**INFORMATĪVAIS ZIŅOJUMS**

**Par līgumu noslēgšanas gaitu starp Nacionālo veselības dienestu un ārstniecības iestādēm**

Veselības ministrijas budžeta izdevumi 2012.gadā atbilstoši likumam „Par valsts budžetu 2012.gadam” ir 457 491 514 lati, tai skaitā 446 121 868 lati valsts budžeta pamatfunkciju izpildei. Lai gan ārstniecības apakšprogrammā finansējums salīdzinājumā ar 2011.gadu ir palielinājies, tomēr finansējums ir samazinājies sociālās drošības tīkla stratēģijas apakšprogrammā par 10,4 milj. latu, un šis finansējuma samazinājums skar ārstniecības iestādes.

***Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji***

Būtiski ir tas, ka pēdējo trīs gadu laikā, nepietiekama finansējuma apstākļos ir mazinājies finansējums tieši stacionārai veselības aprūpei (skatīt 1.attēlu).

*1.attēls.*

***Finansējuma sadalījums pa pakalpojumu veidiem 2010-2012.gadā, miljonos latu.***

Finansējuma mazināšana slimnīcām ir atbilstoša izmaiņām veselības nozares politikā un sistēmas attīstībā. Veselības ministrija gan 2010.gadā, gan 2011.gadā informēja valdību par veiktajām un iecerētajām izmaiņām veselības sistēmā, vienlaikus vēršot uzmanību uz to, ka izmaiņu ietekme būs vērtējama tikai ilgtermiņā.

 Kopējie veselības aprūpes sistēmas attīstības principi Latvijā balstās uz ģimenes ārstu institūcijas stiprināšanu un ambulatorās aprūpes attīstību, mazinot stacionārās aprūpes lomu. Nacionālais veselības dienests šobrīd sekmīgi turpina līgumu slēgšanas procesu ar ģimenes ārstiem, ambulatorās aprūpes, mājas aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas jomā 2011. gadā turpinājās pakalpojumu apmaksas optimizācijas, skaidrāku un saprotamāku finansēšanas principu izstrāde. Ministru kabineta 2006.gada 19. decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un finansēšanas kārtība” 2011.gadā tika noteikts terapeitisku pacientu tarifs 115,60 lati, kas tika aprēķināts, balstoties uz Nacionālā veselības dienesta Vadības informācijas sistēmā apkopoto informāciju par lokālo daudzprofila slimnīcu veiktajām manipulācijām un gultasdienu skaitu 2010.gadā. Tāpat tika ņemts vērā princips, ka vienādas patoloģijas būtu jāārstē par vienādu samaksu pēc iespējas lētāk dažāda līmeņa slimnīcās. Šāda zema tarifa noteikšana stimulētu slimnīcas vairāk novirzīt pacientus ambulatorajā aprūpē, jo ārstēšana slimnīcā būtu ekonomiski neizdevīgāka.

 Skaidra un saprotama līgumos piedāvāto naudas līdzekļu definēšana Veselības ministrijas un Nacionālā veselības dienesta skatījumā ir uzskatāma par pareizāku pieeju, piedāvājot slimnīcām sniegt palīdzību visiem pacientiem (reālam pacientu skaitam) par zemāku samaksu, nevis lielāka samaksa par vienu pacientu, bet optimistiski samazināta pacientu skaita prognoze. Tomēr līgumu slēgšanas gaitā, diskusijās ar slimnīcām individuāli un ar biedrības “Latvijas slimnīcu biedrība” pārstāvjiem, iezīmējās galvenā un faktiski vienīgā problēma, ka tieši šis tarifs neatbilst reālajām slimnīcu izmaksām. Slimnīcu sniegtā informācija liecina, ka tarifam būtu jābūt ap 230 latiem. Slimnīcu viedokli, ka Nacionālā veselības dienesta piedāvātais tarifs neatbilst slimnīcu izmaksām, netieši apstiprina fakts, ka stacionārajai palīdzībai 2010.gada beigās slimnīcām bija pieejami 164,39 miljoni latu, 2011. gada beigās – 142,11 miljoni latu, bet 2012. gada līgumos tiek piedāvāti 132,12 miljoni latu, tajā pašā laikā stacionēto pacientu skaits, kopš krituma 2009.gadā, 2010.gadā ir apstājies un tam ir tendence nedaudz palielināties (skatīt 2.attēlu).

