



Nacionālais veselības dienests

VĒSTIS Nr. 25

2017

Nosaukums:	Nacionālais veselības dienests
Mājaslapa:	www.vmnvd.gov.lv
E-pasts:	info@vmnvd.gov.lv
Tālrunis:	+371 67043700
Fakss:	+371 67043701
Kontaktpunkta tālrunis:	Latvijas iedzīvotājiem: 80001234 Zvanot no ārzemēm: + 371 67045005
Centrālais birojs	Rīga, Cēsu iela 31 k-3, 6. ieeja, LV-1012
Rīgas nodaļa	Vadītāja Renāte Neimane Rīga, Cēsu iela 31 k-3, 6. ieeja, LV-1012 Tālr.: 67201282, fakss: 67201285 E-pasts: riga@vmnvd.gov.lv
Zemgales nodaļa	Vadītāja Daiga Vulfa Jelgava, Zemgales prospekts 3, LV-3001 Tālr.: 63027249, fakss: 63007087 E-pasts: zemgale@vmnvd.gov.lv
Kurzemes nodaļa	Vadītāja Dzintra Eglīte Kuldīga, Pilsētas laukums 4, 3. stāvs, LV-3301 Tālr.: 63323471, fakss: 63323696 E-pasts: kurzeme@vmnvd.gov.lv
Latgales nodaļa	Vadītājs Jānis Pitrāns Daugavpils, Saules iela 5, LV-5401 Tālr.: 65422236, fakss: 65422236 E-pasts: latgale@vmnvd.gov.lv
Vidzemes nodaļa	Vadītāja Sigita Alhimoviča Smiltene, Pils iela 6, LV-4729 Tālr.: 64772301, fakss: 64707013 E-pasts: vidzeme@vmnvd.gov.lv

SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads. Valsts apmaksāta veselības aprūpe 2016. gadā	4
1. Veselības aprūpes budžets	5
1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana	5
1.2. Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas un apakšprogrammas	7
1.3. Ārstniecība	12
2. Medikamentu iegāde un apmaksa	13
2.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā	13
2.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	17
3. Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze	21
3.1. Vispārējie rādītāji	21
3.2. Primārā veselības aprūpe	26
3.2.1. Feldšeru - vecmāšu punktu darbība	30
3.2.2. Profilaktiskās apskates	31
3.2.3. Zobārstniecības aprūpes rādītāji	35
3.2.4. Veselības aprūpe mājās	38
3.3. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	41
4. Stacionāro iestāžu darbība	47
5. Medicīnas pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveicē	51
5.1. Pārrobežu veselības aprūpes iespējas	51
5.2. Latvijā apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi	52
5.3. Citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi	56
6. E-veselības ieviešana	57
7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi un klīniskās vadlīnijas	59
8. Ārstniecības riska fonds	61
9. Regresa prasību piedziņa	62
10. Starptautiskā sadarbība	63
Pielikumi	65
Pielikums "Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā"	66
Pielikums "Ambulatorā veselības aprūpe"	69
Pielikums "Stacionāro iestāžu darbība"	77
Pielikums "Medicīnas pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveicē"	107
Izmantotie termini	125

Valsts apmaksāta veselības aprūpe 2016. gadā

Nacionālā veselības dienesta informatīvajā pārskatā "Vēstis" Nr. 25 par 2016. gadu ir apkopota būtiskākā informācija par Nacionālā veselības dienesta darbības mērķi, īstenotajām funkcijām un sasniegtajiem rezultātiem, administrējot veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, kā arī nodrošinot maksimāli efektīvu un racionālu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

Lai efektīvi īstenotu valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, 2016. gadā Nacionālais veselības dienests turpināja aktīvi sadarboties ar ārstniecības iestādēm, valsts institūcijām, nevalstiskajām organizācijām, kā arī plašsaziņas līdzekļu pārstāvjiem, sniedzot aktuālu informāciju par valsts apmaksātiem pakalpojumiem.

No 2016. gada 22. jūnija tika atvērta piekļuve E-veselības sistēmas publiskajam portālam – www.eveseliba.gov.lv, un septembrī pirmie E-veselības sistēmas lietotāji (ārstniecības personas) uzsāka datu ievadi – izrakstīt e-receptes, e-darbnespējas lapas, kā arī ievadīt sistēmā pacientu pamatdatus. Savukārt farmaceiti aptiekās uzsāka zāļu izsniegšanu, pamatojoties uz ārstniecības personu izrakstītajām e-receptēm.

Sadarbībā ar Valsts ieņēmumu dienestu pārskata periodā nodrošināta darba devēju informēšana par E-veselības sistēmā noslēgtajām e-darbnespējas lapām, bet sadarbībā ar Valsts reģionālās attīstības aģentūru un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūru – iedzīvotājiem nodrošināta iespēja iesniegt slimības pabalsta iesniegumu, izmantojot e-pakalpojumu valsts pārvaldes pakalpojumu portālā www.latvija.lv.

2016. gadā veikta slimnīcu faktisko izdevumu analīze par 2015. gadu, organizētas un vadītas sanāksmes par zobārstniecības pakalpojumiem, kurās izvērtēti un definēti zobārstniecības pakalpojumu algoritmi. Pārskatīti veselības aprūpes pakalpojumu tarifi saistībā ar darba samaksas izmaiņām ārstniecības personām.

2016. gada 24. novembrī Nacionālais veselības dienests noslēdzis trīspusēju sadarbības līgumu ar Lietuvas Veselības ministrijas Nacionālo veselības apdrošināšanas fondu un Igaunijas Veselības apdrošināšanas fondu par savstarpējās sadarbības nostiprināšanu un attīstīšanu publiskā veselības finansējuma nozarē.

Veikta DRG (*Diagnosis-related group*) apmaksas modeļa pilnveidošana, īstenojot DRG plānā izvirzītos mērķus – izmaksu uzskaites sistēmas, datu kvalitātes uzlabošanas un apmaksas politikas ieviešana, kā arī salīdzinošās novērtēšanas sistēmas izveide. 2016. gadā noritējuši vairāki semināri ar Pasaules Veselības organizācijas ekspertu atbalstu, kuros gan Veselības ministrijas un tās padotības iestāžu darbinieki, gan ārstniecības iestāžu pārstāvji apguvuši zināšanas sekmīgai DRG plāna īstenošanai. Nacionālā veselības dienesta pārstāvji arī piedalījušies NORD DRG ekspertu darba grupās par DRG grupēšanas loģikas attīstību.

Lai ikviens Latvijas iedzīvotājs varētu saņemt drošus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, sadarbībā ar Pasaules banku izstrādātas Veselības tīklu attīstības vadlīnijas un uzsākta Vienotas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas koncepcijas izstrāde.

Darbību turpinājis Ārstniecības riska fonds, kas sniedz iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā, ja pacienta veselībai vai dzīvībai ir nodarīts kaitējums. 2016. gadā saņemti 234 iesniegumi par atlīdzības izmaksāšanu, kas ir par 63 iesniegumiem vairāk nekā 2015. gadā. Lēmums par atlīdzības izmaksāšanu ticis pieņemts 57 gadījumos.

1. Veselības aprūpes budžets

1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana

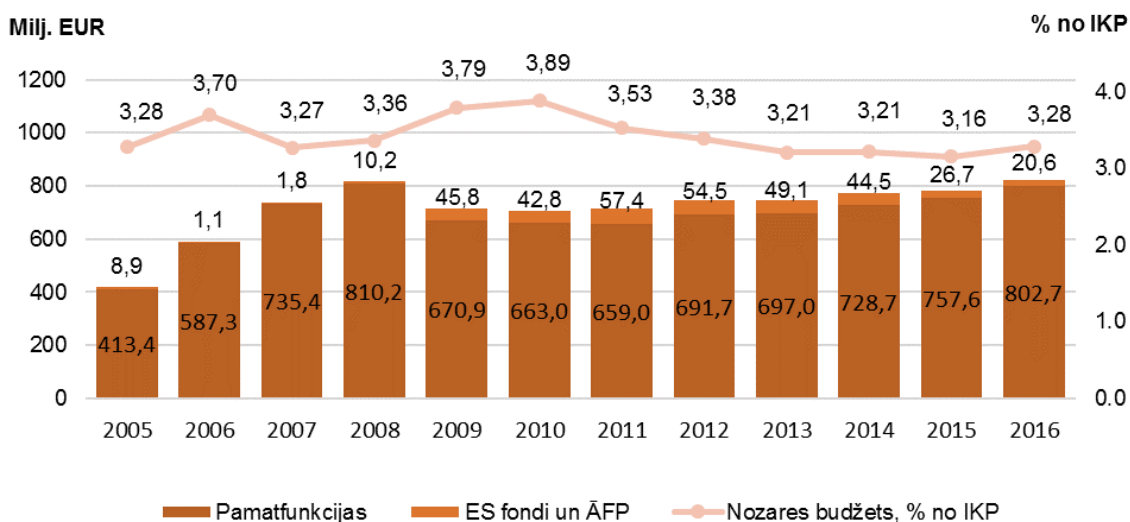
Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests) administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, atbilstoši normatīvajiem aktiem slēdz līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un nodrošina apmaksu par ārstniecības iestāžu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem iedzīvotājiem, kā arī veido, uztur un papildina veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistru un veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmu “Vadības informācijas sistēma” (turpmāk – VIS).

Veselības aprūpei piešķirto budžeta finansējumu atbilstoši likumam par valsts budžetu kārtējam gadam veido:

- ✓ dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem – budžeta līdzekļi, kurus Dienests saņem no centralizētā kārtībā valsts budžeta ieņēmumos iemaksātiem nodokļiem, nodevām un citiem maksājumiem;
- ✓ maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi – līdzekļi, kuri veidojas no iestāžu sniegtajiem maksas pakalpojumiem, ieskaitīti Valsts kasē atvērtajos budžeta iestāžu budžeta kontos un tiek izlietoti izdevumu segšanai;
- ✓ ārvalstu finansiālā palīdzība iestādes ieņēmumos – ieņēmumi no citu Eiropas Savienības (turpmāk – ES) politiku instrumentu līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanas, kas nav ES struktūra.

2016. gadā veselības aprūpes budžeta finansējums ir 823,3 miljoni eiro, kas veido 3,28 % no iekšzemes kopprodukta. No šī finansējuma 802,7 miljoni eiro jeb 97,5 % ir atvēlēti veselības aprūpes pamatfunkciju īstenošanai un 20,6 miljoni eiro jeb 2,5 % – ES politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto un finansēto projektu un pasākumu īstenošanai.

1. attēls. Veselības aprūpes finansējums



Datu avots: Veselības ministrija.

Katru gadu Veselības ministrija Dienestam administrēšanai deleģē noteiktas budžeta programmas un apakšprogrammas.

1. tabula. Dienesta administrējamo veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļu daļa no kopējā veselības aprūpes budžeta (izpilde)

Rādītāji	2015. gads	2016. gads
Veselības ministrijas veselības aprūpes budžets, milj., EUR	784,3	823,3
Dienesta administrējamā daļa, milj., EUR	663,7	682,9
Līdzekļu pieaugums salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem, %	4,82	2,89
No kopējā veselības aprūpes budžeta, %	84,6	82,9

Dienestam administrēšanai nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde

2016. gadā plānotais budžets atbilstoši likumam "Par valsts budžetu 2016. gadam" Veselības ministrijas pamatfunkciju izpildei valsts budžeta programmu un apakšprogrammu finansiālo līdzekļu administrēšanai ir 682 901 847 eiro.

Budžeta finansējuma sadalījums pa apakšprogrammām un izdevumu izpilde ir atspoguļoti 2. tabulā.

2. tabula. Veselības aprūpes budžeta apakšprogrammu izpilde (naudas plūsma)

Apakš - programmas kods	Apakšprogrammas nosaukums	Plānotais finansējums 2016. gadam	Līdzekļu izlietojums no gada sākuma	Izpilde % no gada plāna
Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas, kopā:		699 149 330	696 324 085,32	99,60
33.00.00	Veselības aprūpes nodrošināšana	683 021 790	682 901 846,82	99,98
33.01.00	Ārstniecība	524 675 747	524 584 697,56	99,98
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana	144 583 366	144 583 366,00	100,00
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	11 544 970,00	11 516 076,26	99,75
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	119 521	119 521,00	100,00
33.09.00	Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	108 110	108 110,00	100,00
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	1 990 076	1 990 076,00	100,00
37.03.00	Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no KF līdzekļiem)	2 759 842	2 625 901,72	95,15 ¹⁾
45.01.00	Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana	6 423 409	5 799 673,04	90,29 ²⁾
45.02.00	Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana	3 351 420	1 738 776,98	51,88 ³⁾
63.07.000	Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana	1 305 536	972 647,19	74,50 ⁴⁾
67.06.000	Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana	2 200	2 193,96	99,73

70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana	11 001	8 934,70	81,22 ⁵⁾
70.09.00	Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē	22 160	22 141,57	99,92
70.20.00	Projekti un pasākumi Latvijas prezidentūras Eiropas Savienības Padomē nodrošināšanai 2015.gadā	108 207	108 206,12	100,00
99.00.00	Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums	2 143 765	2 143 763,22	100,00

- 1) Izdevumu neizpildi ietekmē Krievijas Federācijas militāro pensionāru skaita samazināšanās.
- 2) Izdevumu neizpilde saistībā ar to, ka iepirkuma procesā pārsūdzību dēļ kavējusies līguma noslēgšana, kā arī bez rezultāta beidzies Dienesta iepirkums.
- 3) Atlīdzības maksājumus par pacientiem nodarīto kartējumu izmaksā pēc lēmuma pieņemšanas.
- 4) Saskaņotu izmaiņu dēļ projekta mērķos un pasākumos atsevišķas projektu aktivitātes pārceltas uz nākamo gadu.
- 5) Ārvalstu finanšu palīdzības maksājums tiks saņemts nākamajā gadā.

1.2. Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas un apakšprogrammas

Programma 33.00.00 “Veselības aprūpes nodrošināšana”

Apakšprogramma “Ārstniecība”

Apakšprogramma 33.01.00 “Ārstniecība” nodrošina no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu ārstniecības iestādēm, kas sniedz ambulatoros un stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī veic starpvalstu norēķinus par veselības aprūpes pakalpojumiem ES un Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā un apjomā:

- ✓ Latvijas Republikas iedzīvotājiem, kuri uzturas ES, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs (ietilpst Islande, Lihtenšteina un Norvēģija, turpmāk – EEZ) un Šveices Konfederācijā (turpmāk – Šveice);
- ✓ ES, EEZ valstīs un Šveicē sociāli apdrošinātajām personām, kuras uzturas Latvijā Republikā;
- ✓ prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos.

Samaksa par ambulatoriem un stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem tiek veikta saskaņā ar Ministru kabineta (turpmāk – MK) 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr. 1529) noteiktajiem tarifiem, apmaksas nosacījumiem un par starpvalstu norēķiniem ES, EEZ, Šveices un Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā un apjomā.

Noteikumi Nr. 1529 paredz, ka līdzekļu sadalījumu veselības aprūpes pakalpojumu samaksai Dienests plāno šādās proporcijās:

- ✓ samaksai par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 45 % apmērā;
- ✓ samaksai par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 53 % apmērā;
- ✓ samaksai par starpvalstu norēķiniem ar ES, EEZ dalībvalstīm un Šveici, ar ārstniecības iestādēm par ES un EEZ dalībvalstu un Šveices iedzīvotāju Latvijas Republikā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos, – ne vairāk kā 2 % apmērā.

2016. gadā ir papildus piešķirti līdzekļi 6 485 137 eiro apmērā, lai daļēji apmaksātu ES un EEZ dalībvalstīs rēķinus par Latvijas iedzīvotājiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, lai nodrošinātu papildu veselības aprūpes pakalpojumus personām ar prognozējamu invaliditāti, kā arī ilgstoši slimojošām personām darbības spējas vecumā un lai nodrošinātu ambulatoras rehabilitācijas un rehabilitācijas pakalpojumu dienas stacionārā apmaksu.

Programma: 33.00.00 “Veselības aprūpes nodrošināšana”

Apakšprogramma "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana"

Apakšprogramma 33.03.00 "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana" nodrošina pacientiem iespēju saņemt noteiktu slimību ārstēšanai nepieciešamos medikamentus, kurus valsts kompensē 100 %, 75 % un 50 % apmērā atkarībā no diagnozes.

Izdevumu kompensāciju veic atbilstoši 2006. gada 31. oktobra MK noteikumiem Nr.899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība":

- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā, tajā skaitā bērniem līdz 18 gadiem zāles un medicīniskās ierīces no kompensējamo zāļu saraksta tiek apmaksātas 100 % apmērā (lētākās līdzvērtīgas efektivitātes zāles). Lētāko zāļu 100 % kompensācija neattiecas uz M sarakstā iekļautajām zālēm;
- ✓ M sarakstā iekļauto zāļu kompensācija (zāļu kompensācija 50 % apmērā bērnam līdz 24 mēnešu vecumam, ja viņam nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru un kompensācija 25 % apmērā grūtniecei vai sievietei pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja viņai nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru);
- ✓ C sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija;
- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuāliem pacientiem;
- ✓ zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija – zāles un medicīniskās ierīces, kuras atbilstoši kompensācijas nosacījumiem drīkst izrakstīt konkrētas ārstniecības iestādes speciālisti.

Programma: 33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogramma "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde"

Apakšprogramma 33.04.00 "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde" nodrošina Noteikumu Nr. 1529 32. pielikumā minēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču centralizētu iegādi. Dienests darbojas kā iepirkumu veicējs un maksātājs. 2016. gadā papildus piešķirti līdzekļi 108 982 eiro apmērā, lai segtu deficītu fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinētu slimību korekcijas preparātu apmaksai.

Programma: 33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogramma "Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana"

Apakšprogramma 33.08.00 "Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana" nodrošina Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošanu (fenotipisko datu un audu paraugu ievākšana, apstrāde, uzglabāšana un kvalitātes nodrošināšana), ko veido un uztur Latvijas Biomedicīnas un studiju centrs. Materiāli tiek izmantoti ģenētisku pētījumu projektos un rezultātu analīzei.

Programma: 33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogramma "Interesu izglītības nodrošināšana VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”"

Apakšprogramma 33.09.00 "Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"" nodrošina VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" pedagogu darba samaksu interešu izglītībai darbam ar ilgstoši hospitalizētajiem bērniem, lai tiem bērniem, kuri slimības dēļ ilgstoši uzturas slimnīcā, nodrošinātu nepieciešamo interešu izglītību.

Programma: 33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogramma "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem"

Apakšprogramma 33.12.00 "Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem" nodrošina medikamentozās ārstēšanas izmaksu segšanu VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" uzskaitē esošiem ar retām slimībām slimojošiem bērniem, nodrošinot vitāli svarīgu dzīvības funkciju uzturēšanu. Medikamentožu ārstēšanu pārskata periodā saņēma 15 bērni ar diagnozēm: Gošē slimība, 1. un 2. tipa mukopolisaharidoze, urea cikla traucējumu slimība, Leša-Nīhana sindroms, homocistinūrija, pārmantota IX faktora deficīts, fenilketonūrija (klasiskā forma), Pompes slimība, tuberozā skleroze, cita veida precizētas demielinizējošas centrālās nervu sistēmas slimības, galvas matainās daļas un kakla ļaundabīga melanoma.

Programma: 33.00.00 "Veselības aprūpes nodrošināšana"

Apakšprogramma: "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe"

Apakšprogrammas 37.03.00 "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no Krievijas Federācijas līdzekļiem)" resursus veido no Krievijas Federācijas saņemtais finansējums saskaņā ar 1994. gada 30. aprīļa Latvijas Republikas valdības un Krievijas Federācijas valdības vienošanos "Par Latvijas Republikas teritorijā dzīvojošo Krievijas Federācijas militāro pensionāru un viņu ģimenes locekļu sociālo aizsardzību" un saskaņā ar 1995. gada 15. decembra Krievijas Federācijas Aizsardzības ministrijas un Latvijas Republikas Labklājības ministrijas vienošanos "Par Latvijas Republikas teritorijā dzīvojošo Krievijas Federācijas militāro pensionāru medicīnisko pakalpojumu izdevumu kompensācijas kārtību".

Programma: 45.00.00 "Ārstniecības finansējuma administrēšana"

Programmas 45.00.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana" ietvaros Dienests administrē divas apakšprogrammas:

- ✓ 45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana";
- ✓ 45.02.00 "Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana", kuru reglamentē 23.11.2013. MK noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi".

Programma: 45.00.00 "Ārstniecības finansējuma administrēšana"

Apakšprogramma 45.01.00 "Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana"

Apakšprogrammas līdzekļi paredzēti Dienesta funkciju īstenošanai un administratīvā darba nodrošināšanai:

- ✓ līgumu slēgšana ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu;
- ✓ līgumu slēgšana ar aptiekām par kompensējamo zāļu nodrošināšanu;
- ✓ Eiropas veselības apdrošināšanas karšu izdošana un E veidlapu izsniegšana Latvijas iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ES dalībvalstīs;
- ✓ uzaicinājuma vēstuļu nosūtīšana uz valsts apmaksātu dzemdes kakla vēža skrīningu profilaktisko pārbaudi un uz krūts vēža skrīningu profilaktisko pārbaudi;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas un kompensējamo zāļu reģistrācijas un uzskaites informācijas sistēmas uzturēšana un papildināšana;
- ✓ klīnisko vadlīniju un racionālas farmakoterapijas sarakstu izstrāde;
- ✓ E-veselības informācijas sistēmu ieviešana;
- ✓ no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķināšana;
- ✓ kompensējamo zāļu saraksta veidošana un uzturēšana;
- ✓ kompetentās iestādes uzdevumu veikšana veselības aprūpes jomā saskaņā ar Padomes 1971. gada 14. jūnija Regulu (EEK) Nr. [1408/71](#) par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā.

Būtisku daļu no Dienesta izdevumiem – 1 744 141 eiro jeb 30 % veido:

Pamatfunkcijas:

- ✓ Veselības aprūpes pakalpojumu norēķinu sistēmas (VIS) un vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas uzturēšana un darbības nodrošināšana;
- ✓ informācijas sistēmu licenču iegāde un noma;
- ✓ vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas drošības un veiktspējas audita veikšana;
- ✓ vēža skrīninga uzaicinājuma vēstuļu sagatavošana un nosūtīšana iedzīvotājiem;
- ✓ Eiropas veselības apdrošināšanas karšu (EVAK) izgatavošana un izsniegšanas nodrošināšana;
- ✓ zvanu centra uzturēšana, bezmaksas informatīvā tālruņa un kontaktpunkta tālruņa darbības nodrošināšana;

- ✓ medikamentu receptšu veidlapu izgatavošana;
- ✓ gada maksājumi dalībai profesionālās asociācijās;
- ✓ informatīvu kampaņu un materiālu veidošana.

Papildu funkcijas:

- ✓ valsts arodslimību un Černobiļas AES avārijas rezultātā radiācijas ietekmei pakļauto personu reģistru uzturēšana un organizatoriski metodiskā darba nodrošināšana;
- ✓ "Balttransplant" – operatīvā medicīniskā dienesta uzturēšana un organizatoriski metodiskā darba nodrošināšana.

Programma: 45.00.00 "Ārstniecības finansējuma administrēšana"

Apakšprogramma 45.02.00 "Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana"

Apakšprogrammas līdzekļus veido ārstniecības iestāžu veiktie riska maksājumi, lai nodrošinātu pacientu prasījumus par viņu dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par morālo kaitējumu. Pacientam vai viņu pārstāvjiem ir nodrošinātas tiesības vērsties ar iesniegumu Dienestā un pieprasīt atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī morālo kaitējumu, kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas ārstniecības laikā pēc 2013. gada 25. oktobra.

2016. gadā no Ārstniecības riska fonda ir izmaksāti 1 738 777 eiro.

Plašāku informāciju par Ārstniecības riska fonda darbību skatīt 8. nodaļā.

Programma 99.00.00 "Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums"

No budžeta līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem saskaņā ar MK rīkojumiem piešķirti 2 143 763 eiro:

- ✓ lai segtu izdevumus saistībā ar Ukrainas protestu laikā cietušo personu ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs;
- ✓ lai daļēji apmaksātu Eiropas Savienības dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas un Šveices Konfederācijas kompetento institūciju iesniegtos rēķinus par Latvijas iedzīvotājiem Eiropas Savienības sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ✓ lai segtu izdevumus, kas radušies laika posmā no 2016. gada 1. janvāra līdz 2016. gada 30. novembrim saistībā ar patvēruma meklētāju ārstēšanu Latvijas ārstniecības iestādēs.

Programma: 63.00.00 "Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu un pasākumu īstenošana"

Apakšprogramma "Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana (2014-2020)"

Apakšprogramma 63.07.00 nodrošina Dienesta projekta "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros" aktivitātes.

Projekta mērķis ir nodrošināt sirds un asinsvadu, onkoloģijas, garīgās un perinatālā un neonatālā perioda veselības jomu (turpmāk – prioritārās veselības jomas) veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

Prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrāde tiek realizēta ar ārpakalpojuma piesaisti un iesaistot projekta sadarbības partnerus – Veselības ministriju, Slimību profilakses un kontroles centru, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu. Aktivitātes ietvaros ir noslēgts līgums ar Starptautisko Rekonstrukcijas un attīstības banku (turpmāk - Pasaules Banku), nodrošināta nepieciešamo datu un informācijas iesniegšana, veikta nodevumu (ziņojumu) izvērtēšana, noorganizētas trīs Pasaules Bankas ekspertu vizītes Latvijā.

Programma: 67.00.00 “Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu un pasākumu īstenošana”

Apakšprogramma 67.06.00 “Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana”

Dienests piedalījās Centrālās statistikas pārvaldes Granta projekta “Pamatinformācijas nodrošināšana pirkspējas paritātēm 2015.-2016. gadam” īstenošanā. Saskaņā ar Eurostat/OECD vadlīnijām Eiropas salīdzinājumu programmas slimnīcu apsekojuma ietvaros Dienests sagatavoja divas anketas, uzrādot cenas/izmaksas par slimnīcu pakalpojumiem 2015. gadā, papildinot un labojot informāciju par periodu no 2010.-2014. gadam un sniedzot atbildes uz Eurostat/OECD jautājumiem par datu saturu un kvalitāti.

Programma: 70.00.00 “Citu ES politikas instrumentu projektu un pasākumu īstenošana”

Apakšprogrammas 70.07.00 “Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana”

Apakšprogrammas ietvaros tiek īstenoti divi Eiropas Komisijas (turpmāk – EK) veselības programmas Vienotas rīcības projekti:

- ✓ Medicīnas tehnoloģiju novērtēšanas Eiropas sadarbības tīkls (EUnetHTA2 JA);
- ✓ Vienota rīcība – eVeselības pārvaldības iniciatīva (JA-eHGov);
- ✓ Atbalsts Eiropas eVeselības pārvaldības iniciatīvai un darbībai (SEHGOVIA).

Programma: 70.00.00 “Citu ES politikas instrumentu projektu un pasākumu īstenošana”

Apakšprogrammas 70.09.00 “Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē”

Apakšprogrammas 70.09.00 ietvaros tika īstenots projekts “Novēršamas hospitalizācijas Baltijas jūras reģionā: organizatoriskas un tehnoloģiskas inovācijas primārajā veselības aprūpē (InnoHealth)”.

Programma: 70.00.00 “Citu ES politikas instrumentu projektu un pasākumu īstenošana”

Apakšprogramma 70.20.00 “Projekti un pasākumi Latvijas prezidentūras Eiropas Savienības Padomē nodrošināšanai 2015. gadā”

Apakšprogrammas ietvaros tika veikta atmaksa valsts pamatbudžetā par pasākuma “Augsta līmeņa e-veselības konference” īstenošanu.

1.3. Ārstniecība

2016. gadā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai pieejamie resursi un plānotais finansējums sadalījumā pa veselības aprūpes veidiem ir norādīts tabulā 3. tabulā.

3. tabula. Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa 2016. gadā

Pakalpojumu veidi	Rēķinu summa, EUR
Kopā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai	534 459 859
Ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi	256 680 435
Stacionārā palīdzība	268 035 635
Pakalpojuma apmaksa	237 473 002
Pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	16 681 583
Vienreizējs maksājums uzņemšanas nodaļām un par primāri operējamiem onkoloģiskiem slimniekiem	3 745 550
Darba samaksas pieauguma nodrošināšana valsts un pašvaldību ārstniecības iestādēs	10 000 000
Ārstniecības iestāžu projektu izpilde	135 500
Norēķini ar ES, EEZ dalībvalstīm un Šveices Konfederāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām un par prasību izpildi, kas noteiktas veselības aprūpi regulējošos starpvalstu līgumos (naudas plūsma)	9 743 789

Saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta, iedzīvotājs veic pacienta iemaksas. Pacienta iemaksas apmērs ir noteikts Noteikumos Nr. 1529, kur minētas arī iedzīvotāju kategorijas, kuras ir atbrīvotas no pacientu iemaksas veikšanas. Pacienta iemaksu par šiem pacientiem kompensē no valsts budžeta.

4. tabula. Ārstniecības iestāžu saņemto pacientu iemaksu dinamika (pēc VIS datiem), EUR

Pacientu iemaksa	2015. gads	2016. gads
Aprēķinātā pacientu iemaksa (iekasē ārstniecības iestāde)	34 376 721	34 453 867
Pacientu iemaksas kompensācija no valsts budžeta līdzekļiem par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros	30 588 747	30 392 612
Kopā	64 965 468	64 846 479

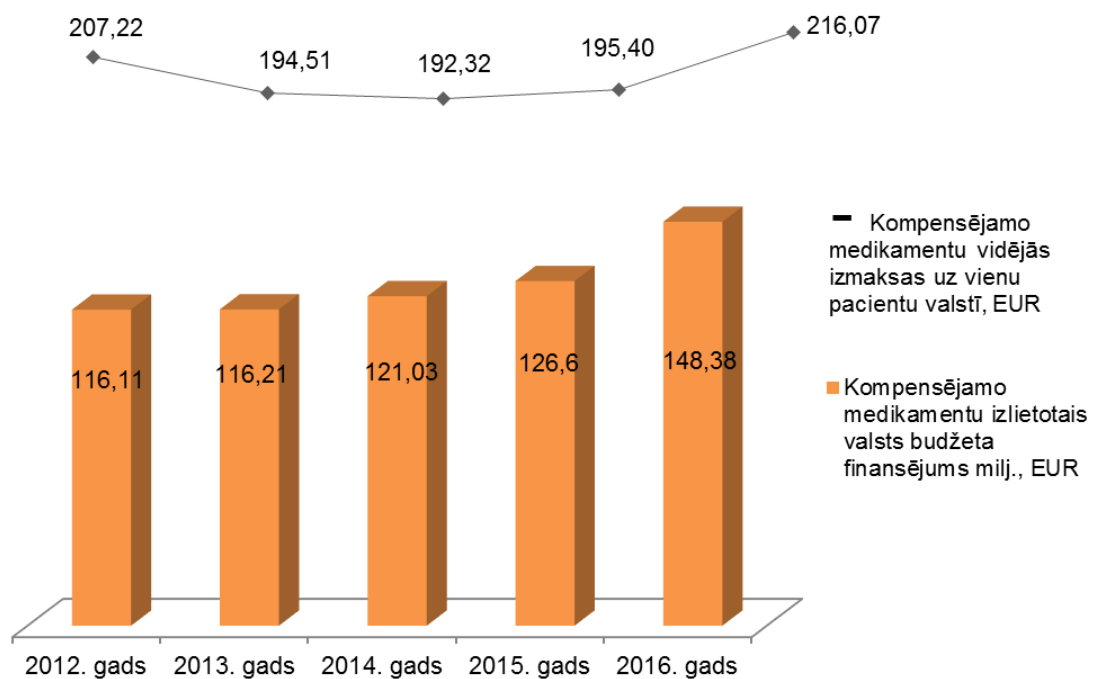
2. Medikamentu iegāde un apmaksa

2.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā

Saskaņā ar 2006. gada 31. oktobra MK noteikumiem Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība", no valsts budžeta līdzekļiem tiek nodrošināta ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču izdevumu kompensācija atbilstoši pacienta slimības diagnozei.

Zāļu un medicīnisko ierīču izdevumu kompensācija tiek nodrošināta, izmantojot apakšprogrammas 33.03.00 "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana" līdzekļus.

2. attēls. Kompensējamo medikamentu vidējās izmaksas uz vienu pacientu un izlietotais valsts budžeta finansējums, EUR



5. tabula. Faktiskie izdevumi un izrakstītais recepšu skaits atkarībā no kompensācijas apmēra (bez zāļu kompensācijas izdevumiem pacientiem individuālā kārtībā)

Kompensācijas apmērs	2015. gads			2016. gads		
	Atprečotais recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi, EUR	Vidējā vienas receptes cena, EUR	Atprečotais recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi, EUR	Vidējā vienas receptes cena, EUR
A, B, C saraksts:						
100%	1 527 254	88 907 299,71	58,21	1 622 555	110 445 507,45	68,07
75%	3 871 392	28 291 310,69	7,31	3 933 366	27 219 469,44	6,92
50%	708 295	7 103 966,34	10,03	738 265	7 169 180,57	9,71
M saraksts:						
50%	59 527	301 659,99	5,07	64 871	354 640,18	5,47
25%	9 183	31 138,91	3,39	8 083	29 227,76	3,62
Kopā	6 175 651	124 635 375,64	20,18	6 367 140	145 218 025,40	22,81

6. tabula. Vispārējā kārtībā kompensējamām zālēm, M saraksta zālēm un medicīniskajām ierīcēm izlietotie finansiālie līdzekļi

Gads	Unikālo pacientu skaits	Finanšu līdzekļu izlietojums, EUR	Zāļu izmaksas uz vienu pacientu 2015./ 2016. gadā, EUR
2015. gads	647 911	124 635 375,60	192,36
	t. sk.:		
	kompensējamās zāles 624 437	124 302 576,74	199,06
	M saraksta zāles 35 112	332 798,00	9,48
2016. gads	686 257	145 218 025,40	211,61
	t. sk.:		
	kompensējamās zāles 662 889	144 834 157,46	218,49
	M saraksta zāles 36 512	383 867,94	10,51

2016. gadā kompensējamās zāles apmaksātas kopā 686 257 pacientiem (2015. gadā – 647 911 pacientiem). 36 512 pacienti saņēmuši zāles no M saraksta. Vidējās kompensējamo zāļu izmaksas vienam pacientam 2016. gadā bija 211,61 eiro (neiekļaujot apmaksātos valsts budžeta līdzekļus pacientiem individuālajā kārtībā).

Zāļu individuālā kompensācija

Zāļu kompensācijai individuāliem pacientiem Dienests plāno līdzekļus līdz 2 % no budžeta apakšprogrammā "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana" paredzētajiem līdzekļiem. Dienests izskata saņemtos iesniegumus zāļu individuālajai kompensācijai, izvērtē iesniegto dokumentu atbilstību MK noteikumiem Nr. 899, pieprasa nepieciešamo informāciju no ārstniecības iestādēm, sagatavo lēmumus par zāļu iegādes izdevumu kompensāciju vai kompensācijas atteikumu un slēdz līgumus starp Dienestu un aptiekām par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensāciju individuālajiem pacientiem.

2016. gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijai kopumā saņemti 686 pacientu iesniegumi. Dienests 2016. gadā izskatīja 669 pacientu iesniegumus par zāļu individuālo kompensāciju (tajā skaitā 2015. gada decembrī saņemtos iesniegumus). Saistībā ar saņemtajiem iesniegumiem:

- ✓ 653 iesniegumi atzīti par atbilstošiem individuālajai kompensācijai:
 - sagatavoti 570 lēmumi par zāļu kompensācijas piešķiršanu;
 - sagatavoti 83 lēmumi par kompensācijas atteikumu;
- ✓ 16 iesniegumi atzīti par individuālajai kompensācijai neatbilstošiem.

Savukārt par 17 iesniegumiem, kas saņemti 2016. gada decembrī – lēmumi tiks pieņemti 2017. gadā.

C saraksta zāļu kompensācija

C saraksta zāļu kompensācija tiek veikta, pamatojoties uz Dienesta lēmumiem par zāļu iekļaušanu C sarakstā, noteikto pacientu skaitu, līgumu ar iesniedzēju vai medicīnisko preču registrācijas apliecības turētāju par izdevumu segšanu no iesniedzēja līdzekļiem noteiktam pacientu skaitam un ārstu-speciālistu konsilijiem.

Saskaņā ar Dienesta lēmumiem 2016. gadā no valsts budžeta līdzekļiem tika plānots nodrošināt C saraksta zāļu iegādes izdevumu kompensāciju, ievērojot kompensācijas limitu pacientu skaita izteiksmē:

- ✓ "Tasigna" un "Sprycel" – 48 pacientiem;
- ✓ "Feiba" – 2 pacientam;
- ✓ "NovoSeven" – 3 pacientiem;
- ✓ "Bortezomib Pharmidea" (C sarakstā līdz 2016. gada 11. jūlijam) – 20 pacientiem;
- ✓ "Celsentri" – 1 pacientam;
- ✓ "Intelence", "Fuzeon" – 7 pacientiem;
- ✓ "Mabthera" (artrīti) – 16 pacientiem;
- ✓ "Erbix" – 54 pacientiem;
- ✓ "Orencia", "RoActemra", "Simponi", "Kineret", "Stelara" (ar diagnozi "Seropozitīvs reimatoīdais artrīts" (M05.0-M05.3, M05.8), "Cita veida reimatoīdais artrīts" (M06.0-M06.4, M06.8), "Psoriātiskas artropātijas" (M07.0 - M07.3) un "Ankilozējošais spondilīts" (M45) – 103 pacientiem;
- ✓ "Orencia" un "RoActemra" (ar diagnozi "Juvenīlais artrīts" (M08.0-M08.4, N08.8, M08.9)) – 52 pacientiem.

