

(Ministru kabineta
2026. gada 17. marta
rīkojums Nr. 137)

**Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns
2026.–2027. gadam**

Rīga
2025

Saturs

Izmantotie saīsinājumi	3
I Plāna kopsavilkums	5
II Situācijas raksturojums	9
1. Statistikas dati.....	9
2. SAS profilakse, tās veicināšana un riska faktoru ietekmes mazināšana.....	11
2.1. Veselības veicinošo paradumu izplatība	11
2.2. Vakcinācija pret gripu un pneimokoku infekciju.....	13
3. Savlaicīga riska faktoru atklāšana, agrīna slimību diagnostika, ārstēšana un rehabilitācija.....	15
3.1. Savlaicīga riska faktoru un slimību diagnostika	15
3.2. SAS un to saistīto slimību pacientu uzraudzības uzlabošana PVA un SAVA.....	21
3.2.1. Cukura diabēta pacientu aprūpe.....	24
3.3. Pacientu līdzestība un medikamentu pieejamības uzlabošana.....	27
3.4. Stacionārā aprūpe un gaidīšanas laiks stacionāro pakalpojumu saņemšanai	30
3.4.1. Akūta koronāra sindroma (AKS) pacientu aprūpe stacionārajās ārstniecības iestādēs	30
3.4.2. Insulta audits	32
3.4.3. Aterosklerozes radītās sekas	33
3.4.4. Aritmijas	33
3.4.5. Sirds operācijas	35
3.5. Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības veicināšana	37
3.6. Veselības aprūpes kvalitātes uzlabošana	37
4. Veselības aprūpes personāla zināšanu un prasmju pilnveidošana.....	40
III Plānā paredzētie pasākumi.....	41
IV Teritoriālā perspektīva.....	71
V Pielikums.....	71

Izmantotie saīsinājumi

ABLH	Augsta blīvuma holesterīns
AKS	Akūts koronārs sindroms
ANO	Apvienoto Nāciju organizācija
BKUS	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
DRS	Daugavpils reģionālā slimnīca
DzVT	Dziļo vēnu tromboze
EEZ	Eiropas ekonomiskā zona
EKG	Elektrokardiogrāfija
EKMO	Ekstrakorporālā membrānu oksigenācija
EKS	Elektrokardiostimulācija
ES	Eiropas Savienība
ESF+	Eiropas Sociālais fonds Plus
IABP	Intraaortālais balona pumpis
ICD	Intrakardiāls defibrilators
KSS	Koronāra sirds slimība
LAĀA	Latvijas Acu ārstu asociācija
LAĶB	Latvijas Asinsvadu ķirurgu biedrība
LAĀB	Latvijas Arodslimību Ārstu Biedrība
LĀB	Latvijas Ārstu biedrība
LEA	Latvijas Endokrinologu asociācija
LDVC	Latvijas Digitālās veselības centrs
LĢĀA	Latvijas Ģimenes ārstu asociācija
LIB	Latvijas Internistu biedrība
LKB	Latvijas Kardiologu biedrība
LLĢĀA	Latvijas Lauku Ģimenes Ārstu asociācija
LNA	Latvijas Nefrologu asociācija
LNB	Latvijas Neirologu biedrība
LNMAA	Latvija Nieru un Multiorgānu Aizstājterapijas asociācija
LRS	Liepājas reģionālā slimnīca
LSĶA	Latvijas sirds ķirurgu asociācija
MVI	Metodiskās vadības institūcija
MVI ĢM	Metodiskās vadības institūcija ģimenes medicīnā
MVI KJ	Metodiskās vadības institūcija kardioloģijas jomā
NMP	Neatliekamā medicīniskā palīdzība
NMPD	Neatliekamās medicīniskā palīdzības dienests
NVD	Nacionālais veselības dienests
NVO	Nevalstiskās organizācijas
OECD	Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (tulk. no angļu val. <i>OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)</i>)
PAOS	Perifēro artēriju okluzīva slimība
PATE	Plaušu trombembolija
PKI	Perkutāna koronāra intervence

PVA	Primārā veselības aprūpe
PVO	Pasaules Veselības organizācija
PSKUS	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca
RAKUS	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca
SAS	Sirds un asinsvadu slimības
SAVA	Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe
SCORE	Fatālu kardiovaskulāro notikumu risks tuvāko 10 gadu laikā
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
SPMK	Stacionārā pacienta medicīniskā karte
SSK-10	Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija, 5.izdevums
SVP	Sabiedrības veselības pamatnostādnes
TOAK	Tiešie perorālie antikoagulanti
VI	Veselības inspekcija
ZBLH	Zema blīvuma holesterīns

I Plāna kopsavilkums

Ministru kabinets 2022. gada 26. maijā ar rīkojumu Nr.359 apstiprināja Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.-2027. gadam (turpmāk – SVP) (prot.Nr.28 43.§). SVP mērķis ir uzlabot Latvijas iedzīvotāju veselību, pagarinot labā veselībā nodzīvoto mūžu, novēršot priekšlaicīgu mirstību un mazinot nevienlīdzību veselības jomā. Lai to sasniegtu, pamatnostādnēs ir definēti apakšmērķi:

- nodrošināt iedzīvotājiem iespēju saglabāt un uzlabot savu veselību, samazinot neinfekcijas slimību riska faktoru un traumatisma negatīvo ietekmi, vienlaikus īstenojot veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus veselīgas, drošas dzīves un darba vides attīstīšanai;
- veicināt uz cilvēku centrētas un integrētas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Šī apakšmērķa sasniegšanai saskaņā ar pamatnostādnēm Veselības ministrija ir sagatavojusi politikas plānošanas dokumentu „Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2026.-2027. gadam” (turpmāk – Plāns). Plāns ir īstermiņa politikas plānošanas dokuments.

Eiropas Savienībā (ES) sirds un asinsvadu slimības (SAS) ir atzītas par galveno mirstības cēloni, galveno saslimstības un invaliditātes faktoru, kas apdraud veselības aprūpes sniegšanas un slimību pārvaldības progresu. ES iepriekšējo un neseno kopīgo pasākumu mērķis, kas izcelts vēsturiskajās iniciatīvās un veselības aizsardzības programmās, ir risināt neinfekcijas slimību, tostarp izplatīto SAS radītos draudus. Neraugoties uz šiem centieniem, joprojām mirstības līmenis no SAS ir augsts, joprojām ir satraucoša SAS, tostarp ar tām saistīto kopējo riska faktoru, izplatība, un to ievērojamais valstīm radītais ekonomiskais slogs. ES Padome uzsver, ka ir ārkārtīgi svarīgi ES līmenī izstrādāt vienotu un stratēģisku pieeju sirds un asinsvadu veselībai, ņemot vērā to, ka tas pozitīvi ietekmēs arī citas neinfekcijas slimības. Lai to panāktu ES Padome 2024. gada 14. novembrī publicēja dokumentu “Secinājumi par sirds un asinsvadu veselības uzlabošanu Eiropā Savienībā” ar mērķi veicināt ciešāku dalībvalstu sadarbību, visaptverošu profilakses, atklāšanas, diagnosticēšanas, pārvaldības, ārstēšanas un rehabilitācijas stratēģiju izstrādi, tostarp izmantojot veselības aprūpes inovācijas, lai mazinātu SAS izplatību un ekonomisko ietekmi. Arī Pasaules Veselības organizācijas (PVO) un Eiropas Parlamenta iniciatīvās Ilgtspējīgas attīstības programmā 2030. gadam (jo īpaši 3.4. un 3.8. ilgtspējīgas attīstības mērķī) ir uzsvērts, cik svarīgi ir samazināt priekšlaicīgu mirstību no neinfekcijas slimībām, tādām, kā SAS¹.

Kopumā kopējais mirstības rādītājs no SAS PVO Eiropas reģionā samazinājās no 521,3 uz 100 000 iedzīvotāju 2000. gadā līdz 417,1 uz 100 000 iedzīvotāju 2021. gadā. Šī tendence tiek skaidrota ar uzlabotu primāro profilaksi, riska faktoru izplatību un to pārvaldību un aprūpi². Arī Latvijā mirstība no SAS ilgtermiņā kopumā ir mazinājusies, kaut bijusi ar mainīgu tendenci. Pēc pieauguma Covid-19 pandēmijas laikā pēdējos gados tā ir mazinājusies³. Galvenā SAS nāves cēloņu grupa ir sirds išēmiskās slimības (hroniska sirds išēmiskā slimība, miokarda infarkts u.c.), kam seko cerebrovaskulārās slimības (insulti), hipertensīvās slimības un kardiomiopātijas⁴. Tomēr, standartizētās mirstības rādītāji SAS dēļ Latvijas iedzīvotājiem ir divas reizes augstāki nekā vidēji ES, vecumā līdz 64 gadiem atšķirība ir pat 3 reizes⁵.

¹Council of the European Union, Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union, Brussels, 14 November 2024, 3 page

²World Health organization European Region, European health report 2024 “Keeping health high on the agenda”. Main causes of death, 12 lpp.

³Slimību profilakses un kontroles centra Veselības statistikas datu bāze, 2015-2023

⁴SPKC Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, 2015-2023

⁵Eurostat dati

Priekšlaicīgi nomirstot no SAS, gandrīz ceturtajai daļai personu nāves cēlonis ir kardiomiopātija, kas, savukārt, 40% ir alkohola izraisīta (pieskaitot neprecizētas kardiomiopātijas, pat 70%)⁶. **Tieši priekšlaicīga mirstība (0-64 gadi) no SAS ir tā, kas būtiski ietekmē negatīvos Latvijas sabiedrības veselības rādītājus (mūža ilgums, slimību slogs).**

SAS novēršanā ļoti nozīmīgi ir dzīvesveida paradumi, kas novērš vai mazina, kā arī attālina šo slimību un to izraisīto komplikāciju attīstību⁷. Salīdzinot ar citām valstīm, Latvijas iedzīvotāju paradumi kopumā ir neveselīgāki nekā vidēji ES. Pasākumi veselīgu uztura paradumu un pietiekamas fiziskās aktivitātes veicināšanai, kā arī liekās ķermeņa masas izplatības mazināšanai ir iekļauti Rīcības plānā liekā svara un aptaukošanās izplatības pieauguma mazināšanai 2025.–2029. gadam.

SAS profilaksē svarīgi ir ne tikai dzīvesveida paradumi, bet arī dažādi izmeklējumi (piemēram, asinsspiediena mērījumi, holesterīna un cukura līmeņa noteikšana asinīs, svara kontrole u.c.), lai laicīgi konstatētu izmaiņas, novērtētu slimību risku un novērstu to attīstību. Pēc Latvijas iedzīvotāju (25-74 g.v.) kardiovaskulāro slimību riska faktoru šķērsgriezuma 2019. gada pētījuma datiem⁸ vidējais riska faktoru skaits vīriešiem bija 2,3, sievietēm - 1,8 (no pieciem). Šī pētījuma ietvaros veiktie mērījumi liecina, ka:

- paaugstināts arteriālais asinsspiediens bija novērojams 36% iedzīvotāju (43% vīriešu, 30% sieviešu);
- paaugstināts holesterīna līmenis - 63% (61% vīriešu, 65% sieviešu);
- paaugstināts glikozes līmenis - 27% (32% vīriešu, 22% sieviešu);
- liekais svars bija 34%, aptaukošanās - 29% iedzīvotāju 25-74 gadu vecumā.

Pieaugot dzīvildzei, tostarp ar SAS, mainās izaicinājumi gan sabiedrības veselībā, gan veselības un sociālajā aprūpē: sabiedrības novecošanās, komorbiditāte, ierobežoti veselības aprūpes resursi, pacientu līdzestība ārstēšanā un riska faktoru mazināšanā, dzīvesveida maiņa u.tml. Neraugoties uz sasniegumiem medicīnā un tehnoloģijās, SAS joprojām ir starp nozīmīgākajiem slimību sloga cēloņiem Eiropā, tāpēc ir nepieciešama profilakses popularizēšana, savlaicīga riska faktoru un slimību diagnostika, kā arī multidisciplināru un starpnozaru sadarbībā balstītu pakalpojumu attīstīšana ambulatorajā, stacionārajā un ilgtermiņa aprūpē pacientiem ar hroniskām slimībām.

PLĀNA VIRSMĒRĶIS ir nodrošināt uz pacientu centrētu, integrētu un visaptverošu veselības aprūpi SAS jomā, ieskaitot SAS profilaksi, tādējādi pagarinot veselīgi nodzīvotos mūža gadus, novēršot priekšlaicīgu mirstību no SAS un mazinot nevienlīdzību veselības jomā.

PLĀNA APAKŠMĒRĶI:

1. SAS profilakse, tās veicināšana un riska faktoru ietekmes mazināšana;
2. Savlaicīga SAS riska faktoru un slimību diagnostika, ārstēšana un rehabilitācija;
3. Veselības aprūpes personāla zināšanu un prasmju pilnveidošana.

PLĀNA VEICAMIE PASĀKUMI ir virzīti uz to, lai:

- mazinātu SAS riska faktoru izplatību sabiedrībā;

⁶SPKC, Veselības statistikas datu bāze "Iedzīvotāju nāves cēloņi"

⁷Kotseva, K., De Backer, et al. EUROASPIRE Investigators* (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. European journal of preventive cardiology, 26(8), 824–835. <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>

⁸<https://www.esparveselibu.lv/petijums/latvijas-iedzivotaju-kardiovaskularo-un-citu-neinfekcijas-slimibu-riska-faktori>

- veicinātu SAS riska faktoru un slimību savlaicīgu atklāšanu, vienlaicīgi uzlabojot pieejamību, kvalitāti, kā arī riska faktoru un SAS un to saistīto slimību novērošanu;
- pilnveidotu SAS pacientu ārstniecību, tai skaitā SAS slimības smaguma pakāpes diagnostiku, medikamentozo ārstēšanu, aprūpi, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus un pacientu novērošanu, nodrošinot integrētu un visaptverošu pacientu aprūpi un novēršot nevienlīdzību kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai;
- mazinātu nevienlīdzību ārstēšanas iznākumos un teritoriālā pieejamībā.

Plāna mērķi sasniedzami, realizējot **TRĪS RĪCĪBAS VIRZIENUS**:

1. SAS profilakse, tās veicināšana un riska faktoru ietekmes mazināšana;
 - Veselības veicināšanas pasākumi (ietekmējošo paradumu maiņa, sabiedrības izglītošana par savu pašpārbaudi un regulāras paškontroles veikšanu SAS profilaksei);
2. Savlaicīga SAS riska faktoru un slimību diagnostika, ārstēšana un rehabilitācija:
 - Vienotas profilakses programmas izstrāde (iekļaujot cukura diabēta, SCORE skrīningu un hroniskas nieru slimības skrīningu);
 - Uzlabot SAS diagnostikas izmeklējumu pieejamību, tostarp pārskatot izmeklējumu veikšanas kompetences un standartus;
 - Uzlabot konsultāciju pieejamību, sakārtojot pacientu plūsmu endokrinoloģijā, nefroloģijā, kardioloģijā, t.sk. aritmoloģijā;
 - SAS seku mazināšana kardioloģiskās aprūpes kabinetos (pilotprojekts) – gadu ilga pēc akūtu notikumu novērošana atkārtotu notikumu un invalidizācijas novēršanai (iekļaujot kardioloģiskos pacientus, t.sk. aritmoloģiskus un insulta pacientus);
 - Hronisku pacientu uzraudzības uzlabošana, izstrādājot dinamiskās novērošanas algoritmus cukura diabēta, hroniskas nieru slimības un SAS jomā, kā arī pacientu līdzestības veicināšana slimības uzraudzībā;
 - Hronisku slimību progresa novēršana, uzlabojot medikamentu pieejamību;
 - Vienlīdzīgas stacionārās ārstēšanas saņemšana akūtu notikumu (akūts koronārs sindroms (AKS), insults) gadījumos:
 - izvērtējot pašreizējo situāciju akūta insulta ārstēšanā, insulta sekundārajā profilaksē, pacientu ilgtermiņa novērošanā un rehabilitācijā;
 - izpildot tematiskās pārbaudes “AKS pacientu aprūpe” secinājumus.
3. Veselības aprūpes personāla zināšanu un prasmju pilnveidošana.

Plāns sagatavots, pamatojoties uz šādiem dokumentiem:

- Nacionālais attīstības plāns 2021.-2027. gadam⁹;
- Latvijas Atveseļošanas un noturības mehānisma plāns¹⁰;
- Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.-2027. gadam¹¹;
- ES Padomes 2024. gada 14. novembra “Secinājumi par sirds un asinsvadu veselības uzlabošanu ES”¹²;

⁹<https://likumi.lv/ta/id/315879-par-latvijas-nacionalo-attistibas-planu-20212027-gadam-nap2027>

¹⁰<https://likumi.lv/ta/id/322858-par-latvijas-atveselosanas-un-noturibas-mehanisma-planu>

¹¹<https://likumi.lv/ta/id/332751-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnes-2021-2027-gadam>

¹²Council of the European Union, Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union, Brussels, 14 November 2024

- PVO "Eiropas ziņojums par veselību 2024. gadā: veselības saglabāšana darba kārtībā"¹³;
- Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (tulk. no angļu val. *OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)* "Ieskats Veselībā: Eiropa 2024"¹⁴;
- Apvienoto Nāciju organizācijas (ANO) *Ilgtspējīgas attīstības mērķi* - 3. mērķis - nodrošināt veselīgu dzīvi un sekmēt labklājību jebkura vecuma cilvēkiem, 3.4. apakšmērķis, kas paredz līdz 2030. gadam par vienu trešdaļu samazināt neinfekciju slimību izraisītu priekšlaicīgu mirstību, veicot profilakses un ārstēšanas pasākumus un uzlabojot garīgo veselību un labklājību¹⁵.

PLĀNĀ SASNIEDZAMIE REZULTĀTI:

samazināt priekšlaicīgu mirstību (līdz 64 g.v.) no SAS: 2019. gadā – 134,9, 2024. gadā – 128, 2027. gadā – 124 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju.

NEPIECIEŠAMĀIS PAPILDU FINANSĒJUMS (ieklāuts informatīvajos nolūkos) PLĀNĀ IEKĻAUTO PASĀKUMU ĪSTENOŠANAI:

Plānā paredzēto pasākumu īstenošanu iesaistītajām institūcijām 2026. gadā nodrošinās atbilstoši piešķirtajiem valsts budžeta līdzekļiem.

Informatīvi - 2027.g indikatīvi nepieciešamais papildu finansējums – **42 230 607 euro**;

Informatīvi - 2028.g un turpmāk ik gadu indikatīvi nepieciešamais papildu finansējums – **47 229 137 euro**.

Plānā paredzēto pasākumu īstenošanu iesaistītajām institūcijām 2026. gadā nodrošinās atbilstoši piešķirtajiem valsts budžeta līdzekļiem. Jautājumu par papildu valsts budžeta līdzekļu piešķiršanu plānā paredzēto pasākumu īstenošanai 2027. gadā un turpmāk katru gadu izskatīs Ministru kabinetā gadskārtējā valsts budžeta un vidēja termiņa budžeta ietvara likumprojekta sagatavošanas un izskatīšanas procesā kopā ar visu ministriju un centrālo valsts iestāžu iesniegtajiem prioritāro pasākumu pieteikumiem atbilstoši valsts budžeta finansiālajām iespējām.

¹³World Health organization European Region, European health report 2024 "Keeping health high on the agenda". Main causes of death

¹⁴Health at Glance Europe 2024, OECD

¹⁵<http://www.pkc.gov.lv/nap2020/ilgtsp%C4%93j%C4%ABgas-att%C4%ABst%C4%ABbas-m%C4%93r%C4%B7i>

II Situācijas raksturojums

1. Statistikas dati

Tiek lēsts, ka ES ar SAS slimo aptuveni 62 miljoni cilvēku un viens no trim mirušajiem iedzīvotājiem nomirst no SAS. Lai gan daudzās ES valstīs ir samazinājusies priekšlaicīga mirstība no SAS, tās joprojām ir visizplatītākais nāves cēlonis. 27 ES dalībvalstīs tās izraisa aptuveni 1,7 miljonus nāves gadījumu gadā, kas ir 31% un 37% vīriešu un sieviešu no visiem nāves gadījumiem, un ir vērojama dziļa nevienlīdzība starp dzimumiem, etniskajām grupām, paaudzēm un ģeogrāfiskajām robežām¹⁶. Turklāt daudzi pacienti cieš no SAS ilgtermiņa sekām¹⁷, gadiem ilgi dzīvojot ar ievērojamiem funkcionālajiem traucējumiem, t.i. invaliditāti. Tiek lēsts, ka 2019. gadā ES no SAS cieta 53 miljoni cilvēku, tādējādi SAS ir galvenais nāves cēlonis mūsdienās¹⁸.

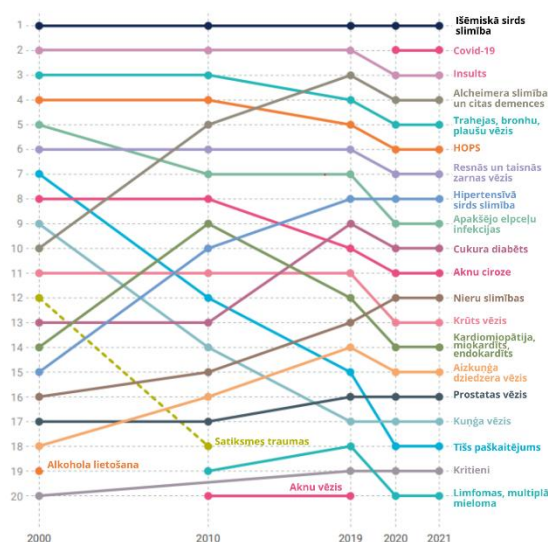
1. attēls. 20 galvenie nāves cēloņi Eiropas reģionā 2000.-2021. gados

PVO atzīmē, ka Eiropas reģiona galvenie nāves cēloņi pēdējos gados ir mainījušies. Lai gan Covid-19 parādīšanās ietekmēja citu nāves cēloņu īpatsvaru, novērotās izmaiņas ir atšķirīgas. 1. attēlā atspoguļoti 20 biežākie nāves cēloņi, kas ir aktuāli arī pēc pandēmijas beigām no 2000. gada līdz 2021. gadam. Sirds išēmiskās slimības joprojām ir galvenais nāves cēlonis, kas ir samazinājies gan absolūtos skaitļos, gan īpatsvara proporcijā - no 27,3% 2000. gadā līdz 18,9% 2021. gadā.

Līdzīgi arī insulta gadījumā, 2000. gadā insults bija otrais galvenais nāves cēlonis, veidojot 15,2% no visiem nāves cēloņiem, bet 2021. gadā - 9,2%. Kopumā kopējais mirstības rādītājs no SAS PVO Eiropas reģionā samazinājās no 521,3 uz 100 000 iedzīvotāju 2000. gadā līdz 417,1 uz 100 000 iedzīvotāju 2021. gadā. Šī tendence tiek skaidrota ar uzlabotu primāro profilaksi, riska faktoru izplatību, to pārvaldību un aprūpi (1. attēls)¹⁹.

Latvijā ik gadu gandrīz nemainīgi trīs galvenie nāves cēloņi iedzīvotāju vidū ir asinsrites sistēmas slimības, ļaundabīgie audzēji un ārējie nāves cēloņi. 2. attēla apkopotajos rādītājos

20 galvenie nāves cēloņi PVO Eiropas reģionā 2000., 2010., 2019., 2019., 2020. un 2021. gadā



¹⁶European Society of Cardiology, Atlas of Cardiology, <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>, EU 27 Cardiovascular Realities 2025, p.7

¹⁷GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* (London, England), 403(10440), 2133–2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)

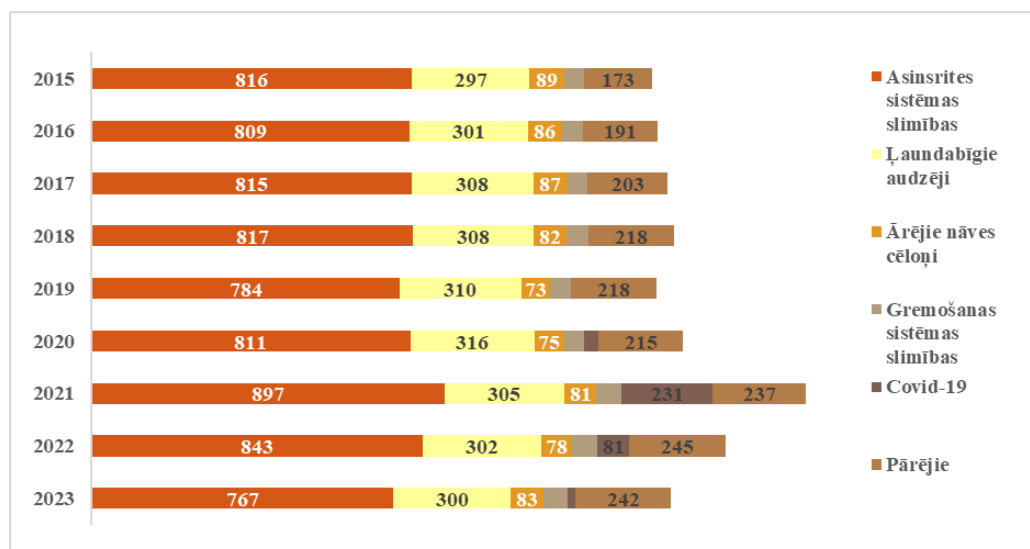
¹⁸Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., De Smedt, D., Gale, C. P., Maggioni, A. P., Petersen, S. E., Huculeci, R., Kazakiewicz, D., de Benito Rubio, V., Ignatiuk, B., Raisi-Estabragh, Z., Pawlak, A., Karagiannis, E., Treskes, R., Gaita, D., Beltrame, J. F., McConnachie, A. Atlas Writing Group, European Society of Cardiology (2022). European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *European heart journal*, 43(8), 716–799. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab892>

¹⁹World Health organization European Region, European health report 2024 “Keeping health high on the agenda”. Main causes of death, 12 lpp.

redzams, ka pērn mazliet samazinājies gan asinsrites slimību, gan audzēju izraisīto nāves gadījumu relatīvais skaits, taču, salīdzinot ar 2020. gadu, pieaugusi mirstība ārējo nāves cēloņu dēļ²⁰.

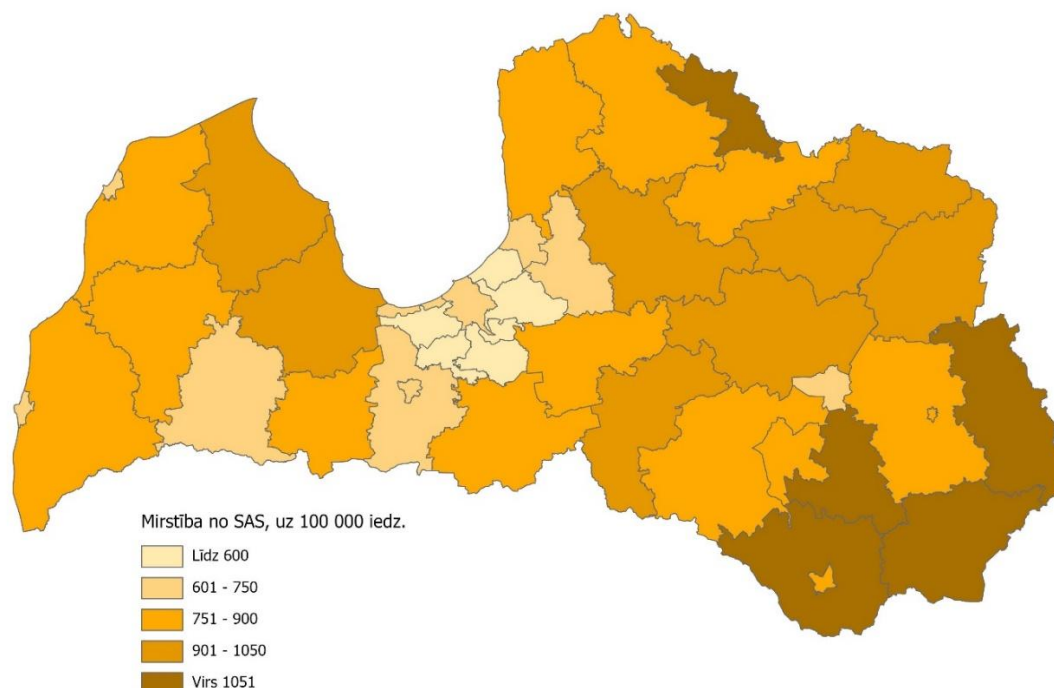
Saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes informatīvo apskatu par jaunākajiem demogrāfijas rādītājiem, 2023. gadā Latvijā nomira par 8,8% mazāk cilvēku nekā 2022. gadā. Vairāk nekā pusei jeb 51,9% no visiem mirušajiem nāves cēlonis bijis asinsrites slimības.

