2018. gada Noteikumi Nr.

Rīgā (prot. Nr.  .§)

**Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība**

Izdoti saskaņā ar

Veselības aprūpes finansēšanas likuma

5. panta otro un trešo daļu,   
6. panta ceturto daļu, 7. pantu,   
8. panta otro daļu, 10. panta trešo daļu, Ārstniecības likuma 3. panta otro daļu un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14.pantu

**1. Vispārīgais jautājums**

1. Noteikumi nosaka:

1.1. valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu, kārtību, kādā tiek organizēta šo pakalpojumu sniegšana un veikta samaksa par tiem, kā arī minēto pakalpojumu samaksas apmēru;

1.2. neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanas kārtību;

1.3. veselības aprūpes pakalpojumus, kurus neapmaksā no valsts budžeta dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem līdzekļiem, kas piešķirti Veselības ministrijas veselības aprūpes nodrošināšanas programmai (turpmāk - valsts budžets)

1.4. kārtību, kādā pacients veic līdzmaksājumu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu, līdzmaksājuma apmēru, kā arī līdzmaksājumu kopsummu par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;

1.5. kārtību, kādā tiek veidotas rindas veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai;

1.6. veselības aprūpes pakalpojumus, kurus apmaksā no valsts budžeta dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem, kas piešķirti Tieslietu ministrijas, Aizsardzības ministrijas un Iekšlietu ministrijas veselības aprūpes nodrošināšanas programmām , personu grupas, kurām ir tiesības saņemt minētos veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī personu grupas, kurām no šiem līdzekļiem sedz pacienta līdzmaksājumu;

1.7. grūtnieces, bērna un personas ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpes organizēšanas, finansēšanas un cilvēkresursu nodrošināšanas kārtību;

1.8. kārtību, kādā Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktās personas saņem bezmaksas pakalpojumus vai maksas atvieglojumus zobārstniecībā un zobu protezēšanā.

**2.****No valsts budžeta līdzekļiem neapmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu, valsts apmaksātās medicīniskas palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu saraksts**

2. No valsts budžeta neapmaksā šādus veselības aprūpes pakalpojumus:

2.1. homeopātisko ārstēšanu un ārstēšanu, izmantojot netradicionālās medicīnas metodes;

2.2. estētiski ķirurģiskas operācijas un kosmetoloģiskos pakalpojumus;

2.3. abortus, izņemot abortus medicīnisku indikāciju dēļ;

2.4. seksoloģisko ārstēšanu un dzimuma maiņu;

2.5. cilmes šūnu bankas un dzimumšūnu bankas uzturēšanu;

2.6. konsultācijas, klīniskos un paraklīniskos diagnosticējošos izmeklējumus, kurus pēc tiesu medicīnas eksperta norīkojuma izdara prettiesiskos nodarījumos cietušajām personām;

2.7. veselības pārbaudes, kas nepieciešamas darbam vai speciālu atļauju saņemšanai, kā arī veselības pārbaudes transportlīdzekļu vadītājiem, un citas profilaktiskās pārbaudes, kas nav minētas šo noteikumu 1. pielikumā;

2.8.  ambulatori veiktus laboratoriskos izmeklējumus, izņemot šo noteikumu 3.8., 3.11. un 4.4. apakšpunktā minētajos gadījumos;

2.9. ķirurģisku palīdzību šādos gadījumos:

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

2.9.2. dzimumorgānu iedzimtu anomāliju korekciju, izņemot korekciju personām vecumā līdz 18 gadiem (turpmāk- bērni);

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

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

2.9.5. intervertebrālo disku bojājumu novēršanas   
operācijas – mikrodiskektomiju un mikrofenestrāciju, izņemot, ja persona slimo ilgāk nekā trīs mēnešus un ir darbspējīgā vecumā (no 18 gadiem līdz tāda vecuma sasniegšanai, kurā saskaņā ar normatīvajiem aktiem tiek piešķirta vecuma pensija) (turpmāk – ilgstoši slimojoša persona darbspējīgā vecumā);

2.10. mākslas terapeita sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot multiprofesionālās komandas ietvaros sniegtos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus;

2.11. uztura speciālista sniegtos ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot multiprofesionālās komandas ietvaros sniegtos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, kā arī ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, kas sniegti reto slimību kabinetā.

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

2.13. zobārstniecību, izņemot šo noteikumu 4.1. apakšpunktā minētajos gadījumos;

2.14. citus veselības aprūpes pakalpojumus, kas nav minēti šo noteikumu 3. un 4. punktā vai tiek sniegti neievērojot šajos noteikumos noteikto kārtību, vai starp Nacionālo veselības dienestu (turpmāk – dienests) un ārstniecības iestādi noslēgtā līguma nosacījumus, tajā skaitā par dienesta tīmekļa vietnē publicēto no valsts līdzekļiem apmaksājamo manipulāciju sarakstu un tajā ietvertos manipulāciju apmaksas nosacījumus (turpmāk – manipulāciju saraksts).

3. Personai, kurai ir tiesības saņemt valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu, šajos noteikumos noteiktajā kārtībā nodrošina:

3.1. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes sniegto neatliekamo medicīnisko palīdzību;

3.2. neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, tai skaitā traumu gadījumos;

3.3. neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu stacionārā ārstniecības iestādē personām, kuru veselības stāvoklis atbilstoši šo noteikumu 2. pielikumam ir novērtēts kā stāvoklis, kurā:

3.3.1. pastāv vitālo funkciju traucējumi;

3.3.2. nesniedzot nekavējoties medicīnisko palīdzību, pacientam var rasties vitālo funkciju traucējumi;

3.3.3. pacienta veselības stāvoklis ir pasliktinājies, nesniedzot nekavējoties medicīnisko palīdzību, pastāv potenciāli draudi dzīvībai vai smagas sekas pacienta veselībai;

3.4. dzemdību palīdzību, tajā skaitā grūtnieču aprūpi, kā arī nedēļnieces un jaundzimušā pēcdzemdību aprūpi saskaņā ar normatīvajiem aktiem par dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtību;

3.5. tiesu psiholoģisko un tiesu psihiatrisko ekspertīzi;

3.6. ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegto veselības aprūpi, tajā skaitā:

3.6.1. profilaktiskās apskates, kā arī sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanu atbilstoši šo noteikumu 1. pielikumam;

3.6.2. vakcināciju atbilstoši vakcinācijas kalendāram un vakcināciju pret gripu atbilstoši normatīvajam aktam, saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

3.6.3. ģimenes ārsta mājas vizītes pie šādām personu grupām:

3.6.3.1. bērniem;

3.6.3.2. personām, kurām noteikta I grupas invaliditāte;

3.6.3.3. personām, kas vecākas par 80 gadiem;

3.6.3.4. personām, kurām nepieciešama paliatīvā aprūpe (t.i., pacientu, kuru izārstēšana nav iespējama, aprūpi (saskaņā ar SSK-10 pamata diagnozes kodi 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 vai T91.3 un blakus diagnozes kods visos gadījumos – Z51.5 (turpmāk – paliatīvā aprūpe));

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

3.6.3.6. personām, kurām nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija;

3.6.3.7. personām, kas saņem mājas aprūpi atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai;

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

3.6.3.9. personas, pie kuras neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde veikusi izbraukumu un ģimenes ārsts šo noteikumu noteiktajā kārtībā vienojies par mājas vizīti;

3.6.3.10. personām ar psihiskiem traucējumiem (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi F01, F20 un F73);

3.6.4. ģimenes ārsta praksē veiktas manipulācijas atbilstoši ārstniecības personu kompetencei, ievērojot manipulāciju sarakstā noteiktos nosacījumus;

3.7. valsts organizētā vēža skrīninga (turpmāk – valsts organizētais skrīnings) pasākumus šajos noteikumos noteiktajā kārtībā;

3.8. laboratoriskos un citus diagnostikas izmeklējumus, kas veikti:

3.8.1. ar ģimenes ārsta nosūtījumu, ievērojot manipulāciju sarakstā noteiktos nosacījumus;

3.8.2. laboratorijā, kurai piešķirts nacionālās references laboratorijas statuss epidemioloģiskās drošības jautājumā;

3.9. hroniskās hemodialīzes, hemofiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras un ar šim procedūrām saistītās speciālistu konsultācijas;

3.10. ilgstošo plaušu mākslīgo ventilāciju, tai skaitā speciālista mājas vizītes un medicīnisko rehabilitāciju personām, kurām nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija;

3.11. veselības aprūpes pakalpojumus diagnozes noteikšanai, ārstēšanai un medicīniskajai rehabilitācijai personai:

3.11.1. ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (saskaņā ar Starptautisko statistisko slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju (turpmāk – SSK-10) diagnozes kodi F00-F09; F10-F19; F20-F62; F63.0; F63.1-F99), tajā skaitā psihiatra mājas vizītes pie psihiatriska profila pacientiem, kuri veselības stāvokļa dēļ nevar apmeklēt ārstniecības iestādi;

3.11.2. ar ļaundabīgiem audzējiem (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi C00-C97), tajā skaitā pozitronu emisijas tomogrāfijas ar datortomogrāfiju izmeklējumu, ja tas nepieciešams ārstēšanas taktikas noteikšanai un ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsilijs šādos gadījumos:

3.11.2.1. bērniem – lēmumu pieņem bērnu hematoonkologu konsilijs;

3.11.2.2. personām no 18 gadu vecuma - ļaundabīga krūts, plaušu, resnās un taisnās zarnas audzēja gadījumā, gadījumos, kad personai ir melanoma, kā arī ar hematologu konsilija lēmumu limfoīdo audu ļaundabīgo audzēju un mielomas ekstramedulāras diseminācijas gadījumos;

3.11.3. ar cukura diabētu (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi E10-E14);

3.11.4. ar kādu no šo noteikumu 3. pielikumā minēto infekcijas slimību;

3.12. ambulatori veicamas injekcijas ādā, zemādā, intramuskulāri un intravenozi, sniedzot:

3.12.1. neatliekamo medicīnisko palīdzību;

3.12.2. medicīnisko palīdzību grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 70 dienām, kā arī personām ar cukura diabētu, tuberkulozi, onkoloģiskām vai psihiskām slimībām un personām, kas saņem mājās ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju;

3.13. zāles un medicīniskās ierīces, tai skaitā parenterāli ievadāmās zāles, kuras dienests iepērk centralizēti, kā arī kompensējamās zāles un medicīnas ierīces atbilstoši normatīvajam aktam par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību šo noteikumu 3.11. apakšpunktā minētajos gadījumos.

4. Personai, kurai ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros (turpmāk – apdrošināta persona), papildus šo noteikumu 3. punktā minētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem šajos noteikumos noteiktajā kārtībā nodrošina:

4.1. zobārstniecības pakalpojumus šādos gadījumos:

4.1.1. zobārstniecības pakalpojumus bērniem un atsevišķām iedzīvotāju kategorijām atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai;

4.1.2. pirmreizēju konsultāciju bērniem un iedzimtu sejas-žokļu šķeltņu gadījumus personai vecumā līdz 22 gadiem;

4.1.3. zobārstniecības palīdzību patvēruma meklētājiem akūtā gadījumā;

4.1.4. zobu protezēšanu Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktajām personām, kurām izdevumus par zobārstniecības pakalpojumiem sedz 50 % apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm – pilnā apmērā;

4.2. šādus veselības aprūpes mājās pakalpojumus:

4.2.1. medikamentu ievadīšanu;

4.2.2. ādas bojājuma aprūpi;

4.2.3. urīna ilgkatetera maiņu un aprūpi, mākslīgās atveres (stomas) aprūpi, tai skaitā pacientu 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;

4.2.4. enterālu barošanu caur zondi;

4.2.5. rehabilitācijas pakalpojumus personām ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods T91.3), personām ar cerebrovaskulāru slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods I60, I61, I63, I64, I69) un bērniem, kas atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē;

4.2.6. to bērnu parenterālu barošanu, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē;

4.2.7. ja persona saņem šo noteikumu 4.2.1., 4.2.2., 4.2.3., 4.2.4., 4.2.5 vai 4.2.6. apakšpunktā minētos veselības aprūpes pakalpojumus, papildus nepieciešamības gadījumā nodrošina:

4.2.7.1. izmeklējumus un izmeklējuma rezultātā iegūto materiālu nogādāšanu laboratorijā;

4.2.7.2. vitālo rādītāju kontroli;

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

4.2.7.4. klizmas veikšanu;

4.2.7.5. injekcijas ādā, zemādā, intramuskulāri un intravenozi;

4.3. veselības aprūpi, ko sniedz vecmāte vai ārsts, kurš specializējies noteiktā specialitātē, izņemot ģimenes ārstu (turpmāk – speciālists), un citas ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas atbilstoši šo noteikumu 4.pielikumam, tajā skaitā:

4.3.1. sporta ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus sportistiem līdz 18 gadu vecumam un bērniem ar paaugstinātu fizisko slodzi atbilstoši normatīvajam aktam, kas nosaka sportistu un bērnu ar paaugstinātu fizisko slodzi veselības aprūpes un medicīniskās uzraudzības kārtību;

4.3.2. speciālistu mājas vizīti, ievērojot šādus nosacījumus:

4.3.2.1. fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizītes pie bērniem, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē un saņem veselības aprūpi mājās, kā arī personām ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods T91.3) vai personām ar cerebrovaskulārām slimībām (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi I60, I61, I63, I64 vai I69), kuri saņem veselības aprūpi mājās;

4.3.2.2. paliatīvās aprūpes kabineta speciālista mājas vizītes pie bērniem, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē;

4.3.3. medicīnisko apaugļošanu sievietēm līdz 37 gadu vecumam, kā arī pēc šī vecuma, ja līdz 37 gadu vecumam uzsāktā olšūnu stimulācija ar medikamentiem ir bijusi veiksmīga un medicīniskā apaugļošana tiek turpināta līdz embrija transfēram bez tā sasaldēšanas, izņemot gadījumus, ja no valsts budžeta līdzekļiem jau ir apmaksātas divas neveiksmīgas medicīniskās apaugļošanas procedūras (pēc embrija transfēra nav iestājusies klīniski apstiprināta grūtniecība);

4.3.4. redzes asumu koriģējošu optikas izstrādājumu izrakstīšanu bērniem;

4.4. ambulatori veiktus laboratoriskos izmeklējumus, kas veikti:

4.4.1. ar speciālistu nosūtījumu, ievērojot manipulāciju sarakstā noteiktos nosacījumus;

4.4.2. reto slimību kabinetā atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajiem nosacījumiem;

4.4.3. atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai citā Eiropas Savienības (turpmāk – ES) dalībvalstī un Eiropas Ekonomikas zonas (turpmāk – EEZ) valstī vai Šveices Konfederācijā (turpmāk – Šveice) gadījumos, kad nepieciešams novērst personas dzīvības funkciju vai veselības stāvokļa neatgriezenisku pasliktināšanos, un:

4.4.3.1. nepieciešami bērnam atbilstoši valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" konsilija atzinumam;

4.4.3.2. nepieciešami personai atbilstoši sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" konsilija atzinumam, ja jāveic himērisma monitorings pēc alogēnas cilmes šūnu transplantācijas no ārpusģimenes donora vai jāveic minimālās reziduālās slimības kontrole saskaņā ar metodi – faktiskā laikā veikta polimerāzes ķēdes reakcija kaulu smadzeņu aspirātā – gadījumos, kad pastāv indikācijas alogēnas cilmes šūnu transplantācijai personai, kurai konstatētas molekulārģenētiskas izmaiņas un nepieciešama ārpusģimenes donora meklēšana, kā arī gadījumos, ja konstatētas molekulārģenētiskas izmaiņas pēc alogēnas cilmes šūnu transplantācijas no ārpusģimenes donora;

4.5. ambulatori veiktus vizuālās diagnostikas izmeklējumus, kas veikti ar speciālistu nosūtījumu, ievērojot manipulāciju sarakstā noteiktos nosacījumus;

4.6. dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši šo noteikumu 5. pielikumam, tajā skaitā ambulatori veicamas injekcijas ādā, zemādā, intramuskulāri un intravenozi;

4.7. psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību, kā arī metadona terapijas kabinetos sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus šādos gadījumos:

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

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

4.7.3. ja palīdzību sniedz multiprofesionāla komanda medicīniskās rehabilitācijas programmas ietvaros;

4.7.4. ja veic tiesu psiholoģisko ekspertīzi;

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

4.7.6. ja sniedz veselības aprūpes pakalpojumu reto slimību kabinetā;

4.8. stacionāro veselības aprūpi atbilstoši šo noteikumu 7. pielikumam, tajā skaitā:

4.8.1. šādus veselības aprūpes pakalpojumu traumatoloģijā un ortopēdijā:

4.8.1.1. traumu seku, kaulu un locītavu slimību ārstēšanu, ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis traumatologu – ortopēdu konsilijs;

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

4.8.1.3. endoprotezēšanas operācijas;

4.8.1.4. rekonstruktīvās artroskopiskās operācijas, ja tās veic IV un V līmeņa slimnīcās;

4.8.1.5. atkārtotas mugurkaula operācijas, ja recidīvs notiek gada laikā no operācijas veikšanas brīža vai ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis mugurkaula ķirurģijas ārstu konsilijs;

4.8.1.6. mugurkaula distrofiski deģeneratīvu slimību ārstēšanu personām ar progresējošu mugurkaula deformāciju, ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis mugurkaula ķirurģijas ārstu konsilijs vai ar muguras smadzeņu vai zirgastes kompresijas simptomātiku;

4.8.1.7. plānveida operācijas personai ar prognozējamu invaliditāti atbilstoši Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātam individuālajam rehabilitācijas plānam vai ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā;

4.8.2. orgānu uz audu transplantāciju šādā apmērā:

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

4.8.2.2. nieres, aknas, sirdi un sirds vārstuļus;

4.8.2.3. kaulus un saistaudus, fasciju, ādu, cīpslas un skrimšļaudus;

4.8.2.4. radzenes;

4.8.2.5. plaušas personām ar retu slimību, ja par pakalpojumu nepieciešamību ir lēmis ārstu konsilijs;

4.8.3. pulmonālo endarterektomiju personām ar retu slimību, ja par pakalpojumu nepieciešamību ir lēmis ārstu konsilijs;

4.9. medicīnisko rehabilitāciju atbilstoši šo noteikumu 3.9. apakšnodaļai un 4. nodaļai;

4.10. ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā, invaliditātes iestāšanās vai tās progresēšanas novēršanai un ja persona saņēmusi ārstu konsilija lēmumu, kurā personas slimība atzīta kā darbspējas apdraudoša un norādītas ārstēšanas metodes, pamatojot to izvēli, šajos noteikumos noteiktajā prioritārā kārtībā nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus šādā apmērā:

4.10.1. ķirurģiskos, traumatoloģiskos vai rehabilitācijas pakalpojumus personām ar traumām, politraumām, dorsopātijām, nervu, nervu saknīšu un pinumu bojājumiem, izgulējumiem, apdegumiem, apsaldējumiem un ortopēdiskām slimībām;

4.10.2. invazīvās kardioloģijas pakalpojumus personām pēc infarkta;

4.10.3. ķirurģiskos pakalpojumus personām ar draudošu aklumu (katarakta, glaukoma un citas acu un to palīgorgānu slimības);

4.10.4. kohleārā implanta implantāciju;

4.10.5. medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu atbilstoši fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta izstrādātajam rehabilitācijas plānam pēc insulta, kardioķirurģiskajām operācijām un lielo locītavu endoprotezēšanas.

