



Paliatīvā aprūpe Latvijā – ir vai nav?



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Revīzijas ziņojums

Paliatīvā aprūpe Latvijā – ir vai nav?

Lietderības revīzija “Vai paliatīvā aprūpe ir pilnvērtīga veselības aprūpes sastāvdaļa?”

Revīzija veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 12.06.2023. revīzijas grafiku Nr. 2.4.1-30/2023.

Revīzijas ziņojums stājas spēkā Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta lēmuma par revīzijas ziņojuma apstiprināšanu spēkā stāšanās brīdī.

Vāka noformējumā izmantots attēls no tīmekļvietnes <http://depositphotos.com>, *Parkinson disease patient, Alzheimer elderly senior, Arthritis person's hand in support of nursing family caregiver care for disability awareness day, National care givers month, aging society concept*, autors Chinnapong, ID 451237764.

Cienījamie lasītāji!



Kad cilvēks uzzina, ka viņam ir dzīvību apdraudoša slimība, kuru nebūs iespējams izārstēt, nebeidzas ne viņa dzīve, ne cilvēktiesības uz veselības aprūpi. Šādā gadījumā veselības aprūpei nenoliedzami ir

cita perspektīva – pēc iespējas novērst slimības progresēšanu, nodrošināt iespējami labāko dzīves kvalitāti un atvieglot fiziskās sāpes un morālās ciešanas. Vienlaikus ne mazāk svarīgi ir nodrošināt ciešpilnu attieksmi laikā, kad cilvēks slimības dēļ sāk zaudēt savas funkcionālās spējas un līdz ar to arī elementāru personisko neatkarību lemt par savu dzīvi un ķermeni.

Visā pasaulē prognozē, ka vajadzība pēc paliatīvās aprūpes strauji pieaugs ne tikai slimību izplatības, bet cilvēces novecošanas dēļ, un šajā ziņā Latvija nav izņēmums. Tādēļ valstij, gribot negribot, jānodrošina efektīva paliatīvā aprūpe ne tikai tiesisku un ētisku, bet arī ekonomisku apsvērumu dēļ.

Vairums paliatīvās aprūpes pacientu sirgst ar onkoloģiskām slimībām, līdz ar to šī ir pēctecīga revīzija iepriekšējai revīzijai onkoloģijas jomā, kurā revidenti secināja, ka Latvijā onkoloģija ir prioritāte tikai “uz papīra” un ka nepieciešami vērienīgi uzlabojumi medikamentu pieejamībā,

bet jo īpaši agrīnajā diagnostikā, kas būtiski palielina pacientu iespējas izārstēties.

Diemžēl revīzijā apstiprinājās pirms tās uzsākšanas identificētie riski, ka Latvijā nav izveidota sistēma, kādā cilvēki var saņemt kvalitatīvu paliatīvo aprūpi. Teorētiski to sniedz visi – ģimenes ārsti un citi mediķi gan ambulatori, gan stacionārajās ārstniecības iestādēs, gan arī sociālo pakalpojumu sniedzēji, bet praksē atbildīgs īsti nav neviens. Rezultātā lielas daļas paliatīvās aprūpes pacientu labbūtība ir atkarīga no tuvinieku uzņēmības un varēšanas, daļa pacientu nonāk veselības aprūpes sistēmā, lai cik tās piedāvātā paliatīvā aprūpe arī nebūtu kvalitatīva, bet būtiska daļa pacientu nekad nevarēs pastāstīt par savu vientuļo, bezcerīgo un ciešanu pilno dzīves izskaņu.

Pateicamies par sadarbību Veselības ministrijai un tās padotības iestādei Nacionālajam veselības dienestam, kā arī Labklājības ministrijai. Ceram, ka Valsts kontroles secinājumi un ieteikumi palīdzēs paliatīvās aprūpes sistēmas sakārtošanai pārresoru mērogā un visos publiskās pārvaldes līmeņos. Īpašs paldies aptaujātajām stacionārajām ārstniecības iestādēm un pašvaldībām par atsaucību. Pateicamies arī pacientu organizācijām par sniegto viedokli.

Cieņā

departamenta direktore

Maija Āboliņa

Saturs

Kopsavilkums	5
Galvenie secinājumi	5
Ieteikumi.....	14
Ziņojuma struktūra	14
Vispārīga izpratne par paliatīvo aprūpi	16
1. Vai ir radīti priekšnoteikumi paliatīvās aprūpes nodrošināšanai atbilstoši pacientu vajadzībām?	20
1.1. Vai paliatīvā aprūpe tiek plānota, novērtējot pacientu vajadzības?	22
1.2. Vai paliatīvajā aprūpē tiek veicināti pietiekami un kompetenti cilvēkresursi?	30
1.3. Vai paliatīvā aprūpe tiek vērtēta un uzraudzīta?	33
2. Vai paliatīvā aprūpe visos veselības aprūpes līmeņos tiek nodrošināta efektīvi?	36
2.1. Vai primārās veselības aprūpes pakalpojumi paliatīvās aprūpes pacientiem tiek nodrošināti efektīvi?	39
2.2. Vai sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti efektīvi?	46
2.3. Vai stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti efektīvi?	50
3. Vai paliatīvās aprūpes pacientiem ir pieejami nepieciešamie sociālās aprūpes pakalpojumi?	68
Ieteikumi	77
Veselības ministrijas viedoklis	78
Informācija par revīziju	80
Pielikums. Piemēri par pacientu secīgu hospitalizāciju.	92
Atsauces.....	93

Kopsavilkums

Galvenie secinājumi

Revīzijā konstatētais ļāvis secināt, ka paliatīvā aprūpe Latvijā nav pilnvērtīga veselības aprūpes sastāvdaļa, jo nemaz nav radīti priekšnoteikumi, lai paliatīvās aprūpes sistēmu izveidotu atbilstoši pacientu vajadzībām, un tā netiek nodrošināta efektīvi visos veselības aprūpes līmeņos.

Visaptveroša veselības aprūpe ietver visu būtisko veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktību, sākot no veselības veicināšanas un profilakses līdz ārstēšanai, rehabilitācijai un paliatīvajai aprūpei.

Paliatīvā aprūpe ir pieeja, kas uzlabo to pacientu, kuri saskaras ar dzīvību apdraudošu slimību, un viņu ģimeņu dzīves kvalitāti, novēršot un atvieglojot ciešanas, savlaicīgi identificējot, precīzi novērtējot un ārstējot sāpes un citas fiziskas, psihosociālas vai garīgas problēmas. Ņemot vērā prognozes, ka vajadzība pēc paliatīvās aprūpes strauji pieaugs pasaules iedzīvotāju novecošanās, kā arī neinfekciju un citu hronisku slimību pieauguma dēļ, un ka viens no tās svarīgākajiem elementiem ir atsāpinašana, paliatīvās aprūpes integrācija veselības aprūpes sistēmās ir gan ētiska, gan tiesiska, gan ekonomiska nepieciešamība.

I. Nav radīti priekšnoteikumi paliatīvās aprūpes nodrošināšanai atbilstoši pacientu vajadzībām

Paliatīvās aprūpes pacientu skaits un profils

Latvijā visi pacienti nesaņem tiem nepieciešamo paliatīvo aprūpi, lai tā atvieglotu dzīves beigu posmu. Savukārt Veselības ministrijai nemaz nav informācijas par paliatīvās aprūpes vajadzībām valstī. Turklāt atšķirīgie nosacījumi dažādu paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai neveicina vienotu kārtību un rada neskaidrības ne tikai pacientiem, bet pat pakalpojumu sniedzējiem.

Veselības ministrijas rīcībā ir informācija tikai par paliatīvās aprūpes pacientiem, kuri jau ir nokļuvuši valsts apmaksātajā veselības aprūpes sistēmā un saņēmuši kādu pakalpojumu. Savukārt, aplēšot iespējamo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu valstī atbilstoši starptautiskajai labajai praksei, tas ir vidēji vismaz divas reizes lielāks par faktisko paliatīvo aprūpi saņēmušo pacientu skaitu. Piemēram, 2022. gadā valsts apmaksātu paliatīvo aprūpi saņēma 12 tūkst. pacientu, savukārt saskaņā ar revidentu aplēsi tā būtu bijusi nepieciešama vismaz 21 tūkst. cilvēku.

Papildus atbilstoši starptautiskajai labajai praksei paliatīvās aprūpes nepieciešamību konkrētam pacientam nosaka, ņemot vērā viņa veselības stāvokli un slimības simptomus, nevis viņa slimības atbilstību kādai noteiktai diagnozei. Savukārt Latvijā paliatīvo aprūpi attiecina uz noteiktām diagnozēm.

Starp paliatīvās aprūpes diagnozēm nav iekļautas vairākas Pasaules Veselības organizācijas norādītās izplatītākās diagnozes, kuru pacientiem arī varētu būt nepieciešama paliatīvā aprūpe, piemēram, cukura diabēts, kas 2022. gadā bija nāves cēlonis 2 % mirušo.

Tas rada nevienlīdzīgu attieksmi pret pacientiem, kuriem ir vienas un tās pašas veselības aprūpes vajadzības, jo specializētos pakalpojumus paliatīvās aprūpes kabinetā un stacionārajā ārstniecības iestādē (paliatīvās aprūpes programmā) var saņemt tikai pacienti ar noteiktām diagnozēm.

Paliatīvās aprūpes finansējums

Lai gan paliatīvā aprūpe ir viena no Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2021.–2027. gadam definētajām prioritārajām veselības aprūpes jomām, neesot datiem par patieso paliatīvās aprūpes pacientu skaitu, nevar plānot arī atbilstošu finansējumu. Vienlaikus Veselības ministrijai nav arī informācijas par faktiski izlietoto finansējumu paliatīvās aprūpes pacientiem sniegto pakalpojumu nodrošināšanai.

Tā kā daļu pakalpojumu, piemēram, veselības aprūpi mājās, paliatīvās aprūpes pacienti var saņemt tāpat kā pārējie pacienti, nodalīti Veselības ministrija plāno finansējumu tikai atsevišķiem specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumiem. Proti, paliatīvās aprūpes kabinetam finansējumu plāno fiksēta maksājuma veidā atbilstoši nodarbināto ārstniecības personu slodzēm, bet stacionārajai paliatīvajai aprūpei – pamatojoties uz iepriekšējā gada pakalpojumu programmas izpildes datiem. Savukārt finansējums paliatīvās aprūpes speciālista pakalpojumiem ir iekļauts kopējā finansējumā dažādu speciālistu pakalpojumu apmaksai, par kura sadali katra ārstniecības iestāde lemj pēc saviem ieskatiem.

Saskaņā ar revidentu aplēsi 2020.–2022. gadā ambulatoro paliatīvās aprūpes pakalpojumu apmaksai gadā vidēji izlietots 1,1 milj. *euro*, savukārt atbilstoši Nacionālā veselības dienesta sniegtajai informācijai stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai – gadā vidēji 2,4 milj. *euro*. Pakalpojumi šajā periodā nodrošināti vidēji 14 tūkst. pacientu gadā.

Papildus jāņem vērā, ka 2024. gadā jaunajam mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumam pacienta dzīvesvietā (neskaitot sociālo komponenti) plānots finansējums 6,8 milj. *euro*, lai nodrošinātu mobilās komandas pakalpojumu 3078 pacientiem.

Lai turpinātu attīstīt paliatīvās aprūpes jomu, revidentu ieskatā, nozīmīgs faktors ir esošo paliatīvās aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitātes novērtējums, ko Veselības ministrija līdz šim nav veikusi.

Saskaņā ar revidentu aplēsi ambulatoro paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniegšana kopumā ir izmaksu efektīvāka, salīdzinot ar stacionārajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem. Vienlaikus paliatīvās aprūpes kabineta augstās izmaksas un zemais unikālo pacientu skaits rada pamatu lemt par paliatīvās aprūpes kabinetu turpmāko darbību.

Paliatīvās aprūpes pakalpojumu saturs

Paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamība dažādos veselības aprūpes līmeņos nodrošina, ka pacienti ar dažādām vajadzībām var saņemt vajadzīgo aprūpi pareizajā laikā un vietā. Latvijā paliatīvās aprūpes pacienti gan mājās, gan ambulatoro, gan stacionāro aprūpi var saņemt tāpat kā jebkurš cits pacients. Savukārt specializētās paliatīvās aprūpes nodrošināšanai ir ieviesta paliatīvās aprūpes speciālista konsultācija, paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojums, mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā, kā arī paliatīvā aprūpe stacionārajā ārstniecības iestādē (paliatīvās aprūpes programmā).

Lai veiktu nepieciešamās izmaiņas paliatīvās aprūpes pieejamībā, paliatīvā aprūpe kā prioritāte iekļauta vairākos politikas plānošanas dokumentos. Tomēr, neskatoties uz augsto prioritāti un attīstības iecerēm politikas plānošanas ietvaros, virkne plānoto uzlabojumu paliatīvajā aprūpē nav ieviesta.

Vienīgās būtiskās izmaiņas paliatīvās aprūpes jomā ir no 2024. gada ieviestais mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums dzīvesvietā pacientiem ar prognozētu ierobežotu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem. Revidenti atzinīgi vērtē, ka paliatīvās aprūpes pacientiem tiek paplašināts paliatīvās aprūpes

pakalpojumu klāsts, vienlaikus vēršot uzmanību, ka revīzijā nav vērtēta minētā pakalpojuma efektivitāte praksē, jo tas ir ieviests pavisam nesen un secinājumi būtu pāragri.

Tāpat, sākot ar 2024. gadu, ir stājusies spēkā Ārstniecības likumā iekļautā paliatīvās aprūpes definīcija, ka paliatīvā aprūpe ir starpdisciplināra, holistiska tādu pacientu aprūpe, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama, ar mērķi novērst vai mazināt slimības radītās ciešanas, lai nodrošinātu iespējami augstu dzīves kvalitāti pacientam un atbalstu viņa ģimenei. Paliatīvā aprūpe ietver ārstēšanu un slimības radīto simptomu novēršanu, hospisa aprūpi pacientiem ar prognozētu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem, psiholoģisku, sociālu un garīgu atbalstu, kā arī atbalstu pacienta piederīgajiem sērošanas periodā pēc tuvinieka zaudējuma.

Tomēr, lai arī jaunā paliatīvās aprūpes definīcija atbilst starptautiskajai labajai praksei, no esošajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem šādai definīcijai atbilst tikai mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā, lai gan starpdisciplinārus pakalpojumus bija plānots ieviest katrā veselības aprūpes līmenī.

Cilvēkresursi paliatīvajā aprūpē

Paliatīvās aprūpes pieejamību ietekmē ārstniecības personu prasmes un izpratne par paliatīvo aprūpi. Tāpēc ikvienai ārstniecības personai ir jābūt pamatzināšanām par paliatīvās aprūpes principiem un atsāpināšanu.

Paliatīvā aprūpe ir iekļauta gan vairāku ārstniecības pamatstudiju, gan arī vairāku specialitāšu rezidentūras programmās kā atsevišķs kurss vai citu kursu ietvaros. Savukārt paliatīvās aprūpes speciālista, kura kompetencē ir pacientu ar dzīvību apdraudošām slimībām aprūpe, plānotais rezidentūras vietu skaits regulāri netiek aizpildīts un šo speciālistu skaitam ir tendence samazināties.

Revidenti Veselības ministrijas īstenotos pasākumus, lai veicinātu cilvēkresursu nodrošinājumu paliatīvajā aprūpē, vērtē kā nepietiekamus.

Veselības ministrija nav īstenojusi ieceri paliatīvās aprūpes atpazīšanas pamata elementus iekļaut kā noteiktu specialitāšu ārstu resertifikācijas prasību un ministrijas rīcībā nav arī pilnīgas informācijas par visiem tālākizglītības pasākumiem paliatīvās aprūpes jomā. Savukārt pašas Veselības ministrijas nodrošinātās tālākizglītības ietvaros apmācīto ārstniecības personu skaits ir mazs – 2019.–2023. gadā apmācītas 477 personas, tajā skaitā 150 dažādu specialitāšu ārsti. Kaut vai pieņemot, ka tie visi ir bijuši ģimenes ārsti, piecos gados paliatīvās aprūpes tālākizglītību būtu apguvusi vien vidēji desmitā daļa ģimenes ārstu.

Valsts kontrole jau 2019. gada revīzijā “Cilvēkresursi veselības aprūpē” secināja, ka Veselības ministrija kā vadošā valsts pārvaldes iestāde veselības nozarē sistemātiski neiesaistās tālākizglītības satura veidošanā un tālākizglītības plānošanā, tāpēc sniedza ieteikumus šīs jomas sakārtošanai, kuru ieviešana aizvien turpinās.

Paliatīvās aprūpes kvalitātes standarti un uzraudzība

Atbilstoši starptautisko organizāciju ieteikumiem paliatīvās aprūpes kvalitātes standartu jeb vadlīniju esamība un to piemērošana nozīmē, ka pēc tām ir iespējams novērtēt šos pakalpojumus un, ja nepieciešams, veikt uzlabojumus. Piemēram, būtu jānosaka prasības multidisciplinārajai komandai, ieteicamā personāla proporcijai un noslodzei un pakalpojumu kvalitātei.

Tomēr Latvijā nav pieaugušo pacientu paliatīvās aprūpes vadlīniju, lai tās piemērotu ārstniecībā, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes kontrolē un uzraudzībā.

Vienlaikus Veselības ministrija informēja, ka 2023. gadā ir izstrādāti un profesionālajās asociācijās apstiprināti metodiskie materiāli (klīniskie algoritmi, pacienta ceļi un kvalitātes indikatori) divās ar paliatīvo aprūpi saistītās tēmās, tomēr iestādes tos var piemērot pēc saviem ieskatiem. Turklāt daļa metodisko materiālu ir izstrādāti, tikai daļēji ņemot vērā veselības aprūpes organizāciju Latvijā, līdz ar to tie nav pilnībā praktiski izmantojami.

Stacionārā paliatīvās aprūpes programma nav arī to programmu skaitā, kurās ir plānots noteikt obligāti vērtējamus indikatorus, kas nozīmē, ka arī turpmāk nevarēs objektīvi novērtēt un mērķtiecīgi uzlabot šo pakalpojumu.

Turpretī starptautiskās organizācijas iesaka kvalitātes novērtēšanas sistēmās iekļaut arī paliatīvās aprūpes novērtēšanai piemērotus rādītājus, lai novērstu tendenci, ka, piemēram, vērtējot aprūpes kvalitāti stacionārajās ārstniecības iestādēs pēc stacionārās mirstības rādītājiem, tiek veicināta izvairīšanās ārstēt pacientus, kuri, visticamāk, šajās ārstniecības iestādēs nomirs.

Arī Nacionālais veselības dienests un Veselības inspekcija mērķtiecīgas uzraudzības pārbaudes par paliatīvās aprūpes nodrošināšanu neveic, izņemot pārbaudes par saņemtajiem iesniegumiem.

II. Ambulatorie paliatīvās aprūpes pakalpojumi ir kritiski nepietiekami

Ģimenes ārsta pakalpojumi

Revīzijas apjomā iekļautie 30 999 unikālie pieaugušie paliatīvās aprūpes pacienti ir reģistrēti 1096 ģimenes ārstu praksēs un pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu īpatsvars vidēji gadā veido ap 2 % no kopējā praksēs reģistrēto pacientu skaita.

Lai arī kopumā paliatīvās aprūpes pacientiem tiek sniegti ģimenes ārsta prakses pakalpojumi, tomēr būtiska daļa ģimenes ārstu prakšu paliatīvās aprūpes pacientiem nesniedz paliatīvo aprūpi. Diemžēl līdz ar kopējā ģimenes ārstu prakšu skaita samazināšanos, samazinās arī to prakšu skaits, kuras sniedz pakalpojumus paliatīvās aprūpes pacientiem.

Tieši paliatīvo aprūpi paliatīvās aprūpes pacientiem sniedza tikai 72 % ģimenes ārstu prakšu. Pārējās praksēs reģistrētie paliatīvās aprūpes pacienti ģimenes ārsta pakalpojumu saņēma cita iemesla dēļ.

Ģimenes ārstu pakalpojumi ir sniegti vidēji 87 % no kopējā unikālo ģimenes ārstu praksēs reģistrēto paliatīvās aprūpes pacientu skaita.

Tomēr ļoti ierobežots paliatīvās aprūpes pacientu skaits saņem plašāku ģimenes ārstu aprūpi, par ko liecina veiktās izmeklējumā un medicīniskās manipulācijas.

Izmeklējumu un medicīniskās manipulācijas ir veiktas tikai 53 % ģimenes ārstu prakšu, turklāt tās veiktas tikai 21 % no kopējā ģimenes ārstu paliatīvo aprūpi saņēmušo pacientu skaita.

Revidenti neapšaubā, ka arī ārsta konsultācija ir pacientam noderīga un nepieciešama, vienlaikus augstais hospitalizēto paliatīvās aprūpes pacientu īpatsvars liecina, ka pacienti tiem vajadzīgo ambulatoro paliatīvo aprūpi nesaņem pietiekamā apjomā.

50 % no revīzijas apjomā iekļautajiem paliatīvās aprūpes pacientiem hospitalizēti paliatīvās aprūpes vai citu stacionāro pakalpojumu saņemšanai, lai gan atbilstoši starptautiskajai labajai praksei vairumam paliatīvās aprūpes pacientu vajadzības būtu atrisināmas ambulatori.

Par nepietiekamu ambulatoro paliatīvo aprūpi liecina arī tas, ka šādu aprūpi 2022. gadā saņēma tikai 18 % no paliatīvās aprūpes programmā hospitalizētajiem pacientiem.

Vērtējot, vai ģimenes ārsti pacientiem izraksta izlasē iekļautās sešas opiātu grupas pretsāpju zāles, konstatēts, ka 2022.gadā 60 % ģimenes ārstu prakšu kopumā izrakstītās receptes ar pretsāpju zālēm ir summā līdz 500 *euro*, kas ir vidēji 186 *euro* uz vienu ģimenes ārsta praksi.

Tajā pašā laikā identificētas dažas ģimenes ārstu prakses, kurām izrakstīto recepšu valsts kompensētā summa ir vairāk kā 20 tūkst. *euro* un vienā gadījumā – vairāk kā 50 tūkst. *euro*. Šīs ģimenes ārstu prakses 99 % gadījumu ir izrakstījušas zāles ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum*, un, piemēram, tām šo zāļu valsts kompensētā summa (11 unikālie pacienti) par 280 % pārsniedz šo pašu zāļu valsts kompensēto summu (198 unikālie pacienti) klīnisko universitāšu slimnīcās, lai gan unikālo pacientu skaits ir par 94 % mazāks. Ņemot vērā, ka pretsāpju zāles ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum* ir narkotisko vielu sarakstā, par konstatēto tendenci šo valsts apmaksātu zāļu izrakstīšanā tika informēts arī veselības resors, proti, Veselības ministrija, Nacionālais veselības dienests un Veselības inspekcija, ar aicinājumu veikt pārbaudi par minēto zāļu atbilstošu izrakstīšanu. Veselības inspekcija pēc saviem atlases kritērijiem izlases kārtā veica pārbaudi, vairākos gadījumos konstatējot pārkāpumus. Tomēr, revidentu ieskatā, Veselības inspekcijas veiktā pārbaude nesniedz pietiekamu pārliecību, ka revīzijā identificētajās ģimenes ārstu praksēs valsts apmaksātās pretsāpju zāles ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum* visos gadījumos tiek izrakstītas pamatoti.

Veselības aprūpe mājās

Veselības aprūpes mājās pakalpojumu paliatīvās aprūpes pacientiem 2020.–2022. gadā nodrošināja tikai 23 % līdz 28 % pakalpojuma sniedzēju, un to skaits ik gadu samazinās.

Samazinās arī veselības aprūpi mājās saņēmušo unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits, un šāda veida palīdzību saņem tikai aptuveni 2–3 % šo pacientu.

Viens no risinājumiem veselības aprūpes mājās pakalpojumu pieejamības uzlabošanai paliatīvās aprūpes pacientiem ir jaunais mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā, kas paredzēts personām ar prognozētu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem. Pakalpojumu 2024. gada sešos mēnešos faktiski saņēma 849 pacienti jeb 28 % no kopējā plānotā pacientu skaita gadā.

Paliatīvās aprūpes speciālista konsultācija un pakalpojumi paliatīvās aprūpes kabinetā

Specializēto ambulatoro paliatīvās aprūpes pakalpojumu – paliatīvās aprūpes speciālista konsultācija un pakalpojumi paliatīvās aprūpes kabinetā – pieejamība ir ļoti ierobežota – tikai Rīgā, Zemgalē un Latgalē, līdz ar to tie ir pieejami tikai daļai paliatīvās aprūpes pacientu.

Lai arī 2020.–2022. gadā paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas bija pieejamas gan Rīgā, gan Jēkabpilī, apmēram 95 % no visām konsultācijām tiek nodrošinātas tieši Rīgā. Vidēji gadā paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas sniegtas tikai 99 unikālajiem paliatīvās aprūpes pacientiem.

Lai uzlabotu paliatīvās aprūpes pieejamību, Latvijā ir izveidoti paliatīvās aprūpes kabineti, un to nodrošinātos pakalpojumus var saņemt tikai pacienti ar paliatīvās aprūpes diagnozi. Tomēr nav noteikts,

kādam ārstniecības personālam ir jābūt pieejamam paliatīvās aprūpes kabinetā, kādi pakalpojumi tajā jāsniedz un kādam jābūt kabineta darba laikam. Līdz ar to faktiski ārstniecības personāls kabinetos ir atšķirīgs un to darba laiks – ierobežots.

Atbilstoši iedzīvotāju skaitam paliatīvās aprūpes kabineta darbība būtu jānodrošina Rīgā, Liepājā, Daugavpilī un Jelgavā, tomēr faktiski 2024. gadā šis pakalpojums pieaugušajiem ir pieejams tikai Daugavpilī.

Paliatīvās aprūpes kabineta darbība nesasniedz tā izveides mērķi, jo pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu skaits, kam tiek sniegti šie pakalpojumi, ir kritiski mazs – vidēji gadā tie ir tikai 38 unikālie pacienti – un ik gadu samazinās kabinetu apmeklējumu skaits.

Ņemot vērā kritiski mazo paliatīvās aprūpes kabineta unikālo pacientu skaitu, revīzijā nav gūts apstiprinājums, ka tiktu vērtēts kabinetā sniegto pakalpojumu apjoms. 2020. gadā SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” kabinetā pakalpojumi tika nodrošināti tikai vienam paliatīvās aprūpes pacientam, 2021. gadā – nevienam, bet izmaiņas kabineta darba laikā, to samazinot, veiktas vien 2023. gadā. Kā jau minēts iepriekš, zema unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits, kabineta augstās izmaksas, salīdzinot ar citiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem, kā arī nenoteiktais kabinetā nodrošināmo pakalpojumu apjoms rada pamatu lemt par paliatīvās aprūpes kabinetu turpmāko darbību.

III. Stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumi neatbilst paliatīvās aprūpes mērķim, nav līdzvērtīgi, to apmaksas modelis nav ekonomiski racionāls

Stacionārās paliatīvās aprūpes pieejamība

Stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus kā obligāto vai izvēles profilu var nodrošināt kopā deviņas ārstniecības iestādes, tomēr faktiski tos nodrošina septiņas.

Nacionālais veselības dienests nav apzinājis ārstniecības iestāžu iespējas nodrošināt stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus, lai tādējādi veicinātu šo pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visos reģionos.

Reaģējot uz revidentu jautājumiem, kāpēc pakalpojumus nenodrošina pārējās divas ārstniecības iestādes, Nacionālais veselības dienests informēja, ka 2024. gada vidū arī SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” tiks ielānots konkrēts pakalpojuma apjoms paliatīvās aprūpes sniegšanai.

Saskaņā ar revidentu aplēsēm Latvijā nepieciešamais paliatīvās, tajā skaitā hospisa, aprūpes gultu skaits varētu būt no 94 gultām (tikai onkoloģijas pacientu aprūpei vien) līdz 188 gultām, bet šobrīd Latvijā kopā ir 92 paliatīvās aprūpes gultas.

Lai arī aplēse rāda, ka vajadzība pēc paliatīvās aprūpes gultām ir lielāka, revidenti vērs uzmanību, ka arī esošā paliatīvās aprūpes gultu skaita noslodze ierobežoto cilvēkresursu dēļ nav optimāla. Lai saņemtu šos pakalpojumus, ir jāgaida rindā, un finansējums ik gadu tiek apgūts mazākā apmērā, nekā plānots. Minētais liecina par ārstniecības iestāžu kapacitātes trūkumu īstenot paliatīvās aprūpes programmu atbilstoši paliatīvās aprūpes pacientu vajadzībām.

Vidēji 13 % pacientu ir sniegti stacionārie paliatīvās aprūpes pakalpojumi, un puse no pacientiem uzņemti SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”. Minētais varētu atbilst starptautiskajai praksei, kurā atzīts, ka tikai nelielai daļai pacientu ir nepieciešami specializētie paliatīvās aprūpes pakalpojumi. Tomēr revidenti vērs uzmanību, ka vēl vidēji 37 % paliatīvās aprūpes pacientu, kuri paliatīvo aprūpi ir saņēmuši ambulatori, ir hospitalizēti citās

stacionāro pakalpojumu programmās. Minētais, iespējams, liecina, ka pacienti nesaņem tiem nepieciešamo paliatīvo aprūpi ne ambulatori, ne stacionārā.

Revidenti neapšaubā, ka pacienti citās pakalpojumu programmās hospitalizēti pamatoti un, iespējams, ne paliatīvās aprūpes dēļ. Proti, lai novērtētu šo pacientu vajadzības tieši pēc paliatīvās aprūpes, ir nepieciešama detalizēta medicīniskās dokumentācijas analīze. Tomēr dati liecina, ka šie pacienti tajā pašā gadā paliatīvo aprūpi ir saņēmuši ambulatori un arī šiem pacientiem ir augsts mirstības rādītājs (vidēji 54 %, salīdzinot ar 85 % paliatīvās aprūpes programmā).

Stacionāro paliatīvās aprūpes pakalpojumu atbilstība labajai praksei

Revidenti par starptautiskajai labajai praksei neatbilstošu uzskata Latvijā praktizēto stacionārās paliatīvās aprūpes organizāciju. Tā vietā, lai šādu aprūpi nodrošinātu pielāgotās atsevišķās paliatīvās aprūpes nodaļās, tā tiek nodrošināta arī paliatīvās aprūpes gultās dažāda profila nodaļās, piemēram, terapijas nodaļā.

Pacienta ārstēšana un paliatīvā aprūpe ir divas dažādas pieejas veselības aprūpē, tādēļ, apvienojot pacientus, kuriem ir atšķirīgas vajadzības un stāvokļi, paliatīvās aprūpes pacienti visās stacionārajās ārstniecības iestādēs nesaņem līdzvērtīgu un atbilstošu specializēto paliatīvo aprūpi.

Atbilstoši starptautiskajai labajai praksei paliatīvās aprūpes nodaļa ir specializējusies paliatīvās aprūpes pacientu ārstēšanā un aprūpē un tajā ir nepieciešama augsti kvalificēta, multidisciplināra komanda. Pamata personālu veido paliatīvajā aprūpē specializējušies ārsti un māsas, kuri nodrošina pacientu uzraudzību visu diennakti, savukārt paplašinātajā komandā ir arī citi profesionāļi, piemēram, psihologs, psihoterapeits, fizioterapeits, sociālais darbinieks vai kapelāns.

Tomēr ne normatīvajos aktos, ne līgumā par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu nav noteiktas prasības ārstniecības iestādēm stacionārās paliatīvās aprūpes nodrošināšanai, tajā skaitā ārstniecības personāla sastāvam, lai tādējādi veicinātu, ka pacienti saņem līdzvērtīgu paliatīvo aprūpi.

Līdz ar to ārstniecības iestādēs paliatīvās aprūpes nodrošināšanā iesaistītā personāla sastāvs ir atšķirīgs – tikai trīs, tajā skaitā abās V līmeņa ārstniecības iestādēs, ir pieejams paliatīvās aprūpes speciālists, pārējās ārstniecības iestādēs par paliatīvo aprūpi ir atbildīgs infektologs, ķirurgs, urologs, ginekologs, dzemdību speciālists. Lai arī ārstniecības iestādes norādīja, ka pēc vajadzības ir pieejami arī citi speciālisti, datus par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nav identificējams, ka paliatīvās aprūpes pacientiem sniegti daudzveidīgi multidisciplināras komandas pakalpojumi. Vienlaikus visiem pacientiem ārstniecības iestādēs ir pieejams sociālais darbinieks un kapelāns.

Gandrīz visās ārstniecības iestādēs nav nodrošināta paliatīvo pacientu aprūpē iesaistīto atbildīgo ārstu diennakts uzraudzība, visu diennakti pieejamas ir māsas un to palīgi. Tādējādi faktiski paliatīvā aprūpe ir pielīdzināma aprūpes pakalpojumam, kad ārsta uzraudzība nakts stundās nav obligāta.

Tāpat ārstniecības iestādēs būtiski atšķiras paliatīvās aprūpes pacientiem veikto manipulāciju veids un apjoms. Piemēram, gandrīz puse no visām veiktajām manipulācijām ir nodrošinātas SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, bet IV līmeņa ārstniecības iestādēs to skaits pārsvarā ir mazāks. Minētais, iespējams, skaidrojams ar to, ka IV līmeņa ārstniecības iestādēs nonāk mazāk smagi paliatīvās aprūpes pacienti salīdzinājumā ar V līmeņa ārstniecības iestādēm, tomēr revidenti vērs uzmanību, ka stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus visām iestādēm apmaksā vienādi. Vienlaikus tas var arī liecināt par nevienlīdzīgu pieeju ārstniecībās iestādēs šo izmeklējumu veikšanā un, iespējams, atšķirīgu pacientu

aprūpi. Proti, ja izmeklējumi tiek veikti pamatoti un balstīti uz medicīniskajām indikācijām, tad tas var nodrošināt precīzāku diagnostiku un labāku ārstēšanu, bet pārmērīga diagnostikas izmeklējumu veikšana bez pietiekama pamatojuma var radīt lieku slodzi pacientiem un palielināt arī veselības aprūpes izmaksas.

Paliatīvās aprūpes nodrošināšanas principi paredz, ka tā nodrošināma tad, kad nepieciešams, un tik ilgi, cik nepieciešams. Tomēr revīzijā secināts, ka paliatīvās aprūpes saņemšanai ir rindas un pacientiem tā jāgaida ilgstoši. Lai arī paliatīvās aprūpes saņemšanas ilgums ārstniecības iestādē nav ierobežots, tomēr iestādes saņem fiksētu maksājumu par katru pacientu neatkarīgi no aprūpes ilguma.

Piemēram, 01.04.2024. paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšana SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” bija jāgaida vairāk nekā pusgadu, un rindā gaidīja 214 pacienti, kamēr VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā” – rinda bija sešas reizes īsāka, un rindā gaidīja vien 10 pacienti. Būtiski garāku rindu uz pakalpojumiem SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” varētu skaidrot ar tās specializāciju onkoloģijas pacientu aprūpē, tomēr revīzijā konstatēts, ka abās iestādēs tiek praktizēta atšķirīga paliatīvās aprūpes pacientu uzņemšanas kārtība. Proti, SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” rindu veido trīs pacientu plūsmas – ārējā plānveida (pēc iepriekšēja pieraksta), iekšējā (starp ārstniecības iestādes struktūrvienībām) un neatliekamā (pacientus atved Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde), VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” galvenokārt ir viena pacientu plūsma – iekšējā. Revidenti vērs uzmanību, ka abas iestādes sniedz V līmeņa paliatīvo aprūpi un par to saņem vienādu samaksu, tāpēc pacientu uzņemšanas kārtība nevar būt atšķirīga, izņemot medicīniskās indikācijas.

Stacionārās paliatīvās aprūpes finansēšana

Stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai 2020.–2022. gadā vidēji izlietoti 2,2 milj. *euro*, neskaitot pacientu līdzmaksājuma kompensāciju, nodrošinot vidēji 2200 hospitalizācijas.

Tomēr ik gadu faktiskais hospitalizāciju skaits ir mazāks, nekā ieplānots gada sākumā, un neizlietotais finansējums pārsvarā novirzīts citu pakalpojumu nodrošināšanai. Minētais liecina, ka ārstniecības iestādes kopumā nav gatavas palielināt stacionāro paliatīvās aprūpes pakalpojumu apjomu, tādējādi šo pakalpojumu pieejamība pacientiem aizvien ir ierobežota.

Paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs tiek piemērots gan V, gan arī IV līmeņa ārstniecības iestādēm. Tomēr tarifs ir aprēķināts, ņemot vērā 2009. gada jeb vairāk kā 10 gadus vecus V līmeņa ārstniecības iestāžu datus par sniegtajiem pakalpojumiem paliatīvās aprūpes programmā, lai gan ir būtiski mainījies ārstniecības iestāžu pielietoto manipulāciju klāsts. Vienlaikus tarifs vairākkārt ir aktualizēts un palielināts, ņemot vērā palielinātās tarifā iekļautās darba samaksas, ēdināšanas un netiešās izmaksas. 2024. gadā tas ir pieaudzis par 72 % salīdzinājumā ar 2020. gadu.

Papildus revīzijā konstatēts, ka viena pacienta ārstēšanas tarifs paliatīvās aprūpes programmai nav aprēķināts atbilstoši Nacionālā veselības dienesta noteiktajai kārtībai. Atbilstoši aplēsei šīs kļūdas dēļ ārstniecības iestādēm par nodrošinātajiem stacionārajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem 2020.–2023. gadā nav samaksāti vairāk kā 989 tūkst. *euro*.

Proti, kopumā viena pacienta ārstēšanas tarifs šajā stacionāro pakalpojumu programmā aprēķināms, pamatojoties uz V līmeņa ārstniecības iestāžu datiem, jo tās nodrošina lielāko daļu šo pakalpojumu. Savukārt tarifā ir kļūdaini iekļauts nevis V līmeņa, bet IV līmeņa ārstniecības iestādei noteiktais gultasdienas tarifs, kas ir zemāks. Nacionālais veselības dienests revīzijā nevarēja paskaidrot, kā šī kļūda ir ieviesusies.

Tā kā V un IV līmeņa ārstniecības iestādes faktiski sniedz atšķirīga līmeņa paliatīvās aprūpes pakalpojumus, revidentu ieskatā, nav ekonomiski pamatoti noteikt vienādu samaksu par atšķirīgu paliatīvās aprūpes pakalpojumu. Tāpēc revīzijā veikts viena pacienta ārstēšanas tarifa pārreķins atsevišķi V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm, ņemot vērā ārstniecības iestāžu datus par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem. Pārreķina rezultātā konstatēts, ka paliatīvās aprūpes pacients V līmeņa ārstniecības iestādēs faktiski izmaksā vairāk nekā IV līmeņa iestādēs. Tā kā abu līmeņu ārstniecības iestādes saņem vienādu tarifu par paliatīvās aprūpes nodrošināšanu, faktiski V līmeņa ārstniecības iestādēm par paliatīvās aprūpes pakalpojumiem tiek samaksāts mazāk, bet IV līmeņa ārstniecības iestādēm – vairāk, līdz ar to nav ņemts vērā ekonomiskuma aspekts.

Ja paliatīvās aprūpes programmā būtu noteikts katram ārstniecības iestādes līmenim atbilstošs viena pacienta ārstēšanas tarifs, tad, pirmkārt, tiktu nodrošināts, ka katra ārstniecības iestāde saņem sniegtajiem pakalpojumiem atbilstošu samaksu, proti, tām netiktu samaksāts ne vairāk, ne mazāk, un, otrkārt, trīs gadu periodā būtu radies līdzekļu ietaupījums vairāk nekā 58 tūkst. *euro* apmērā, kas, piemēram, būtu devis iespēju V līmeņa ārstniecības iestādē nodrošināt stacionāro paliatīvo aprūpi vairāk nekā 40 pacientiem.

Revidenti papildus vērs uzmanību, ka stacionārās paliatīvās aprūpes programmas apmaksas nosacījumi, proti, fiksēts maksājums par katru pacientu neatkarīgi no pacienta aprūpes ilguma, kā arī šo pakalpojumu nodrošināšanas mērķtiecīgas uzraudzības trūkums ir cēloņi tam, ka ārstniecības iestādes paliatīvās aprūpes pacientus hospitalizē secīgi arī hronisko pacientu aprūpes programmā. 2022. gadā šādas secīgas hospitalizācijas konstatētas 11 % gadījumu.

Paliatīvās aprūpes pacientu secīga hospitalizācija arī hronisko pacientu aprūpes programmā palielina gan attiecīgās ārstniecības iestādes statistiskos rādītājus par hospitalizāciju skaitu, gan noslēgtā stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu līguma izpildi, gan arī finansējumu esošajam un nākamajam periodam, kā arī rada nepareizu priekšstatu par iestādes noslodzi un pakalpojumu pieprasījumu.

Vienlaikus revidenti uzsver, ka katrs gadījums jāizvērtē individuāli, pamatojoties uz medicīnisko dokumentāciju, lai noteiktu nepieciešamību pēc secīgas hospitalizācijas dažādās pakalpojumu programmās.

Nacionālais veselības dienests revīzijā skaidroja, ka šāda pakalpojumu sniegšanas uzskaitē nav korekta, tā kropļo kopējo veselības aprūpes pakalpojumu statistiku, kā arī par vienu pacientu tiek veikta apmaksāta vairākās programmās. Pacients no stacionāra izrakstāms vienīgi brīdī, kad to atļauj medicīniskās indikācijas un par to ir lēmis ārstējošais ārsts, nevis tad, kad izsmelts tarifā iekļautais gultasdienu skaits. Nacionālais veselības dienests revīzijā informēja, ka ir uzsācis darbu pie stacionārās paliatīvās aprūpes apmaksas modeļa maiņas.

IV. Sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšana paliatīvās aprūpes pacientiem ir ierobežota

Paliatīvās aprūpes pacientu atbalstam līdzās veselības aprūpei nozīmīga loma ir arī valsts un pašvaldību nodrošinātajiem sociālās aprūpes pakalpojumiem. Tomēr revīzijā nebija iespējams iegūt informāciju, kādus sociālās aprūpes pakalpojumus ir saņēmuši tieši paliatīvās aprūpes pacienti vai arī kuri sociālo pakalpojumu sniedzēji nodrošina paliatīvo aprūpi, jo šāda veida uzskaitē par pakalpojumiem un to saņēmējiem netiek veikta. Vienīgais tieši paliatīvās aprūpes pacientiem pieejamais pakalpojums, kas ietver gan veselības aprūpes, gan sociālo komponenti, ir mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā.

Pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem ir ierobežojumi valsts un pašvaldību finansēto sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Proti, valsts sociālās aprūpes pakalpojumus pilnībā vai daļēji finansē noteiktam personu lokam, savukārt pašvaldību finansētu vai daļēji finansētu sociālās aprūpes pakalpojumu piešķiršana atkarīga ne tikai no personas vajadzībām un aprūpes līmeņa, bet arī no tās sociālā statusa.

Revīzijā konstatēti trūkumi valsts īstenotajā uzraudzībā pār veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās.

Valsts rīcībā nav pilnīgas informācijas, vai visas institūcijas, kurās sociālās aprūpes pakalpojuma ietvaros tiek nodrošināta ārstniecība, tajā skaitā paliatīvā aprūpe, ir reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, vai arī tām ir līgums ar ārstniecības iestādi par ārstniecības pakalpojumu sniegšanu. Revidenti to vērtē kritiski, jo situācijā, kad pašvaldību un citu organizāciju institūcijās gada laikā nomirst vidēji ap 25 % personu, tajā skaitā paliatīvajā aprūpē esošu, saskaroties gan ar fiziskām sāpēm, gan psiholoģiskām problēmām, ir svarīgi, lai tajās sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi tiek uzraudzīti.

Atbildīgās institūcijas – Veselības ministrija un Labklājības ministrija – par izveidojušos situāciju atbildību neuzņemas.

Ieteikumi

Pamatojoties uz revīzijas secinājumiem, Veselības ministrijai ir sniegti divi ieteikumi, aicinot veikt virkni darbību, kas uzlabos valsts nodrošināto paliatīvo aprūpi, lai tā būtu pilnvērtīga veselības aprūpes sastāvdaļa.

Ir sagaidāms, ka, ieviešot ieteikumus:

- ✓ varēs novērtēt esošo resursu atbilstību patiesajām vajadzībām un nodrošināt, ka visiem pacientiem ir pieejama paliatīvā aprūpe;
- ✓ pakāpeniski palielināsies pacientu skaits, kuriem ir novērstas vai mazinātas slimības radītās ciešanas, tādējādi veicinot iespējami augstāku dzīves kvalitāti;
- ✓ tiks veicināta paliatīvās aprūpes nodrošināšana ambulatori, tā veicinot paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanu pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai un mazinot stacionāro ārstniecības iestāžu slogu.

Ziņojuma struktūra

Ziņojuma informācijas izklāsta secība.

- ✓ Pirms revīzijas secinājumu un konstatējumu izklāsta ir sniegta vispārīga izpratne par revidējamo jautājumu.
- ✓ Revīzijas secinājumi un konstatējumi, sadalot tos trīs nodaļās: katras nodaļas ievadā ir sniegts Valsts kontroles viedoklis, izdarot būtiskākos secinājumus un tos tālāk pamatojot ar revīzijas konstatējumiem. Pēc revīzijas secinājumu un konstatējumu izklāsta ir sniegti atbilstoši ieteikumi.

- ✓ Revīziju raksturojošā informācija – revīzijas mērķis, juridiskais pamatojums, Valsts kontroles un revidējamās vienības atbildība, apjoms, metodes un vērtēšanas kritēriji.

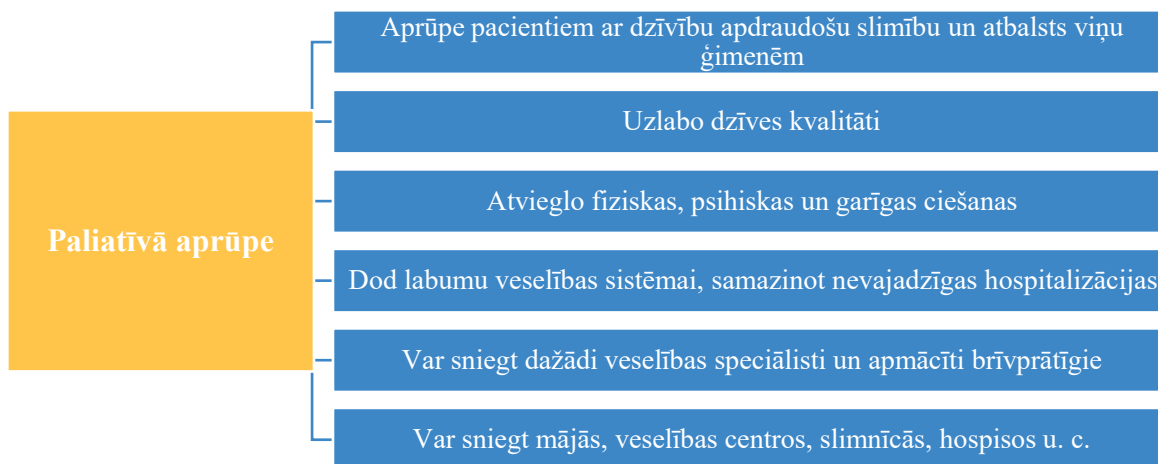
Ziņojuma pirmajā nodaļā ir vērtēts, vai ir radīti priekšnoteikumi paliatīvās aprūpes nodrošināšanai atbilstoši pacientu vajadzībām, otrajā – vai paliatīvā aprūpe visos veselības aprūpes līmeņos tiek nodrošināta efektīvi un trešajā – vai paliatīvās aprūpes pacientiem ir pieejami nepieciešamie sociālās aprūpes pakalpojumi.

Vispārīga izpratne par paliatīvo aprūpi

Kas ir paliatīvā aprūpe un kam tā nepieciešama?

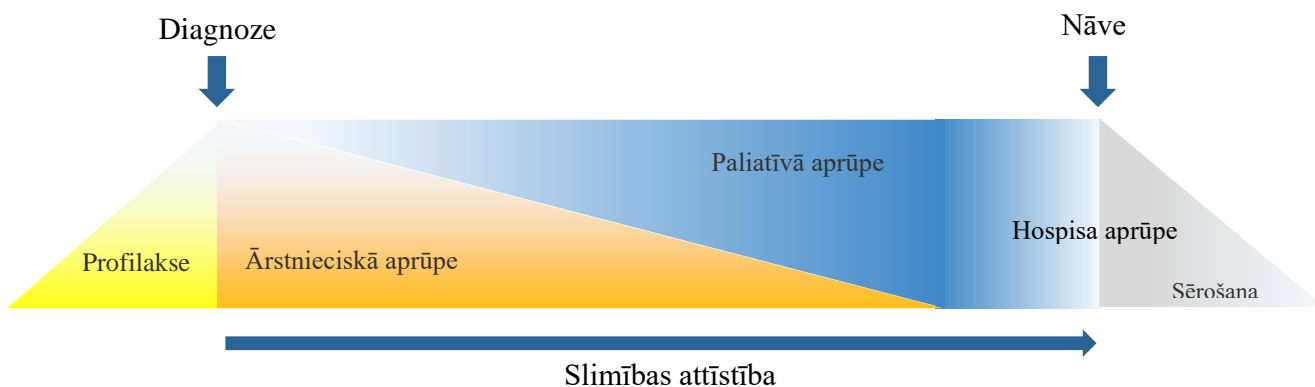
Visaptveroša veselības aprūpe nozīmē, ka visiem cilvēkiem nepieciešamības gadījumā ir pieejami kvalitatīvi viņiem nepieciešamie veselības aprūpes pakalpojumi. Tā ietver visus būtiskos veselības aprūpes pakalpojumus, sākot no veselības veicināšanas un profilakses līdz ārstēšanai, rehabilitācijai un paliatīvajai aprūpei.¹

Paliatīvā aprūpe ir pieeja, kas uzlabo to pacientu un viņu ģimeņu dzīves kvalitāti, kuri saskaras ar dzīvību apdraudošu slimību, novēršot un atvieglojot ciešanas, savlaicīgi identificējot, precīzi novērtējot un ārstējot sāpes un citas fiziskas, psihosociālas vai garīgas problēmas (skat. 1. attēlu). Ņemot vērā, ka paliatīvā aprūpe ir visaptverošas veselības aprūpes sastāvdaļa un viens no tās svarīgākajiem elementiem ir atsāpināšana, tiesības uz paliatīvo aprūpi ir ne tikai morāla prasība, bet cilvēktiesība.²



1. attēls. Starptautiski atzīta izpratne par paliatīvo aprūpi.

Veselības aprūpes nepārtrauktība dzīvību apdraudošas slimības gadījumā secīgi ietver gan ārstniecisko, gan paliatīvo aprūpi (skat. 2. attēlu). Ārstēšana, slimībai progresējot, pakāpeniski zaudē savu nozīmi, savukārt pieaug paliatīvās aprūpes, tajā skaitā dzīves beigu jeb hospisa aprūpes, nepieciešamība.³



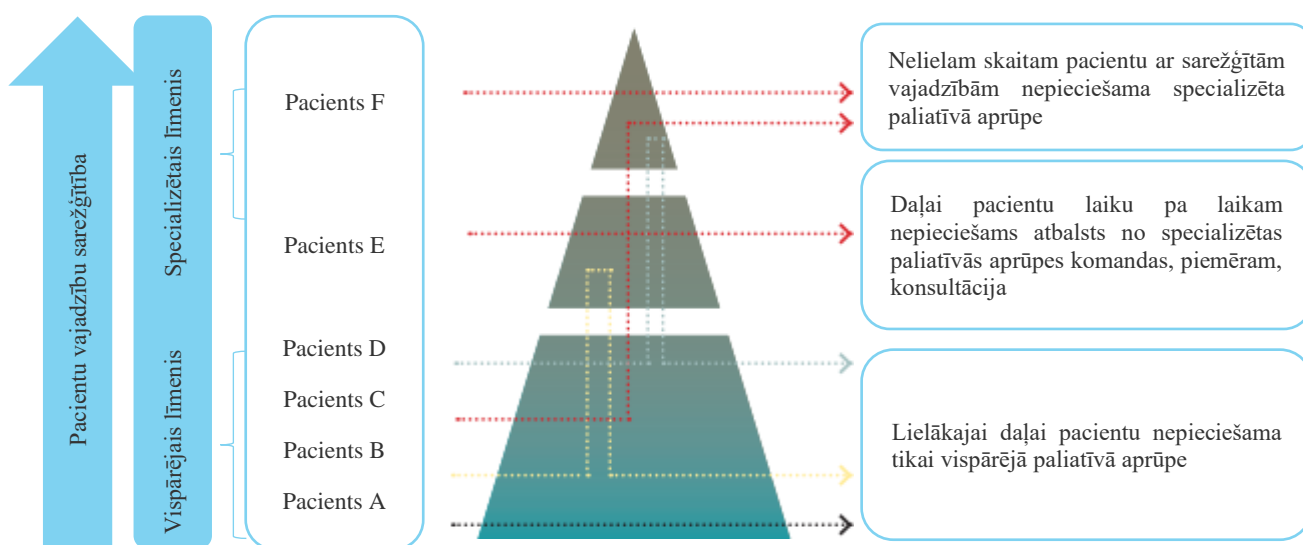
2. attēls. Starptautiski atzīta paliatīvās aprūpes nozīme slimības attīstības gaitā.⁴

Paliatīvajai un hospisa aprūpei ir viens mērķis, tāpēc bieži šos terminus lieto kā sinonīmus.⁵ Tomēr hospisa aprūpi nodrošina, tuvojoties pacienta dzīves beigām.⁶

Pasaules Veselības organizācija norāda⁷, ka vajadzība pēc paliatīvās aprūpes nekad nav bijusi tik liela, un tā strauji pieaug pasaules iedzīvotāju novecošanās, ļaundabīga audzēja un citu neinfekcijas slimību pieauguma dēļ. Prognozēts, ka līdz 2060. gadam nepieciešamība pēc paliatīvās aprūpes dzīves beigu posmā dubultosies.