2. attēls. Mirstība Latvijā galveno nāves cēloņu grupās, uz 100 000 iedzīvotāju



3. attēlā atspoguļoti mirstības no SAS rādītāji, kas būtiski atšķiras novadu griezumā. Šos rādītājus ietekmē iedzīvotāju vecuma struktūra - jo vecāka populācija, jo augstāka mirstība. Tomēr, arī standartizējot reģiona rādītājus pēc vecuma, Latgalē saglabājas augstākais SAS izraisītas mirstības rādītājs valstī²⁰.

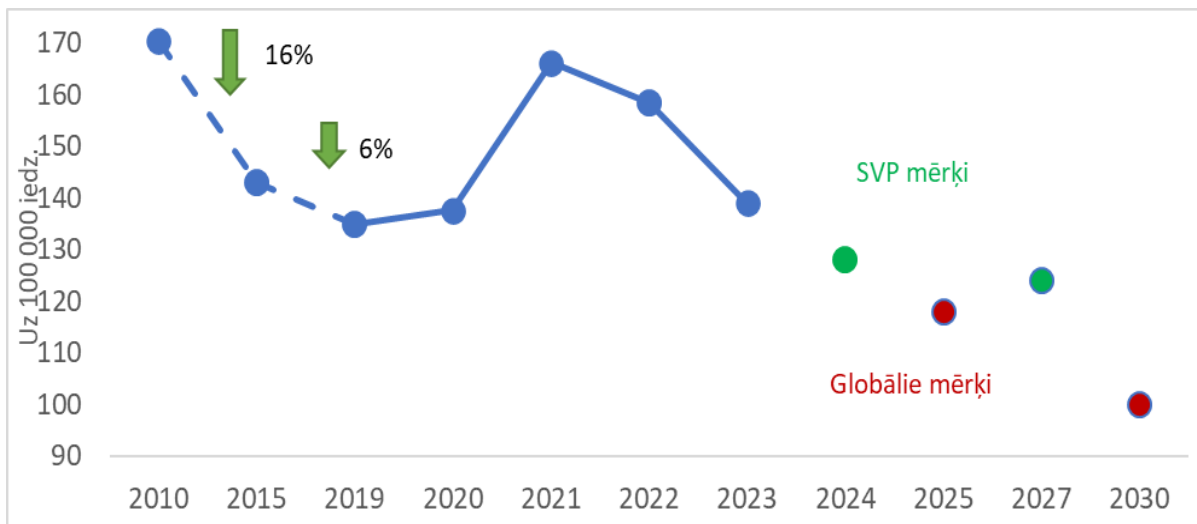
3. attēls. Mirstība no SAS Latvijā 2023. gadā, uz 100 000 iedzīvotāju



²⁰Slimību profilakses un kontroles centra Veselības statistikas datu bāze, 2015-2023

Ik gadu SAS slimību dēļ mirst ap 15 tūkstošiem Latvijas iedzīvotāju, no kuriem ~14% (2023.g.) miruši priekšlaicīgi, t.i. līdz 64 gadiem. No SAS mirušajiem vīriešiem katrs ceturtais (26% - 2023. g.) bija vecumā līdz 64 gadiem. Priekšlaicīgas mirstības rādītājs vīriešiem no SAS Latvijā ir 3-4 reizes augstāks nekā sievietēm⁸. 4. attēlā atspoguļoti priekšlaicīgās mirstības rādītāji no SAS Latvijā 2010.-2023.gadā, kā arī attēloti SVP un globāli noteiktie priekšlaicīgās mirstības mērķi.

4. attēls. Priekšlaicīga mirstība (0-64 gadi) no SAS Latvijā, uz 100 000 iedzīvotāju



Rēķinot novēršamo mirstību (līdz 74 g.v. no konkrētiem nāves cēloņiem saskaņā ar *OECD (Eurostat)* metodoloģiju²¹, katrs ceturtais no visiem SAS nāves gadījumiem Latvijā ir novēršams. 2023. gadā tādi bija vairāk nekā 3 800 gadījumi, 70% no tiem - vīrieši. Apmēram pusi no šiem SAS izraisītas nāves gadījumiem varēja novērst profilaktiski (piemēram, ar veselīgu uzturu, pietiekamu fizisko aktivitāti, smēķēšanas un alkohola lietošanas ierobežošanu, asinsspiediena un holesterīna rādītāju kontroli), otru pusi - ar atbilstošu veselības aprūpi: savlaicīgu diagnostiku, efektīvu ārstēšanu, medikamentu pieejamību (pietiekošu kompensāciju, pacientu līdzestību), integrētu aprūpi u.c. Liela daļa SAS ir kontrolējamas ar veselīgu dzīvesveidu un atbilstošu medicīnisko aprūpi visos tās līmeņos: primāro un sekundāro profilaksi, savlaicīgu diagnostiku, kompleksu un līdzestīgu terapiju, kā arī efektīvu hroniskas slimības uzraudzību.

2. SAS profilakse, tās veicināšana un riska faktoru ietekmes mazināšana

2.1. Veselības veicinošo paradumu izplatība

Neskatoties uz veiktajām aktivitātēm, joprojām liela problēma ir liekā svara un aptaukošanās izplatības pieaugums sabiedrībā, mazkustīgs dzīvesveids, neveselīgs uzturs. Dzīvesveida paradumu maiņa sabiedrībā notiek lēni un nereti tikai atsevišķās iedzīvotāju grupās²². SAS primārajā profilaksē pareizu dzīvesveida paradumu ievērošana novērš vai mazina, kā arī attālina SAS un to izraisīto komplikāciju attīstību²³. Salīdzinot ar citām valstīm, Latvijas iedzīvotāju paradumi kopumā ir neveselīgāki nekā vidēji ES.

Dinamikā gan veselīga uztura, gan pietiekamu fizisko aktivitāšu paradumi kopš 2016. gada pasliktinājās, sasniedzot zemāko līmeni 2020. gadā, tomēr 2022. gada Latvijas iedzīvotāju

²¹https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf?_ga=2.258155022.582757621.1693225029-462632234.1663943440

²²<https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-iedzivotaju-veselibu-ietekmejosie-paradumi>

²³Kotseva, K., De Backer, et al. EUROASPIRE Investigators* (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *European journal of preventive cardiology*, 26(8), 824–835. <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>

veselību ietekmējošo paradumu pētījuma datus parādījās neliels uzlabojums. Sadalījumā pa dzimumiem – ir vērojams, ka uztura paradumi veselīgāki ir sievietēm, savukārt vīrieši ir fiziski aktīvāki^{24;25}. Neveselīgi uztura un fizisko aktivitāšu paradumi būtiski veicina liekā svara un aptaukošanās attīstību. Pēc Latvijas pieaugušo iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma datiem (veicot mērījumus) liekais svars vai aptaukošanās ir 59% iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 74 gadiem. Sadalījumā pa dažādām iedzīvotāju grupām veselīgāki dzīvesveida paradumi biežāk ir iedzīvotājiem ar augstāku izglītības līmeni. Tāpat novērojamas atšķirības pa reģioniem. Piemēram, Latgalē ir augstākais smēķētāju īpatsvars, kā arī neveselīgāki uztura paradumi²⁶, kas ir viens no iemesliem augstākajam SAS izraisītas mirstības rādītājam valstī šajā reģionā.

Nozīmīgs riska faktors SAS attīstībā ir smēķēšana²⁷. Pēc 2022. gada datiem Latvijā smēķēja 29% pieaugušo (15-74 g.v.) iedzīvotāju (43% vīriešu, 16% sieviešu), kas ir visaugstākais rādītājs Baltijā. 2022. gadā rādītājs ir pieaudzis, kaut arī kopš 2016. gada bija vērojams samazinājums²⁴. Tas visdrīzāk skaidrojams ar e-cigarešu popularitātes pieaugumu Latvijā, un īpaši pieaugoša tendence vērojama gados jaunu iedzīvotāju vidū²⁸. Līdzīgi kā citi dzīvesveida faktori, arī smēķēšanas izplatība Latvijā ir augstāka nekā vidēji ES, īpaši vīriešu vidū. Ja e-cigarešu lietošana pieaugušo populācijā Latvijā vēl ir zemāka nekā vidēji ES, tad jauniešu grupā (15-24 g.v.) 2019. gadā tā jau pārsniedza vidējo ES rādītāju²⁹.

Saskaņā ar PVO Konvencijas par tabakas uzraudzību izstrādāto rīcības plānu “MPOWER”³⁰, kā arī PVO rekomendācijām “Best buys”³¹, viens no izmaksu efektīviem pasākumiem ir arī kombinētu veselības brīdinājumu par ietekmi uz veselību izvietošana un standartizēta iepakojuma (*plain package*) prasību noteikšana tabakas un nikotīna saturošiem izstrādājumiem. Tabakas un nikotīna produktu iepakojums var kalpot kā smēķēšanas uzsākšanas veicināšanas, mārketinga un reklāmas veids. Kā norāda pētījumi, tad valstīs, kur cita veida reklāma vai mārketinga ir ierobežots, tieši iepakojums kļūst par galveno tabakas vai nikotīna izstrādājumu popularizēšanas līdzekli. Pētījumi pierāda, ka spilgtas krāsas un pievilcīgs zīmols novērš uzmanību no uz tabakas vai nikotīna izstrādājumiem izvietotajiem brīdinājumiem par ietekmi uz veselību un ir īpaši pievilcīgs jauniešiem.

Latvijā kopš 2016. gada ir spēkā Eiropas regulējums - Tabakas direktīvā noteiktās prasības izvietot gan uz tabakas, gan nikotīna saturošiem izstrādājumiem brīdinājumus par ietekmi uz veselību, tomēr Latvijā nav ieviests iepriekšminētais standartizētais iepakojums gan tabakas, gan nikotīna izstrādājumiem. Šāds standartizētais iepakojums ir ieviests - Francijā (2016. gadā), Apvienotajā Karalistē (2016. gadā), Norvēģijā (2017. gadā), Īrijā (2017. gadā), Slovēnijā (2020. gadā), Beļģijā (2020. gadā) un Nīderlandē (2020. gadā). Ņemot vērā minēto, būtu nepieciešams izstrādāt normatīvo regulējumu standartizētā iepakojuma ieviešanai Latvijā tabakas izstrādājumiem, tabakas aizstājējproduktiem, elektroniskām smēķēšanas ierīcēm un augu smēķēšanas produktiem.

Arī alkohola patēriņa rādītāji Latvijā pēdējos gados ir pieauguši, būtiski pārsniedzot ES vidējo rādītāju³². Kā liecina pētījumu dati, pārmērīga/riskanta alkohola lietošana raksturīga ap

²⁴<https://www.spkc.gov.lv/lv/veselibu-ietekmejoso-paradumu-petijumi>

²⁵<https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-iedzivotaju-veselibu-ietekmejosie-paradumi>

²⁶Latvijas reģionu veselības profils 2015-2022, Slimību profilakses un kontroles centrs 2023

²⁷Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, et al; Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2013 and Stroke Experts Writing Group. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol.* 2016;15(9):913–924

²⁸<https://www.spkc.gov.lv/lv/datu-vizualizacijas-par-smekesanu>

²⁹World Health organization European Region, European health report 2024 “Keeping health high on the agenda”. Main causes of death, 113 lpp.

³⁰<https://www.who.int/initiatives/mpower>

³¹<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>

³²Health at Glance Europe 2022, OECD; <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

40% pieaugušo, turklāt šādi paradumi biežāk raksturīgi vīriešiem (vairāk nekā pusei), īpaši gados jauniem^{25;33;34}.

Nesen Eiropas Sirds tīkls (*European Heart Network*), kas apvieno nacionālās sirds veselības organizācijas SAS profilakses jomā, publicēja nostāju, kurā skaidri norādīts, ka alkohola patēriņš ir būtisks riska faktors vairāku nopietnu SAS attīstībai, tostarp koronārajai sirds slimībai (KSS), sirds mazspējai, hipertensijai, mirdzaritmijai un insultam. Attiecībā uz sirds un asinsvadu veselību nav noteikts drošs alkohola patēriņa līmenis: pretēji izplatītajam uzskatam nav pārliecinošu pierādījumu par zema vai mērena alkohola patēriņa preventīvo ietekmi uz sirds un asinsvadu sistēmu³⁵.

Šobrīd vairākos Veselības ministrijas izstrādātajos politikas plānošanas dokumentos ir iekļauti pasākumi alkoholisko dzērienu lietošanas ierobežošanai un ārstēšanās pakalpojumu uzlabošanā. SVP 1. rīcības virzienā “Veselīgs dzīvesveids” ir iekļauti pasākumi atkarību izraisīto vielu lietošanas un procesu atkarības izplatības mazināšanai (1.3. uzdevums), paredzot ieviest gan sabiedrības izglītojošus pasākumus par alkohola lietošanas kaitīgumu, gan arī pierādījumos balstītas atkarību profilakses programmas (piemēram, programma “*Unplugged*”, “Labas uzvedības spēle”, “Veselīgas nākotnes programma”). Vienlaikus pasākumi alkoholisko dzērienu lietošanas ierobežošanai sabiedrībā ir paredzēti arī Veselības ministrijas izstrādātajā un Ministru kabinetā 2022. gada 25. oktobrī apstiprinātajā “Profilakses pasākumu un veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas plānā alkoholisko dzērienu un narkotisko vielu lietošanas izplatības mazināšanas jomā 2023.–2025.gadam”.

Kopumā dati par dzīvesveida paradumiem un to tendencēm liecina par zemu iedzīvotāju veselībpratību, t.sk. par nepietiekamu vēlmi un spēju mainīt paradumus, kas ir saistīti ar hronisku slimību attīstības risku. Augstā liekā svara un aptaukošanās izplatība, mazkustīgs dzīvesveids, smēķēšanas un alkohola lietošana kopā ar nepietiekamu risku novērtējumu, diagnostiku un ārstēšanu rada izaicinājumus SAS jomā. Mērķtiecīgu veselības veicināšanas un profilakses stratēģiju nozīmīgs sirds un asinsvadu veselības uzlabošanā uzsver gan ES, gan PVO dokumentos^{36,37}. Tāpat jāņem vērā, ka, iedarbojoties uz sabiedrības dzīvesveida paradumiem, tiek mazināts ne tikai SAS, bet arī citu hronisku neinfekcijas slimību (onkoloģisko slimību, diabēta, plaušu slimību u.c.) slogs (*burden of disease*)³⁸.

Konstatētās problēmas/izaicinājumi:

1. Joprojām liela problēma ir liekā svara un aptaukošanās izplatības pieaugums sabiedrībā, mazkustīgs dzīvesveids, neveselīgs uzturs un smēķēšana, kā arī alkoholisko dzērienu lietošana, kas ir būtiski SAS riska faktori;
2. Nepietiekoša veselībpratība Latvijas iedzīvotāju vidū – gan veselīga dzīvesveida un uztura paradumu ievērošanā, gan nepieciešamo regulāro paškontroles pasākumu veikšanā un savlaicīgā simptomu atpazīšanā.

2.2. Vakcinācija pret gripu un pneimokoku infekciju

Cilvēkiem ar hroniskām slimībām (SAS, elpceļu slimībām, cukura diabētu u. c.), kā arī personām, kuras vecākas par 65 gadiem, ir augsts risks saslimt ar gripas infekciju smagā formā,

³³<https://www.spkc.gov.lv/lv/atkaribu-slimibas>

³⁴<https://www.esparveselibu.lv/petijums/petijums-par-psihisko-traucejumu-un-pasnavnieciskas-uzvedibas-izplatibu-latvija>

³⁵<https://ehnheart.org/activities/publications/prevention/ehn-position-paper-on-the-impact-of-alcohol-consumption-on-cardiovascular-disease/>

³⁶Council conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union, 15315/24, 14 November 2024

³⁷Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024

³⁸https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_en

tai skaitā ar šīs infekcijas izraisītām komplikācijām, piemēram, pneimoniju, miokardītu, miokarda infarktu vai smadzeņu insultu³⁹ (zinātniskajā literatūrā lielā apjomā ir pieejami pierādījumi, ka, piemēram, gripas infekcijas epizode 10 reizes palielina infarkta risku, astoņas reizes paaugstina insulta un pneimonijas risku⁴⁰, vismaz 23% no vecāka gadagājuma pacientiem pēc saslimšanas ar gripu zaudē savas autonomijas spējas⁴¹ un 74 % pacientu anormāli paaugstinās glikēmijas rādītāji⁴²), kā rezultātā nepieciešama ilgstoša, izmaksu ietilpīga ārstēšana slimnīcā vai pat iestājas pacienta nāve. Elpceļu slimību uzliesmojumu laikā, īpaši ilgstoši uzturoties slimnīcā⁴³, piemēram, pēc sarežģītas operācijas vai invazīvām procedūrām, būtiski palielinās risks saslimt ar gripu. Šādos gadījumos ārstēšana stacionārā prasa papildu laiku un ir saistīta ar augstākām izmaksām.

Vakcinācija pret gripu un pneimokoku var pasargāt augsta riska pacientu grupas no smagas saslimšanas vai pat nāves. Tā ir izmaksu efektīva profilakse, kas samazina saslimstību, ilgstošu ārstēšanos un pāragru nāvi, kā arī palīdz izvairīties no ilgstošas darbnespējas. Pat ja vakcinēts cilvēks saslimst, slimība parasti norit vieglā formā un atveseļošanās ir ātrāka.

Vakcinācijas noteikumi paredz iespēju konkrētām riska grupām saņemt valsts apmaksātu vakcināciju pret gripu. Pateicoties šai iespējai, pakāpeniski gadu no gada palielinās riska grupu vakcinācijas aptvere pret gripu, tomēr riska grupām Latvijas iedzīvotāju vidū tas joprojām ir zems salīdzinājumā ar vidējiem ES/Eiropas Ekonomiskās Zonas (EEZ) valstu rādītājiem⁴⁴. Zemo vakcinācijas aptveri ietekmē dažādi faktori. Sabiedrībā joprojām pastāv piesardzība pret vakcināciju, ko ietekmē gan neuzticēšanās vakcinācijai un gripas radītājiem draudiem, gan valsts apmaksāto gripas vakcīnu trūkums, jo, dažādojot gripas vakcīnu klāstu, pieaug vakcīnu izmaksas, tādēļ par valsts finanšu līdzekļiem ir iespējams iegādāties mazāk vakcīnu devas. Lai veicinātu vakcinācijas pret gripu pieaugumu, katru gadu ir nepieciešams paplašināt gripas vakcīnu apjomu.

Neraugoties uz gripas vakcinācijas aptveres pieauguma tendenci, 2024.-2025. gada gripas sezonā 93% no senioriem, kuri ārstējās slimnīcās ar gripas diagnozi, nebija vakcinējušies pret gripu. Senioriem, kuri nebija saņēmuši sezonālo gripas vakcīnu, stacionārajās slimnīcās risks gripas dēļ bija 2,6 reizes lielāks nekā tiem, kuri bija vakcināti pret gripu. Senioriem, kuri nav saņēmuši sezonālo gripas vakcīnu, risks nomirt no sezonālās gripas ir 2,5 reizes lielāks⁴⁵. Vienlaikus, lai nodrošinātu pietiekamu senioru aizsardzību pret gripu, šai sabiedrības grupai ir nepieciešama paaugstinātas efektivitātes vakcīna. Eiropas SPKC 2024. gada aprīlī publicētajā pārskatā⁴⁶ minēts, ka standarta devas gripas vakcīnu efektivitāte noteiktās iedzīvotāju grupās nav optimāla. Reakcija uz standarta devas gripas vakcīnu ir samazināta, īpaši iedzīvotāju grupās, kurām ir lielāks smagas slimības iznākuma risks, piemēram, gados vecāki cilvēki un cilvēki ar imūndeficītu. SPKC provizorisks aprēķins parāda, ka augstas devas gripas vakcīna ir apmēram 2,5 reizes efektīvāka par standarta devas gripas vakcīnu.

³⁹[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

⁴⁰<https://world-heart-federation.org/influenza/>

⁴¹<https://westmontliving.com/blog/lakeview-senior-living/health/understanding-the-dangers-of-influenza-in-the-elderly/>

⁴²<https://www.openaccessjournals.com/articles/short-and-long-term-impact-of-influenza-infection-on-individuals-with-type-2-diabetes-effect-on-healthcare-utilization-a.pdf>

⁴³<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5617856/>

⁴⁴2023.-2024. gada gripas sezonā bija vakcinējušies 6,4 % no Latvijas iedzīvotājiem, bet vecuma grupā virs 65 gadiem – 15,8 %. Salīdzinājumam gripas vakcinācijas aptvere personām vecumā no 65 gadiem ES/EEZ valstīs ir 12 %-78 %

⁴⁵<https://www.spkc.gov.lv/lv/media/17357/download?attachment;https://www.spkc.gov.lv/lv/parskati-par-akutu-augsejo-elpecelu-infekciju-gripas-un-covid-19-izplatibu>

⁴⁶<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/systematic-review-update-efficacy-effectiveness-and-safety-newer-and-enhanced>

Kopš 2010. gada vakcinācijas kalendārā ir iekļauta zīdaiņu vakcinācija pret pneimokoku infekciju, pateicoties kurai pēdējos gados praktiski vairs netiek konstatēti smagas pneimokoku infekcijas gadījumi bērniem. Apmēram 50 % visu pneimokoku infekcijas gadījumi tiek konstatēti vecuma grupā virs 65 gadiem⁴⁷.

Ir pierādījumi, kas liecina, ka vakcinācija pret infekcijām (tostarp arī pret pneimokoku infekciju, Covid-19 un respiratoro sincitālo vīrusu) ir īpaši svarīga pacientiem ar paaugstinātu SAS risku vai esošām SAS, jo īpaši gados vecākiem cilvēkiem. Lai uzlabotu vakcinācijas rādītājus un vispārējos veselības rezultātus, ir svarīgi pastiprināt informētības kampaņas un uzsvērt ieguvumus sirds un asinsvadu veselības aizsardzībai, ko nodrošina vakcīnas⁴⁸.

Tāpēc 2027. gadā papildus valsts nodrošinātajai bērnu vakcinācijai pret pneimokoku infekciju, plānots ieviests valsts apmaksātu vakcināciju pret pneimokoku infekciju pieaugušajiem, kuri pieder riska grupai (slimo ar SAS vai hroniskām elpceļu slimībām, kas ietekmē SAS), kuriem vakcinācija pret pneimokoku infekciju ir īpaši ieteicama, jo spēj samazināt slimības radīto slogu un novērst šo pacientu nāvi.

Konstatētās problēmas/izaicinājumi:

1. Neraugoties uz to, ka SAS riska grupas pacientiem gripas vakcīna ir valsts apmaksāta, tās pielietošana un vakcinācijas aptvere šo pacientu vidū ir zema. Turklāt bieži tieši gripas infekcijas rezultātā riska grupu pacientiem pievienojas komplikācijas.
2. Pieaugušajiem nav pieejama valsts apmaksāta vakcinācija pret pneimokoku infekciju riska grupām.

3. Savlaicīga riska faktoru atklāšana, agrīna slimību diagnostika, ārstēšana un rehabilitācija

3.1. Savlaicīga riska faktoru un slimību diagnostika

Lai laicīgi atklātu un novērstu SAS attīstību, nepieciešams ne tikai apgūt un ievērot veselīga dzīvesveida paradumus, bet arī zināt par regulāras veselības pārbaudes nepieciešamību, veikt profilaktisko pārbaudi, mērīt izmērīt asinsspiedienu, nodot holesterīna un cukura līmeņa rādītājus asinīs u.tml. Šāda veidā var laikus atklāt riska faktorus, kas var veicināt noteiktas hroniskas saslimšanas attīstību, ko var novērst vai vismaz samazināt slimības smaguma pakāpi.

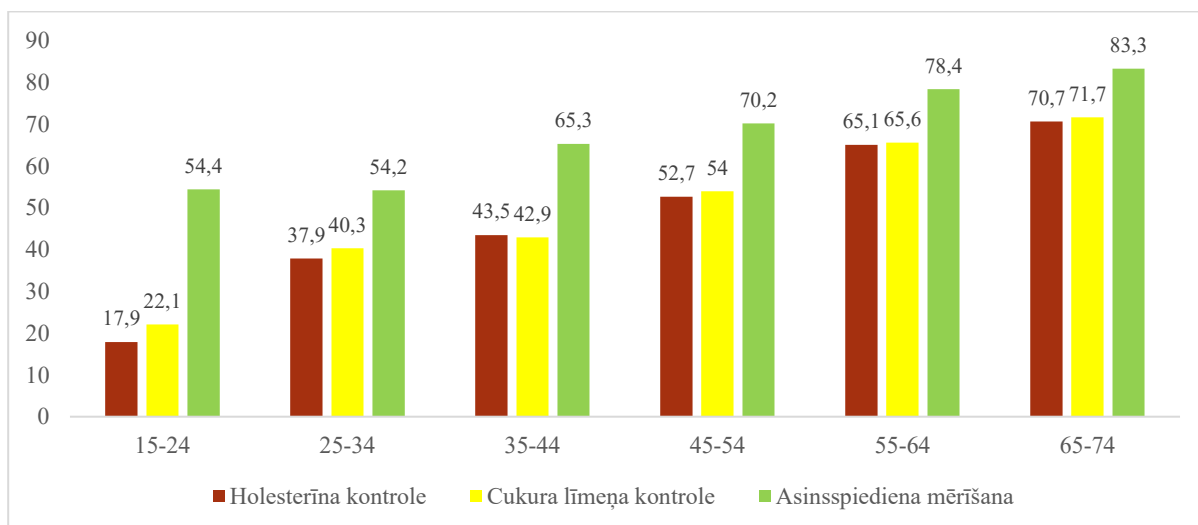
Iedzīvotāju iesaiste slimību profilaksē pieaug līdz ar vecumu un šajā jomā aktīvākas ir sievietes. Pēc Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2022. gada datiem, kas atspoguļoti 6. attēlā, asinsspiedienu pēdējā gada laikā ir mērījuši 68,2 % (60% vīriešu, 77% sieviešu) iedzīvotāju (15-74 g.v.), savukārt holesterīna līmenis noteikts 49,3 % (39% vīriešu, 58% sieviešu) bet cukura līmenis noteikts 50,6% (41% vīriešu, 60% sieviešu) iedzīvotāju⁴⁹.

