



Laidiens: 30.12.2015., Nr. 254

Oficiālās publikācijas Nr.: 2015/254.17

Ministru kabineta noteikumi Nr. 802

Rīgā 2015. gada 22. decembrī (prot. Nr. 68 68. §)

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 un likuma "Par valsts budžetu 2016. gadam" 66. pantu

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. nr.) šādus grozījumus:

1.1. papildināt norādi, uz kāda likuma pamata noteikumi izdoti, aiz skaitļa un vārdiem "4. panta pirmo daļu" ar vārdiem un skaitļiem "un likuma "Par valsts budžetu 2016. gadam" 66. pantu";

1.2. papildināt 11.11. apakšpunktu aiz vārdiem "redzes asumu koriģējošu optikas izstrādājumu izrakstīšanu un iegādi, izņemot" ar vārdiem un skaitli "to izrakstīšanu bērniem, kā arī šo noteikumu XIII nodaļā noteiktajā kārtībā iepirkta";

1.3. svītrot 11.18.11. apakšpunktā vārdus "ja transplantāciju veic bērnam";

1.4. izteikt 11.29. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.29. ķirurģisko palīdzību, izņemot:

11.29.1. dienas stacionārā sniegtu ķirurģisko palīdzību un citu ambulatori sniegtu ķirurģisko palīdzību (tajā skaitā ekto-parazītu noņemšanu);

11.29.2. šādu stacionārā ārstniecības iestādē sniegtu ķirurģisko palīdzību:

11.29.2.1. neatliekamo medicīnisko palīdzību;

11.29.2.2. ķirurģisko ārstēšanu bērniem;

11.29.2.3. ķirurģisko ārstēšanu iekaisīgo zarnu slimību gadījumos;

11.29.2.4. hormonāli aktīvo endokrīno dziedzeru ķirurģisko ārstēšanu;

11.29.2.5. plānveida operācijas personai ar prognozējamu invaliditāti atbilstoši Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajam rehabilitācijas plānam;

11.29.2.6. plānveida operācijas ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā atbilstoši šo noteikumu 168.4.4. apakšpunktam;

11.29.2.7. ķirurģisku ārstēšanu šo noteikumu 3. pielikuma 2. punktā norādītajās veselības aprūpes pakalpojumu programmās (turpmāk – programma "Iezīmētie pakalpojumi");

11.29.3. stacionārā ārstniecības iestādē veiktas plānveida operācijas šo noteikumu 3. pielikuma 3.3. apakšpunktā norādītajā veselības aprūpes pakalpojumu programmā atbilstoši šo noteikumu 179.¹ punktam;";

1.5. izteikt 11.35. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.35. medicīnisko apaugļošanu, ja no valsts budžeta līdzekļiem jau ir apmaksātas divas neveiksmīgas medicīniskās apaugļošanas procedūras, kā arī medicīnisko apaugļošanu sievietēm pēc 37 gadu vecuma, izņemot gadījumu, ja līdz minētajam vecumam uzsāktā olšūnu stimulācija ar medikamentiem ir bijusi veiksmīga un medicīniskā apaugļošana tiek turpināta līdz embrija transfēram bez tā sasaldēšanas;";

1.6. papildināt noteikumus ar 13.1.5. apakšpunktu šādā redakcijā:

"13.1.5. kustības "Jaunsardze" dalībniekiem – izdevumus par veselības aprūpes pakalpojumiem saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem, kas nosaka jaunsargiem apmaksājamos veselības aprūpes pakalpojumus, to saņemšanas nosacījumus un samaksas kārtību;";

1.7. izteikt 14.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

"14.3. par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši šo noteikumu 168. punktā noteiktajiem stacionāro pakalpojumu apmaksas veidiem un šajos noteikumos noteiktajiem tarifiem;";

1.8. izteikt 23.11. apakšpunktu šādā redakcijā:

"23.11. personas, kurām vakcinācijas kalendāra ietvaros veic vakcināciju, stinguma krampju neatliekamo profilaksi, pēcekspozīcijas imunizāciju pret trakumsērgu, kā arī vakcināciju pret gripu atbilstoši normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;";

1.9. papildināt noteikumus ar 39.¹ punktu šādā redakcijā:

"39.¹ Ģimenes ārsts, kurš ar dienestu slēdz līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pamatteritorijā, kurā iepriekš pakalpojumus sniedzis ģimenes ārsts, ar kuru līgumattiecības izbeigušās viņa nāves dēļ, pārņem to pacientu medicīnisko dokumentāciju, kuri bijuši reģistrēti pie mirušā ģimenes ārsta.";

1.10. izteikt 40. punkta otro teikumu šādā redakcijā:

"Personas, kuras pārreģistrācijas termiņa laikā nav reģistrējušās pie cita ģimenes ārsta un kuru dzīvesvieta ir ģimenes ārsta pamatteritorijā, dienests ir tiesīgs reģistrēt pie ģimenes ārsta, kurš pārņem šo noteikumu 39. punktā minētā ģimenes ārsta praksi vai darbības pamatteritoriju, tai skaitā tās daļu.";

1.11. papildināt noteikumus ar 49.1.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"49.1.¹ persona, kuras reģistrācija pie ģimenes ārsta ir bloķēta šo noteikumu 45. punktā minētajos gadījumos;"

1.12. izteikt 50. punkta ievaddaļu šādā redakcijā:

"50. Ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus apmērā, kādā to saņem ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētā persona, saņem arī šo noteikumu 49.1.¹ apakšpunktā minētās personas un:"

1.13. izteikt 53.1.4. apakšpunktu šādā redakcijā:

"53.1.4. var neatbilst šo noteikumu 53.1.1. vai 53.1.2. apakšpunktā minētajiem nosacījumiem par pieņemšanas laiku pamatpraksē, ja ģimenes ārsts ir vienojies par to ar dienestu šādos gadījumos:

53.1.4.1. reģistrēto pacientu skaits praksē ir mazāks par 500 pacientiem;

53.1.4.2. ģimenes ārstam ir vairāk par divām papildus pieņemšanas vietām;

53.1.4.3. katrā administratīvajā teritorijā, kas ietilpst ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā, dzīvo līdzīgs reģistrēto pacientu skaits;"

1.14. papildināt noteikumus ar 60.¹ punktu šādā redakcijā:

"60.¹ Ģimenes ārsta nāves gadījumā dienests uz laiku, kas nepārsniedz vienu mēnesi, ārstniecības iestādei, kurā strādāja ģimenes ārsts, vai mirušā ģimenes ārsta praksē strādājošai māsai vai ārsta palīgam (feldšerim) piedāvā slēgt līgumu par to, ka dienests atbilstoši šo noteikumu 12. pielikuma 18. punktam apmaksā šādu mirušā ģimenes ārsta māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbu:

60.¹ 1. praksē esošās medicīniskās dokumentācijas kārtošana, veicot tās pilnīgu uzskaiti;

60.¹ 2. medicīniskajā dokumentācijā par pacientu uzkrātās informācijas izsniegšana pēc pacienta lūguma;

60.¹ 3. medicīnisko ierakstu nodošana nākamajam pacienta izvēlētajam ģimenes ārstam;

60.¹ 4. ģimenes ārsta nomāto telpu uzturēšana;

60.¹ 5. medicīniskās dokumentācijas nodošana ģimenes ārstam, kurš ar dienestu noslēdz līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu mirušā ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā.";

1.15. izteikt 61.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"61.2. māsām un ārsta palīgiem (feldšeriem), ņemot vērā, ka šo personu secība sarakstā nav saistoša ārstniecības iestādēm un tās var vienoties par darba attiecībām ar jebkuru no sarakstā esošajām personām;"

1.16. papildināt noteikumus ar 86.¹ punktu šādā redakcijā:

"86.¹ Dienests šo noteikumu 86.1., 86.3. un 86.5. apakšpunktā minēto maksājumu aprēķinos neņem vērā šo noteikumu 49.1.¹ apakšpunktā minētās personas. Par šādai personai sniegtiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests samaksā kā par islaicīgo pacienta aprūpi.";

1.17. svītrot 89. punktā vārdus "(nav islaicīgais pacients)";

1.18. izteikt 91.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

"91.3. šo noteikumu 86.2., 86.3., 86.4. un 86.7. apakšpunktā norādīto maksājumu segšanai;"

1.19. papildināt 100. punktu aiz vārdiem "lietvedības kārtību" ar vārdiem "izņemot nosūtījumu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, kura noformēšanas nosacījumi tiek noteikti dienesta līgumā ar ārstniecības iestādi";

1.20. papildināt 104. punktu aiz vārdiem "kurš izsniedzis nosūtījumu" ar vārdiem "un, ja personai ir nepieciešami tālāki izmeklējumi vai konsultācijas, izsniedz personai nosūtījumu šādu pakalpojumu saņemšanai, kā arī, ja nepieciešams, izraksta kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem, kas regulē ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību";

1.21. papildināt noteikumus ar 130.¹ punktu šādā redakcijā:

"130.¹ Ārstniecības iestāde nodrošina, ka sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus personas saņem šādā prioritārā secībā:

130.¹ 1. personas, kuras saņem neatliekamo medicīnisko palīdzību, bērni un grūtnieces;

130.¹ 2. personas, kurām ir izsniegta darbnespējas lapa, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, kas saistīti ar diagnozi, par kuru izsniegta darbnespējas lapa;

130.¹ 3. personas, kurām iepriekšējā diagnostiskajā izmeklējumā ir atradne, un tās dēļ nepieciešami tālākie izmeklējumi;

130.¹ 4. citas personas.";

1.22. papildināt noteikumus ar 132.¹ punktu šādā redakcijā:

"132.¹ Ārstniecības iestāde nodrošina, ka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts atbilstoši šo noteikumu 139. punktā noteiktajai kārtībai novērtē personu, kuru no stacionārās ārstniecības iestādes pēc ārstēšanas izraksta ar diagnozi I60, I61, I63 un I64. Ja attiecīgajai personai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, viņai izsniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu un rehabilitācijas plānu, kas sagatavots atbilstoši šo noteikumu 151. punktam.";

1.23. izteikt 157. punkta pirmo teikumu šādā redakcijā:

"157. Samaksu par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem dienests veic no līdzekļiem, kurus plāno atbilstoši šo noteikumu IX nodaļai.";

1.24. svītrot 161. punkta otro teikumu;

1.25. papildināt 162.13.1. apakšpunktu aiz apzīmējumiem "E70–E90" ar apzīmējumiem "Q00–Q07; Q21; Q28; Q30; Q33; Q35; Q39–Q45; Q87; Q90–Q93; Q95";

1.26. papildināt 168.4.4. apakšpunkta ievaddaļu aiz vārdiem "invaliditātes iestāšanos" ar vārdiem "vai tās progresēšanu";

1.27. izteikt 168.4.4.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"168.4.4.1. ķirurģiskie, traumatoloģiskie vai rehabilitācijas pakalpojumi personām ar traumām, politraumām, izgulējumiem, apdegumiem, apsaldējumiem un ortopēdiskām saslimšanām;"

1.28. papildināt noteikumus ar 175.¹ punktu šādā redakcijā:

"175.¹ Ja ārstniecības iestāde pārtrauc sniegt kādu no stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas noteikti ar dienestu noslēgtajā līgumā, izdevumus par šajā laikā citā ārstniecības iestādē pacientam sniegto stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sedz tā ārstniecības iestāde, kura pārtraukusi sniegt attiecīgos veselības aprūpes pakalpojumus, par apmaksas kārtību vienojoties ar ārstniecības iestādi, kas faktiski sniedz attiecīgo stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu.";

