

**ZALŅO UN
ZEMNIEKU
SAVIENĪBA
KOPŠ 1917**

Ziņojums

**“Par plānotajām izmaiņām slimnīcu tīklā un to ietekmi uz veselības aprūpes
pakalpojumu pieejamību”**

1. Pašreizējās situācijas raksturojums

Informatīvais ziņojums “Par plānotajām izmaiņām slimnīcu tīklā un to ietekmi uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību” izstrādāts, lai apkopotu būtiskākos iebildumus un identificētos trūkumus saistībā ar Veselības ministrijas sagatavoto Ministru kabineta noteikumu projektu, kas paredz izmaiņas slimnīcu tīkla organizācijā, ārstniecības iestāžu līmeņos un finansēšanas kārtībā.

Šī ziņojuma mērķis ir izvērtēt plānoto izmaiņu ietekmi uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, īpaši Latvijas reģionos un pierobežā, analizēt Valsts kontroles revīzijas secinājumu izmantošanu reformas pamatojumā, identificēt būtiskākos pacientu drošības un veselības aprūpes sistēmas darbības riskus, kā arī piedāvāt strukturētu pieeju turpmākajai rīcībai.

Veselības ministrija plāno īstenot slimnīcu tīkla reformu, pārejot no pašreizējiem pieciem slimnīcu līmeņiem uz trīs līmeņiem – daudzprofilu, reģionālajām un lokālajām slimnīcām.

Būtiskākās izmaiņas paredzētas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu (turpmāk – NMPUN) darbībā un finansēšanā. Plānots samazināt fiksēto maksājumu par šo nodaļu darbības nodrošināšanu kopumā par aptuveni 16,4 miljoniem eiro gadā, vienlaikus ieviešot jaunu maksājumu par dežūrārsta posteņa nodrošināšanu.

Atbilstoši Veselības ministrijas piedāvājumam dienas laikā no plkst. 8.00 līdz 16.00 uzņemšanas nodaļas funkcijas vairākās ārstniecības iestādēs būtu jānodrošina stacionāra nodaļas ārstam paralēli viņa tiešo pienākumu veikšanai, nevis atsevišķam dežūrspeciālistam. Vienlaikus paredzēts stacionārajā aprūpē samazināto finansējumu novirzīt ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu stiprināšanai tajās pašās ārstniecības iestādēs.

Plānoto izmaiņu rezultātā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības samazināšanās risks visvairāk skars reģionālās un lokālās slimnīcas, īpaši ārstniecības iestādes Latvijas pierobežā un teritorijās ar lielu attālumu līdz universitāšu vai daudzprofilu slimnīcām.

Būtiskākie identificētie riski:

– **finansējuma samazinājums NMPUN darbībai.** Lielākais finansējuma samazinājums paredzēts Līvānu slimnīcai – 100 procentu apmērā, Preiļu slimnīcai – 57,7 procentu apmērā, Jēkabpils reģionālajai slimnīcai – 38,8 procentu apmērā un Jelgavas pilsētas slimnīcai – 29,5 procentu apmērā;

– **atsevišķu ārstniecības profilu darbības ierobežošana.** Bažas rada pediatrijas pakalpojumu sašaurināšana Jelgavā un Dobelē, kas var palielināt pacientu plūsmu uz Bēnu klīnisko universitātes slimnīcu un radīt papildu noslodzi tās infrastruktūrai un personālam;

– **diennakts neatliekamās palīdzības iespēju samazināšana.** Limbažu un Balvu slimnīcām, nosakot lokālās slimnīcas līmeni, var tikt ierobežotas iespējas diennakts režīmā nodrošināt sarežģītus un dzīvību glābjošus pakalpojumus, tostarp insulta pacientu aprūpi;

– **ārstniecības iestāžu ģeogrāfiskās sasniedzamības pasliktināšanās.** Atsevišķās teritorijās, tostarp Salacgrīvas, Ainažu un pierobežas apkaimēs, pacienta nogādāšanas laiks līdz tuvākajam pilna profila stacionāram var pārsniegt 60 minūtes.

Minētās izmaiņas var palielināt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (turpmāk – NMPD) brigāžu noslodzi, pagarināt pacientu transportēšanas laiku un samazināt iespēju savlaicīgi saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību.

2. Ziņojuma tvēruma un pamatprincipi

Šī ziņojuma mērķis nav apstrīdēt nepieciešamību veikt sistēmiskas reformas un uzlabojumus Latvijas slimnīcu tīkla darbībā. Pieejamā informācija liecina, ka slimnīcu tīkla organizācija ilgstoši nav tikusi pilnvērtīgi pārskatīta, noteiktais slimnīcu līmeņu iedalījums vairākos gadījumos neatbilst faktiskajam sniegto pakalpojumu apjomam un sarežģītībai, savukārt finansēšanas kārtība nav pietiekami sasaistīta ar pakalpojumu kvalitāti un sasniegtajiem rezultātiem.

Ziņojumā netiek pamatota arī visu pašreiz nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saglabāšana ikvienā ārstniecības iestādē. Nepietiekama pacientu plūsma, ārstniecības personu trūkums un ierobežotas iespējas nodrošināt nepieciešamās speciālistu dežūras atsevišķos gadījumos var objektīvi ierobežot drošas un kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanu, uz ko savos vērtējumos ir norādījusi Valsts kontrole un ārvalstu eksperti.

Vienlaikus jebkurām izmaiņām slimnīcu tīklā ir jābūt balstītām objektīvos datos, pilnvērtīgā alternatīvu izvērtējumā un pierādījumos par to, ka piedāvātais risinājums uzlabos pacientu drošību, veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un sistēmas darbības efektivitāti.

Attiecīgi ziņojumā tiek vērtēts, vai Veselības ministrijas piedāvātie ierobežojumi un izmaiņas ir pamatoti, samērīgi, praktiski īstenojami un pacientiem droši. Centrālais izvērtējuma jautājums attiecībā uz katru ārstniecības iestādi un tajā nodrošināto pakalpojumu ir, vai ir pietiekami pamatots, ka konkrēta pakalpojuma apjoma samazināšana vai tā sniegšanas pārtraukšana uzlabos pacientu drošību un veselības aprūpes sistēmas efektivitāti, nevis tikai pārcels pacientu plūsmu, izmaksas un riskus uz citām ārstniecības iestādēm, NMPD, pašvaldībām vai pašiem pacientiem.

Nozares organizāciju un pašvaldību sniegtā informācija norāda uz vairākiem apstākļiem, kuru dēļ piedāvāto izmaiņu pamatojums ir vērtējams kritiski.

Pirmkārt, Ministru kabineta noteikumu projekta anotācijā nav ietverts pilnvērtīgs alternatīvo risinājumu, kā arī piedāvāto prasību, izmaksu un sagaidāmo ieguvumu samērīguma izvērtējums. Anotācijā uz jautājumiem par alternatīvu risinājumu un izmaksu samērīguma izvērtēšanu ir sniegta noliedzoša atbilde, kas liecina, ka būtiskas sistēmiskas izmaiņas tiek virzītas bez visaptverošas ietekmes analīzes.

Otrkārt, finansējuma samazināšana reģionālajām un lokālajām slimnīcām kopumā par aptuveni 16,4 miljoniem eiro gadā un pakalpojumu turpmāka koncentrēšana lielākajās ārstniecības iestādēs

pati par sevi nerisina ārstniecības personu trūkumu. Pastāv risks, ka finansējuma un sniegto pakalpojumu apjoma samazinājums var veicināt vēl straujāku speciālistu aizplūšanu no reģioniem, tādējādi radot pašpastiprinošu procesu – samazināts finansējums ierobežo personāla piesaistes iespējas, personāla trūkums apgrūtina dežūru nodrošināšanu, bet nenodrošinātās dežūras kļūst par pamatu turpmākai pakalpojumu un finansējuma samazināšanai.

Treškārt, nav veikta visaptveroša ģeotelpisko datu un civilās aizsardzības risku analīze par plānoto izmaiņu ietekmi uz pacientu nogādāšanas laiku līdz tuvākajai ārstniecības iestādei, kas spēj nodrošināt nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu. Atsevišķās teritorijās, tostarp Salacgrīvas un Ainažu apkārtnē, pacienta nogādāšana līdz Valmierai vai Rīgai jau pašreiz var aizņemt vairāk nekā stundu. Pakalpojumu apjoma samazināšana tuvākajās ārstniecības iestādēs var vēl vairāk palielināt gan pacientu nogādāšanas laiku, gan ar novēlotu ārstēšanas uzsākšanu saistītos riskus.

Izvērtējumā nav ņemta vērā arī reģionālo un lokālo slimnīcu nozīme valsts civilās aizsardzības sistēmā un veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktības nodrošināšanā hibrīdapdraudējuma vai konvencionāla militāra apdraudējuma gadījumā. Valsts aizsardzības plānošanas dokumentos Krievija ir noteikta kā ilgtermiņa drauds Latvijas drošībai, savukārt Krievijas pilna mēroga karš Ukrainā apliecina, ka militāra konflikta laikā var tikt iznīcināta vai traucēta civilā un kritiskā infrastruktūra.

Ukrainas pieredze liecina, ka apdraudētas var būt ne tikai slimnīcas, bet arī neatliekamās medicīniskās palīdzības transportlīdzekļi, zāļu noliktavas, elektroapgādes, siltumapgādes un ūdensapgādes infrastruktūra, vienlaikus strauji pieaugot nepieciešamībai pēc neatliekamās palīdzības, traumu ārstēšanas un medicīniskās evakuācijas. Pasaules Veselības organizācija kopš pilna mēroga iebrukuma sākuma Ukrainā ir pārbaudījusi vairāk nekā 3000 uzbrukumu veselības aprūpes sistēmai, tostarp slimnīcām un medicīniskajam transportam.

Tādēļ, lemjot par slimnīcu tīkla pārveidi, ir jāvērtē ne tikai pakalpojumu izmaksas un pacientu plūsma ikdienas apstākļos, bet arī ārstniecības iestāžu ģeogrāfiskais pārklājums, infrastruktūras dublēšanas iespējas, darbība elektroapgādes un sakaru traucējumu gadījumā, spēja uzņemt lielu cietušo skaitu, kā arī alternatīvi pacientu nogādāšanas un medicīniskās evakuācijas maršruti. Pārmērīga pakalpojumu koncentrēšana dažās lielajās ārstniecības iestādēs var palielināt sistēmas ievainojamību, jo transporta maršrutu, sakaru, energoapgādes vai atsevišķu slimnīcu darbības

traucējumu gadījumā var tikt ierobežota veselības aprūpes pieejamība plašā teritorijā. Tādējādi reģionālo slimnīcu saglabājamā kapacitāte ir vērtējama arī kā valsts noturības un civilās aizsardzības elements, nevis tikai atbilstoši izmaksām uz vienu pacientu.

Ceturtkārt, nav pietiekami izvērtēta plānoto izmaiņu ietekme uz Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (turpmāk – NMPD) brigāžu darbu. Pieaugot nepieciešamībai pacientus transportēt uz attālākām ārstniecības iestādēm vai pārvest starp slimnīcām, palielināsies brigāžu noslodze un laiks, kurā tās nebūs pieejamas citu izsaukumu apkalpošanai. Tādējādi daļa no slimnīcu finansējuma samazināšanas radītajām izmaksām un riskiem var tikt pārcelta uz NMPD.

Piektkārt, slimnīcu līmeņu noteikšana un attiecīgā finansējuma piešķiršana ne visos gadījumos atbilst ārstniecības iestāžu faktiskajai medicīniskajai darbībai. Piemēram, Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienībai ir noteikts lokālās slimnīcas līmenis, lai gan pēc veikto trombolīžu skaita un intensīvās terapijas pakalpojumu apjoma tā ierindojas starp desmit aktīvākajām Latvijas slimnīcām. Tas rada risku, ka faktiski nodrošinātie augstas sarežģītības pakalpojumi netiks finansēti atbilstoši to apjomam, nepieciešamajiem cilvēkresursiem un izmaksām.

Tāpat nav sniegts pietiekams pamatojums tam, ka piedāvātais ārstniecības personu darba organizācijas modelis ir praktiski izpildāms un pacientiem drošs. Tas attiecas, piemēram, uz paredzēto māsu noslodzi Jelgavas pilsētas slimnīcā, vienai mācai diennakts laikā nodrošinot aprūpi līdz 45 pacientiem, kā arī uz risinājumu, saskaņā ar kuru stacionāra nodaļas ārsts paralēli saviem tiešajiem pienākumiem nodrošinātu arī uzņemšanas nodaļas darbu.

3. Veselības ministrijas piedāvātās slimnīcu tīkla reformas raksturojums

Veselības ministrijas piedāvātā slimnīcu tīkla reforma paredz pāreju no pašreizējā piecu slimnīcu līmeņu iedalījuma uz trīs līmeņu sistēmu, ārstniecības iestādes iedalot daudzprofilu, reģionālajās un lokālajās slimnīcās. Būtiskākās izmaiņas skar neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu (turpmāk – NMPUN) darbības organizāciju, personāla nodrošinājuma prasības un finansēšanas kārtību.¹

Atbilstoši piedāvātajam regulējumam vairākām ārstniecības iestādēm paredzēta ne tikai formāla slimnīcas līmeņa maiņa, bet arī atsevišķu veselības aprūpes pakalpojumu apjoma samazināšana, diennakts pieejamības ierobežošana vai pilnīga pakalpojuma sniegšanas pārtraukšana.²³

Plānotās izmaiņas atsevišķās ārstniecības iestādēs apkopotas 1. Tabulā. (Jāņem vērā, ka apkopojumā nav iekļautas visas slimnīcas, kurās reformas rezultātā pakalpojumu apjoms un kvalitāte samazināsies)

Tabula Nr. 1

Slimnīca	Pašreizējais statuss	Plānotās izmaiņas	Plānotais izmaiņu ieviešanas laiks	Veselības ministrijas norādītais pamatojums	Paredzamais pacientu novirzīšanas virziens
----------	----------------------	-------------------	------------------------------------	---	--

¹ Veselības ministrija, Noteikumu projekta “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (ex-ante) novērtējuma ziņojums (anotācija), 1.3. sadaļa. Slimnīcu tīkla reforma paredz pāreju no pašreizējiem pieciem slimnīcu līmeņiem uz trim līmeņiem: daudzprofilu, reģionālajām un lokālajām slimnīcām.

² Latvijas Slimnīcu biedrība, Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 16.07.2026. Neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļu (NMPUN) nodrošināšanai paredzētais fiksētais finansējums kopumā tiek samazināts par aptuveni 16,4 miljoniem eiro gadā, vienlaikus saglabājot funkciju apjomu un kvalitātes prasības.

³ Veselības ministrija, Noteikumu projekta “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555” anotācija, 3. sadaļa, 6. punkts. No NMPUN prasību pārskatīšanas iegūto 43,9 miljonu eiro finansējuma atlikumu plānots pārdalīt, lielāko daļu (30,2 milj. eiro) novirzot jaunam maksājumam par dežūrārsta posteni stacionārā, nevis atsevišķam uzņemšanas nodaļas speciālistam darba laikā.