4.11. zāles un medicīniskās ierīces šādā apmērā:

4.11.1. zāles un medicīniskās ierīces, kuras dienests iepērk centralizēti, tajā skaitā 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;

4.11.2. kompensējamās zāles un medicīnas ierīces, saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

4.11.3. līgumā ar dienestu noteiktās zāles reto slimību ārstēšanai. Jaunas zāles reto slimību ārstēšanai līgumā dienests iekļauj saskaņā ar Reto slimību koordinācijas centra izveidotas komisijas lēmumu, kas pieņemts, pamatojoties uz ārstu konsilija lēmumu un dienesta veikto zāļu izvērtēšanu saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, kā arī ņemot vērā reto slimību ārstēšanai piešķirtos valsts budžeta līdzekļus;

4.11.4. dzirdes implantus bērniem vai personām ar prognozējamu invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā;

4.11.5. šo noteikumu 8. pielikuma norādītos medikamentus, kā arī zāles un medicīnas ierīces, kas iekļautas manipulāciju sarakstā;

4.12. valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī un   
EEZ valstī un Šveicē atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai un Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regulas (EK) Nr. 883/2004 par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu (turpmāk – regula Nr. 883/2004), un Eiropas Parlamenta un Padomes 2009. gada 16. septembra Regulas (EK) Nr. 987/2009, ar kuru nosaka īstenošanas kārtību regulai Nr. 883/2004 (turpmāk – regula Nr. 987/2009), nosacījumiem;

4.13. izdevumu atlīdzību par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai.

**3. Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu organizēšana**

**3.1. Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas vispārīgie principi**

5.No valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus sniedz valsts pārvaldes iestādes, kuras tos sniedz saskaņā ar nolikumu, kā arī tās ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar dienestu par:

5.1. primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu – pakalpojuma sniedzējus dienests izvēlas no primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas saraksta (ģimenes ārstu, ārstniecības iestāžu, kas sniedz zobārstniecības pakalpojumus, ārstniecības iestāžu, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās), kuru veido un uztur dienests;

5.2. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu – pakalpojumu sniedzējus dienests izvēlas, pamatojoties uz dienesta izstrādātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru, izņemot šādus gadījumus:

5.2.1. nacionālās references laboratorijas funkciju nodrošināšanai – ar ārstniecības iestādi, kas ieguvusi attiecīgo statusu atbilstoši normatīvajam aktam, kas nosaka kārtību, kādā piešķir un anulē nacionālās references laboratorijas statusu epidemioloģiskās drošības jomā vai aptur tās darbību, kā arī par nacionālās references laboratorijas tiesībām un pienākumiem;

5.2.2. pēcekspozīcijas specifiskās profilakses (PEP) nodrošināšanai ārstniecības personām, humānās imūndeficīta vīrusa infekcijas vertikālās profilakses nodrošināšanai, humānās imūndeficīta vīrusa opurtūnisko infekciju terapijas nodrošināšanai, imūnbioloģisko preparātu glabāšanai, kā arī tuberkulozes medikamentu izplatīšanai – līgumu slēdz ar sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca";

5.2.3. ja ir iespējams vienoties ar sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas jau ir līgumattiecībās ar dienestu, par citu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu veidu sniegšanu, ja:

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

5.2.3.2. nav nodrošināta pietiekama šādu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība;

5.2.3.3. pieejami finanšu līdzekļi šādu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai;

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

5.2.4. ja tiek slēgts līgumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar citu valstu ārstniecības iestādēm.

5.3. stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu – līgumu slēdz ar šo noteikumu 7. pielikumā minētajām ārstniecības iestādēm atbilstoši attiecīgās ārstniecības iestādes līmenim un šo noteikumu 7. pielikumā minētajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmu apmaksas nosacījumiem, izņemot šādus gadījumus:

5.3.1. dzemdību palīdzības nodrošināšanai līgumu slēdz ar ārstniecības iestādi, kura iepriekšējā gadā ir sniegusi valsts apmaksātu dzemdību palīdzību vismaz 200 gadījumos;

5.3.2. stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru sniegšanai dienests ir izsludinājis pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru, dienests līgumu slēdz ar tām ārstniecības iestādēm, kuras pieteikušās attiecīgajā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasē un atbilst tajā izvirzītajiem kritērijiem;

5.3.3. ja tiek slēgts līgums par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar citu valstu ārstniecības iestādēm;

5.4. organizatoriski metodiskā darba nodrošināšanu – dienests līgumu slēdz ar ārstniecības iestādi, kura ir specializējusies attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

6. Dienests, veidojot šo noteikumu 5.1. apakšpunktā minēto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas sarakstu, ievēro šādus nosacījumus:

6.1. ģimenes ārstam gada laikā pēc valsts finansētās rezidentūras beigšanas ir tiesības lūgt to reģistrēt ģimenes ārstu 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;

6.2. ja ģimenes ārsts pārtrauc līgumattiecības ar dienestu, dienests, neievērojot gaidīšanas saraksta hronoloģisko secību, piedāvā iespēju pārņemt attiecīgo praksi ģimenes ārstam, kurš:

6.2.1. atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai ir vairāk nekā sešus mēnešus nepārtraukti aizvietojis attiecīgo ģimenes ārstu;

6.2.2. saņēmis stipendiju no pašvaldības pamatojoties uz noslēgtu vienošanos par ģimenes ārsta pakalpojumu sniegšanu pašvaldības teritorijā pēc ģimenes ārsta sertifikāta saņemšanas;

6.2.3. vienojies ar attiecīgo ģimenes ārstu par prakses pārņemšanu.

6.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju dienests atsaka reģistrēt gaidīšanas sarakstā, ja ārstniecības iestādē, kura sniedz zobārstniecības pakalpojumus, nav nodarbināts un veselības aprūpes pakalpojumus nesniedz zobārsts.

7. Dienests valsts organizēto skrīningu organizē, pamatojoties uz noslēgtajiem līgumiem par:

7.1. 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 "Laboratoriskie izmeklējumi" un kuri iepriekšējā gadā ir veikuši vismaz 1 000 valsts apmaksātus citoloģisko uztriepju no dzemdes kakla izmeklējumus;

7.2. zarnu vēža skrīninga izmeklējumiem ar primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kā arī ar pakalpojumu sniedzējiem, ar kuriem noslēgts līgums par ambulatoro laboratorisko izmeklējumu veikšanu un kuri nodrošina slēpto asiņu izmeklējumus fēcēs atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai;

7.3. mamogrāfijas skrīninga izmeklējumiem ar pakalpojumu sniedzējiem, ar kuriem noslēgts līgums par sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un kuri nodrošina krūts vēža skrīninga momogrāfijas izmeklējumus, diagnostiskās mamogrāfijas izmeklējumus un mobilā mamogrāfa kabineta krūts vēža izmeklējumus.

8. Valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus var sniegt tikai tie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kuri izpilda šādus nosacījumus:

8.1. ir reģistrējušies ārstniecības iestāžu reģistrā;

8.2. atbilst obligātajām prasībām, kas ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām noteiktas normatīvajos aktos;

8.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir pakalpojumu sniegšanai nepieciešamais ārstniecības personāls un, ja nepieciešams, ārstniecības atbalsta personāls vai operatīvā medicīniskā transportlīdzekļa vadītāji ;

8.4. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir atbilstošs materiāltehniskais nodrošinājums;

8.5. var nodrošināt pilnīgu, precīzu un savlaicīgu informācijas apmaiņu ar veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmu “Vadības informācijas sistēma” (turpmāk – Vadības informācijas sistēma);;

8.6. ir noslēguši līgumu ar dienestu par vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas (turpmāk – veselības informācijas sistēma) lietošanu un izpilda veselības informācijas sistēmas darbību regulējošajos normatīvajos aktos noteiktos pienākumus.

9. Šo noteikumu 8.5. un 8.6. apakšpunktā noteiktie nosacījumi nav attiecināmi uz Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu.

10. Līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, izņemot līgumus par metodiskā darba nodrošināšanu, dienests slēdz uz laiku, kas nav īsāks par trim gadiem un nepārsniedz 10 gadus. Dienestam ir tiesības izbeigt līgumattiecības ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas neievēro šajos noteikumos vai ar dienestu noslēgtajā līgumā minētos nosacījumus.

11. Dienests atbilstoši šo noteiktumu 9. pielikumā minētajiem nosacījumiem veic centralizētus iepirkumus, šo noteikumu 4.11.1. apakšpunktā noteikto zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanai. Informāciju par centralizētā iepirkuma nosacījumiem publicē dienesta tīmekļa vietnē.

12. Dienests savā tīmekļa vietnē viegli saprotamā valodā ievieto, kā arī pēc pieprasījuma sniedz:

12.1. informāciju par ārstiem, kuri sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, un informāciju par ārstiem, kuriem ir tiesības personas nosūtīt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai vai izrakstīt valsts kompensējamās zāles vai medicīniskās ierīces ieguvuši, pamatojoties uz starpresoru vienošanās nosacījumiem, 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;

12.2. informāciju par veselības aprūpes sistēmu Latvijas Republikā:

12.2.1. pacientu tiesības;

12.2.2. veselības aprūpes organizēšana un samaksa (t.sk. Slimnieku hospitalizācijas vietu plāns);

12.2.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji;

12.2.4. obligātās prasības ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām;

12.2.5. Ārstniecības riska fonda darbība;

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

12.3. informāciju par kārtību, kādā iespējams saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstīs, kā arī par kārtību, kādā iespējams saņemt izdevumu atlīdzību par ārvalstīs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;

12.4. receptē iekļaujamās informācijas apjomu;

12.5. datus par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības rādītājiem.

13. Tiesības nosūtīt personu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai vai izrakstīt ambulatorai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces ir:

13.1.  ārstiem, kuriem šādas tiesības ir noteiktas starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem;

13.2. ārstiem, kuri strādā ieslodzījuma vietu ārstniecības iestādēs un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar starpresoru vienošanos par sadarbību, kas noslēgta starp dienestu un Ieslodzījuma vietu pārvaldi;

13.3. ārstiem, kuri strādā ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kuras sniedz valsts finansētus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar starpresoru vienošanos par sadarbību, kas noslēgta starp dienestu un ilgstošas sociālās aprūpes vai sociālās rehabilitācijas institūciju;

13.4. ārstiem, kuri nodarbināti Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādēs un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar starpresoru vienošanos par sadarbību, kas noslēgta starp dienestu un Nacionālajiem bruņotajiem spēkiem;

13.5. ārstiem, kuri sniedz veselības aprūpes pakalpojumus patvēruma meklētāju izmitināšanas centrā un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar starpresoru vienošanos par sadarbību, kas noslēgta starp dienestu un Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldi.

14. Papildus šo noteikumu 13. punktā minētajiem nosacījumiem:

14.1. vecmātei ir tiesības nosūtīt personu valsts apmaksātas dzemdību palīdzības saņemšanai, atbilstoši normatīvajam aktam par dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtību, ja šādās tiesības ir noteiktas starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem noteiktos nosacījumus;

14.2. ģimenes ārsta praksē nodarbinātiem ārsta palīgiem (feldšeriem) un māsām ir tiesības izrakstīt ambulatorai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces, ja šādas tiesības ir saskaņotas ar ģimenes ārstu un noteiktas starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem.

15. Persona ar citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices izsniegtu E 106 veidlapu, E 109 veidlapu, E 121 veidlapu vai S 1 veidlapu tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas ārstniecības iestādē iegūst pēc attiecīgās veidlapas reģistrācijas dienestā.

**3.2. Primārās veselības aprūpes organizēšana**

16. Primārā veselības aprūpe ir ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē vai tās dzīvesvietā sniedz:

16.1. ģimenes ārsts un viņa praksē nodarbinātas ārstniecības personas:

16.1.1. ārsta palīgs (feldšeris);

16.1.2. māsa;

16.1.3. vecmāte;

16.2. ārstniecības iestādē, kas sniedz zobārstniecības pakalpojumus, nodarbinātas ārstniecības personas:

16.2.1. zobārsts, tai skaitā bērnu zobārsts;

16.2.2. zobārsta asistents;

16.2.3. zobārstniecības māsa;

16.2.4. zobu tehniķis;

16.2.5. zobu higiēnists;

16.3. ārstniecības personas, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās.

17. Primārās veselības aprūpes pakalpojumus persona saņem:

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

17.2. pēc ģimenes ārsta uzaicinājuma, tai skaitā profilaktiskās apskates vai valsts organizētā skrīninga pasākumu veikšanai;

17.3. mājās atbilstoši šo noteikumu 4.2. apakšpunktam un šo noteikumu 3.4. apakšnodaļai.

18. Teritorijas robežas, kurās ģimenes ārsts sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumus, nosaka dienests, saskaņojot to ar attiecīgo pašvaldību (turpmāk – ģimenes ārsta darbības pamatteritorija).

19. Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, dienests izņēmuma gadījumā var slēgt ar pašvaldību līgumu par feldšerpunkta, kurā strādā sertificēts ārsta palīgs (feldšeris), darbību primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, ja ir viens no šādiem nosacījumiem:

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

19.2. feldšerpunkta apkalpes zonā (teritorijā, kuras iedzīvotāji saņem ārsta palīga (feldšera) sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus) deklarēti ne mazāk par 400 iedzīvotājiem.

**3.3. Ģimenes ārsta sniegtās veselības aprūpes organizēšana**

20. Katrai personai ir tiesības izvēlēties ģimenes ārstu un reģistrēties ģimenes ārsta pacientu sarakstā, ievērojot šādus nosacījumus:

20.1. persona var būt reģistrēta tikai pie viena ģimenes ārsta;

20.2. pie pediatra reģistrē tikai bērnus;

20.3. ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētai personai ir tiesības izvēlēties citu ģimenes ārstu un veikt pārreģistrāciju.

21. Lai reģistrētos ģimenes ārsta pacientu sarakstā vai pārreģistrētos, persona izmanto vienoto veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmu vai valsts pārvaldes pakalpojumu portālu www.latvija.lv. Ja personai nav iespējas reģistrēties elektroniski, persona vēršas pie izvēlētā ģimenes ārsta un noslēdz vienošanos.

22. Vienošanos par reģistrēšanos ģimenes ārsta sarakstā, izņemot elektronisku reģistrēšanos, sagatavo divos eksemplāros un katru no tiem paraksta persona un ģimenes ārsts. Viens vienošanās eksemplārs tiek izsniegts personai un otrs eksemplārs paliek ģimenes ārstam, kurš to uzglabā, kamēr persona ir reģistrēta viņa pacientu sarakstā.

23. Ģimenes ārsts piecu darbdienu laikā no vienošanās noslēgšanas ievada dienesta vadības informācijas sistēmā informāciju par vienošanos reģistrēt personu ģimenes ārsta pacientu sarakstā.

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

24.1. personas deklarētā dzīvesvieta atrodas ārpus ģimenes ārsta darbības pamatteritorijas;

24.2. ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto pacientu skaits veido pilnu praksi, izņemot:

24.2.1. jau reģistrētas personas pirmās pakāpes lejupējos vai augšupējos radiniekus vai laulāto;

24.2.2. ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā dzīvojošas personas (deklarēta dzīvesvieta).

25. Informāciju par ģimenes ārstiem, kuru pacientu sarakstā reģistrēto pacientu skaits veido pilnu praksi, dienests ievieto savā tīmekļa vietnē. Pilnu praksi veido šāds ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto pacientu skaits:

25.1. ja ģimenes ārsta pacientu sarakstā nav reģistrēti bērni - 1800 personas;

25.2. ja ģimenes ārsta sarakstā reģistrēti tikai bērni - 800 personas;

25.3. ja ģimenes ārsta praksē reģistrēti gan pieaugušie, gan bērni, dienests nosaka praksē reģistrēto bērnu un pieaugušo skaita proporciju pret kopējo pacientu skaitu un vērtē to pret šo noteikumu 25.1. un 25.2. apakšpunktā norādīto pacientu skaitu.

