



Laidiens: 09.01.2015., Nr. 5
Oficiālās publikācijas Nr.: 2015/5.5

Šī publikācija ir precizēta.
Precizējums: OP 2015/24.4

Ministru kabineta
Rīgā 2014.gada 23.d

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

Izdoti saskaņā ar Ārstniecības likuma 10.pantā noteiktajiem noteikumiem.

1. Izdarīt Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (Latvijas Vēstnesis, 2013, 253. nr.) šādus

1.1. izteikt 6.2.2.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"6.2.2.1. veselības aprūpi, ko sniedz vecmāte vai ārsts, kurš specializējies noteiktā specialitātē un nav minēts šo noteikumu 6.2.1.1. apakšpunktā (turpmāk – speciālists), un citi un ārstniecības atbalsta personas;"

1.2. izteikt 9. punktu šādā redakcijā:

"9. Tiesības nosūtīt personu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai vai izrakstīt ambulatorai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompenzācijas ierīces ir:

9.1. vecmātēm vai ārstiem, kuriem šādas tiesības ir noteiktas starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksāšanu;

9.2. ārstiem, kuri strādā ieslodzījuma vietu ārstniecības iestādēs un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar starpresoru vienošanos par sadarbību, kas noslēgta starp dienestu un ieslodzījuma vietu pārvaldi;

9.3. ārstiem, kuri strādā ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kuras sniedz valsts finansētus ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus;

9.4. ārstiem, kuri nodarbināti Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādēs un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar starpresoru vienošanos par sadarbību, kas noslēgta starp dienestu un bruņotajiem spēkiem;"

1.3. papildināt 10. punkta ievaddaļu aiz vārdiem "saprotamā valodā ievieto" ar vārdiem "kā arī pēc pieprasījuma sniedz";

1.4. izteikt 10.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

"10.3. informāciju par kārtību, kādā iespējams saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstīs, kā arī par kārtību, kādā iespējams saņemt izdevumu atlīdzību par ārvalstīs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;"

1.5. papildināt noteikumus ar 10.¹ punktu šādā redakcijā:

"10.¹ Dienests sadarbojas ar ES, EEZ dalībvalstu un Šveices pārrobežu veselības aprūpes kontaktpunktiem jautājumos par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu ārvalstīs par ārvalstīs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī pēc personas pieprasījuma sniedz ES, EEZ un Šveices kontaktpunktu kontaktinformāciju;"

1.6. svītrot 11.19.3. apakšpunktā vārdus "rehabilitologa vai";

1.7. papildināt noteikumus ar 11.21.4. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.21.4. tādām personām veicamos laboratoriskos izmeklējumus citās ES un EEZ dalībvalstīs vai Šveicē, kurām šāda nepieciešamība ir apstiprināta ar sabiedrības ar ierobežotu Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" konsilija atzinumu un kuras atbilst šo noteikumu 310.3. apakšpunktā minētajam nosacījumam, šādos gadījumos:

11.21.4.1. minimālās reziduālās slimības kontrolei saskaņā ar metodi – faktiskā laikā veikta polimerāzes ķēdes reakcija kaulu smadzeņu aspirātā – personai ar indikācijām alogēnas cilmes šūnu transplantācijai, kurai nepieciešama ārpusģimenes donora meklēšana un konstatētas molekulārģenētiskas izmaiņas, kā arī personai, kurai pēc alogēnas cilmes šūnu transplantācijas konstatētas molekulārģenētiskas izmaiņas;

11.21.4.2. personai pēc alogēnas cilmes šūnu transplantācijas no ārpusģimenes donora nepieciešams himērisma monitorings;"

1.8. aizstāt 11.23.1. apakšpunktā vārdu "rehabilitologa" ar vārdu "logopēda";

1.9. papildināt noteikumus ar 11.23.1.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.23.1.¹ ar ģimenes ārsta vai cita speciālista nosūtījumu, saņemot logopēda vai funkcionālā speciālista sniegtus rehabilitācijas pakalpojumus, – līdz pieciem apmeklējumiem mēnesī;"

1.10. svītrot 11.23.2. apakšpunktā vārdus "vai rehabilitologa";