Līvānu slimnīca ⁴	I līmeņa slimnīca ar NMPUN	NMPUN darbības pārtraukšana un steidzamās medicīniskās palīdzības punkta (turpmāk – SMPP) izveide	2027. gada 1. janvāris	Neliela pacientu plūsma un Pasaules Bankas ieteikumi	Jēkabpils un Daugavpils
Balvu slimnīca ⁵	III līmeņa slimnīca	Lokālās slimnīcas līmeņa noteikšana un dzemdību nodaļas darbības pārtraukšana	2026. gada 1. septembris dzemdību palīdzības profilam; 2027. gada 1. janvāris slimnīcas līmeņa maiņai	Nepietiekams dzemdību skaits – mazāk nekā 200 dzemdību gadā – un pakalpojumu centralizācija	Rēzekne; atsevišķiem ambulatorajiem pakalpojumiem – Gulbene

⁴ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 73. lpp. Līvānu slimnīcā (I līmenis) 2023. un 2024. gadā 100% hospitalizāciju bija plānveida, kas pamato neatliekamās palīdzības nodaļas likvidēšanu un aizstāšanu ar steidzamās medicīniskās palīdzības punktu (SMPP). Pieejams: <https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29761-Y2uE9KCQMjdCwp9ID7DIo0xJojVls1Xr.pdf>

⁵ SIA “Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība”, Vēstule Nr. 01-10/270, 04.08.2026. Balvu slimnīcā paredzēts slēgt dzemdību nodaļu no 2026. gada 1. septembra zema dzemdību skaita dēļ, lai gan iestāde pēc faktiski sniegtās sarežģītās palīdzības ierindoja Latvijas slimnīcu pirmajā desmitniekā.

Limbažu slimnīca ⁶	I līmeņa slimnīca	Lokālās slimnīcas līmeņa noteikšana un NMPUN diennakts dežūru aizstāšana ar SMPP līmeņa pakalpojumu	2027. gada 1. janvāris	Nepietiekama pacientu plūsma un speciālistu trūkums	Valmiera un Rīga
Jelgavas pilsētas slimnīca ⁷	IV līmeņa slimnīca	Reģionālās slimnīcas līmeņa noteikšana un pediatrijas profila ierobežošana, stacionāro diennakts pakalpojumu daļēji aizstājot ar dienas stacionāru vai ambulatoro kabinetu	2027. gada 1. janvāris	Pakalpojumu dublēšanās ar Rīgas ārstniecības iestādēm un resursu izmantošanas efektivitāte	Rīga, tostarp Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

⁶ **Limbažu novada pašvaldība**, Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 2026. No Salacgrīvas un Ainažiem nogādāšanas laiks līdz tuvākajam pilna profila stacionāram Valmierā vai Rīgā pēc reformas pārsniegs 60–80 minūtes, kas ir pretrunā ar drošas pieejamības principu.

⁷ **SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca”**, Iebildums par veselības aprūpes organizēšanas un samaksas kārtību, 2026. Jelgavas pilsētas slimnīcas uzņemšanas nodaļā 2025. gadā akūtas palīdzības saņemšanai vērsušies 3575 bērni, kuru aprūpi un stacionēšanu apdraud pediatrijas profila ierobežošana un centralizācija Rīgā.

Dobeles un apkārtnes slimnīca ⁸	III līmeņa slimnīca	Lokālās slimnīcas līmeņa noteikšana un uzņemšanas nodaļā nepieciešamo dežūrspeciālistu skaita samazināšana no sešiem līdz trim ārstiem	2027. gada 1. janvāris	Pieejamo cilvēkresursu un finansējuma optimizācija	Jelgava un Jūrmala
--	---------------------	--	------------------------	--	--------------------

Plānotās izmaiņas atsevišķās ārstniecības iestādēs

Vērtējot paredzēto izmaiņu ietekmi, ir nošķirami trīs galvenie reformā ietvertie izmaiņu veidi.

Pirmkārt, vairākām ārstniecības iestādēm paredzēta formāla slimnīcas līmeņa maiņa. Piemēram, Tukuma un Preiļu slimnīcas paredzēts klasificēt kā lokālās slimnīcas. Līmeņa maiņa ir saistīta arī ar NMPUN darbībai paredzētā finansējuma samazinājumu, kas atsevišķās ārstniecības iestādēs plānots 24–57 procentu apmērā.

Otrkārt, atsevišķās ārstniecības iestādēs paredzēta pilnīga konkrēta veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas pārtraukšana. Šādas izmaiņas piemērs ir dzemdību nodaļas slēgšana Balvu slimnīcā, kas nozīmē dzemdību palīdzības pakalpojuma zaudēšanu Latvijas austrumu pierobežas teritorijā.

Treškārt, diennakts stacionāros pakalpojumus paredzēts daļēji aizstāt ar ierobežota darba laika pakalpojumiem. Pediatrijas profilā atsevišķās ārstniecības iestādēs diennakts stacionāro aprūpi plānots aizstāt ar dienas stacionāru vai ambulatoro kabinetu. Savukārt uzņemšanas nodaļu darbībā paredzēts samazināt atsevišķu dežūrspeciālistu klātbūtni, to funkcijas noteiktā diennakts laikā uzdodot veikt stacionāra nodaļu ārstiem paralēli viņu tiešajiem pienākumiem.

⁸ **Dobeles novada pašvaldība**, Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 29.05.2026. Dobeles slimnīcas uzņemšanas nodaļas finansējumu plānots samazināt par 1,7 miljoniem eiro gadā, samazinot dežūrārstu skaitu no 6 uz 3 un uzliekot uzņemšanas funkcijas stacionāra ārstiem.

Minētās izmaiņas ir vērtējamas ne tikai kā administratīva slimnīcu līmeņu pārskatīšana, bet arī kā veselības aprūpes pakalpojumu faktiskās pieejamības, personāla nodrošinājuma un pacientu aprūpes organizācijas maiņa.

4. Plānoto izmaiņu ietekme uz atsevišķām ārstniecības iestādēm

4.1. Ārstniecības iestāžu loma attiecīgajā teritorijā

Limbažu slimnīca ir nozīmīga ārstniecības iestāde teritorijā starp Rīgu un Valmieru. Tā nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus aptuveni 28 700 Limbažu novada iedzīvotājiem, kā arī apkalpo pacientus no Saulkrastu un Ropažu novadiem. Slimnīcas ģeogrāfiskais novietojums ir būtisks arī saistībā ar valsts galveno autoceļu A1 un transporta savienojumiem pāri Salacai.

Slimnīcas kapacitāte ir vērtējama ne tikai atbilstoši pacientu plūsmai ikdienas apstākļos, bet arī kā daļa no civilās aizsardzības un veselības aprūpes sistēmas noturības.⁹ Transporta infrastruktūras, sakaru vai citu kritiskās infrastruktūras elementu darbības traucējumu gadījumā iespēja pacientus savlaicīgi nogādāt uz Rīgu vai Valmieru var tikt būtiski ierobežota.¹⁰

Balvu slimnīca nodrošina neatliekamās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas austrumu pierobežas teritorijā. Attālums līdz tuvākajai reģionālajai slimnīcai atsevišķos pacientu maršrutos pārsniedz 100 kilometrus. Līdz ar to Balvu slimnīcas darbības apjoma samazināšana var būtiski ietekmēt laiku, kādā pierobežas iedzīvotājiem iespējams saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību.¹¹

Jelgavas pilsētas slimnīca apkalpo blīvi apdzīvotu teritoriju, kurā ietilpst Jelgavas valstspilsēta, kā arī Jelgavas, Dobeles un Bauskas novads. Kopējais potenciāli apkalpojamo iedzīvotāju skaits pārsniedz 200 000. Tādēļ slimnīcā sniegto pakalpojumu apjoma samazināšana var ietekmēt ne tikai Jelgavas valstspilsētas, bet plašāka Zemgales reģiona veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.¹²

⁹ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums "Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?", 15. un 99. lpp. Valsts kontrole piekrīt, ka izmaksas nav vienīgais rādītājs, un tīkla optimizācijā ir jāsabalansē pacientu plūsma ar ārstniecības iestādes kapacitāti sniegt neatliekamo palīdzību un nepieciešamību saglabāt pieejamību konkrētā teritorijā

¹⁰ Limbažu novada pašvaldība, Prezentācija "Par neatliekamās medicīniskās palīdzības pieejamību Limbažu novadā", 2026. Limbažu slimnīca ir vienīgā daudzprofilu ārstniecības iestāde posmā starp Rīgu un Valmieru, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus aptuveni 28 700 novada iedzīvotājiem un ieņem kritisku lomu reģiona drošībā, atrodoties pie valsts galvenā autoceļa A1 un tilta pār Salacu

¹¹ SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība", Vēstule Nr. 01-10/270 "Par Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 grozījumos noteikto slimnīcu klasifikācijas atbilstību faktiskajam sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam", 04.08.2026. Balvu slimnīca ir vienīgā iestāde Latvijas austrumu pierobežā, kas nodrošina diennakts neatliekamo medicīnisko palīdzību, un tās ģeogrāfiskais novietojums (vairāk nekā 100 km līdz tuvākajam reģionālajam centram) ir izšķirošs dzīvību glābjošu trombolīžu veikšanai medicīniski pieļaujamā "laika logā"

¹² SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca", Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 30.05.2026. Jelgavas pilsētas slimnīca apkalpo blīvi apdzīvotu reģionu ar vairāk nekā 200 000 iedzīvotājiem (Jelgavas, Dobeles un Bauskas

Ogres rajona slimnīca apkalpo visu Ogres novadu, kurā dzīvo teju 60 000 iedzīvotāju. Slimnīcas uzņemšanas nodaļa, kuru reformas rezultātā plānots slēgt 2025. gadā sniegusi palīdzību vairāk kā 19 000 pacientiem, kas pēc šādas reformas sev tuvākajā slimnīcā ārkārtas veselības pakalpojumu šeit vairs nevarēs saņemt.

Daugavpils slimnīcā, kas ir Latvijas otrās lielākas pilsētas un tās apkārtnes vadošā veselības iestāde un kas dienā uzņem 100 - 120 pacientus reformas rezultātā saskārsies ar būtisku valsts finansēto darbinieku skaita samazinājumu. Plānotais ārstu slodžu samazinājums ir par 14 slodzēm, kas būtiski ietekmēs slimnīcas iespējas uzņemt akūtus pacientus ne tikai uzņemšanās nodaļā. Speciālisti, esot uz vietas slimnīcā, nodrošina pilnvērtīgu pakalpojumu pēc vajadzības, neatkarīgi no juridiskās nodaļu klasifikācijas, kurā speciālists piesaistīts. Ja ārsta klātbūtni slimnīcā vairs nefinansē, slimnīcā zūd iespēja sniegt pilnvērtīgu medicīnisko palīdzību, kas nozīmē, ka 43 000 pacientu, kam nepieciešama akūta medicīniskā palīdzība tiks apdraudēta pakalpojuma saņemšana un kvalitāte.

Jēkabpils reģionālajā slimnīcā reforma visbūtiskāk var samazināt neatliekamās palīdzības un uzņemšanas nodaļas pakalpojumu pieejamību, jo uzņemšanas nodaļas un dežūrārstu kopējais finansējums paredzēts par aptuveni 1,49 miljoniem eiro jeb 38,8 procentiem mazāks. Vienlaikus tiek noteiktas stingrākas diennakts personāla prasības, tādēļ īpašs risks ir speciālistu pieejamībai vakaros, naktīs, brīvdienās un svētku dienās, īpaši deficītajās specialitātēs. Arī paredzētā finansējuma pārdale ambulatorajiem pakalpojumiem nav automātiska – ja slimnīca personāla trūkuma dēļ nespēs nodrošināt nepieciešamos speciālistus un pakalpojumu apjomu, var samazināties arī ambulatorās aprūpes faktiskā pieejamība. Slimnīcas sniegtajā informācijā nav norādīts uz konkrēta ārstniecības profila pilnīgu slēgšanu, bet gan uz būtisku risku samazināt uzņemšanas nodaļas un diennakts palīdzības faktisko kapacitāti.

novadi), kurā jebkāds pakalpojumu ierobežojums rada tūlītēju risku pacientu drošībai ievērojamo attālumu dēļ līdz citiem terciārās aprūpes centriem

4.2. Samazināmie veselības aprūpes pakalpojumi

Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienībā paredzēts pārtraukt dzemdību palīdzības profila darbību, kā arī samazināt diennakts pediatra un ginekologa pieejamību uzņemšanas nodaļā.

Vienlaikus slimnīcu apvienības faktiskā darbība ietver arī augstas sarežģītības neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu. Atbilstoši ziņojuma sagatavošanā izmantotajai informācijai slimnīcu apvienība pēc veikto trombolīžu skaita ierindojas desmitajā vietā valstī, bet pēc neatliekamās hemodialīzes pakalpojumu apjoma – vienpadsmitajā vietā. Tas norāda uz neatbilstības risku starp slimnīcai formāli noteikto līmeni, tās faktiski veikto darbu un paredzēto finansējumu.

Dobeles un apkārtnes slimnīcai paredzēts samazināt uzņemšanas nodaļas finansējumu aptuveni par 1,7 miljoniem eiro gadā. Atbilstoši piedāvātajam modelim dienas laikā NMPUN darbībā vairs netiktu nodrošināta atsevišķa dežūrspeciālista klātbūtne, bet uzņemšanas nodaļas funkcijas paralēli saviem tiešajiem pienākumiem veiktu stacionāra nodaļu ārsti.

Šāda darba organizācija var ietekmēt gan uzņemšanas nodaļā esošo pacientu aprūpi, gan stacionāra nodaļā ievietoto pacientu ārstēšanu, jo vienam ārstam vienlaikus būtu jānodrošina divas atšķirīgas funkcijas.

Limbažu slimnīcā plānots būtiski samazināt uzņemšanas nodaļas kapacitāti, no 2027. gada 1. janvāra paredzot tikai viena profila speciālista pieejamību pēc iestādes izvēles un samazinot māsu skaitu līdz vienam postenim, savukārt dežūrārstam nakts stundās vienlaikus būs jānodrošina arī stacionāra nodaļu pacientu uzraudzība. Tas nozīmē, ka, piemēram, nodrošinot ķirurģiskā profila speciālistu, vienlaikus nebūs pieejams internists, lai gan slimnīca ir iekļauta NMPD hospitalizācijas plānā un tajā tiek nogādāti pacienti arī ar hronisku slimību paasinājumiem; turklāt 60 procenti no uzņemšanas nodaļā sniegtajiem pakalpojumiem ir ķirurģiska profila, un slimnīca jau pašlaik par saviem līdzekļiem aptuveni 10 000 eiro mēnesī apmērā nodrošina ķirurga pieejamību 24/7. 2025. gadā ar NMPD uz uzņemšanas nodaļu tika nogādāti un stacionēti 212 pacienti, bet 2026. gada pirmajos septiņos mēnešos stacionēto pacientu skaits salīdzinājumā ar attiecīgo periodu 2025. gadā pieaudzis no 97 līdz 161 pacientam vai par 65 procentiem. Vienlaikus plānotais uzņemšanas nodaļas finansējuma samazinājums ir 229 872 eiro gadā, kas var ietekmēt ne tikai speciālistu pieejamību, bet arī visas slimnīcas diennakts gatavību. Minētās izmaiņas ir īpaši

būtiskas, ņemot vērā Limbažu novada ģeogrāfisko novietojumu – no attālākajām apdzīvotajām vietām līdz alternatīvām uzņemšanas nodaļām atsevišķos gadījumos attālums var sasniegt 100 kilometrus un vairāk.

Preiļu slimnīcas gadījumā būtiskākie riski saistīti ar observācijas pakalpojuma saglabāšanu un speciālistu pieejamību uzņemšanas nodaļā. Slimnīca norāda, ka reģionā jau pašlaik ir grūtības piesaistīt un noturēt ārstniecības personālu, jo nav iespējams konkurēt ar reģionālo slimnīcu atalgojumu. Tādēļ finansējuma pārorientēšana uz ambulatorajiem pakalpojumiem pati par sevi negarantēs to pieejamību, ja nebūs nepieciešamo speciālistu. Īpaši būtiska ir stabila ķirurģu un citu speciālistu dežūru nodrošināšana, jo to trūkums var aizkavēt pacientu izvērtēšanu un ārstēšanas uzsākšanu.