*2.attēls.*

***Hospitalizācijas skaita un finansējuma izmaiņas stacionārajai palīdzībai 2010.-2012.gadā***

Būtiski samazināto pieejamo finanšu līdzekļu apstākļos, slimnīcām rodas būtiskas problēmas nodrošināt uzņēmumu darbību, ko līgumu slēgšanas laikā akcentē slimnīcu īpašnieki –, galvenokārt, pašvaldības. Tajā pašā laikā arvien pieaug spiediens no pacientiem pēc modernāku ārstēšanas metožu izmantošanas un kvalitatīvāka servisa, kas prasa lielākas izmaksas.

Nacionālais veselības dienests 2012.gada 27.janvārī ir nosūtījis Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumu „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un finansēšanas kārtība” Nr.1046 24.pielikumā minētajiem 39 stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem līguma projektus par stacionāro un sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

Uz 2012.gada 17.februāri Nacionālais veselības dienests ir saņēmis 20 no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju puses parakstītus līgumus, kas ir 51 % no kopējā nosūtīto līgumu apjoma. No minētajiem līgumiem - 18 līguma projekti ir jau parakstīti no Nacionālā veselības dienesta puses un nosūtīti veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka finanšu piedāvājuma projektu 2012.gadam neparakstīs, jo tajā samazināts terapeitisko pacientu vidējās ārstēšanas izmaksu tarifs un līdz ar to līgumā palielināts plānotais pacientu skaits, bet tā kā arī vairs nav piešķirti finanšu līdzekļi sociālās drošības tīkla stratēģijas ietvaros trūcīgo pacientu pakalpojumu apmaksai , tad ir samazinājies kopējais līguma finanšu līdzekļu apjoms.

Seši no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca", SIA "Kuldīgas slimnīca") nav parakstījuši finanšu piedāvājuma un līguma projektus, bet ir norādījuši, ka vēlas slēgt divus līgumus, nodalot līgumu par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no līguma par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

Līguma projektus par stacionāro un sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu uz 2012.gada 17.februāri nav parakstījuši sekojoši veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (tajā skaitā seši augstāk minētie, kas vēlas nodalīt līgumus) – VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Ogres rajona slimnīca", SIA "Kuldīgas slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Krāslavas slimnīca", SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība", SIA "Cēsu klīnika", Madonas novada pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Madonas slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca", SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca", SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Aizkraukles slimnīca", SIA "Ludzas rajona slimnīca", VSIA "Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži"", Rīgas pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Dzemdību nams".

Skaidri definēta apjoma un skaidram mērķim – terapeitiskā tarifa sabalansēšanai – papildus līdzekļu novirzīšana būtu risinājums konkrētajai problēmai. Veselības ministrija 2012.gadā ir uzsākusi virkni aktivitāšu līdzekļu optimālai izmantošanai, piemēram, invazīvās kardioloģijas manipulāciju indikāciju skaidra definēšana, zāļu kompensācijas sistēmas pilnveide ar mērķi iegūt papildus līdzekļus, turpinās darbs pie metodikas slimnīcu faktisko izmaksu uzskaitei, uzsākta diagnozei piesaistīto grupu apmaksas modeļa ieviešana, pārņemot ziemeļvalstu pieredzi, uzsākta neatliekamo stāvokļu precīzu definīciju izstrāde, lai mazinātu iespējami nepamatotu pacientu hospitalizāciju. Minētie pasākumi ilgtermiņā uzlabos situāciju, taču konkrētajā situācijā jāmeklē neatliekami risinājumi iedzīvotāju veselības aprūpes nodrošināšanai.

Izvērtējot slimnīcu iesniegto informāciju par slimnīcu izmaksām ārstējot terapeitiskos pacientus, var secināt, ka terapeitiskais tarifs 115,6 latu apmērā nesedz izmaksas un slimnīcas nevar nodrošināt pacientiem nepieciešamo aprūpi. Terapeitiskais tarifs ir attiecināts uz ļoti atšķirīgu diagnožu ārstēšanu, kur tikai pati izplatītākā diagnoze veido 4,3% no visiem gadījumiem (skatīt 1.tabulu), un arī konkrētas izmaksas plaši variē.