⁴⁷ SPKC dati

⁴⁸ Council of the European Union, Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union, Brussels, 14 November 2024, 17 page

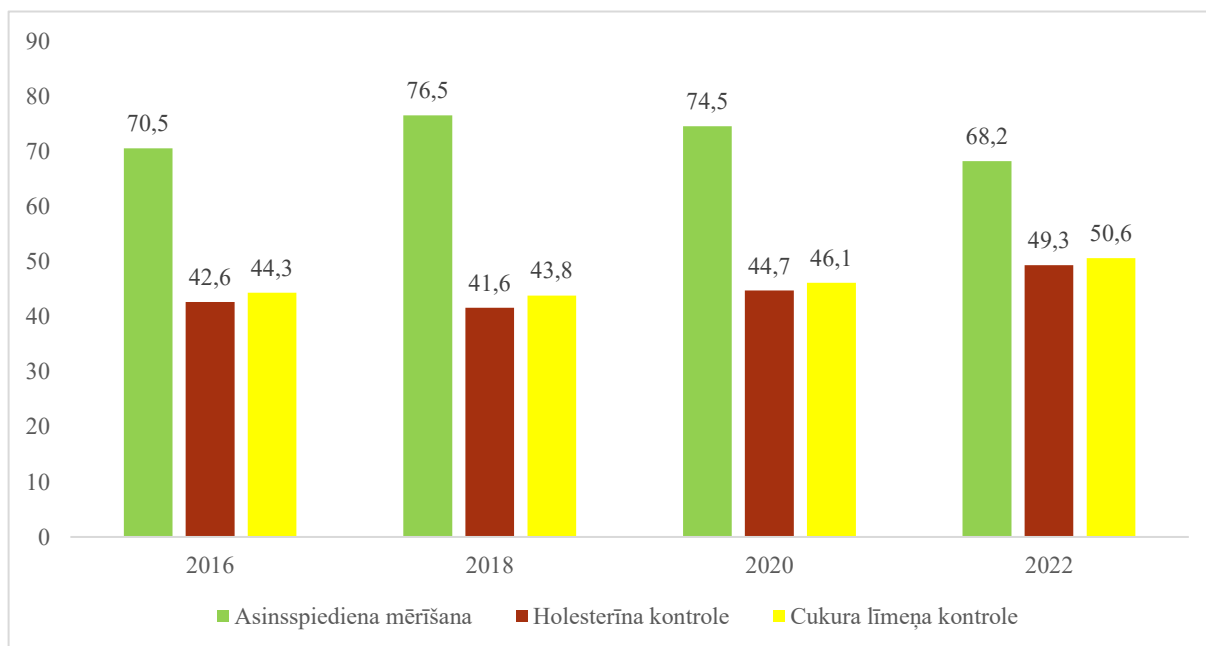
⁴⁹ <https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-iedzivotaju-veselibu-ietekmejosie-paradumi>

5. attēls. Respondentu īpatsvars, kuriem pēdējā gada laikā ir mērīts asinsspiediens, noteikts cukura un holesterīna līmenis, vecuma grupās, %⁴⁹



No 2016. gada līdz 2022. gadam ir pieaudzis iedzīvotāju īpatsvars, kam noteikts holesterīna un cukura līmenis asinīs, tomēr samazinājies asinsspiedienu mērījušo īpatsvars. Tāpēc ir svarīgi izglītēt sabiedrību par pašpārbaudi, kā arī par profilaktisko apskaušu pieejamību, lai veicinātu pieaugušo cilvēku veselībratību un atbildību pret sevi.

6. attēls. Respondentu īpatsvars, kuriem pēdējā gada laikā ir mērīts asinsspiediens, noteikts cukura un holesterīna līmenis no 2016. – 2022. gadam, %⁴⁹



Paaugstināts asinsspiediens ir viens no galvenajiem riska faktoriem, kas veicina SAS un invaliditāti. Pasaules Veselības asamblejas izvirzītais globālais mērķis 2021. gadā ir samazināt hipertensijas izplatību pieaugušo vidū par 25% līdz 2025. gadam un par vienu trešdaļu līdz 2030. gadam salīdzinājumā ar 2010. gada bāzes līmeni. Paaugstināta asinsspiediena/hipertensijas izplatība vecuma grupā no 30-79 gadiem PVO Eiropas reģionā samazinājās no 39,7 % 2010. gadā līdz 36,9 % 2019. gadā⁵⁰. Hipertensijas izplatība Latvijā pieaugušo vecumā no 30-79 gadiem ir 44% (vīriešu vidū – 49%, sieviešu vidū – 39%). Igaunijā

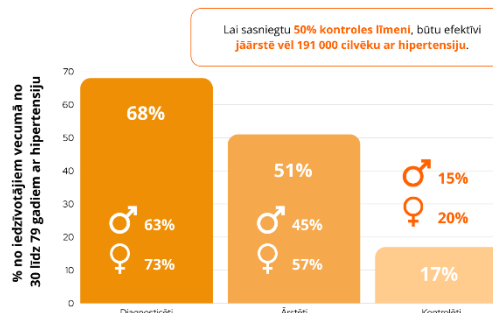
⁵⁰World Health organization European Region, European health report 2024 “Keeping health high on the agenda”. Noncommunicable disease, 99 page.

hipertensija šajā vecuma grupā sastopama 40% (vīriešu vidū – 46%, sieviešu 34%) iedzīvotāju, bet Lietuvā – 48% (vīriešu vidū – 54%, sieviešu vidū – 42%) iedzīvotāju.

7. attēls. Diagnosticētas, ārstētas, kontrolētas arteriālās hipertensijas pacienti vecumā no 30 līdz 79 gadiem, %⁵¹

7. attēls atspoguļo, ka no 605 000 pieaugušajiem ar hipertensiju Latvijā vecumā no 30-79 gadiem hipertensijas diagnoze ir uzstādīta 68% gadījumos, savukārt ārstēta tā tiek 51% gadījumā, bet kontrolēta tikai 17% gadījumu. Igaunijā šie rādītāji ir nedaudz zemāki - diagnoze ir uzstādīta 51%, savukārt ārstēta tā tiek 39% gadījumu, bet kontrolēta tikai 16%. Savukārt Lietuvā rādītāji ir augstāki - diagnoze ir uzstādīta 69%, ārstēta tā tiek 45% gadījumu, bet kontrolēta tikai 13%⁵¹.

No 605 000 pieaugušo 30-79 gadu vecumā ar hipertensiju:



Rezistentas jeb ārstēšanai nepakļāvīgas hipertensijas gadījumā neizdodas pienācīgi pazemināt asinsspiedienu ar atbilstošām dzīvesveida pārmaiņām, kā arī lietojot diurētisku līdzekli un divus citus dažādām grupām piederošus antihipertensīvus medikamentus. To veicina aptaukošanās, pārmērīgs alkohola patēriņš, pārlietu liels sāls daudzums uzturā, hroniska vazopresoru vai nātriju aizturošu vielu uzņemšana, miega apnoja, progresējuši un neatgriezeniski orgānu, īpaši nieru, bojājumi. Šis stāvoklis jāšķir no neīstas rezistentas hipertensijas, kas var rasties tādu iemeslu dēļ, kā līdzestības trūkums, pārāk mazas asinsspiediena mērierīces manšetes izmantošana, nenodrošinot pietiekamu kompresiju, izteikta artēriju cietība, spilgta "baltā virsvalka" hipertensija⁵².

Rezistentās arteriālās hipertensijas izplatība Latvijā ir ap 5% no arteriālās hipertensijas gadījumiem populācijā. Tas nozīmē, ka katru gadu ap 2 800 pacienti ar rezistentu arteriālo hipertensiju un 550 pacientiem ar refraktāro arteriālo hipertensiju būtu no jauna diagnosticēti⁵³. Tāpēc arteriālās hipertensijas pacientiem pieejamo valsts apmaksāto izmeklējumu klāstu jāpapildina ar 18-24h asinsspiediena monitorēšanu un ar nieru simpātisko denervāciju pacientiem ar izteikti grūti kontrolējamām SAS (ar cukura diabētu, smagu aptaukošanos) rezistentas hipertensijas gadījumā.

Lai laicīgi diagnosticētu pacienta riska faktoru vai bezsimptomu SAS, tostarp arī paaugstinātu asinsspiedienu, nepieciešams veikt regulāras profilaktiskas pārbaudes. Šobrīd atbilstoši normatīvajiem aktiem profilaktiskās apskates pieaugušajiem veic vienu reizi gadā. Lai veiktu profilaktisko apskati, pacientam laicīgi jāsažinās ar ģimenes ārsta praksi un jāvienojas par vizītes dienu un laiku. Apskates laikā ģimenes ārsts iztaujā pacientu, izvērtē vispārējo veselības stāvokli, sūdzību anamnēzi, veic ķermeņa svara, auguma un ķermeņa masas indeksa noteikšanu, asinsspiediena un pulsa mērījumus, sirdsdarbības un plaušu izklausīšanu, ādas un gļotādu, mutes dobuma apskati, vēdera iztaustīšanu, limfmezglu (kakla, padušu, cirkšņu) apskati un palpāciju, vairogdziedzera projekcijas novērtēšanu, krūšu dziedzeru apskati un iztaustīšanu, kā arī redzes, dzirdes, psihi, jušanas, kustību, neiroloģisko traucējumu, traumu seku novērtēšanu. No 50 gadiem papildu iepriekšminētajam tiek veikta rektāli digitālā palpācija

⁵¹WHO Global Report on hypertension, The race against a silent killer, 2023, 133, 170, 175 pages

⁵²Materia Medica "Zāļu grupas hipertensijas ārstēšanai un to kombinēšana", 2022. gada decembra izdevums, 14.lpp.

⁵³The Global Burden of Resistant Hypertension and Potential Treatment Options: Eur.Cardiol. 2024 Jun 19;19:e07. https://www.eurjournal.com/articles/global-burden-resistant-hypertension-and-potential-treatment-options?language_content_entity=en

prostatas un taisnās zarnas veselības stāvokļa izvērtēšanai. Pēc apskates veikšanas ģimenes ārsts var ieteikt papildu izmeklējumus, ārstu speciālistu konsultācijas vai arī sniegt rekomendācijas pacientam par to, kādiem veselības stāvokļa aspektiem turpmāk pievērst pastiprinātu uzmanību.

Profilaktiska medicīniska izmeklēšana ir svarīga veselības veicināšanas, savlaicīgu riska faktoru vai slimības atklāšanas, kā arī pacienta un viņa ģimenes ārsta attiecību veicināšanas sastāvdaļa, taču šāda medicīniskā izmeklēšana nav obligāti jāveic katru gadu. 2013. gadā Kanādā tika veikts pētījums par vispārējās veselības pārbaūžu lietderību, kura rezultāti liecināja, ka, lai gan palielinājās diagnosticēto slimību skaits, ikgadējās veselības pārbaudes nesamazināja saslimstību vai mirstību no sirds un asinsvadu vai vēža cēloņiem⁵⁴. Tāpēc lietderīgāk ir ieviest pasākumus, kas ir pētījumos pierādīts kā efektīvs profilaktiskās medicīnas pakalpojums savlaicīgai riska faktoru vai slimību diagnostikai. Viens no šādiem piemēriem ir valsts organizētais vēža skrīnings.

2024.gadā profilaktiskās apskates ir veiktas 56% gadījumos, savukārt 68% iedzīvotāju ģimenes ārstu praksi ir apmeklējuši no prakses reģistrēto pacientu saraksta⁵⁵. Kā norāda ģimenes ārstu asociācijas par pieaugošo profilaktisko apskati ģimenes ārsta prakse papildu finansējumu nesaņem, tāpēc šie dati par apskati ne vienmēr tiek ievadīti, kaut gan pacientam ir veikta profilaktiskā apskate.

Apkopojot Eiropas valstu pieredzi profilaktisko apskašu veikšanā pieaugušajiem, var secināt, ka Latvija pagaidām ir vienīgā valsts, kas bez valsts organizētā vēža skrīninga (krūts, dzemdes kakla, kolorektālā un prostatas vēža) un SAS riska noteikšanas ar SCORE (fatālu kardiovaskulāru notikumu risks tuvāko 10 gadu laikā) metodi un cukura diabēta skrīninga izvērtēšanas, kā arī neskaitot obligāto veselības pārbaūžu veikšanu nodarbinātajiem, veic visas populācijas visaptverošu populācijas vispārīgu skrīningu pieaugošo profilaktisko apskašu formā⁵⁶.

2024. gadā valsts apmaksātu PVA sniedza 1 201 ģimenes ārsts, pie kuriem bija reģistrēti 1 892 348 pacienti. No tiem pēdējā gada laikā ģimenes ārstu bija apmeklējuši 1 286 124 pacienti, t.i. 68%. Savukārt pēdējo trīs gadu laikā ģimenes ārstu bija apmeklējuši 1 622 310 pacientu, t.i. 85,73%⁵⁵. Ņemot vērā Latvijas valstspiederīgo skaitu, kas savu dzīvesvietu nav deklarējuši ārzemēs, pacientu aptvere, kas pēdējo trīs gadu laikā apmeklējuši savu ģimenes ārstu ir laba.

No 2018. gada 1. augusta ir ieviesta valsts apmaksāta SAS profilakses programma ar SCORE metodi. Tā paredz, ka ģimenes ārsts, izvērtējot pacientu atbilstoši noteiktām vecuma grupām, var veikt SAS riska noteikšanu ar SCORE metodi un nosūtīt pacientu tālāko izmeklējumu veikšanai. Par šāda izvērtējuma veikšanu ģimenes ārstu prakse saņem 10 EUR no valsts budžeta līdzekļiem, kurā ietilpst 25 minūšu ģimenes ārsta darba laika apmaksa. Pacientam tiek izvērtēta SAS anamnēze, ģimenes anamnēze, smēķēšanas anamnēze, arteriālais asinsspiediens, ķermeņa masas indekss un vidukļa apkārtmērs, sirds un miega artēriju auskultācija, lipdogramma (kopējais holesterīns, zema blīvuma holesterīns (ZBLH), augsta blīvuma holesterīns (ABLH), triglicerīdi) un elektrokardiogrāfija (EKG). Pēc datu iegūšanas ģimenes ārsts nosaka fatālu kardiovaskulāru notikumu risku (1-10%) tuvāko 10 gadu laikā.

8. attēlā atspoguļots veiktais SCORE izvērtējumu skaits 2023. gadā⁵⁵. Tas tika veikts 16 235 cilvēkiem, no kuriem 7,33% pacientu risks nomirt no fatāla kardiovaskulāra notikuma bija 10%, bet 15,25% - 5-9%. Šie rādītāji būtiski pieauga 2024.gadā, kurā SCORE veikts

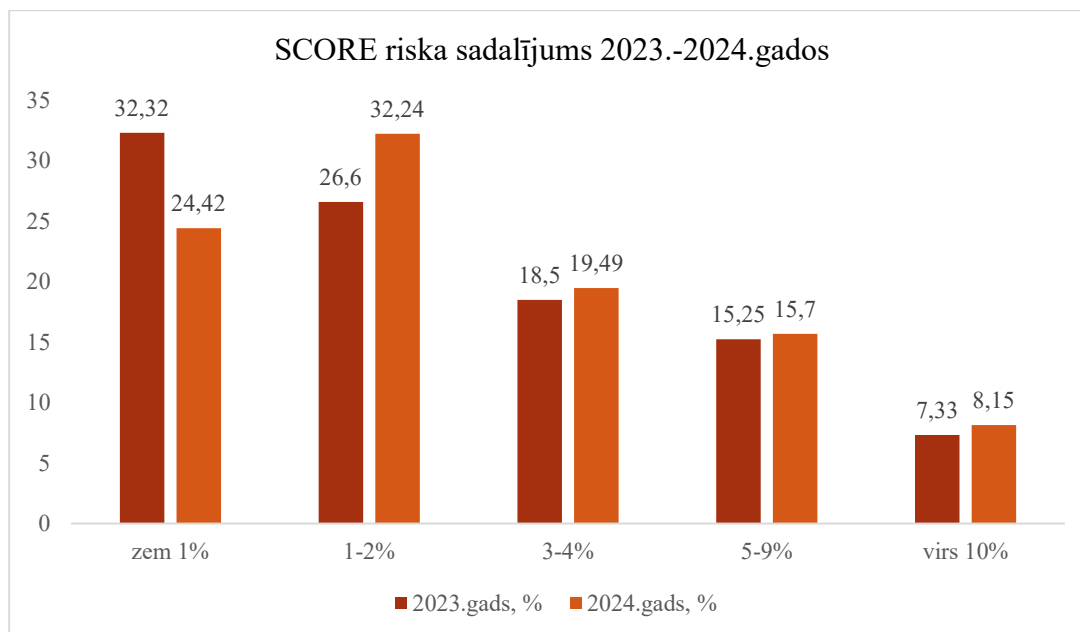
⁵⁴The College of Family physicians of Canada, Annual Physical Examination Practices by Province/Territory in Canada, August 20th 2013

⁵⁵2024.gada veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas "Vadības informācijas sistēma" NVD dati

⁵⁶Ministru kabineta 21.05.2024. sēdē pieņemtais Informatīvai ziņojums "Par primārās veselības aprūpes stiprināšanu" (24-TA-922), 24.lpp., 2.rindkopa

19 014 pacientiem, no kuriem 8,15% pacientu risks nomirt no fatāla kardiovaskulāra notikuma bija 10%, 15,7% - 5-9% un 8,15% virs 10%.

8. attēls. SCORE riska sadalījums 2023.-2024. gados⁵⁵



SCORE programmas ietvaros 2024. gadā kompensējamie statīni (preparāti holesterīna samazināšanai) izrakstīti 7 012 pacientiem, 87% recepšu ir atprečotas, t.i. medikamenti izņemti⁵⁵.

Jāņem vērā, ka SAS skrīningu ar SCORE metodi ģimenes ārstu praksē veic pacientiem 40-65 gadu vecumā vienu reizi 5 gados. 2024. gadā šajā vecuma grupā ģimenes ārstu praksēs bija reģistrēti 1,1 milj. pacientu, no kuriem SCORE izvērtējums būtu jāveic ap 215 tūkst. iedzīvotāju. 2024. gadā skrīnings tika veikts 19 tūkst. pacientu, sastādot kopējo aptveri tikai 8,87%⁵⁵⁵⁵.

Galvenie aspekti, kas traucē lietot SCORE ģimenes ārstu praksēs (informācija iegūta 2021. gadā Nacionālā veselības dienesta (NVD) sarunās ar ģimenes ārstiem), kas ir iemesls zemajam aptveres procentam:

1. Sarežģīts izpildījums. SCORE nav vienīgā profilaktiskā apskate, kas jāveic ģimenes ārsta praksē. Līdz ar to, grūti paspēt pacienta vizītes laikā (15-20 min. periodā) visu veicamo darbu apjomu;
2. SCORE veikšanas kārtība informatīvajos materiālos ir aprakstīta pārāk sarežģīti, lai to deleģētu ģimenes ārsta praksē strādājošajai māšai vai ārsta palīgam;
3. Nepieciešama SCORE digitalizācija. Digitālais kalkulators atvieglotu SCORE uzskaiti un ievadi;
4. Tālāku izmeklējumu ierobežota pieejamība. Ģimenes ārsti, kas šo pasākumu īstenoja, atzīmēja, ka zaudējuši lietderības aspektu, jo algoritmos minētie izmeklējumi pieejami dažādās vietās un to saņemšana pacientam ir ilgi jāgaida. Tādējādi, ilgstošs gaidīšanas laiks un izmeklējumu atrašanās dažādās vietās ir tie iemesli, kāpēc pacienti šo izvērtējumu līdz galam neizpilda.

Arī lipoproteīna (a) (lipīdu daļiņu paveids, kas ir SAS paaugstināta riska marķieris) līmeni ir nepieciešams izvērtēt jebkuram iedzīvotājam no 40 gadu vecuma vismaz vienu reizi mūžā. Tā līmenis ir gandrīz pilnībā atkarīgs no iedzimtiem ģenētiskiem faktoriem un

dzīvesveids to neietekmē. Marķiera līmeni ir jāņem vērā, kad tiek izvērtēts pacienta SAS risks, tanī skaitā to ir plānots ņemt vērā atjaunotajos SCORE-2 algoritmos.

No 2020. gada 1. janvāra ir ieviests arī pieaugušo pacientu cukura diabēta skrīnings - sākot no 40 gadu vecuma reizi trijos gados pacientam ar cukura diabēta riska faktoriem ir jāpārbauda cukura līmenis⁵⁷. To var veikt ātrāk, ja pacientiem konstatēti noteikti riska faktori⁵⁸. Arī perifēro artēriju slimības, kakla asinsvadu aterosklerozes un aortas aneirismu diagnostika ir jāuzlabo, sakārtojot pacientu plūsmu starp primāro veselības aprūpi (PVA) un sekundāro ambulatoro veselības aprūpi (SAVA), izstrādājot klīniskos algoritmus un pacientu ceļus.

Profilaktiskās apskates ģimenes ārsta praksē nav vienīgās veselības pārbaudes savlaicīgu veselības traucējumu diagnostikai. Ikvienam darbiniekam, kurš darbavietā tiek vai var tikt pakļauts veselībai kaitīgajiem darba vides faktoriem (arī darbam ar datoru), jāveic obligātā veselības pārbaude. Tās mērķis – nodarbinātā veselības aizsardzība, lai savlaicīgi atklātu veselības traucējumus un darba riska faktoru ietekmi uz tiem. Darba vides riski ir atkarīgi no veicamajiem pienākumiem un darba vides, kurā tie ir jāveic⁵⁹. Lielākai daļai nodarbināto veicot obligāto veselības pārbaudi Latvijā, veic laboratoriskos izmeklējumus (pilnu asins ainu vai klīnisko asins ainu), ko liela daļa darbinieku pieņem par pārbaudītu veselības stāvokli, bet diemžēl nedz cukura, nedz holesterīna līmenis šajās pārbaudes netiek pārbaudīts. Līdz ar to, lielai daļai veselu cilvēku obligātās veselības pārbaudes laikā netiek noteikts nedz SAS, nedz cukura diabēta saslimšanas risks, jo tas primāri nav saistīts ar veselības pārbaudes mērķi. Ņemot vērā, ka daudzi iedzīvotāji reti apmeklē ģimenes ārstu (2024. gada laikā ģimenes ārstu nav apmeklējuši 32% ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu⁵⁵), obligātā veselības pārbaude bieži vien ir vienīgā iespēja savlaicīgi identificēt būtiskus veselības riska faktorus. Ārstniecības personas, kas veic šīs pārbaudes, ir kompetentas noteikt gan SAS, gan cukura diabēta riskus. Tāpēc būtu lietderīgi apsvērt iespēju paplašināt izmeklējumu tvērumu, ko veic obligātās veselības pārbaudes ietvaros, piemēram, iekļaujot glikozes un holesterīna līmeņa mērījumus, lai savlaicīgi atklātu nozīmīgas veselības stāvokļa izmaiņas vai riska faktorus, kas var palielināt iedzīvotāju darbspēju un uzlabot dzīves kvalitāti ilgtermiņā.

Iedzimts ļoti augsts holesterīna līmenis var izraisīt nopietnus veselības traucējumus jau agrā bērnībā un diemžēl pat priekšlaicīgu nāvi. Ģimenes hiperholesterinēmija ir biežākā pārmantotā slimība, kas izraisa agrīnu nāvi pieaugušiem cilvēkiem, ko var diagnosticēt, profilaktiski pārbaudot holesterīna līmeni. Slimības pirmās kardiovaskulāras komplikācijas var izpausties jau 30-40 gadu vecumā⁶⁰. Kā norāda Latvijas iedzīvotāju kardiovaskulāro un citu neinfekcijas slimību riska faktoru šķēsgriežuma pētījums ģimenes hiperholesterinēmija var būt pat 17% respondentu⁷⁶. Agrīnu klīniski manifestu KSS novēro pusei vīriešu vecumā līdz 50 gadiem un katrai trešajai sievietei līdz 60 gadu vecumam. Šiem pacientiem vairumā gadījumu ir iespējams ļoti efektīvi novērst komplikāciju riskus ar pieejamām un samērā lētām holesterīnu pazeminošām terapijām, ja slimība tiek diagnosticēta agrīni un ārstēšana uzsākta savlaicīgi. Praktiski visās ES valstīs darbojas ģimenes hiperholesterinēmijas izvērtēšanas kabineti vai centri, kas nodarbojas ar ģimenes hiperholesterinēmijas un citu smagu primāru vai komplicētu hiperlipidēmiju pacientu novērtēšanu, diagnostiku, uzraudzību, uzskaiti, ārstēšanu un kaskādes skrīninga organizēšanu. Šādu pakalpojumu plānots attīstīt Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā (PSKUS). Bez māsas un kardiologa, kas specializējies ģimenes hiperholesterinēmijas un citu smagu primāru vai komplicētu hiperlipidēmiju diagnostikā un ārstēšanā, PSKUS būtu pieejams koordinators, kas sniegtu informāciju pacientiem par nepieciešamajiem izmeklējumiem, pakalpojumu saņemšanas kārtību, kā arī koordinētu

⁵⁷<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/770/download>

⁵⁸<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/772/download>

⁵⁹Ministru kabineta 2009. gada 10. marta noteikumi Nr. 219 "Kārtība, kādā veicama obligātā veselības pārbaude"

⁶⁰<https://kardiologija.lv/jaunumi/riga-notiks-pirma-starptautiska-lipidu-konference-latvijas-ģimenes-hiperholesterinēmijas-registram-10-gadi/>

kaskādes skrīninga norisi, diagnostiku un šādu pacientu dinamiskās novērošanas plāna izpildi. Savlaicīga ģimenes hiperholesterinēmijas diagnostikas un ārstēšanas uzsākšana samazina gan invazīvās kardioloģijas un perifērās revaskularizācijas intervences šiem pacientiem, kā arī novērš infarkta un insulta riskus.

Līdzšinējais SCORE algoritms balstās uz iepriekšējām Eiropas Kardioloģijas biedrības izstrādātajām dislipidēmijas ārstēšanas vadlīnijām. 2025. gada II pusgadā Eiropas Kardioloģijas biedrība publicēs atjauninātas dislipidēmijas ārstēšanas vadlīnijas, kurās būs aplūkotas izmaiņas ieteikumos dislipidēmijas ārstēšanai, pamatojoties uz jauniem pierādījumiem. Tāpēc SCORE pārskatīšanas procesā ir svarīgi ieviest arī atjaunināto vadlīniju ieteikumus.

Konstatētās problēmas/izaicinājumi:

1. Zems aptveres rādītājs paškontroles veikšanai pacientiem ar SAS riska faktoriem;
2. Latvijā izmanto SCORE algoritmu, kaut gan no 2021. gada ir pieejams atjaunotais SCORE-2 algoritms;
3. Nodalītas SAS, cukura diabēta apskates no plašās ikgadējās profilaktiskās apskates;
4. Sarežģīts esošā SCORE algoritms un digitalizācijas nepieciešamība SCORE izvērtēšanā un datu saglabāšanā;
5. Lielākai daļai nodarbināto obligātā veselības pārbaude nenosaka SAS un cukura diabēta slimību risku.

3.2. SAS un to saistīto slimību pacientu uzraudzības uzlabošana PVA un SAVA

Izmeklējumu pieejamība ir svarīga ne vien SAS savlaicīgai diagnostikai, bet arī SAS un ar to saistītu slimību novērošanai, t.i. savlaicīga slimības smaguma pakāpes un invaliditātes novēršanai vai riska mazināšanai. Gaidīšanas laiks tādu SAS izmeklējumu saņemšanai kā ehokardiogrāfija uz 2025. gada 1. aprīli 72% gadījumu veido vairāk kā 3 mēnešus. Doplerogrāfijas (asinsvadu pārbaudes) gadījumā kāju asinsvadu izmeklēšanā gaidīšanas laiks ilgāks par 3 mēnešiem vērojams 55% gadījumu, bet galvas un kaklu asinsvadu pārbaudei – 67% gadījumu (skatīt 2. tabulu).

