



Laidiens: 03.01.2018., Nr. 2
Oficiālās publikācijas Nr.: 2018/2.1

Šī publikācija ir precizēta.
Precizējums: OP 2018/5.18

Grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas

1. Izdarīt Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (Latvijas Vēstnesis, 2013, 253. nr.; 2015, 189., 251. nr.; 2017, 67., 218., 254. nr.) šādus grozījumus:

1.1. izteikt 11.20.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.20.2. personām, kurām noteikta I grupas invaliditāte;"

1.2. izteikt 11.23.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.23.2. ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu vai – psihiatriskās palīdzības gadījumā – ar psihiatra vai bērnu psihiatra nosūtījumu, ja medicīnisko rehabilitāciju sniedz:

11.23.2.1. bērniem;

11.23.2.2. personām ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā atbilstoši šo noteikumu 168.4.3. vai 168.4.4. apakšpunktam;

11.23.2.3. personām ar funkcionāliem ierobežojumiem, kurām medicīniskā rehabilitācija ir kā tiešs turpinājums pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojuma vai pl

11.23.2.4. ambulatorā ārstniecības iestādē – personām ar funkcionāliem ierobežojumiem, kurām medicīniskā rehabilitācija ir kā tiešs turpinājums pēc akūtas saslimšanas, tra personām ar progresējošiem funkcionāliem ierobežojumiem hronisku slimību gadījumā;"

1.3. izteikt 11.25. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.25. pozitronu emisijas tomogrāfijas izmeklējumus, izņemot gadījumus, ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārsts konsilijs un ja ir aizdomas par ļaundabīgu audzēju punktā minētajās lokalizācijās;"

1.4. papildināt 11.35. apakšpunktu aiz vārdiem "medicīniskās apaugļošanas procedūras" ar vārdiem "(pēc embrija transфера nav iestājusies kliniski apstiprināta grūtniecība)";

1.5. izteikt 23.15. apakšpunktu šādā redakcijā:

"23.15. personām, kurām noteikta I grupas invaliditāte;"

1.6. izteikt 51.¹ 2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"51.¹ 2. šo noteikumu 34. pielikumā minēto fizikālo izmeklēšanu, anamnēzes noskaidrošanu un nosūtīšanu uz nepieciešamajiem ļaundabīgo audzēju primāriem diagnostiskiem kad pirmo reizi konstatēta kāda no šo noteikumu 34. pielikumā minētajām sūdzībām vai simptomiem. Ja kāds no šo noteikumu 34. pielikumā minētajiem izmeklējumiem pac noteiktās ļaundabīgo audzēju primārās diagnostikas kārtības, ārstniecības persona ir tiesīga izmantot šāda izmeklējuma rezultātus pacienta nosūtīšanai turpmāko pakalpojuru

1.7. izteikt 53.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

"53.3. ģimenes ārsta pieņemšanas laiks noteikts tā, lai vienu reizi nedēļā pacientu pieņemšanu nodrošinātu no plkst. 8.00 un vienu reizi nedēļā – līdz plkst. 19.00, izņemot gadījumus, par citu kārtību;"

1.8. papildināt noteikumus ar 53.9. apakšpunktu šādā redakcijā:

"53.9. ģimenes ārsts regulāri novērtē savā pacientu sarakstā reģistrēto personu veselības stāvokli, nodrošinot, ka kalendāra gada laikā veselības stāvoklis tiek novērtēts ne mazāk nekā reizi ceturksnī;"

1.9. papildināt 58. punkta otro teikumu aiz vārdiem "divus mēnešus" ar vārdiem "un ģimenes ārsts iesniedz dienestam prombūtni attaisnojošu dokumentu, kas apliecina, ka ģimenes ārsts ir atvaļinājuma vai ģimenes ārstam ir darbnespēja, kas turpinās ilgāk par diviem mēnešiem, vai plānotas mācības, kas ilgst ne ilgāk par sešiem mēnešiem;"

