*Projekts*

LATVIJAS REPUBLIKAS MINISTRU KABINETS

2011.gada \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ Noteikumi Nr.

Rīgā (prot. Nr. .§)

**Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”**

Izdoti saskaņā ar

Ārstniecības likuma

 4.panta pirmo daļu

1.Izdarīt Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (Latvijas Vēstnesis, 2006, 208.nr.; 2007, 146., 207.nr.; 2008, 118., 202.nr.; 2009, 25., 49., 104., 157., 183., 206.nr.; 2010, 16., 65., 89., 130., 161.nr.; 2011, 2., 8., 66., 90., 102.nr.) šādus grozījumus:

1.1. aizstāt noteikumu tekstā un pielikumos vārdu „centrs” (attiecīgā locījumā) ar vārdu „dienests” (attiecīgā locījumā);

1.2. aizstāt noteikumu tekstā vārdus „Veselības ekonomikas centrs” (attiecīgā locījumā) ar vārdu „dienests” (attiecīgā locījumā);

1.3. aizstāt 5.punkta ievaddaļā vārdus „Veselības norēķinu centrs (turpmāk – centrs)” ar vārdiem „Nacionālais veselības dienests (turpmāk – dienests)”;

1.4. izteikt 11.3 punkta pirmo teikumu šādā redakcijā:

„Pašvaldības sociālais dienests izsniedz izziņu (43.pielikums) par atsevišķi dzīvojošas personas vai ģimenes ienākumu atbilstību šo noteikumu 7.6 punktā un 10.18.apakšpunktā noteiktajam ienākumu līmenim uz sešiem mēnešiem, ja vismaz viens no iesniedzēja pilngadīgajiem ģimenes locekļiem ir darbspējas vecumā, izņemot nestrādājošas personas ar invaliditāti, bet pārējos gadījumos – uz 12 mēnešiem.”;

1.5. izteikt 14.punkta ievaddaļu šādā redakcijā:

„14. No valsts budžeta neapmaksā veselības aprūpes pakalpojumus, ja pacientam nav līgumattiecībās ar centru esoša ģimenes ārsta, speciālista vai ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta nosūtījuma (izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību šajos noteikumos minē­tajos gadījumos), un nesedz maksu par šādiem veselības aprūpes pakalpojumiem:”;

1.6. izteikt 17.2.apakšpunktu šādā redakcijā:

„17.2. Tieslietu ministrija:

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

17.2.2. pacientu iemaksas un pacientu līdzmaksājumus par ieslodzītajiem, kas saņem veselības aprūpi ārpus ieslodzījuma vietas;”;

1.7. papildināt noteikumus ar 21.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

„21.4. ieslodzītie – ar ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta nosūtījumu.”;

1.8.papildināt 47.punktu aiz vārdiem „savā pacientu sarakstā
reģistrēto pacientu” ar vārdiem „kā arī šo noteikumu 40.2.1., 40.2.2. un 40.2.4.apakšpunktā minēto pacientu, kurš vērsies pie ģimenes ārsta pēc palīdzības akūtas saslimšanas, traumas un iepriekš diagnosticētas (hroniskas) slimības paasinājuma gadījumos”;

1.9. izteikt 76.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

„76.1. pēc ģimenes ārsta, speciālista vai ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta nosūtījuma;”;

1.10. papildināt 110.1punktu aiz vārdiem „ģimenes ārstiem” ar vārdiem „ieslodzījuma vietās strādājošiem ārstiem”;

1.11. papildināt noteikumus ar 110.54.apakšpunktu šādā redakcijā:

„110.5 4. ieslodzījuma vietās strādājošiem ārstiem laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apjomu nākošajam gadam aprēķina, reizinot ieslodzīto skaitu uz kārtējā gada 30. jūniju ar 110. 4 punkta kārtībā aprēķināto līdzekļu apmēru vienam pie ģimenes ārsta reģistrētajam pacientam.”;

1.12. izteikt 122.7 punktu šādā redakcijā:

„122.7 Katru gadu līdz 1.maijam centrs katram veselības aprūpes pakalpojumu veidam veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā aprēķina nepieciešamo pakalpojumu skaitu uz 1000 iedzīvotājiem. To iegūst, dalot iepriekšējā kalendārajā gadā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu skaitu ar veselības aprūpes plānošanas vienības iedzīvotāju skaitu un reizinot ar 1000.”;

