas ieceres šo pacientu dzīves kvalitātes uzlabošanai ir palikušas “uz papīra”.

Par saslimstību ar insultu Latvijā precīzu ziņu nav, tie varētu būt ik gadu aptuveni 8000 pacientu. Arī Veselības ministrijai nav datu par kopējo insulta pacientu skaitu, kuriem būtu nepieciešami dienas stacionāru, ambulatoro ārstniecības iestāžu un mājas aprūpes medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi. Ministrija varēja iesniegt tikai prognozētos datus par insulta pacientiem, kuri nesaņem tiem nepieciešamo rehabilitāciju. Kopš 2013.gada šādu pacientu skaits ir nemainīgs, tie ir gandrīz 1000 pacienti. Jomas speciālisti ir norādījuši, ka pēc pārciesta insulta agrīna rehabilitācija ir ļoti svarīga, lai nodrošinātu maksimālu pacienta funkcionālo neatkarību, tā uzlabojot viņa dzīves kvalitāti. Tomēr revīzijā konstatētais liecina, ka ir nepieciešams uzlabot rehabilitācijas procesa organizēšanu insulta pacientiem, jo, piemēram, valstī nav nodrošināta centralizēta insulta pacientu koordinēšana rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, bet rehabilitācijas iespēju meklēšana ir atstāta pašu pacientu un viņu piederīgo ziņā, nav attīstīta rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība reģionālajās slimnīcās, nav arī iespējams novērtēt pacientiem sniegto rehabilitācijas pakalpojumu efektivitāti.

Rehabilitācija veselības aprūpes mājās ietvaros

Ar mērķi uzlabot hroniski slimo pacientu veselības aprūpi, tā samazinot pacientu uzturēšanās laiku stacionārā, nodrošinot iespēju saņemt savlaicīgu rehabilitāciju un samazinot pacientu atkārtotu hospitalizāciju, tika ieviests pakalpojums veselības aprūpe mājās. Ja personai nepieciešams ambulatorais veselības aprūpes pakalpojums, bet medicīnisku indikāciju dēļ tā nespēj ierasties ārstniecības iestādē šī pakalpojuma saņemšanai, viņai to sniedz mājās. Tomēr revīzijā konstatēts, ka rehabilitāciju veselības aprūpes mājās ietvaros var saņemt pacienti tikai ar noteiktām diagnozēm, nevis ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem.

Revidenti neapšaubā rehabilitācijas pakalpojumu nepieciešamību veselības aprūpes mājās ietvaros, tomēr vērs uzmanību, ka Veselības ministrijas rīcībā nav informācijas, lai novērtētu, vai tiek sasniegti pakalpojuma ieviešanas mērķi, jo mājas aprūpes pakalpojumu efektivitāti nemaz nav paredzēts vērtēt.

Lai gan pacientu, kam nepieciešama veselības aprūpe mājās, veselības stāvoklis nepieļauj gaidīšanu rindā, un arī Veselības ministrija apgalvo, ka veselības aprūpe mājās ir pieejama, tomēr revīzijā konstatētais liek secināt, ka gaidīšanas rinda rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai mājas aprūpē tomēr pastāv. Tā iemesls ir ierobežotais valsts finansējums un nepietiekamie ārstniecības iestāžu cilvēkresursi. Turklāt pakalpojuma tarifs nemotivē ārstniecības iestādes uzturēt infrastruktūru un piesaistīt personālriskus, lai sniegtu mājas aprūpes pakalpojumu attālākos lauku reģionos.

Revidenti secina, ka Veselības ministrija, organizējot un finansējot rehabilitāciju veselības aprūpes mājās ietvaros, nav nodrošinājusi šī pakalpojuma vienlīdzīgu un savlaicīgu pieejamību visā Latvijas teritorijā, jo, piemēram, Vidzemē veselības aprūpe mājās pacientiem, kuri dzīvo attālākās lauku teritorijās, ir pieejama ierobežotā apmērā, kas rada risku, ka nedarbojas pacienta medicīniskās aprūpes nepārtrauktības princips.

Revīzijā noskaidrots, ka rehabilitācijas pakalpojumiem mājās uz vienu iedzīvotāju Rīgā atbilstoši noslēgtajiem līgumiem paredzēti ir 0,55 *euro*, savukārt Zemgalē gandrīz četras reizes mazāk – 0,15 *euro* uz vienu iedzīvotāju. Atšķiras arī vidējais rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam – Rīgā tās ir 42 reizes, savukārt Zemgalē tikai 17 reizes. Nacionālais veselības dienests nodrošina kontroli tikai pār finansējuma izlietojumu, bet neveic sniegtā pakalpojuma iznākuma novērtēšanu, līdz ar to nav iespējams pārliecināties, vai speciālistu apmeklējumu skaita pieaugums ir uzlabojis pacienta rehabilitācijas iznākumu, vai tomēr tas ir veids, kā pēc iespējas ātrāk “apgūt” valsts budžeta līdzekļus.

Ģimenes ārsta loma pacienta rehabilitācijā

Latvijā izveidotajā veselības aprūpes modelī ģimenes ārsts ir centrālā persona, kas virza un koordinē pacienta ārstēšanas procesu. Ģimenes ārsta kompetencē ir arī iedzīvotāju rehabilitācija (indikāciju noteikšana un rehabilitācijas rezultātu novērtēšana). Tāpēc ģimenes ārstiem savlaicīgi jāspēj atpazīt invaliditātes riskus un aktīvi jāvirza pacients pakalpojumu saņemšanai šo risku mazināšanai, izvērtējot, kuros gadījumos pacientam būtu pietiekami apmeklēt funkcionālo speciālistu, piemēram, fizioterapeitu, un kuros gadījumos būtu nepieciešams iesaistīt multiprofesionālu speciālistu komandu. Tā samazinātos arī nosūtījumu skaits pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas speciālistiem, kas savukārt veicinātu veselības aprūpes resursu efektīvāku izmantošanu.

Lai ārstniecības procesā optimāli tiktu izmantoti rehabilitācijas pakalpojumi, ārstniecības personām ir jāstiprina zināšanas par rehabilitācijas principiem un tās lomu pacienta ārstēšanā. Tāpēc Veselības ministrija ir izvirzījusi mērķi stiprināt ģimenes ārstu lomu pacienta rehabilitācijā, tomēr revīzijā konstatētais liek secināt, ka iecerētais rezultāts nav sasniegts, jo pacienti bieži vien novēloti saņem tiem nepieciešamos rehabilitācijas pakalpojumus, kas savukārt nozīmē, ka vairāk resursu jāpatērē, lai maksimāli atjaunotu pacientu funkcionēšanas spējas. Arī revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, ir norādījušas uz ģimenes ārstu nepietiekamo izpratni par medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nepieciešamību pacientu veselības stāvokļa uzlabošanā.

Lai mazinātu personas risku kļūt par invalīdu un cilvēkiem ar draudošu invaliditāti nodrošinātu intensīvu ārstēšanu, tai skaitā medicīnisko rehabilitāciju, valstī 2011.gadā tika ieviests prognozējamas invaliditātes statuss. Ja pacienta pārejoša darbnespēja turpinās 26 nedēļas un darbaspējas neatjaunojas, ģimenes vai ārstējošais ārsts pacientu var nosūtīt prognozējamas invaliditātes ekspertīzes veikšanai. Tomēr prognozējamas invaliditātes statuss arvien netiek izmantots kā instruments invaliditātes risku mazināšanai valstī, jo kopš šī statusa ieviešanas septiņu gadu laikā prognozējamas invaliditātes statuss tiek noteikts vidēji 100 cilvēkiem gadā.

Revidentu ieskatā Veselības ministrijai jādara viss iespējamais, lai ieinteresētu ģimenes ārstus profesionāli pilnveidoties par rehabilitācijas nozares jautājumiem un aktualitātēm, lai, paaugstinot savu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā, kļūtu par pacienta koordinatoru un atbalstu ārstēšanas, tai skaitā rehabilitācijas, procesos.

Īstenotās veselības aprūpes politikas sekas

Statistikas dati liecina, ka Latvijā pieaug pieaugušo personu ar pirmreizējo invaliditāti skaits, pieaug arī kopējais personu ar invaliditāti īpatsvars iedzīvotāju vidū. 2012.gadā tas bija 7,4%, 2017.gadā – 9,4%.

Lai gan normatīvajos aktos un attīstības plānošanas dokumentos ir noteikti veicamie uzdevumi situācijas uzlabošanai, atbildīgo iestāžu faktiskās darbības iecerēto mērķi nerasniedz. Situācijas uzlabošanu neveicina arī vājā Veselības ministrijas un Labklājības ministrijas sadarbība un informācijas apmaiņa, turklāt datu sasaistes trūkuma dēļ nav iespējams veikt datu analīzi par cēloņiem personu ar invaliditāti skaita pieaugumam.

Viens no iemesliem ir veselības aprūpes sektorā pastāvošās problēmas ar savlaicīgu ārstēšanas un rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību. Arī revidentu veiktās datu analīzes rezultāti liecina, ka tikai 69% personu, kam piešķirts prognozējamās invaliditātes statuss, ir saņēmuši rehabilitācijas pakalpojumus. Revīzijā nebija iespējams noteikt, kāpēc personas ar prognozējamu invaliditāti nesaņem rehabilitācijas pakalpojumus, tomēr viens no iemesliem varētu būt cilvēku izpratnes un motivācijas trūkums aktīvi līdzdarboties sava veselības stāvokļa uzlabošanā. Tāpēc vērā ņemama ir citu valstu (piemēram, Norvēģijas) pieredze, kas invaliditātes pieteicējam liek izmantot visus iespējamus pakalpojumus, kas ir nepieciešami. Invaliditāte tiek piešķirta tikai tad, ja ir izmantoti visi pieejamie pakalpojumi cilvēka iespējām pielāgoties videi, darbam un mācībām, tomēr Latvijā tādu prasību nav.

Revīzijā konstatētais liecina, ka Veselības ministrijai nav mērķtiecīgu risinājumu, kā samazināt pieaugošo ilgstoši slimojošu darbaspējīga vecuma personu un personu ar invaliditāti ar noteiktām diagnozēm skaitu.

Valsts kontrole vērš uzmanību, ka ar 01.01.2018. stājas spēkā Veselības aprūpes finansēšanas likums, kas nosaka, ka vairākām personu grupām valsts apmaksātā medicīniskā rehabilitācija būs pieejama tikai pie dažām noteiktām diagnozēm. Revidentu ieskatā tas varētu vēl vairāk palielināt personu ar invaliditāti skaitu valstī.

Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības nodrošināšana un pacienta plūsma

Gaidīšanas laiks rehabilitācijā ir ārkārtīgi nozīmīgs, jo, nesaņemot rehabilitāciju savlaicīgi, tai skaitā nenodrošinot veselības aprūpes pēctecību, pacientam var mazināties rehabilitācijas potenciāls. Veselības ministrija ir uzsvērusi, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamajam apjomam ir jāatbilst faktiskajam pieprasījumam, lai neveidotos gaidīšanas rindas gan uz ambulatorajiem, gan stacionārajiem pakalpojumiem.

Rindu un pakalpojumu pieejamības problēmas Veselības ministrijas ieskatā var atrisināt ar papildu finansējuma piešķiršanu un ar pacientu plūsmas pilnveidošanu, jeb pacientu prioritizēšanu. Tomēr revīzijā iegūtie pierādījumi liecina, ka veiktie pasākumi nav devuši vēlamo rezultātu un rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība nav uzlabojusies, jo gaidīšanas rindām nav tendence samazināties.

Situāciju, iespējams, nav izdevies uzlabot, jo Veselības ministrijas rīcībā, plānojot apmaksājamo rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, nav informācijas par faktisko pieprasījumu pēc rehabilitācijas pakalpojumiem. Pacientu gaidīšanas rindu organizēšana ir katras ārstniecības iestādes kompetence. Lai gan Nacionālais veselības dienests šo informāciju apkopo, tomēr pastāv iespēja, ka pacients ir reģistrējies rindā vairākās ārstniecības iestādēs vienlaikus, tāpēc šo datu ticamība ir apšaubāma.

Savukārt Veselības ministrijas īstenotās pacientu prioritizēšanas rezultātā tiek samazināts sniegto pakalpojumu apjoms subakūtiem un hroniskiem pacientiem, līdz ar to palielinās iespējamība, ka šo pacientu veselības problēmas saasināsies un uz rehabilitāciju tie tiks nosūtīti jau kā akūtie pacienti. Ar pacientu prioritizēšanas pasākumiem nevar risināt vēl vienu būtisku problēmu – Latvijā nav pieejams

specializēts pakalpojumu klāsts pacientiem ar kompleksiem funkcionēšanas traucējumiem un nepietiekošu rehabilitācijas potenciālu, kam nepieciešama medicīniska īstermiņa aprūpe ar zemas intensitātes stabilizējošiem rehabilitācijas pakalpojumiem. Proti, ilgstoši netiek risināts jautājums par aprūpes slimnīcu izveidošanu. Rezultātā universitātes un reģionālajās slimnīcās, aprūpējot šos pacientus, faktiski risina sociālās problēmas, lai gan šo ārstniecības iestāžu infrastruktūra un personāls ir paredzēti sarežģītu un augstas intensitātes pakalpojumu sniegšanai. Līdz ar to šo pacientu aprūpei piešķirto līdzekļu izlietojums nav produktīvs.

Neproduktīvs līdzekļu izlietojums vērojams arī insulta pacientu rehabilitācijas procesa nodrošināšanā. Insults ir viens no galvenajiem invaliditātes iemesliem un insulta ārstēšanā rehabilitācijas pakalpojumu nepārtrauktība ir īpaši būtiska, lai veicinātu pacienta maksimālu funkcionālo neatkarību un uzlabotu viņa dzīves kvalitāti. Tomēr revīzijā konstatēts, ka no astoņām slimnīcām, kurās ir insulta vienība, tikai trijās var saņemt stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus.

Revīzijā konstatētais apliecina, ka Veselības ministrijai nav redzējuma par rehabilitācijas jomas ilgtermiņa attīstību un ārstniecības iestādes nevar rēķināties ar stabilu valsts budžeta finansējuma apjomu, tāpēc tās nav motivētas attīstīt kvalitatīvus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, piesaistīt un noturēt speciālistus un attīstīt savu infrastruktūru pakalpojumu sniegšanai par valsts līdzekļiem. Līdz ar to cieš pacienti, jo netiek veicināta optimāla pacientu plūsma un samazinātas rindas, kā arī netiek nodrošināta medicīniskās rehabilitācijas pieejamība ne tikai Rīgā, bet arī pārējā Latvijas teritorijā, tai skaitā attālākos novados.

Tāpēc jāsecina, ka, lai gan veselības aprūpei tiek piešķirti papildu līdzekļi no valsts budžeta, ne ārstniecības iestādes, ne pacienti neizjūt pozitīvas izmaiņas.

Revidentu ieskatā Veselības ministrijai būtu jāpievērš uzmanība šādiem būtiskiem jautājumiem, uz ko ir norādījušas revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes un kas prasa tūlītēju risinājumu:

- ❖ cilvēkresursu nepietiekamība, it sevišķi attālos novados, ko veicina arī nekonkurētspējīgs atalgojums;
- ❖ nepieciešamība pēc infrastruktūras uzlabošanas un paplašināšanas, ko neveicina arī pašreiz valstī noteiktā samaksa par ārstniecības iestādes sniegtajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem;
- ❖ neprognozējama Veselības ministrijas finanšu politika, kas traucē ilgtermiņā plānot ārstniecības iestāžu attīstību un palielināt sniegto pakalpojumu apjomu.

Vai medicīniskā rehabilitācija Latvijā vērsta uz pacienta spēju veicināšanu?

Rehabilitācijā pakalpojuma kvalitāte vērtējama pēc sasniegtā rezultāta. Lai vērtētu medicīniskās rehabilitācijas efektivitāti, pasaulē parasti izvēlas kādu atskaites punktu – tas var būt darbspējas lapu vai darbspējas dienu skaits un dienu skaits, vai hospitalizāciju skaita samazināšanās.

Revidenti secina, ka spriest par rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāti Latvijā šobrīd faktiski nevar, jo valstī nav vienotas izpratnes par rehabilitācijas mērķu formulēšanu, nav datu par sasniegtajiem rezultātiem un nav kritēriju, kas ļautu novērtēt sasniegtos rezultātus.

Neanalizējot pacienta rehabilitācijas procesā sasniegtās funkcionēšanas izmaiņas un nesalīdzinot tās ar ilgtermiņā sasniedzamajiem mērķiem, netiek veicināta arī pacienta motivācija un izpratne par aktīvas līdzdalības nepieciešamību rehabilitācijas procesā, kas kavē labāku rehabilitācijas rezultātu sasniegšanu.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz revīzijā izdarītajiem secinājumiem, Veselības ministrijai kā vadošajai valsts pārvaldes iestādei veselības nozarē ir sniegti septiņi ieteikumi, kurus ieviešot, tiks stiprināta rehabilitācijas loma ārstniecībā, lai izveidotu to kā veselības pakalpojumu neatņemamu sastāvdaļu, tādējādi sabiedrībai nodrošinot kvalitatīvus, tai skaitā efektīvus un pieejamus, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus.

Rehabilitācijas jomas pilnveidošanai Valsts kontrole aicina Veselības ministriju veikt šādas darbības:

- ❖ lai nodrošinātu savlaicīgu invaliditātes risku atpazīšanu, kas ļautu pacientus aktīvi virzīt rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai šo risku mazināšanai, – pilnveidot ģimenes ārstu izpratni par rehabilitācijas nozīmi un nepieciešamību nosūtīt pacientu tālākai izvērtēšanai;
- ❖ lai pacients sasniegtu labākus rezultātus ārstēšanās procesā, tai skaitā rehabilitācijā, – paaugstināt akūtas un subakūtas rehabilitācijas pakalpojumu nozīmību pacientu koordinēšanā un ārstēšanā;
- ❖ lai pacientiem saglabātu vai atgrieztu darba spējas un mērķtiecīgi mazinātu paliekošus funkcionēšanas ierobežojumus – izvērtēt iespēju noteikt prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem un valsts finansējumu medicīniskajai rehabilitācijai plānot, pamatojoties uz slimību vai to grupu sarakstu, kas biežāk saistās ar nopietniem funkcionēšanas ierobežojumiem, papildus paredzot kritērijus funkcionēšanas izvērtēšanai;
- ❖ lai uzlabotu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, nepārtrauktību un pēctecību, Veselības ministrijai sadarbībā ar nozares speciālistiem un ārstniecības iestādēm veikt vispusīgu rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanas procesa analīzi un rast risinājumu sistēmas uzlabošanā;
- ❖ sadarbībā ar jomas speciālistiem izstrādāt datu monitoringa sistēmu, paredzot vienotu un standartizētu pieeju pacientu funkcionēšanas novērtēšanai visos rehabilitācijas posmos, nodrošinot informācijas uzkrāšanu un apmaiņu par pacientu dažādos veselības aprūpes posmos, nosakot tādas rehabilitācijas kvalitātes indikatorus, kas ļautu vērtēt sasniegto rezultātu katram pacientam individuāli, gan arī novērtēt Veselības ministrijas īstenoto rehabilitācijas politiku kopumā;

Ieviešot šo ieteikumu, Veselības ministrijai būs divi ieguvumi: pirmkārt, tā būs iespēja novērtēt rehabilitācijas rezultātu – katram pacientam individuāli un valsts līmenī varētu novērtēt rehabilitācijas rezultātus un rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāti, tai skaitā efektivitāti. Otrkārt, būtiska pacientam ir pāreja no viena rehabilitācijas posma uz nākamo (ja nepieciešams), jo tā lielā mērā ir atkarīga no iesaistīto veselības aprūpes speciālistu koordinētas darbības, gan skaidrojot terapeitiskās darbības, gan arī rekomendācijas. Tādējādi pacients tiks motivēts aktīvi līdzdarboties rehabilitācijas procesā, jo starptautiskie pētījumi pierāda, ka aktīva līdzdalība, tai skaitā savu mērķu izvirzīšana, ir saistāma ar labāku funkcionēšanas iznākumu.

- ❖ lai nodrošinātu iespēju veikt iedzīvotāju grupu invaliditātes un darba nespējas pieauguma izpēti un analīzi – uzlabot sadarbību ar Labklājības ministriju, rast risinājumu datu un informācijas apmaiņas uzlabošanai un nodrošināt standartizētu mērījumu un vienotu principu izmantošanu valstī vispusīgas informācijas apkopošanai;
- ❖ sadarbībā ar Labklājības ministriju izanalizēt cēloņus, kāpēc prognozējamas invaliditātes statusa ieviešanas mērķi nav sasniegti un rast risinājumu situācijas uzlabošanai.

Ziņojuma struktūra

Informācija ziņojumā izklāstīta šādā secībā:

- ❖ rehabilitācijas jomas īss raksturojums;
- ❖ revīzijas secinājumi, konstatējumi un ieteikumi, sadalot tos četrās 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 un veiktās darbības darbības spēju saglabāšanai un atjaunošanai, kā arī rehabilitācijas pasākumu organizēšana lielākajām slimīgojošo grupām, tas ir pacientiem ar onkoloģiskajām un sirds un asinsvadu slimībām.

Otrajā nodaļā ir vērtēta Veselības ministrijas izstrādātajos politikas plānošanas dokumentos paredzēto pasākumu ieviešana un veiktās darbības rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un pacientu plūsmas organizēšanā.

Trešajā nodaļā ir vērtēta Veselības ministrijas darbība, uzraugot rehabilitācijas procesu, tai skaitā attīstības plānošanas dokumentu īstenošanas gaitu un noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanu, kā arī rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāti valstī.

Ceturtajā nodaļā ir vērtēts, kādas sekas ir tam, ka Veselības ministrija nav spējusi noteikt prioritātes rehabilitācijas jomā.

Revīzijas ziņojumā ietverts revidējamās vienības iesniegtais viedoklis par veikto revīziju.

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



Kopsavilkums



Jomas apraksts



Secinājums

Pamatojums

Ieteikums



Iestādes viedoklis



Revīzijas raksturojums

Vispārīgā izpratne par rehabilitāciju

Starptautiskās organizācijas par rehabilitācijas lomu veselības aprūpē

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas viedoklim¹ rehabilitācija tāpat kā slimību profilakse, veselības veicināšana, ārstēšana un paliatīvā aprūpe ir nepārtrauktas veselības aprūpes būtiska sastāvdaļa.

Pasaules Veselības organizācija² rehabilitāciju definē kā procesu, kurā tiek atjaunots pacienta fiziskās, sensorās, intelektuālās, psiholoģiskās un sociālās funkcionēšanas optimālais līmenis.

Saskaņā ar Eiropas Komisijas Regulu³ rehabilitācijas aprūpe ir pakalpojumi, kas vērsti uz ķermeņa funkciju un struktūru stabilizēšanu, uzlabošanu vai atjaunošanu, ķermeņa funkciju un struktūru neesības vai zaudēšanas kompensēšanu, darbību un līdzdalības uzlabošanu un veselības traucējumu, medicīnisko komplikāciju un risku novēršanu. Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas viedoklim⁴ rehabilitācijai jābūt integrētai valstu veselības plānos un budžetos. **Rehabilitācija ir ieguldījums cilvēku kapitālā, kas veicina veselības, ekonomisko un sociālo attīstību.** Tāpat rehabilitācija var samazināt aprūpes izmaksas un dot iespēju cilvēkiem izglītoties un strādāt algotu darbu, tādējādi palielinot viņu ekonomisko produktivitāti.

Pasaules Veselības organizācija ir norādījusi⁵ vairākus plaši izplatītus mītus par rehabilitāciju, skatīt 1.attēlu.



1.attēls. Mīti un fakti par rehabilitācijas nozīmi cilvēku veselības aprūpē.

Pasaules Veselības organizācija⁶ ir definējusi ieteikumus rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai un finansēšanai. Šos principus valstis var izmantot politikas veidošanā un īstenošanā, ņemot vērā nacionālo kontekstu:

- ❖ Rehabilitācija veicina visaptverošu, uz cilvēkiem orientētu aprūpi.

Rehabilitācija ir veselības pakalpojumu neatņemama sastāvdaļa, kas ļauj cilvēkiem pilnībā realizēt savu funkcionālo potenciālu vidē, kurā viņi dzīvo un strādā.

- ❖ Rehabilitācijas pakalpojumi ir saistīti ar nepārtrauktu aprūpi.

Rehabilitācija ietver pasākumus, lai novērstu traucējumus un pasliktināšanos akūtā aprūpes fāzē, kā arī lai optimizētu un uzturētu darbību pēcterapijas un ilgtermiņa aprūpes posmos.

- ❖ Rehabilitācija ir daļa no vispārējā veselības aprūpes seguma, tāpēc būtu jāpalielina šo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība.

Lai panāktu vispārēju veselības aprūpes nodrošinājumu, jāīsteno pasākumi un politika, kas uzlabotu rehabilitācijas kvalitāti un pieejamību, atzīstot to par nozīmīgu veselības aprūpes pakalpojumu.

- ❖ Politika ir nepieciešama, lai noteiktu rehabilitācijas pakalpojumu vajadzību apjomu un intensitāti dažādās iedzīvotāju grupās un dažādos ģeogrāfiskajos apgabalos, lai kvalitatīvi rehabilitācijas pakalpojumi būtu pieejami visiem, kam nepieciešams.

Rehabilitācijai noteiktā loma veselības aprūpē Latvijā

Atbilstoši Latvijas Nacionālajam attīstības plānam 2014.–2020.gadam⁷ vesels un darbaspējīgs cilvēks ir ilgtspējīgas Latvijas attīstības pamatā. Viens no rīcības virziena “Vesels un darbaspējīgs cilvēks” mērķiem ir – veicinot veselīgu dzīvesveidu, uzlabojot plānošanu un koordinēšanu veselības aprūpes sistēmā, kā arī ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, mazināt hronisko slimību un ārējo nāves cēloņu riska faktoru izplatību sabiedrībā, tādā veidā sekmējot iedzīvotāju veselības saglabāšanu un uzlabošanu, kas ir pamats ilgam un produktīvam darba mūžam. Savukārt viens no veicamajiem uzdevumiem šī mērķa sasniegšanai ir medicīniskās un sociālās rehabilitācijas pasākumi darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai, t.sk. personām pēc nelaimes gadījumiem, saslimšanām un traumām darbā.

Ja pacientam nav iespējams nodrošināt pēctecīgu veselības aprūpi (savlaicīgu slimības atklāšanu, specializētu ārstēšanu un atbilstošu rehabilitāciju), kavēsies veselības rādītāju uzlabošanās, norādīts Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam⁸.

Sabiedrības veselības politikas virsmērķis⁹ ir palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. Mērķi paredzēts sasniegt, veidojot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu sistēmu un vienlīdzīgu veselības pakalpojumu pieejamību valsts iedzīvotājiem.

Ārstniecības likums¹⁰ nosaka, ka medicīniskā rehabilitācija ir daļa no ārstniecības tāpat kā profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, un pacientu aprūpe.

Ārstniecības likumā¹¹ **medicīniskā rehabilitācija** ir definēta kā medicīnas nozare, kas nodarbojas ar cilvēka fiziskā, psiholoģiskā, sociālā, aroda un izglītības potenciāla attīstīšanu vai atgūšanu atbilstoši viņa fizioloģiskajiem vai anatomiskajiem ierobežojumiem, vai – stabilu veselības traucējumu gadījumā – ar pacienta dzīves pielāgošanu videi un sabiedrībai.

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā¹² **sociālā rehabilitācija** ir definēta kā pasākumu kopums, kas vērsts uz sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu vai uzlabošanu, lai nodrošinātu sociālā

statusa atgūšanu un iekļaušanos sabiedrībā, un ietver sevī pakalpojumus personas dzīvesvietā un sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā vai dzīvesvietā vai sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā.

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā¹³ **profesionālā rehabilitācija** ir definēta kā pasākumu kopums, kas pēc individualizētas funkcionālo traucējumu izvērtēšanas un profesionālās piemērotības noteikšanas personām darbaspējīgā vecumā nodrošina jaunas profesijas, profesionālo zināšanu vai prasmju apguvi vai atjaunošanu, tai skaitā profesionālās izglītības programmu apgūšanu pamata un vidējās izglītības pakāpē un multidisciplinārus pakalpojumus integrācijai darba tirgū.

Revīzijas apjomā ir iekļauta medicīniskā rehabilitācija, kas atbilstoši Ārstniecības likumam¹⁴ ir daļa no ārstniecības procesa. Revīzijā nav vērtēta sociālā un profesionālā rehabilitācija.

Revīzijā medicīniskās rehabilitācijas efektivitāte tiek skatīta, ņemot vērā Veselības ministrijas definēto¹⁵ – ar pieejamiem līdzekļiem/resursiem sasniegt rezultātu. Efektivitāte ir optimālā, nevis maksimālā aprūpe pacientiem un sabiedrībai kopumā, kas var tikt novērtēta, veicot noteikto datu analīzi.

Kārtību, kādā tiek organizēta un finansēta medicīniskā rehabilitācija, kā arī pacientu kategorijas, kuriem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem, nosaka Ministru kabineta noteikumi par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību¹⁶. Informāciju par 2014., 2015., 2016. un 2017.gadā medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanai paredzēto līdzekļu kopējo apjomu (miljonos *euro*) un sadalījumu pa pakalpojumu veidiem detalizēti skatīt 2.attēlā.

Finansējums medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem kopā, tai skaitā:	2014.	2015.	2016.	2017.
	11,86	13,77	15,09	15,58
Rehabilitācija stacionārajā ārstniecības iestādē	3,04	4,29	4,63	4,60
Rehabilitācija ambulatorajā ārstniecības iestādē	4,66	4,89	5,47	5,55
Rehabilitācija ambulatorajā ārstniecības iestādē - dienas stacionārā	3,43	3,75	4,18	4,56
Rehabilitācija mājās, tai skaitā:	0,73	0,84	0,81	0,87
rehabilitācijas speciālista pacienta veselības aprūpe mājās	0,72	0,83	0,80	0,86
rehabilitologa mājās vizītes pie insulta pacientiem, kuriem nepieciešami veselības aprūpes mājās pakalpojumi (pēc veiktā darba apjoma)	0,01	0,01	0,01	0,01

2.attēls. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanai paredzēto līdzekļu iedalījums 2014., 2015., 2016. un 2017.gadā (miljonos *euro*).

Avots: Nacionālā veselības dienesta informācija.

Lai saņemtu valsts apmaksātu medicīnisko rehabilitāciju, ir jāvērsas pie ģimenes ārsta, kurš, izvērtējot pacienta veselības stāvokli, nepieciešamības gadījumā var izsniegt nosūtījumu konsultācijai pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, funkcionālā speciālista vai logopēda. Ģimenes ārstam ir tiesības arī izsniegt pacientam nosūtījumu logopēda vai funkcionālā speciālista pakalpojumu saņemšanai līdz pieciem apmeklējumiem.

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, izvērtējot pacienta veselības stāvokli un medicīniskās indikācijas, ir tiesīgs izstrādāt pacienta medicīniskās rehabilitācijas plānu un izsniegt nosūtījumu valsts apmaksātas medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai ambulatorā ārstniecības iestādē, stacionārā ārstniecības iestādē vai mājās (pacienti ar noteiktām diagnozēm). Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, piedaloties citām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām.

Vai ir nepieciešams uzlabot situāciju rehabilitācijas jomā Latvijā?

Uzskatus par rehabilitāciju un nozares attīstību būtiski ietekmēja Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk PVO) Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (turpmāk SFK) publicēšana 2002.gadā¹⁷ un 2011.gadā publicētais PVO un Pasaules Bankas (turpmāk PB) “Ziņojums par invaliditāti”¹⁸. SFK definē nespēju jeb invaliditāti (disability) kā indivīda funkcionēšanas un viņa kontekstuālo faktoru mijiedarbību negatīvā aspektā (invaliditātes biopsihosociālais modelis). Savukārt funkcionēšanu atbilstoši SFK klasifikācijai var vērtēt vairākos līmeņos – ķermeņa līmenī (ķermeņa funkcijas un struktūras), indivīda līmenī (aktivitātes) un sabiedrības līmenī (dalība). PVO piedāvā vadlīnijas rehabilitācijai¹⁹ kā multidimensionālam procesam un matricu, kas valstīm ir jāņem vērā, plānojot un realizējot rehabilitācijas pakalpojumus. Šī matrica aptver dimensijas, kas katra par sevi un visas kopā nosaka rehabilitācijas procesa īpatnības ikvienam pacientam vai rehabilitācijas pakalpojumu saņēmējam. Šīs dimensijas ir mainīgas, jo arī sabiedrības vajadzības un to apmierināšanas iespējas ir mainīgas.

Lai identificētu iespējas uzlabot un attīstīt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus Latvijā, Valsts kontrole revīzijas laikā sadarbībā ar ekspertu – Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas fakultātes dekāni asociēto profesori Signi Tomsoni – vērtēja situāciju rehabilitācijas jomā, un eksperts sagatavoja salīdzinošu pārskatu²⁰ par aktuālajām PVO vadlīnijām rehabilitācijai, kā arī analizēja ārvalstu prakses piemērus.

PVO kā vienu no šķēršļiem, kas kavē rehabilitācijas stiprināšanu un paplašināšanu valstīs²¹, min rehabilitācijas politikas neesamību, valdības nespēju noteikt prioritātes un plānošanas trūkumu valsts un vietējā līmenī.

Latvijā medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi tiek sniegti plašam personu lokam, nenosakot prioritātes līdzekļu izlietojumam. Turklāt gan medicīniskā, gan sociālā rehabilitācija nodarbojas ar pacientu ar stabiliem veselības traucējumiem rehabilitāciju un adaptāciju, lai palīdzētu personai integrēties sabiedrībā. Pamatojoties uz PVO izstrādātajām rehabilitācijas vadlīnijām, eksperts, vērtējot situāciju Latvijā, aicina noteikt prioritātes valsts finansējuma novirzīšanai medicīniskajai rehabilitācijā, paredzot, ka finansējums vairāk tiek novirzīts tieši akūtu un subakūtu pacientu rehabilitācijai, savukārt

pacientiem ar stabiliem (hroniskiem) funkcionēšanas ierobežojumiem nepieciešamos pakalpojumus eksperts aicina finansēt no sociālajai rehabilitācijai paredzētā budžeta, skatīt 3.attēlu²².

Kas ir rehabilitācija?

PVO

- **Rehabilitācija** kā pasākumu kopums (*health strategy*), kas palīdz indivīdam ar esošu vai draudošu invaliditāti sasniegt un saglabāt optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar apkārtējo vidi.

Ārvalstu piemēri

- **Anglija:** rehabilitācija fokusējas uz veselības stāvokļa ietekmi uz personas dzīvi nevis tikai uz medicīnisko diagnozi. Rehabilitācijā nozīmīga ir speciālistu sadarbība ar pacientu un viņam nozīmīgām personām, lai veicinātu pacienta potenciālu un neatkarību, lai viņam būtu izvēle un kontrole pār savu dzīvi. Rehabilitācija ir aprūpes filozofija, kas palīdz cilvēkiem iekļauties savās kopienās, nodarbinātībā un izglītībā, nevis izolēt un virzīt viņus cauri sistēmai ar neskaidrām cerībām par piepildītu dzīvi.
- **Skotija:** rehabilitācija ir process ar mērķi atjaunot personas autonomiju tajos ikdienas dzīves aspektos, kuri ir būtiski pacientam vai pakalpojuma saņēmējam, viņa piederīgajiem un aprūpētājiem.

Situācija Latvijā

- **Veselības aprūpe:** medicīniskā rehabilitācija nodarbojas ar cilvēka fiziskā, psiholoģiskā, sociālā, aroda un izglītības potenciāla attīstīšanu vai atgūšanu atbilstoši viņa fizioloģiskajiem vai anatomiskajiem ierobežojumiem, vai – stabili veselības traucējumu gadījumā – ar pacienta dzīves pielāgošanu videi un sabiedrībai.
- **Labklājības jomā:** sociālā rehabilitācija ir pasākumu kopums, kas palīdz iemācīties sadzīvot ar funkcionālajiem traucējumiem, atjauno vai apmāca tām prasmēm, kas dažādu apstākļu dēļ ir zudušas, palīdz cilvēkam atgriezties darba dzīvē un iesaistīties sabiedriskajās aktivitātēs.

Secinājumi

- Salīdzinot abas definīcijas, pārklājas sadaļa, kas attiecas uz stabiliem veselības traucējumiem un pacienta adaptāciju, lai sadzīvotu ar tiem un veicinātu integrāciju sabiedrībā.

Rekomendācijas

- **Attīstot labāku veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu integrāciju**, varētu izšķirt prioritātes valsts finansējuma novirzīšanai:
- **Medicīniskā rehabilitācija** - personas funkcionālo spēju attīstīšana un atgūšana (akūti un subakūti funkcionēšanas ierobežojumi - pēc nepieciešamības paredzot un iekļaujot atbilstošus sociālos pakalpojumus).
- **Sociālā rehabilitācija** - personas ar stabiliem funkcionēšanas ierobežojumiem (hroniski funkcionēšanas ierobežojumi) adaptācija (pēc nepieciešamības paredzot un iekļaujot atbilstošus medicīniskos pakalpojumus).

3.attēls. Eksperta sniegtās rekomendācijas labākas veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu integrācijas attīstībai.

1. Kam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi?

Pasaules Veselības organizācija²³ uzsver, ka, veidojot veselības aprūpes politiku valstī, vajadzētu skaidri definēt nostāju par rehabilitācijas lomu un tās sniegtajiem ieguvumiem veselībai, sabiedrībai un ekonomikai. Valstij būtu jānosaka mērķi atbilstoši prioritātēm un pieejamiem finanšu resursiem. Nereālistiski mērķi var novest pie neilgtspējīgas stratēģijas, kas apdraud ilgtermiņa rezultātus.

Eksperts norāda, ka ārvalstīs veiktajos zinātniskajos pētījumos norādīts uz saslimšanām un slimību grupām, kuras biežāk saistāmas ar nopietniem un ilgstošiem funkcionēšanas ierobežojumiem un, pamatojoties uz šādām zināšanām, faktiski var plānot specifiskas rehabilitācijas programmas pacientiem, kuriem nepieciešama medicīniskā rehabilitācija. Tomēr eksperts uzsver, ka diagnoze pati par sevi nevar būt indikācija rehabilitācijai, jo jāņem vērā tādi papildu apstākļi kā blakus saslimšanas, bojājuma progresēšanas veids, aktuālie funkcionēšanas traucējumi u.c. Lai raksturotu slimībai specifisku pacienta funkcionēšanas profilu, tiek veidotas un praksē pielietotas SFK pamatkopas, kas atvieglo pacienta funkcionēšanas izvērtēšanu klīniskā vidē (strukturēts novērtējums visiem funkcionēšanas līmeņiem).

Ģimenes ārsta loma pacienta rehabilitācijā

Rehabilitācijai jābūt veselības aprūpes pilnvērtīgai sastāvdaļai ar mērķi mazināt invaliditātes risku. Lai ārstniecības procesā optimāli tiktu izmantoti rehabilitācijas pakalpojumi, ārstniecības personām ir jāstiprina zināšanas par rehabilitācijas principiem un tās lomu pacienta ārstēšanā.

Apkopojot revīzijā konstatēto, revidenti secina, ka Veselības ministrijai nav izdevies rehabilitāciju pilnvērtīgi integrēt veselības aprūpes pirmajā līmenī – primārajā veselības aprūpē.

Veselības ministrija bija iecerējusi stiprināt ģimenes ārstu lomu pacienta rehabilitācijā, paredzot, ka ir nepieciešams celt ģimenes ārstu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā, tā uzlabojot rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību pacientiem. Tāpēc tika organizētas apmācības ģimenes ārstu prasmju un zināšanu uzlabošanai. Tomēr revīzijā konstatētais liek secināt, ka iecerētais rezultāts nav sasniegts un ģimenes ārsti arvien nav motivēti iesaistīties pacientu rehabilitācijas procesa nodrošināšanā. Lai gan līdz 2018.gada septembrim spēkā bija Ministru kabineta norma, kas ģimenes ārstiem paredzēja vairākus uzdevumus iedzīvotāju rehabilitācijā, tomēr tie nebija noteikti kā obligāti veicami pienākumi, bet gan izvēles opcija, ja ģimenes ārstam ir pietiekama kompetence šajā jomā. Revidenti vērš uzmanību, ka šobrīd

spēkā esošie normatīvie akti vairs neparedz iespēju ģimenes ārstiem nosūtīt pacientu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai mājās un izstrādāt rehabilitācijas plānu, ja viņš ir ieguvis papildu zināšanas par funkcionālo ierobežojumu novērtēšanu un to mazināšanas vai novēršanas iespējām. Veselības ministrija, atsakoties no ieceres paplašināt ģimenes ārsta lomu pacientu rehabilitācijā, ir atteikusies no instrumenta, kas sniegtu pacientam iespēju paātrināti saņemt rehabilitāciju.

Ja primārās veselības aprūpes līmenī ārsti nav ar pietiekamu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā, tas nozīmē, ka nepietiekami tiks novērtēta rehabilitācijas būtiskā nozīme cilvēku veselības un darba spēju atjaunošanā vai funkcionālās neatkarības palielināšanā, tādējādi pacienti bieži vien novēloti saņems tiem nepieciešamos rehabilitācijas pakalpojumus, kas savukārt nozīmē, ka vairāk resursu būs jāpatērē, lai maksimāli atjaunotu pacientu funkcionēšanas spējas.

Tāpēc ģimenes ārstiem vajadzētu spēt atpazīt invaliditātes riskus un aktīvi virzīt pacientu pakalpojumu saņemšanai to mazināšanai, izvērtējot, kuros gadījumos pacientam būtu pietiekama ģimenes ārsta sadarbība ar funkcionālo speciālistu, piemēram, fizioterapeitu, un kuros gadījumos būtu nepieciešams iesaistīt multiprofesionālu speciālistu komandu. Tādējādi tiktu samazināts arī nosūtījumu skaits pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas speciālistiem, kas savukārt veicinātu veselības aprūpes resursu efektīvāku izmantošanu.

Par ilgstoši nerisinātām problēmām primārās veselības aprūpes līmenī liecina arī mazais prognozējamas invaliditātes ekspertīzei nosūtīto personu skaits. Prognozējamas invaliditātes statuss tika ieviests 2011.gadā ar mērķi mazināt invaliditātes riskus un cilvēkiem ar draudošu invaliditāti dot iespēju saņemt intensīvu ārstēšanu, tai skaitā medicīnisko rehabilitāciju. Tomēr ir pamats uzskatīt, ka ieceres nav īstenotas, jo 2017.gadā prognozējamas invaliditātes statuss noteikts vien 65 cilvēkiem, tai pašā laikā ilgstoši (vairāk nekā 26 nedēļas) slimojošo cilvēku skaits arvien palielinās. Ik gadu palielinās arī to cilvēku skaits, kam tiek piešķirts invaliditātes statuss. Lai gan Veselības ministrijai ir zināms, ka ģimenes ārstiem ir nepieciešamas vadlīnijas, lai sagatavotu dokumentāciju pacientu nosūtīšanai prognozējamas invaliditātes ekspertīzes veikšanai, situācija netiek risināta. Arī jautājums par samaksas nepieciešamību ģimenes ārstiem par pacienta individuālā rehabilitācijas plāna sagatavošanu ministrijas un ģimenes ārstus pārstāvošo nevalstisko organizāciju sarunās nav diskutēts. Līdz ar to revidenti secina, ka prognozējamas invaliditātes statuss netiek izmantots kā instruments invaliditātes risku mazināšanai valstī.

Pacienta līdzestība nozīmē cilvēka līdzdalību savā ārstēšanā, zināšanas un atbildību par savu veselību, apmeklējot visas procedūras un apzinīgi realizējot ārstniecības plānu. Tomēr

revīzijā secināts, ka pacientu izpratne par rehabilitācijas nozīmi ir nepietiekama, trūkst arī motivācijas aktīvi līdzdarboties. Ārvalstu praksē ir piemēri, kad tieši ģimenes ārsts ir tā persona, kas “vada” pacienta rehabilitācijas procesu, motivējot cilvēku aktīvāk iesaistīties savas veselības uzlabošanā un uzturēšanā.

Arī Latvijā izveidotais veselības aprūpes modelis paredz, ka noteicošā loma ir primārai aprūpei un atslēgas persona tajā ir ģimenes ārsts, tāpēc revidentu ieskatā Veselības ministrijai jādara viss iespējamais, lai ieinteresētu ģimenes ārstus profesionāli pilnveidoties par rehabilitācijas nozares jautājumiem un aktualitātēm, tādējādi kļūstot par pacienta koordinatoru un atbalstu ārstēšanas, tai skaitā rehabilitācijas, procesos.

Saskaņā ar PVO²⁴ definīciju rehabilitācija ir veselības stratēģija ar konkrētu mērķi, kam jābūt vērstam uz invaliditātes riska mazināšanu. PVO uzsver arī, ka efektīva rehabilitācijas integrācija visos veselības aprūpes sistēmu līmeņos ir ne tikai rehabilitācijas speciālistu, bet arī visu medicīnas darbinieku pienākums. Veselības aprūpes darbinieku izpratne par rehabilitācijas principiem un tās lomu dažādās veselības aprūpes situācijās veicina kvalitatīvu aprūpi un pakalpojumu optimālu izmantošanu. Revīzijā, vērtējot ārvalstu pieredzi²⁵, konstatēts, ka pastāv vairāki modeļi, kā rehabilitācija tiek integrēta primārajā veselības aprūpē, piemēram:

- ❖ dalītā aprūpe, ko nodrošina ģimenes ārsts sadarbībā ar speciālistu (atkarīgs no pacienta veselības problēmas – psihiatrs, endokrinologs, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts u.c.);
- ❖ klīniskā pieeja (funkcionālie speciālisti strādā tajās pašās telpās, kur atrodas ģimenes ārstu prakses).

Latvijā veselības aprūpe tiek organizēta trijos līmeņos:

- ❖ pirmais līmenis – primārā veselības aprūpe;
- ❖ otrais līmenis – ambulatorā un stacionārā sekundārā veselības aprūpe;
- ❖ trešais līmenis – ambulatorā un stacionārā terciārā veselības aprūpe.

Primārā veselības aprūpe Latvijā ir cilvēka pirmais saskarsmes posms ar veselības aprūpes sistēmu. To nodrošina ģimenes ārsta komanda, ko veido ģimenes ārsts, māsa, ārsta palīgs (feldšeris), primārajā veselības aprūpē nodarbinātas vecmātes, kā arī zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji.

Atbilstoši Primārās veselības aprūpes attīstības plānam 2014.–2016.gadam²⁶ ģimenes ārsta kompetencē ir iedzīvotāju rehabilitācija (indikāciju noteikšana un rehabilitācijas rezultātu novērtēšana)²⁷.

Veselības ministrijas politika, lai stiprinātu ģimenes ārstu lomu rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam norādīts, ka primārās veselības aprūpes loma pacientu rehabilitācijā ir vāji attīstīta. Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju iesaiste medicīniskās rehabilitācijas nodrošināšanā ir ierobežota, tāpēc primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus nepieciešams papildus izglītot par iespējam nodrošināt rehabilitāciju pacientiem primārās

veselības aprūpes līmenī un celt ģimenes ārstu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā.

Lai nodrošinātu efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam bija iecerēts līdz 30.12.2017. izveidot medicīniskās rehabilitācijas programmu²⁸, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegto rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, **kā arī paredzot ģimenes ārsta darbu rehabilitācijā atbilstoši noteiktajai ģimenes ārstam kompetencei, ceļot ģimenes ārstu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā.**

Veselības ministrija revīzijā paskaidroja²⁹, ka arvien ir aktuāla iecere paplašināt ģimenes ārsta komandu un uzlabot sadarbību ar citiem speciālistiem, piemēram, fizioterapeitu. Tai pašā laikā Veselības ministrija norādīja³⁰, ka arvien notiek diskusijas ar nozari par to, kā uzlabot primāro veselības aprūpi, kā arī par labāko modeli, lai nodrošinātu sadarbību starp ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem.

Lai gan normatīvajā regulējumā³¹ ģimenes ārstam bija paredzēti vairāki uzdevumi iedzīvotāju rehabilitācijā, tomēr tie tika noteikti nevis kā obligāti veicami pienākumi, bet gan kā izvēles opcija, ja ģimenes ārstam ir pietiekama kompetence šajā jomā. Piemēram, nosūtot pacientu rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai mājās, ģimenes ārsts var izstrādāt pacienta rehabilitācijas plānu, norādot rehabilitācijas mērķi un iekļaujot plānotās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas, kā arī rehabilitācijas kursa pabeigšanas un rezultātu novērtēšanas nosacījumus. Ja ģimenes ārsts vēlas izstrādāt pacienta rehabilitācijas plānu, viņam ir nepieciešams iegūt papildu zināšanas par funkcionālo ierobežojumu novērtēšanu un to mazināšanas vai novēršanas iespējām.

Veselības ministrija³² paskaidroja, ka minētais normatīvais regulējums³³ tika izveidots ar mērķi paātrināt pacienta iespēju saņemt rehabilitācijas pakalpojumus – ja ģimenes ārsta kompetence to ļauj, viņš var paātrināt pacienta iespēju saņemt rehabilitāciju, jo pacientam nav papildus nepieciešams apmeklēt fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta (turpmāk NVD) sniegto informāciju³⁴ kopš 2018.gada 1.septembra normatīvie akti vairs neparedz iespēju noteiktos gadījumos ģimenes ārstam nosūtīt pacientu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai mājās. Revidentu ieskatā Veselības ministrija, atsakoties no ieceres paplašināt ģimenes ārsta lomu pacientu rehabilitācijā, ir atteikusies no instrumenta, kas sniegtu pacientam iespēju paātrināti saņemt rehabilitāciju.

Atbilstoši Veselības ministrijas sniegtajai informācijai³⁵ ārstniecības personu kompetences līmeņa celšanai Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projekta “Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai” ietvaros³⁶ tika organizētas trīs programmas par rehabilitāciju: Hronisku slimību (rehabilitācijas) vadīšana primārajā veselības aprūpē, Aprūpes un rehabilitācijas principi pacientiem ar ilgtermiņa psihiskiem un uzvedības traucējumiem un Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas programma ārstu profesionālajai pilnveidei. Arī Rīgas Stradiņa universitātes Tālākizglītības fakultātes Kursu daļa organizē profesionālās pilnveides programmas dažādām mērķauditorijām, piemēram, profesionālās pilnveides programmu “Fizikālā un rehabilitācijas medicīna, psihiatrija un ģimenes medicīna”.

Revidentu ieskatā Veselības ministrijas centieni primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju kompetences celšanā ir vērtējami atzinīgi. Tomēr dalība šajos pasākumos bija brīvprātīga un netika radīti instrumenti, lai motivētu ārstus celt savu kompetenci.

Ģimenes ārstam ir jāizvērtē pacienta veselības stāvoklis un nepieciešamības gadījumā jānosūta pacients uz konsultāciju pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta turpmākai rehabilitācijai vai arī jānosūta pacients funkcionālā speciālista vai logopēda pakalpojumu saņemšanai – līdz pieciem apmeklējumiem.

Revīzijā bija iecerēts veikt NVD datu analīzi, lai noskaidrotu, vai visi pacienti, kuriem ir tikusi nozīmēta medicīniskā rehabilitācija, to laikus ir saņēmuši. Tomēr revidentiem nebija iespējams šādu pārliecību gūt, jo NVD neuzkrāj informāciju par izsniegtajiem nosūtījumiem, informācija tiek uzkrāta tikai par izpildīto darbu – faktiski sniegtajiem rehabilitācijas pakalpojumiem.

Tāpēc revidenti aptaujāja 31 no aptuveni 88 līgumattiecībās ar NVD esošām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, par rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanas kārtību iestādē, un lūdza norādīt nepilnības medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanā. Ārstniecības iestādes norādīja uz šādām nepilnībām, kas liedz pacientiem saņemt kvalitatīvāku pakalpojumu, lai atjaunotu darba spējas vai palielinātu funkcionālo neatkarību:

- ❖ pacienti pēc traumām vai operācijām uz rehabilitāciju ierodas novēloti, jo ģimenes ārsti un speciālisti viņus nav informējuši par rehabilitācijas iespējām, līdz ar to tiek patērēts vairāk resursu, lai maksimāli atjaunotu funkciju traucējumus;
- ❖ ārstniecības personu informētība, zināšanas un izpratne par medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nepieciešamību un pieejamību personām ar funkcionāliem traucējumiem (īpaši personām ar pirmreizējiem funkcionāliem traucējumiem) ir nepietiekama;
- ❖ veselības aprūpes sadrumstalotība dažādos līmeņos, koordinācijas un informācijas apmaiņas trūkums starp ģimenes ārstu un speciālistiem.

Arī revīzijā piesaistītais eksperts, analizējot ārvalstu pieredzi ģimenes ārstu lomas noteikšanā pacienta rehabilitācijā, ir norādījis³⁷, ka vairākās valstīs klīniskajās vadlīnijās (Skotija – insults, Austrālija – kardioloģija) tiek uzsvērts, ka ģimenes ārstam ir būtiska loma veselības aprūpes pakalpojumu, tai skaitā rehabilitācijas, koordinēšanā, tāpēc eksperta ieskatā arī Latvijā ir svarīgi pilnveidot ģimenes ārsta izpratni par rehabilitācijas nepieciešamību, iespējām un rezultātu izvērtējumu.

Kā liecina statistikas dati³⁸, Latvijā strādājošo nopietnākā veselības stāvokļa problēma ir muguras vai spranda problēmas. Uz nepilnībām šo pacientu veselības aprūpē norāda pētījuma³⁹ par muskuļu un skeleta sistēmas (turpmāk MSS) slimību ārstēšanas izmaksu novērtēšanu autori. Piemēram, pētnieku veiktajā analīzē konstatēts, ka 5–11% pacientu Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Neatliekamās medicīnas centrā⁴⁰ vēršas ar sūdzībām par sāpēm mugurā, bet tikai 37,7% gadījumu sāpes ir traumatiskas izcelsmes. Tas nozīmē, ka pārējiem pacientiem savlaicīgi bija jāapmeklē savs ģimenes ārsts vai ārsts speciālists un jāveic izmeklējumi un ārstēšana ambulatori. Lielais šāda veida pacientu skaits Neatliekamās medicīnas centrā pētnieku ieskatā liecina par veselības aprūpes sistēmas trūkumiem, jo no visām MSS slimību grupām tieši dorsopātiju un spondilopātiju ārstēšana pamatā balstās uz savlaicīgu, pamatā jau ambulatorā etapā veiktu diagnostiku un ambulatoru ārstēšanu, kuras visbūtiskākā un ilgtermiņā svarīgākā sastāvdaļa ir ārstnieciskā vingrošana, kuru pacients sākotnēji veic speciālista vadībā un vēlāk patstāvīgi⁴¹.

Eksperts ir norādījis⁴² arī, ka ģimenes ārstiem ir nepietiekama izpratne par rehabilitācijas lomu MSS slimību pacientu veselības stāvokļa uzlabošanā. Eksperts revīzijā paskaidroja, ka parasti ģimenes ārsts uzsāk šo slimību ārstēšanu, rekomendējot medikamentus un mieru (ierobežotas aktivitātes), no rehabilitācijas pakalpojumu klāsta izvēloties nosūtīt pacientu uz masāžu, kas ir pasīva metode, līdzīgi kā fizikālās procedūras – abas akceptējamas kombinācijā ar fizioterapiju, kas nodrošina pacienta fiziskās aktivitātes uzturēšanu ar viņa stāvoklim atbilstošiem terapeitiskiem vingrinājumiem. Eksperta ieskatā, izvēloties tikai pasīvas rehabilitācijas metodes, pacients var tikt pakļauts lielākam riskam kļūt par hronisku slimnieku. Tāpēc pie MSS slimībām svarīgas būtu jaunākajām atziņām atbilstošas vadlīnijas šo slimību ārstēšanas taktikā, lai būtu skaidri rīcības algoritmi, kā arī ģimenes ārsta, ārsta – speciālista, fizioterapeita (no funkcionālajiem speciālistiem tieši fizioterapeits šo saslimšanu gadījumā ir nozīmīgākais), arī citu speciālistu – sadarbības modelis.

Arī Veselības ministrijas izveidotā darba grupa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu izvērtēšanai un priekšlikumu izstrādei norāda⁴³, ka jāveicina vienota ārstniecības personu izpratne par dažādiem funkcionēšanas līmeņiem un funkcionēšanas ierobežojumiem, kas rada invaliditāti vai invaliditātes riskus. *Revidentu un eksperta vērtējumā, tieši ģimenes ārstiem vajadzētu spēt atpazīt invaliditātes riskus un aktīvi virzīt pacientu pakalpojumu saņemšanai to mazināšanai, jau iepriekš nosakot, kuram pacientam būtu nepieciešams monoprofesionāls rehabilitācijas pakalpojums, un šai gadījumā būtu pietiekama ģimenes ārsta sadarbība ar funkcionālo speciālistu, piemēram, fizioterapeitu. Tādejādi tiktu samazināts nosūtījumu skaits pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, kura kompetencē primāri vajadzētu būt akūtu/subakūtu pacientu vajadzību izvērtējums un multiprofesionālu rehabilitācijas pakalpojumu nozīmēšana, kas savukārt veicinātu veselības aprūpes resursu efektīvāku izmantošanu.*

Prognozējamās invaliditātes jēdziens un cilvēkam ar prognozējamu invaliditāti pieejamie individuālie rehabilitācijas pasākumi

Lai mazinātu personas risku kļūt par invalīdu un cilvēkiem ar draudošu invaliditāti nodrošinātu intensīvu ārstēšanu, tai skaitā medicīnisko rehabilitāciju, tika veikti grozījumi Invaliditātes likumā un ar 01.01.2011. tika ieviests **prognozējamās invaliditātes statuss**.

Ja pacienta pārejoša darbnespēja un (vai) nepārtraukta ārstēšana turpinās 26 nedēļas un ģimenes/ārstējošais ārsts uzskata, ka cilvēkam nav atjaunojušās darbaspējas un ir nepieciešams pagarināt darbnespējas lapu un/vai viņa veselības stāvoklis neatbilst invaliditātes noteikšanas kritērijiem, bet gan prognozējamās invaliditātes noteikšanas kritērijiem⁴⁴, viņš cilvēku var nosūtīt prognozējamās invaliditātes ekspertīzes veikšanai.

Ja cilvēkam ir noteikta prognozējama invaliditāte, ārsta pienākums ir obligāti izstrādāt individuālo rehabilitācijas plānu – konkrētam cilvēkam paredzētu pasākumu kopumu, lai novērstu invaliditātes iestāšanos⁴⁵. Šo aktivitāšu mērķis ir saglabāt, uzlabot vai atjaunot cilvēka funkcionēšanas spējas.

Izstrādājot un izpildot individuālo rehabilitācijas plānu cilvēkam ar prognozējamu invaliditāti, ģimenes/ārstējošais ārsts sadarbojas ar sociālo dienestu, Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (turpmāk VDEĀVK) un citiem speciālistiem, kā arī ar pašu cilvēku.

Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem⁴⁶, nosūtot personu uz pirmreizēju prognozējamās invaliditātes ekspertīzi, ārstējošais ārsts aizpilda individuālā rehabilitācijas plāna veidlapas II daļu, kurā norāda paredzētos ārstēšanas un medicīniskās rehabilitācijas pasākumus, kā arī to sniegšanas termiņu,

nepārsniedzot viena gada periodu. Sagatavojot šos dokumentus, ģimenes ārsts izmanto citu speciālistu sagatavotos atzinumus, tai skaitā fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta izstrādāto rehabilitācijas plānu un atzinumu.

Lai gan revīzijā konstatēts, ka ilgstoši slimojošo, kā arī personu ar invaliditāti skaits pieaug, tomēr personu skaitam, kurām ir noteikts prognozējamas invaliditātes statuss, ir tendence samazināties. Piemēram, 2017.gadā prognozējamas invaliditātes statuss noteikts 65 personām, kas ir par 88 personām mazāk nekā 2015.gadā. Tai pašā laikā VDEĀVK norāda, ka aptuveni trešā daļa no personām, kuru darbnespēja turpinās ilgāk par 26 nedēļām, būtu jāuzskata par invaliditātes riska gadījumiem un personas varētu tikt nosūtītas prognozējamas invaliditātes ekspertīzei⁴⁷.

Veselības ministrija revīzijā norādīja⁴⁸, ka mazais personu ar prognozējamu invaliditāti skaits liecina, ka ģimenes ārstiem ir nepieciešamas vadlīnijas, lai aizpildītu Labklājības ministrijas izstrādāto veidlapu pacienta nosūtīšanai uz VDEĀVK prognozējamas invaliditātes ekspertīzes veikšanai.

VDEĀK ieskatā⁴⁹ mazais prognozējamas invaliditātes ekspertīzei nosūtīto personu skaits, iespējams, izskaidrojams ar to, ka, individuālā rehabilitācijas plāna sagatavošanu, par kuru atsevišķa samaksa nav paredzēta, ģimenes ārsti uzskata par papildu slogu. Tomēr Veselības ministrija diskutējās ar Ģimenes ārstu asociāciju, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociāciju un Latvijas ārstu rehabilitologu asociāciju līdz šim nav risinājusi jautājumu par samaksas nepieciešamību ģimenes ārstiem par pacienta individuālā rehabilitācijas plāna sagatavošanu⁵⁰.

No konstatētā izriet, ka Veselības ministrija prognozējamas invaliditātes statusu neizmanto kā instrumentu invaliditātes risku mazināšanai.

Pacienta līdzdalība savā ārstēšanā (pacienta līdzestība)

Pacienta līdzestība nozīmē cilvēka līdzdalību savā ārstēšanā, zināšanas un atbildību par savu veselību, apmeklējot visas procedūras un apzinīgi realizējot ārstniecības plānu⁵¹. Tas nozīmē arī produktīvu pacienta un ārsta sadarbību, kas balstīta uz savstarpēju cieņu, uzticēšanos un ieinteresētību pozitīvā ārstēšanas rezultātā gan no pacienta, gan ārsta puses. Līdzestība ir būtiska jebkuras saslimšanas ārstēšanā.