Kādi ir paliatīvās aprūpes pakalpojumu līmeņi?

Paliatīvo aprūpi var iedalīt vismaz divos līmeņos: vispārējā un specializētā paliatīvā aprūpe (skat. 3. attēlu).⁸



3. attēls. Pacientu dažādās paliatīvās aprūpes vajadzības.

Vispārējās paliatīvās aprūpes metodes un procedūras tiek integrētas vispārējā veselības aprūpē, un to nodrošina ārstniecības personas, kurām piemīt paliatīvās aprūpes pamatprasmes. Savukārt specializēto paliatīvo aprūpi nodrošina paliatīvās aprūpes jomā specializējušās ārstniecības personas un multidisciplināra komanda, kuru ikdienas pamatpienākums ir rūpēties par pacientiem ar sarežģītām vajadzībām. Specializēto paliatīvo aprūpi var nodrošināt, ja paliatīvās aprūpes komandā sadarbojas dažādu profesiju un medicīnas jomu speciālisti, tādējādi sniedzot pacientam fizisko, psiholoģisko, sociālo un garīgo atbalstu.⁹

Lai pacienti ar dažādām vajadzībām varētu saņemt nepieciešamo aprūpi pareizajā laikā un vietā, ir jābūt izveidotai un pieejamai visaptverošai paliatīvās aprūpes pakalpojumu sistēmai (skat. 1. tabulu).¹⁰

1. tabula. Starptautiski atzīta visaptverošas paliatīvās aprūpes pakalpojumu sistēma.¹¹

PALIATĪVĀ APRŪPE				
Aprūpes līmenis	Vispārējā paliatīvā aprūpe	Speciālistu atbalsts vispārējai paliatīvajai aprūpei		Specializēta paliatīvā aprūpe
Akūta aprūpe	Stacionārā ārstniecības iestāde	Brīvprātīgie hospisa pakalpojuma sniedzēji	Stacionārās ārstniecības iestādes paliatīvās aprūpes komandas atbalsts	Stacionārās ārstniecības iestādes paliatīvās aprūpes nodaļa
Ilgtermiņa aprūpe	Aprūpes iestāde		Mājas paliatīvās aprūpes komanda	Hospiss insitūcijā
Aprūpe mājās	Ģimenes ārsts, māsu brigāde			Mājas paliatīvās aprūpes komanda, dienas stacionārs

Pamatdati par paliatīvās aprūpes pacientiem

Atbilstoši normatīvajam aktam¹² paliatīvā aprūpe ir nepieciešama pacientiem, kuru izārstēšana nav iespējama un kuriem noteikta kāda no normatīvajā aktā ietvertajām pamata diagnozēm (kodi B20–B24, C00–C97, D37–D48, G05, G12, G13, G35, G54.6, G55.0, G60.0, G61.0, G63.1, G70, G95.1, G95.2, G99.2, I50, I69, K22.2, L89 vai T91.3) un visos gadījumos blakus diagnoze “Paliatīva aprūpe” (kods Z51.5).

Revīzijas ziņojumā par paliatīvās aprūpes pacientu uzskatīts pacients, kas saņēmis veselības aprūpes pakalpojumu tam noteiktās paliatīvās aprūpes diagnozes dēļ (tas ir, visos gadījumos pamata diagnozes un blakus diagnozes kombinācija) jeb saņēmis paliatīvo aprūpi.

Revīzijā vērtēta šādu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana paliatīvās aprūpes pacientiem: ģimenes ārsta, veselības aprūpes mājās un specializētās paliatīvās aprūpes (paliatīvās aprūpes speciālista, paliatīvās aprūpes kabineta un stacionārās programmas “Paliatīvā aprūpe”) pakalpojumi.

Lai novērtētu paliatīvās aprūpes pacientiem nodrošināto veselības aprūpi, revīzijā apkopoti un analizēti Nacionālā veselības dienesta Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas dati par laikā no 01.01.2020. līdz 31.12.2022.¹³ pieaugušajiem (no 18 gadu vecuma) paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (turpmāk tekstā – dati par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem) (skat. 4. attēlu):

- ① dati par ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem pacientiem, kas 2020.–2022. gadā kaut reizi ir saņēmuši paliatīvo aprūpi;
- ② dati par pirmajā punktā minētajiem pacientiem sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (dati no visiem par attiecīgo pacientu aizpildītajiem ambulatorajiem pacienta taloniem);
- ③ dati par pirmajā punktā minētajiem pacientiem sniegtajiem stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (dati no visām par attiecīgo pacientu aizpildītajām stacionārajām pacienta kartēm).

1

Pazīme: pamata diagnozes un blakus diagnozes Z51.5 kombinācija

(arī apgrieztā secībā)

**30 999****paliatīvās aprūpes pacienti****Unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits gadā¹⁴**

	2020	2021	2022
--	------	------	------

	2020	2021	2022
Unikālo pacientu skaits kopā, t. sk.:	14 580	11 455	10 936
⇒ Ģimenes ārsta konsultācija (klātienē un attālināti) un mājas vizīte	14 359	11 134	10 662
- t. sk. mājas vizīte	14 159 (99 %)	10 909 (98 %)	10 442 (98 %)
⇒ Veselības aprūpe mājās	364	344	270
⇒ Paliatīvās aprūpes speciālista konsultācija	15	106	177
⇒ Paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojums	42	46	27
⇒ Dienas stacionāra pakalpojums	55	81	-
⇒ Pārējo speciālistu konsultācijas	21	10	4
Unikālo pacientu skaits kopā, t. sk.:	2068	1699	1836
⇒ Pakalpojumu programma "Paliatīvā aprūpe"	2050	1685	1792
⇒ Cita pakalpojumu programma	18	14	44
Pacienti, kas paliatīvo aprūpi saņēmuši ambulatori, bet hospitalizēti ne paliatīvās aprūpes diagnozes dēļ	6127	4681	4770

2

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi

3

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi

4. attēls. Revīzijā analizēto datu apjoms.

Revidenti norāda, ka unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu var ietekmēt nepilnības paliatīvās aprūpes pacientu atbilstošā kodēšanā (tas ir, visos gadījumos pamata diagnozes un blakus diagnozes kombinācija), kā rezultātā atbilstoši Nacionālā veselības dienesta Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas datiem pacients valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus saņem, bet ne paliatīvās aprūpes ietvaros.

Tāpat revidenti norāda, ka unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu var ietekmēt Covid-19 pandēmija 2020.-2022. gadā, kad tika ierobežota arī atsevišķu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un mainījās arī iedzīvotāju aktivitāte pakalpojumu saņemšanā.

Revīzijā arī apkopota un analizēta revīzijas izlasē iekļauto stacionāro ārstniecības iestāžu sniegtā informācija¹⁵ par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu paliatīvās aprūpes pacientiem, kā arī par citiem saistītiem jautājumiem (turpmāk – ārstniecības iestāžu informācija).

1. Vai ir radīti priekšnoteikumi paliatīvās aprūpes nodrošināšanai atbilstoši pacientu vajadzībām?

Veselības ministrijai ir informācija tikai par tiem paliatīvās aprūpes pacientiem, kuri ir nokļuvuši valsts apmaksātajā veselības aprūpes sistēmā, bet tā nav aplēsusi kopējo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu valstī. Līdz ar to nav iespējams objektīvi noteikt un arī plānot pacientu vajadzībām atbilstošu paliatīvajai aprūpei nepieciešamo finansējumu. Turklāt Veselības ministrijai arī nav informācijas par kopējo faktiski izlietoto finansējumu paliatīvās aprūpes nodrošināšanai.

Revīzijā aplēsts, ka 2020.–2022. gadā iespējamais pieaugušo pacientu skaits, kam būtu nepieciešama paliatīvā aprūpe, ir vidēji vismaz divas reizes lielāks par faktiski paliatīvo aprūpi saņēmušo pacientu skaitu. Tātad valsts apmaksāto paliatīvās aprūpes pakalpojumu apmērs pieaugušajiem ir nepietiekams.

Atbilstoši starptautiskajai izpratnei pieejamība paliatīvajai aprūpei jābalsta pacientu vajadzībās, ņemot vērā veselības stāvokli un slimības simptomus. Tomēr Latvijā paliatīvā aprūpe tiek attiecināta uz noteiktām diagnozēm, starp kurām nav vairākas Pasaules Veselības organizācijas norādītās izplatītākās diagnozes, kuru pacientiem būtu nepieciešama paliatīvā aprūpe. Tas rada nevienlīdzīgu attieksmi pret pacientiem, kuriem ir vienas un tās pašas veselības aprūpes vajadzības, jo Latvijā ir tādi specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumi, kurus var saņemt tikai pacienti ar noteiktām diagnozēm.

Lai arī paliatīvā aprūpe ir iekļauta politikas plānošanas dokumentos un identificēto problēmu risināšanai bija plānoti pasākumi, liela daļa no tiem nav īstenoti.

Specializēto paliatīvo aprūpi teorētiski var saņemt visos veselības aprūpes līmeņos: primārās veselības aprūpes līmenī – jauno mobilās komandas pakalpojumu pacienta dzīvesvietā; sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līmenī – pie paliatīvās aprūpes speciālista un paliatīvās aprūpes kabinetā; sekundārās un terciārās stacionārās veselības aprūpes līmenī – pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe”.

Ambulatori sniegtie paliatīvās aprūpes pakalpojumi kopumā ir izmaksu efektīvāki, salīdzinot ar stacionārajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem. Vienlaikus paliatīvās aprūpes kabineta augstās izmaksas un zema unikālo pacientu skaits rada pamatu lemt par paliatīvās aprūpes kabinetu turpmāko darbību.

Nav pieejama precīza un aktuāla informācija par paliatīvās aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību, tajā skaitā par paliatīvās aprūpes pacientu iespējām saņemt sociālās aprūpes pakalpojumus. Turklāt nav ieviesta virkne plānoto pasākumu šīs informācijas pieejamības uzlabošanai.

Tikai no 2024. gada stājās spēkā Ārstniecības likumā iekļautā visaptverošā paliatīvās aprūpes definīcija, kas atbilst starptautiskajā praksē atzītajai. Tomēr no esošajiem specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumiem šādi definīcijai atbilst tikai jaunais mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā. Līdz ar to, lai arī paliatīvās aprūpes definīcija ir izstrādāta, Veselības ministrija nav nodrošinājusi, ka paliatīvās aprūpes pakalpojumi faktiski arī satur definīcijā minētās paliatīvās aprūpes komponentes.

Paliatīvās aprūpes speciālistu skaits ir kritiski mazs ar tendenci samazināties vēl vairāk. Arī paliatīvās aprūpes speciālista plānotās rezidentūras vietas regulāri netiek aizpildītas. Tāpēc paliatīvās aprūpes jautājumi ir iekļauti gan vairāku ārstniecības pamatstudiju, gan vairāku specialitāšu rezidentūras programmās kā atsevišķs kurss vai citu kursu daļa. Vienlaikus Veselības ministrija nav īstenojusi iecerīti paliatīvās aprūpes pamata elementus iekļaut arī kā noteiktu specialitāšu ārstu resertifikācijas prasību. Tāpat Veselības ministrijas rīcībā nav pilnīgas informācijas par visiem tālākizglītības pasākumiem paliatīvās aprūpes jomā. Bet Veselības ministrijas nodrošinātās tālākizglītības ietvaros apmācīto ārstniecības personu skaits ir mazs.

Latvijā nav atbilstoši reģistrētu pieaugušo pacientu paliatīvās aprūpes klīnisko vadlīniju, lai tās varētu piemērot ārstniecībā, kvalitātes kontrolē un uzraudzībā. Lai arī 2023. gadā ir apstiprināti klīniskie algoritmi, klīniskie (pacienta) ceļi un kvalitātes indikatori divās ar paliatīvo aprūpi saistītās tēmās, to izstrādē tikai daļēji ņemta vērā veselības aprūpes organizācija Latvijā, līdz ar to tie nav pilnībā praktiski izmantojami. Turklāt izstrādātie indikatori ir teorētiski, jo to vērtību aprēķināšanai netiek uzkrāti nepieciešamie dati.

Papildus secināts, ka stacionārā paliatīvās aprūpes pakalpojumu programma nav to programmu skaitā, kurās ir plānots noteikti obligāti vērtējamus kvalitātes indikatīvos rādītājus. Tas nozīmē, ka arī turpmāk nevarēs objektīvi novērtēt šo sniegto pakalpojumu.

Veselības resorā nenotiek mērķtiecīgas un sistemātiskas atbildīgo iestāžu uzraudzības pārbaudes par paliatīvās aprūpes nodrošināšanu. Pārbaudēm ir gadījuma raksturs, reaģējot uz saņemtajiem iesniegumiem, kuru ir maz.

Eiropas Padomes Ministru komitejas rekomendācijās par paliatīvās aprūpes organizēšanu¹⁶ ir iekļauti vairāki pamatprincipi. Tostarp, ka paliatīvajai aprūpei ir jābūt valsts veselības aprūpes sistēmas sastāvdaļai un tai ir jābūt iekļautai veselības aprūpes plānos. Arī Pasaules Veselības organizācija norāda¹⁷, ka viens no priekšnosacījumiem visaptverošai paliatīvās aprūpes stiprināšanai ir valsts politika un plāni paliatīvās aprūpes jomā, lai risinātu tādas jautājumus kā pēctecīgas paliatīvās aprūpes nodrošināšana (primārās veselības aprūpes, mājas aprūpes un specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumi), paliatīvās aprūpes nodrošināšana visiem, kam tā vajadzīga, resursu pietiekamība, kvalitātes standartu attīstība un uzraudzība.

Pēdējos gados Veselības ministrija paliatīvo aprūpi kā vienu no prioritātēm norāda vairākos aktuālākajos plānošanas dokumentos¹⁸ – 2020. gada konceptuālajā ziņojumā “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā”, Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2021.–2027. gadam un Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plānā onkoloģijas jomā 2022.–2024. gadam –, kuros ir identificēta virkne problēmu paliatīvās aprūpes jomā un norādīti nepieciešamie risinājumi un veicamie uzdevumi paliatīvās aprūpes jomas pilnveidošanai.

Ņemot vērā minēto, revīzijā vērtēts, vai valsts apmaksāta paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta atbilstoši pacientu vajadzībām, vienlaicīgi veicot mērķtiecīgas darbības paliatīvās aprūpes jomas pilnveidošanai.

1.1. Vai paliatīvā aprūpe tiek plānota, novērtējot pacientu vajadzības?

Paliatīvās aprūpes vajadzību novērtējums

Veidojot paliatīvās aprūpes politiku, pirmajam solim ir jābūt pacientu ar dzīvību apdraudošām slimībām skaita noteikšanai.¹⁹ Valsts līmenī ir būtiski zināt, kādam pacientu skaitam ir nepieciešama paliatīvā aprūpe un kādam tā faktiski tiek nodrošināta, lai novērtētu esošo resursu atbilstību patiesajām vajadzībām un nodrošinātu, ka visiem pacientiem ir pieejama atbilstoša un savlaicīga aprūpe.

Dažādos politikas plānošanas dokumentos²⁰ norādīts, ka nepieciešamība pēc valsts apmaksātiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem pieaugušajiem ir lielāka, nekā ir iespējams nodrošināt.

Tomēr revīzijā noskaidrots, ka Veselības ministrija nav aplēsusi kopējo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu valstī²¹ un tās rīcībā ir informācija nevis par paliatīvās aprūpes pacientiem, kuriem būtu nepieciešama paliatīvā aprūpe, bet tikai par pacientiem, kuri ir saņēmuši kādu valsts apmaksātu ambulatoro vai stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu jeb jau ir nokļuvuši valsts apmaksātajā veselības aprūpes sistēmā.

Ir dažādi veidi, kā novērtēt paliatīvās aprūpes nepieciešamību iedzīvotāju vidū. Starptautiski ir atzīts, ka ticamus aprēķinus par iedzīvotāju skaitu, kuriem būtu nepieciešama paliatīvā aprūpe, var izdarīt, analizējot datus par nāves cēloņiem. Viena no metodēm²² paredz, ka aptuveni 75 % cilvēku valstīs ar augstiem ienākumiem mirst no hroniskām progresējošām slimībām ar mainīgām un pieaugošām veselības aprūpes vajadzībām un ka ne tikai ļaundabīga audzēja pacientiem, bet visiem šiem 75 % cilvēku dzīves beigu posmā var būt nepieciešama vispārējā vai specializētā paliatīvā aprūpe. Apkopojot vairākas metodes paliatīvās aprūpes vajadzību novērtēšanai, eksperti secinājuši, ka augstu ienākumu valstīs 69 %–82 % no mirušajiem ir nepieciešama paliatīvā aprūpe.²³

Revīzijā, ņemot vērā statistikas datus²⁴ par kopējo valstī mirušo un faktisko unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu, aplēsts mirušo skaits, kuriem atbilstoši pasaulē pielietotajai metodei būtu bijuši nepieciešami paliatīvās aprūpes pakalpojumi (skat. 2. tabulu). Atbilstoši aplēsei 2020.–2022. gadā

faktiskais paliatīvās aprūpes pacientu skaits ik gadu ir būtiski mazāks par to pacientu skaitu, kuriem būtu bijusi vajadzīga paliatīvā aprūpe. Piemēram, 2022. gadā vispārējo vai specializēto paliatīvo aprūpi saņēma 12 tūkst. pacientu, savukārt saskaņā ar aplēsi tā bija nepieciešama vismaz 21 tūkst. pacientu.

2. tabula. Pieaugušo mirušo un faktisko paliatīvās aprūpes pacientu skaits un aplēse par iespējamo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu 2020.–2022. gadā.

Gads	Miruso skaits	Aplēse ²⁵ par mirušo skaitu, kuriem bija vajadzīga paliatīvā aprūpe		Faktiskais unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits	Aplēse ²⁶ par mirušo skaitu, kuri nesaņēma vajadzīgo paliatīvo aprūpi	
		Minimālā robeža (69 %)	Maksimālā robeža (82 %)		Minimālā robeža (69 %)	Maksimālā robeža (82 %)
2020	28 730	19 824	23 559	16 237	3587	7 322
2021	34 515	23 815	28 302	12 870	10 945	15 432
2022	30 625	21 131	25 113	12 443	8688	12 670

Būtiskās faktiskā un aplēstā paliatīvās aprūpes pacientu skaita atšķirības, revidentu ieskatā, liecina, ka valsts apmaksātus paliatīvās aprūpes pakalpojumus nesaņem visi, kam tie ir nepieciešami.

Veselības ministrija neiesniedza arī informāciju, vai ir aplēsts kopējais nepieciešamais finansējums, lai nodrošinātu paliatīvās aprūpes pakalpojumus visiem pacientiem, kam tie ir nepieciešami. Ministrija norādīja²⁷, ka papildus nepieciešamais finansējuma apmērs paliatīvās aprūpes pacientiem ir norādīts konceptuālajā ziņojumā²⁸. Tomēr revidenti norāda, ka konceptuālajā ziņojumā norādītais finansējums ir nepieciešams, lai pilnveidotu esošos pakalpojumus paliatīvās aprūpes pacientiem un ieviestu jaunu pakalpojumu – mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā –, savukārt puse no finansējuma katru gadu tika plānota Labklājības ministrijai jauna kopšanas pabalsta paliatīvās aprūpes pacientiem ieviešanai.

Paliatīvās aprūpes pacientu loks un statusa noteikšana

Starptautiski paliatīvās aprūpes nepieciešamība ir balstīta uz pacienta vajadzībām, ņemot vērā tā veselības stāvokli un slimības simptomus, nevis noteikto diagnozi un prognozi. Tai jābūt pieejamai visiem pacientiem ar dzīvildzi ierobežojošu slimību, kura nav radikāli ārstējama, vienlaikus paliatīvās aprūpes pacientu mērķa grupa jāabalansē ar pieejamajiem resursiem. Kā norāda Pasaules Veselības organizācija, lielākā daļa pieaugušo, kuriem nepieciešama paliatīvā aprūpe, sirgst ar hroniskām slimībām, piemēram, sirds un asinsvadu slimības (38,5 %), ļaundabīgi audzēji (34 %), hroniskas elpceļu slimības (10,3 %), AIDS (5,7 %) un diabēts (4,6 %).²⁹

Pretēji iepriekš minētajam, Latvijā daļa paliatīvās aprūpes pakalpojumu saskaņā ar normatīvo regulējumu³⁰ tiek nodrošināta pacientam ar noteiktu diagnozi. Veselības ministrija šādu pieeju pamato³¹ ar to, ka pacientiem ar minētajām diagnozēm slimība var progresēt līdz paliatīvam stāvoklim, kad izārstēšanās vairs nav iespējama.

Valsts apmaksāto specializēto paliatīvo aprūpi³²:

- ✓ paliatīvās aprūpes kabinetā un stacionārajā pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” var saņemt personas, kurām ir noteikta kāda no paliatīvās aprūpes pamata diagnozēm – humānā imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcija, ļaundabīgs audzējs, konkrēta nervu sistēmas slimība, sirds mazspēja, cerebrovaskulāru slimību sekas (piemēram, sekas pēc insulta), barības vada obstrukcija, izgulējumi

un muguras smadzeņu bojājumu sekas –, visos gadījumos līdzās minētajām diagnozēm norādot blakus diagnozes kodu Z51.5;

- ✓ pie paliatīvās aprūpes speciālista var saņemt ikviens, tajā skaitā arī paliatīvās aprūpes, pacients³³;
- ✓ pacienta dzīvesvietā, ko sniedz mobilā komanda, var saņemt neatkarīgi no diagnozes tie pacienti, kuriem ir IV vai V līmeņa ārstniecības iestāžu konsīlija lēmums un prognozētā dzīvildze ir līdz sešiem mēnešiem.³⁴

Revidenti norāda, ka divi no četriem specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumiem – pakalpojumi paliatīvās aprūpes kabinetā un stacionārajā programmā “Paliatīvā aprūpe” – ir sasaistīti ar noteiktām paliatīvās aprūpes diagnozēm.

Lai gan Veselības ministrija norādīja³⁵, ka pacientiem, kuru izārstēšana nav iespējama, bet nav noteikta paliatīvās aprūpes diagnoze, nav ierobežota pakalpojumu saņemšana arī citās stacionārajās pakalpojumu programmās, revidenti šādu skaidrojumu vērtē kritiski.

Revidenti vērš uzmanību uz divējādu un nevienlīdzīgu pieeju stacionāro pakalpojumu nodrošināšanā visiem pacientiem, kuriem nepieciešama paliatīvā aprūpe. Proti, no vienas puses, ir konkrētas diagnozes, ar kurām var saņemt specializētu aprūpi stacionārajā pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe”, bet, no otras puses, pārējie paliatīvās aprūpes pacienti ārpus konkrēto diagnožu loka var saņemt pakalpojumus citās stacionārajās pakalpojumu programmās, lai gan tiem arī, iespējams, būtu nepieciešama specializēta paliatīvā aprūpe. Turklāt atšķirīgie nosacījumi pacientu grupai, kas var saņemt konkrētus specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumus, var radīt neskaidrības un pārpratumus gan pacientu un viņu ģimeņu, gan veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vidū. Papildus revīzijā veiktajā datu analizē par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem konstatēts, ka paliatīvās aprūpes pakalpojumi paliatīvās aprūpes kabinetā un stacionārajā pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” faktiski tiek sniegti arī pacientiem, kuri neatbilst konkrētai pacientu grupai (skat. tālāk revīzijas ziņojumā). Minētais liecina par nepieciešamību izvērtēt un sakārtot prasības specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai, lai veicinātu, ka pacientiem šie pakalpojumi ir pieejami pēc vienotiem nosacījumiem vai arī bez ierobežojuma.

Revidenti norāda, ka, salīdzinot ar Pasaules Veselības organizācijas norādītajām izplatītākajām diagnozēm, kuru pacientiem nepieciešama paliatīvā aprūpe, Latvijā starp paliatīvās aprūpes diagnozēm nav iekļauts, piemēram, cukura diabēts (diagnozes kodi E10–E14, miršanas cēlonis 596 iedzīvotājiem Latvijā 2022.gadā³⁶) un hroniskas elpceļu slimības (diagnozes kodi J40–J47, miršanas cēlonis 285 iedzīvotājiem Latvijā 2022.gadā³⁷), arī no visām sirds un asinsvadu slimībām (diagnozes kodi I00–I99) iekļautas divas diagnozes. Atbilstoši vairuma ārstniecības iestāžu informācijai vajadzība pēc paliatīvās aprūpes tomēr ir arī pacientiem ar citām diagnozēm, jo jebkuras slimības beigu stadijā var būt nepieciešama paliatīvā aprūpe. Dzīvību apdraudošas slimības aptver visu vecumu pacientu populāciju, kuri dzīvo ar slimības izraisītiem pastāvīgiem simptomiem, kas negatīvi ietekmē viņu ikdienas aktivitāšu spējas, samazina paredzamo dzīves ilgumu un nosaka augstu priekšlaicīgas nāves iespējamību. Savukārt pacientu organizāciju pārstāvji norādīja³⁸, ka pastāvošā kārtība paliatīvās aprūpes pieejamībā ir netaisnīga.

Turklāt, lai arī tika plānots³⁹ noteikt kritērijus un atbildīgās institūcijas (speciālistus) paliatīvās aprūpes statusa un aprūpes līmeņa piešķiršanai, kas ļautu saņemt veselības stāvoklim atbilstošu paliatīvās aprūpes pakalpojumu, tas netika īstenots. Lai iegūtu skaidru informāciju par pakalpojuma saņemšanas nosacījumiem, tā revīzijā tika pieprasīta atbildīgajām veselības resora iestādēm. Minētais, revidentu ieskatā, liecina, ka pacienta ceļš paliatīvās aprūpes saņemšanai bez papildu informācijas nav skaidrs. Atbildīgās

veselības resora iestādes revīzijā sniedza⁴⁰ informāciju par paliatīvās aprūpes statusa un piemērotākā aprūpes veida noteikšanu:

- ✓ Paliatīvās aprūpes pacienta statusu var noteikt gan ārsts, gan ārstu konsīlijs, kura darbs tiek organizēts tāpat kā pie citām saslimšanām.
- ✓ Ārstējošais ārsts sasauc ārstu konsīliju, ja pacienta ārstēšana ir sarežģīta un nepieciešama vairāku specialitāšu ārstu konsultācija vai viedoklis. Konsīlijs nosaka diagnozi un turpmāko ārstēšanas taktiku atbilstoši slimības simptomātikai. Piemēram, onkoloģiskiem pacientiem par terapijas taktiku lemj ārstu konsīlijs, kur konsīlija ietvaros pacientam var būt nozīmēta paliatīvā aprūpe.
- ✓ Arī mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumus pacienta dzīvesvietā var saņemt, ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsīlijs⁴¹, jo prognozes par dzīvildzi nav viegli veikt, līdz ar to šāda lēmuma pieņemšanai ir nepieciešams plašāks speciālistu loks. Ārstniecības iestāde, kas nodrošina konsīliju, ņemot vērā pacienta veselības stāvokli un pieejamo medicīnisko dokumentāciju par pacientu, pieņem lēmumu par konsīlija organizēšanu klātienē vai attālināti.
- ✓ Uz ārstu konsīliju pacients var nokļūt gan ar ģimenes ārsta nosūtījumu, gan slimnīcā veiktās aprūpes ietvaros, gan arī pacientam vai viņa tuviniekiem vēršoties slimnīcā.
- ✓ Lēmumu par nepieciešamās paliatīvās aprūpes veidu – mājās, ambulatori vai stacionārā – var pieņemt ģimenes ārsts vai ārsts speciālists kopā ar pacientu un viņa tuviniekiem, individuāli izvērtējot katra pacienta gadījumu, ievērojot pacienta vajadzības un iespēju robežās viņa izteikto gribu.

Arī revīzijā, tiekoties ar dažādu organizāciju pārstāvjiem⁴², tika norādīts uz šīs kārtības neskaidrību. Tāpat arī atbilstoši daļas ārstniecības iestāžu informācijai ir nepieciešama skaidri reglamentēta paliatīvās aprūpes organizēšanas un saņemšanas kārtība, lai, piemēram, būtu skaidrs, kurā brīdī un kurš ir tiesīgs piešķirt paliatīvās aprūpes pacienta statusu, kuros gadījumos pacients jānosūta uz ārstu konsīliju, kuros gadījumos pacientiem tiek sniegta palīdzība ambulatori vai stacionārā, kas atslogotu gan ārstniecības iestādi, gan arī pacients saņemtu viņa vajadzībām atbilstošu aprūpi.

Paliatīvās aprūpes pakalpojumi

Līdz 2024. gada sākumam paliatīvās aprūpes jēdziens un pakalpojuma būtība vispārīgi bija skaidrota Ministru kabineta izdotajos noteikumos par veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtību⁴³, nosakot ka:

- ✓ paliatīvā aprūpe ir valsts apmaksāts veselības aprūpes pakalpojums, kura ietvaros aprūpi sniedz noteiktu diagnožu pacientiem, kuru izārstēšana nav iespējama;
- ✓ paliatīvās aprūpes ietvaros prioritāri veic sāpju un citu simptomu kontroli, nodrošinot pacientam nepieciešamās vajadzības neatkarīgi no vietas, kur viņš atrodas – mājās vai stacionārajā ārstniecības iestādē, un saglabājot labāko iespējamo dzīves kvalitāti līdz brīdim, kad iestājas nāve.

Savukārt 01.01.2024. spēkā stājās Ārstniecības likumā⁴⁴ iekļautā visaptverošā paliatīvās aprūpes definīcija. Proti, paliatīvā aprūpe definēta kā starpdisciplināra, holistiska⁴⁵ tādu pacientu aprūpe, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama, ar mērķi novērst vai mazināt slimības radītās ciešanas, lai nodrošinātu iespējami augstu dzīves kvalitāti pacientam un atbalstu viņa ģimenei. Paliatīvā aprūpe ietver

ārstēšanu un slimības radīto simptomu novēršanu, hospisa aprūpi⁴⁶ personām ar prognozētu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem, psiholoģisku, sociālu un garīgu atbalstu, kā arī atbalstu pacienta piederīgajiem sērošanas periodā pēc tuvinieka zaudējuma.

Paliatīvajai aprūpei būtu jāaptver visi veselības aprūpes līmeņi, lai apmierinātu cilvēku, kuriem nepieciešama paliatīvā aprūpe, atšķirīgās vajadzības.⁴⁷

Paliatīvās aprūpes pacienti gan mājās, gan ambulatoro, gan stacionāro aprūpi var saņemt tāpat kā jebkurš cits pacients, taču nepieciešamības gadījumā specializēto paliatīvo aprūpi var saņemt ambulatori – pie paliatīvās aprūpes speciālista, paliatīvās aprūpes kabinetā un no 01.01.2024. mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā – un stacionārajā pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe”.⁴⁸ Līdz ar to teorētiski paliatīvās aprūpes pakalpojumus var saņemt visos veselības aprūpes līmeņos (skat. 3. tabulu).

3. tabula. Paliatīvās aprūpes pacientiem pieejamie pakalpojumi.

Veselības aprūpes līmenis	Skaidrojums ⁴⁹	Paliatīvās aprūpes pacientam pieejamo pakalpojumu veidi ⁵⁰
Primārā veselības aprūpe	Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai personas dzīvesvietā sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji	Ģimenes ārsta mājas vizītes Ģimenes ārsta klātienēs/attālinātas konsultācijas Veselības aprūpes pakalpojumi mājās Mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā (personām ar prognozētu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem jeb hospisa aprūpe)
Sekundārā veselības aprūpe (ambulatorā un stacionārā)	Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējušies ārstniecības persona un kas orientēts uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi	Paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas Paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojumi Stacionārā paliatīvā aprūpe Citi veselības aprūpes pakalpojumi kā jebkuram pacientam
Terciārā veselības aprūpe (ambulatorā un stacionārā)	Augsti specializētu veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz viena vai vairākas kādā slimību profilā specializējušās ārstniecības personas ar papildu kvalifikāciju	Paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas Stacionārā paliatīvā aprūpe Citi veselības aprūpes pakalpojumi kā jebkuram pacientam

Lai sakārtotu paliatīvās aprūpes jomu, primāri bija nepieciešams ne tikai definēt vienotu paliatīvās aprūpes jēdzienu visiem šī pakalpojuma sniedzējiem, iesaistītajām personām un pacientiem, bet arī precīzi skaidrot, kurš to sniedz un kur iespējams saņemt šo pakalpojumu.⁵¹ Revidentu ieskatā, attiecībā uz paliatīvo aprūpi kopumā šī problēma nav atrisināta. Daļēji īstenots arī pasākums – noteikt starpdisciplinārus pakalpojumus katrā veselības aprūpes līmenī. Proti, lai arī Ārstniecības likumā iekļautā paliatīvās aprūpes definīcija atbilst starptautiskajā praksē atzītajai, no esošajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem tai atbilst tikai jaunais un vienīgais hospisa aprūpes pakalpojums – mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā⁵² –, kas ietver gan veselības aprūpes, gan sociālo komponenti, un kam ir noteikta tā organizēšanas, saņemšanas un finansēšanas kārtība. Lai gan starpdisciplinārus pakalpojumus bija plānots⁵³ ieviest katrā veselības aprūpes līmenī, revīzijā nav identificēts, ka arī citiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem pēc to satura būtu jāietver Ārstniecības likumā paliatīvās aprūpes definīcijā iekļautās komponentes.

Veselības ministrija informēja⁵⁴, ka Veselības ministrijas un Labklājības ministrijas mērķis ir izveidot visaptverošu un cilvēkorientētu paliatīvo aprūpi, kas, neatkarīgi no iedzīvotāju sociālekonomiskā stāvokļa, nodrošinātu savlaicīgus, kvalitatīvus un izmaksu ziņā pieejamus pakalpojumus, tajā skaitā psihoemocionālo

atbalstu dzīves nogalē gan pacientam, gan viņa ģimenei. Tajā pašā laikā ministrija nenorādīja, kādus citus paliatīvās aprūpes pakalpojumus ir plānots ieviest atbilstoši visaptverošajai paliatīvas aprūpes definīcijai.

2020. gadā apstiprinātajā konceptuālajā ziņojumā par situāciju paliatīvajā aprūpē kā nepieciešams, bet neesošs pakalpojums paliatīvās aprūpes pacientiem vēl bez mobilās komandas tika identificēts arī hospisa aprūpes pakalpojums institūcijā, tomēr tas aizvien nav ieviests. Arī atbilstoši ārstniecības iestāžu informācijai, piemēram, ir nepieciešama specializēta hospisa aprūpe ne tikai pacienta dzīvesvietā, bet arī tam paredzētā institūcijā, kurā būtu kvalificēta apmācīta sociālā darbinieka, māsas, kapelāna, psihologa, sēru konsultanta atbalsts un kurā pacients varētu uzturēties ilgāku laiku, nekā pašlaik iespējams stacionāro ārstniecības iestāžu paliatīvās aprūpes nodaļās. Tāpat būtu ieviešams sociālās aprūpes institūcijas pieejas pakalpojums pacientiem, kam nepieciešama 24/7 ārstniecības personu (māsas) aprūpe, ārstnieciskās manipulācijas un konsultācijas, ko varētu nodrošināt I, II un III līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes vai sociālās aprūpes institūcijas, dienas stacionāra pakalpojums un 24/7 mājas aprūpes pakalpojums.

Informācijas pieejamība

Lai visi paliatīvās aprūpes pacienti varētu saņemt paliatīvās aprūpes pakalpojumus, būtisks nosacījums ir informācijas pieejamība. Tomēr revīzijā konstatēts informācijas trūkums par paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām. Atbilstoši ārstniecības iestāžu informācijai vairumam iestāžu nav izstrādāta vienota kārtība, kādā pacientu vai tā tuvinieku informē par paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņemšanas iespējām, un informācijas nodošana pamatā ir ārstējošā ārsta kompetencē, vien izrakstā (epikrīzē) par paliatīvās aprūpes nepieciešamību informējot pacienta ģimenes ārstu. Uz informācijas par paliatīvās aprūpes saņemšanas iespējām trūkumu revīzijā norādīja arī dažādu nevaldības organizāciju pārstāvji⁵⁵.

Šīs problēmas risināšanai tika plānoti⁵⁶ pasākumi, tomēr revīzijā konstatēts, ka tie nav ieviesti⁵⁷ plānotajā apjomā, kas, revidentu ieskatā, liecina par formālu pieeju identificētās problēmas risināšanai:

- ✓ Primārās veselības aprūpes līmenī nav piesaistīts koordinators (t. s. pirmsārsta kabinets), kas pārzinātu paliatīvās aprūpes iespējas un atbilstošā brīdī pacientam piedāvātu nepieciešamo starpdisciplināro pakalpojumu un sniegtu atbalstu. Veselības ministrija gan norādīja, ka, nodrošinot paliatīvo aprūpi pacienta dzīvesvietā, mobilās komandas sastāvā ir koordinators⁵⁸, tomēr, revidentu ieskatā, tas neatbilst plānotā pasākuma būtībai, jo mobilās komandas koordinators uzdevums ir koordinēt konkrētā pakalpojuma nodrošināšanu, nevis pārzināt paliatīvās aprūpes iespējas kopumā atbilstoši pacienta konkrētā brīža vajadzībām.
- ✓ Informējot par plānotā pasākuma – nodrošināt informāciju par paliatīvās aprūpes pakalpojumiem un atbalsta saņemšanas iespējām – izpildi, Veselības ministrija norādīja uz Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē⁵⁹ ievietoto informāciju, lai gan, piemēram, informācija par paliatīvo aprūpi, tajā skaitā ceļvedis “Paliatīvās aprūpes pakalpojumi pieaugušajiem”, bija ievietota jau 20.11.2020., tas ir, vēl pirms konceptuālā ziņojuma apstiprināšanas.
- ✓ Nav apkopota un nodrošināta publiski pieejama informācija par privātajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem veselības aprūpes institūcijās reģionos. Veselības ministrija norādīja, ka informācija par paliatīvās aprūpes speciālistiem un ārstniecības iestādēm ir publiski pieejama Veselības inspekcijas tīmekļvietnē⁶⁰ esošajā ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā. Tomēr revidenti norāda, ka šāda informācija bija pieejama arī pirms konceptuālā ziņojuma apstiprināšanas. Turklāt informācijai par paliatīvās aprūpes saņemšanas iespējām ir jābūt aktuālai

un pēc iespējas ērtākā veidā visiem publiski pieejamai, jo informācija, kura, piemēram, ir jāmeklē datubāzēs, turklāt izmantojot dažādus datu atlasīšanas laukus, nav uzskatāma par ērti pieejamu.

- ✓ Nav apkopota un izplatīta informācija par privātajiem paliatīvās aprūpes sniedzējiem sociālās aprūpes institūcijās reģionos, lai iedzīvotāji nepieciešamības gadījumā varētu izmantot privāto sociālās aprūpes institūciju pakalpojumus. Labklājības ministrija informēja, ka tā nevarēja pilnvērtīgi izpildīt šo pasākumu, jo pastāvēja augsts risks, ka ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas nespēs nodalīt/identificēt personu grupas un saprast, vai tās sniedz paliatīvo aprūpi vai cilvēku ar ļoti ierobežotām funkcionēšanas spējām aprūpi, kā rezultātā tiktu iegūta maldīga un iedzīvotājiem nenoderīga informācija.

Finansējuma plānošana

Tā kā paliatīvās aprūpes pacienti daļu pakalpojumu var saņemt tāpat kā pārējie pacienti, Veselības ministrija atsevišķi neplāno un nenosaka kopējo paliatīvo pacientu aprūpei nepieciešamo finansējumu, piemēram, veselības aprūpes mājās pakalpojuma nodrošināšanai. Nodalīti finansējumu plāno tikai specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, tomēr arī šo finansējumu plāno, neņemot vērā paliatīvās aprūpes pacientu vajadzības, piemēram:

- ✓ finansējumu paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijai ieplāno kopējā pakalpojumu programmā “Pārējie speciālisti”⁶¹, savukārt tālāk tā sadali starp visiem pakalpojumu programmas speciālistiem plāno ārstniecības iestāde atbilstoši aprūpes epizožu un veikto manipulāciju skaitam un to spēkā esošajiem tarifiem⁶²;
- ✓ paliatīvās aprūpes kabineta darbību finansē, veicot ikmēneša fiksēto maksājumu, kuru veido darbības nodrošināšanai paredzētais ikmēneša fiksētais maksājums un ārstu un māsu darba samaksa⁶³, un tas nav saistīts ar, piemēram, paliatīvās aprūpes pacientu skaitu vai veiktajām manipulācijām;
- ✓ finansējumu pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” plāno, iepriekšējā gadā faktisko pacientu skaitu (bet ne mazāku par iepriekšējā gadā plānoto) reizinot ar programmai noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu⁶⁴.

Ņemot vērā iepriekš minēto, Veselības ministrijai nav informācijas par paliatīvajai aprūpei kopumā izlietoto finansējumu. Tā kā no kopējā pieaugušo paliatīvās aprūpes nodrošināšanai izlietotā finansējuma Nacionālais veselības dienests⁶⁵ varēja iesniegt informāciju tikai par izlietoto finansējumu stacionārajā pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe”, revīzijā aplēsts primāro un specializēto sekundāro ambulatoro paliatīvās aprūpes pakalpojumu apmaksai izlietotais finansējums (skat. 4. tabulu). 2020.-2022. gadā paliatīvajai aprūpei kopumā izlietoti vidēji 3,6 milj. euro.

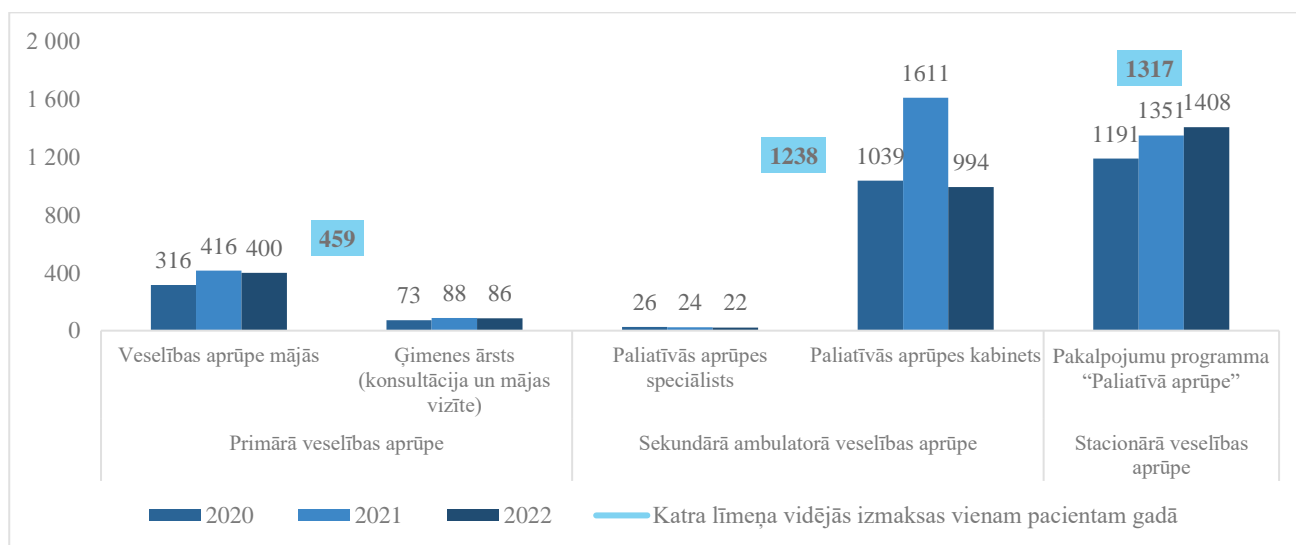
4. tabula. Unikālo pacientu skaits un finansējums paliatīvās aprūpes nodrošināšanai 2020.-2022. gadā.

Veselības aprūpes līmenis	Pakalpojuma veids	Unikālo pacientu skaits un faktiskais finansējums, euro	2020	2021	2022
Primārā veselības aprūpe	Veselības aprūpe mājās	Unikālo pacientu skaits	364	344	270
		Faktiskais finansējums, euro	115 107	142 945	107 899
	Ģimenes ārsta konsultācija (klātienē un attālināti) un mājas vizīte	Unikālo pacientu skaits	14 359	11 134	10 662
		Faktiskais finansējums, euro	1 048 831	980 177	915 655
Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	Paliatīvās aprūpes speciālists	Unikālo pacientu skaits	15	106	177
		Faktiskais finansējums, euro	390	2 502	3 918
	Paliatīvās aprūpes kabinets	Unikālo pacientu skaits ⁶⁶	28 (27)	32 (32)	45 (11)
		Faktiskais finansējums ⁶⁷ , euro	29 078	51 562	44 713
Stacionārā veselības aprūpe	Stacionārā programma "Paliatīvā aprūpe"	Unikālo pacientu skaits	2 050	1 685	1 792
		Faktiskais finansējums, euro	2 440 661	2 276 823	2 523 124
Faktiskais finansējums kopā, euro			3 634 067	3 454 009	3 595 309

Revidenti papildus norāda, ka jaunā mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojuma pacienta dzīvesvietā nodrošināšanai, neskaitot sociālo komponenti, 2024. gadā plānots finansējums 6,8 milj. euro, lai sniegtu pakalpojumu 3078 pacientiem, kas ir 2197 euro uz vienu unikālo pacientu. 2024. gada pirmajos četros mēnešos faktiski šī pakalpojuma nodrošināšanai izlietots 1 milj. euro, sniedzot pakalpojumu 575 pacientiem, kas ir 1750 euro uz vienu unikālo pacientu.⁶⁸

Lai turpinātu attīstīt paliatīvās aprūpes jomu, revidentu ieskatā, nozīmīgs faktors ir esošo pakalpojumu paliatīvās aprūpes pacientiem izmaksu efektivitātes novērtējums. Piemēram, pacientu uzturēšanās stacionārā parasti ir ilgāka, sarežģītāka un, salīdzinājumā ar ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, dārgāka.⁶⁹ Arī atbilstoši ārstniecības iestāžu informācijai primārajā un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpes līmenī šādu pakalpojumu sniegšana ir izmaksu efektīvāka.

Tā kā Veselības ministrija nav veikusi⁷⁰ aprēķinus par izmaksu efektīvāko veselības aprūpes līmeni paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniegšanai, revīzijā veikta šāda aplēse⁷¹ (skat. 5. attēlu).



5. attēls. Viena paliatīvās aprūpes pacienta izmaksas (euro) gadā pa veselības aprūpes līmeņiem.

Pamatojoties uz aplēsi, kopumā izmaksu efektīvāki ir ambulatorie paliatīvās aprūpes pakalpojumi, un tos ir saņēmis arī lielākais unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits (skat. 4. tabulu). Tajā pašā laikā revidenti norāda, ka paliatīvās aprūpes kabineta izmaksas līdzinās stacionārā veselības aprūpes pakalpojuma izmaksām. Revidentu ieskatā, paliatīvās aprūpes kabineta augstās izmaksas un zema unikālo pacientu skaits rada pamatu lemt par paliatīvās aprūpes kabinetu nepieciešamību.

Starptautiskos pētījumos⁷² ir pierādīta paliatīvās aprūpes, tajā skaitā hospisa, pakalpojumu izmaksu efektivitāte kopumā. Gan stacionārajās ārstniecības iestādēs, gan mājās nodrošināto paliatīvās aprūpes, tajā skaitā hospisa, pakalpojumu izmantošana būtiski samazina veselības aprūpes izmaksas, vienlaikus sniedzot, iespējams, pat labākas kvalitātes aprūpi. Izmaksu ietaupījumu rada samazināta veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana – samazinātas stacionāro ārstniecības iestāžu, laboratorijas pakalpojumu un intensīvās terapijas vienību izmaksas, kā arī samazināts hospitalizāciju, neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu un ambulatoro konsultāciju skaits. Tādējādi paliatīvās aprūpes, tajā skaitā hospisa, pakalpojumu attīstība var radīt ieguvumus gan izmaksu, gan kvalitātes ziņā. Piemēram, saskaņā ar Austrālijā veikta pētījuma⁷³ secinājumiem paliatīvās aprūpes pakalpojumu pilnveidošana var samazināt mirstošu cilvēku hospitalizācijas izmaksas gadā par 12 %, tādējādi radot ietaupījumu veselības aprūpes sistēmai.

1.2. Vai paliatīvajā aprūpē tiek veicināti pietiekami un kompetenti cilvēkresursi?

Lai nodrošinātu paliatīvo aprūpi, ikvienam paliatīvās aprūpes pakalpojuma sniedzējam ir nepieciešamas prasmes pārvaldīt slimības komplikācijas (un ārstēšanu), novērst sāpes un citus simptomus, nodrošināt psihosociālo aprūpi pacientam un viņa ģimenei, kā arī aprūpēt pacientu un viņa ģimeni pacienta pēdējās dienās.

Gan Pasaules Veselības organizācija, gan Eiropas Padomes Ministru komiteja rekomendācijās⁷⁴ norāda, ka paliatīvās aprūpes pieejamību ietekmē ārstniecības personu prasmes un izpratne par paliatīvo aprūpi. Paliatīvās aprūpes speciālistu apmācība paliatīvajā aprūpē ir svarīga, tomēr Pasaules Veselības organizācija atzīmē, ka paliatīvā aprūpe drīzāk ir uzskatāma par daļu no ikviena veselības aprūpes darbinieka kompetences, nevis kā atsevišķa specialitāte. Ikvienai ārstniecības personai ir jābūt pamatzināšanām par paliatīvās aprūpes principiem un atsāpināšanu. Tomēr pasaules praksē lielākā daļa ārstniecības personu studiju laikā apmācības par paliatīvo aprūpi nesaņem vai saņem nepietiekamā apjomā.

Papildus Pasaules Veselības organizācija un Eiropas Padomes Ministru komiteja rekomendē valstīm novērtēt paliatīvās aprūpes vajadzības, lai noteiktu nepieciešamību pēc pakalpojumiem un dažāda līmeņa kompetences darbiniekiem un iekļautu paliatīvo aprūpi kā neatņemamu medicīnas izglītības un apmācību sastāvdaļu visiem veselības aprūpē iesaistītajiem atbilstoši viņu kompetencēm un pienākumiem.

Visplašākā kompetence paliatīvajā aprūpē ir paliatīvās aprūpes speciālistam, tomēr paliatīvās aprūpes nodrošināšanā ir iesaistīti arī citi speciālisti, piemēram, geriātrs, onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits.⁷⁵ Kā norādīja Veselības ministrija⁷⁶, paliatīvās aprūpes speciālists ir reta specialitāte un svarīgi, ka arī citu specialitāšu ārsti spēj atpazīt paliatīvās aprūpes pazīmes, sniegt atbilstošu ārstēšanu un informēt pacientu par paliatīvās aprūpes iespējām. Arī atbilstoši ārstniecības iestāžu informācijai svarīga ir paliatīvās aprūpes pieejamība, ko nodrošina apmācīti speciālisti, tomēr nebūtu vēlams sašaurināt specialitātes, kas šādu aprūpi var sniegt.