*1.tabula.*

***Terapijas pacientu sadalījums pa raksturīgākajām diagnozēm.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnozes kods | Diagnozes nosaukums | Vidēji | Universitātes slimnīcas | Reģionālās daudzprofilu slimnīcas | Lokālās daudzprofilu slimnīcas |
| Vidējais ārstēšanas ilgums, dienās | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas, Ls | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas dienā, Ls | Pacienti, % | Vidējais ārstēšanas ilgums, dienās | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas, Ls | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas dienā, Ls | Pacienti, % | Vidējais ārstēšanas ilgums, dienās | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas, Ls | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas dienā, Ls | Pacienti, % | Vidējais ārstēšanas ilgums, dienās | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas, Ls | Vidējās viena pacienta ārstēšanas izmaksas dienā, Ls | Pacienti, % |
| I25 | Hroniska sirds išēmiska slimība | 6.60 | 190.40 | 28.85 | 4.3% | 6.50 | 216.60 | 33.32 | 5.9% | 6.80 | 187.80 | 27.62 | 3.3% | 6.60 | 140.20 | 21.24 | 4.0% |
| J18 | Neprecizēta mikroorganisma ierosināta pneimonija | 8.90 | 240.10 | 26.98 | 3.9% | 9.70 | 348.20 | 35.90 | 1.8% | 9.10 | 257.00 | 28.24 | 4.2% | 8.30 | 176.80 | 21.30 | 6.3% |
| I10 | Esenciāla (primāra) hipertensija | 5.70 | 167.80 | 29.44 | 3.6% | 6.10 | 204.90 | 33.59 | 4.8% | 5.50 | 153.40 | 27.89 | 3.1% | 5.00 | 108.00 | 21.60 | 2.9% |
| I63 | Smadzeņu infarkts | 9.00 | 279.70 | 31.08 | 3.4% | 9.10 | 351.60 | 38.64 | 3.8% | 9.10 | 262.30 | 28.82 | 2.9% | 8.60 | 196.40 | 22.84 | 3.5% |
| G45 | Cerebrāla transitoriska išēmiska lēkme un radniecīgi sindromi | 6.10 | 182.30 | 29.89 | 3.3% | 7.00 | 282.60 | 40.37 | 1.7% | 6.40 | 189.30 | 29.58 | 3.6% | 5.40 | 125.40 | 23.22 | 5.0% |
| I20 | Angina pectoris (stenokardija) | 5.70 | 177.20 | 31.09 | 2.4% | 5.70 | 200.40 | 35.16 | 3.1% | 6.00 | 179.10 | 29.85 | 2.3% | 5.20 | 110.20 | 21.19 | 1.6% |
| J20 | Akūts bronhīts | 5.90 | 157.20 | 26.64 | 2.3% | 6.80 | 198.20 | 29.15 | 0.3% | 5.90 | 171.30 | 29.03 | 3.3% | 5.80 | 128.40 | 22.14 | 3.5% |
| S06 | Intrakraniāls ievainojums | 5.60 | 191.80 | 34.25 | 2.2% | 7.20 | 328.30 | 45.60 | 1.4% | 5.70 | 176.40 | 30.95 | 2.9% | 4.10 | 108.90 | 26.56 | 2.2% |
| M47 | Spondiloze | 6.80 | 195.90 | 28.81 | 2.1% | 7.20 | 245.20 | 34.06 | 1.9% | 6.90 | 197.60 | 28.64 | 1.8% | 6.50 | 147.10 | 22.63 | 2.8% |
| J06 | Akūta augšējo elpceļu infekcija ar multiplu un neprecizētu lokalizāciju | 4.00 | 108.00 | 27.00 | 1.9% | 6.20 | 195.00 | 31.45 | 0.3% | 4.10 | 118.70 | 28.95 | 2.3% | 3.60 | 82.00 | 22.78 | 3.2% |