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

27. Personas reģistrāciju pie ģimenes ārsta dienests bloķē:

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

27.2. ieslodzījumā esošām personām;

27.3. personām, par kurām dienests no Iedzīvotāju reģistra saņēmis ziņas par norādīto dzīvesvietu ārpus Latvijas Republikas.

28. Personas reģistrācijas pie ģimenes ārsta bloķēšana aptur esošo reģistrāciju un nepieļauj personas pārreģistrāciju pie cita ģimenes ārsta, bet persona nezaudē tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši tās statusam – apdrošināta persona vai persona, kurai ir tiesības saņemt valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu.

29. Ja ir zudis personas reģistrācijas pie ģimenes ārsta bloķēšanas iemesls, dienests atbloķē personas reģistrāciju, atjaunojot pacienta reģistrāciju ģimenes ārsta pacientu sarakstā.

30. Personu izslēdz no ģimenes ārsta pacientu saraksta:

30.1. ja ģimenes ārsts izbeidzis līgumattiecības ar dienestu - piecu darbdienu laikā no līguma izbeigšanās brīža;

30.2. Ārstniecības likuma 42. pantā noteiktajos gadījumos, pamatojoties uz ģimenes ārsta iesniegumu un Veselības inspekcijas pārbaudes atzinumu par konkrēto gadījumu. Par gadījumu dienests informē personu;

30.3. ja persona sasniegusi 18 gadu vecumu un attiecīgais ģimenes ārsts ir pediatrs. Attiecīgais pediatrs par šo faktu informē personu;

30.4. ja persona ir zaudējusi tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus;

30.5. ja persona ir mirusi atbilstoši Iedzīvotāju reģistrā iekļautajai informācijai;

30.6. pamatojoties uz pacienta iesniegumu - piecu darbdienu laikā no iesnieguma saņemšanas brīža.

31. Ja ģimenes ārsts izbeidz līgumattiecības ar dienestu, dienests pie ģimenes ārsta, kurš pārņem attiecīgā ģimenes ārsta praksi vai darbības pamatteritoriju (arī tās daļu), pārreģistrē tās ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētās personas, kuru deklarētā dzīvesvieta ir ģimenes ārsta pamatteritorijā.

32. Informāciju par pacientu izslēgšanu no ģimenes ārsta pacientu saraksta un pārreģistrāciju pie ģimenes ārsta, kurš pārņem ģimenes ārsta praksi vai darbības pamatteritoriju (arī tās daļu), dienests publicē vietējos plašsaziņas līdzekļos vai dienesta tīmekļa vietnē. Informācijā norāda pacientu tiesības izvēlēties citu ģimenes ārstu.

33. Ģimenes ārsts, kurš ar dienestu slēdz līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pamatteritorijā, kurā iepriekš pakalpojumus sniedzis ģimenes ārsts, ar kuru līgumattiecības izbeigušās viņa nāves dēļ vai citu iepriekš neparedzētu apstākļu dēļ (piemēram, normatīvajos aktos noteiktā kārtībā noteikts aizliegums sniegt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus), pārņem to pacientu medicīnisko dokumentāciju, kuri bijuši reģistrēti pie iepriekšējā ģimenes ārsta.

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

35. Ģimenes ārsta pacients ir:

35.1. persona, kura reģistrēta ģimenes ārsta pacientu sarakstā;

35.2. persona, kuras reģistrācija pie ģimenes ārsta ir bloķēta;

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

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

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

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

35.3.4. ir pie cita ģimenes ārsta reģistrēts pacients, kas vērsies pie ģimenes ārsta kā pie pacienta ģimenes ārsta aizvietotāja (īslaicīgas aizvietošanas gadījumā).

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

36.1. savā pacientu sarakstā reģistrētai personai sniedz veselības aprūpes pakalpojumus arī ārpus savas darbības pamatteritorijas, par to vienojoties ar personu;

36.2. sniedz nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus īslaicīgajiem pacientiem, tajā skaitā veic vakcināciju atbilstoši vakcinācijas kalendāram;

36.3. regulāri novērtē savā pacientu sarakstā reģistrēto personu veselības stāvokli, nodrošinot, ka kalendāra gada laikā veselības stāvoklis tiek novērtēts ne mazāk kā pusei no visiem ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētajiem pacientiem;

36.4. izsniedz izziņu par bērna veselības stāvokli;

36.5. nodrošina ļaundabīgo audzēju primāro diagnostiku un šo noteikumu 1. pielikumā noteiktā kārtībā veic sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanu un atbilstoši noteiktajam riskam turpmāko pacientu aprūpi, ievērojot līgumā ar dienestu noteiktos nosacījumus;

36.6. nodrošina, ka ne vēlāk kā nākamās darbdienas laikā ģimenes ārsts vai viņa praksē nodarbināta ārstniecības persona 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;

36.7. 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, normatīvajos aktos par medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtību izsniedz noteiktos dokumentus;

36.8. atbilstoši normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai, nosūta mirušo patologanatomiskai izmeklēšanai;

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

36.10. veic citus normatīvajos aktos vai līgumā ar dienestu noteiktos pienākumus.

37. Ģimenes ārsts, izvērtējot personas veselības stāvokli, atbilstoši personas tiesību apjomam valsts apmaksātu pakalpojumu saņemšanai (apdrošināta persona vai persona, kurai ir tiesības saņemt valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu) var personu nosūtīt saņemt sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus.

38. Ģimenes ārsts pacientu veselības aprūpi veic kopīgi ar ģimenes ārsta praksē nodarbinātām ārstniecības personām, ievērojot šādus nosacījumus:

38.1. nodrošina savā praksē nodarbinātās ārstniecības personas ar iekārtotu darba vietu;

38.2. ģimenes ārsts, kura reģistrēto pacientu skaits pārsniedz pacientu skaitu, kas veido pilnu praksi, nodrošina, ka ģimenes ārsta praksē:

38.2.1. papildus ģimenes ārstam ir nodarbinātas vēl vismaz divas ārstniecības personas (māsa, ārsta palīgs (feldšeris) vai vecmāte);

38.2.2. nodarbināto ārstniecības personu (māsa, ārsta palīgs (feldšeris) vai vecmāte) pacientu patstāvīgais pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 10 stundām nedēļā.

38.3. ģimenes ārsts, pie kura reģistrētas vairāk nekā 2400 personas, nodrošina, ka:

38.3.1. vismaz viena no ģimenes ārsta praksē nodarbinātajām ārstniecības personām ir ārsta palīgs (feldšeris), izņemot gadījumu, ja ģimenes ārsta praksē apmāca rezidentu un reģistratora funkcijas veic cita persona;

38.3.2. ģimenes ārsta praksē ir no ģimenes ārsta darbavietas atsevišķa telpa, kurā ģimenes ārsta praksē nodarbinātas ārstniecības personas atbilstoši kompetencei var sniegt veselības aprūpes pakalpojumus.

39. Pacientu veselības aprūpi ģimenes ārsta prakses vietā   
(vai darbavietā, ja ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē) un pacientu dzīvesvietās ģimenes ārsts kopīgi ar ģimenes ārsta praksē nodarbinātām ārstniecības personām nodrošina šādā kārtībā:

39.1. ģimenes ārsta pacientu pieņemšanas laiku nosaka   
(summē kopējo, ja ģimenes ārstam ir vairākas pieņemšanas vietas):

39.1.1. ne mazāk par 20 stundām nedēļā, ja reģistrēto personu skaits praksē ir līdz 2000, tai skaitā ne mazāk par 15 stundām nedēļā pamatpraksē, ja ģimenes ārstam ir vairākas pieņemšanas vietas;

39.1.2. ne mazāk par 25 stundām nedēļā, ja reģistrēto personu skaits praksē ir vairāk nekā 2000 personas, tai skaitā ne mazāk par 19 stundām nedēļā pamatpraksē, ja ģimenes ārstam ir vairākas pieņemšanas vietas;

39.1.3. atbilstoši nosacījumiem par citu pieņemšanas laiku pamatpraksē, ja ģimenes ārsts par to ir vienojies ar dienestu šādos gadījumos:

39.1.3.1. reģistrēto pacientu skaits praksē ir mazāks par 500 pacientiem;

39.1.3.2. ģimenes ārstam ir vairāk par divām papildus pieņemšanas vietām;

39.1.3.3. katrā administratīvajā teritorijā, kas ietilpst ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā, dzīvo līdzīgs reģistrēto pacientu skaits;

39.2. prakses darba laiku nosaka ne mazāk par 40 stundām nedēļā, nodrošinot šajā laikā ģimenes ārsta vai ģimenes ārsta praksē nodarbinātas ārstniecības personas pieejamību ģimenes ārsta pamata prakses vietā;

39.3. ģimenes ārsta pieņemšanas laiku nosaka tā, lai vismaz vienu reizi nedēļā pacientu pieņemšanu nodrošinātu no plkst. 8.00 un vismaz vienu reizi nedēļā – līdz plkst. 19.00, izņemot gadījumu, ja ģimenes ārsts ir vienojies ar dienestu par citu kārtību;

39.4. pieņemšanas laiks personām bez iepriekšēja pieraksta   
(akūtiem pacientiem) nosaka 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;

39.5. nosaka pieņemšanas laiku personām ar iepriekšēju pierakstu;

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

39.7. nodrošina iespēju pacientiem darbdienās vismaz līdz plkst. 15.00. pieteikt mājas vizītes.

40. Ģimenes ārsts var organizēt izbraukuma pieņemšanu ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā izvietotā feldšerpunktā, izbraukumu grafiku saskaņojot ar dienestu.

41. Ja ģimenes ārsta prombūtne pārsniedz:

41.1. piecas dienas, bet nepārsniedz divus mēnešus - ģimenes ārsts informē dienestu par savas prombūtnes laiku un rakstveidā iesniedz aizvietotāja akceptētu informāciju par aizvietošanu un tās nosacījumiem;

41.2. divus mēnešus – dienests aptur līgumu ar šo ģimenes ārstu un slēdz terminētu līgumu ar viņa aizvietotāju, ja ģimenes ārsts iesniedz dienestam prombūtni attaisnojošu dokumentu, kas apliecina, ka:

41.2.1. ģimenes ārsts atrodas bērna kopšanas atvaļinājumā;

41.2.2. ģimenes ārstam ir darbnespēja, kas turpinās ilgāk par diviem mēnešiem,

41.2.3. plānotas mācības, kas saistītas ar veselības aprūpi un ilgst ne ilgāk par sešiem mēnešiem, ievērojot nosacījumu, ka ģimenes ārsts mācībās var piedalīties ne vairāk kā vienu reizi trīs gadu laikā.

42. Ārpus ģimenes ārstu darba laika:

42.1. ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus (izņemot mājas vizītes) pilsētās var nodrošināt dežūrārsts, kurš pieņem pacientus darbdienās pēc plkst. 15.00 un brīvdienās atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajam dežūrārsta darba laika grafikam;

42.2. darbdienās laikā no plkst. 17.00 līdz 8.00 un brīvdienās visu diennakti medicīniskās konsultācijas un ieteikumus rīcībai akūtu vai hronisku slimību saasinājuma gadījumos personām sniedz ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis.

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

44. Ģimenes ārsts nodrošina savā praksē nodarbināto ārstniecības personu aizvietošanu viņu prombūtnes laikā, ņemot vērā šo ārstniecības personu veicamo pienākumu apjomu un normatīvajos aktos noteikto ārstniecības personu kompetenci.

45. Ja ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē, ģimenes ārsta un pie ģimenes ārsta nodarbināto ārstniecības personu aizvietošanu nodrošina ārstniecības iestāde.

**3.4. Veselības aprūpes mājās organizēšana**

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

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

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

46.3. personai ar cerebrovaskulāru slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods I60, I61, I63, I64 vai I69) nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta triju mēnešu laikā pēc slimības sākuma;

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

46.5. personai ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma   
(saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods T91.3), kas izpaužas kā tetraplēģija vai paraplēģija un vairumam muskuļu zem bojājuma līmeņa spēks ir mazāks par trijām ballēm, nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pēc pirmreizējas medicīniskās rehabilitācijas saņemšanas stacionārā pakalpojumu programmā "Rehabilitācija pacientiem ar muguras smadzeņu šķērsbojājumu (spinālie pacienti), ja uz šādiem pakalpojumiem nosūta valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" nodarbināts fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts.

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

47.1. ar ģimenes ārsta nosūtījumu vai ārstniecības iestādes nosūtījumu pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra (izņemot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus), ja nosūtījumā norādīta šāda informācija:

47.1.1. diagnoze, kuras dēļ nepieciešama veselības aprūpe mājās;

47.1.2. diagnoze, kuras dēļ ir pārvietošanās traucējumi;

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

47.1.4. laikposms, kurā jānodrošina veselības aprūpe mājās;

47.2. lai saņemtu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus - ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu, kam pievienots šajos noteikumos noteiktajā kārtībā izstrādāts medicīniskās rehabilitācijas plāns.

48. Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz sertificēta māsa vai ārsta palīgs (feldšeris), bet medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus   
mājās – sertificēts fizioterapeits, 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.

49. Līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu mājās dienests slēdz ar ārstniecības iestādi, kura dienestā iesniedz māsai vai ārsta palīgam (feldšerim) izsniegtas apliecību (kopiju) par profesionālās pilnveides izglītību par akreditētas profesionālās izglītības programmas 40 stundu apjomā par ārstēšanas un aprūpes procesu mājās apguvi pēdējo piecu gadu laikā.

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

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

50.2. pakalpojumu sniegšana tiek uzsākta ne vēlāk kā 24 stundu laikā no pieteikuma saņemšanas brīža;

50.3. šo pakalpojumu sniegšanu darbdienās, brīvdienās un svētku dienās.

51. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kas veselības aprūpes pakalpojumus sniedz 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.

52. Personai ar hronisku slimību un pārvietošanās traucējumiem medicīnisku indikāciju dēļ vienas epizodes ilgums veselības aprūpes pakalpojumiem mājās ir līdz 30 kalendāra dienām, izņemot medicīnisko rehabilitāciju, ilgstošo plaušu mākslīgo ventilāciju un bērnu parenterālu barošanu. Ja veselības aprūpes pakalpojumus mājās 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.

53. Pēc izrakstīšanas no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra sakarā ar ķirurģisku iejaukšanos veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas ilgums mājās 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 mājās sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu pārtraukšanu vai turpināšanu.

54. Personai, kurai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz līdz laikam, kas norādīts nosūtījumā un medicīniskās rehabilitācijas plānā, bet ne ilgāk par 60 kalendāra dienām. Ja veselības aprūpes pakalpojumi mājās ir nepieciešami ilgāk, divu darbdienu laikā pirms minētā termiņa beigām fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts apmeklē personu un sniedz attiecīgā pakalpojuma sniedzējam atzinumu par veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas pārtraukšanu vai turpināšanu. Personām ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma, kuras medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus mājās saņem kā turpinājumu pēc pirmreizējās medicīniskās rehabilitācijas saņemšanas stacionārā ārstniecības iestādē, kopējais mājās sniegtās medicīniskās rehabilitācijas laiks nedrīkst būt ilgāks par sešiem mēnešiem.

55. Pēc veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniegšanas beigām pakalpojuma sniedzējs iesniedz personas ģimenes ārstam vai pamatteritorijas ģimenes ārstam atbilstoši personas faktiskai dzīvesvietai, kā arī sniedz personai atzinumu par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu.

**3.5. Sekundārās veselības aprūpes organizēšana**

56. Valsts apmaksātus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus persona saņem:

56.1. pēc ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījuma, izņemot pozitronu emisijas tomogrāfijas ar datortomogrāfiju izmeklējumu, kura saņemšanai nepieciešams ārstu konsilija lēmums;

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

56.2.1. pie psihiatra vai bērnu psihiatra, ja persona slimo ar psihisku slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi F00-F09; F20-F62; F63.1-F99);

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

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

56.2.4. pie dermatovenerologa, ja persona slimo ar seksuāli transmisīvu slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi 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);

56.2.5. pie endokrinologa, ja persona slimo ar cukura diabētu (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi E10–E14.9);

56.2.6. pie onkologa, onkologa ķīmijterapeita, ja persona slimo ar onkoloģisku slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi C00–C97; D00–D09; D37–D48);

56.2.7. pie ginekologa;

56.2.8. pie oftalmologa;

56.2.9. pie bērnu ķirurga;

56.2.10. pie pediatra;

56.2.11. pie infektologa, ja persona slimo ar cilvēka imūndeficīta vīrusa (turpmāk – HIV) infekciju (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi B20–B24; Z21) vai ir HIV profilakses punktā, kam ir sadarbības līgums ar Slimību profilakses un kontroles centru, veikts HIV kapilāro asiņu vai siekalu eksprests ar pazīmēm uz HIV infekciju;

56.2.12. pie sporta ārsta valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”;

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

56.4. pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes nosūtījuma;

56.5. valsts organizētā krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga ietvaros, vēršoties ārstniecības iestādē, kas īsteno skrīninga programmu, pēc savas iniciatīvas (ja dienesta vadības informācijas sistēmā ir derīga uzaicinājuma vēstule) vai ar dienesta nosūtīto uzaicinājuma vēstuli;

56.6. ar dienesta nosūtīto uzaicinājuma vēstuli medicīniskās apaugļošanas pakalpojuma saņemšanai.