1.13. izteikt 130.9 punktu šādā redakcijā:

„130.9 Ja kārtējā gada laikā kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai ir palielināts, centrs pārskata līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem plānoto pacientu skaitu un finanšu apjomus, ievērojot šādus nosacījumus:

130.91. līdzekļi tiek sadalīti, novirzot no kopējā finanšu apjoma palielinājuma summas ambulatorajai veselības aprūpei 25 %, bet stacionārajai veselības aprūpei 75 %, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi;

130.92. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, papildu finanšu līdzekļus novirza pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 10.punktā (izņemot 10.17. un 10.18.apakšpunktu) minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un 11.punktā minētajiem gadījumiem tiem sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri saņem ikmēneša fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību, plānoto finanšu līdzekļu apmēru palielinot par summu, kas atbilst starpībai starp pārskatāmā perioda faktiski veikto pacientu iemaksu kompensācijas apmēru un pārskata periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai, piemērojot koeficientu pacientu iemaksu pārplānošanai kalendāra gadam, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi;

130.92.1 ja faktiski veikto ambulatoro profilaktisko izmeklējumu apmaksai plānotie finanšu līdzekļi ir pārsniegti periodā, kas atbilst pilniem mēnešiem, par kuriem pieejami dati centra vadības informācijas sistēmā, papildu finanšu līdzekļus novirza par summu, kas atbilst starpībai starp attiecīgajā periodā faktiski veikto profilaktisko izmeklējumu apmēru un šim periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru, piemērojot koeficientu atbilstoši atlikušajiem attiecīgā kalendāra gada mēnešiem, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi;

130.92.2 ja faktiski veikto laboratorisko izmeklējumu apmaksai plānotie finanšu līdzekļi ir pārsniegti periodā, kas atbilst pilniem mēnešiem, par kuriem pieejami dati centra vadības informācijas sistēmā, papildu finanšu līdzekļus novirza par summu, kas atbilst starpībai starp attiecīgajā periodā faktiski veikto laboratorisko izmeklējumu apmēru un šim periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru, piemērojot koeficientu atbilstoši atlikušajiem attiecīgā kalendāra gada mēnešiem, un līdzekļus izlieto šo noteikumu 110.31., 110.32. un 110.33.apakšpunktā noteikto laboratorisko pakalpojumu apmaksai, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi;

130.93. atbilstoši atlikušajai summai finanšu līdzekļus novirza sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri veselības aprūpes pakalpojumus snieguši, pārsniedzot līgumā noteikto finanšu apmēru kalendārā gada pirmajā pusgadā tiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem, kuriem pārsniegts līgumā ar centru noteiktais finanšu līdzekļu apmērs, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi:

130.93.1.rentgenoloģijas, ultrasonogrāfijas un mamogrāfijas pakalpojumiem, kā arī sirds asinsvadu sistēmas funkcionālajiem izmeklējumiem papildus līdzekļi tiek aprēķināti, pirmā pusgada attiecīgā pakalpojuma veida līguma summas pārsnieguma apmēram piemērojot koeficientu 0,5;

130.93.2. šo noteikumu 45.pielikuma 2.1.apakšpunktā norādītajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem, kā arī ķirurģiskā un rehabilitācijas dienas stacionāra pakalpojumiem papildus līdzekļi tiek aprēķināti, pirmā pusgada attiecīgā pakalpojuma veida līguma summas pārsnieguma apmēram piemērojot koeficientu 1;

130.93.3. hemodialīzes, ķīmijterapijas un staru terapijas dienas stacionāra pakalpojumiem papildus līdzekļi tiek aprēķināti, pirmā pusgada attiecīgā pakalpojuma veida līguma summas pārsnieguma apmēram piemērojot koeficientu 2;

130.93.4. ja atbilstoši šo noteikumu 130.93.1., 130.93.2. un 130.93.3.apakšpunktam ir aprēķināti ārstniecības iestādēm papildus piešķiramie līdzekļi, bet kopējais piešķirto līdzekļu apjoms ir nepietiekošs, to proporcionāli samazina, piemērojot aprēķiniem vienotu koeficientu;