2. tabula. SAS izmeklējumu gaidīšanas rindu garums uz 2025. gada 1. aprīli⁶¹

	<i>Doplerogrāfija galvas un kakla asinsvadiem</i>	<i>Doplerogrāfija kājas asinsvadiem</i>	<i>Velo- ergometrija</i>	<i>Ehokardiogrāfija</i>	<i>EKG</i>
Pakalpojumu sniedzēju skaits	78	56	55	81	93
Iestāžu skaits, kurās rindas garums ir:					
<10 dienām	0	0	5	0	75 (81%)
<30 dienām	3	7	7	1	10
<3 mēnešiem	23 (29,5%)	18 (32%)	19 (34,5%)	22 (27%)	1
3-5 mēnešiem	15 (19%)	8 (14%)	7 (13%)	18 (22%)	0
>5 mēneši	37 (47%)	23 (41%)	17 (31%)	40 (49%)	6

⁶¹NVD dati, kas iegūti no NVD līgumiestāžu iesniegtajiem “Pārskats par rindas garumu valsts apmaksātu plānveida ambulatoro pakalpojumu saņemšanai”

Uzlabojot SAS diagnostisko izmeklējumu pieejamību, būtiski ir ne tikai pārskatīt izmeklējumu veikšanas kompetences un standartus, bet arī pārskatīt tarifu. Inflācija Latvijā ir būtiski palielinājusies pēdējo gadu laikā, valsts finansējums šo izmeklējumu aparātūras ekspluatācijai vai iegādei nav.

Virkne hronisku saslimšanu ir saistītas savā starpā, piemēram, arteriālā hipertensija un hroniska nieru slimību, ģeneralizēta ateroskleroze un cukura diabēts u.t.t. Multimorbiditāte, ko definē kā divu vai vairāku hronisku saslimšanu vienlaicīgu sastopamību, ir kļuvusi par prioritāti daudzu veselības politikas veidotāju un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba kārtībā. Pacienti ar multimorbiditāti ļoti daudz izmanto veselības aprūpes resursus un ir vieni no visdārgākajiem un visgrūtāk ārstējamiem pacientiem Eiropā⁶². Tāpēc SAS kontekstā ļoti būtiska ir hronisku saslimšanu uzraudzība un šo pacienta līdzestība, lai nodrošinātu to, ka cukura diabēts un hroniska nieru slimība ir optimāli novērotas un abas slimības ir kompensētas.

SAS saslimšanu diagnostikā un hronisku pacientu uzraudzībā ir svarīga ne vien ģimenes ārstu kapacitāte (t.i. ģimenes ārstu skaits), bet arī sekundāro veselības aprūpes speciālistu resurss. Svarīgs ir kardiologa, endokrinologa, neirologa, asinsvadu ķirurga un nefrologa specialitātē esošo speciālistu skaits gan pakalpojumu plānošanas, gan pakalpojumu pieejamības nodrošināšanas kontekstā.

Gaidīšanas laiks tādu speciālistu konsultāciju saņemšanai, kas nepieciešami ar SAS un to saistītu slimību dinamiskai novērošanai vai diagnostikai, uz 2025. gada 1.aprīli ir dažāds. Endokrinologa konsultācijas saņemšanai 68% gadījumu jāgaida ilgāk par 3 mēnešiem. Kardiologa konsultācijas saņemšanai gaidīšanas laiks 44% gadījumu veido vairāk kā 3 mēnešus. Nefrologa konsultācijas jāgaida ilgāk par 3 mēnešiem – 40,5% gadījumu, neirologa – 33,6% un asinsvadu ķirurga 87,5% gadījumu (skatīt 3. tabulu).

3. tabula. Speciālistu gaidīšanas rindu garums uz 2025. gada 1. aprīli⁶¹

	<i>Endokrinologs</i>	<i>Kardiologs</i>	<i>Nefrologs</i>	<i>Neirologs</i>	<i>Asinsvadu ķirurgs</i>
Pakalpojumu sniedzēju skaits	85	86	37	119	8
Iestāžu skaits, kurās rindas garums ir:					
<10 dienām	4	1	6	8	0
<30 dienām	3	12	6	25	1
1-3 mēnešiem	20 (23,5%)	35 (41%)	10 (27%)	46 (39%)	0
3-5 mēnešiem	19 (22%)	13 (15%)	6 (16%)	13 (11%)	5 (62,5%)
>5 mēneši	39 (46%)	25 (29%)	9 (24%)	27 (23%)	2 (25%)

9. attēlā atspoguļota ģimenes (vispārējās prakses) ārsta, endokrinologa, kardiologa, nefrologa, neirologa, asinsvadu ķirurga specialitāšu attīstības dinamika no 2022.-2028. gadam⁶³. 2024. gadā pietiekošs speciālistu skaits darbaspējīgā vecumā (no pamatdarbā strādājošiem) ir kardioloģijā un neiroloģijā. Savukārt, asinsvadu ķirurģijā pietiekošs speciālistu

⁶²Rokas Navickas, Vesna-Kerstin Petric, Andrea B Feigl, Martin Seychell J Comorb. 2016 Feb 17;6(1):4–11. doi: [10.15256/joc.2016.6.72](https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.72) Multimorbidity: What do we know? What should we do?

⁶³<https://www.vm.gov.lv/lv/specialitasu-attistibas-dinamika-rezidenturas-vietu-skaita-planosana>

skaitis, ieskaitot jaunos speciālistus (pagājušā gada rezidentūru beigušos). Nepietiekošs ārstu skaits 2024. gadā un iepriekš vērojams ģimenes medicīnā, endokrinoloģijā un nefroloģijā.

2028. gadā endokrinoloģijā un nefroloģijā plānots šo skaitu palielināt līdz rekomendēto ārstu skaitam. Savukārt, ģimenes medicīnā šī prognoze paliek nemainīgi negatīva gan ģimenes ārstu paaudžu nepietiekošas nomaiņas dēļ, gan zemās rezidentūras pretendentu intereses dēļ. 2024. gadā ģimenes medicīnas rezidentūras vietu skaits netika aizpildīts. Tas nozīmē, ka hronisko pacientu uzraudzības pakalpojumu apjoms prognostiski var pārvirzīties uz SAVA speciālistu pleciem, ja laicīgi netiks uzsākti pakalpojumu organizācijas uzlabošanas pasākumi ģimenes ārstu praksēs.

9. attēls. Ģimenes (vispārējās prakses) ārsta, endokrinologa, kardiologa, nefrologa, neirologa, asinsvadu ķirurga specialitāšu attīstības dinamika⁶³



Eiropas Sociālā Fonda līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0./15/I/001 „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” īstenošanai tika veikti iepirkumi un atbilstoši noslēgti līgumi par klīnisko vadlīniju identificēšanu un tām atbilstošo klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un indikatoru izstrādi prioritārajās veselības jomās. Darbs tika veikts 2018.-2023. gados, kā rezultātā izstrādāts profesionāliem praktiski pielietojamu dokumentu kopums sirds un asinsvadu, garīgās (psihiskās) veselības, perinatālā perioda, bērnu, onkoloģijas un Covid-19 infekcijas jomās.

Dokumentu izstrādi veikuši Latvijas vadošie attiecīgo jomu speciālisti, balstoties uz pasaulē plaši pielietotām starptautiski atzītu organizāciju aprobētām klīniskajām vadlīnijām, pielāgojot tajās ietvertos ieteikumus Latvijas situācijai. Izstrādātie klīniskie algoritmi un klīniskie ceļi paredzēti, lai veicinātu ārstniecības personu vienotu rīcību, sniegtu atbalstu

lēmumu pieņemšanā, tā rezultātā nodrošinot pacientam kvalitatīvus un drošus veselības aprūpes pakalpojumus iespējami īsākā laika posmā un izvairoties no nepamatotiem izdevumiem.

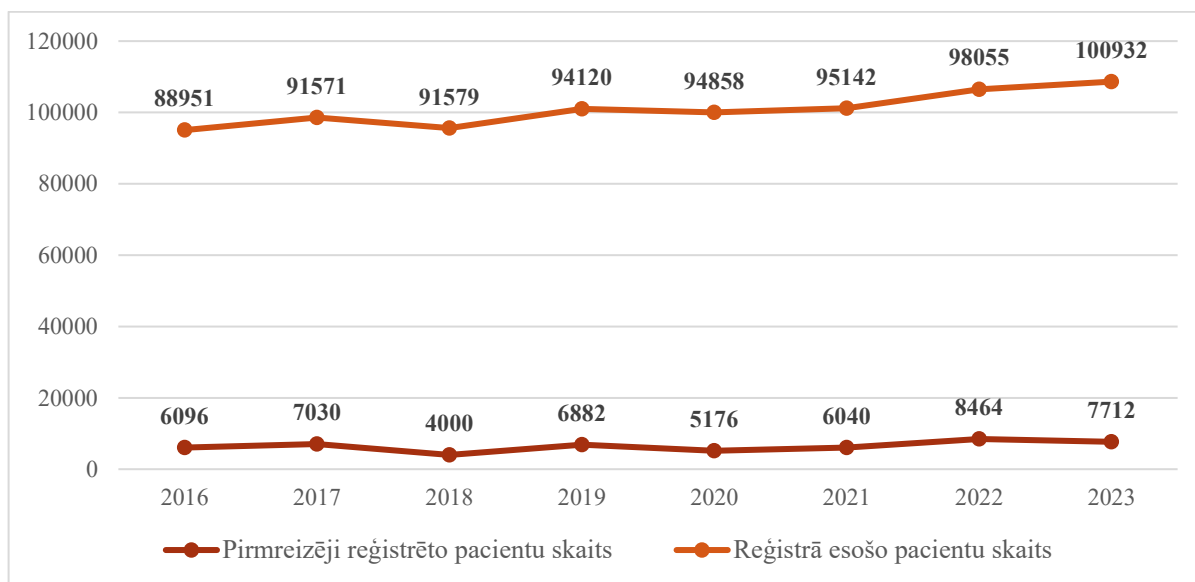
Nedz endokrinoloģijas, nedz nefroloģijas, nedz asinsvadu (izņemot koronāro) nozaru jomā klīnisko algoritmu un pacientu ceļu nav, tāpēc var novērot diskoordinētu pacientu plūsmu, esošo speciālistu pārslodzi un dažāda apjoma zināšanu pielietojumu ģimenes ārstu praksēs, kas noved pie tā, ka dažādas slimības smaguma pakāpes pacienti rindā pakalpojuma saņemšanai gaida vienādu laiku.

3.2.1. Cukura diabēta pacientu aprūpe

Pēc PVO sniegtās informācijas ar cukura diabētu slimojošo cilvēku skaits no 200 miljoniem 1990. gadā pieauga līdz 830 miljoniem 2022. gadā. Diabēta izplatība straujāk pieaug valstīs ar zemiem un vidējiem ienākumiem nekā valstīs ar augstiem ienākumiem. Diabētu var ārstēt un novērst vai aizkavēt tā sekas, izmantojot diētu, fiziskās aktivitātes, medikamentus, regulāri veicot pārbaudes un ārstējot komplikācijas⁶⁴.

2022., 2023. gadā salīdzinot ar 2016. gadu pirmreizēji reģistrēto cukura diabēta pacientu skaits pieaug (skatīt 10. attēlu)⁶⁵. 2023. gadā reģistrā esošo pacientu skaits ar diagnosticētu cukura diabētu sasniedz 100 tūkst. atzīmi.

10. attēls. Pirmreizēji reģistrēto un reģistrā esošo pacientu skaits ar diagnosticētu cukura diabētu (E10-E14 pēc SSK-10) 2016.-2023.gadā, absolūtais skaits



Cukura diabēta pacientu organizācija “Latvijas Diabēta federācija” un Latvijas Diabēta asociācija ir vērsusi uzmanību, ka cukura diabēta pacientu ārstēšanā joprojām neapmierinošas ir gan diabēta kontroles un uzraudzības iespējas, gan pieaugošās izmaksas, kas saistītas ar komplikācijām.

Šīs slimības ārstēšanas panākumi par vismaz 90% atkarīgi no pacienta līdzestības, kas šajā gadījumā ir sinonīms atbilstošam dzīvesveidam: pareizs uzturs, liekā svara samazināšana un regulāras fiziskās aktivitātes. Lai gan šobrīd Latvijā cukura diabēta ārstēšanai iegādājami moderni medikamenti, neviens no tiem nevar aizstāt paša pacienta ieguldījumu savā veselībā⁶⁶. Tāpēc ir nepieciešams finanšu resursa ieguldījums gan pacienta līdzestības veicināšanai, gan pareiza uztura apmācībai cukura diabēta dinamiskā novērošanas plānā.

⁶⁴<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>, 14.11.2024

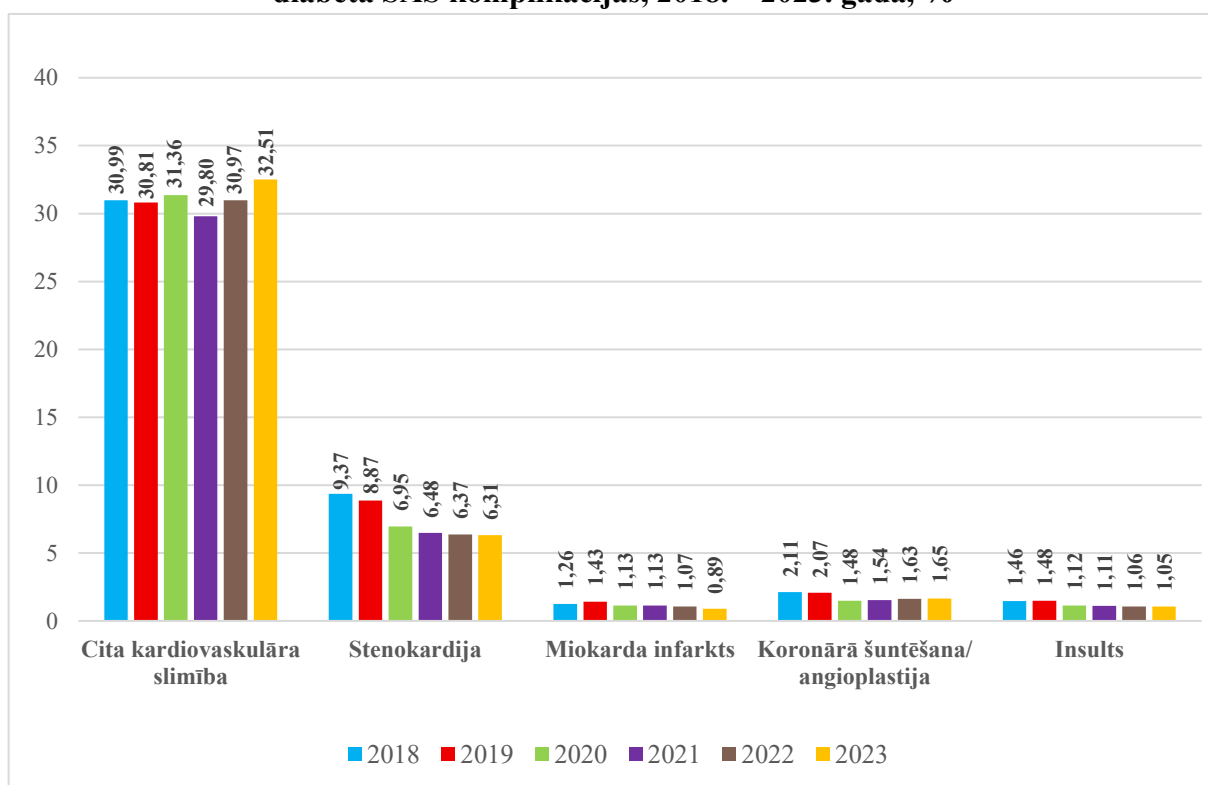
⁶⁵SPKC, Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuriem diagnosticēts cukura diabēts.

⁶⁶Doctus, 2.tipa cukura diabēts. S.Paudere-Logina, R.Helda. Hronisku komplikāciju slogs, 18.04.2024

Cukura diabēts izraisa virkni komplikāciju - aklumu, nieru mazspēju, miokarda infarktu, insultu un apakšējo ekstremitāšu amputāciju. 2021. gadā cukura diabēta un tā izraisītas nieru slimības izraisīja vairāk nekā 2 miljonus nāves gadījumu, kā vēsta PVO. Turklāt aptuveni 11% nāves gadījumu no SAS izraisītajiem nāves gadījumiem izraisīja paaugstināts glikozes līmenis asinīs⁴⁷.

Latvijā cukura diabēta pacientu reģistrā tiek uzkrāti dati par cukura diabēta slimnieku ārstēšanu, izmeklējumiem un novērotajiem sarežģījumiem. Īpatsvars SAS slimībām rēķināts uz pacientu skaitu, kuriem konkrētajā gadā aktualizēta informācija “Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā” (turpmāk – Reģistrs) (skatīt 11. attēlu)⁶⁷. Laika periodā no 2020. gada līdz 2023. gadam pieauga cukura diabēta pacientu koronārā šuntēšanas/angioplastijas gadījumu īpatsvars, bet miokarda infarkta un stenokardijas gadījumi mazinās kopā 2018./2019.gada. Savukārt saslimstība ar citām kardiovaskulārām slimībām no 2018. gadam līdz 2023. gadam ir pieaugusi.

11. attēls. Reģistrā esošo cukura diabēta pacientu īpatsvars, kuriem konstatētas cukura diabēta SAS komplikācijas, 2018. – 2023. gadā, %



Makulopātijas, akluma, retinopātijas gadījumu īpatsvars tiek rēķināts uz pacientu skaitu, kuriem pēdējo 12 mēnešu laikā veikta acu pārbaude. No 2018. gada līdz 2023. gadam retinopātijas un makulopātijas īpatsvars ir mazinājies, bet aklums kopš 2018. gada šo pacientu vidū sastopams nemainīgi. Lai novērstu akluma attīstību un retinopātijas, makulopātijas pasliktināšanos, nepieciešams palielināt intravitreālo injekciju skaitu cukura diabēta pacientiem, tādējādi uzlabojot gan pacientu dzīves kvalitāti, gan ietaupot valsts līdzekļus funkcionālu traucējumu (akluma) aprūpei.

Mijklibošanas (no latīņu val. *Claudicatio intermittens*), svaigu čūlu/gangrēnu, šuntēšanu/angioplastiju, perifēro neiropātijas un apakšējo ekstremitāšu amputāciju gadījumu īpatsvars rēķināts uz pacientu skaitu, kuriem pēdējo 12 mēnešu laikā veikta pēdu pārbaude. No 2018. gada līdz 2023. gadam perifēro neiropātijas gadījumu skaits ir mazinājies, bet kāju vai pēdu amputāciju, svaigu čūlu vai gangrēnu un kāju asinsvadu šuntēšanu/angioplastiju īpatsvars

⁶⁷<https://www.spkc.gov.lv/lv/cukura-diabets>

kopš 2018. gada paliek nemainīgs. Tāpēc ir nepieciešams nodrošināt kompleksu un operatīvu ārstēšanu cukura diabēta pacientiem ar diabēta pēdu amputācijas vai invaliditātes riska mazināšanai.

Pacientiem pēc akūta notikuma (piemēram, akūta koronāra sindroma (AKS) vai insulta) vai hroniskas slimības (dekompensēta sirds mazspēja vai mirdzaritmija) dekompenācijas ārstēšanas vai intervences stacionārā nepieciešams intensificēts dinamiskās novērošanas plāns stacionārā ārstniecības iestādē, kas sevī iekļauj ne vien regulāru izmeklējumu veikšanu un speciālistu konsultāciju saņemšanu, bet arī specifiskāku, personalizētāku aprūpes plānu. Šādas novērošanas nesaņemšanas gadījumā šiem pacientiem ir palielināts risks atkārtotu notikumu un invaliditātes attīstībai vai būtiskai veselības stāvokļa pasliktināšanās progresēšanai. Tāpēc, ņemot vērā ģimenes ārstu resursu, speciālistu noslodzi un apjomīgo gaidīšanas laiku SAS saslimšanu izmeklējumu saņemšanai, ir plānots kardioloģiskās aprūpes kabinetu pilotprojekts, kas ietver piecu kabinetu izveidi - Liepājā, Daugavpilī, Valmierā un Rīgā (divi). Pacienti pēc SAS akūtas vai hroniskas slimības saasinājuma, t.i. notikuma vai intervences stacionārā, varēs saņemt dinamisko novērošanu šajos kabinetos vienu gadu pēc stacionēšanas. Šāda pakalpojuma saņemšanai pacientus nosūtīs stacionārs un sniegs rekomendācijas, izrakstoties no stacionāra. Šajā kabinetā būs pieejama kardiologa, t.sk. aritmologa un neirologa konsultācijas un plašs SAS izmeklējumu klāsts (EKG, ehokardiogrāfija, veloergometrija, Holtera monitorēšana, asinsspiediena monitorēšana, doplerogrāfija), kā arī elektrokardiosimulatoru darbības pārbaude un programmēšana. Tādējādi pacientiem ar akūtu notikumu vai hroniskas slimības dekompenāciju tiks nodrošināts intensificēts dinamiskās novērošanas plāns, tādējādi uzlabojot pacientu slimības iznākumu, mazinot invaliditātes progresu vai attīstību un palielinot pacienta dzīves kvalitāti. Šo kabinetu piedāvāto pakalpojumu klāstā 20% apjoma veidos aritmoloģiskie pacienti, tādējādi veicinot arī ambulatoro aritmoloģisko pakalpojumu attīstību Latvijā. Savukārt pacienti pēc insulta – 40% no plānotā pacientu skaita šajos kabinetos. Insulta pacientiem pēc izrakstīšanās no stacionāra šajos kabinetos paredzēta neirologa konsultācija un doplerogrāfijas izmeklējums galvas un kakla asinsvadiem.

Konstatētās problēmas/izaicinājumi:

1. Aprūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība SAS pacientiem - dažādas slimības smaguma pakāpes pacienti rindā pakalpojuma saņemšanai gaida vienādu laiku;
2. Klīnisko algoritmu un pacientu ceļu neesamība endokrinoloģijas, nefroloģijas, asinsvadu (izņemot koronāro) jomās;
3. Nekoordinēta pacienta pāreja no stacionārās aprūpes uz ambulatoro aprūpi pēc akūta notikuma (piemēram, miokarda infarkta vai insulta) vai hroniskas slimības (dekompensēta sirds mazspēja vai mirdzaritmija) dekompenācijas ārstēšanas vai intervences stacionārā;
4. Nepieciešami pasākumi hronisku pacientu uzraudzības uzlabošanai, pacientu līdzestības veicināšanai gan medikamentu lietošanā, gan veselīga uztura un fizisko aktivitāšu nozīmei slimības attīstībā.

3.3. Pacientu līdzestība un medikamentu pieejamības uzlabošana

Līdzestības trūkums ir atzīts par galveno barjeru kardiovaskulārās mirstības mazināšanā - kardiovaskulāro slimību gadījumā līdzestīgi ir tikai ~50% pacientu, un tas ir iemesls novēršamiem kardiovaskulāriem notikumiem un nāvei^{68,69,70}.

Uzlabojot līdzestību, ārstēšana kļūst efektīvāka, samazinās kardiovaskulāro notikumu skaits, kas ietaupa valsts izmaksas nopietnu kardiovaskulāru problēmu un to seku ārstēšanai, samazinās priekšlaicīga mirstība un palielinās veselīgi nodzīvoto gadu skaits⁷¹. Tāpēc ir svarīgi vērst uzmanību šiem jautājumiem gan izglītojot sabiedrību, gan veicinot praktiskus un zinātnē balstītus risinājumus līdzestības veicināšanai, gan izstrādājot pacientu ārstēšanu regulējošus noteikumus.

Viens no būtiskiem aspektiem, kas minēts starptautiskās vadlīnijās un uzlabo pacientu līdzestību, ir lietojamo tablešu skaita samazinājums^{68,72}. Piemēram, hipertensijas gadījumā fiksētas medikamentu kombinācijas vadlīnijās tiek rekomendētas jau no paša terapijas sākuma, un visi antihipertensīvie medikamenti saskaņā ar vadlīnijām būtu jālieto fiksētās kombinācijās^{73,74}. Tāpat fiksētas medikamentu kombinācijas rekomendētas dislipidēmijas, sirds mazspējas, cukura diabēta un citu slimību ārstēšanā⁶⁸. Latvijā papildus tiem faktoriem, kas līdzestību ietekmē visā pasaulē (tablešu skaits, pacientu izpratne par slimību un ārstēšanu, apmierinātība/neapmierinātība ar veselības aprūpi, pacientu uzticēšanās, medikamentu cena utt.), līdzestību ietekmē arī zāļu mainība, kas saistīta ar Latvijas kompensācijas sistēmu.

SPKC veiktā Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2022. gada dati apstiprina pacientu līdzestības problēmas medikamentu lietošanā (skatīt 11. attēlu). No pacientiem, kuriem ārsts izrakstījis medikamentus hipertensijas ārstēšanai, pēdējo divu nedēļu laikā medikamentus regulāri nav lietojuši 31% vīriešu un 17% sieviešu⁷⁵.

⁶⁸2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies European Heart Journal (2021) 42, 3227-3337 doi:10.1093/eurheartj/ehab484

⁶⁹Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. Eur Heart J. 013;34:2940–8

⁷⁰Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. Medicina 2019, 55, 715; doi:10.3390/medicina55110715

⁷¹Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. Giovanni Corrao, Andrea Parodi, Federica Nicotra, Antonella Zambon, Luca Merlino, Giancarlo Cesana and Giuseppe Mancina. Journal of Hypertension 2011, 29:610–618

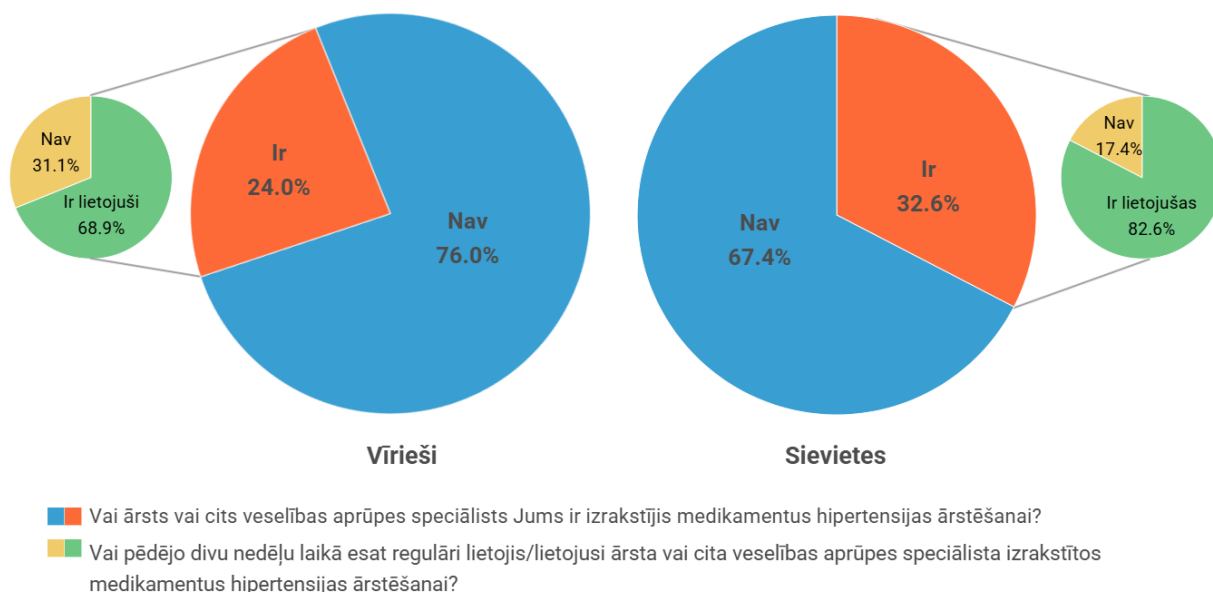
⁷²Fixed-Dose Combinations Improve Medication Compliance: A Meta-Analysis. Sripal Bangalore, MD, MHA, Gayathri Kamalakkannan, MD, MPH, Sanobar Parkar, MD, MPH, Franz H. Messerli, MD, FACC. The American Journal of Medicine (2007) 120, 713-719

⁷³2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). Mancina, Kreutz et al. Journal of Hypertension 2023, 41:000–000.

