Latvijas Republikas Veselības Ministrija

Veselības norēķinu centrs



VĒSTIS Nr. 18

Rīga, 2010

PRIEKŠVĀRDS

Godātie lasītāji!

Veselības norēķinu centrs ir sagatavojis un nodod Jūsu vērtējumam jau astoņpadsmito informatīvo izdevumu - Veselības norēķinu centra Vēstis -, kas sniedz plašu pārskatu par veselības aprūpes rezultatīvajiem rādītājiem un valsts budžeta līdzekļu izlietojumu 2009.gadā.

Vērtējot paveikto 2009.gadā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, jāatzīst, ka veselības aprūpes pakalpojumu klāstu un apjomu būtiski ietekmēja finanšu krīze Latvijā.

Ņemot vērā ierobežotos valsts budžeta līdzekļus un veiktos grozījumus veselības aprūpes finansēšanas un organizēšanas kārtības noteikumos, 2009.gadā tika samazināts stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaits, prioritāti veikta apmaksa par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, attīstot dienas stacionāra pakalpojumus un ieviešot jaunu pakalpojumu programmu „veselības aprūpe mājas", tika veiktas pacientu iemaksu apmēra izmaiņas, ka ari tika sniegts atbalsts trūcīgiem iedzīvotajiem, kuri „Sociālās drošības tikla stratēģijas" ietvaros ar atvieglojumiem var saņemt veselības aprūpes pakalpojumus.

2009.gada viens no nozīmīgākiem uzdevumiem bija divu jaunu veselības pakalpojumu programmu organizēšana – vēža savlaicīgas atklāšanas programma un veselības aprūpe mājas. Vēža savlaicīgas atklāšanas programmas ietvaros 2009.gadā uzaicinājumu vēstules dzemdes kakla vēža profilaktiskajam izmeklējumam tika izsūtītas 208 359 sievietēm, bet krūts vēža profilaktiskajam izmeklējumam – 90 207 sievietēm. Otras pakalpojumu programmas – veselības aprūpe mājas – ietvaros pakalpojumu sniedzēji 2009. gadā medicīnisko palīdzību mājās sniedza 5 298 pacientiem.

Kopuma 2009.gads Veselības norēķinu centram bija intensīva darba un rezultātiem bagāts gads, kura laika veikti daudzi uzdevumi, lai efektīvi realizētu valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā.

Paldies visiem, kas piedalījās šī izdevuma tapšanā, un ceru, ka informācija būs noderīga gan veselības aprūpē strādājošajiem, gan arī ikvienam mūsu valsts iedzīvotājam, kurš interesējas par veselības aprūpes sistēmu Latvijā.

Veselības norēķinu centra direktors Andrejs Doveiks

SATURS

PRIEKŠVĀRDS ... 1

1. VESELĪBAS APRŪPES BUDŽETS ... 3

1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana ... 3

1.2. Ārstniecība ... 7

1.3. Rezerves fonda izlietojums ... 9

1.4. Sociālās drošības tīkla stratēģijas līdzekļu izlietojums ... 11

2. ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU DARBĪBAS RAKSTUROJUMS ... 13

3. MEDIKAMENTU IEGĀDE UN APMAKSA ... 20

3.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstniecībā ... 20

3.2. Centralizētā medikamentu iegāde ārstniecības iestādēm ... 35

4. AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES DARBĪBAS ANALĪZE ... 41

4.1. Vispārējie rādītāji ... 42

4.2. Profilaktiskās apskates ... 70

4.3. Vidējās izmaksas un citi rādītāji ... 76

4.4. Zobārstniecības aprūpes rādītāji ... 82

4.5. Veselības aprūpe mājās ... 92

5. STACIONĀRO IESTĀŽU DARBĪBA ... 96

6. NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS BRIGĀŽU DARBĪBA ... 132

7. VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMI EIROPAS SAVIENĪBĀ ... 138

KONTAKTI ... 146

1. VESELĪBAS APRŪPES BUDŽETS

1.1. Veselības aprūpei paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana

Budžeta programmas „Veselības aprūpes nodrošināšana" mērķis ir nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu valsts noteiktajā apjomā primārās un sekundārās aprūpes līmenī, kā arī nodrošināt kompensējamo medikamentu apmaksāšanu un centralizēto medikamentu iegādi.

Saskaņā ar likumu par valsts budžetu kārtējam gadam veselības aprūpes finansēšanai piešķirtie līdzekļi ietver:

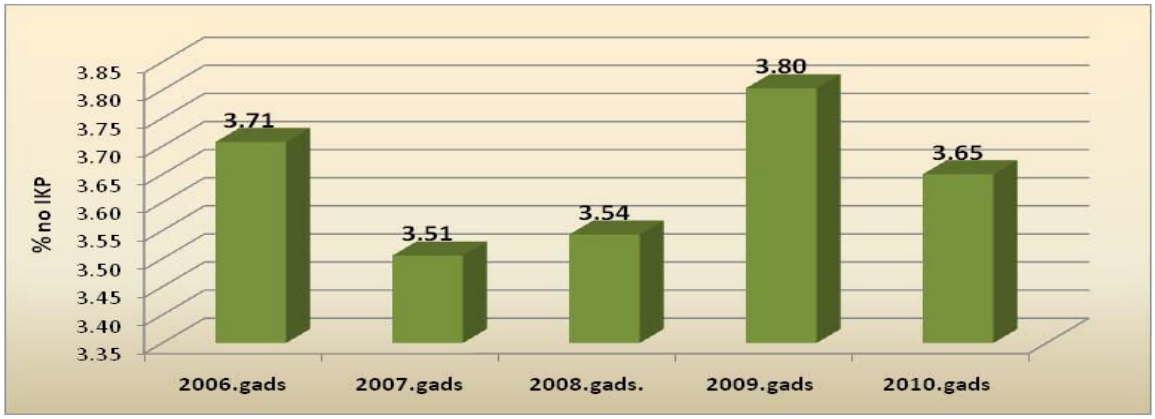
- dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem – budžeta līdzekļi, kurus Veselības norēķinu centrs (turpmāk – Centrs) saņem no centralizētā kārtībā valsts budžeta ieņēmumos iemaksātiem nodokļiem, nodevām un citiem maksājumiem;
- maksas pakalpojumus un citus pašu ieņēmumus – tie ir līdzekļi, kuri veidojas no valsts budžeta finansējamo iestāžu sniegtajiem maksas pakalpojumiem un ieskaitīti Valsts kasē atvērtajos budžeta iestāžu budžeta kontos un tiek izlietoti izdevumu segšanai.

Centrs, gadskārtējā likuma par budžetu ietvaros, administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, slēdz līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un nodrošina apmaksu par ārstniecības iestāžu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem iedzīvotajiem atbilstoši normatīvajiem aktiem. 2009.gadā veselības aprūpei paredzēti 503,73 miljoni latu, kas veido 3,80% no iekšzemes kopprodukta. Jāatzīmē, ka apskatot veselības aprūpes budžeta procentuālā īpatsvara no iekšzemes kopprodukta dinamiku var secināt, ka tai ir tendence saglabāties robežās no 3,51% līdz 3,80%. Salīdzinot ar 2008.gadu veselības aprūpes līdzekļi no iekšzemes kopprodukta ir palielinājušies par 0,26%.

2009.gadā veselības aprūpei tika novirzīti 503,73 miljoni latu, kas veido 3,80% no iekšzemes kopprodukta.

1.attēls

Līdzekļi veselības aprūpei, % no IKP



Datu avots: Veselības ministrijas dati.

1.tabula

Centra administrēšanā nodoto veselības aprūpes valsts budžeta līdzekļu daļa no kopējā veselības aprūpes budžeta

Rādītāji	2007.gads	2008.gads	2009.gads
Līdzekļi veselības aprūpei, milj.Ls	518,1	575,6	503,7
Centra administrējamā daļa, milj.Ls	471,3	514,3	386,5
Centra administrēšanā nodoto līdzekļu palielinājums/samazinājums %* salīdzinot ar iepriekšējo gadu	22,1	9,1	-24,8
Centra administrēšanā nodoto līdzekļu īpatsvars % no kopējiem līdzekļiem veselības aprūpei	91,0	89,4	76,7

*2009.gada Centrā administrēšanā nodoto budžeta programmu/apakšprogrammu līdzekļu samazinājums ir 127,8 miljonu latu apmērā (samazinājums 24,8% salīdzinot ar 2008.gadu). To nosaka 2008.gada 29.decembra Ministru kabineta rīkojums Nr.882 „Par fiskālās disciplīnas un uzraudzības nodrošināšanas pasākumiem" un grozījumi likumā „Par valsts budžetu 2009.gadam".

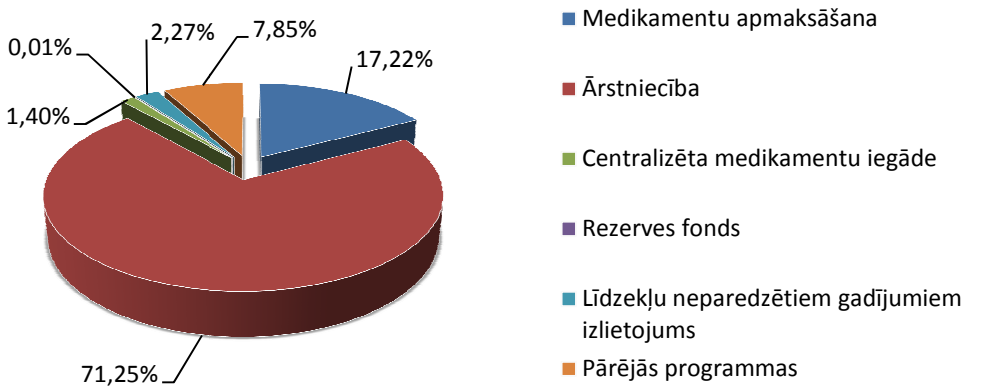
2.tabula

Veselības aprūpes budžeta programmu izpilde, Ls

Veselības aprūpes budžeta programmas	Ls
Medikamentu apmaksāšana	66 564 524
Ārstniecība	275 422 882
Centralizēta medikamentu iegāde	5 388 929
Rezerves fonds	49 994
Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem	30 349 536
Pārējās programmas	8 760 156
Kopā:	**386 536 021**

2.attēls

Veselības aprūpes budžeta programmu izpilde, %



3.tabula

Veselības aprūpes budžeta apakšprogrammu izpilde, Ls
(Centra administrējamās programmas)

Centrs 2009.gadā, atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam, administrē veselības aprūpei valsts budžeta likumā piešķirtos līdzekļus Ls 394 534 876 apmērā. Budžeta līdzekļu ietvaros tiek administrētas programmas „Veselības aprūpes nodrošināšana" 8 apakšprogrammas un 5 atsevišķas budžeta programmas: Kvalitātes atbilstības un ekonomiskais novērtējums, tirgus uzraudzība; Uzskaite; Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe; Rezerves fonds un Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums.

Apakšprogrammas nosaukums	2007.gada izpilde	2008.gada izpilde	2009.gada plāns	2009.gada izpilde	2009.gada izpilde %
Veselības aprūpes budžeta apakšprogrammas izdevumi, kopā	**471 321 669**	**514 267 447**	**394 534 876**	**386 536 021**	**97,97**
Medikamentu apmaksāšana	61 325 384	71 074 046	66 592 943	66 564 524	99,96
Ārstniecība	368 366 346	402 402 922	275 562 385	275 422 882	99,95
Centralizēta medikamentu iegāde	4 589 507	4 736 944	5 546 435	5 388 929	97,16
Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe	2 879 804	3 391 823	3 456 146	3 456 146	100,00
Kvalitātes atbilstības un ekonomiskais novērtējums, tirgus uzraudzība	5 822 708	6 025 334	4 157 104	3 968 880	95,47
Uzskaite	680 076	750 719	591 887	591 887	100,00
Rezerves fonds	1 408 612	287 982	49 995	49 994	100,00
Veselības aprūpes valsts aģentūru finansēšana	23 459 009	25 175 334	-	-	-
Atbalsts ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanai	1 520 000	112 333	-	-	-
Prioritāro veselības aprūpes pasākumu nodrošināšana	14 194	26 898	40 000	39 996	99,99
Iedzīvotāju genoma datu bāzes projekta īstenošanai	180 000	170 000	112 000	112 000	100,00
Interešu izglītības nodrošināšana VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”	113 112	113 112	101 307	101 307	100,00
Centrālās medicīnas ētikas komitejas darbība	5 000	-	-	-	-
Atsevišķu Saeimas un Ministru kabineta lēmumu izpilde	15 250	-	-	-	-
E-veselības pamatnostādņu ieviešana	663 216	-	6 040	6 040	100,00
Dotācija VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”	279 451	-	-	-	-
Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem	-	-	483 900	483 900	100,00
Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem	-	-	37 834 734	30 349 536	80,22

2009.gadā Centrā administrēšanā nodoto budžeta programmu un apakšprogrammu struktūrā tika veiktas šādas izmaiņas:

- valsts pamatbudžeta institūciju (Katastrofu medicīnas centrs, Valsts asinsdonoru centrs un ar 1.martu jaunizveidotais NMP dienests, kā arī reorganizēta Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūra, valsts aģentūra „Latvijas Infektoloģijas centrs” un Sporta medicīnas valsts aģentūra) budžeta līdzekļu administrēšanas funkcijas pārņēma Veselības ministrija;
- izveidota jauna veselības budžeta apakšprogramma „Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem”, kas nodrošina medikamentu iegādi ar retām slimībām slimojošajiem bērniem;
- izveidota jauna veselības pamatbudžeta programma „Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums”, kas nodrošināja finansējumu:

- Rīgas ātrās medicīniskās palīdzības stacijas un ārstniecības iestāžu sniegtajiem stacionārajiem un ambulatorajiem pakalpojumiem, saistībā ar 2009.gada 13.janvārī notikušajām nekārtībām Vecrīgā (Ls 2 948 apmērā);
- zāļu Sprycel iegādes izdevumu kompensācija 100% apmērā saskaņā ar Administratīvās tiesas lēmumu;
- izdevumu par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kompensācijas mehānisma izveide trūcīgām personām Sociālās drošības tīkla stratēģijas ietvaros (pacientu iemaksu kompensācija; mājas aprūpes nodrošināšana; stacionāro pakalpojumu optimizēšana, attīstot pakalpojumu sniegšanu dienas stacionāros trūcīgām personām ar garīgām saslimšanām) (Ls 7 562 678 apmērā);
- 2009.gada novembrī un decembrī slimnīcas akūtos gadījumos nodrošināt iedzīvotājiem neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu stacionāros un norēķināties ar piegādātājiem par saņemtajiem medikamentiem un medicīnas precēm(Ls 25 000 000 apmērā);
- no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamiem medikamentiem 2009.gada novembrī un decembrī (Ls 5 218899 apmērā).

1.2. Ārstniecība

Apakšprogrammā 33.01.00. „Ārstniecība" finanšu līdzekļi paredzēti norēķiniem par ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, samaksai par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu darbu, kā arī starpvalstu norēķiniem ar Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstīm un Šveices Konfederāciju (turpmāk tekstā – ES) par Latvijas iedzīvotājiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

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

- ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 32% apmērā;
- stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 60,6%;
- neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu pakalpojumiem – ne mazāk kā 6,4%
- samaksai par starpvalstu norēķiniem ar ES valstīm – ne vairāk kā 1%.

Tabulā ir uzrādīti 2009.gadā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai pieejamie resursi un plānotais finansējums sadalījumā pa veselības aprūpes veidiem.

4.tabula

Plānotais finansējuma sadalījums veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai 2009.gadā

Pakalpojumu veidi	Plānotais finansējums 2009.gadam, Ls	% **	Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku, Ls *
Kopā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai:	**313 145 570,00**	**100,00**	**138,44**
Ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, t.sk.:	**114 272 295,00**	**36,49**	**50,52**
primārai veselības aprūpei	43 466 346,00	-	-
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām primārajā veselības aprūpē	2 297 905,00	-	-
sekundārai ambulatorai veselības aprūpei	67 205 858,00	-	-
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām sekundārajā ambulatorajā aprūpē	4 956 629,00	-	-
pārdalei no ambulatorās veselības aprūpes līdzekļiem par decembra norēķiniem	-3 654 443,00	-	-
Neatliekamai medicīniskai palīdzībai	**15 405 775,00**	**4,92**	**6,81**
Stacionārai palīdzībai, t.sk.:	**180 657 779,00**	**57,69**	**79,87**
stacionārai palīdzībai	163 115 520,00	-	-
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	17 542 259,00	-	-
Norēķiniem ar ES un EEZ	**2 809 721,00**	**0,90**	**1,24**
Resursi:	**313 145 570,00**		
Apakšprogrammā 33.01. "Ārstniecība" pakalpojumu apmaksāšanai plānotie līdzekļi	269 141 421,00	-	-
Ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un citi pašu ieņēmumi	5 956 303,00	-	-
2008.gadā avansā samaksātie līdzekļi	9 645 731,00	-	-
Apakšprogrammā "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe" pakalpojumu apmaksāšanai plānotie līdzekļi	2 937 454,00	-	-
Apakšprogrammā "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem" plānotie līdzekļi	25 000 000,00	-	-
Līdzekļi apropriācijas pārdalei	464 661,00	-	-

* Veselības norēķinu centra veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju skaits uz 2009.gada 31.decembri - 2 261 845.

** Tabulas rindā „Neatliekamā medicīniskā palīdzība" uzrādīti līdzekļi bez finansējuma Ls 11 004 727 Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam, kas ir veselības ministra pakļautībā esoša tiešās pārvaldes iestāde un tiek finansētas tieši no valsts budžeta. Līdz ar to tabulā pa veselības aprūpes veidiem norādītais izdevumu sadalījums procentos atšķiras no Noteikumos Nr.1046 noteiktās proporcijas.

1.3. Rezerves fonda izlietojums

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 4.punktu, rezerves fonda līdzekļus izmantoja šādos gadījumos:

- neplānoti mainās pacientu skaits (izņemot epidēmiju gadījumus atbilstoši epidemioloģisko drošību regulējošiem normatīvajiem aktiem);
- prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošākajos starptautiskajos līgumos;
- neplānotiem pasākumiem, kas saistīti ar sabiedrības informēšanu par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām;
- veselības aprūpes reformas nodrošināšanai un pakalpojumu sniedzēju struktūras optimizācijai.

2009.gada 30.jūnija Ministru kabineta noteikumi Nr.692 „Grozījumi Noteikumos Nr.1046" rezerves fonda līdzekļu pielietojumu un vairs neparedzēja to izmantošanu pacientu skaita izmaiņu gadījumos un veselības aprūpes reformas nodrošināšanai un pakalpojumu sniedzēju struktūras optimizācijai.

Ar 2009.gada 3.novembra Ministru kabineta noteikumiem Nr.1291 „Grozījumi Noteikumos Nr.1046" tika izbeigta rezerves fonda turpmākā darbība.

Budžeta apakšprogrammas 33.00.00 „Rezerves fonds" izdevumi 2009.gadā bija 49 994,30 lati, kas tika izlietoti prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošos starptautiskajos līgumos.

5.tabula

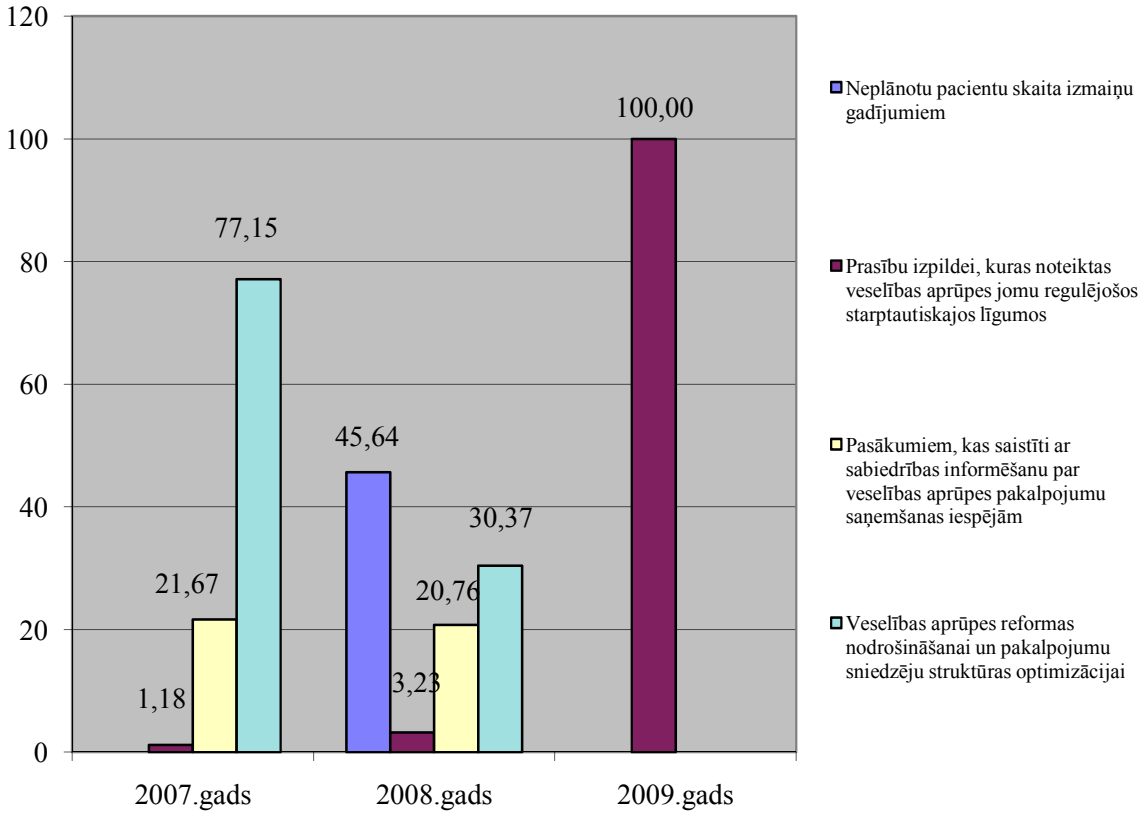
Rezerves fonda izlietojuma dinamika pēc izlietojuma mērķa (Ls)

Pasākumi	2007.gads	2008.gads	2009.gads
Neplānotu pacientu skaita izmaiņu gadījumiem	0,00	-	-
Prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošos starptautiskajos līgumos	16 545,97	17 437,20	49 994,00
Pasākumiem, kas saistīti ar sabiedrības informēšanu par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām, t.sk.	305 285,15	112 132,73	-
Veselības veicināšanas valsts aģentūra	5 323,70	-	-
Medicīnas profesionālās izglītības centrs	36 289,89	-	-
Veselības aprūpes reformas nodrošināšanai un pakalpojumu sniedzēju struktūras optimizācijai, t.sk.	1 086 781,16	164 051,98	-
Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra	130 056,98	-	-
Katastrofu medicīnas centrs	9 000,00	-	-

Izlietojums kopā	**1 408 612,28**	**293 621,91**	**49 994,00**
Resursi kopā, *t.sk.*	**1 518 560,39**	**293 622,77**	**49 995,00**
Dotācija no vispārējiem ieņēmumiem apakšprogrammai "Rezerves fonds" atbilstoši gadskārtējam likumam "Par valsts budžetu"	1 518 121,00	533 848,00	49 995,00
Atgriezti līdzekļi	439,39	6 287,77	-
Pārdalīti līdzekļi valsts aģentūrai "Latvijas Infektoloģijas centrs"	-	-246 513,00	-
Līdzekļu pieaugums/samazinājums pret iepriekšējo periodu (Ls)	-	**-1 114 990,37**	**-243 627,91**

3.attēls

Rezerves fonda izlietojums pēc izlietojuma mērķa, %



1.4. Sociālās drošības tīkla stratēģijas līdzekļu izlietojums

2009.gada 8.septembra Ministru kabineta sēdē tika apstiprināta „Sociālā drošības tīkla stratēģija" (turpmāk – Stratēģija), kurā noteikta Stratēģijas ieviešanas sākuma termiņš no 2009.gada 1.oktobra.

Stratēģijā iekļautie pasākumi veselības aprūpē:

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

6. tabula

Sociālā drošības tīkla stratēģijas līdzekļu izlietojums 2009.gada oktobrī – decembrī

Veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Aktivitātes	Summa, Ls
Kompensējamo zāļu nodrošināšana	Trūcīgām personām atgrieztie līdzekļi par medikamentiem (virs Ls 12.50)	3 002,67
	Zāļu kompensācija trūcīgām personām 100% apmērā	8 627,03
	Kopā apmaksai, Ls	**11 629,70**
Stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi	Trūcīgo personu hospitalizāciju skaits	2 140,00
	Pacientu iemaksas kompensācija trūcīgām personām par ārstēšanos stacionārā, Ls	215 771,50
	Līdzmaksājuma par operācijām kompensācija trūcīgajām personām, Ls	5 670,00
	Kopā apmaksai, Ls	**221 441,50**
Ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi	Trūcīgo personu apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem	17 099,00
	Trūcīgo personu apmeklējumu skaits pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ārstiem	10 810,00
	Pacienta iemaksas kompensācija trūcīgajām personām **par epizodēm, Ls**	64 787,00
	Pacienta iemaksas kompensācija trūcīgajām personām **par manipulācijām, Ls**	40 520,00
	Kompensācijas trūcīgo pacientu viesnīcas izdevumu segšanai, Ls	59 887,40

	Mājas aprūpes nodrošināšana trūcīgajiem pacientiem ar smagām slimībām, Ls	1 091,35
	Psihiatrisko slimnieku ārstēšana dienas stacionāros, Ls	3 012,66
	Kopā apmaksai, Ls	**169 298,41**
Kopā apmaksai, Ls		**402 369,61**

2009.gada oktobra, novembra un decembra mēnešos Centrs izsniedza 143 izziņas „Par trūcīgas personas zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu maksimuma sasniegšanu kalendārā gada laikā", kuras nodrošināja pacientam tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem pilnā apmērā kompensētas zāles un medicīniskās ierīces. Centra Rīgas nodaļa izsniedza 85 izziņas, Kurzemes nodaļa – 20 izziņas, Latgales nodaļa – 10 izziņas, Vidzemes nodaļa – 16 izziņas un Zemgales nodaļa – 12 izziņas.

2. ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU DARBĪBAS RAKSTUROJUMS

Sadaļā „Ārstniecības iestāžu darbības raksturojums" sniegta informācija par ārstniecības iestāžu ieņēmumiem, izdevumiem, vidējo darba samaksu uz vienu nodarbināto un iekasētajām pacientu iemaksām. Informācija sagatavota, izmantojot ārstniecības iestāžu iesniegtos pārskatus par līdzekļu izlietojumu.

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

Salīdzinot ar 2008.gadu ārstniecības iestāžu ieņēmumi no pacientu iemaksām 2009.gadā ir pieauguši divas reizes, kas saistīts pacientu iemaksas apmēra palielinājumu no 2009.gada 1.marta.

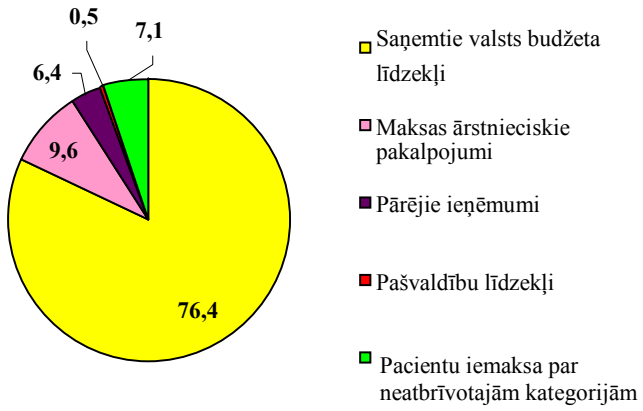
7. tabula

Ārstniecības iestāžu ieņēmumu struktūra

Kopā tai skaitā:	**Faktiskie ieņēmumi, Ls**
	368 294 753
Saņemtie valsts budžeta līdzekļi	281 290 894
Maksas ārstnieciskie pakalpojumi	35 417 811
Pacientu iemaksa par no pacientu iemaksas neatbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	26 147 997
Pašvaldību līdzekļi	1 747 484
Pārējie ieņēmumi*	23 690 567

**Pārējie ieņēmumi ietver investīcijas, t.sk. arī no ES fondiem, un saimnieciskās darbības ieņēmumus, kas nav saistīti ar ārstniecības pakalpojumiem.*

4.attēls



Salīdzinot ar 2008.gadu ārstniecības iestāžu ieņēmumi no pacientu iemaksām 2009.gadā ir pieauguši divas reizes (skat. tabulu zemāk). Pieaugums saistīts ar Ministru kabineta 2009.gada 27.janvāra noteikumiem Nr.91 „Grozījumi Noteikumos Nr.1046", kas stājās spēkā 2009.gada 1.martā un paredzēja pacientu iemaksas apmēra palielinājumu. Piemēram, par ģimenes ārsta ambulatoru apmeklējumu pacienta iemaksas apmērs no Ls 0,50 palielinājās līdz Ls 1,00; par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ārsta ambulatoru apmeklējumu – no Ls 2,00 līdz Ls 5,00; par ārstēšanos diennakts stacionārā, sākot ar otro dienu reģionālajās daudzprofilu slimnīcās – no Ls 5,00 līdz Ls 12,00.

Saņemot stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, papildus pacienta iemaksai tika noteikts pacienta līdzmaksājums ne vairāk kā Ls 30 apmērā par vienā stacionēšanas reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām.

8. tabula

Ārstniecības iestāžu saņemtās pacientu iemaksa dinamika

Pacientu iemaksa	2007.g.	2008.g.	2009.g.	
	Ls	Ls	Ls	%
Aprēķinātā pacientu iemaksa (iekasē ārstniecības iestāde)	15 234 007	14 295 036	25 489 147	49
Pacientu iemaksas kompensācija no valsts budžeta līdzekļiem par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros	11 257 941	11 675 270	26 787 744	51
Pacientu iemaksa – kopā:	**26 491 948**	**25 970 306**	**52 276 891**	**100**

Ārstniecības iestāžu valsts budžeta izdevumu struktūra

Zemāk redzamajās tabulās atspoguļota ārstniecības iestāžu izdevumu struktūra naudas izteiksmē un procentos. Jau vairākus gadus ārstniecības iestāžu izdevumu struktūra procentos saglabājas bez būtiskām izmaiņām.

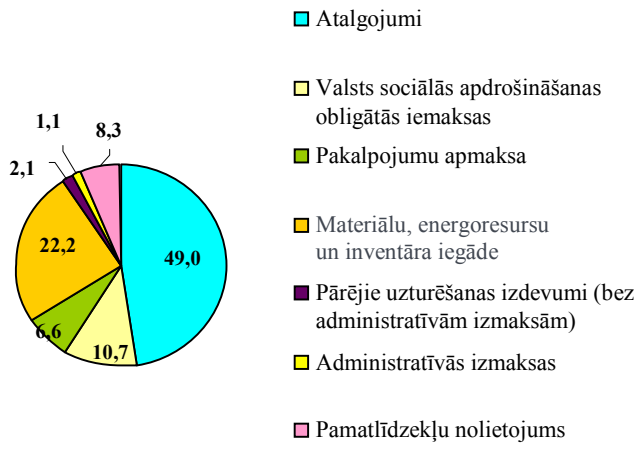
Ambulatorā palīdzība*

9.tabula

Kopā:	Faktiskie izdevumi, Ls
	56 431 712
Atalgojumi	27 625 516
Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	6 060 498
Pakalpojumu apmaksa (bez administratīvām izmaksām)	3 740 235
Materiālu, energoresursu un inventāra iegāde	12 519 293
Pārējie uzturēšanas izdevumi (bez administratīvām izmaksām)	1 203 637
Administratīvās izmaksas kopā	597 459
Pamatlīdzekļu nolietojums	4 685 074

**Izdevumi norādīti neietverot primārās veselības ārstu un speciālistu prakses*

5.attēls

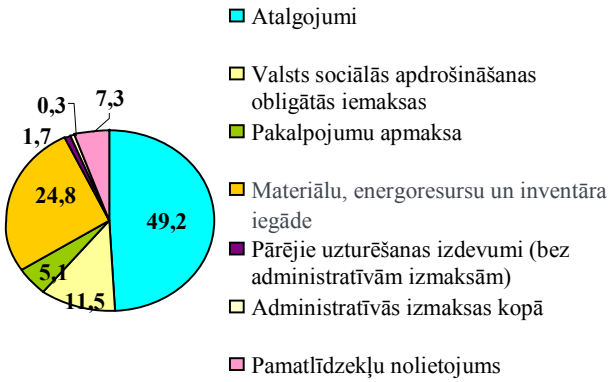


10.tabula

Stacionārā palīdzība

Kopā:	**Faktiskie izdevumi, Ls**
	203 947 090
Atalgojumi	100 368 861
Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	23 492 664
Pakalpojumu apmaksa (bez administratīvām izmaksām)	10 473 646
Materiālu, energoresursu un inventāra iegāde	50 621 823
Pārējie uzturēšanas izdevumi (bez administratīvām izmaksām)	3 386 720
Administratīvās izmaksas kopā	678 297
Pamatlīdzekļu nolietojums	14 925 079

6.attēls

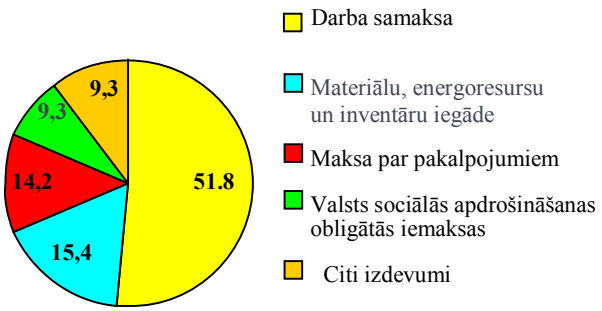


11.tabula

Valsts budžeta izdevumu struktūra ārstu praksēs

Kopā:	Faktiskie izdevumi, Ls
	34 515 279
Darba samaksa	17 892 210
Materiālu, energoresursu un inventāru iegāde	5 330 991
Maksa par pakalpojumiem	4 899 607
Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	3 198 026
Citi izdevumi	3 194 445

7.attēls



Ārstniecības iestāžu materiālu, energoresursu un inventāra izdevumu struktūra

Lai nodrošinātu plānošanu, uzskaiti un pārskatu sagatavošanu izdevumi tiek klasificēti pa izdevumu veidiem, atbilstoši ekonomiskajām kategorijām. Atsevišķi tiek uzskaitīti iestāžu izdevumi par apkuri, elektroenerģiju, ūdeni, gāzi un pārējiem komunālajiem pakalpojumiem.

Sadaļā „Medikamenti, ārstniecības līdzekli" tiek uzskaitīti izdevumi par zālēm, pārsienamajiem līdzekļiem, dezinfekcijas līdzekļiem, medicīniskajiem instrumentiem un materiāliem veselības aprūpes iestādēs. Ēdināšanas izdevumos uzskaita ar pacientu ēdināšanu saistītus izdevumus ārstniecības iestādēs, ieskaitot izdevumus ēdiena pagatavošanai, ja ēdināšanu organizē citas juridiskas personas.

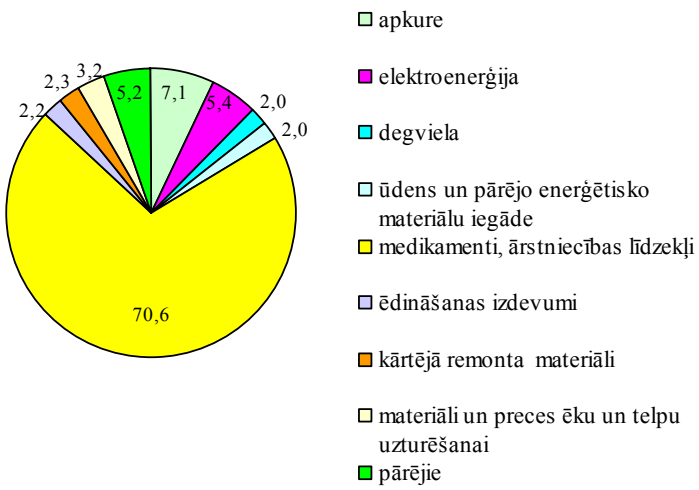
Sadaļā „Kārtējā remonta materiāli” ietverti izdevumi par visiem materiāliem un precēm, kas nepieciešamas, lai remontētu telpas un ēkas (krāsas un citi remontmateriāli, rezerves daļas). Izdevumos materiāliem un precēm ēku un telpu uzturēšanai uzskaita izdevumus par materiāliem un precēm, kas nepieciešamas, lai uzturētu ēkas, elektriskās un mehāniskās sistēmas, aparatūru, datortehniku, izdevumus saimniecības vajadzībām, ka arī izdevumus iestāžu sanitāri higiēniskajai apkopšanai. Pārējie izdevumi ietver citus uz materiālu, energoresursu un inventāra iegādi attiecināmus izdevumus, kuri nav minēti iepriekš. Tie ir izdevumi biroja precēm, iestādes darbībai nepieciešamā inventāra iegādei, ārstniecības iestāžu personāla spectērpu iegādei, gultas piederumiem u.tml.

12.tabula

Ambulatorā palīdzība

Materiālās vērtības, ***tajā skaitā:***	**Faktiskie izdevumi, Ls**
	12 519 293
Maksa par apkuri	889 836
Maksa par elektroenerģiju	674 900
Maksa par degvielu	246 732
Maksa par ūdeni un pārējo enerģētisko materiālu iegādi	245 678
Medikamenti, ārstniecības līdzekļi	8 842 861
Ēdināšanas izdevumi	271 125
Kārtējā remonta materiāli	288 549
Materiāli un preces ēku un telpu uzturēšanai	405 897
Pārējie	653 717

8.attēls

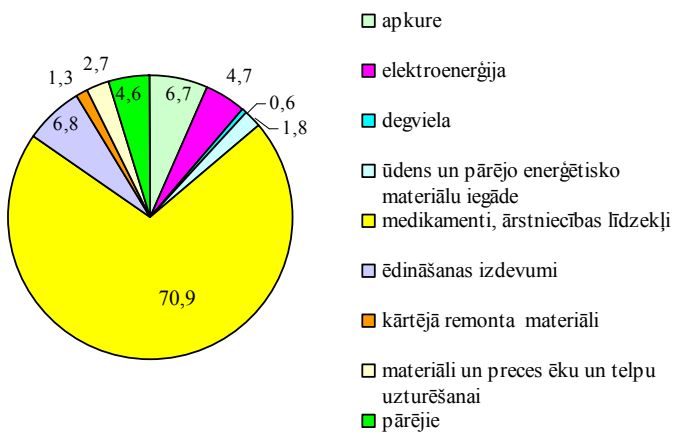


13.tabula

Stacionārā palīdzība

Materiālās vērtības, *tajā skaitā:*	Faktiskie izdevumi, Ls
	50 621 823
Maksa par apkuri	3 387 381
Maksa par elektroenerģiju	2 359 493
Maksa par degvielu	299 995
Maksa par ūdeni un pārējo enerģētisko materiālu iegādi	908 254
Medikamenti, ārstniecības līdzekļi	35 907 379
Ēdināšanas izdevumi	3 434 072
Kārtējā remonta materiāli	653 173
Materiāli un preces ēku un telpu uzturēšanai	1 347 593
Pārējie	2 324 483

9.attēls



Ņemot vērā grozījumus likumā „Par valsts budžetu 2009.gadam" plānotā vidējā darba samaksa mēnesī no 2009.gada 1.jūlija samazinājās par 20%.

14.tabula

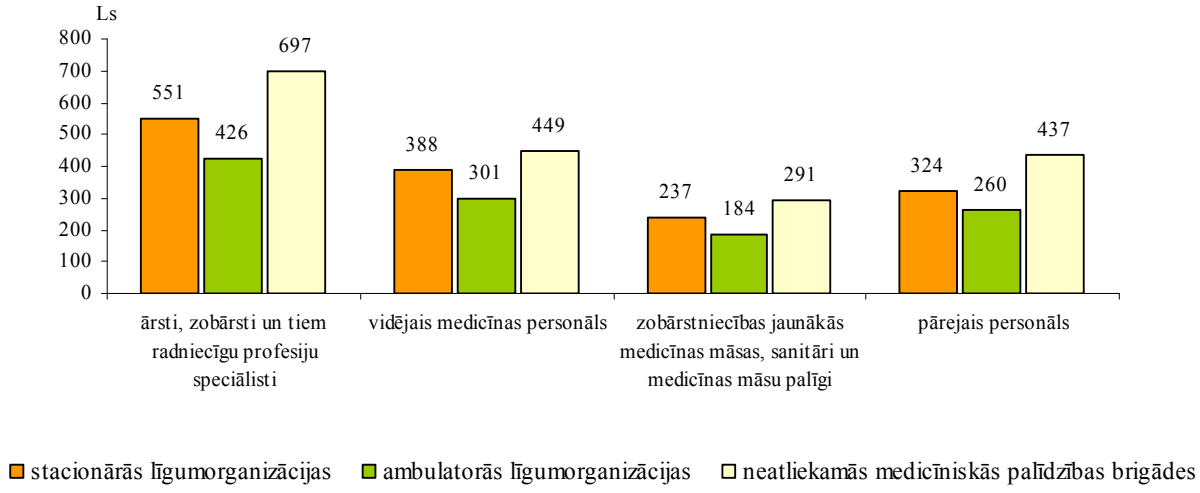
Noteikumos Nr.1046 paredzētā ārstniecības personu vidējā darba samaksa mēnesī

Laika periods	Ārstiem, Ls	Vidējam medicīniskajam personālam, Ls	Jaunākajam medicīniskajam personālam, Ls
No 2007.gada 1. janvāra	574,00	344,00	230,00
No 2008.gada 1. janvāra	654,00	392,00	262,00
No 2009.gada 1. janvāra	654,00	392,00	262,00
No 2009.gada 1. jūlija	524,00	314,00	210,00

Ārstniecības personu vidējā darba samaksa ir noteikta Noteikumos Nr.1046 un to ņem vērā pakalpojumu cenu tarifu aprēķināšanā.

10.attēls

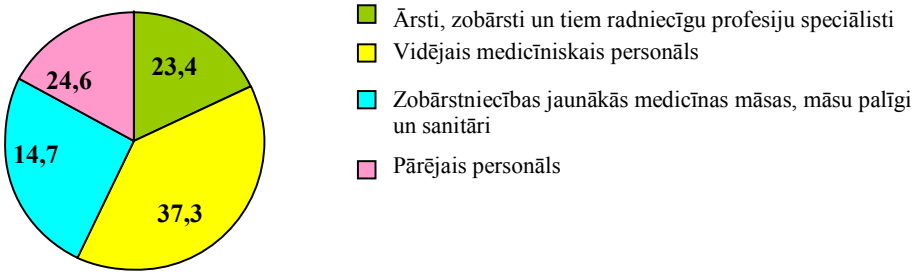
Vidējā darba samaksa mēnesī uz vienu nodarbināto ārstniecības iestādēs, kas sniedz ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus (Ls) *



* Informācija uzrādīta pamatojoties uz ārstniecības iestāžu iesūtītu pārskatu datiem. Tabulā nav uzrādīti dati par PVA ārstiem un speciālistiem, kas ir pašnodarbinātās personas.

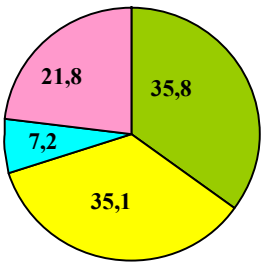
Darbinieku struktūra, %

11.attēls



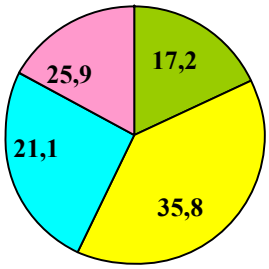
12.attēls

Ambulatorās ārstniecības iestādes, %



13.attēls

Stacionārās ārstniecības iestādes, %



3. MEDIKAMENTU IEGĀDE UN APMAKSA

3.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstniecībā

Ar likumu „Par valsts budžetu 2009.gadam" apstiprinātās apakšprogrammas 33.03.00 „Medikamentu apmaksāšana" līdzekļus izlietoja, lai nodrošinātu ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju atbilstoši pacienta slimības diagnozei.

Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija tika veikta atbilstoši 2006.gada 31.oktobra Ministru kabineta noteikumiem Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" (turpmāk – Noteikumi Nr.899). 2009.gada ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai tika izlietoti līdzekļi Ls 72 306 822,16 apmērā.

Ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču iegādes izdevumu kompensācijai valsts budžeta apakšprogrammas 33.03.00 „Medikamentu apmaksāšana" ieņēmumi 2009.gadā – dotācija no vispārējiem ieņēmumiem Ls 66 562 943 apmērā, no programmas „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe" novirzītie līdzekļi Ls 553 038,57 apmērā, no programmas „Līdzekļi neparedzētie gadījumiem" novirzītie līdzekļi Ls 5 269 108 un citi pašu ieņēmumi Ls 1581,18.

2009.gadā ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču iegādes izdevumu kompensācijai tika izlietoti līdzekļi 72 306 822,16 Ls.

15.tabula

Līdzekļu izlietojums ambulatorajai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai, Ls

Rādītāji	Ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču iegādes izdevumu kompensācija	
	Naudas plūsma 2009.gads	Faktiskie izdevumi 2009.gads
Atlikums uz 01.01.2009.	**00,00**	X
Ieņēmumi – kopā:	**72 386 670,75**	X
No programmas "Medikamentu apmaksāšana"	66 562 943,00	X
No programmas "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe"	553 038,57	X
No programmas "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem"	5 269 108,00	X
Ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un citi pašu ieņēmumi	1 581,18	X
Izdevumi – kopā:	**72 368 745,60**	**72 306 822,16**
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija, kas notiek vispārējā kārtībā	65 661 094,96	71 741 515,09
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	483 184,75	565 307,07
Saistību izpildei par 2008.gadu, t.sk.	6 224 465,89	X
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai, kas notiek vispārējā kārtībā	*6 161 880,72*	X
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai individuālajiem pacientiem	*62 585,17*	X
Līdzekļu atlikums uz 01.01.2010.	**17 925,15**	**X**

2009.gadā kompensējamās zāles vispārējā kārtībā izrakstītas 482 461 pacientam par Ls 71 741 515,09. Vidēji viens pacients ambulatorajai ārstēšanai kompensējamās zāles ir saņēmis Ls 148,70 apmērā.

16.tabula

Vispārējā kārtībā kompensējamām zālēm izlietotie finanšu līdzekļi

Laika periods	Pacientu skaits	Finanšu līdzekļu izlietojums (Ls)	Izmaksas uz 1 pacientu (Ls)
2007.gads	448 924	63 291 458	140,98
2008.gads	478 564	77 182 313	161,28
2009.gads	482 461	71 741 515	148,70

2009.gadā izrakstītas 4 824 877 receptes, vienas receptes vidējā cena ir Ls 14,87. Zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensējamo cenas daļu par summu Ls 15 569 083,98, kā arī piemaksājuši zāļu references cenai Ls 7 538 051,27. Tādējādi pacientu maksājumi, saņemot valsts kompensējamās zāles, bijuši Ls 23 107 135,25, kas veido 32 % no valsts budžeta kompensējamo zāļu apmaksas līdzekļiem.

17.tabula

Ambulatorajai ārstniecībai paredzēto kompensējamo zāļu izdevumi diagnožu grupās, Ls

Diagnožu grupa	2007.gads				2008.gads				2009.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
			No kopējiem izdevumiem				No kopējiem izdevumiem				No kopējiem izdevumiem	
		Ls	%			Ls	%			Ls	%	
1.Acu un to palīgorgānu slimības	172 916	2 631 315.97	4.13%	15.22	193 185	3 259 360.20	4.20%	16.87	192 419	3 683 205.49	5.09%	19.14
2.Ausu un aizauss paugura slimības	741	2 712.11	0.00%	3.66	665	2 349.82	0.00%	3.53	541	1 496.88	0.00%	2.77
3. Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi	713	665 122.26	1.04%	932.85	756	1 258 522.35	1.62%	1 664.71	681	1 200 023.59	1.66%	1 762.15
4. Asinsrites sistēmas slimības	2 497 473	13 821 551.49	21.72%	5.53	2 813 427	18 461 790.54	23.77%	6.56	2 770 720	14 409 337.40	19.93%	5.20
5.Audzēji	86 661	7 962 497.81	12.51%	91.88	88 227	9 772 983.60	12.58%	110.77	93 518	11 129 045.82	15.39%	119.00
6.Ādas un zemādas slimības	18 146	236 484.58	0.37%	13.03	21 364	296 461.35	0.38%	13.88	18 315	181 853.26	0.25%	9.93
7. Elpošanas sistēmas slimības	269 731	4 243 568.37	6.67%	15.73	273 906	4 919 496.26	6.33%	17.96	246 316	4 019 343.47	5.56%	16.32
8.Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	567 743	11 911 189.64	18.71%	20.98	644 600	14 226 034.14	18.32%	22.07	673 473	15 390 274.74	21.28%	22.85
9.Gremošanas sistēmas slimības	21 937	257 972.94	0.41%	11.76	26 425	343 764.60	0.44%	13.01	22 485	249 313.51	0.34%	11.09
10.Infekcijas un parazitārās slimības	8 921	2 697 030.37	4.24%	302.32	9 216	2 663 035.06	3.43%	288.96	5 542	1 333 912.13	1.84%	240.69

11.Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības	118 470	3 021 737.91	4.75%	25.51	149 086	4 071 181.77	5.24%	27.31	137 729	2 709 644.62	3.75%	19.67
12.Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	2	14.30	0.00%	7.15					1	7.49	0.00%	7.49
13.Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	90	138 885.83	21.82%	1 543.18	82	124 314.44	0.16%	1 516.03	95	100 175.30	0.14%	1 054.48
14.Nervu sistēmas slimības	153 979	4 488 552.25	7.05%	29.15	164 159	5 343 505.74	6.88%	32.55	159 578	5 647 448.84	7.81%	35.39
15.Psihiski un uzvedības traucējumi	306 884	5 050 910.51	7.94%	16.46	319 130	4 934 192.72	6.35%	15.46	311 068	4 225 583.87	5.84%	13.58
16.Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	80 118	3 339 808.50	5.25%	41.69	90 350	3 909 125.80	5.03%	43.27	95 956	3 918 618.98	5.42%	40.84
17.Uroģenetālās slimības	73 884	2 743 952.14	4.31%	37.14	90 860	3 510 716.31	4.52%	38.64	92 103	3 457 544.20	4.78%	37.54
18.Ievainojumi, saindēšanās	3 465	46 988.34	0.07%	13.56	3 691	58 411.73	0.08%	15.83	3 911	65 269.72	0.09%	16.69
19.Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	479	31 162.39	0.05%	65.06	501	27 066.40	0.03%	54.02	426	19 415.79	0.03%	45.58
Izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem		357 909.29	0.56%			474 956.00	0.61%			565 307.07	0.78%	

18.tabula

Faktiskie izdevumi un izrakstītais recepšu skaits atkarībā no kompensācijas apjoma

Kompensācijas apmērs	2008.gads		2009.gads	
	Izrakstīto recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi, Ls	Izrakstīto recepšu skaits	Faktiski izlietotie finanšu līdzekļi, Ls
100%	1 744 605	45 229 892,29	1 772 208	48 799 803,12
90%	331 747	5 499 577,76	63 159	1 219 160,47
75%	2 753 801	25 839 182,50	787 051	9 355 173,73
50%	59 477	613 660,28	2 202 459	12 367 377,78
Kopā:	**4 889 630**	**77 182 312,83**	**4 824 877**	**71 741 515,09**

Vislielākais izrakstīto recepšu skaits ir:

- pacientiem ar asinsrites sistēmas slimībām – 2 770 720 receptes;
- pacientiem ar endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimībām – 673 473 receptes;
- pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem – 311 068 receptes;
- pacientiem ar elpošanas sistēmas slimībām – 246 316 receptes.

Minēto recepšu skaits ir 83% no visu izrakstīto recepšu skaita. Vislielākais līdzekļu apjoms par kompensējamām zālēm 2009.gadā valstī ir izlietots par:

- endokrīno, uztura un vielmaiņas slimību ārstēšanu – Ls 15 390 274,74;
- asinsrites sistēmas slimību ārstēšanu – Ls 14 409 337,40;
- audzēju ārstēšanu – Ls 11 129 045,82;
- nervu sistēmas slimību ārstēšanu - Ls 5 674 448,84.

2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gada datiem, vienas receptes cena vidēji samazinājās par 6%, bet recepšu skaits visās diagnožu grupās samazinājās vidēji par 1%, faktiskās izmaksas samazinājās vidēji par 7%.

