



Laidiens: 30.12.2008., Nr. 202

Ministru kabineta noteikumi Nr.1111

Rīgā 2008.gada 22.decembrī (prot. Nr.94 102.§)

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.nr.) šādus grozījumus:

1.1. papildināt noteikumu tekstu aiz vārdiem “ārsta palīgs” (attiecīgā locījumā) ar vārdu “(feldšeris)” (attiecīgā locījumā);

1.2. aizstāt 5.2.apakšpunktā skaitli “61,6” ar skaitli “60,6”;

1.3. papildināt noteikumus ar 5.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

“5.4. samaksai par starpvalstu norēķiniem ar Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīm un Šveices Konfederāciju – ne vairāk kā 1 %.”;

1.4. papildināt 10.11.apakšpunktu aiz skaitļa “5.” ar vārdu un skaitli “un 37.”;

1.5. papildināt noteikumus ar 10.14. un 10.15.apakšpunktu šādā redakcijā:

“10.14. orgānu donori;

10.15. personas, kuras saņem veselības aprūpi mājās.”;

1.6. papildināt 14.2.apakšpunktu aiz vārdiem “anēmijas slimniekiem” ar vārdiem “pacienti, kas saņem mājas aprūpi, un pacienti, kas saņem mājās ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju.”;

1.7. izteikt 14.5. un 14.6.apakšpunktu šādā redakcijā:

“14.5. par abortiem, izņemot abortus medicīnisku indikāciju dēļ;

14.6. par cilmes šūnu bankas un spermas donoru bankas uzturēšanu, mākslīgo insemināciju, *in vitro* fertilizāciju.”;

1.8. papildināt 14.8.apakšpunktu aiz vārda “ārstēšanu” ar vārdiem “un dzimuma maiņu”;

1.9. papildināt 14.12.apakšpunktu aiz vārdiem “vai abām acīm” ar vārdiem “iegūta tuvredzība virs 7,0 Dsph, keratokonuss, akomodācijas šķielēšana, parēze – bifokālās brillu lēcas, albīnisms, ar objektīvām izmeklēšanas metodēm pierādīta iedzimta tiklenes distrofija ar fotofobiju – fotohromās brillu lēcas, radzenes rētas,

apduļļojumi – kosmētisko kontaktlēcu protēzes, III–IV pakāpes vājredzība neatkarīgi no refrakcijas anomālijas pakāpes;”;

1.10. izteikt 14.13.apakšpunktu šādā redakcijā:

“14.13. par dzirdes aparātu iegādi, izņemot dzirdes implantus bērniem;”;

1.11. papildināt noteikumus ar 14.23.7.apakšpunktu šādā redakcijā:

“14.23.7. personām, kas saņem mājas aprūpi atbilstoši šo noteikumu XII¹ nodaļai;”;

1.12. aizstāt 14.26.1.apakšpunktā vārdu “speciālista” ar vārdiem “ārsta rehabilitologa”;

1.13. svītrot 14.26.2.apakšpunktu;

1.14. izteikt 21.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

“21.1. pēc savas iniciatīvas vēršoties pie primārās veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja;”;

1.15. papildināt noteikumus ar 21.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

“21.3. mājās atbilstoši šo noteikumu XII¹ nodaļai.”;

1.16. papildināt 27.punkta ievaddaļu aiz vārda “aģentūra” ar vārdiem un skaitļiem “mēneša laikā pēc šo noteikumu 22. un 25.punktā minētās vienošanās saņemšanas”;

1.17. aizstāt 28.punktā vārda “datu” ar vārdu “vadības”;

1.18. izteikt 29.punktu šādā redakcijā:

“29. Ja ģimenes ārsts izbeidz līgumattiecības ar aģentūru, aģentūra piecu darbdienu laikā izslēdz pacientus no ģimenes ārsta pacientu saraksta un vietējos plašsaziņas līdzekļos izziņo par šī ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto pacientu pārreģistrāciju. Pārreģistrācijas termiņš ir seši mēneši.”;

1.19. papildināt 30.punktu ar otro teikumu šādā redakcijā:

“Pacientus, kuri pārreģistrācijas termiņa laikā nav reģistrējušies pie cita ģimenes ārsta, aģentūra ir tiesīga reģistrēt pie ģimenes ārsta, kurš pārņem šo noteikumu 29.punktā minētā ģimenes ārsta praksi.”;

1.20. izteikt 31.punktu šādā redakcijā:

“31. Ārstniecības likuma 42.pantā noteiktajos gadījumos, pamatojoties uz ģimenes ārsta iesniegumu un Veselības inspekcijas pārbaudes atzinumu par konkrēto gadījumu, aģentūra ir tiesīga izslēgt pacientu no ģimenes ārsta pacientu saraksta, informējot par to pacientu. Pacientam ir tiesības reģistrēties pie cita ģimenes ārsta.”;

1.21. aizstāt 37.punktā vārdus “piecu darbdienu laikā” ar vārdiem “mēneša laikā”;

1.22. izteikt 59.5.apakšpunktu šādā redakcijā:

“59.5. vecmātes un dežūrārsta darbu;”;

1.23. papildināt 60.1.apakšpunktu aiz skaitļa un vārda “11.pielikumu” ar vārdiem “(kapitācijas nauda);”;

1.24. izteikt 60.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

“60.4. samaksa par īslaicīgo pacienta aprūpi;”;

1.25. izteikt 60.7.apakšpunktu šādā redakcijā:

“60.7. samaksa par cita ģimenes ārsta aizvietošanu, ja aizvieto uz laiku, kas pārsniedz divus mēnešus, – atbilstoši aizvietojamās prakses mēneša ieņēmumu aprēķinam saskaņā ar šo noteikumu 60.1., 60.2., 60.3., 60.4., 60.5. un 60.6.apakšpunktu.”;

1.26. papildināt noteikumus ar 60.¹, 60.² un 60.³ punktu šādā redakcijā:

“60.¹ Par īslaicīgo pacienta aprūpi atbilstoši šo noteikumu 40.2.apakšpunktā minētajiem kritērijiem (īslaicīgais pacients) veselības aprūpes pakalpojumu sniegušajam ģimenes ārstam samaksā ģimenes ārsta aprūpes epizodes tarifu (šo noteikumu 21.pielikums) un manipulāciju tarifu (šo noteikumu 14.pielikums).

60.² Ja īslaicīgais pacients ir reģistrēts pie ģimenes ārsta, tad aprūpes epizodes tarifu apmaksā no tā ģimenes ārsta naudas līdzekļiem, pie kura pacients reģistrēts, bet ne vairāk kā 50 % apmērā no mēneša kapitācijas naudas.

60.³ Ja pacients, kurš ir reģistrējies pie ģimenes ārsta, veselības aprūpes pakalpojumus saņem pie cita ģimenes ārsta un neatbilst šo noteikumu 40.2.apakšpunktā minētajiem kritērijiem (nav īslaicīgais pacients), šim pacientam sniegtie primārās veselības aprūpes pakalpojumi ir maksas pakalpojumi.”;

1.27. papildināt 67.punkta ievaddaļu aiz vārdiem “var piešķirt līdzekļus, ja” ar vārdiem “tiek ievēroti visi šie nosacījumi:”;

1.28. papildināt noteikumus ar 67.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

“67.4. ģimenes ārsta prakse ir līgumattiecībās ar aģentūru ne ilgāk kā 12 mēnešus.”;

1.29. svītrot 69.punktu;

1.30. svītrot 69.² punktu;

1.31. izteikt 70.punktu šādā redakcijā:

“70. Jaunatvērtām ģimenes ārstu praksēm līdz brīdim, kad ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto pacientu skaits sasniedz 600, bet ne ilgāk kā sešus mēnešus pēc līguma noslēgšanas ar aģentūru, tiek maksāts ikmēneša fiksētais maksājums, kuru veido:

70.1. šo noteikumu 180.1.apakšpunktā norādītā vidējā darba samaksa ārstam mēnesī un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

70.2. šo noteikumu 180.2.apakšpunktā norādītā vidējā darba samaksa ārstniecības un pacientu aprūpes personām mēnesī un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

70.3. šo noteikumu 12.pielikuma 1.punktā norādītais ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei.”;

1.32. papildināt 71.punktu aiz skaitļa un vārda “15.pielikumā” ar vārdiem un skaitli “un XII¹ nodaļā”;

1.33. izteikt 74.punktu šādā redakcijā:

“74. Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, aģentūra izņēmuma gadījumā var slēgt ar pašvaldību līgumu par feldšerpunkta darbību primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, ja tiek izpildīts viens no šādiem nosacījumiem:

74.1. pagastā, kurā atrodas feldšerpunkts, nav reģistrēta ģimenes ārsta prakse vai attālums no feldšerpunkta līdz tuvākajai ģimenes ārsta praksei ir lielāks par 10 km;

74.2. feldšerpunkta apkalpes zonā (teritorijā, kuras iedzīvotāji saņem ārsta palīga (feldšera) sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus) deklarēti ne mazāk par 500 iedzīvotājiem.”;

1.34. izteikt 76.6.apakšpunktu šādā redakcijā:

“76.6. pēc ģimenes ārsta nosūtījuma, lai veiktu šo noteikumu 37.pielikuma 2.2.apakšpunktā minēto slēpto asiņu izmeklējumu;”;

1.35. papildināt noteikumus ar 76.7.apakšpunktu šādā redakcijā:

“76.7. ar aģentūras nosūtīto uzaicinājumu valsts organizētā krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga ietvaros.”;

1.36. aizstāt 76.¹ punkta ievaddaļā skaitļus un vārdus “5.pielikuma 2.4.apakšpunktā” ar skaitli un vārdu “37.pielikumā”;

1.37. izteikt 76.¹ 1.apakšpunktu šādā redakcijā:

“76.¹ 1. organizē un nosūta uzaicinājumus krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumu veikšanai valsts organizētā skrīningā iekļauto mērķa grupu iedzīvotājiem;”;