Pasākumi ārstniecības personu zināšanu par paliatīvo aprūpi uzlabošanai

Revīzijā nevaldības organizāciju pārstāvji norādīja⁷⁷, ka ārstniecības personām trūkst zināšanu par paliatīvās aprūpes jautājumiem. Arī atbilstoši ārstniecības iestāžu informācijai, piemēram, ir vērojama atkārtota paliatīvās aprūpes pacientu hospitalizācija, jo nav nodrošināta pienācīga un kvalitatīva aprūpe mājās vai ambulatori, un visbiežākā problēma ir nepietiekamas zināšanas atsāpināšanā. Tāpat Veselības ministrija 2020. gada konceptuālajā ziņojumā⁷⁸ ir norādījusi, ka ģimenes ārstu un citu medicīnas speciālistu apmācību programmās iekļautais kurss atsevišķos gadījumos ļauj gūt priekšstatu, taču ir nepietiekams pilnvērtīgas paliatīvās aprūpes pakalpojuma nodrošināšanai, tāpēc paliatīvās aprūpes jautājumi jāiekļauj medicīnas studiju un noteiktu rezidentūras specialitāšu programmās.

Revīzijā konstatēts, ka ārsta, māsas, ārsta palīga un māsas palīga medicīnas studiju programmās kā atsevišķs kurss vai citu kursu daļa ir iekļautas teorētiskās un praktiskās nodarbības paliatīvajā aprūpē⁷⁹. Tāpat internista, ķirurga, onkologa ķīmijterapeita, pediatra, geriatra, kardiologa, algologa, ģimenes ārsta un ginekologa specialitāšu rezidentūras programmās kā atsevišķs kurss vai citu kursu daļa ir iekļauti paliatīvās aprūpes jautājumi⁸⁰. Vienlaikus Veselības ministrija informēja⁸¹, ka tiek vērtēta iespēja papildināt⁸² prasības attiecībā uz paliatīvās aprūpes jautājumu iekļaušanu ginekologu, dzemdību speciālistu apmācībā.

Atbilstoši konceptuālajam ziņojumam⁸³ paliatīvās aprūpes atpazīšanas pamata elementus ir nepieciešams arī iekļaut resertifikācijas sertifikāta iegūšanai noteiktu specialitāšu ārstiem. Revīzijā dažādu nevaldības organizāciju pārstāvji⁸⁴ norādīja, ka apmācībai par paliatīvās aprūpes jautājumiem resertifikācijas ietvaros ir jābūt obligātai. Tomēr revīzijas laikā nav identificēts, ka noteiktu specialitāšu ārstiem resertifikācijas sertifikāta iegūšanai ir nepieciešamas obligātas mācības par paliatīvās aprūpes jautājumiem. Kā skaidroja⁸⁵ Veselības ministrija, resertifikācijā iekļaujamais jautājums katrā konkrētā specialitātē var noteikt ārstniecības personas sertificējošā profesionālā organizācija, ņemot vērā kompetences, aktualitātes un starptautiskās rekomendācijas attiecīgajā specialitātē. Veselības ministrija plāno jautājumu par obligātām mācībām par paliatīvās aprūpes jautājumiem pārrunāt ar ārstniecības personas sertificējošajām institūcijām, pārskatot sertifikācijas kārtību pēc būtības.

Valsts kontrole 2019. gada revīzijā “Cilvēkresursi veselības aprūpē”⁸⁶ secināja, ka Veselības ministrija kā vadošā valsts pārvaldes iestāde veselības nozarē sistemātiski neiesaistās tālākizglītības satura veidošanā un plānošanā. Tāpēc Valsts kontrole sniedza ieteikumus tālākizglītības jomas sakārtošanai, tajā skaitā nodrošināt, ka tālākizglītības vajadzības tiek noteiktas un īstenotas mērķtiecīgi, pamatojoties uz ārstniecības personu pilnveidojamo prasmju izvērtējumu nozarē kopumā. Informējot par ieteikuma ieviešanas gaitu, Veselības ministrija norādīja, ka ir izstrādāts tālākizglītības organizācijas modelis⁸⁷, kuru plānots ieviest līdz 30.06.2026. Valsts kontrole turpina uzraudzīt ieteikuma ieviešanas gaitu.

To, ka minētajā revīzijā konstatētās problēmas aizvien ir aktuālas, apstiprina arī šajā revīzijā konstatētais, jo Veselības ministrijas rīcībā nav pilnīgas informācijas⁸⁸ par 2020.–2023. gadā īstenotajiem ārstniecības personu tālākizglītības pasākumiem paliatīvās aprūpes jomā, kas dotu iespēju vērtēt tālākizglītības pietiekamību šajā jomā. Veselības ministrija revīzijā varēja iesniegt informāciju tikai par pašas ministrijas nodrošināto neformālās izglītības programmu “Paliatīvā aprūpe” Eiropas Sociālā fonda projekta “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” (projekts noslēdzās 31.12.2023.) ietvaros⁸⁹. Lai uzlabotu zināšanas par paliatīvo aprūpi un adekvātu atsāpināšanas terapiju, minētajā projektā 2019.–2023. gadā kopā apmācītas 457 ārstniecības personas un 20 farmaceiti (skat. 5. tabulu).

5. tabula. Neformālās izglītības programmā “Paliatīvā aprūpe” apmācītās personas 2019.–2023. gadā.

Profesija Gads	Ārsts	Ārsta palīgs	Māsa	Māsas palīgs	Farmaceits	Funkcionālais speciālists
2019	32	24	37	-	-	2
2020	40	9	19	-	3	-
2021	52	21	53	-	10	-
2022	21	13	54	-	7	-
2023	5	12	25	16	-	22
Kopā	150	79	188	16	20	24
Pavisam kopā: 477						

Tomēr revidenti vērs uzmanību, ka, piemēram, 2019.–2023. gadā valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus sniedza vidēji 1228 ģimenes ārsti⁹⁰, savukārt kopā šajā periodā apmācīti 150 dažādu specialitāšu ārsti. Kaut vai pieņemot, ka tie visi ir bijuši ģimenes ārsti, piecos gados paliatīvās aprūpes tālākizglītību būtu apmeklējusi vien vidēji desmitā daļa. Revidenti vērs uzmanību, ka primārajā veselības aprūpes līmenī veselības aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti lielākajai sabiedrības daļai, līdz ar to arī šajā līmenī nodarbinātajiem, kas lielākoties ir ārstniecības personas bez specializācijas paliatīvajā aprūpē, ir jāspēj identificēt pacientus, kuriem nepieciešama paliatīvā aprūpe.⁹¹

Paliatīvās aprūpes speciālisti

Paliatīvās aprūpes speciālists ir ārsta papildspecialitāte, kuru Latvijā ieviesa 2009. gadā, īstenojot Onkoloģisko slimību kontroles programmu 2009.–2015. gadam. To var iegūt internists, ģimenes (vispārējās prakses) ārsts, onkologs, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, geriatrs un pediatrs⁹².

Atbilstoši Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datiem⁹³ 01.10.2023. valstī bija 15 sertificēti paliatīvās aprūpes speciālisti, no kuriem 10 bija darbības vecumā, bet tikai viens darbu paliatīvās aprūpes specialitātē norādīja kā pamatdarbu⁹⁴. Kopumā paliatīvās aprūpes speciālistu skaitam ir tendence samazināties un prognozē, ka līdz 2030. gadam valstī būs vien septiņi šādi speciālisti.⁹⁵

Veselības ministrija norādīja⁹⁶, ka ārstniecības personu sagatavošana tiek plānota saskaņā ar pieprasījumu veselības aprūpes pakalpojumu darba tirgū un, sistemātiski nodrošinot valsts budžeta finansētas rezidentūras vietas paliatīvās aprūpes papildspecialitātē, paliatīvās aprūpes speciālistu skaits ir palielinājies no četriem speciālistiem 2019. gadā līdz 15 speciālistiem 2023. gadā.

Paliatīvās aprūpes ārsta papildspecialitātē 2020.–2024. gadā ik gadu tiek paredzētas vidēji divas līdz trīs no valsts budžeta finansētas rezidentūras vietas⁹⁷, tomēr pretendentu aktivitāte un izrādītā interese par papildspecialitātes apguvi ir zema un plānotās vietas regulāri netiek aizpildītas. Savukārt atbilstoši ārstniecības iestāžu sniegtajai informācijai⁹⁸ par paliatīvās aprūpes speciālistu skaitu, kurus pēc rezidentūras beigšanas ārstniecības iestāde varētu nodrošināt ar darba vietu, 2020. gadā neviena ārstniecības iestāde nepiedāvāja šādu darba vietu, 2021.–2023. gadā bija pa vienai ārstniecības iestādei, kas ik gadu piedāvāja darbu vienam paliatīvās aprūpes speciālistam, bet 2024. gadā – jau trīs ārstniecības iestādes piedāvā darbu kopumā četriem paliatīvās aprūpes speciālistiem. Minētais, revidentu ieskatā, liecina, ka darba tirgū pieprasījums pēc šiem speciālistiem ir bijis ļoti ierobežots, kas izskaidro, kāpēc rezidentūras vietas paliatīvās aprūpes ārsta papildspecialitātē netiek aizpildītas. Tikai pēdējos gados ārstniecības iestādes sākušas piedāvāt dažas darba vietas, kas varētu uzlabot šo speciālistu pieejamību.

Lai veicinātu veselības aprūpes darba tirgū trūkstošo speciālistu sagatavošanu, Veselības ministrija ir izstrādājusi izmaiņas normatīvajā regulējumā⁹⁹. Izmaiņas paredz, ka turpmāk rezidentūra paliatīvās aprūpes speciālista papildspecialitātē tiks īstenota profesionālās tālākizglītības ietvaros, padarot tās apguvi elastīgāku, jo profesionālās tālākizglītības programmas apguve var notikt, to nesaistot ar studiju akadēmisko gadu. Revīzijas laikā izmaiņas normatīvajā regulējumā vēl nav veiktas.

1.3. Vai paliatīvā aprūpe tiek vērtēta un uzraudzīta?

Paliatīvās aprūpes novērtēšana

Kvalitātes nodrošināšana un uzlabošana paliatīvajā aprūpē neatšķiras no kvalitātes uzlabošanas veselības aprūpē kopumā.¹⁰⁰ Klīniskās vadlīnijas, ceļi un algoritmi ir instrumenti, kurus izmanto, lai nodrošinātu uz pierādījumiem balstītu veselības aprūpi.¹⁰¹

Atbilstoši Eiropas Padomes Ministru komitejas rekomendācijām¹⁰² noteiktu kvalitātes standartu jeb vadlīniju esamība un to piemērošana ļauj īstenot dažādas atbilstības pārbaudes, kuras, savukārt, ļauj novērtēt pakalpojumu sniegšanu un, ja nepieciešams, veikt uzlabojumus. Tāpat ir nepieciešama arī tādu indikatoru noteikšana un piemērošana, kuri ļauj novērtēt paliatīvās aprūpes pakalpojumus. Lai standartu definēšana un apstiprināšana sniegtu pievienoto vērtību, ir jābūt iespējai izmērīt un dokumentēt paliatīvās aprūpes atbilstību noteiktajiem standartiem.

Kā norāda Pasaules Veselības organizācija¹⁰³, valstu nacionālā līmeņa paliatīvās aprūpes standarti var atšķirties pēc to sarežģītības vai satura, tomēr tā rekomendē minimālo jautājumu loku, kuri būtu jāietver visos nacionālā līmeņa paliatīvās aprūpes standartos. Piemēram, paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas un saņemšanas kārtība, prasības multidisciplinārajai komandai, pakalpojumu veidi, ieteicamā personāla proporcija un noslodze, kvalitātes prasības. Tāpat uzsvērts, ka, novērtējot, piemēram, aprūpes kvalitāti stacionārajās ārstniecības iestādēs pēc stacionārās mirstības rādītājiem, tiek veicināta izvairīšanās ārstēt pacientus, kuri, visticamāk, šajās ārstniecības iestādēs nomirs, tāpēc kvalitātes novērtēšanas sistēmās ir jāiekļauj arī paliatīvās aprūpes novērtēšanai piemēroti rādītāji, lai novērstu šādu tendenci.

Kā informēja Veselības ministrija¹⁰⁴, Latvijā nav izstrādātu un atbilstoši reģistrētu¹⁰⁵ pieaugušo pacientu paliatīvās aprūpes klīnisko vadlīniju, lai tās varētu piemērot ārstniecībā, kvalitātes kontrolē un uzraudzībā.

Veselības ministrija jau 2017. gadā jeb pirms vairāk nekā astoņiem gadiem apstiprinātajā veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcijā¹⁰⁶ norādīja, ka kopumā veselības aprūpē klīniskajām vadlīnijām ir ļoti būtiska loma jaunu ārstu izglītošanā, ārstniecības procesā, klīnisko rezultātu analīzē un klīnisko auditu nodrošināšanā. Klīniskās vadlīnijas var būt gan Latvijā izstrādātas, gan starptautiskās, kuras, profesionālo organizāciju ieskatā, atbilst uz pierādījumiem balstītiem labas prakses principiem medicīnā. Bija plānots līdz 2018. gadam izvērtēt esošās un identificēt turpmāk piemērojamās klīniskās vadlīnijas un izstrādāt dokumentu paketi (klīniskais algoritms, ceļš, indikatori un rezultatīvie rādītāji), kā arī veikt nepieciešamos grozījumus normatīvajos aktos saistībā ar klīniskās dokumentācijas reģistrāciju un pieejamību ārstniecības personām.

Tikai sešus gadus vēlāk, 2023. gadā, Ārstniecības likumā tika veikti grozījumi¹⁰⁷, nosakot, ka ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, klīniskajiem algoritmiem un klīniskajiem ceļiem vai ārstniecībā

izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam. Vienlaikus tika precizēta klīnisko vadlīniju definīcija un no jauna definēts, kas ir klīniskais algoritms un klīniskais ceļš¹⁰⁸. Ministru kabinetam līdz 01.07.2025. jāizdod kārtība, kādā izvērtē, reģistrē, ievieš un aktualizē klīniskās vadlīnijas, algoritmus un ceļus.

Attiecībā tieši uz paliatīvo aprūpi atbilstoši konceptuālajam ziņojumam¹⁰⁹ bija plānots līdz 2022. gadam izstrādāt algoritmu ārstniecības iestādēm, lai noteiktu vienotu kārtību ambulatoro un stacionāro paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, un paliatīvās aprūpes pacienta ceļu, lai pacientu, atkarībā no veselības stāvokļa smaguma un pieejamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, novirzītu uz atbilstošu veselības aprūpes līmeni. Vienlaikus ziņojumā norādīts, ka paliatīvās aprūpes jomu plānots sakārtot pakāpeniski, kā vienu no prioritātēm izvirzot onkoloģijas pacientu paliatīvo aprūpi.

Tādējādi, kā informēja¹¹⁰ Veselības ministrija, Eiropas Sociālā fonda projekta¹¹¹ ietvaros 2023. gadā ir izstrādāti un atbilstošās jomas profesionālajās asociācijās apstiprināti klīniskie algoritmi, klīniskie (pacienta) ceļi un kvalitātes indikatori divās ar paliatīvās aprūpes nodrošināšanu onkoloģijas pacientiem saistītās tēmās¹¹².

Revīzijā detalizētāk vērtēts, vai izstrādātais klīniskais algoritms, klīniskais ceļš un kvalitātes indikatori par tēmu “Paliatīvās aprūpes nodrošināšana pacienta dzīvesvietā, dienas stacionārā, stacionārā, ietverot kārtību pārejai no aprūpes stacionārā uz paliatīvo aprūpi pēc ārstu konsilija slēdziena, pieaugušajiem onkoloģijā” ir praktiski pielietojami un izstrādāti, ņemot vērā veselības aprūpes organizāciju, finansēšanas kārtību un pieejamos resursus (kā to paredzēja noslēgtais līgums¹¹³). Konstatēts, ka dokumenti ir izstrādāti, tikai daļēji ņemot vērā veselības aprūpes organizāciju Latvijā, līdz ar to tie nav pilnībā praktiski izmantojami, turklāt izstrādātie indikatori ir teorētiski, jo to vērtību aprēķināšanai netiek uzkrāti nepieciešamie dati valsts līmenī, piemēram:

- ✓ klīniskā algoritma shēmā ir iekļauta iespēja paliatīvās aprūpes pakalpojumus saņemt dienas stacionārā, lai gan šāds paliatīvās aprūpes pakalpojuma veids Latvijā nav pieejams, ko norāda¹¹⁴ arī Nacionālais veselības dienests, informējot par pieejamajiem pakalpojumu veidiem paliatīvās aprūpes jomā;
- ✓ vienlaikus klīniskā algoritma shēmā nav iekļauta iespēja pakalpojumus saņemt paliatīvās aprūpes kabinetā, jo, kā skaidroja¹¹⁵ Veselības ministrija, klīniskais algoritms un klīniskais ceļš aptver tikai daļu no pacientiem pieejamajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ vērtējot kvalitātes indikatoru – 95 % pacientu saņem pakalpojumus mājās vai dienas stacionārā –, pacientu skaits, kas saņem paliatīvo aprūpi mājās vai dienas stacionārā, jādala ar kopējo pacientu skaitu, kam nepieciešama paliatīvā aprūpe, tomēr nav sniegta informācija, kā ir nosakāms to pacientu skaitu, kam nepieciešama paliatīvā aprūpe, jo šādu aplēsi Veselības ministrija nav veikusi;
- ✓ vērtējot kvalitātes indikatoru – pakalpojumu saņemšana dienas stacionārā notiek piecu dienu laikā pēc speciālista rekomendācijām –, jāaprēķina dienu skaits no primārās aprūpes speciālista vai speciālista rekomendācijām līdz terapijas saņemšanai dienas stacionārā, tomēr ne ambulatorā pacienta talona, ne stacionāra un dienas stacionāra pacienta medicīniskās kartes¹¹⁶, ne izraksta (epikrīzes) veidlapās¹¹⁷ nav paredzēts norādīt datumu, kad pacients ir nosūtīts uz dienas stacionāru, lai šo datumu bez laukietilpīgas, iespējams, manuālas, datu analīzes varētu salīdzināt ar datumu, kad pakalpojumi ir saņemti dienas stacionārā;

- ✓ vērtējot kvalitātes indikatoru – paliatīvās aprūpes mobilās komandas palīdzības saņemšana ir notikusi 24 stundu laikā no koordinatoram pieteiktās konsultācijas –, ir jāaprēķina stundu skaits no koordinatoram pieteiktās konsultācijas līdz palīdzības saņemšanai, tomēr revīzijā nav identificēts neviens normatīvais akts, kurš paredzētu prasību norādīt un uzkrāt datus par iepriekš minēto pakalpojumu pieteikšanas un sniegšanas laiku stundās.

Veselības ministrija norādīja¹¹⁸, ka šobrīd katra iestāde pēc saviem ieskatiem varot izmantot šos ieteiktos indikatorus paliatīvās aprūpes kvalitātes vērtēšanai. Lai kvalitātes indikatorus vērtētu nacionālā līmenī, esot nepieciešams politisks lēmums, kas kvalitātes kritēriju padarītu par saistošiem. Tāpēc esot nepieciešams dažādu profesionāļu turpmāks kopdarbs, jau konkrētāk definējot precīzu un vienotu izmantojamo indikatoru metodoloģiju.

Revidenti vērs uzmanību, ka iepriekš minētie klīniskie algoritmi, klīniskie ceļi un kvalitātes indikatori Slimību profilakses un kontroles centra tīmekļvietnē¹¹⁹ ievietoti vien 20.04.2024.

Pasaules Bankas eksperti jau 2016. gadā, pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes sistēmas izvērtējumu¹²⁰, sniedza ieteikumu iekļaut līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem klīnisko vadlīniju un aprūpes programmu stingru ievērošanu un minimālo kvalitātes kritēriju izpildi, vienlaikus paredzot atlīdzību par snieguma uzlabošanu. Tomēr revīzijā konstatēta ilgstoša kavēšanās ar kvalitātes indikatīvo rādītāju ieviešanu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem.

Veselības ministrija plānoja¹²¹ no 01.01.2021. noteikt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem samaksas apmēru, ņemot vērā arī Nacionālā veselības dienesta līgumā ar ārstniecības iestādi noteikto kvalitātes indikatīvo rādītāju izpildi. Tomēr šī prasība kopš 2020. gada ar Covid-19 pandēmiju saistītu iemeslu dēļ ir pārcelta jau četras reizes, un tagad to plānots piemērot no 01.01.2026. Kā revīzijā informēja¹²² Nacionālais veselības dienests, šobrīd plānots no 2026. gada ieviest stacionārajām ārstniecības iestādēm kvalitātes indikatīvos kritērijus dalījumā pa pakalpojumu programmām¹²³. Tomēr stacionārā pakalpojumu programma “Paliatīvā aprūpe” nav to programmu skaitā, kurās ir plānots noteikt obligāti vērtējamus kvalitātes indikatīvos rādītājus, kas nozīmē, ka arī turpmāk nevarēs objektīvi novērtēt un mērķtiecīgi uzlabot šo sniegto pakalpojumu.

Paliatīvās aprūpes uzraudzība

Atbilstoši normatīvajam regulējumam¹²⁴ Nacionālais veselības dienests pārbauda no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas, to sniegšanas pamatotību un atbilstību līgumam ar dienestu, savukārt Veselības inspekcija uzrauga ārstniecības iestādēm saistošo normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes jomā, veselības aprūpes profesionālo kvalitāti, kā arī lemj par atlīdzības izmaksu no Ārstniecības riska fonda.

Kā norādīja Nacionālais veselības dienests¹²⁵, ņemot vērā uzraudzības prioritātes un sistemātisku sūdzību neesamību, laikā no 01.01.2020. līdz 31.12.2023. plānveida pārbaudes paliatīvās aprūpes jomā nav veiktas. Savukārt Veselības inspekcijā laikā no 01.01.2020. līdz 31.12.2023. saņemti un izskatīti divi iesniegumi par ārstniecības kvalitāti, kuru pārbaudes laikā tika vērtēta arī paliatīvās aprūpes nodrošināšana, kā arī saņemti un izskatīti trīs iesniegumi par pieprasīto atlīdzību no Ārstniecības riska fonda, kurus izskatot tika vērtēta arī paliatīvās aprūpes nodrošināšana, un visos gadījumos atteikts izmaksāt atlīdzību.¹²⁶

Atbilstoši Veselības ministrijas sniegtajai informācijai¹²⁷ attiecībā uz jauno pakalpojumu – mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā – paredzēts, ka pakalpojumu sniedzējs

pacientam vai pacienta tuviniekam uz viedierīci nosūta Nacionālā veselības dienesta sagatavoto pakalpojuma kvalitātes uzraudzības tiešsaistes anketas saiti, lai varētu novērtēt pacienta vai pacienta tuvinieka apmierinātību ar sniegto pakalpojumu. Reizi ceturksnī ir plānota aptauja arī ārstniecības iestādēm, kas nosūta pacientus uz šo pakalpojumu, lai varētu novērtēt problēmas pakalpojuma sniegšanā un organizācijā. Ja veikto aptauju ietvaros vai datu analīzes rezultātā tiks konstatēti riski vai tiks saņemtas sūdzības par pakalpojumu sniegšanas kārtības neievērošanu, tiks veiktas uzraudzības darbības atbilstoši kompetencei, piemēram, kontrolzvani un ārstniecības iestāžu medicīniskās dokumentācijas pārbaude.

Revidentu ieskatā, uzraudzība pār paliatīvās aprūpes nodrošināšanu netiek veikta sistemātiski un mērķtiecīgi. Pārbaudēm ir gadījuma raksturs, reaģējot uz saņemtajiem iesniegumiem. Regulāra uzraudzība ir paredzēta mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumam pacienta dzīvesvietā, tajā pašā laikā revidenti norāda, ka pakalpojuma kvalitātes uzraudzība pamatā balstās uz pakalpojuma saņēmēju un ārstniecības iestāžu atsaucību sniegt savu vērtējumu, tajā skaitā aizpildīt tiešsaistes anketu. Arī pacientu organizācijas¹²⁸ vērta uzmanību, ka liela daļa pakalpojumu saņēmēju ir vecāka gadagājuma cilvēki, kuriem nav viedierīču, lai saņemtu aicinājumu tiešsaistes anketas aizpildīšanai, kas, revidentu ieskatā, ierobežos iespēju novērtēt saņemto pakalpojumu.

2. Vai paliatīvā aprūpe visos veselības aprūpes līmeņos tiek nodrošināta efektīvi?

Paliatīvās aprūpes pacienti primārās veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt tādā pašā apjomā un kārtībā kā pārējie pacienti, un paliatīvās aprūpes pacientu īpatsvars vidēji gadā veido ap 2 % no kopējā praksēs reģistrēto pacientu skaita.

Lai arī kopumā paliatīvās aprūpes pacientiem tiek sniegti ģimenes ārsta prakses pakalpojumi, pacientu skaits, kas ģimenes ārsta kompetences ietvaros saņem plašāku aprūpi, proti, padziļinātāku izmeklēšanu vai medicīniskās manipulācijas, ir ierobežots – šādu aprūpi saņēmusi tikai apmēram piektā daļa pacientu.

Arī veselības aprūpes mājās pakalpojuma pieejamība ir ierobežota un samazinās gan pakalpojumu sniedzēju, gan arī šādu aprūpi saņēmušo paliatīvās aprūpes pacientu skaits. Paliatīvo aprūpi mājās saņem tikai aptuveni 2–3 % no kopējā šo pacientu skaita. Iespējams, ka faktiskais veselības aprūpi mājās saņēmušo paliatīvās aprūpes pacientu skaits tomēr ir lielāks, jo, lai arī daļa šo pacientu ir saņēmuši paliatīvo aprūpi pie ģimenes ārsta, veselības aprūpes mājās pakalpojumi ir sniegti, kaut arī cita iemesla dēļ.

Viens no risinājumiem veselības aprūpes mājās pakalpojumu pieejamības uzlabošanai paliatīvās aprūpes pacientiem ir jaunais mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā.

Specializēto ambulatoro paliatīvās aprūpes pakalpojumu – paliatīvās aprūpes speciālista konsultācija un pakalpojumi paliatīvās aprūpes kabinetā – pieejamība ir ļoti ierobežota – tikai Rīgā, Zemgalē un Latgalē, līdz ar to tie ir pieejami tikai daļai paliatīvās aprūpes pacientu. Turklāt paliatīvās aprūpes kabineta darbība nesasniedz tā izveides mērķi par pakalpojumu pieejamības uzlabošanu, jo pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu skaits, kam tiek sniegti šie pakalpojumi, ir kritiski mazs – vidēji gadā tie ir tikai 38 unikālie pacienti – un ik gadu samazinās kabinetu apmeklējumu skaits.

To, ka paliatīvās aprūpes pacienti nesaņem pietiekamu ambulatoro paliatīvo aprūpi, apliecina augstais hospitalizēto paliatīvās aprūpes pacientu īpatsvars. Vidēji 13 % paliatīvās aprūpes pacientu ir sniegti stacionārie paliatīvās aprūpes pakalpojumi, kas varētu atbilst starptautiskajai praksei, proti, ka tikai nelielai daļai pacientu ir nepieciešami specializētie paliatīvās aprūpes pakalpojumi. Tomēr revidenti vērs uzmanību, ka vēl vidēji 37 % pacientu, kuri saņēmuši paliatīvo aprūpi ambulatori, ir hospitalizēti citās pakalpojumu programmās.

Nacionālais veselības dienests nav apzinājis ārstniecības iestāžu iespējas nodrošināt stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus, lai tādējādi veicinātu šo pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visos reģionos. Tāpēc no deviņām ārstniecības iestādēm, kuras būtu tiesīgas šādus pakalpojumus sniegt, faktiski tos nodrošina septiņas.

Latvijā nepieciešamais paliatīvās, tajā skaitā hospisa, aprūpes gultu skaits varētu būt no 94 gultām (tikai onkoloģijas pacientu aprūpei vien) līdz 188 gultām, tomēr faktiski kopā ir 92 paliatīvās aprūpes gultas. Lai arī vajadzība pēc paliatīvās aprūpes gultām ir lielāka, tomēr arī esošais paliatīvās aprūpes gultu skaits ierobežoto cilvēkresursu dēļ nav noslogots pietiekami, ik gadu faktiski tiek veikts mazāk hospitalizāciju, nekā iepļānots, kā arī pakalpojumu saņemšanai ir gaidīšanas rinda. Tāpēc finansējums tiek pārplānots galvenokārt citu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Tas viss liecina par stacionāro ārstniecības iestāžu kapacitātes trūkumu nodrošināt paliatīvo aprūpi atbilstoši paliatīvās aprūpes pacientu vajadzībām.

Atbilstoši starptautiskajai praksei paliatīvās aprūpes nodaļa ir specializējusies paliatīvās aprūpes pacientu ārstēšanā un aprūpē un tajā ir nepieciešama augsti kvalificēta, multidisciplināra komanda. Tomēr ne normatīvajos aktos, ne līgumā par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu nav noteiktas prasības ārstniecības iestādēm stacionārās paliatīvās aprūpes nodrošināšanai, kas ļautu pacientiem saņemt līdzvērtīgus pakalpojumus.

Ārstniecības iestādēs paliatīvās aprūpes nodrošināšanā iesaistītā ārstniecības personāla sastāvs nav noteikts, līdz ar to katrā ārstniecības iestādē tas ir atšķirīgs. Turklāt gandrīz visās

ārstniecības iestādēs netiek nodrošināta paliatīvo pacientu aprūpē iesaistīto ārstu diennakts uzraudzība, kas ļauj secināt, ka faktiski paliatīvā aprūpe ir pielīdzināma aprūpes pakalpojumam, kad ārsta diennakts uzraudzība nav obligāta. Turklāt, lai arī ārstniecības iestādes norādīja, ka pēc vajadzības ir pieejami arī citi multidisciplināras komandas speciālisti, datus par sniegtajiem pakalpojumiem nav identificējami šādas komandas sniegti daudzveidīgi pakalpojumi. Tāpat ārstniecības iestādēs būtiski atšķiras arī paliatīvās aprūpes pacientiem sniegto pakalpojumu saturs, par ko liecina veikto manipulāciju apjoms un veidi.

Paliatīvās aprūpes principi paredz, ka tā nodrošināma tad, kad nepieciešams un tik ilgi, cik nepieciešams. Tomēr revīzijā secināts, ka stacionārās paliatīvās aprūpes saņemšanai ir rindas un pacientiem tā jāgaida ilgstoši. Lai arī paliatīvās aprūpes saņemšanas ilgums ārstniecības iestādē nav ierobežots, tomēr iestādes saņem fiksētu maksājumu par katru pacientu neatkarīgi no aprūpes ilguma. Minētie apmaksas nosacījumi, kā arī šo pakalpojumu nodrošināšanas mērķtiecīgas uzraudzības trūkums ir cēlonis tam, ka ārstniecības iestādes paliatīvās aprūpes pacientus hospitalizē secīgi arī hroniskās aprūpes programmā. Lai arī nepastāv viennozīmīgs regulējums, šāda ārstniecības iestāžu rīcība ir nekorekta, uz ko norādīja arī Nacionālais veselības dienests. Viena pacienta secīga aprūpe vairākās pakalpojumu programmās palielina hospitalizāciju statistiku, rada nepareizu priekšstatu par iestādes noslodzi un pakalpojumu pieprasījumu, kā arī ietekmē finansējumu esošajam un nākamajam periodam, jo par vienu pacientu tiek samaksāts un piešķirts finansējums vairākās pakalpojumu programmās.

Paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifu piemēro gan V, gan arī IV līmeņa ārstniecības iestādēm, lai arī atbilstoši datu analīzei pakalpojumu saturs atšķiras.

Viena pacienta ārstēšanas tarifs ir aprēķināts, ņemot vērā 2009. gada jeb vairāk nekā 10 gadus vecus V līmeņa ārstniecības iestāžu datus paliatīvās aprūpes programmā. Vienlaikus tarifs vairākkārt ir aktualizēts un būtiski palielināts, ņemot vērā palielinātās tarifā iekļautās darba samaksas, ēdināšanas un netiešās izmaksas.

Turklāt viena pacienta ārstēšanas tarifs aprēķināts kļūdaini – neatbilstoši Nacionālā veselības dienesta noteiktajai kārtībai, kā rezultātā ārstniecības iestādēm par nodrošinātajiem stacionārajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem 2020.–2023. gadā nav samaksāti vairāk nekā 989 tūkst. *euro*.

Tā kā V un IV līmeņa ārstniecības iestādes faktiski sniedz atšķirīga līmeņa paliatīvās aprūpes pakalpojumus, revidentu ieskatā, nav ekonomiski pamatoti noteikt vienādu samaksu par atšķirīgu paliatīvās aprūpes pakalpojumu. Paliatīvās aprūpes patients V līmeņa ārstniecības iestādēs izmaksā vairāk nekā IV līmeņa iestādēs, tomēr V līmeņa ārstniecības iestādēm ir

samaksāts mazāk, bet IV līmeņa iestādēm – vairāk. Tāpēc saskaņā ar revīzijā veikto aplēsi katram līmenim atbilstošs viena pacienta ārstēšanas tarifs nodrošinātu, ka katra ārstniecības iestāde saņemtu sniegtajiem pakalpojumiem atbilstošu samaksu un būtu radījis starpību, par ko paliatīvo aprūpi varētu nodrošināt vismaz 40 paliatīvās aprūpes pacientiem.

2.1. Vai primārās veselības aprūpes pakalpojumi paliatīvās aprūpes pacientiem tiek nodrošināti efektīvi?

Primārā veselības aprūpe ir ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko pacientam ārstniecības iestādē vai dzīvesvietā sniedz ģimenes ārsts un viņa praksē nodarbinātas ārstniecības personas (ārsta palīgs (feldšeris), māsa, vecmāte), kā arī ārstniecības personas, kas nodrošina veselības aprūpi mājās¹²⁹. Paliatīvās aprūpes pacienti primārās veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt tādā pašā apjomā un kārtībā, kā pārējie pacienti, proti, bez īpaši uz paliatīvās aprūpes pacientiem attiecināmiem nosacījumiem.

Ģimenes ārsta konsultācija un mājas vizīte

Ģimenes ārsts ir pirmā persona, pie kuras vēršas pacients, ja viņam radušās veselības problēmas, kā arī no ģimenes ārsta ir atkarīga pacienta turpmākā ārstēšanas gaita. Valsts apmaksātus primārās veselības aprūpes pakalpojumus pie ģimenes ārsta var saņemt, ja ģimenes ārsta praksei ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu.¹³⁰ Minētos pakalpojumus var saņemt pēc savas iniciatīvas vai pēc ģimenes ārsta uzaicinājuma, un tie jānodrošina piecu darbdienu laikā.¹³¹

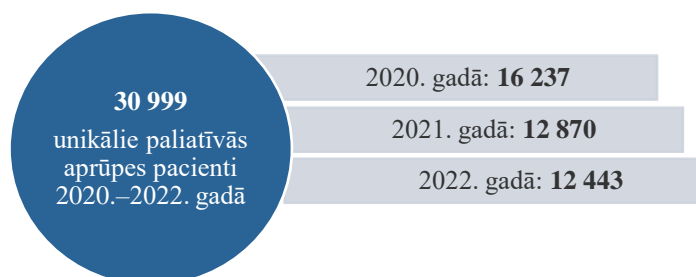
Paliatīvās aprūpes ietvaros ģimenes ārsta kompetencē¹³² ir veikt visas nepieciešamās darbības, lai noņemtu pacientam gan fiziskās, gan psihiskās, gan cita veida slimības izpausmes. Piemēram, izrakstīt kompensējamās zāles, tajā skaitā pretsāpju (arī opiātus), veikt atsāpināšanu, iztīrīt un pārsiet brūces, apkopt izgulējumus, veikt pasākumus, kas nepieciešami elpas trūkuma, asiņošanas un citos gadījumos, izstrādāt/pārskatīt diētas plānu, izglītēt pacientus un viņu tuviniekus. Ģimenes ārsts arī var personu nosūtīt saņemt sekundārā un terciārā veselības aprūpes līmeņa pakalpojumus.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta datiem¹³³ gadā valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus sniedz vidēji 1240 ģimenes ārstu prakses un to lielākais īpatsvars ir Rīgā – 46 %, kur ir arī lielākā daļa no visiem pie ģimenes ārstiem reģistrētajiem pacientiem, Zemgalē un Kurzemē – 15 % un Vidzemē un Latgalē – 12 % (skat. 6. tabulu).

6. tabula. Ģimenes ārstu un to reģistrēto pacientu skaits 2020.–2022. gadā.

Reģions	2020		2021		2022	
	Ģimenes ārstu skaits	Pacientu skaits	Ģimenes ārstu skaits	Pacientu skaits	Ģimenes ārstu skaits	Pacientu skaits
Kurzeme	191	295 771	187	291 888	184	288 644
Vidzeme	156	241 096	154	238 524	154	234 590
Zemgale	190	290 530	187	287 483	183	284 895
Latgale	157	248 159	148	242 869	143	238 934
Rīga	566	889 852	561	888 125	559	884 627
Kopā	1260	1 965 408	1237	1 948 889	1223	1 931 690

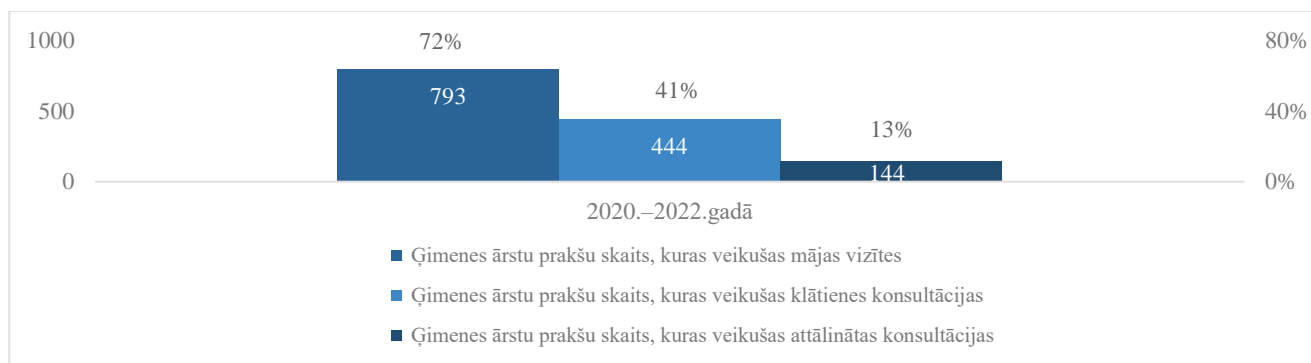
Revīzijas apjomā iekļautie 30 999 unikālie pieaugušie paliatīvās aprūpes pacienti (skat. 6. attēlu) ir reģistrēti¹³⁴ 1096 ģimenes ārstu praksēs, kas ir vidēji 88 % no visām praksēm, kuras sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu īpatsvars ir vidēji 2 % gadā no kopējā ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaita.



6. attēls. Ģimenes ārstu praksēs reģistrētais unikālo pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu skaits 2020.–2022. gadā.

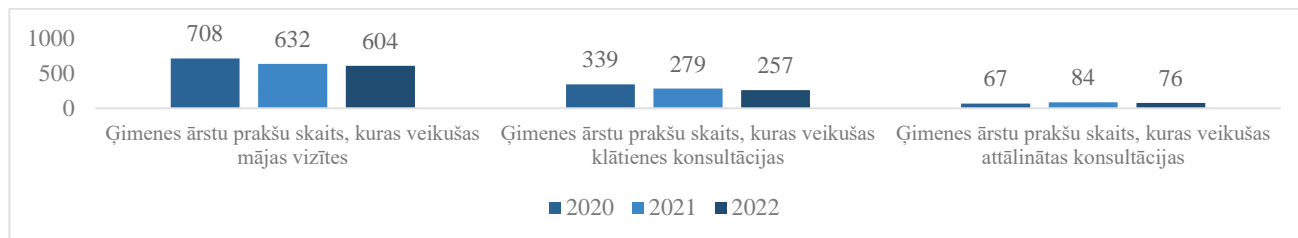
Primārās veselības aprūpes pakalpojumu līgumā¹³⁵ ir iekļauts ģimenes ārsta sniegto valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, ieskaitot arī ģimenes ārsta klātienē un attālinātās konsultācijas un mājas vizītes pie personām, kurām nepieciešama paliatīvā aprūpe¹³⁶.

2020.–2022. gadā no 1096 ģimenes ārstu praksēm (skat. 7. attēlu), kurās ir reģistrēti revīzijas apjomā iekļautie paliatīvās aprūpes pacienti, tikai 72 % jeb 798 prakses ir nodrošinājušas paliatīvo aprūpi, pārsvarā mājas vizītes. Tas nozīmē, ka pārējās praksēs reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem ģimenes ārsts paliatīvo aprūpi nav nodrošinājis. Piemēram, paliatīvās aprūpes pacients ir saņēmis paliatīvo aprūpi stacionārajā ārstniecības iestādē, bet pie ģimenes ārsta – cita veida pakalpojumus.



7. attēls. Ģimenes ārstu prakšu, kurās ir reģistrēti pieaugušie paliatīvās aprūpes pacienti un kuras sniegušas pakalpojumus pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem, skaits un īpatsvars 2020.–2022. gadā.

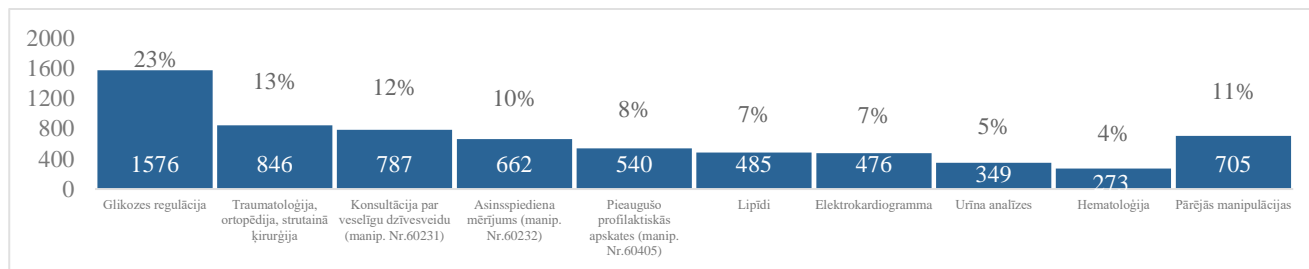
Diemžēl līdz ar kopējā ģimenes ārstu prakšu skaita samazināšanos 2020.–2022. gadā samazinās arī to prakšu skaits, kuras ir nodrošinājušas paliatīvo aprūpi (skat. 8. attēlu).



8. attēls. Ģimenes ārstu prakšu, kurās ir reģistrēti pieaugušie paliatīvās aprūpes pacienti un kuras sniegušas pakalpojumus pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem, skaits sadalījumā pa gadiem.

2020.–2022. gadā no kopējā unikālo ģimenes ārstu praksēs reģistrēto paliatīvās aprūpes pacientu skaita ģimenes ārstu paliatīvā aprūpe ir nodrošināta vidēji 87 % pacientu, tomēr pacientu skaits ik gadu samazinās. Visbiežāk paliatīvo aprūpi sniedza iepriekš diagnosticētas slimības paasinājuma un hroniskas slimības vai veselības stāvokļa dinamiskas novērošanas dēļ.

Revidentu ieskatā, tikai ierobežots paliatīvās aprūpes pacientu skaits saņem plašāku ģimenes ārstu paliatīvo aprūpi. Proti, 2020.–2022. gadā tikai 53 % ģimenes ārstu prakšu saviem reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem nodrošināja konkrētas izmeklējumus vai aprūpes manipulācijas¹³⁷, un tās veiktas tikai 21 % no kopējā unikālo ģimenes ārstu paliatīvo aprūpi saņēmušo pacientu skaita. Piemēram, 2022. gadā ģimenes ārstu praksēs 23 % gadījumu veikta glikozes regulācija, 13 % – brūču kopšana un 12 % – pacientu izglītošana (skat. 9. attēlu). Revidenti neapšaubā, ka arī ārsta konsultācija ir pacientam noderīga un nepieciešama, vienlaikus iepriekš minētais var arī liecināt, ka paliatīvās aprūpes pacienti nesaņem tiem vajadzīgo ambulatoro paliatīvo aprūpi pietiekamā apjomā.



9. attēls. Ģimenes ārstu biežāk veiktās izmeklējumus vai aprūpes manipulācijas paliatīvās aprūpes pacientiem 2022. gadā.

Tāpat minēto apstiprina arī revīzijā veiktā datu analīze par 2022. gadā sniegtajiem ambulatorajiem pakalpojumiem tiem 1792 pacientiem, kuri hospitalizēti pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe”:

- ✓ tikai 18 % pacientu ir saņēmuši ambulatoro paliatīvo aprūpi;
- ✓ 27 % pacientu stacionāro pakalpojumu saņemšanai nogādāja Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde, no kuriem tikai 13 % ir saņēmuši ģimenes ārstu paliatīvo aprūpi.

Revīzijā arī vērtēts, vai kopumā ģimenes ārsti savā praksē reģistrētajiem pacientiem izraksta izlasē iekļautās sešas opiātu grupas pretsāpju zāles¹³⁸. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta informācijai¹³⁹ 2022. gadā identificētas 1032 ģimenes ārstu prakses, kuru izrakstītās receptes ar pretsāpju zālēm valsts apmaksājusi par kopējo summu 849 tūkst. euro. 60 % ģimenes ārstu prakšu kopumā izrakstītās receptes ar pretsāpju

zālēm ir summā līdz 500 *euro* un tie ir vidēji 186 *euro* uz vienu ģimenes ārsta praksi. Lielāko īpatsvaru jeb 70 % veido zāles ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum*.

Tajā pat laikā identificētas dažas ģimenes ārstu prakses, kuru izrakstīto recepšu valsts kompensētā summa ir vairāk kā 20 tūkst. *euro* un vienā gadījumā – vairāk kā 50 tūkst. *euro*, un tie ir vidēji 33 tūkst. *euro* uz vienu ģimenes ārsta praksi. Arī šīs ģimenes ārstu prakses 99 % gadījumu ir izrakstījušas zāles ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum*, un, piemēram, tām šo zāļu valsts kompensētā summa (11 unikālie pacienti) par 280 % pārsniedz šo pašu zāļu valsts kompensēto summu (198 unikālie pacienti) klīnisko universitāšu slimnīcās¹⁴⁰, lai gan unikālo pacientu skaits tajās ir par 94 % mazāks. Līdzīga tendence ir arī 2023. gadā. Revidenti norāda, ka par konstatēto tendenci minētajās ģimenes ārstu praksēs valsts apmaksātu pretsāpju zāļu ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum* izrakstīšanā tika informēts¹⁴¹ arī veselības resors, proti, Veselības ministrija, Nacionālais veselības dienests un Veselības inspekcija, ar aicinājumu veikt pārbaudi par šo zāļu atbilstošu izrakstīšanu, ņemot vērā, ka zāles ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum* saskaņā ar Slimību profilakses un kontroles centra informāciju¹⁴² ir narkotisko vielu sarakstā.

Veselības inspekcija pēc saviem atlases kritērijiem izlases kārtā veica pārbaudi¹⁴³ par 26 ārstniecības iestāžu izrakstītām valsts apmaksātām pretsāpju zālēm (opioīdiem) kopumā 26 pacientiem. Turklāt vairākos gadījumos konstatēti pārkāpumi¹⁴⁴ šo zāļu izrakstīšanā, tajā skaitā uzsākti administratīvā pārkāpuma procesi. Revidentu ieskatā, Veselības inspekcijas veiktā pārbaude nesniedz pietiekamu pārliecību, ka revīzijā identificētajās ģimenes ārstu praksēs valsts apmaksātās pretsāpju zāles ar vispārīgo nosaukumu *Fentanylum* visos gadījumos tiek izrakstītas pamatoti. Piemēram, 2022. gadā vienā ģimenes ārsta praksē trīs pacientiem kopā ir atprečotas 143 receptes ar zāļu vispārīgo nosaukumu *Fentanylum* par kopējo summu 51,9 tūkst. *euro*, tomēr Veselības inspekcija pārbaudīja šo zāļu izrakstīšanas pamatotību tikai vienam pacientam.

Primārās veselības aprūpes pakalpojumu līgumā¹⁴⁵ ir noteikti ģimenes ārstam veicamie maksājumi par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, un tie sastāv no fiksētiem ikmēneša maksājumiem un papildu maksājumiem, kuri ir atkarīgi no ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu apjoma un praksēs reģistrēto pacientu skaita. Piemēram, kapitācijas nauda atbilstoši reģistrēto pacientu skaitam, samaksa par veiktajām manipulācijām un pacienta līdzmaksājuma kompensācija par atbrīvotajām kategorijām.

Saskaņā ar revīzijā veikto aplēsi (skat. 7. tabulu) kopumā ik gadu ģimenes ārstu nodrošinātās paliatīvās aprūpes apmaksai izlietotais finansējums samazinās un nepārsniedz 1 % no kopējā ģimenes ārstu pakalpojumu nodrošināšanai izlietotā finansējuma. Un vairāk kā puse šī finansējuma izlietota mājas vizīšu pie paliatīvās aprūpes pacientiem manipulāciju¹⁴⁶ apmaksai.

7. tabula. Aplēse par kopējo izlietoto finansējumu ģimenes ārstu nodrošinātās paliatīvās aprūpes apmaksai 2020.–2022. gadā.

Maksājuma veids	2020	2021	2022
Samaksa par veiktajām manipulācijām ¹⁴⁷	619 849	581 207	510 884
<i>t. sk. mājas vizīšu manipulāciju apmaksā</i>	<i>593 577</i>	<i>522 167</i>	<i>487 599</i>
Pacientu līdzmaksājuma kompensācija par atbrīvotajām kategorijām ¹⁴⁸	26 142	14 543	22 149
Kapitācijas nauda par unikālajiem pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem ¹⁴⁹	402 840	384 427	382 622
Kopā	1 048 831	980 177	915 655

Veselības aprūpe mājās

Ja personai nepieciešams ambulatorais veselības aprūpes pakalpojums, bet medicīnisku indikāciju dēļ tā nespēj ierasties ārstniecības iestādē šī pakalpojuma saņemšanai, tad persona, tajā skaitā paliatīvās aprūpes pacients, var saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus mājās.¹⁵⁰ Tos sniedz ārstniecības iestādes, kuras ar Nacionālo veselības dienestu ir noslēgušas līgumus par šo pakalpojumu nodrošināšanu. Normatīvajā aktā¹⁵¹ ir noteikts, kādos gadījumos persona var saņemt pakalpojumus mājās, tajā skaitā arī paliatīvās aprūpes pacienti, kādā termiņā uzsāk un cik ilgi sniedz pakalpojumu, kā arī ir noteikts pakalpojuma ietvars – pakalpojuma saturs un ārstniecības personāls (skat. 10. attēlu).

Kas var saņemt?

- personas, kurām ir hroniska slimība un pārvietošanās traucējumi medicīnisku indikāciju dēļ
- personas ar cerebrovaskulāru slimību, kurām nepieciešama medicīniskā rehabilitācija
- personas ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājumiem, kurām nepieciešams turpināt medicīnisko rehabilitāciju pēc pirmreizējas medicīniskās rehabilitācijas saņemšanas stacionārā

Kā un cik ilgi var saņemt?

- pirmreizēji var saņemt līdz 30 dienām
- jāuzsāk ne vēlāk kā 24 stundu laikā no pieteikuma saņemšanas brīža
- medicīniskā rehabilitācija jāuzsāk triju mēnešu laikā pēc cerebrovaskulāru slimības sākuma
- jānodrošina darbdienās no plkst. 9.00 līdz 16.00, bet brīvdienās, svētku dienās no plkst. 9.00 līdz 13.00
- ja nepieciešama ilgāk par 30 dienām, ģimenes ārsts sniedz atzinumu par nepieciešamību turpināt sniegt attiecīgo pakalpojumu vai pārtraukt to

Ko var saņemt?

- medikamentu ievadīšanu
- ādas bojājumu aprūpi
- urīna ilgkatetra maiņu un aprūpi, stomas aprūpi
- enterālu barošanu caur zondi
- ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju
- rehabilitāciju insulta pacientiem un pacientiem pēc muguras smadzeņu bojājumiem
- izmeklējumu, injekciju un klizmu veikšanu, vitālo rādītāju kontroli un iesaistīto personu apmācību

Kādi dokumenti ir nepieciešami?