Revīzijas laikā uz problēmām saistībā ar pacienta līdzestību ir norādījusi Labklājības ministrija⁵². Veselības inspekcijas pārbaužu secinājumos par veselības aprūpes pakalpojumu savlaicīgumu pacientiem, kuriem VDEĀVK pieņemts lēmums par darbnespējas pagarināšanu pēc 26. slimšanas nedēļas, norādīts, ka atsevišķos gadījumos nav bijusi adekvāta līdzestība ārstēšanās procesā no pacienta puses.

Lai gan Pacientu tiesību likums⁵³ nosaka, ka pacientam ir pienākums rūpēties par savu veselību un, ja pacienta veselības stāvoklis to pieļauj, viņam ir pienākums aktīvi iesaistīties ārstniecībā un savu iespēju un zināšanu robežās sniegt ārstējošam ārstam informāciju, tomēr *revīzijā konstatētais ļauj secināt, ka pacientu izpratne par rehabilitācijas nozīmi ir nepietiekama, kā arī pacientam trūkst motivācijas un ieinteresētības pozitīvā ārstēšanas rezultātā.*

Atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.–2020.gadam⁵⁴ ģimenes ārstam ir jābūt centrālajai personai, kas virza pacientu veselības sistēmas ietvaros un koordinē ārstēšanas procesu gan horizontāli, gan vertikāli. Pamatnostādņēs uzsvēta nepieciešamība attīstīt ģimenes ārstu prakšu tīklu,

uzlabot komandas darbu, kā arī paplašināt ģimenes ārsta kompetenci un motivāciju iesaistīties ne tikai slimību diagnostikā un ārstēšanā, bet arī veselības veicināšanā un slimību profilaksē. Šim mērķim ir nepieciešama tālākizglītības nodrošināšana primārās, sekundārās un mājas aprūpes ietvaros. Svarīga ir arī ģimenes ārstu un sociālo dienestu sadarbības jautājumu risināšana, jo atbilstoši PVO definīcijai “veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, nevis tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem”.

Arī revīzijas laikā aptaujātās ārstniecības iestādes, kuras sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, ir norādījušas, ka ļoti svarīga ir sadarbība un rehabilitācijas pakalpojumu koordinācija reģionos.

Ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju augstos saslimstības, hospitalizācijas un mirstības rādītājus ar sirds un asinsvadu slimībām, revidenti vēlējās noskaidrot ārstu speciālistu viedokli par ģimenes ārsta lomu pacientu ar sirds un asinsvadu slimībām atveseļošanās, tai skaitā rehabilitācijas, procesā. Veselības ministrijas izstrādātajā Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.–2015.gadam⁵⁵ norādīts: būtiski ir panākt, ka ģimenes ārsts ir centrālā persona, kas virza sirds un asinsvadu slimību pacientu veselības sistēmas ietvaros un koordinē ārstēšanas procesu, vairāk laika velta pacientam un veselības veicināšanas un profilakses aspektiem, kā arī ir atbildīgs par efektīvu, savlaicīgu un ekonomisku ārstēšanu⁵⁶. Svarīgi ir paplašināt sadarbību starp ģimenes ārstu un pacientu, lai veicinātu iedzīvotāju aktīvāku iesaisti savas veselības uzturēšanā.

Piemēram, Latvijas Kardiologu biedrības sagatavoto klīnisko vadlīniju “Hroniska sirds mazspēja”⁵⁷ kopsavilkumā uzsvērta medicīniskās rehabilitācijas nozīme, norādot, ka fiziskā aktivitāte ievērojami palielina fiziskās slodzes toleranci un ceļ pacientu pašapziņu. Ģimenes ārstu sadarbība ar kardiologiem un rehabilitācijas speciālistiem var dot papildu ieguldījumu šo pacientu ārstēšanā. Pašlaik fiziskās rehabilitācijas iespējas netiek pienācīgi novērtētas un nepietiekoši tiek ieteiktas kompleksā pacientu aprūpē. Svarīgi ir ne tikai iesaistīt pacientu strukturētās treniņu programmās, bet arī mudināt pacientu palielināt ikdienas fiziskās aktivitātes: intensīvi pastaigāties, kāpt pa kāpnēm (nelietot liftu), vairāk iesaistīties mājas un dārza darbos. Sirds mazspējas pacientu iesaistīšana aprūpes procesā, ārstēšanā un režīma izpildīšanā ievērojami uzlabo izdzīvošanu un aizkavē atkārtotu hospitalizāciju.

Tāpat klīniskajās vadlīnijās “Hroniska sirds mazspēja”⁵⁸ norādīti apstākļi, kas ir traucējoši rehabilitācijas treniņu programmu pielietošanai, piemēram:

- ❖ veselības aprūpes sistēmā – profesionāļu neticība fizisko treniņu programmu nozīmīgumam, to trūkums vai arī izglītotu personu trūkums;
- ❖ pacientu līdzestības trūkums, piemēram, motivācijas trūkums, neticība.

Latvijā ir izveidots tāds veselības aprūpes modelis, kurā noteicošā loma ir primārai aprūpei un atslēgas persona tajā ir ģimenes ārsts, tāpēc, apkopojot revīzijā konstatēto, revidenti secina, ka Veselības ministrija nav stiprinājusi primāro veselības aprūpi tā, lai ģimenes ārsti būtu ieinteresēti profesionāli pilnveidoties un apgūt zināšanas par rehabilitācijas nozares jautājumiem un aktualitātēm, lai, paaugstinot savu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā, kļūtu par pacienta koordinatoru un atbalstu ārstēšanas, tai skaitā rehabilitācijas, procesos.

Medicīniskās rehabilitācijas pasākumi darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai

Revīzijā konstatēts, ka Latvijā darbnespējas gadījumu skaits vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem 2017.gadā, salīdzinot ar 2015.gadu, ir palielinājies par 15%, tai skaitā pieaug slimības pabalstu saņēmēju skaits, kuriem saslimšana ilgst vairāk nekā 26 nedēļas. Kā norādīts iepriekš, VDEĀVK ieskatā trešā daļa šo personu jau būtu jāuzskata par invaliditātes riska gadījumiem. Valstī pieaug arī personu skaits, kuriem darbnespējas lapā norādīts cēlonis “arodslimība”.

Revīzijas gaitā iegūtā informācija liecina, ka rehabilitācijai ir būtiska nozīme darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai un tai ir jābūt nepārtrauktai veselības aprūpes sastāvdaļai, tai skaitā veiktai savlaicīgi, lai pacientu agrīni atgrieztu darbā, novērstu pacientu funkcionēšanas ierobežojumus un invaliditāti, kā arī izglītotu par veselīgu dzīvesveidu un motivētu to ievērot.

Tomēr revidenti secina, ka Veselības ministrija nav integrējusi medicīnisko rehabilitāciju veselības aprūpes sistēmā kā būtisku tās sastāvdaļu un pilnvērtīgu ārstniecības procesa turpinājumu. Lai arī nacionāla līmeņa dokumentos ir uzsvērtā medicīniskās rehabilitācijas nozīme, lai uzlabotu iedzīvotāju veselības rādītājus, kā arī, lai saglabātu un atjaunotu cilvēku darbspējas – faktiski medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pacientiem darbspējīgā vecumā netiek nodrošināti savlaicīgi un nepieciešamajā apjomā. Tādējādi netiek veicināta šo cilvēku ātrāka atgriešanās darbā. To pierāda revīzijā konstatētais:

- ❖ nav speciāla pakalpojumu klāsta personām, kurām ir darbspējas apdraudoša saslimšana;
 - ❖ statistikas dati liecina, ka no kopējā ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju skaita valstī tikai 8% ir slimības pabalstu saņēmēji darbspējīgā vecumā;
 - ❖ nav vērojama tendence, ka rehabilitācijas pakalpojumu saņēmēju skaits pieaugtu ātrāk nekā saslimušo, kuri saņem slimības pabalstu, skaits;
 - ❖ ātrāka rehabilitācijas uzsākšana ir viens no instrumentiem, lai saīsinātu darbnespējas periodu, tomēr revīzijā konstatēts, ka procentuāli vismazāk rehabilitācijas pakalpojumus saņem tie pacienti, kuriem darbnespēja ilgst līdz 12 nedēļām. Arī Veselības inspekcijas pārbaudēs norādīts, ka pacientam nav nodrošināti valsts apmaksāti rehabilitācijas pakalpojumi agrīni pēc saslimšanas sākuma, kas ir iemesls darbnespējas pagarināšanai;
-

- ❖ lai gan Rīgā vajadzētu būt vislabākajai rehabilitācijas pakalpojumu pieejamībai valstī, jo Rīgā ir visvairāk rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju un arī finansējums uz iedzīvotāju skaitu ir viens no lielākajiem, tomēr procentuāli rehabilitācijas pakalpojumi darbspēju atjaunošanai Rīgā tiek sniegti vismazāk. Piemēram, 2016.gadā rehabilitācijas pakalpojumu saņēmušas personas darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām ir tikai 6% (vidēji valstī – 8%). Revīzijā noskaidrots, ka ne Veselības ministrija, ne NVD nav analizējuši šīs situācijas cēloņus. Pastāv risks, ka pacienti vai nu nav informēti par iespējam saņemt rehabilitācijas pakalpojumus, pacientiem trūkst motivācijas, vai tomēr nav nodrošināta pietiekama pakalpojumu pieejamība tieši Rīgā;
- ❖ revīzijā apkopotā informācija liecina, ka gandrīz ceturtajai daļai nodarbināto personu ar ilgstošām veselības problēmām un slimībām viena no noteiktajām diagnozēm darbnespējas periodā ir diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības”, tomēr gan 2015., gan 2016.gadā, un 2017.gada 1.pusgadā apmēram 75% no šo pacientu skaita medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi vispār nav sniegti.

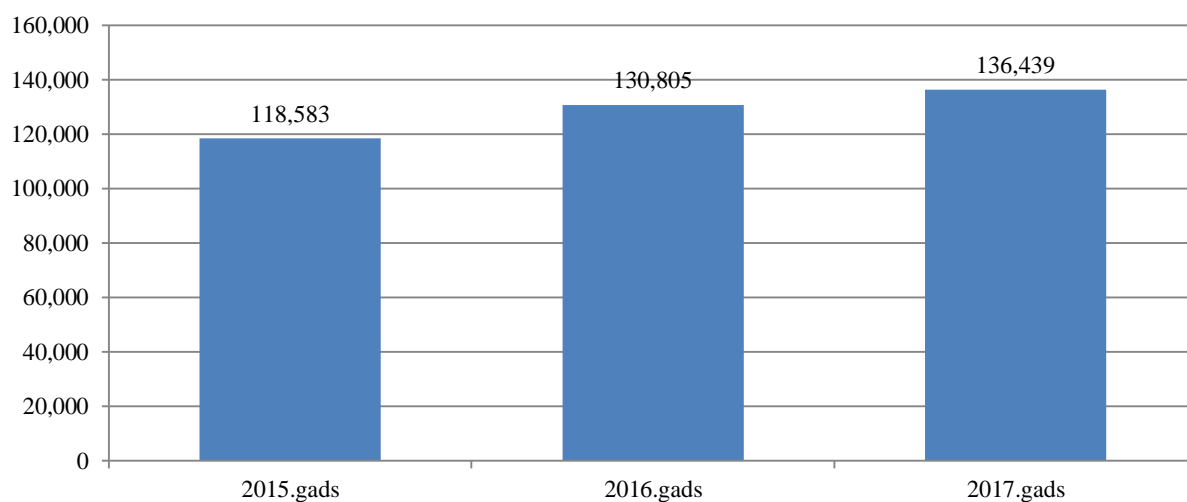
Atbilstoši Pasaules veselības organizācijas viedoklim⁵⁹ rehabilitācija ir nepārtrauktas veselības aprūpes būtiska sastāvdaļa. Tāpat arī Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2014.–2020.gadam⁶⁰ ir ietverts uzdevums nodrošināt medicīniskās un sociālās rehabilitācijas pasākumus darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai. Savukārt Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam⁶¹ norādīts, ka, ja pacientam nav iespējams nodrošināt pēctecīgu visu veselības aprūpi, tai skaitā atbilstošu rehabilitāciju, kavēsies veselības rādītāju uzlabošanās.

Revīzijā ir veikta Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras (turpmāk VSAA)⁶², VDEĀVK⁶³ un NVD datu analīze⁶⁴, lai noskaidrotu, vai darbspējīga vecuma personām, kuras saņēmušas slimības pabalstus laika periodā no 01.01.2015. līdz 30.06.2017. ir sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai.

Darbspējīga vecuma personas, kuras saņem slimības pabalstu, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām

Atbilstoši VDEĀVK gada pārskatiem⁶⁵ pieaug personu skaits, kurām ir ilgstoša darbnespēja, un personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaits un darbspējīgās personas darba tirgū atgriežas vēlāk.

Izvērtējot VSAA sniegto informāciju par darbnespējas gadījumiem⁶⁶, konstatēts, ka laika periodā no 2015.gada līdz 2017.gadam kopējam darbnespējas gadījumu skaitam (slimības pabalstu saņēmēji vecumā no 18 līdz 59 gadiem) ir tendence pieaugt un, salīdzinot 2015. un 2016.gadu, darbnespējas gadījumu skaits ir pieaudzis gandrīz par 10%. Arī 2017.gada statistikas dati liecina, ka darbnespējas gadījumu skaits, salīdzinot ar 2016.gadu, turpina pieaugt, skatīt 4.attēlu.



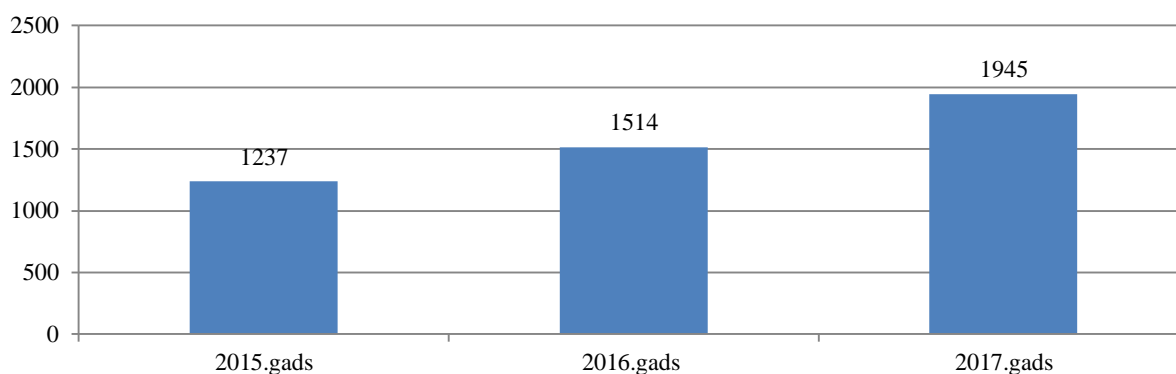
4.attēls. Darbnespējas gadījumu skaits slimības pabalstu saņēmējiem vecumā no 18 līdz 59 gadiem 2015., 2016. un 2017.gadā.

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra.

Skaitliski visvairāk darbnespējas gadījumu ir darbnespējas perioda grupā līdz 12 nedēļām, piemēram, 2016.gadā tie veidoja vairāk nekā 80% no visiem darbnespējas gadījumiem. Vismazāk darbnespējas gadījumu ir darbnespējas perioda grupā pēc 26 nedēļām, piemēram, 2016.gadā tie bija apmēram 3% no visiem darbnespējas gadījumiem.

Statistikas dati liecina, ka pēc 26 darbnespējas nedēļām darbnespējas gadījumu skaits samazinās līdz piecām reizēm, kas varētu būt skaidrojams ar to, ka darbnespējas lapas pagarināšanai pārejošas darbnespējas periodā, kas turpinās ilgāk par 26 nedēļām, saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem⁶⁷ ir nepieciešams VDEĀK atzinumus par medicīniskām indikācijām. Tomēr arī pēc 26 nedēļām slimības pabalstu saņēmēju skaitam ir tendence pieaugt, piemēram, 2016.gadā, salīdzinot ar 2015.gadu, tas ir pieaudzis par 299 personām (vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem). Kā norāda VDEĀK, tas liecina par sabiedrības veselības stāvokļa pasliktināšanos kopumā un, iespējams, ir viens no iemesliem personu ar invaliditāti skaita pieaugumam. VDEĀVK ieskatā aptuveni trešā daļa no pārejoši darbnespējīgām personām pēc 26 nedēļām būtu jāuzskata par invaliditātes riska gadījumiem⁶⁸.

Atbilstoši VSAA datiem⁶⁹ arī personu skaitam (vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem), kuras saņem slimības pabalstu un kurām darbnespējas lapā norādīts cēlonis "arodslimība", ir tendence pieaugt, skatīt 5.attēlu.



5.attēls. Darbspējīga vecuma personu skaits, kuras saņēmušas slimības pabalstus un kurām darbspējas lapā norādīts cēlonis “arodslimība” 2015., 2016. un 2017.gadā.

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra.

Labklājības ministrijas informatīvajā ziņojumā⁷⁰ norādīts, ka veselības stāvokļa uzlabošanas rezultāti ir atkarīgi no agrīnas iejaukšanās un savlaicīgas medicīnisko pakalpojumu pieejamības. Tāpēc personām, kurām ir ilgstoša darbspēja un kuras potenciāli varētu kļūt par personām ar invaliditāti, nepieciešams sniegt pēc iespējas savlaicīgu medicīnisko atbalstu veselības sistēmas ietvaros.

Ar mērķi mazināt personas risku kļūt par invalīdu un, lai veicinātu darbspējīgu personu atgriešanu darbā, valsts ir noteikusi īpašus statusus – ilgstoši slimojošas personas darbspējīgā vecumā jeb personas, kuras slimo ilgāk par 12 nedēļām un kuru saslimšana ar ārstu konsīlija lēmumu tiek atzīta kā darbspējas apdraudoša un prognozējama invaliditāte, kas tiek noteikta personai, kurai ir slimības vai traumas radīti funkcionēšanas ierobežojumi, kas gadījumā, ja netiek sniegti nepieciešamie ārstniecības un rehabilitācijas pakalpojumi, var būt iemesls invaliditātes noteikšanai. *Tomēr revīzijā apkopotā informācija liecina, ka ne Veselības ministrija, ne Labklājības ministrija neparedz sniegt speciālu pakalpojumu klāstu personām, kuru saslimšana tiek atzīta kā darbspējas apdraudoša vai arī darbspēja turpinās ilgāk nekā 26 nedēļas un kuras VDEĀVK ieskatā ir pakļautas invaliditātes riskam.*

Revīzijā NVD norādīja, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus laika periodā no 2015. līdz 2017.gadam varēja saņemt visas personas, kurām tas ir nepieciešams. Atbilstoši NVD skaidrojumam⁷¹ medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt, piemēram, persona ar īsu darbspējas periodu, kaut vai nedēļu. To saņemšanai personai ar savām sūdzībām jāvērsas pie ģimenes ārsta, kurš izvērtē pacienta veselības stāvokli un nepieciešamības gadījumā izsniedz nosūtījumu pie ārsta speciālista, tajā skaitā pie fizikālās medicīnas un rehabilitācijas ārsta uz konsultāciju. Savukārt fizikālās medicīnas un rehabilitācijas ārsts, izvērtējot personas veselības stāvokli, var lemt par personas nosūtīšanu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai.

Saskaņā ar NVD apkopotajiem datiem⁷² nemainīgi gan 2015., gan 2016. un 2017.gada 1.pusgadā no visiem unikālajiem pacientiem, kas saņēmuši no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus, tikai trešā daļa (32%) ir pacienti darbspējīgā vecumā, skatīt 1.tabulu.

1.tabula

Unikālo pacientu skaits, kuri saņēmuši no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus 2015., 2016.gadā un 2017.gada 1.pusgadā

Pakalpojumu programma	2015		2016		2017 1.pusgads	
	Unikālo pacientu skaits kopā	Unikālo pacientu skaits vecuma grupā 18-59	Unikālo pacientu skaits kopā	Unikālo pacientu skaits vecuma grupā 18-59	Unikālo pacientu skaits kopā	Unikālo pacientu skaits vecuma grupā 18-59
Ambulatorā rehabilitācija dienas stacionārā	8210	3199	9049	3511	5574	2206
Ambulatorie rehabilitācijas pakalpojumi	72 353	23 508	72 786	23 074	46 586	14 885
Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpe mājās	1317	196	1267	193	820	102
Rehabilitācijas pakalpojumi stacionāros	4932	1599	5012	1614	5154	1641

Avots: Nacionālais veselības dienests

Salīdzinot NVD datus ar VSAA informāciju, revidenti secina, ka, piemēram, 2016.gadā no visiem unikālajiem pacientiem vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem, kuri saņēmuši valsts apmaksātus ambulatoros un stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus, personas, kuras saņem slimības pabalstus, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām, attiecīgi bija tikai 8% un 14% no kopējā pakalpojumus saņēmušo personu skaita. Skat.1.pielikumu.

Revīzijā veiktās datu analīzes rezultāti liecina, ka nav vērojama izteikta tendence personu, kas saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumus, skaita pieaugumam, jo personu skaits pieaug tikai proporcionāli slimības pabalstu saņēmēju skaita pieaugumam, kopumā procentuāli nemainoties, skatīt 2.tabulu.

2.tabula

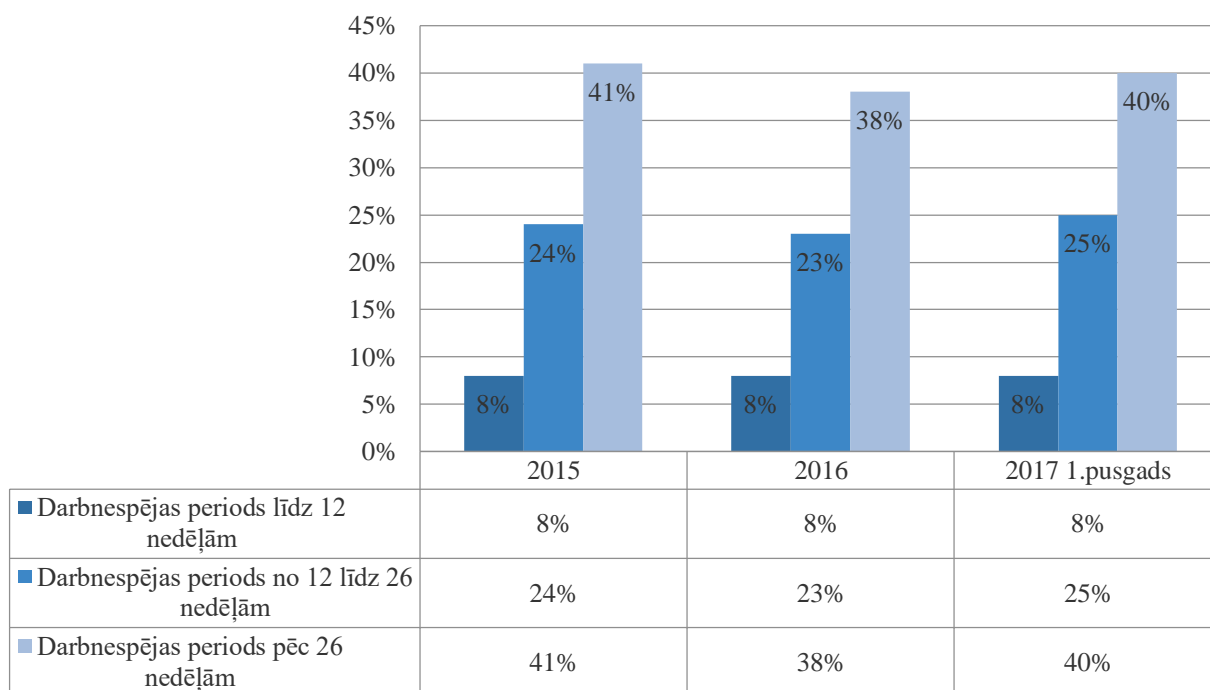
Darbspējīga vecuma unikālo personu skaits, kuras saņēmušas slimības pabalstus un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus 2015., 2016.gadā un 2017.gada 1.pusgadā

Gads	Dati par darbspējīga vecuma personām, kuras saņem slimības pabalstu, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām					
	Unikālo personu skaits kopā	Unikālo personu skaits, kuras saņēmušas rehabilitāciju	%	Gadījumu skaits	Rehabilitācijas gadījumu skaits	%
2015.gads	98 616	9570	10	127 486	22 145	17
2016.gads	107 995	9945	9	139 897	23 090	17
2017.gada 1.pusgads	65 851	6287	10	76 952	12 344	16

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

Lai gan nacionāla līmeņa plānošanas dokumentos⁷³ ir uzsvērtā rehabilitācijas nozīme darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai, lai palīdzētu cilvēkiem atgriezties darbā, tomēr revidentu ieskatā iedzīvotāju iespējas saņemt savlaicīgu medicīnisko atbalstu veselības sistēmas ietvaros nav uzlabojušās un mērķis ir palicis “uz papīra”. To apliecina revīzijā veiktā datu analīze par faktiski sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu personām, kuras savā darbnespējas periodā saņem slimības pabalstus.

Rehabilitācija ir būtiska pacientu atgriešanai darbā, turklāt labāku rezultātu sasniegšanai viens no priekšnoteikumiem ir ātrāka rehabilitācijas uzsākšana. Tomēr revīzijā konstatēts, ka nemainīgi 2015., 2016.gadā un arī 2017.gada 1.pusgadā procentuāli vismazāk rehabilitācijas pakalpojumu saņēmušas ir personas darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām – 8%. Jāatzīmē, ka 2017.gada 1.pusgadā salīdzinājumā ar 2016.gadu rādītāji ir paaugstinājušies par diviem procentpunktiem – rehabilitāciju saņēmušo personu grupā ar darbnespēju no 12 līdz 26 nedēļām un pēc 26 nedēļām, skatīt 6.attēlu.



6.attēls. Darbspējīga vecuma personas, kuras saņēmušas slimības pabalstus un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātas rehabilitācijas pakalpojumus 2015., 2016.gadā un 2017.gada 1.pusgadā, sadalījumā pa darbnespējas periodiem, %.

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

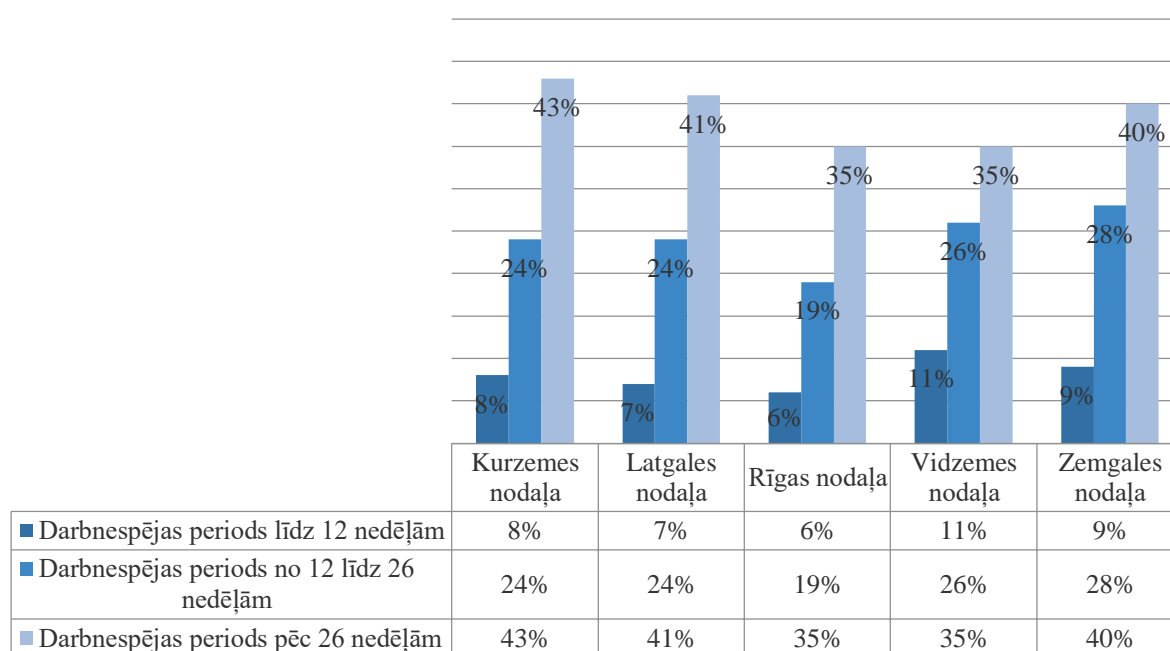
Revīzijā, analizējot ambulatorajai rehabilitācijai, tai skaitā dienas stacionārā, 2016.gadam plānoto finansējumu sadalījumā pa Rīgas, Kurzemes, Latgales, Vidzemes un Zemgales teritorijām, konstatēts, ka Rīgai ir otrs lielākais finansējums, rēķinot uz iedzīvotāju skaitu. Rīgā ir arī vislielākais ambulatoro ārstniecības iestāžu, tai skaitā dienas stacionāru, kas nodrošina valsts apmaksātos rehabilitācijas pakalpojumus, skaits. Arī līgumattiecībās ar NVD esošo audiologopēdu, ergoterapeitu, fizioterapeitu un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu, kas sniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, skaits vislielākais ir Rīgā. Skat. 2., 3. un 4.pielikumu.

Vērtējot statistikas datus par pacientu skaitu, kas saņēmuši no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātos rehabilitācijas pakalpojumus, konstatēts, ka, piemēram, 2016.gadā pacientu, kas saņēmuši ambulatoros rehabilitācijas pakalpojumus, procentuāli visvairāk bija Rīgā (50%). Tāpat revīzijā konstatēts, ka 2016.gadā pacientu, kas saņēmuši rehabilitācijas pakalpojumus dienas stacionāros, procentuāli visvairāk bija Zemgalē (40%), tomēr Rīga (37%) atpaliek tikai par trīs procentpunktiem. Skat. 5.pielikumu.

Lai gan rehabilitācijas jomas speciālisti ir norādījuši, ka Rīgā ir labāka rehabilitācijas pakalpojumu un speciālistu pieejamība, kā arī NVD plānotais finansējums uz iedzīvotāju skaitu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai ir viens no lielākajiem tieši Rīgā un visvairāk rehabilitācijas pakalpojumi pacientiem tiek sniegti Rīgā, tomēr, analizējot datus par darbspējīga vecuma personām, kuras saņem slimības pabalstus, sniegtajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem sadalījumā pa teritorijām,

konstatēts, ka darbspējīgo personu skaits kopā visos darbspējas periodos, piemēram, 2016.gadā vislielākais ir Rīgā – 40% no visām unikālajām personām, bet rehabilitācijas pakalpojumi šīm personām procentuāli sniegti vismazāk – tikai 7%. Skat. 6.pielikumu.

Lai gan rehabilitācija ir būtiska pacientu atgriešanai darbā un svarīgi ir ātrāk to uzsākt, revīzijā konstatēts, ka visos darbspējas periodos personām, kuras saņem slimības pabalstus, Rīgā pakalpojumi tiek sniegti procentuāli mazāk nekā vidēji valstī, piemēram, 2016.gadā rehabilitācijas pakalpojumu saņēmušas personas darbspējas periodā līdz 12 nedēļām ir tikai 6% (vidēji valstī – 8%), skatīt 7.attēlu.



7.attēls. Darbspējīga vecuma personas, kuras saņēmušas slimības pabalstus un no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātas rehabilitācijas pakalpojumus 2016.gadā, sadalījumā pa darbspējas periodiem un teritoriālajām nodaļām, %.

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

Detalizētu datu apkopojumu⁷⁴ par slimības pabalstu saņēmējiem sadalījumā pa teritorijām, kā arī par darbspējas cēloņiem un darbspējas periodiem laika periodā no 2015.gada līdz 2017.gada 1.pusgamam un šīm personām darbspējas periodā⁷⁵ sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu skaitu skatīt 7. un 8.pielikumā.

Saslimstība ar muskuļu un skeleta sistēmas slimībām

Atbilstoši Centrālās statistikas pārvaldes apsekojumam⁷⁶ 40,5% no nodarbinātajiem ar ilgstošām saslimšanām nopietnākā veselības problēma bija muguras vai spranda problēmas.

LU pētījumā⁷⁷ uzsvērts, ka ar muskuļu un skeleta sistēmas slimībām saistīto invaliditātes gadījumu skaita pieaugums apsteidz kopējo invaliditātes gadījumu skaita pieaugumu un šajā grupā īpaši strauji

aug strādājošo invaliditāte. Pētījuma autori norāda, ka galvenā patofizioloģiskā ārstēšanas metode muguras problēmu gadījumā ir regulāra ārstnieciskā vingrošana, kas vismaz sākotnēji ir jāveic fizioterapeita vadībā. Pētījuma autori ir secinājuši, ka pacients ar muguras sāpēm valsts apmaksātu mērķtiecīgu ārstēšanu laicīgi saņemt nevar, jo gaidīšanas laiks pie speciālistiem ir pārāk ilgs.

Revīzijā noskaidrots, ka rehabilitācija MSS slimību ārstēšanā ir īpaši būtiska tieši slimības sākumā (akūtā un subakūtā posmā) un tās mērķis ir pacientu agrīna atgriešana darbā, savlaicīga pacientu funkcionēšanas ierobežojumu un invaliditātes novēršana, kā arī pacientu izglītošana un veselīga dzīvesveida veicināšana. Svarīgs būtu arī paša rehabilitācijas procesa saturs – aktīvs, uz pacientu vērsts process, veicinot pacienta izpratni par savu slimību, palīdzot apgūt stratēģijas, kā pārvarēt sāpes, kā arī iemācot uzturēt sevi fiziski labā stāvoklī. Tas, ka starp izmeklējumiem un konsultācijām nākas ilgi gaidīt, nenāk par labu slimības gaitai – tas rada risku slimības “hronizācijai” un ilgstošai darbnespējai⁷⁸. Arī klīniskajās vadlīnijās “Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē”⁷⁹ ieteikts nespecifisko muguras lejas daļas sāpju gadījumā saglabāt parastās fiziskās aktivitātes akūtā periodā un rekomendēt vingrinājumus, tos uzsākot jau pēc divām līdz sešām nedēļām pēc slimības sākuma.

Revīzijā, izvērtējot NVD iesniegtos datus⁸⁰ par darbspējīga vecuma personām, kuras saņem slimības pabalstus, konstatēts, ka no kopējā unikālo saslimušo personu skaita vairāk nekā ceturtajai daļai viena no noteiktajām diagnozēm darbnespējas periodā ir diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības (M00-M99)”⁸¹. Revīzijā konstatēts, piemēram, ka 2016.gadā kāda no M grupas diagnozēm noteikta 29 694 unikālajām personām⁸², bet medicīniskā rehabilitācija, norādot kādu no M grupas diagnozēm, veikta tikai 5198 (17%) personām, no tām 58% personu noteiktā diagnoze ir spondiloze⁸³. Revidenti vērs uzmanību, ka valstī netiek apkopota informācija par pacientiem, kuriem ir nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, tomēr pastāv risks, ka pacientu vajadzības pēc šiem pakalpojumiem netiek apmierinātas. Revīzijā veiktā datu analīze liecina, ka gan 2015., gan 2016.gadā un 2017.gada 1.pusgadā apmēram 75% pacientu, kuriem noteikta kāda no M grupas diagnozēm, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus vispār nav saņēmuši, skatīt 3.tabulu.

3.tabula

Personas ar vienu no noteiktajām diagnozēm diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības (M00-M99)”, tai skaitā personas, kuras nav saņēmušas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus

	2015		2016		2017 1.pusgads	
	Skaitis	%	Skaitis	%	Skaitis	%
Darbspējīga vecuma personu, kuras saņem slimības pabalstus, skaits, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām, tai skaitā:	98 616	x	107 995	x	65 851	x
personu skaits, kurām viena no noteiktajām diagnozēm darbnespējas periodā ir diagnožu grupā M, tai skaitā:	26 776	27,2	29 694	27,5	16 666	25,3
personu skaits, kurām nav sniegta nekāda rehabilitācija	20 209	75,4	22 590	76,1	12 444	74,7

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

MSS slimības ir arī viens no biežākajiem arodslimību iemesliem. Piemēram, 2016.gadā darbnespējas cēlonis “arodslimība” ir norādīta 1514 unikālajām personām, no tām 1126 (74%) unikālajām personām

viena no noteiktajām diagnozēm bija diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības (M00-M99)”⁸⁴, tai skaitā 950 (84%) personām noteiktā diagnoze ir spondiloze⁸⁵. Savukārt medicīniskā rehabilitācija, norādot kādu no M grupas diagnozēm, veikta tikai 243 (22%) personām, tai skaitā 198 (81%) personām noteiktā diagnoze ir spondiloze⁸⁶.

Arī Veselības inspekcija, veicot pārbaudes par sniegtās veselības aprūpes pakalpojumu savlaicīgumu pacientiem, kuriem VDEĀVK pieņemts lēmums par darbnespējas pagarināšanu pēc 26. slimšanas nedēļas⁸⁷, ir norādījusi uz pakalpojumu pieejamības problēmām:

- ❖ nav bijis iespējams nodrošināt savlaicīgi izmeklējumus un speciālistu konsultācijas, piemēram, rinda pie valsts apmaksātiem konsultantiem 2-3 mēneši;
- ❖ nav bijis iespējas nodrošināt rehabilitāciju kā valsts apmaksātu pakalpojumu agrīni pēc saslimšanas sākuma, kas pagarina darbnespējas ilgumu;
- ❖ pacienti nav saņēmuši fizikālās terapijas procedūras, ārstniecisko vingrošanu, kas svarīgi jau agrīni pēc saslimšanas (aizbaidinoties ar naudas trūkumu), līdz ar to ārstēšanās nav pilnvērtīga;
- ❖ pamatā pacientiem tiek nozīmēti gan izmeklējumi, gan speciālistu konsultācijas, bet tās netiek veiktas savlaicīgi, līdz ar to pacienti ilgstoši saņem tikai medikamentozu ārstēšanu, kas ievērojami pagarina noteikto darbnespēju.

Lai gan MSS slimības tiek diagnosticētas arvien vairāk pacientiem un pētnieki apliecina, ka MSS slimības ir viens no biežākajiem invaliditātes iemesliem, tomēr apkopotie dati liecina, ka sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu apjoms šīs diagnožu grupas pacientiem nepieaug. Revidentu ieskatā tas liecina, ka Veselības ministrija nav noteikusi prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, lai mērķtiecīgi mazinātu paliekošus funkcionēšanas ierobežojumus (piemēram, lai pacientiem saglabātu vai atgrieztu darba spējas).

Kā jau norādīts iepriekš, eksperts uzsver agrīnas rehabilitācijas nozīmīgumu MSS saslimšanu gadījumos. *Revidentu ieskatā vērā ņemams ir eksperta ieteikums veidot mērķtiecīgu rehabilitācijas pakalpojumu organizāciju, piemēram, programmu veidā – noteiktām saslimšanām, kurām raksturīgas sekas kā izteikti funkcionēšanas ierobežojumi un invaliditātes risks, paredzot noteiktus kritērijus pacientu atlasei rehabilitācijai dažādos posmos, informācijas pēctecību un funkcionēšanas izmaiņu monitorēšanu visos rehabilitācijas posmos (atbilstoši SFK funkcionēšanas līmeņiem).*

Prioritāri būtu nepieciešams nodrošināt multiprofesionālus rehabilitācijas pakalpojumus, jo atsevišķas terapijas pacientiem ir pieejamākas. Rekomendējama būtu standartizētu mērījumu izvēle un apstiprināšana lietošanai visos rehabilitācijas posmos, kas ļautu sekot līdz funkcionālo rezultātu izmaiņām laikā. Piemēram, valsts līmenī nosakot vienotu mērījumu pacientu funkcionēšanas izmaiņu novērtēšanai, varētu izsekot rezultātiem visos medicīniskās rehabilitācijas procesa posmos – stacionārā, ambulatori, dienas stacionārā vai mājās.

Onkoloģisko un sirds un asinsvadu slimību pacientu rehabilitācija

Kā norādīts Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam, sabiedrībai novecojot, neinfekciju slimības ieņem aizvien nozīmīgāku vietu gan mirstības, gan saslimstības rādītāju vidū ne tikai Latvijā, bet arī pasaulē. Pusei no visiem nāves gadījumiem Latvijā cēlonis ir sirds un asinsvadu slimības, bet piektajai daļai iedzīvotāju nāves cēlonis ir ļaundabīgais audzējs.

Jau gandrīz 10 gadus Veselības ministrija ir izvirzījusi mērķi nodrošināt uz pierādījumiem balstītu un izmaksu ziņā efektīvu onkoloģisko slimnieku ārstēšanu un rehabilitāciju. Šī mērķa īstenošanai tiek izstrādāti arvien jauni plānošanas dokumenti, piedāvājot risinājumus identificēto problēmu mazināšanai pacientu ar onkoloģiskām saslimšanām rehabilitācijas jomā. Tomēr revidenti secina, ka plānotie pasākumi konsekventi netiek īstenoti un arvien netiek nodrošināta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība. To apliecina arī statistikas dati, piemēram, 2016.gadā rehabilitāciju saņēmušo onkoloģisko pacientu skaits nesasniedz pat vienu procentu no kopējā saslimušo skaita. Arī darbspējīga vecuma pacientiem ar diagnozi “ļaudabīgi audzēji”, kuri savā darbnespējas laikā saņem slimības pabalstus, gan 2015., gan 2016.gadā tikai 0,3% gadījumos ir veikta rehabilitācija.

Kardioloģiskā rehabilitācija dod iespēju pacientam atjaunot vai uzlabot dzīves kvalitāti, piemēram, saglabājot vai uzlabojot darbspēju, vai novērš stacionēšanas nepieciešamību, pagarinot dzīvildzi, tādējādi samazinot arī veselības aprūpes izmaksas, kas kopumā ir vērtējams kā ieguvums sabiedrībai.

Revīzijā secināts, ka Veselības ministrijas ieceres kardioloģisko pacientu dzīves kvalitātes uzlabošanai – izstrādāt priekšlikumus ambulatorās kardioloģiskās rehabilitācijas programmas izveidei pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām pēc izrakstīšanās no stacionāra – nav realizētas. Atbilstoši Veselības ministrijas sniegtajai informācijai šādu pacientu rehabilitācija notiek vispārējā kārtībā. Savukārt jomas speciālisti norāda, ka nav nodrošināta kardioloģiskā profila pacientu specializētas rehabilitācijas pēctecība pēc izrakstīšanās no stacionāra. Revidentu ieskatā tas ir apdraudējums medicīniskās aprūpes nepārtrauktībai, kas savukārt ietekmē ārstēšanās procesa efektivitāti.

Jomas speciālisti ir norādījuši, ka pēc pārciesta insulta rehabilitācija ir ļoti svarīga un tai ir vairāki uzdevumi, piemēram, nodrošināt maksimālu pacienta funkcionālo neatkarību, palīdzēt pacientam atgriezties ģimenē un sabiedrībā, tā uzlabojot viņa dzīves kvalitāti. Lai gan Veselības ministrija ir norādījusi, ka, izstrādājot normatīvos aktus insulta pacientu

rehabilitācijai, tā ir paveikusi maksimāli iespējamo, tomēr revidenti secina, ka pastāv virkne nepilnību rehabilitācijas procesa organizēšanā tieši insulta pacientiem. To apliecina arī revīzijā konstatētais, piemēram, insulta pacientu skaits, kuriem ir nepieciešama rehabilitācija, bet kuri to nesaņem, rehabilitācijas iespēju meklēšana ir atstāta pašu pacientu un viņu piederīgo ziņā, nav atlases kritēriju dažādiem rehabilitācijas posmiem u.c.

Ņemot vērā iepriekš minēto, revidenti secina, ka Veselības ministrija nav noteikusi prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, tās sasaistot ar augstajiem saslimstības, hospitalizācijas, invaliditātes un mirstības rādītājiem. Turklāt Veselības ministrijas rīcībā nav datu par pacientu rehabilitācijas vajadzībām, kā arī par rehabilitācijas procesā panāktajiem rezultātiem, tāpēc tai nav iespējas izvērtēt valsts finansēto rehabilitācijas pakalpojumu efektivitāti un tā nevar veikt vispusīgu un pamatotu vajadzību un iespēju izvērtējumu, kā arī rezultātu novērtējumu.

Onkoloģiskie pacienti

Pēc statistikas datiem Latvijā ik gadu apmēram 11 tūkstošiem iedzīvotāju diagnosticē ļaundabīgu audzēju⁸⁸. Lai noskaidrotu, kādi pasākumi ir plānoti un īstenoti attiecībā uz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu pacientiem ar ļaundabīgiem audzējiem, revidenti vērtēja Veselības ministrijas izstrādātos plānošanas dokumentus onkoloģijas jomā.

Onkoloģisko slimību kontroles programmā 2009.–2015.gadam ir norādīts, ka Latvijā medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšana onkoloģiskajiem slimniekiem visos veselības aprūpes līmeņos un visās slimības stadijās ir neapmierinoša speciālistu trūkuma, kā arī garo gaidīšanas rindu dēļ. Tāpēc, lai sasniegtu mērķi – nodrošināt uz pierādījumiem balstītu un izmaksu ziņā efektīvu onkoloģisko slimnieku ārstēšanu un rehabilitāciju –, nepieciešams nodrošināt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību. Minēto problēmu risināšanai Veselības ministrija plānoja veikt šādus pasākumus:

- ❖ **izstrādāt obligātās prasības medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai daudzprofila slimnīcās**⁸⁹. Izpildes termiņš – 2009.gads.

2016.gadā sagatavotajā Informatīvajā ziņojumā⁹⁰ Veselības ministrija norāda, ka pasākums izpildīts. Turpretī revīzijas laikā ministrija sniedza informāciju⁹¹, ka pašreiz tomēr nav izstrādātas obligātās prasības tieši medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai daudzprofila slimnīcās.

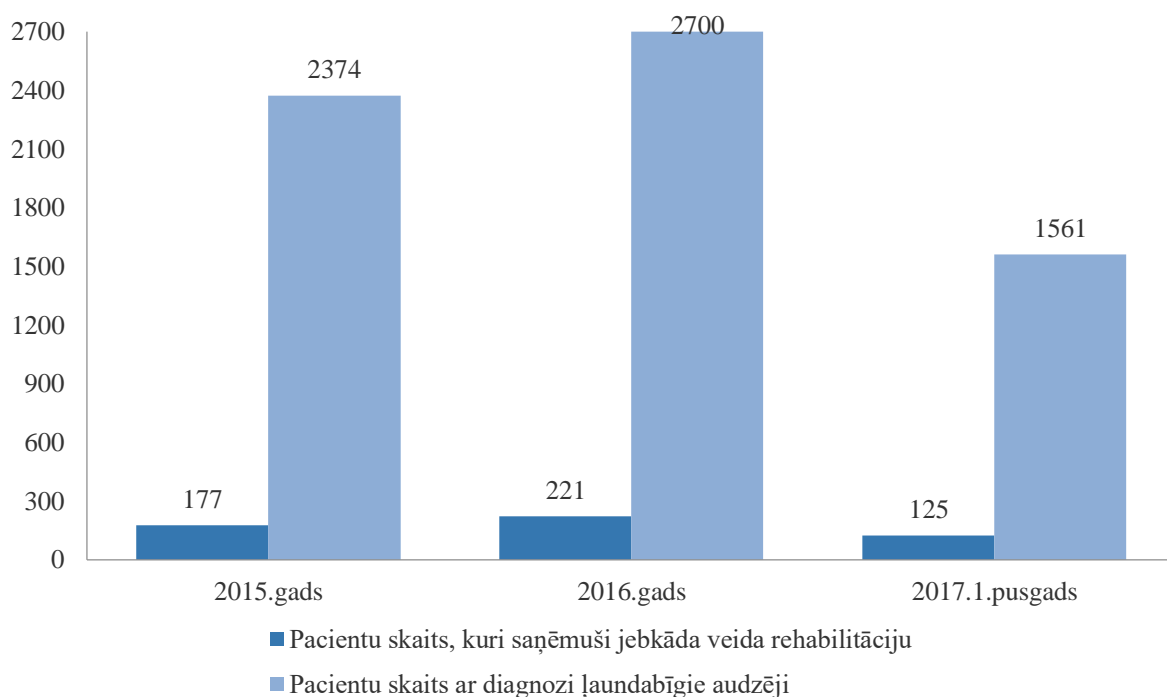
- ❖ **onkoloģiskās aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizācijas (pacientu plūsmas) vadlīnijās iekļaut medicīniskās rehabilitācijas pasākumus un izstrādāt vadlīnijas**⁹². Izpildes termiņš – 2010.gads.

Atbilstoši informatīvajam ziņojumam⁹³ minētais pasākums nav izpildīts, jo pārskata periodā vadlīnijas netika izstrādātas.

Veselības ministrija revīzijā arī norādīja⁹⁴, ka tai nav pieejami dati par kopējo pacientu ar onkoloģiskajām pamata izrakstīšanas diagnozēm skaitu, kuriem būtu nepieciešami dienas stacionāru un ambulatoro ārstniecības iestāžu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, jo ārstniecības iestādēs netiek veidotas atsevišķas rindas noteiktām saslimšanām, tai skaitā onkoloģijai.

Revīzijā, izvērtējot datus⁹⁵ par unikālo pacientu skaitu ar onkoloģisku diagnozi (C00-D48), kuri gada laikā pēc izrakstīšanas no stacionāra saņēmuši ambulatoros rehabilitācijas pakalpojumus, konstatēts, ka šo pacientu skaits pieaug. 2012.gadā ambulatoros rehabilitācijas pakalpojumus pēc izrakstīšanās no slimnīcas saņēma 396 onkoloģiskie pacienti, bet 2016.gadā – 605 pacienti. Tomēr, ņemot vērā augstos saslimstības rādītājus un to, ka 2016.gada beigās uzskaitē bija 73 983⁹⁶ onkoloģiskie pacienti, *secināms, ka rehabilitāciju saņēmušo pacientu skaits ir niecīgs, jo nesasniedz pat vienu procentu no kopējā saslimušo skaita.*

Revīzijas laikā, analizējot NVD datus⁹⁷ par darbaspējīga vecuma personām (vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem), kuras saņem slimības pabalstu un kurām noteikta diagnoze diagnožu grupā “Ļaundabīgi audzēji” (C00-C97)⁹⁸, konstatēts, ka no visiem rehabilitācijas gadījumiem gan 2015., gan 2016.gadā tikai 0,3% gadījumu ir veikta rehabilitācija pacientiem, norādot diagnozi “Ļaundabīgi audzēji”. Revīzijā konstatēts, ka pacientu skaits pieaug, bet salīdzinoši pa gadiem nav vērojama tendence personu, kas saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumus, skaita pieaugumam. Turklāt revidējamā laika posmā apmēram 92% pacientu ar kādu no diagnožu grupas “Ļaundabīgi audzēji” diagnozēm darbnespējas periodā vispār nav sniegti nekāda veida rehabilitācijas pakalpojumi, skatīt 8.attēlu.



8.attēls. Darbspējīga vecuma personu skaits ar vienu no noteiktajām diagnozēm diagnožu grupā “Ļaundabīgi audzēji” (C00-C97)⁹⁹, tai skaitā personas, kuras ir saņēmušas valsts apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus 2015., 2016.gadā un 2017.gada 1.pusgadā.

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

Jāpiebilst, ka saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju¹⁰⁰ laika posmā no 2014.gada līdz 2017.gadam ir par aptuveni 30% palielinājies finansējums rehabilitācijai, tāpēc ministrijas ieskatā pacienti (tajā skaitā onkoloģiskie pacienti) medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus gan stacionāri, gan ambulatori var saņemt ievērojami lielākā apjomā. Tomēr statistikas dati liecina, ka, lai gan finansējums rehabilitācijai ir palielinājies, rehabilitācijas apjomi pacientiem ar onkoloģiskajām saslimšanām nav būtiski pieauguši.

Veselības ministrija, izvērtējot Onkoloģisko slimību kontroles programmas 2009.–2015.gadam izpildi, secināja¹⁰¹, ka plānotais politikas rezultāts nav pilnībā sasniegts, jo pirmreizējo saslimšanas gadījumu skaits turpina pieaugt. Sakarā ar onkoloģisko slimību izplatību un to ietekmi uz sabiedrības veselību kopumā, onkoloģija ir noteikta kā viena no veselības aprūpes jomas prioritātēm, kurā jāveic sistēmiskas izmaiņas un jānodrošina kvalitatīva menedžmenta izveide. Ņemot vērā minēto, ministrija 2017.gadā sagatavoja jaunu vidēja termiņa politikas plānošanas dokumentu “Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020. gadam”¹⁰². Šajā plānā ir norādīts, ka arvien onkoloģiskajiem pacientiem ir ierobežotas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas iespējas. Plānā ir iekļauti medicīniskās rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes pakalpojumi. Rehabilitācijas jomā Veselības ministrija līdz 2017.gada 2.pusgam plānoja veikt šādus pasākumus:

- ❖ **uzlabot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību onkoloģiskiem pacientiem**¹⁰³;

Kā darbības rezultāts noteikts: izstrādāts funkcionēšanas novērtējuma protokols, izstrādāts valsts apmaksāto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu apjoms onkoloģiskiem pacientiem un stiprināti resursi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanā onkoloģiskiem pacientiem.

- ❖ **uzlabot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju zināšanas un prasmes darbā ar onkoloģisko slimību pacientiem**¹⁰⁴.

Kā darbības rezultāts noteikts: izvērtētas onkoloģisko slimību pacientu agrīno akūtās un subakūtās rehabilitācijas medicīnas pakalpojumu sniegšanai nepieciešamās metodiskās vadības nodrošināšanas iespējas.

Revīzijā Veselības ministrija sniedza šādu informāciju par sasniegtajiem rezultātiem¹⁰⁵:

- ❖ vienoto funkcionēšanas novērtējuma protokolu onkoloģiskiem pacientiem nav iespējams izstrādāt, jo rehabilitācijas iespējas un nepieciešamības pacientiem ar diagnosticētām onkoloģiskām saslimšanām ir ļoti daudzveidīgas. Ministrija norāda arī, ka diskusijās ar ārstu asociācijām nav panākta vienošanās par vienotā funkcionēšanas novērtējuma protokola izstrādes nepieciešamību, tomēr iesāktās diskusijas tiks turpinātas;
- ❖ informatīvais ziņojums par onkoloģisko pacientu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai nepieciešamās metodiskās vadības nodrošināšanas iespējām 2018.gadā netiks izstrādāts, jo tiks rīkota veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlase rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai jeb stratēģiskais iepirkums, kurā rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem tiks izvirzītas noteiktas prasības, lai varētu mērķtiecīgāk veikt pacientu atlasī. Veselības ministrijas ieskatā tā tiks uzlabota rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība noteiktām pacientu grupām.

Ņemot vērā iepriekš minēto, revidenti secina, ka, tāpat kā iepriekš, arī jaunajā, 2017.gadā izstrādātajā politikas plānošanas dokumentā “Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020. gadam”¹⁰⁶ noteiktie pasākumi faktiski netiek īstenoti un darbības rezultāti netiek sasniegti. Revidentu ieskatā Veselības ministrijai onkoloģisko pacientu rehabilitācija nav bijusi prioritāte un nekādus būtiskus uzlabojumus onkoloģijas rehabilitācijas jomā tā nav veikusi.

Veselības ministrija uzskata¹⁰⁷, ka stratēģiskie iepirkumi atrisinās problēmas veselības aprūpē, tai skaitā pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām, *bet revidenti vērš uzmanību, ka Veselības ministrija šo iepirkumu rezultātus analizēs tikai 2019.gadā un, apkopojot plāna 2018.gada aktivitāšu izpildi, atkārtoti vērtēs nepieciešamību izstrādāt informatīvo ziņojumu par onkoloģisko pacientu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai nepieciešamās metodiskās vadības nodrošināšanas iespējām. Tas nozīmē, ka pasākuma realizācija atkal tiks atlikta uz vairākiem gadiem.*

Sirds un asinsvadu slimību pacienti

Sirds un asinsvadu slimības ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma Latvijā. To apliecina augstie saslimstības, hospitalizācijas un mirstības rādītāji. Piemēram, 2015.gadā hospitalizēti 62 tūkstoši iedzīvotāju ar sirds un asinsvadu slimību diagnozēm. Šo pacientu ārstēšanas izmaksas sastāda gandrīz 30% no kopējām ārstēšanas izmaksām, 2015.gadā tās pārsniedza 59 miljonus *euro*¹⁰⁸. Sirds un asinsvadu slimības ir visizplatītākais nāves cēlonis Latvijā (2011.gadā 55%, savukārt 2017.gadā jau 56% no visiem nāves gadījumiem)¹⁰⁹.

Atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādnes¹¹⁰ noteiktajiem politikas mērķiem, rīcības virzieniem un uzdevumiem Veselības ministrija izstrādāja Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānu 2013.–2015.gadam, lai samazinātu mirstību no sirds un asinsvadu slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību. Šajā plānā ir uzsvērtā kardioloģiskās rehabilitācijas nepieciešamība sirds un asinsvadu slimību pacientiem, norādot, ka tas ir sekundārās profilakses multidisciplinārs rehabilitācijas pakalpojumu kopums sirds un asinsvadu slimību pacientiem, kas ietver strukturētas fizisko treniņu programmas, pacientu izglītošanu, riska faktoru kontroli un pārmaiņu motivācijas radīšanu ilgtermiņa veselīga dzīvesveida uzturēšanai¹¹¹. Kardioloģiskā rehabilitācija dod iespēju pacientam atjaunot vai uzlabot dzīves kvalitāti, piemēram, saglabājot vai uzlabojot darb spēju, vai novērš stacionēšanas nepieciešamību, kas ir vērtējams kā ieguvums sabiedrībai, skatīt 9.attēlu¹¹².

Kardioloģiskā rehabilitācija

samazina kopējo un kardiovaskulāro mirstību un stacionēšanas nepieciešamību pacientiem ar koronāro sirds slimību

samazina mirstību ne tikai no kardiovaskulārajām, bet arī no citām slimībām pacientiem pēc miokarda infarkta, salīdzinot ar veselības aprūpi, kurā nav iekļauta kardioloģiskā rehabilitācija

ievērojami samazina stacionēšanas nepieciešamību, uzlabo dzīves kvalitāti un slodzes toleranci pacientiem ar hronisku sirds mazspēju

9.attēls. Sirds un asinsvadu slimību pacientu iespējas saņemt kardioloģisko rehabilitāciju.

Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.–2015.gadam ir norādīts, ka svarīgi ir nodrošināt kardioloģiskās rehabilitācijas programmas, lai uzlabotu ar veselību saistīto dzīves kvalitāti pacientiem pēc akūta miokarda infarkta un revaskularizācijas. Rīcības plānā uzsvērts, ka VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” jau ir izveidojusi un aprobējusi maksas ambulatoro kardioloģiskās rehabilitācijas programmu pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām pēc izrakstīšanās no stacionāra un šāda veida programma būtu jānodrošina visiem pacientiem, kuriem tā nepieciešama.

Tāpēc Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.–2015.gadam tika plānots pasākums – **izstrādāt priekšlikumus ambulatorās kardioloģiskās rehabilitācijas programmas izveidei pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām pēc izrakstīšanās no stacionāra**¹¹³, kura izpildes termiņš bija 30.12.2015.

Revīzijā konstatēts, ka rīcības plānā paredzētais pasākums nav izpildīts un aizvien no valsts budžeta netiek finansēti mērķtiecīgi pasākumi kardioloģiskās rehabilitācijas programmas ietvaros pacientiem, kuriem tie nepieciešami. Atbilstoši Veselības ministrijas sniegtajai informācijai¹¹⁴ pacientu ar kardioloģiskām saslimšanām rehabilitācija notiek vispārējā kārtībā. *Tādējādi secināms, ka Veselības ministrijas ieceres kardioloģisko pacientu dzīves kvalitātes uzlabošanai ir palikušas “uz papīra”.*

Savukārt VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” revidentiem norādīja¹¹⁵, ka slimnīcā šobrīd netiek realizēta specializēta maksas ambulatorā kardioloģiskās rehabilitācijas programma gan pacientu finanšu līdzekļu trūkuma dēļ, gan arī personāla resursu trūkuma dēļ.

Revīzijā VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” speciālisti norādīja¹¹⁶, ka kardioloģiskās rehabilitācijas programma ir nozīmīga un nepieciešama pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām pēc izrakstīšanās no stacionāra, jo tiek uzskatīta par izmaksu efektīvu intervenci pēc akūta koronāra notikuma, tā uzlabo prognozi, samazinot atkārtotu hospitalizāciju skaitu, un samazina veselības aprūpes izmaksas, pagarinot dzīvildzi. Kardiorehabilitācija pēc kardiāla notikuma ir I klases rekomendācija, vadoties pēc Eiropas Kardiologu biedrības, Amerikas Sirds asociācijas un Amerikas Kardioloģijas koledžas ieteikumiem¹¹⁷.

Speciālistu¹¹⁸ ieskatā šobrīd pastāvošā kārtība, kad kardioloģiskā rehabilitācija notiek vispārējā kārtībā, ir vērtējama negatīvi, jo atsevišķa ambulatorās kardiorehabilitācijas programma ir koordinētu daudzpusīgu darbību kopums, kas sastāv no dažādu veidu terapijām, izglītošanas par riska faktoriem, medikamentozas terapijas, kur fiziskās slodzes terapija ir galvenais kardiorehabilitācijas elements. Šādas programmas esamība nodrošinātu kardioloģiskā profila pacientiem specializētas rehabilitācijas pēctecību pēc izrakstīšanās no stacionāra un būtu izmaksu ziņā efektīvāka nekā šo pacientu rehabilitācija vispārējā kārtībā. Patlaban pacientiem pēc sirds operācijām un pēc akūta koronāra notikuma specializēta valsts apmaksāta stacionārā kardioloģiskā rehabilitācija iespējama tikai VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari””. Bet SIA “Sanare – KRC Jaunķemeri” kardioloģiskā profila pacientus valsts apmaksātai rehabilitācijai uzņem vispārējā kārtībā, prioritizējot atkarībā no slimības stadijas un funkcionēšanas ierobežojumiem: akūti pacienti saņem rehabilitāciju trīs mēnešu laikā, subakūti – sešu mēnešu laikā, hroniski – gaida rindā aptuveni vienu gadu.

VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” speciālisti uzskata¹¹⁹, ka visiem pacientiem pēc kardiovaskulāra notikuma būtu nepieciešama rehabilitācija specializētā kardiorehabilitācijas programmā, un atbilstoši slimnīcas sniegtajiem datiem 2017.gadā tie bija 4598 pacienti. Tomēr slimnīca ir norādījusi, ka tās rīcībā nav datu, vai šie pacienti ir saņēmuši rehabilitāciju, skatīt 10.attēlu.

2571	•pacienti pēc elektrokardiostimulatoru implantācijas
1058	•pacienti pēc koronāro artēriju šuntēšanas, vārstuļu operācijām vai sirds transplantācijas
925	•pacienti, kas stacionēti ar akūtu miokarda infarktu
44	•pacienti ar endokardītu

10.attēls. VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” pacientu pēc kardiovaskulāra notikuma skaits, kuriem būtu nepieciešama specializēta kardiorehabilitācija.

Avots: Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca”.

Revīzijas laikā, analizējot NVD datus¹²⁰ par darbaspējīga vecuma personām (vecumā no 18 līdz 59 gadiem), konstatēts, ka 2016.gadā no 2694 unikālajām personām, kurām ir uzrādītas diagnozes no asinsrites sistēmas slimību diagnožu grupas “sirds išēmiskās slimības (I20-I25)”¹²¹, jebkāda veida rehabilitāciju saņēmušas 390 (jeb 14%) unikālas personas.

Jāatzīmē, ka VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” ir norādījusi, ka, izvērtējot pašreiz pieejamo slimnīcas infrastruktūru un personāla resursus, tās Fizikālās medicīnas un rehabilitācijas centrs varētu nodrošināt kardiorehabilitāciju apmēram 20 pacientiem mēnesī un tas slimnīcas ieskatā ir nepietiekami. Slimnīca revīzijā norādīja, ka tās speciālistiem ir nepieciešamās zināšanas, pieredze un iestrādes, lai attīstītu un sniegtu valsts apmaksātus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, tai skaitā ambulatoro kardioloģisko rehabilitāciju. Slimnīca arī uzsvēra, ka, lai būtu iespējams plānot nepieciešamos slimnīcas resursus šī pakalpojuma nodrošināšanai, valsts finansējumam būtu jābūt prognozējamam gan īstermiņā, gan ilgtermiņā, kā arī nodalītam no pārējiem valsts apmaksājamiem pakalpojumiem.

Speciālisti uzsver: lai ārstēšanas process būtu efektīvs, medicīniskā rehabilitācija ir nākamais solis pēc slimības vai traumas, lai mazinātu to radītās sekas. Tas attiecas arī uz kardioloģisko rehabilitāciju, kas iekļauj fiziskās slodzes tolerances treniņu, kas savukārt ir nepieciešams sirds slimību pacientiem pēc akūta notikuma un/vai ar hroniskām sirds slimībām, lai atjaunotu dzīves kvalitāti, saglabātu vai uzlabotu darbību un lai novērstu turpmākus koronāros notikumus, hospitalizāciju un nāvi¹²².

Apkopojot revīzijā konstatēto, jāsecina, ka Veselības ministrija, neīstenojot pašas plānoto pasākumu – izstrādāt priekšlikumus ambulatorās kardioloģiskās rehabilitācijas programmas izveidei pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām pēc izrakstīšanās no stacionāra¹²³ –, nav rīkojusies stratēģiski, lai nodrošinātu kvalitatīvu, tai skaitā efektīvu un nepārtrauktu (nodrošinot ārstniecības pakalpojumu pēctecību pacientam visos tās posmos un veselības aprūpes līmeņos), ārstniecības procesu pacientiem ar kardioloģiskām saslimšanām.

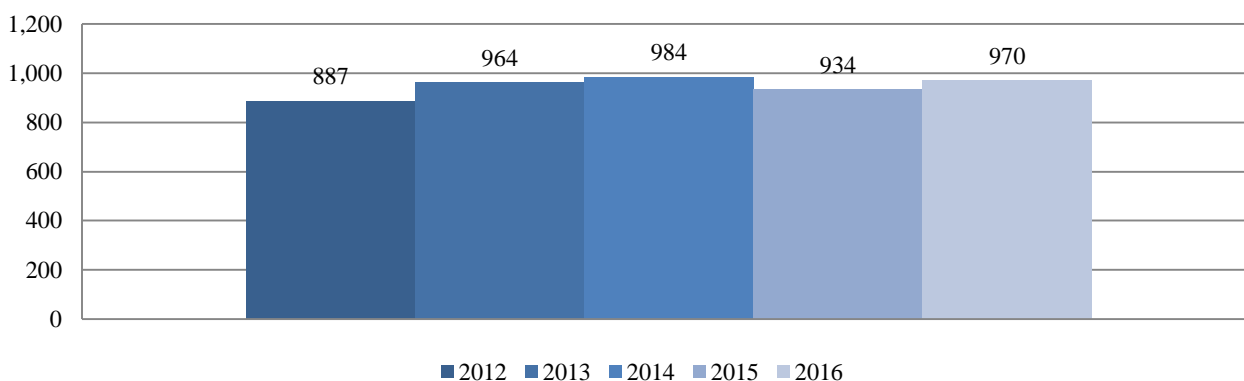
Arī revīzijā piesaistītais eksperts ir norādījis, ka situācijā, kad valsts līmenī tiek atzīts, ka sirds un asinsvadu slimību pacientiem ar noteiktiem kritērijiem atbilstoši nepieciešamībai ir jānodrošina ambulatorā rehabilitācija, tiem ir jābūt valsts apmaksātiem pakalpojumiem vismaz pēcakūtā posmā, jo par maksu piedāvātās rehabilitācijas programmas ir būtisks ierobežojums pacientiem.

Galvenie mirstības cēloņi sirds un asinsvadu slimību grupā ir sirds išēmiskās slimības – miokarda infarkts un cerebrovaskulāras slimības, piemēram, smadzeņu (cerebrāls) infarkts¹²⁴, kas ir viens no izplatītākajiem insulta veidiem. Revīzijā konstatēts, ka Latvijā gadu no gada sirds un asinsvadu slimības, tai skaitā insults, gandrīz 25% gadījumu ir iemesls pirmreizējās invaliditātes piešķiršanai, tas gan vairāk skar personas vecuma grupā pēc 60 gadiem¹²⁵.

Kā liecina Latvijas Neirologu biedrības mājas lapā pieejamā informācija¹²⁶, par saslimstību ar insultu Latvijā precīzu ziņu nav. Zināms, ka stacionāros ik gadu ārstējas aptuveni 7000 pacientu ar cerebrālu infarktu un nedaudz vairāk par 1000 pacientiem ar hemorāģisku insultu. Jomas speciālisti ir norādījuši, ka pēc pārciesta insulta rehabilitācija ir ļoti svarīga. Insulta pacientu rehabilitācijai ir vairāki uzdevumi – uzlabot pacienta fizisko un kognitīvo stāvokli, nodrošināt maksimālu pacienta funkcionālo neatkarību, palīdzēt pacientam atgriezties ģimenē un sabiedrībā, atjaunot pacienta dzīves kvalitāti. Speciālisti uzskata, ka vislielāko atdevi no rehabilitācijas var gaidīt pirmajos sešos mēnešos pēc insulta, turklāt, jo intensīvāk ar insulta slimnieku strādā pirmajos trīs mēnešos, jo labāki ir rezultāti.

Revīzijā Veselības ministrijai tika pieprasīti dati par kopējo insulta pacientu skaitu, kuriem būtu nepieciešami dienas stacionāru, ambulatoro ārstniecības iestāžu un mājas aprūpes medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi.

Veselības ministrija norādīja¹²⁷, ka šādu datu tās rīcībā nav un tai nav pienākums izvērtēt, kāda veida rehabilitācijas pakalpojumi nepieciešami pacientam pēc insulta vienības, jo tas ir ārstu kompetencē. Veselības ministrija varēja iesniegt tikai prognozētos datus¹²⁸ par insulta pacientu skaitu, kuriem ir nepieciešama rehabilitācija, bet kuri to nesaņem, skatīt 11.attēlu.



11.attēls. Prognozēto pacientu skaits pakalpojumu programmā “Neiroloģija (insulta vienība) (3.2.47.)” laika periodā no 2012.gada līdz 2016.gadam, kuri nesaņem rehabilitāciju pēc insulta vienības, bet kuriem tā ir nepieciešama.

Avots: Veselības ministrija.

Revīzijā SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” ir norādījusi¹²⁹, ka ārstniecības iestādes kapacitāte (rehabilitācijas nodaļu/gultu skaits) ir pietiekama, lai sniegtu pakalpojumu tiem pacientiem, kuriem tas ir nepieciešams. Slimnīca norādīja, ka atbilstoši pētījumiem¹³⁰ 30-40% pacientu ir nepieciešama stacionārā rehabilitācija – pārējie to var saņemt mājās vai ambulatori, atkarībā no funkcionēšanas traucējumu smaguma, savukārt 20% pacientu ir nepieciešama aprūpe. Piemēram, 2017.gadā slimnīcas insulta vienībā tika stacionēti 747 pacienti¹³¹, tomēr esošais finansējums ļauj nodrošināt stacionāro subakūto rehabilitāciju pēc insulta vienības tikai 20% pacientu, piemēram, 2017.gadā valsts finansētu rehabilitāciju ir saņēmuši 158 pacienti, kas ir divas reizes mazāk nekā nepieciešams.

Vienlaikus slimnīca informēja¹³², ka tās rīcībā nav apkopotu statistikas datu par nepieciešamo rehabilitācijas pakalpojumu apjomu pacientiem pēc insulta vienības vai pacientiem ar citām diagnožu grupām, kuriem būtu nepieciešami dienas stacionāra, ambulatori vai mājas aprūpes ietvaros sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi.

Slimnīcas¹³³ ieskatā ir virkne nepilnību rehabilitācijas procesa organizēšanā tieši insulta pacientiem. Piemēram, valstī nav nodrošināta centralizēta insulta pacientu koordinēšana rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, tādējādi rehabilitācijas iespēju meklēšana ir atstāta pašu pacientu un viņu piederīgo ziņā, nav atlasas kritēriju dažādiem rehabilitācijas posmiem, lietojot standartizētus novērtēšanas instrumentus, nav attīstīta rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība reģionālajās slimnīcās, nodrošinot pēctecību, nav izveidots medicīniskās aprūpes slimnīcu tīkls valstī, nav vienotas informācijas par sniegtā pakalpojuma efektivitāti, jo netiek vērtēti rezultāti kopumā.

Slimību profilakses un kontroles centrs^{134,135} 2013.gadā izveidoja darba grupu, kuras uzdevums bija izstrādāt priekšlikumus cerebrālo asinsvadu veselības uzlabošanai. Darba grupa ir atzinusi vienotas un uz objektīvu pacienta funkcionēšanas novērtēšanu balstītas insulta pacientu rehabilitācijas pakalpojumu sistēmas trūkumu. Tāpēc darba grupas ieskatā:

- ❖ nepieciešami kritēriji mērķtiecīgai insulta pacientu atlasei dažādiem rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem;
- ❖ nepieciešama pacientu funkcionēšanas novērtēšanā iesaistīto speciālistu regulāra apmācība, un novērtēšanas rezultātu pārraudzība un analīze, uz rezultātu, nevis tikai uz procesu orientētas rehabilitācijas pakalpojumu sistēmas nodrošināšana.

Lai gan Veselības ministrija darba grupas priekšlikumus saņēma jau 20.01.2015., tomēr darbs pie to īstenošanas ir tikai sākuma stadijā. Ministrija revīzijā sniedza informāciju¹³⁶, ka Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projekta¹³⁷ ietvaros NVD veic iepirkumu¹³⁸ klīnisko vadlīniju identificēšanai un tām atbilstošu klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrādei prioritārajās veselības jomās, tai skaitā smadzeņu insulta agrīnai rehabilitācijai.

Tai pašā laikā Veselības ministrija revidentiem norādīja, ka tās ieskatā¹³⁹ jau šobrīd informācija par insulta pacientu rehabilitācijas organizēšanas kārtību ir pietiekoša.

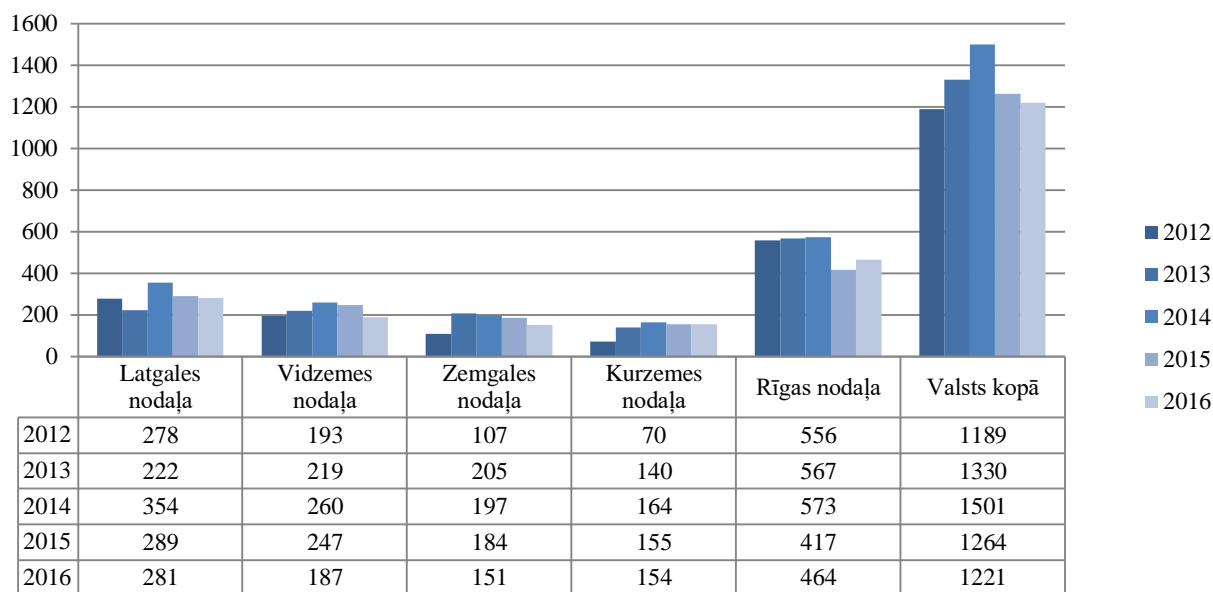
Papildus Veselības ministrija informēja¹⁴⁰, ka:

- ❖ VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” realizē Eiropas Sociālā fonda projektu¹⁴¹, kura mērķis ir veikt funkcionēšanas novērtēšanas sistēmas izpēti Latvijā un ārvalstīs, lai atrastu piemērotāko funkcionēšanas novērtēšanas sistēmu palīgīdzekļu jomā Latvijas apstākļiem.

Projekta rezultātā iegūtā informācija, tai skaitā novērtēšanas instrumenti, ir izmantojama arī funkcionēšanas novērtēšanai insulta pacientiem;

- ❖ insulta pacientu novērtēšanā arī šobrīd tiek izmantoti dažādi starptautiski atzīti instrumenti un skalas. Piemēram, VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” insulta rehabilitācijas programmā rutīnveidā izmantojamie instrumenti un testi ir šādi: funkcionālās neatkarības mērījums (FIM), motorikas skala u.c. Šādu testu un skalu izmantošana ir multidisciplināras rehabilitācijas komandas kompetencē, izvēloties konkrētā insulta pacienta funkcionēšanas traucējumiem atbilstošākos instrumentus;
- ❖ VISA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” Fizikālās medicīnas un rehabilitācijas centra speciālisti adaptējuši starptautisku novērtēšanas protokolu pēc insulta akūtā perioda tālākai nosūtīšanai uz rehabilitāciju.

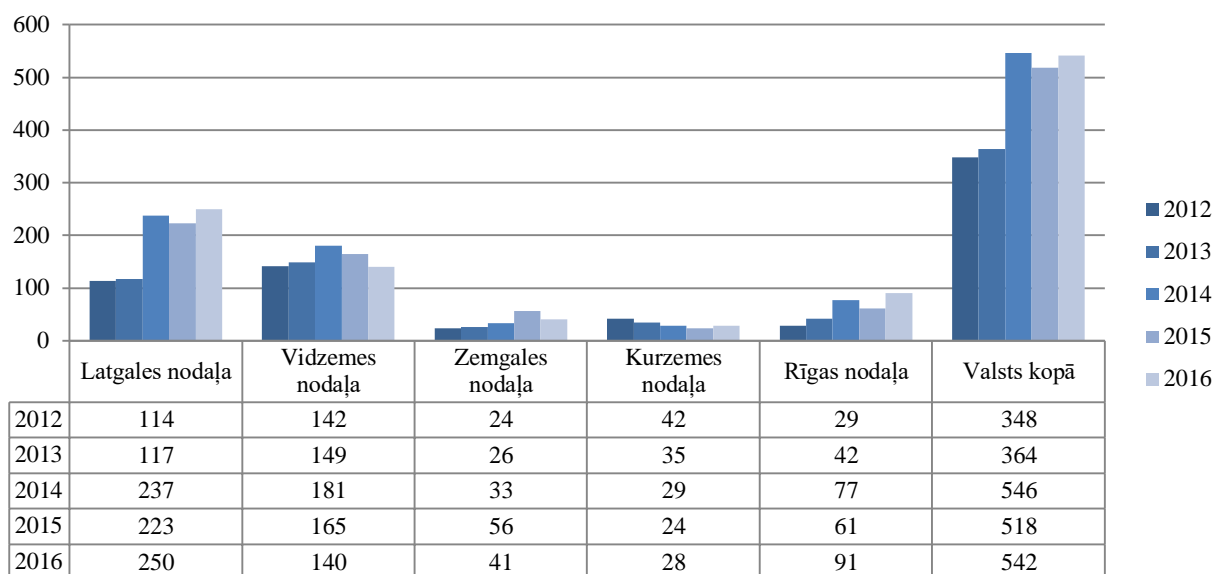
Tā kā dati par pacientu skaitu, kuriem nepieciešama medicīniskā rehabilitācija nav pieejami, revidenti, vērtēja datus¹⁴² par insulta pacientu skaitu (atbilstoši pamata diagnozei), kas saņēmuši medicīnisko rehabilitāciju pakalpojumu programmā “Rehabilitācijas pakalpojumi” ambulatorajās ārstniecības iestādēs, un konstatēja, ka pacientu skaitam ir tendence samazināties, piemēram, 2014.gadā rehabilitācijas pakalpojumus saņēma 1501 pacients, savukārt 2016.gadā – 1221, skatīt 12.attēlu.



12.attēls. Insulta pacientu skaits (atbilstoši pamata diagnozei), kas saņēmuši medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus (pakalpojumu programma “Rehabilitācijas pakalpojumi”) ambulatorajās ārstniecības iestādēs, laika periodā no 2012.gada līdz 2016.gadam.

Avots: Nacionālais veselības dienests.

Savukārt insulta pacientu skaits, kuri saņēmuši medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus dienas stacionārā, laika periodā no 2014.gada līdz 2016.gadam ir gandrīz nemainīgs, skatīt 13.attēlu.



13.attēls. Insulta pacientu skaits, kas saņēmuši dienas stacionāra medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus laika periodā no 2012.gada līdz 2016.gadam.

Avots: Veselības ministrija.

Revīzijas laikā, analizējot iesniegtos NVD datus¹⁴³ par darbaspējīga vecuma personām (vecumā no 18 līdz 59 gadiem), konstatēts, ka 2016.gadā no 1639 unikālajām personām, kurām ir uzstādītas diagnozes no asinsrites sistēmas slimību diagnožu grupas – cerebrovaskulārās slimības (I60-I69)¹⁴⁴, jebkāda veida rehabilitāciju saņēmušas 476 (jeb 29%) unikālas personas.

Savukārt, vērtējot rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas pamatojumu, konstatēts, ka no diagnožu grupas “Asinsrites sistēmas slimības (I00-I99)”¹⁴⁵ attiecīgi 2015. un 2016.gadā tie ir bijuši vien 5% un 6% no visiem rehabilitācijas gadījumiem.

Revīzijas laikā ir noskaidrots, ka Veselības ministrija¹⁴⁶ neapkopo datus par pacientiem, kuriem hospitalizācijas beigās nozīmēta rehabilitācija un kuri, to nesaņemot, ir atkārtoti hospitalizēti. Veselības ministrija uzskata, ka informāciju par atkārtotas hospitalizācijas iemesliem uzglabā katra konkrētā ārstniecības iestāde, tomēr revidenti ir noskaidrojuši, ka arī ārstniecības iestādes, piemēram, VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” šādu informāciju neapkopo.

Lai gan Veselības ministrija uzskata, ka normatīvo aktu regulējums par insulta pacientu rehabilitācijas organizēšanas kārtību ir pietiekami informatīvs, kā arī ir uzskaitījusi realizējamus projektus un pasākumus, lai sakārtotu un uzlabotu tieši insulta pacientu rehabilitāciju, apkopotie statistikas dati liecina, ka šo pacientu rehabilitācijas nodrošināšanas procesu ir nepieciešams būtiski uzlabot.

Rehabilitācija veselības aprūpes mājās ietvaros

Revidenti neapšaubā rehabilitācijas pakalpojumu nepieciešamību veselības aprūpes mājās ietvaros, tomēr vērš uzmanību, ka Veselības ministrijas rīcībā nav informācijas, lai novērtētu, vai tiek sasniegti pakalpojuma ieviešanas mērķi un rezultatīvie rādītāji, savukārt mājās aprūpes pakalpojumu efektivitāti nemaz nav paredzēts vērtēt. Līdz ar to nav iespējams novērtēt, vai ir sekmēta šī pakalpojuma ieviešanas galvenā mērķa sasniegšana – uzlabot hroniski slimo pacientu veselības aprūpi, tā samazinot pacientu uzturēšanās laiku stacionārā, nodrošinot iespēju saņemt savlaicīgu rehabilitāciju un samazinot pacientu atkārtotu hospitalizāciju.

Veselības ministrija, organizējot un finansējot veselības aprūpi mājās, nav nodrošinājusi šī pakalpojuma vienlīdzīgu un savlaicīgu pieejamību visā Latvijas teritorijā, jo, piemēram, Vidzemē veselības aprūpe mājās pacientiem, kuri dzīvo attālākās lauku teritorijās, ir pieejama ierobežotā apmērā.

Revidentu ieskatā Veselības ministrija, neuzraugot mājās aprūpes pakalpojuma īstenošanu, ir radījusi risku, ka nedarbojas pacienta medicīniskās aprūpes nepārtrauktības princips. Kā noskaidrots revīzijā, gaidīšanas rinda rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai mājās aprūpē tomēr pastāv un tā iemesls ir ierobežotais valsts finansējums un ārstniecības iestāžu cilvēkresursi, turklāt ne NVD īstentā pakalpojuma organizēšanas kārtība, ne pakalpojuma tarifs nemotivē ārstniecības iestādes uzturēt infrastruktūru un piesaistīt personālrесursus, lai sniegtu mājās aprūpes pakalpojumu attālākos lauku reģionos.

NVD nodrošina kontroli pār finansējuma izlietojumu, bet neveic sniegtā pakalpojuma iznākuma novērtēšanu, līdz ar to netiek gūta pārlicība, vai speciālistu apmeklējumu skaita pieaugums pie pacienta ir uzlabojis rehabilitācijas iznākumu vai tomēr tas ir veids, kā pēc iespējas ātrāk “apgūt” valsts budžeta līdzekļus.

Veselības ministrijas politika rehabilitācijas jomā attiecībā uz hroniski slimo pacientu veselības aprūpi

Ja personai nepieciešams ambulatorais veselības aprūpes pakalpojums, bet medicīnisku indikāciju dēļ tā nespēj ierasties ārstniecības iestādē šī pakalpojuma saņemšanai, viņai to sniedz mājās.

Izvērtējot Veselības ministrijas plānoto politiku rehabilitācijas jomā, konstatēts, ka ar mērķi uzlabot hroniski slimo pacientu veselības aprūpi tika plānots **veikt mājās aprūpes pakalpojumu sniegšanā**

iesaistīto institūciju darbības izvērtējumu un izstrādāt priekšlikumus mājas aprūpes pakalpojumu paplašināšanai¹⁴⁷. Šī pasākuma izpildes termiņš bija 01.01.2013.

Mājas aprūpes pakalpojums tika paplašināts, veicot vairākus grozījumus Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību¹⁴⁸, paredzot, ka tas ietver arī rehabilitācijas pakalpojumus pacientiem ar cerebrovaskulārām diagnozēm, pacientiem ar muguras smadzeņu bojājumiem ar diagnozi T91.3 (spinālajiem pacientiem) un bērniem, kas atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē.

Saskaņā ar anotācijā norādīto izmaiņas tika veiktas, lai mazinātu finansiālos šķēršļus (piemēram, ceļa izdevumi un uzturēšanās izdevumi) veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai, jo pakalpojumi tiek nodrošināti pacienta dzīvesvietā, tā veicinot pasākuma rezultatīvo rādītāju sasniegšanu, skatīt 14.attēlu.

Tiks samazināts pacientu uzturēšanās laiks stacionārajā ārstniecības iestādē

Nodrošināta iespēja saņemt savlaicīgu un pacientam pieejamu (pietuvinātu) medicīnisko palīdzību, tai skaitā rehabilitācijas pakalpojumus sava veselības stāvokļa uzlabošanai un atjaunošanai

Samazināts gadījumu skaits, kad pacients var tikt atkārtoti hospitalizēts

14.attēls. Mājas aprūpes paplašināšanas sākotnējās ietekmes novērtējumā norādītie ieguvumi.

Revīzijā pieprasīta informācija no Veselības ministrijas un ārstniecības iestādēm, lai novērtētu, vai izvirzītie rādītāji ir sasniegti.

Revīzijas laikā konstatēts, ka Veselības ministrija¹⁴⁹ neapkopo datus par pacientiem, kuriem hospitalizācijas beigās nozīmēta rehabilitācija un kuri, to nesaņemot, ir atkārtoti hospitalizēti. Ministrija norādīja, ka šādu informāciju apkopo, izsniedz un uzglabā katra konkrētā ārstniecības iestāde. Arī revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes – VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” – atbildēja¹⁵⁰, ka tās neapkopo informāciju par pacientu skaitu, kuri, nesaņemot rehabilitāciju, ir atkārtoti hospitalizēti.

Tāpēc pasākuma rezultatīvā rādītāja – “nodrošināta iespēja saņemt savlaicīgu medicīnisko palīdzību, tai skaitā rehabilitācijas pakalpojumus, sava veselības stāvokļa uzlabošanai un atjaunošanai, līdz ar to mazinot gadījumu skaitu, kad pacients var tikt atkārtoti hospitalizēts” – sasniegšanu nav iespējams novērtēt.

Informējot par plānotā rezultāta – nodrošināta iespēja saņemt savlaicīgus un pacientam pieejamus (pietuvinātus) rehabilitācijas pakalpojumus – sasniegšanu, Veselības ministrija norādīja¹⁵¹, ka tas ir sasniegts daļēji, jo rehabilitācijas speciālistu trūkums reģionos apgrūtina pakalpojuma nodrošināšanu, līdz ar to tiek ietekmēta arī veselības aprūpes pakalpojuma pieejamība.

Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.–2016.gadam attiecībā uz veselības aprūpi mājās norādīts, ka šis pakalpojums ir ieviests nesēn un ir nepieciešama ilgstošāka tā darbība, lai varētu veikt izvērtējumu. Veselības ministrija revīzijā informēja¹⁵², ka šāds izvērtējums arvien nav veikts.

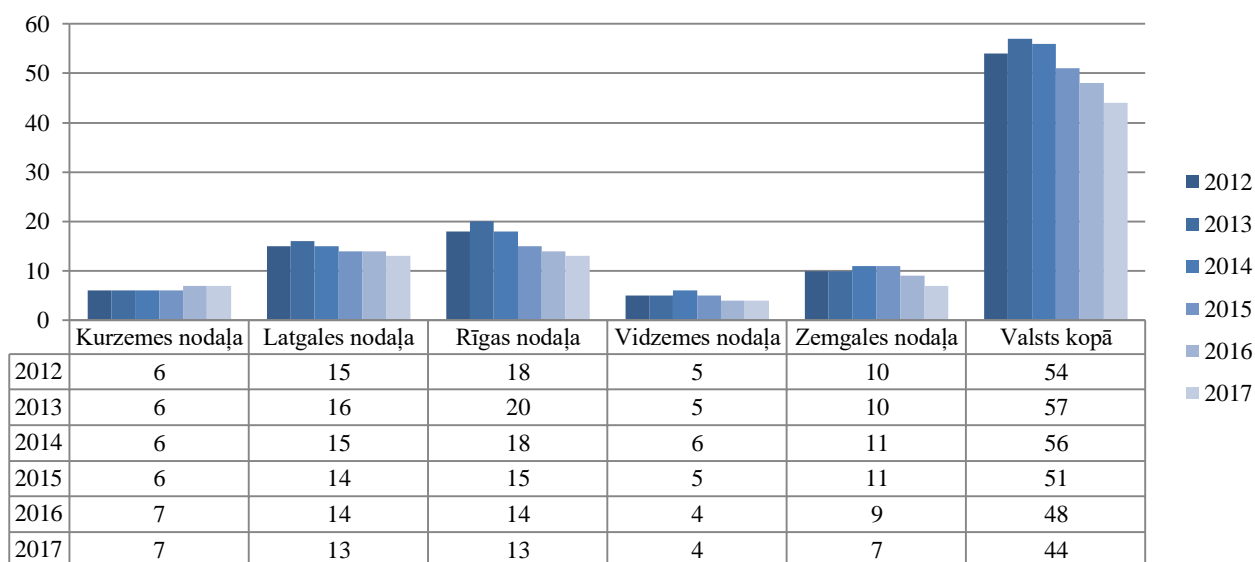
Revidenti neguva atbildi, vai ir sekmēta šī pakalpojuma ieviešanas galvenā mērķa sasniegšana – uzlabot hroniski slimo pacientu veselības aprūpi, tā samazinot pacienta uzturēšanās laiku stacionārā un nodrošinot iespēju saņemt savlaicīgus rehabilitācijas pakalpojumus, samazinot gadījumu skaitu, kad pacients var tikt atkārtoti hospitalizēts –, turklāt Veselības ministrija nav vērtējusi ieviesto pasākumu sasniegtos rezultātus, kā arī mājās aprūpes pakalpojumu efektivitāti kopumā.

Rehabilitācijas mājās aprūpes ietvaros finansējums un pieejamība

Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.–2016.gadam¹⁵³ norādīts, ka veselības aprūpe mājās ir pieejama visā Latvijas teritorijā, tomēr atsevišķos reģionos šo pakalpojumu pieejamība ir ierobežota.

Lai iegūtu priekšstatu par mājās aprūpes pakalpojuma organizēšanas procesu, tai skaitā pieejamību, revidenti analizēja datus par ārstniecības iestādēm plānoto finanšu līdzekļu apjomu, pakalpojumu sniedzēju skaitu un to izvietojumu, kā arī veica aptauju ārstniecības iestādēs, kuras sniedz rehabilitācijas pakalpojumus mājās aprūpes ietvaros.

Revidenti apkopoja datus par faktiskajiem rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem mājās aprūpes ietvaros (bez rehabilitologu mājās vizītēm) laika periodā no 2012.gada līdz 2017.gadam un konstatēja, ka pakalpojumu sniedzēju skaitam ir tendence samazināties. Vērtējot pakalpojumu sniedzēju skaitu dalījumā pa teritorijām, konstatēts, ka vismazāk pakalpojumu sniedzēju ir Vidzemē, piemēram, 2017.gadā faktiski pakalpojumu sniegušas četras ārstniecības iestādes, skatīt 15.attēlu.



15.attēls. Ārstniecības iestāžu skaits, kas nodrošināja rehabilitācijas pakalpojumus mājās aprūpē laika periodā no 2012.gada līdz 2017.gadam.

Avots: Nacionālais veselības dienests.

Analizējot datus par pakalpojumu sniedzējiem un pakalpojumu sniegšanas teritorijām 2017.gadā¹⁵⁴, revidenti konstatēja, ka visi novadi ir pārklāti, izņemot Vidzemi, kur medicīniskā rehabilitācija mājās aprūpes ietvaros nav pieejama 19 novados¹⁵⁵.

Veselības ministrijas ieskatā¹⁵⁶ viens no iespējamiem iemesliem, kādēļ veselības aprūpes mājās ietvaros ir ierobežota rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība, ir ārstu nevienlīdzīgais sadalījums. Atbilstoši Veselības ministrijas skaidrojumam¹⁵⁷ no valsts budžeta apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi tiek plānoti atbilstoši ikgadējam budžetam, kā arī atbilstoši pakalpojumu sniedzēja uzrādītām noteiktām teritorijām, kurās ārstniecības iestādei ir pieejami personāla resursi pakalpojumu nodrošināšanai, jo rehabilitācijas pakalpojumus mājās sniedz sertificēti fizioterapeiti, ergoterapeiti vai audiologopēdi, kuri strādā ārstniecības iestādē, kas noslēgusi ar NVD līgumu par veselības aprūpes mājās nodrošināšanu.

Revidenti ir konstatējuši, ka jau 2015.gadā NVD bija zināms, ka pakalpojuma “Rehabilitācijas pakalpojumi mājās aprūpē” nodrošinājums Latvijas teritorijā, īpaši Vidzemē, ir nepietiekošs. NVD revīzijā paskaidroja¹⁵⁸, ka, lai risinātu pakalpojuma pieejamības problēmas, regulāri, bet ne retāk kā reizi gadā (parasti pirms līguma plānošanas), tiek uzrunāti pakalpojumu sniedzēji par iespēju paplašināt veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniegšanas teritorijas, lai iekļautu līgumos teritorijas, kurās ir apgrūtināta pakalpojumu pieejamība. NVD lūdza arī Latvijas Fizioterapeitu asociāciju un Latvijas Ārstu rehabilitologu asociāciju sniegt priekšlikumus situācijas uzlabošanai, bet atsaucās tikai Latvijas Ārstu rehabilitologu asociācija, kas ierosināja pakalpojuma pieejamības nodrošināšanai slēgt līgumu arī ar funkcionālo speciālistu praksēm par rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu mājās, ne tikai ar mājās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kā arī pārskatīt pakalpojumu apmaksas tarifu.

Ārstniecības iestādes, kas ir izteikušas vēlmi slēgt līgumu ar NVD, tiek reģistrētas gaidīšanas sarakstā. Saskaņā ar NVD mājaslapā pieejamo informāciju rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai mājās aprūpes ietvaros¹⁵⁹ Vidzemē nav reģistrēts neviens pakalpojumu sniedzējs. *Tādējādi secināms, ka NVD veiktās darbības nav devušas vēlamo rezultātu pakalpojumu pieejamības uzlabošanai.*

Revīzijā noskaidrots, ka, piemēram, SIA “Vidzemes slimnīca” nesniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās aprūpē, jo tai nav speciālistu un ir zems pakalpojuma tarifs¹⁶⁰.

Revīzijā konstatēts arī, ka 2017.gadā visās teritorijās, izņemot Rīgu, faktiski veiktā darba apjoms ir mazāks, nekā līgumos paredzēts, piemēram, Vidzemē darbs ir paveikts 32 819 *euro* apmērā, lai gan līguma summa ir 37 752 *euro*, tas ir, par 15% mazāk.

Aptaujājot ārstniecības iestādes, revidenti ir noskaidrojuši, ka pakalpojumi pacientiem netiek sniegti plānotajā apjomā, jo ir apgrūtināta līdzekļu plānošana un organizēšana, kas savukārt ir atkarīga no tā, kā valsts organizē un apmaksā šo pakalpojumu. Ārstniecības iestādes norādīja uz vairākiem trūkumiem pakalpojuma organizēšanā, piemēram:

- ❖ gadam noteiktais finansējums tiek izpildīts jau pirmajā pusgadā, jo pakalpojums ir jāsniedz savlaicīgi, ko nosaka medicīniskās indikācijas, kā arī normatīvais regulējums. NVD izvērtē pirmajā pusgadā izpildīto finansējumu, un pārsnieguma gadījumā finanšu apjomu gadam palielina no augusta mēneša, kas bieži vien jau ir par vēlu tiem pacientiem, kuriem pakalpojums bija nepieciešams no pirmā pusgada;
- ❖ gada sākumā, parakstot līgumu ar NVD, tiek plānoti nepieciešamie cilvēkresursi, lai nodrošinātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājās. Tā kā akūto pacientu plūsmu paredzēt nav

iespējams, iestāde nevar atļauties piesaistīt papildu speciālistus un, nenodrošinot tos ar darbu, maksāt par dīkstāvi;

- ❖ samaksa par pakalpojumu nemainās no attāluma un patērētā laika nokļūšanai līdz pacientam. Mājas aprūpes tarifs nemotivē ārstus doties pie pacientiem, kuri atrodas tālāk no prakses vietas.

NVD revīzijā paskaidroja¹⁶¹, ka kopējā tarifā ir iekļauts elements U jeb pieskaitāmās un netiešās ražošanas izmaksas 3,96 euro apmērā, kas ietver arī ceļa izdevumus speciālistu nokļūšanai līdz pacienta dzīvesvietai. Pēc revidentu aplēsēm, ja visu šo summu izlietotu tikai degvielas iegādei, tad varētu apmeklēt pacientus, kas atrodas apmēram 20-25 kilometru rādiusā no ārstniecības iestādes. *Revidentu ieskatā tas varētu būt ierobežojums pakalpojumu sniegšanai pacientiem, kuri dzīvo attālākās lauku teritorijās.*

Turklāt Veselības ministrija Revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā ir norādījusi, ka tarifu pārrēķinu veic, ja ir saņemts ārstniecības iestādes vai profesionālo asociāciju iesniegums ar pamatojumu tarifa pārrēķināšanai. Saistībā ar nepieciešamību pārrēķināt mājas aprūpes tarifu, NVD nav saņēmis nevienu iesniegumu no ārstniecības iestādes vai profesionālās asociācijas.

Revīzijā noskaidrots, ka NVD¹⁶² finanšu līdzekļus ārstniecības iestādēm rehabilitācijas pakalpojumiem mājās plāno atbilstoši iedzīvotāju skaitam attiecīgajā teritorijā. Piemēram, 2017.gada sākumā plānotais finanšu apjoms¹⁶³ rehabilitācijas pakalpojumiem mājās Latgales teritorijas iedzīvotājiem bija 111 395 euro, bet Vidzemes teritorijas iedzīvotājiem – 105 807 euro, skatīt 4.tabulu.

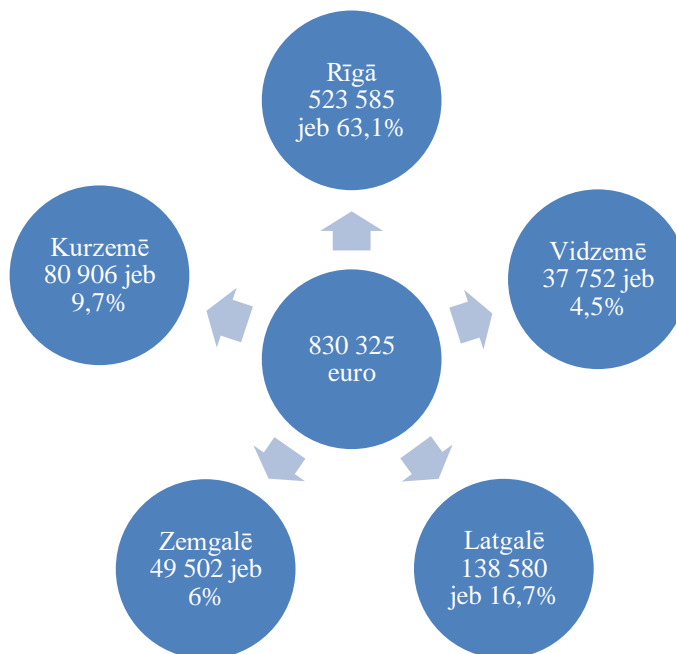
4.tabula

Nacionālā veselības dienesta 2017.gada sākumā plānotais finanšu apjoms rehabilitācijas pakalpojumiem mājās Latgales un Vidzemes teritorijas iedzīvotājiem

NVD teritoriālā nodaļa (pakalpojuma sniedzēja)	Iedzīvotāju skaits pašvaldībās (uz 01.07.2016.)	Vienam iedzīvotājam NVD plānotais līdzekļu apjoms	Līdzekļu apjoms pakalpojumu nodrošināšanai 2017.gadā
1	2	3	4=2*3
Vidzemes nodaļa	264 518	0,40	105 807
Latgales nodaļa	278 488	0,40	111 395

Avots: Nacionālais veselības dienests.

Tomēr revidenti, izvērtējot NVD mājas lapā pieejamo informāciju¹⁶⁴ par veikto rehabilitācijas pakalpojumu apjomu mājas aprūpes ietvaros, konstatēja, ka NVD plānotais finanšu apjoms un faktiskās līguma summas attiecīgajās teritorijās būtiski atšķiras. Piemēram, 2017.gadā Vidzemes teritorijā faktiskā līgumu summa ir gandrīz trīs reizes mazāka nekā plānotā, skatīt 16.attēlu.



16.attēls. 2017.gada rehabilitācijas speciālista pacienta veselības aprūpe mājās līguma summas, *euro*.

Avots: Nacionālais veselības dienests.

Izdalot 2017.gadā finanšu līdzekļu apjomu ar iedzīvotāju skaitu sadalījumā pa teritorijām atbilstoši noslēgto līgumu summām, konstatēts, ka rehabilitācijas pakalpojumiem mājās uz vienu iedzīvotāju Rīgā atbilstoši noslēgtajiem līgumiem paredzēti ir 0,55 *euro*, savukārt Vidzemē četras reizes mazāk – 0,14 *euro* uz vienu iedzīvotāju, skatīt 5.tabulu.

5.tabula

Uz vienu iedzīvotāju faktiskais līdzekļu apjoms sadalījumā pa teritorijām atbilstoši 2017.gadā ar ārstniecības iestādēm par rehabilitācijas pakalpojumiem mājās noslēgtajām līguma summām

Teritoriālā nodaļa (pakalpojuma sniedzēja)	Iedzīvotāju skaits teritoriālajā nodaļā ¹⁶⁵	Faktiskās līguma summas, <i>euro</i>	Uz vienu iedzīvotāju faktiskais līdzekļu apjoms, <i>euro</i>
1	2	3	4=3/2
Rīgas nodaļa	946 407	523 585	0,55
Kurzemes nodaļa	326 525	80 906	0,25
Latgales nodaļa	281 968	138 580	0,49
Vidzemes nodaļa	268 370	37 752	0,14
Zemgales nodaļa	321 493	49 502	0,15

Nevienmērīgais līdzekļu sadalījums, slēdzot līgumus, norāda, ka ne visiem Latvijas iedzīvotājiem ir nodrošinātas vienlīdzīgas iespējas rehabilitācijas pakalpojumu pieejamībai veselības aprūpes mājās ietvaros, it īpaši Vidzemē, Zemgalē un Kurzemē.

NVD revīzijā paskaidroja¹⁶⁶, ka, plānojot no valsts budžeta apmaksātos pakalpojumus, tiek ņemts vērā ne tikai ikgadējais budžets (pieejamie finanšu līdzekļi) un normatīvajos aktos noteiktā kārtība, bet arī pakalpojumu sniedzēju norādītās teritorijas, kurās ārstniecības iestādei ir pieejami personāla resursi pakalpojumu nodrošināšanai. Lai nodrošinātu izmaksu ziņā efektīvu pakalpojumu sniegšanu, NVD gada laikā pārskata noslēgto līgumu izpildes un nepieciešamības gadījumā veic to finanšu apjoma grozījumus. Pārskatot veselības aprūpes mājās sniedzēju finanšu izpildi gada sešos un deviņos mēnešos, NVD papildus vērtē pakalpojuma izpildi līgumā norādītajās teritorijās un prioritāri papildu finansējumu virza tām ārstniecības iestādēm, kuras pakalpojumus ir nodrošinājušas visās līgumā ietvertajās teritorijās vismaz 75% apmērā.

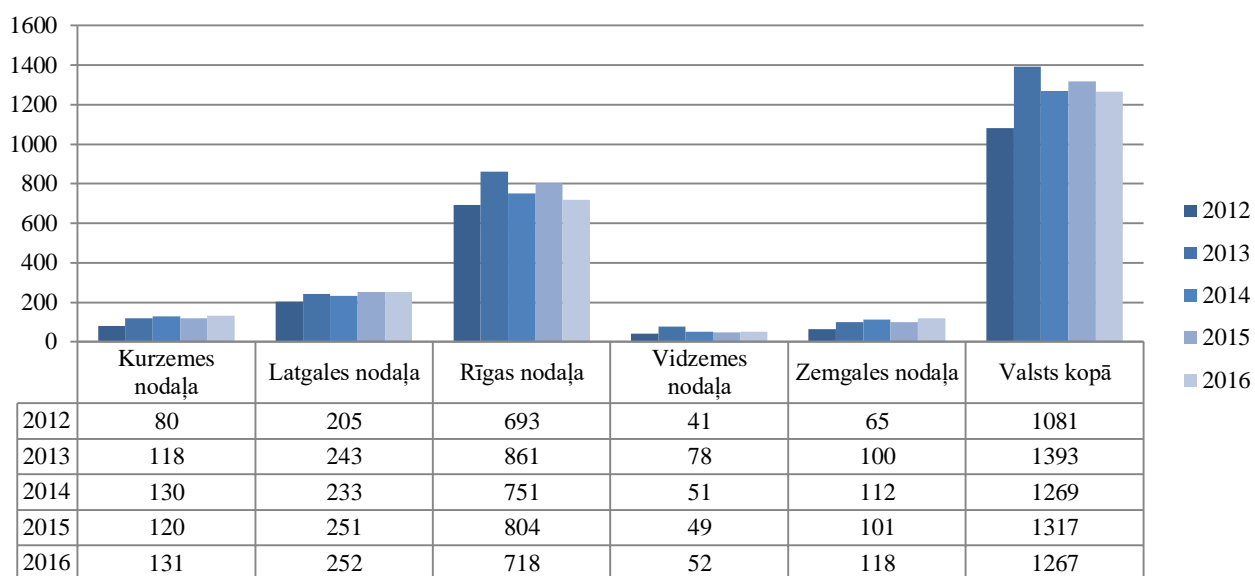
Par kopējo pacientu skaitu valstī, kuriem ir nepieciešami rehabilitācijas pakalpojumi mājās un pacientu skaitu, kuriem ir iespējas to saņemt, NVD revidenti norādīja¹⁶⁷, ka pacientu, kam nepieciešama veselības aprūpe mājās, veselības stāvoklis nepieļauj gaidīšanu rindā uz pakalpojumu un šāda saraksta veidošana radītu tikai lieku administratīvo slogu, līdz ar to šāda gaidīšanas rindas saraksta nav. NVD ieskatā¹⁶⁸ pakalpojums tiek nodrošināts atbilstoši nepieciešamībai.

NVD, analizējot sniegtā pakalpojuma apjomu laika periodā no 2015. līdz 2017. gadam, secināja, ka pakalpojums tiek nodrošināts atbilstoši nepieciešamībai un apjoms esošo pakalpojumu sniedzēju resursu ietvaros gadu dinamikā pieaug. Valsts apmaksātus rehabilitācijas speciālistu pakalpojumus mājās aprūpē 2017. gadā saņēma 1311 pacienti pēc insulta, kas ir 19% no stacionāra izrakstītiem pacientiem ar insulta diagnozi, un 42% no stacionāra insulta vienības izrakstītajiem pacientiem ar insulta diagnozi. Apmeklējumu skaits rehabilitācijas pakalpojumiem mājās aprūpē piecu gadu periodā pieaudzis no 38 618 līdz 44 871 apmeklējumiem gadā.

Tā kā NVD rīcībā nav datu par pacientu plūsmas organizēšanu, revidenti izlases veidā aptaujāja ārstniecības iestādes, lai noskaidrotu, kā tiek nodrošināta rehabilitācijas procesa nepārtrauktība un pēctecība. Aptaujā noskaidrots, ka gaidīšanas rinda rehabilitācijas pakalpojumu mājās aprūpē saņemšanai tomēr pastāv, ko ietekmē, piemēram, pieejamie valsts finanšu resursi, ārstniecības iestādes cilvēkresursi, kā arī pacienta atrašanās vieta.

Tāpēc revidenti secina, ka valstī nav nodrošināta vienlīdzīga iespēja saņemt rehabilitācijas pakalpojumus veselības aprūpes mājās ietvaros pacientiem, kam tā ir paredzēta un nepieciešama.

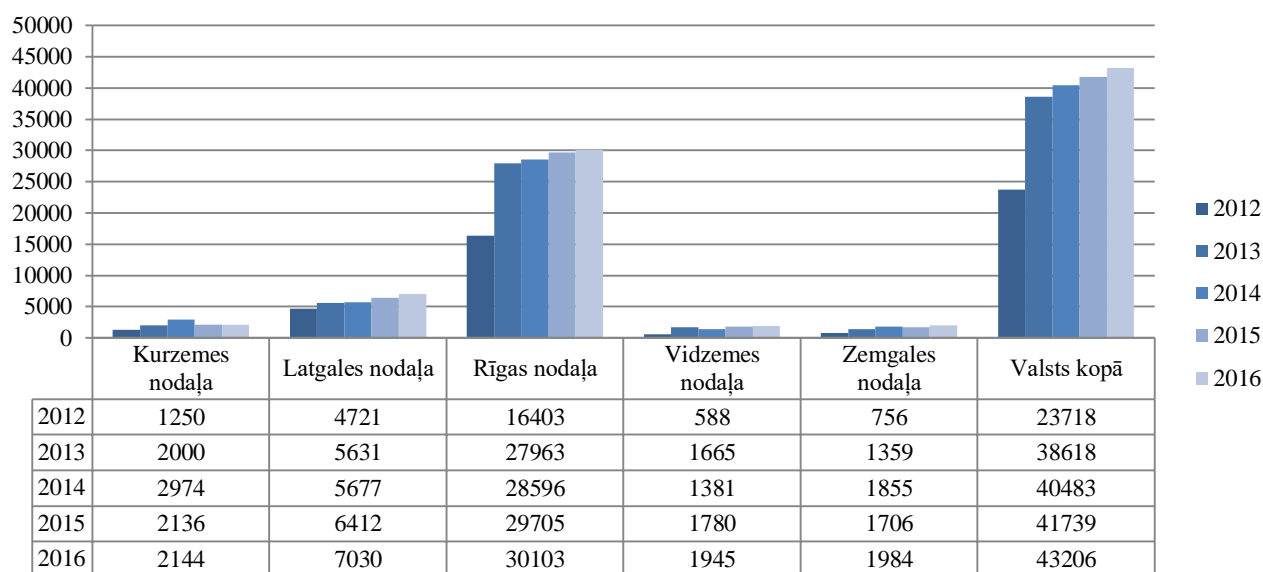
Revīzijā ir noskaidrots, ka atbilstoši statistikas datiem¹⁶⁹ pacientu skaits, kas saņēmuši rehabilitācijas speciālistu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās laika periodā no 2014. līdz 2016. gadam ir samērā nemainīgs, bez tendences ik gadu pieaugt, skatīt 17.attēlu.



17.attēls. Pacientu skaits, kas saņēmuši rehabilitācijas speciālistu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās laika periodā no 2012.gada līdz 2016.gadam.

Avots: Veselības ministrija.

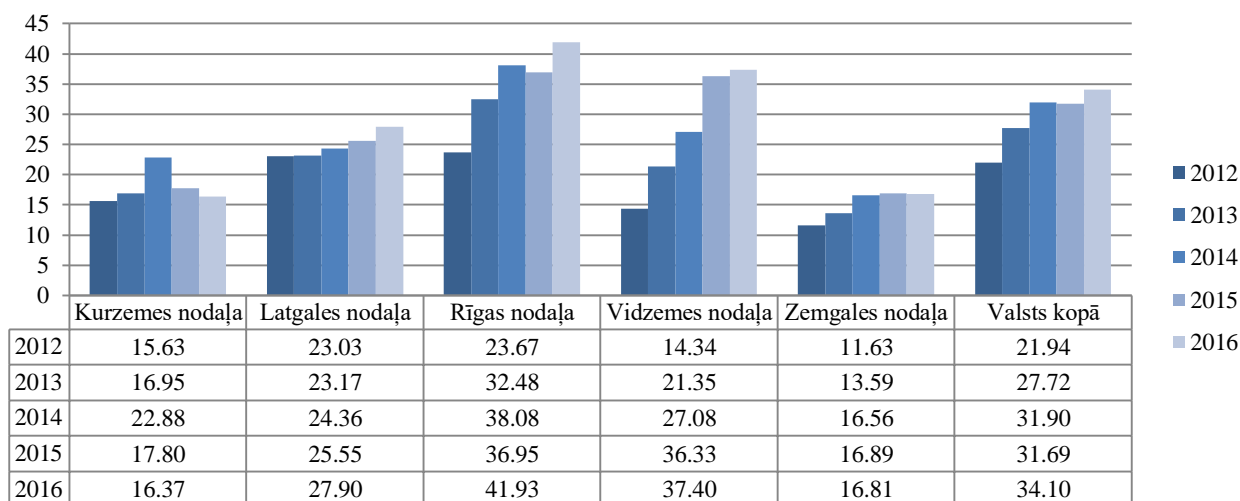
Tomēr rehabilitācijas speciālistu mājās aprūpes apmeklējumu skaitam ir tendence pieaugt¹⁷⁰. Piemēram, 2016.gadā, salīdzinot ar 2013.gadu, apmeklēto pacientu skaits ir samazinājies par apmēram 9%, bet speciālistu apmeklējumu skaits ir pieaudzis par apmēram 12%, kopumā apmeklējumu skaits ir pieaudzis gandrīz divas reizes – no 23 718 apmeklējumiem 2012.gadā līdz 43 206 apmeklējumiem 2016.gadā, skatīt 18.attēlu.



18.attēls. Rehabilitācijas speciālistu mājās aprūpes apmeklējumu skaits rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai laika periodā no 2012.gada līdz 2016.gadam.

Avots: Veselības ministrija.

Līdz ar to pieaug vidējais rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam¹⁷¹, piemēram, 2012.gadā vidējais apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam bija 22, savukārt 2016.gadā jau 34. Statistika liecina, ka vidējais apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam izteikti ir lielāks Rīgā un 2016.gadā tie ir 42 apmeklējumi vienam pacientam, skatīt 19.attēlu.



19.attēls. Vidējais rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai laika periodā no 2012.gada līdz 2016.gadam.

Avots: Veselības ministrija.

NVD, uzraugot rehabilitācijas pakalpojumu mājās aprūpes ietvaros sniedzēju darbu, veic šādas kontroles procedūras¹⁷²:

- ❖ plānošanas procesā – plānojot rehabilitācijas pakalpojumus mājās kārtējam gadam, ievēro, lai tiktu nodrošināts pakalpojuma teritoriālais pārklājums, plānojot pakalpojumu apjomu proporcionāli iedzīvotāju skaitam teritorijā;
- ❖ pakalpojuma sniegšanas procesā – NVD veic līguma izpildes kontroli un prioritāri papildu finansējumu virza ārstniecības iestādēm, kas pakalpojumu nodrošinājušas vismaz 75% pakalpojumus līgumā norādītajās teritorijās.

No NVD skaidrojuma izriet, ka kontroles, lai noskaidrotu, vai apmeklējumu skaita pieaugums ir saistīts ar sniegtā pakalpojuma iznākumu, netiek veiktas. Lai gan ir novērojama izteikta apmeklējumu skaita pieauguma tendence tieši Rīgā, kur ir vislielākais iedzīvotāju blīvums un pakalpojumu sniedzēju pārklājums, savukārt lauku teritorijās apmeklējumu skaits būtiski nepaaugstinās, NVD nav analizējusi šīs situācijas iemeslus. *Revidentu ieskatā izveidotās kontroles procedūras, kas vērstas tikai uz finansējuma izlietojuma kontroli, nav pietiekami efektīvas, lai novērtētu sniegtā pakalpojuma rezultātu un kvalitāti, tāpēc pastāv risks, ka mājās aprūpes pacientu apmeklējumu skaita pieaugums ir saistīts nevis ar pakalpojumu kvalitātes paaugstināšanu, bet gan ar vēlmi ātrāk apgūt pieejamo finansējumu.*

Arī eksperts ir norādījis, ka standartizētas dokumentācijas par funkcionēšanas problēmām, rehabilitācijas mērķiem, īstenotajām terapijām un uzlabojumiem mājās aprūpē trūkums varētu radīt risku attiecībā uz naudas apgūšanu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanā mājās aprūpes ietvaros, jo pakalpojuma līgumu summas vai sniegto unikālo pakalpojumu skaits faktiski neko neliecina par pakalpojuma efektivitāti (rehabilitācijas rezultātiem).

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam¹⁷³ norādīts, ka valsts apmaksāti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi veselības aprūpes mājās ietvaros veicinās rindu samazināšanos uz rehabilitācijas pakalpojumiem un pacientiem pēc insulta nodrošinās atveseļošanās procesa nepārtrauktību.

Veselības ministrija¹⁷⁴ ir norādījusi, ka izvērtējumu par valsts apmaksāto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veselības aprūpes mājās ietvaros ietekmi uz rehabilitācijas pakalpojumu rindu mazināšanu un pacientiem pēc insulta atveseļošanās procesa nepārtrauktības nodrošināšanu nav veikusi, *savukārt revidentu veiktās aptaujas ārstniecības iestādēs rezultāti ļauj secināt, ka rehabilitācijas pakalpojumu sniegšana mājās aprūpes ietvaros neatstāj būtisku ietekmi uz rehabilitācijas pakalpojumu rindu mazināšanu, taču nodrošina rehabilitācijas nepārtrauktību pacientiem.*

Ārstniecības iestādes ir norādījušas uz šādiem pakalpojuma organizācijas ieguvumiem un trūkumiem:

- ↓ rehabilitācijas mājās ietekme uz rehabilitācijas pakalpojumu rindu mazināšanu nav būtiska, jo uz rehabilitācijas pakalpojumiem mājās tiek nosūtīti pacienti ar smagu nespēju;
- ↑ rehabilitācijas mājās pieejamība insulta pacientam nodrošina atveseļošanās procesa nepārtrauktību, neatkarības līmeņa uzturēšanu un atjaunošanu;
- ↑ fizioterapeita mājās aprūpe pacientiem ar insulta diagnozi ir starposms, lai nodrošinātu rehabilitācijas procesa nepārtrauktību, kamēr pacientam tiek nodrošināta stacionārā rehabilitācija ar plašāku rehabilitācijas tehnoloģiju kopumu.

Revīzijā ir noskaidrots, ka rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai mājas aprūpes ietvaros pastāv problēmas ne tikai finanšu plūsmas organizēšanā, bet arī šī pakalpojuma kvalitātē.

Eksperta vērtējumā atsevišķu funkciju un aktivitāšu treniņš mājas vidē var būt optimāls, taču var būt situācija, kad nevar pilnvērtīgi pielietot dažādas specifiskas tehnoloģijas. Tāpat pacienta funkcionēšanas traucējumi var būt ļoti izteikti un pacientam faktiski nepieciešama aprūpe, nevis rehabilitācija.

Arī revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes norādīja, ka:

- ❖ mājas aprūpes ietvaros var būt nepiemērota vide un apstākļi, kas ir riska faktori kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanai;
- ❖ pacienta veselības stāvokļa uzlabošanu un atjaunošanu var nodrošināt tikai daļā gadījumu, jo parasti mājās nav vajadzīgo apstākļu un iespēju;
- ❖ ārstniecības iestāde neveido aktīvu atgriezenisko saiti ar pacientu par sniegtā pakalpojuma rezultātiem, jo tam nav resursu un tas faktiski nevienu neinteresē.

Arī eksperts ir norādījis, ka Veselības ministrijai būtu jāizvērtē, vai pakalpojumu var saņemt pacienti ar noteiktām diagnozēm (kā tas ir pašlaik) vai tomēr pakalpojums būtu piešķirams pacientiem ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem, piemērojot atlases kritērijus, kuru mazināšanai mājas vide ir piemērota. Eksperts norāda uz ārvalstu praksi, kur medicīnisko rehabilitāciju mājās nozīmē tad, ja pacientam ir ievērojamas pārvietošanās grūtības un viņš nevar saņemt rehabilitāciju ambulatori.

Arī revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes ir norādījušas, ka rehabilitācijas pakalpojumu mājas aprūpes ietvaros pieejamību būtu jāpaplašina. To vajadzētu nodrošināt pacientiem pēc gūžas, ceļa locītavu endoprotezēšanas, smagām traumām, sirds operācijām, plaušu artērijas tromboembolijas ar multiplo sklerozī, pacientiem, kuri nespēj paiet, lai nokļūtu līdz prakses vietai.

Ieteikumi

Lai nodrošinātu savlaicīgu invaliditātes risku atpazīšanu, kas ļautu pacientus aktīvi virzīt rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai šo risku mazināšanai, aicinām Veselības ministriju veikt darbības, lai pilnveidotu ģimenes ārstu izpratni par rehabilitācijas nozīmi un nepieciešamību nosūtīt pacientu tālākai izvērtēšanai.

Lai pacients sasniegtu labākus rezultātus ārstēšanās procesā, tai skaitā rehabilitācijā – paaugstināt akūtas un subakūtas rehabilitācijas pakalpojumu nozīmību pacientu koordinēšanā un ārstēšanā.

