*Projekts*

2013.gada Noteikumi Nr.

Rīgā (prot.Nr. .§)

**Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība**

Izdoti saskaņā ar

Ārstniecības likuma

 4.panta pirmo daļu

**I. Vispārīgie jautājumi**

1. Noteikumi nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem, samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem, kā arī kārtību, kādā veidojamas plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindas.

2. Veselības aprūpe iedalās:

2.1. neatliekamā medicīniskā palīdzība;

2.2. primārā veselības aprūpe;

2.3. sekundārā veselības aprūpe:

2.3.1. sekundārā ambulatorā veselības aprūpe;

2.3.2. sekundārā stacionārā veselības aprūpe;

2.4. terciārā veselības aprūpe:

2.4.1. terciārā ambulatorā veselības aprūpe;

2.4.2. terciārā stacionārā veselības aprūpe.

3. Terciāro veselības aprūpi organizē un no valsts budžeta līdzekļiem finansē kārtībā, kādā organizē un finansē sekundāro veselības aprūpi.

4. Veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus izlieto:

4.1. samaksai par šo noteikumu 2.punktā minētajiem pakalpojumiem;

4.2. samaksai par kompensējamām zālēm un medicīnas ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem, kas regulē ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

4.3. samaksai par centralizētajiem iepirkumiem;

4.4. samaksai par ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa darbības nodrošināšanu.

5. Nacionālais veselības dienests (turpmāk – dienests) 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), ar ārstniecības iestādēm par ES un EEZ dalībvalstu un Šveices iedzīvotāju Latvijas Republikā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos, – ne vairāk kā 2 % apmērā.

6. Personai no valsts budžeta līdzekļiem un viņa paša maksājumiem (pacienta iemaksa, līdzmaksājums) šajos noteikumos un citos veselības aprūpi reglamentējošajos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā un apjomā nodrošina:

6.1. neatliekamās medicīniskās brigādes sniegto palīdzību;

6.2. ambulatoro veselības aprūpi:

6.2.1.primārās veselības aprūpes pakalpojumus:

6.2.1.1.ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegto veselības aprūpi;

6.2.1.2.zobārsta un higiēnista sniegto veselības aprūpi personām vecumā līdz 18 gadiem (turpmāk – bērni) un atsevišķām iedzīvotāju kategorijām atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai;

6.2.1.3. veselības aprūpi mājās;

6.2.2. sekundārās un terciārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus:

6.2.2.1. ārsta, kurš specializējies noteiktā specialitātē un nav minēts šo noteikumu 6.2.1.1.apakšpunktā, (turpmāk - speciālists) un citu ārstniecības personu sniegto veselības aprūpi;

6.2.2.2. laboratoriskos un vizuālās diagnostiskas izmeklējumus;

6.2.2.3. dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus;

6.2.2.4. neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās, ja persona netiek stacionēta, un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos;

6.3. stacionāro veselības aprūpi;

6.4. zāles un medicīniskās ierīces, kuras dienests iepērk centralizēti;

6.5. kompensējamās zāles un medicīnas ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem, kas regulē ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

7. No veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz tās ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar dienestu, kā arī valsts pārvaldes iestādes, kuras veselības aprūpes pakalpojumus sniedz saskaņā ar nolikumu.

8. Norēķinu kārtību par ārstniecības iestādes sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nosaka dienesta un ārstniecības iestādes līgumā.

9. Tiesības nosūtīt personu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai vai izrakstīt ambulatorai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces ir ārstiem, kuriem šādas tiesības ir noteiktas starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem, kā arī ārstiem, kuri strādā ieslodzījuma vietās vai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kuras sniedz valsts finansētus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus un noslēgušas sadarbības līgumu ar dienestu.

10. Dienests un Veselības inspekcija atbilstoši kompetencei nodrošina informācijas sniegšanu par Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā iekļautām ārstniecības personām citām ES, EEZ dalībvalstīm vai Šveicei izmantojot Iekšējā tirgus informācijas sistēmu. Papildusdienests savā tīmekļa vietnē viegli saprotamā valodā ievieto:

10.1. informāciju par ārstiem, kuri sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, un informāciju par šo noteikumu 9.punktā minētajiem ārstiem, norādot ārstniecības iestādi, ārsta vārdu, uzvārdu, specialitāti un to, vai ārsts ir tiesīgs nosūtīt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai un vai ir tiesīgs izrakstīt ambulatorai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces;

10.2. informāciju par veselības aprūpes sistēmu Latvijas Republikā:

10.2.1. pacientu tiesības;

10.2.2. veselības aprūpes organizēšana un finansēšana;

10.2.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji;

10.2.4. obligātās prasības ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām;

10.2.5. Ārstniecības riska fonda darbība;

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

10.3. informāciju par kārtību, kādā iespējams saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstīs.

10.4. receptē iekļaujamās informācijas apjomu.

11. No valsts budžeta neapmaksā šādus veselības aprūpes pakalpojumus:

11.1. ortodontisko ārstēšanu, izņemot pirmreizēju konsultāciju bērniem un iedzimtu sejas-žokļu šķeltņu gadījumos personai vecumā līdz 22 gadiem, silantu lietošanu, zobārstniecības palīdzību personām, kas vecākas par 18 gadiem, kā arī zobu protezēšanu, izņemot Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14.pantā noteiktajām personām, kurām izdevumus par zobārstniecības palīdzību sedz 50 % apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm - pilnā apmērā;

11.2. ambulatori veicamas injekcijas ādā, zemādā, intramuskulāri un intravenozi, izņemot, ja sniedz:

11.2.1. veselības aprūpes pakalpojumus dienas stacionārā vai neatliekamo medicīnisko palīdzību;

11.2.2. medicīnisko palīdzību bērniem, grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām;

11.2.3. medicīnisko palīdzību personām ar cukura diabētu, tuberkulozi, perniciozo anēmiju, onkoloģiskām, psihiskām vai hemofilijas slimībām;

11.2.4. medicīnisko palīdzību personām, kas saņem mājas aprūpi, un personām, kas saņem mājās ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju;

11.3. pirmreizēji medicīniski profilaktiskos pasākumus, kas nepieciešami, stājoties darbā, kā arī obligātās veselības pārbaudes, ja mainās darba vides faktori;

11.4. periodiskās medicīniskās apskates, kas nepieciešamas darba apstākļu un darba specifikas dēļ;

11.5. abortus, izņemot abortus medicīnisku indikāciju dēļ;

11.6. cilmes šūnu bankas un dzimumšūnu bankas uzturēšanu;

11.7. seksoloģisko ārstēšanu un dzimuma maiņu;

11.8. ārstnieciskās palīdzības nodrošināšanu publiskos pasākumos;

11.9. kosmetoloģiskos pakalpojumus un estētiski ķirurģiskas operācijas;

11.10. homeopātisko ārstēšanu;

11.11. redzes asumu koriģējošu optikas izstrādājumu izrakstīšanu un iegādi, izņemot briļļu lēcas, briļļu ietvarus un kontaktlēcas bērniem, kuriem diagnosticēta augstas pakāpes iedzimta miopija (virs 5,0 Dsph), augstas pakāpes hipermetropija (virs 4,0 Dsph), augstas pakāpes astigmātisms (virs 1,0 D), augstas pakāpes anizometropija (virs 2,0 D), afakija iedzimtu kataraktu gadījumos vai afakija iegūtu kataraktu gadījumos vienai vai abām acīm, iegūta tuvredzība virs 7,0 Dsph, keratokonuss, akomodācijas šķielēšana, parēze – bifokālās briļļu lēcas, albīnisms, ar objektīvām izmeklēšanas metodēm pierādīta iedzimta tīklenes distrofija ar fotofobiju – fotohromās briļļu lēcas, radzenes rētas, apduļķojumi – kosmētisko kontaktlēcu protēzes, III–IV pakāpes vājredzība neatkarīgi no refrakcijas anomālijas pakāpes;

11.12. dzirdes aparātu iegādi, izņemot dzirdes implantus bērniem vai personām ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām vecumā no 18 gadiem līdz tāda vecuma sasniegšanai, kurā saskaņā ar normatīvajiem aktiem tiek piešķirta vecuma pensija (turpmāk – darbspējīgs vecums) atbilstoši šo noteikumu 168.4.4.apakšpunktam;

11.13. psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību, izņemot:

11.13.1. ja palīdzību sniedz psihiatriskā profila stacionārajās ārstniecības iestādēs vai nodaļās;

11.13.2. ja tā nepieciešama, nodrošinot bērniem ambulatoro psihiatrisko palīdzību vai paliatīvo aprūpi;

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

11.13.4. ja veic tiesu psiholoģisko ekspertīzi;

11.13.5. ja šādas palīdzības nepieciešamību noteicis psihiatrs, lai novērstu noziedzīgu nodarījumu veikšanu pret bērna tikumību un dzimumneaizskaramību;

11.14. vakcināciju, izņemot pasīvo imūnterapiju, vakcinācijas kalendārā noteiktās vakcinācijas un vakcināciju pret gripu atbilstoši normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

11.15. profilaktiskās un citas medicīniskās apskates, izņemot šo noteikumu 1.pielikumā minētās profilaktiskās apskates;

11.16. alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes noteikšanu, izņemot gadījumus, ja tā nepieciešama ārstnieciskā procesa nodrošināšanai;

11.17. ārstēšanu, izmantojot netradicionālās medicīnas metodes;

11.18. orgānu un audu transplantāciju, izņemot:

11.18.1. asinis un to preparātus;

11.18.2. nieres;

11.18.3. autologās un alogēnās cilmes šūnas, tai skaitā donora meklēšanu;

11.18.4. kaulus un saistaudus;

11.18.5. fasciju;

11.18.6. ādu;

11.18.7. cīpslas;

11.18.8. skrimšļaudus;

11.18.9. sirdi vai sirds vārstuļus;

11.18.10. radzenes;

11.18.11. aknas, ja transplantāciju veic bērnam;

11.19. speciālistu mājas vizīti, izņemot:

11.19.1. psihiatra mājas vizītes pie psihiatriska profila pacientiem, kuri veselības stāvokļa dēļ nevar apmeklēt ārstniecības iestādi;

11.19.2. mājas vizītes pie personām, kuriem nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija;

11.19.3. rehabilitologa vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizītes pie bērniem, kas atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, un personām ar diagnozēm I60, I61, I63, I64 vai I69 saskaņā ar Starptautisko statistisko slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10.redakciju (turpmāk - SSK-10), kuriem nepieciešama veselības aprūpe mājās;

11.20. ģimenes ārsta mājas vizīti, izņemot vizītes pie:

11.20.1. bērniem;

11.20.2. I grupas invalīdiem;

11.20.3. personām, kas vecākas par 80 gadiem;

11.20.4. personām, kurām nepieciešama paliatīvā aprūpe - pamata diagnozes saskaņā ar SSK-10 kodiem B20-B24; C00-C97; D37-D48; G05; G12; G13; G35; G54.6; G55.0; G60.0; G61.0; G63.1; G70; G95.1; G95.2; G99.2; I50; I69; K22.2; L89; T91.3; blakus diagnozes kods visos gadījumos - Z51.5;

11.20.5. mājas apstākļos mirušas personas, lai apliecinātu nāves faktu;

11.20.6. personām, kurām nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija;

11.20.7. personām, kas saņem mājas aprūpi atbilstoši šo noteikumu IV.nodaļai;

11.20.8. personām, kuras slimo ar gripu gripas epidēmijas laikā;

11.20.9. personas, pie kuras neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde veikusi izbraukumu un ar kuru šo noteikumu 51.4.apakšpunktā minētajā gadījumā ģimenes ārsts vienojies par mājas vizīti saskaņā ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegto informāciju par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izbraukumu pie personas;

11.21. ambulatori veiktus laboratoriskos izmeklējumus, izņemot:

11.21.1. šo noteikumu 2.pielikumā minētos izmeklējumus;

11.21.2. izmeklējumus, kas veikti references laboratorijā atbilstoši šo noteikumu 212.2.2.1.apakšpunktam,

11.21.3. bērniem nepieciešamos laboratoriskos izmeklējumus, kuru nepieciešamība ir apstiprināta ar valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" konsilija atzinumu un kuri atbilst šo noteikumu 311.3.apakšpunktā minētajiem nosacījumiem, to saņemšanai citās ES un EEZ dalībvalstīs vai Šveicē;

11.22. konsultācijas, klīniskos un paraklīniskos diagnosticējošos izmeklējumus, kurus pēc tiesu medicīnas eksperta norīkojuma izdara prettiesiskos nodarījumos cietušajām personām. Samaksu par minētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veic tiesu medicīnas ekspertīzes pieprasītājs;

11.23. medicīnisko rehabilitāciju, izņemot:

11.23.1. ar ģimenes ārsta vai cita speciālista nosūtījumu, saņemot fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa, kā arī funkcionālā speciālista konsultāciju;

11.23.2. ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa nosūtījumu vai psihiatriskās palīdzības gadījumā ar psihiatra vai bērnu psihiatra nosūtījumu, ja medicīnisko rehabilitāciju saskaņā ar šo noteikumu VII.nodaļu sniedz bērniem, personām ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā atbilstoši šo noteikumu 168.4.3. vai 168.4.4.apakšpunktam, kā arī personām ar funkcionāliem ierobežojumiem, kuriem medicīniskā rehabilitācija ir kā tiešs turpinājums pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu saņemšanas;

11.23.3. Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekus un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušās personas saskaņā ar Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likumu;

11.23.4. personām, kurām nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija;

11.24. ārstēšanos sanatorijās un kūrortos;

11.25. pozitronu emisijas tomogrāfijas izmeklējumus;

11.26. mākslas terapijas speciālista sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot multiprofesionālās komandas ietvaros sniegtos rehabilitācijas pakalpojumus,

11.27. uztura speciālistu sniegtos ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot multiprofesionālās komandas ietvaros sniegtos rehabilitācijas pakalpojumus;

11.28. sporta ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot Valsts sporta medicīnas centra sniegtos sporta medicīnas pakalpojumus;

11.29. ķirurģisko palīdzību, izņemot:

11.29.1. ambulatori sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus (tai skaitā ektoparazītu noņemšanu),

11.29.2. dienas stacionārā sniegto ķirurģisko palīdzību,

11.29.3. neatliekamo medicīnisko palīdzību,

11.29.4. ķirurģisko palīdzību bērniem,

11.29.5. ķirurģisko ārstēšanu iekaisīgo zarnu slimību gadījumos,

11.29.6. hormonāli aktīvo endokrīno dziedzeru ķirurģisko ārstēšanu,

11.29.7. plānveida operācijas personai ar prognozējamu invaliditāti atbilstoši Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajam rehabilitācijas plānam,

11.29.8. ķirurģisko palīdzību šo noteikumu 3.pielikuma 2.punktā norādītajās veselības aprūpes pakalpojumu programmās (turpmāk – programma "Iezīmētie pakalpojumi");

11.30. veselības aprūpes pakalpojumus traumatoloģijā un ortopēdijā, izņemot:

11.30.1. neatliekamo palīdzību traumu gadījumos;

11.30.2. traumu seku, kaulu un locītavu slimību stacionāru ārstēšanu ar traumatologu–ortopēdu konsilija atzinumu;

11.30.3. ambulatori veiktu traumu seku, kaulu un locītavu slimību ārstēšanu;

11.30.4. osteomielītu, strutaino artrītu un mīksto audu iekaisumu ārstēšanu, tai skaitā mugurkaula ķirurģiju;

11.30.5. endoprotezēšanas operācijas;

11.30.6. onkoloģisko slimību kaulos un mīkstajos audos ārstēšanu;

11.30.7. nerekonstruktīvas endoskopiskas operācijas (neapmaksā operācijas ar implantu pielietošanu);

11.30.8. atkārtotas mugurkaula operācijas, ja recidīvs notiek gada laikā no operācijas veikšanas brīža vai ja ir mugurkaula ķirurģijas konsilija atzinums;

11.30.9. mugurkaula distrofiski deģeneratīvu slimību ārstēšanu:

11.30.10. ar muguras smadzeņu vai zirgastes kompresijas simptomātiku;

11.30.11. ar progresējošu mugurkaula deformāciju ar mugurkaula ķirurģijas konsilija atzinumu;

11.30.12. plānveida operācijas personai ar prognozējamu invaliditāti atbilstoši Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajam rehabilitācijas plānam un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā atbilstoši šo noteikumu 168.4.4.apakšpunktam;

11.31. ārējo dzimumorgānu, maksts, dzemdes kakla plastiskās operācijas, noslīdējumu korekciju, izņemot totālu dzemdes prolapsu;

11.32. dzimumorgānu iedzimtu anomāliju korekciju, izņemot korekciju bērniem;

11.33. konservatīvu miomektomiju, izņemot gadījumus, ja konstatēta asiņošana vai tiek traucēta blakusorgānu darbība;

11.34. urīna nesaturēšanas operācijas, ja nav veikti urodinamiskie izmeklējumi, kas apstiprina stresa vai jaukta tipa inkontinenci;

11.35. medicīnisko apaugļošanu sievietēm pēc 37 gadu vecuma.

12. No veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem nemaksā par:

12.1. pakalpojumiem, kuri nav veselības aprūpes pakalpojumi, tai skaitā neapmaksā personas vai tās pavadošās personas transporta un uzturēšanās izdevumus, kas saistīti ar pārvietošanos, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumu;

12.2. veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri saņemti bez tāda ārsta nosūtījuma, kuram ir tiesības nosūtīt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību, kuru sniedz līgumattiecībās ar dienestu esoša ārstniecības iestāde, un citos šajos noteikumos minētajos gadījumos;

12.3. sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem, ja persona rakstiski atteikusies no gaidīšanas uz plānveida veselības aprūpes pakalpojumu un pats vai trešā persona veikusi maksājumus par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu;

12.4. tādu personu stacionāru ārstēšanu, kuru slimību vai traumu var ārstēt ambulatori;

12.5. tādiem pašiem vai informatīvi līdzvērtīgiem izmeklējumiem sekundārajā veselības aprūpē, kuri atkārtoti veikti mēneša laikā no dienas, kad veikts izmeklējums ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu, izņemot gadījumus, ja personai sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību līgumattiecībās ar dienestu esošā ārstniecības iestādē.

13. Aizsardzības ministrija, Tieslietu ministrija un Iekšlietu ministrija sedz maksu par šādiem veselības aprūpes pakalpojumiem šādām personām:

13.1. Aizsardzības ministrija:

13.1.1. profesionālā dienesta karavīriem un zemessargiem - pacientu iemaksas, līdzmaksājumus, tai skaitā pacientu līdzmaksājumus par kompensējamām zālēm un medicīniskajām ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju, kā arī maksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kurus šīm personām ir tiesības saņemt saskaņā ar normatīvajiem aktiem par veselības aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas nosacījumiem, apmaksājamo pakalpojumu veidiem un izdevumu apmaksas kārtību;

13.1.2. atvaļinātajiem karavīriem – veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī izdevumu apmēru un samaksas kārtību;

13.1.3. Ziemeļatlantijas līguma organizācijas dalībvalstu un valstu, kas piedalās programmā “Partnerattiecības – mieram” bruņoto spēku karavīriem – par veselības aprūpes pakalpojumiem saskaņā ar Ziemeļatlantijas līguma organizācijas dalībvalstu līgumu par to bruņoto spēku statusu.”;

13.2. Tieslietu ministrija:

13.2.1. ieslodzījuma vietā strādājošas ārstniecības personas sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus;

13.2.2. pacientu iemaksas un pacientu līdzmaksājumus par ieslodzītajiem, kas saņem veselības aprūpi ārpus ieslodzījuma vietas, kā arī pacientu līdzmaksājumus par kompensējamām zālēm un medicīniskajām ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensāciju;

13.3. Iekšlietu ministrija:

13.3.1. Iekšlietu ministrijas sistēmas un Tieslietu ministrijas Ieslodzījuma vietu pārvaldes darbiniekiem un izglītojamiem ar speciālajām dienesta pakāpēm - sedz pacientu iemaksas un maksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kurus šīm personām ir tiesības saņemt saskaņā ar iekšlietu jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem un kurus neapmaksā no veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem;

13.3.2. patvēruma meklētājiem, kā arī ārzemniekiem, kuri aizturēti Imigrācijas likumā noteiktajā kārtībā, - par veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri nepieciešami viņu izmitināšanas laikā un vietā un saskaņā ar normatīvajiem aktiem ir garantēti šīm personām (izņemot neatliekamo palīdzību, dzemdību palīdzību un Epidemioloģiskās drošības likumā noteiktos gadījumus, kā arī tuberkulozes ārstēšanai nepieciešamos medikamentus, kurus apmaksā no veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem). Ja šo personu veselības aprūpe ir apdrošināta, veselības aprūpes izdevumus sedz apdrošinātājs;

13.3.3. par ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti Valsts policijas īslaicīgās aizturēšanas vietās ievietotajām personām (izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību un Epidemioloģiskās drošības likumā noteiktos gadījumus, ja veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā no veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem).

14. Ja personai, kurai veselības kaitējums ir nodarīts prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma rezultātā, veselības aprūpes pakalpojumi ir sniegti par valsts budžeta līdzekļiem, dienests no personas, kuru par vainīgu atzinusi kompetenta institūcija, regresa kārtībā piedzen izdevumus:

14.1. par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes sniegto neatliekamo medicīnisko palīdzību;

14.2. par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem - atbilstoši šajos noteikumos noteiktajiem ambulatorās veselības aprūpes epizožu tarifiem un  veikto manipulāciju tarifiem;

14.3. par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem - atbilstoši šo noteikumu 3.pielikuma 2.punktā noteiktajam viena pacienta ārstēšanas tarifam attiecīgajā stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmā, izņemot šo noteikumu 168.4.2., 168.4.3., 168.4.4. un 168.5.apakšpunktos minētos gadījumus, kad izdevumus piedzen atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem.

15. Ārstniecības iestāde, kas sniedz no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, līdz līgumā ar dienestu noteiktajam termiņam nodrošina informācijas ievadi dienesta vadības informācijas sistēmā par iepriekšējā mēnesī visiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, norādot tos medicīniskajā un uzskaites dokumentācijā saskaņā ar normatīvajiem aktiem par medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedību.

16. Dienests veic vadības informācijas sistēmā ievadītās informācijas par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem saglabāšanu. Ja vadības informācijas sistēmā ievadīto informāciju arhivē, dienests nodrošina, ka, izmantojot elektroniskos pakalpojumus, ir iespējams saņemt informāciju par pēdējos piecos gados personām sniegtiem no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

**II. Pacientu iemaksa un līdzmaksājums**

17. Saņemot no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, persona veic pacienta iemaksu šo noteikumu 4.pielikumā noteiktajā apmērā, ievērojot šo noteikumu 5.pielikuma nosacījumus.

18. Ja persona, saņemot veselības aprūpes pakalpojumu, nespēj samaksāt pacienta iemaksu vai līdzmaksājumu, to var izdarīt 15 dienu laikā pēc veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas vai citā laikā, ja par to ir panākta rakstiska vienošanās ar ārstniecības iestādi.

19. Sniedzot stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, ārstniecības iestāde papildus pacienta iemaksai var iekasēt pacienta līdzmaksājumu ne vairāk kā 42,69 euro apmērā par vienā stacionēšanas reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām, kas minētas šo noteikumu 3.pielikuma 4.punktā.

20. Šo noteikumu 19.punktā minēto pacienta līdzmaksājumu neiekasē no šo noteikumu 23.punktā minētajām iedzīvotāju kategorijām un personām, kuras uzrāda šo noteikumu 22.punktā minēto izziņu. Šādā gadījumā pacienta līdzmaksājumu nesedz no valsts budžeta līdzekļiem, izņemot pacienta līdzmaksājumu, kas veikts par šo noteikumu 24.16. un 24.17.apakšpunktā minētajām personām.

21. Kopējais pacienta iemaksas apmērs par katru stacionēšanas reizi vienā stacionārajā ārstniecības iestādē nedrīkst pārsniegt 355,72 euro.

22. Pacienta iemaksu kopsumma par kalendāra gadā saņemtajiem ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nedrīkst pārsniegt 569,15 euro. Izziņu par to, ka persona kalendāra gada laikā ir saņēmis veselības aprūpes pakalpojumus un veikusi pacienta iemaksu 569,15 euro apmērā, izsniedz dienesta teritoriālā nodaļa atbilstoši personas uzrādītajiem maksājuma dokumentiem.

23. No pacienta iemaksas ir atbrīvotas šādas iedzīvotāju kategorijas:

23.1. bērni;

23.2. grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi;

23.3. politiski represētās personas, Nacionālās pretošanās kustības dalībnieki un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušās personas, kā arī tās seku likvidācijā cietušās personas;

23.4. personas, kuras slimo ar tuberkulozi un personas, kurām veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai;

23.5. psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu;

23.6. personas, saņemot hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras visā ārstniecības procesa laikā;

23.7. personas, kuras saņem veselības aprūpes pakalpojumus šo noteikumu 6.pielikumā minēto infekcijas slimību gadījumos;

23.8. personas, kurām neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes;

23.9. personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā, ārstniecības iestādē uzrādot dokumentu, kas apliecina minēto faktu;

23.10. personas, kurām veic profilaktiskās apskates un izmeklējumus šo noteikumu 1. un 7.pielikuma 2.punktā minētajā kārtībā;

23.11. personas, kurām veic vakcināciju vakcinācijas kalendāra ietvaros, pasīvo imūnterapiju, kā arī vakcināciju pret gripu atbilstoši normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

23.12. personas, saņemot ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju mājas apstākļos;

23.13. orgānu donori;

23.14. personas, kuras saņem veselības aprūpi mājās vai paliatīvo veselības aprūpi;;

23.15. I grupas invalīdi;

23.16. trūcīgās personas, kas par tādām atzītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu;

23.17. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki.

24. Pacienta iemaksu par šo noteikumu 23.punktā minētajām iedzīvotāju kategorijām, pacienta iemaksu personas nāves gadījumā, kā arī pacienta iemaksu gadījumā, ja pārsniegts šo noteikumu 21. un 22.punktā noteiktais pacienta iemaksas apmērs, sedz no valsts budžeta līdzekļiem.

25. Dienests no valsts budžeta līdzekļiem ārstniecības iestādēm sedz pacienta iemaksas starpību, kas veidojas starp šo noteikumu 4.pielikuma 5.1.apakšpunktā noteikto pacienta iemaksas apmēru par ārstēšanos diennakts stacionārā un 4.pielikuma 5.3.apakšpunktā noteikto pacientu iemaksu apmēru personām ar noteiktām diagnozēm.

26. Pacienta iemaksu iekasē ārstniecības iestāde.

27. Ārstniecības iestāde iekasētās pacientu iemaksas, no valsts budžeta līdzekļiem kompensētās pacienta iemaksas par atbrīvotajām personu kategorijām un šo noteikumu 19.punktā minēto pacienta līdzmaksājumu novirza veselības aprūpes pakalpojuma izmaksu segšanai.

**III. Primārās veselības aprūpes organizēšana**

28. Primārā veselības aprūpe ir ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē vai tās dzīvesvietā sniedz šādi primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji:

28.1. ģimenes ārsts;

28.2. ārsta palīgs (feldšeris);

28.3. māsa;

28.4. vecmāte, kura nodarbināta ģimenes ārsta praksē;

28.5. zobārsts, zobārsta asistents, zobārsta māsa un higiēnists;

28.6. ārstniecības personas, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās.