130.93.5. ja atbilstoši šo noteikumu 130.93.1., 130.93.2. un 130.93.3.apakšpunktam ir aprēķināti ārstniecības iestādēm papildus piešķiramie līdzekļi un vēl ir atlikuši līdzekļi no kopējā papildus piešķirto līdzekļu apjoma, papildus līdzekļi tiek aprēķināti pārējiem dienas stacionāra pakalpojumu veidiem un šo noteikumu 45.pielikuma 2.2.apakšpunktā norādītajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem, kas nav norādīti 130.93.1.apakšpunktā, un šo noteikumu 45.pielikuma 2.3., 2.4. un 2.5.apakšpunktā norādītajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidiem proporcionāli pieejamajam papildus piešķirto līdzekļu apmēram, piemērojot aprēķiniem vienotu koeficientu attiecīgajā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidā līgumā noteiktajam līdzekļu apjomam;

130.93.6. ja aprēķina rezultātā ārstniecības iestādei finansējuma apmērs jāpalielina par summu pakalpojumu vai pacientu iemaksu sadaļā, kas nepārsniedz 100 latu, centrs ārstniecības iestādei iepriekš noteikto finanšu apmēru nemaina;

130.94. papildu finanšu līdzekļus novirza visiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem šādā secībā un kārtībā, ja Ministru kabinets nav lēmis citādi:

130.94.1. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, centrs aprēķina nepieciešamo finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 10.punktā (izņemot 10.17. un 10.18.apakšpunktu) minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī 11. un 11.1punktā minētajiem gadījumiem, palielinot plānoto finanšu līdzekļu apmēru par summu, kas atbilst starpībai starp pārskata periodā faktiski veikto pacientu iemaksu kompensācijas apmēru un pārskata periodam plānoto finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai, piemērojot atbilstošo koeficientu pacienta iemaksas pārplānošanai kalendāra gadam;

130.94.2. atbilstoši atlikušajai summai centrs proporcionāli palielina programmā „Iezīmētie pakalpojumi” un programmā „Pārējie pakalpojumi” ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai plānoto summu visām iestādēm, kurās kopējais hospitalizāciju skaits pārskata periodā ir lielāks par 105 % no plānotā, tajās pakalpojumu programmās, kurās hospitalizāciju skaits lielāks par 105 % no plānotā. Ja aprēķina rezultātā ārstniecības iestādei pakalpojumu programmā finansējuma apmērs jāpalielina par summu, kas nepārsniedz 5 % no gada finansējuma, centrs šajā programmā ārstniecības iestādei iepriekš noteikto finansējuma apmēru nemaina;

130.94.3. plānoto finansējumu samaksai par šo noteikumu 22.pielikuma 4.punktā minētajiem pakalpojumiem centrs pārplāno proporcionāli pārskata periodā apmaksātajam apjomam;

130.95. ārstniecības iestādēm, kurām aprēķina papildu finansējumu, veic pakalpojumu pārstrukturizāciju kalendāram gadam atbilstoši pārskatāmajā periodā sniegto pakalpojumu apjomam pakalpojumu veidos.”;

1.14. izteikt 135.5. 1 apakšpunktu šādā redakcijā:

„135.5. 1 ārstniecības iestādei – pienākums maksāt līgumsodu šo noteikumu 147.4 un147.7 punktā minētajos gadījumos un apmērā;”;

1.15. svītrot 144.4.apakšpunktu;

1.16. aizstāt 153.punktā vārdus „piemēram, medikamentu un medicīnisko ierīču iepirkumiem – Veselības ekonomikas centra un Zāļu valsts aģentūras pilnvaroto pārstāvi, medicīnas ierīču iepirkumiem – Zāļu valsts aģentūras pilnvaroto pārstāvi” ar vārdiem „piemēram, medikamentu un medicīnisko ierīču iepirkumiem – Zāļu valsts aģentūras pilnvaroto pārstāvi”;

1.17. aizstāt 196.punktā vārdus „Veselības norēķinu centra” ar vārdu „dienesta”;

1.18. svītrot 266.punktu;

1.19. papildināt ar 297. un 298.punktu šādā redakcijā:

„297. Ja līdz 2011.gada 1.oktobrim nav izlietoti atbilstoši šo noteikumu 5.3.apakšpunktam aprēķinātie līdzekļi, tad 97% no tiem novirza šo noteikumu 24.pielikuma 1.1.4., 1.1.5., 1.1.6., 1.2.3., 1.3.3., 1.3.4., 1.4.2., 1.4.3., 1.4.4., 1.4.5. un 1.5.3.apakšpunktā minētajām ārstniecības iestādēm proporcionāli šīm ārstniecības iestādēm 2011.gada pirmajam pusgadam paredzētajam fiksētajam maksājumam par stacionāro darbību.

