

**Metodika ārstniecības iestāžu, kas nodrošina
stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu
sniegšanu, vienotas izmaksu uzskaites sistēmas
izveidei**

Versija 2.43

Nacionālais veselības dienests

Cēsu iela 31 k-3,

Rīga, Latvija

Tālrunis: +371 67 043 700

Fakss: +371 67 043 701

e-pasts: nvd@vmnvd.gov.lv

Labojumus veica: Nacionālais veselības dienests 2015.gada 8.septembrī

Rīga 2015

Dokumenta aizsardzība

Šis dokuments un tā saturs pēc tā pieņemšanas un nodošanas akta parakstīšanas ir uzskatāms par Nacionālā veselības dienesta īpašumu.

Nacionālajam veselības dienestam šo dokumentu atļauts lietot bez ierobežojumiem Latvijas valsts varas un pārvaldes institūcijās.

Augstāk minēto nosacījumu pārkāpšana ir uzskatāma par LR tiesību aktu pārkāpumu un vainīgā persona var tikt saukta pie atbildības atbilstoši LR tiesību aktos noteiktajai kārtībai.

Tirdzniecības zīmes

Visas tekstā izmantotās tirdzniecības zīmes pieder to īpašniekiem un ir izmantotas tikai kā atsauces.

Satura rādītājs

1	Vispārēja informācija par dokumentu	4
1.1	Konteksts	4
1.2	Metodikas izstrādes pamatojums	4
1.3	Metodikas mērķis, pielietojums un darbības sfēra.....	4
1.4	Saistītie dokumenti	4
1.5	Pieņēmumi un ierobežojumi	5
1.6	Dokumentā izmantotie saīsinājumi un termini	5
2	Metodika.....	7
2.1	Metodikas pamatnostādnes	7
2.2	Metodikas pamatelementi	9
2.2.1	Pakalpojumi	9
2.2.2	Pakalpojumu kopums	10
2.2.3	Izmaksu centri.....	10
2.2.4	Resursi	11
2.3	Izmaksu attiecināšanas principi	12
2.3.1	Pamatdarbības izmaksu attiecināšanā.....	12
2.3.2	Izmaksu veidi izmaksu attiecināšanā.....	14
2.3.3	Izmaksu summas kontrole	14
2.4	Komercpakalpojumu izmaksu nodalīšanas principi	15
3	Izmaksu attiecināšana	17
3.1	<i>Uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmo izmaksu attiecināšana</i>	17
3.2	<i>Pārējo izmaksu attiecināšana</i>	18
3.3	Netiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšana.....	19
3.4	Tiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšana	20
3.5	Pakalpojumu kopuma izmaksu noteikšana	23
4	Gadījuma izmaksu saistība ar DRG.....	25
	PIELIKUMS Nr. 1.....	26

1 Vispārēja informācija par dokumentu

1.1 Konteksts

Atbilstoši Latvijas Republikas Ministru kabineta (MK) 2011. gada 15. februārī apstiprinātā Valdības rīcības plāna 10.7.2. punkta „Izstrādāt un uzsākt pielietot stacionārajā veselības aprūpē ar diagnozēm saistītu grupu (DRG – angļu val. „*Diagnosis-related group*”) apmaksas modeli” Nacionālais veselības dienests ir uzsācis DRG ieviešanu Latvijā.

DRG ieviešanas Latvijā ietvaros iepirkuma „Tehniskā palīdzība DRG (diagnozēm piesaistītās grupas) veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites un apmaksas sistēmas ieviešanai Latvijā” (identifikācijas Nr. VEC 2011/4) rezultātā Nacionālais veselības dienests (Pasūtītājs vai NVD) 2012. gada 5. janvārī noslēdza līgumu Nr. 1-53-2012 ar SIA „Agile & Co” un SIA „PricewaterhouseCoopers” (abi kopā – Izpildītājs) par noteiktu tehniskās palīdzības darba uzdevumu veikšanu DRG ieviešanai Latvijā.

Atbilstoši darba uzdevumam Izpildītājs ir sagatavojis konceptuālu metodiku ārstniecības iestāžu, kas nodrošina stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, vienotai izmaksu uzskaites sistēmai, kas būtu pielietojama šo iestāžu gadījumu izmaksu aprēķināšanai, uz kā pamata veikt DRG koeficientu aprēķinu.

1.2 Metodikas izstrādes pamatojums

Valstī kopumā nav vienotas sistēmas ārstniecības iestādes sniegto pakalpojumu izmaksu noteikšanai, kā dēļ esošajā situācijā valstiskā līmenī nav iespējams pareizi un precīzi novērtēt un savstarpēji salīdzināt dažādu ārstniecības iestāžu faktiskās izmaksas vienam konkrētam gadījumam ar noteiktu diagnozi. Minēto problēmu dēļ esošā ārstniecības iestāžu sniegto pakalpojumu izmaksu uzskaites sistēma nav pielietojama DRG koeficientu aprēķināšanai, kas ir viens no nosacījumiem sekmīgai pārejai uz stacionārās veselības aprūpes apmaksu Latvijā atbilstoši DRG modelim.

1.3 Metodikas mērķis, pielietojums un darbības sfēra

Šīs Metodikas mērķis ir definēt praktiski pielietojamu vienotu koncepciju visām Latvijas ārstniecības iestādēm, kas nodrošina stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, kā veikt to izmaksu uzskaiti un attiecināšanu ar mērķi iespējami pareizi un precīzi identificēt gadījumu faktiskās izmaksas.

Metodikas lietotājs ir ārstniecības iestādes, kas nodrošina stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (ārstniecības iestādes definīciju skat. 1.6. apakšnodaļā).

Metodika ir attiecināma tikai uz ārstniecības iestādes kopējām faktiskajām izmaksām (jeb bilances 7. un 8. grupā uzskaitītās izmaksas), kas tai rodas gan stacionārajā veselības aprūpē, gan ambulatorajā veselības aprūpē, gan sniedzot ar veselības aprūpi nesaistītus pakalpojumus. Atbilstoši Metodikai kategoriski nav pieļaujama naudas plūsmas pārskatu datu lietošana gadījumu izmaksu aprēķiniem.

1.4 Saistītie dokumenti

Ar šo dokumentu ir saistīti šādi dokumenti:

- [1] Pacienta ārstēšanas izmaksu uzskaites vadlīnijas – dokumentā ir definēti principi ārstniecības iestādei Metodikas praktiskai pielietošanai.

1.5 Pieņēmumi un ierobežojumi

Metodika ir sagatavota, ņemot vērā šādus pieņēmumus un ierobežojumus:

1. Ārstniecības iestāde tiek uzskatīta par tipisku organizāciju, kas, patērējot savus resursus, nodrošina pakalpojumu sniegšanu gan klientiem, gan pacientiem. Atbilstoši ārstniecības iestādes specifikai Metodika apraksta principus, kā nodalīt izmaksas attiecībā uz veselības aprūpes nodrošināšanu un komercpakalpojumu sniegšanu.
2. Šī Metodika ir attiecināma tikai un vienīgi uz ārstniecības iestādes faktiskajām izmaksām. Tajā netiek aplūkota ārstniecības iestādes ieņēmumu daļa.

1.6 Dokumentā izmantotie saīsinājumi un termini

Saīsinājums	Nozīme
ABC	Uz aktivitātēm balstīta izmaksu noteikšana (angļu val. „ <i>activity based costing</i> ”)
DRG	Diagnožu apmaksas grupas
EKK	Ekonomiskās klasifikācijas kodi
IT	Informācijas tehnoloģijas
LR	Latvijas Republika
MK	Latvijas Republikas Ministru kabinets
NVD	Nacionālais veselības dienests
SIA	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību

Termins/ jēdziens	Skaidrojums
Akumulētās izmaksas	Kopsumma izmaksām, kas uz izmaksu centru (tiešo vai netiešo) ir attiecinātas no <i>Izdevumu kopsavilkuma</i> izmaksu posteņiem.
Ārstniecības iestāde	Ārstniecības iestāde, kas pamatā nodrošina sekundāro, terciāro un specializēto stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.
Gadījums	Pacienta, kas saņem ārstniecības iestādes sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, individuāls gadījums ārstniecības iestādē no pakalpojumu sniegšanas uzsākšanas brīža līdz to sniegšanas beigām.
Gultasdiens	Ārstniecības iestādes nodaļas sniegts veselības aprūpes pakalpojums diennakts laikā, kas ietver gultas vietu, ēdināšanu, ārstnieciskos pakalpojumus un aprūpi.
Izdevumu kopsavilkums	Ārstniecības iestādes kopējie faktiski izlietotie resursi naudas izteiksmē noteiktā laika periodā.
Izpildītājs	SIA „Agile & Co” un SIA „PricewaterhouseCoopers”
Klients	Persona, kas saņem ārstniecības iestādes sniegtos <u>komercpakalpojumus</u> (pakalpojumi, kas nav saistīti ar veselības aprūpi, piemēram, stāvvietas izmantošana, telpu noma, veļas mazgāšana, rezidentu un studentu apmācība, pētniecības projektu realizācija, sociālās aprūpes gultas

Termins/ jēdziens	Skaidrojums
	pakalpojumi u.c.).
Metodika	Pacienta ārstēšanas izmaksu uzskaites metodika
Pacients	Persona, kas saņem ārstniecības iestādes sniegtos <u>veselības aprūpes pakalpojumus</u> (gultasdiēna, operācija, konsultācija, klīniskās analīzes u.tml.).
Pasūtītājs	Nacionālais veselības dienests
Vadlīnijas	Pacienta ārstēšanas izmaksu uzskaites vadlīnijas

2 Metodika

Pacienta ārstēšanas izmaksu uzskaites metodika (Metodika) ir izstrādāta, pamatojas uz aktivitātēm balstītās izmaksu noteikšanas (angļu val. „*activity based costing*”) (ABC) metodikas principiem.