19.tabula

Kompensējamo medikamentu faktiskie izdevumi, recepšu skaits un vidējā vienas receptes cena 2008. un 2009.gadā

Diagnožu grupa/ diagnoze	2008.gads			2009.gads			Faktisko izdevumu palielinājums	Izrakstīto recepšu skaita palielinājums	Vidējais vienas receptes cenas palielinājums
	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	3 259 360.20	193 185	16.87	3 683 205.49	192 419	19.14	13	0	13
Ausu un aizsauss paugura slimības	2 349.82	665	3.53	1 496.88	541	2.77	-36	-19	-22
Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi	1 258 522.35	756	1 664.71	1 200 023.59	681	1 762.15	-5	-10	6
Asinsrites sistēmas slimības	18 461 790.54	2 813 427	6.56	14 409 337.40	2 770 720	5.2	-22	-2	-21
Audzēji	9 772 983.60	88 227	110.77	11 129 045.82	93 518	119	14	6	7
Ādas un zemādas slimības	296 461.35	21 364	13.88	181 853.26	18 315	9.93	-39	-14	-28
Elpošanas sistēmas slimības	4 919 496.26	273 906	17.96	4 019 343.47	246 316	16.32	-18	-10	-9
Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	14 226 034.14	644 600	22.07	15 390 274.74	673 473	22.85	8	4	4
Gremošanas sistēmas slimības	343 764.60	26 425	13.01	249 313.51	22 485	11.09	-27	-15	-15
Infekcijas un parazitārās slimības	2 663 035.06	9 216	288.96	1 333 912.13	5 542	240.69	-50	-40	-17
Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības	4 071 181.77	149 086	27.31	2 709 644.62	137 729	19.67	-33	-8	-28
Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	124 314.44	82	1 516.03	100 175.30	95	1 054.48	-19	16	-30
Nervu sistēmas slimības	5 343 505.74	164 159	32.55	5 647 448.84	159 578	35.39	6	-3	9
Psihiski un uzvedības traucējumi	4 934 192.72	319 130	15.46	4 225 583.87	311 068	13.58	-14	-3	-12

Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūes darbiniekiem	3 909 125.80	90 350	43.27	3 918 618.98	95 956	40.84	0	6	-6
Uroģenetālās slimības	3 510 716.31	90 860	38.64	3 457 544.20	92 103	37.54	-2	1	-3
Ievainojumi, saindēšanās	58 411.73	3 691	15.83	65 269.72	3 911	16.69	12	6	5
Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	27 066.40	501	54.02	19 415.79	426	45.58	-28	-15	-16
Kopā:	**77 182 312.83**	**4 889 630**	**15.78**	**71 741 515.09**	**4 824 877**	**14.87**	**-7**	**-1**	**-6**

Dažās diagnožu grupās un diagnozēs vidējā vienas receptes cena un izrakstīto recepšu skaits būtiski atšķiras no 2008.gada datiem:

- vislielākais faktisko izmaksu pieaugums 14% ir diagnožu grupā „Audzēji" pie recepšu skaita pieauguma par 6%, kā arī vidējās vienas receptes cenas pieaugums - 7%;
- diagnožu grupā „Acu un to palīgorgānu slimības" ir atzīmējams 13% faktisko izmaksu pieaugums, un vidējā vienas receptes cena palielinājusies par 13%, savukārt izrakstītais recepšu skaits palicis nemainīgs;
- diagnožu grupā „Endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības" faktiskais izmaksu pieaugums ir 8% pie recepšu skaita pieauguma par 4% un vidējās receptes cenas pieauguma par 4%;
- vislielākais faktisko izmaksu samazinājums 50% ir diagnožu grupā „Infekcijas un parazitārās slimības" pie recepšu skaita samazinājuma par 40%, un vidējā vienas receptes cena samazinājusies par 17%;
- diagnožu grupā „Ādas un zemādas slimības" faktiskās izmaksas samazinājušās par 39%, izrakstīto recepšu skaits samazinājies par 14%, un par 28% samazinājusies vidējā vienas receptes cena;
- liels faktisko izmaksu samazinājums ir arī diagnožu grupā „Ausu un aizauss paugura slimības", šajā grupā faktiskās izmaksas samazinājušās par 36%, izrakstīto recepšu skaits samazinājies par 19%, un par 22% samazinājusies arī vidējā vienas receptes cena.

2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gada datiem, 12 diagnožu grupās ir samazinājušās faktiskās izmaksas, kas ir skaidrojams ar kompensācijas procentu samazinājumu kompensējamām zālēm un medicīniskajām ierīcēm 2009.gadā. 12 diagnožu grupās ir samazinājusies arī vidējā vienas receptes cena un 11 diagnožu grupās ir samazinājies izrakstītais recepšu skaits.

20.tabula

Izrakstīto kompensējamo zāļu recepšu skaits un vienas receptes vidējā cena, Ls

Centra nodaļas	2007.gads		2008.gads		2009.gads	
	Izrakstīto recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena, Ls	Izrakstīto recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena, Ls	Izrakstīto recepšu skaits	Vienas receptes vidējā cena, Ls
Kurzemes nodaļa	680 037	12,64	776 128	13,88	770 421	13,00
Latgales nodaļa	645 207	13,02	712 451	13,85	697 951	13,14
Rīgas nodaļa	1 785 252	16,42	1 981 020	17,73	1 951 412	16,80
Vidzemes nodaļa	612 903	13,19	690 155	15,22	691 936	13,89
Zemgales nodaļa	658 954	13,49	729 877	14,82	713 157	14,17
Kopā:	**4 382 353**	**14,44**	**4 889 630**	**15,77**	**4 824 877**	**14,87**

21.tabula

Kompensējamām zālēm izlietotie līdzekļi insulīnatkarīgā cukura diabēta pacientu ambulatorajai ārstēšanai, Ls

Centra nodaļas	2007.gads			2008.gads			2009.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)
Kurzemes nodaļa	994	363 218.26	365.41	1 129	421 598.94	373.43	1 097	424 181.55	386.67
Latgales nodaļa	721	261 766.09	363.06	724	289 924.35	400.45	769	317 042.52	412.28
Rīgas nodaļa	3 207	1 194 996.91	372.62	3 284	1 289 151.36	392.56	3 405	1 372 567.80	403.10
Vidzemes nodaļa	900	321 820.23	357.58	912	335 190.25	367.53	890	338 507.57	380.35
Zemgales nodaļa	1 086	356 170.04	327.97	1 212	398 131.17	328.49	1 102	411 477.17	373.39
Kopā**	**6 867**	**2 497 971.53**	**363.76**	**7 261**	**2 733 996.05**	**376.53**	**7 239**	**2 863 776.61**	**395.60**

** Pacientu skaits pēc Centra Vadības informācijas sistēmas datiem.*

***Pacientu skaits kopā neatbilst pacientu skaita kopsummai pa Centra nodaļām, jo pacienti gada laikā ir mainījuši nodaļu.*

22.tabula

Kompensējamām zālēm izlietotie līdzekļi insulīnneatkarīgā cukura diabēta pacientu ambulatorajai ārstēšanai, Ls

Centra nodaļas	2007.gads			2008.gads			2009.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)
Kurzemes nodaļa	7 717	1 006 424.71	130.42	8 640	1 217 905.35	140.96	9 387	1 428 805.27	152.21
Latgales nodaļa	7 764	1 147 144.82	147.75	8 466	1 435 156.60	169.52	9 077	1 582 929.56	174.39
Rīgas nodaļa	24 176	3 520 816.90	145.63	26 342	4 193 096.43	159.18	28 044	4 739 437.49	169.00
Vidzemes nodaļa	6 425	1 034 316.76	160.98	7 126	1 273 131.41	178.66	7 610	1 383 257.56	181.77
Zemgales nodaļa	7 279	1 002 881.42	137.78	8 021	1 248 599.86	155.67	8 383	1 426 450.42	170.16
Kopā**	**53 108**	**7 711 584.61**	**145.21**	**58 595**	**9 367 889.63**	**159.88**	**62 297**	**10 560 880.31**	**169.52**

** Pacientu skaits pēc Centra Vadības informācijas sistēmas datiem*

***Pacientu skaits kopā neatbilst pacientu skaita kopsummai pa Centra nodaļām, jo pacienti gada laikā ir mainījuši nodaļu*

23.tabula

Kompensējamām zālēm izlietotie līdzekļi onkoloģisko pacientu ambulatorajai ārstēšanai, Ls

Aģentūras nodaļas	2007.gads			2008.gads			2009.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)
Kurzemes nodaļa	2 230	989 399.02	443.68	2 391	1 189 787.67	497.61	2 512	1 419 750.44	565.19
Latgales nodaļa	2 485	1 096 479.22	441.24	2 492	1 286 513.24	516.26	2 570	1 444 268.15	561.97
Rīgas nodaļa	7 347	3 954 653.71	538.27	7 563	4 885 861.62	646.02	7 864	5 606 994.53	713.00
Vidzemes nodaļa	2 194	929 371.80	423.60	2 323	1 283 838.81	552.66	2 371	1 368 07.93	577.19
Zemgales nodaļa	2 181	992 594.06	455.11	2 279	1 126 982.26	494.51	2 374	1 289 524.76	543.19
Kopā**	**16 038**	**762 497.81**	**496.48**	**17 048**	**9 772 983.60**	**573.26**	**17 631**	**11 129 045.82**	**631.22**

**Pacientu skaits pēc Centra Vadības informācijas sistēmas datiem.*

***Pacientu skaits kopā neatbilst pacientu skaita kopsummai pa Centra nodaļām, jo pacienti gada laikā ir mainījuši nodaļu.*

24.tabula

Kompensējamām zālēm izlietotie līdzekļi psihisko un uzvedības traucējumu pacientu ambulatorajai ārstēšanai, Ls

Aģentūras nodaļas	2007.gads			2008.gads			2009.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)
Kurzemes nodaļa	2 653	706 299.36	266.23	2 678	634 461.12	236.92	2 846	557 008.67	195.72
Latgales nodaļa	2 781	835 197.55	300.32	2 984	809 796.59	271.38	3 099	682 779.43	220.32
Rīgas nodaļa	8 107	1 965 146.51	242.40	8 378	1 909 952.85	227.97	8 553	1 589 524.81	185.84
Vidzemes nodaļa	2 417	851 362.96	352.24	2 530	844 697.46	333.87	2 796	791 892.95	283.22
Zemgales nodaļa	2 321	692 904.13	298.54	2 572	684 176.57	266.01	2 642	604 378.01	228.76
Kopā**	**18 130**	**5 050 910.51**	**282.84**	**19 142**	**4 883 084.59**	**255.10**	**19 468**	**4 225 583.87**	**217.05**

** Pacientu skaits pēc Centra Vadības informācijas sistēmas datiem.*

***Pacientu skaits kopā neatbilst pacientu skaita kopsummai pa Centra nodaļām, jo pacienti gada laikā ir mainījuši nodaļu.*

C saraksta zāļu kompensācija tiek veikta, pamatojoties uz Veselības ekonomikas centra lēmumiem par zāļu iekļaušanu C sarakstā noteiktam pacientu skaitam un līgumu ar Iesniedzēju vai medicīnisko preču reģistrācijas apliecības turētāju par izdevumu segšanu no Iesniedzēju līdzekļiem noteiktam pacientu skaitam, atbilstoši ārstniecības personu konsīliju lēmumiem.

Saskaņā ar Veselības ekonomikas centra lēmumiem, 2009.gadā no valsts budžeta līdzekļiem tika plānots C saraksta zāļu iegādes izdevumu kompensāciju nodrošināt **231** pacientam, t.sk.:

- Enbrel *(Etanerceptum)* – 41 pacientam ar diagnozi juvenīlais reimatoīdais artrīts (M08) un 20 pacientiem ar diagnozēm seropozitīvs reimatoīdais artrīts (M05), cita veida reimatoīdais artrīts (M06), psoriātiskas artropātijas (M07), ankilozējošais spondiloartrīts (M45);
- Erbitux *(Cetuximabum)* – 12 pacientiem ar diagnozēm lūpas, mutes dobuma un rīkles ļaundabīgi audzēji (C00-C14), elpošanas sistēmas un krūšu dobuma orgānu ļaundabīgi audzēji (C03-C32);
- Feiba *(Antiinhibitoru koagulantu komplekss)* – 1 pacientam ar diagnozēm pārmantots VIII faktora deficīts s(D66) un pārmantots IX faktora deficīts (D67);
- Glivec *(Imatinibum)* – 42 pacientiem ar diagnozēm mieloleikoze (C92.1) un kaula smadzeņu transplantācija (Z94.8);
- Hycamtin *(Topotecanum)* – 30 pacietiem ar diagnozēm olnīcu ļaundabīgs audzējs (C56; C57), recidivējošs dzemdes kakla vēzis (C53) un sīkšūnu plaušu vēzis (C34);

- Mabthera *(Rituximabum)* – 40 pacientiem ar diagnozēm ne-Hodžkina limfoma (C82; C83);
- NovoSeven *(Eptacogum alfa activatum)* –2 pacientiem ar diagnozēm: pārmantots VIII faktora deficīts (D66) un pārmantots XI faktora deficīts ((D67);
- Remicade *(Infliximabum)* - 13 pacientiem ar diagnozēm: seropozitīvs reimatoīdais artrīts (M05), cita veida reimatoīdais artrīts (M06), psoriātiskas artropātijas (M07), ankilozējošais spondilīts (M45);
- Temodal *(Temozolomidum)* - 20 pacientiem ar diagnozi: audzēji (5.grupa);
- Velcade *(Bortezomibum)* - 10 pacientiem ar diagnozi multiplā mieloma (C90.0).

2009.gadā Centrā ir reģistrēti **315** speciālistu konsilija lēmumi par nepieciešamību pacientiem lietot zāles, kuras iekļautas kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču C sarakstā. Faktiskās izmaksas no valsts budžeta līdzekļiem par šo zāļu kompensāciju **303** pacientiem ir Ls **3 187 691**.

25.tabula

C saraksta zāļu kompensācija 2009. gadā

Medikamenta nosaukums	Pacientu skaits*	Faktiskais līdzekļu izlietojums, Ls
Enbrel *(Etanerceptum)*	63	551 342,11
Erbitux *(Cetuximabum)*	13	89 746,25
Feiba *(Antiinhibitoru koagulantu komplekss)*	1	18 643,00
Glivec *(Imatinibum)*	43	875 521,25
Hycamtin *(Topotecanum)*	47	129 258,64
Mabthera *(Rituximabum)*	64	422 125,76
NovoSeven *(Eptacogum alfa activatum)*	2	432 489,06
Remicade *(Infliximabum)*	13	130 963,20
Temodal *(Temozolomidum)*	40	230 459,03
Velcade *(Bortezomibum)*	17	307 142,28
Kopā:	**303**	**3 187 690,58**

** pacientu skaits nesakrīt ar plānoto, jo Veselības ekonomikas centra lēmumā norādīts pacientu skaits, kas vienlaikus var saņemt ārstēšanu ar C sarakstā iekļautajām zālēm. Pacientam saņemot pilnu ārstēšanās kursu vai pārtraucot terapiju, ārstēšana tiek uzsākta nākamajam pacientam. Bez tam tiek ieskaitīti arī pacienti, kuri terapiju uzsāka 2008.gadā un turpināja to 2009.gadā.*

2009.gadā no Iesniedzēja līdzekļiem tika plānots kompensēt zāļu iegādes izdevumus vienlaikus 24 pacientiem.

Faktiski Iesniedzējs 2009.gadā kompensēja C saraksta zāļu iegādes izdevumus 40 pacientiem, t.sk.:

- Enbrel *(Etanerceptum)* – 5 pacientiem;
- Feiba *(Antiinhibitoru koagulantu komplekss)* – 1 pacientam 10% apmērā no plānotā zāļu daudzuma 2009.gadam;
- Glivec *(Imatinibum)* – 1 pacientam;
- Hycamtin *(Topotecanum)* – 3 pacientiem;
- Mabthera *(Rituximabum)* – 10 pacientiem;
- NovoSeven *(Eptacogum alfa activatum)* – 2 pacientiem;
- Remicade *(Infliximabum)* - 6 pacientiem;
- Temodal *(Temozolomidum)* - 11 pacientiem;
- Velcade *(Bortezomibum)* - 1 pacientam.

Zāļu kompensācija 2009.gadā netika uzsāka 37 pacientiem:

- Enbrel *(Etanerceptum)* – 15 pacientiem;
- Glivec *(Imatinibum)* – 6 pacientiem;
- Remicade *(Infliximabum)* - 16 pacientiem.

26.tabula

C saraksta zāļu kompensācija 2007.-2009. gadā

Medikamenta nosaukums	Pacientu skaits						Faktiskais līdzekļu izlietojums		
	2007.gads		2008.gads		2009.gads				
	Plānotais	Faktiskais	Plānotais	Faktiskais	Plānotais	Faktiskais	2007.gads	2008.gads	2009.gads
Enbrel *(Etanerceptum)*	50	53	56	58	61	63	274 069	445 176	551 342
Erbitux *(Cetuximabum)*	23	20	23	8	12	13	136 271	54 124	89 746
Feiba *(Antiinhibitoru koagulantu komplekss)*	-	-	-	-	1	1	-	-	18 643
Glivec *(Imatinibum)*	36	41	38	44	42	43	576 085	606 406	875 521
Hycamtin *(Topotecanum)*	35	26	35	30	30	47	44 894	92 773	129 259
Mabthera *(Rituximabum)*	40	59	40	58	40	64	366 490	377 505	422 126
NovoSeven *(Eptacogum alfa activatum)*	-	-	2	2	2	2		380 913	432 489
Remicade *(Infliximabum)*	10	17	13	14	13	13	87 537	118 083	130 963
Temodal *(Temozolomidum)*	20	32	20	24	20	40	142 536	127 734	230 459
Velcade *(Bortezomibum)*	10	12	10	11	10	17	307 562	247 550	307 142
Eloxatin *(Oxaliplatinum)*	27	17	27	13	-	-	39 907	43 586	-
Gemzar *(Gemcitabinum)*	29	26	29	9	-	-	42 953	24 441	-
Taxotere *(Docetaxelum)*	20	26	20	23	-	-	105 445	98 718	-
Campto *(Irinotecanum)*	29	14	29	10	-	-	27 564	16 617	-
Kopā:	**329**	**343**	**342**	**304**	**231**	**303**	**2 151 313**	**2 633 626**	**3 187 691**

27.tabula

C saraksta zāļu kompensācija no Iesniedzēja līdzekļiem

Medikamenta nosaukums	Pacientu skaits					
	2007.gads		2008.gads		2009.gads	
	Plānotais	Faktiskais	Plānotais	Faktiskais	Plānotais	Faktiskais
Enbrel *(Etanerceptum)*	4	4	4	4	4	5
Erbitux *(Cetuximabum)*	2	-	2	-	1	-
Feiba *(Antiinhibitoru koagulantu komplekss)*	-	-	-	-	10% no 1	10% no 1
Glivec *(Imatinibum)*	4	4	1	1	1	1
Hycamtin *(Topotecanum)*	9	-	6	-	5	3
Mabthera *(Rituximabum)*	5	1	5	5	5	10
NovoSeven *(Eptacogum alfa activatum)*	-	-	1	1	1	2
Remicade *(Infliximabum)*	10		7	6	1	6
Temodal *(Temozolomidum)*	4	4	4	4	4	11
Velcade *(Bortezomibum)*	1	8	1	-	1	1
Eloxatin *(Oxaliplatinum)*	6	-	6	-	-	-
Gemzar *(Gemcitabinum)*	5	-	5	-	-	-
Taxotere *(Docetaxelum)*	4	-	4	3	-	-
Campto *(Irinotecanum)*	7	-	7	-	-	-
Kopā:	**61**	**21**	**53**	**24**	**24**	**40**

28.tabula

Pacientu skaits, kuriem terapija 2009.gadā netika uzsākta

Medikamenta nosaukums	Pacientu skaits
Enbrel *(Etanerceptum)*	15
Erbitux *(Cetuximabum)*	-
Feiba *(Antiinhibitoru koagulantu komplekss)*	-
Glivec *(Imatinibum)*	6
Hycamtin *(Topotecanum)*	-
Mabthera *(Rituximabum)*	-
NovoSeven *(Eptacogum alfa activatum)*	-
Remicade *(Infliximabum)*	16
Temodal *(Temozolomidum)*	-
Velcade *(Bortezomibum)*	-
Eloxatin *(Oxaliplatinum)*	-
Gemzar *(Gemcitabinum)*	-
Taxotere *(Docetaxelum)*	-
Campto *(Irinotecanum)*	-
Kopā:	**37**

Zāļu kompensācijai individuāliem pacientiem Centrs plāno līdzekļus līdz 2% no budžeta apakšprogrammā „Medikamentu apmaksāšana" paredzētajiem līdzekļiem. Centrā izveidota īpaša komisija, kas izskata saņemtos iesniegumus zāļu individuālajai kompensācijai, izvērtē iesniegto dokumentu atbilstību Noteikumiem Nr.899, pieprasa nepieciešamo informāciju no Veselības ekonomikas centra, Zāļu valsts aģentūras un ārstniecības iestādēm, sagatavo lēmumus par kompensāciju vai kompensācijas atteikumu. 2009.gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijai pavisam saņemti un izvērtēti pacientu 204 iesniegumi, no tiem 20 iesniegumi atzīti par individuālajai kompensācijai neatbilstošiem.

2009.gadā sagatavoti 147 lēmumi par zāļu kompensācijas piešķiršanu un 37 lēmumi par zāļu kompensācijas atteikumu.

2009.gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācija tika veikta 157 pacientiem (t.sk., arī pacienti, kuriem lēmumi par zāļu kompensācijas piešķiršanu pieņemti 2008.gadā) par summu Ls 565 307,07.

Lielākais izdevumu apjoms – 53,42% no kopējiem izdevumiem 2009.gadā zāļu kompensācijā individuālajiem pacientiem bija slimību grupā „Audzēji" – 42 pacientiem kompensētas zāles par Ls 302 008,30, kas vidēji 1 pacientam izmaksāja Ls 7 191.

Pēc kompensācijas apjoma dārgākās zāles šajā grupā bija:

- Herceptin *(Trastuzumab),* kas kompensētas 13 pacientēm ar diagnozi krūts ļaundabīgs audzējs (diagnozes kods pēc SSK – C50) Ls 79 940 apmērā;
- Sorafenib *(Nexavar)* – 1 pacientam ar diagnozi hepatocelulāra karcinoma (diagnozes kods pēc SSK – C22) Ls 8644,20 apmērā, 6 pacientiem ar diagnozi ļaundabīgs nieres audzējs (diagnozes kods pēc SSK – C64) Ls 54 602,11 apmērā;
- Dasatinib *(Sprycel)*, kas kompensētas 1 pacientam ar diagnozi hroniska mieloleikoze (diagnozes kods pēc SSK – C92.1) Ls 38 622 apmērā un 1 pacientam ar diagnozi akūta mieloleikoze (diagnozes kods pēc SSK – C91.0) Ls 19 311 apmērā.

Vēl ievērojami izdevumi bija slimību grupā „Asinsrites sistēmas slimības". Šajā grupā 17 pacientiem kompensētas zāles Sildenafilum (*Revatio*) par Ls 85 892, vidēji vienam pacientam Ls 5 052.

Slimību grupā „Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem" 99 % (t.i., Ls 37 799) no zāļu iegādes līdzekļiem tika kompensēts par zāļu *Tacrolimus* iegādi 9 pacientiem ar transplantētu nieri (diagnozes kods pēc SSK – Z94.0), 1 pacientam ar diagnozi stāvoklis pēc aknu transplantācijas (diagnozes kods pēc SSK – Z94.4) un 1 pacientam ar diagnozi cita orgāna un audu transplantāti (diagnozes kods pēc SSK – Z94.8).

29.tabula

Zāļu kompensācija individuālajiem pacientiem

Laika periods	Pacientu skaits, kuriem zāles kompensētas	Valsts samaksātā summa (Ls)	1 pacienta vidējās ārstēšanas izmaksas (Ls)
2007.gads	99	357 909,00	3 615,00
2008.gads	128	474 956,00	3 711,00
2009.gads	157	565 307,00	3 600,00

30.tabula

Lielākie izdevumi par zāļu kompensāciju individuālajiem pacientiem

Rādītāji	2007. gadā		2008. gadā		2009.gadā	
Diagnožu grupa	Audzēji		Audzēji		Audzēji	
Izdevumi (Ls)	241 677		277 807		302 008	
% no kopējiem izdevumiem individuālajiem pacientiem	67,5		58,5		53,4	
Zāles, par kurām vislielākie izdevumi (Ls)	Glivec	Ls 56 039	Sutent	Ls 100 142	Herceptin	Ls 79 940
	Sutent	Ls 39 514	Herceptin	Ls 28 292	Nexavar	Ls 63 246

Atbilstoši Noteikumiem Nr.899 zāļu kompensācijai individuālajiem pacientiem ir noteikts ierobežojums – 10 000 latu vienam pacientam 12 mēnešu periodā. 2009.gadā Administratīvajā rajona tiesā, pamatojoties uz diviem personas pieteikumiem, tika uzsākta tiesvedība administratīvajās lietās par Centra lēmumiem par zāļu iegādes izdevumu kompensāciju. Šajās administratīvajās lietās persona ir lūgusi piemērot arī pagaidu noregulējumu, un tiesa ir pieņēmusi lēmumus par pagaidu noregulējuma piemērošanu, uzliekot par pienākumu Centram segt zāļu iegādes izdevumus 100% apmērā, kamēr nav stājies spēkā galīgais tiesas nolēmums konkrētajā lietā.

Kopumā 2009.gadā Administratīvās rajona tiesas tiesvedībā bija piecas administratīvās lietas par Centra lēmumiem par zāļu iegādes izdevumu kompensāciju, kurās personas ir lūgušas tiesu uzlikt par pienākumu Centram kompensēt personām nepieciešamo zāļu iegādes izdevumus 100% apmērā.

2009.gadā Administratīvā rajona tiesa administratīvajā lietā par zāļu iegādes izdevumu kompensāciju 100% apmērā izdeva spriedumu, ar kuru noraidīja personas lūgumu uzlikt par pienākumu Centram izdot personai labvēlīgu administratīvo aktu, ar kuru tiktu kompensēti zāļu iegādes izdevumi 100% apmērā.

3.2. Centralizētā medikamentu iegāde ārstniecības iestādēm

Centrs 2009.gadā atbilstoši Noteikumiem Nr. 1046 centralizēti iepirka un saskaņā ar likumā „Par valsts budžetu 2009.gadam" paredzēto apakšprogrammu „Centralizēta medikamentu iegāde" apmaksāja šādus ārstniecības līdzekļus:

- Vakcīnas, standarta tuberkulīns un šļirces;
- Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparāti;
- Peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļi.

31.tabula

Centralizēti iepirkto medikamentu piegādes līgumi un to izpilde, Ls

Piegādātājs	Līgumu summa 2009.gadā, Ls	Izpilde
Vakcīnas, standarta tuberkulīna, šļirču piegāde	**3 725 983,01**	**3 406 463,01**
SIA "Oriola Rīga"	863 106,29	735 695,18
SIA "Vakcīna"	1 932 877,14	1 846 873,65
SIA "Tamro"	334 812,70	307 971,53
A/S "Recipe Plus"	526 083,78	459 532,96
SIA "Elpis"	69 103,10	56 389,69
Peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi	**1 794 332,80**	**1 708 159,52**
SIA "Oriola Rīga"	992 592,42	962 765,38
SIA "Tamro"	469 359,84	445 312,97
SIA "Magnum Medical"	332 380,54	300 081,17
Fenilketonūrijas korekcijas preparāti un ārstnieciskā uztura produkti	**313 720,80**	**308 428,58**
SIA "Oriola Rīga"	289 911,20	284 618,98
SIA "Tamro"	23 809,60	23 809,60
Kopā:	**5 834 036,61**	**5 423 051,11**
Resursi kopā:		**5 423 051,11**
Apakšprogrammas "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde" dotācija no vispārējiem ieņēmumiem		4 751 491,00
Apakšprogrammas "Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde" maksas pakalpojumi un citi pašu ieņēmumi		11 424,72
No apakšprogrammas "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe"		23 336,32
Avansā samaksātie līdzekļi		10 136,32
Pēc MK sēdes protokola Nr.53. "Par fiskālās disciplīnas un uzraudzības nodrošināšanas pasākumiem" iedalītie līdzekļi		626 012,94
No rēķina ieturētie līdzekļi par neapmaksāto līgumsodu		649,81

Valsts imunizācijas programmas ietvaros, atbilstoši Ministru kabineta noteikumos Nr.330 „Vakcinācijas noteikumi" paredzētajam, nepieciešamo vakcīnu apjomus un vakcīnu veidus plāno Latvijas Infektoloģijas centrs, kas veic vakcīnu pasūtījumu un izpildes koordināciju starp ārstniecības, vakcinācijas iestādēm un piegādātājiem. Savukārt, Centrs organizē iepirkumu procedūras, slēdz līgumus, veic līgumu izpildes kontroli un apmaksā faktiski veiktās vakcīnu piegādes.

Tabulā ir apkopota informācija par vakcīnu, standarta tuberkulīna un šļirču piegādes līgumiem, kuri tika noslēgti saskaņā ar iepirkuma procedūru 2007.gadā par laika periodu 2008.-2009.gadam, sadalījumā pa piegādātājiem.

Vakcīnu pasūtījumu un piegāžu skaits 2009.gadā atsevišķām vakcīnām kā vakcīna pret *difteriju, stingumkrampjiem, bezšūnu garo klepu, poliomielītu (DTaP- IPV-Hib), (DTaP – IPV) un (DT)* ir palielinājies, salīdzinot ar vakcīnu pasūtījumu 2008.gadā, jo 2008.gadā minēto vakcīnu izlietojumam tika izmantotas iepriekšējā periodā iepirktās vakcīnas, līdz pilnībā tika apgūti iepriekšējā periodā noslēgto līgumu apjomi, kā rezultātā 2009.gadā tika prognozēts mazāks nepieciešamās vakcīnas apjoms salīdzinājumā ar pieprasījumu.

Pilnībā netika apgūts vakcīnas *Hepatitis B,* attīrīts antigēns bērniem no dzimšanas līdz 15 gadu vecumam *(Engerix B 10mcg/0.5 ml)* plānotais apjoms, jo novērota 14-15.g. pusaudžu zema vakcinācijas apmeklētība. Savukārt, 2009.gadā neizlietotās pret ērču encefalīta vakcīnu atlikumi tiks izlietoti revakcinācijas turpināšanai 2010.gadā.

Šļirču pasūtījums 2009. gadā ir samazinājies sakarā ar to, ka iepriekšējā periodā ir iepirkti lieli apjomi, gan arī tādēļ, ka vakcīnas tiek iepirktas pilnšļircēs.

32.tabula

Vakcīnu, standarta tuberkulīna un šļirču piegāde no 2008.gada līdz 2009.gadam

Nr.p.k.	Vakcīnu/ standarta tuberkulīna vai šļirču nosaukums	Vakcīnu oriģinālais nosaukums	Piegādātājs	Līgumā plānotais vienību skaits	IZPILDE			*Novirze no plānotā*
					2008.gads	2009.gads	Kopā	
1	Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, bezšūnu garo klepu, poliomielītu un Haemophilus influnzae b tipu (DTaP - IPV - Hib) Combined diphtheria - tetanus- acellular pertussis, inactivated polio and Haemophilus influezae type b vaccine	Pentaxim/ Infanrix-IPV-Hib	SIA "Vakcīna"	130 360	60 747	**64 351**	125 098	*-5 262*
2	Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem un bezšūnu garo klepu un poliomielītu (DTaP - IPV) Component acellular pertusis vaccine combined with diphteria, tetanus toxoids adsorbed and poliomyelitidis inactivatum	Tetraxim		43 460	21 738	**22 310**	44 048	*588*
3	Vakcīna pret ērču encefalītu bērniem no 12 līdz 15 gadiem Encephalitis, tick borne, inactivated, whole virus	Tico Vac 0.25 ml suspension for injection in prefilled syringe		17 700	8 727	**7 130**	15 857	*-1 843*
4	Vakcīna pret ērču encefalītu bērniem no 16 līdz 17 gadiem Encephalitis, tick borne, inactivated, whole virus	Tico Vac 0.5 ml suspension for injection in prefilled syringe		10 440	5 187	**4 541**	9 728	*-712*
5	Menigokoku vakcīna bērniem ar hematoloģiskām, onkoloģiskām slimībām, primāru un kombinētu imūndeficītu Meningococcal vaccine	Meningococcal polysaccharide A + C vaccine powder and solvent for suspension for injection		30	15	**5**	20	*-10*
6	Pneimokoku polisaharīdu vakcīna bērniem ar asplēniju vecumā no 2 gadiem Pneumococcal vaccine	Pneumo 23		22	11	**3**	14	*-8*
7	Šļirces intramuskulārām injekcijām Syringe			1 125 000	29 000	**142 725**	171 725	*-953 275*

8	Vakcīna pret masalām, masaliņam un epidēmisko parotītu (MPR) Measles, combinations with mumps and rubella, live attenuated	Vakc.M-M-RVAXPRO 0.5ml/ 1DOS N1	A/S "Recipe Plus"	82 910	40 862	**40 909**	81 771	*-1 139*
9	Vējbaku vakcīna (Vaccinum varicellae vivum)	Vakc.Varilrix 0.5ml N1		43 460	15 211	**15 379**	30 590	*-12 870*
10	Konjugēta vakcīna pret pneimokoku infekciju bērniem ar asplēniju vecumā no 2 mēneši līdz 2 gadiem Pneumococcal vaccine	Vakc.Prevenar 0.5ml N1		18	9	**5**	14	*-4*
11	Šļirces tuberkulīna un Tuberculosis dzīvas novājinātas baktērijas ievadei Tuberculin and Tuberculosis, live attenuated syringe			226 700	53 700	**93 210**	146 910	*-79 790*
12	Hepatitis B, attīrīts antigēns bērniem no dzimšanas līdz 15gadu vecumam Heptatitis B, purified antigen	Engerix B 10mcg/0,5ml	SIA "Tamro"	275 700	118 380	**106 265**	224 645	*-51 055*
13	Vakcīna pret poliomielītu (IPV) Vaccinum poliomyelitis inactivatum	Poliorix		39 460	21 917	**18 532**	40 449	*989*
14	Hepatitis B, attīrīts antigēns hemodialīžu slimniekiem Heptatitis B, purified antigen	Engerix B 40mcg		1 000	291	**267**	558	*-442*
15	Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (DT) Tetanus toxoid, combinations with diphteria toxoid	D.T. Vax	SIA "Oriola Rīga"	60 000	30 790	**30 370**	61 160	*1 160*
16	Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (dT adult) Tetanus toxoid, combinations with diphteria toxoid	Imovax d.T. Adult		374 950	130 100	**194 570**	324 670	*-50 280*
17	Trakumsērgas vakcīna Rabies vaccine	Verorab		57 080	3 605	**18 608**	22 213	*-34 867*
18	Vakcīna pret ērču encefalītu bērniem līdz 11 gadiem Encephalitis, tick borne, inactivated, whole virus	Encepur children		31 860	15 836	**14 326**	30 162	*-1 698*
19	Vakcīna pret difteriju, stinguma krampjiem un poliomielītu (Td - IPV) Diphteria - poliomyelitis - tetanus	Dultavax		48 450	23 779	**20 581**	44 360	*-4 090*
20	Tuberculosis, dzīvas novājinātas baktērijas *Tuberculosis live attenuated*	BCG Vaccine	SIA "Elpis"	102 200	35 680	**40 350**	76 030	*-26 170*
21	Standarta tuberkulīns *Tuberculin*	Tuberculin PPD		405 300	52 755	**62 640**	115 395	*-289 905*

33.tabula

Iepirkuma procedūras „Par fenilketonūriju un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu piegādi" 2009.gada līgumu izpilde

N. p.k.	Ārstnieciskā līdzekļa nosaukums	Līgumu apjoms 2009.gadam		Izpilde		Novirze (+/-)	
		Plānotais vienību skaits	Ls	Vienību skaits	Ls	Vienību skaits	Ls
1	Aminoskābju formula bez fenilalanīna (mātes pienam līdzīga formula) bērniem līdz 2 gadu vecumam	275	7 323,53	248	6 604,49	-27	-719,04
2	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no 2 līdz 8 gadu vecumam)	960	47 382,72	1335	65 891,60	375	18 508,88
3	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no 8 gadu vecuma un pieaugušajiem) (Ja 100 g preparāta proteīna saturs ir 39 g)	1950	138 030,75	2445	173 069,32	495	35 038,57
4	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no 8 gadu vecuma un pieaugušajiem) (Ja 100 g preparāta proteīna saturs ir 60 g)	22	3 418,01	0	0,00	-22	-3 418,01
5	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no 14 gadu vecuma un pieaugušajiem) (Ja 100.g. preperāta proteīna saturs ir no 61.g. līdz 70.g. ieskaitot)	540	70 482,26	120	15 662,72	-420	-54 819,54
6	Aminoskābe L-Citruline	54	2 167,98	42	1 686,21	-12	-481,77
7	Vidēji garo taukskābju maisījums MCI OIL vai ekvivalents*	28	331,01	22	260,08	-6	-70,93
8	Monogen vai ekvivalents*	109	1 851,74	156	2 650,19	47	798,45
9	Aminoskābju maisījums bez metionīna (bērniem no 2 līdz 8 gadu vecumam, kuriem diagnoze homocistīnūrija	22	1 863,40	36	3 049,20	14	1 185,80
10	Aminoskābju maisījums bez metionīna SHS XMET Maxamum (bērniem no astoņu gadu vecuma un pieaugušajiem, kuriem diagnoze homocistīnūrija) (Ja 100g preparāta proteīna ekvivalents no 31g līdz 40 ieskaitot)	24	3 250,45	36	4 875,67	12	1 625,22
11	Aminoskābju maisījums bez metionīna MILUPA HOM ADVANTA vai ekvivalents (bērniem no 8 gadu vecuma un pieaugušajiem, kuriem diagnoze homocistīnūrija)	24	4 350,19	0	0,00	-24	-4 350,19
12	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no 8 gadu vecuma un pieaugušajiem)	106	17 430,50	106	17 430,45	0	-0,05
13	Piena aizvietotājs ar zemu fenilalanīna saturu līdz 100mg uz 100 g pulvera (sausais pulveris)	250	2 634,78	286	3 014,18	36	379,41
14	Milti bez fenilalanīna	2350	6 824,40	2705	7 855,32	355	1 030,92
15	Spageti	397	1 686,09	397	1 686,10	0	0,01
16	Nūdeles	397	1 686,09	397	1 686,10	0	0,01
17	Spirāles	365	1 550,17	365	1 550,19	0	0,02
18	Makaroni	343	1 456,75	343	1 456,76	0	0,01
Kopā:			**313 720,80**		**308 428,58**		**-5 292,22**

Ārstniecības līdzekļu un ārstniecisko pārtikas produktu nepieciešamo apjomu pacientiem plāno un to lietošanu nosaka Bērnu Universitātes klīniskā slimnīca, savukārt, Centrs veic iepirkumu un apmaksā noslēgto līgumu izpildi. 2009.gadā Bērnu Universitātes klīniskās slimnīcas valsts Medicīniskās ģenētikas centrā bija reģistrēti 63 pacienti, kuri uzturā lieto fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas ārstniecības līdzekļus un ārstnieciskos pārtikas produktus. Savukārt, uz 2009.gada beigām pacientu skaits palielinājies par 16 pacientiem. 2009.gadā nepieciešamo ārstniecības līdzekļu un ārstniecisko pārtikas produktu apjoms, salīdzinājumā ar 2008.gadu ir samazinājies. Apjoma samazināšanu ir veicinājusi situācija valsts budžetā, kur nepietiekoša finansējuma apstākļos, mazākā apjomā tika iepirkti dažādi makaronu izstrādājumi.

Lai nodrošinātu bērniem vajadzīgās koncentrācijas aminoskābes, tika veiktas izmaiņas līgumu izpildes gaitā, jo bija nepieciešams palielināt aminoskābju maisījuma piegādes bērniem virs divu gadu un astoņu gadu vecuma, vienlaicīgi samazinot aminoskābju apjomus bērniem līdz divu gadu vecumam un vecumā grupā bērniem no četrpadsmit gadiem.

4. AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES DARBĪBAS ANALĪZE

Izmantotie termini

Primārās veselības aprūpes (turpmāk – PVA) **ģimenes ārsti** - visi primārajā veselības aprūpē strādājošie ģimenes ārsti, tajā skaitā arī internisti un pediatri, saskaņā ar Noteikumu Nr. 1046 239., 240. un 240.[1] punktu.

Ģimenes ārsti - primārajā veselības aprūpē strādājošie ģimenes ārsti, tajā skaitā arī internisti un pediatri, saskaņā ar Noteikumu Nr. 1046 239., 240. un 240.[1] punktu, kuriem ģimenes ārsta pacientu reģistrā ir reģistrēti pacienti un kuriem tiek maksāta kapitācijas nauda, saskaņā ar Noteikumu Nr. 1046 nosacījumiem.

Primārās veselības aprūpes speciālisti – primārajā veselības aprūpē strādājošie ģimenes ārsti, ārsta palīgi (feldšeri), māsas un vecmātes.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes (turpmāk – SAVA) **speciālisti** - visi sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē strādājošie ārsti.

Unikālais pacients - pacients, kurš ir saņēmis kādu vienu vai vairākus (atbilstoši datu atlases nosacījumiem) veselības aprūpes pakalpojumus konkrētā laika periodā, bet pakalpojumu saņēmušo pacientu kopā tiek uzskaitīts tikai vienreiz.

Ambulatorajai veselības aprūpei 2009.gadā plānoti līdzekļi Ls 114 272 295. No tiem primārajai veselības aprūpei paredzēti Ls 45 764 251, bet sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem plānoti Ls 72 162 487.

4.1. Vispārējie rādītāji

34.tabula

Ambulatorās veselības aprūpes plānotais līdzekļu apjoms un faktiskais izlietojums

N.p.k.	Maksājums	Plānotais apjoms, Ls	Faktiskā izpilde līguma ietvaros, Ls
LĪDZEKĻI AMBULATORAI APRŪPEI KOPĀ, *t.sk.*		**114 272 295,00**	**119 127 936,00**
	Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku	*50,52*	*52,67*
1.	**Primārās veselības aprūpes ārstu pakalpojumi, *t.sk.***	**45 764 251,00**	**47 643 486,00**
	Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku	*20,23*	*21,06*
	% no ambulatorajiem līdzekļiem	*40,05*	*39,99*
1.1.	Primārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa	34 027 496,00	35 784 117,00
1.2.	Pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	2 297 905,00	2 503 719,00
1.3.	Primārā veselības aprūpē veikto manipulāciju apmaksa	3 352 284,00	3 439 473,00
1.4.	Zobārstniecība	6 086 566,00	5 916 177,00
2. Pārējo ambulatoro (sekundārās ambulatorās veselības aprūpes) pakalpojumu apmaksa, *t.sk.*		**72 162 487,00**	**71 484 450,00**
	Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku	*31,91*	*31,61*
	% no ambulatorajiem līdzekļiem	*63,15*	*60,01*
2.1.	Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa	67 205 858,00	66 274 065,00
2.2.	Pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	4 956 629,00	5 210 385,00
3. Pārdalei no ambulatorās veselības aprūpes līdzekļiem par decembra norēķiniem, *t.sk.*		**-3 654 443,00**	**-**
	Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku	*-1,62*	-
	% no ambulatoriem līdzekļiem	*-3,20*	-

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

Ambulatorajai veselības aprūpei 2009.gadā plānoti līdzekļi Ls 114 272 295. No tiem primārajai veselības aprūpei paredzēti Ls 45 764 251 jeb 40,05% no ambulatorajai veselības aprūpei plānotajiem līdzekļiem. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem plānoti Ls 72 162 487 jeb 63,15% no ambulatorajai veselības aprūpei plānotajiem līdzekļiem. No ambulatorās veselības aprūpes līdzekļiem tika novirzīti līdzekļi Ls 3 654 443 jeb 3,20% pārdalei par decembra norēķiniem stacionārajai palīdzībai.

No kapitācijas naudas neizmaksātā mainīgā ģimenes ārsta darbības novērtējuma daļas veidotā uzkrājuma izlietojums

Noteikumu Nr.1046 67.punkts nosaka, ka kapitācijas naudas ārsta darbības novērtējuma (mēneša un gada) mainīgā maksājuma neizmaksāto daļu Centrs izlieto jaunatveramo ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai un ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai. Jaunatveramo ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai centrs var piešķirt līdzekļus, ja tiek ievēroti šādi nosacījumi:

- ģimenes ārsta prakses atrašanās vietas nepieciešamību ir noteicis centrs, saskaņojot to ar pašvaldību;
- ģimenes ārsts jaunajā prakses atrašanās vietā vienlaikus nav ārstniecības iestādes darbinieks;
- ģimenes ārsta prakse vai ģimenes ārsts iepriekš nav saņēmis dotāciju prakses aprīkošanai;
- ģimenes ārsta prakse ir līgumattiecībās ar centru ne ilgāk kā 12 mēnešus.

35.tabula

No kapitācijas naudas neizmaksātā mainīgā ģimenes ārsta darbības novērtējuma daļas veidotā uzkrājuma izlietojums 2009.gadā

Līdzekļu saņēmējs	Piešķirtie līdzekļi, Ls	Līdzekļu izlietojuma mērķis
Vidzemes nodaļa		
SIA „VIVENDA" A.Viškintes jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošanai	5978,00	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei
D.Ģērmanes jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	7791,32	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam
J.Žīgura jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	5112,00	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei
Latgales nodaļa		
I.Čivkules jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošanai	25 083,35	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam
I.Lapšova jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	5950,00	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei
Zemgales nodaļa		
Z.Atmanovičas jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	13 347,75	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam
D.Eglītes jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	10 646,84	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam
Kurzemes nodaļa		
P.Bleses jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	5437,69	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei
I.Pūpolas jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	9905,47	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam

Rīgas nodaļa		
I.Freimaņa jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	12 313,98	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam
V.Upmanes jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	7032,56	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam
D.Pavlovas jaunatveramās ģimenes ārsta prakses aprīkošana	7462,19	Aprīkojuma (mēbeļu, datortehnikas un biroja tehnikas) iegādei un telpu remontam
Kopā:	**116 061,15**	

36.tabula

Ambulatorās veselības aprūpes rezultatīvie rādītāji

Rādītāji	Kurzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Rīgas nodaļa	Vidzemes nodaļa	Zemgales nodaļa	Kopā valstī:
Unikālo pacientu skaits, *t.sk.*	**252 822**	**223 987**	**874 673**	**216 814**	**237 919**	**1 561 601**
pie PVA speciālistiem	222 135	191 284	550 306	192 089	205 169	1 352 440
pie SAVA speciālistiem	122 584	133 882	470 314	116 394	123 735	913 474
palīgkabinetos*	148 240	144 929	652 843	116 705	124 960	1 038 175
Aprūpes epizožu skaits, *t.sk.*	**1 548 393**	**1 611 520**	**5 470 145**	**1 365 800**	**1 410 995**	**11 406 853**
pie PVA speciālistiem	815263	722897	2017175	735012	747081	5 037 428
pie SAVA speciālistiem	299328	373302	1338478	292072	301135	2 604 315
palīgkabinetos*	433802	515321	2114492	338716	362779	3 765 110
Ambulatoro apmeklējumu skaits, *t.sk.*	**1 852 793**	**1 884 347**	**6 291 299**	**1 653 357**	**1 702 846**	**13 384 642**
pie PVA speciālistiem	1083744	935236	2679789	984266	998466	6 681 501
pie SAVA speciālistiem	335247	433790	1497018	330375	341601	2 938 031
palīgkabinetos*	433802	515321	2114492	338716	362779	3 765 110

*dati par ārstniecības iestāžu apmeklējumiem, kuru laikā veikti tikai izmeklējumi (laboratoriskie, radioloģiskie, funkcionālā diagnostika, endoskopiskie u.c.)

37.tabula

Ambulatoro apmeklējumu vidējās izmaksas (neskaitot pacienta iemaksu), Ls

Rādītāji	2008.gads	2009.gads
pie PVA speciālistiem	6.09	5,87
pie SAVA speciālistiem*	11.97	9.47
pie SAVA speciālistiem **	7.21	4.85

* pie sekundārās veselības aprūpes ārstiem, ieskaitot tiešās pieejamības kabinetos un palīgkabinetos veikto darbu.

** pie sekundārās veselības aprūpes ārstiem, ieskaitot tiešās pieejamības kabinetos veikto darbu.

38.tabula

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi sadalījumā pa pakalpojumu programmām

Nr. p.k.	Pakalpojuma veids	Plāns			Izpilde			"+" pārstrāde; "-" neizstrāde	Aprēķinātā pacientu iemaksas kompensācija par atbrīvotajām kategorijām (Ls)
		Līguma summa (Ls)	Plānotais pacientu skaits/ izmeklējumu skaits	1 pacienta/ izmeklējuma vidējās plānotās izmaksas (Ls)	Veiktais darba apjoms (Ls)	Faktiskais pacientu skaits/ izmeklējumu skaits	1 pacienta/ izmeklējuma vidējās faktiskās izmaksas (Ls)		
1.	**Izmeklējumi un terapija, *t.sk.***	**21 501 433,83**	**2 134 949**	**10,07**	**21 279 786,86**	**1 960 138**	**10,86**	**-221 646,97**	**520 715,50**
1.1.	Magnētiskā rezonanse	1 891 155,00	24 595	76,89	1 707 936,66	23 727	71,98	-183 218,34	31 361,50
1.2.	Kompjūter-tomogrāfija	5 217 510,00	111 013	47,00	5 566 686,04	98 462	56,54	349 176,04	60 330,00
1.3.	Ultrasonogrāfija	2 338 037,10	358 568	6,52	2 438 986,02	338 807	7,20	100 948,92	99 387,00
1.4.	Radionuklīdā diagnostika	256 107,00	10 015	25,57	404 920,80	8 561	47,30	148 813,80	730,50
1.5.	Rentgenoloģija	5 290 898,65	887 518	5,96	4 070 026,47	765 397	5,32	-1 220 872,18	231 293,00
1.6.	Osteodensito-metrija	606 178,00	47 843	12,67	412 720,75	37 218	11,09	-193 457,25	1 433,00
1.7.	Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	1 705 003,08	444 380	3,84	1 801 672,43	434 489	4,15	96 669,35	48 810,00
1.8.	Endoskopija	1 942 748,00	63 155	30,76	1 960 228,32	57 721	33,96	17 480,32	12 292,00
1.9.	Neiroelektro-fizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	431 249,00	20 022	21,54	399 666,82	18 323	21,81	-31 582,18	14 950,50
1.10	Doplerogrāfija	1 246 333,00	83 621	14,90	1 362 281,49	89 841	15,16	115 948,49	16 588,00
1.12.	Mammogrāfija	337 288,00	41 370	8,15	331 864,18	35 480	9,35	-5 423,82	1 918,00
1.13.	Staru terapija	238 927,00	42 849	5,58	822 796,88	52 112	15,79	583 869,88	1 622,00
2.	**Laboratoriskie izmeklējumi, *t.sk.***	**12 414 270,96**	**8 649 741**	**1,44**	**12 574 954,60**	**8 088 383**	**1,55**	**160 683,64**	**0,00**
2.1.	Klīniskās analīzes	3 095 702,76	3 014 157	1,03	3 015 221,23	2 873 535	1,05	-80 481,53	0,00
2.2.	Klīniskās ķīmiskās analīzes	6 381 546,20	5 062 480	1,26	6 624 627,34	4 720 198	1,40	243 081,14	0,00
2.3	Citoloģiskās analīzes	517 976,00	167 052	3,10	412 447,63	138 707	2,97	-105 528,37	0,00
2.4.	Mikrobioloģiskās analīzes	213 283,00	47 210	4,52	249 144,70	40 085	6,22	35 861,70	0,00
2.5.	Imunoloģiskās analīzes	1 434 020,00	294 655	4,87	1 355 323,98	254 195	5,33	-78 696,02	0,00
2.6.	Virusoloģiskās analīzes	56 256,00	13 143	4,28	59 538,19	13 365	4,45	3 282,19	0,00

2.7.	Parazitoloģiskās analīzes	21 481,00	20 019	1,07	21 834,00	18 973	1,15	353,00	0,00
2.8.	Ģenētiskās analīzes	301 531,00	5 879	51,29	369 088,65	4 496	82,09	67 557,65	0,00
2.9.	Himērisma monitorings pēc alogēno kaulu smadzeņu vai perifērisko asiņu cilmes šūnu transplantācijas, izmantojot STR lokusu genotipēšanu	18 065,00	107	168,83	17 279,66	101	171,09	-785,34	0,00
2.10.	Laboratoriskie izmeklējumi, kas nav iekļauti nevienā pakalpojumu programmā	374 410,00	25 039	14,95	450 449,22	24 728	18,22	76 039,22	0,00
3.	**Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi, *t.sk.***	**10 016 441,68**	**483 555**	**20,71**	**10 932 612,69**	**329 890**	**33,14**	**916 171,01**	**638 513,50**
3.1.	Hemodialīze dienas stacionārā	3 195 773,00	52 057	61,39	3 239 693,40	49 515	65,43	43 920,40	198 979,00
3.2.	Koronarogrāfija dienas stacionārā	1 861 169,00	3 983	467,28	1 999 796,21	4 672	428,04	138 627,21	127,00
3.3.	Koronaro-angioplastija dienas stacionārā	1 631 069,00	606	2 691,53	1 853 898,49	718	2 582,03	222 829,49	22,00
3.4.	Rehabilitācija dienas stacionārā	546 920,00	86 794	6,30	568 865,13	67 072	8,48	21 945,13	136 711,00
3.5.	Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā dienas stacionārā	703 039,00	20 469	34,35	1 073 159,56	7 535	142,42	370 120,56	976,50
3.6.	Citi ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	669 336,00	33 927	19,73	838 932,85	13 508	62,11	169 596,85	17 854,00
3.7.	Ķīmijterapija dienas stacionārā	182 752,00	26 467	6,90	16 524,24	2 070	7,98	-166 227,76	815,00
3.8.	Staru terapija dienas stacionārā	130 588,00	11 617	11,24	16 485,01	27	610,56	-114 102,99	5,00
3.9.	Pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi	1 095 795,68	247 635	4,43	1 325 257,80	184 773	7,17	229 462,12	283 024,00
4.	**Rehabilitācijas pakalpojumi**	**1 653 143,00**	**394 908**	**4,19**	**1 797 350,07**	**383 529**	**4,69**	**144 207,07**	**55 705,00**
5.	**Fizikālās medicīnas pakalpojumi**	**413 726,00**	**202 898**	**2,04**	**445 214,59**	**207 419**	**2,15**	**31 488,59**	**61 942,00**
6.	**Ikmēneša fiksētais maksājums (tāmes**	**4 298 010,45**	**X**	**X**	**4 298 010,45**	**X**	**X**	**0,00**	**4 108,50**

	finansējums) speciālistu un ārstniecību struktūrvienību darba apmaksai, *t.sk.*								
6.1.	Ikmēneša fiksētais maksājums TPS pakalpojumu apmaksai, *t.sk.*	2 659 251,09	X	X	2 659 251,09	X	X	0,00	4 108,50
	- psihiatrs*	1 614 168,63	X	X	1 614 168,63	X	X	0,00	3 544,00
	- narkologs*	435 015,10	X	X	435 015,10	X	X	0,00	564,50
	- ftiziopulmonologs*	610 067,36	X	X	610 067,36	X	X	0,00	0,00
6.2.	Ikmēneša fiksētais maksājums citu speciālistu un ārstniecības struktūrvienību darba apmaksai, *t.sk.*	1 638 759,36	X	X	1 638 759,36	X	X	0,00	0,00
	- diabētiskās pēdas aprūpes kabinets	221 285,39	X	X	221 285,39	X	X	0,00	0,00
	- paliatīvās aprūpes kabinets	241 603,00	X	X	241 603,00	X	X	0,00	0,00
	- bronhiālās astmas kabinets	102 651,48	X	X	102 651,48	X	X	0,00	0,00
	- traumpunkts	1 054 694,68	X	X	1 054 694,68	X	X	0,00	0,00
	- stomas kabinets	18 524,81	X	X	18 524,81	X	X	0,00	0,00
7.	**Speciālistu pakalpojumi, *t.sk.***	**10 408 930,51**	**2 093 325**	**4,97**	**9 945 037,81**	**1 922 053**	**5,17**	**-463 892,70**	**2 484 015,50**
	-kardiologs	212 292,00	57 026	3,72	207 351,19	56 547	3,67	-4 940,81	40 674,00
	-ftiziopneimonologs*	75 157,28	20 086	3,74	82 902,26	14 849	5,58	7 744,98	52 041,00
	-endokrinologs	679 154,00	160 899	4,22	648 616,02	155 253	4,18	-30 537,98	50 673,50
	-ķirurgs	1 481 255,00	268 434	5,52	1 510 830,83	255 681	5,91	29 575,83	509 391,00
	-urologs	366 184,27	55 411	6,61	412 227,53	49 794	8,28	46 043,26	14 810,00
	-traumatologs –ortopēds	996 302,03	157 403	6,33	874 470,15	163 484	5,35	-121 831,88	171 023,00
	-ginekologs, dzemdību speciālists	1 393 390,99	361 887	3,85	1 281 770,07	313 758	4,09	-111 620,92	148 143,50
	-onkologs	422 581,02	88 239	4,79	442 902,26	77 092	5,75	20 321,24	19 244,50
	-neirologs	704 981,91	201 700	3,50	709 293,28	186 539	3,80	4 311,37	239 437,50
	-oftalmologs	2 001 802,39	380 396	5,26	1 709 974,73	342 774	4,99	-291 827,66	402 733,00
	-otolarngologs	1 413 121,52	180 414	7,83	1 394 370,29	158 916	8,77	-18 751,23	518 998,00
	-dermatovenerologs	454 652,96	118 836	3,83	481 712,51	99 924	4,82	27 059,55	196 024,50

	-psihiatrs*	10 501,25	3 306	3,18	12 531,11	8 837	1,42	2 029,86	60 036,50
	-narkologs*	1 995,89	806	2,48	290,88	124	2,35	-1 705,01	8 825,50
	-pārējie speciālisti	195 558,00	38 482	5,08	175 794,70	38 481	4,57	-19 763,30	51 960,00
8.	**Ģenētisko slimnieku konsultēšana**	**21 477,00**	**608**	**35,32**	**20 507,72**	**692**	**29,64**	**-969,28**	**2 350,00**
9.	**Ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas**	**115 079,00**	**9 508**	**12,10**	**63 980,20**	**1 552**	**41,22**	**-51 098,80**	**3 169,00**
10.	**Tiesu psihiatriskā ekspertīze**	**140 942,00**	**1 261**	**111,77**	**117 031,56**	**1 041**	**112,42**	**-23 910,44**	**0,00**
11.	**Ambulatorā palīdzība surdoloģijā**	**328 854,00**	**12 562**	**26,18**	**295 900,62**	**14 534**	**20,36**	**-32 953,38**	**32 908,00**
12.	**Multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana.**	**27 082,00**	**2 063**	**13,13**	**29 705,62**	**1 298**	**22,89**	**2 623,62**	**1 865,00**
13.	**Pārējie ambulatorie sekundārās veselības aprūpes pasākumi**	**2 328 701,47**	**405 842**	**5,74**	**1 665 667,31**	**212 930**	**7,82**	**-663 034,16**	**223 404,50**
Kopā:		**63 668 091,90**	**14 391 220**	**X**	**63 465 760,10**	**13 123 459**	**X**	**-202 331,80**	**4 028 696,50**

*Ārstu speciālistu : narkologs, psihiatrs, ftiziopneimonologs darba apmaksai tiek piemēroti 2 principi:

- ikmēneša fiksētais maksājums (tāmes finansējums) sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus pacientiem ar Noteikumu Nr.1046 76.2.apakšpunktā minētajām diagnozēm;
- apmaksa pēc veiktā darba.