298. Šo noteikumu 297.punkts ir spēkā līdz 2011.gada 31.decembrim.”;

1.20. papildināt 6.pielikumu ar 138.1 punktu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| „138. 1 | 41204 | Troponīns T”; |  |

1.21. izteikt 18.pielikuma 1027.punktu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| „1027. | 19270\* | Hroniska hemodialīze (iekļautas pacientam nepieciešamās laboratorijas, rentgena un citu izmeklējumu, kā arī materiālu un medikamentu izmaksas) | 53,14”; |

1.22. izteikt 18.pielikuma 1029. un 1030.punktu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| „1029. | 19275\* | Akūta hemodialīze (iekļautas pacientam nepieciešamās laboratorijas, rentgena un citu izmeklējumu, kā arī materiālu un medikamentu izmaksas) | 78,41 |
| 1030. | 19276\* | Hemofiltrācija un hemodiafiltrācija (iekļautas pacientam nepieciešamās laboratorijas, rentgena un citu izmeklējumu, kā arī materiālu un medikamentu izmaksas) | 64,25”; |

1.23. papildināt 19.pielikumu ar 4.42.2 apakšpunktu šādā redakcijā:

|  |  |
| --- | --- |
| „4.42.2 | Transfuziologs”; |

1.24. svītrot 24.pielikuma 1.3.2.apakšpunktā vārdu „pašvaldības”;

1.25. izteikt 37.pielikuma 4.4.apakšpunktu šādā redakcijā:

„4.4. lai apzinātu pacientus ar šā pielikuma 4.3.apakšpunktā minētajiem diagnožu kodiem, dienests veic datu apmaiņu starp vadības informācijas sistēmu un noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistru;”;

1.26. papildināt 45.pielikuma 2.1.apakšpunkta aili „nefroloģija” ar specialitātes kodu „A157”;

1.27. izteikt 46.pielikuma 8. un 9.punktu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| „8. | Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā | 60110; Bērnu garīgās veselības rehabilitācijas pasākumu apmaksai - 60110+55076;55077 | 60110; Bērnu garīgās veselības rehabilitācijas pasākumu apmaksai - 60110+55076;55077 |
| 9. | Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā | 60110+13025;13026 | 60110+13025;13026”; |

1.28.izteikt 46.pielikuma 12.6.apakšpunktu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| „12.6. | traumatoloģija, ortopēdija | 60110+20014;20028;20029;20039;20040;20041;20043;20044;20050;20059;20060;20070;20071;20073; 20075;20085;20087;20100; 20101;20108;20127;20128;20139;20145;20146;20147;20149;20155; 20159;20161;20200;20202;20203-20205;20207;20209;20210;20212; 20217;20218;20219;20220; 20222;20224;20229;20249; 20251;20263;20270;20281; 20282;20284;20285;20288;20290;20291;20292;20293;20303 | 60110+20014;20028;20029;20039; 20040;20043;20044;20050;20059;20060;20070;20071;20100;20101;20108;20127;20139;20145;20146;20149;20155; 20200;20203-20205;20207;20209;20212; 20217; 20222;20249;20270;20281; 20282;20284;20285;20288;20290;20291;20292;20293”. |

1.29. aizstāt 46.pielikuma piezīmē vārdus „Veselības norēķinu centrs” ar vārdiem „Nacionālais veselības dienests”.

2. Šo noteikumu 1.1., 1.2., 1.3., 1.16., 1.17., 1.25. un 1.29.apakšpunkts stājas spēkā 2011.gada 1.novembrī.

3. Šo noteikumu 1.5., 1.6., 1.7., 1.9., 1.10. un 1.11.apakšpunkts stājas spēkā 2012.gada 1.janvārī.

Ministru prezidents V.Dombrovskis

Veselības ministrs J.Bārzdiņš

22.09.2011 13:54

1644

Ž.Zvaigzne

67876041, Zanete.Zvaigzne@vm.gov.lv