1.10. izteikt 67.6.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"67.6.1. ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ilgāk nekā divus mēnešus aizvieto citu ģimenes ārstu;"

1.11. svītrot 67.6.4. apakšpunktu;

1.12. papildināt noteikumus ar 67.¹ punktu šādā redakcijā:

"67.¹ Šo noteikumu 67.4. apakšpunktā minētajā gadījumā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju nesvītrot no gaidīšanas saraksta, ja dienestā ir saņemts veselības aprūpes pakalpojumu saglabāt viņu gaidīšanas sarakstā, pretendējot uz vienu konkrētu teritoriju;"

1.13. papildināt noteikumus ar 86.² punktu šādā redakcijā:

"86.² Ja ģimenes ārsts veselības aprūpes pakalpojumus sniedz daļēji (nesniedz pilnā apjomā atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai), dienests attiecīgajā mēnesī par s tiesīgs maksāt atbilstoši šo noteikumu 13. pielikumā norādītajiem ģimenes ārsta aprūpes epizožu tarifiem un manipulāciju tarifiem, ievērojot šo noteikumu 11. pielikumā min 86.1. apakšpunktā noteikto maksājumu.";

1.14. izteikt 99.5. apakšpunktu šādā redakcijā:

"99.5. valsts organizētā krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga ietvaros, vēršoties ārstniecības iestādē, kas īsteno skrīninga programmu, pēc savas iniciatīvas (ja dienesta vadīt vēstule) vai ar dienesta nosūtīto uzaicinājuma vēstuli.";

1.15. papildināt noteikumus ar 102.¹ punktu šādā redakcijā:

"102.¹ Ja personai paredzēts veikt ķirurģisku operāciju dienas stacionārā, ģimenes ārsts vai speciālists pirms nepieciešamās operācijas izvērtē:

102.¹ 1. personas vecumu un veselības stāvokli un atbilstoši medicīniskām indikācijām nosūta personu tādu izmeklējumu veikšanai, kas nepieciešami, lai izvērtētu, vai ķirurģ

102.¹ 2. nepieciešamās ķirurģiskās operācijas komplikāciju risku;

102.¹ 3. personas komunikācijas spējas (spējas saprast un ievērot rekomendācijas par turpmāko aprūpi pēc operācijas veikšanas);

102.¹ 4. personas iespējas saņemt medicīnisko palīdzību pēc operācijas, ja tas būs nepieciešams, tai skaitā noskaidro, vai personai ir pieejams tālrunis;

102.¹ 5. vai pēcoperācijas sāpju kontroli var nodrošināt, izmantojot orālos pretsāpju līdzekļus vai reģionālo anestēziju.";

1.16. izteikt 106.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"106.1.¹ uzņemšana vienu vai vairākas reizes, izņemot šo noteikumu 106.¹ 1. apakšpunktā minēto gadījumu;"

1.17. papildināt noteikumus ar 106.¹ punktu šādā redakcijā:

"106.¹ Ārstniecības iestāde, kas dienas stacionārā sniedz šo noteikumu 19. pielikuma 1.², 4.¹ un 12. punktā minētos pakalpojumus, nodrošina, ka:

106.¹ 1. pacients ķirurģiskās operācijas veikšanai dienas stacionārā tiek uzņemts vienu reizi;

106.¹ 2. pēc ķirurģiskās operācijas ārstējošais ārsts novērtē pacienta veselības stāvokli;

106.¹ 3. pacientu pārved uz stacionāro ārstniecības iestādi, ja medicīnisku iemeslu dēļ viņam ir nepieciešama ārstniecības personu uzraudzība, kas pārsniedz dienas stacionār

106.¹ 4. izrakstot pacientu no dienas stacionāra uz mājām, ārstējošais ārsts sniedz pacientam rekomendācijas pēcoperācijas aprūpei, kā arī informē par speciālista apmeklējumi novērtēšanai, ja tas nepieciešams.";

1.18. papildināt noteikumus ar 123.¹, 123.², 123.³, 123.⁴, 123.⁵, 123.⁶ un 123.⁷ punktu šādā redakcijā:

"123.¹ Dienests veido centralizētu medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu (turpmāk – rindu reģistrs).

