



Laidiens: **03.10.2012., Nr. 156**

Oficiālās publikācijas Nr.: **2012/156.2**

Ministru kabineta noteikumi Nr.654

Rīgā 2012.gada 25.septembrī (prot. Nr.53 23.§)

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*

1. 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.nr.) šādus grozījumus:

1.1. izteikt 14.6.apakšpunktu šādā redakcijā:

"14.6. par cilmes šūnu bankas un dzimumšūnu bankas uzturēšanu";

1.2. papildināt 14.22.3.apakšpunktu aiz vārdiem "ārsta mājas vizītes pie" ar vārdiem "bērniem, kas atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, un";

1.3. papildināt 14.26.3.apakšpunktu aiz vārdiem "ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti" ar vārdiem un skaitļiem "un ilgstoši slimojošām personām vecumā no 15 gadiem līdz tāda vecuma sasniegšanai, kurā atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem tiek piešķirta vecuma pensija (turpmāk – darbspējīgs vecums) atbilstoši šo noteikumu 97.6.apakšpunktam";

1.4. papildināt 14.37.9.apakšpunktu aiz vārdiem "individuālajam rehabilitācijas plānam" ar vārdiem un skaitli "un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā atbilstoši šo noteikumu 97.6.apakšpunktam";

1.5. papildināt 29.punktu aiz vārdiem "plašsaziņas līdzekļos" ar vārdiem "vai dienesta mājaslapā internetā, ja attiecīgajā teritorijā nav iespējams informāciju izziņot vietējos plašsaziņas līdzekļos";

1.6. izteikt 91.⁵ punktu šādā redakcijā:

"91.⁵ Samaksu par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem dienests veic no līdzekļiem, kas nodoti ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista kontrolē saskaņā ar šo noteikumu V¹ nodaļu. Ja ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniedzējs mēnesī ir sniedzis pakalpojumus, kuru apmaksai paredzētais apmērs ir lielāks par 5 000 latu, tad, veicot ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksu šim pakalpojumu sniedzējam, dienests piemēro koeficientu 0,9 visai attiecīgajā mēnesī izmaksājamaī summai.";

1.7. papildināt noteikumus ar 97.5. un 97.6.apakšpunktu šādā redakcijā:

"97.5. samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti personai ar prognozējamu invaliditāti, kura noteikta saskaņā ar normatīvajiem aktiem, atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, šo noteikumu 22.pielikuma 3.punktā noteiktajam gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem, kas šo noteikumu 18.pielikumā atzīmētas ar zvaigznīti (*);

97.6. samaksa par šādiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, šo noteikumu 22.pielikuma 3.punktā noteiktajam gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem, kas šo noteikumu 18.pielikumā atzīmētas ar zvaigznīti (*):

97.6.1. medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi atbilstoši rehabilitologa vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta izstrādātajam rehabilitācijas plānam pacientiem pēc insulta, pēc kardioķirurģiskajām operācijām un pēc lielo locītavu endoprotezēšanas;

97.6.2. atbilstoši ārstu konsilija lēmumam, kurā saslimšana atzīta kā darbspējas apdraudoša, norādītas piemērojamās ārstēšanas metodes un pamatota to izvēle, lai novērstu invaliditātes iestāšanos personām, kuras slimo ilgāk nekā trīs mēnešus:

97.6.2.1. ķirurģiskie vai rehabilitācijas pakalpojumi pacientiem ar traumām, politraumām, dorsopātijām, nervu, nervu saknīšu un pinumu patoloģijām, izgulējumiem, apdegumiem, apsaldējumiem;

97.6.2.2. invazīvās kardioloģijas pakalpojumi pacientiem pēc infarkta;

97.6.2.3. ķirurģiskie pakalpojumi pacientiem ar draudošu aklumu (katarakta, glaukoma un citas acu un to palīgorgānu saslimšanas).";

1.8. papildināt noteikumus ar 102.² punktu šādā redakcijā:

