

21. VĒSTIS

2013



Latvijas Republikas Veselības ministrija
NACIONĀLAIS VESELĪBAS DIENESTS

Godātie lasītāji!

Nacionālais veselības dienests ir sagatavojis informatīvo izdevumu „Vēstis”, kurā iekļauta informācija par veselības aprūpes rezultatīvajiem rādītājiem un valsts budžeta līdzekļu izlietojumu 2012.gadā.

Nozīmīgi, ka 2012.gadā uzsākts darbs pie Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāna 2012.-2014.gadam pasākumu ieviešanas. Noslēgti līgumi par valsts apmaksātas medicīniskās apaugļošanas veikšanu, paplašināts valsts apmaksātas grūtnieču aprūpes sniedzēju loks, nodrošinot iespēju sievietēm saņemt grūtniecības novērošanu pie speciālistiem, kas iepriekš snieguši tikai maksas veselības aprūpes pakalpojumus.

2012.gadā darbību turpināja Ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis 66016001, uz kuru zvanot, iedzīvotāji var saņemt medicīniskus padomus no pieredzējušiem mediķiem par to, kā rīkoties vienkāršu saslimšanu gadījumos. No 2011.gada maija līdz 2011.gada beigām tālruņa mediķi snieguši 15 120 konsultācijas, savukārt visa 2012.gada laikā sniegtas jau 54 304 konsultācijas.

Turpinājās aktīvs darbs pie Eiropas Reģionālās attīstības fonda finansētajiem e-veselības informācijas sistēmu izveides projektiem, kā arī iedzīvotājiem tika nodrošināta veselības nozares e-pakalpojumu izmantošanas iespēja portālā www.latvija.lv. Veselības nozares e-pakalpojumi joprojām ir vieni no lietotākajiem portālā!

Šajā gadā Nacionālais veselības dienests aktīvi sadarbojies ar ārstniecības iestādēm, valsts institūcijām un nevalstiskām organizācijām, kā arī masu mediju pārstāvjiem. Īstenota aktīva iedzīvotāju informēšana par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas iespējām.

Pateicos visiem, kas piedalījās informatīvā izdevuma tapšanā un ceru, ka šis izdevums būs noderīgs gan veselības aprūpes nozares profesionāļiem, gan ikvienam valsts iedzīvotājam, kurš vēlas iegūt informāciju par veselības aprūpi Latvijā.



Māris Taube

Nacionālā veselības dienesta direktors

Satura rādītājs

Veselības aprūpes budžets	4
1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana	5
1.2. Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas un apakšprogrammas	7
1.3. Ārstniecība	14
1.4. Sociālās drošības tīkla stratēģijas līdzekļu izlietojums	15
Ārstniecības iestāžu darbības raksturojums (atbilstoši ārstniecības iestāžu pārskatiem par līdzekļu izlietojumu)	18
Medikamentu iegāde un apmaksa	20
3.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā	21
3.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	32
Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze	36
4.1. Vispārējie rādītāji	37
4.2. Primārā veselības aprūpe	47
4.2.1. Ģimenes ārstu un feldšeru – vecmāšu punktu darbības rādītāji	47
4.2.2. Veselības aprūpe mājās	54
4.2.3. Profilaktiskās apskates	59
4.2.4. Zobārstniecības aprūpes rādītāji	64
4.3. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	73
Stacionāro iestāžu darbība	85
Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs un Šveices Konfederācijā	109
Regresa prasību piedziņa	120
Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi, medicīniskās tehnoloģijas un vadlīnijas	122
E-veselības projektu ieviešana	126
Starptautiskā sadarbība	128
Izmantotie termini	131
Kontaktinformācija	132

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 finanšu palīdzība iestādes ieņēmumos – ieņēmumi no citu Eiropas Savienības (turpmāk – ES) politiku instrumentu līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanas, kas nav ES struktūra.

2012.gadā veselības aprūpei paredzēti 524,4 milj.Ls, kas veido 3,47% no iekšzemes kopprodukta. Ņemot vērā ES fondus, līdzekļi veselības aprūpei no iekšzemes kopprodukta, salīdzinot ar 2011.gadu, ir palielinājušies par 20,9 milj.Ls (2011.gadā – 503,5 milj.Ls).

1. attēls. Veselības aprūpes finansējums



* Datu avots: Veselības ministrija

Katru gadu Veselības ministrija deleģē Dienestam administrēšanā budžeta programmas un apakšprogrammas.

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

Rādītāji	2010.gads	2011.gads	2012.gads
Līdzekļi veselības aprūpei, milj.Ls	496,1	503,5	524,4
Dienesta administrējamā daļa, milj.Ls	385,5	382,4	414,3
Līdzekļu pieaugums/samazinājums* salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem, %	-0,26	-0,80	8,34
No kopējā veselības aprūpes budžeta, %	77,7	75,9	79,0

* 2012.gada Dienesta administrēšanā nodoto budžeta programmu/apakšprogrammu līdzekļu palielinājums ir 31,9 milj.Ls apmērā pret 2011.gadu.

Dienestam administrēšanai nodoto budžeta apakšprogrammu izpilde

2012.gadā Dienests nodrošināja atbilstoši likumam „Par valsts budžetu 2012.gadam” Veselības ministrijas pamatfunkciju izpildei paredzēto valsts budžeta programmu un apakšprogrammu finanšu līdzekļu administrēšanu Ls 418 339 861 apmērā. Tās veido programma 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana” un tās septiņas apakšprogrammas, kā arī atsevišķa budžeta programma 45.00.00 „Ārstniecības finansējuma administrēšana” un sešas atsevišķas budžeta apakšprogrammas: 37.03.00 „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no KF līdzekļiem)”, 62.06.00 „Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu īstenošana (2007-2013)”, 69.02.00 „Atmaksas valsts pamatbudžetā par 3. mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošanu”, 69.06.00 „3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošana (2007-2013)”, 70.06.00 „Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālā punkta darbības nodrošināšana”(līdz 2012.gada 1.aprīlim) un 70.07.00 „Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana”.

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

Programmu (apakšprogrammu) kodi	Apakšprogrammas nosaukums	Likumā par valsts budžetu, Ls	Izpilde (naudas plūsma), Ls	Izpilde % pret gada plānu
Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas, kopā:		418 339 861	414 259 836	99,0
33.00.00	Veselības aprūpes nodrošināšana	409 895 938	407 444 573	99,4
33.01.00	Ārstniecība	303 723 407	303 567 274	99,9
33.03.00	Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana ¹	83 218 602	80 986 523	97,3
33.04.00	Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde	7 203 362	7 140 209	99,1
33.08.00	Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana	84 000	84 000	100
33.09.00	Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	75 980	75 980	100
33.12.00	Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	681 206	681 206	100

33.13.00	Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana	14 909 381	14 909 381	100
37.03.00	Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no Krievijas Federācijas līdzekļiem) ²	2 529 893	1 825 116	72,1
45.00.00	Ārstniecības finansējuma administrēšana ³	4 072 894	3 712 757	91,2
62.06.00	Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu īstenošana (2007-2013)	1 670 662	1 180 282	70,7
69.02.00	Atmaksas valsts pamatbudžetā par 3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošanu ⁴	57 397	5 843	10,2
69.06.00	3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošana (2007-2013) ⁵	89 469	72 432	81,0
70.06.00	Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālā punkta darbības nodrošināšana	9 071	9 070	100
70.07.00	Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana ⁶	14 537	9 763	67,2

¹ Ministru kabineta noteikumi Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” paredzēja finanšu līdzdalību no zāļu reģistrācijas apliecības turētāju un zāļu vairumtirgotāju puses apakšprogrammai 33.03.00 „Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana”. Iesniedzēju maksājumi par 2012.gadu netika saņemti pilnā apjomā 2012.gada laikā.

² Saskaņā ar iekšējo normatīvo aktu, no Krievijas Federācijas saņemto līdzekļu sadalījumu pakalpojumu apmaksāšanai veic vienu reizi ceturksnī. Decembra maksājums no Krievijas Federācijas tika saņemts gada pēdējās dienās, kad vairs nevarēja pagūt veikt līdzekļu sadalījumu.

³ Plānoto līdzekļu neizlietoto daļu veido ieņēmumi no gada maksas par zāļu un medicīnisko ierīču uzturēšanu kompensējamo zāļu sarakstā, to lielākā daļa saņemta gada beigās.

⁴ ImPrim projektu vadošais partneris „Blekinge” kompetences centrs (Zviedrija) veic atmaksas par ImPrim 3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu ar kavējumiem.

⁵ ImPrim un PrimCareIT aktivitātes savstarpēji saistītas ar vadošo partneri (Zviedrija) un citiem projektiem.

⁶ Netika realizētas visas 2012.gadā plānotās aktivitātes.

1.2. Dienesta administrēšanā nodotās budžeta programmas un apakšprogrammas

Programma: 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana” Apakšprogramma „Ārstniecība”

Apakšprogramma 33.01.00 „Ārstniecība” nodrošina ārstniecības iestādēm, kuras sniedz ambulatoros un stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, samaksu par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Programmas ietvaros tiek veikti arī starpvalstu norēķini ar ES, Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstīm (turpmāk – EEZ) un Šveices Konfederāciju (turpmāk – Šveice), kā arī norēķini prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpi regulējošos starptautiskajos līgumos.

Samaksa par ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem tiek veikta saskaņā ar Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.1046) noteiktajiem tarifiem un apmaksas nosacījumiem un par starpvalstu norēķiniem ES un Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā un apjomā.

Sakarā ar iestāžu reorganizāciju no 2012.gada 1.aprīļa (Ministru kabineta 2012.gada 21.februāra rīkojums Nr.101 „Par Slimību profilakses un kontroles centra izveidošanu un Veselības ministrijas un Zemkopības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju”) apropriācijas pārdales kārtībā apakšprogrammai 33.01.00 „Ārstniecība” tika

palielināta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem par Ls 8 145 045, lai nodrošinātu infekcijas slimību ārstēšanas un atbalsta funkciju īstenošanu SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”.

Saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta, iedzīvotājs veic pacientu iemaksu. Pacientu iemaksas apmērs ir noteikts Noteikumos Nr.1046, kur ir minētas arī iedzīvotāju kategorijas, kuras ir atbrīvotas no pacientu iemaksas. Pacientu iemaksu par šiem pacientiem kompensē no valsts budžeta.

3. tabula. Ārstniecības iestāžu saņemtās pacientu iemaksas dinamika, Ls (pēc VIS datiem)

Pacientu iemaksa	2010.gads	2011.gads	2012.gads
Aprēķinātā pacientu iemaksa (iekasē ārstniecības iestāde)	25 236 778	21 236 056	26 034 490
Pacientu iemaksas kompensācija no valsts budžeta līdzekļiem par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros	24 985 321	27 724 607	25 098 702
Pacientu iemaksa kopā:	50 222 099	48 960 663	51 133 192

Programma: 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana”

Apakšprogramma „Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana”

Apakšprogrammas 33.03.00 „Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana” līdzekļus izlieto, lai nodrošinātu ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču iegādes izdevumu kompensāciju atbilstoši pacienta slimības diagnozei, raksturam un smaguma pakāpei. Apakšprogrammas ietvaros pacientam tiek nodrošināta iespēja iegādāties zāles un medicīniskās ierīces, kuru iegādes izdevumus atbilstoši normatīvajiem aktiem daļēji vai pilnībā sedz no likumā par valsts budžetu kārtējam gadam zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirtajiem līdzekļiem:

- zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuāliem pacientiem;
- C sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija;
- zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija, kurus atbilstoši kompensācijas nosacījumiem drīkst izrakstīt konkrētas ārstniecības iestādes speciālisti;
- M sarakstā iekļautās zāles (kompensācijas kārtības ietvaros apmaksājamās zāles, kuras lieto grūtnieces, sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām un bērni līdz 24 mēnešu vecumam, bet kuras nav iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā);
- zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā.

Programma: 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana”

Apakšprogramma „Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde”

Apakšprogrammas 33.04.00 „Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde” līdzekļi paredzēti Noteikumos Nr.1046 31.pielikumā minēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču centralizētai iegādei, kur Dienests darbojas kā iepirkumu pasūtītājs un maksātājs: vakcīnas, šļirces, standarta tuberkulīns, peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļi, fenilketonūrijas korekcijas preparāti un ārstnieciskā uztura produkti, redzes korekcijas līdzekļi bērniem.

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 ievākšanu, apstrādi, uzglabāšanu un kvalitātes nodrošināšanu), 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 ilgstoši uzturas VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” saistībā ar saslimšanu, nodrošinātu nepieciešamo interešu izglītību.

Programma: 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana”

Apakšprogramma „Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem”

Apakšprogrammas 33.12.00 „Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem” līdzekļi paredzēti Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas uzskaitē esošo ar retām slimībām slimojošo pacientu (Gošē slimība, mukopolisaharidoze, homocistinūrija, fenilketonūrija) medikamentozai ārstēšanai, nodrošinot vitāli svarīgu dzīvības funkciju uzturēšanu. Tā saucamās „retās slimības” ir slimības, kas, salīdzinot ar vispārējo populāciju, skar nelielu cilvēku skaitu un to specifiku nosaka šo slimību retā izplatība. ES slimība uzskatāma par retu, ja no 10 tūkstošiem cilvēku tā ir skārusi ne vairāk kā piecus.

Programma: 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana”

Apakšprogramma „Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana”

Apakšprogrammā 33.13.00 „Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana” paredzētie līdzekļi izlietoti atbilstoši Ministru kabineta 2010.gada 18.augusta rīkojumam „Sociālās drošības tīkla stratēģija” (turpmāk – Stratēģija).

2012.gadā Dienests nodrošināja Stratēģijā iekļauto pasākumu veselības aprūpē izpildi, apmaksājot šādus pakalpojumus:

- pacientu iemaksu un līdzmaksājuma kompensāciju, kā arī dienas stacionāra pakalpojumus trūcīgām personām;
- zāļu iegādes izdevumu kompensēšanu trūcīgām personām 100% apmērā;
- mājas aprūpi pacientiem ar smagām slimībām, t.sk. nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās;
- PVA pakalpojumu pieejamības uzlabošanu, piesaistot ģimenes ārsta praksei otru māsu, kā arī ģimenes ārsta otrās māšas vai ārsta palīga darba vietas iekārtošanu;
- ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa (laikā, kad nav pieejams ģimenes ārsts) darbību;
- stacionāro pakalpojumu koncentrēšanu pacientiem ar garīgām slimībām, attīstot aprūpi dienas stacionāros.

4. tabula. Stratēģijas pasākumu īstenošana 2012.gadā (faktiskie izdevumi)

Nr.p.k.	Rādītāja nosaukums	Kopā pārskata periodā, Ls
1.	Pacientu iemaksu un līdzmaksājuma kompensācija un dienas stacionāra pakalpojumi trūcīgām personām	3 970 021,33
2.	Zāļu iegādes izdevumu kompensēšana trūcīgām personām 100% apmērā	3 048 453,16
3.	Mājas aprūpe pacientiem ar smagām slimībām	3 050 169,92
4.	Stacionāro pakalpojumu koncentrēšana pacientiem ar garīgām slimībām, samazinot gultu skaitu, attīstot aprūpi dienas centros	763 716,35
5.	PVA pakalpojumu pieejamības uzlabošana, piesaistot ģimenes ārsta praksei otru māsu, kā arī ģimenes ārsta otrās māsas vai ārsta palīga darba vietas iekārtošana	2 959 044,57
6.	Ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa (laikā, kad nav pieejams ģimenes ārsts) ieviešana	125 846,96
Kopā:		13 917 252,29

2012.gada laikā no apakšprogrammas līdzekļiem veikti maksājumi Ls 14 909 381 (tie ietver arī gala maksājumus par 2011.gadā sniegtajiem pakalpojumiem).

5. tabula. No Stratēģijas līdzekļiem apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu statistiskie rādītāji 2012.gadā

Nr.p.k.	Rādītāja nosaukums	Kopā pārskata periodā
1.	Dienas stacionāra pakalpojumi trūcīgām personām: gultas dienu skaits	48 817
2.	Apmeklējumu skaits, kad trūcīgām personām kompensēta pacienta iemaksa	396 852
3.	Hospitalizāciju skaits, kad trūcīgām personām kompensēta pacienta iemaksa	16 602
4.	Gadījumu skaits, kad trūcīgām personām kompensēts līdzmaksājums	2 073
5.	Gultu dienu skaits dienas stacionārā pacientiem ar garīgiem traucējumiem	60 084
6.	Apmeklējumu skaits, veicot pacienta veselības aprūpi mājās	288 661
7.	Apmeklējumu skaits pie pacientiem mājās, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija	358
8.	Gadījumu skaits, kad trūcīgām personām atgriezti līdzekļi par medikamentu iegādi	41
9.	Gadījumu skaits, kad kompensē medikamentus pēc individuāla iesnieguma	18
10.	Zāļu iegādes izdevumu kompensēšana trūcīgām personām 100% apmērā: recepšu skaits	150 204
11.	Ģimenes ārstu prakšu skaits, kurās strādā otra māsa	492
12.	Saņemto zvanu skaits uz ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni	54 304

Apakšprogramma: 37.03.00 „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe”

Apakšprogrammas 37.03.00 „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no Krievijas Federācijas līdzekļiem)” resursus veido Krievijas Federācijas ieskaitītais 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”.

Atbilstoši Protokolam par naudas līdzekļu normatīvu veselības pakalpojumu nodrošināšanai Krievijas Federācijas militāriem pensionāriem, no Krievijas Federācijas saņemtie līdzekļi tiek izlietoti šādu veselības aprūpes budžeta izdevumu kompensācijai: ārstniecības pakalpojumiem, centralizētai medikamentu un materiālu iegādei, ambulatorai ārstniecībai paredzēto kompensējamo medikamentu apmaksai.

Programma: 45.00.00 „Ārstniecības finansējuma administrēšana”

Programmā 45.00.00 „Ārstniecības finansējuma administrēšana” 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 kompensējamo zāļu sistēmas (turpmāk – KZS) ietvaros;
- Eiropas veselības apdrošināšanas karšu (turpmāk – EVAK) izdošana un ES veidlapu izsniegšana Latvijas iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ES dalībvalstīs;
- uzaicinājuma vēstuļu nosūtīšana uz valsts apmaksātu dzemdes kakla vēža profilaktisko pārbaudi un uz krūts vēža profilaktisko pārbaudi;
- vienotas valsts nozīmes veselības aprūpes uzskaites, norēķinu sistēmas un klasifikatoru uzturēšana, kā arī sistēmas izmaiņu veikšana, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem pieeju VIS, slēdzot līgumus par VIS lietošanu;
- klīnisko vadlīniju un racionālas farmakoterapijas sarakstu izstrāde;
- e-veselības politikas īstenošana;
- no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifu un samaksas nosacījumu izstrāde;
- no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo ārstniecībā izmantojamo (tajā skaitā kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto) zāļu un medicīnisko ierīču cenu aprēķināšana;
- veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas ES un Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā, apjomā koordinēšana.

Programma: 62.00.00 „Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu un pasākumu īstenošana”

Apakšprogramma „Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu īstenošana (2007-2013)”

Apakšprogrammas 62.06.00 „Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu īstenošana (2007-2013)” nodrošina trīs ERAF projektus:

- 1) Projekts „Elektroniskās veselības kartes un integrācijas platformas informācijas sistēmas izveide, 1.posms”.
- Integrācijas platformas izveides mērķis ir radīt vidi, kurā tiks nodrošināta informācijas apmaiņa starp dažādām veselības nozares informācijas sistēmām.
- Elektronisko veselības karšu sistēmas izveides mērķis ir radīt vienotu datu bāzi, kurā tiks uzkrāti dati par pacientiem sniegtajiem pakalpojumiem, lai vienuviet nodrošinātu šo datu pieejamību gan pašam pacientam, gan ārstniecības personām no dažādām ārstniecības iestādēm.

- 2) Projekts „Elektroniska apmeklējumu rezervēšanas izveide (e-booking), veselības aprūpes darba plūsmu elektronizēšana (e-referrals) – 1.posms, sabiedrības veselības portāla izveide, informācijas drošības un personas datu aizsardzības nodrošināšana”, kura mērķi ir:
 - palielināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un samazināt pacientu nelietderīgi patērēto laiku, izveidojot elektronisku apmeklējumu rezervēšanas (e-pierakstu) informācijas sistēmu;
 - palielināt ārstu darba produktivitāti, uzlabot informācijas apriti un informācijas pieejamību ārstniecības procesa laikā, nodrošināt precīzu uzskaiti un statistiku par nosūtījumiem, izveidojot e-nosūtījumu informācijas sistēmu;
 - palielināt sabiedrības un pacientu informētību par veselības jautājumiem un motivāciju sekot līdzi savai veselībai, kā arī izveidot pacientiem un ārstiem vienotu vidi, kurā būtu pieejama personalizēta informācija un elektroniskie pakalpojumi, izveidojot sabiedrības veselības portālu;
 - nodrošināt vienotu pieeju informācijas drošībai un personas datu aizsardzībai ārstniecības iestādēs, ieviešot e-veselības risinājumus.
- 3) Projekts „Elektronisko recepšu informācijas sistēmas izveides pirmais posms”, kura mērķi ir:
 - ārstiem nodrošināt efektīvāku recepšu izrakstīšanas procesu;
 - ārstiem nodrošināt vairāk informācijas par to, kā pacienti lieto medikamentus;
 - nodrošināt ārstus un pacientus ar pilnīgāku un objektīvāku informāciju par pacientu lietotajiem medikamentiem;
 - nozares vadībai nodrošināt labāku uzraudzību un informāciju par medikamentu apriti.

Programma: 69.00.00 „3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošana”

1. Apakšprogramma „Atmaksas valsts pamatbudžetā par 3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu finansējumu”

Apakšprogrammas 69.02.00 „Atmaksas valsts pamatbudžetā par 3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu finansējumu” resursus veido ārvalstu finanšu palīdzība atmaksām valsts pamatbudžetam. Vadošais partneris „Blekinge” kompetences centrs (Zviedrija) veic atmaksas par ImPrim 3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošanu. Atmaksas tiek saņemtas ar kavējumu.

2. Apakšprogramma „3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īst.(2007-2013)”

Apakšprogrammas 69.06.00 3.mērķa „Eiropas teritoriālā sadarbība” pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošana (2007-2013)” ietvaros tiek finansēti divi projekti: „Sabiedrības veselības uzlabošana, veicinot vienlīdzīgi pieejamu augstas kvalitātes primārās veselības aprūpes sistēmu” (turpmāk - ImPrim) un Baltijas jūras transnacionālās sadarbības programmas finansēts projekts „Sociālo apstākļu uzlabošana primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem Baltijas jūras reģiona valstu mazapdzīvotos rajonos ar tele-konsultāciju un tele-mentoringa ieviešanu, novēršot veselības aprūpes profesionāļu aizbraukšanu no mazapdzīvotām teritorijām, kā arī viņu profesionālo izolētību” (turpmāk – PrimCareIT).

ImPrim projekta mērķis ir palielināt PVA pieejamību, veicināt finanšu resursu piesaisti PVA un ģimenes ārstu profesionālās kvalitātes uzlabošanu. ImPrim projektā iesaistīti Ziemeļvalstu un Baltijas jūras reģiona valstu eksperti ar profesionālo pieredzi un zināšanām gan medicīnā, gan veselības ekonomikā, gan veselības aprūpes organizācijā. Dienests ir koordinators ImPrim darba paketei „Primārās veselības aprūpes finanšu instrumentu uzlabošana”. Latvija ir atbildīga (sadarbībā ar partneriem no Zviedrijas, Krievijas, Baltkrievijas, Lietuvas un Polijas) par aktivitātes „Jaunas kopēji izveidotas uz iniciatīvu balstītas apmaksas sistēmas testēšana” izpildi. Dienests kā partneris ir iesaistīts šādu aktivitāšu realizācijā:

- transnacionāla ekspertīze par PVA apmaksas shēmām, ieskaitot finanses un medicīnisko ierakstu veidošanu (atbildīgā – Zviedrija);
- PVA kā atsevišķas sfēras inkorporēšana valstu reģionālajos plānos (atbildīgā – Lietuva);
- PVA indikatoru sistēmas izveide, ar kuras palīdzību var vērtēt veselības aprūpes kvalitāti (atbildīgā – Polija);
- kvalitātes indikatoru ietekmes uz PVA pakalpojumiem testēšana (atbildīgā – Polija un Lietuva);
- instrumentu izveide kvalitātes uzlabošanai, ievērojot principu „no apakšas uz augšu” (atbildīgā – Zviedrija);
- stratēģiju adaptācija, lai veicinātu vienādu PVA pakalpojumu pieejamību (atbildīgā – Zviedrija);
- sabiedrības veselības veicināšanas aktivitāšu un PVA pakalpojumu sinerģijas nodrošināšana veselības jomā.

PrimCareIT projekta mērķis ir, ieviešot tele-konsultāciju un tele-mentoringu pakalpojumu sniegšanu, uzlabot sociālos apstākļus PVA pakalpojumu sniedzējiem mazapdzīvotajās teritorijās, tādā veidā mazinot veselības aprūpes profesionāļu aizbraukšanu no mazapdzīvotām teritorijām, kā arī viņu profesionālo izolētību.

Projekta uzdevumi ir:

- novērtēt situāciju, iespējas un šķēršļus tele-konsultāciju un tele-mentoringa jomā;
- motivēt veselības aprūpes profesionāļus strādāt mazapdzīvotajos reģionos, attīstot virtuālos komunikāciju risinājumus;
- veicināt vienlīdzīgu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem. Mazināt attāluma radītos šķēršļus un profesionālo izolētību;
- piedāvāt pieredzi un atbalstu, izmantojot tele-mentoringa sniegtās iespējas;
- veicināt ilgtspējīgu tele-medicīnu;
- palielināt politikas veidotāju izpratni par e-veselību.

Programma: 70.00.00 „Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana”

Apakšprogramma „Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālā punkta darbības nodrošināšana”

Apakšprogrammu 70.06.00 „Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālā punkta darbības nodrošināšana” Dienests īstenoja līdz 2012.gada 1.aprīlim. Sakarā ar iestāžu reorganizāciju 2012.gada 1.aprīlī (Ministru kabineta rīkojums Nr.101 „Par Slimību profilakses un kontroles centra izveidošanu un Veselības ministrijas un Zemkopības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju”), Dienests 70.06.00 apakšprogrammas uzdevumu administrēšanu nodeva jaunizveidotajam Slimību profilakses un kontroles centram.

Veiktās aktivitātes:

- nodrošināta piecu galveno epidemioloģisko indikatoru uzturēšana un attīstība valstī;
- uzturēta un pilnveidota agrīnā brīdinājuma sistēma par jaunajām psihoaktīvajām vielām valstī;
- nodrošināta apakšprogrammas 70.06.00 revīzija.

Programma: 70.00.00 „Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana”

Apakšprogramma „Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana”

Apakšprogrammas 70.07.00 „Citu Eiropas Kopienas projektu īstenošana” ietvaros tiek īstenoti četri projekti:

- Latvijas-Ziemeļvalstu sadarbība diagnostikā piesaistīto grupu (turpmāk – DRG) apmaksas sistēmas ieviešanā – PA-GRO-77 apmaksas sistēmas ieviešanā;
- Medicīnas tehnoloģiju novērtēšanas Eiropas sadarbības tīkls – EUnetHTA JA;
- Vienota rīcība – e-veselības pārvaldības iniciatīva – JA-eHGov;
- Atbalsts Eiropas e-veselības pārvaldības iniciatīvai un darbībai No 270941 – SEHGOVIA.

Apakšprogrammas finansējumu veido ārvalstu finanšu palīdzība – ieņēmumi no citu ES politiku instrumentu līdzfinansēto projektu un pasākumu īstenošanas, kas nav ES struktūrfondi.

1.3. Ārstniecība

Apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” finanšu līdzekļi paredzēti norēķiniem par ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī starpvalstu norēķiniem ar ES un 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.

Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk tekstā – Noteikumi Nr.1046) paredz, ka līdzekļu sadalījumu veselības aprūpes pakalpojumu samaksai Dienests plāno šādās proporcijās:

- ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 45% apmērā;
- stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 53%;
- samaksai par starpvalstu norēķiniem ar ES un 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%.

6.tabulā ir uzrādīti 2012.gadā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai pieejamie resursi un plānotais finansējums sadalījumā pa veselības aprūpes veidiem. Finanšu līdzekļu plānojums atbilst Noteikumos Nr.1046 noteiktajai proporcijai.

6. tabula. Plānotais finansējuma sadalījums veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai 2012.gadā

Pakalpojumu veidi	Plānotais finansējums 2012.gadam, Ls	
	Ls	%
Kopā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai:	305 709 028	100,00
Ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem	150 097 999	49,10
Stacionārai palīdzībai	149 563 190	48,92
<i>stacionārai palīdzībai</i>	135 123 106	-
<i>pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām</i>	14 440 084	-
Norēķiniem ar ES, EEZ dalībvalstīm un Šveici	6 047 839	1,98
Resursi:	305 709 028	-
Apakšprogrammā „Ārstniecība” pakalpojumu apmaksāšanai plānotie līdzekļi, ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un citi pašu ieņēmumi	303 723 407	-
Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpes pakalpojumi	1 985 621	-

1.4. Sociālās drošības tīkla stratēģijas līdzekļu izlietojums

2012.gada 31.decembrī ir noslēgusies Apakšprogrammas 33.13.00 „Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana” īstenošana.

Stratēģijas pasākumu īstenošana tika uzsākta 2009.gada 1.oktobrī, ko noteica 2009.gada 8.septembrī Ministru kabineta sēdē apstiprinātā „Sociālā drošības tīkla stratēģija”, kuras mērķis bija nodrošināt ārkārtas drošības pasākumu kopumu, kuru ieviešana nodrošinātu negatīvās sociālās ietekmes samazināšanu, kas izveidojās globālās un Latvijas finanšu un ekonomikas krīzes rezultātā. Stratēģijā iekļautie pasākumi veselības aprūpē bija:

- kompensācijas mehānisma izveide trūcīgām personām noteiktās pacientu iemaksas segšanai;
- zāļu kompensēšana trūcīgiem pacientiem 100% apmērā, ja pacienta iegādāto zāļu līdzmaksājums kompensācijas sistēmā kalendārā gada laikā sasniedz 50 latu (2009.gada trijos mēnešos – Ls 12,50);
- kompensācijas mehānisma izveide trūcīgo pacientu viesnīcas izdevumu segšanai (uzturēšanās „slimnīcu viesnīcās”);
- mājas aprūpes nodrošināšana trūcīgiem pacientiem ar smagām slimībām;
- stacionāro pakalpojumu koncentrēšana trūcīgiem pacientiem ar garīgām slimībām, samazinot gultu dienu skaitu, attīstot aprūpi dienas stacionāros.

No 2010.gada 12.janvāra spēkā stājās grozījumi Noteikumos Nr.1046 un pakalpojumu saņēmēju loks, kuriem pakalpojumi tika segti no Stratēģijas pasākumu īstenošanai paredzētajiem līdzekļiem, tika papildināts ar personām, kuru ienākumi ir līdz Ls 120 un Ls 150.

Atbilstoši Ministru kabineta 2010.gada 18.augusta rīkojumam „Sociālās drošības tīkla stratēģija” un Ministru kabineta 2011.gada 18.maija grozījumiem „Sociālās drošības tīkla stratēģija”, Stratēģijā iekļautie pasākumi veselības aprūpē tika papildināti ar:

- noteiktās pacientu iemaksas un līdzmaksājuma kompensāciju un pamatpakalpojuma apmaksu trūcīgām personām un personām ar zemiem ienākumiem;
- zāļu iegādes izdevumu kompensēšanu trūcīgiem pacientiem un pacientiem ar zemiem ienākumiem 100% apmērā;
- kompensācijas mehānisma izveidi pacientu viesnīcas izdevumu segšanai (izmitināšanas izdevumi) 100% apmērā trūcīgiem pacientiem un pacientiem ar zemiem ienākumiem, savukārt pacientiem ar ienākumiem līdz Ls 150 – 50% apmērā;
- primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanu, piesaistot ģimenes ārsta praksei otru māsu;
- ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa (laikā, kad nav pieejams ģimenes ārsts) ieviešanu;
- dienas stacionāra pakalpojumu nodrošināšanu.

Atbilstoši 2011.gada 4.novembrī Ministru kabineta sēdē apstiprinātajiem priekšlikumiem Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu turpināšanai, ievērojami tika samazināti Stratēģijai paredzētie budžeta līdzekļi, līdz ar to 2012.gadā Dienests nodrošināja Stratēģijā iekļauto pasākumu veselības aprūpē izpildi, samazinot pakalpojumu saņēmēju loku un apmaksājot trūcīgām personām tikai šādus pakalpojumus:

- pacientu iemaksu un līdzmaksājuma kompensāciju, kā arī dienas stacionāra pakalpojumus trūcīgām personām;
- zāļu iegādes izdevumu kompensēšanu trūcīgām personām 100% apmērā;
- mājas aprūpi pacientiem ar smagām slimībām, t.sk. nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās;
- PVA pakalpojumu pieejamības uzlabošanu, piesaistot ģimenes ārsta praksei otru māsu kā arī ģimenes ārsta otrās māsu vai ārsta palīga darba vietas iekārtošanu;
- ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa (laikā, kad nav pieejams ģimenes ārsts) darbību;
- stacionāro pakalpojumu koncentrēšanu pacientiem ar garīgām slimībām, attīstot aprūpi dienas stacionāros.

7. tabula. Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana 2010., 2011. un 2012. gadā

Nr.p.k.	Rādītāja nosaukums	2009.gads (no 01.11), Ls	2010.gads, Ls	2011.gads, Ls	2012.gads, Ls
1.	Pacientu iemaksas un līdzmaksājuma kompensācija un pamatpakalpojuma apmaksa	326 749	11 808 303	18 612 142	3 701 092
	Pacienta iemaksas kompensācija un pamatpakalpojumu apmaksa pie ģimenes ārsta				
1.1.	100% apmērā trūcīgām personām ¹	X	X	X	X
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem ²	-	X	X	-
	50% apmērā personām ar ienākumiem līdz Ls 150	-	X	X	-
	Pacienta iemaksas kompensācija pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem				
1.2.	100% apmērā trūcīgām personām	X	X	X	X
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem	-	X	X	-
	50% apmērā personām ar ienākumiem līdz Ls 150	-	X	X	-
	Pacienta iemaksas kompensācija saņemot stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus				
1.3.	100% apmērā trūcīgām personām	X	X	X	X
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem	-	X	X	-
	50% apmērā personām ar ienākumiem līdz Ls 150	-	X	X	-
	Līdzmaksājuma kompensācija saņemot stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus				
1.4.	100% apmērā trūcīgām personām	-	X	X	X
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem	-	X	X	-
	50% apmērā personām ar ienākumiem līdz Ls 150	-	X	X	-
	Zāļu iegādes izdevumu kompensēšana	11 630	2 947 716	5 476 990	3 048 453
	100% apmērā trūcīgām personām	-	X	X	X
2.	100% apmērā trūcīgajiem pacientiem (ja pacienta iegādāto zāļu līdzmaksājums kompensācijas sistēmā kalendārā gada laikā sasniedz 50 latu)	X	-	-	-
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem	-	X	X	-
	Kompensācijas mehānisma izveide pacientu viesnīcas izdevumu segšanai (izmitināšanas izdevumi)	59 887	455 092	536 810	-
3.	100% apmērā trūcīgām personām	X	X	X	-
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem	-	X	X	-
	50% apmērā personām ar ienākumiem līdz Ls150	-	X	X	-
4.	Mājas aprūpes nodrošināšana pacientiem ar smagām slimībām	1 091	722 047	2 276 936	3 050 170
5.	Stacionāro pakalpojumu koncentrēšana pacientiem ar garīgām slimībām, samazinot gultu skaitu, attīstot aprūpi dienas centros (dienas stacionārs)	3 013	183 387	642 598	763 716
6.	Primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošana, piesaistot ģimenes ārsta praksei otru māsu	-	1 135 630	2 653 278	2 959 045
7.	Ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa (laikā, kad nav pieejams ģimenes ārsts) ieviešana	-	-	111 291	125 847
8.	Dienas stacionāra pakalpojumu nodrošināšana un pacienta iemaksas kompensācija (izņemot pacientiem ar garīgām saslimšanām)	-	8 553 444	492 161*	268 929
	Pacienta iemaksas kompensācija				
8.1.	100% apmērā trūcīgām personām	-	X	X	X
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem	-	-	-	-
	Pakalpojumu nodrošināšana				
8.2.	100% apmērā trūcīgām personām	-	X	X	X
	100% apmērā personām ar zemiem ienākumiem	-	X	X	-
Kopā, Ls:		402 370	25 805 619	30 802 206	13 917 252

* Norādīta summa tikai par pacienta iemaksas kompensāciju.

¹ Trūcīga persona – persona, ja tās vidējie ienākumi katram ģimenes loceklim mēnesī pēdējo triju mēnešu laikā nepārsniedz Ls 90;

² Persona ar zemiem ienākumiem – persona, ja tās vidējie ienākumi katram ģimenes loceklim mēnesī pēdējo triju mēnešu laikā nepārsniedz Ls 120.

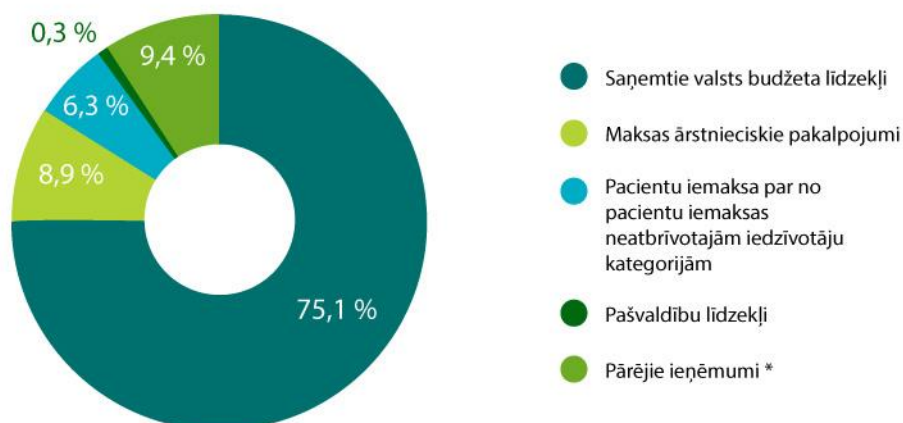
8. tabula. Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana 2012.gadā (faktiskie izdevumi)

Nr.p.k.	Rādītāja nosaukums	Kopā pārskata periodā
1.	Pacientu iemaksu un līdzmaksājuma kompensācija un dienas stacionāra pakalpojumi trūcīgām personām	3 970 021,33
1.1.	Kompensētā pacientu iemaksa stacionārā, Ls	1 571 495,50
	<i>t.sk. valsts līdzmaksājuma kompensācija stacionārā, Ls</i>	62 200,00
1.2.	Valsts kompensētais maksājums par ambulatoriem pakalpojumiem (trūcīgās personas dienas stacionāros, izņemot pacientiem ar garīgām saslimšanām)	1 188 949,33
1.3.	Kompensētā pacientu iemaksa PVA pakalpojumiem	288 521,00
1.4.	Kompensētā pacientu iemaksa SAVA pakalpojumiem (izņemot dienas stacionāra pakalpojumus)	652 126,50
1.5.	Kompensētā pacientu iemaksa dienas stacionārā (izņemot pacientiem ar garīgām saslimšanām)	268 929,00
2.	Zāļu iegādes izdevumu kompensēšana trūcīgām personām 100% apmērā	3 048 453,16
2.1.	Pacientiem atgrieztie līdzekļi par medikamentu iegādi, Ls	546,88
2.2.	Zāļu kompensācija trūcīgām personām atbilstoši individuāliem iesniegumiem, Ls	10 845,92
2.3.	Zāļu kompensācija trūcīgām personām, Ls	3 037 060,36
3.	Mājas aprūpe pacientiem ar smagām slimībām	3 050 169,92
3.1.	Valsts kompensētais maksājums par mājas aprūpi pacientiem ar hroniskām slimībām	3 050 169,92
	<i>t.sk. valsts kompensētais maksājums par pakalpojumu „Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa mājas vizīte pie pacienta, nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājā”</i>	3 693,19
	<i>t.sk. kompensētā pacientu iemaksa par pakalpojumu „Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa mājas vizīte pie pacienta, nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājā”</i>	249,00
4.	Stacionāro pakalpojumu koncentrēšana pacientiem ar garīgām slimībām, samazinot gultu skaitu, attīstot aprūpi dienas stacionāros	763 716,35
4.1.	Valsts kompensētais maksājums par pakalpojumiem dienas stacionārā pacientiem ar garīgām saslimšanām	463 061,35
4.2.	Kompensētā pacientu iemaksa dienas stacionārā pacientiem ar garīgām saslimšanām	300 655,00
5.	Primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošana, piesaistot ģimenes ārsta praksei otru māsu, kā arī ģimenes ārsta otrās māsas vai ārsta palīga darba vietas iekārtošana	2 959 044,57
5.1.	Maksājums par PVA pakalpojumu pieejamības uzlabošanu, piesaistot ģimenes ārstu praksē otru māsu	2 958 160,60
5.2.	Ģimenes ārsta otrās māsas vai ārsta palīga darba vietas iekārtošana PVA pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai	883,97
6.	Ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa (laikā, kad nav pieejams ģimenes ārsts) ieviešana	125 846,96
Kopā:		13 917 252,29

Ārstniecības iestāžu darbības raksturojums (atbilstoši ārstniecības iestāžu pārskatiem par līdzekļu izlietojumu)

Sadaļā „Ārstniecības iestāžu darbības raksturojums” sniegta informācija par ārstniecības iestāžu (tajā skaitā, ārstu prakšu) ieņēmumiem, izdevumiem un iekasētajām pacientu iemaksām. Informācija sagatavota, izmantojot ārstniecības iestāžu iesniegtos pārskatus par līdzekļu izlietojumu.

2. attēls. Ārstniecības iestāžu ieņēmumu struktūra, %

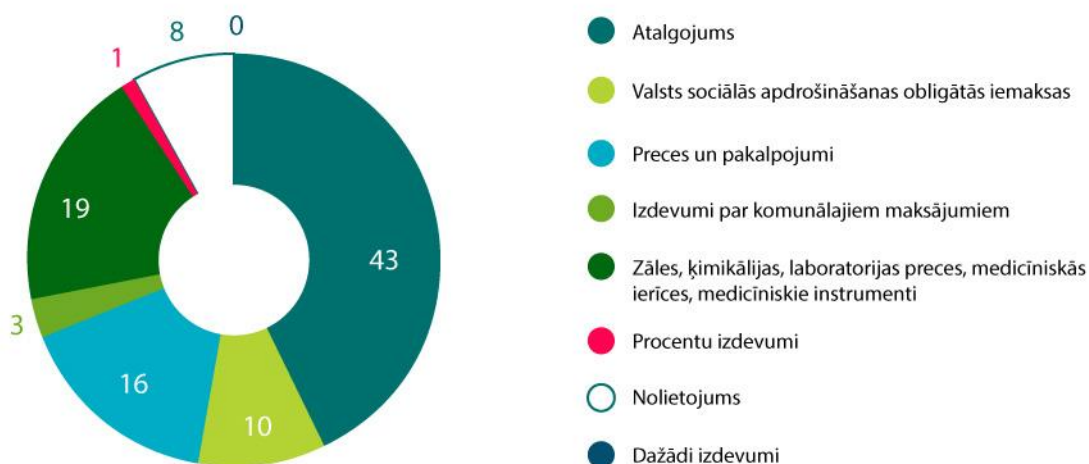


* Citi ārstniecības iestāžu ieņēmumi, kas nav saistīti ar ārstniecību.

Ieņēmumu lielāko daļu, 75,1%, veido valsts budžeta līdzekļi samaksai par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Ieņēmumi no maksas ārstnieciskajiem pakalpojumiem veido 8,9% no kopējiem ieņēmumiem.

3.attēlā atspoguļota ārstniecības iestāžu izdevumu struktūra procentos. Lielāko īpatsvaru jeb 43% no izdevumiem veido izdevumi atalgojumam. Izdevumi komunālajiem maksājumiem vidēji ir 3% un zālēm, ķīmikālijām, laboratorijas precēm, medicīniskām ierīcēm un medicīniskiem instrumentiem – 19% no ārstniecības iestāžu kopējiem izdevumiem.

3. attēls. Ārstniecības iestāžu izdevumu struktūra, %



Medikamentu iegāde un apmaksa

3.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstēšanā

Apakšprogrammas 33.03.00 „Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana” līdzekļus izmanto, lai nodrošinātu ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču izdevumu kompensāciju atbilstoši pacienta slimības diagnozei.

Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju veic atbilstoši 2006.gada 31.oktobra Noteikumiem Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.899).

Zāļu un medicīnisko ierīču kompensāciju īsteno šādu budžeta apakšprogrammu ietvaros: 33.03.00 „Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana”, 37.03.00 „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no Krievijas Federācijas līdzekļiem)” un pacientiem ar zemiem ienākumiem – 33.13.00 „Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana”.