123.² Ārstniecības iestādes, kas sniedz valsts apmaksātus medicīniskās apaugļošanas pakalpojumus, atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajai kārtībai sniedz dienestam inform medicīniskās apaugļošanas pakalpojumi.

123.³ Rindu reģistrā iekļauj šādu informāciju:

123.³ 1. personas vārds, uzvārds, personas kods, elektroniskā pasta adrese (oficiālā elektroniskā adrese, ja pacientam ir aktivizēts e-adreses konts), tālrunis;

123.³ 2. datums, kad persona uzņemta rindā, un ārstniecības iestāde, kurā persona uzņemta rindā;

123.³ 3. personas kārtas numurs rindā;

123.³ 4. datums, kad nosūtīts uzaicinājums par iespēju saņemt valsts apmaksātu pakalpojumu;

123.³ 5. informācija par pakalpojuma sniegšanas procesu un rezultātu.

123.⁴ Dienests pacientam nosūta uzaicinājumu par iespēju saņemt pakalpojumu jebkurā ārstniecības iestādē, kas sniedz valsts apmaksātus medicīniskās apaugļošanas pakalpj elektroniskā pasta adresi (oficiālo elektronisko adresi, ja pacientam ir aktivizēts e-adreses konts).

123.⁵ Personām nosūtāmo uzaicinājuma vēstuļu skaitu dienests nosaka atbilstoši pieejamajiem finanšu līdzekļiem.

123.⁶ Personu izslēdz no rindas, ja:

123.⁶ 1. medicīniskā apaugļošana personai nav nepieciešama vai nav iespējama medicīnisku indikāciju dēļ;

123.⁶ 2. persona ir sasniegusi 38 gadu vecumu;

123.⁶ 3. persona atteikusies no valsts apmaksāta medicīniskās apaugļošanas pakalpojuma saņemšanas;

123.⁶ 4. persona ir mirusi vai zaudējusi tiesības saņemt valsts apmaksātu medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu;

123.⁶ 5. sešu mēnešu laikā kopš uzaicinājuma nosūtīšanas persona nav vērsusies ārstniecības iestādē, lai saņemtu valsts apmaksātu medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu.

123.⁷ Persona var zaudēt tiesības turpināt valsts apmaksāta medicīniskās apaugļošanas pakalpojuma saņemšanu, ja viņai ir uzsākta medicīniskās apaugļošanas procedūras izī viņa nav vērsusies ārstniecības iestādē procedūras turpināšanai, izņemot gadījumu, ja pārtraukums radies personas veselības stāvokļa dēļ.";

1.19. svītrot 135.4, 135.5. un 135.6. apakšpunktā vārdus "(blakus diagnoze)";

1.20. papildināt noteikumus ar 140.¹, 140.² un 140.³ punktu šādā redakcijā:

"140.¹ Ārstniecības iestāde rehabilitācijas pakalpojumus ambulatori sniedz šādā prioritārā secībā:

140.¹ 1. personām ar akūtiem un subakūtiem funkcionēšanas traucējumiem, kas izpaužas kā komunikācijas, kognitīvo spēju, kustības, pašaprūpes, instrumentālās ikdienas al

140.¹ 2. personām ar subakūtiem funkcionēšanas traucējumiem, kas ierobežo personas darbības un var izraisīt invaliditāti (prognozējamā invaliditāte);

140.¹ 3. personām ar hroniskiem funkcionēšanas traucējumiem rehabilitācijas plānā noteiktos intervālos, ja persona ir dinamiskā novērošanā;

140.¹ 4. pārējām personām ar funkcionāliem traucējumiem.

