11.pielikums

Ministru kabineta

2018.gada \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

noteikumiem Nr.\_\_\_

**Primārās veselības aprūpes finansējuma plānošana**

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

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

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

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

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

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

2. Kapitācijas naudas apjoms, tai skaitā samaksa par reģistratora funkcijas veikšanu, vienai personai mēnesī ir 1,601602 *euro*.

3. Primārās veselības aprūpes patēriņa koeficientu, kas nepieciešams ģimenes ārstu kapitācijas naudas apmēra noteikšanai, dienests aprēķina pēc vadības informācijas sistēmas datiem uz kārtējā gada 30.septembri par personu skaitu vecumu grupās un apmeklējumu skaitu pie ģimenes ārsta katrā vecuma grupā, ņemot vērā šādus nosacījumus:

3.1. personas iedala šādās vecuma grupās:

3.1.1. vecumā līdz 1 gadam;

3.1.2. 1 līdz 7 gadi;

3.1.3. 7 līdz 18 gadi;

3.1.4. 18 līdz 45 gadi;

3.1.5. 45 līdz 65 gadi;

3.1.6. 65 gadi un vecāki;

3.2. pamatojoties uz dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par ambulatorajiem apmeklējumiem, iegūst ambulatoro apmeklējumu skaitu pie ģimenes ārstiem katrā vecuma grupā un valstī kopā;

3.3. reģistrēto personu skaitu katrā vecuma grupā (n1 līdz n6) un valstī kopumā (N) nosaka atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistra datiem;

3.4. dalot apmeklējumu skaitu vecuma grupā ar personu skaitu šajā vecuma grupā, iegūst katras vecuma grupas absolūto patēriņa koeficientu un, dalot kopējo apmeklējumu skaitu ar kopējo personu skaitu, iegūst valsts vidējo absolūto patēriņa koeficientu;

3.5. dalot katras vecuma grupas absolūto patēriņa koeficientu ar valsts vidējo absolūto patēriņa koeficientu, iegūst katras vecuma grupas primārās veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas patēriņa koeficientu (ki1 līdz ki6).

4. Dienests aprēķina ģimenes ārsta kapitācijas naudas apjomu pēc šādiem kritērijiem:

4.1. lai aprēķinātu katra ģimenes ārsta prakses reģistrēto pacientu kopējo koeficientu (Kp), summē katras vecuma grupas primārās veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas patēriņa koeficienta (ki1 līdz ki6) reizinājumu ar reģistrēto pacientu skaitu katrā vecuma grupā (n1 līdz n6), tad iegūto kopsummu dala ar kopējo pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaitu (N):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kp = | (ki1 x n1) + (ki2  x  n2) + (ki3 x n3) + (ki4 x n4) + (ki5 x n5) + (ki6 x n6) |  |
| N |

4.2. aprēķina visas valsts pacientu koeficientu (KV) atbilstoši šā pielikuma 4.1.apakšpunktā norādītajai formulai, ņemot vērā visu pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaitu valstī;

4.3. dalot katra ģimenes ārsta reģistrēto pacientu koeficientu (Kp) ar valsts koeficientu (KV), iegūst ģimenes ārsta pacientu diferencēto koeficientu (Kd):

Kd = Kp : KV

4.4. reizinot ģimenes ārsta pacientu diferencēto koeficientu (Kd) ar ģimenes ārsta kopējo reģistrēto pacientu skaitu (N) un kapitācijas naudu uz vienu pacientu mēnesī (LR), iegūst ģimenes ārsta darbībai paredzēto kapitācijas naudas apmēru mēnesī. Lai iegūtu ģimenes ārsta kapitācijas naudas apmēru gadā (LN), kapitācijas naudas apmērs mēnesī jāreizina ar 12:

LN = Kd x LR x N x 12

4.5. ģimenes ārstiem, kuri pacientu reģistrāciju ir uzsākuši kārtējā gada laikā, reģistrēto pacientu skaits pie ģimenes ārsta tiek noteikts atbilstoši vadības informācijas sistēmas datiem uz kārtējā gada 1.decembri.

