



Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?

Rīga 2025



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Revīzijas ziņojums

Reformu nav, personāla trūkst – kurp virzās stacionārā veselības aprūpe?

Datums skatāms dokumenta paraksta laika zīmogā un dokumenta numurs teksta failā.

Lietderības revīzija “Vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta efektīvi?”

Revīzija veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 26.08.2024. revīzijas grafiku Nr. 2.4.1-75/2024.

Revīzijas ziņojums stājas spēkā Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta lēmuma par revīzijas ziņojuma apstiprināšanu spēkā stāšanās brīdī.

Vāka noformējumā izmantots attēls no tīmekļvietnes <http://depositphotos.com>, *Blurred figures of with medical uniforms in hospital corridor*, autors vilevi, ID 10896568.

Cienījamie lasītāji!



Ģeopolitiskā situācija diktē skarbus nosacījumus valsts budžeta plānošanā, kurā prioritāte, neizbēgami, ir aizsardzība. Tikmēr Latvijā jau līdz šim ir vieni no zemākajiem valsts budžeta izdevumiem veselības aprūpei – tikai 5,3 % no

iekšzemes kopprodukta 2023. gadā, kamēr Eiropas Savienībā – vidēji 7,3 %. Tādēļ svarīgāk nekā jebkad ir izlietot katru veselības aprūpei atvēlēto *euro* pēc iespējas lietderīgāk.

Katru gadu aptuveni 700 milj. *euro* jeb 40 % no kopējā veselības aprūpes finansējuma paredzēti stacionārajai veselības aprūpei, kas nepieciešama sarežģītākajos slimību gadījumos un līdz ar to ir izmaksu ietilpīgākā veselības aprūpes forma. Turklāt Latvijā arī praktizējošo ārstu un māsu skaits uz 100 tūkst. iedzīvotāju ir starp zemākajiem Eiropas Savienībā un zemākais Baltijas valstīs. Vienlaikus samazinās iedzīvotāju skaits un nepietiekamā pacientu plūsma, īpaši reģionos, neļauj nodrošināt ārstam pietiekamu praksi, kas var negatīvi ietekmēt stacionārās veselības aprūpes kvalitāti un pacientu veselības drošību.

Efektīvas stacionārās veselības aprūpes sistēmas pamats ir mērķtiecīgi izveidots ārstniecības iestāžu tīkls, kurā ņemts vērā iedzīvotāju skaits, brauciena attālums, ārstniecības personāla kapacitāte un pietiekamas prakses iespējas, arī veselības aprūpes plāni krīzes situācijās un, visbeidzot, izmaksu efektivitāte.

Veselības ministrija jau 2018. gadā it kā īstenoja ārstniecības iestāžu tīkla reformu. Diemžēl revīzijā konstatētais apliecina, ka pēc būtības pārmaiņas nav notikušas, līdz ar to nauda tiek tērēta, bet rezultāti izpaliek un neapmierināti ir visi – gan pacienti, gan ārstniecības iestāžu personāls.

Piemēram, ir ārstniecības iestādes, kurās hospitalizē tikai divus pacientus dienā, ir iestādes, kuras uzņem insulta pacientus, lai gan neirologs diennaktī pieejams tikai dažas stundas, vai kur pacientu sagaida ārsts, kurš strādā jau vairākas dežūras pēc kārtas, vai stažieris, kas nav sertificēts specialitātē un kura darba uzraudzība rada jautājumus. Līdzīgi notiek arī uzņemšanas nodaļās – revīzijas laikā visu līmeņu ārstniecības iestādes kopā nespēja nodrošināt pat 53 % speciālistu dežūrstundu.

Valsts gadā tērē aptuveni 100 milj. *euro* par uzņemšanas nodaļu darbību vien, tomēr ir uzņemšanas nodaļas, par kuru darbību valsts maksā tuvu miljonam, bet tās faktiski ir reģistratūras, jo uzņem vien plānveida pacientus un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes tur dienā neieved pat vienu pacientu. Revīzija apstiprina, ka zemāka līmeņa ārstniecības iestāžu eksistence ir atkarīga no uzņemšanas nodaļu finansējuma, ko tās saņem neatkarīgi no pacientu skaita un sniegtajiem pakalpojumiem. Savukārt augstāka līmeņa ārstniecības iestādes – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kuras vairāk uzņem pacientus smagā stāvoklī un sniedz sarežģītākus veselības aprūpes pakalpojumus, – nesaņem par to taisnīgu samaksu pašreizējās apmaksas sistēmas dēļ.

Veselības resorā šīs problēmas ir zināmas, tomēr nepieņemtie lēmumi liecina par ilgstošu politiskās izlēmības trūkumu. Tāpēc ceram, ka Valsts kontroles ziņojums būs atklāta un noderīga ceļakarte neatliekamām reformām. Pateicamies par sadarbību Veselības ministrijai un Nacionālajam veselības dienestam, kā arī visām stacionārajām ārstniecības iestādēm par sniegto informāciju un viedokli.

Cienā

departamenta direktore Maija Āboliņa

Saturs

Termini, saīsinājumi un skaidrojumi	7
Kopsavilkums	9
Galvenie secinājumi	9
Būtiskākie ieteikumi.....	16
Ziņojuma struktūra	17
Īsumā par stacionāro veselības aprūpi.....	18
1. Veselības ministrija, pārvaldot stacionāro ārstniecības iestāžu tīklu, nav rīkojusies sabiedrības interesēs	21
Ārstniecības iestāžu tīkls pēc būtības nav reformēts	22
Prasības profilu nodrošināšanai nav noteiktas, arī kvalitāti nemēra	24
Ārstniecības iestāžu tīkla uzraudzība nav pietiekama	25
2. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus plāno un organizē neefektīvi un neproduktīvi.....	29
2.1. Ārstniecības iestādei noteiktais līmenis var radīt maldīgu priekšstatu par tajā pieejamiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem un to kvalitāti	29
Ārstniecības iestāžu profilu sadalījums nav skaidrs un izsekojams	29
Lielākā daļa hospitalizāciju ir divos – terapijas un ķirurģijas – profilos	32
Viena līmeņa ārstniecības iestādes nenodrošina to līmenim atbilstošus un līdzvērtīgus profilus	35
Ieteikums	44
2.2. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus plāno un apmaksā, neņemot vērā pacientu vajadzības un resursus neizlietojot optimāli	45
Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā, neņemot vērā faktiskos resursu ieguldījumus un izmaksas	46
Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidi ir sadrumstaloti	47

DRG pakalpojumu apmaksas sistēma ieviesta tikai daļēji	49
Iezīmēto pakalpojumu viena pacienta ārstēšanas tarifi nav aktuāli finansējuma trūkuma dēļ	56
DRG un iezīmēto pakalpojumu tarifu aprēķinā iekļautais gultasdienas tarifs nav aktuāls	58
Pacientu un finansējuma plānošana nav pārskatāma, uz vajadzībām balstīta un vienlīdzīga	61
Pacientu skaita plānošanas nosacījumi DRG pakalpojumiem pielāgoti ierobežotajam finansējumam un nav saistīti ar pakalpojumu kvalitāti	62
Iezīmēto pakalpojumu pacientu skaita plānošanā nepietiekami ņem vērā faktiskās vajadzības	65
Gada laikā stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu vairākkārt pārplāno	68
Ieteikumi.....	69
3. Stacionāro neatliekamo medicīnisko palīdzību plāno un organizē neefektīvi un neproduktīvi.....	71
Trūkst pamatojuma esošajam neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklam	72
Viena līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nodrošināto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu veids un apjoms atšķiras.....	74
Prasības par speciālistu nodrošinājumu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nav rūpīgi apsvērtas, pielāgotas pacientu plūsmai un praktiski izpildāmas	76
Pacientu observāciju līdz 24 stundām nenodrošina, kā plānots.....	84
Ieteikumi.....	90
Revīzijas raksturojums, metodes un kritēriji	91
1. pielikums. Stacionārās veselības aprūpes rādītāji ārstniecības iestādēs 2024. gadā	100
2. pielikums. Pacientu skaita plānošana DRG un iezīmēto pakalpojumu programmās	104
3. pielikums. Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacienti 2023.–2024. gadā.....	107
4. pielikums. Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darbības rādītāji 2023.–2024. gadā	109

5. pielikums. Aplēse par fiksēto piemaksu, kas izmaksāta par nenodrošinātām dežūrstundām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā 2024. gada septembrī	110
6. pielikums. Fiksētā piemaksa par pacientu observāciju līdz 24 stundām 2022.–2025. gadā.....	111
7. pielikums. Pacientu observācijas līdz 24 stundām nodrošinājums 01.01.2025. ...	112
Atsauces.....	114

Termini, saīsinājumi un skaidrojumi

Saīsinājums/termins	Skaidrojums
Ārsts stažieris	Ārsts, kas nav sertificēts specialitātē un strādā sertificēta ārsta vadībā
Bāzes tarifs	Vidējās viena pacienta hospitalizācijas izmaksas; piemēro DRG pakalpojumu finansējuma aprēķinam
CMI koeficients	Ārstniecības iestādes veiktā darba indekss, kas raksturo darba apjomu, pakalpojumu veidus un ieguldītos resursus attiecībā pret citām ārstniecības iestādēm; piemēro DRG pakalpojumu finansējuma aprēķinam
Diagnožu grupas koeficients	Raksturo vienas diagnožu grupas izmaksu attiecību pret citām diagnožu grupām; piemēro DRG pakalpojumu finansējuma aprēķinam
DRG (<i>Diagnosis related group</i>)	Diagnožu grupa, kurā, ņemot vērā pacienta vecumu, dzimumu, ārstēšanās ilgumu, diagnozi un veiktās manipulācijas, apvienoti klīniski un izmaksu ziņā līdzīgi pacientu ārstēšanas gadījumi
DRG pakalpojums	Stacionārās veselības aprūpes pakalpojums, kuru apmaksā atbilstoši diagnožu grupām jeb DRG
DRG pakalpojumu apmaksas sistēma	Starptautiski atzīta klasifikācijas metode, lai pacientu ārstēšanas gadījumus sagrupētu klīniski un izmaksu ziņā līdzīgās diagnožu grupās jeb DRG; izmanto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu uzskaitē un apmaksai
DRG rādītāji	Bāzes tarifs, CMI koeficients un diagnožu grupas koeficients
Gultasdienu	Ārstniecības iestādes sniegts diennakts stacionārās veselības aprūpes pakalpojums, kas ietver gultas vietu, ēdināšanu, ārstnieciskos pakalpojumus un aprūpi
Gultu noslodze (%)	Stacionārās veselības aprūpes rādītājs, kas parāda, cik lielā mērā ārstniecības iestādes gultas tiek izmantotas noteiktā laika periodā; izmanto, lai novērtētu ārstniecības iestādes kapacitāti un efektivitāti
Hospitalizācija	Pacienta uzņemšana ārstniecības iestādē stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai
Iezīmētais pakalpojums	Stacionārās veselības aprūpes pakalpojums, kuru apmaksā atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifam
Pacienta observācija līdz 24 stundām	Pacienta novērošana, lai izlemtu par tā tālāku hospitalizāciju vai ambulatoru ārstēšanu
Pacienta ārstēšanas gadījums	Pacienta, kas saņem ārstniecības iestādes sniegtos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, individuāls gadījums ārstniecības iestādē no pakalpojumu sniegšanas uzsākšanas brīža līdz to sniegšanas beigām

Profils	Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” noteikts specializēts stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu iedalījums
Rezidents	Ārsts, kas apgūst akreditēto profesionālās rezidentūras izglītības programmu medicīnā specialitātes iegūšanai un ir darba tiesiskajās attiecībās ar izglītības programmu īstenojošu ārstniecības iestādi
Tarifs	Noteikts samaksas apmērs par konkrētu veselības aprūpes pakalpojumu
Viena pacienta ārstēšanas tarifs	Noteikts samaksas apmērs par iezīmētajiem pakalpojumiem

Kopsavilkums

Galvenie secinājumi

Stacionārā veselības aprūpe Latvijā nav organizēta atbilstoši pacientu vajadzībām un iespējami labākajā veidā. Veselības ministrija nav nodrošinājusi efektīvu ārstniecības iestāžu tīkla pārvaldību un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu un apmaksu. Tā rezultātā pacienti viena līmeņa ārstniecības iestādēs nesaņem līdzvērtīgus pakalpojumus un ierobežotais finansējums nav izlietots vienlīdz produktīvi.

Piekrītam, ka pieejamais finansējums būtiski ietekmē to, kādu stacionāro veselības aprūpi valstī varam atļauties, tomēr revīzijā konstatēta virkne trūkumu, kurus Veselības ministrija ilgstoši nav novērsusi.

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus sniedz 41 ārstniecības iestāde. Kopējais stacionārās veselības aprūpes finansējums no 2021. līdz 2024. gadam ir pieaudzis vidēji par 8 % gadā, 2024. gadā sasniedzot 700,2 milj. *euro*, kas ir apmēram 40 % no kopējā veselības aprūpes finansējuma.

I. Veselības ministrija, pārvaldot ārstniecības iestāžu tīklu, nerīkojas sabiedrības interesēs

Veselības ministrija un Nacionālais veselības dienests jau vairāk nekā pirms 10 gadiem uzsāka sadarbību ar Pasaules Banku. Rezultātā 2016. gadā Pasaules Banka ieteica, kā optimizēt ārstniecības iestāžu tīklu, ņemot vērā iedzīvotāju skaitu, brauciena attālumu un citus kritērijus. Optimālākais scenārijs: saglabāt 20 akūtās veselības aprūpes iestādes un tās iedalīt četros līmeņos, diferencējot pieejamos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, savukārt daļu no pārējām iestādēm pārveidot par dienas vai ilgtermiņa aprūpes iestādēm. Šāda stacionārās veselības aprūpes tīkla optimizācija paredzēja būtiskus ieguvumus – ietaupīt finansējumu, uzlabot pakalpojumu kvalitāti un pieejamību un paaugstināt iedzīvotāju apmierinātību.

Lai gan Veselības ministrija 2018. gadā īstenoja ārstniecības iestāžu tīkla reformu un ārstniecības iestādes iedalīja līmeņos, reformas mērķis – novērst stacionārās veselības aprūpes atšķirības dažādās Latvijas vietās un racionāli izlietot pieejamos resursus – nav sasniegts. Ārstniecības iestāžu skaits kopumā nav mainījies. Savukārt diferencētās pakalpojumu grupas jeb profili, kas jānodrošina viena līmeņa ārstniecības iestādēs, atšķiras, jo tie pielāgoti katras iestādes faktiskajām iespējām.

Ja līdz reformai 2018. gadā bija 40 ārstniecības iestādes, pēc reformas – 39, tad 2025. gadā – jau 41 ārstniecības iestāde. Turklāt ārstniecības iestādes iedalīja nevis četros, bet piecos līmeņos, savukārt ieteikumu zemākā līmeņa ārstniecības iestādes pārveidot par dienas vai ilgtermiņa aprūpes iestādēm neīstenoja. Revīzijā Veselības ministrija nesniedza viedokli par iemesliem, kāpēc reformas rezultātā izveidoja ārstniecības iestāžu tīklu, kas atšķiras no Pasaules Bankas ieteiktā un 2017. gada konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” norādītā.

Atkarībā no līmeņa ārstniecības iestādēm kopumā jānodrošina 29 dažādi profili (piemēram, terapija, ķirurģija, pediatrija, insulta vienība). Tieši obligātie profili nosaka, kādam līmenim ārstniecības iestāde atbilst, savukārt noteiktais līmenis ietekmē arī iestādei pieejamo finansējumu. Tomēr jau normatīvais regulējums paredz izņēmumus, kad ārstniecības iestādei kāds obligātais profils nav jānodrošina. Piemēram, divām IV līmeņa ārstniecības iestādēm – SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” un SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” – un vienai I līmeņa ārstniecības iestādei – SIA “Limbažu slimnīca” – nav jānodrošina obligātais aprūpes profils.

Papildus profilu dalījumam ārstniecības iestādes atbilstoši to līmenim katrā profilā var nodrošināt arī noteiktas pakalpojumu programmas, kuras var būt ļoti specifiskas, bet tās var nebūt paredzētas visām ārstniecības iestādēm, kuras attiecīgo profilu nodrošina. Tas nozīmē: ja ārstniecības iestādei nav paredzēta profilam atbilstoša pakalpojumu programma, profilu var īstenot citu profilu ietvaros, piemēram, terapijas profila pakalpojumu programmā “Pārējie terapeitiskie pakalpojumi”. Arī dati liecina, ka 2024. gadā lielākā daļa hospitalizāciju visu līmeņu ārstniecības iestādēs ir divos – terapijas un ķirurģijas – profilos, lai gan, piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādēs kopumā noteikti 17 obligātie un 11 izvēles profili.

Līdz ar to profilu un to pakalpojumu programmu sadalījums pa ārstniecības iestāžu līmeņiem praksē nedarbojas un nav izsekojams. Tāpēc valstī kopumā nav pilnīgas informācijas, kādus pakalpojumu profilus katra ārstniecības iestāde nodrošina, lai tādējādi pieņemtu uz datiem balstītus lēmumus.

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte ir saistīta ar sniegto pakalpojumu apjomu. Tāpēc ārstniecības iestāžu pārprofilēšana ne tikai koncentrē pakalpojumus attiecīgā līmeņa ārstniecības iestādēs, lai optimizētu resursus, bet arī nodrošina pietiekamu apjomu kvalitātes līmeņa uzturēšanai.

Lai gan ārstniecības iestāžu tīkla reforma paredzēja katrā līmenī noteikt prasības (personāls, materiāltehniskais nodrošinājums, apjoms) ārstniecības iestādēm, lai tās drīkstētu sniegt noteikto profilu pakalpojumus, līdz šai dienai Veselības ministrija tās nav noteikusi. Tādēļ ārstniecības iestādes stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus sniedz ar tiem resursiem, kādi tām pieejami, vai nesniedz vispār un pakalpojumu apjoms un kvalitāte atšķiras un faktiskā pieejamība nav tāda, kāda ārstniecības iestāžu līmeņošanas rezultātā iecerēta.

Tikai 2021. gadā Veselības ministrijas izveidotā darba grupa izstrādāja prasības atsevišķu profilu (hronisko pacientu aprūpe, ķirurģija, pediatrija, grūtniecība un dzemdību aprūpe, Covid-19 pacientu ārstēšana) nodrošināšanai, tomēr starpinstitūciju saskaņošanu nepanāca. Arī 2025. gadā Veselības ministrija turpina izstrādāt prasības, kuras plāno ieviest no 01.01.2026. Tomēr līdz 01.04.2025. plānoto informatīvo ziņojumu Ministru kabinetā tā arī neiesniedza. Turklāt revidenti vērs uzmanību, ka 2026. gadā būs pagājuši jau 10 gadi kopš Pasaules Banka ieteica ārstniecības iestādēs vērtēt arī minimālo kvalitātes kritēriju izpildi, kas vairākkārt pārcelta, un arī tos plāno piemērot no 01.01.2026.

Lai novērtētu, vai ārstniecības iestādes nodrošina to līmenim atbilstošus un līdzvērtīgus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, revīzijā izlases veidā visās attiecīgajās I līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēs analizēts četru pakalpojumu profilu – terapijas, ķirurģijas, pediatrijas un insulta vienības – nodrošinājums.

Faktiski viena līmeņa ārstniecības iestādes nenodrošina līdzvērtīgus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus un šīs atšķirības ne vien rada nevienlīdzību pacientu aprūpē, bet ietekmē arī to, ka finansējumu neizlieto vienlīdz produktīvi, bet ar atšķirīgu atdevi.

Viena līmeņa ārstniecības iestādēs būtiski atšķiras hospitalizāciju skaits. Tas liecina par atšķirīgu pacientu plūsmu un pakalpojumu apjomu, kas savukārt ietekmē kvalitāti. Piemēram, terapijas profilā I līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Līvānu slimnīca” hospitalizāciju skaits ir par vairāk nekā 90 % mazāks nekā pārējās šī līmeņa ārstniecības iestādēs – šajā profilā hospitalizē mazāk nekā divus pacientus mēnesī, kamēr pārējās – vidēji vienu pacientu dienā.

Speciālistu skaits nav pietiekams, lai nodrošinātu nepārtrauktu to pieejamību. Piemēram, trīs ārstniecības iestādēs kopējais neirologu slodžu skaits insulta vienībā ir mazāks par trīs slodzēm, savukārt SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” – nesasniedz pat vienu slodzi, līdz ar to nav iespējama ārsta pieejamība 24 stundas diennaktī septiņas dienas nedēļā. Viena līmeņa ārstniecības iestādēs būtiski atšķiras hospitalizāciju skaits vidēji mēnesī uz vienu attiecīgā speciālista slodzi. Piemēram, pediatrijas profilā IV līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Rēzeknes slimnīca” ir 106 hospitalizācijas uz vienu pediatra slodzi, bet SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” – 23. Tāpat arī atšķiras profila gultu skaits un noslodze viena līmeņa ārstniecības iestādēs. Piemēram, visās II līmeņa ārstniecības iestādēs ir no 9 līdz 21 ķirurģijas profila gultai, bet trīs ārstniecības iestādēs vidējā gultu noslodze – no 3 % līdz 54 %, lai gan par optimālu gultu noslodzi uzskata 75 %.

Ārstniecības iestādēs būtiski atšķiras sniegto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu intensitāte un dažādība. Piemēram, ķirurģijas profilā IV līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” lielo ķirurģisko operāciju skaits mēnesī uz vienu ķirurga slodzi ir 75, kamēr SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” – 25. Arī, Veselības ministrijas ieskatā, zema ķirurģiskā aktivitāte neļauj nodrošināt ārstam pietiekamu pieredzi.

Pēc reformas Veselības ministrijas uzdevumā Veselības inspekcija 2019., 2020. un 2024. gadā vērtēja stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu atbilstību ārstniecības iestāžu līmeņiem un konstatēja būtiskas neatbilstības, kas pat rada risku pacientu veselības drošībai. Piemēram, dažas ārstniecības iestādes vispār nenodrošina dažādu veidu pakalpojumus (endoskopijas, neiroloģijas, traumatoloģijas u. c.), tām trūkst speciālistu un tās nespēj nodrošināt speciālistu diennakts dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās.

Lai arī Veselības inspekcijas pārbaudēs konstatētas būtiskas stacionārās veselības aprūpes problēmas, nekādas izmaiņas nav veiktas. Ministru kabinetā virzītajos informatīvajos ziņojumos informācija ir selektīva – visas būtiskākās problēmas nemaz nav ietvertas vai nav atspoguļotas pietiekami uzskatāmi. Turklāt daļu no tiem Veselības ministrija atsauc, jo, piemēram, nepanāca starp institūciju saskaņošanu vai nesaņēma Ministru prezidenta lēmumu par tālāku virzību. Tas viss liecina gan par veselības nozares, gan citu resoru atbalsta trūkumu nepopulāru, tomēr sabiedrībai svarīgu lēmumu pieņemšanā.

Laikus nepieņemtie lēmumi ietekmē ne tikai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pacientu veselības drošību, bet arī finansējumu. Piemēram, ja IV līmeņa ārstniecības iestādei noteiktu III līmeni, fiksētā piemaksa par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību un pacientu observāciju līdz 24 stundām samazinātos par 40 %. Turklāt Veselības ministrija no 01.05.2024. palielināja neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu finansējumu, lai gan pēc 2019. un 2020. gada pārbaudēm Veselības inspekcija ieteica pārtraukt tās finansēt zemāko līmeņu ārstniecības iestādēs. Ja būtu pieņemts lēmums jau no 2020. gada nefinansēt I un II līmeņa ārstniecības iestāžu diennakts neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas, tad to darbībai nebūtu novirzīti vidēji 10 milj. *euro* gadā.

Revidenti kritiski vērtē stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības mehānismu, jo Nacionālā veselības dienesta praktiskās iespējas to visaptveroši un sistemātiski īstenot objektīvi ir ierobežotas. Tādējādi stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana galvenokārt ir atkarīga no ārstniecības iestādes godaprāta, nevis tik daudz no dienesta pārbaudēm.

II. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus plāno un apmaksā, neņemot vērā pacientu vajadzības un resursus neizlietojot optimāli

Ierobežotais stacionārās veselības aprūpes finansējums ir galvenais faktors, kas neļauj plānot pakalpojumus atbilstoši pacientu vajadzībām. Savukārt esošā stacionārās veselības aprūpes finansējuma izlietojums, ko ietekmē vēsturiski veidojušies un neaktuāli aprēķini, nav optimāls, jo tas taisnīgi nesabalansē ne resursu patēriņu, ne sniegtā stacionārās veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti un sarežģītību.

Galvenie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidi ir maksa par DRG pakalpojumiem atbilstoši ar diagnozēm saistīto grupu jeb DRG apmaksas sistēmai un par iezīmētajiem pakalpojumiem atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifiem. Taču pastāv arī virkne citu samaksas veidu, kas rada ārstniecības iestādēm administratīvo slogu un samazina Nacionālā veselības dienesta iespējas nodrošināt pietiekamu uzraudzību pār finansējuma izlietojumu.

Pakalpojumus apmaksā pēc slikti ieviestas sistēmas un neaktuāliem tarifiem

DRG ir starptautiski atzīta klasifikācijas sistēma stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu uzskaitē – tajā pacientu ārstēšanas gadījumus sagrupē ar diagnozēm saistītās grupās, ņemot vērā pacientu vecumu, dzimumu, ārstēšanas ilgumu, diagnozi un veiktās manipulācijas. Par DRG pakalpojumiem Nacionālais veselības dienests 2024. gadā ārstniecības iestādēm samaksāja 294,6 milj. *euro* jeb 43 % no kopējā stacionārās veselības aprūpes finansējuma.

DRG pakalpojumu apmaksas sistēma vairāk nekā 10 gadu laikā ieviesta tikai daļēji un nesasniedz mērķi – izmaksu efektivitāti un taisnīgāku stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu, ņemot vērā pacientu ārstēšanas gadījumu sarežģītību.

Ārstniecības iestādēm nav pietiekamas izpratnes par pacientu ārstēšanas gadījumu atbilstošu kodēšanu DRG pakalpojumu apmaksas sistēmā, un tas ietekmē ārstniecības iestādei plānoto finansējumu. Lai arī būtisks DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas priekšnoteikums ir faktisko stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu pieejamība, šādus datus aizvien centralizēti neuzkrāj. Tāpat nav nodalīta netipisko (dārgo) pacientu ārstēšanas gadījumu apmaksa un diagnožu grupas ne vienmēr ir homogēnas. Tas veicina to, ka šādā nepilnīgi ieviestā DRG sistēmā valsts ārstniecības iestādēm pārmaksā par vienkāršiem pacientu ārstēšanas gadījumiem, bet nepietiekami samaksā par sarežģītiem.

Minēto trūkumu dēļ visneizdevīgākajā situācijā nonāk tieši V līmeņa ārstniecības iestādes – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kurās hospitalizē 40 % pacientu. Lai gan tās sniedz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, kuri citur nav pieejami, tām pienācīgi nekompensē netipiskos (dārgos) pacientu ārstēšanas gadījumus. Turklāt, lai iekļautos 2025. gada budžetā, šo divu ārstniecības iestāžu finansējumu DRG pakalpojumiem matemātiski samazināja visvairāk, salīdzinot ar 2024. gada finansējumu un samazinājumu pārējām ārstniecības iestādēm, tādējādi neīstenojot vienlīdzīgu pieeju pret visām ārstniecības iestādēm.

Pretēji DRG pakalpojumu apmaksas sistēmai, iezīmētos pakalpojumus atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifiem visām ārstniecības iestādēm apmaksā vienādi – neatkarīgi no katra pacienta ārstēšanas gadījuma sarežģītības. Viena pacienta ārstēšanas tarifs noteikts 63 iezīmēto pakalpojumu programmām, par kurām Nacionālais veselības dienests 2024. gadā ārstniecības iestādēm samaksāja 129,8 milj. *euro* jeb 18,9 % no kopējā stacionārās veselības aprūpes finansējuma. Viena pacienta ārstēšanas tarifi lielākajai daļai iezīmēto pakalpojumu programmu nav aktualizēti vairāk kā 10 gadus. Savukārt, ja aktualizētu daļu no tiem, iespējams, varētu rast arī finansējuma ietaupījumu. Tomēr izmaiņas viena pacienta ārstēšanas tarifu Nacionālais veselības dienests plāno veikt tad, kad aktualizēs arī šo tarifu aprēķinā izmantoto gultasdienas tarifu, un tarifus varēs ne tikai samazināt, bet arī palielināt.

Nacionālais veselības dienests aizvien nav attīstījis un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā ieviesis faktisko izmaksu vai vismaz aktuālu tarifu principu. Tāpēc nav izveidots stingrs pamats, kas ļautu visaptveroši analizēt finansējuma izlietojumu un pamatoti noteikt trūkstošā finansējuma apmēru. Par to liecina arī tas, ka ārstniecības iestāžu saņemtais finansējums kopā gan par ambulatorajiem, gan par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem par 2,9 milj. *euro* pat pārsniedz tā izlietojumu.

Darba samaksas izdevumu pamatotība nav izsekojama, stacionārās veselības aprūpes personāla apjoms nav zināms

Gan gultasdienas tarifā, gan kopumā ārstniecības iestāžu izdevumos darba samaksa veido vairāk nekā pusi no visiem izdevumiem. Gultasdienas tarifā, kuru izmanto, aprēķinot samaksu gan par DRG, gan iezīmētajiem pakalpojumiem, iekļauto darba samaksas apmēru aprēķina, vēsturiski noteiktu minūšu skaitu reizinot ar vidējo vienas minūtes darba samaksu. Tomēr Nacionālais veselības dienests nevarēja precīzi nodalīt, kāda daļa no kopējā minūšu skaita faktiski nepieciešama stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai un kāda daļa ir tarifa aprēķina elements, kas dod pamatu ārstniecības iestādei saņemt samaksu arī par piemaksām, jo arī tās ir izteiktas abstraktās minūtēs.

Gultasdienas tarifā ietvertās darba samaksas pamatotība nav izsekojama. Turklāt valsts līmenī nemaz nav zināms, kāds personāls faktiski sniedz stacionāro veselības aprūpi. Līdz ar to nevar pārliecināties, vai ārstniecības iestāžu personāls pakalpojumu sniegšanai patērē tik daudz darba laika, cik ir ietverts un apmaksāts gultasdienas tarifā, un kā tas ietekmē pakalpojuma kvalitāti.

Pacientu un finansējuma plānošana nav pārskatāma, uz vajadzībām balstīta un vienlīdzīga

Iezīmēto un DRG pakalpojumu programmu apjomu kopumā plāno saskaņā ar normatīvā akta nosacījumiem, tomēr vienlaikus izdarot dažādus izņēmumus attiecībā uz individuālām ārstniecības iestādēm.

DRG pakalpojumu programmās plānoto pacientu skaitu ārstniecības iestādēs Nacionālajam veselības dienestam būtu jānosaka, vērtējot noteikto kvalitātes rādītāju izpildi. Tomēr tos šobrīd vērtē tikai VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, savukārt pārējās ārstniecības iestādēs to plāno uzsākt vien 2026. gadā. Plānojot pacientu skaitu DRG pakalpojumiem no 2023. līdz 2025. gadam, Nacionālais veselības dienests katru gadu piemērojis atšķirīgus nosacījumus, pielāgojoties pieejamajam finansējumam, kā arī atsevišķām ārstniecības iestādēm izņēmuma kārtā palielinot vai samazinot plānoto pacientu skaitu.

Tā kā valsts līmenī nav pilnīgas informācijas, kādus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilus ārstniecības iestādes faktiski nodrošina, kā arī aizvien netiek vērtēta pakalpojumu kvalitāte, nav radīts mehānisms, kā mērķtiecīgāk plānot pakalpojumus un stiprināt tās ārstniecības iestādes, kuras strādā

efektīvāk, nevis visas ārstniecības iestādes uzturēt vienādi ierobežota finansējuma apstākļos. Minēto trūkumu dēļ Nacionālais veselības dienests pieļauj arī gadījumus, kad pacientu skaitu plāno pēc ārstniecības iestāžu individuāla pieprasījuma, tādējādi radot nevienlīdzīgu pieeju un padarot plānošanu grūti pārskatāmu.

Arī iezīmēto pakalpojumu programmu pacientu plānošanas kārtībā ir noteikti izņēmumi, proti, ja faktiskais pacientu skaits ir mazāks par plānoto, tad to nosaka iepriekš plānotajā apmērā. Piemēram, VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” iezīmēto pakalpojumu programmā “Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana bērniem” katru gadu plāno 39 pacientus, lai gan 2023. gadā pakalpojumi faktiski sniegti 11 pacientiem un 2024. gadā – sešiem. Rezultātā ārstniecības iestādei minētajā programmā gadā vidēji piešķir finansējumu par 473 884 *euro* lielākā apmērā, ko vēlāk pārdala citām pakalpojumu programmām.

Revīzijā nebija iespējams noteikt, kādam pakalpojumam vai ārstniecības iestādei pārplānošanas rezultātā iegūto finansējumu novirza, jo finansējums nonāk kopējā budžeta rezervē, no kuras to pārdala atbilstoši faktiskajām vajadzībām visā stacionārās veselības aprūpes sistēmā. Proti, prioritāri to novirza neatliekamajiem un akūtajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem un tikai pēc tam iespēju robežās vērtē citas ārstniecības iestādes un to pakalpojumu programmas. Faktiski visām izlasē iekļautajām ārstniecības iestādēm kopējais stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu finansējums ir palielināts un neizlietotais finansējums ir pārdalīts starp pakalpojumu programmām tās pašas ārstniecības iestādes ietvaros. Šāda prakse neļauj objektīvi novērtēt, vai pārplānoto finansējumu novirza valstiskām vai katras individuālas ārstniecības iestādes prioritātēm.

III. Stacionāro neatliekamo medicīnisko palīdzību neplāno un neorganizē efektīvi un produktīvi

36 no 41 ārstniecības iestādes nodrošina arī neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu, par kuru Nacionālais veselības dienests 2024. gadā samaksāja 96,2 milj. *euro* jeb 14 % no kopējā stacionārās veselības aprūpes finansējuma.

Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklam trūkst pamatojuma, jo tas izveidots, neņemot vērā faktisko pacientu plūsmu, līdz ar to tas nedarbojas vienlīdz efektīvi. Tāpat viena līmeņa ietvaros ārstniecības iestādes nenodrošina līdzvērtīgus pakalpojumus, kā arī pastāv būtiskas atšķirības finansējuma izlietojuma produktivitātē.

2024. gadā V līmeņa ārstniecības iestādēs uzņemti 37 % no kopējā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacientu skaita, IV līmeņa – 32 %, III līmeņa – 12 % un I un II līmeņa – pa 3 %, bet pārējie pacienti – citās ārstniecības iestādēs. Savukārt tieši zemāka līmeņa ārstniecības iestādes ir vairāk atkarīgas no neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas finansējuma, ko tās saņem neatkarīgi no pacientu skaita un sniegtajiem pakalpojumiem. Augstāka līmeņa ārstniecības iestādes lielāko daļu finansējuma saņem par dažādu profilu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem.

Revīzijā konstatētas tādas I un II līmeņa ārstniecības iestādes, kurās ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi nogādāto pacientu skaits 2024. gadā ir no viena pacienta divdesmit dienās līdz pieciem pacientiem divās dienās. Tīkmēr, piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādēs šādu pacientu skaits ir no 16 līdz 36 pacientiem dienā. Arī sniegto pakalpojumu apjoms viena līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās būtiski atšķiras. Tāpat būtiski atšķiras arī viena pacienta vidējās izmaksas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās. Piemēram, II līmeņa ārstniecības iestādē 2024. gadā tās ir 350 *euro*, kamēr IV līmeņa iestādē – 130 *euro* jeb divarpus reizes mazāk. Piekrītam, ka viena pacienta vidējās izmaksas nevar būt vienīgs rādītājs neatliekamās medicīnas

un pacientu uzņemšanas nodaļu tīkla izvērtējumā, tomēr arī tās ir būtisks rādītājs, it īpaši ierobežota finansējuma apstākļos.

Par nepieciešamību izvērtēt neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklu liecina arī revīzijā identificētās ārstniecības iestādes, kurās neviens pacients nav hospitalizēts neatliekamai ārstēšanai un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde izsaukuma rezultātā uz šo iestādi nav nogādājusi nevienu pacientu, tomēr iestāde saņem neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas finansējumu. Turpretī ir arī tādas ārstniecības iestādes, kuras šādu finansējumu nesaņem, bet pacientus hospitalizē neatliekamai ārstēšanai, tajā skaitā tos, kurus atved neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde.

Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu izveide I līmeņa ārstniecības iestādēs nav pietiekami izvērtēta un pamatota. Par spīti Pasaules Bankas ieteikumiem šīs iestādes pārveidot par dienas aprūpes centriem, reformas ietvaros tajās esošie steidzamās medicīniskās palīdzības punkti pārveidoti par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļām. Turklāt vēl šobrīd esošajos sešos steidzamās medicīniskās palīdzības punktos palīdzība kopumā ir sniegta pacientu skaitam, kas ir 42 % no kopējā I līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacientu skaita. Šajos punktos sniedz daudzveidīgākus veselības aprūpes pakalpojumus, turklāt finansējums viena punkta uzturēšanai ir vidēji par 40 % mazāks, salīdzinot ar vienas neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas finansējumu. Ja I līmeņa ārstniecības iestādēs būtu saglabāti steidzamās medicīniskās palīdzības punkti, tie gadā izmaksātu par 2,5 milj. *euro* mazāk nekā esošās neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas.

Prasības par speciālistu nodrošinājumu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nav rūpīgi apsvērtas, nav pielāgotas pacientu plūsmai un nav praktiski izpildāmas. Tāpēc Veselības ministrija nav sasniegusi izvirzīto mērķi – nodrošināt, ka pacientu jebkura līmeņa ārstniecības iestādes neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā sagaida noteiktu speciālistu komanda, kas sniedz nepieciešamo palīdzību.

Veselības ministrija 2024. gadā uzsāka stiprināt visu līmeņu ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas un palielināja to finansējumu. Gandrīz visiem noteiktajiem speciālistiem nepārtraukti jāatrodas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, un dežūras laikā viņi nedrīkst būt vienlaicīgi nodarbināti citās, piemēram, stacionārajās vai ambulatorajās, struktūrvienībās.

Esošās neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu speciālistu prasības nav rūpīgi apsvērtas, jo esošajā nodaļu tīklā tās nav pilnībā izpildāmas ne speciālistu trūkuma, ne normatīvajā aktā noteiktās zemās vidējās darba samaksas dēļ, kā arī, ārstniecības iestāžu ieskatā, visu speciālistu darbu nav nepieciešams plānot diennakts režīmā. Publiski pieejamie dati liecina, ka vidējā faktiskā darba samaksa stacionārajās ārstniecības iestādēs no valsts budžeta līdzekļiem par vidēji 40 % pārsniedz veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā iekļauto vidējo darba samaksu. To izskaidro arī revīzijā konstatētais, ka ārstniecības iestādes nespēj nodrošināt visus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamos speciālistus un daļu no saņemtā finansējuma tās novirza esošo speciālistu motivācijas un darba intensitātes finansēšanai. Kā minēts iepriekš, nav arī noteiktas prasības un valsts līmenī nav zināms, kāds personāls kādā apjomā sniedz stacionāro veselības aprūpi ārpus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļām. Tas apgrūtina personāla nodrošinājuma izsekojamību un darba organizēšanu atstāj ārstniecības iestāžu ziņā atbilstoši to kapacitātei.

Atbilstoši revidentu aplēsei I līdz V līmeņa ārstniecības iestādes 2024. gada septembrī nav nodrošinājušas 53 % no visām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamajām speciālistu

dežūrstundām, par kurām saņēma 3,1 milj. *euro*. Papildus nepieciešamajiem ārstiem speciālistiem pakalpojumus šajā nodaļā faktiski sniedz arī rezidenti, ārsti stažieri un citu specialitāšu ārstniecības personas, tāpat speciālisti vienlaicīgi vai secīgi darbu nodaļā apvieno ar darbu citā ārstniecības iestādes struktūrvienībā vai pat citā ārstniecības iestādē. Tāpat ārstniecības iestādes nespēj nodrošināt arī visas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamās māsu un māsas palīgu dežūrstundas.

Turklāt arī Nacionālais veselības dienests 2023. gadā konstatēja, ka neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nebija nodrošinātas nepieciešamo speciālistu dežūrstundas par kopējo summu 286 tūkst. *euro*, ko ieturēja no ārstniecības iestādēm. Savukārt ieturējumi par nenodrošinātām dežūrstundām 2024. gadā revīzijas laikā nebija veikti.

Turklāt revīzijas laikā Veselības ministrija pēc ārstniecības iestāžu ierosinājumiem noteica vispārīgākas prasības neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā noteikto speciālistu aizvietošanai. Ar šīm izmaiņām Veselības ministrija pielāgoja ārstniecības iestāžu faktiskajām iespējām nodrošināt neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu, un tās nav saistītas ar stratēģisku redzējumu par to, kādi speciālisti tieši šajās nodaļās ir faktiski nepieciešami diennakts režīmā.

Veselības ministrija pacientu observācijas līdz 24 stundām pakalpojumu ir ieviesusi nepilnīgi, jo observācijas kritēriji izstrādāti novēloti un pacientu observāciju nenodrošina, kā paredzēts, līdz ar to observācijas izmaksu efektivitāte nav sasniegta.

Pacientu observācija līdz 24 stundām ir piederīga neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļai, un tās galvenais mērķis – izvairīties no nevajadzīgām hospitalizācijām. 28 no 36 ārstniecības iestādēm nodrošina pacientu observāciju līdz 24 stundām un par to saņem fiksēto piemaksu. Nacionālais veselības dienests par pacientu observāciju līdz 24 stundām 2024. gadā ārstniecības iestādēm samaksāja 11,5 milj. *euro* jeb 1,7 % no kopējā stacionārās veselības aprūpes finansējuma.

Maksājuma par pacientu observāciju aprēķinā ietver māsu un māsas palīgu atalgojumu, ēdināšanas un ārstniecības materiālu izmaksas. Tomēr gandrīz visās ārstniecības iestādēs pacientu observāciju nodrošina nevis papildus, bet gan esošie neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas speciālisti, lai gan vairumā gadījumu pat šajās nodaļās ārstniecības iestādes nespēj tos nodrošināt pilnā apmērā. Līdz ar to Nacionālais veselības dienests 2024. gadā 19 ārstniecības iestādēm samaksāja 4,3 milj. *euro* par plānotām, bet nenodrošinātām māsu un māsas palīgu dežūrām pacientu observācijas nodrošināšanai. Turklāt ne visas ārstniecības iestādes nodrošina pacientu ēdināšanu, lai gan par to saņem finansējumu.

Papildus tam, ka ārstniecības iestādēs būtiski atšķiras observēto pacientu īpatsvars, ko ietekmē novēlota observācijas kritēriju izstrāde, puse no ārstniecības iestādēm pēc observācijas ambulatorajai ārstēšanai nosūta mazāk nekā 70 % pacientu. Tas nozīmē, ka diezgan lielu pacientu daļu pēc observācijas tik un tā hospitalizē, tā nenodrošinot observācijas izmaksu efektivitāti.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz revīzijas secinājumiem, Veselības ministrijai ir sniegti pieci ieteikumi, aicinot veikt virkni darbību, kas uzlabos valsts nodrošināto stacionāro veselības aprūpi, lai tā būtu plānota un organizēta atbilstoši vajadzībām un iespējami labākajā veidā. Ir sagaidāms, ka, ieviešot ieteikumus:

- ✓ optimizēs ārstniecības iestāžu tīklu, pārskatot stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilu iedalījumu, un uzraudzīs, ka ārstniecības iestādes sniedz prasībām atbilstošus pakalpojumu profilus;
- ✓ stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus plānos, sasaistot pieejamo finansējumu ar noteiktu kvalitātes rādītāju izpildi, ņemot vērā noteiktās valsts prioritātes un pacientu vajadzības veselības aprūpes jomā;
- ✓ ārstniecības iestādes par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem saņems taisnīgu un atbilstošu finansējumu;
- ✓ optimizēs ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklu, sabalansējot faktisko pacientu plūsmu, izmaksas, nepieciešamo speciālistu prasības un ārstniecības iestādes kapacitāti sniegt neatliekamo palīdzību;
- ✓ nodrošinās efektīvu pacientu observācijas līdz 24 stundām pakalpojumu, ieviešot skaidrus kritērijus un uzraugot, ka pakalpojumu sniedz atbilstoši noteiktajam.

Ziņojuma struktūra

Informācija ziņojumā izklāstīta šādā secībā:

- ✓ pirms revīzijas secinājumu un konstatējumu izklāsta ir sniegta vispārīga informācija par revidējamo jomu;
- ✓ revīzijas secinājumi un konstatējumi sadalīti trīs nodaļās: katras nodaļas ievadā ir sniegts Valsts kontroles viedoklis, izdarot būtiskākos secinājumus, un to tālāk pamatojot ar revīzijas konstatējumiem;
- ✓ pēc revīzijas secinājumu un konstatējumu izklāsta ir sniegti ieteikumi.

Ziņojuma pirmajā nodaļā ir vērtēts, vai Veselības ministrija, izveidojot stacionāro ārstniecības iestāžu tīklu un to turpmāk uzraugot, ir rīkojusies sabiedrības interesēs. Otrajā nodaļā ir vērtēts, vai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profili tiek plānoti un organizēti efektīvi un produktīvi. Savukārt trešajā nodaļā ir vērtēts, vai stacionārā neatliekamā medicīniskā palīdzība tiek plānota un organizēta efektīvi un produktīvi.

Sadaļā “Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes” ir informācija par revīzijas veikšanas mērķi, juridisko pamatojumu, atbildību, revīzijas apjomu, revīzijas metodēm, kā arī norādīti vērtēšanas kritēriji.

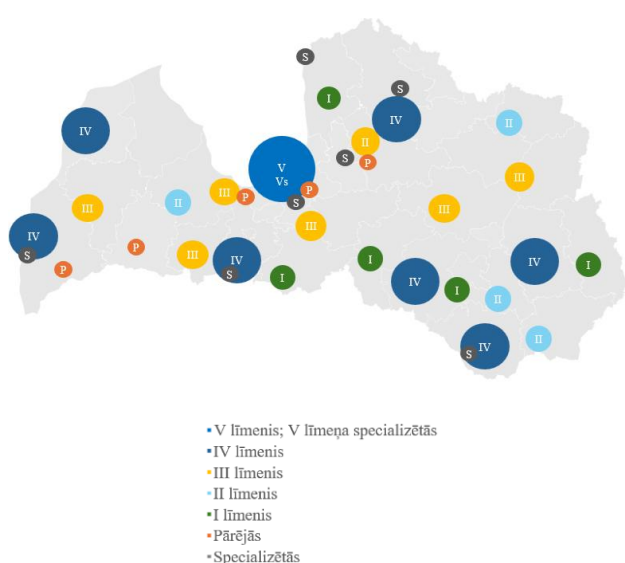
Īsumā par stacionāro veselības aprūpi

Stacionārās veselības aprūpes ietvaros pacientam sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību, nosaka diagnozi un veic ārstēšanu. Pacients ārstniecības iestādē visu diennakti atrodas pastāvīgā un nepārtrauktā ārstniecības personu aprūpē un uzraudzībā līdz noteiktas diagnostikas vai ārstniecības pakāpes sasniegšanai.¹

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus persona var saņemt ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu, pēc savas iniciatīvas vēršoties stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā vai to nogādā neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādē.²

Pakalpojumu sniedzēji

2024. gadā stacionāro veselības aprūpi sniedza 41 ārstniecības iestāde³, no kurām 36 nodrošināja neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu, tajā skaitā 28 – arī pacientu observāciju līdz 24 stundām (tas ir, pacienta novērošanu līdz lēmuma – hospitalizēt vai nē – pieņemšanai⁴).



V līmenis: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

V līmeņa specializētās: Rīgas Dzemdību nams, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, Nacionālais psihiskās veselības centrs, Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"

IV līmenis: Daugavpils reģionālā slimnīca, Jelgavas pilsētas slimnīca, Jēkabpils reģionālā slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca, Rēzeknes slimnīca, Vidzemes slimnīca, Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca

III līmenis: Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība, Cēsu klīnika, Dobeles un apkārtnes slimnīca, Jūrmalas slimnīca, Kuldīgas slimnīca, Madonas slimnīca, Ogres rajona slimnīca

II līmenis: Alūksnes slimnīca, Krāslavas slimnīca, Preiļu slimnīca, Tukuma slimnīca

I līmenis: Aizkraukles slimnīca, Bauskas slimnīca, Limbažu slimnīca, Līvānu slimnīca, Ludzas medicīnas centrs

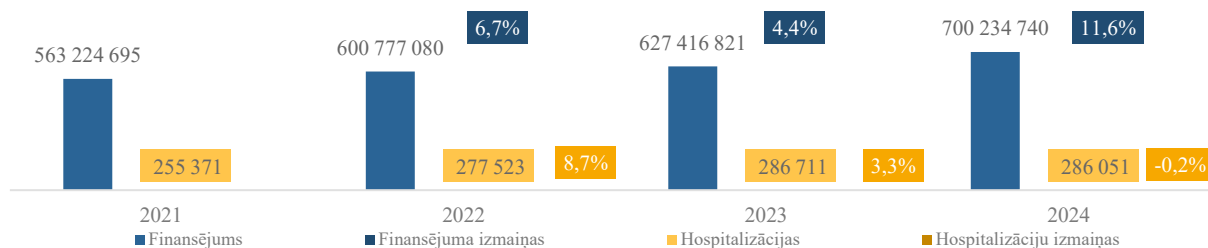
Specializētās: Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži", Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, Piejūras slimnīca, Rīgas 2. slimnīca, Siguldas slimnīca, Slimnīca "Ģintermuiža", Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca

Pārējās: Latvijas Jūras medicīnas centrs, Rehabilitācijas centrs "Līgatne", Priekules slimnīca, Saldus medicīnas centrs, Sanare KRC Jaunkēmeri

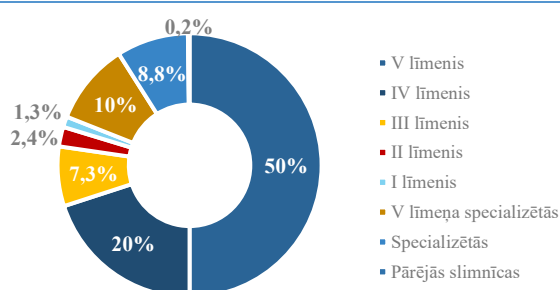
Stacionārās veselības aprūpes finansējums un hospitalizācijas 2021.–2024. gadā

Stacionārajai veselības aprūpei novirzīja vairāk nekā 40 % no kopējā veselības aprūpes finansējuma.

2021.–2024. gadā finansējums pieauga vidēji par 8 % gadā, bet hospitalizāciju skaits – vidēji par 4 %.

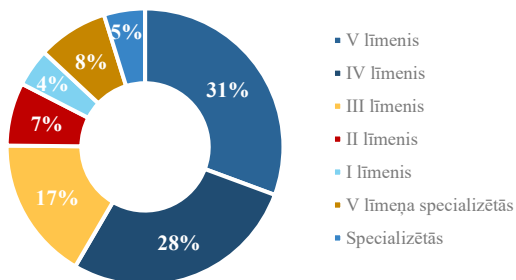


Stacionārās veselības aprūpes finansējums 2024. gadā

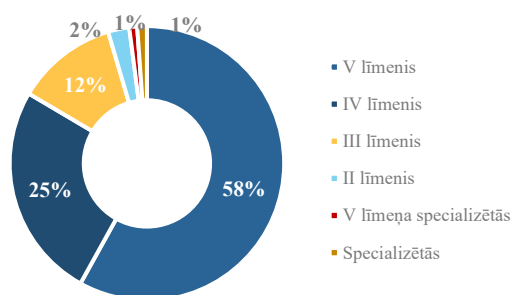


Lielāko daļu – 70 % – finansējuma saņēma V un IV līmeņa ārstniecības iestādes.

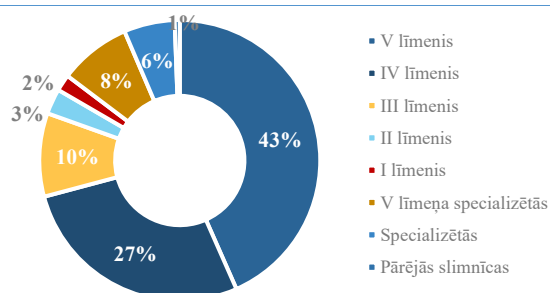
Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļām – 14 % finansējuma.



Pacientu observācijai līdz 24 stundām – 2 % finansējuma.



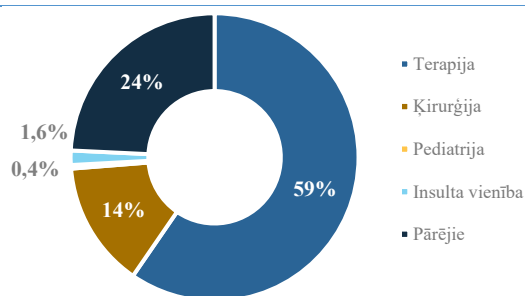
Stacionārās veselības aprūpes hospitalizācijas 2024. gadā



43 % hospitalizāciju ir V līmeņa ārstniecības iestādēs, bet I līmeņa – vien 2 %.

Valstī vidējās vienas hospitalizācijas izmaksas gadā ir 2071 *euro*. Jo zemāks ārstniecības iestādes līmenis, jo zemākas izmaksas (V līmeņa ārstniecības iestādēs – 2516 *euro* un I līmeņa – 877 *euro*).

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profili 2024. gadā

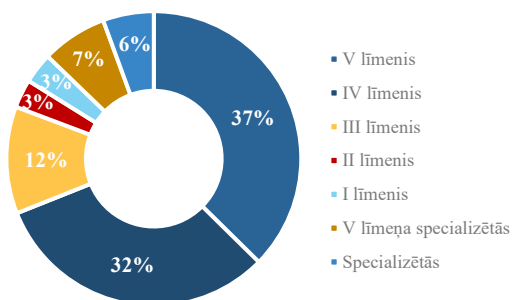


Ārstniecības iestādes kopā nodrošina 29 profilus.

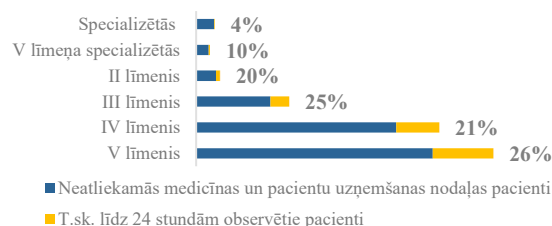
Revīzijas izlasē iekļautos četros – terapijas, ķirurģijas, pediatrijas un insulta vienības – profilos ir 75 % no visām hospitalizācijām.

Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacienti 2024. gadā

69 % neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacientu ir V un IV līmeņa ārstniecības iestādēs, bet I līmeņa – vien 3 %.

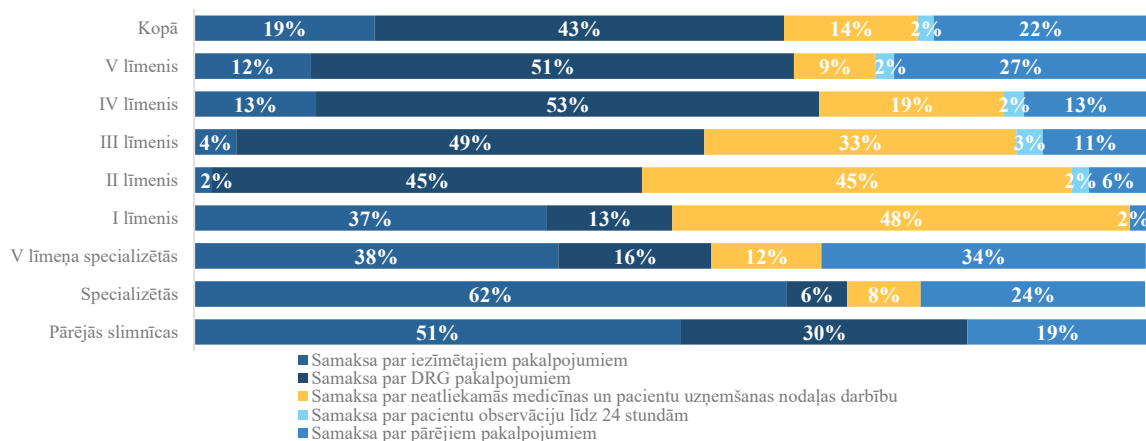


23 % pacientu nodrošināta observācija līdz 24 stundām, lielākais šo pacientu īpatsvars ir V līmeņa ārstniecības iestādēs, bet vismazākais – specializētās.