| A08 | Vīrusu un citas precizētas zarnu infekcijas | 3.90 | 113.80 | 29.18 | 1.8% | 4.50 | 176.30 | 39.18 | 0.0% | 4.00 | 120.20 | 30.05 | 3.2% | 3.80 | 92.50 | 24.34 | 1.8% |
| K59 | Citas funkcionālas zarnu slimības | 2.90 | 87.50 | 30.17 | 1.7% | 4.10 | 132.10 | 32.22 | 0.9% | 2.90 | 86.70 | 29.90 | 2.4% | 2.30 | 57.90 | 25.17 | 1.8% |
| K29 | Gastrīts un duodenīts | 4.10 | 130.30 | 31.78 | 1.7% | 4.10 | 174.20 | 42.49 | 0.7% | 4.20 | 135.90 | 32.36 | 2.0% | 4.00 | 105.80 | 26.45 | 2.5% |
| I67 | Citas cerebrovaskulāras slimības | 7.10 | 226.70 | 31.93 | 1.6% | 7.50 | 260.80 | 34.77 | 2.9% | 6.70 | 191.50 | 28.58 | 1.1% | 6.10 | 140.80 | 23.08 | 0.8% |
| I48 | Priekškambaru mirdzēšana un plandīšanās | 4.50 | 124.30 | 27.62 | 1.5% | 4.40 | 151.80 | 34.50 | 1.1% | 4.60 | 128.50 | 27.93 | 1.6% | 4.50 | 94.50 | 21.00 | 1.8% |
| K80 | Žultsakmeņu slimība (cholelithiasis) | 5.40 | 162.60 | 30.11 | 1.3% | 5.30 | 176.40 | 33.28 | 1.1% | 5.80 | 174.00 | 30.00 | 1.5% | 5.00 | 129.70 | 25.94 | 1.2% |
| I11 | Hipertensīva sirds slimība | 5.40 | 170.10 | 31.50 | 1.3% | 5.40 | 200.10 | 37.06 | 2.0% | 5.60 | 148.60 | 26.54 | 0.9% | 5.10 | 116.00 | 22.75 | 0.9% |
| I21 | Akūts miokarda infarkts | 6.80 | 316.30 | 46.51 | 1.2% | 7.50 | 359.00 | 47.87 | 1.0% | 6.60 | 345.10 | 52.29 | 1.4% | 6.50 | 208.80 | 32.12 | 1.2% |
| J44 | Cita hroniska obstruktīva plaušu slimība | 7.70 | 210.20 | 27.30 | 1.2% | 8.30 | 264.00 | 31.81 | 1.3% | 7.90 | 210.40 | 26.63 | 0.9% | 7.00 | 146.30 | 20.90 | 1.5% |
| I70 | Ateroskleroze | 8.10 | 261.80 | 32.32 | 1.1% | 8.80 | 309.30 | 35.15 | 1.6% | 7.70 | 248.40 | 32.26 | 1.1% | 7.00 | 147.00 | 21.00 | 0.6% |
| K85 | Akūts pankreatīts | 6.50 | 223.60 | 34.40 | 1.1% | 6.80 | 246.30 | 36.22 | 1.3% | 6.80 | 225.90 | 33.22 | 1.0% | 5.70 | 180.30 | 31.63 | 1.0% |
| N20 | Nieres un urīnvada akmens | 4.10 | 152.10 | 37.10 | 1.1% | 3.90 | 180.10 | 46.18 | 1.1% | 4.40 | 142.80 | 32.45 | 1.2% | 3.80 | 125.30 | 32.97 | 0.7% |
| O20 | Asiņošana agrīnā grūtniecības laikā | 6.00 | 140.20 | 23.37 | 1.0% | 6.10 | 149.70 | 24.54 | 1.5% | 6.00 | 148.70 | 24.78 | 0.9% | 5.40 | 98.80 | 18.30 | 0.8% |
| I42 | Kardiomiopātija | 7.40 | 213.40 | 28.84 | 1.0% | 7.30 | 245.60 | 33.64 | 1.4% | 8.00 | 219.10 | 27.39 | 0.7% | 6.90 | 146.00 | 21.16 | 1.0% |
| G40 | Epilepsija | 4.20 | 142.00 | 33.81 | 1.0% | 5.90 | 227.50 | 38.56 | 0.9% | 3.60 | 116.30 | 32.31 | 1.1% | 3.40 | 91.30 | 26.85 | 1.0% |
| O02 | Cita patoloģiska apaugļošanās | 3.20 | 117.60 | 36.75 | 1.0% | 3.00 | 116.50 | 38.83 | 1.2% | 4.00 | 137.10 | 34.28 | 0.9% | 2.40 | 85.50 | 35.63 | 0.9% |