140.² Ārstniecības iestāde nodrošina, ka šo noteikumu 140.¹ punktā norādītajās personu grupās prioritāri rehabilitācijas pakalpojumus saņem bērni līdz triju gadu vecumam ar attīstībai.

140.³ Ir šādi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi:

140.³ 1. akūtās rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz vienlaikus ar akūtas saslimšanas vai slimības paasinājuma ārstēšanu līdz trim mēnešiem no saslimšanas vai slimības

140.³ 2. subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz līdz sešiem mēnešiem no saslimšanas vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža;

140.³ 3. ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi hronisku funkcionēšanas traucējumu gadījumā, kurus sniedz ilgāk par sešiem mēnešiem pēc saslimšanas vai slimības paasinājuma attīstības traucējumu gadījumā, iekļaujot pacientu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.";

1.21. izteikt 147. punktu šādā redakcijā:

"147. Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts personu var iekļaut novērošanā.";

1.22. izteikt 162.11. un 162.12. apakšpunktu šādā redakcijā:

"162.11. reto slimību kabinets valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus:

162.11.1. pacientiem ar vielmaiņas traucējumiem (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10 E70–E90) vai retām slimībām (ORPHA kodi);

162.11.2. pacientiem ar iedzimtām anomālijām;

162.11.3. grūtniecēm, kurām pierādīta augļa iedzimta attīstības anomālija;

162.11.4. valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē esošiem bērniem, kuriem nepieciešama uzturē

162.12. diabēta pacientu apmācības kabinets, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus personām ar cukura diabētu (diagnožu kods saskaņā ar SSK-10 E11).";

1.23. svītrot 162.13. apakšpunktu;

1.24. izteikt 168.7. apakšpunktu šādā redakcijā:

"168.7. samaksa par šo noteikumu 3. pielikuma 3.2.43.3., 3.2.43.4. un 3.2.53. apakšpunktā minētā veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu atbilstoši tāmes finansējumam, ko prognozējot pacientu skaitu, kas tāmes ietvaros saņems nepieciešamo ārstēšanu";

1.25. papildināt noteikumus ar 168.8. apakšpunktu šādā redakcijā:

"168.8. ikmēneša fiksētais maksājums samaksai par līgumā ar dienestu noteiktajās pakalpojumu programmās ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem valsts sabiedrībā universitātes slimnīcā.";

1.26. izteikt 169. punktu šādā redakcijā:

"169. Šo noteikumu 168.2. apakšpunktā minētajā ikmēneša fiksētajā piemaksā par slimnīcas uzņemšanas nodaļas darbību ir iekļauti izdevumi šo noteikumu 3. pielikuma 1. pielikumā minētajām nodrošināšanai. Šo noteikumu 3. pielikuma 1. punktā minētajām stacionārajām ārstniecības iestādēm ir pienākums nodrošināt šo noteikumu 3. pielikuma 1. punktā minēto specializāciju iestāde nenodrošina šo noteikumu 3. pielikuma 1. punktā minēto speciālistu diennakts dežūras, dienests var samazināt ikmēneša fiksēto piemaksu par slimnīcas uzņemšanas

1.27. izteikt 180. punktu šādā redakcijā:

"180. Dienests no valsts budžeta līdzekļiem, kas paredzēti laboratorisko izmeklējumu nodrošināšanai ambulatorai aprūpei, plāno šo noteikumu 2. pielikumā norādīto ambulatoro paredzēto līdzekļu apmēru (izņemot šo noteikumu 1. pielikuma 3. punktā, 7. pielikumā, 34. pielikumā un 36. pielikumā norādīto laboratorisko izmeklējumu apmaksai nepieciešamo šo noteikumu 2. pielikuma 2. punktā minēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai, tai skaitā atsevišķi nosakot nepieciešamo līdzekļu apmēru šo noteikumu 2. pielikumā minētajām ambulatorajām laboratoriskajām pakalpojumu apmaksai.";