Zāļu un medicīnisko ierīču kompensācijas sistēmas ietvaros pacientam tiek nodrošināta iespēja iegādāties zāles un medicīniskās ierīces, kuru iegādes izdevumus atbilstoši normatīvajiem aktiem daļēji vai pilnībā sedz no likumā par valsts budžetu kārtējam gadam zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirtajiem līdzekļiem:

- zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuāliem pacientiem;
- C sarakstā iekļauto zāļu iegādes izdevumu kompensācija;
- zāļu iegādes izdevumu kompensācija, kuras atbilstoši kompensācijas nosacījumiem drīkst izrakstīt konkrētas ārstniecības iestādes speciālisti;
- M sarakstā iekļautās zāles (kompensācijas kārtības ietvaros apmaksājamās zāles, kuras lieto grūtnieces, sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām un bērni līdz 24 mēnešu vecumam, bet kuras nav iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā);
- zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija vispārīgā kārtībā.

2012.gada faktiskie izdevumi ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai ir Ls 81 551 798.

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

Rādītājs	Naudas plūsma, Ls	Faktiskie izdevumi, Ls
Atlikums uz 01.01.2012.	0	X
Ieņēmumi – kopā, t.sk.	84 648 505	X
No apakšprogrammas „Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana”	79 213 601	-
No apakšprogrammas „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe”	415 550	-
No apakšprogrammas „Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana”	3 246 432	-
Ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un citi pašu ieņēmumi	1 772 922	-
Izdevumi – kopā, t.sk.	84 648 505	81 551 798
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija, kas notiek vispārējā kārtībā	74 151 683	77 259 938
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	1 124 162	1 208 289
Izsniegto receptu medikamentu apmaksa bērniem līdz divu gadu vecumam un grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā	21 885	35 118
No apakšprogrammas „Sociālās drošības tīkla	2 780 202	3 037 607

stratēģijas pasākumu īstenošana”		
No apakšprogrammas „Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana” individuālajiem pacientiem	10 846	10 846
Saistību izpildei par 2011.gadu, t.sk.	6 559 727	X
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija, kas notiek vispārējā kārtībā	6 042 921	-
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	61 421	-
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija trūcīgām personām	454 516	-
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem ar trūcīgās personas statusu	869	-
Līdzekļu atlikums uz 01.01.2013.	0	X

** Tajā skaitā iekļauti atbalsta maksājumi aptiekām, kas darbojas kā individuāla aptieka ārpus pilsētas un kuras apgrozījums (neieskaitot aptiekas filiāļu apgrozījumu) iepriekšējā gadā nepārsniedz 50 000 latu 12 mēnešu periodā, kā arī fiziskām personām atgrieztie līdzekļi.*

2012.gadā kompensējamās zāles vispārējā kārtībā izsniegtas 554 363 pacientiem Ls 80 277 397 apmērā, tajā skaitā atgrieztie līdzekļi fiziskām personām par iegādātajām zālēm Ls 547 apmērā.

Saskaņā ar Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānu 2012.-2014.gadam, no 2012.gada 1.septembra grūtniecēm, sievietēm pēcdzemdību periodā un bērniem līdz divu gadu vecumam tiek kompensētas zāles (M saraksts), kas nav iekļautas kompensējamā zāļu sarakstā. M saraksta zāles kompensētas 7 349 pacientiem Ls 35 118 apmērā. Vidēji viens pacients vispārējā kārtībā ambulatorajai ārstēšanai kompensējamās zāles un M saraksta zāles ir saņēmis Ls 143,42 apmērā.

2012.gadā kompensējamās zāles individuālajā kārtībā izsniegtas 554 pacientiem Ls 1 219 135 apmērā vai vidēji vienam pacientam Ls 2 200,60 apmērā.

Jānorāda, ka no līdzekļiem ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai, Dienests ir veicis atbalsta maksājumu¹ individuālajām aptiekām Ls 20 149 apmērā.

¹ Maksājums, kas tiek veikts aptiekai, kas darbojas kā individuāla aptieka ārpus pilsētas un kuras apgrozījums (neieskaitot aptiekas filiāļu apgrozījumu) iepriekšējā gadā nepārsniedz 50 000 latu 12 mēnešu periodā.

10. tabula. Vispārējā kārtībā kompensējamām zālēm, M saraksta zālēm un medicīniskajām ierīcēm izlietotie finanšu līdzekļi

Gads	Pacientu skaits		Finanšu līdzekļu izlietojums, Ls	Izmaksas uz 1 pacientu, Ls
2010.gads		505 773	73 854 504	146,02
2011.gads		524 282	81 709 695	155,85
	t.sk.	559 978	80 312 515	143,42
2012.gads	kompensējamās zāles	554 363	80 277 397	144,81
	M saraksta zāles	7 349	35 118	4,78

2012.gadā izrakstītas 5 652 067 receptes, no kurām 10 386 receptes izrakstītas bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā. Vienas receptes vidējā cena ir Ls 14,21. Vienas receptes vidējā cena, kas izrakstīta bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā ir Ls 3,38. Zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensējamo cenas daļu Ls 11 538 933 apmērā, kā arī piemaksājuši zāļu nerefereces cenai – Ls 12 285 337. Tādējādi pacientu maksājumi, saņemot valsts kompensējamās zāles, bijuši Ls 23 824 270, kas veido 28% no valsts budžeta kompensējamo zāļu apmaksas līdzekļiem.

11. tabula. Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto kompensējamo zāļu izdevumi diagnožu grupās, Ls

	2010.gads				2011.gads				2012.gads			
	Izrakstīto recepšu skaits	Faktiskie izdevumi, Ls		Vienas receptes vidējā cena	Izrakstīto recepšu skaits	Faktiskie izdevumi, Ls		Vienas receptes vidējā cena	Izrakstīto recepšu skaits	Faktiskie izdevumi, Ls		Vienas receptes vidējā cena
Ls	%	Ls	%	Ls	%							
1.Acu un to palīgorgānu slimības	197 715	3 261 070,49	4,39%	16,49	202 824	3 343 451,38	4,05%	16,48	208 346	2 931 146,11	3,59%	14,07
2.Ausu un aizsauss paugura slimības	622	1 627,28	0,00%	2,62	507	1 294,71	0,00%	2,55	519	1 202,27	0,00%	2,32
3.Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi	648	1 404 577,91	1,89%	2 167,56	554	1 281 025,38	1,55%	2 312,32	578	1 586 693,90	1,95%	2 745,15
4.Asinsrites sistēmas slimības	3 001 582	14 390 324,22	19,35%	4,79	3 154 205	18 119 597,11	21,96%	5,74	3 316 112	17 523 663,18	21,49%	5,28
5.Audzēji	99 559	10 170 957,10	13,68%	102,16	105 730	11 836 637,25	14,35%	111,95	107 704	11 906 385,56	14,60%	110,55
6.Ādas un zemādas slimības	18 505	160 548,92	0,22%	8,68	21 456	204 015,82	0,25%	9,51	22 140	196 370,50	0,24%	8,87
7.Elpošanas sistēmas slimības	270 951	4 284 607,43	5,76%	15,81	286 716	4 538 648,81	5,50%	15,83	304 080	4 619 436,98	5,66%	15,19
8.Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	734 502	16 036 225,05	21,57%	21,83	754 445	16 722 427,31	20,27%	22,17	800 230	16 666 173,60	20,44%	20,83
9.Gremošanas sistēmas slimības	24 169	242 819,34	0,33%	10,05	25 881	294 989,90	0,36%	11,40	26 256	251 844,80	0,31%	9,59
10.Infekcijas un parazitārās slimības	12 811	3 853 699,80	5,18%	300,81	16 420	5 324 855,73	6,45%	324,29	14 611	4 900 904,53	6,01%	335,43
11.Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības	130 465	2 297 863,39	3,09%	17,61	136 447	2 400 871,41	2,91%	17,60	136 441	2 567 527,30	3,15%	18,82
12.Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,95	0,00%	-

13.Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	100	82 222,41	0,11%	822,22	105	111 277,36	0,13%	1 059,78	126	152 741,22	0,19%	1 212,23
14.Nervu sistēmas slimības	169 539	5 848 426,45	7,87%	34,50	173 844	5 889 397,82	7,14%	33,88	174 037	6 021 092,13	7,38%	34,60
15.Psihiski un uzvedības traucējumi	281 154	4 236 942,16	5,70%	15,07	281 102	4 229 685,79	5,13%	15,05	279 748	3 564 141,88	4,37%	12,74
16.Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	103 378	3 649 767,53	4,91%	35,31	122 133	3 345 148,23	4,05%	27,39	133 959	3 283 336,46	4,03%	24,51
17.Uroģenētālās slimības	103 015	3 834 955,43	5,16%	37,23	106 686	3 965 083,76	4,81%	37,17	111 464	3 997 912,97	4,90%	35,87
18.Ievainojumi, saindēšanās	4 377	78 488,69	0,11%	17,93	4 450	82 688,41	0,10%	18,58	4 601	79 024,33	0,10%	17,18
19.Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	526	21 007,70	0,03%	39,94	534	18 598,96	0,02%	34,83	728	27 250,46	0,03%	37,43
Atgrieztie līdzekļi fiziskām personām										546,88		
Kopā A,B,C saraksts	5 166 019	73 854 504,02	-	14,30	5 394 040	81 709 695,14	-	15,15	5 641 681	80 277 397,01	-	14,23
Izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	1 120	504 144,37	0,68%	450,13	1 765	793 034,83	0,96%	449,31	2 613	1 219 134,53	1,49%	466,57
Atbalsta maksājums individuālām aptiekām	-	-	-	-	-	11 140,00	0,01%	-	-	20 149	0,02%	-
M saraksts												
Bērni līdz 2 gadu vecumam	-	-	-	-	-	-	-	-	7 005	27 522,13	0,03%	3,93
Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā	-	-	-	-	-	-	-	-	3 381	7 595,43	0,01%	2,25
Kopā:	5 167 139	74 358 648,39	-	14,39	5 395 805	82 513 869,97	-	15,29	5 654 680	81 551 251,22	-	14,42

* Maksājums, kas tiek veikts aptiekai, kas darbojas kā individuāla aptieka ārpus pilsētas un kuras apgrozījums (neieskaitot aptiekas filiāļu apgrozījumu) iepriekšējā gadā nepārsniedz 50 000 latu 12 mēnešu periodā.

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

Kompensācijas apmērs	2010.gads		2011.gads		2012.gads	
	Izrakstītais recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi	Izrakstītais recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi	Izrakstītais recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi
A,B,C saraksts						
100%	1 776 983	50 196 688,52	1 264 923	50 000 003,82	1 287 354	50 115 790,21
75%	2 430 459	14 267 873,77	3 545 132	26 234 388,51	3 732 927	25 256 833,53
50%	958 577	9 389 941,74	583 984	5 475 302,81	621 400	4 904 226,39
Atgrieztie līdzekļi fiziskām personām	-	-	-	-	-	546,88
M saraksts						
50%	-	-	-	-	7 005	27 522,13
25%	-	-	-	-	3 381	7 595,43
Kopā:	5 166 019	73 854 504,02	5 394 040	81 709 695,14	5 652 067	80 312 514,57

Vislielākais izrakstīto recepšu skaits ir:

- pacientiem ar asinsrites sistēmas slimībām – 3 316 112 receptes;
- pacientiem ar endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimībām – 800 230 receptes;
- pacientiem ar elpošanas sistēmas slimībām – 304 080 receptes;
- pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem – 279 748 receptes.

Minēto recepšu skaits ir 83,31% no visu izrakstīto recepšu skaita.

Vislielākais līdzekļu apjoms par kompensējamām zālēm 2012.gadā valstī ir izlietots par:

- asinsrites sistēmas slimību ārstēšanu – Ls 17 523 663,18;
- endokrīno, uztura un vielmaiņas slimību ārstēšanu – Ls 16 666 173;
- audzēju ārstēšanu – Ls 11 906 385,56;
- nervu sistēmas slimību ārstēšanu – Ls 6 021 092,13.

13. tabula. Kompensējamo medikamentu faktiskie izdevumi, recepšu skaits un vidējā vienas receptes cena 2011. un 2012.gadā (bez zāļu kompensācijas izdevumiem pacientiem individuālā kārtībā)

Diagnožu grupa/ diagnoze	2011.gads			2012.gads			Faktisko izdevumu palielinājums/ samazinājums	Izrakstīto recepšu skaita palielinājums/ samazinājums	Vidējais vienas receptes cenas palielinājums/ samazinājums
	Faktiskie izdevumi	Izrakstīto recepšu skaits	Vidējā vienas receptes cena	Faktiskie izdevumi	Izrakstīto recepšu skaits	Vidējā vienas receptes cena	%	%	%
	Ls		Ls	Ls		Ls			
Acu un to palīgorgānu slimības	3 343 451,38	202 824	16,48	2 931 146,11	208 346	14,07	-14%	3%	-17%
Ausu un aizsauss paugura slimības	1 294,71	507	2,55	1 202,27	519	2,32	-8%	2%	-10%
Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi	1 281 025,38	554	2 312,32	1 586 693,90	578	2 745,15	19%	4%	16%
Asinsrites sistēmas slimības	18 119 597,11	3 154 205	5,74	17 523 663,18	3 316 112	5,28	-3%	5%	-9%
Audzēji	11 836 637,25	105 730	111,95	11 906 385,56	107 704	110,55	1%	2%	-1%
Ādas un zemādas slimības	204 015,82	21 456	9,51	196 370,50	22 140	8,87	-4%	3%	-7%
Elpošanas sistēmas slimības	4 538 648,81	286 716	15,83	4 619 436,98	304 080	15,19	2%	6%	-4%
Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	16 722 427,31	754 445	22,17	16 666 173,60	800 230	20,83	0%	6%	-6%
Gremošanas sistēmas slimības	294 989,90	25 881	11,40	251 844,80	26 256	9,59	-17%	1%	-19%
Infekcijas un parazitārās slimības	5 324 855,73	16 420	324,29	4 900 904,53	14 611	335,43	-9%	-12%	3%
Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības	2 400 871,41	136 447	17,60	2 567 527,30	136 441	18,82	6%	0%	7%
Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	-	-	-	1,95	1	1,95	-	-	-
Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	111 277,36	105	1 059,78	152 741,22	126	1 212,23	27%	17%	13%

Nervu sistēmas slimības	5 889 397,82	173 844	33,88	6 021 092,13	174 036	34,60	2%	0%	2%
Psihiski un uzvedības traucējumi	4 229 685,79	281 102	15,05	3 564 141,88	279 748	12,74	-19%	0%	-18%
Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	3 345 148,23	122 133	27,39	3 283 336,46	133 959	24,51	-2%	9%	-12%
Uroģenitālās slimības	3 965 083,76	106 686	37,17	3 997 912,97	111 464	35,87	1%	4%	-4%
Ievainojumi, saindēšanās	82 688,41	4 450	18,58	79 024,33	4 601	17,18	-5%	3%	-8%
Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	18 598,96	534	34,83	27 250,46	728	37,43	32%	27%	7%
Atgrieztie līdzekļi fiziskām personām				546,88					
Kopā A,B,C saraksts	81 709 695,14	5 394 040	15,15	80 277 397,01	5 641 680	14,23	-2%	4%	-6%
M saraksts									
Bērni līdz 2 gadu vecumam	-	-	-	27 522,13	7 005	3,93	-	-	-
Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā	-	-	-	7 595,43	3 381	2,25	-	-	-
Kopā:	81 709 695,14	5 394 040	15,15	80 312 514,57	5 652 066	14,21	-2%	5%	-7%

Vairākās diagnožu grupās un diagnozēs vidējā vienas receptes cena un izrakstīto recepšu skaits atšķiras no 2011.gada datiem:

- vislielākais faktisko izmaksu pieaugums 32% apmērā ir diagnožu grupā „Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods” ar recepšu skaita palielinājumu par 27%, kā arī vidējās vienas receptes cenas pieaugums par 7%;
- diagnožu grupā „Iedzimtas kropļības, deformācijas un hromosomu anomālijas” ir otrais lielākais faktisko izdevumu pieaugums 27% apmērā, kā arī izrakstīto recepšu skaits ir palielinājies par 17% un vidējā vienas receptes cena ir palielinājusies par 13%;
- trešais lielākais faktisko izdevumu pieaugums 19% apmērā ir diagnožu grupā „Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi”, šajā grupā izrakstīto recepšu skaits ir palielinājies par 4% un vidējā vienas receptes cena ir palielinājusies par 16%;
- vislielākais faktisko izmaksu samazinājums ir diagnožu grupā „Psihiski un uzvedības traucējumi” – par 19%. Tas ir izskaidrojams ar to, ka šajā diagnožu grupā vidējā vienas receptes cena ir samazinājusies par 18%;
- otrais lielākais faktisko izdevumu samazinājums ir diagnožu grupā „Gremošanas sistēmas slimības”, 17% apmērā, vidējā vienas receptes cena ir samazinājusies par 19%, bet izrakstīto recepšu skaits ir palielinājies par 1%;
- trešais lielākais faktisko izdevumu samazinājums ir diagnožu grupā „Acu un to palīgorgānu slimības”, 14% apmērā, vidējā vienas receptes cena ir samazinājusies par 17%, bet izrakstīto recepšu skaits ir palielinājies par 3%.

2012.gadā, salīdzinot ar 2011.gada datiem, vienas receptes cena vidēji samazinājās par 7%, bet recepšu skaits visās diagnožu grupās palielinājās vidēji par 5%, faktiskās izmaksas samazinājušās vidēji par 7%.

14. tabula. Izrakstīto kompensējamo zāļu recepšu skaits un vienas receptes vidējā cena, Ls (bez kompensācijas individuālā kārtībā)

	2010.gads		2011.gads		2012.gads	
	Izrakstīto recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena	Izrakstīto recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena	Izrakstīto recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena
		Ls		Ls		Ls
Kopā visās Dienesta nodaļās	5 166 019	14,30	5 394 040	15,15	5 652 067	14,21

15. tabula. Kompensējamām zālēm izlietotie līdzekļi pacientu ambulatorajai ārstēšanai, Ls

Pacienti	2010.gads			2011.gads			2012.gads		
	Pacientu skaits*	Izlietotie līdzekļi	Izlietotie līdzekļi vienam pacientam	Pacientu skaits*	Izlietotie līdzekļi	Izlietotie līdzekļi vienam pacientam	Pacientu skaits*	Izlietotie līdzekļi	Izlietotie līdzekļi vienam pacientam
		Ls	Ls		Ls	Ls		Ls	Ls
Insulīnatkarīgā cukura diabēta pacienti	7 466	2 844 863,71	381,04	7 945	2 808 256,83	353,46	8 057	2 771 695,76	344,01
Insulīnneatkarīgā cukura diabēta pacienti	67 047	11 150 850,85	166,31	70 380	11 817 633,31	167,91	72 944	11 698 234,53	160,37
Onkoloģiskie pacienti	18 768	10 170 957,10	541,93	19 307	11 836 637,25	613,07	19 834	11 906 385,56	600,30
Pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem	24 198	4 236 942,16	175,09	21 211	4 229 685,79	199,41	21 661	3 564 141,88	164,54

* Pacientu skaits atbilstoši Dienesta VIS datiem.

Zāļu kompensācijai individuāliem pacientiem Dienests plāno līdzekļus līdz 3% (2012.gadā) no budžeta apakšprogrammā „Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana” paredzētajiem līdzekļiem. Dienests izskata saņemtos iesniegumus zāļu individuālajai kompensācijai, izvērtē iesniegto dokumentu atbilstību Noteikumiem Nr.899, pieprasa nepieciešamo informāciju no ārstniecības iestādēm, sagatavo lēmumus par kompensāciju vai kompensācijas atteikumu.

2012.gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijai kopumā saņemts 581 pacientu iesniegums.

Dienests 2012.gadā ir izskatījis 562¹ pacientu iesniegumu ar zāļu individuālo kompensāciju, no tiem:

- 557 atzīti par atbilstošiem individuālajai kompensācijai:
 - sagatavoti 528 lēmumi par zāļu kompensācijas piešķiršanu;
 - sagatavoti 29 lēmumi par kompensācijas atteikumu;
- 10 atzīti par individuālajai kompensācijai neatbilstošiem.

2012.gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācija tika veikta 554 pacientiem (daļa pacientu turpināja terapiju no iepriekšējā gada).

C saraksta zāļu kompensācija tiek veikta, pamatojoties uz Dienesta lēmumiem par zāļu iekļaušanu C sarakstā noteikto pacientu skaitu, līgumu ar Iesniedzēju³ vai medicīnisko preču reģistrācijas apliecības turētāju par izdevumu segšanu no Iesniedzēja līdzekļiem noteiktam pacientu skaitam un ārstu speciālistu konsilijiem.

Saskaņā ar Dienesta lēmumiem 2012.gadā no valsts budžeta līdzekļiem tika plānots C saraksta zāļu iegādes izdevumu kompensāciju nodrošināt 576 pacientiem:

- Enbrel, Humira, Remicade, Orencia, RoActemra kopā – 230 pacientiem;
- Tasigna un Sprycel – 18 pacientiem;
- Feiba – 1 pacientam;
- NovoSeven – 2 pacientiem;
- Velcade – 19 pacientiem;
- Herceptin – 135 pacientiem;
- Celsentri – 1 pacientam;
- Isentress, Intelence, Fuzeon kopā – 10 pacientiem;
- Mabthera (onkoloģija) – 69 pacientiem;
- Mabthera (artrīti) – 7 pacientiem;
- Erbitux – 30 pacientiem;
- Glivec – 54 pacientiem.

Faktiskais līdzekļu izlietojums kompensējamā zāļu C saraksta zāļu apmaksai 2012.gadā bija Ls 5 429 456.

Faktiskais pacientu skaits, kuri saņēmuši C saraksta zāļu kompensāciju no valsts budžeta līdzekļiem, 2012.gadā ir 485 pacienti. Faktiskais pacientu skaits, kuri saņēmuši zāļu kompensāciju no valsts budžeta līdzekļiem ir mazāks nekā plānotais pacientu skaits, jo ārstēšanas procesa sākumā pacientiem zāļu iegādes kompensācija tiek nodrošināta no Iesniedzēja līdzekļiem.

Dienests, pamatojoties uz Noteikumu Nr.899 2011.gada 19.oktobra grozījumiem, kas stājās spēkā 2011.gada 1.novembrī, par to, ka gadījumā, ja Dienests, veicot ceturkšņa datu analīzi, konstatē, ka ir pārsniegti kompensācijai piešķirtie līdzekļi attiecīgajā laika periodā, tas informē Iesniedzēju par nepieciešamību veikt maksājumu atbilstoši tā tirgus daļai kompensācijas kārtības ietvaros, lai segtu paredzamo kompensācijai piešķirto līdzekļu deficītu, un nosaka maksājuma apmēru, sagatavoja un izsūtīja līgumus visiem kompensējamā zāļu sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču Iesniedzējiem.

² Ieskaitot 2011.gada decembrī saņemtos iesniegumus.

³ Iesniedzējs – zāļu vai medicīnisko ierīču reģistrācijas apliecības turētājs (īpašnieks) vai viņa pilnvarots pārstāvis vai zāļu vai medicīnisko ierīču vairumtirgotājs vai viņa pilnvarots pārstāvis, kas Iesniedz Dienestā rakstisku iesniegumu, lai zāles vai medicīniskās ierīces iekļautu kompensējamo zāļu sarakstā.

2011.gadā līgumus par zāļu kompensācijai piešķirto līdzekļu deficīta segšanu noslēguši 75 komersanti. Plānotie budžeta ieņēmumi 2011.gadā par budžeta deficīta segšanu bija 4 milj.Ls, faktiskie ieņēmumi par 2011.gadu veido Ls 3 991 585,85.

Savukārt 2012.gadā līgumus par zāļu kompensācijai piešķirto līdzekļu deficīta segšanu ir noslēguši 66 komersanti. Plānotie budžeta ieņēmumi 2012.gadā par budžeta deficīta segšanu bija 2 milj.Ls, faktiskie ieņēmumi par 2012.gadu veido Ls 1 786 976,78.

3.2. Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde

2012.gadā atbilstoši Noteikumiem Nr.1046 Dienests centralizēti iepirka un budžeta apakšprogrammas „Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde” ietvaros apmaksāja šādu ārstniecības līdzekļu piegādi :

- vakcīnas un šļirces;
- standarta tuberkulīns;
- fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti;
- peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi (šķīdumi un piederumi);
- redzes korekcijas līdzekļi bērniem, kuru apmaksa pieļaujama saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 14.12.apakšpunktu.

16. tabula. Centralizēti iepirkto medikamentu piegādes līgumi un izpilde, Ls

Piegādātājs	Līgumu summa 2012.gadam	Izpilde
Vakcīnas un šļirces	5 079 988	4 961 279
Standarta tuberkulīns	33 869	29 433
Peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi	1 759 241	1 704 510
Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti	299 793	299 107
Redzes korekcijas līdzekļi bērniem	41 625	35 291
Kopā:	7 214 516	7 029 620

2012.gadā, tāpat kā iepriekšējos gados, vakcīnu pasūtījumus veica ārstniecības personas un iestādes, saskaņojot tos ar Slimību profilakses un kontroles centru. Dienests pilda norēķinu funkciju ar iepirkumu procedūras „Vakcīnu, standarta tuberkulīna un šļirču piegāde 2012.-2013.gadam” uzvarētājiem.

17. tabula. Vakcīnu piegādes izpilde

Nosaukums	Piegādātais daudzums	Izpilde, Ls
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem (1-11 g.)	13 977	110 832,02
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem (12-15 g.)		
Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem (16-17 g.)	2 188	18 942,83
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, garo klepu, poliomielītu, b tipa <i>Haemophilus influenzae</i> infekciju un B hepatītu (DTaP – IPV – Hib- HB)	70 427	1 573 625,15
Vakcīna pret cilvēka papillomas vīrusu (HPV)	16 035	319 134,98
Vakcīna pret difteriju, stinguma krampjiem un poliomielītu (Td – IPV)	16 636	130 985,21
Vakcīna pret pneimokoku infekciju bērniem līdz 2 gadu vecumam (7– valentā vakcīna)	3 774	100 599,70
Vakcīna pret pneimokoku infekciju bērniem līdz 2 gadu vecumam (10 – valentā vakcīna)	50 611	1 152 959,07
Vakcīna pret B hepatītu bērniem līdz 15 gadu vecumam (HB)	12 209	21 468,31
Vakcīna pret B hepatītu hemodialīžu slimniekiem (HB)	487	4 908,96
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem un bezšūnu garo klepu un poliomielītu (DTaP – IPV)	21 785	339 145,10
Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, bezšūnu garo klepu, poliomielītu un b tipa <i>Haemophilus influenzae</i> (DTaP – IPV – Hib)	694	14 628,41
Vakcīna pret tuberkulozi (BCG)	39 540	28 519,41
Vakcīna pret masalām, masaliņam un epidēmisko parotītu (MPR)	32 465	127 626,41
Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (dT adult)	136 266	624 210,59
Vakcīna pret trakumsērgu	14 693	134 940,51
Vakcīna pret vējbakām	14 818	257 242,43
Vakcīna pret poliomielītu (IPV)	22	146,59
Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (DT)	10	16,24
Šļirces intramuskulārām injekcijām (0,5-1,0 ml ar adatu 22G-23G/25-35 mm)	8 400	282,24
Šļirces BCG ievadīšanai	31 700	1 065,12
Kopā:		4 961 279,28

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. 2012.gadā fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinētu slimību korekcijas preparātus lietoja 65 pacienti.

18. tabula. Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu piegādes līgumu izpilde 2012.gadā

N. p. k.	Ārstnieciskā līdzekļa nosaukums	Vienību skaits	Ls
1.	Aminoskābju formula bez fenilalanīna (mātes pienam līdzīga formula) bērniem līdz 2 gadu vecumam	88,00	7702,47
2.	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna: bērniem no viena līdz astoņu gadu vecumam; 100 g preparātā proteīna ekvivalents no 25 g līdz 30 g ieskaitot	375,50	35 016,23
3.	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna: bērniem no astoņu gadu vecuma un pieaugušajiem; 100 g preparātā proteīna ekvivalents no 31 g līdz 40 g ieskaitot	1085,00	145 719,19
4.	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna: bērniem no četrpadsmit gadu vecuma un pieaugušajiem; 100 g preparātā proteīna ekvivalents no 31 g līdz 40 g ieskaitot	393,00	60 775,49
5.	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna: bērniem no piecpadsmit gadu vecuma un pieaugušajiem; 100 g preparātā proteīna ekvivalents no 41 g līdz 50 g ieskaitot	14,04	3410,11
6.	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna: bērniem no astoņu gadu vecuma un pieaugušajiem; 100 ml preparātā proteīna ekvivalents no 6,5 g līdz 7,5 g ieskaitot	204,00	5959,98
7.	Taukskābju maisījums: vidēji garo taukskābju maisījums MCI OIL vai ekvivalents	14,00	283,73
8.	Taukskābju maisījums: aminoskābju, ogļhidrātu un taukskābju maisījums (nesatur garās taukskābes) Monogen vai ekvivalents	68,00	2284,80
9.	Taukskābju maisījums: produkts ar augstu tauku saturu KETOCAL vai ekvivalents	42,00	4857,75
10.	Aminoskābju maisījums bez metionīna SHS XMET Maxamum (bērniem no astoņu gadu vecuma un pieaugušajiem, kuriem diagnoze homocistīnūrija); 100g preparātā proteīna ekvivalents no 31g līdz 40 ieskaitot	23,00	5525,37
11.	Milti bez fenilalanīna	1260,50	6278,56
12.	Diētiskie produkti ar zemu fenilalanīna saturu: spageti	538,50	5719,63
13.	Diētiskie produkti ar zemu fenilalanīna saturu: rīsi	407,00	4583,33
14.	Diētiskie produkti ar zemu fenilalanīna saturu: pasta/spirāles	342,50	3088,06
15.	Diētiskie produkti ar zemu fenilalanīna saturu: pasta/nūdeles	253,50	2815,25
16.	Aminoskābe L-Citruline	45,00	4325,03
17.	Aminoskābe L-Argenīns	8,00	762,18
Kopā:			299107,16

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.

**19. tabula. Peritoneālās dialīzes pacientam paredzēto ārstniecības līdzekļu
apmaksa sadalījumā pa ārstniecības iestādēm un piegādātājiem**

Ārstniecības iestāde/ Piegādātājs	Vidējais pacientu skaits mēnesī	Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam, Ls
VSIA „P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”		
SIA „Magnum Medical”	38	1262,81
SIA „Oriola Rīga”	40	1334,71
SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”		
SIA „Magnum Medical”	7	1225,02
SIA „Oriola Rīga”	5	1083,47
SIA „Vidzemes slimnīca”		
SIA „Magnum Medical”	6	1181,83
SIA „Oriola Rīga”	7	1046,93
VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”		
SIA „Oriola Rīga”	2	1692,92
SIA „Med Alfa”		
SIA „Magnum Medical”	1	844,37
SIA „Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”		
SIA „Magnum Medical”	2	841,36
SIA „Oriola Rīga”	3	1179,52
Kopā:	111	1254,40

Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze

4.1. Vispārējie rādītāji

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai Dienests plāno ne mazāk kā 45% no budžeta apakšprogrammā „Ārstniecība” paredzētajiem līdzekļiem. Finanšu līdzekļu administrēšanu nodrošina Dienesta teritoriālās nodaļas atbilstoši Noteikumos Nr.1046 noteiktajiem plānošanas un apmaksas kritērijiem un nosacījumiem.

20. tabula. Ambulatorai veselības aprūpei plānotais līdzekļu apjoms un faktiskais izlietojums

N.p.k.	Maksājums	Plānotais apjoms, Ls	Faktiskā izpilde līguma ietvaros, Ls
Līdzekļi ambulatorai veselības aprūpei, t.sk.:		150 097 999	146 869 297
	uz 1 iedzīvotāju	67,16	65,71
1.Primārās veselības aprūpes pakalpojumi		44 746 066	43 747 784
	uz 1 iedzīvotāju	20,02	19,57
	% no ambulatoriem līdzekļiem	29,81	29,79
1.1.	Primārā veselības aprūpe	36 361 265	35 511 906
1.2.	Pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	2 658 552	2 641 798
1.3.	Zobārstniecība	5 726 249	5 594 080
2.Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi		106 531 587	103 121 513
	uz 1 iedzīvotāju	47,67	46,14
	% no ambulatoriem līdzekļiem	70,98	70,21
2.1.	Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	100 204 900	97 793 793
2.2.	Pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	6 326 687	5 327 720
3.Pārdalei no ambulatorās veselības aprūpes līdzekļiem par decembra norēķiniem		-1 179 654	-
	uz 1 iedzīvotāju	-0,53	-
	% no ambulatoriem līdzekļiem	-0,79	-

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi ietver manipulāciju un epizožu apmaksu, profilaktisko izmeklējumu apmaksu un fiksētos maksājumus ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām.

Ambulatorai veselības aprūpei 2012.gadā plānoti līdzekļi Ls 150 097 999. No tiem primārajai veselības aprūpei paredzēti Ls 44 746 066 jeb 29,8% no ambulatorajai veselības aprūpei plānotajiem līdzekļiem.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem plānoti Ls 106 531 587 jeb 71 % no ambulatorajai veselības aprūpei plānotajiem līdzekļiem.

Līdzekļu neapguvi plānotajā apjomā ietekmē papildu finansējuma piešķiršana 2012.gada beigās. Pēc oktobrī veiktajiem grozījumiem likumā „Par valsts budžetu 2012.gadam”, apakšprogrammai 33.01.00 „Ārstniecība” bija piešķirti papildu līdzekļi, kuru apguvei īsos termiņos ārstniecības iestādēm pietrūka kapacitātes.

21. tabula. Ambulatoro pacientu iemaksu kompensācija par atbrīvotajām kategorijām sadalījumā pa pacientu grupām 2012.gadā, %

Pacientu grupas kods	Pacienta grupas nosaukums	Pacienta iemaksu kompensācija PVA	Pacientu iemaksu kompensācija SAVA	Kopējā pacienta iemaksu kompensācija
15	Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas MK noteiktajā kārtībā	9,87	14,07	12,77
61	Miris	0,31	0,33	0,32
23	Iedzīvotājs, kuram veic vakcināciju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	6,41	0,02	1,99
67	Vakcinācija pret gripu par valsts budžeta līdzekļiem	0,01	0,00	0,00
16	Iedzīvotājs, kuram veic profilaktiskās apskates Ministru kabineta noteiktā kārtībā	15,73	4,60	8,04
11	Bērns līdz 18 gadu vecumam	57,55	42,92	47,44
12	Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	2,82	2,98	2,93
13	Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas	0,50	0,65	0,60
04	Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi	0,44	8,86	6,26
85	Personas, kuras saņem paliatīvo un/vai veselības aprūpi mājās	1,33	0,02	0,43
14	Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošās personas	1,77	1,80	1,79
59	1.grupas invalīds	3,02	3,88	3,62
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	0,02	0,32	0,22
05	Psihiatriskā ārstēšanās	0,00	13,46	9,30
02	Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	0,00	2,73	1,89
47	Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	0,00	2,95	2,04
83	Pacienti, kuriem nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija	0,00	0,00	0,00
84	Orgānu donori	0,00	0,00	0,00
24	Iedzīvotājs, kuram veic pasīvo imūnterapiju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	0,01	0,01	0,01
08	Pacients, kuram pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gadā pārsniegusi 400 latus	0,01	0,02	0,02
92	Neatliekamās medicīniskās palīdzība dienesta darbinieks	0,21	0,38	0,33
Kopā:		100,00	100,00	100,00

Veicot detalizētu pacienta iemaksu kompensācijas struktūras analīzi par 2012.gadu (skatīt 21.tabulu), var secināt, ka visvairāk līdzekļu jeb vairāk par 47% no kopējās pacientu iemaksas kompensētās summas ir pacientu grupā „bērni līdz 18 gadu vecumam”. Savukārt vairāk kā 12% no kopējās pacientu iemaksu kompensācijas bija novirzīti pacientiem ar statusu „trūcīgas personas”, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteikumu Nr.299 „Noteikumi par ģimenes vai atsevišķi dzīvojošas personas atzīšanu par trūcīgu” noteiktajā kārtībā.

22. tabula. Ambulatorās veselības aprūpes rādītāji 2012.gadā

Rādītājs	Kurzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Rīgas nodaļa	Vidzemes nodaļa	Zemgales nodaļa	Kopā valstī:
Unikālo pacientu skaits, t.sk.:	248 720	219 306	748 712	212 389	238 453	1 550 378
primārajā veselības aprūpē*	224 363	190 937	581 819	189 568	209 307	1 385 705
sekundārajā veselības aprūpē**	137 769	143 145	523 334	122 137	137 668	991 567
<i>t.sk. sekundārajā veselības aprūpē, MK noteikumu Nr.1046 19.pielikuma speciālisti</i>	137 769	143 118	523 327	122 137	137 593	991 475
palīgkabinetos	152 309	142 480	853 348	117 074	139 158	1 147 549
Aprūpes epizožu skaits, t.sk.:	1 696 370	1 650 556	7 027 444	1 396 671	1 540 461	13 311 502
primārajā veselības aprūpē*	881 102	741 449	2 144 157	759 144	792 568	5 318 420
sekundārajā veselības aprūpē**	363 626	416 109	1 570 828	305 842	355 027	3 011 432
<i>t.sk. sekundārajā veselības aprūpē, MK noteikumu Nr.1046 19.pielikuma speciālisti</i>	362 718	411 883	1 563 628	305 488	353 854	2 997 571
palīgkabinetos	451 642	492 998	3 312 459	331 685	392 866	4 981 650
Ambulatoro apmeklējumu skaits, t.sk.:	2 043 330	1 956 698	7 869 106	1 682 600	1 869 094	15 420 828
primārajā veselības aprūpē*	1 179 158	975 785	2 838 891	1 004 547	1 078 291	7 076 672
sekundārajā veselības aprūpē**	412 530	487 915	1 717 756	346 368	397 937	3 362 506
<i>t.sk. sekundārajā veselības aprūpē, MK noteikumu Nr.1046 19.pielikuma speciālisti</i>	411 232	483 189	1 706 681	346 010	396 672	3 343 784
palīgkabinetos	451 642	492 998	3 312 459	331 685	392 866	4 981 650

* 1.-6.aprūpes epizode; PVA ārstu, PVA māsu, PVA palīgu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.

** 1.-6.aprūpes epizode; SAVA speciālistu, SAVA māsu un SAVA ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVA.

Palīgkabinetos veiktie izmeklējumi – laboratoriskie, radioloģiskie, funkcionālā diagnostika, endoskopiskie u.c.

Noteikumu Nr.1046 19.pielikumā ietvertie speciālisti ir sadalīti grupās. Katrai grupai ir noteikts izmantojamo aprūpes epizožu veidu saraksts, kā arī aprūpes epizožu tarifs, kas ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem vienas grupas ietvaros ir vienāds.

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, ja tāda ir, un uzņemšanas nodaļā, ja slimnieku nehospitalizē.

Par ambulatoro apmeklējumu netiek uzskatīta konsultācija pa tālruni, laboratoriskais izmeklējums un vizuālās diagnostikas izmeklējums, funkcionāls izmeklējums un ārstnieciskā procedūra.

Dienests par pacientiem uzskata visas personas, kas ir iekļautas Dienesta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā – tie ir visi Latvijas Republikas iedzīvotāji, kuri atbilst Ārstniecības likuma 17.panta nosacījumiem.

23. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits vidēji uz vienu iedzīvotāju

Teritoriālā nodaļa	PVA*				SAVA**			
	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gads	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gads
Kurzemes nodaļa	3,1	3,2	3,4	3,4	1,0	1,1	1,2	1,2
Latgales nodaļa	3,0	3,0	3,3	3,2	1,4	1,5	1,6	1,6
Rīgas nodaļa	2,8	2,7	2,9	2,9	1,5	1,7	1,8	1,7
Vidzemes nodaļa	3,3	3,4	3,5	3,5	1,1	1,2	1,3	1,2
Zemgales nodaļa	3,0	3,1	3,3	3,3	1,0	1,1	1,2	1,2
Vidēji valstī:	3,0	3,1	3,2	3,2	1,2	1,3	1,5	1,5

* 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 2012.gadā gan primārajā veselības aprūpē, gan sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē salīdzinājumā ar 2011.gadu ir saglabājis nemainīgs.

24. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits atbilstoši pamatdiagnozei, %

Diagnožu SSK-10 grupas kods ⁴	Kurzemes nodaļa	Rīgas nodaļa	Zemgales nodaļa	Vidzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Vidēji valstī:
A00-B99	1,88	1,40	1,69	1,40	1,62	1,55
C00-D48	3,23	4,11	2,26	2,50	2,94	3,34
D50-D89	0,29	0,50	0,34	0,31	0,25	0,39
E00-E90	4,65	4,87	4,55	4,27	4,78	4,70
F00-F99	4,78	4,09	4,38	4,44	4,54	4,35
G00-G99	2,46	2,31	2,67	2,62	2,63	2,47
H00-H59	2,90	4,15	3,41	2,88	3,47	3,60
H60-H95	1,16	1,92	1,71	1,20	1,22	1,58
I00-I99	19,91	16,60	19,43	20,83	17,74	18,21
J00-J99	18,51	20,86	21,26	18,24	19,50	20,03
K00-K93	3,00	3,22	2,89	2,64	2,69	2,99
L00-L99	2,71	3,13	2,71	2,61	2,67	2,88
M00-M99	7,25	8,28	7,33	8,38	8,74	8,07
N00-N99	4,43	4,82	4,40	5,16	5,10	4,78
O00-O99	0,33	0,13	0,29	0,16	0,23	0,20
P00-P96	0,13	0,51	0,09	0,08	0,04	0,27
Q00-Q99	0,11	0,31	0,17	0,11	0,19	0,22
R00-R99	0,94	1,04	0,70	0,94	0,81	0,93
S00-T98	5,49	5,47	5,71	5,79	5,13	5,50
V01-Y98	0,06	0,04	0,04	0,07	0,05	0,05
Z00-Z99	15,76	12,25	13,98	15,35	15,65	13,91
Kopā:	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

⁴ Diagnožu grupu kodu atšifrējumu skatīt 26.tabulā.

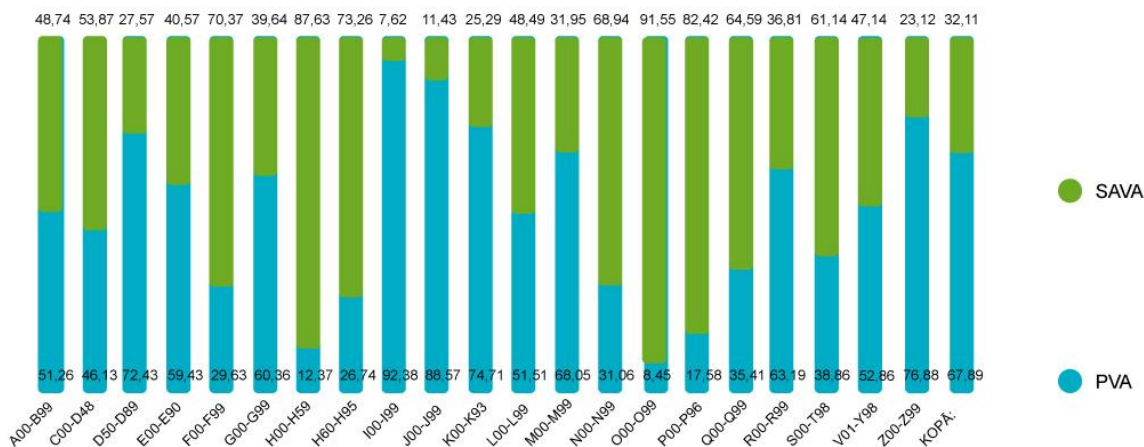
Tabulā ir atspoguļoti ambulatorie apmeklējumi (1.-6.aprūpes epizodē) pamatdiagnožu grupās atbilstoši Starptautiskajam slimību un veselības problēmu klasifikatoram, sadalījumā pa Dienesta teritoriālajām nodaļām. Lielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars ir pacientiem ar pamatdiagnozēm elpošanas sistēmas slimībām (J00-J99) un ar asinsrites sistēmas slimībām (I00-I99), kas atbilstoši ir 20,03% un 18,21% valstī.

25. tabula. Ambulatoro apmeklējumu primārajā un sekundārajā veselības aprūpē sadalījums atbilstoši pamatdiagnožu grupām, %

SSK-10 kods	Diagnožu grupas atbilstoši SSK-10	PVA	SAVA	Kopā:
A00-B99	Infekcijas un parazitāras slimības	51,26	48,74	100,00
C00-D48	Audzēji	46,13	53,87	100,00
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	72,43	27,57	100,00
E00-E90	Endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības	59,43	40,57	100,00
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	29,63	70,37	100,00
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	60,36	39,64	100,00
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	12,37	87,63	100,00
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	26,74	73,26	100,00
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	92,38	7,62	100,00
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	88,57	11,43	100,00
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	74,71	25,29	100,00
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	51,51	48,49	100,00
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	68,05	31,95	100,00
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	31,06	68,94	100,00
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	8,45	91,55	100,00
P00-P96	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	17,58	82,42	100,00
Q00-Q99	Iedzimtas kropļības, deformācijas un hromosomu anomālijas	35,41	64,59	100,00
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratorijas atrade	63,19	36,81	100,00
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējas iedarbes sekas	38,86	61,14	100,00
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	52,86	47,14	100,00
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	76,88	23,12	100,00
Kopā:		67,89	32,11	100,00

Tabulā atspoguļoti ambulatorie apmeklējumi (1.-6.aprūpes epizodes ietvaros) katrā diagnožu grupā (diagnožu grupas atbilstoši Starptautiskajam slimību un veselības problēmu klasifikatoram) sadalījumā pa apmeklējumiem pie PVA un SAVAs speciālistiem.