1.29. papildināt noteikumus ar 179.¹ punktu šādā redakcijā:

"179.¹ Šo noteikumu 3. pielikuma 3.3. apakšpunktā norādītās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmas ietvaros veiktās plānveida ķirurģiskās operācijas gadījumos, kas neatbilst šo noteikumu 11.29.2. apakšpunktā minētajiem kritērijiem, ārstniecības iestādei apmaksā, ja tai pēc šo noteikumu 11.29.2. apakšpunktā minētās ķirurģiskās palīdzības nodrošināšanas ir atlikuši līgumā plānotie finanšu līdzekļi pakalpojumu sniegšanai šīs programmas ietvaros.";

1.30. izteikt 180. un 181. punktu šādā redakcijā:

"180. Dienests no sekundārai ambulatorai veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem atsevišķi plāno šo noteikumu 2. pielikumā norādīto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru (izņemot šo noteikumu 1. pielikuma 3. punktā, 2. pielikuma 1.2. apakšpunktā un 7. pielikumā norādīto laboratorisko izmeklējumu apmaksai nepieciešamos līdzekļus). Šo līdzekļu ietvaros ģimenes ārsti un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālisti, kā arī šo noteikumu 9.2., 9.3. un 9.4. apakšpunktā minētās ārstniecības personas nosūta personas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai.

181. Kopējo līdzekļu apmēru, kura ietvaros ģimenes ārsti un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālisti nākamajā gadā nosūtīs personas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, dienests nosaka kārtējā gadā laboratorisko pakalpojumu apmaksai plānoto līdzekļu apmērā. Proporciju starp ģimenes ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem nosaka atbilstoši laboratorisko pakalpojumu (ar attiecīgajiem nosūtījumiem) īpatsvaram kārtējā gada deviņos kalendāra mēnešos.";

1.31. papildināt noteikumus ar 181.¹ un 181.² punktu šādā redakcijā:

"181.¹ Finanšu apmēru laboratorisko pakalpojumu sniedzējiem dienests ar laboratorisko pakalpojumu sniedzēju noslēgtajā līgumā nosaka proporcionāli kārtējā gada pirmajos deviņos mēnešos sniegto laboratorisko pakalpojumu īpatsvaram valstī, ņemot vērā kopējo šo noteikumu 181. punktā minētajā kārtībā aprēķināto laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru. Ja laboratoriskie pakalpojumi sniegti apjomā, kuru izmaksas ir mazākas par 1200 *euro*, dienests ar šo laboratorisko pakalpojumu sniedzēju līgumu neslēdz. Šo noteikumu 181. punktā minētajā kārtībā aprēķināto līdzekļu apmēru sadala pa laboratorisko pakalpojumu veidiem proporcionāli attiecīgajā pakalpojumu veidā sniegto pakalpojumu īpatsvaram konkrētajā ārstniecības iestādē.

181.² Plānojam ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas, dienests ņem vērā, ka laboratorisko pakalpojumu izmaksas pacientam ar kādu no pamata diagnozēm C00–D48 vai E10–E14 (diagnožu kodi saskaņā ar SSK–10) un ģimenes ārsta nosūtījumu un pacientam, kuram nav šādas diagnozes, veido starpību 32,70 *euro* apmērā. Izmaksu starpības kopējo apmēru dienests nosaka, reizinot 32,70 *euro* ar pacientu skaitu, kas iegūts atbilstoši vadības informācijas sistēmā ievadītajiem datiem par pirmajā pusgadā pacientiem ar pamata diagnozēm C00–D48 vai E10–E14 (diagnožu kodi saskaņā ar SSK–10) sniegtajiem laboratoriskiem pakalpojumiem.";

1.32. izteikt 183., 184., 185. un 186. punktu šādā redakcijā:

"183. Ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas vienai personai nākamajam gadam nosaka šādi:

183.1. nosaka kopējās ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas: no šo noteikumu 181. punktā minētajā kārtībā aprēķinātā kopējo līdzekļu apmēra atņem šo noteikumu 182. punktā minētajā kārtībā aprēķināto ģimenes ārstu nosūtījumiem paredzēto laboratorijas līdzekļu rezervi, kā arī atņem šo noteikumu 181.² punktā noteiktajā kārtībā aprēķinātās kopējās visu personu ar pamata diagnozēm C00–D48 vai E10–E14 (diagnožu kodi saskaņā ar SSK–10) laboratorisko pakalpojumu izmaksas;

183.2. izmaksas vienai personai iegūst, šo noteikumu 183.1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķinātās kopējās izmaksas izdalot ar visu pie ģimenes ārstiem kārtējā gada 30. septembrī reģistrēto personu skaitu, izņemot šo noteikumu 49.1.¹ apakšpunktā minētās personas.

184. Katram ģimenes ārstam ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam aprēķina šādi:

184.1. šo noteikumu 183.2. apakšpunktā noteiktajā kārtībā aprēķināto vienas personas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru reizina ar šādu vecumam atbilstošo koeficientu:

184.1.1. līdz 1 gada vecumam – 0,49;

184.1.2. no 1 gada līdz 6 gadiem – 0,64;

184.1.3. no 7 līdz 17 gadiem – 0,58;

184.1.4. no 18 līdz 44 gadiem – 0,64;

184.1.5. no 45 līdz 64 gadiem – 1,25;

184.1.6. personām, kas vecākas par 65 gadiem, – 1,72;

184.2. katru šo noteikumu 184.1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto skaitli reizina ar ģimenes ārsta reģistrēto personu skaitu, izņemot šo noteikumu 49.1.¹ apakšpunktā minētās personas, attiecīgajā šo noteikumu 184.1. apakšpunktam atbilstošajā vecuma grupā uz kārtējā gada 30. septembri, bet, ja ģimenes ārsts liguma attiecības ar dienestu ir uzsācis kārtējā gada laikā, – ar reģistrēto personu skaitu atbilstošajā vecuma grupā uz kārtējā gada 1. decembri;

184.3. to pacientu skaitu, kas ar attiecīgā ģimenes ārsta nosūtījumu pirmajā pusgadā saņēmuši laboratoriskos pakalpojumus saistībā ar kādu no pamata diagnozēm C00–D48 vai E10–E14 (diagnožu kodi saskaņā ar SSK–10), reizina ar 32,70 *euro*;

184.4. summē atbilstoši šo noteikumu 184.2. un 184.3. apakšpunktam iegūtos skaitļus, tādējādi iegūstot konkrētā ģimenes ārsta kopējo ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam, ko norāda starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu;

184.5. šo noteikumu 9.2., 9.3. un 9.4. apakšpunktā minētajiem ārstiem ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru nākamajam gadam aprēķina, reizinot to personu skaitu uz kārtējā gada 30. septembri, kuras atbilstoši starpresoru vienošanās nosacījumiem ārsts ir tiesīgs nosūtīt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, ar šo noteikumu 183.2. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto līdzekļu apmēru vienai pie ģimenes ārsta reģistrētai personai.

185. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem uz vienu epizodi ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru 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, izdala ar skaitli, kas iegūts, kopējo sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē reizinot ar divi.

186. Aprēķinot ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem, piemēro šādus koeficientus:

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 ķīmijterapeitam, 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.";

1.33. svītrot 212.2.1. apakšpunktu;

1.34. izteikt 238. punktu šādā redakcijā:

"238. Līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu mājās dienests slēdz ar ārstniecības iestādi, kura dienestā iesniedz māsas vai ārsta palīga apliecinājumu par kvalifikācijas paaugstināšanu 40 izglītības stundu apjomā pēdējo piecu gadu laikā saskaņā ar licencētu profesionālās pilnveides izglītības programmu par ārstēšanas un aprūpes procesu mājās.";