Finansējuma sadalījums pa ārstniecības iestāžu līmeņiem un samaksas veidiem 2024. gadā

Augstāka līmeņa ārstniecības iestādēs lielāko daļu finansējuma novirzīja profilu ietvaros sniegto pakalpojumu apmaksai, bet zemāka līmeņa – gandrīz pusi neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbības nodrošināšanai neatkarīgi no pacientu skaita un sniegtajiem pakalpojumiem.



Citi stacionāro veselības aprūpi raksturojoši rādītāji 2024. gadā

Revīzijas ziņojuma 1. pielikumā ir apkopota informācija par ārstniecības iestāžu darbības rādītājiem 2024. gadā.

1. Veselības ministrija, pārvaldot stacionāro ārstniecības iestāžu tīklu, nav rīkojusies sabiedrības interesēs

Laikus nepieņemtie lēmumi ne tikai nenodrošina pacientiem vienlīdzīgas iespējas saņemt kvalitatīvus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus un apdraud pacientu veselības drošību, bet rada arī būtisku finansiālo ietekmi, kas mērāma miljonos *euro*.

Lai gan 2018. gadā Veselības ministrija īstenoja ārstniecības iestāžu tīkla reformu, ārstniecības iestādes iedalot līmeņos un nosakot, kādi profili (piemēram, terapija, ķirurģija) katrā līmenī jānodrošina, reformas mērķis – novērst atšķirības stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā un iedzīvotāju dzīves kvalitātē dažādās Latvijas vietās – nav sasniegts. Ārstniecības iestāžu skaits pamatā palicis nemainīgs. Savukārt profili, kas jānodrošina viena līmeņa ārstniecības iestādēs, atšķiras, jo tie ir pielāgoti katras iestādes faktiskajām iespējām.

Veselības ministrija, izveidojot ārstniecības iestāžu tīklu, nenoteica arī konkrētas prasības profiliem atbilstoši ārstniecības iestāžu līmeņiem. Tāpat samaksa par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem ilgstoši nav piesaistīta jau izstrādātajiem kvalitātes rādītājiem. Līdz ar to viena līmeņa ārstniecības iestādēm nav vienotas izpratnes un arī finansiālas motivācijas sniegt gan pēc klāsta, gan apjoma, gan kvalitātes līdzvērtīgus pakalpojumus.

Arī turpmākā uzraudzība pār ārstniecības iestāžu sniegtajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem nav efektīva.

Lai arī Veselības ministrija ikgadējos izvērtējumos konstatēja, ka atsevišķas ārstniecības iestādes neatbilst tām noteiktajam līmenim, izmaiņas nav veiktas, jo nav panākta vienošanās ar visām iesaistītajām pusēm par turpmāko rīcību. Arī Ministru kabinetā virzīto informatīvo ziņojumu saturs ir nepilnīgs, jo tie nemaz neatspoguļo visas būtiskās konstatētās problēmas. Minētais, revidentu ieskatā, liecina gan par veselības nozares, gan citu resoru atbalsta trūkumu nepopulāru lēmumu pieņemšanā.

Nacionālā veselības dienesta praktiskās iespējas visaptveroši un sistemātiski uzraudzīt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu objektīvi ir ierobežotas. Tādējādi to nodrošināšana galvenokārt ir atkarīga no ārstniecības iestādes godaprāta, nevis tik daudz no dienesta pārbaudēm.

Ārstniecības iestāžu kapacitātes plānošana ir būtisks jautājums daudzās attīstītajās valstīs, jo resursi ir ierobežoti, bet stacionārās veselības aprūpes izmaksas un pieprasījums pēc šiem pakalpojumiem pieaug. Izmaksu, pieejamības un kvalitātes līdzsvarošana joprojām ir galvenais izaicinājums.⁵

Ārstniecības iestāžu tīkls pēc būtības nav reformēts

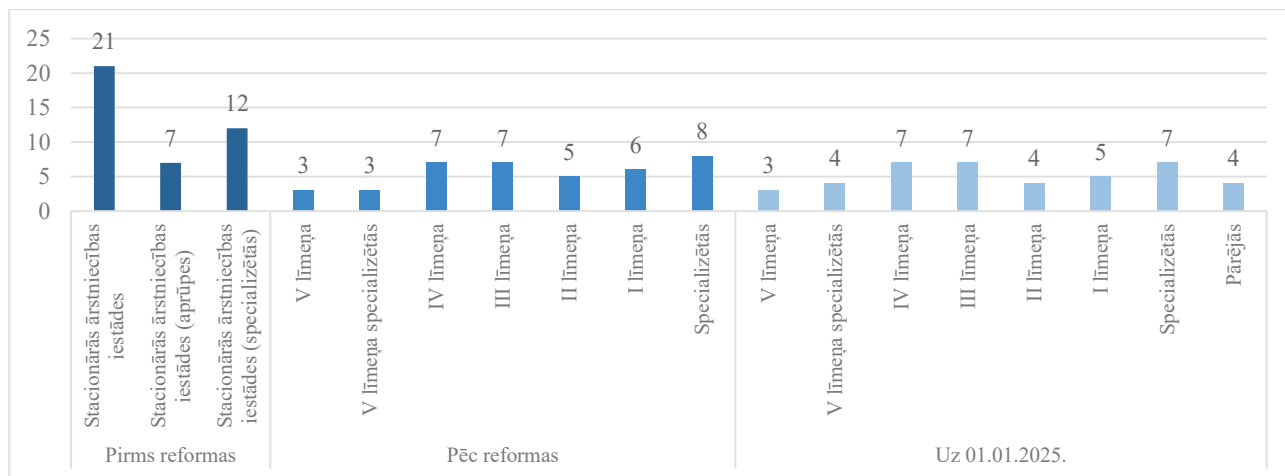
2014. gadā bija 42 ārstniecības iestādes⁶. Tā kā stacionārās veselības aprūpes pieejamība un iedzīvotāju dzīves kvalitāte dažādās Latvijas vietās būtiski atšķīrās, Veselības ministrija un Nacionālais veselības dienests 2014. gadā uzsāka sadarbību ar Pasaules Banku⁷ par veselības aprūpes jomas izvērtējumu. Pasaules Banka 2016. gadā sniedza Veselības ministrijai priekšlikumus⁸, kādos virzienos attīstīt valsts politiku veselības aprūpes jomā, tajā skaitā kā optimizēt ārstniecības iestāžu tīklu, ņemot vērā iedzīvotāju skaitu, brauciena attālumu un citus kritērijus. Tas kopumā sniegtu ietaupījumu, uzlabotu kvalitāti, pakalpojumu pieejamību un apmierinātību ar veselības aprūpi. Pasaules Banka piedāvāja divus iespējamus scenārijus:

- ✓ 34 ārstniecības iestādes iedalīt četros līmeņos, proti, piecas – IV līmeņa, piecas – III līmeņa, sešas – II līmeņa un 18 – I līmeņa ārstniecības iestādes (pārējās – specializētās ārstniecības iestādes, kuras arī jāoptimizē);
- ✓ saglabāt 20 akūtās aprūpes ārstniecības iestādes, tās iedalot četros līmeņos (piecas – IV līmeņa, piecas – III līmeņa, sešas – II līmeņa un četras – I līmeņa ārstniecības iestādes), un 14 ārstniecības iestādes pārveidot par neakūtās aprūpes iestādēm, kas piedāvā dienas aprūpes un labjūtes pakalpojumus, vai arī par ilgtermiņa aprūpes iestādēm (pārējās – specializētās ārstniecības iestādes, kuras arī jāoptimizē).

Pamatojoties uz šiem priekšlikumiem Veselības ministrija sagatavoja arī dokumentus⁹ ar redzējumu par ārstniecības iestāžu dalījumu četros līmeņos, proti, 20.12.2016. informatīvo ziņojumu “Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu” un 07.08.2017. konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”. Piemēram, konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” norādīts:

- ✓ atšķirīgo stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu un kvalitātes dēļ ir nepieciešams izlīdzināt šo pakalpojumu pieejamību un efektivitāti visā Latvijas teritorijā;
- ✓ ārstniecības iestāžu tīkla optimizēšanai specializētā stacionārā veselības aprūpe jācentralizē, lai nodrošinātu pietiekamu pakalpojumu apjomu, kas ļauj uzturēt noteiktu kvalitātes līmeni, vienlaikus jāveido veselības aprūpes pakalpojumu tīkls, lai pacienti varētu saņemt nepieciešamo palīdzību tuvāk savai dzīvesvietai gadījumos, kad hospitalizēšana nav nepieciešama.

2018. gadā¹⁰ ārstniecības iestādes arī iedalīja līmeņos, nosakot katrā līmenī nodrošināmos profilus. To, kādam līmenim ārstniecības iestāde atbilst, noteica obligātie profili jeb pamatpakalpojumi, kādi būtu jānodrošina konkrēta līmeņa ārstniecības iestādē.¹¹ Tomēr pēc septiņiem gadiem ārstniecības iestāžu skaits nav samazinājies. Līdz reformai 2018. gadā¹² bija 40¹³, reformas rezultātā¹⁴ – 39, bet 01.01.2025.¹⁵ – 41 ārstniecības iestāde (skatīt 1. attēlu).



1. attēls. Ārstniecības iestāžu skaits un iedalījums pirms un pēc reformas un 2025. gadā.

Sākotnēji ārstniecības iestādes plāvoja iedalīt četros līmeņos, taču reformas rezultātā tās iedalīja piecos, jo sākotnēji plānotās I līmeņa ārstniecības iestādes sadalīja I un II līmeņa ārstniecības iestādēs. Papildus nodalīja specializētās ārstniecības iestādes, savukārt no 01.04.2019.¹⁶ ieviesa vēl tā sauktās pārējās ārstniecības iestādes.

Veselības ministrija skaidroja¹⁷, ka ārstniecības iestāžu dalījums līmeņos pēc būtības nemaina sākotnēji paredzēto attīstības modeli, tomēr revidenti tam nepiekrīt.

Sākotnēji¹⁸ I līmeņa jeb aprūpes ārstniecības iestādēs plāvoja nodrošināt divus pamata profilus – terapijas un hronisko pacientu aprūpes profilu. Tomēr reformas rezultātā¹⁹ par I līmeņa jeb aprūpes ārstniecības iestādēm atzina sešas ārstniecības iestādes, nosakot tikai vienu obligāto – terapijas – profilu, savukārt hronisko pacientu aprūpes profilu noteica kā izvēles profilu.

Vienlaikus atsevišķi nodalīja piecas II līmeņa jeb daudzprofilu ārstniecības iestādes, nosakot divus obligātos – terapijas un ķirurģijas – profilus, bet divās ārstniecības iestādēs noteica vēl vienu papildu obligāto – grūtniecības un dzemdību aprūpes – profilu, savukārt vienā – neiroloģijas profilu. Papildus arī II līmeņa ārstniecības iestādēm paredzēja vairākus izvēles profilus – hronisko pacientu aprūpes, ginekoloģijas, pediatrijas un traumatoloģijas.

Revīzijā konstatēts, ka praksē starp zemāka līmeņa ārstniecības iestādēm nav būtisku atšķirību profilu nodrošinājumā. Proti, I un II līmeņa ārstniecības iestādes pamatā nodrošina terapijas un hronisko pacientu aprūpes profilus (skatīt 2.1. nodaļu).

Viens no Pasaules Bankas piedāvātajiem scenārijiem paredzēja daļu no esošajām I un II līmeņa ārstniecības iestādēm pārveidot par dienas vai ilgtermiņa aprūpes iestādēm, tomēr šāds scenārijs pilnībā netika īstenots.

Turklāt revīzijā analizētie 2024. gada dati liecina, ka, piemēram, I līmeņa jeb aprūpes ārstniecības iestādēs ir ļoti mazs neatliekamai ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars (vidēji 10 %). Turklāt uz šīm ārstniecības iestādēm ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi nogādāto pacientu skaits gadā ir tik mazs, ka nav pat viens pacients dienā.

2017. gada konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”²⁰ arī norādīts, ka Latvijā vairāk nekā 32 % ārstniecības iestāžu ir mazāk nekā 100 gultas, ko uzskata par nepietiekamu skaitu, lai

uzturētu neatliekamās palīdzības iestādi. Tomēr revīzijā konstatēts, ka 44 % no 36 ārstniecības iestādēm, kas nodrošina neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu, gultu skaits aizvien ir mazāks par 100, tajā skaitā 17 % tas nepārsniedz 50.

Prasības profilu nodrošināšanai nav noteiktas, arī kvalitāti nemēra

Lai arī 2018. gadā veselības aprūpes sistēmas reformas²¹ ietvaros ārstniecības iestādes iedalīja līmeņos, nosakot katrā līmenī nodrošināmos profilus, tomēr prasības (piemēram, personāls, materiāltehniskais nodrošinājums) to nodrošināšanai nenoteica.

Revidenti norāda, ka Veselības ministrijas 2021. gadā izveidotā darba grupa²² izstrādāja atsevišķu profilu (hronisko pacientu aprūpe, ķirurģija, pediatrija, grūtniecība un dzemdību aprūpe, Covid-19 pacientu ārstēšana) prasības katram ārstniecības iestādes līmenim, tomēr tās netika virzītas tālāk. Kā norādīja²³ Veselības ministrija, pamatojoties uz darba grupas priekšlikumiem, ministrija sagatavoja informatīvo ziņojumu²⁴ un 29.06.2022. to iesniedza izskatīšanai Ministru kabinetā, bet nepanāca starp institūciju saskaņošanu.

Arī 2025. gadā Veselības ministrija plāno²⁵ izstrādāt prasības (piemēram, personāls, materiāltehniskais nodrošinājums) atsevišķu profilu, ko Veselības ministrija definē kā pamatprofilus (tas ir, internās medicīnas, hronisko pacientu aprūpes, ķirurģijas, ginekoloģijas, grūtniecības un dzemdību aprūpes, pediatrijas un traumatoloģijas, ortopēdijas profiliem), nodrošināšanai. Galvenais mērķis – nodrošināt pacientiem visā Latvijas teritorijā vienāda apjoma, struktūras un kvalitātes stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus.²⁶ Izstrādātās prasības plāno ieviest no 01.01.2026. Tomēr, pretēji iecerei, līdz 01.04.2025. plānoto informatīvo ziņojumu izskatīšanai Ministru kabinetā neiesniedza, to atliekot līdz 01.09.2025.²⁷

Tāpat, piemēram, Veselības ministrijas informatīvajā ziņojumā²⁸ norādīts, ka atbilstoši Pasaules Bankas un Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas rekomendācijām dzemdību skaits ir nozīmīgs ārstniecības iestāžu darbības rādītājs, kura apjoms palīdz novērtēt sniegto pakalpojumu kvalitāti. Atbilstoši starptautisko ekspertu 2016. gadā sniegtajam viedoklim²⁹ Latvijā ieteicamais minimālais dzemdību skaits gadā būtu 500, kas jau tā ir ievērojami zemāks nekā ziemeļvalstīs noteiktais standarts – virs 1000. Vienlaikus normatīvajā aktā³⁰ noteikts, ka Nacionālais veselības dienests līgumu par dzemdību palīdzības nodrošināšanu slēdz ar ārstniecības iestādi, kura iepriekšējā gadā ir sniegusi valsts apmaksātu dzemdību palīdzību vismaz 200 gadījumos.

Revidenti vērš uzmanību, ka 2024. gada oktobrī Nacionālais veselības dienests informēja³¹ Veselības ministriju, ka paredzams, ka 2024. gadā četras no 17 ārstniecības iestādēm³² neizpildīs normatīvā regulējuma³³ prasību par valsts apmaksātas dzemdību palīdzības sniegšanu vismaz 200 gadījumos gadā un dienestam nebūs tiesiska pamata turpināt līgumu ar konkrēto ārstniecības iestādi par šāda pakalpojuma nodrošināšanu. Savukārt Veselības ministrija atbildēja³⁴, ka lemt par iespējamo līgumu pārtraukšanu nav samērīgi, ņemot vērā, ka gada laikā sniegtās dzemdību palīdzības gadījumu skaits nevar būt vienīgais un galvenais kritērijs šāda lēmuma pieņemšanai. 2025. gadā līgumattiecības par dzemdību palīdzības sniegšanu turpina arī ar šīm četrām ārstniecības iestādēm, no kurām līdz gada beigām viena nesusniedza minimālo dzemdību palīdzības gadījumu skaitu, proti, 190.³⁵ Tomēr revidenti šādu Veselības ministrijas nostāju kopumā vērtē kritiski, jo, pirmkārt, tā ir pretrunā normatīvajam regulējumam, un, otrkārt, kā norādīja arī Pasaules Banka, pie tik maza dzemdību skaita gadā nevar nodrošināt izmaksu efektīvu,

kvalitatīvu un drošu dzemdību palīdzības pakalpojumu, kas var apdraudēt gan grūtnieces, gan jaundzimušos.

Tāpat Pasaules Bankas eksperti jau 2016. gadā sniedza ieteikumu³⁶ iekļaut līgumos ar ārstniecības iestādēm arī minimālo kvalitātes kritēriju izpildi, vienlaikus paredzot atlīdzību par snieguma uzlabošanu. Tomēr arī šos kvalitātes rādītājus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem Veselības ministrija ilgstoši nav ieviesusi. Veselības ministrija plānoja³⁷ no 01.01.2021. noteikt ārstniecības iestādēm samaksas apmēru, ņemot vērā arī Nacionālā veselības dienesta līgumā ar ārstniecības iestādi noteikto kvalitātes rādītāju izpildi. Tomēr šīs prasības piemērošanu kopš 2020. gada ar Covid-19 pandēmiju saistītu iemeslu dēļ pārcēla jau četras reizes, un to plāno piemērot no 01.01.2026.

Ārstniecības iestāžu tīkla uzraudzība nav pietiekama

2018. gadā veselības aprūpes sistēmas reformas³⁸ ietvaros ārstniecības iestādes iedalīja līmeņos un paredzēja³⁹, ka turpmāk ik gadu izvērtēs ārstniecības iestāžu sniegto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu atbilstību piešķirtajam līmenim. Veselības ministrijas uzdevumā⁴⁰ Veselības inspekcija šādus izvērtējumus⁴¹ veica 2019., 2020. un 2024. gadā, kuros konstatēja⁴², ka, piemēram:

- ✓ ir ārstniecības iestādes, kas nenodrošina dažādu veidu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus (piemēram, endoskopijas, bronhoskopijas, uroloģijas, otolaringoloģijas, oftalmoloģijas, neiroloģijas, traumatoloģijas), īpaši 24/7 režīmā, un tām arī trūkst atbilstošu speciālistu (piemēram, ir zems ārstniecības iestādēs pamatdarbā nodarbināto speciālistu īpatsvars – pamatā zem 50 %), tāpēc, piemēram, bieži atbalsta sniegšanai piesaista Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta Specializētā medicīnas centra speciālistus;
- ✓ 2019. gadā (skatīt 1. tabulu) sešas ārstniecības iestādes neatbilst tām piešķirtajam līmenim (divas no septiņām IV līmeņa, divas no septiņām III līmeņa un divas no četrām II līmeņa ārstniecības iestādēm), bet vienai III līmeņa ārstniecības iestādei jāpiešķir specializētās ārstniecības iestādes statuss;
- ✓ 2020. gadā (skatīt 1. tabulu) papildus vēl divas ārstniecības iestādes neatbilst tām piešķirtajam līmenim (proti, nu jau divas no septiņām IV līmeņa, trīs no septiņām III līmeņa un trīs no četrām II līmeņa ārstniecības iestādēm), kā arī nepieciešams izvērtēt vienas ārstniecības iestādes statusa saglabāšanu un iespēju vienai III līmeņa ārstniecības iestādei noteikt II līmeni, ņemot vērā, ka reģionā ir divas IV līmeņa ārstniecības iestādes;
- ✓ ārstniecības iestādes nenodrošina neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamos speciālistus, kas rada risku šo pakalpojumu kvalitātei un pacientu drošībai;
- ✓ ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu speciālisti dežūras laikā nodarbināti arī citās struktūrvienībās, kā arī, lai nodrošinātu nepieciešamo dežūrpersonālu, speciālisti strādā virsstundas vai vairākas diennaktis pēc kārtas.

Revidenti uzsver: arī 2024. gada izvērtējuma rezultāti liecina, ka joprojām pastāv jau 2019. un 2020. gadā konstatētās problēmas stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumā atbilstoši ārstniecības

iestāžu līmeņiem, kurām ilgstoši nav rasts risinājums, vienlaikus Veselības inspekcija izvērtējumā uz to vairs tieši nenorāda.

1. tabula. 2019. un 2020. gada izvērtējumi par ārstniecības iestāžu atbilstību piešķirtajam līmenim.

Ārstniecības iestāde	2019. gada izvērtējums	2020. gada izvērtējums	01.01.2025. ⁴³
IV līmenis			
Jelgavas pilsētas slimnīca	Neatbilst, noteikt III līmeni	Neatbilst, noteikt III līmeni	IV līmenis
Jēkabpils reģionālā slimnīca	Neatbilst, noteikt III līmeni	Neatbilst, noteikt III līmeni	IV līmenis
III līmenis			
Dobeles un apkārtnes slimnīca	-	Neatbilst, noteikt II līmeni	III līmenis
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	Neatbilst, noteikt II līmeni (izskatīt iespējas noteikt I līmeni)	Neatbilst, noteikt II līmeni	III līmenis
Jūrmalas slimnīca	Noteikt par specializēto	-	III līmenis
Ogres rajona slimnīca	Neatbilst, noteikt II līmeni (izskatīt iespējas noteikt I līmeni)	Neatbilst, noteikt II līmeni	III līmenis
Kuldīgas slimnīca	-	Ņemot vērā, ka reģionā ir divas IV līmeņa ārstniecības iestādes, izvērtēt iespēju noteikt II līmeni	III līmenis
II līmenis			
Krāslavas slimnīca	-	Neatbilst, bet, ņemot vērā ģeogrāfisko pieejamību, saglabāt II līmeni	II līmenis
Preiļu slimnīca	Neatbilst, noteikt I līmeni	Neatbilst, noteikt I līmeni	II līmenis
Tukuma slimnīca	Neatbilst, noteikt I līmeni	Neatbilst, noteikt I līmeni	II līmenis
Pārējās			
Priekules slimnīca	-	Izvērtēt stacionārās ārstniecības iestādes statusa saglabāšanu	Pārējās

Laikā no 2019. līdz 2024. gadam Veselības ministrija par nepieciešamību attīstīt ārstniecības iestāžu tīklu sagatavoja virkni informatīvo ziņojumu⁴⁴, no kuriem daļa vispār ir atsaukta, jo, piemēram, nepanāca starpinstitūciju saskaņošanu vai nesaņēma Ministru prezidenta lēmumu par tālāku virzību⁴⁵. Kā norādīja⁴⁶ Veselības ministrija, piemēram, divus informatīvos ziņojumus⁴⁷ nevirzīja tālākai izskatīšanai, jo pret tiem iebilda Finanšu ministrija, Latvijas Pašvaldību savienība un vienā gadījumā arī Pārresoru koordinācijas centrs⁴⁸, un vienu informatīvo ziņojumu⁴⁹ iesniedza izskatīšanai Ministru kabinetā piecas reizes, bet to nevirzīja tālākai izskatīšanai. Dažām ārstniecības iestādēm līmeņus⁵⁰ arī pārskatīja, tomēr šīs pārmaiņas nav saistītas ar Veselības inspekcijas 2019. un 2020. gada izvērtējumos konstatētajām neatbilstībām, jo attiecībā uz 1. tabulā norādītajām ārstniecības iestādēm nekādas izmaiņas nav veiktas.

Vienlaikus revidenti vērš uzmanību, ka, pamatojoties uz veiktajiem izvērtējumiem, visi sagatavotie informatīvie ziņojumi⁵¹ nemaz neatspoguļo visu Veselības inspekcijas 2019. un 2020. gada izvērtējumos konstatēto faktisko situāciju par konkrētu ārstniecības iestāžu atbilstību tām piešķirtajam līmenim (skatīt 1. tabulu). Piemēram, tikai vienā informatīvajā ziņojumā⁵² apkopotas 2020. gada izvērtējumā konstatētās problēmas, tomēr pārskatīt pakalpojumu apjomu rosināts vien trīs ārstniecības iestādēs – SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA “Krāslavas slimnīca” un SIA “Preiļu slimnīca”; savukārt otrajā informatīvajā ziņojumā⁵³ vispārīgi norādīts, ka turpinās ārstniecības iestāžu līmeņu pārskatīšana.

Kā skaidroja⁵⁴ Veselības ministrija, informatīvo ziņojumu turpmākā virzība ir atkarīga no starpnozaru saskaņošanas procesa rezultātiem, tādēļ ne vienmēr tajos pilnībā ietver visu informāciju, savukārt izmaiņas normatīvajā regulējumā veic, ja panāk vienošanos ar nozari. Jaunākajā, 2024. gada, izvērtējumā iegūto informāciju Veselības ministrija⁵⁵ analizēs un izmantos, lai pilnveidotu un stiprinātu ārstniecības iestāžu uzraudzības procesus.⁵⁶

Revidenti uzsver, ka laikus nepieņemtajiem lēmumiem ir ne tikai ietekme uz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pacientu veselības drošību, bet arī finansiāla ietekme.

Ja ārstniecības iestādei būtu jānosaka zemāks līmenis, tad samazinātos arī tās sniegto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādei noteiktu pakalpojumu⁵⁷ samaksas aprēķinam izmanto IV līmeņa gultasdienas tarifu⁵⁸, savukārt, nosakot to par III līmeņa ārstniecības iestādi, gultasdienas tarifs 2025. gadam samazinātos par 24 %, proti, no 142,57 *euro* uz 108,47 *euro*. Līdzīgi samazinātos arī fiksētās piemaksas⁵⁹ par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību un pacientu observāciju līdz 24 stundām, kuru kopējais apmērs 2025. gadam samazinātos par 40 %, proti, no attiecīgi 4,5 milj. *euro* uz vidēji 2,7 milj. *euro* gadā.

No 01.05.2024.⁶⁰ ieviesa vēl stingrākas prasības neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu dežūrpersonālam un palielināja fiksētās piemaksas par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļu darbības nodrošināšanu. Piemēram, II līmeņa ārstniecības iestādei fiksēto piemaksu no 1,4 milj. *euro* palielināja līdz 1,8 milj. *euro* jeb par 30 %, lai gan prasības attiecībā uz nepieciešamo dežūrpersonālu tā neizpildīja jau 2019. un 2020. gadā.

Jau 2019. gada izvērtējumā⁶¹ Veselības inspekcija ieteica II līmeņa ārstniecības iestādēs beigt finansēt diennakts neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas. Lai arī I līmeņa ārstniecības iestādes nevērtēja, revidenti pieņem, ka arī šo kā zemāka līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu finansēšana būtu jāpārskata. Piemēram, fiksēto piemaksu⁶² kopsumma⁶³ no 2020. gada II līmeņa ārstniecības iestādēm pieauga par 72 % (2024. gadā – 7,4 milj. *euro*), bet I līmeņa ārstniecības iestādēm – par 82 % (2024. gadā – 4,3 milj. *euro*). Ja būtu pieņemts lēmums nefinansēt II un I līmeņa ārstniecības iestāžu diennakts neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas, no 01.01.2020. līdz 31.12.2024. nebūtu izmaksāti 44,2 milj. *euro* jeb vidēji 9 milj. *euro* gadā. 2025. gadam tie jau ir 12,5 milj. *euro*.⁶⁴

Revidenti norāda, ka Veselības ministrija, apzinoties pastāvošās problēmas (tajā skaitā grūtības nodrošināt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus un atbilstošus speciālistus) ārstniecības iestāžu dalījumā pa līmeņiem, nav panākusi tādu lēmumu pieņemšanu, kas parādītu patieso situāciju, proti, kādam līmenim ārstniecības iestādes faktiski atbilst un kādus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus tās faktiski spēj nodrošināt.

Turklāt atbilstoši normatīvajam aktam⁶⁵ Nacionālais veselības dienests pārbauda no valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas, to sniegšanas pamatotību un atbilstību līgumam ar dienestu⁶⁶. Plānveida pārbaudes Nacionālais veselības dienests veic par iepriekšējo periodu, kas nepārsniedz divus gadus. Līguma uzraudzība un kontrole prioritāri tiek veikta preventīvi, proti, konstatējot iespējamās neatbilstības veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, Nacionālais veselības dienests sākotnēji uzdod tās novērst, un, ja tas nav iespējams, tad rīkojas atbilstoši noteiktajai kārtībai⁶⁷:

- ✓ ja ārstniecības iestāde nenodrošina tai noteiktos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilus, par ko paredzēta ikmēneša fiksētā samaksa vai samaksa atbilstoši tāmes finansējumam, Nacionālais veselības dienests ietur maksājumu proporcionāli laika periodam, kad pakalpojums netika nodrošināts;
- ✓ ja ārstniecības iestāde nenodrošina nepieciešamā speciālista diennakts dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā⁶⁸, par ko saņem ikmēneša fiksēto piemaksu, Nacionālais veselības dienests ietur speciālistam noteiktā ikmēneša fiksēto maksājumu vai tā daļu proporcionāli laika periodam, kad pakalpojums netika nodrošināts.

Šādus gadījumus Nacionālais veselības dienests varot konstatēt⁶⁹, atlasot datus dienesta uzturētajā Vadības informācijas sistēmā par konkrētā laika periodā konkrētā pakalpojumu programmā sniegtajiem

pakalpojumiem, vai atbilstoši līguma par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu nosacījumiem, saņemot informāciju no pašas ārstniecības iestādes, kura atbilstoši līguma⁷⁰ noteikumiem ir atbildīga par godprātīgu līguma izpildi.

Tomēr, revidentu ieskatā, Nacionālā veselības dienesta iespēja identificēt šādus gadījumus ir ierobežota.

Nacionālais veselības dienests, analizējot ārstniecības iestāžu Vadības informācijas sistēmā ievadītos datus, redz tikai to, kurām ārstniecības iestādēm kāda profila pakalpojuma programmā ir vai nav bijuši pacienti, taču pacientu neesamībai var būt arī objektīvi iemesli. Turklāt, revidentu ieskatā, Nacionālajam veselības dienestam nav praktiskas iespējas pārraudzīt to profilu faktisku nodrošināšanu, kurus ārstniecības iestāde nodrošina, bet kuru pakalpojumu programmas tai nav paredzētas, un hospitalizāciju uzskaitē un pakalpojumu apmaksa notiek citu profilu ietvaros (skatīt 2.1. nodaļu).

Savukārt revīzijā, veicot pārbaudes par faktisko specialistu nodrošinājumu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās⁷¹, konstatēts, ka dežūrpersonāls nav nodrošināts pilnā apmērā (skatīt 3. nodaļu), tomēr šādas resursu ietilpīgas pārbaudes nav samērīgas, lai tās varētu pastāvīgi īstenot Nacionālā veselības dienesta ikdienas darbā. Revīzijā konstatēts, ka līdz 2025. gadam ārstniecības iestādes reizi pusgadā iesniedza Nacionālajam veselības dienestam pārskatu par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās plānotajiem speciālistiem⁷², savukārt no 2025. gada katru mēnesi iesniedz pārskatu par faktiski nodrošinātajiem speciālistiem⁷³. Vienlaikus Veselības ministrija atzīst⁷⁴, ka šādu pārskatu sagatavošana ārstniecības iestādēm rada administratīvo slogu. Savukārt ārstniecības iestāžu iesniegto pārskatu pārbaudes, revidentu ieskatā, rada administratīvo slogu arī Nacionālajam veselības dienestam.

Nacionālais veselības dienests informēja⁷⁵, ka ieturējumi piecām ārstniecības iestādēm⁷⁶ par kopējo summu 286 363 *euro* veikti 2023. gadā. Piemēram, ieturējums SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” ir 28 %, bet SIA “Tukuma slimnīca” – 10 % no kopējā attiecīgajam periodam plānotā fiksētā maksājuma par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību.⁷⁷ Savukārt ieturējumi par nenodrošinātām dežūrām 2024. gadā revīzijas laikā nebija veikti.

2. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus plāno un organizē neefektīvi un neproduktīvi

2.1. Ārstniecības iestādei noteiktais līmenis var radīt maldīgu priekšstatu par tajā pieejamiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem un to kvalitāti

Izveidotais profilu un profiliem paredzēto pakalpojumu programmu sadalījums starp ārstniecības iestādēm nav izsekojams. Līdz ar to ne veselības aprūpes politikas veidotāji, ne pacients nevar paļauties, ka attiecīga līmeņa ārstniecības iestādē būs pieejami stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kuriem tur vajadzētu būt.

Tiek pieļauta situācija, ka ārstniecības iestāde var nenodrošināt tās līmenim atbilstošus profilus, tajā skaitā bez negatīvām finansiālām sekām, kā rezultātā iedzīvotājiem visā Latvijas teritorijā viena līmeņa ārstniecības iestādes nesniedz līdzvērtīgus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus. Pat ja viena līmeņa ārstniecības iestādes nodrošina vienādus profilus, tie atšķiras pēc klāsta, apjoma un pieejamajiem resursiem, turklāt prasības ārstniecības iestādēm aizvien nav noteiktas. Šīs atšķirības ne vien rada nevienlīdzību pacientu aprūpē, bet ietekmē arī to, ka finansējumu neizlieto vienlīdz produktīvi.

Turklāt arī normatīvajā aktā jau paredzēti izņēmumi konkrētu ārstniecības iestāžu līmenī, kad tomēr nav jānodrošina vienādi profili. Revidentu ieskatā, tādējādi normatīvais regulējums ir pielāgots ārstniecības iestāžu faktiskajām iespējām.

Ārstniecības iestāžu profilu sadalījums nav skaidrs un izsekojams

Ārstniecības iestādēm kopumā jānodrošina 29 dažādi profili (piemēram, terapija, aprūpe, ķirurģija, ginekoloģija, pediatrija, paliatīvā aprūpe, uroloģija), kas, ņemot vērā ārstniecības iestāžu līmeņus, var būt gan obligāti, gan izvēles.⁷⁸

Vienlaikus jau normatīvais akts⁷⁹ paredz izņēmumus, kad viena līmeņa ārstniecības iestādēm tomēr nav jānodrošina vienādi profili (skatīt 2. attēlu).

Līmenis	Ārstniecības iestādes	Obligātie profili	Izvēles profili
V līmenis	• Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca • Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca • Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	25 25 22	Visām 1
IV līmenis	• Liepājas reģionālā slimnīca • Daugavpils reģionālā slimnīca • Vidzemes slimnīca • Rēzeknes slimnīca • Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca • Jēkabpils reģionālā slimnīca • Jelgavas pilsētas slimnīca	14 17 15 15 16 14 13	Visām 11
III līmenis	• Madonas slimnīca • Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība • Kuldīgas slimnīca • Ogres rajona slimnīca • Cēsu klīnika • Dobeles un apkārtnes slimnīca • Jūrmalas slimnīca	6 7 7 7 5 6 6	Visām 3
II līmenis	• Krāslavas slimnīca • Preiļu slimnīca • Alūksnes slimnīca • Tukuma slimnīca	4 5 3 3	6 4 6 6
I līmenis	• Bauskas slimnīca • Aizkraukles slimnīca • Limbažu slimnīca • Ludzas medicīnas centrs • Līvānu slimnīca	3 3 2 3 3	Visām 1
V līmeņa specializētās	• Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca • Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari” • Rīgas Dzemdību nams • Nacionālais psihiskās veselības centrs	4 1 4 2	1 1 Nav Nav
Specializētās	• Rīgas 2. slimnīca • Slimnīca “Ģintermuiža” • Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca • Sīguldā slimnīca • Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca • Piejūras slimnīca • Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca “Ainaži”	3 3 2 2 2 3 2	1 Nav Nav 1 Nav 1 Nav
Pārējās	• Saldus medicīnas centrs • Priekules slimnīca • Latvijas Jūras medicīnas centrs • Sanare – KRC Jaunķemeri	3 1 3 3	Nevienai nav

Akūtā rehabilitācija jauktā profila gultās atbilstoši līgumos noteiktajiem nosacījumiem pieskaitīta obligātajam profilam.

2. attēls. Ārstniecības iestādēm paredzētie obligātie un izvēles profili.

Piemēram, visām IV līmeņa ārstniecības iestādēm, izņemot SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” un SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, un visām I līmeņa ārstniecības iestādēm, izņemot SIA “Limbažu slimnīca”, obligāts profils ir aprūpe, savukārt visām III līmeņa ārstniecības iestādēm, izņemot SIA “Cēsu klīnika”, obligāts profils ir grūtniecības un dzemdību aprūpe. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam⁸⁰ visbiežāk to ietekmē nespēja nodrošināt nepieciešamos cilvēkresursus, tajā pašā laikā viennozīmīgi nevar pieņemt, ka šādā gadījumā ārstniecības iestāde neatbilst tai noteiktajam līmenim, jo katrs gadījums ir jāizvērtē individuāli, ņemot vērā gan attiecīgā pakalpojuma būtību, gan to, kādus citus pakalpojumus tā nodrošina.

Profilu uzskata par nodrošinātu arī gadījumos, ja ārstniecības iestāde par tā nodrošināšanu ir noslēgusi līgumu ar citu ārstniecības iestādi un informējusi par to Nacionālo veselības dienestu.⁸¹ Tomēr šādu gadījumu nav daudz. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta informācijai⁸² šādi līgumi ir noslēgti SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” ar SIA “Vidzemes slimnīca” par plānveida onkoloģijas nodrošināšanu uroloģijas diagnožu sadaļā, ar SIA “Latvijas plastiskās, rekonstruktīvās un mikroķirurģijas centrs” par mikroķirurģijas pakalpojumu nodrošināšanu un ar SIA “Siguldas slimnīca” par hronisko pacientu aprūpes un subakūtās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanu.

Ārstniecības iestādes atbilstoši to līmenim katrā profilā nodrošina noteiktas pakalpojumu programmas, kur katrai pakalpojumu programmai ir savs apmaksas veids un tarifs.⁸³ Piemēram, insulta vienības profilā V un IV līmeņa ārstniecības iestādes nodrošina pakalpojumu programmu “Neiroloģija (insulta vienība)” ar viena pacienta ārstēšanas tarifu 1989,59 euro.

Vienlaikus revidenti norāda, ka profiliem paredzētās pakalpojumu programmas var būt ļoti specifiskas un attiekties vien uz dažām ārstniecības iestādēm, lai gan profila saturs un arī ārstniecības iestāžu klāsts, kam tas jānodrošina, ir plašāks. Nacionālais veselības dienests skaidroja⁸⁴, ka profilu īstenošana tomēr netiek saistīta tikai ar profilam paredzēto pakalpojumu programmu nodrošināšanu. Piemēram:

- ✓ Uroloģijas profils ir obligāts V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm, bet vienīgā pakalpojumu programma “Plānveida īslaicīgā ķirurģija. Uroloģija”⁸⁵ paredzēta arī III un II līmeņa ārstniecības iestādēm, kurām tas nav pat izvēles profils.

Nacionālā veselības dienesta skaidrojums⁸⁶: *uroloģijas profilu uzskata par īstenotu, ja to nodrošina V un IV līmeņa ārstniecības iestādes, paredzot, ka ārstēšana var būt gan ķirurģiska, gan terapeitiska. Taču pakalpojumus sniedz arī III un II līmeņa ārstniecības iestādes, paredzot, ka sniegtie pakalpojumi ir terapeitiska rakstura.*

Revidentu piebilde: ja sniegtie pakalpojumi ir terapeitiska rakstura, pacients var tikt ārstēts, piemēram, terapijas profila pakalpojumu programmā “Pārējie terapeitiskie pakalpojumi”.

- ✓ Pediatrijas profils jānodrošina kopumā 27 ārstniecības iestādēm, tajā skaitā kā obligāts profils V, IV un III līmeņa un atsevišķām specializētajām ārstniecības iestādēm un kā izvēles profils – II līmeņa ārstniecības iestādēm. Tomēr pakalpojumu programmas⁸⁷, kas ir diezgan specifiskas, ir paredzētas kopumā vien septiņām ārstniecības iestādēm, proti, visām V līmeņa, trim IV līmeņa un vienai V līmeņa specializētajai ārstniecības iestādei.

Nacionālā veselības dienesta skaidrojums⁸⁸: *pediatrijas profilu uzskata par īstenotu, ja to nodrošina ārstniecības iestādes, kurām tas ir noteikts kā obligāts vai izvēles profils, turklāt ne tikai specifisko pediatrijas profila pakalpojumu programmu ietvaros. Pediatrijas profilā sniegtos pakalpojumus var apmaksāt gan pediatrijas profila, gan citu profilu pakalpojumu programmu ietvaros. Pediatrijas profila darbība ir vērsta uz veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu bērniem, tāpēc, neskatoties uz to, ka apmaksu veic no, piemēram, terapijas profila pakalpojumu programmas “Pārējie terapeitiskie pakalpojumi”, galvenais profils joprojām būtu pediatrijas, nevis terapijas.*

- ✓ Infekcijas profils ir obligāts kopumā 10 V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm, bet pakalpojumu programmas⁸⁹ paredzētas vien sešām, kā arī vienai specializētajai ārstniecības iestādei, kurai tas nav pat izvēles profils. Turklāt pakalpojumu programmas attiecas tikai uz tuberkulozes diagnostiku un ārstēšanu.

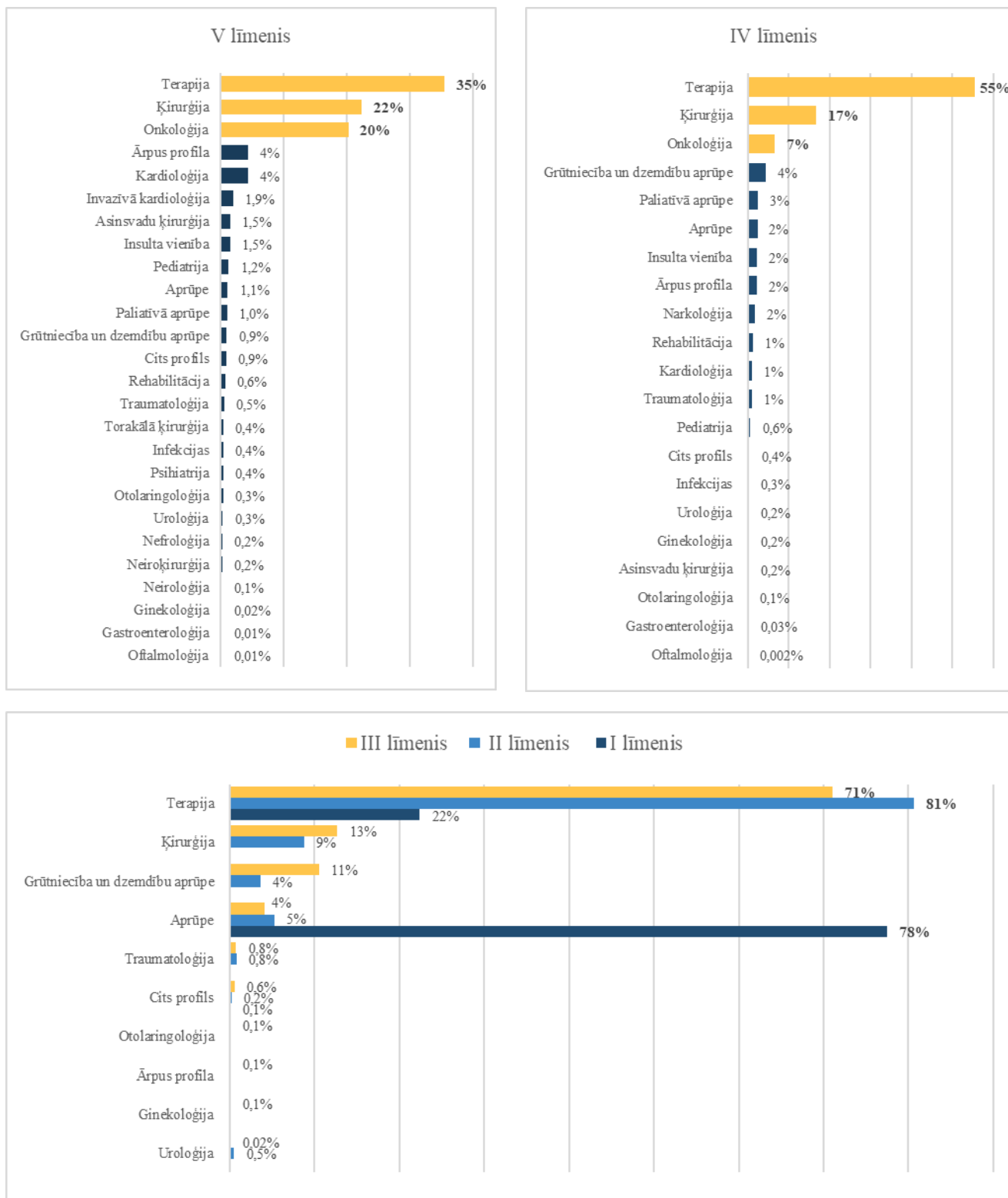
Nacionālā veselības dienesta skaidrojums⁹⁰: *infekcijas profilā ir minēta tikai viena diagnoze – tuberkuloze, jo tā prasa patstāvīgu un ilgstošu pacientu ārstēšanu un uzraudzību. Pārējās infekcijas slimības, kuras nerada būtisku apdraudējumu sabiedrībai, var tikt ārstētas, piemēram, terapijas profila pakalpojumu programmā “Pārējie terapeitiskie pakalpojumi”.*

Revidentu ieskatā, esošā kārtība rada neskaidrību ne vien par profilu nodrošināšanu, bet arī par nepieciešamību pēc tik detalizēta dalījuma. No vienas puses, Nacionālais veselības dienests skaidro, ka normatīvajā aktā⁹¹ ir norādīts profilu sadalījums pa ārstniecības iestādēm, bet, no otras puses, norāda, ka profila īstenošana nenozīmē, ka ārstniecības iestāde nodrošina visas profilam paredzētās pakalpojumu programmas, un pakalpojumu programmu neesamība nenozīmē, ka ārstniecības iestāde neīsteno profilu kopumā, jo ārstēšanu var veikt cita profila pakalpojumu programmā. Tomēr svarīgi atzīmēt, ka tieši obligātie profili jeb pamatpakalpojumi nosaka, kādam līmenim ārstniecības iestāde atbilst. Līdz ar to revidenti šādu Nacionālā veselības dienesta pieeju vērtē kritiski. Turklāt Nacionālais veselības dienests nesniedza informāciju⁹², kā šādā situācijā var iegūt pārskatu par valstī kopumā īstenojamiem profiliem dažādās ārstniecības iestādēs. Tāpat Veselības ministrija arī finansējumu plāno nevis profilu, bet gan pakalpojumu programmu līmenī. Līdz ar to valstī neuzkrāj un neanalizē informāciju, kādus profilus ārpus pakalpojumu programmām ārstniecības iestādes nodrošina vai nenodrošina.

Papildus norādāms, ka gadījumā, ja ārstniecības iestāde dažādu iemeslu dēļ nespēj nodrošināt profila pakalpojumu programmas, par kurām maksā atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifam un pacientu skaitam, Nacionālais veselības dienests apmaksu neveic, tādējādi finansiāli zaudējumi valstij no tā nerodas⁹³. Tomēr revidenti uzsver, ka tas neattiecas uz gadījumiem⁹⁴, kad ārstniecības iestāde nenodrošina profila pakalpojumu programmas, par kurām ir paredzēta ikmēneša fiksēta samaksa, jo tad Nacionālajam veselības dienestam ir jāietur maksājums proporcionāli laikam, kad pakalpojums nav nodrošināts. Tā kā šī Nacionālā veselības dienesta kompetencē esošā uzraudzība nav efektīva (skatīt 1. nodaļu), ārstniecības iestādēm var samaksāt arī par pakalpojumiem, kas faktiski nav sniegti. Piemēram, atbilstoši Veselības ministrijas sniegtajai informācijai⁹⁵ konstatēti gadījumi, kad periodā no 01.10.2024. līdz 31.12.2024. ārstniecības iestādes speciālistu prombūtnes dēļ noteiktu laiku nenodrošināja atsevišķus profilus, piemēram, ginekoloģijas un grūtniecības un dzemdību aprūpes profilus, vai nebija pieejami speciālisti, piemēram, neirologs. Tomēr Nacionālais veselības dienests līdz 31.12.2024. par 2024. gadā nenodrošinātiem profiliem ieturējumus nebija veicis.⁹⁶

Lielākā daļa hospitalizāciju ir divos – terapijas un ķirurģijas – profilos

Kā jau iepriekš minēts, profilu nodrošināšana netiek saistīta tikai ar profilam paredzēto pakalpojumu programmu īstenošanu. Tas nozīmē: ja ārstniecības iestādei kāds profils ir obligāts vai izvēles, bet nav paredzēta profilam atbilstoša pakalpojumu programma, profilu var īstenot citu profilu ietvaros, piemēram, terapijas profila pakalpojumu programmā “Pārējie terapeitiskie pakalpojumi”. To apliecina arī Nacionālā veselības dienesta dati⁹⁷ par hospitalizāciju skaitu 2024. gadā, jo lielākā daļa ir divos profilos – terapijas un ķirurģijas (skatīt 3. attēlu).

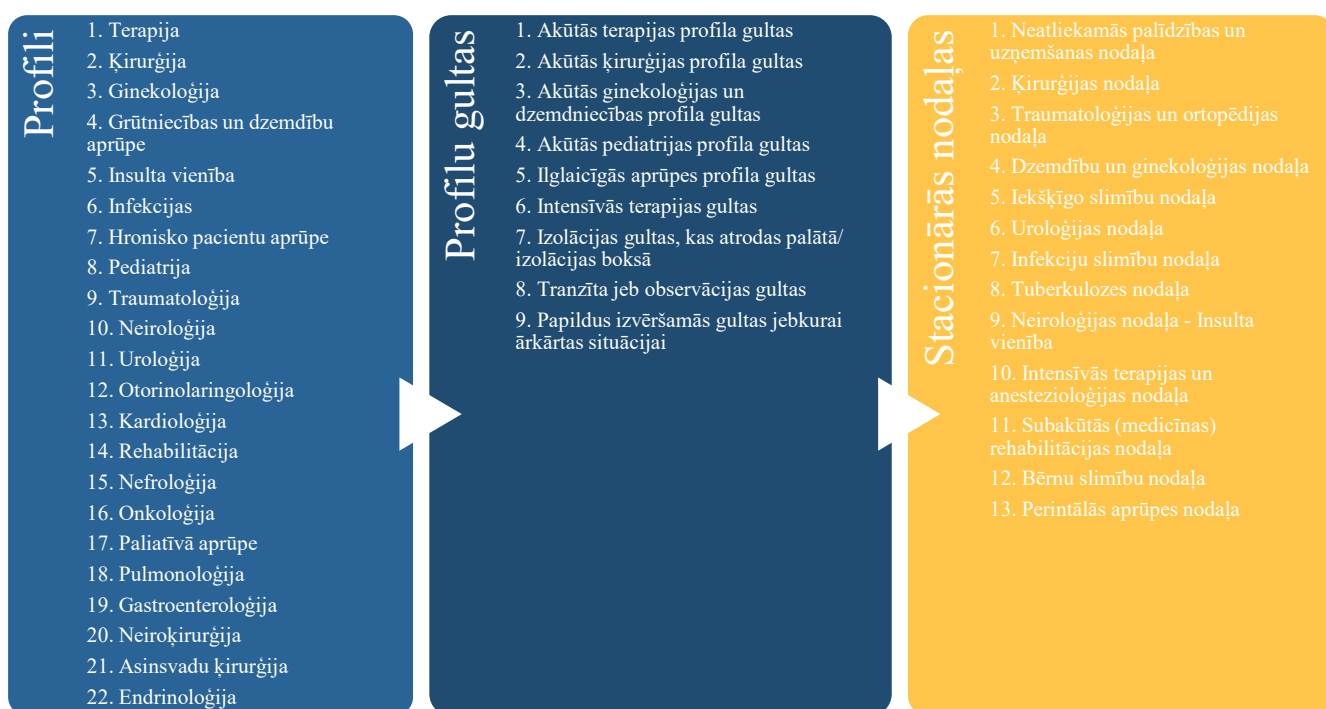


3. attēls. I līdz V līmeņa ārstniecības iestāžu hospitalizāciju īpatsvars sadalījumā pa profiliem 2024. gadā.

Revīzijā apkopotie 2024. gada dati liecina, ka:

- ✓ V līmeņa ārstniecības iestādēs lielākā daļa jeb 78 % no 125 435 hospitalizācijām bija trīs profilos – terapijas, ķirurģijas un onkoloģijas –, lai gan tām kopumā paredzēti 25 obligātie (VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” – 22) un viens izvēles profils;
- ✓ IV līmeņa ārstniecības iestādēs lielākā daļa jeb 72 % no 80 031 hospitalizācijas bija divos profilos – terapijas un ķirurģijas –, lai gan tām kopumā paredzēti 17 obligātie (to skaits katrai ārstniecības iestādei atšķiras un ir robežās no 13 līdz 17) un 11 izvēles profili;
- ✓ III un II līmeņa ārstniecības iestādēs aptuveni 95 % hospitalizāciju bija trīs profilos – terapijas, ķirurģijas un grūtniecības un dzemdību aprūpes;
- ✓ I līmeņa ārstniecības iestādēs 78 % hospitalizāciju bija aprūpes, tajā skaitā hronisko pacientu, profilos.

Revīzijā, vērtējot, vai ārstniecības iestāžu nodrošinātos profilus var identificēt, ņemot vērā to organizatorisko struktūru⁹⁸ (skatīt 4. attēlu), konstatēts, ka ārstniecības iestādēm noteiktie obligātie un izvēles profili nav saskaņoti ar to stacionārajām nodaļām⁹⁹, līdz ar to arī šādi ne visos gadījumos iespējams noteikt, kādu profilu ārstniecības iestāde nodrošina un vai vispār nodrošina. Tāpat arī stacionāro ārstniecības iestāžu resursu informācijas sistēmā¹⁰⁰ nav pieejama informācija par ārstniecības iestāžu gultām sadalījumā pa normatīvajā aktā¹⁰¹ noteiktajiem profiliem, jo tajā izmanto citu gultu klasifikāciju. Tādējādi arī šis informācijas avots nesniedz pārskatu par ārstniecības iestādē nodrošinātajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem.



4. attēls. IV līmeņa ārstniecības iestādes profili, gultas un nodaļas.

Revidentu ieskatā, profilu dalījums ir pārāk detalizēts. To pamato arī fakts, ka visu līmeņu ārstniecības iestādēs hospitalizācijas pārsvarā ir vien dažos profilos, piemēram, terapijas, ķirurģijas un aprūpes, savukārt virknē profilu gada laikā nav pat nevienas hospitalizācijas, kā arī ārstniecības iestāžu struktūra neatspoguļo tām saistošos daudzveidīgos profilus.

Viena līmeņa ārstniecības iestādes nenodrošina to līmenim atbilstošus un līdzvērtīgus profilus

Atbilstoši Veselības ministrijas redzējumam¹⁰² stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte ir saistīta ar sniegto pakalpojumu apjomu. Tāpēc ārstniecības iestāžu pārprofilēšana ne tikai koncentrē un paplašina pakalpojumus attiecīga līmeņa ārstniecības iestādēs, lai optimizētu resursus, bet arī nodrošina pietiekamu apjomu kvalitātes līmeņa uzturēšanai.

Lai novērtētu, vai ārstniecības iestādes sniedz to līmenim atbilstošus un līdzvērtīgus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, revīzijā izlases veidā analizēti¹⁰³ visu 23 I līdz IV līmeņa ārstniecības iestāžu nodrošinātie četri profili – terapijas, ķirurģijas, insulta vienības un pediatrijas –, vērtējot attiecīgo struktūrvienību personālu (ārstu sastāvs, skaits un slodze) 2024. gada septembrī, gultu skaitu un noslodzi, hospitalizāciju skaitu un veiktās manipulācijas.

Tā kā prasības profiliem atbilstoši ārstniecības iestāžu līmeņiem joprojām nav noteiktas, revidenti izmantoja arī vairākus Veselības ministrijas informatīvajā ziņojumā¹⁰⁴ iekļautos rādītājus terapijas, ķirurģijas un pediatrijas profiliem, savukārt prasības insulta vienībai noteiktas normatīvajā aktā¹⁰⁵.

Terapijas profils

Terapijas profils (skatīt 5. attēlu) ir obligāts visām 23 I līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēm, un šajā profilā sniedz lielāko daļu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu. Izņēmums – I līmeņa ārstniecības iestādes, kuras pamatā īsteno aprūpes, tajā skaitā hronisko pacientu, profilus.

Veselības ministrija plāno ieviest prasības terapijas profilam¹⁰⁶, tajā skaitā, paredzot, ka nodaļā ir ne mazāk kā 10 gultas, darbdiennās no plkst. 8.00 līdz 16.00 ir vismaz viens internists uz 10 gultām, minimālais gultu skaits nodaļā noteikts, paredzot 75 % vidējo gultu noslodzi.