Turpmāk šajā nodaļā ir sniegts Metodikas pamatnostādņu, pamatelementu un izmaksu attiecināšanas principu un komercpakalpojumu izmaksu nodalīšanas principu apraksts.

2.1 Metodikas pamatnostādnes

Veselības aprūpe un komercpakalpojumu sniegšana

- Metodikā izmantotie jēdzieni veselības aprūpē un komercpakalpojumu sniegšanā ir apkopoti sekojošā tabulā:

---	Veselības aprūpe	Komercpakalpojumu sniegšana
Pakalpojumu saņēmējs	Pacients	Klients
Pakalpojums	Veselības aprūpes pakalpojums	Komercpakalpojums
Pakalpojumu kopums	Gadījums	Komercpakalpojumu kopums

Pacients un klients

- Gadījums (pacienta gadījumā) un komercpakalpojumu kopums (klienta gadījumā) ir galvenais un vienīgais izmaksu attiecināšanas objekts, uz kuru visas ārstniecības iestādes izmaksas tiek attiecinātas.
- Izmaksas uz klientiem tiek attiecinātas pēc tādiem pašiem principiem kā uz pacientiem.
- Stacionārajā veselības aprūpē pacients saņem veselības aprūpes pakalpojumus no dažādām struktūrvienībām (uzņemšanas nodaļa, laboratorija, nodaļa, kabinets u.c.).
- Pacients izrakstās no ārstniecības iestādes, nevis no nodaļas. Pacientam izrakstoties, tiek identificēti visi veselības aprūpes pakalpojumi, ko pacients ir saņēmis dažādajās ārstniecības iestādes struktūrvienībās.

Izmaksas

- Izmaksas ir tikai un vienīgi finanšu izteiksmē izteikti resursi, ko ārstniecības iestāde faktiski patērē, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus un komercpakalpojumus.
- Izmaksu veidošanās principi nav atkarīgi no tā, vai konkrētais veselības aprūpes pakalpojums tiek sniegts stacionārās vai ambulatorās veselības aprūpes ietvaros.
- Izmaksas nemainās no tā, vai konkrēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā pats pacients, valsts, apdrošinātājs vai cita trešā puse.
- Gadījuma izmaksu aprēķiniem lietojama tikai ārstniecības iestādes faktisko izmaksu kopsavilkums. Lai nekropļotu iegūto rezultātu, kategoriski nav pieļaujama naudas plūsmas datu lietošana gadījumu izmaksu aprēķiniem.

Investīcijas un nolietojums

- Ārstniecības iestāde pakalpojumu kopuma (gadījuma) izmaksu aprēķinam nelieto aktuālajā gadā investīcijām izlietoto naudas daudzumu, bet gan grāmatvedības reģistros uzskaitītā nolietojuma atskaitījumus, kas veido uzkrājumus pamatlīdzekļu atjaunošanai. Uz pakalpojumu kopumu (gadījumu) tāpat ir jāattiecinā ārstniecības iestādes procentu maksājumi par bankas aizņēmuma izmantošanu, bet kategoriski pakalpojumu kopuma (gadījuma) izmaksās nedrīkst iekļaut naudas summu, ko ārstniecības iestāde tērē kredīta pamatsummas atmaksai, kas jau ir iekļauta nolietojuma atskaitījumos.
- Lai kopējās ārstniecības iestādes izmaksās varētu identificēt investīcijas, kuras īstenotas, piesaistot ārēju neatgriežamu finansiālu palīdzību (ES struktūrfondu finansējums, ziedojumi, dāvinājumi) ārstniecības iestādes izmaksu EKK klasifikatoru ir jāpapildina ar atbilstošiem EKK apakškodiem (skat. Vadlīnijas [1]).

Veselības aprūpes pakalpojumi un pacienti

- Visi veselības aprūpes pakalpojumi tiek sniegti konkrētiem pacientiem. Nevar būt gadījumi, kad kādam no veselības aprūpes pakalpojumiem nav identificējams konkrēts tā saņēmējs.

Datu kvalitāte

- Izmaksu attiecināšanas un iegūtā rezultāta kvalitāte ir tieši proporcionāla ievadīto datu kvalitātei.

Gadījuma izmaksas

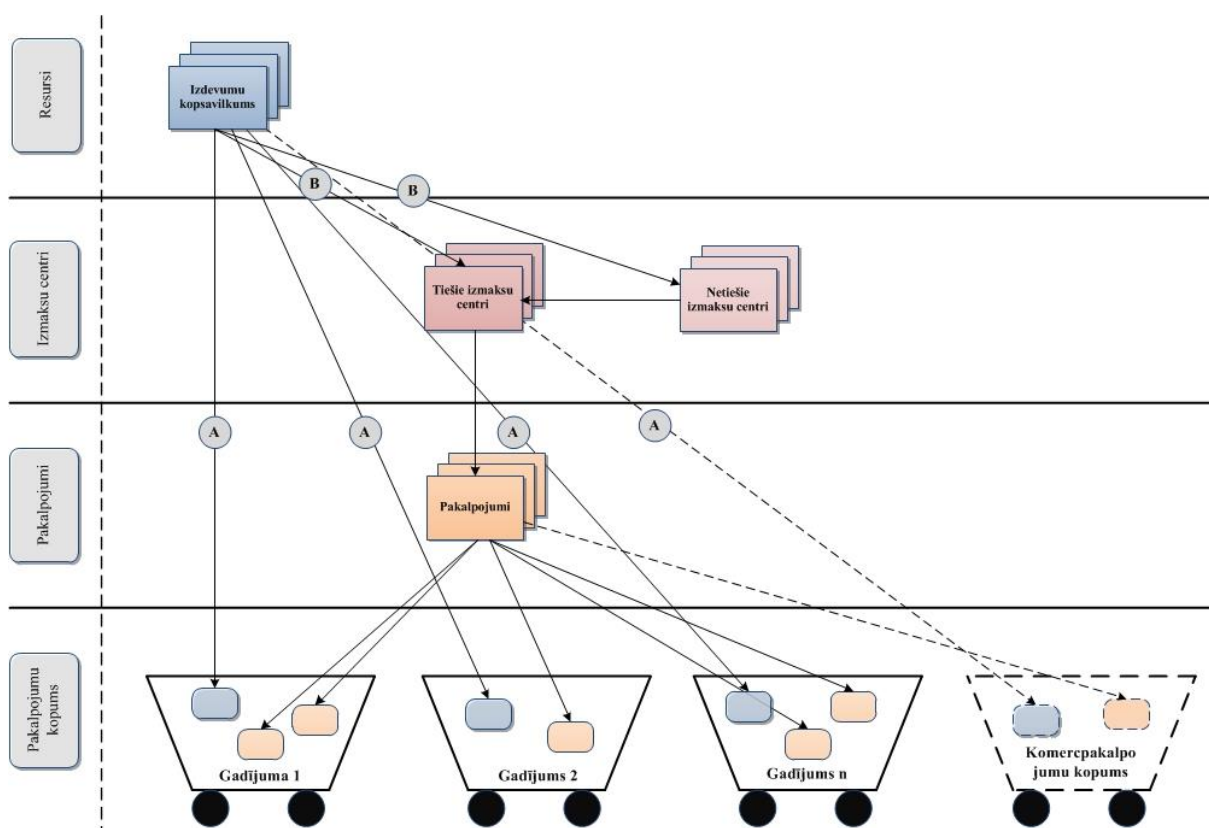
- Veselības aprūpē par daudziem resursiem precīzas izmaksas līdz katram gadījumam pie pašreizējās uzskaites sistēmas attīstības pakāpes iegūt nav iespējams, vai tas prasa neadekvātu resursu un laika ieguldījumu, tāpēc Metodika paredz izmaksu attiecināšanu, nevis tiešu uzskaiti.
- Atbilstoši Metodikai iegūtās gadījuma izmaksas vienmēr ir tuvinājums konkrētā gadījuma faktiskajām izmaksām, nevis tiešo izmaksu summa. Iegūtā novirze izlīdzinās, apskatot pietiekami lielu gadījumu skaitu.

Izmaksu nodalīšana stacionārajā un ambulatorajā veselības aprūpē

- Ārstniecības iestādē vienā izmaksu centrā var sniegt gan ambulatoros, gan stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus. Izmaksas stacionārajā veselības aprūpē tiek iegūtas, saskaitot visus tos veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir sniegti gadījumiem, kuru pazīme „Palīdzības veids” ir „stacionārs” (skat. Vadlīnijas [1]). Analogiski – izmaksas ambulatorajā veselības aprūpē iegūst, saskaitot veselības aprūpes pakalpojumus, kuri sniegti gadījumiem, kuru pazīme „Palīdzības veids” ir „ambulators”. Ārstniecības iestādes datu uzkrāšanas sistēmā katram no gadījumiem pastāv gadījumu aprakstošā informācija – Gadījuma ID, Palīdzības veids (ambulators / stacionārs), Maksātājs u.c.

2.2 Metodikas pamatelementi

Atbilstoši ABC metodikas principiem ārstniecības iestādē tiek identificēti resursi, izmaksu centri, pakalpojumi un atbilstoši ārstniecības iestādes specifikai – pakalpojumu kopumi – gadījumi (skat. 1. att.).



1. att. Konceptuāla Metodikas modeļa shēma ar pamatelementiem (A – uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmās izmaksas; B – pārējās izmaksas (skat. 2.3.2. apakšnodaļa))

Detalizēta Modeļa shēma ir sniegta pielikumā Nr. 1.