29. Primārās veselības aprūpes pakalpojumus persona saņem:

29.1. pēc savas iniciatīvas vēršoties pie primārās veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja, izņemot veselības aprūpi mājās;

29.2. pēc ģimenes ārsta uzaicinājuma, tai skaitā profilaktiskās apskates programmas ietvaros saskaņā ar šo noteikumu 1.pielikumu;

29.3. pamatojoties uz ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta nosūtījumu (ja persona atrodas ieslodzījumā);

29.4. mājās atbilstoši šo noteikumu IV.nodaļai.

30. Katrai personai ir tiesības izvēlēties ģimenes ārstu. Lai reģistrētos ģimenes ārsta pacientu sarakstā, persona vēršas pie izvēlētā ģimenes ārsta un atbilstoši šo noteikumu 8.pielikumam noslēdz vienošanos divos eksemplāros, kuru paraksta persona un ģimenes ārsts. Viens vienošanās eksemplārs paliek pie ģimenes ārsta, otrs pie personas.

31. Vienošanos ģimenes ārsts uzglabā, kamēr persona ir reģistrēta viņa pacientu sarakstā.

32. Persona var būt reģistrēta tikai pie viena ģimenes ārsta.

33. Pie pediatra reģistrē tikai bērnus.

34. Ģimenes ārsts var nepiekrist personas reģistrācijai savu pacientu sarakstā, ja:

34.1. personas dzīvesvieta atrodas ārpus ģimenes ārsta darbības pamatteritorijas, kuru nosaka dienesta un ģimenes ārsta noslēgtajā līgumā atbilstoši dienesta apstiprinātajam un ar attiecīgo pašvaldību saskaņotajam ģimenes ārsta darbības pamatteritorijas plānam;

34.2. ģimenes ārsta pacientu sarakstā jau ir 1800 reģistrētas personas vai 800 bērni, izņemot jau reģistrētas personas pirmās pakāpes lejupējos vai augšupējos radiniekus vai laulāto un ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā dzīvojošas personas.

35. Katrai personai ir tiesības izvēlēties citu ģimenes ārstu un veikt pārreģistrāciju. Lai pārreģistrētos, persona vēršas pie izvēlētā ģimenes ārsta un noslēdz jaunu vienošanos.

36. Informāciju par šo noteikumu 30. un 35.punktā minēto vienošanos ģimenes ārsts piecu darbdienu laikā ievada dienesta vadības informācijas sistēmā.

37. Dienests veic šādas izmaiņas dienesta vadības informācijas sistēmā:

37.1. personas reģistrācijas bloķēšanu, piešķirot personai statusu, kas uz laiku aptur esošo reģistrāciju un nepieļauj personas pārreģistrāciju pie cita ģimenes ārsta šo noteikumu 45.punktā minētajā gadījumā;

37.2. personas reģistrācijas atbloķēšanu un tādas reģistrācijas atjaunošanu, kāda viņam bija pirms tās bloķēšanas šo noteikumu 46.punktā minētajā gadījumā;

37.3. personas izslēgšanu – personu izslēdz no ģimenes ārsta pacientu saraksta šo noteikumu 39., 41., 42., 43. un 44.punktā minētajos gadījumos;

37.4. personu pārreģistrāciju šo noteikumu 39.punktā minētajā gadījumā.

38. Šo noteikumu 36. un 37.punktā minētie reģistrācijas notikumi stājas spēkā pēc to ievadīšanas dienesta vadības informācijas sistēmā. Šo noteikumu 86.1.apakšpunktā norādītā maksājuma (kapitācijas nauda) aprēķinā šo noteikumu 36. un 37.punktā minētos reģistrācijas notikumus ņem vērā, sākot ar nākamo dienu pēc to ievadīšanas dienesta vadības informācijas sistēmā.

39. Ja ģimenes ārsts izbeidz līgumattiecības ar dienestu, dienests piecu darbdienu laikā izslēdz personu no ģimenes ārsta pacientu saraksta un vietējos plašsaziņas līdzekļos vai dienesta mājas lapā internetā, ja attiecīgajā teritorijā nav iespējams informāciju izziņot vietējos plašsaziņas līdzekļos, izziņo par šī ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto personu pārreģistrāciju. Pārreģistrācijas termiņš ir seši mēneši.

40. Šo noteikumu 39.punktā minētās personas izvēlas citu ģimenes ārstu no dienesta piedāvātā ģimenes ārstu saraksta un noslēdz šo noteikumu 30.punktā minēto vienošanos. Personas, kuras pārreģistrācijas termiņa laikā nav reģistrējušās pie cita ģimenes ārsta, dienests ir tiesīgs reģistrēt pie ģimenes ārsta, kurš pārņem šo noteikumu 39.punktā minētā ģimenes ārsta praksi vai darbības pamatteritoriju.

41. Ārstniecības likuma 42.pantā noteiktajos gadījumos, pamatojoties uz ģimenes ārsta iesniegumu un Veselības inspekcijas pārbaudes atzinumu par konkrēto gadījumu, dienests ir tiesīgs izslēgt personu no ģimenes ārsta pacientu saraksta, informējot par to personu. Personai ir tiesības reģistrēties pie cita ģimenes ārsta.

42. Dienests izslēdz no pediatra reģistrēto pacientu saraksta personu, kura sasniegusi 18 gadu vecumu. Attiecīgais pediatrs par šo faktu informē personu.

43. Latvijas Republikas valsts piederības statusu zaudējušos un mirušās personas no pacientu saraksta svītro dienests, pamatojoties uz Iedzīvotāju reģistra sniegto informāciju.

44. Pacienta izslēgšanu no ģimenes ārsta pacientu saraksta, pamatojoties uz pacienta iesniegumu, dienests veic piecu darbdienu laikā.

45. Personas reģistrāciju pie ģimenes ārsta dienests bloķē:

45.1. psihiatriskā profila stacionāro ārstniecības iestāžu pacientiem, kuri nepārtraukti ārstējas ilgāk par trijiem mēnešiem;

45.2. ieslodzījumā esošām personām;

45.3. personām, kuras uzturas ārpus Latvijas Republikas ilgāk par sešiem mēnešiem, vai kuras vērsušās dienestā ar iesniegumu par reģistrācijas bloķēšanu, norādot, ka izceļo no Latvijas Republikas, vai par kurām dienests no Iedzīvotāju reģistra saņēmis ziņas par izceļošanu no Latvijas Republikas.

46. Ja ir zudis šo noteikumu 45.punktā minētais personas reģistrācijas bloķēšanas iemesls, dienests atbloķē personas reģistrāciju.

47. Ģimenes ārsts saņem pilnu savu pacientu sarakstu un informāciju par izmaiņām sarakstā, izmantojot dienesta vadības informācijas sistēmu.

48. Dienests savā mājas lapā internetā ievieto informāciju par ģimenes ārstu praksēm, norādot ārstniecības iestādes nosaukumu, ģimenes ārsta vārdu, uzvārdu, ārstniecības iestādes adresi, tālruņa numuru (kas iesniegts dienestā publicēšanai mājas lapā), elektroniskā pasta adresi saziņai ar pacientiem (ja iestāde tādu ir norādījusi), pamatdarbības teritoriju, prakses darba laiku un ģimenes ārsta pieņemšanas laiku. Pēc personas pieprasījuma dienests sniedz informāciju par ģimenes ārstiem, pie kuriem var reģistrēties, šo ģimenes ārstu prakšu atrašanās vietu un kārtību, kādā notiek reģistrācija.

49. Ģimenes ārsta pacients ir:

49.1. persona, kura reģistrēta ģimenes ārsta pacientu sarakstā;

49.2. ģimenes ārsta pacientu sarakstā nereģistrējusies persona (turpmāk – īslaicīgais pacients), kura:

49.2.1. īslaicīgas uzturēšanās (piemēram, komandējums, apciemojums) laikā ir saslimusi un vērsusies uzturēšanās vietai tuvākajā ģimenes ārsta praksē pēc palīdzības;

49.2.2. periodiski atrodas tuvinieku vai aizbildņu aprūpē attiecīgā ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā;

49.2.3. tiek vakcinēta vakcinācijas iestādē;

49.2.4. nav vispār reģistrējusies pie ģimenes ārsta, bet vērsusies pie ģimenes ārsta pēc palīdzības;

49.2.5. ir pie cita ģimenes ārsta reģistrēts pacients, kas vērsies pie ģimenes ārsta kā pie pacienta ģimenes ārsta aizvietotāja.

50. Papildus šo noteikumu 49.2.punktā noteiktajam ģimenes ārsta īslaicīgais pacients ir persona, kura atrodas ieslodzījuma vietā un ir vērsusies pie ģimenes ārsta ar ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta nosūtījumu vai kura ir no ieslodzījuma vietas atbrīvota persona, kuras reģistrācija pie ģimenes ārsta ir bloķēta.

51. Katrs ģimenes ārsts atbilstoši līgumam ar dienestu sniedz veselības aprūpes pakalpojumus savas darbības pamatteritorijā, nodrošinot savā pacientu sarakstā reģistrēto personu veselības aprūpi, kā arī:

51.1. konstatē pie viņa reģistrētas vai viņa aprūpē esošas, vai viņa darbības pamatteritorijā mājas apstākļos mirušas personas nāves faktu, kā arī, ja ģimenes ārstam ir zināms nāves cēlonis, izsniedz normatīvajos aktos par medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtību noteiktos dokumentus;

51.2. normatīvajos aktos, kas nosaka kārtību, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai, noteiktajos gadījumos nosūta mirušo patologanatomiskai izmeklēšanai;

51.3. informē Valsts policijas teritoriālo iestādi, ja ģimenes ārstam ir aizdomas par vardarbīgu nāvi;

51.4. nodrošina, ka ne vēlāk kā nākamās darbdienas laikā ģimenes ārsts, māsa vai ārsta palīgs (feldšeris) sazinās ar personu, lai vienotos par turpmāko veselības aprūpi, ja ģimenes ārsts ir saņēmis informāciju par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izbraukumu pie ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētās personas un šī persona nav stacionēta;

51.5. izsniedz izziņu par bērna veselības stāvokli.

52. Ģimenes ārsts savā pacientu sarakstā reģistrētai personai var sniegt veselības aprūpes pakalpojumus arī ārpus savas darbības pamatteritorijas, par to vienojoties ar personu.

53. Ģimenes ārsts kopīgi ar māsu vai ārsta palīgu (feldšeri) nodrošina pacientiem veselības aprūpes pakalpojumus ģimenes ārsta prakses vietā vai darbavietā (ja ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē) un pacientu dzīvesvietās, ievērojot šādus nosacījumus:

53.1. ģimenes ārsta pacientu pieņemšanas laiks:

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

53.1.2. ne mazāk par 25 stundām nedēļā, ja reģistrēto personu skaits praksē ir vairāk kā 2000 personas;

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

53.3. laiks, kad pacientus pieņem ģimenes ārsts, noteikts gan rīta (laikā no plkst.8.00 līdz 13.00), gan vakara (laikā no plkst.13.00 līdz 19.00) stundās;

53.4. noteikts pieņemšanas laiks personām bez iepriekšēja pieraksta (akūtiem pacientiem) – katru dienu ne mazāk par vienu stundu, nodrošinot šādām personām ģimenes ārsta pieejamību tajā pašā dienā, kad persona vērsusies ģimenes ārsta praksē, vai nākamajā darbdienā, ja persona ģimenes ārsta praksē vērsusies pēc ģimenes ārsta pieņemšanas laika beigām;

53.5. noteikts pieņemšanas laiks personām ar iepriekšēju pierakstu;

53.6. primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana piecu darbdienu laikā. Lai pakalpojumu nodrošinātu piecu darbdienu laikā, ģimenes ārsts, ja nepieciešams, pagarina pacientu pieņemšanas laiku;

53.7. mājas vizīšu pieteikšanas nodrošināšana darbdienās – vismaz līdz plkst.15.00.

54. Ārpus šo noteikumu 53.punktā minētā darba laika:

54.1. ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus pilsētās var nodrošināt dežūrārsts, kurš pieņem pacientus darba dienās pēc plkst.15.00 un brīvdienās atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajam dežūrārsta darba laika grafikam;

54.2. darba dienās laikā no plkst.17.00 līdz 8.00 un brīvdienās visu diennakti informāciju par nepieciešamo veselības aprūpi personām sniedz ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis.

55. Ģimenes ārsta pienākums ir šo noteikumu 53.punktā minēto māsu vai ārsta palīgu (feldšeri) nodrošināt ar iekārtotu darba vietu.

56. Izvērtējot personas veselības stāvokli, ģimenes ārsts šo noteikumu 49.1., 49.2.1., 49.2.2., 49.2.4., 49.2.5.apakšpunktā un 50.punktā minēto personu, kura vērsusies pie ģimenes ārsta, var nosūtīt saņemt sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus.

57. Ģimenes ārsts nodrošina pacientu ar informāciju par ģimenes ārsta sniegto primārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas kārtību ģimenes ārsta darba laikā, ārpus darba laika un aizvietošanas gadījumā, kā arī ar informāciju par citu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām. Ģimenes ārsts nodrošina, ka viņa darbavietā ir publiski pieejama informācija par aizvietošanu.

58. Ja ģimenes ārsta prombūtne pārsniedz piecas dienas, ģimenes ārsts informē dienestu par savas prombūtnes laiku un rakstiski iesniedz aizvietotāja akceptētu informāciju par aizvietošanu un tās nosacījumiem. Ja ģimenes ārsta prombūtne pārsniedz divus mēnešus, dienests aptur līgumu ar šo ģimenes ārstu un slēdz terminētu līgumu ar viņa aizvietotāju. Ja ģimenes ārsts nevar atrast aizvietotāju un šo noteikumu 62.2.apakšpunktā minētajā gaidīšanas sarakstā ir ārstniecība persona, kas vēlas aizvietot ģimenes ārstu attiecīgajā teritorijā, dienests slēdz līgumu par ģimenes ārsta aizvietošanu ar šo ārstniecības personu.

59. Ģimenes ārsts nodrošina šo noteikumu 53.punktā minētās māsas vai ārsta palīga (feldšera) aizvietošanu viņu prombūtnes laikā, ņemot vērā šādus nosacījumus:

59.1. māsu var aizvietot māsa vai ārsta palīgs (feldšeris);

59.2. ārsta palīgu (feldšeri) var aizvietot ārsta palīgs (feldšeris) vai māsa.

60. Ja ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē, ģimenes ārsta un pie ģimenes ārsta nodarbināto ārstniecības personu aizvietošanu nodrošina ārstniecības iestāde, ievērojot šo noteikumu 58. un 59.punktā minētos nosacījumus.

61. Dienests veido primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas sarakstu šādiem pakalpojumu sniedzējiem:

61.1. ģimenes ārstiem, atsevišķi veidojot informatīvu sarakstu par ģimenes ārstiem, kuri primārās veselības aprūpes pakalpojumus vēlas sniegt kā aizvietotāji;

61.2. māsām un ārsta palīgiem (feldšeriem);

61.3. ārstniecības iestādēm, kuras sniedz zobārstniecības pakalpojumus;

61.4. ārstniecības iestādēm, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās, atsevišķi veidojot gaidīšanas sarakstu pakalpojumu sniedzējiem, kuri mājas aprūpes ietvaros sniedz rehabilitācijas pakalpojumus.

62. Ģimenes ārstu reģistrē:

62.1. ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā, ja ģimenes ārsts ir iesniedzis dienestā rakstisku iesniegumu, kurā izteicis vēlēšanos strādāt par ģimenes ārstu dienesta apstiprinātajā un ar attiecīgo pašvaldību saskaņotajā ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā un būt līgumattiecībās ar dienestu, kā arī norādījis šādas ziņas – vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīvesvieta, kontakttālrunis, ārstniecības personas sertifikāta numurs, ģimenes ārsta pašreizējā darba vieta;

62.2. ģimenes ārstu aizvietotāju sarakstā, ja ģimenes ārsts ir iesniedzis dienestā rakstisku iesniegumu, kurā izteicis vēlēšanos būt līgumattiecībās ar dienestu kā ģimenes ārsta aizvietotājs, kā arī norādījis šādas ziņas – vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīvesvieta, kontakttālrunis, ārstniecības personas sertifikāta numurs, teritorija, kurā vēlas aizvietot ģimenes ārstu.

63. Ja ģimenes ārsts gada laikā pēc valsts finansētās rezidentūras beigšanas iesniedz dienestā iesniegumu atbilstoši šo noteikumu 62.1.apakšpunktam, dienests šo ģimenes ārstu vienu reizi reģistrē gaidīšanas sarakstā ārpus kārtas. Ja šādi ģimenes ārsti gaidīšanas sarakstā ir vairāki, tos reģistrē iesniegumu iesniegšanas secībā pirms pārējiem ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā esošajiem ārstiem.

64. Ārstniecības iestādi, kas sniedz zobārstniecības pakalpojumus, reģistrē gaidīšanas sarakstā, ja ārstniecības iestāde, kurā strādā zobārsts vai zobu higiēnists, ir iesniegusi dienestā rakstisku iesniegumu, kurā izteikusi vēlēšanos būt līgumattiecībās ar dienestu un nodrošināt zobārstniecības pakalpojumus, kā arī norādījusi šādas ziņas – ārstniecības iestādes nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese, pakalpojuma sniegšanas adrese, kontakttālrunis, teritorija, kurā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs vēlas nodrošināt zobārstniecības pakalpojumus.

65. Māsu vai ārsta palīgu (feldšeri) reģistrē māsu un ārstu palīgu (feldšeru) gaidīšanas sarakstā, ja māsa vai ārsta palīgs (feldšeris) ir iesniedzis dienestā rakstisku iesniegumu, kurā izteicis vēlēšanos strādāt kopā ar ģimenes ārstu dienesta apstiprinātajā un ar attiecīgo pašvaldību saskaņotajā ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā, kā arī norādījis šādas ziņas – vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīvesvieta, kontakttālrunis, ārstniecības personas sertifikāta numurs, māsas vai ārsta palīga (feldšera) pašreizējā darba vieta un teritorija, kurā persona vēlas strādāt.

66. Ārstniecības iestādi, kura sniedz veselības aprūpi mājās, reģistrē gaidīšanas sarakstā, ja ārstniecības iestāde ir iesniegusi dienestā rakstisku iesniegumu, izsakot vēlmi būt līgumattiecībās ar dienestu un nodrošināt veselības aprūpi mājās, kā arī norādījusi šādas ziņas – ārstniecības iestādes nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese, kontakttālrunis, teritorija, kurā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs vēlas sniegt veselības aprūpi mājās atbilstoši šo noteikumu 83.punktā minētajam iedalījumam.

67. Šo noteikumu 61.punktā minētos veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus svītro no attiecīgā gaidīšanas saraksta, ja:

67.1. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs izteicis šādu vēlēšanos;

67.2. šo noteikumu 61.1. vai 61.2.apakšpunktā minētam veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir anulēts sertifikāts vai beidzies tā derīguma termiņš;

67.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir svītrots no Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra vai Ārstniecības iestāžu reģistra;

67.4. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs noslēdz līgumu ar dienestu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tajā teritorijā, kurā tas ir izteicis vēlēšanos strādāt;

67.5. dienests, pamatojoties uz Veselības inspekcijas lēmumu, ir izbeidzis līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu citā teritorijā;

67.6. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs trīs nedēļu laikā no piedāvājuma nosūtīšanas dienas nesniedz rakstisku atbildi, kurā piekrīt slēgt līgumu ar dienestu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tajā teritorijā, kurā tas ir izteicis vēlēšanos strādāt, izņemot šādus gadījumus:

67.6.1. ja veselības aprūpes sniedzējs ilglaicīgi aizvieto citu ģimenes ārstu;

67.6.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs trīs nedēļu laikā no piedāvājuma nosūtīšanas dienas ir iesniedzis dienestā dokumentu, kas apliecina darbnespēju, kas turpinās ilgāk par vienu mēnesi;

67.6.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs trīs nedēļu laikā no piedāvājuma nosūtīšanas dienas ir iesniedzis dienestā dokumentu, kas apliecina, ka viņa kopšanā ir bērns, kurš nav sasniedzis 1,5 gada vecumu;

67.6.4. piedāvājums slēgt līgumu ar dienestu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu attiecīgajā teritorijā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam tiek nosūtīts pirmo vai otro reizi.

68. Lēmuma par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju svītrošanu no attiecīgā gaidīšanas saraksta apstrīdēšana vai pārsūdzēšana neaptur tā darbību .

69. Šo noteikumu 61.punktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju dienests atsaka reģistrēt attiecīgajā gaidīšanas sarakstā, ja:

69.1. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam nav derīga ārstniecības personas sertifikāta vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nav reģistrēts Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā vai Ārstniecības iestāžu reģistrā;

69.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nav ievērojis šo noteikumu 62., 64., 65.vai 66.punktā noteikto reģistrācijas kārtību gaidīšanas sarakstā;

69.3. ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju mazāk kā pirms diviem gadiem izbeigts līgums, pamatojoties uz šo noteikumu 264.punktu, izņemot šo noteikumu 264.6.apakšpunktā noteikto gadījumu.

70. Ja ģimenes ārsts pārtrauc līgumattiecības ar dienestu, dienests, neievērojot gaidīšanas saraksta hronoloģisko secību, piedāvā iespēju pārņemt attiecīgo praksi ģimenes ārstam, kurš saskaņā ar šo noteikumu 58.punktu ir vairāk kā sešus mēnešus nepārtraukti aizvietojis līgumattiecības pārtraukušo ģimenes ārstu.

71. Dienests savā mājas lapā internetā publicē primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas sarakstu, norādot:

71.1. ārstniecības personas vārdu, uzvārdu vai ārstniecības iestādes nosaukumu, reģistrācijas numuru;

71.2. ārstniecības personas specialitāti;

71.3. teritoriju, kurā ārstniecības persona vai ārstniecības iestāde vēlas sniegt veselības aprūpes pakalpojumus;

71.4. reģistrācijas datumu sarakstā.

**IV. Veselības aprūpes mājās organizēšana**

72. Ja personai nepieciešams ambulatorais veselības aprūpes pakalpojums, bet medicīnisku indikāciju dēļ tā nespēj ierasties ārstniecības iestādē šī pakalpojuma saņemšanai, viņam sniedz veselības aprūpes pakalpojumus mājās, ja:

72.1. personai ir hroniska slimība un pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ persona nespēj ierasties ārstniecības iestādē;

72.2. persona ir izrakstīta no stacionārās ārstniecības iestādes vai no dienas stacionāra pēc ķirurģiskas iejaukšanās;

72.3. personai ar diagnozi I60, I61, I63, I64 vai I69 nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta sešu mēnešu laikā pēc saslimšanas;

72.4. bērniem, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi.

73. Veselības aprūpes pakalpojumus mājās persona saņem, ievērojot šādus nosacījumus:

73.1. šo noteikumu 74.punktā minētos pakalpojumus, izņemot 74.5.apakšpunktā minētos pakalpojumus – ar ģimenes ārsta nosūtījumu vai ārstniecības iestādes nosūtījumu pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra, ja nosūtījumā norādīta šāda informācija:

73.1.1. diagnoze, kuras dēļ nepieciešama veselības aprūpe mājās;

73.1.2. diagnoze, kuras dēļ ir pārvietošanās traucējumi;

73.1.3. ārstējošā ārsta norādījumi veselības aprūpei mājās, tai skaitā medikamentu lietošanai;

73.1.4. laikposms, kurā jānodrošina veselības aprūpe mājās;

73.2. šo noteikumu 74.5.apakšpunktā minētos pakalpojumus:

73.2.1.ar rehabilitologa vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu, kas izsniegts šo noteikumu VII.nodaļā minētajā kārtībā un kam pievienots šo noteikumu 150. un 151.punktā minētajā kārtībā izstrādāts medicīniskās rehabilitācijas plāns;

73.2.2. ar ģimenes ārsta nosūtījumu, kam pievienots medicīniskās rehabilitācijas plāns, kas satur šo noteikumu 151.punktā minēto informāciju, ja ģimenes ārsts ir apguvis zināšanas par funkcionālo ierobežojumu novērtēšanu un to mazināšanas vai novēršanas iespējām.

74. Veselības aprūpe mājās ietver šādus pakalpojumus:

74.1. medikamentu ievadīšanu;

74.2. ādas bojājuma aprūpi;

74.3. mākslīgās atveres (stomas) aprūpi, tai skaitā pacienta un viņa tuvinieku izglītošanu un apmācību par mākslīgās atveres (stomas) aprūpi, kuru dienests vienai personai apmaksā ne vairāk kā piecas reizes, izņemot traheostomas, gastrostomas, nefrostomas, cistostomas aprūpi, kuru dienests apmaksā atbilstoši faktiski sniegto pakalpojumu skaitam;

74.4. enterālu barošanu caur zondi;

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

74.6. ilgstošo plaušu mākslīgo ventilāciju.

75. Ja persona saņem šo noteikumu 74.punktā minētos veselības aprūpes pakalpojumus, ārsts var papildus noteikt šādus pakalpojumus:

75.1. izmeklējumus un izmeklējuma rezultātā iegūto materiālu nogādāšanu laboratorijā;

75.2. vitālo rādītāju kontroli;

75.3. pacienta un viņa tuvinieku izglītošanu un apmācību par veselības veicināšanas pasākumiem un pacienta aprūpi;

75.4. klizmas veikšanu.

76. Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz sertificēta māsa vai ārsta palīgs (feldšeris), šo noteikumu 74.5.apakšpunktā minētos rehabilitācijas pakalpojumus – sertificēts fizioterapeits vai fizioterapeita asistents, ergoterapeits vai audiologopēds. Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz tikai tās šajā punktā minētās personas, kuras strādā ārstniecības iestādē, kas noslēgusi ar dienestu līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanu un apmaksu.

77. Ārstniecības iestāde, kura sniedz veselības aprūpes pakalpojumus mājās, nodrošina:

77.1. iespēju personām pieteikties veselības aprūpes pakalpojuma mājās saņemšanai darba dienās no plkst. 9.00 līdz 16.00 un brīvdienās, svētku dienās no plkst. 9.00 līdz 13.00;

77.2. veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas uzsākšanu ne vēlāk kā 24 stundu laikā no pieteikuma saņemšanas brīža;

77.3. veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanu gan darba dienās, gan brīvdienās, gan svētku dienās.

78. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus mājās, triju darbdienu laikā informē personas ģimenes ārstu (ja persona nav reģistrēta pie ģimenes ārsta, pamatteritorijas ģimenes ārstu atbilstoši personas faktiskajai dzīvesvietai) par attiecīgā pakalpojuma uzsākšanu, izdarot par to atzīmi personas medicīniskajā kartē.

79. Personai ar hronisku slimību un pārvietošanās traucējumiem vienas epizodes ilgums veselības aprūpes pakalpojumiem mājās ir līdz 30 kalendāra dienām, izņemot šo noteikumu 74.6.apakšpunktā minēto pakalpojumu. Ja veselības aprūpes pakalpojumus mājās ir nepieciešams saņemt ilgāk, divu darbdienu laikā pirms minētā termiņa beigām ģimenes ārsts apmeklē personu un sniedz attiecīgā pakalpojuma sniedzējam atzinumu par veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas pārtraukšanu vai turpināšanu.

80. Pēc izrakstīšanas no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra sakarā ar ķirurģisku iejaukšanos veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas ilgums ir līdz 10 kalendāra dienām. Ja veselības aprūpes pakalpojumi mājās ir nepieciešami ilgāk, ģimenes ārsts pēc attiecīgā pakalpojuma sniedzēja lūguma apmeklē attiecīgo personu un sniedz atzinumu par veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas pārtraukšanu vai turpināšanu.

