

Rīgā 2010.gadā

Izdoti saskaņā ar Ārstniecības likumu

1.1. izteikt 5.punktu šādā redakcijā:

*5. Veselības norēķinu centrs (turpmāk – centrs) šo noteikumu 2.punktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētos valsts budžeta līdzekļus plāno novirzīt:

5.1. samaksai par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 45 % apmērā;

5.2. samaksai par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 53 % apmērā;

5.3. samaksai par starpvalstu norēķiniem ar Eiropas Savienības (turpmāk – ES) un Eiropas Ekonomikas zonas (turpmāk – EEZ) dalībvalstīm un Šveices Konfederāciju (turpmāk – Šveice) iestādēm par ES un EEZ dalībvalsti un Šveices iedzīvotāju Latvijas Republikā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī prasību izpildei, kuras noteiktas veselības starptautiskajos līgumos. – ne vairāk kā 2 % apmērā.”;

1.2. izteikt 14.14.apakšpunktu šādā redakcijā:

"14.14. par psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību, izņemot šādus gadījumus:

14.14.1. ja palīdzību sniedz psihiatriskā profila slimnīcās vai nodalās;

14.14.2. ja tā papildus nepieciešama, nodrošinot ambulatoro psihiatrisko palīdzību bērniem;

14.14.3. nodrošinot ambulatoro paliatīvo aprūpi bērniem;

14.14.4. ja palīdzību sniedz multiprofesionāla komanda rehabilitācijas programmas ietvaros vai alkohola un narkotisko vielu atkarības medicīniskās rehabilitācijas programmā

14.14.5. veicot tiesu psiholoģiskās ekspertīzes.”:

1.3. aizstāt 14.24.apakšpunktā tekstu "Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas (turpmāk – ES, EEZ)" ar tekstu "ES un EEZ" un vārdus "Šveices Konfederācijā (turpmāk – Šveice)" ar vārdus "Šveicē";

1.4. izteikt 14.36.apakšpunktu šādā redakcijā:

14.36. par ķirurģisko palīdzību, izņemot ambulatori sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, dienas stacionārā sniegto ķirurģisko palīdzību, neatliekamās medicīniskās palīdzību bērniem, ķirurģisko ārstēšanu iekaisīgo zarnu slimību gadījumos, hormonāli aktīvo endokrīno dziedzeru ķirurģisko ārstēšanu, plānveida operācijas personai ar prognozējamu veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajam rehabilitācijas plānam, un ķirurģisko palīdzību personai ar prognozējamu invaliditāti, kas ir iekļauta 2.punktā norādītajās veselības aprūpes pakalpojumu programmās (turpmāk – programma "Iezīmētie pakalpojumi");";

1.5. papildināt noteikumus ar 14.37.9.apakšpunktu šādā redakcijā:

"14.37.9. plānveida operācijas personai ar prognozējamu invaliditāti atbilstoši Veselības un darb spēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam personas ar prognozē rehabilitācijas plānam;"

1.6. svītrot 20.1.apakšpunktā vārdu un skaitli "un 240.¹";

1.7. papildināt noteikumus ar 22.¹ punktu šādā redakcijā:

"22.¹ Pie pediatra registrē vienīgi bērnus līdz 18 gadu vecumam.";

1.8. papildināt noteikumus ar 31.¹ punktu šādā redakcijā:

^{31.1} Centrs izslēdz no pediātra reģistrēto pacientu saraksta pacientu, kurš sasniedzis 18 gadu vecumu. Attiecīgais pediātrs par šo faktu informē pacientu.”;

1.9. izteikt 33.1. un 33.2.apakšpunktu šādā redakcijā:

"33.1. psihiatrisko slimnīcu pacientiem, kuri nepārtraukti ārstējas ilgāk par trijiem mēnešiem;

33.2. ieslodzījumā esošām personām;"

1.10. papildināt noteikumus ar 43.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

43.4. nosūtīt izmeklējamā materiāla paraugu uz laboratoriskajiem izmeklējumiem, nosūtījumā norādīt pacienta atbilstību trūcīgās personas statusam, kas par tādu atzīta saskaņā ar kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu, vai tādas personas statusam, kuras ienākumi uz katru ģimenes locekli nepārsniedz 120 latu mēnesī, statusam, kuras ienākumi pārsniedz 120 latu, bet nepārsniedz 150 latu mēnesī.”;

