



VĒSTIS NR. 17

Rīga, 2009

VĒSTIS Nr. 17



PRIEKŠVārds

Cienījamais lasītāj!

„Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras Vēstis” ir izdevums, kas tiek izdots kopš 1996.gada. Līdz ar veselības aprūpes finansēšanas sistēma reformu uzsākšanu Valsts slimokase, kas sākotnēji nodrošināja ārstniecības iestāžu veiktā darba apmaksu atbilstoši tā apjomam un kvalitātei, 1993.gada otrajā pusē uzsāka slimokasu darbības dažādu datu analīzi. Valsts slimokasu izdevumos tika ietverti galvenokārt ekonomiskie rādītāji un izmaksas par veiktā darba apjomu.

„Slimokasu Vēstis”, kas bija šī izdevuma sākotnējais nosaukums, mērķis bija informēt veselības aprūpes sistēmas darbiniekus par finansēšanas reformas gaitām, par slimokasu un ārstniecības iestāžu saimniecisko darbību un citām tā laika aktualitātēm. Kaut arī laika gaitā izdevums mainīja nosaukumu, apkopotos datus un ietvēra arvien jaunus ekonomiskos rādītājus, tomēr izdevuma mērķis palika nemainīgs – būt par padomdevēju plašam cilvēku lokam, kuru intereses vai darbs būtu saistīts ar veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu un apmaksu.

Šogad Aģentūra „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras Vēstis” izdod jau septiņpadsmito reizi, lai sniegt plašu pārskatu par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai 2008.gadā.

2008. gads Aģentūrai bija saistīts ne tikai ar valsts uzticēto uzdevumu sekmīgu veikšanu, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un apmaksu, bet arī ar Aģentūras 15 gadu jubileju, kopš tika uzsākta pašas Aģentūras attīstība.

Vērtējot paveikto 2008.gadā, būtisks darbs noritēja, lai 2009.gadā varētu uzsākt divas jaunas veselības pakalpojumu programmas - vēža savlaicīgas atklāšanas programmu un medicīnisko aprūpi mājās. Šajā gadā tika arī veikti nepieciešamie priekšdarbi, lai aizsāktu projekta „e-Veselība Latvijā” īstenošanu.

Paldies visiem, kas piedalījās šī izdevuma tapšanā, ceram, ka informācija būs noderīga gan veselības aprūpē strādājošajiem, gan arī katram mūsu valsts iedzīvotājam, kurš interesējas par veselības aprūpi Latvijā.

**Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras
direktore Lūcija Akermane**

SATURS

1. Veselības aprūpes budžets	3
1.1. Veselības aprūpes paredzēto valsts budžeta līdzekļu administrēšana	3
1.2. Ārstniecība	7
1.3. Rezerves fonda izlietojums	9
2. Ārstniecības iestāžu darbības raksturojums	13
3. Medikamentu iegāde un apmaksa	20
3.1. Kompensējamo zāļu nodrošināšana ambulatorajā ārstniecībā	20
3.2. Medikamentu iepirkumi ārstniecības iestāžu vajadzībām	32
4. Ambulatorās veselības aprūpes darbības analīze	37
4.1. Vispārējie rādītāji	37
4.2. Profilaktiskās apskates	60
4.3. Ģimenes ārstu kontrolētie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļi	66
4.4. Vidējās izmaksas un citi rādītāji	69
4.5. Zobārstnieciskās aprūpes rādītāji	75
5. Stacionāro iestāžu darbība	85
6. Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu darbība	122
7. Līgumu nosacījumu izpildes uzraudzība	129
8. Regresu prasību piedziņa	137
9. Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienībā	139

1. VESELĪBAS APRŪPES BUDŽETS

1.1. VESELĪBAS APRŪPEI PAREDZĒTO VALSTS BUDŽETA LĪDZEKĻU ADMINISTRĒŠANA

Budžeta programmas „Ārstniecība” 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.

Līdzekļi veselības aprūpes finansēšanai tiek piešķirti saskaņā ar likumu par valsts budžetu kārtējam gadam, kas ietver:

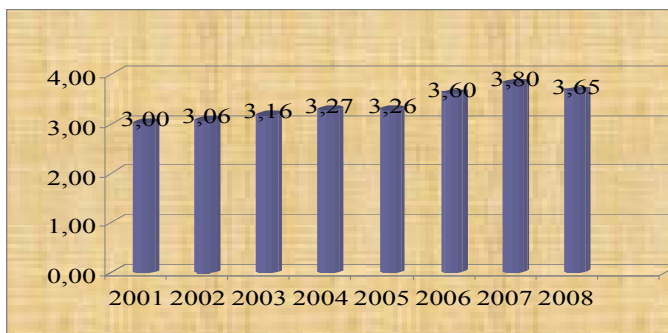
- valsts pamatbudžeta dotāciju – naudas līdzekļi, kurus Aģentūra saņem centralizētā kārtībā un kas ir valsts budžeta ieņēmumos iemaksāti nodokļi, nodevas un citi maksājumi;
- maksas pakalpojumus un citus pašu ieņēmumus – tie ir līdzekļi, kuri veidojas no valsts budžeta finansēto iestāžu sniegtajiem maksas pakalpojumiem un kuri ieskaitīti Valsts kasē atvērtajos budžeta iestāžu pamatbudžeta vai speciālā budžeta kontos un tiek izlietoti izdevumu segšanai.

2008.gadā veselības aprūpei tika novirzīti 575,6 miljoni latu, kas veido 3,65% no iekšzemes kopprodukta.

Aģentūra, 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 iedzīvotājiem atbilstoši normatīvajiem aktiem. 2008.gadā veselības aprūpei paredzēti 575,6 milj. latu, kas veido 3,65% no iekšzemes kopprodukta. Jāatzīmē, ka, apskatot veselības aprūpes budžeta procentuālā īpatsvara no iekšzemes kopprodukta dinamiku, var secināt, ka kopš 2001.gada dinamikai ir tendence saglabāties robežās no 3,00% līdz 3,80%. Salīdzinot ar 2007.gadu, veselības aprūpes līdzekļi no iekšzemes kopprodukta ir samazinājušies par 0,15%.

1.attēls

Līdzekļi veselības aprūpei, % no IKP



Datu avots: Veselības ministrija

Līdz 2003.g. - konsolidētais veselības aprūpes budžets (izpilde);

2004.- 2005.g. - nozares pamatbudžets (izpilde);

2006.-2007.g. - Veselības ministrijas budžeta izdevumi (likums par valsts budžetu ar grozījumiem);

2008.g. - Veselības ministrijas budžeta izdevumi atbilstoši likumam par valsts budžetu 2008.gadam ar grozījumiem (spēkā no 2008.g. augusta);

1.tabula

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

Rādītāji	2006. gads	2007. gads	2008. gads
Līdzekļi veselības aprūpei, milj. Ls	405,8	518,1	575,6
Aģentūras administrējamā daļa, milj. Ls	385,9	471,3	514,3
Aģentūras administrēšanā nodoto līdzekļu palielinājums %* salīdzinot ar iepriekšējo gadu	39,7	22,1	9,1
Aģentūras administrēšanā nodoto līdzekļu īpatsvars % no kopējiem līdzekļiem veselības aprūpei	95,1	91,0	89,4

*2008.gada līdzekļu pieaugums veselības aprūpei saistīts ar koncepcijas "Cilvēkresursu attīstības pamatnostādnes veselības aprūpe 2005.-2015.gadam" īstenošanu - ārstniecības personu vidējās darba samaksas paaugstināšanu.

2.tabula

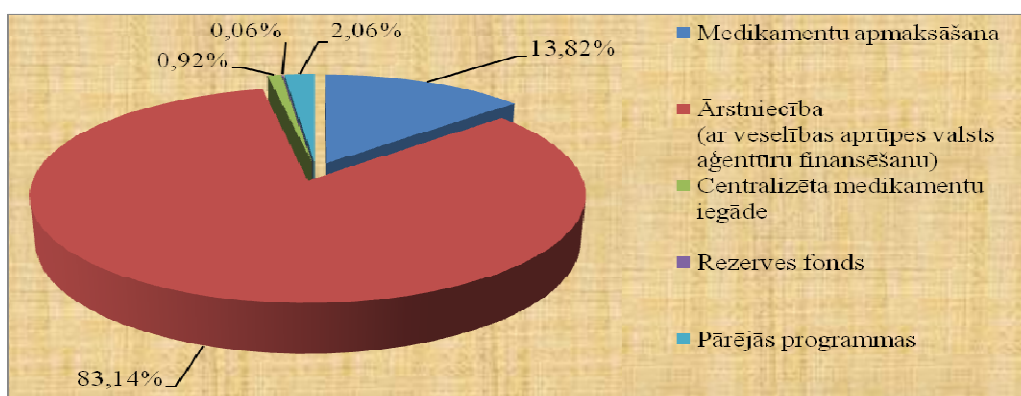
Veselības aprūpes budžeta programmu izpilde, Ls

Veselības aprūpes budžeta programmas	Ls
Medikamentu apmaksāšana	71 074 046
Ārstniecība (tai skaitā ietverti apakšprogrammas „Veselības aprūpes valsts aģentūru finansēšana” līdzekļi)*	427 578 256
Centralizēta medikamentu iegāde	4 736 944
Rezerves fonds	287 982
Pārējās programmas	10 590 219
Kopā	514 267 447

* Apakšprogrammas „Veselības aprūpes valsts aģentūru finansēšana” ietvaros tiek nodrošināta valsts aģentūras „Latvijas infektoloģijas centrs”, Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūra un Sporta medicīnas valsts aģentūra, kuras sniedz iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumus.

2.attēls

Veselības aprūpes budžeta programmu izpilde, %



Veselības aprūpes budžeta apakšprogrammu izpilde, Ls

(Aģentūras administrējamās programmas)

Aģentūra 2008.gadā atbilstoši Veselības ministrijas deleģējumam administrē valsts budžeta likumā veselības aprūpei piešķirtos līdzekļus Ls 514 956 768 apmērā. Budžeta līdzekļu ietvaros tiek administrētas programmas „Veselības aprūpes nodrošināšana” 8 apakšprogrammas un 4 atsevišķas budžeta programmas: „Kvalitātes atbilstības un ekonomiskais novērtējums, tirgus uzraudzība”, „Uzskaitē”, „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe”, „Rezerves fonds”.

2007.gadā atbilstoši Ministru kabinetā pieņemtajai Veselības ministrijas darbības stratēģijai 2007.-2009.gadam mainījās Veselības ministrijas budžeta struktūra, līdz ar to mainījās arī atsevišķu budžeta apakšprogrammu nosaukumi. Šīm apakšprogrammām nosaukumi tabulā uzrādīti abās redakcijās, t.i., līdz 2006.gadam un no 2007.gada esošajā redakcijā.

3.tabula

Veselības aprūpes budžeta apakšprogrammu izpilde, Ls

Apakšprogrammas nosaukums	2006.gada izpilde	2007.gada izpilde	2008.gada plāns	2008.gada izpilde	2008.gada izpilde %
Veselības aprūpes budžeta apakšprogrammas izdevumi, kopā	385 859 105,00	471 321 669,00	514 956 768,00	514 267 447,00	99,87
Medikamentu apmaksāšana	42 689 612,00	61 325 384,00	71 086 088,00	71 074 046,00	99,98
2006.g. -Pakalpojumu apmaksāšana/ no 2007.g. - Ārstniecība*	226 230 684,00	368 366 346,00	402 412 907,00	402 402 922,00	100,00
Centralizēta medikamentu iegāde	3 397 680,00	4 589 507,00	4 740 298,00	4 736 944,00	99,93
Terciārās aprūpes medicīnas pakalpojumu apmaksāšana	7 763 086,00				
2006.g.-Veselības aprūpes maksas pakalpojumi / no 2007.g. - Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe	2 499 745,00	2 879 804,00	3 456 146,00	3 391 823,00	98,14
2006.g.- Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras uzturēšana no 2007.g.Kvalitātes atbilstības un ekonomiskais novērtējums	4 139 520,00	5 822 708,00	6 443 773,00	6 025 334,00	93,51
2006.g. -Reģistru uzturēšana/ no 2007.g. - Uzskaitē	132 127,00	680 076,00	750 719,00	750 719,00	100,00
Rezerves fonds	4 916 742,00	1 408 612,00	288 335,00	287 982,00	99,88

Katastrofu medicīnas programma no 2007.g. - apakšprogrammā Ārstniecība	6 753 805,00				
Katastrofu medicīnas programma (21.11.2006.g. MK rīkojums "Par finansējuma piešķiršanu Veselības ministrijai (Katastrofu medicīnas centram) papildu izdevumiem, kas saistīti ar NATO valstu un valdību vadītāju sanāksmes medicīnisko nodrošinājumu"	74 000,00				
Veselības reformas projekts	6 951 843,00				
Lepras slimnieku ārstēšana	152 148,00				
Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālais punkts	53 020,00				
Veselības aprūpes valsts aģentūru finansēšana**	23 486 638,00	23 459 009,00	25 351 409,00	25 175 334,00	99,31
HIV infekcijas izplatības ierobežošana	209 201,00				
Hroniskā vīrusa hepatīta C pacientu - mediķu ārstēšana	38 000,00				
Narkoloģijas valsts aģentūras ēkas rekonstrukcija	17 400,00				
Dotācija Latvijas ķirurgu biedrībai	3 000,00				
Dotācija biedrībai "Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijai "Papardes zieds""	3 800,00				
Atbalsts ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanai	38 043 420,00	1 520 000,00	112 333,00	112 333,00	100,00
Dotācija Latvijas Kaulu, locītavu un saistaudu slimnieku biedrībai	720,00				
Dotācija Latvijas Diabēta apvienībai	1 000,00				
Prioritāro veselības aprūpes pasākumu nodrošināšana	8 635 557,00	14 194,00	31 648,00	26 898,00	84,99
Dotācija Latvijas Multiplās sklerozes asociācijai	2 000,00				

Dotācija nodibinājumam "Bērnu slimnīcas fonds"	2 000,00				
VSIA Vidzemes novada rehabilitācijas centra "Līgatne" nodokļu parādu segšana	84 649,00				
Iedzīvotāju genoma datu bāzes projekta īstenošana	50 000,00	180 000,00	170 000,00	170 000,00	100,00
Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	28 278,00	113 112,00	113 112,00	113 112,00	100,00
Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošana	9 494 430,00				
Centrālās medicīnas ētikas komitejas darbība	5 000,00	5 000,00			
Atsevišķu Saeimas un Ministru kabineta lēmumu izpilde		15 250,00			
E-veselības pamatnostādņu ieviešana		663 216,00			
Dotācija VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs"		279 451,00			

* apakšprogrammas izpildi nodrošina Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra, Katastrofu medicīnas centrs un Valsts asinsdonoru centrs;

** apakšprogrammas izpildi nodrošina Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūra, valsts aģentūra "Latvijas Infektoloģijas centrs" un Sporta medicīnas valsts aģentūra.

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 Aģentūra plāno šādās proporcijās:

- ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 32% apmērā;
- stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 61,6%;
- neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu pakalpojumiem – ne mazāk kā 6,4%.

Tabulā ir uzrādīti 2008.gadā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai pieejamie resursi un plānotais finansējums sadalījumā pa veselības aprūpes veidiem. Finanšu līdzekļu sadalījums atbilst Noteikumos Nr.1046 noteiktajai proporcijai.

4.tabula

Plānotais finansējuma sadalījums veselības aprūpes pakalpojumu apmaksāšanai 2008.gadā

Pakalpojumu veidi	Plānotais finansējums 2008.gadam, Ls	%	Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku, Ls *
Kopā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai:	407 563 485	100,00	181,56
Ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, t.sk.:	142 248 671	34,50	62,63
primārai veselības aprūpei	49 222 432		
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām primārajā veselības aprūpē	1 700 841		
sekundārai ambulatorai veselības aprūpei	85 064 547		
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām sekundārajā ambulatorajā aprūpē	3 487 300		
Apmaksājumā summa 25% no pārstrādes par 2007.gadu (atbilstoši Noteikumu Nr.1046 141.punktam)	396 853		
Apmaksājumā summa līdz līguma summai 5% robežās (atbilstoši Noteikumu Nr.1046 140.punktam)	505 431		
avansā samaksātie līdzekļi 2008.gada pakalpojumu nodrošināšanai	1 871 267		
Neatliekamai medicīniskai palīdzībai	26 842 253	6,51	11,82
Stacionārai palīdzībai	241 328 844	58,52	106,25
stacionārai palīdzībai	224 587 956		
pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	7 572 466		
avansā samaksātie līdzekļi 2009.gada pakalpojumu nodrošināšanai	9 165 250		
Apmaksājumā summa 25% no pārstrādes par 2007.gadu (atbilstoši Noteikumu Nr.1046 141.punktam)	3 172		
Norēķiniem ar ES un EEZV	1 943 717	0,47	0,86
Novirzīti līdzekļi apakšprogrammas "Medikamentu apmaksāšana" apmaksai	-4 800 000		
Resursi:	407 563 485		
Apakšprogrammā 33.01. "Ārstniecība" pakalpojumu apmaksāšanai plānotie līdzekļi	393 481 519		
Ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un citi pašu ieņēmumi	764 000		
2007.gadā avansā samaksātie līdzekļi	18 117 966		
Līdzekļu pārdalei starp apakšprogrammām	-4 800 000		

* Veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku skaits uz 2008.gada 30.jūniju - 2 271 266.

No budžeta apakšprogrammas „Ārstniecība” līdzekļiem Aģentūra veic samaksu par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ārstniecības iestādēm, kuras noslēgušas līgumu ar Aģentūru. Līgumus ar ārstniecības iestādēm par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu un neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu sniegšanu un apmaksu slēdz Aģentūras centrālais birojs, par ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu – Aģentūras teritoriālās nodaļas. Aģentūra norēķinās par veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši Noteikumu Nr.1046 prasībām un tajos noteiktajiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem.

1.3. REZERVES FONDA IZLIETOJUMS

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 4.punktu apakšprogrammas 38.00.00.„Rezerves fonds” līdzekļus izmanto 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.

5.tabula

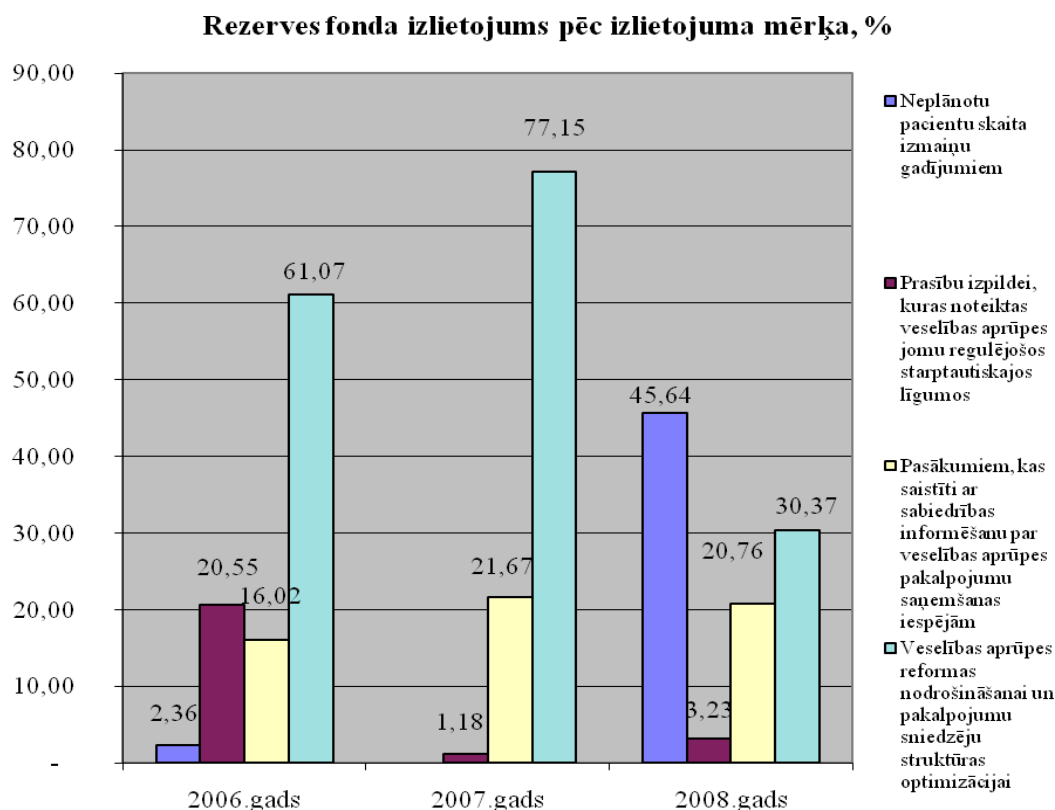
Rezerves fonda izlietojuma dinamika pēc izlietojuma mērķa (Ls)

Pasākumi	2006.gads	2007.gads	2008.gads
Neplānotu pacientu skaita izmaiņu gadījumiem	115 991,62		
Prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošos starptautiskajos līgumos	1 010 472,04	16 545,97	17 437,20
Pasākumiem, kas saistīti ar sabiedrības informēšanu par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām	787 469,94	305 285,15	112 132,73
<i>t.sk.</i>			
<i>Aģentūra</i>	547 143,94	263 671,56	112 132,73
<i>Veselības veicināšanas valsts aģentūra</i>	159 800,00	5 323,70	
<i>P.Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs</i>	926,00		
<i>Sabiedrības veselības aģentūra</i>	40 000,00		
<i>Valsts Asinsdonoru centrs</i>	35 000,00		
<i>Medicīnas profesionālās izglītības centrs</i>	4 600,00	36 289,89	
Veselības aprūpes reformas nodrošināšanai un pakalpojumu sniedzēju struktūras optimizācijai	3 002 808,69	1 086 781,16	164 051,98
<i>t.sk.</i>			
<i>Aģentūra</i>	2 941 812,69	947 724,18	164 051,98
<i>Sabiedrības veselības aģentūra</i>	43 516,00		
<i>Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra</i>	11 700,00	130 056,98	
<i>P.Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs</i>	5 780,00		
<i>Katastrofu medicīnas centrs</i>		9 000,00	
Izlietojums kopā:	4 916 742,29	1 408 612,28	293 621,91
Resursi kopā:	4 916 761,50	1 518 560,39	293 622,77
<i>t.sk.</i>			
Dotācija no vispārējiem ieņēmumiem apakšprogrammai "Rezerves fonds" atbilstoši gadskārtējam likumam "Par valsts budžetu"	4 908 287,00	1 518 121,00	533 848,00
Atgriezti līdzekļi	8 474,50	439,39	6 287,77
Pārdalīti līdzekļi valsts aģentūrai "Latvijas Infektoloģijas centrs"			-246 513,00
Līdzekļu pieaugums/samazinājums pret iepriekšējo periodu (Ls)		-3 508 130,01	-1 114 990,37
Līdzekļi pret iepriekšējo periodu (%)		28,65	20,84

Budžeta apakšprogrammai 38.00.00 „Rezerves fonds” dotācija no vispārējiem ieņēmumiem 2008.gadā plānota Ls 533 848 apmērā. Ņemot vērā augsto saslimstību ar vīrusu hepatītu A 2008.gadā un tā slimnieku skaita neplānotu strauju pieaugumu valsts aģentūrā „Latvijas infektoloģijas centrs”, Ministru kabinets 2008.gada 23.decembrī izdeva rīkojumu Nr.830 „Par pamatbudžeta un speciālā budžeta apropriācijas pārdali starp programmām, apakšprogrammām un budžeta izdevumu kodiem atbilstoši ekonomiskajām kategorijām”, kas noteica finanšu līdzekļu pārdali Ls 246 513 apmērā no apakšprogrammas „Rezerves fonds” uz apakšprogrammu „Veselības aprūpes valsts aģentūru finansēšana” vīrusa hepatīta A pacientu ārstēšanai valsts aģentūrā „Latvijas Infektoloģijas centrs”. Tādējādi faktiskais finanšu līdzekļu izlietojums apakšprogrammā „Rezerves fonds” 2008.gadā bija Ls 293 621,91.

Atpakaļ atgrieztie līdzekļi, kuri iepriekšējā gadā bija piešķirti, bet pilnā apmērā netika izmantoti, iekļauti rezerves fonda kopējos resursos izlietošanai atbilstīgi rezerves fonda mērķiem.

3.attēls



Lielākā daļa rezerves fonda līdzekļu tika novirzīta neplānotu pacienta skaita izmaiņu gadījumiem valsts aģentūrai „Latvijas infektoloģijas centrs” - Ls 246 513 jeb 45,64%, kā arī veselības aprūpes reformas nodrošināšanai un pakalpojumu sniedzēju struktūras optimizācijai – Ls 164 051,98 jeb 30,37%, no kuriem finanšu līdzekļi Ls 120 000 apmērā novirzīti SIA „Liepājas reģionālā slimnīca” izdevumu segšanai, kas saistīti ar Liepājas tuberkulozes slimnīcas stacionārās daļas pievienošanu SIA „Liepājas reģionālā slimnīca”.

Pasākumiem, kas saistīti ar sabiedrības informēšanu par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām, novirzīti Ls 112 132,73 jeb 20,76%.

Prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošos starptautiskajos līgumos tika novirzīti Ls 17 437,20 jeb 3,23%. Šie līdzekļi tika novirzīti ārstniecības iestādēm saskaņā ar savstarpēji noslēgto līgumu „Par Latvijas Republikas un Ukrainas līgumu par sadarbību sociālās drošības jomā”.

2. ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU DARBĪBAS RAKSTUROJUMS

Sadaļā „Ārstniecības iestāžu darbības raksturojums” sniegta informācija par ārstniecības iestāžu ieņēmumiem, izdevumiem, strādājošo darbinieku vidējo darba samaksu un iekasētām 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 Ministru kabineta noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”. Noteikumos ir minētas arī iedzīvotāju kategorijas, kuras ir atbrīvotas no pacientu iemaksas. Pacientu iemaksu par šiem pacientiem kompensē no valsts budžeta.

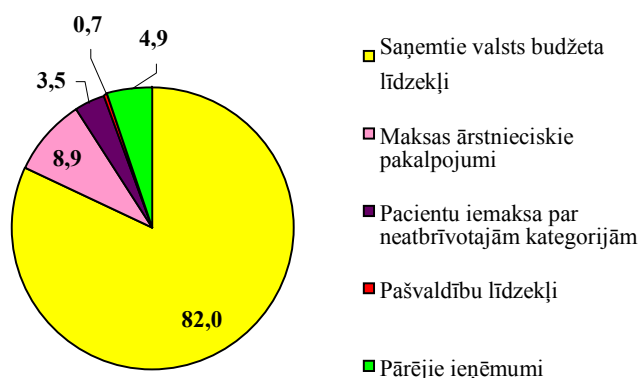
6.tabula

Ārstniecības iestāžu ieņēmumu struktūra

Kopā, tai skaitā:	Faktiskie ieņēmumi	
	Ls	%
	461 694 426	100,00
Saņemtie valsts budžeta līdzekļi	378 740 862	82,0
Maksas ārstnieciskie pakalpojumi	41 101 617	8,9
Pacientu iemaksa par no pacientu iemaksas neatbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	15 955 282	3,5
Pašvaldību līdzekļi	3 341 921	0,7
Pārējie ieņēmumi*	22 554 744	4,9

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

4.attēls



7.tabula

Ārstniecības iestāžu saņemtā pacientu iemaksa

Pacientu iemaksa	2006.gads	2007.gads	2008.gads	
	Ls	Ls	Ls	%
Aprēķinātā pacientu iemaksa (iekasē ārstniecības iestādē)	17 077 938	15 234 007	14 295 036	55
Pacientu iemaksas kompensācija no valsts budžeta līdzekļiem par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros	13 946 493	11 257 941	11 675 270	45
Pacientu iemaksa – kopā:	31 024 431	26 491 948	25 970 306	100

Ārstniecības iestāžu 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.

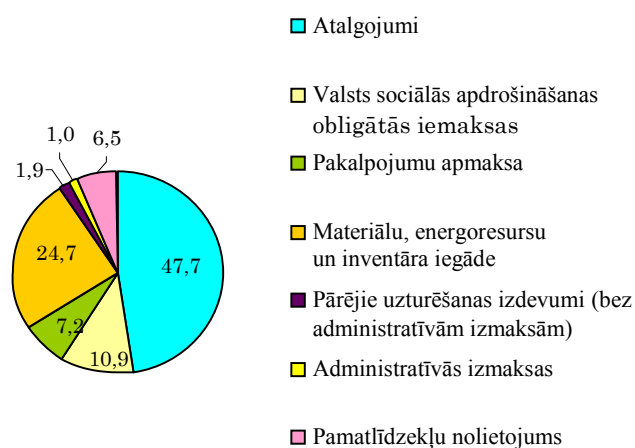
8.tabula

Ambulatorā palīdzība*

Kopā:	Faktiskie izdevumi	
	Ls	%
	78 798 319	100.0
Atalgojumi	37 585 831	47.7
Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	8 597 764	10.9
Pakalpojumu apmaksa (bez administratīvām izmaksām)	5 689 714	7.2
Materiālu, energoresursu un inventāra iegāde	19 466 373	24.7
Pārējie uzturēšanas izdevumi (bez administratīvām izmaksām)	1 529 360	1.9
Administratīvās izmaksas kopā:	824 567	1.0
Pamatlīdzekļu nolietojums	5 104 710	6.5

*Izdevumi norādīti neietverot primārās veselības ārstu un speciālistu prakses.

5.attēls

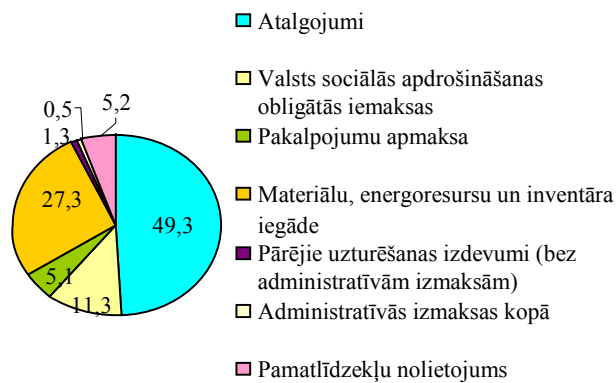


9.tabula

Stacionārā palīdzība

Kopā:	Faktiskie izdevumi	
	Ls	%
	264 954 567	100.0
Atalgojumi	130 682 952	49.3
Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	30 058 593	11.3
Pakalpojumu apmaksa (bez administratīvām izmaksām)	13 529 165	5.1
Materiālu, energoresursu un inventāra iegāde	72 204 310	27.3
Pārējie uzturēšanas izdevumi (bez administratīvām izmaksām)	3 423 502	1.3
Administratīvās izmaksas kopā:	1 257 637	0.5
Pamatlīdzekļu nolietojums	13 798 408	5.2

6.attēls

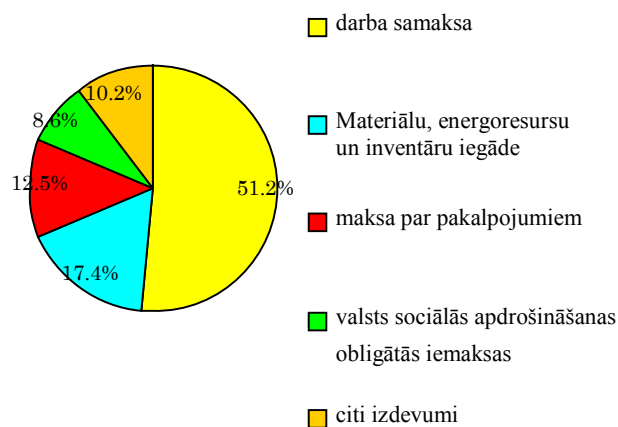


10.tabula

Valsts budžeta izdevumu struktūra ārstu praksēs

Kopā:	Faktiskie izdevumi	
	Ls	%
	36 992 531	100,0
Darba samaksa	18 954 423	51,20
Materiālu, energoresursu un inventāru iegāde	6 452 246	17,40
Maksa par pakalpojumiem	4 619 258	12,50
Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	3 199 530	8,60
Citi izdevumi	3 767 074	10,20

7.attēls



Ārstniecības iestāžu materiālu, energoresursu un inventāra izdevumu struktūra

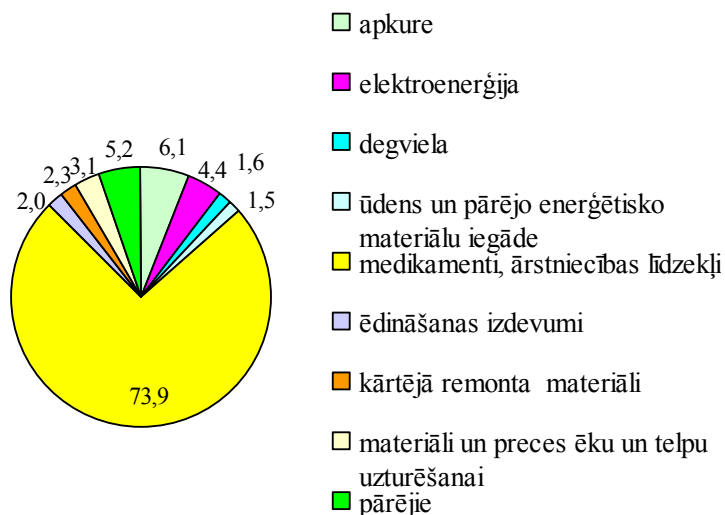
Lai nodrošinātu plānošanu, uzskaiti un pārskatu sagatavošanu izdevumi tiek klasificēti pa izdevumu veidiem atbilstoši ekonomiskajām kategorijām. Atsevišķi tiek uzskaitīti iestāžu izdevumi par apkuri, elektroenerģiju, ūdeni, gāzi un pārējiem komunālajiem pakalpojumiem. Sadaļā „Medikamenti, ārstniecības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

11.tabula

Ambulatorā palīdzība, %

Materiālās vērtības, tajā skaitā:	Faktiskie izdevumi	
	Ls	%
	19 466 373	100.0
Maksa par apkuri	1 193 617	6.1
Maksa par elektroenerģiju	862 172	4.4
Maksa par degvielu	304 417	1.6
Maksa par ūdeni un pārējo enerģētisko materiālu iegādi	287 746	1.5
Medikamenti, ārstniecības līdzekļi	14 384 468	73.9
Ēdināšanas izdevumi	383 081	2.0
Kārtējā remonta materiāli	442 320	2.3
Materiāli un preces ēku un telpu uzturēšanai	594 250	3.1
Pārējie	1 014 302	5.2

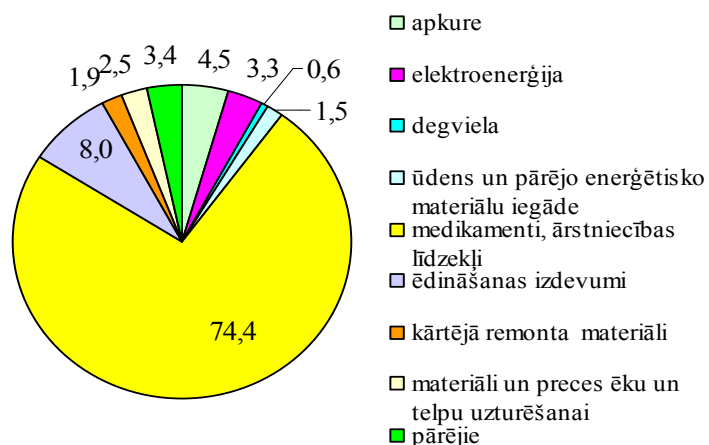
8.attēls



Stacionārā palīdzība, %

Materiālās vērtības, tajā skaitā:	Faktiskie izdevumi	
	Ls	%
	72 204 310	100.0
Maksa par apkuri	3 213 455	4.5
Maksa par elektroenerģiju	2 378 787	3.3
Maksa par degvielu	439 984	0.6
Maksa par ūdeni un pārējo enerģētisko materiālu iegādi	1 089 045	1.5
Medikamenti, ārstniecības līdzekļi	53 699 055	74.4
Ēdināšanas izdevumi	5 776 762	8.0
Kārtējā remonta materiāli	1 338 504	1.9
Materiāli un preces ēku un telpu uzturēšanai	1 825 696	2.5
Pārējie	2 443 022	3.4

9.attēls



Programmā „Cilvēkresursu attīstība pamatnostādnes veselības aprūpē 2005.-2015.gadam” (Ministru kabineta 2006.gada 6.novembra rīkojums Nr.870) noteiktā ārstniecības personu vidējā darba samaksa. Ārstniecības personu vidējā darba samaksa attiecīgi ir noteikta arī Ministru kabineta noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” un to ņem vērā pakalpojumu cenu tarifu aprēķināšanā.

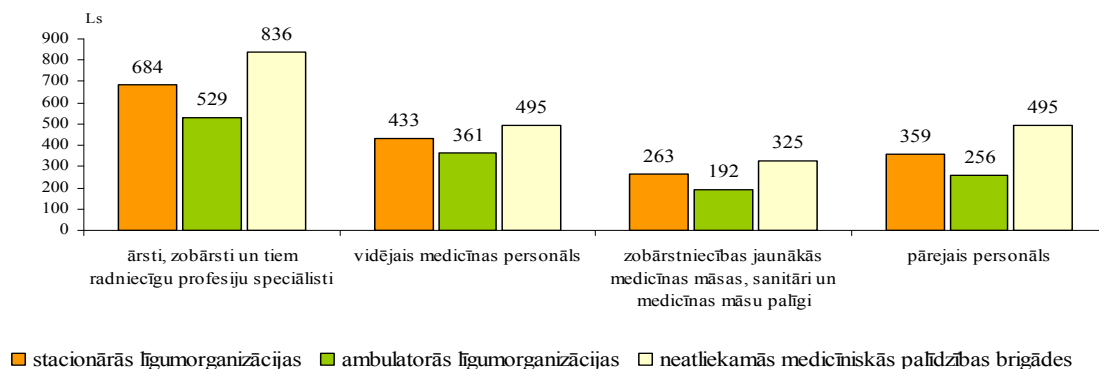
13.tabula

Ārstniecības personu vidējā darba samaksa

	ārstiem	vidējam medicīniskajam personālam	jaunākajam medicīniskajam personālam
no 2006.gada 1. janvāra	418.00	251.00	167.00
amatalga 70%	292.60	175.70	116.90
piemaksām 30%	125.40	75.30	50.10
no 2006.gada 1. jūlija	440.00	264.00	176.00
amatalga 70%	308.00	184.80	123.20
piemaksām 30%	132.00	79.20	52.80
no 2007.gada 1. janvāra	574.00	344.00	230.00
amatalga 70%	402.00	241.00	161.00
piemaksām 30%	172.00	103.00	69.00
no 2008.gada 1. janvāra	654.00	392.00	262.00
amatalga 70%	458.00	275.00	183.00
piemaksām 30%	196.00	117.00	79.00

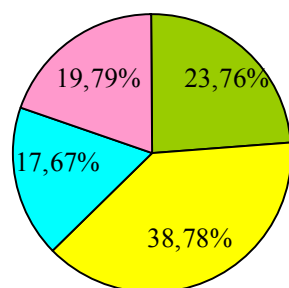
10.attēls

Vidējā darba samaksa mēnesī uz 1 nodarbināto ārstniecības iestādēs, kas sniedz ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus (Ls) *



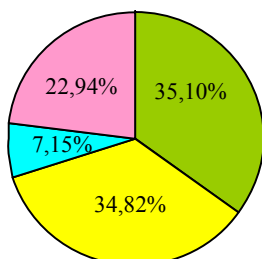
* Informācija uzrādīta pamatojoties uz ārstniecības iestāžu iesūtītu pārskatu datiem. Tabulā nav uzrādīti dati par PVA ārstu un speciālistiem, kas ir pašnodarbinātās personas.

Darbinieku struktūra

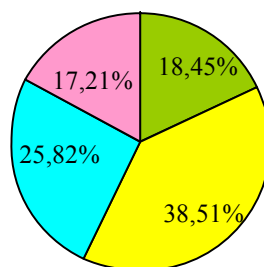


- Ārsti, zobārsti un tiem radniecīgu profesiju speciālisti
- Vidējais medicīnas personāls
- Zobārstniecības jaunākās medicīnas māsās, sanitāri un medicīnas māsu palīgi
- Pārējais personāls

Ambulatorās ārstniecības iestādes



Stacionārās ārstniecības iestādes



3. MEDIKAMENTU IEGĀDE UN APMAKSA

3.1. KOMPENSĒJOMO ZĀĻU NODROŠINĀŠANA AMBULATORAJĀ ĀRSTNIECĪBĀ

Apakšprogrammā „Medikamentu apmaksāšana” plānotos līdzekļus izlieto, lai nodrošinātu ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju, atbilstoši pacienta slimības diagnozei, raksturam un smaguma pakāpei.

Izdevumu kompensācija tiek 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). 2008.gadā ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču iegādes izdevumu kompensācijai tika izlietoti līdzekļi Ls 77 657 268,73 apmērā.

2008.gadā ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču iegādes izdevumu kompensācijai tika izlietoti līdzekļi Ls 77 657 268,73 apmērā.

Aģentūra zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirto līdzekļu sadali 2008.gadam veica saskaņā ar Noteikumiem Nr.899, ievērojot sekojošus pamatnosacījumus:

- zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuāliem pacientiem (Noteikumu Nr.899 71.1.punkts);
- C sarakstā iekļauto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija (Noteikumu Nr.899 71.2.punkts);
- pacientiem, kuriem atbilstoši izrakstīšanas nosacījumiem zāles drīkst izrakstīt tikai konkrētās ārstniecības iestādes speciālisti (Noteikumu Nr.899 71.2.punkts);
- līdzekļu sadali, šo noteikumu 84.punktā minētiem ārstiem (Noteikumu Nr.899 71.5 punkts).

Ambulatorai ārstniecībai paredzēto zāļu, medicīnisko ierīču un preču iegādes izdevumu kompensācijai 2008.gada valsts budžeta apakšprogrammā 33.03.00 „Medikamentu apmaksāšana” tika paredzēti līdzekļi – dotācija no vispārējiem ieņēmumiem Ls 71 056 088 apmērā, no programmas „Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe” novirzītie līdzekļi Ls 3 359 014,67 apmērā un citi pašu ieņēmumi Ls 17 865,84.

14.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 2008.gads	Faktiskie izdevumi 2008.gads
Atlikums uz 01.01.2008.	91,99	X
Ieņēmumi – kopā:	74 432 968,51	X
No programmas "Medikamentu apmaksāšana"	71 056 088,00	X
No programmas "Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe"	3 359 014,67	X
Ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un citi pašu ieņēmumi	17 865,84	X
Izdevumi – kopā:	74 433 060,50	77 657 268,73
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija, kas notiek vispārējā kārtībā	71 076 113,43	77 182 312,83
Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem	352 693,09	474 955,90
Saistību izpildei par 2007.gadu, t.sk.	3 004 253,98	X
<i>Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai, kas notiek vispārējā kārtībā</i>	<i>2 966 006,65</i>	<i>X</i>
<i>Zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai individuālajiem pacientiem</i>	<i>38 247,33</i>	<i>X</i>
Līdzekļu atlikums uz 01.01.2009.	0,00	X

Kompensējamās zāles kopumā izrakstītas 478 564 pacientiem par Ls 77 182 313,00. Vidēji viens pacients ambulatorajai ārstniecībai kompensējamās zāles ir saņēmis Ls 161,28 apmērā.

15.tabula

Vispārējā kārtībā kompensējamām zālēm izlietotie finanšu līdzekļi

Gads	Pacientu skaits	Finanšu līdzekļu izlietojums (Ls)	Izmaksas uz 1 pacientu (Ls)
2006. gads	400 606	44 103 544,00	110,09
2007. gads	448 924	63 291 458,00	140,98
2008. gads	478 564	77 182 313,00	161,28

2008.gadā izrakstītas 4 889 630 receptes, vienas receptes vidējā cena ir Ls 15,78. Zāļu kompensācijas sistēmas ietvaros pacienti ir seguši valsts nekompensējamo cenas daļu par summu Ls 9 817 931,00, kā arī piemaksājuši zāļu references cenai Ls 6 426 752,68. Tādējādi pacientu maksājumi, saņemot valsts kompensējamās zāles, bijuši Ls 16 244 684, kas veido 21% no valsts budžeta kompensējamo zāļu apmaksas līdzekļiem.

16.tabula

Ambulatorajai ārstniecībai paredzēto kompensējamo zāļu izdevumi diagnosticējošu grupās, Ls

Diagnozu grupa	2006.gads				2007.gads				2008.gads			
	Izrakstīto recepšu skaits	Faktiskie izdevumi (Ls)			Izrakstīto recepšu skaits	Faktiskie izdevumi (Ls)			Izrakstīto recepšu skaits	Faktiskie izdevumi (Ls)		
		Ls	No kopējiem izdevumiem %			Ls	No kopējiem izdevumiem %			Ls	No kopējiem izdevumiem %	
1. Acu un to palīgorgānu slimības	156 014	1 792 555,26	4,03%		172 916	2 631 315,97	4,13%		193 185	3 259 360,20	4,20%	
2. Ausu un aizauss pauģura slimības	835	2 069,88	0,00%		741	2 712,11	0,00%		665	2 349,82	0,00%	
3. Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi	699	537 910,15	1,21%		713	665 122,26	1,04%		756	1 258 522,35	1,62%	
4. Asinsrites sistēmas slimības	2 158 227	10 050 026,41	22,59%		2 497 473	13 821 551,49	21,72%		2 813 427	18 461 790,54	23,77%	
5. Audzēji	74 491	4 782 966,72	10,75%		86 661	7 962 497,81	12,51%		88 227	9 772 983,60	12,58%	
6. Ādas un zemādas slimības	15 211	187 747,60	0,42%		18 146	236 484,58	0,37%		21 364	296 461,35	0,38%	
7. Elpošanas sistēmas slimības	228 541	2 586 371,05	5,81%		269 731	4 243 568,37	6,67%		273 906	4 919 496,26	6,33%	
8. Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	496 182	9 161 857,17	20,59%		567 743	11 911 189,64	18,71%		644 600	14 226 034,14	18,32%	
9. Gremošanas sistēmas slimības	16 303	159 310,08	0,36%		21 937	257 972,94	0,41%		26 425	343 764,60	0,44%	
10. Infekcijas un parazītārās slimības	3 994	1 166 281,50	2,62%		8 921	2 697 030,37	4,24%		9 216	2 663 035,06	3,43%	



11. Muskulu, skeleta un saistaudu slimības	74 282	1 349 355,86	3,03%	118 470	3 021 737,91	4,75%	149 086	4 071 181,77	5,24%
12. Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	5	7,42	0,00%	2	14,30	0,00%	0	0,00	0,00%
13. Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	71	128 391,08	0,29%	90	138 885,83	21,82%	82	124 314,44	0,16%
14. Nervu sistēmas slimības	144 439	3 564 298,74	8,01%	153 979	4 488 552,25	7,05%	164 159	5 343 505,74	6,88%
15. Psihiski un uzvedības traucējumi	299 050	4 243 376,15	9,54%	306 884	5 050 910,51	7,94%	319 130	4 934 192,72	6,35%
16. Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	53 506	2 399 167,29	5,39%	80 118	3 339 808,50	5,25%	90 350	3 909 125,80	5,03%
17. Uroģenitālās slimības	55 009	1 956 311,89	4,40%	73 884	2 743 952,14	4,31%	90 860	3 510 716,31	4,52%
18. Ievainojumi, saindēšanās	2 629	29 468,70	0,07%	3 465	46 988,34	0,07%	3 691	58 411,73	0,08%
19. Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	75	6 070,94	0,01%	479	31 162,39	0,05%	501	27 066,40	0,03%
Izdevumu kompensācija individuālajiem pacientiem		389 809,00	0,88%		357 909,29	0,56%		474 955,90	0,61%
Kopā:	3 779 563	44 493 352,89		4 382 353	63 649 367,00		4 889 630	77 657 268,73	



Vislielākais izrakstīto recepšu skaits (83% no visu izrakstīto recepšu skaita) ir pacientiem ar:

- asinsrites sistēmas slimībām – 2 813 427 receptes;
- endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimībām – 644 600 receptes;
- psihiskiem un uzvedības traucējumiem – 319 130 receptes;
- elpošanas sistēmas slimībām – 273 906 receptes.