- ģimenes ārsta nosūtījums
- vai ārstniecības iestādes nosūtījums pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra (izņemot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus)
- fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta/ģimenes ārsta nosūtījums un rehabilitācijas plāns (medicīniskā rehabilitācija)
- Nacionālā rehabilitācijas centra “Vaivari” nosūtījums medicīniskās rehabilitācijas turpināšanai

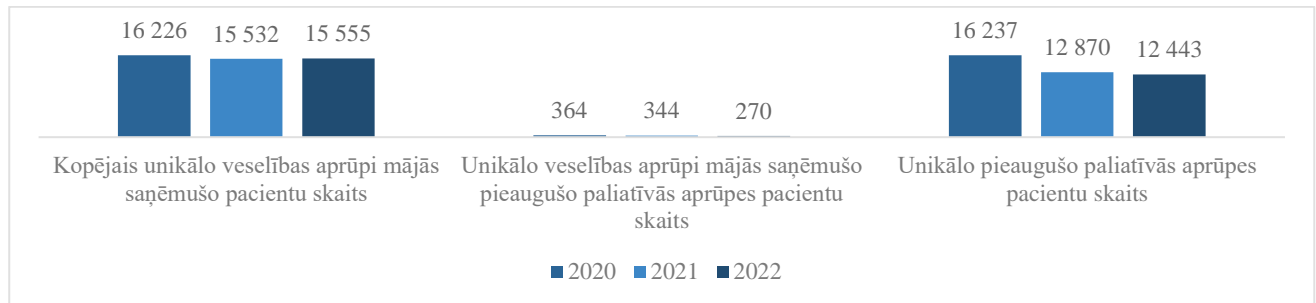
Kas nodrošina pakalpojumu sniegšanu?

- veselības aprūpes pakalpojumus mājās - māsa vai sertificēts ārsta palīgs (feldšeris)
- medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās –ertif. fizioterapeits, ergoterapeits vai audiologopēds

10. attēls. Veselības aprūpes mājās pakalpojuma saturs un saņemšanas iespējas.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta datiem¹⁵² veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēju skaits 2020.–2022. gadā ir samazinājies no 173 līdz 153, un gadā šos pakalpojumus sniedz vidēji 162 pakalpojumu sniedzēji. Lielākais pakalpojuma sniedzēju īpatsvars ir Vidzemē – 29 %, bet mazākais Rīgā – 13 %, tomēr Rīgā ir lielākais unikālo pacientu un izlietotā finansējuma īpatsvars – attiecīgi 56 un 59 %. Atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem vidēji 23 līdz 28 % no visiem veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzējiem nodrošināja pakalpojumus tieši paliatīvās aprūpes pacientiem.

Veselības aprūpi mājās saņēmušo unikālo pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu skaits 2020.–2022. gadā ir samazinājies (skat. 11. attēlu), un šāda veida palīdzību saņem aptuveni 2–3 % no kopējā unikālo paliatīvās aprūpes un kopējā veselības aprūpi mājās saņēmušo unikālo pacientu skaita.



11. attēls. Veselības aprūpes mājās pakalpojuma nodrošināšana 2020.–2022. gadā.

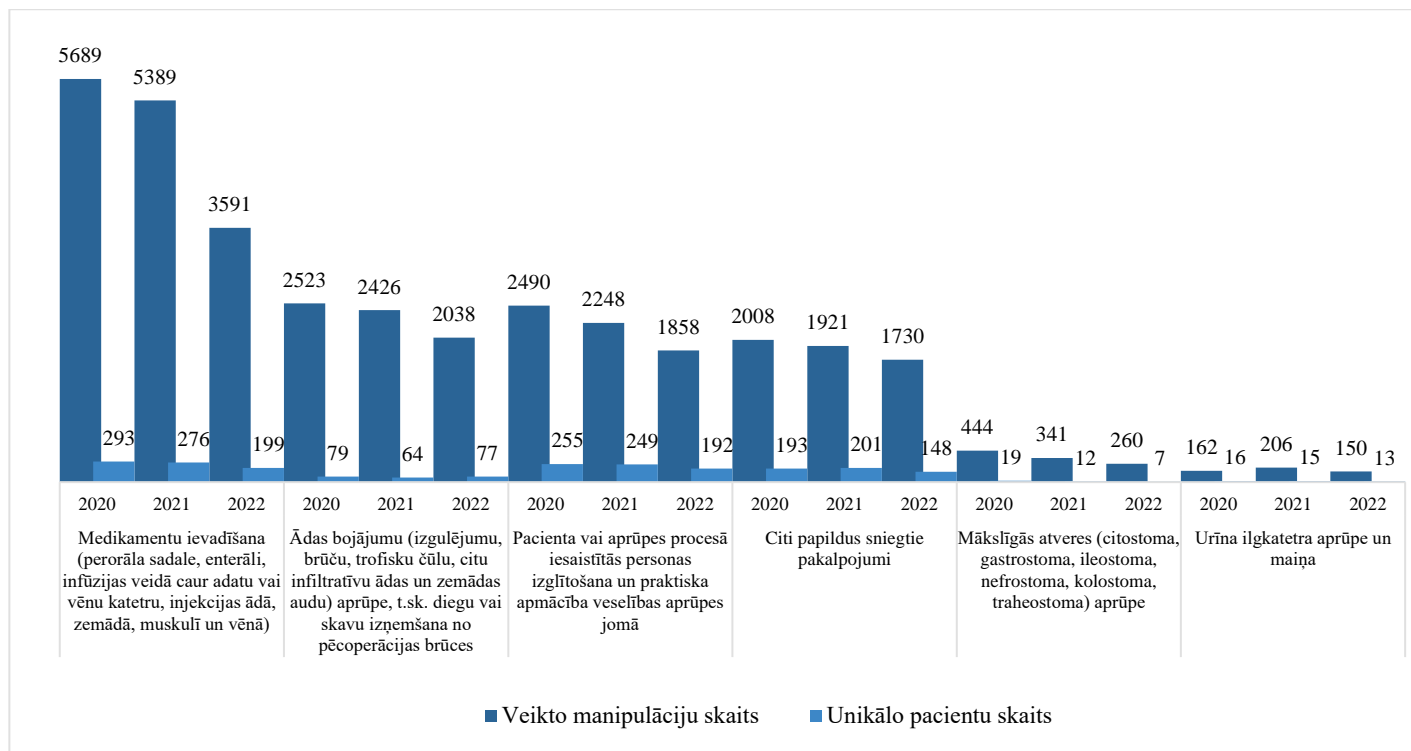
Atbilstoši līguma par veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniegšanu un apmaksu nosacījumiem ārstniecības iestādes pienākums ir nodrošināt, ka Vadības informācijas sistēmā tiek ievadīta precīza un autentiska informācija par sniegtajiem pakalpojumiem, tajā skaitā par pacientu diagnozēm.¹⁵³ Tomēr atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem pacienti, kuri saņem veselības aprūpes mājās pakalpojumus, iespējams, ne vienmēr tiek klasificēti kā paliatīvās aprūpes pacienti. Piemēram, 2020.–2022. gadā vidēji 23 % no visiem ģimenes ārsta paliatīvo aprūpi saņēmušajiem pacientiem tika nodrošināti arī veselības aprūpes mājās pakalpojumi, tomēr tikai 6–8 % no tiem – kā paliatīvās aprūpes pacientiem.

Veselības aprūpes mājās ietvaros veiktais darbs tiek uzskaitīts un apmaksāts atbilstoši aprūpes līmenim, ko ietekmē manipulāciju laika ietilpība¹⁵⁴. Atkarībā no aprūpes līmeņa tiek nodrošināti šādi pakalpojumi¹⁵⁵:

- ✓ pirmais līmenis¹⁵⁶ – perorāla medikamentu sadale, injekcijas (subkutāni, intrakutāni, intramuskulāri, intravenozi), primāri dzīstošas brūces aprūpe, diegu izņemšana, kolostomas, ileostomas, nefrostomas un citostomas aprūpe;
- ✓ otrais līmenis¹⁵⁷ – medikamentu ievadīšana intravenozi infūzi, sekundāri dzīstošas brūces pārsiešana, izgulējumu aprūpe, trofisko čūlu aprūpe, enterālā barošana caur zondi, traheostomas un gastrostomas aprūpe un urīna katetra aprūpe.

Atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem 87 % līdz 90 % no visiem veselības aprūpi mājās saņēmušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem tika sniegta otrā līmeņa aprūpe, kas ir sarežģītāka un laikietilpīgāka. Šādu pacientu skaits ik gadu samazinās – no 318 pacientiem 2020. gadā līdz 234 pacientiem 2022. gadā.

Vērtējot paliatīvās aprūpes pacientiem nodrošināto pakalpojumu klāstu abos aprūpes līmeņos 2020.–2022. gadā, pacientiem visbiežāk ir veiktas medikamentu ievadīšanas, ādas bojājumu aprūpes un pacienta vai aprūpes procesā iesaistītas personas apmācības manipulācijas (skat. 12. attēlu).



12. attēls. Paliatīvās aprūpes pacientiem veselības aprūpes mājās ietvaros sniegtie pakalpojumi 2020.–2022. gadā.

Savukārt, vērtējot nodrošināto pakalpojumu īpatsvaru starp pakalpojumu sniedzējiem, konstatēts, ka 90 % pakalpojumu sniedzēju nodrošināja medikamentu ievadi, 69 % – aprūpes procesā iesaistīto personu izglītošanu, 61 % – ādas bojājumu aprūpi un 39 % – mākslīgās atveres (stomu) un urīna ilgkatetra aprūpi. Revidentu ieskatā, sniegto pakalpojumu atšķirības izskaidro pacientu dažādās vajadzības.

Tā kā pakalpojumi veselības aprūpes mājās ietvaros tiek nodrošināti salīdzinoši nelielam paliatīvās aprūpes pacientu skaitam, veselības aprūpes mājās pakalpojumu pieejamības uzlabošanai paliatīvās aprūpes pacientiem no 01.01.2024. ieviests mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā, kas ir paredzēts nevis visiem paliatīvās aprūpes pacientiem, bet tikai personām ar prognozētu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem. Atbilstoši Veselības ministrijas informācijai¹⁵⁸ 2024. gada pirmajos sešos mēnešos pakalpojumu saņēma 849 pacienti jeb 28 % no kopējā plānotā pacientu skaita gadā¹⁵⁹.

Ārstniecības personu veikto veselības aprūpi mājās apmaksā¹⁶⁰ saskaņā ar manipulāciju¹⁶¹ tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem. Saskaņā ar revīzijā veikto aplēsi¹⁶² (skat. 8. tabulu) kopējais izlietotais finansējums paliatīvās aprūpes pacientu veselības aprūpes mājās nodrošināšanai ir vien neliela daļa (vidēji 1,4 %) no kopējā veselības aprūpei mājās izlietotā finansējuma.

8. tabula. Aplēse par izlietoto finansējumu veselības aprūpes mājās pakalpojuma nodrošināšanai paliatīvās aprūpes pacientiem 2020.–2022. gadā.

Gads	Unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits	Veselības aprūpe mājās		Veselības aprūpe mājās paliatīvās aprūpes pacientiem			
		kopējais unikālo pacientu skaits	kopējais faktiski izlietotais finansējums, euro	unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits	% no kopējā unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaita	% no kopējā veselības aprūpi mājās saņēmušo unikālo pacientu skaita	aplēstais faktiski izlietotais finansējums, euro
2020	16 237	16 226	8 005 886	364	2	2	115 107
2021	12 870	15 532	9 350 643	344	3	2	142 945
2022	12 443	15 555	9 322 867	270	2	2	107 899

2.2. Vai sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti efektīvi?

Sekundārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēts uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi.¹⁶³ Šajā veselības aprūpes līmenī paliatīvās aprūpes pakalpojumus nodrošina pie paliatīvās aprūpes speciālista un paliatīvās aprūpes kabinetā.

Paliatīvās aprūpes speciālista konsultācija

Atbilstoši normatīvajam aktam¹⁶⁴ paliatīvās aprūpes speciālista kompetencē ir ielaistu onkoloģisko un neonkoloģisko slimību pacientu aprūpe, slimību, pavadošo sindromu un simptomu diagnostika, ārstēšana, ekspertīze un profilakse un pacienta un viņa ģimenes dzīves kvalitātes uzlabošana, ja pacientam ir dzīvību apdraudoša slimība.

Paliatīvās aprūpes speciālistu konsultāciju pieejamība ir atkarīga no to pieejamības konkrētā ārstniecības iestādē, līdz ar to Nacionālais veselības dienests nenosaka prasību šāda pakalpojuma nodrošināšanai, piemēram, katrā reģionā. Ar ārstniecības iestādēm tiek slēgts līgums par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, tajā skaitā arī par pakalpojumu programmas “Pārējie speciālisti” nodrošināšanu, kurā ietilpst arī paliatīvās aprūpes speciālista pakalpojums.¹⁶⁵

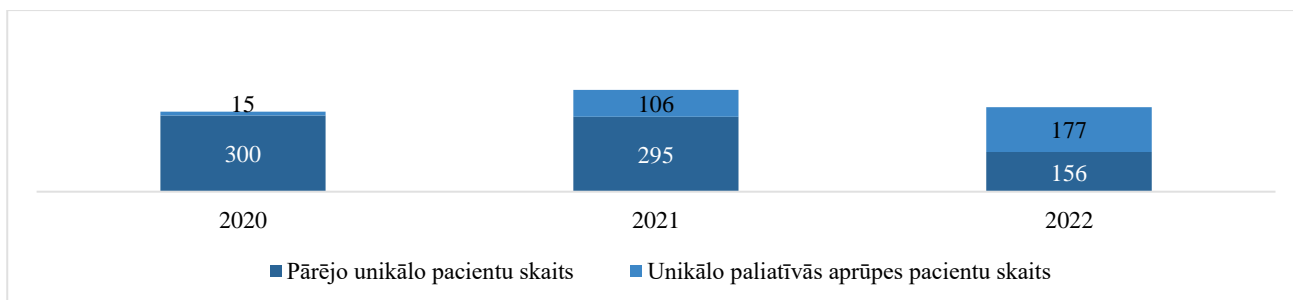
Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē¹⁶⁶ pieejamajai informācijai paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas tiek nodrošinātas četrās ārstniecības iestādēs. Tomēr revīzijā dienests informēja¹⁶⁷, ka VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” paliatīvās aprūpes speciālists ir nodarbināts kā paliatīvās aprūpes nodaļas virsārsts un ambulatori nepieņem, savukārt SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” paliatīvās aprūpes speciālists ambulatori pieņem tikai paliatīvās aprūpes kabinetā. Tādējādi 2024. gada sākumā šādas konsultācijas tiek nodrošinātas Rīgā un Zemgalē (skat. 9. tabulu).

9. tabula. Paliatīvās aprūpes speciālistu, kas sniedz paliatīvās aprūpes konsultācijas pieaugušajiem pacientiem, skaits 2020.–2023. gadā.

Reģions	Ārstniecības iestāde	Speciālistu skaits				
		2020	2021	2022	2023	2024
Rīga	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	3	3	3	3	3
Zemgale	Jēkabpils reģionālā slimnīca	1	1	1*	-*	1

* Paliatīvās aprūpes speciālists no 13.07.2022. atradās ilgstošā prombūtnē.

2020.–2022. gadā apmēram 95 % no visām paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijām ir sniegtas SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, kas liecina par šāda pakalpojuma faktisko pieejamību tikai Rīgā. Piemēram, SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” gadā vidēji tiek sniegtas 350 konsultācijas ap 300 unikālajiem pacientiem. Tomēr tikai daļai pacientu (1–48 %) konsultācijas ir sniegtas kā paliatīvās aprūpes pacientiem (skat. 13. attēlu), jo, lai gan vairumā gadījumu šo pakalpojumu saņēmušo pacientu pamata diagnozes atbilst paliatīvās aprūpes pacientam saistošajām diagnozēm, nav norādīta paliatīvās aprūpes blakus diagnoze.



13. attēls. Paliatīvās aprūpes speciālista konsultāciju saņēmušo unikālo paliatīvās aprūpes pacientu un pārējo unikālo pacientu skaits 2020.–2022. gadā.

Ārstniecības iestāde samaksu par paliatīvās aprūpes speciālista sniegtajiem pakalpojumiem saņem atbilstoši aprūpes epizožu un veikto manipulāciju skaitam un to spēkā esošajiem tarifiem.¹⁶⁸ Saskaņā ar revīzijā veikto aplēsi¹⁶⁹ un Nacionālā veselības dienesta sniegto informāciju¹⁷⁰ kopējais izlietotais finansējums paliatīvās aprūpes speciālistu konsultācijām tieši paliatīvās aprūpes pacientiem no 390 *euro* 2020. gadā palielinājās līdz 3918 *euro* 2022. gadā (skat. 10. tabulu), kas attiecīgi ir 0,3 % un 2,6 % no kopējā pakalpojumu programmā “Pārējie speciālisti” izlietotā finansējuma. Konsultāciju (klātienē un attālināto) skaits paliatīvās aprūpes pacientiem ik gadu pieaug, tomēr tās joprojām sniegtas salīdzinoši nelielam pacientu skaitam.

10. tabula. Paliatīvās aprūpes speciālista pakalpojuma faktiskā izpilde 2020.–2022. gadā.

Gads	Unikālie paliatīvās aprūpes pacienti	Paliatīvās aprūpes speciālista konsultāciju saņēmušie unikālie paliatīvās aprūpes pacienti ¹⁷¹		Paliatīvās aprūpes speciālista konsultāciju saņēmušie visi unikālie pacienti		Pakalpojumu programmā “Pārējie speciālisti” faktiski izlietotais finansējums ¹⁷² , <i>euro</i>	Aplēstais tieši paliatīvās aprūpes speciālistu konsultācijām faktiski izlietotais finansējums, <i>euro</i>
		skaits	% no kopējā unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaita	skaits	% no kopējā unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaita		
2020	16 237	15	0,09	314	1,93	126 670	390
2021	12 870	106	0,66	400	3,11	169 161	2502
2022	12 443	177	1,42	333	2,68	150 758	3918

Kā norādīja¹⁷³ Nacionālais veselības dienests, nav noteikts termiņš, kādā ir jāsaņem paliatīvās aprūpes speciālista konsultācija, un dienests arī neveic rindu uzskaiti šim pakalpojumam. Informāciju par prognozējamo gaidīšanas laiku pakalpojuma saņemšanai var noskaidrot, vēršoties konkrētā ārstniecības iestādē. Atbilstoši privātā sektora uzturētā tīmekļvietnē www.eveselibaspunkts.lv pieejamajai informācijai 01.05.2024. gaidīšanas laiks paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas saņemšanai SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” bija aptuveni mēnesis, savukārt SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīcā” nebija pieejami brīvi pieņemšanas laiki.

Paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojums

Lai uzlabotu paliatīvās aprūpes pieejamību, Latvijā ir izveidoti paliatīvās aprūpes kabineti¹⁷⁴ (skat. 11. tabulu). Vienlaikus revīzijā noskaidrots¹⁷⁵, ka nav noteikts, kādas ārstniecības personas sniedz kabineta pakalpojumus un kāds ir šo pakalpojumu klāsts. Ārstniecības iestādes informēja¹⁷⁶, ka visbiežāk šajos kabinetos tiek nodrošinātas paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas, tajā skaitā paliatīvās aprūpes pacienta ģimenes locekļiem, un ārstniecības līdzekļu izrakstīšana. Vienlaikus tās norādīja, ka tieši paliatīvās aprūpes speciālista piesaiste rada vislielākās grūtības kabineta darbības nodrošināšanā, ņemot vērā, ka kopējais šādu speciālistu skaits valstī ir neliels.

Atbilstoši normatīvajam aktam¹⁷⁷ paliatīvās aprūpes kabineta darbība ir jānodrošina veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk, līdz ar to iespējai saņemt pakalpojumus šādā kabinetā būtu jābūt Rīgā, Liepājā, Daugavpilī un Jelgavā¹⁷⁸. Tomēr faktiski 2024. gadā paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojumi pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem ir pieejami tikai Daugavpilī, jo:

- ✓ Rīgā un Liepājā šādu pakalpojumu sniedz bērniem (Liepājā komplikētu problēmu gadījumos ar ģimenes ārsta nosūtījumu tiek nodrošinātas ārsta un māsas konsultācijas arī pieaugušajiem)¹⁷⁹;
- ✓ Jelgavā pakalpojumu sniedzēju atlase nav veikta, jo kopējais trūkstošais sekundāro ambulatoru izmeklējumu skaits ir mazāks par jaunas atlases rīkošanai nepieciešamo¹⁸⁰.

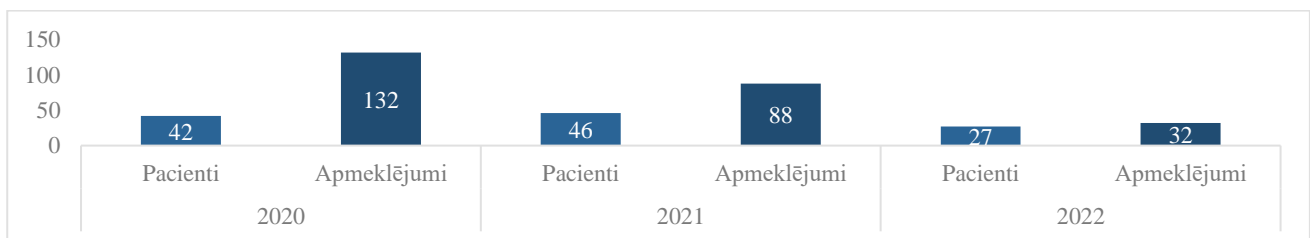
Tāpat revidenti norāda, ka 2020.–2023. gadā paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojumus pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem sniedza arī Kuldīgā un Preiļos, tomēr to darbība jau ir pārtraukta.

11. tabula. Paliatīvās aprūpes kabineti 2020.–2024. gadā.

Reģions	Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	Ārstniecības iestāde	Kabinetu skaits				
			2020	2021	2022	2023	2024
Latgale	Daugavpils	Daugavpils reģionālā slimnīca	1	1	1	1	1
	Preiļi	Preiļu slimnīca (<i>pārtrauca darbību 2023. gada septembrī</i>)	0	0	0	1	0
Kurzeme	Kuldīga ¹⁸¹	Kuldīgas slimnīca (<i>pārtrauca darbību 2022. gada septembrī</i>)	1	1	1	0	0
	Liepāja	Liepājas reģionālā slimnīca (<i>pakalpojumi primāri bērniem</i>)	1	1	1	1	1
Rīga	Rīga	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (<i>pakalpojumi bērniem</i>)	2	2	2	2	2
Kopā			4	5	5	5	4

Atbilstoši tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv pieejamajai informācijai 01.05.2024. rinda uz paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojumiem pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” bija līdz piecām dienām.

Atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem (skat. 14. attēlu) 2020.–2022. gadā paliatīvās aprūpes kabinetā pakalpojumus saņem kritiski mazs paliatīvās aprūpes pacientu skaits – tikai vidēji 38 pacienti gadā. Turklāt samazinās kabinetu apmeklējumu skaits – ja 2020. gadā viens unikālais paliatīvās aprūpes pacients kabinetu apmeklēja vidēji trīs reizes, tad 2022. gadā – tikai vienu reizi. 2020.–2022. gadā apmēram 94 % no visiem kabinetus apmeklējušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem pakalpojumus saņēma SIA “Kuldīgas slimnīca” un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”.



14. attēls. Visos paliatīvās aprūpes kabinetos¹⁸² pakalpojumus saņēmušo paliatīvās aprūpes pacientu un apmeklējumu skaits 2020.–2022. gadā.

Revidenti vērs uzmanību, ka, lai gan Veselības ministrija informēja¹⁸³, ka pakalpojumus paliatīvās aprūpes kabinetā var saņemt tikai paliatīvās aprūpes pacienti, revīzijā konstatēts, ka 2020.–2022. gadā tie sniegti arī citiem pacientiem. Tomēr arī kopējais kabinetu apmeklējušo pieaugušo unikālo pacientu skaits ir ļoti mazs – tikai vidēji 64 pacienti gadā, turklāt kabinetu apmeklējumu skaits ik gadu samazinās.

Tā kā nav noteiktas prasības, kādam ārstniecības personālam ir jābūt nodarbinātam paliatīvās aprūpes kabinetā un kādam ir jābūt tā darba laikam, personāla sastāvs faktiski ir atšķirīgs, kā arī darba laiks ir ierobežots – vairumā gadījumu kabinetos pieejamie paliatīvās aprūpes speciālisti bija nodarbināti tikai 0,25 slodzes, piemēram¹⁸⁴:

- ✓ 2020.–2023. gadā dažādos periodos SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” paliatīvās aprūpes kabinetā pakalpojumus sniedza onkoloģijas ķirurgs, paliatīvās aprūpes speciālists, uztura speciālists un onkoloģiskās aprūpes māsa, un pieņemšanas laiks, piemēram, paliatīvās aprūpes speciālistam šajā periodā bija gan 15 stundas nedēļā (0,5 slodze), gan 7,5 stundas nedēļā (0,25 slodze);
- ✓ 2021.–2022. gadā SIA “Kuldīgas slimnīca” paliatīvās aprūpes kabinetā pakalpojumus sniedza paliatīvās aprūpes speciālists un psihologs, un, piemēram, paliatīvās aprūpes speciālista pieņemšanas laiks bija 7,5 stundas nedēļā (0,25 slodze);
- ✓ 2021.–2023. gadā SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” paliatīvās aprūpes kabinetā pakalpojumus sniedza pediatrs, paliatīvās aprūpes speciālists, psihologs un māsa, un, piemēram, ārstu pakalpojumi pieejami 30 stundas nedēļā (viens slodze), tajā skaitā 22,5 stundas pakalpojumus sniedz pediatrs un 7,5 stundas – paliatīvās aprūpes speciālists.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta informācijai¹⁸⁵ paliatīvās aprūpes kabinetiem netiek plānots unikālo apmeklējumu skaits, tomēr tiek uzraudzīts faktiskais kopējais apmeklējumu skaits, lai vērtētu kabineta noslodzi un to mainītu atbilstoši pacientu plūsmai un pieejamajiem valsts budžeta līdzekļiem. Tomēr revīzijā konstatēts, ka izmaiņas kabineta darbībā un līdz ar to arī tā finansēšanā tomēr nav saistītas ar

faktisko noslodzi. 2020. gadā SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” paliatīvās aprūpes kabinetā pakalpojumi tika nodrošināti tikai vienam paliatīvās aprūpes pacientam, tomēr, neskatoties uz to, 2021. gadā tika pagarināts kabineta darba laiks. Savukārt 2021. gadā pakalpojumi paliatīvās aprūpes pacientiem netika nodrošināti vispār, bet kabineta darba laiks ne 2021., ne 2022. gadā netika mainīts. Kabineta darba laika izmaiņas, to samazinot, veiktas vien 2023. gadā.

Atbilstoši normatīvajam aktam¹⁸⁶ paliatīvās aprūpes kabineta darbība tiek finansēta fiksēta ikmēneša maksājuma veidā, kas paredzēts kabineta darbības nodrošināšanai un ārstu un māsu darba samaksai, ko, savukārt, aprēķina atbilstoši noteiktajai ārstu un ārstniecības personu vidējai darba samaksai un to darba apjomam. Tā kā finansējums paliatīvās aprūpes kabinetam tiek rēķināts uz slodzi un tā izlietojumu nav iespējams attiecināt atsevišķi uz pieaugušajiem un bērniem, Nacionālais veselības dienests nevarēja¹⁸⁷ iesniegt informāciju par kopējo izlietoto finansējumu pakalpojumu nodrošināšanai tikai pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem. Ņemot vērā, ka paliatīvās aprūpes kabinetam tiek plānots fiksētais maksājums, tas tiek izlietots pilnā apmērā un atbilst faktiskajām kabineta darbības nodrošināšanas izmaksām (skat. 12. tabulu).

12. tabula. Fiksētais maksājums paliatīvās aprūpes kabinetu darbības nodrošināšanai 2020.–2023. gadā.

Paliatīvās aprūpes kabinets	Fiksētais maksājums			
	2020	2021	2022	2023
Daugavpils reģionālā slimnīca	19 630	24 031	25 281	6534
Preiļu slimnīca	-	-	-	3630
Kuldīgas slimnīca	9448	27 531	19 432	-
Liepājas reģionālā slimnīca*	39 261	63 576	67 069	53 698
Kopā	68 339	115 138	111 782	63 862

* Tajā skaitā arī pakalpojumu bērniem apmaksai.

Lai pilnveidotu paliatīvās aprūpes kabinetu darbību, Nacionālais veselības dienests 2024. gadā ir uzsācis¹⁸⁸ paliatīvās aprūpes kabineta pakalpojumu sniegšanas kārtības izstrādi. Līdz šim dienests ir veicis klātienē uzraudzības pasākumus pie pakalpojumu sniedzējiem, kā arī pārrunas par jaunu manipulāciju izveidi kabinetu noslodzes un sniegto pakalpojumu uzskaiti.

2.3. Vai stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti efektīvi?

Stacionārajā ārstniecības iestādē jeb slimnīcā pacientam sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību, nosaka diagnozi un veic ārstēšanu. Pacients visu diennakti atrodas pastāvīgā un nepārtrauktā ārstniecības personu aprūpē un uzraudzībā līdz noteiktas diagnostikas vai ārstniecības pakāpes sasniegšanai¹⁸⁹. Valsts apmaksātus stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus sniedz ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar Nacionālo veselības dienestu par šo pakalpojumu sniegšanu¹⁹⁰. Stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus jeb pakalpojumus programmā “Paliatīvā aprūpe” (turpmāk – paliatīvās aprūpes programma) persona var saņemt tāpat kā jebkuru citu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu – ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu, pēc savas iniciatīvas vai arī to nogādā Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādē¹⁹¹.

Sekundārā jeb IV līmeņa ārstniecības iestādēs tiek nodrošināti paliatīvās aprūpes pakalpojumi mērenu vai smagu simptomu gadījumos, savukārt terciārā jeb V līmeņa ārstniecības iestādēs – pacientiem ar

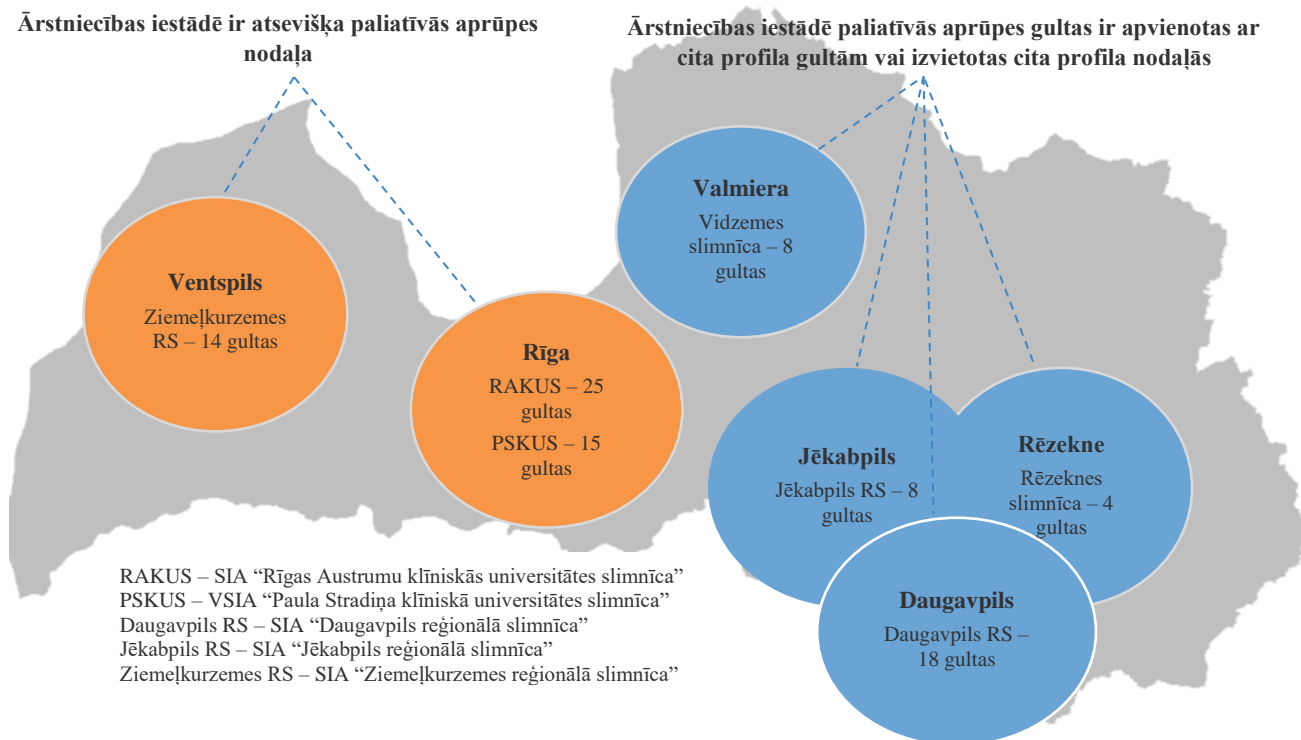
komplīkācijām un sarežģītu slimības gaitu¹⁹². Nacionālais veselības dienests gan V, gan arī IV līmeņa ārstniecības iestādēm veic samaksu par paliatīvās aprūpes programmas nodrošināšanu atbilstoši normatīvajā aktā¹⁹³ noteiktajam viena pacienta ārstēšanas tarifam, kas 2024. gadā ir 1492,83 *euro*.

Vai stacionārā paliatīvā aprūpe ir pieejama pietiekamā apjomā un vienlīdzīgi visā Latvijā?

Atbilstoši Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācijas ieteikumiem¹⁹⁴ paliatīvās aprūpes gultu skaits, kas ir nepieciešamas noteiktā reģionā, ir atkarīgs gan no reģiona demogrāfiskās un sociālekonomiskās attīstības, gan no citu specializēto paliatīvās aprūpes pakalpojumu, piemēram, aprūpes mājās, pieejamības. Kā stacionārās paliatīvās aprūpes standarts tiek rekomendēts, ka uz 1 000 000 iedzīvotāju ir 80–100 paliatīvās aprūpes un hospisa gultu, tajā skaitā tikai onkoloģijas pacientu aprūpei vien ir nepieciešamas 50 paliatīvās aprūpes gultas.

Normatīvajā aktā¹⁹⁵ ir noteikts, ka Nacionālais veselības dienests slēdz līgumus ar V līmeņa ārstniecības iestādēm¹⁹⁶ par paliatīvās aprūpes programmas kā obligāta profila nodrošināšanu, savukārt ar IV līmeņa ārstniecības iestādēm¹⁹⁷ – kā izvēles profila.¹⁹⁸

Lai gan normatīvajā aktā¹⁹⁹ ir paredzēts, ka Nacionālais veselības dienests var slēgt līgumus kopā ar deviņām ārstniecības iestādēm, tādējādi nodrošinot vienmērīgu stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu pārklājumu visos reģionos, faktiski 2023. gadā to sniedza septiņas ārstniecības iestādes²⁰⁰ – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA “Rēzeknes slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” (skat. 15. attēlu).



15. attēls. Stacionārā paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamība 2023. gadā.

Divas IV līmeņa ārstniecības iestādes – SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” – nenodrošina paliatīvās aprūpes programmu, jo:

- ✓ SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” paliatīvās aprūpes pakalpojumi nav nodrošināti ārstniecības iestādes struktūrvienību noslogojuma un telpu trūkuma dēļ;
- ✓ SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” nodrošina stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumus, bet konkrētie gadījumi tiek apmaksāti citu pakalpojumu programmu ietvaros.²⁰¹

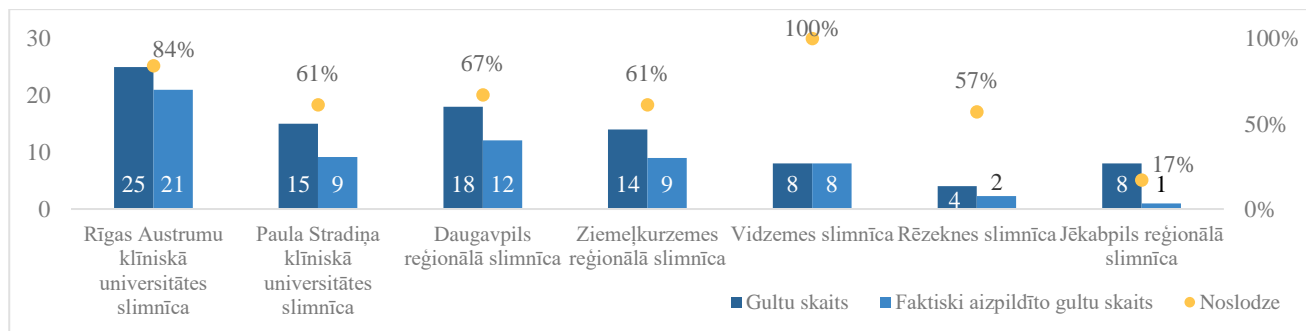
Revīzijas laikā Nacionālais veselības dienests norādīja²⁰², ka ikgadējās veselības aprūpes pakalpojumu finansējuma pārplānošanas ietvaros (2024. gada vidū) SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” tomēr tiks ieplānots konkrēts apjoms paliatīvās aprūpes programmas nodrošināšanai.

Minētais, revidentu ieskatā, liecina, ka Nacionālais veselības dienests nav apzinājis ārstniecības iestāžu iespējas nodrošināt paliatīvās aprūpes programmu, lai tādējādi veicinātu pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visos reģionos. Turklāt Nacionālā veselības dienests ir pieļāvis situāciju, kad ārstniecības iestāde nodrošina paliatīvās aprūpes pakalpojumus citu pakalpojumu programmu ietvaros, lai gan tai ir tiesības īstenot paliatīvās aprūpes programmu. Šāda prakse neveicina precīzu datu par paliatīvās aprūpes pacientu skaitu un viņu vajadzībām pēc stacionāriem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem pieejamību.

Stacionārā paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta visos Latvijas reģionos, tomēr paliatīvās aprūpes gultu skaits katrā ārstniecības iestādē²⁰³ un līdz ar to arī reģionā ir atšķirīgs (skat. 15. attēlu). Rīgā ir 40 paliatīvās aprūpes gultas, Latgalē – 22, Kurzemē – 14 un Vidzemē un Zemgalē – katrā pa astoņām. 2023. gadā valstī kopā bija 92 paliatīvās aprūpes gultas.

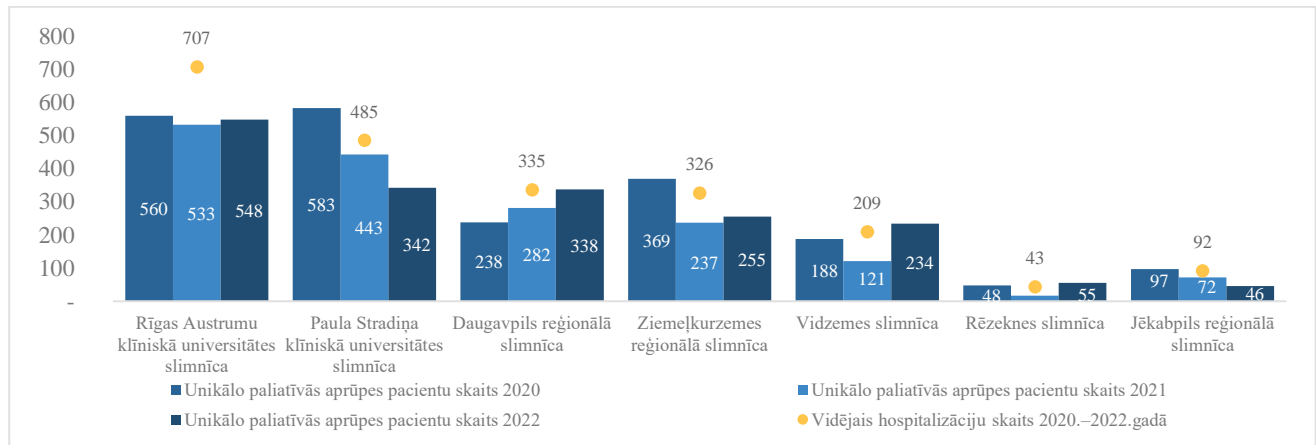
Pamatojoties uz iepriekš minētajiem Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācijas ieteikumiem, revīzijā aplēsts²⁰⁴, ka Latvijā būtu nepieciešamas 94 (tikai onkoloģijas pacientu aprūpei) līdz 188 (paliatīvajai un hospisa aprūpei) paliatīvās aprūpes gultas. Tā kā šobrīd Latvijā ir 92 paliatīvās aprūpes gultas un ir ierobežota citu specializēto ambulatoro paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamība, līdz ar to paliatīvās aprūpes gultu skaits valstī nav pietiekams.

Tomēr, lai arī aplēse rāda, ka vajadzība pēc paliatīvās aprūpes gultām ir lielāka, atbilstoši ārstniecības iestāžu informācijai arī esošās paliatīvās aprūpes gultas ierobežoto cilvēkresursu dēļ nav noslogotas pietiekami (skat. 16. attēlu), paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai ir gaidīšanas rinda pat vairāk nekā pusgada garumā, finansējums ik gadu netiek apgūts plānotajā apmērā, turklāt vidēji 37 % paliatīvās aprūpes pacientu ir hospitalizēti citās stacionārajās pakalpojumu programmās. Revidentu ieskatā, tas liecina par ārstniecības iestāžu kapacitātes tūkumu īstenot paliatīvās aprūpes programmu atbilstoši paliatīvās aprūpes pacientu vajadzībām.



16. attēls. Ārstniecības iestāžu paliatīvās aprūpes gultu skaits un to noslodze.²⁰⁵

Atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem (skat. 17. attēlu) 2020.–2022. gadā vidēji 13 % pie ģimenes ārstiem reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem sniegti pakalpojumi paliatīvās aprūpes programmā.



17. attēls. Unikālo paliatīvās aprūpes pacientu un vidējais hospitalizāciju skaits paliatīvās aprūpes programmā sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2020.–2022. gadā.

Vidēji 14 līdz 20 % pacientu šos pakalpojumus saņēma vairākas reizes gadā, tomēr atkārtota pacientu hospitalizācija tās pašas stacionārās ārstniecības iestādes paliatīvās aprūpes programmā īsi pēc izrakstīšanas jeb 72 stundu laikā nav konstatēta, un, piemēram, 2022. gadā bija vien 1 % šādu gadījumu. Vidēji puse no visām paliatīvās aprūpes pacientu hospitalizācijām un arī unikālajiem paliatīvās aprūpes pacientiem bija divās V jeb terciārā līmeņa ārstniecības iestādēs – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”.

Lielākā daļa jeb 75 % paliatīvās aprūpes programmā hospitalizēto paliatīvās aprūpes pacientu bija onkoloģijas pacienti, 22 % – ar asinsrites sistēmas slimībām, bet 3 % – ar ādas un zemādas audu slimībām. Augstais onkoloģijas pacientu īpatsvars apliecina, ka Latvijā tāpat kā citās Eiropas valstīs paliatīvā aprūpe pārsvarā tiek sniegta onkoloģijas pacientiem.²⁰⁶

Atbilstoši Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācijas ieteikumiem²⁰⁷ paliatīvās aprūpes nodaļu mērķis ir paliatīvās aprūpes pacientiem mazināt ar slimību un terapiju saistītu diskomfortu un, ja iespējams, stabilizēt pacienta funkcionālo stāvokli, un piedāvāt pacientiem un tuviniekiem psiholoģisku un sociālu atbalstu. Paliatīvās aprūpes nodaļām ir jānodrošina mājīga atmosfēra ar klusām un privātām zonām. Minētais kopumā atbilst paliatīvajai aprūpei, kurā tiek ņemts vērā gan pacientu veselības stāvoklis, gan viņu emocionālā un sociālā labsajūta.

Revīzijā konstatēts, ka paliatīvās aprūpes programmas nodrošināšanā netiek pielietota vienota pieeja – paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta gan atsevišķās paliatīvās aprūpes nodaļās, gan paliatīvās aprūpes gultās dažāda profila nodaļās – Infekciju nodaļā, Ķirurģijas nodaļā, Ginekoloģijas nodaļā, Terapijas nodaļā, Neiroķirurģijas-neiroloģijas nodaļā, Hronisko pacientu aprūpes nodaļā un Iekšējo slimību nodaļā.

Nacionālais veselības dienests skaidroja²⁰⁸, ka neatkarīgi no veida, kā paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta, apmaksas nosacījumos tā ir definēta vienādi. Proti, aktīva, visaptveroša to pacientu aprūpe, kuru izārstēšana vairs nav iespējama, un šajā aprūpē prioritāra ir sāpju un citu simptomu, sociālo, psiholoģisko un garīgo problēmu kontrole. Dienests arī norādīja, ka, ja stacionārajā ārstniecības iestādē ir mazs paliatīvās aprūpes

gultu skaits, kas turklāt spēj nodrošināt pakalpojuma pieejamību konkrētajā reģionā, tad nebūtu racionāli veidot atsevišķu nodaļu, kurā vajadzības gadījumā nebūtu iespējams hospitalizēt līdzīga profila pacientus.

Tomēr, revidentu ieskatā, pacienta ārstēšana un paliatīvā aprūpe ir divas dažādas pieejas veselības aprūpē, kas tiek pielāgotas vai kombinētas atkarībā no pacienta stāvokļa un vajadzībām. Pacienta ārstēšanas mērķis ir novērst vai izārstēt slimību, bet paliatīvā aprūpe ir vērsta uz slimības simptomu un tās radīto ciešanu novēršanu vai mazināšanu un dzīves kvalitātes uzlabošanu pacientam ar neārstējamu un dzīvildzi ierobežojošu slimību, turklāt bieži vien dzīves beigu posmā, kad viens no izteiktiem simptomiem ir sāpes. Tāpēc, apvienojot pacientus, kuriem ir atšķirīgas vajadzības un stāvokļi, paliatīvās aprūpes pacienti visās stacionārajās ārstniecības iestādēs, kas īsteno paliatīvās aprūpes programmu, nesaņem visaptverošu, atbilstošu un individuāli pielāgotu specializēto paliatīvo aprūpi.

Vai ārstniecības iestādēm ir noteiktas prasības stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniegšanai un pacientiem tiek sniegta līdzvērtīga paliatīvā aprūpe?

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas un Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācijas ieteikumiem²⁰⁹ paliatīvās aprūpes nodaļa ir specializējusies paliatīvās aprūpes pacientu ārstēšanā un aprūpē. Tajā ir nepieciešama augsti kvalificēta, multidisciplināra komanda. Pamata personālu veido paliatīvajā aprūpē specializējušies ārsti un māsas, kuri nodrošina pacientu uzraudzību visu diennakti (ieteicamā ārstniecības personāla proporcija ir viena māsa uz vienu gultu un viens ārsts uz 5–6 gultām). Savukārt paplašinātajā komandā ir arī citi nepieciešamie profesionāļi, piemēram, psihologs, psihoterapeits, fizioterapeits, sociālais darbinieks vai kapelāns. Viens no galvenajiem slimnīcas paliatīvās aprūpes atbalsta komandas mērķiem ir pacientu paliatīvās aprūpes vajadzību novērtēšana un slimības simptomu mazināšana.

Vai ir nodrošināts paliatīvās aprūpes personāls?

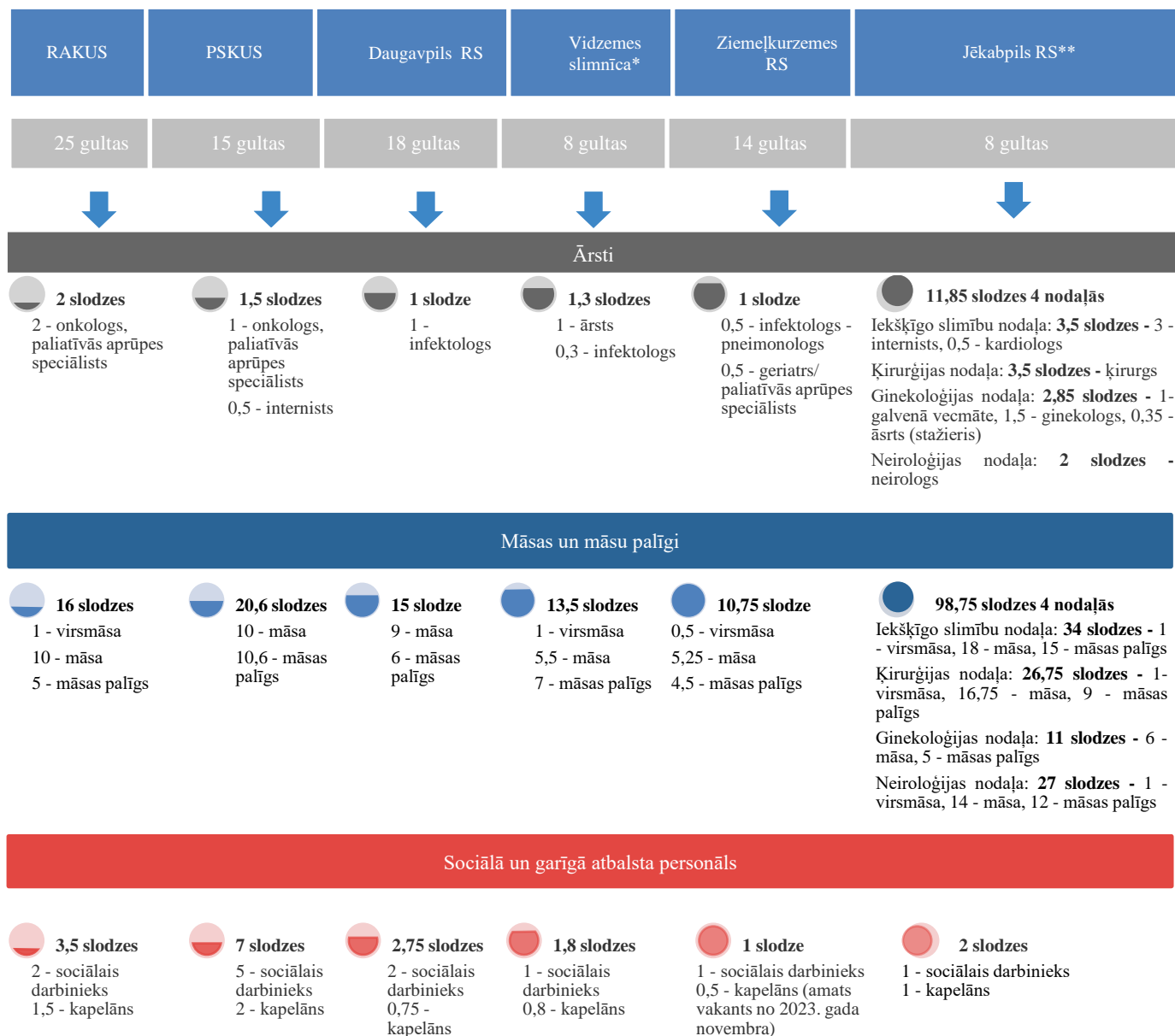
Veselības ministrija 2020. gada konceptuālajā ziņojumā par paliatīvo aprūpi²¹⁰ norādīja, ka prioritāri ir jānosaka katram veselības aprūpes līmenim atbilstoša multidisciplināra paliatīvās aprūpes speciālistu komanda. Tomēr ne normatīvajos aktos, ne līgumā par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ārstniecības iestādēm nav noteiktas prasības stacionārās paliatīvās aprūpes nodrošināšanai, tajā skaitā ārstniecības personāla sastāvam un pacientu skaitam uz konkrētu ārstniecības personālu²¹¹. Nacionālais veselības dienests norādīja²¹², ka ārstēšanas metožu un terapijas izvēle ir atkarīga no katra individuāla gadījuma un ir ārstējošā ārsta kompetencē.

Vienlaikus Nacionālais veselības dienests norādīja²¹³, ka paliatīvās aprūpes programmas nodrošinājumā ārstniecības iestādēm jāparedz ne tikai diennakts māsu uzraudzība, bet arī atbilstošas specialitātes ārsta diennakts dežūras. Atbilstošas specialitātes sertificēta ārsta diennakts uzraudzība nozīmē, ka ārstam ir atbilstošas zināšanas un kompetence, lai nodrošinātu paliatīvās aprūpes pacientu ārstniecību, bet tas nenozīmē, ka, piemēram, onkoloģijas pacientus var ārstēt tikai onkologs. Piemēram, arī internista kompetencē ir pacienta veselības stāvokļa izvērtēšana kopumā, izmantojot zināšanas gan, piemēram, geriatrijā, onkoloģijā un neatliekamās stāvokļos medicīnā, slimību diagnostika, ārstēšana, rehabilitācija un profilakse.