Faktiskais līdzekļu izlietojums kompensējamo zāļu C saraksta zāļu apmaksai 2016. gadā bija 8 028 153,71 eiro. Pacientu skaits, kuri saņēmuši C saraksta zāļu kompensāciju no valsts budžeta līdzekļiem 2016. gadā – ir 682 pacienti. Ārstēšanas procesa sākumā pacientiem zāļu iegādes kompensācija tiek nodrošināta no iesniedzēja līdzekļiem.

2016. gadā Dienests ir veicis atbalsta maksājumu individuālajām aptiekām 17 763,49 eiro apmērā.

Izrakstītās receptes

2016. gadā vispārējā kārtībā atprečotas 6 367 140 receptes, savukārt 2015. gadā tika atprečota 6 175 651 recepte. No kopējā skaita 72 954 receptes atprečotas bērniem līdz divu gadu vecumam, kā arī grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā.

Vienas receptes vidējā cena ir bijusi 22,81 eiro. Savukārt vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā, ir bijusi 5,26 eiro. Zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensēto cenas daļu 16 480 100,11 eiro apmērā.

Vislielākais atprečoto recepšu skaits ir:

- ✓ pacientiem ar asinsrites sistēmas slimībām – 3 520 363 receptes;
- ✓ pacientiem ar endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimībām – 943 941 recepte;
- ✓ pacientiem ar elpošanas sistēmas slimībām – 396 958 receptes;
- ✓ pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem – 328 350 receptes.

Šo recepšu skaits ir 82,45 % no visa atprečoto recepšu skaita.

Savukārt vislielākais līdzekļu apjoms par kompensējamām zālēm 2016. gadā ir izlietots par:

- ✓ endokrīno, uztura un vielmaiņas slimību ārstēšanu – 27 520 385,19 eiro;
- ✓ infekciju un parazitāro slimību ārstēšanu – 23 883 333,75 eiro;
- ✓ audzēju ārstēšanu – 21 899 214,92 eiro;
- ✓ asinsrites sistēmas slimību ārstēšanu – 20 650 186,09 eiro.

Salīdzinot ar 2015. gadu, 2016. gadā vienas receptes cena vidēji palielinājusies par 13,03 %. Faktiskās izmaksas ir palielinājušās par 16,5 %.

Vairākās diagnožu grupās un diagnozēs vidējā vienas receptes cena un izrakstīto recepšu skaits atšķiras no 2016. gada datiem:

- ✓ vislielākais faktisko izmaksu pieaugums 146,6 % apmērā ir diagnožu grupā "Infekcijas un parazitārās slimības" un 35 % pieaugums diagnožu grupā "Gremošanas sistēmas slimības";
- ✓ lielākais vidējās vienas receptes cenas palielinājums ir diagnožu grupā "Infekcijas un parazitārās slimības". Tā palielinājusies par 123,71 %;
- ✓ vislielākais faktisko izdevumu samazinājums ir diagnožu grupā "Psihiski un uzvedības traucējumi" – 6,8 % apmērā. Vidējā vienas receptes cena ir samazinājusies par 24,59 % diagnožu grupā "Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi". Atprečoto recepšu skaita vislielākais samazinājums ir vērojams diagnožu grupā "Ievainojumi, saindēšanās" – 2,08 %.

7. tabula. Līdzekļu izlietojums ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai

Rādītāji	Naudas plūsma, EUR	Faktiskie izdevumi, EUR
Ieņēmumi - kopā, t. sk.	145 008 930,49	X
No programmas "Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana"	131 999 362,00	
No programmas "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe" (KF)	231 794,72	
No programmas "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem"	11 009 464,69	
Ieņēmumi no maksas pakalpojumiem, citi pašu ieņēmumi un līdzekļi pēc apropriācijas pārdales	1 768 309,08	
Izdevumi – kopā, t. sk.	144 815 160,72	148 375 861,08
Zāļu iegādes izdevumu kompensācija, t. sk.	138 444 020,67	145 218 200,24
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārējā kārtībā	138 443 845,83	145 218 025,40
Atgriezti līdzekļi fiziskām personām	174,84	174,84
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	2 785 905,88	3 139 897,35
Atbalsta maksājums individuālām aptiekām	13 870,56	17 763,49
Saistību izpildei par 2015. gadu	3 571 363,61	X
Līdzekļu atlikums uz 01.01.2016.	193 769,77	X

2.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

2016. gadā atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 32. pielikumam Dienests centralizēti iepirka un budžeta apakšprogrammas "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde" ietvaros apmaksāja šādu ārstniecības līdzekļu piegādi :

- ✓ vakcīnas un šļircēs;
- ✓ standarta tuberkulīns;
- ✓ fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti;
- ✓ peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi (šķīdumi un piederumi);
- ✓ redzes korekcijas līdzekļi bērniem, kuru apmaksu pieļaujama saskaņā ar Noteikumu Nr. 1529 11.11. apakšpunktu;
- ✓ imūnbioloģiskie preparāti.

8. tabula. Centralizēti iepirkto medikamentu piegādes līgumu izpilde

Ārstniecības līdzekļi	Izpilde, EUR	
	2015. gads	2016. gads
Vakcīnas un šļirces	7 699 617,50	8 163 666,73
Standarta tuberkulīns	67 152,68	22 578,08
Peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi	2 256 597,50	2 332 284,87
Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti	720 581,29	765 740,01
Redzes korekcijas līdzekļi bērniem	55 898,12	68 404,88
Imūnbioloģiskie preparāti	246 377,60	202 897,52
Kopā	11 046 224,69	11 555 572,09

Tāpat kā iepriekšējos gados, arī 2016. gadā vakcīnu pasūtījumus veica ārstniecības iestādes, saskaņojot tos ar Slimību profilakses un kontroles centru, savukārt Dienests veica norēķinus par piegādātajām vakcīnām un standarta tuberkulīnu.

9. tabula. Vakcīnu piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	EUR
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem līdz 11 gadiem	10 043	156 349,42
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 12 līdz 15 gadiem	3 031	50 547,38
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 16 līdz 17 gadiem	1 685	28 119,28
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu, poliomielītu, b tipa Haemophilus influenzae infekciju un B hepatītu (DTaP – IPV – Hib- HB)	84 982	2 736 421,93
Vakcīna pret cilvēka papillomas vīrusu (CPV)	7 229	185 409,39
Vakcīna pret difteriju, stinguma krampjiem un poliomielītu (Td - IPV)	17 136	262 934,78
Vakcīna pret pneimokoku infekciju bērniem līdz 2 gadu vecumam (PCV)	59 916	1 903 123,89
Vakcīna pret B hepatītu bērniem līdz 15 gadu vecumam (HB)	1 253	6 854,44
Vakcīna pret B hepatītu hemodialīžu slimniekiem (HB)	518	7 426,05
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem un bezšūnu garo klepu un poliomielītu (DTaP - IPV)	22 505	529 317,60
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, bezšūnu garo klepu, poliomielītu un b tipa Haemophilus influenzae (DTaP - IPV - Hib)	460	13 910,40
Vakcīna pret rotavīrusa infekciju (RV)	16 011	448 318,71
Vakcīna pret tuberkulozi jaundzimušajiem (BCG)	45 480	35 261,89
Vakcīna pret masalām, masaliņām un epidēmisko parotītu (MPR)	40 201	216 120,58
Vakcīna pret vējbakām (Varicella)	18 168	373 185,25
Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (dT adult)	125 433	1 011 491,71
Vakcīna pret trakumsērgu	12 387	198 390,19
Šļirces BCG un PPD ievadīšanai	14 400	483,84
Kopā		8 163 666,73

Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu nepieciešamo apjomu pacientiem plāno un to lietošanu nosaka VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", Dienests veic norēķinus par pacientiem piegādātajiem preparātiem. 2016. gadā fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinētu slimību korekcijas preparātus lietoja 78 pacienti.

10. tabula. Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu piegādes līgumu izpilde

Ārstnieciskā līdzekļa nosaukums	Piegādātais daudzums (kg/litri)	EUR
Aminoskābju maisījumi bez fenilalanīna (šķīdrie un sausi) bērniem dažādās vecuma grupās	3 314,46	679 228,71
Aminoskābju sausais maisījums bez metionīna	28,50	10 006,86
Taukskābju maisījumi (šķīdrie un sausi)	107,40	13 134,82
Diētiskie produkti ar zemu fenilalanīna saturu (spageti, rīsi, pasta - spirāles, sausās brokastu pārslas)	2 739,88	44 378,53
Aminoskābe L-Citrulīns	5,50	2 905,57
Aminoskābe L-Arginīns	0,70	2 653,06
Milti bez fenilalanīna	1 845,50	13 432,47
Kopā		765 740,01

Nepieciešamo peritoneālās dialīzes apjomu katram pacientam plāno un pasūta ārstniecības iestāde, kuras uzskaitē atrodas pacients. Peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļus pacients var saņemt dzīves vietā vai ārstniecības iestādē, ja pacients piegādes brīdī tajā ārstējas. Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam ir saistītas ar peritoneālās dialīzes ārstniecības programmu pielietojumu konkrētajam pacientam, kuru nosaka ārsts saskaņā ar pacienta medicīniskajām indikācijām. Salīdzinājumā ar 2015. gadu (102 pacienti) peritoneālās dialīzes pacientu skaits būtiski nav mainījies.

11. tabula. Peritoneālās dialīzes pacientam paredzēto ārstniecības līdzekļu apmaksa sadalījumā pa ārstniecības iestādēm

Ārstniecības iestāde/ Piegādātājs	Vidējais pacientu skaits mēnesī	Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam, EUR
VSIA "P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca"	74	1 898,55
SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"	8	1 996,09
SIA "Vidzemes slimnīca"	9	1 551,07
SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"	6	1 694,45
SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca"	7	1 873,85
Kopā	104	1 862,55

Imūnbioloģisko preparātu pasūtījumu veic SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", kas veic ar infekciju slimību ārstniecību saistītās funkcijas. Dienests pilda norēķinu funkciju par SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" piegādātajiem preparātiem.

12. tabula. Imūnbioloģisko preparātu piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	EUR
Immunoglobulinum tetanicum (equina)	1 299	24 732,96
Immunoglobulinum tetanicum (humanum)	40	1 792,00
Snake venom antiserum	30	4 200,00
Immunoglobulinum antirabicum (equina)	550	44 662,80
Immunoglobulinum antirabicum (humanum)	280	113 151,36
Antitoxinum botulinicum A	5	67,20
Antitoxinum botulinicum B	5	67,20
Antitoxinum botulinicum E	5	67,20
Diphtheria antiserum	200	14 156,80
Kopā		202 897,52

13. tabula. Redzes korekcijas līdzekļu bērniem piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	EUR
Brīļu ietvari (nerūsējoša tērauda, plastikāta, bērniem ar īpašām vajadzībām)	1 690	16 278,30
Plastikāta brīļu lēcas (sfēriskās, toriskās, bifokālās, progresīvās, fotohromās)	3 517	34 333,47
Kontaktlēcas (mīkstās (sfēriskās, toriskās), cietās gāzu caurlaidīgās)	929	15 004,31
Speciālās kontaktlēcas zīdaiņiem un bērniem līdz 5 gadu vecumam	12	2 788,80
Kopā		68 404,88

3. Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze

3.1. Vispārējie rādītāji

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai Dienests plāno ne mazāk kā 45 % no budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība" paredzētajiem līdzekļiem. To administrēšanu nodrošina Dienesta teritoriālās nodaļas atbilstoši Noteikumos Nr. 1529 noteiktajiem plānošanas un apmaksas kritērijiem un nosacījumiem.

14. tabula. Ambulatorās aprūpes līdzekļu faktiskais izlietojums 2015. gadā un 2016. gadā, EUR

Pakalpojumu veidi	2015. gada rēķinu summa	2016. gada rēķinu summa
Līdzekļi ambulatorai veselības aprūpei, t. sk.	258 539 889	256 680 435
primārā veselības aprūpe, t. sk.:	83 272 751	84 142 833
primārās veselības aprūpes pakalpojumi *	70 324 587	71 140 501
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	4 199 530	4 204 081
zobārstniecība	8 411 509	8 556 058
ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbība	337 125	242 193
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, t. sk.:	175 267 138	172 537 602
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi	137 981 804	140 954 502
laboratoriskie un histoloģiskie izmeklējumi **	27 764 817	22 076 152
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	9 520 517	9 506 948

* Bez aprēķinātā ģimenes ārstu pārskata gada darbības novērtējuma maksājuma, ko izmaksā nākošajā gadā pēc ģimenes ārstu darbības izvērtējuma. Finanšu apjomā ir iekļauts pārskata gadā izmaksātais ģimenes ārstu darbības novērtējuma maksājums par iepriekšējo gadu un veiktie maksājumi par ģimenes ārstu kontrolēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikumu, kā arī par pacientiem savlaicīgi atklātu vēzi 1. un 2. stadijā.

**Salīdzinājumā ar 2015. gadu ir samazinājies veikto laboratorisko izmeklējumu finanšu apjoms. Līdzekļu ietaupījums tika rasts 2015. gadā, pārskatot laboratorisko izmeklējumu apmaksas nosacījumus sadarbībā ar Latvijas laboratorijas speciālistu biedrību, ģimenes ārstu un citām ārstu profesionālajām asociācijām. Jaunie laboratorisko pakalpojumu apmaksas nosacījumi stājās spēkā no 2016. gada 1. janvāra. Noteikumos tika precizēta kārtība, kādā nosūta uz izmeklējumiem (ar nolūku, lai pacientam tiktu veikti tikai nepieciešamie izmeklējumi). Tika iekļauti nosacījumi ar mērķi ierobežot dublējošos izmeklējumus, kā arī ierobežot atkārtotus izmeklējumus, ja tiem nav klīniska pamatojuma.

15. tabula. Ambulatorās veselības aprūpes rādītāji 2016. gadā

Rādītājs	Kurzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Rīgas nodaļa	Vidzemes nodaļa	Zemgales nodaļa	Kopā
Unikālo pacientu skaits, t. sk.:	257 363	220 045	1 170 963	213 525	254 705	1 614 153
primārajā veselības aprūpē*	222 838	188 277	604 476	185 283	214 529	1 404 315
sekundārajā veselības aprūpē **	135 285	141 061	565 073	121 551	140 945	1 008 985
t. sk. sekundārajā veselības aprūpē, noteikumu Nr. 1529 13. pielikuma speciālisti	134 275	140 089	557 379	120 905	139 434	999 768
palīgkabinetos***	145209	138596	965242	109996	140402	1179517
Epizožu skaits, t. sk.:	1 548 965	1 520 555	7 399 668	1 259 622	1 485 843	13 214 653
primārajā veselības aprūpē *	801 399	675 632	1 981 118	666 011	736 735	4 860 895
sekundārajā veselības aprūpē **	360 369	419 282	1 708 024	313 450	363 845	3 164 970
t. sk. sekundārajā veselības aprūpē, noteikumu Nr. 1529 13. pielikuma speciālisti	360 243	416 037	1 704 910	311 961	361 264	3 154 415
palīgkabinetos	387 197	425 641	3 710 526	280 161	385 263	5 188 788
Apmeklējumu skaits, t. sk.:	1 836 206	1 806 039	8 142 969	1 513 283	1 766 466	15 064 963
primārajā veselības aprūpē *	1 041 173	896 934	2 588 847	879 780	977 048	6 383 782
sekundārajā veselības aprūpē **	407 836	483 464	1 843 596	353 342	404 155	3 492 393
t. sk. sekundārajā veselības aprūpē, noteikumu Nr. 1529 13. pielikuma speciālisti	407 700	479 948	1 840 039	351 840	401 573	3 481 100
palīgkabinetos***	387 197	425 641	3 710 526	280 161	385 263	5 188 788

Tabulā lietoto apzīmējumu skaidrojumi

*	**	***
1. – 6. aprūpes epizode; PVA ¹ ārstu, PVA māsu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.	1. – 6. aprūpes epizode; SAVA ² speciālistu, SAVA māsu un SAVA ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVA.	Palīgkabinetos veiktie izmeklējumi – laboratoriskie, radioloģiskie, funkcionālā diagnostika, endoskopiskie u. c.

¹ PVA – primārā veselības aprūpe.

² SAVA – sekundārā ambulatorā veselības aprūpe.

Noteikumos noteikti septiņi aprūpes epizožu veidi, ko izmanto ambulatorās veselības aprūpes speciālistu darba uzskaitē. Visi speciālisti ir sadalīti deviņās speciālistu grupās, un katrai speciālistu grupai ir noteikts aprūpes epizodes tarifs.

Par ambulatoro apmeklējumu tiek uzskatīts pacienta kontakts ar ārstniecības personu noteiktā laikā un vietā – ambulatorajā ārstniecības iestādē, steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, slimnīcas ambulatorās palīdzības nodaļā vai uzņemšanas nodaļā, ja slimnieku nehospitalizē. Par ambulatoro apmeklējumu netiek uzskatīta konsultācija pa tālruni, laboratoriskais izmeklējums un vizuālās diagnostikas izmeklējums, funkcionāls izmeklējums un ārstnieciskā procedūra.

Nākamajā tabulā norādīti apmeklējumi attiecībā uz iedzīvotājiem, kas ir iekļauti Dienesta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā – tie ir visi Latvijas Republikas iedzīvotāji, kuri ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta vai atbilst Ārstniecības likuma 17. panta nosacījumiem par tiesībām saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

16. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu iedzīvotāju

Teritoriālā nodaļa	PVA*		SAVA**	
	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads
Kurzemes	3,2	3,3	1,3	1,3
Latgales	3,2	3,3	1,8	1,8
Rīgas	2,7	2,8	2,0	2,0
Vidzemes	3,3	3,4	1,4	1,3
Zemgales	3,1	3,2	1,3	1,3
Vidēji	3,0	3,0	1,6	1,7

Tabulā lietoto apzīmējumu skaidrojumi

*	**
1. – 6. aprūpes epizode; PVA ārstu, PVA māsu, PVA palīgu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.	1. – 6. aprūpes epizode; SAVAs speciālistu, SAVAs māsu un SAVAs ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVAs.

Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā 2016. gadā, salīdzinot ar 2015. gadu, primārajā veselības aprūpē un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē ir nedaudz palielinājies.

Aprūpes epizodes

Aprūpes epizode ir laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju) līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam. Aprūpes epizodi var īstenot tikai viens ārsts – ģimenes ārsts vai cits ambulatorās veselības aprūpes speciālists, vai arī tajā tiek iesaistīti vairāki ārsti.

Ja aprūpes epizode ilgst vairāk nekā 30 kalendāra dienas, aprūpes epizodi noslēdz pēc 30 kalendāra dienām, skaitot no aprūpes epizodes sākšanās dienas, un ar nākamo pacienta apmeklējumu uzsāk jaunu aprūpes epizodi. Vienā aprūpes epizodē var ietilpt vairāki ārsta ambulatorie apmeklējumi.

17. tabula. Aprūpes epizožu skaits uz vienu iedzīvotāju

Teritoriālā nodaļa	PVA*		SAVA**	
	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads
Kurzemes	2,5	2,5	1,1	1,1
Latgales	2,4	2,5	1,5	1,5
Rīgas	2,0	2,1	1,8	1,8
Vidzemes	2,5	2,5	1,2	1,2
Zemgales	2,3	2,4	1,2	1,2
Vidēji	2,3	2,3	1,5	1,5

Aprūpes epizožu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā 2016. gadā primārajā veselības aprūpē un sekundārajā ambulatorajā veselības ir palicis nemainīgs.

18. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits vidēji uz vienu aprūpes epizodi

Teritoriālā nodaļa	PVA*		SAVA**	
	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads
Kurzemes	1,30	1,30	1,12	1,13
Latgales	1,32	1,33	1,17	1,15
Rīgas	1,30	1,31	1,08	1,08
Vidzemes	1,32	1,32	1,13	1,13
Zemgales	1,33	1,33	1,11	1,11
Vidēji	1,31	1,31	1,11	1,10

Tabulās lietoto apzīmējumu skaidrojumi

*	**
1. – 6. aprūpes epizode; PVA ārstu, PVA māsu, PVA palīgu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.	1. – 6. aprūpes epizode; SAVAs speciālistu, SAVAs māsu un SAVAs ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVAs.

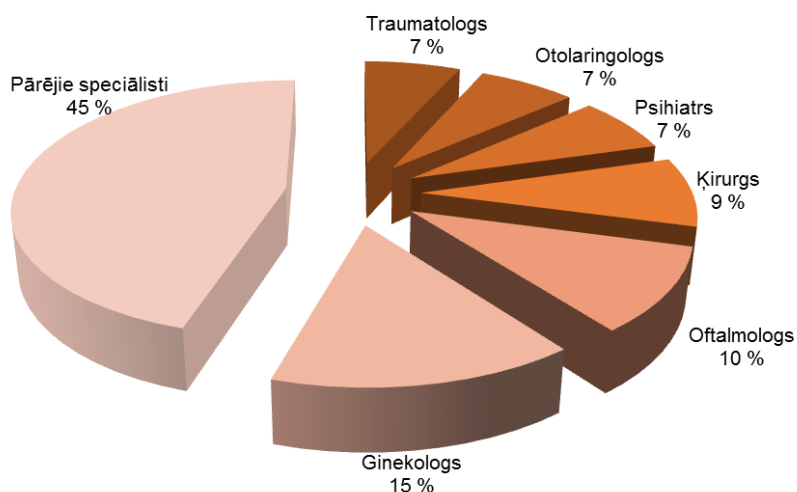
Salīdzinājumā ar 2015. gadu, ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu aprūpes epizodi Latvijā 2016. gadā primārajā veselības aprūpē un sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē ir bez būtiskām izmaiņām.

19. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits atbilstoši aprūpes epizodes veidam

Aprūpes epizodes veids	Ambulatorie apmeklējumi	
	Skaits	%
Akūta saslimšana vai trauma	3 239 842	32,8
Pirmoreiz mūžā diagnosticēta hroniska slimība	647 414	6,6
Iepriekš diagnosticētas hroniskas slimības paasinājums	1 815 015	18,4
Profilaktiska apskate, patronāža, vakcinācija	1 217 865	12,3
Dinamiska novērošana hronisku slimību gadījumā	2 289 438	23,2
Citi iemesli	666 601	6,7
Kopā	9 876 175	100

Tabulā ir atspoguļots ambulatoro apmeklējumu skaita sadalījums pēc aprūpes epizodes veida. Lielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars valstī ir akūtu saslimšanu vai traumu gadījumos.

3. attēls. Ambulatoro apmeklējumu sadalījums valstī pēc ārstu specialitātēm, %



Attēlā atspoguļots ambulatoro apmeklējumu (1. – 6. aprūpes epizožu ietvaros) sadalījums atbilstoši ārstu specialitātēm. Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pie primārās veselības aprūpes ģimenes ārsta (tajā skaitā pie pediatra) ir 64,64 % no kopējā ambulatoro apmeklējumu skaita.

3.2. Primārā veselības aprūpe

Ģimenes ārstu darbības rādītāji

20. tabula. Ģimenes ārstu prakšu raksturojums 2016. gadā

Teritoriālā nodaļa	Kurzemes	Latgales	Rīgas	Vidzemes	Zemgales	Kopā
Ģimenes ārstu prakšu skaits	210	170	570	170	202	1322
Vidējais pacientu skaits ģimenes ārsta praksē	1479	1562	1572	1486	1491	1532
Prakšu skaits, kurās nav pilns pacientu saraksts ³	85	72	239	74	86	555
Prakšu skaits ar divām vidējā medicīniskā personāla vienībām	130	116	271	94	103	714
Prakšu skaits ar vairākām pieņemšanas vietām	34	39	5	34	53	165
Prakšu skaits, kuru darbības pamatteritorijā iedzīvotāju blīvums ir mazāks par 500 iedzīvotājiem uz km ²	91	80	95	138	119	523

2016. gada 31. decembrī līgumattiecībās ar Dienestu bija 1322 ģimenes ārstu prakses ar kopējo reģistrēto pacientu skaitu 2 025 893 (tajā skaitā 357 643 bērni līdz 18 gadu vecumam)⁴. Vidēji vienā ģimenes ārsta praksē bija reģistrēti 1532 pacienti.

21. tabula. Ģimenes ārstu sadalījums atbilstoši praksē reģistrēto pacientu skaitam 2016. gadā

Teritoriālā nodaļa	Pacientu skaits ģimenes ārsta praksē							Prakšu skaits kopā
	1-499	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000 un vairāk pacientu	
Kurzemes	7	24	72	83	23	1		210
Latgales	1	24	49	68	22	4	2	170
Rīgas	6	43	198	236	74	11	2	570
Vidzemes	4	33	46	64	15	5	3	170
Zemgales	2	25	74	78	18	5		202
Prakšu skaits kopā	20	149	439	529	152	26	7	1322

2016. gadā 40 % no visām ģimenes ārstu praksēm pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaits bija robežās no 1500 līdz 1999 pacientiem.

³Saskaņā ar Noteikumu Nr. 1529 34.2. punktu ģimenes ārstam ir pilns pacientu saraksts, ja ģimenes ārsta praksē ir reģistrētas 1800 personas vai 800 bērni (vecumā līdz 18 gadiem).

⁴Datu avots: VIS Pakalpojumu saņēmēju reģistrs.

22. tabula. Ģimenes ārstu skaits atbilstoši ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto bērnu īpatsvaram 2016. gadā

Teritoriālā nodaļa	Ģimenes ārsta praksē reģistrēto bērnu īpatsvars									
	0	0,1- 9 %	10-19 %	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60-69 %	100 %	Kopā
Kurzemes	7	63	70	38	15	4	5	4	4	210
Latgales	19	74	19	11	9	19	9	5	5	170
Rīgas	38	235	85	65	78	40	8	8	13	570
Vidzemes	9	46	67	23	14	6	0	3	2	170
Zemgales	9	72	53	26	11	13	8	5	5	202
Kopā	82	490	294	163	127	82	30	25	29	1322

Ārsta prakses tips tiek noteikts atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 nosacījumiem atkarībā no reģistrēto bērnu īpatsvara tajā:

- ✓ ģimenes ārsta prakse – bērnu skaits ir līdz 70 % no kopējā pie ārsta reģistrēto pacientu skaita;
- ✓ pediātriskā prakse – bērnu skaits ir vairāk par 70 % no kopējā pie ārsta reģistrēto pacientu skaita.

2016. gadā 97,05 % no visām praksēm bija ģimenes ārsta tipa prakses un 2,95 % pediātriskās prakses.

23. tabula. Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits darba dienā pie ģimenes ārsta⁵

Teritoriālā nodaļa	Vidējais apmeklējumu skaits darba dienā kopā (gan mājās, gan ārstniecības iestādē)	tajā skaitā, vidējais ģimenes ārsta apmeklējumu skaits mājās vienā darba dienā
Kurzemes	18,09	0,63
Latgales	18,82	0,63
Rīgas	16,56	0,76
Vidzemes	18,76	0,84
Zemgales	18,27	0,62
Vidēji	18,37	0,71

Vidēji dienā pie ģimenes ārsta 2016. gadā bijuši 18,37 apmeklējumi. Apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem visās teritoriālās nodaļās ir līdzīgs, izņemot Rīgas nodaļu, kur apmeklējumu skaits ir nedaudz mazāks. 2016. gadā vidējais apmeklējumu skaits darba dienā pie ģimenes ārsta salīdzinājumā ar 2015. gadu ir palicis iepriekšējā līmenī.

Viena apmeklējuma vidējās izmaksas pie ģimenes ārsta ir palielinājušās no 9,94 eiro 2015. gadā līdz 10,07 eiro 2016. gadā.

Valsts apmaksātas ģimenes ārsta mājas vizītes tiek nodrošinātas: bērniem līdz 18 gadu vecumam; 1. grupas invalīdiem; personām, kas vecākas par 80 gadiem; personām ar gripas saslimšanu gripas epidēmijas laikā.

⁵ Datu avots: VIS, apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 13. pielikumā noteiktajam 1. - 6. aprūpes epizodes veidam.

24. tabula. Ģimenes ārstu praksēm veiktie vidējie maksājumi 2016. gadā atbilstoši reģistrēto pacientu skaitam praksē

Maksājuma veids	Vienam ģimenes ārstam veiktie vidējie maksājumi gadā, EUR			
	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu līdz 1000	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu no 1001 līdz 1500	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu no 1501 līdz 2000	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu virs 2000
Ģimenes ārsta kapitācijas nauda	12 415	18 223	24 416	33 394
Par PVA veiktajām apmaksājamām manipulācijām	1863	2327	3382	4575
Fiksētais maksājums PVA prakses uzturēšanai	5262	5262	5262	5262
Valsts pacienta iemaksas kompensācija	2359	2338	3449	5105
Citas PVA piemaksas	3114	2708	3261	4656
Samaksa par īslaicīgo pacientu un neregistrēto pacientu aprūpi	72	79	94	196
PVA ārstu piemaksa par māsām un ārsta palīgiem	9523	10 597	15 304	24 331
Vidējie ieņēmumi gadā, EUR	34 606	41 535	55 167	77 518
Ārstu skaits ⁶	153	426	515	184
Gada darbības novērtējuma maksājums par 2015. gadu	261	410	644	774
Kopā vidējie ienākumi no valsts gadā	34 867	41 945	55 811	78 292

No valsts budžeta ģimenes ārstu praksēm 2016. gadā tika izmaksāts arī maksājums par pacientam savlaicīgi atklātu vēzi 1. vai 2. stadijā un ģimenes ārsta kontrolēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu atlikums. 2016. gadā kopā 1124 ģimenes ārstiem tika izmaksāti 328,5 tūkstoši eiro par 4618 gadījumiem iepriekšējā gadā, kad pacientam savlaicīgi atklāts vēzis 1. vai 2. stadijā. Ģimenes ārsta prakses ienākumus 2016. gadā veidoja arī ieņēmumi no maksas medicīnas pakalpojumu sniegšanas un pacienta iemaksas, kuras veic pacienti, saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

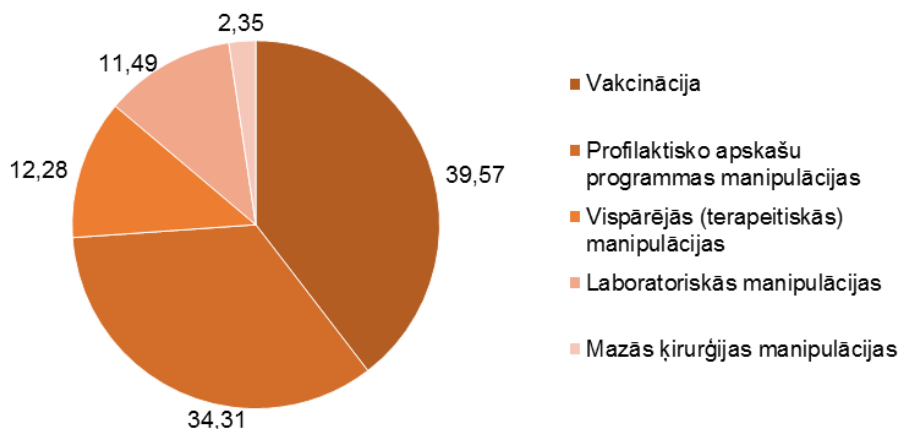
Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas

Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumā "Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas" ir norādītas manipulācijas, par kurām ģimenes ārstiem tiek veikta papildu samaksa. Šajā sarakstā ir iekļautas manipulācijas, kuras var veikt, aprūpējot pacientu ar noteiktām sūdzībām vai pie noteiktas diagnozes. Par šo manipulāciju veikšanu ģimenes ārstam tiek maksāts atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem vai veikto manipulāciju apjomam. Tā ģimenes ārstam tiek piedāvāta izvēle – nosūtīt pacientu pie speciālista un tādējādi šo manipulāciju sniegšana tiks apmaksāta no sekundārās veselības aprūpes līdzekļiem vai šīs manipulācijas veikt pašam ģimenes ārstam.

Atsevišķas manipulācijas tiek izmantotas pakalpojumu uzskaitē, un tām nav noteikts tarifs (uzskaites dokumentos manipulācijas tarifs ir "0"). 2016. gadā PVA 56 % no kopējā ģimenes ārstu veikto uzskaites manipulāciju skaita, kuru tarifs ir "0", bija vakcināciju manipulācijas.

⁶ Ārsti, kuri atbilstoši noslēgtajam līgumam par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ir snieguši veselības aprūpes pakalpojumus visu gadu vai tikuši aizvietoti.

4. attēls. Ģimenes ārstu pielietoto manipulāciju procentuālais sadalījums pēc pielietojuma veida⁷, %



Lielākais īpatsvars no visām ģimenes ārstu pielietotajām manipulācijām 2016. gadā ir vakcinācijas manipulācijām (39,39 %) un profilaktisko apskašu programmas manipulācijām (34,2 %). Vismazākais procentuālais īpatsvars ir mazajām ķirurģiskajām manipulācijām.

Ģimenes ārsta gada darbības rādītāju izvērtējums

Ģimenes ārsta praksei no valsts budžeta reizi gadā tiek maksāts gada darbības novērtējuma maksājums atbilstoši ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma rezultātiem.

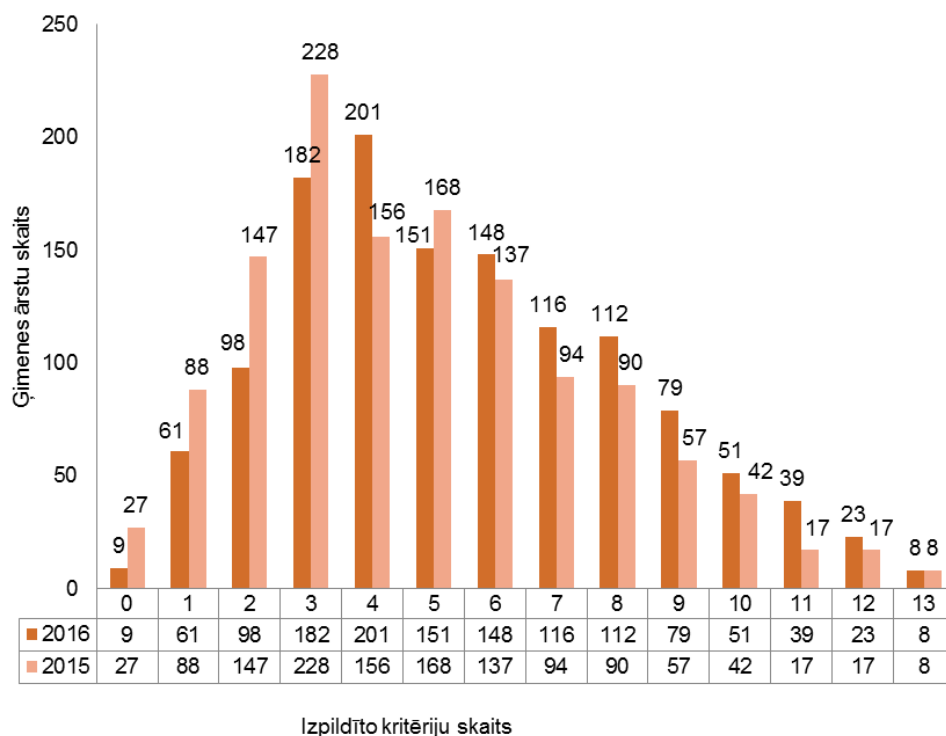
Ģimenes ārsta darbībā tiek vērtēta:

- ✓ profilakse:
 - veselības pārbaudes,
 - bērnu veselība,
 - organizētā vēža skrīninga datu uzraudzība;
- ✓ pacientu ar hroniskām slimībām aprūpe:
 - cukura diabēta pacientu aprūpe,
 - pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe,
 - pacientu ar bronhiālo astmu aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitātes paaugstināšana – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāžu izbraukumu skaita vērtējums pie ģimenes ārsta pacientiem;
- ✓ ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

Ārstu darbība tiek vērtēta atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 14. pielikumā noteiktajiem kvalitātes rādītāju vērtēšanas kritēriju nosacījumiem. Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, kvalitātes kritēriju izpilde 2016. gadā ir uzlabojusies. Pārskata periodā ir palielinājies ārstu skaits, kas izpilda vairāk nekā piecus un vairāk kritērijus, kā arī ir samazinājies ārstu skaits, kas neizpilda nevienu no kritērijiem vai izpilda mazāk nekā četrus no kvalitātes kritērijiem.

⁷ Atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumam "Ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas".

5. attēls. Ģimenes ārstu skaits⁸, kuri izpilda noteiktu kvalitātes kritēriju skaitu



Ģimenes ārstiem no valsts budžeta izmaksātais gada darbības novērtējuma maksājums par 2016. gadu ir 0,84 miljoni eiro.

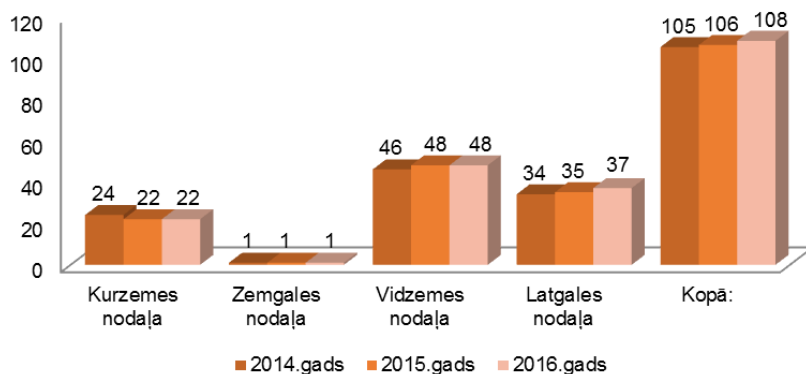
3.2.1. Feldšeru - vecmāšu punktu darbība

Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, Dienests slēdz līgumu ar pašvaldību par feldšerpunkta darbību PVA pakalpojumu nodrošināšanai.

2015. gadā tika veikts feldšerpunktu darbības novērtējums un PVA pakalpojumu pieejamības izvērtējums, kā rezultātā palielinājās feldšerpunktu skaits, kas sniedz valsts apmaksātus primārās veselības aprūpes pakalpojumus. 2016. gadā tika noslēgti 108 līgumi ar pašvaldībām par 54,75 slodzēm feldšerpunktos PVA pakalpojumu nodrošināšanai, t. sk. pārtraukts viens līgums un noslēgti trīs jauni līgumi – divi Latgalē un viens Vidzemē. 2016. gadā veikta apmaksa par feldšerpunktu sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem 590 055 eiro apmērā.

