



Laidiens: 23.12.2016., Nr. 251
Oficiālās publikācijas Nr.: 2016/251.21

Ministru kabineta noteikumi Nr. 1529

Rīgā 2016. gada 20. decembrī (prot. Nr. 69 38)

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

Izdoti saskaņā ar Ārstniecības likuma
4. panta pirmo daļu

1. Izdarīt Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (Latvijas Vēstnesis, 2013, 253. nr.; 2015, 5., 124., 193., 254. nr.; 2016, 67., 124., 168., 189. nr.) šādus grozījumus:

1.1. svītrot norādē, uz kāda likuma pamata noteikumi izdoti, vārdus un skaitļus "un likuma "Par valsts budžetu 2016. gadam" 66. pantu";

1.2. papildināt noteikumus ar 4.5. apakšpunktu šādā redakcijā:

"4.5. samaksai par organizatoriski metodiskā darba nodrošināšanu ārstniecības iestādēs.;"

1.3. papildināt 51.¹ punktu aiz vārdiem "ģimenes ārsts" ar vārdiem "vai ieslodzījuma vietas ārsts";

1.4. izteikt 74.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

"74.3. urīna ilgkatetera maiņu un aprūpi, mākslīgās atveres (stomas) aprūpi, tai skaitā pacientu un viņa tuvinieku izglītošanu un apmācību par mākslīgās atveres (stomas) aprūpi, kuru dienests vienai personai apmaksā ne vairāk kā piecas reizes, izņemot traheostomas, gastrostomas, nefrostomas, cistostomas aprūpi, kuru dienests apmaksā atbilstoši faktiski sniegto pakalpojumu skaitam;";

1.5. papildināt 96. punktu aiz vārdiem "zobārstniecības pakalpojumu tarifiem" ar vārdiem un skaitli "un ņemot vērā šo noteikumu 35. pielikumā minētos nosacījumus";

1.6. izteikt 131.³ punktu šādā redakcijā:

"131.³ Šo noteikumu 34. pielikumā norādītā ārstniecības iestāde personai, kurai veikta ļaundabīgo audzēju primārā diagnostika un nepieciešama šo noteikumu 34. pielikumā norādītā speciālista konsultācija, nodrošina šādu konsultāciju 10 darbdienu laikā no dienas, kad pacients pieteikts konsultācijai šo noteikumu 51.¹ 4. apakšpunktā noteiktajā kārtībā, kā arī veic šo noteikumu 36. pielikumā minētos izmeklējumus ļaundabīgo audzēju sekundārai diagnostikai, ņemot vērā šādus nosacījumus:

131.³ 1. šo noteikumu 36. pielikumā minētos izmeklējumus pacients saņem tādā laika periodā un kārtībā, lai ievērotu šo noteikumu 131.³ 4. apakšpunktā noteikto termiņu lēmuma pieņemšanai par pacienta ārstēšanas taktiku;

131.³ 2. pēc vienošanās ar pacientu speciālists piesaka pacientu šo noteikumu 36. pielikumā minētajiem izmeklējumiem un informē viņu par plānoto izmeklējuma laiku;

131.³ 3. aizpildot nosūtījumu uz izmeklējumu vai citu medicīnisko dokumentāciju par izmeklējumu veikšanu, norāda šo noteikumu 36. pielikumā minēto attiecīgo diagnozes kodu ar atvasinātajām klasifikācijām atbilstoši SSK-10;

131.³ 4. mēneša laikā pēc pirmās speciālista konsultācijas speciālists vai ārsts konsilijs pieņem lēmumu par pacienta ārstēšanas taktiku.;"

1.7. papildināt 135. punktu aiz vārdiem "tīmekļa vietnē" ar vārdiem "vismaz šādu";

1.8. izteikt 157. punktu šādā redakcijā:

"157. Samaksu par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem dienests veic no līdzekļiem, kurus plāno atbilstoši šo noteikumu IX nodaļai. Ja ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniedzējs mēnesī ir sniedzis šo noteikumu 2. pielikuma 1. punktā minētos pakalpojumus, kuru apmaksai paredzētais apmērs ir lielāks par 7114,36 euro, tad, veic ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksu šim pakalpojumu sniedzējam, dienests piemēro koeficientu 0,9 visam attiecīgajā mēnesī sniegtajam pakalpojumu apjomam."