81. Personai, kurai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz līdz laikam, kas norādīts šo noteikumu 73.2.apakšpunktā minētajos medicīniskajos dokumentos, bet ne ilgāk par 60 kalendāra dienām. Ja veselības aprūpes pakalpojumi mājās ir nepieciešami ilgāk, divu darbdienu laikā pirms minētā termiņa beigām rehabilitologs vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts apmeklē personu un sniedz attiecīgā pakalpojuma sniedzējam atzinumu par veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas pārtraukšanu vai turpināšanu.

82. Pēc šo noteikumu 73.punktā minētajā nosūtījumā norādītā veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas beigām pakalpojuma sniedzējs iesniedz personas ģimenes ārstam vai pamatteritorijas ģimenes ārstam atbilstoši personas faktiskai dzīvesvietai, kā arī personai epikrīzi vai etapa epikrīzi.

**V. Primārās veselības aprūpes finansēšana**

83. Līdzekļus samaksai par primārās veselības aprūpes pakalpojumiem dienests plāno atbilstoši šādām teritorijām:

83.1. Rīga (Rīga, Jūrmala, Ādažu novads, Babītes novads, Baldones novads, Carnikavas novads, Garkalnes novads, Inčukalna novads, Krimuldas novads, Ķekavas novads, Mālpils novads, Mārupes novads, Olaines novads, Ropažu novads, Salaspils novads, Saulkrastu novads, Sējas novads, Siguldas novads, Stopiņu novads);

83.2. Kurzeme (Liepāja, Ventspils, Aizputes novads, Alsungas novads, Brocēnu novads, Dundagas novads, Durbes novads, Engures novads, Grobiņas novads, Jaunpils novads, Kandavas novads, Kuldīgas novads, Mērsraga novads, Nīcas novads, Pāvilostas novads, Priekules novads, Rojas novads, Rucavas novads, Saldus novads, Skrundas novads, Talsu novads, Tukuma novads, Vaiņodes novads, Ventspils novads);

83.3. Latgale (Daugavpils, Rēzekne, Aglonas novads, Ciblas novads, Dagdas novads, Daugavpils novads, Ilūkstes novads, Kārsavas novads, Krāslavas novads, Līvānu novads, Ludzas novads, Preiļu novads, Rēzeknes novads, Riebiņu novads, Vārkavas novads, Viļānu novads, Zilupes novads);

83.4. Vidzeme (Valmiera, Alojas novads, Alūksnes novads, Amatas novads, Apes novads, Baltinavas novads, Balvu novads, Beverīnas novads, Burtnieku novads, Cēsu novads, Cesvaines novads, Ērgļu novads, Gulbenes novads, Jaunpiebalgas novads, Kocēnu novads, Līgatnes novads, Limbažu novads, Lubānas novads, Madonas novads, Mazsalacas novads, Naukšēnu novads, Pārgaujas novads, Priekuļu novads, Raunas novads, Rugāju novads, Rūjienas novads, Salacgrīvas novads, Smiltenes novads, Strenču novads, Valkas novads, Varakļānu novads, Vecpiebalgas novads, Viļakas novads);

83.5. Zemgale (Jelgava, Jēkabpils, Aizkraukles novads, Aknīstes novads, Auces novads, Bauskas novads, Dobeles novads, Iecavas novads, Ikšķiles novads, Jaunjelgavas novads, Jēkabpils novads, Jelgavas novads, Kokneses novads, Krustpils novads, Ķeguma novads, Lielvārdes novads, Neretas novads, Ogres novads, Ozolnieku novads, Pļaviņu novads, Rundāles novads, Salas novads, Skrīveru novads, Tērvetes novads, Vecumnieku novads, Viesītes novads).

84. Līdzekļus samaksai par primārās veselības aprūpes pakalpojumiem dienests novirza administrēšanai dienesta teritoriālajām nodaļām saskaņā ar šo noteikumu 9. un 10.pielikumu.

85. Šo noteikumu 84.punktā minētos valsts budžeta līdzekļus dienests plāno novirzīt samaksai par:

85.1. ģimenes ārstu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;

85.2. māsas, vecmātes un ārsta palīga (feldšera) darbu;

85.3. ārstniecības iestāžu sniegtajiem zobārstniecības pakalpojumiem;

85.4. dežūrārsta darbu;

85.5. ārstniecības iestāžu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem mājās.

86. Ģimenes ārsta ieņēmumus par pacientu aprūpi, kuru apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem, veido:

86.1. maksājums (tai skaitā samaksa reģistratora funkciju veikšanai, saistīta ar minimālo algu valstī), kuru aprēķina, ņemot vērā to reģistrēto personu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā, kuri pēdējo trīs kalendāro gadu laikā vismaz vienu reizi ir apmeklējuši ģimenes ārstu, minēto personu dalījumu pa vecuma grupām un ģimenes ārsta pakalpojuma patēriņa koeficientu saskaņā ar šo noteikumu 9.pielikumu (kapitācijas nauda);

86.2. samaksa par ģimenes ārsta veiktajām manipulācijām saskaņā ar šo noteikumu 11.pielikumu;

86.3. fiksētie maksājumi un piemaksas saskaņā ar šo noteikumu 10.pielikumu;

86.4. samaksa par īslaicīgo pacientu aprūpi;

86.5. māsas un ārsta palīga (feldšera) darba samaksa saskaņā ar šo noteikumu 12.pielikumu, tai skaitā par ģimenes ārsta praksē nodarbinātas vecmātes veikto darbu;

86.6. samaksa par cita ģimenes ārsta aizvietošanu, ja aizvieto uz laiku, kas pārsniedz divus mēnešus, – atbilstoši aizvietojamās prakses mēneša ieņēmumu aprēķinam saskaņā ar šo noteikumu 86.1., 86.2., 86.3., 86.4. un 86.5.apakšpunktu;

86.7. pacienta iemaksa vai tās kompensācija par šo noteikumu 23.punktā minētajām personām.

87. Par īslaicīgā pacienta aprūpi veselības aprūpes pakalpojumu sniegušajam ģimenes ārstam samaksā ģimenes ārsta aprūpes epizodes tarifu atbilstoši šo noteikumu 13.pielikumam un manipulāciju tarifu atbilstoši šo noteikumu 11.pielikumam.

88. Ja īslaicīgais pacients ir reģistrēts pie ģimenes ārsta, tad aprūpes epizodes tarifu apmaksā no tā ģimenes ārsta naudas līdzekļiem, pie kura persona reģistrēta, bet ne vairāk kā 50 % apmērā no šo noteikumu 86.1.apakšpunktā minētās mēneša kapitācijas naudas maksājuma.

89. Personai, kura ir reģistrējusies pie ģimenes ārsta, bet veselības aprūpes pakalpojumus saņem pie cita ģimenes ārsta un neatbilst šo noteikumu 49.2.apakšpunktā vai 50.punktā minētajiem kritērijiem (nav īslaicīgais pacients), sniegtie primārās veselības aprūpes pakalpojumi ir maksas pakalpojumi.

90. Papildus šo noteikumu 86.punktā minētajiem ieņēmumiem ģimenes ārstam reizi gadā ir tiesības saņemt ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu, kuru aprēķina, pamatojoties uz ģimenes ārsta gada darbības rādītāju izvērtējumu saskaņā ar šo noteikumu 9. un 14.pielikumu.

91. Ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma neizmaksāto daļu dienests izlieto tādu maksājumu veikšanai, kas saistīti ar primāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu šādā secībā:

91.1. šo noteikumu 194. punktā aprēķinātā maksājuma izmaksai;

91.2. šo noteikumu 10.pielikuma 14.punktā norādītā maksājuma veikšanai par ģimenes ārsta atklātu vēzi 1. vai 2.stadijā;

91.3. šo noteikumu 86.2., 86.3. un 86.4.apakšpunktā norādīto maksājumu segšanai;

91.4. lai apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumus mājās un zobārstniecības pakalpojumus.

92. Šo noteikumu 85.4..punktā minētā dežūrārsta darbu apmaksā ar ikmēneša fiksēto maksājumu atbilstoši šo noteikumu 15.pielikumam.

93. Jaunatvērtām ģimenes ārstu praksēm līdz brīdim, kad ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto personu skaits sasniedz 600 (primārās veselības aprūpes pediatra sarakstā – 300 bērnu), bet ne ilgāk kā deviņus mēnešus pēc līguma noslēgšanas ar dienestu, tiek maksāts ikmēneša fiksētais maksājums, kuru veido:

93.1. šo noteikumu 287.1.apakšpunktā norādītā vidējā darba samaksa ārstam mēnesī un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

93.2. šo noteikumu 287.2.apakšpunktā norādītā vidējā darba samaksa ārstniecības un pacientu aprūpes personām mēnesī un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

93.3. šo noteikumu 10.pielikuma 1.punktā norādītais ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei.

94. Māsu un ārstu palīga (feldšera) darba apjoma apraksts un darbības nodrošināšanas maksājuma aprēķins noteikts šo noteikumu 12.pielikumā.

95. Ģimenes ārsts no saviem ieņēmumiem var noteikt papildu atalgojumu māsai, ārsta palīgam (feldšerim) un vecmātei.

96. Ārstniecības iestādes, kas sniedz zobārstniecības pakalpojumus, veikto darbu apmaksā atbilstoši šo noteikumu 16.pielikumā norādītajiem zobārstniecības pakalpojumu tarifiem.

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

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

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

**VI. Sekundārās veselības aprūpes organizēšana**

98. Sekundārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai stacionārajā ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona.

99. Sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus persona saņem:

99.1. pēc ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījuma;

99.2. pēc savas iniciatīvas vēršoties pie šādiem tiešās pieejamības speciālistiem:

99.2.1. pie psihiatra, ja persona slimo ar psihisku slimību (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10: F00-F09; F20-F62; F63.1-F99);

99.2.2. pie narkologa, ja persona slimo ar alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu atkarību (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10: F10-F19; F63.0);

99.2.3. pie pneimonologa, ja persona slimo ar tuberkulozi (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10: A15-A19; B90; J65; P37.0; R76.1; Y58.0; Y60.3; Z03.0; Z20.1);

99.2.4. pie dermatovenerologa, ja persona slimo ar seksuāli transmisīvu slimību (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10: A50-A64; B35.0,4,8; B37.3,4; B86; L01.1; L08.0; L24.4; L30.2; Z11.3,4; Z20.2,6; Z22.4; Z29.2; Z86.1);

99.2.5. pie endokrinologa, ja persona slimo ar cukura diabētu (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10: E10-E14.9);

99.2.6. pie onkologa, onkologa ķīmijterapeita, ja persona slimo ar onkoloģisku slimību (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10: C00-C97; D00-D09; D37-D48; I78; I88-I89; N40; N60-N63; N64.5,8,9; N85.0,1; N87.2,9; N88; N89.1,2,3,4,9; N90.1,2,3,4,7,9; N95.0,8,9; O01);

99.2.7. pie ginekologa, tai skaitā personām ar diagnozi Z01.4 ārpus valsts organizētā vēža skrīninga;

99.2.8. pie oftalmologa;

99.2.9. pie bērnu ķirurga;

99.2.10. pie pediatra;

99.2.11. pie infektologa, ja persona slimo ar humānā imūndeficīta vīrusa infekciju (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10 – B20–B24; Z21);

99.2.12. pie sporta ārsta;

99.3. pēc savas iniciatīvas vēršoties ārstniecības iestādēs, tajā skaitā steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, lai saņemtu neatliekamo medicīnisko palīdzību;

99.4. pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes nosūtījuma;

99.5. ar dienesta nosūtīto uzaicinājumu valsts organizētā krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga ietvaros.

100. Lai persona saņemtu sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus (izņemot šo noteikumu 99.2., 99.3., 99.4. un 99.5.apakšpunktā minētos gadījumus), ģimenes ārsts vai speciālists noformē nosūtījumu. Nosūtījumu noformē uz veidlapas, kas apstiprināta normatīvajos aktos par medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtību.

101. Nosūtot izmeklējamā materiāla paraugu uz laboratoriskajiem izmeklējumiem dienas stacionāra pacientam, speciālists nosūtījumā norāda, ka persona ir dienas stacionāra pacients.

102. Lai persona saņemtu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu, ģimenes ārsts vai speciālists:

102.1. kopīgi ar personu izvēlas konsultācijas, diagnostiskā izmeklējuma vai dienas stacionāra vietu, izvērtējot pakalpojuma saņemšanas steidzamību;

102.2. informē personu par nepieciešamību pieteikties uz konsultāciju, diagnostisko izmeklējumu vai dienas stacionāru.

103. Persona vienojas ar ārstniecības iestādi par konkrētu laiku, kad tiks saņemta nosūtījumā norādītā konsultācija, veikts diagnostiskais izmeklējums vai sniegti dienas stacionāra pakalpojumi.

104. Ārstniecības iestāde par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu informē ģimenes ārstu vai speciālistu, kurš izsniedzis nosūtījumu.

105. Dienas stacionāra pakalpojums ir ārstniecības vai diagnostikas pakalpojums ārstniecības iestādē, kur personai ārstēšanu un veselības aprūpi nodrošina nepilnu diennakti (ne agrāk kā no plkst. 6.00 un ne vēlāk kā līdz plkst. 22.00) un ir nepieciešama personas novērošana pēc manipulācijas veikšanas ne mazāk par trim stundām.

106. Dienas stacionārā sniedz ārstniecības pakalpojumus, kurus to sarežģītības, risku vai laika ietilpības dēļ nav iespējams sniegt ambulatori, tomēr nav nepieciešama uzņemšana stacionārā. Ārstniecības pakalpojumu dienas stacionārā raksturo:

106.1. uzņemšana vienu vai vairākas reizes;

106.2. laikposms starp divām sekojošām uzņemšanām ir vismaz sešas stundas;

106.3. vienas uzņemšanas ilgums ir līdz 16 stundām.

107. Dienas stacionārā veselības aprūpes pakalpojumus veic šādos līmeņos:

107.1. pirmā līmeņa dienas stacionāra veselības aprūpes pakalpojums, ko apmaksā ārstniecības iestādei, kurā ir intensīvās terapijas un anestezioloģijas nodaļas, kā arī asins kabinets;

107.2. otrā līmeņa dienas stacionāra veselības aprūpes pakalpojums, ko apmaksā ārstniecības iestādei, kura neatbilst šo noteikumu 107.1.apakšpunktam.

108. Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus sniedz personām, kurām ir trauma, pēkšņa saslimšana vai hroniskas slimības saasināšanās, kas prasa steidzamu ārstniecības personu iejaukšanos, un nepieciešamā palīdzība pārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci.

109. Ārstniecības iestādes, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, dala trīs līmeņos. Ārstniecības iestāde atbilstoši šo noteikumu 17.pielikuma 4.punktā noteiktajam steidzamās medicīniskās palīdzības punkta līmenim nodrošina šādu nosacījumu izpildi:

109.1.1.līmenis – personai steidzamo medicīnisko palīdzību saslimšanu un traumu gadījumos sniedz viens ārsts kopīgi ar vienu māsu vai ārsta palīgu diennakts vai nepilnas diennakts (brīvdienās un svētku dienās (diennakts) un darbdienās (no plkst.16.00 līdz 8.00) režīmā vai viens ārsta palīgs diennakts vai nepilnas diennakts (brīvdienās un svētku dienās (diennakts) un darbdienās (no plkst.16.00–8.00)) režīmā;

109.2.2.līmenis – personai steidzamo medicīnisko palīdzību saslimšanu un traumu gadījumos darbdienās, brīvdienās un svētku dienās no plkst.8.00 līdz 24.00 atbilstoši kompetencei sniedz divi ārsti (ķirurgs vai traumatologs un internists vai anesteziologs–reanimatologs) un viena māsa, bet no plkst.24.00 līdz 8.00 – viens ārsts un viena māsa vai ārsta palīgs;

109.3.3.līmenis – personai steidzamo medicīnisko palīdzību saslimšanu un traumu gadījumos darbdienās, brīvdienās un svētku dienās no plkst.8.00 līdz 24.00 atbilstoši kompetencei sniedz trīs ārsti (ķirurgs vai traumatologs, anesteziologs–reanimatologs un internists) un divas māsas vai ārstu palīgi, bet no 24.00 līdz 8.00 – divi ārsti un viena māsa vai ārsta palīgs.

110. Ja kāda no ārstniecības iestādēm, kura sniedz no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, vēršas dienestā ar iesniegumu, kurā lūdz slēgt ar šo ārstniecības iestādi līgumu par zemāka līmeņa steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumu sniegšanu, dienests, pārskatot šīs ārstniecības iestādes finanšu apjomu, var slēgt atbilstošu līgumu.

111. Ja personai, kura vērsusies steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, atbilstoši tās veselības stāvoklim ir nepieciešama ārstēšanās stacionārajā ārstniecības iestādē, ārstniecības iestāde izsauc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi, lai personu nogādātu stacionārajā ārstniecības iestādē atbilstoši šo noteikumu 117.punktā noteiktajai kārtībai.

112. Lai persona saņemtu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu, ģimenes ārsts vai speciālists:

112.1. ja nepieciešama diennakts ārstniecības personas uzraudzība, nosūta personu uz stacionāro ārstniecības iestādi, pievienojot izrakstu ar izmeklēšanas rezultātiem, kas pamato konkrēto nosūtīšanas mērķi un personas veselības stāvokli;

112.2. kopīgi ar personu (izņemot personu, kas atrodas ieslodzījuma vietā) izvēlas stacionāro ārstniecības iestādi, izvērtējot pakalpojuma saņemšanas steidzamību;

112.3. vienojas ar personu (izņemot personu, kas atrodas ieslodzījuma vietā) un ārstniecības iestādi par stacionēšanas nepieciešamību un stacionēšanas laiku un izdara par to atzīmi nosūtījumā.

113. Ja stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā konstatē, ka personu nav nepieciešams stacionēt, uzņemšanas nodaļa noformē stacionēšanas atteikumu un informē par to ģimenes ārstu vai speciālistu, kas nosūtījis personu saņemt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu.

114. Ja ģimenes ārsts vai speciālists uzskata, ka personai nepieciešams saņemt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu neatliekamā kārtā, viņš var sniegt personai nosūtījumu, nevienojoties ar stacionāro ārstniecības iestādi par stacionēšanas laiku. Šādā gadījumā stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā atkārtoti izvērtē medicīniskās indikācijas stacionēšanai un:

114.1. ja stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā konstatē, ka personu nav nepieciešams stacionēt, uzņemšanas nodaļa noformē stacionēšanas atteikumu un informē par to ģimenes ārstu vai speciālistu, kas nosūtījis personu saņemt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu;

114.2. ja stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā konstatē, ka veselības aprūpes pakalpojumu nav nepieciešams sniegt neatliekamā kārtā, stacionārā ārstniecības iestāde vienojas ar personu (izņemot personu, kas atrodas ieslodzījuma vietā) par iespējamo stacionēšanas laiku un informē par to ģimenes ārstu vai speciālistu, kurš nosūtījis personu saņemt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu.

115. Lai persona, kura atrodas ieslodzījuma vietā, saņemtu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu, ieslodzījuma vietā strādājošs ārsts, pamatojoties uz medicīniskajām indikācijām un steidzamību, vienojas ar stacionāro ārstniecības iestādi, kurā ir iespējams sniegt pakalpojumu, par pakalpojuma sniegšanas laiku

116. Ja persona vērsusies stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā pēc savas iniciatīvas un personai ir trauma, pēkšņa saslimšana vai hroniskas slimības saasināšanās un ir nepieciešama steidzama ārstniecības personu iejaukšanās un nepieciešamā palīdzība pārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci, bet personu nav nepieciešams stacionēt, personai stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā tiek sniegti ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi.

117. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (brigāde) nogādā personu neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai uz tuvāko atbilstošo ārstniecības iestādi, ņemot vērā personas veselības stāvokli un dienesta līgumos ar ārstniecības iestādēm minētos nosacījumus.

118. Stacionārās ārstniecības iestādes atbildīgā dežurējošā ārstniecības persona nodrošina nekavējošu Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta nogādāto personu pieņemšanu ārstniecības iestādē.

119. Ja ir medicīniskas indikācijas, stacionārā ārstniecības iestāde nodrošina stacionētas personas pārvešanu stacionēšanai uz citu stacionāro ārstniecības iestādi, kā arī stacionētas personas nogādāšanu uz citu ārstniecības iestādi nepieciešamo ārstniecisko manipulāciju saņemšanai un atpakaļ uz stacionāro ārstniecības iestādi.

120. Šo noteikumu 17.pielikuma 2.punktā minētās stacionārās ārstniecības iestādes (turpmāk – aprūpes slimnīca) ārstē personas pēc akūtā ārstēšanas perioda, kas pārvestas no šo noteikumu 3.pielikuma 1.punktā minētajām stacionārajām ārstniecības iestādēm, kā arī personas ar hroniskām progresējošām slimībām un hronisku slimību paasinājumu gadījumos ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu, ja personas veselības stāvokļa dēļ ārstēšanu nav iespējams veikt ambulatori.

121. Aprūpes slimnīcā vai citas stacionārās ārstniecības iestādes nodaļā, kurā personas ārstē atbilstoši šo noteikumu 120.punktā minētajiem nosacījumiem, nodrošina ārsta sniegto veselības aprūpes pakalpojumu dienas laikā un māsas aprūpi visu diennakti.

122. Ārstniecības iestāde plāno valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tādā veidā, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visa kalendāra gada laikā.

123. Ārstniecības iestāde veido valsts apmaksāto plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindas, savstarpēji vienojoties ar personu par konkrētu laiku, kad persona saņems nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus.

124. Ārstniecības iestādei, kura sniedz no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ir pienākums sniegt veselības aprūpes pakalpojumus prioritāri bērniem un grūtniecēm.

125. Šo noteikumu 17.pielikuma 2.punktā minētajām ārstniecības iestādēm ir pienākums stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus prioritāri sniegt personām, kas pārvestas no šo noteikumu 17.pielikuma 1.punktā minētajām ārstniecības iestādēm.

126. Ārstniecības iestādes, kuras veic plānveida lielo locītavu endoprotezēšanu, veido un uztur šādas valsts apmaksāto plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindas:

126.1. endoprotezēšana steidzamības kārtā atbilstoši šo noteikumu 18.pielikumā minētajiem kritērijiem;

126.2. endoprotezēšana ar 50 % endoprotezēšanas izdevumu apmaksu;

126.3. endoprotezēšana vispārējā kārtībā.

127. Ārstniecības iestāde personu, kura atrodas šo noteikumu 126.punktā minētajā rindā uz lielo locītavu endoprotezēšanu, bet atsakās no piedāvātā laika, kurā plānots veikt lielo locītavu endoprotezēšanas operāciju vai divu mēnešu laikā no piedāvājuma nosūtīšanas dienas nesniedz atbildi, svītro no minētās rindas.

128. Ārstniecības iestāde, kura saņem kādu no šo noteikumu 162.punktā minētajiem maksājumiem (izņemot šo noteikumu 162.7.apakšpunktā minēto maksājumu), nodrošina, ka attiecīgā speciālista vai kabineta darba laiks noteikts atbilstoši šādiem nosacījumiem:

128.1. vienai ārsta slodzei atbilst ne mazāk kā 30 stundu nedēļā pacientu pieņemšana;

128.2. vienai māsas slodzei atbilst ne mazāk kā 40 stundu darbs nedēļā.

129. Ārstniecības iestāde, kura saņem šo noteikumu 15.pielikuma 2.10.apakšpunktā minēto maksājumu, nodrošina iespēju paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē esošajam pacientam vai viņa tuviniekiem 24 stundas diennaktī saņemt telefonisku konsultāciju par paliatīvo aprūpi.

130. Stacionārā ārstniecības iestāde vismaz piecas dienas un ambulatorā ārstniecības iestāde vismaz vienu dienu iepriekš informē personu par to, ka ārstniecības iestādei nav iespējams sniegt plānoto valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu.

131. Ārstniecības iestāde personai ar prognozējamu invaliditāti valsts apmaksātos plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir vērsti uz personas funkcionēšanas spēju saglabāšanu, uzlabošanu vai atjaunošanu, lai novērstu invaliditātes iestāšanos un kuri ir iekļauti Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajā personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajā rehabilitācijas plānā, uzsāk šādos termiņos:

131.1. ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;

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

131.3. plānveida operācijas – piecu kalendāra mēnešu laikā.

132. Ārstniecības iestāde nodrošina, lai persona, izrakstoties no stacionārās ārstniecības iestādes, saņemtu izziņu no ārstniecības iestādes informācijas sistēmas par viņa ārstēšanas izdevumiem, kas apmaksāti no valsts budžeta.

133. Ārstniecības iestādes savstarpēji atzīst veikto izmeklējumu rezultātus mēneša laikā no izmeklējuma veikšanas dienas.

134. Ārstniecības iestāde nodrošina veikto izmeklējumu rezultātu izsniegšanu pacientam vai ārstniecības personai, kura nosūtījusi pacientu izmeklējuma veikšanai, ne vēlāk kā piecu darba dienu laikā pēc izmeklējuma veikšanas vai citā laikā, ja par to ir panākta vienošanās ar pacientu.

135. Dienests katru gadu līdz 1.jūnijam apkopo un ievieto savā tīmekļa vietnē informāciju par to ārstniecības iestāžu veselības aprūpes kvalitāti iepriekšējā gadā, kas sniedz stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, atbilstoši šādiem kritērijiem:

135.1. pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu (pacientu skaita procentuālais īpatsvars no kopējā stacionēto pacientu skaita ar akūtu miokarda infarktu).

135.2. pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar hemorāģisku vai išēmisku insultu (pacientu skaita procentuālais īpatsvars no kopējā stacionēto pacientu skaita ar hemorāģisku vai išēmisku insultu).

135.3. pacientu ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem vai murgiem neatliekama atkārtota stacionēšana 30 dienu laikā tajā pašā stacionārajā ārstniecības iestādē.

135.4. atstātie svešķermeņi veikto procedūru laikā (blakus diagnoze) uz 100 izrakstīšanās gadījumiem no stacionārās ārstniecības iestādes.

135.5. pēcoperācijas plaušu embolija vai dziļo vēnu tromboze (blakus diagnoze) uz 100 izrakstīšanās gadījumiem no stacionārās ārstniecības iestādes.

135.6. veikto procedūru laikā gūtās traumas (blakus diagnoze) uz 100 izrakstīšanas gadījumiem no stacionārās ārstniecības iestādes.

135.7. vaginālu dzemdību laikā (ar vai bez instrumentu lietošanas) gūtās traumas.

135.8. dzemdības ar ķeizargriezienu un dzemdību komplikāciju gadījumi (pacientu skaita procentuālais īpatsvars no kopējā dzemdību skaita).

135.9. vidējais gultasdienu skaits uz pacientu.

135.10. vidējais gultu noslogojums.

135.11. pacientu stacionēšanas gadījumu īpatsvars uzņemšanas nodaļā.

136. Dienests organizē un pārrauga valsts organizēto vēža skrīningu (turpmāk - organizētais skrīnings). Lai nodrošinātu šo noteikumu 7.pielikumā noteikto organizētā skrīninga izmeklējumu saņemšanu, dienests:

136.1. organizē un nosūta uzaicinājumus krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumu veikšanai organizētā skrīningā iekļauto mērķa grupu iedzīvotājiem;

136.2. šo noteikumu 213.punktā minētajā kārtībā slēdz līgumus ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par organizētā skrīninga veikšanu;

136.3. katru gadu līdz 1.septembrim sagatavo nākamajā gadā organizējamā skrīningā iekļaujamo vecuma grupu izmeklēšanas plānu atbilstoši šo noteikumu 7.pielikumā minētajām vadlīnijām.

**VII. Medicīniskās rehabilitācijas organizēšana**

137. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem nodrošināt šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu.