Šajā sakarā vēršam uzmanību, ka Latvijas Republikas Valsts kontrole savā 2011.gada 28.novembra revīzijas ziņojumā Nr.5.1-2-6/2011 ir secinājusi, ka veselības aprūpes pakalpojumu tarifi nesedz faktiskās ārstēšanas izmaksas VM kapitālsabiedrībās. Kā rezultātā pakalpojumi netiek apmaksāti atbilstoši faktiskajai situācijai, kas likumsakarīgi noved pie VM kapitālsabiedrību zaudējumiem.

Pārskatot terapeitisko pacientu tarifu atbilstoši 2011.gada izmaksām un izskatot slimnīcu iesniegto informāciju, secināms, ka tarifu nepieciešams paaugstināt līdz 185,90 latiem Šis tarifs aprēķināts pēc VIS pieejamiem datiem par slimnīcu ievadīto informāciju par 2011.gadā veiktajiem stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem programmas „Pārējie pakalpojumi” terapeitiskajiem pacientiem vidēji visās slimnīcās , kur šādi pacienti tiek ārstēti.

Ja slimnīcu tarifs terapeitisko pacientu ārstēšanai tiek palielināts, tad Veselības ministrijai ir nepieciešams papildus finansējums šādā apmērā (skatīt 2.tabulu):

*2.tabula.*

***Ietekme uz budžetu, mainot terapeitisko pacientu tarifu***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 2012.gada līgumā iekļautie terapijas pacienti | 2011.gada pārrēķinātais terapijas pacientu tarifs, Ls | Plānotais finansējums 2012.gadam terapijai, (atbilstoši esošajam terapijas tarifam, **Ls 115.60)**  | Finansējums gadam, ja paaugstina terapijas tarifu | Papildus nepieciešamais finansējums |
| **Pavisam kopā, gadam:** | **145 917** | **185.90** | **16 868 005** | **27 125 970** | **10 257 965** |

**Tādejādi veselības nozarei, lai 2012.gadā nodrošinātu stacionāro veselības aprūpi 2012.gadā papildus nepieciešams finansējums** **10 257 965 latu apmērā.**

Veselības ministrija izvērtējot esošo situāciju, saskata iespēju 2012.gadā kā vienreizēju pasākumu (bez ietekmes uz turpmākiem gadiem) pārdalīt finansējumu stacionārās veselības aprūpes nodrošināšanai 600 000 latu apmērā, tai skaitā:

* 300 000 latu apmērā no budžeta apakšprogrammā 33.01.00 "Ārstniecība" plānotā finansējumu starptautisko norēķinu par Latvijas iedzīvotājiem Eiropas Savienības dalībvalstīs sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. 2013.gadā šāda pārdale nav iespējama, jo jāņem vērā, ka rēķini par  pakalpojumu apmaksu nav vienmērīgi un atbilstoši ES regulām rēķinu apmaksa tiek veikta 18 mēnešu laikā no prasības iesniegšanas un atbilstoši gada izpildes prognozei.
* 300 000 latu apmērā no Zāļu valsts aģentūras 2011.gada maksas pakalpojumu un citu pašu ieņēmumu līdzekļu atlikuma.

**Līdz ar to papildus** **veselības nozarei, lai 2012.gadā nodrošinātu stacionāro veselības aprūpi 2012.gadā, ņemot vērā iekšējo pārdali, papildus nepieciešams finansējums** **9 657 965 latu apmērā.**

Ņemot vērā 2013.gadā plānoto ekonomijubudžeta apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” 1 200 000 latu apmērā saistībā ar valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” reorganizāciju, nepieciešamais valsts budžeta bāzes izdevumu palielinājums budžeta apakšprogrammā 33.01.00. „Ārstniecība” 2013.gadam un turpmākajiem gadiem ir 9 057 965 lati (10 257 965 lati – 1 200 000 latu plānotā ekonomija).

Ja netiek risināts jautājums par papildus finansējuma piešķiršanu, tad, lai 2012.gadā nodrošinātu stacionāro veselības aprūpi ir jāmeklē alternatīvi risinājumi līdzekļu piesaistei tarifa optimāla apjoma noteikšanai un tie varētu būt:

1. būtiski samazināt stacionāro pakalpojumu sniedzēju skaitu, koncentrējot palīdzību un finanšu līdzekļus Latvijā tikai 10 slimnīcās;
2. samazināt iedzīvotājiem pieejamo pakalpojumu grozu, piemēram, samazinot laboratoriskos un tādus vizuālās diagnostikas izmeklējumus kā rentgenoloģija, kodolmagnētiskās rezonanse, datortomogrāfija, ultrasonogrāfija, tādējādi ietaupītos līdzekļus novirzot tarifa celšanai.

Veselības ministre I.Circene

24.02.2012 12:06

2019

A.Veidemanis, 67876029

Arturs.Veidemanis@vm.gov.lv

S.Sproģe, 67043793

Sarma.Sproģe@vmnvd.gov.lv