5. Dienesta teritoriālajām nodaļām novirzāmo naudas līdzekļu apmēru ģimenes ārstu veikto ārstniecisko manipulāciju samaksai (LM) dienests aprēķina, reizinot teritoriālās nodaļas ģimenes ārstu katras iepriekšējā gadā veiktās manipulācijas skaitu (S) ar tās prognozēto tarifu (TC) un summējot:

LM(1…5) = S1(1…5) x TC1 + S2(1...5) x TC2 + Sn(1...5) x TCn

6. Manipulāciju saraksta paplašināšanas gadījumā šai summai pieskaita prognozējamo apjoma pieaugumu, kuru aprēķina, katras jaunās manipulācijas prognozējamo skaitu reizinot ar tās prognozējamo tarifu un summējot.

7. Ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei, tai skaitā riska maksājums – 480,73 *euro* mēnesī. Minēto maksājumu saņem visas ģimenes ārstu prakses, kas atbilstoši līgumam ar dienestu saņem kapitācijas naudu.

8. Ikmēneša fiksētais maksājums par ģimenes ārsta prakses otro un katru nākamo pieņemšanas vietu ir 142,29 *euro*, ievērojot šādus nosacījumus:

8.1. ģimenes ārsta prakses pieņemšanas vieta atbilst normatīvajiem aktiem par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām;

8.2. prakses papildu pieņemšanas vietas adrese ir:

8.2.1. citā teritoriālajā vienībā (novads, pagasts vai pilsēta);

8.2.2. tajā pašā teritoriālajā vienībā, ja tās nepieciešamību pēc saskaņošanas ar pašvaldību (prakse ir akceptēta ar pašvaldību saskaņotā primārās veselības aprūpes plānā) ir noteicis dienests un tā atbilst šā pielikuma 8.3., 8.4. un 8.5.apakšpunktā noteiktajām prasībām;

8.3. teritoriālā vienība, kurā atrodas prakses papildu pieņemšanas vieta, ir deklarētā dzīvesvieta vismaz 400 iedzīvotājiem vai iedzīvotāju blīvums attiecīgajā teritorijā ir mazāks par 500 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru;

8.4. prakses papildu pieņemšanas vieta ir reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā;

8.5. ģimenes ārsts šajā papildu pieņemšanas vietā pieņem pacientus vismaz vienu dienu nedēļā;

8.6. ģimenes ārsta papildu pieņemšanas vieta atrodas ģimenes ārsta pamatteritorijā.

9. Ģimenes ārstam maksā ikmēneša fiksēto piemaksu par prakses un personāla darbības nodrošināšanu lauku teritorijā atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma un reģistrēto pacientu skaita:

9.1. teritorija ar blīvumu virs 500 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru – piemaksas nav;

9.2. teritorija ar blīvumu no 100 līdz 499 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru – 182,00 *euro*/mēnesī, ja praksē reģistrēti līdz 1800 pieaugušo pacientu vai 800 bērnu, par katru nākamo reģistrēto pacientu piemaksa tiek palielināta par 0,07 *euro*/mēnesī;

9.3. teritorija ar blīvumu no 20 līdz 99 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru – 268 *euro*/mēnesī, ja praksē reģistrēti līdz 1800 pieaugušo pacientu vai 800 bērnu, par katru nākamo reģistrēto pacientu piemaksa tiek palielināta par 0,10 *euro*/mēnesī;

9.4. teritorija ar blīvumu zem 20 iedzīvotājiem uz kvadrātkilometru – 361 *euro*/mēnesī, ja praksē reģistrēti līdz 1800 pieaugušo pacientu vai 800 bērnu, par katru nākamo reģistrēto pacientu piemaksa tiek palielināta par 0,14 *euro*/mēnesī;

9.5. dienests par katru reģistrēto pacientu papildus aprēķina šā pielikuma 9.2., 9.3. un 9.4.apakšpunktā noteikto reģistrēto pacientu piemaksas apjomu, ja ģimenes ārstu prakse saņem māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma apmēru divkāršā apmērā atbilstoši šā pielikuma 20. punktam.