1.11. izteikt 44.1. un 44.2.apakšpunktu šādā redakcijā:

"44.1. ģimenes ārsta pacientu pieņemšanas laiks:

44.1.1. ne mazāk par 20 stundām nedēļā, ja reģistrēto pacientu skaits praksē ir līdz 2000;

44.1.2. ne mazāk par 25 stundām nedēļā, ja reģistrēto pacientu skaits praksē ir vairāk par 2000 pacientiem;

44.2. prakses darba laiks – ne mazāk par 40 stundām nedēļā, nodrošinot šajā laikā ģimenes ārsta vai māsas, vai ārsta palīga (feldšera) pieejamību ģimenes ārsta pamata praksē;

1.12. izteikt 45.punktu šādā redakcijā:

"45. Ārpus šo noteikumu 44.punktā minētā darba laika ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus republikas pilsētās – Rīgā, Jūrmalā, Ventspilī, Liepājā, Jelgavā, Daugavpilī – var nodrošināt dežūrārsts (ārsts, kurš pieņem pacientus ārpus ģimenes ārsta darba laika). Dežūrārstu skaitu plāno atbilstoši pilsētas iedzīvotāju skaitam, nodroš dežūrārstu uz 40000 iedzīvotāju.";

1.13. papildināt noteikumus ar 53.³ punktu šādā redakcijā:

"53.³ Ja ģimenes ārsts gada laikā pēc valsts finansētās rezidentūras beigšanas iesniedz centrā iesniegumu atbilstoši šo noteikumu 53.punktam, centrs šo ģimenes ārstu reģistr kārta. Ja šādi ģimenes ārsti gaidīšanas sarakstā ir vairāki, tos reģistrē iesniegumu iesniegšanas secībā pirms pārējiem ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā esošajiem ārstiem.";

1.14. svītrot 55.¹ 2.apakšpunktā skaitli "53.²";

1.15. papildināt 57.2.apakšpunktu aiz vārdiem "Kuldīgas novads" ar vārdiem "Mērsraga novads";

1.16. papildināt 57.4.apakšpunktu aiz vārdiem "Jaunpiebalgas novads" ar vārdiem "Kocēnu novads";

1.17. svītrot 57.4.apakšpunktā vārdus "Valmieras novads";

1.18. aizstāt 63.1.apakšpunktā skaitli "85" ar skaitli "87";

1.19. aizstāt 63.2.apakšpunktā skaitli "15" ar skaitli "13";

1.20. papildināt noteikumus ar 67.5.apakšpunktu šādā redakcijā:

"67.5. reģistrēto pacientu skaits primārās veselības aprūpes ārsta sarakstā ir ne mazāks par 600 (primārās veselības aprūpes pediatru sarakstā – 300 bērnu).";

1.21. svītrot 77.punktā skaitli "76.3.";

1.22. papildināt noteikumus ar 77.¹ un 77.² punktu šādā redakcijā:

"77.¹ Nosūtot izmeklējamā materiāla paraugu uz laboratoriskajiem izmeklējumiem, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālists nosūtījumā norāda pacienta atbildi kas par tādu atzīta saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu, vai tādas personas statusam, kuras ienāki nepārsniedz 120 latu mēnesī, vai tādas personas statusam, kuras ienākumi pārsniedz 120 latu, bet nepārsniedz 150 latu mēnesī.

77.² Nosūtot izmeklējamā materiāla paraugu uz laboratoriskajiem izmeklējumiem dienas stacionāra pacientam, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālists nosūtīj dienas stacionāra pacienta statusam.";

1.23. papildināt 88.² punktu aiz vārdiem "rehabilitācijas medicīnas ārsts vai rehabilitologs" ar vārdiem "vai psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs";

1.24. papildināt 88.⁹ punktu aiz vārdiem "vai rehabilitologs" ar vārdiem "psihiatriska profila iestādē vai struktūrvienībā pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem

1.25. papildināt noteikumus ar 91.⁵ punktu šādā redakcijā:

"91.⁵ Samaksu par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem centrs veic no līdzekļiem, kas nodoti ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciā noteikumu V¹ nodaļu. Ja ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniedzējs mēnesī ir sniedzis pakalpojumus, kuru apmaksai paredzētais apmērs ir lielāks par 20 000 latu, tad, pakalpojumu apmaksu šim pakalpojumu sniedzējam attiecīgajā mēnesī, centrs piemēro šādus koeficientus visai attiecīgajā mēnesī izmaksājamai summai:

91.⁵ 1. ja attiecīgajā mēnesī pakalpojumi sniegti par summu no 20 000 latu līdz 49 999,99 latiem, piemēro koeficientu 0,95;

91.⁵ 2. ja attiecīgajā mēnesī pakalpojumi sniegti par summu no 50 000 latu, piemēro koeficientu 0,9.";

1.26. izteikt 97.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

"97.3. samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti šo noteikumu 7.⁶ punktā, 10.17. un 10.18.apakšpunktā minētajām personām, kā arī par ES, EEZ dalībvalstu un sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām un to prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos, atbilstoši faktisko gultasdiē 22.pielikuma 3.punktā noteiktajam gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem, kas šo noteikumu 18.pielikumā atzīmētas ar zvaigznīti (*).";

1.27. papildināt noteikumus ar V¹ nodaļu šādā redakcijā:

"V.¹ Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu finansēšanas kārtība

110.¹ Centrs no sekundārai ambulatorai veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem atsevišķi plāno šo noteikumu 6.pielikumā (izņemot laboratoriskos izmeklē 5.pielikumu) norādīto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru ģimenes ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiē salīdzinot ar kārtējo gadu, finansējuma apmērs sekundārai ambulatorai veselības aprūpei ir samazināts vai palielināts, centrs proporcionāli samazina vai palielina plānoto am pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru.

110.² Laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu kopējo apmēru ģimenes ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem nākamajam gadan

110.² 1. ģimenes ārstiem – kārtējā gadā ar ģimenes ārstu nosūtījumiem faktiski veikto attiecīgo laboratorisko manipulāciju skaitu kārtējā gada pirmajā pusē reizina ar šo man rezultātu reizina ar divi;

110.² 2. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem – kārtējā gadā ar speciālistu nosūtījumiem faktiski veikto attiecīgo laboratorisko manipulāciju skaitu kārtējā manipulāciju tarifu un iegūto rezultātu reizina ar divi.

110.³ No visiem atbilstoši šo noteikumu 110.² punktam aprēķinātajiem līdzekļiem centrs veido finanšu līdzekļu rezervi 5 % apmērā, kuru izmanto:

110.³ 1. laboratorisko pakalpojumu apmaksai atbilstoši faktiski veikto pakalpojumu apjomam, ja tie sniegti:

110.³ 1.1. ar tāda ģimenes ārsta nosūtījumu, kurš saņem fiksēto maksājumu atbilstoši šo noteikumu 70.punktam;

110.³ 1.2. ar dežūrārsta nosūtījumu;

110.³ 1.3. saskaņā ar šo noteikumu 5.pielikumu;

110.³ 2. laboratorisko pakalpojumu apmaksai atbilstoši šo noteikumu 110.¹⁵ punktam.

110.⁴ Vienam pie ģimenes ārsta reģistrētajam pacientam laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru aprēķina, izdalot saskaņā ar šo noteikumu 110.¹ pu aprēķinātos līdzekļus, no kuriem atņemti 5 %, ar kopējo visu ģimenes ārstu reģistrēto pacientu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē.

110.⁵ Katram ģimenes ārstam laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam aprēķina šādi:

110.⁵ 1. atbilstoši šo noteikumu 110.⁴ punktam aprēķināto vienam pie ģimenes ārsta reģistrētajam pacientam laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru koeficientu:

110.⁵ 1.1. pacientiem līdz 1 gada vecumam – 0,69;

110.⁵ 1.2. pacientiem no 1 līdz 6 gadiem – 0,90;

110.⁵ 1.3. pacientiem no 7 līdz 17 gadiem – 0,59;

110.⁵ 1.4. pacientiem no 18 līdz 44 gadiem – 0,56;

110.⁵ 1.5. pacientiem no 45 līdz 64 gadiem – 1,33;

110.⁵ 1.6. pacientiem, kas vecāki par 65 gadiem – 1,84;