138. Personu atlasi medicīniskas rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai veic fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts vai rehabilitologs vai psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs, kurš izmeklē personu tieši vai izvērtē cita ārsta nosūtījumu vai funkcionālā speciālista sagatavotu (veicot to līdz piecām nodarbībām ilgā funkcionālā speciālista kursā) medicīnisko dokumentāciju akūtu stāvokļu ārstēšanas vai hroniski noritošas slimības laikā, personai atrodoties stacionārā ārstniecības iestādē vai personu konsultējot ambulatori.

139. Veicot personu atlasi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts vai rehabilitologs novērtē:

139.1. personas veselības stāvokli un ar to saistītos funkcionālos ierobežojumus;

139.2. medicīniskās rehabilitācijas potenciālu;

139.3. personas un viņa piederīgo motivāciju;

139.4. veselības stāvokļa stabilitāti rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai.

140. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pēc fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa nosūtījuma persona var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās.

141. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, rehabilitologi un funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, piedaloties citām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām.

142. Medicīniskās rehabilitācijas konsultāciju sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, rehabilitologs, funkcionālais speciālists vai rehabilitācijā specializējusies ārstniecības atbalsta persona.

143. Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, rehabilitologa vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas.

144. Monoprofesionālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedz tikai ambulatori.

145. Multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir specializēta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma organizācijas forma, ko īsteno multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas komanda. Pakalpojumu sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts vai rehabilitologs (psihiatriska profila iestādē vai struktūrvienībā pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem – psihiatrs vai bērnu psihiatrs) un vismaz trīs dažādu profesiju funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām un konsultantiem. Multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu var sniegt bāzes vai intensīvas rehabilitācijas kursa veidā.

146. Multiprofesionālos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz dienas stacionārā vai stacionārā ārstniecības iestādē.

147. Hronisku funkcionālu ierobežojumu gadījumā fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts vai rehabilitologs personu var iekļaut medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.

148. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts vai rehabilitologs, īstenojot medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu:

148.1. nosaka personas veselības un funkcionālā stāvokļa kontroles intervālus (ne retākus kā vienu reizi gadā) un organizē to īstenošanu;

148.2. ordinē nepieciešamās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas, medikamentus un konsultācijas;

148.3. nosūta personu valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai;

148.4. ja nepieciešams, saskaņo izstrādāto ārstniecības un rehabilitācijas plānu ar ģimenes ārstu un pašvaldības sociālo dienestu un koordinē tā izpildi.

149. Ārstniecības iestāde, kura iekļāvusi personu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā, nodrošina:

149.1. medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā iekļauto personu uzskaiti;

149.2. personu veselības un funkcionālā stāvokļa novērtēšanas un rehabilitācijas rezultātu apkopošanu.

150. Personām, kuras saņem monoprofesionālu vai multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, un personām, kuras ir iekļautas dinamiskajā medicīniskās rehabilitācijas novērošanā, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts vai rehabilitologs izstrādā medicīniskās rehabilitācijas plānu.

151. Medicīniskās rehabilitācijas plāns ietver:

151.1. medicīniskās rehabilitācijas mērķus;

151.2. plānotās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas;

151.3. pielietojamo medicīnisko tehnoloģiju riskus un kontrindikācijas;

151.4. termiņus un kritērijus atkārtotai personas funkcionēšanas spēju novērtēšanai;

151.5. rehabilitācijas kursa pabeigšanas un rezultātu novērtēšanas nosacījumus.

152. Personas stāvoklim stabilizējoties (atbilstoši fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa atzinumam), pēc personas iniciatīvas vai personai pārceļoties uz sociālās palīdzības sistēmas institūciju, medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu var atcelt.

**VIII. Sekundārās veselības aprūpes finansēšana**

153. Samaksu par speciālistu sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, izņemot dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, dienests veic:

153.1. saskaņā ar manipulāciju tarifiem atbilstoši šo noteikumu 16.pielikumam un ārstniecības personas kompetencei un aprūpes epizožu tarifiem, kas norādīti šo noteikumu 13.pielikumā;

153.2. saskaņā ar ikmēneša fiksēto maksājumu.

154. Samaksu par dienas stacionārā sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests veic saskaņā ar šo noteikumu 19.pielikumu un manipulāciju tarifiem atbilstoši šo noteikumu 16.pielikumam un ārstniecības personas kompetencei.

155. Samaksu par šo noteikumu 20.pielikumā minētajiem ambulatorajiem izmeklējumiem dienests veic, ja personu šiem izmeklējumiem nosūtījis sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālists.

156. Samaksu par plānveida vizuālās diagnostikas izmeklējumiem un diagnostikas izmeklējumiem neiroloģijā dienests veic atbilstoši šo noteikumu 21.pielikumā minētajiem nosacījumiem.

157. Samaksu par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem dienests veic no līdzekļiem, kas nodoti ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista kontrolē saskaņā ar šo noteikumu IX.nodaļu. Ja ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniedzējs mēnesī ir sniedzis pakalpojumus, kuru apmaksai paredzētais apmērs ir lielāks par 7114,36 euro, tad, veicot ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksu šim pakalpojumu sniedzējam, dienests piemēro koeficientu 0,9 visai attiecīgajā mēnesī izmaksājamai summai.

158. Šo noteikumu 115.punktā vai 116.punktā minētajos gadījumos samaksu par stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests veic šādā kārtībā:

158.1. šo noteikumu 3.pielikuma 1.punktā minētajām stacionārajām ārstniecības iestādēm – ar šo noteikumu 168.2.apakšpunktā minēto ikmēneša fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību un par veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem saskaņā ar manipulāciju tarifiem atbilstoši šo noteikumu 16.pielikumam un ārstniecības personas kompetencei;

158.2. ārstniecības iestādēm, kas nav minētas šo noteikumu 3.pielikuma 1.punktā, – saskaņā ar manipulāciju tarifiem atbilstoši šo noteikumu 16.pielikumam un ārstniecības personas kompetencei un aprūpes epizožu tarifiem, kas norādīti šo noteikumu 13.pielikumā.

159. Saņemot no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļā vai steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, persona veic pacientu iemaksu šo noteikumu 4.pielikumā noteiktajā apmērā, ievērojot šo noteikumu 5.pielikuma nosacījumus.

160. Persona apmaksā stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā sniegtos sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar stacionārās ārstniecības iestādes maksas pakalpojumu cenrādi, ja personai nav trauma, pēkšņa saslimšana vai hroniskas slimības saasināšanās, kas prasa steidzamu ārstniecības personu iejaukšanos, vai nepieciešamā palīdzība nepārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci.

161. Lai saņemtu samaksu par personai sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem gadījumā, ja aprūpes epizode ilgst vairāk kā 30 kalendāra dienas, to noslēdz pēc 30 kalendāra dienām, skaitot no aprūpes epizodes sākšanās dienas, un ar nākamo personas apmeklējumu uzsāk jaunu aprūpes epizodi. Aprūpes epizodi var īstenot viens ārsts vai arī tajā tiek iesaistīti vairāki ārsti.

162. Ikmēneša fiksēto maksājumu piemēro samaksai par šādu speciālistu un ārstniecības iestāžu struktūrvienību darbu:

162.1. psihiatrs (sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus personām ar šo noteikumu 99.2.1.apakšpunktā minētajām diagnozēm);

162.2. narkologs (sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus personām ar šo noteikumu 99.2.2.apakšpunktā minētajām diagnozēm);

162.3. pneimonologs (sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus personām ar šo noteikumu 99.2.3.apakšpunktā minētajām diagnozēm);

162.4. diabētiskās pēdas aprūpes kabinets;

162.5. paliatīvās aprūpes kabinets;

162.6. hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinets;

162.7. steidzamās medicīniskās palīdzības punkts;

162.8. stomas kabinets;

162.9. psihologa kabinets;

162.10. metadona terapijas kabinets;

162.11. cistiskās fibrozes kabinets valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca";

162.12. diabēta pacientu apmācības kabinets bērniem valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca".

163. Papildus šo noteikumu 162.7.apakšpunktā norādītajam fiksētajam maksājumam par personai veiktiem diagnostiskiem izmeklējumiem šo noteikumu 108.punktā minētajā gadījumā dienests ārstniecības iestādei maksā saskaņā ar šo noteikumu 16.pielikumā noteiktajiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem.

164. Ikmēneša fiksētā maksājuma apmēra aprēķinā ietver:

164.1. ārstu un māsu darba samaksu šo noteikumu 287.punktā minētajā apmērā;

164.2. darba devēja sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas;

164.3. darbības nodrošināšanai nepieciešamos līdzekļus.

165. Šo noteikumu 164.3.apakšpunktā minēto līdzekļu apmēru nosaka kā ikmēneša fiksēto maksājumu sadalījumā pa šo noteikumu 162.punktā minētajām ārstu specialitātēm un struktūrvienībām atbilstoši šo noteikumu 15.pielikumam.

166. Dienests līdzekļus samaksai par sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem novirza administrēšanai dienesta teritoriālajām nodaļām, ņemot vērā, ka:

166.1. naudas līdzekļu apmēru fiksētā maksājuma samaksai aprēķina atbilstoši šo noteikumu 164.punktam;

166.2. naudas līdzekļu apmēru profilaktiskajām apskatēm nosaka, piemērojot iepriekšējā gada profilaktisko apskašu apjomu un to palielina par prognozēto profilaktisko apskašu palielinājumu;

166.3. naudas līdzekļu apmēru laboratorisko pakalpojumu apmaksai nosaka saskaņā ar šo noteikumu 157.punktu un IX. nodaļu;

166.4. naudas līdzekļu apmēru prognozējamo pacientu iemaksas kompensācijai nosaka, ņemot vērā proporciju starp iepriekšējā gadā pilnos deviņos mēnešos sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un šajā periodā faktiski kompensēto pacienta iemaksu par šo noteikumu 23.punktā minētajām iedzīvotāju kategorijām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un šo proporciju piemēro plānotajam sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu apjomam;

166.5. naudas līdzekļu apmēru veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, kas nepieciešami personām ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā nosaka atbilstoši iepriekšējā gadā sniegto pakalpojumu apjomam un to palielina par prognozēto pakalpojumu apjomu pieaugumu, lai nodrošinātu šo noteikumu 131.punktā norādīto nosacījumu izpildi un apmaksātu ambulatorās veselības aprūpes speciālistu konsīliju ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā vai rehabilitācijas plānu sastādīšanu gadījumos, ja personai nepieciešami šo noteikumu 168.4.3. vai 168.4.4.punktā minētie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi;

166.6. naudas līdzekļu apmēru pārējiem sekundāriem ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem nosaka atbilstoši šo noteikumu 244.punktā norādītajiem nosacījumiem.

167. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kas ietilpst katras ārstniecības iestādes programmā "Iezīmētie pakalpojumi", noteikti šo noteikumu 3.pielikumā, pārējie ārstniecības iestādes sniegtie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi ietilpst attiecīgās ārstniecības iestādes programmā "Pārējie pakalpojumi" (turpmāk – programma "Pārējie pakalpojumi").

168. Dienests samaksu par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veic, izmantojot šādus samaksas veidus:

168.1. ikmēneša fiksētais maksājums par stacionāra darbību (maksājums par programmā "Iezīmētie pakalpojumi" un par programmā "Pārējie pakalpojumi" ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem);

168.2. ikmēneša fiksētā piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību šo noteikumu 3.pielikuma 1.punktā minētajām ārstniecības iestādēm (maksājums stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību 24 stundas diennaktī);

168.3. ikmēneša fiksētā piemaksa par pacientu observāciju līdz 24 stundām šo noteikumu 3.pielikuma 1.punktā minētajām ārstniecības iestādēm;

168.4. samaksa atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, šo noteikumu 3.pielikuma 3.punktā noteiktajam gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem, kas šo noteikumu 16.pielikumā atzīmētas ar zvaigznīti (\*), šādos gadījumos:

168.4.1. par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām un to prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos;

168.4.2. samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti personai ar prognozējamu invaliditāti, kura noteikta saskaņā ar normatīvajiem aktiem, kas regulē prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas  kārtību;

168.4.3. par medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, atbilstoši rehabilitologa vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta izstrādātajam rehabilitācijas plānam pēc insulta, kardioķirurģiskajām operācijām un lielo locītavu endoprotezēšanas;

168.4.4. par šādiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti personām darbspējīgā vecumā, kuras slimo ilgāk kā trīs mēnešus, atbilstoši ārstu konsilija lēmumam, kurā saslimšana atzīta kā darbspējas apdraudoša un kurā, lai novērstu invaliditātes iestāšanos, norādītas piemērojamās ārstēšanas metodes un pamatota to izvēle:

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

168.4.4.2. invazīvās kardioloģijas pakalpojumi personām pēc infarkta;

168.4.4.3. ķirurģiskie pakalpojumi personām ar draudošu aklumu (katarakta, glaukoma un citas acu un to palīgorgānu slimības);

168.4.4.4. kohleārā implanta implantācija;

168.5. samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti personai, kurai nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija šo noteikumu 17.pielikuma 1. un 2.punktā, kā arī 3.8. un 3.12.apakšpunktā minētajās ārstniecības iestādēs atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam un šo noteikumu 3.pielikuma 3.5.apakšpunktā noteiktajam gultasdienas tarifam;

168.6. samaksa par dzemdību palīdzību – šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.45.apakšpunktā noteiktais viena pacienta ārstēšanas tarifs.

169. Šo noteikumu 168.1.apakšpunktā minētajā ikmēneša fiksētā maksājuma aprēķinā par reģiona daudzprofilu slimnīcas darbību ir iekļauti izdevumi, lai nodrošinātu septiņu speciālistu diennakts dežūras, un reģionu daudzprofilu slimnīcām ir pienākums nodrošināt atbilstošu skaitu ārstniecības personu diennakts dežūras.

170. Šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.27.1., 3.2.27.2., 3.2.27.5., 3.2.27.6. un 3.2.27.8.apakšpunktā norādītajā viena pacienta ārstēšanas tarifā, veicot plānveida endoprotezēšanu, tai skaitā endoprotezēšanu steidzamības kārtā, pamatojoties uz šo noteikumu 18.pielikumā minētajām medicīniskajām indikācijām, kuras personai apstiprinājis ārstniecības iestādē izveidots lielo locītavu problēmu ārstu konsilijs, iekļautas visas endoprotezēšanai nepieciešamo materiālu izmaksas.

171. Viena pacienta ārstēšanas tarifs, ja persona un ārstniecības iestāde rakstiski vienojas par endoprotezēšanu, personai sedzot endoprotezēšanas izdevumus 50 % apmērā, ir norādīts šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.27.4., 3.2.27.7. un 3.2.27.9.apakšpunktā.

172. Dienests, plānojot plānveida gūžas endoprotezēšanai nepieciešamos līdzekļus, paredz 90 % gadījumu cementējamās endoprotēzes izmantošanu, 10 % gadījumu – bezcementa un hibrīdās endoprotēzes izmantošanu atbilstoši šo noteikumu 18.pielikumā minētajām medicīniskajām indikācijām. Ārstniecības iestāde, veicot plānveida gūžas locītavas endoprotezēšanu, ievēro šo proporciju.

173. Ja persona, kura atrodas gaidīšanas rindā uz gūžas endoprotezēšanu, izvēlas endoprotēzes veidu, ko neapmaksā valsts, persona apmaksā šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.27.3. 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 3.pielikuma 3.2.27.3. apakšpunktā noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu (50 % no pacienta ārstēšanas pilna tarifa bez endoprotēzes vērtības).

174. Samaksu par atsevišķiem veselības aprūpes pakalpojumiem, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rēķiniem, dienests veic saskaņā ar šo noteikumu 22.pielikumā noteikto.

175. Ja personai, neizrakstot to no stacionāras ārstniecības iestādes, tiek veiktas manipulācijas citā stacionārā ārstniecības iestādē, tad izdevumus par manipulācijām dienests samaksā tai stacionārajai ārstniecības iestādei, kurā persona ir stacionēta. Attiecīgā stacionārā ārstniecības iestāde norēķinās ar manipulāciju veicēju.

176. Ja personai tiek implantēts trahejas neapklātais nitinola stents, dienests ārstniecības iestādei samaksā neapklātā stenta cenu 907,62 euro vērtībā. Ja persona izvēlas dārgāku stentu, ārstniecības iestāde ar rakstisku personas piekrišanu iekasē no personas līdzmaksājumu, kas ir starpība starp personas izvēlētā stenta cenu un šajā punktā noteikto stenta cenu.

177. Aprēķinot stacionārā pavadīto gultasdienu skaitu (ārstēšanās ilgumu), personas iestāšanās dienu un izrakstīšanās dienu uzskata par vienu dienu.

178. Dienests neapmaksā personas stacionēšanas laikā stacionārajā ārstniecības iestādē saņemtos sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot organizētā skrīninga izmeklējumus.

179. Dienests nemaksā par personas stacionāru ārstēšanu, ja persona stacionārā ārstniecības iestādē uzturējusies vienu dienu, izņemot gadījumu, ja ārstēšanās laikā iestājusies personas nāve vai persona pārvesta uz citu stacionāru ārstniecības iestādi.

**IX. Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu finansēšana**

180. Dienests no sekundārai ambulatorai veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem atsevišķi plāno šo noteikumu 2.pielikumā (izņemot laboratoriskos izmeklējumus saskaņā ar šo noteikumu 1.pielikumu) norādīto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru ģimenes ārstiem, ieslodzījuma vietās strādājošiem ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem.

181. Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu kopējo apmēru ģimenes ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem nākamajam gadam aprēķina šādi:

181.1. ģimenes ārstiem – kārtējā gadā ar ģimenes ārstu nosūtījumiem faktiski veikto attiecīgo laboratorisko manipulāciju skaitu kārtējā gada pirmajā pusē reizina ar šo manipulāciju tarifu un iegūto rezultātu reizina ar divi;

181.2. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem – kārtējā gadā ar speciālistu nosūtījumiem faktiski veikto attiecīgo laboratorisko manipulāciju skaitu kārtējā gada pirmajā pusē reizina ar šo manipulāciju tarifu un iegūto rezultātu reizina ar divi.

182. No visiem atbilstoši šo noteikumu 181.punktam aprēķinātajiem līdzekļiem dienests veido finanšu līdzekļu rezervi 5 % apmērā, kuru izmanto:

182.1. ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai atbilstoši faktiski veikto pakalpojumu apjomam, ja tie sniegti:

182.1.1. ar tāda ģimenes ārsta nosūtījumu, kurš saņem fiksēto maksājumu atbilstoši šo noteikumu 93.punktam;

182.1.2. ar dežūrārsta nosūtījumu;

182.1.3. saskaņā ar šo noteikumu 1.pielikumu;

182.1.4.ar ieslodzījumu vietās strādājošo ārstu nosūtījumu, ja tiesības nosūtīt uz valsts apmaksātiem laboratoriskiem izmeklējumiem ieslodzījumu vietā strādājošs ārsts ieguvis pēc laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu plānošanas procesa pabeigšanas, kā arī ar ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās strādājošo ārstu nosūtījumu;

182.2. ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai atbilstoši šo noteikumu 193.punktam;

182.3. ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai ar tādu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu un ģimenes ārstu nosūtījumu, kuri līguma attiecības ar dienestu uzsāk pēc laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu plānošanas procesa pabeigšanas;

182.4. ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu un ģimenes ārstu nosūtījumu, ja šo noteikumu 182.1., 182.2. un 182.3.apakšpunktā minētajam mērķim tā nav nepieciešama un ģimenes ārsts vai ārstniecības iestāde, kas sniedz sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, ir izlietojusi laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus.

183. Vienai pie ģimenes ārsta reģistrētai personai ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru aprēķina, izdalot saskaņā ar šo noteikumu 180.punktu un 181.1.apakšpunktu aprēķinātos līdzekļus, no kuriem atņemti 5 %, ar kopējo visu pie ģimenes ārstu reģistrēto personu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē.

184. Katram ģimenes ārstam ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam aprēķina šādi:

184.1. atbilstoši šo noteikumu 183.punktam aprēķināto vienas pie ģimenes ārsta reģistrētas personas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru reizina ar vecumam atbilstošo koeficientu par personām:

184.1.1. līdz 1 gada vecumam – 0,69;

184.1.2. no 1 līdz 6 gadiem – 0,90;

184.1.3. no 7 līdz 17 gadiem – 0,59;

184.1.4. no 18 līdz 44 gadiem – 0,56;

184.1.5. no 45 līdz 64 gadiem – 1,33;

184.1.6. kuras vecākas par 65 gadiem – 1,84;

184.2. katru atbilstoši šo noteikumu 184.1.apakšpunktam iegūto skaitli reizina ar ģimenes ārsta reģistrēto personu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē konkrētajā šo noteikumu 184.1.apakšpunktam atbilstošajā vecuma grupā;

184.3. summē atbilstoši šo noteikumu 184.2.apakšpunktam iegūtos skaitļus, iegūstot konkrētā ģimenes ārsta kopējo ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam, ko norāda starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu;

184.4. ieslodzījuma vietās strādājošiem ārstiem ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru nākamajam gadam aprēķina, reizinot ieslodzīto skaitu uz kārtējā gada 30.jūniju ar šo noteikumu 183.punktā noteiktajā kārtībā aprēķināto līdzekļu apmēru vienai pie ģimenes ārsta reģistrētai personai.

185. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem uz vienu epizodi ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru aprēķina, izdalot kopējo saskaņā ar šo noteikumu 180.punktu un 181.2.apakšpunktu aprēķināto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru, no kura atņemti 5 %, ar iepriekšējā gada kopējo sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē, reizinātu ar divi.

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

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

186.2. endokrinologam, bērnu endokrinologam – 3,20;

186.3. ģenētiķim – 40,17;

186.4. onkologam ķīmijterapeitam – 2,99;

186.5. dermatovenerologam – 1,18;

186.6. pediatram – 1,71;

186.7. pneimonologam (ftiziopneimonologs), bērnu pneimonologam – 0,57;

186.8. onkologam – 1,68;

186.9. oftalmologam – 0,02;

186.10. bērnu ķirurgam – 0,09;

186.11. psihiatram, bērnu psihiatram – 0,02;

186.12. narkologam – 0,01;

186.13. pārējiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem – 0,63.

187. Katram no šo noteikumu 186.punktā minētajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem kopējo ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam aprēķina, atbilstoši šo noteikumu 185.punktam aprēķināto uz vienu epizodi ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru reizinot ar šo noteikumu 186.punktā norādīto attiecīgā speciālista koeficientu un konkrētā speciālista epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusgadā, kas reizināts ar divi.

188. Aprēķināto konkrētajam sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistam ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru gadam norāda starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, summējot kopā visu attiecīgās ārstniecības iestādes sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus, kas aprēķināti atbilstoši šo noteikumu 187.punktam.

189. Ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista pienākums, nosūtot personas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, ir kontrolēt tam aprēķinātā ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētā līdzekļu apmēra izlietojumu.

190. Dienests katru mēnesi nodrošina ārstniecības iestādes ar informāciju par ģimenes ārstu un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētā līdzekļu apmēra izlietojumu.

191. 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) – dienests salīdzina aprēķināto un līgumā ar ārstniecības iestādi norādīto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru ar izlietoto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru.

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

193. Ja ģimenes ārsts vai ārstniecības iestāde, kas sniedz ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, attiecīgā gada pirmajā pusē ir vērsusies dienestā ar iesniegumu par ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēra palielināšanu, dienests šim ģimenes ārstam vai ārstniecības iestādei palielina attiecīgā gada otrajai pusei aprēķināto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru, ja dienestam ir pieejami līdzekļi un ja:

193. 1. pie ģimenes ārsta reģistrēto personu skaits attiecīgā gada pirmajā pusē palielinājies vairāk kā par 25 %;

193.2. ģimenes ārsts attiecīgā gada pirmajā pusē saņem šo noteikumu 10.pielikuma 9.punktā paredzēto piemaksu par hronisko pacientu aprūpi apmērā, kas vairāk kā par 25 % pārsniedz vidēji uz vienu ģimenes ārstu aprēķināto piemaksu par hronisko pacientu aprūpi;

193.3. ārstniecības iestādē, kurā nodarbināts sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālists, kopējais epizožu skaits attiecīgā gada pirmajā pusē pieaudzis vairāk kā par 25 % no plānotā epizožu skaita.

194. Dienests reizi gadā – līdz 1.martam – salīdzina par iepriekšējo gadu aprēķināto un līgumā ar ģimenes ārstu norādīto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu apmēru ar izlietoto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu apmēru. Ja konstatē, ka ģimenes ārsts nav izlietojis līgumā norādītos ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzētos līdzekļus pilnā apmērā, bet izlietojis vismaz 80 % no līgumā norādītā ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzētā līdzekļu apmēra, ģimenes ārstam izmaksā 20 % no starpības starp līgumā norādīto summu un faktiski izlietoto līdzekļu apmēru.

195. Ja, veicot šo noteikumu 191.punktā minēto izvērtējumu, dienests konstatē, ka ģimenes ārsts ir izlietojis vairāk kā 120 % no līgumā norādītā ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētā līdzekļu apmēra, dienests par to informē Veselības inspekciju.

**X. Neatliekamās medicīniskās palīdzības organizēšana un finansēšana**

196. Ja cietušais (saslimušais) ir dzīvībai un veselībai kritiskā stāvoklī, neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz:

196.1. ārstniecības iestāde;

196.2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde.

197. Šo noteikumu 17.pielikuma 1.punktā un 3.4., 3.6., 3.7., 3.8. un 3.12.apakšpunktā minēto ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļas neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz visu diennakti. Citas ārstniecības iestādes neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu nodrošina savā darba laikā.

198. Neatliekamo medicīnisko palīdzību stacionārajā ārstniecības iestādē sniedz, ievērojot šo noteikumu 23.pielikumā minētos nosacījumus.

199. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde neatliekamo medicīnisko palīdzību cietušajam (saslimušajam) sniedz notikuma vietā, kā arī transportēšanas laikā uz ārstniecības iestādi šādos gadījumos:

199.1. nelaimes gadījumi, avārijas, katastrofas, smagas mehāniskās, termiskās, ķīmiskās un kombinētās traumas, elektrotraumas, svešķermeņi elpošanas ceļos, slīkšana, smakšana, saindēšanās;

199.2. pēkšņa saslimšana vai trauma sabiedriskā vietā;

199.3. pēkšņa saslimšana vai hronisku slimību paasināšanās, kas apdraud personas dzīvību:

199.3.1. sirds un asinsvadu saslimšana, kurai raksturīgas sāpes, smakšanas lēkmes vai aizdusa, auksti sviedri, sirdsdarbības ritma traucējumi, samaņas zudums;

199.3.2. perifēro asinsvadu saslimšana, kurai raksturīgas pēkšņas sāpes rokās vai kājās, roku vai kāju aukstums, bālums;

199.3.3. centrālās vai perifērās nervu sistēmas saslimšanas, kurām raksturīgi pēkšņi apziņas traucējumi, krampji, ģībonis, galvas vai muguras sāpes, jušanas vai kustību traucējumi;

199.3.4. kuņģa vai zarnu trakta saslimšana, kurai raksturīgas pēkšņas sāpes vēderā, vemšana, auksti sviedri, nepārtraukta caureja;

199.3.5. urīnceļu saslimšana, kurai raksturīgas pēkšņas sāpes jostas un krustu apvidū vai akūti urinācijas traucējumi;

199.3.6. akūti psihiskās darbības traucējumi, kuriem raksturīga agresīva rīcība vai pašnāvības mēģinājums;

199.3.7. dzīvībai bīstama jebkuras izcelsmes asiņošana;

199.3.8. dzīvībai bīstamas jebkuras izcelsmes alerģiskas reakcijas;

199.3.9. bronhiālās astmas lēkme;

199.4. dzīvībai un veselībai kritiskā stāvoklī esoša cietušā (saslimušā) neatliekama pārvešana, kā arī dzemdētājas nogādāšana atbilstoši veselības stāvoklim tuvākajā attiecīgajā ārstniecības iestādē:

199.4.1. no personas atrašanās vietas uz tuvāko atbilstošo ārstniecības iestādi;

199.4.2. no ārstniecības iestādes uz stacionāru vai augstāka līmeņa stacionārās ārstniecības iestādi (specializēto centru, universitātes klīniku).