2.2.1 Pakalpojumi

Ārstniecības iestādes pakalpojums ir materiāls vai nemateriāls labums, ko ārstniecības iestāde sniedz saviem pacientiem un klientiem. Pakalpojumi tiek sniegti ārstniecības iestādes izmaksu centros (skat. 2.2.3. apakšnodaļa). Pamatojoties uz sniegto pakalpojumu specifiku attiecībā pret veselības aprūpes nodrošināšanu Metodikas ietvaros visi ārstniecības iestādes pakalpojumi tiek klasificēti divās grupās (skat. 1. att):

- **Veselības aprūpes pakalpojums** – pacientam sniegts ārstniecības iestādes materiāls vai nemateriāls labums, kas ir saistīts ar pacienta veselības aprūpes nodrošināšanu. Veselības aprūpes pakalpojumi ietver visus ārstniecības iestādes sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus gan stacionārajā, gan ambulatorajā veselības aprūpē.
- **Komerccapakalpojums** – klientiem sniegts ārstniecības iestādes materiāls vai nemateriāls labums, kas nav saistīts ar klienta veselības aprūpes nodrošināšanu. Ar veselības aprūpi nesaistīts pakalpojums, piemēram, ir telpu noma, veļas mazgāšanas pakalpojumi, transporta pakalpojumi, stāvvietas izmantošanas pakalpojumi u.c.

Pakalpojumu definēšanas principi ārstniecības iestādē detalizētāk ir aprakstīti Vadlīnijās [1].

2.2.2 Pakalpojumu kopums

Pakalpojumu kopums ir konkrēta pacienta / klienta vai konkrētas klientu grupas (komercpakalpojumu gadījumā) saņemto pakalpojumu kopums ārstniecības iestādē. Atkarībā no pakalpojuma saņēmēja veida (pacients vai klients) Metodikas ietvaros tiek definēti divi pakalpojumu kopuma veidi:

- **Gadījums** – pacienta, kas saņem ārstniecības iestādes sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, individuāls gadījums ārstniecības iestādē no pakalpojumu sniegšanas uzsākšanas brīža līdz to sniegšanas beigām (skat. 1. att. un 1. un 2. piemērs). Gadījuma izmaksas veido šim pacientam sniegto veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu summa un tieši uz konkrēto gadījumu attiecināmās izmaksas.

1. piemērs

Gadījums stacionārajā veselības aprūpē ir pacienta A apendicīta ārstēšanas gadījums no A uzņemšanas brīža ārstniecības iestādē līdz tā izrakstīšanai no ārstniecības iestādes. Gadījuma izmaksas veido tieši uz pakalpojumu kopumu (gadījumu) attiecināmās izmaksas (piemēram, medikamenti un ārstniecības līdzekļi), kā arī visu saņemto veselības aprūpes pakalpojumu (uzņemšana, veiktie izmeklējumi kabinetos, operācija, anestēzija, gultu dienas nodaļā u.c.) izmaksu summa šajā laika periodā.

2. piemērs

Gadījums ambulatorajā veselības aprūpē ir pacientam B sniegtais plaušu rentgena uzņemšanas pakalpojums (veselības aprūpes pakalpojums) vizuālās diagnostikas kabinetā.

- **Komercpakalpojumu kopums.** Konkrētam klientam vai klientu grupai sniegts ārstniecības iestādes komercpakalpojumu skaits noteiktā laika periodā (skat. 3. un 4. piemērs).

3. piemērs

Komercpakalpojumu kopums ir juridiskai personai C (konkrēts klients) sniegtais ārstniecības iestādes telpu nomas pakalpojums (komercpakalpojums).

4. piemērs

Komercpakalpojumu kopums ir klientu grupai nodrošinātie ēdināšanas pakalpojumi (komercpakalpojumi) ārstniecības iestādes izmaksu centrā „Ēdināšanas dienests”.

Pakalpojumu kopums (gadījums / komercpakalpojumu kopums) Metodikā ir izmaksu objekts, uz ko ir nepieciešams attiecināt visas ārstniecības iestādes izmaksas (patērētos resursus) noteiktā laika vienībā.

2.2.3 Izmaksu centri

Ar jēdzienu izmaksu centrs tiek apzīmēta nodalīta struktūra, kas veic nepieciešamās darbības, lai organizācija funkcionētu un spētu nodrošināt tās pakalpojumu sniegšanu. Ārstniecības iestādes gadījumā izmaksu centri ir atbilstošās ārstniecības iestādes

struktūrvienības, piemēram, *Ēdināšanas dienests, Juridiskais dienests, Uzņemšanas nodaļa, Operāciju bloks* u.c.

Metodikas ietvaros izmaksu centri (struktūrvienības) tiek klasificēti divās grupās (skat. 1. att.):

- **Tiešie izmaksu centri** – ārstniecības iestādes izmaksu centri (struktūrvienības), kuru pamatfunkcija ir pakalpojumu (veselības aprūpes pakalpojumu vai komercpakalpojumu) sniegšana tās pacientiem un klientiem. Tipiski lielāko daļu no ārstniecības iestādes sniegto pakalpojumu izmaksu apjoma veido ar veselības aprūpi saistīto pakalpojumu izmaksas, līdz ar to tiešie izmaksu centri (struktūrvienības) ārstniecības iestādē ir ar veselības aprūpi saistītās struktūrvienības. Būtiskākās šādu struktūrvienību grupas ir uzņemšanas nodaļa, laboratorija, kabineti, nodaļas.
- **Netiešie izmaksu centri** – ārstniecības iestādes izmaksu centri (struktūrvienības), kuru pamatfunkcija ir vadības vai atbalsta sniegšana tiešajiem izmaksu centriem, lai tie spētu nodrošināt pakalpojumu sniegšanu ārstniecības iestādes pacientiem un klientiem. Nosacīti var uzskatīt, ka netiešo izmaksu centru (struktūrvienību) klients ir tiešie izmaksu centri (struktūrvienības). Netiešie izmaksu centri (struktūrvienības) ārstniecības iestādē var būt *Grāmatvedības dienests, Pārvalde (valde), Ēdināšanas dienests, Veļas dienests, Saimniecības dienests, Juridiskais dienests* u.c.

Arī netiešie izmaksu centri (struktūrvienības) var sniegt pakalpojumus, tomēr to pamata saņēmējs (klients) ir tiešie izmaksu centri (struktūrvienības). Piemēram, *Ēdināšanas dienesta* pakalpojums var būt pamatdiētas porcija, kas šo pakalpojumu sniedz ārstniecības iestādes nodaļām (tiešajiem izmaksu centriem).

Detalizēts iespējamo izmaksu centru izklāsts dalījumā par tiešajiem un netiešajiem izmaksu centriem ir sniegts Vadlīnijās [1] pielikumā Nr. 2 un Nr. 3.

2.2.4 Resursi

Ārstniecības iestādes resursi ir finanšu izteiksmē izteikti līdzekļi (personāls, materiāli, pakalpojumi u.c.), ko ārstniecības iestāde noteiktā laika periodā izmanto tās pakalpojumu sniegšanai. Ārstniecības iestādēs kopējās izmaksas noteiktā laika periodā tiek uzskaitītas un apkopotas *Izmaksu kopsavilkumā. Izmaksu kopsavilkums* ietver pilnīgi visas ārstniecības iestādes faktiskās izmaksas (jeb bilances 7. grupā „Saimnieciskās darbības izdevumi” un 8. grupā „Dažādi ieņēmumi un izdevumi, peļņa un zaudējumi” uzskaitītās izmaksas), kas tai ir radušās šajā laika periodā.

! **Uzmanību** Izmaksu kopsavilkums ietver tikai ārstniecības iestādes faktiskās izmaksas. Kategoriski nav pieļaujama naudas plūsmas datu lietošana.

Tā kā šobrīd valsts un citu īpašnieku ārstniecības iestādēs ir atšķirīga uzskaites detalizācijas pakāpe, kādā izmaksas tiek uzskaitītas, tad izmaksu uzskaites harmonizācijai tiek piedāvāts ieviest un lietot (kur tas nav izdarīts) Ekonomiskās klasificēšanas kodu sistēmu

(EKK), kurā izmaksas tiek klasificētas noteiktos izmaksu posteņos, kas detalizēti ir aprakstīti 2005. gada 27. decembra MK noteikumi Nr.1031 „Noteikumi par budžetu izdevumu klasifikāciju atbilstoši ekonomiskajām kategorijām”.

Izmaksu postenis atbilstoši EKK klasifikatoram ir, piemēram, 2221 *Izdevumi par apkuri*, 2239 *Pārējie iestādes administratīvie izdevumi*, 2341 *Zāles, ķīmikālijas, laboratorijas preces* utt. Detalizēts izmaksu posteņu saraksts atbilstoši EKK klasifikatoram ir sniegts Vadlīnijās [1] pielikumā Nr. 1.

2.3 Izmaksu attiecināšanas principi

2.3.1 Pamatdarbības izmaksu attiecināšanā

Atbilstoši ārstniecības iestādes iekšējām procedūrām, resursu uzskaites sistēmai un IT sistēmu atbalstam katrā no ārstniecības iestādēm izmaksas tiek uzskaitītas atšķirīgi, kas nosaka tās izmaksu attiecināšanas principus. Izmaksu attiecināšanai starp 2.2. apakšnodaļā definētajiem Metodikas pamatelementiem, sākot no *Izdevumu kopsavilkuma* izmaksu posteņiem un tad zemākajos līmeņos, var izmantot divus principus:

- ***Izmaksu tiešā attiecināšana.*** Ja ārstniecības iestāde patērētos resursus (izmaksas) ir atbilstoši uzskaitījusi, tad noteiktas izmaksas tā spēj attiecināt tieši uz šo resursu patērētāju jeb izmaksu radītāju (izmaksu centrs, gadījums, komercpakalpojumu kopums) (skat. 5. un 6. piemērs).

5. piemērs

Ārstniecības iestādes Izdevumu kopsavilkuma izdevumu postenī 2322 „Degviela” ir apkopotas izmaksas par degvielu, kas pārskata periodā ir 1000 EUR. Tās visas tiek attiecinātas tieši uz šo izmaksu radītāju, proti, netiešo izmaksu centru „Transporta dienests”.