1.28. izteikt 186., 187. un 188. punktu šādā redakcijā:

"186. Aprēķinot līdzekļu apmēru, kas nepieciešams, lai speciālists sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ietvaros pacientu nosūtītu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu

186.1. fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstam, oftalmologam, psihiatram, bērnu psihiatram, bērnu neirologam – 0,03;

186.2. bērnu ķirurgam, anesteziologam, reanimatologam – 0,10;

186.3. otolaringologam, traumatologam, ortopēdam – 0,23;

186.4. narkologam – 0,34;

186.5. ķirurgam, neirologam – 0,60;

186.6. kardiologam, urologam – 0,86;

186.7. dermatologam, venerologam, pneimonologam, bērnu pneimonologam, ginekologam, dzemdību speciālistam, pediatram – 1,18;

186.8. infektologam, onkologam ķīmijterapiķim, internistam – 2,90;

186.9. endokrinologam, bērnu endokrinologam – 3,97;

186.10. imunologam – 12,57;

186.11. ģenētiķim – 42,10;

186.12. pārējiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem, kas minēti šo noteikumu 13. pielikuma 3. punktā, – 1,89.

187. Katram šo noteikumu 186. punktā minētajam sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistam kopējo līdzekļu gada apmēru, kura ietvaros speciālists pacientu nosūtījis ārstēšanai, aprēķina, atbilstoši šo noteikumu 185. punktam aprēķināto uz vienu epizodi ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru reizīnā ar attiecīgā speciālista koeficientu un konkrētā speciālista epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusgadā, kas reizīnāts ar divi.

188. Līdzekļu gada apmēru, kura ietvaros speciālists pacientu nosūta ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, katram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes s ārstniecības iestādī noslēgtajā līgumā par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, summējot kopā visu attiecīgās ārstniecības iestādē: speciālistu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus, kas aprēķināti atbilstoši šo noteikumu 187. punktam.”;

1.29. izteikt 194. punktu šādā redakcijā:

”194. Ja dienests, veicot šo noteikumu 191. punktā minēto izvērtējumu par iepriekšējo gadu, konstatē, ka ģimenes ārsts nav izlietojis līgumā norādītos ambulatoro laboratorisk pilnā apmērā, bet ir izlietojis vismaz 80 % no līgumā norādītā ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzētā līdzekļu apmēra, ģimenes ārstam, kurš strādājis piln izmaksā 20 % no starpības starp līgumā norādīto summu un faktiski izlietoto līdzekļu apmēru.”;

1.30. izteikt 212.2.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

”212.2.2. par nacionālās references laboratorijas funkciju nodrošināšanu – atbilstoši normatīvajam aktam, kas nosaka kārtību, kādā piešķir un anulē nacionālās references lab jomā vai aptur tās darbību, kā arī par nacionālās references laboratorijas tiesībām un pienākumiem;”;

1.31. papildināt noteikumus ar 212.2.2.¹ punktu šādā redakcijā:

”212.2.2.¹ par barotņu iegādi un izplatīšanu tuberkulozes bakterioloģiskai diagnostikai, humānās imūndeficīta vīrusa infekcijas diagnostikai nepieciešamo reaģentu iegādi un profilakses (PEP) nodrošināšanu ārstniecības personām, humānās imūndeficīta vīrusa infekcijas vertikālās profilakses nodrošināšanu, humānās imūndeficīta vīrusa opurtūnis imūnbioloģisko preparātu glabāšanu, kā arī tuberkulozes medikamentu izplatīšanu – ar sabiedrību ar ierobežotu atbildību ”Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”;;

1.32. papildināt 213.2. apakšpunktu aiz vārdiem ”pakalpojuma veids ”Citoloģiskās analīzes”” ar vārdiem un skaitli ”un kuri iepriekšējā gadā ir veikuši vismaz 1 000 valsts apmē