200. Neatliekama pārvešana ir Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegtās veselības aprūpes veids, kad saskaņā ar kompetentas ārstniecības personas pārvešanas pieteikumu un izsniegtu nosūtījumu Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes ārstniecības personu uzraudzībā ar operatīvo medicīnisko transportlīdzekli veic veselībai un dzīvībai kritiskā stāvoklī esoša cietušā (saslimušā) nogādāšana ārstniecības iestādē.

201. Gadījumos, kas nav minēti šo noteikumu 199.punktā, un gadījumos, kad personas pārvešana ir bijusi iepriekš paredzēta (plānveida), nogādāšana terapijas turpināšanai līdzvērtīga vai zemāka līmeņa stacionārā ārstniecības iestādē, kā arī gadījumos, kad cietušajam (saslimušajam) ir nepieciešams tikai speciāls transportēšanas veids operatīvajā medicīniskajā transportlīdzeklī, piemēram, uz nestuvēm, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegtais pārvešanas pakalpojums ārstniecības iestādei ir maksas pakalpojums saskaņā ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta maksas pakalpojumu cenrādi un tiek sniegts plānveida kārtā, iepriekš vienojoties par tā izpildes laiku un apjomu.

202. Lai Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests veiktu šo noteikumu 199.4.apakšpunktā un 201.punktā minēto pārvešanu, persona, kas piesaka pārvešanu, nodrošina, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādei tiek nodots kompetentas ārstniecības personas izsniegts nosūtījums. Pieteikumā Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam ārstniecības persona sniedz informāciju, kuru neuzrāda nosūtījumā:

202.1. norādi, ka pārvešana ir saskaņota ar ārstniecības iestādi (konkrētu ārstniecības personu), uz kuru cietušais (saslimušais) ir jāpārved (ja cietušais tiek pārvests uz ārstniecības iestādi);

202.2. precīzu adresi un laiku, kurā veicama pārvešana;

202.3. ārstniecības personas (ārstniecības iestādes) vai personas apliecinājumu, ka konkrētā ārstniecības persona (ārstniecības iestāde) vai persona apmaksās Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegto maksas pakalpojumu (ja pārvešana tiek veikta kā maksas pakalpojums).

203. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas laikā, ņemot vērā nepieciešamību nodrošināt sniegtās palīdzības savlaicīgumu un operativitāti, neatbild par personas un to pavadošo personu mantisko vērtību uzskaiti un saglabāšanu.

204. Ārstniecības personai, kas piesaka izsaukumu un izsniedz nosūtījumu neatliekamai vai plānveida (var tikt veikta arī bez nosūtījuma) pārvešanai, ir pienākums nodrošināt neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu vai cita veida veselības aprūpi cietušajam (saslimušajam) līdz Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes ierašanās brīdim.

205. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests sniedz specializēto neatliekamo medicīnisko palīdzību:

205.1. katastrofās vai ārkārtējās medicīniskās situācijās pēc glābšanas dienestu vai ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma;

205.2. pēc stacionārās ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma, ja nepieciešamais medicīniskās palīdzības apjoms pārsniedz pieejamās medicīniskās palīdzības iespējas ārstniecības iestādē, šādos gadījumos:

205.2.1. smagas galvas traumas un spontāni intrakraniāli asins izplūdumi;

205.2.2. mugurkaula traumas ar muguras smadzeņu bojājumiem;

205.2.3. smagas politraumas;

205.2.4. smags vai plašs apdegums, apsaldējums;

205.2.5. maģistrālo asinsvadu ievainojums vai akūts slēgums;

205.2.6. traumatiskas amputācijas, kur iespējama replantācija;

205.2.7. smagas akūtas ķirurģiskas saslimšanas vai ķirurģiskas operācijas smagas komplikācijas;

205.2.8. smagas iekšējas asiņošanas;

205.2.9. smags miokarda infarkts, akūti sirdsdarbības ritma traucējumi;

205.2.10. smags, komplicēts augšējo elpošanas ceļu nosprostojums;

205.2.11. smagas saindēšanās;

205.2.12. neskaidra infekcioza saslimšana vai masveida infekcijas saslimšana īsā laikā, kā arī pamatotas aizdomas par sevišķi bīstamu infekcijas slimību gadījumiem;

205.2.13. cietušais (saslimušais) atrodas veselībai un dzīvībai kritiskā stāvoklī un tam nepieciešama konsultācija (konsilijs), medicīniskā pārvešana vai gaisa medicīniskā evakuācija uz atbilstoša profila stacionāro ārstniecības iestādi Latvijas teritorijā;

205.3. pēc ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma, ja uz ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices ārstniecības iestādi dzīvībai kritiskā stāvoklī nepieciešams neatliekami pārvest bērnu, kurš šo noteikumu XV.nodaļā noteiktajā kārtībā ir saņēmis S 2 veidlapu. Pārvešanas izdevumus šajā gadījumā sedz Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests.

206. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegtais pakalpojums ir maksas pakalpojums saskaņā ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta maksas pakalpojumu cenrādi šādos gadījumos:

206.1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegtā medicīniskā palīdzība gadījumos, kas nav minēti šo noteikumu 199.punktā;

206.2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegtā specializētā neatliekamā medicīniskā palīdzība gadījumos:

206.2.1. kas nav minēti šo noteikumu 205.punktā;

206.2.2. kad ārstniecības iestāde nenodrošina veselības aprūpes jomu regulējošos normatīvajos aktos noteikto funkciju un prasību izpildi, tai skaitā nenodrošina noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu diennakts režīmā un prombūtnē esoša vai vakanta atbilstošas specializācijas ārstniecības personas amata pienākumu izpildi.

207. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests reģistrē visus neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumus, tai skaitā neatliekamas pārvešanas pieteikumus. Atbildīgās dežurējošās Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstniecības personas:

207.1. izvērtē saņemto informāciju;

207.2. nosaka steidzamību, kādā cietušajam (saslimušajam) sniedzama neatliekamā medicīniskā palīdzība;

207.3. atsaka izbraukumus gadījumos, kas nav minēti šo noteikumu 199. un 205.punktā;

207.4. ja nepieciešams, informē neatliekamās palīdzības izsaucēju, ka izbraukums, iespējams, būs maksas pakalpojums, un sniedz informāciju par citām veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām.

208. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā neatliekamās palīdzības izsaukuma pieņemšanas laiku reģistrē brīdī, kad dežurējošā ārstniecības persona pabeidz izsaukuma saņemšanas sarunu vai citas saņemtās informācijas izvērtējumu.

209. Ja saskaņā ar šo noteikumu 207.punktu Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta dežurējošā ārstniecības persona nav informējusi personu, kas piesaka izsaukumu vai kurai nepieciešams sniegt neatliekamo medicīnisko palīdzību, ka izbraukums, iespējams, būs maksas pakalpojums, tad rēķinu par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegto veselības aprūpes pakalpojumu personai neizsniedz, izņemot apzinātas Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta maldināšanas vai ļaunprātības gadījumus.

210. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes attiecīgajā teritorijā izvieto tā, lai pēc neatliekama izsaukuma saņemšanas neatliekamo medicīnisko palīdzību atbilstoši šo noteikumu 199.punktam 75 % gadījumu nodrošinātu:

210.1. republikas pilsētās un novadu pilsētās - ne vēlāk kā 15 minūšu laikā no izsaukuma saņemšanas brīža;

210.2. pārējās teritorijās - ne vēlāk kā 25 minūšu laikā no izsaukuma saņemšanas brīža.

211. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamo brigāžu skaitu plāno, ņemot vērā:

211.1. iedzīvotāju blīvumu un apkalpojamās zonas lielumu teritorijā;

211.2. citus faktorus, kuri ietekmē neatliekamās medicīniskās palīdzības pieejamību atbilstoši noteiktajam laikam (piemēram, slikta ceļu kvalitāte).

**XI. Līgumu slēgšana**

212. Dienests nodrošina līgumu slēgšanu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par:

212.1. primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu šo noteikumu 214.punktā minētajā kārtībā;

212.2. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu šo noteikumu 215.punktā minētajā kārtībā, izņemot:

212.2.1. par ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniegšanu - ar laboratorijām, kuras atbilst normatīvajos aktos par ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktajām obligātajām prasībām un kurām nav nodokļu vai valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu parādu uz līguma slēgšanas brīdi;

212.2.2. par Nacionālās mikrobioloģijas references un 3.bioloģiskās drošības līmeņa laboratorijas funkciju nodrošināšanu un citu ar infekcijas slimību profilaksi un ārstēšanu saistītu funkciju nodrošināšanu - ar sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca", paredzot pienākumus veikt:

212.2.2.1 Nacionālās mikrobioloģijas references un 3.bioloģiskās drošības līmeņa laboratorijas funkciju nodrošināšanu šo noteikuma 24.pielikumā noteiktajā apjomā;

212.2.2.2. barotņu iegādi un izplatīšanu tuberkulozes bakterioloģiskai diagnostikai, humānās imūndeficīta vīrusa infekcijas diagnostikai nepieciešamo reaģentu iegādi un izplatīšanu, pēcekspozīcijas specifiskās profilakses (PEP) nodrošināšanu ārstniecības personām, humānās imūndeficīta vīrusa infekcijas vertikālās profilakses nodrošināšanu, humānās imūndeficīta vīrusa opurtūnisko infekciju terapijas nodrošināšanu, imūnbioloģisko preperātu glabāšanu, kā arī tuberkulozes medikamentu izplatīšanu;

212.3. sekundārās stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar šo noteikumu 17.pielikuma 1., 2. un 3.punktā minētajām ārstniecības iestādēm, ņemot vērā šādus nosacījumus:

212.3.1. par šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.45.apakšpunktā minēto pakalpojumu sniegšanu līgumu slēdz ar ārstniecības iestādēm, kuras iepriekšējā gadā ir sniegušas dzemdību palīdzību vismaz 200 gadījumos;

212.3.2. par perinatālās aprūpes nodrošināšanu līgumu slēdz ar šo noteikumu 17.pielikuma 1.2, 1.7., 1.10., 1.14., 1.20., un 3.6.apakšpunktā minētajām ārstniecības iestādēm.

213. Papildus šo noteikumu 212.punktā minētajam dienests slēdz līgumus ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par:

213.1. par krūts vēža skrīninga izmeklējumu veikšanu ar mamogrāfijas metodi, ja sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs ir iesniedzis rakstisku apliecinājumu par atbilstību šo noteikumu 7.pielikuma 11.punkta prasībām;

213.2. par dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumiem ar primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuriem līgumā ir iekļauts pakalpojuma veids “Ginekoloģija”, kā arī ar ambulatoro laboratorijas pakalpojumu sniedzējiem, kuriem līgumā ir iekļauts pakalpojuma veids “Citoloģiskās analīzes”;

213.3. par zarnu vēža skrīninga izmeklējumiem ar primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kā arī ar ambulatoro laboratorijas pakalpojumu sniedzējiem, kuri nodrošina slēpto asiņu izmeklējums fēcēs no trīs sekojošās vēdera izejām atbilstoši šo noteikumu 7.pielikuma 3.2.punktam;

214. Dienests atlasa primārās veselības aprūpes ārstus, primārās veselības aprūpes māsas un ārsta palīgus (feldšerus), veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, kuri nodrošina zobārstniecības pakalpojumus vai veselības aprūpes pakalpojumus mājās, veidojot primārās veselības aprūpes sniedzēju gaidīšanas sarakstus šo noteikumu 83.punktā minētajās teritorijās.

215. Dienests atlasa sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus šo noteikumu 223.punktā vai 224.punktā minētajā kārtībā un, plānojot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasi, pamatojas uz nepieciešamību nodrošināt minimālo specialitāšu un veselības aprūpes pakalpojumu veidus veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās.

216. Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā iekļauj novadus un pilsētas, ievērojot esošās teritoriālās vai administratīvi teritoriālās robežas.

217. Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienību grupas ir šādas:

217.1. novadi un pilsētas:

217.1.1. ar iedzīvotāju skaitu līdz 25 000;

217.1.2. ar iedzīvotāju skaitu no 25 001 līdz 50 000;

217.1.3. ar iedzīvotāju skaitu no 50 001 līdz 75 000;

217.1.4. ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk;

217.2. šo noteikumu 83.punktā minētās teritorijas;

217.3. visa Latvijas Republikas teritorija.

218. Iedzīvotāju skaitu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās nosaka pēc publiski pieejamiem aktuālākajiem Iedzīvotāju reģistra datiem.

219. Veicot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasi, dienests ņem vērā, ka katrā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ir jānodrošina šo noteikumu 25.pielikuma 3.punktā norādītie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidi, neiekļaujot tajos stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā un steidzamās medicīniskās palīdzības punktā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus.

220. Katru gadu līdz 1.maijam dienests izvērtē veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās iepriekšējā kalendāra gadā sniegto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu veidus un to skaitu (aprūpes epizodes, veiktie izmeklējumi, dienas stacionārā personu pavadīto dienu skaitu) atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem un salīdzina ar šo noteikumu 25.pielikuma 3.punktā minētajiem veselības aprūpes pakalpojumu veidiem.

221. Katru gadu līdz 1.maijam dienests katram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidam veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā aprēķina nepieciešamo pakalpojumu skaitu uz 1000 iedzīvotājiem. To iegūst, dalot iepriekšējā kalendāra gadā sniegto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu skaitu ar veselības aprūpes plānošanas vienības iedzīvotāju skaitu un reizinot ar 1000.

222. Ja konkrētajā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā atbilstoši šo noteikumu 220. un 221.punktam aprēķinātais sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjoms ir mazāks par 65 % no valsts vidējā rādītāja, dienests izvērtē nepieciešamību veikt šo noteikumu 224.punktā minēto atlases procedūru, veicot plānošanas teritorijā esošo ārstniecības iestāžu aptauju par to iespējām sniegt lielāku sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu šajā veselības aprūpes pakalpojumu veidā.

223. Ja veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā esošie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji var nodrošināt nepieciešamo papildu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu apjomu pakalpojumu veidā, jaunu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru neveic. Ja teritorijā ir vairāki sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, dienests slēdz līgumu par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ievērojot šādu prioritāru secību:

223.1. ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kurš nodrošina lielāku sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidu skaitu vai augstāka līmeņa dienas stacionāra pakalpojumus, ja pretendē uz veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu dienas stacionārā;

223.2. ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas nodrošina lielāku sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu konkrētā veselības aprūpes pakalpojumu veidā;

223.3. ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kuram ar dienestu noslēgtajā līgumā ir norādīti skaitliski lielāki medicīniskā personāla resursi konkrētā sekundārā ambulatorā veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanai.

224. Ja veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā esošie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji nevar nodrošināt nepieciešamo papildu veselības aprūpes pakalpojumu apjomu pakalpojumu veidā vai kāds no veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā nepieciešamajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem netiek sniegts, dienests organizē jaunu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasi attiecīgā sekundārā ambulatorā veselības aprūpes pakalpojumu veida sniegšanai attiecīgajā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu attiecīgajai veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībai neatlasa, ja:

224.1. iepriekšējā gada sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūrā attiecīgajā plānošanas vienībā jau ir atlasīts nepieciešamais veselības aprūpes pakalpojuma veids un tas minētajā teritorijā tiek nodrošināts;

224.2. nepieciešamais sekundāra ambulatorā veselības aprūpes pakalpojuma apjoms pakalpojumu veidā ir mazāks par 50 % no līgumattiecībās ar dienestu esoša attiecīgā speciālista sniegto veselības aprūpes pakalpojumu vidējā skaita gadā.

225. Paziņojumu par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru dienests publicē laikrakstā "Latvijas Vēstnesis", kā arī ievieto informāciju dienesta tīmekļa vietnē. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji 20 dienu laikā pēc dienesta paziņojuma publikācijas iesniedz piedāvājumu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai.

226. Dienests izveido sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases komisiju ne mazāk kā piecu locekļu sastāvā un novērotāja statusā pieaicina vienu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārstāvi.

227. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlase notiek, ņemot vērā šādus kritērijus:

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

227.2. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja sniegto veselības aprūpes pakalpojumu veidi, iespējamais aprūpes epizožu un izmeklējumu skaits un to nodrošināšanai izmantojamās medicīniskās tehnoloģijas;

227.3. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja nodrošinājums ar ārstniecības un ārstniecības atbalsta personālu;

227.4. atbilstošs sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja materiāltehniskais nodrošinājums;

227.5. pret sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju nav uzsākts maksātnespējas process, maksātnespējas process nav pabeigts ar bankrota procesa pabeigšanu, sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam nav Maksātnespējas likumā minētā maksātnespējas procesa pazīmju, nav uzsākts sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja likvidācijas process, nav apturēta sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja saimnieciskā darbība;

227.6. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir likumā „Par nodokļiem un nodevām” noteiktās Padziļinātās sadarbības programmas dalībnieks vai tā maksājamo Valsts ieņēmumu dienesta administrēto nodokļu (nodevu) parāda kopsumma nepārsniedz 150 euro;

227.7. citi kritēriji, kas raksturo sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja iespējas sniegt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

228. Ja atlases procedūrā atlasāmā sekundārā ambulatorā veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai vienā un tai pašā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ir pieteikušies vairāki sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, dienests izvēlas ārstniecības iestādi, kura nodrošina lielāku valsts apmaksāto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu veidu skaitu.

229. Ja atlases procedūrā atlasāmā sekundārā ambulatorā veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai vienā un tai pašā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ir pieteikušies vairāki sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kas nodrošina vienādu valsts apmaksāto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu veidu skaitu, dienests izvēlas ārstniecības iestādi, kura ir likumā „Par nodokļiem un nodevām” noteiktās Padziļinātās sadarbības programmas dalībnieks.

230. Dienests atbilstoši šo noteikumu 227., 228. un 229.punktā noteiktajiem kritērijiem izvērtē sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, izvēlas atbilstošāko un slēdz ar to līgumu par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

231. Ja uz atlases procedūrā atlasāmo sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu kādā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā nav atlasīts neviens sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, tad plānoto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu dienests iekļauj līgumā ar tuvāko šo noteikumu 17.pielikuma 1.punktā minēto stacionāro ārstniecības iestādi.

232. Sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru dienests veic ne biežāk kā vienu reizi kalendāra gadā.

233. Ja sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kuram dienests piedāvā slēgt līgumu par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu saskaņā ar šo noteikumu 230.punktu, nevar nodrošināt attiecīgā pakalpojuma sniegšanu no nākamā gada 1.janvāra, sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs zaudē tiesības slēgt minēto līgumu.

234. Slēdzot līgumus par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar citu valstu ārstniecības iestādēm, šo noteikumu 224.punktā minēto atlases procedūru nepiemēro.

235. Dienests papildus ikgadējai sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasei, kas tiek veikta atbilstoši šo noteikumu 223. un 224.punktiem, ir tiesīgs vienoties ar sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas jau ir līgumattiecībās ar dienestu, par citu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu veidu sniegšanu, ja:

235.1. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir iesniedzis atbilstošu piedāvājumu;

235.2. nav nodrošināta pietiekama šādu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība;

235.3. pieejami finanšu līdzekļi šādu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai;

235.4. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas sniedz šādus veselības aprūpes pakalpojumus, pieejamie resursi ir pilnībā noslogoti.

236. Līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem dienests slēdz uz laiku, kas nepārsniedz 10 gadus.

237. Dienests slēdz līgumu tikai ar tiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri var nodrošināt pilnīgu, precīzu un savlaicīgu informācijas apmaiņu ar dienesta datu informācijas sistēmu atbilstoši dienesta noteiktajai kārtībai.

238. Līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanu dienests slēdz ar ārstniecības iestādi, kura dienestam iesniedz māsas vai ārsta palīga apliecinājumu par kvalifikācijas paaugstināšanu 40 izglītības stundu apjomā pēdējo divu gadu laikā saskaņā ar licencētu profesionālās tālākizglītības vai pilnveides programmu par ārstēšanas un aprūpes procesu mājās.

239. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ilgāk par mēnesi no piedāvājuma izteikšanas dienas neparaksta dienesta piedāvāto līgumu, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs zaudē tiesības noslēgt minēto līgumu.

240. Līgumu starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un dienestu slēdz atbilstoši Civillikumam, papildus iekļaujot līgumā šādus nosacījumus:

240.1. finanšu apmēru (budžetu) un tā prognozēto sadalījumu pa mēnešiem;

240.2. valsts budžeta līdzekļu ietvaros noteiktos ierobežojumus veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam attiecībā uz tiesībām izmantot citus veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus (nosūtījumi, speciālistu konsultācijas) vai izrakstīt kompensējamos medikamentus;

240.3. informācijas apmaiņas nosacījumus un termiņus, statistiskos pārskatus par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tai skaitā kārtību, kādā sniedzami pārskati par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu atbilstoši šo noteikumu 28., 29. un 30.pielikumam (ģimenes ārstiem - pārskati atbilstoši šo noteikumu 30. un 31.pielikumam);

240.4. pienākumu ārstniecības iestādei maksāt līgumsodu šo noteikumu XII.nodaļā minētajos gadījumos un apmērā, kā arī kārtību, kādā tiek veikta līgumsoda samaksa un veikti ieturējumi.

241. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kurš noslēdzis līgumu ar dienestu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, ir pienākums:

241.1. atmaksāt personai prettiesiski vai nepamatoti iekasētu pacienta iemaksu vai samaksu par maksas pakalpojumiem, pamatojoties uz Veselības inspekcijas lēmumu;

241.2. iesniegt dienestam izziņu par cietušā veselībai nodarīto kaitējumu organizācijas vai personas vainas dēļ atbilstoši šo noteikumu 26.pielikumam un Veselības inspekcijai ziņojumu par konstatētajiem trūkumiem personas izmeklēšanā vai ārstēšanā iepriekšējos posmos atbilstoši šo noteikumu 27.pielikumam;

241.3. norādīt medicīniskajā dokumentācijā un ievadīt Vadības informācijas sistēmā informāciju par sniegtajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, izmantojot Ziemeļvalstu Medicīnas statistikas komitejas (Nordic Medico - Statistical Committee (NOMESCO)) izstrādāto un dienesta mājas lapā internetā ievietoto ķirurģisko manipulāciju klasifikatora ar papildinājumu (NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP+)) aktuālo versiju, ja ārstniecības iestāde sniedz stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus;

241.4. pēc dienesta pieprasījuma izdarīt grozījumus līgumā attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu apjomu vai finanšu apmēru (budžetu), ja:

241.4.1. pieņemts likums par valsts budžetu kārtējam gadam;

241.4.2. pieņemti grozījumi likumā par valsts budžetu kārtējam gadam;

241.4.3. pieņemti jauni normatīvie akti vai izdarīti grozījumi spēkā esošajos normatīvajos aktos, kas attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumiem;

241.4.4. notikusi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja pārstrukturizācija vai speciālists, kurš sniedz līgumā noteiktu attiecīgu veselības aprūpes pakalpojumu, pārtraucis darba attiecības ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas ir līguma attiecībās ar dienestu;

241.4.5. tiek samazināti veselības aprūpei paredzētie valsts budžeta līdzekļi;

241.4.6. pakalpojumu sniedzējs neizpilda līgumā noteikto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un dienests piedāvā šādus grozījumus līgumā:

241.4.6.1. plānoto finanšu apmēru otrajam pusgadam nosaka atbilstoši finanšu apmēra faktiskai izpildei pirmajā pusgadā, ja kārtējā gada pirmajā pusē līguma par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem finanšu apmēra izpilde ir mazāka par 80 % no plānotā finanšu apmēra pirmajam pusgadam;

241.4.6.2. kopējo līguma apjomu samazina atbilstoši deviņos mēnešos sniegtajam faktiskajam veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, ja kārtējā gada deviņos mēnešos līguma par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem finanšu apjoma izpilde ir mazāka par 90 % no deviņu mēnešu plānotā finanšu apmēra;

241.4.6.3. samazina fiksēto maksājumu par stacionārās ārstniecības iestādes darbību, ja stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem stacionēšanas gadījumu skaits deviņos mēnešos ir mazāks par 80 % no deviņiem mēnešiem plānotā skaita;

241.4.6.4. ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs pirmā gada laikā pēc līguma noslēgšanas vai līguma papildināšanas ar pienākumu sniegt jaunu veselības aprūpes pakalpojumu veidu vai sniegt to lielākā apjomā nenodrošina šo noteikumu 223.punktā vai 230.punktā minētajā kārtībā atlasītā pakalpojuma sniegšanu vismaz 50% apmērā no attiecīgajam periodam līgumā noteiktā apjoma, samazina līguma apjomu attiecīgajā veselības aprūpes pakalpojumu veidā par neizpildīto apjomu;

241.5. iesniegt dienestā rakstisku brīdinājumu par vienpusēju līguma izbeigšanu ne mazāk kā trīs mēnešus iepriekš, izņemot šo noteikumu 17.pielikuma 1., 2. un 3.punktā norādītos veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, kuriem rakstisks brīdinājums par vienpusēju līguma izbeigšanu jāiesniedz ne mazāk kā sešus mēnešus iepriekš.

242. Dienests šo noteikumu 241.4.6.2. un 241.4.6.3.apakšpunktā minētajos gadījumos par finansējuma apmēru pārējiem kalendārā gada mēnešiem lemj pēc ārstniecības iestādes paskaidrojuma saņemšanas par līguma neizpildes iemesliem. Šo noteikumu 241.4.6.4.apakšpunktā minētajā gadījumā iegūtos finanšu līdzekļus novirza šo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai citam pakalpojumu sniedzējam šajā plānošanas vienībā vai, ja nav citu pakalpojumu sniedzēju šajā plānošanās vienībā – citam pakalpojumu sniedzējam ģeogrāfiski tuvākajā plānošanas vienībā.

243. No valsts budžeta samaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu finanšu apmēru (budžetu) katram veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam nosaka kalendāra gadam. Līguma darbības laikā pakalpojumu apjomu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam dienests nosaka un iekļauj līgumā ne vēlāk kā 30 darba dienu laikā pēc likuma par valsts budžetu kārtējam gadam izsludināšanas.

244. Dienests līguma finanšu apmēru sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nosaka, pamatojoties uz šādiem rādītājiem:

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

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

244.1.2. faktiski veikto izmeklējumu skaits pacientiem, kuri saņēmuši hemodialīzes un hemofiltrācijas, onkologa un hematologa pakalpojumus, kārtējā gada deviņos mēnešos;

244.1.3. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā nav sniedzis šādus veselības aprūpes pakalpojumus, līgumā plānoto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionārā pacientu pavadīto dienu skaitu dienests nosaka atbilstoši plānošanas vienībā esošajam iedzīvotāju skaitam, nepārsniedzot 65 % no atbilstoši šo noteikumu 221.punktam aprēķinātā nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu apjoma;

244.1.4. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājis nepilnu periodu kādā no pakalpojumu veidiem, līgumā plānoto aprūpes epizožu vai izmeklējumu skaitu nosaka proporcionāli sniegto pakalpojumu apjomam periodā, ja tas nav mazāks par trim kalendāra mēnešiem. Ja pakalpojumu sniegšanas periods ir īsāks, piemēro šo noteikumu 244.1.3.apakšpunktā minētos nosacījumus;

244.2. ārstniecības iestādē veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai pieejamie cilvēkresursi;

244.3. veikto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru rezultāti un sekundārie ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi, par kuru sniegšanu dienests vienojies ar sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atbilstoši šo noteikumu 235.punktam;

244.4. veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālā pieejamība;

244.5. plānotais sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojuma tarifs;

244.6. no valsts budžeta plānotās vidējās izmaksas pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētai ārstniecības iestādei;

244.7. finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši likumam par valsts budžetu kārtējam gadam.