1.35. izteikt 241.4.6.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

"241.4.6.3. samazina fiksēto maksājumu par stacionārās ārstniecības iestādes darbību, ja stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam kopējais stacionēšanas gadījumu skaits deviņos mēnešos ir mazāks par 90 % no līgumā deviņiem mēnešiem plānotā skaita;"

1.36. papildināt noteikumus ar 241.4.6.3.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"241.4.6.3.¹ samazina finansējumu tajās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmās, kurās šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā ir noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs, ja stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam kādā no šīm pakalpojumu programmām stacionēšanas gadījumu skaits deviņos mēnešos ir mazāks par 90 % no līgumā deviņiem mēnešiem plānotā skaita;"

1.37. izteikt 242. punktu šādā redakcijā:

"242. Dienests šo noteikumu 241.4.6.2., 241.4.6.3. un 241.4.6.3.¹ apakšpunktā minētajos gadījumos par finansējuma apmēru pārējiem kalendāra gada mēnešiem lemj pēc ārstniecības iestādes paskaidrojuma saņemšanas par līguma neizpildes iemesliem. Ja nav saņemts ārstniecības iestādes paskaidrojums vai dienests secina, ka līgumā noteiktais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms arī turpmāk netiks pildīts, dienests veic finanšu līdzekļu pārplānošanu atbilstoši šo noteikumu 257. un 257.¹ punktā noteiktajai kārtībai. Šo noteikumu 241.4.6.4. apakšpunktā minētajā gadījumā iegūtos finanšu līdzekļus novirza šo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai citam pakalpojumu sniedzējam šajā plānošanas vienībā vai, ja nav cita pakalpojumu sniedzēja šajā plānošanas vienībā, – citam pakalpojumu sniedzējam ģeogrāfiski tuvākajā plānošanas vienībā.";

1.38. izteikt 244.1.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"244.1.2. faktiski veikto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionāra gultasdienu skaits pacientiem, kuri saņēmuši hemodialīzes, hemofiltrācijas, ķīmijterapijas, staru terapijas pakalpojumus vai metadona aizvietojošo terapiju, konsultācijas saistībā ar nieru transplantāciju, histoloģiskos izmeklējumus, kā arī onkologa vai hematologa pakalpojumus, kārtējā gada deviņos mēnešos;"

1.39. papildināt 246.5. apakšpunktu aiz vārdiem "hemofiltrācijas pakalpojumus" ar vārdiem "kā arī konsultācijas saistībā ar nieru transplantāciju, ķīmijterapijas, staru terapijas pakalpojumus vai metadona aizvietojošo terapiju, histoloģiskos izmeklējumus";

1.40. izteikt 251.3.2. apakšpunkta ievaddaļu šādā redakcijā:

"251.3.2. atlikušos finanšu līdzekļus proporcionāli plānotajai līguma summai un atbilstoši atlikušajiem attiecīgā kalendāra gada mēnešiem ārstniecības iestādēm novirza šādā prioritārā secībā:"

1.41. svītrot 251.4.1. apakšpunktā vārdus un skaitli "(izņemot šo noteikumu 24.16. apakšpunktu)";

1.42. aizstāt 257. punkta ievaddaļā skaitli "242.4.6.4." ar skaitli "241.4.6.4.";

1.43. papildināt noteikumus ar 257.¹ un 257.² punktu šādā redakcijā:

"257.¹ Ja atbilstoši šo noteikumu 241.4.6.3. un 241.4.6.3.¹ apakšpunktam tiek iegūti finanšu līdzekļi stacionārajai veselības aprūpei, dienests veic šo līdzekļu pārplānošanu, finansējumu novirzot ģeogrāfiski tuvākajai stacionārajai ārstniecības iestādei tajās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmās, kurās finansējums atbilstoši šo noteikumu 241.4.6.3. un 241.4.6.3.¹ apakšpunktam ir samazināts.