1.11. izteikt 11.30.9. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.30.9. mugurkaula distrofiski deģeneratīvu slimību ārstēšanu;

11.30.9.1. ar muguras smadzeņu vai zirgastes kompresijas simptomātiku;

11.30.9.2. ar progresējošu mugurkaula deformāciju, ja ir mugurkaula ķirurģijas konsīlija atzinums;"

1.12. svītrot 11.30.10. un 11.30.11. apakšpunktu;

1.13. izteikt 11.35. apakšpunktu šādā redakcijā:

"11.35. medicīnisko apaugļošanu sievietēm pēc 37 gadu vecuma, izņemot gadījumu, ja līdz minētajam vecumam uzsāktā olšūnu stimulācija ar medikamentiem ir bijusi veiksn apaugļošana tiek turpināta līdz embrija transferam bez tā sasaldēšanas.";

1.14. papildināt 13.1.2. apakšpunktu aiz vārdiem "atvaļinātajiem karavīriem" ar vārdiem "un bijušajiem zemessargiem";

1.15. aizstāt 14.3. apakšpunktā skaitļus un vārdus "3. pielikuma 2. punktā" ar skaitļiem un vārdiem "3. pielikuma 3. punktā";

1.16. aizstāt 19. punktā skaitli "42,69" ar skaitli "31,00";

1.17. izteikt 22. punktu šādā redakcijā:

"22. Pacienta iemaksu kopsumma par kalendāra gadā saņemtajiem ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nedrīkst pārsniegt 569,15 *euro*. Izziņi kalendāra gada laikā ir saņēmusi veselības aprūpes pakalpojumus un veikusi pacienta iemaksu (tai skaitā apdrošinātāja vai citas personas segto) 569,15 *euro* apmērā, izsniedz nodaļa atbilstoši personas uzrādītajiem maksājuma dokumentiem.";

1.18. izteikt 23.14. apakšpunktu šādā redakcijā:

"23.14. personas, kuras saņem veselības aprūpi mājās vai paliatīvo veselības aprūpi stacionārājās ārstniecības iestādēs atbilstoši šo noteikumu 3. pielikuma 2.1.26. apakšpunkti veselības aprūpi, ko sniedz ģimenes ārsts mājas vizītes laikā;"

1.19. izteikt 50. punktu šādā redakcijā:

"50. Papildus šo noteikumu 49.2. apakšpunktā minētajam nosacījumam ģimenes ārsta īslaicīgais pacients ir:

50.1. persona, kura atrodas ieslodzījuma vietā un ir vērsusies pie ģimenes ārsta ar ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta nosūtījumu vai kura ir no ieslodzījuma vietas atbrīvota p reģistrācija pie ģimenes ārsta vēl nav atbloķēta;

50.2. persona, kura izrakstīta no psihiatriskā profila stacionārās ārstniecības iestādes un kuras reģistrācija pie ģimenes ārsta vēl nav atbloķēta;

50.3. persona, kura vērsusies pie ģimenes ārsta un kuras reģistrācija pie ģimenes ārsta ir bloķēta atbilstoši šo noteikumu 45.3. apakšpunktam.";

1.20. izteikt 53.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"53.1. ģimenes ārsta pacientu pieņemšanas laiks:

53.1.1. ne mazāk par 20 stundām nedēļā, ja reģistrēto personu skaits praksē ir līdz 2000, tai skaitā ne mazāk par 15 stundām nedēļā pamatpraksē, ja ģimenes ārstam ir vairāka

53.1.2. ne mazāk par 25 stundām nedēļā, ja reģistrēto personu skaits praksē ir vairāk nekā 2000 personas, tai skaitā ne mazāk par 19 stundām nedēļā pamatpraksē, ja ģimenes pieņemšanas vietas;

53.1.3. summējas, ja ģimenes ārstam ir vairākas pieņemšanas vietas;"

1.21. izteikt 67.6.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

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

1.22. aizstāt 72.3. apakšpunktā vārdu "sešu" ar vārdu "triju";

1.23. svītrot 73.2.1. apakšpunktā vārdus "rehabilitologa vai";

1.24. papildināt noteikumus ar 74.7. apakšpunktu šādā redakcijā:

"74.7. to bērnu parenterālu barošanu, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē.";

1.25. svītrot 76. punktā vārdus "vai fizioterapeita asistents";

1.26. papildināt 79. punktu aiz vārdiem un skaitļa "šo noteikumu 74.6." ar vārdu un skaitli "un 74.7.";

1.27. svītrot 81. punktā vārdus "rehabilitologs vai";

1.28. papildināt noteikumus ar 93.¹ punktu šādā redakcijā:

"93.¹ Jaunatvērtās ģimenes ārstu prakses pacientu sarakstā reģistrēto personu skaitu dienests vērtē katru mēnesi divdesmitajā datumā.";

1.29. aizstāt 105. punktā vārdus "un ir nepieciešama personas novērošana pēc manipulācijas veikšanas ne mazāk par trijām stundām" ar vārdiem "un ne mazāk kā trīs stundas nodrošina personas novērošanu pēc manipulāciju veikšanas";

1.30. izteikt 106. punkta ievaddaļu šādā redakcijā:

"106. Dienas stacionārā sniedz ārstniecības pakalpojumus, kurus to sarežģītības, risku vai laikietilpības dēļ nav iespējams sniegt ambulatori, tomēr kuru dēļ nav nepieciešama stacionārā, lai nodrošinātu ārstniecības personu diennakts uzraudzību. Dienas stacionārā neveic izmeklējumus, ārstnieciskās procedūras un ķirurģiskās operācijas, kuras nav dienas stacionārā veicamo pakalpojumu sniegšanu un kuras var veikt atbilstoši normatīvajiem aktiem par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm vai to struktūrvienībām procedūru kabinetā. Ārstniecības pakalpojumu dienas stacionārā raksturo:"

1.31. papildināt noteikumus ar 131.¹ punktu šādā redakcijā:

"131.¹ Ārstniecības iestāde personai, kurai nepieciešama šo noteikumu 25. pielikuma 2.1.8. vai 2.1.17. apakšpunktā minētā speciālista pirmā konsultācija, nodrošina šādu kon darbdienu laikā no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē.";

1.32. papildināt 137. punktu aiz vārdiem "vai novēršanu" ar vārdiem "kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu";

1.33. svītrot 138. punktā "vai rehabilitologs";

1.34. papildināt noteikumus ar 138.¹ punktu šādā redakcijā:

"138.¹ Papildus šo noteikumu 138. punktā minētajām ārstniecības personām to bērnu atlasī, kuriem nepieciešami logopēda vai audiologopēda pakalpojumi, lai novērtētu valc atbilstību vecumam, runas aparāta attīstību, runas muskulatūras tonusu un mēles saites garumu, var veikt ģimenes ārsts. Šādā gadījumā logopēds vai audiologopēds izvērtē b limeņa atbilstību vecumam un, ja ir medicīniskas indikācijas, sniedz bērna vecākiem rekomendācijas un piedāvā apmācību un vingrinājumu kompleksu bērna valodas funkcio koriģējošai terapijai.";

1.35. svītrot 139. punktā vārdus "vai rehabilitologs";

1.36. papildināt noteikumus ar 139.5. apakšpunktu šādā redakcijā:

"139.5. personai optimālāko medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu atbilstoši šo noteikumu 140. punktam.";

1.37. svītrot 140. punktā vārdus "vai rehabilitologa";

1.38. svītrot 141., 142. un 143. punktā vārdu "rehabilitologs" (attiecīgā locījumā);

1.39. izteikt 145., 146. un 147. punktu šādā redakcijā:

"145. Multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir specializēta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma organizācijas forma, ko īsteno multiprofesionāla m komanda, ievērojot šādus nosacījumus:

145.1. pakalpojumu sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (psihiatriskā profila iestādē vai struktūrvienībā pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem – psihiatrs) un dažādu profesiju funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām un konsultantiem;

145.2. multiprofesionālās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā iesaistāmos speciālistus nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, kurš koordinē i komandas darbu;

145.3. multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedz:

145.3.1. kā bāzes pakalpojumu, kas ilgst divas līdz trīs stundas un ietver dažādu funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīn

145.3.2. kā intensīvas rehabilitācijas kursu, kas ilgst trīs līdz četras stundas un ietver dažādu funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažā tehnoloģijas.