Tabulā **„Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi sadalījumā pa pakalpojumu programmām"** apkopoti dati par ārstniecības iestāžu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām un par ārstējošo pacientu/izmeklējumu skaitu, tās vidējām izmaksām.

1. Izmeklējumu un terapijas pakalpojumu nodrošināšanai noslēgti līgumi par Ls 21 501 434, veiktā darba apjoms ir Ls 21 279 787, kas ir 98,97% no līgumu kopsummas. Ārstniecības iestādēs veiktie izmeklējumi un terapijas pakalpojumi nesasniedz līgumā plānoto finanšu apmēru, arī pacientu/izmeklējumu skaits ir mazāks nekā līgumā plānots, līdz ar to veidojas plānotā gada finanšu apmēra neizpilde. Pacientu/izmeklējumu skaits pavisam ir 1 960 138 pacienti/izmeklējumi, kas ir 91,81% no plānotā gadam. Lielākā daļa neizpildes ir rentgenoloģijas izmeklējumiem Ls 1 220 872 jeb 23,07% no plānotās līguma summas.

2. Laboratorisko izmeklējumu veikšanai noslēgto līgumu summa Ls 12 414 271, tās lielāko daļu Ls 10 911 269 veido klīniskās ķīmiskās analīzes, klīniskās analīzes un imunoloģiskās analīzes, kas ir 87,89% no līgumu kopsummas. Laboratorijas izmeklējumu veiktais finanšu apjoms sasniedz Ls 12 574 955, kas ir 101,29% no plānotā finanšu apjoma gadam. Pārstrāde virs līguma summas, galvenokārt, veidojas veicot klīniskās ķīmiskās analīzes Ls 243 081 jeb 3,81% no plānotā finanšu apjoma gadam.

3. Dienas stacionārā sniegto pakalpojumu nodrošināšanai noslēgto līgumu summa Ls 10 016 442, tās lielāko daļu Ls 6 688 011 veido hemodialīze dienas stacionārā, koronarogrāfija dienas stacionārā un koronaroangioplastija dienas stacionārā, kas ir 66,77% no līgumu kopsummas. Dienas stacionārā sniegto pakalpojumu veiktais finanšu apjoms Ls 10 932 613, kas ir 109,15% no līgumu kopsummas. Viena no lielākām pārstrādēm virs līguma finanšu apjoma ir ķirurģijas pakalpojumiem oftalmoloģijas dienas stacionārā Ls 370 121 jeb 52,65% no plānotā finanšu apjoma gadam.

4. Speciālistu pakalpojumu noslēgto līgumu summa Ls 10 408 931, savukārt, veiktā darba apjoms ir Ls 9 945 038, kas ir 95,54% no līgumu kopsummas. Speciālistu sniegtie pakalpojumi nesasniedz līguma plānoto finanšu apmēru, pacientu/izmeklējumu skaits ir mazāks nekā plānots, līdz ar to veidojas plānotā gada finanšu apmēra neizpilde. Pacientu/izmeklējumu skaits pavisam ir 1 922 053 pacienti/izmeklējumi, kas ir 91,82% no plānotā gadam. Lielākā daļa neizpildes ir oftalmologa pakalpojumiem Ls 291 828 jeb 14,58% no plānotā finanšu apjoma gadam.

39.tabula

Ambulatoro pacientu iemaksu kompensācija par atbrīvotajām kategorijām, tās sadalot pa pacientu grupām pēc prioritātes *(dilstošā secībā)*

Pacientu grupas kods	Pacientu grupas nosaukums	Pacientu iemaksu kompensācija primārajā veselības aprūpē, Ls	Pacientu iemaksu kompensācija sekundārajā veselības aprūpē, Ls
61	Miris	8 667,50	16 061,50
15	Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	27 769,00	162 730,50
23	Iedzīvotājs, kuram veic vakcināciju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	229 808,00	1 394,50
67	Vakcinācija pret gripu par valsts budžeta līdekļiem	85,50	0,00
16	Iedzīvotājs, kuram veic profilaktiskās apskates Ministru kabineta noteiktā kārtībā	466 075,50	485 474,00
11	Bērni līdz 18 gadu vecumam	1 643 806,00	3 091 831,50
12	Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	67 338,00	189 718,50
13	Černobiļas atomelektrostacijas avāriju seku likvidācijā cietušās personas	12 545,50	39 981,00
4	Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērtēšanu un grūtniecības norisi	9 471,00	695 333,50
85	Personas, kas saņem paliatīvo un/vai veselības aprūpi mājās	2 633,00	0,00
14	Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošas personas	23 373,50	67 32,50
59	1.grupas invalīds	32 708,50	75 075,00
3	Personas, kas saņem ārstniecības pakalpojumus to infekcijas slimību gadījumos, kuras ir laboratoriski apstiprinātas un pakļautas reģistrācijai saskaņā ar MK noteikumiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību	647,50	37 359,00
5	Psihiatriska ārstēšanās	97,00	245 718,50
2	Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	162,50	38 178,00
47	Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	123,50	170 727,50
8.3	Pacienti, kuriem nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija	0,00	0,00
84	Orgānu donori	2,00	0,00
24	Iedzīvotājs, kuram veic pasīvo imūnterapiju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	164,00	886,00
8	Pacienti, kuriem pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gada laikā pārsniegusi 400 latus	607,50	891,00
Kopā:		**2 526 085,00**	**5 318 492,50**

40.tabula

Ambulatoro pacientu iemaksu kompensācija par atbrīvotajām kategorijām, tās sadalot pēc unikalitātes

Pacientu grupas kods	Pacientu grupas nosaukums	Pacientu iemaksu kompensācija primārajā veselības aprūpē, Ls	Pacientu iemaksu kompensācija sekundārajā veselības aprūpē, Ls
61	Miris	7 796,00	16 933,00
15	Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	27 454,00	165 546,00
23	Iedzīvotājs, kuram veic vakcināciju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	229 835,50	1 394,50
67	Vakcinācija pret gripu par valsts budžeta līdekļiem	4 450,00	0,00
16	Iedzīvotājs, kuram veic profilaktiskās apskates Ministru kabineta noteiktā kārtībā	534 332,00	485 818,00
11	Bērni līdz 18 gadu vecumam	2 035 119,00	3 205 285,50
12	Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	66 937,50	192 243,50
13	Černobiļas atomelektrostacijas avāriju seku likvidācijā cietušās personas	12 905,00	40 078,50
4	Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērtēšanu un grūtniecības norisi	10 154,50	740 644,00
85	Personas, kas saņem paliatīvo un/vai veselības aprūpi mājās	2 724,00	5,00
14	Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošas personas	27 459,00	69 66,00
59	1.grupas invalīds	34 646,00	78 542,00
3	Personas, kas saņem ārstniecības pakalpojumus to infekcijas slimību gadījumos, kuras ir laboratoriski apstiprinātas un pakļautas reģistrācijai saskaņā ar MK noteikumiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību	1 179,50	41 837,00
5	Psihiatriska ārstēšanās	165,00	264 882,00
2	Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	419,50	48 365,50
47	Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	223,00	203 526,50
8.3	Pacienti, kuriem nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija	8,00	2,00
84	Orgānu donori	2,00	0,00
24	Iedzīvotājs, kuram veic pasīvo imūnterapiju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	323,00	1 351,00
8	Pacienti, kuriem pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gada laikā pārsniegusi 400 latus	647,00	903,00

41.tabula

Ģimenes ārsta ikmēneša ieņēmumi 2009. gadā, Ls

Ieņēmumu veids	Viena ģimenes ārsta izmaksas gadā līdz 1000 pacientiem	Viena ģimenes ārsta izmaksas gadā 1000 -2000 pacientiem	Viena ģimenes ārsta izmaksas gadā virs 2000 pacientiem
Kapitācijas nauda	6 028	10 468	14 464
Aprēķināta PVA ārsta mēneša kvalitātes piemaksa	350	613	851
Aprēķināts par PVA veiktām manipulācijām	1 801	3 046	4 433
Fiksētais maksājums prakses uzturēšanai	2 880	2 880	2 880
Pacientu iemaksas kompensācija reģistrētiem pacientiem	1 093	1 149	1 469
Piemaksas	2 057	3 112	4 230
Samaksa par īslaicīgo pacientu un nereģistrēto pacientu aprūpi	359	352	506
PVA ārstu piemaksa par māsām un ārsta palīgiem	3 674	6 043	8 553
SAVA līdzekļu izmaksa	83	155	221
Vidēji ieņēmumi gadā:	**18 325**	**27 819**	**37 607**
Gada kvalitātes nauda par 2008.gadu	628	934	1 271
Ārstu skaits:	**135**	**999**	**228**
Kopā vidējie ieņēmumi gadā:	**18 953**	**28 753**	**38 877**

42.tabula

Līgumattiecībās ar Veselības norēķinu centru strādājošie ārsti
(pamatspecialitātes un apakšspecialitātes)

Specialitātes nosaukums	2007.gads	2008.gads	2009.gads
ģimenes (vispārējās prakses) ārsts	1339	1322	1342
zobārsts	528	601	645
ginekologs, dzemdību speciālists	504	465	504
internists	440	417	439
radiologs diagnosts	401	409	419
ķirurgs	383	368	398
anesteziologs, reanimatologs	351	342	386
pediatrs	305	322	327
oftalmologs	250	260	265
neirologs	255	238	250
traumatologs, ortopēds	212	208	231
kardiologs	209	201	203
otorinolaringologs	189	189	198
psihiatrs	154	164	173

laboratorijas ārsts	176	163	163
endokrinologs	96	106	111
urologs	100	100	110
dermatologs, venerologs	106	107	108
pneimonologs	88	89	89
fizikālās medicīnas ārsts	70	75	81
rehabilitologs	59	67	80
narkologs	65	77	75
patologs	76	74	72
bērnu ķirurgs	67	66	70
neonatologs	77	63	63
onkologs	75	54	61
mutes, sejas un žokļu ķirurgs	56	67	59
nefrologs	56	53	56
gastroenterologs	42	43	48
bērnu neirologs	43	39	38
neiroķirurgs	42	36	38
onkoloģijas ķīmijterapeits	18	16	37
arodslimību ārsts	36	25	33
hematologs	30	33	32
infektologs	27	25	25
onkoloģijas ķirurgs	22	24	25
reimatologs	23	21	24
radiologs terapeits	22	20	23
asinsvadu ķirurgs	20	18	21
bērnu psihiatrs	14	18	20
neatliekamās palīdzības ārsts	20	18	20
ortodonts	18	18	20
plastiskais ķirurgs	12	12	17
bērnu pneimonologs	14	14	16
Sirds ķirurgs	15	16	16
Tiesu psihiatrijas eksperts	8	15	15
bērnu infektologs	16	14	14
ambulatorais ķirurgs	14	10	13
bērnu alergologs	9	13	13
onkoloģijas ginekologs	15	12	12
ģenētiķis	14	11	11
bērnu kardiologs	8	10	10
bērnu reimatologs	10	10	10
Tiesu medicīnas eksperts	9	9	9
torakālais ķirurgs	9	9	8
bērnu gastroenterologs	6	7	7
bērnu zobārsts	8	7	6
bērnu endokrinologs	4	4	5
bērnu hematoonkologs	4	5	5
fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts	1	1	4
Zobu protēzists	2	2	2
paradontologs	1	1	1

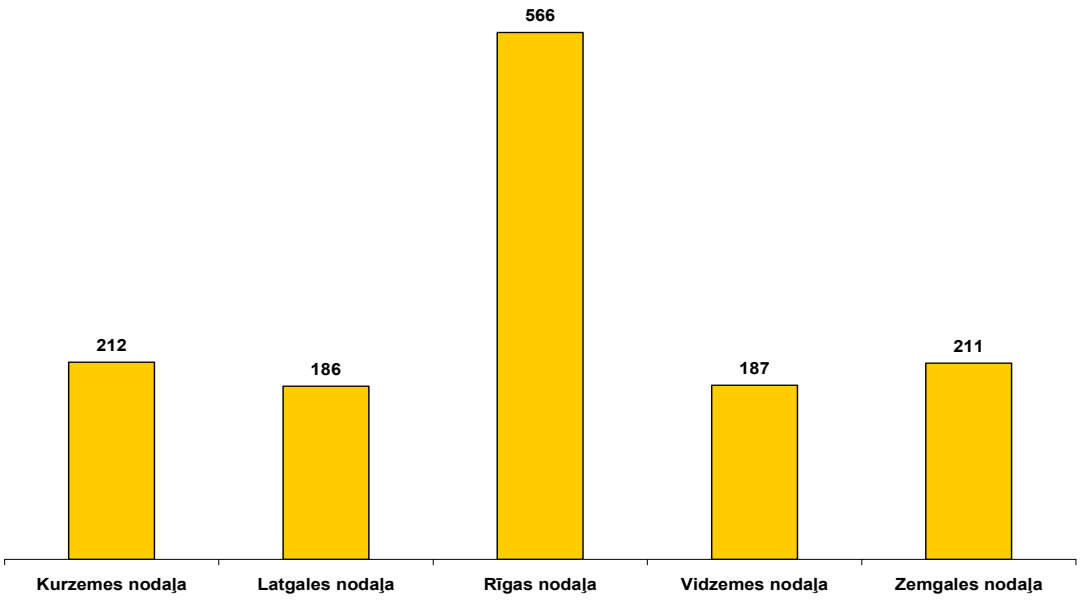
43.tabula

Līgumattiecības ar Veselības norēķinu centru strādājošās ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas

Specialitātes nosaukums	2007.gads	2008.gads	2009.gads
Ambulatorās aprūpes māsa	564	608	829
Ārsta palīgs (feldšeris)	399	403	488
Fizioterapeits	205	214	252
Medicīnas māsa	109	141	204
Bērnu aprūpes māsa	138	126	171
Fizikālās terapijas māsa	122	127	145
Zobu higiēnists	93	108	122
Terapijas māsa	30	36	118
Ķirurģiskās aprūpes māsa	17	18	95
Feldšeris laborants	94	72	78
Masieris	65	60	66
Vecmāte	43	45	61
Zobu feldšeris	39	44	45
Logopēds	41	35	41
Ergoterapeits	23	33	36
Funkcionālās diagnostikas māsa	32	35	35
Biologs	29	34	34
Ftiziopulmonoloģijas māsa	20	21	33
Garīgās veselības aprūpes māsa	10	20	33
Diabēta aprūpes māsa	21	25	30
Laborants	24	28	30
Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa	6	10	26
Traumatoloģijas un ortopēdijas māsa	7	8	26
Bērnu masieris	16	14	21
Sabiedrības veselības māsa	19	23	21
Zobārstniecības māsa	16	27	18
Podiatrijas māsa	12	16	17
Laboratorijas speciālists	7	7	15

14.attēls

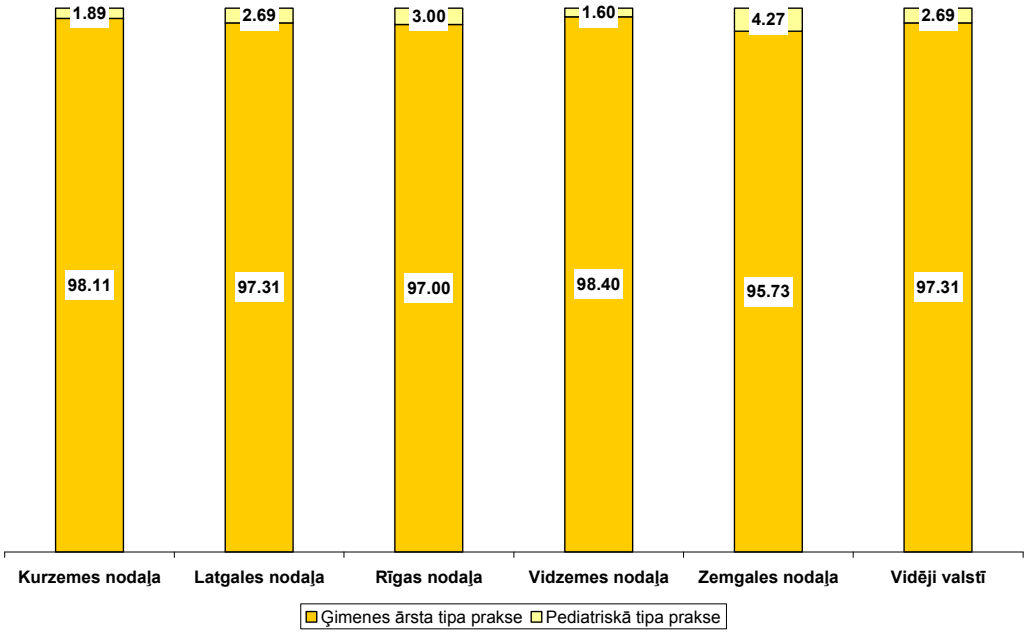
Ģimenes ārstu sadalījums pa teritoriālajām nodaļām



Līgumattiecībās ar Centru uz 2009.gada 31.decembri ir 1 362 ģimenes ārsti ar kopējo reģistrēto pacientu skaitu 2 157 930. Ģimenes ārstu sadalījums pa reģioniem ir proporcionāli līdzīgs. Visvairāk ģimenes ārstu strādā Rīgas teritorijā, kur ir vislielākais iedzīvotāju blīvums.

15.attēls

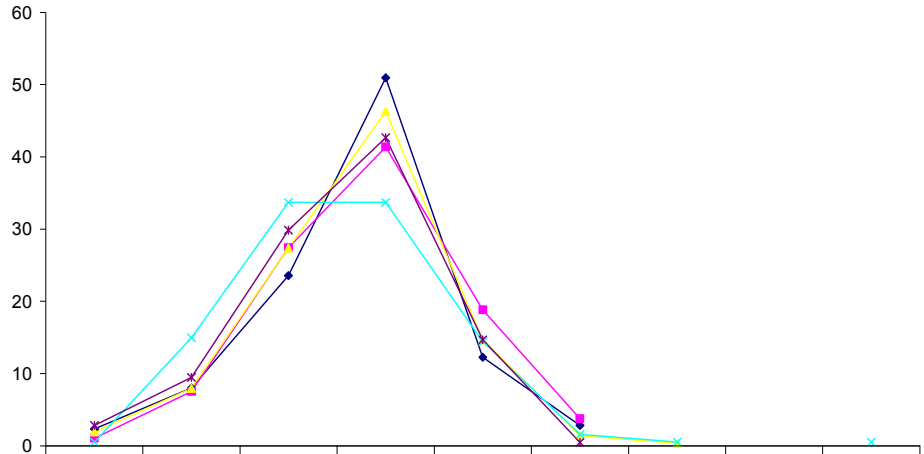
Ģimenes ārstu sadalījums pēc prakšu tipa, %



Pārsvarā visiem primārās veselības aprūpes ārstiem ir specialitāte – ģimenes (vispārējās prakses) ārsts – 97,3%. Visās Centra teritoriālajās nodaļās ģimenes ārstu sadalījums pēc specialitātes ir proporcionāls.

16.attēls

Ģimenes ārstu skaits (%) pēc reģistrēto pacientu skaita pa Centra teritoriālajām nodaļām



	0-499	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999	4000 un vairāk
Kurzemes nodaļa	2,36	8,02	23,58	50,94	12,26	2,83			
Latgales nodaļa	1,08	7,53	27,42	41,4	18,82	3,76			
Rīgas nodaļa	1,94	7,95	27,39	46,29	14,66	1,41	0,35		
Vidzemes nodaļa	0,53	14,97	33,69	33,69	14,44	1,6	0,53		0,53
Zemgales nodaļa	2,84	9,48	29,86	42,65	14,69	0,47			

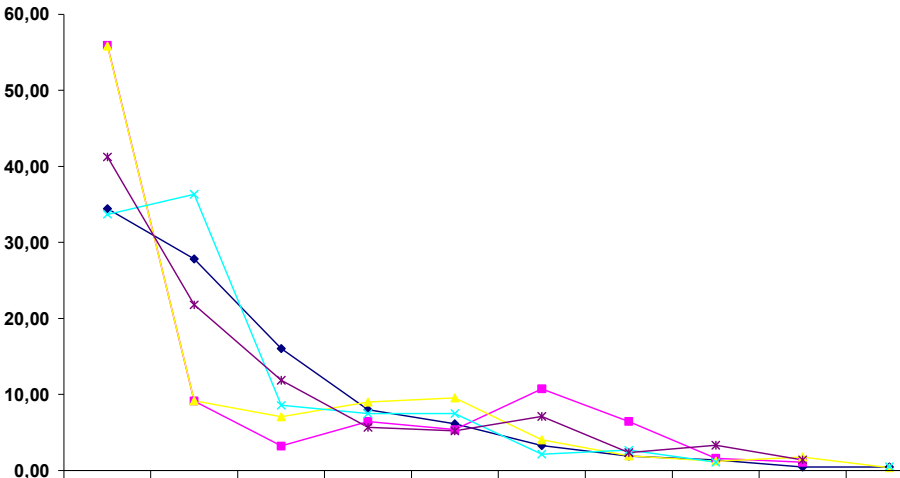
Ģimenes ārstu skaits tika dalīts pēc reģistrēto pacientu skaita pie viena ģimenes ārsta. Aģentūra par vienu pilnu slodzi uzskata ģimenes ārsta praksi, kur kopējais reģistrēto pacientu skaits ir 1800 vai 800 bērni (vecumā līdz 18 gadiem).

Grafiks atspoguļo situāciju, ka lielākais ģimenes ārstu prakšu īpatsvars ir ar vidējo reģistrēto pacientu skaitu robežās no 1500 līdz 2000. Tātad, lai būtu nodrošināta kvalitatīva aprūpe, ģimenes ārsti necenšas praksē reģistrēt vairāk kā 2000 pacientus,.

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

17.attēls

Ģimenes ārstu skaits (%) pēc reģistrēto bērnu īpatsvara pa Centra teritoriālajām nodaļām



	0-9%	10-19%	20-29%	30-39%	40-49%	50-59%	60-69%	70-79%	80-89%	90-100%
Kurzemes nodaļa	34,43	27,83	16,04	8,02	6,13	3,30	1,89	1,42	0,47	0,47
Latgales nodaļa	55,91	9,14	3,23	6,45	5,38	10,75	6,45	1,61	1,08	
Rīgas nodaļa	55,83	9,19	7,07	9,01	9,54	4,06	1,94	1,24	1,77	0,35
Vidzemes nodaļa	33,69	36,36	8,56	7,49	7,49	2,14	2,67	1,07		0,53
Zemgales nodaļa	41,23	21,80	11,85	5,69	5,21	7,11	2,37	3,32	1,42	

Ģimenes ārstu skaits tika dalīts pēc reģistrēto pacientu vecumā līdz 18 gadiem īpatsvara uz vienu ģimenes ārstu. Vidēji 44% no ģimenes ārstu prakšu kopskaita reģistrēti mazāk kā 10% pacientu vecumā līdz 18 gadiem. Ģimenes ārstu prakšu skaits, kurā lielākā daļa reģistrēto pacientu sastāda bērni, ir 42, no kurām četrās praksēs bērnu skaits ir vairāk kā 90%.

Ambulatoro apmeklējumu skaits vienam pacientam gadā

Par ambulatoro apmeklējumu tiek uzskatīts pacienta kontakts ar ārstniecības personu noteiktā laikā un vietā: ambulatorajā ārstniecības iestādē, slimnīcas ambulatorās palīdzības nodaļā, ja tāda ir, un uzņemšanas nodaļā, ja slimnieku nehospitalizē, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē, ja tajā organizēta ambulatorās palīdzības sniegšana.

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

Centrs par pacientiem uzskata visas personas, kas ir iekļautas Centra veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā – tie ir visi Latvijas Republikas iedzīvotāji, kuri ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta, vai atbilst Ārstniecības likuma 17. panta nosacījumiem.

44.tabula

Ambulatoro apmeklējumu skaits

Teritoriālā nodaļa	PVA speciālisti			SAVA speciālisti		
	2007.gads	2008. gads	2009. gads	2007.gads	2008. gads	2009. gads
Kurzemes nodaļa	3,1	3,0	3,1	1,0	1,1	1,0
Latgales nodaļa	2,9	3,0	3,0	1,4	1,5	1,4
Rīgas nodaļa	2,9	2,9	2,8	1,6	1,7	1,5
Vidzemes nodaļa	3,3	3,3	3,3	1,2	1,2	1,1
Zemgales nodaļa	3,1	3,0	3,0	1,1	1,1	1,0
Vidēji valstī:	**3,1**	**3,0**	**3,0**	**1,3**	**1,3**	**1,2**

Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits pie PVA speciālistiem Latvijā 2009.gadā uz vienu pacientu ir līdzīgs kā 2008.gadā - vidēji 3 apmeklējumi. Pie SAVA speciālistiem apmeklējumu skaits dinamikā samazinājies no 1,3 apmeklējumiem 2008.gadā uz 1,2 apmeklējumiem 2009.gadā.

Aprūpes epizožu skaits vienam pacientam gadā

Aprūpes epizode ir laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju), līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam, bet ne ilgāks par 30 dienām. Vienu aprūpes epizodi var realizēt tikai viens ārsts. Vienā aprūpes epizodē var ietilpt vairāki ambulatorie apmeklējumi.

45.tabula

Aprūpes epizožu skaits

Teritoriālā nodaļa	PVA speciālisti			SAVA speciālisti		
	2007.gads	2008. gads	2009. gads	2007.gads	2008. gads	2009. gads
Kurzemes nodaļa	2,3	2,3	2,3	0,9	0,9	0,9
Latgales nodaļa	2,2	2,3	2,3	1,2	1,3	1,2
Rīgas nodaļa	2,1	2,1	2,1	1,4	1,5	1,4
Vidzemes nodaļa	2,5	2,5	2,5	1,0	1,1	1,0
Zemgales nodaļa	2,3	2,3	2,2	0,9	1,0	0,9
Vidēji valstī:	**2,3**	**2,2**	**2,2**	**1,1**	**1,2**	**1,1**

Vidējais aprūpes epizožu skaits pie ģimenes ārsta 2009.gadā ir saglabājies tāds pats kā 2008.gadā. Aprūpes epizožu skaits pie speciālistiem ir nedaudz samazinājies.

46.tabula

Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu aprūpes epizodi (pa gadiem)

Teritoriālā nodaļa	PVA speciālisti			SAVA speciālisti		
	2007.gads	2008. gads	2009. gads	2007.gads	2008. gads	2009. gads
Kurzemes nodaļa	1,36	1,33	1,33	1,2	1,2	1,1
Latgales nodaļa	1,31	1,28	1,29	1,2	1,2	1,2
Rīgas nodaļa	1,38	1,33	1,33	1,1	1,1	1,1
Vidzemes nodaļa	1,34	1,32	1,34	1,2	1,2	1,1
Zemgales nodaļa	1,38	1,34	1,34	1,2	1,2	1,1
Vidēji valstī:	**2,3**	**2,2**	**2,2**	**1,1**	**1,2**	**1,1**

Pie PVA speciālistiem apmeklējumu skaits vienā aprūpes epizodē 2009.gadā vidēji ir 1,33 apmeklējumi.

Apmeklējumu skaits vienā aprūpes epizodē pie SAVA speciālistiem ir samazinājies un, salīdzinoši ar iepriekšējiem gadiem, turpina samazināties, tas nozīmē, ka vai nu saslimšanas tiek ātrāk izārstētas, vai arī apmeklējumi, kas ietilpst vienā aprūpes epizodē, tiek uzrādīti kā atsevišķas aprūpes epizodes, vai arī vispār netiek uzrādīti.

47.tabula

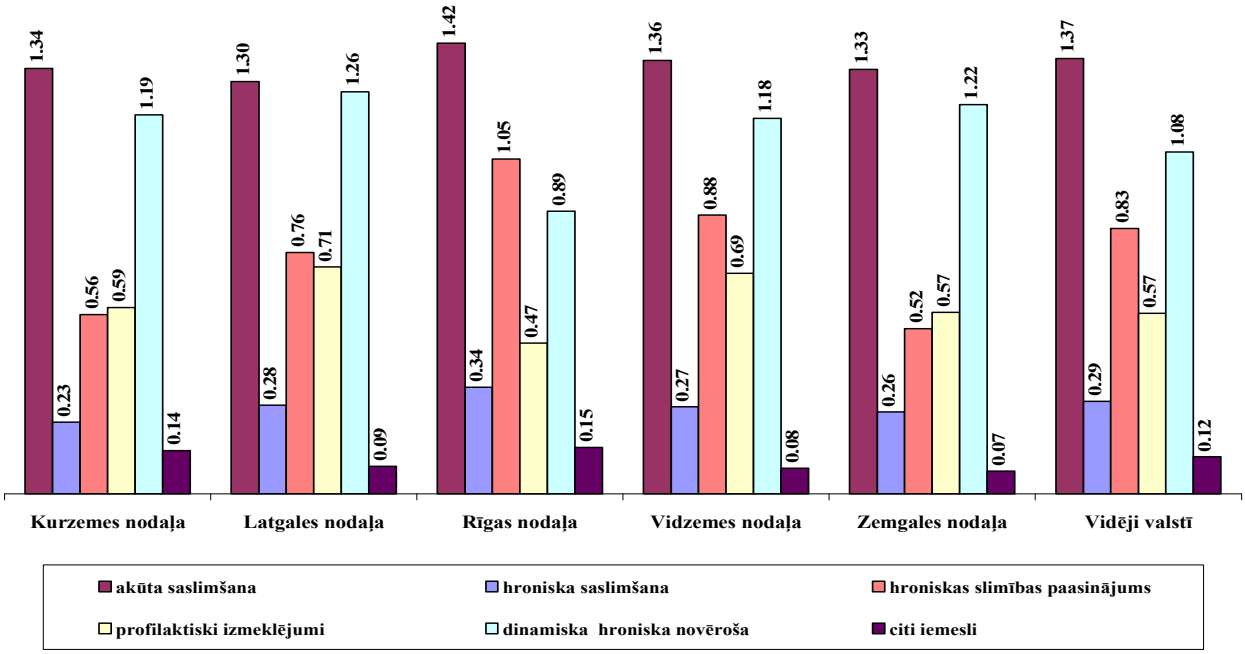
Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits dienā pie ģimenes ārstiem

Teritoriālā nodaļa	Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits dienā ģimenes ārstam	tajā skaitā	
		Vidējais ģimenes ārsta ambulatoro apmeklējumu skaits mājās dienā	Vidējais ģimenes ārsta ambulatoro apmeklējumu skaits iestādē dienā
Kurzemes nodaļa	13,57	0,50	13,07
Latgales nodaļa	14,02	0,62	13,40
Rīgas nodaļa	17,44	0,89	16,55
Vidzemes nodaļa	9,43	0,32	9,11
Zemgales nodaļa	11,54	0,36	11,18
Vidēji valstī:	**14,36**	**0,63**	**13,72**

Vidēji dienā pie viena ģimenes ārsta 2009.gadā ir 14 apmeklējumi. Apmeklējumu skaits pie Ģimenes ārstiem visās teritoriālās nodaļās ir līdzīgs, izņemot Vidzemes nodaļu, kur it nedaudz mazāk apmeklējumu.

18. attēls

Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc aprūpes epizožu veida vienam pacientam gadā



Visvairāk apmeklējumu ir akūtu saslimšanu dēļ, kā arī veicot dinamisku novērošanu. Salīdzinoši daudz apmeklējumu ir arī saistībā ar hronisku slimību paasinājumiem un profilaksi. Jāsecina, ka daudz resursu tiek novirzīts hronisku saslimšanu ārstēšanai, kā arī profilaksei.

48.tabula

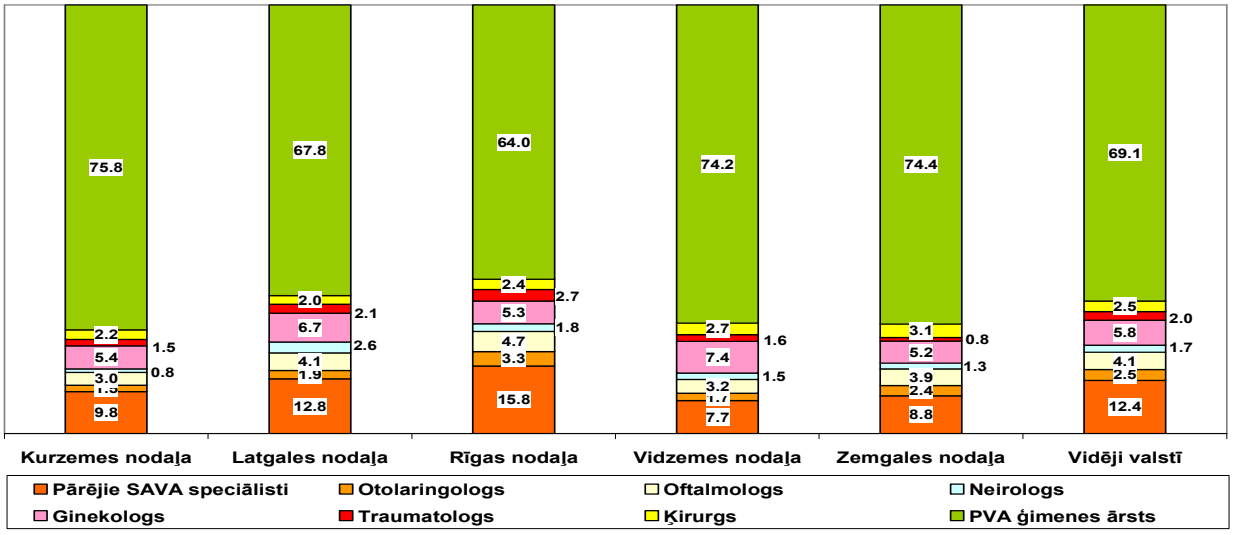
Ambulatoro apmeklējumu skaits uz aprūpes epizodi pa ārstu specialitātēm

Teritoriāla nodaļa	PVA ģimenes ārsti	Ķirurgs	Traumatologs	Ginekologs	Neirologs	Oftalmologs	Otolaringologs	Pārējās specialitātes
Kurzemes nodaļa	1,32	1,33	1,13	1,06	1,02	1,02	1,30	1,13
Latgales nodaļa	1,28	1,55	1,22	1,07	1,28	1,02	1,27	1,17
Rīgas nodaļa	1,32	1,38	1,15	1,07	1,05	1,03	1,40	1,09
Vidzemes nodaļa	1,32	1,21	1,14	1,04	1,21	1,02	1,41	1,19
Zemgales nodaļa	1,33	1,24	1,21	1,05	1,06	1,02	1,48	1,14
Vidēji valstī	**1,31**	**1,34**	**1,17**	**1,06**	**1,12**	**1,02**	**1,37**	**1,14**

Ambulatoro apmeklējumu sadalījums pa ārstu specialitātēm, pieņemot kopējo ambulatoro apmeklējumu skaitu par 100%, parāda, ka apmeklējumu skaits pie PVA ģimenes ārstiem visās Centra teritoriālajās nodaļās pārsniedz 64% no kopējā apmeklējumu skaita teritoriālās nodaļas ietvaros.

19. attēls

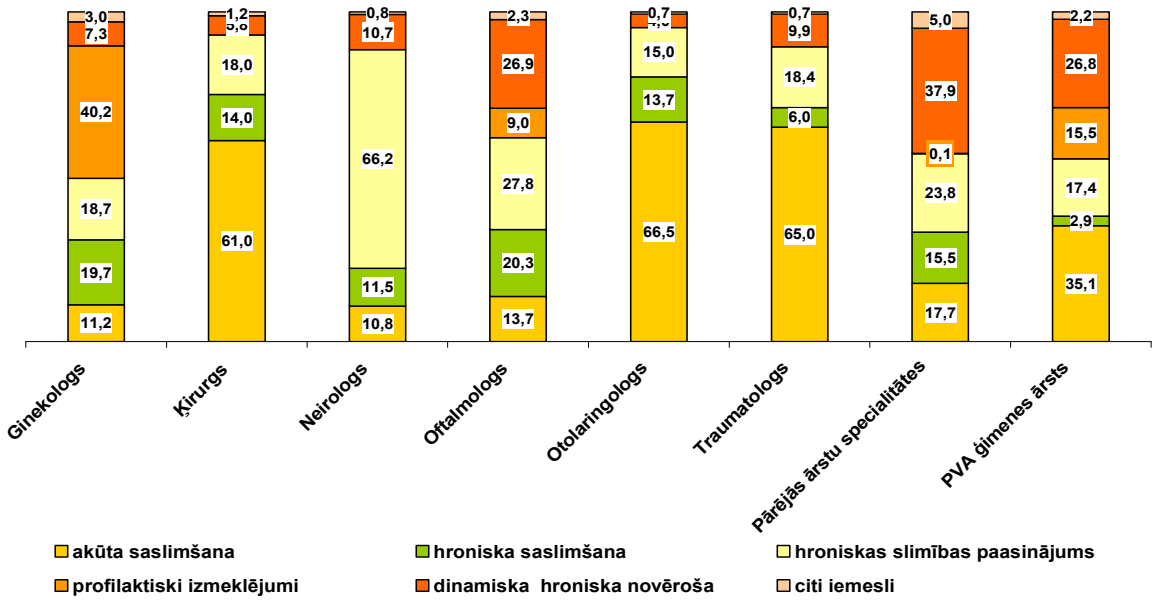
Ambulatoro apmeklējumu sadalījums pa ārstu specialitātēm, %



Jāsecina, ka ģimenes ārsti pilda savu primāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju funkciju, un primārā veselības aprūpe, iespējams, kļūst vispusīgāka un kvalitatīvāka.

20. attēls

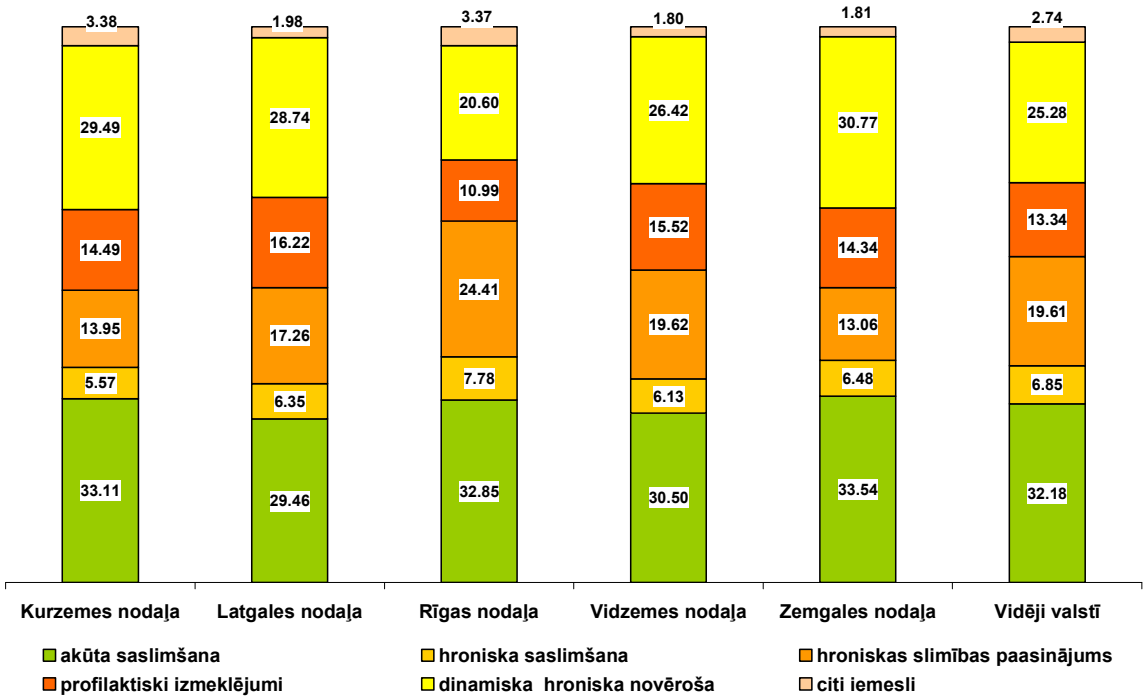
Ambulatoro apmeklējumu struktūra dažādām ārstu specialitātēm pēc aprūpes epizodes veida, %



Attēlā parāda visbiežāk apmeklējamo ārstu ambulatoro apmeklējumu sadalījumu pēc aprūpes epizožu veida. Piemēram, ķirurgi, traumatologi un otolaringologi pārsvarā sniedz veselības aprūpes pakalpojumus pie akūtām saslimšanām, bet ginekologi un neirologi salīdzinoši maz aprūpē pacientus ar akūtām saslimšanām. PVA ģimenes ārsti savā darbā 35% gadījumu strādā ar pacientiem pie akūtām saslimšanām. Savukārt hronisku saslimšanu ārstēšanas procesā lielāko īpatsvaru veido pacientu dinamiska novērošana – 26,8%. Hronisku slimību paasinājumu ārstēšana – 17,4%.

21. attēls

Ambulatoro apmeklējumu struktūra pa aprūpes epizodes veidiem teritoriālajās nodaļās, %

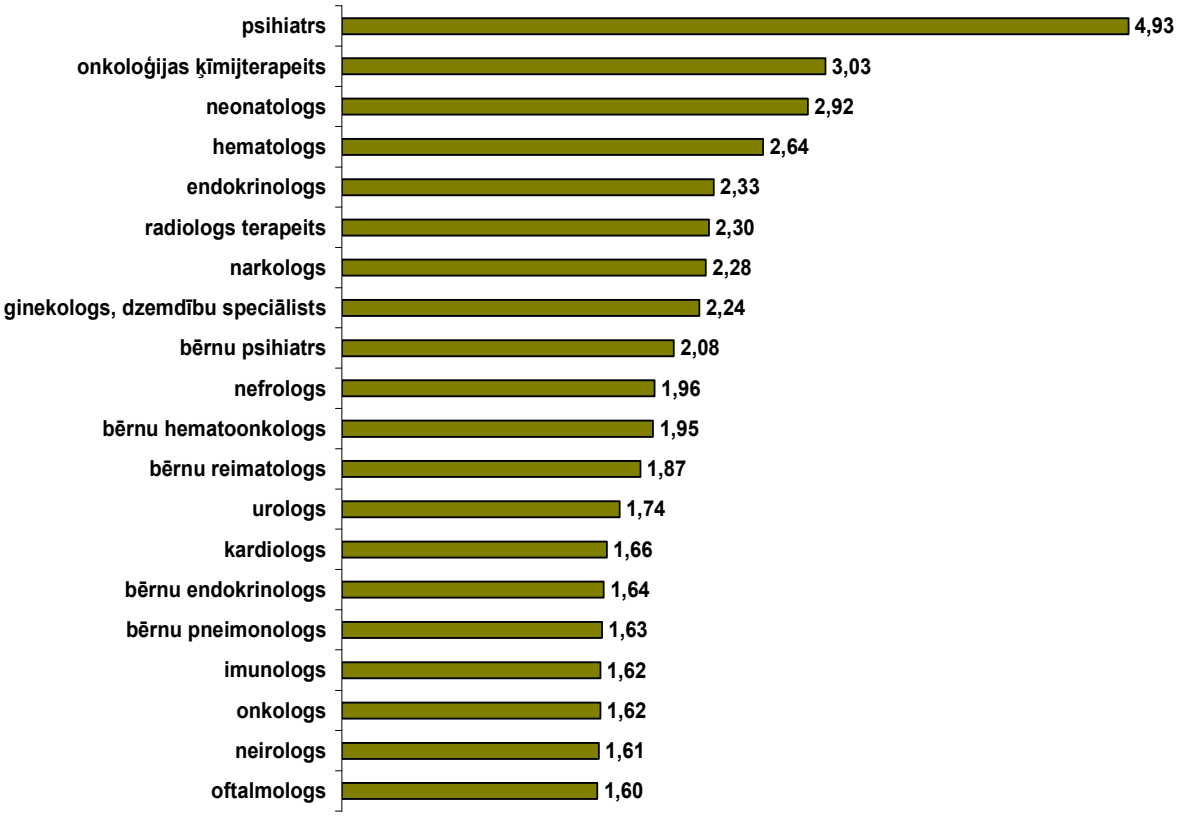


Attēls parāda ambulatoro apmeklējumu skaita sadalījumu procentos pēc aprūpes epizodes veida katrā Centra teritoriālajā nodaļā. Lielāko daļu no apmeklējumu skaita īpatsvara sastāda apmeklējumi akūtu saslimšanu dēļ.

Rīgas nodaļas teritorijā ir salīdzinoši maz apmeklējumu dinamiskas novērošanas dēļ, bet vairāk kā citās teritorijās – hronisku slimību paasinājumu dēļ. Tas izskaidrojams ar apstākli, ka dinamiskā novērošana, pārsvarā, notiek uz vietas reģionā, bet slimības sarežģījumu vai paasinājumu gadījumos palīdzība tiek saņemta Rīgā, kur ir pieejami augsti kvalificētu speciālistu pakalpojumi. Jāuzsver, ka Rīgā ir zems profilaktisko izmeklējumu īpatsvars.

22. attēls

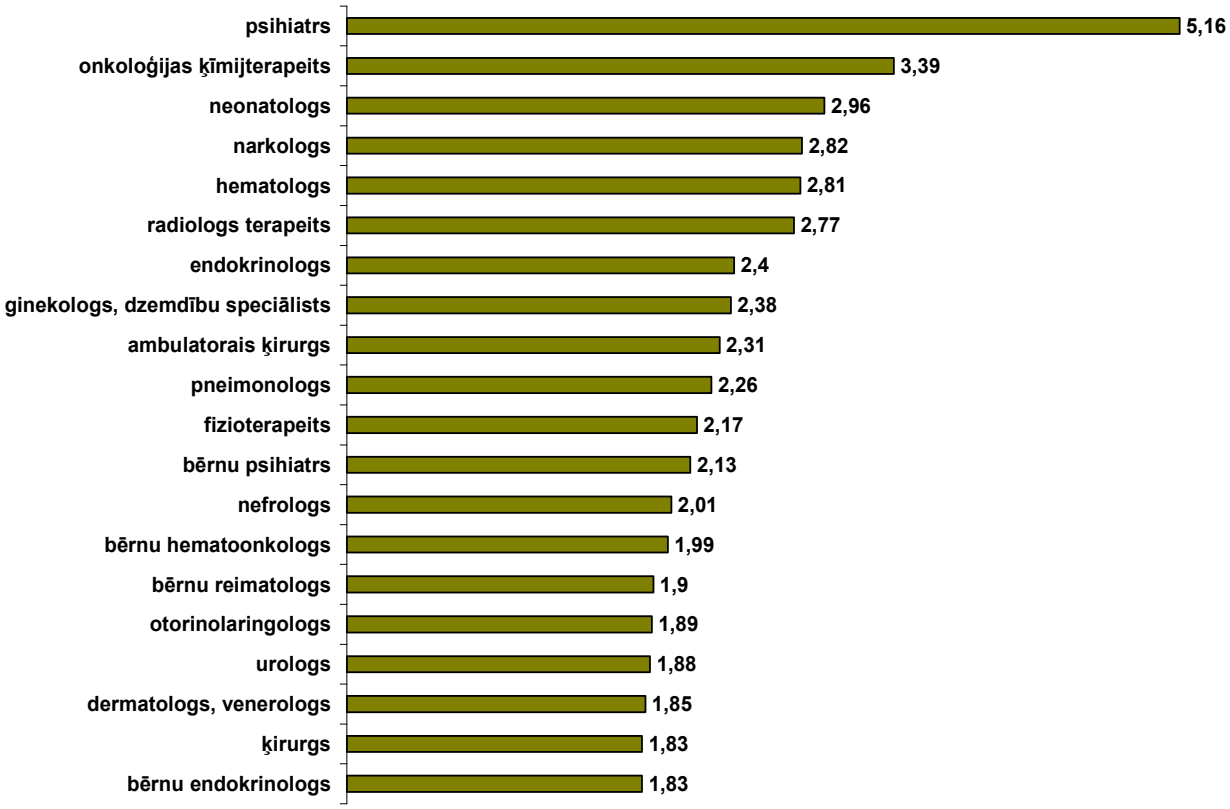
Vidējais aprūpes epizožu skaits uz vienu unikālo pacientu 2009.gadā sadalījumā pa ārstu specialitātēm (top 20)



Visvairāk aprūpes epizožu uz vienu unikālo pacientu pie noteikta speciālista ir pie psihiatra, onkoloģijas ķīmijterapeita un neonatologa. Tas saistīts ar hronisko saslimšanu norisi, jo šiem pacientiem ir nepieciešama dinamiskā novērošana pie konkrētā speciālista. Šo specialitāšu ārsti gan neveido būtiskāko īpatsvaru speciālistu pakalpojumu klāstā.