257.² Ja ārstniecības iestāde vēršas dienestā ar iesniegumu, kurā informē par kāda līgumā ar dienestu noteiktā stacionārā veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas izbeigšanu, dienests finansējumu samazina šai ārstniecības iestādei un attiecīgi novirza to ģeogrāfiski tuvākajai stacionārajai ārstniecības iestādei šī pakalpojuma sniegšanai.";

1.44. papildināt 264. punkta ievaddaļu aiz vārdiem "pakalpojuma veidu" ar vārdiem "vai konkrētu ārstniecības personu, kā arī nenoslēgt līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju";

1.45. papildināt noteikumus ar 264.6.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"264.6.¹ ja saņemts kompetentas ārstniecības iestādes atzinums, ka ārstniecības persona valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz, esot alkohola vai citu apreibinošu vielu ietekmē vai ir atteikusies veikt medicīnisko pārbaudi, uz kuru to ir nosūtījusi Veselības inspekcija vai cita persona, kurai atbilstoši normatīvajiem aktiem, kas nosaka alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes pārbaudes kārtību, ir tiesības nosūtīt personu uz medicīnisko pārbaudi apreibinošu vielu ietekmes konstatēšanai;"

1.46. izteikt 329.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"329.2. maksājumu apliecinošu dokumentu, uz kuru pamatojoties iespējams identificēt pakalpojumu saņēmēju;"

1.47. papildināt noteikumus ar 329.3.5. apakšpunktu šādā redakcijā:

"329.3.5. diagnoze, uz kuru pamatojoties personai ir sniegts veselības aprūpes pakalpojums;"

1.48. izteikt 338.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"338.2. par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukumu – 108,32 *euro*;"

1.49. papildināt noteikumus ar 357., 358., 359., 360., 361. un 362. punktu šādā redakcijā:

"357. Ja dienests saskaņā ar šo noteikumu 97. punktu noslēdzis ar pašvaldību līgumu par feldšerpunkta darbību, bet attiecīgā teritorija vairs neatbilst šo noteikumu 97.1. vai 97.2. apakšpunktā minētajam nosacījumam, tad līguma attiecības ar pašvaldību dienests var turpināt ne ilgāk kā trīs gadus no dienas, kad konstatēta neatbilstība kādam no minētajiem nosacījumiem.

358. Šo noteikumu 130.¹ punkts stājas spēkā 2016. gada 1. jūlijā.

359. Šo noteikumu 181.¹ punktā minētais nosacījums par līguma neslēgšanu ar laboratorisko pakalpojumu sniedzējiem, kas laboratoriskos pakalpojumus sniedz apjomā, kuru izmaksas ir mazākas par 1200 *euro*, tiek piemērots ar 2016. gada 1. martu.

360. Dienests finansējuma apmēru stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par DRG grupas veselības aprūpes pakalpojumiem 2016. gadam līgumā nosaka iepriekšējā gada apmērā, to samazinot par apjomu, kas nepieciešams hemodialīzes, hemofiltrācijas un trombolītisko līdzekļu apmaksai atbilstoši faktiski sniegtajam apjomam. Finansējuma samazinājumu dienests aprēķina atbilstoši vidējām šo pakalpojumu izmaksām katrā DRG grupā.

361. Finanšu līdzekļus, kas paredzēti valsts un pašvaldību ārstniecības iestādēs nodarbināto darba samaksas pieauguma nodrošināšanai 2016. gadā, dienests ārstniecības iestādēm izmaksā atbilstoši šo noteikumu 33. pielikumam.

362. Dienests apmaksā ārstniecības iestādei šo noteikumu 20. pielikuma 3.¹, 3.², 3.³, 3.⁴, 3.⁵, 3.⁶, 3.⁷, 3.⁸, 16.¹, 16.² un 16.³ punktā minētos izmeklējumus, kas veikti pacientam ar ģimenes ārsta nosūtījumu, ja nosūtījums izsniegts līdz 2015. gada 31. decembrim.";