110.⁵ 2. katru atbilstoši šo noteikumu 110.⁵ 1.apakšpunktam iegūto skaitli reizina ar ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē konkrētajā šo noteikumu atbilstošajā vecuma grupā;

110.⁵ 3. summē atbilstoši šo noteikumu 110.⁵ 2.apakšpunktam iegūtos skaitļus, iegūstot konkrētā ģimenes ārsta kopējo laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu starp centru un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

110.⁶ Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem uz vienu epizodi laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru aprēķina, izdalot kopējo sask 110.² 2.apakšpunktu un 110.¹ punktu aprēķināto laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru, no kura atņemti 5 %, ar iepriekšējā gada kopējo sekundārās speciālistu epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē, reizinātu ar divi.

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

110.⁷ 1. ginekologam, dzemdību speciālistam, bērnu ginekologam – 1,09;

110.⁷ 2. endokrinologam, bērnu endokrinologam – 3,20;

110.⁷ 3. ģenētiķim – 40,17;

110.⁷ 4. onkologam ķīmijterapiķim – 2,99;

110.⁷ 5. dermatovenerologam – 1,18;

110.⁷ 6. pediatram – 1,71;

110.⁷ 7. pneimonologam (ftiziopneimologs), bērnu pneimonologam – 0,57;

110.⁷ 8. onkologam – 1,68;

110.⁷ 9. oftalmologam – 0,02;

110.⁷ 10. bērnu ķirurgam – 0,09;

110.⁷ 11. psihiatram, bērnu psihiatram – 0,02;

110.⁷ 12. narkologam – 0,01;

110.⁷ 13. pārējiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem – 0,63.

110.⁸ Katram no šo noteikumu 110.⁷ punktā minētajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem kopējo laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu atbilstoši šo noteikumu 110.⁶ punktam aprēķināto uz vienu epizodi laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru reizinot ar šo noteikumu 110.⁷ punktā no koeficientu un konkrētā speciālista epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusgadā, kas pareizināts ar divi.

110.⁹ Ja sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālists līgumattiecībā ar centru nav no konkrētā gada sākuma, tam aprēķina laboratorisko pakalpojumu apmaksai par reizinot 1/12 no vidējā uz vienu attiecīgās specialitātes ārstu aprēķinātā laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēra gadam ar turpmākajiem attiecīgā gada

110.¹⁰ Aprēķināto konkrētajam sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistam laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam norāda starp 110.⁶ un 110.⁹ noslēgtajā līgumā par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, summējot kopā visu attiecīgās ārstniecības iestādes sekundārās ambulatorās speciālistu laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus, kas aprēķināti atbilstoši šo noteikumu 110.⁸ un 110.⁹ punktam.

110.¹¹ Ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista pienākums, nosūtot pacientus ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, ir kontrolēt pakalpojumu apmaksai paredzētā līdzekļu apmēra izlietojumu.

110.¹² Centrs katru mēnesi nodrošina ārstniecības iestādes ar informāciju par ģimenes ārstu un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu laboratorisko pakalpojumu līdzekļu apmēra izlietojumu.

110.¹³ Reizi pusgadā – līdz 1.augustam (par periodu no 1.janvāra līdz 30.jūnijam) un līdz 1.februārim (par periodu no iepriekšējā gada 1.jūlija līdz 31.decembrim) – centrs salīdzina ārstniecības iestādi norādīto laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru ar izlietoto laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru.

110.¹⁴ Ja ģimenes ārsts vai ārstniecības iestāde, kas sniedz ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, nav izlietojusi vairāk kā 20 % no tai līgumā norādītā laboratorisko pakalpojumu līdzekļu apmēra pirmajā pusgadā, šim ģimenes ārstam vai ārstniecības iestādei attiecīgā gada otrajam pusgadam aprēķināto laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu summu, kas ir 50 % no neizlietotā laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēra.

