



Laidiens: 03.05.2001., Nr. 67

Ministru kabineta noteikumi Nr.169

Rīgā 2001.gada 10.aprīlī (prot. Nr.17, 34.§)

Grozījumi Ministru kabineta 1999.gada 12.janvāra noteikumos Nr.13 “Veselības aprūpes finansēšanas noteikumi”

Izdoti saskaņā ar Ārstniecības likuma 4.pantu

Izdarīt Ministru kabineta 1999.gada 12.janvāra noteikumos Nr.13 “Veselības aprūpes finansēšanas noteikumi” (Latvijas Vēstnesis, 1999, 10., 198./199., 424./427.nr.; 2000, 64./65., 413./417., 466./469.nr.) šādus grozījumus:

1. Papildināt noteikumus ar 1.10., 1.11., 1.12., 1.13. un 1.14.apakšpunktu šādā redakcijā:

“1.10. **aģentūras filiāle** — aģentūras struktūrvienība, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu;

1.11. **primārās veselības aprūpes ārsts** — ģimenes ārsts, pediatrs, internists (terapeits), kurš iekļauts primārās veselības aprūpes ārstu sarakstā;

1.12. **primārās veselības aprūpes ārsta darbības pamatteritorija** — teritorija, kurā saskaņā ar noslēgto līgumu ar slimokasi primārās veselības aprūpes ārsts sniedz veselības aprūpes pakalpojumus;

1.13. **dienas stacionārs** — ārstniecības iestāde, kur pacientam, kam nav nepieciešama ārstniecības personu aprūpe un uzraudzība ārpus attiecīgās iestādes darbalaika, sniedz diagnostisko un ārstniecisko palīdzību un kur viņam tiek nodrošināta gultasvieta;

1.14. **plānveida veselības aprūpes pakalpojumi** — ārstniecības iestādes noteiktā kārtībā sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, izņemot neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumus.”

2. Izteikt 5. un 6.punktu šādā redakcijā:

“5. Ārstniecības iestāžu un aptieku sniegtos pakalpojumus slimokases vai aģentūra apmaksā no valsts obligātās veselības apdrošināšanas līdzekļiem saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem. Slēdzot līgumus ar slimokasēm par pakalpojumu apjomu, ārstniecības iestādes vai tās struktūrvienības sertifikāts par atbilstību attiecīgajā standartā vai citos normatīvajos aktos noteiktajām prasībām dod attiecīgajai ārstniecības iestādei priekšrocības, izvērtējot līdzvērtīgus veselības aprūpes pakalpojumus.

6. Samaksu par veselības aprūpes un farmaceitiskajiem pakalpojumiem slimokases nodrošina saskaņā ar līgumiem ar ārstniecības iestādēm un aptiekām un līgumiem ar aģentūru. Slimokases nevar veikt brīvprātīgo veselības apdrošināšanu, kā arī būt par starpnieku brīvprātīgajā veselības apdrošināšanā.”

3. Papildināt noteikumus ar 6.¹, 6.² un 6.³ punktu šādā redakcijā:

“6.¹ Līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu slēdz tikai ar tām ārstniecības iestādēm, kuras likumā noteiktajā kārtībā ir izvērtētas un atzītas par atbilstošām obligātajām prasībām, kas noteiktas ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām.

6.² Līgumu ar ārstniecības iestādi par klīniski diagnostisko pakalpojumu nodrošināšanu laboratorijā slēdz tikai tad, ja laboratorija ir akreditēta Ministru kabineta noteiktajā kārtībā vai tās tehniskā kompetence ir novērtēta un laboratorija atbilst vispārīgajām prasībām testēšanas laboratoriju darbībai.

6.³ Līgumu par rentgendiagnostikas vai staru terapijas pakalpojumu sniegšanu slēdz tikai ar tām ārstniecības iestādēm, kurām ir normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā izsniegta speciāla atļauja (licence) darbībām ar radioaktīvajām vielām vai citiem jonizējošā starojuma avotiem medicīnā.”

4. Izteikt 11.punktu šādā redakcijā:

“11. Aģentūra 0,5 % no šo noteikumu 8.1., 8.2. un 8.3.apakšpunktā minētajiem līdzekļiem ieskaita rezerves fondā, kuru saskaņā ar labklājības ministra apstiprinātu kārtību izmanto šādos gadījumos:

11.1. ja neplānoti mainās pacientu skaits (izņemot epidēmiju gadījumus, kas noteikti atbilstoši Epidemioloģiskās drošības likumam);

11.2. starptautisko līgumu izpildei;

11.3. pasākumiem, kas saistīti ar valsts obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu un sabiedrības informēšanu.”

5. Izteikt 16.punktu šādā redakcijā:

“16. Labklājības ministrs apstiprina kārtību, kādā veicama samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem.”

6. Papildināt noteikumus ar 16.¹ un 16.² punktu šādā redakcijā:

“16.¹ Veselības aprūpes pakalpojumu izdevumi tiek segti no valsts budžeta līdzekļiem un pacienta iemaksas. Par pamatu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai tiek izmantota attiecīgā pakalpojuma cena, no kuras atņemta pacienta iemaksa. Gadījumos, kad saskaņā ar šiem noteikumiem ārstniecības iestādei pacienta iemaksa nav jāiekasē, par pamatu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai tiek izmantota tikai pakalpojuma cena.

16.² Veselības aprūpes pakalpojuma cena tiek aprēķināta, izmantojot šādu formulu:

$$C = P + A, \text{ kur}$$

C — veselības aprūpes pakalpojuma cena;

P — veselības aprūpes pakalpojuma pašizmaksa;

A — attīstības izdevumi.

Veselības aprūpes pakalpojuma pašizmaksas struktūra:

$$P = [D + S + M + E + U + N], \text{ kur}$$

D — darba samaksa ($D = d \times Ld$), kur

d — mēneša vidējā darba samaksa cilvēku veselības aizsardzībā nodarbinātajiem, kas dalīta ar vidējo darba stundu skaitu mēnesī, izteiktu minūtēs;

Ld — laika patēriņš (minūtēs) konkrētas manipulācijas veikšanai.

S — valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas ($S = D \times Ls$), kur