			Internistu		Vidējais hospitalizāciju skaits		Manipulāciju īpatsvars (%) no to kopējā skaita attiecīgajā līmenī ⁶
			skaitis	slodzes	mēnesī uz vienu internista slodzi	dienā	
I līmenis	Līvānu slimnīca	22	4	1,25	1	-	2
	Ludzas medicīnas centrs	284	3	1,5	16	1	4
	Limbažu slimnīca	313	2	1,2	22	1	20
	Bauskas slimnīca	335	1 ¹	0,5	56	1	27
	Aizkraukles slimnīca	335	2	1,75	16	1	47
II līmenis	Preiļu slimnīca	1084	1	1	90	3	7
	Krāslavas slimnīca	1406	1	0,6	195	4	5
	Tukuma slimnīca	2087	2	2	87	6	26
	Alūksnes slimnīca	2212	2	1,25	147	6	62
III līmenis	Dobeles un apkārtnes slimnīca	1 539	1	1	128	4	22
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība (Balvi)	2 472	1	0,8	258	7	14
	Kuldīgas slimnīca	2 693	4	2,8	80	7	23
	Madonas slimnīca	2 882	2 ²	1,25	192	8	6
	Jūrmalas slimnīca	2 910	2 ³	2	121	8	12
	Cēsu klīnika	3 160	3 ⁴	3	88	9	12
	Ogres rajona slimnīca	4 186	3	2,75	127	11	11
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca (Ventspils)	4 251	3 ⁵	1,8	197	12	5
IV līmenis	Jēkabpils reģionālā slimnīca	5 106	4	4	106	14	7
	Liepājas reģionālā slimnīca	5 646	3	3	157	15	18
	Rēzeknes slimnīca	6 178	4	2,15	239	17	21
	Jelgavas pilsētas slimnīca	7 285	5	4	152	20	9
	Vidzemes slimnīca	7 534	6	4,2	149	21	8
	Daugavpils reģionālā slimnīca	8 395	5	4	175	23	32

■ Profila gultu noslodze (%) ■ Hospitalizāciju skaits ■ Profila gultu skaits

* SIA “Līvānu slimnīca” un SIA “Ludzas medicīnas centrs” neiesniedza informāciju par terapijas profila gultu skaitu un noslodzi, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Alūksnes slimnīca” neiesniedza informāciju par terapijas profila gultu noslodzi

¹ Un viens rezidents (0,5 slodzes)

² Un divi rezidenti (divas slodzes)

³ Un divi ārsti stažieri (1,5 slodzes)

⁴ Papildus Iekšējgo slimību nodaļā dežurē deviņi internisti (tajā skaitā trīs rezidenti)

⁵ Papildus Kardioloģijas un iekšējgo slimību nodaļā dežurē četri internisti (tajā skaitā trīs rezidenti)

⁶ Neskaitot manipulācijas par individuālajiem aizsardzības līdzekļiem epidemioloģiskās drošības pasākumu nodrošināšanai

5. attēls. Terapijas profila nodrošinājums I līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēs.

Vērtējot hospitalizāciju skaitu, konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēs tas būtiski atšķiras – vairākās ārstniecības iestādēs tas ir pat uz pusi mazāks nekā pārējās šī līmeņa ārstniecības iestādēs. Tas liecina par atšķirīgu pacientu plūsmu un pakalpojumu intensitāti. Piemēram, I līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Līvānu slimnīca” hospitalizāciju skaits ir par vairāk nekā 90 % mazāks nekā pārējās šī līmeņa ārstniecības iestādēs, un šajā profilā faktiski hospitalizē mazāk nekā divus pacientus mēnesī, kamēr pārējās – vidēji vienu pacientu dienā.

Vērtējot iesaistīto personālu, konstatēts, ka visu līmeņu ārstniecības iestādēs to nodrošina internists un atkarībā no ārstniecības iestādes ir iesaistīti arī citi speciālisti, piemēram, neirologs, ģimenes ārsts, pneimologs, endokrinologs, kardiologs, infektologs un geriatri/paliatīvās aprūpes speciālists. Kopumā

ārstniecības iestādēs ārsti pieejami darbdienās no plkst. 8.00 līdz 16.00 (tomēr ir arī gadījumi, kad ne visi ārsti ir pieejami visas astoņas stundas vai katru dienu) vai atbilstoši dežūrgrafikam.

Vērtējot vidējo hospitalizāciju skaitu mēnesī uz vienu internista slodzi, konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēs tas nav līdzvērtīgs. Tas liecina, ka dažās ārstniecības iestādēs ārsti ir vairāk noslogoti salīdzinājumā ar pārējām viena līmeņa ārstniecības iestādēm. Piemēram, III līmeņa ārstniecības iestādēs SIA “Madonas slimnīca” – 192 hospitalizācijas uz vienu internista slodzi, bet SIA “Kuldīgas slimnīca” un SIA “Cēsu klīnika” – attiecīgi 80 un 88.

Vērtējot internistu kopējo slodžu skaitu, konstatēts, ka vairākās dažādu līmeņu ārstniecības iestādēs tas ir mazāks nekā divas slodzes, līdz ar to ārsta prombūtnes gadījumā nav nodaļas personāla, kas to aizvietotu. Piemēram, III līmeņa ārstniecības iestādēs SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” nodaļas vienīgais internists 2024. gada septembrī strādāja 17 darba dienas, tajā skaitā nodrošināja dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, un pārējā prombūtnes laikā viņu neviens neaizvietoja.

Vērtējot internistu slodzes un profila gultu skaitu, konstatēts, ka ārstniecības iestādēs internistu slodžu skaitu nevar uzskatīt par pietiekamu, jo tas neatbilst Veselības ministrijas redzējumam par vismaz vienu internistu uz 10 gultām¹⁰⁷. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Rēzeknes slimnīca” uz 44 terapijas profila gultām ir četri internisti uz 2,15 slodzēm.

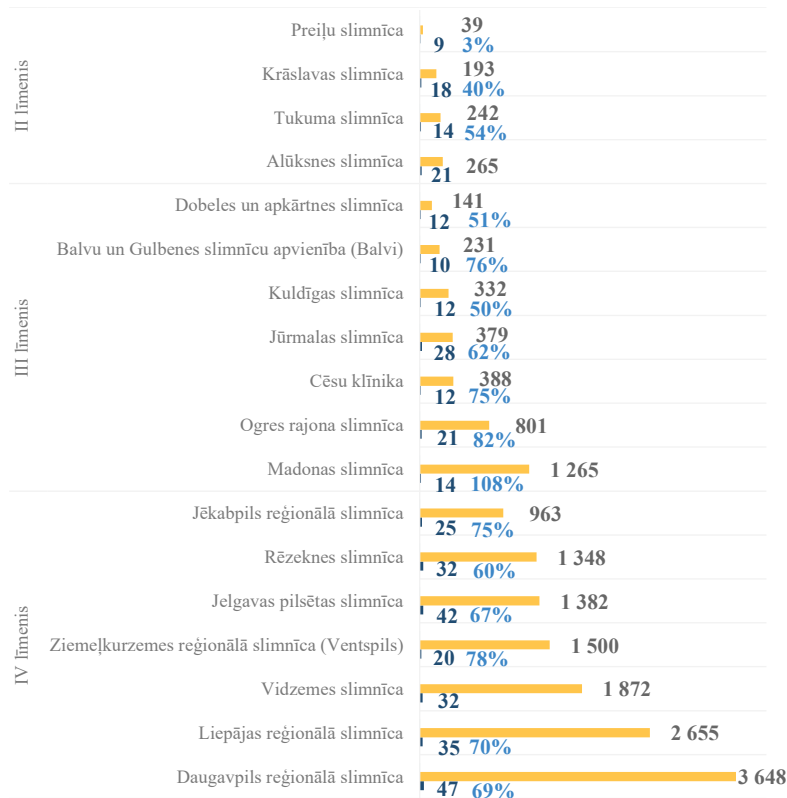
Vērtējot gultu skaitu un noslodzi viena līmeņa ārstniecības iestādēs, konstatēts, ka ir būtiskas atšķirības. Turklāt ir ārstniecības iestādes, kurās terapijas profila gultu vidējā noslodze ir krietni virs 75 %, savukārt vairākās ārstniecības iestādēs – pat virs 100 %. Tas, iespējams, liecina, ka terapijas profila gultas ir aizņemtas un pacientus izgulda citu profilu gultās¹⁰⁸. Piemēram, visās III līmeņa ārstniecības iestādēs ir no 20 līdz 39 terapijas profila gultām, vidējā gultu noslodze – no 84 % līdz 120 %, turklāt piecās – virs 100 %.

Vērtējot veikto darbu, konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēs pie līdzīga hospitalizāciju skaita būtiski atšķiras pacientiem veikto manipulāciju skaits, tostarp vienā līmenī pastāv atšķirības pacientiem veikto manipulāciju skaitā tādās visbiežāk pielietoto manipulāciju kategorijās kā laboratorijas, radioloģijas un sirds un asinsvadu sistēmas izmeklējumi. Piemēram, III līmeņa ārstniecības iestādēs SIA “Jūrmalas slimnīca” sirds un asinsvadu sistēmas izmeklējumu īpatsvars uz vienu hospitalizāciju ir vairākus desmitus reižu lielāks nekā SIA “Madonas slimnīca”.

Ķirurģijas profils

Ķirurģijas profils (skatīt 6. attēlu) pēc hospitalizāciju skaita ir otrs lielākais profils, kurš ir obligāts II līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēm. Veselības ministrija norāda¹⁰⁹, ka atbilstoši ārstniecības iestāžu noslēgtajam līgumam par valsts apmaksātu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā ir jānodrošina ķirurga diennakts dežūra (4,75 ķirurga slodzes), savukārt ķirurģijas profila nodrošināšanai ir jābūt papildu ķirurgiem, kas vienlaikus nav nodarbināti neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā.

Veselības ministrija plāno ieviest prasības ķirurģijas profilam¹¹⁰, tajā skaitā, paredzot, ka nodaļā ir ne mazāk kā sešas gultas, darbdienās no plkst. 8.00 līdz 16.00 ir vismaz viens ķirurgs uz sešām gultām, minimālais gultu skaits nodaļā noteikts, paredzot 75 % vidējo gultu noslodzi.



■ Profila gultu noslodze (%) ■ Hospitalizāciju skaits ■ Profila gultu skaits

Ķirurgu		Vidējais hospitalizāciju skaits		Lielo ķirurģisko operāciju manipulāciju skaits	
skaits	slodzes	mēnesī uz vienu ķirurga slodzi	dienā	mēnesī uz vienu ķirurga slodzi	unikālās
- ¹	-	-	0,1	-	22
1	0,5	32	0,5	32	23
2	1,5	13	0,7	16	48
1 ²	0,5	44	0,7	48	64
1	0,5	24	0,4	26	30
2	1,45	13	0,6	16	47
2	0,5	55	0,9	68	75
2 ³	2	16	1	17	48
5 ⁴	1,9	17	1,1	19	42
3 ⁵	2,25	30	2,2	34	82
4	1,85	57	3,5	113	96
4	2,5	32	3	39	112
5	2,8	40	4	47	166
7	5,3	22	4	25	102
6 ⁶	2,04	61	4	75	138
7	3,65	43	5	44	126
5	5	44	7	43	196
6	6	51	10	59	221

* SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Alūksnes slimnīca” neiesniedza informāciju par terapijas profila gultu noslodzi

¹ Ķirurģijas profilu nodrošina neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, kurā dežurē astoņi ķirurgi

² Un viens rezidents (0,5 slodzes)

³ Un viens ārsts stažieris (0,5 slodzes)

⁴ Ķirurģijas profilu nodrošina diennakts stacionārā, kurā dežurē astoņi ķirurgi

⁵ Un viens rezidents (viena slodze)

⁶ Kopā Ķirurģijas nodaļā dežurē 10 ķirurgi (tajā skaitā viens rezidents)

6. attēls. Ķirurģijas profila nodrošinājums II līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēs.

Vērtējot hospitalizāciju skaitu, konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēs tas būtiski atšķiras, turklāt ir arī gadījumi, kad hospitalizāciju skaits zemāka līmeņa ārstniecības iestādē ir lielāks nekā augstāka līmeņa. Minētais liecina par atšķirīgu pacientu plūsmu un pakalpojumu intensitāti ne tikai viena līmeņa ārstniecības iestādēs. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” hospitalizāciju skaits ir par 74 % mazāks nekā SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” un dienā hospitalizē vidēji trīs pacientus (tik pat, cik III līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Madonas slimnīca”), kamēr SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” – vidēji 10 pacientus.

Vērtējot iesaistīto personālu, konstatēts, ka visu līmeņu ārstniecības iestādēs to nodrošina ķirurgs un atkarībā no ārstniecības iestādes ir iesaistīti arī citi speciālisti, piemēram, traumatologs ortopēds, ginekologs. Kopumā ārstniecības iestādēs ārsti pieejami darbdienās laikā no plkst. 8.00 līdz 16.00 (tomēr

ir arī gadījumi, kad ne visi ārsti ir pieejami visas astoņas stundas) vai atbilstoši dežurgrafikam. Piemēram, III līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” ķirurģs pieejams katru darbdienu no plkst. 8.00 līdz 12.00 un SIA “Kuldīgas slimnīca” – katru darbdienu no plkst. 8.00 līdz 14.00 (pārējā laikā pieejami dežūrārsti).

Vērtējot vidējo hospitalizāciju skaitu mēnesī uz vienu ķirurga slodzi, konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēs tas nav līdzvērtīgs. Tas liecina, ka dažās ārstniecības iestādēs ārsti ir vairāk noslogoti salīdzinājumā ar pārējām līdzīga līmeņa ārstniecības iestādēm. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādēs SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” – 61 hospitalizācija uz vienu ķirurga slodzi, bet SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” – tikai 22.

Vērtējot ķirurģu kopējo slodžu skaitu, konstatēts, ka vairākās dažādu līmeņu ārstniecības iestādēs to skaits ir mazāks nekā divas slodzes, līdz ar to ārsta prombūtnes gadījumā nav nodaļas personāla, kas to aizvietotu.

Vērtējot ķirurģu slodzes un profila gultu skaitu, konstatēts, ka ķirurģu slodžu skaitu nevar uzskatīt par pietiekamu, jo tas neatbilst Veselības ministrijas redzējumam par vismaz vienu ķirurga slodzi uz sešām gultām¹¹¹. Piemēram, SIA “Alūksnes slimnīca” uz 21 ķirurģijas profila gultu ir viens ķirurģs uz 0,5 slodzēm.

Vērtējot gultu skaitu un noslodzi viena līmeņa ārstniecības iestādēs, konstatēts, ka ir būtiskas atšķirības. II līmeņa ārstniecības iestādēs ir viszemākā gultu noslodze – SIA “Preiļu slimnīca” tikai 3 %, kas, iespējams, liecina par nepieciešamību pārskatīt ķirurģijas profila nodrošināšanu, ņemot vērā pacientu plūsmu un pieejamos resursus. Turklāt ir ārstniecības iestādes, kur ķirurģijas profila vidējā gultu noslodze ir krietni virs 75 %, tajā skaitā – virs 100 %, kas, iespējams, liecina, ka ķirurģijas profila gultas ir aizņemtas un pacientus izgulda citu profilu gultās¹¹². Piemēram, visās III līmeņa ārstniecības iestādēs ir no 10 līdz 28 ķirurģijas profila gultām, vidējā gultu noslodze ir no 50 % līdz 108 %, tajā skaitā trijās – virs 75 % un vienā no tām – pat virs 100 %.

Vērtējot vidējo hospitalizāciju skaitu un veikto lielo ķirurģisko operāciju¹¹³ skaitu mēnesī uz vienu ķirurga slodzi, konstatēts, ka tas nav līdzvērtīgs starp viena līmeņa ārstniecības iestādēm. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādēs SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” uz vienu ķirurģu slodzi veiktas 75 lielās ķirurģiskās operācijas, bet SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” – tikai 25. Tāpat viena līmeņa ārstniecības iestādēs vairākkārt atšķiras veikto lielo ķirurģisko operāciju dažādība. Piemēram, II līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Krāslavas slimnīca” veiktas 23 dažādas operācijas, savukārt SIA “Alūksnes slimnīca” – 64.

V līmeņa ārstniecības iestādes¹¹⁴ ir nodrošinājušas 74 % no visām valstī veiktajām valsts apmaksātajām lielajām ķirurģiskajām operācijām¹¹⁵, IV līmeņa – 17 %, III līmeņa – 6 %, II līmeņa – tikai 1 % un citas – 2 %. Arī Veselības ministrija ir norādījusi¹¹⁶, ka zema ķirurģiskā aktivitāte II līmeņa ārstniecības iestādēs neļauj nodrošināt ārstam pietiekamu pieredzes līmeni, kas, savukārt, var negatīvi ietekmēt sniegto pakalpojumu kvalitāti.

Pediatrijas profils

Pediatrijas profils jānodrošina 27 ārstniecības iestādēm, proti, kā obligāts profils – V, IV un III līmeņa un atsevišķām specializētajām ārstniecības iestādēm un kā izvēles profils – II līmeņa ārstniecības iestādēm¹¹⁷. Pediatrijas profilā ir jānodrošina 11 specifiskas pakalpojumu programmas, kas paredzētas vien septiņām

ārstniecības iestādēm – visām V līmeņa, trim IV līmeņa un vienai V līmeņa specializētajai ārstniecības iestādei.

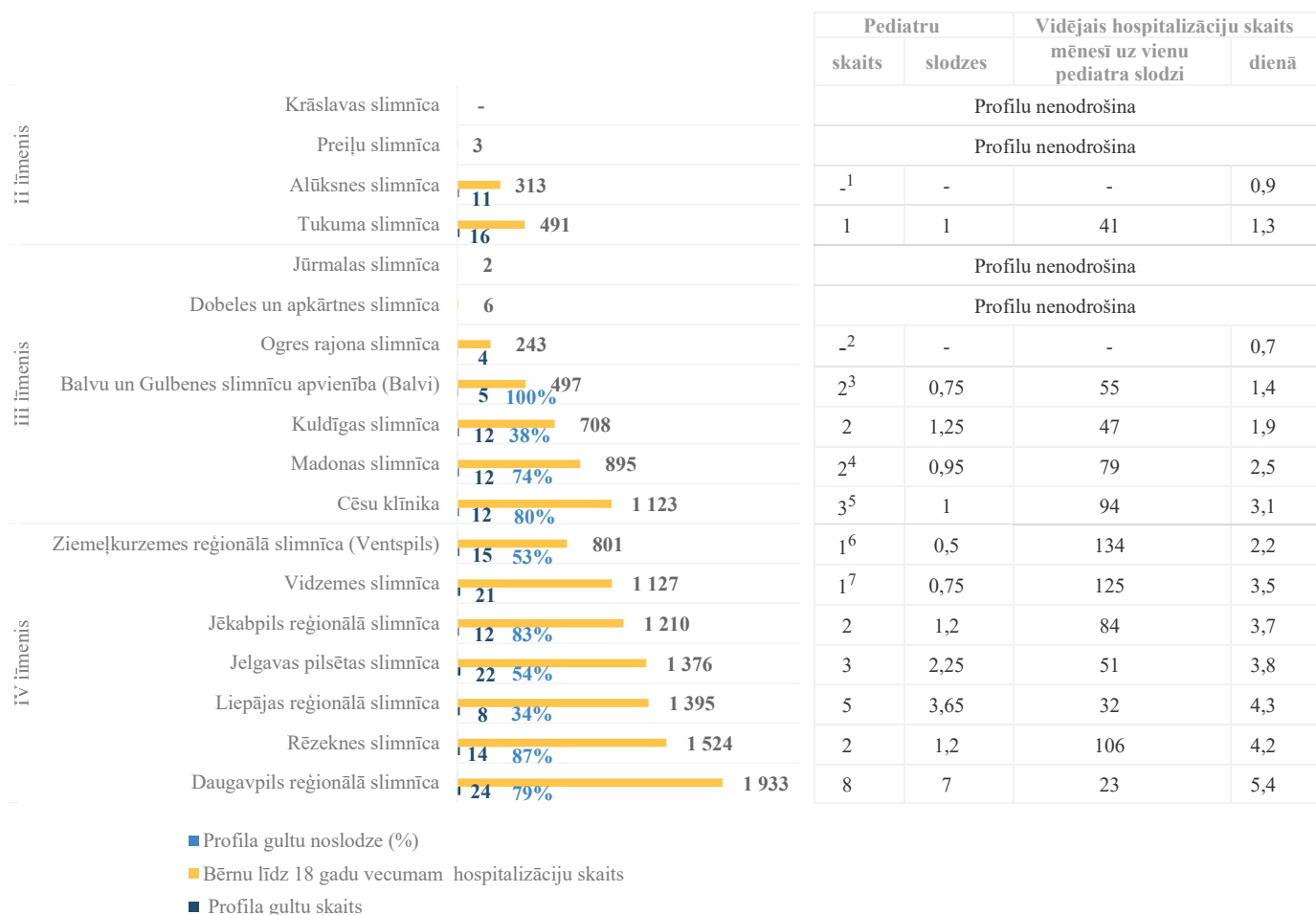
Trīs no septiņām IV līmeņa ārstniecības iestādēm, proti, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, līdzīgā apmērā nodrošina vienu no vairākām šī profila pakalpojumu programmām – “Jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7. dzīves dienai)” – vidēji 153 hospitalizācijas gadā.

II un III līmeņa ārstniecības iestādēm nav paredzētas pediatrijas profila pakalpojuma programmas, vienlaikus tās sniedz pakalpojumus bērniem līdz 18 gadu vecumam. Tomēr ne visās viena līmeņa ārstniecības iestādēs pediatrijas profila pakalpojumi ir vienlīdz pieejami:

- ✓ no četrām II līmeņa ārstniecības iestādēm pediatrijas profilu kā izvēles profilu nodrošina SIA “Alūksnes slimnīca” un SIA “Tukuma slimnīca”;
- ✓ savukārt no septiņām III līmeņa ārstniecības iestādēm, kurām pediatrijas profils ir obligāts, to nenodrošina divas – SIA “Jūrmalas slimnīca” un SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca”.

Līdz ar to ārstniecības iestādei pediatrijas profila pakalpojumu programmas var nebūt paredzētas, vienlaikus tā sniedz pakalpojumus bērniem līdz 18 gadu vecumam, bet citu profilu pakalpojumu programmās. Tāpēc tieši pediatrijas profilā ir uzskaitīti tikai 4 % no kopējā II līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēs hospitalizēto bērnu skaita. Vienlaikus arī citu profilu pakalpojumu programmās bērniem sniegtie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi uzskatāmi par pediatrijas profila pakalpojumiem.¹¹⁸ Līdz ar to revīzijā analizēta pediatrijas profila (skatīt 7. attēlu) nodrošināšana II līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēs ārpus profilam paredzētajām specifiskajām pakalpojumu programmām, neanalizējot bērniem nodrošināto pakalpojumu veidus, jo tie var atbilst dažādiem profiliem (piemēram, terapija, ķirurģija).

Veselības ministrija plāno ieviest prasības pediatrijas profilam¹¹⁹, tajā skaitā, paredzot, ka nodaļā ir ne mazāk kā 10 gultas, darbdienās no plkst. 8.00 līdz 16.00 ir vismaz viens pediatrs uz 10 gultām, minimālais gultu skaits nodaļā noteikts, paredzot 75% vidējo gultu noslodzi.



* Pediatrijas profila gultu noslodze nav norādīta tām ārstniecības iestādēm, kas šādu informāciju neiesniedza

¹ Divi ārsti stažieri (pediatri) (viens slodze)

² Pediatrijas profils tiek nodrošināts Dzemdību–ginekoloģijas nodaļā, kurā dežurē septiņi pediatri

³ Un viens ārsts stažieris (pediatrs) (0,25 slodzes)

⁴ Kopā pediatrijas profilu nodrošina seši dežurējošie pediatri

⁵ Pediatrijas profils tiek nodrošināts Bērnu slimību nodaļā ar dienas stacionāru, kurā dežurē 10 pediatri

⁶ Kopā pediatrijas profilu nodrošina septiņi dežurējošie pediatri (tajā skaitā trīs rezidenti)

⁷ Kopā pediatrijas profilu nodrošina astoņi dežurējošie pediatri (tajā skaitā viens rezidents)

7. attēls. Pediatrijas profila nodrošinājums II līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēs.

Vērtējot bērnu līdz 18 gadu vecumam hospitalizāciju skaitu, konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēs tas būtiski atšķiras, kas liecina par atšķirīgu pacientu plūsmu un pakalpojumu intensitāti. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” hospitalizāciju skaits ir par 59 % mazāks nekā SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, un hospitalizē vidēji divus pacientus dienā, kamēr SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” – vidēji piecus.

Vērtējot iesaistīto personālu, konstatēts, ka visu līmeņu ārstniecības iestādēs to nodrošina pediatrs un atkarībā no ārstniecības iestādes ir iesaistīti arī citi speciālisti, piemēram, bērnu infektologs, otolaringologs un bērnu ķirurgs. Savukārt ārstniecības iestādēs, kuras nodrošina specifisko pediatrijas profila pakalpojumu programmu, profilu nodrošina arī neonatologs. Kopumā ārstniecības iestādēs ārsti

pieejami darbdienās laikā no plkst. 8.00 līdz 16.00 (tomēr ir arī gadījumi, kad ne visi ārsti ir pieejami visas astoņas stundas) vai atbilstoši dežūrgrafikam.

Vērtējot pediatru kopējo slodžu skaitu, konstatēts, ka vairākās dažādu līmeņu ārstniecības iestādēs to skaits ir mazāks nekā divas slodzes, līdz ar to ārsta prombūtnes gadījumā nav nodaļas personāla, kas to aizvietotu. Piemēram, II līmeņa ārstniecības iestādes SIA “Tukuma slimnīca” vienīgais pediatrs 2024. gada septembrī divas nedēļas bija prombūtnē, līdz ar to nodaļā nebija attiecīga speciālista, kam sniegt pediatrijas profila pakalpojumus.

Vērtējot vidējo hospitalizāciju skaitu mēnesī uz vienu pediatra slodzi, konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēs tas nav līdzvērtīgs. Tas liecina, ka dažās ārstniecības iestādēs ārsti ir vairāk noslogoti salīdzinājumā ar pārējām līdzīga līmeņa ārstniecības iestādēm. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādēs SIA “Rēzeknes slimnīca” – 106 hospitalizācijas uz vienu pediatra slodzi, bet SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” – 23.

Vērtējot pediatru slodzes un profila gultu skaitu, konstatēts, ka, pediatru slodžu skaitu nevar uzskatīt par pietiekamu, jo tas neatbilst Veselības ministrijas redzējumam par vienu pediatra slodzi uz 10 gultām¹²⁰. Piemēram, II līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Alūksnes slimnīca” uz 11 pediatrijas profila gultām ir tikai divi ārsti stažieri (pediatri) uz kopumā vienu slodzi.

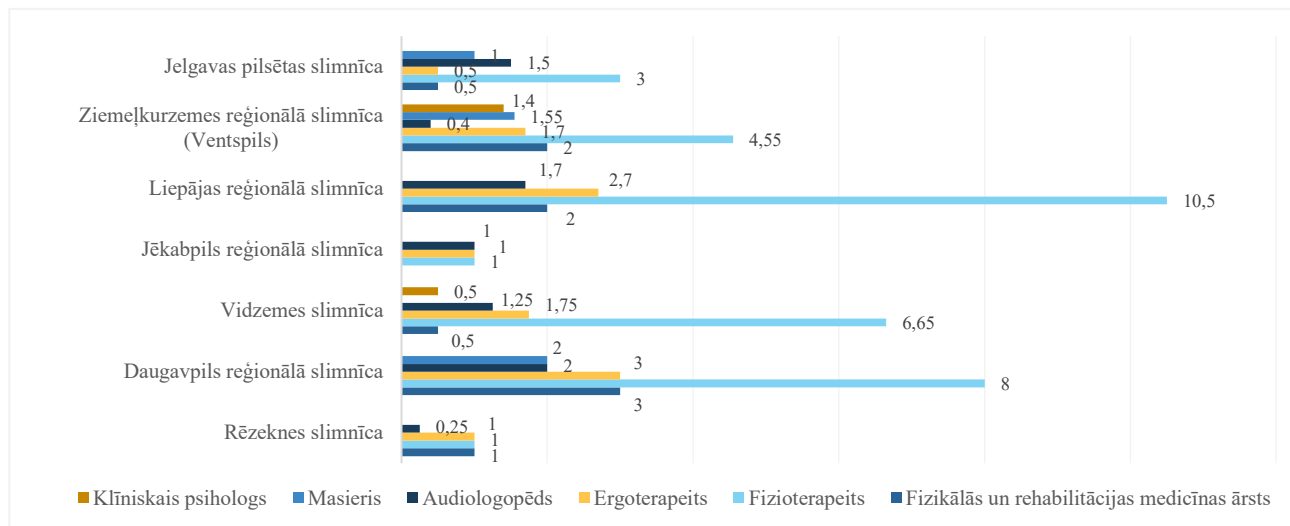
Vērtējot gultu skaitu un noslodzi viena līmeņa ārstniecības iestādēs, konstatēts, ka ir būtiskas atšķirības. Turklāt ir ārstniecības iestādes, kur pediatrijas profila gultu vidējā noslodze ir krietni virs 75 %. Piemēram, piecās III līmeņa ārstniecības iestādēs ir no četrām līdz 12 pediatrijas profila gultām, no kurām divās – SIA “Ogres rajona slimnīca” un SIA “Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība” – mazāk par 10 gultām, savukārt vidējā gultu noslodze ir no 38 % līdz 100 %, tajā skaitā divās ārstniecības iestādēs – virs 75 %.

Insulta vienības profils

Insulta vienības profils (skatīt 8. attēlu) ir obligāts visām septiņām IV līmeņa ārstniecības iestādēm, un tā nodrošināšanai ārstniecības iestādēm jau ir noteiktas¹²¹ obligātās prasības, tajā skaitā personāla sastāvam un nodrošināmajiem pakalpojumiem – insulta pacienta veselības stāvokli novērtē, ārstē un nodrošina agrīnu rehabilitāciju multidisciplināra komanda (neirologs, medicīnas māsa, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, funkcionālie speciālisti¹²²). Atbilstoši klīniskajām vadlīnijām¹²³ ieteicams, ka insulta vienībā neirologs ir pieejams nepārtraukti – 24 stundas diennaktī septiņas dienas nedēļā.

		Neirologu		Vidējais hospitalizāciju skaits		Manipulāciju skaits uz vienu hospitalizāciju	
		skaits	slodzes	mēnesī uz vienu neirologa slodzi	dienā	rehabilitācijas	radioloģijas
Jelgavas pilsētas slimnīca	4 37% 114	3	3	3	0,3	25	11
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	6 28% 165	2 ¹	1,6	9	0,5	27	10
Liepājas reģionālā slimnīca	5 49% 216	2	1,5	12	0,6	23	14
Jēkabpils reģionālā slimnīca	4 76% 283	2	0,8	29	0,8	33	10
Vidzemes slimnīca	8 306	5	2,75	9	0,8	28	14
Daugavpils reģionālā slimnīca	6 72% 349	4	4	7	1	24	13
Rēzeknes slimnīca	4 95% 436	6 ²	3,65	10	1,2	9	7

■ Profila gultu noslodze (%) ■ Hospitalizāciju skaits ■ Profila gultu skaits



* SIA "Vidzemes slimnīca" neiesniedza informāciju par insulta vienības profila gultu noslodzi

¹ Insulta vienības profilu nodrošina astoņi dežurējošie neirologi, tajā skaitā divi ārsti stažieri/rezidenti

² Un divi rezidenti

8. attēls. Insulta vienības profila nodrošinājums IV līmeņa ārstniecības iestādēs.

Vērtējot hospitalizāciju skaitu, konstatēts, ka tas vairākkārt atšķiras – no 114 līdz 436 hospitalizācijām gadā. Piemēram, SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca" hospitalizāciju skaits ir par 74 % mazāks nekā SIA "Rēzeknes slimnīca" un šajā ārstniecības iestādē hospitalizē vidēji vienu pacientu trīs dienās, kamēr SIA "Rēzeknes slimnīca" – vidēji vienu pacientu dienā.

Vērtējot iesaistīto personālu, konstatēts, ka to nodrošina neirologs. Pamatā ārstniecības iestādēs ārsti pieejami darbdienās laikā no plkst. 8.00 līdz 16.00 vai atbilstoši dežurgrafīkam, vienā ārstniecības iestādē ir diennakts postenis 24/7 režīmā.

Vērtējot neirologu kopējo slodžu skaitu, konstatēts, ka tas ir no 0,8 līdz 3,65 slodzēm. Trīs ārstniecības iestādēs kopējais slodžu skaits ir zem trīs slodzēm, savukārt SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca" – nesasniedz pat vienu slodzi, līdz ar to nevar tikt nodrošināta ārsta pieejamība 24 stundas diennaktī septiņas dienas nedēļā.

Vērtējot vidējo hospitalizāciju skaitu mēnesī uz vienu neirologa slodzi, konstatēts, ka tas viena līmeņa ārstniecības iestādēs nav līdzvērtīgs. Piemēram, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” – 12 hospitalizācijas uz vienu neirologa slodzi, kamēr SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” – trīs.

Vērtējot pārējās multidisciplinārās komandas sastāvu un slodžu skaitu, konstatēts, ka tas atšķiras. Visās ārstniecības iestādēs, izņemot SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, ir pieejami fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, kuru slodze ir robežās no 0,5 līdz trīs slodzēm. Visās ārstniecības iestādēs ar dažādu slodzi ir pieejami šādi funkcionālie speciālisti – fizioterapeits, ergoterapeits, audiologopēds, savukārt vien divās – uztura speciālists. Piemēram, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” un SIA “Rēzeknes slimnīca” ir pieejams tikai viens fizioterapeits, savukārt SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, kur hospitalizāciju skaits ir mazāks nekā abās minētajās ārstniecības iestādēs, pieejami 12 fizioterapeiti (10,5 slodzes). Dažās ārstniecības iestādēs vēl pieejami tādi speciālisti kā masieris un klīniskais psihologs.

Revīzijā arī vērtēts, vai ārstniecības iestādes insulta vienības profilā nodrošina normatīvajā aktā¹²⁴ noteiktos pakalpojumus. Insulta vienībā ir jānodrošina virkne pakalpojumu, no kuriem lielākā daļa – nepārtraukti jeb 24 stundas diennaktī, piemēram, galvas smadzeņu datortomogrāfija vai magnētiskās rezonanses izmeklēšana, datortomogrāfija vai magnētiskās rezonanses kontrastangiogrāfija, laboratoriskie izmeklējumi, vitālo rādītāju (arteriālā spiediena, elektrokardiogrammas u. c.) monitorēšana. Atbilstoši ārstniecības iestāžu sniegtajai informācijai tās nodrošina šos pakalpojumus atbilstoši prasībām. Ultrasonoloģiskās (transtorakālo ehokardiogrāfija, ekstrakraniālo doplerogrāfija) izmeklēšanas pakalpojumiem prasība par nepārtrauktu pieejamību nav noteikta, un ārstniecības iestādēs tos pamatā nodrošina darbdienās laikā no plkst. 8.00 līdz 16.00. Vienīgi trīs no septiņām ārstniecības iestādēm norādīja, ka nenodrošina kādu no minētajiem ultrasonoloģiskās izmeklēšanas pakalpojumiem. Tāpat visas ārstniecības iestādes norādīja, ka tās nodrošina agrīno medicīnisko rehabilitāciju un atlasī tālākai rehabilitācijai.

Vērtējot gultu skaitu un noslodzi, konstatēts, ka ir no četrām līdz astoņām gultām un uz vienu gultu ir vidēji no 28 līdz 109 hospitalizācijām gadā, bet vidējā gultu noslodze ir no 28 % līdz 95 %. SIA “Rēzeknes slimnīca” un SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” ir vismazākais gultu skaits, proti, četras, vislielākais vidējais hospitalizāciju skaits gadā uz vienu gultu (attiecīgi 109 un 71) un vislielākā gultu noslodze (attiecīgi 95 % un 76 %).

Vērtējot veikto darbu, proti, veiktās manipulācijas tādās nozīmīgās kategorijās kā rehabilitācija un radioloģijas izmeklējumi, konstatēts, ka SIA “Rēzeknes slimnīcā” minētajā jomās ir būtiski mazāks manipulāciju skaits uz vienu hospitalizāciju – attiecīgi deviņas rehabilitācijas manipulācijas un septiņi radioloģijas izmeklējumi, kamēr pārējās – attiecīgi 27 un 12.

Ieteikums

Veselības ministrijai optimizēt ārstniecības iestāžu tīklu, pārskatot stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilu iedalījumu, un to sistēmiski uzraudzīt.

Ir sagaidāms, ka Veselības ministrija veiks darbības ieteikuma ieviešanai un panāks, ka:

- būs samazināts stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilu skaits un to iedalījums, un faktiskā izpilde būs izsekojama un saistīta ar profilam paredzēto pakalpojumu programmu;

- būs nodrošināta efektīva izveidotā ārstniecības iestāžu tīkla un prasībām atbilstošu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilu uzraudzība un pārskatīšana.

2.2. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus plāno un apmaksā, neņemot vērā pacientu vajadzības un resursus neizlietojot optimāli

Ierobežotais stacionārās veselības aprūpes finansējums ir galvenais faktors, kas neļauj plānot pakalpojumus atbilstoši pacientu vajadzībām. Savukārt esošā stacionārās veselības aprūpes finansējuma izlietojums, ko ietekmē vēsturiski veidojušies un neaktuāli aprēķini, nav optimāls, jo tas taisnīgi nesabalansē gan resursu patēriņu, gan sniegtā stacionārās veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti un sarežģītību.

Starptautiski atzītā DRG pakalpojumu apmaksas sistēma Latvijā ir ieviesta tikai daļēji, līdz ar to nav sasniegts tās mērķis – izmaksu efektivitāte un taisnīgāka pakalpojumu apmaksa, ņemot vērā pacientu ārstēšanas gadījumu sarežģītību. Tāpēc visneizdevīgākajā situācijā nonāk tieši V līmeņa ārstniecības iestādes – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kurās hospitalizē 40 % pacientu un kuras sniedz sarežģītus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus.

Paralēli DRG pakalpojumu apmaksas sistēmai par daļu no stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Nacionālais veselības dienests norēķinās arī atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifam, no kuriem vairums ilgstoši nav aktualizēti ierobežotā finansējuma dēļ.

Gultasdienas tarifā, kas ir visu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas pamata sastāvdaļa, ietvertās darba samaksas pamatotība nav izsekojama. Turklāt valsts līmenī nemaz nav zināms, kāds personāls faktiski sniedz stacionāro veselības aprūpi. Līdz ar to nevar pārliecināties, vai ārstniecības iestāžu personāls pakalpojumu sniegšanai patērē tik daudz darba laika, cik ir ietverts un apmaksāts gultasdienas tarifā, un kā tas ietekmē pakalpojuma kvalitāti.

Nacionālais veselības dienests aizvien nav attīstījis un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā ieviesis faktisko izmaksu vai vismaz aktuālu tarifu principu. Tāpēc nav izveidots stingrs pamats, kas dienestam ļautu visaptveroši analizēt finansējuma izlietojumu un pamatoti noteikt trūkstošā finansējuma apmēru. Minēto apliecina arī revīzijā konstatētais, ka papildus dažādiem Veselības ministrijas aprēķiniem par trūkstošo finansējumu ārstniecības iestāžu saņemtais finansējums kopā gan par ambulatorajiem, gan par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem par 2,9 milj. *euro* pat pārsniedz tā izlietojumu.

Tā kā valsts līmenī nav pilnīgas informācijas, kādus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilus ārstniecības iestādes faktiski nodrošina, kā arī aizvien nevērtē pakalpojumu kvalitāti, nav radīts mehānisms, kā mērķtiecīgāk plānot pakalpojumus un stiprināt tās ārstniecības iestādes, kuras strādā efektīvāk, nevis visas ārstniecības iestādes uzturēt vienādi ierobežota finansējuma apstākļos. Minēto trūkumu dēļ Nacionālais veselības dienests pieļauj arī gadījumus, kad pacientu skaitu plāno pēc ārstniecības iestāžu individuāla pieprasījuma, tādējādi radot nevienlīdzīgu pieeju un padarot plānošanu grūti pārskatāmu.

Turklāt šobrīd izveidotā pakalpojumu pārplānošanas prakse gada ietvaros neļauj izsekot, vai finansējumu novirza valstiskām vai katras individuālas ārstniecības iestādes prioritātēm. Par to liecina tas, ka pēc ārstniecības iestāžu lūguma vēl neizlietotais finansējums tomēr paliek to pašu ārstniecības iestāžu rīcībā.

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā, neņemot vērā faktiskos resursu ieguldījumus un izmaksas

Nacionālais veselības dienests par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem ārstniecības iestādēm maksā dažādos veidos¹²⁵ (skatīt 2. tabulu). Vienlaikus 2024. gada dati apliecina, ka lielāko daļu (61,9 %) no kopējā stacionārās veselības aprūpes finansējuma (685 milj. *euro*¹²⁶) ārstniecības iestādes saņem kā samaksu par DRG un iezīmētajiem pakalpojumiem¹²⁷.

2. tabula. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidi un finansējums 2024. gadā.

Samaksas veidi par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ¹²⁸	Kopējais finansējums, % un <i>euro</i>	
Kopā:	100	685 468 521
Samaksa par iezīmētajiem pakalpojumiem 63 programmās atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifam	18,9	129 790 174
Ikmēneša fiksētais maksājums par DRG pakalpojumiem 37 programmās (587 diagnožu grupas)	43,0	294 586 644
Ikmēneša fiksētā piemaksa par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību	14,0	96 243 627
Ikmēneša fiksētā piemaksa par pacientu observāciju līdz 24 stundām	1,7	11 451 959
Ikmēneša fiksētais maksājums par DRG un iezīmētajiem pakalpojumiem VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”	5,1	35 143 597
Samaksa par pacientiem, kuriem nepieciešama ilgstoša mākslīga plaušu ventilācija, atbilstoši gultasdienu skaitam un gultasdienas tarifam	0,0	73 458
Tāmes finansējums par bērnu un pieaugušo psihiatrisko ārstēšanu	1,9	12 754 596
Samaksa atbilstoši gultasdienu skaitam, gultasdienas tarifam un veikto ar vienu zvaigznīti atzīmēto manipulāciju tarifiem par pakalpojumiem ES dalībvalstu, EEZ valstu, Šveices vai Apvienotās Karalistes sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām, personai ar prognozējamu invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā un par intervertebrālo disku bojājumu novēršanas operāciju	1,2	8 562 416
Par 144 ar divām zvaigznītēm atzīmētajām manipulācijām atbilstoši to tarifiem	5,3	36 667 414
Par normatīvajā aktā ¹²⁹ norādītajiem pakalpojumiem atbilstoši rēķiniem	0,7	4 832 903
Samaksa par subakūto rehabilitāciju, ilgtermiņa rehabilitāciju/dinamisko novērošanu un perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitāciju atbilstoši gultasdienu skaitam, gultasdienas tarifam un manipulāciju tarifiem	2,0	13 385 226
Ikgadēja samaksa par veselības aprūpes pakalpojumu digitalizāciju	1,0	6 711 316

Samaksas veidi par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ¹²⁸	Kopējais finansējums, % un euro	
Citi pakalpojumi, tajā skaitā:	5,1	35 265 190
Par pacienta nogādāšanu no augstāka uz zemāka līmeņa stacionāro ārstniecības iestādī ¹³⁰	0,1	449 083
Par veselības aprūpes pakalpojumiem Ukrainas civiliedzīvotājiem ¹³¹	0,7	5 006 791
Par intensīvās terapijas gultu uzturēšanu ¹³²	4,3	29 592 909
Par metodiskajiem līgumiem ¹³³	0,0	216 407

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidi ir sadrumstaloti

Kā revīzijā norādīja ārstniecības iestādes¹³⁴, atšķirīgo samaksas veidu īpatnības un pielāgošanās tiem sagādā grūtības, jo tie ietver dažādus izņēmumus un nosacījumus, kā arī komplicētu datu uzskaiti un apstrādi. Tāpat nav vienkārši izsekot, kāda samaksa par pacienta ārstēšanu galarezultātā ir saņemta, jo tā nāk no dažādiem avotiem. Piemēram, pakalpojumus konkrētam pacientam var apmaksāt atbilstoši DRG pakalpojumu apmaksas sistēmai, papildus apmaksājot atsevišķas šim pacientam veiktās manipulācijas un izlietos medikamentus.

Savukārt Nacionālais veselības dienests vajadzību pēc dažādiem samaksas veidiem pamato¹³⁵ šādi:

- ✓ finansējumu piešķir konkrētam mērķim, piemēram, lai ārstētu konkrētu diagnozi;
- ✓ finansējumu piešķir neilgi pirms nākamā gada stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas, tādēļ steidzami jāmeklē risinājums, kā pakalpojumu apmaksāt – iekļaut kādā no galvenajiem samaksas veidiem (piemēram, DRG pakalpojumu apmaksas sistēmā) vai apmaksāt kā izņēmumu (piemēram, atbilstoši manipulāciju tarifiem vai ārstniecības iestāžu iesniegtajiem rēķiniem);
- ✓ ieplānotais finansējums un tā izlietojums ir stingri jākontrolē, jo vajadzība pēc stacionārās veselības aprūpes pakalpojuma var būt lielāka, nekā valsts to var atļauties;
- ✓ vieglāk atskaitīties par finansējuma izlietojumu.

Par noteiktiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem Nacionālais veselības dienests ārstniecības iestādēm maksā atbilstoši gultasdienas tarifam. Kā skaidroja Nacionālas veselības dienests¹³⁶, stacionārajās ārstniecības iestādēs atšķiras resursi un sniegto pakalpojumu veids. Tādēļ ir noteikti¹³⁷ 10 dažādi gultasdienas tarifi katram ārstniecības iestāžu līmenim (no I līdz V), kā arī specializētajām un pārējām ārstniecības iestādēm. Revīzijā konstatēts, ka ārstniecības iestādes līmenim atbilstošos gultasdienas tarifus tiešā veidā izmanto vien dažu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai¹³⁸. Tomēr gultasdienas tarifi ietekmē samaksu par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem arī netieši, jo tos izmanto, lai aprēķinātu samaksu par DRG vai iezīmētajiem pakalpojumiem.

Revīzijā arī konstatēts, ka par astoņu programmu¹³⁹ pakalpojumiem samaksu aprēķina pēc viena konkrēta ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifa neatkarīgi no tā, kāda līmeņa ārstniecības iestāde pakalpojumu sniedz. Proti:

- ✓ piecām rehabilitācijas profila pakalpojumu programmām¹⁴⁰ piemēro V līmeņa specializētās ārstniecības iestādes – VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” – gultasdienas tarifu (118,07 euro);

- ✓ divām rehabilitācijas profila pakalpojumu programmām¹⁴¹ un vienai paliatīvās aprūpes profila¹⁴² pakalpojumu programmai piemēro I līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifu (62,64 *euro*).

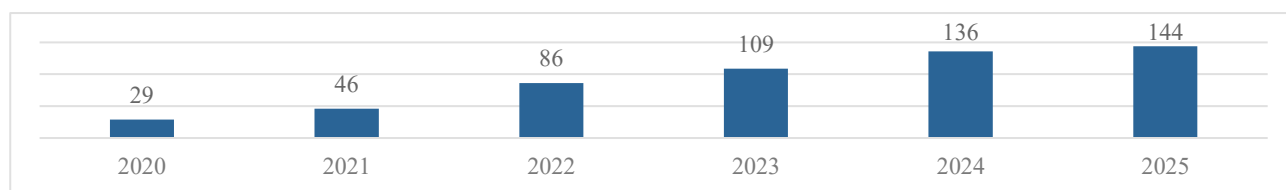
Piemēram, lai arī pakalpojumu programmu “Zāļu rezistentā tuberkulozes pacienta paliatīvā aprūpe” nodrošina tikai specializētā ārstniecības iestāde VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”, kuras gultasdienas tarifs ir 98,87 *euro*, par tās sniegtajiem pakalpojumiem maksā atbilstoši I līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifam (62,64 *euro*).

Nacionālais veselības dienests nesniedza detalizētu skaidrojumu, vien apstiprināja¹⁴³, ka ir pakalpojumi, kuriem jau sākotnēji noteikts, ka gultasdienas tarifs, neatkarīgi no ārstniecības iestādes līmeņa, ir 62,64 *euro*. Attiecībā uz atšķirīgajiem rehabilitācijas profila pakalpojumu programmu gultasdienas tarifiem Nacionālais veselības dienests skaidroja¹⁴⁴, ka tie ir atkarīgi no pakalpojuma intensitātes – zema (gultasdienas tarifs 62,64 *euro*) vai augsta (gultasdienas tarifs 118,07 *euro*).

Tāpat revīzijā konstatēts, ka divās programmās¹⁴⁵ samaksu par pakalpojumiem aprēķina nevis atbilstoši kāda ārstniecības iestāžu līmeņa gultasdienas tarifam, bet konkrētās programmas gultasdienas tarifam. Piemēram, pakalpojumu programmas “Pacienta aprūpe, kuram nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija” gultasdienas tarifs ir 70,29 *euro*. Nacionālais veselības dienests skaidroja¹⁴⁶, ka šim pakalpojumam gultasdienas tarifs ir noteikts lielāks (nevis 62,64 *euro*), jo nepārtraukta plaušu ventilācija sadārdzina gultasdienas vērtību.

Tāpat par noteiktiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem (pašlaik ir nodalītas 144 tā sauktās ar divām zvaigznītēm atzīmētās manipulācijas) Nacionālais veselības dienests ārstniecības iestādēm maksā atbilstoši manipulāciju tarifiem. Proti, katrai manipulācijai Nacionālais veselības dienests nosaka tarifu jeb cenu.¹⁴⁷ 2024. gadā samaksai par šādām manipulācijām novirzīti 5,3 % no kopējā stacionārās veselības aprūpes finansējuma (685 milj. *euro*¹⁴⁸), kas ir ceturtais izplatītākais samaksas veids.

Revīzijā konstatēts, ka papildus apmaksājamo manipulāciju skaits no 2016. gada ir pieaudzis 12 reizes (skatīt 9. attēlu). Kopumā šajā periodā ir bijušas 188 manipulācijas, no kurām 77 % – jaunas, bet 23 % – iepriekš esošas.¹⁴⁹



9. attēls. Papildus apmaksājamo jeb ar divām zvaigznītēm atzīmēto manipulāciju skaits 2020.–2025. gadā.

Proti, ne visas papildus apmaksājamās manipulācijas ir jauni stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi. Nacionālais veselības dienests maina samaksas veidus arī esošajām manipulācijām – ja iepriekš tās bija iekļautas samaksā par DRG vai iezīmētajiem pakalpojumiem, tad, piešķirot manipulācijai divas zvaigznītes, turpmāk par to maksā papildus. Piemēram, manipulācijas “Pavadošās personas atrašanās pie pacienta diennakts stacionārā”¹⁵⁰, “Hroniska hemodialīze”¹⁵¹ un “Akūta hemodialīze”¹⁵² laika gaitā ir kļuvušas par papildus apmaksājamām manipulācijām.

Par noteiktiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem (medicīniskajām ierīcēm un medikamentiem)¹⁵³ Nacionālais veselības dienests vairākām ārstniecības iestādēm maksā, arī pamatojoties uz ārstniecības iestāžu iesniegtajos rēķinos norādītajām izmaksām. Piemēram, 2020. gadā¹⁵⁴

atbilstoši rēķiniem četrām ārstniecības iestādēm¹⁵⁵ apmaksāja noteiktas medicīniskās ierīces un medikamentus, visām V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm (tajā skaitā SIA “Rīgas dzemdību nams”) – vienu medikamentu un visām ārstniecības iestādēm, kas nodrošina onkoloģisko pacientu ārstēšanu, – parenterāli ievadāmos medikamentus, ja tie nav iepirkti centralizēti. Savukārt 2024. gadā¹⁵⁶ papildus minētajam vēl arī SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” apmaksāja noteiktas medicīniskās ierīces. Kopumā papildus apmaksājamo medicīnisko ierīču un medikamentu klāsts ir pieaudzis. Arī izlietotais finansējums šo pakalpojumu apmaksai 2024. gadā, salīdzinot ar 2020. gadu, ir pieaudzis par 97 %.¹⁵⁷

Nacionālais veselības dienests norādīja¹⁵⁸, ka stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidus pārskata. Piemēram, no 2024. gada grūtniecības un dzemdību profila pakalpojumus apmaksā kā DRG, nevis vairs kā iezīmētos pakalpojumus. Tāpat dienests plāno pārskatīt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, kurus apmaksā, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rēķiniem, tomēr revīzijas laikā izmaiņas normatīvajā aktā¹⁵⁹ nav veiktas.

Revīzijā, apkopojot iesniegto¹⁶⁰ informāciju par finansējuma izlietojuma pārbaudēm ārstniecības iestādēs pa stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidiem, konstatēts, ka pārbaudes ir fragmentāras, tomēr tajās vienalga ir konstatētas neatbilstības un veikti finansējuma ieturējumi. Piemēram:

- ✓ 2023. gadā, veicot pārbaudi četrās ārstniecības iestādēs par rēķinos uzrādītās informācijas atbilstību faktiskajai situācijai, vienā gadījumā veikts ieturējums 11 096 *euro*;
- ✓ 2024. gadā, veicot pārbaudes 20 ārstniecības iestādēs par intensīvās terapijas piemaksām, lai konstatētu, vai pareizi norādītas manipulācijas, 20 gadījumos veikts ieturējums kopumā 156 237 *euro*.

DRG pakalpojumu apmaksas sistēma ieviesta tikai daļēji

Izplatītākais stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veids (2024. gadā – 43 %) ¹⁶¹ ir maksa par pakalpojumiem atbilstoši DRG pakalpojumu apmaksas sistēmai.

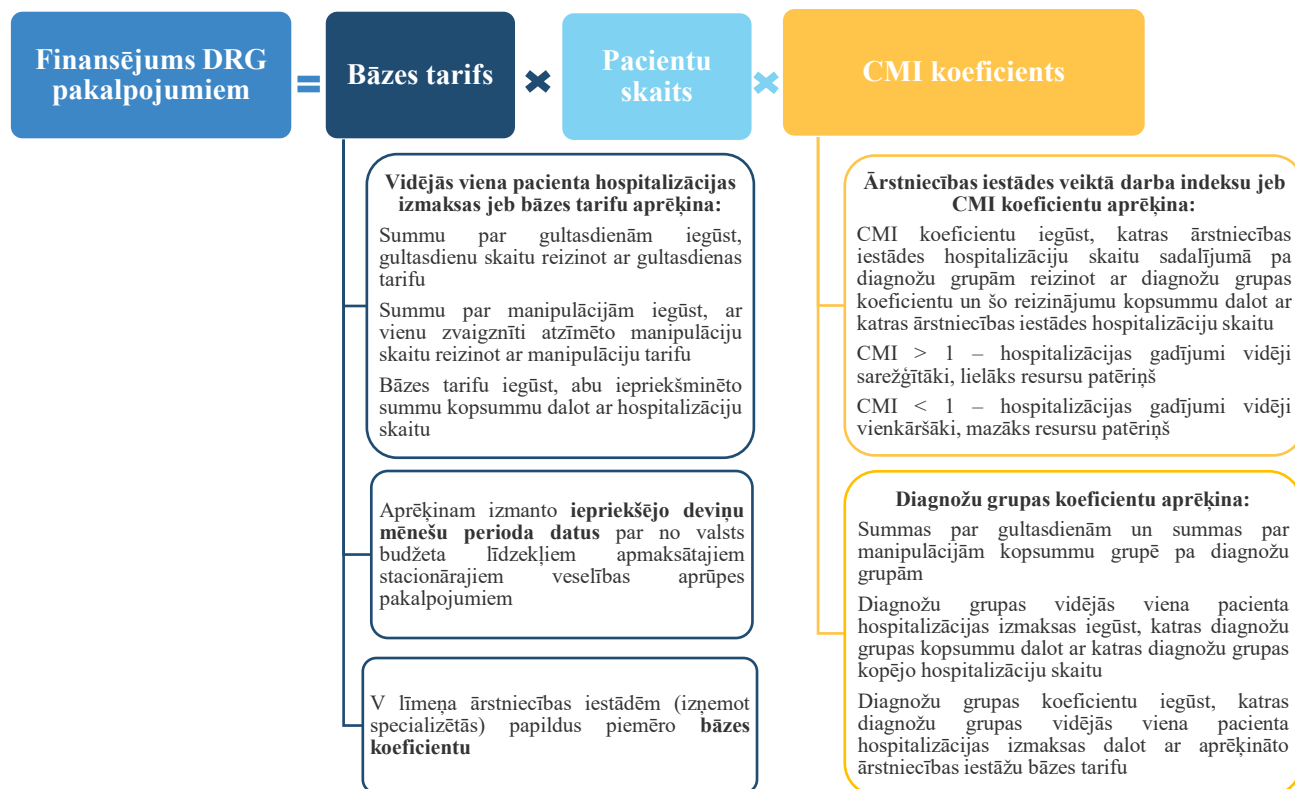
DRG pakalpojumu apmaksas sistēma ir starptautiski atzīta klasifikācijas metode stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu uzskaitē un apmaksai. Pacientu ārstēšanas gadījumus sagrupē diagnožu grupās, ņemot vērā pacientu vecumu, dzimumu, ārstēšanas ilgumu, diagnozi un veiktās manipulācijas. Tādējādi DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas mērķis ir paaugstināt ārstēšanas izmaksu efektivitāti, veikt apmaksu, ņemot vērā pacientu ārstēšanas gadījumu sarežģītību, un uzlabot pārvaldību.¹⁶²

DRG pakalpojumu apmaksas sistēmu uzsāka ieviest 2011. gadā¹⁶³, un finansējuma plānošanā un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā to pielieto no 2014. gada. 2024. gadā atbilstoši DRG pakalpojumu apmaksas sistēmai maksā par 37 pakalpojumu programmām, kas, savukārt, iedalās 587 diagnožu grupās¹⁶⁴.

DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas nozīmīgākie posmi ir šādi:

- ✓ pacientu ārstēšanas gadījumu uzskaitē, veicot diagnožu un manipulāciju kodēšanu un ņemot vērā pacienta informāciju (dzimums, vecums, ārstēšanas ilgums);
- ✓ datu par faktiskajām ārstēšanas izmaksām iegūšana un apkopošana;
- ✓ iegūtās informācijas analīze un atbilstošu koeficientu piemērošana.

Samaksu ārstniecības iestādēm Nacionālais veselības dienests nosaka, izmantojot formulu un tajā ietvertos DRG rādītājus¹⁶⁵ (skatīt 10. attēlu).



10. attēls. DRG pakalpojumu finansējuma aprēķins ārstniecības iestādē.

Ārstniecības iestādēm nav pietiekamas izpratnes par pacientu ārstēšanas gadījumu atbilstošu kodēšanu DRG pakalpojumu apmaksas sistēmā

DRG pakalpojumu finansējumu katrai ārstniecības iestādei ietekmē ārstniecības iestādes veiktā darba indekss jeb CMI koeficients. CMI koeficients ļauj salīdzināt ārstniecības iestāžu darba sarežģītību un, aprēķinot gada finansējumu, to var palielināt vai samazināt. Ņemot vērā CMI koeficienta ietekmi uz kopējo ārstniecības iestādes DRG pakalpojumu finansējumu, būtiski ir uzraudzīt, vai ārstniecības iestādes atbilstoši kodē pacientu ārstēšanas gadījumus. Neatbilstoša kodēšana ir viena no izplatītākajām DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas nevēlamajām sekām. Proti, ārstniecības iestādes pacientu ārstēšanas gadījumus kodē tādā diagnožu grupā, kas ir labāk apmaksāta, nevis tajā, kurai konkrētais gadījums atbilst pēc klīniskajām pazīmēm.

Revīzijā, vērtējot Nacionālā veselības dienesta uzraudzību pār pacientu ārstēšanas gadījumu kodēšanu, konstatēts, ka pirmo DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas auditu Nacionālais veselības dienests veica tikai 2024. gadā¹⁶⁶. Tajā secināts, ka:

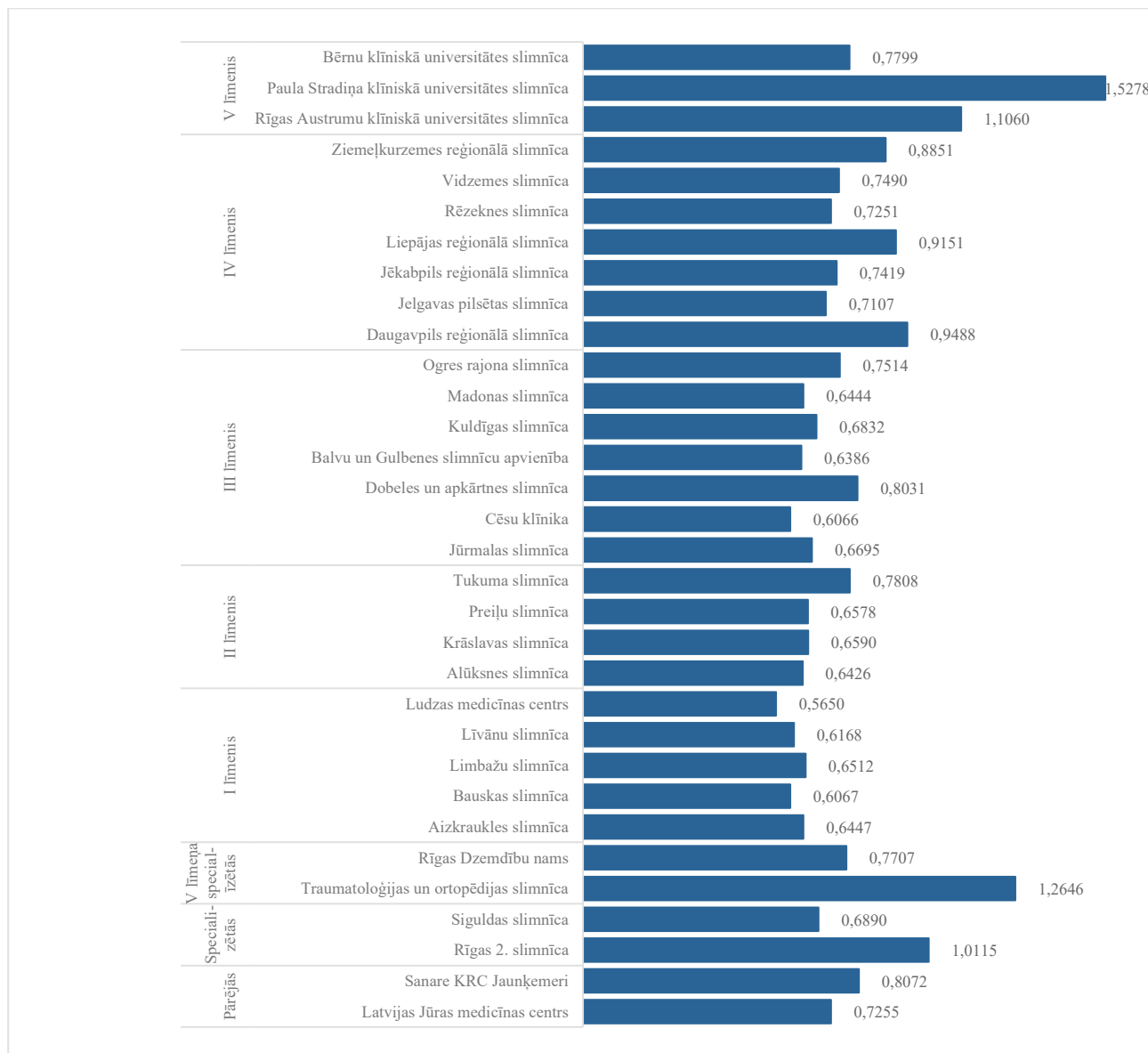
- ✓ ārstniecības iestādēm ir nepietiekama izpratne par DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas darbības principiem;

- ✓ 26 % gadījumu nav norādīts diagnozes kods līdz pēdējai zīmei atbilstoši spēkā esošajam SSK-10 klasifikatoram¹⁶⁷ (diagnozes koda pēdējā zīme ietekmē, kurai no diagnožu grupām pacienta ārstēšanas gadījums atbilst);
- ✓ 29 % gadījumu norādītā pamatdiagnoze neatbilst klīniskajām pazīmēm;
- ✓ jāanalizē diagnožu grupu viendabīgums, nepieciešamības gadījumā ieviešot vairākas radniecīgas diagnožu grupas, kas ļautu precīzāk grupēt katru pacienta ārstēšanas gadījumu atbilstoši sarežģītībai.

Revīzijā, vērtējot 2025. gadam ārstniecības iestādēm aprēķinātos CMI koeficientus¹⁶⁸ (skatīt 11. attēlu), konstatēts, ka viena līmeņa ārstniecības iestādēm tie ne vienmēr ir līdzīgi, turklāt ir gadījumi, kad zemāka līmeņa ārstniecības iestādes CMI koeficients pārsniedz krietni augstāka līmeņa ārstniecības iestādes CMI koeficientu vai arī dažāda līmeņa ārstniecības iestādēm tie ir līdzīgi. Piemēram:

- ✓ III līmeņa ārstniecības iestādei SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” CMI koeficients ir 0,8031, kamēr V līmeņa ārstniecības iestādei VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” – 0,7799;
- ✓ gan I līmeņa ārstniecības iestādei SIA “Aizkraukles slimnīca”, gan III līmeņa ārstniecības iestādei SIA “Madonas slimnīca” CMI koeficienti ir gandrīz vienādi – attiecīgi 0,6447 un 0,6444; turklāt SIA “Aizkraukles slimnīca” nenodrošina, piemēram, ķirurģijas profilu, kamēr SIA “Madonas slimnīca” 2024. gadā veiktas vairāk nekā 2,5 tūkst. lielās ķirurģiskās operācijas.

Revidentu ieskatā, minētā iemesls varētu būt ārstniecības iestāžu atšķirīgā pieeja pacientu ārstēšanas gadījumu kodēšanā, ko apliecina arī Nacionālā veselības dienesta veiktais DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas audits¹⁶⁹, kurā konstatēts, ka gandrīz trešajā daļā pārbaudīto gadījumu norādītā pamatdiagnoze neatbilst klīniskajām pazīmēm.



11. attēls. Ārstniecības iestāžu CMI koeficienti 2025. gadam.

Dati par faktiskajām ārstēšanas izmaksām nav pieejami

DRG pakalpojumu apmaksas sistēma klīniski līdzīgus pacientu ārstēšanas gadījumus klasificē diagnožu grupās, paredzot, ka šajās grupās arī ārstniecības iestāžu resursu patēriņš būs līdzīgs. Tāpēc būtiski, lai būtu pieejami dati par faktiskajām ārstēšanas izmaksām.¹⁷⁰ Ideālā gadījumā datus vāc no izmaksu uzskaites sistēmas ārstniecības iestāžu līmenī, tomēr ne vienmēr šādi dati ir pieejami. Līdz ar to starptautiskajā praksē pastāv vairākas pieejas šo datu iegūšanai. Viena no tām, ko piemēro arī Latvijā, – ieviešot DRG pakalpojumu apmaksas sistēmu, sākotnēji izmanto esošos veselības aprūpes pakalpojumu tarifus.

Lai gan esošie veselības aprūpes pakalpojumu tarifi var būt noderīgi, lai aizstātu datus par faktiskajām ārstēšanas izmaksām, tie tomēr var neatspoguļot faktiskās ārstēšanas izmaksu un efektivitātes atšķirības.

Tādēļ praksē apmaksas sistēmas, kas ir turpinājušas izmantot esošos tarifus, nav bijušas tik veiksmīgas ārstēšanas izmaksu samazināšanā un tās kvalitātes uzlabošanā.¹⁷¹ Turklāt, neatkarīgi no izvēlētās pieejas (vai to kombinācijas) datu iegūšanai, tā ir pastāvīgi jāaktualizē.

Kopš DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas ieviešanas Latvijā ir pagājuši vairāk nekā 10 gadi, tomēr aizvien tikai notiek faktisko ārstēšanas izmaksu uzskaites platformas izstrāde V līmeņa ārstniecības iestādēs un tiek attīstīta sadarbība, lai to izmantotu citu līmeņu ārstniecības iestādēs.¹⁷² Līdz ar to vidējo viena pacienta hospitalizācijas izmaksu jeb bāzes tarifa aprēķinam aizvien izmanto Nacionālā veselības dienesta aprēķinātos gultasdienas un manipulāciju tarifus. Savukārt, lai aprēķinātu bāzes tarifu, diagnožu grupas koeficientu un CMI koeficientu, ārstniecības iestādēm pacientu ārstēšanas gadījumi ir jākodē dubultā:

- ✓ atbilstoši *NCSP+* manipulāciju sarakstam¹⁷³, lai pacienta ārstēšanas gadījums iekļautos diagnožu grupā;
- ✓ atbilstoši Nacionālā veselības dienesta manipulāciju sarakstam¹⁷⁴, kurā ir norādīti manipulāciju tarifi.

Revidenti vērs uzmanību, ka Nacionālais veselības dienests jau 2014. gadā uzsāka faktisko ārstēšanas izmaksu datu ieguvu un noslēdza sadarbības līgumus ar vairākām ārstniecības iestādēm. Tomēr 2018. gadā šo pilotprojektu apturēja, jo iegūtie dati nebija pietiekami kvalitatīvi un vienveidīgi faktisko ārstēšanas izmaksu salīdzināšanai un bāzes tarifa aprēķinam¹⁷⁵.

Ne visās diagnožu grupās pacientu ārstēšanas gadījumu izmaksas ir homogēnas

DRG pakalpojumu apmaksas sistēmā pacientu ārstēšanas gadījumi būtu jāgrupē gan klīniski, gan izmaksu ziņā homogēnās diagnožu grupās, lai ārstniecības iestādes saņemtu pēc iespējas atbilstošu un taisnīgu samaksu par sniegtajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, tas ir, lai valsts nepārmaksātu par vienkāršiem pacientu ārstēšanas gadījumiem vai nepietiekami samaksātu par sarežģītiem¹⁷⁶. Atbilstoši starptautiskajai praksei, ja DRG rādītājus aprēķina, pamatojoties uz pacientu ārstēšanas gadījumu vidējām izmaksām, kurās ieskaitīti arī netipiskie (dārgie) gadījumi, ārstniecības iestādēm par DRG pakalpojumiem pārsvarā pārmaxsā¹⁷⁷.

Diagnožu grupu izmaksu homogenitāti var analizēt, izmantojot variācijas koeficientu – ja tā vērtība ir vienāda vai lielāka par vienu, tad diagnožu grupa nav homogēna.¹⁷⁸ Revīzijā analizēta diagnožu grupu homogenitāte atbilstoši Nacionālā veselības dienesta datiem¹⁷⁹ par faktiski sniegtajiem DRG pakalpojumiem laikā no 2023. gada 1. janvāra līdz 30. septembrim (minētos datus arī dienests izmantoja DRG rādītāju un ārstniecības iestāžu finansējuma aprēķinam 2024. gadam). Revīzijā konstatēts, ka 12 % jeb 68 no 556 analizētajām diagnožu grupām¹⁸⁰ vai 9 % no visiem pacientu ārstēšanas gadījumiem variācijas koeficients ir viens vai lielāks par vienu. Tas nozīmē, ka šajās grupās iekļautās pacientu ārstēšanas gadījumu izmaksas nav homogēnas (skatīt 3. tabulu). Minēto apstiprina arī jau detalizēta pacientu ārstēšanas gadījumu izmaksu analīze piecās diagnožu grupās. Piemēram, diagnožu grupā “Ķeizargrieziens ar komplikācijām (370)” pacientu ārstēšanas gadījumu izmaksas ārstniecības iestādēs ir no 540 *euro* līdz 30 994 *euro*, savukārt vidējās šīs diagnožu grupas izmaksas ir 1290 *euro*, lai gan 71 % pacientu ārstēšanas gadījumu tās ir vēl zemākas, proti, vien 985 *euro*.

3. tabula. Piemēri par diagnožu grupām, kurās iekļautās pacientu ārstēšanas gadījumu izmaksas nav homogēnas.

DRG grupa	Variācijas koeficients	DRG grupas pacientu skaits	DRG grupas pacientu ārstēšanas gadījumu izmaksas, <i>euro</i>			Pacientu, kuru ārstēšanas gadījumu izmaksas ir zemākas par vidējām DRG grupas pacientu ārstēšanas gadījumu izmaksām		
			zemākās	augstākās	vidējās	skaitis	īpatsvars no kopējā DRG grupas pacientu skaita	vidējās izmaksas, <i>euro</i>
139 Sirds aritmija un vadīšanas traucējumi, bez komplikācijām	1,05	1248	108	2821	385	868	70 %	197
206 Aknu darbības traucējumi, izņemot ļaundabīgo audzēju, cirozi un alkohola hepatītu, bez komplikācijām	1,68	237	108	24 784	1024	162	68 %	539
370 Ķeizargrieziens ar komplikācijām	1,04	721	540	30 994	1290	512	71 %	985
450 Saindēšanās un toksiska zāļu ietekme, vecums >17 bez komplikācijām	1,83	221	108	7852	390	170	77 %	192
530 Vispārējā anestēzija citas problēmas dēļ	1,21	186	179	14 338	1355	130	70 %	653

Ja zemāka un augstāka līmeņa ārstniecības iestādes sniegtos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus klasificē vienā diagnožu grupā, kur viena ārstniecības iestāde sniegusi pacientam resursu ietilpīgus pakalpojumus, bet cita nav, attiecīgās diagnožu grupas koeficients būs vidējā vērtība, kura tiks izmantota katras ārstniecības iestādes CMI koeficienta aprēķinam. Tādējādi augstāka līmeņa ārstniecības iestāde par DRG pakalpojumiem saņem mazāk, lai gan pacientiem sniedz sarežģītākus pakalpojumus. Šo varētu risināt Nacionālā veselības dienesta minēto netipisko (dārgo) gadījumu apmaksa ārpus DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas, kas padarītu diagnožu grupu izmaksas homogēnākas un nodrošinātu augstāka līmeņa ārstniecības iestādēm atbilstošāku finansējumu.

Aprēķināto bāzes tarifu pielāgo esošajam finansējumam

Bāzes tarifs ir vidējās viena pacienta hospitalizācijas izmaksas, tās ir vienādas visos pacientu ārstēšanas gadījumos, un bāzes tarifu aprēķina, ņemot vērā kopējo attiecīgajam gadam pieejamo finansējumu DRG pakalpojumiem.¹⁸¹ Bāzes tarifa aprēķinam izmanto III līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifu.¹⁸² Kā revīzijā norādīja Nacionālais veselības dienests¹⁸³, šāda pieeja atbilst DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas principam, ka par līdzīgu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu valstij nav jāmaksā atšķirīgi.

III līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs ir par 31 % mazāks nekā V līmeņa. Tā kā V līmeņa ārstniecības iestādes nodrošina augsti specializētus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, V līmeņa ārstniecības iestādēm (izņemot specializētās) papildus piemēro bāzes koeficientu, lai bāzes tarifa aprēķinā izmantotā III līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifa vērtību tuvinātu V līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifam. Bāzes koeficienta apmērs ir atkarīgs no pieejamā finansējuma, un tas ik gadu var mainīties. Savukārt, tā kā VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” pakalpojumus sniedz prioritārai pacientu grupai, proti, bērniem, DRG pakalpojumu finansējuma aprēķinā pilnā apmērā izmanto tai noteikto gultasdienas tarifu.

Kā norādīja¹⁸⁴ Nacionālais veselības dienests, bāzes koeficients ieviests, lai kompensētu to, ka joprojām pietrūkst finansējuma netipisko (dārgo) gadījumu apmaksai, tādā veidā praksē īstenojot korektu DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas principu. Turklāt piemērotie bāzes koeficienti ir tik lieli, cik to pieļauj piešķirtais finansējums DRG pakalpojumu apmaksai, nevis tik lieli, lai nosegtu augstākā līmeņa ārstniecības iestāžu resursu ieguldījumu.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta sniegtajai informācijai¹⁸⁵ līdz 2024. gadam, izņemot 2021. un 2022. gadu, kad visām ārstniecības iestādēm Covid-19 pandēmijas dēļ bāzes tarifu saglabāja 2020. gada apmērā, faktiski aprēķināto bāzes tarifu arī izmanto finansējuma aprēķinam (izņemot V līmeņa ārstniecības iestādes, kurām to tuvināja V līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifam).

Savukārt, ņemot vērā finansējuma trūkumu 2025. gadam, izņemot VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, bāzes tarifs matemātiski samazināts¹⁸⁶ par:

- ✓ 14 % (no 1613 līdz 1388 *euro*) SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”;
- ✓ 8 % (no 1465 līdz 1353 *euro*) VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”;
- ✓ 0,8 % (no 1319 līdz 1308 *euro*) visām pārējām ārstniecības iestādēm.

SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” atšķirīgo bāzes tarifu un tā samazinājumu ietekmē divi aprēķinos izmantotie lielumi – vidējais ārstēšanas ilgums un prognozētais pacientu skaits DRG pakalpojumiem, kas lielāki ir SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”. Piemēram, vidējais ārstēšanas ilgums SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” ir par divām dienām garāks nekā VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”.¹⁸⁷

Vienlaikus revidenti kritiski vērtē Nacionālā veselības dienesta atšķirīgo un nevienlīdzīgo pieeju bāzes tarifa samazināšanā V (izņemot VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”), IV un III līmeņa ārstniecības iestādēm, jo visbūtiskāk finansējums 2025. gadam samazināts tieši SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”. Proti, salīdzinot ar 2024. gadu, matemātiski samazinot bāzes tarifu 2025. gadam, III un IV līmeņa ārstniecības iestādēm bāzes tarifa aprēķinā ietverto gultasdienas tarifu samazināja par 1–2 % (kopējais finansējuma samazinājums 855 tūkst. *euro*), kamēr SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” – par 22 % (finansējuma samazinājums attiecīgi 12,7 milj. *euro* un 6,8 milj. *euro*). Kā skaidroja¹⁸⁸ Nacionālais veselības dienests, šādu aprēķina kārtību pieļauj normatīvais akts¹⁸⁹, turklāt dienests situācijā, ja nepietiek finansējuma, rīkojas, lai primāri nesamazinātu plānoto pacientu skaitu, tāpēc sākotnēji finansējumu samazināja V līmeņa ārstniecības iestādēm, izņemot VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, un pēc tam secīgi arī pārējām, lai galarezultātā izlīdzinātu kopējo trūkstošo finansējumu.

Bāzes tarifa samazinājuma rezultātā 2025. gadā SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” būtiski samazinājās pieejamais finansējums, kuru tās iepriekš saņēma kā kompensāciju par netipiskajiem (dārgajiem) gadījumiem.

Iezīmēto pakalpojumu viena pacienta ārstēšanas tarifi nav aktuāli finansējuma trūkuma dēļ

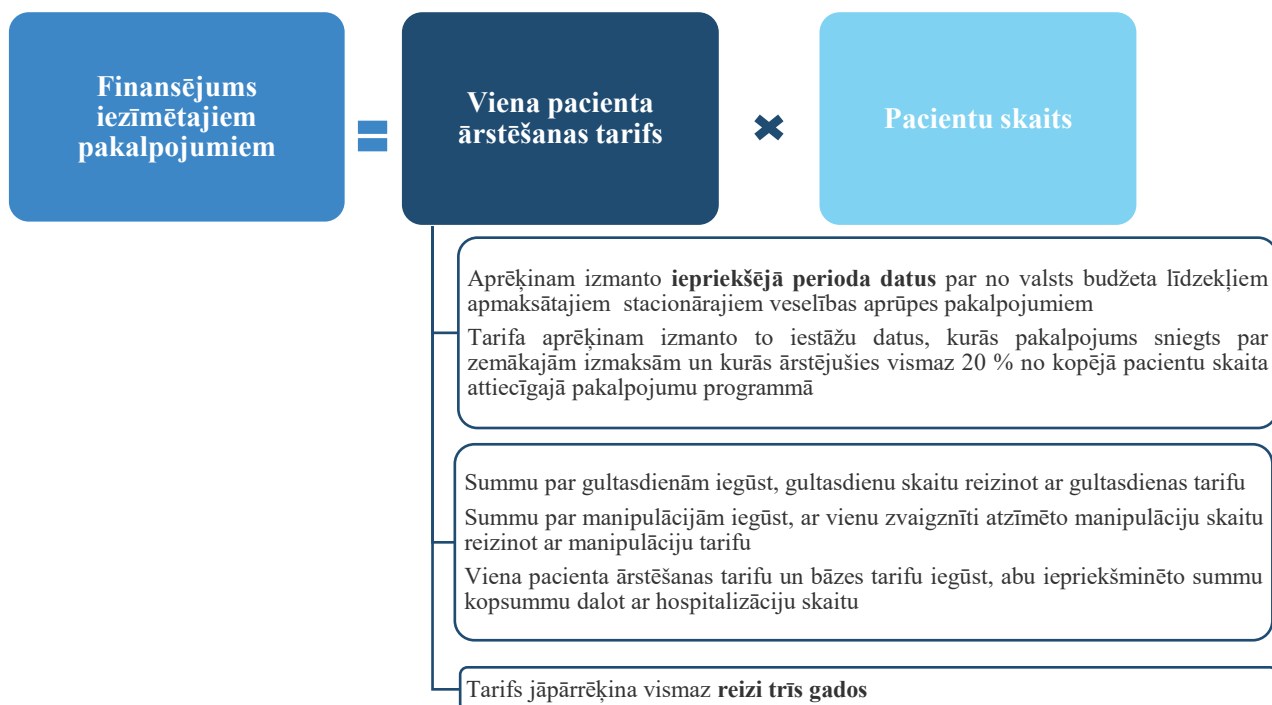
Norēķiniem par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem galvenokārt paredzēta DRG pakalpojumu apmaksas sistēma. Tomēr var būt izņēmumi, piemēram, attiecībā uz dārgu pakalpojumu apmaksu – medikamentu un tehnoloģiju izmantošanu, transplantāciju, neatliekamo palīdzību, psihiatriju, rehabilitāciju, ilgtermiņa veselības aprūpi, tuberkulozi un HIV/AIDS gadījumiem¹⁹⁰. Līdzīgi arī Latvijā, kur šādu ārstēšanu nodrošina galvenokārt V līmeņa ārstniecības iestādes, samaksu nosaka atbilstoši viena pacienta ārstēšanas tarifam, kurš lielākoties ir būtiski augstāks nekā DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas bāzes tarifs.

Piemēram, 2025. gadā vienai V līmeņa ārstniecības iestādei bāzes tarifs ir 1388 *euro*, savukārt par iezīmētajiem pakalpojumiem var saņemt samaksu atbilstoši šādiem viena pacienta ārstēšanas tarifiem:

- ✓ pleca locītavas endoprotezēšana – 4792 *euro*;
- ✓ stacionārā psihiatriskā palīdzība bērniem – 3708 *euro*;
- ✓ ortotopiskā sirds transplantācija – 36 698 *euro*.

Samaksa par iezīmētajiem pakalpojumiem ir otrs izplatītākais stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veids (2024. gadā – 18,9 %). 2024. gadā viena pacienta ārstēšanas tarifs noteikts 63 iezīmēto pakalpojumu programmā¹⁹¹.

Samaksu ārstniecības iestādēm Nacionālais veselības dienests nosaka, izmantojot formulu¹⁹² (skatīt 12. attēlā), kurā izmanto arī gultasdienas un manipulāciju tarifus.



12. attēls. Iezīmēto pakalpojumu finansējuma aprēķins ārstniecības iestādei.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta iekšējo kārtību¹⁹³ viena pacienta ārstēšanas tarifi jāpārreķina vismaz vienu reizi trīs gados. Nacionālais veselības dienests informēja¹⁹⁴, ka pārreķinu veic katru gadu, bet izmaiņas tarifos – tikai, ja ir pieejams finansējums.

Revīzijā konstatēts, ka 42 no 63 (67 %) iezīmēto pakalpojumu programmām viena pacienta ārstēšanas tarifi nav aktualizēti vairāk nekā 10 gadus¹⁹⁵. Vienlaikus norādāms, ka Nacionālais veselības dienests 2023. gadā pārreķināja 56 iezīmēto pakalpojumu programmu viena pacienta ārstēšanas tarifus atbilstoši 2022. gada datiem, tomēr izmaiņas tarifos nav veiktas¹⁹⁶.

Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta pārreķinu 77 % no 56 iezīmēto pakalpojumu programmām viena pacienta ārstēšanas tarifs būtu jāsamazina par 1 % līdz 69 % un 23 % – jāpalielina par 1 % līdz 6 %. Revīzijā, izvērtējot vairākas iezīmēto pakalpojumu programmas¹⁹⁷, kuru viena pacienta ārstēšanas tarifu pārreķina rezultātā varētu būt lielākais ietaupījums, konstatēts, ka ir mainījies ārstniecības iestāžu pielietoto manipulāciju klāsts un vidējais ārstēšanās ilgums, kas ietekmē arī tarifu. Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka Nacionālā veselības dienesta pārreķins ietvēra aktuālākus datus tikai par iezīmēto pakalpojumu apjomu (manipulāciju skaitu vai vidējo ārstēšanās ilgumu), neveicot visaptverošu izvērtējumu par gultasdienu un manipulāciju tarifu atbilstību faktiskajām izmaksām. Līdz ar to Nacionālā veselības dienesta tarifu pārreķinā nav ņemts vērā medicīnisko ierīču, medikamentu un citu izmaksu pieaugums un inflācija valstī.

Veselības ministrija norādīja¹⁹⁸, ka nepietiekama finansējuma apstākļos viena pacienta ārstēšanas tarifus nevar tikai samazināt, vienlaikus nepalielinot tos, kuri būtu jāpalielina, lai neapdraudētu ārstniecības procesa nepārtrauktību. Savukārt Nacionālais veselības dienests informēja¹⁹⁹, ka izmaiņas viena pacienta ārstēšanas tarifos veiks tad, kad visaptveroši aktualizēs visus gultasdienas tarifus.

Revīzijā, vērtējot, vai iezīmēto pakalpojumu programmas nodrošina tā līmeņa ārstniecības iestādes, kuru gultasdienas tarifs ir izmantots, aprēķinot attiecīgos viena pacienta ārstēšanas tarifus, konstatēts, ka pārsvarā ārstniecības iestādes sakrīt (skatīt 13. attēlu). Tomēr, tā kā atsevišķas iezīmēto pakalpojumu programmas īsteno dažāda līmeņa ārstniecības iestādes (tātad – ar atšķirīgu gultasdienas tarifu), tad viena pacienta ārstēšanas tarifa aprēķina metode nozīmē, ka ne vienmēr ārstniecības iestāde par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu saņems samaksu atbilstoši tās līmenim noteiktajam gultasdienas tarifam – var saņemt gan vairāk, gan mazāk. Piemēram:

- ✓ pakalpojumu programmas “Gūžas locītavas endoprotezēšana ar cementējamu endoprotēzi” viena pacienta ārstēšanas tarifā ir iekļauts IV līmeņa ārstniecības iestādes gultasdienas tarifs (142,57 *euro*), tomēr faktiski šo programmu īsteno ne tikai IV, bet arī V un III līmeņa ārstniecības iestādes ar atšķirīgiem gultasdienas tarifiem (attiecīgi 156,43 *euro* un 108,37 *euro*);
- ✓ pakalpojumu programmas “Narkoloģija” viena pacienta ārstēšanas tarifā ir iekļautas specializētās ārstniecības iestādes gultasdienas tarifs (98,87 *euro*), tomēr faktiski šo programmu īsteno ne tikai specializētās, bet arī IV līmeņa ārstniecības iestādes ar augstāku gultasdienas tarifu (142,57 *euro*).

Iezīmēto pakalpojumu programmas (IPP)	8	V līmeņa ārstniecības iestāžu (Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas) gultasdienas tarifs 276,56 euro	7 IPP nodrošina V līmeņa ārstniecības iestādē 1 IPP nodrošina V līmeņa un V līmeņa specializētā ārstniecības iestādē
	30	V līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs 156,43 euro	25 IPP nodrošina V līmeņa ārstniecības iestādēs 3 IPP nodrošina V un IV līmeņa ārstniecības iestādēs 1 IPP nodrošina IV līmeņa ārstniecības iestādēs 1 IPP nodrošina V līmeņa ārstniecības iestādē (Bērnu klīniskā universitātes slimnīca)
	4	IV līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs 142,57 euro	2 IPP nodrošina IV līmeņa ārstniecības iestādēs 2 IPP nodrošina V, IV, III līmeņa un V līmeņa specializētā ārstniecības iestādē
	1	I līmeņa ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs 62,64 euro	IPP Nodrošina V, IV, III, II, I līmeņa un pārējās ārstniecības iestādes
	11	V līmeņa specializēto ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs 137,70 euro	4 IPP nodrošina V līmeņa specializētā ārstniecības iestādē 4 IPP nodrošina V līmeņa specializētā un V līmeņa ārstniecības iestādē 1 IPP nodrošina V līmeņa specializētā un specializētā ārstniecības iestādē 1 IPP nodrošina V, IV līmeņa un specializētā ārstniecības iestādē 1 IPP nodrošina V, IV, III, V līmeņa specializētā un specializētā ārstniecības iestādē
	8	Specializēto ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs 98,87 euro	7 IPP nodrošina specializētās ārstniecības iestādēs 1 IPP nodrošina IV līmeņa un specializētās ārstniecības iestādēs

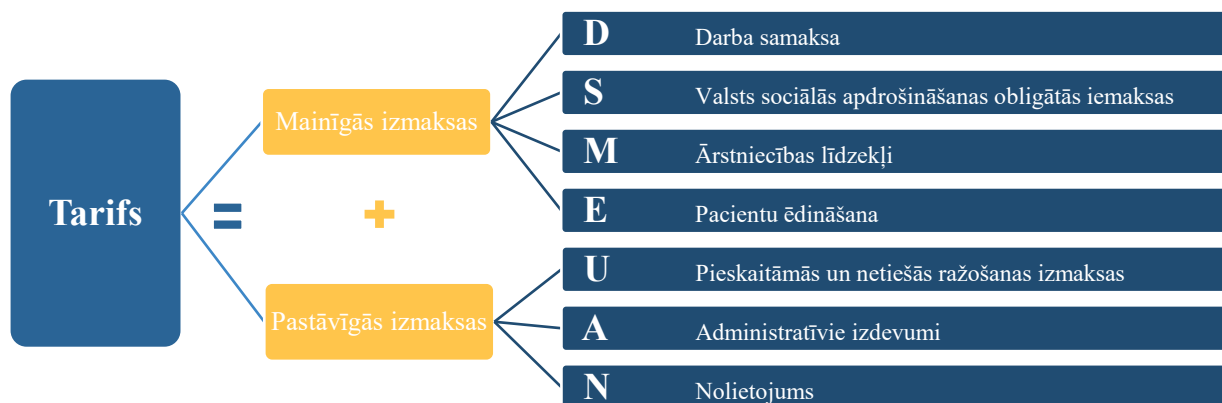
13. attēls. Viena pacienta ārstēšanas tarifu aprēķinā iekļautie gultasdienas tarifi.²⁰⁰

No vienas puses, viena pacienta ārstēšanas tarifa aprēķina metodē ņem vērā, kurā ārstniecības iestādē ir zemākās izmaksas un visvairāk ārstēto pacientu attiecīgajā pakalpojumu programmā, un visām ārstniecības iestādēm par sniegto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksā vienādi. Tomēr šajā metodē neņem vērā, cik vienkāršs vai sarežģīts jeb resursu ietilpīgs bijis pacienta ārstēšanas gadījums.

Pasaules Banka jau 2016. gadā norādīja²⁰¹, ka iezīmēto pakalpojumu programmās apvienotas dažādas diagnozes un dažādi pakalpojumi, tādēļ ārstniecības iestādes, kuras veic tikai vienkāršas procedūras, saņem tādus pašus maksājumus kā tās, kas veic sarežģītākas procedūras (piemēram, viena iezīmēto pakalpojumu programma atbilst 14 dažādām diagnožu grupām DRG pakalpojumu apmaksas sistēmā). Pasaules Banka arī norādīja, ka plašāka DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas ieviešana un iezīmēto pakalpojumu programmu atcelšana nozīmētu taisnīgāku pieeju maksājumos visām ārstniecības iestādēm. Vienlaikus revidenti norāda, ka jebkuru iezīmēto pakalpojumu iekļaušana DRG pakalpojumu apmaksas sistēmā ir rūpīgi jāizvērtē, jo tas var izmainīt bāzes tarifu visām ārstniecības iestādēm, ko, savukārt, jau tā ierobežo nepietiekamais finansējums.

DRG un iezīmēto pakalpojumu tarifu aprēķinā iekļautais gultasdienas tarifs nav aktuāls

Ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifs ir visu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas pamata sastāvdaļa. Arī DRG pakalpojumu apmaksas sistēmas bāzes tarifa un iezīmēto pakalpojumu viena pacienta ārstēšanas tarifa aprēķinā izmanto gultasdienas tarifu, kas ir maksa par vienu dienu, ko pacients pavada ārstniecības iestādē. Gultasdienas tarifu Nacionālais veselības dienests²⁰² aprēķina, ņemot vērā normatīvajā aktā²⁰³ noteikto formulu (skatīt 14. attēlu). Detalizēta veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķina un pārrēķina kārtība noteikta Nacionālā veselības dienesta iekšējā normatīvajā aktā²⁰⁴.



14. attēls. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķins.

Gultasdienas tarifā ietvertā darba samaksas elementa pamatotība nav izsekojama

Vairāk nekā pusi no stacionārās veselības aprūpes izdevumiem veido atlīdzības izdevumi²⁰⁵. Arī gultasdienas tarifā darba samaksai (D elements) ir lielākais īpatsvars – vidēji 61 % – no tarifa kopsummas.²⁰⁶ Izdevumi darba samaksai (D elements) no 2021. gada ir palielināti par 24 %²⁰⁷.

Revīzijā konstatēts, ka nav iespējams novērtēt, vai ārstniecības iestāžu personāls arī praksē pakalpojuma sniegšanai velta tik daudz laika, cik ir iekļauts gultasdienas tarifā.

Lai iegūtu gultasdienas tarifā iekļauto darba samaksas apmēru, noteiktais minūšu skaits reizināts ar ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu vidējo vienas minūtes darba samaksu²⁰⁸. Revīzijā konstatēts, ka gultasdienas tarifā iekļautais darba laiks minūtēs ir vēsturiski noteikta vērtība, kas aprēķināta pēc ārstniecības personu proporcijas pret gultu skaitu, ietverot arī laiku, kas paredzēts diagnostiskajiem (tajā skaitā laboratoriskajiem) izmeklējumiem, kā arī citu speciālistu iesaistei. Turklāt arī darba samaksas elementā ietvertās piemaksas par darbu nakts laikā, svētku dienās un par virsstundu darbu ir izteiktas abstraktās minūtēs. Piemēram, 2025. gadā IV līmeņa ārstniecības iestādēm gultasdienas tarifs²⁰⁹ ir 142,57 *euro*, tajā skaitā darba samaksa ir 88,79 *euro*, proti, ārstam – 145 minūtes, māsai – 296 minūtes un māsas palīgam – 116 minūtes.

Tomēr Nacionālais veselības dienests revīzijā nevarēja precīzi nodalīt, kāda daļa no kopējā minūšu skaita ārstniecības personālam faktiski nepieciešama stacionārās veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai un kāda daļa ir tarifa aprēķina elements, kas dod pamatu ārstniecības iestādei saņemt samaksu piemaksu nodrošināšanai nepieciešamības gadījumā. Dienests arī norādīja²¹⁰, ka darba samaksas minūtes jāvērtē kopā, ņemot vērā, ka tās veido vidējās izmaksas uz vienu pacientu. Vienlaikus Nacionālais veselības dienests gan norādīja²¹¹, ka nākotnē plānots mainīt gultasdienas tarifa aprēķina metodiku.

Papildus norādāms, ka ārstniecības iestādes Nacionālajam veselības dienestam regulāri sniedz dažādus pārskatus par ārstniecības iestādē nodarbināto un slodžu skaitu un faktisko darba samaksu no valsts budžeta līdzekļiem. Tomēr ne šajos, ne citos pārskatos nav pieejama informācija par faktisko tādu ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu un slodžu skaitu, kas nodrošina tieši stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, līdz ar to Nacionālajam veselības dienestam šādas informācijas nav.²¹² Turklāt, lai arī ārstniecības iestādes no 2018. gada iedalīja līmeņos un noteica atbilstošos pakalpojumu profilus, saistošas prasības attiecībā uz nepieciešamo personāla kapacitāti aizvien nav noteiktas.

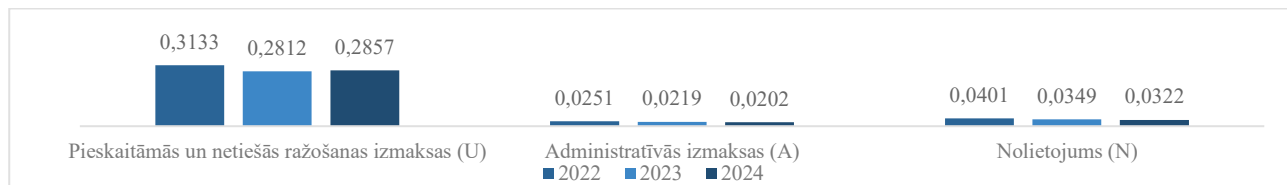
Pārējo gultasdienas tarifa elementu pārskatīšana atkarīga no pieejamā papildu finansējuma

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam²¹³ finansējuma trūkuma dēļ ne visas veselības aprūpes pakalpojumu tarifu, tajā skaitā gultasdienas tarifā, iekļautās izmaksas ir aktuālas.

Revīzijā, apkopojot veselības aprūpes tarifu elementu izmaiņas, konstatēts, ka bez jau minētajām izmaiņām darba samaksā (D elements), pieejamā finansējuma ietvaros 2022.–2024. gadā ir pārskatīti un palielināti arī vairāki citi gultasdienas tarifa elementi:

- ✓ izdevumi ārstniecības līdzekļiem (M elements) ir palielināti vidēji par 5 % (2022. gadā);
- ✓ pacientu ēdināšanas izdevumi (E elements) ir palielināti par 133 % (2023. gadā)²¹⁴;
- ✓ pieskaitāmās un netiešās ražošanas izmaksas (U elements) ir palielinātas par 2 *euro* (2023. gadā)²¹⁵ un par 1,6 procentiem (2024. gadā).

Revidenti vērs uzmanību, ka pastāvīgās izmaksas (U, A un N elementi) ir atkarīgas arī no darba samaksas (D elements). Proti, ja palielina vidējo darba samaksu, automātiski pieaug arī pastāvīgās izmaksas. Tomēr revīzijā konstatēts, ka gadījumā, ja pastāvīgo izmaksu pieaugumam papildu finansējums nav piešķirts, pastāvīgās izmaksas tiek saglabātas iepriekšējā līmenī, matemātiski samazinot to aprēķinam izmantotos koeficientus. Piemēram, 2022.–2024. gadā ik gadu palielināja vidējo darba samaksu²¹⁶, tomēr daļa pastāvīgo izmaksu (A un N elementi) koeficientu matemātiski samazināti, lai iekļautos esošajā finansējumā (skatīt 15. attēlu).



15. attēls. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifu pastāvīgo izmaksu elementu aprēķinā izmantotie koeficienti 2022.–2024. gadā.

Informācija par stacionārajai veselības aprūpei trūkstošo finansējumu – pretrunīga

Veselības resorā, pamatojoties uz ārstniecības iestāžu informāciju, ir aprēķināts²¹⁷, ka, piemēram, gultasdienas tarifa pastāvīgo izmaksu elementu aktualizēšanai papildus nepieciešami 62,5 milj. *euro*, savukārt, lai gultasdienas tarifs kopumā nosegtu ārstniecības iestāžu faktiskās izmaksas, papildus nepieciešami 109,6 milj. *euro* (bez D un S elementiem).

Revīzijā veikts kopējs salīdzinājums²¹⁸ par ārstniecības iestāžu saņemto valsts finansējumu un izlietoto finansējumu par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem 2023. gadā (skatīt 4. tabulu). Salīdzinājumā ņemts vērā ārstniecības iestāžu saņemtais un izlietotais finansējums gan par stacionārajiem, gan par ambulatorajiem valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ievērojot, ka ārstniecības iestādes, aizpildot pārskatu par finansējuma izlietojumu, pielieto katra savu izstrādāto metodiku, lai kopējos izdevumus sadalītu starp ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.²¹⁹

Vērtējot atsevišķi stacionāro un ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu finansējumu ārstniecības iestādēs, konstatēts, ka lielāki nenosegtie izdevumi ir tieši stacionārajā veselības aprūpē, tas ir, vairāk nekā

16 milj. *euro*, savukārt ambulatorajā veselības aprūpē izveidojas pārmaksa gandrīz 19 milj. *euro*. Turpretī, analizējot kopējo finansējumu, saņemtais finansējums par 2,9 milj. *euro* pārsniedz tā izlietojumu.

4. tabula. Par veselības aprūpes pakalpojumiem saņemtais valsts finansējums un izlietotais finansējums ārstniecības iestādēs 2023. gadā.

	Stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi, <i>euro</i>	Ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi, <i>euro</i>	Kopā, <i>euro</i>
Ārstniecības iestāžu saņemtais valsts finansējums par veselības aprūpes pakalpojumiem, ieskaitot pacientu līdzmaksājuma kompensāciju atbrīvotajām iedzīvotāju kategorijām	629 951 068 ²²⁰	228 590 788	858 541 857
Ārstniecības iestāžu iekasētais pacientu līdzmaksājums par veselības aprūpes pakalpojumiem	10 738 880	10 735 083	21 473 963
Ārstniecības iestāžu izlietotais finansējums par valsts finansētiem veselības aprūpes pakalpojumiem	656 757 682	220 332 609	877 090 291
Starpība starp saņemto un izlietoto finansējumu par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem (1.+2.-3.)	-16 067 734	18 993 262	2 925 528

Tāpat revīzijā konstatēts, ka Nacionālais veselības dienests nesalīdzina ārstniecības iestādēm veikto samaksu (sadalījumā pa veselības aprūpes tarifu elementiem) ar ārstniecības iestāžu faktiskajiem izdevumiem (sadalījumā pa ekonomiskajām kategorijām). Līdz ar to dienestam nav informācijas, vai un kādā apmērā ārstniecības iestādes finansējumu izlieto katram tarifa elementam.

Pacientu un finansējuma plānošana nav pārskatāma, uz vajadzībām balstīta un vienlīdzīga

Samaksas apmēru ārstniecības iestādēm Nacionālais veselības dienests nosaka, pamatojoties uz faktisko pacientu skaitu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmās iepriekšējo 12 mēnešu laikā (no 1. septembra līdz 31. augustam).²²¹

Revidenti vērs uzmanību, ka DRG un iezīmēto pakalpojumu programmās pacientu skaita plānošanas nosacījumi atšķiras. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam²²² DRG pakalpojumu finansējuma plānošanā ņem vērā diagnožu grupas un vidējās viena pacienta hospitalizācijas izmaksas un pakalpojumu apjoms ir elastīgāks, jo tas atkarīgs no faktiskā pacientu pieprasījuma un ārstniecības iestādes kapacitātes. Savukārt iezīmētajiem pakalpojumiem ir noteikts konkrēts finansējuma apjoms un pacientu skaits un tie mērķēti uz īpašām pacientu grupām, piemēram, onkoloģija vai bērnu veselība.

Veselības resorā 2025. gada sākumā izveidoja darba grupu²²³, kuras uzdevums bija izstrādāt priekšlikumus turpmākajai ārstniecības iestāžu finansēšanas politikai. Darba grupai līdz 28.02.2025. bija jāiesniedz Veselības ministrijai priekšlikumi izmaiņām normatīvajā aktā²²⁴, tomēr tā nepanāca vienotu izpratni par turpmāko rīcību.²²⁵

Vienlaikus Nacionālais veselības dienests uzsvēra²²⁶, ka, visticamāk, būtiskas izmaiņas finansējuma apmērā veselības aprūpei tuvākajā nākotnē nav paredzamas un jebkurā gadījumā pacientu skaita plānošanā būs jāņem vērā pieejamā valsts budžeta ietvars.

Pacientu skaita plānošanas nosacījumi DRG pakalpojumiem pielāgoti ierobežotajam finansējumam un nav saistīti ar pakalpojumu kvalitāti

DRG pakalpojumu programmās²²⁷ plānoto pacientu skaitu ārstniecības iestādei Nacionālais veselības dienests nosaka, vērtējot līgumā ar ārstniecības iestādi noteikto kvalitātes rādītāju izpildi, bet ar pieaugumu ne lielāku par 10 % no iepriekšējā gadā plānotā pacientu skaita. Tomēr kvalitātes rādītāju izpildi šobrīd vērtē tikai VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, pārējās ārstniecības iestādēs – no 01.01.2026.²²⁸ Kvalitātes rādītāju izpildes vērtēšanu jau kopš 2019. gada²²⁹ vairākkārt pārcēla, un kā pēdējo izmaiņu iemeslu minēja²³⁰ Covid-19 pandēmijas izraisītās izmaiņas pacientu struktūrā un plūsmas organizēšanā.

Revīzijā, skaidrojot, vai ārstniecības iestādei kopējo plānoto pacientu skaitu var sadalīt pa pakalpojumu profiliem, Nacionālais veselības dienests norādīja²³¹, ka pacientu skaitu neplāno pa profiliem, bet gan atbilstoši normatīvā akta²³² nosacījumiem un DRG pakalpojumu programmām. Papildus dienests norādīja, ka pa profiliem ir iespējams sadalīt jau pakalpojumus saņēmušo jeb faktisko pacientu skaitu.

Lai gūtu pārliecību, ka DRG pakalpojumu programmās pacientu skaitu plāno atbilstoši normatīvā akta²³³ nosacījumiem, revīzijā izlases veidā analizēja visu 26 V, IV, III, II un I līmeņa ārstniecības iestāžu pacientu skaita plānošanu 2023., 2024. un 2025. gadam.

Normatīvajā aktā²³⁴ noteiktie pacientu plānošanas nosacījumi ir vispārīgi. Proti, attiecīgajam gadam plānotais pacientu skaita pieaugums nevar būt lielāks par 10 % no iepriekšējā gadā plānotā pacientu skaita. Savukārt kvalitātes rādītāju izpildes vērtēšana netiek veikta. Līdz ar to revīzijā konstatēts, ka, nosakot pacientu skaitu 2023., 2024. un 2025. gadam (skatīt 16. attēlu), Nacionālais veselības dienests katru gadu piemēroja dažādus pacientu skaita plānošanas nosacījumus, pielāgojoties pieejamajam finansējumam, kā arī atsevišķām ārstniecības iestādēm izņēmumu kārtā individuāli palielinot vai samazinot plānoto pacientu skaitu.

Gads	Pacientu skaita plānošanas nosacījumi	Iepriekš iezīmēto pakalpojumu programma	Pacientu skaita noteikšana
2023	2022. gada faktiskais pacientu skaits (01.09.2021.-31.08.2022.) + 10 %	“Covid-19 pacientu ārstēšana”	Izvēlas mazāko rādītāju: 2022. gada faktiskais pacientu skaits + 10 % vai 2022. gada plānotais pacientu skaits
2024	- 2023. gada faktiskais pacientu skaits (01.09.2022.-31.08.2023.) - 2023. gada plānotais pacientu skaits + 10 %	“Dzemdību palīdzība”, “Plānveida īslaicīgā ķirurģija”, “Plānveida īslaicīgā invazīvā kardioloģija”	Izvēlas mazāko rādītāju: 2023. gada plānotais pacientu skaits + 10 % vai 2023. gada faktiskais pacientu skaits*
2025	2024. gada faktiskais pacientu skaits (01.09.2022.-31.08.2023.)	“Plānveida īslaicīgā ķirurģija”, “Plānveida īslaicīgā invazīvā kardioloģija”	2024. gada faktiskais pacientu skaits samazināts par iepriekš iezīmēto pakalpojumu programmu pacientu skaitu*

* DRG pakalpojumu programmu plānveida (P) un neatliekamās palīdzības (N) pakalpojumu pacienti ir vērtēti atsevišķi (detalizētu aprēķinu skatīt 2. pielikumā).

16. attēls. Pacientu skaita plānošanas nosacījumi DRG pakalpojumu programmās 2023., 2024. un 2025. gadam.

Plānojot ārstniecības iestāžu pacientu skaitu 2023. gadam (skatīt 16. attēlu un 2. pielikuma 1. tabulu), Nacionālais veselības dienests:

- ✓ vērtēja, kurš no rādītājiem ir mazāks – 2022. gada faktiskais pacientu skaits²³⁵ ar 10 % pacientu pieaugumu vai plānotais pacientu skaits;
- ✓ DRG pakalpojumu programmās iekļāva iepriekš iezīmēto pakalpojumu programmas “Covid-19 pacientu ārstēšana” pacientu skaitu.

Tomēr revīzijā konstatēts (skatīt 2. pielikuma 1. tabulu), ka SIA “Jūrmalas slimnīca” un SIA “Limbažu slimnīca” pacientu plānošanā izmantoja citu pieeju, jo 2022. gada faktiskais pacientu skaits ir lielāks par plānoto. Proti, SIA “Jūrmalas slimnīca” 2023. gadam ieplānoja 2022. gada faktisko pacientu skaitu, nepiemērojot 10 % pacientu pieaugumu un neiekļaujot Covid-19 pacientus, jo ārstniecības iestāde vairs nenodrošinās šo pacientu ārstēšanu. Savukārt SIA “Limbažu slimnīca” 10 % pacientu skaita pieaugumu piemēroja 2022. gadam plānotajam pacientu skaitam (nevis faktiskajam pacientu skaitam). Izņēmums ir arī VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, kura 2023. gadam ieplānoja 2022. gada faktisko pacientu skaitu, ieskaitot Covid-19 pacientus, bet nepiemēroja 10 % pacientu skaita pieaugumu, jo, pretēji citu ārstniecības iestāžu pieejai, šī iestāde Covid-19 laikā nepārtrauca plānveida stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

Plānojot ārstniecības iestāžu pacientu skaitu 2024. gadam (skatīt 16. attēlu un 2. pielikuma 2. tabulu), Nacionālais veselības dienests:

- ✓ vērtēja, kurš no rādītājiem ir mazāks – 2023. gada plānotais pacientu skaits ar 10 % pacientu pieaugumu vai faktiskais pacientu skaits²³⁶;
- ✓ atsevišķi vērtēja DRG pakalpojumu programmu plānveida un neatliekamās pacientus;
- ✓ DRG pakalpojumu programmās iekļāva iepriekš iezīmēto pakalpojumu programmas – “Dzemdību palīdzība”, “Plānveida īslaicīgā ķirurģija” un “Plānveida īslaicīgā invazīvā kardioloģija”.

Revīzijā konstatēts (skatīt 2. pielikuma 2. tabulu), ka ārstniecības iestādes, piemēram, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Rēzeknes slimnīca”, kurās 2023. gada faktiskais pacientu skaits ir lielāks par plānoto, ir neizdevīgākā situācijā, jo tām nākamajam periodam plānotais pacientu skaits ir mazāks gan par iepriekšējā perioda faktisko pacientu skaitu, gan par iepriekšējā perioda plānoto pacientu skaitu ar 10 % pacientu pieaugumu.

Nacionālais veselības dienests norādīja²³⁷, ka, noslēdzot 2024. gada plānošanas procesu, visām ārstniecības iestādēm nosūtīja stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas projektu 2024. gadam, pretī saņemot vairāku ārstniecības iestāžu iebildumus un priekšlikumus. Tos izvērtēja, tomēr ierobežotā finansējuma dēļ ne visus akceptēja. Izņēmuma kārtā, pamatojoties uz ārstniecības iestāžu izteikto lūgumu, 2024. gadā pacientu skaitu palielināja:

- ✓ SIA “Vidzemes slimnīca” par 226 pacientiem, pārdalot 2024. gadam piešķirto finansējumu starp iestādes pakalpojumu programmām, piemēram, daļa finansējuma no iezīmēto pakalpojumu programmām “Neiroloģija (insulta vienība)” un “Revīzijas endoprotezēšana (ar endoprotēzes vērtību)” pārvirzīta uz DRG pakalpojumu programmu “DRG fiksētais maksājums”;

- ✓ SIA “Limbažu slimnīca” par 47 pacientiem, izvērtējot ārstniecības iestādes vēsturisko izpildi, Covid-19 pandēmijas laika kapacitāti, sadarbību ar citām ārstniecības iestādēm, tostarp SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Vidzemes slimnīca”, kā arī pieejamo finansējumu.

Plānojot ārstniecības iestāžu pacientu skaitu 2025. gadam (skatīt 16. attēlu un 2. pielikuma 3. tabulu), Nacionālais veselības dienests par pamatu ņēma 2024. gada faktisko pacientu skaitu²³⁸, bet, tā kā 2023. gadā kā vienreizēju maksājumu piešķīra papildu finansējumu DRG pakalpojumu programmām “Plānveida īslaicīgā ķirurģija” un “Plānveida īslaicīgā invazīvā kardioloģija”, tad katrai ārstniecības iestādei DRG pakalpojumu programmās attiecīgi samazināja noteiktu pacientu skaitu.