1.9. svītrot 162.1. un 162.2. apakšpunktu;

1.10. izteikt 168.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"168.1. ikmēneša fiksētais maksājums par pakalpojumu programmās ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuriem nav atbilstoši šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktam noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs un kuri ir iekļauti diagnozēm piesaistīto grupu (turpmāk – DRG grupa) aprēķinā.;"

1.11. izteikt 168.6. un 168.7. apakšpunktu šādā redakcijā:

"168.6. samaksa par pakalpojumu programmās ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ja šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā šiem pakalpojumiem ir noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs, atbilstoši šo noteikumu 3. pielikuma attiecīgajā apakšpunktā noteiktajam viena pacienta ārstēšanas tarifam;

168.7. samaksa par šo noteikumu 3. pielikuma 3.2.43.4. un 3.2.53. apakšpunktā noteiktā veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu atbilstoši tāmes finansējumam, kas noteikt līgumā ar ārstniecības iestādi.;"

1.12. izteikt 169. punktu šādā redakcijā:

"169. Šo noteikumu 168.2. apakšpunktā minētajā ikmēneša fiksētajā piemaksā par slimnīcas uzņemšanas nodaļas darbību ir iekļauti izdevumi, lai nodrošinātu šo noteikumu 3. pielikuma 1. punktā minēto speciālistu diennakts dežūras. Šo noteikumu 3. pielikuma 1. punktā minētajām stacionārajām ārstniecības iestādēm ir pienākums nodrošināt šo noteikumu 3. pielikuma 1. punktā minēto speciālistu diennakts dežūras slimnīcā.;"

1.13. papildināt 178. punktu aiz vārdiem "skrīninga izmeklējumus" ar vārdiem "un mikrobioloģiskos izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai, ja paraugs paņemts pirms persona ievietošanas stacionārajā ārstniecības iestādē";

1.14. izteikt 180., 181. un 181.¹ punktu šādā redakcijā:

"180. Dienests no valsts budžeta līdzekļiem, kas paredzēti laboratorisko izmeklējumu nodrošināšanai ambulatorai aprūpei, plāno šo noteikumu 2. pielikumā norādīto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru, prioritāri plānojot līdzekļus šo noteikumu 2. pielikuma 2. punktā minēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai, tajā skaitā atsevišķi nosakot nepieciešamo līdzekļu apmēru šo noteikumu 2. pielikuma 2.1. un 2.2. apakšpunktā minēto pakalpojumu apmaksai.

181. Kopējo līdzekļu apmēru, kura ietvaros ģimenes ārsti un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālisti nākamajā gadā nosūtīs personas šo noteikumu 2. pielikuma punktā norādīto pakalpojumu saņemšanai, dienests nosaka atbilstoši šo noteikumu 180. punktā noteiktajā kārtībā iegūtajam valsts budžeta līdzekļu apmēram. Līdzekļu proporciju starp ģimenes ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem nosaka atbilstoši sniegtajam laboratorisko pakalpojumu apjoma īpatsvaram kārtējā gada deviņos mēnešos.

181.¹ Finanšu apmēru laboratorisko pakalpojumu sniedzējiem dienests nosaka proporcionāli deviņos mēnešos sniegtajam laboratorisko pakalpojumu apjoma īpatsvaram, ņemot vērā kopējo šo noteikumu 180. punktā minētajā kārtībā aprēķināto laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru. Ja laboratoriskie pakalpojumi sniegti apjomā, kuru izmaksas ir mazākas par 1200 *euro* gadā, dienests ar šo laboratorisko pakalpojumu sniedzēju līgumu neslēdz.";

1.15. izteikt 182.1.4. apakšpunktu šādā redakcijā:

"182.1.4. ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā strādājoša ārsta, kā arī Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādē nodarbināta ārsta nosūtījumu;"