110.¹⁵ Ja ģimenes ārsts vai ārstniecības iestāde, kas sniedz ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, attiecīgā gada pirmajā pusē ir vērsusies centrā ar iesniegumu par lab apmaksai paredzēto līdzekļu apmēra palielināšanu, centrs šim ģimenes ārstam vai ārstniecības iestādei palielina attiecīgā gada otrajai pusei aprēķināto laboratorisko pakalpo līdzekļu apmēru, ja tam ir pieejami līdzekļi un ja:

110.¹⁵ 1. ģimenes ārsts attiecīgā gada pirmajā pusē saņem šo noteikumu 12.pielikuma 12.punktā paredzēto piemaksu par hronisko slimnieku aprūpi apmērā, kas par 25 % pār ārstu aprēķināto piemaksu par hronisko slimnieku aprūpi;

110.¹⁵ 2. ārstniecības iestādē, kurā nodarbināts sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālists, kopējais epizožu skaits attiecīgā gada pirmajā pusē pieaudzis vairāk nel skaita.”;

1.28. svītrot 116.punktā skaitļus "3.3.", "3.6." un "3.12.”;

1.29. papildināt noteikumus ar 121.2.1.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

“121.2.1.¹ ar laboratorijām, kuras atbilst normatīvajos aktos par ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktajām obligātajām prasībām un kurām nav nodokļu vai v obligāto iemaksu parādu;”;

1.30. svītrot 121.4.apakšpunktu;

1.31. svītrot 129.¹ punktu;

1.32. izteikt 130.1.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.1.1. faktiski veikto izmeklējumu vai aprūpes epizožu skaits pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem kārtējā gada deviņos mēnešos, ievērojot šādus nosacījumus:

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

130.1.1.2. faktiski veikto izmeklējumu skaits pacientiem, kuri saņēmuši hemodializes un hemofiltrācijas pakalpojumus, kārtējā gada deviņos mēnešos;

130.1.1.3. nosakot līguma apjomus, finansējumu prioritāri novirza šo noteikumu 24.pielikuma 1.punktā minētajām ārstniecības iestādēm;

130.1.1.4. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā nav sniedzis šādus veselības aprūpes pakalpojumus, līgumā plānoto aprūpes epizožu vai izmekl kā 50 % apmērā no vidējā aprūpes epizožu vai izmeklējumu skaita vienai ārstniecības iestādei, kura sniedz konkrēto pakalpojumu;

130.1.1.5. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājis nepilnu periodu kādā no pakalpojumu veidiem, līg izmeklējumu skaitu nosaka proporcionāli sniegto pakalpojumu apjomam periodā, ja tas nav mazāks par trim kalendāra mēnešiem. Ja pakalpojumu sniegšanas periods ir isāks 130.1.1.4.apakšpunktā minētos nosacījumus;”;

1.33. izteikt 130.1.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.1.3. veikto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru rezultāti un atbilstoši šo noteikumu 128.¹ punktam ar centru saskaņotie veselības aprūpes pakalpo

1.34. izteikt 130.2.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.2.1. ārstēto pacientu skaits pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem, ņemot vērā datus, kas uz līguma apjoma plānošanas brīdi pieejami par kārtējā gada pilniem mēne

130.2.1.1. faktiski ārstēto bērnu un grūtnieču skaits;

130.2.1.2. ne mazāk kā 75 % no faktiski ārstēto onkoloģijas, tuberkulozes un psihiatrijas pacientu skaita;

130.2.1.3. nosakot līguma apjomus, finansējumu prioritāri novirza šādām ārstniecības iestādēm – sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Liepājas reģionālā slimnīca", sabiedrībai "Daugavpils reģionālā slimnīca", valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Jelgavas pilsētas slimnīca", sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "centrālā slimnīca", pašvaldības sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rēzeknes slimnīca", sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" un sabiedrībai "Vidzemes slimnīca", kā arī valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari";”;

1.35. izteikt 130.³ 1.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.³ 1.1. aprēķina no valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma, aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētā ārstniecības vadības informācijas sistēmas datiem par kārtējā gada deviņiem mēnešiem;”;

1.36. izteikt 130.³ 1.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.³ 1.3. no valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma vai aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas reizina ar plānoto izmeklējumu vai epizožu skaitu;”;

1.37. papildināt noteikumus ar 130.³ 2.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.³ 2.4. šo noteikumu 22.pielikuma 4.punktā minēto pakalpojumu finansējumu centrs plāno atbilstoši iepriekšējā gadā apmaksātajam apjomam;”;