⁸ Ārsti, kuri snieguši veselības aprūpes pakalpojumus visu gadu un nav tikuši aizvietoti.

6. attēls. Feldšeru - vecmāšu punktu skaita salīdzinājums



25. tabula. Vidējais apmeklējumu skaits dienā feldšeru-vecmāšu punktos 2016. gadā

Teritoriālā nodaļa	Feldšeru-vecmāšu punktu skaits	Apmeklējumu skaits (bez 7. aprūpes epizodes)	Vidējais apmeklējumu skaits darba dienā
Kurzemes	22	17 757	3,34
Zemgales	1	1 357	5,36
Vidzemes	48	43 753	3,68
Latgales	37	48 892	5,22
Kopā	108	111 759	4,40

3.2.2. Profilaktiskās apskates

Profilaktiskās apskates ģimenes ārstu praksēs

Profilaktisko apskašu programmā bērniem līdz viena gada vecumam paredzētas astoņas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates ģimenes ārsta prakses vietā.

26. tabula. Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits bērniem pirmajā dzīves gadā⁹

Periods	Apskašu skaits	Personu skaits vecuma grupā *	Vidējais profilaktisko apskašu skaits vienam pacientam
2015. gadā	177 006	21 979	8,1
2016. gadā	177 775	21 968	8,1

* Dzimušo skaits no Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzes.

Otrajā dzīves gadā bērniem profilaktiskās programmas ietvaros ir paredzētas divas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates. Bērniem, sākot no divu gadu vecuma, tāpat kā pieaugušajiem, profilaktiskā apskate pie ģimenes ārsta jāveic vienu reizi gadā.

⁹ Atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumam "Ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas" veiktas manipulācijas 01061, 01064, 01066.

27. tabula. Profilaktisko apskašu aptvere vecuma grupās¹⁰

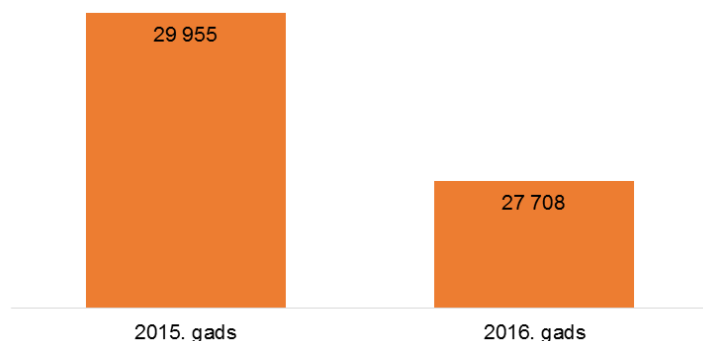
Pacienta vecuma grupa	Periods	Personu skaits vecuma grupā *	Pacientu skaits, kam veiktas profilaktiskās apskates	Pacientu, kuriem veiktas profilaktiskās apskates, % īpatsvars
1-6 gadi	2015. gadā	121 801	88 155	72,38
	2016. gadā	121 272	86 774	71,55
7-17 gadi	2015. gadā	205 185	123 541	60,21
	2016. gadā	209 142	124 548	59,55
pieaugušie (18+)	2015. gadā	1 637 131	427 546	26,12
	2016. gadā	1 616 659	424 652	26,27

* Pacientu skaits no Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzes.

2016. gadā salīdzinājumā ar 2015. gadu vērojams profilaktisko apskašu īpatsvara samazinājums bērnu vecuma grupās un neliels profilaktisko apskašu īpatsvara pieaugums pieaugušo vecuma grupā (vecāki par 18 gadiem), kas saistīts ar iedzīvotāju skaita samazināšanos pieaugušo vecumu grupā.

Oftalmologa profilaktiskā apskate bērniem

7. attēls. Unikālo pacientu skaits, kas veikuši oftalmologa profilaktisko apskati



Profilaktisko apskašu programma paredz oftalmologa profilaktisko apskati bērniem 13 - 24 mēnešu vecumā, trīs gadu vecumā un pirms skolas 6 - 7 gadu vecumā. Salīdzinot ar 2015. gadu, 2016. gadā unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši oftalmologa profilaktisko pārbaudi, ir samazinājies par 8 %.

Valsts organizētais vēža skrīnings

Profilaktisko pārbažu programmā ir iekļautas trīs agrīnās vēža diagnostikas pārbaudes:

- ✓ dzemdes kakla vēža pārbaude (vienu reizi trijos gados);
- ✓ krūts vēža izmeklējums ar mamogrāfijas metodi (vienu reizi divos gados);
- ✓ kolorektālā vēža pārbaude jeb slēpto asiņu izmeklējums fēcēs (vienu reizi gadā).

Šo pārbažu veikšana pilnībā tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem. Veicot skrīninga izmeklējumus, pacientam nav jāveic arī pacienta iemaksas. Savukārt, ja izmeklējums tiek veikts pie ārsta, kas nav līgumattiecībās ar Dienestu, tad apmaksāts ir tikai izmeklējums, bet konsultācija ir jāapmaksā pašam pacientam.

¹⁰ Atbilstoši Noteikumu Nr. 1529 11. pielikumam "Ģimenes ārsta praksei apmaksājamās manipulācijas" bērniem vecumā 1-18 gadi veiktas manipulācijas 01061, 01066, pieaugušajiem manipulācijas 60404, 60405.

Dzemes kakla vēža un krūts vēža skrīnings

Dzemes kakla vēža izmeklējumu (citoloģiskā uztriepe) dzemes kakla vēža profilaksei un mamogrāfijas izmeklējumu krūts vēža profilaksei kā preventīvus veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājas var veikt, saņemot uzaicinājuma vēstuli no Dienesta.

Agrīna dzemes kakla vēža diagnostika tiek nodrošināta, veicot citoloģiskās uztriepes paņemšanu no dzemes kakla un to mikroskopiski izmeklējot. Tas sniedz iespēju atklāt agrīnas izmaiņas dzemes kakla šūnās.

Dzemes kakla vēzi iespējams novērst, uzsākot savlaicīgu ārstēšanu, tādēļ sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem reizi trijos gados ieteicams veikt profilaktisko dzemes kakla vēža pārbaudi.

28. tabula. Dzemes kakla vēža skrīninga atsaucības rādītāji trīs gadu ietvaros

Sievietes, kas veikušas onkocitoloģisko izmeklējumu 2014. - 2016. gadā						
Vecuma grupas	Sieviešu skaits*	Izsūtīto uzaicinājuma vēstulu skaits**	Izmeklētās sievietes skrīninga ietvaros	Izmeklētās sievietes ārpus skrīninga***	Izmeklēto sieviešu skaits kopā	Populācijas aptvere
25-29	69 091	68 177	12 182	37 766	49 948	72%
30-34	66 988	69 032	14 695	35 812	50 507	75%
35-39	63 463	61 816	14 750	28 692	43 442	68%
40-44	68 868	63 757	17 096	26 628	43 724	63%
45-49	69 529	65 035	18 712	27 221	45 933	66%
50-54	74 667	66 804	20 229	26 063	46 292	62%
55-59	78 509	72 997	20 730	23 285	44 015	56%
60-64	70 529	65 969	17 463	16 583	34 046	48%
65-70	65 230	62 679	16 536	13 378	29 914	46%
Kopā	626 874	596 266	152 393	235 428	387 821	62%

* Dati no Centrālās statistikas pārvaldes datubāzes "Pastāvīgo iedzīvotāju skaits pēc valstiskās piederības un dzimuma 2016. gada sākumā".

** Iekļautas uzaicinājuma vēstules 2016. gadā definētajām mērķa grupas sievietēm noteiktajā vecuma grupā.

*** Ietver sievietes, kuras veikušas tikai diagnostisko izmeklējumu.

Visbiežāk onkocitoloģisko izmeklējumu ir veikušas gados jaunākas sievietes. 39 % no onkocitoloģiskiem izmeklējumiem ir veikti ar Dienesta uzaicinājuma vēstulēm skrīninga programmas ietvaros – pārējie veikti bez uzaicinājuma vēstulēm. Novērojams, ka visbiežāk šo izmeklējumu ar uzaicinājuma vēstuli veic sievietes, kas ir gados vecākas.

Atbilstoši EK izveidotajām krūts vēža skrīninga vadlīnijām sievietēm vecumā no 50 līdz 70 gadiem ieteicams vienu reizi divos gados veikt krūšu mamogrāfijas izmeklējumu. Veicot mamogrāfijas izmeklējumu, vēzi iespējams konstatēt trīs līdz četrus gadus pirms paciente pati sāktu pamanīt slimības simptomus. Tādējādi var uzsākt savlaicīgu un mazāk agresīvu ārstēšanu.

29. tabula. Krūts vēža skrīninga atsaucības rādītāji divu gadu ietvaros

Sievietes, kas veikušas mamogrāfijas izmeklējumu 2015. - 2016. gadā						
Vecuma grupas	Sieviešu skaits*	Izsūtīto uzaicinājuma vēstulju skaits**	Izmeklētās sievietes skrīninga ietvaros	Izmeklētās sievietes ārpus skrīninga***	Izmeklēto sieviešu skaits kopā	Populācijas aptvere
50 - 54	74 667	72 332	17 774	5 889	23 663	32%
55 - 59	78 509	78 176	23 023	5 889	28 912	37%
60 - 64	70 529	69 038	19 626	5 744	25 370	36%
65 - 69	65 230	64 247	19 414	5 783	25 197	39%
Kopā	288 935	283 793	79 837	23 305	103 142	36%

* Dati no Centrālās statistikas pārvaldes datubāzes "Pastāvīgo iedzīvotāju skaits pēc valstiskās piederības un dzimuma 2016. gada sākumā".

** Iekļautas uzaicinājuma vēstules 2016. gadā definētajām mērķa grupas sievietēm noteiktajā vecuma grupā.

*** Ietver sievietes, kuras veikušas tikai diagnostisko izmeklējumu.

Kopumā no visām sievietēm, kas veikušas mamogrāfijas izmeklējumu pēdējos divos gados, 77 % veikušas izmeklējumu ar Dienesta nosūtītām uzaicinājuma vēstulēm.

Arī 2016. gadā papildus stacionārajām mamogrāfijas iekārtām darbojās trīs mobilie mamogrāfijas kabineti, kas veic izbraukumus uz tām Latvijas teritorijām, kurās nav pieejama izmeklējuma veikšana uz stacionārās mamogrāfijas iekārtas. Tādējādi tiek nodrošināta pakalpojuma pieejamība visā Latvijas teritorijā. Kopumā 2016. gadā mobilajos mamogrāfijas kabinetos veikti 6809 skrīninga mamogrāfijas izmeklējumi.

Zarnu vēža profilaktiskā pārbaude

Zarnu vēža profilaktiskās pārbaudes jeb kolorektālā vēža skrīninga mērķa grupas iedzīvotāji ir sievietes un vīrieši no 50 līdz 74 gadu vecumam. Šīs pārbaudes veikšanai uzaicinājuma vēstule netiek nosūtīta – lai veiktu profilaktisko pārbaudi, jāvērsas sava ģimenes ārsta praksē.

30. tabula. Zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītāji

Zarnu vēža skrīninga atsaucība 2016. gadā			
Teritoriālā nodaļa	Personu skaits noteiktā vecuma grupā*	Izmeklētie pacienti 2016. gadā	
		Skaits	Izmeklēto pacientu īpatsvars
Kurzeme	96 916	10 056	10,4%
Rīga	272 210	27 425	10,1%
Zemgale	92 454	11 788	12,8%
Vidzeme	80 269	10 966	13,7%
Latgale	89 731	14 240	15,9%
Kopā	631 580	74 475	11,8%

* Dati no veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas "Vadības informācijas sistēma" veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistra.

2016. gadā zarnu vēža agrīnā diagnostika kolorektālā vēža skrīninga ietvaros veikta 74 475 pacientiem. Pārskata periodā zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītājs ir pieaudzis, salīdzinot ar 2015. gadu, kad tas bija 10,9 %.

Valsts apmaksāti pēckrīninga izmeklējumi

No 2014. gada pēckrīninga izmeklējumi tiek nodrošināti atbilstoši “zaļā koridora” principam – vēršoties ārstniecības iestādēs, kas nodrošina pēckrīninga izmeklējumu veikšanu, šie pakalpojumi tiek sniegti ārpus kopējā ārstniecības iestādei piešķirtā finansējuma. Tādējādi pacientam nav jāgaida kopējā izmeklējumu veikšanas rindā.

Valsts apmaksāti izmeklējumi, kas nepieciešami pēc skrīninga pārbaūžu veikšanas, ir pieejami 33 ārstniecības iestādēs visā Latvijā. Valsts apmaksāti dzemdes kakla vēža pēckrīninga izmeklējumi ir pieejami trīs ārstniecības iestādēs, krūts vēža pēckrīninga izmeklējumi – četrās ārstniecības iestādēs, savukārt zarnu vēža izmeklējumi – 26 ārstniecības iestādēs. Skrīninga un pēckrīninga izmeklējumi tiek apmaksāti pēc fakta virs līgumā noteiktā apjoma.

31. tabula. Ārstniecības iestāžu skaits pēckrīninga izmeklējumu veikšanai

Teritoriālā nodaļa	Iestāžu skaits		
	Tālākie izmeklējumi pēc krūts vēža skrīninga	Tālākie izmeklējumi pēc dzemdes kakla vēža skrīninga	Tālākie izmeklējumi pēc zarnu vēža skrīninga
Kurzemes	1	1	4
Latgales	1	1	4
Rīgas	2	1	11
Vidzemes	-	-	4
Zemgales	-	-	3
Kopā	4	3	26

3.2.3. Zobārstniecības aprūpes rādītāji

No valsts budžeta līdzekļiem tiek veikta samaksa par zobārstniecības palīdzību bērniem vecumā līdz 18 gadiem, par pirmreizēju ortodonta konsultāciju bērniem līdz 18 gadiem un ortodontisku ārstēšanu iedzimtu sejas-žokļu šķeltnu gadījumos personai vecumā līdz 22 gadiem.

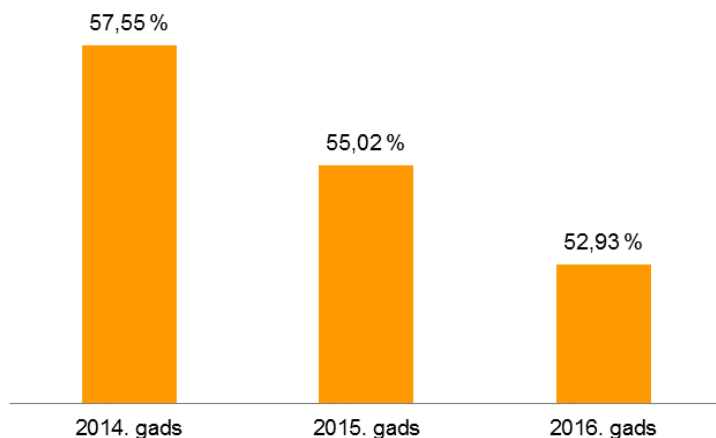
Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostācijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktajām personām (turpmāk tekstā – Černobiļas AES avārijā cietusī persona) izdevumus par zobārstniecības palīdzību sedz 50 % apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm pilnā apmērā.

32. tabula. Apmeklējumu skaits zobārstniecībā

Apmeklējumi	2015. gadā	2016. gadā
Zobārstniecībā, t. sk.:	545 865	523 984
bērnu apmeklējumi	543 764	521 835
Černobiļas AES avārijā cietušo personu apmeklējumi	1 306	1 264
pie zobārsta:	398 765	375 993
pie zobu higiēnista t. sk.:	109 207	107 976
bērnu apmeklējumi	109 190	107 956
Černobiļas AES avārijā cietušo personu apmeklējumi	17	20
mobīlajā zobārstniecības kabinetā:	7 952	7 431
pie ortodonta t. sk.:	12 771	14 591
pirmreizēja konsultācija bērniem	964	1 096
iedzimtu sejas-žokļu šķeltnu gadījumā (līdz 22 gadiem)	11 806	12 751

Zobārstniecības pakalpojumi bērniem

8. attēls. Bērnu zobārstniecības aptveres dinamika, %*

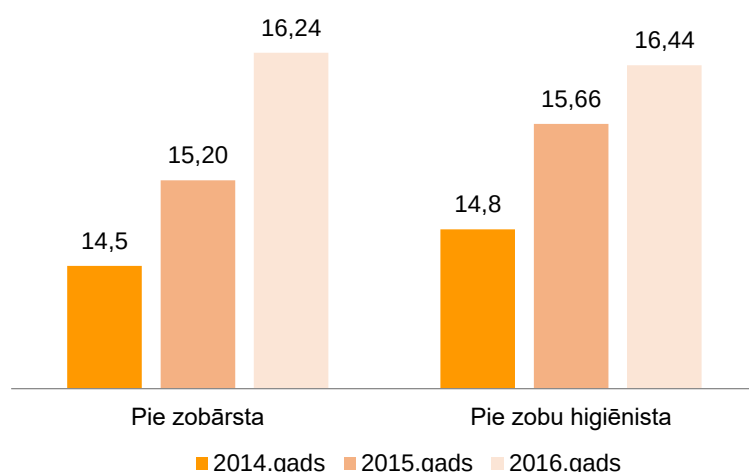


* Bērnu zobārstniecības aptvere rēķināta, pamatojoties uz Centrālās statistikas pārvaldes datu bāzē norādīto bērnu skaitu. Bērnu zobārstniecības aptvere – saņemtie zobārstniecības pakalpojumi bērniem pie jebkuras no zobārstniecības specialitātēm.

Analizējot datus par bērnu zobārstniecības aptveri 2016. gadā var secināt, ka bērnu zobārstniecības aptvere sasniegusi 52,93 %. Salīdzinot ar 2015. gadu, tā ir samazinājusies par 2,09 %, savukārt salīdzinot ar 2014. gadu – 4,62 %.

Kopumā valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus 2016. gadā saņēmuši 186 460 bērni. Bērniem pakalpojumi nodrošināti 8 586 214 eiro apmērā. No minētā bērnu skaita zobārsta pakalpojumus ir izmantojuši 51,98 % bērnu, kas ir par 0,82 % vairāk nekā 2015. gadā. Savukārt zobu higiēnista pakalpojumus izmantojuši 77,05 % zobārstniecības pakalpojumus saņēmušie bērni, kas ir par 2,45 % mazāk nekā iepriekšējā gadā.

9. attēls. Vidējās izmaksas vienam apmeklējumam pie zobārsta un zobu higiēnista, EUR



2016. gadā zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas pie zobārsta ir pieaugušas par 1,04 eiro jeb 6,8 %, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, un par 1,74 eiro jeb 12 %, salīdzinot ar 2014. gadu. Līdzīgi arī zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas pie zobu higiēnista – 2016. gadā tās ir pieaugušas par 0,48 eiro jeb 3,07 %, salīdzinot ar 2015. gadu un par 1,34 eiro jeb 9,05 % – 2014. gadu. Izmaksu pieaugumu ietekmēja zobārstniecības pakalpojumu tarifu pārskatīšana, it īpaši zobārsta sniegtajiem pakalpojumiem.

Zobārstniecības pakalpojumi Černobiļas AES avārijā cietušajām personām

Kopumā valsts apmaksātos zobārstniecības pakalpojumus 2016. gadā saņēmušas 457 Černobiļas AES avārijā cietušās personas. Šīm personām pakalpojumi nodrošināti 27 501 eiro apmērā.

Zobārstniecības pakalpojumu vidējās izmaksas uz vienu Černobiļas AES avārijā cietušo personu 2016. gadā, salīdzinot ar 2015. gadu, pieaugušas par 19,76 % jeb 9,93 eiro, savukārt salīdzinot ar 2014. gadu – par 11,84 % jeb 6,37 eiro. Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, 2016. gadā Černobiļas AES avārijā cietušo personu skaits, kas vēlējušies saņemt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus ir samazinājies par 5,19 %, savukārt salīdzinot ar 2014. gadu – samazinājies par 2,77 %.

3.2.4. Veselības aprūpe mājās

Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz sertificēta māsa vai ārsta palīgs (feldšeris) pacientam tā dzīvesvietā. Tā veicama, ja pacientam nepieciešama ambulatora ārstnieciskā palīdzība, bet medicīnisku indikāciju dēļ viņš nespēj ierasties ārstniecības iestādē ambulatorās aprūpes saņemšanai:

- ✓ pacientam ir hroniska saslimšana un pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē;
- ✓ pacients ir izrakstīts no stacionārās ārstniecības iestādes vai no dienas stacionāra pēc ķirurģiskas iejaukšanās;
- ✓ pacientiem ar insulta diagnozi (I60, I61, I63, I64 vai I69), kuriem nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta triju mēnešu laikā pēc saslimšanas;
- ✓ bērniem, kuri atrodas VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, ir pieejami valsts apmaksāti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās (veselības aprūpes mājās ietvaros);
- ✓ pacientiem ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma ar diagnozi T91.3, kas izpaužas kā tetraplēģija vai paraplēģija un vairumam muskuļu zem bojājuma līmeņa spēks ir mazāks par trijām ballēm, nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pēc pirmreizējas medicīniskās rehabilitācijas saņemšanas stacionārā (rehabilitācija pacientiem ar muguras smadzeņu šķērsbojājumu), ja uz šādiem pakalpojumiem nosūta VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" nodarbināts fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts.

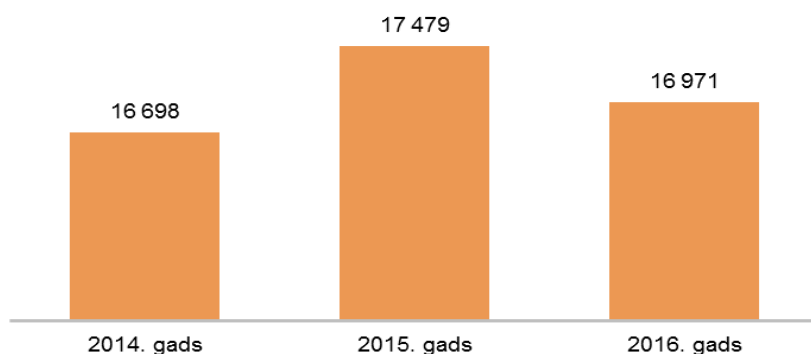
No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksātas arī rehabilitologa mājas vizīte pie pacientiem, kas saņem rehabilitācijas speciālistu sniegtos pakalpojumus mājas aprūpes ietvaros.

35. tabula. Ārstniecības iestāžu skaits, kas nodrošina veselības aprūpe mājās pakalpojumu

Periods	Ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji	Rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji	Kopā
2014. gads	176	58	204
2015. gads	175	57	197
2016. gads	164	48	184

Veselības aprūpes mājās pakalpojumus 2016. gadā nodrošināja 184 ārstniecības iestādes, tajā skaitā 164 ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji un 48 rehabilitācijas speciālistu veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēji. Kopš 2009. gada, kad tika uzsākta veselības aprūpes mājās pakalpojumu apmaksa no valsts budžeta līdzekļiem, pakalpojumu sniedzēju skaits ir divkāršojies. Salīdzinot ar pēdējiem gadiem, kopējais pakalpojumu sniedzēju skaits ir samazinājies, kas saistīts ar ārstniecības iestāžu apvienošanu un līgumattiecību pārtraukšanu.

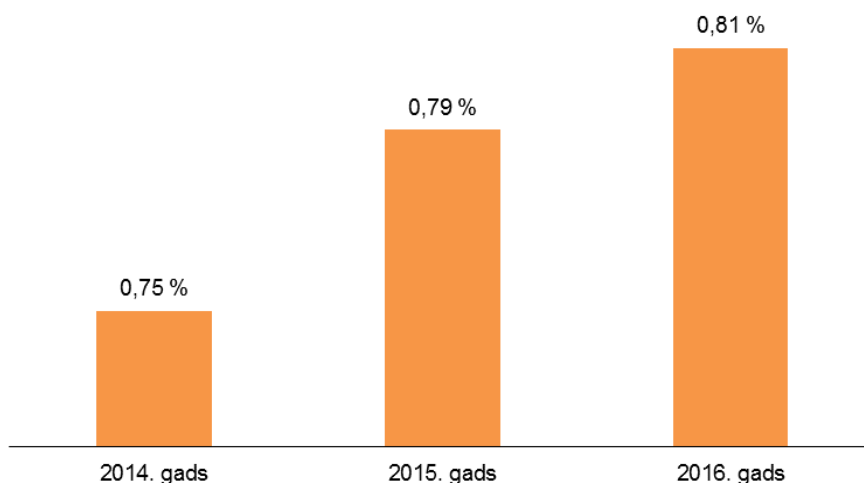
10. attēls. Unikālo pacientu skaits



Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši mājas aprūpes pakalpojumus, gadu dinamikā pieaudzis no 5298 pacientiem 2009. gadā līdz 16 971 pacientiem 2016. gadā. Pārskata periodā šo pakalpojumu kopumā saņēma 16 971 pacienti, no kuriem 15 945 pacienti saņēma ārsta palīga (feldšera) vai mājas veselības aprūpes mājās pakalpojumus, 1 267 pacienti saņēma rehabilitācijas speciālista veselības aprūpes mājās pakalpojumus, bet 7 mājas aprūpes pacientiem tika nodrošināta arī ilgstošas mākslīgās plaušu ventilācijas pakalpojumi.

2016. gadā pieaudzis pacientu skaits, kas saņēmuši rehabilitācijas pakalpojumus mājās ar VSIA Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu, ja pacients bijis ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma (ar diagnozi T91.3), kas izpaužas kā tetraplēģija vai paraplēģija un vairumam muskuļu zem bojājuma līmeņa spēks ir mazāks par trijām ballēm, pēc pirmreizējas medicīniskās rehabilitācijas saņemšanas stacionārā (rehabilitācija pacientiem ar muguras smadzeņu šķērsbojājumu). 2015. gadā rehabilitācijas pakalpojumus mājās saņēma 7 iepriekš minētie pacienti, savukārt 2016. gadā – 18 pacienti.

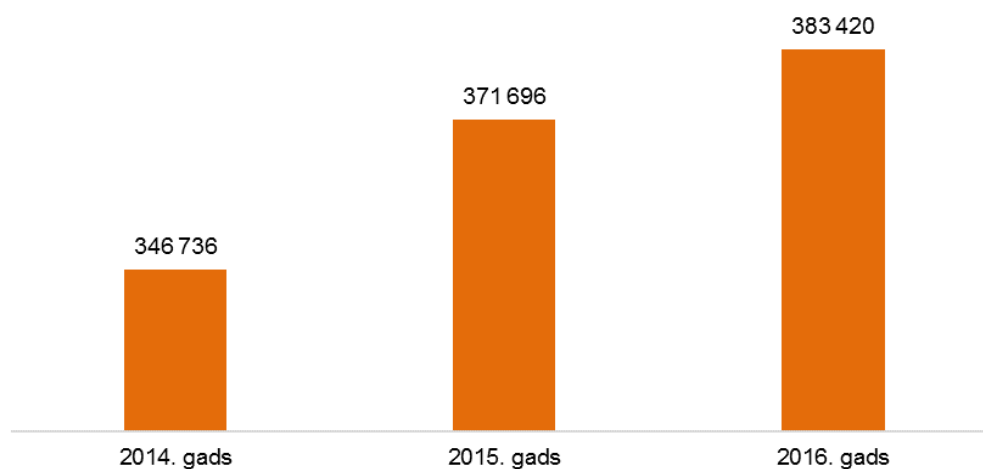
11. attēls. Latvijas iedzīvotāju īpatsvars, kuri saņēmuši veselības aprūpi mājās (no visiem Latvijas iedzīvotājiem), % *



*Aprēķinā izmantots iedzīvotāju skaits, kas ir iekļauts Dienesta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā – tie ir visi Latvijas Republikas iedzīvotāji, kuri ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta vai atbilst Ārstniecības likuma 17. panta nosacījumiem par tiesībām saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

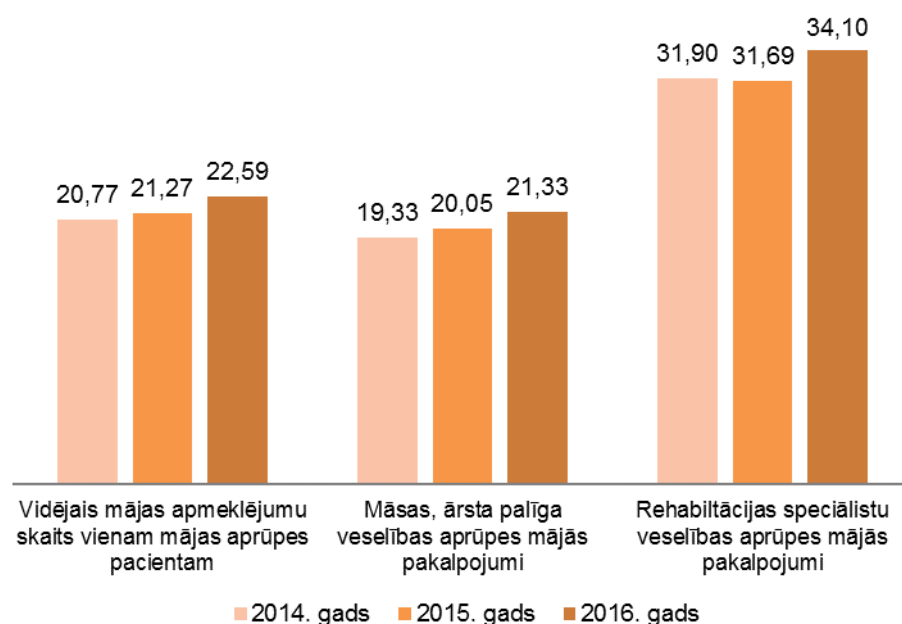
No visiem Latvijas iedzīvotājiem 2016. gadā 0,81 % izmantoja veselības aprūpi mājās. Pakalpojumu saņēmušo iedzīvotāju īpatsvara palielināšanās salīdzinājumā ar 2015. gadu saistīta ar iedzīvotāju skaita samazinājumu.

12. attēls. Veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits



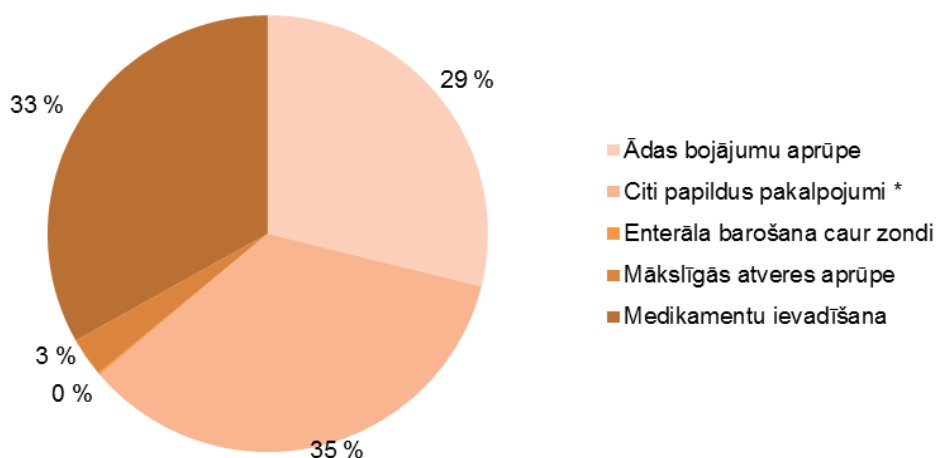
Kopā 2016. gadā ir veikti 383 420 veselības aprūpes mājās apmeklējumi, tajā skaitā 43 206 apmeklējumi bijuši pie pacientiem, kuriem sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās. Salīdzinot ar 2015. gadu, kopējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits ir pieaudzis par 3,2 %, kas norāda, ka šis pakalpojums iedzīvotājiem ir nepieciešams.

13. attēls. Vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam unikālam pacientam



Gadu dinamikā ir pieaudzis arī vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam aprūpes pacientam. Salīdzinot ar 2015. gadu, šis rādītājs 2016. gadā pieaudzis – vidēji 22,59 apmeklējumi vienam pacientam, kas liecina par to, ka šo pakalpojumu mājās aprūpes pacienti izmanto arvien ilgāku laika periodu. Vislielākais vidējais mājās apmeklējumu skaits vienam mājās aprūpes pacientam 2016. gadā vērojams Rīgas teritorijā (vidēji 26 apmeklējumi pacientam).

14. attēls. Sniegtie pakalpojumi ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās ietvaros 2016. gadā, %



* Tajā skaitā pacienta vai aprūpes procesā iesaistītās personas izglītošana un praktiska apmācība.

2016. gadā 31 % no visiem ārsta palīga (feldšera) vai māsas veselības aprūpes mājās pakalpojumiem bijuši saistīti ar medikamentu ievadīšanu, 30 % – pakalpojumi saistībā ar ādas bojājumu aprūpi, bet 36 % – citi sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, tajā skaitā pacienta vai aprūpes procesā iesaistītās personas izglītošana un praktiskā apmācība.

3.3. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

2015. gadā Dienests pārskatīja ambulatoro laboratorisko izmeklējumu apmaksas nosacījumus sadarbībā ar Latvijas Laboratorijas speciālistu biedrības, Latvijas klīnisko universitātes slimnīcu laboratoriju, Slimību profilakses un kontroles centra, kā arī ģimenes ārstu asociāciju pārstāvjiem, lai nodrošinātu laboratorijas izmeklējumu racionālu pielietojumu. Rezultātā ar Noteikumu Nr. 1529 grozījumiem 2016. gadā tika mainīta laboratorisko pakalpojumu saņemšanas kārtība un izmeklējumu klāsts.

Tika noteiktas nosūtīšanas kompetences ģimenes ārstiem un speciālistiem. Atsevišķiem laboratoriskiem izmeklējumiem noteikti apmaksas biežuma nosacījumi (piemēram, pilna asins ainas veikšanu valsts pacientam apmaksā vienu reizi gadā, izņemot akūtu vai hronisku slimību gadījumos), bet atsevišķiem laboratoriskiem izmeklējumiem noteikts apmaksas algoritms t.i. izmeklējums tiek veikts pakārtoti – nākamā izmeklējumu veic tikai tad, ja ir atradne (piemēram, urīna analīzes ar mikroskopiju tiks apmaksāts, ja būs atradne urīna analīzē ar teststrēmeli). Laboratorijas pakalpojumu sniedzējiem līgumos tika noteikts līdzekļu apjoms ("kvota") laboratorisko un histoloģisko pakalpojumu apmaksai. Rezultātā tika ieviesta izmeklējumu nozīmēšana balstīta uz medicīniskajām indikācijām un klīniskajām vadlīnijām, izmantojot izmaksu efektīvākos veidus pacientu slimību diagnostikai un ārstēšanai.

2016. gadā pieauga speciālistu nosūtījumu īpatsvars uz laboratoriskiem izmeklējumiem no kopējā nosūtījumu apjoma laboratorisko izmeklējumu veikšanai, kas nozīmē, ka vizītes laikā speciālisti biežāk nozīmē pacientiem laboratoriskos izmeklējumus.

36. tabula. Laboratorisko izmeklējumu sadalījums atbilstoši nosūtītājiem

Periods (gads)	Ģimenes ārstu nozīmēto laboratorisko izmeklējumu apjoms, %	Speciālistu nozīmēto laboratorisko izmeklējumu apjoms, %
2014. gads	60	40
2015. gads	58	42
2016. gads	56	44

Kopējais veikto laboratorisko un histoloģisko izmeklējumu (manipulāciju) skaits 2016. gadā samazinājās par 23 % salīdzinājumā ar 2015. gadu. Samazinājās arī pacientu skaits par 3 %, kuriem veikti izmeklējumi, un vidējais vienam pacientam veikto izmeklējumu skaits, ko veicināja ieviestās laboratorisko pakalpojumu apmaksas nosacījumu izmaiņas.

37. tabula. Laboratorisko un histoloģisko pakalpojumu skaits

Periods (gads)	Periodā veikto izmeklējumu (manipulāciju) skaits	Unikālo pacientu skaits	Vienam pacientam veikto izmeklējumu skaits (vidēji)
2015. gads	14 351 722	973 573	14,7
2016. gads	11 052 199	943 893	11,7

Sekundāro ambulatoro veselības aprūpi 2016. gadā sniedza 380 ārstniecības iestādes, ar kurām Dienestam bija noslēgts savstarpējs līgums par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

38. tabula. Ārstniecības iestāžu skaita sadalījums pa Dienesta teritoriālajām nodaļām un sniegto pakalpojumu veidiem 2016. gadā

Teritoriālā nodaļa	Ārstniecības iestāžu skaits	Ārstniecības iestāžu skaits ar vienu pakalpojuma veidu	Ārstniecības iestāžu skaits ar 2 - 5 pakalpojumu veidiem	Ārstniecības iestāžu skaits ar 6 - 10 pakalpojumu veidiem	Ārstniecības iestāžu skaits ar vairāk nekā 10 pakalpojumu veidiem
Kurzemes	67	37	15	5	10
Latgales	68	39	15	6	8
Rīgas	133	74	27	7	25
Vidzemes	62	37	13	4	8
Zemgales	50	30	9	2	9
Kopā	380	217	79	24	60

2016. gadā ārstniecības iestādes kopumā nodrošināja iedzīvotājiem 68 dažādus valsts apmaksātos sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojuma veidus.