1.16. papildināt noteikumus ar 182.¹ punktu šādā redakcijā:

"182.¹ Ieslodzījuma vietas ārstniecības iestādes, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas vai Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādes ārsti laboratorisko pakalpojumu saņemšanai personas nosūta, ievērojot finanšu līdzekļu apmēru, kuru dienests nosaka atbilstoši starpresoru vienošanās noteiktajai kārtībai.";

1.17. izteikt 185. punktu šādā redakcijā:

"185. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem uz vienu epizodi ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apjoma izmaksas aprēķina šādi: summu, kas iegūta, no šo noteikumu 181. punktā minētajā kārtībā aprēķinātā kopējo līdzekļu apmēra, kura ietvaros sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālisti nākamajā gadā nosūtīs personas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, atņemot šo noteikumu 182. punktā minētajā kārtībā aprēķināto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu nosūtījumiem paredzēto laboratorijas līdzekļu rezervi un šo noteikumu 185.¹ punktā noteiktajā kārtībā aprēķinātās kopējās hemodialīzes pacientu laboratorisko pakalpojumu izmaksas, izdala ar skaitli, kas iegūts, kopējo sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē reizinot ar divi.";

1.18. papildināt noteikumus ar 185.¹ punktu šādā redakcijā:

"185.¹ Pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina hemodialīzi dienas stacionārā, laboratorisko pakalpojumu apjomam paredzēto līdzekļu apmēru nākamajam gadam dienests nosaka, reizinot pacientu skaitu, kas saņēmuši hemodialīzi dienas stacionārā kārtējā gada pirmajā pusgadā, ar laboratorisko izmeklējumu vidējām izmaksām, kas iegūtas par kārtējā gada pirmajā pusgadā šiem pacientiem veiktajiem laboratoriskiem izmeklējumiem, un iegūto skaitli reizinot ar divi.";

1.19. aizstāt 241.4.6.3. un 241.4.6.3.¹ apakšpunktā vārdus un skaitli "deviņos mēnešos ir mazāks par 90 % no līgumā deviņiem mēnešiem plānotā skaita" ar vārdiem un skaitli "pirmajā pusgadā ir mazāks par 90 % no līgumā pirmajam pusgadam plānotā skaita";

1.20. svītrot 244.1.2. apakšpunktā vārdus "histoloģiskos izmeklējumus";

1.21. izteikt 244.1.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

"244.1.3. faktiski veikto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionāra gultasdienu skaits pacientiem, kuri nav minēti šo noteikumu 244.1.1. un 244.1.2. apakšpunktā, 1. mēnešu laikā (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam), nepārsniedzot iepriekšējam gadam līgumā uz 1. jūliju plānoto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionārā gultasdienu skaitu;"

1.22. papildināt noteikumus ar 244.8. apakšpunktu šādā redakcijā:

"244.8. likuma par valsts budžetu kārtējam gadam noteiktais finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī finansējuma palielināšanas gadījumā mērķis, kādam piešķirts papildu finansējums.";

1.23. izteikt 246.1. un 246.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"246.1. aprēķina no valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma, aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētā ārstniecības iestādē atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam);

246.2. aprēķina prognozējamās vidējās izmaksas pacientu iemaksas kompensācijai šo noteikumu 23. punktā minētajām iedzīvotāju kategorijām vienam izmeklējumam vai aprūpes epizodei veselības aprūpes pakalpojumu veidos katrai ārstniecības iestādei atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam);"

1.24. izteikt 247.1. un 247.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"247.1. fiksēt maksājuma par DRG grupas pakalpojumiem gada apmēru iegūst, šo noteikumu 245.3.1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto bāzes tarifu reizinot ar summu, kas aprēķināta, katras ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu, kas aprēķināts šo noteikumu 245.3.2. apakšpunktā minētajā kārtībā, reizinot ar pacientu skaitu;

247.2. ikmēneša fiksētā maksājuma apmēru par DRG grupas pakalpojumiem nosaka kā 1/12 daļu no šo noteikumu 247.1. apakšpunktā noteiktajā kārtībā aprēķinātā fiksētā maksājuma gada apjoma par DRG grupas pakalpojumiem;"