Tajā pat laikā revidenti vērs uzmanību, ka, nodrošinot paliatīvo aprūpi mājās, mobilās komandas sastāvam ir noteiktas šādas personāla prasības: sertificēts paliatīvās aprūpes speciālists vai internists, vai ģimenes ārsts vai neatliekamās medicīnas ārsts, vai geriatrs, vai anesteziologs reanimatologs, sertificēts fizioterapeits, sertificēts ergoterapeits, sertificēts uztura speciālists, ārsta palīgs vai vispārējās aprūpes māsa,

koordinators, klīniskā un veselības psihologa vai konsultatīvā psihologa, sociālā darbinieka, kapelāna, sociālā aprūpētāja un aprūpētāja pakalpojums.²¹⁴

Atbilstoši stacionāro ārstniecības iestāžu iesniegtajiem datiem²¹⁵ ārstniecības iestādēs ir atšķirīgs paliatīvās aprūpes programmas nodrošināšanā iesaistītā personāla sastāvs (skat. 18. attēlu).



* SIA "Vidzemes slimnīca" paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta hronisko pacientu aprūpes nodaļā (kopā 25 gultas), kurā izvietotas astoņas paliatīvās aprūpes gultas.

** SIA "Jekabpils reģionālā slimnīca" paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta četrās nodaļās (kopā 89 gultas), kurās astoņas paliatīvās aprūpes gultas izvietotas Iekšējīgo slimību nodaļā (piecas gultas), Ķirurģijas nodaļā (vienu gulta), Ginekoloģijas nodaļā (vienu gulta) un Neiroloģijas nodaļā (vienu gulta).

18. attēls. Paliatīvās aprūpes sniegšanā iesaistītā personāla slodzes un gultu skaits 2023. gadā.

Tikai trīs, tajā skaitā abās V jeb terciārā līmeņa, ārstniecības iestādēs, ir pieejams paliatīvās aprūpes speciālists, divās ārstniecības iestādēs par paliatīvo aprūpi ir atbildīgi infektologi, savukārt pārējās divās – dažāda profila nodaļu ārsti, piemēram, ķirurgs, urologs, ginekologs, dzemdību speciālists, internists, neuroķirurgs, neirologs un kardiologs. Tāpat ārstniecības iestādēs ir pieejams sociālais darbinieks un kapelāns.

Ārstniecības iestādes norādīja, ka pēc vajadzības ir pieejami arī citi speciālisti, piemēram, fizikālās un rehabilitācijas ārsts, fizioterapeits, ergoterapeits, uztura speciālists, psihoterapeits un citi. Tomēr, analizējot datus par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem 2022. gadā, konstatēts, ka nav identificējams, vai paliatīvās aprūpes programmā paliatīvās aprūpes pacientiem sniegti daudzveidīgi multidisciplināras komandas pakalpojumi. Pārsvārā tiek nodrošinātas funkcionālā speciālista²¹⁶ nodarbības, kas ir papildu apmaksājamas manipulācijas, un vien dažiem pacientiem – psihiatriskās palīdzības konsultācijas.

Gandrīz visās ārstniecības iestādēs paliatīvo pacientu aprūpē iesaistīto atbildīgo ārstu slodzes kopā nesasniedz trīs slodzes (ir robežās no 0,5 līdz 2,85 slodzēm), kas ļautu nodrošināt diennakts uzraudzību, savukārt visu diennakti pieejamas ir māsas un to palīgi. Tikai SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” divās nodaļās, kurās kopā ir izvietotas sešas paliatīvās aprūpes gultas, atbildīgo ārstu slodzes kopā pārsniedz trīs slodzes. Revīzijā Nacionālais veselības dienests norādīja²¹⁷, ka tas ir informēts par stacionāro ārstniecības iestāžu ārstu nakts dežūru nodrošināšanu visā slimnīcā, nevis konkrētā nodaļā.

Tādējādi situācijā, kad gandrīz visās ārstniecības iestādēs ārsti nav pieejami visu diennakti un to slodžu skaits ir nepietiekams, paliatīvā aprūpe ir pielīdzināma aprūpes pakalpojumam, kuram ārsta uzraudzība nakts stundās nav obligāta²¹⁸. Tomēr ārstu diennakts uzraudzība ir ietverta paliatīvās aprūpes programmas apmaksā, turklāt, revidentu ieskatā, tas nodrošinātu nepārtrauktu atbalstu pacientiem ar smagām slimībām un ļautu efektīvi pārvaldīt sāpes un citus nepatīkamus simptomus jebkurā laikā un garantētu, ka jebkuras komplikācijas vai ārkārtas situācijas tiek risinātas nekavējoshi.

Tāpat revīzijā konstatēts, ka ārstniecības iestādēs būtiskas atšķiras aprūpējamo pacientu skaits uz vienu ārsta vai māsas slodzi (skat. 13. tabulu).

13. tabula. Paliatīvās aprūpes pacientu (gultu) skaits uz vienu ārsta un māsas slodzi ārstniecības iestādēs, kuras īsteno pakalpojumu programmu “Paliatīvā aprūpe”.

Ārstniecības iestāde	Gultu skaits kopā	Ārstniecības iestāžu dati par gultu noslodzi	Faktiskais gultu skaits	Faktiskās ārstu slodzes kopā	Faktiskais pacientu (gultu) skaits uz vienu ārsta slodzi	Faktiskās māsas slodzes kopā	Faktiskais pacientu (gultu) skaits uz vienu māsas slodzi
1	2	3	4=2*3	5	6=4/5	7	8=4/7
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	25	84 %	21	2	10,5	11	1,9
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	15	61 %	9	1,5	6	10	0,9
Daugavpils reģionālā slimnīca	18	67 %	12	1	12	9	1,3
Vidzemes slimnīca ²¹⁹	8	100 %	8	0,5	16	2,4	3,3
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	14	61 %	9	1	9	5,75	1,6
Jēkabpils reģionālā slimnīca ²²⁰	8	17 % ²²¹	1	0,9	1	2	0,5
Rēzeknes slimnīca	4	57 %	2		Informācija netika iesniegta ²²²		

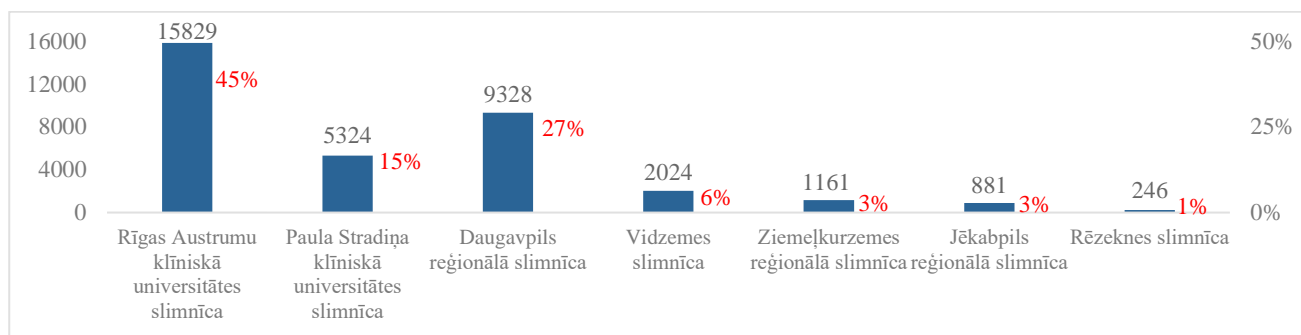
Uz vienu ārsta slodzi aprūpējamo pacientu skaits ir robežās no viena līdz 10 pacientiem, turklāt pacientu īpatsvars uz vienu slodzi atšķiras arī viena līmeņa ārstniecības iestādēs. Savukārt uz vienu māsas slodzi aprūpējamo pacientu skaits ir robežās no 0,5 līdz 3,3 pacientiem. Tas norāda, ka ārstniecības personas

paliatīvās aprūpes pacientiem velta atšķirīgu darba laika ilgumu, turklāt vairumā gadījumu pacientu īpatsvars uz vienu ārsta vai māsas slodzi ir lielāks, nekā rekomendē²²³ Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācija. Turklāt minētie aprēķini ir veikti, ņemot vērā faktisko gultu noslodzi. Ja gultu noslodze palielinātos, vēl vairāk samazinātos vienam paliatīvās aprūpes pacientam veltītais ārstniecības personas laiks.

Vai paliatīvās aprūpes manipulācijas tiek nodrošinātas līdzvērtīgi?

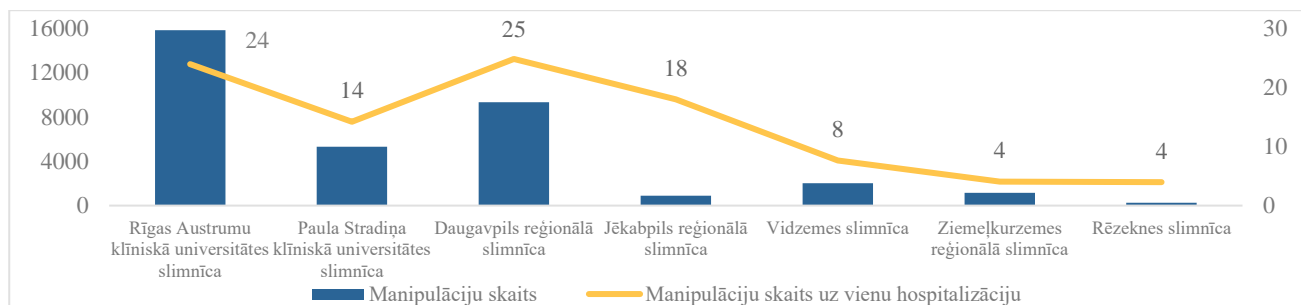
Sniedzot stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus, prioritāri nodrošina sāpju un citu simptomu, kā arī sociālo, psiholoģisko un garīgo problēmu kontroli²²⁴. Lai vērtētu, vai paliatīvās aprūpes pacienti saņem līdzvērtīgu paliatīvo aprūpi, revīzijā analizēti un salīdzināti dati par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem jeb veiktajām manipulācijām²²⁵ 2022. gadā.

45 % no visām veiktajām manipulācijām ir nodrošinātas SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” hospitalizētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem (skat. 19. attēlu).



19. attēls. Paliatīvās aprūpes programmā 2022. gadā hospitalizētajiem pacientiem veikto manipulāciju skaits un īpatsvars.

Starp viena un arī dažāda līmeņa ārstniecības iestādēm ir atšķirīgs uz vienu hospitalizāciju veikto manipulāciju skaits – robežās no četrām līdz 25 manipulācijām (skat. 20. attēlu). Kopumā uz vienu hospitalizāciju veikto manipulāciju skaits ir lielāks V līmeņa ārstniecības iestādēs un arī IV līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”. Revidentu ieskatā, tas liecina gan par iespējamām dažādām pacientu vajadzībām, gan atšķirībām paliatīvās aprūpes nodrošināšanā, resursu pieejamībā un izmantošanā dažādās ārstniecības iestādēs.

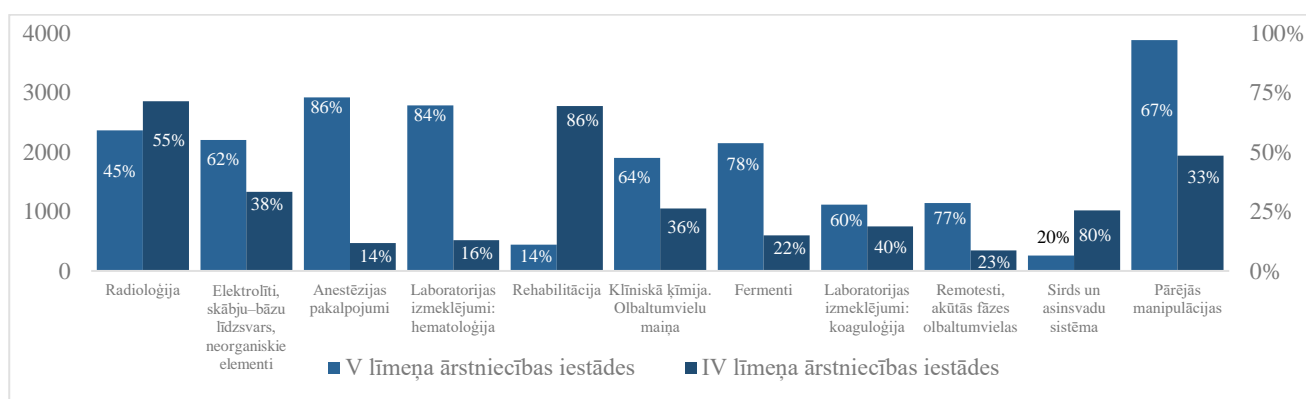


20. attēls. Paliatīvās aprūpes programmā hospitalizētajiem pacientiem veikto manipulāciju skaits uz vienu hospitalizāciju sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2022. gadā.

Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” ir būtiska atšķirība kopējo un uz vienu hospitalizāciju veikto manipulāciju skaitā. Turklāt uz vienu hospitalizāciju veikto manipulāciju

skaits ir augstāks nekā VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kas sniedz terciāros veselības aprūpes pakalpojumus. Piemēram, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” uz 375 hospitalizācijām ir veiktas 24 vēdera dobuma vai mazā iegurņa datortomogrāfijas²²⁶, kamēr SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” uz 49 hospitalizācijām – 97 šādas manipulācijas. Revidenti neapšaubā veikto manipulāciju nepieciešamību, tomēr tas var arī liecināt par nevienlīdzīgu pieeju ārstniecības iestādēs šo izmeklējumu veikšanā un, iespējams, atšķirīgu pacientu aprūpi. Proti, ja izmeklējumi tiek veikti pamatoti un balstīti uz medicīniskām indikācijām, tad tas var nodrošināt precīzāku diagnostiku un labāku ārstēšanas plānošanu, bet pārmērīga diagnostikas izmeklējumu veikšana bez pietiekama pamatojuma var radīt lieku slodzi pacientiem un palielināt arī veselības aprūpes izmaksas. Revidentu ieskatā, par iepriekš minēto var pārliecināties, tikai padziļināti vērtējot pacientu medicīnisko dokumentāciju.

Tāpat kā manipulāciju skaits, arī to veidi atšķiras IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs (skat. 21. attēlu).



21. attēls. Paliatīvās aprūpes programmā 2022. gadā hospitalizētajiem pacientiem veikto manipulāciju skaits un īpatsvars sadalījumā pa 10 visvairāk izmantoto manipulāciju kategorijām IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs.

V līmeņa ārstniecības iestādēs būtiski vairāk veic anestēzijas pakalpojumu manipulācijas, no kurām vislielāko īpatsvaru jeb 91 % veido enterālās un parenterālās barošanas manipulācijas²²⁷. Savukārt IV līmeņa ārstniecības iestādēs veikto rehabilitācijas manipulāciju skaits ir lielāks nekā V līmeņa ārstniecības iestādēs. Minētie piemēri liecina, ka, iespējams, IV līmeņa ārstniecības iestādēs nonāk mazāk smagi paliatīvās aprūpes pacienti salīdzinājumā ar V līmeņa ārstniecības iestādēm. Tomēr revidenti vērš uzmanību, ka pakalpojumus paliatīvās aprūpes programmā visām ārstniecības iestādēm apmaksā vienādi.

Vai uz stacionāro paliatīvo aprūpi ir jāgaida rindā, un vai tā ir pieejama bez ierobežojuma laikā?

Paliatīvajai aprūpei ir jābūt pieejamai visiem pacientiem, kam tā ir nepieciešama, jebkurā laikā un bez kavēšanās, tajā skaitā arī stacionārās paliatīvās aprūpes nodaļā.²²⁸

Valstī nav noteikts, ka, piemēram, paliatīvās aprūpes pakalpojums ir jāsniedz nekavējoties vai arī noteiktā maksimālajā termiņā un šī pakalpojuma saņemšanai ir rindas. Piemēram, 01.04.2024. gaidīšanas rinda²²⁹ uz pakalpojumiem paliatīvās aprūpes programmā:

- ✓ SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” bija 25 nedēļas jeb vairāk nekā pusgads un rindā gaidīja 214 pacienti;

- ✓ VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā” – īsāka par četrām nedēļām un rindā gaidīja 10 pacienti;
- ✓ SIA “Vidzemes slimnīca” – viena nedēļa un rindā gaidīja pieci pacienti.

Informācija par rindām pārējās ārstniecības iestādēs, kas īsteno paliatīvās aprūpes programmu, nav norādīta.

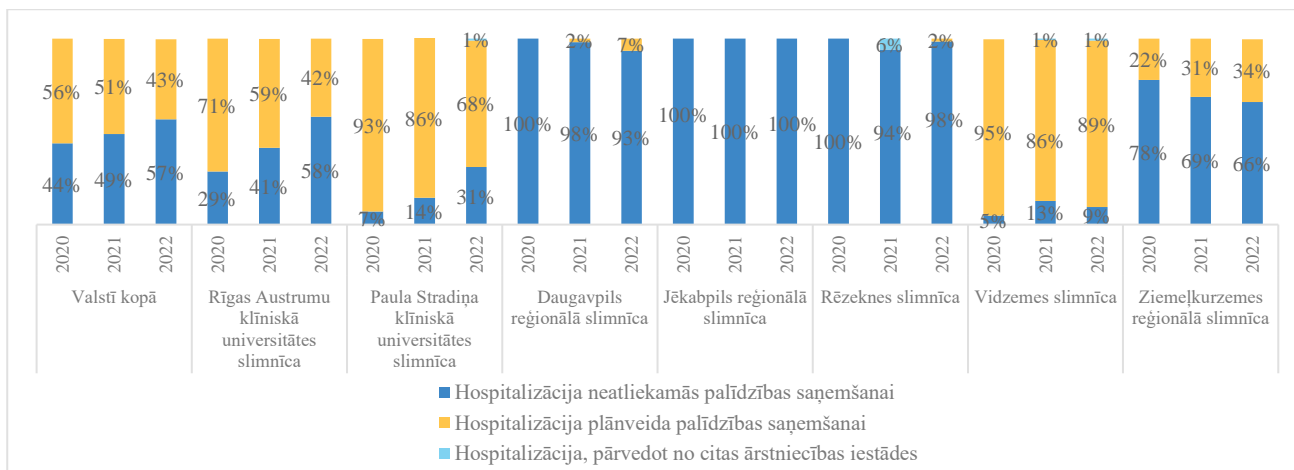
Vienlaikus revidenti norāda, ka Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē publicēto gaidīšanas laiku vēl vairāk pagarina pacienti, kuri stacionārajā ārstniecības iestādē nonāk ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi, vai arī kuri pēc akūta ārstēšanās perioda turpmākai paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņemšanai pārvesti no citas stacionārās ārstniecības iestādes nodaļas vai augstāka līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes.

Būtisko atšķirība rindu garumā un rindā gaidošo pacientu skaitā starp abām V līmeņa ārstniecības iestādēm Nacionālais veselības dienests skaidro²³⁰ ar vēsturiski izveidojušos situāciju, ka onkoloģijas pacienti izvēlas saņemt pakalpojumu SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā”, jo vairāk nekā 90 % šīs ārstniecības iestādes pacientiem ir norādīta kāda no ļaundabīga audzēja diagnozēm. Tādējādi, ņemot vērā abu V līmeņa ārstniecības iestāžu gultu skaitu onkoloģijas profilā salīdzinājumā ar kopējo paliatīvās aprūpes profila gultu skaitu, izveidojas situācija ar milzīgu atšķirību rindu garumā.

Tomēr revīzijā ir konstatēta arī atšķirīga prakse²³¹ paliatīvās aprūpes pacientu uzņemšanā abās V līmeņa ārstniecības iestādēs. Proti, SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā” rindu veido trīs pacientu plūsmas – ārējā plānveida (pēc iepriekšēja pieraksta), iekšējā (starp ārstniecības iestādes struktūrvienībām) un neatliekamā (pacientus atved Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde), savukārt VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā” galvenokārt ir viena pacientu plūsma – iekšējā. Atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem 2022. gadā SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā” paliatīvās aprūpes programmā vien 19 % ir iekšējie pacienti, savukārt VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā” – 82 %. Revidentu ieskatā, arī atšķirīgā pacientu uzņemšanas kārtība izskaidro būtisko rindu garuma atšķirību abās minētajās V līmeņa ārstniecības iestādēs, tomēr Veselības ministrijai būtu jāvērtē, vai izveidojusies prakse atbilst pacientu interesēm.

Revidentu ieskatā, stacionāro paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai nevar būt gaidīšanas rindas, turklāt vairāku nedēļu garumā. Tā kā stacionārā paliatīvā aprūpe būtu jānodrošina īpašu kompleksu vajadzību gadījumā, kuru risināšana nevar gaidīt, tad šie pakalpojumi jau pēc savas būtības atbilst neatliekamajai, nevis plānveida palīdzībai. Ņemot vērā iepriekš minēto, paliatīvās aprūpes pacientiem nepieciešamā palīdzība netiek nodrošināta savlaicīgi un pacientu vajadzības neatbilst ārstniecības iestāžu pieejamajiem resursiem. Turklāt pašā veselības resorā nav vienprātības²³², vai stacionārie pakalpojumi paliatīvās aprūpes programmā pacientam ir jāsaņem plānveida (gaidot rindā) vai neatliekamā kārtā.

Atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem (skat. 22. attēlu) arī V un IV līmeņa ārstniecības iestādēs atšķiras pacientu hospitalizācijas veids paliatīvās aprūpes programmā, līdz ar to pacienti paliatīvās aprūpes pakalpojumus nesaņem vienlīdz savlaicīgi. V līmeņa ārstniecības iestādēs pacientus vidēji vairāk uzņem plānveida kārtā. Vienlaikus, piemēram, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā” plānveidā uzņemto pacientu īpatsvars ir aptuveni divas reizes lielāks nekā SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcā”. Tas, revidentu ieskatā, saistīts ar iepriekš minēto atšķirīgo praksi paliatīvās aprūpes pacientu uzņemšanā šajās iestādēs. Savukārt IV līmeņa ārstniecības iestādēs, izņemot SIA “Vidzemes slimnīcā”, gandrīz visi pacienti hospitalizēti neatliekamā kārtā.



22. attēls. Hospitalizācijas veidi²³³ paliatīvās aprūpes programmā 2020.–2022. gadā.

Paliatīvās aprūpes programmā nav noteikts hospitalizācijas ilgums un Nacionālais veselības dienests norādīja²³⁴, ka pakalpojums ir nodrošināms atbilstoši medicīniskajām indikācijām un nepieciešamībai. Vienlaikus atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifam šai pakalpojumu programmai apmaksātais vidējais vienas hospitalizācijas ilgums ir 9,5 dienas. Arī atbilstoši datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem 2020.–2022. gadā lielākā daļa jeb vidēji 67 % paliatīvās aprūpes pacientu uzturēšanās ilgums stacionārā bija līdz 9,5 dienām.

Tomēr revīzijā arī konstatēta tendence, ka pacienti, nepārtraukti atrodoties vienā ārstniecības iestādē, tiek secīgi hospitalizēti vairākās pakalpojumu programmās, tajā skaitā arī paliatīvās aprūpes (skat. tālāk revīzijas ziņojumā). Līdz ar to revīzijā noteiktais vidējais hospitalizācijas ilgums paliatīvās aprūpes nodaļā neatbilst faktiskajai situācijai par laiku, kad pacientam ir bijusi nepieciešama aprūpe.

Paliatīvās aprūpes pacientu secīga hospitalizācija vairākās pakalpojumu programmās

Līgums par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu ietver tajā skaitā stacionārā veiktā darba apmaksas nosacījumus un no stacionāra izrakstītā (mirušā) pacienta kartes aizpildīšanas vadlīnijas.²³⁵

Analizējot datus par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem 2022. gadā, konstatēts, ka 11 % no paliatīvās aprūpes programmā hospitalizētajiem unikālajiem pacientiem pirms vai pēc šo pakalpojumu saņemšanas ir hospitalizēti tās pašas ārstniecības iestādes pakalpojumu programmā “Hronisko pacientu aprūpe” (turpmāk – hronisko pacientu aprūpes programma). Tādējādi vienam unikālajam pacientam Nacionālā veselības dienesta Vadības informācijas sistēmā par vienu nepārtrauktu hospitalizāciju tiek noformētas vairākas atsevišķas no stacionāra izrakstītā (mirušā) pacienta kartes, kas mākslīgi palielina ārstniecības iestādes vairāku pakalpojumu programmu statistiskos rādītājus par hospitalizācijām un piešķirtā finansējuma apmēru, jo faktiski tiek ārstēts viens patients.

Pirmkārt, analizējot datus par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem 2022. gadā, konstatēta pacientu secīga hospitalizācija no hronisko pacientu aprūpes programmas uz paliatīvās aprūpes programmu (piemēru skat. pielikuma 1. tabulā).

Nacionālais veselības dienests stacionārajām ārstniecības iestādēm par hronisko pacientu aprūpi ar ārstēšanās ilgumu līdz 14 gultsdienām samaksā viena pacienta ārstēšanas tarifu 749,25 euro, savukārt no

15. ārstēšanās dienas maksā gultasdienas tarifu 91,74 *euro*.²³⁶ Minētais nozīmē, ka hronisko pacientu aprūpe netiek ierobežota dienās. Nacionālais veselības dienests norādīja²³⁷, ka pēc pacienta ārstēšanas hronisko pacientu aprūpes programmā nebūtu korekti to secīgi pārvest tālākai aprūpei paliatīvās aprūpes programmā, veidojot vēl vienu apmaksājamu hospitalizācijas gadījumu. Ja pacientam nepieciešams turpināt saņemt stacionāro veselības aprūpi, tā nodrošināma tās pašas hronisko pacientu aprūpes programmas ietvaros.

Revīzijā konstatēts, ka 4 % pacientu pirms hospitalizācijas paliatīvās aprūpes programmā tajā pašā dienā izrakstīti no tās pašas ārstniecības iestādes hronisko pacientu aprūpes programmas. Turklāt 90 % gadījumu pacientu paliatīvās aprūpes saņemšanai nosūtīja tā pati ārstniecības iestāde, kurā pacients pirms tam saņēma hronisko aprūpi.

Otrkārt, analizējot datus par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem 2022. gadā, konstatēta arī iepriekš minētajiem gadījumiem pretēja tendence, proti, pacientu secīga hospitalizācija no paliatīvās aprūpes programmas uz hronisko pacientu aprūpes programmu (piemēru skat. pielikuma 2. tabulā).

Atbilstoši no stacionāra izrakstītā (mirušā) pacienta kartes aizpildīšanas vadlīnijām gadījumā, ja pacients pēc pakalpojumu saņemšanas kādā no stacionārās veselības aprūpes programmām secīgi turpina saņemt veselības aprūpi citā vadlīnijās noteiktā programmā, par to ārstniecības iestāde aizpilda stacionārās kartes pielikumu. Tomēr saskaņā ar minētajām vadlīnijām un Nacionālā veselības dienesta skaidrojumu²³⁸ paliatīvās aprūpes programma nav iekļauta to programmu skaitā, no kuras izrakstoties būtu aizpildāms kartes pielikums par aprūpes turpināšanu citā programmā.

Kā norādīja²³⁹ Nacionālais veselības dienests, ārstniecības iestādei maksā viena pacienta ārstēšanas tarifu par paliatīvās aprūpes pakalpojumu neatkarīgi no pacienta ārstēšanas ilguma. Ja pacients ārstniecības iestādē ārstējās ilgāku periodu nekā šobrīd ir ierēķināts tarifā, tad pie nākamās tarifa pārrēķināšanas tas tiks ņemts vērā, nosakot vidējo ārstēšanās ilgumu pakalpojumu programmā. Tomēr, kā norādīts tālāk revīzijas ziņojumā, Nacionālais veselības dienests kopš 2009. gada nav pārskatījis paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifa atbilstību faktiskajiem datiem.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta skaidrojumu²⁴⁰ gadījumā, ja pēc izrakstīšanas no paliatīvās aprūpes programmas pacientu hospitalizē tās pašas ārstniecības iestādes hronisko pacientu aprūpes programmā, ārstniecības iestādei šāda pacienta aprūpe ir jāuzskaita kā viens hospitalizācijas gadījums un, dienesta ieskatā, pacientam ārstēšana nodrošināma vienas programmas ietvaros un nav pamata veidot pēctecīgu (tūlītēju) hroniskās aprūpes gadījumu.

Tomēr 6 % no pacientiem pēc izrakstīšanas no paliatīvās aprūpes programmas tajā pašā vai nākamajā dienā ir secīgi hospitalizēti tās pašas ārstniecības iestādes hronisko pacientu aprūpes programmā. Turklāt vairumā gadījumu nosūtītājs uz hronisko aprūpi ir tā pati iestāde, kurā pacients pirms tam saņēma paliatīvo aprūpi.

Treškārt, papildus iepriekš minētajiem gadījumiem konstatēts, ka 1 % no visiem paliatīvās aprūpes pacientiem, kuri hospitalizēti paliatīvās aprūpes programmā, tajā pašā vai nākamajā dienā ir secīgi, turklāt vairākkārt hospitalizēti tās pašas ārstniecības iestādes hronisko pacientu aprūpes vai paliatīvās aprūpes programmās (piemēru skat. pielikuma 3. tabulā). Visos gadījumos pacientu paliatīvās vai hroniskās aprūpes saņemšanai nosūta tā pati ārstniecības iestāde, kurā pacients pirms tam saņēma attiecīgo aprūpi.

Atbilstoši ārstniecības iestāžu sniegtajai informācijai, kā iemesli pacientu secīgai ārstēšanai dažādās pakalpojumu programmās, tika norādīti, piemēram, pacientam ir nepieciešams turpināt aprūpi, ko nav iespējams vai ir problemātiski realizēt ambulatori vai dzīvesvietā, paliatīvās aprūpes programmas apmaksas

nosacījumi, saņemot fiksētu samaksu neatkarīgi no ārstēšanās ilguma, kā arī ierobežotās iespējas saņemt secīgus sociālos pakalpojumus.

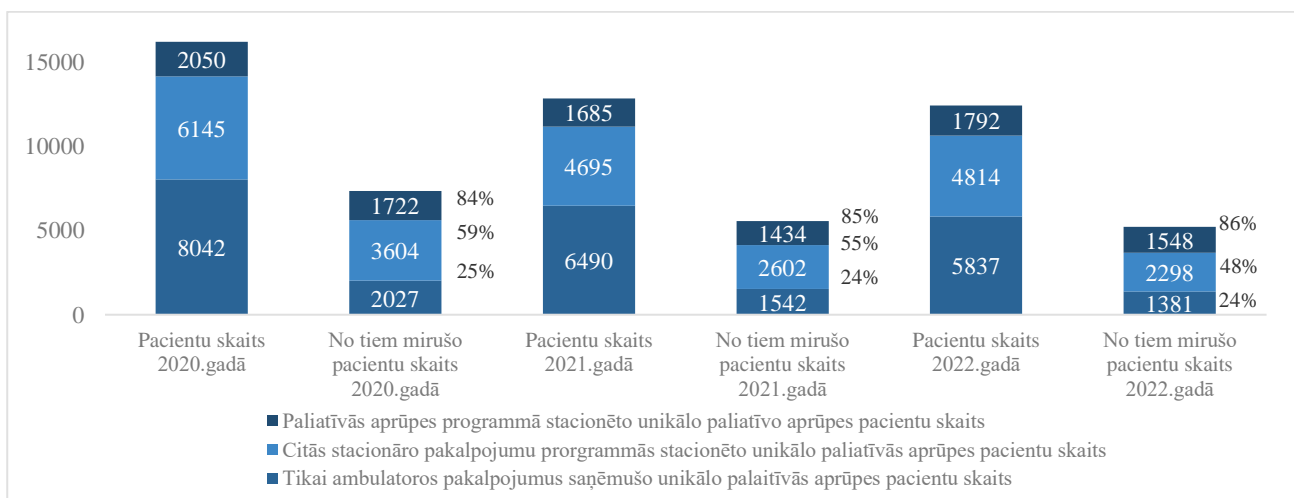
Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam²⁴¹ pacients no stacionāra izrakstāms vienīgi brīdī, kad to atļauj medicīniskās indikācijas un par to ir lēmis ārstējošais ārsts, nevis tad, kad izsmelts tarifā iekļautais gultasdienu skaits. Šāda rīcība ir nekorekta un kropļo kopējo veselības aprūpes pakalpojumu statistiku, kā arī par vienu pacientu tiek veikta apmaksā vairākās programmās. Vienlaikus dienests norādīja, ka katrs gadījums vērtējams individuāli, ņemot vērā medicīnisko dokumentāciju un noskaidrojot iestādes argumentus šādai rīcībai.

Izvērtējot esošo situāciju, kas saistīta ar datu kvalitāti un ārstniecības iestāžu pakalpojumu uzskaites “kultūru”, kā arī Nacionālā veselības dienesta rīcībā pieejamos cilvēkresursus (kuru kapacitāte ir nepietiekama, lai spētu nodrošināt pilnīgu, manuālu datu analīzi un kontroli), dienests ir secinājis, ka ir nepieciešami sistēmiski risinājumi, tajā skaitā jaunas pamata un loģiskās pārbaudes Vadības informācijas sistēmā. Nacionālais veselības dienests ir uzsācis darbu pie stacionārās paliatīvās aprūpes apmaksas modeļa maiņas, kas paredzētu ne vien precīzi noteikt, kādi pakalpojumi sniedzami paliatīvās aprūpes programmā, bet, iespējams, arī mainīt apmaksas principu – maksājot pēc gultasdienām un pacientam veiktajām manipulācijām.

Vai vairumam pacientu paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta ambulatori, tādējādi samazinot stacionāri aprūpējamo pacientu skaitu?

Atbilstoši starptautiskajai praksei²⁴² lielākajai daļai paliatīvās aprūpes pacientu tiek nepieciešamā paliatīvā aprūpe būtu jāsaņem ambulatori.

Analizējot datus par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem, konstatēts, ka 2020.–2022. gadā vidēji 13 % no kopējā unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaita saņēma pakalpojumus paliatīvās aprūpes programmā (skat. 23. attēlu). Tas varētu atbilst starptautiskajai praksei, ka tikai nelielai daļai pacientu ir nepieciešami specializētie paliatīvās aprūpes pakalpojumi. Tomēr no tiem vidēji 82 % pacientu nesaņēma ambulatoros paliatīvās aprūpes pakalpojumus.



23. attēls. Revīzijas apjomā iekļauto unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits sadalījumā pēc pakalpojumu veida un attiecīgā gada paliatīvās aprūpes pacientu mirstības rādītāji 2020.–2022. gadā.

Tajā pašā laikā vēl vidēji 37 % no kopējā unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaita, kuri saņēmuši paliatīvo aprūpi ambulatori, ir hospitalizēti citās stacionāro pakalpojumu programmās, tajā skaitā vairāk kā puse – neatliekamo²⁴³ pakalpojumu saņemšanai.

Revidenti neapšaubā, ka pacienti citās programmās ir hospitalizēti pamatoti. Proti, lai novērtētu šo pacientu vajadzības tieši pēc paliatīvās aprūpes, ir nepieciešama detalizēta medicīniskās dokumentācijas analīze. Tomēr, ņemot vērā, ka kopumā ir hospitalizēti vidēji 50 % paliatīvās aprūpes pacientu, revidentu ieskatā, augstais citās pakalpojumu programmās hospitalizēto paliatīvās aprūpes pacientu īpatsvars var liecināt, ka pacientiem, iespējams, nav pieejama paliatīvā aprūpe ambulatori – pie ģimenes ārsta, mājās vai speciālista –, kā arī stacionārajā paliatīvās aprūpes programmā. To, ka lielākajai daļai citās pakalpojumu programmās hospitalizēto pacientu veselības stāvoklis ir bijis smags un prognozētā dzīvildze ierobežota, apliecina šo pacientu augstie mirstības rādītāji – vidēji 54 % no attiecīgajā gadā hospitalizētajiem pacientiem tajā gadā arī nomirst.

Kā tiek plānots stacionārās paliatīvās aprūpes pacientu skaits un finansējums, un vai finansējums tiek apgūts?

Atbilstoši normatīvajam aktam²⁴⁴ samaksas apmēru kārtējam gadam stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem Nacionālais veselības dienests nosaka, paliatīvās aprūpes programmā plānoto pacientu skaitu reizinot ar programmā noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu, kurā ir ietverta gan samaksa par gultasdienu, gan veiktajām manipulācijām. Savukārt plānoto pacientu skaitu ārstniecības iestādei dienests nosaka, ņemot vērā faktiski ārstēto pacientu skaitu (12 mēnešu laikā – no 1. septembra līdz 31. augustam), bet ne mazāku kā iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu.

Savukārt, ja pakalpojumu sniedzējs neizpilda līgumā noteikto pakalpojumu apjomu, Nacionālais veselības dienests veic līguma finanšu apmēra pārplānošanu – samazina iezīmēto maksājumu par pakalpojumiem, ņemot vērā faktiski ārstēto pacientu skaitu attiecīgajā pakalpojumu veidā. Pārplānošanas rezultātā iegūtos finanšu līdzekļus novirza tām ģeogrāfiski tuvākās stacionārās ārstniecības iestādes attiecīgajai pakalpojumu programmai, ja vien ārstniecības iestādei ir nepieciešamie resursi plānotā līguma apjoma pieauguma izpildei.

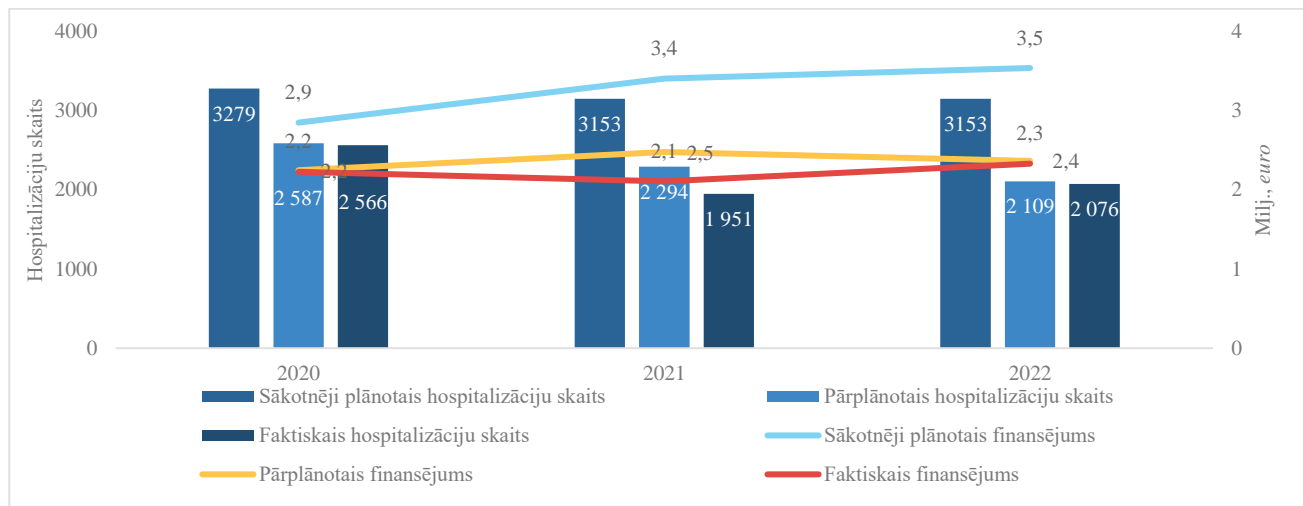
Stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai 2020.–2022. gadā faktiski ik gadu vidēji tiek izlietots finansējums 2,2 milj. *euro* apmērā (neskaitot pacientu līdzmaksājuma kompensāciju), nodrošinot vidēji 2200 hospitalizācijas (skat. 14. tabulu).

14. tabula. Faktiskais hospitalizāciju²⁴⁵ skaits un finansējums paliatīvās aprūpes programmā 2020.–2022. gadā.²⁴⁶

	2020	2021	2022
Faktiskais hospitalizāciju skaits	2566	1951	2076
Faktiskais finansējums, <i>euro</i>	2 229 617	2 107 782	2 330 975
Pacientu līdzmaksājuma kompensācija par atbrīvotajām personu kategorijām	211 044	169 041	192 149

Paliatīvās aprūpes programmā 2020.–2022. gadā ik gadu faktiski veikts mazāks hospitalizāciju skaits, nekā iepriekšējā gada sākumā. Tāpēc veikta pārplānošana un plānotais hospitalizāciju skaits samazināts par vidēji 865 hospitalizācijām gadā, kas atbilst vidēji 900 tūkst. *euro* gadā²⁴⁷ (skat. 24. attēlu). Tomēr veikto hospitalizāciju skaits ik gadu ir vēl mazāks par jau gada laikā pārplānoto hospitalizāciju skaitu. Līdz ar to

faktiski veikto hospitalizāciju skaits ir par 34 % mazāks, nekā plānots gada sākumā, un par 2 % mazāks, nekā plānots ar veiktajām izmaiņām.

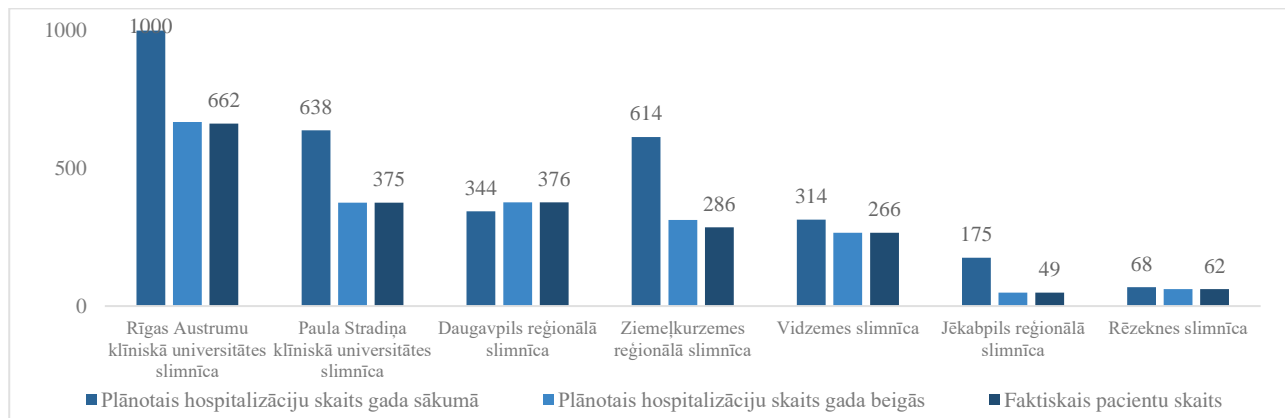


24. attēls. Paliatīvās aprūpes programmas izpilde 2020.–2022. gadā.

Kā skaidroja²⁴⁸ Nacionālais veselības dienests, lai gadu no gada saglabātu paliatīvās aprūpes pakalpojuma pieejamību, pacientu skaitu kārtējam gadam nosaka ne mazāku kā sākotnēji līgumā plānoto, tas ir, ņemot vērā gada sākumā plānoto, nevis gada laikā samazināto pacientu skaitu.

Tomēr 2022. gadā tikai 3 % no vairāk nekā 1,2 milj. euro paliatīvās aprūpes nodrošināšanai plānotā, bet neizlietotā finansējuma, ir pārdalīti citai ārstniecības iestādei šī paša pakalpojuma nodrošināšanai. Pārējais finansējums ir pārdalīts citu pakalpojumu nodrošināšanai tajā pašā vai citā ārstniecības iestādē. Tas liecina, ka ārstniecības iestādes kopumā nav gatavas palielināt līguma apjomu paliatīvās aprūpes programmā. Sākotnēji paliatīvās aprūpes nodrošināšanai plānotais finansējums vēlāk pārdalīts citu pakalpojumu, piemēram, vēdera un krūšu aortas endoprotezēšanas un mikroķirurgijas, nodrošināšanai tajās pašās ārstniecības iestādēs.

Lai gan lielākajā daļā ārstniecības iestāžu gada laikā tiek būtiski samazināts un pārplānots plānoto hospitalizāciju skaits (skat. 25. attēlu), vairākās ārstniecības iestādēs ir jāgaida rindā, lai saņemtu paliatīvās aprūpes pakalpojumus²⁴⁹, tajā skaitā abās V Īmeņa ārstniecības iestādēs.



25. attēls. Plānotais un faktiskais hospitalizāciju skaits paliatīvās aprūpes programmā 2022. gadā.

Kā skaidroja SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”²⁵⁰, ārstniecības iestādē paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta smagiem onkoloģijas pacientiem. Ārstniecības iestādē paliatīvās aprūpes nodrošināšanai ir pieejamas 25 paliatīvās aprūpes gultas, tomēr, ņemot vērā personāla resursu trūkumu un ierobežoto iespēju izrakstīt pacientu no ārstniecības iestādes aprūpes saņemšanai citur, nav iespējams nodrošināt visu gadam plānotā pacientu skaita ārstēšanu. Tāpat SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” skaidroja, ka paliatīvās aprūpes ārējā plānveida rindā tiek iekļauti pacienti, kas uz pakalpojumu “var gaidīt”, bet, ja pacientam paliatīvā aprūpe ir nepieciešama nekavējoties, pacients tiek uzņemts neatliekamā kārtā.

Vai paliatīvās aprūpes programmas apmaksas tarifs ir ekonomiski pamatots?

Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu programmu, tajā skaitā paliatīvās aprūpes, viena pacienta ārstēšanas tarifa aprēķināšanas kārtību reglamentē Nacionālā veselības dienesta iekšējais normatīvais akts par veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanu²⁵¹, kas nosaka:

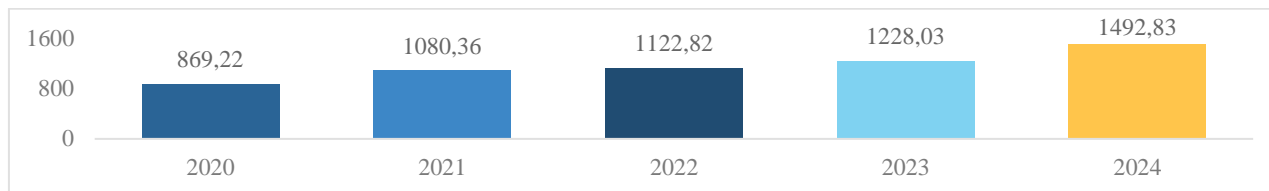
- ✓ viena pacienta ārstēšanas tarifu aprēķina, izmantojot Vadības informācijas sistēmas Stacionāro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas datus par iepriekšējā periodā no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātajiem stacionārā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ viena pacienta ārstēšanas tarifu aprēķina:
 - summu par gultasdienām iegūst, reizinot gultasdienu skaitu ar gultasdienas tarifu, kas noteikts normatīvajā aktā²⁵²;
 - summu par manipulācijām iegūst, reizinot manipulāciju (kas manipulāciju sarakstā atzīmētas ar zvaigznīti (*)) skaitu ar manipulāciju tarifu;
 - abu iepriekšminēto summu kopsummu dalot ar hospitalizāciju skaitu, iegūst viena pacienta ārstēšanas tarifu;
- ✓ ja vairākas stacionārās ārstniecības iestādes īsteno attiecīgo pakalpojumu programmu, viena pacienta ārstēšanas tarifu aprēķina, izmantojot to stacionāro ārstniecības iestāžu datus, kurās pakalpojums sniegts par zemākajām izmaksām un kurās ārstējušies vismaz 20 % no kopējā pacientu skaita attiecīgajā pakalpojumu programmā;
- ✓ viena pacienta ārstēšanas tarifu pārrēķina vismaz reizi trīs gados.

Paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifu saskaņā ar normatīvo aktu²⁵³ piemēro gan V, gan arī IV līmeņa ārstniecības iestādēm.

Viena pacienta ārstēšanas tarifs ir aprēķināts, ņemot vērā 2009. gada jeb vairāk nekā 10 gadus vecus V līmeņa ārstniecības iestāžu – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” – datus par pacientu un gultasdienu skaitu un manipulāciju klāstu un skaitu šajā pakalpojumu programmā. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam²⁵⁴, lai tarifu pārrēķinātu, ņemot vērā aktuālāku informāciju par faktiski sniegto pakalpojumu apjomu, un nodrošinātu tā faktisku apmaksu, ir nepieciešams papildu finansējums.

Lai arī kopš 2009. gada nav pārskatīts paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs, ņemot vērā aktuālākos datus par faktisko pacientu un gultasdienu skaitu un manipulācijām, tomēr tarifs

vairākkārt ir aktualizēts un palielināts, ņemot vērā tarifā iekļauto darba samaksas, ēdināšanas un netiešo izmaksu palielinājumu. Tarifs 2024. gadā ir pieaudzis par 72 %, salīdzinot ar 2020. gadu (skat. 26. attēlu).



26. attēls. Paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs (euro) 2020.–2024. gadā.

Paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs nav aprēķināts atbilstoši Nacionālā veselības dienesta iekšējā normatīvā akta²⁵⁵ prasībai, kuras rezultātā tarifa aprēķinā jāizmanto V līmeņa ārstniecības iestāžu dati. Tādējādi, lai arī tarifs ir aprēķināts²⁵⁶, izmantojot divu V līmeņa ārstniecības iestāžu datus, tomēr viena no tarifu veidojošām komponentēm – summa par gultasdienām – aprēķināta, gultasdienu skaitu kļūdaini reizinot ar IV līmeņa ārstniecības iestādes gultasdienas tarifu, kas ir mazāks (skat. 15. tabulu).

Nacionālais veselības dienests skaidroja²⁵⁷, ka tehniskā neprecizitāte radusies personāla mainības un trūkumu darbu nodošanā un apmācībā dēļ, tomēr dienests nevarēja paskaidrot, kā šī kļūda ir ieviesusies.

Ņemot vērā minēto, paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs ir kļūdaini aprēķināts mazākā apmērā, līdz ar to arī ārstniecības iestādēm samaksa par stacionārajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem ir veikta mazākā apmērā. Revīzijā aplēsts, ka par nodrošinātajiem stacionārajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem 2020.–2023. gadā ārstniecības iestādēm nav samaksāti vairāk kā 989 tūkst. euro.

15. tabula. Paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifā iekļautā gultasdienas tarifa korekcijas ietekme 2020.–2023. gadā.

Pozīcijas nosaukums	2020	2021	2022	2023
Viena pacienta ārstēšanas tarifs (kļūdaini piemērojot IV līmeņa ārstniecības iestādes gultasdienas tarifu), euro	869,22	1080,36	1122,82	1228,03 (no 01.04.2023.)
Faktiskais hospitalizāciju skaits	2566	1951	2076	2698
Faktiskais finansējums, euro	2 229 617	2 107 782	2 330 975	3 248 806
Viena pacienta ārstēšanas tarifs (piemērojot V līmeņa ārstniecības iestādes gultasdienas tarifu), euro	955,77	1189,07	1234,96	1350,15
Tarifa starpība, ņemot vērā labojumu gultasdienas tarifā, euro	-86,55	-108,71	-112,14	-122,12
Finansējuma starpības aplēse ²⁵⁸ , euro	222 087	212 093	232 803	322 748
Finansējuma starpības aplēse kopā, euro				989 731

Minētais, revidentu ieskatā, liecina par būtiskiem trūkumiem Nacionālā veselības dienesta iekšējā kontroles vidē, kā rezultātā nekorekti aprēķināts paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs un veikta neatbilstoša samaksa ārstniecības iestādēm.

Otra komponente, no kā sastāv paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs, ir pacientiem veiktās manipulācijas. Nacionālā veselības dienesta viena pacienta ārstēšanas tarifa (spēkā līdz 31.12.2023.) aprēķinā ir ietvertas 14 dažādas manipulācijas²⁵⁹. Tomēr, analizējot datus par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem, konstatēts, ka ārstniecības iestādēs paliatīvās aprūpes

programmā veiktas 207 manipulācijas, kurām būtu jābūt iekļautām viena pacienta ārstēšanas tarifā²⁶⁰. Pretējā gadījumā par šīm minētajām manipulācijām samaksa ārstniecības iestādēm netiek veikta. Turklāt konstatēts, ka no 14 tarifā iekļautajām un līdz ar to faktiski apmaksātajām manipulācijām trīs gadu periodā ir veiktas tikai septiņas. Revidenti norāda, ka kopš 2009. gada ir būtiski mainījies ārstniecības iestāžu pielietoto manipulāciju klāsts, tomēr viena pacienta ārstēšanas tarifa aprēķinā iekļautās manipulācijas nav pārskatītas.