10. Ja ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā ir vairākas teritoriālās vienības (pilsētas, pagasti), nosaka šo teritoriālo vienību iedzīvotāju vidējo blīvumu uz kvadrātkilometru. Teritoriju, piemēram, pilsētu, kuras iedzīvotājus aprūpē vairāki ģimenes ārsti, uzskata par vienotu teritoriju ar vienu iedzīvotāju blīvumu.

11. Dienests ģimenes ārsta ikmēneša fiksēto piemaksu par prakses darbības nodrošināšanu lauku teritorijā atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma un reģistrēto pacientu skaita nosaka vienu reizi kalendāra gadā, aprēķinā izmantojot datus par reģistrēto pacientu skaitu uz iepriekšējā kalendārā gada 1.decembri, izņemot šādus gadījumus, ja aprēķinā tiek izmantots reģistrēto pacientu skaits uz iepriekšējā kalendārā mēneša divdesmito datumu:

11.1. ja tiek slēgts jauns līgums;

11.2. ja tiek mainīta ģimenes ārsta pamatteritorija;

11.3. ja pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaits pieaudzis vairāk nekā par 200 personām.

12. Ģimenes ārsta saņem ikmēneša fiksēto piemaksu par reģistrēto pacientu vecuma struktūras atbilstību ģimenes ārsta prakses tipam – ja ģimenes ārsta praksē bērnu skaits ir līdz 70 % no kopējā pie ārsta reģistrēto pacientu skaita – 28,46 *euro*.

13. Ģimenes ārstam maksā ikmēneša fiksētās piemaksas par hronisko slimnieku aprūpi šādā apmērā:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Piemaksa par katru pacientu *euro* /mēnesī | Diagnožu kodi |
| 13.1. | 0,06 | C00, C17, C26, C43, C44, C63, C68, I09, I11, I50, K50 |
| 13.2. | 0,13 | C04, C09, C15, C18, C53, C54, C76, E25, E27, I20, K74, M06, N18 |
| 13.3. | 0,24 | C20, C22, C23, C32, C50, C67, C70, C90, C91, C92, E84, G10, I05, I10, I25, N04, Z95 |
| 13.4. | 0,43 | C16, C25, C31, C48, C55, C56, C64, C74, C81, C88, E10, E22, E23, F20, G70, J45, K51 |
| 13.5. | 0,60 | C12, C13, C34, C39, C61, C71, C72, C73, C82, E11, E83, G20, G40, M05, M34 |
| 13.6. | 0,75 | C07, G35, M33, T66 |
| 13.7. | 0,97 | C37, C51, C57, C96, M32 |
| 13.8. | 1,39 | C45, C47, C66 |

14. Ģimenes ārsts saņem šā pielikuma 13.punktā minētās piemaksas tikai par tiem pacientiem, kuri iepriekšējo sešu mēnešu laikā ir apmeklējuši savu ģimenes ārstu trīs vai vairāk reizes.

15. Par ģimenes ārsta praksē vai laboratorijā veiktu profilaktisko izmeklējumu – slēpto asiņu izmeklējums fēcēs (no trim sekojošām vēdera izejām) – ģimenes ārsts saņem maksājumu – 0,71 *euro* par katru pieaugušo pacientu.

16. Ģimenes ārsts saņem maksājumu par personai, kura reģistrēta ģimenes ārsta pacientu reģistrā, savlaicīgi atklātu vēzi 1. vai 2.stadijā, ja šāda vēža stadija ir diagnozes noteikšanas datumā –71,14. *euro* Minēto maksājumu ģimenes ārsta praksei dienests izmaksā reizi gadā līdz 1.jūnijam, izvērtējot ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā iekļauto informāciju.

17. Māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājumu ģimenes ārsta darba vietā un ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā strādājošai māsai vai ārsta palīgam (feldšerim) aprēķina atbilstoši šo noteikumu noteiktajai vidējai darba samaksai mēnesī (šo noteikumu 153.punkts):

17.1. par 1800 pieaugušo pacientu veselības aprūpi ārsta praksē un ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā;

17.2. par 800 bērnu veselības aprūpi ārsta praksē un ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā;

17.3. ja, aprēķinot māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanas maksājumu atbilstoši šā pielikuma 17.1. un 17.2.apakšpunktā noteiktajai kārtībai, tas ir mazāks par šajos noteikumos minēto darba samaksu, to palielina līdz šo noteikumu minētajam apmēram.

18. Ģimenes ārsta praksei paredzēto māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma apmēru (Am) nosaka šādi:

18.1. ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu skaitu (N) izdalot ar šā pielikuma 17.1.apakšpunktā noteikto pieaugušo pacientu skaitu un reizinot ar šajos noteikumos noteikto ārstniecības un pacientu aprūpes personu un funkcionālo speciālistu asistentu vidējo darba samaksu (D), kas saskaitīta ar valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu likmi (S), iegūst ģimenes ārsta māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma daļu par pieaugušo pacientu aprūpi (Ap):

Ap = N : 1800 x (D + S)

18.2. ģimenes ārsta praksē reģistrēto bērnu (Nb) izdalot ar šā pielikuma 17.2.apakšpunktā noteikto bērnu un reizinot ar šajos noteikumos noteikto ārstniecības un pacientu aprūpes personu un funkcionālo speciālistu asistentu vidējo darba samaksu (D), kas saskaitīta ar valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu likmi (S), iegūst ģimenes ārsta māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma daļu par pacientu vecumā līdz 18 gadiem aprūpi (Ab):

Ab = Nb : 800 x (D + S)

18.3. saskaitot aprēķinātās ģimenes ārsta māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma daļas par pieaugušo (Ap) un bērnu (Ab) aprūpi, iegūst ģimenes ārsta praksei paredzēto māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma kopējo apjomu (Am):

Am = Ap + Ab

19. Ārsta palīgu (feldšeru), kuri nodarbināti pašvaldībai piederošā feldšerpunktā, ar kuru dienests ir noslēdzis līgumu, darbu apmaksā saskaņā ar šajos noteikumos noteikto vidējo ārstniecības un pacientu aprūpes personu un funkcionālo speciālistu asistentu darba samaksu, pieskaitot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu likmi un ņemot vērā līgumā ar dienestu noteikto darba apjomu, ko nosaka atbilstoši šādiem nosacījumiem:

19.1. feldšerpunkta apmeklējumu skaitu dienesta vadības informācijas sistēmā par iepriekšējo līguma periodu;

19.2. līdz šim līgumattiecībās ar dienestu neesošo feldšerpunktu iesniegtos datus Slimību profilakses un kontroles centram par apmeklējumu skaitu feldšerpunktā iepriekšējā gadā;

19.3. darba samaksas apjomu mēnesī aprēķina, reizinot šo noteikumu noteikto darba samaksu ar šādu apmeklējumu skaitam atbilstošo slodzes apjomu:

19.3.1. ja feldšerpunkta apmeklējumu skaits vidēji mēnesī ir līdz 210, – 0,5 slodzes;

19.3.2. ja feldšerpunkta apmeklējumu skaits vidēji mēnesī ir 211–325, – 0,75 slodzes;

19.3.3. ja feldšerpunkta apmeklējumu skaits vidēji mēnesī ir 326–420, – 1 slodze;

19.3.4. ja feldšerpunkta apmeklējumu skaits vidēji mēnesī ir 421–525, – 1,25 slodzes;

19.3.5. ja feldšerpunkta apmeklējumu skaits vidēji mēnesī ir lielāks par 525, – 1,5 slodzes;

19.4. jaunatvērtajiem feldšerpunktiem darba samaksas apjomu nosaka 0,5 slodzes apmērā uz sešiem mēnešiem. Pēc tam darba samaksas apjomu aprēķina atbilstoši feldšerpunkta apmeklējumu skaitam pēc dienesta vadības informācijas sistēmas datiem.