Madonas slimnīcai reformas rezultātā paredzēts uzņemšanas nodaļas finansējuma samazinājums aptuveni par 20 procentiem. Slimnīcas vadība norāda, ka tas var novest pie vēl lielākas slimnīcas specializācijas un atteikšanās no atsevišķiem pakalpojumiem, tostarp iespējamās dzemdību palīdzības pārtraukšanas, tos koncentrējot augstāka līmeņa slimnīcās. Vienlaikus reforma nepiedāvā risinājumu cilvēkresursu trūkumam un rada speciālistu aizplūšanas risku, bet nav arī pietiekami skaidri definēts pacientu turpmākais maršruts un tas, kur konkrētus pakalpojumus Madonas reģiona iedzīvotāji varēs saņemt no 2027. gada 1. janvāra.

Jelgavas pilsētas slimnīcai paredzēts uzņemšanas nodaļas finansējuma samazinājums par aptuveni 1,13 miljoniem eiro gadā jeb 30 procentiem, lai gan slimnīcas darba apjoms netiek samazināts. 2025. gadā uzņemšanas nodaļā tika uzņemti 34 042 pacienti jeb vidēji 93 pacienti dienā, bet stacionārā hospitalizēti 10 427 pacienti, kas ir viens no lielākajiem apjomiem valstī. Reforma paredz saglabāt esošās diennakts prasības un speciālistu skaitu, vienlaikus daļu uzņemšanas nodaļas posteņu formāli pārveidojot par dežūrārsta posteņiem; rezultātā finansējums uz vienu uzņemšanas nodaļas pacientu samazinātos no 112,91 eiro līdz 79,60 eiro. Slimnīca norāda, ka šāda pieeja nav sasaistīta ar faktisko pacientu plūsmu, hospitalizāciju skaitu vai kvalitātes rādītājiem un var samazināt uzņemšanas nodaļas kapacitāti, radot papildu pacientu plūsmu uz Rīgas universitāšu slimnīcām.

Tabula Nr. 2

Plānoto izmaiņu ietekme uz atsevišķās ārstniecības iestādēs sniegtajiem pakalpojumiem

Tabulā, pamatojoties uz Valsts kontroles revīzijas ziņojumu un ārstniecības iestāžu sniegtajiem atzinumiem, apkopota pašlaik pieejamā informācija par pakalpojumiem, kuru sniegšanu paredzēts pārtraukt vai būtiski ierobežot, kā arī par pacientu skaitu, kuru varētu ietekmēt plānotās izmaiņas.

Apkopotā informācija ir nepilnīga un neatspoguļo visu reģionālo un lokālo slimnīcu situāciju, jo ziņojuma sagatavošanas laikā nav bijis iespējams iegūt precīzus un savstarpēji salīdzināmus datus no visām ārstniecības iestādēm. Tabulā ietvertie rādītāji raksturo atšķirīgas pacientu grupas un pakalpojumu veidus – uzņemšanas nodaļu apmeklējumus, hospitalizācijas, dzemdības un konkrētu stacionāro profilu pacientus –, tādēļ tie nav mehāniski summējami.

Ārstniecības iestāde	Pakalpojums, kuru paredzēts pārtraukt vai ierobežot	Plānotās izmaiņas	Pieejamie dati par ietekmēto pacientu skaitu	Papildu ietekme un būtiskākie riski
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība – Balvu slimnīca	Dzemdību palīdzība; pediatra un ginekologa pieejamība uzņemšanas nodaļā	Dzemdību palīdzības profilu paredzēts slēgt no 2026. gada 1. septembra. Darba dienās no plkst. 8.00 līdz 16.00 vairs netiktu apmaksātas atsevišķas pediatra un ginekologa dežūras	Balstoties uz 2025. gada datiem, dzemdību palīdzības profila slēgšana ik gadu ietekmētu aptuveni 140–190 jaundzimušos un viņu mātes. 2024. gadā uzņemšanas nodaļā vērsās 7489 pacienti, no kuriem 2594 pacientus nogādāja NMPD brigādes.	Dzemdību nodaļas slēgšana var ietekmēt arī diennakts operējošā ginekologa pieejamību akūtu ginekoloģisku saslimšanu gadījumos. Samazināta speciālistu pieejamība īpaši būtiska ir Latvijas austrumu pierobežā.

		uzņemšanas nodaļā.		
Līvānu slimnīca	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbība	NMPUN paredzēts aizstāt ar steidzamās medicīniskās palīdzības punktu, tādējādi pārtraucot pilna profila diennakts uzņemšanas nodaļas darbību.	2024. gadā nodaļā uzņemti 2396 pacienti jeb vidēji septiņi pacienti dienā. Hospitalizēts 861 pacients, taču Valsts kontroles revīzijā norādīts, ka visas hospitalizācijas bijušas plānveida.	Terapijas profilā tiek hospitalizēti mazāk nekā divi pacienti mēnesī. Vienlaikus NMPUN statusa zaudēšana nozīmē diennakts gatavības un attiecīgā finansējuma samazināšanu, kas var ietekmēt slimnīcas kopējo funkcionālo kapacitāti.

Limbažu slimnīca	Diennakts NMPUN darbība	Slimnīcai paredzēts noteikt lokālās slimnīcas līmeni un pilna profila NMPUN aizstāt ar SMPP līmeņa pakalpojumiem.	2024. gadā uzņemšanas nodaļā vērās 3557 pacienti jeb vidēji desmit pacienti dienā. Hospitalizēti 766 pacienti, no kuriem neatliekamā kārtā – 38 pacienti jeb 5 procenti no hospitalizētajiem.	Diennakts uzņemšanas kapacitātes samazināšana var pagarināt pacientu nogādāšanas laiku no Limbažu novada ziemeļu daļas, tostarp Salacgrīvas un Ainažiem, uz Valmieru vai Rīgu. Vērtējama arī slimnīcas loma civilās aizsardzības un veselības aprūpes sistēmas noturības nodrošināšanā.
------------------	-------------------------	---	---	---

Jelgavas pilsētas slimnīca	Pediatrijas un kardioloģijas profilu nodrošināšana	Sākotnēji tika paredzēts diennakts pediatrijas stacionāru aizstāt ar dienas stacionāru vai ambulatoro kabinetu. Pēc pašvaldības iebildumiem pediatrijas profilu paredzēts saglabāt, tomēr ar ierobežotu uzņemšanas nodaļas finansējumu. Reformas modelī nav paredzēts atsevišķs kardioloģijas profils.	2025. gadā slimnīcas uzņemšanas nodaļā akūta palīdzības ambulatori sniegta 3575 bērniem, bet stacionārā ārstēti 1099 bērni. Ar kardioloģiskām diagnozēm ārstēts 1091 pacients.	Pediatrijas pakalpojumu sašaurināšana var radīt papildu pacientu plūsmu uz BKUS. Atsevišķa kardioloģijas profila neparedzēšana var neatbilst slimnīcas faktiskajam pacientu skaitam un ārstniecības darba apjomam.
----------------------------------	---	--	---	--

Dobeles un apkārtnes slimnīca	Uzņemšanas nodaļas speciālistu skaits un profili; iespējama ietekme uz dzemdniecību un pediatriju	Uzņemšanas nodaļas finansējumu paredzēts samazināt par aptuveni 1,7 miljoniem eiro gadā, samazinot ārstu skaitu uzņemšanā no sešiem līdz trim. Dienas laikā daļu uzņemšanas funkciju paredzēts uzdot stacionāra nodaļu ārstiem.	2024. gadā uzņemšanas nodaļā palīdzību saņēma 6411 pacienti, no kuriem 1622 pacientus nogādāja NMPD brigādes. Dzemdību nodaļā pieņemtas 223 dzemdības.	Finansējuma un speciālistu skaita samazināšana var ietekmēt uzņemšanas nodaļas spēju vienlaikus nodrošināt vairāku profilu pacientu aprūpi. Pastāv risks arī dzemdniecības un pediatrijas profilu turpmākai darbībai.
Tukuma slimnīca	Pediatra pieejamība uzņemšanas nodaļā	No 2027. gada atsevišķa pediatra dežūra uzņemšanas nodaļā paredzēta tikai darba dienās no plkst. 16.00 līdz 8.00, kā arī brīvdienās. Darba laikā bērnu aprūpe būtu jānodrošina stacionāra	2024. gadā stacionāro pediatrijas palīdzību saņēma 491 bērns.	Atsevišķa pediatra nepieejamība dienas laikā var palielināt stacionāra ārstu noslodzi un ietekmēt palīdzības sniegšanas ātrumu uzņemšanas nodaļā.

		ārstiem paralēli citu pienākumu veikšanai.		
Alūksnes slimnīca	Pediatra pieejamība uzņemšanas nodaļā	No 2027. gada atsevišķa pediatra dežūra uzņemšanas nodaļā paredzēta tikai darba dienās no plkst. 16.00 līdz 8.00, kā arī brīvdienās. Darba laikā palīdzība būtu jāsniedz stacionāra ārstiem.	2024. gadā stacionāro pediatrijas palīdzību saņēma 313 bērni.	Izmaiņas var samazināt pediatra pieejamību dienas laikā un palielināt citu stacionāra ārstu noslodzi. Īpaši vērtējama alternatīvo ārstniecības iestāžu sasniedzamība un kapacitāte.

Valsts kontroles revīzijā kā viens no slimnīcu tīkla pārskatīšanas pamatojumiem norādīta nelielā neatliekamo pacientu plūsma zemāka līmeņa slimnīcās. Atbilstoši revīzijas datiem I un II līmeņa slimnīcās NMPD brigādes vidēji nogādā mazāk nekā vienu pacientu dienā, savukārt atsevišķās I

līmeņa slimnīcās – aptuveni vienu pacientu 20 dienās. Tāpat norādīts, ka aptuveni 90 procenti hospitalizāciju šajās ārstniecības iestādēs ir plānveida.

Vienlaikus minētie vidējie rādītāji paši par sevi neatspoguļo katras slimnīcas ģeogrāfisko novietojumu, alternatīvo ārstniecības iestāžu sasniedzamību, konkrēto pacientu veselības stāvokļu steidzamību, slimnīcu faktiski nodrošināto augstas sarežģītības pakalpojumu apjomu un to nozīmi civilās aizsardzības sistēmā. Tādēļ katras ārstniecības iestādes situācija ir vērtējama individuāli, izmantojot pilnīgus un savstarpēji salīdzināmus datus.

4.3. Pacientu nogādāšanas un ārstēšanas maršruta izmaiņas

Pašreizējā situācijā pacientu no Salacgrīvas līdz Limbažu slimnīcai atkarībā no konkrētās atrašanās vietas iespējams nogādāt aptuveni 30 minūtēs. Limbažu slimnīcā pacientam iespējams veikt sākotnējo diagnostiku, uzsākt ārstēšanu vai pieņemt lēmumu par turpmāku pārvešanu uz augstāka līmeņa ārstniecības iestādi.

Pēc plānoto izmaiņu ieviešanas pacientu varētu būt nepieciešams nogādāt tieši uz Valmieru vai Rīgu. Šādā gadījumā transportēšanas laiks atkarībā no pacienta atrašanās vietas, satiksmes un ceļa apstākļiem varētu sasniegt 70–80 minūtes.

Transportēšanas laika pieaugums ir īpaši nozīmīgs tādu akūtu veselības stāvokļu gadījumā, kuros ārstēšanas rezultāts ir tieši atkarīgs no palīdzības sniegšanas ātruma. Akūta insulta gadījumā ārstēšanas uzsākšanas aizkavēšanās par 30–40 minūtēm var samazināt iespēju savlaicīgi veikt trombolīzi un palielināt paliekošas invaliditātes vai nāves risku.

Pacienta maršruta izvērtējumā ir jāņem vērā ne tikai attālums līdz alternatīvajai ārstniecības iestādei, bet arī NMPD brigādes nokļūšanas laiks līdz pacientam, transportēšanas ilgums, slimnīcas uzņemšanas nodaļas noslodze un laiks līdz faktiskai diagnostikas un ārstēšanas uzsākšanai.¹³

¹³ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 15. lpp. Valsts kontrole norāda, ka viena pacienta vidējās izmaksas nevar būt vienīgais rādītājs tīkla izvērtējumā, it īpaši ierobežota finansējuma apstākļos, jo ir būtiski nodrošināt kvalitatīvu palīdzību neatliekamos un akūtos gadījumos visā valsts teritorijā.

4.4. Alternatīvo ārstniecības iestāžu kapacitāte

Pakalpojumu samazināšana reģionālajās un lokālajās slimnīcās ir pamatota tikai tādā gadījumā, ja ārstniecības iestādes, uz kurām paredzēts novirzīt pacientus, spēj uzņemt papildu pacientu plūsmu, nepasliktinot veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību.¹⁴

Jelgavas pilsētas slimnīcas pediatrijas profila ierobežošana radītu papildu pacientu plūsmu uz Bērnu klīnisko universitātes slimnīcu (turpmāk – BKUS). Vienlaikus BKUS jau pašreiz darbojas ar augstu noslodzi. Papildu pacientu novirzīšana var pagarināt gaidīšanas laiku un palielināt noslodzi gan neatliekamās palīdzības, gan stacionārajās nodaļās.¹⁵

Papildu pacientu plūsmu no reģioniem paredzēts novirzīt arī uz Rīgas Austrumu klīnisko universitātes slimnīcu un Paula Stradiņa Klīnisko universitātes slimnīcu. Minētās ārstniecības iestādes kopā hospitalizē aptuveni 40 procentus no visiem stacionētajiem pacientiem valstī. Vienlaikus tām jau ir būtiska pacientu un finanšu slodze, kas var ierobežot iespējas bez papildu cilvēkresursiem, infrastruktūras un finansējuma uzņemt no reģioniem novirzīto pacientu plūsmu.¹⁶

Līdz ar to pirms pakalpojumu apjoma samazināšanas ir nepieciešams izvērtēt ne tikai teorētiski iespējamo alternatīvo ārstniecības iestādi, bet arī tās faktisko gultasvietu, personāla, diagnostikas un uzņemšanas nodaļas kapacitāti.

¹⁴ "Latvijas Slimnīcu biedrība", Atzinums, 30.06.2026. LSB brīdina, ka mehāniska pacientu pārvirzīšana uz Rīgu bez atbilstoša resursu un infrastruktūras palielinājuma universitāšu slimnīcās radīs "sastrēgumu" sistēmas augstākajā līmenī, pasliktinot veselības aprūpes rezultātus visā valstī.

¹⁵ SIA "JELGAVAS PILSĒTAS SLIMNĪCA", Atzinums, 30.05.2026. BKUS gultu noslodze 2024. gadā sasniedza 74 %, un Jelgavas bērnu nodaļas (kur 2025. gadā vērsušies 3575 bērni) vājināšana radīs neprognozējamu slogu universitātes slimnīcas neatliekamās palīdzības un stacionārajām nodaļām.

¹⁶ **Valsts kontrole**, Revīzijas ziņojums "Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?", 1. pielikums, 101. lpp. 2024. gada dati rāda, ka PSKUS gultu noslodze ir sasniegusi 81 %, kas liecina par ierobežotām rezervēm pēkšņa pacientu skaita pieauguma gadījumā.

4.5. Ietekme uz savstarpēji saistītajiem slimnīcas pakalpojumiem

Atsevišķa veselības aprūpes profila darbības pārtraukšana var ietekmēt arī citus slimnīcā sniegtos pakalpojumus. Dzemdību nodaļas slēgšana Balvu slimnīcā nozīmētu ne tikai dzemdību palīdzības pakalpojuma pārtraukšanu, bet varētu samazināt arī diennakts operējošā ginekologa pieejamību. Minētais speciālists nepieciešams arī akūtu ginekoloģisku saslimšanu, asiņošanas un citu neatliekamu stāvokļu ārstēšanai.