6. piemērs

Ārstniecības iestādes Izdevumu kopsavilkuma izdevumu postenī 2341 „Zāles, ķīmikālijas, laboratorijas preces” ir apkopotas izmaksas par zālēm, ķīmikālijām un laboratorijas precēm, ko ārstniecības iestāde ir izmantojusi savu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, kas pārskata periodā ir 1000 EUR. Konkrētais pacients Jānis pārskata periodā ir saņēmis specifiskas zāles, kuru izmaksas ir 100 EUR. Ārstniecības iestāde šo specifisko zāļu izmaksas (100 EUR) no izdevumu posteņa 2341 „Zāles, ķīmikālijas, laboratorijas preces” attiecina tieši uz šo izmaksu radītāju, proti, pacientu Jāni.

- ***Izmaksu attiecināšana ar izmaksu pārdales kritērijiem.*** Ne visus patērētos resursus (izmaksas) ārstniecības iestāde spēj uzskaitīt tādā līmenī, lai izmaksas pēc tam varētu tieši attiecināt uz konkrēto šo resursu patērētāju jeb izmaksu radītāju. Atbilstoši ABC metodikas principiem šādu izmaksu attiecināšana tiek veikta ar izmaksu pārdales kritērijiem (angļu val. „cost drivers”).

Izmaksu pārdales kritēriji ir faktori, kas raksturo izmaksu sadalījuma kritērijus (skat. 1. att. bultas →) starp šo izmaksu radītājiem. Izmantojot izmaksu pārdales

kritērijus, izmaksas tiek proporcionāli attiecinātas uz šo izmaksu radītājiem. Izmaksu attiecināšanas proporciju jeb proporcijas koeficientu veido konkrētā izmaksu pārdales kritērija vērtība attiecībā pret kopējo izmaksu pārdales kritēriju vērtību summu (skat. x / z 1. formula).

1. formula

$$y = a \cdot \frac{x}{z}, \text{ kur}$$

y – proporcionāli pārdalītās izmaksas;

a – kopējās izmaksas;

$\frac{x}{z}$ – proporcijas koeficients, kur:

x – konkrētā izmaksu pārdales kritērija vērtība;

z – kopējā izmaksu pārdales kritēriju vērtību summa.

Izmaksu pārdales kritērija pielietošanas principi izmaksu attiecināšanā ir aprakstīti 7. piemērā.

7. piemērs

Ārstniecības iestādes Izdevumu kopsavilkuma izmaksu postenī „2221 Izdevumi par apkuri” ir apkopotas ārstniecības iestādes apkures izmaksas, kas pārskata periodā ir 1000 EUR. Ārstniecības iestādē ir 3 izmaksu centri (struktūrvienības), kurās nav uzstādīti siltuma skaitītāji.

Tā kā izmaksas tieši attiecināt uz izmaksu centriem (struktūrvienībām) nav iespējams, jo tajās nav uzstādīti siltuma skaitītāji, tad tās tiek attiecinātas uz struktūrvienībām, izmantojot izmaksu pārdales kritēriju „apkurināmo telpu platība m^2 ”.

Struktūrvienības A apkurināmo telpu platība ir $30 m^2$, struktūrvienības B – $10 m^2$, savukārt struktūrvienības C – $60 m^2$. Zinot katras struktūrvienības apkurināmo telpu platību un kopējās apkures izmaksas, atbilstoši 1. formulai tiek aprēķinātas, piemēram, struktūrvienības A apkures izmaksas:

$$y_A = a_{\text{ap.izm.}} \cdot \frac{x_{A.\text{plat.}}}{z_{\text{kop.plat.}}} = 1000 \cdot \frac{30}{30+10+60} = 300 \text{ EUR, kur}$$

y_A – struktūrvienības A apkures izmaksas, EUR;

$a_{\text{ap.izm.}}$ – kopējās apkures izmaksas, EUR;

$x_{A.\text{plat.}}$ – struktūrvienības A platība, m^2 ;

$z_{\text{kop.plat.}}$ – struktūrvienību A, B un C kopējā platība, m^2 .

Apkures izmaksas no Izdevumu kopsavilkuma posteņa „2221 Izdevumi par apkuri” tiek attiecinātas uz katru no struktūrvienībām proporcionāli to apkurināmo telpu platībai: struktūrvienība A – 300 EUR, struktūrvienības B – 100 EUR, struktūrvienības C – 600 EUR.

2.3.2 Izmaksu veidi izmaksu attiecināšanā

Metodikas mērķis ir iespējami pareizi un precīzi noteikt gadījuma faktiskās izmaksas, līdz ar to *Izmaksu kopsavilkumā* apkopotās izmaksas atkarībā no ārstniecības iestādes spējas individualizēti uzskaitīt un attiecināt izmaksas uz konkrētu gadījumu tiek iedalītas divās kategorijās (skat. 1. att.):

- ***Uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmās izmaksas*** – izmaksas, ko ārstniecības iestāde tiešā veidā spēj attiecināt uz pakalpojumu kopumu (gadījumu vai komercpakalpojumu kopumu), proti, tās ir izmaksas, kuras ir radījis konkrētais pacients vai klients (skat. 8. piemērs).

8. piemērs

Uz pakalpojumu kopumu (gadījumu) tieši attiecināmās izmaksas, piemēram, ir medikamenti un ārstniecības līdzekļi, kas izlietoti konkrētā pacienta (gadījuma) veselības aprūpē.

- ***Pārējās izmaksas*** – izmaksas, ko ārstniecības iestāde uz pakalpojumu kopumu (gadījumu vai komercpakalpojumu kopumu) tiešā veidā attiecināt nespēj (skat. 9. piemērs).

9. piemērs

Pārējās izmaksas ārstniecības iestādē ir elektroenerģijas izmaksas, degvielas izmaksas, apkures izmaksas u.c.

Atkarībā no ārstniecības iestādes iekšējām procedūrām, resursu uzskaites sistēmas un IT sistēmu atbalsta tieši uz gadījumu attiecināmo un pārējo izmaksu proporcija dažādām ārstniecības iestādēm var būtiski atšķirties. Tomēr, jo lielāks ir uz gadījumu tieši attiecināmo izmaksu apjoms, proti, jo ārstniecības iestāde spēj precīzāk identificēt konkrētā gadījuma tieši radītās izmaksas, jo pareizāk un precīzāk iespējams noteikt atsevišķā gadījuma faktiskās izmaksas.

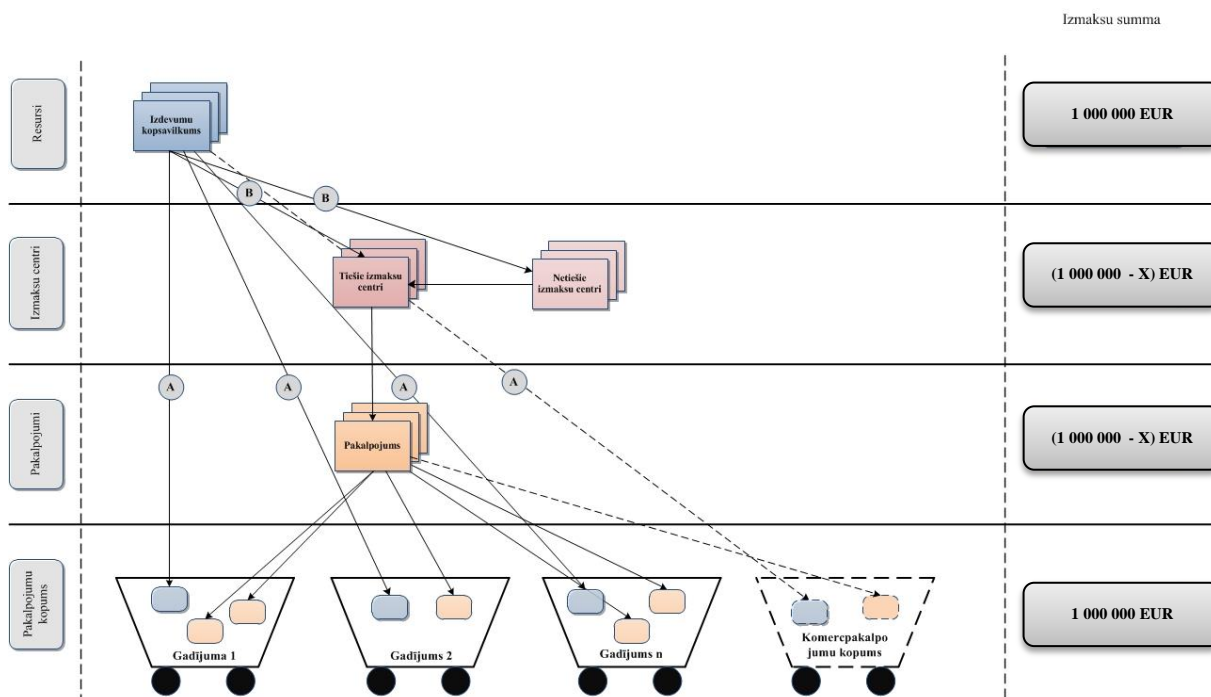
2.3.3 Izmaksu summas kontrole

Veicot izmaksu attiecināšanu, ārstniecības iestādei ir jākontrolē, lai izmaksu summa katrā no līmeņiem (resursi, izmaksu centri, pakalpojumi, pakalpojumu kopumi) atbilstu šādiem kritērijiem, kuru shematisks attēlojums ir parādīts 2. att.:

1. Izmaksu summa resursu līmenī ir vienāda ar izmaksu summu pakalpojumu kopumu līmenī.
2. Izmaksu summa izmaksu centru līmenī ir vienāda ar izmaksu summu pakalpojumu līmenī.
3. Izmaksu summa izmaksu centru un pakalpojumu kopumu līmenī var atšķirties no izmaksu summas resursu līmenī. Atšķirību veido *tiešu uz pakalpojumu kopumu attiecināmo izmaksu summa* (skat. 10. piemērs).