1.33. izteikt 222. punktu šādā redakcijā:

”222. Ja konkrētajā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā atbilstoši šo noteikumu 220. un 221. punktam aprēķinātais sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pē vidējā rādītāja, dienests izvērtē nepieciešamību veikt šo noteikumu 224. punktā minēto atlases procedūru, veicot plānošanas teritorijā esošo ārstniecības iestāžu aptauju par t veselības aprūpes pakalpojumu apjomu šajā veselības aprūpes pakalpojumu veidā, izņemot šādus gadījumus:

222.1. aptauju neveic par tiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru sniegšanai šo noteikumu 215.2. apakšpunktā noteiktajā kārtībā ir izvēlēti jaun

222.2. aptaujā neietver tos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, kuri attiecīgajā pakalpojumu veidā neizpilda līgumā noteikto apjomu.”;

1.34. izteikt 227.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

”227.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja sniegto veselības aprūpes pakalpojumu veidi, iespējamais aprūpes epizožu un izmeklējumu skaits un to nodrošināšanai izma vērtējot, vai pretendents ir līgumattiecībās ar dienestu un izpilda līgumā ar dienestu noteikto apjomu tajā pakalpojumu veidā, uz kuru izsludināta pakalpojumu sniedzēju atlē

1.35. izteikt 236. punktu šādā redakcijā:

”236. Līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem dienests slēdz uz laiku, kas nav īsāks par trim gadiem un nepārsniedz 10 gadus.”;

1.36. papildināt 237. punktu aiz vārdiem ”noteiktajai kārtībai” ar vārdiem ”kā arī ir noslēguši līgumu ar dienestu par vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistē nozares elektroniskās informācijas sistēmas darbību regulējošajos normatīvajos aktos noteiktos pienākumus”;

1.37. izteikt 241.4. apakšpunkta ievaddaļu šādā redakcijā:

”241.4. pēc dienesta pieprasījuma 10 darbdienu laikā no piedāvājuma izteikšanas dienas izdarīt grozījumus līgumā attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu apjomu vai fin

1.38. izteikt 241.4.6.3. un 241.4.6.3.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

”241.4.6.3. samazina fiksēto maksājumu par DRG grupā ietilpstošajiem pakalpojumiem, ja stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam kopējais stacionēšanas gadīj mēnešos ir mazāks par 90 % no līgumā attiecīgajam periodam plānotā skaita, izņemot šo noteikumu 168.8. apakšpunktā noteikto fiksēto maksājumu, ja ārstniecības iestāde s rādītājus;

241.4.6.3.¹ samazina finansējumu tajās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmās, kurās šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā ir noteikts viena pacienta ārstēša pakalpojumu sniedzējam kādā no šīm pakalpojumu programmām stacionēšanas gadījumu skaits pirmajā pusgadā vai deviņos mēnešos ir mazāks par 90 % no līgumā attiecīga noteikumu 168.8. apakšpunktā noteikto fiksēto maksājumu, ja ārstniecības iestāde sasniedz līgumā ar dienestu noteiktos indikatīvos rādītājus.”;

1.39. papildināt noteikumus ar 247.2.¹ 4. apakšpunktu šādā redakcijā:

”247.2.¹ 4. valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību ”Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” šo noteikumu 168.8. apakšpunktā minēto ikmēneša fiksētā maksājuma apmēru no: saskaitot:

247.2.¹ 4.1. šo noteikumu 247.1. apakšpunktā noteiktajā kārtībā aprēķināto fiksētā maksājuma par DRG grupas pakalpojumiem gada apmēru;

247.2.¹ 4.2. finansējumu, kas aprēķināts, summējot rezultātus, ko iegūst, attiecīgo viena pacienta ārstēšanas tarifu reizinot ar prognozēto pacientu skaitu katrā no tām veselīt noteiktas līgumā ar dienestu;”;