Finansējuma samazināšana var ietekmēt arī ārstniecības personu piesaisti un noturēšanu reģionālajās slimnīcās. Samazinoties finansējumam un darba apjomam, ārstniecības iestādei kļūst sarežģītāk nodrošināt konkurētspējīgu atalgojumu un pilnvērtīgu profesionālo noslodzi. Personāla aizplūšana savukārt ierobežo iespēju nodrošināt normatīvajos aktos noteiktās dežūras, kas var kļūt par pamatu turpmākam finansējuma samazinājumam.¹⁷

Tādējādi var veidoties savstarpēji pastiprinošs process, kurā finansējuma samazinājums veicina personāla aizplūšanu, personāla trūkums ierobežo pakalpojumu pieejamību, bet samazinātais pakalpojumu apjoms tiek izmantots kā pamatojums turpmākai slimnīcas darbības sašaurināšanai.¹⁸

Samazinoties diennakts pacientu plūsmai, var tikt apdraudēta arī diagnostikas un atbalsta infrastruktūras uzturēšanas ekonomiskā lietderība. Datortomogrāfijas, laboratorijas, radioloģijas un citu diagnostikas pakalpojumu diennakts gatavības nodrošināšanai nepieciešams pastāvīgs personāls, tehniskais nodrošinājums un finansējums neatkarīgi no konkrētajā diennaktī apkalpoto pacientu skaita.

Ja diennakts gatavības nodrošināšanai nepieciešamā infrastruktūra vairs netiek uzturēta, ārstniecības iestāde zaudē spēju sniegt arī tos neatliekamos pakalpojumus, kuru formāla saglabāšana reformā sākotnēji varētu būt paredzēta. Līdz ar to katra pakalpojuma samazināšanas ietekme ir vērtējama visas slimnīcas funkcionālās darbības kontekstā, nevis tikai attiecībā uz vienu nodaļu vai ārstniecības profilu.

¹⁷ **Veselības ministrija**, Noteikumu projekta 26-TA-1067 anotācija, 1.3. un 6.3. sadaļa. Reforma paredz, ka darba laikā uzņemšanas nodaļas funkcijas var nodrošināt stacionāra ārsts, taču nozares eksperti brīdina, ka šāda speciālistu aizvietošana bez papildu resursiem apdraud pakalpojumu kvalitāti un rada personāla pārslodzi.

¹⁸ **Noteikumu projekts**, 291. punkts. Tukuma un Alūksnes slimnīcām pediatra dežūru apmaksu uzņemšanā paredzēta tikai līdz 2027. gada beigām, pēc tam pilnībā pašļaujoties uz stacionāra personālu.

5. Reformas ietekme uz Latvijas reģioniem un Veselības ministrijas reģionālās politikas raksturojums

Šajā sadaļā secīgi raksturota plānoto izmaiņu teritoriālā ietekme, veselības aprūpes pakalpojumu sasniedzamības izmaiņas un galvenie riski Latvijas reģionu iedzīvotājiem. Šāda pieeja atbilst informatīvā ziņojuma struktūrai, kurā pašreizējās situācijas raksturojums tiek sasaistīts ar identificētajām problēmām un strukturētu to risināšanas izvērtējumu.

5.1. Finansējuma teritoriālā pārdale

Veselības ministrijas piedāvātā slimnīcu tīkla reforma pēc būtības paredz sarežģītāko veselības aprūpes pakalpojumu turpmāku koncentrēšanu lielākajās ārstniecības iestādēs, vienlaikus samazinot reģionālo un lokālo slimnīcu finansējumu un diennakts gatavības kapacitāti.

Plānotā finansējuma pārdale nav vienmērīga. Reģionālās un lokālās slimnīcas sedz 89,7 procentus no kopējā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu finansējuma samazinājuma, savukārt universitāšu slimnīcas saņem 72,2 procentus no visa paredzētā finansējuma pieauguma.

Vienlaikus reģionālo slimnīcu uzņemšanas nodaļas apkalpo 52,6 procentus no visiem uzņemšanas nodaļu pacientiem valstī. Tādējādi finansējuma teritoriālā pārdale pilnībā neatbilst faktiskajam pacientu plūsmas sadalījumam un var samazināt to ārstniecības iestāžu kapacitāti, kurās tiek apkalpota lielākā daļa pacientu ārpus Rīgas.

Minētā pieeja raksturo Veselības ministrijas reģionālo politiku kā uz pakalpojumu centralizāciju vērstu modeli. Tajā ārstniecības iestādes galvenokārt tiek vērtētas pēc pacientu plūsmas, personāla nodrošinājuma un viena pakalpojuma izmaksām, nepietiekami ņemot vērā attālumu līdz alternatīvai ārstniecības iestādei, reģionu demogrāfisko struktūru, sabiedriskā transporta pieejamību, NMPD kapacitāti un slimnīcu nozīmi teritorijas kopējā noturībā.¹⁹²⁰

¹⁹ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 99. lpp. Valsts kontrole secina, ka augstāka līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās ir lielāks vidējais pacientu skaits dienā, ievērojami lielāka speciālistu noslodze un zemākas vidējās viena pacienta izmaksas, kas tiek izmantots kā galvenais efektivitātes rādītājs tīkla izvērtējumā. Pieejams: <https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29761-Y2uE9KCQMjdCwp9ID7DIo0xJojVls1Xr.pdf>

²⁰ Latvijas Slimnīcu biedrība, Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 16.07.2026. Biedrība vērš uzmanību, ka Noteikumu projekta anotācijā nav sniegta informācija par plānoto pacientu maršrutu, kurā būtu skaidri norādīts, kur pacients varēs saņemt palīdzību, ja konkrēta pakalpojuma sniegšana tiek pārtraukta, kā arī nav novērtēts pacientu nogādāšanas laiks un NMPD kapacitāte palielinātas transportēšanas slodzes apstākļos.

5.2. Ietekmētās teritorijas un iedzīvotāju skaits

Ministru kabineta noteikumu projekta anotācijā nav aprēķināts kopējais Latvijas iedzīvotāju skaits, kuriem reformas rezultātā palielināsies attālums vai ceļā pavadītais laiks līdz nepieciešamā pakalpojuma saņemšanas vietai. Tāpat nav veikta valsts mēroga modelēšana par to, cik iedzīvotājiem samazināsies diennakts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība.²¹²²

Pašlaik pieejamā informācija par atsevišķām teritorijām apkopota 3. tabulā.

Tabula Nr. 3

Teritorija	Iedzīvotāju skaits, kuru teritorijā var pasliktināties pakalpojumu pieejamība	Galvenās pieejamības izmaiņas	Teritoriālā ietekme
Limbažu novads	Aptuveni 28 762 iedzīvotāji	Samazinoties Limbažu slimnīcas diennakts uzņemšanas kapacitātei, daļa pacientu būtu nogādājama uz Valmieru vai Rīgu	Salacgrīvas un Ainažu apkārtnes iedzīvotājiem ceļā pavadītais laiks līdz alternatīvai slimnīcai jau pašreiz var pārsniegt 60–80 minūtes

²¹ Veselības ministrija, Noteikumu projekta 26-TA-1067 anotācija, 1.3. sadaļas beigas. Veselības ministrija anotācijā oficiāli atzīst, ka noteikumu projekta izstrādes gaitā nav izvērtēti alternatīvie risinājumi un nav veikts prasību un izmaksu samērīguma izvērtējums pret plānotajiem ieguvumiem. Pieejams: TAP portāls, ID 26-TA-1067.

²² Latvijas Slimnīcu biedrība, Atzinums, 01.06.2026. Biedrība uzsver, ka būtiskas izmaiņas tiek virzītas bez pacientu plūsmas un ārstniecības personu pieejamības analīzes pa plānošanas reģioniem.

Balvu, Gulbenes un Alūksnes novadu teritorija	50 000	Samazinās atsevišķu diennakts speciālistu un stacionāro pakalpojumu pieejamība Latvijas austrumu daļā	Tuvākā reģionālā slimnīca atsevišķiem iedzīvotājiem atrodas vairāk nekā 100 kilometru attālumā; no Upītes un Vientuļu apkārtnes nogādāšanas laiks var pārsniegt vienu stundu
Jelgavas valstspilsēta un Jelgavas, Dobeles un Bauskas novadi	Vairāk nekā 200 000 iedzīvotāju	Samazinoties pediatrijas un uzņemšanas nodaļu kapacitātei Jelgavā un Dobelē, pieaug pacientu novirzīšana uz Rīgu	Izmaiņas var ietekmēt veselības aprūpes pieejamību plašā Zemgales teritorijā un radīt papildu noslodzi BKUS un citām Rīgas slimnīcām
Līvānu novads un tam piegulošās teritorijas	10 000	Pilna profila uzņemšanas nodaļu paredzēts aizstāt ar steidzamās medicīniskās palīdzības punktu	Pieaug teritorijas atkarība no Jēkabpils un Daugavpils ārstniecības iestāžu sasniežamības un kapacitātes
Tukuma novads un tam piegulošās teritorijas ²³	43 000	Samazinās atsevišķu speciālistu, tostarp pediatra, pieejamība uzņemšanas nodaļā dienas laikā	Pacientu aprūpe lielākā apmērā būs jānodrošina stacionāra ārstiem vai pacienti būs jānovirza uz citām ārstniecības iestādēm

²³ Tieslietu ministrija, Atzinums, 02.07.2026. (ietver Tukuma novada pašvaldības iebildumu). Tukuma novada pašvaldība iebilst pret statusa maiņu uz lokālo slimnīcu un pediatra pieejamības samazināšanu, norādot uz datu objektivitātes trūkumu reformas izstrādē un risku, ka trešā līmeņa (daudzprofila) slimnīcas tiks pārslogotas ar Tukuma iedzīvotāju plūsmu.

Teritorijas, kurās plānoto izmaiņu rezultātā var pasliktināties veselības aprūpes Pieejamie dati liecina, ka plānoto izmaiņu ietekme neaprobežojas ar to pašvaldību, kurā atrodas konkrētā slimnīca. Reģionālās un lokālās slimnīcas apkalpo arī blakus esošo novadu iedzīvotājus, tādēļ faktiskais skarto iedzīvotāju skaits var būt būtiski lielāks par attiecīgās pašvaldības deklarēto iedzīvotāju skaitu.

5.3. Diennakts pakalpojumu teritoriālā pieejamība

Plānoto izmaiņu rezultātā vairākās Latvijas teritorijās paredzēts samazināt diennakts režīmā pieejamo speciālistu skaitu vai pilna profila uzņemšanas nodaļas aizstāt ar ierobežotākas kapacitātes pakalpojumu.²⁴

Šādas izmaiņas īpaši ietekmē teritorijas, kurās nav citas tuvumā esošas ārstniecības iestādes ar līdzvērtīgu personāla, diagnostikas un stacionēšanas kapacitāti. Formāla pakalpojuma saglabāšana dienas stacionāra, ambulatorā kabineta vai steidzamās medicīniskās palīdzības punkta veidā nav pielīdzināma pilnvērtīgai diennakts stacionāra gatavībai.

Pacientam akūta veselības stāvokļa gadījumā būtiska ir ne tikai iespēja saņemt sākotnēju konsultāciju, bet arī nekavējoties veikt diagnostiku, uzsākt ārstēšanu, nodrošināt speciālista iesaisti un nepieciešamības gadījumā pacientu stacionēt. Ja minētās iespējas konkrētajā ārstniecības iestādē vairs netiek nodrošinātas, pacientam faktiski kļūst grūtāk pieejams viss savstarpēji saistīto pakalpojumu kopums.

Teritoriālās pieejamības pasliktināšanās visvairāk skar lauku teritoriju, pierobežas un no nacionālās nozīmes attīstības centriem attālāk dzīvojošos iedzīvotājus. Šajās teritorijās ir ierobežotāka sabiedriskā transporta pieejamība, lielāks gados vecāku iedzīvotāju īpatsvars un biežāka atkarība no tuvinieku vai pašvaldības nodrošināta transporta.

²⁴ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 73. un 102. lpp. Līvānu un Limbažu slimnīcās paredzēts likvidēt NMPUN, aizstājot tās ar SMPP, jo VK konstatējusi zemu neatliekamo hospitalizāciju īpatsvaru (Limbažos 5%, Līvānos 0%), tomēr pašvaldības norāda, ka tas ierobežo diennakts pieejamību akūtos gadījumos.

5.4. Ietekme uz NMPD reģionālo kapacitāti

Slimnīcu pakalpojumu centralizācija palielinās NMPD nozīmi pacientu nogādāšanā uz attālākām ārstniecības iestādēm un pacientu pārvešanā starp slimnīcām. Vienlaikus reformas materiālos nav aprēķināts papildu transportēšanas gadījumu skaits, brigāžu nobraukums, ceļā pavadītās stundas un nepieciešamais papildu finansējums.

Katrs ilgstošs pacienta transportēšanas gadījums nozīmē, ka attiecīgā NMPD brigāde nav pieejama citu izsaukumu apkalpošanai savā pamata darbības teritorijā. Šis risks ir īpaši nozīmīgs Latvijas austrumu pierobežā un citās teritorijās ar lieliem attālumiem starp ārstniecības iestādēm.

Pacientu nogādāšana uz attālāku slimnīcu pati par sevi neatrisina pakalpojumu pieejamības jautājumu. Jāņem vērā arī alternatīvās slimnīcas uzņemšanas nodaļas noslodze, laiks līdz diagnostikas veikšanai, stacionāro gultasvietu pieejamība un iespēja pēc ārstēšanas pacientu nogādāt atpakaļ dzīvesvietā.²⁵

Tādējādi slimnīcu finansējuma samazinājums var radīt papildu izdevumus NMPD, citām ārstniecības iestādēm un pašvaldībām. Bez minēto izmaksu novērtējuma nav iespējams noteikt, vai paredzētā centralizācija rada faktisku ietaupījumu veselības aprūpes sistēmā kopumā.

5.5. Kumulatīvā ietekme uz reģionu attīstību

Reformas ietekme uz reģioniem nav vērtējama tikai pēc konkrēta pakalpojuma vai nodaļas finansējuma izmaiņām. Vairāku savstarpēji saistītu pakalpojumu vienlaicīga samazināšana var ietekmēt ārstniecības iestādes kopējo darbību un tās spēju ilgtermiņā saglabāt nepieciešamo personālu un infrastruktūru.

Būtiskākie kumulatīvās ietekmes virzieni ir:

– **ārstniecības iestāžu finanšu ilgtspējas pasliktināšanās.** Uzņemšanas nodaļas finansējums tiek izmantots arī diennakts gatavības, diagnostikas, laboratorijas un citu stacionāra darbībai nepieciešamo funkciju nodrošināšanai. Tā būtisks samazinājums var ietekmēt visas ārstniecības iestādes darbības stabilitāti;

²⁵ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 16. lpp. 2024. gada septembra dati rāda, ka pat augstākā līmeņa iestādes nespēj nodrošināt visas speciālistu dežūras — visās slimnīcās kopā nebija nodrošināti 53 % no apmaksātajām dežūrstundām uzņemšanas nodaļās.

- **ārstniecības personu aizplūšana no reģioniem.** Samazinoties finansējumam, dežūru skaitam un profesionālās darbības apjomam, reģionālajām slimnīcām kļūst sarežģītāk piesaistīt un noturēt speciālistus. Vienlaikus finansējuma koncentrēšana universitāšu slimnīcās var veicināt personāla pāreju uz Rīgu;
- **papildu izdevumi pacientiem un viņu ģimenēm.** Palielinoties attālumam līdz ārstniecības iestādei, pieaug transporta izdevumi, ceļā pavadītais laiks un nepieciešamība tuviniekiem iesaistīties pacienta nogādāšanā un aprūpē;
- **nevienlīdzības palielināšanās.** Reģionu iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojuma saņemšana kļūst atkarīgāka no dzīvesvietas, privātā transporta pieejamības un ģimenes finansiālajām iespējām;
- **papildu noslodze Rīgas ārstniecības iestādēm.** Reģionos samazinātā kapacitāte rada papildu pacientu plūsmu uz universitāšu slimnīcām, kas var pagarināt gaidīšanas laiku un pasliktināt pakalpojumu pieejamību arī Rīgas un pārējās Latvijas iedzīvotājiem.