Revīzijā konstatēts, ka normatīvajā aktā²⁶¹ ir veiktas izmaiņas un no 01.01.2024. labots paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs. Veicot tarifa pārrēķinu, Nacionālais veselības dienests ir novērsis ilgāku laika periodu pastāvējušu kļūdu, ka tarifa aprēķinā tika izmantots nevis V līmeņa, bet gan IV līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs. Vienlaikus Nacionālais veselības dienests ir paplašinājis arī manipulāciju skaitu, kuru apmaksā ir ietverta viena pacienta ārstēšanas tarifā, proti, jau esošajām 14 manipulācijām pievienojot vēl sešas²⁶². Tomēr Nacionālais veselības dienests nevarēja paskaidrot²⁶³, kāpēc tieši minētās sešas manipulācijas ir iekļautas tarifā un kāda gada un kuru ārstniecības iestāžu dati ir izmantoti, nosakot konkrētās iekļaujamās manipulācijas un to skaitu.

Revīzijā, vērtējot nodrošināto manipulāciju apjomu un veidu, konstatētas atšķirības paliatīvās aprūpes programmas nodrošināšanā V un IV līmeņa ārstniecības iestādēs. Minētais, revidentu ieskatā, liecina, ka ārstniecības iestādes sniedz atšķirīga līmeņa paliatīvās aprūpes pakalpojumu, līdz ar to nav ekonomiski pamatoti noteikt vienādu samaksu par atšķirīgu un dažāda līmeņa paliatīvās aprūpes pakalpojumu.

Tāpēc, pamatojoties uz datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem – hospitalizāciju, gultasdienu un veikto manipulāciju skaitu –, konkrētajā gadā spēkā esošajiem gultasdienu un manipulāciju tarifiem²⁶⁴ un daļēji ņemot vērā Nacionālā veselības dienesta iekšējā normatīvajā aktā²⁶⁵ noteikto, revīzijā veikts paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifa pārrēķins atsevišķi V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm (skat. 16. tabulu).

Pārrēķina rezultātā konstatēts, ka paliatīvās aprūpes pacients atbilstoši ārstniecības iestāžu datiem par paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem V līmeņa ārstniecības iestādēs faktiski izmaksā vairāk nekā IV līmeņa iestādēs. Tā kā abu līmeņu ārstniecības iestādes saņem vienādu tarifu par paliatīvās aprūpes nodrošināšanu, faktiski V līmeņa ārstniecības iestādēm par paliatīvās aprūpes pakalpojumiem tiek samaksāts mazāk, bet IV līmeņa ārstniecības iestādēm – vairāk, līdz ar to paliatīvās aprūpes programmas apmaksā netiek ņemts vērā ekonomiskuma aspekts.

16. tabula. Paliatīvās aprūpes programmas viena pacienta ārstēšanas tarifa pārrēķins 2020.–2023. gadam.

Pozīcijas nosaukums	2020	2021	2022
Viena pacienta ārstēšanas tarifs	869,22	1080,36	1122,82
Pamatojoties uz V līmeņa ārstniecības iestāžu datiem, aprēķinātais viena pacienta ārstēšanas tarifs	828,54	1088,60	1326,50
<i>Tarifa starpība</i>	<i>40,68</i>	<i>-8,24</i>	<i>-203,68</i>
Tarifa starpības ietekmes aplēse ²⁶⁶ , ņemot vērā V līmeņa ārstniecības iestāžu hospitalizāciju skaitu, euro	56 952	-9410	-211 216
Pamatojoties uz IV līmeņa ārstniecības iestāžu datiem, aprēķinātais viena pacienta ārstēšanas tarifs	789,63	1026,02	1040,63
<i>Tarifa starpība</i>	<i>79,59</i>	<i>54,34</i>	<i>82,19</i>
Tarifa starpības ietekmes aplēse ²⁶⁷ , ņemot vērā IV līmeņa ārstniecības iestāžu hospitalizāciju skaitu, euro	92 802	43 961	85 395
Tarifa starpības ietekmes aplēse²⁶⁸ kopā (V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm), euro	149 754	34 551	-125 821

Atbilstoši aplēsei, ja ārstniecības iestādēm paliatīvās aprūpes programmā būtu noteikts katram līmenim atbilstošs viena pacienta ārstēšanas tarifs, ņemot vērā attiecīgā līmeņa ārstniecības iestāžu vidējo faktiski sniegto pakalpojumu apjomu, tad, pirmkārt, tiktu nodrošināts, ka katra ārstniecības iestāde saņem sniegtajiem pakalpojumiem atbilstošu samaksu, proti, tām netiktu samaksāts ne vairāk, ne mazāk, un, otrkārt, trīs gadu periodā rastos līdzekļu ietaupījums vairāk nekā 58 tūkst. *euro*, kas, piemēram, dotu iespēju nodrošināt stacionāro paliatīvo aprūpi vairāk nekā 40 pacientiem V līmeņa ārstniecības iestādē.

Nacionālais veselības dienests revīzijā informēja²⁶⁹, ka ir uzsākta paliatīvās aprūpes programmas apmaksas modeļa pārskatīšana, ņemot vērā arī paliatīvās aprūpes pakalpojuma dalījumu pa ārstniecības iestāžu līmeņiem.

3. Vai paliatīvās aprūpes pacientiem ir pieejami nepieciešamie sociālās aprūpes pakalpojumi?

Sociālajā jomā netiek izmantota pazīme, lai identificētu paliatīvajā aprūpē esošu personu, tāpēc nav informācijas par valstī kopumā un pašvaldību administratīvajās teritorijās dzīvojošām un sociālās aprūpes pakalpojumus saņēmušām paliatīvajā aprūpē esošām personām. Valsts un pašvaldību finansēto sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanai tiek piemēroti citi kritēriji, līdz ar to šāda persona vairs nav identificējama kā paliatīvajā aprūpē esoša.

Jaunais mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā ir vienīgais valsts apmaksātais pakalpojums, kas ietver gan veselības aprūpes, gan sociālo komponenti.

Paliatīvās aprūpes pacientiem ir ierobežojumi valsts un pašvaldību finansēto sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Proti, valsts sociālās aprūpes pakalpojumus pilnībā vai daļēji finansē noteiktam personu lokam, savukārt pašvaldību finansētu vai daļēji finansētu sociālās aprūpes pakalpojumu piešķiršana atkarīga ne tikai no personas vajadzībām un aprūpes līmeņa, bet arī no tās sociālā statusa.

Revīzijā konstatētais liecina par trūkumiem valsts īstenotajā uzraudzībā pār veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, jo valsts rīcībā nav pilnīgas informācijas, vai visas institūcijas, kurās sociālās aprūpes pakalpojuma ietvaros tiek nodrošināta ārstniecība, ir reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, vai arī tām ir līgums ar ārstniecības iestādi par ārstniecības pakalpojumu sniegšanu.

Paliatīvās aprūpes un paliatīvās aprūpes pacienta jēdziens sociālajā un veselības aprūpes jomā

Paliatīvās aprūpes pacientiem līdzās veselības aprūpei nozīmīgi ir arī sociālās aprūpes pakalpojumi, lai nebūtu nepieciešamā atbalsta pārrāvuma. Tāpēc revīzijā vērtēts, vai sociālajā jomā ir informācija par paliatīvās aprūpes pacientiem (turpmāk – paliatīvajā aprūpē esoša persona) un kādi sociālās aprūpes pakalpojumi tiem ir pieejami.

Visaptverošas paliatīvās aprūpes, kas ietver gan veselības aprūpes, gan sociālo komponenti, skaidrojums ir sniegts Ārstniecības likumā²⁷⁰. Veselības ministrijai un Labklājības ministrijai²⁷¹ sadarbojoties, ir izstrādāts abām nozarēm vienots normatīvais regulējums²⁷² no 01.01.2024. ieviestajam mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā. Šajā pakalpojumā personas ar prognozētu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem vienkopus var saņemt veselības aprūpes un sociālos – sociālo aprūpi, tehniskos palīgīdzekļus un psihosociālo rehabilitāciju – pakalpojumus. Un šis ir pirmais un pašlaik vienīgais visaptverošas paliatīvās aprūpes pieejas pakalpojums. Veselības ministrija skaidroja²⁷³, ka šāds valsts finansēts atbalsts personām, kurām prognozētā dzīvildze ir līdz sešiem mēnešiem, proti, hospisa pacientiem, ir visakūtāk nepieciešams. Pakāpeniski, veidojot ilgtspējīgu un uz mērķa grupas problēmu risinājumiem vērstu atbalsta sistēmu paliatīvajā aprūpē esošām personām, atbalsta apjoms, ņemot vērā valsts vai pašvaldību budžeta iespējas, tiks palielināts.

Pārējām paliatīvajā aprūpē esošām personām sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas paliek nemainīgas un tiek nodrošinātas vispārējā kārtībā (skat. [Vispārējā kārtībā pieejamie valsts un pašvaldību sociālās aprūpes pakalpojumi](#)).

Tomēr revīzijā konstatēts, ka sociālajā jomā netiek izmantota vienota pazīme, lai identificētu paliatīvajā aprūpē esošu personu.

Labklājības ministrija norādīja²⁷⁴, ka sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā nav reģistrēta neviena ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija, kuras sniegto pakalpojumu saņēmēji būtu paliatīvajā aprūpē esošas personas, vai kura būtu paliatīvās sociālās aprūpes institūcija. Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas nespēj identificēt personu grupas un saprast, vai tās aprūpē paliatīvajā aprūpē esošu personu vai personu ar ļoti ierobežotām funkcionēšanas spējām.

Arī revīzijas izlasē iekļautās pašvaldības apstiprināja²⁷⁵, ka nav iespējams identificēt, kādus sociālās aprūpes pakalpojumus ir saņēmušas tieši paliatīvajā aprūpē esošas personas, jo:

- ✓ sociālās aprūpes pakalpojumu saņēmēju uzskaitē nelieto pazīmi “paliatīvajā aprūpē esoša persona” un šādām personām nodrošinātos sociālās aprūpes pakalpojumus atsevišķi neuzskaita;
- ✓ sociālās aprūpes pakalpojumus paliatīvajā aprūpē esošām personām nodrošina vispārējā kārtībā, izvērtējot personas individuālās vajadzības un nodrošinot nepieciešamo atbalstu šo vajadzību apmierināšanai.

Arī vairums no revīzijā aptaujātajām ārstniecības iestādēm norādīja, ka sadarbojas ar pašvaldību sociālajiem dienestiem gadījumos, ja paliatīvās aprūpes pacients pats vai viņa piederīgie nav spējīgi par viņu atbilstoši parūpēties, vai arī viņam nav piederīgo. Tomēr, ņemot vērā, ka sociālās aprūpes pakalpojuma saņemšana nav atkarīga no paliatīvās aprūpes pacienta statusa, tad arī ārstniecības iestādēs datu uzskaitē par paliatīvās aprūpes pacientiem, kuriem tālāk secīgi nodrošināts sociālās aprūpes pakalpojums, netiek veikta.

Tā kā datu uzskaitē par sociālās aprūpes pakalpojumu saņēmējiem netiek izmantota vienota pazīme, lai identificētu paliatīvajā aprūpē esošu personu, ko apstiprināja arī Labklājības ministrija un izlasē iekļautās pašvaldības²⁷⁶, tad likumsakarīgi, ka nav informācijas par valstī kopumā un pašvaldību administratīvajās teritorijās dzīvojošām un sociālās aprūpes pakalpojumus saņēmušām paliatīvajā aprūpē esošām personām.

Tajā pašā laikā Labklājības ministrija informēja²⁷⁷, ka no 2024. gada ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās ir pieejama informācija par tām personām, kurām ir IV vai V līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes ārstu konsīlija lēmums par nozīmētu paliatīvo aprūpi dzīvesvietā un norādi par prognozētu dzīvdzīvi līdz sešiem mēnešiem un kuras saņem mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā.

Papildus revidenti vērš uzmanību, ka 01.01.2026. stāsies spēkā Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma²⁷⁸ norma, kas paredz, ka ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kurās pilngadīgajām personām ir 49 vai vairāk vietu, ir jāveido struktūrvienība veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai un tā jāreģistrē ārstniecības iestāžu reģistrā. Atbilstoši Veselības inspekcijas datiem²⁷⁹ no sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā²⁸⁰ 01.01.2024. reģistrētajām 183 ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām tikai 60 (33 %) ir reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā. Savukārt no atlikušajām 123 ārstniecības iestāžu reģistrā neregistrētajām institūcijām 53 (43 %) ir tādas, kurās pilngadīgajām personām ir 49 vai vairāk vietu.

Ar minētajām izmaiņām plānots uzlabot veselības aprūpes pieejamību ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, samazinot nepieciešamību uzturēties stacionārā.²⁸¹ Tas, revidentu ieskatā, veicinās arī sociālo un veselības aprūpes pakalpojumu integrāciju, lai savlaicīgāk organizētu nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu.

Vispārējā kārtībā pieejamie valsts un pašvaldību sociālās aprūpes pakalpojumi

Vispārējo kārtību par sociālās aprūpes pakalpojumu veidiem, sniegšanas principiem un saņemšanas kārtību reglamentē Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums, kas nosaka valsts un pašvaldību atbildību sociālās aprūpes pakalpojumu nodrošinājumā iedzīvotājiem, proti²⁸²:

- ✓ sociālie pakalpojumi ir tai skaitā sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi;
- ✓ sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi tiek sniegti personas dzīvesvietā (piemēram, aprūpe mājās, dienas aprūpes centrs, individuāls sociālais darbs, atelpas brīdis, grupu dzīvoklis (grupu māja), servisa dzīvoklis, naktspatversme vai patversme) un ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā;
- ✓ sociālās rehabilitācijas pakalpojums ir pasākumu kopums, kura mērķis ir novērst vai mazināt, piemēram, invaliditātes, darbnespējas un citu faktoru izraisītās negatīvās sociālās sekas personas dzīvē, un tas vērsts uz sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu vai uzlabošanu, lai nodrošinātu sociālā statusa atgūšanu un iekļaušanos sabiedrībā;
- ✓ sociālās aprūpes pakalpojums ir pasākumu kopums, kura mērķis ir dzīves kvalitātes nepazemināšanās, un tas ir vērsts uz to personu pamatvajadzību apmierināšanu, kurām ir objektīvas grūtības aprūpēt sevi vecuma vai funkcionālo traucējumu dēļ;
- ✓ personām, kurām funkcionālo traucējumu dēļ ir objektīvas grūtības sevi aprūpēt, ir tiesības uz nepieciešamās aprūpes līmenim atbilstošu sociālās aprūpes pakalpojumu (piemēram, 1. līmenim

atbilst personas ar mēreni ierobežotām fiziskām vai garīgām spējām, savukārt pēdējam 4. aprūpes līmenim atbilst personas, kuru fiziskās vai garīgās spējas ir ļoti smagi ierobežotas, tās ir pilnībā aprūpējamas un uzraugamas visu diennakti);

- ✓ pašvaldībai, kuras teritorijā ir deklarētā personas dzīvesvieta, ir pienākums nodrošināt personai iespēju saņemt tās vajadzībām atbilstošus sociālos pakalpojumus.

28. attēlā ir apkopota informācija par būtiskākajiem valsts un pašvaldību nodrošinātajiem sociālās aprūpes pakalpojumu veidiem, kas varētu būt nepieciešami arī paliatīvajā aprūpē esošām personām, un mērķa grupām, kurām ir tiesības šos pakalpojumus saņemt un kurām tos pilnībā vai daļēji finansē valsts.

Sociālās aprūpes pakalpojumi	Tiesības saņemt	Mērķa grupas, kurām valsts finansē vai līdzfinansē sociālās aprūpes pakalpojumus
Sociālā aprūpe personas dzīvesvietā	<ul style="list-style-type: none"> personai, kas dzīvo viena, vai ar šo personu kopā dzīvojošiem ģimenes locekļiem, kas vecuma, veselības stāvokļa vai nodarbinātības dēļ nevar nodrošināt tai nepieciešamo aprūpi 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ bērniem ar invaliditāti, kuriem ir Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību ✓ pilngadīgām personām ar garīga rakstura traucējumiem, kurām ir noteikta invaliditāte
Aprūpe sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā	<ul style="list-style-type: none"> bāreņiem un bez vecāku gādības palikušiem bērniem pensijas vecuma personām un personām ar funkcionāliem traucējumiem bērniem ar smagiem funkcionāliem traucējumiem pilngadīgām personām ar smagiem un ļoti smagiem garīga rakstura traucējumiem 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pilngadīgām neredzīgām personām un personām ar smagiem un ļoti smagiem garīga rakstura traucējumiem (ar 1. un 2. grupas invaliditāti) ✓ bērniem ar smagiem un ļoti smagiem garīgās attīstības, garīga rakstura traucējumiem ✓ bāreņiem vecumā līdz diviem gadiem ✓ bez vecāku gādības palikušiem bērniem vecumā līdz diviem gadiem
Sociālā rehabilitācija personas dzīvesvietā un institūcijā	<ul style="list-style-type: none"> pensijas vecuma personām personām ar invaliditāti, kurām ir fiziska rakstura traucējumi personām ar garīga rakstura traucējumiem, kurām ir noteikta invaliditāte personām pēc smagām, ilgstošām slimībām 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ personām ar redzes un dzirdes invaliditāti ✓ no prettiesiskām darbībām cietušiem bērniem ✓ no vardarbības cietušām pilngadīgām personām ✓ vardarbību veikušām pilngadīgām personām ✓ no psihoaktīvām vielām atkarīgiem bērniem un pilngadīgām personām ✓ cilvēku tirdzniecības upuriem ✓ personām ar funkcionāliem traucējumiem, t. sk. ar prognozējamu invaliditāti ✓ Černobiļas atomelektrostacijas avārijas sekas likvidēšanas dalībniekiem un tās rezultātā cietušām personām ✓ politiski represētām personām ✓ psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu paliatīvajā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem, kā arī personām ar onkoloģisku slimību un to tuviniekiem

28. attēls. Būtiskākie valsts un pašvaldību nodrošinātie sociālās aprūpes pakalpojumi, kas varētu būt nepieciešami paliatīvajā aprūpē esošām personām, un to mērķa grupas.²⁸³

No apkopotās informācijas izriet, ka atbilstoši normatīvajam regulējumam²⁸⁴ sociālās aprūpes pakalpojumus, kas būtu nepieciešami paliatīvajā aprūpē esošām pilngadīgām personām, valsts pilnībā vai daļēji finansē noteiktam personu lokam. Piemēram, valsts finansē psihosociālo rehabilitāciju²⁸⁵ paliatīvā aprūpē esošiem bērniem (nepieciešamības gadījumā turpinot sniegt pakalpojumu līdz 24 gadu vecumam) un viņu ģimenes locekļiem, kā arī personām ar onkoloģisku slimību un to tuviniekiem²⁸⁶.

Ņemot vērā minēto, revīzijā detalizētāk ir analizēti pašvaldību nodrošinātie un finansētie sociālās aprūpes pakalpojumi, kas varētu būt nepieciešami paliatīvajā aprūpē esošām personām, skaidrojot pakalpojumu saņemšanas iespējas un nosacījumus.

Pašvaldību nodrošināto sociālās aprūpes pakalpojumu pieejamība

Atbilstoši normatīvajam regulējumam²⁸⁷ sociālās aprūpes pakalpojumu veidi, kas pieejami personām, kurām veselības stāvokļa vai funkcionālo traucējumu dēļ ir objektīvas grūtības sevi aprūpēt, tai skaitā paliatīvi aprūpējamām personām, ir aprūpe mājās un īslaicīgas un ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pakalpojumi (skat. 29. attēlu). Minēto pakalpojumu saņemšanas nosacījumi noteikti normatīvajā aktā²⁸⁸ un pašvaldību saistošajos noteikumos.

Aprūpe mājās	Īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija	Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcija
<ul style="list-style-type: none"> • Nodrošina personām, kuras objektīvu apstākļu dēļ nevar sevi aprūpēt, pakalpojumus mājās pamatvajadzību apmierināšanai • Atbilst pašvaldību saistošajos noteikumos noteiktajiem nosacījumiem 	<ul style="list-style-type: none"> • Nodrošina pensijas vecuma personām un personām, kurām noteikts trešais vai ceturtais aprūpes līmenis • Atbilst pašvaldību saistošajos noteikumos noteiktajiem nosacījumiem 	<ul style="list-style-type: none"> • Nodrošina personām, kuras vecuma vai veselības stāvokļa dēļ nespēj sevi aprūpēt, mājokli, atbalstu viņu problēmu risināšanā, sociālo rehabilitāciju, ja tai nav attiecīgo spēju, kā arī diennakts aprūpi • Var nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus • Atbilst Ministru kabineta/ pašvaldību saistošajos noteikumos noteiktajiem nosacījumiem

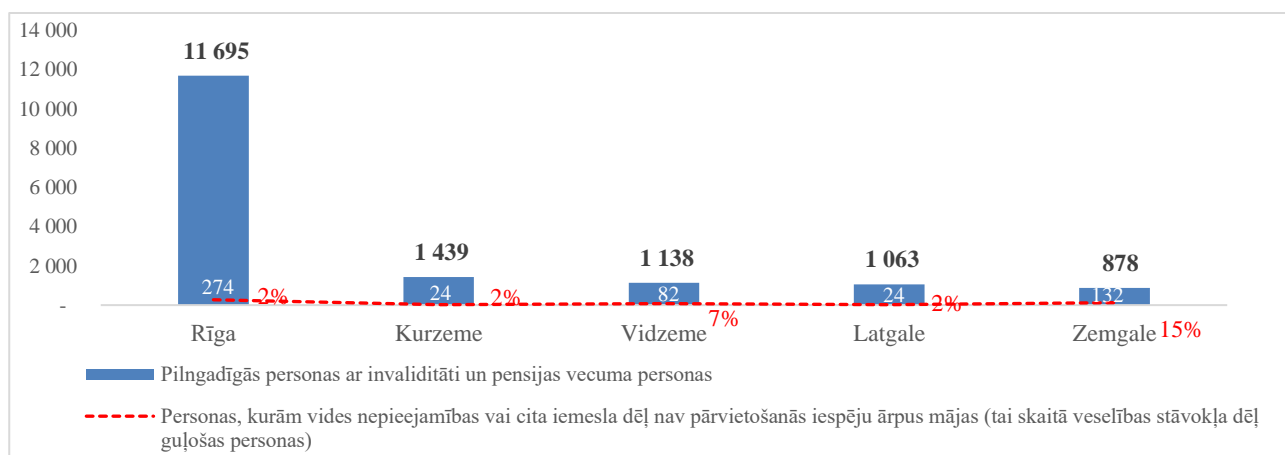
29. attēls. Sociālās aprūpes pakalpojumi pašvaldībās.²⁸⁹

Svarīgi atzīmēt, ka pilngadīgai paliatīvi aprūpējamai personai pašvaldības nodrošina tās vajadzībām atbilstošus pašvaldības finansētus vai līdzfinansētus sociālās aprūpes pakalpojumus, ja pakalpojuma saņēmējs atbilst pašvaldības saistošajos noteikumos noteiktajiem pakalpojuma saņemšanas nosacījumiem, piemēram, ir pensijas vecumā, ar invaliditāti, ir piešķirts trūcīgas vai maznodrošinātas ģimenes (personas) statuss.

Saistošajos noteikumos katra pašvaldība var noteikt atšķirīgas pakalpojuma mērķa grupas, saņemšanas nosacījumus, pakalpojuma apjomu, intensitāti, apmaksas un citus nosacījumus. Piemēram, pašvaldība²⁹⁰ pilnībā finansē aprūpi mājās personai, kura vecuma vai funkcionālo traucējumu dēļ nespēj sevi aprūpēt, ja personai ir piešķirts trūcīgas vai maznodrošinātas ģimenes (personas) statuss, vai personai, kuras ienākumi mēnesī nepārsniedz minimālo darba algu valstī. Līdz ar to faktiski nosacījumi sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanai katrā pašvaldībā atšķiras un ir atkarīgi no tai pieejamajiem resursiem.

Aprūpe mājās

Revīzijā apkopotie statistikas dati²⁹¹ apliecina, ka aprūpes mājās pakalpojuma galvenā mērķa grupa ir pensijas vecuma personas un personas ar invaliditāti. Revīzijā, analizējot pašvaldību statistikas datus par 2022. gadu²⁹², konstatēts, ka faktiski aprūpe mājās sniegta 16 217 pilngadīgām personām, tajā skaitā 14 018 (86 %) pensijas vecuma personām, 2123 (13 %) personām ar invaliditāti un 76 (1 %) citām personām (skat. 30. attēlu).



30. attēls. Aprūpes mājās pakalpojumu saņēmušo pilngadīgo personu skaits sadalījumā pa reģioniem 2022. gadā.

Redzams, ka no kopējā aprūpi mājās saņēmušo personu skaita ļoti nebūtisks īpatsvars – 536 (3 %) – ir personas, kurām veselības stāvokļa vai funkcionālo traucējumu dēļ ir objektīvas grūtības sevi aprūpēt, un Rīgā, Kurzemē un Latgalē tādu personu īpatsvars ir 2 %, bet Vidzemē un Zemgalē – attiecīgi 7 % un 15 %.

Aprūpe īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā

Ja dzīvesvietā nav iespējams nodrošināt nepieciešamo sociālās aprūpes apjomu, kā arī ģimenes locekļi nespēj nodrošināt personai nepieciešamo aprūpi nodarbinātības vai citu iemeslu dēļ, personas atveseļošanās periodā vai līdz pakalpojuma saņemšanai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā atsevišķās pašvaldībās ir pieejama īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pakalpojums pilngadīgām personām. Tomēr arī tā saņemšana atkarīga no personas maksātspējas un noteikta statusa atbilstoši pašvaldību saistošajiem noteikumiem, kā arī šis pakalpojums nav plaši pieejams.

Konceptuālajā ziņojumā²⁹³ minēts, ka īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pakalpojums kalpo kā starposms starp aktīvo ārstēšanu un iespēju saņemt nepieciešamo atbalstu dzīvesvietā, kā arī aizpilda aprūpes gultu trūkumu slimnīcās un vietu trūkumu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās. Piemēram, kā norāda Rīgas domes Labklājības departaments, 62 % personu pakalpojuma saņemšanai nonāk no lielajām stacionārajām ārstniecības iestādēm.

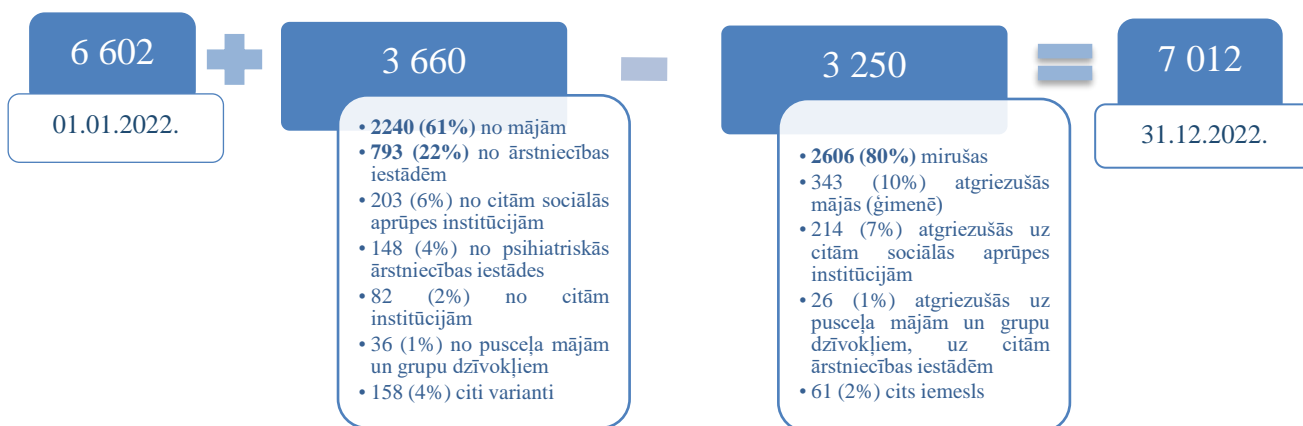
Saskaņā ar sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistra²⁹⁴ datiem 01.01.2024. reģistrēti 14 īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas, tajā skaitā atelpas brīža, pakalpojuma sniedzēji. No tiem astoņi (57 %) pakalpojumu nodrošina Rīgā, pa diviem (14 %) – Kurzemē un Vidzemē un pa vienam (7 %) – Zemgalē un Latgalē. Jāatzīmē, ka 80 % no kopējā pakalpojuma plānotā saņēmēju skaita (259 personas) īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pakalpojumu saņem Rīgā. Fakti, ka

reģionos šādu institūciju ir maz, apliecināja arī revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes, jo tikai trīs (14 %) no 21 norādīja, ka tās sadarbojas ar pašvaldībām, kuras minēto pakalpojumu finansē saviem iedzīvotājiem.

Aprūpe ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā

Ja aprūpes mājās un īslaicīgas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas pakalpojuma apjoms nav pietiekams, tiek nodrošināta sociālā aprūpe un sociālā rehabilitācija ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā.

Revīzijā tika analizēti statistikas dati²⁹⁵ par pilngadīgo personu skaitu 100 pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās (skat. 31. attēlu).

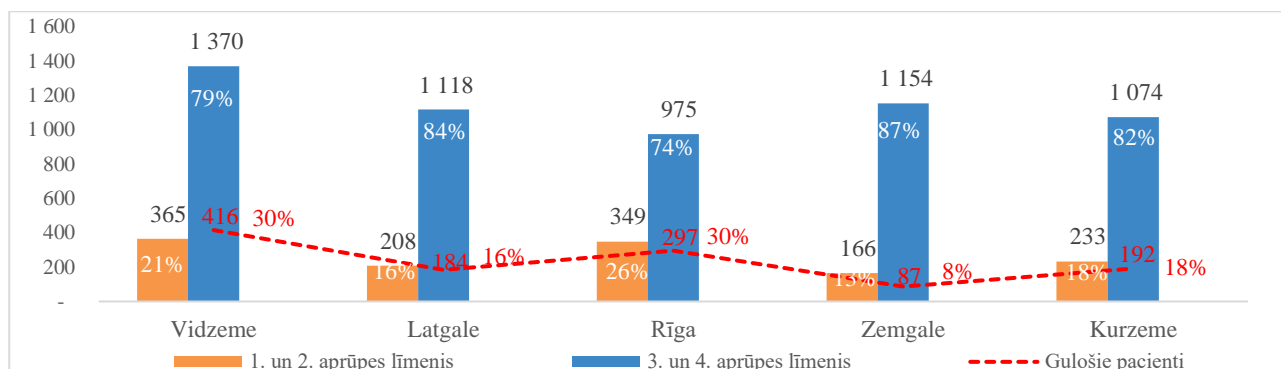


31. attēls. Pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju pakalpojumu saņēmušo pilngadīgo personu skaits 2022. gada sākumā un beigās, tai skaitā uzņemtās un izstājušās.²⁹⁶

Dati liecina, ka gada laikā lielākais personu īpatsvars, proti, 83 % personu, tiek uzņemtas no mājām un ārstniecības iestādēm. Un būtisks personu īpatsvars – 25 % no kopējā pilngadīgo personu skaita ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās gada laikā nomirst.

Saskaņā ar publiski pieejamo informāciju²⁹⁷ ik gadu no visiem mirušajiem tikai 10 % piedzīvo ātru nāvi. Tas nozīmē, ka 90 % mirstošo cilvēku un viņu tuvinieki saskaras ar fiziskām un psiholoģiskām problēmām, tāpēc tiem nepieciešama atbilstoša veselības aprūpe.

Redzams (skat. 32. attēlu), ka lielāko īpatsvaru – vidēji ap 80 % – veido personas, kuras atbilst 3. un 4. aprūpes līmenim, proti, ir smagi slimas, ar nopietniem veselības un funkcionēšanas traucējumiem. Turklāt vidēji ap 17 % no tām ir gulošas, tāpēc šādām personām ir nepieciešami arī veselības aprūpes pakalpojumi.

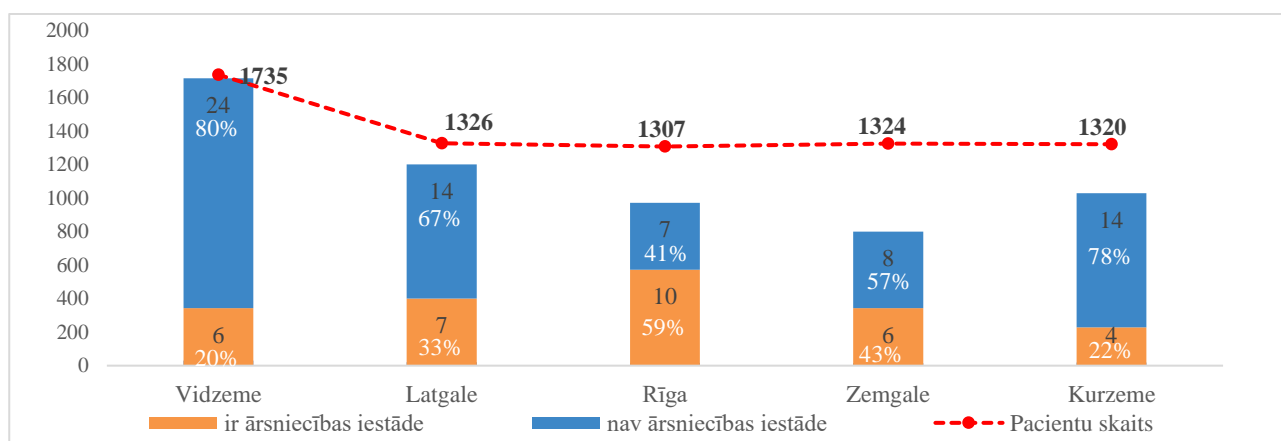


32. attēls. Pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās esošo pilngadīgo personu skaits un īpatsvars sadalījumā pa aprūpes līmeņiem 2022. gadā.

Atbilstoši Ārstniecības likumam²⁹⁸ ar ārstniecību drīkst nodarboties tikai tādas ārstniecības iestādes, kas atbilst ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktajām obligātajām prasībām²⁹⁹. Piemēram, jāveic regulāra sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes kontrole un rezultātu analīze, pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšana, ārstniecības pakalpojumu kvalitātes pilnveidošana, tāpat ir jāievēro higiēnas prasības, zāļu aprites kārtība, ārstniecības personālam jābūt sertificētam un citas obligātās prasības.

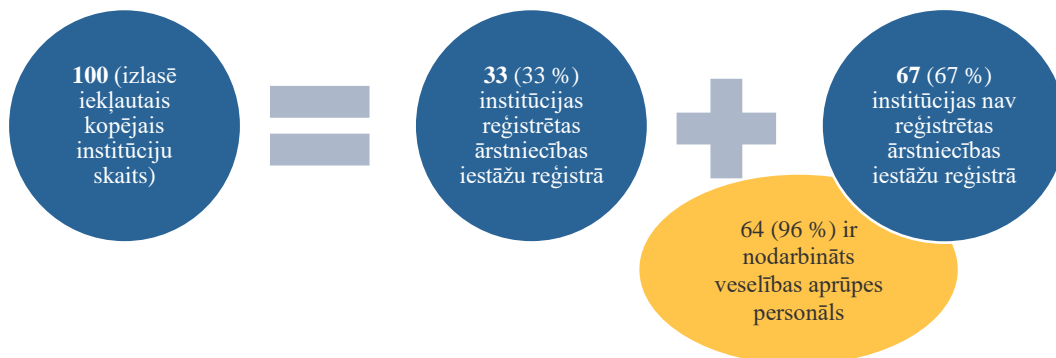
Lai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās personām nodrošinātu drošus veselības aprūpes pakalpojumus, normatīvais regulējums³⁰⁰ paredz, ka visiem sociālo pakalpojumu sniedzējiem līdz 01.01.2024. ir jāreģistrējas ārstniecības iestāžu reģistrā, ja sociālā pakalpojuma ietvaros tiek veikta ārstniecība, izņemot gadījumu, ja sociālo pakalpojumu sniedzējam ir līgums ar ārstniecības iestādi par ārstniecības pakalpojumu sniegšanu.

Sociālo pakalpojumu sniedzēji, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus, ārstniecības iestāžu reģistrā tiek reģistrēti dažādi, piemēram, reģistrējot veselības punktu vai ārsta kabinetu.³⁰¹ No revīzijā analizētajām 100 pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām tikai 33 % 01.01.2024. reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā³⁰², proti, sniedz veselības aprūpes pakalpojumus (skat. 33. attēlu).



33. attēls. Faktiskais pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju un tajās esošo pilngadīgo personu skaits un īpatsvars sadalījumā pa reģioniem 2022. gadā.

Lai gan no 100 ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām 64 % ir nodarbināts veselības aprūpes personāls, tai skaitā 24 ārsti (15 %), 138 māsas (75 %) un citi veselības aprūpes speciālisti (12 %), tomēr tās nav reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā³⁰³ (skat. 34. attēlu).



34. attēls. Pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju kopējais skaits un ārstniecības iestāžu reģistrā (ne)reģistrēto institūciju skaits un īpatsvars 2022. gadā

Vienlaikus valsts rīcībā nav informācijas par tām ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, kurās tiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi, noslēdzot līgumu ar ārstniecības iestādi³⁰⁴, jo šādi līgumi ir iestāžu savstarpējās līgumiskās attiecības, par kurām netiek uzkrāta un aktualizēta informācija³⁰⁵.

Atbildīgās institūcijas – Veselības ministrija un Labklājības ministrija – neuzņemas atbildību uzraudzīt prasību sociālo pakalpojumu sniedzējiem reģistrēties ārstniecības iestāžu reģistrā, ja sociālā pakalpojuma ietvaros tiek veikta ārstniecība, izņemot gadījumu, ja tiem ir līgums ar ārstniecības iestādi par šādu pakalpojumu sniegšanu, proti:

- ✓ lai arī Veselības ministrija rosināja minētās normatīvā regulējuma izmaiņas³⁰⁶, tomēr tā revīzijā nenorādīja³⁰⁷, kādā veidā uzraudzība pār minētās normas izpildi faktiski ir īstenojama;
- ✓ arī Veselības inspekcijas, kas kontrolē ārstniecības iestāžu darbību un veic tajās pārbaudes, kā arī uztur ārstniecības iestāžu reģistru, rīcībā nav šādas informācijas un, tās ieskatā³⁰⁸, ņemot vērā, ka sociālās aprūpes pakalpojumi un to sniedzēju pārraudzība ir labklājības jomas kompetencē, kā arī Labklājības ministrija uztur sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistru, tad informācija par to, vai sociālās aprūpes institūcija ir/nav noslēgusi līgumu ar citu ārstniecības iestādi par ārstniecības pakalpojumu sniegšanu, būtu ievietojama sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;
- ✓ Labklājības ministrija savukārt norādīja³⁰⁹, ka šādu datu iekļaušana sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā būtu vērtējama piesardzīgi, ņemot vērā lielo reģistrēto sociālo pakalpojumu sniedzēju skaitu, kā arī to, ka šādas informācijas sniegšana nozīmētu papildu pienākuma uzlikšanu gan ministrijai, gan pakalpojumu sniedzējiem, turklāt ministrijai nebūtu iespējams pārliecināties par reģistrā ievadītās informācijas atbilstību faktiskajai situācijai.

Tā kā valsts rīcībā nav informācijas par tām ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, kurām ir līgums ar ārstniecības iestādi par ārstniecības pakalpojumu sniegšanu, līdz ar to nav pilnīgas informācijas par institūcijām, kuras sociālās aprūpes pakalpojuma ietvaros nodrošina ārstniecību. Konstatētais liecina par trūkumiem valsts īstenotajā uzraudzībā pār veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu minētajās institūcijās.

Ieteikumi

Veselības ministrijai apzināt pacientu vajadzības pēc paliatīvās aprūpes un nodrošināt, ka ir pieejami dati par paliatīvās aprūpes pacientiem un tiem sniegtajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem.

Ir sagaidāms, ka Veselības ministrija veiks darbības ieteikuma ieviešanai un panāks, ka:

- ✓ *būs pieejama pilnīga, pamatota un aktuāla informācija par to pacientu, kuriem nepieciešama un kuri saņem paliatīvo aprūpi, skaitu, tā ļaujot novērtēt esošo resursu atbilstību patiesajām vajadzībām;*
- ✓ *būs paplašināts diagnožu loks paliatīvās aprūpes saņemšanai, tā nodrošinot, ka visiem pacientiem ir pieejama paliatīvā aprūpe.*

Veselības ministrijai nodrošināt efektīvus paliatīvās aprūpes pakalpojumus visos veselības aprūpes līmeņos.

Ir sagaidāms, ka Veselības ministrija veiks darbības ieteikuma ieviešanai un panāks, ka:

- ✓ *ik gadu 69-82 % iedzīvotāju pirms nāves būs nodrošināta paliatīvā aprūpe, tā palielinot pacientu skaitu, kuriem ir novērstas vai mazinātas slimības radītās ciešanas, tādējādi veicinot iespējami augstāku dzīves kvalitāti;*
- ✓ *vairumā gadījumu paliatīvā aprūpe būs nodrošināta ambulatori, kas nozīmē, ka ne vairāk kā 20 % pacientu tiks stacionēti, tā veicinot paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanu pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai un samazinot stacionāro ārstniecības iestāžu slogu.*

Veselības ministrijas viedoklis

Par veikto revīziju

Revīzija par paliatīvo aprūpi Latvijā bija nepieciešama, jo skar būtisku sabiedrības un veselības aprūpes sistēmas daļu.

Attiecībā uz revīzijas laiku paužam uzskatu, ka, iespējams, revīziju būtu nepieciešams veikt gadu vēlāk – revīzijas aptvertajā laika posmā pakalpojumu sniegšanu valstī būtiski ietekmēja Covid-19 pandēmija, kas piesaistīja gan finanšu resursus, gan cilvēkresursus pandēmijā aktuālu jautājumu risināšanā, tādējādi arī valsts pārvaldei liedzot īstenot iepriekš plānotos pasākumus.

Vienlaikus revīzijā izdarītie secinājumi un ieteikumi turpmāk sniegs būtisku atbalstu paliatīvās aprūpes sistēmas pilnveidei, veidojot un nodrošinot starpdisciplināru un holistisku aprūpi paliatīvās aprūpes pacientiem un atbalstu viņu ģimenes locekļiem.

Par revīzijas secinājumiem

Veselības aprūpes sistēma vēsturiski ir veidota, lai pacientu izārstētu – attīstīti izmeklējumi, dažādas ārstēšanas pieejas, dažādas specialitātes utt. –, radot iespējas pacientam dzīvot, bet paliatīvā aprūpe ir ar iepriekš paredzamu rezultātu, kas bieži rezultējas sabiedrības aizspriedumos un ierobežotie resursi bieži novirzīti citu problēmu risināšanai. Tomēr Veselības ministrija paliatīvo aprūpi uzskata par būtisku veselības aprūpes sistēmas sastāvdaļu. Ņemot vērā pieejamā finansējuma trūkumu un iesaistīto izpratni par paliatīvo aprūpi, pakalpojumi vēsturiski tika ieviesti sadrumstaloti, neparedzot arī visaptverošu aprūpi. Kā rezultātā šobrīd trūkst vienota izpratne par pieejamo pakalpojumu līmeņiem, pēctecību un atbilstību pacientu vajadzībām.

Valsts kontroles konstatētās problēmas, mūsuprāt, lielākoties ir saistītas ar resursu trūkumu – gan finanšu līdzekļu, gan cilvēkresursu –, tāpat arī novērojamas nepilnības administratīvajā procesā un atšķirības dažādu jautājumu interpretācijā.

Lai veiktu uzlabojumus, nepieciešamas plašas izmaiņas sistēmā, tajā skaitā arī papildu finansējums. Piekrītam, ka paliatīvajā aprūpē ir jānodrošina starpnozaru sadarbība un holistisks atbalsts neatkarīgi no pacienta dzīvesvietas – mājokļa vai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas. Sociālo pakalpojumu organizēšana un nodrošināšana Latvijā notiek atbilstoši noteiktiem normatīvajiem aktiem, vienlaikus ārstniecības process tiek noteikts citos normatīvajos regulējumos, tomēr atbalstu paliatīvās aprūpes pacientiem un viņu ģimenes locekļiem ietekmē ne tikai sociālā darba speciālistu vai ārstniecības personu prasmes un izpratne par paliatīvo aprūpi, finanšu un cilvēkresursu pieejamība, bet arī sabiedrības aizspriedumi un paliatīvās aprūpes diagnozes stigma. Tādēļ, lai pilnveidotu paliatīvās aprūpes sistēmu, ir jānodrošina ne tikai jauni atbalsta pasākumi paliatīvās aprūpes pacientiem un viņu ģimenes locekļiem, metodiskais atbalsts visiem aprūpē iesaistītajiem, bet arī sabiedrības attieksmes maiņas un brīvprātīgā darba paliatīvajā aprūpē veicināšanas pasākumi. Vienlaikus arī citu revīzijā konstatēto problēmu novēršanai nav nepieciešams papildus finansējums, piemēram, komandas definēšana, pakalpojumu kvalitātes indikatoru noteikšana un ieviešana, vienota pakalpojumu organizatorisko kārtību izveide utt.

Par revīzijas ieteikumiem un to ieviešanu

Kopumā ieteikumi ir saprotami un tie palīdzēs pilnveidot paliatīvās aprūpes sistēmu, tomēr norādām, ka paliatīvā aprūpe aptver gandrīz visas veselības aprūpes jomas un neizslēdz citu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu paliatīvās aprūpes pacientiem, tai skaitā pacienta pamatdiagnozes ārstēšanu paralēli paliatīvajai aprūpei.

Vienlaikus Valsts kontroles piedāvātais aprēķins paliatīvās aprūpes pacientu skaita noteikšanai esošajā situācijā nav salāgojams ar pieejamo finansējumu un personālrեսursiem.

Veselības ministrijas ieskatā, ir būtiski veicināt sabiedrības, tajā skaitā pacientu un profesionāļu, izpratni par paliatīvo aprūpi, stiprinot atšķirību starp paliatīvās aprūpes un hospiss aprūpes pacientiem, mazinot bieži vien stigmatizēto paliatīvās aprūpes statusu. Tāpat būtiska ir informācijas aprites pilnveide veiksmīgai paliatīvās aprūpes pacientu aprūpei. Revīzijas ziņojumā iekļauto ieteikumu īstenošana paredz ne tikai ciešu veselības un labklājības sektoru sadarbību, bet arī plašākas diskusijas gan ar pašvaldībām, gan nevalstiskajām organizācijām, aptverot gan speciālistus, gan pacientu organizācijas.

Vienlaikus pašreiz jau tiek strādāts pie paliatīvās aprūpes pakalpojumu pārskatīšanas visos veselības aprūpes līmeņos – tiek veidotas pakalpojumu organizatoriskās kārtības vienotas pakalpojumu kvalitātes un apjoma nodrošināšanai, kā arī plānots ieviest sniegto pakalpojumu kvalitātes novērtēšanas indikatorus.

Savukārt Labklājības ministrija pašreiz strādā pie atbalstāmo darbību noteikšanas Eiropas Savienības kohēzijas politikas programmas 2021.–2027. gadam 4.3.5. specifiskā atbalsta mērķa “Uzlabot vienlīdzīgu un savlaicīgu piekļuvi kvalitatīviem, ilgtspējīgiem un izmaksu ziņā pieejamiem pakalpojumiem; pilnveidot sociālās aizsardzības sistēmas, tostarp veicināt sociālās aizsardzības pieejamību; uzlabot ilgtermiņa aprūpes pakalpojumu pieejamību, efektivitāti un izturētspēju” 4.3.5.2. pasākuma “Atbalsts paliatīvās aprūpes sistēmas pilnveidošanai” ietvaros. Tiek plānots, ka pasākuma ietvaros īstenotās darbības nodrošinās revīzijas ieteikumu ieviešanu, tādējādi veidojot plašāku un paliatīvās aprūpes pacientu vajadzībām atbilstošāku atbalsta pieejamību Latvijā.

Informācija par revīziju

Revīzijas mērķis

Revīzijas mērķis – novērtēt, vai paliatīvā aprūpe ir pilnvērtīga veselības aprūpes sastāvdaļa.

Juridiskais pamatojums

Lietderības revīzija “Vai paliatīvā aprūpe ir pilnvērtīga veselības aprūpes sastāvdaļa?” ir veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles 2023. gada darba plānu un Trešā revīzijas departamenta 12.06.2023. revīzijas grafiku Nr. 2.4.1-30/2023.

Revīziju veica revīzijas grupas vadītāja vecākā valsts revidente juriste Linda Sandere un revīzijas grupa – vecākā valsts revidente Olga Rezovska, vecākā valsts revidente Oksana Buraja un valsts revidente Kristīne Zaiceva.

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

Revīzija ir veikta saskaņā ar Latvijas Republikā atzītiem starptautiskajiem revīzijas standartiem *ISSAI 300*, *ISSAI 3000*, *ISSAI 3910*, *ISSAI 3920*.

Revīzija ir plānota un veikta tā, lai iegūtu pietiekamu pārliecību par pārbaudāmo priekšmetu un tā sasaisti ar revīzijas kritērijiem. Revīzijā tika vērtēta:

- ✓ paliatīvās aprūpes nodrošināšana atbilstoši pacientu vajadzībām;
- ✓ visos veselības aprūpes līmeņos nodrošinātās paliatīvās aprūpes efektivitāte;
- ✓ sociālās aprūpes pakalpojumu pieejamība paliatīvās aprūpes pacientiem.

Revīzija ir veikta par laiku no 01.01.2020. līdz 31.12.2022., nepieciešamības gadījumā apkopojot informāciju arī ārpus minētā laika posma.

Revīzijas apjomā ir iekļauta Veselības ministrija, kas ir vadošā iestāde veselības nozarē un kas izstrādā veselības politiku, organizē un koordinē veselības politikas īstenošanu.

Revīzijas mērķa sasniegšanai informācija iegūta arī no:

- ✓ Nacionālā veselības dienesta, kurš īsteno valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, kā arī īsteno valsts politiku veselības un sabiedrības veselības datu iegūšanā un analizē;

- ✓ stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus;
- ✓ Labklājības ministrijas, kas izstrādā valsts politiku sociālās palīdzības, sociālā darba, sociālās aprūpes, sociālās un profesionālās rehabilitācijas jomā;
- ✓ pašvaldībām (Daugavpils valstspilsētas pašvaldība, Liepājas valstspilsētas pašvaldība, Bauskas novada pašvaldība, Valmieras novada pašvaldība, Balvu novada pašvaldība), kas nodrošina sociālos pakalpojumus tās administratīvajā teritorijā dzīvojošām personām.

Revīzijas metodes

Starptautisko organizāciju – Pasaules Veselības organizācijas, Eiropas Padomes Ministru Komitejas, Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācijas – ieteikumu par paliatīvās aprūpes organizēšanu apkopošana un analīze.

Attīstības plānošanas dokumentu, normatīvo aktu, institūciju iekšējo normatīvo aktu un citas iesniegtās un publiski pieejamās informācijas apkopošana un analīze.

Intervijas ar Veselības ministrijas un tās padotības iestāžu un nevalstisko organizāciju pārstāvjiem.