1.25. papildināt noteikumus ar 247.2.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"247.2.¹ finansējuma gada apmēru samaksai par pakalpojumu programmās ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuriem atbilstoši šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktam ir noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs, plāno šādā kārtībā:

247.2.¹ 1. katrā pakalpojuma programmā faktiski ārstēto pacientu skaitu reizina ar šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu un katrai ārstniecības iestādei summē iegūtos rezultātus;

247.2.¹ 2. šo noteikumu 247.2.¹ 1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto finansējumu salīdzina ar iepriekšējā gadā līgumā noteiktā finansējuma apmēru un, ja ārstniecības iestādei aprēķinātais finansējuma apjoms ir lielāks par 100 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā apmēra, to nosaka iepriekšējā gada apmērā, izņemot:

247.2.¹ 2.1. finansējumu dzemdiņu pakalpojumiem, tuberkulozes pakalpojumiem un insulta vienības pakalpojumiem, ko plāno atbilstoši faktiski ārstētajam pacientu skaitam

247.2.¹ 2.2. finansējumu nieru transplantācijas apmaksai, ko plāno, pamatojoties uz publiski pieejamiem aktuālajiem Iedzīvotāju reģistra datiem tādā apmērā, lai nodrošinātu transplantācijas operāciju ne mazāk kā 28 pacientiem uz 1 000 000 iedzīvotājiem;

247.2.¹ 3. ja ārstniecības iestādei, kas minēta šo noteikumu 247.7. apakšpunktā, aprēķinātais finansējuma gada apmērs ir mazāks par 100 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā apmēra, tad to nosaka iepriekšējā gada apmērā;"

1.26. izteikt 247.4. apakšpunktu šādā redakcijā:

"247.4. šo noteikumu 22. pielikumā minēto pakalpojumu un šo noteikumu 16. pielikumā minēto manipulāciju (kas atzīmētas ar divām zvaigznītēm) apmaksai nepieciešamo finansējumu dienests plāno atbilstoši iepriekšējā gadā apmaksātajam apjomam;"

1.27. papildināt noteikumus ar 247.4.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"247.4.¹ šo noteikumu 168.4.2., 168.4.3., 168.4.4. un 168.5. apakšpunktā minēto pakalpojumu apmaksai nepieciešamo finansējumu dienests plāno atbilstoši iepriekšējā gadā apmaksātajam apjomam un pieejamam valsts budžeta finansējumam kārtējam gadam.";

1.28. izteikt 251. punktu šādā redakcijā:

"251. Ja kārtējā gada laikā, izvērtējot kopējo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un kārtējā gada deviņos mēnešos izlieto plānoto finansējumu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, pārskata kārtējā gada sākumā plānoto šo noteikumu 5. punktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaks nodrošināšanai paredzēto finanšu līdzekļu apmēru, dienests ņem vērā noteiktās prioritātes veselības aprūpē un citus apstākļus, kas ietekmē veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.";

1.29. izteikt 254.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"254.1. speciālists valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, izvērtējot vadības informācijas sistēmā ievadīto informāciju, ārstniecības iestādē iepriekšējā kalendāra gadā vidēji vienā darbdienā (sešas stundas) ir 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., 3.22., 3.23., 3.24., 3.25. un 3.26. apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.2. 12 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.27., 3.28., 3.29., 3.30., 3.31., 3.32., 3.33., 3.34., 3.35., 3.36., 3.37., 3.38., 3.39., 3.60. un 3.61. apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.3. 18 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 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., 3.56. un 3.57. apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.4. 15 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.58. un 3.59. apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.5. 9 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.62. apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.6. 5 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13. pielikuma 3.65. apakšpunktā minētajā specialitātē;"

1.30. 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 – 859,00 *euro*;

287.2. ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem – 537,00 *euro*;

287.3. ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām – 400,00 *euro*.";

1.31. svītrot 361. punktu;

