

Stacionārā aprūpe 2026. gada janvārī–augustā: plānotie pacienti un finansējums pret faktisko izpildi

LSB analīze par NVD pārskatu par stacionārās veselības aprūpes līgumiem un to izpildi 42 ārstniecības iestādēs

Galvenie secinājumi

- DRG pakalpojumos** ārstēto pacientu skaits ir **97,5 %** no plāna. Izstrūkums ir 3 671 pacienti, no tiem **2 322 (63 %)** ir Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā. Bez BKUS DRG izpilde ir **99,0 %**.
- Iezīmētajās programmās** ārstēti **106,7 %** no plānotajiem pacientiem. Slimnīcas ārstē vairāk pacientu, nekā paredz līgumi: 8,07 M€ veikta darba ir virs līguma summām.
- Finansējuma izpilde** kopā ir 102,9 % (459,2 M€ pret 446,4 M€ plānu). Pārsniegumu veido programmas un piemaksas, īpaši intensīvās terapijas gultu piemaksa (+4,05 M€).
- Reģionālās slimnīcas** (IV–I līmenis): DRG pacientu izpilde 97,4 %; 6 no 23 slimnīcām ir zem 90 % sliekšņa, pēc kura NVD pārplāno gada pēdējo trīs mēnešu finansējumu.

Plānotais finansējums, 8 mēn. 446,4 M€ gada plāns 673,4 M€	Faktiskā izpilde 459,2 M€ 102,9 % no perioda plāna	Veikts virs līguma summas 19,9 M€ 4,45 % no perioda plāna	Līguma neizpilde 8,5 M€ 1,91 % no perioda plāna
DRG pakalpojumi — ārstētie pacienti pret plānu 97,5 % · bez BKUS 99,0 % 144 976 no 148 647 plānotajiem · 32 iestādes		Iezīmētās programmas — ārstētie pacienti pret plānu 106,7 % 45 069 no 42 222 plānotajiem · 2 989 hospitalizācijas nav iekļautas rēķinos	

Kā slimnīcām maksā par stacionāro aprūpi (MK Nr. 555)

DRG Fiksēts ikmēneša maksājums

Gada summu aprēķina: bāzes tarifs × iestādes veikta darba indekss × plānotais pacientu skaits. Katru mēnesi slimnīca saņem 1/12 no šīs summas neatkarīgi no tā mēneša pacientu skaita (201.2. p.; 14. piel. 4.1.–4.2. p.).

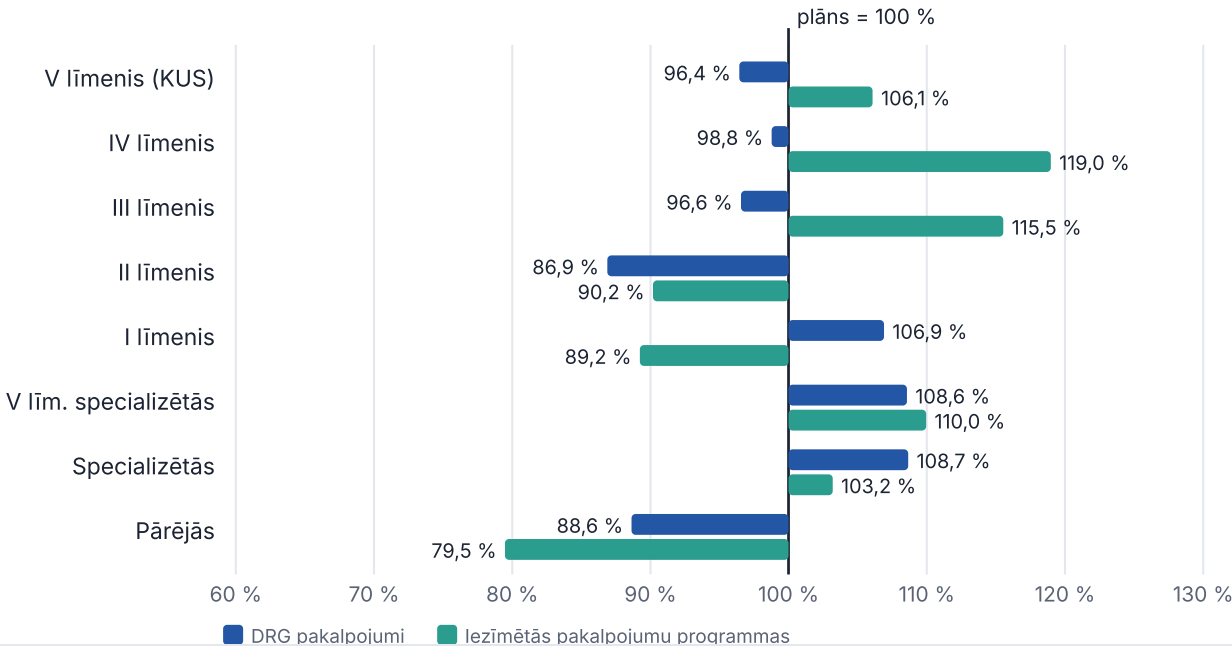
Ja 6 mēnešos ārstēto pacientu ir mazāk par 80 % vai 9 mēnešos mazāk par 90 % no plāna, NVD samazina maksājumu nākamajam periodam un novirza naudu ģeogrāfiski tuvākajai slimnīcai (14. piel. 7.1., 7.2., 7.4. p.). BKUS saņem apvienotu fiksētu maksājumu, ko nesamazina, ja sasniegti līguma rādītāji (201.5. p.; 7.3. p.).