245. Dienests līguma finanšu apmēru stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nosaka, pamatojoties uz šādiem rādītājiem:

245.1. ārstēto personu skaits veselības aprūpes pakalpojumu programmās - gada apjomu nosaka atbilstoši datiem, kas uz līguma apjoma plānošanas brīdi pieejami par kārtējā gada pilniem mēnešiem, attiecinot tos uz pilnu gadu un ņemot vērā:

245.1.1. faktiski ārstēto bērnu, grūtnieču, onkoloģijas un tuberkulozes pacientu skaitu, nieru transplantācijas operāciju skaitu nosaka ne mazāk kā 28 pacienti uz 1 000 000 iedzīvotājiem, pamatojoties uz publiski pieejamiem aktuālajiem Iedzīvotāju reģistra datiem, kā arī psihiatrijas pacientu skaitu nosaka ne mazāk kā 75 % apmērā no faktiski ārstēto šādu pacientu skaita, izņemot šo noteikumu 245.1.2.apakšpunktā noteikto gadījumu;

245.1.2. šo noteikumu 17.pielikuma 1.punktā minēto to ārstniecības iestāžu pacientu skaitu pakalpojumu programmā "Pārējie pakalpojumi", kuras neatrodas Rīgas pilsētas teritorijā, nosaka šādā kārtībā:

245.1.2.1. atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par faktiski ārstēto personu skaitu pakalpojumu programmā "Pārējie pakalpojumi", šo personu deklarētajām dzīvesvietām un publiski pieejamajiem aktuālajiem Iedzīvotāju reģistra datiem par iedzīvotāju skaitu valstī, nosaka katras ārstniecības iestādes ārstēto personu skaita proporciju no kopējā iedzīvotāju skaita katrā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā saskaņā ar šo noteikumu 25.pielikuma 1.punktā norādīto teritoriju iedalījumu;

245.1.2.2. atbilstoši šo noteikumu 245.1.2.1.apakšpunktā norādītajā kārtībā aprēķinātajai proporcijai nosaka katras plānošanas vienības iedzīvotāju skaitu, kuriem plānots nodrošināt stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, un nosaka kopējo personu skaitu no visām plānošanas vienībām, kas stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai var vērsties attiecīgajā ārstniecības iestādē;

245.1.2.3. prognozējamo pacientu skaitu ārstniecības iestādē nosaka 10% apmērā no 245.1.2.2.apakšpunktā aprēķinātā personu skaita;

245.1.2.4. ja šo noteikumu 245.1.2.3.apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķinātais kopējais pacientu skaits visās ārstniecības iestādēs ir lielāks par kārtējā gadā pakalpojumu programmā "Pārējie pakalpojumi" prognozēto pacientu skaitu, ārstniecības iestādēm to proporcionāli samazina līdz kārtējā gada kopējam plānotajam pacientu skaitam;

245.1.2.5. starpību starp šo noteikumu 245.1.2.4.apakšpunktā aprēķināto pacientu skaitu un kārtējā gadā līgumā plānoto pacientu skaitu reizina ar koeficientu 0,5. Par iegūto pacientu skaitu ārstniecības iestādei tiek palielināts vai samazināts līgumā noteiktais pacientu skaits un finansējuma apjoms;

245.1.2.6. pacientu skaita dalījumu šo noteikumu 3.pielikuma 3.3.1. un 3.3.2.apakšpunktā minētajās pakalpojumu programmās nosaka atbilstoši ārstniecības iestādes iepriekšējā gadā veiktā darba īpatsvaram;

245.2. šo noteikumu 3.pielikuma 3.punktā noteiktie viena pacienta ārstēšanas tarifi;

245.3. finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši likumam par valsts budžetu kārtējam gadam.

246. Līguma finanšu apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ievērojot šo noteikumu 244.punktā noteiktos rādītājus, dienests nosaka šādā kārtībā:

246.1. aprēķina no valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma, aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētā ārstniecības iestādē atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par kārtējā gada deviņiem mēnešiem;

246.2. aprēķina prognozējamās izmaksas pacientu iemaksas kompensācijai šo noteikumu 23.punktā minētajām iedzīvotāju kategorijām;

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

246.4. nosakot līguma apjomus, finansējumu prioritāri novirza šo noteikumu 17.pielikuma 1.punktā minētajām ārstniecības iestādēm;

246.5. ja kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpei ir samazināts, plānoto apjomu samazina visos veselības aprūpes pakalpojumu veidos, izņemot finansējumu, kas paredzēts bērnu un grūtnieču, kā arī tādu personu ārstēšanai, kuri saņēmuši onkologa, hemotologa, hemodialīzes un hemofiltrācijas pakalpojumus.

247. Līguma finanšu apmēru stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ievērojot šo noteikumu 245.punktā noteiktos rādītājus, dienests nosaka šādā kārtībā:

247.1. fiksētā maksājuma gada apjomu par stacionāra darbību nosaka, šo noteikumu 3.pielikuma 3.punktā norādīto viena pacienta ārstēšanas tarifu reizinot ar prognozēto pacientu skaitu katrā no veselības aprūpes pakalpojumu programmām un summējot rezultātus;

247.2. ikmēneša fiksētā maksājuma apmēru par stacionāra darbību nosaka kā 1/12 daļu no šo noteikumu 247.1.apakšpunktā noteiktajā kārtībā aprēķinātā fiksētā maksājuma gada apjoma par stacionāra darbību;

247.3. ikmēneša fiksētās piemaksas par uzņemšanas nodaļas darbību apjoms katrai stacionārajai ārstniecības iestādei ir noteikts šo noteikumu 3.pielikuma 1.punktā;

247.4. šo noteikumu 22.pielikumā minēto pakalpojumu finansējumu dienests plāno atbilstoši iepriekšējā gadā apmaksātajam apjomam;

247.5. pacientu iemaksu par līguma ietvaros ārstētām personām, kas pilnībā vai daļēji atbrīvoti no pacienta iemaksas, un šo noteikumu 20.punktā minēto līdzmaksājumu kompensāciju, ko dienests sedz virs noteiktā līguma finanšu apmēra, plāno atbilstoši apmaksātajam apjomam iepriekšējā gadā proporcionāli kopējam pacientu skaitam;

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

247.7. plānojot fiksēto maksājuma gada apmēru pakalpojumu programmās "Iezīmētie pakalpojumi", kā arī pakalpojumu programmā "Pārējie pakalpojumi" ārstniecības iestādēm, kas atrodas Rīgas pilsētas teritorijā, piemēro šādus kritērijus:

247.7.1. ja ārstniecības iestādei atbilstoši šo noteikumu 246.1.apakšpunktam aprēķinātais fiksētā maksājuma gada apmērs par stacionāra darbību ir lielāks kā 100 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā apmēra, tad fiksēto maksājumu par stacionāra darbību līgumā nosaka 100 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra;

247.7.2 ja ārstniecības iestādei, kas minēta šo noteikumu 246.7.apakšpunktā, atbilstoši šo noteikumu 246.1.apakšpunktam aprēķinātais fiksētā maksājuma gada apmērs par stacionāra darbību ir mazāks kā 100 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā apmēra, tad fiksēto maksājumu par stacionāra darbību līgumā nosaka 100 % apmērā no iepriekšējā gada apmēra;

247.7.3. ja ārstniecības iestādei, kas nav minēta šo noteikumu 246.7.apakšpunktā, atbilstoši šo noteikumu 246.1.apakšpunktam aprēķinātais fiksētā maksājuma gada apmērs par stacionāra darbību ir mazāks kā 100 % no līgumā iepriekšējam gadam noteiktā apmēra, tad fiksēto maksājumu par stacionāra darbību līgumā nosaka atbilstoši aprēķinātajam fiksētajam gada apmēram par stacionāra darbību;

247.7.4. ja paaugstināts šo noteikumu 3.pielikuma 3.punktā minētais viena pacienta ārstēšanas tarifs, ārstniecības iestādes fiksētā maksājuma gada apmēru par stacionāra darbību palielina, to nosakot atbilstoši iepriekšējā gadā plānoto pacientu skaitam, kas reizināts ar attiecīgās pakalpojumu programmas tarifu;

247.8. ja kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpei ir samazināts, plānoto apjomu samazina visos veselības aprūpes pakalpojumu veidos, izņemot finansējumu, kas paredzēts bērnu un grūtnieču, kā arī onkoloģijas, tuberkulozes un psihiatrijas pacientu ārstēšanai.

248. Līguma finanšu apmēru ārstniecības iestādei, kas izveidota, apvienojoties vairākām ārstniecības iestādēm, vai ārstniecības iestādēm, kas izveidotas, reorganizējot vienu ārstniecības iestādi, dienests nosaka, ņemot vērā kopējos šo noteikumu 244. vai 245.punktā minētos attiecīgo ārstniecības iestāžu rādītājus.

249. Papildus šo noteikumu 86., 246.punktā vai 247.punktā minētajā kārtībā plānotajiem finanšu līdzekļiem dienests ārstniecības iestādēm maksā par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES, EEZ dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām un to prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos.

250. Ja kārtējā gada laikā kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai ir palielināts, dienests pārskata līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem plānoto pacientu skaitu un finansējuma apmēru kārtībā, kādā to, piešķirot papildus finansējumu, ir lēmis Ministru kabinets.

251. Ja kārtējā gada laikā, izvērtējot kopējo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un plānotā finansējuma veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai izlietojumu kārtējā gada deviņos mēnešos, pārskata kārtējā gada sākumā plānoto šo noteikumu 5.punktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nodrošināšanai paredzēto finanšu līdzekļu apjomu, dienests maina līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem plānoto pacientu skaitu un finansējuma apmēru, ievērojot šādus nosacījumus:

251.1. 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;

251.2. ja faktiski veikto ambulatoro 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 ambulatoro laboratorisko izmeklējumu apjomu un šim periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru, piemērojot atbilstošo koeficientu pārplānošanai kalendāra gadam. Novirzītos līdzekļus izlieto šo noteikumu 182.1., 182.2. un 182.3.apakšpunktā minēto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai;

251.3. finanšu līdzekļus speciālistu, diagnostisko izmeklējumu un dienas stacionāros sniegto veselības aprūpes 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:

251.3.1. 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, staru terapijas pakalpojumus un metadona aizvietojošo terapiju;

251.3.2. 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:

251.3.2.1. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes speciālistu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai;

251.3.2.2.diagnostisko izmeklējumu apmaksai;

251.3.2.3. dienas stacionāros sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai;

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

251.3.4. ja aprēķina rezultātā ārstniecības iestādei finansējuma apmērs veselības aprūpes pakalpojumu vai pacientu iemaksu sadaļā jāpalielina par summu, kas nepārsniedz 142,29 euro, dienests ārstniecības iestādei iepriekš noteikto finanšu apmēru nemaina;

251.4. papildu finanšu līdzekļus novirza stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem šādā secībā:

251.4.1. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, dienests aprēķina nepieciešamo finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 23.punktā (izņemot šo noteikumu 24.16.apakšpunktu) minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī šo noteikumu 24. un 25.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;

251.4.2. sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai programmā „Pārējie pakalpojumi” finanšu līdzekļus novirza šādā kārtībā:

251.4.2.1. 75 % dienests novirza proporcionāli gada sākumā noteiktajam līguma apjomam programmā „Pārējie pakalpojumi” visām stacionārajām ārstniecības iestādēm;

251.4.2.2. 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 noteikts šo noteikumu 245.1.2.apakšpunktā noteiktajā kārtībā.

252. Ja kalendāra gada laikā tiek mainīti šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.apakšpunktā noteiktie viena pacienta ārstēšanas tarifi, dienests pārskata līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem plānoto finanšu apjomus, ievērojot, ka iepriekš līgumā noteiktais pacientu skaits netiek pārplānots, bet finanšu apjoms tiek noteikts saskaņā ar spēkā esošajiem viena pacienta ārstēšanas tarifiem.

253. Ja šo noteikumu 17.pielikuma 1.4., 1.5., 1.6., 1.9., 1.12., 1.13., 1.15., 1.16., 1.17., 1.18. vai 1.21.apakšpunktā minētā ārstniecības iestāde vēršas dienestā ar iesniegumu, kurā lūdz slēgt ar šo ārstniecības iestādi līgumu par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu atbilstoši aprūpes slimnīcas (nodaļas) tarifiem un apmaksas nosacījumiem, dienests, pārskatot šai ārstniecības iestādei finanšu apjomu, nodrošina atbilstoša līguma slēgšanu. Pēc tā noslēgšanas šai ārstniecības iestādei piemēro aprūpes slimnīcas (nodaļas) tarifus un apmaksas nosacījumus un turpmāk uz šo ārstniecības iestādi attiecas šo noteikumu 17.pielikuma 2.punktā minētajām iestādēm noteiktie pienākumi.

254. Dienests, pārskatot ārstniecības iestādes finanšu apjomu, var slēgt līgumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar speciālistu, kurš ir nodarbināts ārstniecības iestādē kā darba ņēmējs un kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus kādā no šo noteikumu 25.pielikumā 2.1.apakšpunktā minētajām specialitātēm, ja speciālists ir vērsies dienestā ar iesniegumu par šāda līguma noslēgšanu un vienlaikus ir spēkā šādi nosacījumi:

254.1. speciālists ārstniecības iestādē valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, izvērtējot Vadības informācijas sistēmā ievadīto informāciju, iepriekšējā kalendārā gadā vidēji vienā darba dienā (sešās stundās) ir sniedzis vismaz šādā apjomā:

254.1.1. 14 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13.pielikuma 3.1. apakšpunktā minētajās specialitātēs;

254.1.2. 12 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13.pielikuma 3.2. un 3.5.apakšpunktā minētajās specialitātēs;

254.1.3. 18 aprūpes epizodes - šo noteikumu 13.pielikuma 3.3.apakšpunktā minētajās specialitātēs;

254.1.4. 15 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13.pielikuma 3.4.apakšpunktā minētajās specialitātēs;

254.1.5. 9 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13.pielikuma 3.6.apakšpunktā minētajā specialitātē;

254.1.6. 5 aprūpes epizodes – šo noteikumu 13.pielikuma 3.9.apakšpunktā minētajās specialitātēs;

254.2. speciālista atalgojums ārstniecības iestādē ir mazāks kā šo noteikumu 287.1.apakšpunktā noteiktais;

254.3. veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā, kurā speciālists nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, nav citu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attiecīgajā specialitātē;

254.4. ārstniecības iestāde mēneša laikā pēc dienesta paziņojuma saņemšanas par līguma finanšu apjoma pārskatīšanu nav rakstiski informējusi dienestu par ārstniecības personu, kura turpmāk ārstniecības iestādē sniegs veselības aprūpes pakalpojumus attiecīgajā specialitātē un nodrošinās to sniegšanu ne mazākā apjomā kā iepriekšējā periodā to veicis speciālists;

254.5. speciālists ir iesniedzis dienestā dokumentus, kas apliecina, ka speciālista prakses vieta būs tajās pašās telpās, kurās atrodas ārstniecības iestāde, vai ne tālāk kā viena kilometra attālumā no šīs ārstniecības iestādes;

254.6. ārstniecības iestāde, kuru izveidojis speciālists, atbilst šo noteikumu 227.punktā minētajiem kritērijiem.

255. Šo noteikumu 254.punktā minētajā gadījumā līgumu ar speciālistu dienests slēdz no kalendārā gada sākuma, līguma finanšu apjomu nosakot atbilstoši speciālista sniegtajam veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, ievērojot šo noteikumu 244. un 246.punktā noteikto kārtību.

256. Lai nodrošinātu šo noteikumu 212.punktā minēto līgumu izpildi, dienests ne retāk kā reizi ceturksnī izvērtē datus par plānotā finanšu apmēra sasniegšanu un to prognozēto sadalījumu pa ceturkšņiem.

257. Ja atbilstoši šo noteikumu 241.4.6.apakšpunktam, izņemot 242.4.6.4.apakšpunktā minēto gadījumu, tiek iegūti finanšu līdzekļi ambulatorajai veselības aprūpei, dienests veic šo līdzekļu pārplānošanu, ievērojot šādu prioritāro secību:

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

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

257.3. veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālās pieejamības nodrošināšanai;

257.4. novirzot finansējumu tiem ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem, kuru plānotā finansējuma pārsnieguma apjomā ietilpst lielākam pacientu skaitam paredzētais apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu apjoms;

257.5. ārstniecības iestādēm, kuras līgumos paredzēto finanšu apmēru pārsniegušas vairāk kā par 105 %, dienests novirza finansējumu atbilstoši šo noteikumu 257.4.apakšpunktam, piemērojot attiecīgo koeficientu atbilstoši pieejamajiem finanšu līdzekļiem;

257.6. ja aprēķinos konstatē, ka ārstniecības iestādei finansējuma apmērs jāpalielina vai jāsamazina par summu, kas nepārsniedz 142,29 euro, dienests ārstniecības iestādei iepriekš noteikto finansējuma apmēru nemaina.

258. Dienests var veikt līdzekļu pārplānošanu citos pārskata periodos, saskaņojot ar ārstniecības iestādi.

259. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nesasniedz plānoto gada finanšu apmēru, dienests samaksā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam par faktiski sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Dienests nav tiesīgs novirzīt līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu attiecīgajās pakalpojumu programmās plānotos finanšu līdzekļus, kas paredzēti speciālistu konsultāciju apmaksai, tādu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja veikto izmeklējumu apmaksai, kas sniegti virs līgumā attiecīgajās pakalpojumu programmās plānotā apjoma.

260. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs pārsniedz plānoto gada finanšu apmēru, dienests virs plānotā gada finanšu apjoma sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus neapmaksā.

261. Šo noteikumu 259. un 260. punktu nepiemēro attiecībā uz šajos noteikumos noteiktajiem fiksētajiem maksājumiem.

262. Dienests, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rakstisku iesniegumu, ir tiesīgs veikt izmaiņas līgumā noteiktajā finansējuma apmērā un novirzīt kādā no stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu programmām plānotos finanšu līdzekļus ne vairāk kā 5 % apmērā citai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmai, kā arī novirzīt no ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai plānotajiem finanšu līdzekļiem vienā pakalpojumu veidā ne vairāk kā 15 % citam ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidam.

263. Finanšu apjomu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas infrastruktūras attīstībai nodrošina atbilstoši pieejamajiem investīciju finanšu instrumentiem, ņemot vērā, ka finanšu apjoms nepārsniedz attiecīgās infrastruktūras attīstības izmaksas, un nosaka, pamatojoties uz šādiem rādītājiem:

263.1. ģimenes ārstiem:

263.1.1. pamatatbalsts ģimenes ārsta praksei;

263.1.2. papildu atbalsts par ģimenes ārstu prakšu koncentrēšanu vienā veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas adresē;

263.2. ārstniecības iestādēm, ar kurām dienests slēdz līgumus par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, prioritāri atbalstu novirzot onkoloģijas stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas infrastruktūras attīstībai un bērnu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas infrastruktūras attīstībai:

263.2.1. atbalsts proporcionāli gultu skaitam stacionārā ārstniecības iestādē atkarībā no stacionārās ārstniecības iestādes veida;

263.2.2. papildu atbalsts par stacionāro ārstniecības iestāžu apvienību izveidi.

264. Dienestam ir tiesības pirms līgumā noteiktā termiņa vienpusēji izbeigt līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pilnībā vai daļā attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojuma veidu šādos gadījumos:

264.1. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nepilda līguma noteikumus vai neizpilda tos pilnīgi un laikus, vai pārkāpj normatīvo aktu prasības;

264.2. no Veselības inspekcijas saņemti vismaz trīs spēkā stājušies lēmumi par to, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam pēdējo triju gadu laikā konstatēti šādi pārkāpumi:

264.2.1. prettiesiski vai nepamatoti iekasēta pacienta iemaksa vai samaksa par maksas pakalpojumiem;

264.2.2. nepamatoti izrakstītas kompensējamās zāles vai medicīniskās ierīces;

264.2.3. šo noteikumu 273. punktā minētie pārkāpumi;

264.3. pret veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ir uzsākts maksātnespējas process vai maksātnespējas process ir pabeigts ar bankrota procesa pabeigšanu, vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir Maksātnespējas likumā minētās maksātnespējas procesa pazīmes, vai ir uzsākts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja likvidācijas process, vai ir apturēta veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja saimnieciskā darbība;

264.4. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs neatbilst normatīvajos aktos ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktajām obligātajām prasībām vai tam ir zudušas vai ierobežotas tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus;

264.5. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nenodrošina pilnīgu, precīzu un savlaicīgu informācijas apmaiņu ar dienesta vadības informācijas sistēmu;

264.6. pie ģimenes ārsta, kurš līguma attiecībās ar Dienestu ir ilgāk par 18 kalendāriem mēnešiem, nav reģistrējušies vismaz 200 bērnu vai 500 pieaugušo pacientu un ģimenes ārsta pamatteritorijā iedzīvotāju blīvums ir lielāks par 500 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru;

264.7. citos šo noteikumu 264.punktā neminētos gadījumos, ne mazāk kā trīs mēnešus iepriekš iesniedzot rakstisku brīdinājumu par līguma izbeigšanu.

**XII. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kontrole ārstniecības iestādēs**

265. No valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas, to sniegšanas pamatotību un atbilstību šiem noteikumiem un ārstniecības iestādes līgumam ar dienestu pārbauda Veselības inspekcija.

266. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir pienākums nekavējoties sniegt informāciju un uzrādīt Veselības inspekcijai visu dokumentāciju, kas saistīta ar ārstniecības iestādes līgumā ar dienestu iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, medicīnisko, uzskaites un finanšu dokumentāciju, kā arī citu līgumā noteikto dokumentāciju.

267. Ja Veselības inspekcijas pārbaudē konstatēti pārkāpumi veselības aprūpes organizēšanā vai pakalpojumu pieejamībā, tai skaitā publiski pieejamas informācijas sniegšanā pacientiem, Veselības inspekcija pirmajā reizē pieņem lēmumu brīdināt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, otrajā reizē piemēro līgumsodu 10 % apmērā, bet par turpmākiem pārkāpumiem piemēro līgumsodu 30 % apmērā no līgumā noteiktās attiecīgās pakalpojumu programmas ikmēneša finansējuma vai no ģimenes ārsta kapitācijas naudas kārtējā mēneša maksājuma.

268. Veselības inspekcijai ir tiesības pārbaudīt ārstniecības iestādes iepriekšējos gados sniegto un no valsts budžeta apmaksāto pakalpojumu atbilstību attiecīgajā periodā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un līguma par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu noteikumiem.

269. Dienests informē Veselības inspekciju par iespējamiem pārkāpumiem budžeta līdzekļu izlietojumā, kas izriet no veselības aprūpes pakalpojumu un kompensējamo zāļu nepamatotas uzskaites.

270. Ja Veselības inspekcija ir konstatējusi, ka no veselības aprūpes budžeta apmaksātais veselības aprūpes pakalpojums ir norādīts medicīniskajā vai uzskaites dokumentācijā vai vadības informācijas sistēmā, bet faktiski nav sniegts vai ir sniegts kā veselības aprūpes maksas pakalpojums, vai uzskaitīts nepamatoti, kā arī nepamatoti izrakstītas kompensējamās zāles, Veselības inspekcija pieņem lēmumu par nepamatoti saņemtā maksājuma vai izrakstīto kompensējamo zāļu vērtības ieturējumu un ir tiesīga piemērot līgumsodu veselības aprūpes pakalpojuma tarifa vai izrakstīto kompensējamo zāļu vērtības divkāršā apmērā.

271. Ja šo noteikumu 270.punktā minētie pārkāpumi tiek pieļauti atkārtoti, Veselības inspekcija pieņem lēmumu par nepamatoti saņemtā maksājuma vai izrakstīto kompensējamo zāļu vērtības ieturējumu un ir tiesīga piemērot līgumsodu veselības aprūpes pakalpojuma tarifa vai izrakstīto kompensējamo zāļu vērtības pieckāršā apmērā.

272. Par šo noteikumu 270. un 271.punktā minētajiem pārkāpumiem, saņemot ikmēneša fiksēto maksājumu, Veselības inspekcija pieņem lēmumu par līgumsoda piemērošanu nepamatoti uzskaitīto veselības aprūpes pakalpojumu tarifu vai izrakstīto kompensējamo zāļu vērtību summas apmērā.

273. Veselības inspekcija neatkarīgi no veselības aprūpes pakalpojuma samaksas veida pieņem lēmumu par veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja radīto zaudējumu ieturējumu, tai skaitā par nepamatoti izrakstītām kompensējamām zālēm, ja Veselības inspekcijas pārbaudē konstatēts, ka:

273.1. par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu nav aizpildīta medicīniskā un uzskaites dokumentācija vai tā ir aizpildīta nepilnīgi vai nesalasāmi;

273.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs neuzrāda Veselības inspekcijas pieprasīto dokumentāciju;

273.3. veselības aprūpes pakalpojums nav sniegts vai sniegts, neievērojot normatīvo aktu vai līguma par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu prasības;

273.4. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs vadības informācijas sistēmā vai medicīniskajā un uzskaites dokumentācijā ir norādījis faktiskai situācijai neatbilstošus veselības aprūpes pakalpojumus (skaitu) vai veselības aprūpes pakalpojumus, kas faktiski nav sniegti vai sniegti kā veselības aprūpes maksas pakalpojumi.

274. Veselības inspekcijai ir tiesības uzlikt par pienākumu ārstniecības iestādei atmaksāt personai nepamatoti iekasētu pacienta iemaksu vai samaksu par veselības aprūpes pakalpojumu.

275. Veselības inspekcija lēmumu par naudas līdzekļu ieturējumu vai līgumsoda piemērošanu, kuram beidzies apstrīdēšanas termiņš, nosūta dienestam. Dienests, pamatojoties uz lēmumu, veic ieturējumu no maksājuma veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam par tā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Veselības inspekcijas lēmumā noteiktajā apmērā, līgumsoda un naudas līdzekļu ieturējuma summu ieskaitot veselības aprūpei paredzētajos valsts budžeta līdzekļos.

276. Dienests var veikt naudas līdzekļu ieturējumu no maksājuma veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam par tā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam aprēķinātā riska maksājuma apmērā, ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nav veicis riska maksājumu normatīvajos aktos par ārstniecības riska fonda darbību noteiktajā kārtībā.

**XIII. Centralizēto iepirkumu veikšana**

277. Dienests veic iepirkumus par šo noteikumu 32.pielikumā minēto zāļu un medicīnisko ierīču (turpmāk - ārstniecības līdzekļi) piegādēm, darbojoties kā iepirkuma pasūtītājs un maksātājs.

278. Ārstniecības iestādes un valsts pārvaldes iestāde, kuras kompetencē ietilpst iedzīvotāju vakcinācijas plānošana, iesniedz dienestā nepieciešamo ārstniecības līdzekļu pieprasījumu, bet dienests nodrošina ar iepirkuma komisijas darbību saistīto pienākumu izpildi. Attiecīgajam iepirkumam izveidotās iepirkuma komisijas sastāvā dienests uzaicina ārstniecības iestāžu pilnvarotās personas. Iepirkuma komisijas sastāvā atļauts iekļaut arī citu valsts pārvaldes iestāžu pilnvarotās personas.