1.38. izteikt 76.¹ 3.apakšpunktu šādā redakcijā:

“76.¹ 3. katru gadu līdz 1.septembrim pieņem lēmumu par nākamajā gadā organizējamā skrīningā iekļaujamo vecuma grupu izmeklēšanas plānu atbilstoši šo noteikumu 37.pielikumā minētajām vadlīnijām.”;

1.39. svītrot 78.2.apakšpunktā vārdus “pa tālruni vai personīgi”;

1.40. izteikt 83.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

“83.3. vienojas ar pacientu un ārstniecības iestādi par pacienta stacionēšanas nepieciešamību un pacienta stacionēšanas laiku un izdara par to atzīmi nosūtījumā.”;

1.41. papildināt noteikumus ar 83.¹ punktu šādā redakcijā:

“83.¹ Ja slimnīcas uzņemšanas nodaļā konstatē, ka slimnieku nav nepieciešams stacionēt, uzņemšanas nodaļa noformē stacionēšanas atteikumu un informē par to nosūtītāju.”;

1.42. svītrot 86.1. un 86.2.apakšpunktā vārdu un skaitli “un 112.5”;

1.43. svītrot 93.4., 93.5. un 93.6.apakšpunktu;

1.44. izteikt 96.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

“96.3. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes naudas līdzekļu apmēru nosaka, piemērojot iepriekšējā gada pakalpojumu apjomu līguma ietvaros un prognozējamo pakalpojumu tarifu. Naudas līdzekļu apjomu var koriģēt, ņemot vērā kārtējā gada valsts budžetā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai pieejamos finanšu līdzekļus.”;

1.45. izteikt 97.punkta ievaddaļu šādā redakcijā:

“97. Aģentūra samaksu par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veic saskaņā ar šo noteikumu X nodaļā minēto pakalpojumu tarifu formulu, izmantojot šādus samaksas veidus;”;

1.46. aizstāt 99.punktā skaitli un vārdu “1.punkts” ar skaitli un vārdu “1.2.apakšpunkts”;

1.47. izteikt 100.punkta otro teikumu šādā redakcijā:

“Papildus šo noteikumu 22.pielikuma 1.2.apakšpunktā noteiktajam gadījuma samaksas grupas tarifam piemaksā šo noteikumu 22.pielikuma 2.punktā minēto gadījuma samaksas grupas tarifā neiekļauto manipulāciju tarifu summu.”;

1.48. aizstāt 101.punktā skaitli un vārdu “1.punktā” (attiecīgā locījumā) ar skaitli un vārdu “1.2.apakšpunktā” (attiecīgā locījumā);

1.49. papildināt noteikumus ar 114.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

“114.3. pēc ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma, ja uz Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalsts vai Šveices Konfederācijas ārstniecības iestādi dzīvībai kritiskā stāvoklī nepieciešams neatliekami pārvest bērnu, kurš saskaņā ar šo noteikumu 188.punktu ir saņēmis E 112 veidlapu.”;

1.50. papildināt 117.punkta otro teikumu aiz vārdiem “(izsaukumus, kas nav minēti šo noteikumu 112.punktā)” ar vārdiem “ja nepieciešams, informē neatliekamās palīdzības izsaucēju, ka nepamatots izsaukums ir maksas pakalpojums”;

1.51. papildināt noteikumus ar 117.¹ punktu šādā redakcijā:

“117.¹ Neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē neatliekamās palīdzības izsaukuma pieņemšanas laiku reģistrē brīdī, kad dežurējošā ārstniecības persona pabeidz izsaukuma saņemšanas sarunu vai citas saņemtās informācijas izvērtējumu.”;

1.52. izteikt 120.punktu šādā redakcijā:

“120. Samaksu par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes sniegtajiem neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem veic saskaņā ar tāmes finansējuma principiem atbilstoši faktiskajiem izdevumiem sadalījumā pa izdevumu veidiem.”;

1.53. aizstāt 121.1.apakšpunktā skaitli un vārdu “124.punktā” ar skaitli un vārdu “122.punktā”;

1.54. izteikt 126.punktu šādā redakcijā:

“126. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlase notiek, ņemot vērā šādus kritērijus:

126.1. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs atbilst obligātajām prasībām, kas ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktas normatīvajos aktos;

126.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja sniegto veselības aprūpes pakalpojumu veidi un to nodrošināšanai izmantojamās medicīniskās tehnoloģijas;

126.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja nodrošinājums ar ārstniecības un ārstniecības atbalsta personālu;

126.4. atbilstošs veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja materiāltehniskais nodrošinājums;

126.5. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nav pasludināts par maksātnespējīgu, neatrodas likvidācijas procesā, tā saimnieciskā darbība nav apturēta vai pārtraukta, nav uzsākta tiesvedība par tā darbības izbeigšanu, maksātnespēju vai bankrotu;

126.6. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam nav nodokļu vai valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu parādu;

126.7. citi kritēriji, kas raksturo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja iespējas sniegt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.”;