23. attēls

Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu unikālo pacientu 2009. gadā sadalījumā pa ārstu specialitātēm (top 20)



Attēlā ir apkopota informācija par vidējo apmeklējumu skaitu uz vienu unikālo pacientu gadā pie noteikta speciālista. Visbiežāk pacienti ir apmeklējuši psihiatru, onkoloģijas ķīmijterapeitu, neonatologu. Apmeklējumu skaits ir vislielākais tajās specialitātēs, kurās 2008.gadā bija vislielākais aprūpes epizožu skaits uz vienu pacientu gadā.

49.tabula

Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc pamatdiagnozes, %

Diagnožu grupas kods	Kurzemes nodaļa (%)	Latgales nodaļa (%)	Rīgas nodaļa (%)	Vidzemes nodaļa (%)	Zemgales nodaļa (%)	Vidēji valstī (%)
A00-B99	2	2	2	2	2	**2**
C00-D48	3	3	4	3	2	**3**
D50-D89	0	0	0	0	0	**0**
E00-E90	5	5	5	4	5	**5**
F00-F99	4	4	4	4	4	**4**
G00-G99	2	3	2	3	3	**2**
H00-H59	3	4	5	3	4	**4**
H60-H95	1	1	2	1	2	**1**
I00-I99	18	16	15	18	18	**17**
J00-J99	20	20	20	18	22	**20**

K00-K93	3	3	3	3	3	**3**
L00-L99	2	2	3	2	2	**2**
M00-M99	7	8	8	9	7	**8**
N00-N99	4	5	5	5	4	**5**
O00-O99	0	0	0	0	0	**0**
P00-P99	0	0	1	0	0	**0**
Q00-Q99	0	0	0	0	0	**0**
R00-R99	1	1	1	1	1	**1**
S00-T98	5	5	6	6	5	**5**
cita	18	19	14	18	16	**17**

Tabulā ambulatorie apmeklējumi sadalīti diagnožu grupās atbilstoši Starptautiskās slimību un veselības problēmu klasifikatora 10.versijai un katrā grupā aprēķināts ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pa Centra teritoriālajām nodaļām.

Lielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars ir pacientiem pie pamatdiagnozēm ar elpošanas sistēmas slimībām (J00-J99) - 20% un asinsrites sistēmas slimībām (I00-I99) - 17%. Augsts apmeklējumu skaita procentuālais rādītājs ir apmeklējumiem, kas Ambulatoro pacientu talonos kodēti ar kādu no diagnozēm, kas neietilpst nevienā klīnisko saslimšanu grupā. Lielu daļu apmeklējumu šajā grupā veido apmeklējumi saistībā ar profilaktiskajām apskatēm.

50.tabula

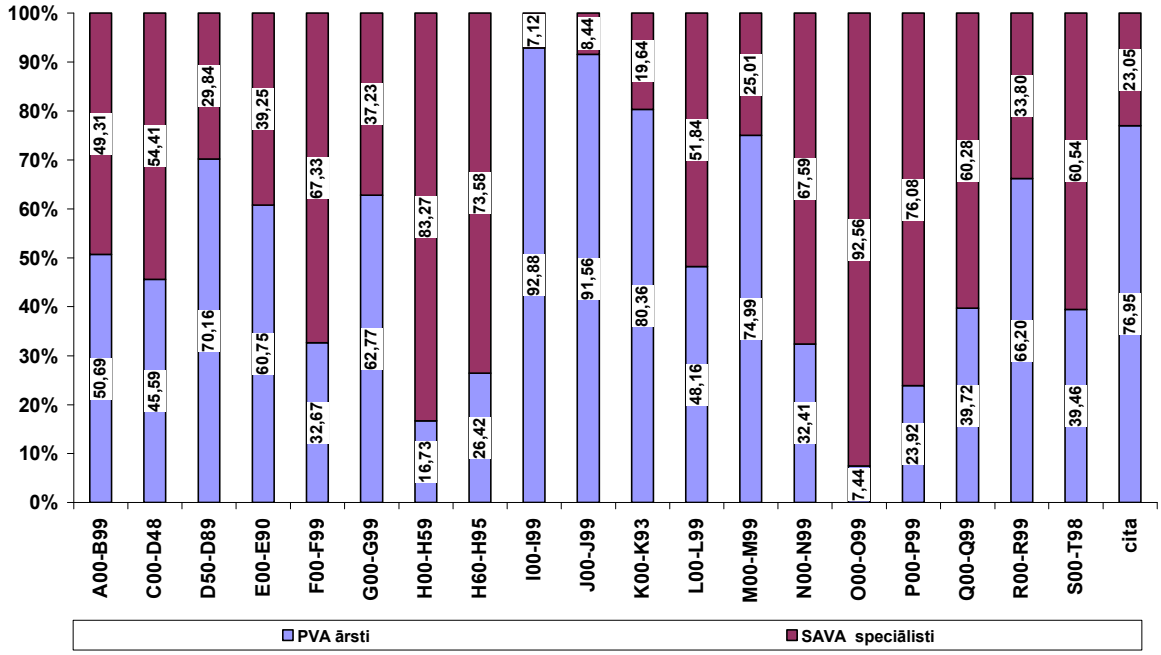
Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc pamatdiagnozes pie PVA speciālistiem un SAVA speciālistiem, %

SSK-10 kods	Diagnožu grupas pēc SSK-10	PVA speciālisti	SAVA speciālisti
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	50,69	49,31
C00-D48	Audzēji	45,59	54,41
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	70,16	29,84
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	60,75	39,25
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	32,67	67,33
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	62,77	37,23
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	16,73	83,27
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	26,42	73,58
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	92,88	7,12
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	91,56	8,44
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	80,36	19,64
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	48,16	51,84
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	74,99	25,01
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	32,41	67,59
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	7,44	92,56
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	23,92	76,08
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	39,72	60,28
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratoriska atradne	66,20	33,80
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās	39,46	60,54

	iedarbes sekas		
cita	Cita, kas nav minēta augstāk	76,95	23,05

24.attēls

Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc pamatdiagnozes pie PVA speciālistiem un SAVA speciālistiem, %



Attēlā ambulatorie apmeklējumi sadalīti diagnožu grupās, atbilstoši Starptautiskās slimību un veselības problēmu klasifikatora 10. versijai un katrā grupā aprēķināts PVA speciālistu un SAVA speciālistu apmeklējumu īpatsvars.

Pie PVA speciālistiem augsts apmeklējumu īpatsvars ir elpošanas sistēmas slimībām (J00-J99) – 91,56%, asinsrites sistēmas slimībām (I00-I99) – 92,88%, un skeleta, muskuļu un saistaudu slimībām (M00-M93) – 74,99%.

Pie SAVA speciālistiem vairāk griežas pacienti ar grūtniecību, dzemdību un pēcdzemdību periodu (O00-O99) saistītos jautājumos – 92,56%, ar noteiktiem perinatālā perioda stāvokļiem (P00-P99) – 76,08% un acu un to palīgorgānu slimībām (H00-H59) – 83,27%. Šāds kompetences sadalījums ir adekvāts. Asinsrites sistēmas un elpošanas orgānu sistēmas slimību grupā ir daudz hronisku pacientu, viņi aprūpi, galvenokārt, saņem pie ģimenes ārstiem. Šauri specializētajās klīniskajās grupās kā oftalmoloģija un otolaringaloģija, un specifiskajos dzemdniecības jautājumos, pārsvarā iesaistās speciālisti.

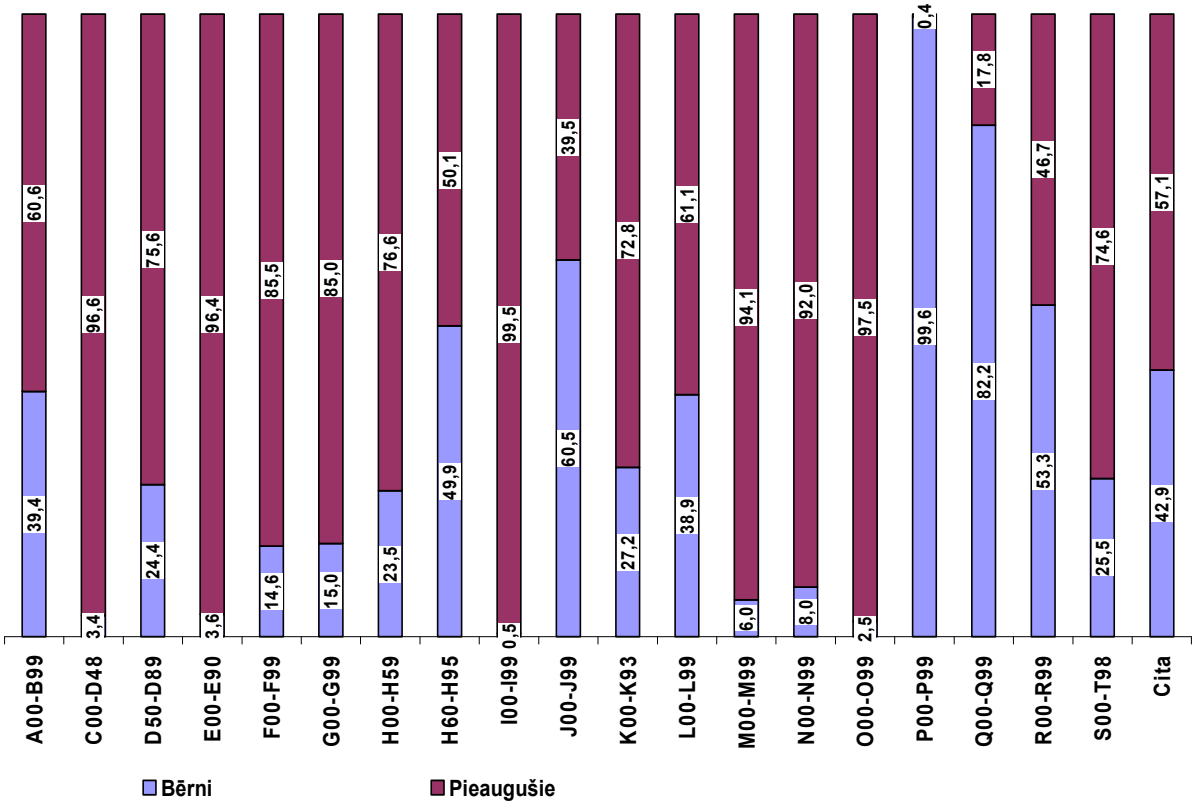
51.tabula

Ambulatorā saslimstība bērniem un pieaugušajiem pēc pamatdiagnozes, %

SSK-10 kods	Diagnožu grupas pēc SSK-10	Bērni			Pieaugušie		
		0-1 gads	1-7 gadi	7-18 gadi	18-45 gadi	45-65 gadi	65+ gadi
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	0.93	3.16	2.17	2.60	1.19	0.61
C00-D48	Audzēji	0.90	0.23	0.41	1.77	5.31	5.55
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	0.27	0.30	0.24	0.44	0.31	0.23
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	0.26	0.28	1.04	3.13	7.31	8.37
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	0.20	1.48	3.30	6.96	5.22	2.42
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	2.23	0.61	1.57	2.94	3.27	2.02
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	1.71	3.35	4.04	1.61	3.26	7.92
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	1.27	3.93	2.16	1.18	0.98	1.06
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	0.13	0.20	0.42	4.00	22.54	40.64
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	19.33	52.80	42.59	19.51	9.54	4.60
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	2.64	2.80	2.89	3.73	3.08	1.98
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	3.11	3.37	3.76	3.23	1.73	1.50
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	0.16	0.76	3.02	8.97	13.88	7.97
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	0.41	1.18	1.85	8.43	5.73	4.41
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	0.01	0.00	0.04	1.00	0.01	0.00
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	6.59	0.25	0.01	0.00	0.00	0.00
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	1.77	0.61	0.37	0.10	0.04	0.02
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratoriska atradne	1.29	1.38	2.17	0.98	0.46	0.34
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	0.92	3.09	8.01	9.17	5.53	2.55
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	0.04	0.04	0.03	0.02	0.02	0.02
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un sakari ar veselības aprūpes darbiniekiem	55.84	20.17	19.90	20.23	10.61	7.80

24.attēls

Ambulatorā saslimstība bērniem un pieaugušajiem pēc pamatdiagnozes,%

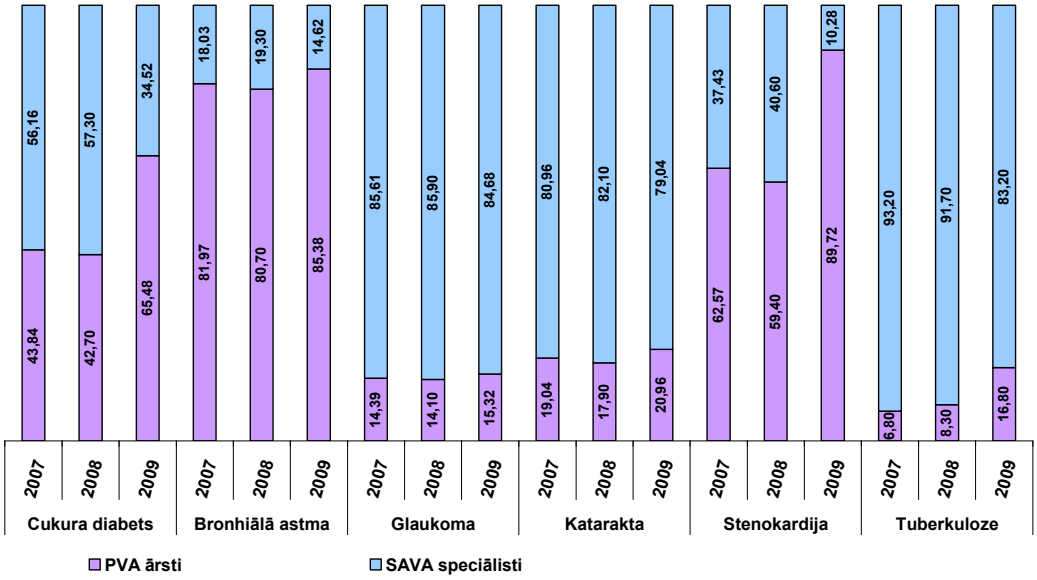


Attēlā ambulatorie apmeklējumi sadalīti diagnožu grupās atbilstoši Starptautiskās slimību un veselības problēmu klasifikatora 10.versijai un katrā grupā aprēķināts ambulatoro apmeklējumu īpatsvara sadalījums pa vecuma grupām un pamatdiagnožu grupām.

Puse jeb 55,84% no visiem apmeklējumiem bērniem līdz viena gada vecumam tiek veikti diagnožu grupā - Z00-Z99. Vecuma grupā no 65 gadiem, pacientiem lielāko daļu apmeklējumi tiek realizēti pie asinsrites sistēmas saslimšanām.

25.attēls

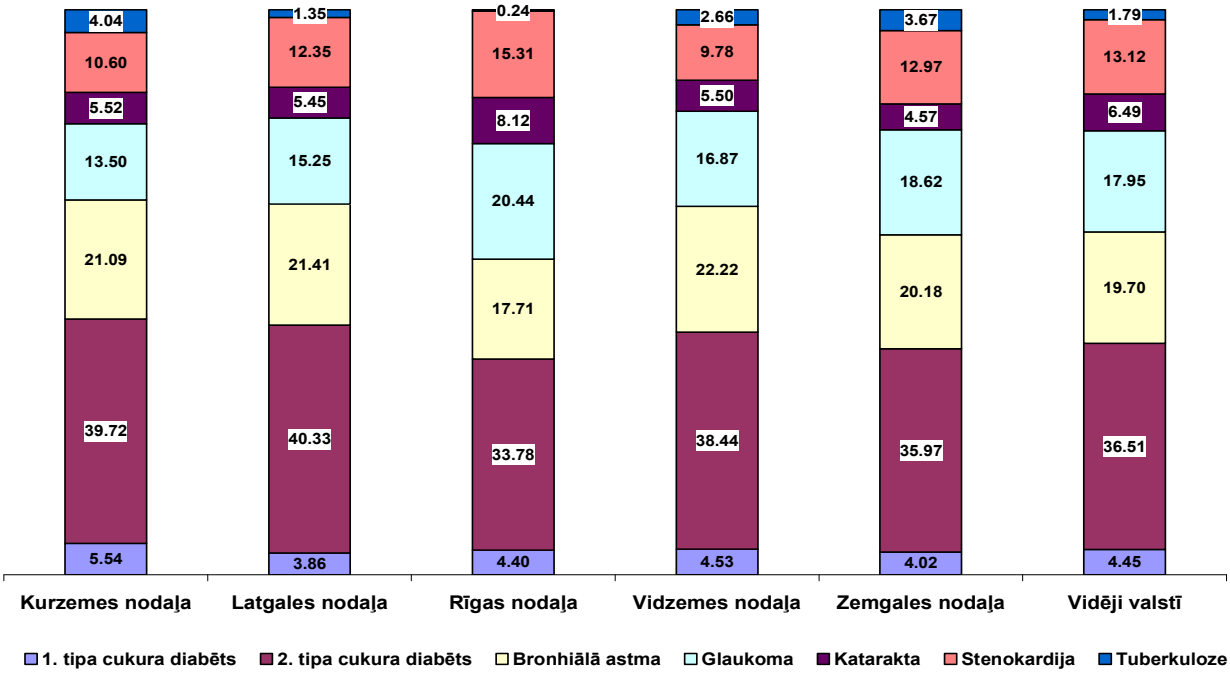
Ambulatoro apmeklējumu skaits ar noteiktām saslimšanām, %



Attēlā analizēts slimnieku ar noteiktām diagnozēm apmeklējumu skaits pie PVA speciālistiem un pie SAVA speciālistiem.

26.attēls

Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pie noteiktas diagnozes, %



Attēlā analizēts ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pie noteiktas diagnozes. Norādītās diagnozes sastāda vidēji 7,2% no kopējā ambulatoro apmeklējumu skaita. No šiem 7,2% lielākais ambulatoro apmeklējumu skaits visās Centra nodaļās ir pacientiem ar diagnozi 2.tipa cukura diabēts - vidēji 36,51%.

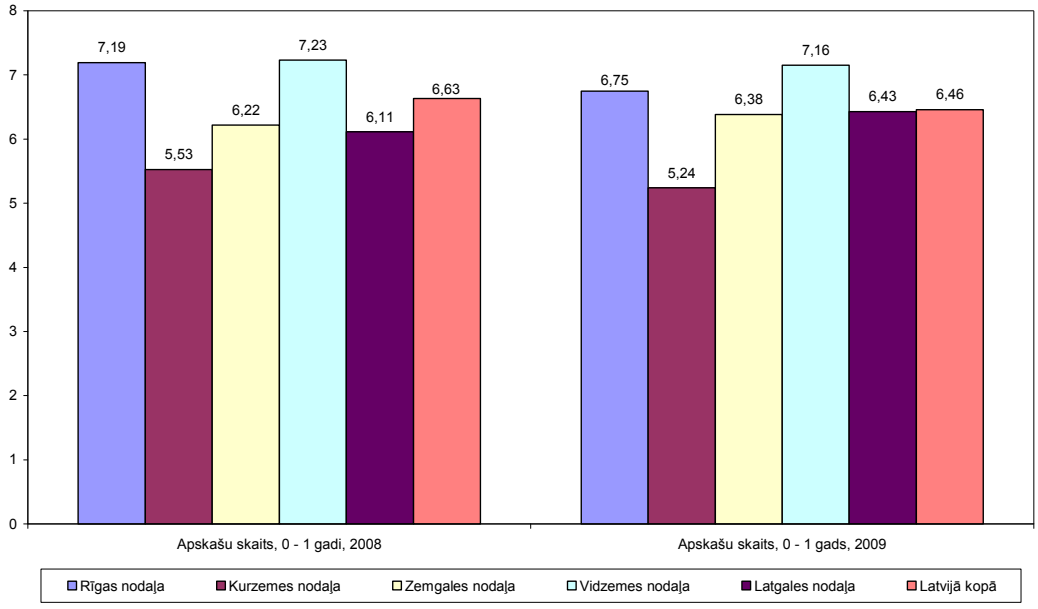
4.2. Profilaktiskās apskates

Profilaktisko apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta

Profilaktisko apskašu programmā bērniem līdz 1 gada vecumam paredzētas astoņas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates ģimenes ārsta prakses vietā.

27.attēls

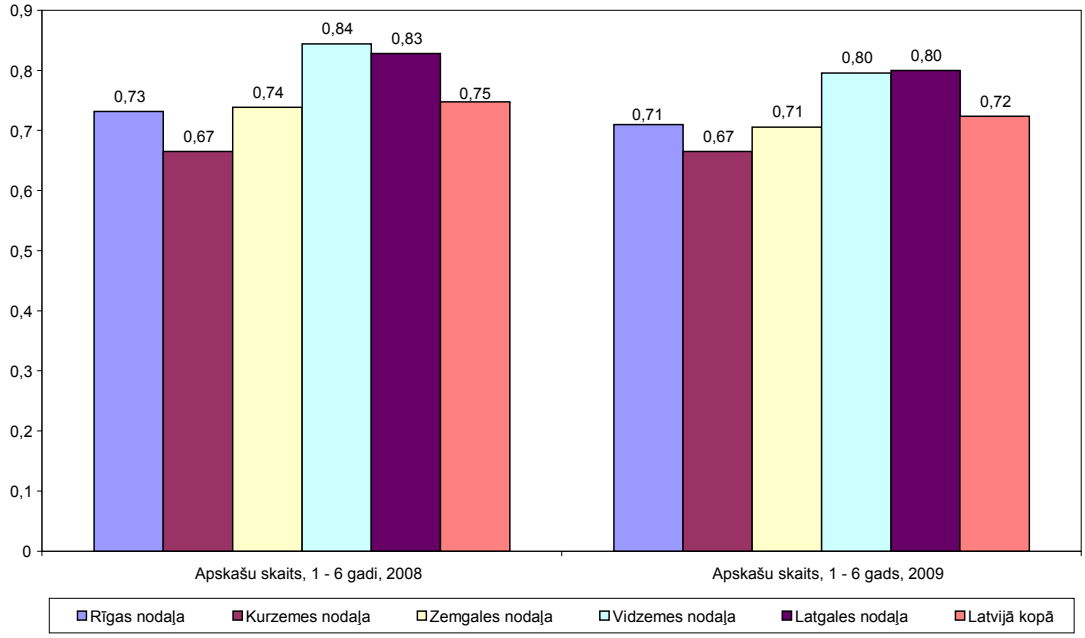
Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits bērniem pirmajā dzīves gadā



Attēlā redzams, ka salīdzinot 2008. un 2009.gadu, dinamikā ģimenes ārstu veikto profilaktisko apskašu skaits zīdaiņiem pirmajā dzīves gadā nedaudz samazinās. 2009.gadā visvairāk profilaktisko apskašu ir veikts Vidzemē, bet vismazāk profilaktisko apskašu ir veikts Kurzemē.

28.attēls

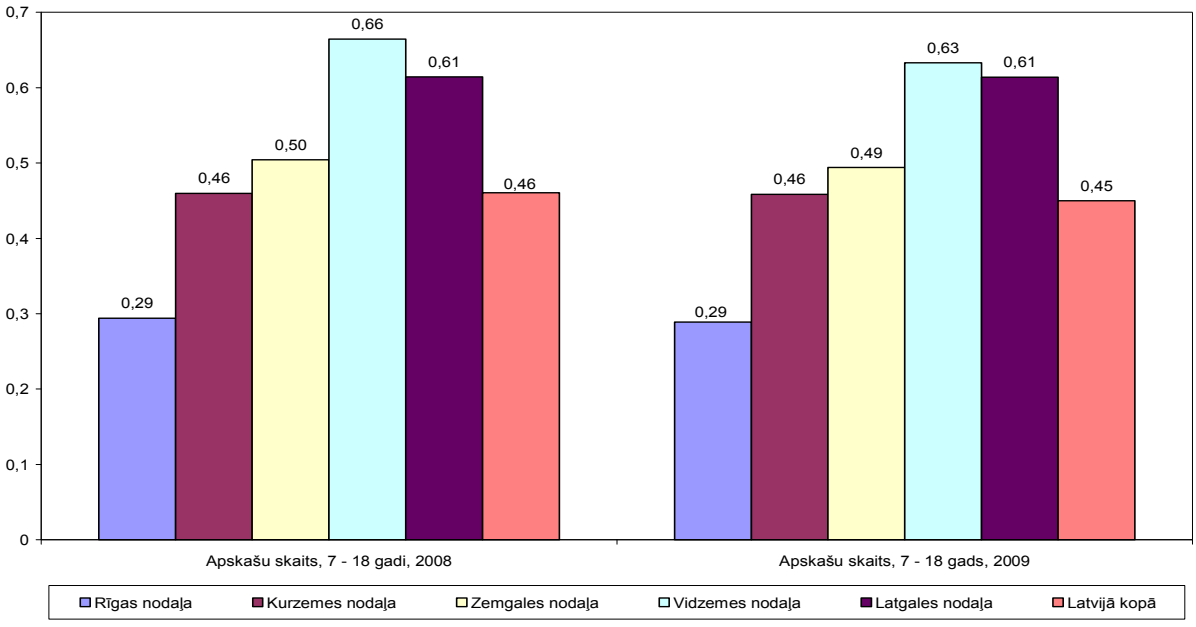
Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits gadā bērniem vecumā no 1 – 6 gadiem



Vecuma grupā no 1 - 6 gadiem profilaktiskajā programmā bērniem ir paredzētas 7 ģimenes ārsta profilaktiskās apskates. Redzams, ka šajā vecuma grupā bērniem profilaktiskās apskates tomēr tiek veiktas retāk kā reizi gadā. Analizējot datus teritoriālo nodaļu griezumā, būtiskas atšķirības netiek konstatētas.

29.attēls

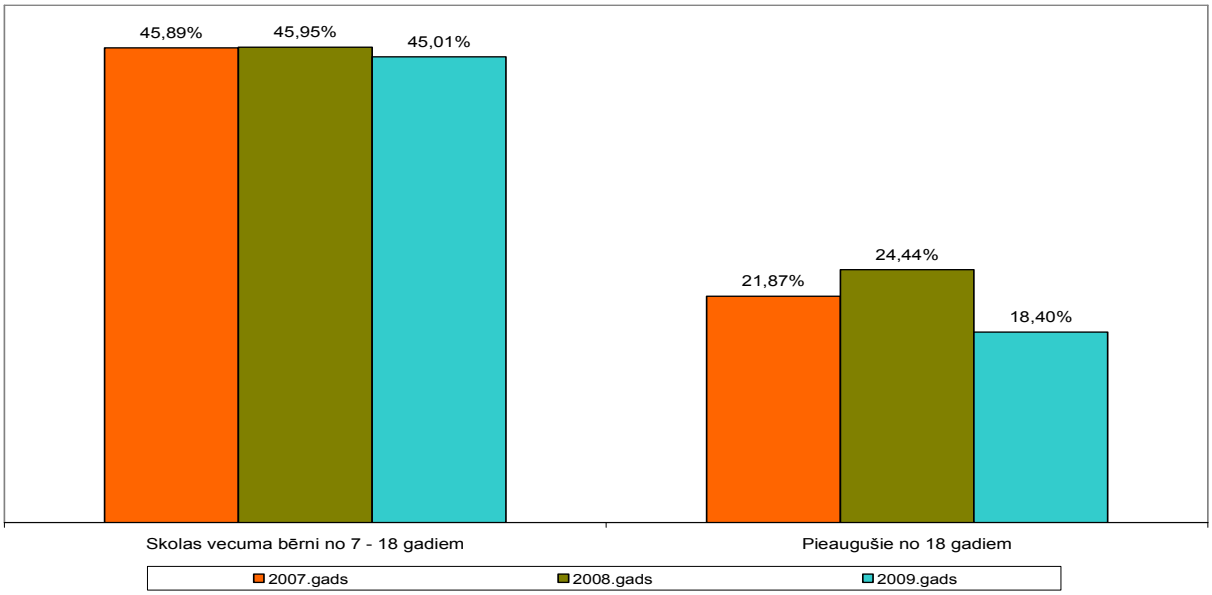
Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits gadā bērniem vecumā no 7 - 18 gadiem



Vecuma grupā no 7-18 gadiem, kad profilaktisko apskašu programma paredz ģimenes ārsta profilaktisko apskati vienu reizi gadā, profilaktiskās apskates tiek veiktas vēl neregulārāk kā bērniem no 1-6 gadu vecumam. Šajā vecuma grupā īpaši atšķiras profilaktiskie apmeklējumi pa reģioniem. Salīdzinoši zema profilaktisko apskašu aptvere bērniem vecumā no 7-18 gadiem ir Rīgā, bet visaugstākā ir Vidzemē un Latgalē.

30.attēls

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

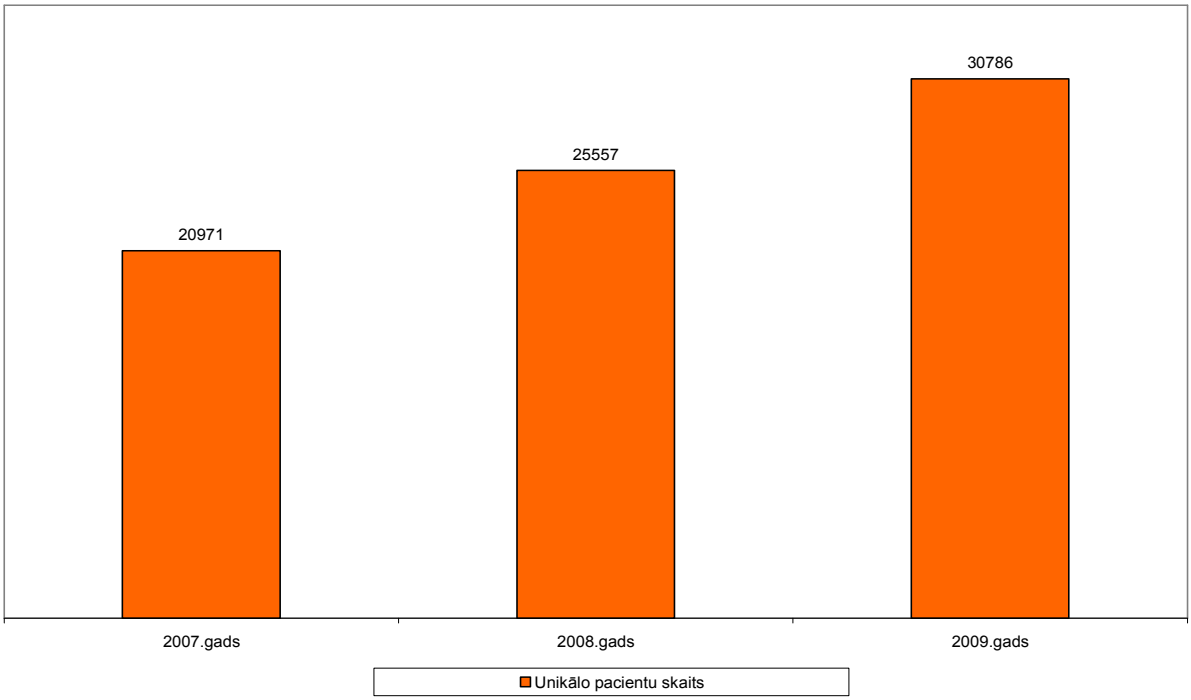


Attēlā redzams profilaktisko apskašu īpatsvars pie ģimenes ārsta reģistrētajiem skolas vecuma bērniem un pieaugušajiem. Šajās vecuma grupās profilaktisko apskašu programma paredz ģimenes ārsta profilaktisko apskati reizi gadā.

2009.gada laikā 45% no visiem pie ģimenes ārsta reģistrētajiem bērniem vecumā no 7-18 gadiem tika veikta profilaktiskā veselības pārbaude, savukārt tikai 18% no pie ģimenes ārsta reģistrētajiem pieaugušajiem pacientiem ir veikta profilaktiskā veselības pārbaude. Pieaugušajiem pacientiem veikto profilaktisko veselības pārbaužu skaita samazinājums, iespējams, ir saistīts ar apmaksas kārtības maiņu ģimenes ārstiem par veiktajām profilaktiskajām pārbaudēm.

31.attēls

Okulista profilaktiskā apskate bērniem



Attēlā redzams unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši okulista profilaktisko apskati. Profilaktisko apskašu programma okulista profilaktisko apskati paredz bērniem 13 - 24 mēnešu vecumā, triju gadu vecumā un pirms skolas 6-7 gadu vecumā. Analizējot iegūtos rezultātus, redzam, ka katru gadu unikālo pacientu skaits, kas saņēmuši okulista profilaktisko apskati, pieaug par apmēram 20%.

Vēža skrīningizmeklējumu aptveres rādītāju dinamika, %

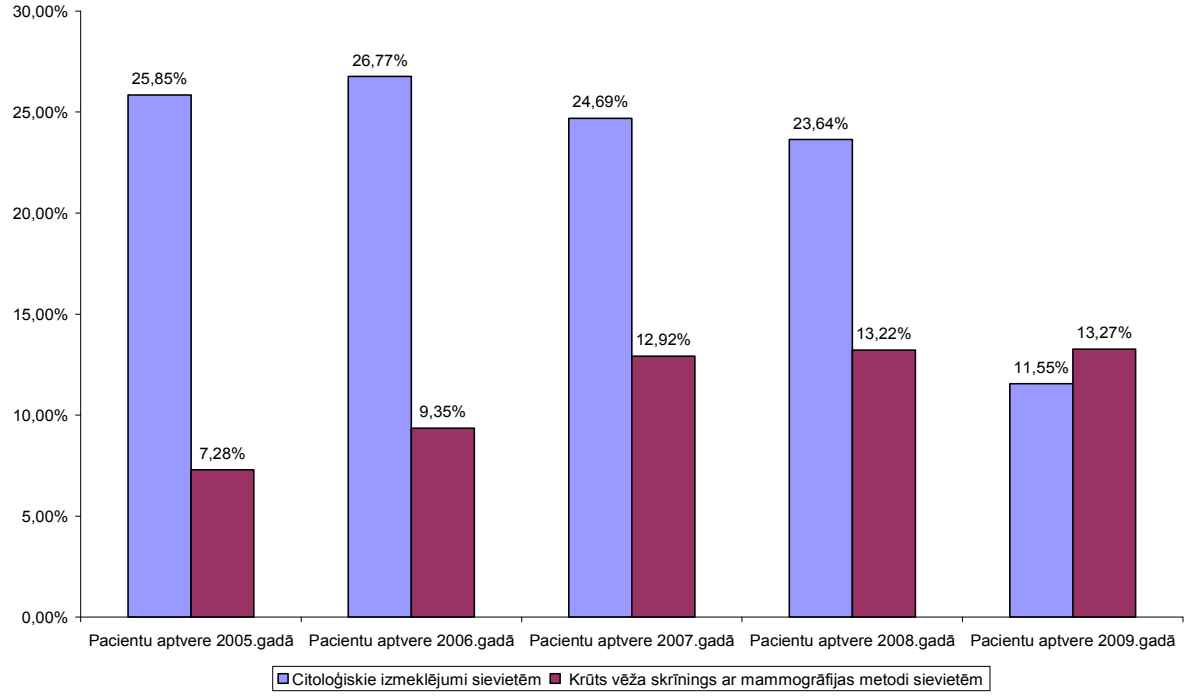
Profilaktisko apskašu programmā iekļauti trīs agrīnās vēža diagnostikas skrīningizmeklējumi: dzemdes kakla vēža skrīningizmeklējums, krūts vēža skrīningizmeklējums ar mamogrāfijas metodi un slēpto asiņu izmeklējums fēcēs zarnu vēža skrīningdiagnostikai.

2009.gadā tika uzsāktas dzemdes kakla vēža un krūts vēža valsts organizētā skrīninga programmas. Dzemdes kakla vēža un krūts vēža skrīningprogrammu ietvaros, 2009.gada 20.janvārī, tika izsūtītas pirmās uzaicinājuma vēstules mērķa grupas sievietēm. Tātad, mammogrāfijas izmeklējumu krūts vēža profilaksei un citoloģiskās uztriepes izmeklējumu dzemdes kakla vēža profilaksei kā preventīvus veselības aprūpes pakalpojumus pacienti varēja saņemt tikai uzrādot uzaicinājuma vēstuli uz konkrēto skrīningizmeklējumu.

No 2009.gada 1.jūlija, atbilstoši Noteikumos Nr.1046 veiktajiem grozījumiem, ginekologa, dzemdību speciālista profilaktiskās apskates tika iekļautas valsts organizētajā vēža skrīningprogrammā. Līdz ar to arī ginekologa, dzemdību speciālista profilaktisko apskati, kopā ar citoloģiskās uztriepes paņemšanu un laboratorisku izmeklēšanu dzemdes kakla vēža profilaksei, no valsts budžeta līdzekļiem apmaksā vienu reizi trijos gados, pacientam uzrādot no Centra saņemto uzaicinājuma vēstuli uz minēto skrīningizmeklējumu.

32.attēls

Dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga aptveres rādītāju dinamika, %

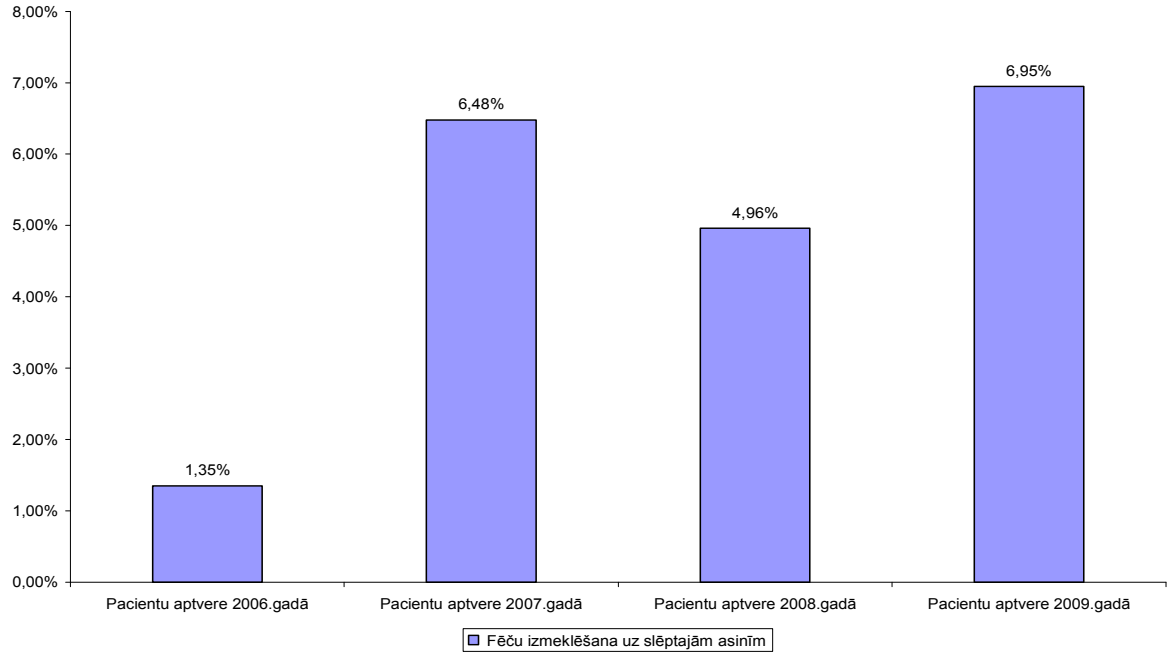


2009.gadā dzemdes kakla vēža skrīningizmeklējums (citoloģiskā uztriepe no dzemdes kakla) veikts 27 458 sievietēm. Krūts vēža skrīningizmeklējums ar mamogrāfijas metodi veikts 19 088 sievietēm.

Analizējot iegūtos rezultātus redzam, ka krūts vēža skrīninga ar mamogrāfijas metodi aptvere katru gadu palielinās, savukārt dzemdes kakla vēža skrīninga aptvere samazinās. Reālā izmeklējumu aptvere ir lielāka, jo attēlā ir salīdzināti dati par sievietēm, kuru vecums atbilst valsts organizētā vēža skrīninga vecumu grupām un izmeklējumi ir veikti profilaktisko apskašu programmas ietvaros. 2009.gadā uz krūts vēža diagnostiku ir bijušas 8 986 sievietes un uz dzemdes kakla vēža diagnostiku ir bijušas 26 094 sievietes, kas saņēmušas izmeklējumu ārpus skrīninga programmas, bet kuru vecums atbilst valsts organizētā vēža skrīninga vecumu grupai.

33.attēls

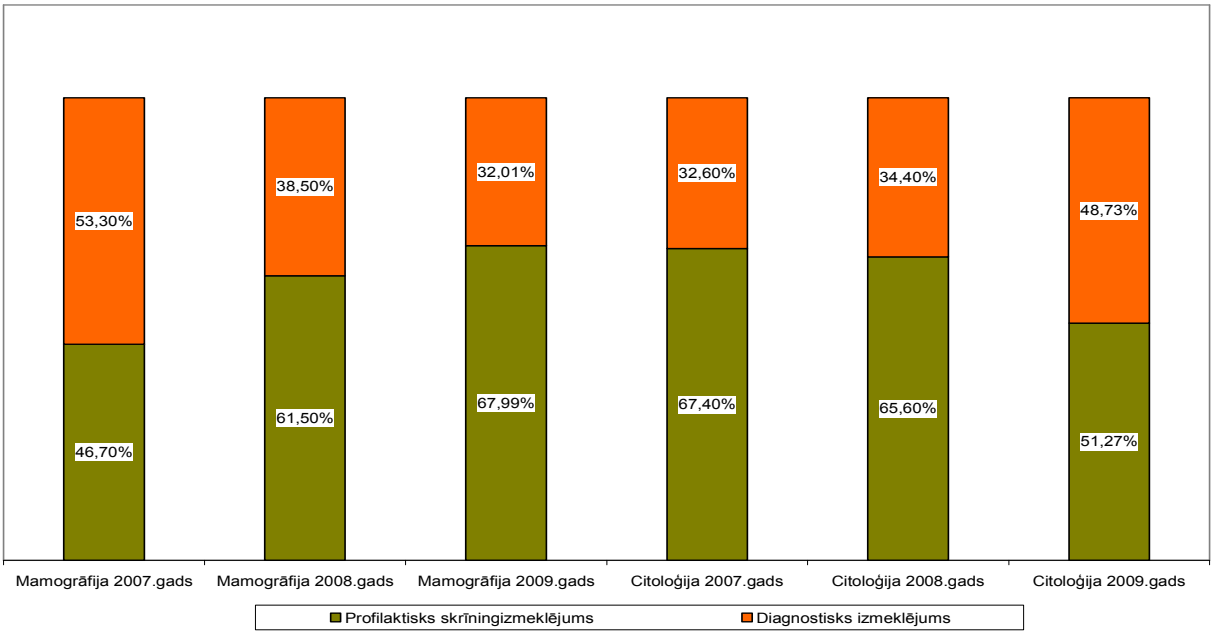
Fēču izmeklēšana uz slēptajām asinīm rādītāju dinamika, %



2009.gadā zarnu audzēju agrīnā diagnostika ar slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs veikta 55 781 pacientiem. Zarnu vēža skrīningprogrammas mērķa grupas iedzīvotājiem netiek izsūtītas uzaicinājuma vēstules izmeklējuma veikšanai, līdz ar to izmeklējumu iedzīvotājiem piedāvā veikt ģimenes ārsts. 2009.gadā slēpto asiņu testa veikšanu ir nodrošinājuši 792 ģimenes ārsti.

34.attēls

Profilaktisko un diagnostisko izmeklējumu attiecība, %



Attēlā redzams 2007., 2008. un 2009.gadā veikto mamogrāfijas un dzemdes kakla citoloģisko izmeklējumu procentuālais sadalījums starp diagnostiskajiem un profilaktiskajiem izmeklējumiem sievietēm, kuru vecums atbilst profilaktiskās apskates nosacījumiem.

Analizējot datus par veiktajiem mamogrāfiskajiem izmeklējumiem skrīninga mērķa grupas sievietēm redzams, ka izmeklējumi vairāk tiek veikti kā profilaktiski, kas liecina par pozitīvu profilaktisko izmeklējumu dinamiku salīdzinājumā ar diagnostiskajiem izmeklējumiem.

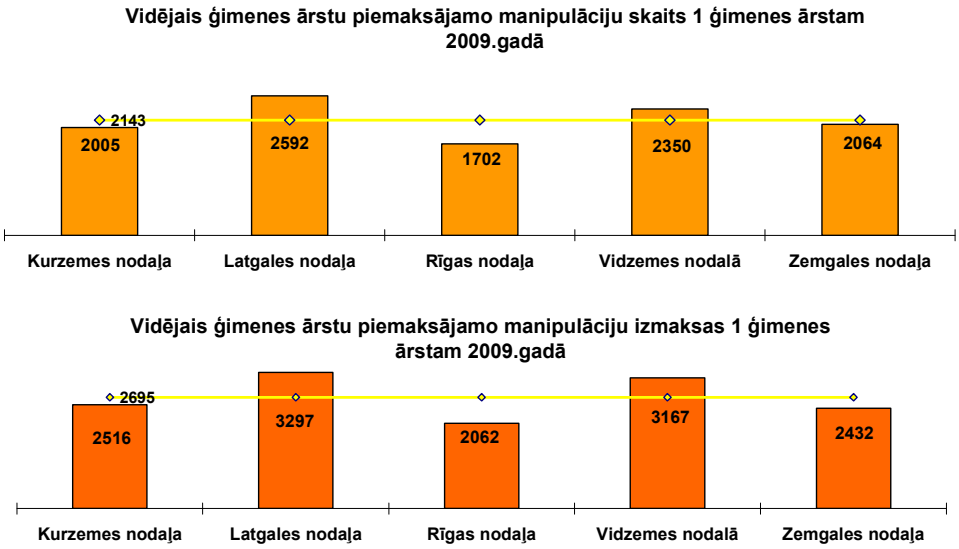
Savukārt, analizējot datus par veiktajiem citoloģiskajiem izmeklējumiem skrīninga mērķa grupas sievietēm redzams, ka vismaz puse izmeklējumu ir veikti kā profilaktiskie. Salīdzinot 2009.gadu ar 2007.gadu var redzēt, ka šis profilakstisko izmeklējumu skaits ir samazinājies.

To var skaidrot, kā jau iepriekš tika minēts ar to, ka 2009.gadā mainījās valsts apmaksāto profilaktisko izmeklējumu programma. Līdz ar to profilaktiskā apskate tiek apmaksāta reizi trijos gados, nevis katru gadu atbilstoši iepriekšējiem nosacījumiem. Ar minētajām izmaiņām skaidrojams attēlā attēlotais 2009.gadā veikto citoloģisko izmeklējuma skaita samazinājums.

4.3. Vidējās izmaksas un citi rādītāji

35.attēls

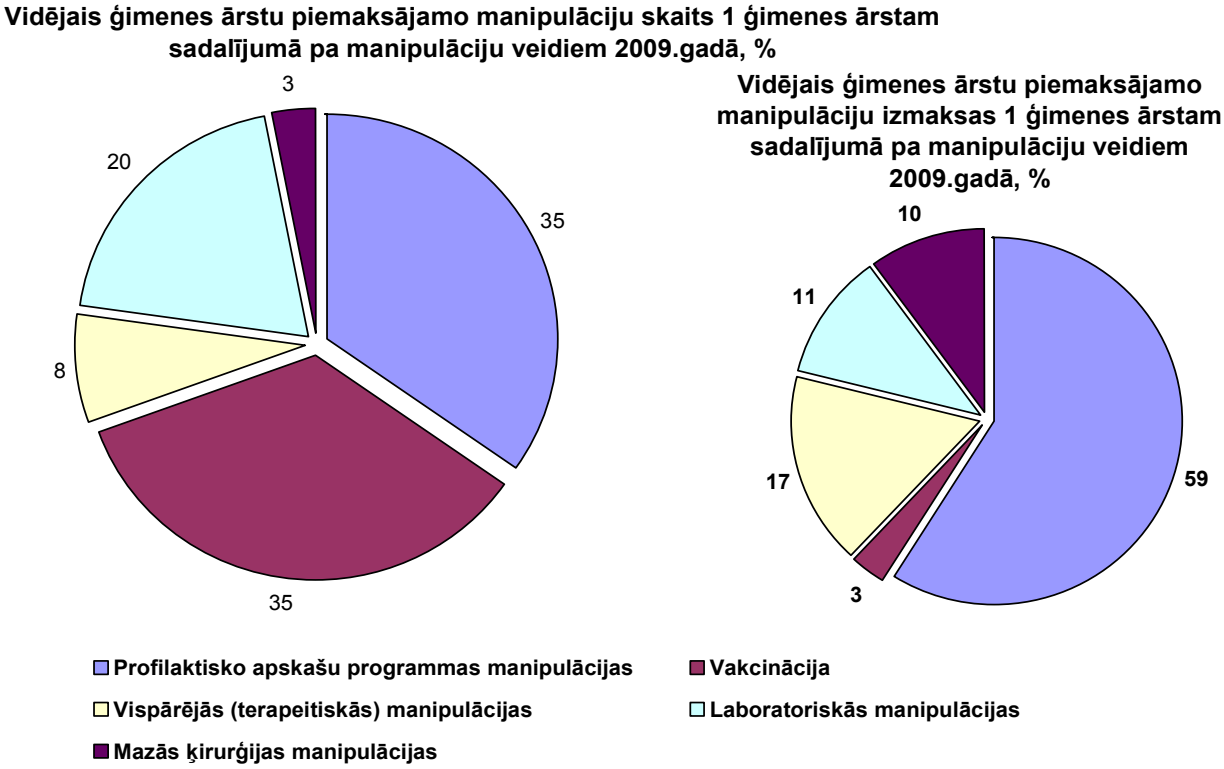
Vidējais ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju skaits un vidējais ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju izmaksas vienam ģimenes ārstam



Primārajā veselības aprūpē 2009.gadā visvairāk piemaksājamās manipulācijas ārsti pielieto Latgales un Vidzemes teritoriālajās nodaļās – vidēji katrs ģimenes ārsts ir veicis 2592 un 2350 manipulācijas attiecīgi.
Viszemākais primārās veselības aprūpes ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju skaits ir Rīgas nodaļā – vidēji 1702 manipulācijas vienam ģimenes ārstam, kas ir par 441 manipulācijām mazāk nekā vidēji valstī vienam ģimenes ārstam.
Atbilstoši ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju skaitam, tiek izlietots arī valsts finansējums - Latgalē un Vidzemē vidēji piemaksājamo manipulāciju izmaksas vienam ģimenes ārstam ir virs 3000 Ls, vidējās valsts izmaksas sastāda 2695 Ls.

36.attēls

Vidējais ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju skaits un izmaksas vienam ģimenes ārstam sadalījumā pa manipulāciju veidiem, %



Ambulatorajā veselības aprūpē ģimenes ārstu pielieto piemaksājamo manipulāciju lielāka daļa sastāv no profilaktisko apskašu programmas manipulācijām - 35 % no kopēja piemaksājamo manipulāciju groza ģimenes ārstiem, kas savukārt veido 59% lielu finansējuma daļu no kopējam piemaksājamo manipulāciju izmaksām primārajā veselības aprūpē.

52.tabula

Ģimenes ārstu veikto piemaksājamo manipulāciju skaits uz 100 reģistrētajiem pacientiem

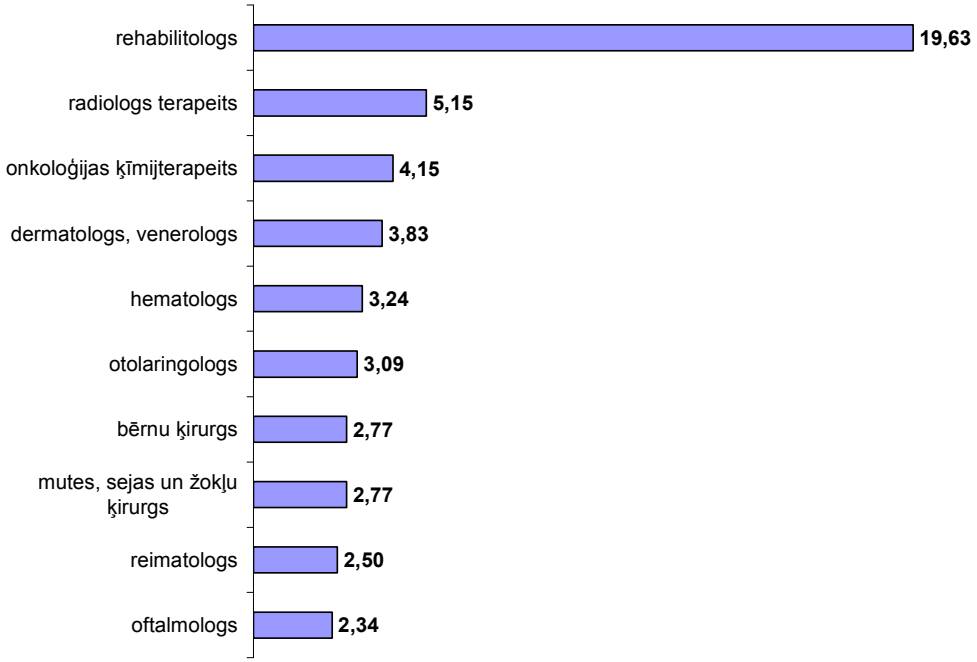
Manipulāciju veidi	2007.gads	2008.gads	2009. gads
Profilaktisko apskašu programmas manipulācijas	32,4	51,0	44,5
Vakcinācija	20,8	20,4	46,1
Vispārējās (terapeitiskās) manipulācijas	26,0	8,0	9,8
Laboratoriskās manipulācijas	20,5	29,5	23,0
Mazās ķirurģijas manipulācijas	3,0	3,8	3,7

Noteikumu Nr.1046 14.pielikumā „Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas" ir norādītas manipulācijas, par kurām ģimenes ārstiem tiek papildus samaksāts. 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. Tādējādi ģimenes ārstam tiek piedāvāta izvēle - nosūtīt pacientu pie speciālista un to sniegšanu apmaksāt no sekundārās veselības aprūpes līdzekļiem vai veikt pašam, palielinot savas prakses ienākumus.