Minēto faktoru mijiedarbība var radīt pašpastiprinošu procesu: finansējuma samazinājums veicina personāla aizplūšanu, personāla trūkums ierobežo iespēju nodrošināt noteiktās dežūras, bet nenodrošinātās dežūras kļūst par pamatu turpmākai finansējuma un pakalpojumu apjoma samazināšanai.²⁶

5.6. Veselības ministrijas reģionālās politikas novērtējums

Veselības ministrijas piedāvātajā modelī nav pietiekami definēts minimālais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms, kam neatkarīgi no pacientu plūsmas ir jābūt sasniedzamam noteiktā attālumā vai laikā katram Latvijas iedzīvotājam.

²⁶ Latvijas Slimnīcu biedrība, Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 24.07.2026. LSB norāda, ka noteikumu 192. punkts paredz dienesta tiesības samazināt fiksēto piemaksu, ja iestāde nespēj nodrošināt speciālistu dežūras, kas reģionos ar personāla deficītu var izraisīt "domino efektu", pakāpeniski degradējot pakalpojumu pieejamību

Tāpat nav noteikti izmērāmi teritoriālās pieejamības kritēriji, piemēram, maksimālais pacienta nogādāšanas laiks, minimālā diennakts diagnostikas kapacitāte, NMPD brigāžu pieejamība pēc pacientu pārvešanas pieauguma un alternatīvās slimnīcas spēja uzņemt papildu pacientus.²⁷

Līdz ar to piedāvājums galvenokārt raksturo slimnīcu līmeņu un finansējuma pārstrukturēšanu, nevis visaptverošu reģionālās veselības aprūpes politiku. Tajā nav pietiekami parādīts, kā pēc reformas tiks nodrošināta vienlīdzīga veselības aprūpes pieejamība neatkarīgi no iedzīvotāja dzīvesvietas.

Pieejamā informācija neapliecina, ka pakalpojumu un finansējuma koncentrēšana lielākajās ārstniecības iestādēs pati par sevi uzlabos veselības aprūpes sistēmas kopējo drošību un efektivitāti. Pastāv risks, ka plānotās izmaiņas palielinās atšķirības starp Rīgu un Latvijas reģioniem, savukārt daļa izmaksu un atbildības tiks pārcelta uz NMPD, pašvaldībām, pacientiem un viņu ģimenēm.²⁸

²⁷ Veselības ministrija, Noteikumu projekta 26-TA-1067 anotācija, 1.3. sadaļa. Noteikumu projekta anotācijā uz jautājumiem par to, vai ir izvērtēti alternatīvie risinājumi un vai ir izvērtēts prasību un izmaksu samērīgums pret ieguvumiem, ir sniegta oficiāla atbilde "Nē", kas apliecina ziņojumā minēto ietekmes analīzes trūkumu

²⁸ SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 01.06.2026. Slimnīca un nozares eksperti brīdina, ka mehāniska pacientu pārvirzīšana uz Rīgu bez universitāšu slimnīcu kapacitātes paplašināšanas pagarinās gaidīšanas rindas un radīs papildu slogu Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam transportēšanas laika pieauguma dēļ.

6. Valsts kontroles revīzijā “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?” konstatētais

6.1. Revīzijas ziņojuma secinājumu apkopojums

Valsts kontroles revīzijas ziņojums sniedz datus balstītu stacionārās veselības aprūpes sistēmas pašreizējās situācijas raksturojumu un identificē ilgstoši neatrisinātas problēmas slimnīcu darbības organizācijā, pakalpojumu pieejamībā, cilvēkresursu nodrošinājumā un finansēšanā.²⁹

Revīzijā konstatēts, ka pašreizējais slimnīcu līmeņu iedalījums daudzos gadījumos ir formāls un nepietiekami atspoguļo ārstniecības iestāžu faktiski nodrošināto pakalpojumu saturu, apjomu un kvalitāti.³⁰ Viena līmeņa slimnīcās pieejamie pakalpojumi būtiski atšķiras, jo to nodrošināšana praksē ir pielāgota konkrētās ārstniecības iestādes cilvēkresursiem un infrastruktūras iespējām, nevis vienoti noteiktam pakalpojumu apjomam un attiecīgās teritorijas iedzīvotāju vajadzībām.³¹

Būtiskākie Valsts kontroles revīzijā konstatētie trūkumi:

– **viena līmeņa slimnīcās netiek nodrošināts līdzvērtīgs pakalpojumu saturs un apjoms.**

Revīzijā konstatētas būtiskas atšķirības starp viena līmeņa ārstniecības iestādēm. Piemēram, terapijas profilā Līvānu slimnīcā hospitalizāciju skaits ir par 90 procentiem mazāks nekā citās attiecīgā līmeņa slimnīcās, savukārt ķirurģiskā aktivitāte starp IV līmeņa slimnīcām atšķiras pat trīs reizes;

– **nav pieejama pilnīga un pārskatāma informācija par slimnīcās faktiski nodrošinātajiem profiliem.** Valsts līmenī nav izveidota sistēma, kas ļautu pilnvērtīgi izsekot, kādus veselības aprūpes pakalpojumus katra slimnīca faktiski nodrošina. Atsevišķās ārstniecības iestādēs noteiktos

²⁹ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 9. lpp. Valsts kontrole secina, ka stacionārā veselības aprūpe Latvijā nav organizēta atbilstoši pacientu vajadzībām un iespējami labākajā veidā, identificējot sistēmiskus trūkumus tīkla pārvaldībā, kurus Veselības ministrija ilgstoši nav novērsusi.

³⁰ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 10. un 21.–22. lpp. Revīzijā konstatēts, ka 2018. gadā īstenotā slimnīcu līmeņošanas mērķi nesasniedza, jo ministrija nav noteikusi konkrētas prasības (personāls, aprīkojums) profilu nodrošināšanai, kas ārstniecības iestādēm jāizpilda.

³¹ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 35. un 95.–96. lpp. Pat viena līmeņa ārstniecības iestādes nodrošina atšķirīgus pakalpojumu profilus, kuri variē pēc klāsta un pieejamajiem resursiem, tādējādi radot nevienlīdzību pacientu aprūpē

profilos gada laikā nav bijusi neviena hospitalizācija, lai gan atbilstoši slimnīcas līmenim šo profilu nodrošināšana ir noteikta kā obligāta;

– **slimnīcu finansēšanas kārtība nav pietiekami sasaistīta ar faktisko resursu patēriņu un pacientu aprūpes sarežģītību.** Revīzijā norādīts, ka pašreizējā apmaksas sistēma nenodrošina līdzsvaru starp ārstniecības iestāžu veiktā darba apjomu, pacientu veselības stāvokļa sarežģītību un piešķirto finansējumu. Īpaši nelabvēlīgā situācijā atrodas V līmeņa universitāšu slimnīcas, kurās tiek hospitalizēti aptuveni 40 procenti no visiem stacionāra pacientiem un koncentrēta vissarežģītāko pacientu ārstēšana, taču finansējums nav pilnvērtīgi sasaistīts ar faktiskajām pakalpojumu izmaksām;³²

– **neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīkls neatbilst faktiskajai pacientu plūsmai.** Valsts kontrole konstatējusi būtiskas uzņemšanas nodaļu noslodzes atšķirības. 2024. gadā V un IV līmeņa slimnīcas kopā uzņēma 69 procentus no visiem neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacientiem, savukārt I līmeņa slimnīcās tika uzņemti 3 procenti no kopējā pacientu skaita;

– **atsevišķās zemāka līmeņa slimnīcās neatliekamo pacientu plūsma ir neliela.** Dažās I un II līmeņa slimnīcās NMPD brigādes vidēji nenogādā pat vienu pacientu dienā. Tāpat konstatēts, ka aptuveni 90 procenti hospitalizāciju šajās ārstniecības iestādēs ir plānveida. Minētais liecina, ka atsevišķu slimnīcu uzņemšanas nodaļu faktiskā darbība neatbilst pilna profila neatliekamās palīdzības nodaļas statusam;

– **normatīvajos aktos noteiktās personāla prasības netiek nodrošinātas.** Revīzijā konstatēts, ka neviena no pārbaudītajām NMPUN pilnībā nenodrošina noteikto ārstniecības personu sastāvu. 2024. gada septembrī visu līmeņu slimnīcās kopā netika nodrošināti 53 procenti³³ no paredzētajām speciālistu dežūrstundām, kuru finansēšanai valsts bija piešķīrusi 3,1 miljonu eiro;

³² Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 13. un 57. lpp. Stacionāro pakalpojumu apmaksa nav piesaistīta kvalitātes rādītājiem, savukārt iezīmēto pakalpojumu viena pacienta ārstēšanas tarifi 67% gadījumu nav aktualizēti vairāk nekā 10 gadus.

³³ [1] Valsts kontrole, *Ieteikumu ieviešanas plāns revīzijā “Vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta efektīvi?”*, 4. ieteikuma pamatojums, 6. lpp. Saskaņā ar Valsts kontroles aplēsi 2024. gada septembrī nebija nodrošināti 53% no NMPUN nepieciešamajām speciālistu dežūrstundām, kuru nodrošināšanai slimnīcas bija saņēmušas finansējumu. Pieejams: https://lrkv.gov.lv/lv/getrevisionfile/29761-ya_ndbZdHbOl0O5aIoqvyLX1skHLIByi.pdf

– **personāla trūkuma apstākļos tiek izmantoti risinājumi, kas var ietekmēt pacientu drošību.**

Atsevišķas dežūras tiek nodrošinātas ar rezidentu vai stažieru iesaisti, savukārt ārstniecības personas strādā ievērojamu virsstundu skaitu. Šāda darba organizācija palielina personāla pārslodzes risku un var ietekmēt sniegto pakalpojumu kvalitāti un pacientu drošību;

– **pakalpojumu kvalitātes rādītāji nav pietiekami sasaistīti ar slimnīcu finansējumu.** Lai gan nepieciešamība ieviest minimālos veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes kritērijus ir identificēta jau iepriekš, to piemērošana ir vairākkārt atlikta. Atbilstoši revīzijas ziņojumā norādītajam pilnvērtīga kvalitātes rādītāju vērtēšana pašlaik tiek veikta tikai Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā.

Kopumā Valsts kontroles revīzijas rezultāti apliecina, ka pašreizējais slimnīcu līmeņu iedalījums un finansēšanas modelis nenodrošina pilnvērtīgu sasaisti starp slimnīcas formālo statusu, faktiski sniegtajiem pakalpojumiem, pacientu plūsmu, personāla nodrošinājumu un ārstēšanas kvalitāti.

Atsevišķās zemāka līmeņa slimnīcās neatliekamās palīdzības funkcija faktiski tiek nodrošināta ierobežotā apjomā, vienlaikus saglabājot fiksētu finansējumu diennakts gatavības uzturēšanai. Savukārt ārstniecības iestādes, kurās koncentrējas lielākā pacientu plūsma un sarežģītāko veselības stāvokļu ārstēšana, ne vienmēr saņem faktiskajam darba apjomam un izmaksām atbilstošu finansējumu.

Valsts kontroles secinājumi pamato nepieciešamību pārskatīt slimnīcu līmeņu sistēmu, pakalpojumu saturu, personāla prasības un finansēšanas principus. Vienlaikus revīzijā identificētās problēmas raksturo esošās sistēmas trūkumus, bet pašas par sevi nenosaka konkrētu slimnīcu tīkla pārveides modeli vai pakalpojumu samazināšanas risinājumu katrā ārstniecības iestādē.

6.2. Valsts kontroles revīzijas secinājumu piemērošanas ierobežojumi

Valsts kontroles revīzijā ir identificēti būtiski un ilgstoši neatrisināti trūkumi slimnīcu līmeņu noteikšanā, pakalpojumu organizācijā, cilvēkresursu nodrošinājumā un finansēšanas kārtībā. Vienlaikus revīzijas konstatējumi raksturo pašreizējās sistēmas problēmas, bet paši par sevi nepierāda, ka Veselības ministrijas piedāvātā slimnīcu tīkla pārveide ir vienīgais, piemērotākais un pacientiem drošākais šo problēmu risinājums.³⁴

Revīzijas tvērums bija pietiekams sistēmisko trūkumu un reformas nepieciešamības konstatēšanai, bet revīzijas rezultāti neaizstāj Veselības ministrijas pienākumu veikt katra konkrētā ieviešanas risinājuma ietekmes novērtējumu.³⁵ Revīzijas secinājumi nav izmantojami kā automātisks pamatojums konkrētu veselības aprūpes pakalpojumu pārtraukšanai, diennakts pieejamības samazināšanai vai finansējuma būtiskai samazināšanai atsevišķās ārstniecības iestādēs, pirms nav izvērtēta katras slimnīcas faktiskā darbība, ģeogrāfiskais novietojums, alternatīvo pakalpojumu pieejamība un plānoto izmaiņu ietekme uz pacientu drošību.

Būtiskākie Valsts kontroles revīzijas secinājumu piemērošanas ierobežojumi:

– **nav pierādīta cēloņsakarība starp pakalpojumu koncentrēšanu un pacientu ārstēšanas rezultātu uzlabošanu.** Valsts kontrole pamatoti norāda, ka kvalitatīva veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanai ir nepieciešama pietiekama ārstniecības personu pieredze un pacientu plūsma. Tomēr revīzijā nav veikta visaptveroša analīze par saistību starp ārstēšanas rezultātiem, slimnīcas līmeni un konkrētā pakalpojuma sniegšanas vietu. Līdz ar to nav pierādīts, ka pakalpojuma samazināšana zemāka līmeņa slimnīcā pati par sevi uzlabos pacientu ārstēšanas rezultātus;

– **formālais slimnīcas līmenis ne vienmēr atspoguļo faktiski sniegtā darba sarežģītību.** Piemēram, Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienībai paredzēts noteikt lokālās slimnīcas līmeni, lai gan pēc intensīvās terapijas pakalpojumu apjoma tā ierindojas starp aktīvākajām Latvijas

³⁴ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 15. un 99. lpp. Valsts kontrole norāda, ka optimizācijā ir jāsabalansē pacientu plūsma ar ārstniecības iestādes kapacitāti sniegt neatliekamo palīdzību un nepieciešamību saglabāt pieejamību, uzsverot, ka viena pacienta vidējās izmaksas nevar būt vienīgais rādītājs tīkla izvērtējumā

³⁵ Veselības ministrija, Noteikumu projekta 26-TA-1067 anotācija, 1.3. sadaļa. Veselības ministrija oficiāli atzīst, ka noteikumu projekta izstrādes gaitā nav izvērtēti alternatīvie risinājumi un nav veikts prasību un izmaksu samērīguma izvērtējums pret plānotajiem ieguvumiem

slimnīcām. Arī Madonas slimnīcas faktiskās darbības rādītāji liecina par nepieciešamību vērtēt ne tikai slimnīcas formālo līmeni. Terapijas profilā Madonas slimnīca uzrāda ļoti augstu intensitāti — 192 hospitalizācijas uz vienu internista slodzi, kas ir ievērojami vairāk nekā, piemēram, Kuldīgas (80) vai Cēsu (88) klīnikās. Tas liecina, ka lēmums par slimnīcas līmeni un finansējumu nevar tikt pamatots tikai ar kopējo pacientu plūsmu vai slimnīcas pašreizējo formālo statusu;

– **nav izvērtēta alternatīvo ārstniecības iestāžu faktiskā kapacitāte.** Revīzijā ir analizēta stacionāro gultasvietu noslodze, tomēr nav sniegts pilnvērtīgs izvērtējums par Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas un Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas iespējām uzņemt papildu pacientu plūsmu no reģioniem.³⁶ Šādam izvērtējumam jāietver ne tikai gultasvietu skaits, bet arī uzņemšanas nodaļu, diagnostikas, operāciju zāļu un ārstniecības personu faktiskā kapacitāte;