279. Dienests veic tikai tādu ārstniecības līdzekļu iepirkumu, kurus ir atļauts izplatīt saskaņā ar veselības aprūpes jomu regulējošos normatīvajos aktos noteikto kārtību. Lai panāktu valsts budžeta līdzekļu efektīvu izmantošanu iepirkuma procesā un izvērtētu iepirkuma lietderību, dienests var pieprasīt, lai ārstniecības iestādes iepirkuma pieprasījumā norāda personnu skaitu, kuriem paredzēts pieprasītais ārstniecības līdzekļu apjoms un ārstniecības līdzekļu atlikumu un minimālo rezervju daudzumu ārstniecības iestādēs.

280. Nosakot prasības pretendentiem, dienests pieprasa, lai pretendents iesniedz apliecinājumu par spējām nodrošināt to ārstniecības līdzekļu piegādi iepirkumā noteiktajā daudzumā, par kuriem tas ir iesniedzis piedāvājumu.

**XIV. Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu aprēķināšana**

281. Dienests aprēķina fiksētās piemaksas par neatliekamās medicīniskās palīdzības un stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļas darbību, piemaksas par pacientu observāciju līdz 24 stundām, fiksētos ikmēneša maksājumus (piemaksas) ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu tarifus:

281.1. manipulācijām;

281.2. aprūpes epizodēm;

281.3. gultasdienām;

281.4. viena pacienta ārstēšanai.

282. Dienests, aprēķinot šo noteikumu 281.punktā minētos maksājumus un veselības aprūpes pakalpojumu tarifus, izmanto datu analīzi par ārstniecības iestāžu faktiskajiem izdevumiem atbilstoši ārstniecības iestāžu sniegtajiem pārskatiem, veselības aprūpes statistikas datus, informāciju par ārstniecības līdzekļu cenām, kā arī ārstu un citu ārstniecības personu profesionālo asociāciju sniegto informāciju par pakalpojumu sniegšanai nepieciešamajiem resursiem.

283. Dienests šo noteikumu 281.punktā minētos maksājumus un veselības aprūpes pakalpojumu tarifus pārrēķina vismaz vienu reizi trijos gados, ja:

283.1. mainās vidējā darba samaksa mēnesī vai darba devēja valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu procentu likme;

283.2. pieņemti jauni politikas plānošanas dokumenti vai veiktas izmaiņas normatīvajos aktos vai iestājušies citi apstākļi, kas būtiski ietekmē veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas;

283.3. informācija, kas izmantota, aprēķinot šo noteikumu 281.2. un 281.4.apakšpunktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu tarifu, atšķiras no vadības informācijas sistēmas datiem par iepriekšējā periodā sniegtiem veselības aprūpes pakalpojumiem un jaunais tarifs par 20% pārsniedz spēkā esošo veselības aprūpes pakalpojumu tarifu;

283.4. ārstniecības iestāžu pārskatos atspoguļotā informācija par faktisko līdzekļu izlietojumu atšķiras no sniegtā veselības aprūpes pakalpojuma tarifa aprēķinos izmantotās informācijas;

283.5. konstatēta neracionāla valsts budžeta līdzekļu izlietošana vai nepieciešams precizēt veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumus;

283.6. saņemts šo noteikumu 284.punktā minētajā kārtībā sagatavots ārstniecības iestādes vai ārstniecības personu profesionālās apvienības iesniegums.

284. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifu pārrēķina, ja dienestā saņemts ārstniecības iestādes vai ārstniecības personu profesionālās apvienības iesniegums ar šādu informāciju:

284.1. ārstniecības iestādes vai ārstniecības personu profesionālās apvienības nosaukums, reģistrācijas numurs, adrese, kontaktpersonas vārds, uzvārds, tālrunis, e-pasts;

284.2. veselības aprūpes pakalpojuma nosaukums un manipulācijas kods, ja tarifu vēlās pārrēķināt manipulācijai, kā arī informāciju par šī veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai nepieciešamajiem resursiem:

284.2.1. informāciju par telpu, kurā tiks sniegts veselības aprūpes pakalpojums, un aprīkojumu;

284.2.2. veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai nepieciešamās medicīniskās ierīces vai vairākas reizes lietojamo materiālu nosaukums, medicīniskās ierīces vai materiāla iegādes cena, maksimāli veicamais pakalpojumu skaits vai ekspluatācijas laiks (stundās), noslogojums konkrētā pakalpojumā (minūtēs);

284.2.3. veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai nepieciešamo zāļu un vienreizlietojamo materiālu nosaukums, iepakojuma cena, mērvienība, izlietojums (skaits, daudzums);

284.2.4. veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā iesaistīto ārstniecības personu skaits, norādot tos atbilstoši šo noteikumu 287.punktā minētajam sadalījumam un katras ārstniecības personas patērētais laiks (minūtēs) veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai;

284.3. pamatojums nepieciešamībai pārrēķināt veselības aprūpes pakalpojumu tarifu.

285. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķina, izmantojot šādu formulu:

TC = VC (D + S + M + E) + FC (U + A + N), kur

TC – veselības aprūpes pakalpojumu tarifs;

VC – mainīgās izmaksas (tiešās izmaksas):

D – darba samaksa;

S – valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas;

M – ārstniecības līdzekļi;

E – izdevumi, saistīti ar pacientu ēdināšanu;

FC – pastāvīgās izmaksas (netiešās izmaksas):

U – pieskaitāmās un netiešās ražošanas izmaksas (ar pacientu uzturēšanu saistītie izdevumi pakalpojumu apmaksai, riska maksājuma veikšanai, materiālu, energoresursu, ūdens un inventāra iegādei);

A – administratīvie izdevumi;

N – amortizācija.

286. Viena pacienta veselības aprūpes pakalpojumu tarifus stacionāro ārstniecības iestāžu grupā saskaņā ar šo noteikumu 3.pielikuma 3.punktā noteikto dalījumu aprēķina dienests atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmā ievadītajiem datiem par iepriekšējā periodā sniegtajiem no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, ievērojot šādus nosacījumus:

286.1. viena pacienta veselības aprūpes pakalpojumu tarifus stacionāro ārstniecības iestāžu grupā saskaņā ar šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.apakšpunktā noteikto dalījumu par programmā "Iezīmētie pakalpojumi" un 3.3.apakšpunktā noteikto dalījumu par programmā "Pārējie pakalpojumi", iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem aprēķina:

286.1.1. pie summas, kas iegūta, reizinot gultasdienu skaitu ar šo noteikumu 3.pielikuma 3.1.apakšpunktā noteikto gultasdienas tarifu, pieskaitot veikto manipulāciju, kas šo noteikumu 16.pielikumā atzīmētas ar (\*), tarifu summu;

286.1.2. šo noteikumu 2867.1.1.apakšpunktā minētajā kārtībā iegūto summu dalot ar stacionēšanas gadījumu skaitu;

286.2. viena pacienta veselības aprūpes pakalpojumu tarifus par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem šo noteikumu 17.pielikuma 2.punktā minētajās stacionārās ārstniecības iestādēs, aprēķina šādi – summu, kas iegūta, reizinot gultasdienu skaitu ar šo noteikumu 3.pielikuma 3.1.apakšpunktā noteikto gultasdienas tarifu, dala ar stacionēšanas gadījumu skaitu;

286.3. ja vairākām šo noteikumu 17.pielikuma 3.punktā minētajām stacionārām ārstniecības iestādēm ir vienāda specializācija un šo noteikumu 3.pielikuma 3.3.punktā ietilpstošie veselības aprūpes pakalpojumi, viena pacienta veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķināšanai izmanto vienādas specializācijas stacionāro ārstniecības iestāžu kopējos datus.

286.4. ja vairākām šo noteikumu 17.pielikuma 1.punktā minētajām stacionārām ārstniecības iestādēm, ir vienādi šo noteikumu 3.pielikuma 3.3.1. un 3.3.2.apakšpunktos iekļautie veselības aprūpes pakalpojumi, viena pacienta veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķina, izmantojot tās stacionāro ārstniecības iestāžu grupas kopējos datus par šajā stacionāro ārstniecības iestāžu grupā sniegtajiem stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kurā pakalpojums tiek sniegts par zemākajām izmaksām un vismaz 20 % no kopējā pacientu skaita attiecīgajā pakalpojumu programmā.

286.5. ja vairākām šo noteikumu 17.pielikuma 1. un 3. punktā minētajām stacionārām ārstniecības iestādēm ir vienādi šo noteikumu 3.pielikuma 3.3.punktā ietilpstošie veselības aprūpes pakalpojumi, viena pacienta veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķināšanai izmanto atsevišķi katras stacionārās ārstniecības iestādes datus;

286.6. ja vairākām šo noteikumu 17.pielikuma 1. un 3.punktā minētajām stacionārām ārstniecības iestādēm ir vienādi šo noteikumu 3.pielikuma 3.2.apakšpunktā iekļautie veselības aprūpes pakalpojumi, viena pacienta veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķina, izmantojot tās stacionāro ārstniecības iestāžu grupas kopējos datus par šajā stacionārā ārstniecības iestāžu grupā sniegtajiem stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kurā pakalpojums tiek sniegts par zemākajām izmaksām un vismaz 20 % no kopējā pacientu skaita attiecīgajā pakalpojumu programmā.

287. Darba samaksu (D) par veselības aprūpes pakalpojumu euro aprēķina, ņemot vērā, ka vidējā darba samaksa mēnesī ir noteikta šādā apmērā:

287.1. ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem – 846,61 euro;

287.2. ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem - 506,54 euro;

287.3. ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām - 338,64 euro.

288. Dienests izvērtē jauna veselības aprūpes pakalpojuma iekļaušanu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā, ja dienestā saņemts ārstniecības iestādes vai ārstniecības personu profesionālās apvienības iesniegums ar šādu informāciju:

288.1. ārstniecības iestādes vai ārstniecības personu profesionālās apvienības nosaukums, reģistrācijas numurs, adrese, kontaktpersonas vārds, uzvārds, tālrunis, e-pasts;

288.2. jaunā veselības aprūpes pakalpojuma nosaukums vai tā sastāvdaļu nosaukums, ievērojot nosacījumu, ka tas jāveido atbilstoši apstiprinātai ārstniecībā izmantojamai medicīniskai tehnoloģijai;

288.3. jaunā veselības aprūpes pakalpojumā izmantotās medicīniskās tehnoloģijas nosaukums un kods;

288.4. jaunā veselības aprūpes pakalpojuma veids, norādot, vai pakalpojums ir profilakses pasākums, diagnostikas izmeklējums, ārstēšanas pakalpojums vai rehabilitācijas un aprūpes pakalpojums;

288.5. jaunā veselības aprūpes pakalpojuma raksturojums, t.i. jaunā veselības aprūpes pakalpojuma lietošanas pamatojums, mērķis, sagaidāmais rezultāts, pacientu mērķa grupa, plānotais pacientu skaits gadā, pacientu vidējais ārstēšanas ilgums, slimību diagnozes atbilstoši SKK -10;

288.6. Latvijas vai Eiropas Savienības valstu nozares specialitātes profesionālo personu apvienību apstiprinātās vadlīnijas, kuras izmanto jaunā veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanā;

288.7. jaunā veselības aprūpes pakalpojuma cenas Eiropas Savienības valstīs;

288.8. par jaunā veselības aprūpes pakalpojuma pieejamo alternatīvu un vai šī alternatīva šobrīd tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem;

288.9. šo noteikumu 284.2.apakšpunktā minēto informāciju, kas nepieciešama veselības aprūpes pakalpojuma tarifa aprēķināšanai;

288.10. par prognozējamo ieguvumu, iekļaujot jauno pakalpojumu no valsts budžeta apmaksājamo pakalpojumu klāstā.

289. Ja jaunā veselības aprūpes pakalpojumā izmantojamās medicīniskās tehnoloģijas izmaksas pārsniedz 71 143,59 euro vai paredzamais veselības aprūpes pakalpojumu tarifs pārsniedz 28,46 euro, ārstniecības iestāde vai ārstniecības personu profesionālā apvienība papildus šo noteikumu 288.punktā minētajai informācijai iesniegumā norāda šādu informāciju:

289.1. klīnisko pētījumu rezultātu kopsavilkumu, kas pierāda veselības aprūpes pakalpojuma klīnisko rezultātu un priekšrocības salīdzinājumā ar šobrīd apmaksājamu Latvijā pieejamu alternatīvu veselības aprūpes pakalpojumu, ar atsauci uz avotu;

289.2. jaunā veselības aprūpes pakalpojuma lietderības pamatojums ar atsauci uz datu avotu un norādītu ietekmi uz vienu vai vairākiem šādiem rādītājiem atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu veidam:

289.2.1.profilakses pasākumiem, ārstēšanas pakalpojumiem un rehabilitācijas un aprūpes pakalpojumiem - mirstības samazināšana, slimības izraisīto komplikāciju samazināšana, slimības izraisīto blakusparādību samazināšana, veiksmīgi kontrolētu slimības simptomu skaitu, stacionēšanas gadījumu skaita un atkārtošanās samazinājums;

289.2.2.diagnostikas izmeklējumiem – diagnostiskā precizitāte (diagnozes uzstādīšana), turpmākās terapijas izvēle.

290. Dienests ir tiesīgs prasīt viedokli ārstniecības personu profesionālajai apvienībai atbilstoši tās kompetencei par nepieciešamību iekļaut jauno veselības aprūpes pakalpojumu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā, kā arī lūgt sniegt informāciju, kas nepieciešama veselības aprūpes pakalpojumu tarifa aprēķināšanai, šo noteikumu 283.2.vai 283.5.apakšpunktā minētajos gadījumus.

291. Dienests sagatavo atzinumu par iespēju iekļaut veselības aprūpes pakalpojumu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā un iesniedz to Veselības ministrijai, ja veselības aprūpes pakalpojums atbilst šādiem nosacījumiem:

291.1. jauna veselības aprūpes pakalpojuma pamatā ir apstiprināta ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju sarakstā ar izvērsto medicīnisko tehnoloģiju aprakstu;

291.2. jauna veselības aprūpes pakalpojuma ieviešana ir pamatota, balstoties uz klīnisko nepieciešamību (ņemot vērā slimības izplatību, smaguma pakāpi, pacientu skaitu, pašreizējo praksi, alternatīvu pieejamību);

291.3. jaunam veselības aprūpes pakalpojumam ir pierādītas priekšrocības attiecīgās slimības profilaksē, diagnostikā, ārstēšanā vai rehabilitācijā un aprūpē salīdzinājumā ar šobrīd apmaksājamu Latvijā pieejamu alternatīvu veselības aprūpes pakalpojumu;

291.4. jauna veselības aprūpes pakalpojuma nepieciešamību pamato Latvijas vai Eiropas Savienības valstu nozares specialitātes profesionālo personu apvienību apstiprinātās vadlīnijas attiecīgās slimības ārstēšanai;

291.5. jauna veselības aprūpes pakalpojuma paredzamās izmaksas nepārsniedz tā cenas citās Eiropas Savienības valstīs;

291.6. jauna veselības aprūpes pakalpojuma paredzamās izmaksas, ņemot vērā prognozējamo pacientu skaitu, ir samērojamas ar valsts budžeta veselības aprūpei piešķirtajiem līdzekļiem;

291.7. jauna veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja rīcībā ir atbilstošas telpas, aprīkojums un nepieciešamie resursi pakalpojuma sniegšanai.

292. Jaunu veselības aprūpes pakalpojumu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā iekļauj, ja:

292.1.jaunajam veselības aprūpes pakalpojumam ir būtiska ietekme uz cilvēka dzīvildzes pagarinājumu;

292.2. jaunais veselības aprūpes pakalpojums nodrošina efektīvu valsts budžeta līdzekļu izlietojumu;

292.3. ir pieejami veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanai nepieciešamie valsts budžeta līdzekļi.

**XV. Kārtība, kādā tiek izsniegti dokumenti veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai citā Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstī un Šveicē**

293. Dienests, piemērojot Eiropas Parlamenta un Padomes 2004.gada 29.aprīļa Regulu (EK) Nr.883/2004 par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu (turpmāk – regula Nr.883/2004) un Eiropas Parlamenta un Padomes 2009.gada 16.septembra Regulu (EK) Nr.987/2009, ar kuru nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr.883/2004 par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu (turpmāk – regula Nr.987/2009), izsniedz šādus dokumentus, kas apliecina personas tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē:

293.1. S 1 veidlapu "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" (turpmāk – S 1 veidlapa), kas nodrošina personai tiesības veidlapā norādītajā valstī saņemt šajā valstī garantētos veselības aprūpes pakalpojumus;

293.2. S 2 veidlapu "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" (turpmāk – S 2 veidlapa), kas nodrošina tiesības saņemt veidlapā norādīto plānveida veselības aprūpes pakalpojumu veidlapā norādītajā valstī un termiņā;

293.3. S 3 veidlapu "Apliecinājums tiesībām uz ārstēšanu pensionētam pierobežas darbiniekam valstī, kurā iepriekš bija nodarbināts" (turpmāk – S 3 veidlapa), kas nodrošina pensionētam pierobežas darbiniekam tiesības pabeigt veidlapā norādīto ārstēšanos veidlapā norādītajā valstī;

293.4. Eiropas veselības apdrošināšanas karti (turpmāk – apdrošināšanas karte) vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu (turpmāk – apdrošināšanas karti aizvietojošais sertifikāts), kas nodrošina īslaicīgas uzturēšanās laikā kādā no ES, EEZ dalībvalstīm vai Šveicē tiesības saņemt neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību.

294. Šo noteikumu 293.punktā minētās veidlapas un apdrošināšanas karti vai apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu dienests izsniedz uz laiku, kurā personai ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, ja saņemts personas iesniegums vai kompetentās iestādes pieprasījums.

295. Persona, kas veic darbību Latvijas Republikā nodarbinātas personas statusā un kurai ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikā, bet tās dzīvesvieta ir citā ES, EEZ vai Šveicē, lai saņemtu S 1 veidlapu iesniedz dienestā šādus dokumentus:

295.1 iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

295.1.1. vārds, uzvārds;

295.1.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

295.1.3. Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā;

295.1.4. adrese dzīvesvietas valstī;

295.1.5. darbavietas nosaukums, reģistrācijas numurs un juridiskā adrese;

295.1.6. vai persona citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē saņem pabalstu sociālās drošības jomā un ja saņem - valsti, kurā saņem pabalstu un pabalsta veidu;

295.1.7. vai persona ir apdrošināta citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā;

295.1.8. tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

295.2. izziņu no darbavietas, kas apliecina, ka:

295.2.1. persona ir normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā reģistrēta kā darba devēja darbinieks;

295.2.2. persona ir nodarbināta uz noteiktu vai nenoteiktu laiku, ja persona ir nodarbināta uz noteiktu laiku, norāda nodarbinātības laikposmu;

295.2.3. darba devējs informēs dienestu par darba tiesisko attiecību pārtraukšanu piecu darbdienu laikā.

296. Persona, kas veic darbību Latvijas Republikā pašnodarbinātas personas statusā un kurai ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikā, bet tās dzīvesvieta ir citā ES, EEZ vai Šveicē, lai saņemtu S 1 veidlapu iesniedz dienestā šādus dokumentus:

296.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

296.1.1. vārds, uzvārds;

296.1.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

296.1.3. Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā;

296.1.4. adrese dzīvesvietas valstī;

296.1.5. vai persona ir nodarbināta citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, ja persona ir nodarbināta – norāda nodarbinātības valsti;

296.1.6.vai persona citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē saņem pabalstu sociālās drošības jomā un ja saņem - valsti, kurā saņem pabalstu un pabalsta veidu;

296.1.7. vai persona ir apdrošināta citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā;

296.1.8. tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

296.2. apliecinājumu, ka persona normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā ir reģistrēta kā pašnodarbināta persona, kura veic aktīvu saimniecisko darbību.

297. Persona, kas veic darbību Latvijas Republikā nodarbinātas personas statusā un kurai ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikā, bet darba veikšanai īslaicīgi (ne ilgāk kā uz 24 mēnešiem) nosūtīta uz citu ES, EEZ dalībvalsti vai Šveici, lai saņemtu S 1 veidlapu iesniedz dienestā šādus dokumentus:

297.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

297.1.1. vārds, uzvārds;

297.1.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

297.1.3. Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā;

297.1.4. dzīvesvietas adrese Latvijā;

297.1.5. A 1 veidlapas „Sertifikāts par sociālā nodrošinājuma tiesību aktiem, kas piemērojami sertifikāta saņēmējam” izdošanas datums un derīguma termiņš;

297.1.6. adrese valstī, kurā persona uzturēsies, ja adrese ir zināma;

297.1.7. darbavietas nosaukums, reģistrācijas numurs un juridiskā adrese;

297.1.8. vai persona ir apdrošināta citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā;

297.1.9. tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

297.2. izziņu no darbavietas, kas apliecina, ka:

297.2.1. persona normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā ir reģistrēta kā darba devēja darbinieks;

297.2.2. persona ir nodarbināta uz noteiktu vai nenoteiktu laiku, ja persona ir nodarbināta uz noteiktu laiku, norāda nodarbinātības laikposmu;

297.2.3. persona tiek nosūtīta darbā uz citu ES, EEZ dalībvalsti vai Šveici (norāda valsti un plānoto uzturēšanās periodu);

297.2.4. darba devējs piecu darbdienu laikā informēs dienestu par personas atsaukšanu no komandējuma pirms termiņa vai darba tiesisko attiecību pārtraukšanu.

298. Persona, kas veic darbību Latvijas Republikā pašnodarbinātas personas statusā un kurai ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikā, bet īslaicīgi (ne ilgāk kā uz 24 mēnešiem) dodas uz citu ES, EEZ dalībvalsti vai Šveici, lai veiktu darbību pašnodarbinātas personas statusā, lai saņemtu S 1 veidlapu iesniedz dienestā šādus dokumentus:

298.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

298.1.1. vārds, uzvārds;

298.1.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

298.1.3. Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā;

298.1.4. adrese valstī, kurā persona uzturēsies, ja adrese ir zināma;

298.1.5. tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

298.1.6. A 1 veidlapas „Sertifikāts par sociālā nodrošinājuma tiesību aktiem, kas piemērojami sertifikāta saņēmējam” izdošanas datums un derīguma termiņš;

298.1.7. vai persona ir apdrošināta citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā;

298.2. apliecinājumu, ka:

298.2.1. persona normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā ir reģistrēta kā pašnodarbināta persona, kura veic aktīvu saimniecisku darbību;

298.2.2. persona citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē atradīsies saistībā ar reģistrētās saimnieciskās darbības vai līdzīgas darbības veikšanu pašnodarbinātas personas statusā (norāda valsti un plānoto uzturēšanās periodu);

298.2.3. persona piecu darbdienu laikā informēs dienestu par darbības pārtraukšanu pašnodarbinātas personas statusā citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē pirms termiņa vai pēc pašnodarbinātas personas statusa zaudēšanas.

299. Persona, kas saņem Latvijas Republikas pensiju vai ir to pieprasījusi, lai saņemtu S 1 veidlapu, iesniedz dienestā iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

299.1. vārds, uzvārds;

299.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

299.3. Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā;

299.4. dzīvesvietas adrese citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē;

299.5. tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

299.6. piešķirtās vai pieprasītās pensijas veids (vecuma, apgādnieka zaudējuma, invaliditātes, izdienas);

299.7. citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices piešķirtās vai pieprasītās pensijas veids (vecuma, apgādnieka zaudējuma, invaliditātes, izdienas), ja persona saņem pensiju no citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices;

299.8. vai persona ir nodarbināta citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, ja persona ir nodarbināta – norāda nodarbinātības valsti;

299.9. vai persona citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē saņem pabalstu sociālās drošības jomā un ja saņem - valsti, kurā saņem pabalstu un pabalstu veidu;

299.10. vai persona ir apdrošināta citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā.

300. Bezdarbnieks, kurš vēlas doties darba meklējumos uz citu ES valsti un, kuram ir spēkā esoša U 2 veidlapa „Tiesību uz bezdarbnieka pabalstu saglabāšana”, lai saņemtu S 1 veidlapu, iesniedz dienestā šādus dokumentus:

300.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

300.1.1. vārds, uzvārds;

300.1.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

300.1.3. dzīvesvietas adrese;

300.1.4. adrese valstī, uz kuru dodas darba meklējumos;

300.1.5. bezdarbnieka statusa iegūšanas datums;

300.1.6. U 2 dokumenta „Tiesību uz bezdarbnieka pabalstu saglabāšana” izdošanas datums un derīguma termiņš.

301. Šo noteikumu 295., 296., 297., 298., 299. un 300.punktā minētās personas ģimenes loceklis (laulātais; aizbildnībā vai aizgādnībā esoša persona), kurš ir šīs personas apgādībā, lai saņemtu S 1 veidlapu, iesniedz dienestā šādus dokumentus:

301.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

301.1.1. vārds, uzvārds;

301.1.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

301.1.3. dzīvesvietas adrese citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē;

301.1.4. vai iesniedzējs ir nodarbināts citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, ja ir nodarbināts – norāda nodarbinātības valsti;

301.1.5. vai iesniedzējs citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē saņem pabalstu sociālās drošības jomā un ja saņem – valsti, kurā saņem pabalstu un pabalsta veidu;

301.1.6. šo noteikumu 295., 296., 297., 298., 299. un 300.punktā minētās personas vārds, uzvārds, personas kods vai identifikācijas numurs un, ja šī persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā – Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs;

301.1.7. tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

301.2. šo noteikumu 295.2. apakšpunktā minēto izziņu, ja iesniedzējs ir šo noteikumu 295.punktā minētās personas ģimenes loceklis;

301.3. šo noteikumu 296.2.apakšpunktā minēto apliecinājumu, ja iesniedzējs ir šo noteikumu 296.punktā minētās personas ģimenes loceklis;

301.4. šo noteikumu 297.2.apakšpunktā minēto izziņu, ja iesniedzējs ir šo noteikumu 297.punktā minētās personas ģimenes loceklis;

301.5. šo noteikumu 298.2.apakšpunktā minēto apliecinājumu, ja iesniedzējs ir šo noteikumu 298.punktā minētās personas ģimenes loceklis;

301.6. šo noteikumu 299.6., 299.7., 299.8., 299.9. un 299.10.apakšpunktā minēto informāciju par šo noteikumu 299.punktā minēto personu, ja iesniedzējs ir šo noteikumu 299.punktā minētas personas ģimenes loceklis;

301.7. šo noteikumu 300.1.5. un 300.1.6.apakšpunktā minēto informāciju par šo noteikumu 300.punktā minēto personu, ja iesniedzējs ir noteikumu 300.punktā minētās personas ģimenes loceklis.

302. Lai saņemtu apdrošināšanas karti, persona iesniedz dienestā iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

302.1. vārds, uzvārds;

302.2. personas kods (identifikācijas numurs);

302.3. adrese (ja persona vēlas saņemt apdrošināšanas karti pa pastu).