⁷⁴2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension, McEvoy et al, European Heart Journal (2024) 00, 1–107 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178> 2024

⁷⁵<https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-iedzivotaju-veselibu-ietekmejosie-paradumi>

11. attēls. Respondentu (15-74 g.v.) īpatsvars pa dzimumiem 2022. gadā, kuriem ārsts vai cits veselības aprūpes speciālists ir izrakstījis medikamentus hipertensijas ārstēšanai un kuri pēdējo divu nedēļu laikā tos ir lietojuši, %



Pēc kardiovaskulāro slimību riska faktoru šķērsgrīzuma pētījuma datiem ārsta izrakstītos medikamentus pastāvīgi lieto 85% respondentu ar arteriālo hipertensiju⁷⁶.

Savukārt, augsta riska pacientu grupām vispirms būtiska ir paaugstināta holesterīna līmeņa un asinsspiediena mazināšana, tad secīgi citu faktoru ietekmes mazināšana. Uzsākot riska faktoru mazināšanu/ārstēšanu (t.sk., zāļu lietošanu), jāņem vērā, ka vienlaicīgi jāpārliedzina pacients mainīt arī veselībai kaitējošos paradumus. Starptautiski pētījumi rāda, ka pat pēc kardiovaskulārā notikuma lielākā daļa pacientu turpina neveselīgu dzīvesveidu attiecībā uz smēķēšanu, neveselīgu uzturu un mazkustību, kas diemžēl traucē sasniegt ārstnieciskos mērķus⁷⁷. Tas apliecina, ka riska faktoru izplatības mazināšana un novēršana nav tikai vispārējās populācijas problēma, bet attiecas arī uz saslimušajām personām.

Līdzestības veicināšana ir viens no visvienkāršākajiem veidiem, kā uzlabot kardiovaskulāro slimību ārstēšanas efektivitāti un samazināt valsts izmaksas par iedzīvotāju veselības aprūpi⁷⁸. PVO definē, ka ir izšķiroši ieviest tādas stratēģijas un pieejas, kas uzlabo pacientu līdzestību attiecībā uz antihipertensīvajiem medikamentiem⁷⁹. Papildu pacientu līdzestības veicināšanas pasākumiem paredzēts arī samazināt iedzīvotāju izdevumus kompensējamo SAS medikamentu iegādei no 75% uz 100%. Paredzēts arī iekļaut valsts apmaksātu nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēmu pacientiem pēc 18 gadu vecuma (līdz 24 gadu vecumam), kas lietojuši nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēmu, lai veicinātu jauniešu iesaisti savas slimības uzraudzībā un monitorēšanā.

⁷⁶<https://www.esparveselibu.lv/petijums/latvijas-iedzivotaju-kardiovaskularo-un-citu-neinfekcijas-slimibu-riska-faktori>

⁷⁷Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry; <https://doi.org/10.1177/204748731882535>

⁷⁸Economic impact of medication nonadherence by disease groups: a systematic review. Cutler RL, et al. BMJ Open. 2018 Jan 21;8(1):e016982.

⁷⁹Priorities for research on hypertension care delivery. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Jāņem vērā, arī tas, ka, progresējot medicīnai, arī medikamenti kļūst modernāki – vieglāk un retāk lietojami, ar mazāku mijiedarbību ar uzturu un vēl efektīvāku komplikāciju attīstības novēršanu. Vieni no šādiem medikamentiem ir antikoagulanti, kas palīdz novērst asins recekļu veidošanos. Tos lieto cilvēkiem ar augstu trombu veidošanās risku, lai samazinātu iespēju saslimt ar nopietnām slimībām, piemēram, insultu un infarktu. Vēsturiski vecākais antikoagulants ir varfarīns, kas ir lētākais šīs grupas medikaments. Lietojot varfarīnu, nepieciešama regulāra laboratoriska uzraudzība, pacientam ir rūpīgi jāseko līdzi savam uzturam (medikamenta mijiedarbības ar ēdienu dēļ), kā arī ir vajadzīgi antidoti (viela, ko lieto pārdozēšanas gadījumā) masīvas asiņošanas pārtraukšanai. Minēto faktoru kopums nosaka to, ka pacientu līdzestība šī medikamenta lietošanā ir sevišķi apgrūtināta.

Pēdējās desmitgadēs antikoagulācijas iespējas ir nozīmīgi paplašinājušās, paverot vārtus tiešo perorālo antikoagulantu (TOAK) ērai trombembolisku notikumu profilaksē un ārstēšanā⁸⁰. Šobrīd TOAK (*Apixabanum*, *Dabigatranum*, *Edoxabanum*, *Rivaroxabanum*) ar noteiktiem kritērijiem tiek kompensēti 75% apmērā pacientiem ar mirdzaritmiju un 100% apmērā cukura diabēta pacientiem ar mirdzaritmiju. TOAK saņemšanas indikācijas Latvijā ir daudz plašākas nekā kompensējamo medikamentu saraksts to atļauj. Eiropas Asinsvadu ķirurģijas biedrības 2023. gada klīniskās prakses vadlīnijas (asinsvadu slimību antitrombotiskajai terapijai) un Eiropas Kardiologu biedrības 2019. gada klīniskās prakses vadlīnijas uzsver, ka īpaši būtiski ir to lietot dziļo vēnu trombozes (DzVT)⁸¹ un plaušu trombembolijas (PATE)⁸² gadījumos.

Svarīgākie ieguvumi TOAK gadījumā:

- ✓ vieglāk un ērtāk lietojams pacientiem;
- ✓ labāka pacientu līdzestība ārstēšanai;
- ✓ mazāks risks asiņošanai. 2023.gadā atjauninātos Amerikas Geriātriskās asociācijas *Beers* kritērijos aicināts izvairīties no varfarīna senioriem, ja vien nav citu kontrindikāciju;
- ✓ iespējami mazāks kaulu lūzumu risks salīdzinājumā ar varfarīnu;
- ✓ retāka nepieciešamība laboratorisko parametru uzraudzībai nekā heparīna un varfarīna lietotājiem;
- ✓ ērtāka farmakokinētika. Varfarīns salīdzinoši biežāk var reaģēt uz izmaiņām diētā, citu medikamentu paralēlu lietošanu, kuņģa-zarnu trakta slimībām utt⁸⁰.

Konstatētās problēmas/izaicinājumi:

1. Polifarmācija, tablešu skaits, pacientu izpratne par slimību un ārstēšanu, apmierinātība/neapmierinātība ar veselības aprūpi, pacientu uzticēšanās, medikamentu cena un zāļu mainība terapijas laikā, kas saistīta ar Latvijas kompensācijas sistēmu terapijas laikā, ietekmē pacienta līdzestību;
2. Pat pēc kardiovaskulārā notikuma lielākā daļa pacientu turpina neveselīgu dzīvesveidu attiecībā uz smēķēšanu, neveselīgu uzturu un mazkustību, kas traucē sasniegt ārstnieciskos mērķus;
3. Latvijā ir šaurs pacientu loks TOAK saņemšanai;
4. Zāļu iegādes kompensācijas sistēma nodrošina cukura diabēta pacientiem iespēju saņemt ārstēšanai nepieciešamos medikamentus, kurus pilnībā (100%) apmaksā valsts, savukārt SAS pacientiem valsts apmaksā ārstēšanai nepieciešamos medikamentus daļēji (50-75%).

⁸⁰<https://www.doctus.lv/raksts/medicina-un-farmacija/kliniska-prakse/antikoagulacija-musdienas.-tieso-peroralo-antikoagulantu-zime-6000/>

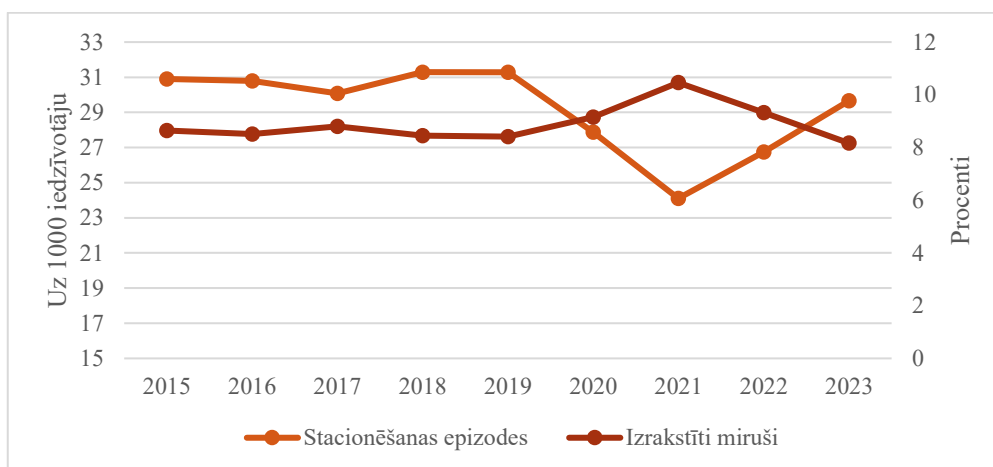
⁸¹European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on Antithrombotic Therapy for Vascular Diseases

⁸²ESC Clinical Practice Guidelines on Acute Pulmonary Embolism, 2019.

3.4. Stacionārā aprūpe un gaidīšanas laiks stacionāro pakalpojumu saņemšanai

Ik gadu SAS dēļ (pamatdiagnoze stacionārās kartēs) ir ap 50-60 tūkstoši hospitalizāciju (2023. gadā 55,7 tūkstoši), kad aprūpe stacionārā sniegta ap 40 tūkstošiem unikālo pacientu (2023. gadā 41 tūkst.). No tām aptuveni trešā daļa ir plānveida un $\frac{2}{3}$ ir akūtas hospitalizācijas (2023. gadā attiecīgi 37% un 63%). No akūti stacionētajiem pacientiem ar SAS ceturtda daļa ir vecumā līdz 64 gadiem. 12. attēlā atspoguļots, ka pandēmijas laikā būtiski samazinājās gan plānoto, gan akūto stacionāro epizožu skaits ar SAS kā pamatdiagnozi - 2021. gadā SAS stacionāro epizožu relatīvais skaits (uz 1 000 iedz.) bija par 23% mazāks nekā 2019. gadā. 2023. gadā šis rādītājs gandrīz atgriezies pirmspandēmijas perioda līmenī⁸³.

12. attēls. Hospitalizācijas SAS dēļ 2015.-2023. gados, uz 1 000 iedzīvotāju



No stacionētajiem pacientiem, kas hospitalizēti SAS dēļ, vidēji 8-9% nomirst stacionārā. Pandēmijas laikā mirušo īpatsvars pieauga, 2021. gadā pārsniedzot 10%. 2023. gadā šis rādītājs samazinājies līdz 8,2%.

3.4.1. Akūta koronāra sindroma (AKS) pacientu aprūpe stacionārajās ārstniecības iestādēs

Veselības inspekcijas sadarbībā ar Latvijas Universitātes Kardioloģijas un reģeneratīvās medicīnas institūta darba grupu 2023. gadā veica tematisku pārbaudi par AKS pacientu aprūpi stacionārajās ārstniecības iestādēs 2021. gadā. Pārbaudes mērķis - konkrētās mērķa grupas sniegtās veselības aprūpes atbilstība vadlīnijām un algoritmiem, kā arī priekšlikumu sagatavošana situācijas pilnveidei.

No 15 stacionāriem pēc nejaušības principa, ievērojot pacientu sadalījumu pa trīs grupām (izrakstīti, pārvesti, miruši), tika atlasītas 144 stacionāro pacientu medicīniskās kartes (SPMK), 4. tabulā atspoguļots stacionāro pacientu sadalījums (izrakstīti, pārvesti un miruši).

⁸³Nacionālā veselības dienesta dati (SPKC aprēķini, izmantojot Veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes monitorēšanas sistēmu)

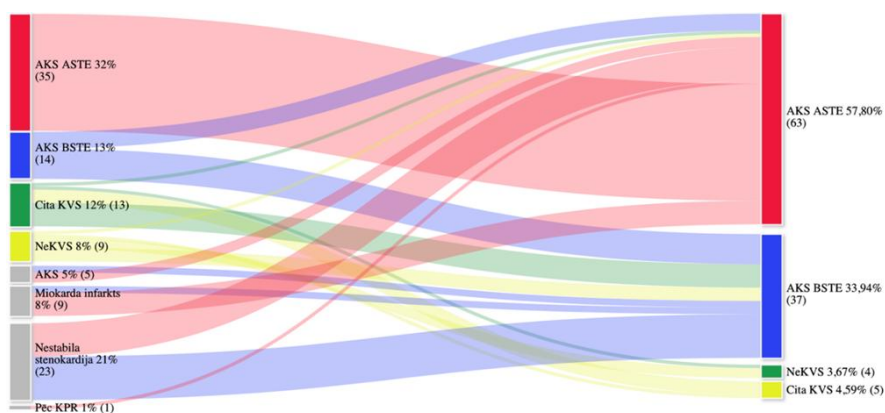
4. tabula. 2023. gada tematiskās pārbaudes pacientu sadalījums pa slimnīcu līmeņiem⁸⁴

Slimnīca	Slimnīcu skaits	Visi pacienti N (%)	Izrakstīti N (%)	Pārvesti N (%)	Miruši N (%)
II līmeņa slimnīcās	3	14 (9,7)	2 (1,4)	8 (5,6)	4 (2,8)
III līmeņa slimnīcās	5	50 (34,5)	12 (8,4)	27 (18,9)	11 (7,7)
IV līmeņa slimnīcās	6	80 (55,8)	23 (15,9)	29 (19,9)	28 (19,4)
Kopā		144 (100)	37 (25,7)	64 (44,4)	43 (29,9)

Visās auditētajās slimnīcās bija nodrošināta AKS pacientu aprūpei nepieciešamo speciālistu pieejamība, t.i. internista un anesteziologa-reanimatologa pieejamība 24 stundas diennaktī⁸⁴. Kardiologa pakalpojumi 24 stundas diennaktī nodrošināti astoņās slimnīcās. Vienā slimnīcā kardiologs pieejams visu diennakti tad, kad iekrīt kardiologa dežūras, pārējā laikā – darba dienās darba laikā. Vēl vienā slimnīcā kardiologs pieejams darba dienās darba laikā. Savukārt, kardiologa ambulatoras konsultācijas nodrošinātas četrās. Kardiologa pakalpojumi nav pieejami vienā slimnīcā.

Auditora diagnozes sakritība ar neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) un uzņemšanas nodaļas diagnozi atspoguļota 13.attēlā.

13.attēls. 2023. gada tematiskās pārbaudes laikā konstatēto NMP etapā uzlikto diagnožu sakritība



Reperfūzijas stratēģija pacientiem ar AKS ar ST (EKG atradne) elevāciju ir uzlabojama. Apmēram ceturtdaļā gadījumu pacientiem nav veikta fibrinolīze (trombā esošā fibrīna, asins recekļu šķīdināšana) un invazīva stratēģija nav veikta vai plānota. Fibrinolīze netika veikta 18 pacientiem (25,7%) no pirmreizējo hospitalizēto pacientu skaita un 6%, iespējams, nepamatoti. Jāsamazina arī laiks no hospitalizācijas brīža līdz fibrinolītiskā aģenta ievadīšanai (mazāk nekā 10 minūtes), jo mediānais laiks no hospitalizācijas brīža līdz fibrinolīzei bija 50,5 minūtes.

Laboratoriskie izmeklējumi visās auditētajās slimnīcās nodrošināti 24/7 stundu režīmā. Miokarda bojājuma marķieri (troponīns) jānosaka, izmantojot 1/3 stundu algoritmu pacientiem ar AKS bez ST elevācijas. Tematiskajā pārbaudē konstatēts, ka šiem pacientiem troponīna

⁸⁴Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 6.pielikums "Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumi"

noteikšanā netiek ievērots 0/1 vai 0/3 stundu algoritms visos gadījumos. ZBLH līmenis stacionārā tiek noteikts tikai 9% pacientu, bet ehokardiogrāfija veikta tikai 15% pacientu.

Deviņās slimnīcās (60%) no 15 ir izstrādāti AKS vadlīnijās balstīti, iestādei adaptēti rīcības algoritmi AKS pacientu aprūpei. Lai nodrošinātu SAS notikumu vienlīdzīgu ārstēšanas iespēju visiem Latvijas iedzīvotājiem atbilstoši vadlīnijām, ir nepieciešams atjaunināt 2019. gadā publicētos klīniskos algoritmus un pacientu ceļus SAS jomā atbilstoši 2023. gadā publicētajām Eiropas Kardiologu biedrības vadlīnijām, kā arī ieviest tos klīniskajā praksē. Pacientus ar AKS ar ST elevāciju visos gadījumos jāhospitalizē slimnīcās ar perkutānas koronāra intervences (PKI) centra 24/7 iespējām, ja to iespējams izdarīt divu stundu laikā no pirmā medicīniskā kontakta. Diemžēl pacienti joprojām tiek hospitalizēti slimnīcās, no kurām brauciens līdz PKI centram ir mazāks nekā 1-2 stundas.

Valsts institūcijas un kardioloģijas ekspertu veiktā tematiskā pārbaudē spilgti iezīmēja nevienlīdzību, lēmumu pieņemšanas un ārstēšanas stratēģijas dažādību, kā arī skaidru ceļu, kā virzīties vienlīdzīgas aprūpes pieejamības nodrošināšanai Latvijas iedzīvotājiem.

3.4.2. Insulta audits

2019. gadā veikta tematiskā pārbaude deviņās insulta vienībās (divās V līmeņa slimnīcās un septiņās IV līmeņa slimnīcās), lai izvērtētu insulta pacientu augstās mirstības iemeslus 30 dienu laikā no diagnozes noteikšanas un noskaidrotu insulta pacientu virzību pirmās stundas laikā no Neatliekamā medicīniskā palīdzības dienesta (NMPD) izsaukšanas, kā arī, lai novērtētu insulta vadlīniju ievērošanu un sagatavotu priekšlikumus situācijas pilnveidei.

Septiņās IV līmeņa slimnīcās sniegto veselības aprūpes pakalpojumu klīniskajam izvērtējumam eksperti izmantoja 10 SPMK (no katras slimnīcas) norādīto informāciju (kopā 70 SPMK). 7,1% gadījumu (5 SPMK no 70 SPMK) saņemtā ārstēšana nebija veikta atbilstoši klīniskām vadlīnijām, zinātniskai literatūrai. Visos šajos gadījumos pacientam bija medicīniskas indikācijas veikt trombolīzi, bet dažādu iemeslu dēļ tā netika veikta. 77,1% gadījumu (54 SPMK no 70 SPMK) saņemtā ārstēšana veikta daļēji atbilstoši klīniskām vadlīnijām, zinātniskai literatūrai. Šajos gadījumos konstatētas nepilnības pacientu izmeklēšanā (izmeklēšanas laika pārsniegšana vai citas nepilnības izmeklēšanā), insulta simptomu izvērtējumā atbilstoši skalām, medikamentozās terapijas un rehabilitācijas ordinēšanā. Savukārt 15,8% gadījumu (11 SPMK no 70 SPMK) sniegtā ārstēšana bija atbilstoša klīniskām vadlīnijām, zinātniskai literatūrai.

Ātriju fibrilācijas (saukta arī par priekškambaru mirgošanu vai mirdzaritmiju) biežākā un bīstamākā komplikācija ir tromboembolisks cerebrāls insults un ar to saistītā invaliditāte un nāve. Šīs aritmijas izraisītie insulti klīniski norit daudz smagāk. Ātriju fibrilācija ir neatkarīgs išēmiska insulta riska faktors un līdz pat piecām reizēm palielina tā risku. Latvijā apmēram 44% cerebrālu infarktu ir tromboemboliski.

Tematiskās pārbaudes veiktas arī 87 ģimenes ārstu praksēs. Tromboemboliskā insulta riska izvērtējums (CHAD₂DS₂-VASc skala) un asiņošanas riska izvērtējuma skala (HAS-BLED) tika izmantota tikai daļā ģimenes ārstu praksē. 95,8% gadījumos pacientiem pēc mirdzaritmijas diagnozes uzstādīšanas ir nozīmēta terapija ar perorāliem antikoagulantiem⁸⁵.

Insults ir būtisks akūts SAS stāvoklis, kas samazina dzīvildzi, pacientu dzīves kvalitāti, izraisa invaliditāti un būtiski palielina gan valsts, gan pacienta izdevumus šīs slimības seku ārstēšanā. Pacienti ar insultu galvenokārt nonāk slimnīcās, kur ir insulta vienība (9 slimnīcās). Tomēr arī starp tām iznākuma rādītāji būtiski variē. 30 dienu mirstības rādītājs pēc hemorāģiska insulta 2023. gadā bija no 37% līdz pat 70% (vidēji 49,7%); išēmiska insulta gadījumā – no 11% līdz pat 29% (vidēji 21%), citās slimnīcās (kur nav insulta vienību) sasniedzot pat 40%⁹⁷.

⁸⁵VI dati no prezentācijas 25.02.2020 par 2019. gadā veiktās tematiskās pārbaudes "Insulta pacientu veselības aprūpes izvērtēšanas rezultāti" rezultātiem

Tāpēc līdzīga veida tematiskā pārbaude insulta jomā ir jāatkārto, tostarp, lai novērtētu ieviestos tematiskā pārbaudē sniegtos ieteikumus.

3.4.3. Ateroskleroze radītās sekas

Ateroskleroze ir viena no visbiežāk sastopamajām hroniskajām asinsvadu slimībām. Tā izpaužas ar taukiem līdzīgu vielu, galvenokārt holesterīna nogulsņēšanos asinsvadu sienās. Ar laiku tā noved pie asinsvadu deformācijas un sašaurināšanās līdz pat pilnīgai to noslēgšanai. Ateroskleroze var skart gandrīz jebkuru ķermeņa artēriju, tostarp sirds, smadzeņu, roku, kāju, iegurņa un nieru artērijas. Atkarībā no skartajām artērijām aterosklerozei ir dažādi nosaukumi – galvas un kakla artēriju slimība, koronāro artēriju slimība (KSS), perifēro (kāju, iegurņa un arī roku artēriju) artēriju slimība, nieru artēriju stenoze, zarnu artēriju ateroskleroze u.c. Tādējādi ateroskleroze būtiski ietekmē cilvēka veselību, funkcionālo spēju ikdienā, kā arī izraisa darbnespēju, invaliditāti un pat nāvi.

Lai novērstu ateroskleroze radītās sekas cilvēka veselībai, nepieciešama savlaicīga tās diagnostika, ateroskleroze progresā novēršana un revaskularizācija, kas ir medicīniska procedūra, kuras mērķis ir atjaunot asins plūsmu kādā ķermeņa daļā, īpaši sirdī vai smadzenēs, kur asinsrite ir traucēta vai bloķēta. Tāpēc Plānā paredzēti pasākumi, kas veicinātu ateroskleroze diagnostiku, t.i. perifēro asinsvadu un koronāro asinsvadu (angiogrāfijas) izmeklējumu pieejamību. Plānots izstrādāt konstatēto perifēro artēriju slimību, kakla asinsvadu ateroskleroze un aortas aneirismu diagnostikas un dinamiskās novērošanas klīnisko algoritmu un skaidru pacientu ceļu. Savukārt, ateroskleroze ārstēšanas uzlabošanai paredzēts uzlabot PKI un vēdera aortas endoprotezēšanas procedūru pieejamību.

Plānveida PKI stacionārā Latvijā tiek sniegtas četras ārstniecības iestādēs - PSKUS, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca (RAKUS), Daugavpils reģionālā slimnīcā (DRS) un Liepājas reģionālā slimnīcā (LRS). Pēc ārstniecības iestāžu sniegtās informācijas š.g. jūnijā. plānveida PKI saņemšanai veido vidēji 16 nedēļas, t.i. četrus mēnešus, izņemot PSKUS, kur gaidīšanas laiks ir divi mēneši. Pacientu skaits gaidīšanas rindā RAKUS sasniedz 88 pacientus, PSKUS - 1 200, DRS – 28 un LRS – 45. Plānveida koronārai angiogrāfijai RAKUS, DRS un LRS gaidīšanas laiks ir lielāks nekā PKI saņemšanai, izņemot DRS, kur gaidīšanas laiks sastāda mazāk par mēnesi, ko gaida 5 pacienti.

KSS pacientu medikamentozā terapija, tostarp antitrombotiskās stratēģijas, pretiekaisuma līdzekļi, statīni un jaunie lipīdu līmeni pazeminošie, metabolisma un aptaukošanās novēršanas līdzekļi, ir ievērojami uzlabojuši izdzīvošanas ilgumu pēc konservatīvas ārstēšanas, tāpēc ir grūtāk pierādīt agrīnas invazīvas terapijas priekšrocības. Tomēr revaskularizācija joprojām var sniegt labumu pacientiem ar obstruktīvu KSS ar augstu nevēlamu notikumu risku ne tikai simptomu atvieglošanai, bet arī spontāna miokarda infarkta jeb AKS un sirds nāves novēršanai, kā arī uzlabot kopējo izdzīvošanas ilgumu ilgtermiņa novērošanas laikā.

3.4.4. Aritmijas

Priekškambaru (ātriju) fibrilācija jeb mirdzaritmija ir viena no visbiežāk sastopamajām aritmijām. Aptuvenā prevalence ir ap 3% pieaugušo pēc 20 gadu vecuma. Vienam no četriem pieaugušajiem vecumā ap 50 gadiem var attīstīties mirdzaritmija⁸⁷. Eiropā mirdzaritmijas prevalence variē no 2,1-3,2%, bet Latvijā – 3,24%, t.i. ap 55 000 mirdzaritmijas pacientu. Gada laikā Latvijā pirmreizēji mirdzaritmiju diagnosticē ap 1 200 pacientiem. 55% mirdzaritmiju gadījumu ir novērojamas pēc 75 gadu vecuma, bet ap 25% pacienti ar mirdzaritmijas diagnozi ir darbaspējīgā vecumā⁸⁶.

Mirdzaritmija palielina:

- Visu veida mirstību vīriešiem pusotru un sievietēm divas reizes;

⁸⁶SPKC Pētniecības un veselības statistikas departaments, 2017.g.

- Insulta risku (līdz pat piecām reizēm palielina tā risku);
- Hospitalizācijas skaitu: 10-40% no pacientiem ar mirdzaritmiju tiek stacionēti katru gadu;
- Sirds mazspējas attīstības risku: 20-30% no pacientiem ar mirdzaritmiju ir samazināta kreisā kambara funkcija;
- Vaskulāras demences attīstības risku;
- Ievērojami pasliktina dzīves kvalitāti un darba spējas⁸⁷.

Katru gadu PSKUS tiek stacionēti un ārstēti ap 2 000 pacientu ar mirdzaritmiju un ap 700 pacientu ar citām aritmijām. Lielākā daļa (~80%) šo pacientu stacionārā nokļūst ar NMPD palīdzību, kas ievērojami noslogo NMPD darbu. Vairums šo pacientu izmanto darba nespējas lapu vairākas reizes gadā un vidēji šiem pacientiem ir 2-3 mirdzaritmijas epizodes gada laikā⁸⁸. Vidēji 20% no PSKUS apjoma, t.i. 400 pacientus ārstē RAKUS⁵⁵.