"102.² Ārstniecības iestādes, kuras veic plānveida lielo locītavu endoprotezēšanu, veido un uztur šādas pacientu gaidīšanas rindas:

102.² 1. endoprotezēšana steidzamības kārtā atbilstoši šo noteikumu 32.pielikumā minētajiem kritērijiem;

102.² 2. endoprotezēšana ar 50 % endoprotezēšanas izdevumu apmaksu;

102.² 3. endoprotezēšana vispārējā kārtībā.";

1.9. izteikt 103.¹ punktu šādā redakcijā:

"103.¹ Šo noteikumu 22.pielikuma 3.2.27.1., 3.2.27.1.¹, 3.2.27.3., 3.2.27.4. un 3.2.27.6.apakšpunktā norādītajā viena pacienta ārstēšanas tarifā, veicot plānveida endoprotezēšanu, tai skaitā endoprotezēšanu steidzamības kārtā, pamatojoties uz šo noteikumu 32.pielikumā minētajām medicīniskajām indikācijām, kuras pacientam apstiprinājis ārstniecības iestādē izveidots lielo locītavu problēmu ārstu konsilijs, iekļauti visi endoprotezēšanai nepieciešamie materiāli.";

1.10. svītrot 103.² punktu;

1.11. izteikt 103.³ punktu šādā redakcijā:

"103.³ Viena pacienta ārstēšanas tarifs, ja pacients un ārstniecības iestāde rakstiski vienojas par endoprotezēšanu, pacientam sedzot endoprotezēšanas izdevumus 50 % apmērā, ir norādīts šo noteikumu 22.pielikuma 3.2.27.2., 3.2.27.5. un 3.2.27.7.apakšpunktā.";

1.12. papildināt noteikumus ar 103.⁴ un 103.⁵ punktu šādā redakcijā:

"103.⁴ Dienests, plānojot plānveida gūžas endoprotezēšanai nepieciešamos līdzekļus, paredz 90 % gadījumu cementējamās endoprotēzes izmantošanu, 10 % gadījumu – bezcimenta un hibrīdās endoprotēzes izmantošanu atbilstoši šo noteikumu 32.pielikumā minētajām medicīniskajām indikācijām. Ārstniecības iestāde, veicot plānveida gūžas locītavas endoprotezēšanu, ievēro šo proporciju.

103.⁵ Ja pacients, kurš atrodas gaidīšanas rindā uz gūžas endoprotezēšanu, izvēlas citu endoprotēzes veidu, nekā apmaksā valsts, pacients apmaksā šo noteikumu 22.pielikuma 3.2.27.1.² apakšpunktā noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu (50 % no pacienta ārstēšanas pilna tarifa bez endoprotēzes vērtības) un pilnu izvēlētās endoprotēzes cenu atbilstoši iestādes izsniegtajam rēķinam. Dienests ārstniecības iestādei apmaksā šo noteikumu 22.pielikuma 3.2.27.1.² apakšpunktā noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu (50 % no pacienta ārstēšanas pilna tarifa bez endoprotēzes vērtības).";

1.13. svītrot 130.⁹ 2. un 130.⁹ 2.¹ apakšpunktu;

1.14. izteikt 130.⁹ 2.² apakšpunktu, 130.⁹ 3.apakšpunkta ievaddaļu, 130.⁹ 3.1. un 130.⁹ 3.2.apakšpunktu šādā redakcijā:

"130.⁹ 2.² 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 koeficientu atbilstoši atlikušajiem attiecīgā kalendāra gada mēnešiem un, ja laboratorisko izmeklējumu apmaksai papildus piešķirta noteikta finanšu līdzekļu summa, – nepārsniedzot šo summu, un 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 diagnostisko izmeklējumu, speciālistu 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, šādā kārtībā, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi:

130.⁹ 3.1. finanšu līdzekļus prioritāri novirza tiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuriem ne mazāk kā 85 % no kopējās līguma summas izlietoti 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, kā arī nodrošina staru terapijas pakalpojumus;