PROGRAMMAS Samaksa par katru izrakstīto pacientu

Iezīmētajās programmās (piem., endoprotezēšana, insulta vienība, ķīmijterapija, psihiatrija, rehabilitācija) gada summu nosaka: plānotais pacientu skaits × viena pacienta ārstēšanas tarifs no 6. pielikuma (201.1. p.; 14. piel. 4.3. p.).

Slimnīca saņem samaksu par faktiski izrakstītajiem pacientiem līguma summas ietvaros. Pacientus virs plānotā gada apjoma neapmaksā (14. piel. 8. p.). Tāpēc DRG un programmu pacientu izpilde jāvērtē atsevišķi.

Ārstēto pacientu izpilde pret plānu pa slimnīcu līmeņiem



DRG DRG pakalpojumi: plānotie un ārstētie pacienti

Līmenis (MK Nr. 555, 6. piel.)	lest.	Plāns, pacienti	Ārstēti	Starpība	Izpilde	Plāns, M€	Neizpilde, M€²	Virs plāna, M€³
V līmenis (KUS)	3	71 074	68 541	-2 533	96,4 %	135,4	0,72	0,34
IV līmenis	7	45 208	44 654	-554	98,8 %	47,0	1,24	0,03
III līmenis	7	17 514	16 911	-603	96,6 %	13,6	0,56	0,16
II līmenis	4	5 304	4 608	-696	86,9 %	4,1	0,55	0,00
I līmenis	5	1 014	1 084	+70	106,9 %	0,8	0,08	0,02
V līm. specializētās	2	6 141	6 667	+526	108,6 %	7,4	0,00	0,57
Specializētās	2	1 952	2 121	+169	108,7 %	2,0	0,00	0,15
Pārējās	2	440	390	-50	88,6 %	0,4	0,08	0,03
Kopā	32	148 647	144 976	-3 671	97,5 %	210,7	3,22	1,29

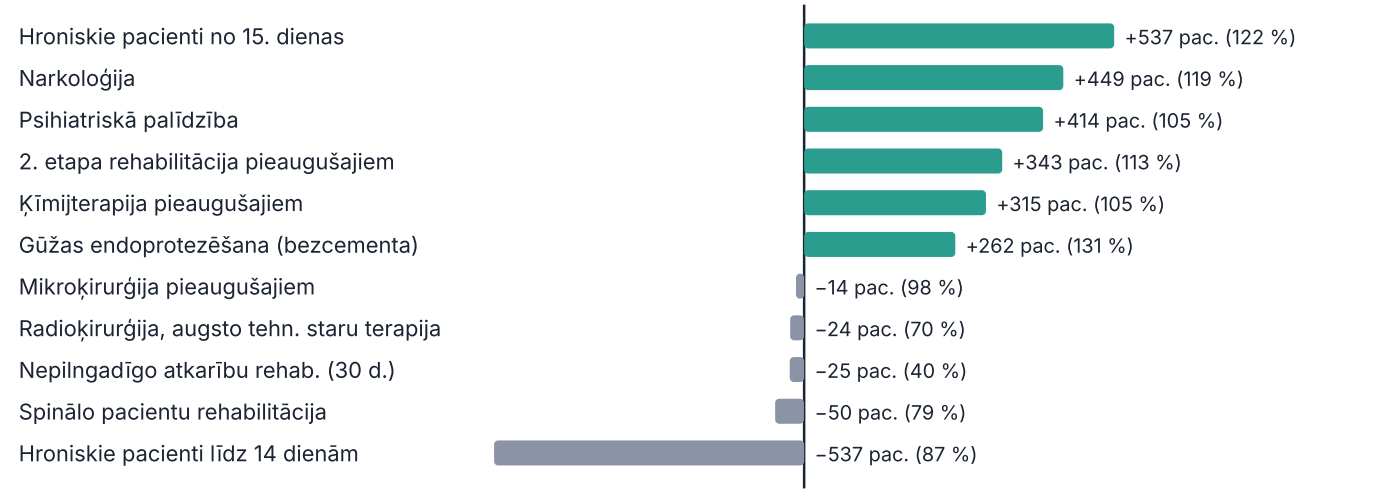
- BKUS nosaka nozares kopējo DRG rādītāju.** BKUS ārstēti 8 604 no 10 926 plānotajiem DRG pacientiem (78,7 %). Tās fiksētais maksājums (18,81 M€) izmaksāts pilnā apmērā, jo BKUS uz to attiecas 7.3. punkta izņēmums. Pārējās 31 iestādēs DRG izpilde ir 99,0 %.
- Reģionālajās slimnīcās iztrūkums ir 1 783 DRG pacienti.** Tas ir 49 % no kopējā iztrūkuma, un II līmenī izpilde ir 86,9 %. Atšķirībā no BKUS, šīm slimnīcām 9 mēnešu pārbaude var nozīmēt mazāku finansējumu oktobrī–decembrī.
- Virs plāna DRG pacientus ārstē V līmeņa specializētās un specializētās slimnīcās** (108,6 % un 108,7 %). Ja tiks pārsniegts gada plāns, pacientus virs tā neapmaksā (14. piel. 8. p.), ja vien NVD šīm slimnīcām nenovirza pārplānotos līdzekļus (7.4.1. p.).