57. Nosūtījumu sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ģimenes ārsts vai speciālists noformē saskaņā ar normatīvajiem aktiem par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu. Nosūtījuma ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai noformēšanas nosacījumi tiek noteikti dienesta līgumā ar ārstniecības iestādi.

58. Ārstniecības iestāde par sniegto sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu informē ģimenes ārstu vai speciālistu, kurš izsniedzis nosūtījumu un:

58.1. ja personai ir nepieciešami tālāki izmeklējumi vai konsultācijas, izsniedz personai nosūtījumu šādu pakalpojumu saņemšanai;

58.2. ja nepieciešams, izraksta kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

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

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

**3.6. Rindu veidošanas nosacījumi veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai**

61. Ārstniecības iestāde veido rindas uz veselības aprūpes pakalpojumiem, ievērojot šādus nosacījumus:

61.1. ārstniecības iestāde prioritāri veselības aprūpes pakalpojumus sniedz bērniem un grūtniecēm;

61.2. ārstniecības iestāde valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu plāno tādā veidā, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visa kalendāra gada laikā;

61.3. ārstniecības iestāde nodrošina personai nepieciešamo sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu ne vēlāk kā 10 darbdienu laikā šādos gadījumos un kārtībā:

61.3.1. ja personai nepieciešama onkologa ķīmijterapeita, hematologa, bērnu hematoonkologa vai onkoloģijas ginekologa pirmā konsultācija – no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē pakalpojuma saņemšanai;

61.3.2. ja persona nosūtīta uz ļaundabīgo audzēju primāro diagnostisko izmeklējumu, atbilstoši nosacījumiem, kas publicēti dienesta tīmekļa vietnē – no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē pakalpojuma saņemšanai;

61.3.3. ja personai nepieciešama tāda speciālista konsultācija, kurš nodrošina ļaundabīgo audzēju sekundāro diagnostiku ārstniecības iestādē, kuras ir publicētas dienesta tīmekļa vietnē - no dienas, kad personu šāda pakalpojuma saņemšanai pieteicis ģimenes ārsts, ginekologs vai ieslodzījuma vietas ārsts;

61.4. ārstniecības iestāde pacientam, kuru ģimenes ārsts sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanai nosūtījis izmeklējumu veikšanai dienesta tīmekļa vietnē publicētajā kārtībā ar diagnozes kodu Z03.5, nodrošina nepieciešamā pakalpojuma sniegšanu šādā laika periodā, skaitot no dienas, kad pacients vērsies ārstniecības iestādē:

61.4.1. elektrokardiogrammu trīs mēnešu laikā vai viena mēneša laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;

61.4.2. ehokardiogrāfiju sešu mēnešu laikā vai trīs mēnešu laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;

61.4.3. miega artēriju ultrasonoskopiju sešu mēnešu laikā vai trīs mēnešu laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;

61.4.4. veloergometriju trīs mēnešu laikā.

62. Ārstniecības iestāde, kas atbilstoši līguma ar dienestu nosacījumiem nodrošina šajos noteikumos noteiktos pēcskrīninga izmeklējumus, šos izmeklējumus veic 30 dienu laikā no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē pakalpojuma saņemšanai.

63. Ārstniecības iestāde personai ar prognozējamu invaliditāti valsts apmaksātos plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir iekļauti Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajā individuālajā rehabilitācijas plānā, uzsāk sniegt šādos termiņos:

63.1. ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;

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

63.3. plānveida operācijas – piecu kalendāra mēnešu laikā.

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

64.1. endoprotezēšana steidzamības kārtā atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajiem kritērijiem;

64.2. endoprotezēšana vispārējā kārtībā.

65. Ārstniecības iestāde personu, kura ir 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.

66. Stacionārā ārstniecības iestāde, kas sniedz ķirurģisko palīdzību, plāno stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu šādā prioritārā kārtībā:

66.1. neatliekamā medicīniskā palīdzība;

66.2. plānveida ķirurģiskā palīdzība šādos gadījumos:

66.2.1. ķirurģiskā ārstēšana bērniem;

66.2.2. ķirurģiskā ārstēšana iekaisīgo zarnu slimību gadījumos;

66.2.3. hormonāli aktīvo endokrīno dziedzeru ķirurģiska ārstēšana;

66.2.4. plānveida operācijas ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā šo noteikumu 4.10. apakšpunktā noteiktajā apmērā;

66.2.5. personām ar prognozējamu invaliditāti atbilstoši Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam individuālajam rehabilitācijas plānam;

66.2.6. ķirurģiskā ārstēšana šo noteikumu 7. pielikuma 2. punktā norādītajās veselības aprūpes pakalpojumu programmās;

66.3. citas stacionārā ārstniecības iestādē veiktas plānveida operācijas, kuras atbilstoši šiem noteikumiem ietilpst valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomā.

67. Dienests veido centralizētu medicīniskās apaugļošanas valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu (turpmāk – rindu reģistrs), ievērojot šādus nosacījumus:

67.1. kārtību kādā ārstniecības iestādes, kas nodrošina valsts apmaksātus medicīniskās apaugļošanas pakalpojumus, sniedz dienestam informāciju par personām, kurām nepieciešami medicīniskās apaugļošanas veselības aprūpes pakalpojumi, kuru saņemšanai dienests uztur rindu reģistru, nosaka līgumā ar dienestu;

67.2. rindu reģistrā iekļauj šādu informāciju:

67.2.1. personas vārds, uzvārds, personas kods, elektroniskā pasta adrese, tālrunis;

67.2.2. datums, kad persona uzņemta rindā, un ārstniecības iestāde, kurā persona uzņemta rindā;

67.2.3. personas kārtas numurs rindā;

67.2.4. datums, kad nosūtīts uzaicinājums par iespēju saņemt valsts apmaksātu pakalpojumu;

67.2.5. informācija par pakalpojuma sniegšanas procesu un rezultātu;

67.3. dienests pacientam nosūta uzaicinājumu par iespēju saņemt pakalpojumu jebkurā ārstniecības iestādē, kas sniedz valsts apmaksātus medicīniskās apaugļošanas pakalpojumus, uz rindu reģistrā norādīto pacienta elektronisko pasta adresi (oficiālo elektronisko adresi, ja pacientam ir aktivizēts e-adreses konts);

67.4. personām nosūtāmo uzaicinājuma vēstuļu skaitu dienests nosaka atbilstoši pieejamajiem finanšu līdzekļiem.

68. Personu izslēdz no šo noteikumu 67. punktā minētās rindas, ja:

68.1. veselības aprūpes pakalpojuma saņemšana personai nav nepieciešama vai nav iespējama medicīnisku indikāciju dēļ;

68.2. persona vairs neatbilst medicīniskās apaugļošanas veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas kritērijiem;

68.3. persona atteikusies no valsts apmaksāta medicīniskās apaugļošanas veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas;

68.4. sešu mēnešu laikā kopš uzaicinājuma nosūtīšanas persona nav vērsusies ārstniecības iestādē, lai saņemtu medicīniskās apaugļošanas veselības aprūpes pakalpojumu;

68.5. persona ir mirusi vai zaudējusi tiesības saņemt valsts apmaksātu medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu.

**3.7. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes organizēšana**

69. Lai persona saņemtu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu ģimenes ārsts vai speciālists kopīgi ar personu izvēlas veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas vietu, izvērtējot pakalpojuma saņemšanas steidzamību, un informē personu par nepieciešamību pieteikties attiecīgajā ārstniecības iestādē veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai, izņemot gadījumu, ja personai pēc ļaundabīgo audzēju primāras diagnostikas nepieciešama tāda speciālista konsultācija, kurš nodrošina ļaundabīgo audzēju sekundāro diagnostiku. Šādā gadījumā ģimenes ārsts, ieslodzījuma vietas ārsts vai ginekologs piesaka personu konsultācijas saņemšanai, informējot par plānoto pakalpojuma saņemšanas laiku personu.

70. Valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidus, ko sniedz katra ārstniecības iestāde, nosaka līgumā ar dienestu, kā arī to publicē dienesta tīmekļa vietnē.

71. Lai savlaicīgi atklātu pirmsvēža slimības un vēzi agrīnajās stadijās, Dienests organizē un pārrauga valsts organizēto skrīningu, kas ir uz iedzīvotāju reģistra datiem balstīta veselības aprūpes programma ar centralizētu uzaicinājumu nosūtīšanu un pastāvīgu rezultātu monitorēšanu. Valsts organizētais skrīnings ietver šādus izmeklējumus šādām mērķa grupām:

71.1. dzemdes kakla vēža skrīnings, ko veic reizi trijos gados sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem;

71.2. zarnu vēža skrīnings, ko veic pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem reizi gadā kā skrīningtestu zarnu vēzim;

71.3. krūts vēža skrīnings ar mamogrāfijas metodi, ko veic sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem, – reizi divos gados.

72. Valsts organizētā skrīningu īsteno ievērojot šādus nosacījumus:

72.1. dienests uzaicinājuma vēstuli par dzemdes kakla vēža skrīningu mērķa grupas sievietēm nosūta reizi trijos gados, izņemot gadījumus:

72.1.1. ja saskaņā ar dienesta vadības informācijas sistēmā esošo informāciju sievietei ir veikta:

72.1.1.1. dzemdes kakla amputācija;

72.1.1.2. dzemdes ekstirpācija ar olvadu izņemšanu vai bez olvadu izņemšanas;

72.1.1.3. dzemdes vagināla ekstirpācija;

72.1.1.4. dzemdes ekstirpācija dzemdību laikā vai agrīnā pēcdzemdību periodā ar piedēkļu izņemšanu vai bez piedēkļu izņemšanas;

72.1.1.5. Vertheima operācija;

72.1.1.6. dzemdes ekstirpācija ar mazā iegurņa limfadenektomiju vai deomentizāciju;

72.1.1.7. laparaskopiska histerektomija ar vai bez piedēkļiem;

72.1.2. ja saskaņā ar dienesta vadības informācijas sistēmā esošo informāciju sievietei ir veikts dzemdes kakla citoloģisks izmeklējums gada laikā līdz uzaicinājuma vēstules sagatavošanas datumam;

72.1.3. ja ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā sievietei ir norādīta diagnoze C53, C54, C56 vai C57 (saskaņā ar SSK-10);

72.1.4. ja uzaicinājuma vēstules sagatavošanas brīdī sievietei nav deklarētas dzīvesvietas Latvijas Republikā;

72.2. dienests uzaicinājuma vēstuli par krūts vēža organizēto skrīningu mērķa grupas sievietēm nosūta reizi divos gados, izņemot šādus gadījumus:

72.2.1 ja ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā sievietei ir norādīta diagnoze C50 (saskaņā ar SSK-10);

72.2.2. ja saskaņā ar dienesta vadības informācijas sistēmā esošo informāciju sievietei ir veikts mamogrāfijas izmeklējums gada laikā līdz uzaicinājuma vēstules sagatavošanas datumam;

72.2.3. ja uzaicinājuma vēstules sagatavošanas brīdī sievietei nav deklarētas dzīvesvietas Latvijas Republikā;

72.3. ģimenes ārsta prakse informāciju par zarnu vēža organizēto skrīningu sniedz savā ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem mērķa grupas pacientiem vienu reizi kalendārajā gadā, kā arī aicina veikt slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs, kā arī nodrošina testa veikšanu.

73. Nosacījumus ļaundabīgo audzēju primārās un sekundārās diagnostikas veikšanai ārstniecības iestādēs publicē dienesta tīmekļa vietnē. Nosacījumos iekļauj priekšnosacījumus, kas nodrošina lēmuma par pacienta ārstēšanas taktikas pieņemšanu viena mēneša laikā no brīža, kad personai uzsākta ļaundabīgo audzēju sekundārā diagnostika.

74. Reto slimību koordinācijas centrs, kas izveidots valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un kas pamatojoties uz savstarpēju vienošanos, sadarbojas ar valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" un sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", nodrošina:

74.1. reto slimību pacientu plūsmas koordinēšanu, nosūtot reto slimību pacientu turpmākai ārstēšanai attiecīgi uz valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" vai sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca";

74.2. ārstu konsīliju reto slimību specifiskās medikamentozās ārstēšanas noteikšanai diagnozēm, kuras noteiktas 6.pielikumā un turpmākai uzraudzībai vai ģenētiskai diagnostikai;

74.3. ārstu konsīliju plaušu transplantācijas noteikšanai;

74.4. reto slimību metodisko vadību, veidojot vienotu pieeju reto slimību ārstniecībā;

74.5. pacienta kartes izsniegšanu reto slimību pacientam.

75. Reto slimību pacientiem:

75.1. lēmumu par pulmonālās endarterektomijas pakalpojuma nodrošināšanu pieņem valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" vai sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" organizēts ārstu konsīlijs ne mazāk kā triju ārstu sastāvā, piedaloties asinsvadu ķirurgam un kardiologam;

75.2. pēc lēmumu par reto slimību specifisko medikamentozo ārstēšanu pieņemšanas, pacientam uzsākot lietot zāles, Reto slimību koordinācijas centrs uzrauga, vai zāļu lietošana sasniedz sākotnēji paredzēto ārstēšanas rezultātu. Ja netiek sasniegts sākotnēji paredzētais ārstēšanas rezultāts, Reto slimību koordinācijas centrā organizētam ārstu konsīlijam ir tiesības atkārtoti lemt par specifiskās medikamentozās ārstēšanas nepieciešamību, atceļot vai mainot nozīmēto ārstēšanu un par pieņemto lēmumu informējot reto slimību pacientu

76. Dienests nosacījumus par veselības aprūpes pakalpojumu kabinetos sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nosaka līgumā ar dienestu.

77. Paliatīvās aprūpes ietvaros prioritāri veic sāpju un citu simptomu kontroli, nodrošinot pacientam nepieciešamās vajadzības neatkarīgi no vietas, kur viņš atrodas – mājās vai stacionārā ārstniecības iestādē, un saglabājot labāko iespējamo dzīves kvalitāti līdz brīdim, kad iestājas nāve.

78. Ārstniecības iestāde, kura saņem ikmēneša fiksēto maksājumu maksā par speciālistu vai ārstniecības iestāžu struktūrvienību darbu (izņemot maksājumu par steidzamās medicīniskās palīdzības punkta darbu), nodrošina, ka attiecīgā speciālista vai kabineta darba laiks noteikts atbilstoši šādiem nosacījumiem:

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

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

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

**3.8. Dienas stacionārā sniegtās veselības aprūpes organizēšana**

80. Dienas stacionārā sniedz veselības aprūpes pakalpojumus, kurus to sarežģītības, risku vai laikietilpības dēļ nav iespējams sniegt ambulatori, bet kuru dēļ tomēr nav nepieciešama pacienta uzņemšana stacionārā, lai nodrošinātu ārstniecības personu diennakts uzraudzību.

81. Dienas stacionārā sniedzamie veselības aprūpes pakalpojumi ir ārstniecības vai diagnostikas pakalpojumi, kuru sniegšanas laikā personai ārstēšanu un veselības aprūpi ārstniecības iestādē nodrošina nepilnu diennakti (ne agrāk kā no plkst. 6.00 un ne vēlāk kā līdz plkst. 22.00), ne mazāk kā trīs stundas veic manipulācijas vai nodrošina personas novērošanu pēc manipulāciju veikšanas un tiem ir šādas raksturīgas pazīmes:

81.1. uzņemšana vienu vai vairākas reizes;

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

81.3. vienas uzņemšanas ilgums ir līdz 16 stundām.

82. Valsts apmaksāto dienas stacionārā sniedzamo pakalpojumu saraksts noteikts šo noteikumu 5. pielikumā.

83. Dienas stacionārā neveic izmeklējumus, ārstnieciskās procedūras un ķirurģiskās operācijas, kuras nav tieši saistītas ar dienas stacionārā sniedzamiem pakalpojumiem un kuras atbilstoši normatīvajiem aktiem par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm vai to struktūrvienībām var veikt aprīkotā speciālista vai procedūru kabinetā.

84. Dienas stacionāra veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši to iespējamajam komplikāciju riskam iedalās:

84.1. pirmā līmeņa dienas stacionāra veselības aprūpes pakalpojums - sniedz ārstniecības iestāde, kurā ir intensīvās terapijas nodaļa, anestezioloģijas nodaļa un asins kabinets;

84.2. otrā līmeņa dienas stacionāra veselības aprūpes pakalpojums - ārstniecības iestādei šādu pakalpojumu sniegšanai nav nepieciešama intensīvās terapijas nodaļa, anestezioloģijas nodaļa vai asins kabinets.

85. Ja personai paredzēts veikt invazīvās kardioloģijas, invazīvās radioloģijas vai ķirurģijas pakalpojumus (turpmāk - ķirurģisku operāciju) dienas stacionārā, ģimenes ārsts vai speciālists pirms nosūtījuma izsniegšanas izvērtē:

85.1. personas vecumu, veselības stāvokli un atbilstoši medicīniskām indikācijām nosūta personu tādu izmeklējumu veikšanai, kas nepieciešami, lai izvērtētu, vai ķirurģisko operāciju var veikt dienas stacionārā;

85.2. nepieciešamās ķirurģiskās operācijas komplikāciju risku;

85.3. personas komunikācijas spējas (spējas saprast un ievērot ieteikumus par turpmāko aprūpi pēc ķirurģiskas operācijas veikšanas);

85.4. personas iespējas saņemt medicīnisko palīdzību pēc ķirurģiskas operācijas, ja tas būs nepieciešams, tai skaitā noskaidro, vai personai ir pieejams tālrunis;

85.5. vai sāpju kontroli pēc ķirurģiskas operācijas var nodrošināt, izmantojot orālos pretsāpju līdzekļus vai reģionālo anestēziju.