1.40. izteikt 254.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

”254.1. atbilstoši vadības informācijas sistēmā ievadītajai informācijai speciālists valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus ārstniecības iestādē iepriekšējā kalendār: sniedzis vismaz šādā apjomā:

254.1.1. 14 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.1., 3.2., 3.3., 3.4., 3.5., 3.6., 3.7., 3.8., 3.9., 3.10., 3.11., 3.12., 3.13., 3.14., 3.15., 3.16., 3.17., 3.18., 3.19., 3.20., 3.2 minētajā specialitātē;

254.1.2. 12 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.26., 3.27., 3.28., 3.29., 3.30., 3.31., 3.32., 3.33., 3.34., 3.35., 3.36., 3.37., 3.38., 3.59. un 3.60. apakšpunktā minētaj

254.1.3. 18 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.39., 3.40., 3.41., 3.42., 3.43., 3.44., 3.45., 3.46., 3.47., 3.48., 3.49., 3.50., 3.51., 3.52., 3.53., 3.54., 3.55. un 3.56. ap

254.1.4. 15 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.57. un 3.58. apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.5. 9 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.61. apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.6. 5 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.64. apakšpunktā minētajā specialitātē;"

1.41. izteikt 262. punktu šādā redakcijā:

"262. Dienests, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rakstveida iesniegumu, kas iesniegts ne vēlāk kā līdz attiecīgā gada 1. decembrim, ir tiesīgs veikt izmaiņas līgumā noteiktas plānoti kādā no stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu programmām, kurām šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā ir noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs, ne vairāk veselības aprūpes pakalpojumu programmai, kā arī ne vairāk kā 15 % no ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai plānotajiem finanšu līdzekļiem vienā pakalpojuma aprūpes pakalpojumu veidam.";

1.42. papildināt noteikumus ar 263.¹ punktu šādā redakcijā:

"263.¹ Pirms jauna veselības aprūpes pakalpojuma apmaksas modeļa ieviešanas onkoloģijas skrīninga un sirds asinsvadu saslimšanas jomā, lai pārbaudītu plānotā apmaksas rādītājus, Veselības ministriju un attiecīgā veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju ir tiesīgs noteikt plānotā apmaksas modeļa nosacījumiem atbilstošu finansēšanas kārtību.";

1.43. papildināt noteikumus ar 264.5.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"264.5.¹ veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs neizpilda vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas darbību regulējošajos normatīvajos aktos tam noteiktos pienākumus."

1.44. papildināt XI nodaļu ar 264.¹ punktu šādā redakcijā:

"264.¹ Dienests savā tīmekļa vietnē papildus šo noteikumu 135. punktā norādītajai informācijai ievieto datus par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības rādītājiem."

1.45. izteikt 287. punktu šādā redakcijā:

"287. Darba samaksu (D) par veselības aprūpes pakalpojumu aprēķina, ņemot vērā, ka vidējā darba samaksa mēnesī ir noteikta šādā apmērā:

287.1. ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem – 1125,00 *euro*;

287.2. ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem – 675,00 *euro*;

287.3. ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām – 450,00 *euro*.";

1.46. papildināt noteikumus ar 287.¹ punktu šādā redakcijā:

"287.¹ Aprēķinot stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu tarifus, dienests gultasdienas tarifā papildus ietver samaksu par darbu nakts laikā, brīvdienās un svētku dienās.";

1.47. papildināt noteikumus ar 288.¹ punktu šādā redakcijā:

"288.¹ Pirms no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā iekļaut jaunu veselības aprūpes pakalpojumu, kura pamatā ir zāļu lietošana, dienests nosūta ziņojumu valsts budžeta izdevumu komisijai, kurā ir iekļauts ziņojums par zāļu lietošanu, kā arī ziņojums par zāļu lietošanas izdevumu kompensācijas kārtību, iesniegumā norādot, ka zāļu novērtēšana nepieciešama jauna veselības aprūpes pakalpojuma klāstā;