PROGRAMMAS Iezīmētās programmas: plānotie un ārstētie pacienti

Līmenis	lest.	Plāns, pacienti	Ārstēti	Izpilde	Plāns, M€	Apmaksāts līgumā, M€	Virs līguma, M€	Neizpilde, M€
V līmenis (KUS)	3	12 193	12 935	106,1 %	29,6	28,6	2,61	0,75
IV līmenis	7	7 308	8 695	119,0 %	14,8	14,5	2,61	0,35
III līmenis	7	856	989	115,5 %	1,8	1,8	0,25	0,07
II līmenis	4	316	285	90,2 %	0,2	0,2	0,03	0,04
I līmenis	5	3 031	2 705	89,2 %	2,3	2,1	0,04	0,32
V līm. specializētās	3	8 431	9 270	110,0 %	26,3	25,7	1,40	0,49
Specializētās	7	9 161	9 454	103,2 %	24,8	24,2	1,13	0,64
Pārējās	4	926	736	79,5 %	0,6	0,5	0,00	0,14
Kopā	40	42 222	45 069	106,7 %	100,4	97,5	8,07	2,79

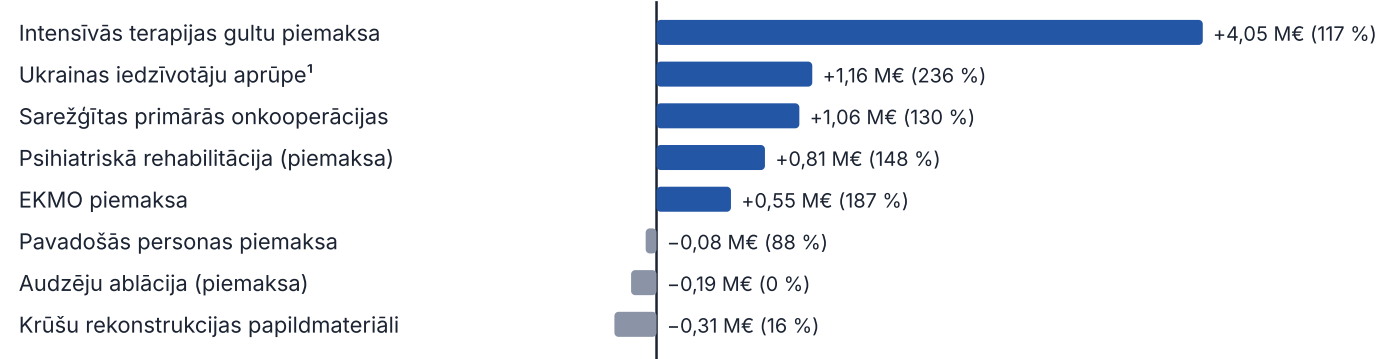
- Programmās pacientu ir vairāk, nekā plānots, V–III līmenī un specializētajās slimnīcās; II, I līmenī un pārējās iestādēs – mazāk.** Ārstēti 45 069 pacienti pret 42 222 plānotajiem. Līguma ietvaros apmaksāti 97,5 M€ no 100,4 M€. Vienlaikus 8,07 M€ veiktā darba ir virs līguma summām, un 2,79 M€ paliek neizmantoti citās programmās vai iestādēs.
- Reģionālajās slimnīcās** programmu izpilde ir 110,1 %, un virs līguma veikts darbs par 2,93 M€. I līmenī izpilde ir 89,2 %, galvenokārt hronisko pacientu aprūpē.