86. Ārstniecības iestāde, kas dienas stacionārā veic ķirurģisku operāciju, nodrošina, ka:

86.1. pacients ķirurģiskās operācijas veikšanai dienas stacionārā tiek uzņemts vienu reizi;

86.2. pirms ķirurģiskās operācijas ārstējošais ārsts informē pacientu par plānoto operāciju, kā arī par pacienta pārvešanu uz stacionāro ārstniecības iestādi, ja pacientam radīsies komplikācijas un būs nepieciešama ārstniecības personu uzraudzība, kas pārsniedz dienas stacionāra darbalaiku (pēc plkst. 22.00);

8.3. pēc ķirurģiskās operācijas ārstējošais ārsts novērtē pacienta veselības stāvokli;

86.4. pacientu pārved uz stacionāro ārstniecības iestādi, kas nodrošina diennakts neatliekamo medicīnisko palīdzību, ja medicīnisku iemeslu dēļ viņam ir nepieciešama ārstniecības personu uzraudzība, kas pārsniedz dienas stacionāra darbalaiku (pēc plkst. 22.00), izņemot gadījumu, ja ārstniecības iestāde vienlaikus izpilda šādus nosacījumus:

86.4.1. ārstniecības iestādei ir personāla resursi un tā nodrošina pacienta uzraudzību nepieciešamajā apjomā;

86.4.2. pacientu no dienas stacionāra izraksta ne vēlāk kā nākamajā dienā pēc uzņemšanas dienas stacionārā;

86.4.3. ārstniecības iestāde sniedz pirmā līmeņa dienas stacionāra veselības aprūpes pakalpojumus;

86.5. izrakstot pacientu no dienas stacionāra uz mājām, ārstējošais ārsts sniedz pacientam ieteikumus pēcoperācijas aprūpei, kā arī informē par speciālista apmeklējuma laiku atkārtotai veselības stāvokļa novērtēšanai, ja tas nepieciešams.

87. Ja personai nepieciešami laboratoriskie izmeklējumi, kas tieši saistīti ar dienas stacionārā sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu, speciālists, kurš nosūta izmeklējamā materiāla paraugu uz laboratoriskajiem izmeklējumiem, nosūtījumā norāda, ka persona ir dienas stacionāra pacients.

**3.9. Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā un uzņemšanas nodaļā sniegtās veselības aprūpes organizēšana**

88. Ja personai ir trauma, akūta slimība vai hroniskas slimības saasināšanās un ir nepieciešama steidzama ārstniecības personu iejaukšanās, kā arī ja nepieciešamā palīdzība pārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci, persona nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt:

88.1. steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, kas izveidots šo noteikumu 10. pielikumā minētajās ārstniecības iestādēs;

88.2. stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļās.

89. Ja personai, kura vērsusies steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, atbilstoši tās veselības stāvoklim ir nepieciešama neatliekama ārstēšanās stacionārajā ārstniecības iestādē, ārstniecības iestāde izsauc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi, lai personu nogādātu uz tuvāko atbilstošo stacionāro ārstniecības iestādi, ņemot vērā personas veselības stāvokli un dienesta līgumos ar ārstniecības iestādēm minētos nosacījumus.

90. Ja persona vērsusies stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā un personu nav nepieciešams stacionēt, personai stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā tiek sniegti ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi.

91. Ja personai, kura vērsusies steidzamās medicīniskās palīdzības punktā vai stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā, ir konstatēta darbnespēja, ārstniecības iestāde nodrošina personai darbnespējas lapas izsniegšanu atbilstoši normatīvajam aktam, kas nosaka kārtību, kādā tiek apliecināta personas pārejoša darbnespēja.

92. Ārstniecības iestādes, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, nodrošina, ka:

92.1. steidzamā medicīniskā palīdzība pieejama vismaz 12 stundas diennaktī, līgumā ar dienestu vienojoties par konkrētu darba laiku, ievērojot šādus nosacījumus:

92.1.1. darba laiks darba dienā primāri tiek noteikts laika periodā no plkst.16.00 – 8.00, ārpus tā darba laiku nosakot tikai tādā gadījumā, ja steidzamās palīdzības punkts ir atvērts ilgāk kā 12 stundas;

92.1.2. darba laiks brīvdienās un svētku dienās var tikt noteikts visas diennakts ietvaros;

92.2. steidzamo medicīnisko palīdzību sniedz vismaz viens ārsts un vismaz viens ārsta palīgs (feldšeris) vai māsa.

**3.10. Stacionārās veselības aprūpes organizēšana**

93. Lai persona, kurai nepieciešama diennakts ārstniecības personas uzraudzība, saņemtu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu, ģimenes ārsts vai speciālists izsniedz personai nosūtījumu, ievērojot šādus nosacījumus:

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

93.2. nosūtījumā norāda vai nosūtījumam pievieno izrakstu ar izmeklēšanas rezultātiem, kas pamato konkrēto nosūtīšanas mērķi un personas veselības stāvokli.

94. Lai persona, kura atrodas ieslodzījuma vietā, saņemtu plānveida 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.

95. Valsts apmaksātus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus personai sniedz šo noteikumu 7. pielikumā minētās stacionārās ārstniecības iestādes atbilstoši katrai ārstniecības iestādei noteiktajam līmenim (nodrošināmo pakalpojumu līmenis), kā arī ievērojot šo noteikumu 7. pielikumā noteiktos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumus.

96. Ja stacionētai personai ir medicīniskas indikācijas tādu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, kurus sniedz augstāka līmeņa stacionārā ārstniecības iestāde, stacionārā ārstniecības iestāde nodrošina personas pārvešanu stacionēšanai uz atbilstoša līmeņa stacionāro ārstniecības iestādi.

97. Ja stacionētai personai ir medicīniskas indikācijas tādu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, ko ārstniecības iestāde nesniedz, stacionārā ārstniecības iestāde nodrošina personas nogādāšanu uz citu ārstniecības iestādi nepieciešamo ārstniecisko manipulāciju saņemšanai un atpakaļ uz stacionāro ārstniecības iestādi. Šādā gadījumā izdevumus par manipulācijām dienests samaksā tai stacionārajai ārstniecības iestādei, kurā persona ir stacionēta. Attiecīgā stacionārā ārstniecības iestāde norēķinās ar manipulāciju veicēju.

98. Ja ārstniecības iestāde pārtrauc uz laiku sniegt kādu no stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas noteikti ar dienestu noslēgtajā līgumā, izdevumus par šajā laikā citā ārstniecības iestādē pacientam sniegto stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sedz tā ārstniecības iestāde, kura pārtraukusi sniegt attiecīgos veselības aprūpes pakalpojumus, par apmaksas kārtību vienojoties ar ārstniecības iestādi, kas faktiski sniedz attiecīgo stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu.

99. Stacionārajai ārstniecības iestādei ir tiesības vienoties (noslēdzot attiecīgu vienošanos) ar citu ārstniecības iestādi par pacientu nogādāšanu šajā ārstniecības iestādē nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai arī citos – šajos noteikumos neminētos gadījumos, tajā skaitā vienoties par savstarpējo norēķinu kārtību un citiem jautājumiem, informējot par to dienestu.

100. Ārstniecības iestāde nodrošina, ka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts novērtē personu, kuru no stacionārās ārstniecības iestādes pēc ārstēšanas izraksta pēc cerebrovaskulāras slimības ārstēšanas (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods: I60, I61, I63 un I64). Ja attiecīgajai personai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, viņai izsniedz šajos noteikumos noteiktajā kārtībā sagatavotu fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu un rehabilitācijas plānu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai.

**3.11. Medicīniskās rehabilitācijas organizēšana**

101. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu.

121. Personu atlasi valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai veic:

102.1. fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, 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 stacionārajā ārstniecības iestādē vai personu konsultējot ambulatori;

102.2. psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs;

102.3. narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologs;

102.4. ģimenes ārsts vai speciālists, ja nepieciešami logopēda vai funkcionālā speciālista sniegti rehabilitācijas pakalpojumi līdz pieciem apmeklējumiem.

103. Veicot personu atlasi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs, narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologs) novērtē:

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

103.2. medicīniskās rehabilitācijas potenciālu;

103.3. personas un viņa piederīgo motivāciju;

103.4. veselības stāvokļa stabilitāti rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai;

103.5. personai optimālāko medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu, ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās.

104. Ārstniecības iestāde medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus ambulatori sniedz šādā prioritārā secībā, ņemot vērā, ka norādītajās personu grupās vispirms rehabilitācijas pakalpojumus saņem bērni līdz triju gadu vecumam ar augstu risku funkcionālo traucējumu attīstībai un operatīvā dienesta darbinieki, kuri guvuši veselības bojājumus glābšanas darbos katastrofās ar vairāk nekā pieciem cietušajiem:

104.1. personām ar akūtiem un subakūtiem funkcionēšanas traucējumiem, kas izpaužas kā komunikācijas, kognitīvo spēju, kustības, pašaprūpes, instrumentālās ikdienas aktivitātes ierobežojumi;

104.2. personām ar subakūtiem funkcionēšanas traucējumiem, kas ierobežo personas darbspējas un var izraisīt invaliditāti;

104.3. personām ar hroniskiem funkcionēšanas traucējumiem rehabilitācijas plānā noteiktos intervālos, ja persona ir dinamiskā novērošanā;

104.4. pārējām personām ar funkcionāliem traucējumiem.

105. Ir šādi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi:

105.1. akūtās rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz vienlaikus ar akūtas slimības vai slimības paasinājuma ārstēšanu līdz trim mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža;

105.2. subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz līdz sešiem mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža;

105.3. ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi hronisku funkcionēšanas traucējumu gadījumā, kurus sniedz ilgāk par sešiem mēnešiem pēc slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža vai perinatālu attīstības traucējumu gadījumā, iekļaujot pacientu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.

106. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatri vai bērnu psihiatri, narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologi) un funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, piedaloties citām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kā arī klīniskiem un veselības psihologiem.

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

108. Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz tikai ambulatori.

109. Multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir specializēta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma organizācijas forma, ko īsteno multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas komanda dienas stacionārā vai stacionārajā ārstniecības iestādē, ievērojot šādus nosacījumus:

109.1. pakalpojumu sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatri vai bērnu psihiatri) un funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kā arī klīniskiem vai veselības psihologiem;

109.2. multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā iesaistāmos speciālistus nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs, narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologs), kurš koordinē multiprofesionālās komandas darbu;

109.3. multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedz:

109.3.1. kā bāzes pakalpojumu, kas ilgst divas līdz trīs stundas un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas;

109.3.2. kā intensīvas rehabilitācijas kursu, kas ilgst trīs līdz četras stundas un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas.

110. Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, psihiatrs, narkologs, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts personu var iekļaut medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.

111. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs, narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologs), īstenojot medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu:

111.1. nosaka personas veselības stāvokļa un funkcionēšanas kontroles intervālus, organizē rehabilitācijas plāna sagatavošanu vai pārskatīšanu (ne retāk kā reizi gadā) un organizē to īstenošanu;

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

111.3. nosūta personu valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai;

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

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

112.1. medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā iekļauto personu uzskaiti;

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

113. Personām, kuras saņem monoprofesionālus vai multiprofesionālus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, un personām, kuras ir iekļautas dinamiskajā medicīniskās rehabilitācijas novērošanā, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs, narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologs) izstrādā medicīniskās rehabilitācijas plānu, kurā ietver:

113.1. medicīniskās rehabilitācijas mērķus;

113.2. plānotās medicīniskās rehabilitācijas un citas medicīniskās tehnoloģijas, t.sk. nepieciešamās palīgtehnoloģijas (tehniskos palīglīdzekļus), izvirzīto rehabilitācijas mērķu sasniegšanai;

113.3. lietojamo medicīnisko tehnoloģiju riskus un kontrindikācijas;

113.4. termiņus un kritērijus atkārtotai personas funkcionēšanas spēju novērtēšanai;

113.5. rehabilitācijas kursa pabeigšanas un rezultātu novērtēšanas nosacījumus.

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

**3.12. Neatliekamās medicīniskās palīdzības organizēšana**

115. Ja personai nepieciešams nodrošināt neatliekamo medicīnisko palīdzību, tad to sniedz:

115.1. ārstniecības iestāde;

115.2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests.

116. Ārstniecības iestādes, kuras nodrošina uzņemšanas nodaļas darbību atbilstoši šo noteikumu 7. pielikumam, neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz visu diennakti. Citas ārstniecības iestādes neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu nodrošina savā darba laikā.

117. Ja personai nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība vai ja nepieciešams noteikt vai precizēt diagnozi, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde nogādā personu uz tuvāko atbilstošo ārstniecības iestādi, ņemot vērā personas veselības stāvokli un dienesta līgumos ar ārstniecības iestādēm minētos nosacījumus.

118. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde neatliekamo medicīnisko palīdzību cietušajam (slimajam), kurš ir dzīvībai un veselībai kritiskā stāvoklī, sniedz notikuma vietā, kā arī transportēšanas laikā uz ārstniecības iestādi šādos gadījumos:

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

118.2. pēkšņa slimība vai hronisku slimību paasināšanās, kas apdraud personas dzīvību:

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

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

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

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

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

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

118.2.7. dzīvībai bīstama jebkuras izcelsmes asiņošana;

118.2.8. dzīvībai bīstamas jebkuras izcelsmes alerģiskas reakcijas;

118.2.9. bronhiālās astmas lēkme;

118.3. cietušā (slimā) neatliekama pārvešana (saskaņā ar ārstējošā ārsta izsniegtu nosūtījumu personu pārved ar operatīvo medicīnisko transportlīdzekli Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes uzraudzībā), kā arī dzemdētājas nogādāšana atbilstoši veselības stāvoklim:

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

118.3.2. no ārstniecības iestādes uz stacionāru vai augstāka līmeņa stacionārās ārstniecības iestādi.

119. Ārstniecības personai, kas piesaka pārvešanu, ir pienākums nodrošināt neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu vai cita veida veselības aprūpi cietušajam (slimajam) līdz Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes ierašanās brīdim.

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

120.1. katastrofās vai ārkārtas medicīniskajās situācijās pēc glābšanas dienestu vai ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma;

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

120.2.1. smagas galvas traumas un spontāni intrakraniāli asins izplūdumi;

120.2.2. mugurkaula traumas ar muguras smadzeņu bojājumiem;

120.2.3. smagas politraumas;

120.2.4. smags vai plašs apdegums, apsaldējums;

120.2.5. maģistrālo asinsvadu ievainojums vai akūts slēgums;

120.2.6. traumatiskas amputācijas, kur iespējama replantācija;

120.2.7. smagas akūtas ķirurģiskas slimības vai ķirurģiskas operācijas smagas komplikācijas;

120.2.8. smagas iekšējas asiņošanas;

120.2.9. smags miokarda infarkts, akūti sirdsdarbības ritma traucējumi;

120.2.10. smags, komplicēts augšējo elpošanas ceļu nosprostojums;

120.2.11. smagas saindēšanās;

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

120.2.13. cietušais (slimais) 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;

120.3. pēc ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma, ja uz ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices ārstniecības iestādi dzīvībai kritiskā stāvoklī nepieciešams neatliekami pārvest bērnu, kurš šo noteikumu noteiktajā kārtībā ir saņēmis S 2 veidlapu "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" (turpmāk – S 2 veidlapa), vai pārvest šādu bērnu no ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices ārstniecības iestādes, ja atbilstoši viņa veselības stāvoklim nepieciešama medicīniskā transportēšana.

121. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta dežurējošā ārstniecības persona reģistrē visus neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumus, tai skaitā neatliekamas pārvešanas pieteikumus, ņemot vērā, ka nepieciešamības gadījumā dienesta dežurējošā ārstniecības persona informē neatliekamās palīdzības izsaucēju, ka izbraukums, iespējams, būs maksas pakalpojums, un sniedz informāciju par citām veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām.

122. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes attiecīgajā teritorijā izvieto, ņemot vērā iedzīvotāju blīvumu un apkalpojamās zonas lielumu, kā arī citus faktorus, kas ietekmē palīdzības sniegšanas laiku (piemēram, slikta ceļu kvalitāte), lai pēc neatliekama izsaukuma pieņemšanas neatliekamo medicīnisko palīdzību 75 % gadījumu nodrošinātu:

122.1. republikas pilsētās – ne vēlāk kā 12 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas laika;

122.2. novadu pilsētās – ne vēlāk kā 20 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas laika;

122.4. pārējās teritorijās – ne vēlāk kā 25 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas laika.

**3.13. Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas citā ES dalībvalstī, EEZ valstī un Šveicē organizēšana**

123. Dienests sadarbojas ar ES dalībvalstu, EEZ valstu un Šveices pārrobežu veselības aprūpes kontaktpunktiem jautājumos par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu ārvalstīs un izdevumu atlīdzību par ārvalstīs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī pēc personas pieprasījuma sniedz ES, EEZ un Šveices kontaktpunktu kontaktinformāciju.

124. Dienests atbilstoši regulas Nr. 883/2004 17., 20., 22., 24., 25., 26., 27., 34. un 36. panta un regulas Nr. 987/2009 24., 26., 28. un 22.panta nosacījumiem izsniedz šādus dokumentus, kas apliecina personas tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē:

124.1. 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;

124.2. S 2 veidlapu , kas nodrošina tiesības saņemt veidlapā norādīto plānveida veselības aprūpes pakalpojumu veidlapā norādītajā valstī un termiņā;

124.3. 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;

124.4. Eiropas veselības apdrošināšanas karti (turpmāk – apdrošināšanas karte) vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošā sertifikāta kopiju (turpmāk – apdrošināšanas karti aizvietojošais sertifikāts), kas īslaicīgas uzturēšanās laikā kādā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē nodrošina tiesības saņemt neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību.