10. piemērs

Resursu un pakalpojumu kopuma līmeņa izmaksu summa ir 1 000 000 EUR. Tieši uz pakalpojumu kopumu attiecināmo izmaksu summa ir X EUR. Tad izmaksu centru un pakalpojumu līmeņa izmaksu summa ir (1 000 000 – X) EUR (skat. 2. att.).



2. att. Izmaksu summa katrā no Metodikas pamatelementu līmeņiem (A – uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmās izmaksas, kuru summa ir X; B – pārējās izmaksas; izmaksu summa Izdevumu kopsavilkumā ir 1 000 000 EUR)

2.4 Komerccapakalpojumu izmaksu nodalīšanas principi

Ārstniecības iestāde var sniegt ar veselības aprūpi nesaistītus komercpakalpojumus, piemēram, telpu noma, veļas mazgāšanas pakalpojumi, stāvvietas pakalpojumi, ēdināšanas pakalpojumi u.c. (komercpakalpojuma definīciju skat. 2.2.1. apakšnodaļa). Šo komercpakalpojumu saņēmēji ir ārstniecības iestādes klienti, un to sniegšanas izmaksas ir attiecīgi jāuzskaita un jāattiecinā, ja šo komercpakalpojumu izmaksas ir būtiskas.

! Uzmanību Būtiskas izmaksas. Par būtiskām izmaksām tiek uzskatītas izmaksas, kuru apjoms ir lielāks par 1% vai maksimālā gadījumā par 3% no ārstniecības iestādes kopējām izmaksām *Izdevumu kopsavilkumā* vai 5% vai maksimālā gadījumā 10% no konkrētā izmaksu centra (strukturvienības), kas nodrošina šī pakalpojuma sniegšanu, akumulētajām izmaksām.

Izmaksu attiecināšanai uz komercpakalpojumiem atkarībā no šo komercpakalpojumu specifikas var tikt veikta divos veidos:

- 1) No netiešo izmaksu centra līmeņa izdalot tiešo izmaksu centru, kas nodrošina šo komercpakalpojumu sniegšanu, gadījumā, ja šo komercpakalpojumu izmaksas ir būtiskas (skat. būtisku izmaksu definīcija un 11. piemērs).

11. piemērs

Ārstniecības iestāde ir izīrējusi 200 m² savu telpu klientam, kas šajās telpās ir ierīkojis skaistumkopšanas salonu un frizētavu. Vai šajā gadījumā ārstniecības iestādei ir jāizdala tiešais izmaksu centrs „Telpu noma”?

Izvērtējot šī izmaksu centra izdalīšanas nepieciešamību, ārstniecība iestāde, veidojot

izmaksu attiecināšanas sistēmu, sākotnēji izdala izmaksu centu „Telpu noma” un atbilstoši izmaksu attiecināšanas principiem no Izdevumu kopsavilkuma posteņiem veic izmaksu attiecināšanu uz to (apkure, ūdens, elektrība u.c.). Šādi rīkojoties, izmaksu centra „Telpu noma” kopējās izmaksas veido 0,5 % no ārstniecības iestādes kopējām izmaksām, kas pēc definīcijas nav uzskatāmas par būtiskām izmaksām, līdz ar to ārstniecības iestāde atsevišķu izmaksu centru „Telpu noma” neizdala.

- 2) Attiecinot uz komercpakalpojuma saņēmēju (klientu vai klientu grupu) pēc noteikta izmaksu virzītāja (saņemto komercpakalpojumu skaits, nodotās veļas svars u.c.), ja šo komercpakalpojumu izmaksas ir būtiskas (skat. būtisku izmaksu definīcija, 12. piemērs un 6. att.).

12. piemērs

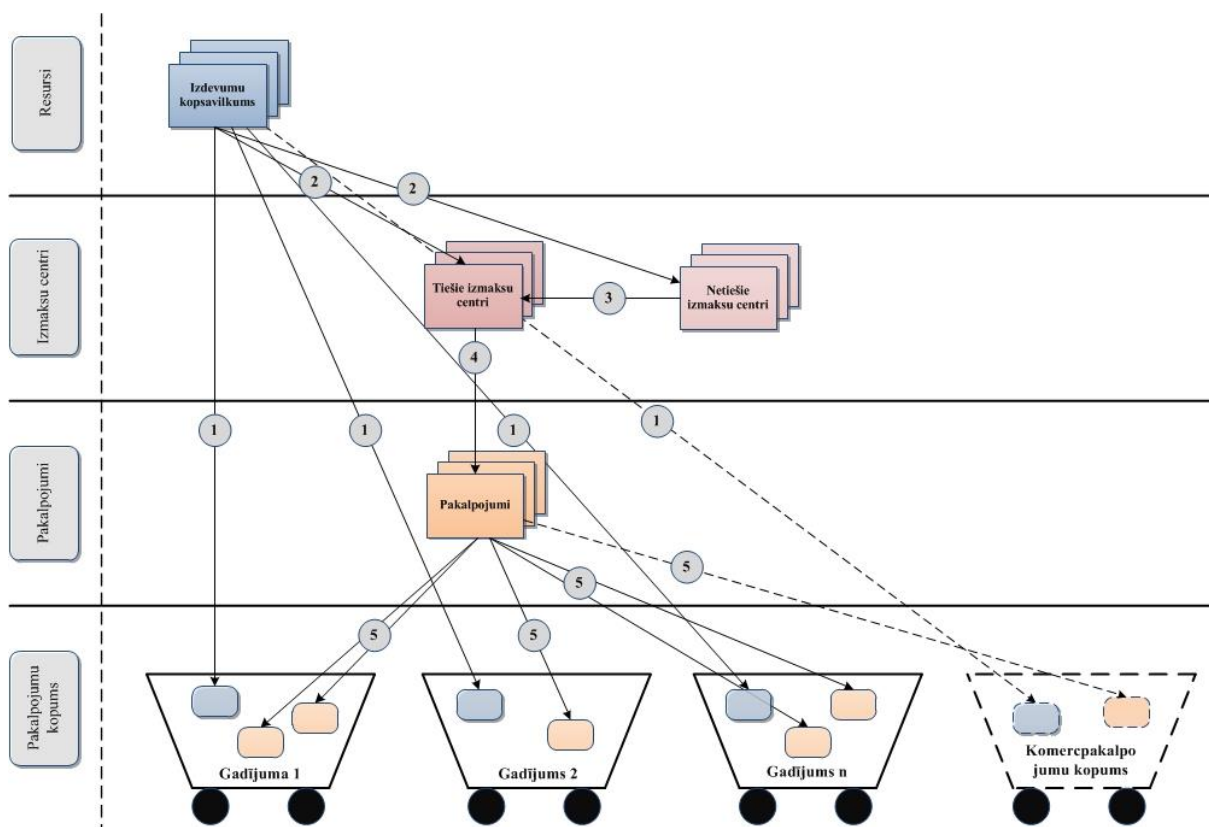
Ārstniecības iestādes izmaksu centrs „Veļas dienests” nodrošina veļas mazgāšanu gan klientiem, gan tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām). Izmaksas uz klientiem un tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) no izmaksu centra „Veļas dienests” tiek attiecinātas, proporcionāli saņemtās veļas sveram. Vai ārstniecības iestādei ir jāattiecina veļas mazgāšanas izmaksas uz klientiem, ja no klientiem saņemtās veļas svars veido 20% no kopējā saņemtā veļas svara?

Tā kā izmaksu centra „Veļas dienests” akumulētās izmaksas tiek attiecinātas proporcionāli saņemtās veļas sveram, tad uz klientu attiecināmo izmaksu apjoms ir 20% no izmaksu centrā „Veļas dienests” akumulētajām izmaksām, kas pēc definīcijas ir uzskatāms par būtiskām izmaksām, līdz ar to izmaksu centra „Veļas dienests” izmaksas ir jāattiecina arī uz klientiem pēc to nodotās veļas svara.

3 Izmaksu attiecināšana

Izmaksu attiecināšanas vispārīgā veidā ir parādīta 3. attēlā, un tā ietver šādu soļu secīgu izpildi:

- 1) Izdevumu kopsavilkumā atspoguļoto izmaksu (*uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmo izmaksu*) attiecināšana uz pakalpojumu kopumiem (ārstniecības iestādes iespēju robežās).
- 2) Izdevumu kopsavilkumā atspoguļoto izmaksu (*pārējo izmaksu*) attiecināšana uz netiešajiem un tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām).
- 3) Netiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšana uz tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) vai tās sniegtajiem komercpakalpojumiem (ja attiecināms).
- 4) Tiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšana uz veselības aprūpes pakalpojumiem vai komercpakalpojumiem (ja attiecināms).
- 5) Pakalpojumu kopumu izmaksu noteikšana, summējot *tieši uz pakalpojumu kopumu attiecināmās izmaksas* un konkrētajam pacientam vai klientam sniegto pakalpojumu izmaksas.



