12. pielikums

Ministru kabineta

2018. gada  .\_\_\_\_\_

noteikumiem Nr.

**Samaksas apmēra plānošana**

1. Dienests samaksas apmēru sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nosaka, izmantojot šādus plānošanas rādītājus:

1.1. faktiski veikto izmeklējumu, aprūpes epizožu vai dienas stacionāra gultasdienu skaits pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem 12 mēnešu laikā (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam), ievērojot šādus nosacījumus:

1.1.1. veikto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionāra gultasdienu skaits, kas nepārsniedz iepriekšējā gada līgumā uz 1. jūliju plānoto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionāra gultasdienu skaitu, izņemot šādus gadījumus, kad ņem vērā visu faktiski veikto skaitu:

1.1.1.1. veikto aprūpes epizožu un izmeklējumu skaits bērniem un grūtniecēm;

1.1.1.2. veikto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionāra gultasdienu skaits pacientiem, kuri saņēmuši nieru aizstājterapijas, ķīmijterapijas, staru terapijas pakalpojumus vai metadona aizvietojošo terapiju, konsultācijas saistībā ar nieru vai aknu transplantāciju, onkoloģijas, hematoloģijas un mamogrāfijas pakalpojumus;

1.1.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā nav sniedzis attiecīgos veselības aprūpes pakalpojumus, ja atbilstoši līgumam ar dienestu tie bija jāsniedz, līguma finanšu apmēru nākamajam periodam nosaka, neiekļaujot šos veselības aprūpes pakalpojumus;

1.1.3.  veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā nav sniedzis šādus veselības aprūpes pakalpojumus, bet ieguvis tiesības tos sniegt turpmāk, līgumā plānoto aprūpes epizožu, izmeklējumu vai dienas stacionārā pacientu pavadīto dienu skaitu nosaka atbilstoši plānošanas vienībā esošā iedzīvotāju skaita un iepriekšējā kalendārā gadā veiktā izmeklējumu skaita proporcijai attiecībā pret valstī  vidēji veikto izmeklēju skaitu;

1.1.4. 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, pakalpojumu apjomu nosaka kārtībā, kādā to plāno pakalpojumu sniedzējiem, kuri iepriekšējā periodā nav snieguši šādus veselības aprūpes pakalpojumus;

1.2. ārstniecības iestādē veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai pieejamie cilvēkresursi;

1.3. veikto sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru rezultāti un sekundārie ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi, par kuru sniegšanu dienests šajos noteikumos noteiktā kārtībā vienojies ar sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ārpus pakalpojumu sniedzēju atlases procedūras;

1.4. veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālā pieejamība;

1.5. plānotais sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojuma tarifs;

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

1.7. likuma par valsts budžetu kārtējam gadam noteiktais finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī finansējuma palielināšanas gadījumā – mērķis, kādam piešķirts papildu finansējums.

2. Samaksas apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ievērojot plānošanā izmantojamos rādītājus, dienests aprēķina šādā kārtībā:

2.1. 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 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam);

2.2. aprēķina prognozējamās vidējās izmaksas pacientu līdzmaksājumu kompensācijai par personām, kas atbrīvotas no pacienta līdzmaksājuma, vienam izmeklējumam vai aprūpes epizodei veselības aprūpes pakalpojumu veidos katrai ārstniecības iestādei atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam);

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

2.4. nosakot līguma apjomus, finansējumu prioritāri novirza šo noteikumu ārstniecības iestādēm, kuras ir ceturtā vai piektā līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes;

2.5. 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 onkoloģijas, hemotoloģijas un nieru aizstājterapijas pakalpojumus, kā arī konsultācijas saistībā ar nieru vai aknu transplantāciju, ķīmijterapijas, staru terapijas pakalpojumus vai metadona aizvietojošo terapiju.

3. Dienests samaksas apmēru stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nosaka, izmantojot šādus plānošanas rādītājus:

3.1. faktiski ārstēto personu skaits veselības aprūpes pakalpojumu programmās 12 mēnešu laikā (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam), ņemot vērā šādus nosacījumus:

3.1.1. ja ārstniecības iestādes ārstēto pacientu skaits DRG pakalpojumu programmās pārsniedz iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu, bet tā neizpilda līgumā ar dienestu noteiktos kvalitātes rādītājus, dienests pacientu skaitu nosaka apmērā, kas nepārsniedz iepriekšējā gadā līgumā plānoto pacientu skaitu;

3.1.2. ja ārstniecības iestādes ārstēto pacientu skaits DRG pakalpojumu programmās pārsniedz iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu un tā izpilda līgumā ar dienestu noteiktos kvalitātes rādītājus, dienests pacientu skaitu nosaka, ievērojot šādus kritērijus:

3.1.2.1.ja pacientu skaits pārsniedz iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu par 5 %, bet nepārsniedz vairāk kā par 10 %, tad pacientu skaitu nosaka 105 % apmērā no iepriekšējā gadā līgumā plānotā pacientu skaita,

3.1.2.2. ja pacientu skaits pārsniedz iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu vairāk nekā par 10 %, tad pacientu skaitu nosaka 110 % apmērā no iepriekšējā gadā līgumā plānotā pacientu skaita;

3.1.3. ja ārstniecības iestādes ārstēto pacientu skaits Iezīmēto pakalpojumu programmās pārsniedz iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu, tad to nosaka iepriekšējā gada apmērā, izņemot:

3.1.3.1. dzemdību pakalpojumi, tuberkulozes pakalpojumi un insulta vienības pakalpojumi, kad ņem vērā visu faktiski ārstēto pacientu skaitu;

3.1.3.2. nieru transplantācijas pakalpojumi, kad pacientu skaitu nosaka atbilstoši publiski pieejamiem aktuālajiem Iedzīvotāju reģistra datiem tādā apmērā, lai nodrošinātu transplantācijas operāciju ne mazāk kā 28 pacientiem uz 1 000 000 iedzīvotājiem;

3.1.4. ja ārstniecības iestādes ārstēto pacientu skaits Iezīmēto pakalpojumu programmās ir mazāks kā iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānotais pacientu skaits, to nosaka atbilstoši iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānotajam pacientu skaitam šādās pakalpojumu programmās:

3.1.4.1. cilmes šūnu transplantācija;

3.1.4.2. paliatīvā aprūpe;

3.1.4.3. lielo locītavu endoprotezēšana (ja ārstniecības iestādei ir nepieciešamie resursi plānotā apjoma izpildei);

3.1.4.4. neiroloģija (insulta vienība) un rehabilitācija pēc insulta vienības;

3.1.4.5. tuberkulozes ārstēšana;

3.1.4.6. apsaldējumu un apdegumu ārstēšana;

3.1.5. ja ārstniecības iestāde veselības aprūpes pakalpojumus kādā no pakalpojumu programmām nav sniegusi pilnu iepriekšējo periodu, pacientu skaitu nosaka proporcionāli ārstēto pacientu skaitam tajā periodā, kurā pakalpojumi tika sniegti;

3.2. šajos noteikumos noteiktie viena pacienta ārstēšanas tarifi Iezīmēto pakalpojumu programmām;

3.3. rādītāji, kas šajos noteikumos noteiktajā kārtībā tiek izmantoti DRG grupas maksājuma aprēķināšanai:

3.3.1. V un IV līmeņa ārstniecības iestāžu un VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari””, VSIA “Piejūras slimnīca”, SIA “Rīgas dzemdību nams”, SIA “Rīgas 2.slimnīca” un VSIA “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca” vidējais viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksu bāzes tarifs (aprēķina katru gadu atbilstoši vadības informācijas sistēmas datiem – pie summas, kas iegūta, reizinot gultasdienu skaitu ar šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktā noteikto gultasdienas tarifu, pieskaitot manipulāciju sarakstā ar zvaigznīti (\*) atzīmēto veikto manipulāciju tarifu summu un iegūto kopsummu dalot ar kopējo stacionēšanas gadījumu skaitu);

3.3.2. DRG grupas koeficients (aprēķina, dalot katras DRG grupas vidējās viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksas ar šī pielikuma 3.3.1. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto bāzes tarifu);

3.3.3. ārstniecības iestādes veiktā darba indekss (summu, kas iegūta, reizinot katras DRG grupas faktisko pacientu skaitu ar DRG grupas koeficientu un summējot iegūtos rezultātus, dala ar kopējo faktisko pacientu skaitu);

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

4. Samaksas apmēru stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ievērojot plānošanā izmantojamos rādītājus, dienests aprēķina šādā kārtībā:

4.1. fiksētā maksājuma par DRG pakalpojumiem gada apmēru iegūst, šo noteikumu noteiktajā kārtībā aprēķināto bāzes tarifu reizinot ar summu, kas aprēķināta, katras ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu reizinot ar pacientu skaitu;

4.2. ikmēneša fiksētā maksājuma apmēru par DRG pakalpojumiem nosaka kā 1/12 daļu no aprēķinātā fiksētā maksājuma gada apjoma par DRG pakalpojumiem;

4.3. finansējuma gada apmēru samaksai par Iezīmētajiem pakalpojumiem iegūst, katrā Iezīmēto pakalpojumu programmā pacientu skaitu reizinot ar šo noteikumu 4.pielikumā noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu un katrai ārstniecības iestādei summējot iegūtos rezultātus;

4.4. valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" šo noteikumu 202.5. apakšpunktā minēto ikmēneša fiksētā maksājuma apmēru nosaka kā 1/12 daļu no summas, kas iegūta, saskaitot:

4.4.1. fiksētā maksājuma par DRG pakalpojumiem gada apmēru, ko iegūst šādā kārtībā:

4.4.1.1. šo noteikumu noteiktajā kārtībā aprēķināto bāzes tarifu reizinot ar summu, kas aprēķināta, ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu reizinot ar pacientu skaitu;

4.4.1.2. ja šī pielikuma 4.4.1.1. apakšpunktā noteiktajā kārtībā aprēķinātā summa ir mazāka par līgumā noteikto finansējuma apjomu DRG pakalpojumiem iepriekšējā gadā, bet ārstniecības iestāde sasniedz līgumā ar dienestu noteiktos rādītājus, tad to nosaka iepriekšējā gada apmērā;

4.4.2. finansējumu, kas aprēķināts, summējot rezultātus, ko iegūst, attiecīgo viena pacienta ārstēšanas tarifu reizinot ar prognozēto pacientu skaitu katrā no tām veselības aprūpes pakalpojumu programmām, kas noteiktas līgumā ar dienestu;

4.5. ikmēneša fiksētās piemaksas apmērs par uzņemšanas nodaļas darbību stacionārajai ārstniecības iestādei norādīts šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktā;

4.6. to stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai nepieciešamo finansējumu, kurus šo noteikumu noteiktajā kārtībā dienests apmaksā atbilstoši ārstniecības iestādes iesniegtajiem rēķiniem, kā arī finansējumu to manipulāciju apmaksai, kuras dienests apmaksā atbilstoši faktiski veiktajam skaitam, dienests plāno atbilstoši iepriekšējā gadā apmaksātajam apjomam;

4.7. ilgstoši slimojošām personām, personām ar prognozējamo invaliditāti un personām, kas saņem ilgstošo mākslīgo plaušu ventilāciju, sniegto pakalpojumu apmaksai nepieciešamo finansējumu dienests plāno atbilstoši iepriekšējā gadā apmaksātajam apjomam un pieejamam valsts budžeta finansējumam kārtējam gadam;

4.8. pacienta līdzmaksājuma kompensāciju par personām, kas atbrīvotas no pacientu līdzmaksājuma, plāno atbilstoši iepriekšējā gadā kompensēto līdzekļu apjomam, proporcionāli attiecinot to pret kopējo pacientu skaitu;

4.9. 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.

5. Ja sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs neizpilda līgumā noteikto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, dienests veic līguma finanšu apmēra pārplānošanu, ievērojot šādus nosacījumus:

5.1. 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;

5.2. 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 apmēra izpilde ir mazāka par 90 % no deviņu mēnešu plānotā finanšu apmēra;

5.3. pārplānošanas rezultātā iegūtos finanšu līdzekļus ambulatorajai veselības aprūpei, dienests novirza veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai šādā prioritārā secībā:

5.3.1. valsts kompensēto pacienta līdzmaksājumu apmaksai, ja faktiski kompensēto pacientu līdzmaksājumu apjoms pārsniedz plānoto pārskata periodā;

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

5.3.3. veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālās pieejamības nodrošināšanai;

5.3.4. tiem ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem, kuru plānotā finansējuma pārsnieguma apjomā ietilpst lielākam pacientu skaitam paredzētais apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu apjoms vai kurā ir garākas pakalpojuma saņemšanas pretendentu rindas;

5.3.5. ja aprēķinos konstatē, ka ārstniecības iestādei finansējuma apmērs jāpalielina vai jāsamazina par summu, kas nepārsniedz 300 *euro* attiecīgajā pakalpojumu veidā, dienests ārstniecības iestādei iepriekš noteikto finansējuma apmēru nemaina.

6. Ja ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs pirmā gada laikā pēc līguma noslēgšanas (vai līguma papildināšanas, nosakot pienākumu sniegt jaunu veselības aprūpes pakalpojumu veidu vai sniegt to lielākā apjomā)nenodrošina pakalpojuma sniegšanu vismaz 50 % apjomā no attiecīgajam periodam līgumā noteiktā apjoma, līguma finanšu apjomu attiecīgajā veselības aprūpes pakalpojumu veidā samazina par neizpildīto apjomu. Šādā gadījumā iegūtos finanšu līdzekļus novirza šo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai citam pakalpojumu sniedzējam šajā plānošanas vienībā vai, ja nav cita pakalpojumu sniedzēja šajā plānošanas vienībā, – citam pakalpojumu sniedzējam ģeogrāfiski tuvākajā plānošanas vienībā.