125. Personas tiesības saņemt S veidlapu, apdrošināšanas karti vai apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu dienests vērtē, ja saņemts personas iesniegums vai kompetentās iestādes pieprasījums attiecīgā dokumenta izsniegšanai.

126. Informāciju, kas dienestam nepieciešama sociālā nodrošinājuma sistēmas koordinēšanai, Valsts ieņēmumu dienests un Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra sniedz tiešsaistes režīmā, ievērojot šādu kārtību:

126.1. Valsts ieņēmumu dienests sniedz:

126.1.1. aktuālo informāciju par personas statusu un tās darba devēju vai par pašnodarbinātu personu;

126.1.2. vēsturisko informāciju par personas statusu un tās darba devēju vai par pašnodarbinātu personu;

126.2. Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra sniedz:

126.2.1. informāciju par piešķirtā bezdarbnieka pabalsta saņemšanas termiņu;

126.2.2. informāciju par piešķirto pensiju, tai skaitā informāciju par pensijas veidu, apdrošināšanas stāžu un pensijas izmaksas termiņa ierobežojumu, ja tāds ir noteikts;

126.2.3. informāciju par citiem pabalstiem, ko persona saņem sociālā nodrošinājuma jomā;

126.2.4. informāciju par personai izsniegtas A1 veidlapas “Sertifikāts par sociālā nodrošinājuma tiesību aktiem, kas piemērojami sertifikāta saņēmējam” un U2 veidlapas “Tiesību uz bezdarbnieka pabalstu saglabāšana” derīguma termiņu.

127. S 1 veidlapu izsniedz apdrošinātai personai, kura atbilst kādam no šādiem kritērijiem:

127.1. persona ir reģistrēta Latvijā nodarbinātas vai pašnodarbinātas personas statusā, bet tās dzīvesvieta ir citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē un persona tajā regulāri atgriežas;

127.2. persona darba veikšanai īslaicīgi (ne ilgāk kā uz 24 mēnešiem) tiek nosūtīta uz uzturēšanās valsti, kas atrodas ES, EEZ, vai Šveici, un tai ir spēkā esoša A1 veidlapa „Sertifikāts par sociālā nodrošinājuma tiesību aktiem, kas piemērojami sertifikāta saņēmējam”;

127.3. persona īslaicīgi (ne ilgāk kā uz 24 mēnešiem) dodas uz uzturēšanās valsti – citu ES dalībvalsti, EEZ valsti vai Šveici, lai veiktu darbību pašnodarbinātas personas statusā, un tai ir spēkā esoša A1 veidlapa „Sertifikāts par sociālā nodrošinājuma tiesību aktiem, kas piemērojami sertifikāta saņēmējam”;

127.4. persona saņem Latvijas Republikas pensiju, bet tās dzīvesvieta ir citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē;

127.5. persona ir bezdarbnieks, kurš vēlas doties darba meklējumos uz uzturēšanās valsti, kas atrodas ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē, un kurai ir spēkā esoša U2 veidlapa „Tiesību uz bezdarbnieka pabalstu saglabāšana”.

128. Lai dienests izvērtētu personas tiesības saņemt S 1 veidlapu, persona dienestā iesniedz iesniegumu S 1 (E 106) veidlapas saņemšanai, kurā norāda šādu informāciju:

128.1. pamata informācija par personu:

128.1.1. vārds, uzvārds, valstiskā piederība, dzimšanas datums, Latvijas personas kods vai Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā, un tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

128.1.2. ziņas par to, vai persona ir apdrošināta citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā;

128.1.3. ziņas par to, vai persona ir reģistrēta nodarbinātas vai pašnodarbinātas personas statusā citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē;

128.1.4. ja persona ir reģistrēta nodarbinātas personas statusā Latvijā, norāda darbavietas nosaukumu, reģistrācijas numuru, juridisko adresi;

128.1.5. ja persona ir reģistrēta pašnodarbinātas personas statusā Latvijā, norāda reģistrācijas numuru, darbības veikšanas adresi un nodarbošanās veidu;

128.1.6. ja persona no Latvijas saņem vai ir pieprasījusi pensiju, norāda pensijas veidu (vecuma, apgādnieka zaudējuma, invaliditātes, izdienas), tajā skaitā par pensiju no citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices;

128.2. papildus informācija par personu atbilstoši kritērijam, pamatojoties uz kuru persona vēlas saņemt S1 veidlapu:

128.2.1. ja persona dodas vai ir komandēta uz uzturēšanās valsti – ES dalībvalsti, EEZ valsti vai Šveici, norāda adresi Latvijā un adresi valstī, uz kuru persona dodas vai ir komandēta;

128.2.2. ja personai ir piešķirts bezdarbnieka statuss, norāda uzturēšanās adresi valstī, uz kuru vēlas doties darba meklējumos;

128.2.3. ja personai dzīvesvieta ir citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē, norāda personai dzīvesvietas valstī piešķirto identifikācijas numuru, reģistrēto dzīvesvietas adresi, uz kuru tiek pieprasīta S 1 veidlapa.

129. Apdrošinātas personas ģimenes loceklis (laulātais; aizbildnībā vai aizgādnībā esoša persona), kurš ir šīs personas apgādībā, lai saņemtu S 1 veidlapu, iesniedz dienestā informāciju atbilstoši nosacījumiem, kas attiecas uz apdrošināto personu.

130. Lai dienests izvērtētu personas tiesības saņemt apdrošināšanas karti, persona iesniedz dienestā iesniegumu apdrošināšanas kartes saņemšanai, kurā norāda šādu informāciju:

130.1. vārds, uzvārds, dzimšanas datums, Latvijas personas kods vai Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs un citā valstī piešķirtais identifikācijas numurs, ja tāds ir piešķirts, un tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

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

130.3. ziņas par pilsonības un dzīvesvietas valsti;

130.4. ziņas par to, vai persona ir apdrošināta citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā.

131. Ja iesniegumu apdrošināšanas kartes saņemšanai iesniedz vienotajā veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmā, persona aizpilda minētajā sistēmā ievietoto veidlapu.

132. Ja personai ir tiesības saņemt apdrošināšanas karti, dienests to izsniedz vai nosūta pa pastu uz personas norādīto vai deklarēto dzīvesvietas adresi.

133. 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.

134. Dienests izsniedz personai apdrošināšanas karti iesnieguma saņemšanas dienā vai nosūta pa pastu, izņemot gadījumu, ja dienests konstatē, ka personai nav tiesību saņemt apdrošināšanas karti. Šādā gadījumā dienests sagatavo rakstveida lēmumu par atteikumu izsniegt apdrošināšanas karti un minēto lēmumu paziņo personai Paziņošanas likumā noteiktajā kārtībā.

135. Par apdrošināšanas kartes izgatavošanu, ja tā pieprasīta agrāk nekā vienu mēnesi pirms spēkā esošās apdrošināšanas kartes derīguma termiņa beigām, persona maksā atbilstoši dienesta maksas pakalpojumu cenrādim.

136. Ja persona, īslaicīgi uzturoties kādā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē, vēlas saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību un persona nevar uzrādīt apdrošināšanas karti, dienests, pamatojoties uz personas iesniegumu par aizvietojošā sertifikāta izsniegšanu vai tās valsts kompetentās institūcijas pieprasījumu, kurā persona atrodas, izsniedz personai vai attiecīgās valsts kompetentajai institūcijai apdrošināšanas karti aizvietojošu sertifikātu.

137. Apdrošinātai personai, kura vēlas saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumu citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē, dienests izsniedz S 2 veidlapu, ja vienlaikus ir spēkā šādi nosacījumi:

137.1. veselības aprūpes pakalpojums ietilpst valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstā;

137.2. iesnieguma izskatīšanas laikā neviena no ārstniecības iestādēm, kas sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, nevar nodrošināt personai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu, un par to ir saņemts pamatots ārstniecības iestādes atzinums;

137.3. pakalpojums personai ir nepieciešams, lai novērstu dzīvības funkciju vai veselības stāvokļa neatgriezenisku pasliktināšanos, ņemot vērā personas veselības stāvokli izvērtēšanas brīdī un paredzamo slimības attīstību.

138. Dienests S 2 veidlapu neizsniedz, ja veselības aprūpes pakalpojumus sniedz klīnisku pētījumu ietvaros vai tiem izmanto eksperimentālu ārstniecības tehnoloģiju.

139. Lai dienests izvērtētu personas tiesības saņemt S 2 veidlapu, persona dienestā iesniedz šādus dokumentus:

139.1. iesniegumu S 2 (E 112) veidlapas saņemšanai, kurā norādīta šāda informācija:

139.1.1. vārds, uzvārds, dzimšanas datums, Latvijas personas kods vai Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā, adrese, tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

139.1.2. veselības aprūpes pakalpojums, kas personai nepieciešams saskaņā ar ārstu konsilija atzinumu;

139.1.3. veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas valsts un pakalpojuma sniedzējs;

139.1.4. veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas termiņu (periods no/līdz);

139.1.5. nodarbinātības valsti, ja persona ir nodarbināta citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē;

139.1.6. valsti, kurā saņem pensiju/pabalstu, un pensijas/pabalsta veidu, ja persona citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē saņem pensiju/pabalstu sociālās drošības jomā;

139.1.7. ziņas par to, vai persona ir apdrošināta citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmā;

139.2. ārstniecības iestādes, kas sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, attiecīgās ārstniecības jomas 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, kā arī informāciju, vai attiecīgais veselības aprūpes pakalpojums tiks sniegts klīnisku pētījumu ietvaros, vai tiem izmantos eksperimentālu ārstniecības tehnoloģiju.

140. Dienestam ir tiesības pieprasīt, lai persona iesniedz ārstniecības iestādes apstiprinājumu, ka veselības aprūpes pakalpojums, ko plānots saņemt attiecīgajā ārstniecības iestādē, tiks nodrošināts, pamatojoties uz S 2 veidlapu.

141. Dienestam ir tiesības pieprasīt no ārstniecības iestādēm atzinumu:

141.1. 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;

141.2. 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 dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē, kā arī norādot, vai medicīniskā tehnoloģija, kuru nepieciešams izmantot veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai, ir apstiprināta pieaicinātās ārstniecības personas valstī.

142. 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, pieņem lēmumu 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.

143. 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.

144. Dienestam ir tiesības pieņemt lēmumu regulā Nr. 883/2004 un regulā Nr. 987/2009 noteiktajos gadījumos citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices kompetentās iestādes vārdā par S 2 veidlapas izsniegšanu personai, kas ir pakļauta citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmai.

145. Ja persona viena kalendāra gada laikā pēc lēmuma par S 2 veidlapas izsniegšanu spēkā stāšanās dienas nav izmantojusi ar dienesta lēmumu piešķirtās tiesības, tad lēmums par S 2 veidlapas izsniegšanu zaudē spēku.

146. Lai saņemtu S 3 veidlapu, persona dienestā iesniedz šādus dokumentus:

146.1. iesniegumu S 3 veidlapas saņemšanai, kurā norādīta šāda informācija: vārds, uzvārds, dzimšanas datums, personas kods vai Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā, adrese, tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

146.1.2. iepriekš uzsāktais veselības aprūpes pakalpojums;

146.1.3. veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs;

146.2. attiecīgās ārstniecības nozares ārstu konsilija atzinumu par personai nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu, kuru nepieciešams pabeigt. Atzinumā norāda veselības aprūpes pakalpojumu, medicīniski pamatotus iemeslus, kādēļ attiecīgais veselības aprūpes pakalpojums ir uzskatāms par iepriekš uzsākta veselības aprūpes pakalpojuma turpinājumu.

147. Persona nav tiesīga saņemt un izmantot dienesta izsniegto S veidlapu, apdrošināšanas karti vai apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu, lai saņemtu no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē, ja persona ir uzskatāma par apdrošinātu:

147.1. citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros saskaņā ar regulu Nr. 883/2004;

1472. kādas Eiropas Savienības 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;

147.3. starptautiskas organizācijas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros;

147.4. studentu sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros.

148. Personai, kurai ir izsniegta kāda no S veidlapām, apdrošināšanas karte vai apdrošināšanas kartes aizvietojošais sertifikāts, ir pienākums nekavējoties, bet ne vēlāk kā piecu darbdienu laikā rakstveidā informēt dienestu, ja:

148.1. persona kļūst par apdrošinātu citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros;

148.2. mainās informācija, kuru persona ir sniegusi dienestam administratīvās lietas ietvaros.

149. Dienests pieņem lēmumu par izsniegtās S veidlapas, apdrošināšanas kartes vai apdrošināšanas karti aizvietojošā sertifikāta anulēšanu, ja tas konstatē, ka, piemērojot regulu Nr. 883/2004 un regulu Nr. 987/2009, persona nav tiesīga saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē.

**4. Samaksa par valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem**

**4.1. Samaksas par valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem vispārīgie nosacījumi**

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

150.1. 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;

150.2. 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;

150.3. sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem, ja persona rakstveidā atteikusies no gaidīšanas uz plānveida veselības aprūpes pakalpojumu un pati vai trešā persona veikusi maksājumus par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu;

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

150.5. 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 vai nodrošina terapijas rezultātu kontroli;

150.6. ārstnieciskās palīdzības nodrošināšanu publiskos pasākumos.

151. Par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sarakstā ietilpstošajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ārstniecības iestādēm dienests šajos noteikumos noteiktajā kārtībā maksā, izmantojot šādus samaksas veidus:

151.1. fiksēto maksājumu;

151.2. tāmes maksājumu;

151.3. faktiskās izmaksas pēc rēķiniem;

151.4. kapitācijas naudas maksājumu;

151.5. aprūpes epizodes tarifu;

151.6. manipulācijas tarifu;

151.7. gultas dienas tarifu;

151.8. viena pacienta ārstēšanas tarifu.

152. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifus, tajā skaitā manipulāciju sarakstā iekļauto manipulāciju tarifus, 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.

153 Šo noteikumu 152. punktā minēto darba samaksu (D), kā arī citus maksājumus par veselības aprūpes pakalpojumu aprēķina, ņemot vērā, ka vidējā darba samaksa mēnesī ir noteikta šādā apmērā:

153.1. ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem – 1125,00 *euro*;

153.2. ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem – 675,00 *euro*;

153.3. ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām – 450,00 *euro*.

154. Šajos noteikumos minēto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas apmēru nosaka, ievērojot:

154.1. aprūpes epizodes tarifu apmēru, kas minēts šo noteikumu 4.pielikumā;

154.2. kapitācijas naudas apmēru, kas minēts šo noteikumu 11.pielikumā;

154.3. fiksētā ikmēneša maksājuma (piemaksas) par ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām apmēru, kas minēts šo noteikumu 10.pielikumā;

154.4. neatliekamās medicīniskās palīdzības un stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši šo noteikumu 7. pielikumā un 10. pielikumā noteiktajam;

154.5. šo noteikumu 7.pielikumā minētos pacientu observācijas līdz 24 stundām nosacījumus;

154.6. pacientu ārstēšanu stacionārā, ievērojot šo noteikumu 6. pielikumā minētos nosacījumus;

154.7. veselības aprūpes pakalpojumu manipulācijas, kas minētas manipulāciju sarakstā, kuru pārskata ne biežāk kā vienu reizi kalendārā gada ceturksnī, izmaiņas saskaņojot ar Veselības ministriju;

154.8. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas teritorijas, kas noteiktas šo noteikumu 15.pielikumā

155. Pirms jauna veselības aprūpes pakalpojuma apmaksas modeļa ieviešanas, lai pārbaudītu plānotā apmaksas modeļa darbību, dienests pēc saskaņošanas ar Veselības ministriju un attiecīgā veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju ir tiesīgs līgumā noteikt plānotā apmaksas modeļa nosacījumiem atbilstošu finansēšanas kārtību.

156. Saņemot no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, persona veic pacienta līdzmaksājumu šo noteikumu 12. pielikumā noteiktajā apmērā, ievērojot manipulāciju sarakstā minētos nosacījumu attiecībā uz pacientu līdzmaksājumu.

157. Sniedzot stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, ārstniecības iestāde par vienā stacionēšanas reizē operāciju zālē veiktajām tām ķirurģiskajām operācijām, kas manipulāciju sarakstā norādītas kā lielās operācijas, papildus var iekasēt līdzmaksājumu ne vairāk kā 31,00 *euro* apmērā.

158. Pacienta līdzmaksājumu par stacionēšanas reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām nesedz no valsts budžeta līdzekļiem, izņemot pacienta līdzmaksājumu, ja operācija veikta trūcīgām personām, kas par tādām atzītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu, vai Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbiniekiem.

159. Persona pacientu līdzmaksājumu var samaksāt 15 dienu laikā pēc veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas vai citā laikā, ja par to ir panākta rakstiska vienošanās ar ārstniecības iestādi.

160. Kopējais pacienta līdzmaksājuma apmērs par katru stacionēšanas reizi vienā stacionārajā ārstniecības iestādē nedrīkst pārsniegt 355,00 *euro*.

161. Pacienta līdzmaksājumu kopsumma par kalendāra gadā saņemtajiem ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nedrīkst pārsniegt 570,00 *euro*.

162. Izziņu par to, ka persona kalendāra gada laikā ir saņēmusi veselības aprūpes pakalpojumus un veikusi pacienta līdzmaksājumu (tai skaitā apdrošinātāja vai citas personas segto) 570,00 *euro* apmērā, izsniedz dienests atbilstoši personas uzrādītajiem maksājuma dokumentiem.