146. Multiprofesionālos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz:

146.1. dienas stacionārā – personām ar funkcionēšanas traucējumiem, ja māsu aprūpe un pārraudzība nav nepieciešama 24 stundas diennaktī;

146.2. stacionārajā ārstniecības iestādē – personām stabilā medicīniskajā stāvoklī ar funkcionēšanas traucējumiem, ja māsu aprūpe un pārraudzība ir nepieciešama 24 stunda

147. Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts personu var iekļaut medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.";

1.40. svītrot 148. punkta ievaddaļā vārdus "vai rehabilitologs";

1.41. izteikt 148.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"148.1. nosaka personas veselības stāvokļa un funkcionēšanas kontroles intervālus, organizē rehabilitācijas plāna sagatavošanu vai pārskatīšanu (ne retāk kā reizi gadā) un or

1.42. svītrot 150. punktā vārdus "vai rehabilitologs";

1.43. svītrot 152. punktā vārdus "vai rehabilitologa";

1.44. papildināt 154. punktu ar otro teikumu šādā redakcijā:

"Dienests neapmaksā ārstēšanos dienas stacionārā, ja tās laikā ir veikta kāda no šo noteikumu 3. pielikuma 4. punktā norādītajām ķirurģiskām operācijām, kas nav norādītas š 19. pielikumā.";

1.45. izteikt 168.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"168.1. ikmēneša fiksētais maksājums par stacionāra darbību. Tajā ietilpst:

168.1.1. samaksa par pakalpojumu programmās ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ja atbilstoši šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktam šiem pakalpojumiem ir i ārstēšanas tarifs;

168.1.2. samaksa par pakalpojumu programmās ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuriem nav atbilstoši šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktam noteikts viena un kuri ir iekļauti diagnozēm piesaistīto grupu (turpmāk – DRG grupa) aprēķinā;"

1.46. svītrot 168.4.3. apakšpunktā vārdus "rehabilitologa vai";

1.47. papildināt noteikumus ar 168.7. apakšpunktu šādā redakcijā:

"168.7. samaksa par lielo locītavu endoprotezēšanu – šo noteikumu 3. pielikuma 3.2.27. apakšpunktā noteiktais viena pacienta ārstēšanas tarifs.";

1.48. izteikt 169. punktu šādā redakcijā:

"169. Šo noteikumu 168.2. apakšpunktā minētajā ikmēneša fiksētajā piemaksā par daudzprofilu slimnīcas uzņemšanas nodaļas darbību ir iekļauti izdevumi, lai nodrošinātu se diennakts dežūras (izņemot šo noteikumu 17. pielikuma 1.10. apakšpunktā minēto stacionāro ārstniecības iestādi, kurai ikmēneša fiksētajā piemaksā par reģionu daudzprofilu nodaļas darbību ir iekļauti izdevumi, lai nodrošinātu astoņu speciālistu diennakts dežūras). Reģionu daudzprofilu slimnīcām ir pienākums nodrošināt atbilstoša ārstniecības j dežūras.";

1.49. izteikt 172. punktu šādā redakcijā:

"172. Dienests, plānojot locītavu plānveida endoprotezēšanai nepieciešamos līdzekļus, un ārstniecības iestādē, veicot gūžas locītavas plānveida endoprotezēšanu, ievēro šādu

172.1. gūžas locītavas endoprotezēšanai 90 % gadījumu izmanto cementējamās endoprotēzes, 10 % gadījumu – bezcimenta un hibrīdās endoprotēzes atbilstoši šo noteikumu medicīniskajām indikācijām;

172.2. gūžas locītavas vai ceļa locītavas endoprotezēšanas operāciju apjoms, kurās persona sedz endoprotezēšanas izdevumus 50 % apmērā, nepārsniedz 35 % no kopējā endo skaita.";

1.50. svītrot 176. punktu;

1.51. papildināt 179. punktu aiz vārdiem "personas nāve" ar vārdiem "persona saņēmusi dzemdību palīdzību";