Lai pacientiem saglabātu vai atgrieztu darba spējas un mērķtiecīgi mazinātu paliekošus funkcionēšanas ierobežojumus, aicinām Veselības ministriju izvērtēt iespēju noteikt prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem un valsts finansējumu medicīniskajai rehabilitācijai plānot, pamatojoties uz slimību vai to grupu sarakstu, kas biežāk saistās ar nopietniem funkcionēšanas ierobežojumiem, papildus paredzot kritērijus funkcionēšanas izvērtēšanai.

2. Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības nodrošināšana un pacienta plūsma

Gaidīšanas laiks rehabilitācijā ir ārkārtīgi nozīmīgs, jo, nesaņemot rehabilitāciju savlaicīgi, tai skaitā, nenodrošinot veselības aprūpes pēctecību, pacientam var mazināties rehabilitācijas potenciāls.

Veselības ministrija ir uzsvērusi, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamajam apjomam ir jāatbilst faktiskajam pieprasījumam, pretējā gadījumā veidojas gaidīšanas rindas gan uz ambulatorajiem, gan stacionārajiem pakalpojumiem.

Rindu un pakalpojumu pieejamības problēmas Veselības ministrijas ieskatā var atrisināt ar papildu finansējuma piešķiršanu un pacientu plūsmas uzlabošanu. Ievērojot valsts budžeta iespējas, papildu finansējums ir ticis piešķirts, piemēram, 2017.gadā ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības uzlabošanai 508 470 *euro* apmērā. Savukārt pacientu plūsmas pilnveidošanai ministrija izstrādāja pacientu prioritizēšanas kārtību ārstniecības iestādēs, nosakot, ka pacienti gaidīšanas rindā jāuzņem atkarībā no pacienta funkcionālajiem traucējumiem – “akūts”, “subakūts” vai “hronisks”. Tomēr revīzijā iegūtie pierādījumi liecina, ka veiktie pasākumi nav devuši vēlamo rezultātu un rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība nav uzlabojusies, jo gaidīšanas rindām nav tendence samazināties, piemēram:

- ❖ VSIA “Bērnu Klīniskā universitātes slimnīca” gaidīšanas rindas pie ergoterapeita ir palielinājušās gandrīz divas reizes – no 69 dienām uz 01.01.2017. līdz 126 dienām uz 01.11.2018.;
- ❖ VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” gaidīšanas rinda pie fizioterapeita ir palielinājusies no 30 dienām līdz 120 dienām.

Situāciju, iespējams, nav izdevies uzlabot, jo Veselības ministrijas rīcībā, plānojot apmaksājamo rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, nav informācijas par faktisko pieprasījumu pēc rehabilitācijas pakalpojumiem. Revīzijā noskaidrots, ka pacientu gaidīšanas rindu organizēšana ir katras ārstniecības iestādes kompetence. Lai gan NVD apkopo ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par pacientu gaidīšanas rindām, tomēr pastāv iespēja, ka pacients ir reģistrējies rindā vairākās ārstniecības iestādēs vienlaikus, tāpēc šo datu ticamība ir apšaubāma.

Savukārt Veselības ministrijas īstenotās pacientu prioritizēšanas rezultātā ir izveidojusies situācija, ka rehabilitācijas procesu posmu nepārtrauktība un pēctecība netiek nodrošināta un ārstniecības iestādēs tiek samazināts sniegto pakalpojumu apjoms subakūtiem un hroniskiem pacientiem, līdz ar to palielinās iespējamība, ka šo pacientu veselības problēmas saasināsies un uz rehabilitāciju tie tiks nosūtīti jau kā akūtie pacienti. Ar pacientu prioritizēšanas pasākumiem nevar risināt vēl vienu būtisku problēmu – Latvijā nav pieejams specializēts pakalpojumu klāsts pacientiem ar kompleksiem funkcionēšanas traucējumiem un nepietiekošu rehabilitācijas potenciālu, kam nepieciešama medicīniska īstermiņa aprūpe ar zemas intensitātes stabilizējošiem rehabilitācijas pakalpojumiem. Proti, ilgstoši netiek risināts jautājums par aprūpes slimmīcu izveidošanu. Rezultātā universitātes un reģionālajās slimnīcas, aprūpējot šos pacientus, faktiski risina sociālās problēmas, lai gan šo ārstniecības iestāžu infrastruktūra un personāls ir paredzēti sarežģītu un augstas intensitātes pakalpojumu sniegšanai. Līdz ar to šo pacientu aprūpei piešķirto līdzekļu izlietojums nav produktīvs.

Neproduktīvs līdzekļu izlietojums vērojams arī insulta pacientu rehabilitācijas procesa nodrošināšanā. Insults ir viens no galvenajiem invaliditātes un darbnespējas iemesliem, un insulta ārstēšanā rehabilitācijas pakalpojumu nepārtrauktība ir īpaši būtiska, lai veicinātu pacienta maksimālu funkcionālo neatkarību un uzlabotu viņa dzīves kvalitāti. Tomēr revīzijā konstatēts, ka no astoņām slimnīcām, kurās ir insulta vienība, tikai trijās var saņemt stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus.

Pacientu plūsma un pakalpojuma gaidīšanas laiks

Veselības ministrija politikas plānošanas dokumentos¹⁷⁵ norāda, ka garas gaidīšanas rindas ambulatoro un plānveida stacionāro pakalpojumu saņemšanai negatīvi ietekmē veselības aprūpes pēctecību un savlaicīgu palīdzības sniegšanu, daļai iedzīvotāju ir ierobežota veselības aprūpes pieejamība, netiek pilnībā nodrošināta integrēta, nepārtraukta un pēctecīga pacientu veselības aprūpe, ko arī ietekmē ilgs gaidīšanas laiks veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Arī medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšana onkoloģiskajiem slimniekiem visos veselības aprūpes līmeņos un visās slimības stadijās ir neapmierinoša speciālistu trūkuma, kā arī garo gaidīšanas rindu dēļ. Situācijas uzlabošanai tika plānots **pilnveidot pacientu plūsmu dažādos veselības aprūpes līmeņos un mazināt gaidīšanas laikus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai**¹⁷⁶. Šī pasākuma izpildes termiņš bija 30.12.2017.

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam Veselības ministrija uzsver, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai, to apmaksātajam apjomam ir jāatbilst faktiskajam pieprasījumam, pretējā gadījumā veidojas gaidīšanas rindas gan uz ambulatorajiem, gan stacionārajiem pakalpojumiem.

Saskaņā ar Sabiedrības veselības pamatnostādņem 2014.–2020.gadam bija paredzēts attīstīt veselības tīklus, kas pamatā nozīmē pacientu plūsmas sakārtošanu un optimālu veselības aprūpes organizāciju dažādos – ģimenes ārstu, speciālistu u.c. – līmeņos. Katra veselības tīkla ietvaros attiecīgās ārstniecības iestādes uzņemsies pilnu aprūpes ciklu (t.i., veselības veicināšanu, slimību profilaksi, diagnostiku, ārstēšanu, paliatīvo aprūpi, rehabilitāciju u.c.), īpašu uzmanību pievēršot reģionālās nevienlīdzības mazināšanai, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības saglabāšanai un uzlabošanai.

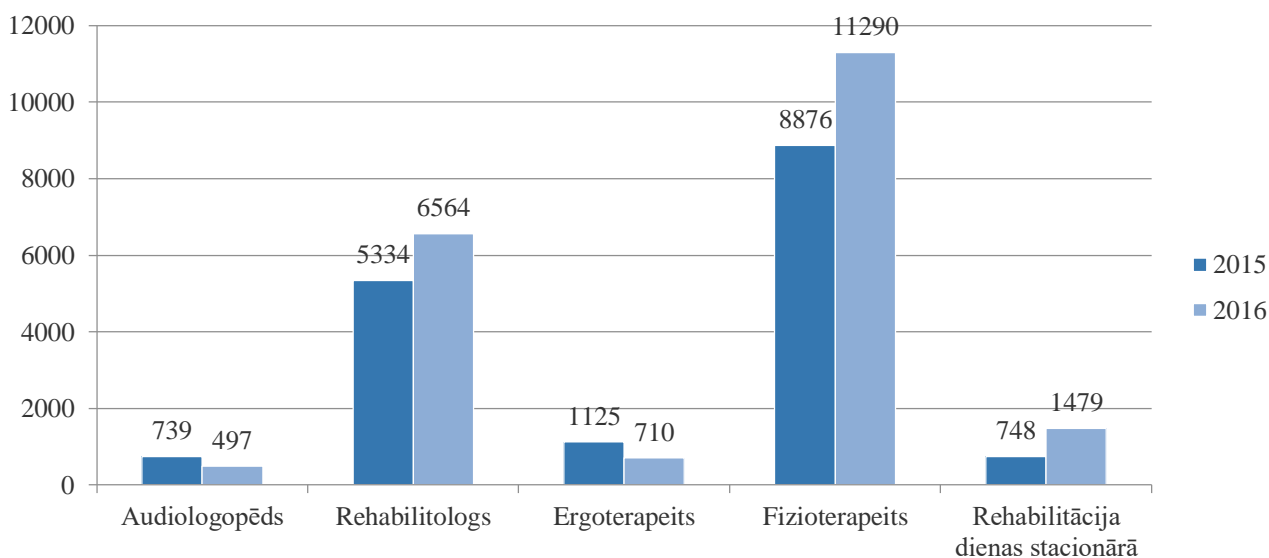
Veselības ministrijas ieskatā¹⁷⁷ uzdevums ir izpildīts, jo:

- ❖ konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” ietverti priekšlikumi risinājumiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai, kā arī gaidīšanas laika mazināšanai un pacientu plūsmas pilnveidošanai, tomēr vienlaikus plānoto pasākumu īstenošana saistīta ar valsts budžeta iespējām un piešķirto papildu finansējumu veselības aprūpei;
- ❖ ir ieviesti atsevišķi mehānismi veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai. Piemēram, ambulatorās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības uzlabošanai ir noteikta pacientu prioritāra uzņemšana pakalpojuma gaidīšanas rindā atkarībā no pacienta funkcionālajiem traucējumiem – “akūts”, “subakūts” vai “hronisks”.

Revīzijas laikā Veselības ministrija norādīja, ka rindu mazināšanai 2017.gadā piešķirti papildu līdzekļi ambulatoriem rehabilitācijas pakalpojumiem, līdz ar to Veselības ministrijas ieskatā ir uzlabota šo pakalpojumu pieejamība. Stacionāro rehabilitācijas pakalpojumu rindu mazināšanai papildu līdzekļi 2013. un 2016.gadā piešķirti VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari””. Tai pašā laikā ministrija atzina, ka finansējums ambulatoriem un stacionāriem rehabilitācijas pakalpojumiem netiek konkrēti iezīmēts kādai diagnozes grupai, piemēram, tieši pacientiem ar onkoloģiskajām saslimšanām.

Tomēr rehabilitācijas jomas speciālisti¹⁷⁸ norāda, ka līdz pat šim brīdim nav sakārtota pacientu plūsma, rehabilitācijas procesu posmu nepārtrauktība un pēctecība.

Revīzijā konstatēts, ka ar katru gadu pieprasījums pēc valsts apmaksātiem ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem pieaug. Piemēram, rindā pie fizioterapeita 2015.gadā bija 8876 pacienti, bet 2016.gadā – jau 11 290 pacienti, savukārt rindā rehabilitācijas pakalpojumu dienas stacionārā saņemšanai 2015.gadā bija 748 pacienti, bet 2016.gadā – 1479 pacienti. Skatīt 20.attēlu un 9.pielikumu¹⁷⁹.

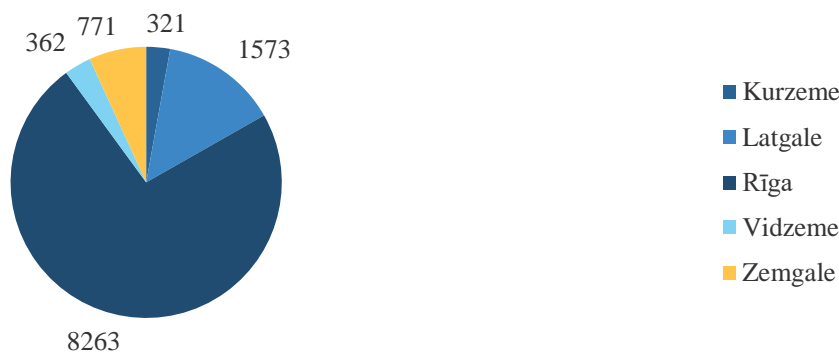


20.attēls. Pacientu skaits rindā ambulatorās rehabilitācijas saņemšanai 2015.gada 1.janvārī un 2016.gada 1.janvārī.

Avots: Veselības ministrija.

No revīzijā iegūtajiem datiem par pacientu skaitu rindā valsts apmaksātu ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai sadalījumā pa teritorijām izriet, ka visgarākās rindas ir Rīgā, piemēram, 2016.gadā pie fizioterapeita rindā ir 8263 pacienti no valstī kopējā 11 290 rindā esošo pacientu skaita, skatīt 21.attēlu.

Fizioterapeits



21.attēls. Pacientu skaits rindā ambulatorās rehabilitācijas saņemšanai pie fizioterapeita 2016.gada 1.janvārī.

Avots: Veselības ministrija.

Veselības ministrija ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības uzlabošanai 2017.gadā plānoja papildu finansējumu 508 470 euro apmērā. Kā norādīts informatīvajā ziņojumā¹⁸⁰, laika periodā no 2017.gada marta līdz jūnijam ārstniecības iestādēs rindu garums samazinājies vidēji par 6% un turpmākajos periodos plānots arvien straujāks rindu samazinājums.

Lai noskaidrotu, vai papildus piešķirtie finanšu līdzekļi ambulatoriem rehabilitācijas pakalpojumiem ir uzlabojuši pakalpojumu pieejamību, revidenti analizēja vietnē www.rindapiearsta.lv pieejamo informāciju par gaidīšanas rindām ārstniecības iestādēs. Revīzijā konstatēts, ka, piemēram, VSIA “Bērnu Klīniskā universitātes slimnīca” gaidīšanas rindas pie ergoterapeita ir palielinājušās gandrīz divas reizes – no 69 dienām uz 01.01.2017. līdz 126 dienām uz 01.11.2018.

Salīdzinot gaidīšanas rindas¹⁸¹ pie fizioterapeita un medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem dienas stacionāros uz 01.01.2017. un uz 01.11.2018., nav vērojama izteikta tendence rindu samazinājumam, skatīt 6.tabulu.

6.tabula

Gaidīšanas rindas pie fizioterapeita ambulatorajās ārstniecības iestādēs

Teritoriālā nodaļa	Ārstniecības iestāde	Rindas uz 01.01.2017.	Rindas uz 01.11.2018.	Dinamika
Rīgas nodaļa	VSIA “Bērnu Klīniskā universitātes slimnīca” (Vienības gatve 45, Rīga)	111 dienas	368 dienas	↑
	AS “Veselības centru apvienība struktūrvienība “Veselības centrs AURA-R”	118 dienas	62 dienas	↓
	SIA “Rīgas 1.slimnīca”	555 dienas	570 dienas	↑
	VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari””	30 dienas	120 dienas	↑
Vidzemes nodaļa	SIA “LAUDO”	142 dienas	104 dienas	↓
Zemgales nodaļa	SIA “Jelgavas poliklīnika”	16 dienas	33 dienas	↑
Latgales nodaļa	SIA “Preiļu slimnīca”	186 dienas	370 dienas	↑
	IK “Fizioterapijas kabinets VALE”	250 dienas	380 dienas	↑
	Jakovļeva Olga - fizioterapeita prakse	640 dienas	548 dienas	↓

Gaidīšanas rindas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem dienas stacionāros

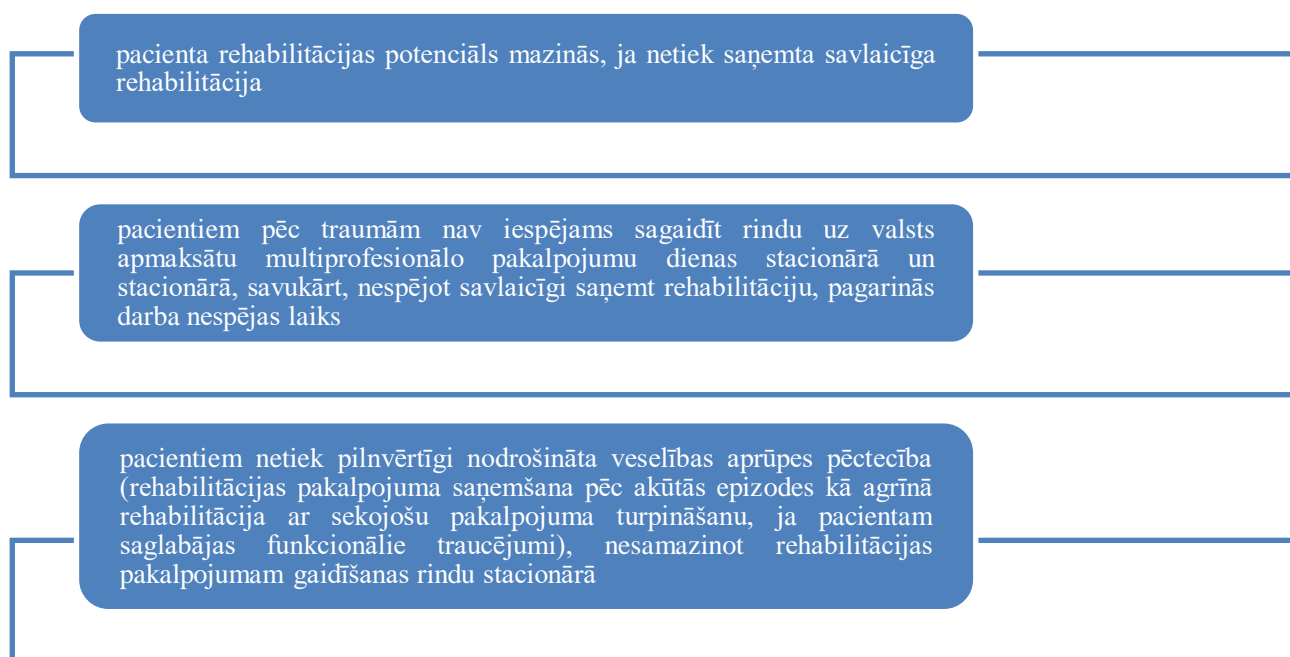
Teritoriālā nodaļa	Ārstniecības iestāde	Rindas uz 01.01.2017.	Rindas uz 01.11.2018.	Dinamika
Rīgas nodaļa	Rehabilitācijas centrs “Krimulda”	62 dienas	85 dienas	↑
	SIA “Sanare - KRC Jaunķemeri”	364 dienas	375 dienas	↑

Attiecībā uz rindām rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai konstatēts, ka Veselības ministrija¹⁸² nezina pacientu skaitu, kuriem nepieciešami rehabilitācijas pakalpojumi, jo rindu uzturēšana Latvijā netiek

nodrošināta centralizēti, pacientu gaidīšanas rindu organizēšana ir katras ārstniecības iestādes kompetence. NVD tikai apkopo ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par pacientu gaidīšanas rindām, tāpēc pastāv iespēja, ka pacients iestājas rindā uz veselības aprūpes pakalpojumiem vairākās ārstniecības iestādēs vienlaikus. *Līdz ar to ministrijai, plānojot rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, nav zināms faktiskais šo pakalpojumu pieprasījums.*

Revīzijā konstatēts, ka pieaug arī pacientu skaits, kas gaida rindā uz valsts apmaksātiem stacionārajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, – no 2909 pacientiem 2015.gadā līdz 3266 pacientiem 2017.gadā. Saskaņā ar revīzijā iegūto aktuālāko (uz 01.12.2018.) informāciju garākās gaidīšanas rindas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem stacionārajās iestādēs¹⁸³ ir VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari””, kur kopā rindā gaida 3340 pacienti, no kuriem, piemēram, 747 pacienti ir rindā uz pakalpojumu programmu “Rehabilitācija pieaugušiem”, uz kuru gaidīšanas laiks norādīts līdz pat 87 nedēļām.

Ņemot vērā to, ka gaidīšanas rindām nav izteikta tendence samazināties, revidenti aptaujāja ārstniecības iestādes, lai noskaidrotu, kā savlaicīgas rehabilitācijas neesamība ietekmē pacientu. Biežāk norādītās atbildes ir apkopotas 22.attēlā.



22.attēls. Aptaujāto ārstniecības iestāžu viedokļu apkopojums par rehabilitācijas nozīmi.

Veselības ministrija revidentiem norādīja¹⁸⁴, ka ambulatorās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību uzlabos pacientu prioritāra uzņemšana pakalpojuma gaidīšanas rindā atkarībā no pacienta funkcionālajiem traucējumiem – “akūts”, “subakūts” vai “hronisks” un pārējās personas ar funkcionāliem traucējumiem –, prioritāri rehabilitācijas pakalpojumus nodrošinot personām ar akūtiem un subakūtiem funkcionēšanas traucējumiem.

NVD revīzijā nevarēja paskaidrot, kā ārstniecības iestādēs tiek veikta pacientu prioritizēšana, un informēja¹⁸⁵, ka plāno veikt ārstniecības iestāžu aptauju par jauno nosacījumu ieviešanas gaitu un plūsmu sadalījumu ārstniecības iestādēs.

Lai noskaidrotu, cik sekmīgi darbojas pacientu prioritizēšanas kārtība un kā tas ietekmē pacientu plūsmu, revidenti izlases kārtā veica ārstniecības iestāžu aptauju. Ārstniecības iestādes norādīja uz šādām problēmām:

- ❖ sakarā ar nepietiekamo finanšu līdzekļu daudzumu ir ierobežota iespēja pat reģistrēt uzskaitē akūtos insulta pacientus, tāpēc tiek samazināts sniegto pakalpojumu daudzums subakūtiem un hroniskiem pacientiem. Lai savlaicīgi un kvalitatīvi nodrošinātu pakalpojuma pieejamību akūtiem pacientiem, bieži vien šie pacienti tiek apkalpoti virs valsts piešķirtā finansējuma;
- ❖ gadījumā, ja pieaug akūto pacientu plūsma, ārstniecības iestādes pagarina pārējo personu ar funkcionāliem traucējumiem gaidīšanas rindu, tās nobīdot rindā uz leju, līdz ar to palielinās iespējamība, ka šo pacientu veselības problēmas paasināsies un uz rehabilitāciju tie tiks nosūtīti jau kā akūtie pacienti. Dažas ārstniecības iestādes norāda, ka līgumā ar NVD noteiktais finansējums nodrošina tikai akūto un subakūto pacientu rehabilitāciju, hroniskie pacienti tiek reģistrēti gaidīšanas rindā, kuras garums ir vairāk nekā 200 dienas. Ārstniecības iestāžu ieskatā rindu mazināšanu varētu veicināt atlases kritēriju noteikšana dažādiem rehabilitācijas veidiem. Ārstniecības iestādes ik mēnesi pieejamo finanšu apmēru sadala pa prioritizētajām pacientu grupām, tomēr finansējums primāri tiek izmantots akūtiem un subakūtiem pacientiem, kā arī bērniem līdz 18 gadiem.

Revidentu ieskatā ārstniecības iestāžu sniegtā informācija apliecina, ka pacientu prioritizēšana esošajā rehabilitācijas pakalpojumu finansēšanas un organizēšanas kārtībā ir īslaicīgs risinājums pakalpojumu pieejamību uzlabošanai, un arvien pastāv risks, ka finansējums prioritāro pacientu rehabilitācijai ir nepietiekams, un, kamēr pacients gaida rindā, mazinās tā rehabilitācijas potenciāls.

NVD ieskatā situācija pakalpojumu pieejamībā varētu uzlaboties pēc 2018.gada rudenī rīkotās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai (gan stacionāri, gan ambulatori), jo jaunajos līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem tiks noteikti detalizētāki nosacījumi pacientu plūsmas un nodrošināmo pakalpojumu organizēšanas un pakalpojumu kvalitātes monitorēšanas kritēriji¹⁸⁶.

Ņemot vērā iepriekš minēto, revidenti secina, ka ne finansējuma palielināšana, ne pacientu prioritizēšana nav devušas pozitīvu rezultātu pacientu plūsmas pilnveidošanā, lai samazinātu gaidīšanas laiku medicīnisko rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai. Tā kā jaunā kārtība, kas attiecas uz rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju atlasītiem nosacījumiem pacientu plūsmas un nodrošināmo pakalpojumu organizēšanas un pakalpojumu kvalitātes monitorēšanas kritērijiem sāks darboties tikai no 2019.gada, ir pārāgrī izdarīt secinājumus, vai tā nesīs vēlamās izmaiņas pakalpojuma pieejamībā un palielinās iespēju saņemt savlaicīgus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus visiem pacientiem, kuriem tas ir nepieciešams.

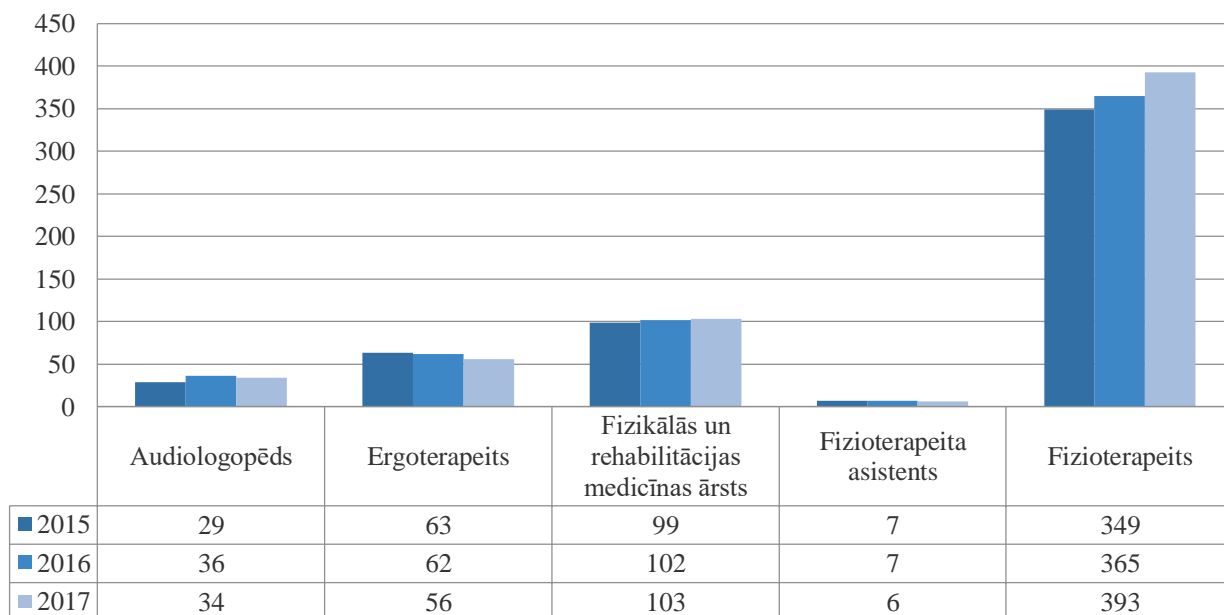
Revidenti aptaujā vēlējās arī noskaidrot, vai ārstniecības iestādēm ir pietiekama kapacitāte, lai sniegtu lielāku apjomu pakalpojumus un vai nepietiekamā kapacitāte nav iemesls rindu esamībai.

Aptaujas rezultāti liecina, ka kopumā ārstniecības iestādēm ir pietiekama kapacitāte sniegt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros un tās varētu palielināt sniegto

pakalpojumu un apkalpoto klientu skaitu, ja tiktu piešķirts lielāks valsts budžeta finansējums. Tomēr iezīmējās arī problēmjautājumi, kas prasa gan tūlītēju, gan ilgtermiņa risinājumu, piemēram:

- ❖ cilvēkresursu nepietiekamība, proti, ārstu speciālistu, māsu, funkcionālo speciālistu (ergoterapeitu un audiologopēdu) un ārstniecības atbalsta personu trūkums, it sevišķi attālos novados, ko veicina arī nekonkurētspējīgs atalgojums;
- ❖ nepieciešamība pēc infrastruktūras uzlabošanas un paplašināšanas, ko neveicina arī pašreiz valstī noteiktā samaksa par ārstniecības iestādes sniegtajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem;
- ❖ neprognozējama Veselības ministrijas finanšu politika traucē ilgtermiņā plānot iestādes attīstību, lai palielinātu sniegto pakalpojumu skaitu.

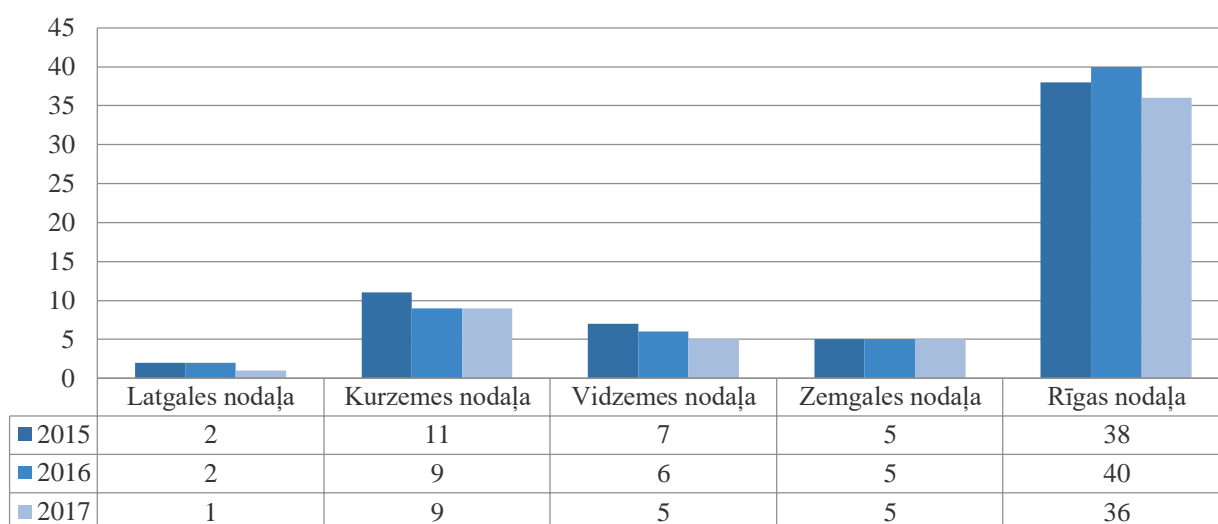
Tā kā cilvēkresursu nepietiekamība aptaujā bija uzsvērtā kā galvenā problēma, revidenti analizēja NVD iesniegtos¹⁸⁷ datus par līgumattiecībās ar NVD esošo ārstniecības personu skaitu, kas sniedza ambulatoros medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus (atbilstoši pakalpojumu veidiem “Rehabilitācijas pakalpojumi”, “Rehabilitācija dienas stacionārā”, “Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpe mājās”), laika periodā no 2015. līdz 2017.gadam sadalījumā pa gadiem un teritorijām. No statistikas datiem¹⁸⁸ izriet, ka kopumā visvairāk ir fizioterapeitu un šo speciālistu skaitam ir tendence pieaugt, savukārt fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu skaits ir ļoti minimāli palielinājies, bet kopējais ergoterapeitu skaits samazinās, skatīt 23.attēlu.



23.attēls. Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošas ārstniecības personas, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus laika periodā no 2014. līdz 2017.gadam sadalījumā, pa gadiem.

Avots: Nacionālais veselības dienests¹⁸⁹.

Revīzijā konstatēts, ka 2017.gadā no kopējā ergoterapeitu skaita (56), visvairāk strādā Rīgā – 36, savukārt vismazāk Latgales nodaļā – tikai viens ergoterapeits, turklāt ar katru gadu ir vērojams šo speciālistu skaita samazinājums, skatīt 24.attēlu.



24.attēls. Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošie ergoterapeiti, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus laika periodā no 2014. līdz 2017.gadam, sadalījumā pa gadiem un teritoriālajām nodaļām.

Avots: Nacionālais veselības dienests.

Ārstniecības iestāžu ieskatā būtiskākie faktori, kas neļauj samazināt rindas ārstniecības iestādēs, ir cilvēkresursu trūkums un valsts noteiktais pakalpojumu tarifs, kas nenosedz visas izmaksas (infrastruktūra, uzturēšana, attīstība, vienreiz lietojamais inventārs u.c.).

Arī eksperts ir norādījis, ka speciālisti ir ieinteresēti vairāk sniegt maksas pakalpojumus, jo, sniedzot valsts apmaksātus pakalpojumus, ir zema samaksa par paveikto.

Apkopojot nodaļā konstatēto, revidenti secina, ka Veselības ministrija ir gājusi vieglāko ceļu un nav veikusi fundamentālas izmaiņas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanā un apmaksā, pēc būtības nemainot līdzšinējo sistēmu – ir piešķirti papildu līdzekļi rehabilitācijai un prioritizēti pacienti, bet nav veiktas izmaiņas, kas ļautu uzlabot rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību un efektivitāti.

Revidentu un eksperta ieskatā pakalpojumu pieejamības uzlabošanai ir ieteicams definēt pacientu grupas vai diagnožu grupas, kam apmaksā šos pakalpojumus, tai skaitā, nosakot atlases kritērijus katram rehabilitācijas pakalpojumu modelim (stacionāra, ambulatora vai mājās) un kritērijus prioritātēm, izvērtējot pacienta funkcionēšanas ierobežojumus un vajadzību pēc rehabilitācijas ar noteiktu un adekvātu mērķi.

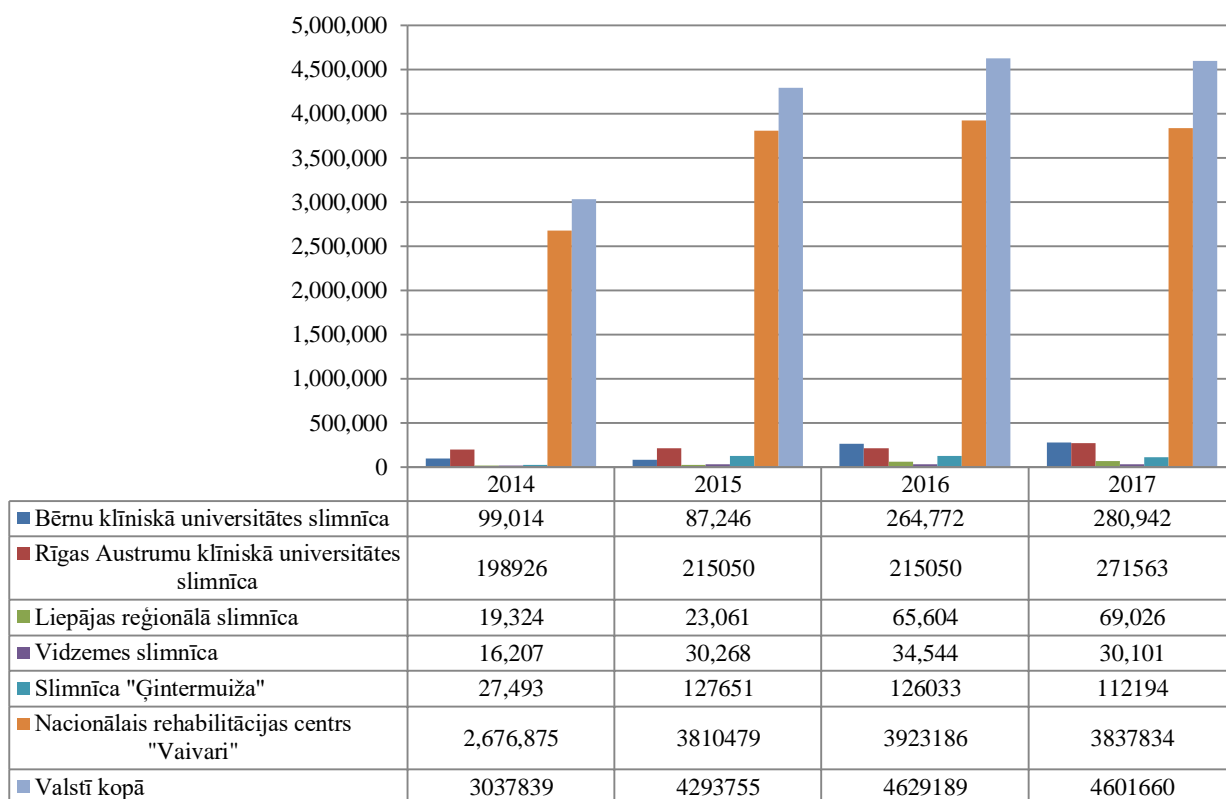
Eksperts ir norādījis, ka pacientus ar hroniskiem funkcionēšanas ierobežojumiem varētu novirzīt uz veselību uzturošām un veicinošām aktivitātēm, tam paredzot valsts finansējumu, bet medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus par valsts līdzekļiem šiem pacientiem sniegt tikai slimības paasinājumu vai progresa gadījumos, ja būtiski pasliktinās funkcionēšanas spējas.

Stacionārās ārstniecības iestādes, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu valstī

Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2014.–2020.gadam ir norādīts, ka Latvijā ir nevienmērīgs to stacionāro ārstniecības iestāžu izvietojums, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu. Šīs problēmas risināšanai tika noteikts pasākums, kura izpildes termiņš bija 30.12.2017., – **izveidot medicīniskās rehabilitācijas programmu, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu¹⁹⁰, kā arī paredzot rehabilitācijas pakalpojumu integrāciju stacionāru un ambulatorajos pakalpojumos, tajā skaitā arī medicīnas aprūpē mājās¹⁹¹.**

Veselības ministrija informēja¹⁹², ka 2009.gadā tika veiktas veselības aprūpes sistēmas reformas, kuru ietvaros bija nepieciešams nodrošināt veselības aprūpes sistēmas darbību ierobežota finansējuma apstākļos. Viens no galvenajiem 2009.gadā īstenotās reformas rīcības virzieniem bija veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūras optimizācija, kā rezultātā tika optimizēts ārstniecības iestāžu skaits, kurās tika sniegti rehabilitācijas pakalpojumi stacionārā, tā vietā, attīstot ambulatoros rehabilitācijas pakalpojumus, tika nodrošināta mājas veselības aprūpe un izveidoti dienas stacionāri. No 2012.gada ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus stacionāri, ir stabils (5-6 ārstniecības iestādes).

Revīzijas laikā, izvērtējot slimnīcu ģeogrāfisko pārklājumu laika periodā no 2012. līdz 2017.gadam, konstatēts, ka stacionārās ārstniecības iestādes, kas sniedz valsts apmaksātus stacionāros medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, nav Zemgales nodaļā un no 2016.gada – Latgales nodaļā. Lai gan stacionārā ārstniecības iestāde VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža”” atrodas Zemgales nodaļā, tomēr tās profils ir specifisks un orientēts uz bērnu narkomānu un pieaugušo narkomānu rehabilitāciju. Vislielāko finansējuma apjomu saņem vienīgais specializētais stacionārās rehabilitācijas centrs valstī – VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari””, kas īsteno arī vislielāko skaitu stacionāro rehabilitācijas pakalpojumu programmu ar vislielāko hospitalizāciju un hospitalizēto unikālo pacientu skaitu, skatīt 25.attēlu.



25.attēls. Finansējums laika periodā no 2014. līdz 2017.gadam sadalījumā pa stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras nodrošina medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, *euro*.

Avots: Nacionālais veselības dienests.

Sniedzot savu vērtējumu par pasākuma izpildi kopumā, Veselības ministrija informēja¹⁹³, ka medicīniskā rehabilitācija ir definēta kā atsevišķas pakalpojumu programmas, nosakot apmaksas nosacījumus un ārstniecības iestādes, kurās šīs programmas apmaksā. Tomēr pašlaik ne visās reģionālajās slimnīcās ir izveidotas rehabilitācijas nodaļas, kā arī atsevišķa programma nav izdalīta VSIA "Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca", tomēr, lai nodrošinātu ārstēšanas pēctecību, slimnīcas speciālisti sadarbojas ar VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"", rehabilitācijas pacientus nosūtot stacionārās rehabilitācijas saņemšanai šajā slimnīcā.

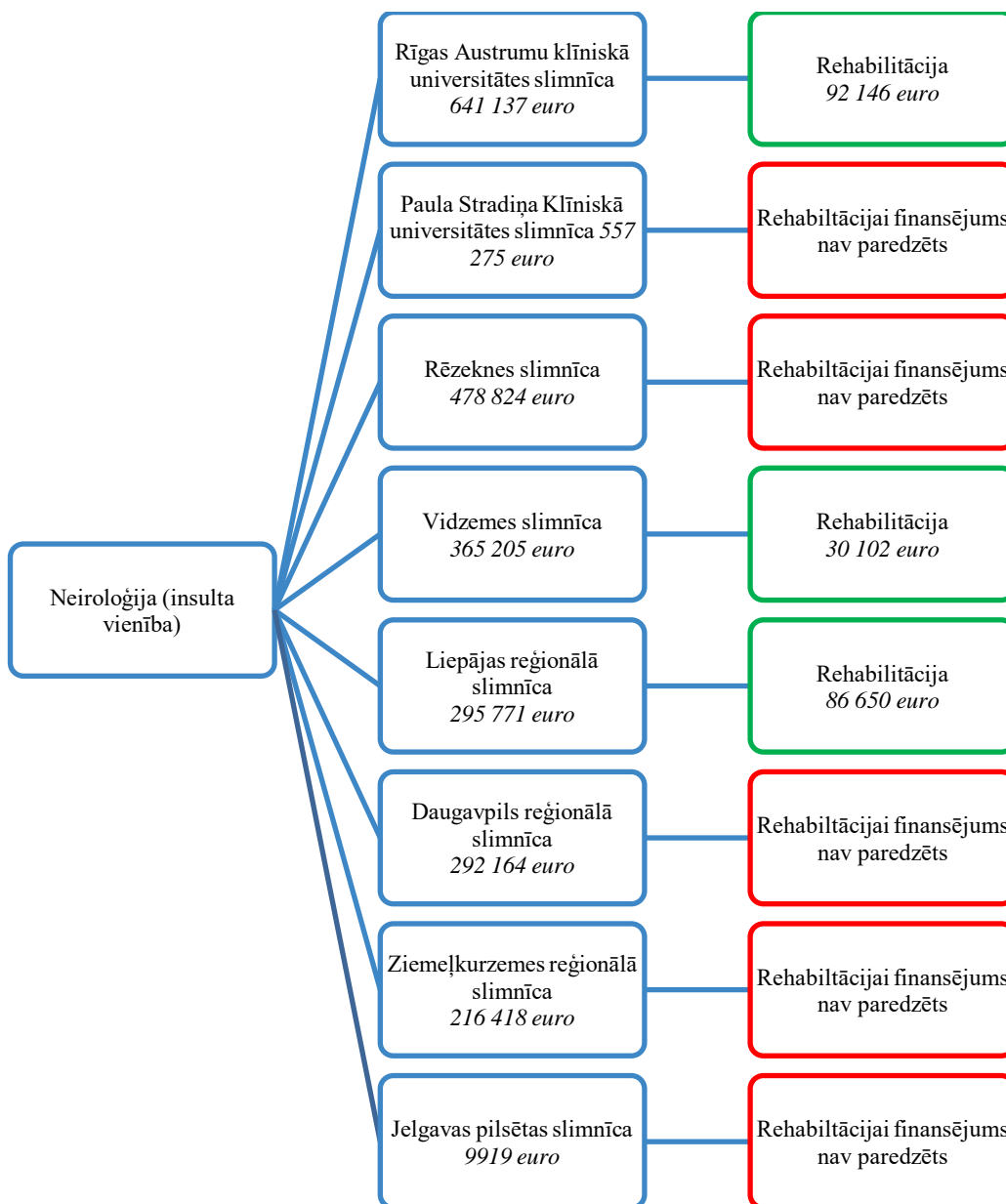
Insults ir viens no galvenajiem invaliditātes un darbnespējas iemesliem. Lai noskaidrotu, vai stacionāru rehabilitācijas nodaļu (gultu) skaits specializētajās, universitātes un reģionālajās slimnīcās ir pietiekams akūtās rehabilitācijas nodrošināšanai, revidenti konsultējās ar jomas speciālistiem, kuri norādīja, ka stacionāro ārstniecības iestāžu, kur iespējams saņemt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, skaits nav pietiekams, un, lai nodrošinātu rehabilitācijas procesa nepārtrauktību, visās reģionālajās slimnīcās būtu jāatver rehabilitācijas gultas, piemēram:

- ❖ ir nepietiekams agrīnās rehabilitācijas finansēts vietu skaits, kas ir kā tiešs turpinājums ārstēšanai pēc insulta vienības;

- ❖ pietrūkst stacionāru rehabilitācijas iestāžu subakūto rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai;
- ❖ VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” norāda, ka patlaban slimnīcā nav izveidota stacionāra rehabilitācijas nodaļa, kas būtu nepieciešama, turklāt tas neatbilst Eiropas nostādņēm par rehabilitācijas stratēģiju un darba organizāciju universitātes tipa slimnīcās un ierobežo pacientu, kuriem tā būtu nepieciešama, tiesības saņemt rehabilitācijas pakalpojumus.

Arī Slimību profilakses un kontroles centra izveidotā Multiprofesionālā ekspertu darba grupa^{194,195} cerebrovaskulāro slimību aprūpes uzlabošanas rīcības plāna projekta izstrādei norāda uz stacionāru rehabilitācijas nodaļu (gultu) trūkumu akūtās rehabilitācijas nodrošināšanai universitātes un reģionālajās slimnīcās. Piemēram, klīniskajās vadlīnijās “Cerebrāla infarkta prehospitalās aprūpes, diagnostikas un akūtas ārstēšanas klīniskās vadlīnijas” minēts:¹⁹⁶ vairāku pētījumu rezultāti norāda, ka multidisciplinārai rehabilitācijai jābūt uzsāktai insulta vienībā jau pirmajās dienās pēc insulta.

Saskaņā ar jomas speciālistu viedokli stacionāros, kuros tiek nodrošināts veselības aprūpes pakalpojums neiroloģijā (insulta vienība), lai nodrošinātu rehabilitācijas procesa nepārtrauktību, būtu jānodrošina arī rehabilitācijas iespējas – pacientiem, kuriem tas nepieciešams. Tomēr revīzijā konstatēts, ka no astoņām slimnīcām, kuras sniedz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu neiroloģijā (insulta vienība) tikai trijās var saņemt stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus, skatīt 26.attēlu.



26.attēls. Stacionārās ārstniecības iestādes, kuras nodrošina neiroloģiju (insulta vienība), un tām paredzētais finansējums stacionārajiem rehabilitācijas pakalpojumiem.

Avots: Nacionālais veselības dienests.

Apkopojot revīzijā konstatēto, revidenti secina, ka, lai arī Veselības ministrija bija iecerējusi līdz 30.12.2017. izveidot medicīniskās rehabilitācijas programmu, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, – šis pasākums nav pilnībā īstenots. Līdz ar to pacientiem arvien netiek nodrošināta rehabilitācijas procesa nepārtrauktība, kas ir viens no veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes raksturojošiem rādītājiem (saskaņā ar Veselības ministrijas izstrādāto

veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”¹⁹⁷).

Insulta pacientiem ar zemu rehabilitācijas potenciālu ilgtermiņa aprūpes un rehabilitācijas nodrošināšanai Multiprofesionālā ekspertu darba grupa^{198,199} kā problēmu ir minējusi nepietiekamu pašvaldību sociālo dienestu sadarbību ar medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem.

Arī stacionārās ārstniecības iestādes revīzijas laikā norādīja, ka pietrūkst stacionāru ārstniecības iestāžu pacientiem ar kompleksiem funkcionēšanas traucējumiem un nepietiekošu rehabilitācijas potenciālu, kam nepieciešama medicīniska īstermiņa aprūpe ar zemas intensitātes stabilizējošiem rehabilitācijas pakalpojumiem.

Revīzijā noskaidrots, ka ārstniecības iestādēs ir tādi pacienti, kuri aizņem stacionārās gultas, lai gan viņiem vairs nebūtu jāatrodas stacionārā. Šie pacienti būtu jānosūta uz aprūpi vai uz kādu citu rehabilitācijas saņemšanas veidu, piemēram:

- ❖ SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” no 01.10.2017. tika ieviesta šo pacientu uzskaitē un uz 20.04.2018. reģistrēti 365 pacienti;
- ❖ VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” stacionārā 2017.gadā patstāvīgi (katru diennakti) atradās vidēji 22 šādi pacienti. Pēdējos divus gadus (kopš 01.04.2016. tika pārtraukts līgums ar AS “Latvijas Jūras medicīnas centrs”) pacientu gaidīšanas ilgums uz Rīgas 1.slimnīcas Īslaicīgās hronisko pacientu aprūpes nodaļu vidēji bez izmaiņām ir četras nedēļas, kas kopumā vidēji veido 60% no visa stacionēšanas laika (gultasdienu skaita).

VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” norādīja, ka jau ilgstoši saskaras ar valsts un pašvaldību grūtībām nodrošināt iedzīvotājiem sekundārās aprūpes posma, visu līmeņu paliatīvās, tai skaitā dzīves beigu aprūpi, kā arī sociālo aprūpi institūcijā tiem pacientiem, kuriem pēc izrakstīšanās no slimnīcas nepieciešami daudzveidīgi kompleksas aprūpes (sociālā + medicīniskā) pakalpojumi. Visgrūtākajā situācijā ir sociāli mazaizsargāti pacienti ar zemiem ienākumiem, bet augsta līmeņa veselības aprūpes vajadzībām, kuru izmaksas ir salīdzinoši augstas, piemēram, dialīze, mākslīgā plaušu ventilācija u.c., jo pacienti ar šādām veselības aprūpes vajadzībām sociālās aprūpes gultās netiek uzņemti.

Revidentu ieskatā, Veselības ministrija, optimizējot stacionāros pakalpojumus ārstniecības iestādēs, tai skaitā arī rehabilitāciju, nav radījusi priekšnoteikumus ārstniecības procesa nepārtrauktībai, tādējādi pasliktinājusi pacientu situāciju, jo netiek nodrošināti savlaicīgi, pēctecīgi un pieejami pakalpojumi. Savukārt, nemeklējot risinājumus to pacientu aprūpes nodrošināšanai, kuriem nav nepieciešamība atrasties universitātes, specializētajās vai reģionālajās slimnīcās, netiek veicināts veselības aprūpei piešķirto līdzekļu efektīvs izlietojums un faktiski sociālo problēmu risināšana ir atstāta stacionāru ziņā.

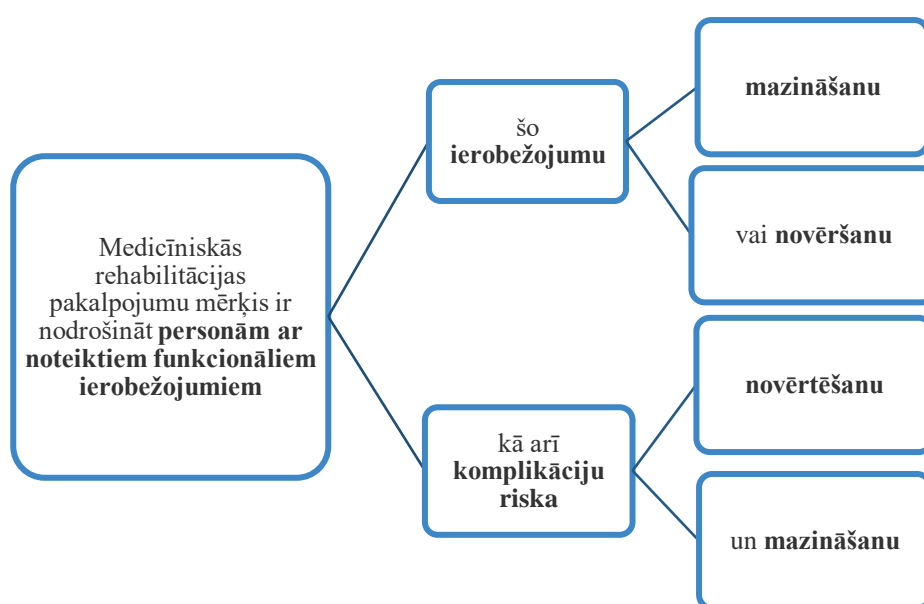
Ieteikumi

Lai uzlabotu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, nepārtrauktību un pēctecību, Veselības ministrijai sadarbībā ar nozares speciālistiem un ārstniecības iestādēm veikt vispusīgu rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanas procesa analīzi un rast risinājumu sistēmas uzlabošanā.

3. Vai medicīniskā rehabilitācija Latvijā vērsta uz pacienta spēju veicināšanu?

Visos gadījumos rehabilitācijas mērķis ir uzlabot dzīves kvalitāti un palīdzēt pielāgoties apstākļiem ne tikai cilvēkiem ar funkcionēšanas ierobežojumiem, bet arī viņu piederīgajiem, uz kuru pleciem gulstas aprūpes slogs²⁰⁰.

Ministru kabineta noteikumos²⁰¹ par veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanas kārtību ir definēts medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis, skatīt 27.attēlu.



27.attēls. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis.

Revidentu ieskatā faktiski neeksistējoša stratēģija valsts līmenī kavē rehabilitācijas kā pilnvērtīgas un neatņemamas ārstniecības procesa sastāvdaļas attīstību valstī.

Veselības ministrijas un atbildīgo institūciju rīcība līdz šim nav bijusi pietiekami sistemātiska un konsekventa, lai panāktu rehabilitācijas jomā plānoto pasākumu, noteikto mērķu un rezultātu sasniegšanu. Revidentu ieskatā Veselības ministrijas uzraudzība pār attīstības plānošanas dokumentu īstenošanas gaitu ir vāja, netiek veikts arī īstenošanās politikas efektivitātes izvērtējums, lai sekmētu pakalpojumu nodrošināšanu atbilstoši sabiedrības vajadzībām, ko apliecina turpmāk minētais:

- ❖ Veselības ministrijai nav informācijas par faktiski nepieciešamo rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, piemēram, par kopējo insulta pacientu skaitu, kuriem būtu nepieciešami stacionāru, dienas stacionāru, ambulatoro ārstniecības iestāžu un mājas aprūpes medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi;
- ❖ lai gan, ņemot vērā augstos saslimstības rādītājus Latvijā ar sirds un asinsvadu slimībām un ļaundabīgajiem audzējiem, Veselības ministrija bija iecerējusi veikt pasākumus rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības palielināšanai, lai uzlabotu šo pacientu stāvokli, šie pasākumi nav īstenoti;
- ❖ netiek veikts sistēmisks rehabilitācijas procesa kvalitātes izvērtējums, to pilnībā atstājot katras atsevišķas ārstniecības iestādes ziņā.

Gan revīzijā piesaistītais eksperts, gan aptaujātās ārstniecības iestādes ir norādījušas uz vienotu rehabilitācijas novērtēšanas instrumentu un dokumentācijas neesamību, kā rezultātā rehabilitācijas procesā konstatētās pacienta vajadzības un izvirzītie mērķi pēc būtības netiek analizēti. Nav iespējams novērtēt arī pacienta rehabilitācijas procesā sasniegtās funkcionēšanas izmaiņas un salīdzināt tās ar ilgtermiņā sasniedzamajiem mērķiem. Tādējādi netiek veicināta pacienta motivācija un izpratne par aktīvas līdzdalības nepieciešamību rehabilitācijas procesā, kas kavē labāku rehabilitācijas rezultātu sasniegšanu.

Revidenti secina, ka medicīniskās rehabilitācijas process valsts līmenī faktiski ir palicis bez uzraudzības, jo kopumā valstī nav skaidra, uz pierādījumiem balstīta redzējuma par sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāti noteikto individuālo medicīniskās rehabilitācijas mērķu sasniegšanai, ko ietekmē datu apkopošanas stratēģijas trūkums, līdz ar to valstī nav redzējuma par sniegto medicīnisko rehabilitācijas pakalpojumu efektivitāti, kas ir viens no ministrijas definētajiem kvalitātes rādītāju raksturlielumiem.

Kā vērtēt rehabilitācijas procesa kvalitāti?

Rehabilitācijā pakalpojuma kvalitāte vērtējama pēc sasniegtā rezultāta. Lai vērtētu medicīniskās rehabilitācijas efektivitāti, pasaulē parasti izvēlas kādu atskaites punktu – tas var būt darbnespējas lapu vai darbnespējas dienu skaits un dienu skaits, vai hospitalizāciju skaita samazināšanās.

Revidenti secina, ka spriest par rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāti Latvijā šobrīd faktiski nevar, jo valstī nav vienotas izpratnes par rehabilitācijas mērķu formulēšanu, nav datu par sasniegtajiem rezultātiem un nav kritēriju, kas ļautu šos sasniegtos rezultātus novērtēt.

Medicīniskās rehabilitācijas mērķis – pacienta spēju veicināšana

Revīzijas laikā rehabilitācijas jomas speciālisti ir norādījuši: lai runātu par rehabilitācijas procesa rezultātu izvērtējumu, vispirms ir jāparedz, ka, plānojot un uzsākot rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu, ikvienam pacientam ir jādefinē un jādokumentē (ilgtermiņa, īstermiņa) rehabilitācijas mērķis. Speciālistam, sniedzot medicīnisko rehabilitāciju, ir jāveicina izvirzīto medicīniskās rehabilitācijas mērķu sasniegšanu.

Revīzijā konstatēts²⁰², ka informācija par pacienta novērtējumu, identificētajām pacienta funkcionēšanas problēmām un rehabilitācijas mērķiem tiek saglabāta pacienta medicīnas kartē vienas ārstniecības iestādes ietvaros. Eksperta ieskatā tā ir problēma, jo citiem secīgiem pakalpojumu posmiem šī informācija tiek nodota tikai nosūtījumu formātā un tā bieži ir nepilnīga.

PVO ir uzsvērusi, ka rehabilitācija vienmēr ir brīvprātīgs process, taču dažiem pacientiem ir nepieciešams atbalsts lēmumu pieņemšanā par izvēlēm saistībā ar rehabilitācijas procesu. Pieredze un pētījumi liecina, ka pacienta motivācija un aktīva līdzdalība rehabilitācijas procesā, tai skaitā savu rehabilitācijas mērķu izvirzīšanā, ir saistāma ar labāku funkcionēšanas iznākumu²⁰³. Pacienta motivāciju rehabilitācijas procesā nosaka gan pacienta personīgās un rakstura īpatnības, gan arī tādi faktori kā rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība un pēctecība. Pacientam būtiska ir pāreja no viena rehabilitācijas posma uz nākamo (ja nepieciešams), jo tā lielā mērā ir atkarīga no iesaistīto veselības aprūpes speciālistu koordinētas darbības, gan skaidrojot terapeitiskās darbības, gan arī rekomendācijas²⁰⁴. Tāpēc nepieciešama vienotas informācijas uzkrāšana par pacienta funkcionēšanas izmaiņām laika gaitā.

Eksperts ir norādījis²⁰⁵, ka Latvijā pārsvarā tiek definēti tikai īstermiņa rehabilitācijas mērķi atsevišķiem rehabilitācijas posmiem, reti tiek definēti ilgtermiņa mērķi, kas raksturotu ilgtermiņā sasniedzamās pacienta funkcionēšanas izmaiņas. Lai gan mērķu noteikšanā būtiska ir pacienta un veselības aprūpes speciālistu sadarbība, tomēr izpratne par mērķu formulēšanu veselības aprūpes speciālistu vidū var atšķirties, tam par iemeslu ir speciālistu atšķirīgā izpratne par funkcionēšanas līmeņiem.

Eksperts ir norādījis²⁰⁶, ka funkcionēšanu var vērtēt atšķirīgos līmeņos, kurus apraksta SFK komponentes – ķermeņa līmenī (ķermeņa funkcijas un struktūras), indivīda līmenī (aktivitātes) un sabiedrības līmenī (dalība). Latvijā funkcionēšanas novērtēšana ir atstāta veselības aprūpes speciālistu ziņā, savukārt vienota un standartizēta pieeja ir izstrādāta tikai dažās veselības aprūpes iestādēs. Arī veselības aprūpes speciālistiem Latvijā nav vienotas izpratnes par funkcionēšanas līmeņiem un to novērtēšanas specifiku.

Revīzijā veiktajā aptaujā ārstniecības iestādes ir norādījušas uz vienotu rehabilitācijas novērtēšanas instrumentu un dokumentācijas neesamību, kā rezultātā rehabilitācijas procesā konstatētās pacienta vajadzības un izvirzītie mērķi pēc būtības netiek analizēti. Līdz ar to šobrīd Veselības ministrijas rīcībā nav pietiekamu datu, lai izveidotu skaidru priekšstatu par funkcionēšanas ierobežojumiem sabiedrībā. Proti – ministrijas rīcībā nav pierādījumu par apmierinātām un neapmierinātām rehabilitācijas

vajadzībām. *Revidentu un eksperta ieskatā šai situācijā Veselības ministrija nevar efektīvi plānot un organizēt rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu atbilstoši sabiedrības vajadzībām.* Par to liecina arī revīzijā konstatētais, ka Veselības ministrijai kā vadošajai valsts pārvaldes iestādei veselības nozarē nav informācijas²⁰⁷ par faktiski nepieciešamo rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, piemēram, par kopējo insulta pacientu skaitu, kuriem būtu nepieciešami stacionāru, dienas stacionāru, ambulatoro ārstniecības iestāžu un mājas aprūpes medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, lai gan insults ir biežākais invaliditātes iemesls mūsu valstī un, kā norāda jomas speciālisti, insultu mūsdienās piedzīvo arvien jaunāka gadagājuma pacienti, kuri pēc rehabilitācijas varētu atgriezties darbā²⁰⁸. Kā liecina revīzijā konstatētais, dati par pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām, kuriem pēc izrakstīšanās no stacionāra nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, netiek apkopoti arī ārstniecības iestādēs.