163. Dienests no valsts budžeta līdzekļiem ārstniecības iestādei sedz pacienta līdzmaksājumu:

163.1. par personām, kuras atbrīvotas no tā veikšanas;

163.2. par personām, kuru pacientu līdzmaksājums sasniedzis maksimālo apmēru vienā stacionēšanas reizē;

163.3. par personām, kuras saņēmušas izziņu par sasniegto līdzmaksājuma maksimālo apmēru gadā;

163.4. pacienta nāves gadījumā ārstniecības iestādē vai gadījumā, ja ģimenes ārsts konstatē mājas apstākļos mirušas personas nāves faktu;

163.5. starpību, kas veidojas starp šo noteikumu 12. pielikuma 5.1. apakšpunktā noteikto līdzmaksājuma apmēru par ārstēšanos diennakts stacionārā un 12. pielikuma 5.3. apakšpunktā noteikto pacientu līdzmaksājuma apmēru personām ar noteiktām diagnozēm.

164. Infekcijas slimības, kuru gadījumos persona ir atbrīvota no pacientu līdzmaksājuma noteiktas šo noteikumu 3. pielikumā.

165. No pacienta līdzmaksājuma ir atbrīvotas personas, kuras atbilstoši šo noteikumu 7. pielikuma nosacījumiem un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmas "Paliatīvā aprūpe" ietvaros saņem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus.

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

166.1. Aizsardzības ministrija:

166.1.1. 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; 166.1.2. atvaļinātajiem karavīriem un bijušajiem zemessargiem – veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī izdevumu apmēru un samaksas kārtību;

166.1.3. 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;

166.1.4. profesionālā dienesta kandidātiem, rezerves karavīriem un rezervistiem, iesaucot aktīvajā dienestā, Latvijas pilsoņiem, kuri brīvprātīgi pieteikušies dienestam rezervē un zemessargu kandidātiem – izdevumus par medicīniskās pārbaudes ietvaros ar medicīniskās komisijas norīkojumu veiktajiem medicīniskajiem izmeklējumiem un ārstu atzinumiem (tai skaitā izdevumus par veselības aprūpes maksas pakalpojumiem) saskaņā ar normatīvajiem aktiem par veselības aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas nosacījumiem, apmaksājamo pakalpojumu veidiem un izdevumu apmaksas kārtību;

166.1.5. kustības "Jaunsardze" dalībniekiem – izdevumus par veselības aprūpes pakalpojumiem saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem, kas nosaka jaunsargiem apmaksājamos veselības aprūpes pakalpojumus, to saņemšanas nosacījumus un samaksas kārtību; 166.2. Tieslietu ministrija sedz ieslodzījuma vietā strādājošas ārstniecības personas sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī pacientu līdzmaksājumus par ieslodzītajiem, kas saņem veselības aprūpi ārpus ieslodzījuma vietas, un pacientu līdzmaksājumus par kompensējamām zālēm un medicīniskajām ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

166.3. Iekšlietu ministrija sedz maksu par veselības aprūpes pakalpojumiem un pacienta līdzmaksājumu šādā apmērā:

166.3.1. 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;

166.3.2. 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);

166.3.3. par patvēruma meklētājiem veikto sākotnējo veselības pārbaudi pie ģimenes ārsta, kas sniegta patvēruma meklētāju izmitināšanas centra telpās, un psihiatra, ekspresanalīzēm HIV un B hepatīta noteikšanai;

166.3.4. patvēruma meklētājiem, kuri aizturēti Patvēruma likuma noteiktajā kārtībā, – par veselības stāvokļa pārbaudēm un sanitāro apstrādi, kā arī par tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri nepieciešami viņu izmitināšanas laikā un vietā, un ir noteikti veselības aprūpes un iekšlietu jomu regulējošajos normatīvajos aktos;

166.3.5. Iekšlietu ministrijas sistēmas iestāžu un Tieslietu ministrijas Ieslodzījuma vietu pārvaldes amatpersonām ar speciālajām dienesta pakāpēm, kā arī no dienesta atvaļinātām amatpersonām, kurām saskaņā ar normatīvajiem aktiem ir piešķirtas tiesības saņemt apmaksātu veselības aprūpi, sedz maksu par veselības aprūpes pakalpojumiem un pacientu līdzmaksājumu saskaņā ar iekšlietu jomu un valsts pārvaldes atlīdzības jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem.

167. Samaksu par konsultācijām, klīniskiem un paraklīniski diagnosticējošajiem izmeklējumiem, kurus pēc tiesu medicīnas eksperta norīkojuma izdara prettiesiskos nodarījumos cietušajām personām, veic tiesu medicīnas ekspertīzes pieprasītājs.

168. Dienests samaksu par šajos noteikumos noteiktajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veic pamatojoties uz šo noteikumu 5. punktā minētajiem līgumiem, ievērojot šo noteikumu 13. pielikumā minētos līguma finanšu apmēra nosacījumus.

**4.2. Samaksa par primāro veselības aprūpi**

169. Līdzekļus samaksai par primārās veselības aprūpes pakalpojumiem dienests plāno saskaņā ar šo noteikumu 11. pielikumu.

170. Dienests ģimenes ārstam par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu atbilstoši šo noteikumu 11. pielikumā noteiktajiem nosacījumiem maksā:

170.1. maksājumu (tai skaitā samaksa reģistratora funkciju veikšanai, kas saistīta ar minimālo algu valstī), kuru aprēķina, ņemot vērā reģistrēto personu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā (kapitācijas nauda);

170.2. samaksu par ģimenes ārsta praksē veiktajām tām manipulācijām, kuras manipulāciju sarakstā norādītas kā ģimenes ārsta praksei piemaksājamās manipulācijas un tās apmaksas nosacījumiem;

170.3. fiksētos maksājumus un piemaksas;

170.4. šajos noteikumos noteikto vidējo māsas, ārsta palīga (feldšera) un vecmātes darba samaksu mēnesī (šo noteikumu 153. punkts);

170.5. samaksu par cita ģimenes ārsta aizvietošanu, ja aizvieto uz laiku, kas pārsniedz divus mēnešus – atbilstoši aizvietojamās prakses mēneša ieņēmumu aprēķinam;

170.6. pacienta līdzmaksājuma kompensāciju par personām, kuras atbrīvotas no pacientu līdzmaksājuma.

171. Dienests, aprēķinot ģimenes ārsta kapitācijas naudu, fiksētos maksājumus un piemaksas, kā arī māsas un ārsta palīga (feldšera) darba samaksu, neņem vērā informāciju par tām personām, kuru reģistrācija pie ģimenes ārsta ir bloķēta. Par šādām personām sniegtiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests samaksā kā par īslaicīgo pacienta aprūpi.

172. Par īslaicīgā pacienta aprūpi ģimenes ārstam samaksā atbilstoši ģimenes ārsta aprūpes epizožu tarifiem un manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem. Ja īslaicīgais pacients ir reģistrēts pie ģimenes ārsta, tad aprūpes epizodi apmaksā no tā ģimenes ārsta naudas līdzekļiem, pie kura persona reģistrēta, bet ne vairāk kā 50 % apmērā no šo noteikumu noteiktajā kārtībā aprēķinātā šī ģimenes ārsta mēneša kapitācijas naudas maksājuma.

173. Personai, kura ir reģistrējusies pie ģimenes ārsta, bet veselības aprūpes pakalpojumus saņem pie cita ģimenes ārsta un neatbilst šajos noteikumos noteiktajiem īslaicīgā pacienta kritērijiem, sniegtie primārās veselības aprūpes pakalpojumi ir maksas pakalpojumi.

174. Ģimenes ārsta praksē pacientu aprūpes nodrošināšanai nepieciešamo ārstniecības personu skaitu un šo personu finansēšanas nosacījumus ietver līgumā, kas noslēgts ģimenes ārstam ar dienestu. Ģimenes ārsta pienākums ir dienesta veikto samaksu par ģimenes ārsta praksē nodarbināto ārstniecības personu darbu samaksāt šīm personām pilnā apmērā, veicot normatīvajos aktos noteiktos nodokļu maksājumus.

175. Ģimenes ārsta nāves gadījumā vai gadījumā, ja spēkā stājies tiesas spriedums vai lēmums, kas ģimenes ārstam aizliedz sniegt primārās veselības aprūpes pakalpojumus, dienests uz laiku, kas nepārsniedz vienu mēnesi, var noslēgt līgumu ar ārstniecības iestādi, kurā strādāja ģimenes ārsts, vai ar ģimenes ārsta praksē nodarbinātu ārstniecības personu, un atbilstoši šo noteikumu 11. pielikumā noteiktajai kārtībai apmaksāt šādu darbību veikšanu:

175.1. praksē esošās medicīniskās dokumentācijas kārtošana, veicot tās pilnīgu uzskaiti;

175.2. medicīniskajā dokumentācijā par pacientu uzkrātās informācijas izsniegšana pēc pacienta lūguma;

175.3. medicīniskās dokumentācijas nodošana nākamajam pacienta izvēlētajam ģimenes ārstam;

175.4. ģimenes ārsta nomāto telpu uzturēšana;

175.5. medicīniskās dokumentācijas nodošana ģimenes ārstam, kurš ar dienestu noslēdz līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iepriekšējā (mirušā) ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā.

176. Ja ģimenes ārsts izbeidz līgumattiecības ar dienestu saistībā ar ģimenes ārsta aiziešanu pensijā, dienests ģimenes ārsta praksei par izmaksāto atlaišanas pabalstu praksē nodarbinātajām ārstniecības personām izmaksā šo noteikumu 11. pielikumā noteiktajā kārtībā aprēķinātu kompensācijas maksājumu, ievērojot šādus nosacījumus:

176.1. ģimenes ārsts ir sasniedzis vecumu, kurā saskaņā ar normatīvajiem aktiem tiek piešķirta vecuma pensija;

176.2. līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā ir piekritis noslēgt ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā esošs ģimenes ārsts vai ģimenes ārsts, kurš šajos noteikumos noteiktā kārtībā nepārtraukti aizvietojis ģimenes ārstu vairāk nekā sešus mēnešus.

177. Ģimenes ārstam ir tiesības saņemt ģimenes ārsta darbības novērtējuma maksājumu, kuru aprēķina, pamatojoties uz ģimenes ārsta darbības rādītāju izvērtējumu saskaņā ar šo noteikumu 14. pielikumu.

178. 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:

178.1. šajos noteikumos noteiktā vidējā darba samaksa ārstam mēnesī (šo noteikumu 153. punkts) un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

178.2. šajos noteikumos noteiktā vidējā darba samaksa ārstniecības un pacientu aprūpes personām mēnesī (šo noteikumu 153. punkts) un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

178.3. šo noteikumu 11. pielikuma 7. punktā norādītais ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei;

178.4. samaksu par ģimenes ārsta praksē veiktajām manipulācijām saskaņā ar manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem;

178.5. pacienta līdzmaksājuma kompensāciju par personām, kuras atbrīvotas no pacientu līdzmaksājuma.

179. Jaunatvērtās ģimenes ārstu prakses pacientu sarakstā reģistrēto personu skaitu dienests vērtē reizi mēnesī.

180. Dežūrārsta, kurš pakalpojumus sniedz ārpus ģimenes ārstu darba laika, darbu apmaksā, izmantojot ikmēneša fiksēto maksājumu atbilstoši šo noteikumu 11. pielikumam.

181. Ārstniecības iestādes, kas sniedz valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus, veikto darbu apmaksā atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem.

182. Ārstniecības personām, kuras veic veselības aprūpi mājās atbilstoši šo noteikumu 2.4.apakšnodaļai, dienests maksā saskaņā ar manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem.

183. Ārsta palīgiem (feldšeriem), kuri nodarbināti pašvaldībai piederošā feldšerpunktā, ar kuru dienests ir noslēdzis līgumu, dienests maksā saskaņā ar šo noteikumu 11. pielikumā noteikto kārtību.

**4.3. Samaksa par sekundāro ambulatoro veselības aprūpi**

184. Samaksu par speciālistu sniegtajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, izņemot dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, dienests veic:

184.1. ar manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem, atbilstoši manipulāciju sarakstam un šo noteikumu 4. pielikumā noteiktiem aprūpes epizožu tarifiem;

184.2. ar ikmēneša fiksēto maksājumu, kura aprēķinā ietver:

184.2.1. šajos noteikumos noteikto vidējo ārstu un māsu darba samaksu mēnesī (šo noteikumu 153. punkts);

184.2.2. darba devēja sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas;

184.2.3. darbības nodrošināšanai nepieciešamos līdzekļus atbilstoši šo noteikumu 10. pielikumā norādītajiem nosacījumiem;

184.3. par atsevišķiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, kas minēti šo noteikumu 8. pielikumā, – pamatojoties uz ārstniecības iestādes rēķiniem.

185. Ikmēneša fiksēto maksājumu maksā par šādu speciālistu vai ārstniecības iestāžu struktūrvienību darbu:

185.1. pneimonologam, kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus personām, kuras slimo ar tuberkulozi (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods A15–A19; B90; J65; P37.0; R76.1; Y58.0; Y60.3; Z03.0; Z20.1);

185.2. diabētiskās pēdas aprūpes kabinetam;

185.3. paliatīvās aprūpes kabinetam;

185.4. hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinetam, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus personām, kuras slimo ar astmu vai citu hronisku obstruktīvu plaušu slimību (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods J44-J45);

185.5. stomas kabinetam;

185.6. psihologa kabinetam;

185.7. metadona terapijas kabinetam;

185.8. reto slimību kabinetam valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus:

185.8.1. pacientiem ar vielmaiņas traucējumiem (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10 E70–E90) vai retām slimībām (ORPHA kodi);

185.8.2. pacientiem ar iedzimtām anomālijām;

185.8.3. grūtniecēm, kurām pierādīta augļa iedzimta attīstības anomālija;

185.8.4. valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē esošiem bērniem, kuriem nepieciešama uztura speciālista konsultācija;

185.9. diabēta pacientu apmācības kabinetam, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus personām ar cukura diabētu (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10 E10-E14; O24);

185.10. HIV līdzestības kabinetam.

186. Ārstniecības iestādei, kura saņem ikmēneša fiksēto maksājumu par paliatīvās aprūpes kabineta un reto slimību kabineta darbu, dienests papildus maksā par īpašiem medicīniskiem nolūkiem paredzētās pārtikas nodrošināšanu:

186.1. paliatīvā aprūpes kabineta uzskaitē esošajiem bērniem, tai skaitā pēc 18 gadu vecuma sasniegšanas, ja nepieciešams nodrošināt pēctecīgu ārstēšanu, līdz atbilstoši medicīniskajām indikācijām beidzas šāda nepieciešamība;

186.2. cistiskās fibrozes pacientiem un bērniem smagas olbaltumvielu nepanesības vai izteikta malabsorbcijas sindroma gadījumā atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajiem pakalpojuma apmaksas nosacījumiem.

187. Dienests fiksēto ikmēneša maksājumu par diabēta pacientu apmācības kabineta darbību maksā universitātes slimnīcām un reģionu daudzprofilu slimnīcām. Ja šīs ārstniecības iestādes nenodrošina valsts apmaksātus endokrinologa pakalpojumus, finansējumu novirza tuvākajai ārstniecības iestādei, kura nodrošina lielāku endokrinologa sniegto pakalpojumu apjomu attiecīgās plānošanas vienības ietvaros.

**4.4. Samaksa par dienas stacionārā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem**

188. Samaksu par dienas stacionārā sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests veic ar manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un to apmaksas nosacījumiem.

189. Dienests neapmaksā ārstēšanos dienas stacionārā, ja tās laikā ir veikta kāda no ķirurģiskām operācijām, kas atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem apmaksas nosacījumiem minēta kā lielā operācija, izņemot šo noteikumu 5. pielikumā minētās ķirurģiskās operācijas.

**4.5. Samaksa par steidzamās medicīniskās palīdzības punktā un uzņemšanas nodaļā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem**

190. Samaksu par steidzamās medicīniskās palīdzības punktā sniegtajiem pakalpojumiem dienests veic:

190.1. ar ikmēneša fiksēto maksājumu, kura aprēķinā ietver:

190.1.1. šajos noteikumos noteikto vidējo ārstu un ārsta palīga (feldšera)/māsu darba samaksu mēnesī (šo noteikumu 153. punkts);

190.1.2. darba devēja sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas;

190.1.3. darbības nodrošināšanai nepieciešamos līdzekļus atbilstoši šo noteikumu 10. pielikumā norādītajiem nosacījumiem;

190.2. ar manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un to apmaksas nosacījumiem - par personai veiktajiem diagnostiskiem izmeklējumiem.

191. Samaksu par stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests veic šādā kārtībā:

191.1. ar ikmēneša fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību;

191.2. ar manipulāciju tarifiem un to apmaksas nosacījumiem atbilstoši šo manipulāciju sarakstam un šo noteikumu 4. pielikumā noradītajiem aprūpes epizožu tarifiem, ja ārstniecības iestāde nesaņem ikmēneša fiksēto piemaksu par izņemšanas nodaļas darbību;

191.3. par veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem dienests ārstniecības iestādei maksā ar manipulāciju tarifiem, un to apmaksas nosacījumiem atbilstoši manipulāciju sarakstam.

192. Ikmēneša fiksētajā piemaksā par slimnīcas uzņemšanas nodaļas darbību ir iekļauti izdevumi šo noteikumu 7. pielikuma 1. punktā minēto speciālistu diennakts dežūru nodrošināšanai. Ārstniecības iestādēm, kuras saņem ikmēneša fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību, ir pienākums nodrošināt nepieciešamo speciālistu diennakts dežūras. Ja ārstniecības iestāde nenodrošina speciālistu diennakts dežūras atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai, dienests var samazināt ikmēneša fiksēto piemaksu par slimnīcas uzņemšanas nodaļas darbību, kā arī vienoties ar ārstniecības iestādi, kurai piešķirts pirmais līmenis, par citu laika periodu ķirurga dežūras nodrošināšanai.