Līdz pat 75% išēmisku insultu iemesls ir mirdzaritmija. Viena insulta gadījuma izmaksas ir no 3 200 – 12 000 *euro*⁸⁸. 2023. gada 12 mēnešos bija apmēram 6 275 insulta ārstēšanas gadījumu⁸⁹. Lai novērstu insultu pacientiem ar mirdzaritmiju, nepieciešama regulāra TOAK lietošana (*Apixabanum*, *Dabigatranum*, *Rivaroxabanum*, *Edoxabanum*), tomēr ne mazāk svarīga ir mirdzaritmijas lēkmju novēršana un sinusa ritma noturēšana, ko risina kardiologi ar specializāciju aritmoloģijā. Katetra ablācija mirdzaritmijas ārstēšanā ir visefektīvākā metode un tā potenciāli var samazināt augstāk minētos riskus. Tā ir rekomendēta visās pasaules valstīs un tai ir augsts rekomendāciju līmenis (I klases indikācijas un augstāko pierādījumu līmeni) Eiropas vadlīnijās⁸⁷. Pasaulē šo ārstēšanas metodi izmanto ļoti plaši. Vidēji ES valstīs mirdzaritmijas ārstēšanu ar katetra ablāciju veic 300-500 gadījumos uz vienu miljonu iedzīvotāju. Latvijā pašreiz veic ap 210 procedūras uz vienu miljonu iedzīvotāju. Taču pēc Latvijas Kardiologu biedrības (LKB) veiktajiem aprēķiniem Latvijā vajadzētu veikt ap 900 pacientiem, kas būtu ap 460 procedūru uz 1 miljonu iedzīvotāju mirdzaritmijas ārstēšanu ar katetra ablāciju gada laikā, ņemot vērā, ka līdz šim šīs operācijas veiktas nepietiekošā daudzumā.

Mirdzaritmija nav vienīgais sastopamais aritmijas veids. Arī supraventrikulāras un kambaru tahikardijas, ekstrasistolē ir svarīgi savlaicīgi diagnosticēt un ārstēt, lai novērstu šo slimību radītās sekas. Tāpēc aritmoloģijā neatņemama un ļoti nozīmīga ir invazīva aritmiju diagnostika un ārstēšana ar katetra ablācijas metodi. Ar invazīvu katetra ablāciju var ārstēt lielāko daļu aritmiju un katrai aritmijai ir sava specifiska katetra ablācijas operācija. Liela ietekme uz pacientu ārstēšanu ir arī intrakardiālai elektrofizioloģiskai izmeklēšanai, kura tiek veikta pirms katras katetra ablācijas, lai apstiprinātu diagnozi.

Pēc PSKUS datiem rindā aritmijas invazīvai ārstēšanai ar katetra ablāciju PSKUS gaida 1 603 pacientu. Gaidīšanas ilgums mirdzaritmijas ārstēšanai ir apmēram 2,8 gadi, supraventrikulāru tahikardiju, ātriju undulāciju ārstēšanām un elektrofizioloģiskām izmeklēšanām apmēram viens gads, bet kambaru ekstrasistolu, kambaru tahikardiju ārstēšanai apmēram 3 gadi⁹⁰.

Samaksa par invazīvā aritmoloģijā sniegtiem valsts apmaksātiem pakalpojumiem Latvijā ir daudz zemākas nekā faktiskās izmaksas. 2022. gadā tika pārskatīti invazīvās aritmoloģijas tarifi, bet papildu finansējums šim mērķim nav piešķirts. Viena perkutānās ablācijas pacienta

⁸⁷2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), Isabelle C. Van Gelder et al., European Heart Journal (2024) 45, 3314–3414 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

⁸⁸PSKUS sniegtie dati par 2024.g.

⁸⁹SPKC Veselības statistikas datu bāze, 2023.g.datī, STAC010. Stacionāra darba rādītāji

⁹⁰PSKUS sniegtie dati stacionārie gaidīšanas laiki uz 2025.g. jūniju

izmaksas Latvijā veido 3 389 *euro*, Lietuvā – 7 234 *euro*⁹¹, Igaunijā – 7 806 *euro*⁹², bet Polijā – 13 290 *euro*⁹³. Jāņem vērā, ka Latvijā visus pacientus ar sirds ritma traucējumiem ārstē stacionārā, jo dienas stacionārs šajā nozarē nav attīstīts. Viegļāku un vidēji smagu pacientu ar sirds ritma traucējumiem gadījumos, gan diagnostiku, gan ārstēšanu var veikt dienas stacionārā, tādējādi samazinot gaidīšanas laiku pacientiem pakalpojuma saņemšanai. Arī valsts izmaksas pacientu ar sirds ritma traucējumiem ārstēšanai dienas stacionārā ir mazākas, tāpēc Plāna ietvaros ir paredzēts attīstīt pakalpojumu sniegšanu dienas stacionārā pacientiem ar sirds traucējumiem.

Ir nepieciešams ne vien attīstīt diagnostiku un pacientu ar sirds ritma traucējumiem novērošanu dienas stacionāros PSKUS, RAKUS, LRS un DRS, bet arī pārskatīt aritmoloģijā lietotos manipulāciju tarifus, kas nepilnas divas reizes atšķiras ar Igaunijā un Lietuvā esošiem. Tāpat arī plānots, ka pacienti, kas saņēmuši stacionārā akūtā kārtā aritmoloģiskus pakalpojumus, pēc stacionāra ambulatori tiks novēroti 1 gadu kardioloģiskās aprūpes kabinetos.

3.4.5. Sirds operācijas

Aortas vārstuļa stenoze jeb sašaurināšanās biežākais iemesls ir vecuma izraisītas deģeneratīvas vārstuļa viru izmaiņas. ASV un Eiropas valstīs cilvēkiem virs 65 gadu vecuma kalcificējošas stenoze biežums ir 2–7%, vecumā virs 75 gadiem – 5%. Tā ir biežākā iegūtā sirdskaite, kuras dēļ ir nepieciešama operācija – vārstuļa nomaiņa. Uzlabojoties veselības aprūpei un tādējādi arī pacientu dzīvildzei (sabiedrības novecošanās), aortālās vārstuļa stenoze izplatībai ir tendence pieaugt. Lai samazinātu simptomus un uzlabotu dzīvildzi, ilgu laiku par smagas pakāpes ārstēšanas zelta standartu šai gadījumā uzskatīja ķirurģisku vārstuļa nomaiņu. Tomēr daļai pacientu tas nav iespējams vecuma, nopietnu blakusslimību, iepriekšēju operāciju vai citas nopietnas saslimšanas dēļ, jo ir ļoti augsts mirstības risks. Pētījumu metaanalīzes dati rāda, ka līdz pat 30% simptomātisku pacientu ar aortas vārstuļa stenozi netiek sniegta ķirurģiska palīdzība komplikāciju riska dēļ⁹⁴. Savukārt, tiem pacientiem, kam tiek sniegta ķirurģiska vārstuļa nomaiņa prasa ilgāku atveseļošanās laiku un ir dārgāka ārstēšanas metode par mazināzīvu vārstuļa nomaiņu, jo pacientam ilgāks laiks jāpavada slimnīcā. Aortālā vārstuļa transkatetrāla implantācijas saņemšanai 261 pacientam jāgaida 100 nedēļas, t.i. vairāk kā 2 gadi. Latvijā to veic tikai PSKUS. Savukārt, transkatetra trikuspidālā, mitrālā, pulmonālā vārstuļa implantācijas Latvijā netiek veiktas. Tāpēc Plāna ietvarā ir iekļauti pasākumi, kas vērsti uz šo pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu.

Virknei pacientu gan pēc sarežģītām sirds operācijām, gan hronisku sirds saslimšanu dekompensācijas dēļ ir nepieciešama īslaicīga sirds palīgācirkulācijas ierīču ievietošana sirdī, atrodoties intensīvās terapijas nodaļā. Šobrīd sirds ķirurģijas anestezioloģijas un intensīvās terapijas nodaļā hemodinamikas stabilizācijai tiek izmantota ekstrakorporālā membrānu oksigenācija (EKMO), kas ir izmaksu dārga palīgācirkulācijas ierīce, kuras implantācija vienam pacientam izmaksā 24 952 *euro*. Citās Eiropas valstīs EKMO vietā sirds palīgācirkulācijai tiek izmantotas arī (no angļu val. – IABP (no angļu val. - *intra-aortic ballon pump*), Impella (intrakardiālais sūknis kreisā kambara atbalstam), kuru implantācijas un uzturēšanas izmaksas ir zemākas (Latvijā vidēji par 500 *euro* lētāka nekā EKMO). Lai uzlabotu sirds ķirurģijas anestezioloģijas un intensīvās terapijas pacientu ārstēšanos ar esošo limitēto medicīnas personāla resursu nepieciešams attīstīt alternatīvas EKMO saņemšanai sirds ķirurģijā.

Hroniska sirds mazspēja ir slimība, kuras sastopamības rādītājs pieaugušiem pacientiem Eiropā ir 1–2%. Palielinoties iedzīvotāju vecumam, uzlabojoties ārstēšanas iespējām un sirds

⁹¹<https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/kompensuojamuju-paslaugu-kainos/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/>

⁹²<https://tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenuste-loetelu>

⁹³https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43180/Zarzadzenie-23_2024_DSOZ

⁹⁴<https://arsts.lv/jaunumi/inga-narbuta-aortas-varstula-stenoze-invaziva-arstesana>

mazspējas pacientu dzīvildzei, pieaug arī galēji smagas (progresējušas) sirds mazspējas sastopamība. Diemžēl vairākumam no šiem pacientiem turpmākā prognoze ir slikta, viena gada mirstība variē 25—75% robežās⁹⁵. Akūta sirds mazspēja vai hroniskas sirds mazspējas dekompensācija ir biežākais hospitalizācijas iemesls pacientiem, kas vecāki par 65 gadiem. Intrahospitāla mirstība pacientiem ar akūtu sirds mazspēju sasniedz 4-10%. Tās ārstēšana stacionārā ietver ne tikai sastrēguma simptomu novēršanu, bet arī hemodinamikas stabilizāciju, tai skaitā, izmantojot iepriekšminētās īslaicīgas palīgācirkulācijas ierīces IABP, Impella, EKMO saskaņā ar INTERMACS (no angļu val. - *Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support* – profili, kas sniedz svarīgu prognostisku informāciju pacientiem ar progresējušu sirds mazspēju, kuri saņem mehānisku atbalstu) kritērijiem un mākslīgu plaušu ventilāciju. Lai uzlabotu klīniskos iznākumus (mazinātu mirstību un atkārtotu hospitalizāciju risku), pacientiem pirms izrakstīšanas no stacionāra būtu jāuzsāk optimāla medikamentoza terapija, kā arī jānodrošina blakus slimību ārstēšana. Lai nodrošinātu galēji smagas sirds mazspējas pacientu savlaicīgu identifikāciju un novērtēšanu stacionāros, nepieciešams veidot multidisciplināras komandas, kas sastāv no kardiologa (specializējies sirds mazspējas ārstēšanā), invazīvā kardiologa, sirds ķirurga, radiologa, fizioterapeita, uztura speciālista, psihologa, asinsvadu ķirurga, utt. Multidisciplinārās komandas pamatuzdevums ir novērtēt pacienta stāvokli un lemt par piemērotāko ārstēšanas taktiku, tai skaitā, iekļaušanu sirds transplantācijas gaidīšanas rindā, kad medikamentozas ārstēšanas iespējas ir izsmeltas, vai ilgtermiņa palīgācirkulācijas ierīču (no angļu val. - *left ventricular assist device (LVAD)*) implantāciju, ja pacienta vispārējais stāvoklis, atrodoties sirds transplantācijas gaidīšanas rindā, pasliktinās vai arī pacients nav piemērots kandidāts sirds transplantācijai. Lai veidotu šādas komandas vispirms nepieciešams izstrādāt sirds mazspējas stacionāro programmu, definēt prasības nepieciešamajam speciālistu un tehnoloģiju klāstam ātrākai sirds mazspējas pacienta veselības stāvokļa stabilizēšanai.

Latvijā sirds transplantācijas recipientu grupā dominē dilatācijas kardiomiopātija, KSS, pārslimots miokardīts un vārstuļu slimības. Sirds transplantācija nav vienīgā ārstēšanas metode, ko veic Latvijas Sirds ķirurģijas centrā. Tur tiek veiktas virkne lielo asinsvadu ķirurģijas, izolētas vārstuļu un daudz vārstuļu korekcijas un to vienlaicīgas kombinācijas ar koronāro artēriju šuntēšanu. Tāpēc Plānā paredzēts analizēt sirds ķirurģijas klīnikas kapacitāti, pielietotās tehnoloģijas un izvērtēt jaunu tehnoloģiju nepieciešamību sirds ķirurģijas attīstības veicināšanai Latvijā. Arī asinsvadu ķirurģijas pieejamības uzlabošanai un kapacitātes stiprināšanai, kas nodrošinātu efektīvu pacientu ārstēšanu nepieciešams analizēt asinsvadu ķirurģijas klīniku kapacitāti, pielietotās tehnoloģijas un veikt nepieciešamā papildu finansējuma aprēķinu 2028. gadam.

Šī Plāna ietvaros plānots arī izstrādāt dinamiskās novērošanas kārtību pieaugušajiem ar bērībā operētām kombinētām sirds kaitēm un nodrošināt hroniski smagi slimiem bērniem racionālu un ērtu pāreju no bērna veselības aprūpes uz pieaugušo veselības aprūpi, tai skaitā pakalpojumu pieejamības pēctecību, lai varētu plānot savlaicīgu rehabilitāciju pacientiem ar iedzimtām sirds un asinsvadu slimībām, plānojot atbilstošus cilvēkresursus. Pieaugušo pacientu pārejai no Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) uz PSKUS ar bērībā operētu sirdskaiti tiks īstenots pilotprojekts un izstrādāta ambulatorā programma ar nepieciešamo speciālistu un izmeklējumu klāstu šo pacientu novērošanai. Pēc projekta realizēšanas, plānots izstrādāt iedzimto sirdskaitu pacientu uzraudzības algoritmu vai klīnisko ceļu, kas būs nākamā perioda SAS plāna ietvaros.

Konstatētās problēmas un izaicinājumi:

⁹⁵<https://www.doctus.lv/raksts/medicina-un-farmacija/kliniska-prakse/galeji-smaga-sirds-mazspeja.-cels-uz-sirds-transplantaciju-6006/>

1. Atšķirības insulta un AKS diagnosticēšanā un ārstēšanā auditētajās slimnīcās liecina par nevienādu pieeju šo pacientu veselības aprūpes nodrošināšanā;
2. Apgrūtināta plānveida pakalpojumu pieejamība aterosklerozes un tās radīto seku novēršanai;
3. Mirdzaritmijas ārstēšana ar katetra ablāciju tiek veikta nepietiekoši, tāpat kā citu aritmiju diagnostika un ārstēšana;
4. Visi pacienti ar sirds ritma traucējumiem ārstējas stacionārā, jo dienas stacionārs šajā nozarē nav attīstīts;
5. Aortālā vārstuļa transkatetrāla implantācijas saņemšanai rindā jāgaida vairāk kā 2 gadi;
6. Smagu pacientu ārstēšana prasa multidisciplināru pieeju stacionāros un izmaksu dārgu tehnoloģiju pielietošanu, lai glābtu pacientu dzīvību un stabilizētu pacienta veselības stāvokli.
7. Latvijā aizvien tiek pielietotā atvērtā ķirurģija, kaut gan varētu tikt pielietota mazināzīva ķirurģiska metode noteiktu sirds vai asinsvadu patoloģijas korekcijai. Tā ir pacientam saudzīgāka, drošāka un ar labāku iznākumu.

3.5. Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības veicināšana

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. Šādus pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, piedaloties citām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām. Veicot pacientu atlasī medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts novērtē pacienta veselības stāvokli un ar to saistītos funkcionālos ierobežojumus, medicīniskās rehabilitācijas potenciālu, pacienta un viņa piederīgo motivāciju, veselības stāvokļa stabilitāti rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, optimālāko medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu. To, vai medicīnisko rehabilitāciju nepieciešams saņemt ambulatori, dienas stacionārā, stacionārā vai mājās, nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, izvērtējot pacienta veselības stāvokli. Šādā veidā tiek nodrošināta rehabilitācija vienotas rindas ietvarā pacientiem ar SAS vai ar SAS saistītu saslimšanu, izņemot gadījumus pēc insulta vai infarkta, kad pēc ārstēšanās stacionārā pacientam tiek nozīmēta gan akūta, gan subakūta rehabilitācija. Tāpēc, Plāna ietvaros veicot tematisko pārbaudi par insulta ārstēšanu stacionāros, tiks analizēta arī līdzšinējā rehabilitācijas pieejamība uzreiz pēc insulta vai cerebrovaskulāras saslimšanas. Jāvērtē arī telemedicīnas loma gan šo pacientu rehabilitācijā, gan atkārtotu notikumu novēršanā un funkcionālo spēju uzlabošanā, kā arī hroniskas slimības dinamiskā novērošanā. Tā var uzlabot aprūpes pieejamību personām ar ierobežotām pārvietošanās spējām vai personām, kas atrodas attālos reģionos, kā arī palielināt ērtības un, iespējams, samazināt izmaksas gan pacientiem, gan veselības aprūpes sniedzējiem.

Konstatētās problēmas un izaicinājumi:

1. Nevienlīdzīga savlaicīgas rehabilitācijas pieejamību pacientiem pēc AKS un insulta;
2. Limitēta telemedicīnas izmantošana pacientu aprūpē pēc insultiem vai KVS akūtiem notikumiem.

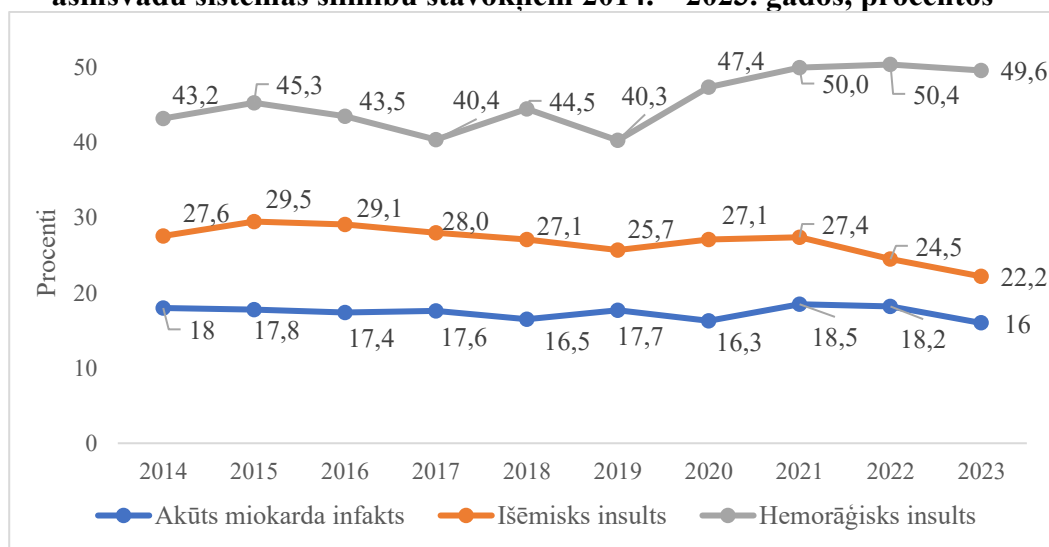
3.6. Veselības aprūpes kvalitātes uzlabošana

Gan stacionārā sniegto aprūpi, gan NMP kvalitāti, kā arī ambulatoro aprūpi uzreiz pēc izrakstīšanās no slimnīcas raksturo 30 dienu mirstības (gan stacionārā, gan ārpus tā) rādītāji pēc

akūtiem asinsrites sistēmas slimību stāvokļiem. Salīdzinot 2022. gada datus starptautiskā līmenī, Latvijas rādītāji (akūta miokarda infarkta (AKS) gadījumā - 15,9%, akūta insulta gadījumā – 20,5%) ir augstākie starp ES valstīm, kā arī būtiski pārsniedz ES vidējos rādītājus (akūta miokarda infarkta (AKS) gadījumā - 7,2%, akūta insulta gadījumā – 9,5%)⁹⁶.

14. attēlā mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu (AKS) dinamikā ir ar mainīgu tendenci: pandēmijas laikā pieaugot (2021. gadā sasniedzot augstāko rādītāju - 18,5%); savukārt, 2023. gadā sasniedzot 16%, kas ir zemākais rādītājs kopš 2014. gada, no kura šāda veida aprēķini uzsākti.

14. attēls. Pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar akūtiem sirds un asinsvadu sistēmas slimību stāvokļiem 2014. – 2023. gados, procentos⁹⁷



Mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar hemorāģisko insultu pēdējos četros gados pieaug, 2023. gadā rādītājs ir par 16% augstāks, salīdzinot ar pirmspandēmijas piecu gadu vidējo rādītāju.

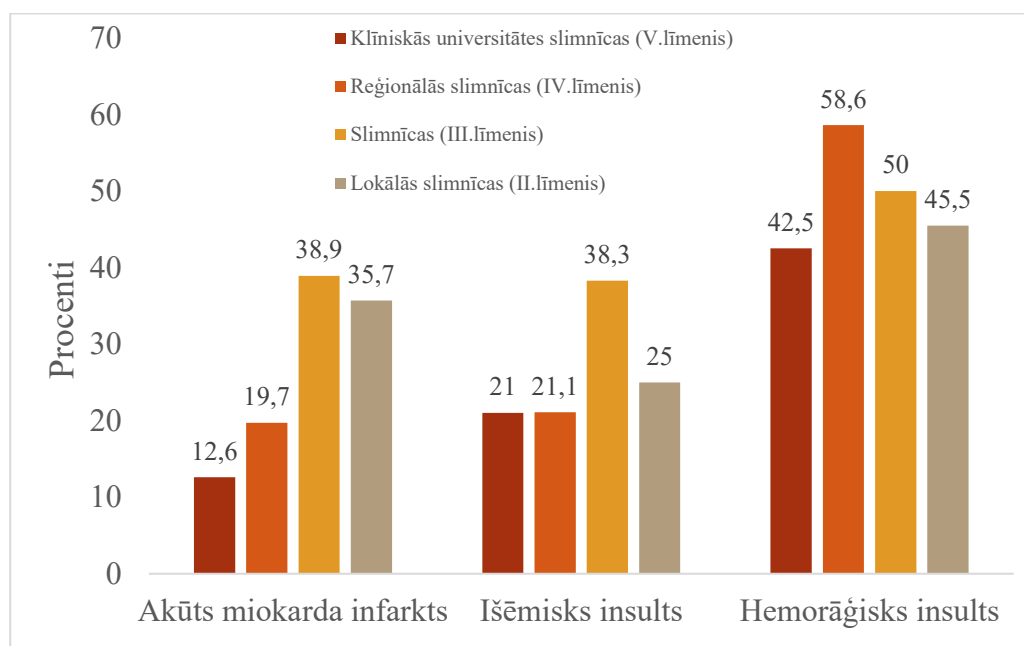
Mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar išēmisku insultu dinamikā nedaudz, bet stabili mazinās, ar pieaugumu pandēmijas laikā, 2023. gadā sasniedzot 22,2%, kas ir zemākais rādītājs, kopš šāda veida aprēķini ir uzsākti. Kopš 2015. gada šis rādītājs samazinājies par 25%.

Kopējos rādītājus ietekmē to vērtības atsevišķās slimnīcās (skatīt 15. attēlu). Aprēķini rāda, ka minētie rādītāji dažādās Latvijas slimnīcās atšķiras, ko savukārt ietekmē gan sniegtās aprūpes process un tās kvalitāte slimnīcās, gan hospitalizēšanas plāni, gan arī iespējams atšķirīga datu kodēšanas prakse.

⁹⁶Health at Glance Europe 2024, OECD; https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html, 168 - 171 page

⁹⁷SPKC aprēķini no SPKC un NVD datiem (Veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes monitorēšanas sistēma)

15.attēls. 30 dienu mirstība pēc stacionēšanas ar akūtiem SAS stāvokļiem 2023. gadā, %⁹⁷



30 dienu mirstības rādītāji pēc akūta miokarda infarkta (AKS) slimnīcās, kur ir PKI laboratorijas (četras slimnīcas Latvijā), ir ap 11-15% (vidēji 13%), bet pārējās slimnīcās būtiski augstāki – 29-67%. Lai gan lielākā daļa (ap 80%) pacientu ar akūtu miokarda infarktu (AKS) nonāk uzreiz atbilstošajās slimnīcās, vismaz 20% sākotnēji nonāk citās slimnīcās, no kurienes apmēram puse tiek pārvesta uz atbilstošas aprūpes slimnīcu vēlāk. Jāņem vērā, ka 30 dienu mirstības rādītāji ir OECD noteiktie kvalitātes indikatori.

Šobrīd Latvijā SAS pacientu ārstēšanas kvalitātes kritērijs ir noteikts tikai ikgadējā ģimenes ārstu darbības novērtēšanas ietvaros. Tiek izvērtēts to ģimenes ārstu darbs, kuri iepriekšējā gadā snieguši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, pilnu gadu bijuši līgumattiecībās ar NVD un nav tikuši aizvietoti. Jāņem vērā, ka ar kritērijiem tiek vērtētas noteiktas prakses darbības jomas, bet ne viss prakses sniegtais pakalpojumu klāsts⁹⁸. Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas kritērijos sadaļā pacientu aprūpe ar hroniskām saslimšanām tiek novērtēta arteriālās hipertensijas un KSS pacientu aprūpe, t.i. ZBLH līmeņa noteikšana ar iepriekš minētām saslimšanām slimojošiem pacientiem. 2022. gadā no 187 307 pacientiem ZBLH tika noteikts 63,78% (119 464) gadījumu. 2023. gadā no 183 053 pacientiem – 63,59% (116 419) gadījumu.

Lai vērtētu mirstības datu kvalitāti, 2012. gadā analizējot 1 000 medicīniskajās apliecībās par nāves cēloni (turpmāk – Apliecības) iekļauto informāciju, tika konstatēts, ka par pareizi aizpildītām varēja uzskatīt 798 Apliecības (80%). 147 gadījumos (15%) bija aizdomas, ka, iegūstot papildu informāciju par mirušā slimības vēsturi, nāves pamatcēlonis no asinsrites sistēmas slimības varētu mainīties uz citu diagnožu grupu. Lai izvērtētu, vai un kā mainījusies datu kvalitāte, nepieciešams atkārtot nāves cēloņa medicīnisko apliecību kvalitātes kontroles pētījumu, lai konstatētu biežākās Apliecību aizpildīšanas kļūdas, to iemeslus un nepieciešamos izglītojošo pasākumu virzienus. Pētījuma mērķis būtu iegūt informāciju par reālo mirstību no asinsrites sistēmas slimībām Latvijā, veicot Apliecību salīdzinošu analīzi ar medicīniskajā dokumentācijā ietverto informāciju par pacientu slimības vēsturi, kā arī pārbaudīt ārstniecības

⁹⁸Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 15.pielikums

personu aizpildīto Apliecību kvalitāti, tas ir, vai šajās Apliecībās ir iekļauta visa noteikumos un norādījumos noteiktā informācija⁹⁹.