Atbilstoši Ministru kabineta noteikumu Nr.1046 14.pielikumā ar 2009.gada 1.jūliju veiktām izmaiņām, pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veica ģimenes ārsts samaksa par manipulāciju tika ietverta ģimenes ārsta kapitācijas naudā, ar ko arī ir izskaidrojams manipulāciju skaita samazinājums profilaktisko apskašu programmas manipulācijās. Vakcināciju manipulācijās ir vērojams pieaugums, kas skaidrojams ar vakcinācijas manipulāciju kodēšanas principa maiņu.

37.attēls

SAVA speciālisti ar lielāko piemaksājamo manipulāciju* skaitu uz vienu unikālo pacientu (top-10)

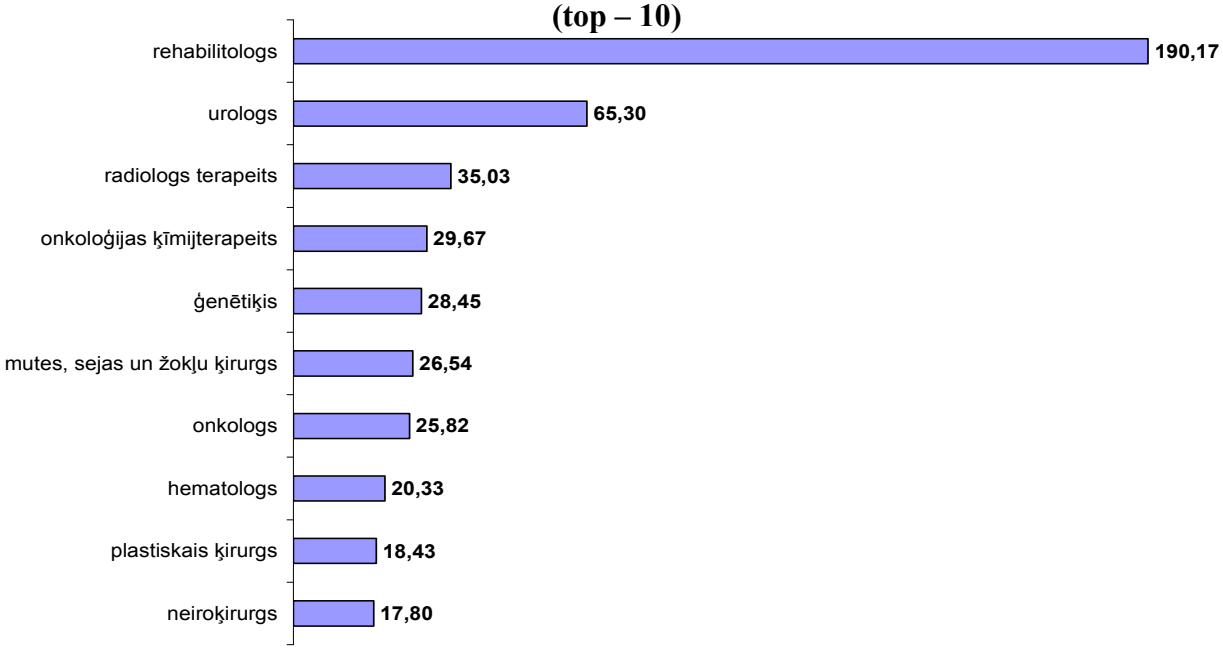


** dati neietver 7 aprūpes epizodē (palīgkabinetu pakalpojumi) un dienas stacionārā veiktās manipulācijas*

Dati par sekundāras veselības aprūpes speciālistu veiktajām piemaksājamām manipulācijām liecina, ka lielākais piemaksājamo manipulāciju skaits uz vienu unikālo pacientu ir rehabilitologiem. Visvairāk piemaksājamo manipulāciju ir veikuši otolaringologi (233 770 manipulācijas 75 559 unikāliem pacientiem), bet aprēķinā uz vienu unikālo pacientu šis skaits veido tikai 3,09 manipulācijas.

38.attēls

SAVA speciālistu lielākās izmaksas uz vienu unikālo pacientu (pakalpojumu izmaksas, kur tiek iekļautas speciālistu piemaksājamās manipulācijas*) (top – 10)

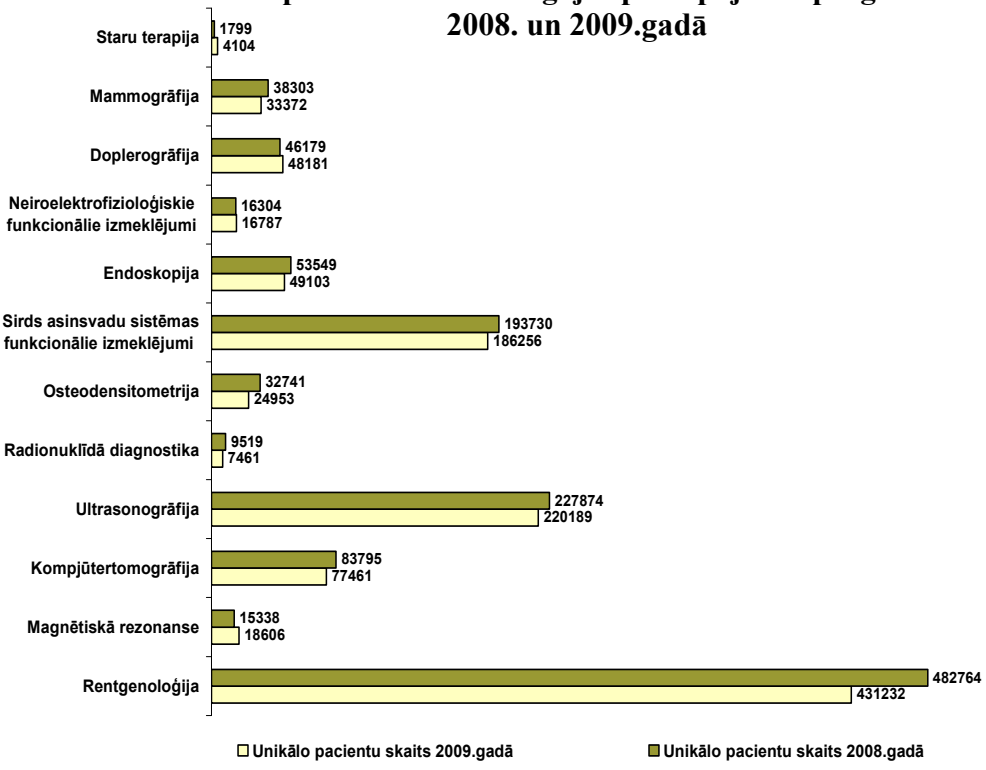


* dati neietver 7 aprūpes epizodē (palīgkabinetu pakalpojumi) un dienas stacionārā veiktās manipulācijas.

Lielākās piemaksājamo manipulāciju izmaksas uz vienu unikālo pacientu ir rehabilitologiem - vidēji 190,17 lati gadā. Viszemākās izmaksas uz vienu unikālo pacientu no attēlā norādītām specialitātēm ir neiroķirurgam - 17,80 lati.

39.attēls

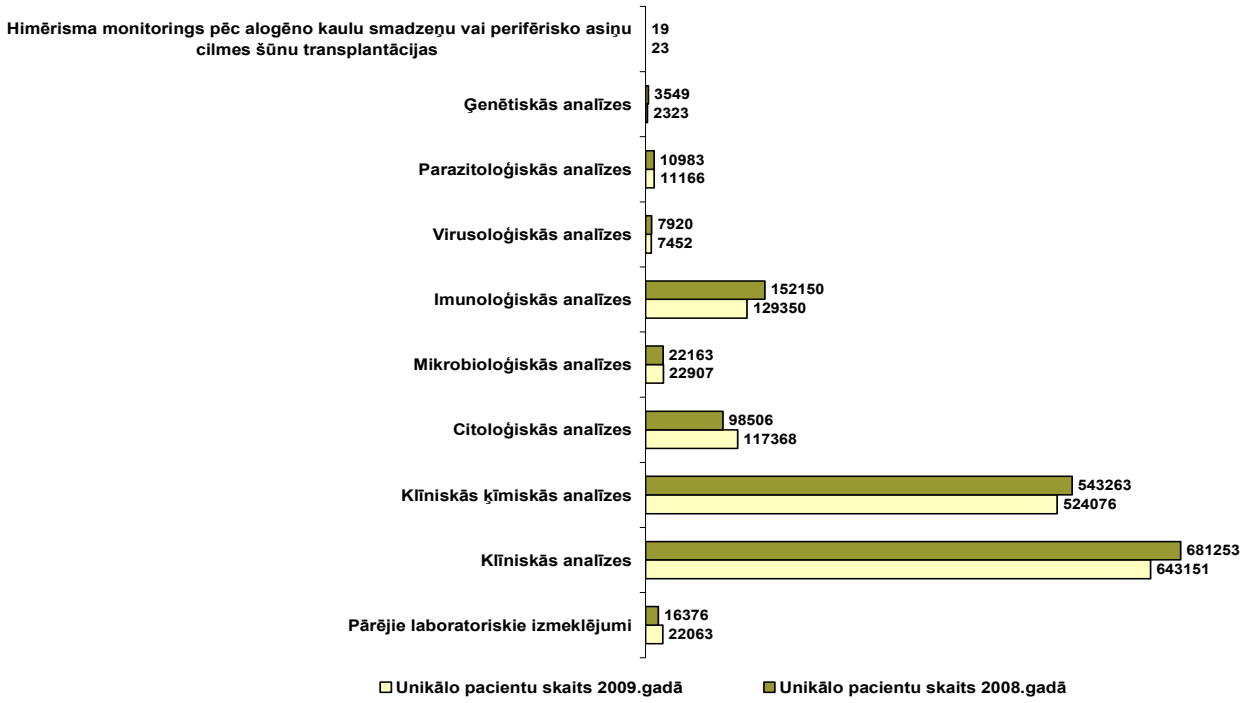
Unikālo pacientu skaits dārgajās pakalpojumu programmās 2008. un 2009.gadā



Attēlā redzams unikālo pacientu skaits dārgajās pakalpojumu programmās 2008. un 2009.gadā. Salīdzinot 2008. un 2009.gada datus, redzams, ka 2009.gadā gandrīz visās pakalpojumu programmās tiek novērots izmeklējumu skaita samazinājums. Vislielākais unikālo pacientu skaita samazinājums ir pakalpojumu programmā rentgenoloģija, unikālo pacientu skaita pieaugums ir tikai divās dārgo pakalpojumu programmās - doplerogrāfija un staru terapija.

40.attēls

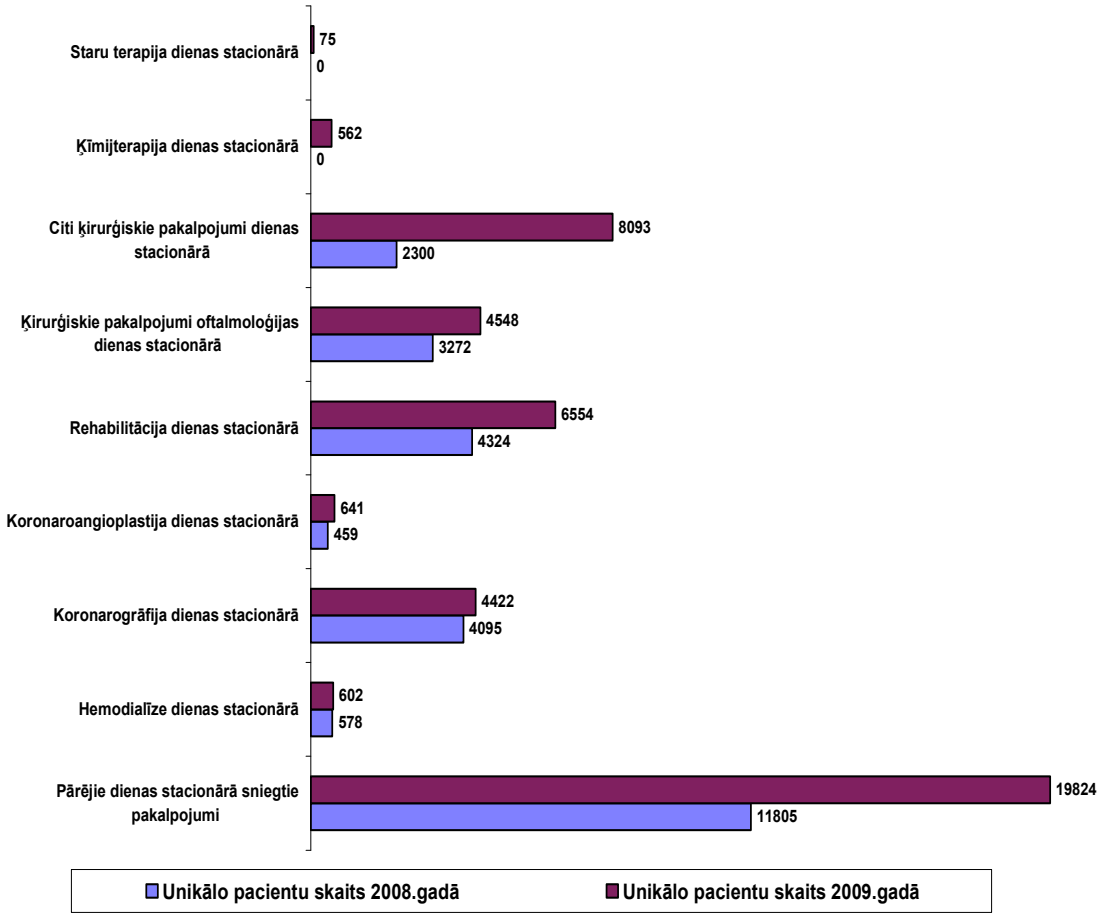
Unikālo pacientu skaits laboratoriskajās pakalpojumu programmās 2008. un 2009.gadā



2009.gadā 1 479 879 pacienti saņēma valsts apmaksātus laboratorijas pakalpojumus. Salīdzinot ar 2008.gadu, unikālo pacientu skaits laboratoriskajās pakalpojumu programmās 2009.gadā samazinājies par 4%.

41.attēls

Unikālo pacientu skaits dienas stacionāra sniegto pakalpojumu programmās 2008. un 2009.gadā



Pakalpojumu programmā Dienas stacionārs 2009.gadā tika izveidotas 2 jaunas apakšprogrammas - Staru terapija dienas stacionārā un Ķīmijterapija dienas stacionārā. Salīdzinot 2008.gada unikālo pacientu skaitu ar 2009.gada unikālo pacientu skaitu, var secināt, ka pacientu skaits ir ievērojami pieaudzis, no 25 694 2008.gadā līdz 41 226 unikāliem 2009.gadā, ko ietekmēja 2009.gadā vairāku stacionāro ārstniecības iestāžu pārstrukturizācija.

4.4. Zobārstniecības aprūpes rādītāji

Atbilstoši Noteikumiem Nr.1046 no valsts budžeta veselības aprūpes pakalpojumiem tiek apmaksāts par zobārstniecības palīdzību bērniem vecumā līdz 18 gadiem, par ortodontisko ārstēšanu pirmreizēju konsultāciju bērniem vecumā līdz 18 gadiem un iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumos personai 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.

Rādītāji aprēķināti, izmantojot zobārstniecības aprūpes un pakalpojumu saņēmēju reģistra datus.

53.tabula

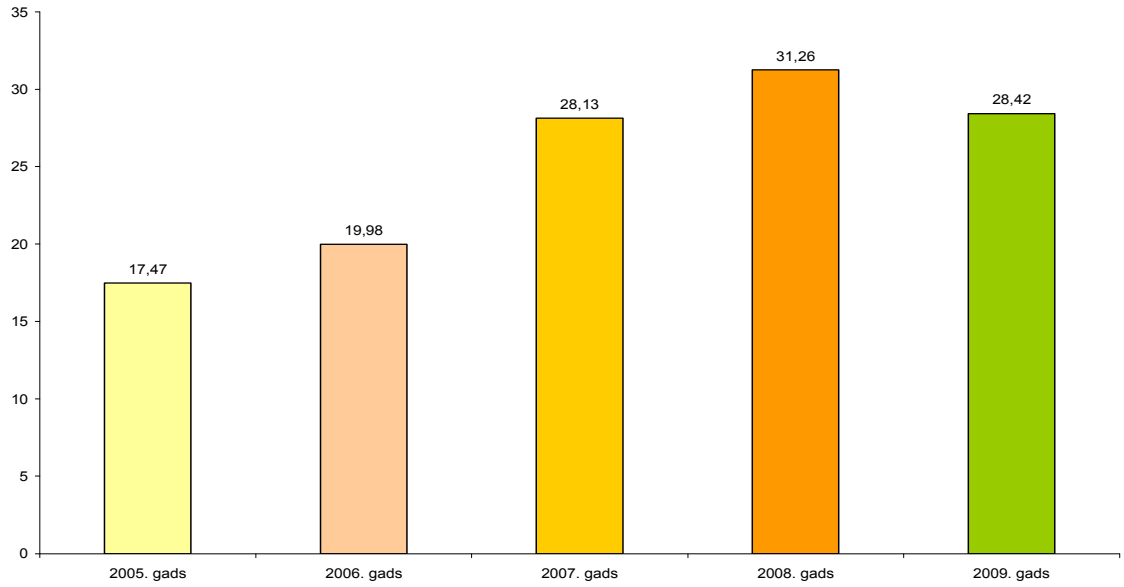
Zobārstniecības pakalpojumi

Nodaļa	Līguma summa, Ls	Veiktā darba apjoms pārskata periodā, Ls	Veiktā darba apjoms līguma ietvaros, Ls	Pārstrāde virs līguma summas, Ls	Līguma neizpilde, Ls	Faktiskais apmeklējumu skaits pārskata periodā	*t.sk.mobilā zobārstniecības kabinetā*
Kurzemes nodaļa	1 204 729,00	1 161 603,95	1 158 967,34	2 636,61	45 761,66	115 746	*1 326*
Latgales nodaļa	909 837,00	902 203,53	897 797,01	4 406,52	12 039,99	88 105	*209*
Rīgas nodaļa	2 382 724,19	2 351 020,85	2 346 318,51	4 702,34	36 404,33	216 097	*4 070*
Vidzemes nodaļa	813 844,00	793 862,91	788 467,60	3 619,31	23 599,43	71 679	*2 437*
Zemgales nodaļa	765 807,06	725 694,60	724 626,90	1 067,70	41 324,00	70 822	*1 202*
Kopā:	**6 076 941,25**	**5 934 385,84**	**5 916 177,36**	**16 432,48**	**159 129,41**	**562 449**	***9 244***

No kopējiem zobārstniecības pakalpojumiem izdevumi bērniem vecumā līdz 18 gadiem veido 98,28% (tajā skaitā 1,77% mobilajā zobārstniecības kabinetā), 0,22% Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14.pantā noteiktajām personām un 1,5% ortodontiskajai ārstēšanai iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumos personām vecumā līdz 22 gadiem.

42.attēls

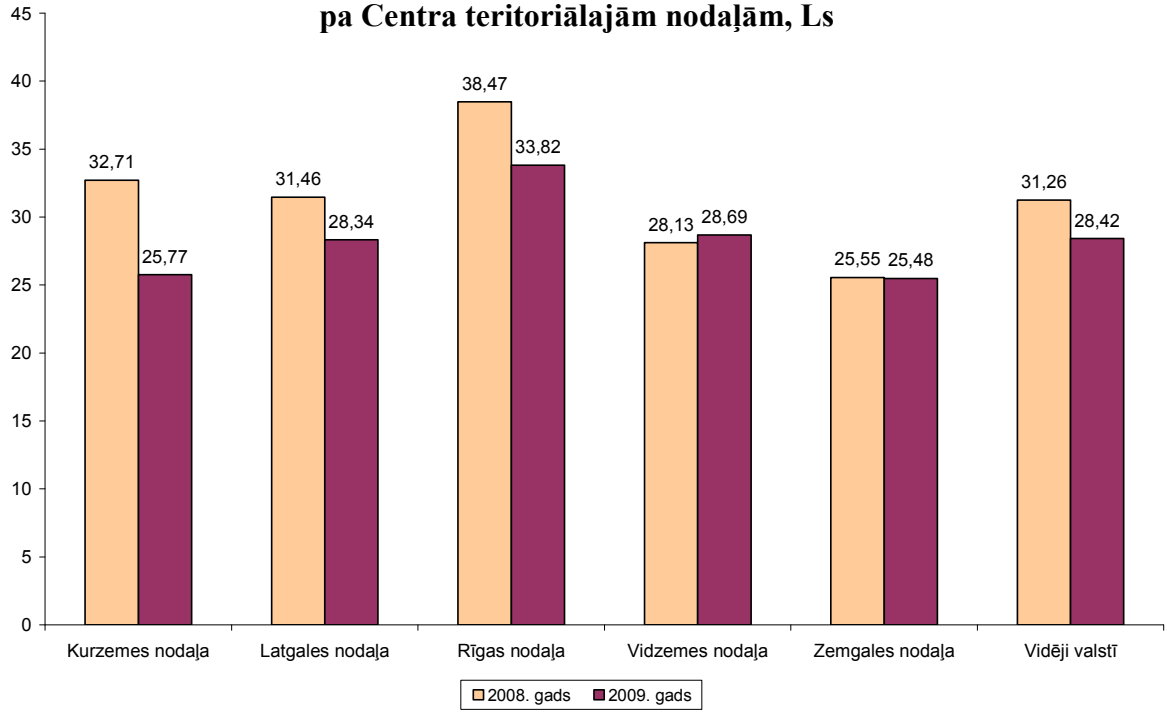
Zobārstniecības izmaksu dinamika uz vienu ārstēto bērnu, Ls



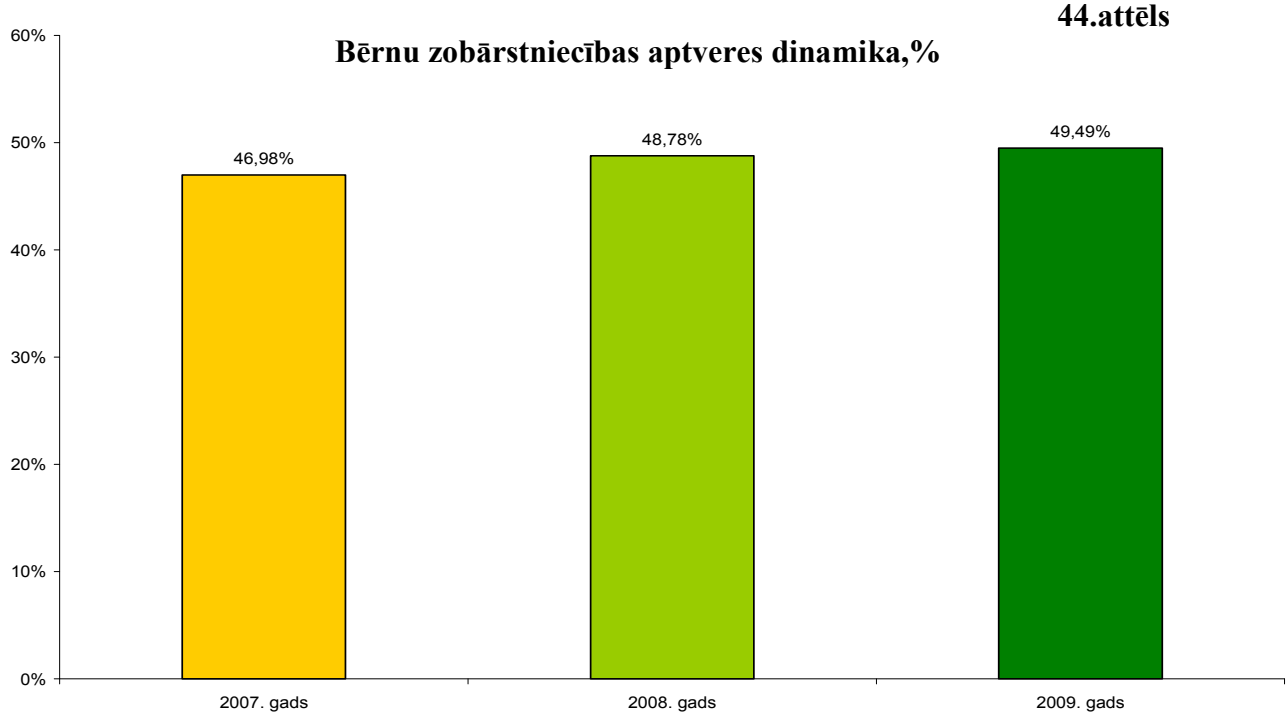
Zobārstniecības pakalpojumu izmaksas valstī uz vienu ārstēto bērnu 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, vidēji samazinājušās par 9,09%. Tas saistīts ar zobārstniecības pakalpojumu tarifu samazinājumu. Visaugstākās izmaksas ir Rīgas teritoriālā nodaļā, bet viszemākās Zemgales teritoriālajā nodaļā.

43.attēls

Zobārstniecības izmaksas uz vienu ārstēto bērnu sadalījumā pa Centra teritoriālajām nodaļām, Ls



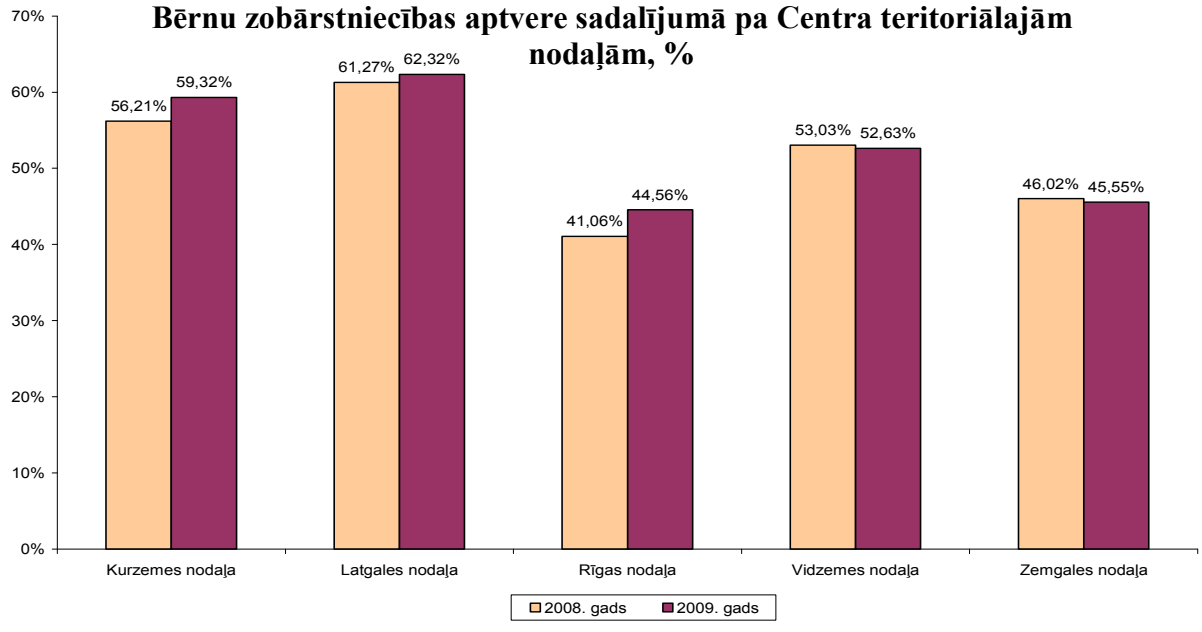
44.attēls



Bērnu zobārstnieciskā aptvere pēdējo triju gadu dinamikā turpina pieaugt. Veicinošais faktors zobārstniecības aptveres pieaugumam 2008.gadā ir divu mobilo zobārstniecības kabinetu pakalpojumu sniegšana Latvijas attālo rajonu skolu un sociālo iestāžu bērniem.

2009.gadā bērnu zobārstnieciskā aptvere turpina pieaugt (0,71%), neskatoties uz to, ka tika samazināti zobārstniecības pakalpojumu tarifi. Pieaugumu veicināja 22 jaunu zobārstniecības iestāžu iesaistīšanās līgumattiecībās ar Centru.

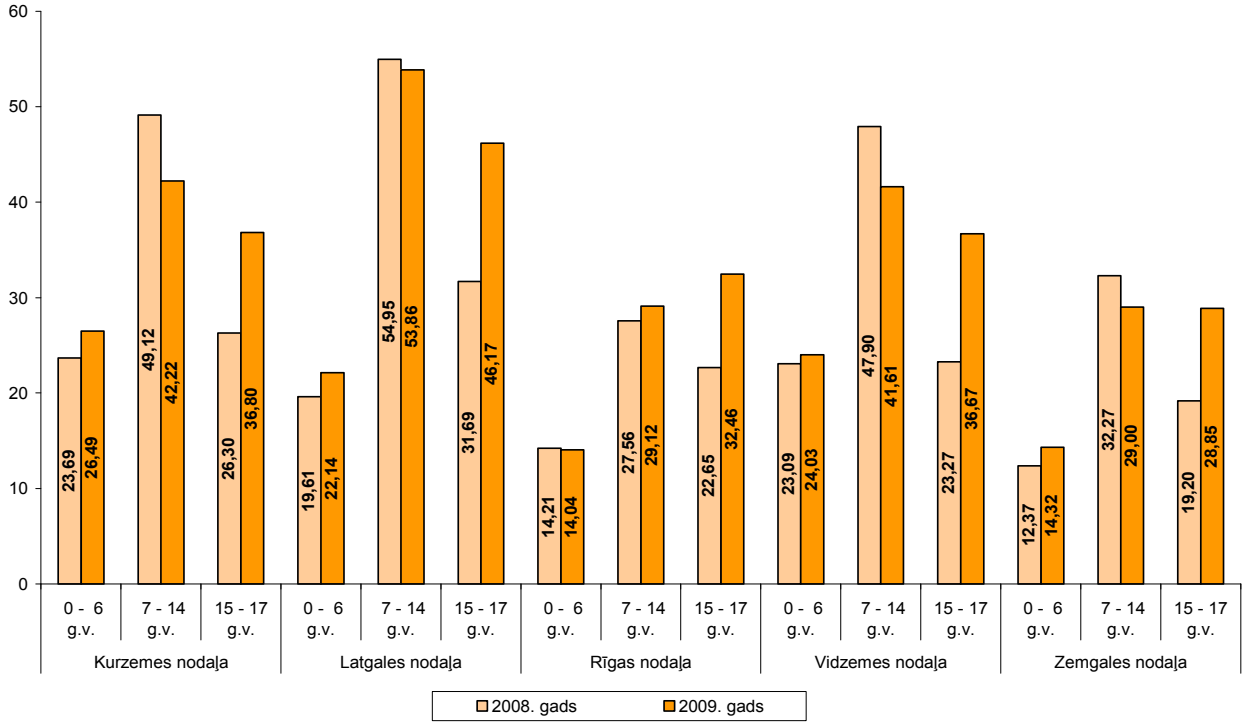
45.attēls



Trīs gadu dinamikā bērnu aptvere pa Centra teritoriālajām nodaļām nav mainījusies. Vismazākā bērnu aptvere arī 2009.gadā ir Rīgā (44,56%), bet vislielākā Latgalē (62,32%). Tā kā Rīgā ir liels zobārstniecības palīdzības pakalpojumu sniedzēju klāsts, ir arī lielākas izvēles iespējas un nereti bērni apmeklē to pašu zobārstu, kuru apmeklē viņa vecāki un kurš ne vienmēr ir līgumattiecībās ar Centru. Salīdzinot 2008.gada un 2009.gada rādītājus, jāsecina, ka 2009.gadā divās teritorijās ir neliels aptveres samazinājums – Vidzemē (0,4%) un Zemgalē (0,47%).

46.attēls

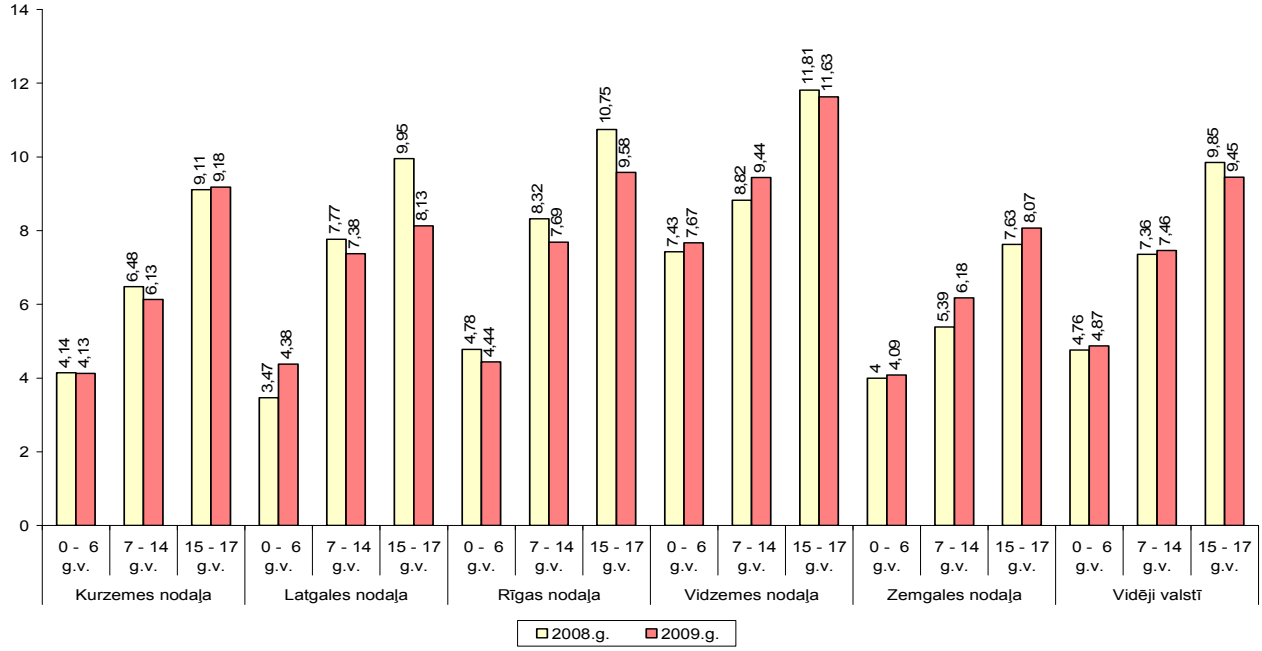
Zobārstniecības profilaksi saņēmušo bērnu skaits, %



Salīdzinot 2008.gada un 2009.gada rādītājus, jāsecina, ka 2009.gadā profilaktiskā aptvere vecuma grupā no 7-14 gadiem vidēji valstī ir samazinājusies par 4,39%, tomēr tai ir visaugstākā pacientu zobārstniecības profilaktiskā aptvere starp vecuma grupām. Zobārstniecības profilakses aptveres rādītāji ir atšķirīgi starp reģioniem dažādās vecumu grupās. Visaugstākā profilaktiskā aptvere pirmskolas vecumā ir Kurzemes teritoriālajā nodaļā, bet pamatskolas un vidusskolas vecumos Latgales teritoriālajā nodaļā.

47.attēls

Zobārstnieciskās profilakses izmaksas uz vienu saņēmušo bērnu, Ls



Viena zobārstnieciskās profilakses saņēmušā bērna izmaksas valstī 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu vecumā līdz 6 gadiem ir pieaugušas par 2,31%, pamatskolas vecumā no 7 - 14 gadiem par 1,36% un vidusskolas vecumā no 15 līdz 17 gadiem ir samazinājušās par 4,06%.

54.tabula

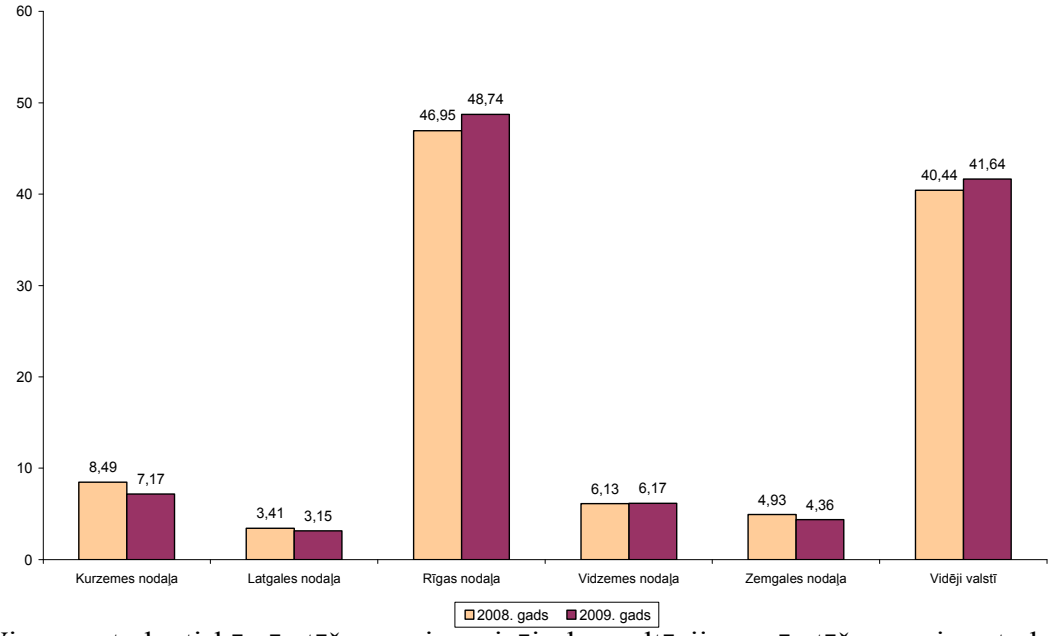
Ortodontisko ārstēšanu saņēmušo personu skaits, sadalījumā pa vecumu grupām

Ārstniecības iestādes teritoriālā nodaļa	Pacienta vecuma grupa	Kurzemes nodaļa		Latgales nodaļa		Rīgas nodaļa		Vidzemes nodaļa		Zemgales nodaļa		Kopā	
		2008.g.	2009.g.	2008.g.	2009.g.	2008.g.	2009.g.	2008.g.	2009.g.	2008.g.	2009.g.	2008.g.	2009.g.
Kurzemes nodaļa	**0 - 6 g.v.**	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	**2**	**5**
	7 - 14 g.v.	59	73	-	-	-	1	-	-	-	-	**59**	**74**
	15 - 17 g.v.	8	19	-	-	-	1	-	-	-	-	**8**	**20**
Latgales nodaļa	**0 - 6 g.v.**	-	-	84	93	-	-	-	-	-	-	**84**	**93**
	7 - 14 g.v.	-	-	321	238	2	-	-	-	-	1	**323**	**239**
	15 - 17 g.v.	-	-	40	28	-	-	-	-	-	-	**40**	**28**
Rīgas nodaļa	**0 - 6 g.v.**	70	65	38	41	563	623	56	50	90	73	**814**	**852**
	7 - 14 g.v.	316	277	90	92	2082	2149	266	236	422	368	**3176**	**3122**
	15 - 17 g.v.	126	90	37	32	570	574	113	95	133	136	**979**	**927**
	18 - 21 g.v.	39	38	17	21	137	118	44	38	44	31	**279**	**241**
Vidzemes nodaļa	**0 - 6 g.v.**	-	-	-	-	-	-	34	39	-	-	**34**	**39**
	7 - 14 g.v.	-	-	-	-	2	1	222	249	-	1	**224**	**251**
	15 - 17 g.v.	-	-	-	-	-	-	59	49	-	1	**59**	**50**
Zemgales nodaļa	**0 - 6 g.v.**	-	-	-	-	-	-	-	-	10	20	**10**	**20**
	7 - 14 g.v.	-	1	-	-	-	1	-	1	109	171	**109**	**174**
	15 - 17 g.v.	-	1	-	-	-	2	-		16	23	**16**	**26**
Kopā valstī:	-	**605**	**562**	**618**	**540**	**3325**	**3434**	**772**	**725**	**810**	**803**	**6125**	**6059**

2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu par 1,08% ir samazinājies ortodontisko ārstēšanu saņēmušo personu skaits. Visvairāk personām pirmreizējā konsultācija vai ārstēšanās pie ortodonta jeb zobu tehniķa sniegta Rīgā, jo lielākā daļa šo speciālistu pieejami Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts, SIA. Analizējot pakalpojumus saņēmušās personas četrās vecuma grupās, tika konstatēts, ka biežāk pēc palīdzības griežas personas pamatskolas vecumā no 7 līdz 14 gadiem.

48.attēls

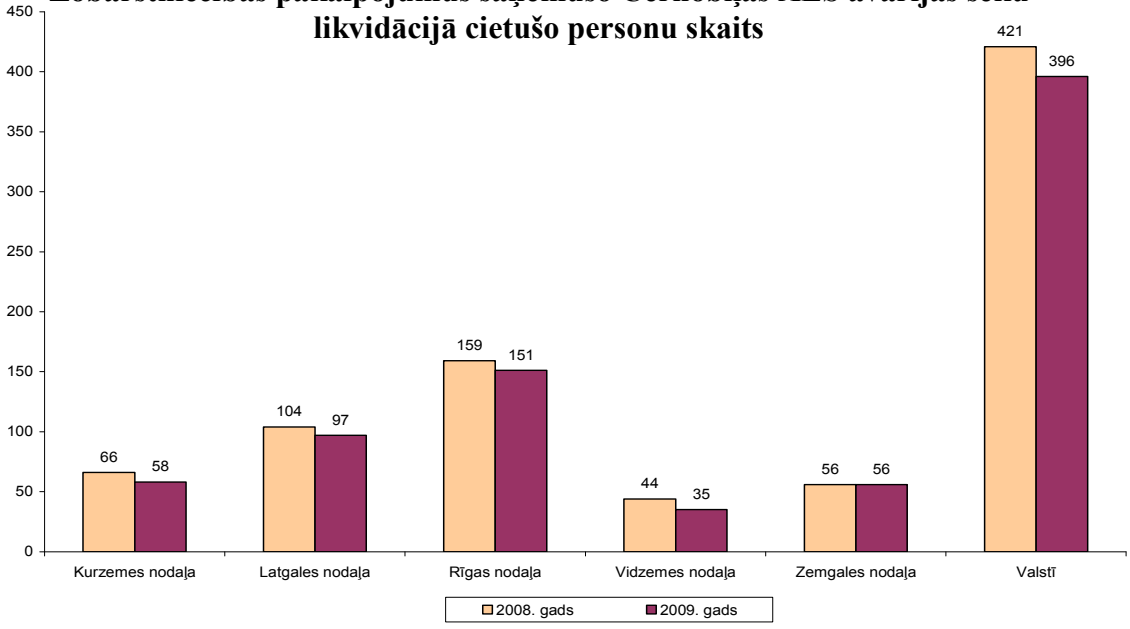
Ortodontiskās ārstēšanas izmaksas uz vienu saņēmušo personu, Ls



Vienas ortodontiskās ārstēšanas pirmreizējo konsultāciju un ārstēšanos pie ortodonta jeb zobu tehniķa saņēmušās personas izmaksas valstī 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu ir palielinājušās par 2,97%.

49.attēls

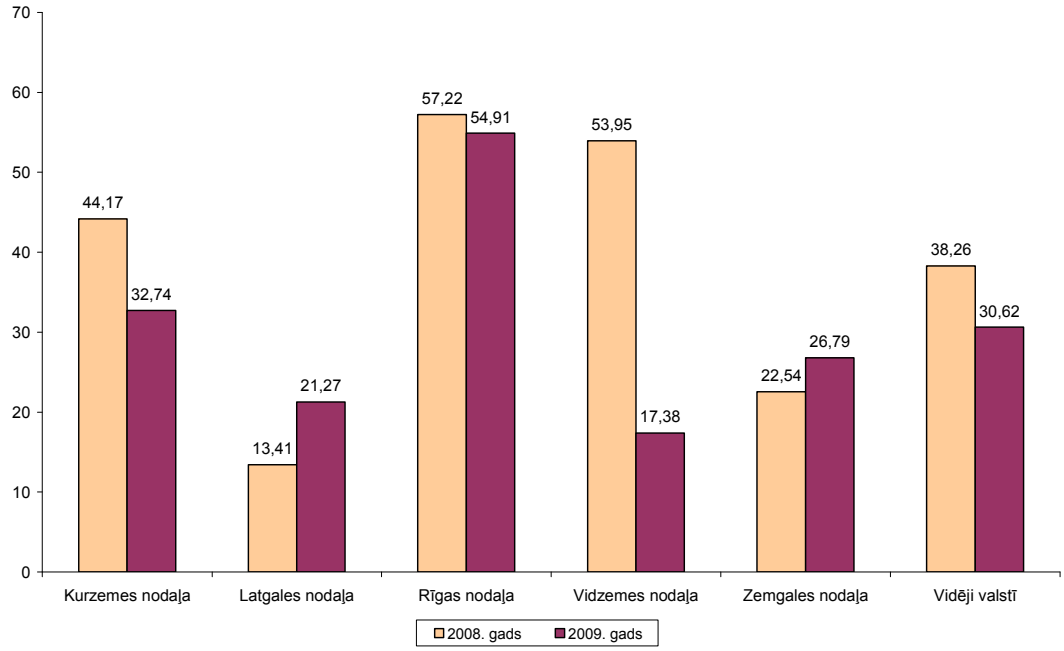
Zobārstniecības pakalpojumus saņēmušo Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu skaits



2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, par 6,31% ir samazinājies Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu skaits (396 unikālais pacients), kas vēlējušies saņemt valsts apmaksātu zobārstniecisko palīdzību. Visvairāk Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušām personām pakalpojumi sniegti Rīgā un Latgalē, retāk Vidzemē.

50.attēls

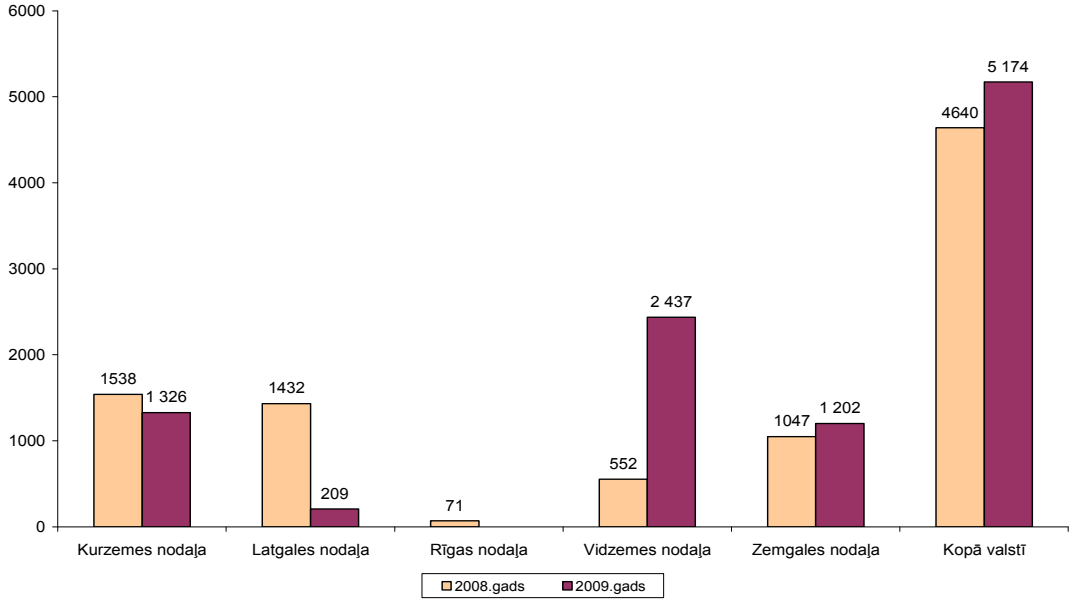
Zobārstniecības izmaksas uz vienu Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu, Ls



Zobārstniecības pakalpojumu izmaksas valstī uz vienu Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, vidēji samazinājušās par 19,97%. Visaugstākās izmaksas ir Rīgas teritoriālā nodaļā, bet viszemākās Vidzemes teritoriālā nodaļā.

51.attēls

Apmeklējumu skaits mobilajā zobārstniecības kabinetā pa speciālistu Centra teritoriālajām nodaļām

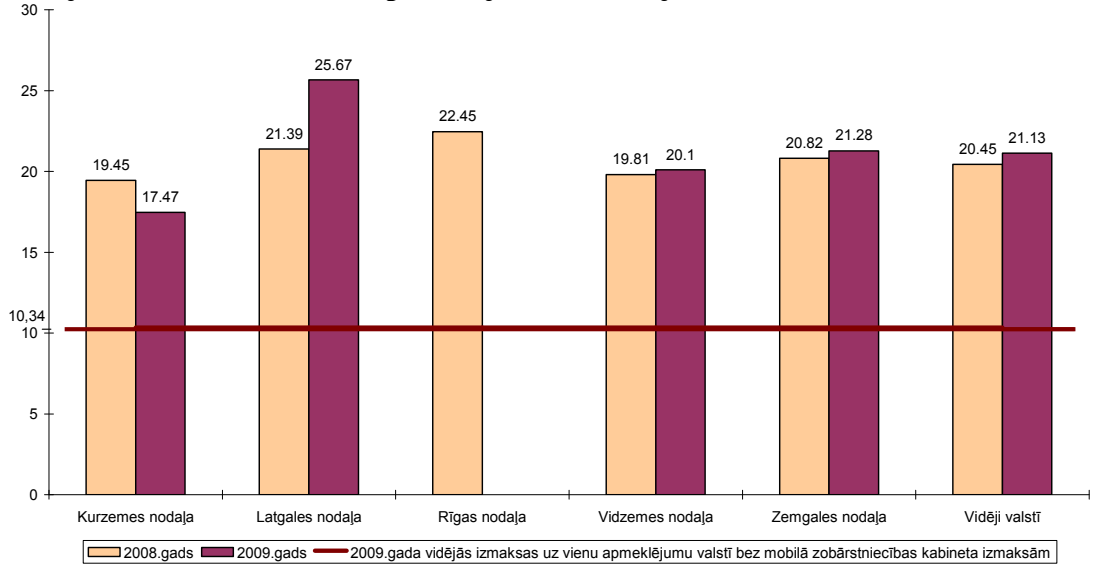


Mobilā zobārstniecība ir speciāli aprīkots autobuss, ar atbilstošu obligāto aprīkojumu saskaņā ar normatīvajām prasībām. Mobilā zobārstniecība ir risinājums zobārstniecības pakalpojumu pieejamībai lauku reģionu iedzīvotājiem, kam ikdienā nav pieejams zobārstniecības kabinets un speciālistu palīdzība.

Salīdzinot 2008.gada un 2009.gada rādītājus, jāsecina, ka 2009.gadā ir par 10,32% palielinājies apmeklējumu skaits mobilajā zobārstniecības kabinetā. Vismazākais bērnu apmeklējumu skaits mobilajā zobārstniecības kabinetā 2009.gadā ir Latgalē (4,04%), Rīgas rajonā pakalpojumi mobilajā zobārstniecības kabinetā nav sniegti, bet vislielākais Vidzemē (47,10%). Tas saistīts ar to, ka Vidzemē arī biežāk mobilais zobārstniecības kabinets sniedzis pakalpojumus.

52.attēls

Vidējās izmaksas uz vienu apmeklējumu mobilajā zobārstniecības kabinetā, Ls



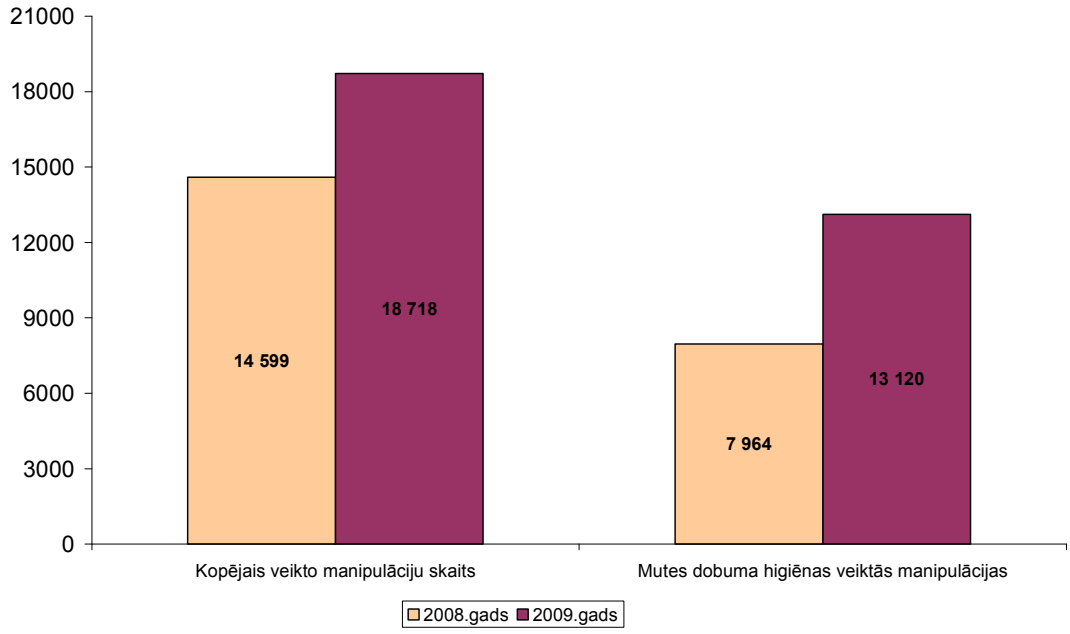
Vidējās zobārstniecības palīdzības izmaksas valstī 2009.gadā mobilajā zobārstniecības kabinetā uz vienu apmeklējumu, salīdzinot ar 2008.gadu, ir palielinājušās par 3,33%, bet izmaksas uz vienu apmeklējumu valstī bez mobilā zobārstniecības kabineta, salīdzinot ar 2008.gadu, ir samazinājušās par 15,93%.