1.52. svītrot 182.1.3. apakšpunktu;

1.53. izteikt 184.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

"184.2. katru šo noteikumu 184.1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto skaitli reizina ar ģimenes ārsta reģistrēto personu skaitu konkrētajā šo noteikumu 184.1. apakšpunktā noteiktajā vecuma grupā uz kārtējā gada 30. septembri, bet, ja ģimenes ārsts līguma attiecības ar dienestu ir uzsācis kārtējā gada laikā, – ar reģistrēto personu skaitu atbilstošajā vecuma grupā uz 1. decembri";

1.54. izteikt 186.13. apakšpunktu šādā redakcijā:

"186.13. pārējiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem, kas minēti šo noteikumu 13. pielikuma 3. punktā vai 4.1.13., 4.1.49.3. un 4.1.49.11. apakšpunktā, –

1.55. aizstāt 191. punktā vārdus un skaitli "no iepriekšējā gada 1. jūlija" ar vārdiem un skaitli "no iepriekšējā gada 1. janvāra";

1.56. 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 laboratoris paredzētos līdzekļus pilnā apmērā, bet ir izlietojis vismaz 80 % no līgumā norādītā ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzētā līdzekļu apmēra, ģimenes ārsta 1. martam izmaksā 20 % no starpības starp līgumā norādīto summu un faktiski izlietoto līdzekļu apmēru.";

1.57. papildināt 205.3. apakšpunktu aiz vārdiem "saņēmis S 2 veidlapu" ar vārdiem "vai pārvest šādu bērnu no ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices ārstniecības iestādes, ja atbilstošā nepieciešama medicīniskā transportēšana";

1.58. papildināt 225. punktu aiz vārdiem "pakalpojumu sniedzēji" ar vārdiem "termiņā, kas noteikts paziņojumā, bet ne mazāk kā";

1.59. aizstāt 238. punktā vārdus "licencētu profesionālās tālākizglītības vai pilnveides programmu" ar vārdiem "licencētu un akreditētu profesionālās pilnveides izglītības programmu";

1.60. aizstāt 240.3. apakšpunktā vārdus "valsts budžeta" ar vārdu "finanšu";

1.61. izteikt 244.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

"244.1. faktiski veikto izmeklējumu, aprūpes epizožu vai dienas stacionāra gultasdienu skaits pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem kārtējā gada pirmajos deviņos mēnešos nosacījumus:

244.1.1. faktiski veikto aprūpes epizožu un izmeklējumu skaits bērniem un grūtniecēm kārtējā gada deviņos mēnešos;

244.1.2. faktiski veikto aprūpes epizožu vai dienas stacionāra gultasdienu skaits pacientiem, kuri saņēmuši hemodializes, hemofiltrācijas, ķīmijterapijas, staru terapijas pakalpojumus, kā arī onkologa vai hematologa pakalpojumus, kārtējā gada deviņos mēnešos;

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, kā mēnešos, piemērojot koeficientu atbilstoši pieejamam valsts budžeta finansējumam kārtējam gadam, kas paredzēts samaksai par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, nepārsniedzot 108 % no līgumā plānotā apjoma konkrētajam pakalpojumu veidam;

244.1.4. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā nav sniedzis šādus veselības aprūpes pakalpojumus, līgumā plānoto aprūpi vai dienas stacionārā pacientu pavadīto dienu skaitu dienests nosaka atbilstoši plānošanas vienībā esošajam iedzīvotāju skaitam, nepārsniedzot 65 % no atbilstošā šo noteikumu 244.1.3. apakšpunktā minētā nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu apjoma;

244.1.5. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājis nepilnu periodu kādā no pakalpojumu veidiem, kas minēti šo noteikumu 244.1.4. apakšpunktā minētos nosacījumus";

1.62. svītrot 244.7. apakšpunktu;

1.63. izteikt 245. punktu šādā redakcijā:

"245. Dienests līguma finanšu apmēru stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nosaka, pamatojoties uz šādiem rādītājiem:

245.1. ārstēto personu skaits veselības aprūpes pakalpojumu programmās (gada apmēru nosaka atbilstoši datiem, kas uz līguma apjoma plānošanas brīdi pieejami par kārtējā attiecinošajiem gadiem):