Konstatētās problēmas un izaicinājumi:

1. OECD noteiktie kvalitātes indikatori insultu un infarktu iznākumos dažādās Latvijas slimnīcās atšķiras, ko savukārt ietekmē gan sniegtās aprūpes process un tās kvalitāte slimnīcās, gan hospitalizēšanas plāni, gan arī iespējams atšķirīga datu kodēšanas prakse;
2. Latvijā nav noteikti kvalitātes rādītāji SAS pacientu ārstēšanai stacionārā;
3. Kļūdas nāves pamatcēloņa diagnozes uzstādīšanā rada nepatiesus mirstības datus no SAS.

4. Veselības aprūpes personāla zināšanu un prasmju pilnveidošana

Pacienti ar SAS slimību nereti ir arī vēl citas hroniskas slimības, kas atspoguļojas arī ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes datos. Kā biežākās blakusslimības pacientiem ar SAS pamatdiagnozi ambulatorās aprūpes epizodēs atzīmētas citas SAS, citu perifēro asinsvadu, endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības, t.sk. cukura diabēts, kā arī skeleta, muskuļu un saistaudu slimības, gremošanas un uroģenitālās sistēmas slimības. Tāpat lielākajai daļai stacionārā ārstēto pacientu ar SAS pamatdiagnozi, ir arī citas blakusdiagnozes. Kā biežākās arī šeit ir citas SAS, endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības, t.sk., cukura diabēts, kā arī nieru mazspēja¹⁰⁰. Tas apstiprina nepieciešamību SAS pacientus aplūkot ne tikai no viena konkrēta SAS skatupunkta, bet ņemt vērā, ka šiem pacientiem nepieciešama integrēta aprūpe starp dažādu līmeņu un specialitāšu ārstniecības profesionāļu, kompleksa slimību vadība, kas ietver dzīvesveidu, sekundāro profilaksi, integrētu pieeju terapijas un slimību uzraudzības plānu izstrādē un realizēšanā, līdzestību ārstēšanas procesā, t.sk. medikamentu lietošanā¹⁰¹.

Plāna ietvaros paredzēta virkne pasākumu SAS un ar to saistīto slimību diagnostikas, ārstēšanas, dinamiskās novērošanas uzlabošanai un pacientu līdzestības veicināšanai. Lai veselības aprūpes speciālisti izstrādātos pasākumu plānus, klīnisko algoritmus un pacientu ceļus pielietotu ikdienas darbā, skaidri nodalot PVA un SAVA pacientu plūsmu, nepieciešams paredzēt veselības aprūpes speciālistu zināšanu un prasmju pilnveidošanu.

Konstatētās problēmas un izaicinājumi:

1. Koordinētas pacientu plūsmas veidošanai nepieciešama veselības aprūpes speciālistu apmācības izstrādāto klīnisko algoritmu un pacientu ceļu nozarēs.

⁹⁹https://www.spkc.gov.lv/lv/naves-celona-apliecibas-aizpildisanas-vadlinijas/ncdb_gala_zinojums1.pdf

¹⁰⁰Sirds un asinsvadu slimību komorbiditāte, Rīga 2023, SPKC ziņojums: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/19971/download?attachment>

¹⁰¹OECD (2023), Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>

Paplašināt riska grupu vakcināciju un pilnveidot vakcinācijas kalendāru, t.sk. pret gripu, izvērtēt iespēju ieviest grūtnieču vakcināciju pret garo klepu, zēnu vakcināciju pret cilvēka papilomas vīrusa infekciju un citām infekcijām, atbilstoši PVO un ECDC rekomendācijām. (2.1.4.apakšuzdevums) Izglītēt sabiedrību par infekcijas slimību, tai skaitā zoonožu, seksuāli transmisīvo infekciju, ierobežošanas jautājumiem (profilaksi, agrīnu slimību diagnostiku un atbildīgu un piesardzīgu zāļu lietošanu). (2.2.1. apakšuzdevums) Uzlabot sabiedrības informēšanu par aktualitātēm nozarē, veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām, izglītēt iedzīvotājus par konkrētām slimībām, blakussaslimšanām, veselības riskiem, veselības problēmu savlaicīgu atpazīšanu hronisku slimību gadījumā, vairāk fokusējoties uz sirds-asinsvadu, cukura diabētu, un iespējām tās novērst (konsultējoties ar pacientu organizācijām). (3.3.2.1. apakšuzdevums)						
1.1.1.	Īstenot veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus, lai mazinātu SAS riska faktorus, ievērojot veselīgu dzīvesveidu.	Veicināta Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu maiņa, mazinot SAS riska faktorus.	Īstenots vismaz viens veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākums gadā (piemēram, tiešsaistes diskusija ar veselības jomas speciālistiem, tematiskās dienas aktivitātes u.tml.) SAS riska faktoru novēršanai un veselīga dzīvesveida veicināšanai.	SPKC	LKB, LĢĀA, LLĢĀA, NVO	2027. gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)
1.1.2.	Izglītēt iedzīvotājus par regulāras paškontroles veikšanu SAS profilaksei, lai mazinātu negatīvo ietekmi uz veselību.	Palielinājusies iedzīvotāju izpratne par paškontroles veikšanu SAS profilaksei, kā arī līdzestība savas veselības veicināšanā.	Sadarbībā ar veselības jomas speciālistiem un pacientu organizācijām īstenoti vismaz divi sabiedrības informēšanas pasākumi par regulāras paškontroles veikšanu SAS profilaksei un negatīvās ietekmes uz veselību mazināšanai.	SPKC, VM	LKB, LĢĀA, LLĢĀA, NVO	2026. gada II pusgads 2027. gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. Nr. 4.1.2.1/1/24/I/001 “Nacionāla mēroga veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” ietvaros)

						(ESF finansējums)
1.1.3.	Pilnveidot komunikāciju ar sabiedrību par veselīga dzīvesveida nozīmi ikdienā un SAS attīstības riskiem (t.sk. infarkta vai insulta pazīmju atpazīšana, riska faktori, diabētu veicinošie faktori u.c.) un to novēršanu.	Palielinājusies zinātnē balstītas informācijas par veselīgu dzīvesveidu un SAS riska faktoriem izmantošana Latvijas iedzīvotāju vidū.	Pilnveidoti komunikācijas kanāli (piemēram, tīmekļa vietnes) ar veselību saistītas informācijas pieejamības, atpazīstamības un uzticamības uzlabošanai, kā arī iedzīvotāju izpratnes par SAS riska faktoru ierobežošanas un veselīga dzīvesveida nozīmi veicināšanai.	SPKC, VM	BKUS, LKB, LĢĀA, LLĢĀA, NVO	2027. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (esošais valsts budžeta finansējums)
1.1.4	Samazināt saslimstību ar gripu un tās izraisīto komplikāciju skaitu riska grupās	1.1.4.1. Palielināt valsts apmaksāto devu skaitu riska grupu vakcinācijai pret gripu	Vakcinācijas pret gripu aptveres palielinājums par 30% riska grupās	NVD, SPKC, VM	LĢĀA, LLĢĀA	2027. gada I pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		1.1.4.2. Īstenot gripas profilakses kampaņu gripas vakcinācijas aptveres palielināšanai	Veikta vismaz viena sabiedrības informēšanas kampaņa pirms gripas sezonas sākuma	SPKC	LĢĀA, LLĢĀA	2027. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (esošais valsts budžeta finansējums)
1.1.5	Samazināt saslimstību ar pneimokoku infekciju un tās izraisīto komplikāciju skaitu	Ieviesta valsts apmaksātu riska grupu vakcināciju pret pneimokoku infekciju pieaugušajiem, kas pieder noteiktai riska grupai (augsta riska	Sasniegta 50% vakcinācijas aptvere pret pneimokoku infekciju riska grupās	NVD, SPKC, VM	LĢĀA, LLĢĀA	2027. gada I pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)

		kardioloģijas pacienti; augsta riska plaušu slimību pacienti)				
1.1.6.	Mazināt tabakas un nikotīna saturu izstrādājumu pievilcību patērētāju vidū	Izstrādāt normatīvo regulējumu, lai ieviestu Latvijā standartizēto iepakoju tabakas un nikotīna saturošiem izstrādājumiem	Veikti grozījumi tabakas izstrādājumu, tabakas aizstājējproduktu, augu smēķēšanas produktu, elektronisko smēķēšanas ierīču un to šķidrumu aprites likumā	VM	VI, SPKC	2026. gada II pusgads (esošā valsts budžeta finansējums)
			Izstrādāti grozījumi Ministru kabineta 2016. gada 17. maija noteikumos Nr. 306 “Noteikumi par prasībām uz iepakojumiem izvietojamiem brīdinājumiem par ietekmi uz veselību”	VM	VI, SPKC	2027.gada II pusgads
2. Rīcības virziens – savlaicīga riska faktoru atklāšana, agrīna slimību diagnostika, ārstēšana un rehabilitācija						
	2.1. Savlaicīgi atklāt riska faktorus un diagnosticēt SAS un to saistītas slimības 2.2. Pilnveidot SAS un to saistīto slimību pacientu novērošanu PVA un SAVA 2.3. Uzlabot medikamentu pieejamību 2.4. Pilnveidot stacionāro veselības aprūpi SAS 2.5. Veicināt rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību 2.6. Uzlabot veselības aprūpes kvalitāti					
2.1. Savlaicīga riska faktoru un slimību agrīna diagnostika						

Nr. p. k.	Pasākums	Darbības rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Atbildīgā institūcija	Līdzatbildīgās institūcijas	Izpildes termiņš (ar precizitāti līdz pusgadam)
Pamatnostādņu uzdevums un tā numurs (ja attiecināms)						
Palielināt ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un koordināciju diagnostiskajiem izmeklējumiem, un ārstēšanai (tai skaitā speciālistu konsultācijas), kā arī uzlabot diagnostisko pakalpojumu kvalitāti, mazinot dubultizmeklējumus. (3.1.1.1. apakšuzdevums)						
Iekļaut jaunus ambulatoros pakalpojumus valsts apmaksāto pakalpojumu sarakstā, attīstīt mazināšanas pakalpojumus. (3.1.1.4. apakšuzdevums)						
Nodrošināt ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu tarifus atbilstoši faktiskajām izmaksām (sasaistē ar Pamatnostādņu 5.2.2. uzdevumu) (3.1.1.7. apakšuzdevums)						
Izstrādāt norādījumus/ algoritmus nosūtīšanai pie speciālistiem un uz izmeklējumiem PVA. (3.2.1.3.apakšuzdevums)						
Ieviest uz starptautiski atzītām vadlīnijām balstītus profesionāļu izstrādātus klīniskos algoritmus un klīniskos pacientu ceļus veselības aprūpē un adaptēt starptautiski atzītas vadlīnijas, nodrošinot to pieejamību digitālā formātā gan ārstniecības personām, gan sabiedrībai un veikt klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu ieviešanas monitoringu. (5.1.3. apakšuzdevums)						
2.1.1.	Pilnveidot kardiovaskulārā riska noteikšanu PVA	2.1.1.1.Pārskatīts esošā SCORE algoritms PVA un izstrādāts SCORE algoritms atbilstoši aktualizētajam SCORE2 algoritmam (augsta riska mirstības valstīm)	Izstrādāts aktualizēts algoritms lietošanai PVA un rekomendācijas SCORE ieviešanai	VM	MVI KJ, LĢĀA, LLĢĀA, LKB	2026. gada I pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)
		2.1.1.2. Palielināta pacientu iesaiste	SCORE programmas izpildes aptvere palielināta	NVD, VM	LĢĀA, LLĢĀA	2026. gada II pusgads 2027. gada II pusgads

		SCORE programmas veikšanā	vismaz par 5% 2026.gadā un par 10% 2027.gadā			(esošā valsts budžeta finansējums)
			Izstrādāts pasākumu plāns pacientu iesaistīšanā SCORE noteikšanā, tostarp izvērtētas iespējas izmantot digitālos rīkus	SPKC, NVD, VM	LDVC, LĢĀA, LLĢĀA, NVO	2027. gada I pusgads (esošais valsts budžeta finansējums)
2.1.2.	Uzlabot cukura diabēta diagnostiku PVA	2.1.2.1. Paplašināta cukura diabēta un prediabēta skrīninga programma	27 430 pacientiem vecumā no 35-39 gadiem veikts cukura diabēta skrīnings	NVD, VM	LEA, LLĢĀA, LĢĀA	2027.gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			34 600 pacientiem vecumā no 35-39 gadiem veikts cukura diabēta skrīnings	NVD, VM	LEA, LLĢĀA, LĢĀA	2028.gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			41 771 pacientiem vecumā no 35-39 gadiem veikts cukura diabēta skrīnings	NVD, VM	LEA, LLĢĀA, LĢĀA	2029.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.1.2.2. Uzlabota cukura diabēta pacientu diagnostika, skaidri nodalot ģimenes ārsta un endokrinologa pacientu plūsmu	Izstrādāts savlaicīga cukura diabēta diagnostikas algoritms, kā arī pacienta ceļš un kvalitātes indikatori diagnostikai	VM	LEA, LLĢĀA, LĢĀA	2026.gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (ESF finansējums)

2.1.3.	Noteikt plašāku obligātās veselības pārbaudes laikā nosakāmo laboratorisko izmeklējumu klāstu	Izvērtēta iespēja obligāto veselības pārbažu laboratorisko izmeklējumu sarakstā, iekļaut glikozes līmeņa, kopējā holesterīna un ABLH un triglicerīdu noteikšanu tukšā dūšā	Pēc izvērtējuma veikšanas nepieciešamības gadījumā izstrādāti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos	VM	LM, LLĢĀA, LĢĀA, LKB, LEA, LAĀB	2027. gada I pusgads (esošais valsts budžeta finansējums)
2.1.4.	Pilnveidot kardiovaskulārā riska noteikšanu ieslodzītajiem	Izvērtēta iespēja pārskatītā SCORE algoritma veikšanai ieslodzītajiem	Izstrādāts pacienta kardiovaskulārā riska novērtēšanas ceļš ieslodzījuma vietā	VM, TM	Ieslodzījumu vietu pārvalde, NVD	2027. gada I pusgads (esošais valsts budžeta finansējums)
2.1.5.	Veicināt ģimenes hiperholesterinēmijas un citu smagu primāru vai komplikētu hiperlipidēmiju pacientu novērtēšanu, diagnostiku, uzraudzību, uzskaiti, ārstēšanu un kaskādes skrīninga organizēšanu	2.1.5.1. Ieviesta valsts apmaksāta lipoproteīna (a) noteikšana pacientiem no 40-75 gadiem vienreiz mūžā	Noteikts lipoproteīns (a) 266 915 pacientiem no 40-75 gadiem	NVD	MVI KJ, LKB, LLĢĀA, LĢĀA	2027. gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			Noteikts lipoproteīns (a) 191 927 pacientiem no 40-75 gadiem	NVD	MVI KJ, LKB, LLĢĀA, LĢĀA	2028. gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			Noteikts lipoproteīns (a) 140 441 pacientiem no 40-75 gadiem	NVD	MVI KJ, LKB, LLĢĀA, LĢĀA	2029. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.1.5.2. Attīstīts ģimenes	Vismaz 2 000 pacienti saņēmuši kardiologa	VM, NVD	MVI KJ, LKB	2027. gada II pusgads

		hiperholisterinēmijas komandas pakalpojums	konsultāciju, kas specializējies ģimenes hiperholisterinēmijā			(papildu finansējums indikatīvi)
			Vismaz 2 500 pacienti saņēmuši kardiologa konsultāciju, kas specializējies ģimenes hiperholisterinēmijā	VM, NVD,	MVI KJ, LKB	2028. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.1.5.3. Uzlabota ģimenes hiperholisterinēmijas un citu smagu primāru vai komplikētu hiperlipidēmiju diagnostikas pieejamība	Izstrādāts ģimenes hiperholisterinēmijas un citu smagu primāru vai komplikētu hiperlipidēmiju pacientu novērtēšanu, diagnostikas algoritms, kā arī pacienta ceļš un kvalitātes indikatori diagnostikai	VM	LKB, LĢĀA, LLĢĀA	2027.gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (ESF finansējums)
2.1.6.	Uzlabot SAS izmeklējumu pieejamību SAVA (3.*)	2.1.6.1. Nodrošināta SAVA diagnostikas (veloergometrijas, ehokardiogrāfijas) apmaksā atbilstoši faktiskajām izmaksām	Pārskatīti SAS diagnostikas (veloergometrijas, ehokardiogrāfijas) izmeklējumu tarifi	VM, NVD	MVI KJ, LKB	2027.gada I pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.1.6.2. Definēta pacientu plūsma un uzlabota kvalitāte doplerogrāfijas	Izstrādāti vienoti doplerogrāfijas (galvas, kakla un kāju asinsvadiem)	VM	LDVC, LAĶB	2027.gada I pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr.

* Veselības ministrijas izvirzītās prioritātes atkarībā no pieejamā valsts budžeta finansējuma

		izmeklējuma saņemšanai	izmeklējumu apraksti un pacientu ceļi			4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros (ESF finansējums)
		2.1.6.3. Definēta pacientu plūsma ehokardiogrāfijas izmeklējumu saņemšanai	Pārskatīta ārstu kompetence ehokardiogrāfijas izmeklējumu veikšanai un definētas prasības iekārtām	VM, VI	MVI KJ, LKB	2027.gada II pusgads (esošais valsts budžeta finansējums)
2.1.7.	Attīstīt rezistentas arteriālās hipertensijas diagnostiku	Nodrošināts valsts apmaksāts 18-24h asinsspiediena monitorēšanas pakalpojums	3 350 pacienti saņēmuši no 18-24h asinsspiediena monitorēšanu	NVD, VM		2027.gada I pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
2.1.8.	Veicināt sirds un plaušu slimību diagnostiku	Nodrošināts valsts apmaksāts kardiopulmonālā testa izmeklējums	321 pacienti saņēmuši kardiopulmonālā testa izmeklējumu	NVD, VM		2027.gada I pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
2.1.9.	Uzlabot asinsvadu saslimšanu diagnostiku	Nodalīts PVA un SAVA pacientu plūsma perifēro artēriju slimības, kakla asinsvadu aterosklerozes un aortas aneirismu diagnostikā	Izstrādāts klīniskais algoritms un pacientu ceļš perifēro artēriju slimību, kakla asinsvadu aterosklerozes un aortas aneirismu diagnostikai	VM	LAĶB	2027.gada I pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros)

						(ESF finansējums)
2.2. SAS un to saistīto slimību pacientu uzraudzības uzlabošana PVA un SAVA						
Nr. p. k.	Pasākums	Darbības rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Atbildīgā institūcija	Līdzatbildīgās institūcijas	Izpildes termiņš (ar precizitāti līdz pusgadam)
Pamatnostādņu uzdevums un tā numurs Stiprināt ambulatoro pakalpojumu attīstību, nodrošinot stacionāros ārstēto pacientu pēctecīgu ārstēšanu ambulatorā sektorā. (Sasaistē ar Pamatnostādņu 5.7. uzdevumu) (3.1.1.6. apakšuzdevums) Nodrošināt cukura diabēta pacientu novērošanā nozīmēto izmeklējumu un speciālistu savlaicīgu pieejamību, izstrādājot un ieviešot cukura diabēta pacienta dinamiskās novērošanas ceļu, kas pakārtots valsts apmaksāto pakalpojumu grozam. (3.1.10.2. apakšuzdevums) Izstrādāt norādījumus/ algoritmus PVA nosūtīšanai pie speciālistiem un uz izmeklējumiem. (3.2.1.3.apakšuzdevums) Uzlabot pacientu līdzestību zāļu lietošanā, informēt sabiedrību par pareizu zāļu un saprātīgu uztura bagātinātāju lietošanas praksi, kā arī par pareizu zāļu utilizēšanu un citām darbībām atbilstoši Eiropas Zāļu stratēģijai (sasaistē ar Pamatnostādņu 1.rīcības virzienu). (3.2.2.4. apakšuzdevums) Uzlabot sabiedrības informēšanu par aktualitātēm nozarē, veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām, izglītot iedzīvotājus par konkrētām slimībām, blakussaslimšanām, veselības riskiem, veselības problēmu savlaicīgu atpazīšanu hronisku slimību gadījumā, vairāk fokusējoties uz sirds-asinsvadu, cukura diabētu, un iespējām tās novērst (konsultējoties ar pacientu organizācijām). (3.3.2.1.apakšuzdevums)						
2.2.1.	Ieviest akūtu notikumu ārstēšanas nepārtrauktību, nodrošinot stacionāros ārstēto pacientu pēctecīgu ārstēšanu ambulatorā sektorā	Īstenots SAS hronisku pacientu pilotprojekts piecās ārstniecības iestādēs intensificētas dinamiskās	5 000 pacientiem veikta hroniskas slimības intensificēta dinamiskā novērošana	VM, NVD	MVI KJ, LAĶB	2027. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)

	(1.*)	novērošanas efektivitātes izvērtēšanai un hronisko pacientu dinamiskā novērošana pēc akūta notikuma vai vaskulāras intervences	2 500 pacientiem veikta elektrokardiostimulatora darbības pārbaude un programmēšana	VM, NVD	MVI KJ	2027. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
			5 000 pacientiem vismaz 1 reizi pēc simptomātiska insulta vai tranzitoras išēmiskas lēkmes saņemta neirologa konsultācija un veikta neirosonoloģiskā izmeklēšana	VM, NVD	MVI KJ, LNB, LAĶB	2027. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
2.2.2.	Uzlabot cukura diabēta pacientu dinamisko novērošanu	Noteikti ģimenes ārsta un endokrinologa aprūpes līmeņi, kā arī definēti kritēriji komplikētu pacientu identifikācijai, balstoties uz klīniskiem kritērijiem, esošām blakus slimībām (SAS un nieru slimības) un saņemtās terapijas	Izstrādāti un apstiprināti cukura diabēta klīniskie algoritmi, pacientu ceļi un kvalitātes indikatori dinamiskai novērošanai	VM	LEA, LĢĀA, LLĢĀA	2026. gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (ESF finansējums)
2.2.3.	Savlaicīgi atklāt ar cukura diabētu saistītos komplikāciju riskus	2.2.3.1. Uzlabota cukura diabēta komplikāciju	Izstrādāts klīniskais algoritms, kvalitātes indikatori, pacientu ceļš	VM	LEA, LKB, MVI ģimenes medicīnā, LAĶB	2026.gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr.

* Veselības ministrijas izvirzītās prioritātes atkarībā no pieejamā valsts budžeta finansējuma

		savlaicīga atklāšana un ārstēšana	cukura diabētu komplikāciju diagnostikai un aprūpei (sirds un asinsvadu, neiroloģiskai, acu)			4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (ESF finansējums)
		2.2.3.2. Uzlabota cukura diabēta acu komplikāciju savlaicīga atklāšana un ārstēšana	200 pacienti saņēmuši intravitreālās injekcijas	NVD, VM	LAĀA	2027.gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			300 pacienti saņēmuši intravitreālās injekcijas	NVD, VM	LAĀA	2028.gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			350 pacienti saņēmuši intravitreālās injekcijas	NVD, VM	LAĀA	2029.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.2.3.3. Uzlabota cukura diabēta neiroloģisko komplikāciju savlaicīga atklāšana un ārstēšana	Izstrādāts klīniskais algoritms, kvalitātes indikatori un pacienta ceļš diabētiskās pēdas un trofisko čūlu aprūpei	VM	LEA, LNB	2026.gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (ESF finansējums)

2.2.4.	Ieviest hroniskas nieru slimības diagnostiku cukura diabēta un arteriālās hipertensijas pacientiem PVA (2.*)	2.2.4.1. Cukura diabēta un arteriālās hipertensijas pacientiem vismaz 1x gadā noteikts kreatinīns (t.sk. glomerulu filtrācijas ātrums) un veikta urīna analīze, kur noteikta mikroalbuminūrijas klātesamība	50% aptvere hroniskas nieru slimības riska grupas pacientiem	NVD, VM	MVI ģimenes medicīnā, LĢĀA, LĢĀA, LNA, LNMAA	2027.gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			55% aptvere hroniskas nieru slimības riska grupas pacientiem	NVD, VM	MVI ģimenes medicīnā, LĢĀA, LĢĀA, LNA, LNMAA	2028.gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			60% aptvere hroniskas nieru slimības riska grupas pacientiem	NVD, VM	MVI ģimenes medicīnā, LĢĀA, LĢĀA, LNA, LNMAA	2029.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.2.4.2. Veicināta PVA iesaiste un nodalītas ārstniecības personu kompetences hroniskas nieru slimības diagnostikā	Izstrādāts hroniskas nieru slimības skrīningā atklāto gadījumu tālākas uzraudzības algoritms, kvalitātes indikatori un pacienta ceļš	VM	LNA, LNMAA	2027. gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros)
2.2.5.	Uzlabot sirds mazspējas pacientu un aritmijas pacientu dinamisko novērošanos	Noteiktas ģimenes ārsta un kardiologa aprūpes jomas, kā arī definēti kritēriji	Pārskatīti sirds mazspējas un aritmiju klīniskie algoritmi, pacientu ceļi un kvalitātes indikatori	VM	MVI KJ, LKB, LĢĀA, LLĢĀA	2027. gada I pusgads (esošais valsts budžeta finansējums)

* Veselības ministrijas izvirzītās prioritātes atkarībā no pieejamā valsts budžeta finansējuma

		komplīcētu pacientu identifikācijai, balstoties uz klīniskiem kritērijiem, esošām blakus slimībām un saņemtās terapijas	diagnostikā un dinamiskā novērošanai			
2.2.6.	Uzlabot perifēro asinsvadu saslimšanu dinamisko novērošanu	Nodalītas PVA un SAVA pacientu plūsmas perifēro artēriju slimības, kakla asinsvadu aterosklerozes un aortas aneirismu dinamiskā novērošanā	Izstrādāts klīniskais algoritms un pacientu ceļš perifēro artēriju slimību, kakla asinsvadu aterosklerozes un aortas aneirismu dinamiskai novērošanai	VM	LAĶB	2027.gada I pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (ESF finansējums)
2.2.7.	Veicināt pacientu līdzestību hronisku slimību (īpaši, SAS) slimību dinamiskā novērošanā un medikamentu lietošanā	Palielinājusies pacientu izpratne par viņu līdzestības nozīmi ārstēšanas procesā, akcentējot veselības ilgtermiņa ieguvumus no pacienta līdzestības	Organizēts vismaz viens informatīvs pasākums 1x gadā pacientu līdzestības veicināšanai	SPKC, VM	MVI KJ, NVO	2026. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (ESF finansējums)
2.2.8.	Izvērtēt digitalizācijas (tostarp telemedicīnas) izmantošanu pacientu līdzestības	Veikta analīze par esošajiem digitālajiem un telemedicīnas pakalpojumiem	Sniegti priekšlikumi par digitālajiem un telemedicīnas pakalpojumu izmantošanu pacienta	VM	BKUS, PSKUS, RAKUS, Nacionālais	2027.gada II pusgads

	veicināšanai SAS un to saistīto saslimšanu uzraudzībā	līdzestības veicināšanā SAS pacientiem	līdzestības veicināšanai SAS un to saistīto saslimšanu uzraudzībā		rehabilitācijas centrs “Vaivari”, LDVC	
2.3. Medikamentu pieejamības uzlabošana						
Nr. p. k.	Pasākums	Darbības rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Atbildīgā institūcija	Līdzatbildīgās institūcijas	Izpildes termiņš (ar precizitāti līdz pusgadam)
Pamatnostādņu uzdevums un tā numurs Paplašināt kompensējamo medikamentu un medicīnisko ierīču sarakstu. (3.1.4.1.apakšuzdevums) Pārskatīt un pilnveidot medikamentu un medicīnisko ierīču kompensācijas principus. (3.1.4.2.apakšuzdevums) Uzlabot pacientu līdzestību zāļu lietošanā, informēt sabiedrību par pareizu zāļu un saprātīgu uztura bagātinātāju lietošanas praksi, kā arī par pareizu zāļu utilizēšanu un citām darbībām atbilstoši Eiropas Zāļu stratēģijai (sasaistē ar Pamatnostādņu 1.rīcības virzienu). (3.2.2.4.apakšuzdevums)						
2.3.1.	Uzlabot antikoagulantu <i>TOAK</i> pieejamību pacientiem ar perifēro asinsvadu saslimšanām komplikāciju attīstības novēršanai	2.3.1.1. Kompensēti antikoagulantu <i>TOAK</i> pacientiem pēc asinsvadu revaskularizācijas 3 mēnešus	1 750 pacientiem kompensēts antikoagulants 3 mēnešus pēc asinsvadu revaskularizācijas	NVD, VM		2027. gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			3 500 pacientiem kompensēts antikoagulants 3 mēnešus pēc asinsvadu revaskularizācijas	NVD, VM		2028. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)