– **nav pierādīts, ka papildu pacientu novirzīšana nepasliktinās pakalpojumu pieejamību lielajās slimnīcās.** Atsevišķu pakalpojumu samazināšana Jelgavā, Dobelē, Balvos, Limbažos un citās reģionālajās slimnīcās paredzami palielinās pacientu plūsmu uz universitāšu un reģionālajām slimnīcām. Vienlaikus Valsts kontrole pati ir norādījusi uz universitāšu slimnīcu finansējuma neatbilstību faktiskajam darba apjomam un sarežģītāko pacientu ārstēšanas izmaksām. Tādēļ nav pamata pieņemt, ka lielās slimnīcas bez papildu finansējuma un cilvēkresursiem spēs uzņemt papildu pacientus;

– **nav analizēta transportēšanas laika pieauguma ietekme uz pacientu veselību.** Revīzijā nav veikta ģeotelpiska pacientu maršrutu modelēšana un nav izvērtēts, kā pakalpojumu koncentrēšana ietekmēs laiku līdz diagnostikas un ārstēšanas uzsākšanai. Atsevišķās teritorijās, tostarp Salacgrīvas, Ainažu un Latvijas austrumu pierobežas apkārtnē, pacienta nogādāšanas laiks līdz pilna profila stacionāram var pārsniegt vienu stundu. Revīzijā nav aprēķināta šāda laika pieauguma iespējamā ietekme uz mirstību, invaliditāti un ārstēšanas rezultātiem insulta, infarkta, smagu traumu un citu akūtu veselības stāvokļu gadījumos;

– **nav izvērtēta plānoto izmaiņu ietekme uz NMPD kapacitāti.** Pakalpojumu samazināšana reģionos palielinās nepieciešamību pacientus transportēt uz attālākām slimnīcām un pārvest starp

³⁶ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums, 20. lpp. un 1. pielikums. Dati rāda, ka universitāšu slimnīcu gultu noslodze jau tagad ir augsta (PSKUS – 81%), un 2024. gada septembrī netika nodrošināti 53% no nepieciešamajām speciālistu dežūrstundām uzņemšanas nodaļās, kas apšaubā to spēju bez papildu resursiem uzņemt reģionu pacientus

ārstniecības iestādēm. Revīzijā nav aprēķināts papildu pārvešanas gadījumu skaits, brigāžu ceļā pavadītais laiks, nobraukums un nepieciešamais finansējums. Tāpat nav izvērtēts, kā ilgstoša brigāžu prombūtne ietekmēs NMPD spēju savlaicīgi apkalpot citus izsaukumus attiecīgajā teritorijā;

– **nav pierādīts, ka kopējās veselības aprūpes sistēmas izmaksas samazināsies.** Veselības ministrijas paredzētais ietaupījums atsevišķās slimnīcās var radīt papildu izdevumus NMPD, universitāšu slimnīcām, pašvaldībām, sociālās aprūpes sistēmai un pacientiem. Ja netiek aprēķinātas pacientu transportēšanas, papildu hospitalizācijas, ilgāka ārstēšanas perioda un novēloti uzsāktas ārstēšanas izmaksas, nav iespējams secināt, ka piedāvātās izmaiņas nodrošinās ietaupījumu valsts budžetam kopumā;

– **neliela pacientu plūsma pati par sevi nepierāda pakalpojuma nevajadzību.** Tomēr tā ir būtisks kvalitātes un pacientu drošības rādītājs. Nepietiekama pacientu plūsma var ierobežot ārstniecības personu iespējas nodrošināt pietiekamu profesionālo praksi un tādējādi negatīvi ietekmēt pakalpojuma kvalitāti un pacientu drošību. Atsevišķu neatliekamās palīdzības pakalpojumu būtība ir nodrošināt pastāvīgu gatavību arī tad, ja konkrētu pacientu skaits nav liels. Šāda kapacitāte ir īpaši nozīmīga attālās teritorijās, pierobežā, pie valsts galvenajiem autoceļiem un kritiskās transporta infrastruktūras objektiem. *Līdz ar to veselības aprūpes diennakts gatavības nepieciešamība vērtējama ne tikai pēc izmaksām uz vienu apkalpoto pacientu, bet arī kā teritoriālās pieejamības, pacientu drošības un valsts noturības nodrošināšanas ;*

– **nav pietiekami vērtēta slimnīcu nozīme civilās aizsardzības sistēmā.** Revīzijas secinājumi galvenokārt balstīti slimnīcu darbībā ikdienas apstākļos. Tajos nav pilnvērtīgi izvērtēta reģionālo un lokālo slimnīcu loma hibrīdapdraudējuma, konvencionāla militāra apdraudējuma, kritiskās infrastruktūras darbības traucējumu vai liela cietušo skaita gadījumā. Pakalpojumu pārmērīga koncentrēšana dažās ārstniecības iestādēs var samazināt sistēmas noturību un alternatīvo ārstēšanas vietu pieejamību krīzes situācijās;

– **nav pierādīts, ka pakalpojumu pieejamības samazināšana ir vienīgais iespējamais risinājums.** Valsts kontrole ir ieteikusi pārskatīt NMPUN tīklu, ņemot vērā pacientu plūsmu un izmaksas, tostarp pieļaujot daļas nodaļu slēgšanu vai pārveidošanu par steidzamās medicīniskās palīdzības punktiem, kā arī pieļaujot citus risinājumus, kas nodrošina līdzekļu produktīvāku

izlietojumu³⁷. Tomēr Valsts kontrole nav noteikusi, kurās konkrētajās ārstniecības iestādēs NMPUN būtu slēdzama vai pārveidojama, kuros ārstniecības profilos būtu samazināma diennakts pieejamība un kāds finansējuma samazinājums būtu piemērojams katrai ārstniecības iestādei. Tādēļ no Valsts kontroles ieteikuma neizriet, ka Veselības ministrijas izvēlētais pakalpojumu sadalījums starp konkrētām slimnīcām ir vienīgais, piemērotākais vai samērīgākais risinājums.³⁸ Konkrēto risinājumu izvēlei nepieciešams izvērtēt alternatīvas un plānoto izmaiņu ietekmi uz pacientu drošību un pakalpojumu teritoriālo pieejamību;

– **revīzijā konstatētās problēmas daļēji izriet no pašreizējā finansēšanas modeļa.** Valsts kontrole ir norādījusi, ka 42 no 63 vai 67 procentiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem nav aktualizēti vairāk nekā desmit gadus³⁹ un ka ārstniecības personu darba samaksas izmaksu pamatotība nav pilnvērtīgi izsekojama. Minētais noliecina, ka ārstniecības iestāžu finanšu grūtības, personāla trūkums un nespēja nodrošināt visas paredzētās dežūras var būt saistīta ar nepietiekamu un neaktuālu finansēšanas sistēmu, nevis tikai ar slimnīcu skaitu vai to ģeogrāfisko izvietojumu;

– **nav izvērtētas alternatīvas cilvēkresursu problēmu risināšanai.** Revīzijā konstatētā dežūrstundu neizpilde apliecina ārstniecības personu trūkumu, tomēr no šā konstatējuma automātiski neizriet nepieciešamība samazināt pakalpojumu apjomu reģionos. Pirms šāda lēmuma nepieciešams izvērtēt mērķstipendiju, reģionālo piemaksu, mājokļu atbalsta, rezidentu sagatavošanas un ārstniecības personu mobilitātes risinājumus.

Valsts kontroles revīzijā būtiska uzmanība ir pievērsta ārstniecības iestāžu formālajai atbilstībai noteiktajām personāla prasībām, dežūrstundu uzskaitē, pacientu plūsmai un piešķirtā finansējuma izlietojumam. Šāda pieeja ļauj identificēt neatbilstības normatīvajos aktos noteiktajam modelim,

³⁷ Valsts kontrole. *Ieteikumu ieviešanas plāns revīzijā “Vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta efektīvi?”*, 4.1. ieteikums nosaka “Pārskatīt ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklu, ņemot vērā arī pacientu plūsmu un izmaksas, daļu no tām slēdzot un/vai pārveidojot par steidzamās medicīniskās palīdzības punktiem, vai rodot citu risinājumu, kas veicina līdzekļu produktīvāku izlietojumu.” Pieejams: https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29761-ya_ndbZdHbOl0O5aIoqvylX1skHLIByi.pdf

³⁸ Valsts kontrole, *Ieteikumu ieviešanas plāns revīzijā “Vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta efektīvi?”*, 6. lpp. VK ieteikums paredz pārskatīt nodaļu tīklu, sabalansējot plūsmu ar izmaksām un kapacitāti, taču konkrētu nodaļu izvēli un statusa maiņu atstāj ministrijas atbildībā, kurai pirms tam jāpierāda šādu lēmumu samērīgums

³⁹ Valsts kontrole. *Ieteikumu ieviešanas plāns revīzijā “Vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta efektīvi?”*, 3. ieteikuma pamatojums un 3.1.–3.2. darbība, 57. lpp., nodaļa “Iezīmēto pakalpojumu viena pacienta ārstēšanas tarifi nav aktuāli finansējuma trūkuma dēļ”. Pieejams: https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29761-ya_ndbZdHbOl0O5aIoqvylX1skHLIByi.pdf

bet ne visos gadījumos sniedz pietiekamu pamatu secinājumiem par konkrēta pakalpojuma medicīnisko lietderību un tā nozīmi attiecīgajā teritorijā.

Līdz ar to Valsts kontroles revīzijas rezultāti pamato nepieciešamību veikt slimnīcu tīkla un finansēšanas sistēmas reformu, bet nepamato konkrēto Veselības ministrijas piedāvāto risinājumu bez papildu izvērtējuma. Pirms lēmuma pieņemšanas nepieciešams analizēt pacientu ārstēšanas rezultātus, ģeogrāfisko sasniedzamību, alternatīvo slimnīcu kapacitāti, NMPD noslodzi, civilās aizsardzības vajadzības un kopējo ietekmi uz valsts un pacientu izmaksām.

7. Valsts kontroles konstatējumu un Veselības ministrijas piedāvāto risinājumu savstarpējais izvērtējums

Valsts kontroles revīzijā konstatētie trūkumi pamato nepieciešamību pilnveidot slimnīcu tīkla pārvaldību, veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanu, kvalitātes uzraudzību un cilvēkresursu plānošanu. Vienlaikus no revīzijas konstatējumiem automātiski neizriet nepieciešamība pārtraukt konkrētu pakalpojumu sniegšanu, samazināt diennakts gatavību vai būtiski ierobežot finansējumu atsevišķās reģionālajās un lokālajās slimnīcās.

Lai nošķirtu revīzijā identificētās problēmas no Veselības ministrijas izvēlētajiem risinājumiem, tabulā Nr. 4 apkopots, kādus turpmākās rīcības virzienus Valsts kontroles konstatējumi pamato un kādus secinājumus no tiem nav iespējams izdarīt bez papildu ietekmes izvērtējuma.

Tabula Nr. 4

Valsts kontroles konstatējumu un Veselības ministrijas piedāvāto risinājumu salīdzinājums

Valsts kontroles konstatējums	Rīcība, kuru konstatējums pamato	Rīcība, kuru konstatējums pats par sevi nepamato
Ārstniecības iestādē netiek nodrošināts noteiktais speciālistu sastāvs	Nepieciešams stiprināt personāla prasību izpildes uzraudzību, ieviest pārskatāmu darba laika un dežūrstundu uzskaites sistēmu, kā arī izstrādāt valsts līmeņa cilvēkresursu piesaistes un noturēšanas risinājumus sekundārajā veselības aprūpē.	Konstatējums nepamato automātisku nodaļas vai ārstniecības profila darbības pārtraukšanu, pirms nav izvērtēti un risināti speciālistu trūkuma sistēmiskie cēloņi, tostarp atalgojums, darba vide, noslodze, profesionālās izaugsmes iespējas un mājokļu pieejamība reģionos. Tāpat nepieciešams izvērtēt ietekmi uz ārstniecības nepārtrauktību un pacientu drošību.

Atsevišķās ārstniecības iestādēs pacientu plūsma ir neliela	Nepieciešama padziļināta konkrētā pakalpojuma izmaksu, pacientu plūsmas, kvalitātes un teritoriālās pieejamības analīze, sabalansējot faktisko noslodzi ar iestādes uzturēšanas izmaksām un attiecīgās teritorijas iedzīvotāju vajadzībām.	Neliela pacientu plūsma pati par sevi nepamato secinājumu, ka attiecīgais pakalpojums reģionam nav nepieciešams. Vērtējumā jāņem vērā attālums un nogādāšanas laiks līdz alternatīvai ārstniecības iestādei, slimnīcas loma civilās aizsardzības sistēmā, pierobežas apstākļi un diennakts gatavības nozīme iedzīvotāju drošības nodrošināšanā.
Slimnīcu finansēšanas sistēma nav taisnīga un pietiekami caurskatāma	Nepieciešams pārskatīt slimnīcu finansēšanas modeli, aktualizēt veselības aprūpes pakalpojumu tarifu, pilnveidot diagnozēšanu, piesaistīto grupu jeb DRG apmaksas sistēmu un sasaistīt finansējumu ar faktiskajām resursu izmaksām, pacientu veselības stāvokļa sarežģītību un sasniedzamajiem kvalitātes rezultātiem.	Konstatējums nepamato reģionālo pakalpojumu būtisku samazināšanu, veicot tikai finansējuma pārdali esošā veselības aprūpes budžeta ietvaros. Ja uzņemšanas nodaļu finansējuma samazinājums apdraud slimnīcu finanšu ilgtspēju, diennakts gatavību un pamatfunkciju nodrošināšanu, pirms šāda lēmuma nepieciešams izvērtēt tā ietekmi uz visu ārstniecības iestādes darbību.

Viena līmeņa slimnīcas faktiski nodrošina atšķirīgus pakalpojumus	Nepieciešams izveidot skaidru un caurskatāmu ārstniecības profilu regulējumu, nosakot katra slimnīcas līmeņa obligāto pakalpojumu apjomu, personāla prasības un kvalitātes kritērijus. Pacientam jābūt saprotamam, kādus pakalpojumus konkrētā līmeņa slimnīca faktiski nodrošina.	Konstatējums nepamato visu viena līmeņa slimnīcu mehānisku standartizēšanu, neņemot vērā konkrēto ārstniecības iestāžu izveidotās kompetences, faktiski sniegto pakalpojumu sarežģītību un teritoriālo nozīmi. Piemēram, jāvērtē trombolīzes, neatliekamās hemodialīzes un intensīvās terapijas pakalpojumu faktiskā nodrošināšana, kā arī diferencētas pieejas nepieciešamība pierobežas un stratēģiski nozīmīgām ārstniecības iestādēm.
Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte netiek pietiekami mērīta un sasaistīta ar finansējumu	Nepieciešams nekavējoties ieviest vienotus kvalitātes un ārstēšanas rezultātu rādītājus, nodrošināt to salīdzināmību starp ārstniecības iestādēm un sasaistīt finansējuma apmēru ar pakalpojumu kvalitāti un pacientu ārstēšanas iznākumiem.	Konstatējums nepamato konkrēta pakalpojuma likvidēšanu vai centralizēšanu, pirms kvalitātes rādītāji ir ieviesti un ar objektīviem datiem pierādīts, ka pakalpojuma turpmāka sniegšana konkrētajā ārstniecības iestādē apdraud pacientu drošību vai rada sliktākus ārstēšanas rezultātus nekā alternatīvajā slimnīcā.

No tabulā apkopotā izriet, ka Valsts kontroles identificētās problēmas pamato nepieciešamību pēc slimnīcu tīkla pārvaldības un finansēšanas sistēmas pilnveides, tomēr tās nedod automātisku

pamatu veselības aprūpes pakalpojumu sašaurināšanai bez iepriekšēja konkrētās ārstniecības iestādes, teritorijas un pacientu plūsmas ietekmes izvērtējuma.⁴⁰⁴¹

Nozares organizāciju, ārstniecības iestāžu un pašvaldību sniegtie iebildumi norāda uz iespējamu savstarpēji pastiprinošu negatīvu ietekmi. Samazinot finansējumu un apvienojot vairāku speciālistu funkcijas, var tikt pasliktināta aprūpes nepārtrauktība, palielināta stacionāra ārstu noslodze un samazināta iespēja savlaicīgi saņemt konkrēta speciālista palīdzību.^{42 43} Formāla personāla prasību pārskatīšana pati par sevi nenodrošina pakalpojuma kvalitāti, ja ārstniecības personai vienlaikus jāveic pienākumi vairākās nodaļās vai jāaprūpē nesamērīgi liels pacientu skaits.