4. attēls. Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars atbilstoši pamatdiagnozei pie PVA un SAVA speciālistiem, %



Lielākais apmeklējumu īpatsvars (1.-6.aprūpes epizodes ietvaros) pie PVA speciālistiem ir vērojams pacientiem ar asinsrites sistēmas slimībām (I00-I99) – 92,4%, elpošanas sistēmas slimībām (J00-J99) – 88,6%. Lielākais apmeklējumu īpatsvars pie SAVA speciālistiem ir pacientiem grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību gadījumā (O00-O99) – 91,6%, pacientiem ar acu un to palīgorgānu slimībām (H00-H59) – 87,6%, kā arī pacientiem ar noteiktiem perinatālā perioda stāvokļiem (P00-P96) – 82,4%. Šāds sadalījums ir skaidrojams ar to, ka asinsrites sistēmas un elpošanas sistēmas slimībām ir liels hronisku pacientu skaits un šādi pacienti veselības aprūpes pakalpojumus saņem galvenokārt pie ģimenes ārstiem. Šauri specializētajās klīniskajās grupās kā oftalmoloģija, otolaringoloģija un specifiskajos dzemdniecības jautājumos pārsvarā aprūpē sekundārās veselības aprūpes speciālisti.

26. tabula. Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars bērniem un pieaugušajiem pēc pamatdiagnozes grupas, %

SSK-10 kods	Diagnožu grupas pēc SSK-10	Bērni			Pieaugušie		
		0-1 gads	2-7 gadi	8-17 gadi	18-45 gadi	46-65 gadi	66+ gadi
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	1,29	2,82	2,25	2,18	1,13	0,59
C00-D48	Audzēji	0,46	0,19	0,43	2,01	5,23	5,79
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	0,30	0,22	0,31	0,63	0,36	0,32
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	0,31	0,37	1,34	3,17	7,23	7,68
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	0,44	1,95	3,76	7,46	5,23	2,59
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	2,00	0,62	1,77	3,09	3,35	2,14
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	2,01	3,17	3,60	1,56	3,10	6,58
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	1,21	4,19	2,01	1,29	1,10	1,11
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	0,15	0,21	0,46	4,50	24,29	43,74
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	28,75	56,83	39,49	19,99	9,84	4,72
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	2,94	2,83	3,51	3,94	3,05	1,91
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	3,52	3,18	4,25	3,52	2,04	2,35
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	0,42	1,21	4,17	9,49	13,63	7,04
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	0,54	1,24	1,85	8,35	5,55	4,24

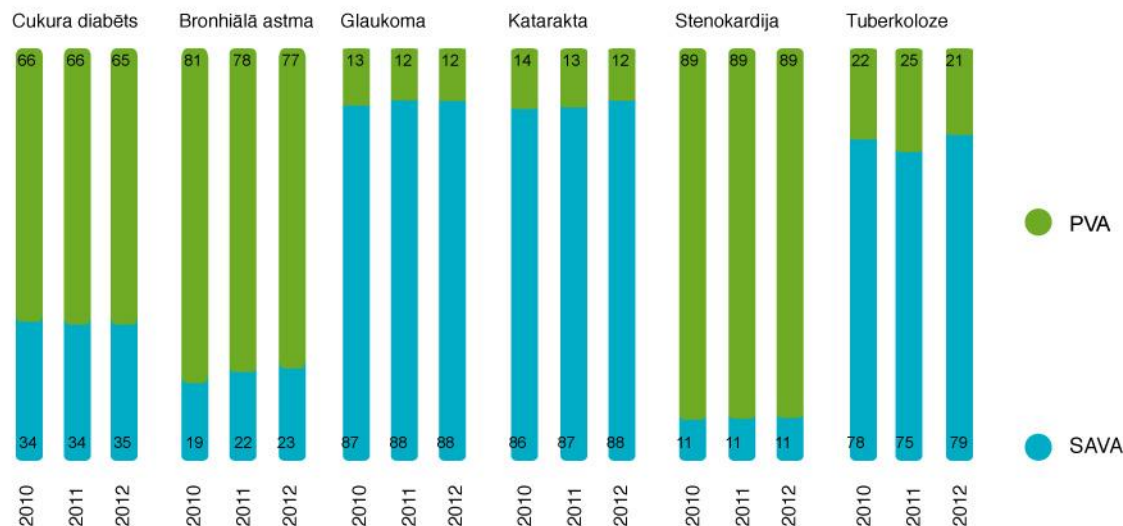
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	0,01	0,00	0,04	0,83	0,00	0,00
P00-P96	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	5,14	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	1,45	0,57	0,42	0,09	0,04	0,02
R00-R99	Cituro neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratorijas atrade	1,35	1,50	2,28	1,07	0,51	0,36
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	1,60	2,98	8,76	9,38	5,53	2,47
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	0,06	0,06	0,07	0,05	0,04	0,03
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	46,04	15,82	19,24	17,39	8,77	6,34
Kopā:		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5. attēls. Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars bērniem un pieaugušajiem atbilstoši pamatdiagnozes grupām, %



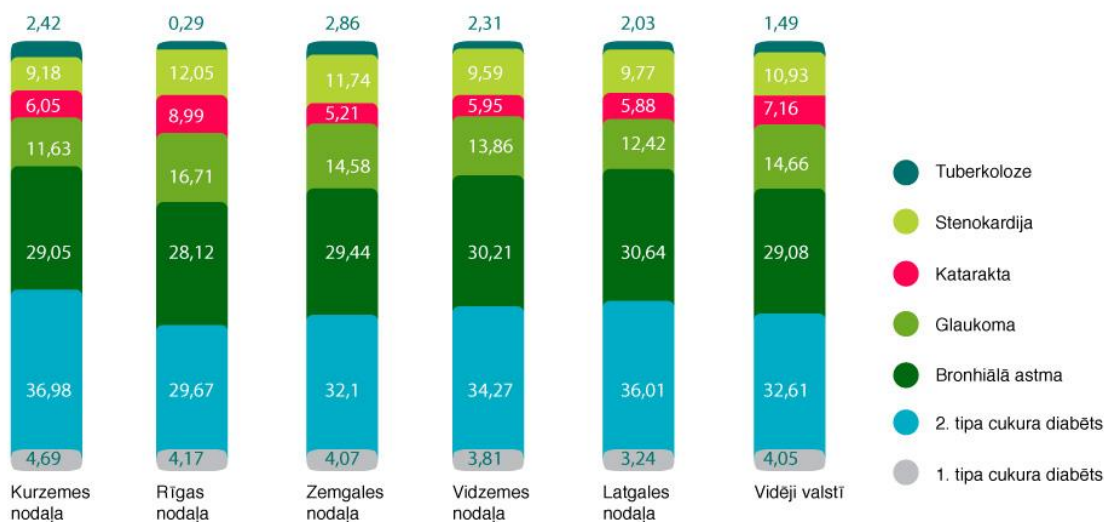
Attēlā ir atspoguļots primāro un sekundāro ambulatoro apmeklējumu (1.-6.aprūpes epizodes ietvaros) procentuālais sadalījums atbilstoši pamatdiagnožu grupām. Bērnu apmeklējumi veido lielāku īpatsvaru tādās pamatdiagnožu grupās kā „noteikti perinatālā perioda stāvokļi” (P00-P96) – 99,6%, „iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas” (Q00-Q99) – 82,7%, kā arī „elpošanas sistēmas slimības” (J00-J99) – 58,1%. Lielāku apmeklējumu īpatsvaru pieaugušajiem veido šādas pamatdiagnožu grupas: „grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods” (O00-O99) – 97,7%, „audzēji” (C00-D48) – 97,4%, „endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības” (E00-E90) – 96,0%.

6. attēls. PVA un SAVA ambulatoro apmeklējumu īpatsvars sadalījumā atbilstoši noteiktiem slimību veidiem, %



Attēlā ir atspoguļots pacientu ar noteiktām diagnozēm apmeklējumu skaits (1.-6.aprūpes epizodei) PVA un SAVA 2010.gadā, 2011.gadā un 2012.gadā. Vērtējamajā periodā PVA un SAVA apmeklējumiem atbilstoši visiem analizētajiem slimību veidiem nav vērojamas būtiskas proporciju izmaiņas.

7. attēls. Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pie noteiktas saslimšanas sadalījumā pa Dienesta teritoriālajām nodaļām, %



Attēlā ir atspoguļots ambulatoro apmeklējumu īpatsvars (1.-6.aprūpes epizodes ietvaros) noteiktu saslimšanu gadījumos, sadalījumā atbilstoši Dienesta teritoriālajām nodaļām. Norādītās diagnozes veido gandrīz 8% no kopējā ambulatoro apmeklējumu skaita. Lielākais ambulatoro apmeklējumu skaits no uzskaitītajām diagnozēm visās Dienesta teritoriālajās nodaļās ir pacientiem ar diagnozi „2.tipa cukura diabēts” – vidēji 33%.

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 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 kalendārās dienas, aprūpes epizodi noslēdz pēc 30 kalendārām dienām, skaitot no aprūpes epizodes sākšanās dienas, un ar nākamo pacienta apmeklējumu uzsāk jaunu aprūpes epizodi. Vienā aprūpes epizodē var ietilpt vairāki ambulatorie apmeklējumi.

27. tabula. Aprūpes epizožu skaits vidēji uz vienu iedzīvotāju

Teritoriālā nodaļa	PVA*				SAVA**			
	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gads	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gads
Kurzemes nodaļa	2,3	2,4	2,5	2,6	0,9	0,9	1,0	1,1
Latgales nodaļa	2,3	2,3	2,5	2,5	1,2	1,3	1,4	1,4
Rīgas nodaļa	2,1	2,0	2,2	2,2	1,4	1,5	1,6	1,6
Vidzemes nodaļa	2,5	2,5	2,6	2,7	1,0	1,1	1,1	1,1
Zemgales nodaļa	2,2	2,3	2,4	2,4	0,9	1,0	1,1	1,1
Vidēji valstī:	2,3	2,3	2,4	2,4	1,1	1,2	1,3	1,3

* 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.

Aprūpes epizožu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijā 2012.gadā gan primārajā veselības aprūpē, gan sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē, salīdzinājumā ar 2011.gadu, ir saglabāties nemainīgs.

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

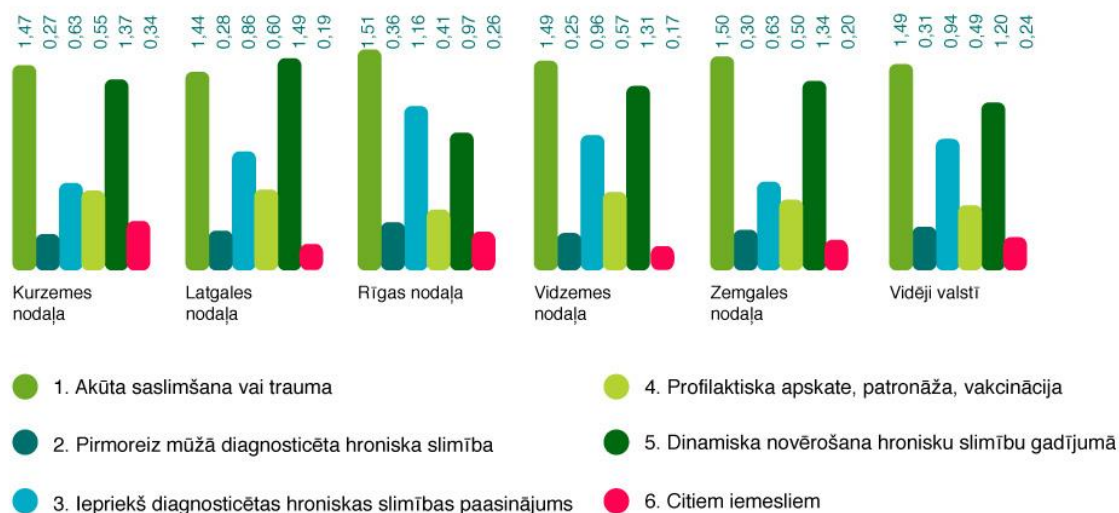
Teritoriālā nodaļa	PVA*				SAVA**			
	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gads	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gads
Kurzemes nodaļa	1,33	1,40	1,35	1,34	1,10	1,10	1,13	1,13
Latgales nodaļa	1,29	1,30	1,32	1,32	1,20	1,20	1,18	1,17
Rīgas nodaļa	1,33	1,30	1,33	1,32	1,10	1,10	1,09	1,09
Vidzemes nodaļa	1,34	1,40	1,34	1,32	1,10	1,10	1,13	1,13
Zemgales nodaļa	1,34	1,40	1,38	1,36	1,10	1,10	1,14	1,12
Vidēji valstī:	1,33	1,36	1,34	1,33	1,12	1,12	1,12	1,12

* 1.-6.aprūpes epizode; PVA ārstu, PVA māsu, PVA palīgu, PVA vecmāšu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA.

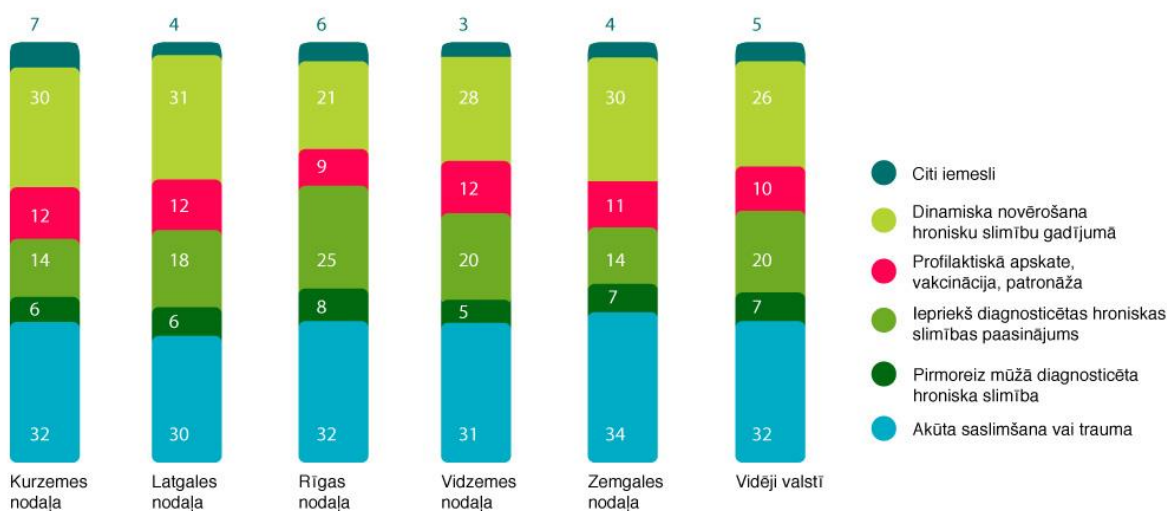
** 1.-6.aprūpes epizode; SAVAs speciālistu, SAVAs māsu un SAVAs ārsta palīgu veiktais darbs; specialitātes precizējums SAVAs.

Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu aprūpes epizodi Latvijā 2012.gadā gan primārajā veselības aprūpē, gan sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē ir bez būtiskām izmaiņām, salīdzinājumā ar 2011.gadu.

8. attēls. Ambulatoro apmeklējumu skaits vidēji uz vienu iedzīvotāju 2012. gadā atbilstoši aprūpes epizodes veidam



9. attēls. Ambulatoro apmeklējumu struktūra atbilstoši aprūpes epizodes veidiem Dienesta teritoriālajās nodaļās, %



Attēlā ir atspoguļots ambulatoro apmeklējumu skaita (1.-6.aprūpes epizodei) procentuālais sadalījums atbilstoši aprūpes epizodes veidam Dienesta teritoriālo nodaļu griezumā. Lielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars visās Dienesta teritoriālajās nodaļās ir akūtu saslimšanu vai traumu gadījumos. Rīgas nodaļas teritorijā ir lielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars, salīdzinājumā ar citu nodaļu teritorijām, iepriekš diagnosticētu hronisku slimību paasinājuma gadījumā. Tas skaidrojams ar to, ka Rīgā ir pieejami augsti kvalificētu speciālistu pakalpojumi, kā arī nepieciešamais tehniskais un tehnoloģiskais nodrošinājums specifisku slimību ārstēšanai. Savukārt dinamiskā novērošana⁵ notiek tuvāk pacienta dzīvesvietai.

Ambulatoro apmeklējumu struktūras nevienmērīgums atbilstoši aprūpes epizodes veidiem teritoriālajās nodaļās ir saistīts ar katra ārsta individuālo pieeju ārstēšanas procesam.

⁵ Dinamiskā novērošana – atkārtoti ārsta apmeklējumi saistībā ar hronisku saslimšanu.

4.2. Primārā veselības aprūpe

4.2.1. Ģimenes ārstu un feldšeru – vecmāšu punktu darbības rādītāji

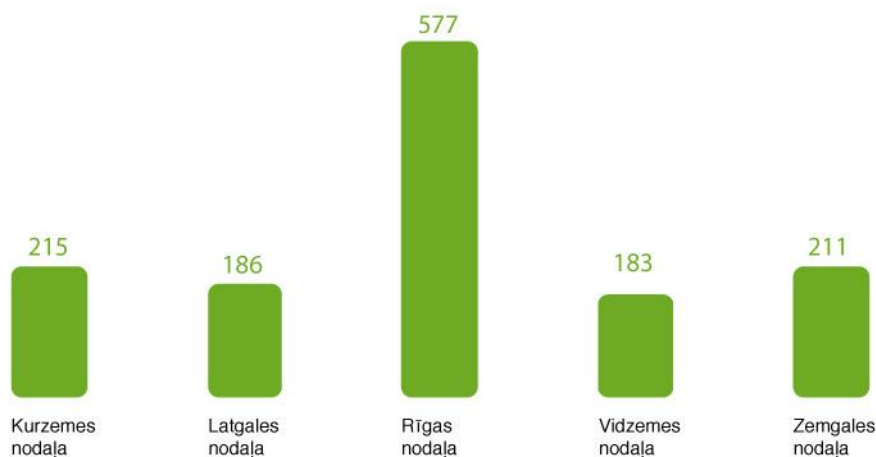
29. tabula. Ģimenes ārstam veiktie maksājumi 2012.gadā, Ls*

Maksājums	Vienam ģimenes ārstam veiktie maksājumi gadā, Ls		
	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu līdz 1000	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu no 1001-2000	Prakse ar reģistrēto pacientu skaitu virs 2000
Kapitācijas nauda praksei (vidēji 0,6319 Ls par pacientu mēnesī jeb 87% no aprēķinātās kapitācijas naudas, ko ģimenes ārsts saņem katru mēnesi)	5382	10186	14737
Aprēķināta mēneša kvalitātes piemaksa (4% no kapitācijas naudas, ko ģimenes ārsts saņem katru mēnesi)	268	508	735
Piemaksa par veiktajām manipulācijām	1202	1797	2561
Fiksētais maksājums prakses uzturēšanai	2681	2873	2876
Pacienta iemaksas kompensācija reģistrētiem pacientiem, kuri ir atbrīvoti no pacienta iemaksām	1848	1986	3041
Citas piemaksas (par teritorijas blīvumu u.c.)	1946	3351	4635
Samaksa par īslaicīgo pacientu un neregistrēto pacientu aprūpi	9	-16**	72
Piemaksa par māsām un ārsta palīgiem	2838	5418	7993
Vidējie ienākumi no valsts gadā:	16174	26103	36650
Gada kvalitātes nauda par 2011.gadu	458	850	1226
Ārstu skaits	166	1010	198
Kopā vidējie ienākumi no valsts gadā:	16632	26953	37876

* Papildus ģimenes ārsta ienākumus veido arī iekasētās pacienta iemaksas un maksas pakalpojumi – piemēram, mājas vizītes pie pieaugušajiem, dažādu izziņu izsniegšana (piemēram, autovadītāja komisijām) un citi pakalpojumi.

** Vienai praksei ir vidēji -16 Ls, jo praksē reģistrētie pacienti ir vērsušies pie citiem ģimenes ārstiem kā īslaicīgie pacienti (piemēram, ciemojoties citā pilsētā un saslimstot tur) un samaksu par šiem pacientiem sniegto aprūpi saņēmis cits ģimenes ārsts.

10. attēls. Ģimenes ārstu sadalījums atbilstoši Dienesta teritoriālajām nodaļām, skaits



Līgumattiecībās ar Dienestu uz 2012.gada 31.decembri bija 1372 ģimenes ārsti (tajā skaitā pediatri) ar kopējo reģistrēto pacientu skaitu 2 139 321. Visvairāk ģimenes ārstu strādā

Rīgas teritorijā, kur ir vislielākais iedzīvotāju blīvums. Vidējais reģistrēto pacientu skaits uz vienu ģimenes ārstu valstī 2012.gadā bija 1594.

11. attēls. Ģimenes ārstu sadalījums pēc prakšu tipa, %

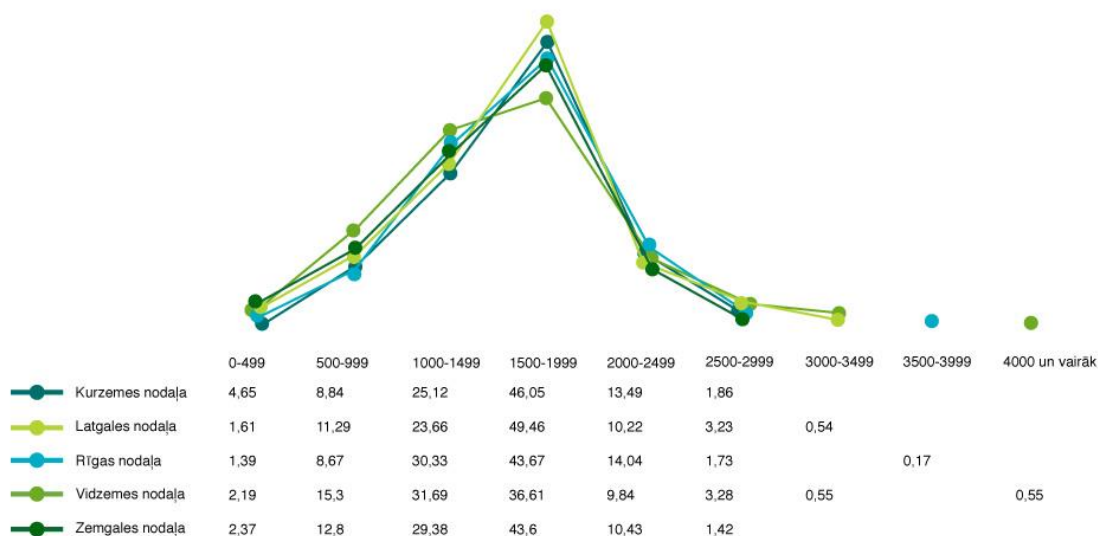


Atbilstoši Noteikumiem Nr.1046, visas prakses tiek dalītas divās grupās, atkarībā no bērnu īpatsvara tajās:

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

Ģimenes ārstu skaita sadalījums atbilstoši prakšu tipam 2012.gadā visās Dienesta teritoriālajās nodaļās ir līdzīgs. Vairāk kā 95% no visām praksēm ir ģimenes ārstu tipa prakses.

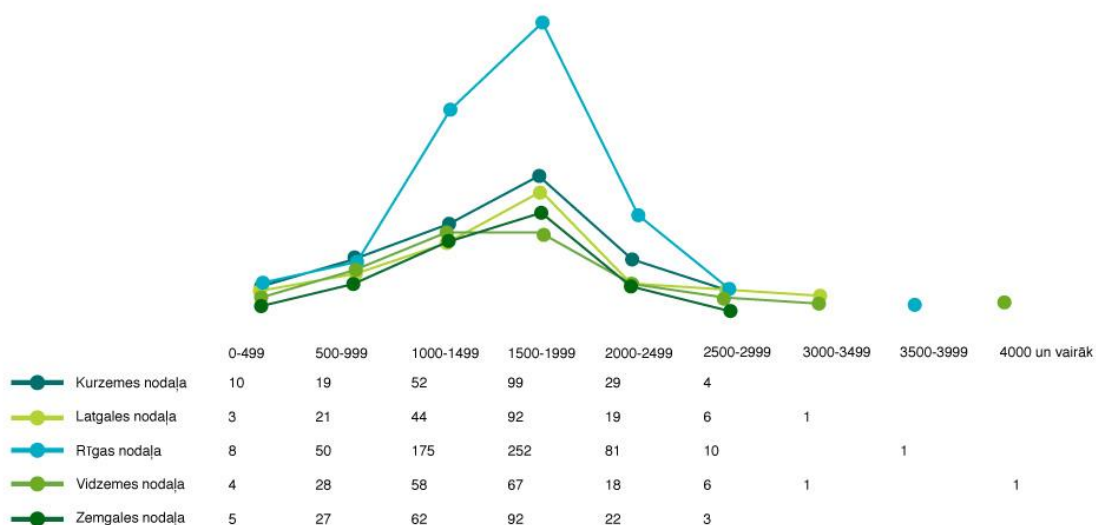
12. attēls. Ģimenes ārstu īpatsvars pēc to reģistrēto pacientu skaita atbilstoši Dienesta teritoriālajām nodaļām, %



Ģimenes ārstu skaits tika dalīts atbilstoši to reģistrēto pacientu skaitam. Dienests par vienu pilnu slodzi uzskata ģimenes ārsta praksi, kur kopējais reģistrēto pacientu skaits ir 1800 pacienti vai 800 bērni (vecumā līdz 18 gadiem).

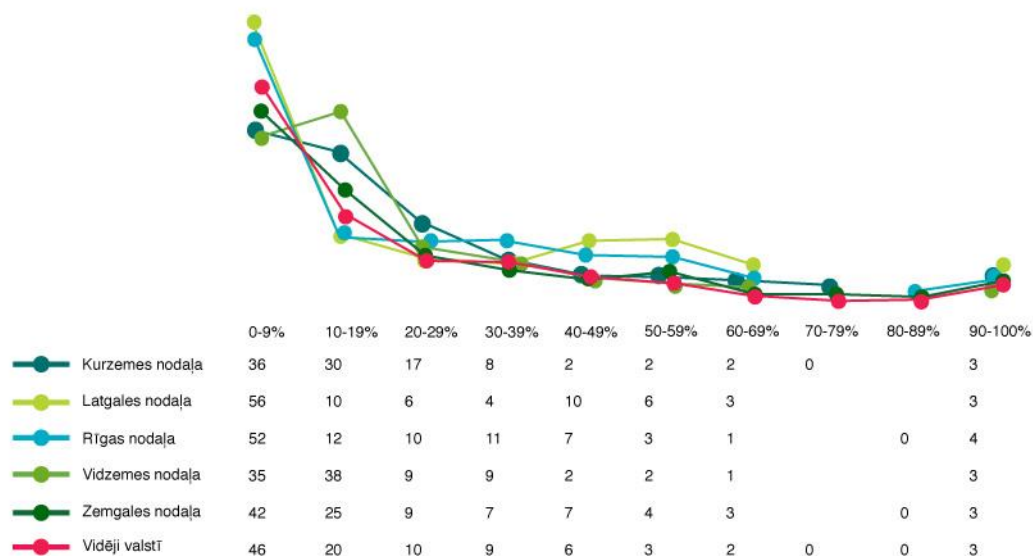
Grafiks atspoguļo, ka lielākais ģimenes ārstu prakšu īpatsvars ir ar vidējo reģistrēto pacientu skaitu robežās no 1500 līdz 1999. Ar mērķi nodrošināt kvalitatīvu aprūpi, ģimenes ārsti praksē reģistrē ne vairāk kā 2000 pacientus.

13. attēls. Ģimenes ārstu skaits atbilstoši reģistrēto pacientu skaitam pa Dienesta teritoriālajām nodaļām



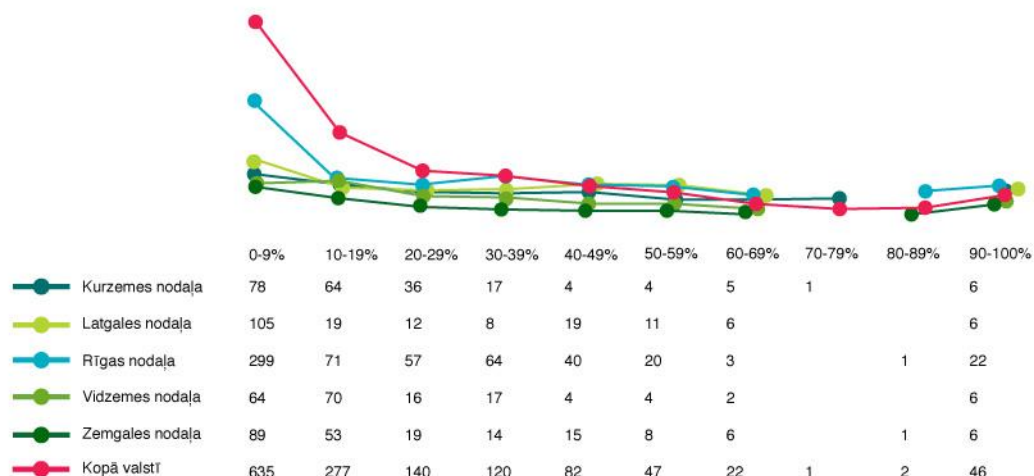
Ir neliels skaits ģimenes ārstu prakšu, kur reģistrēti vairāk nekā 3000 pacienti. Šādās praksēs ģimenes ārstam palīdz ārstu palīgi un ir vairākas pieņemšanas vietas. Parasti tas ir saistīts ar reģiona īpatnībām. Piemēram, lielas teritorijas ar mazu iedzīvotāju blīvumu vai arī ģimenes ārstu trūkums mazos pagastos, kas atrodas tālu no pilsētām.

14. attēls. Ģimenes ārstu praksē reģistrēto bērnu īpatsvars, %



Ģimenes ārstu skaits tika dalīts pēc to reģistrēto pacientu, vecumā līdz 18 gadiem, īpatsvara uz vienu ģimenes ārstu. Attēlā redzams, ka 2012.gadā 46,28% ģimenes ārstu prakšu kopskaitā valstī reģistrēti mazāk kā 10% pacienti vecumā līdz 18 gadiem.

15. attēls. Ģimenes ārstu skaits atbilstoši reģistrēto bērnu īpatsvaram reģistrēto pacientu kopskaitā 2012.gadā



Attēlā redzams, ka ģimenes ārstu prakšu skaits, kurās 70-100% reģistrēto pacientu veido bērni, ir 49, no kurām savukārt 46 praksēs bērnu skaits ir lielāks par 90%.

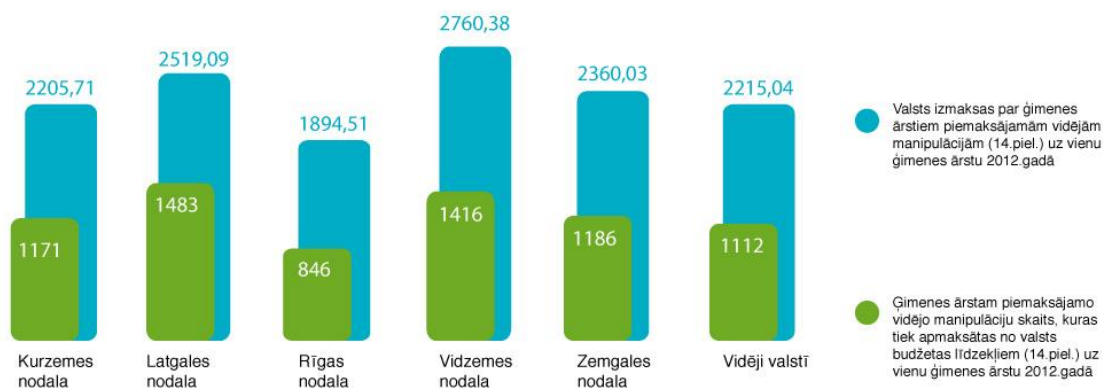
Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas

Noteikumu Nr.1046 14.pielikumā „Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas” ir norādītas manipulācijas, par kurām ģimenes ārstiem tiek veikta papildu samaksa. Šajā sarakstā ir iekļautas manipulācijas, kuras tika saskaņotas ar ģimenes ārstu asociācijām un kuras var veikt, aprūpējot pacientu ar noteiktām sūdzībām vai pie noteiktas diagnozes. Par šo manipulāciju veikšanu ģimenes ārstam tiek samaksāts atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem vai veikto manipulāciju apjomam. Tādējādi ģimenes ārstam tiek piedāvāta izvēle – nosūtīt pacientu pie speciālista un šo manipulāciju sniegšana tiks apmaksāta no sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļiem vai šīs manipulācijas veikt pašam, palielinot savas prakses ienākumus.

Visas ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas nosacīti var dalīt divās grupās:

- manipulācijas, kurām ir noteikts tarifs pakalpojumu apmaksai;
- manipulācijas, kuras izmanto ģimenes ārsta veiktā darba uzskaitē.

16. attēls. Ģimenes ārstam piemaksājamās manipulācijas, kurām ir noteikts tarifs pakalpojumu apmaksai



Primārajā veselības aprūpē visvairāk piemaksājamās manipulācijas, kurām ir noteikts tarifs pakalpojumu apmaksai, ģimenes ārsti pielietoja Dienesta Latgales un Vidzemes teritoriālajās nodaļās – 1483 un 1416 manipulācijas uz vienu ģimenes ārstu 2012.gadā. Tas ir skaidrojams ar to, ka Latgales un Vidzemes teritoriālās nodaļās ir lielākas lauku teritorijas, kur ir apgrūtināta pieejamība ārstiem speciālistiem.

Atbilstoši ģimenes ārstam piemaksājamo manipulāciju skaitam tiek izlietots arī valsts finansējums – Dienesta Latgales un Vidzemes teritoriālās nodaļās vidējās piemaksājamo manipulāciju izmaksas vienam ģimenes ārstam ir virs 2500 latiem. Vidējās valsts izmaksas valstī veido 2215 latus vienam ģimenes ārstam.

30. tabula. Ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu uzskaites manipulāciju sadalījums 2012.gadā, skaits

Manipulācijas	Kurzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Rīgas nodaļa	Vidzemes nodaļa	Zemgales nodaļa	Kopā:
Vakcinācija*	135951	106771	335258	112675	133191	823846
60404 – Pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts (atbilstoši Noteikumu Nr.1046 5.pielikumam). Samaksa par manipulāciju ietverta ģimenes ārsta kapitācijas naudā.	52035	43781	64368	35597	35288	231069
60405 – Pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts, izmeklējot pacientu ar saslimšanu	10402	16950	35899	9882	14865	87998
60231 – Konsultācija par veselīgu dzīvesveidu (2.tipa cukura diabēta pacientiem, pacientiem ar koronāro sirds slimību, arteriālo hipertensiju, hronisku obstruktīvu plaušu slimību, smēķētājiem)	8549	7304	5978	3226	8482	33539
60232 – Arteriālais asinsspiediens pacientam ar arteriālo hipertensiju ir 150/90 mmHg vai mazāks	3922	3373	4096	3795	5587	20773
07060 – Inhalatora pareizas lietošanas apmācība, arī atkārtota	2587	2591	4898	2815	2761	15652

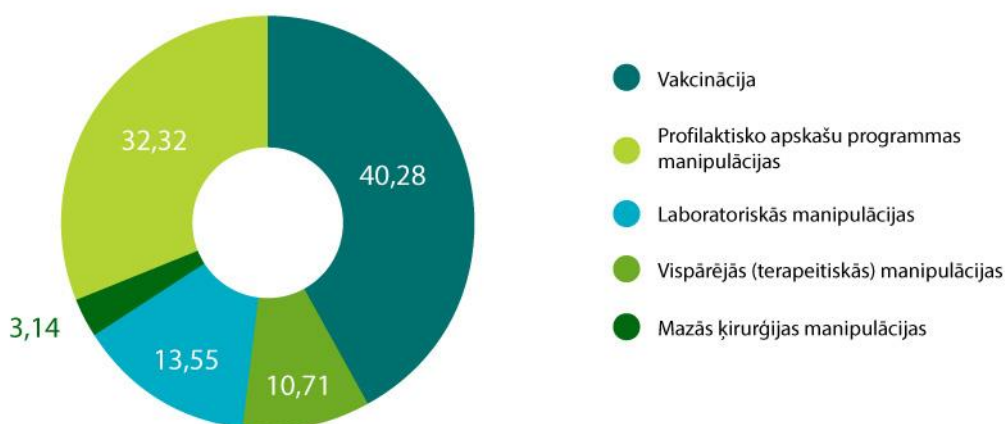
60230 – Bērna vecumā no vienas nedēļas līdz pieciem gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšana atbilstoši normatīvajiem aktiem par ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību	1558	2064	1917	1167	6242	12948
60233 – Kardiovaskulārā riska noteikšana pacientam ar arteriālo hipertensiju	2449	1071	1054	2047	4015	10636
Kopā:	217453	183905	453468	171204	210431	1236461

* Vakcināciju manipulācijas no Noteikumu Nr.1046 14.pielikuma, kuras izmanto vakcināciju uzskaitē.

Ambulatorajā veselības aprūpē lielākā daļa no ģimenes ārstiem piemaksājamo manipulāciju skaita, kuras pielietotas 2012.gadā pakalpojumu uzskaitē, ir vakcināciju manipulācijas.

Atbilstoši Noteikumiem Nr.1046, 2009.gada 1.jūlijā to 14.pielikumā „Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas” tika veikti grozījumi un samaksa par pieaugušo profilaktiskām apskatēm, ko veica ģimenes ārsts, tika ietverta ģimenes ārsta kapitācijas naudā. Līdz ar to samaksa par profilaktiskām apskatēm pieaugušajiem pie ģimenes ārsta netiek veikta atsevišķi.

17. attēls. Ģimenes ārstam piemaksājamo manipulāciju īpatsvars kopējā piemaksājamo manipulāciju skaitā 2012.gadā



Lielāko īpatsvaru no visām 2012.gadā veiktām ģimenes ārstam piemaksājamām manipulācijām veido vakcinācijas manipulācijas – 40,28%. Ar 32,32% tām seko profilaktisko apskašu programmas manipulācijas. Vismazāko īpatsvaru veido mazās ķirurģiskās manipulācijas.

31. tabula. Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta darba dienā

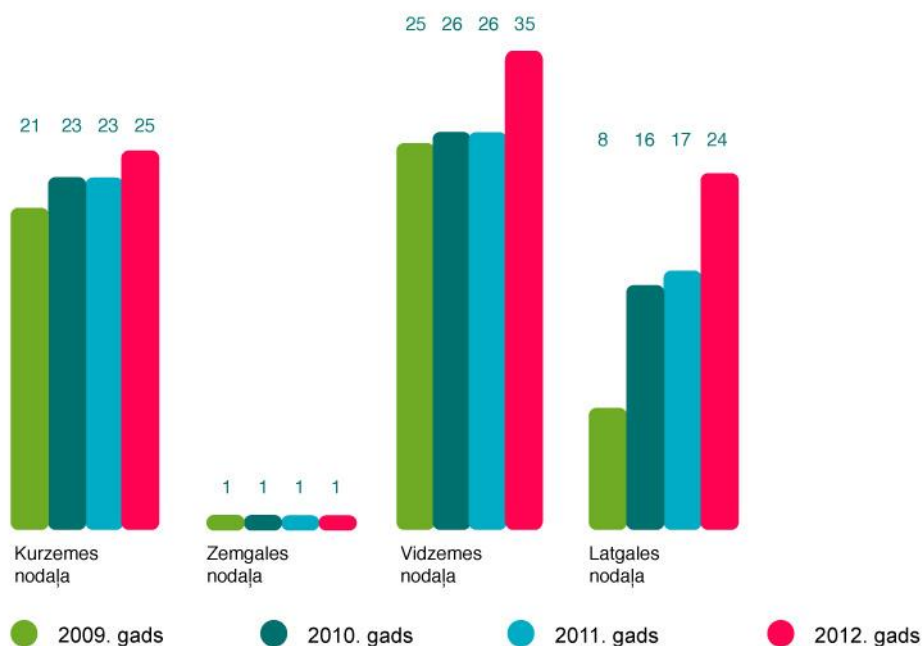
Teritoriālā nodaļa	Vidējais apmeklējumu skaits darba dienā (gan mājās, gan ārstniecības iestādē) kopā*	tajā skaitā:	
		vidējais ģimenes ārsta apmeklējumu skaits mājās vienā darba dienā	vidējais apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta ārstniecības iestādē vienā darba dienā
Kurzemes nodaļa	20,35	0,68	19,67
Latgales nodaļa	19,48	0,77	18,70
Rīgas nodaļa	18,70	0,92	17,78
Vidzemes nodaļa	20,48	0,82	19,66
Zemgales nodaļa	19,27	0,65	18,62
Vidēji valstī:	19,39	0,81	18,58

* 1.-6.aprūpes epizode; PVA ārstu un dežūrārstu veiktais darbs; specialitātes precizējums PVA; specialitātes P01, P02 un P15.

Vidēji dienā pie viena ģimenes ārsta 2012.gadā veikti 19 apmeklējumi. Apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem visās teritoriālās nodaļās ir līdzīgs, izņemot Rīgas nodaļu, kur ir nedaudz mazāk apmeklējumu. Jāmin, ka no valsts budžeta līdzekļiem 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.

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.

18. attēls. Feldšeru-vecmāšu punktu skaits sadalījumā pa Dienesta teritoriālām nodaļām



Teritorijās, kur bija apgrūtināta PVA pakalpojumu pieejamība, Dienests slēdza līgumus ar pašvaldībām par finansējumu feldšeru-vecmāšu punktiem. 2012.gada sākumā bija noslēgti līgumi ar pašvaldībām par PVA pakalpojumu nodrošināšanu 68 feldšerpunktos. 2012.gadā tika veikts feldšerpunktu darbības un PVA pakalpojumu pieejamības izvērtējums, kā rezultātā uz 2012.gada 31.decembri valsts apmaksātus PVA pakalpojumus sniedza 85 feldšerpunktos (skatīt 18.attēlu). 2012.gadā feldšeru-vecmāšu punktos kopējais apmeklējumu skaits bija 88 757, vidēji 4,29 apmeklējumi darba dienā (skatīt 37.tabulu).

32. tabula. Vidējais feldšeru-vecmāšu punktu apmeklējumu skaits dienā

Teritoriālā nodaļa	Feldšeru - vecmāšu punktu skaits	Apmeklējumu skaits (bez 7.aprūpes epizodes) 2012.gadā	Vidējais apmeklējumu skaits darba dienā 2012.gadā
Kurzemes nodaļa	25	28 499	4,67
Zemgales nodaļa	1	1273	5,00
Vidzemes nodaļa	35	28 492	3,45
Latgales nodaļa	24	30 493	5,04
Valstī kopā:	85	88 757	4,29

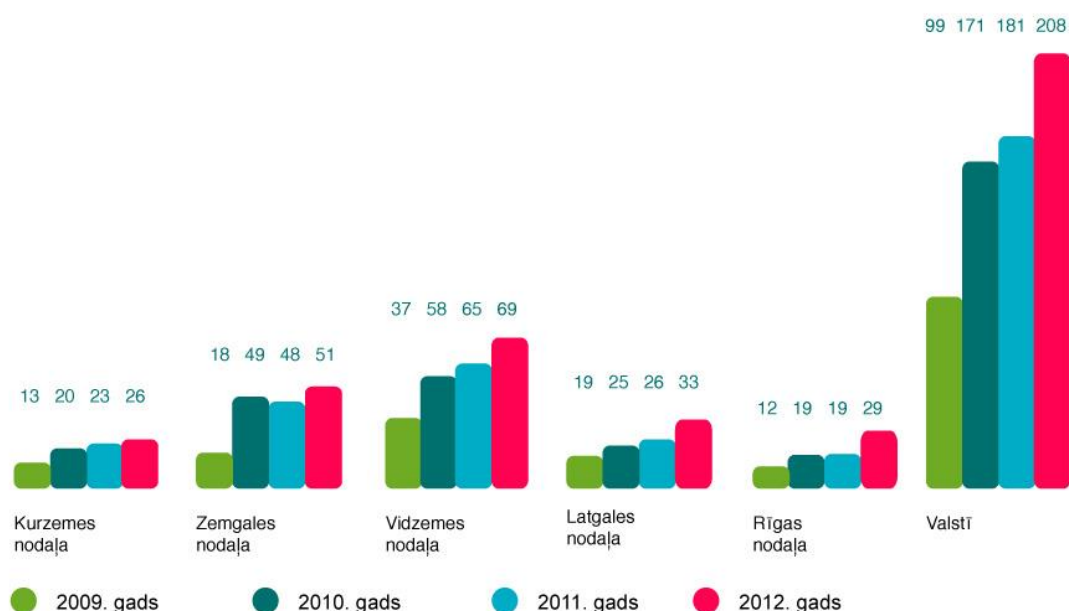
4.2.2 Veselības aprūpe mājās

Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz sertificēta māsa vai ārsta palīgs (feldšeris) pacientam tā dzīvesvietā un 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.