Vidējās zobārstniecības palīdzības izmaksas 2009.gadā valstī mobilajā

zobārstniecības kabinetā uz vienu apmeklējumu ir 21,13 Ls, no kurām 43,64% ir apmaksāta piemaksa VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" par mobilā zobārstniecības kabineta uzturēšanu. Mobilajā zobārstniecības kabinetā Mobilajā zobārstniecības kabinetā 2009.gadā vidējās izmaksas valstī uz vienu apmeklējumu ir par 104,35% lielākas salīdzinot ar izmaksām uz vienu apmeklējumu valstī bez mobilā zobārstniecības kabineta izmaksām.

53.attēls

Mutes dobuma higiēnas īpatsvars mobilajā zobārstniecības kabinetā



2009. gadā, salīdzinot ar 2008.gadu par 15,54% ir palielinājies mutes dobuma higiēnas īpatsvars mobilajā zobārstniecības kabinetā. Bērniem, kas 2009.gadā ir saņēmuši zobārstniecības pakalpojumus mobilajā zobārstniecības kabinetā no visām veiktajām manipulācijām 70,09% sastāda mutes dobuma higiēnas manipulācijas.

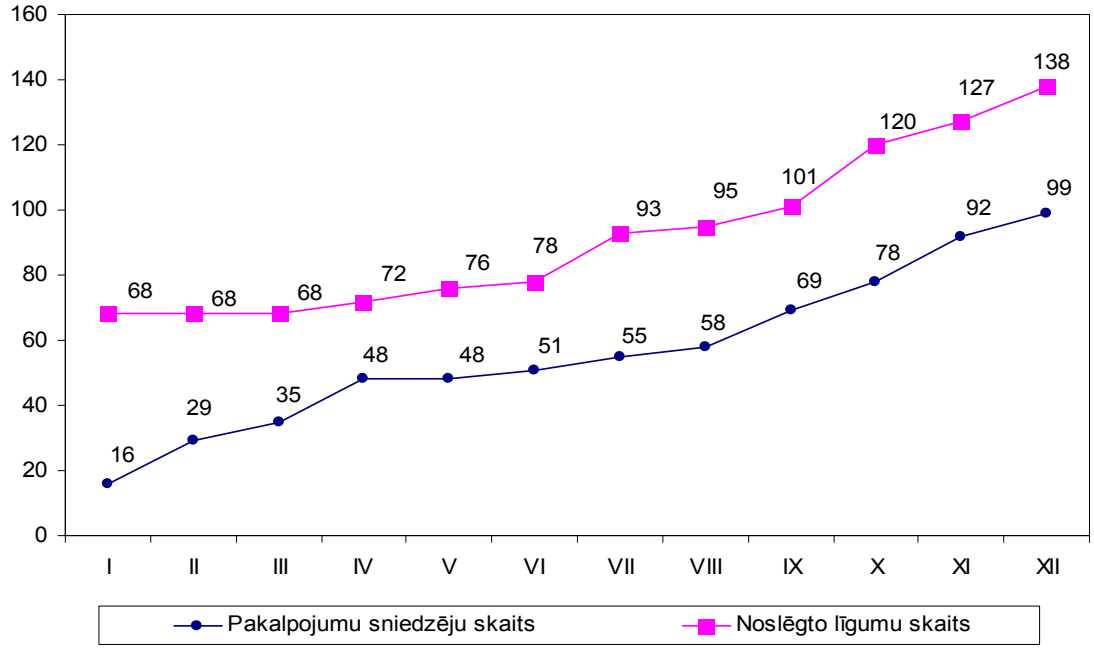
4.5. Veselības aprūpe mājās

Medicīniskā aprūpe mājās ir māsu vai ārsta palīgu (feldšeru) sniegtā veselības aprūpe pacientiem to dzīvesvietā. Tā tiek sniegta gadījumos, kad pacientiem nav nepieciešams atrasties slimnīcā ārstu un māsu diennakts uzraudzībā, bet medicīnisku indikāciju dēļ, piemēram, būtiski kustību ierobežojumi, pacients nav spējīgs nokļūt pie ģimenes ārsta vai cita speciālista.

Veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniegšana visā Latvijas teritorijā tika uzsākta 2009.gada 1.janvārī.

54.attēls

Pakalpojumu sniedzēju skaita dinamika pa mēnešiem

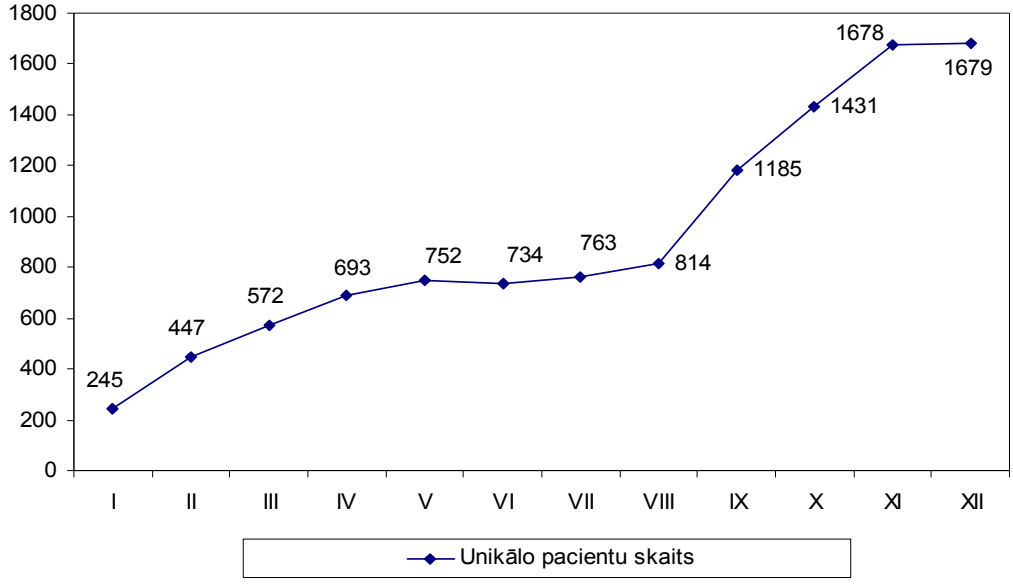


Gada pirmajā mēnesī par šo pakalpojumu sniegšanu ar Centru tika noslēgti 68 līgumi, bet reālus pakalpojumus janvāra mēnesī sniedza 16 iestādes.

Analizējot iegūtos rezultātus redzam, ka 2009.gada laikā pakalpojumu sniedzēju skaits un noslēgto līgumu skaits pakāpeniski ir pieaudzis. Pakalpojumu sniedzēju skaits laika periodā no 2009.gada janvāra līdz decembrim ir palielinājies mazliet vairāk kā 6 reizes. Kopējais noslēgto līgumu skaits šajā laika periodā ir palielinājies mazliet vairāk kā 2 reizes. Gada laikā iedzīvotājiem mājas aprūpes pakalpojumu pieejamība ievērojami uzlabojās visā Latvijā.

55.attēls

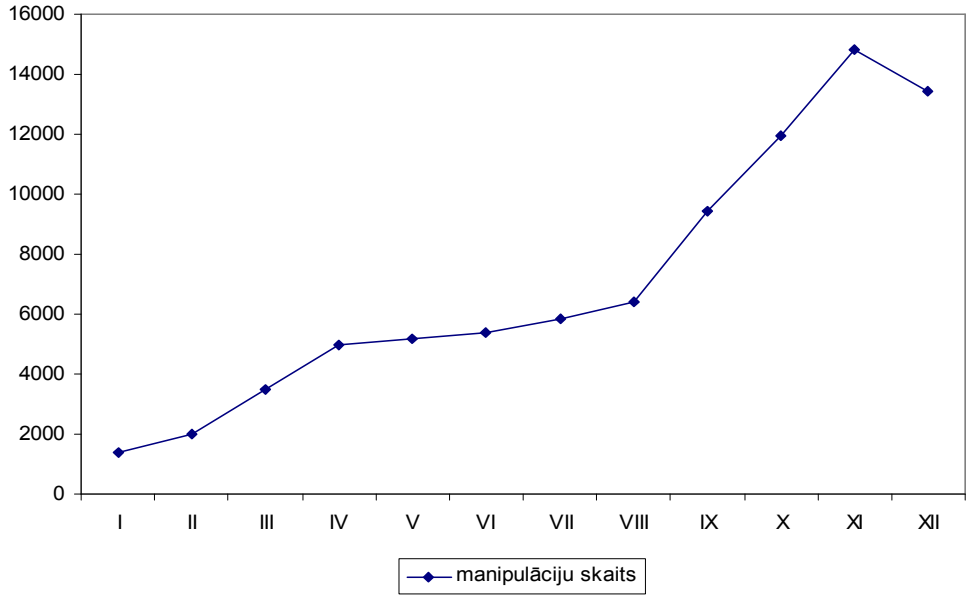
Unikālo pacientu skaita dinamika



2009.gadā bija 5 298 unikālie pacienti, kas saņēma veselības aprūpes pakalpojumus mājās. Analizējot iegūtos datus var redzēt, ka unikālo pacientu skaits 2009.gada laikā ir pakāpeniski palielinājies. Salīdzinot 2009.gada decembri ar janvāri unikālo pacientu skaits ir palielinājies apmēram 6,8 reizes.

56.attēls

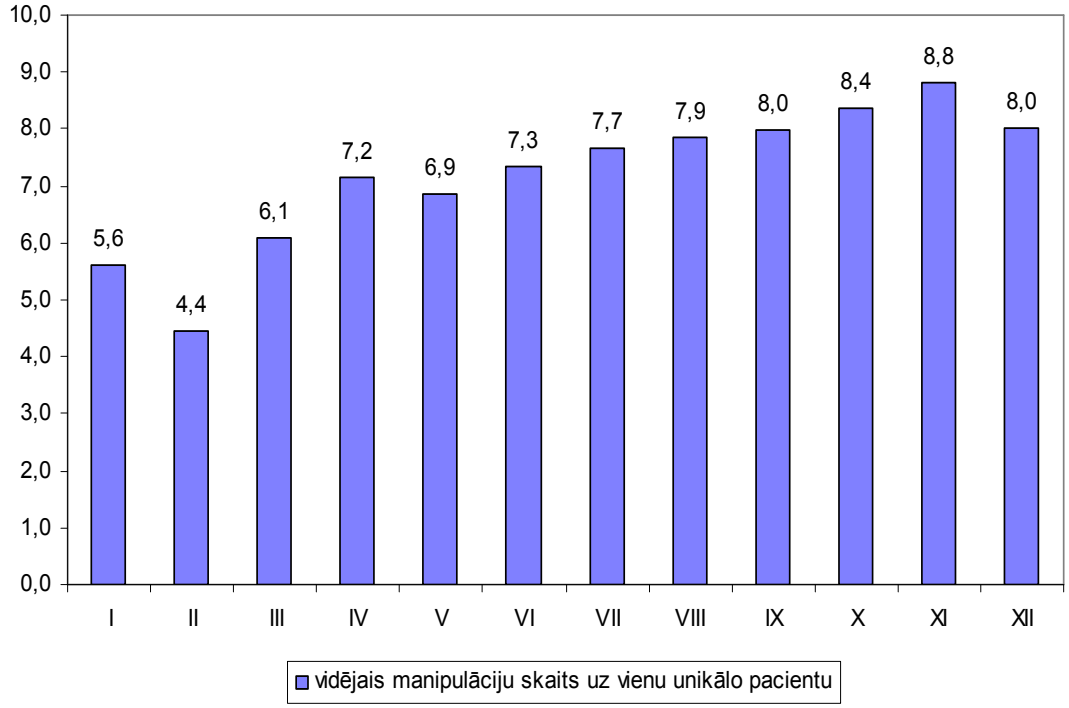
Manipulāciju skaita dinamika



Kopā 2009.gadā ir veiktas 84 285 manipulācijas. Visa gada laikā ir vērojams pieaugums, izņemot decembri, kad ir neliels manipulāciju skaita samazinājums.

57.attēls

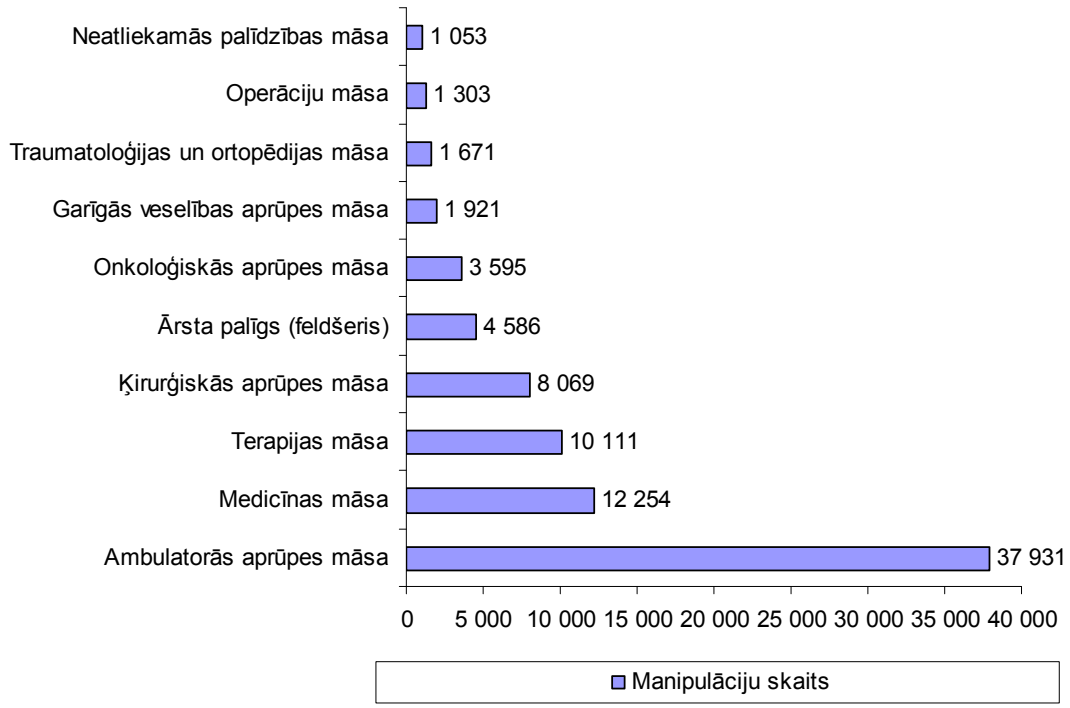
Vidējais manipulāciju skaits uz vienu unikālo pacientu



Vidēji 2009.gadā uz vienu unikālo pacientu tika veiktas 8 manipulācijas. Analizējot iegūtos datus var redzēt, ka gada sākuma vidēji vienam unikālajam pacientam tikai veiktas 4 – 6 manipulācijas, bet gada beigās vidēji vienam unikālajam pacientam tika veiktas jau 8 – 9 manipulācijās.

58.attēls

Manipulāciju skaits sadalījumā pa pakalpojuma sniedzēju specialitāti (top – 10)



No visām 2009.gadā veiktajām manipulācijām 45% ir veikušas ambulatorās aprūpes māsas, 15 % - medicīnas māsas, 12 % - terapijas māsas.

5. STACIONĀRO IESTĀŽU DARBĪBA

2009.gadā stacionārajās ārstniecības iestādēs samazinājies hospitalizāciju un gultas dienu skaits par 27,1%, salīdzinot ar 2008.gadu.

2009.gada 1.janvārī par stacionārās palīdzības nodrošināšanu valstī Centrs bija noslēdzis līgumus ar 72 stacionārajām ārstniecības iestādēm.

Saskaņā ar veiktajiem grozījumiem Noteikumos Nr.1046, Centrs izbeidza līgumattiecības par stacionāro palīdzību ar šādām iestādēm:

- 2009.gada 1.aprīlī - Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centrs; Auces slimnīca; Ādažu slimnīca; Dagdas slimnīca; Ērgļu slimnīca; Kārsavas slimnīca; Olaines veselības centrs; Saulkrastu slimnīca; Slokas slimnīca; Varakļānu slimnīca; Viesītes veselības un sociālās aprūpes centrs; Viļakas slimnīca, Viļānu slimnīca;
- 2009.gada 1.augustā – Ādažu privātslimnīca;
- 2009.gada 1.septembrī – SIA Akrona-12; Ādas un seksuāli transmisīvo slimību klīniskais centrs; SIA Balt Aliance; Ezra-SK Rīgas slimnīca „Bikur Holim"; Irlavas Sarkanā Krusta slimnīca; rehabilitācijas centrs „Krimulda"; Latgales novada rehabilitācijas centrs „Rāzna"; Latvijas Jūras medicīnas centrs; Limbažu slimnīca; rehabilitācijas centrs „Līgatne"; Mazsalacas slimnīca; Priekules slimnīca; Sanare KRC Jaunķemeri; Sarkanā krusta Smiltenes slimnīca; rehabilitācijas centrs „Tērvete".

Salīdzinot unikālo pacientu skaitu 2008. gadā (328 808) un 2009.gadā (266 348), redzams, ka 2009.gadā tas samazinājies par 62 460 pacientiem. Apskatot unikālo pacientu un hospitalizāciju skaitu, varam secināt, ka katrs pacients gan 2009.gada laikā slimnīcā, gan 2008.gadā laikā slimnīcā gulējis vidēji 1,4 reizi.

Hospitalizāciju skaits – 2009.gadā samazinājies par 21,1%, salīdzinot ar 2008.gadu (no 473 409 pacientiem 2008.gadā uz 373 313 pacientiem 2009.gadā).

Gultas dienu skaits - 2009.gadā samazinājies par 27,1%, salīdzinot ar 2008.gadu (no 4 474 893 gultas dienām uz 3 263 809 gultas dienām).

Vidējais ārstēšanas ilgums 2009.gadā ir 8,7 dienas. Tādejādi vidējais ārstēšanas ilgums, salīdzinot ar 2007. un 2008.gadu, ir samazinājies. Vidējais ārstēšanas ilgums slimnīcās 2008.gadā bija 9,5 dienas, bet 2007. gadā 9,4 dienas.

Vidējās vienas stacionēšanas un vienas gultas dienas valsts izmaksas ietver izmaksas par sniegto stacionāro pakalpojumu un izmaksas par pacientu iemaksu no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām. Salīdzinot ar 2008.gadu, 2009.gadā vidējās vienas stacionēšanās valsts izmaksas samazinājušās par 1,2% un vidējās vienas gultas dienas valsts izmaksas pieaugušas par 6,8%.

55.tabula

Vispārējie rādītāji

Diennakts stacionārs	2005.gads	2006.gads	2007.gads	2008.gads	2009.gads
Unikālo pacientu skaits	321 518	327 72	335 617	328 808	266 348
Stacionēšanās gadījumu skaits	448 752	464 769	480 508	473 409	373 313
Gultas dienu skaits	4 294 628	4 334 763	4 527 812	4 474 893	3 263 809
Vidējais ārstēšanas ilgums	9,6	9,3	9,4	9,5	8,7
Vidējās vienas stacionēšanas valsts izmaksas	245	311	412	493	487,07*
Vidējās vienas gultas dienas valsts izmaksas	25,62	33,31	43,68	52,14	55,71*

* ņemot vērā, ka 2009.gadā beigās stacionārai veselības aprūpei tika veikts maksājums par NMP sniegšanu un norēķiniem ar piegādātājiem par medikamentiem un medicīnas precēm no apakšprogrammas „Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem izlietojums", analizējot stacionārās kartes nav viennozīmīgi izdalāms apmaksātais darbs. Tāpēc aprēķinot vidējās izmaksas tika ņemts vērā faktiski samaksātais finansējums un faktiski veiktais darbs.

Ārstniecības iestāžu gultasdienu vidējās izmaksas

Stacionāro ārstniecības iestāžu kopējos ieņēmumus veido:

- Ieņēmumi no valsts budžeta:
  - veselības aprūpes pakalpojumi (līguma ietvaros),
  - centralizēto medikamentu iegāde;
  - reģistru uzturēšana.
- Pacienta maksājumi:
  - aprēķinātās pacienta iemaksas, ko iekasē ārstniecības iestāde;
  - endoprotezēšanas izdevumi, ko sedz pacients.

Stacionāro iestāžu kopējos ieņēmumus attiecinot pret gultasdienu skaitu (līguma ietvaros), iegūst datus par gultasdienu vidējām izmaksām.

Starp slimnīcām, ar kurām Centrs slēdz līgumus par sekundāro un terciāro stacionāro veselības aprūpi augstākās gultasdienu vidējās izmaksas ir P.Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā Ls 190,67, Austrumu klīniskai universitātes slimnīcai Ls 85,95 un Bērnu klīniskai universitātes slimnīcai Ls 83,24. Starp slimnīcām, ar kurām Centrs slēdz līgumus par stacionāro pakalpojumu sniegšanu atbilstoši aprūpes slimnīcas (nodaļas) tarifiem un apmaksas nosacījumiem augstākās vidējās izmaksas ir Talsu slimnīcai Ls 45,91, bet starp slimnīcām, ar kurām Centrs slēdz līgumus par speciālo stacionāro pakalpojumu sniegšanu – Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcai Ls 113,21.

Starp stacionāro ārstniecības iestāžu grupām visaugstākās vidējās izmaksas ir slimnīcām, ar kurām Centrs slēdz līgumus par sekundāro un terciāro stacionāro veselības aprūpi Ls 80,53. Salīdzinot ārstniecības iestāžu gultasdienu vidējās izmaksas 2009.gadā ar vidējām izmaksām 2008.gadā, liels pieaugums ir Paula Stradiņa klīniskai universitātes slimnīcai Ls 24,90 un Austrumu klīniskai universitātes slimnīcai Ls 14,02.

Ārstniecības iestāžu gultasdienu vidējās izmaksas

56.tabula

Iestādes	Faktiskā izpilde 2009.gads (līguma ietvaros) atbilstoši līguma nosacījumiem							Centralizēto medikamentu iegāde	Reģistru uzturēšana	Kopā no budžeta saņemtie līdzekļi	Pacienta iemaksa par neatbrīvotajām kategorijām (iekasē ārstniecības iestāde)	Endoprotezēšanas izdevumi, ko sedz pacients	Ārstniecības iestāžu kopējie ieņēmumi	Gultasdienu skaits	Aprēķinātās gultasdienu vidējās izmaksas 2009.gadā	Aprēķinātās gultasdienu vidējās izmaksas 2008.gadā	Pieaugums 2009.gadā
	Pakalpojumi no apakšprogrammas. "Ārstniecība"	Maksājums par NMP pakalpojumu sniegšanu un norēķiniem ar piegādātājiem par medikamentiem un medicīnas precēm no programmas. "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem"	Tāmes finansējums	Medikamenti papildus stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem plānotajiem finansu apjomiem	Ārstniecības palīdzība līguma attiecību valstu iedzīvotājiem (Ukraina)	Finansējums no apakšprogrammas "Sociālās drošības tīkla stratēģijas pasākumu īstenošana" 33.13.00	Pacienta iemaksa par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14=11+12+13	15	16	17	18
1.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par sekundāro un terciāro stacionāro veselības aprūpi:	108 468 532	22 357 879	-	76 982	25 334	203 242	8 762 859	2 094 454	581 940	**142 571 222**	11 315 875	111 925	153 999 022	1 912 343	80,53	-	-
1.1.Rīgas reģionā	79 340 065	16 030 814	-	76 982	19 827	74 435	4 669 243	1 842 819	581 940	**102 636 125**	6 588 272	73 920	109 298 317	1 056 240	103,48	-	-
1.2.Kurzemes reģionā	7 514 813	1 694 146	-	-	1 537	17 501	970 965	162 308	-	**10 361 270**	929 942	0	11 291 212	182 051	62,02	-	-
1.3.Latgales reģionā	9 503 296	1 939 261	-	-	2 987	47 383	1 399 395	-	-	**12 892 322**	1 641 053	6 141	14 539 516	291 450	49,89	-	-
1.4.Vidzemes reģionā	6 884 623	1 426 885	-	-	489	38 818	894 428	89 327	-	**9 334 570**	1 145 379	30 445	10 510 394	205 907	51,04	-	-
1.5.Zemgales reģionā	5 225 735	1 266 773	-	-	494	25 105	828 828	-	-	**7 346 935**	1 011 229	1 419	8 359 583	176 691	47,31	-	-
2.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par stacionāro pakalpojumu sniegšanu atbilstoši aprūpes slimnīcas (nodaļas) tarifiem un apmaksas nosacījumiem	3 773 596	137 144	-	-	399	4 356	451 524	-	-	**4 367 019**	557 168	2 283	4 926 470	123 048	40,04	-	-
3.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par speciālo stacionāro pakalpojumu sniegšanu	19 792 449	2 504 977	1 181 332	-	10422	21 929	9 453 301	-	-	**32 964 410**	1 001 723	105 958	34 072 091	1 078 321	31,60	-	-
4.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu	4 195 525	-	-	-	-	-	405 956	-	12 560	**4 614 041**	744 768	22 526	5 381 335	150 097	35,85	-	-
Kopā:	**136 230 102**	**25 000 000**	**1 18 1332**	**76 982**	**36 155**	**229 527**	**19 073 640**	**2 094 454**	**594 500**	**184 516 692**	**13 619 534**	**242 692**	**198 378 918**	**3 263 809**	**60,78**	**46,95**	**13,83**

Stacionāro ārstniecības iestāžu finansējums un faktiskā izpilde veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā 2009.gadā

2009.gadā noslēgti līgumi ar stacionārajām ārstniecības iestādēm par stacionārās palīdzības sniegšanu un apmaksu Ls 162 639 091 apmērā, t.sk. Ls 25 000 000 maksājums par neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu un norēķiniem ar piegādātājiem par medikamentiem un medicīnas precēm no apakšprogrammas „Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem".

Bez tam saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 11.augusta sēdē pieņemto lēmumu (protokols Nr.52 75§ 3.punkts) noslēgti līgumi ar SIA "Kuldīgas slimnīca" un SIA "Ludzas slimnīca" par valsts galvoto aizdevumu kavēto maksājumu segšanu Ls 476 429 apmērā.

Plānotā pacientu iemaksu kompensācija no valsts budžeta līdzekļiem stacionārai palīdzībai par no pacientu iemaksām atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām 2009.gadā ir Ls 17 542 259.

2009.gadā stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu pārsniegums virs līgumā noteiktā apjoma ir Ls 1 080 319 jeb 0,66%, bet līguma neizpilde – Ls 8 949 433 jeb 5,5% no līgumu plānotā apjoma gadam.

Sadalījumā pa slimnīcu grupām lielākais pakalpojumu pārsniegums virs līgumā noteiktā apjoma ir slimnīcām, ar kurām Centrs slēdz līgumus par speciālo stacionāro pakalpojumu sniegšanu - Ls 680 113 jeb 2,90%.

Savukārt lielākā līgumu neizpilde ir slimnīcām, ar kurām centrs slēdz līgumus par sekundāro un terciāro stacionāro veselības aprūpi - Ls 8 792 887 jeb 6,71%.

57.tabula

Stacionāro ārstniecības iestāžu faktiskā izpilde pa slimnīcu veidiem 2009.gadā

Ārstniecības iestāžu grupas	Līguma summa, Ls			Veiktā darba apjoms, Ls	Pārstrāde virs noteiktā apjoma		Līguma neizpilde		Pacienta iemaksa par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls		
	Kopā līguma summa 2009.gadam	t.sk. pakalpojumi no apakšprogrammas "Ārstniecība"	t.sk. maksājums par NMP pakalpojumu sniegšanu un norēķiniem ar piegādātājiem par medikamentiem un medicīnas precēm no apakšprogrammas "Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem"		Ls	%	Ls	%	Plānotā pacienta iemaksa, Ls	Līguma ietvaros, Ls	Izpilde līguma ietvaros salīdzinot ar plānoto , Ls pārstrāde +/ neizpilde
1.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par sekundāro un terciāro stacionāro veselības aprūpi	**131 041 463**	108 683 584	22 357 879	**122 423 643**	175 067	0.13	8 792 887	6.71	7 997 206	8 762 859	765 653
2.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par stacionāro pakalpojumu sniegšanu atbilstoši aprūpes slimnīcas (nodaļas) tarifiem un apmaksas nosacījumiem	**3 923 345**	3 786 201	137 144	**3 940 987**	90 377	2.30	72 735	1.85	505 002	451 524	-53 478
3.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par speciālo stacionāro pakalpojumu sniegšanu	**23 478 758**	20 973 781	2 504 977	**24 075 060**	680 113	2.90	83 811	0.36	8 634 095	9 453 301	819 206
4.Slimnīcas, ar kurām Centrs slēdz līgumus par ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu	**4 195 525**	4 195 525	0	**4 330 287**	134 762	3.21	0	0.00	405 956	405 956	0
Kopā:	**162 639 091**	**137 639 091**	**25 000 000**	**154 769 977**	**1 080 319**	**0.66**	**8 949 433**	**5.50**	**17 542 259**	**19 073 640**	**1 531 381**
Plānotā pacienta iemaksa par atbrīvotajām kategorijām	17 542 259										
Valsts galvotais aizdevums "Kuldīgas slimnīca" un "Ludzas slimnīca"	476 429										
Pavisam kopā:	**180 657 779**										

Stacionāro ārstniecības iestāžu finansējums un faktiskā izpilde pa pakalpojumu programmām

2009. gada līgumos ar stacionārām ārstniecības iestādēm tika iestrādātas un apmaksātas 44 specializēto pakalpojumu programmas un 1 pakalpojumu minimumā ietilpstošo pārējo pakalpojumu programma.

Līdzekļu izlietojums pakalpojumu minimumā ietilpstošo pārējo pakalpojumu apmaksai ir Ls 75 434 745, kas izlietoti par 283 634 stacionāros ārstētiem pacientiem. Līdzekļu izlietojums specializētām programmām ir 51% (Ls 79 335 232) no kopējās faktiskās izpildes, ārstēto pacientu skaits 24% (89 679) no kopējo pacientu skaita.

Zemāk redzamajā tabulā finanšu apjoma izpilde uzrādīta bez pacienta iemaksām un pacientu iemaksas kompensācijas.

58.tabula

Stacionāro ārstniecības iestāžu finansējums un faktiskā izpilde pa pakalpojumu programmām

Programmas nosaukums	Faktiskā izpilde 2008.gadā		Faktiskā izpilde 2009.gadā	
	Faktiski veiktais darba apjoms, Ls	Ārstēto pacientu skaits	Faktiski veiktais darba apjoms, Ls	Ārstēto pacientu skaits
Ārstniecības iestādes kopā	**227 543 509**	**491 356**	**154 769 977**	**373 313**
Apdegumi	1 375 735	509	924 069	425
Apsaldējumu stacionārā ārstēšana pieaugušajiem	31 573	22	93 748	58
Asinsvadu ķirurģija	1 305 844	848	1 196 659	969
Bērnu surdoloģija (pārejoši vai pastāvīgi dzirdes un valodas traucējumi) Stacionārā palīdzība. Rehabilitācija.	155 389	220	101 157	197
Cilmes šūnu transplantācija	206 870	65	158 655	44
Cistiskā fibroze	16 718	27	22 201	32
Černobiļas AES avārijas likvidētātju un arodslimnieku ārstēšana stacionārā	505 295	1 256	315 908	966
Ekstraģenitālā grūtnieču patoloģija	233 021	669	192 714	599
Elektrokardiostimulācija, EKS implantācija	2 552 319	1 301	2 435 683	1 294
Grūtniecība, dzemdības un jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7 dzīves dienai)	3 052 533	9 310	2 505 513	8 430
Hematoloģija un onkoloģija	911 212	698	743 502	656
Hepatobiliārā ķirurģija	70 998	63	66 710	61
Iedzimtu auksleju, lūpas un sejas šķeltņu, iedzimtu un smagu sakodiena anomāliju stacionārā ārstēšana	178 622	287	166 125	279
Invazīvā kardioloģija	22 002 528	9 334	20 637 757	7 709
Īslaicīga ķirurģiskā āsrtēšana	125 704	250	0	0
Jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7 dzīves dienai)	1 386 934	998	922 585	787
Kardioķirurģija. Kardioķirurģija bērniem	10 391 632	1 579	8 634 571	1 404
Kohleārā implanta implantācija bērniem	217 973	12	119 899	8
Medicīniskā rehabilitācija stacionārā	5 673 759	10 165	2 619 687	6 552
Mikroķirurģija	3 325 296	2 815	2 155 249	2 040

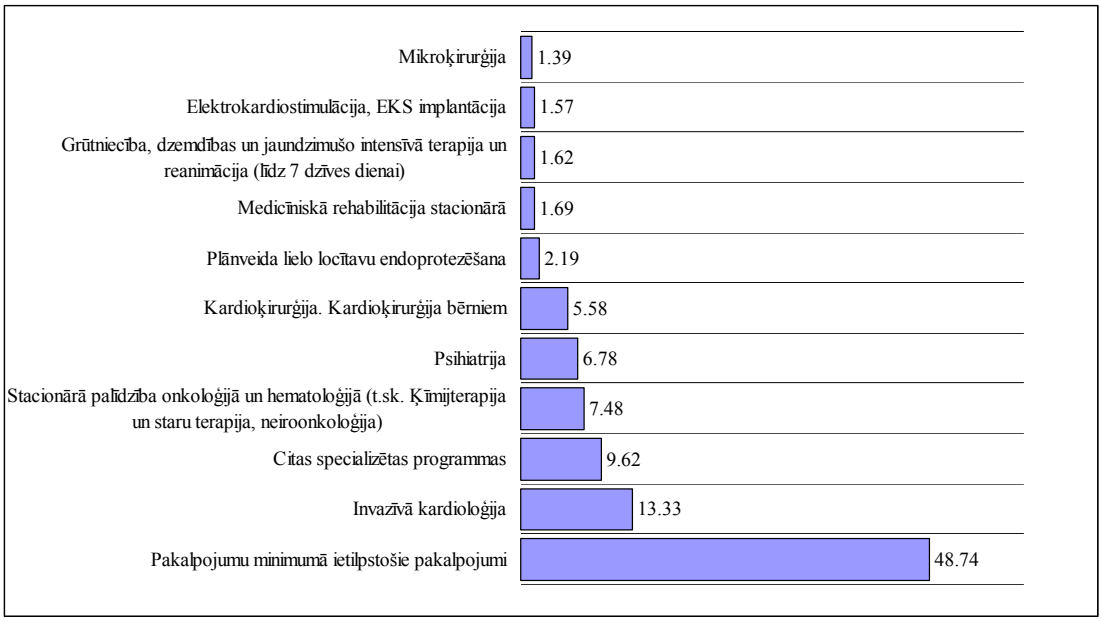
Mikroķirurģiskā izgulējumu ārstēšana	669 700	95	664 673	57
Multiplā skleroze	175 769	693	74 206	406
Nacionālsociālistiskajā režīmā cietušo personu rehabilitācija	89 551	173	58 655	116
Narkoloģija	1 981 657	9 977	859 728	6 607
Narkomānu rehabilitācija	217 755	466	150 008	93
Nefroķirurģija	879 031	340	1 025 540	302
Neiroangioloģija. Funkcionālā neiroķirurģija.	1 413 494	865	1 531 883	1 731
Neiroonkoloģija	278 865	494	59 616	132
Osteomielīts	98 309	70	83 942	75
Osteomielīts. Mikroķirurģija (plānveida). Mugurkaulāja traumas un to sekas. Onkoloģija.	606 881	380	537 995	386
Paliatīvā aprūpe	1 019 724	2 663	450 387	1 581
Plānveida lielo locītavu endoprotezēšana	4 821 298	2 918	3 396 650	2 120
Psihiatrija	21 623 903	35 656	10 494 563	16 285
Revīzijas endoprotēžu endoprotezēšana	494 374	179	456 196	192
Seksuāli transmisīvo slimību stacionārā ārstēšana pieaugušajiem	33 751	107	17 847	79
Sifiliss, gonoreja bērniem.	229 400	280	9 307	27
Skoliozes operācijas	147 427	43	129 840	48
Specializētās mutes, sejas un žokļu slimību ārstēšana iedzimtu patoloģiju un jaunizveidojumu gadījumos	61 935	166	44 243	128
Stacionārā palīdzība onkoloģijā un hematoloģijā (t.sk. Ķīmijterapija un staru terapija, neiroonkoloģija)	15 526 503	25 605	11 571 530	21 493
Stacionārā psihatriskā palīdzība bērniem	551 813	889	488 745	864
Stacionārā aprūpe aprūpes slimnīcā			174 495	2 095
Toksikoloģija	226 193	1 542	189 744	1 464
Torakālā ķirurģija	370 139	270	267 366	251
Tuberkuloze (psihiatrijas slimnieki)	316 613	396	191 259	101
Tuberkulozes izplatības ierobežošana	1 167 709	818	925 926	536
Pakalpojumu minimumā ietilpstošie pakalpojumi	118 854 666	365 843	75 434 745	283 634
Specifiskie medikamenti	197 406		76 982	
Tāmes finansējums	1 769 688		1 391 514	

Specializētās pakalpojumu programmas ar lielāko finansējumu ir:

- Invazīvā kardioloģija, kas ir 13,33% (Ls 20 637 757) no kopējās faktiskās izpildes un 2,07% no kopējā stacionāros ārstēto pacientu skaita;
- Stacionārā palīdzība onkoloģijā un hemotoloģijā (t.sk. ķīmijterapija un staru terapija, neiroonkoloģija), kas ir 7,48% (Ls 11 571 530) no kopējās faktiskās izpildes un 5,76% no kopējā stacionāros ārstēto pacientu skaita;
- Psihiatrija, kas ir 6,78% (Ls 10 494 563) no kopējās faktiskās izpildes un 4,36% no kopējā stacionāros ārstēto pacientu skaita;
- Kardioķirurģija. Kardioķirurģija bērniem, kas ir 5,58% (Ls 8 634 571) no kopējās faktiskās izpildes un 0,4% no kopējā stacionāros ārstēto pacientu skaita.

59.attēls

Stacionāro ārstniecības iestāžu faktiskās izpildes sadalījums pa pakalpojumu programmām 2009.gadā, %



Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā

2009.gadā lielākā daļa pacientu ir stacionējušies vienu reizi - kopsummā 201 332 pacienti, kas sastāda gandrīz 75,59% no visiem stacionētajiem pacientiem.

Tādejādi 24,41 % no visiem stacionētajiem pacientiem 2008.gada laikā ir stacionēti atkārtoti. 24 pacienti gada laikā ir stacionēti vairāk kā 16 reizes.

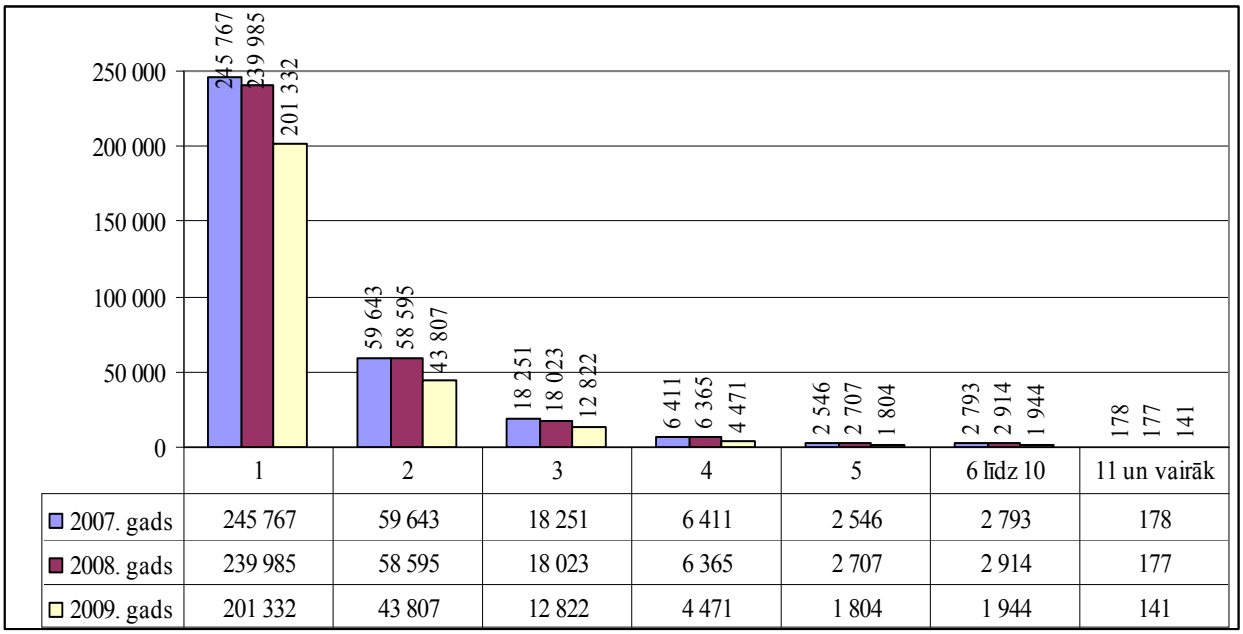
59.tabula

Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā

Diennakts stacionēšanas gadījumu skaits	Unikālo pacientu skaits	Unikālo pacientu skaits, %
1	201 332	75,59%
2	43 807	16,45%
3	12 822	4,81%
4	4 471	1,68%
5	1 804	0,68%
6	861	0,32%
7	516	0,19%
8	278	0,10%
9	193	0,07%
10	96	0,04%
11	61	0,02%
12	42	0,02%
13	17	0,01%
14	14	0,01%
15	10	0,00%
16 un vairāk	24	0,01%

60.attēls

Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā 2007., 2008. un 2009.gadā

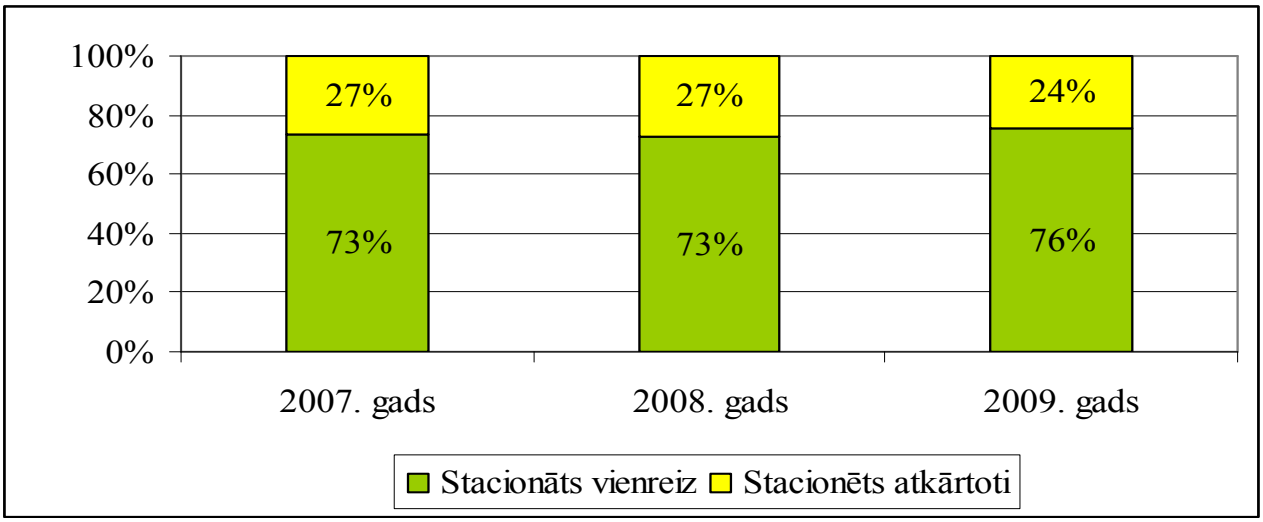


	1	2	3	4	5	6 līdz 10	11 un vairāk
2007. gads	245 767	59 643	18 251	6 411	2 546	2 793	178
2008. gads	239 985	58 595	18 023	6 365	2 707	2 914	177
2009. gads	201 332	43 807	12 822	4 471	1 804	1 944	141

61.attēls

Pacientu, kas hospitalizēti vienu reizi gadā un atkārtoti 2007., 2008. un 2009.gadā, skaita procentuālais sadalījums

2009.gadā, salīdzinot ar 2007. un 2008.gadu, ir samazinājies atkārtoti hospitalizēto pacientu skaits par 3%.



60.tabula

Diennakts stacionārā 2009. gada veiktā darba rādītāji pa slimību profiliem

Slimību profila nosaukums	Diagnozes grupa pēc SSK - 10	Hospitalizēto pacientu skaits	Vidējais ārstēšanas ilgums	Vidējās izmaksas vienam pacientam par pakalpojumu kopā, Ls*	tai skaitā			Valsts kompensētā pacienta Iemaksas vidēji vienam pacientam, Ls	Valsts izmaksas vidēji vienam pacienta, Ls*	Vidējā aprēķinātā pacienta maksājamā pacienta iemaksa vidēji vienam pacientam, Ls	Kopējās izmaksas vidēji vienam pacienta, Ls*
					Par gadījumu	Par gultu dienām	Par manipulācijām				
1	2	3	4	5=6+7+8	6	7	8	9	10=5+9	11	12=5+9+11
kardioloģijas	I20-I28;I30-I52;Q20-Q24;R00-R03;I10-I15	44 155	6,2	862,72	691,55	48,99	122,18	9,57	872,29	53,03	925,32
gastroenteroloģijas	K20-K31;K50-K52;K55;K58;K59;	14 437	5,4	232,89	76,53	78,28	78,08	23,05	255,94	32,01	287,95
endokrinoloģijas	E00-E90;D80-D89;	6 106	6,6	331,41	149,33	80,66	101,42	17,56	348,97	49,58	398,55
infekciju	A00-A09;A20-A28;A30-A49;A65-A99;B00-B09;B15-B34;B50-B89;B91-B99;J10-J11;	15 348	5,7	189,18	103,35	53,63	32,2	51,06	240,24	9,11	249,35
hematoloģijas	D50-D77;	1 495	7,2	343,87	95,47	114,75	133,65	28,01	371,88	47,29	419,17
nefroloģijas	N00-N19;N25-N29;	5 041	7,6	402,33	140,77	135,73	125,83	35,46	437,79	45,52	483,31
ķirurģijas	K35-K38;K40-K46;K56;K57;K60-K63;K65-K67;K70-K77;K80-K87;K90-K93;M40;M41;M80-M90;M95-M99	19 969	6,0	336,19	215,75	48,78	71,66	13,52	349,71	48,72	398,43

traumatoloģijas	S00-T19;T33-T35;T79-T98;	32 159	6,9	367,41	65,6	115,77	186,04	20,36	387,77	49,43	437,20
apdegumu	T20-T32;	1 357	11,3	851,36	478,46	102,72	270,18	65,76	917,12	49,62	966,74
uroloģijas	N20-N23;N30-N51;R30-R39;	8 271	4,8	222,61	135,87	48,17	38,57	11,43	234,04	38,44	272,48
stomatoloģijas	K00-K14;	1 252	4,2	267,63	83,22	51,15	133,26	14,84	282,47	29,13	311,60
onkoloģijas	C00-D48;	34 786	8,4	494,49	53,27	192,96	248,26	52,95	547,44	35,34	582,78
dzemdību	O60-O75;O80-O92;	21 501	4,5	288,17	248,97	12,51	26,69	47,1	335,27	0,29	335,56
grūtniecības patoloģijas	O10-O16;O20-O48;O95-O99;	8 403	6,8	165,39	141,97	19,69	3,73	67,39	232,78	2,61	235,39
ginekoloģijas	N60-N64;N70-N77;N80-N89;O00-O08;	11 228	3,6	234,84	205,15	9,44	20,25	12,54	247,38	22,50	269,88
neiroloģijas	G00-G99;I60-I69;M42-M54;M91-M94;	39 436	8,7	333,31	124,89	100,41	108,01	22,7	356,01	67,92	423,93
oftalmoloģijas	H00-H59;	4 905	4,3	291,78	196,17	13,85	81,76	7,82	299,6	37,04	336,64
otorinolaringoloģijas	H60-H95;J00-J06;J30-J39	17 166	4,7	173,72	130,41	18,05	25,26	35,86	209,58	12,96	222,54
veneroloģijas	A50-A64;	132	12,5	247,61	60,38	167,58	19,65	114,21	361,82	5,15	366,97
pulmonoloģijas	J12-J22;J40-J99;	21 748	8,2	245,78	170,8	49,14	25,84	48,06	293,84	32,17	326,01
dermatoloģijas	B35-B49;L00-L99;	6 035	7,4	280,24	64,76	114,83	100,65	30,07	310,31	42,58	352,89
vazoloģijas	I70-I99;	8 911	8,0	466,34	95,67	146,72	223,95	19,92	486,26	58,97	545,23
reimatoloģijas	I00-I02;I05-I09;M00-M25;M30-M36;	7 520	9,4	801,02	564,06	67,27	169,69	22,37	823,39	72,41	895,80
Pārējās diagnozes		41 952	24,6	482,55	56,6	353,28	72,67	229,37	711,92	11,27	723,19
	Kopā:	**373 313**	**8,7**	**410,54**	**197,41**	**109,22**	**103,91**	**51,74**	**462,28**	**36,49**	**498,77**

* aprēķinot vidējās valsts izmaksa par pakalpojumu tika ņemts vērā viss veiktais darbs, dalot kartes summu par gadījumiem, gultu dienām, manipulācijām ar kopējo hospitalizāciju skaitu. Šajā aprēķinā nav ņemta vērā faktiski samaksātā summa, bet gan summa, kas veidojās atbilstoši 2009.gadā noteiktajiem stacionārajiem tarifiem.

Dzemdību skaits sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2009. gadā

2009.gadā valstī kopā ir notikušas 21 570 dzemdības. Dzemdības ir notikušas visās slimnīcu grupās. Specializētajā slimnīcā Rīgas dzemdību nams ir notikušas visvairāk no dzemdībām – 6 668, kas veido 31% no visām valstī notikušajām dzemdībām. Vēl pie lielākajām dzemdību iestādēm var pieskaitīt Paula Stradiņa klīnisko universitātes slimnīcu, kur notikušas 1 988 dzemdības, Jūrmalas slimnīcu – 1 680 dzemdības, Daugavpils reģionālo slimnīcu – 1 278 dzemdības un Liepājas reģionālo slimnīcu – 1 069 dzemdības.

61.tabula

Dzemdību skaits sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2009. gadā

Ārstniecības iestāžu grupa	Ārstniecības iestādes	Dzemdību skaits	Dzemdību skaits % no valstī kopējā dzemdību skaita
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Balvu slimnīca	337	2%
	Cēsu klīnika	505	2%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	1 278	6%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	713	3%
	Gulbenes slimnīca	175	1%
	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	570	3%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	898	4%
	Jūrmalas slimnīca	1 680	8%
	Krāslavas slimnīca	20	0%
	Kuldīgas slimnīca	659	3%
	Liepājas reģionālā slimnīca	1 069	5%
	Madonas slimnīca	330	2%
	Ogres rajona slimnīca	437	2%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	1 988	9%
	Preiļu slimnīca	347	2%
	Rēzeknes slimnīca	586	3%
	Tukuma slimnīca	375	2%
	Ventspils slimnīca	497	2%
	Vidzemes slimnīca	912	4%
	Kopā:	**13 376**	**62%**
Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	157	1%
	Bauskas slimnīca	288	1%
	Ludzas rajona slimnīca	84	0%
	Rīgas rajona slimnīca	404	2%
	Saldus medicīnas centrs	6	0%
	Talsu slimnīca	199	1%
	Kopā:	**1 138**	**5%**
Specializētās slimnīcas	Rīgas dzemdību nams	6 668	31%
	Kopā:	**6 668**	**31%**
Pārējās slimnīcas	Limbažu slimnīca	107	0%
	Priekules slimnīca	169	1%
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	112	1%
	Kopā:	**388**	**2%**
	Valstī kopā:	**21 570**	**100%**

Bērnu un pieaugušo hospitalizāciju skaita sadalījums pa ārstniecības iestādēm 2009. gadā

Tabulā redzami dati par hospitalizēto pacientu sadalījumu pēc pacientu vecuma - pieaugušie un bērni. Valstī vidēji 81% no hospitalizētajiem pacientiem ir pieaugušie, bet 19% ir bērni. Ir atsevišķas ārstniecības iestādes, kur tiek ārstēti pārsvarā tikai bērni – Bērnu klīniskā universitātes slimnīcā 100%, Rehabilitācijas centrā „Krimulda" – 99% un Bērnu psihoneiroloģiskajā slimnīcā „Ainaži" – 88%.