1.38. izteikt 130.³ 4.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.³ 4. pacientu iemaksu par līguma ietvaros ārstētiem pacientiem, kas pilnībā vai daļēji atbrīvoti no pacienta iemaksas, un šo noteikumu 7.⁵ punktā minēto līdzmaksājumu virs noteiktā līguma finanšu apmēra, plāno atbilstoši apmaksātajam apjomam iepriekšējā gadā proporcionāli plānotajam kopējam hospitalizāciju skaitam;”;

1.39. papildināt noteikumus ar 130.³ 6.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.³ 6. plānojot fiksēto maksājuma gada apjomu par stacionāra darbību, tiek piemēroti šādi kritēriji:

130.³ 6.1. ja ārstniecības iestādei atbilstoši šo noteikumu 130.³ 2.1.apakšpunktam aprēķinātais fiksētais gada apmērs par stacionāra darbību ir lielāks par 95 % no līgumā iepriekšējā gadā fiksēto maksājumu par stacionāra darbību līgumā nosaka 95 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra (izņemot valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" un sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" iestādēm fiksēto maksājumu par stacionāra darbību līgumā nosaka 90 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra, ja aprēķinātais fiksētais gada apmērs par stacionāra darbību ir lielāks par iepriekšējā gadam noteiktā apmēra);

130.³ 6.2. ja ārstniecības iestādei atbilstoši šo noteikumu 130.³ 2.1.apakšpunktam aprēķinātais fiksētais gada apmērs par stacionāra darbību ir mazāks par 85 % no līgumā noteiktajam, tad fiksēto maksājumu par stacionāra darbību līgumā nosaka 85 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra.”;

1.40. izteikt 130.⁸ punktu šādā redakcijā:

“130.⁸ Līguma finanšu apmēru ārstniecības iestādei, kas izveidota, apvienojoties vairākām ārstniecības iestādēm, vai ārstniecības iestādēm, kas izveidotas, reorganizējot vienu vai vairākas iestādes, nosaka, ņemot vērā kopējos šo noteikumu 130.1. vai 130.2.apakšpunktā minētos attiecīgo ārstniecības iestāžu rādītājus.”;

1.41. izteikt 130.⁹ 2.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.⁹ 2. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, papildu finanšu līdzekļus novirza pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 10.punktā (10.18.apakšpunktu) minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un 11.punktā minētajiem gadījumiem tiem sekundāro ambulatoro veselības aprūpes saņem ikmēneša fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību, plānoto finanšu līdzekļu apmēru palielinot par summu, kas atbilst starpībai starp pārskatāmā perioda faktiskās kompensācijas apmēru un pārskata periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai, piemērojot koeficientu pacientu iemaksu pārplānošanai kalendārā gadam;

1.42. izteikt 130.⁹ 4.1. un 130.⁹ 4.2.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.⁹ 4.1. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, centrs aprēķina nepieciešamo finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 10.17. un 10.18.apakšpunktu) minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī 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 koeficientu pacienta iemaksas pārplānošanai kalendārā gadam;

130.⁹ 4.2. atbilstoši atlikušajai summai centrs proporcionāli palielina programmā "Iezīmētie pakalpojumi" un programmā "Pārējie pakalpojumi" ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu summu visām iestādēm, kurās kopējais hospitalizāciju skaits pārskata periodā ir lielāks par 105 % no plānotā, tajās pakalpojumu programmās, kurās hospitalizāciju skaits ir mazāks par 105 %, palielinot katru pakalpojumu summu par summu, kas nepārsniedz 5 % no gada finansējuma, centrs šajā programā noteikto finansējuma apmēru nemaina.”;

1.43. papildināt noteikumus ar 130.⁹ 4.3. un 130.⁹ 5.apakšpunktu šādā redakcijā:

“130.⁹ 4.3. plānoto finansējumu samaksai par šo noteikumu 22.pielikuma 4.punktā minētajiem pakalpojumiem centrs pārplāno proporcionāli pārskata periodā apmaksātajam finansējumam;

130.⁹ 5. ārstniecības iestādēm, kurām aprēķina papildu finansējumu, veic pakalpojumu pārstrukturizāciju kalendārā gadam atbilstoši pārskatāmajā periodā sniegto pakalpojumu veidos.”;