7. Ja stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs neizpilda līgumā noteikto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, dienests veic līguma finanšu apmēra pārplānošanu, ievērojot šādus nosacījumus:

7.1. samazina fiksēto maksājumu par DRG pakalpojumiem vai finansējumu par Iezīmētajiem pakalpojumiem otrajam pusgadam, to nosakot atbilstoši sešos mēnešos sniegtajam faktiskajam veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, ja pirmajā pusgadā faktiski ārstēto pacientu skaits attiecīgajā pakalpojumu veidā (DRG pakalpojumi vai Iezīmētie pakalpojumi) ir mazāks par 80 % no līgumā attiecīgajam periodam plānotā skaita;

7.2. samazina fiksēto maksājumu par DRG pakalpojumiem vai finansējumu par Iezīmētajiem pakalpojumiem pēdējiem gada trīs mēnešiem, to nosakot atbilstoši deviņos mēnešos sniegtajam faktiskajam veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, ja deviņos mēnešos faktiski ārstēto pacientu skaits attiecīgajā pakalpojumu veidā (DRG pakalpojumi vai Iezīmētie pakalpojumi) ir mazāks par 90 % no līgumā attiecīgajam periodam plānotā skaita;

7.3. valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" šo noteikumu 202.5. apakšpunktā minēto ikmēneša fiksēto maksājumu nesamazina, ja ārstniecības iestāde sasniedz līgumā ar dienestu noteiktos rādītājus;

7.4. pārplānošanas rezultātā iegūtos finanšu līdzekļus novirza ģeogrāfiski tuvākajai stacionārajai ārstniecības iestādei, ievērojot šādus nosacījumus:

7.4.1. DRG pakalpojumu apmaksai paredzēto finansējumu novirza ārstniecības iestādei, kurai faktiski ārstēto pacientu skaits sešos vai deviņos mēnešos ir lielākas par līgumā plānoto pacientu skaitu attiecīgajam periodam;

7.4.2. Iezīmēto pakalpojumu apmaksai paredzēto finansējumu novirza tām stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmām, kurās finansējums tiek samazināts;

7.4.3. ja ārstniecības iestādēm attiecīgajos pakalpojumu veidos nav resursu plānotā līguma apjoma pieauguma izpildei, tad dienests pārplānošanas rezultātā iegūtos finanšu līdzekļus ir tiesīgs novirzīt tādu stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, kas sniegti neatliekamā kārtā virs līgumā plānotā apjoma.

8. Ja stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja faktiski ārstēto pacientu skaits, kuriem sniegti DRG pakalpojumi, sešos vai deviņos mēnešos ir pārsniedzis līgumā plānoto pacientu skaitu un dienestam pēc šajos noteikumos noteiktajā kārtībā finanšu apmēra par DRG pakalpojumiem aprēķināšanas visām ārstniecības iestādēm ir atlikuši kopējie dienesta plānotie finanšu līdzekļi samaksai par DRG pakalpojumiem, dienests veic samaksu par tiem DRG pakalpojumiem, kas sniegti neatliekamā kārtā virs plānotā līguma apmēra. Šādā gadījumā pieejamo finansējumu novirza ārstniecības iestādēm proporcionāli to pakalpojumu apmēram, kas sniegti virs plānotā līguma apmēra.

9. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs pārsniedz plānoto gada finanšu apmēru, dienests virs plānotā gada finanšu apmēra sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus neapmaksā, izņemot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, tos apmaksājot kopējā līguma finanšu apmēra ietvaros, bet ievērojot nosacījumu, ka dienests nenovirza līgumā plānotos speciālistu sniegto pakalpojumu apmaksai paredzētos finanšu līdzekļus, lai apmaksātu izmeklējumus, kas sniegti virs attiecīgajā pakalpojumu veidā līgumā plānotā gada apmēra.

10. Dienests, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rakstveida iesniegumu, kas iesniegts ne vēlāk kā līdz attiecīgā gada 1. novembrim, bet par stacionāro pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu pārvirzīšanu ambulatoro pakalpojumu apmaksai – līdz 1.augustam, var veikt šādas izmaiņas līguma finanšu apmērā, izņemot gadījumus, ja finanšu līdzekļi piešķirti noteiktam mērķim:

10.1. Iezīmēto pakalpojumu apmaksai paredzētos finanšu līdzekļus kādā no pakalpojumu programmām ne vairāk kā 5 % apmērā novirzīt citai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmai, ievērojot pakalpojumu sadalījumu – neatliekamā kārtā vai plānveida kārtā sniedzami veselības aprūpes pakalpojumi;

10.2. ne vairāk kā 15 % no ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai plānotajiem finanšu līdzekļiem vienā pakalpojumu veidā novirzīt citam ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidam;

10.3. novirzīt stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētos finanšu līdzekļus ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, ja ārstniecības iestāde sniedz gan ambulatorās, gan stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus un nav sasniegusi līgumā noteikto finanšu apmēru. Šādā gadījumā tiek ņemti vērā dienesta vadības informācijas sistēmas dati par ārstniecības iestādes faktiski sniegto pakalpojumu apjomu.

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Aivars Lapiņš