Nepersonalizētu datu analīze, kurā izmantoti Nacionālā veselības dienesta Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas dati par laiku no 01.01.2020. līdz 31.12.2022. pieaugušajiem (no 18 gadu vecuma) paliatīvās aprūpes pacientiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem:

- ✓ dati par ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem pacientiem, kas 2020.–2022. gadā kaut reizi ir saņēmuši paliatīvo aprūpi;
- ✓ dati par iepriekšējā punktā minētajiem pacientiem sniegtajiem ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Revīzijas kritēriji

Revīzijas jautājums, apakšjautājums	Revīzijas kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts / sasniegts daļēji
Vai paliatīvā aprūpe ir pilnvērtīga veselības aprūpes sastāvdaļa?³¹⁰		
1. Vai ir radīti priekšnoteikumi paliatīvās aprūpes nodrošināšanai atbilstoši pacientu vajadzībām?		
1.1. Vai paliatīvā aprūpe tiek plānota, novērtējot pacientu vajadzības?	Ir izstrādāta un tiek īstenota politika paliatīvās aprūpes jomā. ³¹¹	Daļēji. Veselības ministrija paliatīvo aprūpi kā vienu no prioritātēm norāda vairākos aktuālākajos plānošanas dokumentos – 2020. gada konceptuālajā ziņojumā “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā”, Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2021.–2027. gadam un Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plānā onkoloģijas jomā 2022.–2024. gadam. Šajos dokumentos ir identificēta virkne problēmu paliatīvās aprūpes jomā un norādīti nepieciešamie risinājumi un veicamie uzdevumi paliatīvās aprūpes jomas pilnveidošanai. Tomēr Veselības ministrijas faktiskā rīcība liecina par formālu pieeju paliatīvās aprūpes jomas attīstībai un identificēto problēmu risināšanai, jo nav īstenota virkne konkrētu pasākumu paliatīvās aprūpes jomas sakārtošanai.
	Paliatīvā aprūpe ir definēta kā pakalpojumu kopums, kas ietver veselības aprūpes un sociālos pakalpojumus. ³¹²	Jā. No 01.01.2024. Ārstniecības likumā ir iekļauta visaptveroša paliatīvās aprūpes definīcija, kurā paliatīvā aprūpe tiek raksturota kā starpdisciplināra, holistiska tādu pacientu aprūpe, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama, ar mērķi novērst vai mazināt slimības radītās ciešanas, lai nodrošinātu iespējami augstu dzīves kvalitāti pacientam un atbalstu viņa ģimenei. Paliatīvā aprūpe ietver ārstēšanu un slimības radīto simptomu novēršanu, hospisa aprūpi personām ar prognozētu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem, psiholoģisku, sociālu un garīgu atbalstu, kā arī atbalstu pacienta piederīgajiem sērošanas periodā pēc tuvinieka zaudējuma.
	Ir izstrādāts normatīvais regulējums par visaptverošas paliatīvās aprūpes nodrošināšanu. ³¹³	Daļēji. Lai arī Ārstniecības likumā iekļautā paliatīvās aprūpes definīcija atbilst starptautiskajā praksē atzītajai, no esošajiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem šādai definīcijai teorētiski atbilst tikai jaunais un vienīgais hospisa aprūpes pakalpojums – mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā. Tas ietver gan veselības aprūpes, gan sociālo komponenti, kā arī ir noteikta tā organizēšanas, saņemšanas un finansēšanas kārtība. Savukārt revīzijā nav identificētas prasības, ka arī citiem paliatīvās aprūpes pakalpojumiem pēc to satura būtu jāietver Ārstniecības likumā paliatīvās

aprūpes definīcijā iekļautās komponentes, kā arī kopumā nav skaidra paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas kārtība, tajā skaitā kritēriji un atbildīgās institūcijas (speciālisti) paliatīvās aprūpes statusa un aprūpes līmeņa noteikšanai, kas ļautu saņemt veselības stāvoklim atbilstošu paliatīvās aprūpes pakalpojumu. Lai iegūtu skaidru informāciju par pakalpojuma saņemšanas nosacījumiem, tā revīzijā tika pieprasīta atbildīgajām veselības resora iestādēm.

Ir izveidoti specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumi visos veselības aprūpes līmeņos.³¹⁴

Jā. Specializēto paliatīvo aprūpi sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līmenī sniedz paliatīvās aprūpes speciālists un paliatīvās aprūpes kabinetā, sekundārās un terciārās stacionārās veselības aprūpes līmenī – pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe”. Ārpus revidējamā posma, no 01.01.2024., primārās veselības aprūpes līmenī specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā sniedz mobilā komanda. Tādējādi paliatīvās aprūpes pakalpojumus teorētiski var saņemt visos veselības aprūpes līmeņos.

Veselības resorā ir veikts paliatīvās aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitātes izvērtējums pa veselības aprūpes līmeņiem, un lielākajai daļai pacientu sniegti izmaksu efektīvākie pakalpojumi.³¹⁵

Nē. Veselības ministrija nav veikusi aprēķinus par izmaksu efektīvāko veselības aprūpes līmeni paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniegšanai. Pamatojoties uz revidentu aplēsi, kopumā izmaksu efektīvāki ir ambulatorie paliatīvās aprūpes pakalpojumi, un tos ir saņēmis lielākais unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaits.

Nepieciešamības gadījumā visi pacienti ar noteiktu veselības stāvokli neatkarīgi no diagnozes ir tiesīgi saņemt paliatīvās aprūpes pakalpojumus.³¹⁶

Nē. Latvijā paliatīvā aprūpe tiek saistīta ar normatīvajā aktā noteiktām diagnožu grupām. Tajā pašā laikā specializētās paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai ir atšķirīgi nosacījumi. Proti, pakalpojumus paliatīvās aprūpes kabinetā un stacionārajā pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” var saņemt pacienti, kuriem ir noteikta kāda no paliatīvajai aprūpei saistošajām diagnozēm, kamēr paliatīvās aprūpes speciālista konsultāciju un mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumu dzīvesvietā pacienti var saņemt neatkarīgi no diagnozes.

Veselības resorā ir zināms (aplēsts) to pacientu, kuriem nepieciešama paliatīvā aprūpe, skaits.³¹⁷

Nē. Veselības ministrija nav aplēsusi kopējo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu valstī, un tās rīcībā ir informācija par paliatīvās aprūpes pacientiem, kuri jau ir nokļuvuši valsts apmaksātajā veselības aprūpes sistēmā. Piemēram, 2022. gadā vispārējo vai specializēto paliatīvo aprūpi saņēma 12 tūkst. pacientu, savukārt saskaņā ar revidentu aplēsi tā bija nepieciešama vismaz 21 tūkst. pacientu.

	<p>Veselības resorā ir zināms (aplēsts) nepieciešamā finansējuma apmērs, lai visiem pacientiem nepieciešamības gadījumā nodrošinātu paliatīvo aprūpi.</p>	<p>Nē. Veselības ministrija neiesniedza informāciju, vai ir aplēsts kopējais nepieciešamais finansējums, lai nodrošinātu paliatīvās aprūpes pakalpojumus visiem pacientiem, kam tie ir nepieciešami.</p>
	<p>Ir nodrošināta publiski pieejama visaptveroša un aktuāla informācija par paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām valstī.³¹⁸</p>	<p>Daļēji. Revīzijā konstatēts informācijas trūkums par paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām. Detalizētāka informācija par paliatīvo aprūpi ir pieejama Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē. Tomēr nav īstenota virkne plānoto pasākumu, lai nodrošinātu informācijas par paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņemšanas iespējām. Arī vairumam ārstniecības iestāžu nav izstrādāta vienota kārtība, kādā pacients vai tā tuvinieks tiek informēts par paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņemšanas iespējām.</p>
<p>1.2. Vai paliatīvajā aprūpē tiek veicināti pietiekami un kompetenti cilvēkresursi?</p>	<p>Paliatīvās aprūpe speciālisti ik gadu tiek apmācīti plānotajā apjomā.³¹⁹</p> <p>Paliatīvās aprūpes jautājumi kā obligāts kurss ir iekļauti medicīnas studiju/rezidentūras programmās un resertifikācijā.³²⁰</p> <p>Paliatīvās aprūpes jautājumu apguve tiek nodrošināta profesionālās pilnveides programmās un līdz 2023.gada beigām apmācītas 410 ārstniecības personas.³²¹</p>	<p>Nē. Paliatīvās aprūpes ārsta papildspecialitātē 2020.-2024. gadā ik gadu tiek paredzētas vidēji divas līdz trīs no valsts budžeta finansētas rezidentūras vietas, tomēr plānotais vietu skaits regulāri netiek aizpildīts.</p> <p>Daļēji. Ārsta, māsas, ārsta palīga un māsas palīga medicīnas studiju programmās un internista, ķirurga, onkologa ķīmijterapeita, pediatra, geriatra, kardiologa, algologa, ģimenes ārsta un ginekologa specialitāšu rezidentūras programmās kā atsevišķs kurss vai citu kursu daļa ir iekļauti paliatīvās aprūpes jautājumi. Tomēr revīzijā nav identificēts, ka noteiktu specialitāšu ārstiem resertifikācijas sertifikāta iegūšanai ir nepieciešamas obligātas apmācības par paliatīvās aprūpes jautājumiem.</p> <p>Jā. 2020.–2023. gadā Veselības ministrija Eiropas Sociālā fonda projektā īstenoja tālākizglītības pasākumus paliatīvās aprūpes jomā, kopumā apmācot 457 ārstniecības personas un 20 farmaceitus. Tomēr, pieņemot, ka visi apmācītie bija ģimenes ārsti, apmācīti ir vien vidēji 12 % ģimenes ārstu. Tajā pašā laikā Veselības ministrijai nav pilnīgas informācijas par citu institūciju 2020.–2023. gadā īstētajiem ārstniecības personu tālākizglītības pasākumiem paliatīvās aprūpes jomā.</p>
<p>1.3. Vai paliatīvā aprūpe tiek vērtēta un uzraudzīta?</p>	<p>Tiek veikta uzraudzība pār paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu.</p>	<p>Nē. Laika no 01.01.2020. līdz 31.12.2023. Nacionālais veselības dienests plānveida pārbaudes paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniegšanā nav veicis, bet Veselības inspekcijā saņemti un izskatīti divi iesniegumi par ārstniecības kvalitāti un trīs iesniegumi par pieprasīto atbildību no Ārstniecības riska fonda, kurus izskatot tika vērtēta arī paliatīvās aprūpes nodrošināšana. Pārbaudes notiek,</p>

pamatojoties uz saņemtajiem iesniegumiem, kuru ir maz.

2. Vai paliatīvā aprūpe visos veselības aprūpes līmeņos tiek nodrošināta efektīvi^{322?}

2.1. Vai primārās veselības aprūpes pakalpojumi paliatīvās aprūpes pacientiem tiek nodrošināti efektīvi?

Ir noteikts, kādus pakalpojumus un kādā veidā paliatīvās aprūpes pacienti var saņemt primārās veselības aprūpes līmenī.³²³

Jā. Paliatīvās aprūpes pacienti primārās veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt tādā pašā apjomā un kārtībā, kā pārējie pacienti, proti, bez īpaši uz paliatīvās aprūpes pacientiem attiecināmiem nosacījumiem. Savukārt no 01.01.2024. primārās veselības aprūpes līmenī ir ieviests specializētais mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā.

Ir noteikts paliatīvās aprūpes pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī sniedzamo pakalpojumu ietvars (pakalpojumu saturs un ārstniecības personāls).

Jā. Normatīvajā aktā³²⁴ ir noteikti pakalpojumi, kurus sniedz ģimenes ārsts un kuri tiek nodrošināti mājas aprūpes ietvaros, kā arī ir noteiktas ārstniecības personas, kuras nodrošina visu iepriekšminēto pakalpojumu sniegšanu, un šīs prasības attiecināmas uz visu primārās veselības aprūpes pakalpojumu kopumu.

Visā valsts teritorijā/katrā reģionā (Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme, Zemgale) tiek nodrošināti primārās veselības aprūpes pakalpojumi.³²⁵

Jā. Primārās veselības aprūpes pakalpojumi paliatīvās aprūpes pacientiem kopumā tiek nodrošināti visos valsts reģionos. 2020.–2022. gadā primārās veselības aprūpes pakalpojumus sniedz vidēji 1240 ģimenes ārstu prakses un to lielākais īpatsvars ir Rīgā – 46 %, Zemgalē un Kurzemē – 15 % un Vidzemē un Latgalē – 12 %. Savukārt veselības aprūpes mājās pakalpojumus sniedz vidēji 162 pakalpojumu sniedzēji un to lielākais īpatsvars ir Vidzemē – 29 %, bet mazākais Rīgā – 13 %, Zemgalē – 26 %, Latgalē – 17 % un Kurzemē – 15 %.

Ir noteikts termiņš, kādā tiek sniegti primārās paliatīvās aprūpes pakalpojumi.

Jā. Ģimenes ārsta pakalpojumi nodrošināmi piecu darbdienu laikā, veselības aprūpe mājās – ne vēlāk kā 24 stundu laikā no pieteikuma saņemšanas brīža un medicīniskā rehabilitācija – triju mēnešu laikā pēc cerebrovaskulāras slimības sākuma.

Ģimenes ārsti atbilstoši savai kompetencei paliatīvās aprūpes pacientiem nodrošina paliatīvo aprūpi, tajā skaitā nodrošina atsāpīnāšanu³²⁶.

Daļēji. 2020.-2022. gadā no 1096 ģimenes ārstu praksēm, kurās ir reģistrēti revīzijas apjomā iekļautie paliatīvās aprūpes pacienti, tikai 72 % jeb 798 prakses nodrošināja paliatīvo aprūpi. No tām 72 % prakšu veikušas mājas vizītes, 41 % – klātienes konsultācijas un 13 % – attālinātas konsultācijas. 2022. gadā identificētas 1032 ģimenes ārstu prakses, kuru izrakstītās receptes ar pretsāpju zālēm valsts apmaksājusi par kopējo summu 849 tūkst. *euro*.

Veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji atbilstoši savai kompetencei paliatīvās aprūpes pacientiem nodrošina paliatīvo aprūpi.

Daļēji. Veselības aprūpes mājās pakalpojumus 2020.–2022. gadā sniedz vidēji 162 pakalpojumu sniedzēji, tomēr pakalpojumus tieši pieaugušajiem paliatīvās aprūpes pacientiem nodrošināja 23 % līdz 28 % pakalpojumu sniedzēju.

	<p>Vairāk nekā 80 % pie ģimenes ārstiem reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem paliatīvā aprūpe ir sniegta primārajā veselības aprūpes līmenī.³²⁷</p>	<p>Jā. 2020.–2022. gadā paliatīvo aprūpi primārajā veselības aprūpes līmenī (pie ģimenes ārsta vai veselības aprūpes mājās ietvaros) saņēma vidēji 88 % no visiem pie ģimenes ārsta reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem.</p>
	<p>Visiem pie ģimenes ārstiem reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem, kuri ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi hospitalizēti paliatīvās aprūpes saņemšanai, tajā gadā ir nodrošināta ģimenes ārsta paliatīvā aprūpe.</p>	<p>Nē. Ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta starpniecību paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai 2022. gadā tika hospitalizēts 491 paliatīvās aprūpes pacients, tomēr tikai 63 jeb 13 % no tiem 2022. gadā ir nodrošināta ģimenes ārsta paliatīvā aprūpe.</p>
	<p>Neatkarīgi no pakalpojuma sniedzēja paliatīvās aprūpes pacienti saņem līdzvērtīgus primārās veselības aprūpes pakalpojumus pie ģimenes ārsta un mājas aprūpes ietvaros.</p>	<p>Daļēji. 2020.–2022. gadā 53 % jeb 420 ģimenes ārstu praksēs reģistrētiem paliatīvās aprūpes pacientiem ir veiktas konkrētas izmeklējumu vai aprūpes manipulācijas. Turklāt šie ģimenes ārsti minētās manipulācijas veikuši tikai 21 % no kopējā ģimenes ārstu paliatīvo aprūpi saņēmušo pacientu skaita. Veselības aprūpes mājās ietvaros visbiežāk ir veiktas tādas manipulācijas kā medikamentu ievadīšana, ādas bojājumu aprūpe un pacienta vai aprūpes procesā iesaistītas personas apmācība. 90 % pakalpojumu sniedzēju nodrošināja medikamentu ievadi, 61 % – ādas bojājumu aprūpi, 69 % – aprūpes procesā iesaistīto personu izglītošanu, savukārt 39 % – mākslīgās atveres (stomu) un urīna ilgkatetra aprūpi.</p>
<p>2.2. Vai sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti efektīvi?</p>	<p>Ir noteikts, kādus sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumus un kādā veidā var saņemt.³²⁸</p>	<p>Jā. Paliatīvās aprūpes pacientiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līmenī ir pieejami pakalpojumi pie paliatīvās aprūpes speciālista un paliatīvās aprūpes kabinetā. Minētos pakalpojumus var saņemt ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu.</p>
	<p>Ir noteikts sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumu ietvars (pakalpojumu saturs un ārstniecības personāls).</p>	<p>Daļēji. Normatīvajā aktā³²⁹ ir noteikta paliatīvās aprūpes speciālista kompetence. Tomēr nav noteikts paliatīvās aprūpes kabinetā sniedzamo pakalpojumu ietvars (pakalpojumu saturs un ārstniecības personāls).</p>
	<p>Visā valstī/katrā reģionā (Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme, Zemgale)/atbilstoši plānotajam³³⁰ pacientiem tiek nodrošināti sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumi.</p>	<p>Daļēji. 2024. gada sākumā sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumi ir pieejami tikai Rīgā, Zemgalē un Latgalē.</p>
	<p>Ir noteikts termiņš, kādā tiek sniegti sekundārās</p>	<p>Nē. Nav noteikts termiņš, kādā sniedzami sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumi.</p>

	<p>ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumi.</p>	
	<p>Paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai netiek veidotas un arī faktiski nepastāv gaidīšanas rindas.</p>	<p>Daļēji. Atbilstoši publiski pieejamajai informācijai 01.05.2024. pakalpojumus paliatīvās aprūpes kabinetā varēja saņemt laikā līdz piecām dienām, savukārt paliatīvās aprūpes speciālista konsultācijas saņemšanai gaidīšanas laiks Rīgā bija aptuveni mēnesis, bet Zemgalē speciālistam nebija pieejami brīvi pieņemšanas laiki.</p>
	<p>Neatkarīgi no pakalpojuma sniedzēja paliatīvās aprūpes pacienti saņem līdzvērtīgus (pakalpojumu saturs un ārstniecības personāls) sekundārās ambulatorās paliatīvās aprūpes pakalpojumus.</p>	<p>Daļēji. Revīzijā konstatēts, ka gan ārstniecības personāls, gan darba laiks paliatīvās aprūpes kabinetos ir atšķirīgs. Savukārt gan paliatīvās aprūpes speciālista darba uzskaitē, gan paliatīvās aprūpes kabineta apmeklējumiem tiek pielietotas manipulācijas, kas apliecina tikai apmeklējuma faktu.</p>
<p>2.3. Vai stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti efektīvi?</p>	<p>Ir noteikts, kādus stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumus un kādā veidā var saņemt.³³¹</p>	<p>Jā. Stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus persona var saņemt ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu, pēc savas iniciatīvas vai arī ārstniecības iestādē to nogādā Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde. Specializēto paliatīvo aprūpi var saņemt pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe”.</p>
	<p>Ir noteikts stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu ietvars (pakalpojumu saturs un ārstniecības personāls).</p>	<p>Nē. Nav noteikts stacionārās pakalpojumu programmas “Paliatīvā aprūpe” ietvars, tajā skaitā nav arī noteikts paliatīvā aprūpes pakalpojuma saturs un nepieciešamais ārstniecības personāls un tā noslodze. Nacionālais veselības dienests norādīja, ka ārstēšanas metožu un terapijas izvēle ir atkarīga no katra individuāla gadījuma un ir ārstējošā ārsta kompetencē. Papildus konstatēts, ka, lai gan Nacionālais veselības dienests norādīja, ka pakalpojumu programmas “Paliatīvā aprūpe” nodrošinājumā ārstniecības iestādēm jāparedz ne tikai diennakts medicīnas māsu uzraudzība, bet arī atbilstošas specialitātes ārsta diennakts dežūras, tomēr revidenti norāda, ka šī prasība nekur nav noteikta.</p>
	<p>Visā valstī/katrā reģionā (Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme, Zemgale) pacientiem tiek nodrošināti stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumi.³³²</p>	<p>Jā. Terciārā jeb V līmeņa ārstniecības iestādēm pakalpojumu programmas “Paliatīvā aprūpe” nodrošināšana ir noteikts kā obligāts profils, savukārt sekundārā jeb IV līmeņa ārstniecības iestādēm – kā izvēles profils. Stacionāro paliatīvo aprūpes pakalpojumu pacienti var saņemt visos reģionos kopumā septiņās ārstniecības iestādēs: divās V līmeņa ārstniecības iestādēs – SIA “Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” – un piecās IV līmeņa ārstniecības iestādēs – SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā</p>

slimnīca”, SIA “Rēzeknes slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”. Divas IV līmeņa ārstniecības iestādes – SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” – šo izvēles profilu nenodrošina. Tomēr paliatīvās aprūpes gultu skaits katrā ārstniecības iestādē un līdz ar to arī reģionā ir atšķirīgs, tas ir, Rīgā ir 40 paliatīvās aprūpes gultas, Latgalē – 22, Kurzemē – 14 un Vidzemē un Zemgalē – katrā pa astoņām.

Paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai nav gaidīšanas rindu.

Nē. 01.04.2024. gaidīšanas rinda paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” bija 25 nedēļas jeb vairāk nekā pusgads un rindā gaidīja 214 pacienti, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīcā” – īsāka par četrām nedēļām un rindā gaidīja 10 pacienti, SIA “Vidzemes slimnīca” – viena nedēļa un rindā gaidīja pieci pacienti. Informācija par rindām pārējās ārstniecības iestādēs, kas īsteno pakalpojumu programmu “Paliatīvā aprūpe”, nebija norādīta.

Ārstniecības iestādē, kurā ir jāgaida rindā, lai saņemtu paliatīvās aprūpes pakalpojumus, plānotais hospitalizāciju skaits un finansējums tiek izpildīts 100 % apmērā un paliatīvās aprūpes gultu noslodze ir 80 % apmērā.

Nē. Visās ārstniecības iestādēs pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” 2020.–2022. gadā ik gadu faktiski tiek veikts mazāks hospitalizāciju skaits nekā iepļānots gada sākumā, tāpēc tiek veikta pārplānošana un plānotais hospitalizāciju skaits samazināts. Līdz ar to faktiski veikto hospitalizāciju skaits ir par 34 % mazāks nekā plānots gada sākumā. Savukārt pārplānošanas rezultātā iegūtos finanšu līdzekļus novirza citu pakalpojumu nodrošināšanai. 2023. gadā valstī kopā bija 92 paliatīvās aprūpes gultas, tomēr esošais paliatīvās aprūpes gultu skaits nav noslogots pietiekami un to noslodze ir robežās no 17 % līdz 100 %. Savukārt ārstniecības iestādēs, kurās bija rinda paliatīvās aprūpes pakalpojumu saņemšanai, gultu noslodze bija šāda: SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” – 84 %, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” – 61 % un SIA “Vidzemes slimnīca” – 100 %.

Mazāk nekā 20 % pie ģimenes ārstiem reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem ir sniegti sekundārie/terciārie stacionārie paliatīvās aprūpes pakalpojumi.³³³

Jā. 2020.–2022. gadā vidēji 13 % pie ģimenes ārstiem reģistrētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem ir sniegti stacionārie pakalpojumi programmā “Paliatīvā aprūpe”. Lai arī kritēriju var uzskatīt par ieviestu, tomēr revīzijā konstatēts, ka vēl vidēji 37 % paliatīvās aprūpes pacientu ir hospitalizēti citās stacionāro pakalpojumu programmās, bet ne paliatīvās aprūpes diagnozes dēļ.

Neatkarīgi no pakalpojuma sniedzēja paliatīvās aprūpes pacienti saņem līdzvērtīgus (pakalpojumu saturs un

Nē. Ārstniecības iestādēs ir atšķirīgs personāls un pakalpojumus programmā “Paliatīvā aprūpe” nodrošina, piemēram, paliatīvās aprūpes speciālists, infektologs, ķirurgs, urologs, ginekologs, dzemdību speciālists, internists, neiroķirurgs, neirologs un

ārstniecības personāls) stacionāros paliatīvās aprūpes pakalpojumus.

kardiologs. Turklāt gandrīz visās ārstniecības iestādēs netiek nodrošināta atbilstošas specialitātes ārsta diennakts uzraudzība, visu diennakti pieejamas ir māsas un to palīgi. Starp ārstniecības iestādēm ir arī būtiskas atšķirības aprūpējamo pacientu skaitā uz vienu ārsta (robežās no viena līdz 10 pacientiem) vai māsas (robežās no 0,5 līdz 3,3 pacientiem) slodzi. Turklāt arī veikto manipulāciju skaits pacientiem uz vienu hospitalizāciju vairākkārt atšķiras, tajā skaitā starp viena līmeņa ārstniecības iestādēm, un to skaits ir robežās no četrām līdz 25 manipulācijām uz vienu hospitalizāciju. Arī manipulāciju veidi atšķiras starp IV un V līmeņa ārstniecības iestādēm. Piemēram, 90 % no anestēzijas pakalpojumu manipulācijām, tajā skaitā enterālās un parenterālās barošanas manipulācijas, ir veiktas V līmeņa ārstniecības iestādēs. Savukārt IV līmeņa ārstniecības iestādēs veikto rehabilitācijas manipulāciju skaits ir lielāks nekā V līmeņa ārstniecības iestādēs.

Vairumā gadījumu nenotiek atkārtota paliatīvās aprūpes pacienta hospitalizācija 72 stundu laikā pēc izrakstīšanas.³³⁴

Jā. Pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” kopumā nenotiek pacientu atkārtota hospitalizācija tajā pašā stacionārajā ārstniecības iestādē 72 stundu laikā pēc izrakstīšanas, un 2022. gadā bija vien 1 % šādu gadījumu, proti, 24 no 1792 unikālajiem paliatīvās aprūpes pacientiem.

Vairumā gadījumu netiek hospitalizēti tādi paliatīvās aprūpes pacienti, kuri tajā gadā ir saņēmuši cita veselības aprūpes līmeņa paliatīvās aprūpes pakalpojumus.

Nē. 2022. gadā tikai 18 % no 1792 pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” hospitalizētajiem paliatīvās aprūpes pacientiem ir saņēmuši paliatīvo aprūpi ambulatori.

Ārstniecības iestādes sniedz paliatīvās aprūpes viena pacienta ārstēšanas tarifā iekļautos pakalpojumus.

Nē. Viena pacienta ārstēšanas tarifā ir ietverta gan samaksa par gultasdienu, gan veiktajām manipulācijām. Viena pacienta ārstēšanas tarifa (spēkā līdz 31.12.2023.) aprēķinā ir ietvertas 14 dažādas manipulācijas. Tomēr revīzijā konstatēts, ka stacionārajās ārstniecības iestādēs pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” veiktas 207 manipulācijas, kurām būtu jābūt iekļautām pakalpojumu programmas “Paliatīvā aprūpe” viena pacienta ārstēšanas tarifā, pretējā gadījumā par šīm minētajām manipulācijām samaksa ārstniecības iestādēm netiek veikta. Turklāt konstatēts, ka no 14 tarifā iekļautajām un līdz ar to faktiski apmaksātajām manipulācijām trīs gadu periodā ir veiktas tikai septiņas.

Vidējais faktiskais ārstēšanas ilgums paliatīvās aprūpes gultā atbilst viena pacienta ārstēšanas tarifā iekļautajam

Nē. Faktiskais vidējais hospitalizācijas ilgums pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” 2020.–2022. gadā bija mazāks par 9,5 dienām. Tomēr revidenti norāda, ka 2022. gadā no 1792 pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” hospitalizētajiem

vidējās ārstēšanas ilgumam jeb 9,5 dienām.³³⁵

unikālajiem pacientiem 11 % pirms vai pēc šo pakalpojumu saņemšanas ir hospitalizēti citā pakalpojumu programmā tajā pašā ārstniecības iestādē. Tas liecina, ka vidējais ārstēšanās ilgums pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” neatspoguļo faktisko laiku, kad pacientam ir bijusi nepieciešama hospitalizācija.

Uz 1 000 000 iedzīvotāju ir 80–100 paliatīvās aprūpes un hospisa gultu, tajā skaitā 50 gultas tikai onkoloģijas pacientiem.³³⁶

Nē. Ņemot vērā Eiropas Paliatīvās aprūpes asociācijas ieteikumus, revīzijā aplēsts, ka Latvijā nepieciešamais paliatīvās aprūpes gultu skaits varētu būt no 94 gultām (tikai onkoloģijas pacientu aprūpei vien) līdz 188 gultām, skaitot kopā nepieciešamās paliatīvās un hospisa aprūpes gultas. Latvijā 2023. gadā visiem paliatīvās aprūpes pacientiem kopā ir 92 paliatīvās aprūpes gultas.

Viena paliatīvās aprūpes pacienta ārstēšanas tarifa aprēķins ir veikts, pamatojoties uz aktuāliem datiem.

Nē. Pakalpojumu programmas “Paliatīvā aprūpe” spēkā esošais viena pacienta ārstēšanas tarifs ir aprēķināts, ņemot vērā 2009. gada jeb vairāk nekā desmit gadus vecus V līmeņa ārstniecības iestāžu datus par pacientu un gultasdienu skaitu un manipulāciju klāstu un skaitu. Lai arī nav ņemti vērā aktuālākie dati, tarifs vairākkārt ir palielināts tajā iekļauto darba samaksas, ēdināšanas un netiešo izmaksu palielinājuma dēļ.

3. Vai paliatīvās aprūpes pacientiem ir pieejami nepieciešamie sociālās aprūpes pakalpojumi?

3.1. Vai sociālajā jomā ir informācija par paliatīvās aprūpes pacientiem (paliatīvajā aprūpē esošām personām)?

Sociālajā jomā ir identificējami paliatīvās aprūpes pacienti (paliatīvajā aprūpē esošas personas).

Daļēji. Sociālajā un veselības aprūpes jomā netiek izmantota vienota paliatīvās aprūpes pacienta (paliatīvajā aprūpē esošas personas) pazīme. Visaptverošas paliatīvās aprūpes, kas ietver gan veselības aprūpes, gan sociālo komponenti, skaidrojums ir sniegts Ārstniecības likumā. Veselības ministrijai un Labklājības ministrijai sadarbojoties, ir izstrādāts abām nozarēm vienots normatīvais regulējums no 01.01.2024. ieviestajam visaptverošas paliatīvās aprūpes pakalpojumam – mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā –, kur vienkopus pacienti var saņemt veselības aprūpes un sociālos pakalpojumus. Pārējo valsts un pašvaldību sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanai tiek piemēroti citi kritēriji, līdz ar to, saņemot sociālo aprūpi, šāds pacients vairs nav identificējams kā paliatīvās aprūpes pacients (paliatīvajā aprūpē esoša persona).

3.2. Vai ikvienam paliatīvās aprūpes pacientam (paliatīvajā aprūpē esošai personai) ir pieejami valsts un pašvaldību

Paliatīvās aprūpes pacientiem (paliatīvajā aprūpē esošām personām) nav ierobežojumu valsts un pašvaldību finansēto sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanai.

Daļēji. Sociālās aprūpes pakalpojumus, kas būtu nepieciešami paliatīvās aprūpes pacientiem, valsts pilnībā vai daļēji finansē noteiktam personu lokam. Savukārt, pašvaldību finansētu vai daļēji finansētu sociālās aprūpes pakalpojumu piešķiršana atkarīga ne tikai no personas vajadzībām un aprūpes līmeņa, bet arī no tās sociālā statusa, proti, tie ir pieejami tām

finansētie sociālās
aprūpes pakalpojumi?

personām, kurām nav ienākumu vai tie ir zemi un kurām nav likumīgo apgādnieku vai to apgādnieki objektīvu iemeslu dēļ nespēj nodrošināt nepieciešamo aprūpi. Tieši paliatīvās aprūpes pacientiem no 01.01.2024. ir ieviests visaptverošas mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojums pacienta dzīvesvietā.

3.3. Vai ir apzinātas visas ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas, kurās tiek nodrošināti arī veselības aprūpes pakalpojumi?

Ir informācija par visām ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, kas nodrošina arī veselības aprūpes pakalpojumus.

Daļēji. No revīzijā analizētajām 100 pašvaldību un citu organizāciju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām tikai 33 (33 %) 01.01.2024. reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, proti, sniedz veselības aprūpes pakalpojumus. No izlasē iekļautajām 100 ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām 64 (64 %) ir nodarbināts veselības aprūpes personāls, tomēr tās nav reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā. Sociālo pakalpojumu sniedzēji nav jāreģistrē ārstniecības iestāžu reģistrā, ja sociālo pakalpojumu sniedzējam ir līgums ar ārstniecības iestādi par ārstniecības pakalpojumu sniegšanu. Tomēr valsts rīcībā nav arī informācijas par šādām ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, jo šādi līgumi ir iestāžu savstarpējās līgumiskās attiecības, par kurām netiek uzkrāta un aktualizēta informācija.

Sektora vadītāja

Līga Pūre

Departamenta direktore

Maija Āboliņa

ŠIS DOKUMENTS IR ELEKTRONISKI
PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO
PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU

Pielikums. Piemēri par pacientu secīgu hospitalizāciju.

1.tabula. Piemērs no datiem par pacienta vienas hospitalizācijas ietvaros noformētajām divām hospitalizācijām.

Pakalpojumu programmas nosaukums	Hospitalizācijas datums	Izrakstīšanas datums	Hospitalizāciju skaits	Pamata diagnoze	Visas diagnozes	Nosūtītājs
Asinsrites sistēmas traucējumi (DRG fiksētais maksājums – neatliekamā palīdzība)	21.05.2022.	03.06.2022.	Pamatkarte Nr.1	I33.0	I33.0D50.9; E11.2; I10; I27.2; I42.0; I48.1; I50.9; I63.4; I69.3; I70.9; N18.3; Z03.8	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
Hronisko pacientu aprūpe	03.06.2022.	07.06.2022.	Pamatkartes Nr.1 pielikums	I50.9	I50.9; I33.0; I69.3; Z03.8	Ārstniecības iestāde, kurā pacients hospitalizēts
Paliatīvā aprūpe	07.06.2022.	15.06.2022.	Pamatkarte Nr.2	I69.3	I69.3; A41.9; D50.0; E11.2; I11.0; I27.9; I33.0; I42.0; I48.1; I70.8; J94.8; N18.3; U07.1; Z51.5	

2. tabula. Piemērs no datiem par pacienta secīgu hospitalizāciju no paliatīvās uz hronisko aprūpi.

Pakalpojumu programmas nosaukums	Hospitalizācijas datums	Izrakstīšanas datums	Hospitalizāciju skaits	Pamata diagnoze	Visas diagnozes	Nosūtītājs
Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības un traucējumi (DRG fiksētais maksājums – neatliekamā palīdzība)	12.05.2022.	23.05.2022.	Pamatkarte Nr.1	S72.0	S72.0	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
Paliatīvā aprūpe	24.05.2022.	03.06.2022.	Pamatkarte Nr.2	L89	L89; Z51.5	Ārstniecības iestāde, kurā pacients hospitalizēts
Hronisko pacientu aprūpe	03.06.2022.	07.06.2022.	Pamatkartes Nr.2 pielikums	L89	L89; Z51.5	

3. tabula. Piemērs no datiem par pacienta vienas hospitalizācijas ietvaros noformētajām četrām hospitalizācijām.

Pakalpojumu programmas nosaukums	Hospitalizācijas datums	Izrakstīšanas datums	Hospitalizāciju skaits	Pamata diagnoze	Diagnozes	Nosūtītājs
Neiroloģija (insulta vienība)	25.09.2022.	14.10.2022.	Pamatkarte Nr.1	I63.4	I63.4; E78.8; G30.1; I10; I25.2; I48.0; I50.9; I69.3; J69.0; N39.0; Z43.1	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
Hronisko pacientu aprūpe	14.10.2022.	24.10.2022.	Pamatkartes Nr.1 pielikums	I69.3	I69.3; I63.4; Z03.8	
Paliatīvā aprūpe	24.10.2022.	04.11.2022.	Pamatkarte Nr.2	I69.3	I69.3; G30.9; I10; I48.0; I50.9; L89.1; Z03.8; Z43.1; Z51.5	Ārstniecības iestāde, kurā pacients hospitalizēts
Hronisko pacientu aprūpe	04.11.2022.	17.11.2022.	Pamatkarte Nr.3	I69.3	I69.3; E87.0; G12.2; G30.9; I10; I48.0; I50.9; L89.1; L89.2; N17.8; Z03.8; Z43.1	
Paliatīvā aprūpe	17.11.2022.	22.11.2022.	Pamatkarte Nr.4	I69.3	I69.3; G12.2; G30.9; I10; I25.2; I48.0; I50.9; L89.1; L89.2; N17.8; Z03.8; Z93.1; Z51.5	

Atsauces

- ¹ *Universal Health Coverage, World Health Organisation*. Pieejams: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, skatīts 27.03.2024.
- ² *Global Atlas of Palliative Care, World Health Organisation, 2020*. Pieejams: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3), skatīts 27.03.2024.; *World Health Organisation, Universal Health Coverage, World Health Organisation*. Pieejams: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, skatīts 27.03.2024.; *Palliative care, World Health Organisation, 2019*. Pieejams: https://www.who.int/multi-media/details/infographic_palliative_care, skatīts 23.10.2023.; *Only 1 in 10 people who need palliative care, receive it: WHO, 2021*. Pieejams: <https://news.un.org/en/story/2021/10/1102262>, skatīts 16.05.2024.
- ³ *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes*. Pieejams: <https://www.who.int/publications/i/item/9241547345>, skatīts 15.04.2024.
- ⁴ Fox, S., FitzGerald, C., Harrison Denning, K. et al. *Better palliative care for people with a dementia: summary of interdisciplinary workshop highlighting current gaps and recommendations for future research*. *BMC Palliat Care* 17, 9 (2018). Pieejams: <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0221-0>, skatīts 15.04.2024.
- ⁵ *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for Palliative Care European Journal of Palliative Care, 2009, 16 (6)*.
- ⁶ *What is Hospice care? American Cancer Society*. Pieejams: <https://www.cancer.org/cancer/end-of-life-care/hospice-care/what-is-hospice-care.html>, skatīts 15.04.2024.
- ⁷ *Universal Health Coverage, World Health Organisation*. Pieejams: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, skatīts 27.03.2024.
- ⁸ *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators, World Health Organization, 2021*. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.
- ⁹ *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for Palliative Care European Journal of Palliative Care, 2009, 16 (6)*; *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/#bibr12-02692163221074547>, skatīts 18.03.2024.
- ¹⁰ *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for Palliative Care European Journal of Palliative Care, 2009, 16 (6)*.
- ¹¹ *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization, 2016*. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 12.04.2024.
- ¹² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 3.6.3.4. apakšpunkts; Saskaņā ar Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju pamata diagnozes kodī – humānā imūndeficīta vīrusa [HIV] infekcija (B20-B24), ļaundabīgi audzēji (C00-C97), neskaidras vai nezināmas dabas audzēji (D37-D48), encefalīts, encefalomielīts citur klasificētu slimību dēļ (G05), spināla muskuļu atrofija un citi radniecīgi sindromi (G12), centrālās nervu sistēmas primāras sistēmiskas atrofijas citur klasificētu slimību dēļ (G13), multiplā skleroze (G35), ekstremitātes fantoma sindroms ar sāpēm (G54.6), nervu saknīšu un pinumu kompresija audzēja dēļ (G55.0), pārmantota motoriska un sensoriska neiropātija (G60.0), Gijēna-Barē (Guillain-Barré) sindroms (G.61.0), polineiropātija audzēju dēļ (G63.1), Myasthenia gravis un citas mionieirālas patoloģijas (G70), vaskulāras mielopātijas (G95.1), neprecizēta muguras smadzeņu kompresija (G95.2), mielopātija citur klasificētu slimību dēļ (G99.2), sirds mazspēja (I50), cerebrovaskulāru slimību sekas (I69), barības vada obstrukcija (K22.2), izgulējumi (decubitus) (L89), muguras smadzeņu bojājuma sekas (T91.3) – un blakus diagnozes kods visos gadījumos – Z51.5 “Paliatīvā aprūpe”. Pieejams: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk>, skatīts 20.05.2024.
- ¹³ Valsts kontroles 28.09.2023. vēstule Nr. 9-2.3.1e/743; Nacionālā veselības dienesta 17.10.2023. vēstule Nr. 16-7/16596/2023; Nacionālā veselības dienesta pilnvara Nr. 16-13/18244/2023; Valsts kontroles 15.11.2024. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta un Valsts kontroles 16.11.2023. pieņemšanas un nodošanas akts.
- ¹⁴ Unikālo pacientu skaits sadalījumā pa gadiem, saskaitot kopā, ir lielāks nekā kopējais unikālo pacientu skaits trīs gadu periodā, jo viens unikālais pacients paliatīvās aprūpes pakalpojumu var saņemt katru gadu.
- ¹⁵ VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” 08.11.2023. vēstule Nr. 5-16.2/2450, 28.11.2023. vēstule Nr. 5-16.2/2638, 12.02.2024. vēstule Nr. 5-16.2/395; SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” 13.11.2023. vēstule Nr. A1/1.1-07/23/1946, 16.02.2024. vēstule Nr. A1/1.1-07.1/24/221; SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” 08.11.2023. vēstule Nr. 1.14/576, 19.02.2024. vēstule Nr. 1.14/75; SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” 12.01.2024. vēstule Nr. NOS/VPI/2024/33, SIA “Tukuma slimnīca” 17.01.2024. e-pasta vēstule; SIA “Alūksnes slimnīca” 26.01.2024. vēstule Nr. 1-3/30; SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” 29.01.2024. e-pasta vēstule; SIA “Vidzemes slimnīca” 31.01.2024. vēstule Nr. 1.5-100; SIA “Krāslavas slimnīca” 01.02.2024. vēstule Nr. 1.6-22; SIA “Madonas slimnīca” 01.02.2024. vēstule Nr. 54/1.9/24; SIA “Preiļu slimnīca” 01.02.2024. vēstule Nr. 1.9/2024/ 34; SIA “Ogres rajona slimnīca” 02.02.2024. e-pasta vēstule; SIA “Sanare – KRC Jaunkemeri” 02.02.2024. e-pasta vēstule; SIA “Limbažu slimnīca” 04.02.2024. vēstule Nr.3.4/24/24; SIA “Rīgas 2. slimnīca” 02.02.2024. e-pasta vēstule; SIA “Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība” 05.02.2024. vēstule Nr. 01-10/38; SIA “Aizkraukles slimnīca” 02.02.2024. vēstule Nr. 1.14/4; SIA “Ludzas medicīnas centrs” 02.02.2024. vēstule Nr. 1.8/19; SIA “Saldus medicīnas centrs” 05.02.2024. vēstule Nr. 1-12/36; SIA “Rēzeknes slimnīca” 07.02.2024. vēstule Nr. 1.15.1-13/117; SIA “Priekules slimnīca” 23.02.2024. e-pasta vēstule; SIA “Līvānu slimnīca” 27.02.2024. e-pasta vēstule;

- SIA “Kuldīgas slimnīca” 28.02.2024. vēstule Nr. 1.4/138, 06.03.2024. e-pasta vēstule; SIA “Siguldas slimnīca” 29.02.2024. e-pasta vēstule; SIA “Jūrmalas slimnīca” 04.03.2024. vēstule Nr. 1-27/139, SIA “LIEPĀJAS REĢIONĀLĀ SLIMNĪCA” 15.03.2024. vēstule Nr. 299/1.10., Nacionālā veselības dienesta 05.04.2024. e-pasta vēstule (sniegti dati par SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”).
- ¹⁶ *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers’ Deputies.* Pieejams: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf), skatīts 24.11.2023.
- ¹⁷ *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization, 2016.* Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 12.04.2024.
- ¹⁸ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam (apstiprinātas ar Ministru kabineta 26.05.2022. rīkojumu Nr. 359 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam”, prot. Nr. 28 43. §); Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plāns onkoloģijas jomā 2022.–2024. gadam (apstiprināts ar Ministru kabineta 06.07.2022. rīkojumu Nr. 493 “Par Veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plānu onkoloģijas jomā 2022.–2024. gadam”, prot. Nr. 35 59. §); Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ¹⁹ *Etkind, S.N., Bone, A.E., Gomes, B. et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services.* BMC Med 15, 102 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>, skatīts 05.06.2024.
- ²⁰ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam (apstiprinātas ar Ministru kabineta 26.05.2022. rīkojumu Nr. 359 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam”, prot. Nr. 28 43. §); Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ²¹ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526 un 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ²² *Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliative Medicine.* 2014;28(4):302-311. doi:10.1177/0269216313518266, skatīts 05.06.2024.
- ²³ *Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliat Med.* 2014 Jan;28(1):49-58. doi: 10.1177/0269216313489367. Epub 2013 May 21. PMID: 23695827.
- ²⁴ Dati ir par kopējo faktisko unikālo pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu; Mirušo skaits no 18 gadu vecuma. Pieejams: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_POP_IM_IMSV/IMV010/, skatīts 05.06.2024.
- ²⁵ Aplēse veikta, aprēķinot 69 % (minimālā robeža) un 82 % (maksimālā robeža) no attiecīgajā gadā valstī mirušo no 18 gadu vecuma skaita.
- ²⁶ Aplēse veikta, no aplēstā mirušo skaita, kuriem bija vajadzīga paliatīvā aprūpe, minimālās un maksimālās robežas atskaitot faktisko unikālo paliatīvās aprūpes pacientu skaitu attiecīgajā gadā.
- ²⁷ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526 un 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ²⁸ Visu ziņojumā iekļauto pasākumu īstenošanai 2022. gadā papildus būtu nepieciešami 18 048 895 euro, 2023. gadā – 18 924 995 euro, 2024. gadā – 20 017 217 euro un turpmāk ik gadu papildus būtu nepieciešami 20 017 217 euro. Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ²⁹ *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, World Health Organisation, 2014.* Pieejams: <https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global Atlas of Palliative Care.pdf>, skatīts 11.04.2023., *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization, 2016.* Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 16.08.2024.
- ³⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 3.6.3.4. apakšpunkts.
- ³¹ Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ³² Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ³³ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Ceļvedis “Paliatīvās aprūpes pakalpojumi pieaugušajiem””. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/738/download?attachment>, skatīts 02.05.2024.
- ³⁴ Nacionālā veselības dienesta 11.05.2024. e-pasta vēstule. Lai identificētu šos pacientus, ir izveidota atsevišķa pacientu grupa “147 – Pacients, kurš saņem paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumus pacienta dzīvesvietā”, kuru ārstniecības iestādēm jānorāda uzskaites dokumentos, sniedzot pakalpojumus šai pacientu grupai.
- ³⁵ Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ³⁶ Centrālās statistikas pārvaldes dati: Mirstība pēc nāves cēloņa, dzimuma un vecuma grupas. Pieejams: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_POP_NC_NCI/, skatīts 06.06.2024.
- ³⁷ Centrālās statistikas pārvaldes dati: Mirstība pēc nāves cēloņa, dzimuma un vecuma grupas. Pieejams: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_POP_NC_NCI/, skatīts 06.06.2024.
- ³⁸ Valsts kontroles un Latvijas Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības “ONKOALIANSE” 01.11.2023. tikšanās.
- ³⁹ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).

- ⁴⁰ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526; Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625; Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta 10.11.2023. e-pasta vēstule; Veselības ministrijas 08.03.2024. e-pasta vēstule.
- ⁴¹ Lai nodrošinātu konsiliju pacientiem ar jebkuru diagnozi papildus 2024. gadam ir nepieciešami 217 599 *euro*, 2025. gadā 226 303 *euro*, 2026. gadā un turpmāk ik gadu 234 216 *euro*. Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ⁴² Valsts kontroles un Latvijas Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības “ONKOALIANSE” 01.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un nodibinājuma “Hospiss.LV” 02.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un HIV/AIDS pacientu atbalsts biedrības “AGIHAS” 24.10.2023. tikšanās.
- ⁴³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 3.6.3.4. apakšpunkts un 77. punkts.
- ⁴⁴ Ārstniecības likuma 1. panta 31. punkts (redakcijā no 01.01.2024.).
- ⁴⁵ Visaptverošs. Pieejams: <https://www.letonika.lv/groups/default.aspx?q=holistic&g=2&lr=10621033>, skatīts 19.03.2024.
- ⁴⁶ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ⁴⁷ EAPC Atlas of Palliative Care in Europe, 2019. Pieejams: <https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/07/EAPC-Atlas-2019-final-web.pdf>, skatīts 15.11.2023.
- ⁴⁸ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526; Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 3.11.¹ apakšpunkts.
- ⁴⁹ Veselības aprūpes finansēšanas likuma 1. panta otrā daļa.
- ⁵⁰ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Paliatīvās aprūpes pakalpojumi pieaugušajiem”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/738/download?attachment>, skatīts 15.11.2023.; Nacionālā veselības dienesta 10.11.2023. e-pasta vēstule.
- ⁵¹ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ⁵² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 3.11.¹ apakšpunkts, 3.4.¹ nodaļa; Ministru kabineta 20.02.2024. noteikumi Nr. 112 “Paliatīvās aprūpes noteikumi”; Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 13. panta pirmās daļas 12.¹ punkts.
- ⁵³ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ⁵⁴ Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ⁵⁵ Valsts kontroles un Latvijas Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības “ONKOALIANSE” 01.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un nodibinājuma “Hospiss.LV” 02.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un HIV/AIDS pacientu atbalsts biedrības “AGIHAS” 24.10.2023. tikšanās; Valsts kontroles un pacientu biedrības “ParSirdi.lv” 03.11.2023. tikšanās.
- ⁵⁶ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ⁵⁷ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526.
- ⁵⁸ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 63.⁵⁰ punkts.
- ⁵⁹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Paliatīvā aprūpe”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativa-aprupe>, skatīts 17.11.2023.; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi pacienta dzīvesvietā”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativas-aprupes-mobilas-komandas-pakalpojumi-pacienta-dzivesvieta>, skatīts 17.11.2023.
- ⁶⁰ Veselības inspekcijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Ārstniecības personas darba vietas un sertifikāti specialitātēs”. Pieejams: <https://registri.vi.gov.lv/apd>, skatīts 17.11.2023.
- ⁶¹ Atbilstoši Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikuma 2.1.26. apakšpunktam sekundāro ambulatoro pakalpojumu veidu grupā “Pārējās specialitātes” ir iekļauti imunologa, dietologa, flebologa, transplantologa, transfuziologa, paliatīvās aprūpes speciālista un neatliekamās medicīnas ārsta pakalpojumi.
- ⁶² Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta 01.11.2023. e-pasta vēstule.
- ⁶³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punkts, 185.3. apakšpunkts, 10. pielikums.
- ⁶⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3., 4., 7. punkts.
- ⁶⁵ Nacionālā veselības dienesta 27.11.2023. e-pasta vēstule.
- ⁶⁶ Iekavās ir norādīts to pacientu skaits, kuri paliatīvās aprūpes kabinetā vērsušies paliatīvās aprūpes diagnozes dēļ, izņemot SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” un SIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, kur paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek sniegti galvenokārt bērniem. Viena pacienta izmaksas paliatīvās aprūpes kabinetā aprēķinātas, ņemot vērā kopējo unikālo pacientu skaitu.
- ⁶⁷ Izņemot SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” un SIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, kur paliatīvās aprūpes pakalpojumi tiek sniegti galvenokārt bērniem.
- ⁶⁸ Nacionālā veselības dienesta 20.06.2024. e-pasta vēstule.

⁶⁹ Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2017.–2020. gadam (apstiprināts ar Ministru kabineta 31.05.2017. rīkojumu Nr. 269 “Par Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plānu 2017.–2020. gadam”, prot. Nr. 28 39. §.).

⁷⁰ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526 un 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.

⁷¹ Aplēse par vidējām pakalpojuma izmaksām uz vienu paliatīvās aprūpes pacientu veikta: 1. veselības aprūpe mājās – visu veikto manipulāciju izmaksas daļot ar unikālo pakalpojumu saņēmēju paliatīvās aprūpes pacientu skaitu attiecīgajā gadā; 2. ģimenes ārsts – kopsummu par visu veikto manipulāciju izmaksām, valsts kompensēto pacienta līdzmaksājumu un kapitācijas naudu daļot ar unikālo pakalpojumu saņēmēju paliatīvās aprūpes pacientu skaitu attiecīgajā gadā; 3 – paliatīvās aprūpes speciālists – kopsummu par aprūpes epizožu, visu veikto manipulāciju izmaksām un valsts kompensēto pacienta līdzmaksājumu daļot ar unikālo pakalpojumu saņēmēju paliatīvās aprūpes pacientu skaitu attiecīgajā gadā; 4 – paliatīvās aprūpes kabinets – fiksēto maksājumu kopsummu SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” un SIA “Kuldīgas slimnīca” kabinetiem daļot ar kopējo unikālo pakalpojumu saņēmēju pacientu skaitu attiecīgajā gadā; 5 – pakalpojumu programmas “Paliatīvā aprūpe” faktiski izlietotā finansējuma un valsts kompensēta pacienta līdzmaksājumu kopsummu daļot ar kopējo unikālo pakalpojumu saņēmēju pacientu skaitu attiecīgajā gadā. Savukārt aplēse par vidējām konkrēta veselības aprūpes līmeņa pakalpojumu izmaksām uz vienu pacientu veikta, katrā veselības aprūpes līmenī sniedzamo pakalpojumu vidējo izmaksu kopsummu trīs gadu periodā daļot ar trīs.

⁷² *Global Atlas of Palliative Care, World Health Organisation, 2020.* Pieejams: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3), skatīts 27.03.2024.;

⁷³ *Palliative Care Australia and KPMG Investing to save – The Economics of increased investment in Palliative Care in Australia, 2020.* Pieejams: <https://palliativecare.org.au/kpmg-palliativecare-economic-report>, skatīts 06.06.2024.