Programmas ar lielāko pacientu skaita novirzi no 8 mēnešu plāna



Fiksētās piemaksas un apmaksa virs līguma summas

Bez DRG un programmām slimnīcas saņem fiksētas piemaksas: par uzņemšanas nodaļas darbību un observācijas gultām (76,6 M€ 8 mēnešos, izmaksāti pilnā apmērā), kā arī citus fiksētos maksājumus. No tiem krūšu rekonstrukcijas DRG fiksētā maksājuma izpilde ir tikai 56 % (1,05 M€ no 1,88 M€). Atsevišķus pakalpojumus un piemaksas NVD apmaksā pēc rēķiniem un faktiski veiktajām manipulācijām (2016.–2021.11. p.). Šajā grupā izpilde ir **122,9 %** (55,2 M€ pret 44,9 M€).



Reģionālās slimnīcas pret KUS					Iestādes zem 90 % pacientu plāna (14. piel. 7.2. p. sliekšnis)		
	DRG pacienti	Programmu pacienti	Finanšu izpilde	Virs līguma, M€	Grupa	DRG	Programmas
V līmenis (3 KUS)	96,4 %	106,1 %	102,9 %	9,70	V līmenis (KUS)	1 no 3	1 no 3
IV–I līmenis (23)	97,4 %	110,1 %	101,3 %	5,37	IV–I līmenis (reģionālās)	6 no 23	3 no 23
					Specializētās (t.sk. V līm.)	0 no 4	1 no 10
					Pārējās	1 no 2	2 no 4
					Kopā	8 no 32	7 no 40

Finansējuma izpilde pa līmeņiem (visi maksājumu veidi)

Līmenis	Iest.	Plāns, M€	Fakts, M€	Izpilde	Virs līguma, M€	Neizpilde, M€	Daļa virs līguma
V līmenis (KUS)	3	224,4	231,0	102,9 %	9,70	3,42	49 %
IV līmenis	7	91,3	93,9	102,9 %	4,44	1,90	22 %
III līmenis	7	29,6	29,6	100,1 %	0,77	0,77	4 %
II līmenis	4	9,8	9,3	94,7 %	0,08	0,60	0 %
I līmenis	5	6,2	5,9	94,9 %	0,07	0,39	0 %
V līm. specializētās	4	45,1	47,6	105,5 %	2,56	0,52	13 %
Specializētās	7	38,2	39,7	103,9 %	2,15	0,68	11 %
Pārējās	5	1,7	2,2	131,1 %	0,06	0,24	0 %
Kopā	42	446,4	459,2	102,9 %	19,86	8,53	100 %

Piezīmes par avota datiem

LSB pārbaudīja visas 34 328 NVD faila formulas. Kopsummas atbilst iestāžu datiem. Konstatētas šādas neprecizitātes, kas neietekmē kopējos secinājumus:

- Kopsavilkuma rindās 1., 2. un 3. grupai neizpildes procents rēķināts pret gada, nevis 8 mēnešu plānu (pareizi: 1,34 %, 2,78 % un 3,77 %, nevis 0,89 %, 1,85 % un 2,57 %).
- Trīs programmu rindās summas virs līguma un neizpilde ievadītas pretējās ailēs (~0,13 M€).
- Ukrainas iedzīvotāju un ES/EEZ pacientu aprūpes pārsniegums (+1,50 M€) nav atspoguļots ailē «virs līguma». Gada plānā ir 3,38 M€, kas nav sadalīti iestādēm.

¹ Plāns šai pozīcijai norādīts gada apmērā. ² Starpība starp ikmēneša fiksēto maksājumu un pēc faktiskajiem pacientiem aprēķināto summu (NVD faila G aile, 14. piel. 7. p.). ³ Veikts virs līguma summas. Līmeņi pēc MK 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 6. pielikuma (redakcija spēkā 05.09.2026.–31.12.2026., likumi.lv); iestāde «Līgatne, rehabilitācijas centrs» pielikumā nav minēta un iekļauta grupā «Pārējās». «Pacienti» — NVD ailes «Plānotais pacientu skaits» un «Hospitalizēto pacientu skaits». Ziņojums ir faktu analīze, nevis LSB valdes pozīcija.