20. Dienests palielina ģimenes ārsta praksei paredzēto māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma apmēru divas reizes, ja ģimenes ārstu prakse ir vērsusies dienestā ar iesniegumu par maksājuma palielināšanu un nodrošina šādu nosacījumu izpildi:

20.1. ja ģimenes ārsta praksē uz iesnieguma iesniegšanas brīdi ir reģistrēti vismaz 1200 pacienti vai 600 pacienti vecumā līdz 18 gadiem;

20.2. ja ģimenes ārsta praksē ir vismaz divas ārstniecības un pacientu aprūpes ārstniecības personas (māsa vai ārsta palīgs (feldšeris)) un katra ir nodrošināta ar iekārtotu darba vietu;

20.3. ja māsas vai ārsta palīga (feldšera) pacientu patstāvīgais pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 10 stundām nedēļā.

21. Ārsta palīgs (feldšeris) un māsa par atsevišķi veiktu darbu aizpilda ambulatorā pacienta talonus.

22. Ja ģimenes ārsta praksē strādā gan māsa, gan ārsta palīgs (feldšeris), vairākas māsas vai vairāki ārsta palīgi (feldšeri), ģimenes ārstam ir tiesības, rakstiski vienojoties ar šiem darbiniekiem, māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājumu samaksāt, nosakot atšķirīgu atalgojumu katram darbiniekam atbilstoši tā kvalifikācijai, stāžam un darba pienākumu apjomam.

23. Māsas vai ārsta palīga (feldšera) darba laiks ar ģimenes ārstu nevar kādā daļā sakrist ar tās pašas māsas vai ārsta palīga (feldšera) darba laiku pie cita ģimenes ārsta. Ģimenes ārsta pienākums ir nodrošināt, ka māsas vai ārsta palīga (feldšera), par ko ģimenes ārsts saņem māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājumu, darba laiks ir četrdesmit stundas nedēļā.

24. Ģimenes ārsta nāves gadījumā vai gadījumā, ja spēkā stājies tiesas spriedums vai lēmums, kas ģimenes ārstam aizliedz sniegt primārās veselības aprūpes pakalpojumus, Dienests apmaksā medicīniskās dokumentācijas kārtošanu un nodošanu pacientam vai ārstam atbilstoši kārtībai, kas noteikta līgumā starp dienestu un ārstniecības iestādi, šādā apmērā:

24.1. šajā pielikumā noteiktajā kārtībā aprēķināto attiecīgās māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājumu;

24.2. par ģimenes ārsta prakses telpu uzturēšanu apmērā, kas noteikts šā pielikuma 7.punktā.

25. Ja ģimenes ārsta prakse izbeidz līgumattiecības ar dienestu saistībā ar ģimenes ārsta aiziešanu pensijā, dienests šajos noteikumos noteiktajos gadījumos ģimenes ārsta praksei izmaksā kompensācijas maksājumu šajā pielikumā noteiktajā kārtībā aprēķinātā māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma divkāršā apmērā, bet gadījumā, ja praksē nodarbināta vairāk nekā viena māsa vai ārsta palīgs (feldšeris), kompensācijas maksājumu izmaksā četrkāršā darbības nodrošināšanas maksājuma apmērā.

26. Ja ģimenes ārsta prakse izbeidz līgumattiecības ar vienīgo praksē nodarbināto ārsta palīgu vai māsu, dienests praksei maksā kompensācijas maksājumu ārsta palīga, māsas funkciju nodrošināšanai šajā pielikumā noteiktajā kārtībā aprēķinātā māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma 50% apjomā līdz brīdim, kamēr prakse uzsāk nodarbināt jaunu ārsta palīgu vai māsu, bet ne ilgāk par trīs mēnešiem vienā kalendārā gadā.