3. att. Izmaksu attiecināšanas shēma

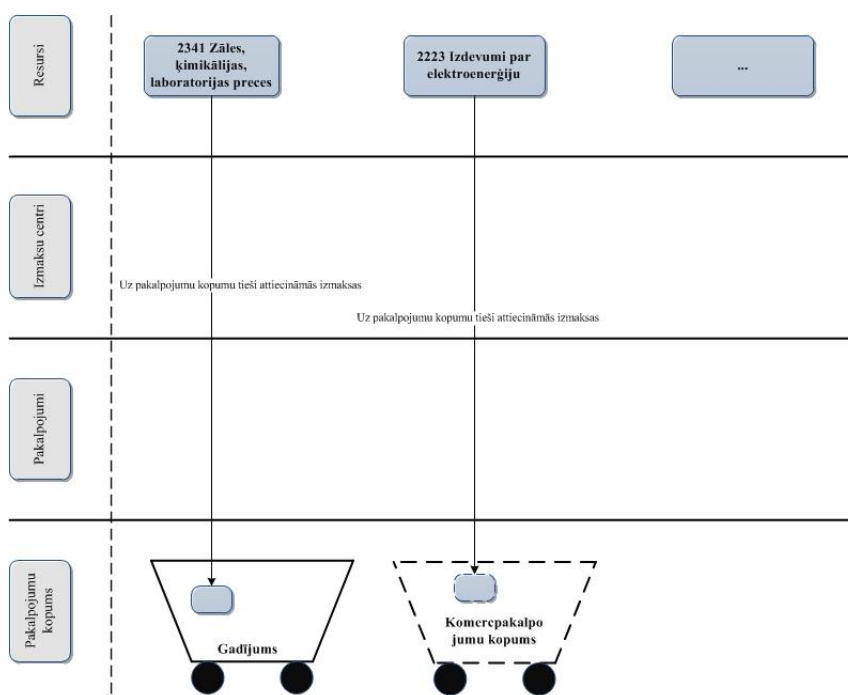
Turpmāk šajā nodaļā ir sniegts izmaksu attiecināšanas procesa detalizētāks apraksts.

3.1 Uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmo izmaksu attiecināšana

Izmaksu attiecināšanā pirmajā solī ārstniecības iestādes *Izdevumu kopsavilkumā* (visas ārstniecības iestādes faktiskās izmaksas noteiktā laika periodā, kas ir klasificētas atbilstoši EKK klasifikatoram) atspoguļotās izmaksas no izmaksu posteņiem iespēju robežās sākotnēji tiek attiecinātas uz pakalpojumu kopumiem (gadījumiem vai komercpakalpojumu

kopumiem).

Ārstniecības iestādē uz gadījumiem tiešā veidā var tikt attiecinātas, piemēram, orgānu implantu izmaksas, specifisku un dārgu ārstniecības līdzekļu izmaksas u.c. Iespējams, ārstniecības iestāde var identificēt, cik tieši daudz elektroenerģijas telpu nomnieks ir iztērējis, jo telpu nomniekam uzstādīts ir attiecīgs elektrības skaitītājs, līdz ar to tā var attiecināt elektroenerģijas izmaksas tieši uz šo nomnieku (komercpakalpojumu kopumu) (skat. 4. att.).



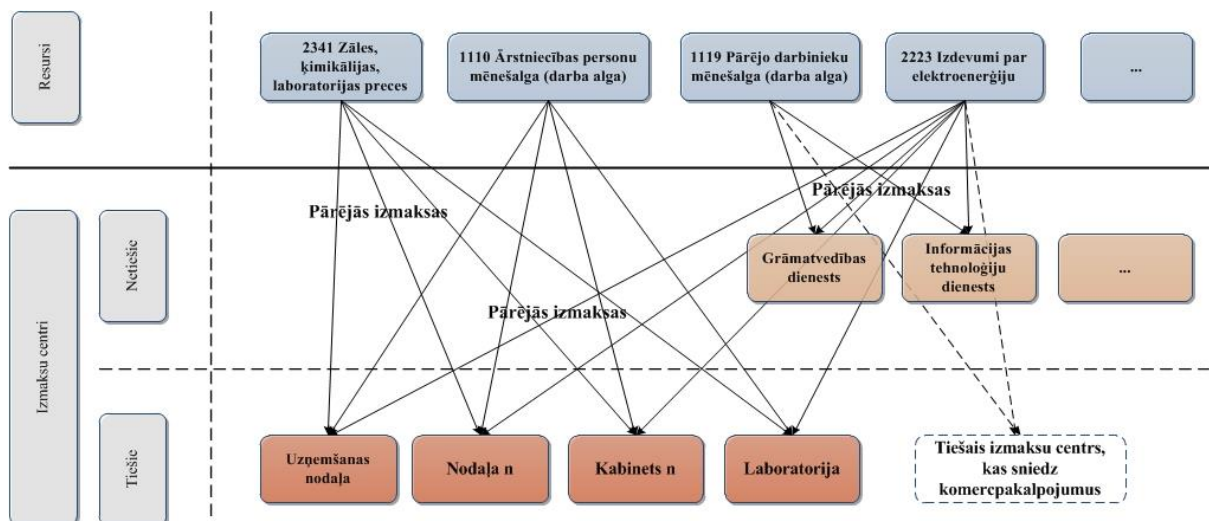
4. att. Uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmo izmaksu attiecināšana no Izdevumu kopsavilkuma izmaksu posteņiem uz pakalpojumu kopumiem

Rezultāts: pēc 1. soļa izpildes ārstniecības iestādes izmaksas no *Izdevumu kopsavilkuma* izmaksu posteņiem iespēju robežās ir attiecinātas uz pakalpojumu kopumiem. Ārstniecības iestāde jebkuras no izmaksām, kuras nevar attiecināt tieši uz gadījumu (piemēram, atsevišķu ārstniecības līdzekļu izmaksas), attiecina atbilstoši 2. izmaksu attiecināšanas solim – tieši uz izmaksu centriem.

Kontrole: pēc šī soļa izpildes ārstniecības iestāde izmaksu kontrolei aprēķina *Uz pakalpojumu kopumu tieši attiecināmo izmaksu* summu un aprēķina *Pārējo izmaksu* summu.

3.2 Pārējo izmaksu attiecināšana

Šajā solī pārējās *Izdevumu kopsavilkumā* atspoguļotās izmaksas, kas netika attiecinātas 1. solī, no izmaksu posteņiem tiek attiecinātas uz tiešajiem un netiešajiem izmaksu centriem (strukturvienībām) (skat. 5. att.).



5. att. *Pārējo izmaksu attiecināšana no Izdevumu kopsavilkuma izmaksu posteņiem uz izmaksu centriem (struktūrvienībām)*

Detalizēts katra izmaksu posteņa izmaksu attiecināšanas principu izklāsts ir sniegts Vadlīnijās [1], atbilstoši kam izmaksas no *Izdevumu kopsavilkuma* izmaksu posteņiem tiek attiecinātas uz izmaksu centriem (struktūrvienībām).

Rezultāts: pēc 2. soļa izpildes visas *Pārējās izmaksas* no *Izdevumu kopsavilkuma* izmaksu posteņiem ir attiecinātas uz tiešajiem un netiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām). Pēc izmaksu attiecināšanas katrs no tiešajiem un netiešajiem izmaksu centriem ir akumulējis noteiktu izmaksu apjomu – akumulētās izmaksas.

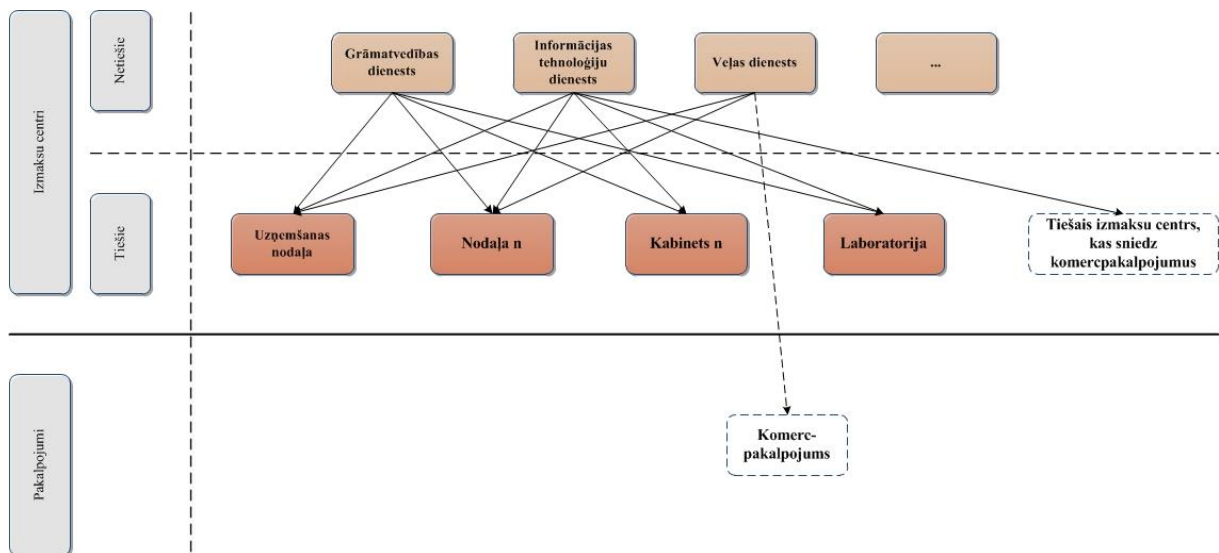
! **Uzmanību** **Akumulētās izmaksas** ir kopsomma izmaksām, kas uz izmaksu centru (tiešo vai netiešo) ir attiecinātas no *Izdevumu kopsavilkuma* izmaksu posteņiem.

Kontrole: izmaksu kontrolei ārstniecības iestāde aprēķina *Pārējo izmaksu* summu, kas ir attiecināta uz tiešajiem un netiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām). Tai ir jābūt vienādaī ar *Pārējo izmaksu* summu, kas tika aprēķināta 1. izmaksu attiecināšanas solī *Izdevumu kopsavilkuma* līmenī.

3.3 Netiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšana

Tā kā netiešo izmaksu centru (struktūrvienību) pamatfunkcija ir atbalsta un vadības pakalpojumu sniegšana ārstniecības iestādes tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām), tad to izmaksas tiek attiecinātas uz tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) (skat. 7. att.). Detalizēts netiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšanas principu izklāsts ir sniegts Vadlīnijās [1] pielikumā Nr. 2.