Tāpat ir arī daudzas ārstniecības iestādes, kurās gada laikā nav bijis hospitalizēts neviens bērns, piemēram: Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca, Līvānu slimnīca, Straupes narkoloģiskā slimnīca u.c. Bērni tiek ārstēti visās neatliekamās palīdzības slimnīcās – 22% no hospitalizētajiem pacientiem ir bērni. Specializētajās slimnīcās un Pārējās slimnīcās šī attiecība ir mazāka – attiecīgi 8% un 14%.

62.tabula

Bērnu un pieaugušo hospitalizāciju skaita sadalījums pa ārstniecības iestādēm 2009. gadā

Ārstniecības iestāžu grupas	Ārstniecības iestādes	Hospitalizāciju skaits			Hospitalizāciju skaits % attiecībā pret kopējo hospitalizāciju skaitu	
		bērni	pieaugušie	kopējais	bērni	pieaugušie
Neatliekamās palīdzības slimnīcas	Alūksnes slimnīca	841	2 815	3 656	23%	77%
	Balvu slimnīca	707	2 621	3 328	21%	79%
	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	29 103	108	29 211	100%	0%
	Cēsu klīnika	1 516	5 523	7 039	22%	78%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	4 609	17 403	22 012	21%	79%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	1 123	4 247	5 370	21%	79%
	Gulbenes slimnīca	1 007	2 940	3 947	26%	74%
	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	2 456	7 943	10 399	24%	76%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	2 452	9 381	11 833	21%	79%
	Jūrmalas slimnīca	52	4 851	4 903	1%	99%
	Krāslavas slimnīca	264	2 478	2 742	10%	90%
	Kuldīgas slimnīca	977	4 346	5 323	18%	82%
	Liepājas reģionālā slimnīca	3 139	11 524	14 663	21%	79%
	Madonas slimnīca	1 399	4 494	5 893	24%	76%
	Ogres rajona slimnīca	1 339	4 783	6 122	22%	78%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	895	39 639	40 534	2%	98%
	Preiļu slimnīca	557	3 109	3 666	15%	85%
	Rēzeknes slimnīca	2 201	9 242	11 443	19%	81%
	Rīgas 1.slimnīca	103	16 874	16 977	1%	99%
	Rīgas 2. slimnīca	41	3 685	3 726	1%	99%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	696	54 926	55 622	1%	99%
	Tukuma slimnīca	1 250	3 950	5 200	24%	76%
	Ventspils slimnīca	1 436	6 873	8 309	17%	83%
	Vidzemes slimnīca	1 974	8 366	10 340	19%	81%
	Kopā:	**60 137**	**232 121**	**292 258**	**21%**	**79%**
Aprūpes slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	797	2 911	3 708	21%	79%
	Bauskas slimnīca	640	2 701	3 341	19%	81%
	Līvānu slimnīca		613	613	0%	100%

	Ludzas rajona slimnīca	527	2 424	2 951	18%	82%
	Rīgas rajona slimnīca	288	2 458	2 746	10%	90%
	Saldus medicīnas centrs	568	2 366	2 934	19%	81%
	Talsu slimnīca	626	2 335	2 961	21%	79%
	Kopā:	**3 446**	**15 808**	**19 254**	**18%**	**82%**
Specializētās slimnīcas	Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	153	21	174	88%	12%
	Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca		432	432	0%	100%
	Daugavas slimnīca	10	3 705	3 715	0%	100%
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	315	3 318	3 633	9%	91%
	Piejūras slimnīca	177	2 223	2 400	7%	93%
	Rīgas dzemdību nams	447	9 199	9 646	5%	95%
	Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	184	8 007	8 191	2%	98%
	Slimnīca Ģintermuiža	476	2 990	3 466	14%	86%
	Straupes narkoloģiskā slimnīca		1 362	1 362	0%	100%
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	7	2 574	2 581	0%	100%
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	91	5 448	5 539	2%	98%
	Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	1 693	1 943	3 636	47%	53%
	Kopā:	**3 553**	**41 222**	**44 775**	**8%**	**92%**
Pārējās slimnīcas	Ādas un seksuāli transmisīvo slimību klīniskais centrs	29	890	919	3%	97%
	Ādažu privātslimnīca	39	92	131	30%	70%
	Ādažu slimnīca	5	156	161	3%	97%
	Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centrs	64	176	240	27%	73%
	„AKRONA 12”	3	36	39	8%	92%
	Auces slimnīca	9	143	152	6%	94%
	Balt Aliance	711	18	729	98%	2%
	Bikur Holim, Akciju sabiedrība "EZRA-SK Rīgas slimnīca"	1	1 014	1 015	0%	100%
	Dagdas slimnīca		164	164	0%	100%
	Ērgļu slimnīca	104	215	319	33%	67%
	Irlavas Sarkanā Krusta slimnīca	2	294	296	1%	99%
	Kārsavas slimnīca	4	182	186	2%	98%
	Krimulda, rehabilitācijas centrs	354	4	358	99%	1%
	Latvijas Jūras medicīnas centrs	13	3 743	3 756	0%	100%
	Limbažu slimnīca	359	2 180	2 539	14%	86%
	Mazsalacas slimnīca		172	172	0%	100%
	Olaines veselības centrs		107	107	0%	100%
	Priekules slimnīca	246	1 205	1 451	17%	83%
	Rāzna, Latgales novada rehabilitācijas centrs	84	507	591	14%	86%
	Rehabilitācijas centrs "Līgatne"	37	528	565	7%	93%
	Sanare KRC Jaunķemeri		633	633	0%	100%
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	86	1 149	1 235	7%	93%
	Saulkrastu slimnīca	6	130	136	4%	96%
	Slokas slimnīca		152	152	0%	100%
	Tērvete, Rehabilitācijas centrs	143	284	427	33%	67%
	Varakļānu slimnīca	52	149	201	26%	74%
	Viesītes veselības un sociālās aprūpes		47	47	0%	100%

	centrs					
	Viļakas slimnīca		154	154	0%	100%
	Viļānu slimnīca		151	151	0%	100%
	Kopā:	**2 351**	**14 675**	**17 026**	**14%**	**86%**
Valstī kopā:		**69 487**	**303 826**	**373 313**	**19%**	**81%**

Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam 2007., 2008. un 2009.gadā pa slimību profiliem, Ls

Grafikā un tabulā iekļauti dati par vidējām valsts izmaksām vienam pacientam 2009.gadā, 2008.gadā un 2007.gadā dalījumā pa slimību profiliem. Aprēķinot vidējās valsts izmaksa par pakalpojumu, tika ņemts vērā viss veiktais darbs, dalot kartes summu par gadījumiem, gultu dienām, manipulācijām ar kopējo hospitalizāciju skaitu. Šajā aprēķinā nav ņemta vērā faktiski samaksātā summa, bet gan summa, kas veidojās atbilstoši 2009.gadā noteiktajiem stacionārajiem tarifiem. Izdevumos iekļautas gan valsts izmaksas par sniegto pakalpojumu, gan kompensētās pacienta iemaksas par iedzīvotāju kategorijām, kas atbrīvotas no pacientu iemaksas.

Zemākās izmaksas 2009., 2008. un 2007.gadā ir otorinolaringoloģijas profilā (Ls 204,87 – 2007.gadā, Ls 240,97 - 2008.gadā, Ls 209,58– 2009.gadā). Tas saistīts ar nelielu ārstniecisko manipulāciju pielietojumu un salīdzinoši mazu vidējo ārstēšanās ilgumu.

Arī 2009.gadā, tāpat kā 2008.gadā un 2007.gadā, augstas izmaksas ir apdegumu un kardioloģijas profilos. Tas saistīts ar lielu ārstēšanas ilgumu (apdegumu profilā 2007.gadā vidējais ārstēšanās ilgums 11,7 dienas un 2008.gadā – 12,3 dienas un 2009.gadā - 11,3) un sarežģītu un dārgu ārstniecisko manipulāciju pielietojumu.

Lielākajā daļā profilu 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, ir vērojama vidējo valsts izmaksu samazinājums. Tomēr vislielākais izmaksu pieaugums 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, vērojams reimatoloģijas profilā – Ls 47,62. Reimatoloģijas profilā vērojams arī viens no lielākiem pacientu skaita samazinājumiem, 2009.gadā šajā profilā ir ārstēts par 36% mazāk pacientu kā 2008.gadā, tādejādi izmaksu pieaugums skaidrojams ar pacientu struktūras maiņu – lielāks īpatsvars ir pacientiem ar dārgām un sarežģītām ārstēšanas metodēm, piemēram, lielo locītavu endprotezēšana, bet vieglāki saslimšanas gadījumi ir ārstēti ārpus stacionāra

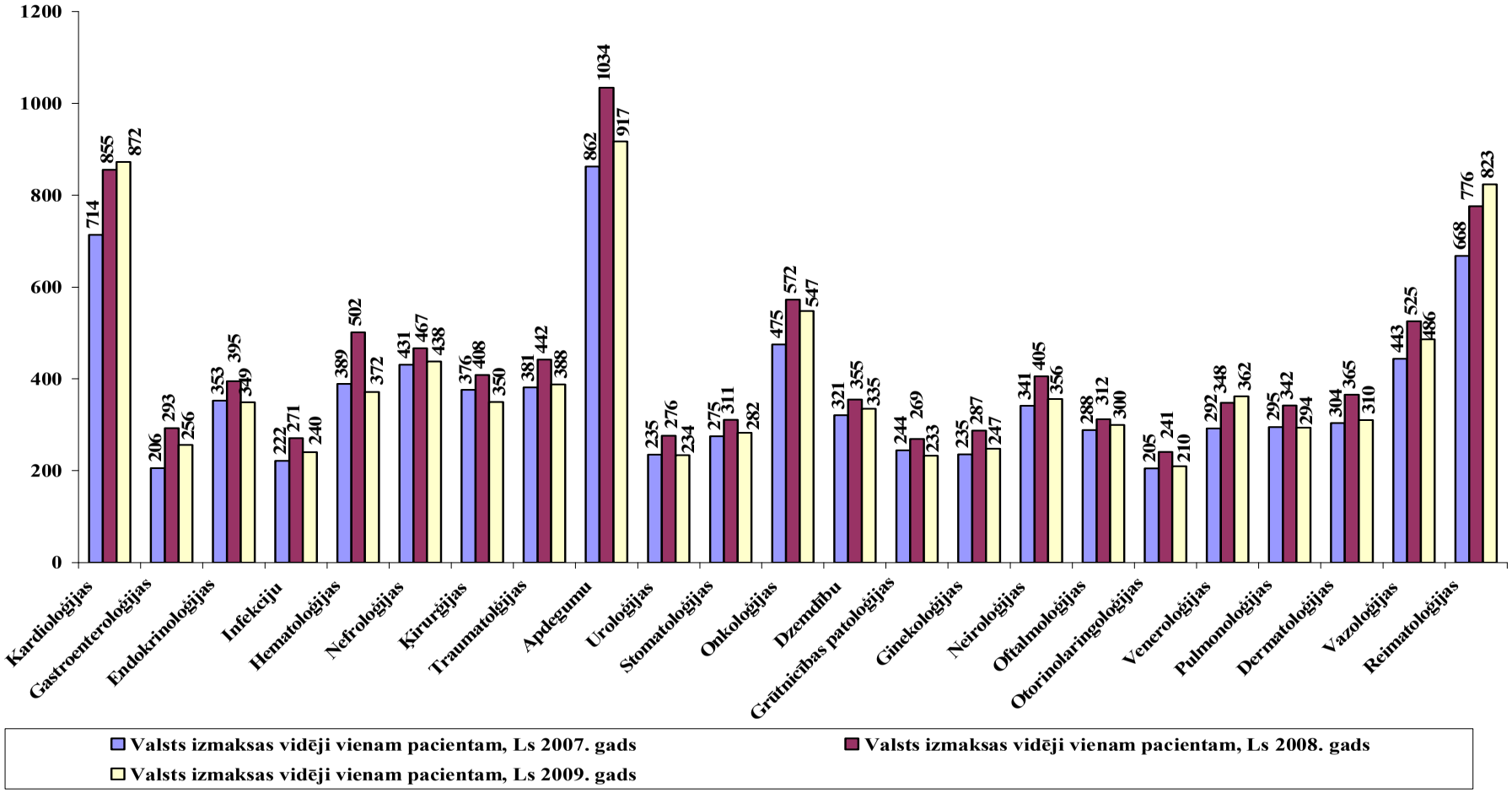
63.tabula

Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam 2007., 2008. un 2009.gadā pa slimību profiliem, Ls

Slimību profila nosaukums	Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam, Ls		
	2007.gads	2008.gads	2009.gads
Kardioloģijas	713,74	855,27	872,29
Gastroenteroloģijas	205,75	292,57	255,94
Endokrinoloģijas	352,79	394,95	348,97
Infekciju	221,53	270,79	240,24
Hematoloģijas	388,73	501,62	371,88
Nefroloģijas	430,58	466,63	437,79
Ķirurģijas	375,83	408,3	349,71
Traumatoloģijas	381,34	441,88	387,77
Apdegumu	862,31	1 033,94	917,12
Uroloģijas	234,66	276,13	234,04
Stomatoloģijas	274,59	310,61	282,47
Onkoloģijas	474,73	572,26	547,44
Dzemdību	320,84	355,21	335,27
Grūtniecības patoloģijas	244,07	269,04	232,78
Ginekoloģijas	235,42	286,94	247,38
Neiroloģijas	341,08	405,32	356,01
Oftalmoloģijas	288,37	311,82	299,60
Otorinolaringoloģijas	204,87	240,97	209,58
Veneroloģijas	292,41	347,9	361,82
Pulmonoloģijas	295,14	341,53	293,84
Dermatoloģijas	303,73	365,27	310,31
Vazoloģijas	443,36	525,33	486,26
Reimatoloģijas	667,63	775,77	823,39

62.attēls

Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam 2007., 2008. un 2009.gadā pa slimību profiliem, Ls



Pacientu skaits 2007., 2008. un 2009.gadā pa slimību profiliem, Ls

Tabulā iekļauti dati par pacientu skaitu 2007., 2008. un 2009.gadā dalījumā pa slimību profiliem. Zemākais pacientu skaits šajos gados ir veneroloģijā (194 pacienti – 2007.gadā, 280 pacienti - 2008.gadā un 132 pacienti – 2009.gadā).

2009.gadā vislielākais pacientu skaits ir kardioloģijas profilā. Liels pacientu skaits ir neiroloģijas, onkoloģijas un traumatoloģijas profilos.

Vislielākais pacientu skaita kritums 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, ir vērojams oftalmoloģijas, reimatoloģijas un ginekoloģijas profilos. Vienīgais pacientu skaita pieaugums 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, ir vērojams infekciju profilā.

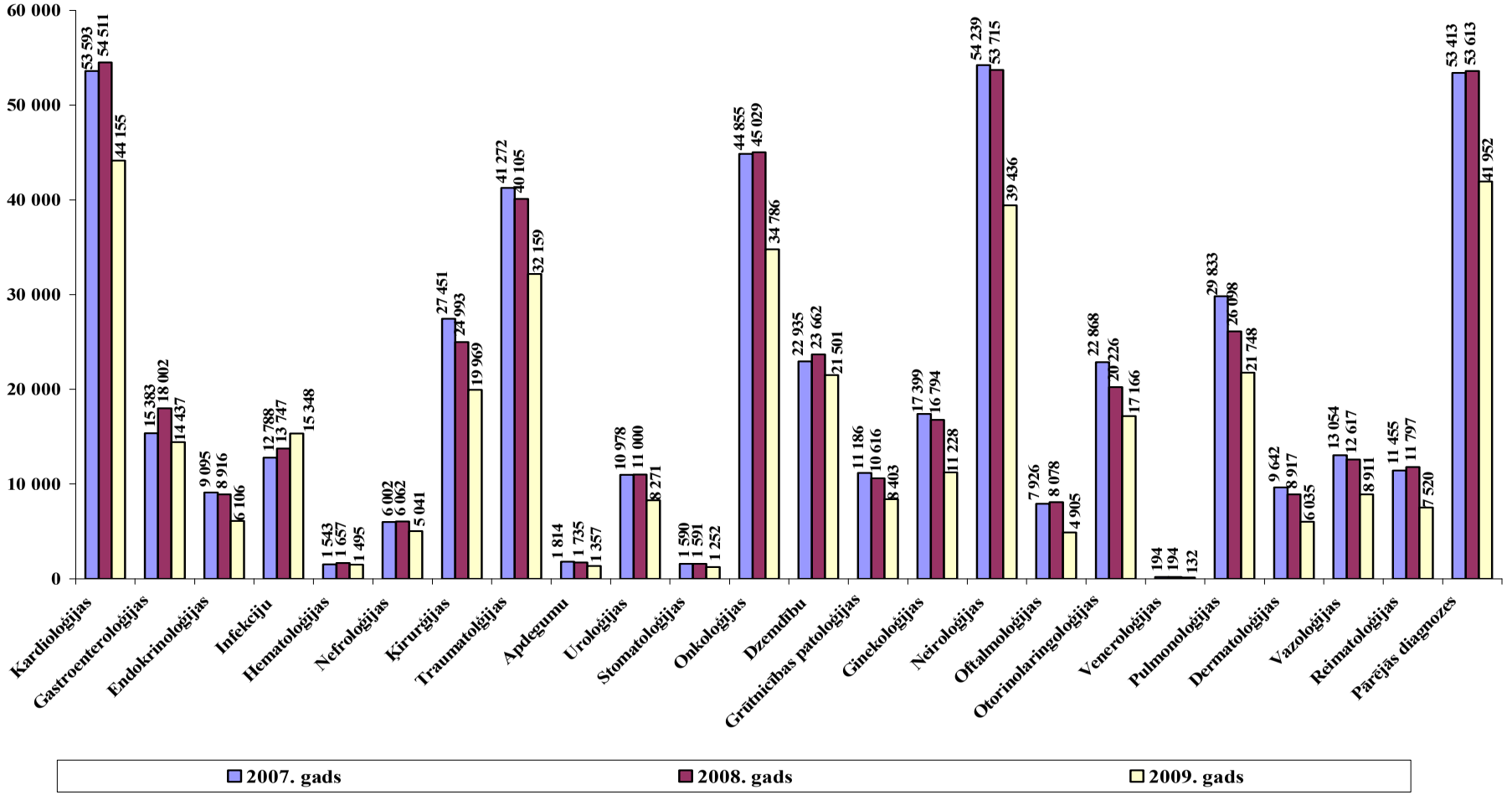
64.tabula

Pacientu skaits 2007., 2008. un 2009.gadā pa slimību profiliem, Ls

Slimību profila nosaukums	Diagnozes grupa pēc SSK-10	Pacientu skaits		
		2007.gads	2008.gads	2009.gads
kardioloģijas	I20-I28;I30-I52;Q20-Q24;R00-R03;I10-I15	53 593	54 511	44 155
gastroenteroloģijas	K20-K31;K50-K52;K55;K58;K59;	15 383	18 002	14 437
endokrinoloģijas	E00-E90;D80-D89;	9 095	8 916	6 106
infekciju	A00-A09;A20-A28;A30-A49;A65-A99;B00-B09;B15-B34;B50-B89;B91-B99;J10-J11;	12 788	13 747	15 348
hematoloģijas	D50-D77;	1 543	1 657	1 495
nefroloģijas	N00-N19;N25-N29;	6 002	6 062	5 041
ķirurģijas	K35-K38;K40-K46;K56;K57;K60-K63;K65-K67;K70-K77;K80-K87;K90-K93;M40;M41;M80-M90;M95-M99	27 451	24 993	19 969
traumatolģijas	S00-T19;T33-T35;T79-T98;	41 272	40 105	32 159
apdegumu	T20-T32;	1 814	1 735	1 357
uroloģijas	N20-N23;N30-N51;R30-R39;	10 978	11 000	8 271
stomatoloģijas	K00-K14;	1 590	1 591	1 252
onkoloģijas	C00-D48;	44 855	45 029	34 786
dzemdību	O60-O75;O80-O92;	22 935	23 662	21 501
grūtniecības patoloģijas	O10-O16;O20-O48;O95-O99;	11 186	10 616	8 403
ginekoloģijas	N60-N64;N70-N77;N80-N89;O00-O08;	17 399	16 794	11 228
neiroloģijas	G00-G99;I60-I69;M42-M54;M91-M94;	54 239	53 715	39 436
oftalmoloģijas	H00-H59;	7 926	8 078	4 905
otorinolaringoloģijas	H60-H95;J00-J06;J30-J39	22 868	20 226	17 166
veneroloģijas	A50-A64;	194	194	132
pulmonoloģijas	J12-J22;J40-J99;	29 833	26 098	21 748
dermatoloģijas	B35-B49;L00-L99;	9 642	8 917	6 035
vazoloģijas	I70-I99;	13 054	12 617	8 911
reimatoloģijas	I00-I02;I05-I09;M00-M25;M30-M36;	11 455	11 797	7 520
Pārējās diagnozes		53 413	53 613	41 952
Kopā:		**480 508**	**473 675**	**373 313**

63.attēls

Pacientu skaits 2007., 2008. un 2009.gadā pa slimību profiliem, Ls



65.tabula

Vidējais ārstēšanas ilgums sadalījumā pa SSK - 10 diagnožu grupām, dienās

SSK -10 grupa	SSK-10 grupas nosaukums	Vidējais ārstēšanās ilgums 2007.g.	Vidējais ārstēšanās ilgums 2008.g.	Vidējais ārstēšanās ilgums 2009.g.
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	10,4	8,6	7,7
C00-D48	Audzēji	9,0	9,1	8,4
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	9,0	8,1	7,0
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	7,4	7,1	6,6
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	32,5	33,5	34,0
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	8,6	8,6	7,6
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	4,7	4,6	4,3
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	6,7	6,8	6,3
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	8,6	8,5	7,2
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	7,5	7,6	6,7
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	6,2	6,0	5,4
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	8,1	8,3	7,4
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	10,1	10,0	9,0
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	5,2	5,2	4,8
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	5,3	5,1	5,0
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	11,5	11,7	11,6
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	8,1	7,6	7,8
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratorijas atradne	4,4	4,0	3,8
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	7,4	7,4	6,6
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	2,9	4,0	3,8
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	5,1	7,6	7,4

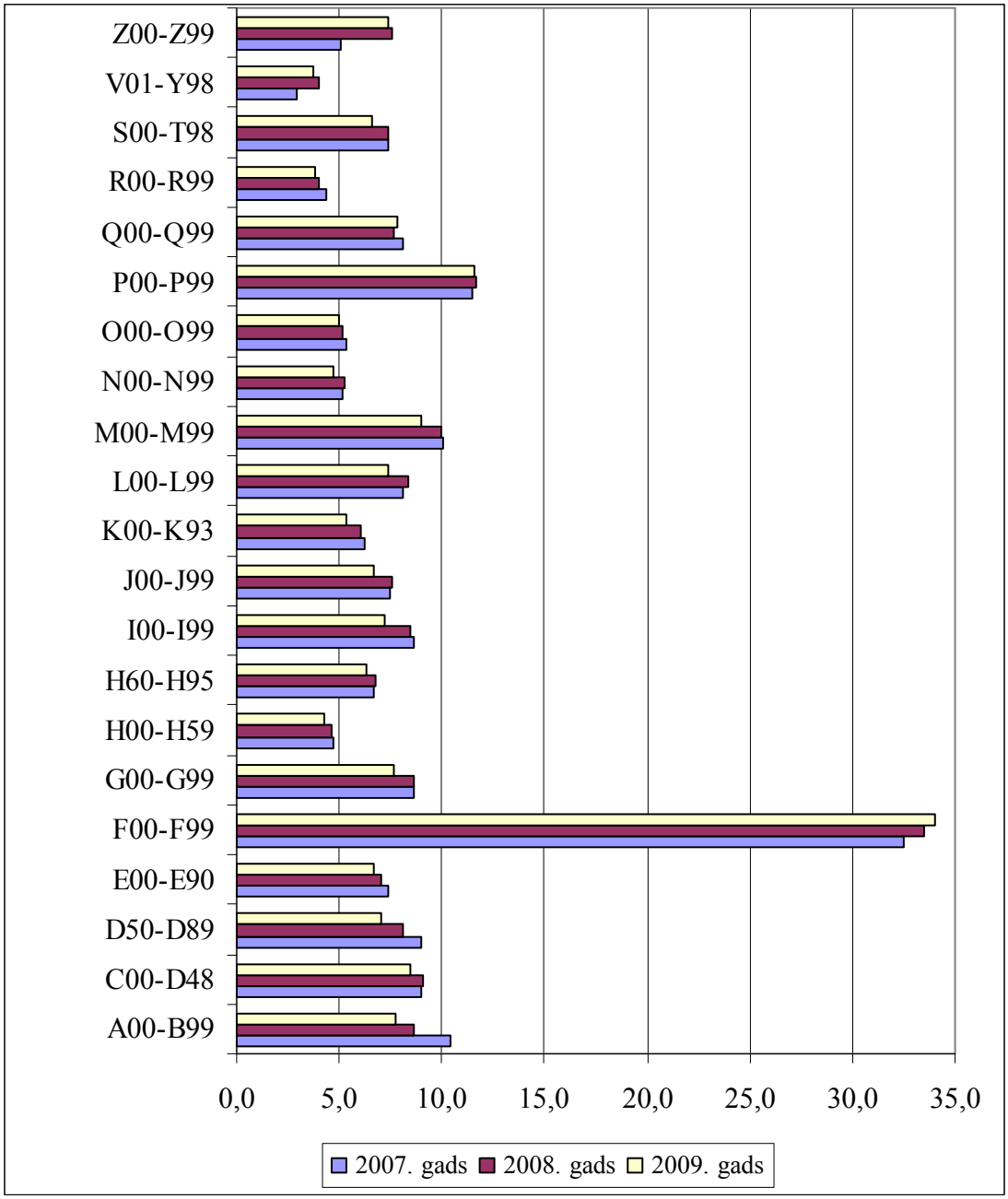
*Tabulā doti vidējie ārstēšanas rādītāji dalījumā pa Starptautiskā slimību klasifikatora 10.redakcijas (SSK-10) diagnožu grupām, norādot vidējo ārstēšanas ilgumu.

Gan 2007., gan 2008., gan 2009.gadā salīdzinoši ilgi pacienti ārstējas arī ar diagnozēm, kas iekļautas šajās diagnožu grupās:

- P00 – P99 "Noteikti perinatālā perioda stāvokļi" – 2009.gadā 11,6 dienas, 2008.gadā 11,7 dienas un 2007. gadā 11,5 dienas;
- M00 – M99 "Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības" – 2009.gadā 9,0 dienas, 2008.gadā 10,0 dienas un 2007.gadā 10,1 dienas.

64.attēls

Vidējais ārstēšanas ilgums sadalījumā pa SSK - 10 diagnožu grupām, dienās



Lielākajās diagnožu grupās 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, ir vērojama vidējo ārstēšanās ilgumu samazinājums.

Vidējais ārstēšanās ilgums ir pieaudzis tikai F00-F99 „Psihiski un uzvedības traucējumi" par 0,5 gultu dienām un Q00-Q99 „Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas" par 0,2 gultu dienām.

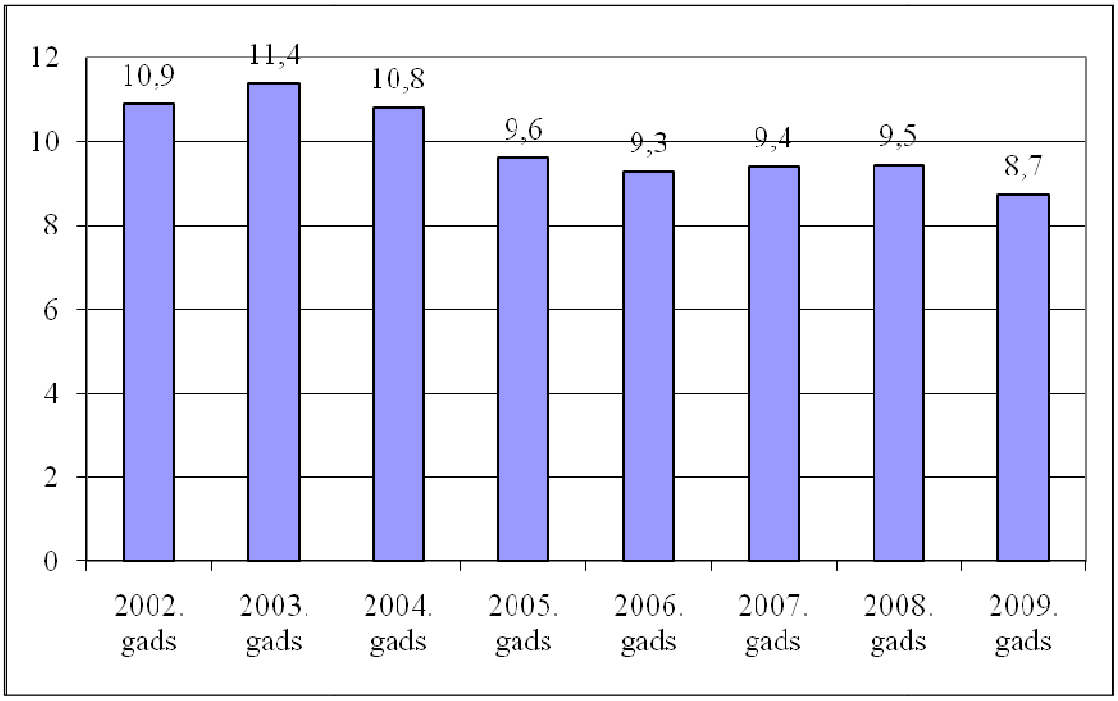
Vidējā ārstēšanas ilguma kritums lielāks par vienu gultu dienu vērojams pacientiem ar diagnozēm I00-I99 „Asinsrites sistēmas slimības", D50-D89 „Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi" un M00 – M99 "Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības".

Vidējā ārstēšanās ilguma izmaiņas laika posmā no 2002. līdz 2009. gadam

2009.gadā, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, vidējais ārstēšanās ilgums pa slimību profiliem, ir samazinājies. Vidējais ārstēšanās ilguma samazinājums, lielāks par vienu gultu dienu, vērojams pulmonoloģijas (1,4 diena) kardioloģijas (1,3 diena); neiroloģijas un dermatoloģijas (1,2 diena), hematoloģijas (1,1 diena), apdegumu un vazoloģijas (1,0 diena) profilos. 2009.gadā nevienā profilā, salīdzinot ar 2008.gadu, vidējais ārstēšanās ilgums nav pieaudzis.

65.attēls

Vidējā ārstēšanās ilguma izmaiņas laika posmā no 2002. līdz 2009. gadam



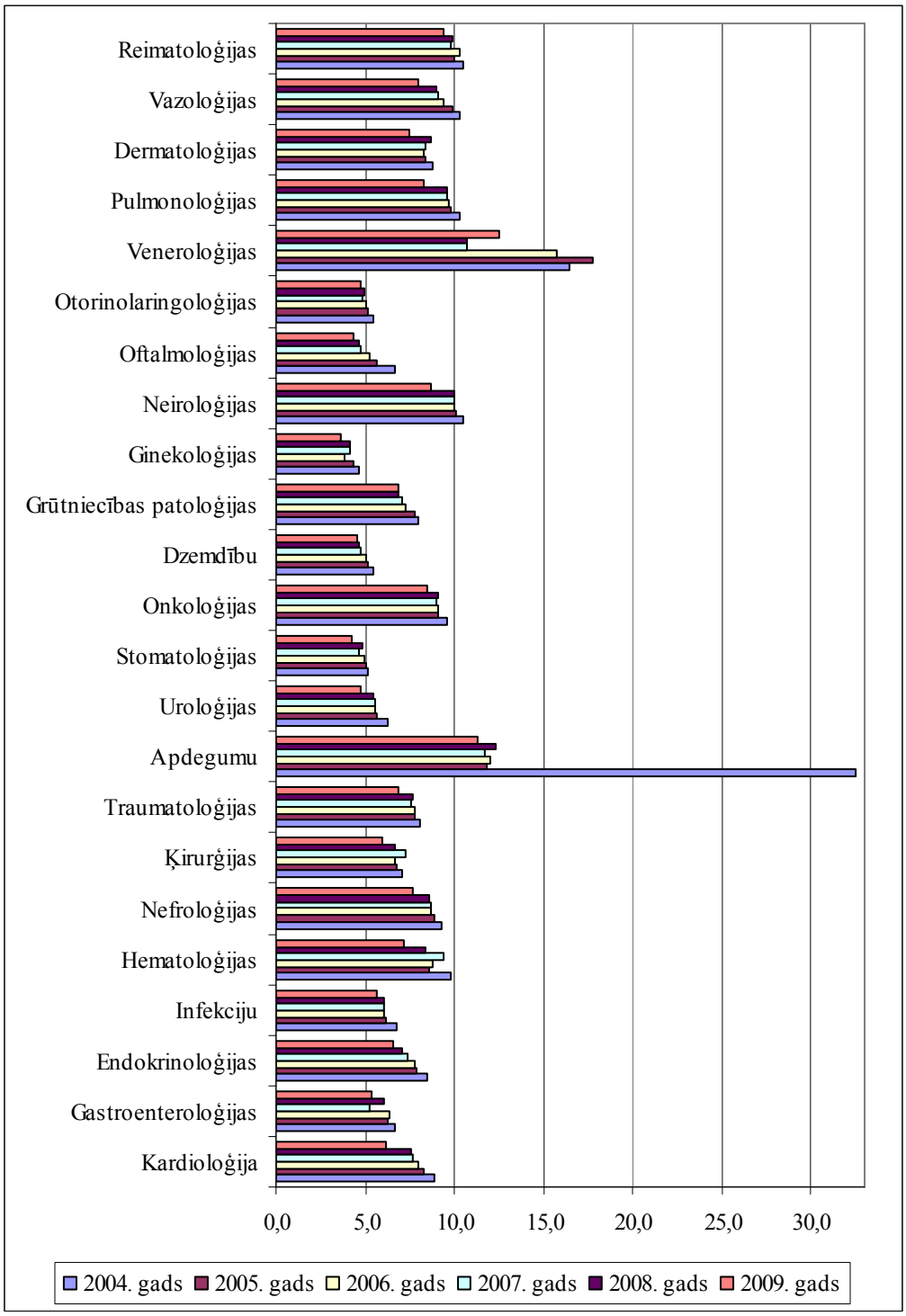
66.tabula

Vidējais ārstēšanas ilgums pa slimību profiliem 2004. - 2009.gadā, dienās

Slimības profils	Vidējie ārstēšanas ilgumi, dienās					
	2004.g.	2005. g.	2006.g.	2007.g.	2008. g.	2009.g.
Kardioloģija	8,9	8,3	8,0	7,7	7,5	6,2
Gastroenteroloģijas	6,7	6,3	6,4	5,2	6,0	5,4
Endokrinoloģijas	8,5	7,9	7,8	7,4	7,0	6,6
Infekciju	6,8	6,2	6,1	6,1	6,1	5,7
Hematoloģijas	9,8	8,6	8,8	9,4	8,3	7,2
Nefroloģijas	9,3	8,9	8,7	8,7	8,6	7,6
Ķirurģijas	7,1	6,8	6,7	7,3	6,7	6,0
Traumatoloģijas	8,1	7,8	7,8	7,6	7,7	6,9
Apdegumu	32,5	11,8	12,0	11,7	12,3	11,3
Uroloģijas	6,3	5,7	5,6	5,6	5,5	4,8
Stomatoloģijas	5,1	5,0	4,9	4,6	4,8	4,2
Onkoloģijas	9,6	9,1	9,1	9,0	9,1	8,4
Dzemdību	5,4	5,1	5,0	4,7	4,7	4,5
Grūtniecības patoloģijas	8,0	7,8	7,3	7,1	6,9	6,8
Ginekoloģijas	4,6	4,3	3,8	4,1	4,1	3,6
Neiroloģijas	10,5	10,1	10,0	10,0	10,0	8,7
Oftalmoloģijas	6,7	5,7	5,2	4,7	4,6	4,3
Otorinolaringoloģijas	5,4	5,1	5,0	4,8	5,0	4,7
Veneroloģijas	16,4	17,8	15,7	10,7	10,7	12,5
Pulmonoloģijas	10,3	9,8	9,7	9,6	9,6	8,2
Dermatoloģijas	8,8	8,4	8,3	8,4	8,7	7,4
Vazoloģijas	10,3	9,9	9,4	9,1	9,0	8,0
Reimatoloģijas	10,5	10,0	10,3	9,8	9,9	9,4
Reimatoloģijas	8,9	8,3	8,0	7,7	7,5	6,2

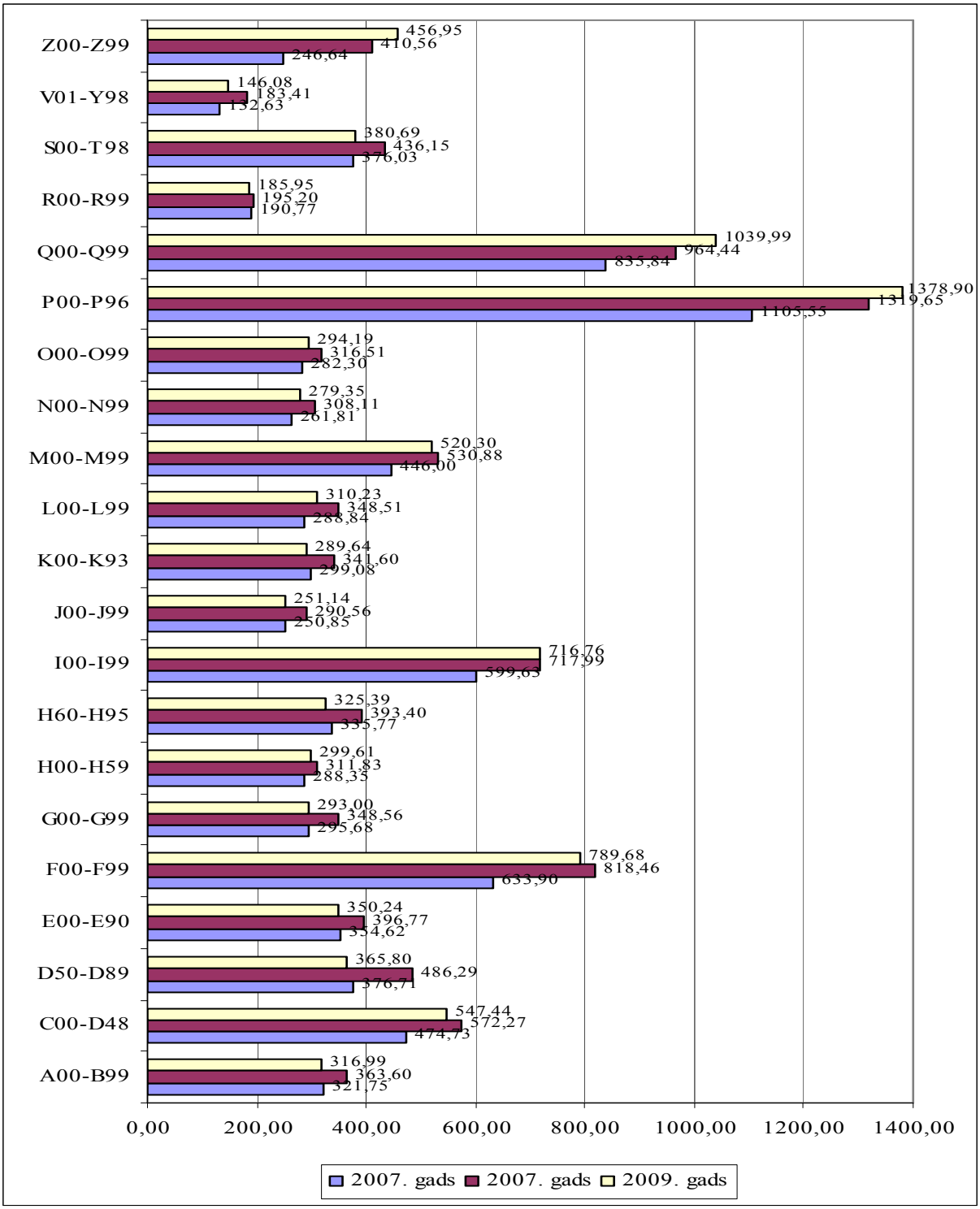
66.attēls

Vidējais ārstēšanas ilgums pa slimību profiliem 2004. - 2009.gadā, dienās



67.attēls

Vidējās viena pacienta ārstēšanās izmaksas no valsts budžeta līdzekļiem sadalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām, Ls



*Attēlā doti vidējie ārstēšanas rādītāji dalījumā pa Starptautiskā slimību klasifikatora 10.redakcijas (SSK-10) diagnožu grupām, norādot vidējās izmaksas par pakalpojumiem un pacientu iemaksu katrā no diagnožu grupām sadalījumā pa apmaksas veidiem.

Grafikā parādītas vidējās vienas hospitalizācijas valsts izmaksas katrā no diagnožu grupām. Grafikā redzams, ka gan 2007., gan 2008., gan 2009.gadā visdārgāk izmaksā pacientu ar šādām diagnozēm ārstēšana: P00 – P99 "Noteikti perinatālā perioda stāvokļi" – 2009.gadā Ls 1 378,90, 2008.gadā Ls 1 319,65 un 2007.gadā Ls 1 105,59, Q00 – Q99 "Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas" – 2009.gadā Ls 1 039,99, 2008.gadā Ls 964,44, 2007.gadā Ls 835,84.

Tikai trijās diagnožu grupās, salīdzinot 2009. ar 2008.gadu, vērojams izmaksu pieaugums:

- Z00-Z99 "Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem" ārstēšanā. 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, izmaksas pieaugušas par 11%;
- Q00 – Q99 "Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas" izmaksas pieaugušas par 8%;
- P00 – P99 "Noteikti perinatālā perioda stāvokļi" izmaksas pieaugušas par 4%.

Vislielākais izmaksu samazinājums, kas tiešā veidā saistīts ar lielu vidējās ārstēšanas ilguma samazinājumu, vērojams pacientiem ar diagnozēm D50-D89 „Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi". 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, izmaksas sarukušas par 25%.

Vidējie ārstēšanas rādītāji sadalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām 2009. gadā, Ls

Tabulā doti vidējie ārstēšanas rādītāji dalījumā pa Starptautiskā slimību klasifikatora 10.redakcijas (SSK-10) diagnožu grupām, norādot vidējo ārstēšanas ilgumu, kā arī vidējās izmaksas par pakalpojumiem un pacientu iemaksu katrā no diagnožu grupām sadalījumā pa apmaksas veidiem.

67.tabula

Vidējie ārstēšanas rādītāji sadalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām 2009.gadā, Ls

SSK -10 grupa	SSK-10 grupas nosaukums	Pacientu skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums	Vidējās izmaksas par pakalpojumu, Ls*				Valsts kompensētā pacienta iemaksa vidēji vienam pacientam, Ls	Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam kopā, Ls	Vidējā aprēķinātā pacienta maksājamā pacienta iemaksa vidēji vienam pacientam, Ls	Kopējās izmaksas vidēji vienam pacientam, Ls
					par gadījumiem	par gultu dienām	par manipulācijām	kopā				
1	2			3	4	5	6	7=4+5+6	8	9	10=7+9	11=7+8+9
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	14 234	109 865	7,7	93,09	119,12	35,33	247,54	69,45	316,99	10,14	327,13
C00-D48	Audzēji	34 786	293 826	8,4	53,27	192,96	248,26	494,49	52,95	547,44	35,34	582,78
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	1 581	11 119	7,0	93,81	112,53	132,24	338,58	27,22	365,80	46,35	412,15
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	6 020	39 990	6,6	150,54	80,75	101,33	332,62	17,62	350,24	49,86	400,10
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	27 147	922 397	33,98	0,33	460,15	8,82	469,30	320,38	789,68	9,67	799,35
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	13 095	99 844	7,6	119,68	83,40	64,27	267,35	25,65	293,00	56,70	349,70
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	4 905	21 175	4,3	196,18	13,85	81,76	291,79	7,82	299,61	37,04	336,65
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	2 557	16 167	6,3	183,54	20,76	83,01	287,31	38,08	325,39	31,77	357,16
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	69 012	498 593	7,2	484,54	75,83	142,01	702,38	14,38	716,76	59,72	776,48
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	38 315	255 449	6,7	150,35	35,55	21,32	207,22	43,92	251,14	22,09	273,23
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	34 091	183 241	5,4	156,49	54,40	63,77	274,66	14,98	289,64	40,64	330,28
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	5 995	44 503	7,4	64,05	115,21	101,10	280,36	29,87	310,23	42,66	352,89
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	19 923	179 598	9,0	255,90	99,39	143,59	498,88	21,42	520,30	66,66	586,96
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	23 238	110 495	4,8	164,15	50,79	51,27	266,21	13,14	279,35	35,50	314,85
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	33 931	168 525	5,0	212,49	13,39	18,29	244,17	50,02	294,19	1,56	295,75

P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	2 563	29 701	11,6	438,37	248,05	568,65	1 255,07	123,83	1 378,90	0,17	1 379,07
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	2 560	19 968	7,8	419,43	166,87	383,63	969,93	70,06	1 039,99	13,66	1 053,65
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratorijas atradne	663	2 549	3,8	49,94	67,73	46,58	164,25	21,70	185,95	19,97	205,92
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	37 976	251 599	6,6	81,51	105,70	171,95	359,16	21,53	380,69	45,70	426,39
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	34	128	3,8	17,28	77,50	38,59	133,37	12,71	146,08	23,78	169,86
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	684	5 073	7,4	128,67	168,78	97,45	394,90	62,05	456,95	12,86	469,81
	Kopā:	**373 313**	**3 263 809**	**8,74**	**197,41**	**109,22**	**103,91**	**410,54**	**51,74**	**462,28**	**36,49**	**498,77**

* Aprēķinot vidējās valsts izmaksa par pakalpojumu tika ņemts vērā viss veiktais darbs, dalot kartes summu par gadījumiem, gultu dienām, manipulācijām ar kopējo hospitalizāciju skaitu. Šajā aprēķinā nav ņemta vērā faktiski samaksātā summa, bet gan summa, kas veidojās atbilstoši 2009.gadā noteiktajiem stacionārajiem tarifiem.

Eiropas Savienības Nodarbinātības un sociālo lietu komitejas veselības aprūpes vadlīnijās ir definētas indikatordiagnozes, kuras norāda uz nepilnībām ambulatorajā veselības aprūpē. Pacienti ar šim diagnozēm pārsvarā būtu jāārstē ambulatori, sadalot kompetenci starp primārās un sekundārās veselības aprūpes speciālistiem. 2009.gadā ir bijušas 16 601 hospitalizācijas (4% no visām hospitalizācijām) ar indikatordiagnozēm, no tām 14 930 hospitalizācijas ir pakalpojumu programmā pārējie pakalpojumi, kas nozīmē, ka šiem pacientiem nav sniegta īpaša specializēta stacionārā palīdzība.

68.tabula

Kods	Diagnozes nosaukums	Kopējais hospitalizāciju skaits	tajā skaitā hospitalizāciju skaits pakalpojumu programmā pārējie pakalpojumi
E10	Insulīnatkarīgs cukura diabēts	1 314	1 281
E11	Insulīnneatkarīgs cukura diabēts	1 933	1 865
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	6 254	5 855
I11	Hipertensīva sirds slimība	2 972	2 759
I12	Hipertensīva nefropātija	188	174
I13	Hipertensīva kardionefropātija	37	34
I15	Sekundāra hipertensija	254	246
J45	Astma	3 630	2 698
J46	Status asthmaticus	19	18
Kopā:		**16 601**	**14 930**

20 biežāk stacionārā ārstētās diagnozes 2009.gadā

Visbiežāk stacionārā 2009.gadā ārstēti pacienti ar diagnozi "Hroniska sirds išēmiskā slimība" (3,6% no visām diagnozēm 2007.gadā, 3,5% no visām diagnozēm 2008.gadā un 2009.gadā) un vienaugļa spontānās dzemdības (2,8% no visām diagnozēm 2007.gadā un 3,4% gan 2008.gadā, gan 2009.gadā).

Diagnozes, ar kurām pacienti visbiežāk stacionēti 2009.gadā, sakrīt ar 2008.gada un 2007.gada visbiežāk ārstētajām diagnozēm, izņemot „Akūta augšējo elpceļu infekcija ar multiplu un neprecizētu lokalizāciju" un „Cerebrāla transitoriska išēmiska lēkme un radniecīgi sindromi".

Starp stacionārā biežāk ārstētajām diagnozēm ir vērojams ar I10 "Esenciāla (primāra) hipertensija" ārstēto pacientu skaita samazinājums kopš 2007.gada. Tas skaidrojams ar medikamentu klāsta pieaugumu valsts kompensējamo medikamentu sistēmā.

69.tabula

20 biežāk stacionārā ārstētās diagnozes 2009.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Hospitalizāciju skaits		
		2007. gads	2008. gads	2009. gads
I25	Hroniska sirds išēmiska slimība	17 376	16 086	12997
O80	Vienaugļa spontānas dzemdības	13 501	11 632	12773
I20	Angina pectoris (stenokardija)	10 385	10 060	9259
F10	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ	11 240	10 744	7561
I63	Smadzeņu infarkts	7 693	7 238	7499
F20	Šizofrēnija	6 297	6 934	7078
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	9 388	7 443	7013
M47	Spondiloze	11 594	9 342	6601
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	8 716	6 795	6254
J20	Akūts bronhīts	7 589	5 348	5927
A08	Vīrusa un citas precizētas zarnu infekcijas	3 630	4 632	4835
K80	Žultsakmeņu slimība (cholelithiasis)	5 714	5 472	4821
O82	Vienaugļa dzemdības ar ķeizargriezienu	4 735	4 691	4646
I21	Akūts miokarda infarkts	5 382	4 668	4409
S06	Intrakraniāls ievainojums	6 139	4 774	4304
J06	Akūta augšējo elpceļu infekcija ar multiplu un neprecizētu lokalizāciju	5041	4082	4239
I67	Citas cerebrovaskulāras slimības	6 863	6 015	4118
K59	Citas funkcionālas zarnu slimības	4 507	4 547	4105
G45	Cerebrāla transitoriska išēmiska lēkme un radniecīgi sindromi	4430	4322	4038
J45	Astma	5 373	4 454	3630

20 diagnozes ar lielāko kopējo gultas dienu skaitu 2009.gadā

Diagnozes, kurām ir vislielākais gultas dienu skaits, ir tās dignozes, ar kurām ir ilgs ārstēšanās laiks (piemēram, šizofrēnija) vai ar kurām pacienti tiek bieži stacionēti (piemēram, hroniska sirds išēmiskā slimība).

2009.gadā diagnozes ar lielāko kopējo gultas dienu skaitu sakrīt ar 2007.gada un 2008.gada diagnozēm, izņemot S72 „Ciskas kaula (femur) lūzums" un O20 „Asiņošana agrīnā grūtniecības laikā".

70.tabula

20 diagnozes ar lielāko kopējo gultas dienu skaitu 2009.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Gultas dienu skaits		
		2007. gads	2008. gads	2009. gads
F20	Šizofrēnija	481 830	487 822	412365
I25	Hroniska sirds išēmiska slimība	131 133	127 268	80388
I63	Smadzeņu infarkts	94 194	93 088	77657

F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	75 511	80 968	65045
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	97 426	86 733	63046
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	78 449	81 204	61681
M47	Spondiloze	114 773	115 292	54023
F71	Vidēji smaga garīga atpalicība	67 102	63 957	53337
I20	Angina pectoris (stenokardija)	71 489	70 658	51123
O80	Vienaugļa spontānas dzemdības	54 377	53 008	49068
F10	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ	76 124	76 243	48786
F06	Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ	49 356	49 808	43414
F01	Vaskulāra demence	41147	43 890	39984
J20	Akūts bronhīts	54 035	44 675	38147
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	64 694	61 219	36386
I70	Ateroskleroze	56 230	54 367	35088
S72	Ciskas kaula (femur) lūzums	38197	41196	34282
J45	Astma	59 626	51 056	34082
I21	Akūts miokarda infarkts	52 074	45 021	33790
O20	Asiņošana agrīnā grūtniecības laikā	41743	37670	30634

20 diagnozes ar garāko vidējo ārstēšanās ilgumu 2009.gadā

Tabulā par diagnozēm ar garāko vidējo ārstēšanās ilgumu norādītas tikai tās diagnozes, ar kurām hospitalizāciju skaits gada laikā nav mazāks par 20.

Visgarākais vidējais ārstēšanās ilgums 2009.gadā, līdzīgi kā iepriekšējos gados, ir dažādām garīgām saslimšanām, kā arī un tuberkulozei ar diagnozi A15 “Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski", kurai garais ārstēšanas ilgums saistīts ar multirezistentās tuberkulozes ārstēšanu.

71.tabula

20 diagnozes ar garāko vidējo ārstēšanās ilgumu 2009.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Vidējais ārstēšanās ilgums (gultas dienas)		
		2007. gads	2008. gads	2009. gads
F73	Dziļa garīga atpalicība	107,5	160,6	139,58
F72	Smaga garīgā atpalicība	97,0	123,4	117,49
F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	85,4	95,5	77,99
A15	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski	90,7	72,8	75,84

F71	Vidēji smaga garīga atpalicība	74,5	84,2	69,27
F03	Neprecizēta demence	43,1	65,1	63,21
F20	Šizofrēnija	76,5	70,4	58,26
F22	Persistējoši murgi	32,5	76,1	57,64
F00	Alcheimera demence (G30.-+)	60,5	67,9	56,10
F01	Vaskulāra demence	50,6	49,8	45,59
F05	Delīrijs, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	36,8	42,3	43,66
F70	Viegla garīga atpalicība	41,4	44,1	41,49
F31	Bipolāri afektīvi traucējumi	33,4	40,0	37,40
F21	Šizotipiski traucējumi	34,1	40,6	36,69
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības,bojājuma vai disfunkcijas dēļ	38,2	39,88	36,30
F06	Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ	30,2	31,46	35,94
F33	Rekurenti depresīvi traucējumi	31,5	34,88	34,25
A16	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas nav pierādīta bakterioloģiski vai histoloģiski	29,3	34,39	30,86
F15	Psihiski un uzvedības traucējumi,kas radušies citu stimulatoru, ieskaitot kofeīnu, lietošanas dēļ	17,2	14,40	30,20
F25	Šizoafektīvi traucējumi	32,3	31,44	27,72

20 dārgākās diagnozes pēc kopējo valsts izmaksu apjoma 2009.gadā

Pie dārgākajām diagnozēm pēc kopējo valsts izmaksu apjoma (izmaksu par pakalpojumu un pacientu iemaksas par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām summa) pieskaitāmas tās diagnozes, ar kurām ir liels stacionēto pacientu skaits, kā piemēram, hroniska sirds išēmiskā slimība. Šajā grupā ierindojas arī diagnozes ar garu ārstēšanās periodu, piemēram, šizofrēnija.