27. Kopējos līdzekļus ārstniecības iestādei samaksai par zobārstniecības pakalpojumiem (Lizob) plāno šādi:

27.1. naudas līdzekļu apmēru 12 mēnešiem ārstniecības iestādei zobārstniecības pakalpojumiem bērniem vecumā līdz 18 gadiem un iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumos personām vecumā no 18 līdz 22 gadiem (Lib+š) aprēķina, reizinot šajā ārstniecības iestādē iepriekšējā periodā pacientiem katras veiktās zobārstniecības manipulācijas skaitu (S1, S2 utt.) ar tās plānoto tarifu (TC1, TC2 utt.) un tad reizinājumus summējot:

Lib+š = S1 x TC1 + S2 x TC2 + … + Sn x TCn

27.2. naudas līdzekļu apmēru ārstniecības iestādei samaksai par zobārstniecības pakalpojumiem Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušajām personām (turpmāk – dalībnieki) (Lčzob) plāno šādi:

27.2.1. aprēķina līdzekļu apmēru samaksai par dalībniekiem sniegtiem zobārstniecības pakalpojumiem, kas saistīti ar zobārstniecības palīdzību (Lčzzob), t.i., reizina ārstniecības iestādē dalībniekiem iepriekšējā periodā katras veiktās zobārstniecības manipulācijas skaitu, kas atbilst zobārstniecības palīdzībai (Sz1, Sz2 utt.), ar tās plānoto tarifu (TCz1, TCz2 utt.), tad, reizinājumus summējot, iegūst plānoto finanšu līdzekļu apjomu 12 mēnešiem, no kura aprēķina 50 %:

Lčzzob = (Sz1 x TCz1 + Sz2 x TCz2 + … + Szn x TCzn) x 50 %

27.2.2. aprēķina līdzekļu apmēru samaksai par dalībniekiem sniegtiem zobārstniecības pakalpojumiem, kas saistīti ar zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm (Lčpzob), t.i., reizina ārstniecības iestādē dalībniekiem iepriekšējā periodā katras veiktās zobārstniecības manipulācijas skaitu, kas atbilst zobu protezēšanai ar izņemamām plastmasas protēzēm (Sp1, Sp2 utt.), ar tās plānoto tarifu (TCp1, TCp2 utt.), tad, reizinājumus summējot, iegūst plānoto finanšu līdzekļu apjomu 12 mēnešiem:

Lčpzob = Sp1 x TCp1 + Sp2 x TCp2 + … + Spn x TCpn

27.2.3. kopējo līdzekļu apmēru ārstniecības iestādei samaksai par zobārstniecības pakalpojumiem (Lizob) iegūst, summējot aprēķināto līdzekļu apmēru bērnu zobārstniecībai un zobārstniecības pakalpojumiem šķeltņu gadījumos (Lib+š) ar līdzekļu apmēru dalībnieku zobārstniecības pakalpojumiem (Lčzzob un Lčpzob):

Lizob = Lib+š + Lčzzob + Lčpzob

28. Kopējo naudas līdzekļu apmēru zobārstniecības pakalpojumiem (Lkzob) iegūst šādi:

28.1. saskaita kopējo līdzekļu apmēru zobārstniecībai katrā teritoriālajā nodaļā (Ltzob), t.i., summē katrai šajā teritoriālajā nodaļā esošajai ārstniecības iestādei aprēķinātos līdzekļus (Lizob1, Lizob2 utt.):

Ltzob = Lizob1 + Lizob2 + … + Lizobn

28.2. summē visām teritoriālajām nodaļām aprēķināto līdzekļu apmērus zobārstniecībai (Ltzob1 līdz Ltzob5):

Lkzob = Ltzob1 + … + Ltzob5

29. Kopējo naudas apmēru samaksai par zobārstniecības pakalpojumiem var pārskatīt, ņemot vērā kārtējā gada valsts budžetā veselības aprūpes pakalpojumu samaksai pieejamos finanšu līdzekļus.