Vislielākais naudas līdzekļu apjoms par kompensējamām zālēm 2008.gadā valstī ir izlietots par:

- asinsrites sistēmas slimību ārstēšanu – Ls 18 461 790,54;
- endokrīno, uztura un vielmaiņas slimību ārstēšanu – Ls 14 226 034,14;
- audzēju ārstēšanu – Ls 9 772 983,60;
- nervu sistēmas slimību ārstēšanu - Ls 5 343 505,70.

2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gada datiem, vienas receptes cena vidēji pieauga par 9%, bet recepšu skaits visās diagnožu grupās palielinājās vidēji par 12%, faktiskās izmaksas palielinājās vidēji par 22%. Dažās diagnožu grupās un diagnozēs vidējā vienas receptes cena un izrakstīto recepšu skaits būtiski atšķiras no 2007.gada datiem:

- vislielākais faktisko izmaksu pieaugums 89% ir diagnožu grupā „Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi” pie būtiska vidējās vienas receptes cenas palielinājuma par 78%;
- diagnožu grupā „Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības” ir atzīmējams faktisko izmaksu pieaugums 35%, pie recepšu skaita pieauguma par 26%, kā arī vidējās vienas receptes cenas pieaugums - 7%;
- diagnožu grupā „Asinsrites sistēmas slimības” ir atzīmējams 34% faktisko izmaksu pieaugums pie 19% vidējās vienas receptes cenas pieauguma;
- diagnožu grupā „Audzēji” ir atzīmējams neliels 2% recepšu skaita pieaugums pie vidējās vienas receptes cenas pieauguma par 21%, jo paplašināts saraksts onkoloģiskajiem pacientiem un turpinās dārgo zāļu iekļaušana kompensējamo zāļu sarakstā šaurām, precīzi medicīniski definētām pacientu grupām;
- diagnožu grupā „Gremošanas sistēmas slimības” ir atzīmējams 33% faktisko izmaksu pieaugums pie 20% recepšu skaita pieauguma pie 11% vidējās vienas receptes cenas pieauguma.

17.tabula

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

Aģentūras nodaļas	2006.gads		2007.gads		2008.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	570 677	10,89	680 037	12,64	775 091	13,88
Latgales nodaļa	579 813	10,41	645 207	13,02	711 500	13,85
Rīgas nodaļa	1 534 763	12,84	1 785 252	16,42	1 978 374	17,73
Vidzemes nodaļa	517 544	10,99	612 903	13,19	689 233	15,22
Zemgales nodaļa	576 766	11,19	658 954	13,49	728 902	14,82
Kopā:	3 779 563	11,67	4 382 353	14,44	4 883 579	15,77



18.tabula

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

Aģentūras nodaļas	2006.gads			2007.gads			2008.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	924	302 464,43	327,34	994	363 218,26	365,41	1 129	421598,935	373,43
Latgales nodaļa	663	219 138,61	330,53	721	261 766,09	363,06	724	289924,345	400,45
Rīgas nodaļa	3 102	1 023 951,72	330,09	3 207	1 194 996,91	372,62	3 284	1289151,36	392,56
Vidzemes nodaļa	802	263 142,48	328,11	900	321 820,23	357,58	912	335190,245	367,53
Zemgales nodaļa	928	277 895,93	299,46	1 086	356 170,04	327,97	1 212	398131,165	328,49
Kopā:**	6 419	2 086 593,17	325,07	6 867	2 497 971,53	363,76	7 261	2733996,05	376,53

* Pacientu skaits pēc Aģentūras Vadības informācijas sistēmas datiem;

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

19.tabula

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

Aģentūras nodaļas	2006.gads			2007.gads			2008.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	7 057	794 702,34	112,61	7 717	1 006 424,71	130,42	8640	1217905,35	140,96
Latgales nodaļa	7 158	840 222,90	117,38	7 764	1 147 144,82	147,75	8466	1435156,6	169,52
Rīgas nodaļa	22 198	2 685 403,27	120,98	24 176	3 520 816,90	145,63	26342	4193096,43	159,18
Vidzemes nodaļa	5 827	735 953,13	126,30	6 425	1 034 316,76	160,98	7126	1273131,41	178,66
Zemgales nodaļa	6 778	802 250,75	118,36	7 279	1 002 881,42	137,78	8021	1248599,86	155,67
Kopā:**	49 018	5 858 532,39	119,52	53 108	7 711 584,61	145,21	58595	9367889,63	159,88

* Pacientu skaits pēc Aģentūras Vadības informācijas sistēmas datiem;

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



20.tabula

Kompensējamām zālēm izlietotie līdzekļi onkoloģisko pacientu ambulatorajai ārstēšanai, Ls

Aģentūras nodaļas	2006.gads			2007.gads			2008.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	2 000	537 303,09	268,65	2 230	989 399,02	443,68	2 391	1 189 787,67	497,6109034
Latgales nodaļa	2 427	818 384,31	337,20	2 485	1 096 479,22	441,24	2 492	1 286 513,24	516,2573194
Rīgas nodaļa	6 154	2 172 900,63	353,09	7 347	3 954 653,71	538,27	7 563	4 885 861,62	646,0216343
Vidzemes nodaļa	2 050	645 555,51	314,91	2 194	929 371,80	423,60	2 323	1 283 838,81	552,6641455
Zemgales nodaļa	1 962	608 823,18	310,31	2 181	992 594,06	455,11	2 279	1 126 982,26	494,5073541
Kopā:**	14 593	4 782 966,72	327,76	16 038	762 497,81	496,48	17 048	9 772 983,60	573,262764

*Pacientu skaits pēc Aģentūras Vadības informācijas sistēmas datiem;

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

21.tabula

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

Aģentūras nodaļas	2006.gads			2007.gads			2008.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	2 475	622 599,89	251,56	2 653	706 299,36	266,23	2 678	634 461,12	236,92
Latgales nodaļa	2 619	691 830,48	264,16	2 781	835 197,55	300,32	2 984	809 796,59	271,38
Rīgas nodaļa	7 879	1 656 760,74	210,28	8 107	1 965 146,51	242,40	8 378	1 909 952,85	227,97
Vidzemes nodaļa	2 272	713 231,68	313,92	2 417	851 362,96	352,24	2 530	844 697,46	333,87
Zemgales nodaļa	264	558 953,36	246,89	2 321	692 904,13	298,54	2 572	684 176,57	266,01
Kopā:**	17 509	4 243 376,15	242,35	18 130	5 050 910,51	282,84	19 142	4 883 084,59	255,10

* Pacientu skaits pēc Aģentūras Vadības informācijas sistēmas datiem;

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

C saraksta zāļu kompensācija tiek veikta pamatojoties uz Zāļu cenu valsts aģentūras lēmumiem par zāļu iekļaušanu C sarakstā, noteikto pacientu skaitu, līgumu ar Iesniedzēju vai medicīnisko preču reģistrācijas apliecības turētāju par izdevumu segšanu no Iesniedzēja līdzekļiem noteiktam pacientu skaitam un ārstu speciālistu konsīlijiem. Saskaņā ar Zāļu cenu valsts aģentūras lēmumiem 2008.gadā no valsts budžeta līdzekļiem tika plānots C saraksta zāļu iegādes izdevumu kompensāciju nodrošināt 342 pacientiem, t.sk.:

- *Enbrel* – 36 pacientiem ar diagnozi: juvenīlais reimatoīdais artrīts (M08) un 20 pacientiem ar diagnozēm seropozitīvs rematoīdais artrīts (M05), cita veida reimatoīdais artrīts (M06), psoriātiskas artropātijas (M07), ankilozējošais spondiloartrīts (M45);
- *Glivec* – 38 pacientiem ar diagnozi hroniska mieloleikoze (C92.1);



- *NovoSeven* – 2 pacientiem ar diagnozēm pārmantots VIII faktora deficīts (D66) un pārmantots XI faktora deficīts (D67);
- *Remicade* – 13 pacientiem ar diagnozēm seropozitīvs reimatoīdais artrīts (M05), cita veida reimatoīdais artrīts (M06), psoriātiskas artropātijas (M07), ankilozējošais spondilīts (M45);
- *Mabthera* – 40 pacientiem ar diagnozi ne-Hodžkina limfoma (C82, C83);
- *Hycamtin* – 30 pacientēm ar diagnozēm: olnīcu ļaundabīgs audzējs (C56, C57), recidivējošs dzemdes kakla vēzis (C53) un 5 pacientiem ar diagnozi sīkšūnu plaušu vēzis (C34);
- *Velcade* – 10 pacientiem ar diagnozi multiplā mieloma (C90.0);
- *Erbitux* – 23 pacientiem ar diagnozi lūpas, mutes dobuma un rīkles ļaundabīgi audzēji (C00-C14), elpošanas sistēmas un krūšu dobuma orgānu ļaundabīgi audzēji (C30-C32);
- *Temodal* – 20 pacientiem ar diagnozi audzēji (5.grupa);
- *Gemzar* – 29 pacientiem ar diagnozi bronhu un plaušu ļaundabīgs audzējs (C34);
- *Campto* – 29 pacientiem ar diagnozi kolorektāls metastātisks audzējs (C18-C20);
- *Eloxatin* – 27 pacientiem ar diagnozi kolorektāls metastātisks audzējs (C18-C20);
- *Taxotere* – 20 pacientiem ar diagnozi krūts ļaundabīgs audzējs (C50).

2008.gadā atbilstoši Noteikumiem Nr.899 Aģentūrā ir reģistrēts 321 ārstu speciālistu konsiliju lēmums par nepieciešamību pacientiem lietot zāles, kuras iekļautas kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču C sarakstā. Faktiskās izmaksas par šo zāļu kompensāciju 293 pacientiem ir Ls 2 633 626.

22.tabula

C saraksta zāļu kompensācija 2008. gadā

Medikamenta nosaukums	Pacientu skaits*	Faktiskais līdzekļu izlietojums, Ls
Temodal (<i>Temozolamidum</i>)	24	127 734,00
Glivec (<i>Imatinibum</i>)	44	606 406,00
Enbrel (<i>Entanerceptum</i>)	58	445 176,00
Mabthera (<i>Rituximabum</i>)	58	377 505,00
Hycamtin (<i>Topotecanum</i>)	30	92 773,00
Eloxatin (<i>Oxaliplatinum</i>)	13	43 586,00
Gemzar (<i>Gemcitabinum</i>)	9	24 441,00
Velcade (<i>Bortezomibum</i>)	11	247 550,00
Erbitux (<i>Cetuximabum</i>)	8	54 124,00
Remicade (<i>Infliximabum</i>)	14	118 083,00
Taxotere (<i>Docetaxelum</i>)	23	98 718,00
NovoSeven (<i>Eptacogum alfa activatum</i>)	2	380 913,00
Campto (<i>Irinotecanum</i>)	10	16 617,00
Kopā:	304	2 633 626,00

*pacientu skaits nesakrīt ar plānoto, jo Zāļu cenu valsts aģentūras lēmumā norādīts pacientu skaits, kas vienlaikus var saņemt ārstēšanu, ja pacients saņem pilnu ārstēšanas kursu vai pārtrauc ārstēšanu, tad ārstēšana tiek uzsākta nākamajam pacientam.



Papildus iepriekš minēto zāļu iegādes izdevumus ar Zāļu cenu valsts aģentūras lēmumiem 2008.gadā no Iesniedzēja vai medicīnisko ierīču reģistrācijas apliecības turētāja līdzekļiem tika plānots vienlaikus nodrošināt 53 pacientiem. Faktiski Iesniedzējs vai medicīnisko ierīču reģistrācijas apliecības turētājs 2008.gadā C saraksta zāļu iegādes izdevumus apmaksāja 24 pacientiem, t.sk.:

- *Enbrel* – 4 pacientiem;
- *Temodal* – 4 pacientiem;
- *Glivec* – 1 pacientam;
- *Taxotere* – 3 pacientiem;
- *NovoSeven* – 1 pacientam;
- *Remicade* – 6 pacientiem;
- *Mabthera* – 5 pacientiem.

2008.gadā tika sasniegts Zāļu cenu valsts aģentūras lēmumos norādītais pacientu skaits, kuriem zāļu iegādes izdevumus kompensē no valsts budžeta līdzekļiem un no Iesniedzēja līdzekļiem, līdz ar to zāļu kompensācijas apmaksa netika uzsākta 8 pacientiem:

- 2 pacientiem ar diagnozi: ankilizējošais spondilīts (M45);
- 1 pacientam ar diagnozi: hemofilijas B smagu formu (D 67);
- 5 pacientiem ar diagnozi: seropozitīvs reimatoīdais artrīts (M05), cita veida reimatoīdais artrīts (M06), psoriātiskas artropātijas (M07), ankilozējošais spondilīts (M45).

23.tabula

C saraksta zāļu kompensācija 2006.-2008. gadā

Medikamenta nosaukums	Pacientu skaits						Faktiskais līdzekļu izlietojums		
	2006.gads		2007.gads		2008.gads		2006.gads	2007.gads	2008.gads
	ZCVA* lēmumā norādītais	faktiskais	ZCVA* lēmumā norādītais	faktiskais	ZCVA* lēmumā norādītais	faktiskais			
Saņemto konsiliju skaits:	160		391		321				
Temodal (Temozolomidum)	11	12	20	32	20	24	62 853	142 536	127 734
Glivec (Imatinibum)	22	21	36	41	38	44	176 531	576 085	606 406
Enbrel (Etanerceptum)	32	34	50	53	56	58	195 071	274 069	445 176
Mabthera (Rituximabum)	24	23	40	59	40	58	201 370	366 490	377 505
Hycamtin (Topotecanum)	18	22	35	26	35	30	59 187	44 894	92 773
Eloxatin (Oxaliplatinum)	27	1	27	17	27	13	1 043	39 907	43 586
Gemzar (Gemcitabinum)	29	10	29	26	29	9	21 031	42 953	24 441



Velcade (Bortezomibum)			10	12	10	11		307 562	247 550
Erbitux (Cetuximabum)			23	20	23	8		136 271	54 124
Remicade (Infliximabum)			10	17	13	14		87 537	118 083
Taxotere (Docetaxelum)			20	26	20	23		105 445	98 718
NovoSeven (Eptacogum alfa activatum)					29	2			380 913
Campio (Irinotecanum)			29	14	2	10		27 564	16 617
Kopā:		123	329	343	342	304	717 086	2 151 313	2 633 626

*Zāļu cenu valsts aģentūra.

24.tabula

C saraksta zāļu kompensācija, kuru nodrošina Iesniedzējs

Medikamenta nosaukums	Pacientu skaits					
	2006.gads		2007.gads		2008.gads	
	Apmaksa tiek veikta no Iesniedzēja līdzekļiem	Zāļu apmaksā nav uzsākta	Apmaksa tiek veikta no Iesniedzēja līdzekļiem	Zāļu apmaksā nav uzsākta	Apmaksa tiek veikta no Iesniedzēja līdzekļiem	Zāļu apmaksā nav uzsākta
Temodal (Temozolomidum)	2	-	-	-	4	-
Glivec (Imatinibum)	2	-	4	3	1	-
Enbrel (Etanerceptum)	2	-	4	11	4	7
Mabthera (Rituximabum)	5	-	4	-	5	-
Velcade (Bortezomibum)	-	-	1	-	-	-
Remicade (Infliximabum)	-	-	8	-	6	-
NovoSeven (Eptacogum alfa activatum)	-	-	-	-	1	1
Taxotere (Docetaxelum)	-	-	-	-	3	-
Kopā:	11	0	21	14	24	8

Zāļu iegādes kompensācijai individuālajiem pacientiem Aģentūra plānoja izlietot līdzekļu apjomu ne vairāk kā 2% no zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirtajiem līdzekļiem, kas 2008.gadā bija Ls 1 217 967,00, faktiskais izlietojums – Ls 474 955,90 apmērā.

Zāļu kompensācijai individuāliem pacientiem Aģentūra plāno līdzekļus līdz 2% no budžeta apakšprogrammā „Medikamentu apmaksāšana” paredzētajiem līdzekļiem. Aģentūrā izveidota īpaša komisija, kas izskata saņemtos iesniegumus zāļu individuālajai kompensācijai, izvērtē iesniegto dokumentu atbilstību Noteikumiem Nr.899, pieprasa



nepieciešamo informāciju no Zāļu cenu valsts aģentūras, Zāļu valsts aģentūras un ārstniecības iestādēm, sagatavo lēmumus par kompensāciju vai kompensācijas atteikumu. 2008.gadā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijai pavisam saņemti un izvērtēti 277 pacientu iesniegumi, no tiem:

- 198 atzīti par atbilstošiem individuālajai kompensācijai un:
 - *sagatavots 161 lēmums par zāļu kompensācijas piešķiršanu;*
 - *sagatavoti 37 lēmumi par kompensācijas atteikumu.*
- 79 atzīti par individuālajai kompensācijai neatbilstošiem.

Lielākais izdevumu apjoms – 58,49% no kopējiem izdevumiem 2008.gadā zāļu kompensācijā individuālajiem pacientiem bija slimību grupā „Audzēji” – 30 pacientiem kompensētas zāles par Ls 277 807,17, kas vidēji 1 pacientam izmaksāja Ls 9 260,24. Pēc kompensācijas apjoma dārgākās zāles šajā grupā bija:

- *Sutent (Sunitinib)*, kas kompensētas Ls 100 141,91, t.sk., vienam pacientam ar Tievās zarnas ļaundabīgu audzēju (diagnozes kods C17.9 pēc Starptautiskās slimību un veselības problēmu klasifikatora 10.versijas (turpmāk – SSK10)) par Ls 5 000; 8 pacientiem ar ļaundabīgu nieru audzēju (diagnozes kods C64.0 pēc SSK –10) par Ls 95 141,91.
- *Herceptin (Trastuzumab)* – 3 pacientiem ar Krūts dziedzera audzēju (diagnozes kods C50 pēc SSK –10) par Ls 28 292,27;
- *Glivec (Imatinibum)*, kas kompensētas Ls 22 567,01 apmērā, t.sk., 1 pacientam ar Kuņģa ļaundabīgu audzēju (diagnozes kods C16 pēc SSK – 10) par Ls 9 091,33; 2 pacientiem ar Tievās zarnas ļaundabīgu audzēju (diagnozes kods C17.9 pēc SSK – 10) par Ls 13 475,68;
- *Tarceva (Erlotinib)* – 2 pacientiem ar Bronhu un plaušu ļaundabīgu audzēju (diagnozes kods C34 pēc SSK – 10) par Ls 23 896,50.

Vēl ievērojami izdevumi bija slimību grupā „Asinsrites sistēmas slimības”. Šajā grupā 10 pacientiem kompensētas zāles Sildenafilum (Revatio) par Ls 58 653; vidēji vienam pacientam Ls 5 865.

Slimību grupā „Asins un asinsrades orgānu slimības un imūnsistēmas traucējumi” (8 pacientiem kompensētas zāles par Ls 36 467; vidēji vienam pacientam par Ls 4 558).

Slimību grupā „Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem” 99 % (t.i., Ls 33 292) no zāļu iegādes līdzekļiem tika kompensēts par zāļu *Prograf (Tacrolimus)* iegādi 12 pacientiem ar Transplantētu nieri (diagnozes kods Z94.0 pēc SSK –10) un 1 pacientam ar diagnozi „Stāvoklis pēc aknu transplantācijas” (diagnozes kods Z94.4 pēc SSK –10).



Slimību grupā „Muskuļu, skeleta un saistaudu slimības” pacientiem (6 pacientiem kompensētas zāles par Ls 24 884; vidēji vienam pacientam par Ls 4 147).

25.tabula

Zāļu kompensācija individuālajiem pacientiem

Gads	Pacientu skaits, kuriem zāles kompensētas	Valsts samaksātā summa (Ls)	1 pacienta vidējās ārstēšanas izmaksas (Ls)
2006.gads	103	389 809,00	3 785,00
2007.gads	99	357 909,00	3 615,00
2008.gads	128	474 955,90	3 711,00

26.tabula

Lielākie izdevumi par zāļu kompensāciju individuālajiem pacientiem

Rādītāji	2006. gadā		2007. gadā		2008.gadā	
Diagnozu grupa	Audzēji		Audzēji		Audzēji	
Izdevumi (Ls)	278 164		241 677		277 807	
% no kopējiem izdevumiem individuālajiem pacientiem	71,3		67,5		58,5	
Zāles, par kurām vislielākie izdevumi (Ls)	Velcade	Ls 120 178	Glivec	Ls 56 039	Sutent	Ls 100 142
	Glivec	Ls 87 392	Sutent	Ls 39 514	Herceptin	Ls 28 292

Atbilstoši Noteikumiem Nr.899 zāļu kompensācijai individuālajiem pacientiem ir noteikts ierobežojums – 10 000 latu vienam pacientam 12 mēnešu periodā. 2008.gadā Administratīvajā rajona tiesā/Administratīvajā apgabaltiesā (apelācijas kārtībā) tika uzsākta tiesvedība (kas netika pabeigta 2008.gada ietvaros) administratīvajās lietās par Aģentūras lēmumiem par zāļu iegādes izdevumu kompensāciju (kopumā tiesā 4 pacienti ir pārsūdzējuši Aģentūras lēmumus par zāļu iegādes izdevumu kompensāciju). Šajās lietās pacienti ir prasījuši arī piemērot pagaidu noregulējumu. Pārsvarā tiesa ir pieņēmusi lēmumu par pagaidu noregulējuma piemērošanu, uzliekot par pienākumu Aģentūrai segt zāļu iegādes izdevumus 100% apmērā, kamēr nav stājies spēkā galīgais tiesas nolēmums šajā lietā.

Satversmes tiesa 2008.gada 29.decembrī ar spriedumu lietā Nr.2008-37-03 noteica, ka Noteikumu Nr.899 regulējums kompensācijas apmēra ierobežojumam līdz Ls 10 000 ir atbilstošs Satversmes 91.pantam. Līdz ar to Satversmes tiesa ir atzinusi, ka gadījumā, ja individuālais pacients pieprasa zāļu kompensāciju, kuru cena gada periodam pārsniedz Ls 10 000, starpību starp Aģentūras lēmumā norādīto apmēru un zāļu cenu jāsedz pacientam.



3.2. MEDIKAMENTU IEPIRKUMI ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU VAJADZĪBĀM

Aģentūra 2008.gadā ārstniecības iestāžu vajadzībām, atbilstoši Noteikumiem Nr. 1046, centralizēti iepērk un, saskaņā ar likumā „Par valsts budžetu 2008.gadam” paredzēto apakšprogrammu „Centralizēto medikamentu iegāde” apmaksā :

- Vakcīnas, standarta tuberkulīnu un šļirces;
- Fenilketonūrijas un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātus;
- Peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļus.

Valsts imunizācijas programmas ietvaros, atbilstoši Ministru Kabineta „Vakcinācijas noteikumi” Nr.330 paredzētajam, nepieciešamo vakcīnu apjomus un to veidus plāno Sabiedrības Veselības aģentūra, kura veic vakcīnu pasūtījumu pieņemšanas un izpildes koordināciju starp ārstniecības un vakcinācijas iestādēm. Savukārt, Aģentūra organizē iepirkumu procedūras un apmaksā faktiski veiktās vakcīnu piegādes :

27.tabula

Iepirkuma procedūras „Par vakcīnas, standarta tuberkulīna, šļirču piegādi” noslēgto līgumu 2007. un 2008.gadā izpilde

Nr. p.k.	Vakcīnu/ standarta tuberkulīna vai šļirču nosaukums	Vakcīnu oriģinālais nosaukums	Piegādātājs	Piegāžu līgumi 2008.-2009. gadam		2008. gadā veiktās piegādes un piešķirtie finanšu līdzekļi		Atlikums 2009. gadam	
				Ls	Vienību skaits	Ls	Vienību skaits	Ls	Vienību skaits
1	Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem, bezšūnu garo klepu, poliomiellītu un Haemophilus influenzae b tipu (DTaP - IPV - Hib) <i>Combined diphtheria - tetanus-acellular pertussis, inactivated polio and Haemophilus influenzae type b vaccine</i>	Pentaxim/ Infanrix-IPV-Hib	SIA "Vakcīna"	2 626 688,82	130 360	1 223 875,48	60 747	1 402 813,34	69 613
2	Vakcīna pret difteriju, stingumkrampjiem un bezšūnu garo klepu un poliomiellītu (DTaP - IPV) <i>Component acellular pertussis vaccine combined with diphtheria, tetanus toxoids adsorbed and poliomyelitis inactivated</i>	Tetraxim	SIA "Vakcīna"	639 318,33	43 460	319 776,85	21 738	319 541,48	21 722
3	Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 12 līdz 15 gadiem <i>Encephalitis, tick borne, inactivated, whole virus</i>	Tico Vac 0.25 ml suspension for injection in prefilled syringe	SIA "Vakcīna"	196 815,15	17 700	97 039,88	8 727	99 775,27	8 973
4	Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem no 16 līdz 17 gadiem <i>Encephalitis, tick borne, inactivated, whole virus</i>	Tico Vac 0.5 ml suspension for injection in prefilled syringe	SIA "Vakcīna"	129 022,74	10 440	64 103,54	5 187	64 919,20	5 253
5	Menigokoku vakcīna bērniem ar hematoloģiskām, onkoloģiskām slimībām,	Meningococcal polysaccharide A + C vaccine	SIA "Vakcīna"	280,35	30	140,18	15	140,18	15



	primāru un kombinētu imūndeficītu <i>Meningococcal vaccine</i>	powder and solvent for suspension for injection							
6	Pneimokoku polisaharīdu vakcīna bērniem ar asplēņu vecumā no 2 gadiem <i>Pneumococcal vaccine</i>	Pneumo 23	SIA "Vakcīna"	224,07	22	112,04	11	112,04	11
7	Šļirces intramuskulārām injekcijām <i>Syringe</i>		SIA "Vakcīna"	25 751,25	1 125 000	663,81	29 000	25 087,44	1 096 000
8	Vakcīna pret masalām, masaliņām un epidēmisko parotītu (MPR) <i>Measles, combinations with mumps and rubella, live attenuated</i>	Vakc.M-M-RVAXPRO 0.5ml/ 1DOS N1	A/S "Recipe Plus"	306 435,36	82 910	151 025,95	40 862	155 409,41	42 048
9	Vējbaku vakcīna <i>(Vaccinum varicellae vivum)</i>	Vakc.Varilrix 0.5ml N1	A/S "Recipe Plus"	803 140,80	43 460	281 099,28	15 211	522 041,52	28 249
10	Konjugēta vakcīna pret pneimokoku infekciju bērniem ar asplēņu vecumā no 2 mēneši līdz 2 gadiem <i>Pneumococcal vaccine</i>	Vakc.Prevenar 0.5ml N1	A/S "Recipe Plus"	752,22	18	376,11	9	376,11	9
11	Šļirces tuberkulīna un Tuberculosis dzīvas novājinātas baktērijas ievadei <i>Tuberculin and Tuberculosis, live attenuated syringe</i>		A/S "Recipe Plus"	6 664,98	226 700	1 578,78	53 700	5 086,20	173 000
12	Hepatitis B, attīrīts antigēns bērniem no dzimšanas līdz 15 gadu vecumam <i>Heptatitis B, purified antigen</i>	Engerix B 10mcg/0,5ml	SIA "Tamro"	454 491,45	275 700	195 149,43	118 380	259 342,02	157 320
13	Vakcīna pret poliomiēlītu (IPV) <i>Vaccinum poliomyelitis inactivatum</i>	Poliorix	SIA "Tamro"	246 940,68	39 460	131 245,59	21 917	115 695,09	17 543
14	Hepatitis B, attīrīts antigēns hemodialīzu slimniekiem <i>Heptatitis B, purified antigen</i>	Engerix B 40mcg	SIA "Tamro"	9 450,00	1 000	2 749,95	291	6 700,05	709
15	Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (DT) <i>Tetanus toxoid, combinations with diphtheria toxoid</i>	D.T. Vax	SIA "Oriola Rīga"	80 010,00	60 000	41 104,65	30 790	38 905,35	29 210
16	Vakcīna pret difteriju un stingumkrampjiem (dT adult) <i>Tetanus toxoid, combinations with diphtheria toxoid</i>	Imovax d.T. Adult	SIA "Oriola Rīga"	599 500,65	565 300	137 971,05	130 100	461 529,60	435 200
17	Trakumsērgas vakcīna <i>Rabies vaccine</i>	Verorab	SIA "Oriola Rīga"	446 508,30	57 080	28 200,11	3 605	418 308,19	53 475
18	Vakcīna pret ērcu encefalītu bērniem līdz 11 gadiem <i>Encephalitis, tick borne, inactivated, whole virus</i>	Encepur children	SIA "Oriola Rīga"	348 914,79	31 860	173 427,95	15 836	175 486,84	16 024
19	Vakcīna pret difteriju, stinguma krampjiem un poliomiēlītu (Td - IPV) <i>Diphtheria - poliomyelitis - tetanus</i>	Dultavax	SIA "Oriola Rīga"	357 633,68	48 450	175 524,69	23 779	182 108,99	24 671



20	Tuberculosis, dzīvas novājinātas baktērijas <i>Tuberculosis live attenuated</i>	BCG Vaccine	SIA "Elpis"	65 459,10	102 200	22 853,04	35 680	42 606,06	66 520
21	Standarta tuberkulīns <i>Tuberculin</i>	Tuberculin PPD	SIA "Elpis"	179 588,43	405 300	23 375,74	52 755	156 212,69	352 545

Tabulā ir apkopota informācija par vakcīnu, standarta tuberkulīna un šļircu piegādes līgumiem, kuri tika noslēgti saskaņā ar iepirkuma procedūru 2007. gadā par laika periodu 2008.-2009.gadam, sadalījumā par katru piegādātāju. Kā liecina apkopotā informācija, vakcīnu pasūtījumu un piegāžu skaits 2008. gadā ir mazāks nekā paredzēts piegādāt 2009. gadā. Tas tādēļ, ka tika izmantotas iepriekšējā periodā iepirktās vakcīnas, kā arī šļirces intramuskulārajām injekcijām, līdz pilnībā tika apgūti iepriekšējā periodā noslēgto līgumu apjomi.

28.tabula

Iepirkuma procedūras „Par fenilketonūriju un citu ģenētiski determinēto slimību korekcijas preparātu piegādi” noslēgto līgumu 2007. un 2008. gadā izpilde

N. p.k.	Ārstnieciskā līdzekļa nosaukums	Noslēgtie līgumi 2007.gadam		Izpilde 2007. gadā		Noslēgtie līgumi 2008.gadam		Izpilde 2008. gadā		Novirze (+ / -) 2008/2007 Izpilde	
		Plānotais vienību skaits	Plānotais finansējums Ls	Vienību skaits	Ls	Plānotais vienību skaits	Plānotais finansējums Ls	Vienību skaits	Ls	Vienību skaits	Ls
1	Aminoskābju formula bez fenilalanīna(mātes pienam līdzīga formula) bērniem līdz divu gadu vecumam	192	5023,87	203	5311,698	303	7 702,41	354	8998,86	111	2678,54
2	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no divu līdz astoņu gadu vecumam)	1078	52191,91	1074	51998,247	800	37 690,80	847	39905,13	-278	-14501,11
3	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no astoņu gadu vecuma un pieaugušajiem) (Ja 100 g preparāta proteīna saturs ir 39 g)	2092	145568,68	2080	144733,68	2006	135 540,41	2025	136824,19	-86	-10028,28
4	Aminoskābju maisījums bez fenilalanīna (bērniem no astoņu gadu vecuma un pieaugušajiem) (Ja 100 g preparāta proteīna saturs ir 60 g)	2007. gadā netika plānots iepirkt				266	43 513,68	258	42101,01		
5	Aminoskābe L-Citruline	23	968,90	23	968,90	48	1 879,32	34	1331,18	25	910,42
6	MCI OIL vai ekvivalents*	17	137,61	14	113,33	29	334,33	14	161,40	12	196,72
7	Monogen vai ekvivalents*	167	2837,66	179	3041,57	110	1 822,39	140	2319,41	-57	-1015,27
8	Aminoskābju maisījums bez metionīna (bērniem no divu līdz astoņu gadu vecumam, kuriem diagnoze	28	2370,95	28	2370,95	26	3 939,31	20	3030,24	-2	1568,36



	homocistinūrija										
9	Aminoskābju maisījums bez metionīna (bērniem no astoņu gadu vecuma un pieaugušajiem, kuriem diagnoze homocistinūrija)	30	4072,77	30	4072,77	40	7 070,56	36	6363,50	10	2997,79
10	Milti bez fenilalanīna	2954	8574,87	2938	8528,43	2401	6 799,63	2224	6298,37	-553	-1775,24
11	Spageti	595	2699,57	582	2640,59	560	2 484,61	581	2577,78	-35	-214,97
12	Nūdeles	703	3189,58	701	3180,51	1120	2 484,61	576	1277,80	417	-704,97
13	Spirāles	513	2327,53	488	2214,10	560	2 484,61	560	2484,61	47	157,08
14	Makaroni	320	1451,87	302	1370,20	560	2 484,61	546	2422,49	240	1032,74
15	Dažādi smalkas formas putraini	2007. gadā netika plānots iepirkt				1120	2 484,61	527	1169,10		
16	Sausais piena aizvietotājs bez fenilalanīna nepārsniedz 100 mg 100 gramos sausā pulvera	1689	13572,47	1641	13186,75	595	6 115,29	535	5498,62	-1094	-7457,18

Ārstniecības līdzekļu un ārstniecisko pārtikas produktu nepieciešamo apjomu pacientiem plāno un to lietošanu nosaka Bērnu Universitātes klīniskā slimnīca, savukārt, Aģentūra veic iepirkumu un apmaksā noslēgto līgumu izpildi. 2008. gadā Bērnu Universitātes klīniskās slimnīcas valsts Medicīniskās ģenētikas centrā bija reģistrēti 63 pacienti, kuri uzturā lieto augstāk tabulā minētos ārstniecības līdzekļus un ārstnieciskos pārtikas produktus. Visnepieciešamākais preparāts ārstnieciskajā uzturā ir aminoskābes maisījums, kura lietošanas daudzums ir atkarīgs no tajā iekļautā proteīna koncentrācijas.

Līguma izpildes gaitā, salīdzinot 2007. un 2008.gadu, ir palielinājies slimo bērnu skaits vecuma grupā līdz 2 gadiem, kuriem nepieciešamas vajadzīgās koncentrācijas aminoskābes. Lai nodrošinātu bērnus ar ārstniecības līdzekļiem, noslēgtā līguma ietvaros bija nepieciešams palielināt aminoskābju maisījuma piegādes bērniem vecuma grupā līdz diviem gadiem, bet vecuma grupās virs 2 gadiem un vecākiem bērniem, bija iespējams iegādāties dažāda veida palielinātas koncentrācijas aminoskābju maisījumus, samazinot vai attiecīgi palielinot to lietošanas apjomus.



29.tabula

Iepirkuma procedūras „Peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļu piegāde” noslēgto līgumu 2007. un 2008.gadā izpilde

	2007.gads		2008.gads		Salīdzinājums 2008/2007	
Ārstniecības iestāde/ Piegādātājs	Vidējais pacientu skaits	Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam	Vidējais pacientu skaits	Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam	Vidējais pacientu skaits	Vidējās izmaksas mēnesī vienam pacientam
VSIA "P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca"						
SIA "Magnum Medical"	16	1 325,23	16	1 500,67	0	+ 175,44
SIA "Oriola Rīga"	49	1 060,50	48	1 221,78	-1	+ 161,28
SIA "Tamro"	15	1 166,62	16	1 451,78	1	+ 285,16
SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"						
SIA "Magnum Medical"	3	1 139,40	2	1 293,29	-1	+ 153,89
SIA "Oriola Rīga"	14	1 109,17	11	1 109,29	-3	+ 0,12
SIA "Vidzemes slimnīca"						
SIA "Oriola Rīga"	2	1 421,85	2	1 491,15	0	+ 69,30
SIA "Tamro"	1	845,05	2	1 381,76	+1	+ 536,71
VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"						
SIA "Oriola Rīga"	3	1 192,39	3	1 491,29	0	+ 298,90
SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"						
SIA "Tamro"	4	1 175,23	6	1 272,88	+2	+ 97,65

Kopumā vidējais peritoneālās dialīzes pacientu skaits 2007. un 2008.gadā, kuriem ārstniecības līdzekļus apmaksā Aģentūra, būtiski nav mainījies. Vidējo izmaksu pieaugums vienam pacientam mēnesī ir saistīts ar peritoneālās dialīzes ārstniecības programmas pielietojumu konkrētajam pacientam, kuru nosaka ārsts saskaņā ar medicīniskām indikācijām.

Nepieciešamo peritoneālās dialīzes apjomu katram pacientam plāno un pasūta ārstniecības iestāde, kuras uzskaitē ir slimnieks. Atbilstoši iepirkumam, pacientam ir iespēja peritoneālo dialīzi saņemt dzīves vietā vai ārstniecības iestādē, ja pacients piegādes brīdī tajā ārstējas.



4. AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES DARBĪBAS ANALĪZE

4.1. VISPĀRĒJIE RĀDĪTĀJI

30.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.		142 248 671,00	138 985 473,91
<i>Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku</i>		62,63	61,19
1.	Primārās veselības aprūpes ārstu pakalpojumi	50 923 273,00	49 095 269,97
<i>Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku</i>		22,42	21,62
<i>% no ambulatoriem līdzekļiem</i>		35,80	35,32
1.1.	Primārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa	37 735 902,00	37 011 608,65
1.2.	Pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	1 700 841,00	1 447 699,50
1.3.	Primārā veselības aprūpē veikto manipulāciju apmaksa	4 322 097,00	4 248 891,68
1.4.	Zobārstniecība	7 164 433,00	6 387 070,14
2. Pārējo ambulatoro (sekundārās ambulatorās veselības aprūpes) pakalpojumu apmaksa		90 423 114,00	88 987 919,94
<i>Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku</i>		39,81	39,18
<i>% no ambulatoriem līdzekļiem</i>		63,57	64,03
2.1.	Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa	85 064 547,00	86 238 372,94
2.2.	Pacientu iemaksu kompensācija par no pacientu iemaksas atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	3 487 300,00	2 749 547,00
2.3.	Avansā samaksātie līdzekļi	1 871 267,00	
3. Apmaksājamā summa 25% no pārstrādes (Noteikumu Nr.1046 141.punkts) par 2007.gadu		396 853,00	396 853,00
<i>Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku</i>		0,17	0,17
<i>% no ambulatoriem līdzekļiem</i>		0,28	0,29
4. Apmaksājamā summa 5% robežās no neizpildes (Noteikumu Nr.1046 140.punkts) par 2007.gadu		505 431,00	505 431,00
<i>Ls uz 1 veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku</i>		0,22	0,22
<i>% no ambulatoriem līdzekļiem</i>		0,36	0,36

*Veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku skaits uz 2008.gada 30.jūniju – 2 271 266



Ambulatorajai veselības aprūpei 2008.gadā plānoti līdzekļi Ls 142 248 671. No tiem primārajai veselības aprūpei paredzēti Ls 50 923 273 jeb 35,8% no ambulatorajai veselības aprūpei plānotajiem līdzekļiem.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes (turpmāk – SAVA) pakalpojumiem plānoti Ls 90 423 114 jeb 63,6% no ambulatorajai veselības aprūpei plānotajiem līdzekļiem.

Saistību izpildei par 2007.gadu atbilstoši Noteikumu Nr.1046 140.punkta un 141.punkta prasībām, plānoti līdzekļi Ls 902 284 jeb 0,6%, t.sk.,:

- ambulatorajām ārstniecības iestādēm, kuras plānoto gada finanšu apmēru ir izpildījušas 95-100% apmērā, apmaksā līdz gadā plānotajam finanšu apmēram – Ls 505 431;
- ambulatorajām ārstniecības iestādēm, kuras plānoto finanšu apjomu pārsniegušas par 105%, Ls 398 853, kas ir 25% no pārsniegtās summas.

31.tabula

Ambulatorās aprūpes rezultatīvie rādītāji

	Kurzemes nodaļa	Latgales nodaļa	Rīgas nodaļa	Vidzemes nodaļa	Zemgales nodaļa	Kopā valstī
Unikālo pacientu skaits, t.sk.,	447 963	410 332	1 477 921	385 166	418 505	3 139 887
pie ģimenes ārsta	225 365	201 845	570 018	201 408	214 959	1 413 595
pie speciālistiem	194 359	181 802	826 065	164 804	179 576	1 546 606
palīgkabinetos	28 239	26 685	81 838	18 954	23 970	179 686
Aprūpes epizožu skaits, t.sk.,	1 183 711	1 204 344	3 680 687	1 118 734	1 154 318	8 341 794
pie ģimenes ārsta	796 215	738 624	2 070 020	748 338	769 111	5 122 308
pie speciālistiem	325 169	405 246	1 427 339	322 363	329 228	2 809 345
palīgkabinetos	62 327	60 474	183 328	48 033	55 979	410 141
Ambulatoro apmeklējumu skaits, t.sk.,	1 506 550	1 478 194	4 596 305	1 416 979	1 476 274	10 474 302
pie ģimenes ārsta	1 056 856	942 108	2 762 263	987 064	1 031 738	6 780 029
pie speciālistiem	373 231	468 870	1 627 482	369 962	379 255	3 218 800
palīgkabinetos	76 463	67 216	206 560	59 953	65 281	475 473



32.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 kat. (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	25 670 540,00	2 789 419	9,20	26 089 742,97	2 775 264	9,40	419 202,97	239 886,50
1.1.	Magnētiskā rezonanse	1 642 240,00	21 273	77,20	1 791 096,22	17 338	103,30	148 856,22	9 492,00
1.2.	Kompjūter-tomogrāfija	6 659 818,00	124 050	53,69	7 542 975,11	119 977	62,87	883 157,11	18 135,00
1.3.	Ultrasonogrāfija	3 262 570,00	406 556	8,02	3 164 769,06	361 458	8,76	-97 800,94	31 230,00
1.4.	Radionuklīdā diagnostika	518 412,00	11 739	44,16	520 460,05	10 734	48,49	2 048,05	470,00
1.5.	Rentgenoloģija	5 294 467,00	1 405 460	3,77	5 430 854,22	1 411 429	3,85	136 387,22	126 974,00
1.6.	Osteodensito-metrija	646 528,00	94 557	6,84	597 722,16	157 517	3,79	-48 805,84	1 224,50
1.7.	Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi	2 173 779,00	453 855	4,79	2 144 451,51	455 493	4,71	-29 327,49	25 204,00
1.8.	Endoskopija	2 424 609,00	69 686	34,79	2 249 017,10	60 120	37,41	-175 591,90	12 052,00
1.9.	Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi	495 607,00	16 800	29,50	484 716,27	18 057	26,84	-10 890,73	5 753,00
1.10.	Doplerogrāfija	1 604 281,00	85 759	18,71	1 538 096,54	83 445	18,43	-66 184,46	5 754,00
1.12.	Mammogrāfija	441 967,00	48 662	9,08	393 080,14	41 585	9,45	-48 886,86	3 298,00
1.13.	Staru terapija	506 262,00	51 022	9,92	232 504,59	38 111	6,10	-273 757,41	300,00
2.	Laboratoriskie izmeklējumi, t.sk.	16 287 872,00	10 295 073	1,58	16 771 458,44	9 123 073	1,84	483 586,44	0,00
2.1.	Histoloģiskās analīzes / Pārējie laboratoriskie izmeklējumi	433 887,00	17 224	25,19	367 289,65	19 555	18,78	-66 597,35	0,00
2.2.	Klīniskās analīzes	4 601 829,00	4 326 518	1,06	3 880 553,26	2 819 973	1,38	-721 275,74	0,00
2.3.	Klīniskās ķīmiskās analīzes	7 549 232,00	5 255 369	1,44	9 109 591,85	5 717 741	1,59	1 560 359,85	0,00
2.4.	Citoloģiskās analīzes	844 565,00	233 940	3,61	439 526,95	114 298	3,85	-405 038,05	0,00
2.5.	Mikrobioloģiskās analīzes	277 174,00	20 717	13,38	269 696,98	38 641	6,98	-7 477,02	0,00
2.6.	Imunoloģiskās analīzes	1 950 097,00	357 407	5,46	2 190 513,25	370 924	5,91	240 416,25	0,00
2.7.	Virusoloģiskās analīzes	70 853,00	15 010	4,72	83 720,50	16 394	5,11	12 867,50	0,00
2.8.	Parazitoloģiskās analīzes	37 058,00	27 374	1,35	25 398,91	18 616	1,36	-11 659,09	0,00
2.9.	Ģenētiskās analīzes	486 015,00	41 314	11,76	382 684,08	6 810	56,19	-103 330,92	0,00



2.10.	Himērisma monitorings pēc alogēno kaulu smadzeņu vai perifērisko asiņu cilmes šūnu transplantācijas, izmantojot STR lokusu genotipēšanu	37 162,00	200	185,81	22 483,01	121	185,81	-14 678,99	0,00
3.	Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi,t.sk.	10 614 337,00	618 530	17,16	9 995 248,68	263 805	37,89	-619 088,32	66 548,00
3.1.	Hemodialīze dienas stacionārā	3 426 424,00	47 539	72,08	3 355 304,11	47 548	70,57	-71 119,89	18 499,50
3.2.	Koronarogrāfija dienas stacionārā	1 882 445,00	3 910	481,44	1 932 401,59	4 058	476,20	49 956,59	12,50
3.3.	Koronaro- angioplastija dienas stacionārā	1 306 442,00	490	2 666,21	1 328 147,90	474	2 802,00	21 705,90	0,00
3.4.	Rehabilitācija dienas stacionārā	694 678,00	81 267	8,55	740 348,22	68 007	10,89	45 670,22	9 049,50
3.5.	Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā dienas stacionārā	1 147 207,00	5 383	213,12	825 992,07	5 899	140,02	-321 214,93	206,00
3.6.	Citi ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	543 134,00	57 593	9,43	188 901,05	4 894	38,60	-354 232,95	2 303,50
3.7.	Pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi	1 614 007,00	422 348	3,82	1 624 153,74	132 925	12,22	10 146,74	36 477,00
4.	Rehabilitācijas pakalpojumi	1 850 200,00	363 458	5,09	1 968 697,46	446 090	4,41	118 497,46	20 524,50
5.	Fizikālās medicīnas pakalpojumi	586 719,00	248 085	2,36	519 890,48	216 988	2,40	-66 828,52	26 082,00
6.	Ikmēneša fiksētais maksājums (tāmes finansējums) speciālistu un ārstniecību struktūrvienību darba apmaksai	6 335 297,26	x	x	6 335 297,26	x	x	0,00	0,00
6.1.	Ikmēneša fiksētais maksājums TPS pakalpojumu apmaksai	4 979 092,32	x	x	4 979 092,32	x	x	0,00	0,00
	- psihiatrs	1 616 967,88	x	x	1 616 967,88	x	x	0,00	0,00
	- narkologs	579 724,20	x	x	579 724,20	x	x	0,00	0,00
	- fiziopulmonologs	777 745,97	x	x	777 745,97	x	x	0,00	0,00
	- dermatologs venerologs	627 922,44	x	x	627 922,44	x	x	0,00	0,00
	- endokrinologs	1 016 119,01	x	x	1 016 119,01	x	x	0,00	0,00
	- onkologs	360 612,82	x	x	360 612,82	x	x	0,00	0,00



6.2.	Ikmēneša fiksētais maksājums citu speciālistu un ārstniecību struktūrvienību darba apmaksai	1 356 204,94	x	x	1 356 204,94	x	x	0,00	0,00
	- diabētiskās pēdas aprūpes kabinets	238 843,94	x	x	238 843,94	x	x	0,00	0,00
	- paliatīvās aprūpes kabinets	243 040,00	x	x	243 040,00	x	x	0,00	0,00
	- bronhiālās astmas kabinets	120 433,92	x	x	120 433,92	x	x	0,00	0,00
	- traumpunkts	727 841,68	x	x	727 841,68	x	x	0,00	0,00
	- stomas kabinets	26 045,40	x	x	26 045,40	x	x	0,00	0,00
7.	Speciālistu pakalpojumi	16 188 186,00	2 195 505	7,37	16 872 972,55	1 850 321	9,12	684 786,55	1 418 371,00
	-kardiologs	423 498,00	57 882	7,32	330 040,32	47 376	6,97	-93 457,68	3 643,00
	-ftiziopneimonologs	94 043,00	39 067	2,41	59 316,72	9 437	6,29	-34 726,28	109 558,00
	-endokrinologs	511 785,00	74 600	6,86	500 705,16	93 289	5,37	-11 079,84	11 823,00
	-ķirurgs	2 122 561,00	220 722	9,62	2 377 388,69	245 093	9,70	254 827,69	141 472,50
	-urologs	481 382,00	53 494	9,00	570 989,07	53 243	10,72	89 607,07	5 910,00
	-traumatologs – ortopēds	1 743 394,00	458 589	3,80	1 764 357,88	163 578	10,79	20 963,88	90 645,50
	-ginekologs, dzemdību speciālists	2 593 173,00	342 951	7,56	2 406 153,21	324 661	7,41	-187 019,79	83 693,50
	-onkologs	466 282,00	47 457	9,83	649 315,38	55 935	11,61	183 033,38	6 192,00
	-neirologs	1 280 848,00	191 121	6,70	1 304 989,14	182 573	7,15	24 141,14	86 611,00
	-oftalmologs	3 366 491,00	390 715	8,62	3 644 308,57	379 241	9,61	277 817,57	161 953,50
	-otolaringologs	2 256 603,00	194 247	11,62	2 262 236,45	172 870	13,09	5 633,45	241 738,50
	-dermatovenerologs	551 848,00	86 365	6,39	616 058,03	80 774	7,63	64 210,03	86 757,50
	-psihiatrs	22 483,00	3 272	6,87	47 396,09	1 943	24,39	24 913,09	361 243,50
	-narkologs	1 651,00	935	1,77	4 100,76	230	17,83	2 449,76	5 498,50
	-pārējie speciālisti	272 144,00	34 088	7,98	335 617,08	40 078	8,37	63 473,08	21 631,00
8.	Ģenētisko slimnieku konsultēšana	17 571,00	672	26,15	22 697,07	577	39,34	5 126,07	838,00
9.	Ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas	70 511,00	4 697	15,01	160 569,95	4 172	38,49	90 058,95	97,50
10.	Tiesu psihiatriskā ekspertīze	147 879,00	1 164	127,04	153 318,32	637	240,69	5 439,32	0,00
11.	Ambulatorā palīdzība surdoloģijā	365 630,00	17 581	20,80	251 308,24	9 659	26,02	-114 321,76	11 588,00
12.	Multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana.	80 980,00	10 611	7,63	33 634,49	1 344	25,03	-47 345,51	177,00
13.	Pārējie ambulatorie sekundārās veselības aprūpes pasākumi	4 453 471,00	580 620	7,67	3 478 395,77	348 744	9,97	-975 075,23	282 188,00
14.	Kopā:	82 669 193,26	17 125 415	x	82 653 231,68	15 040 674	x	-15 961,58	2 066 300,50



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* noslēgto līgumu summa Ls 25 670 540, tās lielāko daļu Ls 17 641 464 veido kompjūtertomogrāfijas, rentgenoloģijas, ultrasonogrāfijas un endoskopijas izmeklējumi, kas ir 68.72% no līgumu kopsummas. Ārstniecības iestāžu veiktie izmeklējumi un terapijas pakalpojumi ir Ls 26 089 743 apmērā, kas par Ls 419 203 jeb 1.63% pārsniedz plānoto līgumu summas. Viena no lielākām pārstrādēm virs līguma finanšu apjoma ir kompjūtertomogrāfijas izmeklējumiem Ls 883 157 jeb 13.26% no plānotā finanšu apjoma gadam.