2017.gadā maģistra darbā²⁰⁹ tika analizēti stacionārās rehabilitācijas programmā definētie rehabilitācijas mērķi bērniem ar cerebrālo trieku. Rehabilitācija šīs programmas ietvaros ilgst vidēji 10 dienas, un to realizē multidisciplināra rehabilitācijas komanda, piesaistot ārstus konsultantus un rehabilitācijas programmā iekļaujot fizikālās terapijas elementus. Medicīniskajā dokumentācijā identificētie rehabilitācijas mērķi pārsvarā bija attiecināmi uz ķermeņa funkcijām, bet mazākā mērā uz bērna aktivitātēm un dalību, kā arī vides faktoriem. Tādējādi autore secina, ka rehabilitācijas mērķi praksē netiek formulēti specifiski, izmērāmi, nedefinējot sasniegšanas termiņus. Funkcionēšanas novērtēšanas rezultāti tiek atspoguļoti pārāk maz, lai spriestu par mērķu sasniegšanu un reālistiskumu, un tas mazina individuālo vajadzību integrāciju rehabilitācijas mērķos un rehabilitācijas procesa caurskatāmību.

Ārstniecības iestādēm, kuras sniedz multiprofesionālos pakalpojumus dienas stacionārā, aizpildot medicīnisko dokumentāciju, ir jānovērtē personas rehabilitācijas mērķa sasniegšana pēc rehabilitācijas kursa pabeigšanas un ambulatorajā talonā obligāti jānorāda, vai rehabilitācijas kursa plāna mērķis sasniegts, sasniegts daļēji vai nav sasniegts.

Eksperta vērtējumā šis pasākums var būt noderīgs, bet tikai tad, ja valstī ir skaidras un visiem līdzīgas prasības, kā mērķus noformulēt, jo pašlaik tā ir formāla atzīme par mērķu sasniegšanas stadiju. Informācija par mērķu sasniegšanu vai nesasniedzšanu nozīmīga kļūst tad, ja speciālistu starpā pastāv vienota izpratne un kompetence par mērķu būtību. Lai spriestu, vai rehabilitācija bijusi efektīva un sekmīga, ir nepieciešama izvērstāka informācija par pašiem mērķiem. Piemēram, vērtējot pēc SFK, – svarīgs ir funkcionēšanas līmenis, kādā mērķis izvirzīts: ķermeņa funkciju līmenī, vai tomēr, kas ir nozīmīgi sabiedrībai – rehabilitācijas rezultāti aktivitāšu un dalības līmenī.

Pārējiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, kas sniegti mājās, ambulatorajās un stacionārajās ārstniecības iestādēs, revidējamā laika posmā netika identificētas prasības ārstniecības iestādēm veikt medicīniskās rehabilitācijas mērķa izvērtējumu.

Medicīniskās rehabilitācijas rezultātu un kvalitātes vērtēšana

Ārstniecības likums²¹⁰ nosaka, ka ārstniecība ietver arī profesionālu un individuālu medicīnisko rehabilitāciju. Savukārt atbilstoši Pacientu tiesību likumam²¹¹ pacientam ir tiesības uz laipnu attieksmi, kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību neatkarīgi no viņa slimības rakstura un smaguma.

Veselības ministrijas izstrādātajā veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcijā “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”²¹² ir sniegts skaidrojums, ka veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti var raksturot ar vienkāršiem vārdiem: *pareizi darīt pareizi noteiktu*

darbu, jeb pieņemt pareizus lēmumus, kas pamatoti ar pareizu informāciju; pareizi veikt pareizās manipulācijas, pareizajam pacientam, pareizajā vietā un laikā; pielietot pareizās zāles pareizajam pacientam pareizajā laikā u.tml. pie tā ar minimālajām izmaksām”. Tas savukārt jāizskata vairākās dimensijās, piemēram:

- ❖ **Efektivitāte:** ar pieejamiem līdzekļiem/resursiem sasniegt rezultātu. Efektivitāte ir optimālā, nevis maksimālā aprūpe pacientiem un sabiedrībai kopumā, kas var tikt novērtēta, veicot noteikto datu analīzi;
- ❖ **Pieejamība, savlaicīgums:** veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai nedrīkst būt atkarīga no ģeogrāfiskām, ekonomiskām, sociālām, kulturālām vai valodas barjerām, savukārt veselības aprūpes profesionāļiem jābūt pieejamiem resursiem ārstēšanas un aprūpes veikšanai. Savlaicīgumu raksturo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība atbilstoši pacienta stāvoklim īstajā laikā, kad tas ir nepieciešams, ievērojot ārstēšanas un aprūpes pakalpojumu pēctecību (diagnostika, ārstēšana, novērošana, rehabilitācija);
- ❖ **Nepārtrauktība:** pacients saņem nepārtrauktu un pilnu nepieciešamo medicīnisko aprūpi, nodrošinot ārstniecības pakalpojumu pēctecību pacientam visos tās posmos un veselības aprūpes līmeņos, kas var tikt īstenots ar ārstniecības personu un iestāžu savstarpēju sadarbību, informācijas apmaiņu;
- ❖ **Lietderība:** veikt tikai nepieciešamās procedūras vai manipulācijas pēc principa “Tik maz cik iespējams, tik daudz cik nepieciešams”, nevis visas medicīnā vai konkrētajā ārstniecības iestādē iespējamās.

Koncepcijā ir definēti arī šādi ārstniecības procesa soļi²¹³:

- ❖ ārstniecības pakalpojumu administrēšana;
- ❖ ambulatorā palīdzība;
- ❖ ambulatorā palīdzība dienas stacionārā;
- ❖ neatliekamā medicīniskā palīdzība un observācija;
- ❖ stacionārā palīdzība (atbilstoši ārstēšanas profiliem);
- ❖ rehabilitācijas pakalpojumi;
- ❖ aprūpe.

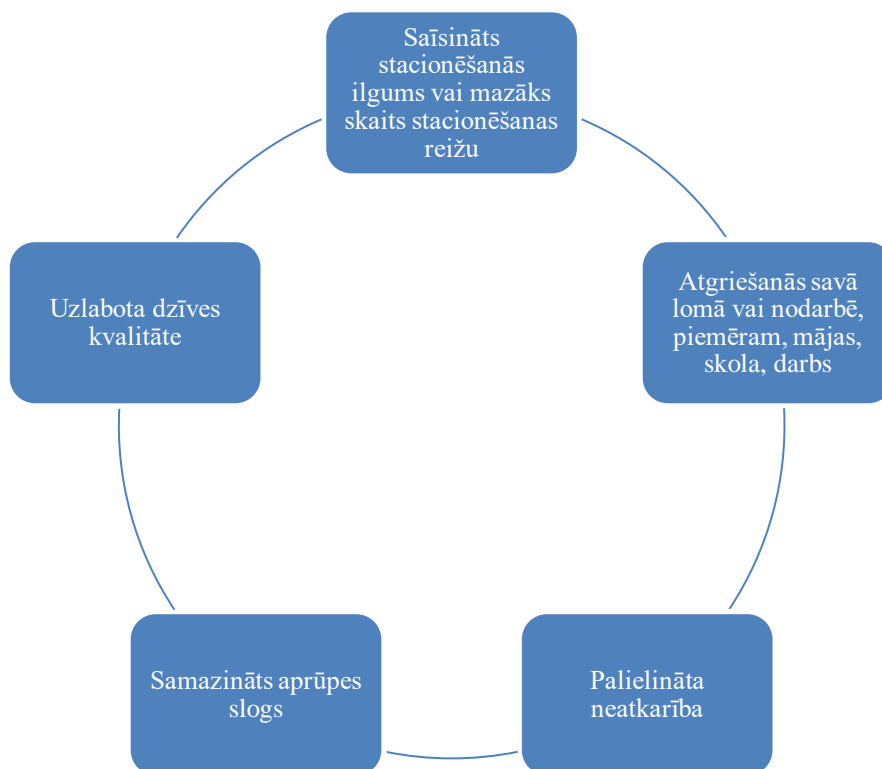
Izvērtējot Veselības ministrijas plānošanas dokumentus, konstatēts, ka, lai virzītos uz kvalitatīvu veselības aprūpes, tai skaitā rehabilitācijas, pakalpojumu nodrošināšanu, tika plānots pasākums – **izstrādāt un ieviest kvalitātes kritērijus stacionārajām ārstniecības iestādēm**²¹⁴. Šī pasākuma izpildes termiņš bija 01.01.2013. un mērķis – nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, vērtējot slimnīcu darbības efektivitāti atbilstoši noteiktiem kritērijiem.

Īstenojot minēto pasākumu, 2013.gadā ir izstrādāti stacionārās veselības aprūpes kvalitātes izvērtējuma kritēriji, kas ietver gan kvalitatīvos vērtēšanas kritērijus (piemēram, pacientu mirstība, procedūru laikā gūtās traumas, dzemdību komplikācijas), gan kvantitatīvos vērtēšanas kritērijus (piemēram, ārstēšanās ilgums, vidējais gultu noslogojums slimnīcā, hospitalizācijas gadījumu īpatsvars uzņemšanas nodaļā).

Lai gan Ministru kabineta noteikumu projekta anotācijā un plānošanas dokumentos²¹⁵ norādīts, ka šie kritēriji ļauj izvērtēt arī sniegto rehabilitācijas pasākumu savlaicīgumu, tajā skaitā arī to, vai pacientam pēc akūta miokarda infarkta, hemorāģiska vai išēmiska insulta stacionārā savlaicīgi uzsākti agrīnas rehabilitācijas pasākumi un izvēlētas efektīvas ārstēšanas metodes, Veselības ministrija norādīja²¹⁶, ka minētie kvalitātes kritēriji atbilst stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes un ārstniecības iestādes darba organizācijas novērtēšanai, bet to sagatavošanas procesā netiek analizēta un ietverta informācija par rehabilitāciju, tādējādi konkrētie kritēriji netiek vērtēti attiecībā uz rehabilitāciju.

Veselības ministrija revīzijā norādīja²¹⁷, ka rehabilitācijas sistēmas darbības kvalitāti un efektivitāti atbilstoši koncepcijā²¹⁸ noteiktajām šo kritēriju definīcijām ir jāmēra ārstniecības iestādēm, jo atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām²¹⁹ katrai ārstniecības iestādei (tai skaitā arī tām, kuras nodarbojas ar rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu) ir jāizveido kvalitātes sistēma un tās ietvaros kā minimums iestādei ir jānodrošina savu sniegto ārstniecības pakalpojumu rezultātu analīzi, kas nozīmē indikatoru izvirzīšanu, pēc kuriem var novērtēt aprūpes kvalitāti. *Tādējādi revidenti guva apliecinājumu, ka Veselības ministrija neplāno veikt sistēmisku rehabilitācijas procesa kvalitātes izvērtējumu, to pilnībā atstājot katras atsevišķas ārstniecības iestādes ziņā.*

PVO²²⁰ vērš uzmanību uz rādītājiem, ko var izmantot rehabilitācijas rezultātu novērtēšanai, skatīt 28.attēlu.



28.attēls. Izmantojamie rādītāji rehabilitācijas rezultātu novērtēšanai.

Revīzijā konstatēts, ka rehabilitācijas rezultāti tiek fiksēti pakalpojumu sniedzēju līmenī, taču valsts līmenī nav paredzēts lietot kādu no standartizētajiem mērījumiem visos rehabilitācijas posmos, nav arī noteiktu prasību to dokumentēšanai, dati netiek uzkrāti, apkopoti un analizēti. Revīzijā netika identificēti nekādi rezultatīvie rādītāji vai atskaites punkts, lai valsts līmenī varētu spriest par rehabilitācijas pakalpojumu rezultātiem un kvalitāti, tai skaitā par efektivitāti.

Apkopojot iepriekš minēto, revidenti secina, ka Veselības ministrija līdz šim nav radījusi priekšnoteikumus, lai varētu novērtēt rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāti valstī, ko faktiski var novērtēt tikai pēc sasniegtajiem rezultātiem rehabilitācijas procesos. Revidentu ieskatā šāds sasniegto rezultātu vērtējums ļautu sasaistīt ārstniecības personu paveiktā darba apmaksu ar tā kvalitāti.

Revīzijas laikā Veselības ministrija norādīja²²¹, ka rehabilitācijā ir plānots veikt pakalpojumu sniedzēju atlasīšanu pēc speciāliem kritērijiem (stratēģisko iepirkumu), definējot kvalitātes prasības pakalpojumu sniedzējiem. Tā kā pasākums uz šo brīdi ir projekta stadijā, revīzijā tas netika vērtēts.

Vai medicīniskās rehabilitācijas process tiek uzraudzīts?

Atbilstoši Veselības ministrijas nolikumam²²² ministrijai ir jāizstrādā veselības politika, kā arī jāorganizē un jākoordinē tās īstenošana. Lai to paveiktu ministrijai veselības aprūpes jomā ir šādi uzdevumi: piemēram, izstrādāt valsts politiku pacientu rehabilitācijas jomā, pārraudzīt veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanu ārstniecības iestādēs, kā arī pārraudzīt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Revidenti secina, ka medicīniskās rehabilitācijas process valsts līmenī faktiski ir palicis bez uzraudzības:

Veselības ministrijas politikas plānošanas dokumentos ir noteikts salīdzinoši maz pasākumu rehabilitācijas jomas attīstībai, tomēr arī tie nav ieviesti, bet gan ir palikuši “uz papīra”;

Gan Veselības inspekcija, gan NVD veic pārbaudes tikai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu un organizēšanu, kā arī to sniegšanas un apmaksas pamatotību, bet neīsteno mērķtiecīgas pārbaudes ārstniecības iestādēs par sniegto pakalpojumu kvalitāti.

Veselības ministrijas veiktā uzraudzība, ieviešot attīstības plānošanas dokumentos noteiktos mērķus Attīstības plānošanas sistēmas likums²²³ ir izstrādāts ar mērķi sekmēt valsts ilgtspējīgu un stablu attīstību, kā arī iedzīvotāju dzīves kvalitātes uzlabošanu. Attīstības plānošanas dokumentā izvirza mērķus un sasniedzamos rezultātus attiecīgā politikas jomā, apraksta noskaidrotās problēmas un paredz to risinājumus, izvērtē šo risinājumu iespējamo ietekmi, kā arī plāno turpmāko politikas īstenošanai un rezultātu novērtēšanai nepieciešamo rīcību.

Rehabilitācijas politikas trūkums un plānošana valsts un vietējā līmenī kavē rehabilitācijas stiprināšanu un paplašināšanu valstī²²⁴.

Ministru kabineta noteikumi²²⁵ 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, kā arī regulāri veic politikas izvērtējumu.

Revīzijas laikā revidenti politisko vadlīniju un Veselības ministrijas izstrādātajos politikas plānošanas dokumentos identificēja salīdzinoši maz pasākumu rehabilitācijas kā nepārtrauktas veselības aprūpes būtiskas sastāvdaļas attīstībai. Savukārt, ja pasākumi rehabilitācijas jomā bija plānoti, tomēr, izvērtējot Veselības ministrijas faktiskās darbības, ieviešot plānotos pasākumus, secināts, ka atbildīgās institūcijas nepietiekami sistemātiski un konsekventi tos īsteno noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai un plānotie pasākumi nav ieviesti.

Piemēram, ņemot vērā augstos saslimstības rādītājus Latvijā ar sirds un asinsvadu slimībām un ļaundabīgajiem audzējiem, Veselības ministrija:

- ❖ pirms 10 gadiem plānoja pasākumus, lai uzlabotu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību un nodrošinātu uz pierādījumiem balstītu un izmaksu ziņā efektīvu ārstēšanu un rehabilitāciju onkoloģiskiem pacientiem;
- ❖ pirms trīs gadiem plānoja pasākumus, lai uzlabotu ar veselību saistīto dzīves kvalitāti pacientiem pēc akūta miokarda infarkta un revaskularizācijas, jo ir svarīgi nodrošināt kardioloģiskās rehabilitācijas programmas tiem, kuriem tas ir nepieciešams,

tomēr, revīzijā konstatēts, ka nevienu no šiem pasākumiem Veselības ministrija līdz šim brīdim nav īstenojusi.

Apkopojot konstatēto, revidenti secina, ka valsts līmenī plānošana rehabilitācijas jomā faktiski neeksistē un tie nedaudzie pasākumi, kuri ir plānoti, lai rehabilitāciju integrētu veselības aprūpē, nav ieviesti, un ir palikuši “uz papīra”.

Veselības inspekcijas veiktā uzraudzība, kontrolējot normatīvajos aktos noteikto prasību ievērošanu Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem²²⁶ Veselības inspekcijas darbības mērķis ir īstenot valsts pārvaldes funkcijas veselības nozares uzraudzībā un kontrolē, lai nodrošinātu minēto jomu regulējošo normatīvo aktu prasību ievērošanu un izpildi. Atbilstoši funkcijām inspekcijā noteikti deviņi darbības virzieni, piemēram:

- ❖ veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzība un kontrole;
- ❖ veselības aprūpes kvalitātes un darbības ekspertīzes kontrole.

Lai nodrošinātu efektīvu uzraudzību un kontroli, Veselības inspekcija ik gadu apstiprina uzraudzības darba plānu, kurā inspekcijas darbības virzieniem tiek noteiktas prioritātes un rezultatīvie rādītāji, piemēram, 2017.gadā darbības virzienam – veselības aprūpes kvalitātes un darbības ekspertīzes kontrole – viena no noteiktajām prioritātēm bija “Ekspertīzes un pārbaudes par darbības ekspertīzes kvalitāti un darbības pamatotību atbilstoši normatīvajiem aktiem un veidlapu Nr.027/U izsniegšanas pamatotību, kā galveno faktoru izvērtējot ārstēšanas režīmu”. *Revīzijā noskaidrots, ka laika periodā no*

01.01.2014. līdz 31.12.2017. rehabilitācijas pakalpojumu uzraudzība nebija iekļauta prioritāšu sarakstā²²⁷.

Veselības inspekcijai nolikumā²²⁸ noteikto kompetenču ietvaros jāveic veselības nozares uzraudzība un kontrole, pamatojoties gan uz ārējā, gan iekšējā ierosinājuma pamata. Veselības inspekcija uzrauga un kontrolē ārstniecības iestādēm saistošo normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes jomā, kā arī veselības aprūpes profesionālo kvalitāti ārstniecības iestādēs²²⁹.

Saskaņā ar Veselības inspekcijas informāciju²³⁰ 2014., 2015. un 2016.gadā sūdzības un iesniegumi pārsvarā saņemti par veselības aprūpes kvalitāti primārajā veselības aprūpē, traumatoloģijā, zobārstniecībā, psihiatrijā, onkoloģijā, ķirurģijā, ginekoloģijā/dzemdniecībā, neiroloģijā/neiroķirurģijā un terapijā. Līdz ar to arī ekspertīzes Veselības inspekcija pārsvarā ir veikusi minētajās medicīnas specialitātēs. *Tādējādi revidenti secina, ka par medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem un attiecīgi šīs jomas medicīnas specialitātēm saņemts salīdzinoši neliels iesniegumu skaits.*

Atbilstoši Veselības inspekcijas nolikumam²³¹ inspekcija kontrolē, vai ārstniecības iestādes atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām un vai ārstniecības personām ir sertifikācijas institūcijas izsniegti ārstniecības personas sertifikāti. Šo pārbaūžu mērķis ir gūt apliecinājumu par ārstniecības iestāžu darbību reglamentējošo normatīvo aktu prasību izpildi ārstniecības iestādēs un uzdot novērst konstatētās neatbilstības, tādējādi mazinot riskus veiksmīgai ārstniecības procesa norisei un sekmējot pacientu drošību un ārstniecības procesa kvalitāti ārstniecības iestādēs²³².

Saskaņā ar Veselības inspekcijas sniegto informāciju²³³ Latvijā rehabilitācijas pakalpojums sniedz specializētās slimnīcas (tai skaitā sanatorijas), ambulatorās rehabilitācijas iestādes (rehabilitācijas centri, fizioterapeitu prakses, tehniskās ortopēdijas iestādes), stacionāro un ambulatoru ārstniecības iestāžu struktūrvienības (rehabilitācijās un fizikālās terapijas nodaļas, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, funkcionālā speciālista (ergoterapeits, audiologopēds, fizioterapeits) kabineti) un masieru prakses.

Kā norādīja Veselības inspekcija²³⁴, Latvijā ir reģistrēti vairāk nekā četri tūkstoši ārstniecības iestāžu, līdz ar to, ievērojot Veselības inspekcijas uzraudzības plāna attiecīgajam gadam noteiktās prioritātes, periodiskums, ar kādu inspekcija pašreizējo resursu ietvaros plāno ārstniecības iestāžu kontroles, ir:

- ❖ stacionārajās ārstniecības iestādēs – reizi trijos gados;
- ❖ ambulatorajās ārstniecības iestādēs – reizi piecos sešos gados.

Valsts kontrole izvērtēja Veselības inspekcijas iesniegto informāciju²³⁵ par kontrolēm ārstniecības iestādēs, kuras sniedz rehabilitācijas pakalpojumu, un konstatēja, ka kontroļu skaits tieši ārstniecības iestādēs, kas sniedz valsts apmaksātos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, ir mazs. Piemēram, 2014.gadā pārbaudes veiktas piecās šādās iestādēs, 2015.gadā – septiņās, 2016.gadā – četrās un 2017.gada 1.pusgadā – divās iestādēs.

Veselības inspekcija pārbauda arī no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas, to sniegšanas pamatotību un atbilstību šiem noteikumiem un ārstniecības iestādes līgumam ar NVD. Ja ir konstatēti pārkāpumi, Veselības inspekcija pieņem lēmumu par naudas līdzekļu ieturējumu vai līgumsoda piemērošanu.

Saskaņā ar Veselības inspekcijas sniegto informāciju²³⁶ šīs kontroles mērķis ir nodrošināt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības, nodrošināšanas, to sniegšanas un apmaksas pamatotības pārbaudes, sniegt priekšlikumus veselības aprūpes jomu regulējošo normatīvo aktu prasību

pilnveidošanai, ņemot vērā pārbaudu ietvaros konstatētos pārkāpumus, identificētās problēmas un normatīvo aktu nepilnības (“robus”). Uzdevuma izpildi nodrošina divas struktūrvienības, kuras specializējas atbilstoši sākotnēji iegūtās informācijas/signāla raksturam, proti, vai pārbaude akcentējama uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības jautājumiem vai valsts apmaksāto pakalpojumu uzskaiti:

- ❖ Līgumu uzraudzības nodaļa;
- ❖ Pakalpojumu uzraudzības nodaļa.

Kā norādīja Veselības inspekcija²³⁷, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzības un kontroles ietvaros veic tikai neplānotas (ierosinātas) kontroles pār šādu līgumu izpildi par:

- ❖ primārās, sekundārās ambulatorās un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu;
- ❖ zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu un apmaksu;
- ❖ ambulatorajai ārstēšanai paredzēto kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu.

Kontroles veikšanu ierosina, ja:

- ❖ saņemts uzdevums par ārkārtas pārbaudi (piemēram, Veselības ministrijas vai citu iestāžu ierosinājumi, Veselības inspekcijas vadītāja uzdevumi);
- ❖ saskaņā ar ziņojumu no NVD;
- ❖ fizisku vai juridisku personu iesniegumi, tai skaitā sūdzības;
- ❖ uz Veselības inspekcijas iniciatīvas pamata, konstatējot iespējamus pārkāpumus pakalpojumu uzskaitē, vai ārstu praksēs, kas nekad nav tikušas pārbaudītas.

Valsts kontrole izvērtēja Veselības inspekcijas iesniegto informāciju²³⁸ par Veselības inspekcijas Līgumu uzraudzības nodaļas un Pakalpojumu uzraudzības nodaļas veiktajām kontrolēm veselības aprūpes organizēšanā un pakalpojumu pieejamībā ārstniecības iestādēs, kurās sniedz rehabilitācijas pakalpojumus.

Līgumu uzraudzības nodaļa laika periodā no 01.01.2014. līdz 30.06.2017. medicīniskās rehabilitācijas jomā veica 18 pārbaudes (trijos gadījumos pārbaudu ierosinātāja bija Veselības inspekcija, bet 15 gadījumos – NVD) un aprēķināja zaudējumus veselības aprūpes valsts budžetā par ārstniecības iestādēs nepamatoti uzrādītiem pakalpojumiem 64 018 *euro* apmērā:

- ❖ astoņas pārbaudes ir veiktas saistībā ar rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu veselības aprūpes mājās ietvaros. Pārbaudēs konstatēts, piemēram, ka pakalpojumi sniegti bez fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījuma, rehabilitācijas plāns ir nepilnīgs vai arī rehabilitācijas plāni vispār nav izstrādāti, neatbilstības nosūtījumu veidlapu aizpildīšanā un medicīniskās dokumentācijas kārtošanā, rehabilitācijas pakalpojumi mājās uzsākti vēlāk nekā sešu mēnešu laikā pēc saslimšanas, nepamatoti apmaksai uzrādītas manipulācijas;
- ❖ trīs pārbaudes ir veiktas saistībā ar rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu dienas stacionārā. Konstatēti šādi pārkāpumi: piemēram, pacientiem ir uzrādīti multiprofesionālās rehabilitācijas pakalpojumi, kaut gan faktiski pacientiem sniegti monoprofesionālās rehabilitācijas

pakalpojumi, kas izmaksu ziņā ir ievērojami lētāki un neprasa to sniegšanu dienas stacionārā, līdz ar to nav pamatota arī dienas stacionāra manipulāciju apmaksā, nepamatoti uzrādītas arī nakts izmitināšanas manipulācijas, kad pacientam nākamajā dienā pakalpojumi rehabilitācijas centrā nav sniegti;

- ❖ septiņas pārbaudes ir veiktas saistībā ar ambulatoro rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu. Pārbaudēs konstatētas, piemēram, apmaksai nepamatoti uzrādītas manipulācijas, kas neatbilst apmaksas nosacījumiem, jo ārstniecības iestādes veiktais darbs jau ir apmaksāts ar citām uzrādītām rehabilitācijas komandas darba manipulācijām, apmaksai uzrādītas vienlaicīgi multiprofesionālās rehabilitācijas bāzes pakalpojuma manipulācijas un vēl citas rehabilitācijas manipulācijas, kuras nedrīkst uzrādīt apmaksai vienlaicīgi, nepamatoti apmaksai uzrādītas pacientu piederīgo apmācību manipulācijas un pacienta funkcionālās izmeklēšanas manipulācijas, nepamatoti uzrādītas pacientiem ambulatori veiktas manipulācijas laikā, kad viņi atradušies diennakts stacionārajā ārstēšanā, iestādē izvietotā informācija par fizioterapeitu darba laiku valsts finansētiem pakalpojumiem neatbilst līgumā apstiprinātajiem pieņemšanas laikiem un iestādes fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta pakalpojumi netiek sniegti līgumā norādītajā adresē, līdz ar to iedzīvotājiem netiek nodrošināta valsts apmaksāta fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultāciju saņemšana teritorijas ietvaros.

Pakalpojumu uzraudzības nodaļa laika periodā no 01.01.2014. līdz 30.06.2017. medicīniskās rehabilitācijas jomā veica astoņas pārbaudes, no tām sešas pārbaudes ierosinātas uz iesnieguma pamata, viena – pamatojoties uz telefonisku sūdzību, un vēl viena – pamatojoties uz Vadības informācijas sistēmas datiem, un aprēķināja zaudējumus veselības aprūpes valsts budžetā ir 7771 euro apmērā:

- ❖ pārbaudes ir veiktas saistībā ar ambulatoro rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu, konstatējot, piemēram, ka apmaksai nepamatoti uzrādīti taloni, par kuriem nevar uzrādīt medicīnisko dokumentāciju un/vai nosūtījumus, nav ierakstu par rehabilitācijas pakalpojumu veikšanu, pacientu ambulatorajās kartēs pie ierakstiem nav ārstniecības personas paraksta, pacientu ambulatorajās kartēs pievienotie nosūtījumi ir bez paraksta vai datuma, iestādē ambulatoriem pakalpojumiem programmā “Rehabilitācijas pakalpojumi” nav vienotas, uz vienādiem nosacījumiem balstītas rindu reģistrācijas sistēmas, pacienti, vēršoties iestādē, informāciju par ārstniecības saņemšanas termiņiem nesaņem un nevar vienoties par konkrētu laiku pakalpojuma saņemšanai, pacientiem nozīmētie datumu nav sistematizēti atbilstoši kārtas numuram, iestādē izvietotā publiski pieejamā informācija pacientiem ir neprecīza un neatbilst līguma nosacījumiem, pacienta ārstēšanas laikā stacionārā ambulatori sniegto pakalpojumu apmaksai vienlaicīgi uzskaitīja gan kā stacionāri, gan kā ambulatori sniegto pakalpojumu (dubultā).

Apkopojot iepriekš minēto, revidenti secina, ka Veselības inspekcija uz ierosinājuma pamata ir veikusi pārbaudes tikai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu un organizēšanu, kā arī to sniegšanas un apmaksas pamatotību. Tomēr Veselības inspekcija atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam ir arī vienīgā iestāde, kuras kompetencē ir uzraudzīt un kontrolēt veselības aprūpes profesionālo kvalitāti ārstniecības iestādēs. Revidenti, izvērtējot Veselības inspekcijas paveikto veselības aprūpes profesionālās kvalitātes ārstniecības iestādēs uzraudzīšanā un kontrolē, konstatēja, ka Veselības inspekcija laika periodā no 01.01.2014. līdz 30.06.2017. nav veikusi šāda veida sistēmiskas pārbaudes rehabilitācijas jomā.

Nacionālā veselības dienesta darbības valsts budžeta līdzekļu racionālā un efektīvā izmantošanas veicināšanā

Viens no NVD uzdevumiem ir administrēt veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, nodrošinot racionālu un maksimāli efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. NVD uzrauga tā administrēšanā nodoto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs²³⁹.

Par iespējamiem pārkāpumiem budžeta līdzekļu izlietojumā, kas izriet no veselības aprūpes pakalpojumu nepamatotas uzskaites, NVD informē Veselības inspekciju.

Atbilstoši NVD sniegtajai informācijai²⁴⁰, veicot norēķinus par sniegtiem pakalpojumiem no valsts budžeta līdzekļiem, NVD veic nepārtrauktu Vadības informācijas sistēmā uzkrāto datu un informācijas analīzi, veicot gan sistēmas pārbaudes (pamatpārbaudes un loģiskās pārbaudes), gan datu atlasījumus. Revīzijā konstatēts, ka laika periodā no 2014.gada līdz 2017.gadam NVD informāciju par identificētajiem iespējamajiem pārkāpumiem Veselības inspekcijai nodevis 33 reizes.

Atbilstoši NVD sniegtajai informācijai²⁴¹ Vadības informācijas sistēmā ir iestrādātas kontroles, lai identificētu iespējamus pārkāpumus rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanā. Sistēmā, ievadot uzskaites dokumentus, visiem tiek piemērotas:

- ❖ pamata pārbaudes – iekļautās pārbaudes, kas saistītas ar rehabilitācijas pakalpojumiem:
 - ✓ apmeklējumu skaits nevar būt lielāks par epizodes norādīto dienu skaitu;
 - ✓ citas pārbaudes (n=20), kas kontrolē uzskaites dokumenta aizpildīšanas korektumu;
- ❖ loģiskās pārbaudes, kas saistītas ar rehabilitācijas pakalpojumiem:
 - ✓ meklē dubultniekus – netiek apmaksāti divi vai vairāk vienādu informāciju saturoši uzskaites dokumenti;
 - ✓ pārbauda atbilstību līgumiem (ārstniecības iestāde, ārstniecības personas, pakalpojumi);
 - ✓ pārbauda manipulācijas atbilstību personas vecumam;
 - ✓ manipulāciju atbilstība pacientu grupai – pakalpojumus tiek apmaksāts tikai mājas aprūpes pacientiem;
 - ✓ manipulāciju skaita atbilstība laika periodam – uzskaites dokumentā vienā aprūpes epizodē nevar uzrādīt vairāk par 31 mājas aprūpes apmaksas manipulāciju – tas nozīmē, ka NVD apmaksā ne vairāk kā vienu apmeklējumu dienā.

NVD Vadības informācijas sistēma nav paredzēta tādu datu apkopošanai, kas ļautu izvērtēt rehabilitācijas pasākumu efektivitāti un kvalitāti, jo tā faktiski ir paredzēta norēķiniem par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem un sistēmā iestrādātās pamatpārbaudes un loģiskās pārbaudes ir vērstas uz veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu izlietojuma pamatotību.

Ieteikums

Veselības ministrijai sadarbībā ar jomas speciālistiem izstrādāt datu monitoringa sistēmu, paredzot vienotu un standartizētu pieeju pacientu funkcionēšanas novērtēšanai visos rehabilitācijas posmos,

nodrošinot informācijas uzkrāšanu un apmaiņu par pacientu dažādos veselības aprūpes posmos, nosakot tādus rehabilitācijas kvalitātes indikatorus, kas ļautu vērtēt sasniegto rezultātu katram pacientam individuāli, gan arī novērtēt Veselības ministrijas īstenoto rehabilitācijas politiku kopumā.

Ieviešot šo ieteikumu, Veselības ministrijai būs divi ieguvumi: pirmkārt, tā būs iespēja novērtēt rehabilitācijas rezultātu – katram pacientam individuāli un valsts līmenī varētu novērtēt rehabilitācijas rezultātus un rehabilitācijas pakalpojumu kvalitāti, tai skaitā efektivitāti. Otrkārt, būtiska pacientam ir pāreja no viena rehabilitācijas posma uz nākamo (ja nepieciešams), jo tā lielā mērā ir atkarīga no iesaistīto veselības aprūpes speciālistu koordinētas darbības, gan skaidrojot terapeitiskās darbības, gan arī rekomendācijas. Tādējādi pacients tiks motivēts aktīvi līdzdarboties rehabilitācijas procesā, jo starptautiskie pētījumi pierāda, ka aktīva līdzdalība, tai skaitā savu mērķu izvirzīšana, ir saistāma ar labāku funkcionēšanas iznākumu.

4. Īstenotās veselības aprūpes politikas sekas

Statistikas dati liecina, ka Latvijā pieaug pieaugušo personu ar pirmreizējo invaliditāti skaits, pieaug arī kopējais personu ar invaliditāti īpatsvars iedzīvotāju vidū, proti, ja 2012.gadā tie bija 7,4%, tad 2017.gadā – jau 9,4%.

Lai gan normatīvajos aktos un attīstības plānošanas dokumentos ir noteikti veicamie uzdevumi situācijas uzlabošanai, atbildīgo iestāžu faktiskās darbības iecerēto mērķi nerasniedz.

Kā viens no pasākumiem, lai mazinātu personu ar invaliditāti skaitu valstī, ir prognozējamās invaliditātes statusa ieviešana, lai cilvēkiem ar draudošu invaliditāti tiktu veikta intensīva ārstēšana, tai skaitā medicīniskā rehabilitācija, tā mazinot risku kļūt par invalīdu. Tomēr jāatzīst, ka šis statuss “nav iedarbināts”, jo kopš tā ieviešanas septiņu gadu laikā personu skaits, kuriem noteikts prognozējamās invaliditātes statuss, ir mazs – vidēji 100 personas gadā.

Situācijas uzlabošanu neveicina arī vājā Veselības ministrijas un Labklājības ministrijas sadarbība un informācijas apmaiņa. Veselības ministrija atzīst, ka datu sasaistes trūkuma dēļ nav iespējams veikt datu analīzi par cēloņiem personu ar invaliditāti skaita pieaugumam. To apliecina arī Latvijas Universitātes pētnieki, kuriem Labklājības ministrijas uzdevumā bija jāveic analīze par muskuļu un skeleta sistēmas slimību izraisītu pieaugušo invaliditātes statistiku Latvijā. Pētījuma autori atzina, ka nav iespējams analizēt invaliditātes cēloņus, jo nav iespējams sasaistīt Labklājības ministrijas pārziņā esošus datus par darba nespējas un pirmreizējās invaliditātes gadījumiem ar Veselības ministrijas informāciju par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem konkrētajām personām. Datu apmaiņas neiespējamība liedz ministrijām analizēt cēloņus, lai meklētu risinājumus pieaugošajam ilgstoši slimojošu darbaspējīga vecuma personu un personu ar invaliditāti ar noteiktām diagnozēm skaitam.

Gan minētā pētījuma autori, gan VDEĀVK norāda arī, ka veselības aprūpes sektorā pastāv problēmas ar savlaicīgu un aktīvu ārstēšanas un rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, kas savukārt var būt iemesls, kāpēc pasliktinās slimojošo veselības stāvoklis un samazinās darbības spējas. Arī revidentu veiktās datu analīzes rezultāti liecina, ka tikai 69% no personām, kam piešķirts prognozējamās invaliditātes statuss, ir saņēmuši rehabilitācijas pakalpojumus. Revīzijā nebija iespējams noteikt, kāpēc personas ar prognozējamu invaliditāti nesaņem rehabilitācijas pakalpojumus, tomēr viens no iemesliem varētu būt cilvēku izpratnes un

motivācijas trūkums aktīvi līdzdarboties sava veselības stāvokļa uzlabošanā. Tāpēc vērā ņemama ir citu valstu pieredze, kas uzliek pienākumu invaliditātes pieteicējam izmantot visus iespējamus pakalpojumus, kas ir nepieciešami. Invaliditāte tiek piešķirta tikai tad, ja ir izmantoti visi pieejamie pakalpojumi cilvēka iespējām pielāgoties videi, darbam un mācībām, tomēr Latvijā tādu prasību nav.

Revīzijā konstatētais liecina, ka Veselības ministrijai nav mērķtiecīgu risinājumu kā samazināt pieaugošo ilgstoši slimojošu darbaspējīga vecuma personu un personu ar invaliditāti ar noteiktām diagnozēm skaitu.

Revidentu ieskatā ir jāuzlabo arī Veselības ministrijas un Labklājības ministrijas sadarbība, lai personām, kurām ir ilgstoša darbnespēja un kuras potenciāli pakļautas invaliditātes riskam, sniegtu pēc iespējas savlaicīgu medicīnisko atbalstu veselības sistēmas ietvaros, tai skaitā personīgi orientētus rehabilitācijas pakalpojumus.

Labklājības ministrijas informatīvajā ziņojumā²⁴² norādīts, ka veselības stāvokļa uzlabošanas rezultāti ir atkarīgi no agrīnas iejaukšanās un savlaicīgu medicīnisko pakalpojumu pieejamības, līdz ar to, personām, kurām ir ilgstoša darbnespēja un kuras potenciāli varētu kļūt par personām ar invaliditāti, nepieciešams sniegt pēc iespējas savlaicīgu medicīnisko atbalstu veselības sistēmas ietvaros.

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam ir saistītas arī ar nodarbinātības un sociālās politikas jomas plānošanas dokumentu “Rīcības plāns Invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.–2015.gadam”²⁴³ un tajā noteikto uzdevumu – invaliditātes profilakses pasākumu kompleksa attīstība un īstenošana. Šī uzdevuma mērķis bija pilnveidot tiesību aktus, nosakot rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas pamatprincipus, mērķus, personu loku, kurām ir tiesības saņemt pakalpojumus, atbildīgās institūcijas (valsts un pašvaldību), iesaistītos speciālistus, finansēšanas principus un finanšu plūsmu, tā pilnveidojot medicīnisko rehabilitāciju ambulatorā un stacionārā, kā arī nodrošinot efektīvu kontroli pār izsniegtajām darbnespējas lapām un mazinot noteikto invaliditātes statusa skaitu un to smaguma pakāpi.

Tomēr statistika liecina, ka kopējais personu ar invaliditāti skaits valstī gadu no gada pieaug, skatīt 7.tabulu.

7.tabula

Kopējais personu ar invaliditāti skaits 2012.–2017.gadā.

Gads	Pieaugušie invalīdi	Bērni invalīdi	Kopā bērni invalīdi un pieaugušie invalīdi	Iedzīvotāju skaits valstī	Personu ar invaliditāti īpatsvars iedzīvotāju vidū (%)
2012	143 816	7825	151 641	2 041 763	7,43
2013	153 765	7957	161 722	2 023 825	7,99
2014	159 930	8222	168 152	2 023 825	8,31
2015	166 345	8260	174 605	2 144 763	8,14
2016	173 752	8296	182 048	1 968 957	9,25
2017	174 580	8153	182 733	1 950 116	9,37

Avots: Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2012., 2013., 2014., 2015., 2016. un 2017.gada pārskati <http://www.vdeavk.gov.lv/par-mums/gada-parskati-un-petijumi/>

Revīzijā iegūtā informācija par medicīniskās rehabilitācijas nozīmi un lomu ārstniecības procesā, par tās organizēšanas un finansēšanas kārtību, kā arī apkopotā statistika par pieaugušo personu skaitu, kurām ir ilgstoša darbnespēja un to vēlāku atgriešanos darba tirgū, par pieaugušo personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaitu un samazināto personu ar prognozējamās invaliditātes statusu skaitu spilgti ilustrē sekas Veselības ministrijas stratēģijas neesamībai un nespējai noteikt prioritātes.

Ar muskuļu un skeleta sistēmas slimībām saistīto invaliditātes gadījumu skaita pieaugums

Labklājības ministrijas uzdevumā Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centrs veica pētījumu “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”²⁴⁴, kura galvenais mērķis bija datu analīzes rezultātā iegūt pierādījumus par kopējo izmaksu slogu sabiedrībai saistībā ar pirmreizēju invaliditāti personām ar muskuļu un skeleta sistēmas slimībām, lai mērķtiecīgāk plānotu atbalsta pasākumus, kā arī pasākumus šo personu iekļaušanai sabiedrībā un darba tirgū. No visiem strādājošajiem, kuriem pirmreizēji noteikta invaliditāte, gandrīz ceturtdaļai daļai invaliditātes iemesls ir MSS slimība (24% 2016.g.).

Pētnieku darba uzdevumā Labklājības ministrija izvirzīja hipotēzi: “neveicot savlaicīgus un aktīvus pasākumus veselības aprūpes sektorā, arvien vairāk pasliktinās personu veselības stāvoklis un pakāpeniski pieaug personu ar invaliditāti skaits, tai skaitā, arī valsts budžeta izdevumi invaliditātes pensijām un pabalstiem, veidojot arvien lielāku izmaksu slogu sabiedrībai un pašām personām. Ņemot vērā fiskālos ierobežojumus, arvien sarežģītāk kļūst sniegt personām pietiekamu nepieciešamo atbalstu, lai palīdzētu iekļauties darba tirgū un personas būtu ekonomiski patstāvīgas”. Tomēr pētnieki ir norādījuši, ka ar viņu rīcībā esošajiem datiem izvirzīto hipotēzi nav izdevies pierādīt vai noliegt. Iemesli tam ir meklējami datu pieejamības un savienojamības iespējās starp labklājības un veselības jomām. Šis ļoti būtiskais ierobežojums ir saistīts ar NVD un Labklājības ministrijas un tās padotības iestāžu rīcībā

esošo datu sasaistes trūkumu. Tā kā pētījuma mērķiem nebija iespējams sasaistīt darba nespējas un pirmreizējās invaliditātes gadījumus ar sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem konkrētajām personām, pētījumā nebija pieejami pietiekami izejas dati, kas nepieciešami drošai izvirzītās hipotēzes pārbaudei un sociālas un veselības aprūpes sistēmu saskares jomas iespējamo neefektivitāšu faktoloģiskai izpētei. *Tāpēc pētījuma autori ieteica dažādu iedzīvotāju grupu invaliditātes un darba nespējas pieauguma izpētei nodrošināt iespēju analizēt ne tikai sociālās jomas personalizētus datus, bet arī veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas personalizētus datus un, veicot personu identifikatoru anonimizēšanu ar vienotu atslēgu, panākt šo datu savietojamību problēmas kompleksai izpētei. Labklājības ministrijai un Veselības ministrijai sistemātiski sadarboties to pakļautības iestāžu datu bāzēs uzkrātās informācijas pilnvērtīgākai izmantošanai un esošo problēmu apzināšanai, tostarp, arī noskaidrojot reālo saslimstību ar MSS slimībām.*

Revīzijas laikā arī Veselības ministrija norādīja²⁴⁵, ka tās rīcībā nav informācija par personām, kurām VDEĀK ir piešķīrusi invaliditātes statusu. Lai veiktu datu analīzi, noskaidrotu cēloņus un meklētu risinājumus pieaugošajam ilgstoši slimojošu darbaspējīga vecuma personu un personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaitam, ir nepieciešama kopīga datu bāze, kurā būtu apvienota gan Labklājības ministrijā, gan Veselības ministrijā esošā informācija, vienlaicīgi nodrošinot fizisko personu datu aizsardzību.

Revidentu ieskatā šādu datu savietojamība dotu iespēju raksturot un analizēt esošās situācijas ietekmi veselības aprūpē, kas savukārt ļautu attīstīt un uzlabot veselības aprūpes, tai skaitā rehabilitācijas, kvalitāti. Arī Veselības ministrija atzīst²⁴⁶, ka veselības aprūpes sistēmas kvalitāti raksturo efektivitāte, kas var tikt novērtēta, veicot noteiktu datu analīzi.

Pētījuma²⁴⁷ autori ir norādījuši, ka MSS slimību diagnožu grupā pārliecinoši vadošās kā pirmreizējas invaliditātes iemesls ir ar plaši izplatītām muguras problēmām saistītās slimības (dorsopātijas un spondilopātijas (M40-M54)), un tieši šajā grupā ievērojami biežāk nekā citos MSS slimību gadījumos tiek noteikta III invaliditātes grupa. Fakts, ka tieši dorsopātiju un spondilopātiju grupā vislielākais īpatsvars ir vieglākajām invaliditātes grupām, jāvērtē kontekstā ar faktu, ka muguras problēmu smaguma un funkcionālo traucējumu pakāpes noteikšana salīdzinoši vairāk balstās uz pacienta subjektīvām izjūtām un sūdzībām, nevis uz objektīviem un izmērāmiem laboratorisko un/vai radioloģisko izmeklēšanu rezultātiem²⁴⁸.

Vērtējot invaliditāti izraisošo MSS slimību grupu sastopamības atšķirības dažādās invaliditātes noteikšanas vecuma grupās, pētnieki secināja, ka vecuma grupā no aptuveni 20 līdz 75 gadiem dorsopātijas un spondilopātijas ir vadošais invaliditātes iemesls un ekonomiski visaktīvākajā vecuma grupā – no 25 līdz 65 gadiem – vairāk nekā pusē gadījumu invaliditātes iemesls bija tieši muguras problēmas²⁴⁹.

Turklāt pētījuma²⁵⁰ autori ir konstatējuši: lai arī ir paredzēti pasākumi ilgstošas darbnespējas un invaliditātes mazināšanā, valsts apmaksātās veselības aprūpes sistēmas ietvaros ārstnieciskā vingrošana fizioterapeita vadībā un cita veida rehabilitācijas pasākumu ambulatora pieejamība pacientiem arvien ir ļoti ierobežota. Piemēram, gaidīšanas laiks uz vizīti pie rehabilitologa ir vidēji 45 dienas²⁵¹ un gaidīšanas laiks uz ambulatoru rehabilitāciju pie fizioterapeita vidēji ir 82 dienas, tas nozīmē, ka šis speciālists nav pieejams tad, kad problēma ir radusies, līdz ar to kavējas ārstēšana.

Lai gan pētījuma²⁵² autoriem nav bijis iespējams ne pierādīt, ne noliegt savlaicīgu un aktīvu veselības aprūpes pasākumu trūkuma ietekmi uz arvien vairāk personu veselības stāvokļa pasliktināšanos un

pieaugošo personu ar invaliditāti skaitu, kas palielina valsts budžeta izdevumus invaliditātes pensijām un pabalstiem, *tomēr pētījuma autori ir secinājuši: veiktā izpēte viennozīmīgi apliecina, ka veselības aprūpes sektorā pastāv nepietiekama pieejamība savlaicīgiem un aktīviem pasākumiem MSS slimību ārstēšanā, it īpaši vislielākajā – dorsopātiju un spondilopātiju – grupā, un tas var būt viens no iemesliem, kāpēc pasliktinās personu ar MSS slimībām veselības stāvoklis un samazinās to darbaspējas.*

Personas ar prognozējamu invaliditāti un personas ar atkārtotas invaliditātes ekspertīzi

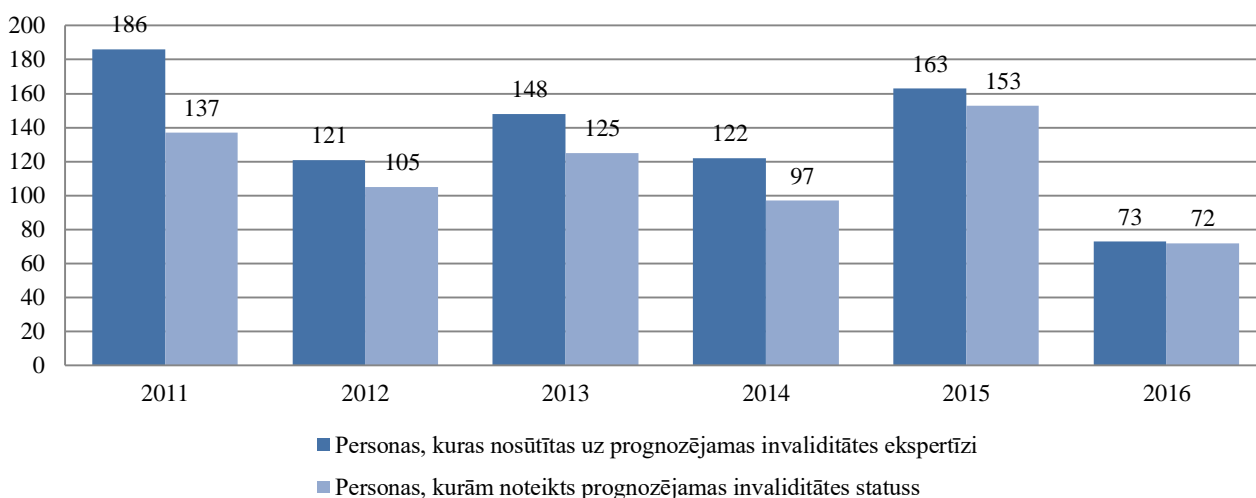
01.01.2011. stājās spēkā Invaliditātes likums, kas noteica prognozējamās invaliditātes jēdzienu un nepieciešamību pēc individuāliem rehabilitācijas pasākumiem. Atbilstoši likumprojekta anotācijai²⁵³ tā galvenais mērķis ir “mazināt personas risku kļūt par invalīdu, bet tām personām, kurām jau noteikta invaliditāte – palīdzēt samazināt sekas, kuras radījusi invaliditāte”. Anotācijā norādīts uz nepieciešamību ieviest invaliditātes profilakses pasākumus, lai cilvēkiem ar draudošu invaliditāti tiktu veikta intensīva ārstēšana, tai skaitā medicīniskā rehabilitācija, lai mazinātu risku kļūt par invalīdu. Valstij ir jāpalīdz personai savlaicīgi, jau draudošas invaliditātes situācijā, pēc iespējas mazināt risku kļūt par invalīdu tuvākā vai tālākā nākotnē. Ja invaliditāte tomēr ir iestājusies, ir jādara viss iespējama, lai persona varētu dzīvot pēc iespējas pilnvērtīgu dzīvi.

Saistībā ar Invaliditātes likumu tika pieņemti grozījumi arī Ārstniecības likumā, papildinot to ar normu, ka “grūtnieču, bērnu un personu ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpe ir prioritāra”²⁵⁴.

Tādējādi normatīvajos aktos ir paredzēti nepieciešamie priekšnosacījumi, lai īstenotu pasākumus invaliditātes iestāšanās risku mazināšanai, un personas, kurām ir prognozējamās invaliditātes pazīmes, konsultējoties ar ģimenes un ārstējošo ārstu, rastu individuāli piemērotus risinājumus veselības stāvokļa uzlabošanā un samazinātu cēloņus, kas būtu par pamatu invaliditātes noteikšanai.

Atbilstoši VDEĀK norādītajam, plānojot personu ar prognozējamu invaliditāti skaitu, par pamatu tiek ņemts personu skaits, kuras atzītas par pārejoši darbnespējīgām pēc 26 nedēļām. Aptuveni trešā daļa no personām, kuru darbnespēja turpinās ilgāk par 26 nedēļām, VDEĀVK ieskatā būtu jāuzskata par invaliditātes riska gadījumiem un šīs personas būtu jānosūta prognozējamās invaliditātes ekspertīzei²⁵⁵.

Tomēr pretēji tam, ka slimības pabalstu saņēmēju skaits pēc 26 nedēļām, piemēram, 2016.gadā, salīdzinot ar 2015.gadu, ir pieaudzis par 299 personām (vecumā no 18 līdz 59 gadiem), statistikas dati rāda, ka prognozējamās invaliditātes statuss noteikts salīdzinoši mazam skaitam personu un 2016.gadā, salīdzinot ar 2015.gadu, to skaits pat ir samazinājies par 81 personu, skatīt 29.attēlu.



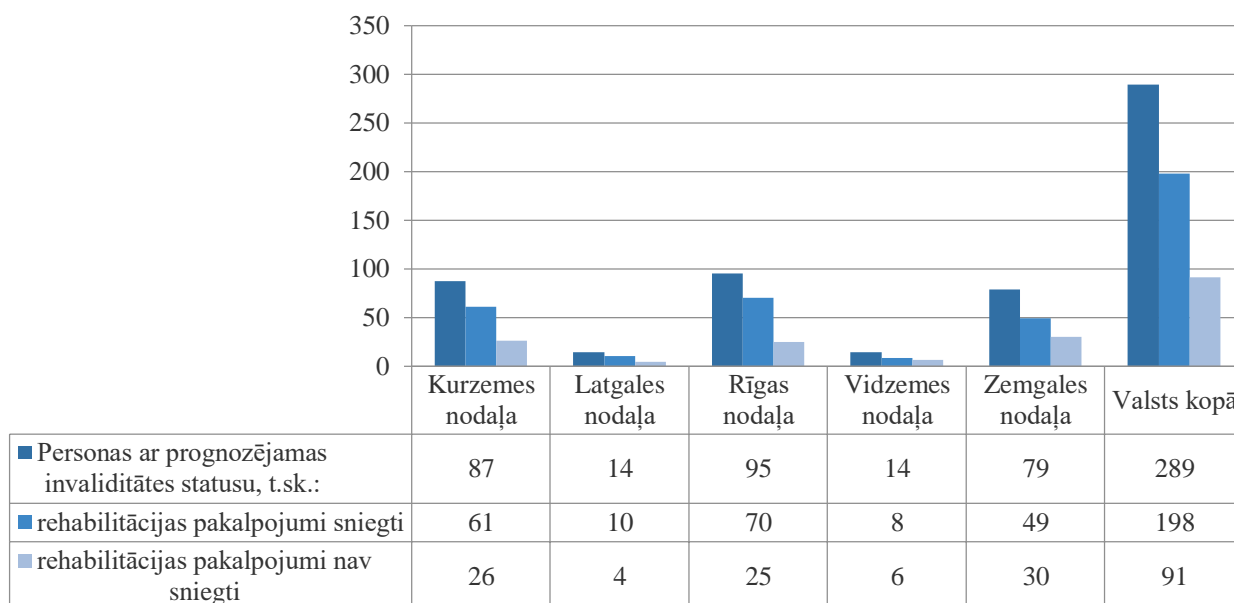
29.attēls. Personu ar prognozējamu invaliditāti skaits 2011.–2016.gadā.

Avots: Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2012., 2013., 2014., 2015. un 2016.gada pārskati <http://www.vdeavk.gov.lv/parskats/gada-parskati-un-petijumi/>

Revidenti vērtēja NVD iesniegtos datus²⁵⁶ par personām, kurām ir noteikts personas ar prognozējamu invaliditāti statuss, un par atkārtotas invaliditātes ekspertīzes rezultātiem personām, kurām ticis noteikts prognozējamās invaliditātes statuss, kā arī par šīm personām sniegtajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem darbaspēju saglabāšanai un atjaunošanai.

Laika periodā no 2015. līdz 2017.gadam prognozējamās invaliditātes statuss noteikts 289 (no tām 260 personas vecumā no 18 līdz 59 gadiem) personām no kurām, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus ir saņēmušas 198 (69%) personas.

Lai gan revīzijā nebija iespējams noteikt, kāpēc personas ar prognozējamu invaliditāti nesaņem rehabilitācijas pakalpojumus, vērtējot šo personu sadalījumu pa teritorijām laika periodā no 2015. līdz 2017.gadam, konstatēts, ka, piemēram, aktīvāk rehabilitācijas pakalpojumi ir sniegti Rīgā – 70 (74%) personām, skatīt 30.attēlu.



30.attēls. Personām ar prognozējamu invaliditātes statusu sniegtie rehabilitācijas pakalpojumi laika periodā no 2015. līdz 2017.gadam.

Avots: Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisija, Nacionālais veselības dienests.

Analizējot datus, konstatēts, ka 263 (91%) no 289 personām ar prognozējamu invaliditātes statusu viena no noteiktajām diagnozēm bija noteikta diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības (M00-M99)”²⁵⁷, savukārt medicīniskā rehabilitācija, norādot kādu no M grupas diagnozēm, veikta 147 (56%) personām, tai skaitā 70 (48%) personām noteiktā diagnoze ir spondilozē²⁵⁸.

Tomēr ne visos gadījumos, piemēram, ar diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības (M00-M99)”²⁵⁹ noteiktu diagnozi, sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, piemēram:

- ❖ 263 no 289 personām ar prognozējamu invaliditātes statusu viena no noteiktajām diagnozēm bija diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības (M00-M99)”²⁶⁰, savukārt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi vispār nav sniegti 78 (30%) personām;
- ❖ 128 no 138 personām ar prognozējamu invaliditātes statusu, kurām pēc tam noteikta invaliditātes grupa, viena no noteiktajām diagnozēm periodā bija diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības (M00-M99)”²⁶¹, savukārt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi vispār nav sniegti 35 (27%) personām.

Jāuzsver, ka pētījuma²⁶² “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai” autori ir norādījuši, ka atsevišķās valstīs, piemēram, Norvēģijā, invaliditāti piešķir tikai tad, ja visi pieejamie pakalpojumi attiecībā uz indivīda iespējām pielāgoties videi, darbam un mācībām ir izmantoti. Turklāt invaliditātes pieteicējam ir pienākums izmantot visus iespējamus pakalpojumus, kas konkrētā situācijā ir aktuāli, pirms tiek piešķirta invaliditāte²⁶³. Tāpēc pētījuma autori ir rekomendējuši, izpētot citu valstu pieredzi, apsvērt iespējas paplašināt un vienkāršot

prognozējamās invaliditātes statusa piešķiršanu MSS slimību gadījumā, ietverot atsevišķus pasākumus (pakalpojumus) kā obligātus vai ļoti vēlamus (piem., kursi, vingrošanas programmas u.c.) pirms invaliditātes piešķiršanas. Fizioterapijas nodarbību apmeklējumu iekļaušana prognozējamās invaliditātes programmā ļautu nodrošināt mērķtiecīgu ārstēšanu tām personām, kurām ir visaugstākā darbaspējas pastāvīga zuduma iespēja.

Revīzijā konstatēts, ka no 289 personām ar prognozējamās invaliditātes statusu:

- ❖ 177 personām viena no noteiktajām diagnozēm bija I diagnožu grupā “Asinsrites sistēmas slimības (I00-I99)”, savukārt medicīniskā rehabilitācija, norādot kādu no I grupas diagnozēm, veikta 13 (7%) personām;
- ❖ 109 personām viena no noteiktajām diagnozēm bija T diagnožu grupā “Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas (S00-T98)”²⁶⁴, savukārt medicīniskā rehabilitācija, norādot kādu no T grupas diagnozēm, veikta 39 (36%) personām;
- ❖ 167 personām viena no noteiktajām diagnozēm bija S diagnožu grupā “Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas (S00-T98)”²⁶⁵, savukārt medicīniskā rehabilitācija, norādot kādu no S grupas diagnozēm, veikta 21 (13%) personai.

Datu apkopojumu sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām par personu ar prognozējamās invaliditātes statusu un personu, kurām veikta atkārtotās invaliditātes ekspertīze, skaitu, kurām ir/nav sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, detalizēti skatīt 10.pielikumā.

Personas ar pirmreizējo invaliditāti

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam²⁶⁶ definētajam apakšmērķim – samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību – noteikts darbības rezultāts – samazināt iedzīvotāju skaitu, kuru darba spējas tiek ierobežotas invaliditātes dēļ. Kā rezultatīvais rādītājs noteikts – pieaugušo pirmreizējā invaliditāte. Veselības ministrijas sniegtā informācija par rezultatīvā rādītāja izpildi²⁶⁷ apliecina, ka pieaugušo ar pirmreizējo invaliditāti skaits pieaug, nevis samazinās, kā bija plānots, skatīt 8.tabulu.

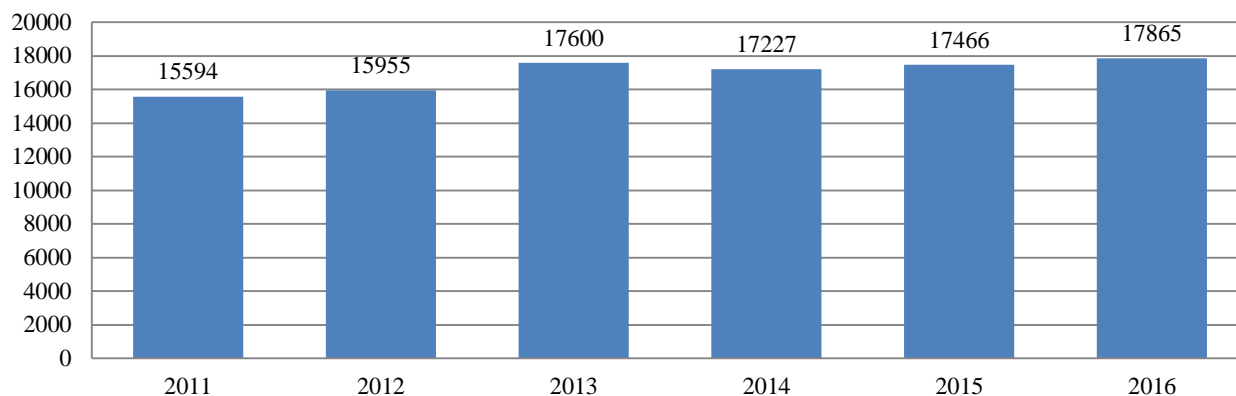
8.tabula

Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020.gadam rezultatīvā rādītāja izpildes tendence

Rezultatīvais rādītājs (uz 100 000 iedzīvotāju)	Atsauces līmenis		2017.	2020.	Plānotā tendence	Izpilde			Izpildes tendence
	Rādītājs	Gads				2014.	2015.	2016.	
Pieaugušo pirmreizējā invaliditāte, visi cēloņi	994	2013.	994	891	↓	983	1017	1054	↑

Avots: Veselības ministrija.