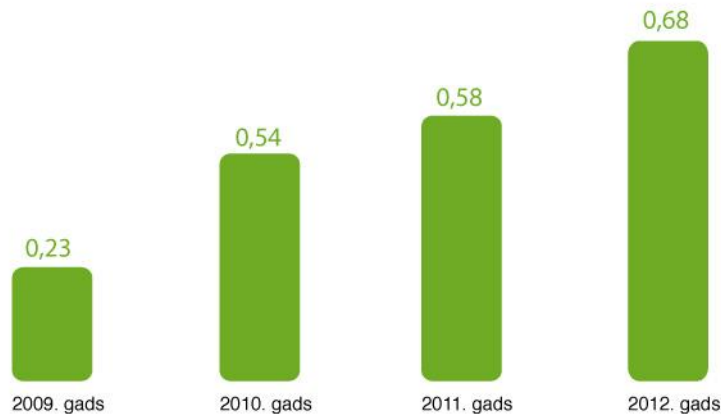
Kopš 2012.gada 1.janvāra insulta pacientiem (ar diagnozi I60, I61, I63, I64 vai I69), kam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta sešu mēnešu laikā pēc saslimšanas, ir pieejami valsts apmaksāti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi veselības aprūpes mājās ietvaros. No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksātas arī rehabilitologa mājas vizīte pie pacientiem, kas saņem rehabilitācijas speciālistu sniegtos pakalpojumus mājās aprūpes ietvaros.

19. attēls. Ārstniecības iestāžu skaits, kas nodrošina veselības aprūpes mājās pakalpojumu



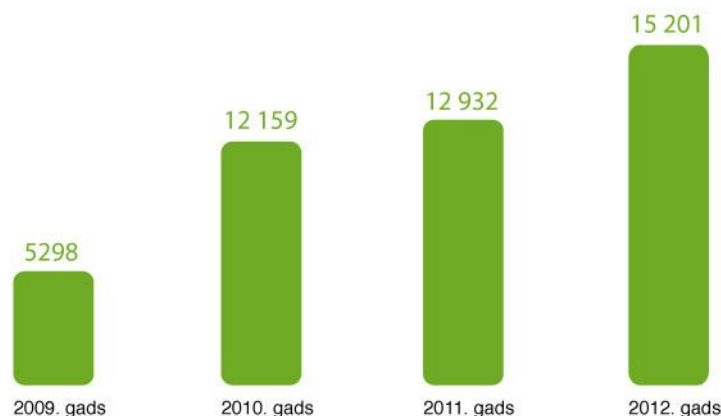
Salīdzinot ar 2011.gadu, pakalpojumu sniedzēju skaits 2012.gadā ir pieaudzis par 27 un uz 2012.gada 31.decembri veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedza 208 ārstniecības iestādes (skatīt 19.attēlu). Pakalpojumu sniedzēju skaits palielinājies visās teritoriālās nodaļās, kas skaidrojams ar rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju iesaistīšanos mājās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā. 2012.gadā visā Latvijas teritorijā rehabilitācijas pakalpojumus mājās aprūpē nodrošināja 67 ārstniecības iestādes. Ārsta palīga vai māsa veselības aprūpes mājās pakalpojumus 2012.gadā sniedza 185 ārstniecības iestādes.

20. attēls. Latvijas iedzīvotāju īpatsvars, kuri saņēmuši veselības aprūpi mājās, %



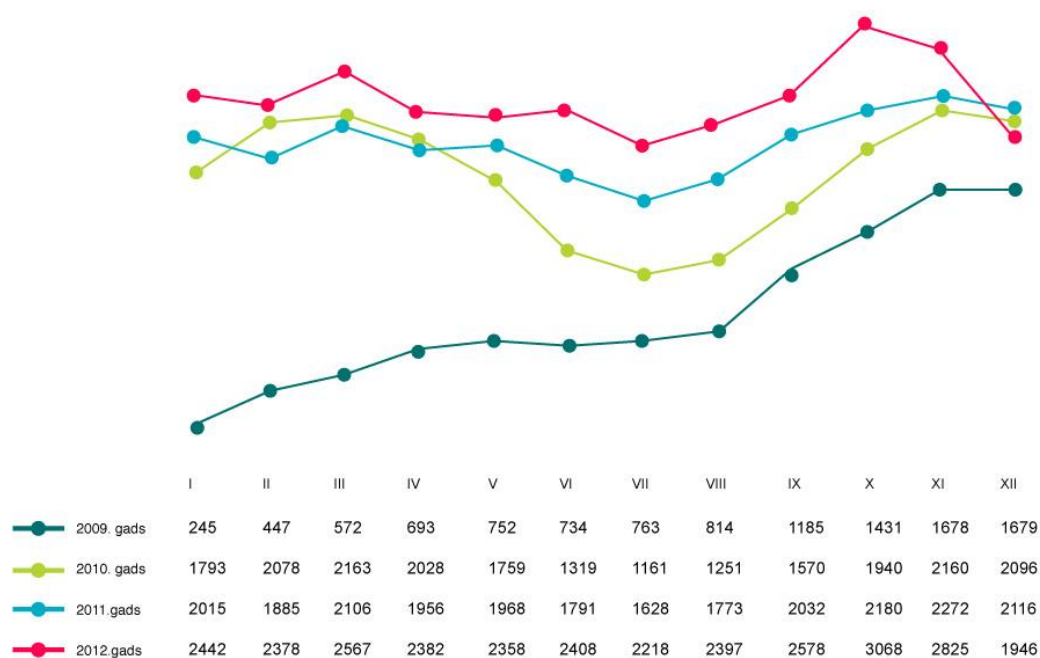
No visiem Latvijas iedzīvotājiem 2012.gadā 0,68% izmantoja veselības aprūpes mājās pakalpojumu (skatīt 20.attēlu). Pakalpojumu saņēmušo iedzīvotāju īpatsvara pieaugums 2012.gadā skaidrojams ar pakalpojuma paplašināšanu, nodrošinot rehabilitācijas speciālistu sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus mājās pacientiem ar noteiktām diagnozēm.

21. attēls. Unikālo pacientu skaits



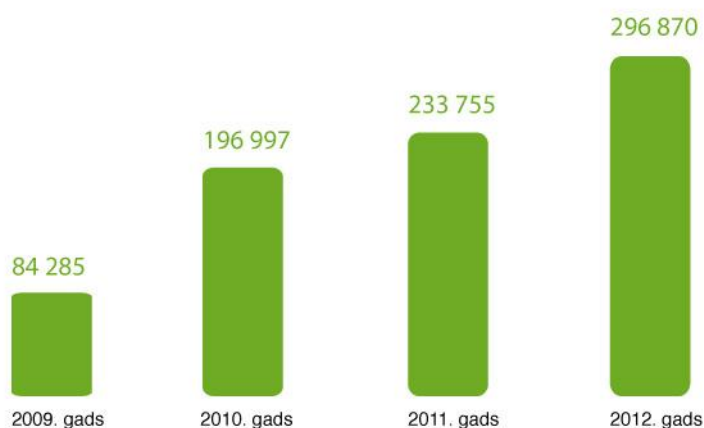
Unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši mājās aprūpes pakalpojumus, gadu dinamikā pieaudzis (skatīt 21.attēlu) – 2012.gadā šo pakalpojumu kopumā saņēma 15 201 pacients, no kuriem 14 466 saņēma ārsta palīga vai māsas sniegtos veselības aprūpes mājās pakalpojumus un 1081 pacients saņēma rehabilitācijas speciālistu sniegtos pakalpojumus mājās.

22. attēls. Unikālo pacientu skaita dinamika pa mēnešiem



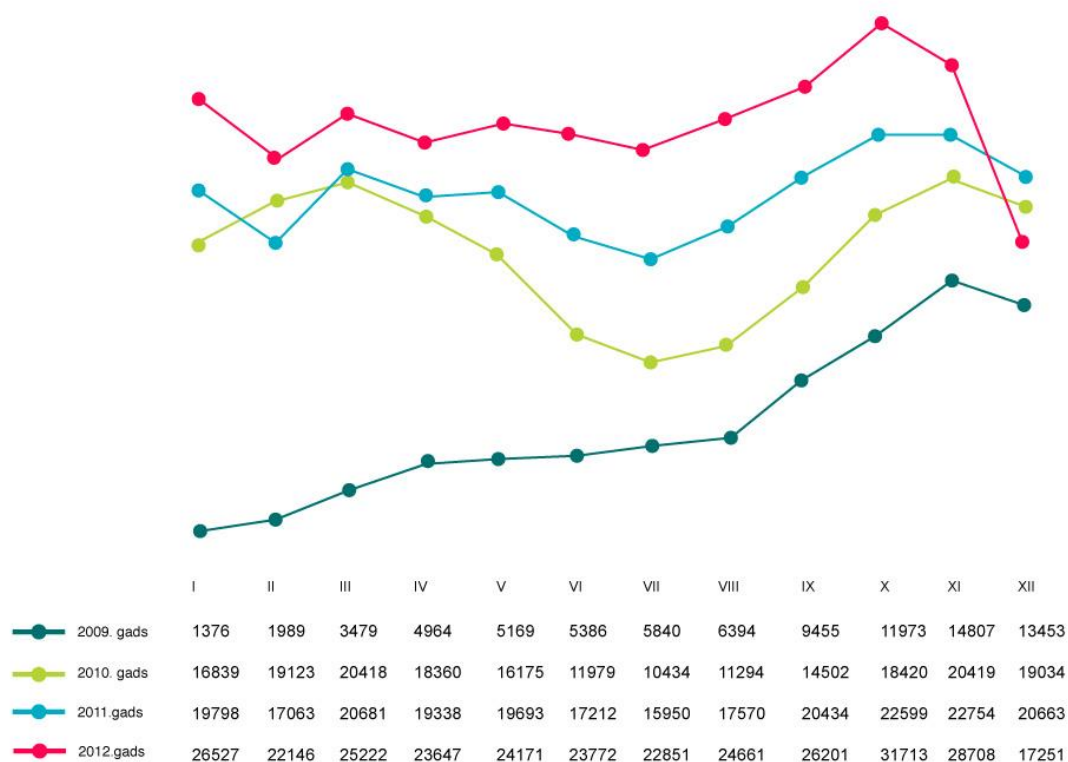
22.attēlā var redzēt, ka, līdzīgi kā iepriekšējos gadus, arī 2012.gadā unikālo pacientu skaits, kas saņēma veselības aprūpes mājās pakalpojumu, pieauga rudens un ziemas mēnešos.

23. attēls. Veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits



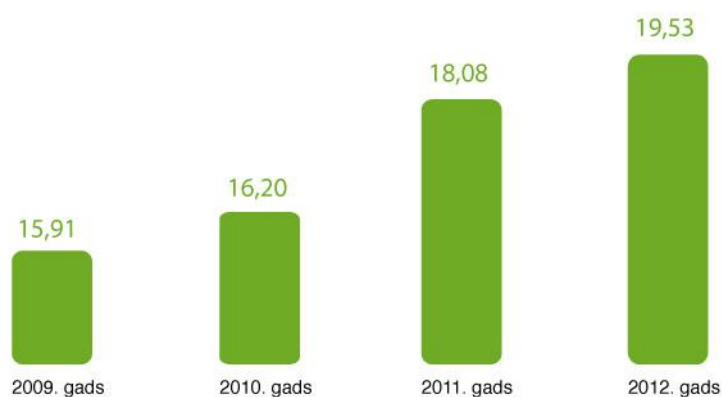
Kopā 2012.gadā ir veikti 296 870 veselības aprūpes mājās apmeklējumi (skatīt 23.attēlu), tai skaitā 23 718 apmeklējumi bijuši pie pacientiem, kuriem sniegti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi mājās. Salīdzinot ar 2011.gadu, kopējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits ir pieaudzis par 27%.

24. attēls. Veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaita dinamika pa mēnešiem



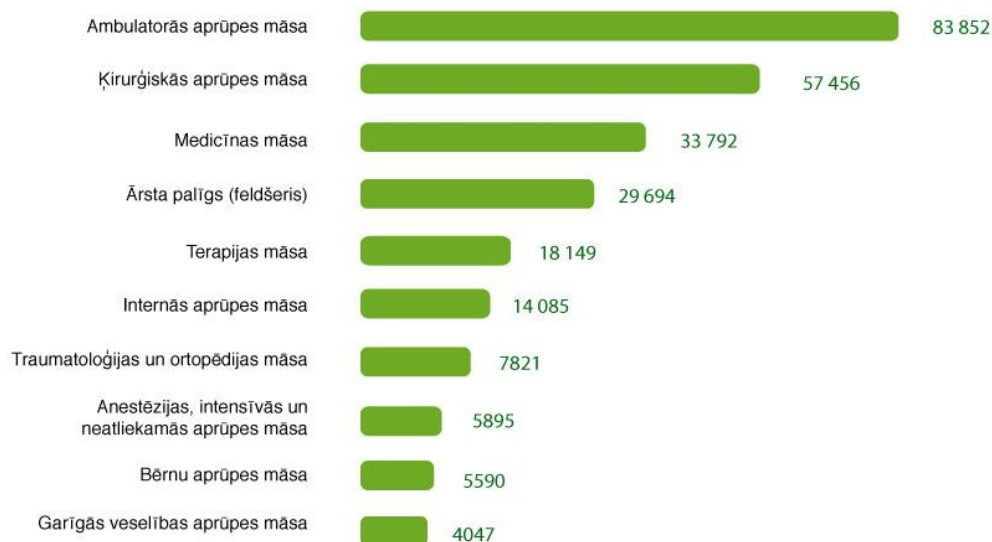
24.attēls atspoguļo, ka arī apmeklējumu skaita ziņā veselības aprūpes mājās pakalpojumam 2012.gadā vērojams skaita pieaugums rudens un ziemas mēnešos.

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



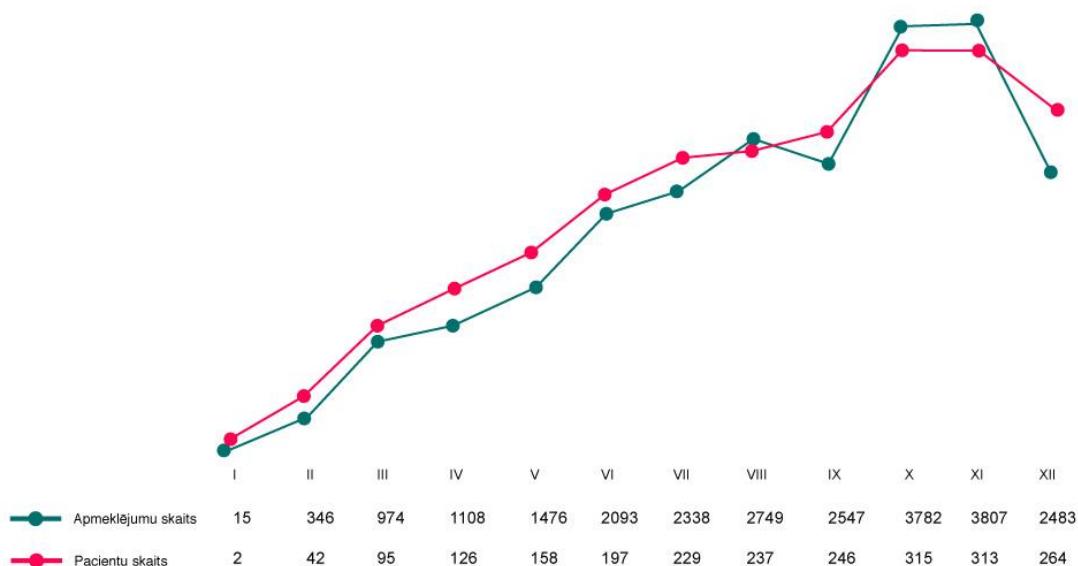
Gadu dinamikā ir pieaudzis arī vidējais veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits vienam mājās aprūpes pacientam un 2012.gadā tie bijuši vidēji 19,5 apmeklējumi (skatīt 25.attēlu), kas liecina par to, ka šo pakalpojumu mājās aprūpes pacienti izmanto arvien ilgāku laika periodu.

26. attēls. Veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaita sadalījums pa pakalpojuma sniedzēju specialitātēm



Savukārt 26.attēls atspoguļo, ka 2012.gadā, līdzīgi kā iepriekšējos gados, 75% no visiem veselības aprūpes mājās apmeklējumiem veikušas ambulatorās aprūpes māsas (31%), ķirurģiskās aprūpes māsas (21%), medicīnas māsas (12%) un ārsta palīgi – feldšeri (11%). Salīdzinoši ar 2011.gadu samazinājies veselības aprūpes mājās apmeklējumu skaits, ko veikušas onkoloģiskās aprūpes māsas un neatliekamās palīdzības māsas.

27. attēls. Rehabilitācijas speciālistu sniegto veselības aprūpes mājās apmeklējumu un pakalpojumu saņēmušo pacientu skaits 2012.gadā



Apmeklējumu un pacientu skaits, kas saņēmuši medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās, kopš 2012.gada sākuma, kad tika uzsākta valsts apmaksāta pakalpojuma sniegšana, mēnešu dinamikā vienmērīgi pieauga gada beigās, sasniedzot 23 718 apmeklējumus, kas sniegti 1081 pacientam, un tas norāda uz šī pakalpojuma nepieciešamību.

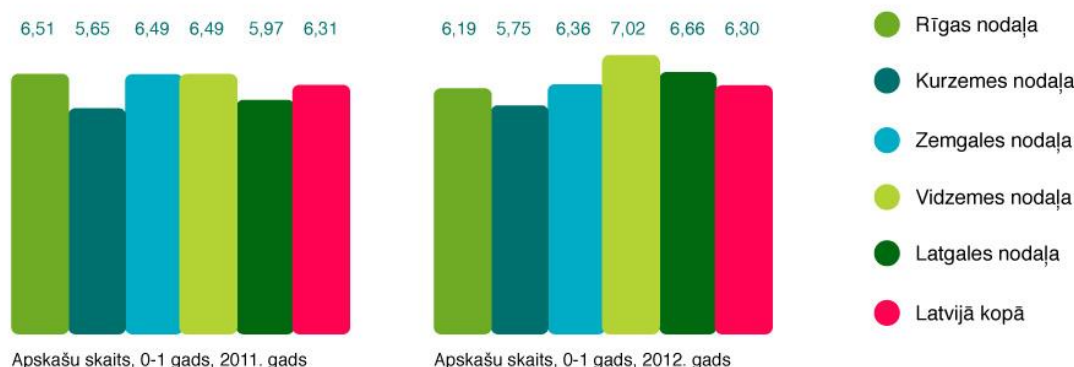
2012.gadā kopumā bijušas 324 fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa mājas vizītes pie 248 pacientiem, nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājās.

4.2.3 Profilaktiskās apskates

Profilaktisko apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta

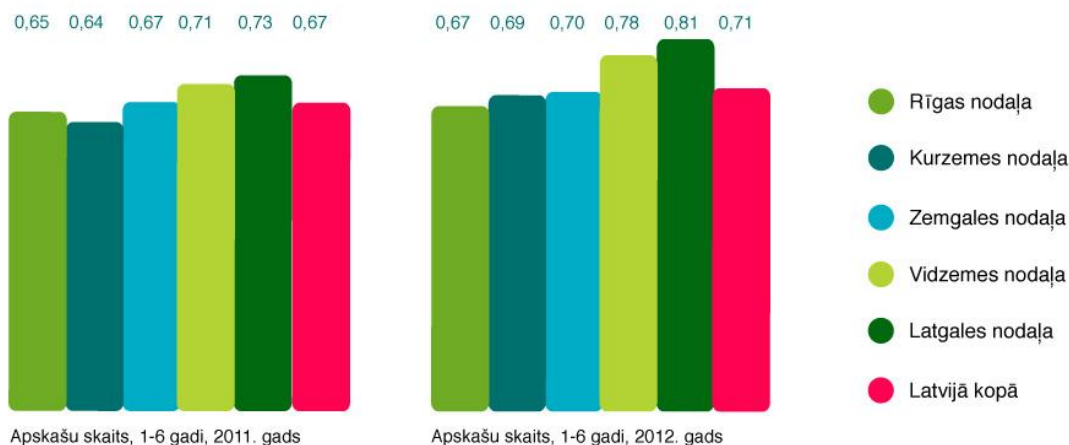
Profilaktisko apskašu programmā bērniem līdz viena gada vecumam paredzētas astoņas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates ģimenes ārsta prakses vietā. Tabulā ir atspoguļots vidējais ģimenes ārsta veikto profilaktisko apskašu skaits gadā, ko saņēma reģistrētie pacienti – bērni līdz viena gada vecumam.

28. attēls. Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits bērniem pirmajā dzīves gadā



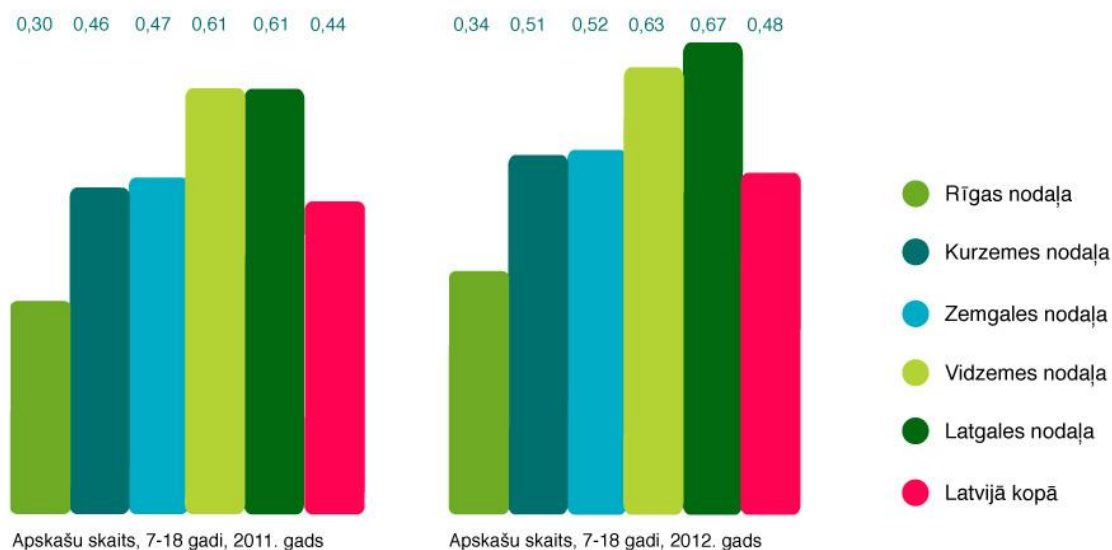
Attēlā redzams, ka salīdzinot 2011.gada un 2012.gada rādītājus valstī kopumā, ģimenes ārstu veikto profilaktisko apskašu skaits zīdaiņiem pirmajā dzīves gadā saglabājas iepriekšējā gada līmenī. 2012.gadā visvairāk profilaktiskās apskates ir veiktas Vidzemē, bet vismazāk profilaktiskās apskates veiktas Kurzēmē.

29. attēls. Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits gadā bērniem vecumā no 1 līdz 6 gadiem



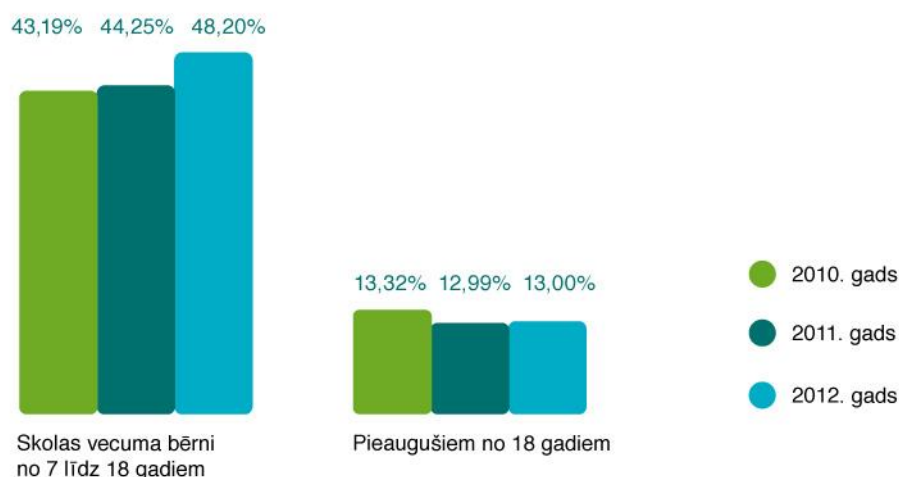
Vecuma grupā no viena līdz sešiem gadiem profilaktiskajā programmā bērniem ir paredzētas septiņas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates. Tabulā ir atspoguļots vidējais ģimenes ārsta veikto profilaktisko apskašu skaits gadā, ko saņēma reģistrētie pacienti – bērni no viena līdz sešu gadu vecumam. Attēlā redzams, ka šajā vecuma grupā bērniem profilaktiskās apskates tomēr tiek veiktas retāk nekā reizi gadā. 2012.gadā visvairāk profilaktiskās apskates ir veiktas Vidzemē un Latgalē, salīdzinot ar 2011.gadu, šajās teritorijās ir ievērojami uzlabots profilaktiskais darbs. 2012.gadā valstī kopumā ģimenes ārsta veikto profilaktisko apskašu skaits vecuma grupā no viena līdz sešiem gadiem palielinājās.

30. attēls. Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits gadā bērniem vecumā no 7 līdz 18 gadiem⁶



Vecuma grupā no septiņiem līdz astoņpadsmit gadiem, kad profilaktisko apskašu programma paredz ģimenes ārsta profilaktisko apskati vienu reizi gadā, profilaktiskās apskates tiek veiktas vēl neregulārāk kā bērniem no viena līdz sešu gadu vecumam. Šajā vecuma grupā īpaši atšķiras profilaktiskie apmeklējumi pa reģioniem. Salīdzinoši zema profilaktisko apskašu aptvere bērniem vecumā no septiņiem līdz astoņpadsmit gadiem ir Rīgā, bet vislabākie rādītāji ir Vidzemē un Latgalē. 2012.gadā aptveres rādītāji uzlabojās katrā reģionā. 2012.gadā valstī kopumā ģimenes ārsta veikto profilaktisko apskašu skaits vecuma grupā no septiņiem līdz astoņpadsmit gadiem palielinājās.

31. attēls. Skolas vecuma bērnu un pieaugušo profilaktisko apskašu īpatsvars gadā pie ģimenes ārsta



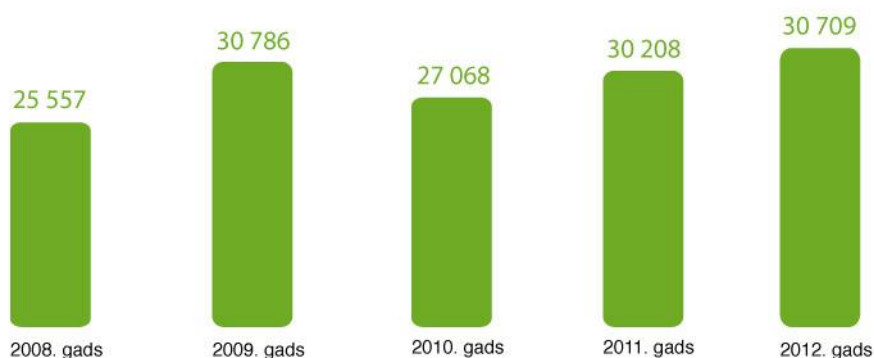
31.attēlā redzams profilaktisko apskašu īpatsvars pie ģimenes ārsta reģistrētajiem skolas vecuma bērniem, kā arī pieaugušajiem no astoņpadsmit gadu vecuma. Šajās vecuma grupās profilaktisko apskašu programma paredz ģimenes ārsta profilaktisko apskati reizi gadā.

2012.gada laikā 48,20% no visiem pie ģimenes ārsta reģistrētajiem bērniem vecumā no septiņiem līdz astoņpadsmit gadiem tika veikta profilaktiskā veselības pārbaude. Savukārt

⁶ Vidējais ģimenes ārsta veikto profilaktisko apskašu skaits, ko saņēma reģistrētie pacienti – bērni no septiņiem līdz astoņpadsmit gadu vecumam.

tikai 13% no visiem pie ģimenes ārsta reģistrētajiem pieaugušiem veica profilaktisko veselības pārbaudi. Salīdzinot ar 2011.gadu, bērnu profilaktisko apskašu īpatsvars ir ievērojami palielinājies. Pozitīva dinamika ir vērojama arī pieaugušo profilaksē.

32. attēls. Oftalmologa profilaktiskā apskate bērniem



Savukārt 32.attēlā redzams unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši oftalmologa profilaktisko apskati. Profilaktisko apskašu programma oftalmologa profilaktisko apskati paredz bērniem 13-24 mēnešu vecumā, triju gadu vecumā un pirms skolas sešu līdz septiņu gadu vecumā. Analizējot iegūtos rezultātus var secināt, ka unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši oftalmologa profilaktisko pārbaudi 2012.gadā, salīdzinot ar 2011.gadu, ir palielinājies par ~1,7%.

Organizētā vēža skrīninga rādītāji

Profilaktisko apskašu programmā ir iekļauti trīs agrīnās vēža diagnostikas skrīninga izmeklējumi: dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējums, krūts vēža skrīninga izmeklējums ar mamogrāfijas metodi un slēpto asiņu izmeklējums fēcēs zarnu vēža skrīningdiagnostikai. Mamogrāfijas izmeklējumus krūts vēža profilaksei un citologiskās uztriepes izmeklējumu dzemdes kakla vēža profilaksei kā preventīvus veselības aprūpes pakalpojumus pacienti var saņemt, uzrādot Nacionālā veselības dienesta uzaicinājuma vēstuli uz attiecīgo skrīninga izmeklējumu.

33. tabula. Dzemdes kakla vēža skrīninga atsaucības⁷ rādītāji

Rādītājs	2009.gads	2010.gads	2011.gads	2012.gads
Izsūtīto uzaicinājuma vēstulu skaits	208 359	224 657	181 808	204 198
Izmeklējumu veikušo personu skaits	30 942	34 468	62 796	54 503
Skrīninga atsaucība (*)	14,9%	15,3%	34,5%	26,7%

Salīdzinot ar 2011.gadu, skrīninga atsaucība dzemdes kakla vēža skrīninga programmā ir samazinājusies. Tā 2012.gadā skrīninga atsaucība bija 26,7%, savukārt 2011.gadā – 34,5%. Kopumā 2012.gadā dzemdes kakla profilaktisko izmeklējumu ar uzaicinājuma vēstuli veica 54 503 sievietes.

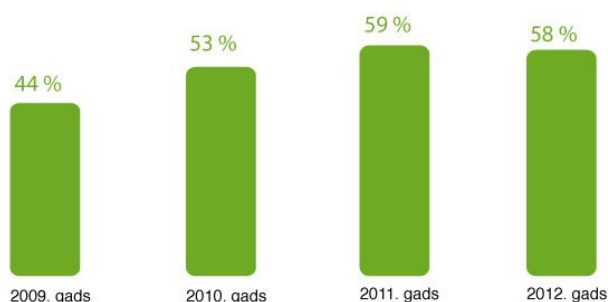
⁷ Skrīninga atsaucība – skrīninga izmeklējumu veikušo pacientu skaits periodā attiecināts pret izsūtīto skrīninga uzaicinājuma vēstulu skaitu periodā.

34. tabula. Krūts vēža skrīninga atsaucības rādītāji

Rādītājs	2009.gads	2010.gads	2011.gads	2012.gads
Izsūtīto uzaicinājuma vēstņu skaits	90 207	196 578	151956	130 205
Izmeklējumu veikušo personu skaits	19 039	38 148	51 348	42 559
<i>t.sk. mobilās mamogrāfijas kabinetā</i>	-	2 854	5 576	7 176
Skrīninga atsaucība (*)	21,1%	19,4%	33,8%	32,7%

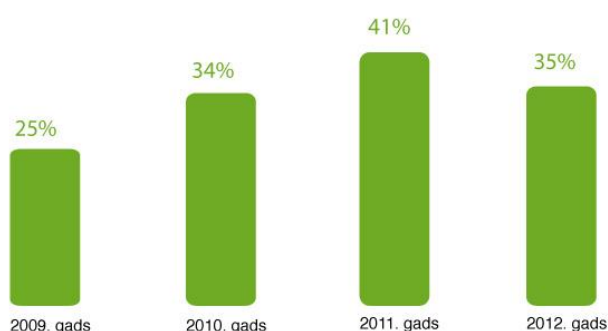
Salīdzinot ar 2011.gadu, skrīninga atsaucība arī krūts vēža skrīninga programmā ir nedaudz samazinājusies. Tā 2012.gadā skrīninga atsaucība bija 32,7%, savukārt 2011.gadā – 33,8%. Kopumā 2012.gadā krūšu profilaktisko izmeklējumu (mamogrāfiju) ar uzaicinājuma vēstuli veica 42 559 sievietes.

33. attēls. Onkocitoloģijas izmeklējumu aptvere⁸ sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem



Analizējot iegūtos rezultātus, var secināt, ka onkocitoloģijas izmeklējumu aptvere samazinājās, salīdzinot ar 2011.gadu. 2012.gadā diagnostisko citoloģisko izmeklējumu ārpus organizētā vēža skrīninga veica 83 096 sievietes, kuru vecums atbilst dzemdes kakla vēža skrīninga vecuma grupai.

34. attēls. Mamogrāfijas izmeklējumu aptvere⁹ sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem

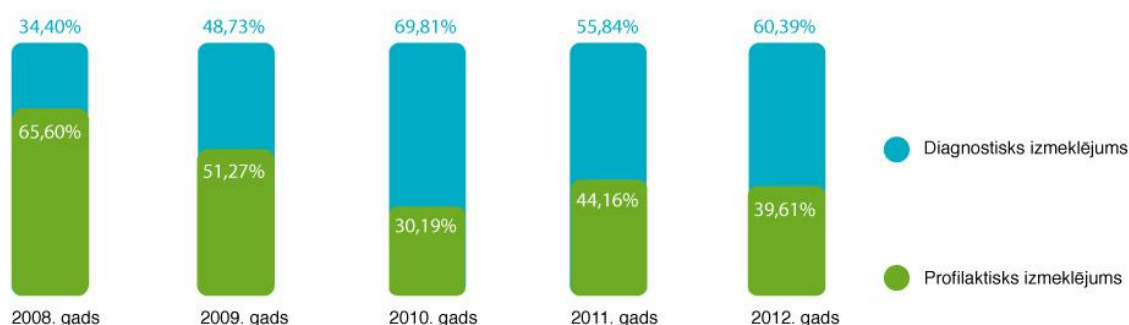


⁸ Onkocitoloģijas izmeklējumu aptvere – diagnostisko izmeklējumu un skrīninga izmeklējumu veikušo pacientu skaits periodā attiecināts pret mērķa grupas lielumu periodā. Mērķa grupa – sievietes, kuru vecums atbilst attiecīgā perioda dzemdes kakla vēža skrīninga vecuma grupai. Diagnostisks izmeklējums – citoloģiskās analīzes, kuras ir veiktas mērķa grupas sievietei bez uzaicinājuma vēstules uz dzemdes kakla vēža skrīningu.

⁹ Mamogrāfijas izmeklējumu aptvere – diagnostisko izmeklējumu un skrīninga izmeklējumu veikušo pacientu skaits periodā attiecināts pret mērķa grupas lielumu periodā. Mērķa grupa – sievietes, kuru vecums atbilst attiecīgā perioda krūts vēža skrīninga vecuma grupai. Diagnostisks izmeklējums – mamogrāfijas izmeklējums, kurš ir veikts mērķa grupas sievietei bez uzaicinājuma vēstules uz krūts vēža skrīningu.

Analizējot iegūtos rezultātus, var secināt, ka mamogrāfijas izmeklējumu aptvere samazinājās, salīdzinot ar 2011.gadu. 2012.gadā diagnostisko mamogrāfijas izmeklējumu veica 11 377 sievietes, kuru vecums atbilst krūts vēža skrīninga vecuma grupai.

35. attēls. Profilaktiski un diagnostiski veikto onkocitoloģijas izmeklējumu attiecība sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem

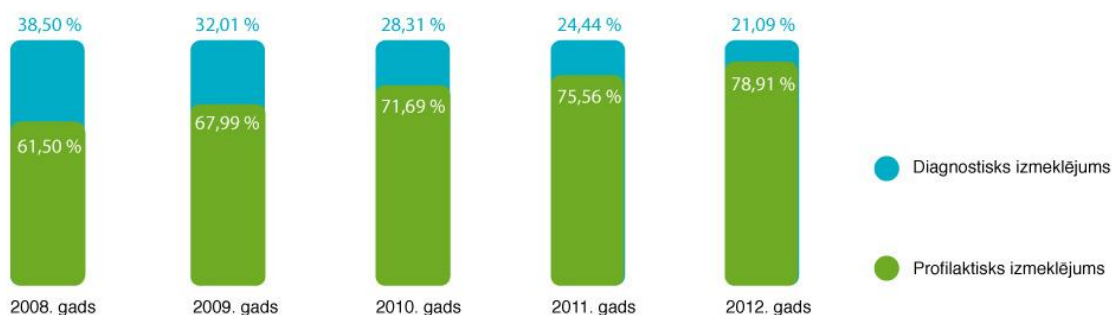


35.attēlā redzams no 2008.gada līdz 2011.gadam gada veikto dzemdes kakla citoloģisko izmeklējumu procentuālais sadalījums starp diagnostiskajiem un profilaktiskajiem izmeklējumiem sievietēm, kuru vecums atbilst dzemdes kakla vēža skrīninga vecuma sadalījumam. Analizējot datus par veiktajiem citoloģiskajiem izmeklējumiem skrīninga mērķa grupas sievietēm, redzams, ka izmeklējumi vairāk tiek veikti kā diagnostiskie – 60,39% izmeklējumu.

Laika posmā no 2008.gada līdz 2010.gadam profilaktisko izmeklējumu īpatsvars samazinājās. Izmaiņas ir skaidrojamas ar to, ka sākoties dzemdes kakla vēža skrīninga programmai 2009.gadā, mainījās valsts apmaksāto profilaktisko izmeklējumu veikšanas nosacījumi – profilaktiskā apskate tiek apmaksāta reizi trijos gados, nevis katru gadu atbilstoši iepriekšējiem nosacījumiem.

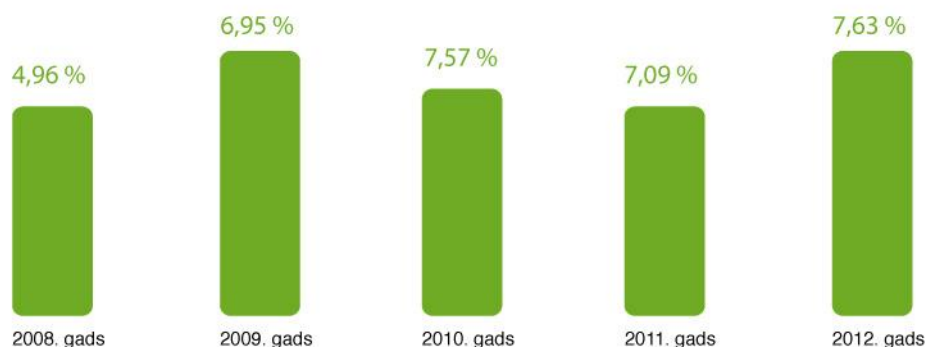
Savukārt 2011.gadā tika veiktas izmaiņas normatīvajos aktos, saskaņā ar kurām uzaicinājuma vēstule netiek nosūtīta sievietei, kurai gada laikā līdz uzaicinājuma vēstules sagatavošanas datumam ir veikts dzemdes kakla citoloģisks izmeklējums. Ar minētajām izmaiņām skaidrojams veikto citoloģisko izmeklējumu skaita samazinājums 2012.gadā.

36. attēls. Profilaktiski un diagnostiski veikto mamogrāfijas izmeklējumu attiecība sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem



36.attēlā redzams no 2008.gada līdz 2012.gadam gada veikto mamogrāfijas izmeklējumu procentuālais sadalījums starp diagnostiskajiem un profilaktiskajiem izmeklējumiem sievietēm, kuru vecums atbilst krūts vēža skrīninga vecuma sadalījumam. Analizējot datus par veiktajiem mamogrāfiskajiem izmeklējumiem skrīninga mērķa grupas sievietēm, redzams, ka izmeklējumi katru gadu vairāk tiek veikti kā profilaktiski, kas liecina par pozitīvu profilaktisko izmeklējumu dinamiku salīdzinājumā ar diagnostiskiem izmeklējumiem.

37. attēls. Pacientu aptvere kolorektālā vēža skrīninga ietvaros



2012.gadā zarnu audzēju agrīnā diagnostika ar slēptu asiņu izmeklējumu fēcēs kolorektālā vēža skrīninga ietvaros tika veikta 60 184 pacientiem. Kolorektālā vēža skrīninga programmas mērķa grupas iedzīvotāji ir sievietes un vīrieši no 50 gadu vecuma. Skrīninga izmeklējumu iedzīvotājiem piedāvā veikt ģimenes ārsts. Salīdzinot ar 2011.gadu, pacientu aptvere kolorektālā vēža skrīninga ietvaros palielinājās – 2012.gadā aptvere bija 7,63%. Šis ir augstākais aptveres rādītājs pēdējo piecu gadu laikā.

4.2.4. Zobārstniecības aprūpes rādītāji

Atbilstoši Noteikumiem Nr.1046, no valsts budžeta tiek veikta samaksa par zobārstniecības palīdzību bērniem vecumā līdz 18 gadiem, par ortodontisko ārstēšanu – pirmreizēju konsultāciju bērniem vecumā līdz 18 gadiem un iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumos pacientam vecumā līdz 22 gadiem. Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14.pantā noteiktajām personām izdevumus par zobārstniecības palīdzību sedz 50% apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm – pilnā apmērā.

35. tabula. Zobārstniecības pakalpojumi

Dienesta teritoriālā nodaļa	Līgumu summa, Ls	Līgumu izpilde, Ls
Rīgas nodaļa	2 320 737,00	2 272 778,70
Latgales nodaļa	818 290,00	800 860,31
Zemgales nodaļa	730 413,00	704 347,36
Vidzemes nodaļa	799 660,00	777 634,97
Kurzemes nodaļa	1 058 165,00	1 038 458,91
Kopā:	5 727 265,00	5 594 080,25

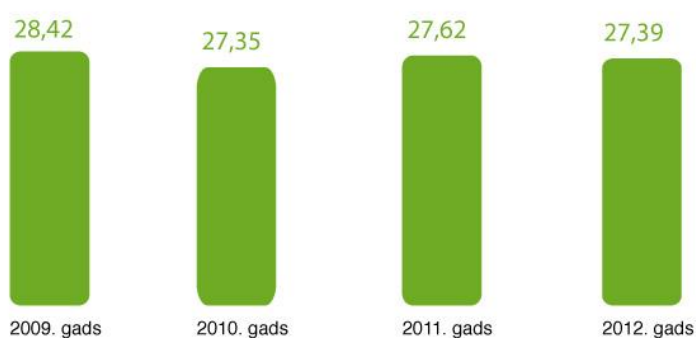
Zobārstniecības pakalpojumu līgumu izpildē saglabājas nemainīga tendence. Tie tiek apgūti gandrīz pilnā apjomā, t.i. 98%.

2012.gadā no kopējiem zobārstniecības pakalpojumiem 98% apmaksāti bērniem vecumā līdz 18 gadiem (tajā skaitā 2,3% mobilajā zobārstniecības kabinetā), 0,26% apmaksāti Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likumā 14.pantā noteiktajām personām un 1,14% – ortodontiskajai ārstēšanai iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumos pacientiem vecumā līdz 22 gadiem un pirmreizēju konsultāciju bērniem vecumā līdz 18 gadiem un iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumos līdz 22 gadiem.

36. tabula. Apmeklējumu skaits zobārstniecībā

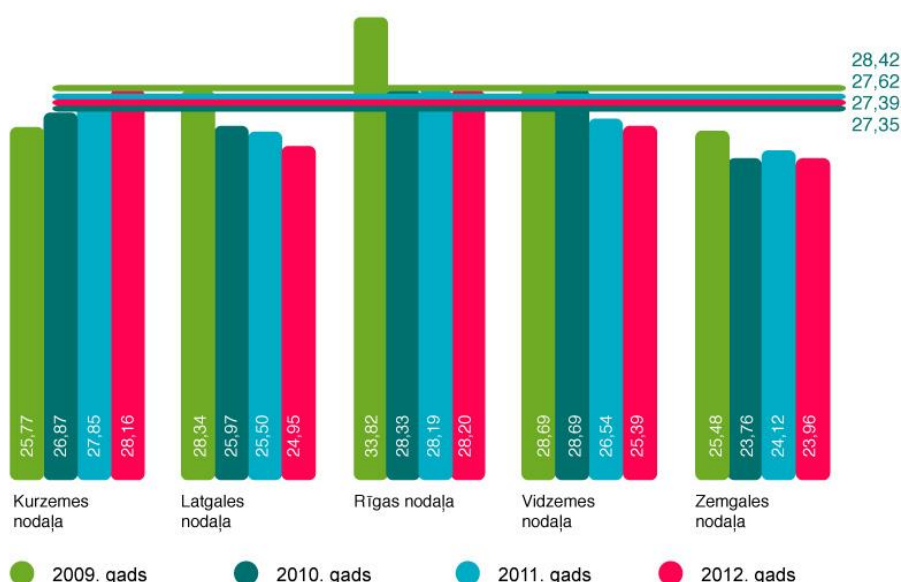
Dienesta teritoriālā nodaļa	Apmeklējumu skaits zobārstniecībā pārskata periodā	Tai skaitā mobilā zobārstniecības kabinētā
Rīgas nodaļa	232 829	0
Latgales nodaļa	92 017	1 552
Zemgales nodaļa	76 286	2 376
Vidzemes nodaļa	80 437	2 357
Kurzemes nodaļa	111 020	772
Kopā:	592 589	7 057

38. attēls. Zobārstniecības izmaksas uz vienu ārstēto bērnu, Ls



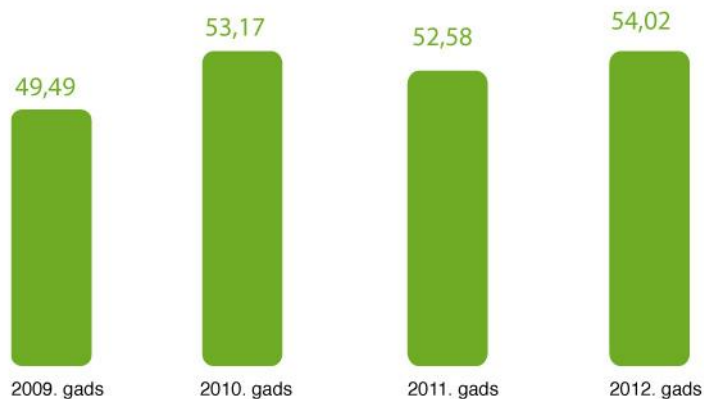
2012.gadā zobārstniecības pakalpojumu izmaksas vidēji valstī uz vienu ārstēto bērnu veidoja Ls 27,39, kas ir par aptuveni 1% mazāk nekā 2011.gadā.