Savukārt I līmeņa ārstniecības iestādēm plānoto pacientu skaitu noteica 2024. gada faktiskā pacientu skaita apjomā, ja 2024. gada faktiskais pacientu skaits mazāks par plānoto, un 2024. gada plānotā pacientu skaita apjomā ar 10 % pacientu pieaugumu, ja 2024. gada faktiskais pacientu skaits ir lielāks par plānoto.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam²³⁹, sākot ar 2025. gadu, katrai ārstniecības iestādei individuāli noteica pacientu skaitu atsevišķi neatliekamajai un plānveida stacionārajai veselības aprūpei, kā pamatojumu minot:

- ✓ ārstniecības iestādes tehniskās un personāla kapacitātes iespējas;
- ✓ pakalpojumu kvalitātes rādītāju izpildi VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”;
- ✓ pieejamo finansējumu.

Nacionālais veselības dienests atsevišķi vērtēja katras ārstniecības iestādes nodrošināto neatliekamo un plānveida stacionāro veselības aprūpi ar mērķi nodrošināt taisnīgu un samērīgu pacientu skaita sadalījumu. Šādu pieeju ievieša, lai nepieļautu situāciju, ka plānveida stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība tiek ierobežota neatliekamās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu dēļ un otrādi. Finansējuma trūkuma apstākļos šī pacientu nodalīšana ļauj saglabāt līdzsvarotu pieejamību abiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem, vienlaikus respektējot katras ārstniecības iestādes specifiku.

Revidentu ieskatā, šādi pacientu plānošanas nosacījumi DRG pakalpojumu programmās skaidrojami ar ierobežotu finansējumu, kas neļauj apmaksāt ārstniecības iestāžu faktiski sniegtos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus un līdz ar to arī ierobežo ārstniecības iestādes sniegt pakalpojumus lielākā apjomā. Pacientu skaitu plāno, balstoties uz iepriekšējā perioda datiem, saglabājot ārstniecības iestādēm finansējumu iepriekšējā gada līmenī vai nepārsniedzot 10 % pieaugumu salīdzinājumā ar iepriekšējam gadam plānoto, bet neņemot vērā reālās pacientu vajadzības un ārstniecības iestāžu iespējas. Turklāt, lai arī Nacionālais veselības dienests uzvēra, ka šāda pieeja ļauj taisnīgāk un samērīgāk plānot stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, tomēr individuāla pieeja katrai ārstniecības iestādei, bez skaidriem kritērijiem un vienotas kārtības, regulāri izmantojot atkāpes pacientu skaita aprēķinos, ir īstermiņa plānošanas pieeja, kas rada nevienlīdzīgu attieksmi pret salīdzināmām ārstniecības iestādēm un pieļauj iespēju manipulēt ar skaitļiem ierobežotā finansējuma apstākļos. Tas kopumā padara plānošanas procesu nepārskatāmu un neprognozējamu.

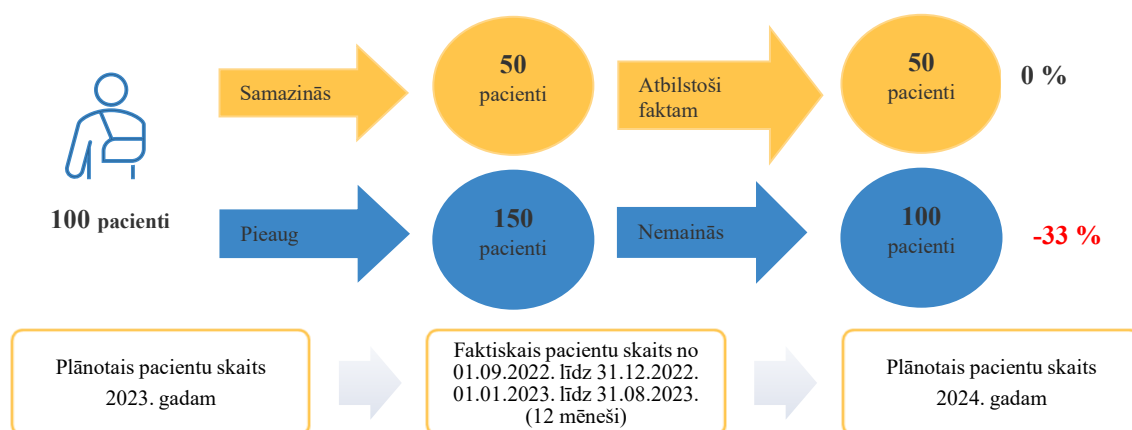
Neizpratni par pacientu plānošanas nosacījumiem pauda arī revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes. Piemēram, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” norādīja²⁴⁰, ka:

pieprasījums pēc ārstniecības iestādes nodrošinātajiem pakalpojumiem ir nemainīgi augsts un gadu no gada pakalpojumi sniegti stabilam pacientu skaitam, tomēr katrs nākamais gads ārstniecības iestādei sākas izaicinoši, ar neatbilstošu pacientu skaita un finansējuma apjomu. Nacionālajam veselības dienestam pacientu skaita plānošanā būtu jāņem vērā pacientu skaita izmaiņas reģionā, kā arī faktiski pacientiem sniegtie pakalpojumi katru gadu.

Iezīmēto pakalpojumu pacientu skaita plānošanā nepietiekami ņem vērā faktiskās vajadzības

Iezīmēto pakalpojumu programmās²⁴¹ plānoto pacientu skaitu ārstniecības iestādei Nacionālais veselības dienests nosaka, salīdzinot faktisko pacientu skaitu (periodā no 1. septembra līdz 31. augustam) ar iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu, ievērojot šādus nosacījumus:

- ✓ ja faktiskais pacientu skaits pārsniedz iepriekšējā gadā līgumā plānoto, tad to nosaka iepriekšējā gada apmērā;
- ✓ ja faktiskais pacientu skaits ir mazāks nekā iepriekšējā gadā līgumā plānotais, tad to nosaka atbilstoši faktiskajam pacientu skaitam (skatīt 17. attēlu).



17. attēls. Piemērs par pacientu plānošanas nosacījumiem iezīmēto pakalpojumu programmās 2024. gadam.

DRG pakalpojumu programmās iespējams pacientu skaita pieaugums 10 % apmērā salīdzinājumā ar iepriekšējam gadam plānoto. Savukārt iezīmēto pakalpojumu programmās, pacientu skaitam samazinoties, nākamajam periodam to plāno atbilstoši faktiskajam pacientu skaitam, savukārt, pacientu skaitam pieaugot, tas paliek nemainīgā, proti, iepriekšējā periodā plānotajā, apmērā.

Pastāv arī vairāki izņēmumi²⁴², kad pacientu skaitu plāno atbilstoši faktiskajam pacientu skaitam, bet, ja tas ir mazāks par plānoto, tad to nosaka iepriekšējā gadā plānotajā apmērā (ja ārstniecības iestādei ir resursi plānotā apjoma izpildei) (skatīt 5. tabulu). Minētā kārtība attiecas uz dzemdību, tuberkulozes ārstēšanas, insulta vienības, apsaldējumu un apdegumu ārstēšanas, ķīmijterapijas, cilmes šūnu transplantācijas, paliatīvās aprūpes un lielo locītavu endoprotezēšanas pakalpojumiem. Piemēram, VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” iezīmētajā pakalpojumu programmā “Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana bērniem” katru gadu plāno 39 pacientus, lai gan faktiski pakalpojums 2023. gadā sniegts 11 pacientiem un 2024. gadā – sešiem. Rezultātā ārstniecības iestādei vidēji gadā minētajā programmā piešķirts finansējums par 473 884 euro lielākā apmērā.

5. tabula. Piemēri par iezīmēto pakalpojumu programmās plānoto pacientu skaitu 2023.–2025. gadam un faktisko izpildi 2023.–2024. gadā.

Ārstniecības iestāde	Iezīmētā pakalpojumu programma	2023. gadam plānotais pacientu skaits	Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2022. līdz 31.08.2023. (12 mēneši)	2024. gadam plānotais pacientu skaits	Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2023. līdz 31.08.2024. (12 mēneši)	2025. gadam plānotais pacientu skaits	Finansējuma neizpilde/pārpilde vidēji gadā
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana bērniem	39	11	39	6	39	-473 884
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana	211	172	211	183	211	-277 160
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	Paliatīvā aprūpe	614	382	615	433	615	-300 028
Liepājas reģionālā slimnīca	Neiroloģija (insulta vienība)	315	199	315	210	315	-214 207
Liepājas reģionālā slimnīca	Ķīmijterapija pieaugušajiem	722	457	722	486	722	-245 183
Vidzemes slimnīca	Hronisko pacientu aprūpe no 15. ārstēšanās dienas vai aprūpes turpināšana pēc akūta ārstēšanas perioda iestādes ietvaros	480	846	480	1003	480	+292 859
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	Radiokirurģija, stereotaktiskā staru terapija un staru terapija ar augsti tehnoloģiskām apstarošanas metodēm	25	94	42	164	42	+517 214

Revidentu ieskatā, šādos pacientu plānošanas nosacījumos nav ņemtas vērā faktiskās pacientu vajadzības pēc noteiktiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem un ārstniecības iestāžu iespējas nodrošināt šos pakalpojumus atbilstoši pacientu vajadzībām.

Revīzijā uz problēmām iezīmēto pakalpojumu programmu pacientu plānošanā norādīja²⁴³ arī VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”:

pacientu skaits tiek noteikts standartizēti, katru gadu gada sākumā viens un tas pats, neņemot vērā faktisko pacientu skaitu gada griezumā.

Revīzijā, izlases veidā analizējot visu 26 V, IV, III, II un I līmeņa ārstniecības iestāžu pacientu skaita plānošanu 2024. gadam, konstatēts, ka ne visos gadījumos pacientu skaitu plāno, ievērojot normatīvā akta²⁴⁴ nosacījumus. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam²⁴⁵ vērā ņēma arī citus faktorus, piemēram, plānotā finansējuma ietvaru, ārstniecības iestādes kapacitāti, ārstniecības iestāžu izmaiņu pieprasījumus (skatīt 6. tabulu).

6. tabula. Piemēri par iezīmēto pakalpojumu programmās plānoto pacientu skaitu 2024. gadam, tā atbilstība normatīvā akta nosacījumiem un faktiskā izpilde 2022.–2024. gadā.

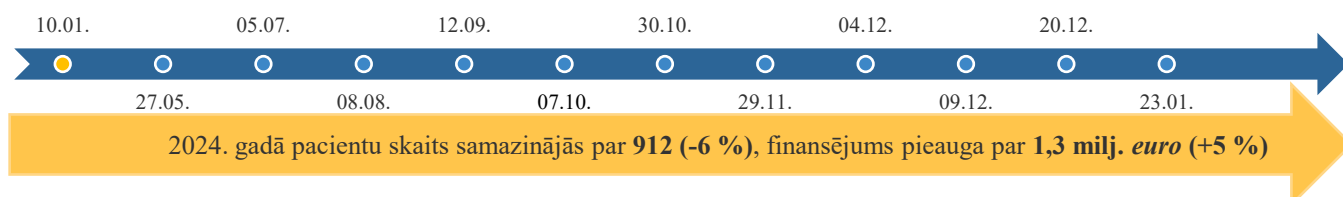
Ārstniecības iestāde	Iezīmētā programma	Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2021. līdz 31.08.2022. (12 mēneši)	2023. gadam plānotais pacientu skaits	Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2022. līdz 31.08.2023. (12 mēneši)	2024. gadam plānotais pacientu skaits	2024. gadam plānotais pacientu skaits atbilstoši normatīvā akta nosacījumiem	Atbilstība normatīvā akta nosacījumiem	Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2023. līdz 31.08.2024. (12 mēneši)
Vidzemes slimnīca	Neiroloģija (insulta vienība)	400	400	289	280	400	-120	313
Jēkabpils reģionālā slimnīca	Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana	64	64	39	43	64	-21	35
Liepājas reģionālā slimnīca		57	57	31	35	57	-22	43
Rēzeknes slimnīca		30	31	1	30	31	-1	28
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	Tuberkulozes seku ārstēšana	211	335	176	200	335	-135	170
Liepājas reģionālā slimnīca		65	65	56	60	65	-5	53
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	Ķīmijterapija pieaugušajiem	5161	5161	5382	5651	5382	+269	5577
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	Paliatīvā aprūpe	638	639	430	539	639	-100	387
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca		1000	1000	662	950	1000	-50	787

Atbilstoši apkopotajiem datiem atsevišķās iezīmēto pakalpojumu programmās plānoto pacientu skaitu samazina vai palielina pēc ārstniecības iestāžu pieprasījuma vai ņemot vērā faktisko pacientu skaitu, vienlaikus neņemot vērā normatīvā akta²⁴⁶ nosacījumus. Savukārt citās ārstniecības iestādēs tajās pašās iezīmēto pakalpojumu programmās, lai arī pacientu skaits neizpildās vai tiek pārsniegts, tāpat to plāno iepriekšējā perioda apmērā. Piemēram, 2024. gadā:

- ✓ SIA “Vidzemes slimnīca” iezīmēto pakalpojumu programmā “Neiroloģija (insulta vienība)” pacientu skaitu samazināja par 120 (skatīt 6. tabulu), salīdzinājumam – arī SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” minētajā programmā faktiskais pacientu skaits ir mazāks par plānoto, tomēr to plāno iepriekšējā perioda apmērā (skatīt 5. tabulu);
- ✓ VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” iezīmēto pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” pacientu skaitu samazināja attiecīgi par 100 un 50 (skatīt 6. tabulu), salīdzinājumam – SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” minētajā programmā faktiskais pacientu skaits ir būtiski mazāks par plānoto, tomēr to plāno iepriekšējā perioda apmērā (skatīt 5. tabulu).

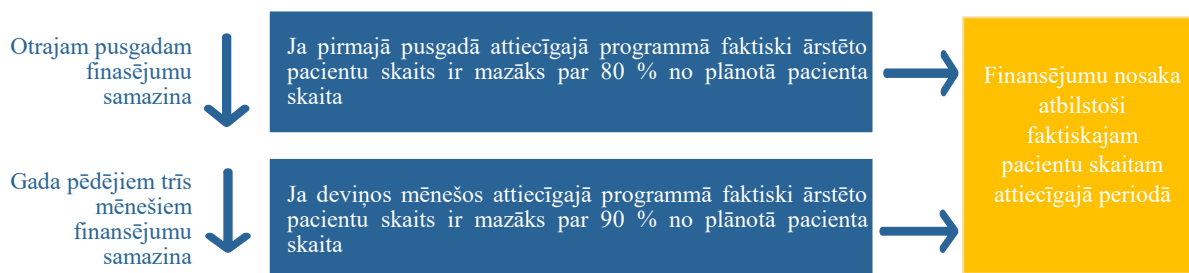
Gada laikā stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu vairākkārt pārplāno

Līdzās revīzijā konstatētajam, ka kopumā pacientu plānošana DRG un iezīmēto pakalpojumu programmās nav pārskatāma, turklāt ar individuālu pieeju un izņēmuma gadījumiem, sākotnēji plānoto pacientu skaitu vēl vairākkārt maina – vidēji 10 reizes gadā jeb gandrīz katru mēnesi. Piemēram, starp SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” un Nacionālo veselības dienestu 10.01.2024. noslēgto līgumu par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu²⁴⁷ grozīja 11 reizes²⁴⁸ (skatīt 18. attēlu).



18. attēls. Starp Nacionālo veselības dienestu un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” noslēgtā līguma par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 2024. gadā izmaiņas.

Atbilstoši normatīvajam aktam²⁴⁹, ja pārskata gadā ārstniecības iestāde neizpilda līgumā noteikto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, Nacionālais veselības dienests līguma finanšu apmēru pārplāno, samazinot DRG vai iezīmēto pakalpojumu finansējumu, ievērojot noteiktos nosacījumus (skatīt 19. attēlu).



19. attēls. Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pārplānošanas nosacījumi.

Pārplānošanas rezultātā iegūto finansējumu novirza ģeogrāfiski tuvākajai ārstniecības iestādei, ievērojot šādus nosacījumus²⁵⁰:

- ✓ DRG pakalpojumu apmaksai paredzēto finansējumu novirza ārstniecības iestādei, kurai DRG pakalpojumu programmās faktiskais pacientu skaits sešos vai deviņos mēnešos ir lielāks par līgumā plānoto pacientu skaitu attiecīgajam periodam;
- ✓ iezīmēto pakalpojumu apmaksai paredzēto finansējumu novirza tām ārstniecības iestādes stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmām, kurās finansējumu samazina, ņemot vērā to, vai ārstniecības iestādei ir nepieciešamie resursi plānotā līguma apjoma pieauguma izpildei;
- ✓ ja ārstniecības iestādēm attiecīgajos pakalpojumu veidos nav resursu līgumā plānotā apjoma pieauguma izpildei, tad Nacionālais veselības dienests pārplānošanas rezultātā iegūto finansējumu ir tiesīgs novirzīt tādu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu (to skaitā DRG pakalpojumu) apmaksai, kas sniegti neatliekamā kārtā virs līgumā plānotā apjoma.

Savukārt, ja faktiski sniegtais stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē pārsniedz gadam iezīmēto finansējumu, tad Nacionālais veselības dienests pārsniegto starpību neapmaksā.²⁵¹

Tomēr, lai arī normatīvais akts²⁵² paredz pārplānošanas rezultātā iegūto finansējumu novirzīt ģeogrāfiski tuvākajai ārstniecības iestādei, no revīzijā iesniegtajiem datiem par 2024. gadam plānoto un faktisko pacientu skaitu un finansējumu to nav iespējams identificēt. Nacionālais veselības dienests norādīja²⁵³, ka faktiski šis finansējums nonāk kopējā budžeta rezervē, no kuras to pārdala atbilstoši faktiskajām vajadzībām visā stacionārās veselības aprūpes sistēmā. Proti, prioritāri tos novirza neatliekamo un akūto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu segšanai un tikai pēc šo vajadzību nodrošināšanas iespēju robežās vērtē citas ārstniecības iestādes un to pakalpojumu programmas, ievērojot nosacījumus par kapacitāti un faktiskajiem pakalpojumu sniegšanas rezultātiem.

Revidentu ieskatā, ņemot vērā to, ka ārstniecības iestādes norāda uz nepietiekamu finansējumu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, katra ārstniecības iestāde ir ieinteresēta, lai tai piešķirtais finansējums nesamazinātos.

Arī revīzijā analizētie 2024. gada dati liecina, ka faktiski visām revīzijas izlasē iekļautajām 10 no 26 I līdz V līmeņa ārstniecības iestādēm kopējo finansējumu palielināja, arī gadījumos, kad pacientu skaits samazinājās (skatīt 2. pielikuma 4. tabulu). Piemēram, SIA “Tukuma slimnīca” plānotais pacientu skaits un finansējums pieauga par attiecīgi 13 % un 18 %, bet SIA “Ogres rajona slimnīca” plānotais pacientu skaits samazinājās par 3 %, bet finansējums pieauga par 7 %.

Revīzijas izlasē iekļauto ārstniecības iestāžu datu analīzē par DRG un iezīmēto pakalpojumu programmās plānoto pacientu skaitu un finansējumu un izpildi 31.12.2024. (skatīt 2. pielikumu 5. tabulu) konstatēts, ka pacientu skaitu un finansējumu pārdalīja starp pakalpojumu programmām ārstniecības iestādes ietvaros. Proti, visās ārstniecības iestādēs (izņemot SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”) DRG pakalpojumu programmās pacientu skaitu un finansējumu palielināja, savukārt iezīmēto pakalpojumu programmās (izņemot SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un SIA “Ogres rajona slimnīca”) – samazināja. Tas nozīmē, ka no tām pakalpojumu programmām, kurās ir neizpilde, finansējumu un pacientu skaitu pārvirzīja uz tām pakalpojumu programmām, kurās tas nav pietiekams, proti, ir pārpilde. Piemēram, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” (skatīt 2. pielikuma 6. tabulu):

- ✓ iezīmēto pakalpojumu programmās “Neiroloģija”, “Gūžas locītavas endoprotezēšana ar cementējamu endoprotēzi” un “Ķīmijterapija pieaugušajiem” finansējumu samazināja par 652 tūkst. *euro*, savukārt par 482 tūkst. *euro* palielināja pakalpojumu programmās “Staru terapija” un “Gūžas locītavas endoprotezēšana ar bezcementa fiksācijas vai hibrīda tipa endoprotēzi”;
- ✓ DRG fiksēto maksājumu samazināja par 447 tūkst. *euro*, bet iezīmēto pakalpojumu programmā “Paliatīvā aprūpe” palielināja par 406 tūkst. *euro*.

Ieteikumi

Veselības ministrijai plānot stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, sasaistot pieejamo finansējumu ar noteiktu kvalitātes rādītāju izpildi, ņemot vērā noteiktās valsts prioritātes un pacientu vajadzības veselības aprūpes jomā.

Ir sagaidāms, ka Veselības ministrija veiks darbības ieteikuma ieviešanai un panāks, ka finansējumu plānos, ņemot vērā noteiktu kvalitātes rādītāju izpildi ārstniecības iestādēs, faktiskās izpildes datus un izsekojamus kritērijus.

Veselības ministrijai nodrošināt, ka ārstniecības iestādes par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem saņem taisnīgu un atbilstošu finansējumu.

Ir sagaidāms, ka Veselības ministrija veiks darbības ieteikuma ieviešanai un panāks, ka stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus apmaksās, pamatojoties uz datus balstītiem un aktuāliem tarifu elementiem un ņemot vērā ārstniecības iestāžu faktiskos resursu ieguldījumus.

3. Stacionāro neatliekamo medicīnisko palīdzību plāno un organizē neefektīvi un neproduktīvi

Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklam trūkst pamatojuma, jo tas izveidots, neņemot vērā faktisko pacientu plūsmu, līdz ar to tas nedarbojas vienlīdz efektīvi. Tāpat viena līmeņa ārstniecības iestādes nenodrošina līdzvērtīgus pakalpojumus, kā arī pastāv būtiskas atšķirības finansējuma izlietojuma produktivitātē.

Veselības ministrija, 2024. gadā stiprinot neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas, nav sasniegusi izvirzīto mērķi – nodrošināt, ka pacientu jebkura līmeņa ārstniecības iestādē sagaida noteiktu speciālistu komanda, kas sniedz drošus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus. Faktiski neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darbību raksturo nepietiekams speciālistu nodrošinājums, ļoti atšķirīgas pacientu plūsmas un faktiski sniegto pakalpojumu veids un apjoms.

Neviena neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļa nespēj nodrošināt nepieciešamo personālu pilnā apmērā, ņemot vērā, ka noteiktās prasības esošajā nodaļu tīklā nav samērīgas un arī reāli izpildāmas, tajā skaitā par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifu ietverto darba samaksu. Papildus nepieciešamajiem speciālistiem pakalpojumus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā faktiski sniedz arī rezidenti, ārsti stažieri un citu specialitāšu ārstniecības personas, tāpat speciālisti darbu nodaļā apvieno ar vienlaicīgu vai secīgu darbu citā ārstniecības iestādes struktūrvienībā vai pat citā ārstniecības iestādē. Tāpat ārstniecības iestādes nespēj nodrošināt arī visas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamās māsu un māsas palīgu dežūrstundas.

Atbilstoši revidentu aplēsei I līdz V līmeņa ārstniecības iestādes 2024. gada septembrī nenodrošināja 53 % no visām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamajām speciālistu dežūrstundām, par kurām saskaņā ar revidentu aplēsi ārstniecības iestādes saņēma 3,1 milj. *euro*.

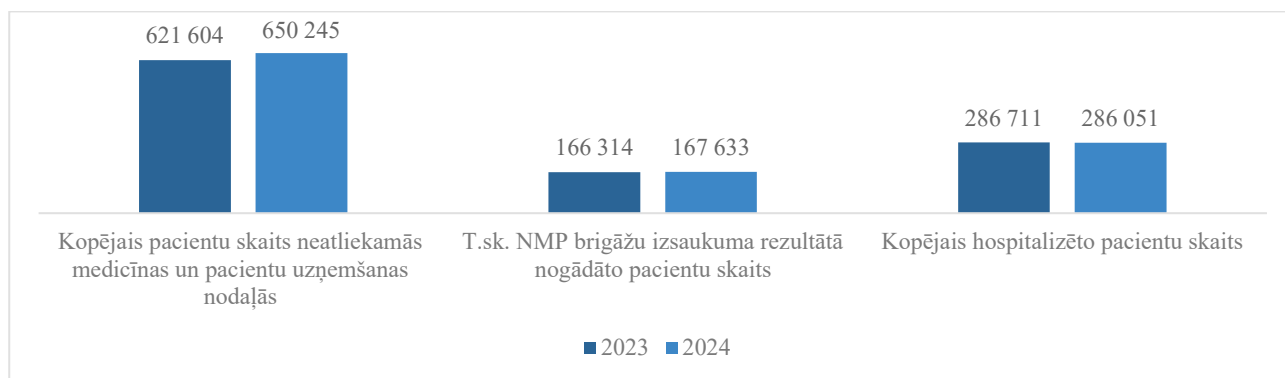
Veselības ministrija pacientu observācijas līdz 24 stundām pakalpojumu ir ieviesusi nepilnīgi, līdz ar to nav sasniegta ne observācijas izmaksu efektivitāte, ne observācijas finansējuma izlietojums mērķim – atbilstoši revidentu aplēsei Nacionālais veselības dienests 2024. gadā

19 ārstniecības iestādēm samaksāja 4,3 milj. *euro* par plānotām, bet nenodrošinātām māsu un māsas palīgu dežūrām pacientu observācijas nodrošināšanai.

Trūkst pamatojuma esošajam neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklam

Ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu funkcija ir sniegt neatliekamo un akūto palīdzību pacientiem veselības stāvokļa vai dzīvības saglabāšanai. Pacients ārstniecības iestādē var ierasties pats vai ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi.²⁵⁴ No 41 ārstniecības iestādes, kas sniedz valsts apmaksātus stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, 36 nodrošina arī neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu.²⁵⁵ Nacionālais veselības dienests norādīja²⁵⁶, ka šādu dalījumu izvērtēja, veidojot ārstniecības iestāžu tīklu.

Kopējais neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas pacientu skaits 2024. gadā, salīdzinot ar 2023. gadu, pieauga par 5 %, savukārt hospitalizēto pacientu skaits praktiski nav mainījies²⁵⁷ (skatīt 20. attēlu). No kopējā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās uzņemto pacientu skaita 2024. gadā 37 % pacientu ir V līmeņa ārstniecības iestādēs, 32 % – IV, 12 % – III, savukārt pa 3 % – gan II, gan I līmeņa ārstniecības iestādēs, pārējie – citās vai specializētajās ārstniecības iestādēs. 2024. gadā hospitalizēja vidēji 46 % no kopējā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas pacientu skaita (skatīt 3. pielikumu). Tas liecina, ka daļa pārējo pacientu pēc nepieciešamās palīdzības, iespējams, varēja vērsties arī pie ģimenes ārsta vai ambulatori. Arī fakts, ka 2023.–2024. gadā attiecīgi vidēji vien 27 % un 26 % no visiem neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas pacientiem uz ārstniecības iestādēm nogādāja neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde (skatīt 20. attēlu un 3. pielikumu), iespējams, liecina, ka ir liels to pacientu īpatsvars, kas ar veselības problēmām, kuras varētu risināt pie ģimenes ārsta vai ambulatori, pēc savas iniciatīvas vēršas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās.



20. attēls. Kopējais neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacientu skaits, ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi nogādāto pacientu skaits un hospitalizēto pacientu skaits 2023.–2024. gadā.

2024. gadā no neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās uzņemto pacientu skaita lielākais hospitalizēto pacientu īpatsvars (51 %) ir V līmeņa ārstniecības iestādēs. Tas, iespējams, liecina, ka šeit nonāk pacienti smagākā stāvoklī un pacienti, kuriem nepieciešama sarežģītāka ārstēšana (skatīt 3. pielikumu). Savukārt papildus tam, ka, piemēram, I līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas

un pacientu uzņemšanas nodaļās palīdzību sniedz ļoti nelielam pacientu skaitam, tajās ir arī vismazākais hospitalizēto pacientu īpatsvars (25 %). Tātad šeit, iespējams, nonāk pacienti vieglākā stāvoklī, kuri nav neatliekami jāhospitalizē, vai arī speciālistu trūkuma dēļ pacientus hospitalizē augstāka līmeņa ārstniecības iestādēs.

Piemēram, revīzijā konstatēts, ka 2024. gadā vidēji dienā palīdzību neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās sniedza šādam pacientu skaitam:

- ✓ SIA “Līvānu slimnīca” (I līmenis) – septiņiem pacientiem, no kuriem hospitalizēti divi;
- ✓ SIA “Limbažu slimnīca” (I līmenis) – 10 pacientiem, no kuriem hospitalizēti divi;
- ✓ SIA “Krāslavas slimnīca” (II līmenis) – astoņiem pacientiem, no kuriem hospitalizēti pieci;
- ✓ SIA “Preiļu slimnīca” (II līmenis) – 10 pacientiem, no kuriem hospitalizēti četri.

Minētajās ārstniecības iestādēs ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi nogādāto pacientu skaits 2024. gadā ir no viena pacienta 20 dienās līdz pieciem pacientiem divās dienās. Savukārt, piemēram, III līmeņa ārstniecības iestādēs ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi nogādāto pacientu skaits ir vidēji no četriem līdz 12 pacientiem dienā, bet IV līmeņa ārstniecības iestādēs – no 16 līdz 36 pacientiem dienā.

Lielāko daļu jeb vidēji 67 % pacientu 2024. gadā hospitalizēja neatliekamai ārstēšanai (skatīt 3. pielikumu), un šāda tendence raksturīga II līdz V līmeņa ārstniecības iestādēs. Savukārt I līmeņa un pārējās ārstniecības iestādēs ir pretēja tendence – 90 % pacientu hospitalizēja plānveida ārstēšanai. Tā kā I līmeņa ārstniecības iestādēs ir ierobežots pakalpojumu klāsts un tās nodrošina galvenokārt aprūpes profilus, likumsakarīgi, ka tajās pārsvarā ir plānveida hospitalizācijas un mazs ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi nogādāto pacientu skaits. Minētais, revidentu ieskatā, liecina, ka šo nodaļu kapacitāte sniegt neatliekamo palīdzību ir daudz ierobežotāka, salīdzinot ar citu līmeņu ārstniecības iestādēm.

Arī analizējot datus²⁵⁸ pa konkrētām ārstniecības iestādēm, konstatēti fakti, kas liecina, ka jāizvērtē neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darbība un izveidoto nodaļu tīkls kopumā, piemēram:

- ✓ 2023.–2024. gadā VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” ik gadu maksāja fiksēto piemaksu par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību (kopējais finansējums divu gadu periodā – 733 tūkst. *euro*), tomēr no kopumā 9835 nodaļas pacientiem nevienu nehospitalizēja neatliekamai ārstēšanai, turklāt neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde izsaukuma rezultātā uz šo iestādi nenogādāja nevienu pacientu;
- ✓ 2023.–2024. gadā gandrīz visus pacientus SIA “Saldus medicīnas centrs” hospitalizēja neatliekamai ārstēšanai, turklāt attiecīgi 41 un 34 pacientus izsaukuma rezultātā šajā ārstniecības iestādē nogādāja neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde, tomēr fiksētā piemaksa par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu iestādei nav paredzēta;
- ✓ savukārt I līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Līvānu slimnīca”, kura 2023.–2024. gadā saņēma fiksēto piemaksu par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu (kopējais finansējums par diviem gadiem – 1,5 milj. *euro*), visus pacientus hospitalizēja plānveida

ārstēšanai, turklāt visa gada laikā attiecīgi vien sešus un 19 pacientus izsaukuma rezultātā šajā ārstniecības iestādē nogādāja neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde.

Viena līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nodrošināto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu veids un apjoms atšķiras

Revīzijā konstatēts²⁵⁹, ka neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi atšķiras atkarībā no ārstniecības iestādes līmeņa un tai faktiski pieejamajiem resursiem (speciālisti, aprīkojums). Vienlaikus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās pakalpojumu veids un apjoms atšķiras arī starp viena līmeņa ārstniecības iestādēm. Piemēram:

- ✓ ir nodaļas, kurās var vērsties, ja ir aizdomas par kaula lūzumu, savukārt citās – ja gūti ķermeņa apdegumi vai ir grieztas brūces;
- ✓ dažādu līmeņu ārstniecības iestādēs ir palīdzības veidi (pārsvārā – acu slimības un traumas un otorinolaringoloģiskas saslimšanas un traumas), ko nodrošina tikai noteiktā laikā vai darbdienās, nevis nepārtraukti jeb 24/7 režīmā;
- ✓ III līmeņa ārstniecības iestādēm obligāts ir pediatrijas profils, tomēr neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās palīdzību bērniem (līdz 18 gadu vecumam) nodrošina tikai piecas no septiņām šī līmeņa ārstniecības iestādēm;
- ✓ katra I līmeņa ārstniecības iestāde nodrošina 7–12 veidu, bet kopā 16 veidu palīdzību, tomēr vienādi visās piecās ārstniecības iestādēs ir pieejama vien četru veidu palīdzība (piemēram, palīdzību kardioloģisku slimību gadījumā nodrošina visas ārstniecības iestādes, bet strutainu slimību gadījumā – trīs un strutaino ķirurģiju – tikai viena).

Vienlaikus revidenti norāda, ka, piemēram, visām I līmeņa ārstniecības iestādēm neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās jānodarbina līdzīgi speciālisti, turklāt arī fiksētā piemaksa par nodaļas darbību starp iestādēm būtiski neatšķiras²⁶⁰.

Nacionālais veselības dienests tā arī neizskaidroja²⁶¹, kāpēc starp viena līmeņa ārstniecības iestādēm atšķiras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās sniegtā palīdzība. Dienests vispārīgi norādīja, ka speciālistu sadalījumu pa ārstniecības iestādēm izstrādāja sadarbībā ar nozares speciālistiem, asociācijām un ārstniecības iestādēm, ņemot vērā arī ārstniecības iestādes kapacitāti, tās teritoriālo novietojumu, datus par pacientu plūsmu un citus faktorus.

Revidentu ieskatā, no vienas puses, specializācija un resursu koncentrēšana var uzlabot konkrētu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, bet, no otras puses, var radīt neskaidrību gan pacientiem, gan neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādei, kas ir atbildīga par pacienta nogādāšanu uz atbilstošu tuvāko ārstniecības iestādi²⁶², un kavēt ātras, kvalitatīvas un pacienta veselībai drošas palīdzības saņemšanu neatliekamajos un akūtos gadījumos. Kā revīzijā norādīja Nacionālais veselības dienests²⁶³, neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādei ir pieejams Pacientu nogādāšanas un hospitalizācijas vietu plāns²⁶⁴ (*Excel* formātā), kurā katrai ārstniecības iestādei ir sava izklājlapa un ar “+” zīmi ir atzīmēta tās sniegtā palīdzība neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā. Savukārt, ja pacients ierodas dzīvesvietai tuvākajā ārstniecības iestādē, neatliekamās medicīnas un pacientu

uzņemšanas nodaļas ārsti izvērtē katru pacientu un, ja pacientam nevar sniegt atbilstošu palīdzību, tad to pārved uz citu atbilstošu ārstniecības iestādi.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līguma par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu²⁶⁵ nosacījumiem ārstniecības iestādes pienākums ir nodrošināt, ka Vadības informācijas sistēmā tiek ievadīta precīza un autentiska informācija par sniegtajiem pakalpojumiem. Revīzijā, vērtējot I līdz V līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās sniegtos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus²⁶⁶ tiem pacientiem, kurus pēc sākotnējā veselības stāvokļa novērtēšanas nosūtīja tālākai ārstēšanai ambulatori, konstatēts, ka 2024. gadā kopumā ir veiktas 1,8 milj. 463 dažādu veidu diagnostisko (tajā skaitā laboratorisko) izmeklējumu manipulācijas²⁶⁷, no kurām 55 % – V līmeņa, 24 % – IV līmeņa, 7 % – III līmeņa, 2 % – II līmeņa un 0,03 % – I līmeņa ārstniecības iestādēs, savukārt 12 % manipulāciju dažāda līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās ir nodrošinājušas laboratorijas kā ārpalpojuma sniedzēji (saskaņā ar revīzijā iesniegtajiem datiem²⁶⁸ nebija iespējams identificēt ārpalpojuma sniedzēju veiktās manipulācijas sadalījumā par ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļām). Revidenti norāda, ka neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā sniegtos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus tiem pacientiem, kurus pēc sākotnējā veselības stāvokļa novērtēšanas hospitalizēja, nenodala no pārējiem ārstniecības iestādē sniegtajiem pakalpojumiem.

Ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās sniegto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu izvērtējums liecina, ka, jo augstāks ārstniecības iestādes līmenis, jo pieaug sniegto pakalpojumu klāsts, vienlaikus viena līmeņa ārstniecības iestādēs²⁶⁹ veikto diagnostisko (tajā skaitā laboratorisko) izmeklējumu manipulāciju apjoms atšķiras līdz pat četrām reizēm.

Revidenti vērs uzmanību, ka pacienti, kuru veselības stāvoklis prasa steidzamu ārstniecības personu iejaukšanos, palīdzību var saņemt arī steidzamās medicīniskās palīdzības punktos.²⁷⁰ 2024. gadā sešos steidzamās medicīniskās palīdzības punktos palīdzību sniedza kopumā 9108 pacientiem, kas, piemēram, ir 42 % no kopējā piecu I līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacientu skaita. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta sniegtajai informācijai²⁷¹ četri no sešiem steidzamās medicīniskās palīdzības punktiem darbu nodrošina diennakts režīmā, piecos palīdzību sniedz gan ārsti (internisti, ķirurgi, neatliekamās medicīnas ārsti, ģimenes ārsti), gan māsas, savukārt vienā – tikai ārsta palīgi. Tas nozīmē, ka kopumā to darba laiks un speciālistu klāsts ir līdzīgs I līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darba organizācijai.

Tomēr, vērtējot steidzamās medicīniskās palīdzības punktos sniegtos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus²⁷², konstatēts, ka, piemēram, atšķirībā no I līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļām, kur pacientiem lielākoties veic laboratoriskos izmeklējumus, šeit sniedz daudzveidīgākus pakalpojumus. Piemēram, vispārējos ambulatoros, anestēzijas un traumatoloģijas, ortopēdijas pakalpojumus, tajā skaitā brūču apdari, ieskaitot svešķermeņu un diegu izņemšanu no brūcēm, un ģipša pārsēja un longetes uzlikšanu un noņemšanu.

Tas, revidentu ieskatā, arī liecina, ka neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu izveide I līmeņa ārstniecības iestādēs nav pietiekami izvērtēta un pamatota. Turklāt revidenti norāda, ka līdz 2019. gada aprīlim visās piecās šā brīža I līmeņa ārstniecības iestādēs darbojās steidzamās medicīniskās palīdzības punkti, tomēr, stājoties spēkā ārstniecības iestāžu dalījumam pa līmeņiem, tos likvidēja, jo izveidoja diennakts neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas.²⁷³

2024. gadā Nacionālais veselības dienests par visu steidzamās medicīniskās palīdzības punktu darbību samaksāja 1,9 milj. *euro*. Salīdzinājumam, vienas I līmeņa neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas uzturēšana gadā vidēji izmaksā 850 tūkst. *euro*, savukārt viena diennakts režīmā strādājoša steidzamās medicīniskās palīdzības punkta darbība – 350 tūkst. *euro*. Līdz ar to, ja I līmeņa ārstniecības iestādēs saglabātu steidzamās medicīniskās palīdzības punktus, tie gadā izmaksātu par 2,5 milj. *euro* mazāk nekā esošās neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas.

Tādējādi, revidentu ieskatā, arī iepriekš minētais apliecina, ka ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darbības un izmaksu efektivitāte ir vērtējama, īpaši reģionos ar ierobežotu pacientu plūsmu, lai nodrošinātu pieejamu, kvalitatīvu un pacientam drošu palīdzību neatliekamos un akūtos gadījumos.

Prasības par speciālistu nodrošinājumu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nav rūpīgi apsvērtas, pielāgotas pacientu plūsmai un praktiski izpildāmas

Veselības ministrija 2024. gadā uzsāka visu līmeņu ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu stiprināšanu, lai nodrošinātu, ka pacientam, nonākot jebkura līmeņa ārstniecības iestādē, būtu pieejama noteiktu speciālistu komanda, kas sniedz drošus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus. Tāpēc 01.05.2024. spēkā stājās izmaiņas²⁷⁴ prasībās par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamo speciālistu klāstu un skaitu. Nacionālais veselības dienests norādīja²⁷⁵, ka arī ārstniecības iestādes varēja izteikt viedokli par speciālistiem, kurus būtu nepieciešams nodrošināt konkrētajā ārstniecības iestādē, kā arī kritiski novērtēt savu kapacitāti sniegt konkrētos pakalpojumus.

Atbilstoši normatīvajam aktam²⁷⁶ neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās jānodrošina dažādu specialitāšu ārsti, māsas, vecmātes, ārstu palīgi, radiologa asistenti, radiogrāferi, māsas palīgi, reģistratori un laboratorijas speciālisti. Nodrošināmo speciālistu klāsts ir atkarīgs no ārstniecības iestādes līmeņa.

Prasības par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamajiem speciālistiem nav rūpīgi apsvērtas

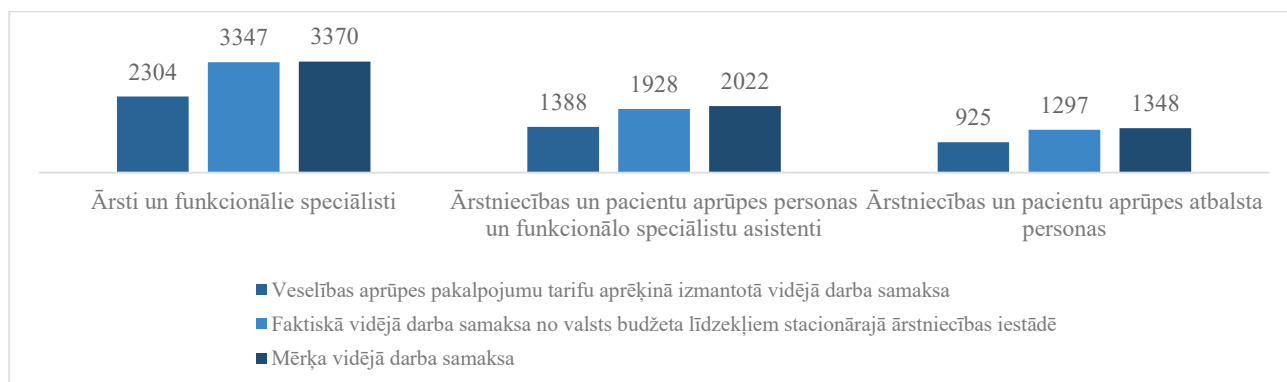
Tā kā ārstniecības iestādēm par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību maksā fiksēto piemaksu, kurā ir iekļauta speciālistu darba apmaksa, tām ir pienākums nodrošināt nepieciešamo speciālistu diennakts dežūras²⁷⁷. Revidenti akcentē, ka gandrīz visiem ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu speciālistiem nepārtraukti jāatrodas nodaļā un ārstniecības iestādē dežūras laikā viņus vienlaicīgi nedrīkst nodarbināt citās, piemēram, ambulatorajās vai stacionārajās, struktūrvienībās.²⁷⁸

Lai gan Nacionālais veselības dienests norādīja, ka normatīvā akta²⁷⁹ prasības par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamo speciālistu klāstu un skaitu izrunāja ar ārstniecības iestādēm, revīzijā ārstniecības iestāžu paustais viedoklis liecina par pretējo. Piemēram, V līmeņa ārstniecības iestādes norādīja²⁸⁰, ka:

- ✓ prasības nav līdz galam izpildāmas speciālistu trūkuma dēļ, kā rezultātā dežūras nodrošina rezidenti vai ārsti stažieri un citu specialitāšu ārstniecības personas, kā arī virsstundu darba ietvaros;
- ✓ prasības ir daļēji pamatotas, piekrītot, ka kopumā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā ir nepieciešama liela speciālistu daudzveidība, tomēr nav nepieciešams visu speciālistu darbu plānot diennakts režīmā;
- ✓ speciālistus vienlaicīgi nodarbina neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā un attiecīgo profilu struktūrvienībās;
- ✓ atsevišķu speciālistu darbu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā darbdienās organizē no 16.00 līdz 8.00, ārpus šī laika nepieciešamības gadījumā pieaicinot speciālistus no citām struktūrvienībām;
- ✓ ņemot vērā neaizpildītās slodzes, neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas speciālistiem maksā motivācijas un darba intensitātes piemaksas.

Tāpat viens no lielākajiem izaicinājumiem ir atbilstošas kvalifikācijas speciālistu piesaiste darbam neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā par normatīvajā aktā²⁸¹ noteikto un valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifu ietvertu vidējo darba samaksu, ko izmanto arī fiksētās piemaksas par šīs nodaļas darbības nodrošināšanu aprēķinā, jo veselības aprūpes darba tirgū vidējā darba samaksa ir daudz augstāka.²⁸² Ņemot vērā kopumā vispārēju speciālistu trūkumu Latvijā, valsts un pašvaldību ārstniecības iestādes konkurē ar privātajām ārstniecības iestādēm, lai piesaistītu nepieciešamos speciālistus.

Revīzijā konstatēts, ka atbilstoši ārstniecības iestāžu pārskatiem²⁸³ 2024. gadā faktiskā vidējā darba samaksa ārstniecības iestādēs no valsts budžeta līdzekļiem par vidēji 40 % pārsniedz normatīvajā aktā²⁸⁴ noteikto un tarifu iekļauto vidējo darba samaksu. Turklāt tā gandrīz sasniedz Veselības ministrijas plānoto²⁸⁵ mērķa jeb divkārtu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu²⁸⁶ (skatīt 21. attēlu).



21. attēls. Noteiktā, plānotā un no valsts budžeta līdzekļiem faktiski izmaksātā vidējā darba samaksa stacionārajā veselības aprūpē 2024. gadā.

Revīzijas apjomā nav ietvertas pārbaudes par darba samaksas noteikšanas kārtību ārstniecības iestādēs. Tomēr turpmāk ziņojumā norādītais, ka, piemēram, ārstniecības iestādes nespēj nodrošināt neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamos speciālistus, kā arī ārstniecības iestāžu norādītais, ka daļu no neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas

finansējuma tās novirza darbinieku motivācijas un darba intensitātes finansēšanai, izskaidro atšķirības noteiktajā un faktiskajā vidējā darba samaksā.

Arī revīzijā aptaujātās ārstniecības iestādes norādīja, ka noteiktās prasības par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamo speciālistu klāstu un skaitu ir daļēji pamatotas, nav samērīgas un reāli izpildāmas.

Revidenti vērš uzmanību, ka 11.07.2025. stājās spēkā izmaiņas²⁸⁷ prasībās par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamajiem speciālistiem, kas atbilstoši ārstniecības iestāžu ierosinājumiem paredz vispārīgākus nosacījumus speciālistu nodrošināšanas un aizvietošanas kārtībā. Piemēram, ja I, II vai III līmeņa ārstniecības iestāde nevar nodrošināt internista dežūras, tad to drīkst aizvietot ģimenes ārsts, neatliekamās medicīnas ārsts, anesteziologs, reanimatologs vai cits internā profila ārsts. Savukārt iepriekš vien trīs ārstniecības iestādēs obligātās internista dežūras bija atļauts nodrošināt arī citiem speciālistiem.

Piekrītot, ka noteiktās prasības ir jēgpilni jāpārskata, revidentu ieskatā, revīzijas laikā veiktās izmaiņas faktiski nozīmē pielāgošanos ārstniecības iestāžu līdzšinējām faktiskajām iespējām un piekoptajai praksei (skatīt [Ārstniecības iestādes nenodrošina visas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamo speciālistu diennakts dežūras](#)), nevis saistītas ar valstiski stratēģisku redzējumu par to, kādi speciālisti ir nepieciešami katra līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās.

Prasības par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamajiem speciālistiem nav pielāgotas pacientu plūsmai

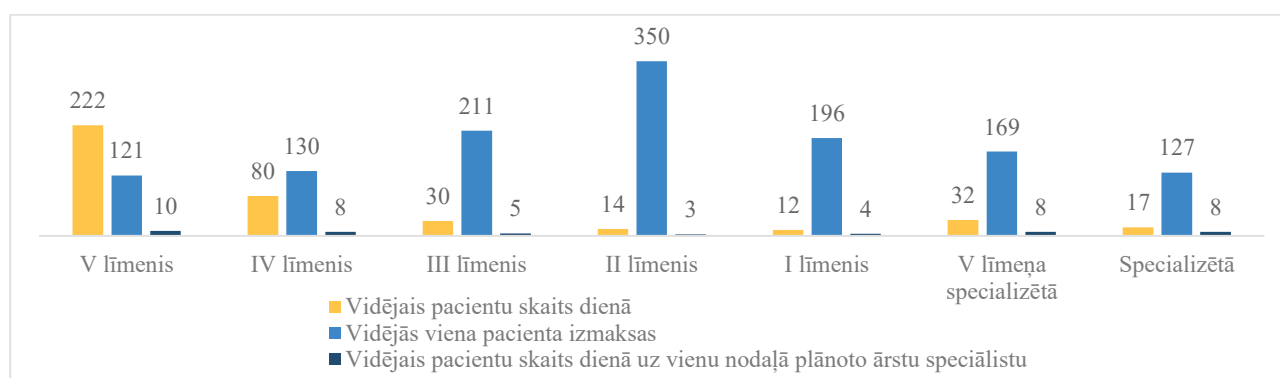
Lielāko daļu jeb vidēji 77 % no fiksētās piemaksas par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību²⁸⁸ veido atlīdzības izmaksas, kuras aprēķina, darba samaksas apjomam gadam (nepieciešamo speciālistu slodžu skaitu reizina ar normatīvajā aktā²⁸⁹ noteikto mēneša vidējo darba samaksu un ar 12 mēnešiem) pieskaitot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu apjomu gadam. Līdz 01.05.2024. fiksētajā piemaksā bija iekļauta ārstu speciālistu un vienas māsas (katram ārstam speciālistam) darba samaksa. Tomēr, tā kā nodaļas darbā ir iesaistīti arī citi speciālisti (piemēram, māsas palīgs, reģistrators, radiogrāfers), tad no 01.05.2024. fiksētā piemaksa ietver arī to darba samaksu. Fiksētās piemaksas par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību apmērs starp dažādu līmeņu ārstniecības iestādēm atšķiras, jo ir dažāds nodaļu darbības nodrošināšanai nepieciešamo speciālistu skaits. Savukārt starp viena līmeņa ārstniecības iestādēm fiksētās piemaksas apmērs ir vienāds un atšķiras vien izņēmuma gadījumos.

Papildus ārstniecības iestādēm no ambulatorajai veselības aprūpei piešķirtā finansējuma samaksā²⁹⁰ par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (proti, diagnostiskajiem izmeklējumiem) pacientiem, kurus pēc veselības stāvokļa izvērtēšanas nehospitalizē, un 2024. gadā tie ir 10,1 milj. euro.²⁹¹

Atbilstoši 2023.–2024. gada datiem (skatīt 4. pielikumu) pēc aprēķina metodikas maiņas fiksētā piemaksa par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību pieauga vidēji par 32 %, savukārt pacientu skaits – vidēji par 5 %. Pacientu skaits pieauga visu līmeņu ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās, tomēr vismazāk – I līmeņa ārstniecības iestādēs, lai gan fiksētās piemaksas pieaugums ir otrs lielākais – 33 % (visvairāk fiksētā piemaksa pieauga V līmeņa ārstniecības iestādēs – par vidēji 43 %).

Minēto pamato tas, ka fiksētās piemaksas apmērs nav atkarīgs no pacientu skaita neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, bet gan no speciālistu nodrošinājuma²⁹². Tāpēc augstāka līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās, kur ir lielāks vidējais pacientu skaits dienā, ir zemākas vidējās viena pacienta izmaksas (skatīt 22. attēlu). Piemēram, V līmeņa ārstniecības iestādēs vidēji dienā ir 222 pacienti un viena pacienta vidējās izmaksas ir 121 *euro*, savukārt II līmeņa ārstniecības iestādēs – 14 pacienti un viena pacienta vidējās izmaksas ir 350 *euro*.

Revīzijā, salīdzinot neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās plānoto ārstu speciālistu (par kuru nodrošināšanu ārstniecības iestādes saņem fiksēto piemaksu) skaitu ar faktisko pacientu plūsmu 2024. gadā, konstatēts, ka to noslodze būtu atšķirīga. Piemēram, 2024. gadā V līmeņa ārstniecības iestādēs vienam ārstam speciālistam dienā būtu jānodrošina vidēji 10 pacientu aprūpe, III līmeņa ārstniecības iestādēs – piecu, bet II līmeņa ārstniecības iestādēs – trīs (skatīt 22. attēlu).



22. attēls. Vidējais pacientu skaits²⁹³ un vidējās viena pacienta izmaksas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā 2024. gadā.

Tādējādi, revidentu ieskatā, V līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu ārstiem speciālistiem ir ievērojami lielāka noslodze (vērtējot pret plānoto ārstu speciālistu skaitu), turklāt jāņem vērā jau iepriekš minētais, ka, iespējams, šajās ārstniecības iestādēs nonāk pacienti smagākā stāvoklī, par ko liecina arī augstais hospitalizēto pacientu īpatsvars (2024. gadā – 51 %). Savukārt zemāka līmeņa ārstniecības iestādēs ir zemāka noslodze un šiem ārstiem speciālistiem jābūt pieejamiem drīzāk gatavības režīmā, lai vajadzības gadījumā sniegtu palīdzību.

Ārstniecības iestādes nenodrošina visas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamo speciālistu diennakts dežūras

Izvērtējot ārstniecības iestāžu iesniegto informāciju par visu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamo speciālistu diennakts dežūrstundām 2024. gada septembrī, konstatēts, ka visu līmeņu ārstniecības iestādes tās nespēj nodrošināt pilnā apmērā (skatīt 7. un 8. tabulu). Piemēram, papildus nepieciešamajiem ārstiem speciālistiem pakalpojumus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā faktiski sniedz arī rezidenti, ārsti stažieri un citu specialitāšu ārstniecības personas, tāpat speciālisti darbu nodaļā apvieno ar darbu citā ārstniecības iestādes struktūrvienībā. Tāpat, piemēram, ārstniecības iestādes nespēj nodrošināt arī visas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamās ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu dežūrstundas, visvairāk tās nav nodrošinātas II un III līmeņa ārstniecības iestādēs – attiecīgi 68 % un 73 %.

Atbilstoši revidentu aplēsei I līdz V līmeņa ārstniecības iestādes 2024. gada septembrī nenodrošināja 53 %²⁹⁴ no visām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamo speciālistu dežūrstundām, par kurām, ņemot vērā fiksētajā piemaksā par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu ietverto vidējo darba samaksu, ārstniecības iestādes saņēma 3,1 milj. *euro*²⁹⁵ (skatīt 5. pielikumu). Savukārt, pieņemot, ka visu nepieciešamo speciālistu nodrošinājums ir līdzīgs visā periodā (no jauno prasību par nepieciešamajiem speciālistiem ieviešanas 01.05.2024. līdz 31.12.2024.), tie būtu 25 milj. *euro*. Tādējādi Nacionālais veselības dienests ārstniecības iestādēm samaksā par speciālistu dežūrstundām, ko tās praksē nemaz nenodrošina.

7. tabula. Ārstu speciālistu kopējais plānotais un faktiskais dežūrstundu skaits 2024. gada septembrī.