39. tabula. Izmeklējumu pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2015.–2016. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Veikto izmeklējumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz pakalpojumus		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads
Rentgenoloģija	515121	516 654	710 840	724 969	79	79	8,94	8,86
Kodolmagnētiskās rezonanse	28 283	28 919	35 098	35 753	11	11	97,21	96,78
Datortomogrāfija	106 091	103 907	150 311	152 986	39	39	99,14	101,00
Ultrasonogrāfija	242 404	244 965	344 459	350 611	96	97	10,78	10,86
Radionuklīdā diagnostika	8 866	8 061	10 032	8 968	4	4	58,6	63,91
Osteodensitometrija	24 318	25 104	26 058	26 617	17	17	20,04	20,03
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	225 706	226 367	319 176	325 210	77	78	9,82	9,98
Endoskopija	53 389	53 301	60 366	60 789	48	48	50,7	50,84
Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	15 760	16 220	16 972	17 460	20	20	28,62	28,87
Doplerogrāfija	55 131	55 048	104 749	105 803	54	54	20,46	20,50
Mamogrāfija	26 279	26 239	26 656	26 659	30	30	15,23	15,45

2016. gadā unikālo pacientu pieaugums salīdzinājumā ar 2015. gadu vērojams šādiem pakalpojumu veidiem:

- ✓ rentgenoloģija – par 1533 pacientiem vairāk;
- ✓ sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi – par 661 pacientu vairāk.

Procentuāli vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums ir pakalpojuma veidam “Osteodensitometrija” – par 3,2 %. Vislielākais unikālo pacientu samazinājums ir pakalpojumu veidā “Datortomogrāfija” – 2184 pacienti. Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz tabulā norādītos pakalpojumus, ir palicis nemainīgs.

40. tabula. Izmeklējumu pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2015.–2016. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads
Hemodialīze dienas stacionārā	745	731	63 291	66 296	14	14	97,81	99,69
Koronarogrāfija dienas stacionārā	7 111	-	9 845	-	5	-	433,49	-
Koronaroangioplastija dienas stacionārā	1 869	-	6 018	-	3	-	1303,03	-
Invazīvā kardioloģija dienas stacionārā	-	7 606	-	15 861	-	5	-	764,24
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	8 100	9 422	10 508	11 367	11	11	252,24	269,30
Ķīmijterapija un hematoloģija dienas stacionārā	3 322	3 422	19 544	18 949	5	6	45,16	44,94
Staru terapija dienas stacionārā	17	20	166	168	3	3	126,80	136,95
Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā	2 289	2 307	64 984	62 093	7	7	13,38	14,19
Invazīvā radioloģija dienas stacionārā	324	280	609	312	3	3	1024,52	1878,14
Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā	222	247	5 798	6 734	1	1	11,69	11,69
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	30 392	28 154	185 473	177 853	65	63	26,66	23,85
Dienas stacionārs hronisko sāpju pacientu ārstēšanai	176	21	1 325	73	5	5	14,45	50,84
Uroloģija dienas stacionārā	1 872	2 017	4 022	3 963	16	17	196,09	206,06
Gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā	5 058	6 482	5 095	6 374	17	20	124,32	133,00
Ginekoloģija dienas stacionārā	11 349	10 563	20 401	17 675	43	44	140,04	167,32
Otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā	2 124	2 100	2 793	2 287	13	13	202,83	236,61
Otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā	2 157	2 402	5 129	4 850	11	13	121,83	148,35
Traumatoloģija, ortopēdija dienas stacionārā	6 712	7 450	14 534	12 308	35	36	200,04	256,97
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	16 152	12 495	33 535	23 395	49	49	139,80	178,89

Unikālo pacientu skaits dienas stacionārā 2016. gadā salīdzinājumā ar 2015. gadu ir samazinājies par 2884 pacientiem. Vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums bija vērojams pakalpojumu veidā -

Gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā – par 1424 pacientiem vairāk. Savukārt vislielākais unikālo pacientu samazinājums tika konstatēts pakalpojumu veidā – Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā – par 3657 pacientiem mazāk. Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz tabulā norādītos pakalpojumu veidus, ir nedaudz samazinājies vai palicis nemainīgs. Vidējās viena izmeklējuma izmaksas 2016. gadā ir pieaugušas gandrīz visos tabulā minētajos pakalpojumu veidos vidēji par 29,6 % salīdzinājumā ar 2015. gadu.

41. tabula. Speciālistu pakalpojumu veidu apjomi un izmaksas 2015.–2016. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Ārstu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads
Kardioloģija	43 526	43 779	66 069	63 732	51	51	159	163	8,43	8,68
Oftalmoloģija	200 375	199 481	301 675	299 743	97	97	182	182	17,66	19,03
Otolaringoloģija	139 232	139 370	183 426	183 606	78	78	130	129	18,22	19,88
Dermatoveneroloģija	81 039	81 245	112 946	112 565	51	51	91	94	10,21	10,87
Anestezioloģija	42 030	45 326	46920	50 754	39	45	233	235	17,96	10,03
Reimatoloģija	7536	7205	12 964	12 560	11	11	25	25	8,07	7,82
Hematoloģija	8651	8693	17 798	17 838	6	7	23	24	8,11	8,09
Internā medicīna	6711	5517	7185	6131	26	35	170	187	11,48	9,66
Arodslimību speciālisti	3949	4823	5745	6192	4	4	12	11	8,30	7,67
Pediatrija	14 005	13 457	23 847	23 827	22	25	183	201	8,47	8,18
Nefroloģija	7552	8274	12 236	13 337	21	24	34	27	10,58	9,05
Gastroenteroloģija	8114	8954	10 996	11 923	12	13	41	46	8,32	8,14
Infektoloģija	15 405	16 519	29 838	32 502	11	14	51	58	7,60	7,70
Alergoģija	19 679	20 771	25 934	25 835	13	14	23	23	20,25	20,89
Algoloģija	1034	1003	1 227	1198	8	9	13	12	12,19	11,24
Endokrinoloģija	77 773	77 901	156 532	154 106	58	59	74	75	7,59	7,68
Ķirurģija	164 128	163 766	226 051	226 909	80	81	412	418	13,49	13,75
Uroloģija	32 295	33 464	49 031	50 224	33	35	58	61	21,21	23,32
Traumatoloģija	83 442	82 296	124 576	120 937	55	57	150	147	11,50	11,20
Ginekoloģija	194 257	185 586	291 268	275 955	139	141	327	328	8,33	8,31
Onkoloģija	36 368	35 394	65 121	63 582	26	29	72	76	9,88	10,53
Neiroloģija	133 272	130 986	200 332	194 730	91	92	219	225	8,58	8,87
Narkoloģija	9 054	7699	42 326	40 741	38	40	53	57	8,15	7,45
Psihiatrija	52 970	54 113	234 470	238 318	53	54	151	148	9,91	5,81
Pulmonoloģija	61 089	61	89 993	90 631	38	39	91	94	13,42	13,46
Ģenētisko slimnieku konsultēšana	1280	1232	1846	1796	1	1			36,87	35,07

Lielākais unikālo pacientu pieaugums 2016. gadā, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, vērojams pakalpojumu veidā “Anestezioloģija” – par 3 296 pacientiem, bet lielākais unikālo pacientu samazinājums ir konstatējams pakalpojumu veidā “Ginekoloģija” – par 8 671 pacientiem. Ārstniecības iestāžu skaits, kas sniedz tabulā norādītos pakalpojumus, ir pieaudzis par 4,1 %.

42. tabula. Rehabilitācijas pakalpojumu apjomi un izmaksas 2015.- 2016. gadā

Pakalpojumu veids	Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši pakalpojumu		Sniegto pakalpojumu skaits		Ārstniecības iestāžu skaits		Viena izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas, EUR	
	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads	2015. gads	2016. gads
Rehabilitācijas pakalpojumi	72 416	72 804	795 249	850 958	66	67	6,75	6,45
Fizikālās medicīnas pakalpojumi	20 768	21 758	240 527	261 996	66	68	3,26	3,2
Rehabilitācija dienas stacionārā	8215	9049	88 822	97 587	21	22	42,20	42,82

Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, unikālo pacientu skaits rehabilitācijas pakalpojumu veidos 2016. gadā ir palielinājies par 2212 pacientiem, salīdzinot ar iepriekšējo gadu.

Speciālistu kabinetu ar ikmēneša fiksēto maksājumu

Dienests veic samaksu par noteiktu speciālistu sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem saskaņā ar ikmēneša fiksēto maksājumu, kas ietver ārstu un māsu darba samaksu, darba devēja sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas un speciālistu kabineta darbības nodrošināšanai nepieciešamos līdzekļus.¹¹ Līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tiek noteikts kabineta darba laiks.

43. tabula. Ārstu-speciālistu kabinetu ar ikmēneša fiksēto maksājumu

Kabineta nosaukums	Kabinetu skaits	Ārsta slodžu skaits	Māsu slodžu skaits
Psihiatra kabinets	77	78,75	85,25
Diabētiskās pēdas aprūpes kabinets	38	0	24,5
Pneimologa kabinets	38	32,25	41,5
Hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets	21	10,25	16
Metadona aizvietojošās terapijas kabinets	12	12	15,25
Narkologa kabinets	12	14	14,5
Paliatīvās aprūpes kabinets	7	9,5	6
Stomas kabinets	3	0	1,25
Psihologa kabinets Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā	2	2	0
Cistiskās fibrozes kabinets	1	1	1
Diabēta apmācības kabinets bērniem	1	1	1
Dietologa kabinets bērniem	1	1	1
Kopā	213	159,75	204,5

2016. gadā ikmēneša fiksētais maksājums izmaksāts 77 ārstniecības iestādēm par 213 kabinetu darbības nodrošināšanu. Ar ikmēneša fiksēto maksājumu 2016. gadā finansēta arī steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumu sniegšana 14 ārstniecības iestādēs.

¹¹ Noteikumu Nr. 1529 153. punkts.

Vairāk informācijas par valsts apmaksātu ambulatoro pakalpojumu nodrošināšanu var uzzināt pārskata sadaļā "Pielikumi".

4. Stacionāro iestāžu darbība

Par stacionārās palīdzības sniegšanu un apmaksu 2016. gada sākumā noslēgti līgumi ar 41 stacionāro ārstniecības iestādi. Pamatojoties uz SIA "Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca" iesniegumu, ar 2016. gada 1. maiju tika pārtraukts līgums ar slimnīcu par stacionāro palīdzību.

Plānotais finansējuma apjoms stacionārajai palīdzībai 2016. gadā kopā bija 254 500 393 eiro, ko veido:

- ✓ 233 878 495 eiro – līgumiem par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu;
- ✓ 16 740 848 eiro – pacientu iemaksas kompensācija stacionārajai palīdzībai;
- ✓ 85 500 eiro – VSIA Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari" rehabilitācijā izmantojamās medicīnas iekārtas iegādei;
- ✓ 50 000 eiro – VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" rehabilitācijas iekārtu iegādei;
- ✓ 3 745 550 eiro – vienreizējs maksājums uzņemšanas nodaļām un maksājums primāri operējamiem onkoloģiskiem slimniekiem.

2016. gadā samaksu par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem turpināja veikt kā fiksētu maksājumu par stacionāra darbību, kuru papildināja piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību un piemaksa par observācijas gultu uzturēšanu.

Papildus fiksētajiem maksājumiem ārstniecības iestādēm atbilstoši izpildei tika apmaksāts:

- ✓ pacientu iemaksas kompensācija par tiem iedzīvotājiem, kas ir atbrīvoti no pacientu iemaksu veikšanas;
- ✓ dzemdību palīdzība;
- ✓ endoprotezēšana;
- ✓ trombolītiskie medikamenti un hemodialīzes manipulācijas;
- ✓ pakalpojumi, kas sniegti ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļautām personām;
- ✓ gultas dienas par to pacientu aprūpi, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumi ilgstoši slimojošām personām, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, kā arī personām ar prognozējamu invaliditāti;
- ✓ pacienta ārstēšanu ar zālēm "Rekombinantais aktivētais VII faktors" (Nova Seven);
- ✓ pakalpojumi par zāļu rezistentā tuberkulozes pacienta paliatīvo aprūpi;
- ✓ atbilstoši ārstniecības iestāžu iesniegtajiem rēķiniem, saskaņā ar Noteikumu Nr. 1529 22. pielikumu specifiskie medikamenti (tuberkulozes ārstēšanai, alogēno un autologo cilmes šūnu transplantācijas slimnieku ārstēšanai, onkoloģiskajām un onkohematoloģiskajām saslimšanām pēc ķīmijterapijas invazīvo mikožu gadījumos) un individuāli izgatavotās lielo locītavu endoprotēzes, endoprotēžu daļas un implantus (nestandarta endoprotēzes).

Sīkākā informācija par ārstniecības iestādēm, kurās tiek veikta gultas dienu vidējās izmaksas bija Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā (229 eiro), Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā (196 eiro) un Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (192 eiro).

44. tabula. Vispārējie stacionārie aprūpes statistikas rādītāji 2011.– 2016. gadā

Rādītāji	Kopā / vidēji 2011. gads	Kopā / vidēji 2012. gads	Kopā / vidēji 2013. gads	Kopā / vidēji 2014. gads	Kopā / vidēji 2015. gads	Kopā / vidēji 2016. gads
Unikālo pacientu skaits	234 049	232 188	230 095	224 939	223 272	223 591
Stacionēšanās gadījumu skaits	330 978	330 481	327 209	322 701	321 588	323 003
Gultas dienu skaits	2 811 059	2 762 038	2 800 055	2 758 427	2 754 650	2 749 451
Vidējais ārstēšanās ilgums dienās*	8,5	8,4	8,6	8,5	8,6	8,5

* Ieskaitot ilglaicīgi ārstētos pacientus.

2016. gadā stacionārā ir ārstējusies 223 591 unikālā persona. Unikālo pacientu skaits salīdzinājumā ar 2015. gadu ir palielinājies par 0,1 %. Savukārt kopējais hospitalizēto personu skaits pārskata periodā ir bijis 323 003. Hospitalizēto pacientu skaits ir palielinājies par 0,4 %.

45. tabula. Vispārējie stacionārās aprūpes rādītāji 2016. gadā atbilstoši ārstniecības iestāžu grupām

Ārstniecības iestāžu grupa	Hospitalizēto pacientu skaits	Apmaksāto gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums dienās*
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā	268 022	1 733 801	6,5
Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	129 135	897 055	6,9
Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā	95 977	608 370	6,3
Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā	42 910	228 376	5,3
Specializētās slimnīcas kopā	45 650	948 309	20,8
Aprūpes slimnīcas kopā	9 331	67 341	7,2
Valstī kopā / vidēji	323 003	2 749 451	8,5

* ieskaitot ilglaicīgi ārstētos pacientus

Hospitalizāciju proporcionālais sadalījums pa slimnīcu veidiem saglabājies nemainīgs, tāpat kā 2015. gadā – 83 % no visām hospitalizācijām ir bijušas neatliekamās palīdzības slimnīcās, 14 % – specializētajās slimnīcās un 3% – aprūpes slimnīcās. 2016. gadā hospitalizāciju skaits, salīdzinot ar 2015. gadu, ir palielinājies par 1 415 hospitalizācijām. Kopumā 2016. gadā pacienti stacionārā pavadījuši 2 759 451 gultas dienas, kas ir par 5 199 dienām jeb 0,2 % dienu mazāk nekā 2015. gadā.

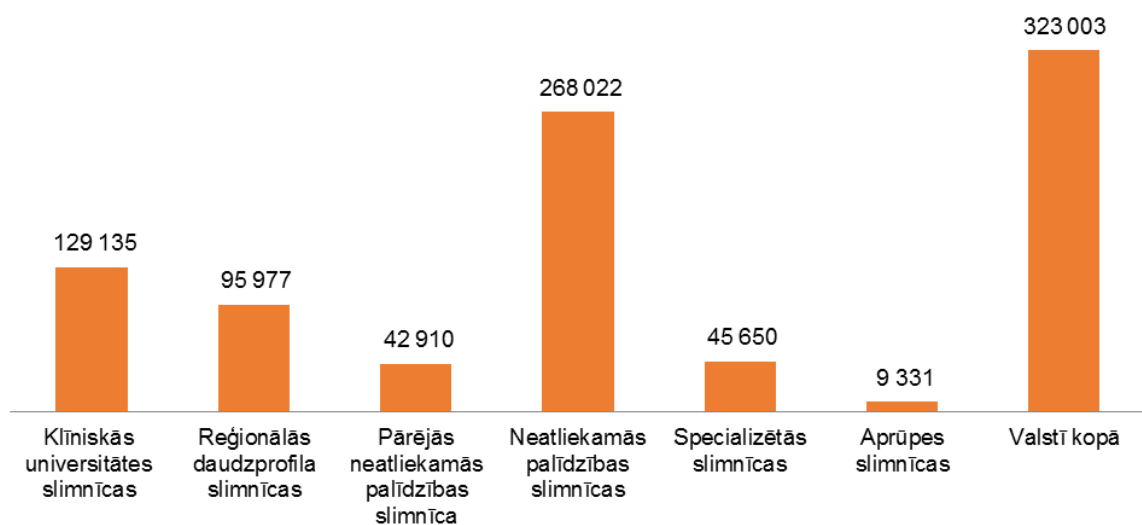
46. tabula. Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā 2016. gadā

Diennakts stacionēšanās gadījumu skaits	Unikālo pacientu skaits	Unikālo pacientu skaits %
1	167 187	74,77%
2	36 465	16,31%
3	11 320	5,06%
4	4 213	1,88%
5	1 952	0,87%
6	932	0,42%
7	581	0,26%
8	324	0,14%
9	196	0,09%

10	147	0,07%
11	71	0,03%
12	53	0,02%
13	47	0,02%
14	39	0,02%
15	20	0,01%
16 un vairāk	44	0,02%

2016. gadā lielākais skaits pacientu stacionēti vienu reizi – kopā 167 187 pacienti, kas veido 74,77 % no visiem stacionētajiem unikālajiem pacientiem. Savukārt 44 pacienti stacionēti atkārtoti 16 un vairāk reizes.

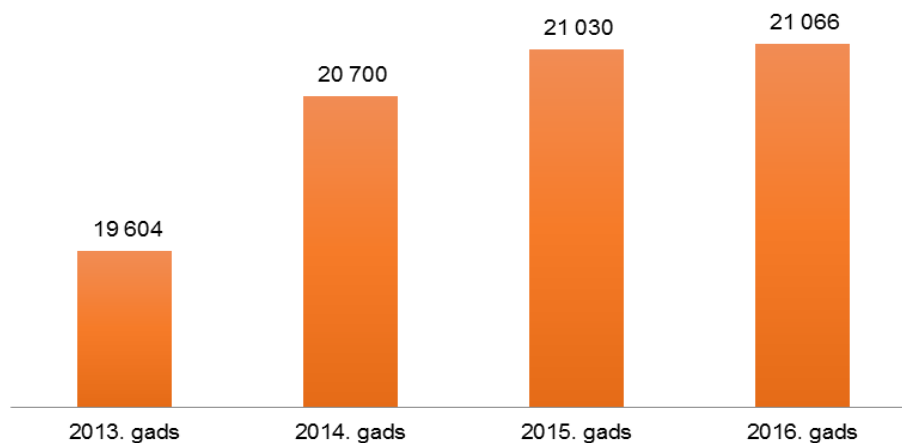
15. attēls. Hospitalizāciju skaits dalījumā pa slimnīcu grupām 2016. gadā



Tāpat kā 2015. gadā – nemainīgi arī 2016. gadā lielākā pacientu daļa hospitalizēta klīniskās universitātes slimnīcās, savukārt mazākā – aprūpes slimnīcās.

Dzemdību palīdzība

16. attēls. Valsts apmaksātu dzemdību skaits 2013. - 2016. gadā



2016. gadā 21 066 dzemdību gadījumi apmaksāti no valsts budžeta.

Salīdzinot ar 2015. gadu, dzemdību skaits ir palielinājies par 36 gadījumiem. Lielākais dzemdību skaits novērojams specializētajā ārstniecības iestādē SIA "Rīgas Dzemdību nams" – 7 005 dzemdības, kas veido 33 % no valstī kopā notikušajām dzemdībām. Vairāk nekā 1 000 dzemdību notikušas arī VSIA "Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca" – 1 894 dzemdības, SIA "Jūrmalas slimnīca" – 1 724, SIA "Liepājas slimnīca" – 1 142, SIA "Vidzemes slimnīca" – 1 120, SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca" – 1 077 un 1 016 dzemdības ir noritējušas SIA "Siguldas slimnīcā".

Vairāk informācijas par valsts apmaksāto stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu iespējams uzzināt pārskata sadaļā "Pielikumi".

5. Medicīnas pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveicē

5.1. Pārrobežu veselības aprūpes iespējas

Viena no ES pamata brīvībām ir brīva personu kustība, kas ietver personas tiesības brīvi pārvietoties, apmesties uz dzīvi un strādāt citā ES dalībvalstī, EEZ valstī - Norvēģijā, Lihtenšteinā un Islandē vai Šveicē (turpmāk – Dalībvalstis). ES ietvaros ir noteikts vienots ES tiesiskais regulējums sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijai¹², lai nodrošinātu, ka apdrošinātās personas, pārvietojoties uz citu Dalībvalsti, saglabā tiesības uz veselības aprūpi. Veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt citā Dalībvalstī, ja persona uzrāda dokumentu¹³, kas apliecina tiesības saņemt veselības aprūpi. Veselības aprūpe tiek nodrošināta atbilstoši uzturēšanās Dalībvalsts publiskās veselības aprūpes sistēmas nosacījumiem.

Sociālā nodrošinājuma koordinācijas mehānisms nodrošina saskaņotu rīcību starp Dalībvalstu kompetentajām institūcijām, kas atbildīgas par veselības aprūpes jomu. Dienests ir Latvijas kompetentā institūcija, kas atbildīga par ES sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu veselības aprūpes jomā Latvijā. Pārrobežu veselības aprūpes kontekstā Dienests īsteno šādas funkcijas:

- ✓ izsniedz dokumentus, kas apliecina Latvijā apdrošinātās personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī un veic samaksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti, pamatojoties uz šiem dokumentiem;
- ✓ reģistrē citas Dalībvalsts izsniegtos dokumentus, kas apliecina citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības saņemt Latvijā valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus un piedāda attiecīgajai Dalībvalstij rēķinus par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti, pamatojoties uz šiem dokumentiem.

ES tiesiskais regulējums sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijai paredz arī personu tiesības uz izdevumu atlīdzināšanu gadījumos, kad persona ir apmaksājusi saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus no personīgajiem finanšu līdzekļiem. Minētās tiesības ir attiecināmas uz šādām situācijām:

- ✓ par nepieciešamo un neatliekamo veselības aprūpi¹⁴ īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī;
- ✓ par plānveida veselības aprūpi, kurai izsniegta iepriekšēja atļauja saistībā ar to, ka personai nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus nav iespējams nodrošināt Latvijas ārstniecības iestādēs.

Iepriekš minētajos gadījumos personai tiek veikta izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā tajā Dalībvalstī, kurā veselības aprūpes pakalpojumi ir tikusi saņemti.

¹² Eiropas Parlamenta un Padomes Regula Nr. 883/2004 (2004. gada 29. aprīlis) par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu un Eiropas Parlamenta un Padomes Regula Nr. 987/2009 (2009. gada 16. septembris), ar ko nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu.

¹³ ES ir noteikti vienota parauga dokumenti pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai:

S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi"; **S 2 veidlapa** "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu"; **S 3 veidlapa** "Apliecinājums tiesībām uz ārstēšanu bijušajam pierobežas darbiniekam valstī, kurā iepriekš bijis nodarbināts"; Eiropas veselības apdrošināšanas karte; Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošais sertifikāts.

¹⁴ Gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī ir saņemta neatliekamā vai nepieciešamā veselības aprūpes un personai nav bijusi iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai to aizvietojošo sertifikātu (piemēram, pirms došanās uz citu Dalībvalsti persona nav izņēmusi Eiropas veselības apdrošināšanas karti, persona ir nozaudējusi Eiropas veselības apdrošināšanas karti).

Veicinot pārrobežu veselības aprūpes pieejamību ES līmenī, iepriekš minētās tiesības uz veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšanu ir tikušas paplašinātas. Līdztekus ES tiesību aktiem sociālā nodrošinājuma koordinēšanai tika pieņemts jauns tiesību akts – direktīva par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē¹⁵, kuru Latvija pārņēma valsts tiesību aktos līdz 2013. gada 25. oktobrim. Tādējādi, no 2013. gada 25. oktobra pacienti ir ieguvuši tiesības saņemt izdevumu atlīdzību par veselības aprūpes pakalpojumiem (tajā skaitā, iegādātajiem medikamentiem):

- ✓ kas saņemti ārpus citas Dalībvalsts publiskās veselības aprūpes sistēmas;
- ✓ kuru saņemšanai persona mērķtiecīgi devusies uz citu Dalībvalsti (persona ir devusies ar mērķi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus).

Iepriekš minētajos gadījumos personai tiek veikta izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Latvijā (atlīdzinājuma summa nepārsniegs ārstēšanās izmaksas, kādas tās ir Latvijā), ja saņemtais veselības aprūpes pakalpojums tiek apmaksāts no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem.

Pamatojoties uz minēto, Dienests kā Latvijas kompetentā institūcija ir ieviesis divus paralēlus izdevumu atlīdzināšanas mehānismus un ir atbildīgs par pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu atlīdzināšanu.

5.2. Latvijā apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi

Tiesības saņemt veselības aprūpi savā dzīvesvietā

Latvijā nodarbinātās personas, kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī, ir tiesīgas pieprasīt, lai dzīvesvietas valstī tiek nodrošināta iespēja saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. 2016. gadā Latvijā nodarbinātām personām, kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī, kā arī viņu ģimenes locekļiem izsniegtas 219 S 1 veidlapas. No tām 188 S 1 veidlapas izsniegtas, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Lietuvā. Lielākā daļa no lēmumiem ir tikusi pieņemta attiecībā uz ārvalstniekiem, kuri, izmantojot darbaspēka brīvas kustības tiesības, ir nodarbināti pie Latvijas darba devēja.

Tiesības citā Dalībvalstī saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ir arī personām, kuras saņem Latvijas pensiju un kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī. 2016. gadā 312 administratīvajās lietās ir tikuši pieņemti labvēlīgi lēmumi¹⁶. No tiem 204 lēmumi ir tikuši pieņemti, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Apvienotajā Karalistē, 35 lēmumi – atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Vācijā un 19 lēmumi – atzīstot tiesības saņemt veselības aprūpi Īrijā.

Tiesības saņemt veselības aprūpi ilgstoša komandējuma laikā

Latvijā nodarbinātās personas, kuras darba devējs ir nosūtījis uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei, ir tiesīgas pieprasīt, lai uz komandējuma laiku Dalībvalstī, uz kuru personas ir nosūtītas, tiek nodrošināta iespēja saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. 2016. gadā Latvijā nodarbinātām personām, kuras darba devējs ir nosūtījis uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei, kā arī viņu ģimenes locekļiem, izsniegtas 243 S 1 veidlapas. No tām 147 S 1 veidlapas tikušas izsniegtas, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Beļģijā. Lielākoties administratīvajās lietās 2016. gadā ir tikušas izskatītas attiecībā uz valsts amatpersonām.

¹⁵ Eiropas Parlamenta un Padomes direktīva Nr. 2011/24/ES (2011. gada 9.marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Direktīva ir adresēta Dalībvalstīm un tā uzliek saistības attiecībā uz sasniedzamo rezultātu, bet ļauj šo valstu iestādēm noteikt to īstenošanas formas un metodes. ES dalībvalstīm iepriekš minētā direktīva bija jāpārņem valstu tiesību aktos līdz 2013. gada 25. oktobrim.

¹⁶ Pieņemot labvēlīgu lēmumu, tiek izsniegta S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi", kas nodrošina iespēju saņemt visa veida veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī.

Tiesības saņemt veselības aprūpi darba meklējumu laikā citā Dalībvalstī

Bezdarbnieki, kuriem ir tiesības saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā un kuri vēlas doties darba meklējumos uz citu Dalībvalsti, ir tiesīgi pieprasīt, lai darba meklējumu laikā (kamēr ir tiesības saņemt bezdarbnieka pabalstu no Latvijas) uzturēšanās valstī tiktu nodrošināta iespēja saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. 2016. gadā bezdarbniekiem, kuriem ir tiesības saņemt no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā un kuri vēlas doties darba meklējumos uz citu Dalībvalsti, kā arī viņu ģimenes locekļiem izsniegtas 16 S 1 veidlapas. No tām 6 veidlapas – uz Beļģiju; 4 – uz Zviedriju; 3 – uz Vāciju, kā arī pa vienai veidlapai uz Franciju, Itāliju un Šveici.

Tiesības saņemt plānveida veselības aprūpi citā Dalībvalstī

Latvijā apdrošinātās personas ir tiesīgas citā Dalībvalstī saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumu, ja to nodrošināšana nav iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs. Pārskata periodā ir tikušas izskatītas 212 administratīvās lietas. No tām 204 administratīvajās lietās ir ticis pieņemts labvēlīgs vai daļēji labvēlīgs lēmums¹⁷. No 204 administratīvajām lietām 69 lēmumi ir tikuši pieņemti, atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Vācijā, 50 lēmumi – atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Igaunijā, 48 lēmumi – atzīstot personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Lietuvā. Veselības aprūpes pakalpojums, par kura saņemšanu citā Dalībvalstī ir pieņemts lielākais skaits labvēlīgu lēmumu – ir ģenētiskās analīzes (2016. gadā pieņemti 48 labvēlīgi lēmumi).

Salīdzinot ar iepriekšējo pārskata periodu, administratīvo lietu skaits¹⁸ šīs kategorijas lietās ir pieaudzis (no 205 administratīvajām lietām 2015. gadā līdz 212 administratīvajām lietām 2016. gadā).

Tiesības saņemt neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi citā Dalībvalstī

Latvijā apdrošinātās personas ir tiesīgas saņemt neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī. Dokuments, kas personām tiek izsniegts iepriekš minēto tiesību realizācijai ir Eiropas veselības apdrošināšanas karte (EVAK). 2016. gadā Dienests ir izsniedzis 92 972 EVAK. Salīdzinot ar 2014. gada (izsniegtas 74 592 EVAK) un 2015. gada (izsniegtas 86 019 EVAK) datiem, ir novērojama tendence ik gadu pieaugt izsniegto EVAK daudzumam.

Dienestā pārskata periodā ir saņemti 684 pieprasījumi izsniegt EVAK aizvietojošo sertifikātu¹⁹ (minētais dokuments tiek pieprasīts gadījumā, ja īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī personai tiek sniegta neatliekamā vai nepieciešamā medicīniskā palīdzība, bet persona nevar uzrādīt EVAK). Salīdzinot trīs gadu datus (2014. gadā tika saņemti 723 pieprasījumi, 2015. gadā - 686 un 2016. gadā – 684 pieprasījumi), ir novērojama likumsakarība - jo vairāk tiek izsniegtas EVAK, jo mazāk tiek saņemti EVAK aizvietojošo sertifikātu pieprasījumi.

2016. gadā kopumā ir izsniegti 410 EVAK aizvietojošie sertifikāti.

¹⁷ Pieņemot labvēlīgu lēmumu, tiek izsniegta S 2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu", kas nodrošina iespēju saņemt noteiktā citas Dalībvalsts ārstniecības iestādē konkrētu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu, kura nodrošināšana nav iespējama Latvijas ārstniecības iestādēs.

¹⁸ Administratīvo lietu skaits 2015. gadā – 205; 2014. gadā – 244; 2013. gadā – 192; 2012. gadā – 168; 2011. gadā – 150; 2010. gadā – 98.

¹⁹ Pieprasījumi par Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošo sertifikātu izsniegšanu tiek iesniegti par dažādiem veselības aprūpes saņemšanas periodiem (dažādiem gadiem). Tādejādi 2016. gadā saņemto pieprasījumu skaits nesniedz ieskatu par nepieciešamību saņemt veselības aprūpes pakalpojumus 2016. gadā.

Izdevumu atlīdzināšana fiziskām personām par pārrobežu veselības aprūpi

2016. gadā ir tikušas ierosinātas 152 administratīvās lietas par veselības aprūpes izdevumu atlīdzināšanu fiziskām personām, kuras veikušas samaksu par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem no personīgajiem līdzekļiem. Minētās lietas attiecas gan uz izdevumu atlīdzināšanu, pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Dalībvalstī, kurā veselības aprūpes pakalpojumi ir tikuši saņemti (piemērojot ES tiesisko regulējumu sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijai), gan uz izdevumu atlīdzināšanu, pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem (saskaņā ar Latvijas tiesību aktiem, ar kuriem ir tikusi pārņemta Direktīva par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē). 2016. gadā Dienests ir izskatījis 164 administratīvās lietas, pieņemot 122 labvēlīgus administratīvos aktus un 31 nelabvēlīgu administratīvo aktu. Administratīvajās lietās, kurās ir ticis pieņemts labvēlīgs administratīvais akts, kopējā atlīdzināmā summa veido 43 787,79 eiro.

Izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz citas Dalībvalsts veselības aprūpes tarifiem

2016. gadā šīs kategorijas administratīvajās lietās ir tikuši pieņemti 95 labvēlīgi lēmumi, un tie attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu 15 Dalībvalstīs. Lielākais skaits administratīvo lietu attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu Vācijā (33 lēmumi), Lietuvā un Francijā (katrā 11 lēmumi), kā arī Igaunijā (9 lēmumi).

Administratīvajās lietās, kurās ir ticis pieņemts labvēlīgs administratīvais akts, kopējā atlīdzinātā summa veido 33 350,03 eiro. Attiecībā uz Vācijā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (33 lēmumi) – atlīdzinātā summa veido 9 746,40 eiro. Nedaudz mazāka summa – 7 132,18 eiro – ir tikusi atlīdzināta 3 administratīvajās lietās par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu Itālijā un 6 016,38 eiro (4 lēmumi) par Austrijā saņemtiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Atlīdzināmās summas, kas tiek noteiktas atbilstoši veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas valsts noteiktajiem tarifiem un kritērijiem, variē katrā atsevišķā gadījumā (atlīdzināmā summa veido atšķirīgu % daļu no samaksātās summas). Minētais ir saistīts ar to, ka Dalībvalstu publiskās veselības aprūpes sistēmas ir būtiski atšķirīgas (atšķirīgs ir publisko veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, pacienta līdzmaksājuma daļa u.tml.).

Izdevumu atlīdzināšana, pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem

Novērtējot Direktīvas par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē pārņemšanas Latvijas tiesību aktos ietekmi un personu interesi uz pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, ir secināms, ka Dienestā iesniegto pieprasījumu skaits joprojām ir neliels, jo, dodoties uz citu Dalībvalsti, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus, personai:

- ✓ sākotnēji ir jānorēķinās par veselības aprūpes pakalpojumiem pilnā apmērā;
- ✓ veselības aprūpes izmaksu atlīdzināšana tiks veikta atbilstoši Latvijas veselības aprūpes tarifiem (lielākoties, Latvijas veselības aprūpes tarifi ir būtiski zemāki nekā citu Dalībvalstu veselības aprūpes tarifi);
- ✓ rodas papildu izdevumi, kas saistīti ar nokļūšanu ārstniecības iestādē un uzturēšanos citā Dalībvalstī, kas netiks atlīdzināti;
- ✓ var rasties sarežģījumi saskarsmē un komunikācijā ar citas Dalībvalsts ārstniecības iestādi, ja persona nepārzina citas Dalībvalsts valodu (gan saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, gan iepazīstoties/ turpmāk izmantojot ārstniecības iestādes izdoto medicīnisko dokumentāciju par veikto ārstniecību).

Dienests ir identificējis, ka galvenokārt personas ir nolēmušas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī, jo citas Dalībvalsts ārstniecības iestāde ir bijusi tuvāk personas dzīvesvietai (Latvijas pierobežas teritorijā - Lietuvā un Igaunijā) vai arī personas ieskatā citā Dalībvalstī ir bijis iespējams saņemt augstākas kvalitātes pakalpojumus (Austrijā, Vācijā un Somijā).

Gadījumos, kad persona ir saņēmusi neatliekamo medicīnisko palīdzību ārstniecības iestādē, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus ārpus valsts sociālā nodrošinājuma sistēmas, Dienests ir

pieņēmis lēmumu veikt izdevumu atmaksu personai, pamatojoties uz Latvijas veselības aprūpes tarifiem.

2016. gadā šīs kategorijas administratīvajās lietās ir tikuši pieņemti 27 labvēlīgi lēmumi, no kuriem 9 lēmumi – par veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu atlīdzināšanu Lietuvā, 6 lēmumi – par veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu atlīdzināšanu Bulgārijā, 5 - Spānijā, 3 - Vācijā un pa 1 lēmumam – par veselības aprūpes pakalpojumu izdevumu atlīdzināšanu Austrijā, Igaunijā, Polijā un Somijā.

Administratīvajās lietās, kurās ir ticis pieņemts labvēlīgs administratīvais akts, kopējā atlīdzinātā summa veido 10 437,76 eiro.

Statistiskas dati par izdevumu atlīdzināšanu, salīdzinot personas samaksāto summu ārstniecības iestādē ar Dienesta atlīdzināto summu, iezīmē būtisku atšķirību starp dažādu Dalībvalstu veselības aprūpes sistēmas tarifiem, kas iepriekš tika minēts kā iemesls tam, ka aktīva personu kustība uz citu Dalībvalsti, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus, nav prognozējama. Piemēram, par plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem Austrijā pacients saņēma izdevumu atlīdzinājumu 6,6 % no samaksātās summas, Somijā – 10,1 %, Vācijā amplitūdā no 17,2 % līdz 41,6 %, Igaunijā – 46,5 %, Lietuvā – 26,8 % līdz 90,3 % apmērā, par neatliekamo medicīnisko palīdzību ārstniecības iestādē, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus ārpus valsts sociālā nodrošinājuma sistēmas Spānijā – 5,6 % līdz 11,8 %, Bulgārijā – 4,2 % līdz 65,4 %, bet Polijā – 37,3 % apmērā.

Pārskata periodā ir tikuši pieņemti 3 nelabvēlīgi lēmumi, no kuriem 2 lēmumi ir tikuši pieņemti, pamatojoties uz to, ka personas bija devušās uz citu Dalībvalsti veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai (ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā), nesaņemot Dienesta iepriekšējo atļauju²⁰.