288.¹ 2. dienests ir veicis zāļu ārstniecisko un ekonomisko novērtēšanu saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, iesniegumā norādot, ka zāļu novērtēšana nepieciešama jauna veselības aprūpes pakalpojuma klāstā;

288.¹ 2.1. ir pierādīta zāļu terapeitiskā efektivitāte un priekšrocības attiecīgās slimības ārstēšanā;

288.¹ 2.2. zāļu lietošana atbilst attiecīgās slimības ārstēšanas shēmām vai starptautiskajām ārstēšanas vadlīnijām;

288.¹ 2.3. zāļu forma un stiprums atbilst ārstēšanas shēmai;

288.¹ 2.4. zāļu lietošanas izmaksas ir prognozējamas un samērojamas ar paredzamo terapeitisko efektu un ar attiecīgajā gadā veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem."

1.48. papildināt noteikumus ar 302.¹ punktu šādā redakcijā:

"302.¹ Ja iesniegumu apdrošināšanas kartes saņemšanai persona dienestā iesniedz vienotajā veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmā, persona aizpilda minētajā sistēmā noteikto anketu."

1.49. izteikt 304. punktu šādā redakcijā:

"304. Ja, izskatot šo noteikumu 302. punktā minēto personas iesniegumu, dienests konstatē, ka personai ir tiesības saņemt apdrošināšanas karti, dienests to izsniedz vai nosūta dzīvesvietas adresi, nesagatavojot rakstveida lēmumu.";

1.50. izteikt 307. punktu šādā redakcijā:

"307. Ja, izskatot šo noteikumu 302. punktā minēto personas iesniegumu, dienests konstatē, ka personai nav tiesību saņemt apdrošināšanas karti, dienests sagatavo rakstveida lēmumu, kas paredz, ka personai nav tiesību saņemt apdrošināšanas karti, un nosūta to elektroniski uz personas norādīto elektroniskā pasta adresi (oficiālo elektronisko adresi, ja pacientam ir aktīva elektroniskā pasta adrese) vai deklarēto dzīvesvietas adresi.";

1.51. aizstāt 334. punktā vārdu "pieprasa" ar vārdiem "ir tiesīgs pieprasīt";

1.52. papildināt 336. punkta ievaddaļu aiz vārda "noteikumu" ar skaitli un vārdu "332. un";

1.53. izteikt 369. punktu šādā redakcijā:

"369. Šo noteikumu 16.¹ punkts stājas spēkā 2018. gada 1. janvārī. Šo noteikumu 16.¹ punktā minētās iestādes dienestam nepieciešamos datus tiešsaistes režīmā nodod ar 2018. gada 1. janvārī noteiktā termiņā."

1.54. papildināt noteikumus ar 377., 378., 379., 380., 381., 382., 383., 384., 385., 386., 387., 388., 389. un 390. punktu šādā redakcijā:

"377. Līgumā nosakot finansējuma apmēru samaksai par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem 2018. gadā, nepiemēro nosacījumu, ka plānotais apmērs noteikts 1. jūlijā plānoto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionāra gultasdienu skaitu. Ja šo noteikumu 246. punktā noteiktajā kārtībā aprēķinātais finansējuma apmērs, kas noteikts elektroniskās informācijas sistēmas datus par 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam), ir mazāks par finansējuma apmēru, ko iegūst, aprēķinā izmantojot dienesta vadītāja pirmajiem deviņiem mēnešiem, tad to nosaka, aprēķinā izmantojot dienesta vadītāja informācijas sistēmas datus par 2017. gada pirmajiem deviņiem mēnešiem."

378. Finansējuma apmēru par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" 2018. gadam (plānotais līguma gada apjoms uz 2017. gada 1. oktobri), papildus ņemot vērā plānoto atalgojuma pieaugumu."