	I līmenis	II līmenis	III līmenis	IV līmenis	V līmenis	Kopā
Visu ārstu speciālistu kopējais nepieciešamais dežūrstundu skaits* mēnesī	5400 100%	10 800 100%	24 480 100%	42 288 100%	45 360 100%	128 328 100%
Kopējais nodrošināto dežūrstundu skaits mēnesī**, t. sk.:	3319 61%	5241 48%	12 275 50%	26 571 63%	20 259 45%	67 665 53%
ārstu speciālistu dežūrstundu skaits	2751 51%	4691 43%	9788 40%	20 535 49%	17 504 39%	55 268 43%
rezidentu un ārstu stažieru dežūrstundu skaits	568 10%	550 5%	2488 10%	6036 14%	2755 6%	12 397 10%
Neatbilstošu specialitāšu ārstu speciālistu (t. sk. rezidentu un ārstu stažieru) dežūrstundu skaits	1880 35%	1827 17%	3019 12%	6885 16%	4831 10%	18 442 14%
Ārstu speciālistu nenodrošināto dežūrstundu skaits, t. sk.:	201 4%	3732 35%	9186 38%	8832 21%	20 271 45%	42 222 33%
dežūrstundu skaits, savienojot dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā un citā struktūrvienībā	0	136 1%	4190 17%	5647 13%	9610 21%	19 583 15%

* Kopējā ārstu speciālistu nepieciešamo dežūrstundu skaitā nav iekļautas:

- radiologa dežūras visās I līdz III līmeņa un IV līmeņa (izņemot SIA “Rēzeknes slimnīca”) ārstniecības iestādēs, jo speciālistam nav nepārtraukti jāatrodas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā un pakalpojumus sniedz pēc nepieciešamības;
- neonatologa dežūras V un IV līmeņa ārstniecības iestādēs, jo speciālistam nav jāatrodas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, bet perinatālās aprūpes centrā;
- dežūrstundas kategorijā “Citas speciālītātes”, kuras jānodrošina SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā.

** Kopējā nodrošināto dežūrstundu skaitā nav iekļautas tās atsevišķu ārstu speciālistu nodrošinātās dežūrstundas, kuras pārsniedz normatīvajā aktā²⁹⁶ noteikto, un mājas dežūru stundas.

8. tabula. Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu kopējais plānotais un faktiskais dežūrstundu skaits 2024. gada septembrī.

	I līmenis	II līmenis	III līmenis	IV līmenis	V līmenis	Kopā
Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu kopējais nepieciešamais dežūrstundu skaits* mēnesī	13 680 100%	23 040 100%	54 720 100%	85 296 100%	124 560 100%	301 296 100%
Kopējais nodrošināto dežūrstundu skaits	8412 62%	6638 29%	13 851 25%	56 649 66%	49 168 40%	134 718 45%
	1412	720	1213	4192	15 081	22 618

	I līmenis	II līmenis	III līmenis	IV līmenis	V līmenis	Kopā
Neatbilstošu profesiju ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu dežūrstundu skaits	10%	3%	2%	5%	12%	7%
Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu nenodrošinātais dežūrstundu skaits, t. sk.:	3856 28%	15 682 68%	39 656 73%	24 455 29%	60 311 48%	143 960 48%
dežūrstundu skaits, savienojot dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā un citā struktūrvienībā	0	193 1%	1992 4%	2756 3%	24 689 20%	29 630 10%

* Kopējā nodrošināto dežūrstundu skaitā nav iekļautas tās atsevišķu speciālistu nodrošinātās dežūrstundas, kuras pārsniedz normatīvajā aktā²⁹⁷ noteikto, un mājas dežūru stundas.

Tāpat revīzijā konstatēts, ka neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamā ārsta speciālista dežūras aizvieto ar rezidentu, ārsta stažiera vai citu specialitāšu ārstniecības personu dežūrām. Proti:

- ✓ 10 % no plānotajām dežūrstundām 2024. gada septembrī nodrošināja rezidenti un ārsti stažieri, īpaši izteikti tas ir IV līmeņa ārstniecības iestādēs un internista un ķirurga specialitātēs; piemēram, rezidenti un ārsti stažieri SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” nodrošināja 26 % no internista dežūrstundām, bet SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” – 26 % no ķirurga dežūrstundām;
- ✓ 14 % no plānotajām dežūrstundām 2024. gada septembrī nodrošināja citu specialitāšu ārstniecības personas, un vislielākais to īpatsvars jeb 35 % ir I līmeņa ārstniecības iestādēs; piemēram, SIA “Aizkraukles slimnīca” 79 % no internista dežūrstundām nodrošināja anesteziologs, reanimatologs.

Piemēram, līdz 01.05.2024. gadījumos, kad ārstniecības iestādes neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nevarēja nodrošināt internista diennakts dežūras, šī speciālista dežūras drīkstēja aizvietot ar ģimenes ārsta un neatliekamās medicīnas ārsta dežūrām (I, II, III un IV līmeņa ārstniecības iestādēs) vai anesteziologa, reanimatologa dežūrām (I līmeņa ārstniecības iestādēs). Savukārt no 01.05.2024. internista dežūras ir obligātas visu līmeņu ārstniecības iestādēs un vien dažās ārstniecības iestādēs pēc izvēles šīs dežūras atļauts nodrošināt arī citiem speciālistiem.²⁹⁸ Nacionālais veselības dienests skaidroja²⁹⁹, ka internista diennakts dežūras ir obligātas, jo internā medicīna ir klīniskās medicīnas pamats un aptver cilvēka ķermeni kopumā, kā arī šī speciālista palīdzība ir visbiežāk nepieciešama pacientiem, kuri ierodas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā.

Tomēr revīzijā konstatēts, ka prasību par internista obligāto diennakts dežūru izpilda vienīgi SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, savukārt pārējās ārstniecības iestādes šī speciālista dežūras aizvieto ar rezidentu, ārstu stažieru vai citu speciālistu (piemēram, ģimenes ārsta, pneimonologa, gastroenterologa, infektologa, kardiologa) dežūrām.

Veselības ministrija norādīja³⁰⁰, ka speciālista dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā aizvietot ar rezidentu vai ārsta stažiera dežūrām drīkst sertificētas ārstniecības personas uzraudzībā vai vadībā³⁰¹. Tomēr, ņemot vērā, ka dežūras (prioritāri neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā) ir neatņemama rezidentūras apmācību sastāvdaļa, rezidentu dežūrstundas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā studiju cikla ietvaros vispār nebūtu ieskaitāmas kopējā nodrošināto dežūrstundu skaitā. Revidenti vērs uzmanību, ka revīzijā apkopojā rezidentu un ārstu stažieru slodžu īpatsvaru neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, bet nevērtēja, kā ārstniecības iestādes

īsteno to uzraudzību un vadību. Vienlaikus revīzijā konstatētais, ka ārstniecības iestādes nespēj nodrošināt visus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamos speciālistus, rada šaubas, vai sertificēto speciālistu skaits ir pietiekams, lai nodrošinātu gan pakalpojumus, gan rezidentu un ārstu stažieru uzraudzību un vadību.

Tāpat revīzijā konstatēts, ka 15 % no kopējā ārstu speciālistu dežūrstundu skaita nodrošināti, dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā apvienojot ar darbu citā ārstniecības iestādes struktūrvienībā. Lielākais šādu dežūrstundu īpatsvars – 21 % – ir V līmeņa ārstniecības iestādēs, savukārt VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” – ap 62 %. VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” skaidroja³⁰², ka diennakts dežūras, kuras plāno arī citās ārstniecības iestādes struktūrvienībās, uzskatāmas par dežūrām neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšanai. Minēto apstiprina arī ārstniecības iestādes lūgums Nacionālajam veselības dienestam³⁰³ neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas speciālistu dežūrstundu skaitā ieskaitīt visas faktiskās dežūrstundas neatkarīgi no darba laika uzskaites tabelē norādītās struktūrvienības.

Savukārt, piemēram, lai arī SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” nespēj nodrošināt visus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nepieciešamos ārstus speciālistus, tā nodrošinātajās dežūrstundās neieskaita citu struktūrvienību speciālistu dežūras, kā arī nodrošina atsevišķu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas speciālistu darba laika uzskaiti.

Revidentu ieskatā, citās struktūrvienībās dežurējošo speciālistu atbildībā ir jau hospitalizēto pacientu aprūpe un reaģēšana uz akūtām situācijām, turklāt šāda pieeja neatbilst normatīvajam aktam³⁰⁴, kas nosaka, ka speciālistiem nepārtraukti jāatrodas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, par ko ārstniecības iestāde saņem fiksēto piemaksu. Turklāt, ja ārstniecības iestādē piekopj praksi, ka speciālists vienlaicīgi dežurē gan neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, gan citā struktūrvienībā, ārstniecības iestāde par vienlaicīgi nodrošināto darbu dažādās struktūrvienībās no Nacionālā veselības dienesta saņem divus dažādus maksājumus – fiksēto piemaksu par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību un samaksu par jau hospitalizēto pacientu aprūpi konkrētā pakalpojumu programmā.

Izvērtējot visu I līdz V līmeņa ārstniecības iestāžu darba laika uzskaites tabeles par 2024. gada septembri, konstatēts, ka kopumā dežūras visu ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nodrošināja 1731 ārsts speciālists. Tomēr 161 no tiem, lielākoties anesteziologi, reanimatologi un ķirurgi, dežurēja vairākās (no divām līdz četrām) ārstniecības iestādēs, kas arī liecina par šo speciālistu trūkumu. Revidenti vērs uzmanību, ka arī šo speciālistu kopējais darba laiks visās ārstniecības iestādēs vairumā gadījumu 2–2,5 reizes pārsniedz normālo darba laiku. Piemēram, anesteziologs, reanimatologs trīs ārstniecības iestādēs kopumā nodrošināja 304 dežūrstundas, bet ķirurgs (rezidents vai ārsts stažieris) četrās ārstniecības iestādēs – 452 dežūrstundas.

Tāpat, piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās jānodrošina 5040 neirologa dežūrstundas, tomēr faktiski tās nodrošinātas vien 84 % apmērā, no kurām trešā daļa – apvienojot ar dežūrām citās ārstniecības iestādes struktūrvienībās.

Revīzijā arī konstatēts, ka tiem neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas ārstiem speciālistiem, kuri ir nodarbināti arī citās struktūrvienībās, ir liels kopējais darba stundu, tajā skaitā virsstundu, skaits (skatīt 9. tabulu).

9. tabula. Piemēri par rezidentu, ārstu stažieru un ārstu speciālistu, kuri papildus dežūrām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā strādā arī citās struktūrvienībās, kopējo darba stundu skaitu 2024. gada septembrī.

Ārstniecības iestādes nosaukums	Speciālists	Dežūrstundu skaits uzņemšanas nodaļā 09.2024.	Dežūrstundu skaits citā struktūrvienībā 09.2024.	Kopējais darba stundu skaits 09.2024.	Mēneša darba stundu skaits	Virsstundu skaits 09.2024.	Speciālists vienlaicīgi nodarbināts abās struktūrvienībās
Cēsu klīnika	anesteziologs, reanimatologs	216	220,5	436,5	147*	289,5	Jā
	anesteziologs, reanimatologs	120	159,5	279,5	119**	160,5	Jā
Līvānu slimnīca	ārsts stažieris (ķirurgs)	216	0	216	168	48	Nē
Liepājas reģionālā slimnīca	ķirurgs	120	48	168	168	0	Jā
Alūksnes slimnīca	ķirurgs	200	136	336	168	168	Nē
	ārsts stažieris (ķirurgs)	176	136	312	168	144	Nē
Jelgavas pilsētas slimnīca	ginekologs, dzemdību speciālists	64	128	192	168	24	Nē
	pediatrs	120	168	288	168	120	Nē
Tukuma slimnīca	traumatologs, ortopēds	80	176	256	168	88	Nē
Madonas slimnīca	pediatrs	146	50	196	168	28	Jā
Kuldīgas slimnīca	ginekologs, dzemdību speciālists	184	42	255***	168	87	Nē
Vidzemes slimnīca	ginekologs, dzemdību speciālists	120	96	216	168	48	Jā

* Normālais darba laiks ir septiņas stundas dienā un 35 stundas nedēļā, jo darbs saistīts ar īpašu risku.

** Speciālistam 2024. gada septembrī ir 28 prombūtnes stundas.

*** Tajā skaitā ambulatorās pieņemšanas stundas.

Tāpat, piemēram, lai arī III līmeņa ārstniecības iestādēm ir jānodrošina anesteziologu, reanimatologu pieejamība neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, tomēr faktiski četrās no septiņām ārstniecības iestādēm atsevišķs anesteziologu, reanimatologu postenis nav izveidots un dežūras nodrošina citu struktūrvienību speciālisti. Papildus norādāms, ka ārstniecības iestādēs tie ir vienīgie anesteziologi, reanimatologi. Piemēram, viens no SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” anesteziologiem, reanimatologiem 2024. gada septembrī nodrošināja 424 dežūrstundas, tajā skaitā virsstundas, turklāt no 09. līdz 13. septembrim – 96 stundas pēc kārtas, neievērojot darba un atpūtas laika režīmu³⁰⁵.

Līdzīga situācija ar anesteziologu, reanimatologu nodrošinājumu ir arī IV līmeņa ārstniecības iestādēs, tomēr ar izņēmumu, ka tajās diennakts dežūras nodrošina vienlaicīgi vairāki speciālisti.

Tāpat konstatēts, ka dažādu specialitāšu ārsti nodrošina dežūras vairākās ārstniecības iestādēs, turklāt vienlaicīgi vai secīgi vienu pēc otras, un to kopējais darba laiks lielākoties pārsniedz vienu darba slodzi (skatīt 10. tabulu). Proti:

- ✓ divos gadījumos viens speciālists vienlaicīgi nodrošina dežūras divās ārstniecības iestādēs; piemēram, pediatrs, neonatologs vienlaicīgi dežurē gan SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca”

neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, gan SIA “Jūrmalas slimnīca” Dzemdību nodaļā;

- ✓ astoņos gadījumos speciālistam ir secīgas dežūras ģeogrāfiski nesaistītās ārstniecības iestādēs; piemēram, ginekologam, dzemdību specialistam dežūra SIA “Kuldīgas slimnīca” ir līdz plkst. 8.00, bet dežūra SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” – jau no plkst. 8.00.

Tas, revidentu ieskatā, liecina ne vien par ārstu speciālistu trūkumu ārstniecības iestādēs un to lielo noslodzi, bet arī rada bažas par šo speciālistu faktisko pieejamību kādā no norādītajām darba vietām pacientiem neatliekamās un akūtos gadījumos.

10. tabula. Piemēri par ārstu speciālistu dežūrām vairākās ārstniecības iestādēs 2024. gada septembrī.

Ārstniecības personas specialitāte	Ārstniecības iestāde	Dežūras datums, laiks				Dežūras ilgums, h
		no		līdz		
Pediātrs, neonatologs	Tukuma slimnīca	14.09.2024.	08.00	15.09.2024.	08.00	24
	Jelgavas pilsētas slimnīca	15.09.2024.	08.00	16.09.2024.	08.00	24
	Jūrmalas slimnīca (dežūra Dzemdību nodaļā)	15.09.2024.	08.00	16.09.2024.	08.00	24
Ķirurgs	Jelgavas pilsētas slimnīca	11.09.2024.	16.00	12.09.2024.	08.00	16
	Bauskas slimnīca	11.09.2024.	09.00	12.09.2024.	09.00	24
Neiroķirurgs	Ziemeļkurzemes reģionālās slimnīcas Talsu filiāle	03.04.2024.	12.00	04.09.2024.	08.00	20
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	04.09.2024.	08.00	05.09.2024.	08.00	24
Ginekologs, dzemdību speciālists	Kuldīgas slimnīca	21.09.2024.	18.00	23.09.2024.	08.00	38
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	23.09.2024.	08.00	24.09.2024.	08.00	24
Pediātrs	Kuldīgas slimnīca	05.09.2024.	18.00	06.09.2024.	08.00	14
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	06.09.2024.	08.00	06.09.2024.	12.00	4
Pediātrs	Liepājas reģionālā slimnīca	26.09.2024.	16.00	27.09.2024.	08.00	16
	Kuldīgas slimnīca	27.09.2024.	08.00	28.09.2024.	08.00	24
Neonatologs	Jelgavas pilsētas slimnīca	14.09.2024.	08.00	15.09.2024.	08.00	24
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	15.09.2024.	08.00	16.09.2024.	08.00	24
Ķirurgs	Daugavpils reģionālā slimnīca	06.09.2024.	16.00	08.09.2024.	08.00	40
	Preiļu slimnīca	08.09.2024.	08.00	09.09.2024.	08.00	24
Ārsts stažieris (ķirurgs)	Krāslavas slimnīca	06.09.2024.	17.00	07.09.2024.	08.00	15
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	07.09.2024.	09.00	09.09.2024.	09.00	48
Anesteziologs, reanimatologs	Ogres rajona slimnīca	06.09.2024.	08.00	07.09.2024.	08.00	24
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	07.09.2024.	09.00	08.09.2024.	09.00	24

Pacientu observāciju līdz 24 stundām nenodrošina, kā plānots

Pacientu observācija līdz 24 stundām ir piederīga neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļai, un tās galvenais mērķis – izvairīties no nevajadzīgām hospitalizācijām³⁰⁶. Lai samazinātu hospitalizējamo pacientu skaitu, 2011.–2012. gadā³⁰⁷ kopumā 21 II līdz V līmeņa ārstniecības iestādei, bet 2019. gadā – vēl piecām specializētajām ārstniecības iestādēm³⁰⁸ ieviesa papildu maksājumu par pacientu observāciju līdz 24 stundām, paredzot, ka neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās veic pacientu intensīvu ārstēšanu un novērošanu līdz atbilstoša lēmuma – pacientu hospitalizēt vai nē – pieņemšanai. Līdz ar to no 36 ārstniecības iestādēm, kas nodrošina neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu, 28 nodrošina arī pacientu observāciju līdz 24 stundām.³⁰⁹

Kritēriji pacientu observācijai līdz 24 stundām izstrādāti novēloti

Ieviešot papildu maksājumu par pacientu observāciju līdz 24 stundām, Veselības ministrija nenoteica, kādi ir kritēriji pacientu observācijai un kādi stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi pacientiem jānodrošina observācijā. Revīzijā Nacionālais veselības dienests informēja³¹⁰, ka sadarbībā ar Veselības ministriju, nozares speciālistiem un ārstniecības iestādēm 2024. gada vidū³¹¹ sāka pārskatīt observācijas pakalpojuma ietvaru un izstrādāja observācijas kritērijus, par kuriem 2025. gada aprīlī informēja³¹² arī visas ārstniecības iestādes. Tomēr pienākums ārstniecības iestādēm ievērot observācijas kritērijus nav noteikts. Vien Nacionālais veselības dienests revīzijā norādīja³¹³, ka kritērijus ņems vērā, turpmāk pārskatot observācijas pakalpojumu.

Atbilstoši starptautiskajai labajai praksei³¹⁴ observācija izmaksu efektivitāti sasniedz, ja 70–80 % no kopējā observēto pacientu skaita nehospitalizē. Lai sasniegtu šo rezultātu, ir svarīgi noteikt observācijas kritērijus, jo, piemēram, pacienti ar sarežģītām aprūpes vajadzībām, vairākām veselības problēmām, bez skaidra aprūpes plāna nav piemēroti observācijai, bet ir jāhospitalizē. Tāpat observācijā jāievieto tikai tādi pacienti, kuriem pēc sākotnējas novērtēšanas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā nav noteikta pamatdiagnoze, bet prognozējams, ka to būtu iespējams noteikt 6–24 stundu laikā pēc papildu novērošanas un izmeklējumu veikšanas.

Revīzijā konstatēts, ka līdz 24 stundām observēto pacientu īpatsvars³¹⁵ 2024. gadā atšķiras ne tikai starp dažāda, bet arī viena līmeņa ārstniecības iestādēm (skatīt 11. tabulu), kas liecina, ka ārstniecības iestādēm ir atšķirīga pieeja pacientu observācijā. Piemēram:

- ✓ IV līmeņa ārstniecības iestādēs observēto pacientu īpatsvars ir no 14 % līdz 51 % no kopējā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas pacientu skaita, bet III līmeņa ārstniecības iestādēs – no 8 % līdz 36 %;
- ✓ V līmeņa specializētajās un specializētajās ārstniecības iestādēs ir vismazākais observēto pacientu īpatsvars no kopējā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas pacientu skaita – no 1 % līdz 10 %, kas, iespējams, liecina, ka šajās ārstniecības iestādēs lielākā daļa pacientu nonāk jau ar zināmām diagnozēm;
- ✓ 14 ārstniecības iestādēs pēc observācijas hospitalizēto pacientu skaits pārsniedz 30 % no kopējā observēto pacientu skaita. Piemēram, SIA “Krāslavas slimnīca” – 72 %, bet SIA “Ogres rajona slimnīca” – 49 %.

11. tabula. Kopējais un līdz 24 stundām observēto pacientu skaits neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās 2024. gadā.

	Ārstniecības iestādes nosaukums	Kopējais pacientu skaits	T. sk. observēto pacientu		Pacientu, kuri pēc observācijas nav hospitalizēti	
			skaits	īpatsvars no kopējā pacientu skaita, %	skaits	īpatsvars no kopējā observēto pacientu skaita, %
V līmenis	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	41 138	19 230	47	11 773	61
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	86 843	23 919	28	14 362	60
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	115 031	18 973	16	10 919	58
IV līmenis	Daugavpils reģionālā slimnīca	38 722	9 114	24	8 303	91
	Jelgavas pilsētas slimnīca	33 581	4 795	14	3 109	65
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	21 944	11 251	51	7 678	68
	Liepājas reģionālā slimnīca	33 887	4 739	14	3 685	78
	Rēzeknes slimnīca	23 572	4 883	21	4 125	84

Ārstniecības iestādes nosaukums		Kopējais pacientu skaits	T. sk. observēto pacientu		Pacientu, kuri pēc observācijas nav hospitalizēti	
			skaits	īpatsvars no kopējā pacientu skaita, %	skaits	īpatsvars no kopējā observēto pacientu skaita, %
III līmenis	Vidzemes slimnīca	30 058	4 869	16	4 011	82
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	23 661	4 460	19	3 453	77
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	7 489	1 496	20	1 181	79
	Cēsu klīnika	11 369	3 768	33	2 471	66
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	6 411	1 525	24	1 271	83
	Jūrmalas slimnīca	10 538	807	8	677	84
	Kuldīgas slimnīca	11 013	1 746	16	1 330	76
	Madonas slimnīca	10 274	2 594	25	2 225	86
	Ogres rajona slimnīca	19 392	7 018	36	3 601	51
II līmenis	Alūksnes slimnīca	5 967	1 491	25	1 371	92
	Krāslavas slimnīca	3 008	690	23	190	28
	Preiļu slimnīca	3 495	772	22	546	71
	Tukuma slimnīca	7 847	1 072	14	699	65
V līmeņa specializētā	Nacionālais psihiskās veselības centrs	7 479	724	10	340	47
	Rīgas Dzemdību nams	5 395	552	10	0	0
Specializētā	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4 184	316	8	151	48
	Piejūras slimnīca	1 080	23	2	23	100
	Siguldas slimnīca	5 978	66	1	66	100
	Slimnīca Ģintermuižā	3 658	315	9	233	74
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3 414	49	1	28	57
Kopā:		576 428	131 257	23	87 821	67

Apmēram pusē ārstniecības iestāžu lielu daļu pacientu pēc observācijas tik un tā hospitalizē. Tas liecina, ka ir jāpaaugstina pacientu observācijas līdz 24 stundām izmaksu efektivitāte.

Fiksētās piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām aprēķinam izmantotie dati nav objektīvi Atbilstoši normatīvajam aktam³¹⁶ Nacionālais veselības dienests ārstniecības iestādēm maksā fiksēto piemaksu par pacientu observāciju līdz 24 stundām, kuras apmēru nosaka individuāli katrai ārstniecības iestādei.

Līdz 01.05.2024. fiksēto piemaksu par pacientu observāciju līdz 24 stundām aprēķināja, attiecīgās ārstniecības iestādes gultasdienas tarifu³¹⁷ reizinot ar plānoto observējamo pacientu skaitu, ko noteica kā procentuālu īpatsvaru (10 vai 15) no pacientu skaita programmā “Pārējie pakalpojumi” 2011. gadā. No 01.05.2024. fiksētās piemaksas aprēķinā³¹⁸ ņēma vērā pacientu skaitu, bet gan šādas pozīcijas:

- ✓ māsu un māsas palīgu atalgojumu, ņemot vērā, ka māsu attiecība pret pacientu skaitu ir 1:6³¹⁹;
- ✓ ēdināšanas (vienai pacienta ēdienreizei) un ārstniecības materiālu (tajā skaitā medikamentu) izmaksas.

Observācijas nodrošināšanai nepieciešamo māsu un māsas palīgu skaitu aprēķināja³²⁰, izmantojot informāciju par 2023. gadā katras ārstniecības iestādes vidējo observēto pacientu skaitu dienā³²¹. Tomēr, ņemot vērā konstatētās atšķirības observēto pacientu īpatsvarā, revidentu ieskatā, šāds aprēķins var novest pie faktiskajai pacientu plūsmai nepielāgotas un nevienlīdzīgas resursu sadales, proti, ieplānojot pārāk lielu vai pārāk mazu nepieciešamo māsu un māsas palīgu skaitu. Piemēram, revīzijā konstatēts³²², ka, lai

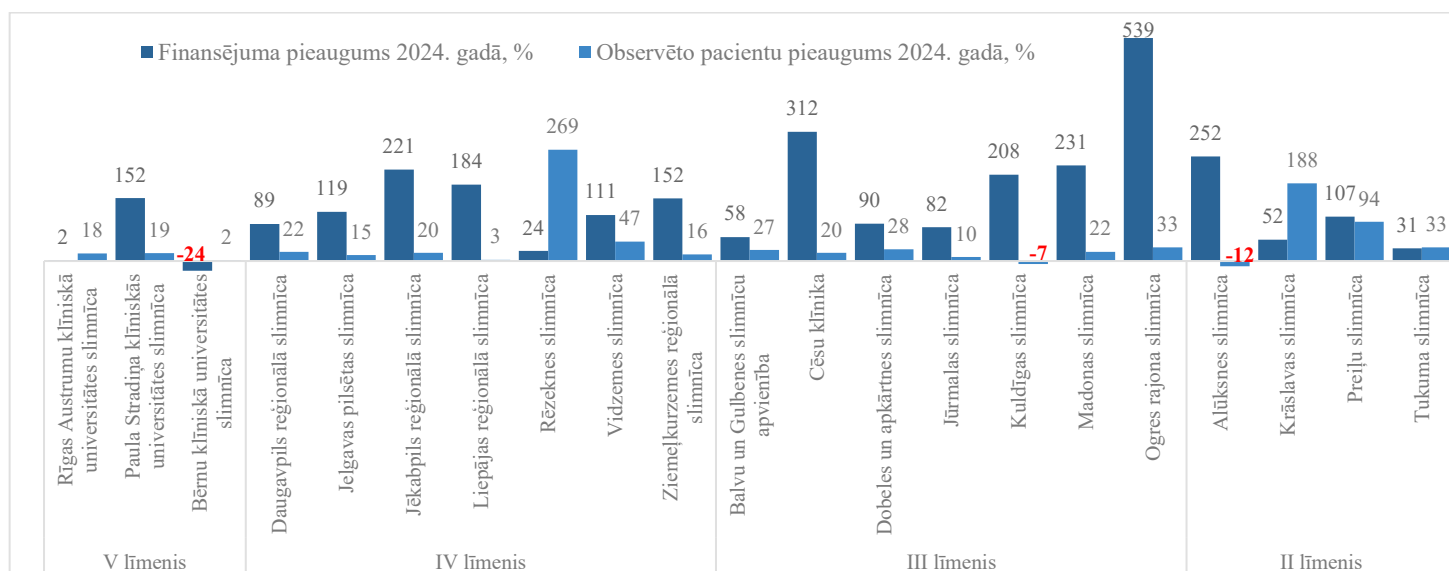
arī uz vienu observācijas nodrošināšanā iesaistīto māsu plānoja sešus pacientus, tomēr faktiski šāda aprēķinos ietvertā proporcija atbilstu tikai četrās ārstniecības iestādēs (ar nosacījumu, ja tajās būtu nodrošināti visi plānotie speciālisti). Savukārt pārējās 17 ārstniecības iestādēs pacientu skaits būtu lielāks par sešiem pacientiem.

Nav nodrošināta uzraudzība pār maksājuma par pacientu observāciju līdz 24 stundām izlietojumu atbilstoši mērķim

No 01.05.2024. fiksētā piemaksa par pacientu observāciju līdz 24 stundām atšķiras ne tikai starp dažāda, bet arī starp viena līmeņa ārstniecības iestādēm, jo to noteica, pamatojoties uz 2023. gadā katrā iestādē observēto pacientu skaitu, bet nepārsniedzot 10 % sliekšni no vidējā observācijas gadījumu skaita viena līmeņa ārstniecības iestādēs.

2022.–2025. gadā fiksētā piemaksa par pacientu observāciju līdz 24 stundām pieauga vidēji par 89 %, un šāds pieaugums saistīts ar fiksētās piemaksas aprēķina metodikas maiņu 2024. gadā (skatīt 6. pielikumu). Piemēram, 2024. gadā, salīdzinot ar 2023. gadu, no izlasē iekļautajām II līdz V līmeņa ārstniecības iestādēm (skatīt 23. attēlu):

- ✓ lielākais finansējuma pieaugums ir III līmeņa ārstniecības iestādēm – par vidēji 217 % (no 58 % SIA “Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība” līdz 539 % SIA “Ogres rajona slimnīca”);
- ✓ IV līmeņa ārstniecības iestādēm finansējuma pieaugums ir par vidēji 111 % (no 24 % SIA “Rēzeknes slimnīca” līdz 221 % SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”).



23. attēls. Fiksētās piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām un observēto pacientu skaita pieaugums 2024. gadā, salīdzinot ar 2023. gadu.

Lielāko daļu jeb vidēji 73 % no fiksētās piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām veido atlīdzības izmaksas³²³, bet vēl 2 % – izdevumi par pacientu ēdināšanu³²⁴.

Lai arī fiksētajā maksājumā par pacientu observāciju līdz 24 stundām³²⁵ ir iekļauti izdevumi papildu speciālistu, proti, māsu un māsu palīgu, darba samaksai, tomēr:

- ✓ tikai piecas³²⁶ no 21 ārstniecības iestādes norādīja, ka observāciju nodrošina papildu speciālisti³²⁷, bet:
 - trijās no tām personāla sarakstos nevar identificēt speciālistus, kas nodrošina tieši observāciju³²⁸;
 - pārējās divās ir izveidotas atsevišķas observācijas struktūrvienības, tomēr arī tajās, piemēram, 2024. gada septembrī nodrošināti vien 60 % un 27 % no visām nepieciešamajām dežūrstundām;
- ✓ pārējās ārstniecības iestādēs observāciju nodrošina neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas vai pat citu stacionāra nodaļu speciālisti (skatīt 7. pielikumu);
- ✓ vairumā gadījumu ārstniecības iestādes nespēj nodrošināt arī visas neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamās māsu un māsas palīgu dežūrstundas, jo īpaši II līmeņa ārstniecības iestādes (nodrošina vien attiecīgi 27 % un 36 % no plānotā); piemēram, 2024. gada septembrī SIA “Preiļu slimnīca” no kopumā plānotajām 2880 dežūrstundām nodrošināja vien 360 māsu un 720 māsas palīgu dežūrstundas.

Tā kā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu māsu un māsas palīgi savas dežūras laikā nodrošina arī pacientu observāciju līdz 24 stundām, Nacionālais veselības dienests ārstniecības iestādēm samaksā par plānotām, bet faktiski nenodrošinātām pacientu observācijas līdz 24 stundām speciālistu dežūrstundām. Tādējādi, pieņemot, ka no 2024. gada maija līdz 2025. gada janvārim³²⁹ nav veiktas nozīmīgas izmaiņas speciālistu nodrošinājumā, atbilstoši revidentu aplēsei³³⁰ Nacionālais veselības dienests par 2024. gada astoņiem mēnešiem 19 no 21 II līdz V līmeņa ārstniecības iestādēm samaksāja 4,3 milj. *euro* par pacientu observācijai līdz 24 stundām papildus plānotām, bet nenodrošinātām māsu un māsas palīgu dežūrstundām (skatīt 12. tabulu).

Tāpat revidenti apšaubā arī SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” (929 143 *euro*), SIA “Vidzemes slimnīca” (190 138 *euro*) un SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” (338 446 *euro*) samaksātos 1,4 milj. *euro* par māsu un māsas palīgu nodrošinātajām dežūrstundām, jo, lai arī šīs ārstniecības iestādes norādīja, ka pacientu observācijai līdz 24 stundām piesaista papildu speciālistus, revīzijā to nevarēja identificēt.

12. tabula. Aplēse par finansējumu pacientu observācijas līdz 24 stundām nodrošināšanā iesaistīto māsu un māsas palīgu atlīdzībai 2024. gada astoņos mēnešos.

Ārstniecības iestādes nosaukums	Nepieciešamais, bet faktiski nenodrošinātais māsu un māsas palīgu slodžu skaits diennaktī	Darba samaksa 2024. gada maijā–decembrī	Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas 2024. gada maijā–decembrī	Kopā
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	9,17	940 513	221 867	1 162 380
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	10,40	1 066 667	251 627	1 318 293
Daugavpils reģionālā slimnīca	3,33	341 538	80 569	422 107
Jelgavas pilsētas slimnīca	1,83	187 692	44 277	231 969
Rēzeknes slimnīca	0,67	68 718	16 211	84 929
Madonas slimnīca	1,00	102 564	24 195	126 759

Ārstniecības iestādes nosaukums	Nepieciešamais, bet faktiski nenodrošinātais māsu un māsas palīgu slodžu skaits diennaktī	Darba samaksa 2024. gada maijā–decembrī	Valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas 2024. gada maijā–decembrī	Kopā
Cēsu klīnika	1,50	153 846	36 292	190 138
Dobeles un apkārtnes slimnīca	0,50	51 282	12 097	63 379
Jūrmalas slimnīca	0,33	33 846	7 984	41 830
Ogres rajona slimnīca	2,33	238 974	56 374	295 348
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	0,50	51 282	12 097	63 379
Kuldīgas slimnīca	0,83	85 128	20 082	105 210
Alūksnes slimnīca	0,67	68 718	16 211	84 929
Preiļu slimnīca	0,17	17 436	4 113	21 549
Tukuma slimnīca	0,33	33 846	7 984	41 830
Krāslavas slimnīca	0,17	17 094	4 032	21 126
Kopā:		3 459 146	816 014	4 275 160
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	7,33	751 795	177 348	929 143
Vidzemes slimnīca	1,50	153 846	36 292	190 138
Jēkabpils reģionālā slimnīca	2,67	273 846	64 600	338 446
Kopā:		1 179 487	278 240	1 457 727

Ēdināšanas izdevumi fiksētajā piemaksā par pacientu observāciju līdz 24 stundām ir aprēķināti, plānoto observējamo pacientu skaitu reizinot ar vienas maltītes izmaksām jeb 2,33 *euro*. Vienlaikus faktiski var pastāvēt apstākļi, ka ēdināšanu kādam pacientam nenodrošina objektīvu iemeslu dēļ, piemēram, ja tālākā ārstēšana saistīta ar ķirurģisku iejaukšanos, anestēziju vai citām manipulācijām, pirms kurām nedrīkst ēst un dzert.³³¹ Vienlaikus revidenti uzsver, ka tie var būt vien izņēmuma gadījumi, nevis sistēma kopumā.

Revīzijā konstatēts, ka no 21 ārstniecības iestādes (skatīt 7. pielikumu):

- ✓ astoņas³³² nodrošina ēdināšanu;
- ✓ 10³³³ nodrošina ēdināšanu, bet ar nosacījumiem, piemēram, tikai noteiktā laika periodā vai pacientiem, kuri observācijā uzturas ilgāk par konkrētu laiku;
- ✓ trīs³³⁴ ārstniecības iestādes nenodrošina ēdināšanu.

Lai arī ēdināšanas izmaksas ir iekļautas fiksētajā piemaksā par pacientu observāciju līdz 24 stundām, tomēr Nacionālais veselības dienests pārbaudes par pakalpojumu tarifiem iekļauto sastāvdaļu nodrošināšanu neveic³³⁵. Atbilstoši revidentu aplēsei³³⁶ trīs ārstniecības iestādēm 2024. gada astoņos mēnešos par faktiski nenodrošinātu pacientu ēdināšanu samaksāja 10 453 *euro*.

Revīzijā konstatētais liecina, ka jāpārskata fiksētās piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām aprēķins, tajā skaitā, paredzot samaksu tikai par tādiem pakalpojumiem, kurus observācijā faktiski nodrošina un kuru izpildes kontrole nav apgrūtināta, tādējādi panākot ārstniecības iestādēm piešķirtā finansējuma izlietojumu atbilstoši mērķim.

Ieteikumi

Veselības ministrijai optimizēt ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklu, sabalansējot faktisko pacientu plūsmu, izmaksas, nepieciešamo speciālistu prasības un ārstniecības iestādes kapacitāti sniegt neatliekamo palīdzību.

Ir sagaidāms, ka Veselības ministrija veiks darbības ieteikuma ieviešanai un panāks, ka:

- ✓ neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu tīklu un finansējumu pamatos arī faktiskā pacientu plūsma un izmaksas, līdz ar to nodaļu skaits samazināsies;
- ✓ ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās būs diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamie speciālisti, un to nodrošinājumu uzraudzīs.

Veselības ministrijai nodrošināt efektīvu pacientu observācijas līdz 24 stundām pakalpojumu, ieviešot skaidrus kritērijus, un to sistēmiski uzraudzīt.

Ir sagaidāms, ka Veselības ministrija veiks darbības ieteikuma ieviešanai un panāks, ka:

- ✓ 70–80 % pacientu pēc observācijas līdz 24 stundām netiks hospitalizēti, tā nodrošinot, ka šis stacionārās veselības aprūpes pakalpojums ir izmaksu efektīvs;
- ✓ maksājums par pacientu observāciju līdz 24 stundām būs pamatots un pakalpojumu nodrošinās atbilstoši noteiktajam.

Revīzijas raksturojums, metodes un kritēriji

Revīzijas mērķis

Revīzijas mērķis ir novērtēt, vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta atbilstoši vajadzībām un iespējami labākajā veidā³³⁷.

Juridiskais pamatojums

Lietderības revīzija “Vai stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta efektīvi?” ir veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 26.08.2024. revīzijas grafiku Nr. 2.4.1-75/2024.

Revīziju veica revīzijas grupas vadītāja vecākā valsts revidente juriste Linda Sandere, vecākās valsts revidentes Olga Rezovska un Oksana Buraja un valsts revidente Kristīne Zaiceva, atbildīgā sektora vadītāja Līga Pūre.

Revidentu un revidējamās vienības atbildība

Valsts kontroles revidenti ir atbildīgi par revīzijas ziņojuma sniegšanu, kas pamatojas uz revīzijas laikā gūtiem atbilstošiem un pietiekamiem revīzijas pierādījumiem.

Veselības ministrija ir atbildīga par normatīvo aktu ievērošanu un revidentiem sniegtās informācijas patiesumu.

Revīzijas apjoms

Revīzija ir veikta saskaņā ar Latvijas Republikā atzītiem starptautiskajiem publiskā sektora revīzijas standartiem.³³⁸

Revīzija plānota un veikta tā, lai iegūtu pietiekamu pārliecību par revīzijas apjomā iekļautās revidējamās vienības – Veselības ministrijas – veiktajiem pasākumiem, lai nodrošinātu, ka stacionārā veselības aprūpe tiek plānota un organizēta atbilstoši vajadzībām un iespējami labākajā veidā.

Revīzija ir veikta par laiku no 01.01.2021. līdz 31.12.2024., nepieciešamības gadījumā apkopojot informāciju arī ārpus minētā laika posma.

Revīzijas apjomā ir iekļauta Veselības ministrija, kas ir vadošā iestāde veselības nozarē un kas izstrādā veselības politiku, organizē un koordinē veselības politikas īstenošanu.

Revīzijas mērķa sasniegšanai informācija iegūta arī no:

- ✓ Nacionālā veselības dienesta, kas īsteno valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus, kā arī īsteno valsts politiku veselības un sabiedrības veselības datu iegūšanā un analīzē;
- ✓ ārstniecības iestādēm, kas sniedz valsts apmaksātus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus;

- ✓ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, kas organizē un nodrošina neatliekamo medicīnisko palīdzību iedzīvotājiem pirmsslimnīcas etapā no notikuma vietas līdz nogādāšanai ārstniecības iestādē.

Revīzijas izlašu raksturojums:

- ✓ personāls (ārstu sastāvs, skaits un slodze) 2024. gada septembrī, gultu skaits un noslodze, hospitalizāciju skaits un veiktie izmeklējumi 2024. gadā visās 23 I līdz IV līmeņa ārstniecības iestādēs četros profilos, proti, terapijas (nodrošina visas 23 ārstniecības iestādes), ķirurģijas (nodrošina 18 ārstniecības iestādes), pediatrijas (nodrošina 18 ārstniecības iestādes) un insulta vienības (nodrošina septiņas ārstniecības iestādes), kuros kopā ir 75 % no visām hospitalizācijām;
- ✓ neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nepieciešamo speciālistu nodrošinājums 2024. gada septembrī un tajās veiktie izmeklējumi 2024. gadā visās 26 I līdz V līmeņa ārstniecības iestādēs (jeb 72 % no kopējā skaita);
- ✓ pacientu observācijai līdz 24 stundām nepieciešamo speciālistu nodrošinājums 2024. gadā visā 21 II līdz V līmeņa ārstniecības iestādē (jeb 75 % no kopējā skaita);
- ✓ pacientu skaita plānošana DRG pakalpojumiem 2023., 2024. un 2025. gadam un iezīmētajiem pakalpojumiem 2024. gadam visās 26 V, IV, III, II un I līmeņa ārstniecības iestādēs;
- ✓ pacientu skaita un finansējuma pārplānošana DRG un iezīmētajiem pakalpojumiem 2024. gadam 10 no 26 V, IV, III, II un I līmeņa ārstniecības iestādēs.

Revīzijas metodes

Starptautisko organizāciju (Pasaules Veselības organizācija, Pasaules Banka) dokumentu un citu starptautisko pētījumu analīze par stacionāro veselības aprūpi.

Attīstības plānošanas dokumentu, normatīvo aktu un citas iesniegtās un publiski pieejamās informācijas apkopošana un analīze un aprēķinu veikšana.

Intervijas ar Veselības ministrijas un tās padotības iestāžu, ārstniecības iestāžu un nevalstisko organizāciju pārstāvjiem.

Stacionāro ārstniecības iestāžu resursu informācijas sistēmas (SAIRIS) datu par resursu nodrošinājumu analīze.

Nepersonalizētu Nacionālā veselības dienesta Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas un ārstniecības iestāžu datu analīze par terapijas, ķirurģijas, pediatrijas un insulta vienības profilu un neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu un pacientu observācijas līdz 24 stundām darba nodrošinājumu 2024. gadā.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta nepersonalizētu 2023. un 2024. gada datu par izsaukumu rezultātā uz ārstniecības iestādēm nogādātajiem pacientiem analīze.

Revidentu aplēses par ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās, tajā skaitā pacientu observācijā līdz 24 stundām, nenodrošinātām nepieciešamo speciālistu dežūrstundām un pacientu observācijā līdz 24 stundām nenodrošinātu pacientu ēdināšanu.

Vērtēšanas kritēriji

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts / sasniegts daļēji
1. Vai Veselības ministrija, izveidojot stacionāro ārstniecības iestāžu tīklu un to turpmāk uzraugot, ir rīkojusies sabiedrības interesēs?		
	Stacionāro ārstniecības iestāžu tīkls izveidots ³³⁹ , ņemot vērā Pasaules Bankas ieteikumus ³⁴⁰ un plānošanas dokumentus ³⁴¹	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Pasaules Banka 2016. gadā sniedza Veselības ministrijai priekšlikumus, kā optimizēt ārstniecības iestāžu tīklu, iedalot tās četros līmeņos. Pamatojoties uz šiem priekšlikumiem, Veselības ministrija sagatavoja arī dokumentus ar redzējumu par ārstniecības iestāžu dalījumu četros līmeņos. 2018. gadā ārstniecības iestādes tomēr iedalīja piecos līmeņos. Reformas rezultātā arī ārstniecības iestāžu skaits nav samazinājies. Līdz reformai 2018. gadā bija 40 ārstniecības iestādes, reformas rezultātā – 39, bet 01.01.2025. – 41 ārstniecības iestāde.
	Ir noteikti kritēriji ārstniecības iestāžu dalījumam pa līmeņiem	⊙ Kritērijs ir sasniegts. To, kādam līmenim atbilst ārstniecības iestāde, nosaka obligātie profili jeb pamatpakalpojumi, kādi būtu jānodrošina konkrētā līmeņa ārstniecības iestādē.
	Ir noteiktas prasības stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profiliem atbilstoši ārstniecības iestāžu līmeņiem	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Ārstniecības iestādes iedalīja līmeņos un noteica katrā līmenī nodrošināmos profilus, tomēr prasības profiliem atbilstoši ārstniecības iestāžu līmeņiem nenoīca. Veselības ministrija plāno no 01.01.2026. ieviest prasības pamatprofilu, tas ir, internās medicīnas, hronisko pacientu aprūpes, ķirurģijas, ginekoloģijas, grūtniecības un dzemdību aprūpes, pediatrijas un traumatoloģijas, ortopēdijas profiliem.
	Tiek veikta uzraudzība pār ārstniecības iestāžu atbilstību tām piešķirtajam līmenim	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji. Ārstniecības iestādes iedalīja līmeņos un paredzēja, ka turpmāk ik gadu izvērtēs to sniegto stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu atbilstību piešķirtajam līmenim. Šādus izvērtējumus Veselības ministrijas uzdevumā Veselības inspekcija veica 2019., 2020. un 2024. gadā.
	Tiek veiktas darbības, lai novērstu uzraudzības ietvaros konstatētās neatbilstības	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Veselības inspekcijas 2019., 2020. un 2024. gada izvērtējumos konstatētas būtiskas problēmas stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumā atbilstoši ārstniecības iestāžu līmeņiem. Dažām ārstniecības iestādēm līmeņi ir arī pārskatīti,

tomēr šīs pārmaiņas nav saistītas ar Veselības inspekcijas izvērtējumos konstatētajām neatbilstībām.

Tiek veikta Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu noslēgto līgumu par stacionāro veselības aprūpi uzraudzība, veicot ieturējumus par nenodrošinātiem pakalpojumiem³⁴²

🕒 **Kritērijs sasniegts daļēji.** Lai arī Nacionālajam veselības dienestam kopš 2022. gada ir tiesības veikt ieturējumus par nenodrošinātiem profiliem un nepieciešamo speciālista diennakts dežūrām neatliekamās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļās, šādi ieturējumi ārstniecības iestādēm par kopējo summu 286 363 *euro* ir veikti vien 2023. gadā. Tomēr gadījumi, kad, piemēram, ārstniecības iestāde nenodrošina speciālista diennakts dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, konstatēti arī 2024. gadā.

2. Vai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi tiek plānoti un organizēti efektīvi un produktīvi?

2.1. Vai ārstniecības iestādes nodrošina to līmenim atbilstošus un līdzvērtīgus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu profilus?

Viena līmeņa ārstniecības iestādes nodrošina vienādus profilus

🕒 **Kritērijs sasniegts daļēji.** Viena līmeņa ārstniecības iestādes nenodrošina vienādus profilus. Turklāt jau normatīvais akts paredz izņēmumus. Piemēram, visām III līmeņa ārstniecības iestādēm, izņemot SIA “Cēsu klīnika”, obligāts profils ir grūtniecības un dzemdību aprūpe. Nacionālais veselības dienests skaidroja, ka visbiežāk to ietekmē nepieciešamo cilvēkresursu trūkums.

Tāpat izveidotais profilu un profiliem saistošo pakalpojumu programmu sadalījums starp ārstniecības iestādēm nav izsekojams un kopumā nesniedz priekšstatu, kura ārstniecības iestāde kādus profilus nodrošina. Piemēram, uroloģijas profils obligāts ir V un IV līmeņa ārstniecības iestādēm, bet vienīgā pakalpojumu programma “Plānveida īslaicīgā ķirurģija. Uroloģija” attiecas arī uz III un II līmeņa ārstniecības iestādēm, kurām tas nav pat izvēles profils.

Ārstniecības iestādēm noteiktie obligātie un izvēles profili nav arī saskaņoti ar to stacionārajām nodaļām, līdz ar to arī šādi visos gadījumos nevar identificēt, kādu profilu ārstniecības iestāde nodrošina un vai vispār nodrošina.

Ārstniecības iestādes nodrošina tām noteiktos obligātos un izvēles profilus³⁴³

🕒 **Kritērijs sasniegts daļēji.** Atkarībā no līmeņa ārstniecības iestādēm kopumā jānodrošina 29 dažādi profili, kas var būt gan obligāti, gan izvēles. Ārstniecības iestādes nenodrošina visus to līmenim paredzētos obligātos un arī izvēles profilus. Piemēram, SIA “Jūrmalas slimnīca” un SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” nenodrošina obligāto pediatrijas profilu. Tāpat 2024. gadā lielākā daļa hospitalizāciju visu līmeņu ārstniecības iestādēs bija divos – terapijas un ķirurģijas – profilos. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādēs 72 % no hospitalizācijām

bija terapijas un ķirurģijas profilos, lai gan tām kopumā jānodrošina 17 obligātie un 11 izvēles profili.

Vienlaikus valstī neuzkrāj un neanalizē informāciju par to, kādus profilus ārpus profiliem paredzētajām pakalpojumu programmām ārstniecības iestādes nodrošina vai nenodrošina. Piemēram, pediatrijas profils kā obligāts vai izvēles profils jānodrošina 27 ārstniecības iestādēm, tomēr profila 11 pakalpojumu programmas paredzētas vien septiņām. Hospitalizācijas profilā uzskaita tikai pa profilam paredzētajam pakalpojumu programmām. Līdz ar to, ja arī ārstniecības iestāde pediatrijas profilu nodrošina, bet pakalpojumu programma tai nav paredzēta, tad arī hospitalizāciju skaitu pediatrijas profilā neuzskaita. Šādā gadījumā ārstniecības iestādei pediatrijas profila hospitalizācijas var uzskaitīt un apmaksāt, piemēram, terapijas profila pakalpojumu programmā “Pārējie terapeitiskie pakalpojumi”.

Viena ārstniecības vienādu nodrošina ārstniecības personāls³⁴⁴

⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Izlasē iekļautos profilus nodrošina līdzvērtīgi speciālisti, proti, terapijas profilu – internists, ķirurģijas profilu – ķirurgs, pediatrijas profilu – pediatrs, insulta vienības profilu – neirologs. Profilu nodrošināšanā atkarībā no ārstniecības iestādes iesaistīti arī citi speciālisti.

Vienlaikus viena līmeņa ārstniecības iestādēs konkrēta profila nodrošināšanā iesaistīto ārstu skaits un slodze būtiski atšķiras. Ārstniecības iestādēs speciālistu skaits nav pietiekams, lai nodrošinātu to nepārtrauktu pieejamību. Piemēram, trīs IV līmeņa ārstniecības iestādēs kopējais neirologu slodžu skaits insulta vienībā ir mazāks par trīs slodzēm, savukārt SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” – nesasniedz pat vienu slodzi. Līdz ar to nevar nodrošināt ārsta pieejamību 24 stundas diennaktī septiņas dienas nedēļā. Tāpat vairākās ārstniecības iestādēs nav nodrošinātas pat divas slodzes, līdz ar to ārsta prombūtnes gadījumā nav nodaļas personāla, kas to aizvietotu.

Izlasē iekļauto četru profilu vidējais hospitalizāciju skaits mēnesī uz vienu ārsta slodzi viena līmeņa ārstniecības iestādēs nav līdzvērtīgs. Piemēram, terapijas profilā uz vienu internista slodzi mēnesī IV līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Rēzeknes slimnīca” ir 239 hospitalizācijas, bet SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” – 106.

Viena ārstniecības vienādu pakalpojumu programmu līmeņa iestādes profilu ietvaros

⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Pat ja viena līmeņa ārstniecības iestādes nodrošina vienādu pakalpojumu profilus (izlasē iekļauti terapijas, ķirurģijas, pediatrijas un insulta vienības profili), tie atšķiras pēc klāsta, apjoma un pieejamajiem resursiem, radot nevienlīdzību pacientu aprūpē.

nodrošina līdzvērtīgus pakalpojumus

Viena līmeņa ārstniecības iestādēs pie līdzīga hospitalizāciju skaita būtiski atšķiras pacientiem veiktais kopējais manipulāciju daudzums, tostarp vienā līmenī pastāv atšķirības pacientiem veikto manipulāciju skaitā tādās visbiežāk pielietoto manipulāciju kategorijās kā laboratorijas, radioloģijas un sirds un asinsvadu sistēmas izmeklējumi. Piemēram, III līmeņa ārstniecības iestādēs SIA “Jūrmalas slimnīca” sirds un asinsvadu sistēmas izmeklējumu īpatsvars uz vienu hospitalizāciju ir vairākus desmitus reižu lielāks nekā SIA “Madonas slimnīca”.

Vairākums IV līmeņa ārstniecības iestāžu nenodrošina pacienta dzīvībai svarīga – insulta vienības – profila nepārtrauktu pieejamību, turklāt tajās ir arī nepietiekama agrīnā rehabilitācija, jo nav atbilstošas multidisciplināras rehabilitācijas komandas.

Viena līmeņa ārstniecības iestādēm ir līdzīgi pozitīvi to darbību raksturojošie rādītāji (piemēram, pacientu skaits, gultu skaits un noslodze)

⌚ **Kritērijs nav sasniegts.** Viena līmeņa ārstniecības iestādēs nav līdzīgi pozitīvi to darbību raksturojošie rādītāji.

Būtiski atšķiras hospitalizāciju skaits viena līmeņa ārstniecības iestādēs, kas liecina par atšķirīgu pacientu plūsmu un pakalpojumu intensitāti. Piemēram, terapijas profilā I līmeņa ārstniecības iestādē SIA “Līvānu slimnīca” hospitalizāciju skaits ir par vairāk nekā 90 % mazāks nekā pārējās šī līmeņa ārstniecības iestādēs, un šajā profilā faktiski hospitalizē mazāk nekā divus pacientus mēnesī, kamēr pārējās – vidēji vienu pacientu dienā.

Viena līmeņa ārstniecības iestādēs gultu skaits atšķiras vairākkārt un ir būtiskas atšķirības profila gultu noslodzē. Piemēram, IV līmeņa ārstniecības iestādēs ir no sešām līdz 80 terapijas profila gultām, sešās ārstniecības iestādēs vidējā gultu noslodze – no 55 % līdz 188 %, tajā skaitā četrās – virs 75 % un divās no tām – virs 100 %.

2.2. Vai stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi tiek plānoti un apmaksāti, ņemot vērā vajadzības un nodrošinot pieejamo resursu optimālu izlietojumu?

Dažādie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas veidi ir pamatoti

⌚ **Kritērijs sasniegts daļēji.** Nacionālais veselības dienests ārstniecības iestādēm par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem maksā dažādu veidu maksājumus, piemēram, fiksēto un tāmes maksājumu, maksājumu atbilstoši rēķiniem un manipulāciju, gultasdienas un viena pacienta ārstēšanas tarifiem. Nacionālais veselības dienests skaidroja vajadzību pēc dažādiem samaksas veidiem, tomēr, revidentu ieskatā, tie ir sadrumstaloti.

Nacionālais veselības dienests nosaka dažādus samaksas veidus ne tikai jauniem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, bet maina arī jau esošiem.

Tas viss rada administratīvo slogu ārstniecības iestādēm, lai pielāgotos un nodrošinātu sniegto pakalpojumu

uzskaiti, un arī Nacionālajam veselības dienestam, lai nodrošinātu to sistēmisku uzraudzību. Nacionālā veselības dienesta finansējuma izlietojuma pārbaudes ārstniecības iestādēs pa stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidiem ir fragmentāras, tomēr arī tajās ir konstatētas neatbilstības un veikti finansējuma ieturējumi.

Pacientu un finansējuma plānošana ir pārskatāma, uz vajadzībām balstīta un vienlīdzīga

🕒 **Kritērijs sasniegts daļēji.** Pacientu skaitu un finansējumu ārstniecības iestādēm stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai plāno, pamatā balstoties uz pieejamo finansējumu, nevis pacientu vajadzībām. Pacientu un finansējuma apjomu plāno, izdarot dažādus izņēmumus attiecībā uz individuālām ārstniecības iestādēm bez skaidriem kritērijiem un vienotas kārtības. Šāda pacientu skaita un finansējuma plānošana nav vienlīdzīga un pārskatāma un pieļauj iespēju manipulēt ar skaitļiem ierobežotā finansējuma apstākļos.

Plānojot DRG fiksēto maksājumu, tiek ņemti vērā kvalitātes indikatori

⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Kvalitātes rādītāju izpildes vērtēšanu šobrīd veic tikai VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, pārējās ārstniecības iestādēs to plāno veikt no 01.01.2026.