245.1.1. ņem vērā faktiski ārstēto tuberkulozes un insulta vienības pacientu skaitu;

245.1.2. nieru transplantācijas operāciju skaitu nosaka ne mazāku kā 28 pacienti uz 1 000 000 iedzīvotājiem, pamatojoties uz publiski pieejamiem aktuālajiem iedzīvotāju reģistrācijas datiem;

245.1.3. psihiatrijas pacientu skaitu šo noteikumu 3. pielikuma 3.2.18. un 3.2.21. apakšpunktā minētajās pakalpojumu programmās nosaka ne mazāku kā 75 % no faktiski ārstētajiem pacientiem;

245.1.4. pacientu skaitu veselības aprūpes pakalpojumu programmās, kas ietilpst DRG grupā, nosaka šādi:

245.1.4.1. ja faktiskā izpilde ir mazāka par 90 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā pacientu skaita, tad pacientu skaitu nosaka 90 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra;

245.1.4.2. ja faktiskā izpilde ir lielāka par 90 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā pacientu skaita, tad pacientu skaitu nosaka 100 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra;

245.2. šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā minētie viena pacienta ārstēšanas tarifi;

245.3. rādītāji, kas tiek izmantoti DRG grupas maksājuma aprēķināšanai:

245.3.1. šo noteikumu 17. pielikuma 1. punktā un 3.4., 3.5., 3.6., 3.8. un 3.12. apakšpunktā minēto ārstniecības iestāžu vidējais viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksas katru gadu atbilstoši vadības informācijas sistēmas datiem – pie summas, kas iegūta, reizinot gultasdienu skaitu ar šo noteikumu 3. pielikuma 3.1. apakšpunktā 6. ailē noteiktajiem koeficientiem šo noteikumu 16. pielikumā ar zvaigznīti (*) atzīmēto veikto manipulāciju tarifu summu un iegūto kopsummu dalot ar kopējo stacionēšanas gadījumu skaitu);

245.3.2. DRG grupas koeficients (aprēķina, dalot katras DRG grupas vidējās viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksas ar šo noteikumu 245.3.1. apakšpunktā minētajā k tarifū);

245.3.3. ārstniecības iestādes veiktā darba indekss (summu, kas iegūta, reizinot katras DRG grupas faktisko pacientu skaitu ar DRG grupas koeficientu un summējot iegūtos re faktisko pacientu skaitu);

245.4. finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši likumam par valsts budžetu kārtējam gadam.”;

1.64. izteikt 247.1. apakšpunktu šādā redakcijā:

”247.1. fiksētā maksājuma gada apmēru par stacionāra darbību nosaka, summējot:

247.1.1. šo noteikumu 168.1.1. apakšpunktā minēto maksājumu par gadu (iegūts, šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā norādīto viena pacienta ārstēšanas tarifu reizinot ar pr katrā no veselības aprūpes pakalpojumu programmām un summējot iegūtos rezultātus), kā arī ievērojot šādus nosacījumus:

247.1.1.1. ja ārstniecības iestādei aprēķinātais maksājuma gada apmērs ir lielāks par 100 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā apmēra, tad to nosaka 100 % apmērā no iej

247.1.1.2. ja ārstniecības iestādei, kas minēta šo noteikumu 247.7. apakšpunktā, aprēķinātais maksājuma gada apmērs ir mazāks par 100 % no līgumā iepriekšējam gadam note nosaka 100 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra;

247.1.1.3. ja ārstniecības iestādei, kas nav minēta šo noteikumu 247.7. apakšpunktā, aprēķinātais maksājuma gada apmērs ir mazāks par 100 % no līgumā iepriekšējam gadam nosaka atbilstoši aprēķinātajam gada apmēram;

247.1.1.4. ja paaugstināts šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā minētais iezīmētās programmas viena pacienta ārstēšanas tarifs, maksājuma gada apmēru palielina, nosakot to gadā plānoto pacientu skaitam, kas reizināts ar attiecīgās pakalpojumu programmas tarifu;