130.⁹ 3.2. atlikušos finanšu līdzekļus proporcionāli plānotajai līguma summai un atbilstoši atlikušajiem attiecīgā kalendāra gada mēnešiem novirza pārējo diagnostisko izmeklējumu, speciālistu un dienas stacionāros sniegto pakalpojumu apmaksai;"

1.15. svītrot 130.⁹ 3.3.apakšpunktu;

1.16. izteikt 130.⁹ 3.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

"130.⁹ 3.4. ja attiecīgajā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidā ietilpstošo pakalpojumu apmaksai piešķirta noteikta finanšu līdzekļu summa, finanšu līdzekļus sadala, nepārsniedzot šo summu;"

1.17. svītrot 130.⁹ 3.5.apakšpunktu;

1.18. svītrot 154.punktu;

1.19. izteikt 233.³ 5.apakšpunktu šādā redakcijā:

"233.³ 5. rehabilitācijas pakalpojumus pacientiem ar diagnozēm I60, I61, I63, I64, I69 un bērniem, kas atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē";

1.20. papildināt noteikumus ar 304.punktu šādā redakcijā:

"304. 2012.gadā papildus piešķirto finansējumu samaksai par pacientu observāciju slimnīcu uzņemšanas nodaļās atbilstoši šo noteikumu 22.pielikuma 1.punktam dienests sadala šādā kārtībā:

304.1. šo noteikumu 24.pielikuma 1.1.1., 1.1.2. un 1.1.3.apakšpunktā minētajām ārstniecības iestādēm palielina līgumos noteikto piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām kopējo finansējuma apmēru 2012.gadam, nosakot to šādā apmērā:

304.1.1. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" – Ls 147 819;

304.1.2. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" – Ls 117 128;

304.1.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" – Ls 178 836;

304.2. pārējām šo noteikumu 24.pielikuma 1.punktā minētajām ārstniecības iestādēm piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām kopējo finansējuma apmēru 2012.gadam nosaka apmērā, kuru iegūst, šo noteikumu 22.pielikuma 1.punkta attiecīgā apakšpunkta 5.ailē norādītās summas vienu divpadsmito daļu reizinot ar seši. Ja ārstniecības iestāde pacientu observāciju ir nodrošinājusi mazāk nekā sešus mēnešus, tad finansējumu samaksai par pacientu observāciju aprēķina, šo noteikumu 22.pielikuma 1.punkta attiecīgā apakšpunkta 5.ailē norādītās summas vienu divpadsmito daļu reizinot ar mēnešu skaitu, kuros ārstniecības iestāde atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmā ievadītajai informācijai par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir nodrošinājusi pacientu observāciju. Noteikto finansējumu par mēnešiem, kad netika nodrošināta pacientu observācija, dienests ārstniecības iestādei novirza sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai.";

1.21. svītrot 2.pielikuma 12.17.apakšpunktu;

1.22. izteikt 17.pielikuma 1.punktu šādā redakcijā:

"1. Kritēriji fiksētās piemaksas aprēķinam par steidzamās medicīniskās palīdzības punktu (SMPP) darbības nodrošināšanu:

Nr.p.k.	Līmenis	Kabinetu skaits	Ārsta slodzes	Ārstniecības un pacientu aprūpes personas slodzes
1.1.	1.līmenis	1	4,5	4,5
		1	3,5	3,5
		1		4,5
		1		3,5
1.2.	2.līmenis	2/1	7,5	4,5
1.3.	3.līmenis	3/2	12,0	7,5"

1.23. izteikt 17.pielikuma 10.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

"10.1. 1.līmenis – steidzamo medicīnisko palīdzību saslīmšanu un traumu gadījumos sniedz viens ārsts kopīgi ar vienu māsu vai ārsta palīgu diennakts vai nepilnas diennakts (brīvdienās un svētku dienās (diennakts) un

darbdienās (16.00–8.00)) režīmā vai viens ārsta palīgs diennakts vai nepilnas diennakts (brīvdienās un svētku dienās (diennakts) un darbdienās (16.00–8.00)) režīmā. Ja pacienta stāvokli ārstniecības persona novērtē kā smagu, kam nepieciešama hospitalizācija, tiek izsaukta neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde, lai pacientu nogādātu attiecīgā līmeņa slimnīcā;"