Gadījumā, ja kāds no netiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) sniedz arī komercpakalpojumus ārstniecības iestādes klientiem, piemēram, veļas mazgāšanas, ēdināšanas pakalpojumus, un šo komercpakalpojumu izmaksas ir būtiskas (skat. 2.4. apakšnodaļa), ārstniecības iestāde attiecina daļu no netiešā izmaksu centra izmaksām uz šiem komercpakalpojumiem (skat. 6. att.).



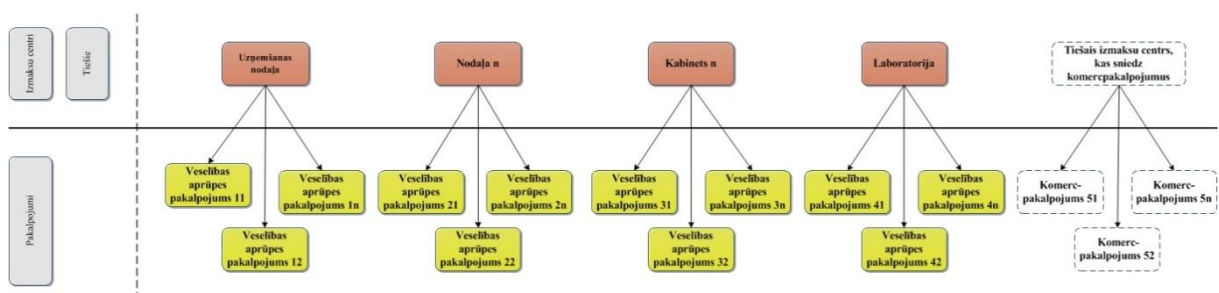
6. att. Netiešo izmaksu centru (struktūrvienību) akumulēto izmaksu attiecināšana

Rezultāts: pēc 3. soļa izpildes visas ārstniecības iestādes izmaksas no netiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) ir attiecinātas uz tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām).

Kontrole: pēc šī soļa izpildes ārstniecības iestāde aprēķina tiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu summu. Tai ir jābūt vienādai ar *Pārējo izmaksu* summu.

3.4 Tiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšana

Ceturtajā izmaksu attiecināšanas solī tiek veikta tiešo izmaksu centru (struktūrvienību) izmaksu attiecināšana uz ārstniecības iestādes pakalpojumiem – gan uz veselības aprūpes pakalpojumiem, gan uz komercpakalpojumiem (skat. 7. att.).



7. att. Izmaksu attiecināšana no tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) uz pakalpojumiem (veselības aprūpes un komercpakalpojumiem)

Atbilstoši Metodikai izmaksu attiecināšana no tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) uz pakalpojumiem var tikt realizēta divos alternatīvos modeļos atkarībā no ārstniecības iestādes iekšējiem procesiem, resursu uzskaites sistēmas un IT sistēmu attīstības pakāpes.

1. **Vienkāršā attiecināšana.** Atbilstoši šim modelim visi sniegtie pakalpojumi konkrētajā ārstniecības iestādes tiešajā izmaksu centrā (struktūrvienībā) ir vienādi, proti, to izmaksu pārdales kritērija vērtība ir 1. Tiešā izmaksu centra (struktūrvienības) izmaksas uz pakalpojumiem tiek attiecinātas, proporcionāli

sniegto veselības aprūpes vai komercpakalpojumu vai apkalpoto pacientu / klientu skaitam (skat. 13. piemērs).

13. piemērs

Nodaļas X faktiskās izmaksas noteiktā laika periodā ir 1000 EUR. Nodaļas pakalpojums ir gultasdiens. Šajā laika periodā nodaļa X ir sniegusi 100 gultasdienas pakalpojumus. Vienas gultasdienas izmaksas tiek aprēķinātas pēc 1. formulas:

$$y_{gd.} = a_{nod.izm.} \cdot \frac{x_{gd.}}{z_{gd.sk.}} = 1000 \cdot \frac{1}{100} = 10 \text{ EUR, kur}$$

$y_{gd.}$ – vienas gultasdienas izmaksas nodaļā X , EUR;

$a_{nod.izm.}$ – nodaļas X kopējās izmaksas, EUR;

$x_{gd.}$ – gultasdienas izmaksu pārdales kritērija vērtība;

$z_{gd.sk.}$ – kopējais gultasdienu skaits nodaļā (izmaksu pārdales kritēriju vērtību summa).

Atbilstoši aprēķinam vienas gultasdienas izmaksas ir 10 EUR, pēc kā nodaļas X izmaksas tiek attiecinātas uz gultasdienām (veselības aprūpes pakalpojumiem).

Atbilstoši modelim *Vienkāršā attiecināšana* pakalpojuma izmaksas tiešajā izmaksu centrā (struktūrvienībā) ir aptuvenas tā faktiskajām izmaksām ārstniecības iestādei.

2. **Proporcionālā attiecināšana.** Atbilstoši šim modelim visi pakalpojumi konkrētajā ārstniecības iestādes tiešajā izmaksu centrā (struktūrvienībā) nav vienādi un prasa proporcionāli atšķirīgus ārstniecības iestādes resursus atkarībā no to piederības noteiktai pakalpojumu grupai. Katras pakalpojumu grupas resursietilpību raksturo cita izmaksu pārdales kritērija vērtība, kas ir proporcionāla šīs pakalpojumu grupas vidējai resursietilpībai (vidējām izmaksām) salīdzinājumā ar citiem pakalpojumiem. Izmaksu centra (struktūrvienības) izmaksas tiek attiecinātas uz veselības aprūpes vai komercpakalpojumiem atbilstoši to izmaksu pārdales kritērija vērtībai.

Atbilstoši proporcionālās attiecināšanas principiem, ārstniecības iestāde:

- 1) Definē katra tiešā izmaksu centra (struktūrvienības) pakalpojumus (pakalpojumu grupas) atbilstoši Vadlīnijās [1] aprakstītajiem principiem.
- 2) Katrā no izmaksu centriem (struktūrvienībām) nosaka katra pakalpojuma (pakalpojumu grupas) izmaksu pārdales kritērija vērtību, kas raksturo šī pakalpojuma (pakalpojumu grupas) vidējo resursietilpību (vidējās izmaksa) salīdzinājumā ar citiem pakalpojumiem, ko sniedz šis izmaksu centrs (struktūrvienība), pamatojoties uz Vadlīnijās [1] aprakstītajiem principiem.
- 3) Attiecina izmaksu centra (struktūrvienības) izmaksas uz pakalpojumiem atbilstoši to izmaksu pārdales kritērija vērtībai un iepriekš aprakstītajiem vispārējiem izmaksu attiecināšanas principiem (skat. 1. formula un 14. piemērs).

14. piemērs

Nodaļas X faktiskās izmaksas noteiktā laika periodā ir 3000 EUR.

1) Nodaļai nepieciešamie resursi veselības aprūpes nodrošināšanai pacientam ir atkarīgi no pacienta „smaguma” pakāpes jeb veselības stāvokļa, līdz ar to nodaļa X definē gultasdienu grupas (veselības aprūpes pakalpojumu grupas) atkarībā no pacienta „smaguma” pakāpes:

I grupa – gultasdienu pacientiem, kuri var brīvi vai ar vienkāršu palīdzību pārvietoties nodaļā vai ārpus tās un viņiem nav nepieciešama vai arī nepieciešama neliela papildus uzraudzība (biežāk dienas stacionāra pacienti - piemēram, gultā, guļ, sēž, pārvietojas palātā, bet ārpus nodaļas ved ar ratiņiem).

II grupa – gultasdienu pacientiem, kuriem ir piemērots gultas režīms, piemēram, pēc izdarītas invazīvas manipulācijas vai operācijas, kā arī pacientiem, kuriem ir nepieciešama mākslīgā barošana, elpināšana (parasti reanimācijas pacienti).

2) Ārstniecības iestāde nosaka katras gultasdienas grupas izmaksu pārdales kritērija vērtību, kas raksturo šo gultasdienu grupu vidējo resursietilpību (vidējās izmaksa) nodaļā attiecībā vienai pret otru: I grupai – 1; II grupai – 3,7.

3) Pārskata periodā nodaļa X ir sniegusi 70 gultasdienas I grupas pacientiem un 13 gultasdienas II grupas pacientiem. Ārstniecības iestāde aprēķina katras gultasdienu grupas izmaksas atbilstoši to izmaksu pārdales kritērija vērtībai un iepriekš aprakstītajiem vispārējiem izmaksu attiecināšanas principiem (skat. 1. formula). Piemēram, I smaguma pakāpes gultasdienas izmaksas pārskata periodā tiek aprēķinātas:

$$y_I = a_{\text{nod.izm}} \cdot \frac{x_I}{x_I \cdot n_I + x_{II} \cdot n_{II}} =$$
$$= 3000 \cdot \frac{1}{1 \cdot 70 + 3,7 \cdot 13} = 25,40 \text{ EUR, kur}$$

y_I – I smaguma pakāpes gultasdienas izmaksas pārskata periodā, EUR;

$a_{\text{nod.izm}}$ – kopējās izmaksas = nodaļas faktiskās izmaksas pārskata periodā, EUR;

x_I, x_{II} – izmaksu pārdales kritēriju vērtības = I un II smaguma pakāpes gultu dienu pārdales kritēriju vērtības;

n_I, n_{II} – I un II smaguma pakāpes gultu dienu skaits nodaļā pārskata periodā;

$x_I \cdot n_I + x_{II} \cdot n_{II}$ – kopējā izmaksu pārdales kritēriju vērtību summa z = summa, ko veido visu pārskata periodā sniegto pakalpojumu skaits attiecīgi reizināts ar šo pakalpojumu izmaksu pārdales kritērija vērtību.