2. *Laboratorisko izmeklējumu* veikšanai noslēgto līgumu summa Ls 16 287 872, tās lielāko daļu Ls 14 101 158 veido klīniskās ķīmiskās analīzes, klīniskās analīzes un imunoloģiskās analīzes, kas ir 86.57% no līgumu kopsummas. Laboratorijas izmeklējumu veiktais finanšu apjoms sasniedz Ls 16 771 458, kas ir 102.97% no plānotā finanšu apjoma gadam. Pārstrāde virs līguma summas, galvenokārt, veidojas veicot klīniskās ķīmiskās analīzes Ls 1 560 360 jeb 20.67% no plānotā finanšu apjoma gadam. Veikto analīžu skaits tika izpildīts par 462 372 izmeklējumiem jeb 8.8% vairāk nekā līgumā plānots.

3. *Dienas stacionārā sniegto pakalpojumu* nodrošināšanai noslēgti līgumi par Ls 10 614 337, taču veiktā darba apjoms ir Ls 9 995 249, kas ir 94.17% no līgumu kopsummas. Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi nesasniedz līgumā plānoto finanšu apmēru, arī ārstēto pacientu skaits ir mazāks nekā līgumā plānots, līdz ar to veidojas plānotā gada finanšu apmēra neizpilde. Ārstēto pacientu skaits pavisam ir 263 805 pacienti, kas ir 42.65% no plānotā gadam. Lielāka daļa neizpildes ir citiem ķirurģiskiem pakalpojumiem dienas stacionārā Ls 354 233 jeb 65.22% no plānotās līguma summas.

4. *Speciālistu pakalpojumu* nodrošināšanai noslēgto līgumu summa Ls 16 188 186, tās lielāko daļu Ls 10 338 828 veido oftalmologa, ginekologa, dzemdību speciālista, otolaringologa un ķirurga pakalpojumi, kas ir 63.87% no līgumu kopsummas. Speciālistu pakalpojumi veikti Ls 16 872 973 apmērā, kas ir 104.23% no plānotās līguma summas. Oftalmologu sniegtie pakalpojumi par Ls 277 818 jeb 8.25% pārsniedz gada plānoto līgumu finanšu apjomu, kā arī ievērojama pārstrāde virs līguma summas ir ķirurga sniegtajiem pakalpojumiem - Ls 254 828 jeb 12.01% no plānotā finanšu apjoma gadam.



33.tabula

Ambulatoro pacientu iemaksu kompensācija par atbrīvotajām kategorijām

Pacientu grupas nosaukums	Unikālo pacientu skaits	Aprūpes epīzožu skaits	Pacientu iemaksu kompensācija, Ls	Izmaksas uz vienu aprūpes epizodi, Ls
Iedzīvotājs, kuram veic profilaktiskās apskates Ministru kabineta noteiktā kārtībā	709 828	837 882	661 241,00	0,79
Bērni līdz 18 gadu vecumam	560 024	1 699 150	2 472 748,50	1,46
Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērtēšanu un grūtniecības norisi	34 904	161 828	303 307,00	1,87
Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	14 985	32 033	86 093,00	2,69
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	3 251	5 863	16 255,00	2,77
Psihiatriska ārstēšanās	34 295	170 954	377 873,50	2,21
Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	481	10 232	18 723,00	1,83
Černobiļas atomelektrostācijas avāriju seku likvidācijā cietušās personas	5 130	16 190	21 267,00	1,31
Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	23 808	93 957	116 522,50	1,24
Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošas personas	10 502	28 088	33 185,50	1,18
Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	15 653	37 050	66 940,00	1,81
Pacienti, kuriem pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gada laikā pārsniegusi 150 latus	204	261	399,00	1,53
Miris	3 214	3 245	5 717,00	1,76
Invalīds	1	1	0,50	0,5
Jauniesaucamais	21	21	16,00	0,76
Iedzīvotājs, kuram veic vakcināciju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	60 620	71 022	36 072,00	0,51
Iedzīvotājs, kuram veic pasīvo imūnterapiju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	607	670	831,00	1,24
Personas, kas vecākas par 80 gadiem	1	1	0,50	0,5
Pacienti, kuru pensiju lielums ir mazāks par Ls 60 mēnesī	13	19	22,00	1,16
Ārstēšanās ķirurģiskajā dienas stacionārā	1	1	16,00	16
Kopā:	1 477 543		4 217 230	



34.tabula

Noslēgtie līgumi un faktiskā izpilde sekundārās ambulatorās veselības aprūpē (SAVA), Ls

Ārstniecības iestādes	Līguma summa	Veiktais darba apjoms pārskata periodā	Veiktais darba apjoms līguma ietvaros	Pārstrāde vīrus līguma summas	Līguma neizpilde	Pacientu iemaksas par atbilstošajām līguma ietvaros	Neapmaksātā pacientu iemaksa, ņemot vērā pārstrādi	Veiktais darba apjoms no PVA ārstu naudas līdzekļiem	Pacientu iemaksa par atbilstošajām līguma ietvaros PVA ārstu naudas līdzekļiem	Profilaktiskās apskates	Profilaktiskās apskates pacientu iemaksa par atbilstošajām līguma ietvaros	Tāmes finansējums*	Pacientu iemaksa par neatbilstošajām līguma ietvaros (iekasē arstniecības iestādē)	Ārstniecības iestādes ieņēmumi kopā
Stacionārās ārstniecības iestādes	43 210 567	42 405 287	41 896 456	508 831	1 314 111	1 087 219	3 396	1 384 485	72 445	1 113 660	142 442	4 115 248	3 533 351	53 345 305
Ambulatorās ārstniecības iestādes	29 063 658	29 985 737	28 545 892	1 439 779	517 700	615 483	8 426	1 066 373	94 441	1 377 518	172 981	1 511 277	2 151 299	35 535 264
Speciālistu prakses	4 059 671	3 926 911	3 842 107	84 804	217 564	348 580	3 192	84 088	12 229	595 935	203 728	708 772	667 264	6 462 703
Kopā:	76 333 896	76 317 934	74 284 455	2 033 414	2 049 375	2 051 282	15 013	2 534 946	179 115	3 087 113	519 151	6 335 298	6 351 914	95 343 272

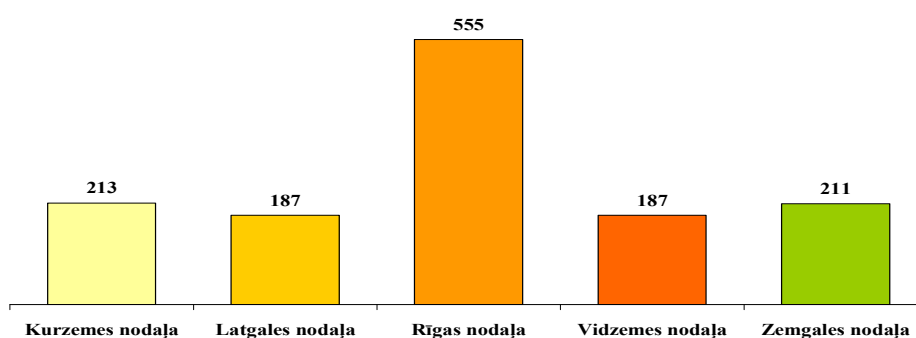
* tāmes finansējums ietver psihiatra, narkologa, fiziopneimonoologa, dermatologa, venerologa, endokrinologa, onkologa, diabētiskās pēdas aprūpes kabineta, paliatīvās aprūpes kabineta, bronhiālās astmas kabineta, traumpunkta un stomas kabineta darbības nodrošināšanas finansējumu.



Līgumattiecībās ar Aģentūru uz 2008.gada 31.decembri ir 1353 ģimenes ārsti ar kopējo reģistrēto pacientu skaitu 2153153. Ģimenes ārstu sadalījums pa reģioniem ir proporcionāli līdzīgs. Visvairāk ģimenes ārstu strādā Rīgas teritorijā, kur ir vislielākais iedzīvotāju blīvums.

12.attēls

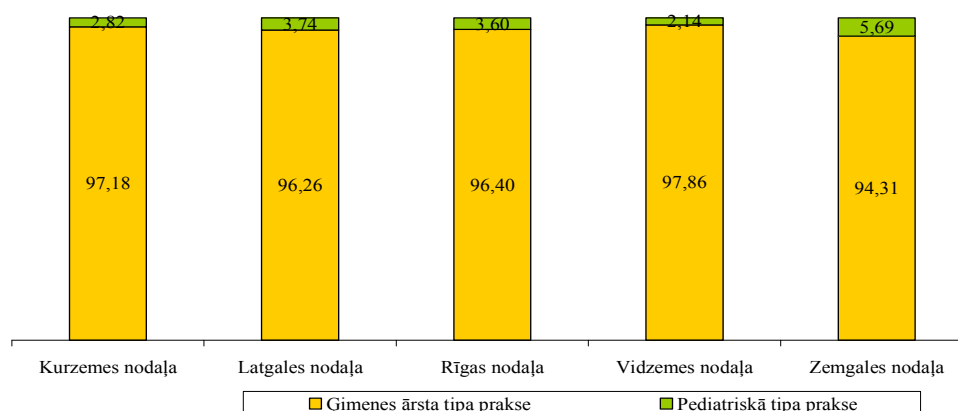
Ģimenes ārstu sadalījums pa teritoriālajām nodaļām



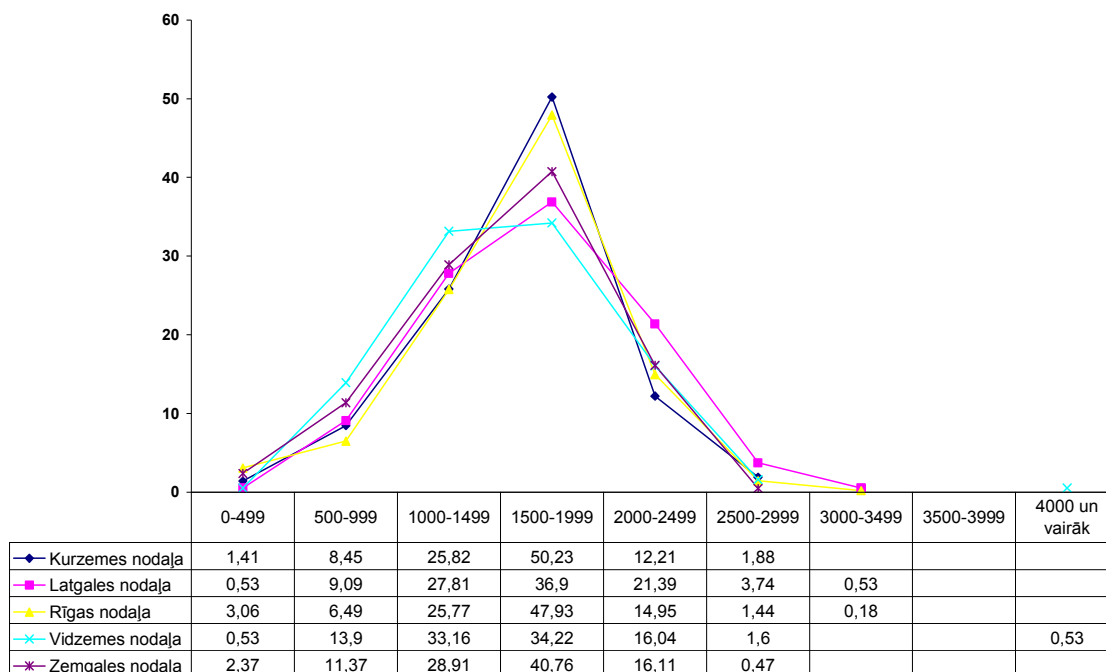
Pārsvarā visiem primārās veselības aprūpes ārstiem prakses tips atbilst ģimenes ārsta prakses struktūrai, vidēji – 96,4%. Visās Aģentūras teritoriālajās nodaļās ģimenes ārstu sadalījums pēc prakses tipa ir proporcionāls.

13.attēls

Ģimenes ārstu sadalījums pēc prakšu tipa, %



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



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).

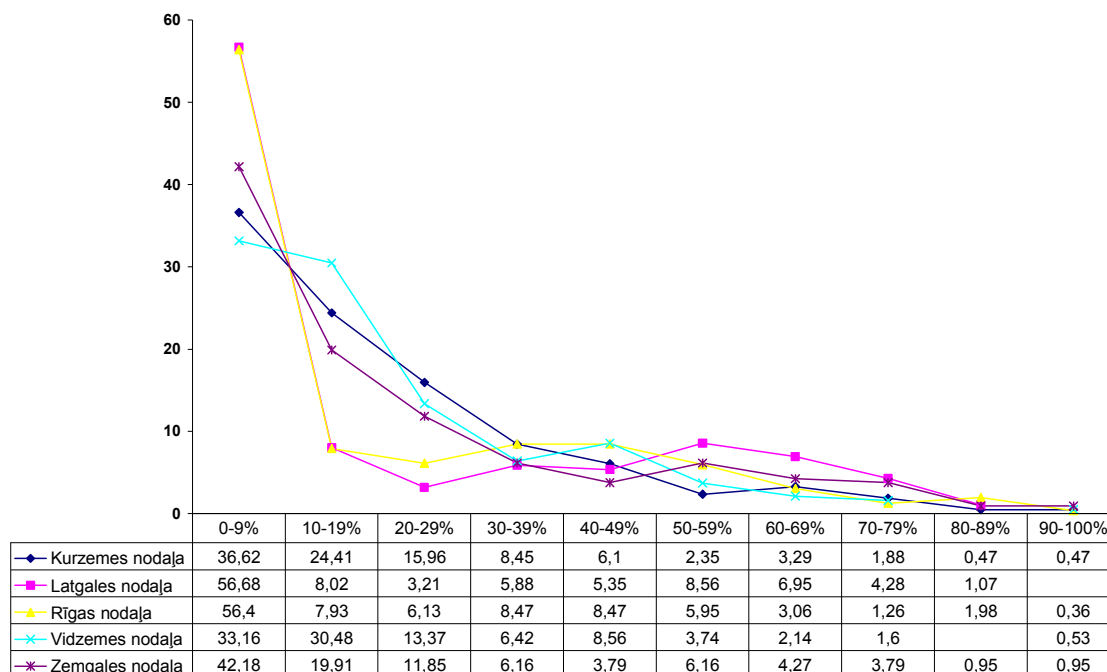
Grafiks atspoguļo situāciju, ka lielākais ģimenes ārstu prakšu īpatsvars ir ar vidējo reģistrēto pacientu skaitu robežās no 1500 līdz 2000. Tātad ģimenes ārsti necenšas praksē reģistrēt vairāk kā 2000 pacientus, lai būtu nodrošināta kvalitatīva aprūpe.

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.



15.attēls

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



Ģimenes ārstu skaits tika dalīts pēc reģistrēto pacientu vecumā līdz 18 gadiem īpatsvara uz vienu ģimenes ārstu. Vidēji 48% 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 49, no kurām sešās 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.



Par pacientu tiek uzskatīts veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieks – tas ir visi Latvijas Republikas iedzīvotāji, kuri ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta, vai atbilst Ārstniecības likuma 17. panta nosacījumiem.

35.tabula

Ambulatoro apmeklējumu skaits vienam pacientam gadā

Teritoriālā nodaļa	Ģimenes ārsti			Pārējās ārstu specialitātes		
	2006.gads	2007.gads	2008.gads	2006.gads	2007.gads	2008.gads
Kurzemes nodaļa	2,9	3,1	3,0	1,0	1,0	1,1
Latgales nodaļa	2,7	2,9	3,0	1,4	1,4	1,5
Rīgas nodaļa	2,6	2,9	2,9	1,4	1,6	1,7
Vidzemes nodaļa	3,1	3,3	3,3	1,1	1,2	1,2
Zemgales nodaļa	2,9	3,1	3,0	1,1	1,1	1,1
Vidēji valstī	2,8	3,1	3,0	1,2	1,3	1,3

Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta Latvijā 2008.gadā uz vienu pacientu ir līdzīgs kā 2007.gadā - vidēji 3 apmeklējumi. Pie pārējiem speciālistiem apmeklējumu skaits dinamikā pieaudzis no 1,26 apmeklējumiem 2007.gadā uz 1,32 apmeklējumiem 2008.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. Aprūpes epizodi var realizēt tikai viens ārsts (ģimenes ārsts vai speciālists). Vienā aprūpes epizodē var ietilpt vairāki ambulatorie apmeklējumi.

36.tabula

Aprūpes epizožu skaits vienam pacientam gadā

Teritoriālā nodaļa	Ģimenes ārsti			Pārējās ārstu specialitātes		
	2006.gads	2007.gads	2008.gads	2006.gads	2007.gads	2008.gads
Kurzemes nodaļa	2,2	2,3	2,3	0,8	0,9	0,9
Latgales nodaļa	2,0	2,2	2,3	1,1	1,2	1,3
Rīgas nodaļa	1,9	2,1	2,1	1,2	1,4	1,5
Vidzemes nodaļa	2,3	2,5	2,5	0,9	1,0	1,1
Zemgales nodaļa	2,1	2,3	2,3	0,9	0,9	1,0
Vidēji valstī	2,1	2,3	2,3	1,0	1,1	1,2



Vidējais aprūpes epizožu skaits pie ģimenes ārsta 2008.gadā ir saglabājies tāds pats kā 2007 gadā. Aprūpes epizožu skaits pie speciālistiem ir nedaudz pieaudzis.

Apmeklējumu skaits vienā aprūpes epizodē 2008. gadā ģimenes ārstiem vidēji ir 1,32 apmeklējumi, bet speciālistiem – 1,15. Visās Aģentūras teritoriālajās nodaļās ir vērojama tendence, ka apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem ir nedaudz samazinājies.

37.tabula

Ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu aprūpes epizodi (pa gadiem)

Teritoriālā nodaļa	Ģimenes ārsti			Pārējās ārstu specialitātes		
	2006.gads	2007.gads	2008.gads	2006.gads	2007.gads	2008.gads
Kurzemes nodaļa	1,33	1,36	1,33	1,24	1,17	1,15
Latgales nodaļa	1,30	1,31	1,28	1,24	1,15	1,16
Rīgas nodaļa	1,36	1,38	1,33	1,16	1,14	1,14
Vidzemes nodaļa	1,33	1,34	1,32	1,17	1,17	1,15
Zemgales nodaļa	1,35	1,38	1,34	1,19	1,17	1,15
Vidēji valstī	1,33	1,35	1,32	1,20	1,16	1,15

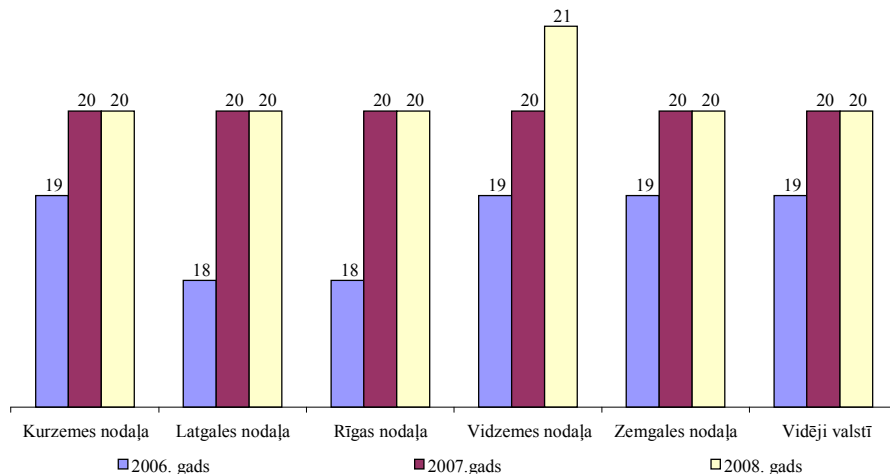
Apmeklējumu skaits vienā aprūpes epizodē pie speciālistiem, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, turpina samazināties, tas nozīmē, ka vai nu saslimšanas tiek ātrāk izārstētas, vai arī apmeklējumi, kas ietilpst vienā aprūpes epizodē, tiek uzrādīti kā atsevišķas aprūpes epizodes, vai arī vispār netiek uzrādīti.

Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits dienā pie ģimenes ārsta.

Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits dienā pie ģimenes ārsta ir aprēķināts katras Aģentūras teritoriālās nodaļas ģimenes ārstu kopējo gada ambulatoro apmeklējumu skaitu dalot ar teritorijā strādājošo ģimenes ārstu skaitu un darba dienu skaitu gadā. Saskaņā ar Noteikumiem Nr.1046 ģimenes ārsta pieņemšanas ilgums nedēļā ir 20 stundas. 2008. gadā pie viena ģimenes ārsta vidēji dienā tika veikti 20 apmeklējumi, t.i. 1 stundā vidēji tika veikti 5 apmeklējumi. Apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem visās teritoriālās nodaļās ir vienāds, izņemot Vidzemes nodaļu, kur ir nedaudz vairāk apmeklējumu. Šis rādītājs salīdzinājumā ar 2007. gadu (20 apmeklējumi) ir nedaudz pieaudzis.

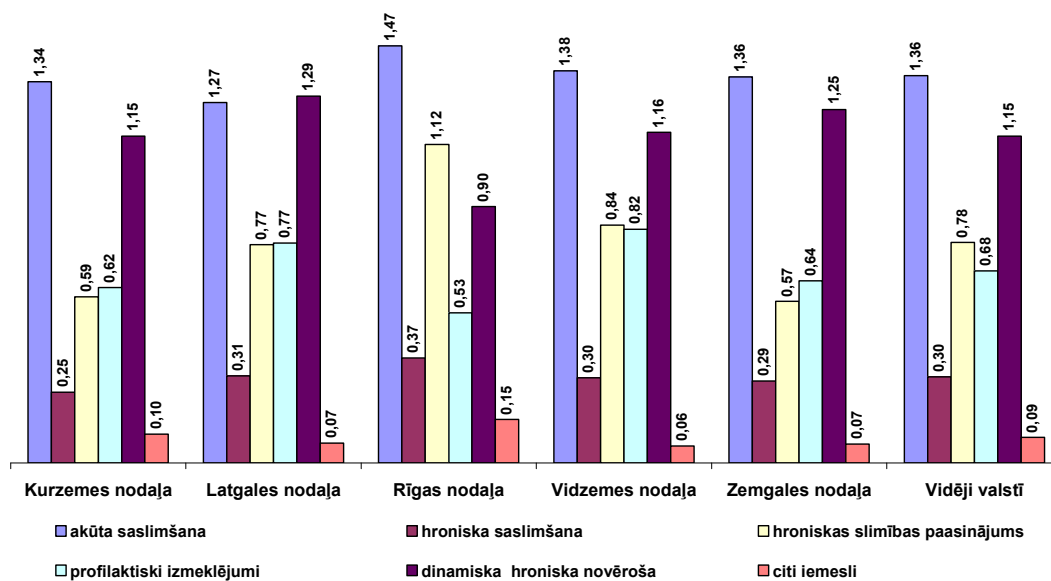


Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits dienā pie ģimenes ārsta



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

Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc aprūpes epizožu veida vienam pacientam gadā



38.tabula

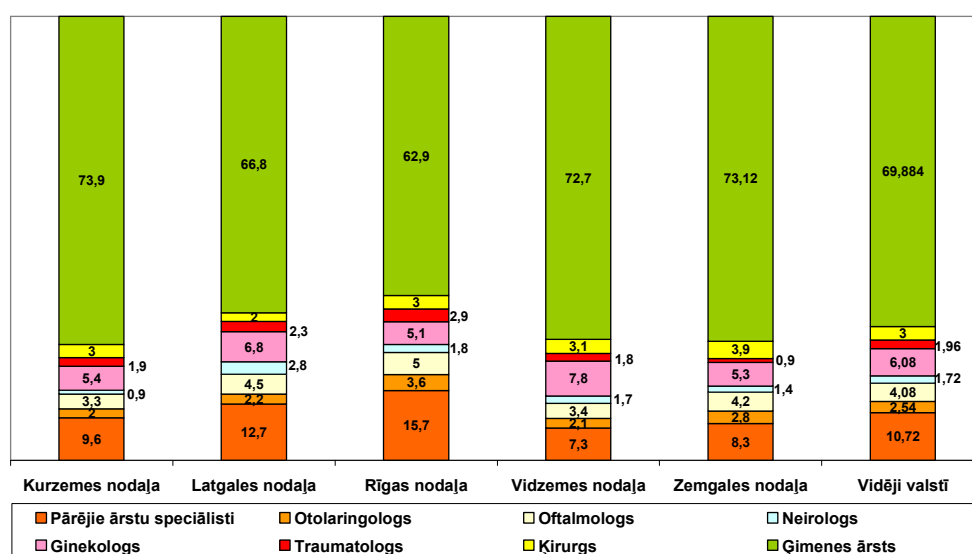
Ambulatoro apmeklējumu skaits uz aprūpes epizodi pa ārstu specialitātēm

Teritoriāla nodaļa	Ģimenes ārsti	Ķirurģi	Traumatologs	Ginekologs	Neirologs	Oftalmologs	Otolaringologs	Pārējās specialitātes
Kurzemes nodaļa	1,33	1,44	1,16	1,06	1,03	1,03	1,36	1,15
Latgales nodaļa	1,28	1,45	1,21	1,05	1,26	1,04	1,26	1,19
Rīgas nodaļa	1,33	1,40	1,19	1,08	1,06	1,06	1,42	1,10
Vidzemes nodaļa	1,32	1,25	1,21	1,04	1,24	1,03	1,46	1,20
Zemgales nodaļa	1,34	1,32	1,33	1,04	1,06	1,03	1,49	1,15
Vidēji valstī	1,32	1,37	1,22	1,05	1,13	1,04	1,40	1,16

Vismazāk apmeklējumu vienas aprūpes epizodes ietvaros ir oftalmologam (vidēji 1,04), ginekologam (vidēji 1,05). Visaugstākais rādītājs ir otolaringologam - vidēji 1,40 apmeklējumi uz aprūpes epizodi. Dažu specialitāšu ārstiem ir vērojamas krāsas atšķirības teritoriju griezumā, kas skaidrojams ar katra reģiona ārstu individuālo pieeju ārstēšanas procesam.

18.attēls

Ambulatoro apmeklējumu sadalījums pa ārstu specialitātēm, %

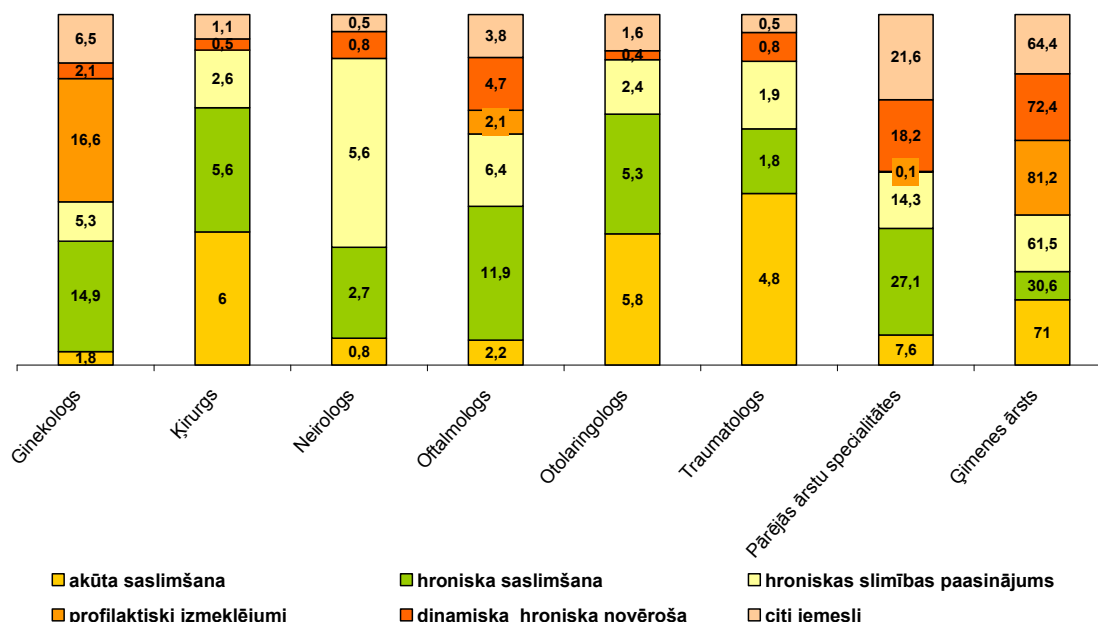


Attēlā attēlots ambulatoro apmeklējumu sadalījums pa ārstu specialitātēm, pieņemot kopējo ambulatoro apmeklējumu skaitu par 100%. Apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta visās Aģentūras teritoriālajās nodaļās pārsniedz 62%.

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

19.attēls

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



Attēls parāda katras ārsta specialitātes 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.

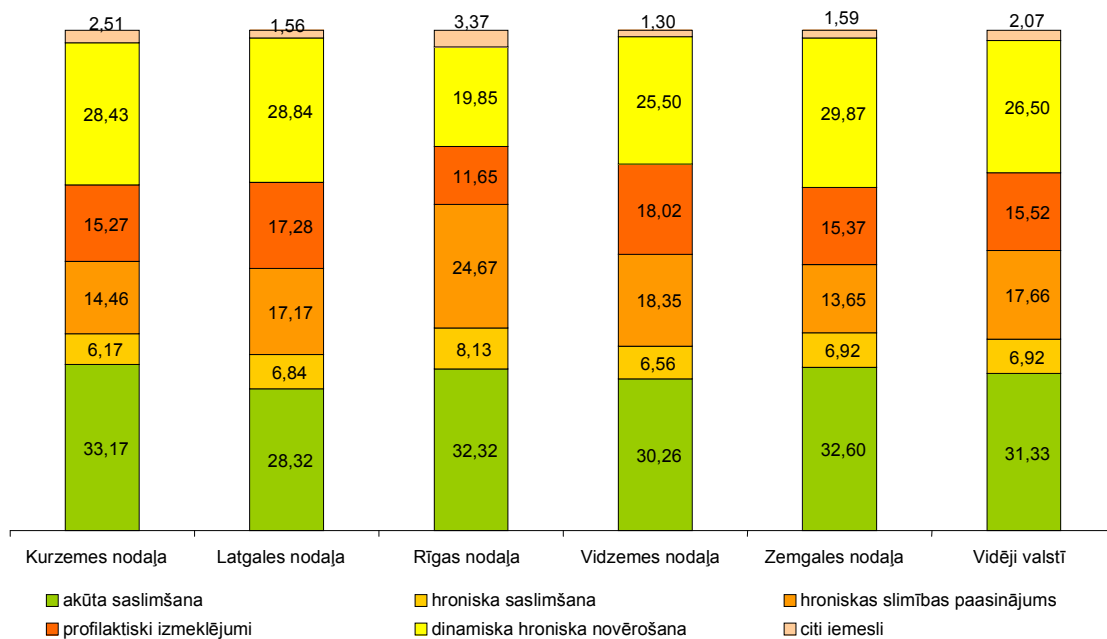
Ģimenes ārsta darbā 71% sastāda darbs ar pacientiem pie akūtām saslimšanām. Savukārt hronisku saslimšanu ārstēšanā lielāku īpatsvaru sastāda pacientu dinamiska novērošana – 72,4% nekā hronisku slimību paasinājumu ārstēšana – 61,5%. Šī tendence liecina, ka



ģimenes ārsti, veicot pacientu dinamisku novērošanu hronisku slimību gadījumos, novērš hronisko saslimšanu paasinājumu rašanos.

20.attēls

Ambulatoro apmeklējumu struktūra pa aprūpes epizodes veidiem, %



Attēls parāda ambulatoro apmeklējumu skaita sadalījumu procentos pēc aprūpes epizodes veida katrā Aģentūras 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.



Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc pamatdiagnozes, %

Diagnožu grupas kods	Kurzemes nodaļa (%)	Latgales nodaļa (%)	Rīgas nodaļa (%)	Vidzemes nodaļa (%)	Zemgales nodaļa (%)	Vidēji valstī (%)
A00-B99	2	1	1	1	2	2
C00-D48	3	3	4	2	2	3
D50-D89	0	0	1	0	0	0
E00-E90	4	6	6	4	5	5
F00-F99	4	3	3	3	4	3
G00-G99	2	3	2	2	3	2
H00-H59	3	3	3	3	4	3
H60-H95	1	1	1	1	1	1
I00-I99	15	15	14	15	15	15
J00-J99	15	15	14	15	17	15
K00-K93	3	3	4	3	3	3
L00-L99	2	2	2	2	2	2
M00-M99	8	8	8	8	8	8
N00-N99	6	7	7	6	5	6
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	2	1	1	1
S00-T98	6	5	6	6	6	6
cita	24	22	21	26	23	23

Attēlā ambulatorie apmeklējumi sadalīti diagnožu grupās atbilstoši SSK-10 un katrā grupā aprēķināts ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pa Aģentūras teritoriālajām nodaļām.

Vidēji lielākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars ir pacientiem pie pamatdiagnozēm ar elpošanas sistēmas slimībām (J00-J99) – 15,08% un asinsrites sistēmas slimībām (I00-I99) – 14,84 %.

Mazākais ambulatoro apmeklējumu īpatsvars ir pacientiem ar pamatdiagnozi - noteikti perinatālā perioda stāvokļi (P00-P99) (0,20%) un iedzimtības koplības, deformācijas un hromosomu anomālijas (Q00-Q99) (0,16%).

Šī tendence ir līdzīga visās Aģentūras teritoriālajās nodaļās. Augsts procentuālais rādītājs ir apmeklējumiem, kas Ambulatoro pacientu talonos kodēti ar kādu no diagnozēm, kas neietilpst nevienā klīnisko saslimšanu grupā. Salīdzinoši daudz šajā grupā ir apmeklējumi saistībā ar profilaktiskajām apskatēm.



40.tabula

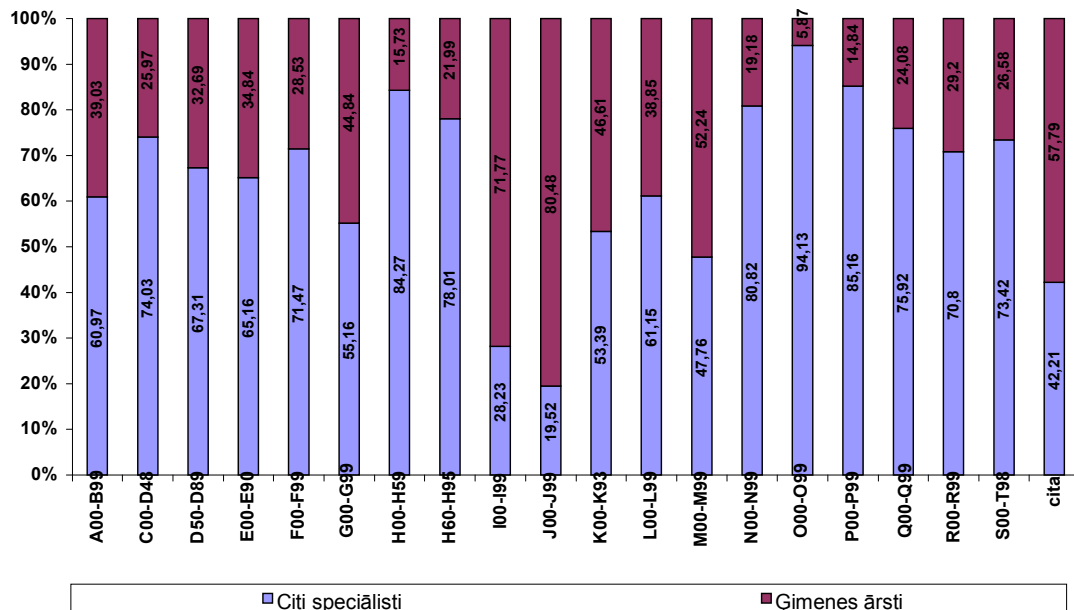
Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc pamatdiagnozes pie ģimenes ārsta un citiem speciālistiem, %

SSK-10 kods	Diagnožu grupas pēc SSK-10	Ģimenes ārsti	Citi speciālisti
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	39,03	60,97
C00-D48	Audzēji	25,97	74,03
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	32,69	67,31
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	34,84	65,16
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	28,53	71,47
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	44,84	55,16
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	15,73	84,27
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	21,99	78,01
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	71,77	28,23
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	80,48	19,52
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	46,61	53,39
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	38,85	61,15
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	52,24	47,76
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	19,18	80,82
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	5,87	94,13
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	14,84	85,16
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	24,08	75,92
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratoriska atradne	29,2	70,8
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	26,58	73,42
cita	Cita, kas nav minēta augstāk	57,79	42,21



21.attēls

Ambulatoro apmeklējumu skaits pēc pamatdiagnozes pie ģimenes ārsta un citiem speciālistiem, %



Attēlā ambulatorie apmeklējumi sadalīti diagnožu grupās atbilstoši SSK-10 un katrā grupā aprēķināts ģimenes ārstu un pārējo speciālistu apmeklējumu īpatsvars.

Pie ģimenes ārstiem augsts apmeklējumu īpatsvars ir elpošanas sistēmas slimībām (J00-J99) - 80,48%, asinsrites sistēmas slimībām (I00-I99) - 71,77%, un skeleta, muskuļu un saistaudu slimībām (M00-M93) - 52,24%.

Pie speciālistiem vairāk griežas pacienti ar grūtniecību, dzemdību un pēcdzemdību periodu (O00-O99) - 94,13% un acu un to palīgorgānu slimībām (H00-H59) - 84,27% saistītos jautājumos, kā arī pie noteiktiem perinatālā perioda stāvokļiem (P00-P99) - 85,16%. Šāds kompetences sadalījums ir adekvāts, jo, ņemot vērā, ka asinsrites sistēmas un elpošanas sistēmas slimībām ir daudz hronisku pacientu, viņi aprūpi, galvenokārt, saņem pie ģimenes ārstiem. Šauri specializētajās klīniskajās grupās kā oftalmoloģija un otolaringoloģija, un specifiskajos dzemdniecības jautājumos, pārsvarā iesaistās speciālisti.



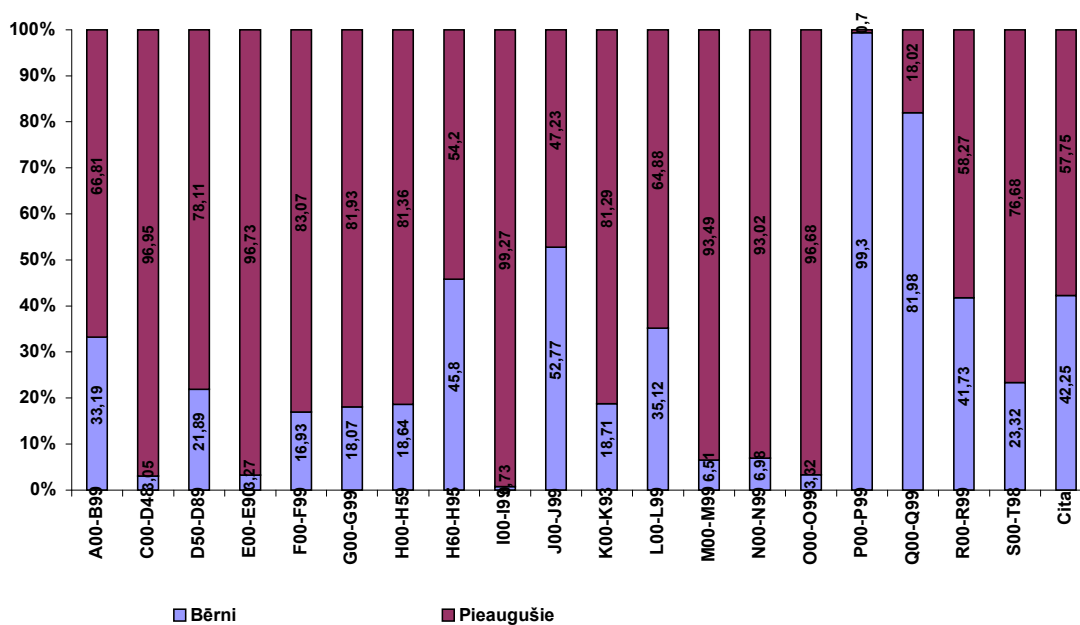
41.tabula

Ambulatorā saslimstība bērniem un pieaugušajiem pēc pamatdiagnozes, %

SSK-10 kods	Diagnožu grupas pēc SSK-10	Bērni	Pieaugušie
A00-B99	Infekcijas un parazitārās slimības	33,19	66,81
C00-D48	Audzēji	3,05	96,95
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	21,89	78,11
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	3,27	96,73
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	16,93	83,07
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	18,07	81,93
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	18,64	81,36
H60-H95	Ausu un aizauss paugura slimības	45,8	54,2
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	0,73	99,27
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	52,77	47,23
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	18,71	81,29
L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	35,12	64,88
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	6,51	93,49
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	6,98	93,02
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	3,32	96,68
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	99,3	0,7
Q00-Q99	Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas	81,98	18,02
R00-R99	Citur neklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratoriska atradne	41,73	58,27
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	23,32	76,68
Cita	Nav norādīta diagnoze vai cita, kas nav minēta augstāk	42,25	57,75



Ambulatorā saslimstība bērniem un pieaugušajiem pēc pamatdiagnozes, %



Attēlā ambulatorie apmeklējumi sadalīti diagnožu grupās atbilstoši SSK-10 un katrā grupā aprēķināts ambulatoro apmeklējumu īpatsvara sadalījums starp bērniem (0-18 gadi) un pieaugušajiem.

Bērnu ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pārsniedz pieaugušo ambulatoro apmeklējumu īpatsvaru pie sekojošām diagnozēm: elpošanas sistēmas slimības (J00-J99), noteikti perinatālā perioda stāvokļi (P00-P99), iedzimtas koplības, deformācijas un hromosomu anomālijas (Q00-Q99).

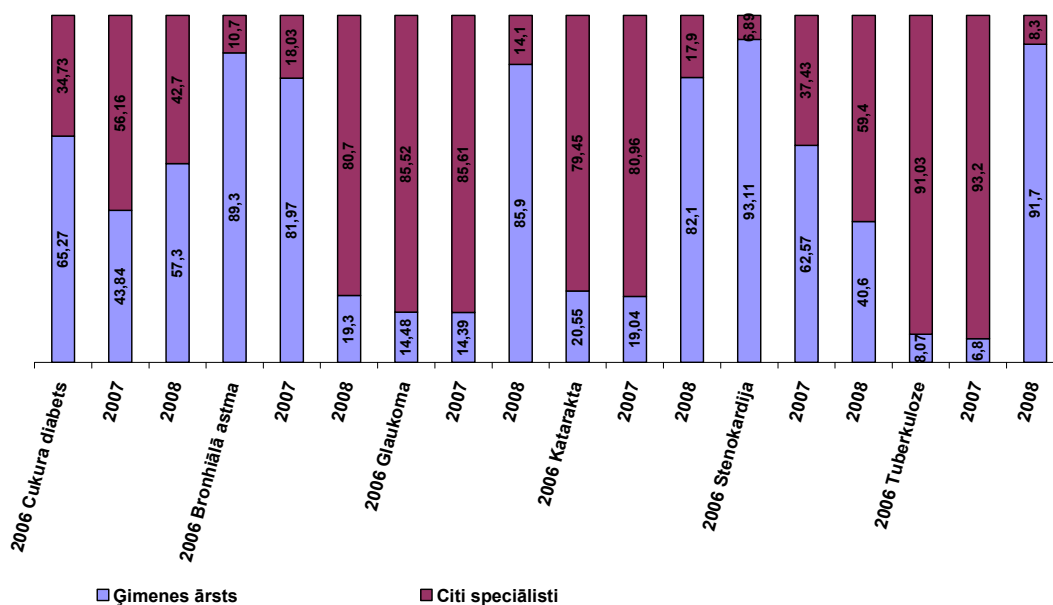
Izteikts pieaugušo ambulatoro apmeklējumu skaita īpatsvars vērojams pie diagnozēm: audzēji (C00-D48) - 96,95%, endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības (E00-E90) - 96,71% un asinsrites slimības (I00-I99) - 99,27%.

2008. gadā būtiski ir samazinājies pacientu ar stenokardiju un bronhiālo astmu apmeklējuma skaita procentuālais īpatsvars pie ģimenes ārsta. Būtiski palielinājies pacientu ar glaukomu, kataraktu un tuberkulozi apmeklējuma skaita procentuālais īpatsvars pie ģimenes ārsta.



23.attēls

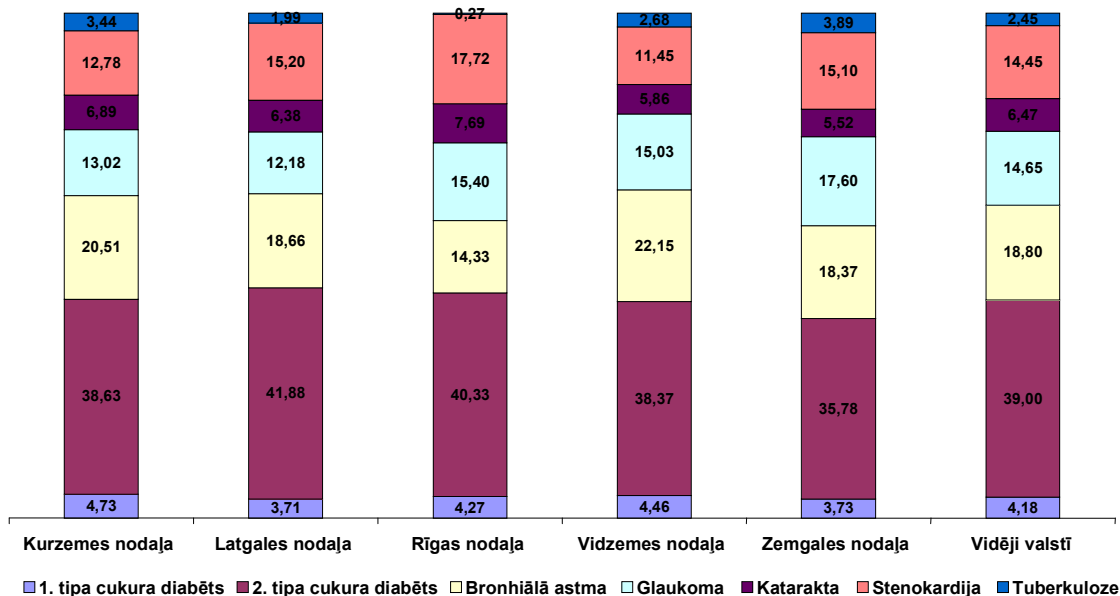
Ambulatoro apmeklējumu skaits ar noteiktām saslimšanām, %



Attēlā analizēts slimnieku ar noteiktām diagnozēm apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta un pie speciālistiem.