39. attēls. Zobārstniecības pakalpojumu izmaksas vidēji valstī uz vienu ārstēto bērnu, Ls



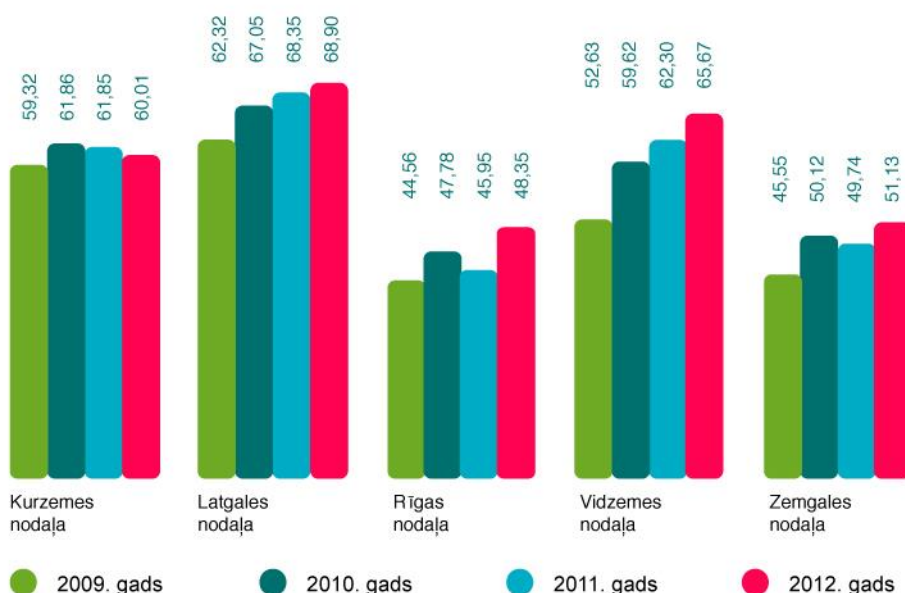
2012.gadā visaugstākās zobārstniecības pakalpojumu izmaksas uz vienu ārstēto bērnu bija Rīgas nodaļā – Ls 28,20 un Kurzemes nodaļā – Ls 28,16, bet viszemākās – Zemgales teritoriālā nodaļā – Ls 23,96. Virs valsts vidējā līmeņa izmaksām bija ārstētā bērna vidējās izmaksas Rīgas un Kurzemes nodaļās.

40. attēls. Bērnu zobārstniecības aptveres dinamika



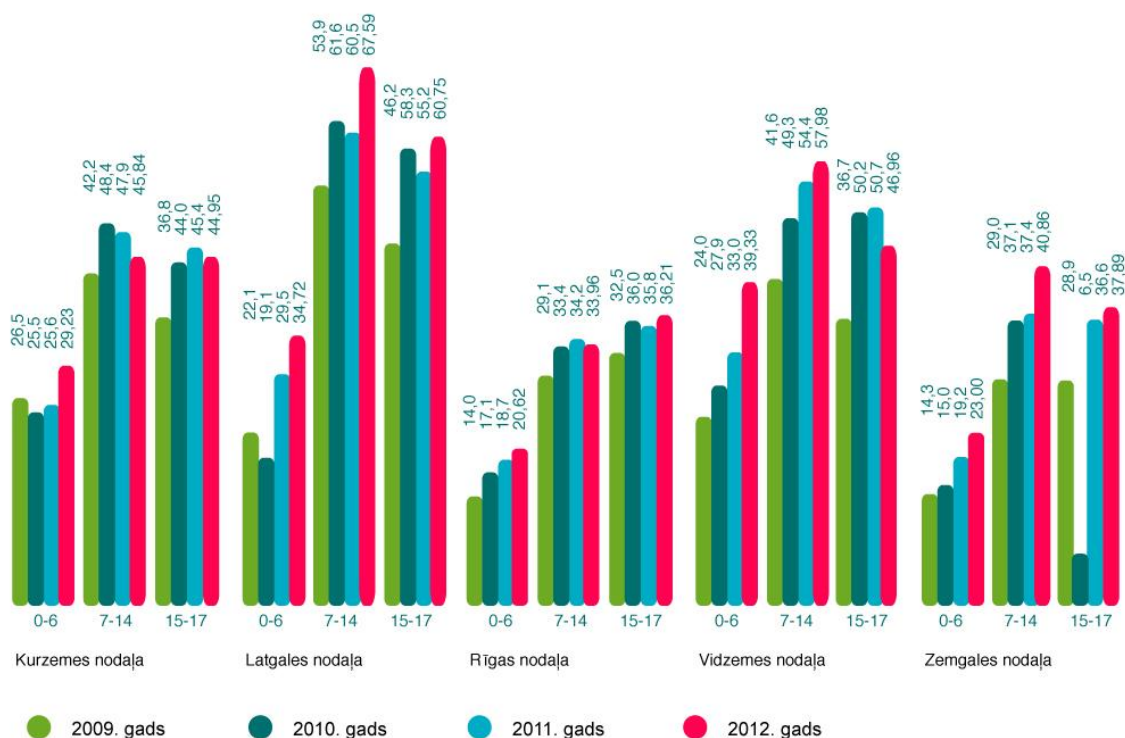
Bērnu zobārstniecības aptvere 2012.gadā sasniedza 54,02%. Var secināt, ka, salīdzinot ar 2011.gadu, novērojams neliels pieaugums – par 1,44%.

41. attēls. Bērnu zobārstniecības aptvere sadalījumā pa Dienesta teritoriālajām nodaļām, %



Analizējot datus par bērnu zobārstniecības aptveri 2012.gadā atbilstoši teritoriālām nodaļām, var secināt, ka visaugstākais bērnu zobārstniecības palīdzības aptveres rādītājs, tāpat kā iepriekšējos gados, ir Latgalē, bet viszemākais — Rīgā, attiecīgi 68,90% un 48,35%. Bērnu zobārstniecības aptveres rādītājs 2012.gadā samazinājās Kurzemes nodaļā, bet pārējās nodaļās bija vērojams šī rādītāja pieaugums.

42. attēls. Bērnu zobārstniecības profilakses aptvere pa Dienesta teritoriālajām nodaļām, %



2012.gadā vislielākais bērnu zobārstniecības profilakses aptveres rādītājs bija Latgales teritoriālās nodaļas bērniem vecumā no septiņiem līdz četrpadsmit gadiem. Jāsecina, ka šīs vecuma grupas zobārstniecības profilakses aptveres rādītājs, salīdzinājumā ar pārējām vecuma grupām, ir vislielākais visās Dienesta teritoriālajās nodaļās, izņemot Rīgas nodaļu. To varētu skaidrot ar mobilā zobārstniecības kabineta darbības specifiku – 2012.gadā tas darbojās visās Dienesta teritoriālās nodaļās, izņemot Rīgu, tai skaitā nodrošinot skolas vecuma bērniem lielāku iespēju saņemt zobārstniecības profilakses pakalpojumus. Vismazāk ar zobārstniecības profilaksi ir aptverti pacienti vecumā grupā līdz sešiem gadiem, toties, salīdzinot ar 2011.gadu, arī šajā vecuma grupā ir novērots šī rādītāja pieaugums visās teritoriālajās nodaļās.

43. attēls. Zobārstniecības profilakses izmaksas vidēji uz vienu profilakses pakalpojumu saņēmušo bērnu, Ls



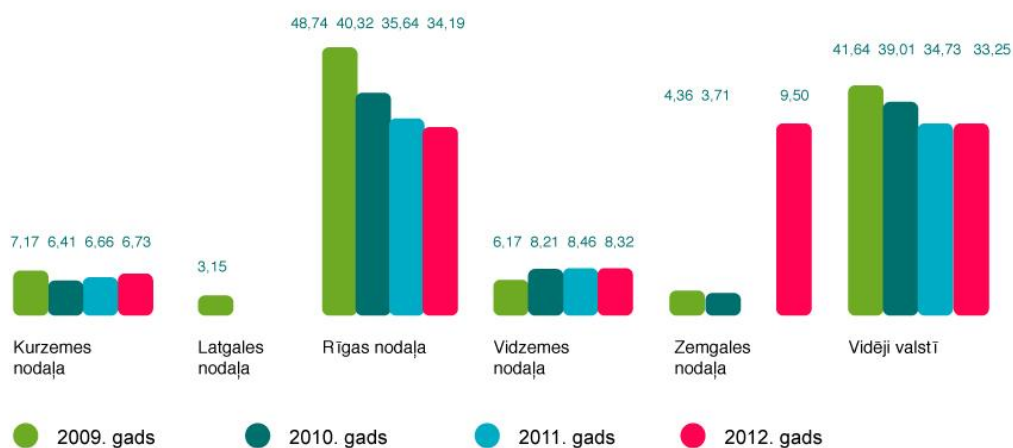
2012.gadā zobārstniecības profilakses izmaksas uz vienu profilakses pakalpojumu saņēmušo bērnu vidēji valstī veidoja Ls 6,96, kas ir par 3,57% vairāk nekā 2011.gadā. Salīdzinot ar 2011.gadu, zobārstniecības profilakses īpatnējās izmaksas palielinājušās visās teritoriālajās nodaļās. Vislielākais īpatnējo izmaksu pieaugums tiek novērots bērniem vecuma grupā līdz sešiem gadiem Latgales un Rīgas nodaļās (attiecīgi par 15,61% un 11,24%) un bērniem vecuma grupā no septiņiem līdz četrpadsmit gadiem Zemgales nodaļā (attiecīgi par 12,10%).

37. tabula. Ortodontisko ārstēšanu saņēmušo personu skaits, sadalījumā atbilstoši vecumu grupām

Ārstniecības iestādes teritoriālā nodaļa	Pacienta vecuma grupa	Pacienta teritoriālā nodaļa										Kopā:	
		Kurzemes nodaļa		Latgales nodaļa		Rīgas nodaļa		Vidzemes nodaļa		Zemgales nodaļa			
		2011.g.	2012.g.	2011.g.	2012.g.	2011.g.	2012.g.	2011.g.	2012.g.	2011.g.	2012.g.	2011.g.	2012.g.
Kurzemes nodaļa	0-6 g.v.	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
	7-14 g.v.	30	72	-	-	-	-	-	-	-	1	30	73
	15-17 g.v.	7	22	-	-	-	-	-	-	-	-	7	22
Latgales nodaļa	0-6 g.v.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	7-14 g.v.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15-17 g.v.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rīgas nodaļa	0-6 g.v.	76	90	46	36	640	715	52	74	89	88	901	1000
	7-14 g.v.	324	367	89	112	2945	3190	254	289	378	405	3988	4362
	15-17 g.v.	103	104	43	51	649	672	133	91	133	129	1058	1047
	18-21 g.v.	45	38	21	22	84	92	33	39	30	24	211	214
Vidzemes nodaļa	0-6 g.v.	-	-	-	-	-	-	18	6	-	-	18	6
	7-14 g.v.	-	-	-	-	5	2	122	40	1	1	128	43
	15-17 g.v.	-	-	-	-	-	-	34	9	-	-	34	9
Zemgales nodaļa	0-6 g.v.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	24
	7-14 g.v.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	59	-	60
	15-17 g.v.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	7
Kopā valstī:		575	695	197	212	4306	4665	636	536	627	732	6332	6835

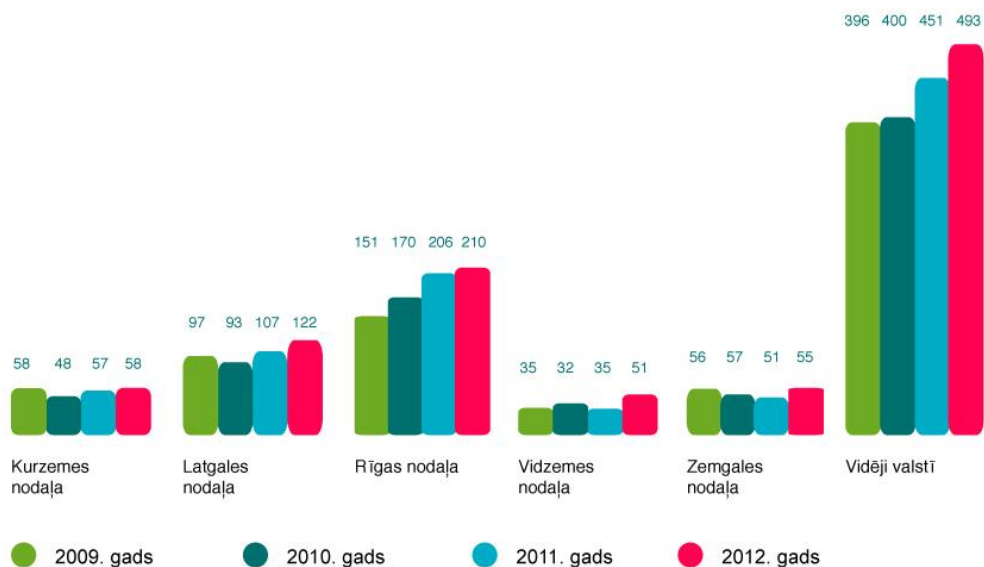
2012.gadā pacientu skaits, kas saņēma ortodontisko palīdzību, sasniedza 6835 cilvēkus, kas ir par 8% vairāk nekā 2011.gadā. 2012.gadā līgumattiecības ar Dienestu uzturēja Kurzemes, Rīgas, Vidzemes un Zemgales teritoriālo nodaļu ortodonti. Vismazāk valsts apmaksātos ortodontiskus pakalpojumus ir saņēmuši Latgales teritoriālās nodaļas iedzīvotāji – 212 pacienti un tas ir par 5 cilvēkiem jeb 8% vairāk nekā 2011.gadā. 2012.gadā ir pieaudzis arī Kurzemes, Rīgas un Zemgales nodaļu iedzīvotāju skaits, kas bija saņēmuši ortodontisko ārstēšanu.

44. attēls. Ortodontiskās ārstēšanas izmaksas vidēji uz vienu ortodontiskos pakalpojumus saņēmušo pacientu, Ls



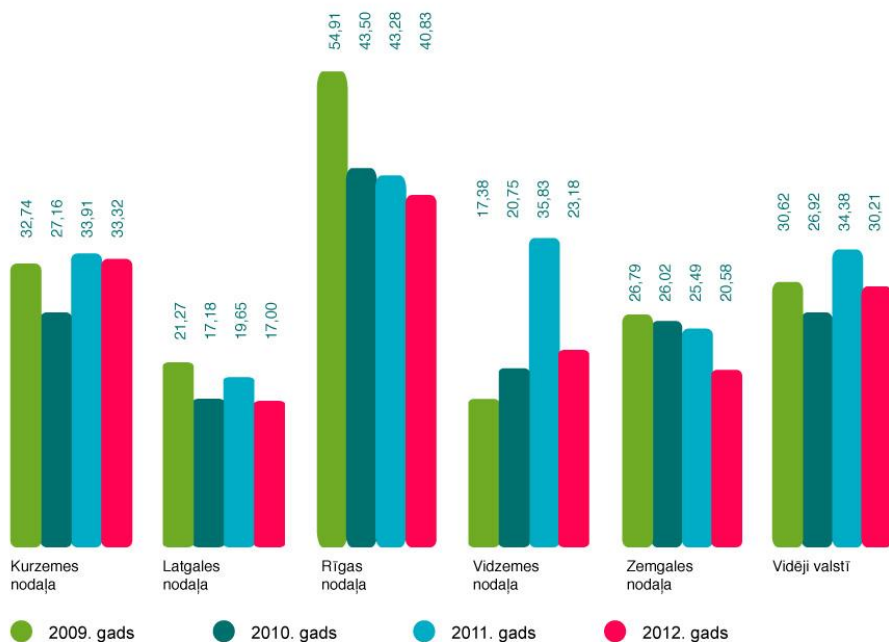
2012.gadā ortodonta vai zobu tehniķa pakalpojumu izmaksas vidēji uz vienu ortodontiskus pakalpojumus saņēmušo pacientu valstī kopumā veidoja Ls 33,25, kas ir par 4% mazāk nekā 2011.gadā. Vislielākās īpatnējās izmaksas ir Rīgas nodaļā, kas ir skaidrojams ar to, ka pirmreizējo konsultāciju pie ortodonta, kas ir salīdzinoši lētākas manipulācija, iedzīvotāji saņem savos reģionos, bet ārstēšana notiek Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūtā.

45. attēls. Zobārstniecības pakalpojumus saņēmušo Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu skaits



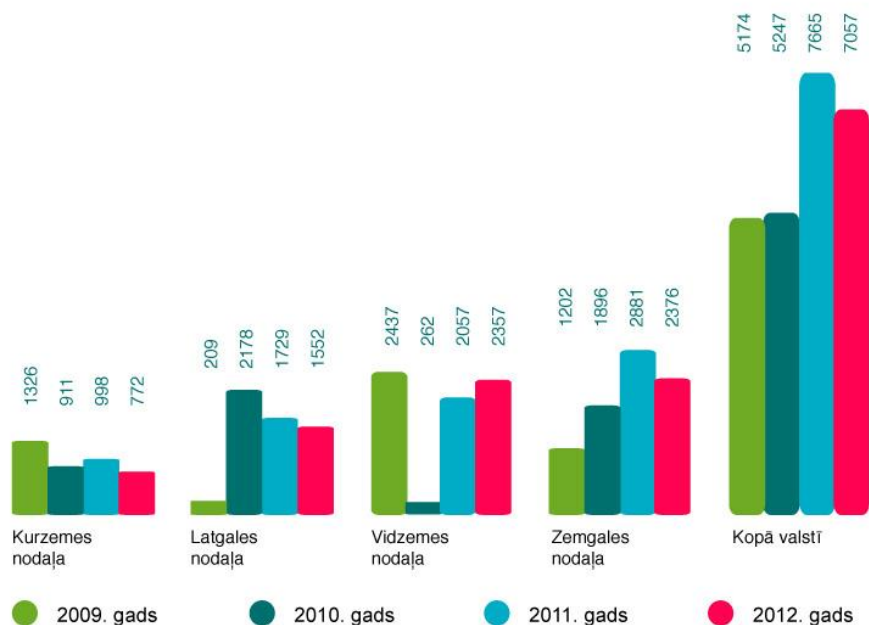
Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, 2012.gadā Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostācijas avārijas rezultātā cietušo personu skaits, kas saņēmuši valsts apmaksātu zobārstniecības palīdzību, ir palielinājies par 9,31% un sasniedza 493 pacientus. Visvairāk šie pacienti ir vērsušies pēc valsts apmaksātas zobārstniecības palīdzības Rīgā – 210 pacienti 2012.gadā pret 206 pacientiem 2011.gadā. Vismazāk Vidzemē, kaut arī šis rādītājs salīdzinoši ar 2011.gadu pieaudzis no 35 līdz 51 pacientam.

46. attēls. Zobārstniecības izmaksas vidēji uz vienu Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu, Ls



Zobārstniecības pakalpojumu izmaksas vidēji uz vienu Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu 2012.gadā salīdzinājumā ar 2011.gadu samazinājušās par 12,13% un absolūtajos skaitļos veidoja Ls 30,21. Kā arī visaugstākās izmaksas 2012.gadā bija Rīgas teritoriālajā nodaļā, bet viszemākās Latgales nodaļā, attiecīgi Ls 40,83 un Ls 17,00.

47. attēls. Apmeklējumu skaits mobilajā zobārstniecības kabinetā pie speciālistiem atbilstoši Dienesta teritoriālajām nodaļām



Divi 2010.gadā atbilstoši normatīvām prasībām aprīkoti autobusi arī 2012.gadā palīdzēja risināt zobārstniecības pakalpojumu pieejamību Latvijas attālināto lauku reģionu iedzīvotājiem, kam ikdienā zobārstniecības speciālistu palīdzība nav pieejama. Kopumā valstī mobilā zobārstniecības kabineta apmeklējumu skaits 2012.gadā ir sasniedzis 7057 apmeklējumus, kas ir par 608 apmeklējumiem jeb 8% mazāk nekā 2011.gadā. Vislielākais mobilajos kabinetos apkalpoto pacientu īpatsvars bija Zemgales un Vidzemes teritoriālās nodaļās – attiecīgi 33,7% un 33,4% no visā mobilā kabinetā sniegto pakalpojumu apjoma.

48. attēls. Vidējās izmaksas uz vienu apmeklējumu mobilajā zobārstniecības kabinetā, Ls



2012.gadā mobilajā zobārstniecības kabinetā vidējās izmaksas valstī bija Ls 17,75, kas ir par 4,9% vairāk nekā 2011.gadā. Visaugstākās mobilā kabineta vidējās izmaksas uz vienu apmeklējumu bija Kurzemes nodaļā – Ls 19,01, bet viszemākās Latgales teritoriālajā nodaļā, Ls 16,91. Visās nodaļās šis rādītājs 2012.gadā, salīdzinot ar 2011.gadu, ir pieaudzis. Rīgas teritoriālā nodaļā mobilā zobārstniecības kabineta pakalpojumi šajā periodā netika sniegti.

49. attēls. Mutes dobuma higiēnas veikto manipulāciju skaits mobilajā zobārstniecības kabinetā



Kopējais manipulāciju skaits ir palielinājies par 7%, mutes dobuma higiēnas veikto manipulāciju skaits palielinājies par 45%.

4.3. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

38. tabula. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes sniedzēju pakalpojumu pakalpojumu programmām

N.p.k.	Pakalpojumu programmas	No apakšprogrammas "Ārstniecība" līdzekļiem				
		Līguma summa, Ls	Plānotais izmeklējumu skaits	Veiktais darba apjoms pārskata periodā, Ls	Izmeklējumu skaits (izpilde)	Pacientu iemaksu kompensācija par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām līguma ietvaros, Ls
1.	Izmeklējumi un terapija:	24 862 834,42	2 623 539	25 165 284,21	1 817 028	686 691,00
1.1.	kodolmagnētiskā rezonanse	1 881 876,00	31 079	1 813 764,70	29 655	45 215,00
1.2.	datortomogrāfija	7 505 942,00	128 731	7 512 000,40	114 911	98 348,00
1.3.	ultrasonogrāfija	2 373 536,63	355 791	2 431 152,18	337 287	124 410,00
1.4.	radionuklīdā diagnostika	390 193,00	11 477	368 405,68	9 198	1 146,00
1.5.	rentgenoloģija	3 616 726,66	1 214 079	3 837 158,83	667 774	296 718,00
1.6.	osteodensitometrija	367 605,44	27 893	348 076,08	26 340	1 686,00
1.7.	sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	1 939 213,26	493 560	1 863 334,53	307 506	65 819,00
1.8.	endoskopija	1 958 249,02	61 500	2 081 171,28	64 014	11 817,00
1.9.	neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	339 036,16	18 585	326 768,91	17 693	14 961,00
1.10.	doplerogrāfija	1 412 294,41	102 371	1 452 344,64	104 771	23 049,00
1.11.	mamogrāfija	222 686,84	57 491	275 578,71	27 770	1 224,00
1.12.	staru terapija	2 855 475,00	120 982	2 855 528,27	110 109	2 298,00
2.	Laboratoriskie izmeklējumi*, t.sk.:	15 365 678,00	X	15 141 441,73	x	x
2.1.	klīniskās analīzes	X	X	3 162 378,96	x	x
2.2.	klīniskās ķīmiskās analīzes	X	X	7 636 320,67	x	x
2.3.	citoloģiskās analīzes	X	X	292 592,99	x	x
2.4.	mikrobioloģiskās analīzes	X	X	402 228,26	x	x
2.5.	imunoloģiskās analīzes	X	X	1 700 363,88	X	x
2.6.	virusoloģiskās analīzes	X	X	106 553,62	x	x
2.7.	parazitoloģiskās analīzes	X	X	30 823,34	x	x
2.8.	ģenētiskās analīzes	x	X	317 531,18	x	x
2.9.	himērisma monitorings pēc alogēno kaulu smadzeņu vai perifērisko asiņu cilmes šūnu transplantācijas, izmantojot STR lokusu genotipēšanu	x	X	20 365,26	x	x
2.10.	laboratoriskie izmeklējumi ķirurģiskajā dienas stacionārā	x	X	133 560,78	x	x
2.11.	laboratoriskie izmeklējumi pārējos dienas stacionāros	x	X	488 865,51	x	x
2.12.	pārējie laboratoriskie izmeklējumi	x	X	849 857,28	x	x
3.	Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi**, t.sk.:	28 124 411,19	623 098	27 645 871,49	457 668	786 624,00
3.1.	hemodialīze dienas stacionārā	3 843 833,00	62 147	3 785 762,45	59 858	299 310,00
3.2.	koronarogrāfija dienas stacionārā	3 182 315,00	8 113	2 941 137,64	8 356	2 491,00
3.3.	koronaroangioplastija dienas stacionārā	6 351 711,00	5 874	6 501 635,14	7 133	1 643,00
3.4.	rehabilitācija dienas stacionārā	1 477 583,00	68 595	1 264 613,77	53 554	142 258,00
3.5.	ķīmijterapija un hematoloģija dienas	350 191,00	21 967	352 190,61	16 169	11 114,00

	stacionārā					
3.6.	staru terapija dienas stacionārā	6 871,00	297	3 127,90	88	0,00
3.8.	ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā, t.sk.:	9 250 404,39	157 781	9 264 661,89	99 175	87 993,00
3.8.1.	uroloģija dienas stacionārā	365 584,29	4 327	407 536,79	3 628	1 030,00
3.8.2.	gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā	290 590,16	3 960	296 021,27	3 173	1 159,00
3.8.3.	ginekoloģija dienas stacionārā	1 548 737,23	26 288	1 601 550,66	21 495	18 682,00
3.8.4.	otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā	183 333,50	5 104	171 000,88	1 961	13 811,00
3.8.5.	otolaringoloģija pieaugušajiem dienas stacionārā	427 929,14	7 408	383 896,79	6 966	1 663,00
3.8.6.	traumatoloģija, ortopēdija dienas stacionārā	1 416 188,56	14 440	1 648 493,93	14 294	7 150,00
3.8.7.	vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	2 922 566,51	48 190	2 641 740,58	34 445	35 464,00
3.8.8.	ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā dienas stacionārā	2 095 475,00	48 064	2 114 420,99	13 213	9 034,00
3.9.	pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi, t.sk.:	3 661 502,80	298 324	3 532 742,09	213 335	241 815,00
3.9.1.	invazīvā radioloģija	228 901,00	767	406 105,06	844	422,00
3.9.2.	narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā	24 926,00	3 769	18 828,51	2 495	140,00
3.9.3.	neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā	3 216 548,80	263 787	2 942 990,80	189 889	218 794,00
3.9.4.	dienas stacionārs hronisko sāpju pacientu ārstēšanai	191 127,00	30 001	164 817,72	20 107	22 459,00
4.	Rehabilitācijas pakalpojumi	2 356 411,13	611 920	2 429 002,83	595 121	102 103,00
5.	Fizikālās medicīnas pakalpojumi	514 537,21	244 631	498 396,99	249 240	22 091,00
6.	Ikmēneša fiksētais maksājums (tāmes finansējums) speciālistu un ārstniecības struktūrvienību darba apmaksai	7 158 271,08	446 457	7 158 271,08	357 282	243 143,00
6.1.	Ikmēneša fiksētais maksājums tiešās pieejamības speciālistu pakalpojumu apmaksai:	1 500 664,08	312 551	1 500 664,08	276 921	243 143,00
6.1.1.	psihiatrs	1 063 433,00	229 643	1 063 433,00	211 880	185 712,00
6.1.2.	narkologs	163 257,00	20 780	163 257,00	25 574	258,00
6.1.3.	pneimonologs	273 974,08	62 128	273 974,08	39 467	57 173,00
6.2.	Ikmēneša fiksētais maksājums citu speciālistu un ārstniecības struktūrvienību darba apmaksai:	5 657 607,00	133 906	5 657 607,00	80 361	0,00
6.2.1.	diabētiskās pēdas aprūpes kabinets	176 495,00	32 219	176 495,00	33 209	0,00
6.2.2.	paliatīvās aprūpes kabinets	209 862,00	0	209 862,00	2 589	0,00
6.2.3.	bronhiālās astmas kabinets	155 540,00	15 636	155 540,00	19 232	0,00
6.2.4.	steidzamās medicīniskās palīdzības punkts	1 383 297,00	0	1 383 297,00	0	0,00
6.2.5.	stomas kabinets	14 750,00	475	14 750,00	608	0,00
6.2.6.	psihologa kabinets	42 151,00	2 388	42 151,00	2 772	0,00
6.2.7.	metadona aizvietojošās terapijas kabinets	108 853,00	83 188	108 853,00	21 951	0,00
6.2.8.	VA "Latvijas Infektoloģijas centrs" pārņemto funkciju nodrošināšanai	3 566 659,00	0	3 566 659,00	0	0,00
7.	Speciālistu pakalpojumi	16 951 612,88	2 603 016	15 549 452,28	2 034 283	2 644 902,00
7.1.	kardioloģija	394 853,04	74 598	342 893,10	65 714	36 280,00
7.2.	pulmonoloģija	316 892,36	41 639	291 798,72	33 858	192 469,00

7.3.	endokrinoloģija	905 680,34	185 156	795 330,99	163 013	41 640,00
7.4.	ķirurģija	2 316 872,88	373 336	2 044 030,73	230 367	393 335,00
7.5.	uroloģija	648 105,68	69 192	591 527,75	51 186	11 864,00
7.6.	traumatoloģija, ortopēdija	971 513,56	199 420	874 879,80	114 257	115 230,00
7.7.	ginekoloģija	2 070 198,31	390 607	1 812 569,02	332 949	97 026,00
7.8.	onkoloģija	415 603,00	71 898	396 604,30	66 654	16 036,00
7.9.	neiroloģija	1 257 522,66	229 510	1 114 089,55	203 469	166 744,00
7.10.	oftalmoloģija	3 168 921,43	394 729	3 053 077,50	319 057	254 603,00
7.11.	otolaringoloģija	2 241 229,76	219 249	2 169 857,18	190 696	411 510,00
7.12.	dermatoveneroloģija	741 248,72	117 937	660 003,18	103 372	133 304,00
7.13.	psihiatrija	48 509,56	13 564	36 726,08	5 753	497 427,00
7.14.	narkoloģija	58 237,00	12 564	62 110,01	13 101	14 613,00
7.15.	anestezioloģija	494 864,00	38 426	475 196,07	32 100	5 826,00
7.16.	pārējie speciālisti, t.sk.:	901 360,58	171 191	828 758,30	108 737	256 995,00
7.16.1.	reimatoloģija	69 139,00	15 255	66 866,48	11 991	11 694,00
7.16.2.	hematoloģija	114 138,00	18 490	92 368,73	14 481	2 616,00
7.16.3.	internā medicīna	66 276,92	29 703	43 552,54	6 607	9 823,00
7.16.4.	arodslimību speciālisti	38 741,00	7 796	27 503,89	5 318	2 791,00
7.16.5.	pediatrija	88 269,00	41 865	107 454,37	18 127	131 728,00
7.16.6.	nefroloģija	75 729,66	11 878	73 412,88	10 728	9 075,00
7.16.7.	gastroenteroloģija	57 025,00	7 707	42 413,91	7 735	1 020,00
7.16.8.	citu bērnu speciālistu pakalpojumi	38 510,00	6 577	45 027,20	7 641	23 894,00
7.16.9.	infektoloģija	16 219,00	3 426	12 367,17	2 187	5 659,00
7.16.10.	alergoloģija	324 664,00	27 382	314 303,34	23 521	58 635,00
7.16.11.	algoloģija	12 649,00	1 112	3 487,79	401	60,00
8.	Ģenētisko slimnieku konsultēšana	22 708,00	920	20 885,26	856	1 866,00
9.	Ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas	16 679,00	1 144	10 664,66	1 714	471,00
10.	Tiesu psihiatriskā un psiholoģiskā ekspertīze	148 638,00	1 216	124 019,94	1 017	111,00
11.	Ambulatorā palīdzība surdoloģijā	441 565,00	14 958	431 099,62	13 584	19 122,00
12.	Multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana	40 325,00	955	35 592,04	859	618,00
13.	Medicīniskās apaugļošanas procedūras/ manipulācijas	35 152,00	52	33 903,12	55	0,00
14.	Pārējie ambulatorie sekundārās veselības aprūpes pasākumi	462 607,00	104 854	529 670,65	118 803	18 582,00
15.	Kopā:	96 501 429,91	7 276 760	94 773 555,90	5 647 510	4 526 324,00

* Atbilstoši Noteikumu Nr.1046 91.5 punkta nosacījumiem ar ieturējumu.

** Dienas stacionārā sniegtos pakalpojumus apmaksā atbilstoši Noteikumu Nr.1046 80.4 punktā noteiktajam attiecīgā stacionāra līmenim.

Tabulā „Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes sniedzēju pakalpojumi pa pakalpojumu programmām” apkopoti dati par ārstniecības iestāžu veikto darba apjomu latos sadalījumā atbilstoši sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu programmām un ārstēto pacientu/izmeklējumu skaitam.

2012.gadā sekundārās ambulatorās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgto līgumu apjoms ir Ls 96 501 430, līgumu ietvaros veiktā darba apjoms ir Ls 94 773 556, kas ir 98,2% no plānotā gadam.

Izmeklējumu un terapijas pakalpojumu nodrošināšanai noslēgti līgumi par Ls 24 862 834, tās lielāko daļu, Ls 13 496 205, veido datortomogrāfija, ultrasonogrāfija un rentgenoloģija, kas ir 54,3% no līgumu kopsummas. Izmeklējumu un terapijas veiktais darba apjoms pārskata periodā sasniedz Ls 25 165 284, kas ir 101,2% no līgumu kopsummas. Pārstrāde virs līguma

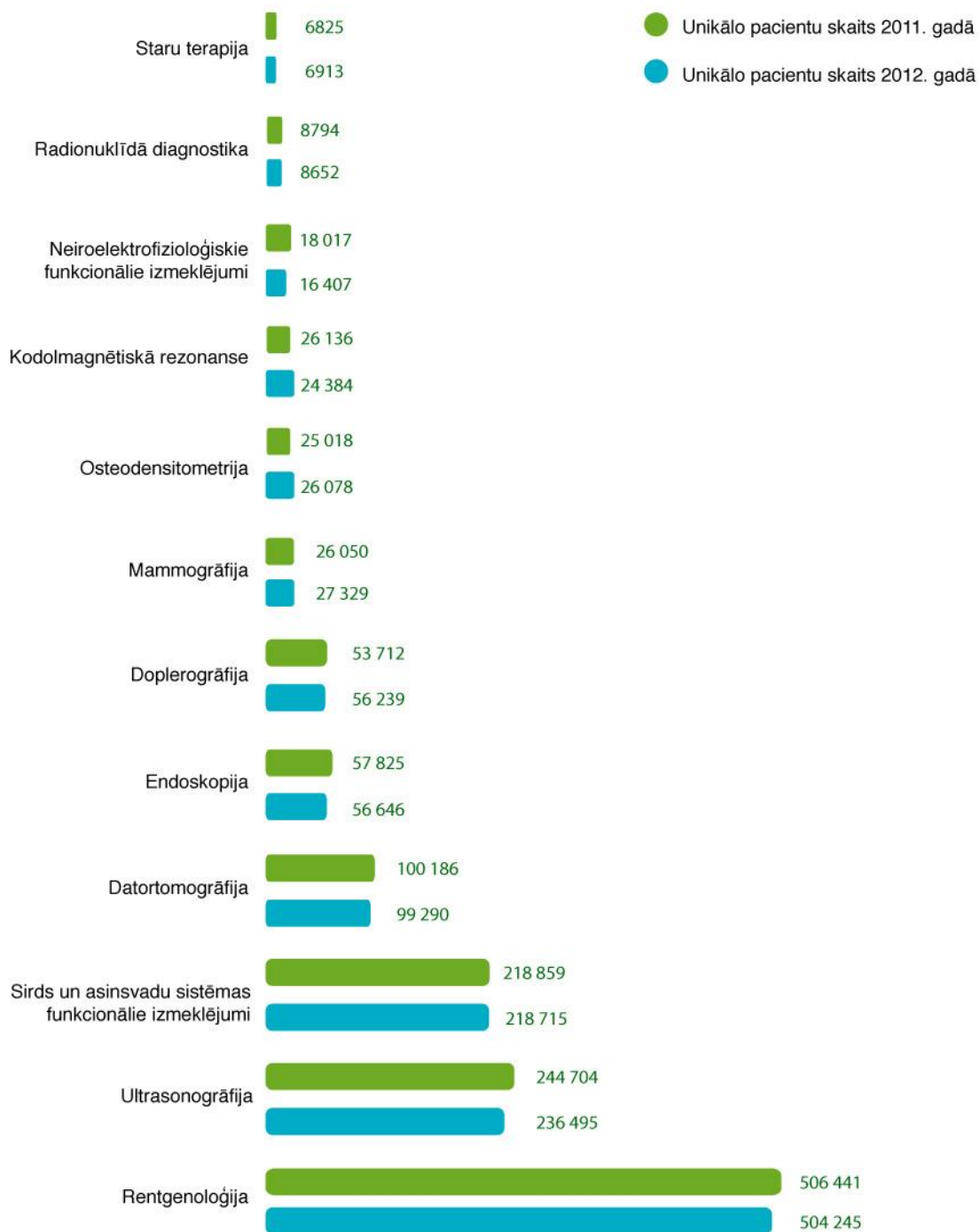
summas, galvenokārt, veidojas, veicot rentgenoloģijas pakalpojumus – Ls 220 432 jeb 6,1% no plānotā finanšu apjoma gadam. Izmeklējumu skaits pārskata periodā ir 1 817 028 izmeklējumi, kas ir 69,3% no plānotā gadam.

Dienas stacionārā sniegto pakalpojumu nodrošināšanai noslēgto līgumu summa ir Ls 28 124 411. Tās lielāko daļu, Ls 19 445 948, veido koronaroangioplastija dienas stacionārā, ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā un hemodialīze dienas stacionārā, kas ir 69,1% no līgumu kopsummas. Lielākā daļa neizpildes veidojas, veicot koronarogrāfijas dienas stacionāra pakalpojumus – Ls 241 177 jeb 7,6% no plānotā finanšu apjoma gadam. Izmeklējumu skaits pārskata periodā ir 457 668 izmeklējumi, kas ir 73,5% no plānotā gadam.

Speciālistu pakalpojumu noslēgto līgumu summa ir Ls 16 951 613, tās lielāko daļu, Ls 7 727 024, veido ķirurga, oftalmologa un otolaringologa sniegtie pakalpojumi, kas ir 45,6% no līgumu kopsummas. Speciālistu pakalpojumu veiktā darba apjoms pārskata periodā ir Ls 15 549 452, kas ir 91,7% no līgumu kopsummas. Lielākā daļa neizpildes veidojas, sniedzot ķirurga pakalpojumus – Ls 272 842 jeb 11,8% no plānotā finanšu apjoma gadam. Izmeklējumu skaits pārskata periodā ir 2 034 283 izmeklējumi, kas ir 78,2% no plānotā gadam.

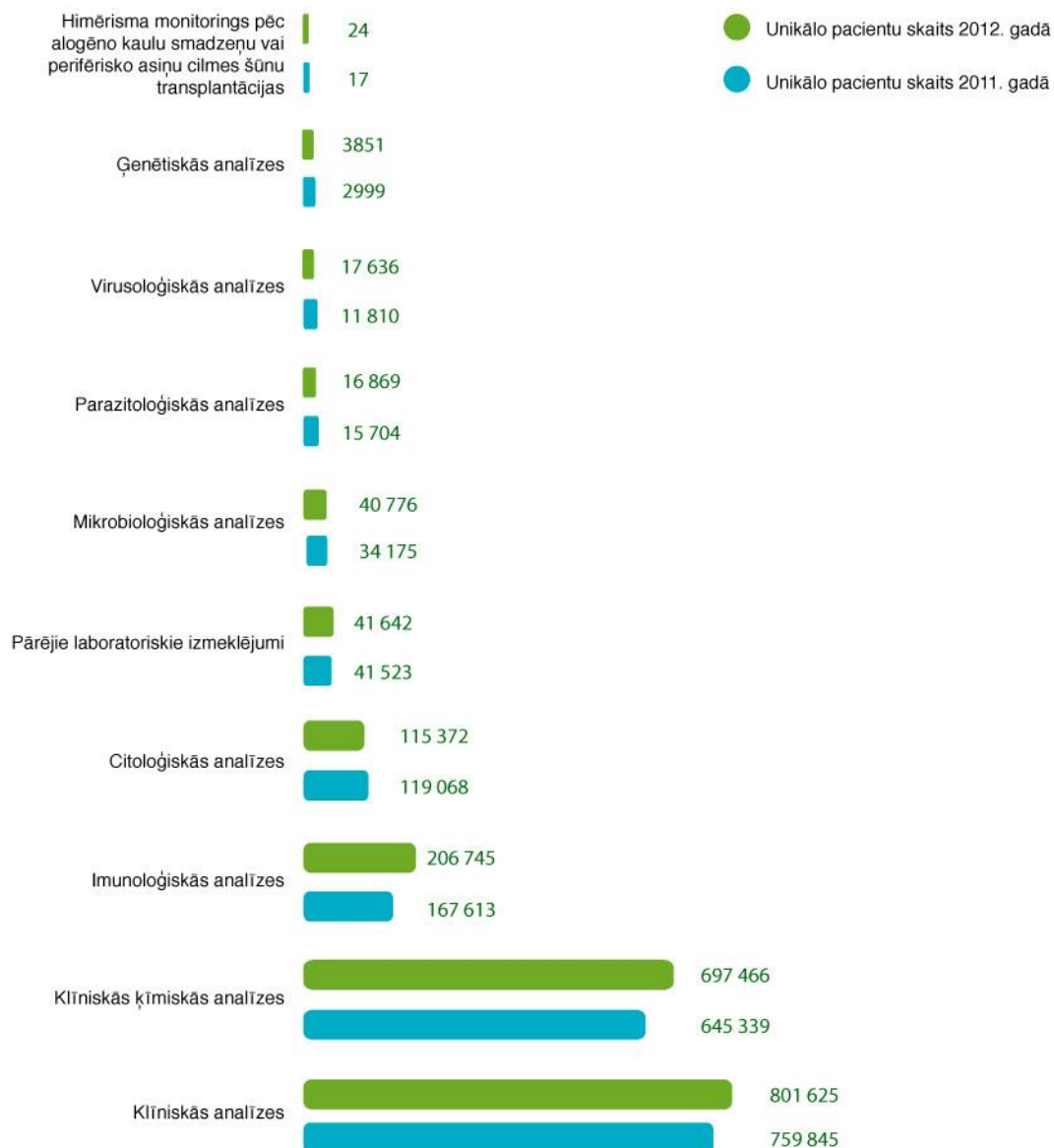
Līdzekļu neapguvi plānotajā apjomā ietekmē papildu finansējuma piešķiršana 2012.gada beigās. Pēc oktobrī veiktajiem grozījumiem likumā „Par valsts budžetu 2012.gadam”, apakšprogrammai 33.01.00 „Ārstniecība” bija piešķirti papildu līdzekļi, kuru apguvei īsos termiņos ārstniecības iestādēm pietrūka kapacitātes.