1.32. papildināt noteikumus ar 365., 366., 367. un 368. punktu šādā redakcijā:

"365. Fiksētā maksājuma par DRG grupas pakalpojumiem gada apmēru ārstniecības iestādei 2017. gadam dienests aprēķina šādā kārtībā:

365.1. aprēķinot šo noteikumu 247.1. apakšpunktā minēto maksājumu, pacientu skaitu veselības aprūpes pakalpojumu programmās, kas ietilpst DRG grupā, nosaka šādi:

365.1.1. ja faktiski ārstēto pacientu skaits, kas iegūts šo noteikumu 245.1. apakšpunktā minētajā kārtībā, ir mazāks par 90 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā pacientu skaita, tad pacientu skaitu nosaka 90 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra;

365.1.2. ja faktiski ārstēto pacientu skaits, kas iegūts šo noteikumu 245.1. apakšpunktā minētajā kārtībā, ir lielāks par 90 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā pacientu skaita, tad pacientu skaitu nosaka 100 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra;

365.2. šo noteikumu 247.1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto finansējumu salīdzina ar ārstniecības iestādes iepriekšējā gadā plānoto gada maksājumu par DRG grupas pakalpojumiem. Ja iepriekšējā gada maksājums par DRG grupas pakalpojumiem:

365.2.1. ir lielāks par aprēķināto finansējumu, tad no iepriekšējā gada maksājuma atņem aprēķināto finansējumu un iegūto starpību sadala šādā kārtībā:

365.2.1.1. 90 % no iegūtās summas ielāno attiecīgajai ārstniecības iestādei;

365.2.1.2. 10 % no iegūtās summas novirza finansējuma pārdalei starp ārstniecības iestādēm, kas sniedz DRG grupā ietilpstošos pakalpojumus;

365.2.2. ir mazāks par aprēķināto finansējumu, tad no aprēķinātā finansējuma atņem iepriekšējā gada maksājumu un iegūtās starpības 10 % sedz no finansējuma, kas iegūts šo noteikumu 365.2.1.2. apakšpunktā noteiktajā kārtībā;

365.2.3. šo noteikumu 365.2.1.2. apakšpunktā noteiktajā kārtībā iegūto finansējumu, kas šo noteikumu 365.2.2. apakšpunktā minētajā kārtībā nav novirzīts finansējumu starpības segšanai, sadala proporcionāli starp visām ārstniecības iestādēm, ņemot vērā katrai iestādei plānoto DRG grupas pacientu skaitu un katras ārstniecības iestādes veid

darba indeksu, kas aprēķināts šo noteikumu 245.3.3. apakšpunktā minētajā kārtībā;

365.2.4. aprēķināto starpību starp VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" iepriekšējā gada plānoto gada maksājumu par DRG grupas pakalpojumiem un šo noteikumu 247.1., 365.2.1.1. un 365.2.3. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto maksājumu kopsummu novirza šīs ārstniecības iestādes observācijas izdevumu segšanai papildus šo noteikumu 3. pielikuma 1. punktā minētajai piemaksai par pacientu observāciju līdz 24 stundām.

366. Šo noteikumu 169. punktā minētais nosacījums par ārstniecības iestāžu pienākumu nodrošināt šo noteikumu 3. pielikumā minēto speciālistu diennakts dežūras ir piemērojams ar 2017. gada 1. jūliju.

367. Finanšu līdzekļus, ko 2016. gadā piešķīra valsts un pašvaldību ārstniecības iestādēs nodarbināto darba samaksas pieauguma nodrošināšanai un kas paredzēti šī pieauguma nodrošināšanai 2017. gadā, dienests ārstniecības iestādēm izmaksā atbilstoši šo noteikumu 37. pielikumam.