24.attēls

Ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pie noteiktas diagnozes, %



Attēlā analizēts ambulatoro apmeklējumu īpatsvars pie noteiktas diagnozes. Norādītās diagnozes sastāda vidēji 9,2% no kopējā ambulatoro apmeklējumu skaita. No šiem 9,2% lielākais ambulatoro apmeklējumu skaits visās Aģentūras nodaļās ir pacientiem ar diagnozi 2. tipa cukura diabēts - vidēji 39%.

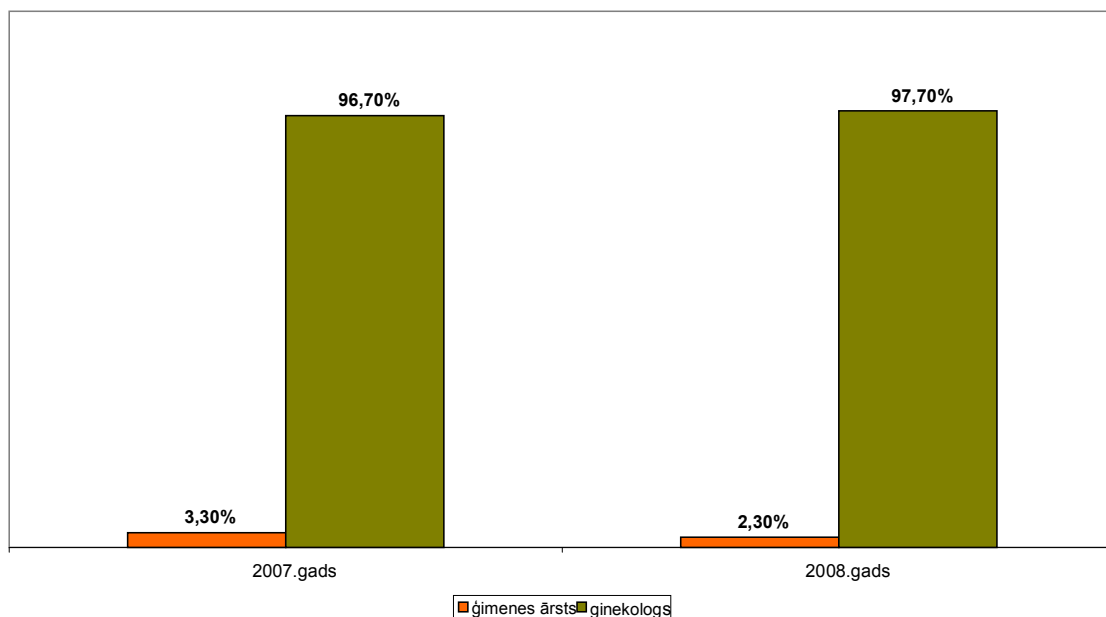
4.2. PROFILAKTISKĀS APSKATES

Ginekologu, dzemdību speciālistu un ģimenes ārstu veiktā profilaktiskā darba un grūtnieču aprūpes sadalījums, %

Attēlā redzams ginekologu, dzemdību speciālistu un ģimenes ārstu veiktā profilaktiskā darba sadalījums, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus gadījumos, kur šo abu speciālistu kompetence ir vienāda.

25.attēls

Ginekologu un ģimenes ārstu veiktās ginekoloģiskās profilaktiskās apskates, %



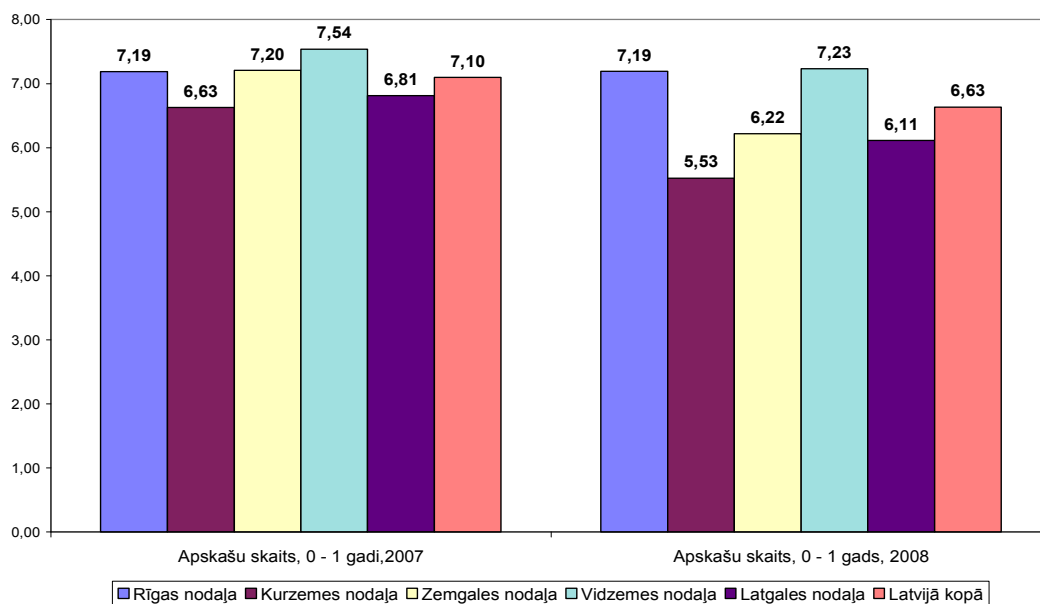
2008. gadā ģimenes ārsti veikuši nelielu daļu no visām ginekoloģiskajām profilaktiskajām apskatēm – 2747 apskates, kas sastāda 2.3%. Ginekologi, dzemdību speciālisti veikuši 116625 apskates, kas sastāda 97.7%. Attiecīgi 2007. gadā ģimenes ārsti bija veikuši 5189 ginekoloģiskās profilaktiskās apskates (3,3%), bet ginekologi, dzemdību speciālisti - 152288 apskates (97,7%). Veikto izmeklējumu izteiktā atšķirība skaidrojama gan ar tarifu izmaiņām no 2007. gada ginekologa profilaktiskajai apskatei, gan ar iedzīvotāju izvēli ginekoloģisko profilaktisko apskati veikt pie ginekologa.

Zīdaiņu un bērnu profilaktisko apmeklējumu skaits pie ģimenes ārsta gadā.

Profilaktisko apskašu programma paredz 8 ģimenes ārsta profilaktiskās apskates bērnam līdz 1 gada vecumam ģimenes ārsta prakses vietā.

26.attēls

Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits bērnam pirmajā dzīves gadā

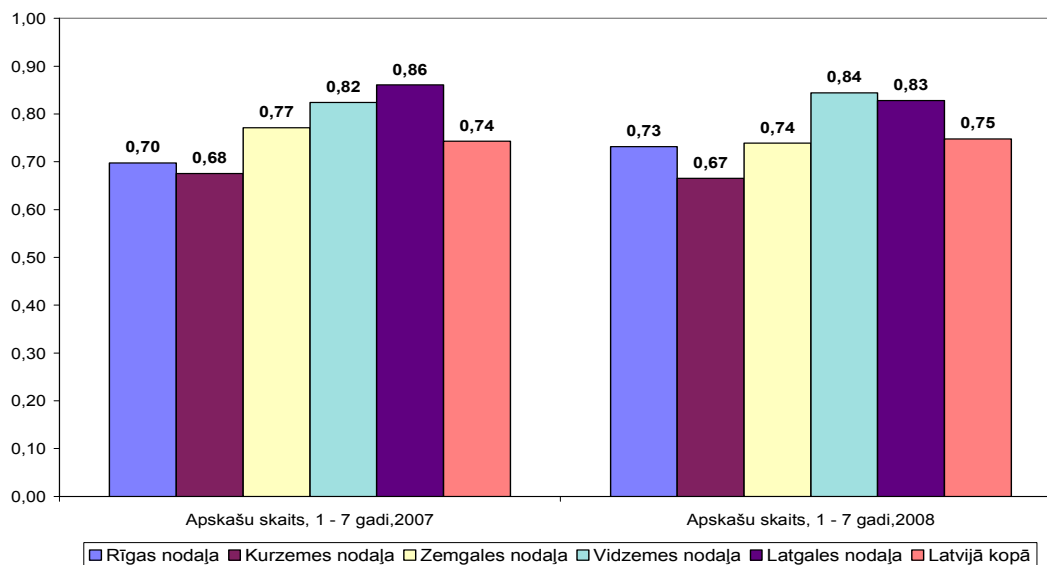


Attēlā redzams, ka vidēji valstī viens bērns vecumā līdz 1 gadam 2007. gadā saņēmis 7 ģimenes ārsta profilaktiskās apskates, bet 2008. gadā 6-7 profilaktiskās apskates, tādējādi rādītājs ir nedaudz samazinājies.



27.attēls

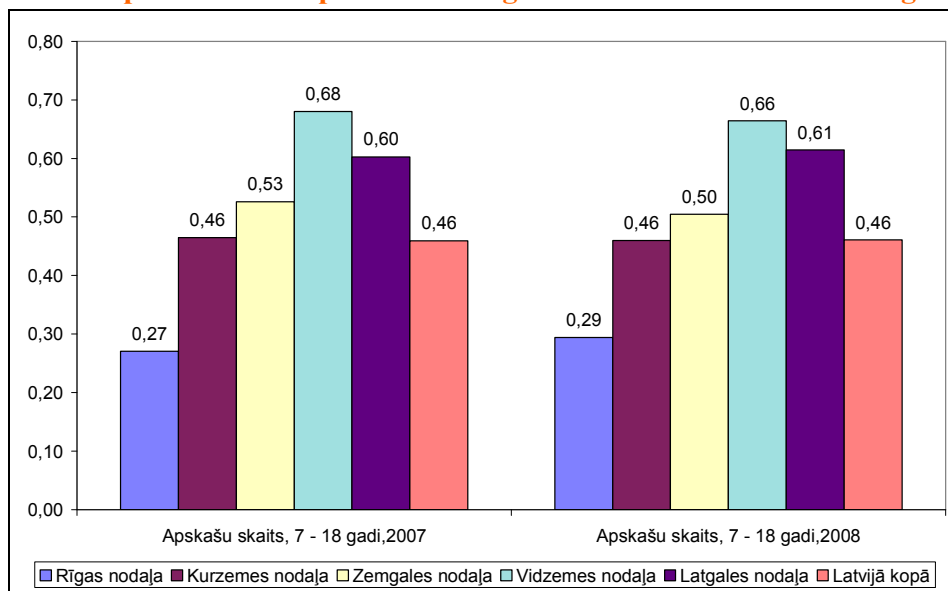
Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits gadā bērnam vecumā no 1-7gadiem



Bērnam vecumā no 1 līdz 7 gadiem (6 gadi, 11 mēneši, 31 diena) profilaktisko apskašu programma paredz 7 ģimenes ārsta profilaktiskās apskates. Jāsecina, ka bērni retāk kā reizi gadā saņem profilaktisko apskati.

28.attēls

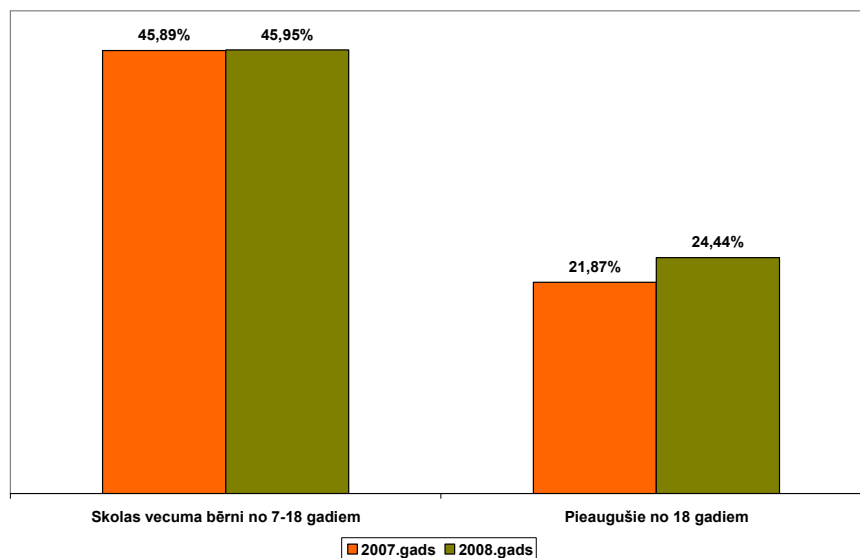
Ģimenes ārsta profilaktisko apskašu skaits gadā bērnam vecumā no 7-18 gadiem



Pavisam neliels profilaktisko apskašu skaits ir vecuma grupā no 7 līdz 18 gadiem (17 gadi, 11 mēneši, 31 diena), kad profilaktisko apskašu programma paredz ģimenes ārsta profilaktisko apskati 1 reizi gadā. Arī šajā vecuma grupā bērni retāk kā reizi gadā saņem profilaktisko apskati. Atšķiras profilaktisko apskašu aptvere pa reģioniem. Redzams, ka īpaši zema profilaktisko apskašu aptvere bērniem vecumā no 7 līdz 18 gadiem ir Rīgā.

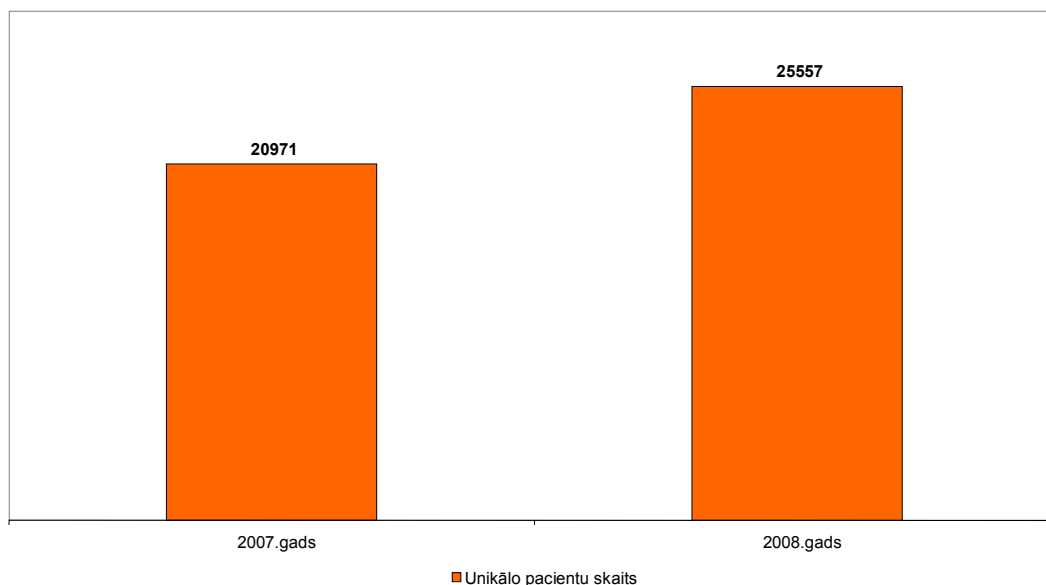
29.attēls

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. Analizējot iegūtos rezultātus, redzam, ka reizi gadā tikai nedaudz vairāk kā 20% no pie ģimenes ārsta reģistrētajiem pieaugušajiem pacientiem ir veikuši profilaktisko veselības pārbaudi, savukārt aktīvāk profilaktiskās apskates tiek veiktas skolas vecuma bērniem - aptuveni 45% no visiem pie ģimenes ārsta reģistrētajiem bērniem vecumā no 7-18 gadiem tika veikta profilaktiskā veselības pārbaude.



Okulista profilaktiskā apskate bērniem.

Ar terminu „unikālais pacients” tiek apzīmēts pacients, kurš gada laikā vienu reizi saņēmis attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu.

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. 2008. gadā ir palielinājies bērnu skaits, kas saņēmuši okulista profilaktisko apskati, kas skaidrojams ar nelielu, pakāpenisku dzimstības pieaugumu.

Vēža skrīningizmeklējumu aptveres rādītāju dinamika, %

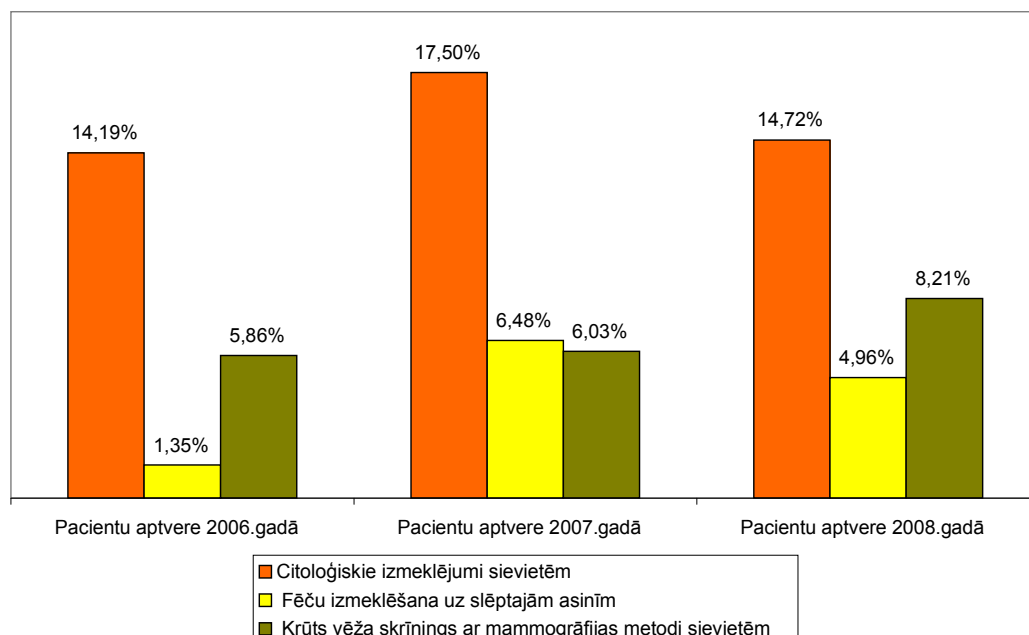
2008. gadā profilaktisko apskašu programmā bija iekļauti trīs agrīnās vēža diagnostikas skrīningizmeklējumi: dzemdes kakla vēža skrīningizmeklējums, krūts vēža skrīningizmeklējums ar mamogrāfijas metodi un slēpto asiņu izmeklējums fēcēs zarnu vēža skrīningdiagnostikai. Dzemdes kakla vēža skrīningizmeklējums (citoloģiskā uztriepe no dzemdes kakla) veikts 104 980 sievietēm. Krūts vēža skrīningizmeklējums ar mamogrāfijas metodi veikts 23 621 sievietēm. Zarnu audzēju agrīnā diagnostika ar slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs veikta 40 046 pacientiem.



Attēlā redzams, ka vēža skrīningizmeklējumu gada aptveres rādītāji nav augsti. Atšķirīgā rādītāju dinamika dzemdes kakla vēža profilaksei skaidrojama ar profilaktisko apskāšu programmas nosacījumu (izmeklējumam pakļautās vecuma grupas un izmeklējuma intervāli) izmaiņām normatīvajos aktos. Pozitīva dinamika vērojama krūts vēža profilaktiskā izmeklējuma aptverē, kur nosacījumi izmeklējamo personu vecuma grupai un izmeklēšanas intervālam analizētajā laika posmā nav mainījušies. Pozitīvā dinamika skaidrojama arī ar sabiedrības informētības palielināšanos un publikācijām plašsaziņas līdzekļos par krūts vēža biežo izplatību un iespējamo agrīno diagnostiku.

31.attēls

Vēža skrīningizmeklējumu aptveres rādītāju dinamika, %

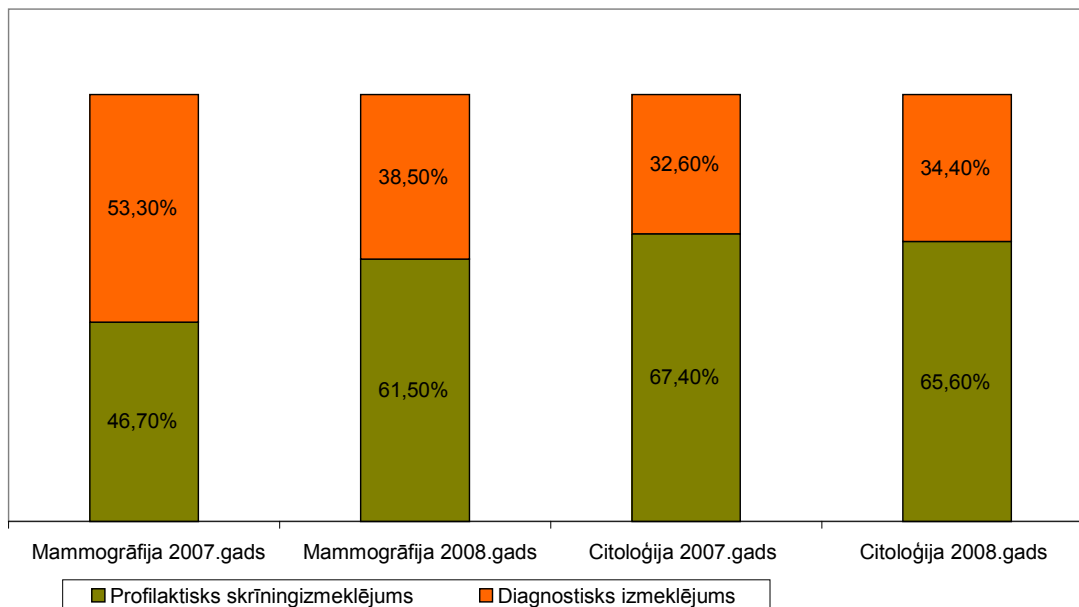


Analizējot datus jāņem vērā, ka no valsts budžeta apmaksātajiem vēža skrīningizmeklējumiem ir noteikts gan to pielietojšanas biežums (ne vairāk kā vienu reizi gadā un dažāds atkārtotības periodiskums), gan izmeklējamo personu vecums. Precīzāk aptveres rādītājus ir noteikt, ņemot vērā profilaktisko izmeklējumu periodiskumu (citoloģisko izmeklējumu veic reizi trīs gados un mamogrāfiju – reizi divos gados), tad tie būtiski palielinās. Citoloģisko izmeklējumu aptvere 2008. gadā, modelējot trīs gadu ciklu, būtu 44%, mamogrāfijas izmeklējumu aptvere, modelējot divu gadu ciklu - 16%. Modelējot tiek pieņemts, ka gan trīs gadu ciklā, gan divu gadu ciklā, atbilstoši skrīningprogrammai, pacientu procentuālā aptvere ir vienāda, tādējādi dzemdes kakla skrīningizmeklējuma gada procentuālā aptvere tiek reizināta ar trīs, savukārt mamogrāfijas izmeklējuma gada aptvere – ar divi.



32.attēls

Mammogrāfijas un citoloģijas izmeklējumu sadalījums starp diagnostiskajiem un profilaktiskajiem izmeklējumiem sievietēm, kuru vecums atbilst profilaktiskās apskates nosacījumiem, %



Attēlā redzams 2007. un 2008. gadā veikto mammogrāfijas un dzemdes kakla citoloģisko izmeklējumu procentuālais sadalījums starp diagnostiskajiem un profilaktiskajiem izmeklējumiem sievietēm, kuru vecums atbilst profilaktiskās apskates nosacījumiem. Analizējot datus par veiktajiem mammogrāfiskajiem un citoloģiskajiem izmeklējumiem skrīninga mērķa grupas sievietēm redzams, ka izmeklējumi vairāk tiek veikti kā profilaktiski, kas liecina par pozitīvu profilaktisko izmeklējumu dinamiku salīdzinājumā ar diagnostiskajiem izmeklējumiem.

4.3. ĢIMENES ĀRSTU KONTROLĒTIE SEKUNDĀRĀS AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪDZEKĻI

Atbilstoši Noteikumiem Nr.1046 maksājums ģimenes ārsta praksei speciālistu sniegto ģimenes ārsta kontrolēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai tiek aprēķināts pēc sekojošiem nosacījumiem:

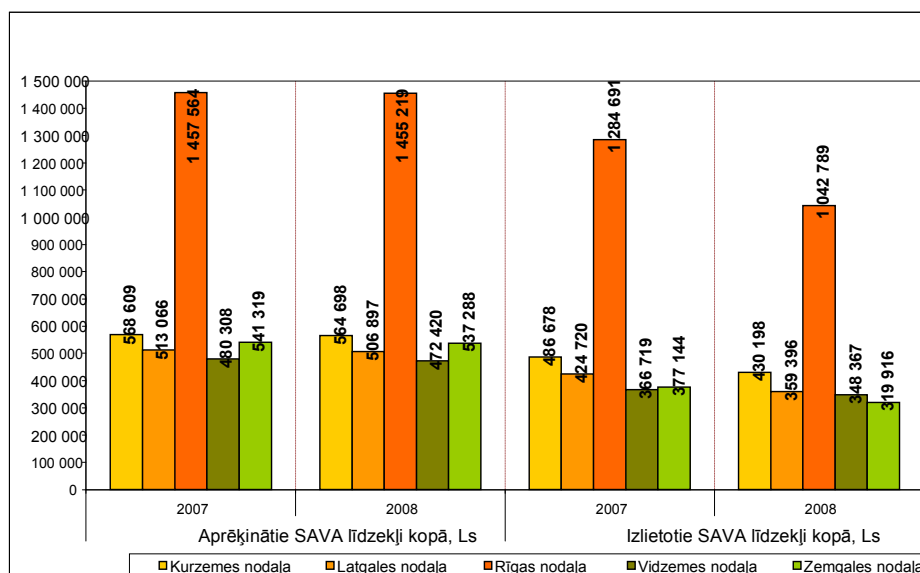
- par katru reģistrēto pacientu, ja reģistrēto bērnu īpatsvars nepārsniedz 70% - Ls 0,136 mēnesī;
- par katru reģistrēto pacientu, ja reģistrēto bērnu īpatsvars pārsniedz 70% - Ls 0,184 mēnesī.



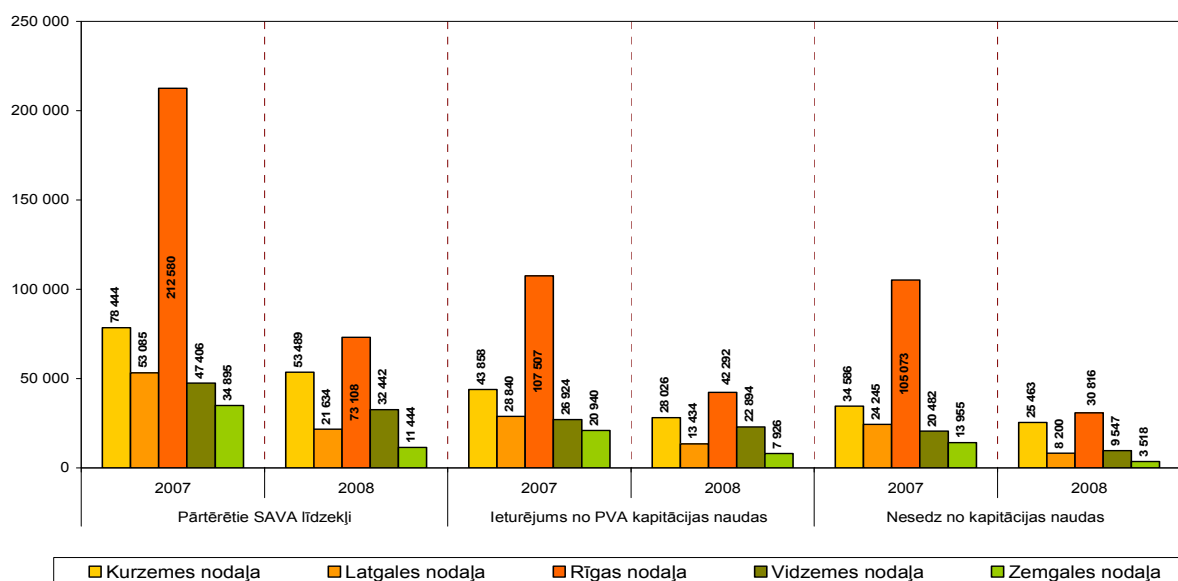
Par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista apmeklējumu, ja pacienta nosūtījumā norādīta diagnoze, kas minēta Noteikumu Nr.1046 13.pielikumā „Diagnozes, kuru gadījumos sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā no ģimenes ārstu kontrolētajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līdzekļiem”, apmaksa tiek veikta no ģimenes ārsta kontrolētā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas līdzekļiem. Ģimenes ārstu kontrolēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes apmaksas līdzekļu izlietojuma aprēķinu un atlikuma izmaksu ģimenes ārstiem aģentūra 2008.gadā veic par katru pusgadu atbilstoši Noteikumos Nr.1046 noteiktajai kārtībai.

33.attēls

Ģimenes ārstu kontrolētie SAVA līdzekļi 2007. un 2008.gadā

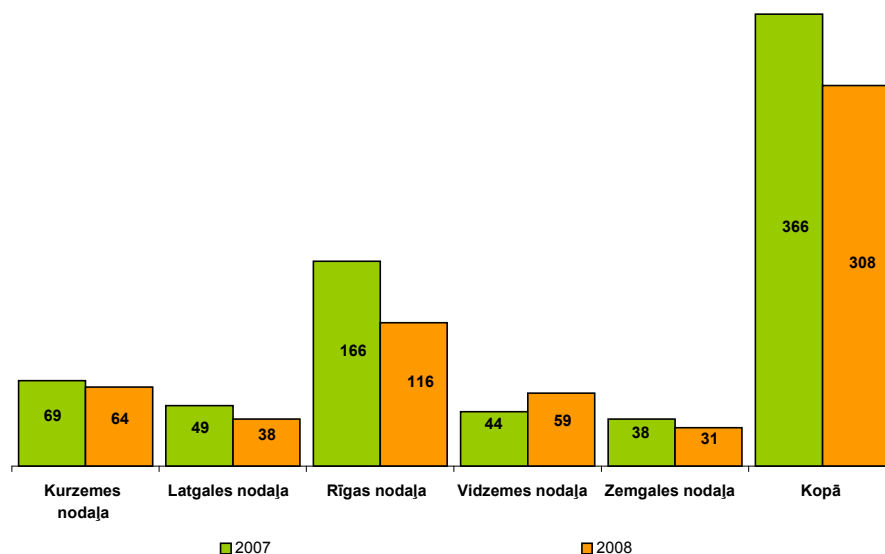


Pārtērētie SAVA līdzekļi sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām



Ja pusgadā ģimenes ārsts ir izlietojis visus aprēķinātos SAVA līdzekļus, pārtērējis var tikt ieturēts no kapitācijas naudas nepārsniedzot 10% no tās. Analizējot divus pusgada periodus 2007. un 2008. gadā, konstatēts, ka 2008. gadā ir samazinājies PVA ārstu skaits par 58 ārstiem, kuri ir pārtērējuši PVA SAVA līdzekļus, salīdzinot ar 2007. gadu. Tikai Zemgales nodaļā PVA ārstu skaits, kuri pārtērējuši PVA SAVA līdzekļus, ir nedaudz pieaudzis 2008. gadā, pārējās nodaļās tas ir samazinājies.

PVA ārstu skaits, kuri ir pārtērējuši aprēķinātos kontrolētos SAVA līdzekļus

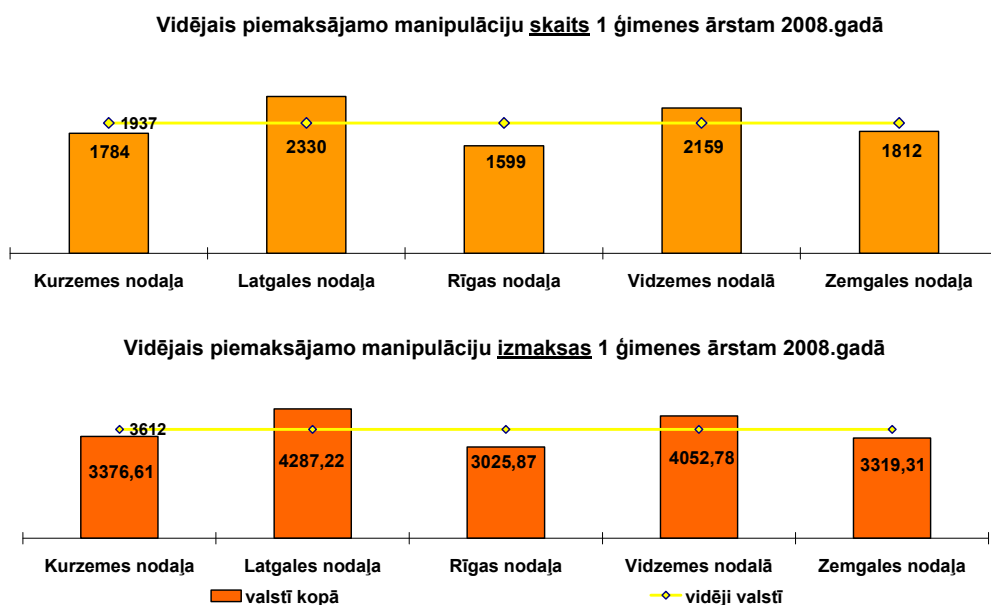


2008.gadā vidēji valstī no ģimenes ārstu kapitācijas naudas tika segti 61,97% no pārtērētajiem SAVA līdzekļiem. 38,03% no pārtērētajiem SAVA līdzekļiem sedza Aģentūras teritoriālās nodaļas.

4.4. VIDĒJĀS IZMAKSAS UN CITI RĀDĪTĀJI

36.attēls

Vidējais ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju skaits un vidējais ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju izmaksas vienam ģimenes ārstam 2008.gadā

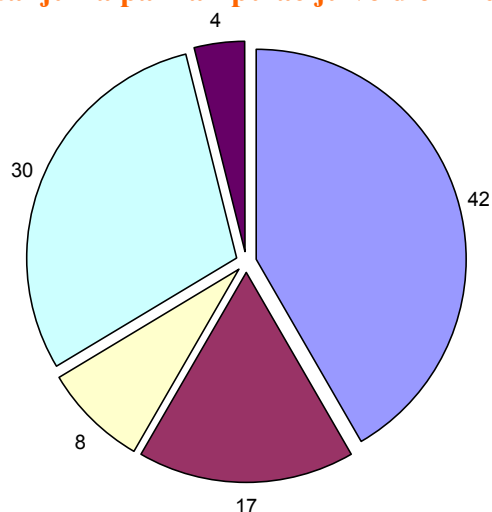


Primārajā veselības aprūpē visvairāk piemaksājamās manipulācijas ārsti pielieto Latgales un Vidzemes nodaļās - 2330 un 2159 manipulācijas uz vienu ģimenes ārstu 2008.gadā. Tas ir izskaidrojams ar to, ka Latgales un Vidzemes teritoriālajās nodaļās ir lielākas lauku teritorijas, kur pacienta nokļūšana līdz sekundārās veselības aprūpes speciālistiem bieži vien ir apgrūtināta. Ģimenes ārsti plašāk izmanto iespēju veikt dažādas papildus manipulācijas. Vidējais primārās veselības aprūpes ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju skaits Rīgas nodaļā ir 1599 manipulācijas vienam ģimenes ārstam, kas ir par 432 manipulācijām mazāk nekā vidēji valstī vienam ģimenes ārstam.

Atbilstoši ģimenes ārstu aktivitātēm arī saņemtais finansējums noteiktās teritorijās ir lielāks - Latgalē un Vidzemē, kur par piemaksājamajām manipulācijām saņemtais finansējums gadā vienam ģimenes ārstam vidēji ir 4000 Ls, bet vidēji valstī – 3612 Ls.

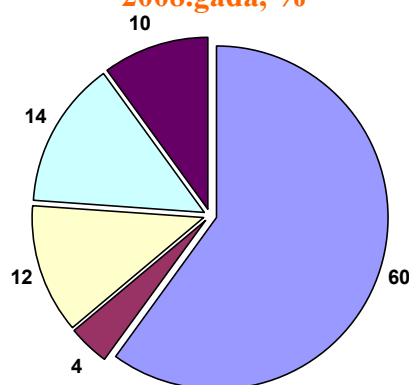


Vidējais ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju skaits 1 ģimenes ārstam sadalījumā pa manipulāciju veidiem 2008.gadā, %



■ Profilaktisko apskašu programmas manipulācijas
 ■ Vispārējās (terapeitiskās) manipulācijas
 ■ Mazās ķirurģijas manipulācijas

Vidējās ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju izmaksas 1 ģimenes ārstam sadalījumā pa manipulāciju veidiem 2008.gadā, %



■ Vakcinācija
 ■ Laboratoriskās manipulācijas

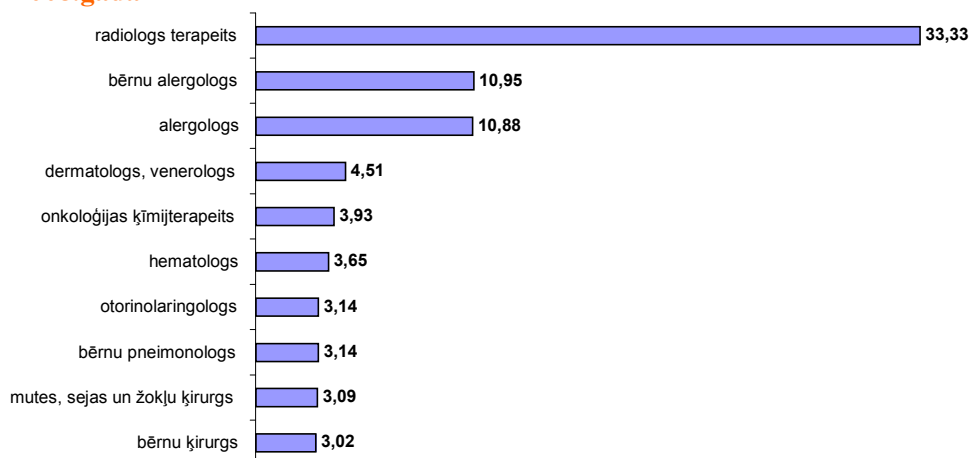
Ambulatorajā veselības aprūpē ģimenes ārstu piemaksājamo manipulāciju lielāko īpatsvaru sastāda profilaktiskie izmeklējumi - 42 % no kopēja piemaksājamo manipulāciju groza ģimenes ārstiem, kas savukārt veido 60% lielu finansējuma daļu no kopējam piemaksājamo manipulāciju izmaksām primārajā veselības aprūpē.

Speciālistu piemaksājamo manipulāciju skaits uz vienu unikālo pacientu 2008.gadā

Turpmākajos divos grafikos ir attēloti dati par sekundāras veselības aprūpes speciālistu veiktajām piemaksājamām manipulācijām bez 7 aprūpes epizodes - palīgkabineta pakalpojumi un struktūrvienības - dienas stacionārs.

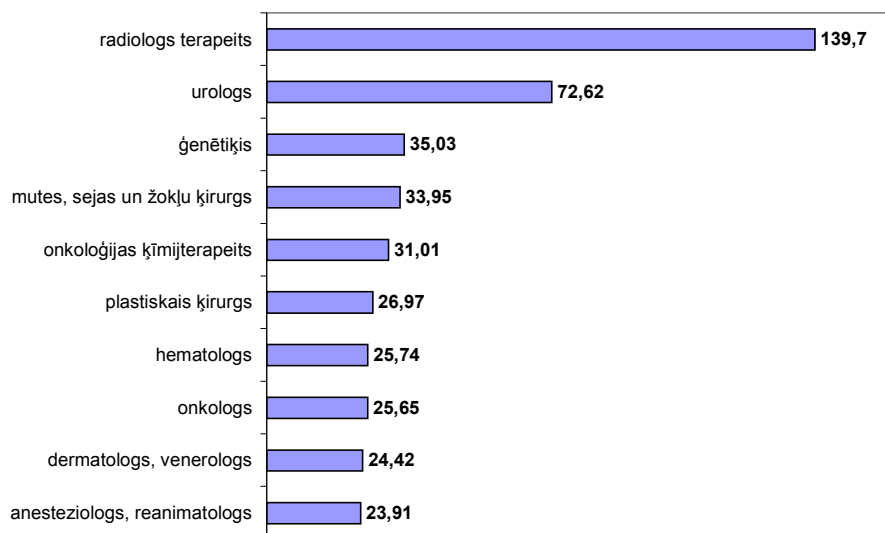


Top-10 speciālisti ar lielāko piemaksājamo manipulāciju skaitu uz vienu unikālo pacientu 2008.gadā



Lielākais piemaksājamo manipulāciju skaits uz vienu unikālo pacientu ir radiologam terapeitam, kurš pacientu ārstēšanas procesā visvairāk, tas ir 2 157 manipulācijas 200 unikāliem pacientiem, pielietojis manipulāciju ar kodu 50396 - Apstarošana ar lineāro paātrinātāju līdz 2 staru ieejas laukiem. Alergologs un bērnu alergologs pacientu ārstēšanas laikā vairākkārtīgi pielieto manipulāciju ar kodu 10009 - Ādas dūriena raudze (prick tests) par katru nākošo alergēnu un šī manipulācija pacientiem bieži vien tiek veikta vairākas reizes.

Top-10 speciālistu lielākās izmaksas uz vienu unikālo pacientu 2008.gadā

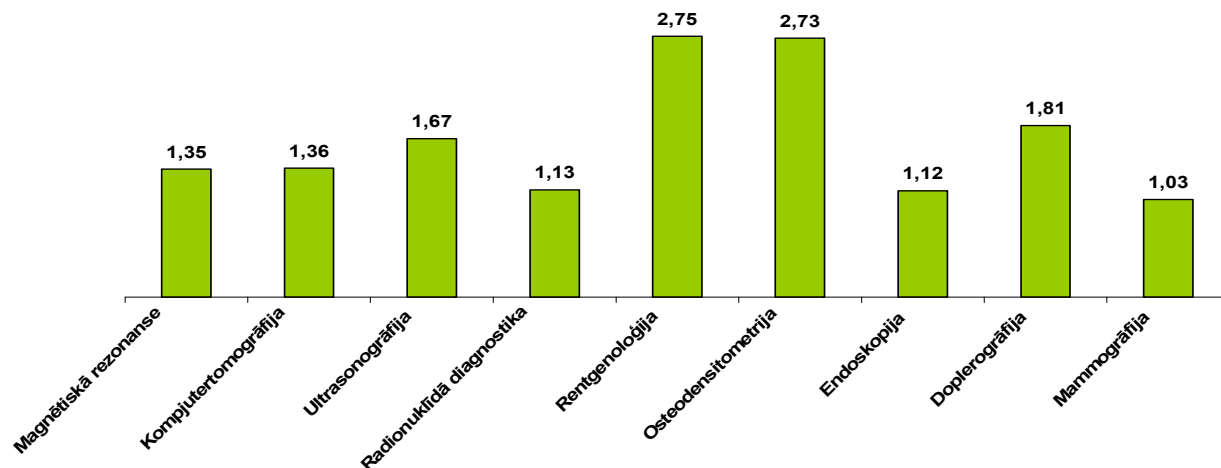


Salīdzinoši vislielākās piemaksājamo manipulāciju izmaksas uz vienu pacientu ir radiologam terapeitam - vidēji 139,7 latu vienam pacientam gadā. Urologs pacientu ārstēšanas laikā visbiežāk no piemaksājamo manipulāciju saraksta pielieto manipulāciju ar kodu 19187 -Ekstrakorporālā litotripsija, kuras izmaksas 2008.gadā urologam bija 238 918 latu.



40.attēls

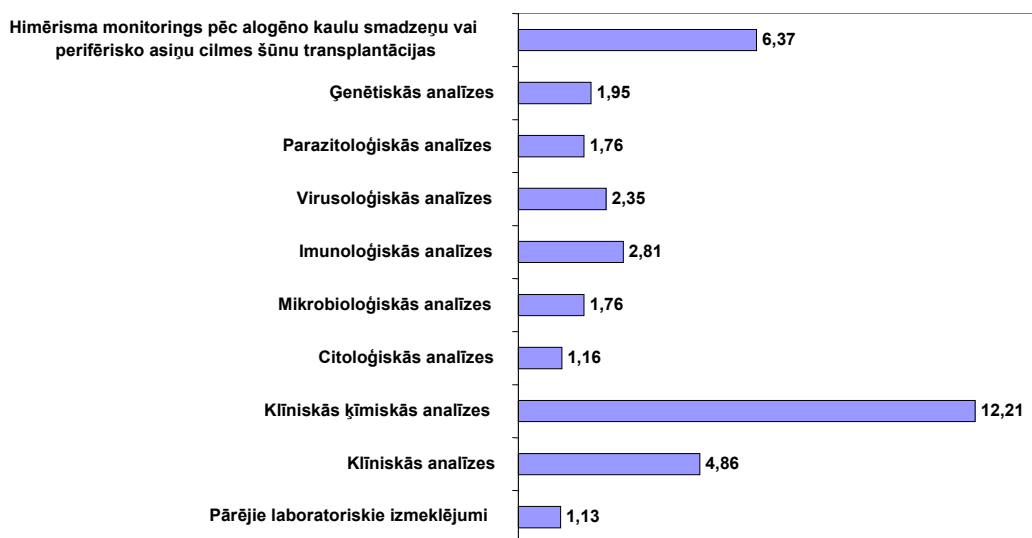
Vidējais pamatmanipulāciju skaits vienam unikālam pacientam diagnostisko izmeklējumu programmās 2008.gadā



Ambulatorās veselības aprūpes diagnostisko izmeklējumu programmās vienam unikālam pacientam bieži vien pielieto vienu, retāk divas pamatmanipulācijas. Tikai divās diagnostisko izmeklējumu programmās, Rentgenoloģija un Osteodensitometrija, pielieto vairākas pamatmanipulācijas vienā ambulatora apmeklējuma laikā, līdz ar to pamatmanipulāciju skaits uz vienu unikālo pacientu ir lielāks un sastāda vidēji 2,7 pamatmanipulācijas.

41.attēls

Laboratorisko izmeklējumu pakalpojumu programmu vidējais pamatmanipulāciju skaits vienam unikālam pacientam 2008.gadā



Ambulatorajā veselības aprūpē pakalpojumu programmā Laboratoriskie izmeklējumi pamatmanipulācijas vienam unikālam pacientam tiek pielietotas vidēji divas, trīs reizes. Vislielākais pamatmanipulāciju skaits vienam unikālam pacientam - 12 manipulācijas ir Klīnisko ķīmisko analīžu apakšprogrammā.