50.attēls. Unikālo pacientu skaits atbilstoši ambulatoro pakalpojumu veidiem 2011.gadā un 2012.gadā



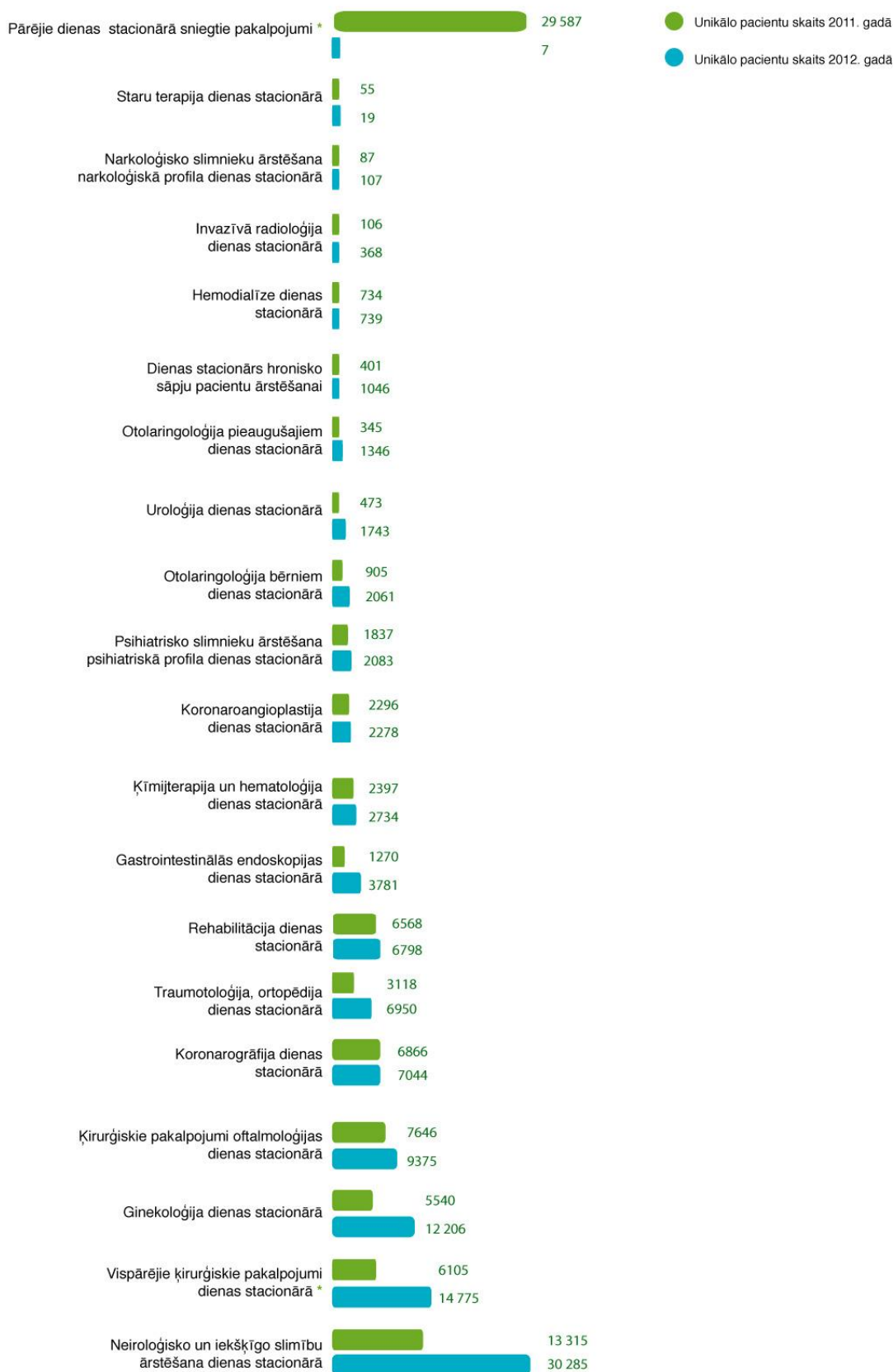
2012.gadā unikālo pacientu pieaugums pret 2011.gadu vērojams šādām pakalpojumu programmām: staru terapija, osteodensitometrija, mammogrāfija, doplerogrāfija. Vislielākais unikālo pacientu skaita pieaugums vērojams pakalpojumu veidā „Doplerogrāfija” – 2527 pacienti. Vislielākais unikālo pacientu samazinājums vērojams pakalpojumu veidā „Ultrasonogrāfija” – 8209 pacienti.

51. attēls. Unikālo pacientu skaits laboratoriskajos pakalpojumu veidos 2011.gadā un 2012.gadā



Pārsvārā visos laboratorisko pakalpojumu veidos 2012.gadā, salīdzinājumā ar 2011.gadu, ir vērojams unikālo pacientu skaita pieaugums. Unikālo pacientu skaita samazinājums par 3,10% ir vērojams laboratorisko pakalpojumu veidā „Citoloģiskās analīzes”. Salīdzinot ar 2011.gadu, unikālo pacientu skaits laboratorisko pakalpojumu veidos 2012.gadā palielinājās vidēji par 18%.

52. attēls. Unikālo pacientu skaits dienas stacionāra pakalpojumu veidos 2011.gadā un 2012.gadā



Analizējot unikālo pacientu skaitu dienas stacionārā sniegto pakalpojumu veidos, jāņem vērā to, ka 2011.gada jūlijā tika ieviesti jauni pakalpojumu veidi. Līdz ar to unikālo pacientu skaits pakalpojumu veidos „Citi ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā” un „Pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi” pārsvarā veidojās līdz 2011.gada jūlijam. „Pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi” tika sadalīti pa šādām pakalpojumu programmām: invazīvā radioloģija, narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā, neiroloģisko un iekšējgo slimību ārstēšana dienas stacionārā, dienas stacionārs hronisko sāpju pacientu ārstēšanai. Kopumā unikālo pacientu skaits dienas stacionārā 2012.gadā, salīdzinājumā ar 2011.gadu, pieauga par 16 094 pacientiem.

Ar 2012.gada 1.septembri Noteikumos Nr.1046 tika iekļauts jauns pakalpojuma veids „Medicīniskā apaugļošana”. Medicīniskās apaugļošanas procedūras veica četras ārstniecības iestādes un 2012.gada piecos mēnešos veiktas 55 procedūras.

39. tabula. Ambulatoro apmeklējumu skaits uz aprūpes epizodi pa ārstu specialitātēm

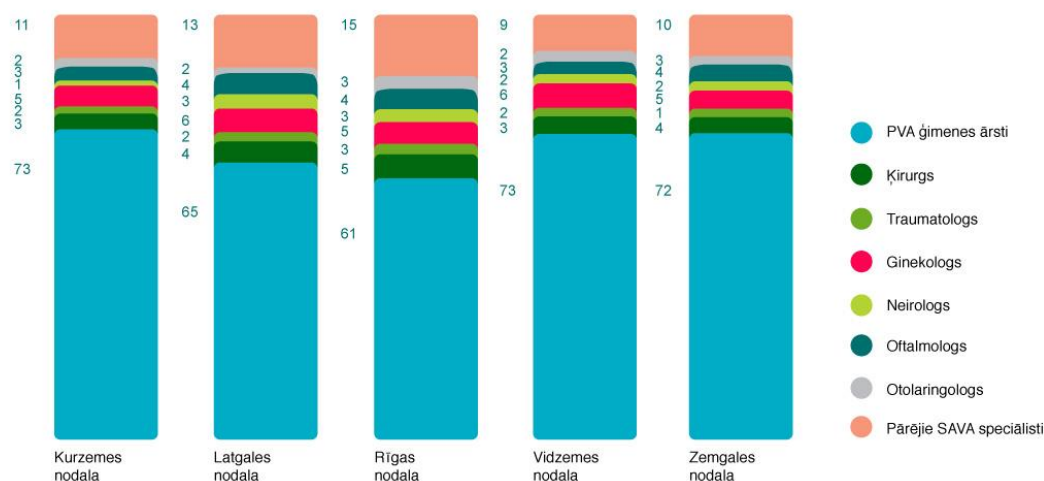
Dienesta teritoriālās nodaļas	PVA ģimenes ārsti	Ķirurgs*	Traumatologs	Ginekologs	Neirologs**	Oftalmologs	Otolaringologs	Pārējais ārstniecības personāls
Kurzemes nodaļa	1,29	1,26	1,14	1,08	1,04	1,01	1,26	1,39
Latgales nodaļa	1,28	1,42	1,30	1,10	1,17	1,04	1,28	1,32
Rīgas nodaļa	1,29	1,18	1,09	1,07	1,03	1,02	1,29	1,19
Vidzemes nodaļa	1,30	1,24	1,09	1,03	1,12	1,02	1,41	1,35
Zemgales nodaļa	1,33	1,23	1,25	1,05	1,02	1,02	1,33	1,33
Vidēji valstī:	1,30	1,27	1,17	1,07	1,08	1,02	1,31	1,32

* Sadaļā "Ķirurgs" ir iekļautas šādas ārstniecības specialitātes: ambulatorais ķirurgs, asinsvadu ķirurgs, bērnu ķirurgs, ķirurgs, mutes, sejas un žokļu ķirurgs, neiroķirurgs, plastiskais ķirurgs, sirds ķirurgs, onkoloģijas ķirurgs, torakālais ķirurgs.

** Sadaļā "Neirologs" ir iekļautas ārstniecības specialitātes: neirologs un bērnu neirologs.

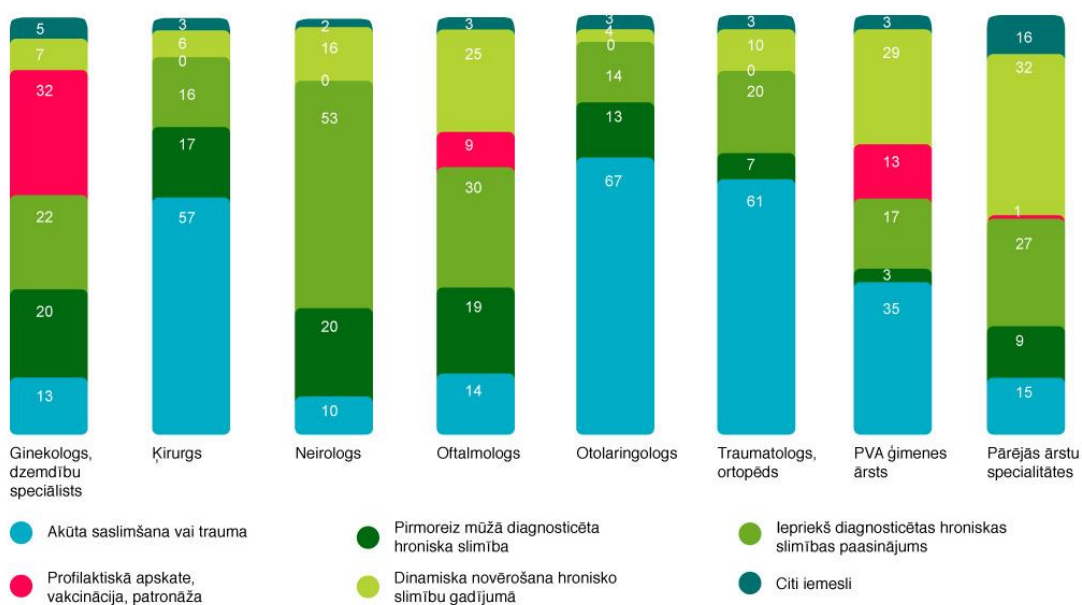
Tabulā atspoguļots ambulatoro apmeklējumu skaits no 1.-6.aprūpes epizodei. Vidēji valstī vislielākais apmeklējumu skaits ir pie „pārējā ārstniecības personāla” – 1,32, pie „otolaringologa” – 1,31 un pie „PVA ģimenes ārsta” – 1,30 vienas aprūpes epizodes ietvaros. Viszemākais apmeklējumu skaits vienas aprūpes epizodes ietvaros ir pie ārsta „oftalmologa” – 1,02.

53. attēls. Ambulatoro apmeklējumu sadalījums pa ārstu specialitātēm, %



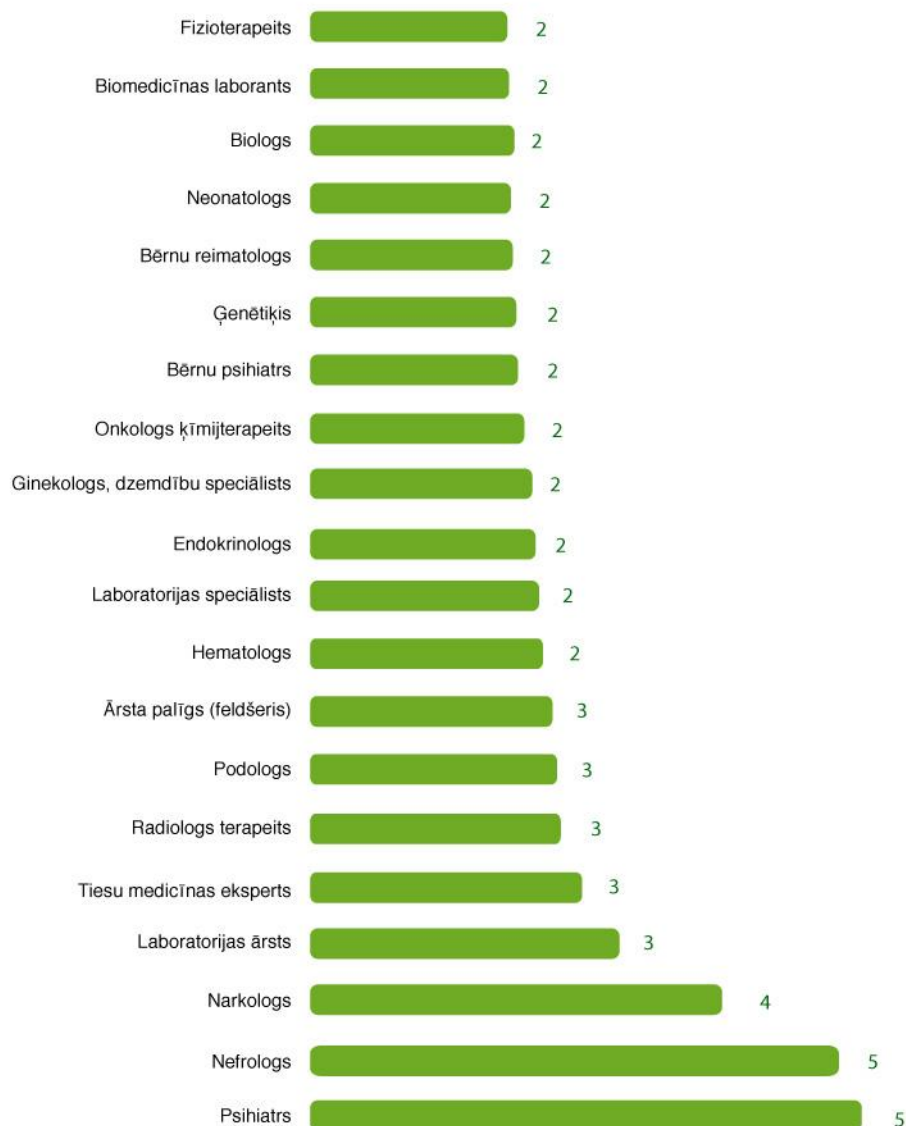
Attēlā ir atspoguļots ambulatoro apmeklējumu (1.-6.aprūpes epizožu ietvaros) sadalījums pa ārstu specialitātēm. Vislielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars visās Dienesta teritoriālajās nodaļās ir pie PVA ģimenes ārsta (tajā skaitā pie pediatra), kas pārsniedz 61%.

54. attēls. Ambulatoro apmeklējumu struktūra dažādām ārstu specialitātēm atbilstoši aprūpes epizodes veidam, %



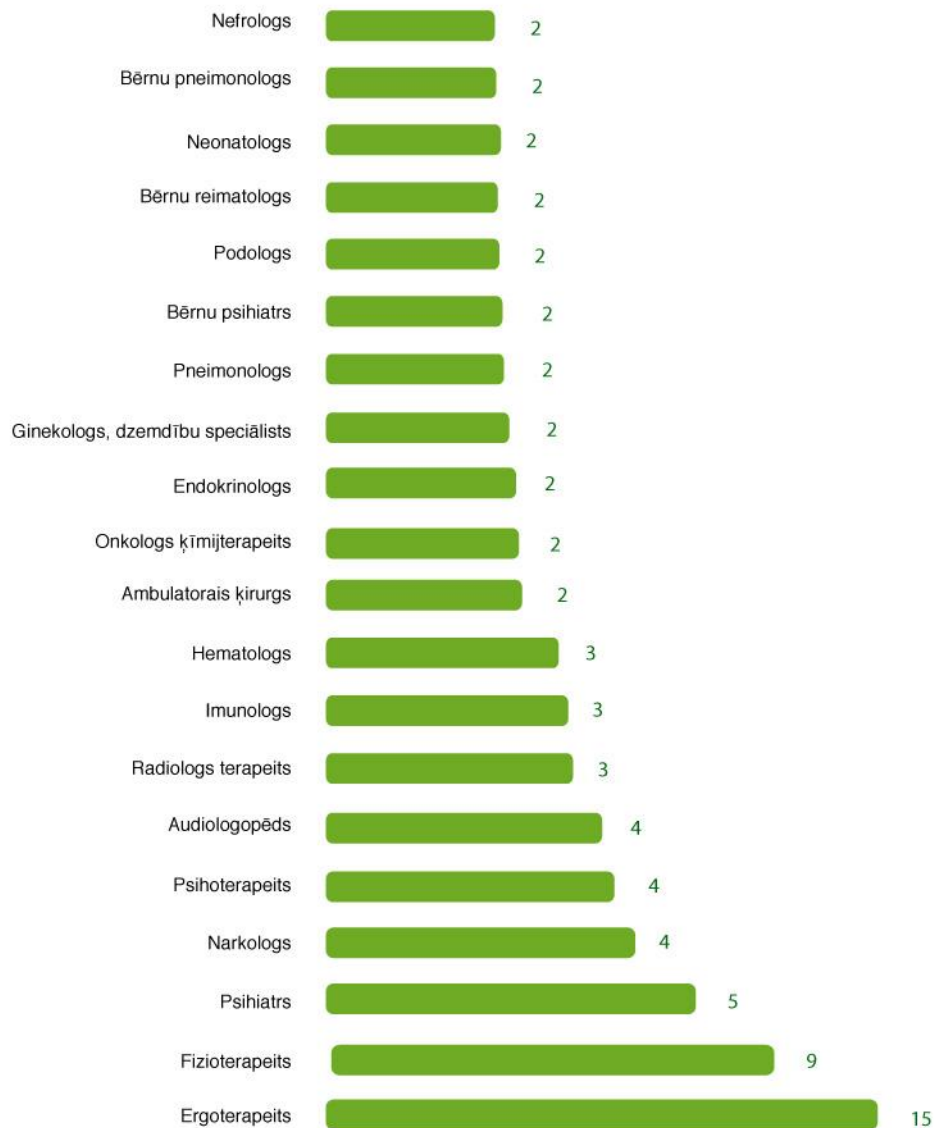
Attēlā ir atspoguļots ambulatora apmeklējumu skaita (1.- 6.aprūpes epizode) procentuālais sadalījums pēc aprūpes veida atbilstoši ārsta specialitātēm. Ķirurgi, otolaringologi, traumatologi un ortopēdi veselības aprūpes pakalpojumus pārsvarā sniedz pie akūtām saslimšanām un traumām, savukārt neirologi visvairāk aprūpē pacientus iepriekš diagnosticētu hronisku slimību paasinājuma gadījumos. PVA ģimenes ārstus 35,4% gadījumos pacienti apmeklē akūtas saslimšanas gadījumos. Apmeklējumu skaits dinamiskās novērošanas laikā hronisko slimību gadījumā veido lielāku īpatsvaru PVA ģimenes ārstu darbā salīdzinājumā ar apmeklējumiem iepriekš diagnosticētas hroniskās slimības paasinājuma ārstēšanas gadījumos. Tas nozīmē, ka PVA ārsti, veicot dinamisku pacientu novērošanu, novērš hronisko saslimšanu paasinājumu rašanos.

55. attēls. Veselības aprūpes speciālistu top 20 ar vislielāko vidējo aprūpes epizožu skaitu uz vienu ārstēto unikālo pacientu 2012.gadā



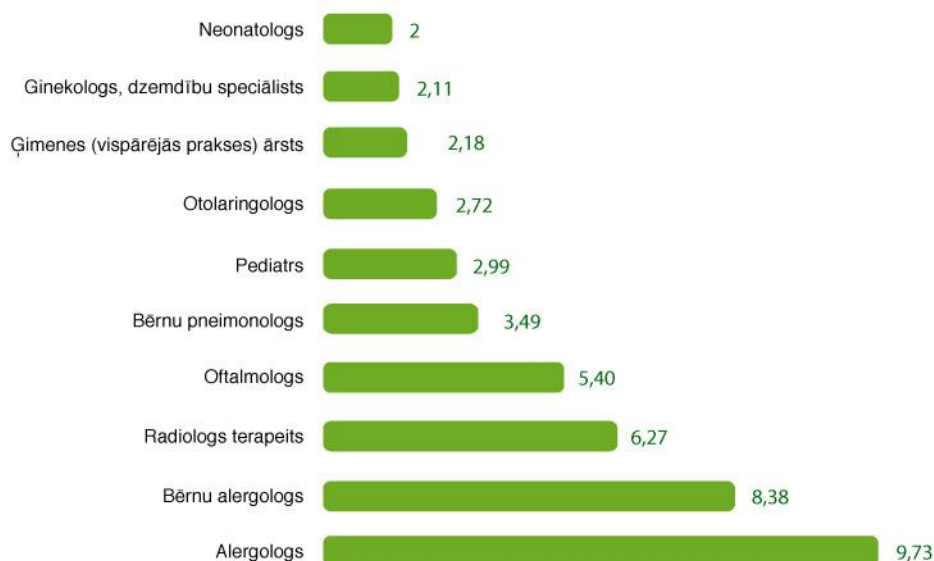
Vislielākais vidējais aprūpes epizožu skaits (1.-7.aprūpes epizodē) uz vienu unikālo pacientu pie speciālistiem, kas noteikti Noteikumu Nr.1046 19.pielikumā, ir pie psihiatra, nefrologa, narkologa. Epizožu skaita lielums uz vienu unikālo pacientu ir atkarīgs no saslimšanas norises. Liels vidējais epizožu skaits uz vienu unikālo pacientu ir pacientiem, kuriem ir nepieciešama speciālistu dinamiska novērošana.

56. attēls. Veselības aprūpes speciālistu top 20 ar vislielāko vidējo apmeklējumu skaitu uz vienu ārstēto unikālo pacientu 2012.gadā



Vislielākais vidējais apmeklējumu skaits (1.-6.aprūpes epizode) uz vienu unikālo pacientu ir pie tādiem veselības aprūpes speciālistiem kā ergoterapeits, fizioterapeits, psihiatrs, narkologs, psihoterapeits.

57. attēls. Top 10 veselības aprūpes speciālisti ar lielāko manipulāciju skaitu uz vienu unikālo pacientu 2012.gadā



57.attēlā ir atspoguļoti dati par sekundārās veselības aprūpes speciālistu veiktajām manipulācijām bez 7.aprūpes epizodes - palīgkabineta pakalpojumiem un dienas stacionāra struktūrvienībās. Lielākais manipulāciju skaits uz vienu unikālo pacientu ir SAVA speciālistam alergologam, bērnu alergologam un radiologam terapeitam.

58. attēls. Top 10 speciālistu lielākās vidējās pakalpojuma izmaksas uz vienu unikālo pacientu 2012.gadā, Ls



58.attēlā ir atspoguļoti dati par pakalpojumu vidējām izmaksām 2012.gadā pie sekundārās veselības aprūpes speciālistiem (izņemot sniegtos pakalpojumus palīgkabinētā un dienas stacionāra struktūrvienībā). Vislielākās pakalpojuma vidējās izmaksas uz vienu unikālo pacientu ir sekundārās veselības aprūpes speciālistam radiologam terapeitam – Ls 38,53, ģenētiķim – Ls 32,68, mutes, sejas un žokļu ķirurgam – Ls 20,6.

Stacionāro iestāžu darbība

Līgumi par stacionārās palīdzības sniegšanu un apmaksu 2012.gadā noslēgti ar 42 stacionārajām ārstniecības iestādēm. Saskaņā ar 2012.gada 21.februāra Ministru kabineta rīkojumu Nr.101, no 2012.gada 1.aprīļa SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” tika pievienota valsts aģentūra „Latvijas Infektoloģijas centrs”.

Plānotais finansējuma apjoms stacionārai palīdzībai kopā bija Ls 149 563 190, tajā skaitā:

- Ls 133 669 780 stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai;
- Ls 14 440 084 pacientu iemaksas kompensācija stacionārajai palīdzībai;
- Ls 1 076 326 par 2011.gada decembra norēķiniem;
- Ls 210 000 Ludzas rajona slimnīcas valsts galvoto aizdevumu segšanai par 2012.gadu (saskaņā ar Ministru kabineta 2012.gada 3.augusta sēdes protokola Nr.43 3§);
- Ls 167 000 Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāna pasākuma „Reģionālo perinatālo centru stiprināšana” izpildei.

2012.gada laikā stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem tika piešķirti papildu līdzekļi Ls 9 657 965 apmērā terapeitisko tarifu paaugstināšanai (05.03.2012. Ministru kabineta rīkojums Nr.113), kā arī grozījumos likumā „Par valsts budžetu 2012.gadam” tika piešķirti papildu līdzekļi:

- Ls 897 107 endoprotezēšanas operācijām;
- Ls 356 382 rindu samazināšanai stacionārajā rehabilitācijā;
- Ls 482 958 prognozējamās invaliditātes novēršanai;
- Ls 1 003 508 observācijas gultu izveidei un uzturēšanai;
- Ls 204 803 Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāna (dzemdību palīdzības) nodrošināšanai;
- Ls 53 531 Bērnu klīniskajai universitātes slimnīcai papildu speciālistu nodrošināšanai uzņemšanas nodaļās.

2012.gadā samaksu par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem Dienests turpināja veikt kā fiksētu maksājumu par stacionāra darbību. Arī pacientu uzņemšanas nodaļas darbību apmaksā ar ikmēneša fiksētu piemaksu. Sākot ar 2012.gadu fiksēta piemaksa observāciju gultu izveidei un uzturēšanai pacientu uzņemšanas nodaļā tika apmaksāta arī reģionālajām un lokālajām neatliekamās palīdzības slimnīcām. Klīniskās universitātes slimnīcām šis pakalpojums tika apmaksāts jau no 2011.gada. Observācijas gultā pacientu var novērot līdz 24 stundām, savukārt, ja nepieciešams ilgāks laiks, slimnieks ir stacionējams. Ārsts izvērtē pacienta stāvokli un pieņem lēmumu par turpmāko ārstēšanas taktiku.

Papildus fiksētajiem maksājumiem pēc faktiskās izpildes tiek apmaksāta pacientu iemaksas kompensācija par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām; samaksa par pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļautām personām. Atbilstoši ārstniecības iestāžu iesniegtajiem rēķiniem tiek apmaksātas individuāli izgatavotās lielo locītavu endoprotēzes, endoprotēžu daļas un implantanti, kā arī alogēno un autolgo cilmes šūnu transplantācijas slimnieku ārstēšanai lietojamie medikamenti saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 22.pielikuma 4.punktu.

Saskaņā ar 2012.gada 28.jūnijā veiktajiem grozījumiem Noteikumos Nr.1046:

- papildus noteiktajam līguma apjomam Dienests 2012.gadā veic gultas dienu apmaksu par pacientu aprūpi, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija un MK Noteikumos Nr.1046 atrunātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ilgstoši slimojošām personām, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, kā arī personām ar prognozējamu invaliditāti;
- no 2012.gada 1.jūlija noslēgti līgumi par stacionāro pakalpojumu sniegšanu atbilstoši aprūpes slimnīcas (nodaļas) tarifiem un apmaksas nosacījumiem ar SIA „Priekules slimnīca”, SIA „Sarkanā krusta Smiltenes slimnīca” un SIA „Limbažu slimnīca”.

2012.gadā personām ar prognozējamu invaliditāti vai ilgstoši slimojošām personām darbaspējīgā vecumā visbiežāk tika nodrošināti veselības aprūpes pakalpojumi saistībā ar skeleta, muskuļu un saistaudu slimībām (pamatā lielo locītavu endoprotezēšanas operācijas), kā arī asinsrites slimībām.

40. tabula. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu finansējums pa ārstniecības iestādēm 2012. gadā

Ārstniecības iestāde	Maksājums par stacionāra darbību, Ls	Piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību, Ls	Piemaksa par observācijas gultu izveidošanu un uzturēšanu, Ls	Pakalpojumi personām ar prognozējamu invaliditāti, ilgstoši slimojošām darbspējīgā vecumā un ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija, Ls	Kompensētā pacienta iemaksa par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls	Kompensētā pacienta iemaksa trūcīgām personām, Ls	Veiktais darbs par pakalpojumiem un kompensētā pacientu iemaksa Ukrainas, ES un EEZ dalībvalstu un Šveices iedzīvotājiem, Ls	Aprēķinātā pacienta iemaksa par neatbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits	Valsts finansējums kopā uz vienu hospitalizāciju, Ls	Valsts finansējums kopā uz vienu gultas dienu, Ls
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12=(2+3+4+5+6+7+8)/10	13=(2+3+4+5+6+7+8)/11
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	11 486 722	649 891	166 654		1 365 440	466	310	3 040	27 069	138 945	505	98
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca*	28 509 333	596 360	190 557		635 093	106 144	26 555	1 837 289	43 718	245 978	688	122
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca **	28 857 239	781 384	257 697	35 374	1 507 050	264 312	26 720	2 907 940	64 746	527 145	490	60
Jūrmalas slimnīca	820 849	198 787	15 863		67 549	8 065	893	107 875	4 330	17 972	257	62
Ogres rajona slimnīca	943 572	198 787	24 214		121 933	14 683	388	173 601	6 153	31 552	212	41
Tukuma slimnīca	805 081	198 787	17 061		111 100	23 039	184	163 636	5 425	29 523	213	39
Liepājas reģionālā slimnīca	5 024 256	463 835	57 729	70 088	389 201	48 508	5 523	379 912	14 198	84 010	427	72
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	2 382 933	463 835	57 267		228 572	29 232	338	336 302	9 917	58 314	319	54
Kuldīgas slimnīca	846 373	198 787	16 599		116 711	23 651	18	141 566	4 887	27 521	246	44
Daugavpils reģionālā slimnīca	6 956 623	463 835	116 643		755 421	119 337	2 118	792 402	23 738	169 015	354	50
Rēzeknes slimnīca	2 600 129	463 835	48 862		288 531	103 514		359 789	10 519	74 774	333	47
Preiļu slimnīca	270 770	198 787	7 798		24 448	4 310		30 944	1 246	6 789	406	75
Krāslavas slimnīca	342 638	198 787	7 866		17 884	11 719		95 718	2 058	13 030	281	44
Vidzemes slimnīca	2 898 420	463 835	49 260	268	280 156	54 465	363	349 765	12 283	68 115	305	55
Madonas slimnīca	991 195	198 787	18 532		116 055	40 493		163 876	6 266	31 800	218	43

Ārstniecības iestāde	Maksājums par stacionāra darbību, Ls	Piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību, Ls	Piemaksa par observācijas gultu izveidošanu un uzturēšanu, Ls	Pakalpojumi personām ar prognozējamu invaliditāti, ilgstoši slimojošām darbspējīgā vecumā un ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija, Ls	Kompensētā pacienta iemaksa par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls	Kompensētā pacienta iemaksa trūcīgām personām, Ls	Veiktais darbs par pakalpojumiem un kompensētā pacientu iemaksa Ukrainas, ES un EEZ dalībvalstu un Šveices iedzīvotājiem, Ls	Aprēķinātā pacienta iemaksa par neatbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits	Valsts finansējums kopā uz vienu hospitalizāciju, Ls	Valsts finansējums kopā uz vienu gultas dienu, Ls
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12=(2+3+4+5+6+7+8)/10	13=(2+3+4+5+6+7+8)/11
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	959 754	198 787	28 415		100 065	23 936	297	86 672	4 661	22 706	281	58
Cēsu klīnika	995 976	198 787	24 329	2 251	105 219	21 860		134 364	5 498	25 810	245	52
Alūksnes slimnīca	454 140	198 787	8 531		46 407	13 184	18	81 233	2 651	13 986	272	52
Jelgavas pilsētas slimnīca	2 860 438	463 835	55 923		255 973	54 369	482	439 884	13 150	75 634	281	49
Jēkabpils reģionālā slimnīca	2 626 588	463 835	50 008		257 170	58 993	706	318 347	10 744	65 144	322	53
Dobeles un apkārtnes slimnīca	801 378	198 787	16 799		97 369	14 423		103 902	4 972	20 967	227	54
"Ainaži", bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	458 165				219 165	1 121			225	23 188	3 015	29
Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	798 676				1 190 708				437	125 334	4 552	16
Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	2 079 612				1 313 025	126 225			4 360	151 408	807	23
Piejūras slimnīca	947 579				450 450	1 251		10 841	2 194	48 539	638	29
Rīgas dzemdību nams	2 183 082	247 365			300 726	3 690	1 668	23 311	9 081	34 454	301	79
Rīgas 2. slimnīca	1 107 093	132 524			29 098	14 572		177 083	2 510	25 010	511	51
Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs ***	3 365 985	122 440			1 480 508	47 209	164	44 120	7 269	187 837	690	27
Slimnīca "Čintermuiža"	1 369 885				1 095 101	36 774		40 190	3 797	123 305	659	20
Straupes narkoloģiskā slimnīca	99 558	61 252			19 130	4 570		20 200	1 099	4 623	168	40

Ārstniecības iestāde	Maksājums par stacionāra darbību, Ls	Piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību, Ls	Piemaksa par observācijas gultu izveidošanu un uzturēšanu, Ls	Pakalpojumi personām ar prognozējamu invaliditāti, ilgstoši slimojošām darbspējīgā vecumā un ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija, Ls	Kompensētā pacienta iemaksa par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls	Kompensētā pacienta iemaksa trūcīgām personām, Ls	Veiktais darbs par pakalpojumiem un kompensētā pacientu iemaksa Ukrainas, ES un EEZ dalībvalstu un Šveices iedzīvotājiem, Ls	Aprēķinātā pacienta iemaksa par neatbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits	Valsts finansējums kopā uz vienu hospitalizāciju, Ls	Valsts finansējums kopā uz vienu gultas dienu, Ls
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	$12=(2+3+4+5+6+7+8)/10$	$13=(2+3+4+5+6+7+8)/11$
Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	1 604 017				947 891	203 471			3 067	121 198	898	23
Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca ****	4 579 180	265 049			65 730	34 052	3 985	367 424	4 941	47 017	1 001	105
"Vaivari", nacionālais rehabilitācijas centrs	1 511 698	61 841		1 265	264 994	18 813	97	172 410	3 572	47 857	520	39
Aizkraukles slimnīca	196 560				11 690	6 255		57 205	1 897	14 973	113	14
Bauskas slimnīca	187 481				11 185	8 437		45 352	1 585	12 940	131	16
Limbažu slimnīca (jūlijs - decembris)	10 530				1 395	150		1 225	33	554	366	22
Līvānu slimnīca	91 822				14 785	5 985		24 800	1 116	9 126	101	12
Ludzas rajona slimnīca	185 515				17 135	14 667		50 723	2 247	16 504	97	13
Priekules slimnīca (jūlijs - decembris)	4 212				30	70		1 205	22	261	196	17
Rīgas rajona slimnīca	215 983				19 736	1 870		37 595	1 762	11 838	135	20
Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca (jūlijs - decembris)	5 242				320			755	25	215	222	26
Saldus medicīnas centrs	118 030				7 630	3 625	75	25 675	1 013	7 127	128	18
Kopā:	123 554 312	8 351 608	1 236 607	109 246	14 347 779	1 571 510	70 902	10 108 171	330 481	2 762 038	452	54

* t.sk. maksājums par stacionāra darbību ietver dziļās smadzeņu stimulācijas komplektu un to daļu nomaiņu faktisko izlietojumu Ls 8624.

** t.sk. maksājums par stacionāra darbību ietver specifisko medikamentu faktisko izlietojumu Ls 139 475.

*** t.sk. maksājums par stacionāra darbību ietver tāmes finansējumu Ls 885 996.

**** t.sk. maksājums par stacionāra darbību ietver faktisko apmaksu par nestandarta endoprotēzēm Ls 9653.

41. tabula. Vispārējie stacionārie aprūpes statistikas rādītāji

Rādītāji	Kopā / vidēji 2010.gads	Kopā / vidēji 2011.gads	Kopā / vidēji 2012.gads
Unikālo pacientu skaits	231 819	234 049	232 188
Stacionēšanās gadījumu skaits	324 231	330 978	330 481
Gultas dienu skaits	2 822 256	2 811 059	2 762 038
Vidējais ārstēšanās ilgums	8,7	8,5	8,4

2012.gadā stacionāros ir ārstējušies 232 188 unikālie pacienti, savukārt kopējais hospitalizāciju skaits bija 330 481.

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

42. tabula. Vispārējie stacionārie aprūpes statistikas rādītāji 2012.gadā dalījumā atbilstoši slimnīcu grupām

Slimnīcu grupa	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanas ilgums
Valstī kopā:	330 481	2 762 038	8,4
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:	278 231	1 748 730	6,3
Klīniskās universitātes slimnīcas kopā:	135 573	912 068	6,7
Reģionālās daudzprofilu slimnīcas kopā:	94 515	595 006	6,3
Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:	48 143	241 656	5,0
Specializētās slimnīcas kopā:	42 550	939 770	22,1
Aprūpes slimnīcas kopā:	9 700	73 538	7,6

84% no visām hospitalizācijām ir bijušas neatliekamās palīdzības slimnīcās, 13% specializētajās slimnīcās un 3% aprūpes slimnīcās. 2012.gadā kopējais hospitalizāciju skaits salīdzinot ar 2011. gadu ir samazinājies par 497 hospitalizācijām. Kopumā 2012.gadā pacienti pavadījuši 2 762 038 gultas dienas.

Analizējot pacientu skaita sadalījumu atbilstoši ārstniecības profiliem, var secināt, ka visbiežākais ārstēšanās profils ir kardioloģija. Tāpat salīdzinoši liels īpatsvars ir neiroloģijas, onkoloģijas un traumatoloģijas profiliem (skatīt 44.tabulu).

43. tabula. Teritorijas pacientu proporcionālais sadalījums atbilstoši ārstniecības iestādēm 2012.gadā

Pacienta dzīvesvietas teritoriālā nodaļa	Pacienta teritorijas nosaukums	Neatliekamās palīdzības slimnīcas																									
		Rīgas slimnīcas							Reģionālās daudzprofilu slimnīcas							Lokālās daudzprofilu slimnīcas											
		Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	Rīgas dzemdību nams	Rīgas 2. slimnīca	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	Kopā Rīgā:	Liepājas reģionālā slimnīca	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	Daugavpils reģionālā slimnīca	Rēzeknes slimnīca	Jēkabpils reģionālā slimnīca	Jelgavas pilsētas slimnīca	Vidzemes slimnīca	Alūksnes slimnīca	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	Cēsu klīnika	Dobeles un apkārtnes slimnīca	Jūrmalas slimnīca	Krāslavas slimnīca	Kuldīgas slimnīca	Madonas slimnīca	Ogres rajona slimnīca	Preiļu slimnīca	Tukuma slimnīca	Kopā:
Kurzeme	Kuldīgas rajons	4%	8%	9%			2%	23%	9%	7%												58%					100%
	Liepāja	3%	5%	6%				14%	85%																		100%
	Liepājas rajons	2%	4%	6%				13%	77%	1%												8%					100%
	Saldus rajons	7%	12%	12%	1%		2%	34%	11%	1%				1%					16%	1%		35%				1%	100%
	Talsu rajons	6%	14%	10%	1%	1%	1%	33%	1%	42%										1%		8%				15%	100%
	Tukuma rajons	7%	14%	12%	1%	1%	2%	36%		1%				1%					2%	3%		1%				56%	100%
	Ventspils	3%	7%	8%	1%		1%	18%	4%	77%																	100%
	Ventspils rajons	2%	7%	7%			1%	18%	4%	76%												2%					100%
	Kurzeme kopā:	4%	9%	8%	1%		1%	23%	31%	21%									2%	1%		10%				11%	100%
Latgale	Daugavpils	2%	4%	4%			1%	10%			89%																100%
	Daugavpils rajons	2%	4%	4%			1%	10%			87%		1%														100%
	Krāslavas rajons	2%	5%	6%	1%		1%	14%			39%	5%	1%							39%					2%		100%
	Ludzas rajons	3%	8%	10%	1%		1%	24%			6%	66%	1%			1%											100%
	Preiļu rajons	3%	10%	9%	1%	1%	1%	25%			26%	3%	23%									1%			21%		100%
	Rēzekne	3%	6%	7%			1%	17%			5%	76%	1%												1%		100%
	Rēzeknes rajons	3%	6%	7%	1%		1%	18%			5%	73%	2%												1%		100%
	Latgale kopā:	2%	5%	6%			1%	15%			52%	22%	3%								5%				3%		100%

Rīga	Jūrmala	12%	24%	16%	1%	3%	2%	58%											40%							100%
	Rīga	16%	25%	43%	7%	2%	3%	96%											1%							100%
	Rīgas rajons	21%	22%	40%	6%	1%	3%	94%						1%	1%			1%		1%						100%
	Rīga kopā:	17%	25%	41%	7%	2%	3%	94%											3%							100%
Vidzeme	Alūksnes rajons	3%	7%	9%	1%		1%	21%							4%	67%	5%	1%					1%			100%
	Balvu rajons	4%	8%	12%			1%	26%				3%			2%		64%					4%				100%
	Cēsu rajons	4%	7%	13%	1%		1%	26%							10%			61%				1%				100%
	Gulbenes rajons	4%	7%	14%	1%		1%	27%							7%	1%	49%	1%				14%				100%
	Limbažu rajons	7%	9%	21%	2%		2%	40%							54%			3%								100%
	Madonas rajons	3%	6%	10%	1%			20%				1%	3%		1%							73%				100%
	Valkas rajons	5%	8%	15%			1%	29%							67%			2%								100%
	Valmiera	5%	7%	13%	1%		1%	26%							72%			1%								100%
	Valmieras rajons	4%	6%	12%	1%		1%	24%							73%			1%								100%
	Vidzeme kopā:	4%	7%	13%	1%		1%	26%				1%	1%		28%	6%	11%	12%					14%			100%
Zemgale	Aizkraukles rajons	6%	10%	15%	1%		2%	35%					50%									2%	10%			100%
	Bauskas rajons	13%	19%	17%	3%	1%	2%	56%					1%	39%					2%	1%						100%
	Dobeles rajons	7%	11%	10%	1%	1%	1%	30%						7%					61%							100%
	Jēkabpils	3%	7%	7%	1%		1%	19%			2%		77%									1%				100%
	Jēkabpils rajons	3%	7%	7%	1%		1%	19%			3%		75%									1%				100%
	Jelgava	5%	10%	10%	1%		1%	28%						68%					3%							100%
	Jelgavas rajons	5%	11%	11%	1%		1%	28%						67%					3%	1%						100%
	Ogres rajons	10%	10%	19%	2%		2%	43%															54%			100%
	Zemgale kopā:	7%	11%	13%	1%		1%	34%			1%		18%	26%					8%				1%	12%		100%
Kopā:		9%	15%	22%	3%	1%	2%	51%	5%	3%	8%	4%	4%	4%	4%	1%	2%	2%	2%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	100%

**Neskaitot psihiatriskās, rehabilitācijas un aprūpes slimnīcas.*

44. tabula. Pacientu skaits un vidējais ārstēšanās ilgums dalījumā atbilstoši ārstniecības profiliem 2012.gadā

Slimības profila nosaukums	Diagnozes grupa pēc SSK – 10	Pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums
Kardioloģijas	I20-I28;I30-I52; Q20-Q24;R00-R03;I10-I15	40 489	225 695	5,6
Gastroenteroloģijas	K20-K31;K50-K52;K55;K58;K59;	11 703	49 442	4,2
Endokrinoloģijas	E00-E90;D80-D89;	4 718	30 076	6,4
Infekciju	A00-A09;A20-A28; A30-A49;A65-A99; B00-B09;B15-B34; B50-B89;B91-B99;J10-J11;	16 201	82 254	5,1
Hematoloģijas	D50-D77;	1 549	10 976	7,1
Nefroloģijas	N00-N19;N25-N29;	4 339	32 581	7,5
Ķirurģijas	K35-K38;K40-K46;K56;K57; K60-K63;K65-K67; K70-K77;K80-K87; K90-K93;M40;M41; M80-M90;M95-M99	17 992	113 978	6,3
Traumatoloģijas	S00-T19;T33-T35;T79-T98;	26 721	185 442	6,9
Apdegumu	T20-T32;	1 038	13 411	12,9
Uroloģijas	N20-N23;N30-N51; R30-R39;	6 986	34 093	4,9
Stomatoloģijas	K00-K14;	1 607	5 583	3,5
Onkoloģijas	C00-D48;	33 040	274 535	8,3
Dzemdību	O60-O75;O80-O92;	19 372	80 340	4,1
Grūtniecības patoloģijas	O10-O16;O20-O48; O95-O99;	6 732	33 155	4,9
Ginekoloģijas	N60-N64;N70-N77; N80-N89;O00-O08;	7 366	25 211	3,4
Neiroloģijas	G00-G99;I60-I69; M42-M54;M91-M94;	33 390	261 589	7,8
Oftalmoloģijas	H00-H59;	2 568	9 026	3,5
Otorinolaringoloģijas	H60-H95;J00-J06;J30-J39	12 104	49 746	4,1
Veneroloģijas	A50-A64;	40	616	15,4
Pulmonoloģijas	J12-J22;J40-J99;	4 577	32 966	7,2
Dermatoloģijas	B35-B49;L00-L99;	21 812	155 297	7,1
Vazoloģijas	I70-I99;	7 989	64 300	8,0
Reimatoloģijas	I00-I02;I05-I09; M00-M25;M30-M36;	5 353	47 984	9,0
Pārējās diagnozes		42 795	943 742	22,0
Kopā:		330 481	2 762 038	8,4

Vidējais ārstēšanās ilgums 2012.gadā bija 8,4 gultu dienas. Visīsākais vidējais ārstēšanās ilgums ir neatliekamās palīdzības slimnīcās – 6,3 gultu dienas. Visgarākais vidējais ārstēšanās ilgums ir specializētajās slimnīcās – 22,1 gultu diena.