Kopējais personu ar pirmreizējo invaliditāti skaits 2016.gadā, salīdzinot ar 2015.gadu, ir palielinājies par 399 jeb 2,3 %, skatīt 31.attēlu.



31.attēls. Kopējais personu ar pirmreizējo invaliditāti (gan bērni, gan pieaugušie) skaits valstī 2011.–2016.gadā.

Avots: Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2016.gada pārskats <http://www.vdeavk.gov.lv/par-mums/gada-parskati-un-petijumi/>

VDEĀVK 2016.gada pārskatā norādīts²⁶⁸, ka, piemēram, medicīniskās aprūpes pakalpojumu nepieejamība (galvenokārt, līdzekļu trūkums, mēnešiem garās rindas uz izmeklējumiem un pie speciālistiem kvotu trūkuma dēļ, novēloti vai vispār neveikti nepieciešamie rehabilitācijas pasākumi) var būt iemesls tam, ka, piemēram, 2016.gadā, tāpat kā 2015.gadā, pirmreizēji personām pārsvarā tiek noteikta smaga invaliditāte (I un II invaliditātes grupas īpatsvars attiecīgi – 68,0% un 68,8%). Ir pieaudzis arī personu skaits, kam pirmreizēji ir noteikta III grupas invaliditāte, salīdzinoši 2014.gadā un 2016.gadā pirmreizēji III grupas invaliditāte noteikta attiecīgi 4962 un 5419 personām. Piemēram, pirmreizēji III grupas invaliditāte ar diagnozi – “dorsopātijas un spondilopātijas” (muskulu, skeleta un saistaudu slimības) 2014.gadā ir noteikta – 1179, savukārt 2016.gadā – 1322 personām, pirmreizēji III grupas invaliditāte ar diagnozi – “arodslimības” 2014.gadā ir noteikta – 732, savukārt 2016.gadā – 912 personām.

Revīzijas laikā revidenti lūdza NVD²⁶⁹ skaidrojumu par to, vai strādājošai vai nestrādājošai personai ar noteiktu invaliditāti pienākas valsts apmaksāta medicīniskā rehabilitācija. NVD paskaidroja²⁷⁰, ka personām ar invaliditāti nav piešķirts īpašs statuss valsts apmaksāto medicīnisko rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, bet ir priekšrocības, ja viņš ir bērns vai ilgstoši slimojoša persona, jo statusu “ilgstoši slimojoša persona” var iegūt arī persona ar noteiktu invaliditāti. Šādā gadījumā rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas mērķis ir novērst invaliditātes progresēšanu.

Ministru kabineta noteikumi²⁷¹ nosaka, ka, lai veiktu invaliditātes ekspertīzi, persona iesniedz komisijā iesniegumu, nosūtījumu uz komisiju, funkcionālo spēju pašnovērtējumu, ja ekspertīze jāveic personai no 18 gadu vecuma, darbnespējas lapu B, ja tāda ir izsniegta, un citus dokumentus, ja ārsts vai pati persona uzskata, ka tie ir nepieciešami ekspertīzei.

Labklājības ministrijas mājas lapā²⁷² ir skaidrots, ka personai ar invaliditāti var izstrādāt individuālo rehabilitācijas plānu šādā kārtībā:

- ❖ nosūtot personu uz invaliditātes ekspertīzi, ģimenes/ārstējošais ārsts aizpilda Individuālā rehabilitācijas plāna veidlapas 2. sadaļu un kopā ar slimnieku – minētā plāna veidlapas 1. sadaļu;
- ❖ plānā iekļauj paredzētos turpmākos ārstēšanas un, ja nepieciešams, medicīniskās rehabilitācijas pasākumus, norādot to veidu, sniegšanas termiņu un saņemšanas kārtību;
- ❖ nosūtot personu uz atkārtotu invaliditātes ekspertīzi, ārstējošais ārsts norāda iepriekšējā rehabilitācijas plānā noteiktos pasākumus, tai skaitā medicīniskās rehabilitācijas pasākumus;
- ❖ ja, nosakot personai invaliditāti, VDEĀK pieņem lēmumu par individuālā rehabilitācijas plāna izstrādes nepieciešamību, tā aizpilda veidlapas 3.sadaļu un izsniedz personai plāna veidlapu ar ārstējošā ārsta noteiktajiem ārstēšanas un medicīniskās rehabilitācijas pasākumiem un VDEĀK ieteikumus;
- ❖ tāpat VDEĀK, atkarībā no personas funkcionālo traucējumu un anatomisko defektu veida un smaguma pakāpes, pieņem lēmumu, ka individuālā rehabilitācijas plāna izstrāde nav nepieciešama, un informē par to ārstējošo ārstu;
- ❖ persona ar invaliditāti, kura vēlas, lai viņai tiktu izstrādāts individuālais rehabilitācijas plāns, iesniedz plāna veidlapu pašvaldības sociālajā dienestā;
- ❖ pašvaldības sociālais dienests izstrādā minēto plānu, aizpildot veidlapas 4.sadaļu un kontrolē tā izpildi. Izstrādājot un izpildot individuālo rehabilitācijas plānu personai ar invaliditāti, dienests sadarbojas ar attiecīgās personas ārstējošo ārstu, ja nepieciešams, arī ar citiem speciālistiem un pašu personu.

No iepriekš minētā izriet, ka personai ar invaliditāti individuālā rehabilitācijas plāna izstrāde nav obligāta prasība.

VDEĀK revīzija²⁷³ norādīja, ka nevienā normatīvajā aktā nav noteikts, ka lemt par invaliditāti var tikai tad, ja persona ir saņēmusi mērķtiecīgu ārstēšanu, tai skaitā medicīnisko rehabilitāciju. VDEĀVK arī norādīja, ka no ārstiem saņemtā medicīniskā informācija ir nekvalitatīva. Ģimenes ārsti neizprot, ko rakstīt individuālajos rehabilitācijas plānos, nosūtījumos uz ekspertīzi. Detalizēti pasākumi netiek noteikti, tikai formāli norādīta informācija – iziet masāžas kursu vai tamlīdzīgi. Dokumentācijā nav norādīts, kad un kādi pakalpojumi saņemti, kādi ir sasniegtie rezultāti, kas vēl plānots.

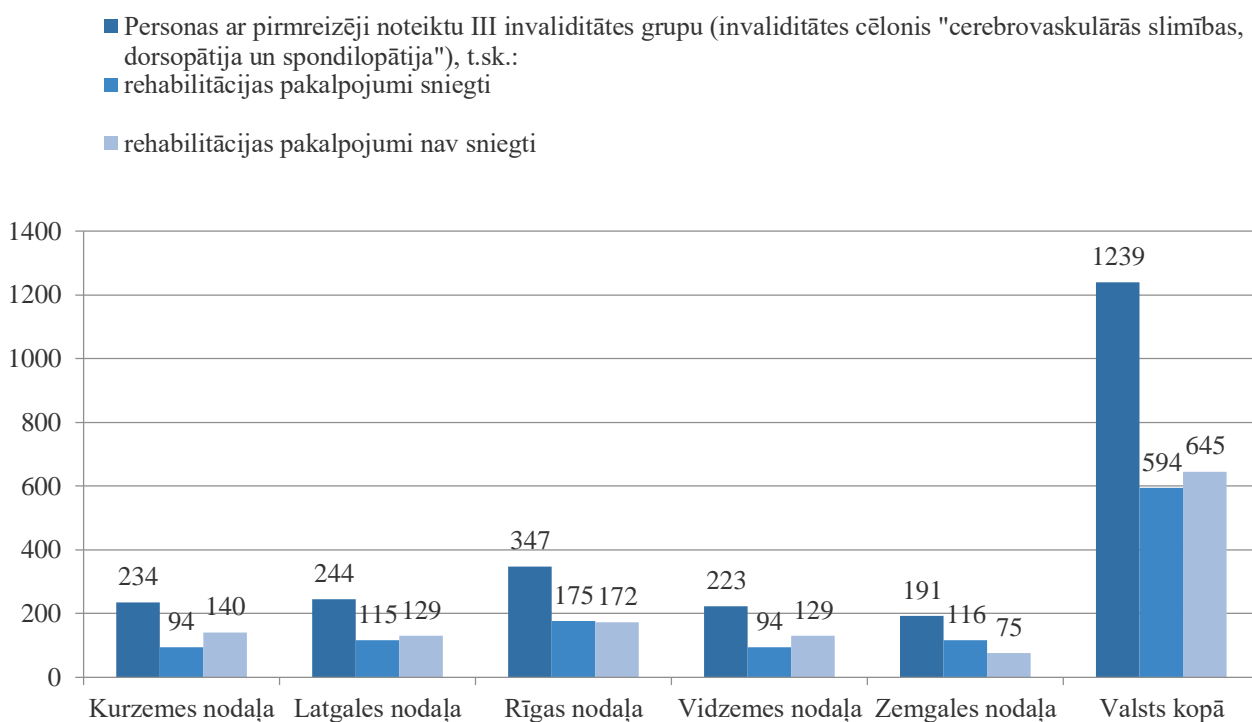
Personām ar pirmreizēji noteiktu III invaliditātes grupu, kuru invaliditātes cēlonis ir cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija un spondilopātija, sniegtie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi

Revīzijā tika vērtēti NVD dati²⁷⁴ par personām vecumā no 18 līdz 59 gadiem, kurām pirmreizēji ir noteikta III invaliditātes grupa un kurām invaliditātes cēlonis ir cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija un spondilopātija, kā arī par šīm personām sniegtajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem.

Laika periodā no 2015. līdz 2017.gadam pirmreizēji III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija, spondilopātija” noteikta 3526 personām, no kurām medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus ir saņēmusi 1791 (51%) persona, savukārt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus nav saņēmušas 1738 (49%) personas²⁷⁵.

Savukārt, sadalījumā pa gadiem vērtējot personu skaitu, kurām sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, konstatēts, ka rehabilitācijas pakalpojumus saņēmušo personu skaitam pret kopējo personu skaitu konkrētajā gadā, ir tendence samazināties, piemēram, no 56% 2015.gadā līdz 48% 2017.gadā.

Vērtējot personu ar pirmreizēji noteiktu III invaliditātes grupu, kurām invaliditātes cēlonis ir cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija un spondilopātija, sadalījumu pa teritoriālajām nodaļām 2016.gadā, konstatēts, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus minētajām personām aktīvāk sniedz Rīgā un Zemgalē, skatīt 32.attēlu.



32.attēls. Personām ar pirmreizēji noteiktu III invaliditātes grupu, kuru invaliditātes cēlonis ir cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija un spondilopātija, sniegtie rehabilitācijas pakalpojumi 2016.gadā.

Avots: Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisija, Nacionālais veselības dienests.

Detalizēti skatīt 11. pielikumu “Personas vecuma grupā 18-59 gadi, kurām pirmreizēji noteikta III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija, spondilopātija”, un šīm personām sniegtie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi sadalījumā par teritoriālajām nodaļām laika posmā no 2015. līdz 2017.gadam.”

Personām ar pirmreizēji noteiktu III invaliditātes grupu, kuru invaliditātes cēlonis ir arodslimība, sniegtie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi

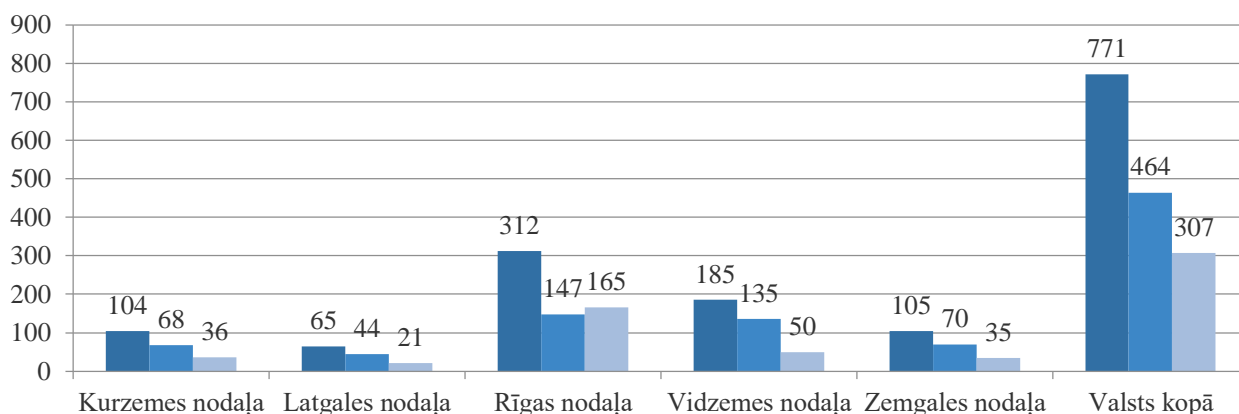
Revīzijā revidenti vērtēja VDEĀVK un NVD iesniegtos šifrētos datus par personām vecumā no 18 līdz 59 gadiem, kurām pirmreizēji ir noteikta III invaliditātes grupa un kurām invaliditātes cēlonis ir arodslimība, kā arī informāciju par šīm personām sniegtajiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem.

Laika periodā no 2015. līdz 2017.gadam pirmreizēji III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “arodslimība” kopumā noteikta 1965 personām vecumā no 18 līdz 59 gadiem, no kurām medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus ir saņēmušas 1159 (59%) personas, savukārt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus nav saņēmušas 806 (41%) personas.

Savukārt, vērtējot personu skaitu, kurām sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, sadalījumā pa gadiem, konstatēts, ka rehabilitācijas pakalpojumus saņēmušo personu skaitam pret kopējo personu skaitu konkrētajā gadā ir tendence samazināties, piemēram, no 63% 2015.gadā līdz 54% 2017.gadā.

Vērtējot personu ar pirmreizēji noteiktu III invaliditātes grupu, kurām invaliditātes cēlonis ir arodslimība, sadalījumu pa teritoriālajām nodaļām 2016.gadā, konstatēts, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus minētajām personām aktīvāk sniedz Vidzemē un Latgalē, skatīt 33.attēlu.

- Personas ar pirmreizēji noteiktu III invaliditātes grupu (invaliditātes cēlonis "arodslimība"), t.sk.:
- rehabilitācijas pakalpojumi sniegti
- rehabilitācijas pakalpojumi nav sniegti



33.attēls. Personām ar pirmreizēji noteiktu III invaliditātes grupu, kuru invaliditātes cēlonis ir arodslimība, sniegtie rehabilitācijas pakalpojumi 2016.gadā.

Avots: Veselības un darb spēju ekspertīzes ārstu valsts komisija, Nacionālais veselības dienests.

Detalizēti skatīt 12. pielikumu “Personas vecuma grupā 18-59 gadi, kurām pirmreizēji noteikta III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “arodslimība”, un šīm personām sniegtie medicīniskās

rehabilitācijas pakalpojumi sadalījumā par teritoriālajām nodaļām laika posmā no 2015. līdz 2017.gadam.”

Ieteikumi

Lai nodrošinātu iespēju veikt iedzīvotāju grupu invaliditātes un darba nespējas pieauguma izpēti un analīzi, Veselības ministrijai uzlabot sadarbību ar Labklājības ministriju, rast risinājumu datu un informācijas apmaiņas uzlabošanai un nodrošināt standartizētu mērījumu un vienotu principu izmantošanu valstī vispusīgas informācijas apkopošanai.

Veselības ministrijai sadarbībā ar Labklājības ministriju izanalizēt cēloņus, kāpēc prognozējamās invaliditātes statusa ieviešanas mērķi nav sasniegti, un rast risinājumu situācijas uzlabošanai.

Veselības ministrijas viedoklis

Par veikto revīziju

Vēršam uzmanību, ka Valsts kontrole revīzijas ziņojuma projektā “Vai medicīniska rehabilitācija tiek sniegta pacientiem, kam tā ir vajadzīga, un pareizajā laikā?” ir ietverta apjomīga informācija, savukārt Veselības ministrijai tika iedotas tikai astoņpadsmit dienas informācijas izvērtēšanai un viedokļa sniegšanai, līdz ar to Veselības ministrijai bija ierobežotas iespējas kvalitatīvi izskatīt ziņojumu, salīdzināt ziņojumā ietvertos datus, piemēram par unikālajiem pacientiem un par sniegtajiem rehabilitācijas pakalpojumiem, jo tik apjomīgs datu pieprasījums prasa lielākus laika un darbinieku resursus. Sakarā ar to, ka revīzija veikta ilgākā laika periodā, lielai daļai no konstatētajiem trūkumiem un nepilnībām Veselības ministrija jau ir pievērsusi uzmanību un problēmas šobrīd tiek ļoti aktīvi risinātas.

Papildus norādām, ka revīzijas ziņojuma projekts satur pretrunīgu informāciju, kā rezultātā nevar viennozīmīgi secināt par dokumenta lietderību. Piemēram, revīzijas ziņojuma 19.lapā ir minēts (to uzsver eksperts), ka diagnoze pati par sevi nevar būt indikācija rehabilitācijai, jo jāņem vērā tādi papildu apstākļi kā blakus saslimšana, bojājumu progresēšanas veids, aktuālie funkcionēšanas traucējumi u.c. Tajā pašā laikā kā viens no ieteikumiem ir minēts, ka Veselības ministrijai ir jāizvērtē iespēja noteikt prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, pamatojoties uz slimību vai to grupu sarakstu. *Valsts kontrole vērš uzmanību, ka Revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā šis Veselības ministrijas komentārs ir ņemts vērā, veicot atbilstošus precizējumus Revīzijas ziņojumā. Tomēr Veselības ministrija uzstāj, lai tās viedoklis tiktu atklāts pilnā apjomā.*

Tāpat arī revīzijas ziņojuma projektā ir minēts eksperta viedoklis, ka, vērtējot situāciju Latvijā, un nosakot prioritātes valsts finansējuma novirzīšanai medicīniskajā rehabilitācijā, paredzēt, ka finansējums vairāk tiek novirzīts tieši akūtu un subakūtu pacientu rehabilitācijai, bet pacientiem ar stabiliem (hroniskiem) funkcionēšanas ierobežojumiem nepieciešamos pakalpojumus eksperts aicina finansēt no sociālajai rehabilitācijai paredzētā budžeta. Savukārt Valsts kontrole kā vienu no ieteikumiem ir minējusi obligātus vai ļoti vēlamus kursus vai vingrošanas programmas pirms invaliditātes piešķiršanas. *Valsts kontrole vērš uzmanību, ka šāds ieteikums Veselības ministrijai nav sniegts un šāda informācija Revīzijas ziņojumā norādīta kopsakarā ar starptautisko pieredzi (piemēram, Norvēģijas).*

Papildus norādām, ka revīzijas ziņojums satur neprecizitātes, piemēram, ziņojumā 42.lapā ir minēts, ka SIA “Sanare – KRC Jaunķemeri” nodrošina valsts apmaksātus stacionāras medicīniskas rehabilitācijas pakalpojumus, bet par valsts finansējumu minētā iestādē tiek nodrošināti ambulatoras medicīniskas rehabilitācijas pakalpojumi, ka arī rehabilitācija dienas stacionārā. *Valsts kontrole vērš uzmanību, ka Revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā šis Veselības ministrijas komentārs ir ņemts vērā, veicot atbilstošus precizējumus Revīzijas ziņojumā. Tomēr Veselības ministrija uzstāj, lai tās viedoklis tiktu atklāts pilnā apjomā.*

Par revīzijas secinājumiem

Valsts kontrole revīzijas ziņojumā, kā vienu no ierobežojošiem faktoriem pakalpojumu attīstībai atkārtoti ir minējusi rehabilitācijas politikas neesamību Latvijā. Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas pamatnostādņem, medicīniskā rehabilitācija ir ļoti svarīga un neatņemama veselības

aprūpes nozares sastāvdaļa²⁷⁶. Rehabilitācija kopā ar profilaksi, veselības aprūpes veicināšanu un ārstēšanu veido integrēto veselības aprūpi²⁷⁷, līdz ar to nav atdalāma no kopējā ārstniecības procesa. Rehabilitācija ir pasākumu kopums, kas vērstas uz to, lai persona ar nespēju, kas radusies slimības, traumas, novecošanās dēļ, sasniegtu optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar vides apstākļiem un tā ir visu līdzekļu izmantošana ar mērķi mazināt nespējas un invaliditātes ietekmi, lai veicinātu cilvēkus ar nespēju sasniegt optimālu fizisku, emocionālu, intelektuālu, psiholoģisku un sociālu funkcionēšanu²⁷⁸. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu²⁷⁹. Tādejādi rehabilitācijas politika ir integrēta citos nozares politikas plānošanas dokumentos, piemēram, Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plānā, un Veselības ministrija nepiekrīt Valsts kontroles izteiktajam revīzijas ziņojumā izteiktajam viedoklim par rehabilitācijas politikas neesamību Latvijā. *Valsts kontrole vērs uzmanību, ka par politiku Valsts kontrole šajā gadījumā uzskata nevis attīstības plānošanas dokumentu kopumu, bet gan darbību kopumu, nosakot prioritātes un tas mērķtiecīgi īstenojot, vienlaikus demonstrējot spēju elastīgi reaģēt uz izmaiņām, piemēram, samazināta finansējuma apstākļus novērtējot kritiski svarīgos vai prioritāri finansējamus pasākumus, atsakoties no mazāk svarīgiem, vai tādiem, kuru pārcelšana uz vēlākiem periodiem neradīs neatgriezeniskas sekas.*

Valsts kontrole revīzijas ziņojumā apgalvo, ka rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai gaidīšanas rindu iemesls ir ierobežotais valsts finansējums un nepietiekamie ārstniecības iestāžu cilvēkresursi, kā arī neprognozējama Veselības ministrijas finanšu politika traucē ilgtermiņā plānot iestādes attīstību, lai palielinātu sniegto pakalpojumu skaitu.

Veselības ministrija nepiekrīt Valsts kontroles secinājumam par neprognozējamu finanšu politiku, jo Veselības ministrijas konceptuālajā ziņojumā "Par veselības aprūpes sistēmas reformu" (55., 56.lpp.), ir iezīmēti rehabilitācijas pakalpojumu nākotnes perspektīvas (uzlabojumi) kopā ar plānoto finanšu pieaugumu. Papildus vērsam uzmanību, ka medicīniskās rehabilitācijas nepietiekams finansējums ir saistīts ar vispārīgo veselības aprūpes pakalpojumu nepietiekamo finansējumu ar akumulējošo efektu no 2009.gada, kad saistībā ar krīzi finansējums veselības aprūpei tika samazināts. Veselības ministrija vairākos ziņojumos kā lielāko veselības aprūpes attīstības ierobežojošu faktoru ir minējusi veselības aprūpes nepietiekamo finansējumu. Veselības ministrija neskaitāmas reizes ir informējusi politiķus, Ministru kabinetu par nepietiekošo veselības aprūpes finansējumu un par ierobežotu iespēju pārskatīt un palielināt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifus. Veselības aprūpes kopējais finansējums Latvijā vēsturiski bijis zemāks nekā daudzās Eiropas valstīs, kur finansējums veselības aprūpei vidēji ir 7,2 % no IKP. Piemēram, Igaunijā 2017.gadā tie ir 5,11% no IKP²⁸⁰, Latvijā 2018.gadā tie ir 3,59% no IKP, Eiropas Savienībā tikai Kiprai ir zemāks finansējums veselības aprūpei kā Latvijai²⁸¹.

2017.gadā ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi tika īstenoti papildus 889 879 euro apmērā, kas tika finansēti no Eiropas Komisijas pieļautās budžeta deficīta atkāpes. 2019.gadā rehabilitācijas pakalpojumi tiks nodrošināti vēl lielākā apjomā veicot stratēģisko iepirkumu. Veselības ministrija ir iesniegusi prioritāro pasākumu pieprasījumu rehabilitācijas pakalpojumiem 1 117 981 euro apmērā 2018.gadam. Kopumā papildus Veselības ministrijai, atbilstoši prioritārajos pasākumos pieprasītajam nepieciešami 401 060 872 euro 2019.gadam. Piemēram, tarifu izlīdzināšanai nepieciešami 54 793 973 euro, ambulatoro pakalpojumu pieejamības uzlabošanai 48 286 709 euro, stacionāro pakalpojumu pieejamības uzlabošanai 26 346 641 euro, kompensējamiem medikamentiem 47 543 888 euro.

Izstrādājot un īstenojot veselības politiku, tajā skaitā arī veselības nozares cilvēkresursu attīstību, Veselības ministrija nodrošina, ka augstākās izglītības iestādēs tiek sagatavots noteikts skaits ārstniecības personu, kā arī veic pasākumus, lai panāktu, ka ārstniecības personas īsteno savu profesionālo darbību veselības nozarē, t.i. nodarbojas ar ārstniecību, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus.

Veselības ministrija risina jautājumu par ārstniecības personu atalgojumu. 2018.gadā tika nodrošināts ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieaugums vairāk kā 20% apmērā, kā arī no Eiropas Savienības Sociālā fonda finansējuma tiek nodrošināts atbalsts profesionālajai pilnveidei ārstniecības un ārstniecības atbalsta personālam, un ir uzsākta Eiropas Savienības Sociālā fonda finansēta aktivitāte ārstniecības personu piesaistei reģioniem u.c. pasākumi. Visas minētās aktivitātes ir attiecināmas arī uz ārstniecības personu pieejamības uzlabošanu medicīniskās rehabilitācijas nodrošināšanai.

Nepieciešamais finansējums Latvijai, lai uzlabotu veselības aprūpes nozari un nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumus vismaz tāda līmenī, kādā tie ir nodrošināti Igaunijā, Latvijai ir nepieciešami 1,8 miljardi eiro, kur izmaksas uz vienu cilvēku 2017.gadā ir ~1000 eiro, bet Latvijā 2015.gadā tie bija 468 eiro uz vienu cilvēku²⁸². Nepieciešamais finansējums 2019.-2021.gadam prioritārajam pasākumam “Ārstniecības personu darba samaksas paaugstināšana” Veselības ministrijai 2019.gadam nepieciešami papildus 103 581 437 euro.

Revīzijas ziņojumā vairākkārt tika uzsvērti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības un pakalpojumu efektivitātes jautājumi. Pieaugot neinfekciju slimību izplatībai, traumām un sabiedrības novecošanai, būtiski pieaug cilvēku nepieciešamība un vajadzība pēc rehabilitācijas. Pēdējos gados ir palielinājusies arī cilvēku izpratne par rehabilitācijas pakalpojumiem un to nepieciešamību. 2017.gadā tika uzsāktas reformas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai, kas atbilstoši pasākumu izpildei uz 2017.gada 1.jūliju ir devušas tūlītēju rezultātu. Ambulatorās rehabilitācijas pieaugums īstenots 55,1% apmērā no gada plānotā pieauguma apjoma rehabilitācijā, vidēji samazinot rindu garumu pie speciālistiem par 6%. Ņemot vērā ievērojamo rindu garumu uz rehabilitācijas pakalpojumiem rindu samazinājums ir ļoti būtisks pieejamības uzlabojums pacientiem. 41,06% rindu samazinājums saīsinājis gaidīšanas rindu vairāk kā par aptuveni 7 mēnešiem 2018.gadā, savukārt rindu samazinājums bez pacientu uzvedības maiņas nodrošināts 46,52% apmērā. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu faktiskais rindu garuma samazinājums notiek lēnāk, jo novērojama pacientu uzvedības maiņa - daļas pacientu pārvirzīšanās no maksas pakalpojumiem uz valsts apmaksātu pakalpojumu sektoru (tā dēvēto “out of pocket” maksājumu samazināšanās ietekme), tādējādi palielinot pieprasījumu pēc valsts apmaksātas veselības aprūpes. Tāpat sākot darboties e-nosūtījumu funkcionalitātei e-veselībā, tiks atrisināta pašreizējā problēma, ka pacients uz vienu un to pašu pakalpojumu gaida rindā vienlaikus vairākās ārstniecības iestādēs. E-nosūtījums neļaus veikt pierakstu vairākās ārstniecības iestādēs vienlaicīgi.

Šogad ar mērķi veicināt efektīvāku un uz rezultātu orientētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tiek rīkota veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlase rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai jeb stratēģiskais iepirkums²⁸³, kas ietver subakūto un ilgtermiņa rehabilitāciju dienas stacionārā, akūto, subakūto un ilgtermiņa rehabilitāciju ambulatori, kā arī agrīnas subakūtas rehabilitācijas pakalpojumus rehabilitācijas gultās, subakūtas kompleksas rehabilitācijas pakalpojumus rehabilitācijas gultās, ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumus/dinamisko novērošanu, perinātālā periodā radušos stāvokļu rehabilitāciju (P90-P96) un bērnu vispārējo rehabilitāciju.

Nacionālais veselības dienests ir izstrādājis rehabilitācijas pakalpojumu atlases nolikumu 2019.gadam, kurā rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem tika izvirzītas noteiktas prasības pakalpojumiem, kuru rezultātā varēs mērķtiecīgāk veikt pacientu atlasī pakalpojumu saņemšanai. Izstrādājot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju atlases nosacījumus, tika ņemti vērā nozares profesionāļu ieteikumi saistībā ar pacientu sadalījumu pēc to funkcionālajiem veselības traucējumiem (akūti, subakūti, hroniski funkcionāli veselības traucējumi). Pakalpojumu apmaksā tiks orientēta, lai tiktu sasniegti pacientiem izvirzītais rehabilitācijas mērķis, nodrošinot labāku pakalpojumu pieejamību pacientiem ar akūtiem un subakūtiem funkcionāliem traucējumiem. Rehabilitācijas pakalpojumi tiks sadalīti vairākās programmās un rezultātā plānota pakalpojumu pieejamības uzlabošanās noteiktām pacientu grupām. Ārstniecības iestādēm ir jānodrošina noteiktu speciālistu klāsts un noteikti pakalpojumu kvalitātes monitorēšanas kritēriji. Ar rehabilitācijas stratēģisko iepirkumu un rehabilitācijas apjoma palielināšanu ir iespējams samazināt pacientu maksājumu par rehabilitācijas pakalpojumiem, uzlabot stacionāro pakalpojumu kvalitātes rādītājus (samazināt ārstēšanās ilgumu, uzsākot agrīnu mobilizāciju; samazināt stacionāro komplikāciju riskus; samazināt komplikāciju riskus atgriežoties mājās un līdz ar to atkārtotas stacionēšanas risku, nodrošinot piederīgo apmācību tālākai aprūpei), uzlabot pakalpojumu pieejamību stacionārā etapā, samazināt pacientu skaitu, kam nepieciešama tālāka rehabilitācija izrakstoties no stacionāra, samazināt pacientu skaitu ar prognozējamo invaliditāti; kā arī ir iespējams panākt, ka speciālisti fiksē savu veikto darbu, līdz ar to būs iespējama datu analīze.

Lai nodrošinātu pacientiem iespējami efektīvāku rehabilitācijas pakalpojumu organizāciju, Veselības ministrija kopā ar Nacionālo veselības dienestu plāno izveidot metodisko rehabilitācijas pakalpojumu vadības centru, kura pārziņā būtu vienotu kvalitātes kritēriju izstrāde, vienotas dokumentācijas izstrāde, dažādu tehnoloģiju ieviešanas izvērtēšana un apmācība.

Valsts kontroles ziņojumā eksperts ir uzsvēris funkcionēšanas novērtēšanas lietderību, kā arī viens no ieteikumiem ietver jautājumu par funkcionēšanas novērtēšanu. Veselības ministrija skaidro, ka "Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija" (turpmāk – SFK) pieder pie Pasaules veselības organizācijas izstrādāto starptautisko klasifikāciju kopas, kuru paredzēts lietot dažādu veselības aspektu raksturošanai un ir apstiprināta ar ārējiem normatīvajiem aktiem arī Latvijā. Līdz ar to ārsti jau tagad var lietot SFK kategorijas atbilstoši Ministru kabineta 2017.gada 3.janvāra noteikumiem Nr.2 "Noteikumi par statistisko klasifikāciju sarakstu un tajā iekļauto statistisko klasifikāciju ieviešanas, uzturēšanas un publicēšanas kārtību". Pacientu funkcionalitātes novērtēšana pēc SFK ir pakāpeniski ieviešama. Sākot ar 2019. gadu, rehabilitācijas stratēģiskajā iepirkumā ir noteikts, ka sastādot pacienta individuālo rehabilitācijas plānu, ir jālieto SFK kategorijas.

Lai uzlabotu pacientu funkcionēšanas novērtēšanu, Eiropas Savienības fonda (turpmāk – ESF) un Eiropas Reģionālās attīstības fonda ietvaros un sadarbībā ar Labklājības ministriju tiek īstenots projekts, kura rezultātus varēs izmantot arī visi rehabilitācijas nozares speciālisti funkcionēšanas novērtēšanai.

Prioritāro slimību grupām ir uzsākta algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrāde. Tā piemēram, atklāta konkursa "Klīnisko vadlīniju identificēšana un tām atbilstošo klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrāde prioritārajās veselības jomās" ietvaros sirds un asinsvadu slimību jomā paredzēts izstrādāt klīnisko algoritmu un pacientu ceļu smadzeņu insulta agrīnai rehabilitācijai.

Daļa no Valsts kontroles ieteikumiem, kas saistīti ar primārās veselības aprūpes ārstu apmācību un ģimenes ārsta lomas nozīmīguma palielināšanu rehabilitācijas procesu nodrošināšanā, ir sarežģīti un laikietilpīgi īstenojami, jo rehabilitācijā prevalējošais funkcionēšanas koncepts pār slimību diagnozēm

nav apgūstams īstermiņa apmācībā. Lai sasniegtu rehabilitācijas mērķus, rehabilitācijā visefektīvāk izmantot multidisciplināru komandu fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vadībā. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts ir atsevišķa specialitāte ar noteiktām kompetencēm un prasmēm, kas apgūstama pēcdiploma apmācības procesā četrus gadus ilgā rezidentūrā. Fizikālā un rehabilitācijas medicīna ir uz personu funkcionēšanu orientēta specialitāte un tas nosaka šīs specialitātes atšķirīgumu no orgānu un slimību vai ārstēšanas un dažādu vecumu specifiskām medicīnas specialitātēm. Savukārt ģimenes (vispārējās prakses) ārsta darbība ir centrālais posms primārajā veselības aprūpē, un tai ir koordinējoša loma primārajā un citos veselības aprūpes līmeņos²⁸⁴. Neapšaubāmi tālākizglītības pasākumi ģimenes ārstiem ir nepieciešami un tajos uzsvars jāliek uz invaliditātes risku atpazīšanu un iepazīstināšanu ar prevalējošo funkcionēšanas konceptu rehabilitācijā. Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" (turpmāk - NRC "Vaivari"), Rīgas Stradiņa Universitāte (turpmāk -RSU) un citas ārstniecības iestādes rīko regulāras klīniskās konferences, kurās veic izglītojošo darbu gan ģimenes ārstiem, gan rehabilitācijas speciālistiem. Papildus apmācību, lai uzlabotu izpratni par rehabilitāciju un zināšanas par risku atpazīšanu prioritārajās jomās būs iespējams nodrošināt ESF projekta ietvaros, kura mērķis ir uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju²⁸⁵.

Ģimenes ārsta pienākumos ietilpst vairākas funkcijas, kā arī ģimenes ārstam ir teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas vairākos jautājumos, līdz ar to nav pamatoti pārslogot ģimenes ārstus ar specifiskām zināšanām par rehabilitāciju.

Lai stiprinātu primāro veselības aprūpi un uzlabotu pamata veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, ir plānots attīstīt primārās aprūpes centrus, kas sevī ietver primārās veselības aprūpes komandu, kuras sastāvā ietilpst ģimenes ārsts, divas māsas/ārsta palīgi, kā arī uz vairākām ģimenes ārsta praksēm ir piesaistīti citi speciālisti - vecmāte vai ginekologs, pediatrs, tajā skaitā arī rehabilitācijas speciālists - fizioterapeits. Primārās aprūpes centrus paredzēts īstenot pašvaldībās pilotprojektu veidā, īstenojot ierobežotu skaitu projektu. Pēc pilotprojektu īstenošanas tiks izvērtēta šādu primārās aprūpes centru darbības efektivitāte, kas ļaus turpmāk pieņemt izsvērtus lēmumus par šādu attīstības modeļu nepieciešamajiem uzlabojumiem, ieviešanu, finansēšanu u.c. to darbību raksturojošiem faktoriem²⁸⁶.

Jau šobrīd esošie Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumi Nr.555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" nosaka, ka ģimenes ārsts pacientu var nosūtīt pie logopēda vai funkcionālā speciālista rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai līdz pieciem apmeklējumiem, kurš jau pirmā apmeklējuma laikā var novērtēt pacienta funkcionālo stāvokli un izvērtēt rehabilitācijas nepieciešamību. Papildus, ģimenes ārstam ir tiesības nosūtīt pacientu pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta.

Pašreiz rehabilitācijas nozarē notiek ļoti plašas izmaiņas, atbilstoši kurām rehabilitācijas pakalpojumu atlase tiks organizēta saskaņā ar nolikumu, kurā detalizēti noteiktas kvalitātes un resursu nepieciešamība, kā arī ir iekļauta atgriezeniskās saites nepieciešamība. Pacienti ar izteiktiem funkcionēšanas traucējumiem darbspējīgā vecumā ar labu rehabilitācijas potenciālu jau šobrīd prioritāri uzsāk rehabilitāciju, savukārt jaunajā rehabilitācijas pakalpojumu atlases nolikumā ir paredzēta detalizēta pacientu prioritizācija rindā.

Ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā invaliditātes iestāšanās vai tās progresēšanas novēršanai, ja persona saņēmusi ārstu konsilija lēmumu, kurā slimība atzīta kā darbspējas apdraudoša un norādītas ārstēšanas metodes, pamatojot to izvēli, prioritāri tiek nodrošināti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi atbilstoši fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta izstrādātajam rehabilitācijas plānam pēc insulta, kardiokirurģiskajām operācijām un lielo locītavu endoprotezēšanas²⁸⁷.

Informējam, ka Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” ar 2012.gada 3.oktobra grozījumiem, kas stājās spēkā 2012.gada 4.oktobrī, noteikumi Nr.1046 tika papildināti, nosakot, ka ilgstoši slimojošām personām ir tiesības saņemt valsts apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus²⁸⁸.

Lai pacientiem saglabātu vai atgrieztu darbspējas, ārējos normatīvos aktos ir noteiktas pacientu kategorijas ar prognozējamu invaliditāti un ilgstoši slimojošas darbspējīgā vecumā, kas ārstniecības pakalpojumus var saņemt paātrināti. Atbilstoši Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumu Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 63.punktam ārstniecības iestāde personai ar prognozējamu invaliditāti valsts apmaksātos plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir vērsti uz personas funkcionēšanas spēju saglabāšanu, uzlabošanu vai atjaunošanu, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, un kuri ir iekļauti Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas (turpmāk – VDEĀVK) apstiprinātajā personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajā rehabilitācijas plānā, uzsāk šādos termiņos:

- ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;
- plānveida ambulatorās un stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;
- plānveida operācijas – piecu kalendāra mēnešu laikā.

Valsts kontroles ziņojumā ir minēts, ka ģimenes ārstiem netiek maksāts par attiecīgas dokumentācijas sagatavošanu – piemēram, par nosūtījuma veidlapu uz VDEĀVK un dokumentāciju par prognozējamo invaliditāti. Ģimenes ārsta kompetencē ir sagatavot nepieciešamo dokumentāciju, aizpildot nosūtījuma veidlapu uz VDEĀVK. Šāda veida darba samaksa ietilpst katra ģimenes ārsta kapitācijas naudas maksājumā, kas ir ikmēneša maksājums par ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu aprūpi, tajā skaitā sagatavojot nepieciešamo dokumentāciju pacienta nosūtīšanai uz VDEĀVK. Līdz ar to nevar apgalvot, ka par minētā darba izpildi ģimenes ārsti nesaņem samaksu. Vienlaikus Veselības ministrija skaidro, ka ir plānots iekļaut dokumentācijas izstrādi manipulāciju sarakstā kā atsevišķu manipulāciju par ar attiecīgo samaksu, bet šobrīd manipulācija nav iekļauta ierobežota veselības aprūpes finansējuma dēļ.

Valsts kontrole apgalvo, ka revīzijā konstatētais liek secināt, ka gaidīšanas rinda rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai mājās aprūpē tomēr pastāv un tam par iemeslu ir ierobežotais valsts finansējums un nepietiekamie ārstniecības iestāžu cilvēkresursi. Veselības ministrijai un Nacionālajam veselības dienestam nav informācijas par rindām šo pakalpojumu saņemšanai, līdz ar to nav skaidra šī apgalvojuma lietderība. *Valsts kontrole vērs uzmanību, ka Revīzijas ziņojumā iekļautais secinājums ir balstīts uz Valsts kontroles veiktās ārstniecības iestāžu, kas sniedz valsts apmaksātus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās, aptaujas rezultātiem.*

Atbilstoši minētai revīzijas ziņojumā informācijai, kā arī pēc Nacionālā veselības dienesta datiem Vidzemē tiešām ir teritorijas (novadi), kuros pašreiz netiek nodrošināti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās. Kā jau iepriekš minēts, arī rehabilitācijas pakalpojuma mājās aprūpē ierobežotās saņemšanas iespējas ir saistītas ar veselības aprūpes nepietiekošo finansējumu un cilvēkresursiem, jo, piemēram, uz minētā pakalpojuma sniegšanu Vidzemes reģionā gaidīšanas rindā nav nevienas ārstniecības iestādes, kas sniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās. Nacionālais veselības dienests ir noslēdzis līgumu ar visām ārstniecības iestādēm, kuras ir izteikušas vēlmi nodrošināt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās Vidzemes reģionā. Tāpat informējam, ka saistībā ar ārstniecības personu darba apmaksas pieaugumu, mājās aprūpes tarifs 2018.gadā ir palielināts. Papildus

norādām, ka tarifu pārrēķinu veic, ja ir saņemts ārstniecības iestādes vai profesionālo asociāciju iesniegums ar pamatojumu tarifa pārrēķināšanai. Saistībā ar nepieciešamību pārrēķināt mājas aprūpes tarifu, Nacionālais veselības dienests nav saņēmis nevienu iesniegumu no ārstniecības iestādes vai profesionālās asociācijas.

Izvērtējot iespēju slēgt līgumus par rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu mājas aprūpē Nacionālais veselības dienests ir ņēmis vērā Latvijas Ārstu rehabilitologu asociācijas priekšlikumu un nodrošinājis līgumu slēgšanu arī ar funkcionālo speciālistu praksēm, tādējādi palielinot pakalpojuma pieejamību.

Ziņojuma projektā ir izteikts secinājums, ka “Rehabilitācijas pakalpojumi ir prioritāri sasaistīti ar augstajiem saslimstības un mirstības rādītājiem. Onkoloģisko pacientu skaits pieaug, tomēr rehabilitāciju saņēmušo pacientu skaits ir mazs, jo nesasniedz pat vienu procentu no kopējā saslimušo skaita.” Atkarībā no vēža veida un skarto audu rajona, pacientu uztvertās vajadzības atšķiras, līdz ar to nepieciešamas medicīniskas rehabilitācijas apjoms un veids katram pacientam ir dažāds. Vēzis izraisa ievērojamas **psiholoģiskas** problēmas visiem pacientiem un viņu ģimenēm²⁸⁹. Vēža slimnieku rehabilitācijas mērķis ir ļaut pacientam sasniegt optimālu fizisko, sociālo, fizioloģisko un profesionālo funkcionēšanu slimības un tās ārstēšanas robežās. Ir konstatēts, ka vēža slimnieku rehabilitācija uzlabo pacientu simptomu kontroli, fizisko funkciju, psiholoģisko labsajūtu un dzīves kvalitāti vēža diagnostikas un ārstēšanas laikā un pēc tās²⁹⁰, nevis uzlabo saslimstības un mirstības rādītājus. Pētījumos ir pierādīta rehabilitācijas efektivitāte vēža slimniekiem, ja rehabilitācijas procesā ir ietverti gan psihosociālie, gan fiziskie aspekti²⁹¹.

Apskatot rehabilitācijas iespējas un nepieciešamības pacientiem ar diagnosticētām onkoloģiskām saslimšanām redzams, ka atkarībā no vēža lokalizācijas, ārstēšana un rehabilitācijas nepieciešamība ir ļoti daudzveidīga. Neskatoties uz dažādām vajadzībām, nepieciešamības gadījumā onkoloģiskiem pacientiem ir tiesības saņemt valsts apmaksāto medicīnisko rehabilitāciju. Informējam, ka NRC “Vaivari” līdz 2017.gadam onkoloģisko pacientu rehabilitācijā dati tika šifrēti atbilstoši saslimšanas sekām funkcionēšanas traucējumu veidā, tātad datos diagnožu šifrēšanā neparādījās onkoloģiskas diagnozes, jo rehabilitācija tieši nenodarbojas ar onkoloģisku slimību ārstēšanu. 2017.gadā atbilstoši Pasaules bankas veiktajam pētījumā noteiktajām 4 prioritārām veselības aprūpes jomām, NRC “Vaivari” tiek attīstīta specializēta stacionāra programma un, lai statistiski sāktu uzskaitīt onkoloģiskiem pacientiem sniegtos rehabilitācijas pakalpojumus, datos kā pamatdiagnoze tiek norādīta konkrētā onkoloģiskā diagnoze. 2017. gadā ar onkoloģisko diagnozēm NRC “Vaivari” stacionārā tika rehabilitēti 45 pacienti, 2018.gadā 10 mēnešos - 58 pacienti. Lielai daļai onkoloģisko pacientu rehabilitāciju var nodrošināt ambulatori. Plānots, ka turpmāk arī klīniskos un veselības psihologus varēs iekļaut multidisciplinārā komandā un onkoloģisko pacientu rehabilitāciju kvalitatīvāk varēs realizēt arī dienas stacionārā, jo onkoloģiskajiem pacientiem ļoti būtiska ir psihologa palīdzība.

Papildus informējam, ka no 2018.gada psihosociālā rehabilitācija onkoloģiskajiem pacientiem un viņu tuviniekiem tiks nodrošināta kā valsts apmaksāts pakalpojums. Kā paredz Ministru kabineta 2017.gada 19. decembra noteikumi Nr.780 “Noteikumi par psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu personām ar onkoloģisku slimību un to ģimenes locekļiem” pakalpojuma mērķis ir nodrošināt personai un vienam viņas izvēlētam tuviniekam profesionālu informāciju par slimību un iespējām turpināt pilnvērtīgu dzīvi, palīdzēt novērst emocionālo spriedzi un panākt savstarpēju psihoemocionālu atbalstu, lai veicinātu personas reintegrāciju sabiedrībā.

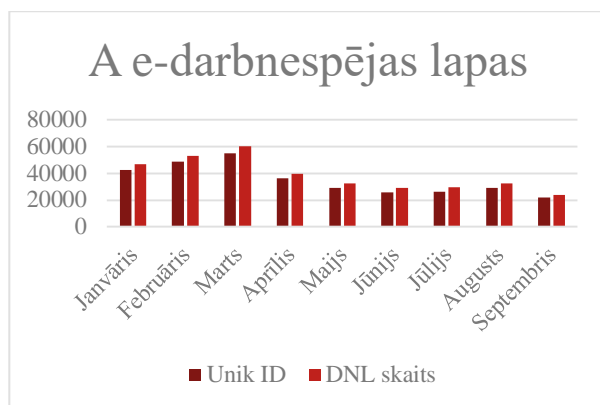
Revīzijas ziņojumā pie nesasniedzamiem kritērijiem ir minēta sirds-asinsvadu un insulta pacientu rehabilitācijas pakalpojumu neesamība. Kardioloģisko pacientu rehabilitācijas pēctecība tiek realizēta NRC "Vaivari" kardioloģiskajā rehabilitācijas programmā, kurā izveidota specializēta multidisciplināra un interdisciplināra rehabilitācijas komanda ar kardiologa iesaisti un specializētu tehnoloģisko aprīkojumu. Pozitīva tendence kardioloģisko pacientu rehabilitācijā ir vērojama jau šobrīd, jo, ievērojot noteikto pacientu prioritizēšanas kārtību, iespējams daudz efektīvāk realizēt rehabilitāciju arī ambulatorajā segmentā.

Insultu rehabilitācijas pēctecība tiek nodrošināta specializētajā NRC "Vaivari" Neirorehabilitācijas nodaļā, kurā multidisciplinārā un interdisciplinārā rehabilitācijas komandas ikdienas darbā ir iesaistīts neirologs. Lielāks nepieciešamais rehabilitācijas pakalpojumu apjoms reģionālajās un universitātes slimnīcās varētu tikt realizēts pēc jaunās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju atlases kārtības uzsākšanas. Kopumā NRC "Vaivari" ir izstrādātas 23 rehabilitācijas programmas, no kurām trīs ir starptautiski akreditētas: "Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas programma pacientiem ar muguras smadzeņu bojājumu subakūtā fāzē", "Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas programma pacientiem pēc mugurkaula jostas daļas operatīvās terapijas", "Rehabilitācijas programma bērniem ar cerebrālo trieku". Pēc nepieciešamo papildresursu apzināšanas, NRC "Vaivari" izveidotos un aprobētos standartizētos funkcionēšanas protokolus var ieviest rehabilitācijas nozarē visā valstī.

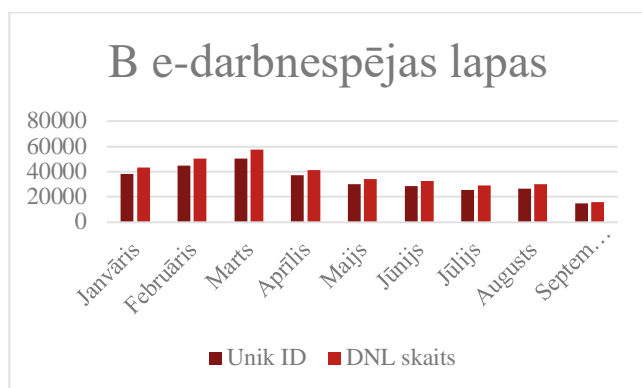
Rehabilitācijas pēctecīguma uzlabošanai NRC "Vaivari" sadarbībā ar Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcu un Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcu ir izstrādājuši projektu "Akūtas un subakūtas rehabilitācijas sinerģijas modelis pacienta atveseļošanās pēctecīgumam". Turpmākus uzlabojumus var ieviest attīstot slimnīcu sadarbības modeli. Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta dienests ir atbalstījis Veselības ministrijas iesniegto projektu "Slimnīcu sadarbības modelis" (Hospital collaboration model), ar mērķi veicināt kvalitatīvu un efektīvu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Projekta ietvaros tiks analizēta Latvijas pašreizējā slimnīcu sadarbība, kā arī tiks izstrādāts un pārbaudīts slimnīcas sadarbības modelis.

Valsts kontrole sava ziņojumā atkārtoti ir minējusi, ka pēdējos gados turpina pieaugt slimības pabalstu un darba nespējas lapu skaits. Atbilstoši Labklājības ministrijas sniegtajai informācijai²⁹² darba nespējas lapu un slimības pabalstu lielāks skaits ir saistīts ar to, ka ir pieaudzis sociālās apdrošināšanas iemaksu maksātāju un to personu, kurām ir tiesības uz pabalstiem, skaits, ir palielinājusies alga²⁹³ (no kuras veiktas sociālās apdrošināšanas iemaksas, un no kuras aprēķina slimības pabalstu), iepriekšējo gadu dzimstības pieaugums, proporcionāli vairāk bērni slimo, pieaugot bērnudārzu pieejamībai, palielinoties veselības aprūpes pieejamībai, kā arī novecošanās un iedzīvotāju veselības stāvoklis, stress u.c.

Darba nespējas lapu skaitam ir tendence palielināties, palielinoties gripas gadījumu skaitam. Analizējot Nacionāla veselības dienesta datus par darba nespējas lapu skaitu sadalījumā pa mēnešiem, ir redzams, ka A un B slimības lapu skaitam ir tendence pieaugt janvārī, februārī un martā (tabula Nr.1 un Nr.2).



Tabula 1. A e-DNL skaits sadalījumā pa mēnešiem



Tabula 2. B e-DNL skaits sadalījumā pa mēnešiem

Atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra (turpmāk - SPKC) mājaslapā pieejamai informācijai, janvārī, februārī un martā ir reģistrēts vislielākais gripas gadījumu skaits – 4.nedēļā - 28,9 gadījumi uz 100 000 cilvēkiem, 8.nedēļā – 153,9 gadījumi uz 100 000 cilvēkiem, 10.nedēļā – 310,6 gadījumi uz 100 000 cilvēkiem, 11.nedēļā – 293,0 gadījumi uz 100 000 cilvēkiem²⁹⁴.

Papildus vēršam uzmanību, ka Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras sniegtie dati būtu jāpēta detalizētāk, izvērtējot arī to, kāds bijis darbnespējas cēlonis. Iespējams, lai mazinātu darbnespējas iestāšanos un līdz ar to arī medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nepieciešamības pieaugumu (ņemot vērā rindas uz pakalpojumiem), būtu jāpilnveido citas nozares, piemēram, Labklājības ministrijas attiecībā uz darba vidi, Satiksmes ministrijas saistībā ar satiksmes negadījumi u.c. regulējums un politika. Savukārt, arodveselības jomā ir būtiski jāsamazina saslimstība ar neiekaisīgajām ar darbu saistītajām saistaudu muskuļu un skeleta sistēmas slimībām, nodrošinot darbinieku obligātās veselības pārbaudes, palielinot darba devēju lomu, un strādājošo iesaisti, ar darba vidi un darba specifiku saistīto risku mazināšanā un novēršanā. RSU Darba drošības un vides veselības institūta speciālisti ir sagatavojuši pasākumu programmu ar darbu saistīto slimību profilaksei un mazināšanai²⁹⁵. Tāpat diskutējams ir jautājums par to, vai visiem slimniekiem (īpaši kam darbnespējas lapa izsniegta līdz 12 nedēļām) būtu nepieciešams saņemt medicīnisko rehabilitāciju.

Ņemot vērā revīzijā sniegto informāciju, kas liecina, ka gandrīz ceturtajai daļai nodarbināto personu ar ilgstošām veselības problēmām un slimībām viena no noteiktajām diagnozēm darbnespējas periodā ir

diagnožu grupā “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības”, Veselības ministrijas skatījumā būtu jāvērs uzmanība darba vides, tai skaitā darba vides riska faktoru, jautājumu pilnveidošanai. Papildus norādām, ka “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības” ir izplatītākā, invaliditāti izraisošā slimību grupa Eiropā, tajā skaitā arī Latvijā. Lai mazinātu muskuļu un skeleta sistēmas slimību ietekmi un darbaspēju zudumu, Latvijā kopš 2012.gada tiek realizēts projekts Fit For Work? (“Piemērots darbam?”), kura ietvaros tiek veikti dažādi pasākumi sadarbībā ar valsts institūciju pārstāvjiem, Latvijas Reimatologu asociāciju un Latvijas kaulu, locītavu un saistaudu slimnieku biedrībām, lai uzlabotu muskuļu un skeletālas sistēmas slimnieku veselības stāvokli, veselības aprūpes sistēmu, pacientu atgriešanos darba tirgū un novērstu radītos ekonomiskos zaudējumus valstij muskuļu un skeleta sistēmas slimību izraisītas darbnespējas dēļ. Saskaņā ar Eiropas Komisijas sniegtajiem aprēķiniem muskuļu un skeleta sistēmas slimības rada 50% no visām darbnespējām, kas ilgst līdz trīs dienām un 60% no patstāvīgas darba nespējas.

Rehabilitācijas jēdziens ietver arī profilaksi. Jautājums par profilaktiskajiem pasākumiem tika pieminēts arī Valsts kontroles ziņojumā. Pamatojoties uz Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.-2020.gadam, ESF 2014.-2020.gada plānošanas perioda ietvaros tiek realizēti pasākumi gan nacionālā, gan pašvaldību līmenī ar mērķi uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem visiem Latvijas iedzīvotājiem, jo īpaši teritoriālās, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem. Lai sasniegtu šo mērķi tiek organizēti tādi pasākumi kā sabiedrības informēšanas kampaņas, pētījumi, pedagogu izglītības programmas, kā arī Latvijas Nacionālais veselīgo pašvaldību tīkla (turpmāk – NVPT) un Veselību veicinošo skolu tīkla (turpmāk – VVST) koordinātoru apmācības veselības veicināšanas. Minētie pasākumi tiek veikti piecās rīcības apakšjomās – **veselīga uztura, fiziskās aktivitātes**, seksuālās un reproduktīvās veselības, psihiskās veselības veicināšanas, kā arī **atkarību izraisošo vielu** lietošanas un procesu izplatības profilakses jomā.

Informācija par iepriekš minētajiem pasākumiem gan nacionālā, gan pašvaldību līmenī apkopota mājaslapā,²⁹⁶ kurā iedzīvotājiem iespējams iepazīties ar aktivitāšu grafiku un norises vietām. Nacionālā līmenī šobrīd noris sabiedrības informēšanas kampaņa “Kustinācija”, kuras mērķis ir veicināt Latvijas iedzīvotāju **fizisko aktivitāti ikdienā**, motivējot uzsākt regulāras un pietiekamas fiziskās aktivitātes, sniedzot ieteikumus, kā ikdienu padarīt fiziski aktīvāku, kā arī sniedzot zināšanas par piemērotākajiem fizisko aktivitāšu veidiem dažāda vecuma indivīdiem ar dažādu fizisko sagatavotību un spējām.

Turklāt jau līdz šim SPKC mājaslapā pieejami plaši informatīvie materiāli un video par fiziskajām aktivitātēm, piemēram, vingrošanas kompleksi “Vingrošanas pamatu apgūšana”,²⁹⁷ “Muguras muskuļu stiprināšanai”²⁹⁸ un citi. Lai Latvijas iedzīvotājiem sniegtu plašākas zināšanas par fizisko aktivitāšu nepieciešamību un to piemērotību katrai iedzīvotāju grupai, tika izstrādāti arī Fizisko aktivitāšu ieteikumi Latvijas iedzīvotājiem²⁹⁹ dažādām mērķgrupām, tajā skaitā cilvēkiem ar invaliditāti un hroniskām saslimšanām. Tāpat SPKC regulāri organizē sabiedrības informēšanas kampaņas, piemēram, kampaņu “Aktīva ik diena!”³⁰⁰, kuras ietvaros izveidoti pieci pastaigu maršruti vairākās Latvijas pašvaldībās, piedāvājot iespēju apvienot pastaigu dabā ar vecumam atbilstošu vingrojumu izpildi. Fizisko aktivitāšu programmas patstāvīgai vingrojumu veikšanai atrodamas gan takās izvietotajos stendos, gan kampaņas “Aktīva ik diena!” mājas lapā.³⁰¹ Šajā vasarā SPKC īstenoja kampaņu “Pārgalvis=Bezgalvis”³⁰², lai pievērstu uzmanību smagajām sekām, kas rodas pārgalvīgi lecot ūdenī, kā arī neapdomīgi sportojot bez aizsargekipējuma.

Lai veicinātu un atbalstītu pašvaldību funkciju iedzīvotāju veselības (tajā skaitā fizisko aktivitāšu) veicināšanā, 2013.gadā tika izveidots Nacionālais veselīgo pašvaldību tīkls. Savukārt 2014.gadā tika

atjaunots Nacionālais veselību veicinošo skolu tīkls ar mērķi sniegt skolām atbalstu veselības veicināšanā, tajā skaitā fizisko aktivitāšu veicināšanā, un veselību veicinošas vides attīstībā.

Lai arī turpmāk vietējā, reģionālā un nacionālā līmenī veicinātu ilgtspējīgas politikas attīstību, kas sekmētu politikas plānošanas dokumentos iekļauto mērķu un pasākumu īstenošanu fizisko aktivitāšu veicināšanas jomā Veselības ministrija, SPKC un Izglītības un zinātnes ministrija sadarbībā ar Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālo biroju strādā pie **Rekomendācijām politikas veidotājiem un īstenotājiem fizisko aktivitāšu veicināšanai Latvijas iedzīvotājiem** (turpmāk – Rekomendācijas). Plānots, ka Rekomendācijas sniegs pārskatāmību un pēctecību fizisko aktivitāšu veicināšanas politikas plānošanā un īstenošanā; veicinās efektīvu resursu un finansējuma sadali; ļaus dažādām iesaistītajām institūcijām, tostarp valsts pārvaldes iestādēm, pašvaldībām, privātajam sektoram un citām ieinteresētajām pusēm, rīkoties saskaņoti, īstenojot kopīgu mērķi – veicināt Latvijas iedzīvotāju fiziskās aktivitātes.