303. Persona, kas ir ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices pilsonis, papildus šo noteikumu 302.punktā minētajam veic šādas darbības:

303.1. ja persona veic darbību Latvijas Republikā nodarbinātas personas statusā, – iesniedz izziņu no darbavietas, kas apliecina, ka:

303.1.1. persona ir normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā reģistrēta kā darba devēja darbinieks;

303.1.2. persona ir nodarbināta uz noteiktu vai nenoteiktu laiku, ja persona ir nodarbināta uz noteiktu laiku, – norāda nodarbinātības laikposmu;

303.1.3. darba devējs piecu darbdienu laikā informēs dienestu par darba tiesisko attiecību pārtraukšanu;

303.2. ja persona veic darbību Latvijas Republikā pašnodarbinātas personas statusā, – iesniedz apliecinājumu, ka persona ir normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā reģistrēta kā pašnodarbināta persona, veic aktīvu saimniecisku darbību, un piecu darbdienu laikā pēc aktīvas saimnieciskās darbības pārtraukšanas vai pašnodarbinātas personas statusa zaudēšanas par to informēs dienestu;

303.3. ja persona ir šo noteikumu 295., 296., 297., 298., 299. un 300.punktā minētās personas ģimenes loceklis (laulātais; aizbildnībā vai aizgādnībā esoša persona) un ir šīs personas apgādībā:

303.3.1. sniedz šādas ziņas par šo noteikumu 295., 296., 297., 298., 299. un 300.punktā minēto personu:

303.3.1.1. vārds, uzvārds;

303.3.1.2. personas kods vai identifikācijas numurs;

303.3.1.3. Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā;

303.3.2. iesniedz šo noteikumu 295.2.apakšpunktā minēto izziņu, ja persona ir šo noteikumu 295.punktā norādītās personas ģimenes loceklis ;

303.3.3. iesniedz šo noteikumu 296.2.apakšpunktā minēto apliecinājumu, ja persona ir šo noteikumu 296.punktā norādītās personas ģimenes loceklis;

303.3.4. iesniedz šo noteikumu 297.2.apakšpunktā minēto izziņu, ja persona ir šo noteikumu 297.punktā norādītās personas ģimenes loceklis;

303.3.5. iesniedz šo noteikumu 298.2.apakšpunktā minēto apliecinājumu, ja persona ir šo noteikumu 298.punktā norādītās personas ģimenes loceklis;

303.3.6. šo noteikumu 299.6., 299.7., 299.8., 299.9. un 299.10.apakšpunktā minēto informāciju par šo noteikumu 299.punktā minēto personu, ja iesniedzējs ir šo noteikumu 299.punktā minētas personas ģimenes loceklis;

303.3.7. šo noteikumu 300.1.5. un 300.1.6.apakšpunktā minēto informāciju par šo noteikumu 300.punktā minēto personu, ja iesniedzējs ir noteikumu 300.punktā minētās personas ģimenes loceklis.

304. Apdrošināšanas karti personai izsniedz personīgi vai pēc personas rakstiska lūguma nosūta pa pastu uz norādīto adresi.

305. Apdrošināšanas karti izsniedz uz trijiem gadiem vai uz īsāku laikposmu, kas atbilst periodam, kurā ir konstatējams, ka personai ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

306. Dienests, nesagatavojot rakstisku lēmumu, izsniedz personai apdrošināšanas karti iesnieguma saņemšanas dienā vai nosūta pa pastu, izņemot šo noteikumu 307.punktā minētos gadījumus.

307. Dienests gatavo rakstisku lēmumu, ja šo noteikumu 302.punktā minēto iesniegumu ir iesniegusi persona, kas ir ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices pilsonis un kas atbilst šo 295., 296., 297., 298., 299., 300. un 301.punktā minētā tiesību subjekta statusam vai ārzemnieks, kam ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijas Republikā.

308. Par apdrošināšanas kartes izgatavošanu, ja tā pieprasīta agrāk kā vienu mēnesi pirms spēkā esošās apdrošināšanas kartes derīguma termiņa beigām, persona maksā atbilstoši dienesta maksas pakalpojumu cenrādim.

309. Ja personai, īslaicīgi uzturoties kādā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, vajadzīga neatliekamā vai nepieciešamā medicīniskā palīdzība un persona nevar uzrādīt apdrošināšanas karti, pamatojoties uz personas iesniegumu vai tās valsts kompetentās institūcijas pieprasījumu, kurā persona atrodas, dienests izsniedz personai vai attiecīgās valsts kompetentajai institūcijai apdrošināšanas kartes aizvietojošo sertifikātu.

310. Persona, kurai ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus un kura vēlas saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumu citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, dienests izsniedz S 2 veidlapu, ja vienlaikus ir spēkā šādi nosacījumi:

310.1. veselības aprūpes pakalpojums saskaņā ar veselības aprūpes jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem tiek apmaksāts no valsts budžeta līdzekļiem;

310.2. iesnieguma izskatīšanas laikā neviena no šo noteikumu 7.punktā minētajām ārstniecības iestādēm nevar nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu un par to ir saņemts pamatots ārstniecības iestādes atzinums;

310.3. šis pakalpojums personai ir nepieciešams, lai novērstu dzīvības funkciju vai veselības stāvokļa neatgriezenisku pasliktināšanos, ņemot vērā personas veselības stāvokli izvērtēšanas brīdī un paredzamo slimības attīstību.

311. Dienests S 2 veidlapu neizsniedz attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kurus sniedz klīnisku pētījumu ietvaros vai kuriem izmanto eksperimentālu ārstniecības tehnoloģiju.

312. Lai saņemtu S 2 veidlapu, persona dienestā iesniedz šādus dokumentus:

312.1. iesniegumu, kurā norādīta šāda informācija:

312.1.1. vārds, uzvārds, personas kods, adrese, tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

312.1.2. veselības aprūpes pakalpojums, kas personai nepieciešams saskaņā ar ārstu konsilija atzinumu;

312.1.3. veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas valsts un pakalpojuma sniedzējs;

312.2. attiecīgās ārstniecības nozares ārstu konsilija atzinumu, kurā norādīts nepieciešamais pakalpojums, kā arī pamatojums, vai šis pakalpojums personai ir nepieciešams, lai novērstu dzīvības funkciju vai veselības stāvokļa neatgriezenisku pasliktināšanos, ņemot vērā personas veselības stāvokli izvērtēšanas brīdī un paredzamo slimības attīstību, un medicīniski pamatoti iemesli, kādēļ personai attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu nepieciešams saņemt citā valstī;

312.3. ārstniecības iestādes apstiprinājumu, kurā plānots saņemt veselības aprūpes pakalpojumu, par to, ka attiecīgais pakalpojums tiks nodrošināts, pamatojoties uz S 2 veidlapu.

313. Dienestam ir tiesības pieprasīt no ārstniecības iestādēm atzinumu:

313.1. par to, vai ārstniecības iestāde var nodrošināt personai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu un vai veselības aprūpes pakalpojumu var sniegt termiņā, kas ir medicīniski pamatots, ņemot vērā personas veselības stāvokli izvērtēšanas brīdī un paredzamo slimības attīstību;

313.2. par iespējām nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu sniegt Latvijā, pieaicinot citas valsts ārstniecības personu attiecīgajā ārstniecības nozarē, un šāda veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas izmaksām Latvijā, salīdzinot tās ar izmaksām, kas rastos, ja personu nosūtītu nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemt citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, kā arī norādot, vai medicīniskā tehnoloģija, kuru nepieciešams izmantot veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai, ir apstiprināta pieaicinātās ārstniecības personas valstī.

314. Ja dienests saņem ārstniecības iestādes atzinumu, ka personai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu ir iespējams sniegt Latvijā, pieaicinot citas valsts ārstniecības personu attiecīgajā ārstniecības nozarē, dienests, izvērtējot ekonomiskā izdevīguma apsvērumus un citus apstākļus, kas varētu ietekmēt personas veselības stāvokli, lemj par S 2 veidlapas izsniegšanu vai par atteikumu to izsniegt, norādot, ka nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu persona var saņemt Latvijā, un noslēdz ar attiecīgo ārstniecības iestādi līgumu, paredzot kārtību, kādā tiks sniegts nepieciešamais veselības aprūpes pakalpojums un veikta samaksa par to.

315. Pieņemot lēmumu par S 2 veidlapas izsniegšanu, dienestam ir tiesības noteikt dalībvalsti un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, ņemot vērā ekonomiskā izdevīguma apsvērumus. Ja persona atsakās saņemt pakalpojumus pie dienesta izvēlētā pakalpojumu sniedzēja, dienestam ir tiesības pieņemt lēmumu par atteikumu izsniegt S 2 veidlapu.

316. Dienestam ir tiesības izsniegt regulā Nr.883/2004 un regulā Nr.987/2009 noteiktajos gadījumos citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices kompetentās iestādes vārdā S 2 veidlapu personai, kas ir pakļauta citas ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmai.

317. Ja persona viena kalendāra gada laikā pēc lēmuma par S 2 veidlapas izsniegšanu spēkā stāšanās dienas nav izmantojusi ar dienesta lēmumu piešķirtās tiesības, persona šīs tiesības zaudē.

318. Lai saņemtu S 3 veidlapu, persona dienestā iesniedz šādus dokumentus:

318.1. iesniegumu, kurā norādīta šāda informācija:

318.1.1. vārds, uzvārds, personas kods, adrese, tālrunis;

318.1.2. iepriekš uzsāktais veselības aprūpes pakalpojums;

318.1.3. veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs;

318.2. attiecīgās ārstniecības nozares ārstu konsilija atzinumu par personai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu, kuru nepieciešams pabeigt. Atzinumā norāda nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu, medicīniski pamatotus iemeslus, kādēļ attiecīgais veselības aprūpes pakalpojums ir uzskatāms par iepriekš uzsākta veselības aprūpes pakalpojuma turpinājumu.

319. Persona nav tiesīga izmantot šo noteikumu 293.punktā minētos dokumentus, lai saņemtu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī un Šveicē, ja persona ir uzskatāma par apdrošinātu:

319.1. citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros saskaņā ar regulu Nr.883/2004;

319.2. kādas ES institūcijas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros vai veselības apdrošināšanas shēmas ietvaros saskaņā ar 1968.gada 29.februāra Padomes Regulu (EEK, Euratom, EOTK) Nr.259/68 "Eiropas Kopienu Civildienesta noteikumi un Eiropas Kopienu pārējo darbinieku nodarbinātības kārtība", izņemot gadījumu, kas minēts regulas Nr.883/2004 15.pantā;

319.3. starptautiskas organizācijas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros;

319.4. studentu sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros.

320. Personai, kurai ir izsniegts šo noteikumu 293.punktā minētais dokuments, ir pienākums nekavējoties, bet ne vēlāk kā 5 darbdienu laikā, rakstiski informēt dienestu, ja:

320.1. persona kļūst par apdrošinātu citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros, kas norādītas šo noteikumu 319.punktā,

320.2.šo noteikumu 293.punktā minēto dokumentu derīguma termiņa laikā persona zaudē tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus;

320.3. mainās informācija, kuru persona ir sniegusi dienestam administratīvās lietas ietvaros.

321. Dienests pieņem lēmumu par šo noteikumu 293.punktā minēto dokumentu anulēšanu, ja dienests konstatē, ka persona nav tiesīga, piemērojot Regulu Nr.883/2004 un Regulu Nr.987/2009, saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē.

322. Ja dienests ir anulējis šo noteikumu 293.1., 293.2. un 293.3.punktā minēto dokumentu, dienests 10 darbdienu laikā par to paziņo tās valsts kompetentajai institūcijai, uz kuru veidlapa ir attiecināma.

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

323.1. lielo locītavu endoprotezēšana stacionārā;

323.2. kardioķirurģiskā ārstēšana stacionārā;

323.3. medicīniskā rehabilitācija stacionārā;

323.4. ķirurģiskie pakalpojumi oftalmoloģijā;

323.5. medicīniskā apaugļošana.

324. Dienests atsaka izsniegt iepriekšēju atļauju:

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

324.2. ja veselības aprūpes pakalpojumu var saņemt Latvijā šādā termiņā (izņemot gadījumu, ja gaidīšana nav pieļaujama personas veselības stāvokļa un paredzamās slimības attīstības dēļ un tas ir norādīts šo noteikumu 325.2. apakšpunktā vai 325.3.apakšpunktā minētajā medicīniskajā dokumentā):

324.2.1. šo noteikumu 323.1.apakšpunktā minētos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus vai šo noteikumu 323.5.apakšpunktā minētos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus – piecu gadu laikā;

324.2.2. šo noteikumu 323.2. un 323.3.apakšpunktā minētos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus – 12 mēnešu laikā;

324.2.3. šo noteikumu 323.4.apakšpunktā minētos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus – 24 mēnešu laikā;

324.3. ja dienesta rīcībā ir ziņas, kas apliecina, ka:

324.3.1. personas drošība tiks pakļauta apdraudējumam, ko nevar uzskatīt par pieņemamu, ņemot vērā iespējamo labumu, ko persona gūtu, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus attiecīgajā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē;

324.3.2.sabiedrība tiks pakļauta būtiskam drošības apdraudējumam, kas varētu rasties no veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas dēļ attiecīgajā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē;

324.3.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs – juridiska vai fiziska persona - izraisa būtiskas šaubas par iespējamā veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti vai drošību.

325. Lai saņemtu iepriekšēju atļauju šo noteikumu 323.punktā minēto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, persona dienestā iesniedz šādus dokumentus:

325.1. iesniegumu, kurā norādīts personas vārds, uzvārds, personas kods, adrese, tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese, veselības aprūpes pakalpojums, kura saņemšanai persona lūdz izsniegt iepriekšēju atļauju, valsts, kurā persona plāno saņemt veselības aprūpes pakalpojumu;

325.2. ģimenes ārsta vai speciālista izsniegtu nosūtījumu;

325.3. attiecīgās ārstniecības nozares ārstu konsilija atzinumu, kurā norādīts personai nepieciešamais veselības aprūpes pakalpojums, ja plānots saņemt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu ;

325.4. ārstniecības iestādes izsniegtu izziņu par personas iekļaušanu plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindā, norādot laiku, kurā persona varētu saņemt minēto veselības aprūpes pakalpojumu.

326. Dienestam, lemjot par iepriekšējas atļaujas izsniegšanu, ir tiesības pieprasīt no ārstniecības iestādēm atzinumu par to, vai ārstniecības iestāde var nodrošināt personai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu šo noteikumu 324.2.apakšpunktā norādītajā termiņā.

327. Iepriekšēju atļauju dienests izsniedz uz laiku, kas nepārsniedz sešus mēnešus.

**XVI. Kārtība, kādā tiek atlīdzināti izdevumi par citā Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstī un Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem**

328. Dienests personai, kura Latvijā ir tiesīga saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, atmaksā no personīgajiem līdzekļiem segtos izdevumus par citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem:

328.1. pamatojoties uz regulas Nr.883/2004 un regulas Nr.987/2009 noteikumiem, kā arī saskaņā ar tās valsts nosacījumiem par veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām, kurā personai tika sniegti veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices kompetentās institūcijas sniegtajai informācijai par personai atmaksājamo summu, ja:

328.1.1. īslaicīgas uzturēšanās laikā persona saņēmusi neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību un attiecīgie veselības aprūpes pakalpojumi valstī, kurā tie saņemti, ietilpst no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātajos veselības aprūpes pakalpojumos;

328.1.2. dienests ir pieņēmis lēmumu par S 2 veidlapas izsniegšanu personai, bet samaksu par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu persona ir veikusi no personīgajiem līdzekļiem;

328.2. atbilstoši šajos noteikumos noteiktajiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem vai atbilstoši kompensācijas apmēram, kas noteikts normatīvajos aktos par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, ja:

328.2.1. persona ir saņēmusi plānveida veselības aprūpes pakalpojumus (tai skaitā ar iepriekšēju atļauju), izņemot šo noteikumu 328.1.2.apakšpunktā minēto gadījumu, un šos veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai Latvijas Republikā apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem;

328.2.2. persona ir saņēmusi neatliekamo vai nepieciešamo veselības aprūpi un to nodrošinājis veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kurš nepiedalās šīs valsts sociālā nodrošinājuma sistēmā un šie pakalpojumi ietilpst šīs valsts no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātajos veselības aprūpes pakalpojumos;

328.2.3. plānveida veselības aprūpes pakalpojumu, kura nodrošināšanai dienests ir izsniedzis S 2 veidlapu, persona nav saņēmusi valstī vai pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja, kas norādīts dienesta izsniegtajā S2 veidlapā.

329. Lai saņemtu izdevumu atmaksu šo noteikumu 328.punktā minētajos gadījumos, persona gada laikā no dienas, kad tā beigusi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē, iesniedz dienestā šādus dokumentus:

329. 1. iesniegumu, kurā norādīta šāda informācija:

329.1.1. vārds, uzvārds, personas kods vai identifikācijas numurs, adrese, tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

329.1.2. valsts, kurā ir saņemti veselības aprūpes pakalpojumi;

329.1.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja nosaukums, reģistrācijas numurs un adrese;

329.1.4. apraksts par veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas iemeslu citā ES, EEZ dalībvalstī vai Šveicē;

329.1.5. dienesta lēmuma datums un numurs, ja izdevumu atmaksai bija nepieciešama iepriekšēja atļauja un ja lūdz veikt izdevumu atmaksu saskaņā ar šo noteikumu 328.2.apakšpunktu;

329.1.6. personas norēķinu konta rekvizīti (norēķiniem Latvijas Republikas nacionālajā valūtā);

329.2. maksājumu apliecinošu dokumentu, uz kuru pamatojoties iespējams identificēt maksātāju;

329.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja dokumentu, kurā ir norādīta šāda informācija:

329.3.1. veselības aprūpes pakalpojumi, kas personai ir sniegti;

329.3.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas laikposms;

329.3.3. personai sniegto veselības aprūpes pakalpojumu cenas par katru pakalpojumu atsevišķi;

329.3.4. par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas veikšanu;

329.4. šo noteikumu 329.3.apakšpunktā minētā dokumenta notariāli apliecinātu tulkojumu valsts valodā, ja lūdz veikt izdevumu atmaksu saskaņā ar šo noteikumu 328.2.1.apakšpunktu ;

329.5. ja lūdz veikt izdevumu atmaksu saskaņā ar šo noteikumu 328.2.1.apakšpunktu – recepti vai ģimenes ārsta vai speciālista izsniegtu nosūtījumu attiecīgā veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai vai informāciju par receptes vai nosūtījuma numuru, izsniegšanas datumu, ārstniecības iestādi un ārstniecības personu, kas izsniegusi recepti vai nosūtījumu, ja personas rīcībā vairs nav recepte vai nosūtījums, izņemot gadījumus, ja atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai attiecīgā veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai nav nepieciešams nosūtījums, kā arī citus dokumentus, kas apliecina, ka ir izpildītas veselības aprūpes jomu regulējošos normatīvajos aktos noteiktās prasības veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai;

329.6. apliecinājumu, ka persona nav uzskatāma par apdrošinātu citas šo noteikumu 319.punktā norādītās sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros.

330. Veicot izdevumu atmaksu saskaņā ar šo noteikumu 328.1.punktu, izdevumu atmaksas summa Latvijas Republikas nacionālajā valūtā tiek noteikta, pamatojoties uz Eiropas Centrālās bankas publicēto valūtas kursu, kas noteikts saskaņā ar regulas Nr.987/2009 90.pantu, dienā, kurā dienests ir saņēmis personas iesniegumu.

331. Informāciju, kas dienestam nepieciešama šajā nodaļā minēto administratīvo lietu izskatīšanai, valsts pārvaldes iestādes sniedz tiešsaistes režīmā.

**XVII. Kārtība, kādā ES, EEZ dalībvalstu un Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātās personas saņem veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikā**

332. Lai persona, kurai saskaņā ar regulas Padomes 1971.gada 14.jūnija Regulas (EEK) Nr.1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā (turpmāk – regula Nr.1408/71), un Padomes 1972.gada 21.marta Regulas (EEK) Nr.574/72, ar kuru nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EEK) Nr.1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā (turpmāk – regula Nr.574/72) nosacījumiem ir izsniegta E 106 veidlapa, E 109 veidlapa, E 120 veidlapa vai E 121 veidlapa vai kurai saskaņā ar regulas Nr.883/2004 un regulas Nr.987/2009 nosacījumiem ir izsniegta S 1 veidlapa vai S 3 veidlapa, saņemtu attiecīgajā veidlapā noteiktos veselības aprūpes pakalpojumus, persona reģistrē veidlapu dienestā.

333. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kas nodrošina no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, sniedz attiecīgos pakalpojumus arī personai, kura uzrāda E 112 veidlapu, S 2 veidlapu, apdrošināšanas karti vai apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu.

334. Ja persona, kurai ir vajadzīga neatliekamā vai nepieciešamā medicīniskā palīdzība, nevar uzrādīt apdrošināšanas karti, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kas nodrošina no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, pieprasa dienestam apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu.

335. Ārstniecības iestāde, kas nodrošina no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, sniedz attiecīgos pakalpojumus par maksu, iekasējot par tiem samaksu atbilstoši šajos noteikumos noteiktajiem tarifiem, ieskaitot pacienta iemaksu un līdzmaksājumu, ja persona nevar uzrādīt dokumentu, kas apliecina personas tiesības saskaņā ar regulas Nr.1408/71 un regulas Nr.574/72 vai saskaņā ar regulas Nr.883/2004 un regulas Nr.987/2009 nosacījumiem saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, bet uzrāda personu apliecinošu dokumentu, kas pierāda, ka persona ir ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices pilsonis.

336. Šo noteikumu 333.punktā minētajā gadījumā ārstniecības iestāde nodrošina:

336.1. personas iesniegtās tā dokumenta kopijas saglabāšanu, kas apliecina personas tiesības saskaņā ar regulas Nr.1408/71 un regulas Nr.574/72 vai saskaņā ar regulas Nr.883/2004 un regulas Nr.987/2009 nosacījumiem saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus;

336.2. datu saglabāšanu par personas apliecinošo dokumentu, kuru tā ir uzrādījusi pirms veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas, – dokumenta veids, numurs, izsniedzēja iestāde, derīguma termiņš.

337. Šo noteikumu 333. punktā noteiktajā gadījumā ārstniecības iestāde, kas nodrošina no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ievada informāciju par iepriekšējā mēnesī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienesta vadības informācijas sistēmā un veic ierakstus medicīniskajā un uzskaites dokumentācijā saskaņā ar normatīvajiem aktiem par medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību.

338. Savstarpējos norēķinus ar ES, EEZ dalībvalstīm un Šveici par šo valstu sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātām personām, kurām saskaņā ar regulu Nr.1408/71, regulu Nr.574/72, regulu Nr.987/2009 un regulu Nr.883/2004 ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, dienests veic, ievērojot šādus nosacījumus:

338.1. par valsts pārvaldes iestāžu un ārstniecības iestāžu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – atbilstoši šo noteikumu 16.pielikumā norādītajiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem un šo noteikumu 13.pielikumā norādītajiem aprūpes epizožu tarifiem;

338.2. par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukumu – 96,87 euro;

338.3. par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, šo noteikumu 3.pielikuma 3.punktā noteiktajam attiecīgās ārstniecības iestādes gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem, kuras šo noteikumu 16.pielikumā atzīmētas ar zvaigznīti (\*).

**XVIII. Noslēguma jautājumi**

339. Atzīt par spēku zaudējušiem Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumus 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., 228.nr.)

340. Šo noteikumu 73.2.2.punkts stājas spēkā 2014.gada 1.jūlijā.

341. Šo noteikumu 238.punkts un 12.pielikuma 16. un 17.punkts stājas spēkā ar 2015.gada 1.janvāri.

342. Izdevumus par personai, kurai prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma rezultātā nodarīts veselības kaitējums, sniegtiem no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti līdz 2013.gada 31.decembrim, dienests regresa kārtībā piedzen atbilstoši veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas laikā spēkā esošos normatīvajos aktos, kas noteica veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, noteiktajam gultasdienas tarifam, veikto manipulāciju tarifiem un faktisko gultasdienu skaitam.

343. Šajos noteikumos minētās ģimenes ārsta funkcijas veic arī primārās veselības aprūpes pediatri un primārās veselības aprūpes internisti, ar kuriem dienestam uz šo noteikumu stāšanās brīdi noslēgts līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

344. Dienests 2014.gadā šo noteikumu 86.1.apakšpunktā minēto kapitācijas naudas maksājumu aprēķina, ņemot vērā visu ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto personu skaitu.

345.Dienests maksā šo noteikumu 12.pielikumā minētajā kārtībā aprēķināto ģimenes ārsta praksei paredzēto māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājumu divkāršā apmērā arī ģimenes ārstam, kurš atbilstoši līgumam ar dienestu par 2013.gada decembri ir saņēmis šādu maksājumu un turpmāk nodrošina šo noteikumu 12.pielikuma 14.2. un 14.3.apakšpunktā minēto nosacījumu izpildi.

346. 2014.gadā papildus veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasei, kas tiek veikta atbilstoši šo noteikumu 223. un 224.punktam, dienests nodrošina līgumu slēgšanu ar ārstniecības iestādēm par medicīniskās apaugļošanas procedūru veikšanu un grūtnieču aprūpi, kas tiek veikta atbilstoši normatīvajiem aktiem par dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtību, ievērojot šādus nosacījumus:

346.1. ir saņemts rakstisks iesniegums, kurā izteikta vēlēšanās būt līgumattiecībās ar dienestu un nodrošināt no valsts budžeta apmaksāto medicīniskās apaugļošanas procedūru veikšanu vai grūtnieču aprūpi;

346.2. ārstniecības iestāde atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un tai ir materiāltehniskais nodrošinājums un attiecīgas kvalifikācijas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāls, lai nodrošinātu medicīniskās apaugļošanas procedūru veikšanu un grūtnieču aprūpi.

347. E 106 veidlapas, E 109 veidlapas, E 120 veidlapas un E 121 veidlapas, apdrošināšanas kartes, kas izsniegtas izmantošanai ES dalībvalstīs un kas izdotas līdz 2010.gada 15.augustam, ir derīgas līdz šī dokumenta derīguma termiņa beigām, izņemot gadījumus, ja attiecīgais dokuments ir anulēts.

348. Personai tiesības iesniegt iesniegumu saskaņā ar šo noteikumu 328.1.apakšpunktu par veselības aprūpes pakalpojumu, kas saņemti līdz 2012.gada 31.decembrim, izdevumu atmaksu līdz 2014.gada 31.jūnijam.

349. Izdevumu atmaksu par šo noteikumu 328.2.apakšpunktā minētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests veic, ja veselības aprūpes pakalpojumi saņemti pēc 2013.gada 25.oktobra.

350. Dienests no 2015.gada 1.janvāra no valsts budžeta līdzekļiem nemaksā par kodolmagnētiskās rezonanses izmeklējumiem, kas veikti ar magnētiskā lauka aparātiem līdz 1,0 Teslai.

351. Šo noteikumu 16.pielikuma 2910., 2913. un 2914.punkts zaudē spēku 2015.gada 1.janvārī.

352. Noteikumi stājas spēkā ar 2014.gada 1.janvāri.

**Informatīva atsauce uz Eiropas Savienības direktīvām**

Noteikumos iekļautas tiesību normas, kas izriet no:

1) Eiropas Parlamenta un Padomes 2011.gada 9.marta Direktīvas 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē;

2) Komisijas 2012.gada 20.decembra īstenošanas Direktīvas 2012/52/ES, ar kuru paredz pasākumus, kas atvieglotu citā dalībvalstī izsniegtu recepšu atzīšanu.

Ministru prezidents V.Dombrovskis

Veselības ministre I.Circene

14.12.2013. 14:03

26949

L.Eglīte 67876091

Leonora.Eglite@vm.gov.lv

A.Reinika 67043780

Alda.Reinika@vmnvd.gov.lv