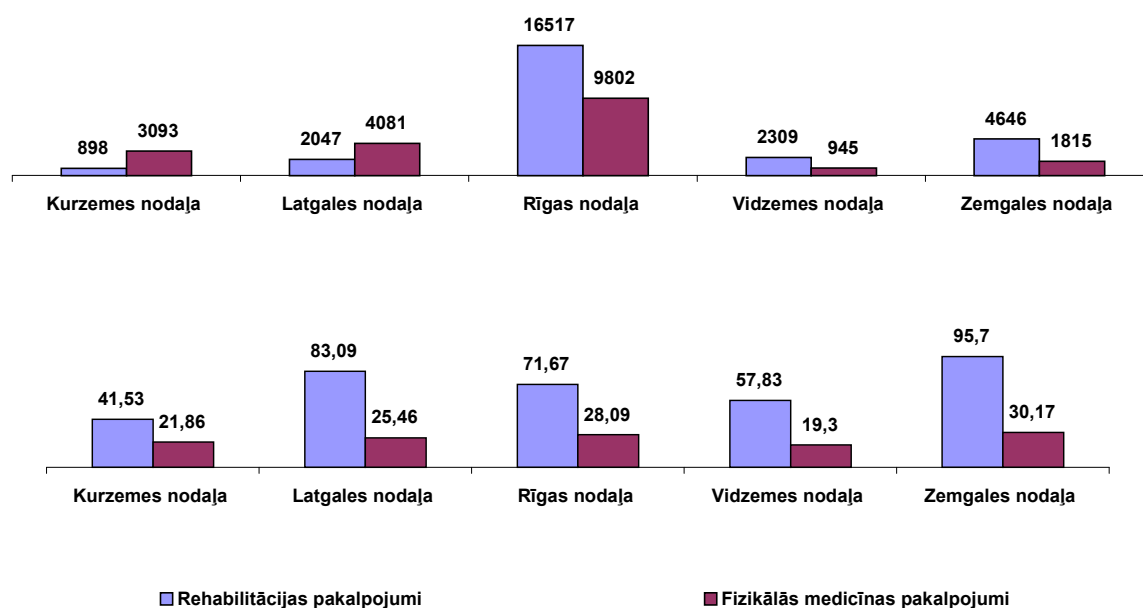
42.tabula

Laboratorisko izmeklējumu pakalpojumu programmu vidējās izmaksas vienam unikālam pacientam 2008.gadā

Pakalpojuma programma	Summa, Ls
Pārējie laboratoriskie izmeklējumi	22,43
Klīniskās analīzes	5,70
Klīniskās ķīmiskās analīzes	16,78
Citoloģiskās analīzes	4,46
Mikrobioloģiskās analīzes	12,09
Imunoloģiskās analīzes	14,40
Virusoloģiskās analīzes	10,57
Parazitoloģiskās analīzes	2,31
Ģenētiskās analīzes	107,83

42.attēls

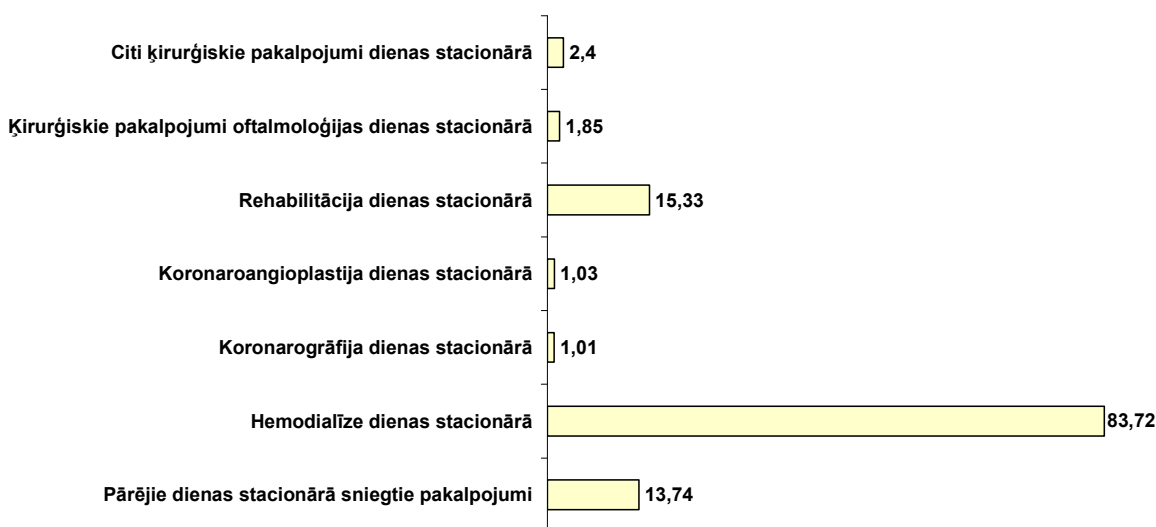
Unikālo pacientu skaits un vidējās izmaksas vienam unikālajam pacientam pakalpojumu programmās Fizikālās medicīnas pakalpojumi un Rehabilitācijas pakalpojumi 2008.gadā



Analizējot ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu programmas Fizikālās medicīnas pakalpojumi un Rehabilitācijas pakalpojumus teritoriālo nodaļu griezumā jāsecina, ka pakalpojumu pieejamība Latvijas reģionos ir atšķirīga. Pakalpojumu programmās Fizikālās medicīnas pakalpojumi un Rehabilitācijas pakalpojumi vislielākais unikālo pacientu skaits ir Rīgas nodaļai piekritīgajā teritorijā.

43.attēls

Dienas stacionārā 1 unikālam pacientam vidējais veikto manipulāciju skaits pa pakalpojumu programmām 2008.gadā



Pakalpojumu programmas Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi apakšprogrammās vidējais manipulāciju skaits uz vienu unikālo pacientu ir atšķirīgs. Tas atkarīgs no katras konkrētās klīniskās nozares un pakalpojuma specifikas. Apakšprogrammā Hemodialīze dienas stacionārā tas ir 83 manipulācijas, bet, piemēram, Koronarogrāfija dienas stacionārā vidēji tikai 1 manipulācija.



43.tabula

Dienas stacionārā sniegtie pakalpojumu programmu vidējās izmaksas 1 unikālam pacientam 2008.gadā

Pakalpojumu programmas nosaukums	Vidējās izmaksas 1 unikālam pacientam
Hemodialīze dienas stacionārā	5806,18
Koronarogrāfija dienas stacionārā	471,89
Koronaroangioplastija dienas stacionārā	2893,57
Rehabilitācija dienas stacionārā	171,36
Ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijas dienas stacionārā	252,44
Citi ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā	82,13
Pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi	135,54

* Pārējie dienas stacionārā sniegtie pakalpojumi – psihiatrs, ginekologs, terapeits, u.c.

4.5. ZOBĀRSTNIECISKĀS 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.



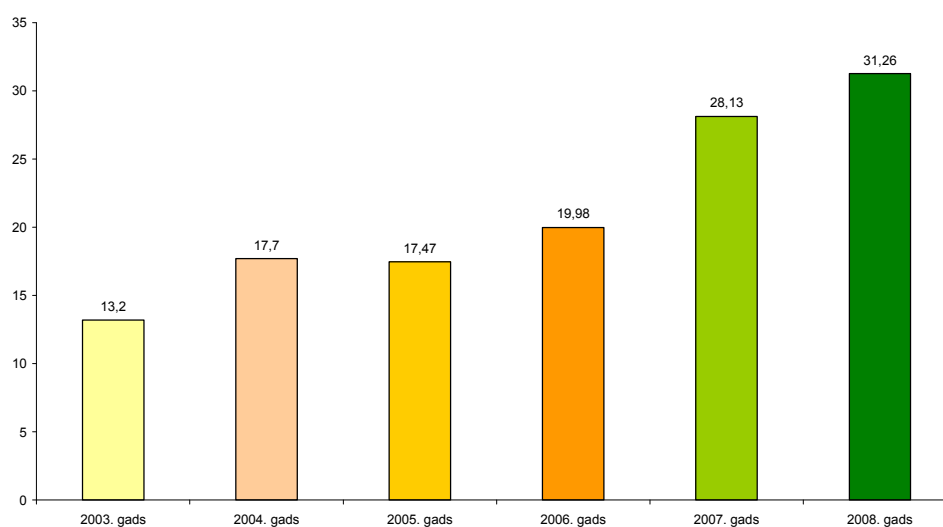
Zobārstniecības pakalpojumi, Ls

Nodaļa	Līguma summa	Veiktā darba apjoms pārskata periodā	Pārstrāde virs līguma summas	Līguma neizpilde
Kurzemes nodaļa	1 317 772,00	1 262 544,97	3 165,15	58 392,18
Latgales nodaļa	1 050 627,00	1 016 569,21	2 265,95	36 323,74
Rīgas nodaļa	2 825 311,94	2 533 751,80	11 219,76	302 779,90
Vidzemes nodaļa	932 345,88	837 279,18	3 390,11	98 454,08
Zemgales nodaļa	848 158,72	757 885,41	228,12	90 501,43
Kopā:	6 974 215,54	6 408 030,57	20 269,09	586 451,33

Zobārstniecības pakalpojumu izmaksas valstī uz vienu ārstēto bērnu 2008. gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, vidēji pieaugušas par 11,13%. Tas saistīts ar medicīnas darbinieku vidējās darba samaksas pieaugumu valstī un zobārstniecības pakalpojumu tarifu pieaugumu. Visaugstākās izmaksas ir Rīgas teritoriālā nodaļā, bet viszemākās Zemgales teritoriālā nodaļā.

44.attēls

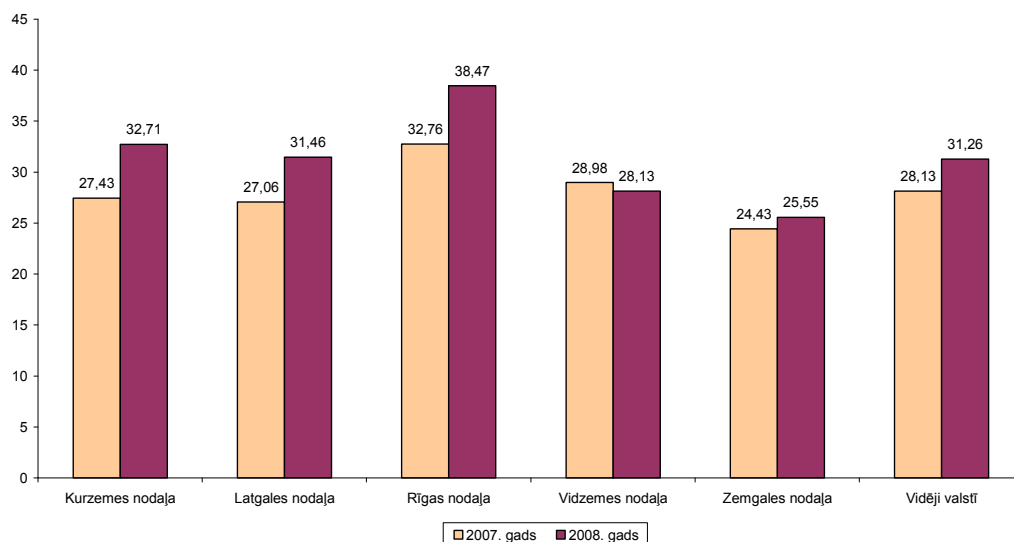
Zobārstniecisko izmaksu dinamika uz vienu ārstēto bērnu, Ls *



*Rādītāji aprēķināti izmantojot zobārstnieciskās aprūpes un veselības obligātās apdrošināšanas dalībnieku reģistra datus.



Zobārstnieciskās izmaksas uz vienu ārstēto bērnu sadalījumā pa Aģentūras teritoriālajām nodaļām, Ls



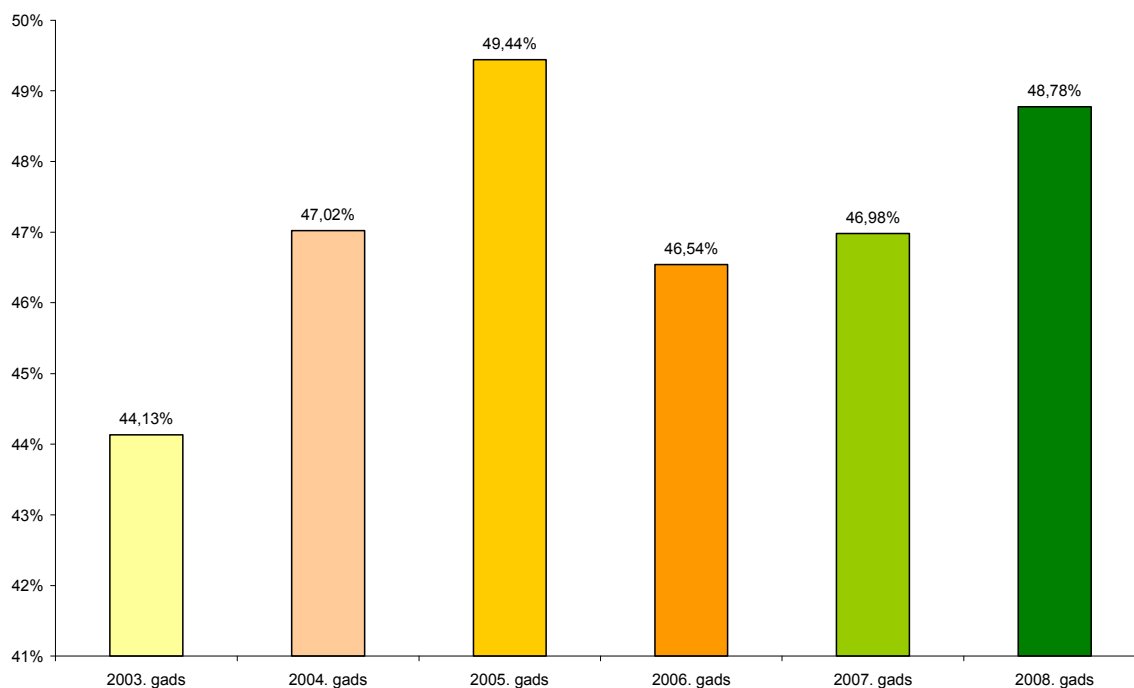
2006. gadā bija vērojams kritums bērnu zobārstnieciskās aptveres rādītājā, tas tika skaidrots ar to, ka valsts noteiktā maksa par zobārstniecības pakalpojumiem nebija konkurētspējīga ar zobārstu noteikto pakalpojuma cenu un līdz ar to vērojams maksas pakalpojumu pieaugums.

2007. gadā tika paaugstināti zobārstniecības tarifi (aptuveni par 27%) un tika paplašināts valsts apmaksājamo manipulāciju skaits, kā rezultātā bērnu zobārstnieciskā aptvere nepasliktinājās. 2008.gadā bērnu zobārstnieciskā aptvere turpina pieaugt, jo nedaudz tika paaugstināti zobārstniecības tarifi (aptuveni par 5%) un otrs veicinošais faktors ir divu mobilo zobārstniecības kabinetu pakalpojumu sniegšana Latvijas attālo rajonu skolu un sociālo iestāžu bērniem.



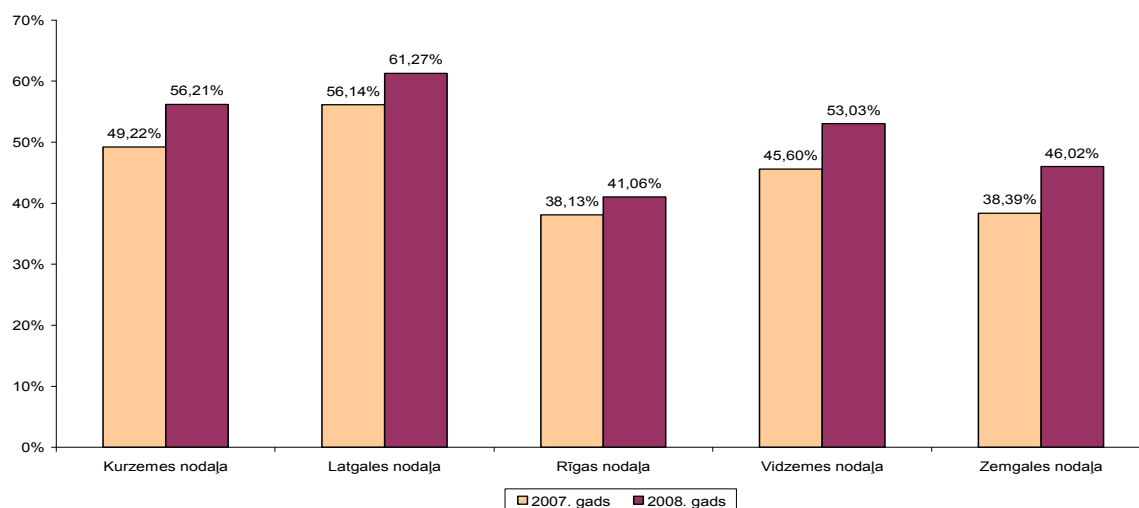
46.attēls

Bērnu zobārstnieciskā aptveres dinamika, %



47.attēls

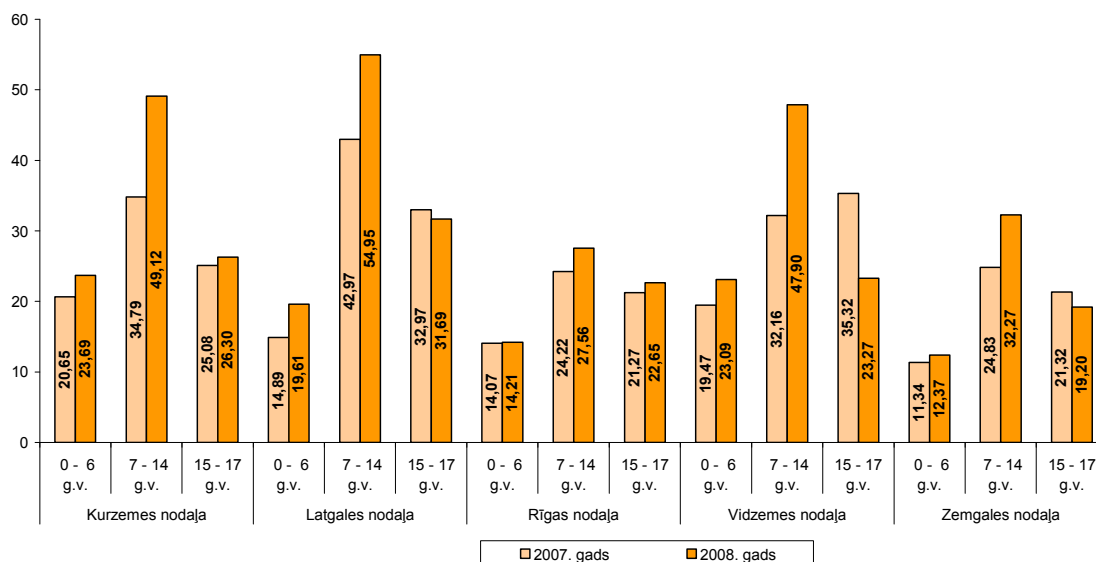
Bērnu zobārstnieciskā aptvere sadalījumā pa Aģentūras teritoriālajām nodaļām, %



Divu gadu dinamikā bērnu aptvere pa Aģentūras teritoriālajām nodaļām nav mainījusies. Vismazākā bērnu aptvere arī 2008. gadā ir Rīgā (41.06%), bet vislielākā Latgalē (61.27%). Tas saistīts ar to, ka Latgalē tiek organizētas aktīvas bērnu zobārstnieciskās izmeklēšanas kampaņas un veikts profilaktiskais darbs, kurš ir arī rezultatīvs. Tā kā Rīgā ir liels zobārstnieciskās 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 Aģentūru. Visaugstākā pacientu zobārstnieciskā profilaktiskā aptvere 2007. gadā ir vecuma grupā no 7-14 gadiem, kā arī zobārstniecisko profilakses aptveres rādītāji ir atšķirīgi starp reģioniem.

48.attēls

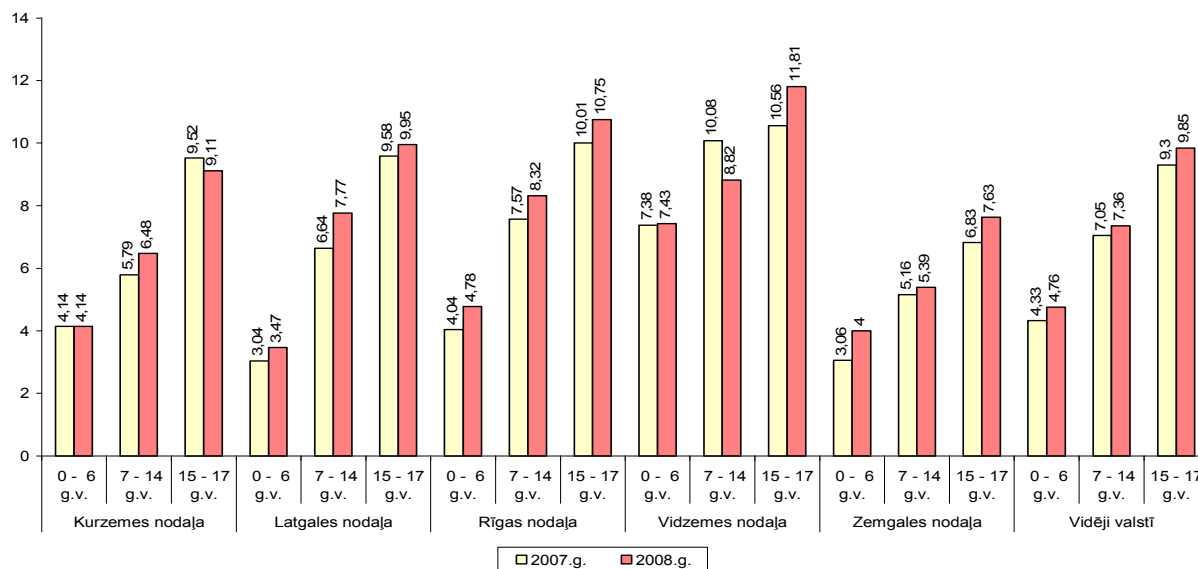
Zobārstniecisko profilaksi saņēmušo bērnu skaits pa vecumu grupām, %



Viena zobārstnieciskās profilakses saņēmumā bērna izmaksas valstī 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu vecumā līdz 6 gadiem ir pieaugušas par 9,93%. Pamatskolas vecumā no 7 - 14 gadiem izmaksas pieaugušas par 4,40%, savukārt vidusskolas vecumā no 15 līdz 17 gadiem izmaksas ir pieaugušas par 5,91%.

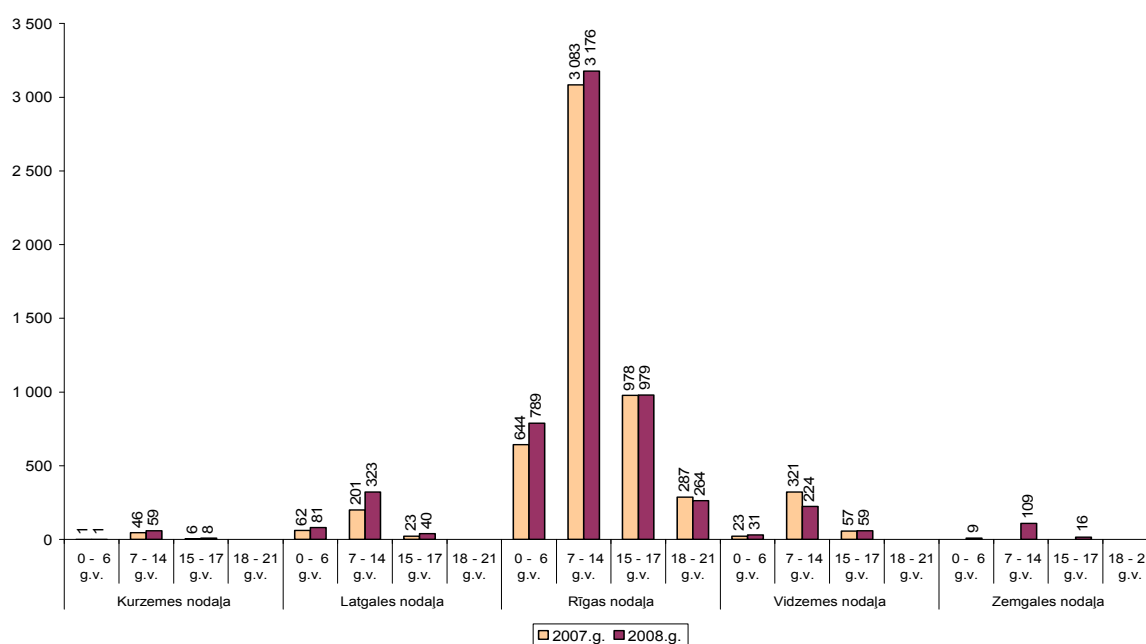


Zobārstnieciskās profilakses izmaksas uz vienu saņēmušo bērnu, Ls



Visvairāk personām pirmreizējā konsultācija vai ārstēšanās pie ortodonta jeb zobu tehniķa sniegta Rīgā, jo lielākā daļa šo speciālistu pieejami SIA Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts. Analizējot pakalpojumus saņēmušās personas četrās vecuma grupās, tika konstatēts, ka biežāk pēc palīdzības griežas personas pamatskolas vecumā no 7 līdz 14 gadiem.

Ortodontisko pakalpojumu saņēmušo personu skaits

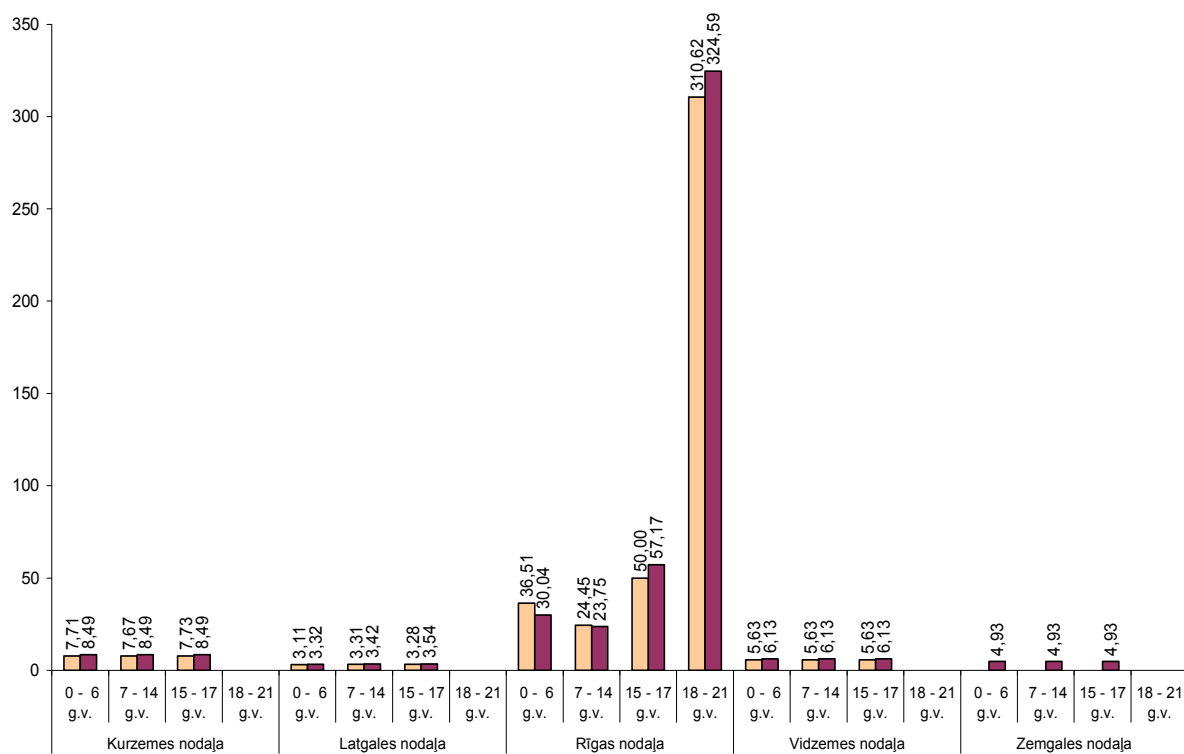


Vienas ortodontiskās ārstēšanas pirmreizējo konsultāciju un ārstēšanos pie ortodonta jeb zobu tehniķa saņēmušās personas izmaksas valstī 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu ir:

- vecumā līdz 6 gadiem samazinājušās par 0,09%;
- pamatskolas vecumā no 7 - 14 gadiem samazinājušās par 13,78%;
- vidusskolas vecumā no 15 līdz 17 gadiem pieaugušas par 20,44%;
- vecumā no 18 līdz 21 gadam pieaugušas par 4,5%.

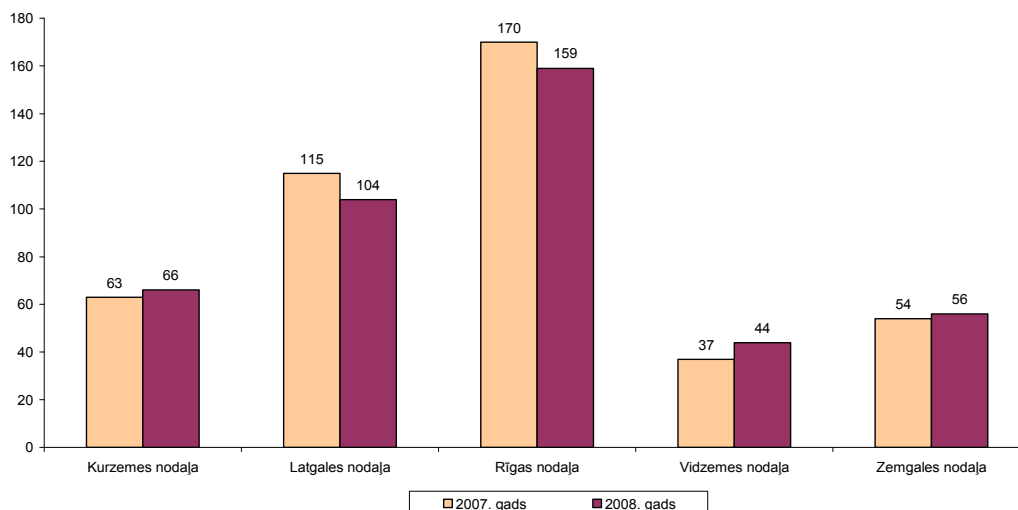
51.attēls

Ortodontiskās ārstēšanas izmaksas uz vienu saņēmušo personu



52.attēls

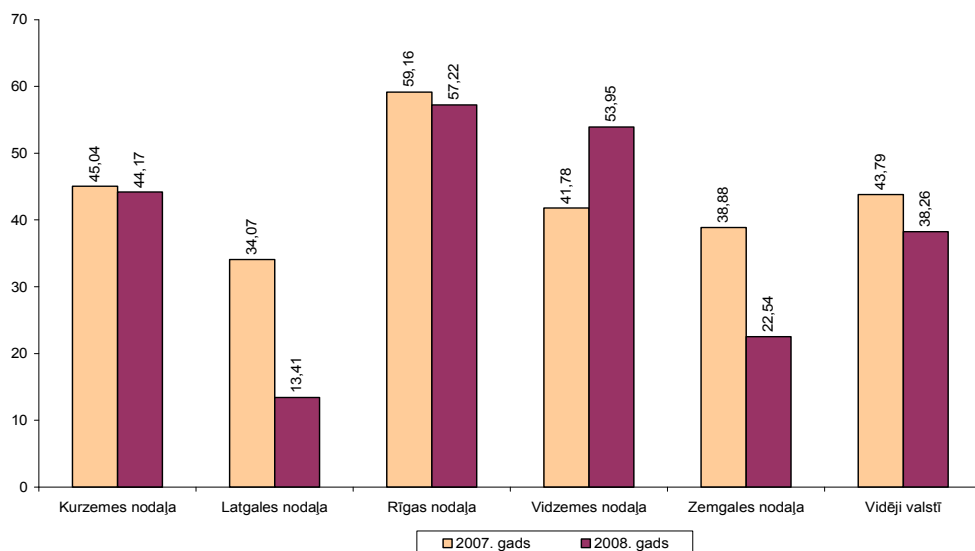
Zobārstnieciskos pakalpojumus saņēmušo Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu skaits



2008. gadā, salīdzinot ar 2007. gadu, par 1,61% ir samazinājies Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu skaits, 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.

53.attēls

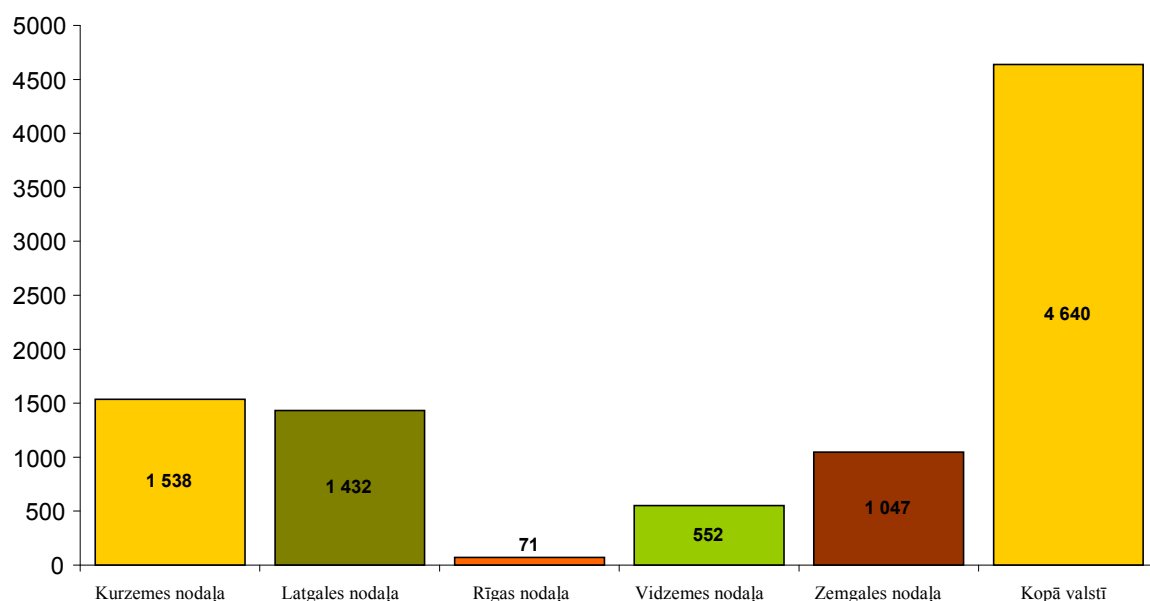
Zobārstnieciskās izmaksas uz vienu Černobiļas AES avārijas seku likvidācijā cietušo personu, Ls



Zobārstniecības pakalpojumu izmaksas valstī uz vienu Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā cietušo personu 2008. gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, vidēji samazinājušās par 12,63%. Visaugstākās izmaksas ir Rīgas teritoriālā nodaļā, bet viszemākās Latgales teritoriālā nodaļā.

54.attēls

Apmeklējumu skaits mobilajā zobārstniecības kabinetā pa speciālistu Aģentūras teritoriālajām nodaļām 2008.gadā

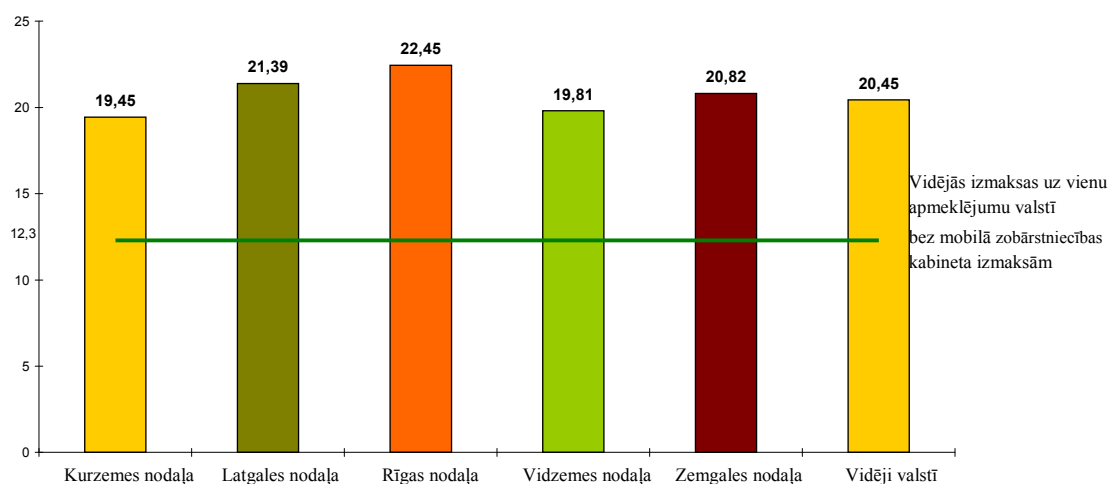


Mobilā zobārstniecība ir speciāli aprīkots autobuss, ar atbilstošu obligāto aprīkojumu saskaņā ar normatīvajām prasībām. Mobilā zobārstniecība ir risinājums zobārstniecības pakalpojumu pieejamībai lauku reģionu iedzīvotājiem, kam ikdienā nav pieejams zobārstniecības kabinets un speciālistu palīdzība.

Vismazākais bērnu apmeklējumu skaits mobilajā zobārstniecības kabinetā 2008. gadā ir Rīgas rajonā (1,53%), bet vislielākais Kurzemē (33,15%). Tas saistīts ar to, ka Kurzemē arī biežāk mobilais zobārstniecības kabinets sniedzis pakalpojumus. Tā kā Rīgas rajons ir ģeogrāfiski tuvu Rīgai, tad pacienti izvēlas saņemt pakalpojumus Rīgā.

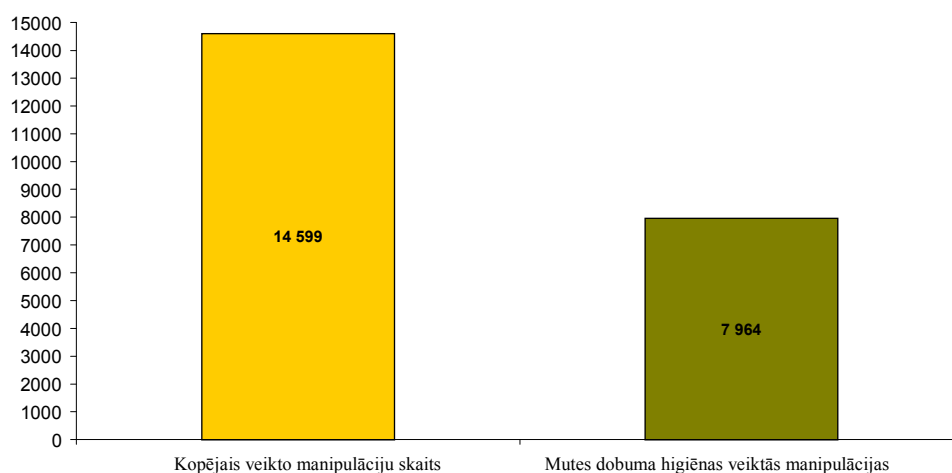


Vidējās izmaksas uz vienu apmeklējumu mobilajā zobārstniecības kabinetā 2008.gadā, Ls



2008.gadā vidējās zobārstnieciskās izmaksas valstī mobilajā zobārstniecības kabinetā uz vienu apmeklējumu ir 20,45 Ls, no kurām 44,41% ir apmaksāta piemaksa Paula Stradiņa klīniskai universitātes slimnīcai, Valsts SIA par mobilā zobārstniecības kabineta uzturēšanu. Mobilajā zobārstniecības kabinetā vidējās izmaksas valstī uz vienu apmeklējumu ir par 66,26% lielākas salīdzinot ar izmaksām uz vienu apmeklējumu valstī bez mobilā zobārstniecības kabineta izmaksām.

Mutes dobuma higiēnas īpatsvars mobilajā zobārstniecības kabinetā 2008.gadā



Bērniem, kas 2008.gadā ir saņēmuši zobārstniecības pakalpojumus mobilajā zobārstniecības kabinetā no visām veiktajām manipulācijām 54,55% sastāda mutes dobuma higiēnas manipulācijas.



5. STACIONĀRO IESTĀŽU DARBĪBA

Aģentūra 2008.gada 1.janvārī par stacionārās palīdzības nodrošināšanu noslēgusi līgumus ar 78 stacionārajām ārstniecības iestādēm.

2008.gada laikā notika vairāku ārstniecības iestāžu apvienošana un veikti līguma grozījumi ar šādām iestādēm:

- Paula Stradiņa klīniskajai universitātes slimnīcai tika pievienots Valsts Zobārstniecības un sejas ķirurģijas centrs - no 2008.gada 17.janvāra;
- Rīgas Austrumu klīniskajai universitātes slimnīcai tika pievienota Klīniskā universitātes slimnīca „Gaiļezers” – no 2008. gada 1.augusta;
- Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centram tika pievienota Vecpiebalgas psihoneiroloģiskā slimnīca – no 2008. gada 12.decembra;
- Liepājas reģionālajai slimnīcai tika pievienota Liepājas tuberkulozes slimnīca - no 2008. gada 19.decembra.

2008.gadā stacionārajās ārstniecības iestādēs samazinājies unikālo pacientu, hospitalizācijas un gultas dienu skaits.

Salīdzinot unikālo pacientu skaitu 2007.gadā (335 617) un 2008.gadā (328 808), redzams, ka 2008.gadā tas samazinājies par 6809 pacientiem. Apskatot unikālo pacientu un hospitalizāciju skaitu, var secināt, ka katrs pacients gan 2008.gada laikā slimnīcā, gan 2007.gadā laikā slimnīcā gulējis vidēji 1,4 reizes. Hospitalizāciju skaits 2008.gadā samazinājies par 1,48%, salīdzinot ar 2007.gadu (no 480 508 pacientiem 2007.gadā uz 473 409 pacientiem 2008.gadā). Gultas dienu skaits 2008.gadā samazinājies par 1,17%, salīdzinot ar 2007. gadu (no 4 527 812 gultas dienām uz 4474893 gultas dienām). Vidējais ārstēšanas ilgums 2008. gadā salīdzinoši ar 2007. gadu ir līdzīgs (9,40 dienas 2007.gadā un 9,45 dienas 2008.gadā).

Vidējās vienas stacionēšanas un vienas gultas dienas valsts izmaksas ietver izmaksas par sniegto stacionāro pakalpojumu un pacientu iemaksu kompensāciju par pacientiem, kas ietilpst no pacientu iemaksas atbrīvotajās iedzīvotāju kategorijās. Salīdzinot ar 2007. gadu, 2008. gadā vidējās vienas stacionēšanās valsts izmaksas pieaugušas par 19,73% un vidējās vienas gultas dienas valsts izmaksas pieaugušas par 19,36%.



Vispārējie rādītāji

Diennakts stacionārs	Kopā / vidēji 2006.gads	Kopā / vidēji 2007.gads	Kopā / vidēji 2008.gads
Unikālo pacientu skaits *	327 172	335 617	328 808
Stacionēšanās gadījumu skaits	464 769	480 508	473 409
Gultas dienu skaits	4 334 763	4 527 812	4 474 893
Vidējais ārstēšanās ilgums	9,3	9,4	9,45
Vidējais ārstēšanās ilgums (neiekļaujot SSK-10 diagnožu grupu F00 – F99 Psihiski un uzvedības traucējumi)	7,8	7,7	7,6
Vidējās vienas stacionēšanas valsts izmaksas	311	412	493
Vidējās vienas gultas dienas valsts izmaksas	33,31	43,68	52,14

* unikālie pacienti tiek uzskaitīti, ņemot par pamatu uzskaites dokumentā norādīto personas kodu, kas katrai personai ir unikāls. Tādejādi iegūtais skaits parāda, cik konkrētas personas ir ārstējušās stacionāros.

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.

Gultasdienu vidējās izmaksas iegūst stacionāro iestāžu kopējos ieņēmumus attiecinot pret gultasdienu skaitu (līguma ietvaros).

Reģionālo daudzprofila slimnīcu grupā augstākās gultasdienu vidējās izmaksas ir P.Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā (Ls 165,77), lokālo daudzprofila slimnīcu grupā augstākās vidējās izmaksas ir Rīgas 2.slimnīcā (Ls 59,70) un Latvijas Jūras medicīnas centrā (Ls 59,35). No specializētajiem centriem augstākās gultasdienu vidējās izmaksas ir Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (Ls 107,17).

Starp stacionāro ārstniecības iestāžu grupām visaugstākās vidējās izmaksas ir reģionālajās daudzprofilu slimnīcās (Ls 79,04) un specializētajos centros (Ls 48,71).

Salīdzinot ārstniecības iestāžu gultasdienu vidējās izmaksas 2008.gadā ar vidējām izmaksām 2007.gadā, liels pieaugums ir Paula Stradiņa klīniskajai universitātes slimnīcai (Ls 23,50), Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcai (Ls 19,42) un Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūtam (Ls 48,16).



Stacionāro ārstniecības iestāžu finansējums un faktiskā izpilde pa pakalpojumu programmām 2008.gadā

2008.gada līgumos ar stacionārām ārstniecības iestādēm tika iestrādātas un apmaksātas 44 specializēto pakalpojumu programmas un 1 pakalpojumu minimumā ietilpstošo pārējo pakalpojumu programma (terapeitiskie un ķirurģiskie pakalpojumi). Līdzekļu izlietojums pakalpojumu minimumā ietilpstošo terapeitisko un ķirurģisko pakalpojumu apmaksai ir Ls 118 854 667 (atbilstoši 61,50% terapeitiskajiem un 38,50% ķirurģiskajiem pakalpojumiem no šīs programmas līdzekļiem), kas izlietoti par 365 843 stacionāros ārstētiem pacientiem. Līdzekļu izlietojums specializētām programmām ir 47% (Ls 108 688 842) no kopējā finansējuma, ārstēto pacientu skaits 26% (125 513 pacienti) no kopējo pacientu skaita.

Specializētās pakalpojumu programmas ar lielāko finansējumu ir:

- Invazīvā kardioloģija, kas ir 9,67% (Ls 22 002 528) no kopējā līdzekļu daudzuma un 1,90% no kopējā stacionāros ārstēto pacientu skaita;
- Psihiatrija, kas ir 9,50%(Ls 21 623 903) no kopējā līdzekļu daudzuma un 7,26% no kopējā stacionāros ārstēto pacientu skaita;
- Hematoloģija un onkoloģija. Onkoloģisko slimnieku staru un ķīmijterapija (t.sk., neiroonkoloģija), kas ir 6,82% (Ls 15 526 503) no kopējā līdzekļu daudzuma un 5,21% no kopējā stacionāros ārstēto pacientu skaita.

Zemāk redzamajās tabulās finanšu apjoma izpilde uzrādīta bez pacientu iemaksām un pacientu iemaksas kompensācijas.