30. Nepieciešamo līdzekļu apmēru tiem pakalpojumu sniedzējiem, ar kuriem iepriekšējā periodā nebija noslēgts līgums par veselības aprūpes pakalpojumu samaksu, plāno, ņemot vērā pakalpojumu sniedzēja iesniegto informāciju un līguma apjomu līdzīga profila iestādēs.

31. Dežūrārstu skaitu un tam nepieciešamo finansējumu plāno atbilstoši pilsētas iedzīvotāju skaitam, nodrošinot ne vairāk kā vienu dežūrārstu slodzi uz 40 000 iedzīvotājiem.

32. Lai veselības aprūpes mājās ietvaros nodrošinātu:

32.1. mākslīgo plaušu ventilāciju un bērnu parenterālo barošanu, kā arī fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizīšu apmaksu, dienests finanšu līdzekļus ārstniecības iestādēm plāno atbilstoši faktiski sniegtajam pakalpojumu apjomam iepriekšējā kalendāra gadā, izmantojot aprēķinā datus par pirmajiem deviņiem kārtējā gada mēnešiem;

32.2. citus veselības aprūpes pakalpojumus, dienests finanšu līdzekļus ārstniecības iestādēm plāno atbilstoši iedzīvotāju skaitam attiecīgajā teritorijā, ievērojot šādus nosacījumus:

32.2.1. medikamentu ievadīšanai, ādas bojājumu aprūpei, urīna ilgkatetera maiņai un aprūpei, mākslīgās atveres (stomas) aprūpei, tai skaitā tuvinieku izglītošanai un apmācībai, kā arī enterālai barošanai caur zondi finanšu līdzekļus plāno pilsētām un novadu pagastiem – 2,42 *euro* vienai personai;

32.2.2. rehabilitācijas pakalpojumiem finanšu līdzekļus plāno novadiem – 0,44 *euro* vienai personai;

32.2.3. ja attiecīgajā teritorijā veselības aprūpi mājās nodrošina viena ārstniecības iestāde, līdzekļus piešķir konkrētajai ārstniecības iestādei pilnā apmērā;

32.2.4. ja attiecīgajā teritorijā veselības aprūpi mājās nodrošina vairākas ārstniecības iestādes, līdzekļus proporcionāli sadala starp ārstniecības iestādēm atbilstoši sniegto veselības aprūpes pakalpojumu īpatsvaram attiecīgās teritorijas iedzīvotājiem, izmantojot aprēķinā datus par pirmajiem deviņiem kārtējā gada mēnešiem.

33. Dienests līgumā ar ārstniecības iestādi, kas sniedz veselības aprūpi mājās, norāda šā pielikuma 31.2.apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto attiecīgās ārstniecības iestādes plānoto finanšu līdzekļu apmēru attiecīgajā teritorijā un kopējo ārstniecības iestādei plānoto finanšu līdzekļu apmēru.

34. Finanšu līdzekļus, kas iegūti, pārskatot plānoto līgumu apjomu ārstniecības iestādēm, kas sniedz veselības aprūpi mājās (saskaņā ar šajos noteikumos noteikto kārtību līguma apjoma neizpildes gadījumā), prioritāri novirza tām ārstniecības iestādēm, kas veselības aprūpi mājās vismaz 75 % apmērā sniegušas personām, kuru dzīvesvieta ir deklarēta teritorijās, kas norādītas ārstniecības iestādes līgumā, izņemot gadījumus, ja attiecīgajā teritorijā iedzīvotāju skaits ir mazāks par 700. Ja attiecīgās administratīvās teritorijas ārstniecības iestādes veselības aprūpi mājās vismaz 75 % apmērā nenodrošina personām, kuru dzīvesvieta ir deklarēta konkrētajā administratīvajā teritorijā, tad dienests piesaista jaunu pakalpojumu sniedzēju no gaidīšanas saraksta, ja tam ir pieejami finanšu līdzekļi.

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Aivars Lapiņš