Apskatot vidējos ārstēšanās ilgumus ārstniecības iestādēs, var redzēt, ka ļoti īsi ārstēšanās ilgumi, zem piecām gultu dienām, ir Cēsu klīnikā (4,7), Dobeles un apkārtnes slimnīcā (4,2), Jūrmalas slimnīcā (4,2), Rīgas Dzemdību namā (3,8), Straupes narkoloģiskajā slimnīcā (4,2), Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienībā (4,9) (skatīt 45.tabulu).

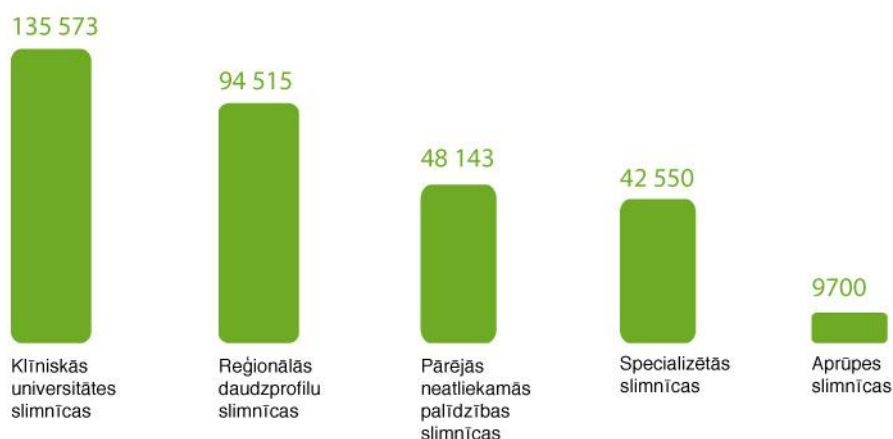
45. tabula. Hospitalizāciju un gultas dienu skaits, vidējais ārstēšanās ilgums dalījumā pa slimnīcām 2012.gadā

Ārstniecības iestāžu grupa	Ārstniecības iestāde	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	27 069	138 945	5,1
	Klīniskās universitātes slimnīcas			
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	43 718	245 978	5,6
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	64 786	527 145	8,1
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā:	135 573	912 068	6,7
	Reģionālās daudzprofilu slimnīcas			
	Daugavpils reģionālā slimnīca	23 738	169 015	7,1
	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	10 744	65 142	6,1
	Jelgavas pilsētas slimnīca	13 150	75 634	5,8
	Liepājas reģionālā slimnīca	14 198	84 010	5,9
	Rēzeknes slimnīca	10 519	74 774	7,1
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	9 917	58 316	5,9
	Vidzemes slimnīca	12 249	68 115	5,6
		94 515	595 006	6,3
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas			
	Alūksnes slimnīca	2 651	13 986	5,3
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	4 661	22 706	4,9
	Cēsu klīnika	5 498	25 810	4,7
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	4 972	20 967	4,2
	Jūrmalas slimnīca	4 330	17 972	4,2
	Krāslavas slimnīca	2 058	13 030	6,3
	Kuldīgas slimnīca	4 887	27 521	5,6
	Madonas slimnīca	6 266	31 800	5,1
	Ogres rajona slimnīca	6 153	31 552	5,1
	Preiļu slimnīca	1 246	6 789	5,4
	Tukuma slimnīca	5 421	29 523	5,4
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:	48 143	241 656	5,0
	Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:	278 231	1 748 730	6,3

Specializētās slimnīcas	Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	225	23 186	103,0
	Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	437	125 334	286,8
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4 360	151 408	34,7
	Piejūras slimnīca	2 194	48 535	22,1
	Rīgas Dzemdību nams	9 081	34 454	3,8
	Rīgas 2. slimnīca	2 508	25 015	10,0
	Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs	7 269	187 837	25,8
	Slimnīca Ģintermuiža	3 797	123 305	32,5
	Straupes narkoloģiskā slimnīca	1 099	4 623	4,2
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3 067	121 199	39,5
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	4 941	47 017	9,5
	Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	3 572	47 857	13,4
Specializētās slimnīcas kopā:		42 550	939 770	22,1
Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	1 897	14 973	7,9
	Bauskas slimnīca	1 585	12 940	8,2
	Līvānu slimnīca	1 116	9 122	8,2
	Ludzas rajona slimnīca	2 247	16 509	7,3
	Rīgas rajona slimnīca	1 762	11 835	6,7
	Priekules slimnīca	22	261	11,9
	Limbažu slimnīca	33	554	16,8
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	25	219	8,8
	Saldus medicīnas centrs	1 013	7 125	7,0
Aprūpes slimnīcas kopā:		9 700	73 538	7,6
Valstī kopā:		330 481	2 762 038	8,4

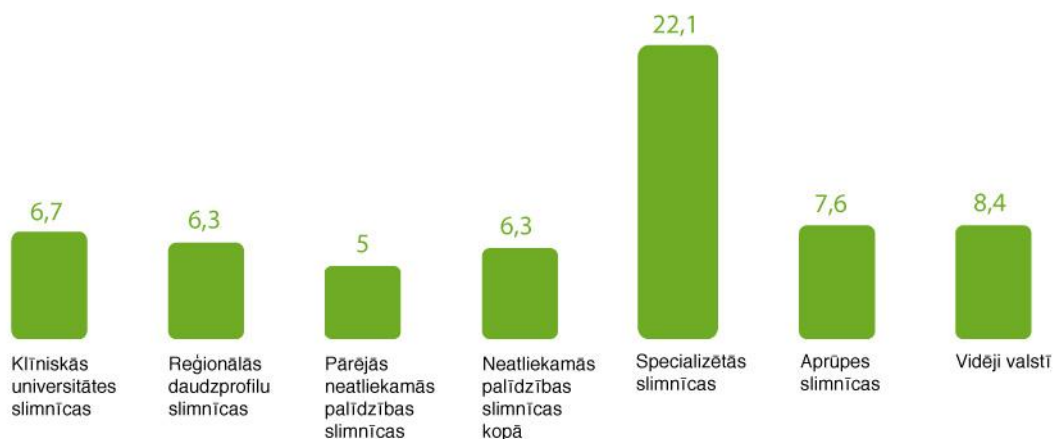
Salīdzinot hospitalizāciju skaitu dažādās slimnīcu grupās, var redzēt, ka vislielākais hospitalizāciju skaits 2012.gadā bija trijās klīniskajās universitātes slimnīcās (skatīt 59.attēls).

59. attēls. Hospitalizāciju skaits dalījumā pa slimnīcu grupām 2012. gadā



Salīdzinot vidējos ārstēšanās ilgumus, redzams, ka garākais vidējais ārstēšanās ilgums ir specializētajās slimnīcās (22,1 gultu dienas), īsāks ir aprūpes slimnīcās (7,6), visīsākais ārstēšanās ilgums ir pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcās (5,0 gultu dienas) (skatīt 60.attēlu).

60. attēls. Vidējais ārstēšanas ilgums (dienas) dalījumā pa slimnīcu grupām 2012.gadā



Izvērtējot pacientu sadalījumu pa diagnožu grupām, redzams, ka 2012.gadā visvairāk pacienti ārstēti ar šādām diagnozēm:

- I00-I99 „Asinsrites sistēmas slimības”;
- J00-J99 „Elpošanas sistēmas slimības”;
- S00-T98 „Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas”.

Vislielākais ārstēšanās ilgums 2012.gadā ir diagnozēm F00-F99 „Psihiski un uzvedības traucējumi” – 30,2 gultu dienas (skatīt 45.tabulu).

Vidējais ārstēšanās ilgums 2012.gadā, salīdzinot ar 2011.gadu, ir nedaudz samazinājies no 8,5 uz 8,4 dienām.

46. tabula. Pacientu skaits un vidējais ārstēšanās ilgums dalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām

SSK grupa	SSK grupas nosaukums	2011.gadā			2012.gadā		
		Pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums	Pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	13 636	93 931	6,9	16 741	133 563	8,0
C00-D48	Audzēji	31 918	271 996	8,5	33 040	274 535	8,3
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	1 710	11 604	6,8	1 863	12 623	6,8
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	4 355	29 738	6,8	4 404	28 429	6,5
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	27 417	827 640	30,2	26 767	808 080	30,2
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	12 536	88 035	7,0	12 241	82 837	6,8
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	3 112	11 820	3,8	2 568	9 026	3,5
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	2 169	13 715	6,3	2 002	12 465	6,2
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	62 316	424 762	6,8	62 416	415 991	6,7
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	37 763	227 430	6,0	35 526	207 738	5,8
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	30 464	161 600	5,3	30 059	155 813	5,2
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	4 732	34 125	7,2	4 555	32 781	7,2
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	13 502	115 440	8,5	13 842	114 471	8,3
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	17 912	91 131	5,1	17 128	85 369	5,0
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	28 290	127 230	4,5	29 268	123 529	4,2
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	2 498	26 267	10,5	2 712	28 993	10,7
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	2 379	18 029	7,6	2 372	17 018	7,2
R00-R99	Cituro neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laborat. atrade	724	2 753	3,8	877	3 447	3,9
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	32 570	223 007	6,8	31 038	208 343	6,7
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	113	494	4,4	31	94	3,0
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	862	10 312	12,0	1 031	6 893	6,7
Kopā:		330 978	2 811 059	8,5	330 481	2 762 038	8,4

2012.gadā ir bijušas 47 438 hospitalizācijas ar diagnozēm, kuras tiek uzskatītas par ģimenes ārstu kompetencei¹⁰ atbilstošām (skatīt 47.tabulu). 2011.gadā tika veiktas 49 409 pacientu hospitalizācijas ar ģimenes ārstu kompetencē esošajām diagnozēm, kas bija 14,9% no kopējā veikto hospitalizāciju skaita.

¹⁰ Iekļautas šādas diagnozes atbilstoši SSK-10: A05; A08; A09; A28; A31; B00; B30; D50; E66; H00; I10; J00; J02; J03; J04; J05; J06; J10; J11; J12; J13; J14; J15; J16; J17; J18; J20; J21; J22; J45; K26; K30; K52; K58; L02; L03; L50; L89.

47.tabula. Hospitalizāciju skaits ar ģimenes ārstu kompetencē esošām diagnozēm sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2012.gadā

Ārstniecības iestāžu grupa		Ārstniecības iestāde	Kopā	% no kopējā hospitalizāciju skaita
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Klīniskās universitātes slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	10 095	37%
		Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	2 184	5%
		Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	5 873	9%
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā:		18 152	13%
	Reģionālās daudzprofilu slimnīcas	Daugavpils reģionālā slimnīca	4 459	19%
		Jelgavas pilsētas slimnīca	1 990	15%
		Jēkabpils reģionālā slimnīca	2 185	20%
		Liepājas reģionālā slimnīca	1 968	14%
		Rēzeknes slimnīca	1 754	17%
		Vidzemes slimnīca	2 562	21%
		Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	1 920	19%
	Reģionālās daudzprofilu slimnīcas kopā:		16 838	18%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas	Alūksnes slimnīca	624	24%
		Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	1 045	22%
		Cēsu klīnika	1 167	21%
		Dobeles un apkārtnes slimnīca	1 272	26%
		Jūrmalas slimnīca	249	6%
		Krāslavas slimnīca	159	8%
		Kuldīgas slimnīca	974	20%
		Madonas slimnīca	1 756	28%
		Ogres rajona slimnīca	1 310	21%
		Preiļu slimnīca	180	14%
		Tukuma slimnīca	1 433	26%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:		10 169	21%
Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:		45 159	16%	
Specializētās slimnīcas	Rīgas 2. slimnīca	13	1%	
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	5	0%	
	Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	568	16%	
Specializētās slimnīcas kopā:		586	0%	
Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	324	17%	
	Bauskas slimnīca	364	23%	
	Limbažu slimnīca	1	3%	
	Līvānu slimnīca	100	9%	
	Ludzas rajona slimnīca	554	25%	
	Priekules slimnīca	1	5%	
	Rīgas rajona slimnīca	197	11%	
	Saldus medicīnas centrs	150	15%	
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	2	7%	
Aprūpes slimnīcas kopā:		1693	17%	
Valstī kopā:		47 438	14,4%	

48.tabulā apkopoti stacionēšanas dati pa atsevišķām pacientu grupām. Ja pacients atbilst vairākām grupām vienlaicīgi, tad tabulā viņš tiek uzskaitīts vairākas reizes, visās atbilstošajās grupās.

48.tabula. Unikālo pacientu, hospitalizāciju un gultas dienu skaits dalījumā pa pacientu grupām 2012.gadā (skaitot katru pacientu grupu atsevišķi*)

Pacientu grupas kods	Pacientu grupas nosaukums	Unikālo pacientu skaits	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits
02	Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	3 378	3 793	97 117
03	Personas, kas saņem ārstniecības pakalpojumus to infekcijas slimību gadījumos, kuras ir laboratoriski apstiprinātas un pakļautas reģistrācijai saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību	8 133	8 860	69 591
04	Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi	23 487	29 259	123 423
05	Psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu	11 572	17 528	719 405
08	Pacients, kuram pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gadā pārsniegusi 400 latus	111	168	2 490
11	Bērni līdz 18 gadu vecumam	43 291	58 723	339 794
12	Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	3 313	5 111	43 008
13	Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas	902	1 141	7 566
14	Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošās personas	3 209	4 677	73 195
15	Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	11 936	16 602	155 217
17	Nacionālo Bruņoto spēku kontingents	164	177	875
18	Iekšlietu ministrijas kontingents	512	569	2 855
19	Tieslietu ministrijas kontingents	424	497	57 571
20	Invalīds	11 477	17 674	540 821
21	Arodslimnieks	163	166	668
59	I grupas invalīdi	5 305	9 717	113 899
60	Personas, kas vecākas par 80 gadiem	11 401	15 091	145 397
81	Latvijas pilsoņu un nepilsoņu laulātie, kuriem ir termiņuzturēšanās atļauja, saņemot grūtniecību aprūpi un dzemdību palīdzību	69	81	353
92	Neatliekamās medicīniskās palīdzība dienesta darbinieks	217	282	1 555

* Viens pacients vienlaicīgi var tikt uzskaitīts vairākās pacientu grupās.

2012.gadā valstī kopā ir notikušas 18 935 dzemdības. Salīdzinot ar 2011.gadu, dzemdību skaits palielinājies par 1165 jeb 6%. Specializētajā slimnīcā RP SIA „Rīgas Dzemdību nams” ir notikušas visvairāk no dzemdībām, t.i. 6110, kas veido 32% no visām valstī notikušajām dzemdībām. Vēl pie lielākajām dzemdību iestādēm var pieskaitīt VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kur notikušas 2003 dzemdības, SIA „Jūrmalas slimnīca” – 1248 dzemdības, SIA „Daugavpils reģionālā slimnīca” – 1042 dzemdības un SIA „Liepājas reģionālā slimnīca” – 975 dzemdības.

49. tabula. Dzemdību skaits sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2012.gadā

Ārstniecības iestāde	Dzemdību skaits	Dzemdību skaits % no valstī kopējā dzemdību skaita
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	361	2%
Cēsu klīnika	491	3%
Daugavpils reģionālā slimnīca	1 042	6%
Dobeles un apkārtnes slimnīca	541	3%
Jelgavas pilsētas slimnīca	905	5%
Jēkabpils reģionālā slimnīca	564	3%
Jūrmalas slimnīca	1 248	7%
Kuldīgas slimnīca	636	3%
Liepājas reģionālā slimnīca	975	5%
Madonas slimnīca	389	2%
Ogres rajona slimnīca	415	2%
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	2 003	11%
Preiļu slimnīca	287	2%
Rēzeknes slimnīca	628	3%
Rīgas Dzemdību nams	6 110	32%
Rīgas rajona slimnīca	552	3%
Tukuma slimnīca	315	2%
Vidzemes slimnīca	931	5%
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	542	3%
Valstī kopā:	18 935	100%

Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā

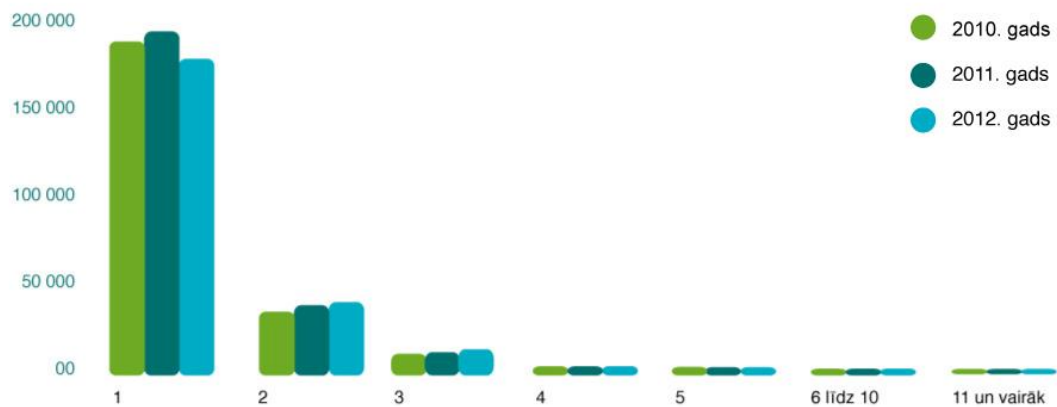
2012.gadā lielākā daļa pacientu ir stacionējušies vienu reizi – kopsummā 174 361 pacients, kas veido 75,09% no visiem stacionētajiem pacientiem.

Tādējādi 24,91% no visiem stacionētajiem pacientiem 2012.gada laikā ir stacionēti atkārtoti. Gada laikā 25 pacienti ir stacionēti vairāk kā 16 reizes.

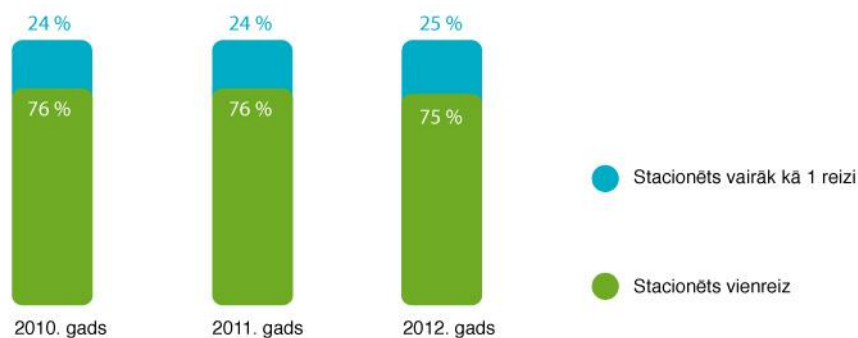
50. tabula. Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā 2012.gadā

Diennakts stacionēšanas gadījumu skaits	Unikālo pacientu skaits	Unikālo pacientu skaits, %
1	174 361	75,09%
2	38 220	16,46%
3	11 384	4,90%
4	4 228	1,82%
5	1 749	0,75%
6	951	0,41%
7	545	0,23%
8	285	0,12%
9	168	0,07%
10	104	0,04%
11	67	0,03%
12	44	0,02%
13	31	0,01%
14	14	0,01%
15	13	0,01%
16 un vairāk	25	0,01%

61. attēls. Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā 2010., 2011. un 2012.gadā



62. attēls. Pacientu, kas hospitalizēti vienu reizi gadā un atkārtoti 2010., 2011. un 2012.gadā, skaita procentuālais sadalījums



ES Nodarbinātības un sociālo lietu komitejas veselības aprūpes vadlīnijās ir definētas indikatoriadiagnozes. Pacienti ar šīm indikatoriadiagnozēm pārsvarā būtu jāārstē ambulatori, sadalot kompetenci starp primārās un sekundārās veselības aprūpes speciālistiem. 2012.gadā ir bijušas 14 560 hospitalizācijas ar indikatoriadiagnozēm, no tām 12 161 hospitalizācija ir pakalpojumu programmā „Pārējie pakalpojumi”, kas nozīmē, ka šiem pacientiem nav sniegta īpaša specializēta stacionārā palīdzība.

51. tabula ES Nodarbinātības un sociālo lietu komitejas definētās indikatoriadiagnozes

Kods	Diagnozes nosaukums	2011.gadā		2012.gadā	
		Kopējais hospitalizāciju skaits	tajā skaitā hospitalizāciju skaits pakalpojumu programmā „Pārējie pakalpojumi”	Kopējais hospitalizāciju skaits	tajā skaitā hospitalizāciju skaits pakalpojumu programmā „Pārējie pakalpojumi”
E10	Insulīnatkarīgs cukura diabēts	1136	1073	1 150	879
E11	Insulīnneatkarīgs cukura diabēts	1 489	1 475	1 378	1 193
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	6 435	6 181	6 383	5 629
I11	Hipertensīva sirds slimība	2 358	2 161	2 561	2 169
I12	Hipertensīva nefropātija	146	141	151	138
I13	Hipertensīva kardiopātija	50	50	86	85
I15	Sekundāra hipertensija	146	145	126	77
J45	Astma	2 764	2 322	2 710	1 985
J46	Status asthmaticus	9	9	15	6
Kopā:		14 533	13 557	14 560	12 161

52. tabula. Divdesmit visbiežāk stacionārā ārstētās diagnozes 2012.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Hospitalizāciju skaits			
		2009.gadā	2010.gadā	2011.gadā	2012.gadā
O80	Vienaugļa spontānas dzemdības	12 773	11 357	10 440	10 766
I25	Hroniska sirds išēmiska slimība	12 997	9 212	9 932	9 857
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	7 013	7 271	7 822	7 829
I63	Smadzeņu infarkts	7 499	7 188	7 247	7 421
I20	Angina pectoris (stenokardija)	9 259	8 743	7 906	7 279
F20	Šizofrēnija	7 078	6 721	7 165	7 086
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	6 254	5 944	6 452	6 379
F10	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ	7 561	6 918	6 887	6 041
J20	Akūts bronhīts	5 927	6 216	5 983	5 598
A08	Vīrusa un citas precizētas zarnu infekcijas	4 835	4 864	4 948	5 157
G45	Cerebrāla transitoriska išēmiska lēkme un radniecīgi sindromi	4 038	4 451	4 910	4 609
M47	Spondiloze	6 601	3 696	4 289	4 178
K59	Citas funkcionālas zarnu slimības	4 105	4 199	4 281	4 116
K80	Žultsakmeņu slimība (cholelithiasis)	4 821	3 930	4 130	4 106
I48	Priekškambaru mirdzēšana un plandīšanās	-	-	3 589	4 092
O82	Vienaugļa dzemdības ar ķeizargriezieni	4 646	4 073	3 965	4 073
J06	Akūta augšējo elpceļu infekcija ar multiplu un neprecizētu lokalizāciju	4 239	4 330	4 216	4 072
I70	Ateroskleroze	-	3 340	3 660	3 931
I21	Akūts miokarda infarkts	4 409	4 184	3 890	3 779
S06	Intrakraniāls ievainojums	4 304	4 006	3 903	3 537

Visbiežāk 2012.gadā stacionēti pacienti ar diagnozi „Vienaugļa spontānas dzemdības” un „Hroniska sirds išēmiska slimība”.

Diagnozes ar kurām pacienti visbiežāk stacionēti 2012.gadā, sakrīt ar 2011.gada, 2010.gada un 2009.gada visbiežāk ārstētajām diagnozēm.

53. tabula. Divdesmit diagnozes ar lielāko kopējo gultas dienu skaitu 2012.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Hospitalizāciju skaits			
		2009. gadā	2010. gadā	2011. gadā	2012.gadā
F20	Šizofrēnija	412 365	368 272	368 272	357 789
I63	Smadzeņu infarkts	77 657	71 250	70 332	69 644
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	63 046	64 140	65 727	63 127
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	61 681	55 803	60 689	61 083
I25	Hroniska sirds išēmiskā slimība	80 388	59 013	60 215	59 627
F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	65 045	57 101	57 010	55 747
F71	Vidēji smaga garīga atpalicība	53 337	45 357	42 768	42 699
F10	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ	48 786	43 783	45 038	41 426
F01	Vaskulāra demence	39 984	36 392	38 670	39 553
A15	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski	-	-	-	38 971

F06	Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ	43 414	37 366	38 233	38 578
I70	Ateroskleroze	35 088	35 558	38 714	37 625
O80	Vienaugļa spontānas dzemdības	49 068	41 850	37 610	37 160
I20	Angina pectoris (stenokardija)	51 123	47 188	39 364	35 100
S72	Ciskas kaula (femur) lūzums	34 282	34 394	35 699	32 375
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	36 386	31 964	33 964	32 023
J20	Akūts bronhīts	38 147	37 857	33 261	30 972
M47	Spondiloze	54 023	26 126	30 493	28 849
G45	Cerebrāla transitoriska išēmiska lēkme un radniecīgi sindromi	-	28 045	30 278	26 665
K80	Žultsakmeņu slimība (cholelithiasis)	-	26 539	27 020	25 667

Diagnozes ar vislielāko kopējo gultas dienu skaitu, ir tās diagnozes, kurām ir ilgs ārstēšanās laiks (piemēram, „Šizofrēnija”), vai tādas, kurās ir liels kopējo hospitalizāciju skaits (piemēram, „Hroniska sirds išēmiskā slimība”).

2012.gadā diagnoze ar lielāko kopējo gultas dienu skaitu sakrīt ar 2011.gada, 2010.gada un 2009.gada diagnozi – tā ir „Šizofrēnija”.

54. tabula. 20 diagnozes ar garāko vidējo ārstēšanās ilgumu 2012.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Hospitalizāciju skaits			
		2009. gadā	2010. gadā	2011.gadā	2012.gadā
F72	Smaga garīgā atpalcība	117,49	108,17	110,82	86,45
F73	Dziļa garīga atpalcība	139,58	126,74	90,23	75,05
F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	77,99	65,56	63,13	57,18
A15	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski	75,84	76,65	55,38	53,31
F71	Vidēji smaga garīga atpalcība	69,27	65,83	58,03	52,98
F20	Šizofrēnija	58,26	54,79	51,40	50,49
F00	Alcheimera demence (G30.-+)	56,1	56,22	42,47	41,65
F01	Vaskulāra demence	45,59	42,56	36,79	37,28
F70	Viegla garīga atpalcība	41,49	37,63	35,65	35,89
F21	Šizotipiski traucējumi	-	-	30,08	34,60
F03	Neprecizēta demence	63,21	51,36	41,11	34,46
A18	Citu orgānu tuberkuloze	-	-	46,21	34,38
A16	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas nav pierādīta bakterioloģiski vai histoloģiski	-	-	-	34,35
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	-	-	32,95	31,95
F05	Delīrijs, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	43,66	36,54	35,09	30,75
F22	Persistējoši murgi	57,64	40,54	32,25	30,22
F04	Organisks amnetisks sindroms, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	-	69,00	41,15	30,10
P36	Jaundzimušo bakteriāla sepse	-	-	-	29,50
F31	Bipolāri afektīvi traucējumi	-	-	31,15	29,03
J86	Piotorakss	-	-	-	28,35

Tabulā par diagnozēm ar garāko vidējo ārstēšanās ilgumu norādītas tikai tās diagnozes, kurām hospitalizāciju skaits gada laikā nav bijis mazāks par 20 hospitalizācijām. Visgarākais vidējais ārstēšanās ilgums 2012.gadā, līdzīgi kā iepriekšējos gados, ir dažādām garīgām saslimšanām, kā arī tuberkulozei. Visgarākais vidējais ārstēšanās ilgums pēdējos divos gados ir pacientiem ar diagnozi F72 „Smaga garīgā atpalicība”.

Savukārt 59.tabulā „Bērnu un pieaugušo hospitalizāciju skaita dalījums pa ārstniecības iestādēm 2012.gadā” redzami dati par hospitalizēto pacientu dalījumu pa pacientu grupām – pieaugušie un bērni. Valstī vidēji 82% no hospitalizētajiem pacientiem ir pieaugušie, bet 18% ir bērni. Ir atsevišķas ārstniecības iestādes, kurās tiek ārstēti pārsvarā bērni – Bērnu klīniskā universitātes slimnīcā 100% un Bērnu psihoneiroloģiskajā slimnīcā „Ainaži” – 100%.

55. tabula. Bērnu un pieaugušo hospitalizāciju skaita dalījums atbilstoši ārstniecības iestādēm 2012.gadā

Ārstniecības iestāžu grupas	Ārstniecības iestādes	Hospitalizāciju skaits			Hospitalizāciju skaits % attiecībā pret kopējo hospitalizāciju skaitu	
		Bērni	Pieaugušie	Kopējais	Bērni	Pieaugušie
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	27 006	63	27 069	100%	0%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	931	42 787	43 718	2%	98%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	770	64 016	64 786	1%	99%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	4 280	19 458	23 738	18%	82%
	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	2 403	8 341	10 744	22%	78%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	2 050	11 100	13 150	16%	84%
	Liepājas reģionālā slimnīca	2 546	11 652	14 198	18%	82%
	Rēzeknes slimnīca	2 080	8 439	10 519	20%	80%
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	1 570	8 347	9 917	16%	84%
	Vidzemes slimnīca	2 560	9 689	12 249	21%	79%
	Alūksnes slimnīca	561	2 090	2 651	21%	79%
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	940	3 721	4 661	20%	80%
	Cēsu klīnika	1 232	4 266	5 498	22%	78%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	1 071	3 901	4 972	22%	78%
	Jūrmalas slimnīca	15	4 315	4 330	0%	100%
	Krāslavas slimnīca	16	2 042	2 058	1%	99%
	Kuldīgas slimnīca	1080	3 807	4 887	22%	78%
	Madonas slimnīca	1 454	4 812	6 266	23%	77%
	Ogres rajona slimnīca	959	5 194	6 153	16%	84%
	Preiļu slimnīca	16	1 230	1 246	1%	99%
	Tukuma slimnīca	1 281	4 140	5 421	24%	76%
	Kopā:	54 821	223 410	278 231	20%	80%
Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	4	1 893	1 897	0%	100%
	Bauskas slimnīca	0	1 585	1 585	0%	100%
	Līvānu slimnīca	0	1 116	1 116	0%	100%
	Ludzas rajona slimnīca	215	2 032	2 247	10%	90%
	Rīgas rajona slimnīca	13	1 749	1 762	1%	99%

	Limbažu slimnīca	0	33	33	0%	100%
	Priekules slimnīca	0	22	22	0%	100%
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	0	25	25	0%	100%
	Saldus medicīnas centrs	33	980	1 013	3%	97%
	Kopā:	265	9435	9700	3%	97%
Specializētās slimnīcas	Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	224	1	225	100%	0%
	Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca	0	437	437	0%	100%
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	385	3 975	4 360	9%	91%
	Piejūras slimnīca	141	2 053	2 194	6%	94%
	Rīgas Dzemdību nams	440	8 641	9 081	5%	95%
	Rīgas 2. slimnīca	21	2 487	2 508	1%	99%
	Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	71	7 198	7 269	1%	99%
	Slimnīca Ģintermuiža	576	3 221	3 797	15%	85%
	Straupes narkoloģiskā slimnīca	0	1 099	1 099	0%	100%
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	4	3 063	3 067	0%	100%
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	65	4 876	4 941	1%	99%
	Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	1 710	1 862	3 572	48%	52%
	Kopā:	3 637	38 913	42 550	9%	91%
Valstī kopā:		58 723	271 758	330 481	18%	82%

Izvērtējot datus par pacientiem, kuri ārstēti ķirurģiski pakalpojumu programmas „Pārējie pakalpojumi” ietvaros, lielākais ķirurģiski ārstēto pacientu īpatsvars ir Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (65%), Rīgas 2.slimnīcā (52%), Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā (34%) un Rīgas Dzemdību namā (31%) (skatīt 56.tabulu).

56. tabula. Dati par ķirurģiski ārstētiem pacientiem 2012.gadā

Ārstniecības iestāžu grupa		Ārstniecības iestāde	Kopējais hospitalizāciju skaits pakalpojumu programmā "Pārējie pakalpojumi"	t.sk. ķirurģiskie pakalpojumi	%
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Klīniskās universitātes slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	23 667	3 447	15%
		Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	24 999	8 575	34%
		Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	35 965	6 194	17%
	Klīniskās universitātes slimnīcas kopā:		84 631	18 216	22%
	Reģionālās daudzprofilu slimnīcas	Daugavpils reģionālā slimnīca	18 599	1 520	8%
		Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	9 368	1 394	15%
		Jelgavas pilsētas slimnīca	11 446	1 358	12%
		Liepājas reģionālā slimnīca	9 060	1 263	14%
		Rēzeknes slimnīca	8 220	1 277	16%
		Vidzemes slimnīca	9 712	1 125	12%
		Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	8 278	831	10%
		Reģionālās daudzprofilu slimnīcas kopā:		74 683	8 768
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas	Alūksnes slimnīca	2 651	219	8%
		Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	4 060	198	5%
		Cēsu klīnika	5 003	447	9%
		Dobeles un apkārtnes slimnīca	4 431	244	6%
		Jūrmalas slimnīca	3 082	471	15%
		Krāslavas slimnīca	1 955	128	7%
		Kuldīgas slimnīca	4 251	362	9%
		Madonas slimnīca	5 735	614	11%
		Ogres rajona slimnīca	5 719	455	8%
		Preiļu slimnīca	808	56	7%
		Tukuma slimnīca	5 106	373	7%
	Pārējās neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:		42 801	3 567	8%
	Neatliekamās palīdzības slimnīcas kopā:		202 115	30 551	15%
Specializētās slimnīcas	Piejūras slimnīca	40	2	5%	
	Rīgas Dzemdību nams	2 586	790	31%	
	Rīgas 2. slimnīca	1 473	765	52%	
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	2 857	1 865	65%	
Specializētās slimnīcas kopā:		6 956	3 422	49%	
Valstī kopā:		209 071	33 973	16%	

Skaitliski lielākā pacientu kategorija, kas saņēmusi pacientu iemaksu kompensācijas no valsts budžeta līdzekļiem par no pacientu iemaksām atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, ir bērni, tiem seko grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām. Psihiski slimām personām, saņemot psihiatrisko ārstēšanu; pieaugušo ārstēšanai stacionārā onkoloģijas pacientiem; trūcīgām personām, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā; I grupas invalīdiem – šiem iedzīvotājiem ir augstākās valsts kompensētās pacientu iemaksas, kas skaidrojams ar ilgstošu vai atkārtotu pacienta ārstēšanu.

57. tabula. No pacientu iemaksas atbrīvoto unikālo pacientu skaits atbilstoši pacientu grupām, kas saņēmuši valsts apmaksāto stacionāro veselības aprūpi līguma summas ietvaros 2012.gadā

Pacientu grupas kods	Pacientu grupas nosaukums	Unikālo pacientu skaits	Pacientu iemaksa par atbrīvotajām kategorijām, Ls	Vidēji uz vienu pacientu, Ls
02	Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	3 047	725 821	238,21
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	4 347	271 179	62,38
04	Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi	22 881	1 128 084	49,30
05	Psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu	11 131	5 908 049	530,77
08	Pacients, kuram pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gadā pārsniegusi 400 latus	109	23 143	212,32
11	Bērni līdz 18 gadu vecumam	42 543	3 072 311	72,22
12	Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	3 130	374 119	119,53
13	Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas	867	64 925	74,88
14	Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošās personas	2 016	203 118	100,75
15	Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	11 936	1 571 510	131,66
26	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkoloģijā	10 887	731 905	67,23
27	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkohematoloģijā	1 214	130 627	107,60
28	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā alkoholisma ierobežošanas programmas ietvaros	3 450	115 053	33,35
29	Pieaugušo ārstēšanās stacionārā narkomānijas ierobežošanas programmas ietvaros	228	12 411	54,43
47	Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	287	45 037	156,92
59	I grupas invalīdi	4 651	731 394	157,26
61	Pacienta nāves gadījumi	6 477	506 357	78,18
92	NMP dienesta darbinieki	207	15 285	73,84
	Kopējā pacientu iemaksu summa, ko maksā pacients par ārstēšanās gadījumu slimnīcā pārsniegusi 250 latus	1 918	288 965	150,66
Kopā:		131 326	15 919 289	121,22

Tabulā nav uzskaitīti dati par tiem pacientiem, kam pacientu iemaksas kompensācija bija tikai daļu no stacionēšanas laika. Ja pacients atbilst vairākām no pacientu iemaksas atbrīvotajām pacientu grupām, piemēram „Bērns līdz 18 gadiem” un „I grupas invalīds”, tabulā šis pacients tiek pieskaitīts tikai vienā no grupām.

Veselības aprūpes
pakalpojumi
Eiropas Savienības,
Eiropas Ekonomikas
zonas dalībvalstīs un
Šveices Konfederācijā

Lai nodrošinātu ar ES tiesību aktiem noteikto tiesību uz veselības aprūpes pakalpojumiem pārņemšanu uz citu ES, EEZ dalībvalsti (Norvēģija, Lihtenšteina un Īslande) vai Šveici, t.i., tiesības piekļūt valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, atrodoties citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, ES ietvaros tiek izmantoti vienota parauga dokumenti veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai dalībvalstī, kuras sociālā nodrošinājuma sistēmai nav pakļauta. Šie dokumenti ir kā apliecinājums tam, ka Dalībvalsts¹¹, kuras kompetentā institūcija šo dokumentu ir izsniegusi, apņemas segt izmaksas citai dalībvalstij par tās teritorijā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Latvijas kompetentā institūcija, kas šādus dokumentus izsniedz, ir Dienests.

Būtiskākās izmaiņas attiecībā uz sociālo drošības sistēmu koordinēšanu veselības aprūpes jomā

ES, EEZ dalībvalstis un Šveice laika posmā no 2010.gada 1.maija piemēroja divus atšķirīgus ES sociālās drošības koordinācijas noteikumus. 2012.gada ietvaros situācija ir mainījusies: Šveices, no 2012.gada 1.aprīļa, un EEZ dalībvalstis no 2012.gada 1.jūnija arī piemēro Padomes 2004.gada 29.aprīļa regulu (EK) Nr.883/04 par sociālās drošības sistēmu koordinēšanu (turpmāk Regula Nr.883/04) un Padomes 2009.gada 16.septembra Regulu (EK) Nr.987/2009, ar ko nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu (turpmāk Regula Nr.987/2009). Sakarā ar minēto, arī EEZ dalībvalstis un Šveice pakāpeniski pāries uz šādu vienota parauga dokumentu (veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai Dalībvalstī, kurā persona nav pakļauta tās sociālajai apdrošināšanai) izmantošanu:

- S 1 veidlapa „Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi” (turpmāk S 1 veidlapa), kas personai nodrošina veidlapā norādītajā valstī tiesības saņemt šajā valstī garantētos veselības aprūpes pakalpojumus;
- S 2 veidlapa „Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu” (turpmāk S 2 veidlapa), kas nodrošina tiesības saņemt veidlapā norādīto plānveida veselības aprūpes pakalpojumu veidlapā norādītajā valstī un termiņā;
- S 3 veidlapa „Apliecinājums tiesībām uz ārstēšanu pensionētam pierobežas darbiniekam valstī, kurā iepriekš bija nodarbināts”, kas nodrošina pensionētam pierobežas darbiniekam tiesības pabeigt veidlapā norādīto ārstēšanos veidlapā norādītajā valstī.

Izmaiņas attiecībā uz vienota parauga dokumentu – EVAK vai EVAK aizvietojošo sertifikātu (kas nodrošina īslaicīgas uzturēšanās laikā kādā no ES dalībvalstīm tiesības saņemt neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību), nav.

Vienota parauga dokumentu aprīte, kas tika izmantoti, piemērojot Padomes 1971.gada 14.jūnija Regulu (EEK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darba ņēmējiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienas teritorijā (turpmāk Regula Nr.1408/71) un Padomes 1972.gada 21.marta Regulu Nr.574/72, ar kuru nosaka īstenošanas kārtību Regulai Nr.1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā (turpmāk Regula Nr.574/72), samazināsies. Tas ir, šādi dokumenti, piemērojot Regulu Nr.883/04 un Regulu Nr.987/2009 vairs netiek izsniegti:

- E 106 veidlapa „Apliecība par tādu personu tiesībām uz slimības un maternitātes pabalstiem pakalpojumu veidā, kuras dzīvo valstī, kas nav kompetentā valsts” (turpmāk E 106 veidlapa), kas nodrošina personai veidlapā norādītajā valstī tiesības saņemt šajā valstī garantētos veselības aprūpes pakalpojumus;
- E 109 veidlapa „Apliecība apdrošinātās personas ģimenes locekļu reģistrēšanai un uzskaitījumu atjaunināšanai” (turpmāk E 109 veidlapa), kas nodrošina personai veidlapā norādītajā valstī tiesības saņemt šajā valstī garantētos veselības aprūpes pakalpojumus;
- E 112 veidlapa „Apliecība par tiesību saglabāšanu attiecībā uz slimības un maternitātes pabalstiem, kurus patlaban piešķir” (turpmāk E 112 veidlapa), kas nodrošina tiesības saņemt veidlapā norādīto plānveida veselības aprūpes pakalpojumu veidlapā norādītajā valstī un termiņā;

¹¹ Dalībvalsts – Eiropas Savienības dalībvalsts, Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalsts (Norvēģija, Lihtenšteina un Īslande) vai Šveice.

- E 120 veidlapa „Apliecība par tiesībām saņemt pabalstus pakalpojumu veidā pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem” (turpmāk S 120 veidlapa), kas nodrošina personai veidlapā norādītajā valstī tiesības saņemt šajā valstī garantētos veselības aprūpes pakalpojumus;
- E 121 veidlapa „Izziņa par pensionāru un viņu ģimenes locekļu reģistrāciju un sarakstu atjaunināšanu” (turpmāk E 121 veidlapa), kas nodrošina personai veidlapā norādītajā valstī tiesības saņemt šajā valstī garantētos veselības aprūpes pakalpojumus.

Tomēr šīs iepriekš izsniegtās veidlapas varēs tikt izmantotas līdz to derīguma termiņa beigām, lai neradītu personām sarežģījumus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā un mazinātu administratīvo slogu.

Latvijas normatīvajos aktos 2012.gada ietvaros saistībā ar ES sociālās drošības koordinācijas noteikumu piemērošanas kārtību ir veikti grozījumi ar Ministru kabineta 2012.gada 12.jūnija noteikumiem Nr.411 „Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” un Ministru kabineta 2012.gada 18.decembra noteikumiem Nr.939 „Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”. Ar veiktajiem grozījumiem nav būtiski izmainīta esošā kārtība.

Precizējumi ir veikti attiecībā uz Dienestā iesniedzamajiem dokumentiem, kuri nepieciešami, lai pieņemtu lēmumu par tiesību atzīšanu saņemt citā Dalībvalstī veselības aprūpes pakalpojumus, kas tiek apmaksāti no Latvijas valsts budžeta līdzekļiem (tas ir, tiesībām saņemt S 1 un S 2 veidlapu); noteiktas tiesības saņemt EVAK vienu mēnesi pirms spēkā esošās kartes derīguma termiņa beigām; personas tiesības pieprasīt izdevumu atlīdzināšanu par neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību citā Dalībvalstī, par ko norēķini ir veikti no personīgajiem līdzekļiem, ir noteiktas kā realizējamas viena gada laikā no dienas, kad persona beigusi saņemt attiecīgos veselības aprūpes pakalpojumus.

Dienesta loma ar veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu citās Dalībvalstīs saistītu jautājumu risināšanā attiecībā pret personām, kas pakļautas Latvijas sociālajai apdrošināšanai

Lai Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautās personas saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī, Dienesta kompetencē ir izskatīt administratīvās lietas par tiesību atzīšanu saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā Dalībvalstī.

Informācija par administratīvajām lietām, kas izskatītas par personu tiesību atzīšanu saņemt iepriekš minētās veidlapas

Administratīvās lietas par E 106/ S 1 veidlapas izsniegšanu:

- LR sociāli apdrošinātām personām veselības aprūpes pakalpojumus saņemšanai savā dzīvesvietā (citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē);
- LR sociāli apdrošinātām personām, kas īslaicīgi ir nosūtītas uz citu ES, EEZ dalībvalsti vai Šveici, darba veikšanai, - veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai attiecīgajā valstī.

2012.gada ietvaros ir ierosināta 351 administratīvā lieta par E 106/ S 1 veidlapu izsniegšanu un šīs kategorijas lietās ir izdoti 314 administratīvie akti, no kuriem 262 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par E 106/ S 1 veidlapas izsniegšanu) un 50 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt E 106/ S 1 veidlapu).