2009.gada dārgākās diagnozes pēc kopējo izmaksu apjoma sakrīt ar 2007.gada un 2008.gada dārgākajām diagnozēm, izņemot diagnozes I35 "Nereimatiskas aortālā vārstuļa kaites" un J20 "Akūts bronhīts". Vislielākās izmaksas ir Asinsrites sistēmas slimību ārstēšanai, piemēram, diagnozēm I25 "Hroniska sirds išēmiska slimība", I20 "Angina pectoris (stenokardija)" un I21 "Akūts miokarda infarkts" ārstēšanā, kur tiek veiktas ļoti dārgas un sarežģītas invazīvās kardioloģijas operācijas.

72.tabula

20 dārgākās diagnozes pēc kopējo valsts izmaksu apjoma 2009.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Kopējās valsts izmaksas, Ls		
		2007. gads	2008. gads	2009. gads
I25	Hroniska sirds išēmiska slimība	17 299 522	19 199 175	12 705 866
I20	Angina pectoris (stenokardija)	8 418 082	10 926 932	11 437 540
F20	Šizofrēnija	8 855 841	11 213 311	9 164 199

I21	Akūts miokarda infarkts	5 273 708	5 954 036	6 512 385
O80	Vienaugļa spontānas dzemdības	3 461 709	3 816 769	3 650 413
I63	Smadzeņu infarkts	3 347 298	3 931 898	3 305 494
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	2 955 621	3 021 605	2 152 062
O82	Vienaugļa dzemdības ar ķeizargriezienu	2 354 264	2 627 482	2 148 984
K80	Žultsakmeņu slimība (cholelithiasis)	2 522 459	2 874 969	2 025 058
M17	Gonartroze [ceļa locītavas artroze]	2 031 213	2 617 898	1 974 464
M16	Koksartroze [gūžas locītavas artroze]	2 239 975	2 786 208	1 871 808
C50	Krūts ļaundabīgs audzējs	2 361 998	2 826 582	1 798 548
I70	Ateroskleroze	2 492 284	2 806 355	1 756 427
M47	Spondiloze	3 242 576	3 781 315	1 683 327
S72	Ciskas kaula (femur) lūzums	1 721 114	2 055 355	1 639 334
I35	Nereimatiskas aortālā vārstuļa kaites	689485	1289465	1 485 222
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības,bojājuma vai disfunkcijas dēļ	1282158	2 001 998	1 447 841
J20	Akūts bronhīts	1750861	1656014	1 444 299
F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	8000588	1 782 766	1 420 891
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	2 031 161	2 390 372	1 392 761

20 dārgākās diagnozes pēc vidējām vienas stacionēšanās izmaksām 2009.gadā

Lielākā daļa no šīm dārgākajām diagnozēm ir salīdzinoši retas, un hospitalizācijas skaits ir neliels. Daļa augsto izmaksu ir saistītas ar ilgu ārstēšanās periodu, daļa ar sarežģītu ārstniecības procesu, kurā tiek izmantots liels skaits dārgu manipulāciju. Atlasot diagnozes pēc vienas stacionēšanās vidējām izmaksām, ņemtas vērā tikai tās diagnozes, ar kurām hospitalizāciju skaits gada laikā nav mazāks par 20.

2009.gada dārgākās diagnozes pēc vidējām vienas stacionēšanas izmaksām atšķiras no 2007.gada un 2008.gada dārgākajām diagnozēm. Salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem minētajā tabulā parādījās tādas diagnozes kā Q22 „Iedzimtas pulmonālā un trīsviru (trikuspidālā) vārstuļa anomālijas", Z95 „Sirds un asinsvadu implantāti un transplantāti" D15 „Citu un neprecizētu krūšu dobuma orgānu labdabīgs audzējs", Q20 „Iedzimtas sirds kambaru un atveru anomālijas" un T94 „Vairāku un neprecizētu ķermeņa apvidu ievainojumu sekas". Vērtējot 2009.gada dārgākos ārstēšanās gadījumus var redzēt, ka arī šeit vidējās ārtēšanās izmakas samazinās salīdzinot ar 2008. gadu. Tas skaidrojams ar ārtēšanās ilguma izmaiņām.

73.tabula

20 dārgākās diagnozes pēc vidējām vienas stacionēšanās izmaksām 2009.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Vidējās vienas stacionēšanās izmaksas, Ls		
		2007. gads	2008. gads	2009. gads
I33	Akūts un subakūts endokardīts	3 034,65	4 227,40	3 327,71
I34	Nereimatiskas mitrālā vārstuļa kaites	1 517,44	2 868,79	3 252,85
I35	Nereimatiskas aortālā vārstuļa kaites	1 932,96	3 004,74	3 228,74
P07	Citur neklasificēta ar īsu grūtniecības laiku un zemu dzimšanas svaru	2 489,01	2 359,01	2 991,51

	saistīta patoloģija			
A15	Elpošanas orgānu tuberkuloze,kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski	1 767,49	2 635,67	2 894,17
Q25	Iedzimtas lielo artēriju anomālijas	2 469,42	3 143,77	2 788,91
F73	Dziļa garīga atpalicība	1 546,02	3 239,82	2 757,63
L89	Izgulējumi (decubitus)	2 112,89	2 638,36	2 567,38
T04	Dragāti ievainojumi ar vairāku ķermeņa apvidu iesaisti	1 636,49	2 690,50	2 460,71
F72	Smaga garīgā atpalicība	1 427,05	2 552,15	2 385,10
Q23	Iedzimtas aortas un mitrālā vārstuļa anomālija	998,99	1 837,69	2 276,20
Q22	Iedzimtas pulmonālā un trīsviru (trikuspidālā) vārstuļa anomālijas	2152,01	1375,67	2 155,02
P36	Jaundzimušo bakteriāla sepse	2 114,78	4 202,44	2 125,50
Q79	Citur neklasificētas iedzimtas muskuļu un skeleta sistēmas anomālijas	878,59	2 653,53	2 106,59
Z95	Sirds un asinsvadu implantāti un transplantāti	649,76	851,47	2 099,83
Q21	Iedzimti sirds starpsienas defekti	1 554,14	1 807,23	2 069,24
D15	Citu un neprecizētu krūšu dobuma orgānu labdabīgs audzējs	821,72	1 991,43	2 023,00
Q20	Iedzimtas sirds kambaru un atveru anomālijas	623,41	770,56	2 004,60
P52	Augļa un jaundzimušā netraumatiskā intrakranāla asiņošana	1159,72	2 232,87	1 814,52
T94	Vairāku un neprecizētu ķermeņa apvidu ievainojumu sekas	833,82	1 343,46	1 760,92

20 diagnozes diennakts stacionārā pēc dārgākajām vidējām vienas gultas dienas izmaksām 2009.gadā

Atlasot diagnozes pēc dārgākajām vidējām vienas gultas dienas izmaksām, ņemtas vērā tikai tās diagnozes, ar kurām hospitalizāciju skaits gada laikā nav mazāks par 20. Šajā tabulā parādās diagnozes ar augstāko vidējo gultasdienu vērtību – visi ārstēšanās izdevumi ir attiecināti uz gultasdienu skaitu. Diagnozes, kas ir iekļuvušas šajā grupā, nav plaši izplatītas.

Kā diagnoze ar dārgākām vienas gultas dienas izmaksām 2009.gadā ir Z95 „Sirds un asinsvadu implantāti un transplantāti", kura starp dārgākajām 20 nebija sastopama ne 2007.gadā, ne 2008.gadā. Pārsvarā visas šajā grupā ierindotās slimības ir ārstējamas ķirurģiski un mikroķiruģiski, tieši samaksa par dažādām ķirurģiskām manipulācijām veido lielo gultas dienu vērtību.

Salīdzinot 2008. un 2009.gada dārgākās diagnozes pēc vienas gultas dienas izmaksām, redzams, ka gandrīz visās diagnozēs izmaksas uz vienu gultas dienu nav būtiski mainījušās.

74.tabula

20 diagnozes diennakts stacionārā pēc dārgākajām vidējām vienas gultas dienas izmaksām 2009.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	Vidējās vienas gultasdienas izmaksas, Ls		
		2007. gads	2008. gads	2009. gads
Z95	Sirds un asinsvadu implantāti un transplantāti	103,07	51,46	628,15
S64	Nervu bojājums plaukstpamata un plaukstas līmenī	677,12	516,27	459,59
M72	Fibroblastiskas patoloģijas	242,41	335,8	454,31
Q25	Iedzimtas lielo artēriju anomālijas	214,15	303,31	445,09
K07	Dentofaciālas (sejas un žokļu) anomālijas(ieskaitot sakodiena anomālijas)	352,01	445,24	421,29
S54	Nervu bojājums apakšdelma līmenī	262,56	240,10	410,90

S67	Dragāts plaukstpamata un plaukstas ievainojums	399,97	441,83	371,83
S68	Traumatiska plaukstpamata un plaukstas amputācija	303,28	315,69	300,30
Q23	Iedzimtas aortas un mitrālā vārstuļa anomālijas	172,99	296,82	296,90
I35	Nereimatiskas aortālā vārstuļa kaites	187,28	266,65	279,33
I34	Nereimatiskas mitrālā vārstuļa kaites	162,58	279,62	268,68
Q21	Iedzimti sirds starpsienas defekti	192,92	251,37	264,03
E66	Aptaukošanās	54,0	148,50	255,78
Q22	Iedzimtas pulmonālā un trīsviru (trikuspidālā) vārstuļa anomālijas	236,11	143,30	253,13
Q20	Iedzimtas sirds kambaru un atveru anomālijas	98,09	163,11	247,88
Q24	Citas iedzimtas sirds anomālijas	179,29	156,66	238,73
S66	Muskuļa un cīpslas bojājums plaukstpamata un plaukstas līmenī	184,24	213,73	224,89
I20	Angina pectoris (stenokardija)	117,75	155,30	223,73
I51	Komplikācijas un neskaidri definētas sirds slimības	58,52	47,00	214,85
Q50	Iedzimtas olnīcu, olvadu un dzemdes platās saites anomālijas	131,78	181,62	214,70

Kompensētā pacientu iemaksa stacionārajās ārstniecības iestādēs 2009.gadā dalījumā pa iedzīvotāju kategorijām (pacientu grupām), kas atbrīvotas no pacientu iemaksas, ieskaitot sociālā drošības tīkla ietvaros kompensēto pacientu iemaksu trūcīgajām personām

Par katru ambulatoro un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu noteikts maksājums – pacientu iemaksa, kas jāmaksā pacientam.

Saskaņā ar Noteikumiem Nr.1046 Centrs no valsts budžeta līdzekļiem ārstniecības iestādēm sedz pacientu iemaksu par iedzīvotāju kategorijām, kas atbrīvotas no pacientu iemaksas, kā arī pacienta iemaksas starpību, kas veidojas starp Noteikumu 1. pielikumā noteikto pacienta iemaksas apmēru un atsevišķām personu kategorijām vai noteiktu diagnožu ārstēšanai noteikto samazināto pacienta iemaksas apmēru.

Šī tabula atspoguļo Centra samaksāto pacientu iemaksu pa pacientu grupām. Pacientu grupa atbilst Noteikumos Nr.1046 noteiktajām iedzīvotāju kategorijām. Jāņem vērā, ka vienam pacientam var būt vairākas pacientu grupas, kas tiek atbrīvotas no pacientu iemaksas (piemēram, 12 gadus vecam bērnam var būt pacientu grupa 11 – bērns vecumā līdz 18 gadiem un pacientu grupa 05 – psihiski slimas personas). Tabulā pacients tiek ieskaitīts tikai vienā pacientu grupā.

75.tabula

No pacientu iemaksas atbrīvoto unikālo pacientu skaits pa pacientu grupām, kas saņēmuši valsts apmaksāto stacionāro veselības aprūpi līguma summas ietvaros 2009. gadā

Pacientu grupas nosaukums	Unikālo pacientu skaits	Pacientu iemaksa par atbrīvotajām kategorijām Ls	Vidēji uz vienu pacientu kompensētā pacientu iemaksa Ls
Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	661	335 534	507,62

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	2 584	236 272	91,44
Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi	25 423	1 667 463	65,59
Psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu	9 505	6 917 168	727,74
Pacients, kuram pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gadā pārsniegusi 400 latus	81	22 355	275,99
Bērni līdz 18 gadu vecumam	50 572	4 907 188	97,03
Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	3 897	517 625	132,83
Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas	1 095	105 132	96,01
Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošas personas	2 128	496 743	233,43
Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	4 509	409 780	90,88
Iedzīvotājs, kuram veic pasīvo imūnterapiju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	12	214	17,83
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkoloģijā	10 695	1 093 104	102,21
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkohematoloģijā	1 130	150 182	132,90
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā alkoholisma ierobežošanas programmas ietvaros	4 864	236 524	48,63
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā narkomānijas ierobežošanas programmas ietvaros	400	92 726	231,82
Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	194	43 090	222,11
I grupas invalīdi	2 267	685 395	302,34
Kopējā pacientu iemaksu summa, ko maksā pacients par ārstēšanās gadījumu slimnīcā pārsniegusi 250 latus	6 198	545 498	88,01
Pacienta nāves gadījumi	8 914	841 178	94,37
Kopā:	**130 271**	**19 303 171**	**148,18**

Var redzēt, ka 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. Augstākās izmaksas vidēji uz vienu pacientu kompensētā pacientu iemaksa ir psihiski slimām personām, saņemot psihiatrisko ārstēšanu, tuberkulozes slimniekiem un pacientiem, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai un I grupas invalīdiem, kas skaidrojams ar ilgstošu vai atkārtotu pacienta ārstēšanu.

6. NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS BRIGĀŽU DARBĪBA

Neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits 2009.gadā turpina samazināties un, salīdzinot ar 2008.gadu, ir samazinājies par 40 766 izsaukumiem jeb 10%.

2009.gada sākumā Centrs noslēdza līgumus ar 39 iestādēm. Valstī neatliekamo medicīnisko palīdzību (turpmāk tekstā – NMP) 2009.gada sākumā sniedza 176,5 brigādes (skatīt76.tabulu).

2009.gada februārī tika izveidota jauna iestāde – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMP dienests), kura uzdevums ir īstenot vienotu valsts politiku NMP jomā, pakāpeniski pārņemot ārstniecības iestāžu NMP funkcijas. Tāpēc 2009.gadā Veselības norēķinu centra un NMP iestāžu līgumu par NMP sniegšanu un apmaksu pirmsslimnīcas etapā ietvaros, brigāžu skaits samazinās. 2009.gada beigās Veselības norēķinu centrs bija līgumattiecībās ar 10 NMP iestādēm ar kopējo brigāžu skaitu 37. Pārējās 29 NMP iestādes 2009.gada laikā tika pakāpeniski pievienotas NMP dienestam.

Finansējuma apjoma noteikšana balstījās uz Noteikumiem Nr.1046 un Ministru kabineta 2006.gada 30.novembra noteikumiem Nr.980 „Noteikumi par darba samaksu ārstniecības personām". Atbilstoši minētajiem noteikumiem, samaksa par NMP darbu tika veikta pēc tāmes finansējuma principiem atbilstoši faktiskajiem izdevumiem sadalījumā pa izdevumu veidiem.

Kopējais NMP izsaukumu skaits 2009.gadā salīdzinājumā ar 2008.gadu valstī ir samazinājies par 40 766 izsaukumiem jeb 10%. Kopējo izsaukumu skaits var tikt salīdzināts tikai par tām NMP iestādēm, kuras līgumattiecībās ar Veselības norēķinu centru bija līdz 2009.gada beigām. Visās šajās iestādēs kopējais izsaukumu skaits ir samazinājies. Visievērojamākais izsaukumu skaita samazinājums ir Dobeles un apkārtnes slimnīcas NMP (par 41%), Viesītes veselības un sociālās aprūpes centra NMP (par 28%), Jēkabpils rajons centrālās slimnīcas NMP (par 22%).

Primāro izsaukumu skaits valstī kopsummā ir pieaudzis par 27%. Salīdzinot NMP iestādēm, kuras līgumattiecībās ar Veselības norēķinu centru bija līdz 2009.gada beigām var secināt, ka vislielākais primāro izsaukumu skaita pieaugums ir Jūrmalas ātrai palīdzībai (par 48%).

Vienā dienā vidēji 1 NMP brigāde apkalpo 4 izsaukumus. Salīdzinoši augsts izsaukumu skaits diennaktī uz vienu NMP brigādi ir Rīgas ĀMPS – 10, Daugavpils NMPS - 9, Jelgavas NMPS – 8. Vismazāk pacientu NMP brigāde diennaktī apkalpo Aknīstes VSAC, Dagdas slimnīcā, Priekules slimnīcā, Viesītes VSAC – 2 pacientus.

Hospitalizēto pacientu skaits 2009.gadā ir 46% no visu izpildīto izsaukumu skaita. Šis rādītājs valstī vidēji ir pieaudzis par 8%, 2008.gadā tas bija 38%. Visaugstākais hospitalizēto pacientu īpatsvars ir: Aknīstes VSAC NMP – 67%; Priekules slimnīcas NMP – 60%; Vidzemes slimnīcas NMP – 58%; Krāslavas slimnīcas NMP – 57% un Gulbenes slimnīcas NMP – 57%. Aknīstes VSAC NMP un Priekules slimnīcas NMP augsts hospitalizēto pacientu īpatsvars bija arī 2008.gadā.

Analizējot **vidējo nobraukto kilometru skaitu vienā izsaukumā**, konstatēts, ka tas ir augsts tajās NMP iestādēs, kas ir dislocētas rajonu attālākās vietās, no kurienes pacienti jāhospitalizē tuvākajā neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcā. Valstī šis rādītājs ir 25 km uz vienu izsaukumu (2008.gadā – 32 km). Salīdzinājumā ar 2008.gadu vidējais nobraukto km skaits uz vienu izsaukumu visvairāk pieaudzis šādās NMP iestādēs: Varakļānu slimnīcas NMP – no 37 uz 49 km; Priekules slimnīcas NMP – no 41 uz 48 km; Limbažu slimnīcas NMP – no 43 uz 50 km; Bauskas slimnīcas NMP – no 31 uz 37 km un Saldus medicīnas centra NMP – no 27 uz 33 km. Nobraukto km skaits samazinājies ir: Lubānas veselības un sociālās aprūpes centra NMP – no 31 uz 24 km un Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centra NMP – no 77 uz 74 km. Pārējās NMP iestādēs nobraukto km skaits uz vienu izsaukumu samazinājies vai palicis tuvu iepriekšējā gada skaitļiem.

76.tabula

Pārskats par neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta veikto darbu

NMP iestādes	Brigāžu skaits	NMP izsaukumu skaits			Kopējais nobraukto km skaits	Vidējais nobraukto km skaits uz vienu izsaukumu	Izsaukumu skaita sadalījums "pēc rezultāta"		Vidējais ierašanās laiks izsaukumā, min.				Ārstniecības iestādē nogādāto pacientu skaits, %	Plānotais līguma apjoms 2009. gadā, Ls
		Kopā	Vidējais izsaukumu skaits dienā	Vidējais izsaukumu skaits dienā uz 1 brigādi					Ārsta palīgu (feldšeru) brigādes		Ārstu brigādes			
							Primārie, %	Sekundārie, %	Lauki	Pilsētas	Lauki	Pilsētas		
Rīgas Ātrās medicīniskās palīdzības stacija (līdz 14.04.2009)	50	54 448	524	10	980064	18	70%	21%	19,0	11,9	19,0	9,8	47%	3 124 166
Aizkraukles slimnīca *(līdz 31.10.09)*	4	4 104	14	3	160204	39	53%	19%	14,9	6,6	6,6	0,0	48%	372 352
Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centrs	1	650	2	2	47954	74	56%	18%	20,9	6,0	0,0	0,0	67%	98 934
Alūksnes slimnīca *(līdz 30.11.09)*	3	2 646	8	3	91300	35	58%	46%	20,1	5,4	0,0	0,3	52%	314 105
Balvu slimnīca *(līdz 31.07.09)*	2	1 422	7	3	48218	34	47%	22%	22,8	5,7	10,0	3,3	51%	135 744
Bauskas slimnīca *(līdz 31.10.09)*	4	3 782	12	3	140831	37	80%	13%	16,9	8,0	1,4	0,2	52%	360 502
Cēsu rajona slimnīca *(līdz 31.07.09)*	5	4 336	20	4	143782	33	62%	31%	25.8	11,4	0,0	4,0	54%	309 064
Dagdas slimnīca *(līdz 30.09.09)*	2	1 307	5	2	77718	59	75%	19%	23,0	8,5	0,0	1,6	50%	176 827
Daugavpils neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija *(līdz 31.08.09)*	11	24 630	101	9	330214	13	49%	9%	20,2	10,3	19,3	9,1	36%	1 041 500
Dobeles un apkārtnes slimnīca	3	4 657	13	4	142614	31	87%	0%	18,8	9,2	2,5	3,5	46%	349 608
Ērgļu slimnīca *(līdz 31.07.09)*	1	578	3	3	23774	41	71%	25%	21,8	63,7	7,0	0,0	37%	57 195
Gulbenes slimnīca *(līdz 31.08.09)*	2	2 469	10	5	66653	27	62%	9%	24,7	6,9	0,0	0,0	57%	164 345
Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	5	5 981	16	3	167811	28	57%	29%	22,0	10,7	5,6	2,5	48%	597 162
Jelgavas neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija *(līdz 31.10.09)*	6.5	15 101	50	8	337286	22	69%	8%	22,4	11,9	16,0	9,4	53%	749 822
Jūrmalas ātrā palīdzība	5	9 811	27	5	219963	22	53%	37%	0,0	14,3	0,0	11,2	46%	847 776
Kārsavas slimnīca *(līdz 30.09.09)*	1	838	3	3	21273	25	52%	27%	18,5	7,6	0,0	0,0	31%	82 732
Krāslavas slimnīca *(līdz 30.09.09)*	3	2 648	10	3	93779	35	79%	17%	25,9	8,8	1,3	1,5	57%	255 114
Kuldīgas slimnīca *(līdz 31.08.09)*	6	5 166	21	4	213766	41	53%	15%	17,0	7,2	0,0	2,7	42%	470 152

Liepājas reģionālā slimnīca	6	12 409	34	6	206218	17	68%	18%	21,1	11,5	19,7	9,5	52%	860 280
Limbažu slimnīca *(līdz 30.09.09)*	4	3 889	14	4	195720	50	45%	22%	11,1	5,3	0,0	0,0	48%	338 076
Līvānu slimnīca *(līdz 30.11.09)*	2	2 386	7	4	71386	30	66%	38%	18,0	5,2	0,0	0,6	35%	177 576
Lubānas veselības un sociālās aprūpes centrs *(līdz 31.07.09)*	1	1 397	7	7	34119	24	45%	5%	17,5	5,8	0,0	0,0	17%	57 175
Ludzas rajona slimnīca *(līdz 30.09.09)*	2.5	2 274	8	3	48797	21	68%	26%	19,4	6,0	14,2	6,5	44%	215 139
Madonas slimnīca *(līdz 31.07.09)*	2.5	3 380	16	6	96580	29	36%	22%	19,3	6,8	0,0	2,0	44%	144 879
Valmieras neatliekamā medicīniskā palīdzība *(līdz 30.06.09)*	5	3 859	21	4	101723	26	56%	36%	21,2	10,3	14,2	6,6	49%	399 612
Ogres rajona slimnīca	4	10 085	28	7	265060	26	61%	26%	25,8	14,3	23,2	13,5	43%	535 572
Preiļu slimnīca *(līdz 30.11.09)*	3	3 919	12	4	120584	31	82%	24%	21,8	9,7	3,0	0,8	46%	288 185
Priekules slimnīca	2	1 701	5	2	82048	48	62%	16%	21,3	11,0	6,6	0,0	60%	222 174
Rēzeknes neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija	6	11 912	33	5	256537	22	66%	24%	21,1	6,8	17,3	7,9	48%	779 862
Saldus medicīnas centrs *(līdz 30.09.09)*	3	2 567	9	3	83856	33	71%	23%	20,7	9,4	0,0	0,0	56%	280 818
Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca *(līdz 30.09.09)*	2	1 864	7	3	57311	31	51%	41%	22,0	10,4	0,0	2,0	42%	163 767
Talsu rajona ātrā medicīniskā palīdzība *(līdz 31.08.09)*	4	3 556	15	4	149900	42	73%	12%	16,4	11,8	9,3	3,4	45%	329 068
Tukuma slimnīca *(līdz 30.06.09)*	3	3 458	19	6	94892	27	63%	23%	24,0	10,5	36,0	6,0	46%	185 718
Varakļānu slimnīca *(līdz 31.07.09)*	1	856	4	4	42197	49	66%	28%	23,3	8,4	7,5	5,0	41%	61 950
Ventspils slimnīca	4	8 685	24	6	158191	18	58%	25%	14,0	15,4	21,1	6,6	40%	515 748
Vidzemes slimnīca *(līdz 30.06.09)*	2	931	5	3	60952	65	53%	32%	26,2	13,0	0,0	0,0	58%	108 505
Viesītes veselības un sociālās aprūpes centrs	1	590	2	2	21310	36	53%	21%	14,0	5,8	3,0	0,0	50%	97 200
Viļakas slimnīca *(līdz 31.07.09)*	1	627	3	3	27542	44	58%	35%	20,6	6,4	25,0	0,0	49%	60 802
Zilupes veselības un sociālās aprūpes centrs *(līdz 30.09.09)*	1	800	3	3	35004	44	80%	5%	20,2	8,4	0,0	0,0	39%	72 165
Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (no 16.04.09)	150*	160224	619	8	3670890	23	66%	34%	23,45	10,15	23,45	10,15	49%	
Kopā:	**174.5**	**225 719**	**28**	**4**	**5517131**	**24**	**63%**	**20%**	**19,8**	**10,4**	**7,4**	**3,3**	**46%**	**15 401 372**

* NMP dienesta brigāžu skaits 2009.gada beigās.

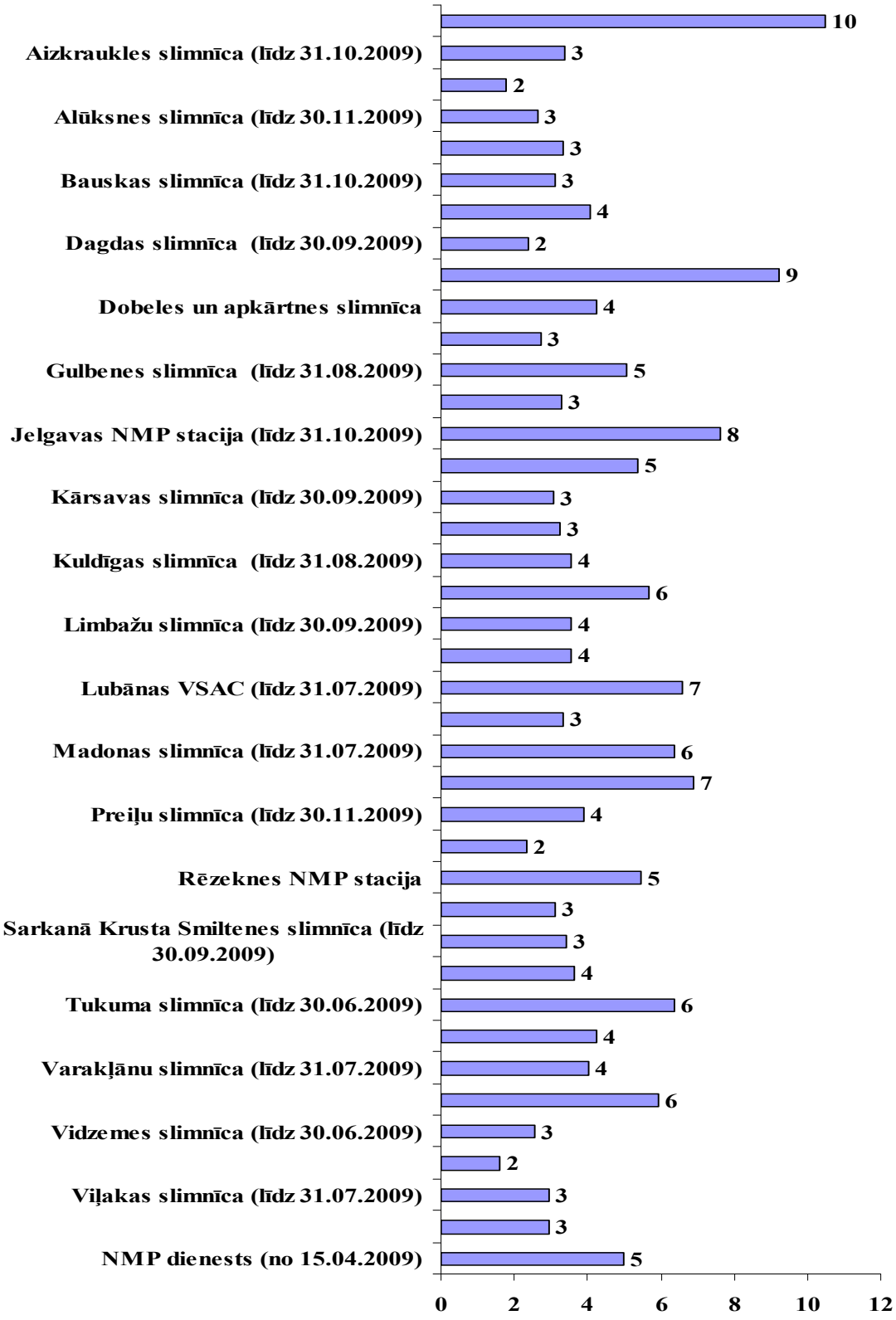
77.tabula

Primāro NMP izsaukumu skaits 2008.gadā un 2009.gadā

Nr.p.k.	Iestādes nosaukums	2008.gads			2009.gads			Primāro izsaukumu skaita izmaiņas %
		Izsaukumu skaits gadā kopā	t.sk. primārie	Primārie %	Izsaukumu skaits gadā kopā	t.sk. primārie	Primārie %	
1	Rīgas Ātrās medicīniskās palīdzības stacija (līdz 14.04.2009)	197 053	136 924	69%	54 448	52 743	97%	28%
2	Aizkraukles slimnīca (līdz 31.10.09)	5 019	3 131	62%	4 104	3 984	97%	35%
3	Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centrs	680	467	69%	650	600	92%	23%
4	Alūksnes slimnīca (līdz 30.11.09)	3 240	1 753	54%	2 646	2 581	98%	44%
5	Balvu slimnīca (līdz 31.07.09)	2 002	1 370	68%	1 422	1 303	92%	24%
6	Bauskas slimnīca (līdz 31.10.09)	5 437	4 095	75%	3 782	3 670	97%	22%
7	Cēsu rajona slimnīca (līdz 31.07.09)	8 159	5 240	64%	4 336	4 167	96%	32%
8	Dagdas slimnīca (līdz 30.09.09)	2 234	1 657	74%	1 307	1 259	96%	22%
9	Daugavpils neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija (līdz 31.08.09)	39 216	20 326	52%	24 630	22 998	93%	41%
10	Dobeles un apkārtnes slimnīca	6 587	4 839	73%	4 657	4 139	89%	16%
11	Ērgļu slimnīca (līdz 31.07.09)	976	679	70%	578	552	96%	26%
12	Gulbenes slimnīca (līdz 31.08.09)	3 545	2 370	67%	2 469	2 336	95%	28%
13	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	7 276	4 037	55%	5 981	5 720	96%	41%
14	Jelgavas neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija (līdz 31.10.09)	16 850	14 352	85%	15 101	13 375	89%	4%
15	Jūrmalas ātrā palīdzība	11 911	5 794	49%	9 811	9 490	97%	48%
16	Kārsavas slimnīca (līdz 30.09.09)	1 161	745	64%	838	784	94%	30%
17	Krāslavas slimnīca (līdz 30.09.09)	4 382	3 245	74%	2 648	2 584	98%	24%
18	Kuldīgas slimnīca (līdz 31.08.09)	7 125	4 512	63%	5 166	4 969	96%	33%
19	Liepājas reģionālā slimnīca	12 931	10 450	81%	12 409	11 679	94%	13%
20	Limbažu slimnīca (līdz 30.09.09)	4 622	2 796	60%	3 889	3 816	98%	38%
21	Līvānu slimnīca (līdz 30.11.09)	2 833	1 640	58%	2 386	2 297	96%	38%
22	Lubānas veselības un sociālās aprūpes centrs (līdz 31.07.09)	1 437	1 094	76%	1 397	1 348	96%	20%
23	Ludzas rajona slimnīca (līdz 30.09.09)	3 740	2 357	63%	2 274	2 057	90%	27%
24	Madonas slimnīca (līdz 31.07.09)	4 181	2 421	58%	3 380	3 280	97%	39%
25	Valmieras neatliekamā medicīniskā palīdzība (līdz 30.06.09)	8 278	4 637	56%	3 859	3 482	90%	34%
26	Ogres rajona slimnīca	10 951	7 750	71%	10 085	9 783	97%	26%
27	Preiļu slimnīca (līdz 30.11.09)	5 234	3 728	71%	3 919	3 672	94%	23%
28	Priekules slimnīca	1 829	1 309	72%	1 701	1 676	99%	27%
29	Rēzeknes neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija	13 245	8 876	67%	11 912	10 771	90%	23%
30	Saldus medicīnas centrs (līdz 30.09.09)	3 961	2 684	68%	2 567	2 486	97%	29%
31	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca (līdz 30.09.09)	2 728	1 330	49%	1 864	1 694	91%	42%
32	Talsu rajona ātrā medicīniskā palīdzība (līdz 31.08.09)	5 352	3 866	72%	3 556	3 414	96%	24%
33	Tukuma slimnīca (līdz 30.06.09)	6 847	4 225	62%	3 458	3 274	95%	33%
34	Varakļānu slimnīca (līdz 31.07.09)	1 405	1 002	71%	856	798	93%	22%
35	Ventspils slimnīca	9 455	6 174	65%	8 685	8 131	94%	29%
36	Vidzemes slimnīca (līdz 30.06.09)	1 738	927	53%	931	892	96%	43%
37	Viesītes veselības un sociālās aprūpes centrs	757	431	57%	590	563	95%	38%
38	Viļakas slimnīca (līdz 31.07.09)	1 235	653	53%	627	579	92%	39%
39	Zilupes veselības un sociālās aprūpes centrs (līdz 30.09.09)	1 097	1 013	92%	800	752	94%	2%
40	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (no 15.04.2009.)				160 224	150 547	94%	94%
Kopā:		**426 709**	**284 899**	**67%**	**385 943**	**364 245**	**94%**	**27%**

68.attēls

Vidējais izsaukumu skaits dienā uz vienu brigādi



7. VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMI EIROPAS SAVIENĪBĀ

2009.gada ietvaros par Latvijas iedzīvotājiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ES/EEZ valstīs vai Šveices Konfederācijā veikti norēķini Ls 2 632 209,02 apjomā.

Eiropas Savienības līmenī ir panāktas vienošanās, kas 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).

Lai nodrošinātu ar Kopienu tiesību aktiem noteiktās tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, Kopienā ir noteikti vienota parauga dokumenti veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai dalībvalstī, kurā persona nav pakļauta tās sociālajai apdrošināšanai. Šie dokumenti ir apliecinājums tam, kuras dalībvalsts sociālās drošības tiesību akti tiek piemēroti konkrētajai personai un tos izsniedz tās dalībvalsts kompetentā institūcija, kuras sociālās drošības tiesību aktus piemēro katrā konkrētajā gadījumā. Šie dokumenti ir kā apstiprinājums tam, ka dalībvalsts, kuras kompetentā iestāde dokumentu ir izsniegusi, apņemas segt izmaksas otrai dalībvalstij par tās sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Kopienā personām tiek izsniegti šādi dokumenti valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai:

- **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);
- **E 109 veidlapa** „Apliecība apdrošinātās personas ģimenes locekļu reģistrēšanai un uzskaitījumu atjaunināšanai" (turpmāk E 109 veidlapa);
- **E 112 veidlapa** „Apliecība par tiesību saglabāšanu attiecībā uz slimības un maternitātes pabalstiem, kurus patlaban piešķir" (turpmāk E 112 veidlapa);
- **E 120 veidlapa** „Apliecība par tiesībām saņemt pabalstus pakalpojumu veidā pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem" (turpmāk E 120 veidlapa);
- **E121 veidlapa** „Izziņa par pensionāru un viņu ģimenes locekļu reģistrāciju un sarakstu atjaunināšanu" (turpmāk E 121 veidlapa);
- **Eiropas veselības apdrošināšanas karte** (turpmāk EVAK);
- **Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošais sertifikāts** (turpmāk EVAK aizvietojošais sertifikāts).

Centrs kā kompetentā iestāde Latvijā attiecībā uz personas tiesību uz pabalstu veidu – veselības aprūpes pakalpojumiem, nodrošināšanu 2009.gada ietvaros ir reģistrējusi citu dalībvalstu kompetento iestāžu izdotās veidlapas (to, kuru reģistrācija ir noteikta kā obligāta saskaņā ar Kopienu tiesību aktiem), lai nodrošinātu šīm personām pieejamību veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā.

78.tabula

2009. gada ietvaros reģistrēto veidlapu skaits, kas dod tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikā

Veidlapas veids	Reģistrēto veidlapu skaits	Anulēto veidlapu skaits *(iepriekš tika reģistrētas Centrā)*
E106	78	86
E109	1	0
E120	0	0
E121	15	0

2009.gada ietvaros Centrs ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti Latvijā citu dalībvalstu sociālajai apdrošināšanai pakļautām personām, pamatojoties uz citu dalībvalstu kompetento iestāžu izdotajiem dokumentiem: EVAK, EVAK aizvietojošais sertifikāts, E 106 veidlapa, E 112 veidlapa, Ls 35 126,03 apjomā, un citas dalībvalstis ir veikušas norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 22 681,40 apjomā.

79.tabula

Sagatavoto pieprasījumu apjoms, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu faktiskās izmaksas un citu dalībvalstu veikto norēķinu apjoms, Ls

Valsts	2009.gadā izrakstīto rēķinu summas, Ls	2009.gadā saņemtās summas, Ls*
Austrija	931,06	931,42
Beļģija	81,07	81,07
Bulgārija	601,13	0,00
Čehijas Republika	614,05	0,00
Dānija	2 922,28	0,00
Francija	394,70	1 182,50
Grieķija	0,00	0,00
Igaunija	1 629,27	0,00
Īrija	1 183,13	0,00
Islande	456,11	456,11
Itālija	501,23	0,00
Kipra	0,00	0,00
Lielbritānija	0,00	2 611,19
Lietuva	11 292,42	0,00
Lihtenšteina	0,00	0,00
Luksemburga	0,00	55,45
Malta	0,00	0,00
Nīderlande	1 465,87	1 504,87
Norvēģija	1 086,95	5,00
Polija	4 284,23	1 310,12
Portugāle	81,42	79,09
Rumānija	28,49	0,00
Slovākija	530,26	15,80
Slovēnija	0,00	0,00
Somija	2 135,64	4 077,29
Spānija	121,74	0,00

Šveice	585,60	0,00
Ungārija	1 119,08	0,00
Vācija	0,00	4 377,00
Zviedrija	3 080,30	5 994,49
Kopā:	**35 126,03**	**22 681,40**

* ietver iepriekšējā periodā neapmaksātās summas.

2009.gada ietvaros Centrs ir sagatavojis pieprasījumus (rēķinus) citu dalībvalstu kompetentajām iestādēm Ls 21 660,02 apjomā, piemērojot veselības aprūpes vidējās izmaksas par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu Latvijā citu dalībvalstu sociālajai apdrošināšanai pakļautām personām, kurām Centrā ir reģistrētas citu dalībvalstu kompetento iestāžu izsniegtās E 121 veidlapas, E 109 veidlapas un E 120 veidlapas, un citas dalībvalstis ir veikušas norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 11 071,14 apjomā.

80.tabula

Sagatavoto pieprasījumu apjoms, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu vidējās izmaksas un citu dalībvalstu veikto norēķinu apjoms, Ls

Valsts	2009.gadā izrakstīto rēķinu summas, Ls	2009.gadā saņemtās summas, Ls
Austrija	192,06	192,06
Beļģija	256,00	0,00
Dānija	1 323,08	0,00
Igaunija	426,80	426,80
Lielbritānija	10 051,14	10 051,14
Lietuva	1 472,46	0,00
Nīderlande	1 195,04	0,00
Norvēģija	298,76	209,08
Šveice	384,12	0,00
Vācija	5 868,50	0,00
Zviedrija	192,06	192,06
Kopā:	**21 660,02**	**11 071,14**

2009.gadā Centrs kā kompetentā iestāde Latvijā ir sniegusi citu dalībvalstu kompetentajām institūcijām informāciju, kas tām nepieciešama, izskatot lietas par fiziskajām personām Latvijā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, par kuriem fiziskās personas ir norēķinājušās no personīgajiem līdzekļiem (t.i., sniedzot informāciju par to, vai veselības aprūpes pakalpojums ir uzskatāms par saņemtu valsts garantētās veselības aprūpes ietvaros un par personai atmaksājamās summas apmēru). 2009.gada ietvaros Centrs ir izpildījis 89 citu dalībvalstu pieprasījumus.

81.tabula

Informācija par citu dalībvalstu pieprasījumu skaitu

Valsts	Pieprasījumu skaits
Austrija	1
Beļģija	18
Bulgārija	1
Čehija	2
Francija	2
Igaunija	17
Īrija	1
Lietuva	10
Luksemburga	5
Nīderlande	2
Norvēģija	3
Somija	1
Spānija	1
Vācija	6
Zviedrija	19
Kopā:	**89**

Lai Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautās personas saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus citā dalībvalstī, Centra kompetencē ir izskatīt administratīvās lietas par E 106 veidlapas, E 109 veidlapas, E 112 veidlapas, E 120 veidlapas, E 121 veidlapas, EVAK un EVAK aizvietojošo sertifikātu izsniegšanu.

2009.gada ietvaros ir ierosinātas 466 administratīvās lietas par E 106 veidlapu izsniegšanu, un šīs kategorijas lietās ir izdoti 465 administratīvie akti, no kuriem 446 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par E 106 izsniegšanu) un 19 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt E 106 veidlapu). Kā arī Centrs 2009.gadā ir anulējis 87 Centra iepriekš izsniegtās E 106 veidlapas.

2009.gada ietvaros ir ierosinātas 3 administratīvās lietas par E 109 veidlapu izsniegšanu, un šīs kategorijas lietās ir izdoti 3 administratīvie akti (labvēlīgi administratīvie akti – lēmums par E 109 izsniegšanu).

2009.gada ietvaros ir ierosinātas 123 administratīvās lietas par E 112 veidlapu izsniegšanu, un šīs kategorijas lietās ir izdoti 120 administratīvie akti, no kuriem 113 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par E 112 izsniegšanu) un 7 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt E 112 veidlapu). Pamatojoties uz Centra izdotajiem administratīvajiem aktiem, ir izsniegtas 122 E 112 veidlapas. Iemesli nelabvēlīgu administratīvo aktu izsniegšanai ir šādi: 4 administratīvajās lietās – pieprasīta tādu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa, kuru apmaksa saskaņā ar

Latvijas nacionālajiem normatīvajiem aktiem nav paredzēta no Latvijas Republikas valsts budžeta līdzekļiem, savukārt 3 administratīvajās lietās – pieprasītos veselības aprūpes pakalpojumus, pamatojoties uz Latvijas Republikas ārstniecības iestāžu atzinumiem, var nodrošināt Latvijas Republikā.

82.tabula

2009.gadā izsniegto E112 veidlapu skaits, sadalījumā pa valstīm un veselības aprūpes pakalpojumu veidiem

Valsts	Veidlapu skaits, kopā	Veselības aprūpes pakalpojuma veids	Veidlapu skaits
Austrija	2	Izmeklēšana, konsultācija un operācija sakarā ar smagu aknu patoloģiju	2
Beļģija	3	Aknu transplantācija	1
		Aknu donora meklēšana un pārbaude	1
		Operācija ar nervu funkciju monitorēšanu	1
Dānija	1	Sirds elektrofizioloģiskā izmeklēšana	1
Francija	3	Izmeklēšana un konsultācija	2
		Specifiska ķīmijterapija	1
Igaunija	34	Pozitronemisijas tomogrāfija	29
		Acs melanomas operācija ar radioaktīvu aplikatoru	5
Itālija	1	Izmeklēšana un konsultācija	1
Lietuva	36	Alogēna cilmes šūnu transplantācija	3
		Ārpus ģimenes cilmes šūnu donora meklēšana	10
		BCR-ABL gēna kontrole kaulu smadzeņu aspirātā	3
		Himērisma analīze pēc real -time PCR metodes	12
		Donora limfocītu infūzija	6
		Specifiska ķīmijterapija	1
		Aknu operācija sakarā ar aknu ehinokoku	1
Vācija	37	Alogēna cilmes šūnu transplantācija	3
		Ārpus ģimenes cilmes šūnu donora meklēšana	6
		Izmeklēšana un konsultācija	2
		Gigantiska pigmentnevusa ekscīzija	1
		Radioizotopu terapija	6
		Analīzes- HLA tipēšana ar augstu izšķiršanu	7
		Pozitronemisijas tomogrāfija	1
		Sirds operācija	2
		Aknu transplantācija	1
		Aknu donora meklēšana un pārbaude	1
		Sarežģītas mugurkaula operācijas	5
		Ilgtermiņa elektroencefalogrāfija	2
Zviedrija	5	Metajodbenzilguanidīna scintigrāfija	1
		Izmeklēšana ar "Octreoscan"	1
		Izmeklēšana un konsultācija	2
		Galvaskausa kaulu rekonstruktīva operācija	1
Kopā:	**122**	**-**	**122**

83.tabula

Izsniegto E 112 veidlapu skaits, sadalījumā pa gadiem

Laika periods	Izsniegto veidlapu skaits
2006.gads	**26**
2007.gads	**110**
2008.gads	**127**
2009.gads	**122**

2009.gada ietvaros netika ierosināta neviena administratīvā lieta par E 120 veidlapu izsniegšanu un šīs kategorijas lietās nav izdoti administratīvie akti.

2009.gada ietvaros ir ierosinātas 94 administratīvās lietas par E 121 veidlapu izsniegšanu un šīs kategorijas lietās ir izdoti 79 administratīvie akti, no kuriem 68 ir labvēlīgi administratīvie akti (lēmums par E 121 izsniegšanu) un 11 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums izsniegt E 121 veidlapu).

2009.gada ietvaros ir izdotas 53460 EVAK un 372 EVAK aizvietojošie sertifikāti, lai tiktu nodrošināts, ka Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautās personas saņem neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi, īslaicīgi uzturoties citā dalībvalstī.

Ierosinātas 74 administratīvās lietas par fizisko personu izdevumu atmaksas saņemšanu par citās dalībvalstīs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, par kuriem fiziskās personas ir norēķinājušās no personīgajiem līdzekļiem un šīs kategorijas lietās ir izdoti 67 administratīvie akti, no kuriem 55 ir labvēlīgi administratīvie akti (par izdevumu atmaksu), 5 nelabvēlīgi administratīvie akti (atteikums veikt izdevumu atmaksu) un 7 administratīvie akti par administratīvās lietas izbeigšanu faktu trūkuma dēļ.

84.tabula

Informācija par administratīvo lietu par izdevumu atmaksu fiziskajām personām izskatīšanu 2009.gadā, sadalījumā pa valstīm

Valsts	Ierosināto lietu skaits	Administratīvie akti		
		Labvēlīgie	Nelabvēlīgie	Par lietas izbeigšanu
Austrija	4	4	-	-
Beļģija	4	4	-	-
Bulgārija	6	1	2	3
Čehija	2	1	-	-
Dānija	2	2	-	-
Francija	2	1		1
Grieķija	1			1
Igaunija	3	3		

Itālija	1	-	-	1
Lielbritānijas un Ziemeļīrijas Apvienotā Karaliste	1	-	-	-
Lietuva	1	-	-	-
Malta	1	-	1	-
Nīderlande	4	3	-	-
Norvēģija	3	2	-	1
Polija	1	1	-	-
Slovēnija	1	-	-	-
Somija	1	1	-	-
Spānija	1	1	-	-
Vācija	21	19	1	-
Zviedrija	11	9	1	-
Šveice	3	3	-	-
Kopā:	**74**	**55**	**5**	**7**

2009.gada ietvaros Centram ir iesniegti pieprasījumi (rēķini) par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautajām personām citā dalībvalstī, pamatojoties uz Centra izdotajiem dokumentiem: EVAK, EVAK aizvietojošais sertifikāts, E 106 veidlapa, E 112 veidlapa, Ls 2 481 452,97 apjomā, un Centrs ir veicis norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 2 632 209,02 apjomā.

85.tabula

Centram iesniegto pieprasījumu apjoms par Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ņemot par pamatu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu faktiskās izmaksas

Valsts	2009.gadā iesniegtās summas apmaksai, Ls	2009.gadā apmaksātās summas, Ls
Austrija	67 975,78	74 412,78
Beļģija	30 230,07	12 527,62
Bulgārija	1 070,54	1 070,54
Čehijas Republika	2 573,91	1 687,05
Dānija	28 043,22	24 872,58
Francija	44 547,91	82 398,92
Grieķija	0,00	0,00
Igaunija	75 136,24	75 136,24
Īrija	0,00	0,00
Islande	239,55	239,56
Itālija	34 140,08	34 140,08
Kipra	1 959,64	1 959,64
Lielbritānija	0,00	0,00
Lietuva	305 344,49	309 975,38
Lihtenšteina	0,00	0,00
Luksemburga	116,62	116,63
Malta	188,35	98,24
Nīderlande	0,00	4 201,10
Norvēģija	177 502,36	76 231,32

Polija	11 694,87	13 164,60
Portugāle	360,19	360,19
Rumānija	155,71	156,65
Slovākija	2 720,74	2 705,47
Slovēnija	897,64	897,65
Somija	54 997,67	68 728,56
Spānija	32 325,78	35 832,41
Šveice	6 522,70	6 530,14
Ungārija	320 061,43	320 061,43
Vācija	1 055 383,74	1 256 802,44
Zviedrija	227 263,74	227 901,80
Kopā:	**2 481 452,97**	**2 632 209,02**

*ietver iepriekšējā periodā neapmaksātos rēķinus.

2009.gada ietvaros Centrs ir saņēmis citu dalībvalstu pieprasījumus (rēķinus) Ls 89 574,08 apjomā, par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu citā dalībvalstī Latvijas sociālajai apdrošināšanai pakļautajām personām, kurām Centrs ir izsniedzis E 121 veidlapas, E 109 veidlapas un E 120 veidlapas, piemērojot veselības aprūpes vidējās izmaksas, un Centrs ir veicis norēķinus par šādiem pakalpojumiem Ls 106 259,45 apjomā.

KONTAKTI

Veselības norēķinu centrs

Direktors Andrejs Doveiks
Tālr. 67043700, Fakss 67043701, e – pasts vnc@vnc.gov.lv
Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV – 1012

Rīgas nodaļa
Vadītāja Renāte Neimane
Tālr. 67201282, Fakss 67201285, e – pasts riga@vnc.gov.lv
Adrese: Cēsu iela 31, k-3, Rīga, LV – 1012

Kurzemes nodaļa
Vadītāja Dzintra Eglīte
Tālr. 63323471, Fakss 63323696, e – pasts kurzeme@vnc.gov.lv
Adrese: Baznīcas iela 9, Kuldīga, LV – 3301

Latgales nodaļa
Vadītājs Jānis Pitrāns
Tālr. 65422236, Fakss 65422236, e – pasts latgale@vnc.gov.lv
Adrese: Saules iela 5, Daugavpils, LV – 5401

Vidzemes nodaļa
Vadītāja Sigita Alhimoviča
Tālr. 64772301, Fakss 64707013, e – pasts vidzeme@vnc.gov.lv
Adrese: Pils iela 6, Smiltene, LV – 4729

Zemgales nodaļa
Vadītāja Daiga Vulfa
Tālr. 63027249, Fakss 63007087, e – pasts zemgale@vnc.gov.lv
Adrese: Zemgales prospektā 3, Jelgava, LV – 3001

Izdevumā izmantoti Veselības ministrijas, Veselības norēķinu centra sagatavotā informācija, ārstniecības iestāžu iesniegtie pārskati, kā arī Ministru kabineta un Veselības ministrijas normatīvie tiesību akti.

Par izdevumu atbild Toms Noviks.

Citēšanas un pārpublicēšanas gadījumā atsauce obligāta.

Izdevums tiek izdots elektroniski un pieejams Veselības norēķinu centra mājas lapā – www.vnc.gov.lv