⁷⁴ *World Health Organisation, Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, 2016.* Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 03.04.2024., *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.* Pieejams: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf), skatīts 24.11.2023.; *World Health Organisation, Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, 2014.* Pieejams: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf, skatīts 03.04.2024.

⁷⁵ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).

⁷⁶ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526.

⁷⁷ Valsts kontroles un Latvijas Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības “ONKOALIANSE” 01.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un nodibinājuma “Hospiss.LV” 02.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un HIV/AIDS pacientu atbalsts biedrības “AGIHAS” 24.10.2023. tikšanās; Valsts kontroles un pacientu biedrības “ParSirdi.lv” 03.11.2023. tikšanās.

⁷⁸ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).

⁷⁹ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526. Teorētiska un praktiska apmācība par paliatīvo aprūpi tiek nodrošināta ārsta medicīnas studiju programmas kursu ietvaros, piemēram, onkoloģija, radioloģija, tiesu medicīna, ģimenes medicīnas pamati, klīniskā rehabilitoloģija, medicīnas komunikācija; māsas (vispārējās aprūpes māsas) medicīnas studiju programmas kursu ietvaros, piemēram, onkoloģija un paliatīvā pacienta aprūpe, klīniskā aprūpe un rehabilitācija pacientu aprūpē, klīniskā farmakoloģija un medikamentozā aprūpe; ārsta palīga (feldšeris) medicīnas studiju programmā, kur ietverti onkoloģisko pacientu diagnostikas un ārstēšanas principi, kā arī onkoloģisko slimību skrīnings; māsas palīga studiju programmas profesionālo kompetenču mācību kursu sadaļā modulī “Akūta, hroniska un paliatīva pacienta aprūpe”.

⁸⁰ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526. Informācija par apmācību paliatīvajā aprūpē: algologs – apakškurss “Onkoloģiskās sāpes un sāpes terminālajā stadijā” integrēts studiju kursā “Specifiski sāpju sindromi”; geriātrs – studiju kursi “Paliatīvā aprūpe” un “Onkoloģija”; internists – studiju kurss “Paliatīvā onkoloģija”; kardiologs – integrēts studiju kursā “Hroniskas sirds slimības un agrīna rehabilitācija pēc akūtas kardiālas patoloģijas I, II, III”; ķirurgs – integrēts studiju kursā “Onkoloģija”; onkologs ķīmijterapiests – studiju kurss “Paliatīvā aprūpe”; pediatrs – apakškurss “Paliatīvā aprūpe” integrēts studiju kursā “Hospitālā pediatrija ar konsultatīvo ambulatoro darbu, t. sk. ambulatorā pediatrija”; Veselības ministrijas 14.05.2024. e-pasta vēstule. Informācija par apmācību paliatīvajā aprūpē: ģimenes (vispārējās prakses) ārsts – studiju kurss “Onkoloģija un paliatīvā aprūpe”, semināri “Paliatīvā aprūpe ģimenes ārsta praksē: taktika terminālos stāvokļos” un “Paliatīvā aprūpe ģimenes ārsta praksē: sāpju terapija” (Rīgas Stradiņa universitāte), integrēts studiju kurss “Onkoloģija un hematoloģija” un “Ģimenes medicīna III (pirmā daļa)” (Latvijas Universitāte); ginekologs, dzemdību speciālists – 5.studiju gadā teorētiskais seminārs “Paliatīvā aprūpe” un integrēts studiju kursā “Onkoloģiskā ginekoloģija” (Rīgas Stradiņa universitāte), integrēts kurss “Onkoloģiskās ginekoloģijas pamati” un “Onkoloģiskā ginekoloģija” (Latvijas Universitāte).

⁸¹ Veselības ministrijas 14.05.2024. e-pasta vēstule.

⁸² Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumi Nr. 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.

⁸³ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).

- ⁸⁴ Valsts kontroles un Latvijas Onkoloģijas pacientu organizāciju apvienības “ONKOALIANSE” 01.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un nodibinājuma “Hospiss.LV” 02.11.2023. tikšanās; Valsts kontroles un HIV/AIDS pacientu atbalsts biedrības “AGIHAS” 24.10.2023. tikšanās; Valsts kontroles un pacientu biedrības “ParSirdi.lv” 03.11.2023. tikšanās.
- ⁸⁵ Veselības ministrija 17.04.2024. e-pasta vēstule.
- ⁸⁶ Valsts kontroles lietderības revīzijas ziņojums Nr. 2.4.1-6/2017 “Cilvēkresursi veselības aprūpē” Pieejams: <https://rvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslektas-revizijas/cilvekkresursi-veselibas-aprupe>.
- ⁸⁷ Izstrādāts Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta atbalstīta projekta Nr. REFORM/SC2021/09 “Par veselības darbaspēka stratēģiju Latvijā” ietvaros. Pieejams: https://www.vm.gov.lv/lv/veselibas-darbaspeka-strategija-latvija?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, skatīts 10.04.2024.
- ⁸⁸ Veselības ministrija 17.04.2024. e-pasta vēstule.
- ⁸⁹ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526; Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625; Veselības ministrija 17.04.2024. e-pasta vēstule.
- ⁹⁰ Informācija no Valsts kontroles veiktajām revīzijām par līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ģimenes ārstu prakšu skaitu: 2019. gadā – 1199, 2020. gadā – 1260, 2021. gadā – 1237, 2022. gadā – 1223, 2023. gadā – 1220.
- ⁹¹ World Health Organisation, *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*, 2016. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 03.04.2024., *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies*. Pieejams: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf), skatīts 24.11.2023.
- ⁹² Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumu Nr. 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2.80. apakšnodauļa; Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625; Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015. gadam (apstiprināta ar Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojumu Nr. 48 “Par Onkoloģisko slimību kontroles programmu 2009.–2015.gadam”).
- ⁹³ Veselības inspekcijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Statistika par ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām”. Pieejams: <https://www.vi.gov.lv/lv/registracija-arstniecibas-iestadem-un-personam>, skatīts 16.10.2023.
- ⁹⁴ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526.
- ⁹⁵ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Specialitāšu attīstības dinamika: Rezidentūras vietu skaita plānošana 2021. gadam”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/media/6161/download?attachment>, skatīts 07.09.2023.
- ⁹⁶ Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ⁹⁷ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Rezidentūras vietu sadalījums”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/rezidenturas-vietu-sadalijums>, skatīts 16.10.2023.
- ⁹⁸ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Ārstu un zobārstu skaits, kurus ārstniecības iestādes varētu nodrošināt ar darbu no 2018.-2024.gadam”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/arstu-un-zobarstu-skaits-kurus-arstniecibas-iestades-varētu-nodrosinat-ar-darbu-no-2018-2024gadam>, skatīts 28.03.2024.
- ⁹⁹ Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625; Grozījumu Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumos 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” projekts. Pieejams: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/41ab241d-334c-4de2-b51e-70a83fccd26b#, skatīts 12.12.2023.
- ¹⁰⁰ *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies*. Pieejams: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf), skatīts 24.11.2023.
- ¹⁰¹ *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank*, 2018. Pieejams: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>, skatīts 18.04.2024.
- ¹⁰² *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies*. Pieejams: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf), skatīts 24.11.2023.
- ¹⁰³ *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization*, 2016. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 12.04.2024.
- ¹⁰⁴ Veselības ministrijas 26.04.2024. e-pasta vēstule.
- ¹⁰⁵ Ministru kabineta 25.10.2010. noteikumi Nr. 469 “Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas”.
- ¹⁰⁶ Veselības ministrijas koncepcija “Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”” (apstiprināta ar Veselības ministrijas 20.01.2017. rīkojumu Nr. 22).
- ¹⁰⁷ 06.12.2023. Grozījumi Ārstniecības likumā (stājās spēkā 03.01.2024).
- ¹⁰⁸ Klīniskās vadlīnijas – pierādījumos balstīts, sistematizēts un aktualizēts ieteikumu kopums lēmumu pieņemšanas atbalstam ārstniecības personām un pacientiem par piemērotāko ārstniecību noteiktos klīniskos gadījumos. Klīniskais algoritms – precīzs, standartizēts rekomendējamo darbību apraksts, lai veiktu secīgas darbības veselības aprūpes problēmu un klīnisko situāciju risināšanai, kā arī mērķa sasniegšanai. Klīniskais ceļš – atbilstoši klīniskajam algoritmam vai klīniskajām vadlīnijām pacientu grupām definēts un strukturēts multidisciplinārs ārstniecības plāns. Ārstniecības likuma 1. panta 20. punkts un 32., 33. punkts (stājās spēkā 01.07.2025.).

- ¹⁰⁹ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ¹¹⁰ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526.
- ¹¹¹ Eiropas Sociālā fonda projekts “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” (Nr. 9.2.3.0/15/I/001).
- ¹¹² “Paliatīvās aprūpes nodrošināšana pacienta dzīvesvietā, dienas stacionārā, stacionārā, ietverot kārtību pārejai no aprūpes stacionārā uz paliatīvo aprūpi pēc ārstu konsilija slēdziena, pieaugušajiem onkoloģijā” un “Onkoloģisko pacientu nosūtīšana uz rehabilitāciju vai paliatīvo aprūpi, balstoties uz pierādījumos balstītiem starptautiski atzītiem novērtēšanas instrumentiem, ietverot arī kritērijus un novērtēšanas protokolu paraugus”.
- ¹¹³ Veselības ministrijas un Latvijas Ārstu biedrības 01.12.2022. pakalpojuma līgums Nr. 01-32.4.3.2/199 par klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrādi onkoloģijā un bērnu (sākot ar neonatālo periodu) aprūpes jomā iepirkuma priekšmeta pirmā daļa “Pakalpojuma izpilde onkoloģijas jomā”.
- ¹¹⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Ceļvedis “Paliatīvās aprūpes pakalpojumi pieaugušajiem””. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/738/download?attachment>, skatīts 02.05.2024.
- ¹¹⁵ Veselības ministrijas 26.04.2024. e-pasta vēstule.
- ¹¹⁶ Ministru kabineta 04.04.2006. noteikumi Nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”.
- ¹¹⁷ Ministru kabineta 11.03.2014. noteikumi Nr. 134 “Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu”.
- ¹¹⁸ Veselības ministrijas 26.04.2024. e-pasta vēstule.
- ¹¹⁹ Slimību profilakses un kontroles centra tīmekļvietnē pieejamā informācija “Klīniskie algoritmi, pacientu ceļi, indikatori (ESF projekts). Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-pacientu-celi-indikatoru-esf-projekts?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, skatīts 17.05.2024.
- ¹²⁰ Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” ietvaros Nacionālais veselības dienests 2014. gadā noslēdza līgumu ar Starptautisko Rekonstrukcijas un attīstības banku par zinātniskā pētījuma veikšanu par veselības veicināšanu un veselības aprūpes sistēmas “šaurajām” vietām, uzsverot cilvēkresursu, infrastruktūras, investīciju, pakalpojumu apmaksas nozīmi; Eiropas Savienības fonda īstenotais projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” nodevums Nr. 15 – Pārskats par maksājumiem pakalpojumu sniedzējiem. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/296/download?attachment>, skatīts 23.04.2024.
- ¹²¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 239. punkts (redakcija no 01.01.2020. līdz 09.06.2020.).
- ¹²² Turpinās darbs pie Veselības ministrijas organizētā informatīvā ziņojuma par slimnīcu tīkla attīstību 2. kārtas, kuras ietvaros ir paredzēts arī noteikt kvalitātes kritērijus stacionārajām ārstniecības iestādēm, dalījumā pa profiliem, tādējādi arī pakalpojumu programmām. Pamatojoties uz plāna ietvaros izstrādātajiem kvalitātes kritērijiem, tiks noteikti arī stacionāro pakalpojumu programmās vērtējamie kvalitātes indikatīvie rādītāji. Nacionālā veselības dienesta 11.05.2024. e-pasta vēstule.
- ¹²³ Pamatprofili – internā medicīna, hronisko pacientu aprūpe, ķirurģija, ginekoloģija, grūtniecība un dzemdību aprūpe, pediatrija un traumatoloģija, ortopēdija. Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (apstiprināts Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §). Pieejams: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/855c5d84-6f49-4ec0-b4f5-a8a84df9db3c, skatīts 20.05.2024.
- ¹²⁴ Ministru kabineta 01.11.2011. noteikumu Nr. 850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums” 4.5.¹ apakšpunkts; Ministru kabineta 09.07.2019. noteikumi Nr. 309 “Veselības inspekcijas nolikums” 3.1., 3.6. apakšpunkts.
- ¹²⁵ Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta 09.02.2024. e-pasta vēstule.
- ¹²⁶ Veselības inspekcijas 25.01.2024. vēstule Nr. 1.3.-5./800.
- ¹²⁷ Veselības ministrijas 08.03.2024. e-pasta vēstule.
- ¹²⁸ Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas Sabiedrības veselības apakškomisijas 09.04.2024. sēde.
- ¹²⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 16. punkts.
- ¹³⁰ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Ģimenes ārsti atbilstoši teritorijām”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/gimenes-arsti-atbilstosi-teritorijam>, skatīts 28.11.2023.
- ¹³¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 17. punkts, 39.6. apakšpunkts.
- ¹³² Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Paliatīvā aprūpe”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativa-aprupe>, skatīts 31.08.2023.
- ¹³³ Nacionālā veselības dienesta 06.10.2023. e-pasta vēstule.
- ¹³⁴ Nacionālā veselības dienesta 17.10.2023. vēstule Nr. 16-7/16596/2023; Pacientu skaits, kuri 2020.-2022. gadā kaut reizi ir saņēmuši jebkura veselības aprūpes līmeņa pakalpojumus kā paliatīvās aprūpes pacienti (paliatīvajai aprūpei saistošās pamata diagnozes kombinācijā ar blakus diagnozes kodu – Z51.5).
- ¹³⁵ Primārās veselības aprūpes pakalpojumu līguma parauga 6.1.5. punkts. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs>, skatīts 28.11.2023.
- ¹³⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Primārās veselības aprūpes pakalpojumu līguma paraugs”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs-0>, skatīts 31.08.2023.
- ¹³⁷ Izmērot manipulācijas (Nr. 01068, 47267, 47268, 47328, 47404, 47405, 47406, 60034, 60035, 60036, 60038, 60043, 60044, 60049, 60085, 60086, 60160, 60161, 60164, 60165, 60166, 60168, 60169, 60170, 60171, 60172, 60445, 60446, 60545, 70036), kas tiek uzskaitītas par pašu apmeklējuma faktu, individuālo aizsardzības līdzekļu izmantošanu, Covid-19 testēšanu un nāves fakta apliecināšanu.

- ¹³⁸ Opiātu grupas pretsāpju zāļu vispārīgie nosaukumi *Diclofenacum, Dihydrocodeinum, Fentanylum, Morphinum, Tramadololum un Trimeperidinum*.
- ¹³⁹ Nacionālā veselības dienesta 22.03.2024. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta 10.05.2024. vēstule Nr. 16-7/9134/2024.
- ¹⁴⁰ SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”.
- ¹⁴¹ Valsts kontroles 24.04.2024. vēstule Nr. 9-2.3.1e/359; Valsts kontroles 22.05.2024. vēstule Nr. 9-2.3.1e/410; Veselības ministrijas 09.05.2024. vēstule Nr. 01-15.1/1815.
- ¹⁴² Ķīvīte-Urtāne A., Civjāne L., Isajeva L., Kaupe R., Vanaga – Arāja D., Veisberga L. (2019). Narkotiku lietošanas paradumi un tendences Latvijā. Narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 11.posma rezultāti. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
- ¹⁴³ Veselības inspekcijas 26.08.2024. vēstule Nr. 1.8.-2./6149.
- ¹⁴⁴ Veselības inspekcijas 26.08.2024. vēstule Nr. 1.8.-2./6149. 26.08.2024. Ziņojums par valsts apmaksāto pretsāpju medikamentu (opioīdu) izrakstīšanas pamatotību. [8] Secinājumi. [..]
[8.3] Par izrakstītajiem medikamentiem tiek veikti ieraksti medicīniskajā dokumentācijā. Izņemot divos gadījumos konstatēts, ka ir veikti nepilnīgi ieraksti pacienta medicīniskajā dokumentācijā. Izvērtējot konstatētā pārkāpuma būtību, abos gadījumos uzsākts administratīvā pārkāpuma process.
[8.4]. Divos gadījumos ir konstatēti veselības aprūpes pārkāpumi un Inspekcija ir uzsākusi administratīvā pārkāpuma procesu:
[8.4.1] Vienā gadījumā pacientam ar onkoloģisko diagnozi ģimenes ārsts izrakstījis nepamatoti lielas opioīda devas ilgstošā laika periodā.
[8.4.2] Vienā gadījumā ģimenes ārsts nepilnu gadu ir izrakstījis opioīdus, pacienta medicīniskajā dokumentācijā nenorādot objektīvu nepieciešamību minēto medikamentu lietošanai. Līdz ar to secināms, ka receptes opioīdu iegādei konkrētajā laika periodā izrakstītas nepamatoti.
- ¹⁴⁵ Primārās veselības aprūpes pakalpojumu līguma parauga 1. pielikums “Primārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas noteikumi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraug>s, skatīts 24.04.2024.
- ¹⁴⁶ 60034 – “Ģimenes ārsta vizīte pie personas, kura atrodas ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā. Norāda par pirmo izbraukuma pacientu” (manipulācija svītrotā no 01.10.2022.), 60043 – “Ģimenes ārsta praksē nodarbinātas ārstniecības personas vai mājas aprūpes pakalpojumu sniedzēja mājas vizīte SARS-CoV-2 (COVID-19) izmeklējamā materiāla ņaņemšanai vai Ag testa veikšanai” (spēkā līdz 31.12.2022.), 60085 “Mājas apstākļos mirušas personas nāves fakta apliecināšana”, 60086 – “Ģimenes ārsta vizīte pie personas, kura atrodas ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā, vai mājas vizīte, ja ģimenes ārsts apmeklē personu, kurai tiek veikta paliatīvā aprūpe un mājas aprūpe, vai kura slimo ar gripu gripas epidēmijas laikā vai slimo ar Covid-19, vai kurai ir psihiski traucējumi, vai pie kuras neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde veikusi izbraukumu un ģimenes ārsts vienojies ar pacientu par mājas vizīti”.
- ¹⁴⁷ Aplēse veikta, visu uzskaites dokumentācijā norādīto manipulāciju skaitu reizinot ar gada beigās spēkā esošo attiecīgās manipulācijas tarifu.
- ¹⁴⁸ Aplēse veikta, Nacionālā veselības dienesta sagatavotajā pārskatā par ambulatorajai veselības aprūpei plānotajiem līdzekļiem, noslēgtajiem līgumiem un faktisko izpildi norādīto informāciju par valsts kompensēto pacienta līdzmaksājumu dalot ar kopējo ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaitu attiecīgajā gadā un reizinot ar unikālo pieaugušo paliatīvas aprūpes pacientu skaitu attiecīgajā gadā.
- ¹⁴⁹ Aplēse veikta, Nacionālā veselības dienesta sagatavotajā pārskatā par ambulatorai veselības aprūpei plānotiem līdzekļiem, noslēgtajiem līgumiem un faktisko izpildi norādīto informāciju par kopējo PVA ārstu kapitācijas naudas apmēru dalot ar kopējo ģimenes ārstu praksēs reģistrēto pacientu skaitu attiecīgajā gadā un reizinot ar unikālo pieaugušo paliatīvas aprūpes pacientu skaitu attiecīgajā gadā.
- ¹⁵⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4.2. apakšpunkts, 3.4. apakšnodaļa; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Paliatīvā aprūpe”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativa-aprupe>, skatīts 12.07.2023.
- ¹⁵¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4.2. apakšpunkts, 3.4., 3.11. apakšnodaļa; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Veselība aprūpe mājās”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupe-majas>, 31.05.2024.; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Medicīniskā rehabilitācija”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/mediciniska-rehabilitacija>, 31.05.2024.
- ¹⁵² Nacionālā veselības dienesta 06.10.2023. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par veiktā darba apjomu valsts apmaksātajā veselības aprūpē mājās” par 2020., 2021. un 2022. gadu. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 28.11.2023.
- ¹⁵³ Nacionālā veselības dienesta 11.05.2024. e-pasta vēstule.
- ¹⁵⁴ Nacionālā veselības dienesta 11.05.2024. e-pasta vēstule.
- ¹⁵⁵ Nacionālā veselības dienesta apstiprinātais manipulāciju saraksts. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/30996/download?attachment>, skatīts 12.04.2024.
- ¹⁵⁶ Manipulācijas “60259 – Ārsta palīga (feldšera) vai māsas veikta viena pacienta pirmā aprūpes līmeņa veselības aprūpe mājās” un “60249 – Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizīte pie pacienta, nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājās”. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Veselības aprūpe mājās”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupe-majas-0>, skatīts 18.03.2024.
- ¹⁵⁷ Manipulācija “60260 – Ārsta palīga (feldšera) vai māsas, kā arī funkcionālā speciālista, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, veikta viena pacienta otrā aprūpes līmeņa veselības aprūpe mājās”. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Veselības aprūpe mājās”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupe-majas-0>, skatīts 18.03.2024.
- ¹⁵⁸ Veselības ministrijas 12.08.2024. vēstule Nr. 01-15.1/3066.
- ¹⁵⁹ “Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi pacienta dzīvesvietā” pakalpojumu sniedzēju atlases procedūras nolikums. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativas-aprupes-mobilas-komandas-pakalpojumi-pacienta-dzivesvieta>, skatīts 24.04.2024.

- ¹⁶⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 182. punkts.
- ¹⁶¹ Manipulācijas “60259 – Ārsta palīga (feldšera) vai māsas veikta viena pacienta pirmā aprūpes līmeņa veselības aprūpe mājās”, “60260 – Ārsta palīga (feldšera) vai māsas, kā arī funkcionālā speciālista, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, veikta viena pacienta otrā aprūpes līmeņa veselības aprūpe mājās” un “60249 – Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizīte pie pacienta, nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājās”. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Veselības aprūpe mājās”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/veselibas-aprupe-majas-0>, skatīts 18.03.2024.
- ¹⁶² Aplēse veikta, kopējo veikto manipulāciju (“60259 – Ārsta palīga (feldšera) vai māsas veikta viena pacienta pirmā aprūpes līmeņa veselības aprūpe mājās”, “60260 – Ārsta palīga (feldšera) vai māsas, kā arī funkcionālā speciālista, kas sniedz rehabilitācijas pakalpojumus, veikta viena pacienta otrā aprūpes līmeņa veselības aprūpe mājās” un “60249 – Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizīte pie pacienta, nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājās”) skaitu reizinot ar gada beigās spēkā esošo attiecīgās manipulācijas tarifu.
- ¹⁶³ Veselības aprūpes finansēšanas likuma 1. panta otrās daļas 3. punkts.
- ¹⁶⁴ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumu Nr. 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2.80. apakšnodaļa.
- ¹⁶⁵ Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule.
- ¹⁶⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Paliatīvā aprūpe”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/paliativa-aprupe>, skatīts 12.07.2023.; Nacionālā veselības dienesta 28.11.2023. e-pasta vēstule.
- ¹⁶⁷ Nacionālā veselības dienesta 19.04.2024. e-pasta vēstule.
- ¹⁶⁸ Līguma “Par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu” 1. pielikuma 2. punkts. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/media/855/download?attachment>, skatīts 04.04.2024.; Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidi. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/media/12811/download?attachment>, skatīts 24.04.2024.; Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikuma 2. punkta 3. aile; Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4. pielikuma 5. punkts.
- ¹⁶⁹ Aplēse veikta, kopējo aprūpes epizožu skaitu reizinot ar paliatīvās aprūpes speciālistam noteikto aprūpes epizodes gada beigās spēkā esošo tarifu, kopējo veikto manipulāciju “60484 – SAVA speciālista atkārtota konsultācija klātienē, t.sk. dokumentācijas aizpildīšana” (klātienes konsultācijas) un (“60154 – SAVA speciālista pirmreizēja attālināta konsultācija klātienes konsultācijas vietā, t.sk. dokumentācijas aizpildīšana (2.grupa)”, “60153 – SAVA speciālista pirmreizēja attālināta konsultācija klātienes konsultācijas vietā, t.sk. dokumentācijas aizpildīšana (1.grupa)”, “60447 – SAVA speciālista atkārtota konsultācija attālināti, t.sk. dokumentācijas aizpildīšana”) (attālinātas konsultācijas) skaitu reizinot ar gada beigās spēkā esošo attiecīgās manipulācijas tarifu.
- ¹⁷⁰ Nacionālā veselības dienesta 17.05.2024. e-pasta vēstule.
- ¹⁷¹ Ailē ir informācija par kopējo unikālo pacientu skaitu, kuru veido pacientu skaits, kuri apmeklēja speciālistu klātienē un pacientu skaits, kuriem speciālisti sniedza attālinātas konsultācijas.
- ¹⁷² Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnes sadaļā “Operatīvā budžeta informācija” pieejamie pārskati par sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/media/27321/download?attachment>, skatīts 10.04.2024.
- ¹⁷³ Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta 01.11.2023. e-pasta vēstule.
- ¹⁷⁴ Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2021.-2027. gadam 1. pielikuma “Sabiedrības veselības izvērtējums” 441. punkts.
- ¹⁷⁵ Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule.
- ¹⁷⁶ SIA “Kuldīgas slimnīca” 06.03.2024. e-pasta vēstule; SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” 19.02.2024. vēstule Nr. 1.14/75; SIA “Preiļu slimnīca” 01.02.2024. vēstule Nr. 1.9/2024/34; SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 15.03.2024. vēstule Nr. 299/1.10.
- ¹⁷⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikuma 1., 3. punkts.
- ¹⁷⁸ Nacionālā veselības dienesta 01.11.2023. e-pasta vēstule.
- ¹⁷⁹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Paliatīvā aprūpe”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/paliativa-aprupe>, skatīts 12.07.2023.
- ¹⁸⁰ Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule. Ja veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā esošie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji nevar nodrošināt nepieciešamo papildu pakalpojumu apjomu vai kāds no pakalpojumiem netiek sniegts, Nacionālais veselības dienests jaunu pakalpojumu sniedzēju atlasī veic, ja trūkstošais izmeklējumu skaits plānošanas vienībā pārsniedz 300, bet, tā kā Daugavpils un Jelgavas veselības aprūpes pakalpojuma plānošanas vienībās to skaits ir attiecīgi 144 un 170, līdz ar to pakalpojumu sniedzēju atlasē netiek veikta.; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības izvērtēšanas kārtība”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/media/19070/download?attachment>, skatīts 24.10.2023.
- ¹⁸¹ Atbilstoši Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumiem Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” paliatīvās aprūpes kabineta darbība nav jānodrošina.
- ¹⁸² Pieaugušo paliatīvās aprūpes pacientu un apmeklējumu skaits paliatīvās aprūpes kabinetos SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Kuldīgas slimnīca”, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.
- ¹⁸³ Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ¹⁸⁴ Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta 12.02.2024. iesniegtā informācija.
- ¹⁸⁵ Nacionālā veselības dienesta 19.10.2023. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta 17.11.2023. e-pasta vēstule.
- ¹⁸⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punkts, 185.3. apakšpunkts, 10. pielikums.

- ¹⁸⁷ Nacionālā veselības dienesta 17.11.2023. e-pasta vēstule.
- ¹⁸⁸ Nacionālā veselības dienesta 09.05.2024. e-pasta vēstule.
- ¹⁸⁹ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 92. punkts.
- ¹⁹⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 5.3. apakšpunkts, 95. punkts, 6. pielikums.
- ¹⁹¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 56.3. apakšpunkts, 93., 117. punkts.
- ¹⁹² Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ¹⁹³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 201. punkts, 6. pielikums.
- ¹⁹⁴ *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*, 2022. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/#bibr12-02692163221074547>, *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for Palliative Care European Journal of Palliative Care*, 2009, 16 (6), skatīts 22.04.2024.
- ¹⁹⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ¹⁹⁶ VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”.
- ¹⁹⁷ SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA “Rēzeknes slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca”, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”.
- ¹⁹⁸ Veselības ministrijas 08.01.2019. Informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2019. gadā”, pieņemts zināšanai Ministru kabineta 08.01.2019. sēdē, prot. Nr. 1, 33. §.
- ¹⁹⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ²⁰⁰ Nacionālā veselības dienesta 05.08.2023. e-pasta vēstule.
- ²⁰¹ Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁰² Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁰³ VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” 28.11.2023. vēstule Nr. 5-16.2/2638; SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” 13.11.2023. vēstule Nr. A1/1.1-07/23/1946; SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” 08.11.2023. vēstule Nr. 1.14/576; SIA “Vidzemes slimnīca” 31.01.2024. vēstule Nr. 1.5–100; SIA “Rēzeknes slimnīca” 07.02.2024. vēstule Nr. 1.15.1-13/117; SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 15.03.2024. vēstule Nr. 299/1.10; Nacionālā veselības dienesta 05.04.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁰⁴ Atbilstoši Centrālās statistikas pārvaldes datiem 2023. gada sākumā Latvijā dzīvoja 1 883 000 iedzīvotāju.
- ²⁰⁵ Ņemot vērā, ka SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” revīzijā neiesniedza informāciju par paliatīvās aprūpes gultu faktisko noslodzi, revīzijā gultu noslodze aprēķināta, SIA “Jēkabpils reģionālās slimnīca” faktisko paliatīvās aprūpes pacientu gultasdienu skaitu 2022. gadā (484 gultasdienas) (Nacionālā veselības dienesta 05.04.2024. e-pasta vēstule) dalot ar kopējo paliatīvās aprūpes gultu skaitu.
- ²⁰⁶ *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for Palliative Care European Journal of Palliative Care*, 2009, 16 (6), skatīts 22.04.2024.; *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*, 2022. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/#bibr12-02692163221074547>, skatīts 22.04.2024.
- ²⁰⁷ *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*, 2022. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/#bibr12-02692163221074547>, skatīts 22.04.2024.
- ²⁰⁸ Nacionālā veselības dienesta 05.04.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁰⁹ *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization*, 2016. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>. *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*, 2022. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/#bibr12-02692163221074547>, skatīts 22.04.2024.
- ²¹⁰ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ²¹¹ Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²¹² Nacionālā veselības dienesta 02.09.2022. e-pasta vēstule.
- ²¹³ Nacionālā veselības dienesta 02.09.2022. e-pasta vēstule.
- ²¹⁴ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 63.⁵⁰ punkts; Nolikums “Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi pacienta dzīvesvietā” pakalpojumu sniedzēju atlases procedūra pakalpojumu sniegšanai Latvijas teritorijā no 01.01.2024.”, apstiprināts ar Nacionālā veselības dienesta direktora 27.10.2023. rīkojumu Nr. 16-2/298/2023. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativas-aprupes-mobilas-komandas-pakalpojumi-pacienta-dzivesvieta>, skatīts 09.05.2024.
- ²¹⁵ SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca”, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA “Rēzeknes slimnīca” ir četras paliatīvās aprūpes gultas, kas izvietotas četrās dažādās nodaļās; slimnīca nenorādīja tajā skaitā paliatīvajā aprūpē iesaistītā ārstniecības personāla slodzes.

- ²¹⁶ Ārstniecības likuma 45.¹ panta pirmā daļa: Funkcionālais speciālists – fizioterapeits, ergoterapeits, tehniskais ortopēds, audiologopēds, uztura speciālists, mākslas terapeits, optometrists.
- ²¹⁷ Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²¹⁸ Nacionālā veselības dienesta 02.09.2022. e-pasta vēstule.
- ²¹⁹ SIA “Vidzemes slimnīca” paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta hronisko pacientu aprūpes nodaļā (kopā 25 gultas), kurā izvietotas astoņas paliatīvās aprūpes gultas. Ārstniecības personāla slodzes paliatīvajai aprūpei sadalītas proporcionāli gultu skaitam.
- ²²⁰ SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta četrās nodaļās (kopā 89 gultas), kurās astoņas paliatīvās aprūpes gultas izvietotas Iekšējgo slimību nodaļā (piecas gultas), Ķirurģijas nodaļā (viens gulta), Ginekoloģijas nodaļā (viens gulta) un Neuroloģijas nodaļā (viens gulta). Ārstniecības personāla slodzes paliatīvajai aprūpei sadalītas proporcionāli gultu skaitam.
- ²²¹ Ņemot vērā, ka Jēkabpils reģionālā slimnīca revīzijā neiesniedza paliatīvās aprūpes pacientu faktiskās gultu noslodzes rādītājus, revīzijā gultu noslodze aprēķināta, Jēkabpils reģionālās slimnīcas faktisko paliatīvās aprūpes pacientu gultasdienu skaitu 2022.gadā (484 gultasdienas) atbilstoši Nacionālā veselības dienesta datiem dalot ar kopējo paliatīvās aprūpes gultu skaitu.
- ²²² SIA “Rēzeknes slimnīca” ir četras paliatīvās aprūpes gultas, kas izvietotas četrās dažādās nodaļās; slimnīca nenorādīja tajā skaitā paliatīvajā aprūpē iesaistītā ārstniecības personāla slodzes.
- ²²³ *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for Palliative Care European Journal of Palliative Care*, 2009, 16 (6), skaīts 22.04.2024.
- ²²⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Stacionārā veiktā darba apmaksas nosacījumi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/2023-gads-1>, skaits: 03.11.2023.; Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 3.6.3.4. apakšpunkts, 77. punkts.
- ²²⁵ Pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” 2022. gadā hospitalizētajiem pacientiem visas uzskaitītās manipulācijas, tajā skaitā manipulācijas, kuru apmaksā būtu iekļaujama pakalpojumu programmas “Paliatīvā aprūpe” viena pacienta ārstēšanas tarifā vai kuras apmaksā papildus, izņemot manipulācijas, kas saistītas ar Covid-19 noteikšanu un individuālo aizsardzības līdzekļu epidemioloģiskās drošības pasākumu nodrošināšanu izmantošanu (manipulācijas Nr. 47328, 60046, 47073, 47078, 47079, 47268, 60042, 60160, 60166, 60166, 60168, 60168, 60172, 60516, 60517).
- ²²⁶ Manipulācijas Nr. 50521 “Vēdera dobuma, mazā iegurņa CT bez kontrastēšanas”, Nr. 50611 “Vēdera dobuma, mazā iegurņa CT ar i/v kontrastēšanu, par katru nākamo sēriju”.
- ²²⁷ Enterālā barošana ir klīniskās barošanas veids, kad uzturvielas tiek ievadītas kuņģa zarnu traktā, apejot mutes dobumu, izmantojot barošanas zondes vai stomas. Parenterālā barošana ir klīniskās barošanas veids, kad uzturvielas tiek ievadītas parenterāli, apejot kuņģa zarnu traktu. G. Moisejevs, D. Trumpika, J. Avdjukevičs, O. Žukova Metodiskais materiāls “Enterālā un parenterālā barošana: teorētiskie un praktiskie aspekti”, Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.6.0/17/1/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” 2022. Pieejams: https://www.talakisglitiba.lv/sites/default/files/2022-10/ML_EPB.pdf, skaits 16.05.2024. Enterālās barošanas manipulācija 04199 “Piemaksa par enterālās barošanas maisījumu par vienu diennakti. Nenorādīt kopā ar manipulāciju 04198”, Parenterālā barošanas manipulācija 04198 “Piemaksa par parenterālās barošanas maisījumu par vienu diennakti. Nenorādīt kopā ar manipulāciju 04199”.
- ²²⁸ *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers’ Deputies*. Pieejams: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf), skaits 24.11.2023.; *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/#bibr12-02692163221074547>, skaits 18.03.2024.
- ²²⁹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Stacionāro pakalpojumu gaidīšanas rindas uz 01.03.2024.”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-pakalpojumu-gaidisanas-rindas>, skaits 23.05.2024.
- ²³⁰ Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²³¹ Valsts kontroles un SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” Paliatīvās aprūpes nodaļas vadītāja V. Sosāra 21.09.2023. tikšanās; Sociālā uzņēmuma “Hospiss Māja” noslēguma ziņojums par izmēģinājuma projekta “Hospisa aprūpe mājās pilngadīgām personām un atbalsts viņu ģimenes locekļiem” izpildes gaitu un projekta īstenošanas laikā sasniegto, secinājumi un priekšlikumi pakalpojuma uzlabošanai (saskaņā ar 27.09.2021. līgumu Nr. LM2021/24-1-06/5e), Rīga, 2023.
- ²³² Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625; Veselības ministrijas 15.01.2024. e-pasta vēstule.
- ²³³ Hospitalizācija diennakts stacionārā plānveida medicīniskās palīdzības saņemšanai: iekļauta iestāšanās kustība – 16 iestāšanās diennakts stacionārā plānveida medicīniskās palīdzības saņemšanai; Hospitalizācija diennakts stacionārā neatliekamā medicīniskās palīdzības saņemšanai: iekļautas iestāšanās kustības – 14 iestāšanās diennakts stacionārā primārās neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanai un 15 iestāšanās diennakts stacionārā sekundārās neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanai; Hospitalizācija diennakts stacionārā medicīniskās palīdzības saņemšanai ar pārvešanu no citas slimnīcas: iekļautas iestāšanās kustības – 17 iestāšanās diennakts stacionārā plānveida primārās neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanai ar pārvešanu no citas slimnīcas, 18 iestāšanās diennakts stacionārā sekundārās neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanai ar pārvešanu no citas slimnīcas un 19 iestāšanās diennakts stacionārā plānveida medicīniskās palīdzības saņemšanai ar pārvešanu no citas slimnīcas.
- ²³⁴ Nacionālā veselības dienesta 05.08.2023. e-pasta vēstule.
- ²³⁵ Līguma par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 7.1.5. apakšpunkts “Stacionārā veiktā darba apmaksas nosacījumi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs>, skaits 19.06.2024.; Nacionālā veselības dienesta instrukcija “No stacionārā izrakstītā (mirušā) pacienta karte un tās aizpildīšana”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/instrukcijas>, skaits 09.05.2024.
- ²³⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums “Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumi”.
- ²³⁷ Nacionālā veselības dienesta 05.04.2024. e-pasta vēstule.

- ²³⁸ Nacionālā veselības dienesta 05.04.2024. e-pasta vēstule.
- ²³⁹ Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁴⁰ Nacionālā veselības dienesta 20.02.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁴¹ Nacionālā veselības dienesta 20.02.2024., 05.04.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁴² *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*, World Health Organization, 2021. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.
- ²⁴³ 85 % no hospitalizācijām veiktas tādu slimību kā asinsrites sistēmas traucējumi (29%), nervu sistēmas slimības (12%), elpošanas sistēmas traucējumi (11%), gremošanas sistēmas traucējumi (10%), nieru un urīnizvadsistēmas slimības un traucējumi (8%), skeleta, muskuļu un saistaudu slimības un traucējumi (7%), aknas un aizkuņģa dziedzera slimības un traucējumi (5%), ādas un zemādas slimības un traucējumi (4%) dēļ.
- ²⁴⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3., 4., 7. punkts.
- ²⁴⁵ Viena hospitalizācija nav tas pats, kas viens unikālais pacients, jo vienam unikālajam pacientam var būt vairākas hospitalizācijas.
- ²⁴⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Operatīvā informācija par stacionārās veselības aprūpes finansējumu sadalījumā pa pakalpojumu programmām”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 11.04.2024.; Nacionālā veselības dienesta 05.08.2023. e-pasta vēstule.
- ²⁴⁷ Nacionālā veselības dienesta 09.02.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁴⁸ Nacionālā veselības dienesta 14.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁴⁹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Stacionāro pakalpojumu gaidīšanas rindas”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-pakalpojumu-gaidisanas-rindas>, skatīts 03.05.2024.
- ²⁵⁰ Nacionālā veselības dienesta 09.02.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁵¹ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akts Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33. punkts.
- ²⁵² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ²⁵³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ²⁵⁴ Nacionālā veselības dienesta 09.02.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁵⁵ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33.12. apakšpunkts.
- ²⁵⁶ Nacionālā veselības dienesta 05.08.2023., 26.04.2024. e-pasta vēstules.
- ²⁵⁷ Nacionālā veselības dienesta 24.04.2024. e-pasta vēstule
- ²⁵⁸ Finansējuma starpības aplēse: “Faktiskais hospitalizāciju skaits” attiecīgajā gadā tiek reizināts ar “Tarifa starpība, ņemot vērā labojumu gultasdienas tarifa, euro” attiecīgajā gadā.
- ²⁵⁹ Nacionālā veselības dienesta 05.08.2023. e-pasta vēstule.
- ²⁶⁰ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33.6.2. apakšpunkts.
- ²⁶¹ Ministru kabineta 19.12.2023. noteikumi Nr. 805 “Grozījumi Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība””.
- ²⁶² Manipulācijas Nr. 50239, 50274, 50403, 60492, 60493, 60502.
- ²⁶³ Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁶⁴ Ministru kabineta 19.12.2023. noteikumi Nr. 805 “Grozījumi Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība””.
- ²⁶⁵ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33.12. apakšpunkts.
- ²⁶⁶ Tarifa starpības ietekmes aplēse, ņemot vērā V līmeņa ārstniecības iestāžu hospitalizāciju skaitu, euro: Hospitalizāciju skaits attiecīgajā gadā (2020. gads – 1400, 2021. gads – 1142, 2022. gads – 1037) tiek reizināts ar “Tarifa starpība” attiecīgajā gadā.
- ²⁶⁷ Tarifa starpības ietekmes aplēse, ņemot vērā IV līmeņa ārstniecības iestāžu hospitalizāciju skaitu, euro: Hospitalizāciju skaits attiecīgajā gadā (2020. gads – 1166, 2021. gads – 809, 2022. gads – 1039) tiek reizināts ar “Tarifa starpība” attiecīgajā gadā.
- ²⁶⁸ Tarifa starpības ietekmes aplēse kopā (V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm), euro: “Tarifa starpības ietekmes aplēse, ņemot vērā V līmeņa ārstniecības iestāžu hospitalizāciju skaitu, euro” attiecīgajā gadā tiek saskaitīta ar “Tarifa starpības ietekmes aplēse, ņemot vērā IV līmeņa ārstniecības iestāžu hospitalizāciju skaitu, euro” attiecīgajā gadā.
- ²⁶⁹ Nacionālā veselības dienesta 23.05.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁷⁰ Ārstniecības likuma 1. panta 31. punkts.
- ²⁷¹ Labklājības ministrijas 04.03.2024. vēstule Nr. 36-1-04/377.
- ²⁷² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 3.11.¹ apakšpunkts, 3.4.¹ nodaļa; Ministru kabineta 20.02.2024. noteikumi Nr. 112 “Paliatīvās aprūpes noteikumi”; Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 13. panta pirmās daļas 12.¹ punkts; Ārstniecības likuma 9. panta piektā daļa.
- ²⁷³ Veselības ministrijas 01.12.2023. vēstule Nr. 01-15.1/5625.
- ²⁷⁴ Veselības ministrijas 13.10.2023. vēstule Nr. 01-15.1/4526.
- ²⁷⁵ Balvu novada pašvaldības 16.11.2023. vēstule Nr. BNP/2023/3.5.1/6180/N; Valmieras novada pašvaldības 21.11.2023. vēstule Nr. 4.1.8.3/23/9250; Liepājas valstspilsētas pašvaldības 21.11.2023. vēstule Nr. 2482/2.1.4.
- ²⁷⁶ Balvu novada pašvaldības 16.11.2023. vēstule Nr. BNP/2023/3.5.1/6180/N; Valmieras novada pašvaldības 21.11.2023. vēstule Nr. 4.1.8.3/23/9250; Liepājas valstspilsētas pašvaldības 21.11.2023. vēstule Nr. 2482/2.1.4; Bauskas novada pašvaldības 16.11.2023. vēstule Nr. BNP/2023/4.7/2042/N; Daugavpils valstspilsētas pašvaldības 16.11.2023. vēstule Nr. 1.2.-8/1458.

- ²⁷⁷ Veselības ministrijas 12.08.2024. vēstule Nr. 01-15.1/3066.
- ²⁷⁸ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 28. panta 1.¹ daļa (redakcijā no 01.01.2026.), Pārejas noteikumu 51. punkts.
- ²⁷⁹ Veselības inspekcijas 26.01.2024. e-pasta vēstule.
- ²⁸⁰ Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrs: <https://vspmis.lm.gov.lv/Public/PublicetsPakalpojums>, skatīts 01.01.2024.
- ²⁸¹ Plāna projekts “Rīcības plāns ilgtermiņa aprūpes pakalpojumu pieejamības un attīstības veicināšanai”, 23-TA-3058. Pieejams: https://tapportals.mk.gov.lv/public_participation/b8fa9b80-6748-4e2a-85f6-60e13a3f547c, skatīts 04.04.2023.
- ²⁸² Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 1. panta 20. un 23. punkts, 2. pants, 9. panta pirmā daļa, 18. pants, 19. pants, 20. panta trešā daļa, 22. pants.
- ²⁸³ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 9.¹ panta pirmā daļa, 25. pants, 26. panta pirmā daļa, 27., 28. pants; Ministru kabineta 02.04.2019. noteikumu Nr. 138 “Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu” 18. punkts; Labklājības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi” un “Sociālās rehabilitācijas pakalpojumi”. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/ilgstosas-socialas-aprupes-un-socialas-rehabilitācijas-pakalpojumi> un <https://www.lm.gov.lv/lv/socialas-rehabilitācijas-pakalpojumi>, skatīts 04.04.2024.; Veselības ministrijas 12.08.2024. vēstule Nr. 01-15.1/3066.
- ²⁸⁴ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 13. panta pirmās daļas 12. punkts, Ministru kabineta 02.04.2019. noteikumu Nr. 138 “Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu” 18.7. un 18.8. apakšpunkts.
- ²⁸⁵ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 13. panta pirmās daļas 12. punkts.
- ²⁸⁶ Ministru kabineta 19.12.2017. noteikumi Nr. 780 “Noteikumi par psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu personām ar onkoloģisku slimību un viņu tuviniekiem”.
- ²⁸⁷ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 1. panta 1., 6. punkts; Ministru kabineta 13.06.2017. noteikumu Nr. 338 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” 16. punkts, 50., 51. punkts.
- ²⁸⁸ Ministru kabineta 02.04.2019. noteikumi Nr. 138 “Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu”.
- ²⁸⁹ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 1. panta 1., 6. punkts; Ministru kabineta 13.06.2017. noteikumu Nr. 338 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” 16. punkts, 50., 51. punkts.
- ²⁹⁰ Valmieras novada pašvaldības domes 25.11.2021. saistošie noteikumi Nr. 18 “Par sociālajiem pakalpojumiem Valmieras novadā”.
- ²⁹¹ Pārskats par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību pašvaldībā 2022. gadā. Labklājības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Gada dati”. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/par-2022-gadu-0>, skatīts 15.01.2024.
- ²⁹² Pārskats par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību pašvaldībā 2022. gadā. Labklājības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Gada dati”. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/par-2022-gadu-0>, skatīts 15.01.2024.
- ²⁹³ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām” (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 “Par konceptuālo ziņojumu “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā””, prot. Nr. 82 56. §).
- ²⁹⁴ Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrs. Pieejams: <https://vspmis.lm.gov.lv/Public/PublicetsPakalpojums>, skatīts 01.01.2024.
- ²⁹⁵ Pārskats par sociālajiem pakalpojumiem un sociālo palīdzību pašvaldībā 2022. gadā. Labklājības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Gada dati”. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/par-2022-gadu-0>, skatīts 15.01.2024.
- ²⁹⁶ Pārskats par ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu 2022. gadā. Labklājības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Gada dati”. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/par-2022-gadu-0>, skatīts 15.01.2024.
- ²⁹⁷ Hospisa aprūpi kā valsts pakalpojumu varētu ieviest šoruden. Pieejams: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/17.05.2023-hospisa-aprupi-ka-valsts-pakalpojumu-varetu-ieviest-soruden.a509021/>, skatīts 10.04.2024.
- ²⁹⁸ Ārstniecības likuma 55. panta pirmā daļa.
- ²⁹⁹ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumi Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”.
- ³⁰⁰ Ministru kabineta 13.06.2017. noteikumu Nr. 338 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” 2.8. un 189.² apakšpunkts.
- ³⁰¹ Ministru kabineta 13.09.2022. noteikumu Nr. 570 “Grozījums Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumos Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”” anotācija (ex-ante). Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/73c9719d-6e54-4627-9b03-100f951465f3#>, skatīts 04.04.2024.
- ³⁰² Veselības inspekcijas 26.01.2024. e-pasta vēstule.
- ³⁰³ Pārskats par ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu 2022. gadā. Labklājības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Gada dati”. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/par-2022-gadu-0>, skatīts 15.01.2024.
- ³⁰⁴ Ministru kabineta 13.06.2017. noteikumu Nr. 338 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” 2.8. apakšpunkts.
- ³⁰⁵ Labklājības ministrijas 04.03.2024. vēstule Nr. 36-1-04/377 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr. 2.4.1-30/2023”.
- ³⁰⁶ Ministru kabineta 13.06.2017. noteikumu Nr. 338 “Prasības sociālo pakalpojumu sniedzējiem” 2.8. un 189.² apakšpunkts.
- ³⁰⁷ Veselības ministrijas 26.08.2024. e-pasta vēstule.
- ³⁰⁸ Veselības inspekcijas 20.02.2024. vēstule 1.8.-2/1489 “Par informācijas sniegšanu”.
- ³⁰⁹ Labklājības ministrijas 04.03.2024. vēstule Nr. 36-1-04/377 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr. 2.4.1-30/2023”.
- ³¹⁰ Revīzijā vērtēti efektivitātes un ekonomiskuma principi. Efektīva paliatīvā aprūpe – tāda, kas ir uz pacientu vērsta un atbilst katra pacienta paliatīvās aprūpes vajadzībām, proti, tā ir pieejama ikvienam neatkarīgi no diagnozes, bez ierobežojuma laikā un vietā un visos veselības aprūpes līmeņos. Ekonomiska paliatīvā aprūpe – tāda, kur lielākajai daļai paliatīvās aprūpes pacientu tiek sniegti izmaksu ziņā izdevīgākie paliatīvās aprūpes pakalpojumi, un tāda, kur stacionārā paliatīvās aprūpes pakalpojuma viena pacienta ārstēšanas tarifa piemērošana visām ārstniecības iestādēm, neatkarīgi no tās līmeņa un sniegto pakalpojuma satura, ir pamatota.
- ³¹¹ *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*, World Health Organization, 2021. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.
- ³¹² *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*, World Health Organization, 2021. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.; *Planning and*

implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization, 2016. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.

³¹³ Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Pieejams: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf), skatīts 24.11.2023.

³¹⁴ Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators, World Health Organization, 2021. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.; Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization, 2016. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.

³¹⁵ Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators, World Health Organization, 2021. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.

³¹⁶ Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization, 2016. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.

³¹⁷ Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization, 2016. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.

³¹⁸ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām" (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 "Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā").

³¹⁹ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija "Rezidentūras vietu sadalījums". Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/rezidenturas-vietu-sadalijums>, skatīts 05.12.2023.

³²⁰ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām" (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 "Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā").

³²¹ Informatīvais ziņojums "Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāna 2017.-2020. gadam izpilde" (apstiprināts Ministru kabineta 01.02.2022. sēdē, prot. Nr. 5, 28. §.); Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām" (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 "Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā").

³²² Efektīva paliatīvā aprūpe – tāda, kas ir uz pacientu vērsta un atbilst katra pacienta paliatīvās aprūpes vajadzībām, proti, tā ir pieejama ikvienam neatkarīgi no diagnozes, bez ierobežojuma laikā un vietā un visos veselības aprūpes līmeņos.

³²³ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām" (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 "Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā").

³²⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 3.6. apakšpunkts, 48. punkts.

³²⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

³²⁶ Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators, World Health Organization, 2021. Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 23.10.2023.

³²⁷ Palliative Care. Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes. World Health Organization, 2007. Pieejams: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/CC_PalliativeCareModule.pdf, skatīts 05.12.2023.

³²⁸ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām" (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 "Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā").

³²⁹ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumu Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" 2.80. apakšnodaļa.

³³⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

³³¹ Veselības ministrijas 15.12.2020. konceptuālais ziņojums "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām" (apstiprināts ar Ministru kabineta 15.12.2020. rīkojumu Nr. 774 "Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā").

³³² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība".

³³³ Palliative Care. Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes. World Health Organization, 2007. Pieejams: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/CC_PalliativeCareModule.pdf, skatīts 05.12.2023.

³³⁴ Mācību materiāls "Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana", Rīgas Stradiņa universitāte, 2017. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4111/download>, skatīts 10.11.2023.

³³⁵ Nacionālā veselības dienesta 05.08.2023. e-pasta vēstules 6. pielikums.

³³⁶ Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study, 2022. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/#bibr12-02692163221074547>, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for Palliative Care European Journal of Palliative Care, 2009, 16 (6), skatīts 22.04.2024.