Informācijas sniegšana par apdrošināšanas periodiem Latvijā

Pārskata periodā Dienests ir saņēmis 302 pieprasījumus izsniegt izziņu²¹ par apdrošināšanas periodiem Latvijā (periodu, kurā persona ir bijusi tiesīga saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus). Minētais dokuments ir paredzēts, lai personas apdrošināšanas periodus Latvijā ņemtu vērā citā Dalībvalstī gadījumā, ja personai, kura vēlas iekļauties citas Dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmā, Dalībvalstī noteiktie apdrošināšanas periodi tiesību noteikšanai nav pietiekoši. Tādējādi, statistiskā informācija par šādiem pieprasījumiem iezīmē, kāds ir to personu skaits, kuri vēlas iekļauties citas Dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmā un saņemt veselības aprūpes pakalpojumus no citas Dalībvalsts.

Norēķini par pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu

2016. gada ietvaros Dienests ir veicis norēķinus (samaksājis) par citā Dalībvalstī Latvijā apdrošinātajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem 9 447 285,02 eiro apmērā²².

²⁰ Dienesta iepriekšēja atļauja ir nepieciešama, lai saņemtu šādus veselības aprūpes pakalpojumus: 1) lielo locītavu endoprotezēšanu stacionārā; 2) kardiokirurģisko ārstēšanu stacionārā (piemēram, miokarda revaskularizāciju; aortokoronāro, mamarokoronāro šuntēšanu; sirds audzēju operācijas; vārstuļu plastiskās operācijas; iedzimtu sirds saslimšanu korekcijas u.c.); 3) medicīnisko rehabilitāciju stacionārā; 4) ķirurģiskos pakalpojumus oftalmoloģijā (piemēram, kataraktas, glaukomas operācijas); 5) medicīnisko apaugļošanu.

²¹ E104 veidlapa "Apliecinājums par apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodu summēšanu" vai tās ekvivalents S041 veidlapa "Atbilde par periodu pieprasījumu – apdrošināšanas riska veids: slimība un maternitāte".

²² Citas Dalībvalsts rēķinu apmaksu jānodrošina 18 mēnešu laikā pēc rēķina saņemšanas. Pamatojoties uz minēto, uzrādītā naudas summa neliecina par Latvijā apdrošināto personu veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām citā Dalībvalstī 2016. gadā.

5.3. Citā Dalībvalstī apdrošināto personu tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi

Dienestā 2016. gadā ir saņemti 232 pieprasījumi reģistrēt citas Dalībvalsts izsniegtos dokumentus, kas apliecina citā Dalībvalstī apdrošinātu personu tiesības saņemt Latvijā valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus (veidlapas). 186 veidlapas ir saņemtas attiecībā uz nodarbinātām personām (no kurām lielākais skaits ir no Vācijas – 45 veidlapas, Norvēģijas – 33 veidlapas, Beļģijas – 23 veidlapas, Čehijas – 18 veidlapas un Dānijas – 14 veidlapas), 21 veidlapa ir saņemta attiecībā uz apdrošināto personu ģimenes locekļiem (no kurām lielākais skaits saņemts no Vācijas - 16 veidlapas) un 25 veidlapas – attiecībā uz pensionāriem, kuru dzīvesvieta ir Latvijā (no kurām lielākais skaits ir no Vācijas – 11 veidlapas, Zviedrijas – 4 veidlapas un Dānijas – 3 veidlapas). Dienests ir novērojis, ka tiek saņemtas veidlapas par Latvijas valstspiederīgajiem, kas nozīmē, ka Latvijas valstspiederīgie ir iekļāvušies citas Dalībvalsts sociālā nodrošinājuma sistēmās, līdz ar to, minēto personu veselības aprūpes izmaksas Latvijā jāsedz citai Dalībvalstij.

2016. gada ietvaros Dienestā ir saņemti 133 citu Dalībvalstu pieprasījumi par Latvijā saņemto veselības aprūpes tarifu noteikšanu, kas nepieciešams, lai citā Dalībvalstī apdrošinātai personai atlīdzinātu izdevumus par Latvijā saņemtu neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi²³. Pieprasījumu skaits, salīdzinot ar 2015. gada datiem, ir samazinājies par 26 %, un Dienestā nav saņemtas sūdzības no citu Dalībvalstu kompetentajām institūcijām un apdrošinātajām personām par šķēršļiem saņemt Latvijas ārstniecības iestādēs neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi īslaicīgas uzturēšanās laikā Latvijā.

Pārskata periodā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) citu Dalībvalstu kompetentajām iestādēm 204 157,30 eiro apmērā.²⁴

Tāpat 2016. gadā citas Dalībvalstis ir norēķinājušas²⁵ ar Dienestu par to sistēmās apdrošinātajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā 124 934,54 eiro apmērā.

²³ Gadījumos, kad īslaicīgas uzturēšanās laikā Latvijā ir saņemta neatliekamā vai nepieciešamā veselības aprūpe un personai nav bijusi iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai to aizvietojošo sertifikātu (piemēram, pirms došanās uz Latviju, persona nav izņēmusi savā apdrošināšanas valstī Eiropas veselības apdrošināšanas karti jeb persona ir nozaudējusi Eiropas veselības apdrošināšanas karti).

²⁴ Dienestam rēķini citas Dalībvalsts kompetentajai institūcijai ir jāizstāda 12 mēnešu laikā.

²⁵ Citas Dalībvalsts rēķinu apmaksu jānodrošina 18 mēnešu laikā pēc rēķina saņemšanas.

6. E-veselības ieviešana

2016. gada 22. jūnijā tika atvērta piekļuve E-veselības sistēmas publiskajam portālam – www.eveseliba.gov.lv un no 2016. gada 12. septembra pirmie E-veselības sistēmas lietotāji (ārstniecības personas) uzsāka datu ievadi (izrakstīt e-receptes, e-darbnespējas lapas, kā arī ievadīt sistēmā pacientu pamatdatus). Savukārt farmaceiti aptiekās, pamatojoties uz ārstniecības personu izrakstītajām e-receptēm, uzsāka zāļu izsniegšanu.

2016. gadā sadarbībā ar Valsts ieņēmumu dienestu tika nodrošināta darba devēju informēšana par E-veselības sistēmā noslēgtajām e-darbnespējas lapām, bet sadarbībā ar Valsts reģionālās attīstības aģentūru un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūru – iedzīvotājiem tika nodrošināta iespēja iesniegt slimības pabalsta iesniegumu, izmantojot e-pakalpojumu valsts pārvaldes pakalpojumu portālā www.latvija.lv.

Atbilstoši normatīvajos aktos par E-veselības sistēmu noteiktajam ārstniecības iestādēm un aptieku juridiskajiem īpašniekiem līdz 2016. gada 1. novembrim par veselības informācijas sistēmas izmantošanu bija jānoslēdz līgums ar Dienestu. Līguma paraugu Dienests publicēja tā tīmekļa vietnē 2016. gada martā. Par līgumu slēgšanas uzsākšanu ārstniecības iestādes un aptieku juridiskie īpašnieki tika informēti ar informatīvu vēstuli, informācija tika publicēta arī Dienesta tīmekļa vietnē 2016. gada martā, kā arī tika organizētas tikšanās ar lielākajām veselības aprūpes profesionāļu nevalstiskajām organizācijām un ārstniecības iestādēm.

Lai nodrošinātu pilnvērtīgu un visaptverošu komunikāciju par līgumu slēgšanu ar ārstniecības iestādēm un aptiekām, Dienests organizēja seminārus. Semināru mērķis bija informēt un skaidrot par līguma slēgšanas procesu, atbildēt uz neskaidriem jautājumiem, kā arī pārrunāt citas aktuālas veselības nozares tēmas. Kopumā 2016. gadā Dienesta pārstāvji piedalījās 23 semināros dažādās Latvijas pilsētās. Kopā šos seminārus apmeklēja 1767 personas.

Kopumā līdz 2016. gada beigām līgumus ar Dienestu par E-veselības sistēmas lietošanu bija noslēguši vairāk nekā 900 veselības nozares profesionāļu, tajā skaitā 719 ārstniecības iestādes (t. sk. 156 ģimenes ārstu prakses) un 190 aptieku juridiskie īpašnieki. Līdz 2016. gada nogalei kopumā tikuši reģistrēti 63 238 autentificēšanās gadījumi E-veselības sistēmā, izrakstītas 1392 e-darbnespējas lapas un 2009 e-receptes.

2016. gadā tika turpinātas 2015. gada novembrī uzsāktās ārstniecības personu, ārstniecības atbalsta personu, farmaceitu un farmaceita asistentu mācības par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu. Kopumā līdz 2016. gada beigām tika apmācīti 4222 speciālisti (no tiem 3416 ārstniecības personas, 806 farmaceiti un farmaceitu asistenti). Mācības tika organizētas 8 pilsētās - Ventspilī, Liepājā, Jelgavā, Rīgā, Rēzeknē, Daugavpilī, Valmierā, Cēsīs). Vienlaikus speciālistiem Dienesta tīmekļa vietnē www.vmnvd.gov.lv un E-veselības portālā www.eveseliba.gov.lv bija pieejami elektroniski mācību materiāli ar E-veselības sistēmas lietošanu

No 2016. gada 1. maija Dienests uzsāka E-veselības sistēmas ārējo lietotāju atbalsta dienesta pakalpojumu nodrošināšanu, tādējādi sniedzot operatīvu atbalstu sistēmas lietotājiem. Ārstniecības personām un farmaceitiem ir bijusi iespēja saņemt atbalstu E-veselības jautājumos, sazinoties ar E-veselības lietotāju atbalsta dienestu pa tālruni 67803301 vai e-pastā atbalsts@eveseliba.gov.lv. Atbalsta tālrunis darbojas katru dienu, ieskaitot brīvdienas un svētku dienas, laika posmā no plkst. 8:00 līdz 20:00. Kopumā E-veselības lietotāju atbalsta dienests līdz 2016. gada decembra beigām bija sniedzis 2800 konsultācijas profesionāļiem (ārstniecības personām un farmaceitiem), kā arī vairāk nekā 100 konsultācijas iedzīvotājiem par sistēmas lietošanas jautājumiem.

2016. gada 29. novembrī Ministru kabinets pieņēma grozījumus normatīvajos aktos, ar kuriem E-veselības sistēmas izmantošanas pārejas periods tika pagarināts līdz 2017. gada 31. augustam:

- ✓ 1) Ministru kabineta noteikumi Nr. 748 „Grozījumi Ministru kabineta 2014. gada 11. marta noteikumos Nr. 134 „Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu”;

- ✓ 2) Ministru kabineta noteikumi Nr. 745 „Grozījumi Ministru kabineta 2005. gada 8. marta noteikumos Nr. 175 „Recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas un uzglabāšanas noteikumi””;
- ✓ 3) Ministru kabineta noteikumi Nr. 747 „Grozījumi Ministru kabineta 2001. gada 3. aprīļa noteikumos Nr.152 „Darbnespējas lapu izsniegšanas kārtība””.

2016. gadā tika uzsākta informatīvā kampaņa par E-veselības sistēmu plānošanu, izstrādi un īstenošanu. Tās mērķis bija informēt iedzīvotājus par E-veselības sistēmas izmantošanas iespējām, kā arī skaidrot ieguvumus, kurus sniedz E-veselība.

Kampaņas ietvaros tika sagatavoti drukāti informatīvie materiāli iedzīvotāju informēšanai – informatīvie plakāti, divpusējas vizītkartes ar E-veselības portāla adresi un Lietotāju atbalsta dienesta kontaktiem un skaidrojošs E-veselības buklets iedzīvotājiem. Tāpat tika sagatavots elektronisks informatīvais buklets farmaceitiem un farmaceitu asistentiem. Drukātie materiāli tika nodoti ārstniecības iestādēm un aptiekām izvietojšanai vietās, kur uzturas pacienti un to apmeklētāji, kā arī izplatīti ģimenes ārstu praksēs un ārstniecības iestādēm ar Dienesta teritoriālo nodaļu starpniecību. Ārstniecības iestādēm un aptiekām, kuras noslēgušas līgumu par E-veselības sistēmas izmantošanu un uzsākušas tās lietošanu, tika nodotas īpaši izveidotas atpazīstamības uzlīmes “šeit lieto E-veselību”, izvietojšanai apmeklētājiem redzamās vietās. Papildus tika izstrādāti četri informatīvi video iedzīvotājiem (“Kā izmantot E-veselības portālu?”, “Kā izmantot e-darbnespējas lapu?”, “Kā izmantot e-recepti?”, “Par datu drošību E-veselības sistēmā”), kā arī izveidoti mācību video veselības nozares profesionāļiem – ārstiem, ārstniecības atbalsta personām, farmaceitiem un farmaceitu asistentiem.

7. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi un klīniskās vadlīnijas

2016. gadā veikta 2015. gada slimnīcu faktisko izdevumu analīze, salīdzinot ar apmaksāto atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifa formulas elementiem. Organizētas un vadītas sanāksmes par zobārstniecības pakalpojumiem, kuru ietvaros izvērtēti un definēti zobārstniecības pakalpojumu algoritmi.

2016. gadā pārskatīts uz 2017. gada 1. janvāri sekojošais

- ✓ kapitācijas nauda uz vienu personu mēnesī (saistībā ar minimālās algas daļas pieaugumu);
- ✓ no 3822 manipulācijām izmaiņas veiktas 154 manipulācijām, tajā skaitā izveidotas 11 jaunas manipulācijas (1 manipulācija sadaļā “Vispārējie ambulatorie pakalpojumi”, 1 manipulācija sadaļā “Dermatoloģija un veneroloģija”, 1 – sadaļā “Zobārstniecības pakalpojumu tarifi”, 1 – sadaļā “Abdominālā ķirurģija un proktoloģija” un 7 manipulācijas “Citās sadaļās neiekļautās manipulācijas” sadaļā), svītrotas 19 manipulācijas, pārskatīts manipulācijas tarifs un redakcionālas izmaiņas veiktas 52 manipulācijām, kā arī tikai redakcionālas izmaiņas veiktas 72 manipulācijām;
- ✓ viena pacienta ārstēšanas tarifu izmaiņas veiktas 69 pakalpojumu programmās (no kopā 69 programmām), tajā skaitā 2 pakalpojumu programmām (sadaļā “Nieru transplantācija”) pārskatīti viena pacienta ārstēšanas tarifi, kā arī 67 pakalpojumu programmām pārrēķināti pakalpojumu programmu tarifi.

2016. gadā izvērtētas un Dienesta mājas lapā “Klīnisko vadlīniju datu bāzē” reģistrētas četras klīniskās vadlīnijas:

- ✓ Muguras lejas daļas sāpes primārajā veselības aprūpē;
- ✓ Vidēji smagas un smagas gaitas psoriāzes klīniskās vadlīnijas;
- ✓ Juvenīla idiopātiska artrīta klīniskās vadlīnijas;
- ✓ Dzemdes kakla priekšvēža slimību profilakse, diagnostika, ārstēšana un novērošana.

DRG (diagnozēm piesaistītās grupas)

Lai nodrošinātu Latvijas Republikas MK 2011. gada 15. februāra Valdības rīcības plāna 10.7.2. punkta un LR MK 2012. gada 16. februāra Valdības rīcības plāna 22. punkta izpildi (izstrādāt un uzsākt pielietot stacionārajā veselības aprūpē ar diagnozēm saistītu grupu (DRG - *Diagnosis-related group*) apmaksas modeli) un ne vēlāk kā no 2014. gada 1. janvāra NordDRG izmantot stacionāru veselības aprūpes pacientu gadījumu grupēšanai kā klasificēšanas sistēmu, 2016. gadā veiktas šādas darbības:

- ✓ noslēgti līgumi par DRG grupētāja piegādi (programmatūras DRG grupu veidošanai un to veidošanas principu izpratnei) un par DRG sistēmas uzturēšanu ziemeļvalstīs;
- ✓ organizētas sanāksmes ar slimnīcu, asociāciju pārstāvjiem par Ziemeļvalstu Medicīnas statistikas komitejas izstrādāto ķirurģisko manipulāciju klasifikatora (NOMESCO) pielietošanu un DRG apmaksas sistēmu;
- ✓ analizēti dati mēnešu griezumā, un sagatavotā analīze publicēta Dienesta mājas lapā.
- ✓ veikti aprēķini 2017. gada DRG grupu rādītājiem, tajā skaitā ārstniecības iestāžu vidējā viena pacienta stacionēšanās gadījuma izmaksa jeb bāzes tarifa aprēķins, DRG grupu koeficientu aprēķins (563 DRG grupām), ārstniecības iestāžu veiktā darba indeksi (26 ārstniecības iestādēm).

Lai stacionārajā aprūpē sekmīgi turpinātu ieviest uz diagnozēm balstītu grupu jeb DRG apmaksas modeli, 2016. gadā turpināta sadarbība ar slimnīcām ārstēšanās izmaksu uzskaitē, attiecinot izmaksas uz katru atsevišķu pacientu (katru hospitalizāciju), veicot to atbilstoši izstrādātajām vienotas izmaksu uzskaites sistēmas vadlīnijām un metodikai.

2016. gadā noslēgti seši līgumi par dalību pilotprojektā “Vienotās izmaksu uzskaites sistēmā”:

- ✓ SIA Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca;
- ✓ VSIA Bērnu klīniskā universitātes slimnīca;
- ✓ SIA Tukuma slimnīca;
- ✓ SIA Liepājas reģionālā slimnīca;
- ✓ SIA Vidzemes slimnīca;
- ✓ SIA Cēsu klīnika.

Pilotprojektā iesaistītajām slimnīcām paredzēts iesniegt sešas atskaites, kuras sniedz informāciju par slimnīcas faktiskajām izmaksām:

- ✓ atskaite par izdevumu kopsavilkumu;
- ✓ atskaite par izmaksu centru (struktūrvienību) kopsavilkumiem;
- ✓ atskaite par atalgojumu (pēc darbinieku kategorijām) sadalījumā pa izmaksu centriem (struktūrvienībām);
- ✓ atskaite par izmaksu centriem (struktūrvienībām);
- ✓ atskaite par gadījumiem;
- ✓ atskaite par komercpakalpojumu kopumiem.

8. Ārstniecības riska fonds

Iespēja ārpustiesas kārtībā saņemt atlīdzību par veselības aprūpes procesa laikā nodarīto kaitējumu pacienta dzīvībai vai veselībai Latvijā pastāv jau vairāk nekā trīs gadus. Kopš 2013. gada 25. oktobra, kad darbību uzsāka Ārstniecības riska fonds (turpmāk – ĀRF), ko administrē Dienests, pacientiem izmaksāto kompensāciju apmērs līdz 2016. gada beigām ir pārsniedzis 2,7 miljonus eiro.

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas vai radījuši apstākļi ārstniecības laikā. Tāpat pacientiem ir tiesības uz atlīdzību par izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama ar mērķi novērst vai mazināt ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai.

Dienests administrē ĀRF līdzekļus un, pamatojoties uz Veselības inspekcijas atzinumu, pieņem lēmumu, izmaksā atlīdzību no ĀRF par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī atlīdzību par ārstniecības izdevumiem.

Lēmumu par atlīdzības izmaksu no ĀRF Dienests pieņem sešu mēnešu laikā (nepieciešamības gadījumā termiņš var tikt pagarināts līdz gadam). Pamatojoties uz Dienesta lēmumu, atlīdzību pacients saņem 90 darbdienu laikā.

Pieaugot iedzīvotāju informētībai, ievērojami pieaug ĀRF ietvaros saņemto iesniegumu skaits. Tādējādi 2016. gadā ĀRF ir saņēmis 234 iesniegumus (salīdzinot – 2015. gadā ĀRF saņēma 171 iesniegumu). 20 saņemtajiem iesniegumiem ir atteikta izskatīšana ĀRF ietvaros, jo: sūdzība ir par gadījumu pirms 2013. gada 25. oktobra, t.i. pirms ĀRF darbības uzsākšanas; nokavēts Pacientu tiesību likumā noteiktais iesniegšanas termiņš; nav mantojuma apliecības; gadījums neattiecas uz ĀRF pēc satura un citi trūkumi, kas neļauj ierosināt administratīvo lietu.

Pamatojoties uz ekspertīzes rezultātiem, 63 gadījumos nav tikusi konstatēta kaitējuma esība un atteikts izmaksāt atlīdzību no ĀRF.

Savukārt 57 gadījumos 2016. gadā ir konstatēta kaitējuma esība un pieņemts lēmums par atlīdzības izmaksāšanu par kopējo summu, kas ietver gan atlīdzību par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), gan Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumu Nr. 1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 14. punktu atlīdzības izmaksu par kaitējumu un ārstniecības izdevumiem Dienests nodrošina 90 darbdienu laikā pēc lēmuma par atlīdzības izmaksāšanu spēkā stāšanās dienas. Tādējādi Dienesta izmaksātās atlīdzības apmērs 2016. gadā ir 1 738 776,98 eiro. Vienam pacientam lielākā izmaksātā summa ir 142 290,00 eiro.

Pacientu iesniegumi ir par dažādām medicīnas jomām. Vairumā gadījumu par šādām jomām – traumatoloģija, neiroloģija, ķirurģija, ginekoloģija/ dzemdību palīdzība un stomatoloģija. Sūdzības ir ļoti daudzveidīgas. Piemēram, par nepietiekamu veselības aprūpi, nenoteiktām diagnozēm, sekām pēc veiktajām manipulācijām un citām situācijām.

9. Regresa prasību piedziņa

2016. gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis 863025,59 eiro. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā "Ārstniecība", veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

47. tabula. Regresa prasību rādītāji 2016. gadā

	Skaitis	Summa, EUR
Iesniegtās prasības, kopā:	1247	696371,61
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1107	584259,82
t. sk. apdrošināšanas sabiedrībām	1045	513652,56
Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	62	70607,26
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no pretiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	140	112111,79
Apmaksātās prasības kopā, t. sk. iepriekšējos gados pieteiktās prasības:	1701	863025,59
t. sk. daļēji apmaksātās prasības	15	6808,51
t. sk. par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu, t. sk.	1658	845168,18
no apdrošināšanas sabiedrībām	1585	772875,47
no Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	73	72292,71
par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t. sk. no pretiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	28	11048,90

2016. gadā Dienests regresa kārtībā atguva 863 025,59 eiro, savukārt 2015. gadā 740 901,42 eiro. 2016. gadā regresa kārtībā ir atgūts par 16,48 % vairāk valsts budžeta līdzekļu nekā 2015. gadā un par 23,93 % vairāk nekā 2016. gadā tika iesniegtas regresa prasības. Minētais ir saistāms ar to, ka 2016. gadā tika saņemtas apdrošināšanas atlīdzības par iepriekšējos gados pieteiktajām prasībām. 2016. gadā tika pasludināta Likvidējamās AAS "Balva" maksātnespēja, saskaņā ar Sauszemes transportlīdzekļu īpašnieku civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas likuma 51. panta pirmās daļas piekto punktu Transportlīdzekļu apdrošinātāju birojs administrē Garantijas fondu. Tā mērķis ir nodrošināt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu to zaudējumu segšanai, kurus nodarījis transportlīdzeklis, attiecībā uz kura īpašnieka civiltiesiskās atbildības apdrošinātāju ir pasludināts maksātnespējas process. Ņemot vērā minēto, Transportlīdzekļu apdrošinātāju birojs pārskata periodā ir izmaksājis Dienestam apdrošināšanas atlīdzības Likvidējamās AAS "Balva" lietās 130 543,05 eiro apmērā.

10. Starptautiskā sadarbība

Projekti

2016. gadā ir turpināta dalība Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2014.-2020. gada plānošanas perioda projektā “Vienotā rīcība eVeselības tīkla atbalstam” (*Joint Action to support the eHealth Network - JAeHN*). Projekta mērķis ir atbalstīt e-Veselības tīkla²⁶, kas dibināts atbilstoši direktīvas “Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē”²⁷ 14. pantam, darbību. Projekts kalpos kā platforma operatīvai un stratēģiskai sadarbībai starp ES dalībvalstīm par e-veselību, kā arī sadarbībai ar ieinteresētajām grupām un standartizācijas organizācijām.

Dienests turpinājis dalību arī Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2014-2020. gada plānošanas perioda projektā “Trešā vienotā rīcība Eiropas Veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas tīklā” (*European Network for Health Technology Assessment Joint Action 3 – EUnetHTA JA3*). Projekta mērķis ir uzlabot kopīgi veikto medicīnas tehnoloģiju novērtēšanu, kvalitāti un efektivitāti Eiropas līmenī.

Pārskata periodā nodrošināta arī ESF līdzfinansētā projekta “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” aktivitāšu īstenošana. Šī projekta mērķis ir nodrošināt sirds un asinsvadu, onkoloģijas, garīgās un perinatālā un neonatālā perioda veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai. 2016. gadā sadarbībā ar Starptautiskās Rekonstrukcijas un attīstības bankas ekspertiem tika sagatavotas veselības tīklu attīstības vadlīnijas prioritārajās veselības jomās.

2016. gadā tika uzsākts Baltijas jūras reģiona sākumkapitāla projekts – “Novēršamas hospitalizācijas Baltijas jūras reģionā: organizatoriskas un tehnoloģiskas inovācijas primārajā veselības aprūpē” (*Preventable Hospitalization in the Baltic Sea Region: Organizational and technical innovations in primary healthcare for more cost-effective health systems performance - InnoHealth*). Sākumkapitāla projekta mērķis ir izpētīt situāciju un sagatavot liela mēroga projekta pieteikumu, kura īstenošanas rezultātā tiktu uzlabota veselības aprūpes sistēmas izmaksu efektivitāte, samazinot hospitalizāciju skaitu pacientiem ar noteiktām diagnozēm.

Dalība organizācijās

Veselības aprūpes tehnoloģiju jomā Dienests piedalās organizācijās, kas darbojas zāļu cenu veidošanas, zāļu kompensācijas un vienotu zāļu cenu datu bāžu izveides jomā: ES valstu atbildīgo institūciju pārstāvju tīklā par zāļu cenām un kompensāciju (*Network of the Competent Authorities for Pricing and Reimbursement Pharmaceuticals*), Eiropas Zāļu cenu veidošanas un kompensācijas tīklā (*Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Job PPRI*), Eiropas Vienotā zāļu cenu datu bāze EURIPID (*European Integrated Price Information System*), kā arī Eiropas Sociālās apdrošināšanas foruma Zāļu novērtēšanas komitejā (*MEDEV – European Social Health Insurance Forum, the Medicine Evaluation Committee*).

Dienests ir dalībnieks arī:

- ✓ tīklā “E-veselība reģioniem” (*E-health for Regions Network*);
- ✓ Eiropas primārās veselības aprūpes forumā (*The European Forum for Primary Care*);
- ✓ Eiropas Veselības telemātikas apvienībā (*European Health telematics organisation*).

Dienests ir iesaistīts Ziemeļu Dimensijas Sabiedrības veselības un sociālās labklājības partnerībā, kuras mērķis ir veicināt sadarbību, palīdzēt celt kapacitāti un labāk koordinēt Ziemeļu dimensijas teritorijā realizētos starptautiskos projektus. Dienesta pārstāvis piedalās arī partnerības ekspertu darba grupā “Primārās veselības ekspertu darba grupa”. Dienests sadarbojas ar Pasaules Veselības

²⁶ Komisijas īstenošanas lēmums (2011. gada 22. decembris), ar ko paredz dalībvalstu atbildīgo e-veselības iestāžu tīkla izveidošanas, pārvaldības un darbības noteikumus (2011/890/ES).

²⁷ Eiropas Parlamenta un Padomes direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē.

organizāciju (turpmāk – PVO), sniedzot nepieciešamo informāciju PVO ekspertiem, kā arī piedalās PVO rīkotajos semināros.

Starptautiskie līgumi

2016. gadā Dienests noslēdza trīspusēju sadarbības līgumu ar Lietuvas Veselības ministrijas Nacionālo veselības apdrošināšanas fondu un Igaunijas Veselības apdrošināšanas fondu par savstarpējās sadarbības nostiprināšanu un attīstīšanu publiskā veselības finansējuma nozarē. Kā prioritārās sadarbības jomas ir noteiktas: veselības sistēmas reformas; obligātās veselības apdrošināšanas nodokļu ienākumu ievākšana un apkopošana; personu, kurām ir tiesības saņemt obligāto veselības apdrošināšanu, reģistra pārvaldīšana; pamatprincipi par līgumu slēgšanu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un aptiekām un līgumu uzraudzīšana; veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un aptieku uzraudzība, inovatīvo tehnoloģiju kompensācija un citas kopīgo interešu jomas.

Pārskata periodā Dienests turpināja līdzdarboties, lai noslēgtu vienošanos ar Lietuvu par savstarpējo palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā pierobežas teritorijā.

2012. gada 2. maijā tika noslēgts Latvijas Republikas Veselības ministrijas, Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministrijas un Lietuvas Republikas Veselības ministrijas partnerības līgums par vienotiem zāļu un medicīnas ierīču iepirkumiem un centralizēti iepērkamo zāļu un medicīnas ierīču aizdošanu. Pamatojoties uz līgumu, 2016. gadā Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministrija izsludināja Baltijas valstu kopīgo iepirkumu "Vakcīnas pret rotavīrusu iegāde" (*Joint procurement for rotavirus vaccine*), līdz noteiktajam piedāvājumu iesniegšanas termiņam tika saņemti divi piedāvājumi.

2016. gadā arī tikusi īstenota 2010. gada 24. septembrī parakstītā vienošanās par Latvijas Republikas Veselības ministrijas, Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministrijas un Igaunijas Republikas Iekšlietu ministrijas savstarpējo palīdzību neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā pierobežas teritorijā.

PIELIKUMI

Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā

48. tabula. Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto kompensējamo zāļu izdevumi diagnožu grupās, EUR

Diagnožu grupa	2015. gads				2016. gads				Faktisko izdevumu palielinājums/ samazinājums	Atprečoto recepšu skaita palielinājums/ samazinājums	Vidējais vienas receptes cenas palielinājums/ samazinājums
	Faktiskie izdevumi		Recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena, EUR	Faktiskie izdevumi		Recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena, EUR			
	EUR	No kopējiem izdevumiem			EUR	No kopējiem izdevumiem					
		%				%			%		
1. Acu un to palīgorgānu slimības	3 311 964,65	2,62%	227 942	14,53	3 265 238,85	2,20%	239 813	13,62	-1,4%	5,21%	-6,29%
2. Ausu un aizauss paugura slimības	18 253,15	0,01%	2 349	7,77	39 794,53	0,03%	4 989	7,98	118,0%	112,39%	2,65%
3. Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi	2 352 513,71	1,86%	809	2 907,93	2 260 806,01	1,52%	1 031	2 192,83	-3,9%	27,44%	-24,59%
4. Asinsrites sistēmas slimības	20 483 365,16	16,18%	3 483 983	5,88	20 650 186,09	13,92%	3 520 363	5,87	0,8%	1,04%	-0,23%
5. Audzēji	20 695 817,92	16,35%	121 207	170,75	21 899 214,92	14,76%	128 189	170,84	5,8%	5,76%	0,05%
6. Ādas un zemādas slimības	469 149.59	0,37%	28 707	16,34	601 988,99	0,41%	32 287	18,64	28,3%	12,47%	14,09%
7. Elpošanas sistēmas slimības	6 994 925,45	5,53%	350 601	19,95	7 565 498,04	5,10%	396 958	19,06	8,2%	13,22%	-4,47%
8. Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	26 025 528,05	20,56%	906 559	28,71	27 520 385,19	18,55%	943 941	29,15	5,7%	4,12%	1,56%

9. Gremošanas sistēmas slimības	578 073,80	0,46%	29 041	19,91	780 174,58	0,53%	30 487	25,59	35,0%	4,98%	28,56%
10. Infekcijas un parazitārās slimības	9 683 653,18	7,65%	23 747	407,78	23 883 333,75	16,10%	26 181	912,24	146,6%	10,25%	123,71%
11. Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības	7 644 366,10	6,04%	141 904	53,87	9 864 935,78	6,65%	144 953	68,06	29,0%	2,15%	26,33%
12. Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Iedzimtas kropļības, deformācijas un hromosomu anomālijas	245 656,44	0,19%	161	1 525,82	259 749,39	0,18%	182	1 427,19	5,7%	13,04%	-6,46%
14. Nervu sistēmas slimības	9 474 904,16	7,48%	186 822	50,72	9 722 033,43	6,55%	188 291	51,63	2,6%	0,79%	1,81%
15. Psihiski un uzvedības traucējumi	3 999 118,91	3,16%	313 017	12,78	3 727 415,79	2,51%	328 350	11,35	-6,8%	4,90%	-11,15%
16. Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	5 578 931,97	4,41%	158 867	35,12	5 787 867,11	3,90%	174 304	33,21	3,7%	9,72%	-5,44%
17. Uroģenitālās slimības	6 568 249,44	5,19%	124 895	52,59	6 817 613,85	4,59%	127 166	53,61	3,8%	1,82%	1,94%
18. Ievainojumi, saindēšanās	117 274,50	0,09%	5 006	23,43	113 144,37	0,08%	4 902	23,08	-3,5%	-2,08%	-1,47%
19. Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	60 830,56	0,05%	1 324	45,94	74 776,79	0,05%	1 799	41,57	22,9%	35,88%	-9,53%
Izdevumu atjaunošana (atmaksas maksājumi)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M saraksts											
Bērni līdz 2 gadu vecumam	301 659,99	0,24%	59 527	5,07	354 640,18	0,24%	64 871	5,47	17,6%	8,98%	7,88%

Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā	31 138,91	0,02%	9 183	3,39	29 227,76	0,02%	8 083	3,62	-6,1%	-11,98%	6,64%
Kopā A, B, C un M saraksts	124 635 375,64	98,45%	6 175 651	20,18	145 218 025,40		6 367 140	22,81	16,5%	3,10%	13,01%
Izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	1 947 043,26	1,54%	1 964	991,37	3 139 897,35	2,12%	2 676	1 173,35	61,3%	36,25%	18,36%
Atgrieztie līdzekļi fiziskām personām	337,72	0,00%	-	-	174,84	0,00%	-	-	-48,2%	-	-
*Atbalsta maksājums individuālām aptiekām	18 229,96	0,01%	-	-	17 763,49	0,01%	-	-	-2,6%	-	-
Viss kopā	126 600 986,58	-	6 177 615	20,49	148 375 861,08	-	6 369 816	23,29	17,2%	3,11%	13,66%

* Maksājums, kas tiek veikts aptiekai, kas darbojas kā individuāla aptieka ārpus pilsētas un kuras apgrozījums (neieskaitot aptiekas filiāļu apgrozījumu) iepriekšējā gadā nepārsniedz 71 143,59 eiro 12 mēnešu periodā.

Ambulatorā veselības aprūpe

49. tabula. Ambulatoro pacientu iemaksu kompensācija par atbrīvotajām kategorijām procentuālais sadalījums

Pacienta grupas kods	Pacienta grupas nosaukums	Unikālo pacientu skaits %		Kompensētās pacientu iemaksas apmērs %	
		2015	2016	2015	2016
2	Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	2,63	2,67	2,78	2,94
3	Personas, kas saņem ārstniecības pakalpojumus to infekcijas slimību gadījumos, kuras ir laboratoriski apstiprinātas un pakļautas reģistrācijai saskaņā ar MK noteikumiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību	1,05	1,05	1,22	1,11
4	Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi	2,69	2,76	7,17	7,85
5	Psihiatriskā ārstēšanās	3,88	3,79	11,69	9,95
8	Pacients, kuram pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gadā pārsniegusi valsts noteikto robežu	0,01	0,01	0,01	0,01
11	Bērns līdz 18 gadu vecumam	26,13	25,4	50,46	48,2
12	Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	0,95	0,88	1,95	2,08
13	Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas	0,25	0,25	0,46	0,59
14	Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju, kuras reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā, aprūpē esošās personas	1,03	1,04	1,86	1,85
15	Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	2,88	2,57	4,4	4,54
16	Persona, kurai veic profilaktiskās apskates Ministru kabineta noteiktā kārtībā	42,96	43,82	9,49	8,75
23	Persona, kurai veic vakcināciju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	10,71	10,78	2,27	2,06
24	Persona, kurai veic pasīvo imūnterapiju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	0,03	0,05	0,01	0,01
32	Psihiatriskā iestādē pierakstīts pacients	0,01	0	0	0
33	Pacients, kuram veic tiesu psihiatrisko vai psiholoģisko ekspertīzi	0,01	0,07	0	0
47	Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	0,04	0,06	0,49	3,13
59	1. grupas invalīds	1,67	1,7	3,75	5,09
61	Miris	0,36	0,36	0,16	0,14

83	Pacienti, kuriem nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija	0	0	0,01	0
84	Orgānu donori	0	0	0	0,01
85	Personas, kuras saņem paliatīvo un/vai veselības aprūpi mājās	2,55	2,54	1,53	1,34
92	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki	0,17	0,19	0,27	0,35
Kopā		100	100	100	100

Atbilstoši 2016. gadā kompensēto pacienta iemaksu sadalījumam pacientu grupās, visvairāk - 48,2 % no kopējās valsts kompensētās pacienta iemaksas summas bija par bērniem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

50. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits un izmaksas no valsts budžeta²⁸ atbilstoši pamatdiagnožu grupām

Diagnožu grupas kods	Diagnožu grupas nosaukums	Apmeklējumu skaits			Pacientu skaits, kas saņēmuši veselības aprūpes pakalpojumus	Izmaksas no valsts budžeta	Vidējās izmaksas vienam pacientam
		Bērni	Pieaugušie	Kopā			
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	65 553	135 717	201 270	104 547	1 941 572	18,6
C00-D48	Audzēji	11 617	339 540	351 157	125 122	16 564 685	132,4
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	6968	28487	35455	43 361	914 135	21,1
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	22 875	386 542	409 417	234 348	7 349 836	31,4
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	62 784	382 961	445 745	143 951	4 583 266	31,8
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	31 428	186 340	217 768	130 657	6 349 403	48,6
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	86 243	273 361	359 604	215 968	9 005 686	41,7
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	68 448	86 235	154 683	90 788	3 176 526	35,0
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	5943	1 486 592	1 492 535	504 345	29 287 940	58,1
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	1 189 636	770 033	1 959 669	606 919	10 750 764	17,7
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	105 031	216 782	321 813	236 993	10 593 681	44,7
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	96 071	208 255	304 326	135 180	3 862 118	28,6
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	58 338	760 563	818 901	383 920	20 144 465	52,5

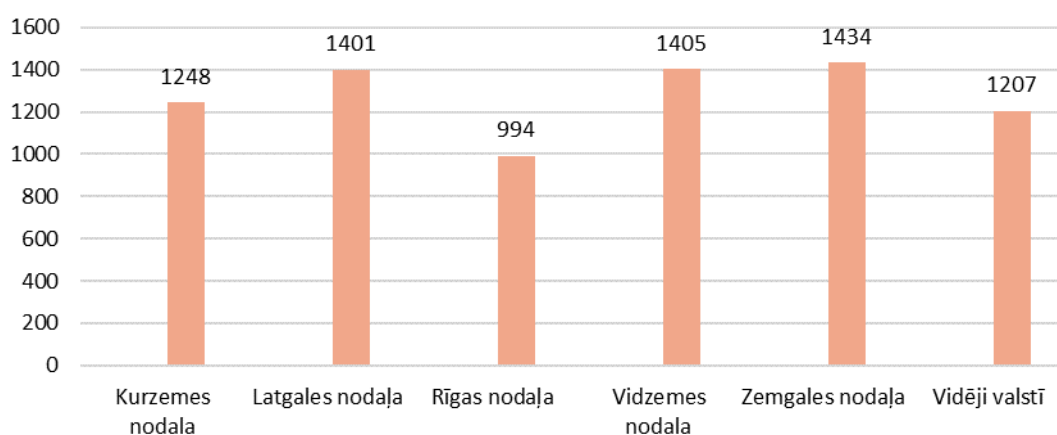
²⁸ Izmaksas par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ieskaitot vidējās apmeklējuma izmaksas pie ģimenes ārstiem, uzņemšanas nodaļās un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, un izmaksas fiksētajiem maksājumiem speciālistu kabinetiem, Nacionālās mikrobioloģijas references un 3. bioloģiskās drošības līmeņa laboratorijas citu ar infekcijas slimību profilaksi un ārstēšanu saistītu funkciju nodrošināšanai.