58. tabula. Administratīvās lietas par E 106/S 1 veidlapas izsniegšanu

	Ierosināto lietu skaits	AA ¹² skaits	Labvēlīgi AA	Nelabvēlīgu AA skaits	Lēmums par lietas izbeigšanu
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	-

59. tabula. 2012.gada ietvaros izdotie labvēlīgie AA sadalījumā pa valstīm

Valsts, uz kuru izsniegta veidlapa	LR sociāli apdrošinātām personām veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai savā dzīvesvietā (citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē)	LR sociāli apdrošinātām personām, kas īslaicīgi ir nosūtītas uz citu ES, EEZ dalībvalsti vai Šveici, darba veikšanai, - veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai attiecīgajā valstī	Kopā:
Austrija	-	2	2
Beļģija	2	54	56
Čehija	-	1	1
Dānija	-	1	1
Francija	-	8	8
Grieķija	-	1	1
Igaunija	3	-	3
Itālija	-	1	1
Lietuva	93	-	93
Nīderlande	-	2	2
Ungārija	3	-	3
Slovākija	2	-	2
Spānija	-	3	3
Vācija	2	66	68
Zviedrija	-	18	18
Kopā:	105	157	262

Administratīvās lietas par E 121/ S 1 veidlapas izsniegšanu LR pensijas saņēmējam veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai savā dzīvesvietā (citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē)

2012.gada ietvaros ir ierosinātas 138 administratīvās lietas par E 121/ S 1 veidlapas izsniegšanu un šīs kategorijas lietās ir izdots 121 administratīvais akts, no kuriem 98 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par E 121 izsniegšanu) un 23 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt E 121 veidlapu).

60. tabula. Administratīvās lietas par E 121/ S 1 veidlapas izsniegšanu

	Ierosināto lietu skaits	AA skaits	Labvēlīgi AA	Nelabvēlīgu AA skaits	Lēmums par lietas izbeigšanu
2012.gads	138	121	98	23	-
2011.gads	108	113	102	11	-
2010.gads	91	77	57	20	-
2009.gads	94	79	68	11	-

¹² AA – administratīvais akts

61. tabula. 2012.gada ietvaros izdotie labvēlīgie AA sadalījumā pa valstīm

Valsts	Skaits
Francija	3
Igaunija	4
Īrija	4
Itālija	3
Kipra	1
Lietuva	20
Luksemburga	1
Somija	1
Spānija	5
Vācija	54
Zviedrija	2
Kopā:	98

EVAK un EVAK aizvietojošā sertifikāta izsniegšana (neatliekamās un nepieciešamās veselības aprūpes nodrošināšanai citā Dalībvalstī)

2012.gada ietvaros ir izdotas 71 295 EVAK un 448 EVAK aizvietojošie sertifikāti, lai tiktu nodrošināts, ka Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautās personas saņem neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi, īslaicīgi uzturoties citā Dalībvalstī.

62. tabula. Izsniegto EVAK un EVAK AS¹³ skaits sadalījumā pa gadiem

Gads	EVAK	EVAK AS
2012.gads	71 295	448
2011.gads	58389	437
2010.gads	51599	452
2009.gads	53460	372

63. tabula. Dienestā saņemto pieprasījumu, izsniegt EVAK AS, skaits

Gads	Skaits
2012.gads	654
2011.gads	532
2010.gads	452
2009.gads	374
2008.gads	216
2007.gads	200
2006.gads	143

Administratīvās lietas par veidlapa E 112/S 2 veidlapas izsniegšanu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai citā Dalībvalstī

2012.gada ietvaros ir ierosinātas 143 administratīvās lietas par E 112/S 2 veidlapu izsniegšanu un šīs kategorijas lietās ir izdoti 168 administratīvie akti, no kuriem 156 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par E 112/S 2 izsniegšanu), 12 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt E 112/S 2 veidlapu) un 11 lēmumi par atteikumu ierosināts administratīvo lietu (iemesli: Nacionālajā veselības dienestā nav iesniegti normatīvajos aktos noteiktie dokumenti; pieprasītie veselības aprūpes pakalpojumi nav iekļauti valsts garantēto pakalpojumu apjomā).

Pamatojoties uz Dienesta izdotajiem administratīvajiem aktiem ir izsniegtas 173 E 112/S 2 veidlapas.

¹³ EVAK AS – EVAK aizvietojošais sertifikāts.

64. tabula. Administratīvās lietas par E 112/ S 2 veidlapas izsniegšanu

	Ierosināto lietu skaits	AA skaits	Labvēlīgi AA	Nelabvēlīgu AA skaits	Lēmums par lietas izbeigšanu	Atteikums ierosināt AA lietu
2012.gads	143	168	156	12	0	11
2011.gads	168	150	133	11	6	-
2010.gads	101	98	86	12	-	-
2009.gads	123	120	113	7	-	-

65. tabula. Izsniegto veidlapu skaits

Veidlapas izsniegšanas gads	Izsniegto veidlapu skaits
2012.gads	173
2011.gads	143
2010.gads	104
2009.gads	122
2008.gads	127
2007.gads	110
2006.gads	26

66. tabula. Pakalpojumi, kuru saņemšanai citā Dalībvalstī ir izdots labvēlīgs AA

Veselības aprūpes pakalpojuma veids	Pakalpojumu skaits ¹⁴
Ārstu konsultācija	19
Ilgtermiņa EEG ar video pierakstu, MR izmeklējumi, piem., ar 3-Tesla magnētu u.c.	9
Ģenētiskās analīzes	11
Mitohondriālā elpošanas ķēdes kompleksu noteikšana muskuļaudos	5
Himērisma analīzes	13
Citi izmeklējumi, t.sk., pēctransplantācijas pārbaudes	17
Acu operācijas	20
Cilmes šūnu donora meklēšana, alogēna cilmes šūnu transplantācija, komplikāciju gadījumā - donora limfocītu infūzija un komplikāciju ārstēšana (t.sk., cilmes šūnu savākšana un HLA tipēšana)	38
Aknu transplantācija	2
Izotopu terapija	3
Kaula smadzeņu donora meklēšana, kaula smadzeņu transplantācija	2
Termoterapija	2
Ortopēdiskās operācijas (mugurkaula, gūžas)	10
Intrauterīna terapija	3
Galvas operācijas	5
Sirds operācijas	1
Citi terapijas veidi	14

¹⁴ Veselības aprūpes pakalpojumu kategoriju skaits nesakrīt ar 2012.gada ietvaros izdoto administratīvo aktu skaitu, jo vienas administratīvās lietas ietvaros var tikt izlemts jautājums par vairākiem personai nepieciešamiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

67. tabula. Valstis, uz kurām pieņemti labvēlīgi lēmumi plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai citā Dalībvalstī

Dalībvalsts	Skaits
Beļģija	6
Francija	1
Igaunija	21
Itālija	1
Lielbritānija	9
Lietuva	45
Nīderlande	10
Somija	1
Šveice	3
Vācija	55
Zviedrija	4
Kopā:	156

Izdevumu atmaksa fiziskām personām

2012.gada ietvaros saņemti 154 iesniegumi par izdevumu atmaksu par citās Dalībvalstīs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Šīs kategorijas lietās ir izdoti 120 administratīvie akti, no kuriem 94 ir labvēlīgi administratīvie akti (par izdevumu atmaksu), 26 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums veikt izdevumu atmaksu) un 25 gadījumos pieņemts lēmums par atteikumu ierosināt administratīvo lietu.

68. tabula. Lietas par izdevumu atmaksu fiziskām personām

	Ierosināto lietu skaits	AA skaits	Labvēlīgi AA	Nelabvēlīgu AA skaits	Lēmums par lietas izbeigšanu faktu trūkuma dēļ	Lēmums par atteikumu ierosināt administratīvo lietu
2012.gads	154	120	94	26	-	25
2011.gads	133	111	73	27	11	11
2010.gads	84	80	42	21	11	-
2009.gads	74	67	55	5	7	-

69. tabula. Dalībvalstis, kurās saņemti valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi, kas sniegti pamatojoties uz labvēlīgiem AA

Dalībvalsts, kurā saņemti veselības aprūpes pakalpojumi	Labvēlīgu administratīvo aktu skaits	Atmaksājamās summas apmērs, Ls
Austrija	4	4 398,28
Dānija	1	33,30
Francija	19	1 024,44
Igaunija	6	597,76
Īrija	1	70,61
Lietuva	4	230,57
Luksemburga	4	338,55
Nīderlande	5	2 936,40
Norvēģija	3	672,40
Polija	1	26,09
Slovākija	1	274,57
Somija	2	36,51
Spānija	1	244,30
Šveice	3	602,33
Vācija	33	7 164,26
Zviedrija	6	746,82
Kopā:	94	19 397,18

Informācija par starpvalstu norēķiniem saistībā ar veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti sociālo drošības sistēmu koordinēšanas ietvaros

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. Norēķini par nodrošinātajiem pakalpojumiem tiek veikti, ņemot par pamatu:

- faktiskās izmaksas par personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- veselības aprūpes vidējās izmaksas, kuras katra Dalībvalsts nosaka atbilstoši Administratīvās Komisijas 1999.gada 23.jūnija lēmumā Nr.175 aprakstītai metodoloģijai un kuras apstiprina Eiropas kopienu Migrējošo darba ņēmēju sociālā nodrošinājuma Administratīvajā komisijā.

2012.gada ietvaros Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem (pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām), kas sniegti Latvijā citu Dalībvalstu sociālajai apdrošināšanai pakļautām personām, pamatojoties uz citu Dalībvalstu kompetento iestāžu izdotajiem dokumentiem: EVAK, EVAK aizvietojošais sertifikāts, E106 veidlapa, E112 veidlapa, E121 veidlapa, S1 veidlapa, S2 veidlapa Ls 115 108,17 apjomā, un citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 31 809,40 apjomā (2011.gadā sagatavoti pieprasījumi (rēķini) par summu: Ls 27 031,28; citas Dalībvalstis veica norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 49 651,03 apjomā).

70. tabula. 2012.gadā Dienesta sagatavoto pieprasījumu apjoms (Ls), ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu faktiskās izmaksas, un citu Dalībvalstu veikto norēķinu apjoms (Ls)

Valsts	Kopā izrakstītie rēķini, Ls	Saņemtās summas, Ls
Austrija	1 120,15	0,00
Beļģija	789,48	64,41
Bulgārija	1 241,81	601,13
Čehijas Republika	1 801,25	1 687,25
Dānija	235,30	235,30
Francija	0,00	2 041,06
Grieķija	64,00	0,00
Igaunija	17 643,55	0,00
Īrija	4 506,67	1 463,61
Islande	227,40	0,00
Itālija	4 095,63	2 543,58
Kipra	64,00	0,00
Lielbritānija	3 605,44	0,00
Lietuva	26 605,93	0,00
Lihtenšteina	0,00	0,00
Luksemburga	5,58	0,00
Malta	0,00	0,00
Nīderlande	1 567,91	79,43
Norvēģija	12 888,64	12 888,64
Polija	2 516,70	1 266,41
Portugāle	689,16	139,18
Rumānija	0,00	0,00
Slovākija	600,13	8,24
Slovēnija	0,00	8,32
Somija	4 408,65	4 408,65

Spānija	1 082,67	5,58
Šveice	1 665,29	0,00
Ungārija	4,86	120,86
Vācija	16 947,98*	4 247,75
Zviedrija	10 729,99**	0,00
Kopā:	115 108,17	31 809,40

* 2012.gadā Dienests sagatavoja rēķinus Ls 17 961,70 apmērā, bet anulēti rēķini Ls 1 013,72 apmērā.

** 2012.gadā Dienests sagatavoja rēķinus Ls 10 777,19 apmērā, bet anulēts rēķins Ls 47,20 apmērā.

2012.gada ietvaros Dienests ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) citu Dalībvalstu kompetentajām iestādēm Ls 11 634,70 apjomā, piemērojot veselības aprūpes vidējās izmaksas par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu Latvijā citu Dalībvalstu sociālajai apdrošināšanai pakļautām personām, kurām Dienestā ir reģistrētas citu Dalībvalstu kompetento iestāžu izsniegtās E109 veidlapas, E120 veidlapas un E121 veidlapas, un citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 11 884,47 apjomā (2011.gadā sagatavoti pieprasījumi (rēķini) par summu: Ls 23 213,07; citas Dalībvalstis veica norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 5 798,59 apjomā).

71. tabula. 2012.gadā Dienesta sagatavoto pieprasījumu apjoms (Ls), ņemot par pamatu veselības aprūpes vidējās izmaksas, un citu Dalībvalstu veikto norēķinu apjoms (Ls)

Valsts	Kopā izrakstītie rēķini, Ls	Saņemtās summas, Ls
Beļģija	319,08	319,08
Dānija	1 914,48	1 914,48
Francija	0,00	170,00
Igaunija	1 010,42	0,00
Lietuva	6 059,26	6 059,26
Nīderlande	0,00	1 409,27
Norvēģija	957,24	957,24
Šveice	319,08	0,00
Zviedrija	1 055,14	1 055,14
Kopā:	11 634,70	11 884,47

2012.gada ietvaros Dienestā ir iesniegti pieprasījumi (rēķini) par veselības aprūpes pakalpojumiem (pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām), kas sniegti Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautajām personām citā Dalībvalstī, pamatojoties uz Dienesta izdotajiem dokumentiem: EVAK, EVAK aizvietojošais sertifikāts, E106 veidlapa, E112 veidlapa, E121 veidlapa, S1 veidlapa un S2 veidlapa Ls 5 222 969,81 apjomā, un Dienests ir veicis norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 5 584 687,63 apjomā (2011.gadā saņemti pieprasījumi (rēķini) par summu Ls 5 017 862,11; Dienests veica norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 2 670 923,85 apjomā).

72. tabula. 2012.gadā Dienesta iesniegto pieprasījumu apjoms (Ls) par Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu faktiskās izmaksas un Dienesta veikto norēķinu apjoms (Ls)

Valsts	Kopā iesniegtās summas apmaksai, Ls	Apmaksātās summas, Ls
Austrija	106 584,11	95 421,23
Beļģija	109 870,49	120 869,70
Bulgārija	0,00	236,94
Čehijas Republika	8 849,22	8 186,92
Dānija	12 523,27	16 570,84
Francija	333 560,93	157 990,71
Grieķija	0,00	1 656,19
Igaunija	145 656,94	0,00
Īrija	0,00	0,00
Islande	0,00	0,00
Itālija	76 788,32	46 468,51
Kipra	15 802,67	22 530,12
Lielbritānija	105 049,01	102 348,29
Lietuva	735 485,00	686 336,85
Lihtenšteina	0,00	0,00
Luksemburga	9 770,50	54,68
Malta	14 568,00	8 534,16
Nīderlande	43 109,34	60 668,90
Norvēģija	139 485,54	233 928,91
Polija	12 475,53	37 757,48
Portugāle	3 399,31	5 060,74
Rumānija	444,94	0,00
Slovākija	1 685,66	6 327,80
Slovēnija	4 618,55	880,33
Somija	80 482,98	62 894,90
Spānija	87 219,49	145 410,54
Šveice	117 982,55	57 097,51
Ungārija	476,00	961,80
Vācija	2 631 456,29	3 388 589,50
Zviedrija	425 625,17	317 904,08
Kopā:	5 222 969,81	5 584 687,63

2012.gada ietvaros Dienests ir veicis norēķinus 335 942,34 Ls apjomā par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu citā Dalībvalstī Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautajām personām, kurām Dienests ir izsniedzis E 121 veidlapas, E 109 veidlapas un E 120 veidlapas, piemērojot veselības aprūpes vidējās izmaksas (2011.gadā saņemti pieprasījumi (rēķini) par summu: 78 366,27; Dienests veica norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 19 321,29 apjomā).

Salīdzinājums par starpvalstu norēķiniem: 2010.gads – 2012.gads

Kopā 2012.gada ietvaros Dienests ir veicis norēķinus par citā Dalībvalstī Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Ls 5 920 629,97 (2011.gada ietvaros – Ls 2 690 245,14; 2010.gada ietvaros – Ls 1 905 367,49). Kopā 2012.gada ietvaros Dienests sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) citu Dalībvalstu kompetentajām iestādēm Ls 126 742,87 apjomā (2011.gada ietvaros – Ls 50 244,35 apjomā; 2010.gada ietvaros – Ls 116 348,31 apjomā) un citas Dalībvalstis ir veikušas norēķinus Ls 43 693,87 apjomā (2011.gada ietvaros – Ls 55 449,62 apjomā; 2010.gada ietvaros – Ls 103 375,97 apjomā).

73. tabula. Atgūto un samaksāto summu salīdzinājums

Gads	Dienesta atgūtās summas apmērs	Citām Dalībvalstīm samaksāto summu apmērs
2012.gads	43 693,87	5 920 629,97
2011.gads	55 449,62	2 690 245,14
2010.gads	103 375,97	1 905 367,49

Informācija par citu Dalībvalstu iesniegto rēķinu skaita pieauguma tendenci

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

74. tabula. LR pieprasījumi (rēķinu) citām ES, EEZ dalībvalstīm un Šveicei par LR sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem citas ES, EEZ dalībvalsts un Šveices sociāli apdrošinātām personām (dinamika laika periodā no 2006.gada līdz 2012.gadam)

Veidlapas sagatavošanas gads	Veidlapu skaits (rēķini, pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes izmaksām)	Skaita pieaugums, pretstatot iepriekšēji gadu
2006.gads	0	-
2007.gads	50	-
2008.gads	357	+ 307
2009.gads	256	- 101
2010.gads	1189	+ 933
2011.gads	277	- 912
2012.gads	679	+ 402

75. tabula. Citu ES, EEZ dalībvalstu un Šveices pieprasījumi (rēķini) par LR sociāli apdrošinātām personām (dinamika laika periodā no 2006.gada līdz 2012.gadam)

Veidlapas saņemšanas gads	Saņemto veidlapu skaits (rēķini, pamatojoties uz faktiskajām veselības aprūpes izmaksām)	Skaita pieaugums, pretstatot iepriekšēji gadu
2006.gads	611	-
2007.gads	1031	+ 420
2008.gads	1385	+ 354
2009.gads	2249	+ 864
2010.gads	3162	+ 913
2011.gads	5127	+ 1965
2012.gads	6580	+ 1453

Regresa prasību piedziņa

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 18.punktu „ja personai, kurai veselības kaitējums ir nodarīts prettiesiskās darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma rezultātā, veselības aprūpes pakalpojumi ir sniegti par valsts budžeta līdzekļiem, Dienests regresa kārtībā piedzen šos izdevumus no personas, kuru par vainīgu atzinusi kompetenta institūcija”.

Dienests realizē šādus regresa piedziņas veidus:

- 1) regresa prasības par ceļu satiksmes negadījumos cietušo personu ārstēšanu, kas sīkāk tiek iedalītas prasībās pret apdrošināšanas sabiedrībām un Latvijas Transportlīdzekļu apdrošinātāju biroju;
- 2) regresa prasības par citos nodarījumos cietušo personu ārstēšanu, kas sīkāk tiek iedalītas prasībās, kas izriet no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem, un prasībās par līdzekļu atlīdzināšanu par nelaimes gadījumiem darbā.

Regresa prasības tiek pieteiktas pamatojoties uz ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par cietušās personas ārstēšanai iztērēto valsts budžeta līdzekļu apjomu, tiesībsargājošo iestāžu nolēmumiem un Valsts darba inspekcijas aktiem un lēmumiem par nelaimes gadījumiem darbā.

2011.gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis Ls 754148,77. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti valsts budžeta apakšprogrammā „Ārstniecība”, veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai. 2012.gadā regresa kārtībā Dienests ir atguvis Ls 644 150,22. Atgūtie līdzekļi arī dzan novirzīti apakšprogrammā „Ārstniecība”, veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.

76. tabula. Regresa prasību rādītāji 2011.gadā un 2012.gadā

	Skaits 2011.gadā	Summa 2011.gadā, Ls	Skaits 2012.gadā	Summa 2012.gadā, Ls
Iesniegtās prasības, kopā:	1 634	910 418,82	1 630	630 241,16
t.sk.				
Par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1 345	744 299,54	1 548	563 034,15
t.sk.				
Apdrošināšanas sabiedrībām	1 186	617 540,32	1 460	530 253,73
Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	159	126 759,22	88	32 780,42
Par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t.sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	289	166 119,28	82	67 207,01
Apmaksātās prasības, kopā:	1 485	754 148,77	1 696	644 150,22
t.sk.				
Daļēji apmaksātās prasības	46	8 653,38	23	8 601,18
Par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu	1 440	727 821,86	1 664	625 568,11
t.sk.				
No apdrošināšanas sabiedrībām	1 294	580 356,54	1 547	586 421,79
No Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	146	147 465,32	117	39 146,32
Par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu, t.sk. no prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem un nelaimes gadījumiem darbā	45	17 673,53	32	9 980,93

Neskatoties uz to, ka 2012.gadā par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu tika pieteiktas par 203 prasībām vairāk nekā 2011.gadā, atgūts tika par Ls 109 998,55 (14,58%) mazāk nekā iepriekšējā gadā. Minētais saistīts ar to, ka 2011.gadā vidējā pieteiktās regresa prasības par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu summa bija Ls 553,38, savukārt 2012.gadā vidējā regresa prasības par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu summa bija par Ls 189,67 mazāka nekā 2011.gadā jeb Ls 363,71.

Dienests 2012.gadā ir aktualizējis iepriekšējos gados pieteiktās prasības par cietušo papildus saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un ir pieteicis 207 prasības par kopējo summu Ls 90 240,72, no kurām ir apmaksātas 175 prasības par kopējo summu Ls 50 247,14.

Veselības aprūpes
pakalpojumu tarifi,
medicīniskās
tehnoloģijas un
vadlīnijas

2012.gadā ir veikta 2011.gada slimnīcu faktisko izdevumu analīze. Nodrošināta dalība darba grupās, piemēram, par mājas aprūpi, medicīnisko apaugļošanu un references laboratoriju. Minēto aktivitāšu rezultātā, kā arī sadarbības ar profesionālajām asociācijām rezultātā, Veselības ministrijā tika iesniegti šādi priekšlikumi, kas iekļauti Noteikumos Nr.1046:

- veiktas izmaiņas tarifa elementos tā, lai tarifa elementi būtu pēc iespējas atbilstoši reālajai situācijai – nemainot tarifa vērtību, palielinot tarifa aprēķinā iekļautos netiešo izmaksu koeficientus;
- veikti aprēķini piemaksai „par pacientu observāciju līdz 24 stundām”. Lai samazinātu hospitalizējamo slimnieku skaitu, uzņemšanas nodaļā nepieciešams veikt pacientu intensīvu ārstēšanu un novērošanu;
- saistībā ar Latvijas Infektoloģijas centra reorganizāciju un ārstniecības uzdevumu pievienošanu SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, tika aprēķināti tarifi piecām jaunām pakalpojumu programmām „Izvērtētie pakalpojumi”, kā arī veikts VIS ievadītās informācijas izvērtējums par veikto darbu un izmaksām, kura rezultātā uz 2013.gadu tika pārrēķināti septiņām pakalpojumu programmām „Izvērtētie pakalpojumi”;
- saistībā ar „Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānu 2012.–2014.gadam” izveidotas un aprēķinātas valsts apmaksātas medicīniskās apaugļošanas procedūras astoņas manipulācijas; pārrēķinātas piecas manipulācijas, kas saistītas ar grūtnieces vai nedēļnieces apskati un ultrasonogrāfiju; izveidota viena manipulācija spermogrammai; izveidota jauna aprūpes epizode ginekologam, dzemdību speciālistam;
- precizēti divi psihiatrisko pakalpojumu programmu tarifi. Izmaiņas saistītas ar izmaiņām vidējā ārstēšanas ilgumā. Veiktas arī izmaiņas pakalpojumu programmā „Koronārā angioplastija, lietojot ar zālēm pildītu stentu”, aizvietojo to ar valsts apmaksāto pakalpojumu programmu „Koronāro angioplastiju ar stenta, kurš nav pildīts ar zālēm, implantāciju”. Sakarā ar to, ka pakalpojumu programmu „Skoliozes operācijas” turpmāk nodrošinās VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, nevis VSIA „Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari””, tika pārrēķināts tarifs. Pārskatīta pakalpojumu programma „Gūžas locītavas endoprotezēšana” sadalot pakalpojumu programmu „Gūžas locītavas endoprotezēšana ar cementējamu endoprotēzi” un „Gūžas locītavas endoprotezēšana ar bezcimenta fiksācijas vai hibrīda tipa endoprotēzi”. Cementējamās endoprotēzes izmantošana, kas ir lētāka valsts apmaksāto endoprotezēšanas pakalpojumu nodrošināšanai, dod iespēju veikt endoprotezēšanu lielākam pacientu skaitam, tādējādi samazinot gaidīšanas laiku endoprotezēšanas pakalpojuma saņemšanai. Veiktas izmaiņas saistošajās manipulācijās, kuras nepieciešamas, lai veidotos korekti apmaksas nosacījumi četru pakalpojumu programmās „Izvērtētie pakalpojumi”;
- izveidota jauna pakalpojumu programma „Gūžas locītavas endoprotezēšana bez endoprotēzes (ar 50% apmaksu)”, tādējādi pacientam ir iespējas valsts apmaksātās endoprotēzes vietā izvēlēties citas tehnoloģijas endoprotēzi (piemēram, hibrīda tipa vai bezcimenta fiksācijas), kuras iespējama lietošanas laiks varētu būt ilgāks nekā cementējamās endoprotēzes lietošanas laiks. Tā kā pacients šādā gadījumā dārgākas tehnoloģijas endoprotēzi izvēlas personīgu iemeslu dēļ, nevis atbilstoši medicīniskajām indikācijām, tad no valsts budžeta līdzekļiem apmaksā tikai 50% no ārstēšanas pilna tarifa bez endoprotēzes vērtības. Izveidota jauna pakalpojumu programma „Ilgstoši mākslīgi ventilējama pacienta medicīniskā rehabilitācija”, lai noteikumos noteiktā kārtībā varētu apmaksāt VSIA „Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari”” veikto medicīnisko rehabilitāciju ilgstoši ventilējamiem pacientiem un pakalpojumu programma „Ilgstoša psihiatriskā ārstēšana stacionārā bērniem, tai skaitā pēc tiesas lēmuma” VSIA „Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca „Ainaži””, jo šajā iestādē tiek ārstēti tikai bērni, kuru aprūpei, salīdzinot ar pieaugušo psihoneiroloģisko aprūpi, ir nepieciešama lielāka ārstniecības personāla līdzdalība. Izveidotas divas jaunas pakalpojumu programmas „Vēdera aortas endoprotezēšana” un „Krūšu aortas endoprotezēšana”, tai skaitā četras jaunas saistošās manipulācijas;
- izveidots jauns vienas gultasdienas tarifs pacienta aprūpei, kuram nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija, lai varētu apmaksāt aprūpes slimnīcās veikto darbu par ilgstoši ventilējamiem pacientiem;
- izstrādātas jaunas 32 manipulācijas mājas aprūpes ietvaros veiktā darba uzskaitē;

- veikti aprēķini VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” paliatīvās aprūpes kabinetam, cistiskās fibrozes kabinetam un diabēta apmācības kabinetam, kas nodrošinās iespēju smagi slimiem bērniem, saņemt ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus paliatīvā aprūpes kabinetā, cistiskās fibrozes kabinetā, kā arī iespēju bērniem ar cukura diabētu saņemt ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus diabēta apmācības kabinetā. Izveidotas arī 2 jaunas manipulācijas apmeklējumu uzskaitē;
- izveidots pielikums, kurā noteikti retu infekciju slimību unikālie izmeklējumi, kurus veic references laboratorijā SIA „Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca”.

Veicot medicīnisko tehnoloģiju izmaksu izvērtēšanu atbilstoši Ministru kabineta 2009.gada 13.janvāra noteikumiem Nr.44 „Noteikumi par darbības programmas „Infrastruktūra un pakalpojumi” papildinājuma 3.1.5.3.1. apakšaktivitāti „Stacionārās veselības aprūpes attīstība”, 2012.gadā Centrālā finanšu un līgumu aģentūrā iesniegti 15 atzinumi par ārstniecības iestāžu plānotajiem medicīnisko tehnoloģiju iepirkumiem.

2012.gadā pieņemti 28 lēmumi par novērtēšanas veikšanu medicīnisko tehnoloģiju (turpmāk – MT) reģistrācijai, tai skaitā par 21 jaunām MT un 7 agrāk apstiprinātām MT, kā arī novērtēta drošība efektivitāte, ētiskums un iesniegtās dokumentācijas atbilstība normatīvo aktu prasībām, 6 MT atteikta reģistrācija.

Apstiprinātas šādas Latvijā jaunas un papildinātas MT un to izvērstie metodes apraksti:

- „Kvantitatīva HE4 antigēna noteikšana cilvēka sērumā, izmantojot hemiluminiscences mikrodaļiņu imūnķīmisko analīzi (CMIA)”, MT 12-001;
- „Kvantitatīva neitrofīlās gelatināzes asociētā lipokalīna (NGAL) noteikšana cilvēka urīnā, izmantojot hemiluminiscences mikrodaļiņu imūnķīmisko analīzi (CMIA)”, MT 12-002;
- „legurņa pamatnes prolapsa plastika ar daļēji uzsūcošiem implantējamiem plastikas materiāliem”, MT 12-003;
- „Kvantitatīva Hepatīta C vīrusa core antigēna (HCV Ag) noteikšana cilvēka serumā un plazmā, izmantojot hemiluminiscences mikrodaļiņu imūnķīmisko analīzi (CMIA)”, MT 12-004;
- „Ārstnieciskā manuālā plazmaferēze”, MT 12-005;
- „Ortotopiska aknu transplantācija”, MT 12-006;
- „Kvantitatīva 25-hidroksivitamīna D (25-OH vitamīns D) noteikšana cilvēka serumā un plazmā ar ARCHITECT analizatoru, izmantojot hemiluminiscences mikrodaļiņu imūnķīmisko analīzi”, MT 12-007;
- „Brahiocefālo artēriju invazīvā angiogrāfija”, MT 12-008;
- „Brahiocefālo artēriju angioplastijas un stentēšanas medicīniskā tehnoloģija”, MT 12-009;
- „Frakcionētais plūsmas atlikums” MT 12-010;
- „Frakcionētā plūsmas rezerve” MT 12-011;
- „Intravtreāla injekcija” MT 12-012;
- „Celiakijas riska DNS tests” MT 12-013;
- „Ārstnieciskā automātiskā plazmaferēze” MT 12-014;
- „Antroposofā medicīna: 1.Antroposofās medicīnas sistēma – pamatnostādnes, diagnostika, ārstēšana, profilakse” MT 12-015;
- „Antroposofā medicīna: 2.Speciālās antroposofās medicīnas metodes: 2.1. Antroposofā ritmiskā masāža” MT 12-016;
- „IgG antiviēlas pret Bartonella (IFA)” MT 12-017;
- „IgM antiviēlas pret Bartonella (IFA)” MT 12-018;
- „Vīrusspecifiskā antigēna noteikšana ar tiešās imūnofluorescences metodi. Cilvēka metapneimo vīruss (hMPV)” MT 12-019;
- „Optiskā koherentā tomogrāfija oftalmoloģijā” MT 12-020;
- „Intravaskulārā ultraskaņa” MT 12-021;
- „22. Krūšu rekonstrukcija pēc mastektomijas un krūšu kurvja formas un tilpuma korekcija un rekonstrukcija ar vai bez tilpuma izmaiņām aplāzijas, hipoplāzijas, involūcijas, ptozes, pseidoptozes, asimetrijas, iedzimtu vai iegūtu krūšu vai krūšu kurvja sienas defektu likvidēšana: 22.1. Pielietojot audu espenderi / implantu” MT 12-022;

- „22. Krūšu rekonstrukcija pēc mastektomijas un krūšu kurvja formas un tilpuma korekcija un rekonstrukcija ar vai bez tilpuma izmaiņām aplāzijas, hipoplāzijas, involūcijas, ptozes, pseidoptozes, asimetrijas, iedzimtu vai iegūtu krūšu vai krūšu kurvja sienas defektu likvidēšana: 22.2. Pielietojot brīvu miokutānu vai fasciokutārmikrovaskulāru lēveri” MT 12-023;
- „22. Krūšu rekonstrukcija pēc mastektomijas un krūšu kurvja formas un tilpuma korekcija un rekonstrukcija ar vai bez tilpuma izmaiņām aplāzijas, hipoplāzijas, involūcijas, ptozes, pseidoptozes, asimetrijas, iedzimtu vai iegūtu krūšu vai krūšu kurvja sienas defektu likvidēšana: 22.3. Pielietojot rotētu miokutānu lēveri” MT 12-024;
- „Her-2/neu gēna amplifikācijas noteikšana, formalīnā fiksētos, parafīnā ieguldītos cilvēka krūts vēža audu paraugos, izmantojot fluorescento in situ supresijas hibridizāciju (FISH) ar neiezīmētu bloķējošo DNS” MT 12-025;
- „Radzenes topogrāfija” MT 12-026;
- „Biočipu mikromatricu tehnoloģija multiparametru narkotisko un psihotropo vielu identificēšanai bioloģiskās vidēs” MT 12-027;
- „Ārstnieciskā automātiskā šūnu aferēze (citaferēze)” MT 12-028.

Ārstniecībā izmantojamo MT datu bāze aktualizēta 12 reizes; papildināta ar 28 jaunām apstiprinātām MT. Datu bāzē ievietoti 28 jauni apstiprināti Izvērstie MT metodes apraksti ar informāciju par MT pielietošanas mērķiem un sagaidāmajiem rezultātiem, realizācijas apstākļiem, algoritmu un MT realizācijai nepieciešamo materiāli tehnisko nodrošinājumu. Apstiprināto MT skaits Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē uz 01.01.2013 ir 3605 MT, tai skaitā 1749 laboratoriskās MT. 303 MT nodrošinātas ar Izvērstiem medicīniskās tehnoloģijas metodes aprakstiem.

2012.gadā izvērtētas un Dienesta mājaslapā „Klīnisko vadlīniju datu bāzē” reģistrētas četras klīniskās vadlīnijas:

- 1) Juvenils idiopātisks artrīts. Klīniskās vadlīnijas ārstiem.
- 2) Klīniskās vadlīnijas onkoloģijas ginekoloģisko saslimšanu diagnostikai, stadijas noteikšanai, ārstēšanai un novērošanai.
- 3) Osteoporozes klīniskās vadlīnijas.
- 4) Neaугlības diagnostika un ārstēšana. Klīniskās vadlīnijas.

DRG (diagnozēm piesaistītās grupas)

Lai nodrošinātu Latvijas Republikas Ministru kabineta 2011.gada 15.februārī apstiprinātā Valdības rīcības plāna 10.7.2.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, Dienests 2012.gadā veica šādas darbības:

- 1) noslēgti līgumi par DRG grupētāja piegādi (programmatūras DRG grupu veidošanai un to veidošanas principu izpratnei) un par DRG sistēmas uzturēšanu ziemeļvalstīs;
- 2) sadarbībā ar ārējo konsultantu tika strādāts pie „Metodikas par vienotas stacionāru izmaksu uzskaites sistēmas”;
- 3) tika iztulkota Ziemeļvalstu ķirurģisko operāciju klasifikācija (NOMESCO) ar papildinājumu;
- 4) sadarbībā ar ārējo konsultantu notika pilotslimnīcu ārstu apmācība NOMESCO lietošanā;
- 5) darbs pie izmaiņām VIS saistībā ar DRG ieviešanu.

E-veselības projektu ieviešana

Dienests īsteno trīs Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) finansētus e-veselības projektus:

- Elektroniskās veselības kartes un integrācijas platformas informācijas sistēmas izveide¹⁵;
- Elektroniska apmeklējumu rezervēšanas izveide (e-booking), veselības aprūpes darba plūsmu elektronizēšana (e-referrals), sabiedrības veselības portāla izveide, informācijas drošības un personas datu aizsardzības nodrošināšana¹⁶;
- Elektronisko recepšu informācijas sistēmas izveide¹⁷.

Jāatzīmē, ka jau pašlaik portālā www.latvija.lv ir pieejami veselības nozares pakalpojumi, un tie ir vieni no lietotākajiem e-pakalpojumiem portālā www.latvija.lv. Tie 2012.gadā lietoti 85 230 reizes.

Portālā www.latvija.lv var izmantot šādus veselības nozares e-pakalpojumus:

- „Mani valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi”: sniedz iespēju saņemt informāciju par valsts apmaksātajiem ārstu apmeklējumiem, veiktajām manipulācijām, kā arī uzstādītajām diagnozēm (informācija, kas uzkrāta Nacionālā veselības dienesta datu bāzē).
- „Mani dati cukura diabēta pacientu reģistrā”: sniedz iespēju cukura diabēta pacientiem saņemt informāciju par pacientam uzstādīto diagnozi, izmeklējumiem, nozīmēto ārstēšanu u.c. (informācija, kas uzkrāta Slimību profilakses un kontroles centra cukura diabēta pacientu reģistrā).
- „Manu jaundzimušo bērnu dati”: sniedz iespēju saņemt informāciju par dzemdībām un jaundzimušajiem (Slimību profilakses un kontroles centra jaundzimušo reģistrs).
- „Mans ģimenes ārsts”: iespēja saņemt informāciju par savu ģimenes ārstu: kontaktinformācija, reģistrācijas datums u.c.

Šie pakalpojumi veidoti ar mērķi nodrošināt pacientiem operatīvu pieeju saviem medicīniskajiem datiem un informācijai par savu veselību.

Lai saņemtu e-pakalpojumus www.latvija.lv, iedzīvotājam ir nepieciešams autorizēties. Šobrīd to ir iespējams izdarīt ar SEB, Swedbank, Norvik, Citadele, Nordea, DNB banku autentifikācijas rīkiem (lietotājevārdu, paroli), e-ID karti, e-paraksta viedkarti, kā arī autorizējoties ar portāla www.latvija.lv lietotājevārdu un paroli. Aktuālākā informācija par autorizēšanās iespējām pieejama portālā www.latvija.lv.

¹⁵ Vienošanās Nr.3DP/3.2.2.1.1/09/IPA/IUMEPLS/019

¹⁶ Vienošanās Nr.3DP/3.2.2.1.1/09/IPA/IUMEPLS/015

¹⁷ Vienošanās 3DP/3.2.2.1.1/09/IPA/IUMEPLS/003



Starptautiskā sadarbība

10.

Starptautiskās sadarbības jomā 2012.gadā tika turpināta stabila darbība jau iepriekš uzsāktajās aktivitātēs.

Dienests turpināja dalību kā aktīvs sadarbības partneris Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2008-2013 Vienotās rīcības projektos (Kopienas un dalībvalstu kopīgi īstenotas augsta līmeņa politikas veidošanas aktivitātes Sabiedrības veselības programmā nosprausto mērķu izpildei):

- 1) „e-Veselības pārvaldības iniciatīva” (*Joint Action e-Health Governance Initiative - JA-eHGI*). Projekta mērķis ir nodrošināt vienotu politisku platformu visu ES dalībvalstu veselības nozares politikas veidotājiem, izstrādājot stratēģijas, ieteikumus, vadlīnijas un prioritātes, kā koordinētā veidā attīstīt eVeselību Eiropas līmenī.
- 2) „Sadarbība veselības tehnoloģiju novērtēšanā” (*European network for HTA Joint Action - EUnetHTA*). Projekta ietvaros notiek labākās pieredzes un zināšanu apmaiņa veselības tehnoloģiju novērtēšanas jomā, nodrošinot veselības tehnoloģiju, t.sk. zāļu relatīvās efektivitātes darba tālāku attīstību.
- 3) „Sadarbība veselības tehnoloģiju novērtēšanā 2” (*European network for HTA Joint Action 2 – EUnetHTA2*), kas no 2012.gada 1.oktobra turpina pirmā projekta iesāktās darbības.

Eiropas Kopienas Informācijas sabiedrības un plašsaziņas līdzekļu ģenerāldirektorāta finansēts projekts „Atbalsts Eiropas eVeselības pārvaldības iniciatīvai un darbībai” ir cieši sasaistīts ar augstāk minēto Vienotās rīcības projektu „e-Veselības pārvaldības iniciatīva”, tādēļ arī šajā projektā Dienests ir iesaistījies kā aktīvs partneris. Šī projekta ietvaros tiek izstrādāti instrumenti Eiropas eVeselības sadarbības nodrošināšanai – tās juridiskais ietvars, standartizācijas, semantikas, identifikācijas un autentifikācijas u.c. jautājumi.

Veselības aprūpes tehnoloģiju jomā Dienests piedalās ES organizācijās, kas darbojas zāļu cenu veidošanas, zāļu kompensācijas un vienotu zāļu cenu datu bāzu izveides jomā, piemēram, 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 – PPRI*), Eiropas Komisijas līdzfinansētā projektā “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*.

Ziemeļu Ministru padomes Ziemeļvalstu un Baltijas valstu mobilitātes programmas „Valsts administrācija” ietvaros finansēts pieredzes apmaiņas projekts „Latvijas – Ziemeļvalstu sadarbība diagnosticēto piesaistīto grupu apmaksas sistēmas ieviešanā” (*„Latvian-Nordic collaboration on the Diagnosed Related Groups (DRG) based payment system”*) 2012.gadā tika pabeigts ar vizīti uz Stokholmu, Zviedrijā. Projekta gaitā tika iegūta pieredze no Somijas un Zviedrijas atbildīgajām iestādēm un slimnīcām par DRG apmaksas sistēmas ieviešanu un lietošanu, kas tika ņemta vērā ieviešot minēto sistēmu Latvijā.

Dienests sadarbojas ar Pasaules veselības organizāciju, sniedzot nepieciešamo informāciju PVO ekspertiem, kā arī piedalās rīkotajās PVO Asamblejās.

No 2012.gada 1.aprīļa, kad Dienests funkcijas saistībā ar sabiedrības veselības un veselības aprūpes statistikas apkopošanu un analīzi tika nodotas jaunai institūcijai – Slimību profilakses un kontroles centrs, arī projekti, kuros bija iesaistīts Dienests tieši kā minēto funkciju veicēji, pārgāja jaunās iestādes pārvaldībā. Tāpēc tikai līdz 2012.gada 31.martam Dienests ir bijis kā sadarbības partneris un atbildīgā iestāde par:

- 1) Eiropas Kopienas Sabiedrības veselības programmas 2008-2013 Vienotās rīcības projektiem:
 - „Reto slimību un orfānu zāļu Eiropas tīkla izveide” (*Orphanet Europe*);
 - Eiropas iedzimto anomāliju uzraudzības tīkls (*EUROCAT*);
 - „Traumu mazināšana Eiropā” (*JAMIE*);
 - „Aktivitātes vienlīdzībai” (*Equity Action*);
 - „Partnerība cīņai pret vēzi”;

- Labas prakses apkopošana Eiropā dzimumu vienlīdzības veicināšanai veselības jomā (*ENGENDER*);
- 2) Eiropas 7. Ietvara programmas projektu EURO-URHIS 2 (pilsētnieku sabiedrības veselības indikatoru sistēmas izstrādi);
 - 3) dalību pētījumos sabiedrības veselības un veselības aprūpes statistikas apkopošanas un analīzes jomā, piemēram, FINBALT, HBSC, Bērnu antropometrisko parametru pētījums, PVO Starptautiskās tabakas uzraudzības sistēmas jauniešu smēķēšanas pētījums un skolu personāla aptaujas, skolēnu veselību ietekmējošo paradumu pētījums.

Izmantotie termini

Unikālais pacients

Pacients, kurš saņēmis kādu vienu vai vairākus (atbilstoši datu atlases nosacījumiem) 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 sniedz personai ambulatorajās ārstniecības iestādēs, stacionārās ārstniecības iestādes ambulatorajā nodaļā vai dzīvesvietā.

Sekundārā veselības aprūpe (SVA)

Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai stacionārajā ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona.

Ģimenes ārsti

Primārajā veselības aprūpē strādājošie ģimenes ārsti, tajā skaitā internisti un pediatri, saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 239.punktu un 240.punktu, kuriem ģimenes ārsta pacientu reģistrā ir reģistrēti pacienti un kuriem tiek maksāta kapitācijas nauda saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 nosacījumiem.

Primārās veselības aprūpes (PVA) speciālisti

Primārajā veselības aprūpē strādājošie ģimenes ārsti, ārsta palīgi (feldšeri), māsas un vecmātes.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes (SAVA) speciālisti

Visi sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē strādājošie ārsti.

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.

Kontaktinformācija

Nacionālais veselības dienests

Direktors Māris Taube

Tālr.: 67043700; fakss: 67043701;

e-pasts: vmnvd@vmnvd.gov.lv

Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV-1012

Rīgas nodaļa

Vadītāja Renāte Neimane

Tālr.: 67201282; fakss: 67201285;

e-pasts: riga@vmnvd.gov.lv

Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV-1012

Kurzemes nodaļa

Vadītāja Dzintra Eglīte

Tālr.: 63323471; fakss: 63323696;

e-pasts: kurzeme@vmnvd.gov.lv

Adrese: Pilsētas laukums 4, Kuldīga, LV-3301

Latgales nodaļa

Vadītājs Jānis Pitrāns

Tālr.: 65422236; fakss: 65422236,

e-pasts: latgale@vmnvd.gov.lv

Adrese: Saules iela 5, Daugavpils, LV-5491

Vidzemes nodaļa

Vadītāja Sigita Alhimoviča

Tālr.: 64772301; fakss: 64707013;

e-pasts: vidzeme@vmnvd.gov.lv

Adrese: Pils iela 6, Smiltene, LV-4729

Zemgales nodaļa

Vadītāja Daiga Vulfa

Tālr.: 63027249; fakss: 63007087;

e-pasts: zemgale@vmnvd.gov.lv

Adrese: Zemgales prospektā 3, Jelgava, LV-3001



Latvijas Republikas Veselības ministrija
NACIONĀLAIS VESELĪBAS DIENESTS