1.24. svītrot 17.pielikuma 13.punktu;

1.25. izteikt 18.pielikuma 1202.punktu šādā redakcijā:

"1202.	20282*	Artroskopiska pleca locītavas subakromiālā dekompresija vai stabilizējoša operācija (apmaksā tikai ambulatori vai dienas stacionārā. Diennakts stacionārā apmaksā gadījumos, ja kontrindikāciju dēļ nav iespējams veikt dienas stacionārā). Neuzrādīt kopā ar manipulāciju 20288	344,85"
--------	--------	--	---------

1.26. izteikt 18.pielikuma 1204.punktu šādā redakcijā:

"1204.	20284*	Artroskopiska pleca rotatoru cīpslu sašūšana. Neuzrādīt kopā ar manipulāciju 20288	319,54"
--------	--------	--	---------

1.27. papildināt 18.pielikumu ar 1330.¹ un 1330.² punktu šādā redakcijā:

"1330. ¹	22011*	Vēdera aortas endoprotezēšanas operācija ar endoprotēzes vērtību	7689,63
1330. ²	22012*	Krūšu aortas endoprotezēšanas operācija bez stentprotēzes vērtības	1150,40"

1.28. papildināt 18.pielikumu ar 1355.¹ un 1355.² punktu šādā redakcijā:

"1355. ¹	22048*	Piemaksa par vēdera aortas endoprotēzes pagarinājuma lietošanu	1441,00
1355. ²	22049*	Piemaksa par stentprotēzi krūšu aortas endoprotezēšanai	6769,15"

1.29. izteikt 18.pielikuma sadaļas "CITĀS SADAĻĀS NEIEKĻAUTĀS MANIPULĀCIJAS (manipulācijas 60001 – 60339; 60400 – 60413)" ievaddaļas 3.punktu šādā redakcijā:

"3. Veselības aprūpei mājās noteiktie līmeņi ārsta palīga (feldšera) vai māsas veiktā darba uzskaitē un apmaksai (izņemot pie pacienta, kuram nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija un kuram sniegtos pakalpojumus uzskaita, izmantojot manipulācijas 60250, 60251, 60252):

1.līmenis (perorālo medikamentu sadale; injekcijas subkutāni, intrakutāni; injekcijas intramuskulāri; injekcijas intravenozi; primāri dzīstošas brūces aprūpe, diegu izņemšana; kolostomas aprūpe; ileostomas aprūpe; nefrostomas aprūpe cistostomas aprūpe) – manipulācija 60259;

2.līmenis (infūzi intravenozi; sekundāri dzīstošas brūces pārsiešana; izgulējumu aprūpe; trofisko čūlu aprūpe; enterālā barošana caur zondi; traheostomas aprūpe; gastrostomas aprūpe; urīna katetra aprūpe; mājas aprūpe bērniem līdz 14 gadiem) – manipulācija 60260.";

1.30. izteikt 18.pielikuma 3030.punktu šādā redakcijā:

"3030.	60009*	Piemaksa par zālēm pacientēm ar diagnozēm N70, N71, N73.0, N73.3, N73.5, O85, O86, T81, kuras pārvestas no citām slimnīcām ķirurģiskai ārstēšanai un intensīvai terapijai uz klīniskajām universitātes slimnīcām (par vienu gultasdienu)	52,20"
--------	--------	--	--------

1.31. izteikt 18.pielikuma 3032. un 3033.punktu šādā redakcijā:

"3032.	60011*	Neoperēto pacientu ārstēšanās kardioreanimācijas nodaļā valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" (par vienu gultasdienu). Neuzrādīt kopā ar manipulācijām 60028 un 60031	30,99
3033.	60012*	Piemaksa par zāļu 0,1 % metadona šķīduma (Methadon oral solution) lietošanu vienai reizei	0,69"