47.tabula

Stacionāro ārstniecības iestāžu faktiskā izpilde pa pakalpojumu programmām 2008.gadā

Programmas nosaukums	Faktiskā izpilde 2007.gadā		Faktiskā izpilde 2008.gadā	
	Faktiski veiktais darba apjoms, Ls	Ārstēto pacientu skaits	Faktiski veiktais darba apjoms, Ls	Ārstēto pacientu skaits
Kopā ārstniecības iestādēs				
Kopā:	191 790 888	481 370	227 543 509	491 356
Asinsvadu ķirurģija	1 083 733	838	1 305 844	848
Kardioķirurģija. Kardioķirurģija bērniem	8 665 434	1 414	10 391 632	1 579
Medicīniskā rehabilitācija stacionārā	4 951 657	9 844	5 673 759	10 165
Kohleārā implanta implantācija bērniem	206 791	20	217 973	12
Sifiliss, gonoreja bērniem. Mikoze.	194 317	297	229 400	280
Stacionārā psihatriskā palīdzība bērniem	514 176	1 525	551 813	889
Hematoloģija un onkoloģija	572 107	553	911 212	698
Cistiskā fibroze	14 962	30	16 718	27
Plānveida lielo locītavu endoprotezēšana	3 877 764	2 568	4 821 298	2 918



Mikroķirurģija	2 870 643	2 384	3 325 296	2 815
Toksikoloģija	208 479	1 583	226 193	1 542
Neiroangioloģija. Funkcionālā neiroķirurģija.	1 223 746	660	1 413 494	865
Neiroonkoloģija	321 895	632	278 865	494
Invazīvā kardioloģija	17 976 239	8 255	22 002 528	9 334
Hepatobiliārā ķirurģija	68 178	57	70 998	63
Torakālā ķirurģija	321 795	262	370 139	270
Černobiļas AES avārijas likvidētāju un arodslimnieku ārstēšana stacionārā	369 349	1 188	505 295	1 256
Elektrokardiostimulācija, EKS implantācija	1 634 064	1 097	2 552 319	1 301
Nefroķirurģija	1 171 131	296	879 031	340
Ekstraģenitālā grūtnieču patoloģija	204 730	688	233 021	669
Jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7 dzīves dienai)	1 435 923	1 129	1 386 934	998
Multiplā skleroze	190 293	726	175 769	693
Osteomielīts	98 802	96	98 309	70
Revīzijas endoprotēžu endoprotezēšana	483 236	179	494 374	179
Mikroķirurģiskā izgulējumu ārstēšana	535 373	34	669 700	95
Paliatīvā aprūpe	763 756	2 430	1 019 724	2 663
Apdegumi	1 174 339	558	1 375 735	509
Cilmes šūnu transplantācija	207 694	59	206 870	65
Nacionālsociālistiskajā režīmā cietušo personu rehabilitācija	74 495	162	89 551	173
Apsaldējumu stacionārā ārstēšana pieaugušajiem	103 030	54	31 572	22
Bērnu surdoloģija (pārejoši vai pastāvīgi dzirdes un valodas traucējumi) Stacionārā palīdzība. Rehabilitācija.	126 678	213	155 389	220
Stacionārā palīdzība onkoloģijā un hematoloģijā (t.sk. Ķīmijterapija un staru terapija, neiroonkoloģija)	12 574 661	24 761	15 526 503	25 605
Skoliozes operācijas	167 185	54	147 427	43
Osteomielīts. Mikroķirurģija (plānveida). Mugurkaulāja traumas un to sekas. Onkoloģija.	463 968	334	606 881	380
Specializētās mutes, sejas un žokļu slimību ārstēšana iedzimtu patoloģiju un jaunizveidojumu gadījumos	19 262	88	61 935	166
Psihiatrija	16 459 137	18 128	21 623 903	35 656
Narkomānu rehabilitācija	193 033	135	217 755	466
Narkoloģija	1 542 890	9 736	1 981 657	9 977
Grūtniecība, dzemdības un jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7 dzīves dienai)	2 795 430	9 298	3 052 533	9 310
Iedzimtu augsleju, lūpas un sejas šķeltnu, iedzimtu un smagu sakodiena anomāliju stacionārā ārstēšana	181 339	190	178 622	287
Seksuāli transmisīvo slimību stacionārā	39 684	133	33 751	107



ārstēšana pieaugušajiem				
Īslaicīga ķirurģiskā ārstēšana	0	0	125 704	250
Tuberkuloze (psihiatrijas slimnieki)	444 728	232	316 613	396
Tuberkulozes izplatības ierobežošana	927 292	560	1 167 709	818
Pakalpojumu minimumā ietilpstošie pakalpojumi, t.sk.	103 517 776	377 890	118 854 667	365 843
<i>Ķirurģiskie pakalpojumi</i>	<i>39 466 444</i>		<i>45 753 839</i>	
<i>Terapeitiskie pakalpojumi</i>	<i>64 051 332</i>		<i>73 100 828</i>	
Specifiskie medikamenti	359 010		197 406	
Tāmes finansējums	460 684		1 769 688	

Tabulā uzrādīta stacionāro iestāžu 2008.gadā veiktā darba faktiskā izpilde sadalījumā pa slimnīcu grupām un pakalpojumu programmām

48.tabula

Stacionāro ārstniecības iestāžu faktiskā izpilde pa pakalpojumu programmām sadalījumā pēc faktiski veiktā darba apjoma 2008.gadā

Programmas nosaukums	Faktiskā izpilde 2008.gadā	
	Faktiski veiktais darba apjoms, Ls	Ārstēto pacientu skaits
I Reģionālās daudzprofilu slimnīcas		
Kopā:	144 860 455	272 425
Asinsvadu ķirurģija	1 305 844	848
Kardioķirurģija. Kardioķirurģija bērniem	10 391 632	1 579
Medicīniskā rehabilitācija stacionārā	449 156	690
Kohleārā implanta implantācija bērniem	217 973	12
Sifiliss, gonoreja bērniem. Mikoze.	229 400	280
Stacionārā psihatriskā palīdzība bērniem	551 813	889
Hematoloģija un onkoloģija	911 212	698
Cistiskā fibroze	16 718	27
Plānveida lielo locītavu endoprotezēšana	986 666	647
Mikroķirurģija	3 325 296	2 815
Toksikoloģija	226 193	1 542
Neiroangioloģija. Funkcionālā neiroķirurģija.	1 413 494	865
Neiroonkoloģija	278 865	494
Invazīvā kardioloģija	22 002 528	9 334
Hepatobiliārā ķirurģija	70 998	63
Torakālā ķirurģija	370 139	270
Černobiļas AES avārijas likvidētāju un arodslimnieku ārstēšana stacionārā	505 295	1 256
Elektrokardio stimulācija, EKS implantācija	2 552 319	1 301
Nefroķirurģija	879 031	340
Ekstraģenitālā grūtnieču patoloģija	233 021	669
Jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7 dzīves dienai)	1 386 934	998
Mikroķirurģiskā izgulējumu ārstēšana	669 700	95



Paliatīvā aprūpe	432 251	853
Apdegumi	1 375 735	509
Cilmes šūnu transplantācija	206 870	65
Nacionālsociālistiskajā režīmā cietušo personu rehabilitācija	89 551	173
Apsaldējumu stacionārā ārstēšana pieaugušajiem	31 572	22
Bērnu surdoloģija (pārejoši vai pastāvīgi dzirdes un valodas traucējumi) Stacionārā palīdzība. Rehabilitācija.	155 389	220
Stacionārā palīdzība onkoloģijā un hematoloģijā (t.sk. Ķīmijterapija un staru terapija, neiroonkoloģija)	13 799 979	21 323
Specializētās mutes, sejas un žokļu slimību ārstēšana iedzimtu patoloģiju un jaunizveidojumu gadījumos	59 721	160
Narkoloģija	250 079	1 270
Iedzimtu aukuļu, lūpas un sejas šķeltnu, iedzimtu un smagu sakodiena anomāliju stacionārā ārstēšana	95 493	180
Tuberkulozes izplatības ierobežošana	930 237	427
Pakalpojumu minimumā ietilpstošie pakalpojumi, t.sk.	78 261 945	221 511
<i>Ķirurģiskie pakalpojumi</i>	<i>31 240 058</i>	
<i>Terapeitiskie pakalpojumi</i>	<i>47 021 887</i>	
Specifiskie medikamenti	197 406	
II Lokālās daudzprofilu slimnīcas		
Kopā:	35 410 890	123 317
Plānveida lielo locītavu endoprotezēšana	1 287 959	816
Multiplā skleroze	175 769	693
Osteomielīts	98 309	70
Revīzijas endoprotēžu endoprotezēšana	91 298	37
Pakalpojumu minimumā ietilpstošie pakalpojumi, t.sk.	33 757 555	121 701
<i>Ķirurģiskie pakalpojumi</i>	<i>10 621 380</i>	
<i>Terapeitiskie pakalpojumi</i>	<i>23 136 175</i>	
III Specializētie centri		
Kopā:	17 478 681	23 729
Medicīniskā rehabilitācija stacionārā	2 538 108	3 451
Plānveida lielo locītavu endoprotezēšana	2 546 673	1 455
Revīzijas endoprotēžu endoprotezēšana	403 076	142
Skoliozes operācijas	147 427	43
Osteomielīts. Mikroķirurģija (plānveida). Mugurkaulāja traumas un to sekas. Onkoloģija.	606 881	380
Specializētās mutes, sejas un žokļu slimību ārstēšana iedzimtu patoloģiju un jaunizveidojumu gadījumos	2 214	6
Psihiatrija	4 884 446	7 822
Narkomānu rehabilitācija	78 301	182
Narkoloģija	759 047	3 911
Pakalpojumu minimumā ietilpstošie pakalpojumi, t.sk.	3 742 820	6 337
<i>Ķirurģiskie pakalpojumi</i>	<i>3 334 058</i>	
<i>Terapeitiskie pakalpojumi</i>	<i>408 762</i>	

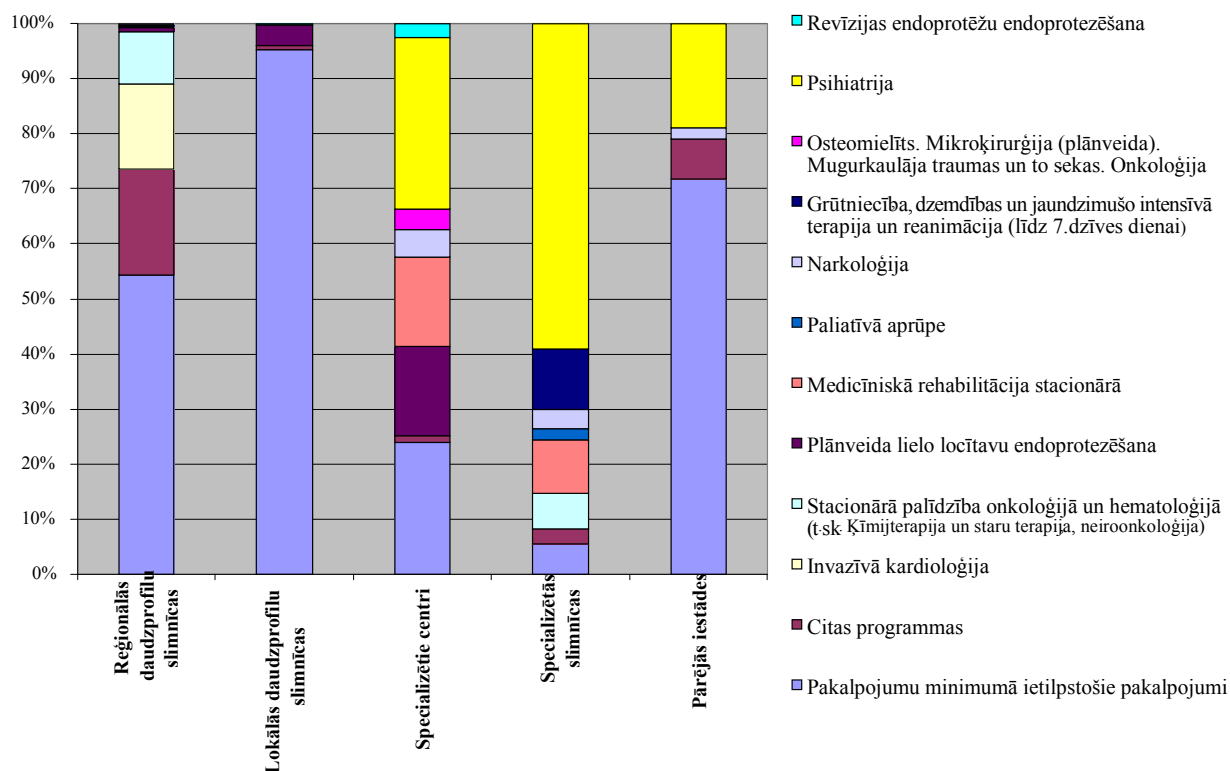


Tāmes finansējums	1 769 688	
IV Specializētās slimnīcas		
Kopā:	27 612 790	59 622
Medicīniskā rehabilitācija stacionārā	2 686 495	6 024
Paliatīvā aprūpe	587 473	1 810
Stacionārā palīdzība onkoloģijā un hematoloģijā (t.sk. Ķīmijterapija un staru terapija, neiroonkoloģija)	1 726 524	4 282
Psihiatrija	16 324 245	26 267
Narkomānu rehabilitācija	139 454	284
Narkoloģija	931 239	4 730
Grūtniecība, dzemdības un jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7 dzīves dienai)	3 052 533	9 310
Iedzimtu aukuļu, lūpas un sejas šķeltnu, iedzimtu un smagu sakodiena anomāliju stacionārā ārstēšana	83 129	107
Tuberkuloze (psihiatrijas slimnieki)	316 613	396
Tuberkulozes izplatības ierobežošana	237 472	391
Pakalpojumu minimumā ietilpstošie pakalpojumi, t.sk.	1 527 613	6 021
<i>Ķirurģiskie pakalpojumi</i>	<i>558 343</i>	
<i>Terapeitiskie pakalpojumi</i>	<i>969 270</i>	
V Pārējās iestādes		
Kopā:	2 180 693	12 263
Psihiatrija	415 212	1 567
Narkoloģija	41 292	66
Seksuāli transmisīvo slimību stacionārā ārstēšana pieaugušajiem	33 751	107
Īslaicīga ķirurģiskā ārstēšana	125 704	250
Pakalpojumu minimumā ietilpstošie pakalpojumi, t.sk.	1 564 734	10 273
<i>Ķirurģiskie pakalpojumi</i>	<i>0</i>	
<i>Terapeitiskie pakalpojumi</i>	<i>1 564 734</i>	

Tabulā attēloti dati par 2008.gada stacionāro ārstniecības iestāžu faktisko izpildi pa pakalpojumu programmām sadalījumā pēc faktiski veiktā darba apjoma (bez kompensētajām pacientu iemaksām), kā arī norādot hospitalizāciju skaitu. Pakalpojumu minimumā ietilpstošo pakalpojumu grupa sevī ietver gan ķirurģisko, gan terapeitisko ārstēšanu visās diagnožu grupās, kuras nav atsevišķi izdalītas augstākminētajās pakalpojumu programmās.



Stacionāro ārstniecības iestāžu grupu faktiskā izpilde pa pakalpojumu programmām 2008.gadā



Stacionāro līgumu faktiskā izpilde veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā 2008.gadā

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu pārsniegums virs līgumā noteiktā apjoma ir Ls 4 063 744 (1.81%), bet līgumu neizpilde – Ls 1 108 191 (0.49% no līgumos gadam plānotā apjoma). Sadalījumā pa slimnīcu grupām lielākais pakalpojumu pārsniegums virs līgumā noteiktā apjoma ir reģionālo daudzprofilu slimnīcu grupā Ls 3 059 668 (2.15%) un lokālo daudzprofilu slimnīcu grupā Ls 455 990 (1.30%). Tajā pašā laikā lielākā līgumu neizpilde arī ir reģionālo daudzprofilu slimnīcu grupā Ls 481 154 (0.34%) un specializēto slimnīcu grupā Ls 414 881 (1.49%).



49.tabula

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu izpilde pa slimnīcu veidiem 2008.gadā

Ārstniecības iestāžu grupas	Līguma summa 2008.gadam	Veiktais darba apjoms, Ls	Pārstrāde virs līgumā noteiktā apjoma		Līguma neizpilde		Pacienta iemaksa par atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām, Ls	
			Ls	%	Ls	%	Līguma ietvaros	Neapmaksātā pacienta iemaksa ņemot vērā pārstrādi
Reģionālās daudzprofilu slimnīcas	142 281 941	144 860 455	3 059 668	2.15	481 154	0.34	3 937 180	87 237
Lokālās daudzprofilu slimnīcas	35 134 818	35 410 890	455 990	1.30	179 918	0.51	817 251	12 921
Specializētie centri	17 124 022	17 478 681	356 188	2.08	1 529	0.01	1 235 714	55 040
Specializētās slimnīcas	27 860 212	27 612 790	167 459	0.60	414 881	1.49	1 430 472	10 621
Pārējie	2 186 963	2 180 693	24 439	1.12	30 709	1.40	57 406	437
Kopā:	224 587 956	227 543 509	4 063 744	1.81	1 108 191	0.49	7 478 023	166 256

50.tabula

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu izpilde kopā 2008.gadā

Izdevumi	Ls
Līguma summa 2008.gadam	224 587 956
Pacienta iemaksa par atbrīvotajām kategorijām līguma ietvaros	7 478 023
25% no 2007.gada pārstrādes	3 171.98
Avanss 2009.gada janvāra mēnesim stacionāriem	9 165 250
Kopā:	241 234 401



Atbilstoši Noteikumos Nr.1046 noteiktajai kārtībai Aģentūra sedz pacientu iemaksu par pacientiem, kas ietilpst no pacientu iemaksas atbrīvotajās iedzīvotāju kategorijās - kopā Ls 7 478 023, kas ir 3,35% no kopējās faktiskās izpildes līguma ietvaros.

Saskaņā ar Noteikumu Nr.1046 140.punktu, gadījumos, kad veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nesasniedz plānoto gada finanšu apmēru ne vairāk kā par 5%, Aģentūrai ir jāsamaksā visu paredzēto gada finanšu apmēru. Ārstniecības iestāžu neizpilde līdz 2008.gada finanšu apjomam ir Ls 1 071 550.

Atbilstoši Noteikumu Nr.1046 141.punktam, gadījumos, kad veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs pārsniedz plānoto gada finanšu apmēru vairāk nekā par 5%, Aģentūrai ir jāsamaksā 25% no pārsniegtās summas. Ārstniecības iestāžu veiktā darba pārsniegums 2008.gadā virs 5% robežas ir Ls 629 180. Ņemot vērā iepriekš minēto, samaksai 25% ir Ls 157 295.

Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā

2008. gadā lielākā daļa pacientu ir stacionējušies vienu reizi - kopsummā 239 985 pacienti, kas sastāda gandrīz 72,99 % no visiem stacionētajiem pacientiem. Tādējādi 27,01 % no visiem stacionētajiem pacientiem 2008. gada laikā ir stacionēti atkārtoti. 19 pacienti gada laikā ir stacionēti vairāk kā 16 reizes.

51.tabula

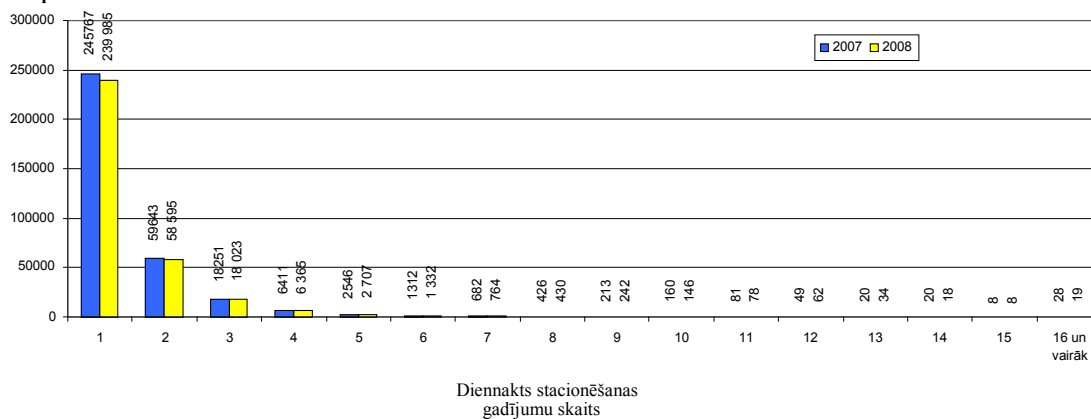
Viena pacienta stacionēšanās gadījumu biežums diennakts stacionārā

Diennakts stacionēšanas gadījumu skaits	Unikālo pacientu skaits	Unikālo pacientu skaits, %
1	239 985	72,99%
2	58 595	17,82%
3	18 023	5,48%
4	6 365	1,94%
5	2 707	0,82%
6	1 332	0,41%
7	764	0,23%
8	430	0,13%
9	242	0,07%
10	146	0,04%
11	78	0,02%
12	62	0,02%
13	34	0,01%
14	18	0,01%
15	8	0,00%
16 un vairāk	19	0,01%



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

Unikālo pacientu skaits



Diennakts stacionārā 2008. gada veiktā darba rādītāji pa slimību profiliem

52.tabula

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 izmaksas vidēji vienam pacientam, Ls	Vidējā aprēķinātā pacienta maksājamā pacienta iemaksa vidēji vienam pacientam, Ls	Kopējās izmaksas vidēji vienam pacientam, 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										
gastroenteroloģijas	K20-K31;K50-K52;K55;K58;K59;E00-E90;D80-D89;	54 511	7,52	850,69	654,13	84,93	111,63	4,58	855,27	26,00	881,27
endokrinoloģijas	K52;K55;K58;K59;E00-E90;D80-D89;	18 002	6,01	284,04	98,19	116,96	68,88	8,53	292,57	15,47	308,04
infekciju	A00-A09;A20-A28;A30-A49;A65-A99;B00-B09;B15-B34;B50-B89;B91-B99;J10-J11;	8 916	7,04	388,74	178,50	105,83	104,41	6,22	394,95	24,44	419,40
hematoloģijas	D50-D77;	13 747	6,10	249,63	147,26	76,95	25,42	21,15	270,79	5,78	276,57
nefroloģijas	N00-N19;N25-N29;	1 657	8,33	489,22	125,36	164,22	199,63	12,40	501,62	20,93	522,55
ķirurģijas	K35-K38;K40-K46;K56;K57;K60-K63;K65-K67;K70-K77;K80-K87;K90-K93;M40;M41;M80-M90;M95-M99	6 062	8,58	453,14	140,79	197,38	114,97	13,49	466,63	24,23	490,86
		24 993	6,70	402,44	245,53	75,89	81,02	5,86	408,30	22,73	431,03



traumatoloģijas	S00-T19;T33-T35;T79-T98;T20-T32;	40 105	7,66	432,20	58,36	181,86	191,99	9,67	441,88	21,29	463,17
apdegumu	T20-T32;	1 735	12,33	1 005,69	496,99	169,80	338,91	28,24	1 033,94	20,99	1 054,92
uroloģijas	N20-N23;N30-N51;R30-R39;	11 000	5,49	271,46	148,17	79,30	43,98	4,67	276,13	19,33	295,46
stomatoloģijas	K00-K14;	1 591	4,82	304,26	52,41	105,56	146,29	6,36	310,61	15,42	326,03
onkoloģijas	C00-D48;	45 029	9,08	549,87	61,72	257,44	230,72	22,39	572,26	11,95	584,20
dzemdību	O60-O75;O80-O92;	23 662	4,65	339,70	192,47	70,69	76,54	15,51	355,21	0,19	355,40
grūtniecības patoloģijas	O10-O16;O20-O48;O95-O99;	10 616	6,91	244,02	194,20	46,20	3,62	25,02	269,04	1,66	270,70
ginekoloģijas	N60-N64;N70-N77;N80-N89;O00-O08;	16 794	4,11	282,16	224,76	24,10	33,29	4,79	286,94	11,35	298,29
neiroloģijas	G00-G99;I60-I69;M42-M54;M91-M94;	53 715	9,96	396,29	178,75	139,80	77,73	9,03	405,32	27,84	433,16
oftalmoloģijas	H00-H59;	8 078	4,60	308,37	196,83	26,06	85,48	3,46	311,82	19,44	331,26
otorinolaringoloģijas	H60-H95;J00-J06;J30-J39	20 226	4,95	227,12	159,67	33,22	34,24	13,85	240,97	7,31	248,28
veneroloģijas	A50-A64;	194	10,65	326,58	75,92	218,50	32,17	21,31	347,90	4,92	352,81
pulmonoloģijas	J12-J22;J40-J99;	26 098	9,59	323,43	209,54	91,06	22,83	18,10	341,53	17,13	358,66
dermatoloģijas	B35-B49;L00-L99;	8 917	8,67	352,48	57,37	200,65	94,46	12,80	365,27	16,87	382,15
vazoloģijas	I70-I99;	12 617	8,97	515,24	106,96	211,69	196,59	10,08	525,33	25,68	551,00
reimatoloģijas	I00-I02;I05-M36;	11 797	9,88	766,69	404,16	103,57	258,95	9,09	775,77	29,13	804,91
Pārējās diagnozes	I09;M00-M25;M30-M36;	53 613	24,02	660,73	58,41	536,06	66,26	52,46	713,19	4,80	717,99
Kopā:		473 675	9,45	476,41	202,65	169,15	104,61	16,15	492,55	16,77	509,33



Dzemdību skaits sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2008. gadā

2008.gadā ārstniecības iestādēs veiktas 23 192 dzemdības. Dzemdības ir notikušas gan reģionālajās daudzprofilu slimnīcās, gan lokālajās daudzprofilu slimnīcās, gan specializētajās slimnīcās. Specializētajā slimnīcā Rīgas dzemdību nams ir notikušas visvairāk no dzemdībām – 7345, kas veido 32% no visām valstī notikušajām dzemdībām. Vēl pie lielākajām dzemdību iestādēm var pieskaitīt Paula Stradiņa klīnisko universitātes slimnīcu, kur notikušas 2155 dzemdības, Jūrmalas slimnīcu - 1500 dzemdības, Daugavpils reģionālā slimnīca - 1309 dzemdības un Liepājas reģionālā slimnīca - 1075 dzemdības.

53.tabula

Dzemdību skaits sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2008. gadā

Ārstniecības iestāžu grupa	Ārstniecības iestādes	Dzemdību skaits	Dzemdību skaits % no valstī kopējā dzemdību skaita
Reģionālās daudzprofilu slimnīcas	Daugavpils reģionālā slimnīca	1 309	6%
	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	532	2%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	831	4%
	Liepājas reģionālā slimnīca	1 075	5%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	2 155	9%
	Rēzeknes slimnīca	636	3%
	Ventspils slimnīca	541	2%
	Vidzemes slimnīca	859	4%
	Kopā:	7 940	34%
Lokālās daudzprofilu slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	305	1%
	Alūksnes slimnīca	10	0%
	Balvu slimnīca	338	1%
	Bauskas slimnīca	426	2%
	Cēsu rajona slimnīca	471	2%
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	726	3%
	Gulbenes slimnīca	191	1%
	Jūrmalas slimnīca	1 500	6%
	Krāslavas slimnīca	146	1%
	Kuldīgas slimnīca	506	2%
	Limbažu slimnīca	237	1%
	Ludzas rajona slimnīca	90	0%
	Madonas slimnīca	311	1%
	Ogres rajona slimnīca	399	2%
	Preiļu slimnīca	320	1%
	Priekules slimnīca	280	1%
	Rīgas rajona slimnīca	577	2%
	Saldus medicīnas centrs	140	1%
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	212	1%
	Talsu slimnīca	384	2%
	Tukuma slimnīca	338	1%
	Kopā:	7 907	34%
Specializētās slimnīcas	Rīgas dzemdību nams	7 345	32%
	Kopā:	7 345	32%
VALSTĪ KOPĀ		23 190	100%



Bērnu un pieaugušo hospitalizāciju skaita sadalījums pa ārstniecības iestādēm 2008. gadā

Tabulā redzami dati par hospitalizēto pacientu sadalījumu pēc pacientu vecuma - pieaugušie un bērni. Valstī vidēji 84% no hospitalizētajiem pacientiem ir pieaugušie, bet 16% ir bērni. Ir atsevišķas ārstniecības iestādes, kur tiek ārstēti pārsvarā tikai bērni – Bērnu klīniskā universitātes slimnīca 99%, Rehabilitācijas centrā „Krimulda” – 96% un Bērnu psihoneirolģiskajā slimnīcā „Ainaži” – 89%. Tāpat ir arī daudzas ārstniecības iestādes, kurās gada laikā nav bijis hospitalizēts neviens bērns, piemēram, Aknīstes psihoneirolģiskā slimnīca, Iecavas veselības un sociālās aprūpes centrs, Līvānu slimnīca, Mazsalacas slimnīca u.c. Bērni tiek ārstēti visās reģionālajās un lokālajās daudzprofilu slimnīcās – attiecīgi reģionālajās slimnīcās 18% no hospitalizētajiem pacientiem ir bērni un lokālajās daudzprofilu slimnīcās bērnu hospitalizācijas veido 15%. Turpretī Specializētajās slimnīcās un Pārējās slimnīcās šī attiecība ir mazāka – attiecīgi 9% un 7%.

54.tabula

Bērnu un pieaugušo hospitalizāciju skaita sadalījums pa ārstniecības iestādēm 2008. gadā

Ārstniecības iestāžu grupas	Ārstniecības iestādes	Hospitalizāciju skaits			Hospitalizāciju skaits % attiecībā pret kopējo hospitalizāciju skaitu	
		bērni	pieaugušie	kopējais	bērni	pieaugušie
Reģionālās daudzprofilu slimnīcas	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	29 612	186	29 798	99%	1%
	Daugavpils reģionālā slimnīca	4 610	20 539	25 149	18%	82%
	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	2 157	7 980	10 137	21%	79%
	Jelgavas pilsētas slimnīca	2 114	9 928	12 042	18%	82%
	Klīniskā universitātes slimnīca Gaiļezers	313	21 721	22 034	1%	99%
	Liepājas reģionālā slimnīca	3 066	14 131	17 197	18%	82%
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	944	46 032	46 976	2%	98%
	Rēzeknes slimnīca	2 256	9 796	12 052	19%	81%
	Rīgas 1.slimnīca	191	27 638	27 829	1%	99%
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	552	46 245	46 797	1%	99%
	Ventspils slimnīca	1 300	8 630	9 930	13%	87%
	Vidzemes slimnīca	2 209	10 362	12 571	18%	82%
	Kopā:	49 324	223 188	272 512	18%	82%
Lokālās daudzprofilu slimnīcas	Aizkraukles slimnīca	1 168	4 907	6 075	19%	81%
	Alūksnes slimnīca	723	3 103	3 826	19%	81%
	Balvu slimnīca	790	3 462	4 252	19%	81%
	Bauskas slimnīca	1 134	4 806	5 940	19%	81%
	Cēsu rajona slimnīca	1 624	6 873	8 497	19%	81%
	Dobele un apkārtnes slimnīca	1 102	5 592	6 694	16%	84%
	Gulbenes slimnīca	798	3 349	4 147	19%	81%
	Jūrmalas slimnīca	65	6 463	6 528	1%	99%
	Krāslavas slimnīca	516	3 773	4 289	12%	88%
	Kuldīgas slimnīca	1 093	5 228	6 321	17%	83%
	Latvijas Jūras medicīnas centrs	43	7 997	8 040	1%	99%
	Limbažu slimnīca	606	3 779	4 385	14%	86%
	Ludzas rajona slimnīca	787	3 851	4 638	17%	83%



	Madonas slimnīca	1 464	5 384	6 848	21%	79%
	Ogres rajona slimnīca	1 536	6 040	7 576	20%	80%
	Preiļu slimnīca	688	4 204	4 892	14%	86%
	Priekules slimnīca	524	2 601	3 125	17%	83%
	Rīgas 2. slimnīca	54	4 762	4 816	1%	99%
	Rīgas rajona slimnīca	740	3 760	4 500	16%	84%
	Saldus medicīnas centrs	889	3 763	4 652	19%	81%
	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	144	2 319	2 463	6%	94%
	Talsu slimnīca	970	4 155	5 125	19%	81%
	Tukuma slimnīca	1 132	4 587	5 719	20%	80%
	Kopā:	18 590	104 758	123 348	15%	85%
Specializētie centri	Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs	251	9 365	9 616	3%	97%
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	135	7 271	7 406	2%	98%
	Vaivari, nacionālais rehabilitācijas centrs	1 600	2 652	4 252	38%	62%
	Valsts zobārstniecības un sejas ķirurģijas centrs	21	138	159	13%	87%
	Kopā:	2 007	19 426	21 433	9%	91%
Specializētās slimnīcas	Ainaži, bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca	153	19	172	89%	11%
	Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca		448	448	0%	100%
	Balt Aliance	1 199	35	1 234	97%	3%
	Bikur Holim	2	2 641	2 643	0%	100%
	Daugavas slimnīca	13	4 970	4 983	0%	100%
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	307	3 511	3 818	8%	92%
	Iecavas veselības un sociālās aprūpes centrs		239	239	0%	100%
	Irlavas Sarkanā Krusta slimnīca	1	527	528	0%	100%
	Krimulda, rehabilitācijas centrs	549	20	569	96%	4%
	Liepājas tuberkulozes slimnīca	2	312	314	1%	99%
	Līvānu slimnīca		861	861	0%	100%
	Mazsalacas slimnīca		331	331	0%	100%
	Piejūras slimnīca	203	3 067	3 270	6%	94%
	Rāzna, Latgales novada rehabilitācijas centrs	115	959	1 074	11%	89%
	Rehabilitācijas centrs "Līgatne"	45	841	886	5%	95%
	Rīgas dzemdību nams	462	10 643	11 105	4%	96%
	Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts	65	42	107	61%	39%
	Sanare KRC Jaunkēmeri		1 339	1 339	0%	100%
	Slimnīca Ģintermuiža	508	3 655	4 163	12%	88%
	Straupes narkoloģiskā slimnīca		2 018	2 018	0%	100%
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	15	2 669	2 684	1%	99%
	Tērvete, Rehabilitācijas centrs	236	686	922	26%	74%
	Vecpiebalgas psihoneiroloģiskā slimnīca		145	145	0%	100%
	Kopā:	3 875	39 978	43 853	9%	91%
Pārējās slimnīcas	Ādas un seksuāli transmisīvo slimību klīniskais centrs	32	1 468	1 500	2%	98%
	Ādažu privātslimnīca	81	169	250	32%	68%
	Ādažu slimnīca	12	694	706	2%	98%
	Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centrs	166	632	798	21%	79%
	Akrona 12	4	62	66	6%	94%
	Auces slimnīca	34	553	587	6%	94%
	Dagdas slimnīca	393	392	785	50%	50%
	Ērgļu slimnīca	15	1 224	1 239	1%	99%



	Kārsavas slimnīca	18	878	896	2%	98%
	Neirožu klīnika	17	1 550	1 567	1%	99%
	Olaines veselības centrs		475	475	0%	100%
	Saulkrastu slimnīca		607	607	0%	100%
	Slokas slimnīca		544	544	0%	100%
	Varakļānu slimnīca	146	587	733	20%	80%
	Viesītes veselības un sociālās aprūpes centrs		227	227	0%	100%
	Viļakas slimnīca		541	541	0%	100%
	Viļānu slimnīca		742	742	0%	100%
	Kopā:	918	11 345	12 263	7%	93%
Valstī kopā:		74 714	398 695	473 409	16%	84%

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

Tabulā iekļauti dati par vidējām valsts izmaksām vienam pacientam 2008.gadā, 2007.gadā un 2006.gadā dalījumā pa slimību profiliem. Izdevumos iekļautas gan valsts izmaksas par sniegto pakalpojumu, gan kompensētās pacienta iemaksas par iedzīvotāju kategorijām, kas atbrīvotas no pacientu iemaksas.

Zemākās izmaksas gan 2006.gadā, gan 2007.gadā ir otorinolaringoloģijas (Ls 158,16 – 2006.gadā un Ls 204,87 – 2007.gadā un Ls 240,97 - 2008.gadā). Tas saistīts ar īsu ārstēšanās ilgumu (5 dienas 2006.gadā un 4,8 dienas 2007.gadā un 4,95 dienas 2008.gadā) un ar nelielu ārstniecisko manipulāciju pielietojumu. 2008.gadā, 2007.gadā, tāpat kā 2006.gadā, visaugstākās izmaksas ir apdegumu un kardioloģijas profilos. Tas saistīts ar lielu ārstēšanas ilgumu (apdegumu profilā 2006.gadā vidējais ārstēšanās ilgums 12 dienas un 2007.gadā – 11,7 dienas un 2008.gadā - 12,3 dienas) un sarežģītu un dārgu ārstniecisko manipulāciju pielietojumu.



Vislielākais izmaksu pieaugums 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, vērojams apdegumu, kardioloģijas, hematoloģijas un reimatoloģijas profilos.

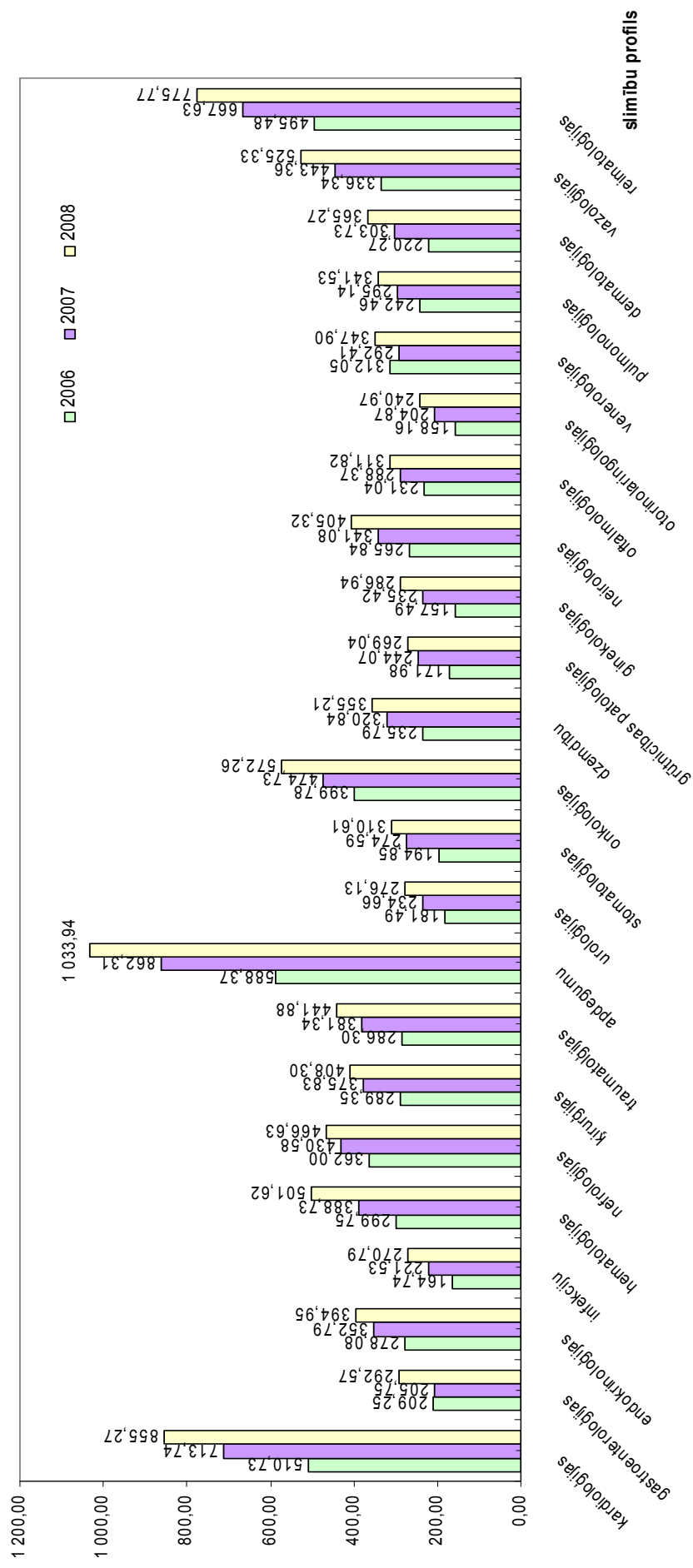
55.tabula

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

Slimību profila nosaukums	Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam, Ls		
	2006.gads	2007.gads	2008.gads
kardioloģijas	510,73	713,74	855,27
gastroenteroloģijas	209,25	205,75	292,57
endokrinoloģijas	278,08	352,79	394,95
Infekciju	164,74	221,53	270,79
hematoloģijas	299,75	388,73	501,62
nefroloģijas	362,00	430,58	466,63
Ķirurģijas	289,35	375,83	408,30
traumatoloģijas	286,30	381,34	441,88
apdegumu	588,37	862,31	1 033,94
Uroloģijas	181,49	234,66	276,13
stomatoloģijas	194,85	274,59	310,61
onkoloģijas	399,78	474,73	572,26
Dzemdību	235,79	320,84	355,21
grūtniecības patoloģijas	171,98	244,07	269,04
ginekoloģijas	157,49	235,42	286,94
neiroloģijas	265,84	341,08	405,32
oftalmoloģijas	231,04	288,37	311,82
otorinolaringoloģijas	158,16	204,87	240,97
veneroloģijas	312,05	292,41	347,90
pulmonoloģijas	242,46	295,14	341,53
dermatoloģijas	220,27	303,73	365,27
vazoloģijas	336,34	443,36	525,33
reimatoloģijas	495,48	667,63	775,77



Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam 2006., 2007. un 2008.gadā pa slimību profiliem, Ls



Pacientu skaits 2006., 2007. un 2008. gadā pa slimību profiliem, Ls

Tabulā iekļauti dati par pacientu skaitu 2006.gadā, 2007.gadā un 2008. gadā dalījumā pa slimību profiliem. Zemākais pacientu skaits gan 2006.gadā, gan 2007.gadā ir veneroloģijā (194 pacienti – 2006.gadā, 194 pacienti – 2007.gadā un 280 - 2008.gadā). 2008.gadā, 2007.gadā, tāpat kā 2006.gadā, vislielākais pacientu skaits ir kardioloģijas un traumatoloģijas profilos. Vislielākais pacientu pieaugums ir 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, vērojams gastroenteroloģijas, ginekoloģijas, traumatoloģijas un infekciju profilos. Vislielākais pacientu skaita kritums ir 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, vērojams ķirurģijas, pulmanoloģijas, neiroloģijas un onkoloģijas un dzemdību profilos.

56.tabula

Pacientu skaits pa slimību profiliem, Ls

Slimību profila nosaukums	Diagnozes grupa pēc SSK-10	Pacientu skaits		
		2006.gads	2007.gads	2008.gads
kardioloģijas	I20-I28;I30-I52;Q20-Q24;R00-R03;I10-I15	53 176	53 593	54 511
gastroenteroloģijas	K20-K31;K50-K52;K55;K58;K59;	20 765	15 383	18 002
endokrinoloģijas	E00-E90;D80-D89;	8 977	9 095	8 916
infekciju	A00-A09;A20-A28;A30-A49;A65-A99;B00-B09;B15-B34;B50-B89;B91-B99;J10-J11;	13 789	12 788	13 747
hematoloģijas	D50-D77;	1 451	1 543	1 657
nefroloģijas	N00-N19;N25-N29;	5 945	6 002	6 062
ķirurģijas	K35-K38;K40-K46;K56;K57;K60-K63;K65-K67;K70-K77;K80-K87;K90-K93;M40;M41;M80-M90;M95-M99	22 678	27 451	24 993
traumatoloģijas	S00-T19;T33-T35;T79-T98;	43 372	41 272	40 105
apdegumu	T20-T32;	1 981	1 814	1 735
uroloģijas	N20-N23;N30-N51;R30-R39;	10 978	10 978	11 000
stomatoloģijas	K00-K14;	1 691	1 590	1 591
onkoloģijas	C00-D48;	43 480	44 855	45 029
dzemdību	O60-O75;O80-O92;	21 604	22 935	23 662
grūtniecības patoloģijas	O10-O16;O20-O48;O95-O99;	10 643	11 186	10 616
ginekoloģijas	N60-N64;N70-N77;N80-N89;O00-O08;	21 334	17 399	16 794
neiroloģijas	G00-G99;I60-I69;M42-M54;M91-M94;	52 308	54 239	53 715
oftalmoloģijas	H00-H59;	6 771	7 926	8 078
otorinolaringoloģijas	H60-H95;J00-J06;J30-J39	22 384	22 868	20 226
veneroloģijas	A50-A64;	280	194	194
pulmonoloģijas	J12-J22;J40-J99;	27 257	29 833	26 098
dermatoloģijas	B35-B49;L00-L99;	9 254	9 642	8 917
vazoloģijas	I70-I99;	12 084	13 054	12 617
reimatoloģijas	I00-I02;I05-I09;M00-M25;M30-M36;	10 955	11 455	11 797
Pārējās diagnozes		41 612	53 413	53 613
Kopā:		464 769	480 508	473 675*

* ja pacientam ilglaicīgas stacionēšanas laikā tiek mainīta noteiktā diagnoze, šī hospitalizācija tiek pieskaitīta vairākās diagnožu grupās.



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

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

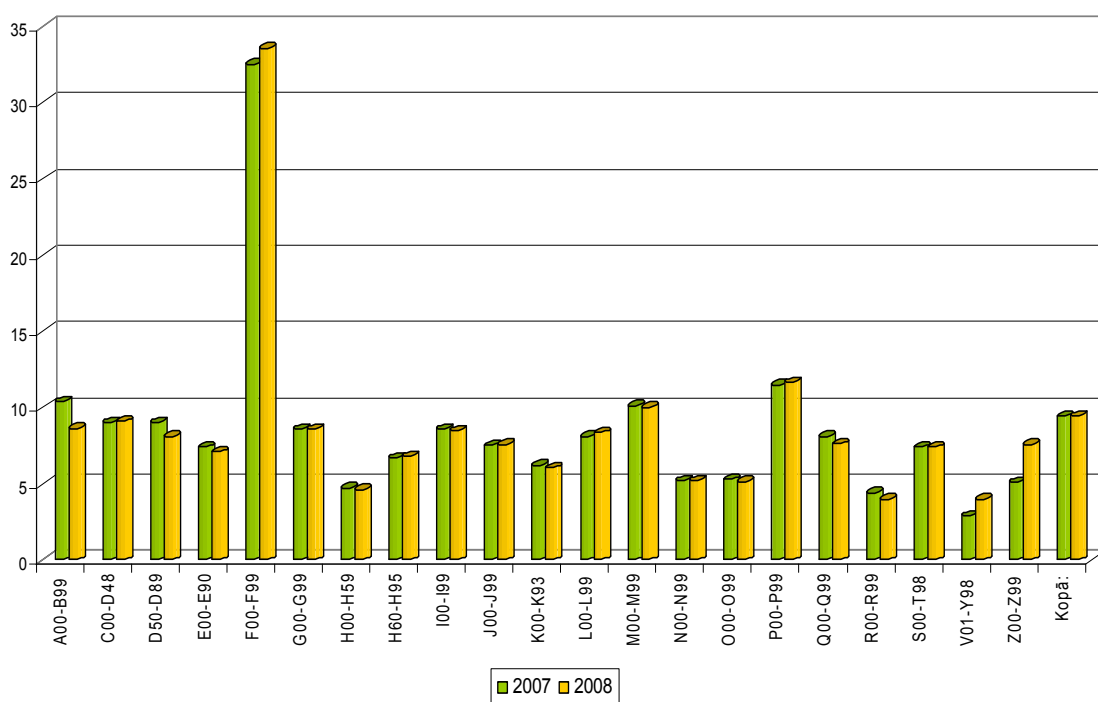


Gan 2007.gadā, gan 2008.gadā salīdzinoši ilgi pacienti ārstējas ar diagnozēm, kas iekļautas sekojošās diagnožu grupās:

- P00 – P99 “Noteikti perinatālā perioda stāvokļi” – 2008. gadā 11,6 dienas un 2007. gadā 11,5 dienas;
- M00 – M99 “Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības” – 2008. gadā 10 dienas un arī 2007. gadā 10 dienas.

60.attēls

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

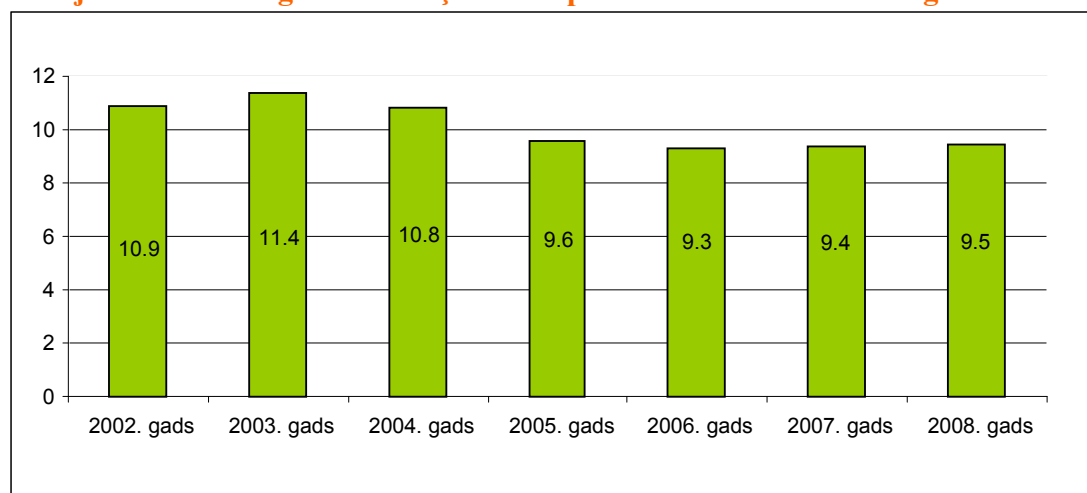


Vislielākais vidējā ārstēšanas ilguma pieaugums vērojams pacientu ar diagnozi Z00 – Z99 “Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem” ārstēšanā, tas 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, pieaudzis par 2,4 dienām.

Vislielākās vidējā ārstēšanas ilguma kritums vērojams pacientu ar diagnozēm A00 – B99 “Infekcijas un parazitārās slimības” ārstēšanā, tas 2008. gadā, salīdzinot ar 2007. gadu, samazinājums ir par 1,8 dienām.



Vidējā ārstēšanās ilguma izmaiņas laika posmā no 2002. līdz 2008. gadam



2008. gadā, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, vidējais ārstēšanās ilgums pa slimību profiliem, būtiski nav mainījies. Vislielākās vidējā ārstēšanās ilguma izmaiņas vērojamas hematoloģijā profilā, kur ir samazinājums par 1,1 dienām (no 9,4 dienām 2007.gadā uz 8,3 dienām 2008.gadā). Vislielākais pieaugums ir gastroenteroloģijas profilā, kur ir pieaugums par 0,8 dienām (no 5,2 dienām 2007. gadā uz 6,0 dienām 2008. gadā).