N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	31 909	386 769	418 678	311 036	17 532 233	56,4
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	224	22 515	22 739	11 996	609 527	50,8
P00-P96	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	32 556	85	32 641	18 376	1 321 698	71,9
Q00-Q99	Iedzimtas kropļības, deformācijas un hromosomu anomālijas	20 923	3344	24 267	15 706	980 893	62,5
R00-R99	Cituro neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratorijas atrade	52 789	55 851	108 640	158 171	4 393 142	27,8
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	139 432	406 632	546 064	255 882	8 085 379	31,6

Izmantojot Starptautiskā slimību un veselības problēmu klasifikatora desmitās redakcijas kodu klasifikāciju (SSK-10), 50. tabulā atspoguļoti dati par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem pamatdiagnožu grupās.

Atbilstoši no valsts budžeta apmaksāto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites datiem VIS, 2016. gadā lielākais pacientu un ambulatoro apmeklējumu īpatsvars ir ar norādītu pamatdiagnozi "Elpošanas sistēmas slimības (J00-J99)", savukārt vislielākās izmaksas no valsts budžeta bijušas pacientiem ar norādītu pamatdiagnozi "Asinsrites sistēmas slimības (I00-I99)". Vislielākās vidējās izmaksas vienam pacientam no valsts budžeta ir bijušas onkoloģisko diagnožu grupā (C00-D48).

17. attēls. Vidējais manipulāciju skaits 2016. gadā vienam ģimenes ārstam, kuras atbilstoši tarifiem tiek apmaksātas no valsts budžeta līdzekļiem



2016. gadā ģimenes ārstiem par veiktajām manipulācijām samaksāti 4,7 miljoni eiro. Vidēji vienam ģimenes ārstam, kurš strādājis visu 2016. gadu, par manipulāciju veikšanu, kuras atbilstoši tarifiem tiek apmaksātas no valsts budžeta līdzekļiem, ir izmaksāti 3012 eiro. Vidējais veikto manipulāciju skaits ģimenes ārsta praksē ir palielinājies par 1,5 %, salīdzinot ar 2015. gadu.

51. tabula. Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars primārajā un sekundārajā veselības aprūpē pēc pamatdiagnozes, %

Pamatdiagnoze	PVA	SAVA
A00 - B99	40,4	59,6
C00 - D48	44,7	55,3
D50 - D89	69,3	30,7
E00 - E90	53,8	46,2
F00 - F99	22,5	77,5
G00 - G99	56,7	43,3
H00 - H59	12,4	87,6
H60 - H95	26,6	73,4
I00 - I99	91,0	9,0
J00 - J99	88,0	12,0
K00 - K93	66,1	33,9
L00 - L99	52,8	47,2
M00 - M99	63,4	36,6
N00 - N99	28,5	71,5
O00 - O99	9,3	90,7
P00 - P96	14,9	85,1
Q00 - Q99	29,6	70,4
R00 - R99	56,8	43,2
S00 - T98	36,6	63,4
V01 - Y98	26,3	73,7
Z00 - Z99	74,2	25,8
Kopā	64,6	35,4

Lielākais apmeklējumu īpatsvars (1. – 6. aprūpes epizodes ietvaros) pie PVA speciālistiem ir vērojams pacientiem ar asinsrites sistēmas slimībām (I00-I99) – 91 %, elpošanas sistēmas slimībām (J00-J99) – 88 %. Šāds sadalījums ir skaidrojams ar to, ka asinsrites sistēmas un elpošanas sistēmas slimībām ir liels hronisku pacientu skaits un šādi pacienti veselības aprūpes pakalpojumus, galvenokārt, saņem pie ģimenes ārstiem.

Lielākais apmeklējumu īpatsvars pie SAVAs speciālistiem ir pacientēm grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību gadījumā (O00-O99) – 90,7 %, pacientiem ar acu un to palīgorgānu slimībām (H00-H59) – 87,6 %, kā arī pacientiem ar noteiktiem perinatālā perioda stāvokļiem (P00-P96) – 85,1 %. Šo diagnožu grupu pacientiem ir papildu iespējas veselības aprūpes pakalpojumus saņemt pēc savas iniciatīvas vēršoties pie tiešās pieejamības speciālistiem bez ģimenes ārsta nosūtījuma (ginekologa, pediatra).

52. tabula. Sekundārā ambulatorās veselības aprūpe sadalījumā pa pakalpojumu programmām

Pakalpojumu programmas	Līguma summa, EUR	Izmeklējumu skaits (plāns)	Veiktais darba apjoms, EUR	Izmeklējumu skaits (izpilde)	Pacientu iemaksas kompensācija par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros, EUR
Rehabilitācija dienas stacionārā *	4 183 655	99 517	4 179 050	97 587	326 447
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā dienas stacionārā	2 965 984	11 859	3 061 152	11 367	14 872
Ķīmijterapija un hematoloģija dienas stacionārā *	936 461	20 089	851 643	18 949	24 912
Staru terapija dienas stacionārā *	23 819	214	23 008	168	988
Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā *	806 072	61 513	881 332	62 093	434 953
Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā	68 236	5 837	78 720	6 734	12 997
Neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	4 613 474	166 961	4 242 304	177 853	342 099
Dienas stacionārs hronisko sāpju pacientu ārstēšanai	9 701	639	3 711	73	14
Uroloģija dienas stacionārā	849 720	4 100	816 602	3 963	6 457
Gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā	760 635	5 989	847 732	6 374	17 678
Ginekoloģija dienas stacionārā	2 722 940	19 617	2 957 452	17 675	10 357
Otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā	596 820	3 133	541 126	2 287	31 828
Otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā	615 746	5 323	719 481	4 850	1 472
Traumatoloģija, ortopēdija dienas stacionārā	2 854 909	14 187	3 162 776	12 308	26 490
Vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	4 166 818	31 366	4 185 247	23 395	26 912
Invazīvā radioloģija dienas stacionārā*	552 620	506	585 979	312	265
Invazīvā kardioloģija *	12 032 603	15 422	12 121 549	15 861	8 120
Rehabilitācija dienas stacionārā *	4 183 655	99 517	4 179 050	97 587	326 447
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā dienas stacionārā	2 965 984	11 859	3 061 152	11 367	14 872
Ķīmijterapija un hematoloģija dienas stacionārā *	936 461	20 089	851 643	18 949	24 912
Staru terapija dienas stacionārā *	23 819	214	23 008	168	988
Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā *	806 072	61 513	881 332	62 093	434 953
Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi, KOPA	38 760 213	466 272	39 258 866,24	461 849	1 286 862,78
Barotņu iegāde un izplatīšana tuberkulozes bakterioloģiskai diagnostikai ***	39 550	x	36 076	x	x
Cistiskās fibrozes ambulatorai ārstēšanai nepieciešamie medikamenti ***	213 874	x	197 252	x	x
Humānā imūndeficīta vīrusa infekcijas vertikālās profilakses nodrošināšana HIV pozitīvām sievietēm ***	23 083	x	11 385	x	x

Humānā imūndeficīta vīrusa oportūnisko infekciju terapija ***	65 182	x	35 704	x	x
Humānās imūndeficīta vīrusa infekcijas diagnostikai nepieciešamo reaģentu iegādei un izplatīšanai ***	97 572	x	99 212	x	x
Maksājums par imunobioloģisko preparātu glabāšanu ***	17 076	x	17 076	x	x
Maksājums par references laboratorijas sniegtajiem pakalpojumiem ***	2 152 937	x	2 152 937	x	x
Medicīniskiem nolūkiem paredzēta pārtika paliatīvā aprūpes kabineta uzskaitē esošajiem un cistiskās fibrozes kabineta pacientiem ***	95 236	x	99 248	x	x
Par pēcekspozīcijas specifiskās profilakses (PEP) nodrošināšana ārstniecības personām ***	135	x	535	x	x
Tuberkulozes medikamenti ambulatorij ***	869 733	x	916 971	x	x
Cistiskās fibrozes kabinets	23 649	539	23 649	425	x
Diabēta apmācības kabinets	22 844	919	22 844	1 518	x
Diabētiskās pēdas aprūpes kabinets	242 649	34 460	242 649	34 849	x
Dietologa kabinets	22 844	217	22 844	83	x
Hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinets	285 897	23 155	285 897	22 244	x
Metadona aizvietojošās terapijas kabinets	301 741	182 499	301 741	36 446	x
Paliatīvās aprūpes kabinets	213 753	4 082	213 753	3 534	x
Psihologa kabinets	64 141	4 929	64 141	4 585	x
Steidzamās medicīniskās palīdzības punkts	2 257 792	x	2 257 792	x	x
Stomas kabinets	15 285	1 036	15 285	932	x
Pneimonologs	807 272	87 930	807 272	47 048	349 862
Narkologs	317 776	34 582	317 776	30 981	10 150
Psihiatrs	1 826 035	245 322	1 826 035	228 324	1 050 291
Ikmēneša fiksētais maksājums, KOPĀ	9 976 058	619 670	9 968 075,48	410 969	1 410 302,82
Rentgenoloģija	6 631 004	728 540	6 426 714	724 969	455 568
Kodolmagnētiskā rezonanse	3 300 731	34 080	3 460 076	35 753	154 177
Datortomogrāfija	14 144 001	145 986	15 452 330	152 986	228 090
Ultrasonogrāfija	3 775 508	332 546	3 808 118	350 611	250 252
Radionuklīdā diagnostika	581 080	9 681	573 176	8 968	2 776
Osteodensitometrija	498 150	24 750	533 195	26 617	3 411
Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	3 259 559	315 387	3 245 720	325 210	106 418
Endoskopija	2 998 850	59 227	3 090 681	60 789	18 247
Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	452 155	15 577	504 069	17 460	23 378
Doplerogrāfija	2 087 222	101 283	2 168 552	105 803	43 691
Mammogrāfija	411 030	26 996	411 910	26 659	3 183

Staru terapija	5 027 527	109 591	4 999 386	117 543	5 414
Izmeklējumi un terapija, KOPĀ	43 166 817	1 903 644	44 673 928,54	1 953 368	1 294 603,92
Kardioloģija	592 646	71 878	553 206	63 732	53 289
Oftalmoloģija	5 730 897	313 110	5 703 625	299 743	364 106
Otolaringoloģija	3 470 522	183 366	3 650 223	183 606	520 249
Dermatoveneroloģija	1 148 311	108 678	1 223 526	112 565	208 905
psihiatrija	52 526	6 328	58 063	9 994	29 453
Narkoloģija	67 203	8 625	72 737	9 760	8 224
Anestezioloģija	863 519	50 469	915 342	50 754	43 967
Reimatoloģija	100 073	12 393	98 269	12 560	20 280
Hematoloģija	149 780	18 388	144 309	17 838	12 374
Interna medicīna	64 454	6 474	59 236	6 131	36 952
Arodslimību speciālisti	41 150	2 995	47 498	6 192	5 782
Pulmonoloģija	532 934	39 968	589 707	43 249	74 439
Pediatrija	196 126	21 541	194 834	23 827	329 226
Nefroloģija	138 473	12 948	120 739	13 337	15 812
Gastroenteroloģija	96 617	12 138	97 085	11 923	25 173
Infektoloģija	260 395	32 393	250 350	32 502	127 835
Alergoģija	555 878	27 542	539 750	25 835	88 402
Algoloģija	12 860	1 156	13 463	1 198	717
Endokrinoloģija	1 204 256	156 444	1 183 201	154 106	75 153
Ķirurģija	3 169 904	233 918	3 119 409	226 909	679 701
Uroloģija	1 137 365	51 220	1 171 410	50 224	25 584
Traumatoloģija, ortopēdija	1 322 313	117 784	1 354 994	120 937	195 925
Ginekoloģija	2 365 902	280 706	2 294 350	275 955	150 414
Onkoloģija	707 518	70 513	669 216	63 582	31 363
Neiroloģija	1 790 634	205 437	1 726 446	194 730	285 319
Pārējie speciālisti	38 863	5 080	37 364	4 570	10 659
Speciālistu pakalpojumi, KOPĀ	25 811 119	2 051 492	25 888 351.92	2 015 759	3 419 302.00
Hroniska un akūta nieru aizstājējterapija dienas stacionārā	6 514 416	x	6 609 306	66 296	471 187
Pārējie ambulatorie sekundārās veselības aprūpes pasākumi	822	22	6 797	53	88
Rehabilitācijas pakalpojumi	5 465 754	752 962	5 492 732	850 958	166 607
Fizikālās medicīnas pakalpojumi	827 895	250 635	839 660	261 996	x
Ģenētisko slimnieku konsultēšana	62 496	1 519	62 983	1 796	5 346
Multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana	102 101	504	93 985	1 739	1 359
Ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas	51 259	4 456	64 804	3 629	8 711
Tiesu psihiatriskā un psiholoģiskā ekspertīze	212 874	1 335	213 433	1 334	239
Ambulatorā palīdzība surdoloģijā	701 125	17 768	682 085	12 360	21 166
Medicīniskā apaugļošana	585 270	551	591 551	549	47
Metadona aizvietojošā terapija	215 474	219 872	216 065	220 474	x
Pārējie ambulatorie	330 319	8 665	342 087	2 527	359

pakalpojumi					
Speciālistu konsultācijas konstatētas atradnes gadījumā	456 947	x	10 659	948	239
Ļaundabīgo audzēju primārie diagnostiskie izmeklējumi	183 326	x	91 623	1 354	273
SAVA pakalpojumi (bez laboratoriskiem izmeklējumiem), KOPĀ	133 424 285	6 299 367	135 106 992	6 267 958	8 086 693
Histoloģiskie izmeklējumi	1 868 740	70 676	1 786 844	67 486	x
Laboratoriskie izmeklējumi**	21 524 377	10 666 392	20 385 686	10 701 819	x
Laboratoriskie izmeklējumi, KOPĀ	23 393 117	10 737 068	22 172 530.11	10 769 305	0,00
PAVISAM KOPĀ	156 817 402	17 036 435	157 279 522	17 037 263	8 086 693

* Dienas stacionārā sniegtos pakalpojumus apmaksā atbilstoši Noteikumu Nr.1529 107. punktā noteiktajam attiecīgā dienas stacionāra līmenim (pirmais vai otrais)

** Atbilstoši Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 157. punkta nosacījumiem ar ieturējumu.

*** Citi VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" fiksētie maksājumi, kas nav ietverti Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 15. pielikumā, t. sk., par īpašiem medicīniskiem nolūkiem paredzētas pārtikas nodrošināšanu paliatīvā aprūpes kabineta uzskaitē esošajiem bērniem, kā arī cistiskās fibrozes kabineta pacientiem un bērnu ar cistisko fibrozi ambulatorai ārstēšanai nepieciešamajiem medikamentiem un Citi SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" fiksētie maksājumi, kas nav ietverti Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 15. pielikumā, t. sk., references laboratorijas finansējums, tuberkulozes medikamenti, imunobioloģisko preparātu glabāšana, tuberkulozes bakterioloģiskai diagnostikai barotņu iegādi un izplatīšanu, par pēcekspozīcijas specifiskās profilakses (PEP) nodrošināšana ārstniecības personām, HIV infekcijas vertikālās profilakses nodrošināšana HIV pozitīvām sievietēm, HIV Opurtūnisko infekciju terapija, HIV diagnostikas reaģentu iegāde un sadale HIV epidemioloģiskās uzraudzības tīkla laboratorijām.

Stacionāro iestāžu darbība

53. tabula. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu finansējums pa ārstniecības iestādēm 2016. gadā, EUR

Ārstniecības iestāde	Stac. pakalp. – fiksētie maks. un specifiskie medikamenti	Apmaksa par dzemdību palīdzību	Apmaksa par endoprotezēšanu	Apmaksa par trombolīti-skajiem medikamentiem, hemodialīzes manipulāc.	Vienreiz. maks. uzņemš. nodaļām un par primāri operējamiem onkoloģiskajiem slimniekiem.	Pakalp. personām ar prognozējamu invaliditāti, ilgst. slimojošām darbspējīgā vecumā un ilgst. māksl. plaušu ventilācija	Kompens. pacienta iemaksa par atbrīvotajām kategor.	Pakalp. un kompens. pacienta iemaksa Ukrainas, ES un EEZ dalībval. un Šveices iedz.	Aprēķinātā pacienta iemaksa par neatbrīvotajām iedz. kategor.	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits	Valsts finansē. uz vienu hospitālizāciju	Valsts finans. uz vienu gultas dienu
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	20 321 459	0	0	10 521	282 733	218	998 815	37 277	2 654	17 867	94 519	1 212	229
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	45 191 571	791 768	0	856 332	625 551	264 666	709 632	60 048	2 161 778	42 013	246 890	1 154	196
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	53 577 654	0	270 555	499 303	1 475 953	64 424	2 675 117	87 248	3 515 255	69 255	555 646	847	106
Jūrmalas slimnīca	1 473 604	643 938	0	0	37 591	0	93 109	4 460	130 496	4 707	20 490	479	110
Ogres rajona slimnīca	1 966 255	143 273	0	0	29 475	1 881	93 319	2 736	181 692	4 876	25 077	459	89
Tukuma	1 894 596	92 166	0	0	36 136	0	125 026	143	186 417	5 064	28 036	424	77

slimnīca													
Liepājas reģionālā slimnīca	9 220 657	412 842	818 858	105 185	170 564	138 709	469 337	17 126	557 478	16 061	94 916	707	120
Ziemeļ- kurzemes reģionālā slimnīca	4 177 865	235 130	127 538	110 291	66 477	2 580	278 410	8 400	360 342	9 576	56 307	523	89
Kuldīgas slimnīca	1 705 457	210 697	0	7 047	35 020	0	134 380	964	141 931	4 293	26 934	488	78
Daugavpils reģionālā slimnīca	10 875 217	335 963	73 822	131 204	234 748	2 818	842 889	2 617	941 145	23 981	166 423	521	75
Rēzeknes slimnīca	5 314 798	187 859	19 393	81 937	76 789	30 507	386 084	1 337	444 847	10 637	76 454	573	80
Preiļu slimnīca	656 013	176 515	0	780	10 901	0	37 732	0	45 644	1 699	8 110	519	109
Krāslavas slimnīca	873 074	0	0	0	9 839	0	30 337	0	91 929	1 863	11 468	490	80
Vidzemes slimnīca	5 691 267	440 538	294 728	116 785	90 364	45 689	366 703	4 103	449 864	12 132	75 137	581	94
Madonas slimnīca	1 629 337	98 464	353 934	32 045	31 449	176 181	110 104	0	154 007	4 607	24 755	528	98
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	1 640 303	106 862	0	15 213	27 391	0	125 099	86	115 210	4 393	23 509	436	81
Cēsu klīnika	1 867 256	172 782	0	780	38 461	0	120 715	687	142 491	4 517	24 373	487	90

Alūksnes slimnīca	1 110 037	0	0	7 412	17 106	0	75 445	172	103 928	2 822	16 224	429	75
Jelgavas pilsētas slimnīca	5 411 948	384 644	86 599	24 476	95 310	0	323 376	423	504 238	13 478	76 055	469	83
Jēkabpils reģionālā slimnīca	4 768 699	267 402	0	91 780	55 505	0	340 461	2 798	350 588	10 112	63 078	547	88
Dobeles un apkārtnes slimnīca	1 666 269	205 327	0	7 307	26 034	0	98 402	0	117 979	4 069	19 400	492	103
Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži"	756 268	0	0	0	0	0	267 930	0	0	320	26 793	3 201	38
Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	1 866 358	0	0	0	0	0	1 445 804	0	0	536	144 579	6 179	23
Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4 032 976	0	0	0	0	0	1 372 238	0	0	4 329	137 029	1 249	39
Piejūras slimnīca	1 735 714	0	0	0	14 350	0	420 349	0	10 176	2 048	42 886	1 060	51
Rīgas dzemdību nams	1 683 654	2 724 564	0	0	38 832	0	349 340	2 269	0	8 567	34 981	560	137
Rīgas 2.	1 333 414	0	1 372 642	0	59 415	58 426	35 461	2 659	268 556	3 482	31 586	822	91

slimnīca													
Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	7 164 769	0	0	0	28 681	0	1 522 717	2 327	67 033	7 468	180 835	1 167	48
Slimnīca "Ģintermuiža"	2 725 717	0	0	0	0	0	1 130 434	370	56 921	3 492	118 612	1 104	33
Straupes narkoloģiskā slimnīca	286 887	0	0	0	3 620	0	16 645	0	31 725	1 096	4 837	280	64
Strenču psihoneiro- loģiskā slimnīca	3 123 965	0	0	0	0	7 835	1 134 090	0	0	3 183	113 413	1 340	38
Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	4 895 605	0	2 586 085	388	107 915	603 492	63 030	4 623	392 214	5 565	43 080	1 484	192
Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"	4 236 776	0	0	0	19 342	26 653	332 314	0	365 180	5 564	69 678	829	66
Aizkraukles slimnīca	285 285	0	0	0	0	0	17 272	0	78 232	1 844	13 238	164	23
Bauskas slimnīca	249 112	0	0	0	0	0	27 729	0	49 400	1 396	10 861	198	25
Līvānu slimnīca	166 884	0	0	0	0	0	29 030	0	31 476	1 024	8 509	191	23
Ludzas	301 244	0	0	0	0	0	30 969	157	77 712	1 986	15 290	167	22

medicīnas centrs													
Priekules slimnīca	9 120	0	0	0	0	0	860	0	1 756	64	369	156	27
Siguldas slimnīca	156 094	371 845	0	0	0	0	34 000	0	54 519	1 995	12 451	282	45
Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca (janv.-apr)	1 164	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldus medicīnas centrs	153 510	0	0	0	0	0	16 879	0	30 531	1 022	6 623	167	26
Kopā	216 197 852	8 002 579	6 004 154	2 098 786	3 745 552	1 424 079	16 681 583	243 030	12 215 344	323 003	2 749 451	788	93

Ārstniecības iestāžu gultas dienu vidējās izmaksas iegūst, stacionāro iestāžu kopējos ieņēmumus par stacionāro palīdzību attiecinot pret gultas dienu skaitu.

54. tabula. Hospitalizāciju un gultas dienu skaits, vidējais ārstēšanās ilgums dalījumā pa slimnīcām 2016. gadā

Ārstniecības iestāžu grupa		Ārstniecības iestāde	Hospitalizēto pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums
Neatliekamās palīdzības slimnīcas		Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	17 867	94 519	5,3
		Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	42 013	246 890	5,9
		Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	69 255	555 646	8,0
		Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	129 135	897 055	6,9
		Daugavpils reģionālā slimnīca	23 981	166 423	6,9
		Jelgavas pilsētas slimnīca	13 478	76 055	5,6
		Jēkabpils reģionālā slimnīca	10 112	63 078	6,2
		Liepājas reģionālā slimnīca	16 061	94 916	5,9
		Rēzeknes slimnīca	10 637	76 454	7,2

		Vidzemes slimnīca	12 132	75 137	6,2
		Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	9 576	56 307	5,9
	Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā		95 977	608 370	6,3
		Alūksnes slimnīca	2 822	16 224	5,7
		Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	4 393	23 509	5,4
		Cēsu klīnika	4 517	24 373	5,4
		Dobeles un apkārtnes slimnīca	4 069	19 400	4,8
		Jūrmalas slimnīca	4 707	20 490	4,4
		Krāslavas slimnīca	1 863	11 468	6,2
		Kuldīgas slimnīca	4 293	26 934	6,3
		Madonas slimnīca	4 607	24 755	5,4
		Ogres rajona slimnīca	4 876	25 077	5,1
		Preiļu slimnīca	1 699	8 110	4,8
		Tukuma slimnīca	5 064	28 036	5,5
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā		42 910	228 376	5,3
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā			268 022	1 733 801	6,5
Specializētās slimnīcas		Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	320	26 793	83,7
		Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	536	144 579	269,7
		Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4 329	137 029	31,7
		Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	5 564	69 678	12,5
		Piejūras slimnīca	2 048	42 886	20,9
		Rīgas 2. slimnīca	3 482	31 586	9,1
		Rīgas dzemdību nams	8 567	34 981	4,1
		Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	7 468	180 835	24,2
		Slimnīca Ģintermuiža	3 492	118 612	34,0
		Straupes narkoloģiskā slimnīca	1 096	4 837	4,4
		Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3 183	113 413	35,6
		Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	5 565	43 080	7,7
Specializētās slimnīcas kopā			45 650	948 309	20,8
Aprūpes slimnīcas		Aizkraukles slimnīca	320	26 793	83,7

	Bauskas slimnīca	536	144 579	269,7
	Līmbažu slimnīca	4 329	137 029	31,7
	Līvānu slimnīca	5 564	69 678	12,5
	Ludzas medicīnas centrs	2 048	42 886	20,9
	Priekules slimnīca	3 482	31 586	9,1
	Saldus medicīnas centrs	8 567	34 981	4,1
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	7 468	180 835	24,2
	Siguldas slimnīca	3 492	118 612	34,0
Aprūpes slimnīcas kopā		1 096	4 837	4,4
Kopā/ Vidēji		323 003	2 749 451	8,5

Hospitalizēto pacientu skaita īpatsvars pret kopējo hospitalizēto skaitu 323 003 lielākais ir klīniskās universitātes slimnīcās – 40 %. Mazākais – aprūpes slimnīcās – 3 %. Kopumā 83 % pacientiem nodrošināti stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcās, bet 14 % – specializētās palīdzības slimnīcās.

Vidējais ārstēšanās ilgums 2016. gadā bija 8,5 gultas dienas. Rādītājs ir krities par 0,1 gultas dienu salīdzinājumā ar 2015. gadu. Īsākais ārstēšanās ilgums (zem 5 dienām) bijis piecās ārstniecības iestādēs: Rīgas dzemdību namā – 4,1 diena, Jūrmalas slimnīcā – 4,4 dienas, Straupes narkoloģiskajā slimnīcā – 4,4 dienas, Preiļu slimnīcā – 4,8 dienas, Dobeles apkārtnes slimnīcā – 4,8 dienas. Lielākais gultas dienu skaits novērojams specializētajās slimnīcās, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus personām ar psihiskajām saslimšanām – Aknīstes psihoneiroloģiskajā slimnīcā vidēji 270 gultas dienas, Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīcā "Ainaži" vidēji 84 gultas dienas, savukārt vidēji 32-36 gultas dienas pacienti pavadījuši Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā, slimnīcā "Gintermuiža" un Strenču psihoneiroloģiskā slimnīcā.

55. tabula. Hospitalizēto pacientu un gultas dienu skaits un vidējais ārstēšanās ilgums dalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām 2014.– 2016. gadā

SSK-10 grupa	SSK-10 grupas nosaukums	2014. gadā			2015. gadā			2016. gadā		
		Hospitalizēto pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums dienās	Hospitalizēto pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums dienās	Hospitalizēto pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums dienās
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	18 698	167 772	9,0	16 794	150 731	9,0	16 379	144 020	8,8
C00-D48	Audzēji	34 506	277 943	8,1	34 454	276 133	8,0	34 961	279 952	8,0
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	2 282	14 224	6,2	2 363	14 485	6,1	2 474	14 965	6,0
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	4 016	25 359	6,3	3 906	25 104	6,4	4 027	26 684	6,6
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	25 555	779 952	30,5	24 794	757 971	30,6	24 797	757 190	30,5
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	10 632	98 472	9,3	9 885	98 259	9,9	9 589	94 773	9,9
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	2 304	8 013	3,5	2 336	8 030	3,4	2 302	8 083	3,5
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	1 917	11 781	6,1	2 028	12 189	6,0	2 190	12 841	5,9
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	61 410	412 942	6,7	62 416	422 825	6,8	61 528	417 902	6,8
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	29 841	187 732	6,3	32 240	201 515	6,3	33 011	204 640	6,2
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	28 006	149 514	5,3	27 256	154 225	5,7	27 463	153 443	5,6
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	4 414	33 668	7,6	4 216	35 377	8,4	4 407	34 889	7,9
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	15 506	133 393	8,6	16 501	143 991	8,7	17 312	150 894	8,7
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	16 337	84 362	5,2	16 099	83 995	5,2	16 392	87 855	5,4
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	30 380	116 295	3,8	30 120	114 772	3,8	29 741	110 356	3,7
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	2 852	28 469	10,0	3 203	30 276	9,5	3 250	29 082	8,9
Q00-Q99	Iedzimtas kropļības, deformācijas un hromosomu	2 216	16 227	7,3	2 208	17 715	8,0	2 077	16 728	8,1

	anomālijas									
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laborat. atrade	841	3 692	4,4	793	3 336	4,2	843	3 888	4,6
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	29 398	197 787	6,7	28 316	196 481	6,9	28 414	192 760	6,8
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	46	166	3,6	19	81	4,3	15	45	3,0
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	1 544	10 664	6,9	1 641	7 159	4,4	1 831	8 461	4,6
Kopā		322 701	2 758 427	8,5	321 588	2 754 650	8,6	323 003	2 749 451	8,5

2016.gadā vislielākajam pacientu skaitam sniegta veselības aprūpe ar šādām diagnozēm:

- ✓ I00-I99 "Asinsrites sistēmas slimības";
- ✓ C00-D48 "Audzēji";
- ✓ O00-O99 "Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods";
- ✓ J00-J99 "Elpošanas sistēmas slimības";
- ✓ S00-T98 "Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas";
- ✓ K00-K93 "Gremošanas sistēmas slimības".

Garākais ārstēšanās ilgums 2016. gadā ir diagnozēm F00-F99 "Psihiski un uzvedības traucējumi" – 30,5 gultas dienas.

Kopējais vidējais ārstēšanās ilgums 2016. gadā par 0,1 dienu ir samazinājies attiecībā pret 2015. gadu – no 8,6 uz 8,5 gultas dienām.

56. tabula. Vidējās ārstēšanās izmaksas uz vienu hospitalizāciju un vienas gultas dienas vidējās ārstēšanās izmaksas dalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām 2016. gadā

SSK-10 grupas kods	SSK-10 grupas nosaukums	Hospitalizēto pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Pakalpojumu izmaksas, EUR*	Vidējās ārstēšanās izmaksas uz vienu hospitalizāciju, EUR	Vienas gultas dienas vidējās ārstēšanās izmaksas, EUR
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	16 379	144 020	7 058 573	431	49
C00-D48	Audzēji	34 961	279 952	23 667 164	677	85
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	2 474	14 965	789 478	319	53
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	4 027	26 684	1 712 044	425	64
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	24 797	757 190	23 659 561	954	31
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	9 589	94 773	4 169 184	435	44
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	2 302	8 083	782 534	340	97
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	2 190	12 841	1 184 722	541	92
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	61 528	417 902	56 016 283	910	134
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	33 011	204 640	9 291 634	281	45
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	27 463	153 443	10 930 044	398	71
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	4 407	34 889	2 228 699	506	64
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	17 312	150 894	13 324 223	770	88
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	16 392	87 855	5 850 778	357	67
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	29 741	110 356	9 579 765	322	87
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	3 250	29 082	5 417 676	1 667	186
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	2 077	16 728	2 937 039	1 414	176
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laborat. atrade	843	3 888	266 131	316	68
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	28 414	192 760	17 286 646	608	90
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	15	45	4 142	276	92
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	1 831	8 461	1 339 157	731	158
Kopā / vidēji		323 003	2 749 451	197 495 477	611	72

* Pakalpojumu izmaksu veids katram gadījumam atkarīgs no pakalpojumu programmas izmaksu aprēķina veida: GPF tarifs, DRG koeficients * DRG bāzes tarifs vai maksa par gultas dienām un manipulācijām.

Izmaksās nav iekļautas valsts kompensētās pacientu iemaksas, līdzmaksājums un uzņemšanas nodeļas, observācijas izmaksas.

2016. gadā valsts vidējās izmaksas uz vienu hospitalizāciju attiecībā pret iepriekšējo gadu ir samazinājušās par 31 eiro un ir 611 eiro. Lielākās izmaksas uz vienu hospitalizāciju ir P00-P99 diagnožu grupā "Noteikti perinatālā perioda stāvokļi" (1 667 eiro par hospitalizāciju), nedaudz zemākas izmaksas ir Q00-Q99 diagnožu grupai – 1 414 eiro par hospitalizāciju. Dārdzības ziņā seko diagnožu grupa F00-F99 "Psihiski un uzvedības traucējumi" (954 eiro par hospitalizāciju) un I00-I99 grupa "Asinsrites sistēmas slimības" ar 910 eiro par hospitalizāciju.

Zemākās vidējās ārstēšanas izmaksas uz vienu hospitalizāciju ir diagnožu grupām V01-Y98 "Ārēji slimību un nāves cēloņi" (276 eiro par hospitalizāciju), J00-J99 "Elpošanas sistēmas slimības" (281 eiro par hospitalizāciju), R00-R99 "Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laborat. atrade" (316 eiro par hospitalizāciju), D50-D89 "Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi" (319 eiro par hospitalizāciju).

Vienas gultas dienas vidējās izmaksas ir samazinājušās par 3 eiro salīdzinājumā ar 2015. gadu un ir 72 eiro. Augstākās vidējās gultas dienas izmaksas ir P00-P99 "Noteikti perinatālā perioda stāvokļi" diagnožu grupā (186 eiro par gultas dienu), Q00-Q99 "Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas" (176 eiro par gultas dienu) un Z00-Z99 "Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem" (158 eiro par gultas dienu).

Zemākās gultas dienas vidējās izmaksas ir diagnožu grupām F00-F99 "Psihiski un uzvedības traucējumi" (31 eiro par gultas dienu), G00-G99 "Nervu sistēmas slimības" (44 eiro par gultas dienu), J00-J99 "Elpošanas sistēmas slimības" (45 eiro par gultas dienu).

57. tabula. Hospitalizēto pacientu ar diagnozēm, kuras kontrolētos atbildīgas ārstēšanas apstākļos ārstējamas primārās veselības aprūpē*, skaits un īpatsvars 2016. gadā

SSK-10 izrakstīšanas pamata diagnožu kodi	SSK-10 diagnožu grupa*	Hospitalizēto pacientu skaits	Īpatsvars no hospitalizēto pacientu skaita diagnožu grupā*	Hospitalizācijas gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem valstī**
E86, K52.2, K52.8, K52.9	Dehidratācijas / gastroenterīta diagnozes	275	2%	14
N10, N11, N12, N13.6	Nieru infekciju slimību diagnozes	2 186	16%	112
K25.0- K25.2, K25.4-K25.6, K26.0-K26.2, K26.4-K26.6, K27.0- K27.2, K27.4- K27.6, K28.0- K28.2,K28.4-K28.6	Perforēto čūlu diagnozes	1 253	9%	64
N70, N73, N74	Iegurņa iekaisumu slimību diagnozes	468	4%	24
H66,H67,J02,J03,J06,J31.	Ausu, deguna un mutes infekciju slimību diagnozes	6 496	49%	333
J45	Astma	2 598	20%	133
Kopā / vidēji		13 276	100%	681

* Pēc "Building primary care in a changing Europe". Edited by Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Boerma, Allen Hutchinson, Richard D. Saltman. Observatory Studies Series no. 38, WHO 2015.

** Datu sagatavošanā izmantoti Centrālās statistikas pārvaldes dati: http://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/Sociala/Sociala_ikgad_iedz_iedzskaits/IS0020.px/?rxid=7ee5bb2b-7c93-4ccb-8a34-1aa4ade09cc3 par iedzīvotāju skaitu valstī 2017. gada sākumā.

2016. gadā ir konstatēti 13 276 hospitalizācijas gadījumi ar diagnozēm, kuras Pasaules veselības organizācijas (*World Health Organisation*) redzējumā atzītas par ambulatori ārstējamām kontrolētos atbildīgas ārstēšanas apstākļos. Uz 100 000 valsts iedzīvotājiem tas ir 681 hospitalizācijas gadījums ārstniecības iestādēs kopā, kas ir par pieciem gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem mazāk nekā 2015. gadā.