Veselības ministrijas piedāvātais risinājums galvenokārt paredz slimnīcu līmeņu, personāla prasību un pieejamā finansējuma pārstrukturēšanu. Vienlaikus tajā nav pietiekami parādīts, kā tiks novērsti Valsts kontroles identificēto problēmu cēloņi – neaktuāli tarifi, nepietiekama kvalitātes uzraudzība, ārstniecības personu trūkums un nevienmērīga cilvēkresursu pieejamība Latvijas teritorijā.⁴⁴⁴⁵

Valsts kontroles ieteikumu ieviešanas plānā prasību noteikšana stacionārās veselības aprūpes pamatprofiliem, slimnīcu līmeņu un tajos nodrošināmo profilu pārskatīšana, kā arī NMPUN tīkla un personāla prasību pārskatīšana bija paredzēta līdz 2026. gada 1. jūnijam. Savukārt gultasdienas tarifa elementu un viena pacienta ārstēšanas tarifu aktualizēšana paredzēta līdz 2027. gada 4.

⁴⁰ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 15. un 99. lpp. Valsts kontrole uzsver, ka optimizācijā ir jāsabalansē pacientu plūsma ar ārstniecības iestādes kapacitāti un nepieciešamību saglabāt pieejamību, norādot, ka viena pacienta vidējās izmaksas nevar būt vienīgais rādītājs

⁴¹ Veselības ministrija, Noteikumu projekta 26-TA-1067 anotācija, 1.3. sadaļa. Anotācijā ministrija oficiāli atzīst, ka nav veikusi alternatīvo risinājumu izvērtēšanu un prasību/izmaksu samērīguma analīzi pret plānotajiem ieguvumiem

⁴² SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 01.06.2026. Slimnīca brīdina, ka stacionāra nodaļu ārsti (piemēram, traumatologi, ginekologi) dienas laikā ir maksimāli noslogoti operāciju blokā un nodaļā, tāpēc viņu piesaiste uzņemšanas nodaļas funkcijām radīs būtisku risku novēlotai neatliekamās palīdzības sniegšanai

⁴³ “Dobeles un apkārtnes slimnīca”, Informatīvais ziņojums, 2026. Finansējuma samazinājums uzņemšanas nodaļai liek samazināt ārstu skaitu no sešiem uz trim, tieši apdraudot pakalpojumu pieejamību 24/7 režīmā visos līdzšinējos profilos

⁴⁴ Valsts kontrole, Revīzijas ziņojums “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?”, 13. un 57. lpp. Revīzijā konstatēts, ka 67 % pakalpojumu programmu tarifi nav aktualizēti vairāk nekā 10 gadus, kas ir sistēmas krīzes pamatā, nevis tikai slimnīcu skaits

⁴⁵ Latvijas Slimnīcu biedrība, Atzinums par Noteikumu projektu 26-TA-1067, 24.07.2026. LSB norāda uz “pašpastiprinošu procesu”: samazināts finansējums reģionos liedz nodrošināt konkurētspējīgu atalgojumu, veicinot personāla aizplūšanu uz Rīgu, kas kļūst par pamatu tālākam pakalpojumu samazinājumam

janvārim, NMPUN darbības sistemātiskas uzraudzības ieviešana – līdz 2027. gada 1. jūnijam, minimālo kvalitātes rādītāju sasaistīšana ar finansējumu – līdz 2028. gada 3. janvārim, bet pilnīga finansējuma plānošana atbilstoši kvalitātes rādītājiem un vienotiem, izsekojamiem kritērijiem – līdz 2029. gada 2. janvārim.⁴⁶ Tādējādi pastāv risks, ka neatgriezeniski lēmumi par ārstniecības profilu un NMPUN darbības pārtraukšanu vai būtisku ierobežošanu tiek pieņemti, pirms pilnībā aktualizēti tarifi, ieviesta efektīva uzraudzība un finansējums sasaistīts ar kvalitātes rādītājiem. Lai gan pati pasākumu secība formāli atbilst ieteikumu ieviešanas plānā paredzētajiem termiņiem, tā neatbrīvo Veselības ministriju no pienākuma pirms katra konkrētā lēmuma pieņemšanas nodrošināt pietiekamu faktisko pamatojumu, izvērtēt alternatīvas un pierādīt izvēlēta risinājuma samērīgumu.⁴⁷

Līdz ar to pastāv risks, ka piedāvātā reforma tiks īstenota kā slimnīcu formāla pārlīmeņošana un esošā finansējuma pārdale, nevis kā visaptveroša stacionārās veselības aprūpes kvalitātes, pieejamības un ilgtspējas reforma. Valsts kontroles konstatējumi ir izmantojami kā pamats sistēmas problēmu identificēšanai, savukārt konkrētu risinājumu izvēlei nepieciešams atsevišķs, datos balstīts un publiski pārbaudāms ietekmes izvērtējums.

⁴⁶ Valsts kontrole, *Ieteikumu ieviešanas plāns*, revīzijā “Vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta efektīvi?”. 1.2.–1.5., 2.1., 2.3., 3.1.–3.2. un 4.1.–4.3. darbība, 2.–6. lpp. Pieejams: https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29761-ya_ndbZdHbOI0O5aIoqvyLX1skHLIByi.pdf

⁴⁷ Valsts kontrole, *Ieteikumu ieviešanas plāns*, 4. un 5. lpp. Ieteikumu izpildes termiņi paredz tarifu aktualizēšanu tikai līdz 2027. gadam un kvalitātes rādītāju sasaisti ar finansējumu līdz pat 2029. gadam, kamēr ministrijas reforma paredz nodaļu un profilu slēgšanu jau no 2026. gada septembra

8. Alternatīvais slimnīcu tīkla attīstības modelis

Slimnīcu tīkla pilnveidošana ir īstenojama secīgi, par reformas galveno mērķi nosakot veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības uzlabošanu, vienlaikus nepieļaujot pakalpojumu teritoriālās pieejamības un reģionu iedzīvotāju dzīves kvalitātes pasliktināšanos.

Alternatīvā modeļa pamatprincips paredz, ka ārstniecības iestādes līmeņa maiņa, finansējuma samazināšana vai konkrēta pakalpojuma sniegšanas pārtraukšana nav sākotnējais reformas instruments. Šādi lēmumi ir pieņemami tikai pēc tam, kad ir ieviesti vienoti kvalitātes kritēriji, ārstniecības iestādei dota iespēja novērst konstatētos trūkumus, izmēģināti reģionālās sadarbības risinājumi un veikts konkrētās teritorijas ietekmes izvērtējums.⁴⁸

Reformas īstenošanā prioritāri vērtējama tās ietekme uz iedzīvotāju:

- iespēju savlaicīgi saņemt neatliekamo un plānveida veselības aprūpi;
- ceļā pavadīto laiku līdz ārstniecības iestādei;
- transporta un citiem ar ārstniecības saņemšanu saistītajiem izdevumiem;
- ārstniecības un aprūpes nepārtrauktību;
- veselības iznākumiem un pacientu drošību;
- iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumus neatkarīgi no dzīvesvietas un privātā transporta pieejamības.

Alternatīvais slimnīcu tīkla attīstības modelis īstenojams četros savstarpēji saistītos posmos.

⁴⁸ SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca", Atzinums, 30.05.2026. Slimnīca norāda, ka VK izvērtējums veikts pēc juridiski formālas pieejas (tabelēm), nevis pēc faktiskās spējas sniegt palīdzību, ko ministrija tagad izmanto neproporcionālam finansējuma samazinājumam

8.1. Pirmais posms – vienotu datu un kvalitātes kritēriju ieviešana

Pirms slimnīcu līmeņu un pakalpojumu apjoma pārskatīšanas ir nepieciešams izveidot vienotu, salīdzināmu un publiski pārbaudāmu informācijas sistēmu par ārstniecības iestāžu faktisko darbību.

Veselības ministrijai sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu, ārstniecības iestādēm un profesionālajām organizācijām nepieciešams:

- definēt katra ārstniecības profila minimālās prasības attiecībā uz personālu, infrastruktūru, diagnostikas iespējām, pacientu plūsmu un diennakts gatavību;
- ieviest vienotus veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības rādītājus, tostarp ārstēšanas rezultātu, komplikāciju, atkārtotas hospitalizācijas un mirstības rādītājus;
- nodrošināt slimnīcu rezultātu savstarpēju salīdzināmību, ņemot vērā pacientu veselības stāvokļa sarežģītību un ārstniecības iestādes funkcijas;
- publiskot būtiskākos kvalitātes, pieejamības un pacientu drošības rādītājus sabiedrībai saprotamā veidā;
- aktualizēt veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un pilnveidot finansēšanas sistēmu, sasaistot samaksu ar faktiskajām izmaksām, sniegtā pakalpojuma sarežģītību, kvalitāti un diennakts gatavības nodrošināšanu;
- nodalīt finansējumu par faktiski sniegtajiem pakalpojumiem no finansējuma, kas nepieciešams neatliekamās palīdzības, civilās aizsardzības un krīžu gatavības kapacitātes uzturēšanai.

Vienotu kvalitātes kritēriju ieviešana ļautu lēmumus par slimnīcu turpmāko darbību balstīt ārstēšanas rezultātos un pacientu drošības datos, nevis galvenokārt formālajā slimnīcas līmenī vai atsevišķa perioda pacientu plūsmā.

Līdz minēto kritēriju ieviešanai nav iespējams objektīvi secināt, vai konkrētas ārstniecības iestādes sniegtais pakalpojums ir nekvalitatīvs vai pacientiem nedrošs un vai tā pārcelšana uz citu slimnīcu nodrošinās labākus ārstēšanas rezultātus.

8.2. Otrais posms – ārstniecības iestāžu individuālie uzlabošanas plāni

Pēc vienotu prasību un kvalitātes kritēriju ieviešanas katrai ārstniecības iestādei, kura pilnībā neatbilst noteiktajām prasībām, izstrādājams individuāls uzlabošanas plāns.

Individuālajā plānā nosakāmi:

- konkrētie trūkumi un to ietekme uz pacientu drošību un pakalpojuma kvalitāti;
- sasniedzamie rezultāti un to novērtēšanas rādītāji;
- trūkumu novēršanas termiņš;
- nepieciešamais finansējums un tā avoti;
- ārstniecības personu piesaistes un noturēšanas pasākumi;
- sadarbības modelis ar reģionālo vai universitātes slimnīcu;
- nepieciešamie infrastruktūras, diagnostikas un darba organizācijas uzlabojumi;
- regulāra progresa izvērtēšanas un uzraudzības kārtība.

Cilvēkresursu trūkuma novēršanai individuālajos plānos paredzami konkrētajai teritorijai piemēroti risinājumi, tostarp mērķstipendijas, reģionālās piemaksas, dienesta mājokļi, rezidentu sagatavošana atbilstoši reģiona vajadzībām un iespēja darbu apvienot vairākās savstarpēji sadarbojošās ārstniecības iestādēs.

Ārstniecības iestādei dodams samērīgs pārejas periods trūkumu novēršanai. Pakalpojuma apjoma samazināšana būtu apsverama tikai tad, ja noteiktajā termiņā nav sasniegti individuālajā plānā paredzētie rezultāti un ir pierādīts, ka trūkumi rada objektīvu apdraudējumu pacientu drošībai.

Šāda pieeja ļautu nošķirt situācijas, kurās ārstniecības iestādes darbību iespējams uzlabot ar mērķētu valsts atbalstu, no situācijām, kurās pakalpojuma turpmāka nodrošināšana konkrētajā vietā nav medicīniski pamatota.

8.3. Trešais posms – reģionālo sadarbības tīklu izveide

Pirms konkrēta ārstniecības profila slēgšanas vai diennakts pieejamības samazināšanas nepieciešams izveidot un praksē pārbaudīt reģionālo slimnīcu sadarbības modeli.

Reģionālais sadarbības tīkls veidojams, nosakot vienu reģionālo vai universitātes slimnīcu par metodisko un koordinējošo iestādi, vienlaikus saglabājot lokālajās slimnīcās to pakalpojumu apjomu, kuru iespējams nodrošināt droši un kvalitatīvi.

Reģionālās sadarbības ietvaros izmantojami šādi risinājumi:

- kopīgas speciālistu komandas vairākām ārstniecības iestādēm;
- regulāra speciālistu rotācija starp universitātes, reģionālo un lokālo slimnīcu;
- attālinātas speciālistu konsultācijas un diagnostikas rezultātu izvērtēšana diennakts režīmā;
- savstarpēji saskaņoti dežūru grafiki;
- vienoti diagnostikas, ārstēšanas un pacientu pārvešanas algoritmi;
- kopīga medicīniskās aparātūras un diagnostikas kapacitātes izmantošana;
- reģionālās vai universitātes slimnīcas metodiskā vadība, ārstniecības kvalitātes uzraudzība un personāla apmācība;
- kopīga ārstniecības personu profesionālās pilnveides un kvalifikācijas uzturēšanas sistēma.

Šāds modelis ļautu koncentrēt metodisko kompetenci, vienlaikus nesamazinot sākotnējās diagnostikas, neatliekamās palīdzības un stabilizēšanas iespējas reģionos. Pacientam būtu iespējams saņemt nepieciešamo palīdzību pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai, bet sarežģītākos gadījumos ārstēšanu organizēt koordinētā sadarbībā ar augstāka līmeņa slimnīcu.

Reģionālā sadarbības tīkla efektivitāte izvērtējama pilotprojektos, nosakot konkrētus rādītājus par pacientu veselības iznākumiem, transportēšanas laiku, speciālistu pieejamību, ārstniecības izmaksām un pacientu apmierinātību.

8.4. Pārejas perioda un finansējuma nodrošināšana

Alternatīvā modeļa īstenošanai paredzams vairāku gadu pārejas periods, kura laikā netiek vienlaikus samazināts ārstniecības iestādes finansējums un izvirzītas jaunas prasības bez atbilstoša cilvēkresursu un infrastruktūras nodrošinājuma.

Pārejas periodā finansējums prioritāri novirzāms:

- vienotas datu un kvalitātes uzraudzības sistēmas izveidei;
- veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aktualizēšanai;
- reģionālo slimnīcu cilvēkresursu piesaistei un noturēšanai;
- kopīgu speciālistu komandu un rotācijas modeļu ieviešanai;
- attālināto konsultāciju un vienotas digitālās infrastruktūras attīstībai;
- NMPD kapacitātes izvērtēšanai un nepieciešamības gadījumā palielināšanai;
- slimnīcu civilās aizsardzības un darbības nepārtrauktības stiprināšanai.

Pārejas perioda rezultāti izvērtējami pēc iepriekš noteiktiem kvalitātes, pieejamības, pacientu drošības, personāla nodrošinājuma un izmaksu rādītājiem. Turpmākie lēmumi par slimnīcu līmeņiem un pakalpojumu apjomu pieņemami, balstoties uz šo rādītāju faktiskajām izmaiņām.

Alternatīvais modelis neparedz esošās slimnīcu sistēmas saglabāšanu bez izmaiņām. Tas paredz reformas secību, kurā vispirms tiek sakārtoti dati, kvalitātes kritēriji, finansēšana un sadarbības mehānismi, ārstniecības iestādēm tiek dota iespēja novērst konstatētos trūkumus, un tikai pēc tam tiek lemts par pakalpojumu turpmāko izvietojumu.