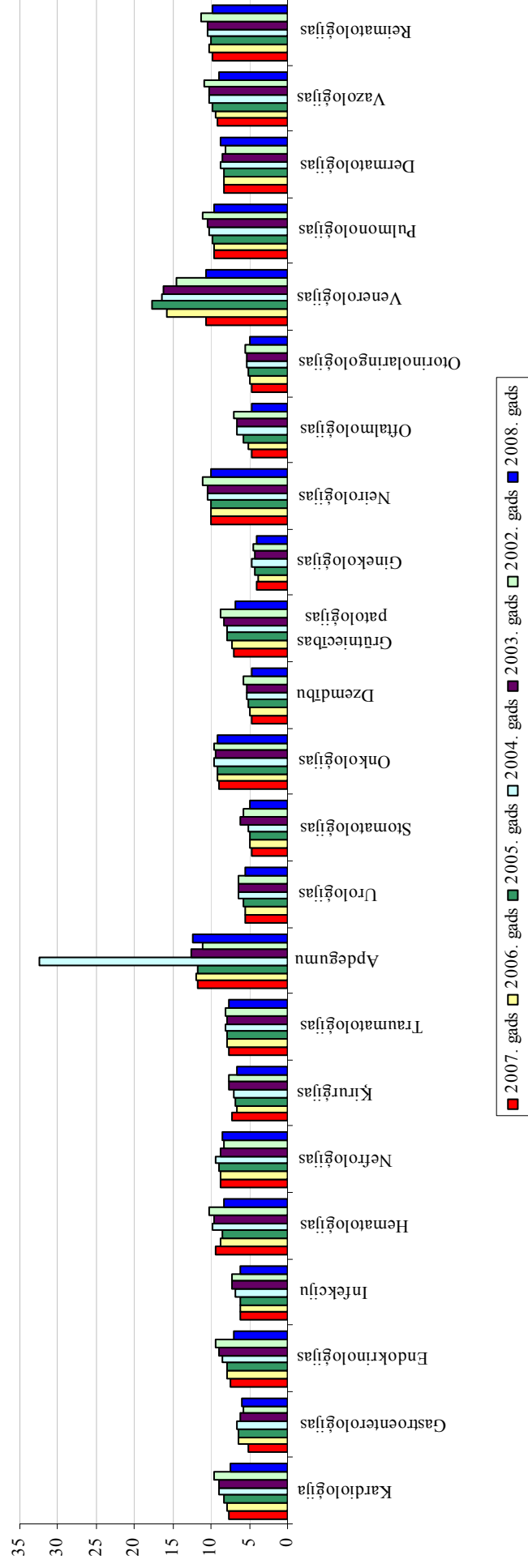
58.tabula

Vidējais ārstēšanās ilgums pa slimību profiliem 2002. - 2008. gadā, dienās

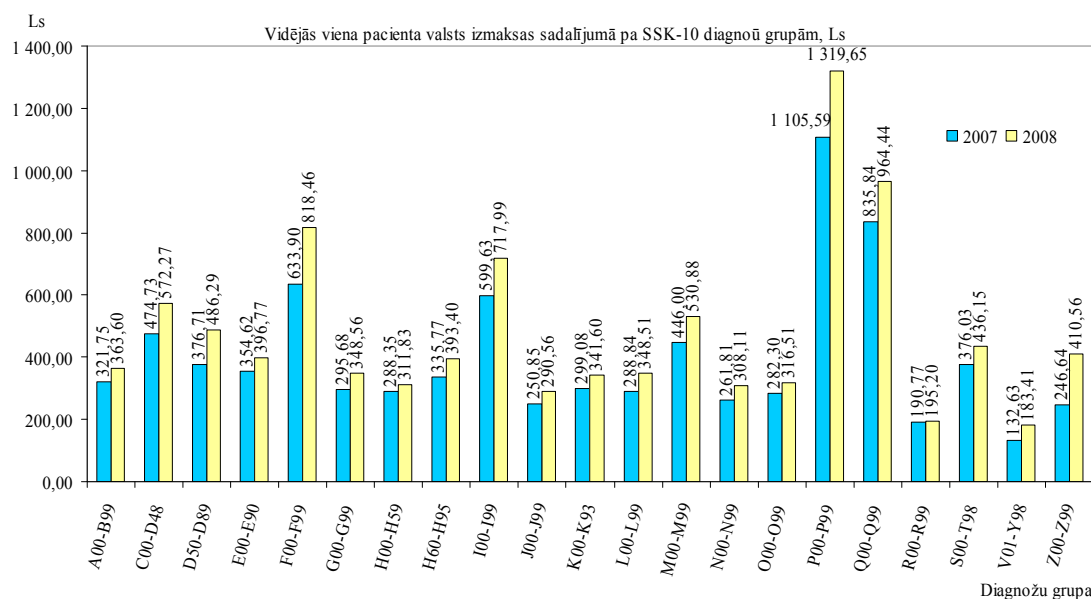
Slimības profils	Vidējie ārstēšanās ilgumi, dienās						
	2002.gads	2003.gads	2004.gads	2005.gads	2006.gads	2007.gads	2008.gads
Kardioloģija	9,5	9,0	8,9	8,3	8,0	7,7	7,5
Gastroenteroloģijas	5,7	6,1	6,7	6,3	6,4	5,2	6,0
Endokrinoloģijas	9,3	8,9	8,5	7,9	7,8	7,4	7,0
Infekciju	7,2	7,2	6,8	6,2	6,1	6,1	6,1
Hematoloģijas	10,3	9,7	9,8	8,6	8,8	9,4	8,3
Nefroloģijas	8,3	8,7	9,3	8,9	8,7	8,7	8,6
Ķirurģijas	7,7	7,6	7,1	6,8	6,7	7,3	6,7
Traumatoloģijas	8,1	8,0	8,1	7,8	7,8	7,6	7,7
Apdegumu	11,2	12,6	32,5	11,8	12,0	11,7	12,3
Uroloģijas	6,4	6,3	6,3	5,7	5,6	5,6	5,5
Stomatoloģijas	5,8	6,1	5,1	5,0	4,9	4,6	4,8
Onkoloģijas	9,6	9,4	9,6	9,1	9,1	9,0	9,1
Dzemdību	5,7	5,4	5,4	5,1	5,0	4,7	4,7
Grūtniecības patoloģijas	8,7	8,3	8,0	7,8	7,3	7,1	6,9
Ginekoloģijas	4,4	4,2	4,6	4,3	3,8	4,1	4,1
Neiroloģijas	11,0	10,4	10,5	10,1	10,0	10,0	10,0
Oftalmoloģijas	7,1	6,6	6,7	5,7	5,2	4,7	4,6
Otorinolaringoloģijas	5,5	5,4	5,4	5,1	5,0	4,8	5,0
Veneroloģijas	14,5	16,2	16,4	17,8	15,7	10,7	10,7
Pulmonoloģijas	11,0	10,5	10,3	9,8	9,7	9,6	9,6
Dermatoloģijas	8,2	8,5	8,8	8,4	8,3	8,4	8,7
Vazoloģijas	10,9	10,3	10,3	9,9	9,4	9,1	9,0
Reimatoloģijas	11,3	10,4	10,5	10,0	10,3	9,8	9,9
Reimatoloģijas	11,30	10,40	10,50	10,00	10,30	9,80	9,88



Vidējais ārstēšanas ilgums pa slimību profiliem 2002.- 2008. gadā, dienās



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



*Tabulā doti vidējie ārstēšanas rādītāji dalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām, norādot vidējās izmaksas par pakalpojumiem un pacientu iemaksu katrā no diagnožu grupām sadalījumā pa apmaksas veidiem.

Šajā grafikā parādītas vidējās vienas hospitalizācijas valsts izmaksas katrā no diagnožu grupām. Grafikā redzams, ka gan 2006. gadā, gan 2007. gadā visdārgāk izmaksā pacientu ar šādām diagnozēm ārstēšana: P00 – P99 “Noteikti perinatālā perioda stāvokļi” – 2008. gadā Ls 1 319,65 un 2007. gadā Ls 1 105,59, kas ir par 13,01% vairāk nekā 2007. gadā. Izmaksu pieaugums šajā diagnožu grupā saistīts ne tikai ar izmaksu, bet arī ar vidējā ārstēšanas ilguma pieaugumu, Q00 – Q99 “Iedzimtas kroplības, deformācijas un hromosomu anomālijas” – 2007. gadā Ls 835,84 un 2008. gadā Ls 964,44, kas ir par 15,39% vairāk nekā 2007. gadā.

Vislielākās izmaksu pieaugums, kas tiešā veidā saistīts ar vislielāko vidējā ārstēšanas ilguma kāpumu, vērojams pacientu ar diagnozēm V01-Y98 “Ārēji slimību un nāves cēloņi” ārstēšanā. 2008. gadā, salīdzinot ar 2007. gadu, izmaksas pieaugušas par 38,29% (2007.gadā vidēji no valsts budžeta līdzekļiem tika apmaksāti Ls 132,63 par šīs diagnožu grupas viena pacienta ārstēšanu, kamēr 2008. gadā – Ls 183,41). Un Z00-Z99 "Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem" ārstēšanā. 2008. gadā, salīdzinot ar 2007. gadu, izmaksas pieaugušas par 66,46% (2007.gadā vidēji no valsts budžeta līdzekļiem tika apmaksāti Ls 246,64 par šīs diagnožu grupas viena pacienta ārstēšanu, kamēr 2008. gadā – Ls 410,56).



59.tabula

Vidējie ārstēšanas rādītāji sadalījumā pa SSK-10 diagnožu grupām 2008. gadā, Ls

SSK -10 grupa	SSK-10 grupas nosaukums	Hospitalizāciju skaits	Gultas dienu skaits	Vidējais ārstēšanās ilgums	Vidējās izmaksas par pakalpojumu vienam pacientam, Ls				Aprēķinātā pacienta maksājāmā pacienta iemaksa, Ls	Valsts kompensētā pacienta iemaksa vidēji vienam pacientam, Ls	Valsts izmaksas vidēji vienam pacientam kopā, 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	14 474	124 604	8,61	134,55	171,81	26,50	332,86	5,97	30,74	363,60	369,57
C00-D48	Audzēji	45 029	408 820	9,08	61,72	257,44	230,72	549,88	11,95	22,39	572,27	584,22
D50-D89	Asins un asinsrades orgānu slimības un noteikti imūnsistēmas traucējumi	1 759	14 204	8,08	121,42	160,46	192,42	474,30	20,45	11,99	486,29	506,74
E00-E90	Endokrīnās, uztura un vielmaiņas slimības	8 814	62 388	7,08	179,90	105,90	104,74	390,54	24,58	6,23	396,77	421,35
F00-F99	Psīhiski un uzvedības traucējumi	34 255	1 148 679	33,53	0,49	740,11	9,02	749,62	3,49	68,84	818,46	821,95
G00-G99	Nervu sistēmas slimības	15 971	137 419	8,60	173,51	116,62	49,74	339,87	24,77	8,69	348,56	373,33
H00-H59	Acu un to palīgorgānu slimības	8 078	37 189	4,60	196,83	26,06	85,48	308,37	19,44	3,46	311,83	331,27
H60-H95	Ausu un aiz auss paugura slimības	3 016	20 466	6,79	226,03	42,49	108,98	377,50	14,77	15,90	393,40	408,17
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	87 136	740 802	8,50	473,89	116,47	120,81	711,17	27,22	6,82	717,99	745,21
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	43 836	332 870	7,59	185,16	67,04	21,98	274,18	12,57	16,38	290,56	303,13
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	42 728	258 169	6,04	182,17	84,26	68,94	335,37	19,32	6,23	341,60	360,92



L00-L99	Ādas un zemādas audu slimības	8 625	71 916	8,34	58,67	182,01	97,34	338,02	17,17	10,49	348,51	365,68
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	32 477	325 042	10,01	216,91	146,65	158,93	522,49	27,00	8,39	530,88	557,88
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	32 997	172 037	5,21	177,02	73,22	53,27	303,51	17,18	4,60	308,11	325,29
O00-O99	Grūtniecība, dzemdības un pēcdzemdību periods	39 568	204 299	5,16	192,40	57,72	48,72	298,84	1,10	17,67	316,51	317,61
P00-P99	Noteikti perinatālā perioda stāvokļi	2 850	33 237	11,66	484,17	267,79	511,96	1 263,92	0,03	55,73	1 319,65	1 319,68
Q00-Q99	Iedzimtas kropļības, deformācijas un hromosomu anomālijas	3 007	22 905	7,62	304,61	218,76	413,64	937,01	7,26	27,43	964,44	971,70
R00-R99	Cituroklasificēti simptomi, pazīmes un anomāla klīniska un laboratorijas atradne	703	2 809	4,00	69,47	84,17	32,57	186,21	7,97	8,99	195,20	203,17
S00-T98	Ievainojumi, saindēšanās un citas ārējās iedarbes sekas	47 214	349 720	7,41	79,78	166,38	179,63	425,79	19,76	10,36	436,15	455,91
V01-Y98	Ārēji slimību un nāves cēloņi	35	139	3,97	0,00	126,80	51,95	178,75	8,40	4,66	183,41	191,81
Z00-Z99	Faktori, kas ietekmē veselību un saskari ar veselības aprūpes darbiniekiem	944	7 168	7,59	99,49	227,16	65,47	392,12	7,65	18,44	410,56	418,21
Kopā:		473 516	4 474 882	9,45	202,71	169,21	104,64	476,56	16,78	16,15	492,71	509,49

*Tabulā doti vidējie ārstēšanas rādītāji dalījumā pa 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..



20 biežāk stacionārā ārstētās diagnozes 2008.gadā

Visbiežāk stacionārā 2008.gadā ārstēti pacienti ar diagnozi "Hroniska sirds išēmiskā slimība" (3,7% no visām diagnozēm 2006.gadā, 3,6% - 2007.gadā un 3,58% – 2008.gadā) un „Vienaugļa spontānās dzemdības” (3,1% no visām diagnozēm 2006.gadā un 2,8% - 2007.gadā).

Diagnozes, ar kurām pacienti visbiežāk stacionēti 2008.gadā, sakrīt ar 2006.gada un 2007.gada visbiežāk ārstētajām diagnozēm, izņemot diagnozes "Citas funkcionālas zarnu slimības", "Vīrusa un citas precizētas zarnu infekcijas" un "Gastrīts un duodenīts".

Pacientu skaits ar saslimšanu I10 "Esenciāla (primāra) hipertensija" samazinājums stacionārā kopš 2007.gada skaidrojams ar medikamentu klāsta pieaugumu valsts kompensējamo medikamentu sistēmā.

60.tabula

20 biežāk stacionārā ārstētās diagnozes 2008.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	2006. gadā	2007. gadā	2008. gadā
I25	Hroniska sirds išēmiskā slimība	17 114	17 376	16 086
O80	Vienaugļa spontānās dzemdības	14 185	13 501	11 632
F10	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ	8 685	11 240	10 744
I20	Angina pectoris (stenokardija)	9 468	10 385	10 060
M47	Spondilozē	11 412	11 594	9 342
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	7 957	9 388	7 443
I63	Smadzeņu infarkts	7 368	7 693	7 238
F20	Šizofrēnija	5 606	6 297	6 934
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	9 243	8 716	6 795
I67	Citas cerebrovaskulāras slimības	6 334	6 863	6 015
K80	Žultsakmeņu slimība (cholelithiasis)	5 593	5 714	5 472
J20	Akūts bronhīts	6 488	7 589	5 348
C50	Krūts ļaundabīgs audzējs	4 696	5 151	4 855
S06	Intrakraniāls ievainojums	6 249	6 139	4 774
O82	Vienaugļa dzemdības ar ķeizargriezieni	4 121	4 735	4 691
I21	Akūts miokarda infarkts	5 314	5 382	4 668
A08	Vīrusa un citas precizētas zarnu infekcijas	4 291	3 630	4 632
K59	Citas funkcionālas zarnu slimības	4 507	4 507	4 547
J45	Astma	5 248	5 373	4 454
D25	Dzemes leiomioma	4 511	4 850	4 361



20 diagnozes ar lielāko kopējo gultas dienu skaitu 2008.gadā

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

Diagnozes ar lielāko kopējo gultas dienas skaitu 2008.gadā sakrīt ar 2006.gada un 2007.gada diagnozēm, izņemot diagnozi "Vaskulāra demence".

61.tabula

20 diagnozes ar lielāko kopējo gultas dienu skaitu 2008.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	2006. gadā	2007. gadā	2008. gadā
F20	Šizofrēnija	399 949	481 830	487 822
I25	Hroniska sirds išēmiska slimība	136 001	131 133	127 268
M47	Spondiloze	113 410	114 773	115 292
I63	Smadzeņu infarkts	89 162	94 194	93 088
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	83 930	97 426	86 733
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	72 121	78 449	81 204
F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	62 141	75 511	80 968
F10	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ	59 247	76 124	76 243
I20	Angina pectoris (stenokardija)	70 722	71 489	70 658
F71	Vidēji smaga garīga atpalicība	65 674	67 102	63 957
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	70 136	64 694	61 219
I70	Ateroskleroze	54 073	56 230	54 367
I67	Citas cerebrovaskulāras slimības	56 131	60 336	54 134
O80	Vienaugļa spontānas dzemdības	61 404	54 377	53 008
J45	Astma	59 289	59 626	51 056
F06	Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ	44 264	49 356	49 808
C50	Krūts ļaundabīgs audzējs	44 367	44 171	45 246
I21	Akūts miokarda infarkts	53 702	52 074	45 021
J20	Akūts bronhīts	47 520	54 035	44 675
F01	Vaskulāra demence	23 731	33 290	43 890



20 diagnozes ar garāko vidējo ārstēšanās ilgumu 2008.gadā

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

Visgarākais vidējais ārstēšanās ilgums 2008.gadā līdzīgi, kā arī iepriekšējos gados ir dažādām garīgajām saslimšanām un tuberkulozei – diagnozes A15 "Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski" garais ārstēšanās ilgums saistīts ar multirezistentās tuberkulozes ārstēšanu.

62.tabula

20 diagnozes ar garāko vidējo ārstēšanās ilgumu 2008.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	2006. gadā	2007. gadā	2008. gadā
F73	Dziļa garīga atpalcība	140,71	107,46	160,57
F72	Smaga garīgā atpalcība	114,47	96,98	123,35
F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	79,87	85,42	95,48
F71	Vidēji smaga garīga atpalcība	76,63	74,48	84,15
F22	Persistējoši murgi	51,76	32,53	76,14
A15	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski	63,76	90,70	72,78
F20	Šizofrēnija	71,34	76,52	70,35
F00	Alcheimera demence (G30.-+)	56,26	60,52	67,86
F03	Neprecizēta demence	60,03	43,07	65,06
F01	Vaskulāra demence	53,27	50,55	49,76
F70	Viegla garīga atpalcība	38,27	41,42	44,12
F05	Delīrijs, ko nav izraisījis alkohols vai citas psihoaktīvas vielas	34,90	36,77	42,27
F21	Šizotipiski traucējumi	47,05	34,05	40,60
F31	Bipolāri afektīvi traucējumi	36,57	33,41	39,93
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	36,31	38,21	39,88
F33	Rekurenti depresīvi traucējumi	28,68	31,54	34,88
A16	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas nav pierādīta bakterioloģiski vai histoloģiski	32,30	29,26	34,39
A18	Citu orgānu tuberkuloze	17,00	29,62	32,38
F06	Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ	30,80	30,19	31,46
F25	Šizoafektīvi traucējumi	28,82	32,30	31,44



20 dārgākās diagnozes pēc kopējo valsts izmaksu apjoma 2008.gadā

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

2008.gada dārgākās diagnozes pēc kopējo izmaksu apjoma sakrīt ar 2006.gada un 2007.gada dārgākajām diagnozēm, izņemot diagnozes "Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ" un "Demence citu citur neklasificētu slimību dēļ". Vislielākās izmaksas ir pacientu ar diagnozēm I25 "Hroniska sirds išēmiska slimība", I20 "Angina pectoris (stenokardija)" un I21 "Akūts miokarda infarkts ārstēšanās", kur tiek veiktas ļoti dārgas un sarežģītas invazīvas kardioloģijas operācijas.

63.tabula

20 dārgākās diagnozes pēc kopējo valsts izmaksu apjoma 2008.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	2006. gadā	2007. gadā	2008. gadā
I25	Hroniska sirds išēmiska slimība	11 576 781	17 299 522	19 199 175
F20	Šizofrēnija	4 978 437	8 855 841	11 213 311
I20	Angina pectoris (stenokardija)	5 792 588	8 418 082	10 926 932
I21	Akūts miokarda infarkts	4 107 911	5 273 708	5 954 036
I63	Smadzeņu infarkts	2 595 554	3 347 298	3 931 898
O80	Vienaugļa spontānas dzemdības	2 732 272	3 461 709	3 816 769
M47	Spondilozē	2 424 174	3 242 576	3 781 315
J18	Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija	2 084 479	2 955 621	3 021 605
K80	Žultsakmeņu slimība (cholelithiasis)	1 961 177	2 522 459	2 874 969
C50	Krūts ļaundabīgs audzējs	1 755 952	2 361 998	2 826 582
I70	Ateroskleroze	1 662 774	2 492 284	2 806 355
M16	Koksartroze [gūžas locītavas artroze]	1 750 365	2 239 975	2 786 208
O82	Vienaugļa dzemdības ar ķeizargrieziena	1 594 134	2 354 264	2 627 482
M17	Gonartroze [ceļa locītavas artroze]	1 466 071	2 031 213	2 617 898
I10	Esenciāla (primāra) hipertensija	1 660 653	2 031 161	2 390 372
F10	Psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ	1 173 483	1 993 951	2 365 036
I67	Citas cerebrovaskulāras slimības	1 357 992	1 934 071	2 066 822
S72	Ciskas kaula (femur) lūzums	1 385 446	1 721 114	2 055 355
F07	Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ	912 461	1 282 158	2 001 998
F02	Demence citu citur klasificētu slimību dēļ	504 261	800 588	1 782 766



20 dārgākās diagnozes pēc vidējām vienas stacionēšanās izmaksām 2008.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, kur izmantots liels skaits dārgu manipulāciju. Atlasot diagnozes pēc vienas stacionēšanās vidējām izmaksām, ņemtas vērā tikai tās diagnozes, kur hospitalizāciju skaits gada laikā nav mazāks par 20. 2008.gada dārgākās diagnozes pēc vidējām vienas stacionēšanās izmaksām atšķiras no 2006.gada un 2007.gada dārgākajām diagnozēm. Salīdzinot 2006., 2007.gadā un 2008.gadā 20 dārgāko diagnožu pēc vienas stacionēšanās izmaksām uzskaitījumu, redzams, ka diagnozes atšķiras. Salīdzinot dārgākās diagnozes pēc vienas stacionēšanās izmaksām, redzams, ka 2008. gadā salīdzinot ar 2006. un 2007.gadu, gandrīz visās diagnozēs izmaksas ir pieaugušas. Īpaši liels pieaugums vērojams diagnozēs - I33 "Akūts un subakūts endokardīts" un P36 "Jaundzimušo bakteriālā sepse". Diagnožu Q22 "Iedzimtas pulmonālā un trīsviru (trikuspidālā) vārstuļa anomālijas" un L89 "Izgulējumi (decubitus)" ārstēšanas izdevumu pieaugums saistīts ar izmaiņām Noteikumu Nr.1046 18. pielikumā, kur sākot ar 2007. gada 1. janvāri, stacionārā pie gultasdienas tiek piemaksātas manipulācijas, kas netika piemaksātas pirms tam (23115, 23116 un 60112), tādējādi, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, palielinot ārstēšanas izdevumus. Saslimšana D66 "Pārmantots VIII faktora deficīts" ir ļoti reta, šīs saslimšanas ietvaros tiek ārstēti bērni un pieaugušie ar hemofiliju, kas prasa ļoti lielas ārstēšanas izmaksas.

64.tabula

20 dārgākās diagnozes pēc vidējām vienas stacionēšanās izmaksām 2008.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	2006. gadā	2007. gadā	2008. gadā
I33	Akūts un subakūts endokardīts	1 950,72	3 034,65	4 227,40
P36	Jaundzimušo bakteriālā sepse	1 424,35	2 114,78	4 202,44
F73	Dziļa garīga atpalcība	1 381,68	1 546,02	3 239,82
Q25	Iedzimtas lielo artēriju anomālijas	1 889,47	2 469,42	3 143,77
I35	Nereimatisks aortālā vārstuļa kaites	1 069,81	1 932,96	3 004,74
I34	Nereimatisks mitrālā vārstuļa kaites	1 094,18	1 517,44	2 868,79
T04	Dragāti ievainojumi ar vairāku ķermeņa apvidu iesaisti	1 096,89	1 636,49	2 690,50
Q79	Citur neklasificētas iedzimtas muskuļu un skeleta sistēmas anomālijas	1 259,70	878,59	2 653,53
D66	Pārmantots VIII faktora deficīts	683,19	2 081,92	2 651,45
L89	Izgulējumi (decubitus)	1 213,93	2 112,89	2 638,36
A15	Elpošanas orgānu tuberkuloze, kas pierādīta bakterioloģiski un histoloģiski	1 041,06	1 767,49	2 635,67
F72	Smaga garīgā atpalcība	1 210,59	1 427,05	2 552,15
P07	Citur neklasificēta ar īsu grūtniecības laiku un zemu dzimšanas svaru saistīta patoloģija	1 736,32	2 489,01	2 359,01
P52	Augļa un jaundzimušā netraumatiskā intrakraniāla asiņošana	871,84	1 159,72	2 232,87
F02	Demence citu citur klasificētu slimības dēļ	768,69	956,50	2 102,32
T29	Vairāku ķermeņa apvidu termiski un ķīmiski apdegumi	1 032,94	1 582,05	1 984,55
Q28	Citas iedzimtas asinsrites sistēmas anomālijas	1 019,44	1 597,45	1 917,23
F71	Vidēji smaga garīga atpalcība	674,16	897,44	1 872,14
Q23	Iedzimtas aortas un mitrālā vārstuļa anomālija	693,07	998,99	1 837,69
Q21	Iedzimti sirds starpsienas defekti	1 240,49	1 554,14	1 807,23



20 diagnozes diennakts stacionārā pēc dārgākajām vidējām vienas gultas dienas izmaksām 2008.gadā

Atlasot diagnozes pēc dārgākajām vidējām vienas gultas dienas izmaksām, ņemtas vērā tikai tās diagnozes, kur 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.

Diagnozes ar dārgākām vienas gultas dienas izmaksām 2008. gadā sakrīt ar 2006.gada un 2007.gada diagnozēm. Pārsvarā visas šajā grupā ierindotās slimības ir ārstējamas ķirurģiski un mikroķirurģiski, tieši samaksa par dažādām ķirurģiskām manipulācijām veido lielo gultas dienu vērtību.

Salīdzinot 2006., 2007. un 2008. gada dārgākās diagnozes pēc vienas gultasdienas izmaksām, redzams, ka gandrīz visās diagnozēs izmaksas uz vienu gultas dienu ir pieaugušas, ievērojams pieaugums vērojams diagnozē D66 "Pārmantots VIII faktora deficīts".

65.tabula

20 diagnozes diennakts stacionārā pēc dārgākajām vidējām vienas gultas dienas izmaksām 2008.gadā

Diagnozes kods	Diagnozes nosaukums	2006. gadā	2007. gadā	2008. gadā
S64	Nervu bojājums plaukstpamata un plauksta līmenī	354,36	677,12	516,27
D66	Pārmantots VIII faktora deficīts	157,66	277,59	492,41
K07	Dentofaciālas (sejas un žokļu) anomālijas(ieskaitot sakodiena anomālijas)	309,39	352,01	445,24
S67	Dragāts plaukstpamata un plauksta ievainojums	249,28	399,97	441,83
M72	Fibroblastiskas patoloģijas	184,14	242,41	335,80
S55	Asinsvadu bojājumi apakšdelma līmenī	213,54	279,76	317,70
S68	Traumatiska plaukstpamata un plauksta amputācija	209,31	303,28	315,69
Q25	Iedzimtas lielo artēriju anomālijas	240,86	214,15	303,31
Q28	Citas iedzimtas asinsrites sistēmas anomālijas	129,88	218,62	298,24
Q23	Iedzimtas aortas un mitrālā vārstuļa anomālijas	103,65	172,99	296,82
I34	Nereimatisks mitrālā vārstuļa kaites	107,69	162,58	279,62
I35	Nereimatisks aortālā vārstuļa kaites	92,31	187,28	266,65
S56	Muskuļa un cīpslas bojājums apakšdelma līmenī	117,88	207,45	260,49
Q21	Iedzimti sirds starpsienas defekti	166,42	192,92	251,37
S54	Nervu bojājums apakšdelma līmenī	272,03	261,70	236,26
S66	Muskuļa un cīpslas bojājums plaukstpamata un plauksta līmenī	141,35	184,24	213,73
Q70	Sindaktilija	165,45	156,18	201,04
I33	Akūts un subakūts endokardīts	97,69	157,32	183,11
Q68	Citas iedzimtas muskuļu un skeleta deformācijas	78,44	136,28	179,17
Z30	Kontracepcijas pasākumi	94,95	132,63	178,78



Kompensētā pacientu iemaksa stacionārajās ārstniecības iestādēs 2008. gadā dalījumā pa iedzīvotāju kategorijām (pacientu grupām), kas atbrīvotas no pacientu iemaksas

Par katru ambulatoro un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu noteikts līdzmaksājums – pacientu iemaksa, kas jāmaksā pacientam. Saskaņā ar Noteikumiem Nr.1046 Aģentūra 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 Nr.1046 1.pielikumā noteikto pacienta iemaksas apmēru un atsevišķām personu kategorijām vai noteiktu diagnožu ārstēšanai noteikto samazināto pacienta iemaksas apmēru.

Šī tabula atspoguļo Aģentūras 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.

66.tabula

No pacientu iemaksas atbrīvoto unikālo pacientu skaits pa pacientu grupām, kas saņēmuši valsts apmaksāto stacionāro veselības aprūpi līguma summas ietvaros 2008. gadā

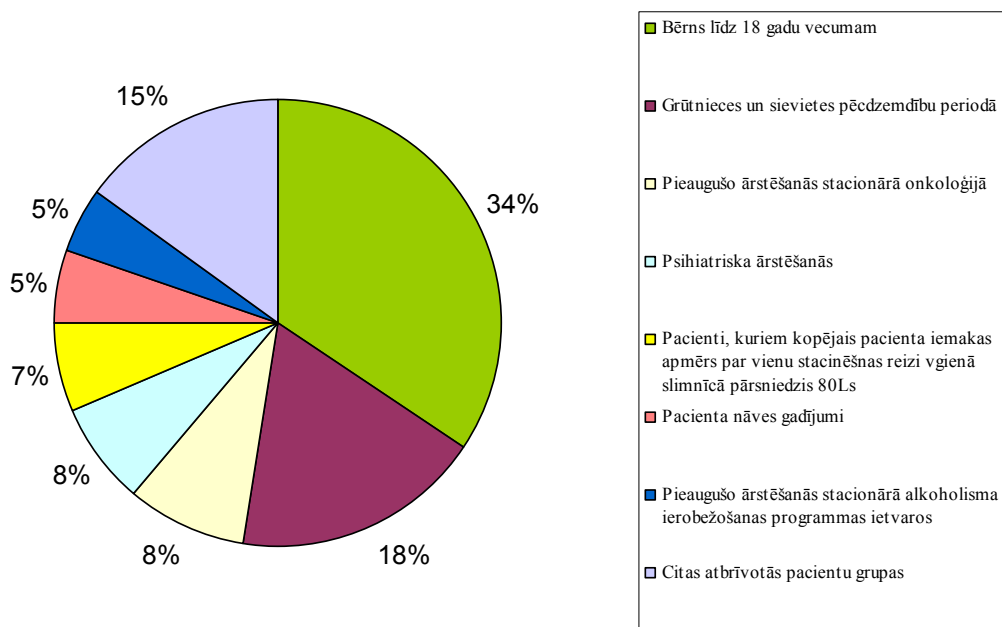
Pacientu grupas nosaukums	Unikālo pacientu skaits	Pacientu iemaksa par atbrīvotajām kategorijām Ls	Vidēji uz vienu pacientu kompensētā pacientu iemaksa Ls
Tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuri veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai	1 036	192 919,00	186,22
Personas, kas saņem ārstniecības pakalpojumus to infekcijas slimību gadījumos, kuras ir laboratoriski apstiprinātas un pakļautas reģistrācijai saskaņā ar MK noteikumiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību	2 350	86 502,50	36,81
Grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti ārstniecības pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi	29 143	670 670,00	23,01
Psihiatriska ārstēšanās	12 220	1 892 158,50	154,84
Pacients, kuram pacientu iemaksas kopsumma kalendārā gadā pārsniegusi 150 latus	153	14 252,50	93,15
Bērns līdz 18 gadu vecumam	55 526	2 007 861,00	36,16
Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki	4 623	256 926,00	55,58
Černobiļas atomelektrostācijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas	1 261	62 225,00	49,35



Valsts specializēto sociālās aprūpes centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošas personas	1 983	87 109,50	43,93
Trūcīgās personas, kas par tādām atzītas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā	4 231	218 363,50	51,61
Iedzīvotājs, kuram veic vakcināciju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	21	83,00	3,95
Iedzīvotājs, kuram veic pasīvo imūnterapiju normatīvos aktos noteiktā kārtībā	123	719,00	5,85
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkoloģijā	13 531	735 053,50	54,32
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā onkohematoloģijā	1 461	79 964,00	54,73
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā alkoholisma ierobežošanas programmas ietvaros	7 334	128 000,50	17,45
Pieaugušo ārstēšanās stacionārā narkomānijas ierobežošanas programmas ietvaros	507	32 047,50	63,21
Ārstēšanās rehabilitācijas otrā posmā	6 407	237 389,00	37,05
Pacients, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras	162	18 223,00	112,49
Pacienta nāves gadījumi	8 389	362 607,00	43,00
Pacienti, kuriem kopējais pacienta iemaksas apmērs par vienu stacionēšanas reizi vienā slimnīcā pārsniedzis 80Ls	10 549	394 949,00	37,00
Kopā/vidēji:	151 330	7 478 023,00	49,00

64.attēls

Pacientu skaits sadalījumā pa iedzīvotāju kategorijām, kuriem 2008. gadā kompensēta pacientu iemaksa



2008.gadā Aģentūra saskaņā ar Noteikumiem Nr.1046 centralizētu pretendentu rindu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai (turpmāk – centralizētā rinda) veidoja ortopēdijā (lielo locītavu endoprotezēšanas operācijas) un otorinolaringoloģijā (kohleāro implantu ievietošana bērniem).



2008.gada 30.jūnijā Aģentūra nodeva ārstniecības iestādēm datus par rindām ortopēdijā, kas neatbilst Noteikumu Nr.1046 211.¹ 1.1.apakšpunkta nosacījumiem. Nododot datus par rindām ortopēdijā ārstniecības iestādēm, Aģentūra par izmaiņām ortopēdijas kopējās rindas vadības kārtību informēja visus kopējās rindas pacientus un pacientu ģimenes ārstus.

Uz 2008.gada 31.decembri rindā uz lielo locītavu endoprotezēšanas operācijām steidzamības kārtā bija 1426 pacienti, savukārt rindā, kurā pacients sedz 50 % no veselības aprūpes pakalpojuma tarifa, - 1288 pacienti. No 2009.gada 1.janvāra Aģentūra neuzņem jaunus pacientus centralizētajā lielo locītavu plānveida endoprotezēšanas rindā ar 50 % ārstēšanās izdevumu līdzmaksājumu.

Rindā uz kohleāro implantu ievietošanas operāciju bērniem 2008. gadā reģistrēti 16 pacienti. Visiem šiem pacientiem operācija tika nodrošināta 2008. gadā. No 2009.gada 1.janvāra kohleāro implantu ievietošanas operāciju gaidīšanas rindu Aģentūra vairs neuztur.



6. NEATLIEKAMĀS MEDICĪNISKĀS PALĪDZĪBAS BRIGĀŽU DARBĪBA

2008.gadā Aģentūra noslēdza līgumus ar 39 iestādēm par neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu pirmsslimnīcas etapā. Valstī neatliekamo medicīnisko palīdzību (turpmāk – NMP) sniedza 176,5 brigādes, t.sk. 60,5 intensīvās terapijas brigādes un 116 ārsta palīga brigādes. Finansējuma apjoms NMP pakalpojumu sniedzējiem tiek noteikts atbilstoši 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 2008.gadā salīdzinājumā ar 2007.gadu valstī ir samazinājies par 52438 izsaukumiem jeb 11%. 1 NMP iestādē ir izsaukumu skaita pieaugums, bet 37 iestādēs – samazinājums. Ievērojams izsaukumu skaita pieaugums ir Daugavpils NMP stacijai - par 5031 izsaukumu jeb 15% vairāk. Primāro izsaukumu skaits valstī

Neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits 2008.gadā, salīdzinot ar 2007.gadu, ir samazinājies par 52438 izsaukumiem jeb 11%.

kopumā ir samazinājies par 33% (2007.gadā bija 424744, 2008.gadā – 284899). Ievērojamākie samazinājumi ir Pašvaldības SIA „Jūrmalas ātrās palīdzība” par 48%, SIA „Jēkabpils rajona centrālās slimnīca” – par 47%, SIA „Neatliekamā medicīniskā palīdzība” (turpmāk – Valmieras NMP) – par 44%, SIA "Aizkraukles slimnīca" – par 40%, SIA "Ogres rajona slimnīca" – par 35%, Rīgas Ātrās medicīniskās palīdzības stacija (turpmāk – Rīgas ĀMPS) - par 34%. Primāro izsaukumu skaita samazinājums ir izskaidrojams ar vairākiem iemesliem, piemēram, Rīgas Ātrās medicīniskās palīdzības stacija ar pacientiem „strādā atteikumu ārsti”, viena daļa pacientu griežas stacionāru uzņemšanas nodaļās un pie saviem ģimenes ārstiem.

Noteikumos Nr.1046, līdzīgi kā iepriekšējos gados noteikts, ka NMP brigādēm 75% gadījumos jānodrošina palīdzības sniegšana no neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukuma saņemšanas brīža pilsētās 15 minūšu laikā, lauku teritorijā – 25 minūtēs. Minētās prasības neievēro 6 NMP iestādes laukos un 5 NMP iestādes pilsētā. Kopējais vidējais gada rādītājs pilsētās bija 9,7 minūtes, laukos – 19,4 minūtes.

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 tuvākā lokālā vai reģionālā slimnīcā. Valstī šis rādītājs ir 32 km uz 1 izsaukumu (2007.gadā - 31). Hospitalizēto pacientu skaits 2008.gadā ir 38% no visu izpildīto izsaukumu skaita. Šis rādītājs valstī vidēji ir samazinājies par 1%, (2007.gadā - 39%).



67.tabula

Pārskats par neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta veikto darbu

Nr.p.k.	NMP iestādes	Brigāžu skaits	NMP izsaukumu skaits				Kopējais nobraukto km skaits	Vidējais nobraukto km skaits uz vienu izsaukumu	Izsaukumu skaits sadalījums "pēc rezultāta"		Vidējais ierašanās laiks izsaukumā, min.				Primāro izsaukumu skaits "pēc motīva" %	Hospitalizēto slimnieku skaits %	Plānotais līguma apjoms gadā, Ls
			Kopā	Vidējais izsaukumu skaits dienā	Vidējais izsaukumu skaits dienā uz 1 brigādi	Primārie %			Sekundārie %	Ārsta palīgu (feldšeru) brigādes		Ārstu brigādes					
										Lauki	Pilsētas	Lauki	Pilsētas				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	Rīgas ĀMPS	52	197 053	538,4	10,4	3 633 778	18,4	69%	21%	19,6	12,9	20,2	10,7	97%	44,0%	10 610 371	
2	Aizkraukles slimnīca	4	5 019	13,7	3,4	190 578	38,0	62%	29%	20,6	9,8	22,7	9,8	89%	48,8%	476 250	
3	Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centrs	1	680	1,9	1,9	52 139	76,7	69%	14%	22,6	6,4	0,0	2,0	94%	59,7%	107 466	
4	Alūksnes slimnīca	3	3 240	8,9	3,0	102 599	31,7	54%	40%	21,7	5,7	7,0	3,0	71%	38,2%	368 334	
5	Balvu slimnīca	2	2 002	5,5	2,7	62 796	31,4	68%	27%	27,1	6,7	0,0	0,0	73%	45,6%	238 332	
6	Bauskas slimnīca	4	5 437	14,9	3,7	166 735	30,7	75%	17%	18,3	9,1	16,0	8,9	98%	38,3%	462 036	
7	Cēsu rajona slimnīca	5	8 159	22,3	4,5	267 618	32,8	64%	30%	24,0	9,5	18,0	0,0	92%	41,3%	572 964	
8	Dagdas slimnīca	2	2 234	6,1	3,1	129 965	58,2	74%	21%	35,8	19,0	17,0	2,0	93%	32,8%	241 398	
9	Daugavpils neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija	11	39 216	107,1	9,7	521 329	13,3	52%	13%	21,9	10,8	20,9	9,5	64%	16,6%	1 627 806	
10	Dobele un apkārtnes slimnīca	3	6 587	18,0	6,0	171 494	26,0	73%	0%	19,8	8,1	21,3	3,7	71%	29,6%	377 934	
11	Ērgļu slimnīca	1	976	2,7	2,7	34 875	35,7	70%	28%	14,2	15,8	0,0	0,0	93%	31,8%	104 100	



12	Gulbenes slimnīca	2	3 545	9,7	4,8	93 974	26,5	67%	27%	22,5	6,2	0,0	0,0	91%	47,6%	258 906
13	Jēkabpils raj. centrālā slimnīca	5	7 276	19,9	4,0	199 588	27,4	55%	33%	26,1	13,2	20,8	10,9	76%	35,8%	651 648
14	Jelgavas neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija	7	16 850	46,0	7,1	387 798	23,0	85%	12%	23,8	10,3	19,0	8,0	97%	42,7%	949 650
15	Jūrmalas ātrā palīdzība	5	11 911	32,5	6,5	241 005	20,2	49%	42%	0,0	15,8	7,0	11,6	87%	31,8%	856 410
16	Kārsavas slimnīca	1	1 161	3,2	3,2	29 309	25,2	64%	30%	20,0	10,3	0,0	0,0	86%	46,1%	106 296
17	Krāslavas slimnīca	3	4 382	12,0	4,0	143 344	32,7	74%	24%	27,4	9,8	23,5	11,9	97%	50,3%	359 040
18	Kuldīgas slimnīca	6	7 125	19,5	3,2	256 925	36,1	63%	25%	17,5	8,3	29,0	0,0	90%	31,8%	733 680
19	Liepājas reģionālā slimnīca	6	12 931	35,3	5,9	233 996	18,1	81%	12%	21,6	12,8	23,5	9,7	90%	44,0%	928 122
20	Limbažu slimnīca	4	4 622	12,6	3,2	197 875	42,8	60%	34%	22,4	10,6	0,0	14,0	100%	45,0%	475 368
21	Līvānu slimnīca	2	2 833	7,7	3,9	85 914	30,3	58%	36%	19,4	7,0	0,0	0,0	87%	25,6%	209 286
22	Lubānas veselības un sociālās aprūpes centrs	1	1 437	3,9	3,9	44 002	30,6	76%	10%	15,3	5,0	0,0	0,0	96%	11,5%	104 892
23	Ludzas raj. slimnīca	3	3 740	10,2	4,1	84 987	22,7	63%	32%	19,9	6,1	19,0	6,2	93%	36,6%	303 216
24	Madonas slimnīca	3	4 181	11,4	4,6	106 876	25,6	58%	38%	20,0	8,1	23,8	53,6	96%	32,0%	267 672
25	Ogres raj. slimnīca	4	10 951	29,9	7,5	279 050	25,5	71%	19%	29,5	15,3	24,7	14,2	83%	35,7%	576 288



26	Preiļu slimnīca	3	5 234	14,3	4,8	168 990	32,3	71%	22%	23,5	9,7	21,8	49,6	81%	35,2%	339 828
27	Priekules slimnīca	2	1 829	5,0	2,5	74 126	40,5	72%	22%	22,0	14,2	26,6	28,0	89%	55,4%	239 298
28	Rēzeknes NMPS	6	13 245	36,2	6,0	297 865	22,5	67%	28%	0,0	13,3	0,0	10,3	71%	41,7%	849 198
29	Saldus medicīnas centrs	3	3 961	10,8	3,6	107 132	27,0	68%	26%	21,2	10,8	0,0	6,0	86%	49,4%	393 312
30	Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca	2	2 728	7,5	3,7	77 756	28,5	49%	46%	21,9	10,8	19,0	6,5	93%	27,1%	229 776
31	Talsu rajona Ātrā medicīniskā palīdzība	4	5 352	14,6	3,7	215 307	40,2	72%	21%	22,8	18,3	11,6	4,1	91%	36,8%	513 498
32	Tukuma slimnīca	3	6 847	18,7	6,2	188 827	27,6	62%	29%	22,5	11,5	20,0	22,3	68%	31,2%	371 436
33	Valmieras NMP	5	8 278	22,6	4,5	216 332	26,1	56%	33%	21,2	9,9	14,5	6,7	93%	41,3%	719 194
34	Varakļānu slimnīca	1	1 405	3,8	3,8	52 475	37,3	71%	24%	20,2	8,2	0,0	0,0	96%	27,1%	108 642
35	Ventspils slimnīca	4	9 455	25,8	6,5	172 629	18,3	65%	24%	15,5	13,6	20,7	7,1	67%	33,5%	555 228
36	Vidzemes slimnīca	2	1 738	4,7	2,4	104 962	60,4	53%	40%	24,9	14,5	0,0	0,0	95%	27,3%	239 760
37	Viesītes veselības un sociālās aprūpes centrs	1	757	2,1	2,1	26 739	35,3	57%	29%	18,6	8,9	0,0	0,0	81%	33,8%	105 768
38	Vīļakas slimnīca	1	1 235	3,4	3,4	55 065	44,6	53%	41%	28,1	13,9	17,5	4,5	71%	52,3%	106 680
39	Zīlupes veselības un sociālās aprūpes centrs	1	1 097	3,0	3,0	49 178	44,8	92%	2%	24,4	11,8	0,0	0,0	99%	34,4%	103 170
	Kopā:	177	426 709	1165,9	4,4	9 525 932	22,3	67%	22%	26,4	10,8	12,4	8,6	89%	37,7%	26 842 253