1.44. izteikt 136.5.apakšpunktu šādā redakcijā:

“136.5. pakalpojumu sniedzējs neizpilda līgumā noteikto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu:

136.5.1. ja kārtējā gada pirmajā pusē ambulatorā līguma finanšu apmēra izpilde ir mazāka par 80 % no plānotā finanšu apmēra pirmajam pusgadam, tad plānotais finanšu apmērs noteikts atbilstoši pirmajā pusgadā finanšu apmēra faktiskai izpildei;

136.5.2. ja kārtējā gada deviņos mēnešos ambulatorā līguma finanšu apjoma izpilde ir mazāka par 90 % no deviņu mēnešu plānotā finanšu apmēra, tad kopējais līguma apjoms noteikts atbilstoši deviņos mēnešos sniegtajam faktiskajam veselības aprūpes pakalpojumu apjomam. Par finansējuma apmēru pārējiem kalendāra mēnešiem tiek lemts pēc ārstniecības iestādes par līguma neizpildes iemesliem;

136.5.3. ja stacionāro pakalpojumu sniedzējiem hospitalizāciju skaits attiecīgajam periodam mazāks par 80 % no plānotā, tad centrs var samazināt fiksēto maksājumu par slināmām personām;

1.45. izteikt 136.¹ punktu šādā redakcijā:

“136.¹ Ja ārstniecības iestāde, kas sniedz gan ambulatoros, gan stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, nav sasniegusi līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu noteikto finanšu apmēru, kas plānots stacionārajiem pakalpojumiem trim, sešiem vai deviņiem mēnešiem, centrs, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rakstisku iesniegumu, atbilstoši līguma nosaukumam, sistēmas datiem par ārstniecības iestādes faktiski sniegto pakalpojumu apjomu ir tiesīgs veikt izmaiņas līguma finanšu apmērā un novirzīt stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem finansu līdzekļus ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.”;

1.46. papildināt noteikumus ar 136.³ un 136.⁴ punktu šādā redakcijā:

“136.³ Ja atbilstoši šo noteikumu 136.5.apakšpunktam tiek iegūti finanšu līdzekļi ambulatorajai veselības aprūpei, centrs veic šo līdzekļu pārplānošanu, ievērojot šādu prioritāšu:

136.³ 1. valsts kompensēto pacientu iemaksu apmaksai, ja faktiski kompensēto pacientu iemaksu apjoms pārsniedz plānoto pārskata periodā;

136.³ 2. profilaktisko izmeklējumu programmu apmaksai, ja faktiski sniegto pakalpojumu apjoms pārsniedz plānoto pārskata periodā;

136.³ 3. nodrošina pakalpojumu teritoriālo pieejamību;

136.³ 4. novirzot finansējumu tiem pakalpojumu veidiem, kuru plānotā finansējuma pārsnieguma apjomā ietilpst lielākam pacientu skaitam paredzētais apmaksātu pakalpojumu apjoms;

136.³ 5. ārstniecības iestādēm, kuras līgumos paredzēto finanšu apmēru pārsniegušas vairāk nekā par 105 %, centrs novirza finansējumu atbilstoši šo noteikumu 136.³ 4.apakšpunktā minētajiem pakalpojumiem, koeficientu un ņemot vērā pieejamos finanšu līdzekļus;

136.³ 6. ja aprēķinos konstatē, ka ārstniecības iestādei finansējuma apmērs jāpalielina vai jāsamazina par summu, kas nepārsniedz 100 latu, centrs ārstniecības iestādei iepriekš paziņo par šādu izmaiņu.

136.⁴ Centrs var veikt līdzekļu pārplānošanu citos pārskata periodos, saskaņojot ar ārstniecības iestādi.”;

1.47. papildināt noteikumus ar 138.⁴ punktu šādā redakcijā:

“138.⁴ Ārstniecības iestāde personai ar prognozējamu invaliditāti valsts apmaksātos plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir vērsti uz personas funkcionēšanas spēju atjaunošanu, lai novērstu invaliditātes iestāšanos un kuri ir iekļauti Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajā personas ar prognozējamu invaliditāti rehabilitācijas plānā, uzsāk šādos termiņos:

138.⁴ 1. ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;

138.⁴ 2. plānveida ambulatorās un stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;