58. tabula. Hospitalizēto pacientu skaits ar ES Nodarbinātības un sociālo lietu komitejas definētajām indikatordiagnozēm (pamata izrakstīšanas diagnozes) 2014.–2016. gadā

Izrakstīšanas pamata diagnožu grupas kodi pēc SSK-10	Diagnozes grupas nosaukums	2014. gadā		2015. gadā		2016. gadā	
		Hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. hospitalizēto pacientu skaits pakalpojumu programmās "Pārējie pakalpojumi"	Hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. hospitalizēto pacientu skaits pakalpojumu programmās "Pārējie pakalpojumi"	Hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. hospitalizēto pacientu skaits pakalpojumu programmās "Pārējie pakalpojumi"
E10	Insulīnatkarīgs cukura diabēts	1 141	1 064	1 114	1 079	1 107	1 074
E11	Insulīnneatkarīgs cukura diabēts	1 184	1 020	1 212	1 064	1 275	1 116
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	6 319	5 530	6 095	5 296	6 509	5 693
I11	Hipertensīva sirds slimība	2 645	2 209	2 832	2 383	2 477	2 080
I12	Hipertensīva nefropātija	100	73	99	79	116	92
I13	Hipertensīva kardiopātija	50	48	39	38	37	35
I15	Sekundāra hipertensija	101	57	87	46	90	62
J45	Astma	2 765	2 605	2 604	2 463	2 598	2 456
J46	<i>Status asthmaticus</i>	7	7	9	9	10	10
Kopā		14 312	12 613	14 091	12 457	14 219	12 618

Eiropas savienības Nodarbinātības un sociālo lietu komitejas veselības aprūpes vadlīnijās ir definētas indikatordiagnozes. Pacienti ar šīm diagnozēm pārsvarā būtu jāārstē ambulatori, sadalot kompetenci starp primārās un sekundārās veselības aprūpes speciālistiem. 2016. gadā bijušas 14 219 hospitalizācijas ar indikatordiagnozēm, kas ir gadījumu skaita palielinājums par 128 hospitalizācijām salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu. No tām 12 618 hospitalizācijas (par 161 hospitalizāciju vairāk nekā 2015. gadā) pakalpojumu programmās "Pārējie pakalpojumi" (PP kodi B0010.183, B0010.4, B0010.5), kas nozīmē, ka šiem pacientiem nav sniegta īpaša specializēta stacionārā palīdzība.

59. tabula. Valsts apmaksāto dzemdību gadījumu* skaits un īpatsvars pret kopējo dzemdību skaitu dalījumā pa ārstniecības iestādēm 2016. gadā

Ārstniecības iestāde	Dzemdības dzemdību patoloģijas gadījumā	Fizioloģiskās dzemdības	Ķeizargrieziena	Kopā	Dzemdības dzemdību patoloģijas gadījumā, %	Fizioloģiskās dzemdības, %	Ķeizargrieziena, %	Kopā, %
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	423	795	676	1 894	22%	42%	36%	100%
Vidēji klīniskās universitātes slimnīcās	423	795	676	1 894	22%	42%	36%	100%
Daugavpils reģionālā slimnīca	114	619	188	921	12%	67%	20%	100%
Jelgavas pilsētas slimnīca	177	734	166	1 077	16%	68%	15%	100%
Jēkabpils reģionālā slimnīca	82	446	181	709	12%	63%	26%	100%
Liepājas reģionālā slimnīca	203	752	187	1 142	18%	66%	16%	100%
Rēzeknes slimnīca	58	387	88	533	11%	73%	17%	100%
Vidzemes slimnīca	212	596	312	1 120	19%	53%	28%	100%
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	120	375	132	627	19%	60%	21%	100%
Kopā / Vidēji reģionālajās daudzprofila slimnīcās	966	3 909	1 254	6 129	16%	64%	20%	100%
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	31	208	58	297	10%	70%	20%	100%
Cēsu klīnika	69	240	130	439	16%	55%	30%	100%
Dobeles un apkārtnes slimnīca	76	439	78	593	13%	74%	13%	100%
Jūrmalas slimnīca	206	1 104	414	1 724	12%	64%	24%	100%
Kuldīgas slimnīca	55	397	126	578	10%	69%	22%	100%
Madonas slimnīca	29	171	64	264	11%	65%	24%	100%
Ogres rajona slimnīca	40	239	100	379	11%	63%	26%	100%
Preiļu slimnīca	107	271	91	469	23%	58%	19%	100%
Tukuma slimnīca	19	223	37	279	7%	80%	13%	100%
Kopā / Vidēji pārējās neatl. palīdzības slimnīcās	632	3 292	1 098	5 022	13%	66%	22%	100%
Rīgas Dzemdību nams	2 091	3 469	1 445	7 005	30%	50%	21%	100%
Kopā / Vidēji specializētajās slimnīcās	2 091	3 469	1 445	7 005	30%	50%	21%	100%
Siguldas slimnīca	122	680	214	1 016	12%	67%	21%	100%
Kopā / Vidēji aprūpes slimnīcās	122	680	214	1 016	12%	67%	21%	100%
Kopā	4 234	12 145	4 687	21 066	20%	58%	22%	100%

*Dati atlasīti pēc pakalpojumu programmu kodiem B1451.1, B1452.1, B1453.1

2016. gadā 21 066 dzemdību gadījumi apmaksāti no valsts budžeta. Salīdzinājumā ar 2015. gadu dzemdību skaits ir palielinājies par 36 gadījumiem. Lielākais dzemdību skaits novērojams specializētajā ārstniecības iestādē Rīgas Dzemdību nams – 7 005 dzemdības, kas veido 33% no valstī kopā notikušajām dzemdībām. Vairāk nekā 1 000 dzemdības notikušas arī: Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcā – 1 894 dzemdības, Jūrmalas slimnīcā – 1 724, Liepājas slimnīcā – 1 142, Vidzemes slimnīcā – 1 120, Jelgavas pilsētas slimnīcā 1 077 un 1 016 dzemdības Siguldas slimnīcā.

60. tabula. Bērnu un pieaugušo hospitalizēto pacientu skaita dalījums pa ārstniecības iestādēm 2016. gadā

Ārstniecības iestāžu grupa	Ārstniecības iestāde	Hospitalizēto pacientu skaits			Hospitalizēto pacientu skaita īpatsvars pret kopējo hospitalizēto pacientu skaitu ārstniecības iestādē, %	
		Bērni	Pieaugušie	Kopā	Bērni	Pieaugušie
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	17 814	53	17 867	99,7%	0,3%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	1 229	40 784	42 013	2,9%	97,1%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	839	68 416	69 255	1,2%	98,8%
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	19 882	109 253	129 135	15,4%	84,6%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	4 437	19 544	23 981	18,5%	81,5%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	1 706	11 772	13 478	12,7%	87,3%
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	2 001	8 111	10 112	19,8%	80,2%
	Liepājas reģionālā slimnīca	2 516	13 545	16 061	15,7%	84,3%
	Rēzeknes slimnīca	2 264	8 373	10 637	21,3%	78,7%
	Vidzemes slimnīca	2 406	9 726	12 132	19,8%	80,2%
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	1 414	8 162	9 576	14,8%	85,2%
	Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā	16 744	79 233	95 977	17,4%	82,6%
	Alūksnes slimnīca	600	2 222	2 822	21,3%	78,7%
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	825	3 568	4 393	18,8%	81,2%
	Cēsu klīnika	990	3 527	4 517	21,9%	78,1%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	757	3 312	4 069	18,6%	81,4%
	Jūrmalas slimnīca	11	4 696	4 707	0,2%	99,8%
	Krāslavas slimnīca	5	1 858	1 863	0,3%	99,7%

		Kuldīgas slimnīca	854	3 439	4 293	19,9%	80,1%
		Madonas slimnīca	1 208	3 399	4 607	26,2%	73,8%
		Ogres rajona slimnīca	464	4 412	4 876	9,5%	90,5%
		Preiļu slimnīca	4	1 695	1 699	0,2%	99,8%
		Tukuma slimnīca	1 123	3 941	5 064	22,2%	77,8%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā		6 841	36 069	42 910	15,9%	84,1%
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā			43 467	224 555	268 022	16,2%	83,8%
Specializētās slimnīcas		Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	320		320	100,0%	0,0%
		Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca		536	536	0,0%	100,0%
		Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	342	3 987	4 329	7,9%	92,1%
		Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	2 030	3 534	5 564	36,5%	63,5%
		Piejūras slimnīca	134	1 914	2 048	6,5%	93,5%
		Rīgas 2. slimnīca	3	3 479	3 482	0,09%	99,91%
		Rīgas Dzemdību nams	986	7 581	8 567	11,5%	88,5%
		Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	84	7 384	7 468	1,1%	98,9%
		Slimnīca Ģintermuiža	478	3 014	3 492	13,7%	86,3%
		Straupes narkoloģiskā slimnīca		1 096	1 096	0,0%	100,0%
		Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	1	3 182	3 183	0,0%	100,0%
		Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	59	5 506	5 565	1,1%	98,9%
Specializētās slimnīcas kopā			4 437	41 213	45 650	9,7%	90,3%
Aprūpes slimnīcas		Aizkraukles slimnīca		1 844	1 844	0,0%	100,0%
		Bauskas slimnīca	8	1 388	1 396	0,6%	99,4%
		Limbažu slimnīca (janvāris - maijs)					
		Līvānu slimnīca		1 024	1 024	0,0%	100,0%
		Ludzas medicīnas centrs	32	1 954	1 986	1,6%	98,4%
		Priekules slimnīca		64	64	0,0%	100,0%
		Saldus medicīnas centrs	7	1 015	1 022	0,7%	99,3%
		Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca					
	Siguldas slimnīca	7	1 988	1 995	0,4%	99,6%	
Aprūpes slimnīcas kopā			54	9 277	9 331	0,6%	99,4%

Kopā/ Vidēji	47 958	275 045	323 003	14,8%	85,2%
--------------	--------	---------	---------	-------	-------

Vidēji 2016. gadā valstī no hospitalizētajiem pacientiem 85,3 % ir pieaugušie un 14,7 % bērni. Divas ārstniecības iestādes ārstē bērnus: Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca (100 %) un Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (99,7 %). Tikai pieaugušos ārstējušas divas specializētās slimnīcas: Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca, Straupes narkoloģiskā slimnīca un trīs aprūpes slimnīcas: Aizkraukles slimnīca, Līvānu slimnīca, Priekules slimnīca.

61. tabula. Hospitalizēto pacientu skaits un īpatsvars ārstniecības iestādēs, kuriem hospitalizācijas laikā veikta vismaz viena lielā ķirurģiskā operācija* 2016. gadā

Ārstniecības iestāžu grupa	Ārstniecības iestāde	Hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. hospitalizēto pacientu skaits, kuriem veikta vismaz viena lielā ķirurģiskā operācija	Ķirurģisko hospitalizāciju īpatsvars % no kopējā ārstniecības iestādē hospitalizēto pacientu skaita
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	17 867	3 082	17%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	42 013	17 127	41%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	69 255	16 243	23%
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	129 135	36 452	28%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	23 981	3 424	14%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	13 478	2 084	15%
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	10 112	1 535	15%
	Liepājas reģionālā slimnīca	16 061	3 616	23%
	Rēzeknes slimnīca	10 637	1 321	12%
	Vidzemes slimnīca	12 132	2 316	19%
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	9 576	1 167	12%
	Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā	95 977	15 463	16%
	Alūksnes slimnīca	2 822	233	8%
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	4 393	307	7%
	Cēsu klīnika	4 517	675	15%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	4 069	505	12%
	Jūrmalas slimnīca	4 707	1 232	26%
	Krāslavas slimnīca	1 863	111	6%
	Kuldīgas slimnīca	4 293	700	16%

		Madonas slimnīca	4 607	692	15%
		Ogres rajona slimnīca	4 876	652	13%
		Preiļu slimnīca	1 699	384	23%
		Tukuma slimnīca	5 064	549	11%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā		42 910	6 040	14%
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā			268 022	57 955	22%
Specializētās slimnīcas		Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	320		0%
		Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	536		0%
		Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4 329		0%
		Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	5 564		0%
		Piejūras slimnīca	2 048	108	5%
		Rīgas 2. slimnīca	3 482	1 757	50%
		Rīgas dzemdību nams	8 567	5 555	65%
		Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	7 468		0%
		Slimnīca Ģintermuiža	3 492		0%
		Straupes narkoloģiskā slimnīca	1 096		0%
		Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3 183	1	0%
		Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	5 565	4 450	80%
Specializētās slimnīcas kopā			45 650	11 871	26%
		Aizkraukles slimnīca	1 844	1	0,1%
		Bauskas slimnīca	1 396		0%
		Līvānu slimnīca	1 024		0%
		Ludzas medicīnas centrs	1 986		0%
		Priekules slimnīca	64		0%
		Saldus medicīnas centrs	1 022		0%
		Siguldas slimnīca	1 995	633	32%
Aprūpes slimnīcas kopā			9 331	634	7%
Kopā / vidēji			323 003	70 460	22%

* Hospitalizācijas, kurās vismaz viena no manipulācijām norādīta kā lielā ķirurģiskā manipulācija (43. pazīme).

Sistemātisku ķirurģisko palīdzību sniedz visas neatliekamās palīdzības slimnīcas, četras specializētās slimnīcas - Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, Rīgas dzemdību nams, Rīgas 2. slimnīca un Piejūras slimnīca, kā arī viena aprūpes slimnīca - Siguldas slimnīca.

Lielākais ķirurģiski ārstēto pacientu īpatsvars ir Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (80%), Rīgas Dzemdību namā (65%) un Rīgas 2. slimnīcā (50%).

62. tabula. No pacienta iemaksas atbrīvoto unikālo pacientu skaits pa pacientu grupām, kuri saņēmuši valsts apmaksāto stacionāro veselības aprūpi līguma summas ietvaros un valsts kompensētā pacientu iemaksa par atbrīvotajām kategorijām* 2016. gadā

Pacientu grupas kods	Pacientu grupas nosaukums	Unikālo pacientu skaits	Valsts kompensētā pacientu iemaksa par atbrīvotajām kategorijām, EUR	Vidēji uz vienu pacientu, EUR
02	Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	4 714	1 042 677	221
03	Personas, kas saņem ārstniecības pakalpojumus to infekcijas slimību gadījumos, kuras ir laboratoriski apstiprinātas un pakļautas reģistrācijai saskaņā ar MK noteikumiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību	6 895	471 486	68
04	Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi	24 219	1 054 723	44
05	Psihiatriska ārstēšanās	11 307	6 905 570	611
08	Persona, kurai pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gadā pārsniegusi 569,15 eiro	54	13 789	255
11	Bērns līdz 18 gadu vecumam	34 434	2 466 525	72
12	Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	2 587	331 813	128
13	Černobīļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas	896	79 316	89
14	Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošas personas	2 321	268 804	116

15	Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas MK noteiktajā kārtībā	5 384	834 315	155
25	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā psihiatrijā	8	2 340	293
26	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkoloģijā**	11 378	491 583	43
27	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkohematoloģijā**	1 202	77 593	65
28	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā alkoholisma ierobežošanas programmas ietvaros**	3 258	70 377	22
29	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā narkomānijas ierobežošanas programmas ietvaros**	270	19 935	74
32	Psihiatriskā iestādē pierakstīts pacients	13	521	40
47	Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	268	35 778	133
59	1. grupas invalīds	6 881	1 203 302	175
61	Miris	10 252	1 049 571	102
84	Orgānu donori	11	757	69
85	Personas, kuras saņem paliatīvo un/ vai veselības aprūpi mājās	388	43 224	111
92	Neatliekamās medicīniskās palīdzība dienesta darbinieks	226	22 749	101
101	Patvēruma meklētājs, kuram LR MK noteiktajā kārtībā ir izsniegts patvēruma meklētāja personas dokuments vai ārzemnieks, kurš aizturēts Imigrācijas likumā noteiktajā kārtībā	24	5 639	235
107	Protestu laikā Ukrainā cietušas personas ārstēšana (atbilstoši pacientu sarakstam)	6	966	161
Kopējā pacientu iemaksu summa, ko maksā pacients par ārstēšanās gadījumu slimnīcā, pārsniedzusi 355,72 EUR		999	188 233	188
Kopā / vidēji		127 995	16 681 583	130

* ja pacients atbilst vairākām no pacientu iemaksas atbrīvotajām pacientu grupām, piemēram "Bērns līdz 18 gadiem" un "Trūcīgās personas, ...", tabulā šis pacients tiek ieskaitīts tikai vienā no grupām.

** valsts daļēji kompensē pacientam maksājamo pacienta iemaksu.

Salīdzinot ar 2015. gada rādītājiem, pa kategorijām summētais unikālo pacientu skaits 2016. gadā ir samazinājies par 645 personām, un ir 127 995 personas šogad, bet valsts kompensētās pacientu iemaksas apjoms ir samazinājies par 187 117 eiro un veido 16 681 583 eiro, kas, rēķinot uz vienu pacientu, ir par 1 eiro mazāk nekā 2015. gadā, t.i. 130 eiro.

63. tabula. Iestāšanās veida īpatsvars no hospitalizētajiem pacientiem 2016. gadā

Ārstniecības iestāde		Neatliekamo hospitalizāciju īpatsvars, %	Plānveida hospitalizāciju īpatsvars, %	Kopā, %
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Bēnu klīniskā universitātes slimnīca	66%	34%	100%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	69%	31%	100%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	60%	40%	100%
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	64%	36%	100%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	97%	3%	100%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	95%	5%	100%
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	100%	0%	100%
	Liepājas reģionālā slimnīca	78%	22%	100%
	Rēzeknes slimnīca	97%	3%	100%
	Vidzemes slimnīca	93%	7%	100%
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	100%	0%	100%
	Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā	94%	6%	100%
	Alūksnes slimnīca	100%	0%	100%
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	94%	6%	100%
	Cēsu klīnika	98%	2%	100%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	100%	0%	100%
	Jūrmalas slimnīca	63%	37%	100%
	Krāslavas slimnīca	95%	5%	100%
	Kuldīgas slimnīca	95%	5%	100%
	Madonas slimnīca	93%	7%	100%
	Ogres rajona slimnīca	99%	1%	100%
	Preiļu slimnīca	94%	6%	100%
	Tukuma slimnīca	100%	0%	100%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā	93%	7%	100%

Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā		79%	21%	100%
Specializētās slimnīcas	Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	12%	88%	100%
	Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	0%	100%	100%
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	95%	5%	100%
	Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	9%	91%	100%
	Piejūras slimnīca	54%	46%	100%
	Rīgas 2. slimnīca	45%	55%	100%
	Rīgas Dzemdību nams	100%	0%	100%
	Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	93%	7%	100%
	Slimnīca Ģintermuiža	93%	7%	100%
	Straupes narkoloģiskā slimnīca	100%	0%	100%
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	95%	5%	100%
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	53%	47%	100%
Specializētās slimnīcas kopā		73%	27%	100%
Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	0%	100%	100%
	Bauskas slimnīca	0%	100%	100%
	Līvānu slimnīca	0%	100%	100%
	Ludzas medicīnas centrs	0%	100%	100%
	Priekules slimnīca	0%	100%	100%
	Saldus medicīnas centrs	97%	3%	100%
	Siguldas slimnīca	51%	49%	100%
Aprūpes slimnīcas kopā		22%	78%	100%
Kopā / vidēji		77%	23%	100%

Salīdzinājumā ar 2015. gadu, 2016. gadā par 2 % izmainījusies iestāšanās kustību proporcija – plānveida hospitalizāciju skaits samazinājies, bet neatliekamo hospitalizāciju skaits par 2 % ir palielinājies.

64. tabula. Uz citu stacionāru pārvesto pacientu skaits dalījumā pa ārstniecības iestādēm 2016. gadā

Ārstniecības iestādes grupa	Ārstniecības iestāde	Hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. uz citām ārstniecības iestādēm pārvestie	Pārvesto pacientu skaita īpatsvars % no kopējā hospitalizāciju skaita ārstniecības iestādē
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	17 867	14	0,1%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	42 013	446	1,1%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	69 255	359	0,5%
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	129 135	819	0,6%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	23 981	184	0,8%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	13 478	327	2,4%
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	10 112	491	4,9%
	Liepājas reģionālā slimnīca	16 061	140	0,9%
	Rēzeknes slimnīca	10 637	197	1,9%
	Vidzemes slimnīca	12 132	287	2,4%
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	9 576	225	2,3%
	Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā	95 977	1 851	1,9%
	Alūksnes slimnīca	2 822	72	2,6%
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	4 393	137	3,1%
	Cēsu klīnika	4 517	90	2,0%
	Dobele un apkārtnes slimnīca	4 069	114	2,8%
	Jūrmalas slimnīca	4 707	27	0,6%
	Krāslavas slimnīca	1 863	37	2,0%
	Kuldīgas slimnīca	4 293	93	2,2%
	Madonas slimnīca	4 607	91	2,0%
	Ogres rajona slimnīca	4 876	117	2,4%
	Preiļu slimnīca	1 699	8	0,5%
	Tukuma slimnīca	5 064	87	1,7%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā	42 910	873	2,0%
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā		268 022	3 543	1,3%
Specializētās slimnīcas	Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	320	1	0,3%
	Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	536	79	14,7%
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4 329	219	5,1%
	Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	5 564	50	0,9%
	Piejūras slimnīca	2 048		0,0%
	Rīgas 2. slimnīca	3 482	49	1,4%
	Rīgas dzemdību nams	8 567	294	3,4%
	Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	7 468	243	3,3%
	Slimnīca Ģintermuiža	3 492	101	2,9%
	Straupes narkoloģiskā slimnīca	1 096	2	0,2%
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3 183	118	3,7%
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	5 565	33	0,6%
Specializētajās slimnīcas kopā		45 650	1 189	2,6%

Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	1 844	53	2,9%
	Bauskas slimnīca	1 396	40	2,9%
	Līvānu slimnīca	1 024	28	2,7%
	Ludzas medicīnas centrs	1 986	57	2,9%
	Priekules slimnīca	64	5	7,8%
	Saldus medicīnas centrs	1 022	100	9,8%
	Siguldas slimnīca	1 995	17	0,9%
Aprūpes slimnīcas kopā		9 331	300	3,2%
Kopā / vidēji		323 003	5 032	1,6%

2016. gadā ir audzis uz citu stacionāru pārvesto hospitalizēto pacientu skaits – 2016. gadā to ir par 143 pacientiem vairāk, un ir 5 032 gadījumi. Uz citu stacionāru pārvesto pacientu īpatsvars 2016. gadā nav būtiski palielinājies – par 0,1 % attiecībā pret iepriekšējo gadu. Neatliekamās palīdzības slimnīcās tas ir saglabājies nemainīgs, bet audzis specializētajās slimnīcās par 0,3 % uz 2,6 % un samazinājies aprūpes slimnīcās par 0,4 % uz 3,2 %.

65. tabula. Dati par ārstniecības iestāžu norādītajiem neatliekamā medicīniskā stāvokļa līmeņiem* stacionārajās kartēs 2016. gadā

Ārstniecības iestādes nosaukums	Neatliekamā medicīniskā stāvokļa līmeņi				
	1L	2L	3L	4L	Līmenis nav norādīts
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	0%	0%	0%	0%	100%
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	0%	4%	42%	8%	46%
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	0%	12%	15%	38%	34%
Vidēji klīniskās universitātes slimnīcās	0%	7%	22%	23%	47%
Daugavpils reģionālā slimnīca	3%	11%	58%	26%	3%
Jelgavas pilsētas slimnīca	1%	1%	78%	0%	20%
Jēkabpils reģionālā slimnīca	3%	24%	42%	2%	28%
Liepājas reģionālā slimnīca	0%	2%	22%	21%	55%
Rēzeknes slimnīca	0%	3%	96%	0%	0%
Vidzemes slimnīca	1%	6%	72%	0%	20%
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	2%	14%	68%	11%	6%
Vidēji reģionālajās daudzprofila slimnīcās	1%	8%	60%	11%	19%
Alūksnes slimnīca	30%	2%	47%	21%	0%
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	6%	38%	37%	13%	7%
Cēsu klīnika	1%	13%	83%	3%	1%
Dobeles un apkārtnes slimnīca	3%	25%	52%	0%	20%
Jūrmalas slimnīca	0%	6%	51%	6%	37%
Krāslavas slimnīca	0%	6%	53%	33%	8%
Kuldīgas slimnīca	27%	1%	8%	27%	37%
Madonas slimnīca	1%	11%	51%	4%	33%
Ogres rajona slimnīca	1%	11%	65%	5%	17%
Preiļu slimnīca	0%	0%	10%	58%	32%
Tukuma slimnīca	0%	1%	3%	46%	51%
Vidēji pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcās	6%	11%	43%	16%	24%
Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	0%	3%	96%	0%	0%
Piejūras slimnīca	0%	21%	30%	0%	50%
Rīgas 2. slimnīca	0%	0%	19%	26%	55%
Rīgas Dzemdību nams	0%	0%	0%	0%	100%

Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	0%	0%	90%	3%	6%
Slimnīca Ģintermuiža	0%	0%	65%	10%	25%
Straupes narkoloģiskā slimnīca	0%	0%	0%	0%	100%
Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	0%	0%	99%	0%	1%
Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	0%	0%	0%	52%	47%
Vidēji specializētajās slimnīcās	0%	2%	45%	11%	42%
Kopā / vidēji	1%	7%	40%	17%	34%

* Dati atlasīti pēc ārstniecības iestāžu ievadīto pacientu grupu kodiem.

Līmeņa raksturojums pēc MK noteikumiem Nr. 1529:

- ✓ L1 - jebkurš klīniskais stāvoklis ar vitālo funkciju traucējumiem;
- ✓ L2 - gadījumi, kad sniedzot neatliekamo medicīnisko palīdzību, pacientam var rasties vitālo funkciju traucējumi;
- ✓ L3 - potenciāli draudi dzīvībai, kad pacienta stāvoklis pasliktinās un var radīt nopietnas sekas veselībai;
- ✓ L4 - potenciāls apdraudējums pacienta veselībai, pacienta stāvoklis pasliktinoties var radīt smagas sekas.

Gadījumā, kad stacionārajā kartē uzrādīti divi atšķirīgi neatliekamā medicīniskā stāvokļa līmeņi, informācija tiek koriģēta uz nopietnāko līmeni.

Neatliekamā medicīniskā stāvokļa (NMS) līmeņi ārstniecības iestādes 2016. gadā ir norādījušas pacientiem 66 % gadījumos. No tiem visbiežāk norādītais ir trešais līmenis – vidēji 40% gadījumos, visretāk norādīts pirmais līmenis – vidēji 1% gadījumu. Kā pozitīva tendence novērojama NMS līmeņa nenorādīšanas gadījumu procentuālā īpatsvara samazināšanās ar katru gadu.

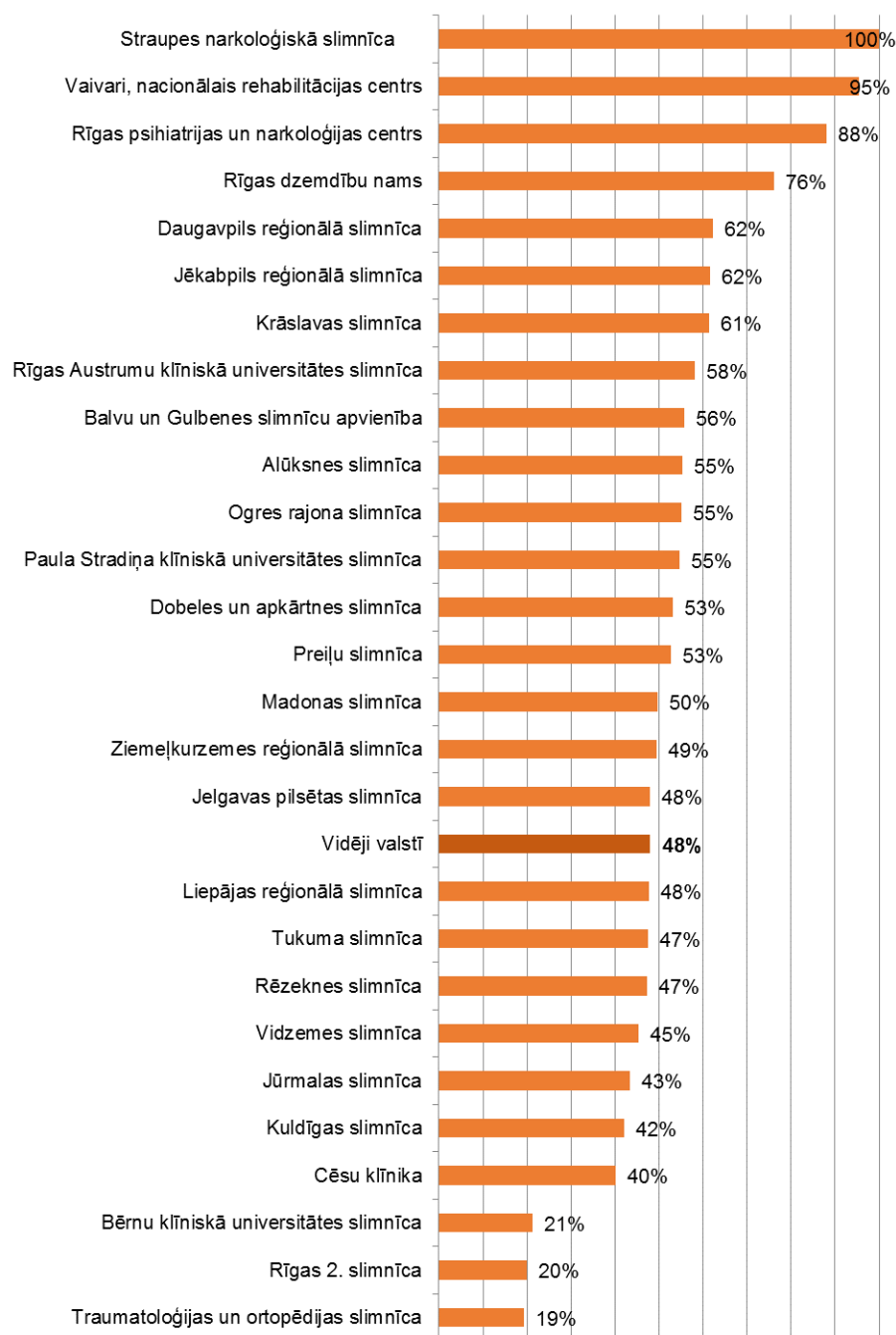
66. tabula. Observācijas gadījumu skaits un īpatsvars uzņemšanas nodaļā 2016. gadā (stacionārie un ambulatorie dati*)

Ārstniecības iestāde	Observācijas gadījumu skaits	Observācijas gadījumu īpatsvars no kopējā gadījumu skaita uzņemšanas nodaļā
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	42 153	50,3%
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	10 207	13,3%
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	5 759	4,8%
Kopā klīniskās universitātes slimnīcās	58 119	20,8%
Daugavpils reģionālā slimnīca	12 010	31,2%
Jelgavas pilsētas slimnīca	1 456	5,2%
Jēkabpils reģionālā slimnīca	2 169	13,2%
Liepājas reģionālā slimnīca	2 882	8,6%
Rēzeknes slimnīca	2 506	11,1%
Vidzemes slimnīca	3 642	13,6%
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	3 124	16,1%
Kopā reģionālajās daudzprofila slimnīcās	27 789	15,0%
Alūksnes slimnīca	398	7,8%
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	964	12,2%
Cēsu klīnika	2 125	18,9%
Dobeles un apkārtnes slimnīca	576	7,5%
Jūrmalas slimnīca	935	8,6%
Krāslavas slimnīca	196	6,5%
Kuldīgas slimnīca	733	7,2%
Madonas slimnīca	1 616	17,4%
Ogres rajona slimnīca	828	9,4%
Preiļu slimnīca	784	24,3%
Tukuma slimnīca	698	6,5%
Kopā pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcās	9 853	11,2%
Kopā / vidēji	95 761	17,3%

*Observācijas gadījumu skaitu veido stacionāro hospitalizāciju skaits ar OG pacientu grupu un ambulatoro observācijas epizožu (1. – 6.) skaits uzņemšanas nodaļā.
Gadījumu skaitu uzņemšanas nodaļā veido stacionāro hospitalizāciju skaits un ambulatoro epizožu (1. – 6.) skaits uzņemšanas nodaļā.

Pacientu novērošana observāciju gultā 2016. gadā procentuāli biežāk pielietota Bērnu klīniskās universitātes slimnīcā – 50,3 %, Daugavpils reģionālajā slimnīcā – 31,2 % un Preiļu slimnīcā 24,3 % gadījumu. Mazākais observēto pacientu skaita īpatsvars novērojams Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcā – 4,8 %, Jelgavas pilsētas slimnīcā 5,2 % un Tukuma slimnīcā 6,5 % gadījumu.

18. attēls. Hospitalizēto pacientu skaita īpatsvars no kopējās uzņemšanas nodaļas pacientu skaita 2016. gadā, % *



* Gadījumu skaitu uzņemšanas nodaļā veido stacionāro hospitalizāciju skaits un ambulatoro epizožu skaits uzņemšanas nodaļā (1.- 6.epizode).

Lielākais hospitalizēto pacientu skaits no visiem uzņemšanas nodaļā nokļuvušajiem pacientiem 2016. gadā, tāpat kā 2013.-2015. gada rādītājos, bijis specializētajās ārstniecības iestādēs. Tā ir Straupes

narkoloģiskā slimnīca (100 % apmērā), Nacionālais rehabilitācijas centrs Vaivari (95 %), Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs (88 %).

Savukārt mazākais hospitalizēto pacientu īpatsvars no uzņemšanas nodaļas, līdzīgi kā iepriekšējos gados, ir Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (19 %), Rīgas 2. slimnīcā (20 %), un Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā (21 %).

67. tabula. Dati par 1-2 dienu hospitalizācijām neatliekamās palīdzības slimnīcās 2016. gadā

Ārstniecības iestādes nosaukums	Hospitalizēto pacientu skaits*	t. sk. 1-2 dienu hospitalizācijas**	1-2 dienu hospitalizēto pacientu ** īpatsvars pret hospitalizēto pacientu* skaitu, %
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	17867	7570	42%
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	42013	13956	33%
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	69255	16137	23%
Kopā klīniskajās universitātes slimnīcās	129 135	37 663	29%
Daugavpils reģionālā slimnīca	23 981	4 893	20%
Jelgavas pilsētas slimnīca	13 478	3 299	24%
Jēkabpils reģionālā slimnīca	10 112	2 303	23%
Liepājas reģionālā slimnīca	16 061	4 841	30%
Rēzeknes slimnīca	10 637	1 338	13%
Vidzemes slimnīca	12 132	2 200	18%
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	9 576	1 808	19%
Kopā reģionālajās daudzprofila slimnīcās	95 977	20 682	22%
Alūksnes slimnīca	2 822	619	22%
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	4 393	811	18%
Cēsu klīnika	4 517	868	19%
Dobeles un apkārtnes slimnīca	4 069	934	23%
Jūrmalas slimnīca	4 707	1 487	32%
Krāslavas slimnīca	1 863	202	11%
Kuldīgas slimnīca	4 293	892	21%
Madonas slimnīca	4 607	571	12%
Ogres rajona slimnīca	4 876	1 038	21%
Preiļu slimnīca	1 699	369	22%
Tukuma slimnīca	5 064	1 327	26%
Kopā pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcās	42 910	9 118	21%
Kopā / vidēji	268 022	67 463	25%

* Hospitalizēto pacientu skaits ar jebkuru izrakstīšanas kustību.

** Hospitalizēto pacientu skaits ar izrakstīšanas kustību "31" (izrakstīts uz mājām).

Izvērtējot īslaicīgās 1-2 dienu hospitalizācijas, novērojams, ka procentuāli lielākais skaits 2016. gadā bijis Bērnu klīniskās universitātes slimnīcā – 42 % no visiem uz mājām izrakstītajiem pacientiem, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcā – 33 % un Jūrmalas slimnīcā – 32 %, kā arī Liepājas reģionālajā slimnīcā – 30 %.

Procentuāli mazākais īslaicīgo hospitalizāciju skaits bijis Krāslavas slimnīcā – 11 %, Madonas slimnīcā – 12 % un Rēzeknes slimnīcā – 13 %.

68. tabula. 2016. gadā uz mājām izrakstītie pacienti, kuri atkārtoti hospitalizēti tajā pašā vai nākamajā dienā (neieskaitot pacientus, kuriem nākamā hospitalizācija ir aprūpe vai rehabilitācija)

Ārstniecības iestāde		Hospitalizēto pacientu skaits	Atkārtoti hospitalizēti tajā pašā vai nākamajā dienā				Tajā pašā vai nākamajā dienā hospitalizēto pacientu īpatsvars no visām hospitalizācijām
			Rehospitalizēto pacientu skaits kopā	t. sk. tajā pašā ārstniecības iestādē	t. sk. citās neatliekamās palīdzības slimnīcās	t. sk. citās specializētajās slimnīcās	
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	17 867	92	58	26	8	0,5%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	42 013	442	178	198	66	1,1%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	69 255	634	352	190	92	0,9%
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā	129 135	1 168	588	414	166	0,9%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	23 981	550	271	144	135	2,3%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	13 478	204	43	99	62	1,5%
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	10 112	170	61	57	52	1,7%
	Jūrmalas slimnīca	4 707	67	34	29	4	1,4%
	Liepājas reģionālā slimnīca	16 061	214	122	54	38	1,3%
	Rēzeknes slimnīca	10 637	150	45	94	11	1,4%
	Vidzemes slimnīca	12 132	308	175	76	57	2,5%
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	9 576	265	183	73	9	2,8%
	Reģionālās daudzprofila slimnīcas kopā	100 684	1 928	934	626	368	1,9%
	Alūksnes slimnīca	2 822	37	10	26	1	1,3%
	Cēsu klīnika	4 517	59	27	28	4	1,3%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	4 069	74	12	54	8	1,8%
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	4 393	59	16	39	4	1,3%
	Krāslavas slimnīca	1 863	74	30	36	8	4,0%
	Kuldīgas slimnīca	4 293	82	32	40	10	1,9%
	Madonas slimnīca	4 607	48	14	28	6	1,0%
	Ogres rajona slimnīca	4 876	69	26	39	4	1,4%
	Preiļu slimnīca	1 699	58	21	33	4	3,4%

	Tukuma slimnīca	5 064	77	15	47	15	1,5%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā	38 203	637	203	370	64	1,7%
Specializētās slimnīcas	Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	320	6	0	0	6	1,9%
	Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	536	5	1	0	4	0,9%
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4 329	91	40	27	24	2,1%
	Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"	5 564	28	6	20	2	0,5%
	Piejūras slimnīca	2 048	62	24	26	12	3,0%
	Rīgas 2. slimnīca	3 482	100	70	20	10	2,9%
	Rīgas Dzemdību nams	8 567	35	26	9	0	0,4%
	Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	7 468	97	64	22	11	1,3%
	Slimnīca Ģintermuiža	3 492	58	22	21	15	1,7%
	Straupes narkoloģiskā slimnīca	1 096	6	0	3	3	0,5%
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3 183	74	57	10	7	2,3%
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	5 565	48	11	27	10	0,9%
	Specializētajās slimnīcās kopā	45 650	610	321	185	104	1,3%
Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	1 844	12	0	12	0	0,7%
	Bauskas slimnīca	1 396	16	0	14	2	1,1%
	Līvānu slimnīca	1 024	13	0	10	3	1,3%
	Ludzas medicīnas centrs	1 986	22	0	18	4	1,1%
	Priekules slimnīca	64	3	0	3	0	4,7%
	Saldus medicīnas centrs	1 022	14	0	12	2	1,4%
	Siguldas slimnīca	1 995	14	1	8	5	0,7%
	Aprūpes slimnīcās kopā	9 331	94	1	77	16	1,0%
Kopā		323 003	4 437	2 047	1 672	718	1,4%

Salīdzinot ar 2015. gadu, atkārtoti hospitalizēto pacientu skaita īpatsvars ir samazinājies par 0,4 %, un 2016. gadā tas ir 1,4 %.