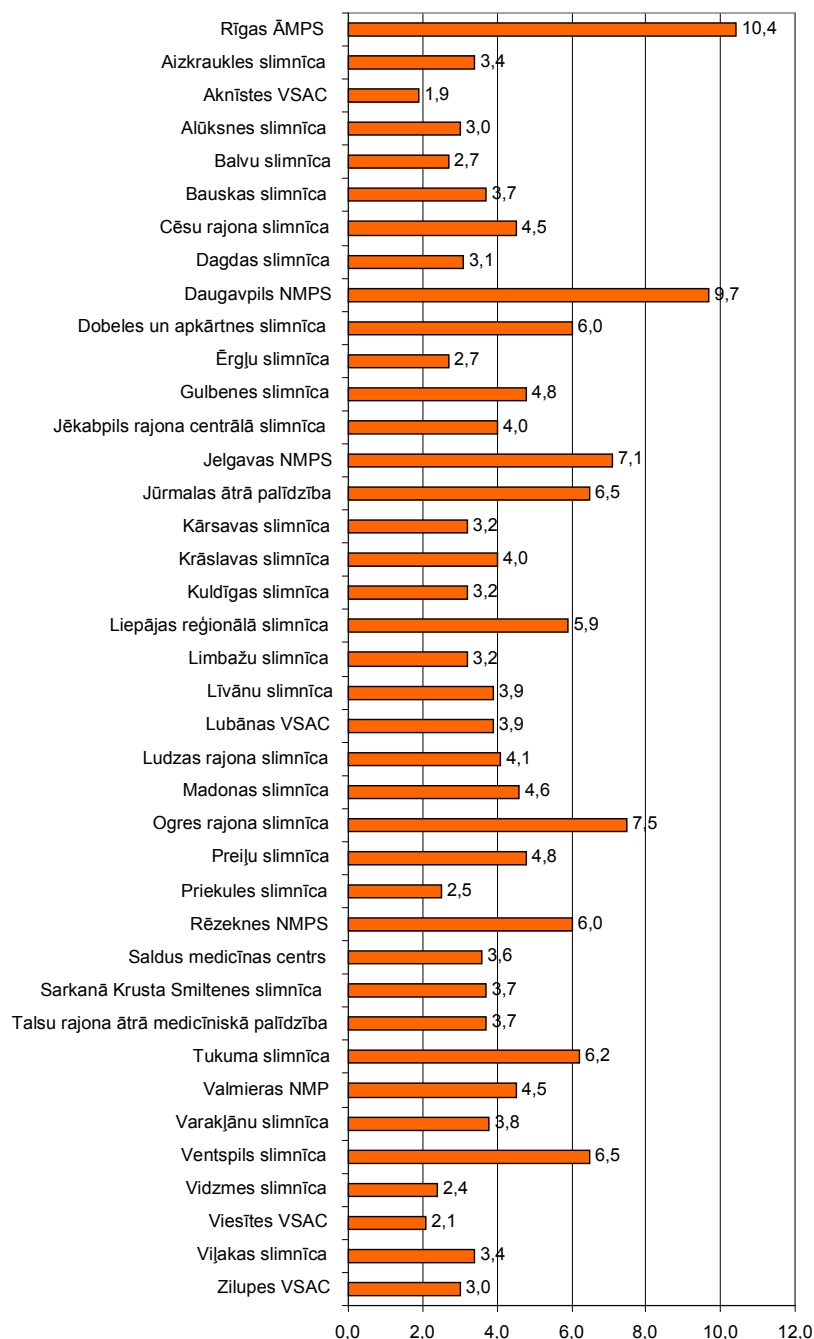
68.tabula

Primāro NMP izsaukumu skaits 2007.gadā un 2008.gadā

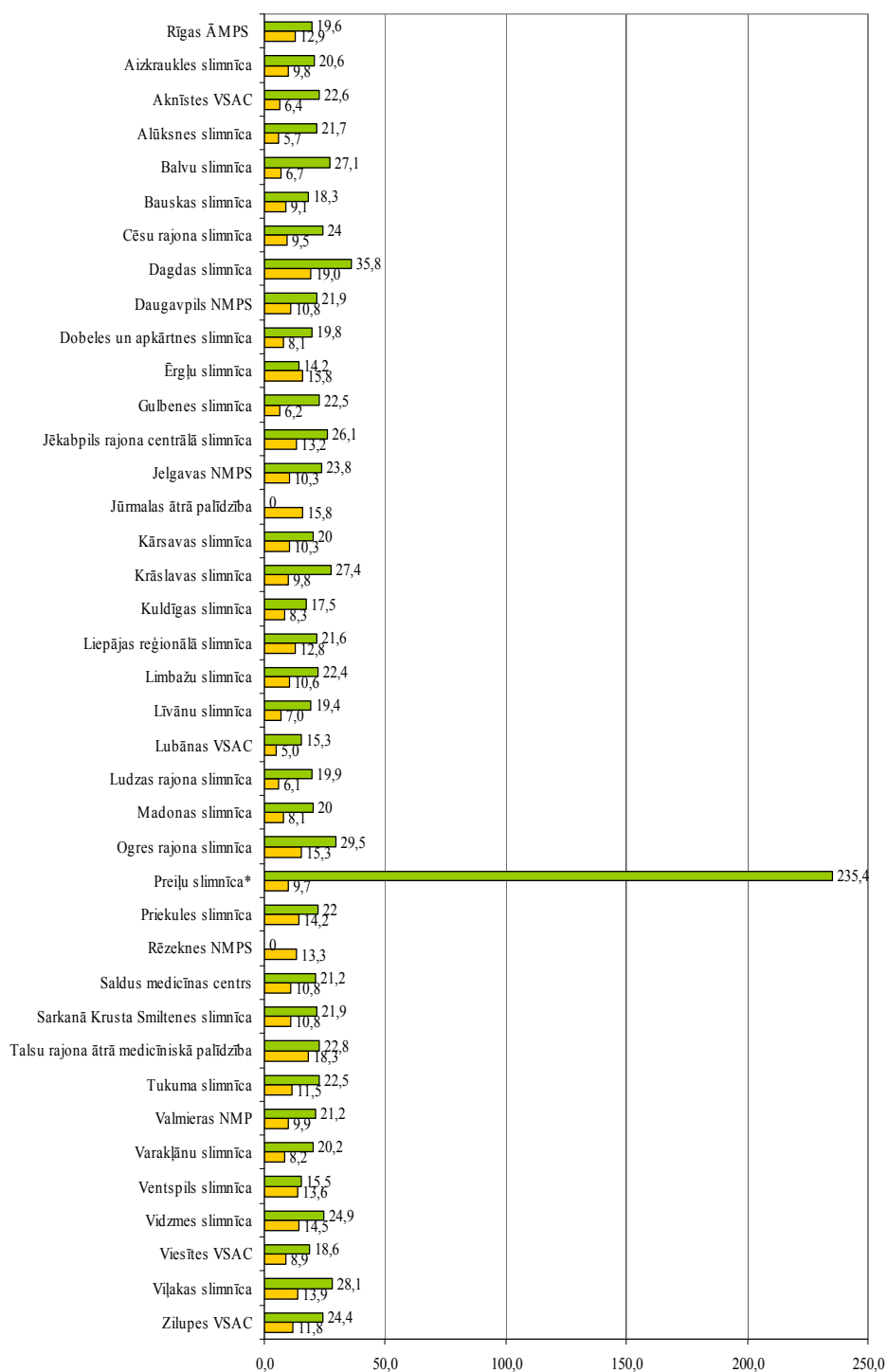
Nr.p.k.	Iestādes nosaukums	2007.gads			2008.gads			Primāro izsaukumu skaita izmaiņas %
		Izsaukumu skaits gadā kopā	t.sk. primārie	Primārie %	Izsaukumu skaits gadā kopā	t.sk. primārie	Primārie %	
1	Rīgas ĀMPS	212 665	207 081	97%	197 053	136 924	69%	-28%
2	Aizkraukles slimnīca	6 535	5 207	80%	5 019	3 131	62%	-18%
3	Aizputes slimnīca	424	128	30%				-30%
4	Aknīstes veselības un sociālās aprūpes centrs	800	719	90%	680	467	69%	-21%
5	Alūksnes slimnīca	3 448	2 413	70%	3 240	1 753	54%	-16%
6	Balvu slimnīca	2 921	1 955	67%	2 002	1 370	68%	1%
7	Bauskas slimnīca	6 565	5 949	91%	5 437	4 095	75%	-16%
8	Cēsu slimnīca	8 726	7 719	89%	8 159	5 240	64%	-25%
9	Dagdas slimnīca	2 458	2 194	89%	2 234	1 657	74%	-15%
10	Daugavpils neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija	34 185	29 321	86%	39 216	20 326	52%	-34%
11	Dobele un apkārtnes slimnīca	7 750	5 279	68%	6 587	4 839	73%	5%
12	Ērgļu slimnīca	1 143	1 074	94%	976	679	70%	-24%
13	Gulbenes slimnīca	3 990	3 418	86%	3 545	2 370	67%	-19%
14	Jēkabpils rajona centrālā slimnīca	11 195	7 670	69%	7 276	4 037	55%	-14%
15	Jelgavas neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija	19 147	18 347	96%	16 850	14 352	85%	-11%
16	Jūrmalas ātrā palīdzība	13 136	11 250	86%	11 911	5 794	49%	-37%
17	Kārsavas slimnīca	1 333	1 122	84%	1 161	745	64%	-20%
18	Krāslavas slimnīca	5 332	4 762	89%	4 382	3 245	74%	-15%
19	Kuldīgas slimnīca	7 957	6 841	86%	7 125	4 512	63%	-23%
20	Liepājas pilsētas centrālā slimnīca	15 336	12 260	80%	12 931	10 450	81%	1%
21	Limbažu slimnīca	7 178	6 898	96%	4 622	2 796	60%	-36%
22	Līvānu slimnīca	2 991	1 896	63%	2 833	1 640	58%	-5%
23	Lubānas veselības un sociālās aprūpes centrs	1 919	1 772	92%	1 437	1 094	76%	-16%
24	Ludzas rajona slimnīca	4 528	4 075	90%	3 740	2 357	63%	-27%
25	Madonas slimnīca	5 223	4 994	96%	4 181	2 421	58%	-38%
26	Ogres rajona slimnīca	12 911	11 883	92%	10 951	7 750	71%	-21%
27	Preiļu slimnīca	6 548	4 833	74%	5 234	3 728	71%	-3%
28	Priekules slimnīca	2 059	1 745	85%	1 829	1 309	72%	-13%
29	Rēzeknes NMPS	18 311	12 039	66%	13 245	8 876	67%	1%
30	Rīgas raj. slimnīca	2 952	1 907	65%				-65%
31	Saldus med. centrs	4 081	3 191	78%	3 961	2 684	68%	-10%
32	Saulkrastu slimnīca	1 390	1 317	95%				-95%
33	Smiltenes slimnīca	3 030	2 349	78%	2 728	1 330	49%	-29%
34	Talsu rajona ātrā medicīniskā palīdzība	6 433	5 644	88%	5 352	3 866	72%	-16%
35	Tukuma slimnīca	8 323	4 684	56%	6 847	4 225	62%	6%
36	Valkas slimnīca	1 931	1 211	63%				-63%
37	Valmieras NMP	8 859	8 245	93%	8 278	4 637	56%	-37%
38	Varakļānu slimnīca	1 577	1 572	100%	1 405	1 002	71%	-29%
39	Ventspils slimnīca	10 327	7 040	68%	9 455	6 174	65%	-3%
40	Vidzemes slimnīca				1 738	927	53%	53%
41	Viesītes veselības un sociālās aprūpes centrs	839	577	69%	757	431	57%	-12%
42	Viļakas slimnīca	1 528	1 107	72%	1 235	653	53%	-19%
43	Zilupes veselības un sociālās aprūpes centrs	1 163	1 056	91%	1 097	1 013	92%	1%
Kopā:		479 147	424 744	89%	426 709	284 899	67%	-22%



Vidējais izsaukumu skaits dienā uz vienu brigādi



Vidējais ierašanās laiks izsaukumā, minūtēs



7. LĪGUMU NOSACĪJUMU IZPILDES UZRAUDZĪBA

Lai realizētu Aģentūrai noteiktās funkcijas uzraudzības jomā, 2008. gadā Aģentūra turpināja īstenot plānveidīgu un sistemātisku līgumpartneru darbības uzraudzību, kuras ietvaros veica pārbaudes, lai pārlicinātos, ka līgumpartneri nodrošina Noteikumiem Nr.1046 atbilstošu pakalpojumu pieejamību pacientiem un nodrošina faktiski veiktu pakalpojumu uzskaiti.

Pārbaudes prioritātes tika apstiprinātas atbilstoši Aģentūras 2007.gada apkopotajiem rādītājiem par iestāžu veikto darbu un budžeta līdzekļu izlietojumu un par 2008.gada prioritātēm tika noteiktas:

- slimnīcas, kuras uzrāda augstākos rādītājus pacientu iemaksas kompensācijai par atbrīvotajām pacientu kategorijām;
- slimnīcas, kuras uzrāda garāko ārstēšanās ilgumu uz vienu pacientu;
- pacientu grupu, kas pilnībā vai daļēji atbrīvotas no pacienta iemaksas, uzskaites pamatotība;
- atkārtotas stacionēšanas pamatotība nākamajā dienā pēc pacienta izrakstīšanas no tās pašas slimnīcas;
- vienlaicīga stacionāro un ambulatoro pakalpojumu uzskaitē situācijā, kad stacionāras ārstēšanas laikā pacients saņem ambulatoros pakalpojumus tās pašas slimnīcas ambulatorajā nodaļā;
- NMP transporta degvielas izlietošanas pamatotība NMP iestādēs, kurās degvielas patēriņš un izmaksu rādītāji ir ievērojami augstāki par vidējiem;
- NMP paredzēto medikamentu izlietojuma pamatotība NMP iestādēs, kurās medikamentu izmaksas ir ievērojami augstākas par vidējām.

Kopumā 2008.gadā veiktas 1 909 pārbaudes, kas apstiprinātas ar pārbaudes aktiem.

Kopumā 2008.gadā veiktas 1909 pārbaudes, kas apstiprinātas ar pārbaudes aktiem. Tas ir par 852 pārbaudēm mazāk kā 2007.gadā. Tomēr atgūto līdzekļu dinamika liecina, ka pārbaudes darba efektivitāte ir pieaugusi, jo ārstniecības iestāžu nepamatoti uzskaitīto pakalpojumu atradne ir pieaugusi un līdz ar to budžetā atgūts ievērojami vairāk līdzekļu kā 2007. gadā.



69.tabula

Pārskats par ārstniecības iestāžu un aptieku pārbaudi

Nr. p.k.	Līguma veids	Kopā:	
		2007.gads	2008.gads
1. Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji - līgumi par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu			
1.1.	Veikto pārbaūžu skaits, t.sk.:	191	197
	veiktas plānotas pārbaudes	62	71
	veiktas neplānotas pārbaudes	129	126
1.2.	Piemēroti līgumsodi (Ls)	47 227,78	27 640,25
1.3.	Izdarīti ieturējumi (Ls)	118 472,80	254 029,63
1.4.	Pacienti em atgrieztā summa (Ls)	1 159,20	5 573,27
1.5.	Ārstniecības iestāžu iesniegto iebildumu skaits	8	13
2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniedzēji - līgumi par NMP palīdzības sniegšanu un apmaksu			
2.1.	Veikto pārbaūžu skaits, t.sk.:	48	33
	veiktas plānotas pārbaudes	40	29
	veiktas neplānotas pārbaudes	8	4
2.2.	Piemēroti līgumsodi (Ls)	5 518,53	6 796,73
2.3.	Izdarīti ieturējumi (Ls)	0,00	60,02
2.4.	Pacienti em atgrieztā summa (Ls)	37,03	107,83
2.5.	Ārstniecības iestāžu iesniegto iebildumu skaits	3	1
3.Ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji - līgumi par ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu			
3.1.	Veikto pārbaūžu skaits, t.sk.:	568	301
	veiktas plānotas pārbaudes	403	181
	veiktas neplānotas pārbaudes	165	120
3.2.	Piemēroti līgumsodi (Ls) , t.sk.:	17 899,96	24 350,93
	par līguma nosacījumu neievērošanu piemēroti līgumsodi (Ls)	13 431,12	21 666,79
	par kompensējamo zāļu izrakstīšanas nosacījumu neievērošanu piemērotie līgumsodi un ieturējumi kompensējamo zāļu vērtībā (Ls)	4 468,84	2 684,14
3.3.	Izdarīti ieturējumi (Ls)	32 349,40	106 261,70
3.4.	Pacienti em atgrieztā summa (Ls)	114,24	102,71
3.5.	Ārstniecības iestāžu iesniegto iebildumu skaits	5	7
4. Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji - līgumi par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu			
4.1.	Veikto pārbaūžu skaits, t.sk.:	1636	739
	veiktas plānotas pārbaudes	1405	505
	veiktas neplānotas pārbaudes	231	234
4.2.	Piemēroti līgumsodi (Ls), t.sk.:	40 730,18	22 867,46
	par līguma nosacījumu neievērošanu piemēroti līgumsodi (Ls)	11 973,38	10 727,27
	par kompensējamo zāļu izrakstīšanas nosacījumu neievērošanu piemērotie līgumsodi un ieturējumi kompensējamo zāļu vērtībā (Ls)	28 756,80	12 140,19
4.3.	Izdarīti ieturējumi (Ls)	8 169,52	19 944,04
4.4.	Pacienti em atgrieztā summa (Ls)	7,50	54,00



4.5.	Ārstniecības iestāžu iesniegto iebildumu skaits	8	14
5. Zobārstniecisko pakalpojumu sniedzēji - līgumi par zobārstniecisko pakalpojumu sniegšanu un apmaksu			
5.1.	Veikto pārbaūžu skaits, t.sk.:	222	155
	<i>veiktas plānotas pārbaudes</i>	177	118
	<i>veiktas neplānotas pārbaudes</i>	45	37
5.2.	Piemēroti līgumsodi (Ls)	3 054,84	5 533,53
5.3.	Izdarīti ieturējumi (Ls)	16 572,17	10 689,75
5.4.	Pacientiem atgrieztā summa (Ls)	0,00	108,05
5.5.	Ārstniecības iestāžu iesniegto iebildumu skaits	1	3
6. * Kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošinātāji (aptiekas) - līgumi par ambulatorai ārstēšanai paredzēto kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanu			
7.1.	Veikto pārbaūžu skaits	96	460
7.2.	Piemēroti līgumsodi (Ls)	2 072,65	6 167,21
7.3.	Izdarīti ieturējumi (Ls)	20,19	10 584,03
7.4.	Saņemti aptieku iebildumi	2	7
7. Citi līgumi (feldšeru punkti) – primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (PVA)			
7.1.	Veikto pārbaūžu skaits	0	24
7.2.	Piemērotās sankcijas (Ls)	0,00	0,00
7.4.	Saņemti iebildumi	0	0
8. Kopā:			
8.1.	veiktas pārbaudes	2761	1 909
8.2.	izdarīti ieturējumi (Ls)	180 052,92	401 568,57
8.3.	piemēroti līgumsodi (Ls)	112 034,38	93 356,11
8.4.	pacientiem atgrieztā summa (Ls)	1 682,31	6 393,39
8.5.	t. sk. ar pārbaudes aktiem	1 323,51	5 945,86
8.6.	t. sk. bez pārbaudes aktiem	358,80	447,53
8.7.	izskatīto sūdzību skaits	327 (visas, t.sk. telefoniskās, mutiskās un elektroniskās)	190 (uz iesnieguma pamata)

Veikto pārbaūžu rezultāti apliecina, ka ir iestādes, kurās pārkāpumi ir konstatēti sistemātiski un atkārtoti, par ko piemēroti ieturējumi, tajā skaitā, mainīgā maksājuma ieturējumi PVA praksēs, līgumsodi, uzlikts par pienākumu atgriezt pacientiem nepamatoti iekasēto samaksu un vienā gadījumā izbeigts līgums.

Ieturējums - ir samaksāto naudas līdzekļu atgūšana valsts budžetā gadījumos, kad pārbaudes rezultātā konstatēti ārstniecības iestādes nepamatoti, kļūdaini vai faktiski neveikti (pierakstīti) un uzskaitīti pakalpojumi, kurus Aģentūra ir apmaksājusi. Vienlaicīgi to var uzskatīt par zaudējumu atlīdzināšanu Aģentūrai (faktiski valsts budžetam).

Līgumsods – ir soda sankcija, pārsvarā par atkārtotiem pārkāpumiem, ko Aģentūra saskaņā ar līguma noteikumiem piemēro ārstniecības iestādei vai aptiekai par līguma noteikumu neievērošanu, un ārstniecības iestāde vai aptieka to apmaksā uz Aģentūras vai



Aģentūras teritoriālās nodaļas atsevišķi sagatavota rēķina pamata. Līgumsods tiek ieskaitīts valsts budžetā un tam ir disciplinējoša ietekme.

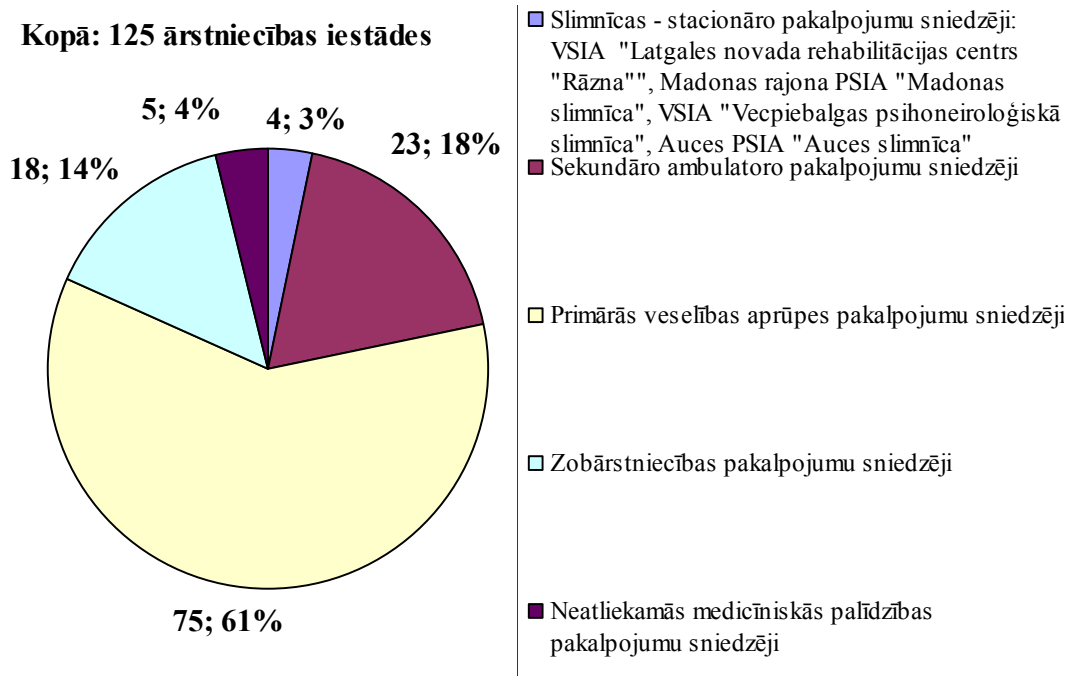
Uzlikts pienākums pacientam atgriezt naudu – ir Aģentūras pieņemts lēmums par pienākumu ārstniecības iestādei atmaksāt pacientam prettiesiski vai nepamatoti iekasētu pacienta iemaksu, līdzmaksājumu vai samaksu par nepamatotiem maksas pakalpojumiem.

Mainīgā maksājuma ieturējums PVA praksēm - ir Aģentūras pieņemts lēmums par ģimenes ārsta darbības novērtējuma mainīgā maksājuma 15% apmērā no aprēķinātās mēneša kapitācijas naudas apmēra ieturējumu, ja konstatēts, ka ģimenes ārsts nav organizējis savas prakses darbību atbilstoši Noteikumu Nr.1046. prasībām vai nav nodrošinājis māsu vai ārsta palīgu ar labiekārtotu darba vietu.

Tāpat veikto pārbaūžu rezultāti apliecina, ka ir iestādes, kurās 2008. gadā nav konstatēti līguma nosacījumu pārkāpumi vai pārkāpumi ir maznozīmīgi, par ko Aģentūra aizrādījusi un sniegusi ieteikumus pārkāpumu novēršanai.

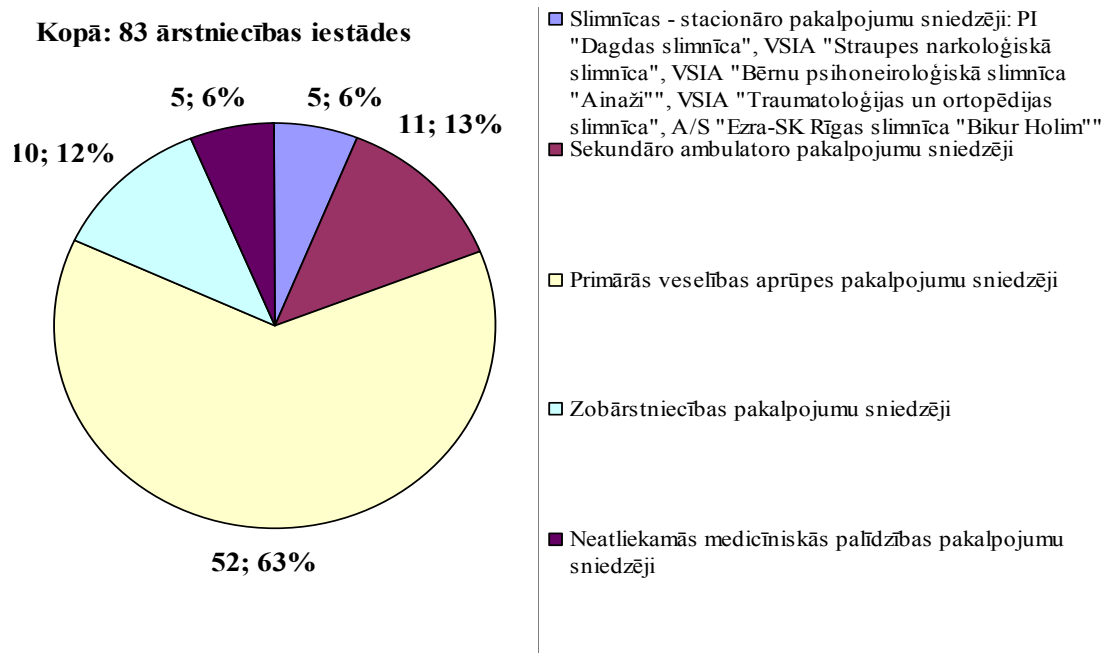
67.attēls

Aģentūras pārbaudītās ārstniecības iestādes, kurās nav konstatēti normatīvo aktu un līguma nosacījumu pārkāpumi, 2008. gadā



68.attēls

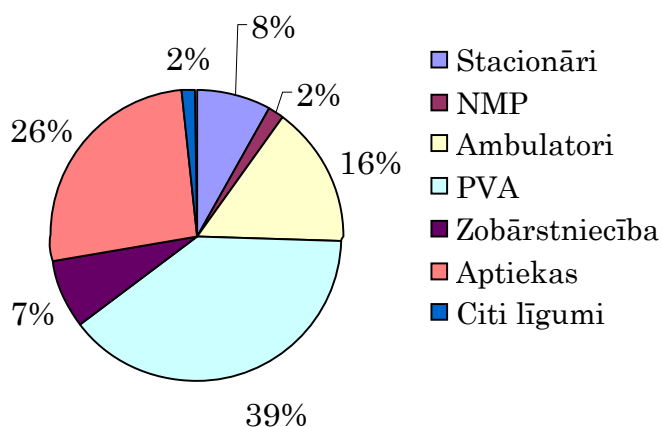
Āģentūras pārbaudītās ārstniecības iestādes, kurās konstatēti maznozīmīgi normatīvo aktu un līguma nosacījumu pārkāpumi un sniegti ieteikumi to novēršanai, 2008. gadā



Pārbaudes veiktas visos pamatlīgumu veidos. Proporcioniāli līgumu veidiem, kas ir noslēgti vairāk, arī pārbaudes ir veiktas vairāk.

69.attēls

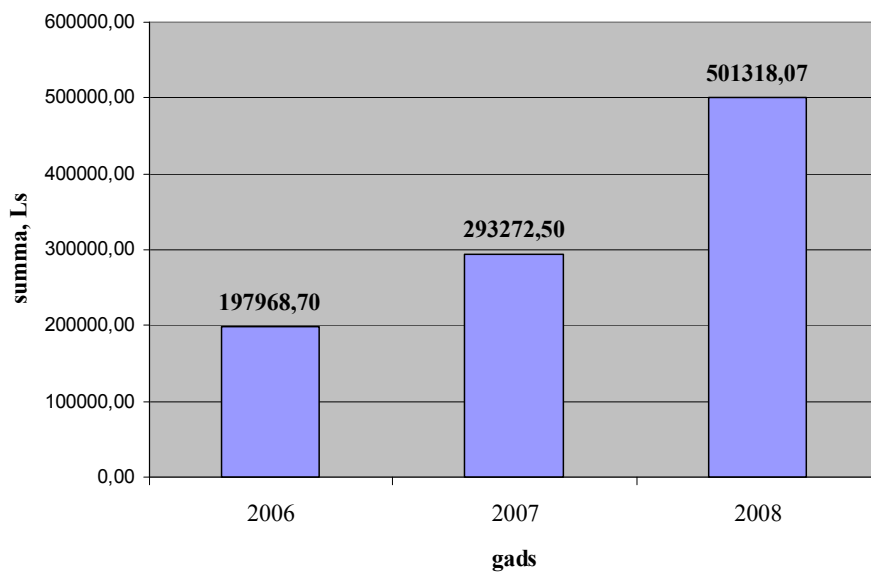
Veikto pārbažu sadalījums pa līguma veidiem 2008.gadā



Konsekventi īstenojot uzraudzības funkcijas, atgūto naudas līdzekļu apjoms 2008. gadā ir ievērojami pieaudzis salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem.

70.attēls

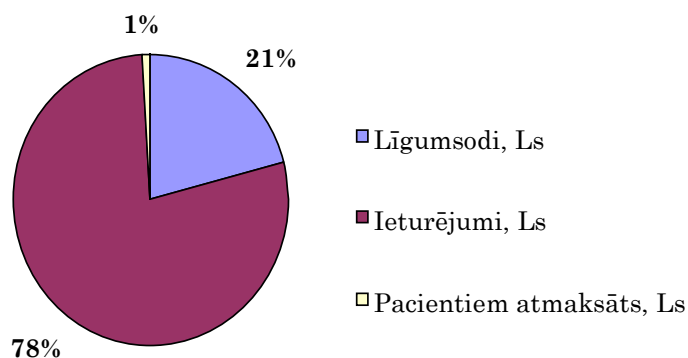
Atgūto naudas līdzekļu dinamika 2006. – 2008. gados



2008. gadā ir samazinājies piemēroto līgumsodu apjoms, bet ir pieaudzis pacientiem atgriezto līdzekļu apjoms un valsts budžetā atgūto nepamatoti samaksāto līdzekļu apjoms.

71.attēls

Atgūto naudas līdzekļu sadalījums 2008. gadā



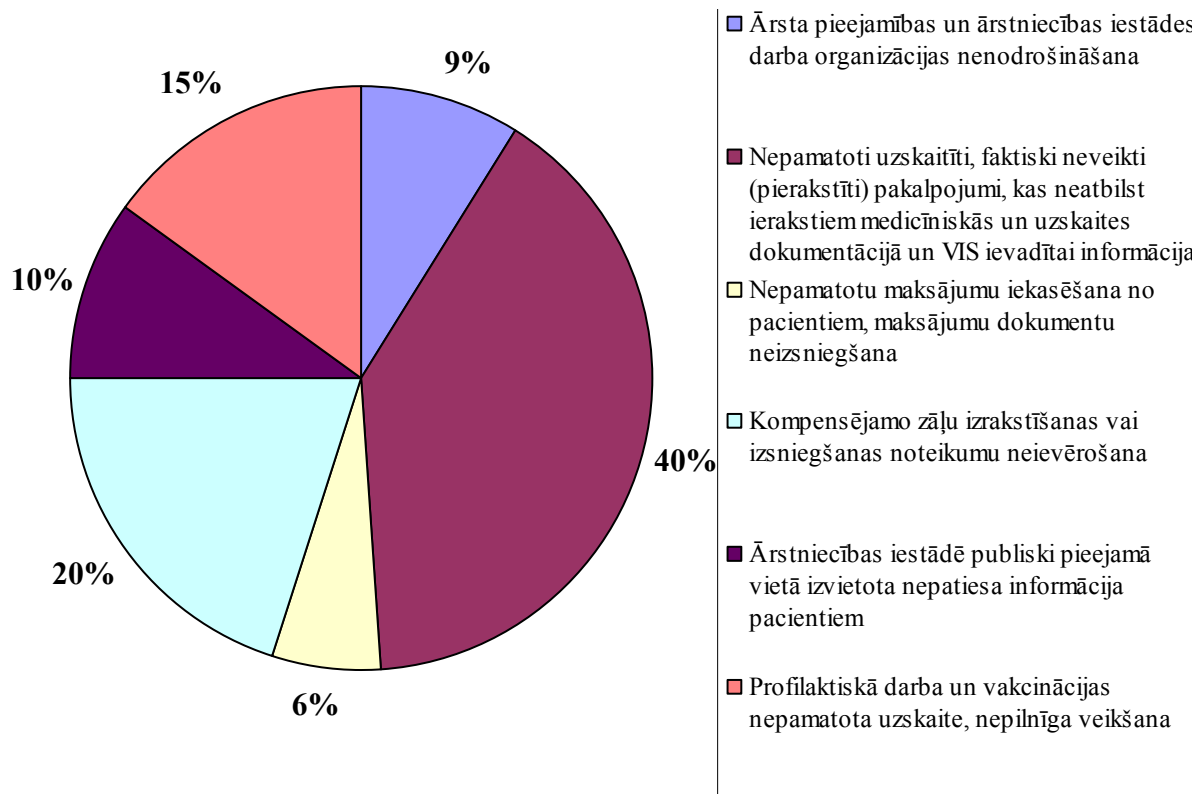
Konstatēto pārkāpumu dinamika liecina, ka 2008. gadā visvairāk ir bijusi nepamatota pakalpojumu uzskaitē un līdz ar to nepamatota apmaksā no valsts budžeta. Ievērojami daudz tiek uzskaitīti profilaktiskais darbs, kas faktiski nav veikts vai veikts nepilnīgi (veicot formālu apskati, kas neatbilst Noteikumu Nr.1046. profilaktiskās apskates apjomam).

Pārbaudot kompensējamo zāļu izrakstīšanas nosacījumus, konstatēti daudz kompensējamo zāļu izrakstīšanas gadījumi, kad kompensējamās zāles izrakstītas pacientiem, kuriem nav pierādīta diagnoze, nav veikti nepieciešamie izmeklējumi, zāles izrakstītas nepareizā devā, nepamatoti daudz u.tml.

Sekundāro ambulatoro pakalpojumu sniedzēji uzskaita apmaksai manipulācijas, kas faktiski nav veiktas, piemēram, vienas veiktas manipulācijas vietā uzskaita 4, 10, 25 un pat 300.

72.attēls

Biežāk konstatētie pārkāpumi

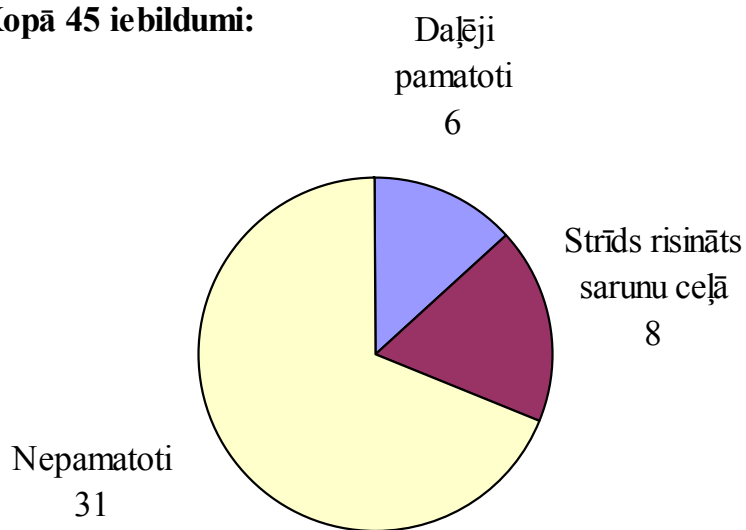


Atbilstoši līguma nosacījumiem, līgumpartneri ir tiesīgi iesniegt iebildumus par pārbaudes rezultātiem. No kopējo pārbaudžu skaita, iebildumi iesniegti 2,3%. Aģentūra izskata saņemtos iebildumus, atkārtoti izskata pārbaudes rezultātus un sagatavo atzinumu.

73.attēls

Izskatītie ārstniecības iestāžu iebildumi par pārbaudes rezultātiem

Kopā 45 iebildumi:



8. REGRESA PRASĪBU PIEDZIŅA

Viena no Aģentūras funkcijām ir regresa kārtībā atgūt līdzekļus par tādu personu ārstēšanu, kuru ārstēšana ir prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma sekas.

Lai uzlabotu šīs funkcijas izpildi un elektroniski varētu saņemt no Valsts policijas datu bāzēm informāciju par ceļu satiksmes negadījumiem un tajos cietušajām personām saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem Nr.801 „Noteikumi par sauszemes transportlīdzekļu īpašnieku civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas informācijas sistēmas darbībai nepieciešamo datu apjomu un veidiem, datu ievades, apmaiņas un izmantošanas kārtību” Aģentūra 2008.gadā veica izmaiņas Vadības informācijas sistēmā.

Saskaņā ar Aģentūras stratēģiju 2008.gadā regresa kārtībā bija plānots atgūt Ls 340 000 pēc plāna A un Ls 400 000 pēc plāna B. 2008.gada laikā Aģentūra regresa kārtībā ir atguvusi **Ls 610004,62**. Minētā summa ir 152,5 % no 2008.gada plāna stratēģijā (pēc plāna B) paredzētās summas. Atgūtie līdzekļi tika novirzīti veselības aprūpes programmā „Ārstniecība”.

Aģentūra 2008.gadā regresa kārtībā atguvusi līdzekļus Ls 610 004,62 apmērā jeb par 13,24 % vairāk kā 2007.gadā.



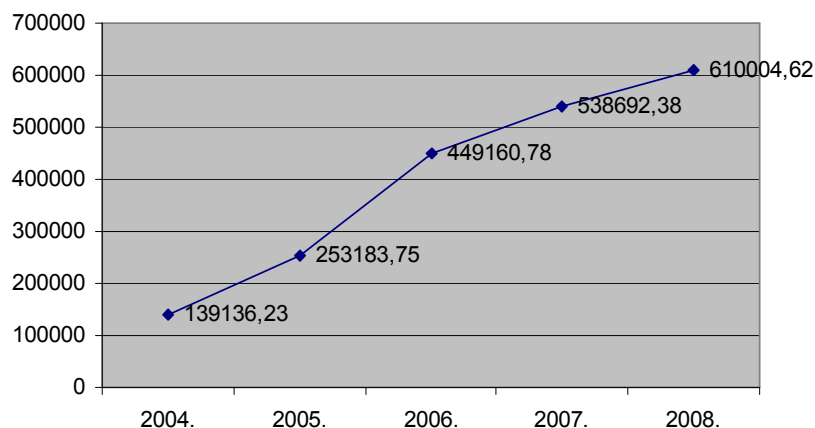
Regresa prasību rādītāji 2008. gadā

Prasības	Skaitis	Summa (Ls)
Iesniegtās prasības, kopā, t.sk.	1 772	633 969,82
Par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu t.sk.	1 749	602 179,06
Apdrošināšanas sabiedrībām	1 612	540 933,81
Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju birojam	137	61 245,25
Negadījumu izraisītājiem	0	0
Par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu t.sk.	23	31 790,76
No prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem	4	1 600,38
No nelaimes gadījumiem darbā	19	30 190,38
Apmaksātās prasības, kopā, t.sk.	1 723	610 004,62
Daļēji apmaksātās prasības	5	3 244,81
Par ceļu satiksmes negadījumos cietušo ārstēšanu t.sk.	1 707	581 813,90
No apdrošināšanas sabiedrībām	1 615	532 268,04
No Latvijas transportlīdzekļu apdrošinātāju biroja	91	49 116,35
No negadījumu izraisītājiem	1	429,51
Par citos nodarījumos cietušo ārstēšanu t.sk.	16	24 945,91
No prettiesiskām darbībām un noziedzīgiem nodarījumiem	13	1 286,83
No nelaimes gadījumiem darbā	3	23 659,08

Salīdzinot ar 2007.gadu, Aģentūra 2008.gadā atguvusi par 13,24 % lielāku summu. Apmaksāto regresa prasību kopsumma pret iesniegto regresa prasību kopsummu 2008.gadā sastāda aptuveni 96,2 %. Ņemot vērā regresa prasību apmaksas nobīdi laikā, šis procentuālais rādītājs tikai aptuveni parāda regresa piedziņas atdevi konkrētā laika periodā.

74.attēls

Regresa kārtībā atgūto valsts budžeta līdzekļu pieauguma salīdzinājums pa gadiem Ls



9. VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMI EIROPAS SAVIENĪBĀ

Kopš Latvija ieguva pilntiesīgu ES dalībvalsts statusu, arī Latvijas iedzīvotājiem ir tiesības saņemt veselības aprūpi ES, kā arī ES pilsoņi var uz tādiem pašiem nosacījumiem ārstēties Latvijā. Šīs veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas tiesības apliecina speciālās E – veidlapas, kuras izsniedz katras valsts kompetentās institūcijas (Latvijā – Aģentūra). Aģentūra E – veidlapas izsniedz atbilstoši Noteikumos Nr.1046 noteiktajai kārtībai.

71.tabula

Latvijā izsniegtās EVAK/EVAK aizvietojošie sertifikāti un E veidlapas

Veidlapa	Izsniegtas veidlapas	Atteikts izsniegt veidlapu
EVAK/EVAK aizvietojošie sertifikāti	50 458	2
E104 veidlapas	39	1
E106 veidlapas	209	31
E107 veidlapas	127	
E108 veidlapas	161	
E109 veidlapas	2	
E112 veidlapas	127	11
E116 veidlapas	40	
E121 veidlapas	64	43
E126 veidlapas	70	5

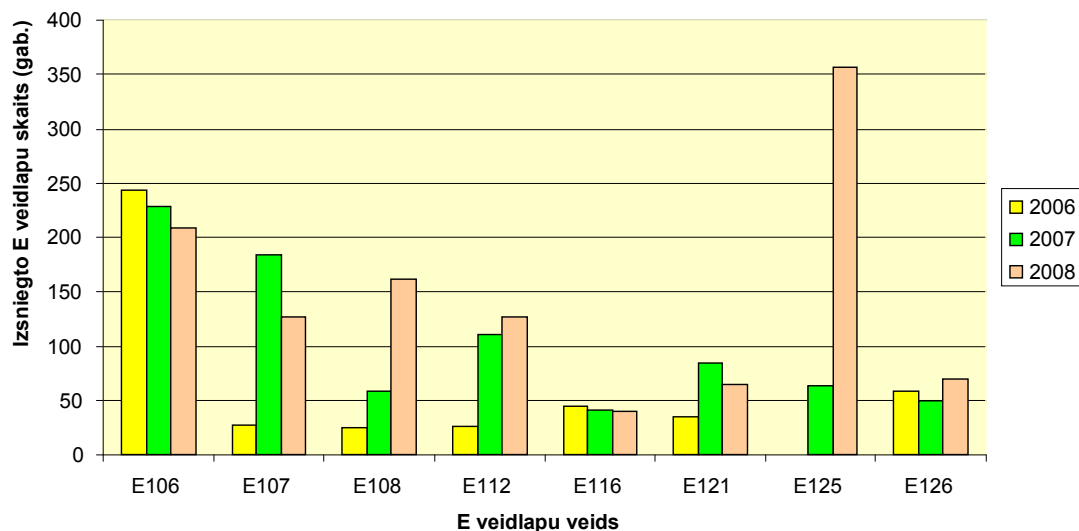
72.tabula

No citām ES/EEZ dalībvalstīm un Šveices ienākošie EVAK/EVAK aizvietojošie sertifikāti un E veidlapas

Veidlapa	Skaitis
EVAK/ EVAK aizvietojošais sertifikāti	792
E106 veidlapas	59
E107 veidlapas	206
E108 veidlapas	72
E109 veidlapas	0
E112 veidlapas	0
E116 veidlapas	0
E121 veidlapas	23
E126 veidlapas	77



Izsniegto E veidlapu dinamika



73.tabula

Izsniegto E112 veidlapu skaits sadalījumā pa valstīm un veselības aprūpes pakalpojumu veidiem 2008.gadā

Valsts	Veidlapu skaits	Veselības aprūpes pakalpojums
Austrija	1	Terapijas kontrole (iedzimta mitohondāla patoloģija)
Beļģija	1	Aknu transplantācija (bērnām)
Igaunija	54	Pozitronemisijas tomogrāfija
		Acs melanomas operācija ar radioaktīvu aplikatoru
Itālija	2	Radiķķirurģija ar Cyberknife metodi
Lietuva	35	Alogēna cilmes šūnu transplantācija
		Donora meklēšana
		BCR-ABL gēna kontrole kaulu smadzeņu aspirātā
		Himērisma analīze pēc real -time PCR metodes
		Ārpus ģimenes donora limfocītu infūzija
		Iedzimtas sirdsrites radikālas korekcijas operācija
Nīderlande	1	Iedzimtas sirdsrites operācija
Somija	1	Galvaskausa kaulu rekonstruktīva operācija operācija
Vācija	25	Alogēna cilmes šūnu transplantācija
		Kontrole pēc alogēnās cilmes šūnu transplantācijas
		Donora meklēšana
		BCR-ABL gēna kontrole kaulu smadzeņu aspirātā
		Analīzes- HLA tipēšana ar augstu izšķiršanu
		Pozitronemisijas tomogrāfija



		Terapija ar Yittrium - 90
		Sirds operācija
		Akūta neirorehabilitācija
		Muguras smadzeņu elektrostimulācija
		EEG videomonitorēšana
Zviedrija	7	Scintigrāfija pēc kaulu smadzeņu transplantācijas
		Megaterapija pirms kaulu smadzeņu transplantācijas
		Terapijas kontrole (iedzimta elpošanas patoloģija)
		Komplicēta endoprotezēšana
		Operācija (komplicēta Hiršsprunga slimība)
		Iedzimtas sirdskaite operācija
Kopā:	127	-

*E112 veidlapa - Sertifikāts, kas apliecina tiesību saglabāšanu uz pašlaik sniegto slimības vai maternitātes pabalstu

74.tabula

2008.gadā saņemtā un veiktā apmaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem

E veidlapas veids	Skaits (vienības)	Izrakstītie rēķini par ES, EEZ vai Šveices iedzīvotājiem m sniegto veselības aprūpi Latvijā (Ls)	Saņemtie rēķini par Latvijas iedzīvotājiem sniegto veselības aprūpi ES, EEZ vai Šveicē, (Ls)	Naudas plūsma (Ls)			
			Ienākošie pārbaudei	Akceptēti apmaksai	Saņemtā apmaksa par ES, EEZ vai Šveices iedzīvotājiem sniegto veselības aprūpi Latvijā, (Ls)	Veiktā apmaksa (Ls)	
						Par Latvijas iedzīvotājiem saņemto veselības aprūpi ES, EEZ vai Šveicē (E125 un E127)*	Par Latvijas iedzīvotājiem saņemto veselības aprūpi ES, EEZ vai Šveicē, kuri samaksājuši ar personīgajiem līdzekļiem (E126)
Izsniegtās veidlapas							
EVAK/ EVAK AS	50 458	—	820 752.05	774 811.30	—	790 070.14	28 787.41
E - 112	127	—	969 358.24	969 355.03	—	1 047 197.13	26 081.94
E - 106	209	—	19 235.41	18 304.48	—	18 325.29	—
E - 121	64	—	15 745.72	6 697.91	—	33 255.39	—
Kopā:		—	1 825 091.42	1 769 168.72	—	1 943 717.30	
Saņemtās veidlapas							
EVAK/ EVAK AS	792	31.687	—	—	18 199.94	—	—
E - 112	0	0	—	—	0.00	—	—
E - 106	59	93	—	—	0.00	—	—
E - 121	23	2 8451.28	—	—	2 7851.00	—	—
Kopā:		60 230.92	—	—	46 050.94	—	—

*Summas, kuras ir samaksātas citām ES dalībvalstīm, pamatojoties uz 2007. un 2008. gadā saņemtajām E 125 veidlapām.





KONTAKTI:

Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra

Direktore Lūcija Akermane

Tālrunis: 67043700, Fakss: 67043701, e – pasts voava@voava.gov.lv

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

Rīgas nodaļa

Vadītājs Andrejs Doveiks

Tālrunis: 67201282, Fakss: 67201285, e – pasts riga@voava.gov.lv

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

Kurzemes nodaļa

Vadītāja Dzintra Eglīte

Tālrunis: 63323471, Fakss: 63323696, e – pasts kurzeme@voava.gov.lv

Adrese: Baznīcas iela 9, Kuldīga, LV – 3301

Latgales nodaļa

Vadītāja Sandra Buzajeva

Tālrunis: 65422236, Fakss: 65422236, e – pasts latgale@voava.gov.lv

Adrese: Saules iela 5, Daugavpils, LV – 5407

Vidzemes nodaļa

Vadītāja Evita Zušmane

Tālrunis: 64772301, Fakss: 64707013, e – pasts vidzeme@voava.gov.lv

Adrese: Pils iela 6, Smiltene, LV – 4729

Zemgales nodaļa

Vadītāja Daiga Vulfa

Tālrunis: 63027249, Fakss: 63007087, e – pasts zemgale@voava.gov.lv

Adrese: Zemgales prospektā 3, Jelgava, LV – 3001

Par izdevumu atbild Ineta Būmane, Toms Noviks.

Izdevums tiek izdots elektroniski un ir pieejams Aģentūras mājas lapā – www.voava.gov.lv.

Citēšanas un pārpublicēšanas gadījumā atsauce obligāta.