Atbilstoši aprēķinam pārskata periodā I pakāpes gultasdienas izmaksas ir 25,40 EUR, bet II pakāpes – 93,99 EUR, pēc kā nodaļas X izmaksas tiek attiecinātas uz šīm gultasdienām (veselības aprūpes pakalpojumu grupām).

Atbilstoši modelim *Proporcionālā attiecināšana* iegūtās pakalpojumu izmaksas tiešajā izmaksu centrā (strukturvienībā) ir aptuvenas, tomēr izmaksu novērtējums

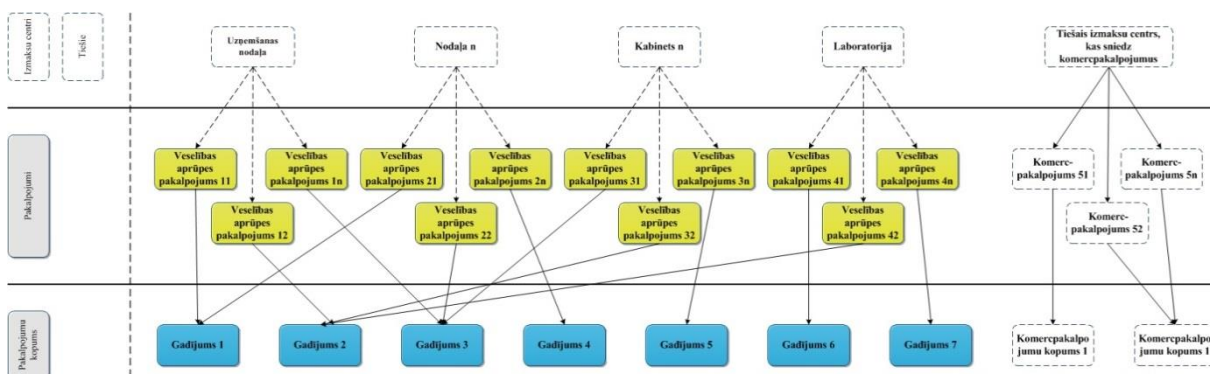
ir tuvāks pakalpojuma faktiskajām izmaksām ārstniecības iestādei salīdzinājumā ar modeli *Vienkāršā attiecināšana*.

Rezultāts: pēc 4. soļa izpildes visas izmaksas no tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām) ir attiecinātas uz ārstniecības iestādes pakalpojumiem (veselības aprūpes un komercpakalpojumiem).

Kontrole: pēc šī soļa izpildes ārstniecības iestāde aprēķina visu pakalpojumu (veselības aprūpes un komercpakalpojumu) izmaksu summu. Tai ir jābūt vienādai ar *Pārējo izmaksu* summu.

3.5 Pakalpojumu kopuma izmaksu noteikšana

Pakalpojuma kopuma (gadījuma vai komercpakalpojumu kopuma) noteikšanai izmaksas no pakalpojumiem (veselības aprūpes vai komercpakalpojumiem) tiek attiecinātas, pamatojoties uz saņemto pakalpojumu (veselības aprūpes vai komercpakalpojumu) skaitu tiešajos izmaksu centros (struktūrvienībās) (skat. 8. att.).



8. att. Izmaksu attiecināšana no pakalpojumiem (veselības aprūpes un komercpakalpojumiem) uz pakalpojumu kopumiem (gadījumiem un komercpakalpojumu kopumiem)

Pakalpojumu kopuma (gadījuma vai komercpakalpojumu kopuma) izmaksas ārstniecības iestāde nosaka, summējot:

- 1) tieši uz pakalpojuma kopuma attiecināmās izmaksas (izmaksas, ko ir radījis konkrētais pacients vai klients);
- 2) visu šim pakalpojumu kopumam (konkrētam pacientam vai klientam) tiešajos izmaksu centros (struktūrvienībās) sniegto pakalpojumu izmaksu summu (skat. 15. piemērs).

15. piemērs

Pacienta A apendicīta ārstēšanas gadījuma izmaksas ārstniecības iestādē veido summa, kas sastāv no tieši uz pakalpojumu kopumu attiecināmām izmaksām un no visu pacientam sniegto veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu summas katrā no ārstniecības iestādes tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām):

$$Y = y_0 + y_1 \cdot n_1 + y_2 \cdot n_2 + y_3 \cdot n_3 + \dots + y_n \cdot n_n$$

Y – konkrēta pacienta gadījuma izmaksas ārstniecības iestādei, EUR;

y₀ – tieši uz gadījumu attiecināmo izmaksu summa, EUR

$y_1, y_2, y_3, \dots, y_n$ – pacientam sniegto veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas katrā no ārstniecības iestādes tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām), EUR;
 n_1, n_2, n_3, n_n – pacientam sniegto veselības aprūpes pakalpojumu skaits katrā no ārstniecības iestādes tiešajiem izmaksu centriem (struktūrvienībām).

Rezultāts: pēc 5. soļa veikšanas visas ārstniecības iestādes izmaksas ir attiecinātas uz gadījumiem, tādējādi identificējot visu gadījumu, t.sk., gadījumu izmaksas ārstniecības iestādei stacionārajā veselības aprūpē.

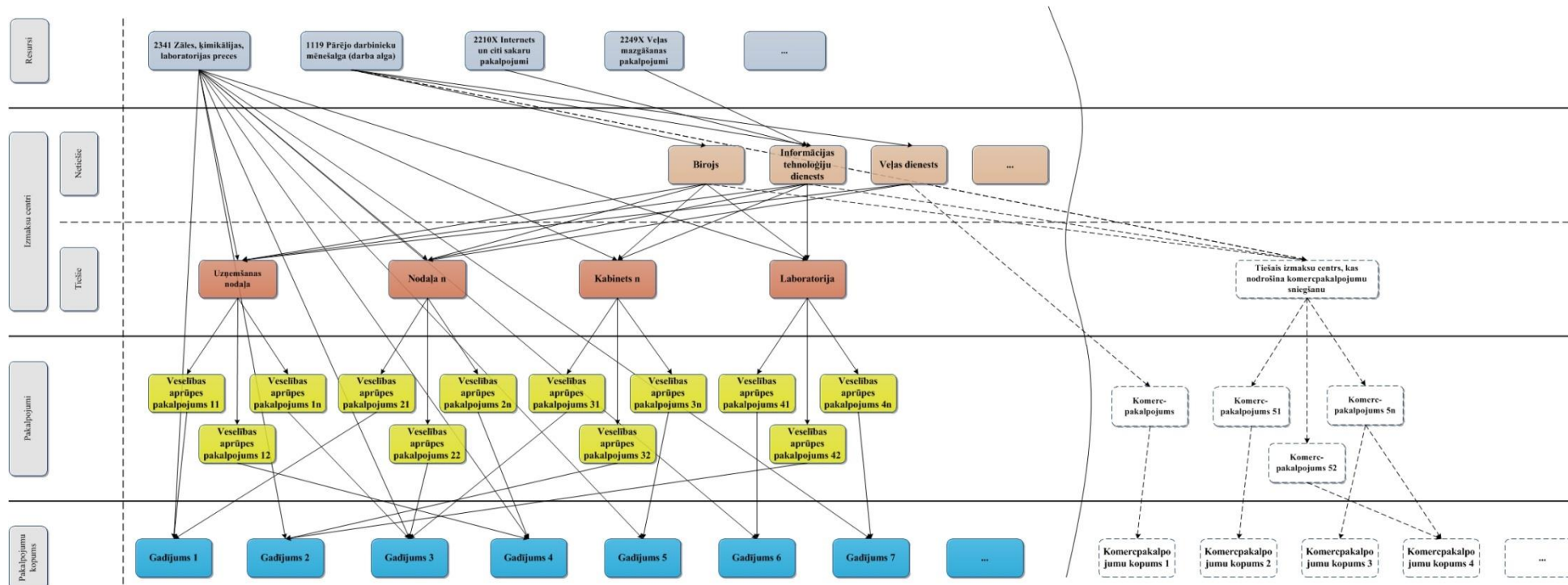
Kontrole: pēc šī soļa izpildes ārstniecības iestāde aprēķina visu pakalpojumu kopumu (gadījumu un komercpakalpojumu kopumu) izmaksu summu. Tai ir jābūt vienāgai ar *Izdevumu kopsavilkuma* izmaksu summu.

4 Gadījuma izmaksu saistība ar DRG

Šobrīd ārstniecības iestāde par katru no gadījumiem stacionārajā veselības aprūpē NVD iesniedz stacionāra karti, kurā ir apkopota ar pacienta veselības aprūpi saistītā informācija – diagnozes, veiktās manipulācijas, uzturēšanās ilgums ārstniecības iestādē, pacienta vecums, dzimums, u.c. Pamatojoties uz stacionāra kartē ietverto informāciju, gadījumam pēc NordDRG loģikas tiek piešķirta noteikta DRG grupa.

Atbilstoši šai Metodikai ārstniecības iestāde var noteikt katra tās gadījuma faktiskās izmaksas. Informāciju par gadījumu izmaksām ārstniecības iestādes sniedz NVD. Atskaišu formas struktūra ir sniegta Vadlīnijās [1].

Tā kā katrs gadījums ārstniecības iestādē ir unikāls (eksistē unikāls gadījuma identifikācijas numurs), tad ir iespējams sasaistīt katra gadījuma izmaksas ar šī paša gadījuma stacionāra karti, kurai ir piešķirta DRG grupa, līdz ar to ir iespējams noteikt šīs DRG grupas izmaksas konkrētajā ārstniecības iestādē. Ņemot vērā visu ārstniecības iestāžu datus, ir iespējams aprēķināt vidējās DRG grupas izmaksas Latvijā. Aprēķinātās DRG grupas vidējās izmaksas valstī var tikt izmantotas par pamatu Latvijas specifikai atbilstošu DRG grupu koeficientu aprēķinam.



1. att. Detalizēta Metodikas modeļa shēma