247.1.2. šo noteikumu 168.1.2. apakšpunktā minēto maksājumu par gadu (iegūts, šo noteikumu 245.3.1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto bāzes tarifu reizinot ar sumu ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu (aprēķināts šo noteikumu 245.3.2. apakšpunktā minētajā kārtībā) reizinot ar pacientu skaitu);”;

1.65. aizstāt 247.7. apakšpunktā vārdus "pašvaldības sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rēzeknes slimnīca"" ar vārdiem "sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rēzeknes slimnīc

1.66. svītrot 247.8. apakšpunktu;

1.67. aizstāt 251.3.1. apakšpunktā vārdus "no kopējās līguma summas" ar vārdiem "no kopējā sniegto pakalpojumu apjoma”;

1.68. aizstāt 251.3.4. apakšpunktā skaitli "142,29" ar skaitli "150”;

1.69. izteikt 251.4.2. apakšpunktu šādā redakcijā:

”251.4.2. atlikušos līdzekļus novirza proporcionāli gada sākumā noteiktajam līguma apjomam visām stacionārajām ārstniecības iestādēm.”;

1.70. izteikt 255. punktu šādā redakcijā:

”255. Šo noteikumu 254. punktā minētajā gadījumā līgumu ar speciālistu dienests slēdz no nākamā ceturkšņa pirmā datuma pēc tam, kad spēkā stāties lēmums, kurā konstatē 254. punktā minēto kritēriju izpilde. Finanšu apmēru līgumā nosaka atbilstoši speciālista sniegtajam veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, kā arī ievērojot šo noteikumu 1 minēto kārtību.”;

1.71. aizstāt 257.6. apakšpunktā skaitli "142,29" ar skaitli "150”;

1.72. izteikt 259. punktu šādā redakcijā:

”259. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nesasniedz plānoto gada finanšu apmēru, dienests samaksā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam par faktiski sniegtajiem pakalpojumiem. Dienests nenovirza līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu plānotos finanšu līdzekļus, kas paredzēti šo noteikumu 25. pielikuma 2 speciālistu konsultāciju apmaksai, tādu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja veikto izmeklējumu apmaksai, kas sniegti virs līgumā attiecīgajā pakalpojumu veidā plānotā noteikumu 25. pielikuma 2.2. apakšpunktā (izņemot 2.2.12. apakšpunktā minēto pakalpojumu).”;

1.73. papildināt 262. punktu aiz vārdiem "kādā no stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu programmām" ar vārdiem un skaitļiem "kurām šo noteikumu 3. pielikuma 3. punktā pacienta ārstēšanas tarifs”;

1.74. papildināt noteikumus ar 262.¹ punktu šādā redakcijā:

”262.¹ Ja ārstniecības iestāde, kas sniedz gan ambulatorās, gan stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, nav sasniegusi līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu finanšu apmēru, kas plānots stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem trim, sešiem vai deviņiem mēnešiem, dienests, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rakstisku iesniegumu, dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par ārstniecības iestādes faktiski sniegto pakalpojumu apjomu, ir tiesīgs veikt izmaiņas līguma finanšu apmērā un novirzīt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētos finanšu līdzekļus ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai.”;

1.75. papildināt noteikumus ar 264.4.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

”264.4.¹ Ja sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs tiesības sniegt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus nodod citai ārstniecības iestādei

1.76. svītrot 286.1. apakšpunktā vārdus un skaitli "noteikto dalījumu par programmā "Iezīmētie pakalpojumi" un 3.3. apakšpunktā noteikto dalījumu par programmā "Pārējie j

1.77. svītrot 286.3., 286.4. un 286.5. apakšpunktu;

1.78. izteikt 287.2. un 287.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

”287.2. ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem – 522,72 euro;

287.3. ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām – 388,80 euro.”;

1.79. papildināt noteikumus ar 289.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

”289.3. jaunā veselības aprūpes pakalpojuma izmaksu aprēķinu, kas veikts saskaņā ar šādiem principiem:

289.3.1. aprēķinā izmantota izmaksu minimizēšanas analīze vai izmaksu efektivitātes analīze;

289.3.2. aprēķinā ietvertas visas veselības aprūpes pakalpojuma tiešās izmaksas;