



Laidiens: **22.11.2013., Nr. 228**

Oficiālās publikācijas Nr.: **2013/228.10**

Ministru kabineta noteikumi Nr.1269

Rīgā 2013.gada 5.novembrī (prot. Nr.58 47.§)

Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība"

*Izdoti saskaņā ar Ārstniecības likuma
4.panta pirmo daļu*

Izdarīt Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (Latvijas Vēstnesis, 2006, 208.nr.; 2007, 146., 207.nr.; 2008, 118., 202.nr.; 2009, 25., 49., 104., 157., 183., 206.nr.; 2010, 16., 65., 89., 130., 161.nr.; 2011, 2., 8., 66., 90., 102., 158., 205.nr.; 2012, 52., 100., 134., 156., 203.nr.; 2013, 32., 199.nr.) šādus grozījumus:

1. Izteikt 13.¹ punktu šādā redakcijā:

"13.¹ Dienests savā mājas lapā internetā ievieto:

13.¹ 1. informāciju par ārstiem, kuri strādā ārstniecības iestādēs, kas noslēgušas ar dienestu līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem, norādot ārstniecības iestādi, ārsta vārdu, uzvārdu, specialitāti un to, vai ārsts ir tiesīgs izrakstīt ambulatorai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās zāles un medicīniskās preces;

13.¹ 2. informāciju par veselības aprūpes sistēmu Latvijas Republikā:

13.¹ 2.1. pacientu tiesības;

13.¹ 2.2. veselības aprūpes organizēšana un finansēšana;

13.¹ 2.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji;

13.¹ 2.4. obligātās prasības ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām;

13.¹ 2.5. Ārstniecības riska fonda darbība;

13.¹ 2.6. kārtība, kādā iesniedzama sūdzība par veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti;

13.¹ 3. informāciju par kārtību, kādā iespējams saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstīs, un izdevumu atlīdzināšanas kārtību;

13.¹ 4. receptē iekļaujamās informācijas apjomu."

2. Izteikt 130.⁹ punktu šādā redakcijā:

"130.⁹ Ja kārtējā gada laikā kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai ir palielināts vai, izvērtējot kopējo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un plānotā finansējuma veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai izlietojumu kārtējā gada deviņos mēnešos, pārskatīts kārtējā gada sākumā plānotais šo noteikumu 5.punktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nodrošināšanai paredzētais finanšu līdzekļu apjoms, dienests maina līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem plānoto pacientu skaitu un finansējuma apmēru, ievērojot šādus nosacījumus:

130.⁹ 1. līdzekļus ambulatorajai veselības aprūpei un stacionārajai veselības aprūpei sadala proporcionāli kārtējā gada sākumā plānotajam šo noteikumu 5.punktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nodrošināšanai paredzētajam finanšu līdzekļu sadalījumam;

130.⁹ 2. ja faktiski veikto laboratorisko izmeklējumu apmaksai plānotie finanšu līdzekļi ir pārsniegti periodā, kas atbilst pilniem mēnešiem, par kuriem pieejami dati dienesta vadības informācijas sistēmā, papildu finanšu līdzekļus novirza par summu, kas atbilst starpībai starp attiecīgajā periodā faktiski veikto laboratorisko izmeklējumu apjomu un šim periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru, piemērojot atbilstošo koeficientu pārplānošanai kalendāra gadam, un, ja laboratorisko izmeklējumu apmaksai papildus piešķirta noteikta finanšu līdzekļu summa, – nepārsniedzot šo summu. Novirzītos līdzekļus izlieto šo noteikumu 110.³ 1., 110.³ 2. un 110.³ 3.apakšpunktā minēto laboratorisko pakalpojumu apmaksai, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi;

130.⁹ 3. finanšu līdzekļus speciālistu, diagnostisko izmeklējumu un dienas stacionāros sniegto pakalpojumu apmaksai novirza tiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri veselības aprūpes pakalpojumus snieguši ne mazāk kā 90 % apmērā no līgumā plānotā finanšu apjoma vērtēšanas periodā, kas atbilst pilniem mēnešiem, par kuriem pieejami dati dienesta vadības informācijas sistēmā, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi:

130.⁹ 3.1. finanšu līdzekļus prioritāri novirza tiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri ne mazāk kā 85 % no kopējās līguma summas izlietojuši bērniem sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri sniedz hemodialīzes, ķīmijterapijas un staru terapijas pakalpojumus dienas stacionārā, nodrošina speciālistu konsultācijas hematoloģijā un onkoloģijā, staru terapijas pakalpojumus un metadona aizvietojošo terapiju;