Vismaz reizi trijos gados tiek veikts viena pacienta ārstēšanas tarifa pārrēķins³⁴⁵

🕒 **Kritērijs ir sasniegts.** Nacionālais veselības dienests iezīmēto pakalpojumu viena pacienta ārstēšanas tarifu pārrēķinu veic katru gadu. Tomēr tarifu izmaiņas veic, tikai ja ir pieejams finansējums. Līdz ar to 67 % viena pacienta ārstēšanas tarifu aprēķinam izmantotie ārstniecības iestāžu dati par sniegtajiem iezīmētajiem pakalpojumiem nav aktualizēti vairāk kā 10 gadus. No 56 Nacionālā veselības dienesta pārrēķinātajiem viena pacienta ārstēšanas tarifiem 77 % tarifu būtu jāsamazina par 1 % līdz 69 % un 23 % – jāpalielina par 1 % līdz 6 %.

Finansējuma plānošanā tiek ņemti vērā faktiski aprēķinātie DRG rādītāji

🕒 **Kritērijs sasniegts daļēji.** DRG rādītāji ir bāzes tarifs un ārstniecības iestādes veiktā darba indekss jeb CMI koeficients. Līdz 2024. gadam, izņemot 2021. un 2022. gadu (Covid-19 dēļ tika ieviestas korekcijas), visi DRG rādītāji atbilda faktiski aprēķinātajiem, izņemot bāzes tarifu V līmeņa ārstniecības iestādēm, kuru, izmantojot bāzes koeficientu, tuvināja to gultasdienas tarifa vērtībai. Arī 2025. gadam ārstniecības iestādēm pielietoja faktiski aprēķināto CMI koeficientu. Savukārt, ņemot vērā pieejamo finansējumu, 2025. gadam bāzes tarifu samazināja (izņemot VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”) par:

- ✓ 14 % (no 1613 uz 1388 euro) SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”;

- ✓ 8 % (1465 uz 1353 *euro*) VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”;
- ✓ 0,8 % (no 1319 uz 1308 *euro*) pārējām ārstniecības iestādēm.

Tiek uzraudzīts, ka ārstniecības iestādes veiktā darba indekss (CMI) atspoguļo faktiskos resursu ieguldījumus pakalpojumu sniegšanā

- ⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Tikai 2024. gadā Nacionālais veselības dienests veica pirmo un vienīgo DRG apmaksas sistēmas auditu, secinot, ka ārstniecības iestādēm ir nepietiekama izpratne par DRG apmaksas sistēmas darbības principiem un atbilstošu pacientu ārstēšanas gadījumu kodēšanu. Vērtējot 2025. gadam ārstniecības iestādēm aprēķinātos CMI koeficientus, konstatēts, ka (1) ne vienmēr viena līmeņa ārstniecības iestādēm tie ir līdzīgi, (2) zemāka līmeņa ārstniecības iestādes CMI koeficients pārsniedz krietni augstāka līmeņa ārstniecības iestādes CMI koeficientu vai arī (3) dažāda līmeņa ārstniecības iestādēs tie ir līdzīgi.

3. Vai stacionārā neatliekamā medicīniskā palīdzība tiek plānota un organizēta efektīvi un produktīvi?

Ārstniecības iestādes neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nodrošina speciālistu klāstu un skaitu atbilstoši fiksētās piemaksas apmēra aprēķinā ietvertajam³⁴⁶

- ⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Neviena no I līdz V līmeņa ārstniecības iestādēm nenodrošina visus neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamos speciālistus.

Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās nodarbinātie speciālisti dežūras laikā vienlaicīgi nav nodarbināti citās struktūrvienībās

- ⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** 2024. gada septembrī 15 % no kopējā visu līmeņu ārstniecības iestāžu dežūrstundu skaita nodrošināja, dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā apvienojot ar darbu citā ārstniecības iestādes struktūrvienībā.

Viena līmeņa ārstniecības iestādes nodrošina līdzvērtīgus neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumus

- ⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Viena līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās ir atšķirīgs sniegto pakalpojumu veids un apjoms. Piemēram, visās I līmeņa ārstniecības iestādēs vienādi ir pieejama vien četru no kopā 16 veidu palīdzība, tostarp palīdzību kardioloģisku slimību gadījumā nodrošina visas piecas I līmeņa ārstniecības iestādes, bet strutaino ķirurģiju – tikai viena.

Pacientu observācijas līdz 24 stundām nodrošināšanai nepieciešamo speciālistu skaits atbilst proporcijai viens speciālists uz sešiem pacientiem

⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Ja II līdz V līmeņa ārstniecības iestādes pacientu observācijai līdz 24 stundām piesaistītu atsevišķus speciālistus pilnā apmērā, tad vien četrās to skaits atbilstu plānotajai proporcijai, bet pārējās 17 – būtu lielāks par sešiem pacientiem.

Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darbības (piemēram, speciālistu un pakalpojumu skaits un klāsts) un izmaksu efektivitātes (piemēram, finansējums, pacientu skaits, vidējās izmaksas uz vienu pacientu) rādītāji pamato šo nodaļu uzturēšanas nepieciešamību

⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darbības efektivitāte ir vērtējama, jo, piemēram, ņemot vērā, ka I līmeņa ārstniecības iestādes galvenokārt nodrošina aprūpes profilus, tajās 90 % pacientu hospitalizē plānveida ārstēšanai un ir mazs ar neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi nogādāto pacientu skaits, tomēr tām maksā fiksēto piemaksu par neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbu. Tāpat visu līmeņu ārstniecības iestādēs diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamos speciālistus aizvieto ar rezidentiem, ārstiem stažieriem un citu specialitāšu ārstniecības personām. Turklāt, ņemot vērā, ka fiksētās piemaksas apmērs nav atkarīgs no pacientu skaita neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, bet gan no speciālistu nodrošinājuma, augstāka līmeņa ārstniecības iestāžu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās ir lielāks vidējais pacientu skaits dienā, ievērojami lielāka speciālistu noslodze un zemākas vidējās viena pacienta izmaksas.

Sektora vadītāja

Līga Pūre

Departamenta direktore

Maija Āboliņa

ŠIS DOKUMENTS IR ELEKTRONISKI
PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO
PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU

1. pielikums. Stacionārās veselības aprūpes rādītāji ārstniecības iestādēs 2024. gadā³⁴⁷

Ārstniecības iestādes	Hospitalizācijas									Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits dienā	Vidējais ārstēšanās ilgums	Gultu noslodze, %	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļa		Pacientu observācija līdz 24 stundām	
	Vienas vidējās izmaksas gadā	Skaits		Vidējais skaits dienā	Īpatsvars, %	Īpatsvars (%) no visām hospitalizācijām							Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas	Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas
		kopā	t. sk. bērni			neatliekamās	plānveida	1–2 dienu	atkārtotās (tajā pašā vai nākamajā dienā)							
Kopā	2071	286 051	33 513	784	100	67	33	24	0,9	459	8,2	74	1 781	163	360	87
V līmenis	2516	124 121	16 576	340	43,4	53	47	33	0,5	189	6,4	78	666	147	170	107
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	2677	15 054	14 866	41	5,3	53	47	49	0,3	28	4,8	74	113	186	53	144
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	2652	46 825	1421	128	16,4	48	52	40	0,6	70	5,2	81	238	144	66	78
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	2375	62 242	289	171	21,8	57	43	24	0,5	91	7,8	77	315	134	52	106
IV līmenis	1418	78 552	9861	215	27,5	81	19	21	1,4	168	6,5	63	563	143	121	66

Ārstniecības iestādes	Hospitalizācijas									Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits dienā	Vidējais ārstēšanās ilgums	Gultu noslodze, %	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļa		Pacientu observācija līdz 24 stundām	
	Vienas vidējās izmaksas gadā	Skaits		Vidējais skaits dienā	Īpatsvars, %	Īpatsvars (%) no visām hospitalizācijām							Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas	Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas
		kopā	t. sk. bērni			neatliekamās	plānveida	1–2 dienu	atkārtotās (tajā pašā vai nākamajā dienā)							
Daugavpils reģionālā slimnīca	1553	17 656	1961	48	6,2	74	26	22	1,3	36	6,7	50	106	135	25	79
Jelgavas pilsētas slimnīca	1108	10 298	1379	28	3,6	94	6	19	1,5	26	6,1	66	92	104	13	80
Jēkabpils reģionālā slimnīca	1350	7750	1346	21	2,7	93	7	20	1,7	18	6,7	74	60	176	31	47
Liepājas reģionālā slimnīca	1687	13 715	1558	38	4,8	65	35	27	1,4	22	6,3	72	93	129	13	91
Rēzeknes slimnīca	1239	9479	1524	26	3,3	90	10	10	1,5	22	6,9	68	65	144	13	34
Vidzemes slimnīca	1327	12 066	1288	33	4,2	87	13	24	1,2	27	6,4	75	82	144	13	65
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	1474	7588	805	21	2,7	77	23	19	1,2	16	6	52	65	202	12	83
III līmenis	1186	27 477	3474	75	9,6	88	12	21	1	52	5,9	77	210	220	52	72
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	1444	3043	497	8	1,1	92	8	15	1	7	6,8	93	21	324	4	76
Cēsu klīnika	1023	3790	1123	10	1,3	96	4	19	0,8	7	6	86	31	182	10	76
Dobeles un apkārtnes slimnīca	1336	1941	6	5	0,7	94	6	10	1,6	4	7,9	60	18	377	4	71
Jūrmalas slimnīca	1006	4679	2	13	1,6	70	30	24	1	9	5,6	89	29	221	2	89
Kuldīgas slimnīca	1097	3711	708	10	1,3	97	3	27	1,5	7	6,3	57	30	214	5	94
Madonas slimnīca	1413	4711	895	13	1,6	77	23	18	0,6	5	5,2	75	28	258	7	75
Ogres rajona slimnīca	1123	5602	243	15	2	99	1	24	1	12	5	85	53	133	19	61
II līmenis	1035	8353	807	23	2,9	93	7	19	0,5	14	6,1	55	56	361	11	71
Alūksnes slimnīca	997	2488	313	7	0,9	100	0	27	0,8	4	5,4	55	16	319	4	87
Krāslavas slimnīca	1047	1778	-	5	0,6	86	14	9	0	3	5,8	47	8	511	2	57
Preiļu slimnīca	921	1494	3	4	0,5	88	12	17	0	2	6,3	52	10	593	2	47

Ārstniecības iestādes	Hospitalizācijas									Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits dienā	Vidējais ārstēšanās ilgums	Gultu noslodze, %	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļa		Pacientu observācija līdz 24 stundām	
	Vienas vidējās izmaksas gadā	Skaits		Vidējais skaits dienā	Īpatsvars, %	Īpatsvars (%) no visām hospitalizācijām							Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas	Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas
		kopā	t. sk. bērni			neatliekamās	plānveida	1–2 dienu	atkārtotās (tajā pašā vai nākamajā dienā)							
Tukuma slimnīca	1129	2593	491	7	0,9	94	6	18	1	6	7,0	63	21	233	3	75
I līmenis	877	5449	5	15	1,9	10	90	4	1	1	9,5	65	60	196	-	-
Aizkraukles slimnīca	813	1428	1	4	0,5	11	89	3	0,8	0	8,1	76	14	159	Nav paredzēta	
Bauskas slimnīca	927	980	-	3	0,3	35	65	7	1	0	11,8	83	17	136		
Limbažu slimnīca	997	766	-	2	0,3	5	95	3	0,8	0	9,4	45	10	242		
Līvānu slimnīca	900	861	-	2	0,3	0	100	2	1,5	0	10	47	7	360		
Ludzas medicīnas centrs	829	1414	4	4	0,5	1	99	3	0,9	0	8,9	77	12	199		
V līmeņa specializētās	2659	23 696	1839	65	8,3	63	37	14	0,7	18	12,7	85	128	169	3	84
Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”	2728	4796	1343	13	1,7	0	100	1	0,4	0	14,7	97	14	84	Nav paredzēta	
Rīgas Dzemdību nams	1264	5088	400	14	1,8	100	0	20	0,7	1	4,2	48	15	721	2	104
Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	2983	7246	62	20	2,5	50	50	28	0,5	7	6,1	55	80	85	Nav paredzēta	
Nacionālais psihiskās veselības centrs	3331	6566	34	18	2,3	96	4	4	1,2	10	25,1	104	20	155	2	69
Specializētās	3463	16 737	945	46	5,9	87	13	7	2,5	17	26,5	81	100	127	2	169
Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca “Ainaži”	12 162	171	172	0	0,1	0	100	6	-	0	44,6	46	Nav paredzēta		Nav paredzēta	
Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	5025	4378	-	12	1,5	100	0	2	4,4	3	49,6	90	11	98	1	122
Piejūras slimnīca	3795	1082	-	3	0,4	100	0	3	4,7	1	30	85	3	380	0	467
Rīgas 2. slimnīca	2283	3508	1	10	1,2	60	40	17	1,3	6	9,3	82	49	81	-	-
Siguldas slimnīca	1013	1016	1	3	0,4	66	34	18	0,4	0	8,3	34	16	255	0	441

Ārstniecības iestādes	Hospitalizācijas									Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits dienā	Vidējais ārstēšanās ilgums	Gultu noslodze, %	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļa		Pacientu observācija līdz 24 stundām	
	Vienas vidējās izmaksas gadā	Skaits		Vidējais skaits dienā	Īpatsvars, %	Īpatsvars (%) no visām hospitalizācijām							Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas	Pacientu skaits dienā	Vidējās viena pacienta izmaksas
		kopā	t. sk. bērni			neatliekamās	plānveida	1–2 dienu	atkārtotās (tajā pašā vai nākamajā dienā)							
Slimnīca “Ģintermuiža”	3072	3191	464	9	1,1	94	6	6	1,5	4	23,1	75	10	112	1	76
Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3222	3391	307	9	1,2	100	0	5	2,4	4	21,2	82	9	120	0	555
Pārējās	1011	1666	6	5	0,6	28	72	9	1,6	0	9,5	57	-		-	
Latvijas Jūras medicīnas centrs	835	784	-	2	0,3	1	99	15	1,3	0	7,7	53	Nav paredzēta		Nav paredzēta	
Rehabilitācijas centrs “Līgatne”	3110	5	-	0	0	0	100	0	0	0	23,8	-				
Priekules slimnīca	762	116	-	0	0	0	100	1	1,7	0	6,4	-				
Saldus medicīnas centrs	749	460	5	1	0,2	100	0	7	2	0	11,0	55				
Sanare KRC Jaunkēmeri	1932	301	1	1	0,1	0	100	0	1,7	0	12,7	52				

2. pielikums. Pacientu skaita plānošana DRG un iezīmēto pakalpojumu programmās

1. tabula. Piemēri par ārstniecības iestādēm DRG pakalpojumu programmās plānoto un faktisko pacientu skaitu 2022. gadā un plānoto pacientu skaitu 2023. gadam

Ārstniecības iestāde	2022. gada plānotais pacientu skaits	2022. gada faktiskais pacientu skaits 4 + 8 mēneši (01.09.2021.–31.08.2022.)	Pakalpojumu programmas "Covid-19 pacientu ārstēšana" ³⁴⁸ pacientu skaits	Faktiskais pacientu skaits (t. sk. Covid-19 pacienti) + 10 % pacientu skaita pieaugums	2023. gada plānotais pacientu skaits	Pamatojums
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	15 789	12 097↓	495	nepiemēro	15 789	Saglabājas esošais pacientu skaits, jo izpilda kvalitātes rādītājus
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	34 843	30 374↓	2356	nepiemēro	32 730	Nepiemēro 10 % pacientu skaita pieaugumu, jo Covid-19 laikā nepārtrauca plānveida pakalpojumu sniegšanu
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	52 738	39 113↓	4032	47 460	47 460	Piemēro 10 % pacientu skaita pieaugumu
Rēzeknes slimnīca	9200	6309↓	1298	8368	8368	Piemēro 10 % pacientu skaita pieaugumu
Ogres rajona slimnīca	4927	4678↓	-	5146	4927	Nepiemēro 10 % pacientu skaita pieaugumu, jo nevar pārsniegt 2022. gadam plānoto pacientu skaitu
Jūrmalas slimnīca	2649	2849↑	157	3307	2849	Faktiskā izpilde sasniedza 108 % un pacientu skaits 2023. gadam plānots faktiskās izpildes apmērā, nepiemērojot 10 % pacientu pieaugumu un neiekļaujot Covid-19 pacientus, jo ārstniecības iestāde vairs nenodrošinās Covid-19 pacientu ārstēšanu
Limbažu slimnīca	131	441↑	111	607	144	Faktiskā izpilde sasniedza 337 % un pacientu skaits 2023. gadam plānots iepriekšējā gadā plānotā pacientu apmērā, papildus piemērojot 10 % pacientu skaita pieaugumu

2. tabula. Piemēri par ārstniecības iestādēm DRG pakalpojumu programmās plānoto un faktisko pacientu skaitu 2023. gadā un plānoto pacientu skaitu 2024. gadam

Ārstniecības iestāde	2023. gada plānotais pacientu skaits			2023. gada faktiskais pacientu skaits 4 + 8 mēneši (01.09.2022.–31.08.2023.)			2023. gada plānotais pacientu skaits + 10 % pacientu skaita pieaugums			2024. gada plānotais pacientu skaits*		
	Kopā	N	P	Kopā	N	P	Kopā	N	P	Kopā	N	P
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	15 789	10 885	4904	12 836↓	7574	5262	17 368	11 974	5394	15 789	10 885	4904
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	32 730	20 365	12 365	32 957↑	18 905	14 052	36 003	22 402	13 602	32 507	18 905	13 602
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	47 460	28 324	19 136	45 317↓	29 287	16 030	52 206	31 156	21 050	45 317	29 287	16 030
Vidzemes slimnīca	10 196	8936	1260	9837↓	9251	586	11 216	9830	1386	10 063	9251 +226	586
Rēzeknes slimnīca	8368	6904	1464	8755↑	8281	474	9205	7594	1610	8068	7594	474
Limbažu slimnīca	144	-	144	409↑	-	409	158	-	158	205	-	158 +47

* Plānotais pacientu skaits bez pakalpojumu programmām "Dzemdību palīdzība", "Plānveida īslaicīgā ķirurģija" un "Plānveida īslaicīgā invazīvā kardioloģija".

3. tabula. Piemēri par ārstniecības iestādēm DRG pakalpojumu programmās plānoto un faktisko pacientu skaitu 2024. gadā un plānoto pacientu skaitu 2025. gadam

Ārstniecības iestāde	2024. gada plānotais pacientu skaits			Faktiskais pacientu skaits 4 + 8 mēneši (01.09.2023.–31.08.2024.)			Plānveida īslaicīgā ķirurģija 349	2025. gada plānotais pacientu skaits			Pamatojums
	Kopā	N*	P*	Kopā	N*	P*		Kopā	N*	P*	
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	15 990	10 885	5105	13 078↓	7234	5844	-	16 036	10 885 +46	5105	Papildu 46 pacientu skaita ieplānošana ir pamatota ar nepieciešamību nodrošināt stabilu un kvalitatīvu veselības aprūpi ilgtermiņā
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	38 676	20 098	18 578	41 657↑	21 227	20 430	1822	39 855	21 227 +20	20 430 -1822	Lai arī pacientu skaits bija jāsamazina par 1980 pacientiem, tomēr, ņemot vērā finansējuma nozīmīgumu un nodrošinot elastību ārstniecības iestādei, pacientu skaitu samazināja par 1822 pacientiem, bet 20 pacientus ieplānoja neatliekamajā daļā
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	46 803	29 287	17 516	48 622↑	30 529	18 093	224	51 127	30 529 +2729	18 093 -224	Nemot vērā finansējuma nozīmīgumu un nodrošinot elastību ārstniecības iestādei, pacientu skaitu palielināja neatliekamajā daļā par 2729, vērā ņemot pieaugošo tendenci
Vidzemes slimnīca	11 137	10 354	783	10 689↓	10 005	684	-	10 689	10 005	684	-
Rēzeknes slimnīca	8480	7879	631	8594↑	7930	664	210	8384	7930	664 -210	-
Limbažu slimnīca	205	-	205	415↑	-	415	-	226	-	226	-
Bauskas slimnīca	203	-	203	183↓	46	137	-	183	46	137	-

* N – neatliekamā stacionārā veselības aprūpe, P – plānveida stacionārā veselības aprūpe.

4. tabula. Revīzijas izlasē iekļauto ārstniecības iestāžu plānotais un faktiskais pacientu skaits un kopējais finansējums 2024. gadā

	Plāns 01.01.2024.		Faktiskā izpilde līguma ietvaros 31.12.2024.		Faktiskā izpilde salīdzinājumā ar sākotnējo plānu			
	Pacienti	Finansējums	Pacienti	Finansējums	Pacienti		Finansējums	
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	44 645	122 967 914	47 582	136 260 169	2937	7 %	13 292 255	11 %
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	59 221	148 815 912	62 222	162 944 884	3001	5 %	14 128 972	9 %
Liepājas reģionālā slimnīca	14 743	26 271 403	13 831	27 554 198	-912	-6 %	1 282 795	5 %
Jēkabpils reģionālā slimnīca	7103	12 638 749	7628	14 489 823	525	7 %	1 851 074	15 %
Madonas slimnīca	4606	8 506 901	4681	9 495 788	75	2 %	988 887	12 %
Ogres rajona slimnīca	5812	8 361 292	5611	8 934 795	-201	-3 %	573 503	7 %
Jūrmalas slimnīca	4635	6 873 802	4722	6 775 112	87	2 %	35 180	1 %
Tukuma slimnīca	2298	3 985 161	2607	4 705 682	309	13 %	720 521	18 %
Aizkraukles slimnīca	1388	1 778 256	1439	2 000 760	51	4 %	222 504	13 %
Līvānu slimnīca	751	1 398 969	807	1 605 304	56	7 %	206 335	15 %

5. tabula. Revīzijas izlasē iekļauto ārstniecības iestāžu DRG un iezīmēto pakalpojumu programmu sākotnēji plānotais pacientu skaits un izpilde 31.12.2024

Ārstniecības iestāde	Pakalpojumu programma	Plāns 2024. gadam		Faktiskā izpilde uz 31.12.2024.		Izmaiņas pret plānu			
		pacienti	finansējums	pacienti	finansējums	pacienti	%	finansējums	%
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	DRG fiksētais maksājums	38 676	83 383 918	40 560	87 689 371	1884	5	4 305 453	5
	Iezīmēto pakalpojumu programmas	5438	12 151 389	6021	13 871 600	583	11	1 720 211	14
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	DRG fiksētais maksājums	46 803	80 729 946	49 015	84 693 739	2212	5	3 963 793	5
	Iezīmēto pakalpojumu programmas	12 250	30 486 477	12 444	30 553 580	194	2	67 103	0,2
Liepājas reģionālā slimnīca	DRG fiksētais maksājums	11 722	13 446 973	11 332	12 999 582	-390	-3	-447 391	-3
	Iezīmēto pakalpojumu programmas	2925	6 263 778	3003	6 572 861	78	3	309 083	5
Jēkabpils reģionālā slimnīca	DRG fiksētais maksājums	6455	6 312 170	7205	7 045 575	750	12	733 405	12
	Iezīmēto pakalpojumu programmas	645	1 422 204	619	1 309 230	-26	-4	-112 974	-8
Tukuma slimnīca	DRG fiksētais maksājums	2116	1 950 313	2426	2 236 039	310	15	285 726	15
	Iezīmēto pakalpojumu programmas	182	135 888	178	129 042	-4	-2	-6846	-5
Ogres rajona slimnīca	DRG fiksētais maksājums	5797	5 517 642	5799	5 519 545	2	0,03	1903	0,03
	Iezīmēto pakalpojumu programmas	15	11 912	15	11 912	-	0	-	0
Madonas slimnīca	DRG fiksētais maksājums	3964	3 621 514	4112	3 756 727	148	4	135 213	4
	Iezīmēto pakalpojumu programmas kopā	519	1 608 095	441	1 370 924	-78	-15	-237 171	-15
Līvānu slimnīca	DRG fiksētais maksājums	21	17 344	22	18 170	1	5	826	5
	Iezīmēto pakalpojumu programmas kopā	730	645 208	785	706 077	55	8	60 869	9
Jūrmalas slimnīca	DRG fiksētais maksājums	4517	3 881 565	4595	3 948 593	78	2	67 028	2
	Iezīmēto pakalpojumu programmas kopā	88	87 130	82	70 040	-6	-7	-17 090	-20
Aizkraukles slimnīca	DRG fiksētais maksājums	276	228 234	364	301 004	88	32	72 770	32
	Iezīmēto pakalpojumu programmas kopā	1112	807 025	1103	800 237	-9	-1	-6788	-1

6. tabula. SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” DRG un iezīmēto pakalpojumu programmu sākotnēji plānotais pacientu skaits un faktiskā izpilde 31.12.2024.

Pakalpojumu programma	Plāns 2024. gadam		Faktiskā izpilde 31.12.2024.		Izmaiņas salīdzinājumā ar plānu	
	pacienti	finansējums	pacienti	finansējums	pacienti	finansējums
1. DRG fiksētais maksājums	11 722	13 446 973	11 332	12 999 582	-390 (-3 %)	-447 391 (-3 %)
2. Iezīmēto pakalpojumu programmas kopā	2925	6 263 778	3003	6 572 861	78 (+3 %)	309 083 (+5 %)
Neiroloģija	315	626 721	216	429 751	-99 (-31 %)	-196 970 (-31 %)
Gūžas locītavas endoprotezēšana ar cementējamu endoprotēzi	160	466 210	86	250 588	-74 (-46 %)	-215 622 (-46 %)
Ķīmijterapija pieaugušajiem	722	715 415	480	475 622	-242 (-34 %)	-239 793 (-34 %)
Gūžas locītavas endoprotezēšana ar bezcimenta fiksācijas vai hibrīda tipa endoprotēzi	199	724 380	238	866 344	39 (+20 %)	141 954 (+20 %)
Staru terapija	187	896 929	258	1 237 474	71 (+38 %)	340 545 (+38 %)
Paliatīvā aprūpe (no 05.07.2024.)	-	-	272	406 050	272 (+100 %)	406 050 (+100 %)

3. pielikums. Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu pacienti 2023.–2024. gadā³⁵⁰

Līmenis	Ārstniecības iestādes nosaukums	2023. gads								2024. gads							
		kopējais pacientu skaits	kopējais hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. neatliekamajai ārstēšanai	neatliekamajai ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	t. sk. plānveida ārstēšanai	plānveida ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	NMP brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits	NMP brigāžu nogādāto pacientu īpatsvars, %	kopējais pacientu skaits	kopējais hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. neatliekamajai ārstēšanai	neatliekamajai ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	t. sk. plānveida ārstēšanai	plānveida ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	NMP brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits	NMP brigāžu nogādāto pacientu īpatsvars, %
V līmenis	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	39 272	14 590	8016	55	6574	45	10 183	26	41 138	15 054	8032	53	7022	47	10 150	25
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	80 755	46 770	22 152	47	24 618	53	25 969	32	86 843	46 825	22 548	48	24 277	52	25 475	29
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	107 472	60 374	33 586	56	26 788	44	31 742	30	115 031	62 242	35 563	57	26 679	43	33 315	29
	Kopā V līmeņa ārstniecības iestādēs	227 499	121 734	63 754	52	57 980	48	67 894	30	243 012	124 121	66 143	53	57 978	47	68 940	28
IV līmenis	Daugavpils reģionālā slimnīca	38 524	18 070	13 266	73	4804	27	12 590	33	38 722	17 656	13 032	74	4624	26	13 058	34
	Jelgavas pilsētas slimnīca	31 066	10 622	9995	94	627	6	9995	32	33 581	10 298	9680	94	618	6	9595	29
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	20 332	7570	7225	95	345	5	6363	31	21 944	7750	7200	93	550	7	6441	29
	Liepājas reģionālā slimnīca	34 348	14 089	9127	65	4962	35	8013	23	33 887	13 715	8889	65	4826	35	8099	24
	Rēzeknes slimnīca	21 256	10 176	9526	94	650	6	8176	38	23 572	9479	8493	90	986	10	8020	34
	Vidzemes slimnīca	28 146	11 863	10 729	90	1134	10	9995	36	30 058	12 066	10 457	87	1609	13	9958	33
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	22 571	7822	6285	80	1537	20	6010	27	23 661	7588	5851	77	1737	23	5970	25
	Kopā IV līmeņa ārstniecības iestādēs	196 243	80 212	66 153	82	14 059	18	61 142	31	205 425	78 552	63 602	81	14 950	19	61 141	30
III līmenis	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	6787	2706	2505	93	201	7	2423	36	7489	3043	2810	92	233	8	2594	35
	Cēsu klīnika	10 270	3289	3116	95	173	5	2538	25	11 369	3790	3620	96	170	4	2695	24
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	6558	2270	2129	94	141	6	1687	26	6411	1941	1834	94	107	6	1622	25
	Jūrmalas slimnīca	9929	4780	3310	69	1470	31	3090	31	10 538	4679	3277	70	1402	30	3360	32
	Kuldīgas slimnīca	10 895	3993	3694	93	299	7	2670	25	11 013	3711	3600	97	111	3	2564	23
	Madonas slimnīca	9794	4623	3489	75	1134	25	1868	19	10 274	4711	3611	77	1100	23	1842	18
	Ogres rajona slimnīca	17 822	5604	5561	99	43	1	4425	25	19 392	5602	5548	99	54	1	4317	22
	Kopā III līmeņa ārstniecības iestādēs	72 055	27 265	23 804	87	3 461	13	18 701	26	76 486	27 477	24 300	88	3 177	12	18 994	25
II līmenis	Alūksnes slimnīca	6309	2478	2455	99	23	1	1586	25	5967	2488	2484	100	4	0	1411	24
	Krāslavas slimnīca	2764	1742	1476	85	266	15	900	33	3008	1778	1524	86	254	14	976	32
	Preiļu slimnīca	3451	1610	1511	94	99	6	517	15	3495	1494	1313	88	181	12	578	17
	Tukuma slimnīca	7297	2289	2194	96	95	4	1955	27	7847	2593	2449	94	144	6	2219	28
	Kopā II līmeņa ārstniecības iestādēs	19 821	8 119	7 636	94	483	6	4 958	25	20 317	8 353	7 770	93	583	7	5 184	26

Līmenis	Ārstniecības iestādes nosaukums	2023. gads								2024. gads							
		kopējais pacientu skaits	kopējais hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. neatliekamajai ārstēšanai	neatliekamajai ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	t. sk. plānveida ārstēšanai	plānveida ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	NMP brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits	NMP brigāžu nogādāto pacientu īpatsvars, %	kopējais pacientu skaits	kopējais hospitalizēto pacientu skaits	t. sk. neatliekamajai ārstēšanai	neatliekamajai ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	t. sk. plānveida ārstēšanai	plānveida ārstēšanai hospitalizēto pacientu īpatsvars, %	NMP brigāžu izsaukuma rezultātā nogādāto pacientu skaits	NMP brigāžu nogādāto pacientu īpatsvars, %
I līmenis	Aizkraukles slimnīca	4866	1346	12	1	1334	99	30	1	5274	1428	151	11	1277	89	72	1
	Bauskas slimnīca	5543	890	-	-	890	100	69	1	6352	980	340	35	640	65	146	2
	Limbažu slimnīca	4359	841	-	-	841	100	27	1	3557	766	38	5	728	95	74	2
	Līvānu slimnīca	2184	724	-	-	724	100	6	0	2396	861	0	0	861	100	19	1
	Ludzas medicīnas centrs	4219	1259	-	-	1259	100	80	2	4229	1414	14	1	1400	99	104	2
Kopā I līmeņa ārstniecības iestādēs		21 171	5 060	12	0	5 048	100	212	1	21 808	5 449	543	10	4 906	90	415	2
V līmeņa specializētās	Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”	4906	4 807	-	-	4 807	100	-	0	4929	4796	0	0	4796	100	-	0
	Rīgas Dzemdību nams	6259	5584	5584	100	-	-	530	8	5395	5088	5088	100	0	0	428	8
	Nacionālais psihiskās veselības centrs	7960	6791	6525	96	266	4	3862	49	7479	6566	6304	96	262	4	3713	50
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	29 485	7253	3648	50	3605	50	2659	9	29 069	7246	3622	50	3624	50	2409	8
Kopā V līmeņa specializētajās ārstniecības iestādēs		48 610	24 435	15 757	64	8678	36	7051	15	46 872	23 696	15 014	63	8682	37	6550	14
Specializētās	Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca “Ainaži”	nav paredzēta	158	-	-	158	100	-	-	nav paredzēta	171	0	0	171	100	1	-
	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	4480	4323	4323	100	-	-	1048	23	4184	4378 ⁸	4378	105	0	0	1098	26
	Piejūras slimnīca	1140	1124	1124	100	-	-	416	36	1080	1082 ⁸	1081	100	1	0	382	35
	Rīgas 2. slimnīca	17 476	3543	1939	55	1604	45	2258	13	18 011	3508	2093	60	1415	40	2232	12
	Siguldas slimnīca	5934	1408	907	64	501	36	23	0	5978	1016	668	66	348	34	19	0
	Slimnīca “Čintermuiža”	3649	3300	3096	94	204	6	1266	35	3658	3191	2989	94	202	6	1281	35
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	3526	3484	3440	99	44	1	1302	37	3414	3391	3377	100	14	0	1360	40
Kopā specializētajās ārstniecības iestādēs		36205	17340	14829	86	2511	14	6313	17	36325	16737	14586	87	2151	13	6373	18
Pārējās	Latvijas Jūras medicīnas centrs	nav paredzēta	792	1	0	791	100	-	-	nav paredzēta	784	4	1	780	99	1	-
	Rehabilitācijas centrs “Līgatne”		-	-	-	-	-	-	-		5	0	0	5	100	-	-
	Priekules slimnīca		141	-	-	141	100	2	-		116	0	0	116	100	1	-
	Saldus medicīnas centrs		516	509	99	7	1	41	-		460	460	100	0	0	34	-
	Sanare KRC Jaunķemeri		1097	-	-	1097	100	-	-		301	0	0	301	100	-	-
Kopā pārējās ārstniecības iestādēs		0	2546	510	20	2036	80	43	-	0	1666	464	28	1202	72	36	-
Pavisam kopā		621 604	286 711	192 455	67	94 256	33	166 314	27	650 245	286 051	192 422	67	93 629	33	167 633	26

4. pielikums. Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu darbības rādītāji 2023.–2024. gadā³⁵¹

Līmenis	Ārstniecības iestādes nosaukums	Faktiskais finansējums 2023. gadā, euro	Faktiskais finansējums 2024. gadā, euro	Pieaugums salīdzinājumā ar 2023. gadu, %	Kopējais pacientu skaits 2024. gadā	Viena pacienta vidējās izmaksas 2024. gadā
V līmenis	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	4 994 306	6 168 418	24	41 138	150
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	7 020 695	10 221 495	46	86 843	118
	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	8 608 162	13 099 265	52	115 031	114
	Kopā V līmeņa ārstniecības iestādēs	20 623 163	29 489 178	43	243 012	121
IV līmenis	Daugavpils reģionālā slimnīca	3 769 524	4 413 154	17	38 722	114
	Jelgavas pilsētas slimnīca	2 545 426	3 501 824	38	33 581	104
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	2 838 483	3 499 820	23	21 944	159
	Liepājas reģionālā slimnīca	3 215 914	3 988 499	24	33 887	118
	Rēzeknes slimnīca	2 543 872	3 322 074	31	23 572	141
	Vidzemes slimnīca	2 858 407	3 617 506	27	30 058	120
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	3 506 594	4 384 133	25	23 661	185
	Kopā IV līmeņa ārstniecības iestādēs	21 278 220	26 727 010	26	205 425	130
III līmenis	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	1 901 802	2 349 809	24	7489	314
	Cēsu klīnika	1 589 096	1 939 202	22	11 369	171
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	1 901 600	2 349 742	24	6411	367
	Jūrmalas slimnīca	1 902 263	2 130 540	12	10 538	202
	Kuldīgas slimnīca	1 902 455	2 350 027	24	11 013	213
	Madonas slimnīca	1 896 874	2 644 889	39	10 274	257
	Ogres rajona slimnīca	1 896 999	2 349 965	24	19 392	121
	Kopā III līmeņa ārstniecības iestādēs	12 991 089	16 114 174	24	76 486	211
II līmenis	Alūksnes slimnīca	1 274 507	1 822 984	43	5967	306
	Krāslavas slimnīca	1 176 504	1 527 816	30 ⁴	3008	508
	Preiļu slimnīca	1 901 107	2 054 561	8	3495	588
	Tukuma slimnīca	1 233 745	1 697 238	38 ⁴	7847	216
	Kopā II līmeņa ārstniecības iestādēs	5 585 863	7 102 599	27	20 317	350
I līmenis	Aizkraukles slimnīca	641 593	840 084	31	5274	159
	Bauskas slimnīca	641 485	861 769	34	6352	136
	Limbažu slimnīca	641 737	861 853	34	3557	242
	Līvānu slimnīca	640 561	861 461	34	2396	360
	Ludzas medicīnas centrs	640 927	839 862	31	4229	199
	Kopā I līmeņa ārstniecības iestādēs	3 206 303	4 265 029	33	21 808	196
V līmeņa specializētās	Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”	320 204	413 106	29	4929	84
	Rīgas Dzemdību nams	3 769 081	3 887 762	3	5395	721
	Nacionālais psihiskās veselības centrs	625 414	1 161 440	86	7479	155
	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	1 280 125	2 461 704	92	29 069	85
	Kopā V līmeņa specializētajās ārstniecības iestādēs	5 994 824	7 924 012	32	46 872	169
Specializētās	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	312 697	410 603	31	4184	98
	Piejūras slimnīca	312 788	410 634	31	1080	380
	Rīgas 2. slimnīca	957 386	1 453 167	52	18 011	81
	Siguldas slimnīca	1 268 859	1 526 085	20	5978	255
	Slimnīca “Ģintermuiža”	312 617	410 577	31	3658	112
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	312 558	410 557	31	3414	120
	Kopā specializētajās ārstniecības iestādēs	3 476 905	4 621 623	33	36 325	127
Pavisam kopā		73 156 367	96 243 625	32	650 245	148

5. pielikums. Aplēse par fiksēto piemaksu, kas izmaksāta par nenodrošinātām dežūrstundām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā 2024. gada septembrī

Ārstniecības iestādes		Nenodrošināto dežūrstundu skaits, t. sk.:		Fiksētās piemaksas apmērs, kas saņemts par nenodrošinātām dežūrstundām, t. sk.:	
līmenis	nosaukums	ārstu speciālistu	ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu	par ārstu speciālistu nenodrošinātām dežūrstundām	par ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu nenodrošinātām dežūrstundām
I	Līvānu slimnīca	441	1688	9607	16 876
	Aizkraukles slimnīca	568	24	12 374	210
	Bauskas slimnīca	321	1688	6993	19 031
	Limbažu slimnīca	207	780	4509	8746
	Ludzas medicīnas centrs	544	1088	11 851	14 027
	Kopā	2081	5268	45 334	58 889
II	Alūksnes slimnīca	1762	4834	35 468	55 428
	Preiļu slimnīca	1374	5400	27 016	61 413
	Tukuma slimnīca	1364	2819	37 385	33 796
	Krāslavas slimnīca	1059	3349	21 579	37 648
	Kopā	5559	16 402	121 449	188 285
III	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	309	6603	6719	71 672
	Cēsu klīnika	436	4394	9498	48 210
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	1380	6142	27 147	66 712
	Jūrmalas slimnīca	2029	5872	41 285	65 926
	Kuldīgas slimnīca	845	5075	18 408	57 073
	Madonas slimnīca	3976	6903	83 700	74 834
	Ogres rajona slimnīca	3230	5880	67 448	67 187
	Kopā	12 205	40 869	254 205	451 613
IV	Daugavpils reģionālā slimnīca	2390	720	55 377	9449
	Jelgavas pilsētas slimnīca	2612	7028	56 902	77 683
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	431	833	9389	8095
	Liepājas reģionālā slimnīca	3188	3416	68 812	32 399
	Rēzeknes slimnīca	2732	5817	58 652	60 910
	Vidzemes slimnīca	641	7273	13 964	81 121
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca, t.sk. Talsu filiāle	3723	3560	61 915	44 042
	Kopā	15 717	28 647	325 011	313 699
V	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	8890	37 451	193 667	393 255
	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca ³⁵²	11 277	31 479	245 656	327 859
	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca ³⁵³	4935	6462	107 508	84 806
	Kopā	25 102	75 392	546 831	805 920
Pavisam kopā		60 664	166 578	1 292 831	1 818 406

6. pielikums. Fiksētā piemaksa par pacientu observāciju līdz 24 stundām 2022.–2025. gadā³⁵⁴

Līmenis	Ārstniecības iestāde	2022. gads			2023. gads		2024. gads			2025. gads		
		faktiski veiktais maksājums	t. sk. piemaksa	maksājuma apmērs, atskaitot piemaksu	faktiski veiktais maksājums	pieaugums pret 2022. gadu, %	faktiski veiktais maksājums	pieaugums pret 2023. gadu, %	pieaugums pret 2022. gadu, %	plānotais maksājums	pieaugums pret 2023. gadu, %	pieaugums pret 2022. gadu, %
V līmenis	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	2 071 489	226 569	1 844 920	1 974 258	7	2 011 776	2	9	1 902 944	-4	3
	Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca	1 553 067	861 027	692 040	740 555	7	1 865 916	152	170	2 380 736	221	244
	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	2 619 824	140 859	2 478 965	2 634 726	6	2 770 233	5	12	2 690 868	2	9
IV līmenis	Daugavpils reģionālā slimnīca	643 711	288 731	354 980	379 984	7	719 979	89	103	864 902	128	144
	Jelgavas pilsētas slimnīca	503 564	339 782	163 782	175 318	7	383 139	119	134	475 480	171	190
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	309 641	157 153	152 488	163 229	7	523 652	221	243	693 093	325	355
	Liepājas reģionālā slimnīca	545 236	402 984	142 252	152 271	7	432 790	184	204	563 002	270	296
	Rēzeknes slimnīca	329 486	204 532	124 954	133 757	7	166 204	24	33	173 601	30	39
	Vidzemes slimnīca	437 720	298 057	139 663	149 500	7	316 061	111	126	389 476	161	179
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	416 164	277 912	138 252	147 989	7	372 318	152	169	474 716	221	243
III līmenis	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	81 968	14 665	67 303	72 043	7	113 851	58	69	130 001	80	93
	Cēsu klīnika	112 885	48 171	64 714	69 273	7	285 538	312	341	389 099	462	501
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	74 849	21 784	53 065	56 802	7	108 114	90	104	130 022	129	145
	Jūrmalas slimnīca	99 060	61 996	37 064	39 673	7	72 100	82	95	85 695	116	131
	Kuldīgas slimnīca	89 249	39 596	49 653	53 150	7	163 790	208	230	215 603	306	334
	Madonas slimnīca	91 956	36 890	55 066	58 945	7	195 206	231	254	259 447	340	371
	Ogres rajona slimnīca	127 990	65 277	62 713	67 130	7	428 864	539	584	605 302	802	865
II līmenis	Alūksnes slimnīca	65 554	31 079	34 475	36 902	7	130 068	252	277	174 216	372	405
	Krāslavas slimnīca	29 166	3045	26 121	25 810	-1 ⁹	39 202	52	50	42 977	67	65
	Preiļu slimnīca	24 225	7987	16 238	17 382	7	36 019	107	122	44 191	154	172
	Tukuma slimnīca	77 085	19 549	57 536	61 588	7	80 479	31	40	85 861	39	49
V līmeņa specializētās	Nacionālais psihiskās veselības centrs	78 852	36 561	42 291	46 221	9	49 595	7	17	47 945	4	13
	Rīgas Dzemdību nams ⁸						57 341			86 012		
Specializētās	Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca	45 572	12 134	33 438	36 544	9	38 635	6	16	37 042	1	11
	Piejūras slimnīca	19 130	9723	9407	10 282	9	10 750	5	14	10 242	0	9
	Siguldas slimnīca						29 136			43 704		
	Slimnīca “Ģintermuiža”	39 249	18 458	20 791	22 723	9	24 016	6	16	23 022	1	11
	Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca	40 711	16 996	23 715	25 918	9	27 187	5	15	25 950	0	9
Kopā		10 527 403	3 641 517	6 885 886	7 351 973	7	11 451 959	56	66	13 045 149	77	89

7. pielikums. Pacientu observācijas līdz 24 stundām nodrošinājums 01.01.2025.

Līmenis	Ārstniecības iestādes nosaukums	Observācijas gultu skaits ¹	Observācijas gultu atrašanās vieta	Personāls, kas nodrošina pacientu observāciju	Ēdināšanas pakalpojuma nodrošināšana observācijā
V	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	20	8 – Neatliekamās palīdzības posteņos	Posteņu personāls	Jā
			12 – Atsevišķā vienībā Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas klīnikā	Atsevišķi 1 māsa un 1 māsu palīgs uz 12 gultām 24/7	
	Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca	26	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā
	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	29	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā un gadījumos, kas pietrūkst vietu – stacionāra nodaļās	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls un gadījumos, kad pietrūkst vietu stacionāra nodaļu, kurās atrodas observācijas gultas, personāls	Jā
IV	Daugavpils reģionālā slimnīca	20	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā, izņemot vakarā un nakts stundās, jo pasūtījumu pieņemšana ir iespējama līdz plkst. 13.00
	Jelgavas pilsētas slimnīca	4	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Nē
	Jēkabpils reģionālā slimnīca	10	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Atsevišķs neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls, kas nodrošina tikai pacientu observāciju	Jā
	Liepājas reģionālā slimnīca	12	Atsevišķā Observācijas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls un atsevišķs neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls, kas nodrošina tikai pacientu observāciju	Jā
	Rēzeknes slimnīca	8	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā, pacientiem, kuri observācijā uzturas ilgāk par 5 stundām
	Vidzemes slimnīca	10	Observācijas palātā Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Atsevišķs neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls, kas nodrošina tikai pacientu observāciju	Tiek nodrošināta īpaši augsta sociālā riska pacientiem, pārējiem tiek piedāvātas atsevišķas ēdienreizes par maksu vai var apmeklēt ārstniecības iestādes kafējnicu vai iegādāties ēdienu pašapkalpošanās automātos
	Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	Ventspilī – 4	Atsevišķā Observācijas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā, no plkst. 9.00 līdz 19.00
		Talsos – 3	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls, atsevišķs personāls, kas nodrošina tikai pacientu observāciju un stacionāra nodaļu personāls	Jā, no plkst. 8.30 līdz 18.00
III	Cēsu klīnika	6	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā, no plkst. 8.00 līdz 18.30
	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	12	4 – Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls un atsevišķs neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls, kas nodrošina tikai pacientu observāciju	Jā, līdz plkst. 20.00
			8 – Tranzītnodaļā (observācijas nodaļā)		

Līmenis	Ārstniecības iestādes nosaukums	Observācijas gultu skaits ¹	Observācijas gultu atrašanās vieta	Personāls, kas nodrošina pacientu observāciju	Ēdināšanas pakalpojuma nodrošināšana observācijā
	Dobeles un apkārtnes slimnīca	2	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā
	Jūrmalas slimnīca	2	Stacionāra nodaļās	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls un stacionāra nodaļu, kurās atrodas observācijas gultas, personāls	Nē
	Kuldīgas slimnīca	2	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā. Papildus bērni nepieciešamības gadījumā tiek observēti pediatrijas nodaļā.	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls. Bērnu observāciju pediatrijas nodaļā nodrošina bērnu māsas, kurām ir lielāka pieredze tieši mazu bērnu aprūpē.	Nē
	Madonas slimnīca	5	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā, pacientiem, kuri observācijā uzturas ilgāk par 4 stundām
	Ogres rajona slimnīca	4	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, bet gadījumos, kad nodaļā observācijas gultu fonds pārpildīts, pacientus observē nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls un stacionāra nodaļu, kurās atrodas observācijas gultas, personāls	Jā, virtuves darba laikā
II	Alūksnes slimnīca	5	Atsevišķās palātās Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā
	Krāslavas slimnīca	2	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā
	Tukuma slimnīca	2	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Pēc vajadzības
	Preiļu slimnīca	2	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā	Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls	Jā, no plkst. 7.00 līdz 18.00 pacientiem, kuri observācijā uzturas ilgāk par 3 stundām

Atsauces

- ¹ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 92. punkts.
- ² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 56.3. apakšpunkts, 93., 94., 117. punkts.
- ³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ⁴ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ⁵ Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R. et al. *Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review*. BMC Health Serv Res 20, 186 (2020). Pieejams: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z>, skatīts 16.05.2025.
- ⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 17. pielikums (pamata redakcijā) (zaudējis spēku no 01.09.2018.).
- ⁷ Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros” ietvaros Nacionālais veselības dienests 2014. gadā noslēdza līgumu ar Starptautisko Rekonstrukcijas un attīstības banku par zinātniskā pētījuma veikšanu par veselības veicināšanu un veselības aprūpes sistēmas “šaurajām” vietām, uzsverot cilvēkresursu, infrastruktūras, investīciju, pakalpojumu apmaksas nozīmi.
- ⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamie Pasaules Bankas ziņojumi, tajā skaitā “Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016–2025” (galvenais ziņojums). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zinojumi>, skatīts 28.11.2024.
- ⁹ Informatīvais ziņojums “Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu” (TA-2794) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 20.12.2016. sēdē, prot. Nr. 69 83. §) (veselības ministre A. Čakša); konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša).
- ¹⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums (redakcijā no 06.09.2018. līdz 31.12.2018.); informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2019. gadā” (TA-2658) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 08.01.2019. sēdē, prot. Nr. 1 33. §) (veselības ministre A. Čakša).
- ¹¹ Nacionālā veselības dienesta 06.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹² Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 17. pielikums (redakcijā no 01.07.2018. līdz 31.08.2018.) (zaudējis spēku 01.09.2018.).
- ¹³ SIA “Sarkanā Krusta Smiltene slimnīca” un SIA “Limbažu slimnīca” tika svītrotas no stacionāro ārstniecības iestāžu saraksta.
- ¹⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums (redakcijā no 06.09.2018. līdz 31.12.2018.).
- ¹⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ¹⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums (redakcijā no 17.05.2019. līdz 30.06.2019.).
- ¹⁷ Veselības ministrijas 06.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1226 Valsts kontrolei.
- ¹⁸ Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša).
- ¹⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums (redakcijā no 06.09.2018. līdz 31.12.2018.).
- ²⁰ Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša); Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamie Pasaules Bankas ziņojumi, tajā skaitā “Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016–2025” (galvenais ziņojums). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zinojumi>, skatīts 28.11.2024.
- ²¹ Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša); informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2019. gadā” (TA-2658) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 08.01.2019. sēdē, prot. Nr. 1 33. §) (veselības ministre A. Čakša); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ²² Veselības ministrijas 06.07.2021. rīkojums Nr.148 “Par darba grupu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu profilu kritēriju izstrādei katram slimnīcu līmenim”; 11.10.2021. darba grupas priekšlikumi stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu profilu kritēriju izstrādei katram slimnīcu līmenim; Veselības ministrijas 11.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²³ Veselības ministrijas 16.01.2025. vēstule Nr. 01-15.2/263 Valsts kontrolei.
- ²⁴ Informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par slimnīcu tīkla attīstību” (22-TA-2097) (atsaukts) (veselības ministrs D. Pavļuts).
- ²⁵ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri); Ministru kabineta 30.04.2024. sēdes protokola Nr. 18 49. § 3. punkts.
- ²⁶ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).

²⁷ Informatīvais ziņojums “Par Ministru kabineta 2024. gada 30. aprīļa sēdes protokollēmuma (prot. Nr. 18 49. §) “Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību”” 3. punktā dotā uzdevuma izpildi” (25-TA-333) (veselības ministrs H. Abu Meri). Pieejams: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/4619b739-304d-4320-b933-eff374c11ca6, skatīts 16.05.2025.

²⁸ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).

²⁹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamais Pasaules Bankas ziņojums “Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016-2025”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zinojumi>, skatīts 28.10.2024.

³⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 5.3.1. apakšpunkts.

³¹ Nacionālā veselības dienesta 15.10.2024. vēstule Nr. 16-7/19266/2024 “Par dzemdību palīdzības nodrošināšanas līguma slēgšanu ar ārstniecības iestādēm” Veselības ministrijai; Nacionālā veselības dienesta 18.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³² SIA “Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība” – 131 dzemdību palīdzības gadījums, SIA “Rēzeknes slimnīca” – 148 dzemdību palīdzības gadījumi, SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” – 154 dzemdību palīdzības gadījumi, SIA “Madonas slimnīca” – 163 dzemdību palīdzības gadījumi. Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 5.3.1. apakšpunkts.

³⁴ Veselības ministrijas 31.10.2024. vēstule Nr. 01-16.2/4315 “Par dzemdību palīdzības nodrošināšanas līguma slēgšanu ar ārstniecības iestādēm” Nacionālajam veselības dienestam; Nacionālā veselības dienesta 18.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³⁵ SIA “Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība” – 190 dzemdību palīdzības gadījumi, SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” – 223 dzemdību palīdzības gadījumi, SIA “Madonas slimnīca” – 254 dzemdību palīdzības gadījumi, SIA “Rēzeknes slimnīca” – 206 dzemdību palīdzības gadījumi. Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³⁶ Eiropas Savienības fonda īstenotais projekta Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” nodevums Nr. 15 – Pārskats par maksājumiem pakalpojumu sniedzējiem. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/296/download?attachment>, skatīts 28.12.2024.

³⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 239. punkts (redakcija no 01.01.2020. līdz 09.06.2020.).

³⁸ Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša); informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2019. gadā” (TA-2658) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 08.01.2019. sēdē, prot. Nr. 1 33. §) (veselības ministre A. Čakša); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.

³⁹ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam (22-TA-1571) (apstiprinātas ar Ministru kabineta 26.05.2022. rīkojumu Nr. 359 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam”, prot. Nr. 28 43. §), 1. pielikums.

⁴⁰ Atbilstoši informatīvajam ziņojumam “Par izmaiņām slimnīcu darbībā” (TA-1648) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 10.09.2019. sēdē, prot. Nr. 39 33. §) (veselības ministre I. Viņķele); Veselības ministrijas 22.05.2020. rīkojums Nr. 114 “Par darba grupas izveidi slimnīcu piešķirtā līmeņa izvērtēšanai”; Veselības ministrijas 12.06.2024. rīkojums Nr. 01-01.1/102 “Par tematisko pārbaužu veikšanu”; Veselības ministrijas 11.10.2024. e-pasta vēstule; Veselības ministrijas 16.01.2025. vēstule Nr. 01-15.2/263; Veselības ministrijas 06.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1226; Veselības ministrijas 22.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1504.

⁴¹ Veselības inspekcijas 16.07.2020. informatīvais ziņojums “Rezultātu apkopojums par IV, III, un II līmeņa slimnīcu pārbaudi”; Veselības ministrijas 22.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1504; Veselības ministrijas 22.05.2020. rīkojums Nr. 114 “Par darba grupas izveidi slimnīcu piešķirtā līmeņa izvērtēšanai”; Veselības ministrijas 11.10.2024. e-pasta vēstule; Veselības ministrijas 12.06.2024. rīkojums Nr. 01-01.1/102 “Par tematisko pārbaužu veikšanu”; Veselības ministrijas 07.10.2024. e-pasta vēstule; Veselības ministrijas 16.01.2025. vēstule Nr. 01-15.2/263; Veselības inspekcijas 04.12.2024. vēstule Nr. 1.8.2.-1./8829 “Par tematiskās pārbaudes rezultātiem ārstniecības iestādēs, kuras sniedz stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus” un informatīvais ziņojums par slimnīcu atbilstību veselības aprūpes jomu regulējošajiem normatīvajiem aktiem, sniedzot stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus.

⁴² 2019. gadā pārbaudes veica 18 ārstniecības iestādēs (IV, III, II un vienā I līmeņa), 2020. gadā pārbaudes veica 26 ārstniecības iestādēs (izņemot V līmeņa, V līmeņa specializētās un specializētās) un 2024. gadā pārbaudes veica 18 ārstniecības iestādēs (IV, III un II līmeņa).

⁴³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1. punkts.

⁴⁴ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu sniegto pakalpojumu atbilstību noteiktam slimnīcu līmenim” (TA-2221) (atsaukts) (veselības ministre I. Viņķele, veselības ministrs D. Pavļuts); informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par slimnīcu tīkla attīstību” (22-TA-2097) (atsaukts) (veselības ministrs D. Pavļuts); informatīvais ziņojums “Par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju 2021.–2027.gadam” (22-TA-1198) (pieņemts zināšanai Ministri kabineta 14.07.2022. sēdē, prot. Nr. 36 105. §) (veselības ministrs D. Pavļuts); informatīvais ziņojums “Priekšlikumi par slimnīcu tīkla stiprināšanu” (23-TA-1007) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.05.2023. sēdē, prot. Nr. 28 2. §) (veselības ministre L. Meņģelsone); informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par izmaiņām slimnīcu tīklā” (23-TA-1886) (atsaukts) (veselības ministre L. Meņģelsone); informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).