Šāda pieeja ļautu slimnīcu tīklu attīstīt atbilstoši pacientu vajadzībām un ārstēšanas rezultātiem, vienlaikus nepieļaujot, ka reģionu iedzīvotāji reformas rezultātā zaudē savlaicīgi sasniedzamus veselības aprūpes pakalpojumus vai saskaras ar nesamērīgu papildu finansiālo un laika slogu. Pievienotajā informatīvajā ziņojumā līdzīgi izmantota secīga pieeja, vispirms raksturojot pašreizējo situāciju, pēc tam piedāvājot risinājumu un nosakot turpmāko rīcību.

9. Secinājumi

Izvērtējot Veselības ministrijas sagatavoto slimnīcu tīkla reformas piedāvājumu, Valsts kontroles revīzijā konstatēto, ārstniecības iestāžu un pašvaldību sniegtos iebildumus, kā arī plānoto izmaiņu iespējamo ietekmi uz pacientu drošību un veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālo pieejamību, izdarāmi šādi galvenie secinājumi.

1. **Latvijas slimnīcu tīkla, tā finansēšanas un kvalitātes uzraudzības sistēmas pilnveidošana ir nepieciešama, taču Veselības ministrijas pašreiz virzītais reformas modelis nav pietiekami pamatots un nav atbalstāms.** Ziņojumā nav apstrīdēta nepieciešamība pārskatīt slimnīcu līmeņus, novērst formālu pakalpojumu pastāvēšanu, aktualizēt tarifus un nodrošināt ārstniecības kvalitātes uzraudzību. Vienlaikus nepieciešamība pēc reformas pati par sevi nepamato jebkuru ministrijas izvēlēto risinājumu. Valsts kontroles identificētās problēmas raksturo pašreizējās sistēmas trūkumus, bet nenosaka konkrētu pakalpojumu slēgšanu vai finansējuma samazināšanu katrā ārstniecības iestādē.
2. **Veselības ministrija nav veikusi pietiekamu plānoto izmaiņu ietekmes izvērtējumu.** Pirms reformas virzīšanas nav pilnvērtīgi izvērtēti alternatīvie risinājumi, piedāvāto prasību un izmaksu samērīgums, pacientu maršruti, ārstēšanas uzsākšanas laiks, alternatīvo slimnīcu kapacitāte un reformas ietekme uz NMPD darbu. Tādēļ nav pierādīts, ka konkrēta pakalpojuma samazināšana vai pārtraukšana uzlabos pacientu drošību un sistēmas darbības efektivitāti, nevis pārcels pacientu plūsmu, izmaksas un riskus uz citām ārstniecības iestādēm, NMPD, pašvaldībām un pacientiem.
3. **Reforma nesamērīgi samazina reģionālo un lokālo slimnīcu finansējumu un kapacitāti.** Reģionālās un lokālās slimnīcas sedz 89,7 procentus no kopējā NMPUN finansējuma samazinājuma, savukārt universitāšu slimnīcas saņem 72,2 procentus no paredzētā finansējuma pieauguma. Vienlaikus reģionālo slimnīcu uzņemšanas nodaļas apkalpo 52,6 procentus no visiem uzņemšanas nodaļu pacientiem valstī. Līdz ar to finansējuma pārdale neatbilst faktiskajam pacientu plūsmas sadalījumam un var vājināt ārstniecības iestādes, kuras nodrošina būtisku veselības aprūpes pakalpojumu daļu ārpus Rīgas.

4. **Piedāvātās izmaiņas var pasliktināt veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālo pieejamību , un nav sniegts pietiekams izvērtējums, kas šādu risku izslēgtu.** Vairākās teritorijās pilnvērtīgas diennakts uzņemšanas un stacionārās palīdzības iespējas paredzēts aizstāt ar ierobežotākas kapacitātes pakalpojumiem. Īpaši būtiski riski pastāv pierobežā, lauku teritorijās un vietās, kur attālums līdz alternatīvai slimnīcai ir liels. Salacgrīvas un Ainažu apkārtnes iedzīvotājiem ceļā pavadītais laiks līdz pilna profila stacionāram var pārsniegt 60–80 minūtes, savukārt atsevišķiem Latvijas austrumu pierobežas iedzīvotājiem tuvākā reģionālā slimnīca atrodas vairāk nekā 100 kilometru attālumā.
5. **Nav pierādīts, ka uzņemošās slimnīcas spēs nodrošināt papildu pacientu aprūpi.** Pakalpojumu samazināšana Jelgavā, Dobelē, Balvos, Limbažos, Līvānos un citās ārstniecības iestādēs palielinās pacientu plūsmu uz reģionālajām un universitāšu slimnīcām. Tomēr nav veikts pilnvērtīgs izvērtējums par to uzņemšanas nodaļu, stacionāro gultasvietu, diagnostikas, operāciju zāļu un cilvēkresursu faktisko kapacitāti. Rīgas universitāšu slimnīcas jau pašreiz uzņem ievērojamu daļu no valstī stacionētajiem pacientiem, un bez papildu finansējuma un personāla pacientu centralizācija var pagarināt gaidīšanas laiku un pasliktināt pakalpojumu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem.
6. **Reformas ietekme uz NMPD nav aprēķināta.** Nav prognozēts papildu pacientu transportēšanas un pārvešanas gadījumu skaits, brigāžu nobraukums, ceļā pavadītais laiks un nepieciešamais papildu finansējums. Pacientu nogādāšana uz attālākām ārstniecības iestādēm nozīmēs ilgāku brigāžu prombūtni no to pamata darbības teritorijas, tādējādi samazinot NMPD pieejamību citiem iedzīvotājiem. Bez šāda izvērtējuma nav iespējams secināt, ka slimnīcu finansējuma samazināšana rada ietaupījumu veselības aprūpes sistēmai kopumā.
7. **Nav pierādīts, ka reformas rezultātā samazināsies kopējās valsts izmaksas.** Slimnīcās samazinātās izmaksas var tikt pārceltas uz NMPD, universitāšu un reģionālajām slimnīcām, pašvaldībām, sociālās aprūpes sistēmu, kā arī pacientiem un viņu ģimenēm. Palielināsies transporta izdevumi, ceļā pavadītais laiks un nepieciešamība tuviniekiem iesaistīties pacienta nogādāšanā un aprūpē. Tādējādi finanšu ietaupījums vienā veselības aprūpes sistēmas daļā var radīt lielākas izmaksas citās valsts un pašvaldību funkcijās.

8. **Piedāvātais personāla darba organizācijas modelis nav pietiekami pamatots un var radīt pacientu drošības riskus.** Vairākās ārstniecības iestādēs uzņemšanas nodaļas funkcijas darba dienas laikā paredzēts uzticēt stacionāra nodaļas ārstam paralēli viņa tiešajiem pienākumiem. Šāda pieeja formāli samazina nepieciešamo dežūrspeciālistu skaitu, bet nenodrošina, ka ārstam būs faktiskas iespējas vienlaikus kvalitatīvi aprūpēt pacientus gan stacionārā, gan uzņemšanas nodaļā. Finansējuma samazināšana un vairāku funkciju apvienošana var palielināt personāla pārslodzi un pasliktināt ārstniecības nepārtrauktību.
9. **Pakalpojuma vai profila samazināšanas sekas neaprobežojas ar vienu nodaļu.** Dzemdību palīdzības profila slēgšana var ietekmēt operējošā ginekologa pieejamību akūtos gadījumos, savukārt uzņemšanas nodaļas finansējuma samazināšana var apdraudēt laboratorijas, radioloģijas, datortomogrāfijas un citas diennakts diagnostikas kapacitātes uzturēšanu. Samazinoties finansējumam un darba apjomam, pieaug arī ārstniecības personu aizplūšanas risks, radot pašpastiprinošu procesu – mazāks finansējums veicina personāla aizplūšanu, personāla trūkums ierobežo pakalpojumu pieejamību, bet samazinātais pakalpojumu apjoms kļūst par pamatu turpmākai slimnīcas darbības sašaurināšanai.
10. **Valsts kontroles revīzijas secinājumi nevar tikt izmantoti kā automātisks pamatojums Veselības ministrijas izvēlētajam modelim.** Revīzija pierāda, ka pašreizējā slimnīcu līmeņu un finansēšanas sistēma ir nepilnīga, ka netiek nodrošinātas visas paredzētās dežūras un ka pakalpojumu kvalitāte nav pietiekami mērīta. Tomēr revīzijā nav pierādīts, ka pakalpojumu centralizācija, diennakts gatavības samazināšana un finansējuma pārdale ir vienīgais vai pacientiem drošākais risinājums. Valsts kontroles secinājumi pamato nepieciešamību reformēt sistēmu, bet nepamato konkrēto Veselības ministrijas risinājumu bez atsevišķa, datus balstīta un publiski pārbaudāma ietekmes izvērtējuma.
11. **Reforma nerisina Valsts kontroles identificēto problēmu pamatcēloņus.** Piedāvājums galvenokārt pārstrukturē slimnīcu līmeņus, personāla prasības un finansējuma sadalījumu, bet nepiedāvā pietiekamus risinājumus neaktuālo tarifu, ārstniecības personu trūkuma, reģionālo cilvēkresursu piesaistes un kvalitātes rādītāju neesamības novēršanai. Valsts kontrole ir norādījusi, ka 42 no 63 vai 67 procentiem veselības aprūpes pakalpojumu

tarifiem nav aktualizēti vairāk nekā desmit gadus. Tādēļ personāla un finanšu problēmas nevar risināt tikai ar slimnīcu skaita, līmeņu vai pakalpojumu apjoma samazināšanu.

12. Nav pietiekami izvērtēta slimnīcu nozīme civilajā aizsardzībā un valsts noturības nodrošināšanā. Reģionālās un lokālās slimnīcas nodrošina veselības aprūpes infrastruktūras ģeogrāfisko pārklājumu, alternatīvas ārstēšanas vietas un sākotnējās palīdzības kapacitāti hibrīdapdraudējuma, konvencionāla militāra apdraudējuma, kritiskās infrastruktūras darbības traucējumu vai liela cietušo skaita gadījumā. Pakalpojumu pārmērīga koncentrēšana dažās lielajās slimnīcās var palielināt visas sistēmas ievainojamību un samazināt tās darbības nepārtrauktību krīzes situācijās.

13. Reformas sagatavošanai izmantotā informācija nav pilnīga. Nav iegūti precīzi un savstarpēji salīdzināmi dati par visām reģionālajām un lokālajām slimnīcām, visiem ietekmētajiem pakalpojumiem un kopējo skarto iedzīvotāju skaitu. Pieejamie dati turklāt raksturo atšķirīgas pacientu grupas un pakalpojumu veidus. Šādos apstākļos nav pieļaujams pieņemt neatgriezeniskus lēmumus par slimnīcu profilu slēgšanu, diennakts gatavības samazināšanu un būtisku finansējuma pārdali.

14. Ir pieejams samērīgāks un pacientu interesēm atbilstošāks slimnīcu tīkla attīstības modelis. Pirms pakalpojumu samazināšanas nepieciešams ieviest vienotus kvalitātes kritērijus un salīdzināmus datus, aktualizēt tarifus, izstrādāt katras slimnīcas individuālu uzlabošanas plānu, ieviest reģionālos sadarbības tīklus, speciālistu rotāciju un attālinātās konsultācijas, kā arī praksē pārbaudīt sadarbības risinājumus. Pakalpojumu apjoma samazināšana pieļaujama tikai pēc tam, kad pierādīts, ka pacientiem būs pieejama droša alternatīva, NMPD un uzņemošajai slimnīcai būs pietiekama kapacitāte, sistēmas kopējās izmaksas nepalielināsies un pacientu veselības iznākumi nepasliktināsies.

Galvenais secinājums

Nemot vērā konstatēto ietekmes izvērtējuma trūkumu, pacientu drošības un pakalpojumu teritoriālās pieejamības riskus, nesamērīgo finansējuma samazinājumu reģionālajām un lokālajām slimnīcām, neizvērtēto ietekmi uz NMPD un uzņemošo slimnīcu kapacitāti, kā arī civilās aizsardzības un valsts noturības apsvērumus, **Veselības ministrijas pašreiz virzītā slimnīcu tīkla reforma ir atceļama un attiecīgā Ministru kabineta noteikumu projekta turpmākā virzība ir pārtraucama un projekts atgriežams Veselības ministrijai jauna, pilnvērtīgi pamatota**

slimnīcu tīkla reformas modeļa izstrādei, uzdodot veikt katra konkrētā risinājuma medicīnisko, ģeotelpisko, finansiālo, sociālo un civilās aizsardzības ietekmes novērtējumu.

.

Projekta neatbalstīšana pašreizējā redakcijā nenozīmē atteikšanos no slimnīcu tīkla pilnveidošanas. Tas nozīmē ka nav atbalstāms nepietiekami pamats reformas īstenošanas modelis, kas var pasliktināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību Latvijas reģionos un kura ieguvumi pacientu drošībai, pakalpojumu kvalitātei un veselības aprūpes sistēmas kopējai efektivitātei nav pietiekami pierādīti.

Veselības ministrijai ir sagatavojams jauns slimnīcu tīkla attīstības piedāvājums, kura pamatā ir vienoti kvalitātes un pacientu drošības kritēriji, aktuāli tarifi, konkrēti cilvēkresursu piesaistes risinājumi, reģionālo slimnīcu sadarbības modeļi un katras plānotās izmaiņas ģeotelpisks, medicīnisks, finansiāls un civilās aizsardzības ietekmes izvērtējums. Līdz jaunā modeļa sagatavošanai nav pieļaujama tādu izmaiņu īstenošana, kas samazina diennakts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, apdraud reģionālo slimnīcu finansiālo stabilitāti vai rada neatgriezenisku ārstniecības profilu un cilvēkresursu zaudējumu.

Līdz minētā izvērtējuma veikšanai un pilnveidotā risinājuma apstiprināšanai nav veicamas tādas neatgriezeniskas izmaiņas, kuru rezultātā tiek pārtraukta ārstniecības profilu vai NMPUN darbība, būtiski samazināta veselības aprūpes pakalpojumu diennakts pieejamība, apdraudēta reģionālo un lokālo slimnīcu finansiālā stabilitāte vai radīts būtisks ārstniecības personu zaudēšanas risks.

1. Pašreizējās situācijas raksturojums	2
2. Ziņojuma tvērums un pamatprincipi	4
3. Veselības ministrijas piedāvātās slimnīcu tīkla reformas raksturojums	7
4. Plānoto izmaiņu ietekme uz atsevišķām ārstniecības iestādēm	
4.1. Ārstniecības iestāžu loma attiecīgajā teritorijā	12
4.2. Samazināmie veselības aprūpes pakalpojumi	14
4.3. Pacientu nogādāšanas un ārstēšanas maršruta izmaiņas	23
4.4. Alternatīvo ārstniecības iestāžu kapacitāte	24
4.5. Ietekme uz savstarpēji saistītajiem slimnīcas pakalpojumiem	25
5. Reformas ietekme uz Latvijas reģioniem un Veselības ministrijas reģionālās politikas raksturojums	26
5.1. Finansējuma teritoriālā pārdale	27
5.2. Ietekmētās teritorijas un iedzīvotāju skaits	28
5.3. Diennakts pakalpojumu teritoriālā pieejamība	31
6. Valsts kontroles revīzijā “Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?” konstatētais	
6.1. Revīzijas ziņojuma secinājumu apkopojums	35
6.2. Valsts kontroles revīzijas secinājumu piemērošanas ierobežojumi	38
7. Valsts kontroles konstatējumu un Veselības ministrijas piedāvāto risinājumu savstarpējais izvērtējums	43
8. Alternatīvais slimnīcu tīkla attīstības modelis	48
8.1. Pirmais posms – vienotu datu un kvalitātes kritēriju ieviešana	49
8.2. Otrais posms – ārstniecības iestāžu individuālie uzlabošanas plāni	50
8.3. Trešais posms – reģionālo sadarbības tīklu izveide	51
8.4. Pārejas perioda un finansējuma nodrošināšana	52
9. Secinājumi	53