		2.3.1.2.Kompensēti antikoagulanti pacientiem ar dziļo vēnu trombozi 3-6 mēnešus	969 pacientiem kompensēts antikoagulants 3 mēnešus	NVD, VM		2027. gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			1 453 pacientiem kompensēts antikoagulants 3 mēnešus	NVD, VM		2028. gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			1 938 pacientiem kompensēts antikoagulants 3 mēnešus	NVD, VM		2029. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.3.1.3.Kompensēti antikoagulanti pacientiem ar plaušu trombemboliju 12 mēnešu garumā no diagnozes uzstādīšanas brīža	475 pacientiem kompensēts antikoagulants 12 mēnešus	NVD, VM		2027. gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			949 pacientiem kompensēts antikoagulants 12 mēnešus	NVD, VM		2028. gada II pusgads (turpmāk ik gadu)
2.3.2.	Kompensēt sirds glikozīdus mirdzaritmijas pacientiem, ja nevar ar cita veida medikamentiem panākt normosistoliju	Uzlabot mirdzartmijas pacientu aprūpi	3 967 pacientiem kompensēts sirds glikozīda preparāts	NVD, VM		2027. gada I pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
			7 934 pacientiem kompensēts sirds glikozīda preparāts	NVD, VM		2028. gada I pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)

2.3.3.	Palielināt kardiovaskulāro pacientu līdzestību medikamentu lietošanā	Uzlabota SAS un to saistīto slimību slimojošo pacientu līdzestība medikamentu lietošanā	504 402 pacientu skaits, kam nodrošināta 100% kompensācija	NVD, VM		2027. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) <i>(papildu finansējums indikatīvi)</i>
2.3.4.	Veicināt jauniešu (18-24 gadu vecumam) iesaisti I tipa cukura diabēta dinamiskā novērošanā	Apmaksāta nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēma pacientiem pēc 18 gadu vecuma (līdz 24 gadu vecumam (ieskaitot), kas lieto nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēmu vai/un insulīna sūkņus līdz 18 gadu vecumam	150 pacientiem no 18-24 gadu vecuma apmaksāta nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēma	NVD, VM	LEA	2027. gada I pusgads (turpmāk ik gadu) <i>(papildu finansējums indikatīvi)</i>
2.3.5.	Veicināt I tipa cukura diabēta pacientu ar smagām un/ vai biežām hipoglikēmijām, labilu diabēta gaitu, nopietnām diabēta vēlīnām komplikācijām iesaisti I tipa cukura diabēta dinamiskā novērošanā	Apmaksāta nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēma pacientiem cukura diabēta pacientiem ar smagām un/ vai biežām hipoglikēmijām, labilu diabēta gaitu, nopietnām diabēta vēlīnām komplikācijām	500 pacientiem apmaksāta nepārtrauktās glikozes līmeņa noteikšanas sistēma	NVD, VM	LEA	2027. gada I pusgads (turpmāk ik gadu) <i>(papildu finansējums indikatīvi)</i>

2.3.6.	Izskatīt iespēju paplašināt izrakstīšanas nosacījumus kompensējamo zāļu sarakstā esošajiem medikamentiem un/vai iekļaut valsts kompensējamo zāļu sarakstā jaunus medikamentus	Izvērtēta medikamentozās terapijas pieejamība atbilstoši aktuālajām SAS ārstēšanas un profilakses vadlīnijām	Sagatavoti priekšlikumi medikamentu izrakstīšanas nosacījumu paplašināšanai un jaunu medikamentu iekļaušanai KZS	VM	NVD, ārstu profesionālās asociācijas, NVO	2027. gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)
--------	---	--	--	----	---	--

2.4. Stacionārās veselības aprūpes pilnveidošanas pasākumi

Nr. p. k.	Pasākums	Darbības rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Atbildīgā institūcija	Līdzatbildīgās institūcijas	Izpildes termiņš (ar precizitāti līdz pusgadam)
Pamatnostādņu uzdevums un tā numurs Palielināt plānveida stacionāro pakalpojumu apjomu. (3.1.3.1.apakšuzdevums) Iekļaut jaunus stacionāros pakalpojumus valsts apmaksāto pakalpojumu sarakstā. (3.1.3.2.apakšuzdevums) Nodrošināt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu tarifu atbilstību faktiskajām izmaksām (sasaistē ar 5.2.2. uzdevumu). (3.1.3.3.apakšuzdevums) Ieviest vienotu pieeju un resursus insulta pacientu izmeklēšanā un ārstēšanā (sasaistē ar Pamatnostādņu 5.1.4, 5.7.). (3.1.6.2.apakšuzdevums) Pilnveidot veselības aprūpi kardioloģijas pacientiem akūtā situācijā, t.sk. veicot auditu ārstniecības iestādēs, kurās tiek sniegti invazīvās kardioloģijas pakalpojumi. (Sasaistē ar Pamatnostādņu 5.1.6 un 5.7.) (3.1.6.4.apakšuzdevums) Izstrādāt dinamiskās novērošanas kārtību bērniem un pieaugušajiem ar hroniskām un iedzimtām slimībām un nodrošināt hroniski smagi slimiem bērniem racionālu un ērtu pāreju no bērna veselības aprūpes uz pieaugušo veselības aprūpi, tai skaitā pakalpojumu pieejamības pēctecību. (3.2.3.1.apakšuzdevums) Nodrošināt cukura diabēta pacientu novērošanā nozīmēto izmeklējumu un speciālistu savlaicīgu pieejamību, izstrādājot un ieviešot cukura diabēta pacienta dinamiskās novērošanas ceļu, kas pakārtots valsts apmaksāto pakalpojumu grozam. (3.1.10.2.apakšuzdevums)						

Ieviest uz starptautiski atzītām vadlīnijām profesionāļu izstrādātus klīniskos algoritmus un klīniskos pacientu ceļus veselības aprūpē un adaptēt starptautiski atzītas vadlīnijas, nodrošinot to pieejamību digitālā formātā gan ārstniecības personām, gan sabiedrībai un veikt klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu ieviešanas monitoringu. (5.1.3. apakšuzdevums)						
2.4.1.	Izvērtēt pašreizējo situāciju akūta insulta ārstēšanā, insulta sekundārajā profilaksē, pacientu ilgtermiņa novērošanā un rehabilitācijā	Veikta esošo insulta vienību kvalitātes prasību izpildes tematiskā pārbaude: 1. Insultu vienību pieejamības/sasniežamības analīze; 2. Insulta vienību kvalitātes prasību izpildes audits, ar mērķi uzlabot to darbu un sniegtās specializētās terapijas kvalitāti; 3. Medicīnisko tehnoloģiju nodrošinājuma analīze	Realizēts insulta vienību audits, izstrādāti un VM iesniegti priekšlikumi par nepieciešamajām izmaiņām, kā arī sagatavots cerebrālo asinsvadu slimību invazīvās ārstēšanas rīcības algoritms	VM	VI, LNB	2026. gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti") (ESF finansējums)
2.4.2.	Izpildīt tematiskās pārbaudes "Akūta koronāra sindroma pacientu aprūpe" secinājumus	2.4.2.1. Nodrošināta vienota akūta koronāra sindroma simptomu atpazīšana un diagnostikas	Atjaunoti 2019. gadā publicētie klīniskie algoritmi un pacientu ceļi SAS jomā;	VM, NMPD	MVI KJ, slimnīcas, LKB, SPKC	2026. gada II pusgads (esošais valsts budžeta finansējums)

		interpretācija veselības aprūpes darbinieku vidū				
		2.4.2.2. Veicināta vienota rīcība akūta koronāra sindroma gadījumā NMP etapā	Pilnveidotas NMP dienestā izstrādātās procedūras un metodiskie ieteikumi pacientiem ar aizdomām par akūtu koronāru sindromu;	NMPD, VM	MVI KJ, slimnīcas, LKB	2026. gada II pusgads <i>(esošais valsts budžeta finansējums)</i>
		2.4.2.3. Veicināta vienota rīcība akūta koronāra sindroma gadījumā	Atjaunotas NMP, slimnīcu uzņemšanas un citās nodaļās izstrādātās procedūras, metodiskās rekomendācijas	VM, NMPD	MVI KJ, slimnīcas, LKB	2026. gada II pusgads <i>(esošais valsts budžeta finansējums)</i>
2.4.3.	Mazināt insulta attīstības risku Latvijas iedzīvotājiem (4.*)	2.4.3.1. Pārskatīts stacionārā un dienas stacionārā veicamo manipulāciju klāsts, pacientu plūsmas strukturēšanai	20% stacionārā ārstējamo pacientu pārvirzīti aritmoloģiskas intervences saņemšanai dienas stacionārā, tādējādi atbrīvojot vietu pacientiem stacionāra pakalpojumu saņemšanai aritmoloģijā	NVD, VM	PSKUS, RAKUS	2026. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) <i>(papildu finansējums indikatīvi)</i>
		2.4.3.2. Pārskatīti radiofrekvētās katetra ablācijas tarifi un diagnostikas	Veiktas 8113 intervences kardioloģiskiem pacientiem ar sirds ritma traucējumiem	NVD, VM	PSKUS, RAKUS	2027. gada II pusgads <i>(papildu finansējums indikatīvi)</i>

* Veselības ministrijas izvirzītās prioritātes atkarībā no pieejamā valsts budžeta finansējuma

		manipulācijas aritmijas diagnostikai atbilstoši faktiskajām izmaksām	Veiktas 8550 intervences kardioloģiskiem pacientiem ar sirds ritma traucējumiem	NVD, VM	PSKUS, RAKUS	2028. gada II pusgads (papildu finansējums indikatīvi)
2.4.4.	Papildināt valsts apmaksāto pakalpojumu grozu ar nieru simpātisko denervāciju pacientiem ar izteikti grūti kontrolējamām SAS (ar cukura diabētu, smagu adipozītāti, rezistentas hipertensijas gadījumā)	Mazināts kardiovaskulārais risks rezistentas hipertensijas gadījumā grūti kontrolējamo SAS pacientu vidū	35 pacienti saņēmuši nieru simpātisko denervāciju rezistentas hipertensijas gadījumā	NVD, VM	PSKUS, RAKUS,	2027. gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
2.4.5.	Uzlabot aterosklerozes izraisīto seku ārstēšanas pieejamību Latvijas iedzīvotājiem	2.4.5.1. Mazināts pacientu gaidīšanas laiks plānveida invazīvās kardioloģijas pakalpojuma saņemšanai	3 166 pacienti saņēmuši invazīvas kardioloģijas pakalpojumu dienas stacionārā	NVD, VM	MVI KJ, PSKUS, RAKUS, DRS, LRS, Rīgas 1.slimnīca	2027.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
			2029 pacienti saņēmuši invazīvas kardioloģijas pakalpojumu dienas stacionārā	NVD, VM	MVI KJ, PSKUS, RAKUS, DRS, LRS, Rīgas 1.slimnīca	2028.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.4.5.2. Mazināts pacientu gaidīšanas laiks vēdera aortas endoprotezēšanas	35 pacienti saņēmuši vēdera aortas endoprotezēšanas procedūras	NVD, VM	PSKUS, RAKUS	2027.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)

		procedūras saņemšanai (5.*)				
2.4.6.	Pārskatīt transkatetra vārstuļa implantācijas procedūras tarifs atbilstoši faktiskajām izmaksām un palielināts plānoto pacientu skaits	2.4.6.1. Uzlabot (mazinvasīvu) aortas vārstuļa implantācijas pieejamību	150 pacienti saņēmuši transkatetra aortālā vārstuļa implantāciju	NVD, VM	PSKUS	2027.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
			200 pacienti saņēmuši transkatetra aortālā vārstuļa implantāciju	NVD, VM	PSKUS	2028.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
		2.4.6.2. Papildināts valsts apmaksāto pakalpojumu grozs ar valsts apmaksātu (mazinvasīvu) trikuspidālā, mitrālā, pulmonālā vārstuļa implantācijas procedūru	30 pacienti saņēmuši transkatetra trikuspidālā, mitrālā, pulmonālā vārstuļa implantāciju	NVD, VM	PSKUS	2027.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
			50 pacienti saņēmuši transkatetra trikuspidālā, mitrālā, pulmonālā vārstuļa implantāciju	NVD, VM	PSKUS	2028.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)
2.4.7.	Veicināta ātrāka pacienta atveseļošanās sirds ķirurģijas anestezioloģijas un intensīvās terapijas nodaļā	Papildināts valsts apmaksāto pakalpojumu grozs ar sirds palīgācirkulācijas	35 pacientiem implantētas perkutānas implantējamas sirds kreisā kambara mehāniskas palīgācirkulācijas iekārta	NVD, VM	PSKUS, RAKUS	2027.gada II pusgads (turpmāk ik gadu) (papildu finansējums indikatīvi)

* Veselības ministrijas izvirzītās prioritātes atkarībā no pieejamā valsts budžeta finansējuma

		ierīcēm pēc sarežģītām sirds operācijām vai hronisku sirds saslimšanu dekompensācijas gadījumos				
2.4.8.	Analizēt speciālistu un tehnoloģiju klāstu universitātes un IV līmeņa slimnīcās sirds mazspējas pacientu ārstēšanas nodrošināšanai	Uzlabota sirds mazspējas pacientu ārstēšanu stacionārā	Izstrādāta sirds mazspējas stacionārā programma un definētas prasības nepieciešamajam speciālistu un tehnoloģiju klāstam ātrākai sirds mazspējas pacienta veselības stāvokļa stabilizēšanai	VM, NVD	MVI KJ	2026.gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)
2.4.9.	Analizēt sirds ķirurģijas un asinsvadu ķirurģijas klīniku kapacitāti, kā arī pielietotās tehnoloģijas pacientu ārstēšanas uzlabošanai	Izvērtēta jaunu tehnoloģiju nepieciešamība un aprēķināts finansējums sirds ķirurģijas un asinsvadu ķirurģijas pieejamības uzlabošanai	Sagatavot priekšlikumi sirds ķirurģijas un asinsvadu ķirurģijas pieejamības uzlabošanai un kapacitātes stiprināšanai efektīvai pacientu ārstēšanas nodrošināšanai	VM	MVI KJ, LAĶB, LSĶA, LKB	2027. gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)
2.4.10.	Veicināt pāreju pieaugušo pacienta vecumā uz PSKUS ar bērībā operētu kombinētu sirdskaiti	Īstenots pilotprojekts pārejai ar bērībā operētām kombinētām sirds kaitēm no BKUS uz	Izstrādāta ambulatorā programma ar nepieciešamo speciālistu un izmeklējumu klāstu pieaugušo pacientiem ar bērībā operētu sirdskaiti	VM	MVI KJ, MVI pediatrijā, BKUS, LSĶA, NVD, LDVC	2027.gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)

		PSKUS pieaugušo vecumā				
2.4.11.	Definēt diabēta pēdas aprūpes specializētā centra funkcijas, nepieciešamo speciālistu un tehnoloģiju klāstu universitātes un reģionālās slimnīcās	Izvērtēta jaunu tehnoloģiju nepieciešamība un aprēķināts finansējums cukura diabēta pacientiem ar diabēta pēdu, amputācijas vai invaliditātes riska samazināšanai	Sagatavoti priekšlikumi diabēta pēdas aprūpei universitāšu un reģionālās slimnīcā, definētas speciālistu kvalifikācijas un nepieciešamo tehnoloģiju prasības	VM, NVD	RAKUS, PSKUS, reģionālās slimnīcas, LEA	2027. gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)

2.5. Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamības veicināšana						
Nr. p. k.	Pasākums	Darbības rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Atbildīgā institūcija	Līdzatbildīgās institūcijas	Izpildes termiņš (ar precizitāti līdz pusgadam)
Pamatnostādņu uzdevums un tā numurs Ieviest vienotu pieeju un resursus insulta pacientu izmeklēšanā un ārstēšanā (sasaistē ar 5.1.4, 5.7.). (3.1.6.2.apakšuzdevums) Nodrošināt savlaicīgu rehabilitāciju pacientiem ar iedzimtām SAS, plānojot atbilstošus cilvēkresursus. (3.1.6.5.apakšpunkts) Uzlabot ambulatorās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, tai skaitā dienas stacionārā, vienlaikus uzlabojot atbilstošu cilvēkresursu nodrošinājumu. (3.2.4.1.apakšuzdevums)						
2.5.1.	Izvērtēt līdzšinējo rehabilitācijas pieejamību	Sasaistē ar 2.4.1. pasākumu veikta	Sniegti priekšlikumi rehabilitācijas pieejamības	VM	BKUS, PSKUS, RAKUS,	2027.gada II pusgads

	uzreiz pēc insulta/cerebrovaskulāras saslimšanas akūtā perioda	esošo insulta vienību kvalitātes prasību izpildes tematiskā pārbaude	uzlabošanai insulta/cerebrovaskulāras saslimšanas akūtā periodā		Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”	(<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)
2.5.2.	Nodrošināt savlaicīgas rehabilitācijas pieejamību pacientiem ar iedzimtām SAS (SabVesPam 3.1.6.5.)	Izvērtēta savlaicīgas rehabilitācijas pieejamība pacientiem ar iedzimtām SAS	Sniegti priekšlikumi savlaicīgas rehabilitācijas saņemšanai pacientiem ar iedzimtām SAS	VM	MVI pediatrijā, MVI KJ, BKUS, PSKUS, nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”	2027.gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)

2.6. Veselības aprūpes kvalitātes uzlabošana						
Nr. p. k.	Pasākums	Darbības rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Atbildīgās institūcijas	Līdzatbildīgās institūcijas	Izpildes termiņš (ar precizitāti līdz pusgadam)
Pamatnostādņu uzdevums un tā numurs Pilnveidot veselības sistēmas un veselības aprūpes uzraudzību, tai skaitā ārstniecības iestāžu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzraudzību, integrējot sistēmā balstītu uzraudzību, kas ietver ārstniecības iestāžu vadības sistēmu (organizācijas, procesu) novērtēšanu un uzlabojumu veicināšanu un veselības sistēmas snieguma rādītāju ⁴² uzraudzību, uzturēšanu, attīstīšanu un publicēšanu. (5.1.5.apakšuzdevums)						
2.6.1.	Sekmēt kvalitatīvu ārstēšanu insulta, AKS, aritmiju un sirds mazspējas pacientiem	Izvērtēti līdzšinējie un definēti kvalitātes kritēriji sekmīgai insulta, AKS, aritmiju un sirds mazspējas ārstēšanai	Izstrādāti un atjaunoti kvalitatīvas ārstēšanas kritēriji AKS, aritmiju un sirds mazspēju saņemtās ārstēšanas novērtēšanai	VM, NVD, SPKC	MVI KJ, BKUS, PSKUS, RAKUS, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"	2027.gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)
			Izstrādāti un atjaunoti kvalitatīvas ārstēšanas kritēriji insulta saņemtās ārstēšanas novērtēšanai	VM, NVD, SPKC	BKUS, PSKUS, RAKUS, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari", LNB	2027.gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti" ietvaros) (<i>ESF finansējums</i>)
2.6.2.	Izvērtēt nāves cēloņa medicīnisko apliecību kvalitāti	Realizēts Nāves cēloņa medicīnisko apliecību kvalitātes	Veikts 1000 nejauši atlasītu nāves cēloņa medicīnisko apliecību kvalitātes	SPKC	MVI KJ, LLĢĀA, LGĀA, LIB, LKB	2027. gada II pusgads (<i>esošais valsts budžeta finansējums</i>)

		kontroles pētījums, nodrošinot rezultātu un iespējamo neatbilstību analīzi	kontroles pētījums par laika periodu 2025.gada 1.janvāris – 30.decembris un sniegti priekšlikumi pareiza (precizētā) nāves cēloņa formulēšanai			
3. Rīcības virziens – Veselības aprūpes personāla zināšanu un prasmju pilnveidošana						
3.1. Ārstniecības personu apmācība						
Nr. p. k.	Pasākums	Darbības rezultāts	Rezultatīvais rādītājs	Atbildīgās institūcijas	Līdzatbildīgās institūcijas	Izpildes termiņš (ar precizitāti līdz pusgadam)
Pamatnostādņu uzdevums un tā numurs Pilnveidot ārstu kompetences un prasmes diagnožu un nāves cēloņu kodēšanā saskaņā ar SSK-10 10. redakcijas II sējumu. (3.1.6.3.apakšuzdevums) Uzlabot ārstniecības personu un farmaceitu zināšanas un izpratni par pacientu ar hroniskām slimībām ārstēšanu un aprūpi. (3.2.3.5.apakšuzdevums) Uzlabot ārstniecības personu un farmaceitu komunikācijas prasmes un uz cilvēku centrēta darba organizācijas prasmes (sasaistē ar 4.rīcības virzienu). (3.3.1. apakšpunkts) Īstenot apmācības par izstrādātajām klīniskajām vadlīnijām un pacientu ceļiem un izstrādāt informāciju sadarbības īstenošanai starp veselības aprūpes līmeņiem, kā arī starp dažādām specialitātēm (sasaistē ar 3.rīcības virzienu). (5.1.4. apakšpunkts)						
3.1.1.	Apmācīt veselības aprūpes speciālistus, lai veicinātu pacientu informētību par riska faktoriem, savlaicīgu SAS un to saistīto slimību diagnostiku un šo slimību uzraudzību	3.1.1.1.Stiprināta māsu un ārstu palīgu loma un veselības aprūpes personāla zināšanas PVA SCORE,	Organizēts seminārs ar ierakstu PVA par izstrādātajiem SCORE, hroniskas nieru slimības un cukura diabēta skrīninga algoritmiem	VM, SPKC	LĢĀA, LLĢĀA, NVO	2027. gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/

	saskaņā ar izstrādātajiem klīniskajiem algoritmiem un pacientu ceļiem	hroniska nieru slimības, cukura diabēta diagnostikas veikšanai				1/24/I/001 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti") (ESF finansējums)
		3.1.1.2. Pilnveidotas veselības aprūpes speciālistu zināšanas PVA un SAVA cukura diabēta slimības novērošanai, komplikāciju diagnostikā un ārstēšanā, kā arī hronisku nieru slimības tālākai uzraudzībai, lai optimizētu pacientu plūsmu pie speciālistiem	Apmācītas 150 ārstniecības personas par izstrādātajiem klīniskajiem algoritmiem un pacientu ceļiem - cukura diabēta slimības novērošanai, komplikāciju diagnostikā un ārstēšanā, kā arī hronisku nieru slimības tālākai uzraudzībai	VM	MVI ģimenes medicīnā, LKB, LĀKB, LEA, LNA, LNMAA, LLĢĀA, LĢĀA	2027.gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.6/1 /24/I/001 "Izglītības iespēju nodrošināšana ārstniecībā iesaistītām personām") (ESF finansējums)
3.1.2.	Pilnveidot veselības aprūpes personāla komunikācijas prasmes ar pacientiem	Veikta ārstu un medicīnas personāla izglītošana par komunikācijas stratēģijām, tostarp, kas veicina pacientu	Apmācītas 200 ārstniecības personas par pacientu līdzestības veicināšanu	VM, SPKC	LĢĀA, LLĢĀA, NVO	2027. gada I pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.6/1 /24/I/001 "Izglītības iespēju

		motivāciju un līdzestību				nodrošināšana ārstniecībā iesaistītām personām”) (ESF finansējums)
3.1.3.	Apmācīt veselības aprūpes speciālistus un veicināt pacientu informētību, līdzestību medikamentu lietošanā	Veikta ārstniecības personu izglītošana, kas pacientiem nozīmē medikamentus, medikamentu optimizācijas veicināšanai, polifarmācijas mazināšanai, dodot priekšroku medikamentu kombinācijām, kas ir pierādījušas savu efektu un veicina pacientu līdzestību	Apmācītas 100 ārstniecības personas par medikamentu optimizāciju un polifarmācijas mazināšanu	VM, ZVA	LĢĀA, LLĢĀA, NVO	2027. gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.6/1/24/I/0 01 "Izglītības iespēju nodrošināšana ārstniecībā iesaistītām personām”) (ESF finansējums)
3.1.4.	Apmācīt veselības aprūpes speciālistus cerebrovaskulāro slimību novēršanai	Pilnveidotas zināšanas PVA un citu nozaru speciālistiem par cerebrovaskulāro slimību riska faktoru atpazīšanu, primārās profilakses iespējām, insulta	Apmācītas 200 ārstniecības personas par cerebrovaskulāro slimību novēršanu	VM	LNB, LAĶB, LĢĀA, LLĢĀA	2027. gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.6/1/24/I/0 01 "Izglītības iespēju nodrošināšana ārstniecībā

		novēršanu un riska faktoru mazināšanu				iesaistītām personām”) (ESF finansējums)
3.1.5.	Stiprināt ārstu kompetences diagnožu un nāves cēloņu kodēšanā	Pilnveidotas ārstu zināšanas un prasmes diagnožu un nāves cēloņu kodēšanā saskaņā ar aktuālo SSK redakciju	Apmācīti Rīgā un reģionos ~100 ģimenes ārsti un nodrošināti ar metodiskajiem materiāliem (SSK-10 atjaunotā versija)	SPKC	LLĢĀA, LĢĀA, LKB	2027.gada II pusgads (VM īstenotā ESF+ projekta Nr. 4.1.2.7/1/24/I/0 01 "Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti”) (ESF finansējums)

IV Teritoriālā perspektīva

Plānā izvirzītie rīcības virzieni un uzdevumi attiecināmi uz visu Latvijas Republikas teritoriju un tās sabiedrību. Plāna mērķis ir nodrošināt uz pacientu centrētu, integrētu un visaptverošu veselības aprūpi SAS jomā, ieskaitot SAS profilaksi, tādējādi pagarinot veselīgi nodzīvotos mūža gadus, novēršot priekšlaicīgu mirstību no SAS un mazinot nevienlīdzību veselības jomā. Plāna īstenošanas gaitā tiks uzsvērtā nepieciešamība nodrošināt līdzvērtīgu piekļuvi kvalitatīvai veselības aprūpei SAS jomā, ieskaitot SAS profilaksi, neatkarīgi no pacienta dzīvesvietas, kas ir ļoti būtisks ieguldījums iedzīvotāju veselībā. Plāna paredzēti pasākumi dažādos aprūpes līmeņos un teritorijās – gan nacionālajā, reģionālajā un primārās veselības aprūpes līmenī, lai veidotu efektīvu un visaptverošu veselības aprūpi SAS jomā.

V Pielikums

Kopsavilkums par plānā iekļauto pasākumu īstenošanai nepieciešamo finansējumu ir iekļauts Plāna pielikumā “Pielikums sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānam 2026.–2027. gadam”.

Veselības ministrs

(paraksts**)

H. Abu Meri

** Dokuments ir parakstīts ar TAP portāla elektroniskās parakstīšanas rīku