Medicīnas pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveicē

Lai Latvijas Republikā (turpmāk – LR) sociāli apdrošinātās personas varētu saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī²⁹, Dienesta kompetencē ir izskatīt administratīvās lietas par šo tiesību atzīšanu.

Administratīvās lietas par S 1 veidlapu "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" izsniegšanu LR sociāli apdrošinātām personām veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai savā dzīvesvietā vai komandējuma vietā (citā Dalībvalstī)

Administratīvās lietas par S 1 veidlapas "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" (turpmāk S 1 veidlapa) izsniegšanu:

- ✓ LR sociāli apdrošinātām personām veselības aprūpes pakalpojumus saņemšanai savā dzīvesvietā (citā Dalībvalstī);
- ✓ LR sociāli apdrošinātām personām, kuras ir īslaicīgi nosūtītas uz citu Dalībvalsti darba veikšanai – veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai attiecīgajā valstī;
- ✓ bezdarbniekiem, kuriem ir tiesības saņemt no LR valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus LR un kuri vēlas doties darba meklējumos uz citu Dalībvalsti.

2016. gada ietvaros šīs kategorijas lietās ierosinātas 429 administratīvās lietas un izdoti 433 administratīvie akti, no kuriem 372 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par S 1 veidlapas izsniegšanu), 59 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt S 1 veidlapu), kā arī 1 lēmums par lietas izbeigšanu un 1 – par iesnieguma atzīšanu par neiesniegtu.

69. tabula. Administratīvo lietu skaits par S 1 veidlapu izsniegšanu LR sociāli apdrošinātām personām un viņu ģimenes locekļiem uz dzīvesvietu vai komandējuma vietu (laika periodā no 2009.-2016. gadam)

Gads	Ierosināto lietu skaits	Administratīvo aktu skaits	Labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Nelabvēlīgu administratīvo aktu skaits	Lēmumu par lietas izbeigšanu skaits	Lēmumu par atteikumu ierosināt administratīvo lietu skaits
2016. gads	429	433	372	59	1	1
2015. gads	471	472	354	101	12	5
2014. gads	343	383	309	74	-	-
2013. gads	244	225	166	58	-	1
2012. gads	351	314	262	50	2	-
2011. gads	361	386	353	33	-	-
2010. gads	389	354	319	35	-	-
2009. gads	466	465	446	19	-	-

²⁹ Dalībvalsts – Eiropas Savienības dalībvalsts, Eiropas Ekonomikas zonas valsts (Norvēģija, Lihtenšteina un Islande) vai Šveice.

70. tabula. 2016. gada ietvaros izsniegto S 1 veidlapu skaits LR sociāli apdrošinātām personām un viņu ģimenes locekļiem uz dzīvesvietu vai komandējuma vietu, sadalījumā pa valstīm

Valsts, uz kuru izsniegta S 1 veidlapa	LR sociāli apdrošinātās personas un to ģimenes locekļi, kuru dzīvesvieta ir citā Dalībvalstī		LR sociāli apdrošinātās personas, kuras nosūtītas uz citu Dalībvalsti amata pienākumu izpildei		Bezdarbnieki, kuri saņem bezdarbnieka pabalstu un, kuri, vēloties meklēt darbu citā Dalībvalsti, ir saņēmuši U2 veidlapu		Kopā
	Apdrošinātās personas	Ģimenes locekļi	Apdrošinātās personas	Ģimenes locekļi	Apdrošinātās pers.	Ģimenes locekļi	
Austrija			6	7			13
Beļģija	4	5	69	78	2	4	162
Čehija	1						1
Francija					1		1
Igaunija	11						11
Itālija					1		1
Lietuva	188		8	7			203
Luksemburga			1				1
Nīderlande			5	11			16
Polija			7	6			13
Slovākija	1						1
Spānija	1	1	3	5			10
Šveice					1		1
Vācija	3	2	11	16	2	1	35
Zviedrija	1		1		4		6
Bulgārija	1		1				2
Ungārija			1				1
Kopā	211	8	113	130	11	5	478

Administratīvās lietas par S 1 veidlapu izsniegšanu LR pensijas saņēmējiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai savā dzīvesvietā (citā Dalībvalstī)

2016.gada ietvaros šīs kategorijas lietās ierosinātas 326 administratīvās lietas un izdoti 363 administratīvie akti, no kuriem 312 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par S 1 veidlapas izsniegšanu), 39 - nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt S 1 veidlapu), 10 lēmumi par atteikumu ierosināt administratīvo lietu un 2 lēmumi par lietas izbeigšanu.

71. tabula. Administratīvo lietu skaits par S 1 veidlapu izsniegšanu Latvijas Republikas pensijas saņēmējiem (laika periodā no 2009. – 2016. gadam)

Gads	Ierosināto lietu skaits	Administratīvo aktu skaits	Labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Nelabvēlīgu administratīvo aktu skaits	Lēmumu par lietas izbeigšanu skaits	Lēmumu par atteikumu ierosināt administratīvo lietu skaits
2016. gads	326	363	312	39	2	10
2015. gads	359	145	101	35	5	4
2014. gads	134	135	108	27	-	Nav apkopotas informācijas
2013. gads	127	115	94	14	7	Nav apkopotas informācijas
2012. gads	138	121	98	23	-	Nav apkopotas informācijas
2011. gads	108	113	102	11	-	Nav apkopotas informācijas
2010. gads	91	77	57	20	-	Nav apkopota informācijas
2009. gads	94	79	68	11	-	Nav apkopotas informācijas

72. tabula. 2016. gada ietvaros LR pensijas saņēmējiem izdoto S 1 veidlapu skaits sadalījumā pa valstīm

Valsts	Skaits
Apvienotā Karaliste	204
Austrija	2
Beļģija	3
Bulgārija	1
Dānija	1
Francija	6
Igaunija	3
Itālija	3
Īrija	19
Lietuva	15
Luksemburga	1
Malta	1
Slovākija	1
Somija	2
Spānija	8
Ungārija	1
Vācija	35
Zviedrija	6
Kopā	312

EVAK³⁰ un EVAK aizvietojošā sertifikāta izsniegšana neatliekamās un nepieciešamās veselības aprūpes saņemšanai citā Dalībvalstī

2016. gadā ir izdotas 92 972 EVAK un 410 EVAK aizvietojošie sertifikāti, kas apliecina LR sociāli apdrošināto personu tiesības saņemt neatliekamo un nepieciešamo medicīnisko palīdzību īslaicīgas uzturēšanās laikā citā Dalībvalstī.

73. tabula. Izsniegto EVAK un EVAK AS³¹ skaits (laika periodā no 2009. – 2016. gadam)

Gads	EVAK	EVAK AS
2016. gads	92 972	410
2015. gads	86 019	403
2014. gads	74 592	415
2013. gads	74 742	472
2012. gads	71 295	448

³⁰ EVAK – Eiropas veselības apdrošināšanas karte.

³¹ EVAK AS – Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošais sertifikāts.

2011. gads	58 389	437
2010. gads	51 599	452
2009. gads	53 460	372

74. tabula. Dienestā saņemto pieprasījumu izsniegt EVAK AS skaits (laika periodā no 2006. – 2016. gadam)

Gads	EVAK AS pieprasījumu skaits
2016. gads	684
2015. gads	686
2014. gads	723
2013. gads	711
2012. gads	654
2011. gads	532
2010. gads	452
2009. gads	374
2008. gads	216
2007. gads	200
2006. gads	143

75. tabula. Spēkā esošo EVAK skaits uz kalendārā gada 31. decembri

Gads	EVAK skaits
31.12.2016.	250 800
31.12.2015.	231 954
31.12.2014.	218 109
31.12.2013.	201 387
31.12.2012.	174 019
31.12.2011.	155 693
31.12.2010.	103 076

Administratīvās lietas par S 2 veidlapas "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" izsniegšanu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai citā Dalībvalstī

2016. gadā tika ierosinātas 213 administratīvās lietas par S 2 veidlapas "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" izsniegšanu, un šīs kategorijas lietās izdoti 212 administratīvie akti, no kuriem 202 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par S 2 veidlapas izsniegšanu), 2 – daļēji labvēlīgi administratīvie akti, 6 - nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt S 2 veidlapu) un 2 lēmumi par lietas izbeigšanu. 2016. gadā tika sagatavota 1 informatīvā vēstule iesniedzējam par dokumentu iesniegšanas kārtību.

Pamatojoties uz Dienesta izdotajiem administratīvajiem aktiem, tika izsniegtas 228 S 2 veidlapas.

76. tabula. Administratīvo lietu skaits par S 2 veidlapu izsniegšanu (laika periodā no 2009. – 2016. gadam)

Gads	Ierosināto lietu skaits	Administratīvo lietu skaits	Labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Daļēji labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Nelabvēlīgu administratīvo aktu skaits	Lēmumu par lietas izbeigšanu skaits	Vēstuļu par dokumentu iesniegšanas kārtību skaits
2016. gads	213	212	202	2	6	2	1
2015. gads	209	205	196	-	8	1	4
2014. gads	247	244	237	-	7	-	3
2013. gads	188	192	174	-	13	5	Nav apkopota informācija
2012. gads	143	168	156	-	12	11	Nav apkopota informācija
2011. gads	168	150	133	-	11	6	Nav apkopota informācija
2010. gads	101	98	86	-	12	-	Nav apkopota informācija
2009. gads	123	120	113	-	7	-	Nav apkopota informācija

77. tabula. Izsniegto S 2 veidlapu skaits (laika periodā no 2006. – 2016. gadam)

Gads	Izsniegto S 2 veidlapu skaits
2016. gads	228
2015. gads	215
2014. gads	231
2013. gads	191
2012. gads	173
2011. gads	143
2010. gads	104
2009. gads	122
2008. gads	127
2007. gads	110
2006. gads	26

78. tabula. Plānveida veselības aprūpes pakalpojumi, kuru saņemšanai citā Dalībvalstī personai ir izdots labvēlīgs administratīvais akts un izsniegta S 2 veidlapa

Veselības aprūpes pakalpojuma veids	Pakalpojumu skaits
Ģenētiskās analīzes	48
Acs operācijas	33
Cilmes šūnu donora meklēšana, alogēna cilmes šūnu transplantācija, kā arī komplikāciju ārstēšana	25
Himērisma analīzes personai pēc alogēnas cilmes šūnu transplantācijas	22
Dažādas konsultācijas (dažos gadījumos arī specifiski izmeklējumi)	12
Nākošā etapa VEPTR sistēmas pagarināšanas operācija	6
Specifiska izmeklēšana	6
Minimālas reziduālas slimības (MRD) monitorēšana un kontrole pēc PCR (faktiskā laikā veikta polimerāzes ķēdes reakcija) kaulu smadzeņu aspirātā personai ar indikācijām alogēnu cilmes šūnu transplantācijai	5
Ekstrakorporāla fotoforēze	3
Asinsvadu anostomožu lāzerablācija, veicot fetoskopiju (grūtniecēm)	3
Ilgadējā kontrole pēc aknu transplantācijas (bērniem)	3
Smadzeņu dziļā stimulācija	3
Izotopu terapija	3
Ķirurģiska sirdskaites korekcija un pirmsoperācijas angiogrāfija	3

Kompleksa ārstēšana pacientam ar izteiktu torokolumbālu skoliozi pēc vairāku etapu operatīvas ārstēšanas	2
Labās puses hemikolektomija, histerektomija ar abpusēju ovariectomiju un intraoperatīva hipertermiska ķīmijterapija (HIPEC)	2
Aortas saknes rekonstrukcija, aizvietošana ar homograftu vai Ross operācija	2
Minimāli invazīva krūšu kurvja priekšējās sienas deformācijas korekcija ar Nuss tipa procedūru ar diviem metāla stieņiem	2
Aknu transplantācija (bērniem)	1
Autologo cilmes šūnu savākšana, autologo cilmes šūnu transplantācija, kā arī komplikāciju ārstēšana	1
Malformācijas sklerotizācija ar iespējamu papildus ķirurģisku ekscīziju	1
Ķirurģiska ārstēšana - muguras smadzeņu, spinālo saknīšu atdalīšana	1
Iespējama ekstremitāti saudzējoša operācija ar ķīmijterapiju pirms un pēc operācijas (bērnā)	1
Staru terapija abām plaušām un ķīmijterapijas ICE bloki, ja tā norit paralēli ar staru terapiju	1
Ķirurga konsultācija un atkārtota endoprotezēšana (bērnā)	1
Protonu terapija	1
Pieres dobuma kranializācija un gļotādas sekrēta šķidruma attecē atjaunošana uz deguna dobuma; priekšējās smadzeņu bedres defekta plastika ar perikraniālu lēveri; deguna un orbitālā kompleksa atjaunošana; deguna rekonstruktīva operācija	1
Plaša citoreduktīva operācija ar intraperitoneālu hipertermisku ķīmijterapiju (HIPEC)	1
3 – 4 ķīmijterapijas kursi, atbilstoši protokolam, kā arī operatīva terapija, lai verificētu plaušās konstatēto perēkļu dabu (bērnā)	1
Amiloidozes ķīmijterapija	1
Aortas restenozes ķirurģiska korekcija Ross modifikācijā	1
Diagnostiska angiogrāfija - sirds kateterizācija	1
Endovazāla aneirismas embolizācija	1
Labās deniņa daivas selektīva amigdalas un hipokampa rezekcija	1
Esošā impulsa ģenerators pārbaude; esošo elektrodu eksplantācija; ģenerators eksplantācija; brūces sanācija; elektrodu un ģenerators re-implantācija	1
Iedzimtās trahejas un barības vada anomālijas ķirurģiska korekcija, pēcoperācijas perioda aprūpe	1
CO2, skābekļa saturācijas, sirdsdarbības un elpošanas frekvences noteikšana, izmantojot multi-kanālu polisomnogrāfijas monitoru ar mērķi pielāgot maksimālās plaušu ventilācijas aparāta parametrus atbilstoši izmaiņām augošā bērna elpošanas funkcijās; fizioterapeita un neirologa konsultācija, kas specializējušies centrālā hypoventilācijas sindroma agrīno traucējumu diagnostikā un ārstēšanā	1

79. tabula. Valstis, kurās, pamatojoties uz izsniegto S 2 veidlapu, personām 2016. gadā sniegti plānveida veselības aprūpes pakalpojumi

Dalībvalsts	Skaits
Apvienotā Karaliste	11
Beļģija	3
Vācija	69
Igaunija	50
Itālija	1
Lietuva	48
Nīderlande	5
Polija	2
Somija	3
Spānija	3
Zviedrija	1
Šveice	7
Kopā	203

Izdevumu atmaksa fiziskām personām par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citā Dalībvalstī

2016. gadā tika saņemti 152 fizisko personu iesniegumi par izdevumu atmaksu par citās Dalībvalstīs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tajā skaitā 28 iesniegumi par izdevumu atmaksu par saņemtajiem plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem. Šīs kategorijas lietās ir izdoti 164 administratīvie akti, no kuriem 122 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums veikt izdevumu atmaksu), 31 nelabvēlīgs administratīvais akts (atteikums veikt izdevumu atmaksu) un 6 gadījumos iesniegums atzīts par neiesniegtu.

80. tabula. Administratīvo lietu skaits par izdevumu atmaksu³² fiziskām personām par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citā Dalībvalstī (laika periodā no 2009.-2016.gadam)

Gads	Ierosi- nāto lietu skaits	Administratīvo aktu skaits	Labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Nelabvēlīgu administratīvo aktu skaits	Lēmumu par lietas izbeigšanu faktu trūkuma dēļ skaits	Lēmumu par atteikumu ierosināt administratīvo lietu skaits	Lēmumu par iesnieguma atzīšanu par neiesniegtu skaits
2016. gads	152	164	122	31	5	0	6
2015. gads	154	154	118	28	-	3	5
2014. gads	156	121	103	18	-	5	-
2013. gads	141	110	88	22	-	13	-
2012. gads	154	120	94	26	-	25	-

³² Informācija par izdevumu atmaksas lietām – ietver statistiskos datus gan par izdevumu atlīdzināšanu, pamatojoties uz veselības aprūpes tarifiem, kas ir spēkā Dalībvalstī, kur veselības aprūpes pakalpojumi ir tikuši saņemti (piemērojot ES tiesisko regulējumu sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinācijai), gan par izdevumu atlīdzināšanu, pamatojoties uz LR veselības aprūpes tarifiem (saskaņā ar LR tiesību aktiem, ar kuriem ir tikusi pārņemta Direktīva par pacientu tiesību piemērošanu veselības aprūpē).

2011. gads	133	111	73	27	11	11	-
2010. gads	84	80	42	21	11	-	-
2009. gads	74	67	55	5	7	-	-

81. tabula. Ierosināto administratīvo lietu skaits par izdevumu atmaksu, sadalījumā pēc izdevumu atmaksas mehānisma

Gads	Ierosināto lietu skaits		
	Pamatojoties uz citas Dalībvalsts noteiktajiem tarifiem	Saskaņā ar LR noteikto veselības aprūpes tarifu	Kopā
2016. gads	124	28	152
2015. gads	126	28	154
2014. gads	147	9	156
2013. gads	140	1	141

82. tabula. 2016.gada ietvaros izdoto administratīvo aktu skaits par izdevumu atmaksu fiziskām personām par citā Dalībvalstī saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un administratīvajā aktā noteiktās atlīdzināmās summas (sadalījumā pa valstīm)

Dalībvalsts, kurā saņemti veselības aprūpes pakalpojumi	Izdevumu atmaksas saskaņā ar citas Dalībvalsts noteikto tarifu		Izdevumu atmaksas saskaņā ar LR noteiktajiem veselības aprūpes tarifiem	
	Labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Atlīdzināmās summas apmērs, EUR	Labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Atlīdzināmās summas apmērs, EUR
Austrija	4	6 016,38	1	610,81
Beļģija	5	558,26		
Bulgārija	1	9,71	6	169,95
Čehija	2	171,96		
Francija	11	1 216,93		
Igaunija	9	883,42	1	557,60
Itālija	3	7 132,18		
Horvātija	1	511,47		
Lietuva	11	2 659,87	9	7 106,04
Luksemburga	4	199,51		
Nīderlande	3	309,32		
Polija			1	88,05
Somija			1	241,93
Spānija			5	131,41
Šveice	2	313,34		
Ungārija	1	984,02		

Vācija	33	9 746,40	3	1 531,97
Zviedrija	5	2 637,26		
Kopā	95	33 350,03	27	10 437,76

83. tabula. 2016. gadā veiktā izdevumu atmaksa fiziskām personām par citā Dalībvalstī saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot LR veselības aprūpes tarifus (samaksātās summas procentuālā attiecība pret atlīdzināto summu)

Valsts	Veselības aprūpes pakalpojums	Personas samaksātā summa, EUR	Personai atmaksājamā summa, EUR	Personai atmaksātā summa procentos pret samaksāto summu
Austrija	Plānveida operācija. Ceļa locītavas krusteniskās saites operācija	9 216,91	610,81	6,6%
Bulgārija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija. Radioloģisks izmeklējums. Laboratorijas manipulācija.	153,39	20,81	13,6%
Bulgārija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija.	65,00	7,67	11,8%
Bulgārija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija. Radioloģisks izmeklējums. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes izsaukums.	173,84	113,72	65,4%
Bulgārija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes speciālista konsultācija.	29,66	7,67	25,9%
Bulgārija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Divas sekundārās veselības aprūpes speciālistu konsultācijas	480,62	20,08	4,2%
Vācija	Plānveida medicīniskā palīdzība dienas stacionārā. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija. Anestēzijas manipulācija. Bērnu ķirurģijas manipulācija.	2 400,00	572,58	23,9%
Vācija	Plānveida operācija. Nieres rezekcija	4 571,28	786,78	17,2%
Vācija	Plānveida medicīniskā palīdzība. Radioloģisks izmeklējums (MRT ar kontrastvielu)	415,29	172,61	41,6%
Igaunija	Plānveida dzemdības, ķeizargrieziens	1 200,00	557,60	46,5%
Spānija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija. Strutainās ķirurģijas manipulācijas. Anestēzijas manipulācija.	691,82	49,03	7,1%
Spānija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes	100,00	11,82	11,8%

Valsts	Veselības aprūpes pakalpojums	Personas samaksātā summa, EUR	Personai atmaksājamā summa, EUR	Personai atmaksātā summa procentos pret samaksāto summu
	ārsta konsultācija.			
Spānija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija. Laboratorijas manipulācija.	278,00	18,98	6,8%
Spānija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija.	220,00	12,28	5,6%
Spānija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Sekundārās veselības aprūpes speciālista konsultācija. Radioloģisks izmeklējums. Anestēzijas manipulācija. Ķirurģijas manipulācija.	499,28	39,30	7,9%
Somija	Plānveida medicīniskā palīdzība dienas stacionārā. Sekundārā veselības aprūpes speciālista konsultācija. Radioloģisks izmeklējums. Anestēzijas manipulācija. Dzemdniecības - ginekoloģijas manipulācija.	2 398,00	241,93	10,1%
Lietuva	Vertheima operācija	3 209,77	1 075,18	33,5%
Lietuva	Plānveida medicīniskā palīdzība dienas stacionārā. Divas sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācijas. Traumatoloģijas, ortopēdijas un ķirurģijas manipulācijas. Anestēzijas manipulācija. Laboratorijas manipulācijas. Radioloģisks izmeklējums. Sirds un asinsvadu sistēmas diagnostikas manipulācija.	2 562,46	685,66	26,8%
Lietuva	Plānveida medicīniskā palīdzība dienas stacionārā palīdzība. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija. Ķīmijterapija.	937,89	395,26	42,1%
Lietuva	Plānveida medicīniskā palīdzība. Sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācija. Radioloģijas manipulācijas. Ķīmijterapija.	4 051,74	1 442,85	35,6%
Lietuva	Plānveida dzemdības	555,96	314,10	56,5%
Lietuva	Plānveida operācija. Kreisās vertebrālās artērijas saīsināšana un iztaisnošana, ar tai sekojošu implantāciju	2 150,00	1 941,65	90,3%
Lietuva	Plānveida dzemdības, ķeizargrieziens	1 176,95	597,60	50,8%
Lietuva	Plānveida medicīniskā palīdzība dienas stacionārā. Divas sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācijas. Ķīmijterapija. Laboratorijas manipulācija.	1 551,28	653,74	42,1%
Polija	Neatliekamā / nepieciešamā medicīniskā palīdzība ārpus valsts apmaksātās sistēmas. Četri radioloģiski izmeklējumi. Trīs sekundārās veselības aprūpes ārsta konsultācijas. Laboratorijas manipulācijas.	235,84	88,05	37,3%
Kopā:		39 324,98	10 437,76	26,5%

E104 veidlapas³³ un S041 veidlapas³⁴ par iepriekšējo apdrošināšanas periodu izsniegšana LR apdrošinātām personām

2016. gadā Dienests ir izsniedzis 219 E104 veidlapas un S041 veidlapas, kas satur informāciju par periodu, kurā persona ir bijusi tiesīga saņemt no LR valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

84. tabula. Dienestā saņemto iesniegumu un izsniegto E104 un S041 veidlapu skaits (laika periodā no 2011. –2016.gadam)

Gads	Pieprasījumu skaits	Izsniegto izziņu skaits
2016. gads	302	219
2015. gads	289	192
2014. gads	229	168
2013. gads	272	208
2012. gads	175	124
2011. gads	157	150

Informācija par starpvalstu norēķiniem saistībā ar veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti, pamatojoties uz S veidlapām, EVAK un EVAK AS.

Katrai Dalībvalstij ir pienākums norēķināties par tās sociāli apdrošinātajām personām citā Dalībvalstī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ja tie sniegti, pamatojoties uz attiecīgās Dalībvalsts kompetentās iestādes izdotiem dokumentiem – S 1 veidlapu, S 2 veidlapu, S 3 veidlapu, EVAK vai EVAK AS.

Norēķini par nodrošinātajiem pakalpojumiem tiek veikti, ņemot par pamatu:

- ✓ veselības aprūpes faktiskās izmaksas (tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti, pamatojoties uz šādiem dokumentiem: EVAK; EVAK aizvietojošais sertifikāts; S 1 veidlapa (izņemot gadījumus, kad minētā veidlapa ir tikusi izsniegta apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem), S 2 veidlapa, S 3 veidlapa);
- ✓ veselības aprūpes vidējās izmaksas (tiek piemērotas attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nodrošināti apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kas nedzīvo vienā Dalībvalstī ar apdrošināto personu, kā arī pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem, izsniegtu S 1 veidlapu; Dalībvalsts aprēķinātās vidējās veselības aprūpes izmaksas (t. sk., to aprēķināšanas metodoloģija) tiek apstiprināta Administratīvajā komisijā sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanai (kas sastāv no Dalībvalstu delegātiem) un pēc apstiprināšanas – publicētas ES Oficiālajā Vēstnesī).

Latvijas Republikā sniegtie pakalpojumi

2016. gadā Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, 210 087,66 eiro apmērā, savukārt citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus 124 886,16 eiro apmērā. Dienests nav sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas, savukārt citas dalībvalstis ir veikušas norēķinus 48,38 eiro apmērā.

³³ E104 veidlapa "Apliecība par apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodu summēšanu".

³⁴ S041 veidlapas "Atbilde par periodu pieprasījumu – apdrošināšanas riska veids: slimība un maternitāte".

2016. gadā Dienests ir anulējis iepriekšējos gados piestādītos rēķinus 5930,36 eiro apmērā (piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, anulēti rēķini 3995,80 eiro apmērā, bet, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas, anulēti rēķini 1934,56 eiro apmērā).

85. tabula. 2016. gadā Dienesta sagatavoto pieprasījumu apjoms, pamatojoties uz faktiskajām izmaksām veselības aprūpes izmaksām, un citu Dalībvalstu veikto norēķinu apjoms, EUR

Valsts	Kopā izrakstītie rēķini, EUR	Saņemtās summas, EUR
Austrija	1 344,89	2 110,94
Beļģija	2 191,60	224,61
Bulgārija	1 330,42	0,00
Čehijas Republika	2 258,06	759,62
Dānija	3 299,56	3 184,20
Francija	2 513,91 ³⁵	42,29
Grieķija	418,87	1 507,93
Horvātija	27,91	0,00
Igaunija	28 051,80 ³⁶	24 270,06
Īrija	1 062,71	7 451,47
Islande	0,00	141,34
Itālija	3 359,40	1 635,72
Kipra	32,96	0,00
Lielbritānija	29 765,00	0,00
Lietuva	40 393,56	32 964,99
Lihtenšteina	0,00	0,00
Luksemburga	158,26	158,26
Malta	243,10	140,71
Nīderlande	9 641,19	4 856,65
Norvēģija	8 608,22	3 716,27
Polija	6 997,54 ³⁷	5 580,03
Portugāle	243,72	0,00
Rumānija	231,16	531,52
Slovākija	1 617,86	557,38
Slovēnija	30,00	30,00
Somija	17 281,89	3 185,81
Spānija	2 798,37	23,51
Šveice	1 096,09	160,02

³⁵ 2016. gadā Dienests sagatavoja rēķinus 2513,91 EUR apmērā, bet anulēti rēķini 67,56 EUR apmērā.

³⁶ 2016. gadā Dienests sagatavoja rēķinus 28051,80 EUR apmērā, bet anulēts rēķins 3590,68 EUR apmērā.

³⁷ 2016. gadā Dienests sagatavoja rēķinus 6997,54 EUR apmērā, bet anulēts rēķins 267,75 EUR apmērā.

Ungārija	204,32	784,54
Vācija	32 231,28 ³⁸	29 164,05
Zviedrija	12 654,01	1 704,24
Kopā	210 087,66	124 886,16

86. tabula. 2016. gadā citu Dalībvalstu veikto norēķinu apjoms (EUR), ņemot par pamatu vidējās veselības aprūpes izmaksas

Valsts	Saņemtās summas, EUR
Vācija	48,38 ³⁹
Kopā	48,38

87. tabula. Dienesta sagatavoto pieprasījumu apjoms un citu Dalībvalstu samaksātās summas (laika periods no 2010. - 2016.gadam)

Gads	Dienesta sagatavotie pieprasījumi (rēķini), EUR	Citu dalībvalstu veiktie norēķini, EUR
2016. gads	204 157,30	124 934,54
2015. gads	152 397,80	215 077,75
2014. gads	161 748,03	170 411,13
2013. gads	173 127,63	201 161,33
2012. gads	180 338,86	62 170,78
2011. gads	71 491,27	78 897,70
2010. gads	165 584,73	147 090,75

88. tabula. LR pieprasījumu (rēķinu) citām Dalībvalstīm par LR sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citas Dalībvalsts sociāli apdrošinātām personām dinamika (laika periodā no 2006.–2016. gadam)

Veidlapas sagatavošanas gads	Veidlapu skaits (rēķini, pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes izmaksām)	Skaita pieaugums, pretstatot iepriekšējo gadu
2016. gads	1660	+470
2015. gads	1190	+348
2014. gads	842	+342
2013. gads	500	- 179
2012. gads	679	+ 402
2011. gads	277	- 912
2010. gads	1189	+ 933
2009. gads	256	- 101
2008. gads	357	+ 307

³⁸ 2016. gadā Dienests sagatavoja rēķinus 32231,28 EUR apmērā, bet anulēts rēķins 69,81 eiro apmērā.

³⁹ 2016. gadā Dienests anulējis iepriekšējos gados piestādītos rēķinus 1934,56 eiro apmērā.

2007. gads	50	-
2006. gads	0	-

Dalībvalstīs sniegtie pakalpojumi

2016. gada ietvaros Dienests ir veicis norēķinus 9 447 285,02 eiro apmērā. No minētās summas 9 431 540,19 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot faktiskās veselības aprūpes izmaksas, savukārt, 15 744,83 eiro samaksāti par veselības aprūpes pakalpojumiem, piemērojot vidējās veselības aprūpes izmaksas.

89. tabula. 2016. gadā Dienestā iesniegto pieprasījumu apjoms par Latvijā sociāli apdrošinātām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu faktiskās izmaksas un Dienesta veikto norēķinu apjoms

Valsts	Kopā iesniegtās summas apmaksai, EUR	Apmaksātās summas, EUR
Austrija	340 495,73	313 671,12
Beļģija	257 047,91	215 082,77
Bulgārija	8 194,09	4 637,25
Čehijas Republika	20 757,56	38 038,40
Dānija	15 323,80	4 356,38
Francija	718 038,31	590 363,75
Grieķija	53 823,24	24 127,62
Horvātija	1 444,30	777,13
Igaunija	215 861,74	75 512,74
Islande	7 083,85	2 899,32
Itālija	195 783,44	148 609,68
Īrija	34 672,82	3 640,84
Kipra	20 279,74	25 787,20
Lielbritānija	532 771,32	439 065,95
Lietuva	1 391 257,81	1 602 184,54
Lihtenšteina	484,08	0,00
Luksemburga	30 553,33	7 318,52
Malta	3 180,31	1 780,20
Nīderlande	88 291,65	111 998,08
Norvēģija	71 92,87	67 232,23
Polija	42 982,50	24 943,73
Portugāle	75 533,64	12 532,81
Rumānija	425,21	106,07
Slovākija	3 916,45	2 196,12
Slovēnija	6 964,23	10 874,97

Somija	47 232,76	126 270,58
Spānija	247 602,93	229 105,06
Šveice	235 517,46	36 722,35
Ungārija	9 288,73	5 096,34
Vācija	5 031 155,84	5 037 555,23
Zviedrija	1 029 067,02	269 053,21
Kopā	10 736 959,67	9 431 540,19

90. tabula. 2016. gadā Dienesta veikto norēķinu apjoms, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu vidējās izmaksas

Valsts	Apmaksātās summas, EUR
Francija	14 140,56
Kipra	312,72
Ungārija	434,00
Vācija	857,55
Kopā	15 744,83

91. tabula. 2016. gadā Dienesta veiktie norēķini citām Dalībvalstīm, sadalījumā pa veidlapu veidiem

Uzrādītā veidlapa	Dienesta samaksātā summa, EUR
EVAK/EVAK AS	3 399 458,01
S 1	1 917 059,62
S2 (pieaugušie)	1 863 574,97
S2 (bērni)	2 267 192,42
Kopā	9 447 285,02

92. tabula. Citu Dalībvalstu pieprasījumu apjoms, pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes izmaksām (laika periodā no 2010. – 2016. gadam)

Gads	Citu dalībvalstu sagatavotie pieprasījumi (rēķini), EUR
2016. gads	10 736 959,67
2015. gads	10 232 163,11
2014. gads	9 307 946,24
2013. gads	8 795 064,30
2012. gads	7 431 616,51
2011. gads	7 139 774,55
2010. gads	2 572 268,93

ES sociālās drošības koordinācijas noteikumi sekmē personu kustību ES ietvaros, jo palīdz aizsargāt sociālā nodrošinājuma tiesības personām, kas brīvi pārvietojas Kopienā – pārceļas uz dzīvi citā Dalībvalstī, atrodas sakarā ar nodarbinātību vai arī īslaicīgi – ceļojot (t.i., nodrošinot, ka persona nezaudētu sociālo drošību). To apliecina statistikas dati par finanšu pieprasījumiem (rēķiniem) par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti citās Dalībvalstīs sociāli apdrošinātām personām.

93. tabula. Citu Dalībvalstu pieprasījumu (rēķinu), pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes izmaksām, par LR sociāli apdrošinātām personām nodrošinātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citā Dalībvalstī dinamika (laika periodā no 2006. – 2016. gadam)

Veidlapas saņemšanas gads	Saņemto veidlapu skaits (rēķini, pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes izmaksām)	Skaita pieaugums, pretstatot iepriekšējo gadu
2016. gads	11549	+791
2015. gads	10758	+1274
2014. gads	9484	-40
2013. gads	9524	+ 2944
2012. gads	6580	+ 1453
2011. gads	5127	+ 1965
2010. gads	3162	+ 913
2009. gads	2249	+ 864
2008. gads	1385	+ 354
2007. gads	1031	+ 420
2006. gads	611	-

94. tabula. Starpvalstu norēķini, pamatojoties uz ES tiesību aktiem sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanas jomā – Dienesta atgūto un samaksāto summu salīdzinājums (laika periodā no 2010. – 2016. gadam)

Gads	Dienesta atgūtās summas apmērs, EUR	Citām Dalībvalstīm samaksāto summu apmērs, EUR
2016. gads	124 934,54	9 447 285,02
2015. gads	215 077,75	3 191 468,15
2014. gads	170 411,15	9 192 374,67
2013. gads	201 161,33	8 899 082,12
2012. gads	62 170,78	8 424 297,49
2011. gads	78 897,70	3 827 873,97
2010. gads	147 090,75	2 711 093,66

IZMANTOTIE TERMINI

Unikālais pacients

Pacients, kurš saņēmis kādu vienu vai vairākus veselības aprūpes pakalpojumus konkrētā laika periodā, bet unikālo pacientu skaitā viņš tiek ieskaitīts kā viens pacients.

Primārā veselības aprūpe (PVA)

Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (ģimenes ārsti, māsas, ārstu palīgi) sniedz personai ambulatorās ārstniecības iestādēs, stacionārās ārstniecības iestādes ambulatorajā nodaļā vai dzīvesvietā.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe (SAVA)

Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona ambulatorajā ārstniecības iestādē, slimnīcas ambulatorajā nodaļā, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē (ja tajā ir organizēta ambulatorās palīdzības sniegšana), dienas stacionārā vai slimnīcā. Piemēram, speciālistu konsultācijas, diagnostiskie izmeklējumi (ultrasonogrāfija, datortomogrāfija u.c.), veselības aprūpe dienas stacionārā.

Aprūpes epizode

Laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju), līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam. Aprūpes epizodi var realizēt tikai viens ārsts (ģimenes ārsts vai speciālists) un tajā var ietilpt vairāki ambulatorie apmeklējumi.

Hospitalizācija

Pacienta uzturēšanās slimnīcā no iestāšanās līdz izrakstīšanai. Ja pacientam vienas hospitalizācijas laikā ir sniegti pakalpojumi vairākās pakalpojumu programmās, piemēram, endoprotezēšana un aprūpe, tad tas tiek uzskaitīts kā viens gadījums.