193. Ja persona vērsusies stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā un personai nav trauma, akūta slimība vai hroniskas slimības saasināšanās, kad nepieciešama steidzama ārstniecības personu iejaukšanās vai nepieciešamā palīdzība nepārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci, persona saņemtos ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā saskaņā ar ārstniecības iestādes maksas pakalpojumu cenrādi.

**4.6. Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu finansēšana**

194. Dienests atbilstoši šo noteikumu 16. pielikumā noteiktajai kārtībai plāno ģimenes ārstam un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistam paredzēto līdzekļu apmēru, kura ietvaros ģimenes ārsts un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālists nosūta personas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, kā arī samaksas apmēru ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniedzējiem.

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

196. Ieslodzījuma vietas ārstniecības iestādes, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas vai Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādes ārsts, nosūtot personu ambulatorisko laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, ievēro dienesta noteikto finanšu līdzekļu apmēru, par ko attiecīgā ārstniecības iestāde tiek informēta atbilstoši starpresoru vienošanās noteiktajai kārtībai.

197. Dienests katru mēnesi ievieto dienesta tīmekļa vietnē informāciju par laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētā līdzekļu apjoma izlietojumu iepriekšējā mēnesī par:

197.1. ģimenes ārstiem, pie kuriem reģistrēti pacienti;

197.2. ārstniecības iestādēm, ar kurām dienests noslēdzis līgumu par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu;

197.3. ieslodzījuma vietas ārstniecības iestādēm;

197.4. ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas iestādēm;

197.5. Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādēm.

198. 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:

198.1. pie ģimenes ārsta reģistrēto personu skaits attiecīgā gada pirmajā pusē palielinājies vairāk nekā par 25 %;

198.2. ģimenes ārsts attiecīgā gada pirmajā pusē saņem šajos noteikumos noteikto piemaksu par hronisko pacientu aprūpi apmērā, kas vairāk nekā par 25 % pārsniedz vidēji uz vienu ģimenes ārstu aprēķināto piemaksu par hronisko pacientu aprūpi;

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

199. Samaksu par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem dienests veic atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un to apmaksas nosacījumiem.

200. Ja ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniedzējs mēnesī izmeklējumus ir veicis apjomā, kuru apmaksai paredzētais apmērs ir lielāks par 7114,36 *euro* (aprēķinā neiekļaujot samaksu par histoloģisko izmeklējumu veikšanu), tad, veicot ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksu šim pakalpojumu sniedzējam, dienests piemēro koeficientu 0,9 visam attiecīgajā mēnesī sniegtajam pakalpojumu apjomam.

**4.7. Stacionārās veselības aprūpes finansēšana**

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

201.1. samaksa par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmās ietvertiem pakalpojumiem, kuriem atbilstoši šo noteikumu 67 pielikuma 2. punktam noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs (turpmāk – Iezīmētie pakalpojumi) - atbilstoši attiecīgajam viena pacienta ārstēšanas tarifam;

201.2. ikmēneša fiksētais maksājums par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmās ietvertiem pakalpojumiem, kuri ir iekļauti diagnozēm piesaistīto grupu aprēķinā (turpmāk – DRG pakalpojumi);

201.3. ikmēneša fiksētā piemaksa par uzņemšanas nodaļas darbību stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību 24 stundas diennaktī;

201.4. ikmēneša fiksētā piemaksa par pacientu observāciju līdz 24 stundām;

201.5. ikmēneša fiksētais maksājums par DRG pakalpojumiem un Iezīmētajiem pakalpojumiem atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajiem nosacījumiem valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca";

201.6. samaksa atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam un gultasdienas tarifam par pacientu aprūpi, kuram nepieciešama ilgstoša mākslīga plaušu ventilācija;

201.7. samaksa atbilstoši tāmes finansējumam, ko nosaka līgumā ar ārstniecības iestādi, prognozējot pacientu skaitu, kas tāmes ietvaros saņems nepieciešamo ārstēšanu, šādos gadījumos:

201.7.1. par piespiedu psihiatrisko ārstēšanu stacionārā ārstniecības iestādē ar apsardzi;

201.7.2. par bērnu vai pieaugušo ilgstošu psihiatrisko ārstēšanu stacionārā ārstniecības iestādē, tai skaitā pēc tiesas lēmuma;

201.8. samaksa atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, attiecīgās ārstniecības iestādes gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem, kuras manipulāciju sarakstā atzīmētas ar zvaigznīti (\*), šādos gadījumos:

201.8.1. par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES dalībvalstu, EEZ valstu un Šveices sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām personām ar apdrošināšanas karti vai apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu, un to prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos;

201.8.2. samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti personai ar prognozējamu invaliditāti atbilstoši Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam individuālajam rehabilitācijas plānam;

201.8.3. par ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā sniegtiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajiem nosacījumiem;

201.9. samaksa atbilstoši manipulāciju tarifiem, kuras manipulāciju sarakstā atzīmētas ar zvaigznītēm (\*\*);

201.10. par atsevišķiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, kas minēti šo noteikumu 8. pielikumā - pamatojoties uz ārstniecības iestādes rēķiniem.

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

203. Dienests neapmaksā personas stacionēšanas laikā stacionārajā ārstniecības iestādē saņemtos sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot organizētā skrīninga izmeklējumus un mikrobioloģiskos izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai, ja paraugs paņemts pirms personas ievietošanas stacionārajā ārstniecības iestādē.

204. Dienests nemaksā par personas stacionāru ārstēšanu, ja persona stacionārā ārstniecības iestādē uzturējusies vienu dienu, izņemot gadījumu, ja ārstēšanas laikā iestājusies personas nāve, persona saņēmusi dzemdību palīdzību, persona pārvesta uz citu stacionāru ārstniecības iestādi vai pakalpojumi sniegti personai, kas ārstēšanai atvesta no ieslodzījuma vietas. Ja persona pretēji ārstniecības personas norādījumiem stacionāro ārstniecības iestādi atstāj pirmajā dienā, ārstniecības iestāde ir tiesīga pieprasīt personai samaksu par pirmajā dienā sniegtajiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem.

**4.8. Izdevumu atlīdzināšanas kārtība par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī un Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un starpvalstu norēķini**

205. Dienests apdrošinātai personai atmaksā no personīgajiem līdzekļiem segtos izdevumus par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem:

205.1. 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 dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices kompetentās institūcijas sniegtajai informācijai par personai atmaksājamo summu, ja:

205.1.1. īslaicīgas uzturēšanās laikā persona saņēmusi neatliekamo medicīnisko palīdzību vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību un attiecīgie veselības aprūpes pakalpojumi valstī, kurā tie saņemti, ietilpst valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstā;

205.1.2. dienests ir pieņēmis lēmumu par S 2 veidlapas izsniegšanu personai, bet samaksu par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu persona ir veikusi no personīgajiem līdzekļiem;

205.2. atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem, kas noteikti uz veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas brīdi, vai atbilstoši kompensācijas apmēram, kas noteikts normatīvajos aktos par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, uz brīdi, kad zāles un medicīniskās ierīces iegādātas, ja:

205.2.1. persona ir saņēmusi plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot šo noteikumu 205.1.2. apakšpunktā minēto gadījumu, un šos veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai Latvijas Republikā apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem;

205.2.2. persona ir saņēmusi neatliekamo vai nepieciešamo veselības aprūpi un to nodrošinājis veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, kurš nepiedalās šīs valsts sociālā nodrošinājuma sistēmā, un šos veselības aprūpes pakalpojumus Latvijas Republikā apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem;

205.2.3. 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 S 2 veidlapā.

206. Lai saņemtu izdevumu atmaksu par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, persona gada laikā no dienas, kad tā beigusi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, iesniedz dienestā šādus dokumentus:

206.1. iesniegumu izdevumu atmaksai, kurā norādīta šāda informācija:

206.1.1. vārds, uzvārds, dzimšanas datums, personas kods vai Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Iedzīvotāju reģistrā, adrese, tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

206.1.2. valsts, kurā ir saņemti veselības aprūpes pakalpojumi;

206.1.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja nosaukums, reģistrācijas numurs un adrese;

206.1.4. apraksts par veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas iemeslu citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē;

206.1.5. personas norēķinu konta rekvizīti;

206.2. maksājumu apliecinošu dokumentu, kurā norādīta pakalpojumu saņēmēju identificējoša informācija;

206.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja dokumentu, kurā ir norādīta šāda informācija:

206.3.1. veselības aprūpes pakalpojumi, kas personai ir sniegti;

206.3.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas laikposms;

206.3.3. personai sniegto veselības aprūpes pakalpojumu cenas par katru pakalpojumu atsevišķi;

206.3.4. par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas veikšanu;

206.3.5. diagnoze, uz kuru pamatojoties personai ir sniegts veselības aprūpes pakalpojums;

206.4. šo noteikumu 206.3. apakšpunktā minētā dokumenta notariāli apliecinātu tulkojumu valsts valodā, ja lūdz veikt izdevumu atmaksu saskaņā ar šo noteikumu 205.2.1. apakšpunktu;

206.5. ja lūdz veikt izdevumu atmaksu saskaņā ar šo noteikumu 205.2.1. 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 receptes vai nosūtījuma, 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;

206.6. ziņas par to, vai persona nav uzskatāma par apdrošinātu citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros.

207. Veicot izdevumu atmaksu par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, izdevumu atmaksas summa euro tiek noteikta, pamatojoties uz Eiropas Centrālās bankas publicēto valūtas kursu, kas dienā, kurā dienests saņēmis personas iesniegumu izdevumu atmaksai, noteikts saskaņā ar regulu Nr. 987/2009.

208. Savstarpējos norēķinus ar ES dalībvalstīm, EEZ valstīm un Šveici par šo valstu sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātām personām, dienests veic, ievērojot šādus nosacījumus:

208.1. par valsts pārvaldes iestāžu un ārstniecības iestāžu sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem un šo noteikumu 4. pielikumā norādītajiem aprūpes epizožu tarifiem;

208.2. par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukumu – atbilstoši izsaukuma cenai saskaņā Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta maksas pakalpojumu cenrādi;

208.3. par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, šo noteikumu 7. pielikumā noteiktajam attiecīgās ārstniecības iestādes gultasdienas tarifam un manipulāciju sarakstā ar zvaigznīti (\*) atzīmēto veikto manipulāciju tarifiem, kā arī gadījumā, ja ārstniecības iestādei samaksa par sniegto pakalpojumu veikta atbilstoši šo noteikumu 8. pielikumam – atbilstoši apmaksātā rēķina apmēram.

**5. Noslēguma jautājumi**

209. Atzīt par spēku zaudējušiem:

209.1. Ministru kabineta 2018. gada 27. februāra noteikumus Nr. 113 "Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas kārtība dienas stacionārā" (Latvijas Vēstnesis, 2018, 42. nr.);

209.2. Ministru kabineta 2018. gada 29. maija noteikumus Nr. 311 "Noteikumi par veselības aprūpes pakalpojumiem reto slimību jomā" (Latvijas Vēstnesis, 2018, 107. nr.);

209.3. Ministru kabineta 2018. gada 24. jūlija noteikumus Nr. 450 "Kārtība, kādā pacientiem ar hroniskām slimībām sniedzami veselības aprūpes pakalpojumi stacionārā ārstniecības iestādē" (Latvijas Vēstnesis, 2018, 150. nr.);

209.4. Ministru kabineta 2018. gada 24. jūlija noteikumus Nr. 452 "Kārtība, kādā sniedzami veselības aprūpes pakalpojumi sirds un asinsvadu slimību profilaksei" (Latvijas Vēstnesis, 2018, 150. nr.).

210. Šo noteikumu 4.1.3. apakšpunktā minētais nosacījums par zobārstniecības palīdzības apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem patvēruma meklētājiem, kas sasnieguši 18 gadu vecumu un ir vecāki par 18 gadiem, ir spēkā līdz 2018. gada 31. decembrim.

211. Izdevumus par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, kas apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem un līdz 2013. gada 31. decembrim sniegti personai, kurai prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma rezultātā nodarīts veselības kaitējums, dienests regresa kārtībā piedzen atbilstoši veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas laikā spēkā esošajos normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību noteiktajam gultasdienas tarifam, veikto manipulāciju tarifiem un faktisko gultasdienu skaitam.

212. 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.

213. Ja dienests noslēdzis ar pašvaldību līgumu par feldšerpunkta darbību, bet attiecīgā teritorija vairs neatbilst šo noteikumu 19. punktā minētajam nosacījumam, tad līguma attiecības ar pašvaldību dienests var turpināt ne ilgāk kā trīs gadus no dienas, kad konstatēta neatbilstība kādam no minētajiem nosacījumiem.

214. Ārstniecības iestādes, kurām uz 2018. gada 31.augustu līgumā ar dienestu ir noteiktas tiesības sniegt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, sniedz šādus pakalpojumus atbilstoši līgumā noteiktajiem nosacījumiem līdz 2018. gada 31. decembrim. No 2019. gada 1. janvāra šīs ārstniecības iestādes valsts apmaksātus pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktos vai uzņemšanas nodaļās sniedz atbilstoši šo noteikumu 92. punktā, 7.pielikumā un 10. pielikumā noteiktajai kārtībai.

215. Šo noteikumu 6.3. apakšpunkts stājas spēkā 2019. gada 1. jūlijā.

216. Šo noteikumu 126.punktā minētās iestādes dienestam nepieciešamos datus tiešsaistes režīmā nodod ar 2020. gada 1. janvāri.

217. Šo noteikumu 185.10. apakšpunktā noteiktais attiecībā uz HIV līdzestības kabinetu un 10. pielikuma 3.15. apakšpunktu stājas spēkā 2019. gada 1. aprīlī.

218. Izdevumu atmaksu par šo noteikumu 205.2.1. apakšpunktā minētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests veic, ja veselības aprūpes pakalpojumi saņemti pēc 2013. gada 25. oktobra.

219. Dienests fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību ārstniecības iestādēm, kas minētas šo noteikumu 7. pielikumā 1.4.5., 1.5., 1.7.5., 1.7.6. un 1.7.7. apakšpunktā, maksā no 2019. gada 1. aprīļa, ja ārstniecības iestādes nodrošina attiecīgo speciālistu diennakts dežūras uzņemšanas nodaļās.

220. Dienests šo noteikumu 7. pielikuma 1. punktā norādītos profilus un 2. punktā norādītās stacionāro pakalpojumu programmas līgumos ar ārstniecības iestādēm iekļauj, ievērojot šādus nosacījumus:

220.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jēkabpils slimnīca" stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus profilā "Insulta vienība" un šo noteikumu 7. pielikuma 2.7.1. apakšpunktā norādītajā stacionāro pakalpojumu programmā "Neiroloģija (insulta vienība)" sāk sniegt no 2019. gada 1. aprīļa;

220.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Siguldas slimnīca" stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus terapijas, ķirurģijas, ginekoloģijas, pediatrijas un traumatoloģijas profilā sāk sniegt no 2019. gada 1. aprīļa;

220.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus šo noteikumu 7. pielikuma 2.17.2. apakšpunktā norādītajā stacionāro pakalpojumu programmā "Paliatīvā aprūpe" sāk sniegt no 2019. gada 1. aprīļa;

220.4. pirmā līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus šo noteikumu 7. pielikuma 2.21. apakšpunktā norādītajā stacionāro pakalpojumu programmā "Pārējie terapeitiskie pakalpojumi" sāk sniegt no 2019. gada 1. aprīļa.

221. Šo noteikumu 7. pielikuma 2.10.11., 2.10.16., 2.10.18., 2.10.20., 2.10.25., 2.10.26. un 2.10.27. apakšpunkts ir spēkā līdz 2018. gada 31. decembrim.

222. Dienests šo noteikumu 13. pielikumā noteikto kārtību līguma finanšu apmēra noteikšanai par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu piemēro no 2019. gada 1. janvāra.

223. Dienests līdz 2018. gada 31. decembrim, pamatojoties uz ārstniecības iestādes iesniegumu, ir tiesīgs veikt izmaiņas līgumā noteiktajā finansējuma apmērā, kas paredzēts dienas stacionārā veikto ķirurģisku operāciju un stacionāro pakalpojumu programmā "Plānveida īslaicīgā ķirurģija" ietilpstošo pakalpojumu apmaksai, neņemot vērā šo noteikumu 13.pielikumā minētos ierobežojumus novirzāmo finanšu līdzekļu apmēram.

224. Ārstniecības iestādes šo noteikumu minētajā kārtībā iepirkto parenterāli ievadāmo zāļu izmantošanu onkoloģisko slimību ārstēšanai nodrošina un dienests to apmaksā ar 2019. gada 1. janvāri.

225. 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.

226. Līgumi par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, kas noslēgti starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un dienestu pirms šo noteikumu spēkā stāšanās, ir spēkā līdz līgumos noteiktā termiņa beigām.

227. Noteikumus piemēro no 2018. gada 1. septembra.

**Informatīvā atsaucē 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;

3) Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2011/93/ES par seksuālās vardarbības pret bērniem, bērnu seksuālās izmantošanas un bērnu pornogrāfijas apkarošanu, un ar kuru aizstāj Padomes Pamatlēmumu 2004/68/TI.

Ministru prezidents Māris Kučinskis

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Aivars Lapiņš