



DRG grupas un rādītāji maksājuma aprēķinam

Publicēts: 18.11.2020.

Atjaunināts: 22.09.2023.

DRG grupa ārstniecības iestāžu stacionārajās kartēs tiek noteikta, ņemot vērā vairākus kritērijus – informāciju par pacientu (vecums, dzimums, ārstēšanās ilgums), pacientam noteikto diagnozi un veiktās manipulācijas atbilstoši Ziemeļvalstu Medicīnas statistikas komitejas (NOMESCO) ķirurģisko manipulāciju klasifikācijai (NCSP) ar papildinājumu (NCSP Latvijas versija). Stacionārajām ārstniecības iestādēm veiktās NCSP manipulācijas atbilstoši NCSP Latvijas klasifikatoram jānorāda kopš 2014. gada 1. janvāra.

DRG rādītāji, kas tiek izmantoti DRG maksājuma aprēķinam

Ārstniecības iestāžu vidējā viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksa jeb bāzes tarifs (1)

DRG koeficients (2)

Ārstniecības iestādes veiktā darba indekss (CMI) (3)

Par bāzes tarifu

1. Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta MK noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" (turpmāk – Noteikumi Nr. 555) 6. pielikuma 1. punktā 1.1., 1.2., 1.3., 1.4., 1.6.1., 1.6.2., 1.7.2., 1.7.8. apakšpunktos minēto ārstniecības iestāžu vidējā viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksu jeb bāzes tarifu aprēķina pēc iepriekšējā gada 9 mēnešos Vadības informācijas sistēmas (VIS) stacionāro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā (SPANS) no stacionāra izrakstītā slimnieka kartē (forma O66/u) ievadītiem datiem:

1.1. slimnīcas gultdienu skaits tiek reizināts ar Noteikumu Nr. 555 6. pielikuma 1.3. punkta 43. kolonnā noteikto gultasdienas tarifu;

1.2. manipulāciju, kas publicētas Nacionālā veselības dienesta mājaslapā sadaļā Līgumpartneriem - Līgumu dokumenti - Pakalpojumu tarifi - Manipulāciju saraksts atzīmētas ar zvaigznīti (*) skaits tiek reizināts ar manipulāciju sarakstā publicēto spēkā esošo tarifu;

1.3. summu par gultdienām summē ar summu par manipulācijām, tiek iegūta kopsumma;

1.4. kopsummu dalot ar kopējo ārstniecības iestādes stacionēšanas gadījumu skaitu, tiek iegūtas ārstniecības iestāžu vidējās viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksas jeb bāzes tarifs.

Par DRG koeficientu

2. DRG koeficients, kuru aprēķina pēc iepriekšējā gada 9 mēnešos VIS SPANS formā O66/u ievadītiem datiem pa DRG grupām:

2.1. DRG grupā iekļauto gultdienu skaits tiek reizināts ar Noteikumu Nr. 555 6. pielikuma 1.3. punkta 43. kolonnā noteikto gultasdienas tarifu;

2.2. DRG grupā iekļauto manipulāciju ar zvaigznīti (*), kas publicētas Nacionālā veselības dienesta mājaslapā sadaļā

Līgumpartneriem - Līgumu dokumenti - Pakalpojumu tarifi - Manipulāciju saraksts, skaits tiek reizināts ar manipulāciju sarakstā publicēto spēkā esošo tarifu;

2.3. katrā DRG grupā summu par gultudienām summē ar summu par manipulācijām, tiek iegūta DRG grupas kopsumma;

2.4. katras DRG grupas kopsummu dalot ar katras DRG grupas kopējo stacionēšanas gadījumu skaitu, tiek iegūtas katras DRG grupas vidējā viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksas;

2.5. dalot katras DRG grupas vidējās viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksas ar aprēķināto ārstniecības iestāžu vidējo viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksu (bāzes tarifu), tiek iegūts DRG grupas koeficients;

2.6. ja 2019. gada DRG grupu koeficientu sarakstā nav apstiprināts kādas DRG grupas koeficients, tad šai DRG grupai piemēro apstiprināto 2018. gada DRG grupas koeficientu. Ja 2018. gada DRG grupu koeficientu sarakstā nav apstiprināts kādas DRG grupas koeficients, tad šai DRG grupai piemēro apstiprināto 2017. gada DRG grupas koeficientu.

Gadījumā, ja arī 2017. gada DRG grupu koeficientu sarakstā nav apstiprināts kādas DRG grupas koeficients, tad šai DRG grupai piemēro apstiprināto 2016. gada DRG grupas koeficientu. Ja 2016. gada DRG grupu koeficientu sarakstā nav apstiprināts kādas DRG grupas koeficients, tad šai DRG grupai piemēro apstiprināto 2015. gada DRG grupas koeficientu. Savukārt, ja arī 2015. gada DRG grupu koeficientu sarakstā nav apstiprināts kādas DRG grupas koeficients, tad šis DRG grupas koeficients ir viens (1).

Par ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu

3. Ārstniecības iestādes veiktā darba indekss (CMI) tiek aprēķināts:

3.1. katras ārstniecības iestādes faktiskais pacientu skaits pa DRG grupām tiek reizināts ar DRG grupas koeficientu;

3.2. katrai ārstniecības iestādei tiek sasummēts iegūtais rezultāts un izdalīts uz katras ārstniecības iestādes faktisko pacientu skaitu, rezultātā iegūstot katras ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu. Valstī šis rādītājs ir viens.

 [Standarta formulas DRG rādītāju aprēķināšanai](#) 

 [DRG rādītāju aprēķins un izmaiņas 2021. gadā](#) 

 [DRG rādītāju aprēķins un izmaiņas 2022. gadā](#) 

 [DRG grupu saraksts un rādītāji DRG maksājuma aprēķinam gadu griezumā](#) 

<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/drg-grupas-un-raditaji-maksajuma-aprekinam>