Iedzīvotāju veselību veicinošo paradumu uzlabošana tika īstenota arī saskaņā ar Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānu 2013.-2015.gadam. Lai nodrošinātu sabiedrības informēšanu par sirds un asinsvadu slimību profilaksi un iespējām mazināt kaitīgos riska faktorus, laika posmā no 2013. līdz 2015.gadam tika īstenota aktīva sabiedrības informēšana, organizējot gan sabiedrības informēšanas kampaņas, gan uzsākot vairākas jaunas iniciatīvas veselīgu dzīves veidu atbalstošas vides veidošanai, kā arī izstrādājot un izplatot dažādus tematiskos informatīvos materiālus. Tika īstenotas sabiedrības informēšanas kampaņas par (1) sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem, kurus var novērst, lietojot atbilstošu uzturu; (2) par tabakas lietošanas samazināšanu bērnu un jauniešu vidū; (3) bērnu pakļaušanu pasīvajai smēķēšanai; (4) par fizisko aktivitāšu veidiem dažādām iedzīvotāju grupām. Tāpat tika īstenota sabiedrības informēšanas kampaņa “Mīli savu sirdi! Atpazīsti un rīkojies!”, lai aicinātu iedzīvotājus laikus pamanīt sirds veselības problēmas un vērsties pie speciālistiem, kā arī par rīcību infarkta vai insulta gadījumā. Minēto kampaņu īstenošanā tika izmantota komunikācija ar sabiedrību medijos (internets, televīzija, radio, drukātie mediji), mobilo aplikāciju izstrāde, kā arī dažādas aktivitātes sabiedrības uzmanības pievēršanai konkrētajiem jautājumiem. Vienlaikus tika izdots metodiskais materiāls “Fiziskās aktivitātes receptes izrakstīšana ģimenes ārsta praksē”³⁰³ un atbilstoša veidlapa fizisko aktivitāšu receptes izrakstīšanai. Tika veiktas arī ģimenes ārsta prakses komandas apmācības par fizisko aktivitāšu receptes izrakstīšanu un fizisko aktivitāšu nozīmi. Plānots šādas apmācības vadīt arī turpmāk.

Veselības ministrija īstenoja vairākas normatīvā regulējama izmaiņas, kuru mērķis bija uzlabot iedzīvotāju veselības paradumus (tai skaitā uztura paradumus), tādejādi mazinot SAS riska faktoru izplatību populācijā. Kā piemēru var minēt 2016.gada 17.maijā apstiprinātos Ministru kabineta noteikumus Nr.301 “Noteikumi par maksimāli pieļaujamo transtaukskābju daudzumu pārtikas produktos”. Minētie ierobežojumi izstrādāti ar mērķi uzlabot Latvijas iedzīvotāju uztura paradumus un tādejādi ilgtermiņā uzlabot sabiedrības veselības rādītājus. Latvija ir viena no nedaudzajām valstīm ES (Austrija, Dānija, Ungārija), kurā ir noteikti šādi ierobežojumi. Tāpat 2016.gada 20.maijā spēkā stājās Tabakas izstrādājumu, augu smēķēšanas produktu, elektronisko smēķēšanas ierīču un to šķidrumu aprites likums, kurā noteikts aizliegums nepilngadīgajiem iegādāties un pārdot elektroniskās smēķēšanas ierīces un tajās lietojamus šķidrumus, kā arī stingrāki smēķēšanas ierobežojumi publiskās vietās un citu personu klātbūtnē, piemēram, topošās māmiņas – grūtnieces klātbūtnē.

2018.gadā norisinās SPKC organizētā sabiedrības informēšanas kampaņa “Atpazīsti dzīvības laupītāju!”, šīs kampaņas laikā tika izvietotas vides reklāmas ar īsu pamācību – kā atpazīt insultu un kā

atpazīt infarktu. Kampanas atklāšanā īpaša uzmanība tika pievērsta laicīgai slimības atpazīšanai un savlaicīgai profesionālas medicīniskās palīdzības meklēšanai.

Sabiedrības viedokļa un veselības paradumu maiņa ir ilgtermiņa process, kas prasa regulāru informācijas telpas veidošanu un diskusiju raisīšanu sabiedrībā. Ņemot vērā iepriekš minēto, ir jāturpina īstenot sabiedrības informēšanas pasākumi, normatīvā regulējuma pilnveidošana un starpnozaru sadarbības uzlabošana veselības veicināšanas un slimību profilakses jomās. Tāpēc jau 2018.gadā norisinās SPKC organizētā sabiedrības informēšanas kampaņa “Atpazīsti dzīvības laupītāju!”³⁰⁴ šīs kampaņas laikā tika izvietotas vides reklāmas ar īsu pamācību – kā atpazīt insultu un kā atpazīt infarktu. Kampanas atklāšanā īpaša uzmanība tika pievērsta laicīgai slimības atpazīšanai un savlaicīgai profesionālas medicīniskās palīdzības meklēšanai.

Par revīzijas ieteikumiem un revīzijas ieteikumu ieviešanu

Informējam, ka Veselības ministrijas ieskatā daļa no Valsts kontroles ieteikumiem jau ir izpildīti, piemēram, par rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanas procesa analīzi, savukārt daļa no ieteikumiem prasīs ilgāku laiku, jo ieviešanas procesā būtu nepieciešams iesaistīt papildus finansējumu un cilvēkresursus, kā arī rezultātu izvērtēšana ir ļoti laikietilpīgs process. Detalizētāks viedoklis par revīzijas ieteikumu ieviešanu ir sniegts vēstules pielikumā “Revidējamās vienības revīzijas ieteikumu ieviešanas termiņi”. *Valsts kontrole vērš uzmanību, ka Revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā ir veikti precizējumi Valsts kontroles sniegto ieteikumu redakcijās, ņemot vērā Veselības ministrijas viedokli, tomēr Veselības ministrija uzstāj, lai tās viedoklis tiktu atklāts pilnā apjomā.*

Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes

Revīzijas mērķis

Revīzijas mērķis ir iegūt pārlicību, vai Veselības ministrija ir radījusi priekšnoteikumus efektīvai medicīniskās rehabilitācijas sistēmai, izpildot nosacījumu, ka rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa.

Juridiskais pamatojums

Lietderības revīzija “Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa?” ir veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles 2016.gada darba plānu un Trešā revīzijas departamenta 2016.gada 15.novembra revīzijas uzdevumu Nr.2.4.1-44/2016.

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 pārlicību par revīzijas apjomā iekļautās revidējamās vienības – Veselības ministrijas – veiktajiem pasākumiem, lai nodrošinātu pilnvērtīgu rehabilitācijas iekļaušanu ārstniecības procesā.

Revīzija veikta par laika posmu no 2014.gada 1.janvāra līdz 2017.gada 1.janvārim.

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;
- ❖ valsts un pašvaldību veselības aprūpes iestādes, kuras sniedz rehabilitācijas pakalpojumus ambulatori, tai skaitā dienas stacionāros, stacionāros un mājās aprūpes ietvaros.

Revīzijas ierobežojumi:

Revīzijas apjomā ir iekļauta medicīniskā rehabilitācija, kas atbilstoši Ārstniecības likumam ir daļa no ārstniecības procesa. Revīzijā nav vērtēta sociālā un profesionālā rehabilitācija.

Revīzijā izmantojot VSAA, VDEĀVK un NVD iesniegtos datus par darbaspējīga vecuma personām, kuras saņēmušas slimības pabalstus, datus par personām, kurām ir noteikts personas ar prognozējamu invaliditāti statuss, un datus par atkārtotas invaliditātes ekspertīzes rezultātiem personām, kurām ticis noteikts prognozējamais invaliditātes statuss, par personām vecumā no 18 līdz 59 gadiem, kurām pirmreizēji ir noteikta III invaliditātes grupa un kurām invaliditātes cēlonis ir cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija un spondilopātija vai arodslimība, un kuras ir saņēmušas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, esam paļāvušies uz to patiesumu.

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 pacientam noteiktā diagnoze, kas pamato izmeklējumus un ārstēšanas metodes, tai skaitā rehabilitāciju, kā arī ārstēšanas rezultātus.

Vērtēšanas kritēriji

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
1. Kam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi?		
1.1. Vai ģimenes ārstam ir nozīmīga loma pacienta rehabilitācijā?		
Vai ir sasniegts ministrijas politikā plānotais primārās veselības aprūpes stiprināšanai rehabilitācijas jomā – paredzēt ģimenes ārsta darbu rehabilitācijā atbilstoši ģimenes ārstam noteiktajai kompetencei un celt ģimenes ārstu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā un rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā ³⁰⁵ ?	<p>Ģimenes ārstam ir piešķirta nozīmīga loma rehabilitācijas procesā.</p> <p>Ģimenes ārsts atbilstoši savai kompetencei veic iedzīvotāju rehabilitāciju (indikāciju noteikšana un rehabilitācijas rezultātu novērtēšana).</p> <p>Ģimenes ārsts tiek papildus izglītoti par iespējām nodrošināt rehabilitāciju pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī.</p> <p>Tiek celta ģimenes ārstu kompetence rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā, kas ļauj paātrināt pacienta iespēju saņemt rehabilitāciju.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veselības ministrija nav stiprinājusi primāro veselības aprūpi tā, lai ģimenes ārsts kļūtu par pacienta koordinātoru un atbalstu rehabilitācijas procesā; - lai arī ģimenes ārsta kompetencē jau ir iedzīvotāju rehabilitācija (indikāciju noteikšana un rehabilitācijas rezultātu novērtēšana), ģimenes ārsta izpratne par rehabilitācijas lomu pacienta veselības stāvokļa uzlabošanā ir nepietiekama; - ģimenes ārsti nav motivēti profesionāli pilnveidoties par rehabilitācijas nozares jautājumiem un aktualitātēm; - ģimenes ārsta kompetence neveicina pacienta iespēju paātrināti saņemt rehabilitāciju.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai Veselības ministrija jau primārās veselības aprūpes līmenī attīsta rehabilitāciju ar konkrētu mērķi – mazināt invaliditātes risku?	Samazinās darbspējas gadījumu pēc 26 nedēļām skaits. Pieaug personu, kurām ir noteikts prognozējamas invaliditātes statuss, skaits. Prognozējamas invaliditātes statuss ir instruments invaliditātes risku mazināšanai. Samazinās personu ar invaliditāti skaits.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - pieaug darbspējas gadījumu pēc 26 nedēļām, kā arī personu ar invaliditāti skaits, tomēr personu skaitam, kurām ir noteikts prognozējamas invaliditātes statuss, ir tendence samazināties; - Veselības ministrija prognozējamas invaliditātes statusu nav gatava izmantot kā instrumentu invaliditātes risku mazināšanai.

1.2. | Vai medicīniskā rehabilitācija ir vērsta uz darbspējīga vecuma personu, kuras saņem slimības pabalstus, pamatojoties uz iesniegtajām darbspējas lapām, darbspēju saglabāšanu un atjaunošanu?

Vai Veselības ministrija ir integrējusi medicīnisko rehabilitāciju veselības aprūpes sistēmā kā tās pilnvērtīgu sastāvdaļu, lai pacientu agrīni atgrieztu darbā, novērstu pacientu funkcionēšanas ierobežojumus un invaliditāti?	Samazinās darbspējas gadījumu skaits vecumā no 18 līdz 59 gadiem. Samazinās personu skaits, kurām ir ilgstoša darbspēja/ Darbspējīgās personas ātri atgriežas darba tirgū. Personas darbspējas periodā saņem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu. Samazinās personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaits. Rehabilitācija ir nozīmīga darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai, lai palīdzētu cilvēkiem atgriezties darbā.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - kopējam darbspējas gadījumu skaitam (slimības pabalstu saņēmēji vecumā no 18 līdz 59 gadiem) ir tendence pieaugt; - personu, kurām ir ilgstoša darbspēja (pēc 26 nedēļām), skaitam ir tendence pieaugt, aptuveni trešā daļa no šīm personām būtu jāuzskata par invaliditātes riska gadījumiem; - visvairāk darbspējas gadījumu ir darbspējas perioda grupā līdz 12 nedēļām, tomēr šajā periodā ir vismazāk sniegti rehabilitācijas pakalpojumi. Arī MSS slimības tiek diagnosticētas arvien vairāk pacientiem, tomēr sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu apjoms nepieaug; - invaliditātes rādītāji pieaug; - 2015. un 2016.gadā no visiem unikālajiem pacientiem vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem, kuri saņēmuši valsts apmaksātus ambulatoros un stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus, personas, kuras saņem slimības pabalstus, pamatojoties uz iesniegtajām darbspējas lapām, attiecīgi bija tikai 8% un 14% no kopējā pakalpojumus saņēmušo personu skaita. Rehabilitācijas nozīme darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai, lai palīdzētu cilvēkiem atgriezties darbā, ir palikusi “uz papīra”.
--	--	--

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
<p>1.3. Vai onkoloģisko slimību pacientu rehabilitācija ir mērķtiecīga?</p>	<p>Vai ir sasniegts Veselības ministrijas politikā plānotais onkoloģisko pacientu rehabilitācijas uzlabošanai – izstrādāt obligātās prasības medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai daudzprofila slimnīcās³⁰⁶, onkoloģiskās aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizācijas (pacientu plūsmas) vadlīnijās iekļaut medicīniskās rehabilitācijas pasākumus un izstrādāt vadlīnijas³⁰⁷, uzlabot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību onkoloģiskiem pacientiem³⁰⁸ un uzlabot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju zināšanas un prasmes darbā ar onkoloģisko slimību pacientiem³⁰⁹?</p> <p>Izstrādātas obligātās prasības medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai daudzprofila slimnīcās. Izstrādātas vadlīnijas, lai pacienti saņemtu vadlīnijām atbilstošu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu. Izstrādāts funkcionēšanas novērtējuma protokols, izstrādāts valsts apmaksāto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu apjoms onkoloģiskiem pacientiem un stiprināti resursi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanai onkoloģiskiem pacientiem. Izvērtētas onkoloģisko slimību pacientu agrīno akūtās un subakūtās rehabilitācijas medicīniskās pakalpojumu sniegšanai nepieciešamās metodiskās vadības nodrošināšanas iespējas.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <p>- politikas plānošanas dokumentā noteiktie pasākumi faktiski netiek īstenoti un darbības rezultāti netiek sasniegti.</p>
<p>Vai onkoloģisko slimību pacienti saņem rehabilitācijas pakalpojumus?</p>	<p>Onkoloģisko slimību pacienti saņem rehabilitācijas pakalpojumus. Rehabilitācijas pakalpojumi ir prioritāri sasaistīti ar augstajiem saslimstības un mirstības rādītājiem.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <p>- onkoloģisko pacientu skaits pieaug, tomēr rehabilitāciju saņēmušo pacientu skaits ir mazs, jo nesasniedz pat vienu procentu no kopējā saslimušo skaita. Veselības ministrijai onkoloģisko pacientu rehabilitācija nav bijusi prioritāte un nekādus būtiskus uzlabojumus onkoloģisko pacientu rehabilitācijas jomā tā nav veikusi;</p> <p>- piektajai daļai iedzīvotāju Latvijā nāves cēlonis ir ļaundabīgais audzējs, ik gadu apmēram 11 tūkstošiem iedzīvotāju diagnosticē ļaundabīgu audzēju. Veselības ministrija nav ieviesusi prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, sasaistot ar augstajiem saslimstības un mirstības rādītājiem.</p>

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
1.4. Vai sirds un asinsvadu slimību pacientu rehabilitācija ir mērķtiecīga?		
<p>Vai ir sasniegts Veselības ministrijas politikā plānotais sirds un asinsvadu slimību pacientu rehabilitācijas uzlabošanai – izstrādāt priekšlikumus ambulatorās kardioloģiskās rehabilitācijas programmas izveidei pacientiem ar sirds un asinsvadu slimībām pēc izrakstīšanās no stacionāra^{310?}</p>	<p>Pacientiem pēc kardiovaskulāra notikuma paredzēta rehabilitācija specializētā kardiorehabilitācijas programmā.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - politikas plānošanas dokumentā noteiktais pasākums faktiski netiek īstenots un darbības rezultāts netiek sasniegts. Atsevišķa ambulatorās kardioloģiskās rehabilitācijas programma nav izveidota, pacientu ar kardioloģiskām saslimšanām rehabilitācija notiek vispārējā kārtībā; - Veselības ministrija nav rīkojusies stratēģiski, lai nodrošinātu kvalitatīvu, tai skaitā efektīvu un nepārtrauktu (nodrošinot ārstniecības pakalpojumu pēctecību pacientam visos tās posmos un veselības aprūpes līmeņos) ārstniecības procesu pacientiem ar kardioloģiskām saslimšanām.
<p>Vai Veselības ministrija ir veikusi darbības, lai novērstu vienotas un uz objektīvu pacienta funkcionēšanas novērtēšanu balstītas insulta pacientu rehabilitācijas pakalpojumu sistēmas trūkumu^{311,312?}</p>	<p>Notiek mērķtiecīga insulta pacientu atlase rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - darbs pie darba grupas sniegto ieteikumu īstenošanas ir tikai sākuma stadijā, faktiski uzlabojumi šo pacientu rehabilitācijā nav vērojami; - nesamazinās insulta pacientu skaits, kuriem ir nepieciešama rehabilitācija, bet kuri to nesaņem; - rehabilitācijas iespēju meklēšana ir atstāta pašu pacientu un viņu piederīgo ziņā.
<p>Vai sirds un asinsvadu slimību pacienti saņem rehabilitācijas pakalpojumus?</p>	<p>Sirds un asinsvadu slimību pacienti saņem rehabilitācijas pakalpojumus. Rehabilitācijas pakalpojumi ir prioritāri sasaistīti ar augstajiem saslimstības un mirstības rādītājiem.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - sirds un asinsvadu slimību pacientu skaits pieaug, tomēr rehabilitāciju saņēmušo pacientu skaits ir mazs – 5-6% no visiem rehabilitācijas gadījumiem ir diagnožu grupā “Asinsrites sistēmas slimības (I00-I99)”. Veselības ministrijai sirds un asinsvadu slimību pacientu rehabilitācija nav bijusi prioritāte, un nekādus būtiskus uzlabojumus šo pacientu rehabilitācijas jomā tā nav veikusi; - sirds un asinsvadu slimības ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma Latvijā, ko apliecina augstie saslimstības un mirstības rādītāji. Šo pacientu ārstēšanas izmaksas

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
		<p>sastāda gandrīz 30% no kopējām ārstēšanas izmaksām. Savukārt pusei no visiem nāves gadījumiem Latvijā cēlonis ir sirds un asinsvadu slimības. Tomēr Veselības ministrija nav ieviesusi prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, sasaistot ar augstajiem saslimstības un mirstības rādītājiem.</p>

1.5. | Vai rehabilitācija veselības aprūpes mājas ietvaros uzlabo hroniski slimo pacientu veselības aprūpi?

<p>Vai ir sasniegts Veselības ministrijas politikā plānotais hroniski slimo pacientu veselības aprūpes uzlabošanā – pamatojoties uz mājas aprūpes pakalpojumu sniegšanā iesaistīto institūciju darbības izvērtējumu, izstrādāt priekšlikumus mājas aprūpes pakalpojumu paplašināšanai³¹³?</p>	<p>Nodrošināta iespēja saņemt savlaicīgu medicīnisko palīdzību, tai skaitā rehabilitācijas pakalpojumus, sava veselības stāvokļa uzlabošanai un atjaunošanai. Samazinās gadījumu skaits, kad pacients var tikt atkārtoti hospitalizēts.</p>	<p>⊙ Kritērijs sasniegts daļēji –</p> <ul style="list-style-type: none"> - veicot grozījumus normatīvajā regulējumā, mājas aprūpes pakalpojums tika paplašināts, paredzot, ka tas ietver arī rehabilitācijas pakalpojumus pacientiem ar noteiktām diagnozēm; - pasākuma rezultātīvā rādītāja – iespēja saņemt savlaicīgus rehabilitācijas pakalpojumus – sasniegšanu ietekmē rehabilitācijas speciālistu trūkums reģionos, kas apgrūtina pakalpojuma nodrošināšanu, līdz ar to tiek ietekmēta arī veselības aprūpes pakalpojuma pieejamība un nepārtrauktība; - pasākuma rezultatīvā rādītāja sasniegšanu nav iespējams novērtēt, jo ne Veselības ministrija, ne revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes neapkopo datus par pacientiem, kuriem hospitalizācijas beigās nozīmēta rehabilitācija un kuri, to nesaņemot, ir atkārtoti hospitalizēti.
--	---	--

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai mājas aprūpes pakalpojumu paplašināšana rehabilitācijas jomā uzlabo hroniski slimo pacientu veselības aprūpi?	Uzlabota hroniski slimo pacientu veselības aprūpe.	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veselības ministrija nav izvērtējusi ieviestā pasākuma efektivitāti kopumā, lai gūtu atbildi, vai ir sekmēta šī pakalpojuma ieviešanas galvenā mērķa – uzlabot hroniski slimo pacientu veselības aprūpi – sasniegšana; - valstī nav nodrošināta vienlīdzīga iespēja saņemt rehabilitācijas pakalpojumus veselības aprūpes mājās ietvaros pacientiem, kuriem tā ir paredzēta un nepieciešama, jo, piemēram, atsevišķās teritorijās pakalpojuma pieejamība ir ierobežota, būtiski atšķiras plānotās un faktiskās līguma summas un pakalpojums sniegts gandrīz trīs reizes mazākā apjomā nekā plānots; - nedarbojas pacienta medicīniskās aprūpes nepārtrauktības princips; - Nacionālā veselības dienesta izmantotais kontroles mehānisms veicina finanšu ātrāku apgūšanu un nozīmē kontroli pār finansējuma izlietojumu, nevis pār sniegtā pakalpojuma iznākumu.

2. | Vai ir nodrošināta rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība un uzlabota pacientu plūsma?

Vai ir sasniegts Veselības ministrijas politikā plānotais – pilnveidot pacientu plūsmu dažādos veselības aprūpes līmeņos un mazināt gaidīšanas laikus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai ³¹⁴ ?	Samazinās gaidīšanas rindas rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai.	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - līdz pat šim brīdim nav sakārtota pacientu plūsma, rehabilitācijas procesu posmu nepārtrauktība un pēctecība; - ar katru gadu pieprasījums pēc valsts apmaksātiem rehabilitācijas pakalpojumiem pieaug, tomēr nav vērojama izteikta tendence rindu samazinājumam; - arī finansējuma palielināšana un pacientu prioritizēšana atkarībā no veselības stāvokļa un funkcionālo traucējumu pakāpes nav devušas pozitīvu rezultātu pacientu plūsmas pilnveidošanā, lai samazinātu gaidīšanas laiku medicīnisko rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai.
--	---	--

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai ir sasniegts Veselības ministrijas politikā norādītās problēmas – nevienmērīgs to stacionāro ārstniecības iestāžu izvietojums valstī, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu – risināšanai plānotais – izveidot medicīniskās rehabilitācijas programmu, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu ³¹⁵ , kā arī paredzot rehabilitācijas pakalpojumu integrāciju stacionāru un ambulatorajos pakalpojumos, tajā skaitā arī medicīnas aprūpē mājās ³¹⁶ ?	Izveidot medicīniskās rehabilitācijas programmu, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu.	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - pašlaik ne visās reģionālajās slimnīcās ir izveidotas rehabilitācijas nodaļas, kā arī atsevišķa programma nav izdalīta valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca”; - ne visās teritoriālajās nodaļās tiek sniegti stacionārie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi; - no astoņām slimnīcām, kuras sniedz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu – neiroloģijā (insulta vienība), tikai trijās var saņemt stacionāros rehabilitācijas pakalpojumus.

3. | Vai medicīniskā rehabilitācija Latvijā vērsta uz pacienta spēju veicināšanu?

Vai ir sasniegts Veselības ministrijas politikā plānotais kvalitatīvu veselības aprūpes, tai skaitā rehabilitācijas, pakalpojumu nodrošināšanā – izstrādāt un ieviest kvalitātes kritērijus stacionārajām ārstniecības iestādēm, veicot nepieciešamos grozījumus normatīvajos aktos ³¹⁷ ?	Izstrādāti stacionārās veselības aprūpes kvalitātes izvērtējuma kritēriji, kas ļauj izvērtēt arī rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu.	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - slimnīcu darbības efektivitātes vērtēšanai noteiktie kritēriji netiek vērtēti attiecībā uz rehabilitāciju; - ārstniecības iestādēs obligāta prasība ir kvalitātes sistēmas izveide, tomēr Veselības ministrija ir atstājusi rehabilitācijas procesa kvalitātes vērtēšanu atsevišķi katras ārstniecības iestādes ziņā.
--	---	--

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
Vai rehabilitācijas pakalpojumi ir kvalitatīvi ³¹⁸ ?	<p>Rehabilitācijas pakalpojumi ir efektīvi.</p> <p>Rehabilitācijas pakalpojumi ir pieejami/savlaicīgi.</p> <p>Rehabilitācijas pakalpojumi ir nepārtraukti.</p> <p>Rehabilitācijas pakalpojumi ir lietderīgi.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - efektivitāte – rehabilitācijas pakalpojumu rezultāts netiek mērīts; - pieejamība/savlaicīgums – nav sakārtota pacientu plūsma, nav vērojama izteikta tendence gaidīšanas laika medicīnisko rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai samazinājumam, atsevišķās teritorijās ierobežota stacionāro medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu un rehabilitācijas pakalpojumu veselības aprūpes mājās ietvaros saņemšana, trūkst rehabilitācijas speciālistu; - nepārtrauktība – nav nodrošināta rehabilitācijas procesa nepārtrauktība, trūkst vadošās personas, piemēram, ģimenes ārsta, kas kļūtu par pacienta koordinātoru un atbalstu rehabilitācijas procesā; - lietderība – tā kā rehabilitācijas pakalpojumu efektivitāte (rehabilitācijas procesā sasniegtais rezultāts) netiek mērīta, lietderību nevar novērtēt.
Vai Veselības ministrija uzrauga attīstības plānošanas dokumentu īstenošanas gaitu un sistemātiski un konsekventi īsteno plānotos pasākumus noteikto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai medicīniskās rehabilitācijas jomā?	<p>Visi attīstības plānošanas dokumentos noteiktie rezultatīvie rādītāji nodrošina medicīniskās rehabilitācijas procesa izvērtēšanu atbilstoši mērķim un tie ir pietiekami.</p> <p>Rezultatīvajiem rādītājiem ir noteiktas vērtības, to robežas un/vai vēlamās tendences.</p> <p>Tiek iniciēti un mērķtiecīgi īstenoti plānotie pasākumi izvirzīto mērķu un plānoto rezultātu sasniegšanai.</p> <p>Politikas efektivitātes uzraudzības ietvaros pieņemtie lēmumi ir pamatoti ar atbilstošu situācijas analīzi un novērtējumu.</p>	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts –</p> <ul style="list-style-type: none"> - valsts līmenī stratēģija rehabilitācijas jomā – faktiski neeksistē, jo Veselības ministrijas politikas plānošanas dokumentos ir noteikts salīdzinoši maz pasākumu rehabilitācijas jomas attīstībai, tomēr arī tie nav ieviesti; - Veselības ministrija nav skaidri definējusi rezultātus, kas jāsasniedz un kā tos izmērīt, lai spētu novērtēt, ka rehabilitācija valstī ir organizēta kā efektīva ārstniecības sastāvdaļa; - Veselības ministrijas rīcībā nav datu par pacientu rehabilitācijas vajadzībām, kā arī par rehabilitācijas procesā panāktajiem rezultātiem, tāpēc šobrīd tai nav iespējas izvērtēt valsts finansēto rehabilitācijas pakalpojumu efektivitāti, un tā nevar veikt vispusīgu un pamatotu vajadzību un iespēju izvērtējumu, kā arī rezultātu novērtējumu.
Vai no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu rehabilitācijas jomā – pieejamības,	Tiek iniciētas un mērķtiecīgi īstenotas pārbaudes ārstniecības iestādēs par tām saistošo	<p>⊙ Kritērijs sasniegts daļēji –</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gan Veselības inspekcija, gan

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts?
nodrošināšanas, sniegšanas un apmaksas pamatojuma, kā arī profesionālās kvalitātes ārstniecības iestādēs uzraudzība – veicina efektīvas medicīniskās rehabilitācijas sniegšanu?	normatīvo aktu izpildi medicīniskās rehabilitācijas jomā, kā arī par sniegto pakalpojumu kvalitāti.	Nacionālais veselības dienests veic pārbaudes tikai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu un organizēšanu, kā arī to sniegšanas un apmaksas pamatojumu; - netiek īstenotas mērķtiecīgas pārbaudes ārstniecības iestādēs par sniegto pakalpojumu kvalitāti.

4. | Vai Veselības ministrijas īstenotā politika rehabilitācijas jomā ir devusi pozitīvu rezultātu iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanā?

Vai ir sasniegts Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam ³¹⁹ definētajam apakšmērķim – samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekciju slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību – noteiktais darbības rezultāts – samazināt iedzīvotāju skaitu, kuru darba spējas tiek ierobežotas invaliditātes dēļ?	Samazinās pieaugušo pirmreizējā invaliditāte. Samazinās personu skaitu, kurām ir ilgstoša darbnespēja. Samazinās personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaitu. Pieaug personu ar prognozējamās invaliditātes statusu skaitu.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - pieaugušo ar pirmreizējo invaliditāti skaits pieaug, nevis samazinās; - pieaug personu skaits, kurām ir ilgstoša darbnespēja; - pieaug personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaits; - samazinās personu ar prognozējamās invaliditātes statusu skaitu; - Veselības ministrija nav noteikusi prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, tās sasaistot ar augstajiem saslimstības, hospitalizācijas, invaliditātes un mirstības rādītājiem.
Vai Veselības ministrija ir meklējusi risinājumus pieaugošajam ilgstoši slimojošu darbaspējīga vecuma personu un personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaitam?	Veikta datu analīze.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – - Veselības ministrija norādīja, ka tās rīcībā nav informācija par personām, kurām VDEĀK ir piešķīrusi invaliditātes statusu. Lai veiktu datu analīzi, noskaidrotu cēloņus un meklētu risinājumus pieaugošajam ilgstoši slimojošu darbaspējīga vecuma personu un personu ar invaliditāti (ar noteiktām diagnozēm) skaitam, ir nepieciešama kopīga datu bāze, kurā būtu apvienota gan Labklājības ministrijā, gan Veselības ministrijā esošā informācija, vienlaicīgi nodrošinot fizisko personu datu aizsardzību, bet šādas datu bāzes nav.

Revīzijas metodes

Attīstības plānošanas dokumentu, normatīvo aktu izstrādes dokumentu un projektu analīze, citu ar rehabilitācijas jomu saistīto dokumentu, pētījumu un informācijas, kā arī normatīvo aktu analīze.

Intervijas ar Labklājības ministrijas, VDEĀK, veselības aprūpes iestāžu, ārstu profesionālo asociāciju un pārējo institūciju, kas ir iesaistītas rehabilitācijas jomā, – pārstāvjiem.

Valsts statistikas pārskatu un institūciju statistiskās informācijas analīze.

VSAA, VDEĀVK un NVD datu analīze. Revidenti, analizējot datus, ņēma vērā NVD teritoriālo dalījumu (Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme un Zemgale).

Veselības aprūpes iestāžu, kuras sniedz rehabilitācijas pakalpojumus ambulatori, tai skaitā dienas stacionāros, stacionāros un mājas aprūpes ietvaros, aptauja. Aptaujātas 31 no aptuveni 88 līgumattiecībās ar NVD esošām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus³²⁰.

Ekspertu konsultācijas un eksperta viedokļa noskaidrošana. Pilnā apjomā eksperta – Rīgas Stradiņa universitātes Rehabilitācijas fakultātes dekānes asociētās profesores Signes Tomsones – ziņojums “Rīgas Stradiņa universitātes nozares eksperta atzinums par iespējamo un labāko medicīniskās rehabilitācijas modeli, kas ir balstīts uz citu Eiropas valstu pieredzi un vienlaikus atbilst Latvijas iedzīvotāju vajadzībām” ir publicēts kopā ar šo revīzijas ziņojumu un ir pieejams Valsts kontroles interneta vietnē www.lrvk.gov.lv.

Sektora vadītāja p.i.

L.Freidenfelde-Purgaile

Departamenta direktore

I.Vārava

1.pielikums. Nacionālā veselības dienesta dati par unikālo pacientu skaitu pa vecuma grupām kopā un dati par darbspējīga vecuma personām (unikālie pacienti vecuma grupā 18-59), kuras saņem slimības pabalstu, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām, un kuras saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumus 2015., 2016.gadā un 2017.gada 1.pusgadā

Unikālo pacientu skaits kopā pa vecuma grupām, kas saņēmuši rehabilitācijas pakalpojumus												
Pakalpojumu programma	2015.gads				2016.gads				2017.gada 1.pusgads			
	unikālo pacientu skaits kopā**	unikālo pacientu skaits pēc pacienta vecuma*			unikālo pacientu skaits kopā**	unikālo pacientu skaits pēc pacienta vecuma*			unikālo pacientu skaits kopā**	unikālo pacientu skaits pēc pacienta vecuma*		
		0-17	18-59	60+		0-17	18-59	60+		0-17	18-59	60+
AP104 - Rehabilitācija dienas stacionārā	8210	3406	3199	1612	9049	3624	3511	1927	5574	2133	2206	1236
AP11 - Rehabilitācijas pakalpojumi	72353	38251	23508	10739	72786	38255	23074	11623	46586	23627	14885	8124
AP42 - Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpe mājās	1317	25	196	1103	1267	24	193	1056	820	17	102	703
Kopā ambulatorajās pakalpojumu programmās	81880	x	x	x	83102	x	x	x	52980	x	x	x
Rehabilitācijas pakalpojumi stacionāros	4932	1507	1599	1826	5012	1576	1614	1822	5154	1540	1641	1973

* Attiecībā uz AP NVD ir norādījis, ka tas ir pacienta vecums pakalpojuma saņemšanas brīdī, līdz ar to pacients var ieskaitīties vairākās vecuma grupās

* Attiecībā uz SP NVD ir norādījis, ka tas ir unikālo pacientu skaits, kas izrakstīti attiecīgajā gadā

** Rehabilitācijas pakalpojumiem stacionāros ir VK aprēķinātais aptuvenais skaits

Unikālo pacientu skaits vecuma grupā no 18 līdz 59, kuri saņem slimības pabalstu, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām, kas saņēmuši rehabilitācijas pakalpojumus												
Pakalpojumu programma	2015.gads				2016.gads				2017.gada 1.pusgads			
	unikālo pacientu skaits kopā	unikālo pacientu skaits pēc pacienta vecuma*			unikālo pacientu skaits kopā	unikālo pacientu skaits pēc pacienta vecuma*			unikālo pacientu skaits kopā	unikālo pacientu skaits pēc pacienta vecuma*		
		0-17	18-59	60+		0-17	18-59	60+		0-17	18-59	60+
Ambulatorie rehabilitācijas pakalpojumi	6341	4	6337	0	6847	2	6845	0	4140	0	4098	42
Revidentu aplēse par unikālajiem pacientiem vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem, kuri saņem slimības pabalstus, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām un kuri saņēmuši valsts apmaksātus ambulatoros rehabilitācijas pakalpojumus pret unikālo pacientu skaitu kopā, kuri saņēmuši valsts apmaksātus ambulatoros rehabilitācijas pakalpojumus, %			7,7%				8,2%				7,7%	
Rehabilitācijas pakalpojumi stacionāros	648	0	648	0	710	0	710	0	411	0	406	5
Revidentu aplēse par unikālajiem pacientiem vecuma grupā no 18 līdz 59 gadiem, kuri saņem slimības pabalstus, pamatojoties uz iesniegtajām darbnespējas lapām un kuri saņēmuši valsts apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus stacionāros pret unikālo pacientu skaitu kopā, kuri saņēmuši valsts apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus stacionāros, %			13,1%				14,2%				7,9%	

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests

2.pielikums. Ambulatorajai rehabilitācijai 2016.gadam plānotā finansējuma aprēķins uz 10 000 iedzīvotājiem sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām

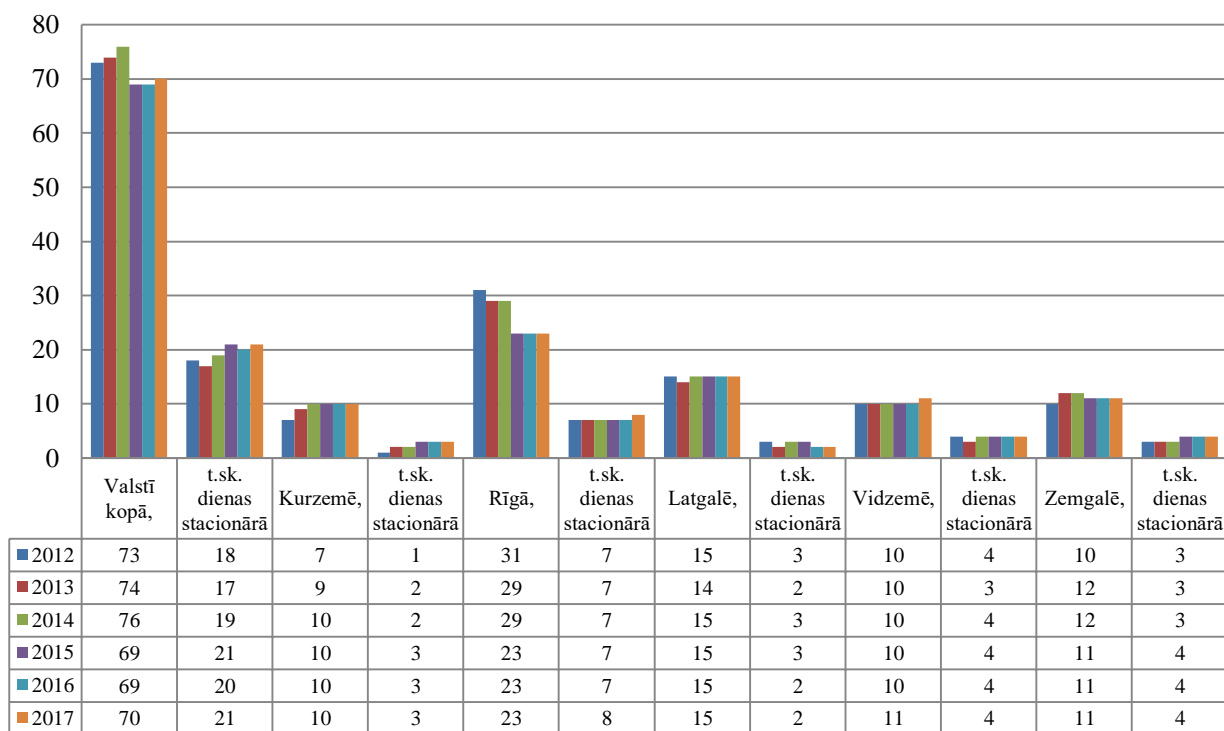
Revīzijā revidenti veica ambulatorajai rehabilitācijai plānotā finansējuma 2016.gadam aprēķinu uz 10 000 iedzīvotājiem sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām:

Teritoriālā nodaļa	Iedzīvotāju skaits teritoriālajā nodaļā ³²¹	Plānotais finansējums, EUR	Uz 10 000 iedzīvotājiem nodaļā, EUR
1	2	3	4=3/2*10000
Rīgas nodaļa	946407	2 656 241	28067
Kurzemes nodaļa	326525	564 573	17290
Latgales nodaļa	281968	850 138	30150
Vidzemes nodaļa	268370	502 025	18706
Zemgales nodaļa	321493	892 777	27770

Revīzijā revidenti veica rehabilitācijai dienas stacionārā plānotā finansējuma 2016.gadam aprēķinu uz 10 000 iedzīvotājiem sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām:

Teritoriālā nodaļa	Iedzīvotāju skaits teritoriālajā nodaļā ³²²	Plānotais finansējums, EUR	Uz 10 000 iedzīvotājiem nodaļā, EUR
1	2	3	4=3/2*10000
Rīgas nodaļa	946407	1480023	15638
Kurzemes nodaļa	326525	320142	9805
Latgales nodaļa	281968	361067	12805
Vidzemes nodaļa	268370	254184	9471
Zemgales nodaļa	321493	1768239	55001

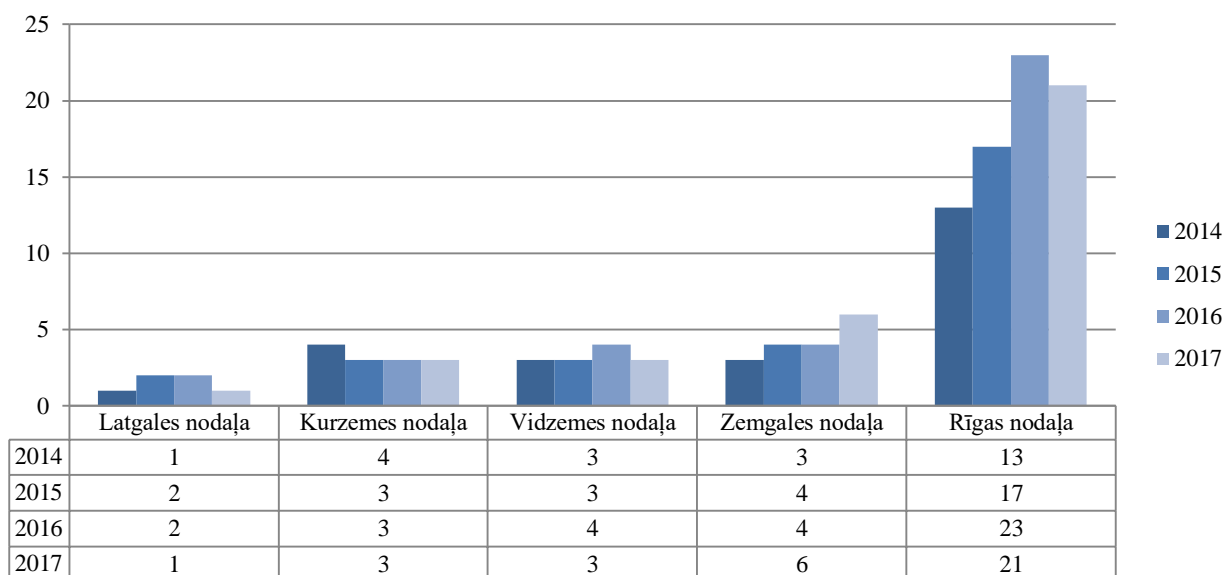
3.pielikums. Ambulatoro ārstniecības iestāžu, tai skaitā dienas stacionāru, skaits, kas nodrošina valsts apmaksātus rehabilitācijas pakalpojumus laika periodā no 2012. līdz 2017.gadam³²³



Avots: Nacionālais veselības dienests.

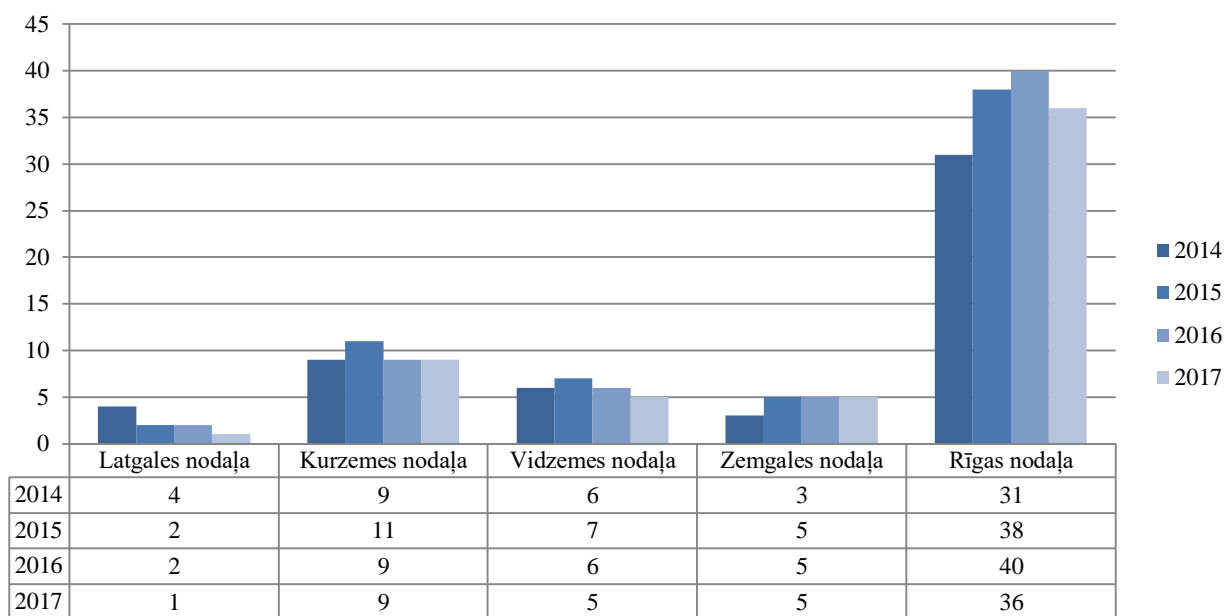
4.pielikums. Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošie audiologopēdi, ergoterapeiti, fizioterapeiti un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus

Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošie audiologopēdi, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus (atbilstoši pakalpojumu veidiem “Rehabilitācijas pakalpojumi”, “Rehabilitācijas dienas stacionārā”, “Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpe mājās”) laika periodā no 2014. līdz 2017.gadam sadalījumā pa gadiem un teritoriālajām nodaļām³²⁴



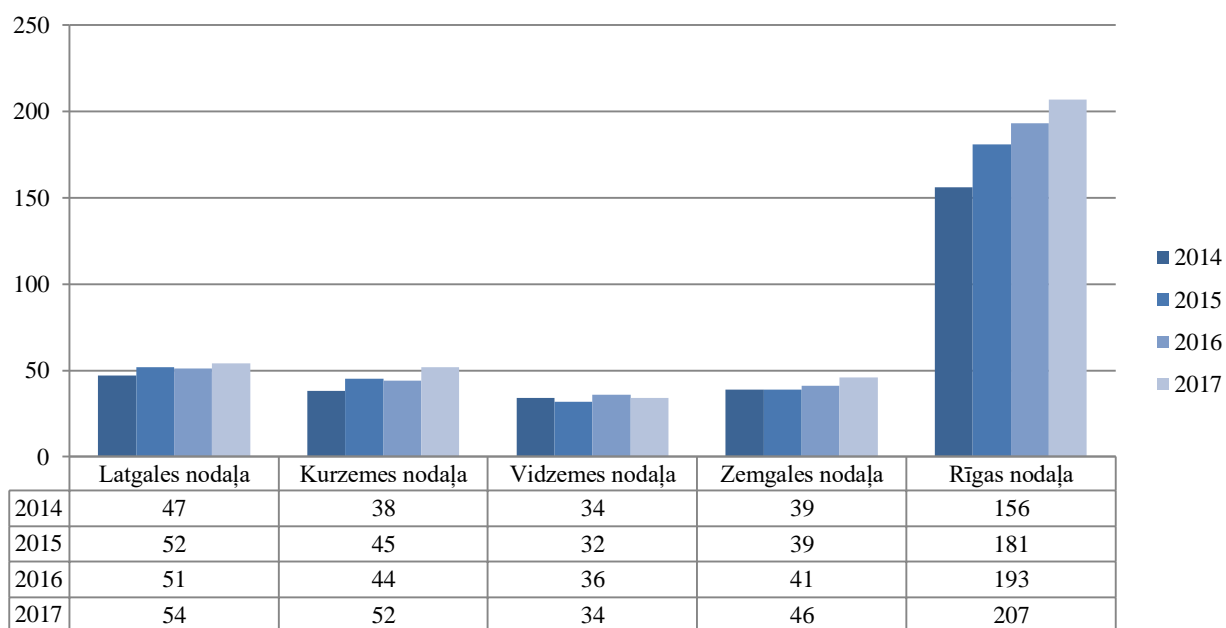
Avots: Nacionālais veselības dienests.

Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošie ergoterapeiti, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus (atbilstoši pakalpojumu veidiem “Rehabilitācijas pakalpojumi”, “Rehabilitācijas dienas stacionārā”, “Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpe mājās”) laika periodā no 2014. līdz 2017.gadam sadalījumā pa gadiem un teritoriālajām nodaļām³²⁵



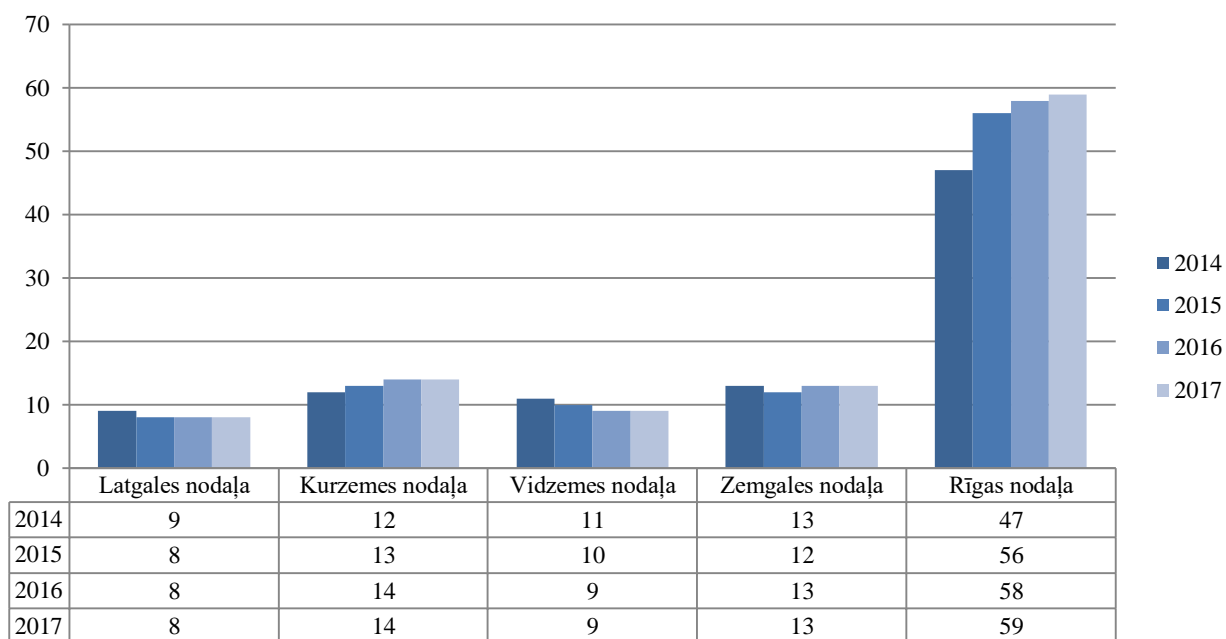
Avots: Nacionālais veselības dienests.

Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošie fizioterapeiti, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus (atbilstoši pakalpojumu veidiem “Rehabilitācijas pakalpojumi”, “Rehabilitācijas dienas stacionārā”, “Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpe mājās”) laika periodā no 2014. līdz 2017.gadam sadalījumā pa gadiem un teritoriālajām nodaļām ³²⁶



Avots: Nacionālais veselības dienests.

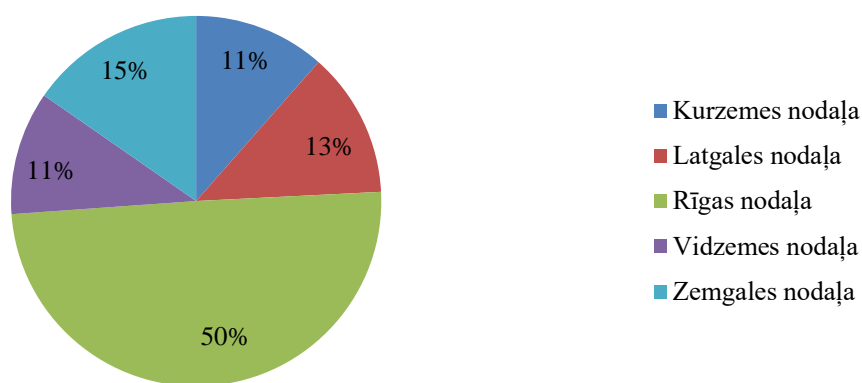
Līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, kas sniedza medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus (atbilstoši pakalpojumu veidiem “Rehabilitācijas pakalpojumi”, “Rehabilitācijas dienas stacionārā”, “Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpe mājās”) laika periodā no 2014. līdz 2017.gadam sadalījumā pa gadiem un teritoriālajām nodaļām³²⁷



Avots: Nacionālais veselības dienests.

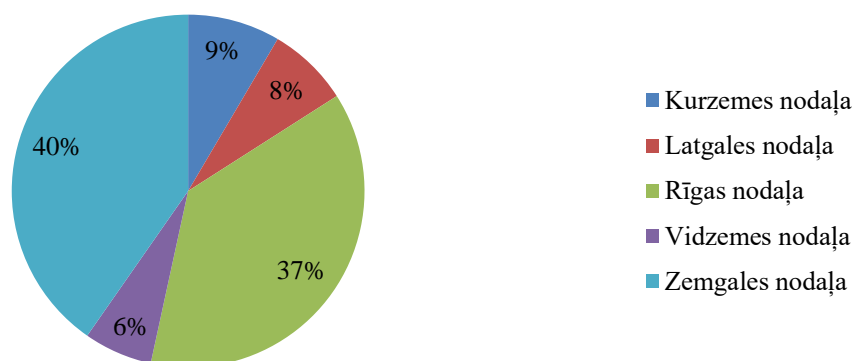
5.pielikums. Pacientu skaita, kas saņēmuši ambulatoros medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, procentuālais sadalījums 2016.gadā

Pacientu skaita, kas saņēmuši medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus (pakalpojumu programma "Rehabilitācijas pakalpojumi") ambulatorajās ārstniecības iestādēs, procentuālais sadalījums 2016.gadā³²⁸



Avots: Nacionālais veselības dienests.

Pacientu skaita, kas saņēmuši medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus dienas stacionāros, procentuālais sadalījums 2016.gadā³²⁹



Avots: Veselības ministrija.

6.pielikums. Darbnespējas gadījumu un rehabilitācijas pakalpojumu skaits 2016.gadā un darbnespējas unikālo personu un unikālo personu, kas saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumu skaits 2016.gadā

Kopējais darbnespējas gadījumu un rehabilitācijas pakalpojumu skaits 2016.gadā sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām:

	Teritoriālā nodaļa	Skaitis	%		Teritoriālā nodaļa	Skaitis	%
Gadījumu skaits kopā visos darbnespējas periodos 2016.gadā:	Valsts kopā	139 897	100	Rehabilitācijas gadījumu skaits kopā visos darbnespējas periodos 2016.gadā:	x	x	x
	Kurzemes nodaļa	22712	16		Kurzemes nodaļa	3881	17
	Latgales nodaļa	17572	13		Latgales nodaļa	2718	15
	Rīgas nodaļa	55013	39		Rīgas nodaļa	6682	12
	Vidzemes nodaļa	20785	15		Vidzemes nodaļa	4042	19
	Zemgales nodaļa	23815	17		Zemgales nodaļa	5767	24

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

Kopējais darbnespējas unikālo personu un unikālo personu, kas saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumus, skaits 2016.gadā sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām:

	Teritoriālā nodaļa	Skaitis	%		Teritoriālā nodaļa	Skaitis	%
Personu skaits kopā visos darbnespējas periodos 2016.gadā:	Valsts kopā	107 995	100	Personu, kas saņēmušas rehabilitācijas pakalpojumus skaits kopā visos darbnespējas periodos 2016.gadā:	x	x	x
	Kurzemes nodaļa	17707	16		Kurzemes nodaļa	1772	10
	Latgales nodaļa	13644	13		Latgales nodaļa	1197	9
	Rīgas nodaļa	43400	40		Rīgas nodaļa	3072	7
	Vidzemes nodaļa	16061	15		Vidzemes nodaļa	1994	12
	Zemgales nodaļa	17183	16		Zemgales nodaļa	1910	11

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

7.pielikums. Datu apkopojums³³⁰ par slimības pabalstu saņēmējiem sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām un šīm personām darbnespējas periodā³³¹ sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu skaitu laika periodā no 2015.gada līdz 2017.gada 1.pusgamam

Darbnespējas periods	Gadījumu		Unikālo personu		t.sk. ir sniegti rehabilitācijas pakalpojumi				t.sk. nav sniegti rehabilitācijas pakalpojumi			
	skaitis	%	skaitis	%	gadījumu skaitis	%	unikālo personu skaits	%	gadījumu skaitis	%	unikālo personu skaits	%
2015.gads												
2015.gads kopā, t.sk.:	127486	100	98616	100	22145	17	9570	10	105341	83	89046	90
darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām, t.sk.:	107742	85	88157	100	12704	12	7099	8	95038	88	81058	92
Kurzemes nodaļa	17295	16	14402	16	1992	12	1219	8	15303	88	13183	92
Latgales nodaļa	13860	13	11413	13	1316	9	822	7	12544	91	10591	93
Rīgas nodaļa	42115	39	34832	40	3532	8	2121	6	38583	92	32711	94
Vidzemes nodaļa	16201	15	13229	15	2496	15	1486	11	13705	85	11743	89
Zemgales nodaļa	18271	17	14281	16	3368	18	1451	10	14903	82	12830	90
darbnespējas periodā no 12 līdz 26 nedēļām, t.sk.:	15339	12	11461	100	6428	42	2714	24	8911	58	8747	76
Kurzemes nodaļa	2651	17	1992	17	1159	44	524	26	1492	56	1468	74
Latgales nodaļa	1597	10	1264	11	598	37	282	22	999	63	982	78
Rīgas nodaļa	5573	36	4460	39	1884	34	846	19	3689	66	3614	81
Vidzemes nodaļa	2846	19	2152	19	1243	44	574	27	1603	56	1578	73
Zemgales nodaļa	2672	17	1593	14	1544	58	488	31	1128	42	1105	69
darbnespējas periodā pēc 26 nedēļām, t.sk.:	4405	3	2349	100	3013	68	957	41	1392	32	1392	59
Kurzemes nodaļa	872	20	410	17	645	74	183	45	227	26	227	55
Latgales nodaļa	642	15	380	16	402	63	140	37	240	37	240	63
Rīgas nodaļa	1544	35	916	39	968	63	340	37	576	37	576	63
Vidzemes nodaļa	588	13	309	13	426	72	147	48	162	28	162	52
Zemgales nodaļa	759	17	334	14	572	75	147	44	187	25	187	56
2016.gads												
2016.gads kopā, t.sk.:	139897	100	107995	100	23090	17	9945	9	116807	83	98050	91
darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām, t.sk.:	118612	85	96374	100	13464	11	7303	8	105148	89	89071	92
Kurzemes nodaļa	18790	16	15537	16	2013	11	1240	8	16777	89	14297	92
Latgales nodaļa	15027	13	12315	13	1523	10	888	7	13504	90	11427	93
Rīgas nodaļa	47254	40	38846	40	3712	8	2200	6	43542	92	36646	94
Vidzemes nodaļa	17468	15	14153	15	2590	15	1509	11	14878	85	12644	89
Zemgales nodaļa	20073	17	15523	16	3626	18	1466	9	16447	82	14057	91
darbnespējas periodā no 12 līdz 26 nedēļām, t.sk.:	16663	12	12712	100	6648	40	2909	23	10015	60	9803	77
Kurzemes nodaļa	3010	18	2322	18	1221	41	563	24	1789	59	1759	76
Latgales nodaļa	1844	11	1420	11	736	40	337	24	1108	60	1083	76
Rīgas nodaļa	5995	36	4899	39	1922	32	912	19	4073	68	3987	81
Vidzemes nodaļa	2812	17	2177	17	1157	41	567	26	1655	59	1610	74
Zemgales nodaļa	3002	18	1894	15	1612	54	530	28	1390	46	1364	72
darbnespējas periodā pēc 26 nedēļām, t.sk.:	4622	3	2650	100	2978	64	1006	38	1644	36	1644	62
Kurzemes nodaļa	912	20	462	17	647	71	197	43	265	29	265	57
Latgales nodaļa	701	15	408	15	459	65	166	41	242	35	242	59
Rīgas nodaļa	1764	38	1106	42	1048	59	390	35	716	41	716	65
Vidzemes nodaļa	505	11	325	12	295	58	115	35	210	42	210	65
Zemgales nodaļa	740	16	349	13	529	71	138	40	211	29	211	60

VAI REHABILITĀCIJA IR PILNVĒRTĪGA VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SASTĀVDAĻA?