⁴⁵ Veselības ministrijas 16.01.2025. vēstule Nr. 01-15.2/263 Valsts kontrolei, Veselības ministrijas 18.08.2025. vēstule Nr. 01-15.1/3846 Valsts kontrolei; Veselības ministrijas 27.08.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁴⁶ Veselības ministrijas 27.08.2025. e-pasta vēstule.

- ⁴⁷ Informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par slimnīcu tīkla attīstību” (22-TA-2097) (atsaukts) (veselības ministrs D. Pavļuts); informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par izmaiņām slimnīcu tīklā” (23-TA-1886) (atsaukts) (veselības ministre L. Meņģelsone).
- ⁴⁸ Atbilstoši Ministru kabineta 15.11.2022. rīkojumam Nr. 808 “Par Pārresoru koordinācijas centra likvidāciju” ar 01.03.2023. likvidēts.
- ⁴⁹ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu sniegto pakalpojumu atbilstību noteiktam slimnīcu līmenim” (TA-2221) (atsaukts) (veselības ministre I. Viņķele, veselības ministrs D. Pavļuts).
- ⁵⁰ SIA “Siguldas slimnīca” no II līmeņa ārstniecības iestādēm pārcelta pie specializētajām un SIA “Saldus medicīnas centrs” no I līmeņa ārstniecības iestādēm pārcelta pie pārējām, bet no 01.01.2024.⁵⁰ VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” – no specializētajām ārstniecības iestādēm pie V līmeņa specializētajām. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1. punkts (redakcijā no 06.09.2018. līdz 31.12.2018.); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1. punkts (redakcijā no 01.01.2025. līdz 31.03.2025.).
- ⁵¹ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu sniegto pakalpojumu atbilstību noteiktam slimnīcu līmenim” (TA-2221) (atsaukts) (veselības ministre I. Viņķele, veselības ministrs D. Pavļuts); informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par slimnīcu tīkla attīstību” (22-TA-2097) (atsaukts) (veselības ministrs D. Pavļuts); informatīvais ziņojums “Par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju 2021.–2027.gadam” (22-TA-1198) (pieņemts zināšanai Ministri kabineta 14.07.2022. sēdē, prot. Nr. 36 105. §); Veselības ministrijas 22.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1504 Valsts kontrolei.
- ⁵² Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu sniegto pakalpojumu atbilstību noteiktam slimnīcu līmenim” (TA-2221) (atsaukts) (veselības ministre I. Viņķele, veselības ministrs D. Pavļuts).
- ⁵³ Informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par slimnīcu tīkla attīstību” (22-TA-2097) (atsaukts) (veselības ministrs D. Pavļuts).
- ⁵⁴ Veselības ministrijas 21.05.2025. vēstule Nr. 01-15.2/2541 Valsts kontrolei.
- ⁵⁵ Veselības ministrijas 16.01.2025. vēstule Nr. 01-15.2/263 Valsts kontrolei.
- ⁵⁶ Veselības ministrijas 16.01.2025. vēstule Nr. 01-15.2/263 Valsts kontrolei.
- ⁵⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 201. punkts.
- ⁵⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.
- ⁵⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts.
- ⁶⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1. punkts (redakcijā līdz 02.05.2024.); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts (redakcijā no 03.05.2024.).
- ⁶¹ Veselības inspekcijas 16.07.2020. informatīvais ziņojums “Rezultātu apkopojums par IV, III, un II līmeņa slimnīcu pārbaudi”.
- ⁶² II līmeņa ārstniecības iestādēm fiksētās piemaksas par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību un fiksētās piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām kopsumma; I līmeņa ārstniecības iestādēm fiksētās piemaksas par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību kopsumma. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1. punkts (redakcijā līdz 02.05.2024.); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts (redakcijā no 03.05.2024.).
- ⁶³ Operatīvā informācija par stacionārās veselības aprūpes finansējumu sadalījumā pa pakalpojumu programmām (2020., 2021., 2022., 2023. un 2024. gada janvāris–decembris). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/operativa-budzeta-informacija>, skatīts 27.03.2025.
- ⁶⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts.
- ⁶⁵ Ministru kabineta 01.11.2011. noteikumu Nr. 850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums” 4.6. apakšpunkts.
- ⁶⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā līguma par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu paraugs. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-apruses-pakalpojumu-liguma-paraug>, skatīts 28.08.2024.
- ⁶⁷ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā līguma (līdz 31.12.2024.) par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu parauga 4. pielikums (4. un 5. punkts redakcijā no 18.08.2022. līdz 01.05.2024., 8. un 9. punkts redakcijā no 02.05.2024.). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-apruses-pakalpojumu-liguma-paraug>, skatīts 12.03.2025.
- ⁶⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts.
- ⁶⁹ Nacionālā veselības dienesta 12.12.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ⁷⁰ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā līguma (līdz 31.12.2024.) par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu parauga 4. pielikums (4. un 5. punkts redakcijā no 18.08.2022. līdz 01.05.2024., 8. un 9. punkts redakcijā no 02.05.2024.). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-apruses-pakalpojumu-liguma-paraug>, skatīts 12.03.2025.
- ⁷¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ⁷² Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu līguma paraugs” (7.1.9. Ārstu dežūrpersonāla saraksts neatliekamās palīdzības nodrošināšanai (24 stundu pieejamība)). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-apruses-pakalpojumu-liguma-paraug>, skatīts 20.08.2025.
- ⁷³ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par faktiski nodrošinātām ārstniecības personu dežūrām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā (24 stundu pieejamība)”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/iesniedzamie-parskati-un-citi-dokumenti>, skatīts 20.08.2025.

⁷⁴ Veselības ministrijas 18.08.2025. vēstule Nr. 01-15.1/3846 Valsts kontrolei.

⁷⁵ Nacionālā veselības dienesta 12.12.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta 26.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁷⁶ SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA “Tukuma slimnīca”, SIA “Krāslavas slimnīca”, SIA “Ogres rajona slimnīca” un SIA “Madonas slimnīca”.

⁷⁷ Atbilstoši Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikumam 2023. gadā fiksētā piemaksa par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” plānota 2 905 729 *euro* apmērā (242 144 *euro* mēnesī), bet SIA “Tukuma slimnīca” – 1 297 137 *euro* apmērā (108 095 *euro* mēnesī).

⁷⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.

⁷⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.

⁸⁰ Nacionālā veselības dienesta 06.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁸¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1. piezīme.

⁸² Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁸³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 2. punkts.

⁸⁴ Nacionālā veselības dienesta 22.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁸⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1., 2.24. apakšpunkts.

⁸⁶ Nacionālā veselības dienesta 22.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁸⁷ Perinatālā perioda stāvokļi; Terciārā līmeņa pakalpojums jaundzimušajiem; Cistiskā fibroze; Kaulā ievietojamā dzirdes aparāta (BAHA) implanta ievietošana bērniem (bez implanta vērtības) un (ar implanta vērtību); Kohleārā implanta implantācija bērniem; Iedzimtas sirds – asinsvadu sistēmas anomālijas, perinatālā periodā radusies asinsrites sistēmas patoloģija – izmeklēšana, terapija; Mikroķirurģija bērniem; Vājredzību izraisošu slimību operatīva ārstēšana bērniem; Jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7. dzīves dienai); Bērnu surdoloģija (pārejoši vai pastāvīgi dzirdes un valodas traucējumi). Stacionārā palīdzība. Rehabilitācija. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1., 2.18. apakšpunkts.

⁸⁸ Nacionālā veselības dienesta 22.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁸⁹ Tuberkulozes seku ārstēšana; Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana; Tuberkuloze (psihiatrijas pacientiem); Tuberkulozes seku ārstēšana bērniem; Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana bērniem; Tuberkulozes ārstēšana pacientiem, kuriem tiek nodrošināta piespiedu izolēšana; Multirezistentās tuberkulozes pacientu ārstēšana. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1., 2.6. apakšpunkts.

⁹⁰ Nacionālā veselības dienesta 06.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁹¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.

⁹² Nacionālā veselības dienesta 22.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁹³ Nacionālā veselības dienesta 06.11.2024. un 22.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁹⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā līguma par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu parauga 4. pielikums. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraug>, skatīts 28.08.2024.

⁹⁵ Veselības ministrijas 06.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1226 Valsts kontrolei.

⁹⁶ Nacionālā veselības dienesta 12.12.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁹⁷ Nacionālā veselības dienesta 11.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

⁹⁸ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 5. nodaļa “Prasības stacionārajām ārstniecības iestādēm”.

⁹⁹ Ārstniecības iestāžu tīmekļvietnēs pieejamā informācija: SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” 01.11.2023. apstiprināta organizatoriskā struktūra, SIA “Jūrmalas slimnīca” 04.04.2024. apstiprināta organizatoriskā struktūra, SIA “Cēsu klīnika” 07.12.2022. apstiprināta organizatoriskā struktūra.

¹⁰⁰ Stacionāro ārstniecības iestāžu resursu informācijas sistēma (SAIRIS). Pieejams: <https://datupanelis.eveseliba.gov.lv/login>, skatīts 25.11.2024.

¹⁰¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.

¹⁰² Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša).

¹⁰³ Revīzijā salīdzināti viena līmeņa ārstniecības iestāžu iesniegtie dati par nodrošināto profilu: struktūrvienība, kurā attiecīgais profils tiek nodrošināts, profila nodrošināšanā iesaistīto ārstu sastāvs, skaits un slodze (vērtēts tikai attiecīgajā struktūrvienībā 2024. gada septembrī nodarbinātais personāls), gultu skaits un noslodze, hospitalizāciju skaits un veiktās manipulācijas.

¹⁰⁴ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).

- ¹⁰⁵ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 5.6.13. nodaļa.
- ¹⁰⁶ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹⁰⁷ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹⁰⁸ Valsts kontroles un Nacionālā veselības dienesta pārstāvju tikšanās 17.04.2025.
- ¹⁰⁹ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹¹⁰ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹¹¹ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹¹² Valsts kontroles un Nacionālā veselības dienesta pārstāvju tikšanās 17.04.2025.
- ¹¹³ Nacionālā veselības dienesta valsts apmaksājamo manipulāciju un to apmaksas nosacījumu sarakstā norādītās manipulācijas kategorijā "Lielās ķirurģiskās operācijas". Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>, skatīts 10.05.2025.
- ¹¹⁴ SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un SIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca".
- ¹¹⁵ Nacionālā veselības dienesta valsts apmaksājamo manipulāciju un to apmaksas nosacījumu sarakstā norādītās manipulācijas kategorijā "Lielās ķirurģiskās operācijas". Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>, skatīts 10.05.2025.
- ¹¹⁶ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹¹⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 6. pielikums.
- ¹¹⁸ Nacionālā veselības dienesta 22.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹¹⁹ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹²⁰ Informatīvais ziņojums "Par slimnīcu tīkla attīstību" (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ¹²¹ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 5.6.13. nodaļa.
- ¹²² Funkcionālais speciālists (fizioterapeits, ergoterapeits, tehniskais ortopēds, audiologopēds, uztura speciālists, mākslas terapeits, optometrists) ir ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo augstāko medicīnisko izglītību un darbojas atbilstoši savai kompetencei ārstniecībā. Ārstniecības likuma 45.¹ pants.
- ¹²³ Slimību profilakses un kontroles centra tīmekļvietnē pieejamā informācija "Cerebrāla infarkta prehospitalās aprūpes, diagnostikas un akūtas ārstēšanas klīniskās vadlīnijas" (15. tabula). Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/registretas-2014gada>, skatīts 16.05.2025.
- ¹²⁴ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 5.6.13. nodaļa.
- ¹²⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 151., 201. punkts, 6., 7. pielikums, 14. pielikuma 4. punkts.
- ¹²⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamais pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi par 2024. gadu. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>, skatīts 25.02.2025.
- ¹²⁷ Neskaitot maksājumus par DRG un iezīmētajiem pakalpojumiem VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca".
- ¹²⁸ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 201. punkts.
- ¹²⁹ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 7. pielikums.
- ¹³⁰ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 150.1.4. apakšpunkts.
- ¹³¹ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 273. punkts.
- ¹³² Manipulācijas "I līmeņa intensīvā terapija" (manipulācijas kods 03227), "II līmeņa intensīvā terapija" (manipulācijas kods 03228), "III līmeņa intensīvā terapija" (manipulācijas kods 03229) un Intensīvas terapijas gultas dienas piemaksas apmērs no 2024. gada 1. novembra. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija "Pakalpojumu tarifi". Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>, skatīts 28.02.2025.
- ¹³³ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 5.4. apakšpunkts.
- ¹³⁴ VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" 19.02.2025. vēstule Nr. 02-09-92/2025. Valsts kontrolei, SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" 19.02.2025. vēstule Nr. A1/1.1-07/25/270 Valsts kontrolei.
- ¹³⁵ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹³⁶ Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹³⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.
- ¹³⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 201.8. apakšpunkts.

¹³⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 2. punkta 2.17.1., 2.20., 2.5.3., 2.25.6. apakšpunkts.

¹⁴⁰ Rehabilitācijas profila pakalpojumu programmas ar gultasdienas tarifu 118,07 euro – “Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem (augstas intensitātes aprūpe)”, “Ilgstoši mākslīgi ventilējama pacienta medicīniskā rehabilitācija”, “Rehabilitācija pacientiem ar muguras smadzeņu šķērsbojājumu (spinālie pacienti)”, “Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem (augstas intensitātes aprūpe)” un “Diennakts stacionārā sniedzamie perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācijas pakalpojumi, kas tiek sniegti bērniem pirmajā dzīves gadā”.

¹⁴¹ Divas rehabilitācijas profila pakalpojumu programmas ar gultasdienas tarifu 62,64 euro – “Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem (zemas intensitātes aprūpe)” un “Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem (zemas intensitātes aprūpe)”.

¹⁴² Paliatīvās aprūpes profila pakalpojumu programma ar gultasdienas tarifu 62,64 euro – “Zāļu rezistentā tuberkulozes pacienta paliatīvā aprūpe”.

¹⁴³ Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁴⁴ Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁴⁵ Aprūpes profila pakalpojumu programma “Hronisko pacientu aprūpe no 15. ārstēšanās dienas vai aprūpes turpināšana pēc akūta ārstēšanās perioda iestādes ietvaros” ar gultasdienas tarifu 91,74 euro un ārpus profila pakalpojumu programma “Pacienta aprūpe, kuram nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija” ar gultasdienas tarifu 70,29 euro.

¹⁴⁶ Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁴⁷ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pakalpojumu tarifi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>, skatīts 04.04.2025.

¹⁴⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamais pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi par 2024. gadu. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>, skatīts 25.02.2025.

¹⁴⁹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Manipulāciju sarakstu arhīvs no 01.09.2018.”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/manipulaciju-sarakstu-arhivs-no-01092018>, skatīts 18.03.2025.

¹⁵⁰ Manipulācijas kods 60107.

¹⁵¹ Manipulācijas kods 19270.

¹⁵² Manipulācijas kods 19275.

¹⁵³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 7. pielikums.

¹⁵⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 7. pielikums (redakcijā no 01.01.2020. līdz 09.06.2020.).

¹⁵⁵ VSIA “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” un VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.

¹⁵⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 7. pielikums (redakcijā no 22.11.2024. līdz 31.12.2024.).

¹⁵⁷ Atbilstoši iesniegtajiem rēķiniem apmaksājami stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi (Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 7. pielikums): 2020. gadā – 2 268 702 euro un 2024. gadā – 4 471 882 euro. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi 2020. gadā” un “Operatīvā informācija par stacionārās veselības aprūpes finansējumu sadalījumā pa pakalpojumu programmām” 2024. gadā. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 11.06.2025.

¹⁵⁸ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta 31.01.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁵⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 201.10. apakšpunkts, 7. pielikums.

¹⁶⁰ Nacionālā veselības dienesta 31.01.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei, Nacionālā veselības dienesta 17.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Veselības ministrijas 18.08.2025. vēstule Nr. 01-15.1/3846 Valsts kontrolei.

¹⁶¹ Neskaitot maksājumus par DRG pakalpojumiem VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.

¹⁶² Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Par DRG sistēmu”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/par-drg-sistem>, skatīts 19.11.2024.

¹⁶³ Veselības ministrijas 15.03.2011. rīkojums Nr. 40 “Par darba grupas DRG apmaksas metodes ieviešanai Latvijā izveidošanu”. DRG sistēma tiek ieviesta, lai nodrošinātu veselības statistikas uzskaiti atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas izstrādātai metodoloģijai, pielietotu starptautiski atzītu procedūru klasifikatoru (Ziemeļvalstu ķirurģisko procedūru klasifikācija (NOMESCO) un paaugstinātu ārstēšanas izmaksu efektivitāti par sniegtajiem pakalpojumiem, kā arī lai veiktu sniegto pakalpojumu apmaksu, ņemot vērā pacientu veselības stāvokļa sarežģītību; Nacionālā veselības dienesta 30.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁶⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums, Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamais pārskats “Hospitalizāciju skaits, kuras plāno atbilstoši DRG, vidējais ārstēšanas ilgums un izmaksas dalījumā pa DRG grupām 2024. gadā”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/drg-salidzinosie-raditaji-un-statistika>, skatīts 27.05.2025.

¹⁶⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.3. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33. punkts.

¹⁶⁶ Nacionālā veselības dienesta ar diagnozēm saistīto grupu audits Latvijas reģionālajās slimnīcās 2024. gadā. Audits veikts septiņās reģionālajās slimnīcās – SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA

“Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Rēzeknes slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca”, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”. Katrā no slimnīcām tika paredzēts auditēt 58 uzskaites dokumentus. Nacionālā veselības dienesta 31.01.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁶⁷ Aktuālā starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija. Pieejams: <https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk>, skatīts 09.06.2025.

¹⁶⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “DRG grupu saraksts un rādītāji DRG maksājuma aprēķinam gadu griezumā”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/drg-grupas-un-raditaji-maksajuma-aprekinam>, skatīts 27.05.2025.

¹⁶⁹ Nacionālā veselības dienesta ar diagnozēm saistīto grupu audits 2024. gadā septiņās Latvijas reģionālajās slimnīcās – SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Rēzeknes slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”. Nacionālā veselības dienesta 31.01.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁷⁰ Bredenkamp, C., Bales, S. and Kahur, K. eds. 2020. *Transition to Diagnosis-Related Group (DRG) Payments for Health: Lessons from Case Studies. International Development in Focus*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1521-8, skatīts 24.05.2025.

¹⁷¹ Klein, A., Mathauer, I., Stenberg, K., Habicht, T., editors. *Diagnosis-related groups: a question and answer guide on case-based classification and payment systems*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>). Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333717/9789240006713-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 24.05.2025.

¹⁷² Nacionālā veselības dienesta 30.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁷³ Ziemeļvalstu Medicīnas statistikas komitejas (NOMESCO) ķirurģisko manipulāciju klasifikācija (NCSP).

¹⁷⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pakalpojumu tarifi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>, skatīts 19.11.2024.

¹⁷⁵ Nacionālā veselības dienesta 30.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁷⁶ Vogl, M. (2012). *Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany*. Health Econ Review 2, 15 (2012). Pieejams: <https://doi.org/10.1186/2191-1991-2-15>, skatīts 02.06.2025.

¹⁷⁷ Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (Eds.). (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press. Pieejams: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/diagnosis-related-groups-in-europe>, skatīts 03.06.2025.

¹⁷⁸ Reid, B., Palmer, G., Aisbett, C. (2000). *The performance of Australian DRGs*. Australian Health Review : a publication of the Australian Hospital Association, 23(2):20-31, 10.1071/AH000020. Pieejams: https://www.researchgate.net/publication/12312282_The_performance_of_Australian_DRGs, skatīts 02.06.2025.

¹⁷⁹ Nacionālā veselības dienesta 17.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁸⁰ Homogenitāte vērtēta 556 no kopējā 587 diagnožu grupu skaita, jo 2023. gada deviņu mēnešu datos 23 diagnožu grupās bija tikai viena hospitalizācija, bet astoņu diagnožu grupas nav uzskaitītas.

¹⁸¹ Klein, A., Mathauer, I., Stenberg, K., Habicht, T., editors. *Diagnosis-related groups: a question and answer guide on case-based classification and payment systems*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>). Pieejams: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333717/9789240006713-eng.pdf?sequence=1>, skatīts 24.05.2025.

¹⁸² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.3.1. apakšpunkts.

¹⁸³ Nacionālā veselības dienesta 31.01.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁸⁴ Nacionālā veselības dienesta 17.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁸⁵ Nacionālā veselības dienesta 03.06.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “DRG grupas un rādītāji maksājuma aprēķinam”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/drg-grupas-un-raditaji-maksajuma-aprekinam>, skatīts 26.05.2025.

¹⁸⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “DRG grupas un rādītāji maksājuma aprēķinam”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/drg-grupas-un-raditaji-maksajuma-aprekinam>, skatīts 26.05.2025.; Nacionālā veselības dienesta 03.06.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁸⁷ Nacionālā veselības dienesta 03.06.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁸⁸ Nacionālā veselības dienesta 25.06.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁸⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.3.1. apakšpunkts.

¹⁹⁰ Bredenkamp, C., Bales, S. and Kahur, K. eds. 2020. *Transition to Diagnosis-Related Group (DRG) Payments for Health: Lessons from Case Studies. International Development in Focus*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1521-8, skatīts 24.05.2025.

¹⁹¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 2. punkts.

¹⁹² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.3. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33. punkts.

¹⁹³ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33. punkts.

¹⁹⁴ Nacionālā veselības dienesta 31.01.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁹⁵ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁹⁶ Nacionālā veselības dienesta 05.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁹⁷ Pakalpojumu programmas “Psihiatriskā palīdzība bērniem”, “Ceļa locītavas endoprotezēšana”, “Psihiatriskā palīdzība stacionārā, tai skaitā pēc tiesas lēmuma”, “Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana bērniem”, “Ķīmijterapija bērniem”, “Revīzijas endoprotēžu implantēšana, endoprotezēšana osteomielīta un onkoloģijas pacientiem (bez implanta vērtības)”, “Hronisko pacientu aprūpe ar ārstēšanās ilgumu līdz 14 gultasdienām”.

¹⁹⁸ Veselības ministrijas 06.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1226 Valsts kontrolei.

¹⁹⁹ Nacionālā veselības dienesta 18.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²⁰⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.

²⁰¹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamie Pasaules Bankas ziņojumi, tajā skaitā “Pārskats par maksājumiem pakalpojumu sniedzējiem”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zinojumi>, skatīts 28.11.2024.

²⁰² Ministru kabineta 01.11.2011. noteikumu Nr. 850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums” 4.16. apakšpunkts.

²⁰³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 152. punkts. $TC = VC (D + S + M + E) + FC (U + A + N)$, kur TC – veselības aprūpes pakalpojuma tarifs; VC – mainīgās izmaksas (tiešās izmaksas): D – darba samaksa; S – valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas; M – ārstniecības līdzekļi; E – izdevumi, saistīti ar pacientu ēdināšanu; FC – pastāvīgās izmaksas (netiešās izmaksas): U – pieskaitāmās un netiešās ražošanas izmaksas (ar pacientu uzturēšanu saistītie izdevumi pakalpojumu apmaksai, riska maksājuma veikšanai, materiālu, energoresursu, ūdens un inventāra iegādei); A – administratīvie izdevumi; N – nolietojums.

²⁰⁴ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējais normatīvais akts Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi”. Tarifa elementu aprēķina formulas: $D = D * Ld$, $S = D * 23,59 \%$, $M = \text{sum} (m * Cm)$, $E = 7 \text{ euro}$, $U = 0,2857 * D$, $A = 0,0202 * D$, $N = Nm + Np$ ($Nm = K / Lt$ vai $Nm = K / Imax$; $Np = 0,0322 * D$), kur D – mēneša vidējā darba samaksa, kas dalīta ar vidējo darba minūšu skaitu mēnesī (9600 min.), Ld – laika patēriņš minūtēs konkrēta pakalpojuma veikšanai, M – vienreizlietojamo medicīnisko ierīču vai zāļu daudzums, kas nepieciešams konkrēta pakalpojuma veikšanai, Cm – vienreizlietojamo medicīnisko ierīču vai zāļu cena, sum – visu pakalpojuma veikšanai nepieciešamo vienreizlietojamo medicīnisko ierīču vai zāļu izmaksu summa, E – ar pacientu ēdināšanu saistītie izdevumi (konstants lielums, iekļauts gultasdienu tarifu un fiksētajā maksājumā par pacientu observāciju līdz 24 stundām), Np – ēku, būvju un pārējo pamatlīdzekļu nolietojums, Nm – medicīnisko ierīču nolietojums, K – attiecīgās medicīniskās ierīces vērtība, Lt – ekspluatācijas laiks minūtes, Imax – maksimālais pakalpojumu skaits atbilstoši tehniskajiem parametriem.

²⁰⁵ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamais pārskats “Pārskats par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs 2023.gadā”, pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arstniecibas-iestazu-parskatu-apkopojums>, skatīts 28.05.2025.

²⁰⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Tarifi sadalījumā pa elementiem”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 13.03.2025.

²⁰⁷ Nacionālā veselības dienesta 04.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²⁰⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punkts. Vidējās darba samaksas aprēķins uz vienu minūti mēnesī: $2304 \text{ euro} / 9600 \text{ minūtes mēnesī} = 0,2400 \text{ euro}$, $1388 \text{ euro} / 9600 \text{ minūtes mēnesī} = 0,1446 \text{ euro}$, $925 \text{ euro} / 9600 \text{ minūtes mēnesī} = 0,0964 \text{ euro}$.

²⁰⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Tarifi sadalījumā pa elementiem”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 13.03.2025.

²¹⁰ Nacionālā veselības dienesta 04.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta 22.05.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²¹¹ Nacionālā veselības dienesta 04.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²¹² Nacionālā veselības dienesta 21.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²¹³ Nacionālā veselības dienesta 17.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²¹⁴ Nacionālā veselības dienesta 17.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²¹⁵ Nacionālā veselības dienesta 17.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²¹⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punkts.

²¹⁷ Nacionālā veselības dienesta 17.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Veselības ministrijas 06.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1226 Valsts kontrolei.

²¹⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs 2023. gadā”, “Pārskats par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstu praksēs 2023. gadā”, “Gada pārskats 2023”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arstniecibas-iestazu-parskatu-apkopojums>, skatīts 13.03.2025.

²¹⁹ Nacionālā veselības dienesta 17.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²²⁰ Ārstniecības iestāžu saņemtajā valsts finansējumā par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem ir iekļauts arī finansējums par piemaksām un virsstundām saistībā ar Covid-19 infekcijas ierobežošanu un par vairākiem noslēgtajiem līgumiem (piemēram, metodiskie līgumi un citi).

²²¹ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.1. apakšpunkts.

²²² Nacionālā veselības dienesta 10.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²²³ Nacionālā veselības dienesta 13.01.2025. rīkojums “Par darba grupas izveidi stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas principu pārskatīšanai”; Veselības ministrijas 16.01.2025. vēstule Nr. 01-15.2/263 Valsts kontrolei.

²²⁴ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.

²²⁵ Nacionālā veselības dienesta 10.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

- ²²⁶ Nacionālā veselības dienesta 10.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²²⁷ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.1.1. apakšpunkts.
- ²²⁸ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 239. punkts.
- ²²⁹ Ministru kabineta 10.12.2019. noteikumi Nr. 642 “Grozījumi Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība””.
- ²³⁰ Tiesību akta projekta “Grozījumi Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ²³¹ Nacionālā veselības dienesta 21.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²³² Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3. punkts.
- ²³³ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3. punkts.
- ²³⁴ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 239. punkts, 14. pielikuma 3.1.1. apakšpunkts.
- ²³⁵ Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2021. līdz 31.12.2021. un no 01.01.2022. līdz 31.08.2022. (12 mēneši).
- ²³⁶ Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2022. līdz 31.12.2022. un no 01.01.2023. līdz 31.08.2023. (12 mēneši).
- ²³⁷ Nacionālā veselības dienesta 17.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²³⁸ Faktiskais pacientu skaits no 01.09.2023. līdz 31.12.2023. un no 01.01.2024. līdz 31.08.2024. (12 mēneši).
- ²³⁹ Nacionālā veselības dienesta 17.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁴⁰ VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” 04.03.2025. vēstule Nr. 5-16.2/504 Valsts kontrolei.
- ²⁴¹ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.1.2. apakšpunkts.
- ²⁴² Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.1.2. apakšpunkts.
- ²⁴³ VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” 04.03.2025. vēstule Nr. 5-16.2/504 Valsts kontrolei.
- ²⁴⁴ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3. punkts.
- ²⁴⁵ Nacionālā veselības dienesta 04.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁴⁶ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 3.1.2. apakšpunkts.
- ²⁴⁷ Nacionālā veselības dienesta un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 13.06.2019. līgums Nr. 1-2085-2019 par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.
- ²⁴⁸ Nacionālā veselības dienesta un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 13.06.2019. līguma Nr. 1-2085-2019 par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 27.05.2024., 05.07.2024., 08.08.2024., 12.09.2024., 07.10.2024., 30.10.2024., 29.11.2024., 04.12.2024., 09.12.2024., 20.12.2024. un 23.01.2025. finanšu paziņojums par līdzekļu apjomu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai 2024. gadam.
- ²⁴⁹ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 7.1. un 7.2. apakšpunkts.
- ²⁵⁰ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 7.4. apakšpunkts.
- ²⁵¹ Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 8. punkts.
- ²⁵² Ministru kabineta 28.08.2028. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 7.4. apakšpunkts.
- ²⁵³ Nacionālā veselības dienesta 16.05.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁵⁴ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁵⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ²⁵⁶ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁵⁷ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par observācijas gadījumu skaitu un īpatsvaru uzņemšanas nodaļā (gan ambulatorie, gan stacionārie)” 2023., 2024. gadā, “Pārskats par kopējo hospitalizāciju skaitu, vidējo ārstēšanas ilgumu un īšajām hospitalizācijām 1–2 dienu garumā, kur pacienti izrakstīti uz mājām, īšajās hospitalizācijās neiekļaujot plānveida īslaicīgās ķirurģijas hospitalizāciju gadījumus” 2023., 2024. gadā. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>, skatīts 03.04.2025.; <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 04.11.2024.
- ²⁵⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par observācijas gadījumu skaitu un īpatsvaru uzņemšanas nodaļā (gan ambulatorie, gan stacionārie)” 2021., 2022. un 2023. gadā. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 04.11.2024.; Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 08.11.2024. e-pasta vēstule; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par kopējo hospitalizāciju skaitu, vidējo ārstēšanas ilgumu un īšajām hospitalizācijām 1-2 dienu garumā, kur pacienti izrakstīti uz mājām, īšajās hospitalizācijās neiekļaujot plānveida īslaicīgās ķirurģijas hospitalizāciju gadījumus 2023.gadā”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 02.12.2024.
- ²⁵⁹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Slimnīcu uzņemšanas nodaļas”. Pieejams: https://www.vmnvd.gov.lv/lv/slimnicu-uznemsanas-nodalas?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, skatīts 28.11.2024.; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Slimnīcu uzņemšanas nodaļas ārpus Rīgas”. Pieejams:

- https://www.vmnvd.gov.lv/lv/slimnicu-uznemsanas-nodalas?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, skatīts 28.11.2024.
- ²⁶⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ²⁶¹ Nacionālā veselības dienesta 12.12.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁶² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 117. punkts.
- ²⁶³ Nacionālā veselības dienesta 12.12.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁶⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Hospitalizācijas plāns”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/hospitalizācijas-plans>, skatīts 27.12.2024.
- ²⁶⁵ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Līgumi un to pielikumi līdz 2024.gada 31.decembrim”, Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu līguma paraugs. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraug>, skatīts 15.08.2025.
- ²⁶⁶ Nacionālā veselības dienesta 18.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁶⁷ Informācija par pakalpojumiem, kuri neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā sniegti tikai tādiem pacientiem, kuri pēc sākotnējā veselības stāvokļa novērtēšanas ir nosūtīti tālākai ārstēšanai ambulatori, jo hospitalizētiem pacientiem tie tiek iekļauti vidējās ārstēšanas izmaksās vai gultasdienas tarifā. Revidenti norāda, ka neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā sniegtos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus tiem pacientiem, kurus pēc sākotnējā veselības stāvokļa novērtēšanas hospitalizēja, nenodala no pārējiem ārstniecības iestādē sniegtajiem pakalpojumiem.
- ²⁶⁸ Nacionālā veselības dienesta 18.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁶⁹ Stacionārās ārstniecības iestādes, kuras diagnostisko (tajā skaitā laboratorisko) izmeklējumu veikšanai nepiesaista ārpakalpojumu sniedzējus.
- ²⁷⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 88. punkts.
- ²⁷¹ Nacionālā veselības dienesta 18.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁷² Nacionālā veselības dienesta 18.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁷³ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 17. pielikuma 4. punkts (zaudējis spēku no 01.09.2028.); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1. punkts (spēkā no 06.09.2028., piemērojams ar 01.09.2028.); Veselības ministrijas 06.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1226 Valsts kontrolei.
- ²⁷⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts (redakcijā no 03.05.2024. līdz 11.07.2025.).
- ²⁷⁵ Nacionālā veselības dienesta 06.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁷⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts (redakcijā no 03.05.2024. līdz 11.07.2025.); informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ²⁷⁷ Lai nodrošinātu ārsta speciālista diennakts dežūru, ārstniecības iestādei nepieciešamas 4,5 slodzes (24 stundas * 30 dienas / 160 stundām). Savukārt fiksētā maksājuma aprēķinos Nacionālais veselības dienests iekļauj 4,75 slodzes, tādējādi paredzot ārstniecības iestādēm finansējumu darba apmaksai nakts stundās, brīvdienās, svētku dienās un aizvietojamību atvaļinājumu laikā.
- ²⁷⁸ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta 10.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁷⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts (redakcijā no 03.05.2024. līdz 11.07.2025.).
- ²⁸⁰ SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” 19.02.2025. vēstule Nr. A1/1.1-07/25/270 Valsts kontrolei; VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” 04.03.2025. vēstule Nr. 5-16.2/504 Valsts kontrolei; SIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 19.02.2025. vēstule Nr. 02-09-92/2025 Valsts kontrolei.
- ²⁸¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punkts.
- ²⁸² SIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 19.02.2025. vēstule Nr. 02-09-92/2025 Valsts kontrolei.
- ²⁸³ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par strādājošo faktisko vidējo atlīdzību, vidējo atalgojumu un vidējo mēneša amatalgu 2024. gada 12 mēnešos”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arstniecibas-iestazu-parskatu-apkopojums>, skatīts 10.04.2025.
- ²⁸⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punkts.
- ²⁸⁵ Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša).
- ²⁸⁶ 2024. gadā mēneša vidējā bruto darba samaksa valstī par pilnas slodzes darbu bija 1685 euro. Oficiālās statistikas portālā pieejamā informācija “2024. gadā vidējā alga pirms nodokļu nomaksas – 1685 eiro mēnesī”. Pieejams: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/darbs/alga/preses-relizes/22343-darba-samaksas-parmainas-2024-gada-4-ceturksni-un>, skatīts 19.05.2025.
- ²⁸⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums (redakcijā no 11.07.2025.).
- ²⁸⁸ Papildus no 01.05.2024. fiksētajā maksājumā ir iekļauts pārskatīts mainīgo izmaksu elements ārstniecības līdzekļi (M). Līdz 01.05.2024. katrai ārstniecības iestādei šīs izmaksas bija atšķirīgas, tomēr, ņemot vērā regulāri saņemtās vēstules no ārstniecības iestādēm par medikamentu un medicīnas preču faktisko izmaksu pieaugumu, tajā skaitā neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, tās tika pārskatītas. Pašlaik izmaksas ir konstantas – 13 857 euro uz vienu speciālista posteni, un tās noteiktas, pamatojoties uz VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” iesniegtajiem datiem par izmaksām neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, jo

šajā ārstniecības iestādē tiek veikta visprecīzākā faktisko izmaksu uzskaitē un kontrole. Tāpat fiksētajā maksājumā ir iekļauti tādi pastāvīgo izmaksu elementi kā pieskaitāmās un netiešās ražošanas izmaksas (U), administratīvie izdevumi (A) un nolietojums (N). Šie izmaksu elementi tiek izteikti koeficientu veidā un visos pakalpojumu tarīfos ir vienādi. Tiesību akta projekta “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojuma (anotācija) 1. pielikums. Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/f7b045d5-b28d-4d42-9364-aa72102a44ab>, skatīts 10.10.2024.

²⁸⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punkts.

²⁹⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 191.3. apakšpunkts.

²⁹¹ Nacionālā veselības dienesta 18.02.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²⁹² Nacionālā veselības dienesta 05.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

²⁹³ Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas pacientu skaits ar jebkuru iestāšanās un izrakstīšanas kustību.

²⁹⁴ Faktiskais nenodrošināto dežūrstundu skaits aprēķināts, no nepieciešamā dežūrstundu skaita atskaitot faktiskās speciālistu darba stundas 2024. gada septembrī. Nepieciešamo dežūrstundu skaits aprēķināts, Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunktā noteikto speciālistu skaitu reizinot ar vidējo darba dienu skaitu mēnesī jeb 30 dienām un 24 stundām. Savukārt faktiskais dežūrstundu skaits aprēķināts, pamatojoties uz ārstniecības iestāžu iesniegtajās darba laika uzskaites tabeļās norādīto informāciju par šo speciālistu darba stundām 2024. gada septembrī, kopējā darba stundu skaitā neieskaitot darba stundas, kas nostrādātas darbu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā apvienojot ar darbu citā ārstniecības iestādes struktūrvienībā.

²⁹⁵ Aplēses aprēķinam ir izmantota Ministru kabineta 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojuma (anotācija) 1. pielikumā pieejamā informācija par katram speciālistam gadam plānoto finansējumu darba samaksai, kas izdalīts ar 12 mēnešiem, iegūstot plānoto finansējumu darba samaksai mēnesim. Iegūtais rezultāts dalīts ar katram speciālistam plānoto dežūrstundu skaitu mēnesī un reizināts ar faktisko dežūrstundu skaitu mēnesī, iegūstot finansējuma apmēru, kas būtu jāmaksā par faktiski nodrošinātām dežūrstundām. Iegūto rezultātu atskaitot no plānotā finansējuma darba samaksai mēnesim, aprēķināts finansējums, kas ārstniecības iestādēm 2024. gada septembrī samaksāts par faktiski nenodrošinātām speciālistu dežūrstundām.

²⁹⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.

²⁹⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.

²⁹⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts (redakcijā no 03.05.2024. līdz 11.07.2025.).

²⁹⁹ Nacionālā veselības dienesta 06.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³⁰⁰ Veselības ministrijas 06.03.2025. vēstule Nr. 01-15.1/1226 Valsts kontrolei.

³⁰¹ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2.2. un 2.3. apakšpunkts un 7., 8., 10. punkts.

³⁰² VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” 30.05.2025. vēstule Nr. 5-16.2/1179 Valsts kontrolei.

³⁰³ VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” 05.12.2024. vēstule Nr. 5-17/2673 Nacionālajam veselības dienestam.

³⁰⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 192. punkts, 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts.

³⁰⁵ Darba likuma 140. panta ceturrtā daļa, 142. pants.

³⁰⁶ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³⁰⁷ Ministru kabineta 27.12.2011. noteikumu Nr. 1021 “Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 19. decembra noteikumos Nr. 1046 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija). Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/242145-grozijumi-ministru-kabineta-2006-gada-19-decembra-noteikumos-nr-1046-veselibas-apruses-organizšanas-un-finansšanas-kartiba>, skatīts 10.10.2024.; Ministru kabineta 25.09.2012. noteikumu Nr. 654 “Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 19. decembra noteikumos Nr. 1046 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija). Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/251819-grozijumi-ministru-kabineta-2006-gada-19-decembra-noteikumos-nr-1046-veselibas-apruses-organizšanas-un-finansšanas-kartiba>, skatīts 10.10.2024.; Veselības ministrijas 10.07.2012. informatīvais ziņojums “Finanšu situācija veselības aprūpes jomā” (Ministru kabineta 10.07.2012. sēdes protokols Nr. 39, 50. §). Pieejams: <https://polsis.mk.gov.lv/documents/4040>, skatīts 10.10.2024.

³⁰⁸ No 01.04.2019. fiksētā piemaksa par pacientu observāciju ieviesta VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (no 26.09.2024. “Nacionālais psihiskās veselības centrs”), VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”, VSIA “Piejūras slimnīca”, VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca” un VSIA “Slimnīca “Gintarmuiža””. Ministru kabineta 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” 2. punkts. Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=%20306844>, skatīts 09.05.2025.

³⁰⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.

³¹⁰ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³¹¹ Veselības ministrijas 15.07.2024. rīkojums Nr. 01-01.1/117 “Par darba grupas izveidi pacientu observācijas kritēriju izstrādei”.

³¹² Nacionālā veselības dienesta 04.04.2025. vēstule Nr. 12-7/7447/2025 ārstniecības iestādēm; Nacionālā veselības dienesta 20.05.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³¹³ Nacionālā veselības dienesta 02.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³¹⁴ Trecartin, KW., Wolfe, RE. *Emergency department observation implementation guide*. JACEP Open. 2023;4:e13013. Pieejams: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2688115224008282>, skatīts 09.04.2025.

- ³¹⁵ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par kopējo hospitalizāciju skaitu, vidējo ārstēšanas ilgumu un īsajām hospitalizācijām 1–2 dienu garumā, kur pacienti izrakstīti uz mājām, īsajās hospitalizācijās neiekļaujot plānveida īslaicīgās ķirurģijas hospitalizāciju gadījumus (2024. gada 12 mēnešos)”; “Pārskats par observācijas gadījumu skaitu un īpatsvaru uzņemšanas nodaļā (gan ambulatorie, gan stacionārie) (2024. gada 12 mēnešos)”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>, skatīts 05.03.2025.; Nacionālā veselības dienesta 04.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³¹⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ³¹⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.
- ³¹⁸ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33. punkts; Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums; Ministru kabineta 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojums (anotācija); informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri).
- ³¹⁹ Izņemot VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” – 1:5, jo darbā ar bērniem nepieciešams lielāks ārstniecības personu skaits.
- ³²⁰ Ministru kabineta 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojuma (anotācija) 2. pielikums. Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/f7b045d5-b28d-4d42-9364-aa72102a44ab>, skatīts 10.10.2024.
- ³²¹ Vidējais observācijas pacientu skaits dienā aprēķināts, kopējo observācijas pacientu skaitu dalot ar 365 dienām.
- ³²² II līdz V līmeņa ārstniecības iestāžu (kopā 21) observācijas nodrošināšanas personāla noslodze 2024. gadā aprēķināta, attiecīgās ārstniecības iestādes kopējo observācijas pacientu skaitu 2024. gadā dalot ar 365 dienām un iegūto rezultātu dalot ar Nacionālā veselības dienesta aprēķināto observācijas nodrošināšanai nepieciešamo ārstniecības personu skaitu.
- ³²³ Atlīdzības izmaksas aprēķina, darba samaksas apjomam gadam (nepieciešamo speciālistu slodžu skaitu reizina ar Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 153. punktā noteikto mēneša vidējo darba samaksu un ar 12 mēnešiem) pieskaitot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu apjomu gadam.
- ³²⁴ Izdevumi par pacientu ēdināšanu ir fiksēta summa visu līmeņu ārstniecības iestādēm (2024. gadā – 2,33 *euro* par vienu maltīti katram pacientam).
- ³²⁵ Nacionālā veselības dienesta 10.10.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³²⁶ SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” vēstule Nr. A1/1.1-07/25/270 Valsts kontrolei, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 24.02.2025. vēstule Nr. 158/1.10 Valsts kontrolei, SIA “Vidzemes slimnīca” 18.02.2025. vēstule Nr. 1.5-268 Valsts kontrolei, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” 12.02.2025. vēstule Nr. 1-9-2025-110 Valsts kontrolei, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” 13.02.2025. vēstule Nr. NOS/VPI/2025/41 Valsts kontrolei.
- ³²⁷ SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” observāciju atkarībā no gultu atrašanās vietas nodrošina gan atsevišķs personāls, gan neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas personāls.
- ³²⁸ Izņemot SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” un SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” (Ventspilī), kuru struktūrās ir atsevišķas observācijas struktūrvienības, proti, Observācija nodaļa un Observācijas palāta.
- ³²⁹ Ārstniecības iestādes informāciju par observācijas nodrošināšanai piesaistīto personālu sniedza par situāciju 01.01.2025.
- ³³⁰ Aplēses aprēķinam ir izmantota Ministru kabineta 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojuma (anotācija) 2. pielikumā izmantotā aprēķina metodika. Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/f7b045d5-b28d-4d42-9364-aa72102a44ab>, skatīts 10.10.2024.
- ³³¹ Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³³² SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” 19.02.2025. vēstule Nr. A1/1.1-07/25/270 Valsts kontrolei, VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” 04.03.2025. vēstule Nr. 5-16.2/504 Valsts kontrolei, SIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 19.02.2025. vēstule Nr. 02-09-92/2025 Valsts kontrolei, SIA “Liepāja reģionālā slimnīca” 24.02.2025. vēstule Nr. 158/1.10 Valsts kontrolei, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca” 12.02.2025. vēstule Nr. 1-9-2025-110 Valsts kontrolei, SIA “Dobeles un apkārtnes slimnīca” 12.02.2025. vēstule Nr. 1.21/63 Valsts kontrolei, SIA “Alūksnes slimnīca” 13.02.2025. vēstule Nr. 1-3/32 Valsts kontrolei, SIA “Krāslavas slimnīca” 13.02.2025. vēstule Nr. 1.6/32 Valsts kontrolei.
- ³³³ SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” 14.02.2025. vēstule Nr. 1.14/59 Valsts kontrolei, SIA “Rēzeknes slimnīca” 18.02.2025. vēstule Nr. 1.15.1-13/173 Valsts kontrolei, SIA “Vidzemes slimnīca” 18.02.2025. vēstule Nr. 1.5-268 Valsts kontrolei, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” 13.02.2025. vēstule Nr. NOS/VPI/2025/41 Valsts kontrolei, SIA “Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība” 14.02.2025. vēstule Nr. 01-10/35 Valsts kontrolei, SIA “Cēsu klīnika” 10.02.2025. vēstule Nr. 2-8/2025/133 Valsts kontrolei, Madonas novada PSIA “Madonas slimnīca” 13.02.2025. vēstule Nr. 63_1.9_2025 Valsts kontrolei, SIA “Ogres rajona slimnīca” 28.02.2025. vēstule Nr. 1-10/69 Valsts kontrolei, SIA “Tukuma slimnīca” 10.02.2025. vēstule Nr. 1-13/34 Valsts kontrolei, SIA “Preiļu slimnīca” 12.02.2025. vēstule Nr. 1.9/2025/27 Valsts kontrolei.
- ³³⁴ SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” 07.02.2025. vēstule Nr. 1-10_81 Valsts kontrolei, SIA “Jūrmalas pilsētas slimnīca” 13.02.2025. vēstule Nr. 1-8-2/111 Valsts kontrolei, SIA “Kuldīgas slimnīca” 12.02.2025. vēstule Nr. 131/1.4 Valsts kontrolei.
- ³³⁵ Nacionālā veselības dienesta 04.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³³⁶ Aplēses aprēķinam ir izmantota Ministru kabineta 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 “Grozījumi Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojuma (anotācija) 2. pielikumā norādīta informācija par SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca”, SIA “Jūrmalas slimnīca” un SIA “Kuldīgas slimnīca” fiksētajā piemaksā par pacientu observāciju līdz 24 stundām iekļautajiem izdevumiem, kas saistīti ar pacientu ēdināšanu (E elements) 2024. gadā pilnā apmērā. Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/f7b045d5-b28d-4d42-9364-aa72102a44ab>, skatīts 10.10.2024.

³³⁷ Iespējami labākajā veidā – tiek sasniegta labākā pieejamo resursu ieguldījumu un nodrošināto pakalpojumu attiecība.

³³⁸ Valsts kontrole. Revīziju standarti. Pieejams: <https://lrvk.gov.lv/lv/par-mums/valsts-kontrole/normativie-akti/reviziju-standarti>, skatīts 26.08.2024.

³³⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums.

³⁴⁰ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamie Pasaules Bankas ziņojumi, tajā skaitā “Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016–2025” (galvenais ziņojums). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zinojumi>, skatīts 28.11.2024.

³⁴¹ Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (TA-945) (apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr. 394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””, prot. Nr. 37 34. §) (veselības ministre A. Čakša); informatīvais ziņojums “Par veselības reformas pasākumu īstenošanu 2019. gadā” (TA-2658) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 08.01.2019. sēdē, prot. Nr. 1 33. §) (veselības ministre A. Čakša).

³⁴² Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā līguma par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu parauga 4. pielikums. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/stacionaro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs>, skatīts 28.08.2024.

³⁴³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.1. apakšpunkts.

³⁴⁴ Informatīvais ziņojums “Par slimnīcu tīkla attīstību” (24-TA-481) (pieņemts zināšanai Ministru kabineta 30.04.2024. sēdē, prot. Nr. 18 49. §) (veselības ministrs H. Abu Meri); Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 5.6.13. nodaļa.

³⁴⁵ Nacionālā veselības dienesta 29.01.2024. iekšējā normatīvā akta Nr. 16-4.1/3/2024 “Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšanas un pārrēķināšanas noteikumi” 33. punkts.

³⁴⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts.

³⁴⁷ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par kopējo hospitalizāciju skaitu, vidējo ārstēšanas ilgumu un īsajām hospitalizācijām 1–2 dienu garumā, kur pacienti izrakstīti uz mājām, īsajās hospitalizācijās neiekļaujot plānveida īslaicīgās ķirurģijas hospitalizāciju gadījumus (2024. gada 12 mēnešos)”, “Observācijas gadījumu skaits un īpatsvars uzņemšanas nodaļā (2024. gada 12 mēnešos)”, “Uz mājām izrakstītie pacienti, kas atkārtoti hospitalizēti tajā pašā vai nākamajā dienā (neiesk. pacientus, kuriem nākamā hospitalizācija ir aprūpe vai rehabilitācija) (2024. gada 12 mēnešos)”, “Operatīvā informācija par stacionārās veselības aprūpes finansējumu sadalījumā pa pakalpojumu programmām” 2024. gadā. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 12.06.2025.; Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 10.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta 09.05.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei (bērnu hospitalizācijas 2024. gadā); Nacionālā veselības dienesta 04.04.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei (neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu un pacientu observācijas līdz 24 stundām gadījumu skaits 2024. gadā); Stacionāro ārstniecības iestāžu resursu informācijas sistēmas (SAIRIS) pieejamā informācija (atskaites par profiliem un gultu noslodzi) par situāciju 27.03.2025.

³⁴⁸ No 2023. gada DRG pakalpojumu programmās iekļauta iepriekš iezīmēto pakalpojumu programma “Covid–19 pacientu ārstēšana”.

³⁴⁹ Nacionālā veselības dienesta 09.05.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

³⁵⁰ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par observācijas gadījumu skaitu un īpatsvaru uzņemšanas nodaļā (gan ambulatorie, gan stacionārie) (2023. gada 12 mēnešos)”, “Pārskats par kopējo hospitalizāciju skaitu, vidējo ārstēšanas ilgumu un īsajām hospitalizācijām 1–2 dienu garumā, kur pacienti izrakstīti uz mājām, īsajās hospitalizācijās neiekļaujot plānveida īslaicīgās ķirurģijas hospitalizāciju gadījumus (2023. gada 12 mēnešos)”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 12.06.2025.; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par kopējo hospitalizāciju skaitu, vidējo ārstēšanas ilgumu un īsajām hospitalizācijām 1–2 dienu garumā, kur pacienti izrakstīti uz mājām, īsajās hospitalizācijās neiekļaujot plānveida īslaicīgās ķirurģijas hospitalizāciju gadījumus (2024. gada 12 mēnešos)”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>, skatīts 12.06.2025.; Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 08.11.2024. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta 10.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; No 25.09.2024. VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” pārdēvēta par VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs”, V līmeņa specializēto ārstniecības iestāžu sarakstā iekļauta ar 01.01.2024., līdz tam bija specializēto ārstniecības iestāžu sarakstā; Ņemot vērā SIA “Rehabilitācijas centrs “Līgatne”” gatavību 2024. gadā nodrošināt stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus karadarbībā Ukrainā cietušajām personām, Nacionālajam veselības dienestam ir tiesības ar ārstniecības iestādi slēgt līgumu par stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu konkrētai pacientu grupai, paredzot, ka medicīniskā rehabilitācija tiek nodrošināta tādām karadarbībā Ukrainā cietušajām personām, kurām nav nepieciešama terciārā līmeņa medicīniskā rehabilitācija; VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca” un VSIA “Piejūras slimnīca” kopējais hospitalizēto pacientu skaits pārsniedz kopējo pacientu skaitu ārstniecības iestādēs 2024. gadā, jo 194 VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca” un divu VSIA “Piejūras slimnīca” pacientu hospitalizācija uzsākta 2023. gadā un turpinās 2024. gadā.

³⁵¹ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi (2023. gada janvāris – decembris)”, “Pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi (2024. gada janvāris – decembris)”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 12.06.2025.; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par kopējo hospitalizāciju skaitu, vidējo ārstēšanas ilgumu un īsajām hospitalizācijām 1–2 dienu garumā, kur pacienti izrakstīti uz mājām, īsajās hospitalizācijās neiekļaujot plānveida īslaicīgās ķirurģijas hospitalizāciju gadījumus (2024. gada 12 mēnešos)”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/valsts-budzeta-lidzeklu-izpildes-analize-stacionaros>, skatīts 12.06.2025.; SIA “Krāslavas slimnīca” un SIA “Tukuma slimnīca” plānotais finansējuma pieaugums 2024. gadā ir zemāks par aprēķināto, attiecīgi 20 % un 33 %, tomēr, ņemot vērā, ka 2023. gadā Nacionālais veselības dienests ir veicis ieturējumus abām ārstniecības iestādēm par nenodrošinātām speciālistu dežūrām, aprēķinātais pieaugums salīdzinājumā ar 2023. gadā faktisko finansējumu ir augstāks.

³⁵² VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” vairāki dežūrspeciālisti, kas ir iesaistīti neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbības nodrošināšanā, tiek nodarbināti katrs sava profila struktūrvienībās. Ārstniecības iestādes esošajā darba laika uzskaites sistēmā nav iespējams nodalīt cik stundas konkrēts speciālists bija iesaistīts neatliekamo pacientu aprūpē un cik struktūrvienībā jau hospitalizēto pacientu aprūpē, tāpēc šīs dežūrstundas atspoguļotas kā nodrošinātas, savienojot dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā un citā struktūrvienībā.

³⁵³ VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” māsu un māsas palīgu posteņi neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbības nodrošināšanai ir iekļauti arī citās ārstniecības iestādes struktūrvienībās. Papildus šie posteņi vienlaikus ir iesaistīti gan neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas darbības nodrošināšanā, gan observācijas nodrošināšanā. Veidojot darba grafikus, šīs funkcijas netiek nošķirtas, tāpēc šo posteņu dežūrstundas atspoguļotas kā nodrošinātas, savienojot dežūras neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā un citā struktūrvienībā.

³⁵⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi (2022. gada janvāris – decembris)”, informācija “Pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi (2023. gada janvāris – decembris)”, “Pārskats par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai noslēgtiem līgumiem un izpildi (2024. gada janvāris – decembris)”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 12.06.2025.; Papildus Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 1.2. apakšpunktā noteiktajai piemaksai par pacientu observāciju līdz 24 stundām 2021. gada pavasarī ieviesa ikmēneša piemaksu par pacientu veselības stāvokļa novērošanu uzņemšanas nodaļā, jo Covid-19 pandēmijas ietekmē pieauga observējamo pacientu skaits, kā rezultātā ārstniecības iestādes izveidoja papildu observācijas gultas Covid-19 pacientu tranzītnodaļās. No 01.01.2022. līdz 30.06.2022. piemaksu maksāja visām ārstniecības iestādēm, kuras nodrošina pacientu observāciju. Savukārt ar 01.07.2022. mainīja piemaksas aprēķina principus un piemaksu par intensitāti un pacientu plūsmas organizēšanu līdz 31.12.2022. maksāja vien 10 (IV un V līmeņa) ārstniecības iestādēm; 2023. gada maksājuma pieaugums aprēķināts salīdzinājumā ar 2022. gadā veikto maksājuma apmēru, no kura atskaitīta piemaksu summa; SIA “Siguldas slimnīca” maksājumu par pacientu observāciju līdz 24 stundām ieviesa no 01.05.2024.; No 25.09.2024. VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” pārdēvēta par VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs”, V līmeņa specializēto ārstniecības iestāžu sarakstā iekļauta ar 01.01.2024., līdz tam bija specializēto ārstniecības iestāžu sarakstā; SIA “Krāslavas slimnīca” fiksēto maksājumu par pacientu observāciju 2023. gadam plānoja 27 961 euro apmērā (7 % pieaugums salīdzinājumā ar 2022. gadu), tomēr, ņemot vērā, ka no 17.07.2023. līdz 13.08.2023. ārstniecības iestāde veica jumta remontdarbus, kuru dēļ slēdza neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļu, Nacionālais veselības dienests veica ieturējumu 2151 euro apmērā par minētajā periodā faktiski nenodrošinātiem pakalpojumiem.