130.⁹ 3.2. atlikušos finanšu līdzekļus proporcionāli plānotajai līguma summai un atbilstoši atlikušajiem attiecīgā kalendāra gada mēnešiem novirza ārstniecības iestādēm, kuras atbilstoši ar dienestu noslēgtajam līgumam paredzējušas sniegt veselības aprūpes pakalpojumus vairāk nekā 10 sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidos. Līdzekļus novirza šādā prioritārā secībā:

130.⁹ 3.2.1. speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai;

130.⁹ 3.2.2. diagnostisko izmeklējumu apmaksai;

130.⁹ 3.2.3. dienas stacionāros sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai;

130.⁹ 3.3. ja attiecīgajā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidā ietilpstošo pakalpojumu apmaksai piešķirta noteikta finanšu līdzekļu summa, finanšu līdzekļus sadala, nepārsniedzot šo summu;

130.⁹ 3.4. ja aprēķina rezultātā ārstniecības iestādei finansējuma apmērs pakalpojumu vai pacientu iemaksu sadaļā jāpalielina par summu, kas nepārsniedz 100 latu, dienests ārstniecības iestādei iepriekš noteikto finanšu apmēru nemaina;

130.⁹ 4. papildu finanšu līdzekļus novirza stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi. Līdzekļus novirza šādā secībā:

130.⁹ 4.1. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, dienests aprēķina nepieciešamo finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 10.punktā (izņemot 10.17.apakšpunktu) minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī šo noteikumu 11. un 11.¹ punktā minētajiem gadījumiem, palielinot plānoto finanšu līdzekļu apmēru par summu, kas atbilst starpībai starp pārskata periodā faktiski veikto pacientu iemaksu kompensācijas apmēru un pārskata periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai, piemērojot atbilstošo koeficientu pacienta iemaksas pārplānošanai kalendāra gadam;

130.⁹ 4.2. veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai programmā "Pārējie pakalpojumi" finanšu līdzekļus novirza šādā kārtībā:

130.⁹ 4.2.1. 75 % dienests novirza proporcionāli gada sākumā noteiktajam līguma apjomam programmā "Pārējie pakalpojumi" visām stacionārajām ārstniecības iestādēm;

130.⁹ 4.2.2. 25 % dienests novirza, proporcionāli palielinot programmā "Pārējie pakalpojumi" ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai plānoto summu, visām stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras neatrodas Rīgas pilsētas teritorijā un kurām gada sākumā plānotais stacionēšanas gadījumu skaits ir mazāks par vidējo stacionēšanas gadījumu skaitu valstī, kas aprēķināts šo noteikumu 130.2.1.¹ apakšpunktā noteiktajā kārtībā."

3. Papildināt noteikumus ar 206.¹, 206.², 206.³, 206.⁴ un 206.⁵ punktu šādā redakcijā:

"206.¹ Dienests lemj par iepriekšējas atļaujas izsniegšanu šādu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai kādā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē:

206.¹ 1. lielo locītavu endoprotezēšana stacionārā;

206.¹ 2. kardiokirurģiskā ārstēšana stacionārā;

206.¹ 3. medicīniskā rehabilitācija stacionārā;

206.¹ 4. ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā;

206.¹ 5. medicīniskā apaugļošana.

206.² Dienests atsaka izsniegt iepriekšēju atļauju:

206.² 1. tādu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, kurus sniedz klīnisku pētījumu ietvaros vai kuros izmanto eksperimentālas ārstniecības tehnoloģijas;

206.² 2. ja veselības aprūpes pakalpojumu var saņemt Latvijā šādā termiņā (izņemot gadījumu, ja gaidīšana nav nepieļaujama pacienta veselības stāvokļa un paredzamās slimības attīstības dēļ un tas ir norādīts šo noteikumu 206.³ 2. vai 206.³ 3.apakšpunktā minētajā medicīniskajā dokumentā):

206.² 2.1. šo noteikumu 206.¹ 1.apakšpunktā minētos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus vai šo noteikumu 206.¹ 5.apakšpunktā minētos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus – piecu gadu laikā;

206.² 2.2. šo noteikumu 206.¹ 2. un 206.¹ 3.apakšpunktā minētos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus – 12 mēnešu laikā;