Darbnespējas periods	Gadījumu		Unikālo personu		t.sk. ir sniegti rehabilitācijas pakalpojumi				t.sk. nav sniegti rehabilitācijas pakalpojumi			
	skaits	%	skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%
2017.gada 1.pusgads												
2017.gads kopā, t.sk.:	76952	100	65851	100	12344	16	6287	10	64608	84	59564	90
darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām, t.sk.:	66533	86	59317	100	7401	11	4624	8	59132	89	54693	92
Kurzemes nodaļa	10407	16	9392	16	1175	11	799	9	9232	89	8593	91
Latgales nodaļa	8425	13	7538	13	799	9	520	7	7626	91	7018	93
Rīgas nodaļa	26350	40	23798	40	2097	8	1417	6	24253	92	22381	94
Vidzemes nodaļa	9823	15	8743	15	1411	14	950	11	8412	86	7793	89
Zemgales nodaļa	11528	17	9846	17	1919	17	938	10	9609	83	8908	90
darbnespējas periodā no 12 līdz 26 nedēļām, t.sk.:	8534	11	6470	100	3700	43	1648	25	4834	57	4822	75
Kurzemes nodaļa	1497	18	1141	18	668	45	313	27	829	55	828	73
Latgales nodaļa	997	12	682	11	522	52	208	30	475	48	474	70
Rīgas nodaļa	3216	38	2601	40	1147	36	542	21	2069	64	2059	79
Vidzemes nodaļa	1400	16	1083	17	618	44	301	28	782	56	782	72
Zemgales nodaļa	1424	17	963	15	745	52	284	29	679	48	679	71
darbnespējas periodā pēc 26 nedēļām, t.sk.:	1885	2	1072	100	1243	66	430	40	642	34	642	60
Kurzemes nodaļa	250	13	154	14	160	64	64	42	90	36	90	58
Latgales nodaļa	327	17	166	15	226	69	65	39	101	31	101	61
Rīgas nodaļa	680	36	407	38	430	63	157	39	250	37	250	61
Vidzemes nodaļa	281	15	172	16	183	65	74	43	98	35	98	57
Zemgales nodaļa	347	18	173	16	244	70	70	40	103	30	103	60

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

8.pielikums. Datu apkopojums³³² par slimības pabalstu saņēmējiem sadalījumā pa darbnespējas cēloņiem un šīm personām darbnespējas periodā³³³ sniegto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu skaitu laika periodā no 2015.gada līdz 2017.gada 1.pusgamam

Darbnespējas periods	Gadījumu		Unikālo personu		t.sk. ir sniegti rehabilitācijas pakalpojumi				t.sk. nav sniegti rehabilitācijas pakalpojumi			
	skaits	%	skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%
2015.gads												
2015.gads kopā, t.sk.:	127486	100	98616	100	22145	17	9570	10	105341	83	89046	90
darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām, t.sk.:	107742	85	88157	100	12704	12	7099	8	95038	88	81058	92
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	1798	2	1137	1	691	38	388	34	1107	62	749	66
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	105944	98	87286	99	12013	11	6807	8	93931	89	80479	92
darbnespējas periodā no 12 līdz 26 nedēļām, t.sk.:	15339	12	11461	100	6428	42	2714	24	8911	58	8747	76
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	210	1	146	1	124	59	62	42	86	41	84	58
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	15129	99	11316	99	6304	42	2652	23	8825	58	8664	77
darbnespējas periodā pēc 26 nedēļām, t.sk.:	4405	3	2349	100	3013	68	957	41	1392	32	1392	59
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	9	0	8	0	5	56	4	50	4	44	4	50
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	4396	100	2341	100	3008	68	953	41	1388	32	1388	59
2016.gads												
2016.gads kopā, t.sk.:	139897	100	107995	100	23090	17	9945	9	116807	83	98050	91
darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām, t.sk.:	118612	85	96374	100	13464	11	7303	8	105148	89	89071	92
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	2223	2	1376	1	898	40	492	36	1325	60	884	64
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	116389	98	95366	99	12566	11	6945	7	103823	89	88421	93
darbnespējas periodā no 12 līdz 26 nedēļām, t.sk.:	16663	12	12712	100	6648	40	2909	23	10015	60	9803	77
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	262	2	197	2	153	58	88	45	109	42	109	55
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	16401	98	12522	98	6495	40	2825	23	9906	60	9697	77
darbnespējas periodā pēc 26 nedēļām, t.sk.:	4622	3	2650	100	2978	64	1006	38	1644	36	1644	62

Darbnespējas periods	Gadījumu		Unikālo personu		t.sk. ir sniegti rehabilitācijas pakalpojumi				t.sk. nav sniegti rehabilitācijas pakalpojumi			
	skaits	%	skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	9	0	8	0	5	56	4	50	4	44	4	50
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	4613	100	2642	100	2973	64	1002	38	1640	36	1640	62
2017.gada 1.pusgads												
2017.gads kopā, t.sk.:	76952	100	65851	100	12344	16	6287	10	64608	84	59564	90
darbnespējas periodā līdz 12 nedēļām, t.sk.:	66533	86	59317	100	7401	11	4624	8	59132	89	54693	92
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	1470	2	1137	2	609	41	422	37	861	59	715	63
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	65063	98	58317	98	6792	10	4263	7	58271	90	54054	93
darbnespējas periodā no 12 līdz 26 nedēļām, t.sk.:	8534	11	6470	100	3700	43	1648	25	4834	57	4822	75
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	183	2	118	2	124	68	59	50	59	32	59	50
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	8351	98	6352	98	3576	43	1589	25	4775	57	4763	75
darbnespējas periodā pēc 26 nedēļām, t.sk.:	1885	2	1072	100	1243	66	430	40	642	34	642	60
darbnespējas cēlonis ir arodslimība	6	0	5	0	4	67	3	60	2	33	2	40
darbnespējas cēlonis ir pārējās saslimšanas, izņemot arodslimība un slima bērna kopšana	1879	100	1067	100	1239	66	427	40	640	34	640	60

Avots: Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Nacionālais veselības dienests.

9.pielikums. Pacientu skaits rindā ambulatorās rehabilitācijas saņemšanai laika periodā no 2014. līdz 2016.gadam³³⁴

NVD teritoriāla nodaļa	Dati uz 01.01.2016							Dati uz 01.01.2015							Dati uz 01.01.2014						
	Rehabilitācijas pakalpojumi:						Dienas stacionārs:	Rehabilitācijas pakalpojumi:						Dienas stacionārs:	Rehabilitācijas pakalpojumi:						Dienas stacionārs:
	Audiologopēds	Rehabilitologs	Ergoterapeits	Fizioterapeits	Fizikālās medicīnas pakalpojumi:			Rehabilitācija dienas stacionārā	Audiologopēds	Rehabilitologs	Ergoterapeits	Fizioterapeits	Fizikālās medicīnas pakalpojumi:		Rehabilitācija dienas stacionārā	Audiologopēds	Rehabilitologs	Ergoterapeits	Fizioterapeits	Fizikālās medicīnas pakalpojumi:	
Vispārējā masāža bērniem					Citi fizikālās medicīnas pakalpojumi	Vispārējā masāža bērniem	Citi fizikālās medicīnas pakalpojumi						Vispārējā masāža bērniem	Citi fizikālās medicīnas pakalpojumi							
KURZEME	8	1002	24	321	76	0	109	10	931	19	118	25	0	42	6	299	65	159	10	-	170
LATGALE	0	1267	0	1573	322	0	78	-	1345	0	944	252	0	132	-	1618	0	866	553	360	202
RĪGA	418	3261	668	8263	3083	0	1147	700	2293	1074	6778	1250	498	396	Nav datu	Nav datu	Nav datu	Nav datu	Nav datu	Nav datu	388
VIDZEME	0	345	0	362	23	0	75	0	303	0	452	25	8	100	Nav datu	Nav datu	Nav datu	Nav datu	Nav datu	Nav datu	127
ZEMGALE	71	689	18	771	165	58	70	29	462	32	584	204	50	78	165	764	34	645	195	45	65
VALSTĪ KOPĀ	497	6564	710	11290	3669	58	1479	739	5334	1125	8876	1756	556	748	171	2681	99	1670	758	405	952

Avots: Veselības ministrija.

10.pielikums. Datu apkopojums sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām par personu ar prognozējamu invaliditātes statusu un personu, kurām veikta atkārtotas invaliditātes ekspertīze, skaitu, kurām ir/nav sniegta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi

			Gadījumi		Unikālās personas	
			Skaitis	%	Skaitis	%
Kopā, <i>t.sk.:</i>			1514	100	289	100
1.	Noteikts personas ar prognozējamu invaliditāti statuss, <i>t.sk.:</i>	NPI	998	66	289	100
		Kurzemes nodaļa	268	27	87	30
		Latgales nodaļa	91	9	14	5
		Rīgas nodaļa	349	35	95	33
		Vidzemes nodaļa	33	3	14	5
		Zemgales nodaļa	257	26	79	27
	rehabilitācija sniegta, <i>t.sk.:</i>		906	91	198	69
		Kurzemes nodaļa	241	26	61	31
		Latgales nodaļa	87	10	10	5
		Rīgas nodaļa	324	36	70	35
		Vidzemes nodaļa	27	3	8	4
		Zemgales nodaļa	227	25	49	25
	rehabilitācija nav sniegta, <i>t.sk.:</i>		92	9	91	31
		Kurzemes nodaļa	27	29	26	29
		Latgales nodaļa	4	4	4	4
		Rīgas nodaļa	25	27	25	27
		Vidzemes nodaļa	6	7	6	7
		Zemgales nodaļa	30	33	30	33
1.1.	nepaliek par personām ar invaliditāti, <i>t.sk.:</i>		422	x	151	52
		Kurzemes nodaļa	145		53	
		Latgales nodaļa	28		5	
		Rīgas nodaļa	135		51	
		Vidzemes nodaļa	16		7	
		Zemgales nodaļa	98		35	
	rehabilitācija sniegta, <i>t.sk.:</i>		366	x	96	64
		Kurzemes nodaļa	129		38	
		Latgales nodaļa	27		4	
		Rīgas nodaļa	119		35	
		Vidzemes nodaļa	12		3	
		Zemgales nodaļa	79		16	
	rehabilitācija nav sniegta, <i>t.sk.:</i>		56	x	55	36
		Kurzemes nodaļa	16		15	
		Latgales nodaļa	1		1	
		Rīgas nodaļa	16		16	
		Vidzemes nodaļa	4		4	
		Zemgales nodaļa	19		19	
1.2.	paliek par personām ar invaliditāti, <i>t.sk.:</i>		576	34	138	48
		Kurzemes nodaļa	123		34	
		Latgales nodaļa	63		9	
		Rīgas nodaļa	214		44	
		Vidzemes nodaļa	17		7	
		Zemgales nodaļa	159		44	
	rehabilitācija sniegta, <i>t.sk.:</i>		540	x	102	74
		Kurzemes nodaļa	112		23	
		Latgales nodaļa	60		6	
		Rīgas nodaļa	205		35	
		Vidzemes nodaļa	15		5	
		Zemgales nodaļa	148		33	

VAI REHABILITĀCIJA IR PILNVĒRTĪGA VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SASTĀVDAĻA?

	rehabilitācija nav sniegta, <i>t.sk.:</i>		36	x	36	26
		Kurzemes nodaļa	11		11	
		Latgales nodaļa	3		3	
		Rīgas nodaļa	9		9	
		Vidzemes nodaļa	2		2	
		Zemgales nodaļa	11		11	
2.	Noteikta invaliditātes grupa, veicot atkārtotas invaliditātes ekspertīzi, <i>t.sk.:</i>	INPI	516	34	138	48
		Kurzemes nodaļa	98		34	
		Latgales nodaļa	63		9	
		Rīgas nodaļa	195		44	
		Vidzemes nodaļa	17		7	
		Zemgales nodaļa	143		44	
	rehabilitācija sniegta, <i>t.sk.:</i>		480	x	102	74
		Kurzemes nodaļa	87		23	
		Latgales nodaļa	60		6	
		Rīgas nodaļa	186		35	
		Vidzemes nodaļa	15		5	
		Zemgales nodaļa	132		33	
	rehabilitācija nav sniegta, <i>t.sk.:</i>		36	x	36	26
		Kurzemes nodaļa	11		11	
		Latgales nodaļa	3		3	
		Rīgas nodaļa	9		9	
		Vidzemes nodaļa	2		2	
		Zemgales nodaļa	11		11	

11.pielikums. Personas vecuma grupā 18-59 gadi, kurām pirmreizēji noteikta III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija, spondilopātija”, un šīm personām sniegtie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi sadalījumā par teritoriālajām nodaļām laika posmā no 2015. līdz 2017.gadam

	Gadījumu		Unikālo personu		t.sk. ir sniegti rehabilitācijas pakalpojumi				t.sk. nav sniegti rehabilitācijas pakalpojumi			
	skaits	%	skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%
Kopā:	8289	100	3526	100	6540	79	1791	51	1749	21	1738	49
2015.gads												
2015.gads kopā:	3606	44	1319	100	3024	84	737	56	582	16	582	44
Kurzemes nodaļa	533	15	227	17	422	79	116	51	111	21	111	49
Latgales nodaļa	569	16	254	19	459	81	144	57	110	19	110	43
Rīgas nodaļa	1076	30	433	33	890	83	247	57	186	17	186	43
Vidzemes nodaļa	525	15	212	16	406	77	93	44	119	23	119	56
Zemgales nodaļa	903	25	193	15	847	94	137	71	56	6	56	29
2016.gads												
2016.gads kopā:	2753	33	1239	100	2108	77	594	48	645	23	645	52
Kurzemes nodaļa	451	16	234	19	311	69	94	40	140	31	140	60
Latgales nodaļa	484	18	244	20	355	73	115	47	129	27	129	53
Rīgas nodaļa	717	26	347	28	545	76	175	50	172	24	172	50
Vidzemes nodaļa	432	16	223	18	303	70	94	42	129	30	129	58
Zemgales nodaļa	669	24	191	15	594	89	116	61	75	11	75	39
2017.gads												
2017.gads kopā:	1930	23	997	100	1408	73	475	48	522	27	522	52
Kurzemes nodaļa	335	17	179	18	252	75	96	54	83	25	83	46
Latgales nodaļa	383	20	199	20	275	72	91	46	108	28	108	54
Rīgas nodaļa	504	26	282	28	354	70	132	47	150	30	150	53
Vidzemes nodaļa	309	16	194	19	190	61	75	39	119	39	119	61
Zemgales nodaļa	399	21	143	14	337	84	81	57	62	16	62	43

Avots: Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija, Nacionālais veselības dienests.

12.pielikums. Personas vecuma grupā 18-59 gadi, kurām pirmreizēji noteikta III invaliditātes grupa ar invaliditātes cēloni “arodslimība”, un šīm personām sniegtie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi sadalījumā par teritoriālajām nodaļām laika posmā no 2015. līdz 2017.gadam

	Gadījumu		Unikālo personu		t.sk. ir sniegti rehabilitācijas pakalpojumi				t.sk. nav sniegti rehabilitācijas pakalpojumi			
	skaits	%	skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%	gadījumu skaits	%	unikālo personu skaits	%
Kopā:	5372	100	1965	100	4566	85	1159	59	806	15	806	41
2015.gads												
2015.gads kopā:	2012	100	609	100	1784	89	381	63	228	11	228	37
Kurzemes nodaļa	259	13	92	15	227	88	60	65	32	12	32	35
Latgales nodaļa	185	9	48	8	176	95	39	81	9	5	9	19
Rīgas nodaļa	541	27	244	40	426	79	129	53	115	21	115	47
Vidzemes nodaļa	609	30	137	22	569	93	97	71	40	7	40	29
Zemgales nodaļa	418	21	88	14	386	92	56	64	32	8	32	36
2016.gads												
2016.gads kopā:	2012	100	771	100	1705	85	464	60	307	15	307	40
Kurzemes nodaļa	276	14	104	13	240	87	68	65	36	13	36	35
Latgales nodaļa	196	10	65	8	175	89	44	68	21	11	21	32
Rīgas nodaļa	596	30	312	40	431	72	147	47	165	28	165	53
Vidzemes nodaļa	575	29	185	24	525	91	135	73	50	9	50	27
Zemgales nodaļa	369	18	105	14	334	91	70	67	35	9	35	33
2017.gads												
2017.gads kopā:	1348	100	586	100	1077	80	315	54	271	20	271	46
Kurzemes nodaļa	140	10	72	12	109	78	41	57	31	22	31	43
Latgales nodaļa	113	8	48	8	90	80	25	52	23	20	23	48
Rīgas nodaļa	369	27	200	34	255	69	86	43	114	31	114	57
Vidzemes nodaļa	402	30	159	27	344	86	101	64	58	14	58	36
Zemgales nodaļa	324	24	107	18	279	86	62	58	45	14	45	42

Avots: Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija, Nacionālais veselības dienests.

Atsauces

¹Rehabilitation 2030: A Call for Action.

Pieejams: <http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, skatīts 19.01.2018.

²Īss kopsavilkums: Pētījuma pārskats par rehabilitāciju un atgriešanos darbā. Pieejams: <https://osha.europa.eu/lv/tools-and-publications/publications/summary-research-review-rehabilitation-and-return-work/view>, skatīts 19.01.2018.

³Komisijas Regula (ES) 2015/359 (2015.gada 4.marts), ar ko attiecībā uz statistiku par veselības aprūpes izdevumiem un finansējumu īsteno Eiropas Parlamenta un Padomes Regulu (EK) Nr. 1338/2008. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32015R0359>, skatīts 19.01.2018.

⁴Rehabilitation: key for health in the 21st century.

Pieejams: <http://www.who.int/disabilities/care/KeyForHealth21stCentury.pdf?ua=1>, skatīts 16.10.2017., Rehabilitation in health systems. Pieejams: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1>, skatīts 16.02.2018.

⁵Rehabilitation: key for health in the 21st century.

Pieejams: <http://www.who.int/disabilities/care/KeyForHealth21stCentury.pdf?ua=1>, skatīts 16.02.2018.

⁶Rehabilitation in health systems. Pieejams: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1>, skatīts 13.04.2018.

⁷Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.–2020.gadam, apstiprināts ar Saeimas 20.12.2012. lēmumu, 34., 302., 310.punkts.

⁸Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.

⁹Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (*statuss – aktuāls*).

¹⁰Ārstniecības likuma 1.panta 1.punkts.

¹¹Ārstniecības likuma 1.panta 14.punkts.

¹²Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 1.panta 23.punkts.

¹³Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 1.panta 13.punkts.

¹⁴Ārstniecības likuma 1.panta 1.punkts.

¹⁵Veselības ministrija ir izstrādājusi Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, lai uzlabotu pacientu drošību, pacientu uzticību veselības aprūpes sistēmai, kā arī izveidotu vienotu izpratni par veselības aprūpes sistēmas un ārstniecības procesu kvalitāti (koncepcija apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr.22). Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf, skatīts 01.06.2018.

¹⁶Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (zaudējis spēku ar 01.09.2018.); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” (noteikumus piemēro ar 01.09.2018., 225.punkts).

¹⁷Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija. Pieejams: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_lav.pdf;jsessionid=7341918F4A08FA69D15500BE674EAB9?sequence=10

¹⁸World report on disability. Pieejams: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

¹⁹WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation.

Pieejams: http://www.who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf

²⁰Rīgas Stradiņa universitātes nozares eksperta atzinums par iespējamo un labāko medicīniskās rehabilitācijas modeli, kas ir balstīts uz citu Eiropas valstu pieredzi un vienlaikus atbilst Latvijas iedzīvotāju vajadzībām.

²¹Rehabilitation2030: A Call for Action.

Pieejams: <http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua>, skatīts 19.01.2018.

²²Rīgas Stradiņa universitātes nozares eksperta atzinums par iespējamo un labāko medicīniskās rehabilitācijas modeli, kas ir balstīts uz citu Eiropas valstu pieredzi un vienlaikus atbilst Latvijas iedzīvotāju vajadzībām.

²³Rehabilitation in health systems.

Pieejams: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1>, skatīts 13.04.2018.

²⁴Rehabilitation in health systems.

Pieejams: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1>, skatīts 19.01.2018.

²⁵McCull M.A. et al. Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study. Arch Phys Med Rehabil. 2009; Vol 90 (9): 1523- 1531.

²⁶Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.–2016.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojumu Nr.181.

²⁷Ministru 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” 41.1.apakšpunkts.

²⁸Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2015. rīkojumu Nr.78, 105.1.pasākums; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589, 6.1.14.pasākums.

²⁹Veselības ministrijas 04.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

³⁰Veselības ministrijas 09.02.2018. vēstule Nr.01-15.1/605 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

³¹Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11.23., 73.2.apakšpunkts (zaudējis spēku ar 01.09.2018.).

³²Veselības ministrijas 16.03.2018. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

³³Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11.23., 73.2.apakšpunkts (zaudējis spēku ar 01.09.2018.).

³⁴Skaidrojums Nacionālā veselības dienesta mājas lapā. Pieejams: <http://vmnvd.gov.lv/lv/aktualitates/868-izmainas-veselibas-aprupes-organizesanas-un-samaksas-kartiba>, skatīts 19.10.2018.

³⁵Veselības ministrijas 14.03.2018. vēstule Nr.01-15.2/1128 “Par papildinformācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

³⁶Programmas un apmācības. Pieejams: <https://talakizglitiba.lv/programmas>, skatīts 29.03.2018.

³⁷Rīgas Stradiņa universitātes nozares eksperta atzinums par iespējamo un labāko medicīniskās rehabilitācijas modeli, kas ir balstīts uz citu Eiropas valstu pieredzi un vienlaikus atbilst Latvijas iedzīvotāju vajadzībām.

³⁸Darbspēka apsekojums 1995.–2014.gadā. Statistisko datu krājums. Pieejams: http://www.csb.gov.lv/sites/default/files/nr_17_darbaspeka_apsekojums_1995-2014_gada_15_00_lv.pdf, skatīts 24.05.2018.

³⁹Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centra pētījums “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf, skatīts 02.07.2018.

⁴⁰Muguras sāpju aprūpes analīze Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Neatliekamās medicīnas centrā. Anastasija Fjodorova, Irada Melega, Rīgas Stradiņa universitāte. Pieejams: https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Zin%C4%81tnes%20departaments/2017/I%20sekcija/II%20sekcija/III%20sekcija/IV%20sekcija/V%20sekcija/VI%20sekcija/muguras_sapju_aprupe_pskus.pdf

⁴¹Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59] Published date: November 2016. Pieejams: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>

⁴²Eksperta 27.06.2018. e-pasts.

⁴³Veselības ministrijas Darba grupas “Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu izvērtēšana un priekšlikumu izstrāde” 07.10.2016. ziņojums.

⁴⁴Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumu Nr.805 “Noteikumi par prognozējamas invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību” 3.pielikums.

⁴⁵Invaliditātes likuma 1.panta 4.punkts, 10.panta pirmā daļa.

⁴⁶Ministru kabineta 04.01.2011. noteikumu Nr.9 “Noteikumi par individuālo rehabilitācijas plānu personai ar prognozējamu invaliditāti un personai ar invaliditāti” 3.punkts.

⁴⁷Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. un 2016.gada pārskats. Pieejams: http://www.vdeavk.gov.lv/wp-content/uploads/2014/09/Parskats_2016_1.puse_www.pdf, skatīts 22.03.2018.

⁴⁸Veselības ministrijas 16.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

⁴⁹Gada pārskati un pētījumi. Pieejams: <http://www.vdeavk.gov.lv/par-mums/gada-parskati-un-petijumi/>, skatīts 22.03.2018.

⁵⁰Veselības ministrijas 14.03.2018. vēstule Nr.01-15.2/1128 “Par papildinformācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

⁵¹Gunta A. Pacienta loma ārstēšanas procesā.

Pieejams: http://www.vmnvd.gov.lv/images/userfiles/anca_pacienta_loma_arstesanas_procesa.pdf, skatīts 02.07.2018.

⁵²Labklājības ministrija Sociālās iekļaušanas politikas departamenta direktores 29.01.2018. e-pasts.

⁵³Pacientu tiesību likuma 15.pants.

⁵⁴Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.

⁵⁵Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojumu Nr.359.

⁵⁶Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojumu Nr.504.

⁵⁷Nacionālais veselības dienests. Hroniskas sirds mazspējas klīniskās vadlīnijas (2012). Latvijas kardiologu biedrība, Rīga. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/514ff62c58227.pdf>, skatīts 13.07.2018.

⁵⁸Nacionālais veselības dienests. Hroniskas sirds mazspējas klīniskās vadlīnijas (2012). Latvijas kardiologu biedrība, Rīga. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/514ff62c58227.pdf>, skatīts 13.07.2018.

⁵⁹Rehabilitation 2030: A Call for Action.

Pieejams: <http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, skatīts 19.01.2018.

⁶⁰Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam, apstiprināts ar Saeimas 20.12.2012. lēmumu, 310.punkts.

⁶¹Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.

⁶²Dati par personām no 18 līdz 59 gadiem (slimības pabalsta saņēmēja vecums aprēķināts uz 30.09.2017.), kurām pirmā darbspējas diena sākusies laika periodā no 01.01.2015. līdz 30.06.2017., kurām piešķirti slimības pabalsti un kurām darbspējas lapā norādīts kāds no cēloņiem – “arodslimība” “saslimšana ar tuberkulozi”; “nelaimes gadījums darbā”; “ceļu satiksmes negadījums”; “karantīna”; “protezēšana un ortozēšana”; “rehabilitācija”; “cits cēlonis”, sadalot darbspējas periodu pa grupām: A līdz 12 nedēļām; B no 12 līdz 26 nedēļām; C pēc 26 nedēļām.

⁶³Dati par personām ar prognozējamu invaliditāti 2014., 2015., 2016., 2017.gadā, par atkārtotas invaliditātes ekspertīzes rezultātiem personām, kurām ticis noteikts prognozējamās invaliditātes statuss 2014., 2015., 2016., 2017.gadā, par personām ar pirmreizējo invaliditāti (atlasot tikai III invaliditātes grupas personas vecumā no 18 līdz 59 gadiem ar slimību nosaukumiem – cerebrovaskulārās slimības, dorsopātija, spondilopātija, arodslimības) 2014., 2015., 2016., 2017.gadā.

⁶⁴Nacionālā veselības dienesta elektroniski 2018.gada 15.martā nosūtīts ar paroli aizsargāts datu fails.

⁶⁵Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas mājas lapa “Gada pārskati un pētījumi”. Pieejams: <http://www.vdeavk.gov.lv/par-mums/gada-parskati-un-petijumi/>, skatīts 22.03.2018.

⁶⁶Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras 10.01.2018. pieņemšanas un nodošanas akts ar sagatavotu elektronisku datu materiālu – Slimības pabalsti personām no 18 līdz 59 gadi, kurām darbspējas lapā norādīts cēlonis – “arodslimība” un cēloņi – “saslimšana ar tuberkulozi”; “nelaimes gadījums darbā”; “ceļu satiksmes negadījums”; “karantīna”; “protezēšana un ortozēšana”; “rehabilitācija”; “cits cēlonis”, izņemot “arodslimība”, “slima bērna kopšana”, “slima bērna kopšana stacionārā”. Atlasītas personas, kurām pirmā darbspējas diena sākusies laika periodā no 01.01.2015. līdz 30.06.2017. Slimības pabalsta saņēmēja vecums aprēķināts uz 30.09.2017. Darbspējas perioda grupa: A līdz 12 nedēļām; B no 12 līdz 26 nedēļām; C pēc 26 nedēļām.

⁶⁷Ministru kabineta 03.04.2001. noteikumu Nr.152 “Darbspējas lapu izsniegšanas un anulēšanas kārtība” 17¹.punkts.

⁶⁸Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2016.gada pārskati. Pieejams: http://www.vdeavk.gov.lv/wp-content/uploads/2014/09/Parskats_2016_1.puse_www.pdf, skatīts 22.03.2018.

⁶⁹Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras 10.01.2018. pieņemšanas un nodošanas akts ar sagatavotu elektronisku datu materiālu – Slimības pabalsti personām no 18 līdz 59 gadiem, kurām darbspējas lapā norādīts cēlonis – “arodslimība” un cēloņi – “saslimšana ar tuberkulozi”; “nelaimes gadījums darbā”; “ceļu satiksmes negadījums”; “karantīna”; “protezēšana un ortozēšana”; “rehabilitācija”; “cits cēlonis”, izņemot “arodslimība”, “slima bērna kopšana”, “slima bērna kopšana stacionārā”. Atlasītas personas, kurām pirmā darbspējas diena sākusies laika periodā no 01.01.2015.

līdz 30.06.2017. Slimības pabalsta saņēmēja vecums aprēķināts uz 30.09.2017. Darbnespējas perioda grupa: A līdz 12 nedēļām; B no 12 līdz 26 nedēļām; C pēc 26 nedēļām.

⁷⁰Labklājības ministrijas 25.07.2016. Informatīvais ziņojums “Par rīcības plāna Invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.-2015.gadam izpildi”. Pieejams: 30.04.2014. Informatīvais ziņojums par rīcības plāna invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.-2015.gadam izpildi, skatīts 05.06.2018.

⁷¹Nacionālā veselības dienesta 17.11.2017. e-pasts.

⁷²Nacionālā veselības dienesta 06.02.2018. un 16.02.2018. e-pasts.

⁷³Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam, apstiprināts ar Saeimas 20.12.2012. lēmumu, 310.punkts; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.

⁷⁴Apjomā netika iekļauti dati par personām, kuras ir ārzemnieki (179 gadījumi, 152 personas), kurām norādīts nekorekts personas kods (161 gadījums), kurām nav norādīts administratīvo teritoriju un teritoriālo vienību klasifikators (ATVK) (64 gadījumi, 43 personas).

⁷⁵Unikālo personu skaits sadalījumā pa darbnespējas periodiem nesummējas kopā.

⁷⁶Darbaspēka apsekojums 1995.–2014.gadā. Statistisko datu krājums. Pieejams: http://www.csb.gov.lv/sites/default/files/nr_17_darbaspeka_apsekojums_1995-2014_gada_15_00_lv.pdf, skatīts 24.05.2018.

⁷⁷Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centra pētījums “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf, skatīts 02.07.2018.

⁷⁸Eksperta 27.06.2018. e-pasts.

⁷⁹Nacionālā veselības dienests Klīniskās vadlīnijas “Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē”. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/420-kliniskas-vadlinijas/klinisko-vadliniju-datu-baze/registretas-2016gada/muguras-lejas-dalas-sapes-primaraja-veselibas-aprupe>, skatīts 20.09.2018.

⁸⁰Nacionālā veselības dienesta elektroniski 2018.gada 15.martā iesniegts datu fails.

⁸¹SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

⁸²SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

⁸³Diagnozes kods M47.

⁸⁴SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

⁸⁵Diagnozes kods M47.

⁸⁶Diagnozes kods M47.

⁸⁷Labklājības ministrijas Sociālās iekļaušanas politikas departamenta direktores 29.01.2018. e-pasts.

⁸⁸Slimību profilakses un kontroles centra ziņojums “Neinfekciju slimības – saslimstība, mirstība, riska faktori. Situācija Latvijā 2006.-2015. gadā”. Pieejams: https://spkc.gov.lv/upload/Sabiedrības_veselības_petijumu_faili/neinfekciju_slimības_2006-2015.pdf, skatīts 13.04.2018.

⁸⁹Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam, apstiprināta ar Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojumu Nr.48, 13.3.pasākums.

⁹⁰Veselības ministrijas 03.10.2016. informatīvā ziņojuma “Par Onkoloģisko slimību kontroles programmas 2009.-2015.gadam izpildi” 1.pielikuma 13.3.pasākums. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/2932>, skatīts 23.07.2018.

⁹¹Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

⁹²Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam, apstiprināta ar Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojumu Nr.48, 13.1.pasākums.

⁹³03.10.2016. Informatīvais ziņojums “Par Onkoloģisko slimību kontroles programmas 2009.-2015.gadam izpildi”. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/2932>, skatīts 23.07.2018.

⁹⁴Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

⁹⁵Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

⁹⁶Onkoloģija - Slimību profilakses un kontroles centrs. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/upload/.../Statistikas%20dati/.../majaslapa_onkologija_2016.doc, skatīts 03.09.2018.

⁹⁷Nacionālā veselības dienesta elektroniski 2018.gada 15.martā nosūtīts ar paroli aizsargāts datu fails.

⁹⁸SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

⁹⁹SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

¹⁰⁰Veselības ministrijas 09.02.2018. vēstule Nr.01-15.1/605 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁰¹Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr.269.

¹⁰²Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr.269.

¹⁰³Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr.269, 4.1.pasākums.

¹⁰⁴Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr.269, 4.2.pasākums.

¹⁰⁵Veselības ministrijas 31.08.2018. vēstule Nr.01-15.1/3855 “Par informācijas sniegšanu”.

¹⁰⁶Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr.269.

¹⁰⁷Veselības ministrijas 31.08.2018. vēstule Nr.01-15.1/3855 “Par informācijas sniegšanu”.

¹⁰⁸Slimību profilakses un kontroles centra ziņojums “Neinfekciju slimības – saslimstība, mirstība, riska faktori. Situācija Latvijā 2006. - 2015. gadā”. Pieejams: https://spkc.gov.lv/upload/Sabiedribas_veselibas_petijumu_faili/neinfekciju_slimibas_2006-2015.pdf, skatīts 13.04.2018.

¹⁰⁹Slimību profilakses un kontroles centrs, Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/upload/Veselibas%20aprupes%20statistika/Statistikas%20dati/2017/mirstiba_2017_14062018.doc, skatīts 06.08.2018.

¹¹⁰Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojumu Nr. 504.; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.

¹¹¹World Health Organisation (1993) Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD. Geneva: World Health Organization. Pieejams: http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_CVD_125.pdf

¹¹²Heran BS, Chen JM, Ebrahim S et al. (2011) Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 7: CD001800, National Collaborating Centre for Primary Care (2007) Post myocardial infarction: secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction (full guideline). London: Royal College of General Practitioners, National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions (2010) Chronic heart failure: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, Hroniskas sirds mazspējas klīniskās vadlīnijas (2012). Latvijas kardiologu biedrība, Rīga.

¹¹³Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojumu Nr.359, 2.4.24.pasākums.

¹¹⁴Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹¹⁵Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” 02.05.2018. vēstule Nr.5-1.2/769 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016.

¹¹⁶Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” 02.05.2018. vēstule Nr.5-1.2/769 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016.

¹¹⁷Perk J, De Backer G, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular

Disease. Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives online societies and by invited experts). Eur J of Cardiovascular Prev & Reh 2012.

¹¹⁸Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā" 02.05.2018. vēstule Nr.5-1.2/769 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹¹⁹Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā" 02.05.2018. vēstule Nr.5-1.2/769 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹²⁰Nacionālā veselības dienesta elektroniski 2018.gada 15.martā nosūtīts ar paroli aizsargāts datu fails.

¹²¹SSK-10 klasifikācija - Kodu tabularaksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

¹²²L.J. Anderson, R.S. Taylor. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: An overview of Cochrane systematic reviews. International Journal of Cardiology 177 (2014) 348–361.

¹²³Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojumu Nr.359, 2.4.24.pasākums.

¹²⁴Slimību profilakses un kontroles centra ziņojums "Neinfekciju slimības – saslimstība, mirstība, riska faktori. Situācija Latvijā 2006.-2015. gadā". Pieejams: https://spkc.gov.lv/upload/Sabiedrības_veselības_petījumu_faili/neinfekciju_slīmības_2006-2015.pdf, skatīts 13.04.2018.

¹²⁵Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2011., 2012., 2013., 2014., 2015., 2016. un 2017.gada pārskats. Pieejams: <http://www.vdeavk.gov.lv/par-mums/gada-parskati-un-petijumi/>, skatīts 17.08.2018.

¹²⁶Latvijas Neirologu biedrība. Pieejams: http://neirologi.vip.lv/wp-content/uploads/2013/12/Projekts_CI-vadlinijas_2013.pdf, skatīts 27.08.2018.

¹²⁷Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹²⁸Prognose veikta uz konkrētā gada datu bāzes ar 2015.gada nosacījumiem, ka 84% pacientu pēc insulta vienības izdzīvo un 40% pacientu, kuri nesaņem rehabilitāciju pēc insulta vienības, tā ir nepieciešama. Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹²⁹Sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā" 24.04.2018. vēstule Nr.A1/1.1-07/18/632 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹³⁰Willems D. et al, Determining the Need for In-Patient Rehabilitation Services Post-Stroke: Results from Eight Ontario Hospitals. HEALTHCARE POLICY Vol.7 No.3, 2012; Lai et al. 1998; Mayo et al. 1989; Rundek et al. 2000; Schlegel et al. 2003; Mahler et al. 2008; Treger et al. 2008.

¹³¹Diagnozes I60, I61, I63, I64.

¹³²Sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā" 24.04.2018. vēstule Nr.A1/1.1-07/18/632 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹³³Sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā" 24.04.2018. vēstule Nr.A1/1.1-07/18/632 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹³⁴Slimību profilakses un kontroles centra 21.06.2013. rīkojums Nr.8-2/35 "Par darba grupas izveidošanu cerebrovaskulāro slimību aprūpes uzlabošanas rīcības plāna projekta izstrādei".

¹³⁵Atzīst problēmas insulta pacientu rehabilitācijā. Pieejams: <http://www.medicine.lv/raksti/atzist-problemas-insulta-pacientu-rehabilitacija>, skatīts 07.06.2018.

¹³⁶Veselības ministrijas 16.03.2018. vēstule Nr.01-15.1/1176 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹³⁷Ministru kabineta 28.10.2014. noteikumi Nr.666 "Darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa "Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai" īstenošanas noteikumi", lai nodrošinātu projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanas prioritāro veselības jomu ietvaros" aktivitāšu īstenošanu.

¹³⁸Atklāts konkurss "Klīnisko vadlīniju identificēšana un tām atbilstošo klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrāde prioritārajās veselības jomās", ID Nr. VM NVD 2017/41 ESF. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/par-nvd/iepirkumi/319-iepirkumi/1200-2018>, skatīts 03.04.2018.

¹³⁹Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”; Veselības ministrijas 16.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁴⁰Veselības ministrijas 16.03.2018. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁴¹Eiropas Sociālā fonda projekts: “VSIA NRC “Vaivari” funkcionēšanas novērtēšanas un asistīvo tehnoloģiju apmaiņas sistēmas izveide un ieviešana”. Pieejams: <http://www.nrcvaivari.lv/lv/content/vsia-nrc-vaivari-funkcionēšanas-novērtēšanas-un-asistīvo-tehnoloģiju-apmaiņas-sistēmas>, skatīts 03.04.2018.

¹⁴²Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”; Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

¹⁴³Nacionālā veselības dienesta elektroniski 2018.gada 15.martā nosūtīts, ar paroli aizsargāts datu fails.

¹⁴⁴SSK-10 klasifikācija - Kodu tabularaksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

¹⁴⁵SSK-10 klasifikācija - Kodu tabularaksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

¹⁴⁶Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁴⁷Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2012. rīkojumu Nr.84, 24.2.pasākums.

¹⁴⁸Ministru kabineta 27.12.2011. noteikumi Nr.1021 “Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”” (zaudējis spēku ar 31.12.2013.); Ministru kabineta 25.09.2012. noteikumi Nr.654 “Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”” (zaudējis spēku ar 31.12.2013.); Ministru kabineta 09.06.2015. noteikumi Nr.296 “Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (zaudējis spēku ar 01.09.2018.).

¹⁴⁹Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁵⁰Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” 02.05.2018. vēstule Nr.5-1.2/769 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”; sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” 24.04.2018. vēstule Nr.A1/1.1-07/18/632 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁵¹Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁵²Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁵³Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojums Nr.181 “Par Primārās veselības aprūpes attīstības plānu 2014.–2016.gadam”.

¹⁵⁴Nacionālā veselības dienesta 06.03.2018. e-pasts.

¹⁵⁵Medicīniskās rehabilitācijas mājās pakalpojums nav pieejams Vidzemes teritoriālās nodaļas Baltinavas novadā, Balvu novadā, Cēsaines novadā, Ērgļu novadā, Gulbenes novadā, Jaunpiebalgas novadā, Lubānas novadā, Mazsalacas novadā, Naukšēnu novadā, Rugāju novadā, Rūjienas novadā, Smiltenes novadā, Varakļānu novadā, Vecpiebalgas novadā, Viļakas novadā, Madonas novadā, Raunas novadā, Valkas novadā, Kocēnu novadā.

¹⁵⁶Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁵⁷Veselības ministrijas 16.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁵⁸Nacionālā veselības dienesta 06.02.2018. un 06.03.2018. e-pasts.

¹⁵⁹Arstu gaidīšanas saraksti. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/arstu-gaidisanas-saraksti>, skatīts 04.09.2018.

¹⁶⁰Sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Vidzemes slimnīca” 29.03.2018. vēstule Nr.1.5-462 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

¹⁶¹Nacionālā veselības dienesta 20.06.2018. e-pasts.

¹⁶²Nacionālā veselības dienesta 06.02.2018. e-pasta vēstule.

¹⁶³Nacionālā veselības dienesta 29.12.2016. rīkojums Nr.4.1-2/327.

¹⁶⁴Pārskats par veikto darba apjomu valsts apmaksātajai veselības aprūpei mājās, 2014., 2015., 2016.gads. Pieejams: <http://vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/arhivs>, skatīts 01.11.2017.; Pārskats par veikto darba apjomu valsts apmaksātajai veselības aprūpei mājās, 2017.gads. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/arhivs>, skatīts 01.09.2018.

¹⁶⁵Datu avots: Reģionālās attīstības indikatoru modulis Pieejams: <http://raim.gov.lv/cms/tiki-index.php>.

¹⁶⁶Nacionālā veselības dienesta 06.02.2018. e-pasts.

¹⁶⁷Nacionālā veselības dienesta 06.02.2018. e-pasts.

¹⁶⁸Nacionālā veselības dienesta 06.03.2018. e-pasts.

¹⁶⁹Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁷⁰Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁷¹Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁷²Nacionālā veselības dienesta 06.03.2018. e-pasts.

¹⁷³Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.

¹⁷⁴Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁷⁵Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589; Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam, apstiprināta ar Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojumu Nr.48.

¹⁷⁶Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589, 6.1.10.pasākums.

¹⁷⁷Veselības ministrijas 09.02.2018. vēstule Nr.01-15.1/605 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁷⁸14.08.2017. un 23.08.2017. intervijas protokols.

¹⁷⁹Pacientu skaitu rindā ārstniecības iestādēs Nacionālais veselības dienests sāka apkopot 2013.gada nogalē, līdz ar to dati salīdzināšanai pieejami no 2014.gada. Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁸⁰Veselības ministrijas 19.12.2017. informatīvais ziņojums "Par veselības reformas pasākumu īstenošanas progresu veselības aprūpē 2017.gada 1.pusgadā". Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/6102>, skatīts 15.08.2018.

¹⁸¹Nacionālā veselības dienesta 06.02.2018. e-pasta vēstule; Informācija par valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu pieejamību uz 01.11.2018. Pieejams: <http://vmnvd.gov.lv/lv/rindapiearstalv>, skatīts 27.12.2018.

¹⁸²Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁸³Stacionāro pakalpojumu gaidīšanas rindas. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/stacionaro-pakalpojumu-gaidisanas-rindas>, skatīts 27.12.2018.

¹⁸⁴Veselības ministrijas 09.02.2018. vēstule Nr.01-15.1/605 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

¹⁸⁵Nacionālā veselības dienesta 06.03.2018. e-pasts.

¹⁸⁶Nacionālā veselības dienesta 06.03.2018. e-pasts.

¹⁸⁷Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

¹⁸⁸Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

¹⁸⁹Atbilstoši NVD skaidrojumam pakalpojumu sniedzēji, kuri iekļauti savstarpēji noslēgtā līgumā, pakalpojumus atbilstoši medicīniskai kompetencei var sniegt dažādos pakalpojumu veidos, līdz ar to speciālistu saraksts, kas iekļauts līgumā, var atšķirties no pakalpojumu sniedzēju – speciālistu skaita, kas snieguši rehabilitācijas pakalpojumus noteiktos pakalpojumu veidos.

¹⁹⁰Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2015. rīkojumu Nr.78, 105.1.pasākums; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589, 6.1.14.pasākums.

- ¹⁹¹ Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2015. rīkojumu Nr.78, 105.1.pasākums.
- ¹⁹² Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ¹⁹³ Veselības ministrijas 09.02.2018. vēstule Nr.01-15.1/605 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ¹⁹⁴ Slimību profilakses un kontroles centra 21.06.2013. rīkojums Nr.8-2/35 “Par darba grupas izveidošanu cerebrovaskulāro slimību aprūpes uzlabošanas rīcības plāna projekta izstrādei”.
- ¹⁹⁵ Atzīst problēmas insulta pacientu rehabilitācijā. Pieejams: <http://www.medicine.lv/raksti/atzist-problemas-insulta-pacientu-rehabilitacija>, skatīts 07.06.2018.
- ¹⁹⁶ Nacionālais veselības dienests, Klīniskās vadlīnijas – “Cerebrāla infarkta prehospitalās aprūpes, diagnostikas un akūtas ārstēšanas klīniskās vadlīnijas”. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/420-kliniskas-vadlinijas/klinisko-vadliniju-datu-baze/kopjais-reistrto-klinisko-vadliniju-saraksts>, skatīts 20.09.2018.
- ¹⁹⁷ Konceptija “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr.22. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf, skatīts 25.05.2018.
- ¹⁹⁸ Slimību profilakses un kontroles centra 21.06.2013. rīkojums Nr.8-2/35 “Par darba grupas izveidošanu cerebrovaskulāro slimību aprūpes uzlabošanas rīcības plāna projekta izstrādei”.
- ¹⁹⁹ Atzīst problēmas insulta pacientu rehabilitācijā. Pieejams: <http://www.medicine.lv/raksti/atzist-problemas-insulta-pacientu-rehabilitacija>, skatīts 07.06.2018.
- ²⁰⁰ WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation. Pieejams: http://www.who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf
- ²⁰¹ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 137.punkts. (zaudējis spēku ar 01.09.2018.); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 101.punkts (noteikumus piemēro ar 01.09.2018., 225.punkts).
- ²⁰² Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ²⁰³ Maclean N., Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social Science & Medicine* 50 (2000) 495±506
- ²⁰⁴ Factors influencing post-stroke rehabilitation participation after discharge from hospital. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2014; Vol 21 (6): 260- 267.
- ²⁰⁵ Rīgas Stradiņa universitātes nozares eksperta atzinums par iespējamo un labāko medicīniskās rehabilitācijas modeli, kas ir balstīts uz citu Eiropas valstu pieredzi un vienlaikus atbilst Latvijas iedzīvotāju vajadzībām.
- ²⁰⁶ Rīgas Stradiņa universitātes nozares eksperta atzinums par iespējamo un labāko medicīniskās rehabilitācijas modeli, kas ir balstīts uz citu Eiropas valstu pieredzi un vienlaikus atbilst Latvijas iedzīvotāju vajadzībām.
- ²⁰⁷ Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ²⁰⁸ Olševska R. (2016). Rehabilitācija pēc insulta nedrīkst kavēties, jo smadzenes spēj atjaunoties, taču – ierobežotā laikā. Pieejams: <http://veselam.la.lv/2016/04/04/rehabilitacija-pec-insulta-nedrikst-kaveties/>, skatīts 03.09.2018.
- ²⁰⁹ Lipska I. Bērnu ar cerebrālo trieku stacionārā rehabilitācija: Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas gadījuma analīze. Maģistra darbs, Rīgas Stradiņa universitāte, 2017.
- ²¹⁰ Ārstniecības likuma 1.panta 1.punkts.
- ²¹¹ Pacientu tiesību likuma 5.panta otrā daļa.
- ²¹² Konceptija “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr.22. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf, skatīts 25.05.2018.
- ²¹³ Konceptija “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr.22. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf, skatīts 25.05.2018.
- ²¹⁴ Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovskā vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2012. rīkojumu Nr.84, 22.2.pasākums; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr. 504, 6.1.7.pasākums.

- ²¹⁵ Ministru kabineta noteikumu projekta “Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija). Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/253755-grozijumi-ministru-kabineta-2006-gada-19-decembra-noteikumos-nr-1046-veselibas-aprupes-organizšanas-un-finansšanas-kartiba->, skatīts 01.08.2018.; Ziņojums par Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību izpildi un turpmāk plānoto rīcību. Pieejams: http://www.pkc.gov.lv/images/PKCzinojums_VDombrovska_valdibas_paveiktais.pdf, skatīts 01.08.2018.; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.
- ²¹⁶ Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ²¹⁷ Veselības ministrijas 16.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ²¹⁸ Konceptija “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr.22. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf, skatīts 25.05.2018.
- ²¹⁹ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 17.punkts.
- ²²⁰ WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation.
Pieejams: http://www.who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf
- ²²¹ Veselības ministrijas 16.03.2018. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ²²² Ministru kabineta 13.04.2004. noteikumi Nr.286 “Veselības ministrijas nolikums”.
- ²²³ Attīstības plānošanas sistēmas likuma 1. un 4.pants.
- ²²⁴ Rehabilitation 2030: A Call for Action.
Pieejams: <http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, skatīts 19.01.2018.
- ²²⁵ Ministru kabineta 02.12.2014. noteikumu Nr.737 “Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumi” 10.punkts.
- ²²⁶ Ministru kabineta 05.02.2008. noteikumu Nr.76 “Veselības inspekcijas nolikums” 2.punkts.
- ²²⁷ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²²⁸ Ministru kabineta 05.02.2008. noteikumi Nr.76 “Veselības inspekcijas nolikums”.
- ²²⁹ Ministru kabineta 05.02.2008. noteikumu Nr.76 “Veselības inspekcijas nolikums” 3.1.apakšpunkts.
- ²³⁰ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³¹ Ministru kabineta 05.02.2008. noteikumu Nr.76 “Veselības inspekcijas nolikums” 3.17.apakšpunkts.
- ²³² Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³³ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³⁴ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³⁵ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³⁶ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³⁷ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³⁸ Veselības inspekcijas 10.10.2017. vēstule Nr.1.1-4/25123/9366 “Par informācijas pieprasījumu Revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016”.
- ²³⁹ Ministru kabineta 01.11.2011. noteikumu Nr.850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums” 2.punkts, 3.2.apakšpunkts.
- ²⁴⁰ Nacionālā veselības dienesta 06.02.2018. e-pasts.
- ²⁴¹ Nacionālā veselības dienesta 06.03.2018. e-pasts.
- ²⁴² Labklājības ministrijas 25.07.2016. informatīvais ziņojums “Par rīcības plāna Invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.-2015.gadam izpildi”. Pieejams: 30.04.2014. Informatīvais

ziņojums par rīcības plāna invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.-2015.gadam izpildi, skatīts 05.06.2018.

²⁴³Rīcības plāns Invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikas pamatnostādņu īstenošanai 2005.-2015.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 19.07.2006. rīkojumu Nr.541.

²⁴⁴Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centra pētījums “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf, skatīts 02.07.2018.

²⁴⁵Veselības ministrijas 16.03.2016. vēstule Nr.01-15.1/1176 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.

²⁴⁶Veselības ministrija ir izstrādājusi Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, lai uzlabotu pacientu drošību, pacientu uzticību veselības aprūpes sistēmai, kā arī izveidotu vienotu izpratni par veselības aprūpes sistēmas un ārstniecības procesu kvalitāti (koncepcija apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr.22). Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf, skatīts 01.06.2018.

²⁴⁷Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centra pētījums “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf, skatīts 02.07.2018.

²⁴⁸NICE Pathways. Musculoskeletal conditions. Pieejams: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/musculoskeletal-conditions>.

²⁴⁹Klīniskās vadlīnijas. Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē, Rīgas Stradiņa universitātes Ģimenes medicīnas katedras vadlīniju izstrādes darba grupa, Rīga, 2016: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/420-kliniskas-vadlinijas/clinisko-vadliniju-datu-baze/registretas-2016gada/muguras-lejas-dalas-sapes-primaraja-veselibas-aprupe>.

²⁵⁰Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centra pētījums “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf, skatīts 02.07.2018.

²⁵¹Ambulatoro pakalpojumu gaidīšanas rindas uz 01.11.2017 Rīgā. Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5a17e7ff49f61.xls>, skatīts 13.12.2017.

²⁵²Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centra pētījums „Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai” Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf, skatīts 02.07.2018.

²⁵³Likumprojekta “Invaliditātes likums” anotācija. Pieejams: <http://titania.saeima.lv/LIVS/SaeimaLIVS.nsf/0/172B52EC39434FD0C22573B000504353?OpenDocument>, skatīts 05.06.2018.

²⁵⁴Ārstniecības likuma 3.pants.

²⁵⁵Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. un 2016.gada pārskats http://www.vdeavk.gov.lv/wp-content/uploads/2014/09/Parskats_2016_1.puse_www.pdf, skatīts 23.03.2018.

²⁵⁶Nacionālā veselības dienesta elektroniski 2018.gada 15.martā nosūtīts ar paroli aizsargāts datu fails.

²⁵⁷SSK-10 klasifikācija - Kodu tabularaksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

²⁵⁸Diagnozes kods M47.

²⁵⁹SSK-10 klasifikācija - Kodu tabularaksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

²⁶⁰SSK-10 klasifikācija - Kodu tabularaksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

²⁶¹SSK-10 klasifikācija - Kodu tabularaksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.

²⁶²Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Veselības vadības un informātikas centra pētījums “Muskuļu un skeleta sistēmas slimību izmaksu novērtēšana un rekomendācijas izmaksu optimizācijai”. Pieejams: http://www.lm.gov.lv/upload/petijumi/mss_petijums_lu_lm_final.26.01.2018.pdf, skatīts 02.07.2018.

²⁶³Norwegian Labour and Welfare Administration (Nyearbeids-og velferdsetateny (NAV)). Pieejams: <https://www.nav.no>

- ²⁶⁴SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.
- ²⁶⁵SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/indexa239.html?p=%2F#g>, skatīts 14.05.2018.
- ²⁶⁶Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.
- ²⁶⁷Veselības ministrijas 09.02.2018. vēstule Nr.01-15.1/605 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”.
- ²⁶⁸Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2016.gada pārskats. Pieejams: http://www.vdeavk.gov.lv/wp-content/uploads/2014/09/Parskats_2016_1.puse_www.pdf, skatīts 23.03.2018.
- ²⁶⁹10.11.2017. Valsts kontroles e-pasts.
- ²⁷⁰16.11.2017. Nacionālā veselības dienesta e-pasts.
- ²⁷¹Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumu Nr.805 “Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbaspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību” 3. punkts.
- ²⁷²Invaliditātes noteikšana. Pieejams: <http://www.lm.gov.lv/text/155>, skatīts 01.06.2018.
- ²⁷³17.10.2017. intervijas protokols.
- ²⁷⁴Nacionālā veselības dienesta elektroniski 2018.gada 15.martā nosūtīts, ar paroli aizsargāts datu fails.
- ²⁷⁵Unikālās personas nesummējas kopā.
- ²⁷⁶World report on disability. Geneva: World Health Organization and The World Bank; 201.
- ²⁷⁷http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf
- ²⁷⁸Rehabilitation in health systems . World Health Organization; 2017.
- ²⁷⁹Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumi Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 101.punkts.
- ²⁸⁰<https://countryeconomy.com/government/expenditure/health/estonia>
- ²⁸¹<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170825-1>
- ²⁸²<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170825-1>
- ²⁸³Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumu Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 224.1 punkts.
- ²⁸⁴Ministru kabineta 2009.gada 24.marta 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 zināšanu apjomu”.
- ²⁸⁵Ministru kabineta 2016. gada 8. novembra noteikumi Nr.718 “Darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.6. specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikāciju” īstenošanas noteikumi”.
- ²⁸⁶Ministru kabineta 2018.gada 23.janvāra noteikumu Nr.56 “Noteikumi par darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru” projektu iesniegumu atlases trešo kārtu”.
- ²⁸⁷Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumu Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4.10.5 apakšpunkts.
- ²⁸⁸<https://www.vestnesis.lv/op/2012/156.2>
- ²⁸⁹Grassi, Luigi et al. “Advancing psychosocial care in cancer patients” F1000Research vol. 6 2083. 4 Dec. 2017, doi:10.12688/f1000research.11902.1
- ²⁹⁰Chasen, M R et al. “An interprofessional palliative care oncology rehabilitation program: effects on function and predictors of program completion” Current oncology (Toronto, Ont.) vol. 20,6 (2013): 301-9; Gandon et al., 2013.
- ²⁹¹Hitoshi Okamura; Importance of Rehabilitation in Cancer Treatment and Palliative Medicine, Japanese Journal of Clinical Oncology, Volume 41, Issue 6, 1 June 2011, Pages 733–738, <https://doi.org/10.1093/jjco/hyr061>
- ²⁹²Labklājības ministrijas Informatīvais ziņojums „Priekšlikums izmaiņām darbnespējas lapu izsniegšanas un apmaksas kārtībā, kā arī konstatēto pārkāpumu novēršanas mehānisma ieviešanas izvērtējums”, 2017.
- ²⁹³No 2010.gada 1.janvāra līdz 2014.gada 31.decembrim pabalsta izmaksu ierobežojumi – ja piešķirtā pabalsta apmērs vienā kalendārā dienā pārsniedza 16,38 euro, tad izmaksājamā pabalsta apmērs dienā: 16,38 euro + 50% no summas, kas pārsniedza 16,38 euro.

- ²⁹⁴SPKC dati, pieejams: https://spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/infekcijas-slimibas/epidemiologijas-bileteni1/gripa-un-aaei?glo_template=text
- ²⁹⁵D.Behmane projekts “Fit for work?” (“Piemērots darbam?”)
- ²⁹⁶www.ESparveselibu.lv
- ²⁹⁷https://www.spkc.gov.lv/upload/Bukleti/buklets_pamatu_apgusanai.pdf
- ²⁹⁸https://www.spkc.gov.lv/upload/Bukleti/buklets_pamatu_apgusanai.pdf
- ²⁹⁹https://www.spkc.gov.lv/upload/Veicin%C4%81%C5%A1ana/Fiziskas%20aktivitates/fizisko_aktivitu_ieteikumi_lat_vijas_iedzvojtiem.pdf
- ³⁰⁰<http://aktivadiena.lv/>
- ³⁰¹<http://aktivadiena.lv/vingrojumu-kompleksi/>
- ³⁰²<https://www.spkc.gov.lv/lv/tavai-veselibai/kampanas/pargalvisbezgalvis/>
- ³⁰³Priedīte I.S., Lāriņš V., Sauka M., Selga G., Kalniņa L., Krievkalns J., Artjuhova L. Fiziskas aktivitātes receptes izrakstīšana ģimenes ārsta praksē. VSMC, Rīga, 2014 (ISBN 978-9934-8267-2-6).
- ³⁰⁴<https://www.spkc.gov.lv/lv/tavai-veselibai/kampanas/atmasko-dzivibas-laupitaju>
- ³⁰⁵Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589, 6.1.14.pasākums.
- ³⁰⁶Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam, apstiprināta ar Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojumu Nr.48, 13.3.pasākums.
- ³⁰⁷Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam, apstiprināta ar Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojumu Nr.48, 13.1.pasākums.
- ³⁰⁸Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr.269, 4.1.pasākums.
- ³⁰⁹Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr.269, 4.2.pasākums.
- ³¹⁰Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.–2015.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojumu Nr.359, 2.4.24.pasākums.
- ³¹¹Slimību profilakses un kontroles centra 21.06.2013. rīkojums Nr.8-2/35 “Par darba grupas izveidošanu cerebrovaskulāro slimību aprūpes uzlabošanas rīcības plāna projekta izstrādei”.
- ³¹²Atzīst problēmas insulta pacientu rehabilitācijā. Pieejams: <http://www.medicine.lv/raksti/atzist-problemas-insulta-pacientu-rehabilitacija>, skatīts 07.06.2018.
- ³¹³Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovskā vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2012. rīkojumu Nr.84, 24.2.pasākums.
- ³¹⁴Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589, 6.1.10.pasākums.
- ³¹⁵Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2015. rīkojumu Nr.78, 105.1.pasākums; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589, 6.1.14.pasākums.
- ³¹⁶Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2015. rīkojumu Nr.78, 105.1.pasākums.
- ³¹⁷Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovskā vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2012. rīkojumu Nr.84, 22.2.pasākums; Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr. 504, 6.1.7.pasākums.
- ³¹⁸Veselības ministrija ir izstrādājusi Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, lai uzlabotu pacientu drošību, pacientu uzticību veselības aprūpes sistēmai, kā arī izveidotu vienotu izpratni par veselības aprūpes sistēmas un ārstniecības procesu kvalitāti (koncepcija apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr.22). Pieejams: http://www.v.m.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf, skatīts 01.06.2018.
- ³¹⁹Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojums Nr.589 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.–2020.gadam”.
- ³²⁰Jakovļeva Olga - fizioterapeita prakse 06.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Kuldīgas slimnīca” 13.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Limbažu slimnīca” 15.03.2018. vēstule Nr.01-20/41 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016”; sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Neiroprakse” 15.03.2018. e-pasta vēstule; Aijas Jasevičas fizioterapijas prakse 17.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības

ar ierobežotu atbildību "Talsu veselības centrs" 19.03.2018. e-pasta vēstule; akciju sabiedrības "Veselības centru apvienība" 19.03.2018. vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Krāslavas slimnīca" 21.03.2018. vēstule Nr.1.14/199 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016"; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" 21.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rehabilitācijas centrs "Krimulda"" 21.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Cēsu klīnika" 20.03.2018. e-pasta vēstule; biedrības "Rehabilitācijas centrs "Mēs esam līdzās"" 19.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Dobeles un apkārtnes slimnīca" 20.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Liepājas reģionālā slimnīca" 20.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Madonas slimnīca" 19.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Aprūpes birojs" 19.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Ogres rajona slimnīca" 23.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rehabilitācijas centrs "Rāzna"" 19.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Sanare – KRC Jaunķemeri" 19.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rehabilitācijas centrs "Līgatne"" 19.03.2018. vēstule Nr.1-8/13 "Par informācijas nosūtīšanu Uz 02.03.2018. Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016"; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Daugavpils reģionālā slimnīca" 19.03.2018. vēstule Nr.1.14/199 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016"; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rehabilitācijas centrs "Tērvete" 19.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Dziedniecība" 19.03.2018. e-pasta vēstule; akciju sabiedrības "Latvijas Jūras medicīnas centrs" 19.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Ludzas medicīnas centrs" 27.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Laudo" 29.03.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Vidzemes slimnīca" 04.04.2018. vēstule Nr.1.5-462 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016"; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Cilvēks" 10.04.2018. e-pasta vēstule; valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" 16.04.2018. e-pasta vēstule; sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" 24.04.2018 vēstule Nr.A1/1.1-07/18/632 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr. 2.4.1-44/2016"; valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca" 03.05.2018. e-pasta vēstule.

³²¹Datu avots: Reģionālās attīstības indikatoru modulis. Pieejams: <http://raim.gov.lv/cms/tiki-index.php>

³²²Datu avots: Reģionālās attīstības indikatoru modulis. Pieejams: <http://raim.gov.lv/cms/tiki-index.php>

³²³Nacionālā veselības dienesta 17.04.2018. e-pasts.

³²⁴Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

³²⁵Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

³²⁶Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

³²⁷Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

³²⁸Nacionālā veselības dienesta 04.04.2018. e-pasts.

³²⁹Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".

³³⁰Apjomā netika iekļauti dati par personām, kuras ir ārzemnieki (179 gadījumi, 152 personas), kurām norādīts nekorekts personas kods (161 gadījums), kurām nav norādīts administratīvo teritoriju un teritoriālo vienību klasifikators (ATVK) (64 gadījumi, 43 personas).

³³¹Unikālo personu skaits sadalījumā pa darbnespējas periodiem nesummējas kopā.

³³²Apjomā netika iekļauti dati par personām, kuras ir ārzemnieki (179 gadījumi, 152 personas), kurām norādīts nekorekts personas kods (161 gadījums), kurām nav norādīts administratīvo teritoriju un teritoriālo vienību klasifikators (ATVK) (64 gadījumi, 43 personas).

³³³Unikālo personu skaits sadalījumā pa darbnespējas periodiem nesummējas kopā.

³³⁴Pacientu skaitu rindā ārstniecības iestādēs Nacionālais veselības dienests sāka apkopot 2013.gada nogalē, līdz ar to dati salīdzināšanai pieejami no 2014.gada. Dati par pacientu skaitu rindā ārstniecības iestādēs norādīti uz kārtējā gada 01.janvāri. Veselības ministrijas 01.09.2017. vēstule Nr.01-15.1/4129 "Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-44/2016".