368. Šo noteikumu 32. pielikuma 6. punktā minēto prasību attiecībā uz mākslīgo maisījumu zīdaiņiem un mākslīgā papildu ēdināšanas maisījuma bērniem līdz gada vecumam kuri dzimuši HIV inficētām mātēm, izsniegšanu dienests nodrošina ar 2017. gada 1. aprīli.";

1.33. izteikt 1. pielikuma 1.1.4. apakšpunktu šādā redakcijā:

"1.1.4. 48–72 stundās pēc dzimšanas veikta asins paraugu ņemšana un nosūtīšana uz fenilalanīna un tireotropā hormona noteikšanu asinīs, kā arī līdz divdesmit astotajai dzīves dienai – atkārtota asins paraugu ņemšana un nosūtīšana uz fenilalanīna un tireotropā hormona noteikšanu asinīs, ja pirmais izmeklējums veikts agrāk nekā četrdesmit astotajā stundā pēc dzimšanas;"

1.34. izteikt 3. pielikuma 1. punktu šādā redakcijā:

"1. Fiksētā piemaksa par neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļas darbību:

Nr. p.k.	Slimnīcas (vai slimnīcas grupas) nosaukums un uzņemšanas nodaļā diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamo speciālistu saraksts	Speciālistu skaits		Fiksētās piemaksas gada apjoms (euro)	Piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām gada apjoms (euro)
1.1.	Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"*, kurā diennakts dežūras nodrošina:			1 559 929	348 248
	bērnu ķirurgs	2	15		
	ķirurgs vai traumatologs, ortopēds	5			
	radiologs diagnost	1			
	pediātrs vai neonatologs	6			
	oftalmologs	1			
1.2.	Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:			1 188 639	235 973
	internists	1	11		
	ķirurgs	1			
	neiroķirurgs	1			
	urologs	1			
	ginekologs	1			
	kardiologs	1			
	anestēziologs, reanimatologs	1			
	neirologs	1			
	oftalmologs	1			
	otolaringologs	1			
	radiologs diagnost	1			
1.3.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:			1 702 867	352 503
	ķirurgs	1	16		
	neirologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	neiroķirurgs	1			
	ginekologs	1			
	internists	3			
	urologs	1			
	anestēziologs, reanimatologs	1			
	kardiologs	1			
	radiologs diagnost	1			
	otolaringologs	1			
	oftalmologs	1			
	infektologs	1			
	pneimonologs	1			
1.4.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Liepājas reģionālā slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:			756 407	53 366
	ķirurgs	1	7		
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts	1			
	anestēziologs, reanimatologs	1			
	pediātrs vai neonatologs	1			
	neirologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	ginekologs, dzemdību speciālists	1			
1.5.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:			756 407	51 865

	ķirurgs	1	7		
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
	pediātrs vai neonatologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	ginekologs, dzemdību speciālists	1			
	neirologs	1			
1.6.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Daugavpils reģionālā slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts	2			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
	pediātrs vai neonatologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	ginekologs vai dzemdību speciālists	1			
	neirologs	1			
1.7.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rēzeknes slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
	pediātrs vai neonatologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	ginekologs, dzemdību speciālists	1			
	neirologs	1			
1.8.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Vidzemes slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
	pediātrs vai neonatologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	ginekologs, dzemdību speciālists	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	neirologs	1			
1.9.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jelgavas pilsētas slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
	pediātrs vai neonatologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	ginekologs, dzemdību speciālists	1			
	neirologs	1			
1.10.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jēkabpils reģionālā slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
	pediātrs vai neonatologs	1			
	traumatologs, ortopēds	1			
	ginekologs, dzemdību speciālists	1			
	neirologs	1			
1.11.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jūrmalas slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs vai traumatologs, ortopēds	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts, vai ģimenes (vispārējās prakses) ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
1.12.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ogres rajona slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs vai traumatologs, ortopēds	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts, vai ģimenes (vispārējās prakses) ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
1.13.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Tukuma slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs vai traumatologs, ortopēds	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts, vai ģimenes (vispārējās prakses) ārsts	1			
	anesteziologs, reanimatologs	1			
1.14.	Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Kuldīgas slimnīca", kurā diennakts dežūras nodrošina:				
	ķirurgs vai traumatologs, ortopēds	1			
	internists vai neatliekamās medicīnas ārsts, vai ģimenes (vispārējās prakses) ārsts	1			