LIKUMI

**Izdevējs: Ministru kabinets**
**Veids: noteikumi**
**Numurs: 555**
**Pieņemts: 28.08.2018.**
**Stājas spēkā: 06.09.2018.**
**Piemērojams ar: 01.09.2018.**

**Publicēts: Latvijas Vēstnesis, 176, 05.09.2018.**
**OP numurs: 2018/176.1**

**Attēlotā redakcija: 05.09.2026. - 31.12.2026.**

**Grozījumi:**

Ministru kabineta 18.12.2018. noteikumi Nr.836 / LV, 251, 21.12.2018. / Stājas spēkā 01.01.2019.
Ministru kabineta 26.03.2019. noteikumi Nr.132 / LV, 63, 28.03.2019. / Stājas spēkā 29.03.2019.
Ministru kabineta 07.05.2019. noteikumi Nr.192 / LV, 96, 16.05.2019. / Stājas spēkā 17.05.2019.
Ministru kabineta 10.12.2019. noteikumi Nr.642 / LV, 254, 18.12.2019. / Stājas spēkā 01.01.2020.
Ministru kabineta 09.06.2020. noteikumi Nr.367 / LV, 1108, 09.06.2020. / Stājas spēkā 10.06.2020.
Ministru kabineta 14.07.2020. noteikumi Nr.433 / LV, 134A, 15.07.2020. / Stājas spēkā 16.07.2020.
Ministru kabineta 17.12.2020. noteikumi Nr.816 / LV, 248, 23.12.2020. / Stājas spēkā 24.12.2020.
Ministru kabineta 27.04.2021. noteikumi Nr.272 / LV, 83, 30.04.2021. / Stājas spēkā 01.05.2021.
Ministru kabineta 27.05.2021. noteikumi Nr.330 / LV, 105, 02.06.2021. / Stājas spēkā 03.06.2021.
Ministru kabineta 29.06.2021. noteikumi Nr.438 / LV, 123A, 30.06.2021. / Stājas spēkā 01.07.2021.
Ministru kabineta 28.09.2021. noteikumi Nr.659 / LV, 189, 30.09.2021. / Stājas spēkā 01.10.2021.
Ministru kabineta 08.10.2021. noteikumi Nr.675 / LV, 195A, 09.10.2021. / Stājas spēkā 10.10.2021.
Ministru kabineta 02.11.2021. noteikumi Nr.734 / LV, 214, 04.11.2021. / Stājas spēkā 05.11.2021.
Ministru kabineta 29.12.2021. noteikumi Nr.898 / LV, 252A, 31.12.2021. / Stājas spēkā 01.01.2022.
Ministru kabineta 01.02.2022. noteikumi Nr.88 / LV, 24, 03.02.2022. / Stājas spēkā 04.02.2022.
Ministru kabineta 31.05.2022. noteikumi Nr.329 / LV, 106, 02.06.2022. / Stājas spēkā 03.06.2022.
Ministru kabineta 14.07.2022. noteikumi Nr.466 / LV, 137, 19.07.2022. / Stājas spēkā 20.07.2022.
Ministru kabineta 15.11.2022. noteikumi Nr.725 / LV, 224, 17.11.2022. / Stājas spēkā 18.11.2022.
Ministru kabineta 10.01.2023. noteikumi Nr.9 / LV, 13, 18.01.2023. / Stājas spēkā 19.01.2023.
Ministru kabineta 31.01.2023. noteikumi Nr.46 / LV, 26, 06.02.2023. / Stājas spēkā 07.02.2023.
Ministru kabineta 28.03.2023. noteikumi Nr.156 / LV, 65, 31.03.2023. / Stājas spēkā 01.04.2023.
Ministru kabineta 04.04.2023. noteikumi Nr.161 / LV, 71, 12.04.2023. / Stājas spēkā 13.04.2023.
Ministru kabineta 09.05.2023. noteikumi Nr.235 / LV, 90, 12.05.2023. / Stājas spēkā 13.05.2023.
Ministru kabineta 05.09.2023. noteikumi Nr.503 / LV, 175, 11.09.2023. / Stājas spēkā 12.09.2023.
Ministru kabineta 19.12.2023. noteikumi Nr.805 / LV, 247, 21.12.2023. / Stājas spēkā 01.01.2024.
Ministru kabineta 16.01.2024. noteikumi Nr.50 / LV, 13, 18.01.2024. / Stājas spēkā 01.02.2024.
Ministru kabineta 30.04.2024. noteikumi Nr.276 / LV, 85A, 02.05.2024. / Stājas spēkā 03.05.2024.
Ministru kabineta 21.05.2024. noteikumi Nr.305 / LV, 100, 24.05.2024. / Stājas spēkā 01.06.2024.
Ministru kabineta 18.06.2024. noteikumi Nr.392 / LV, 119, 20.06.2024. / Stājas spēkā 21.06.2024.
Ministru kabineta 03.09.2024. noteikumi Nr.588 / LV, 173, 05.09.2024. / Stājas spēkā 06.09.2024.
Ministru kabineta 19.11.2024. noteikumi Nr.727 / LV, 227, 21.11.2024. / Stājas spēkā 22.11.2024.
Ministru kabineta 26.11.2024. noteikumi Nr.737 / LV, 232, 28.11.2024. / Stājas spēkā 01.01.2025.
Ministru kabineta 10.12.2024. noteikumi Nr.801 / LV, 241, 11.12.2024. / Stājas spēkā 01.01.2025.
Ministru kabineta 25.06.2025. noteikumi Nr.393 / LV, 122, 30.06.2025. / Stājas spēkā 01.07.2025.
Ministru kabineta 08.07.2025. noteikumi Nr.425 / LV, 130, 10.07.2025. / Stājas spēkā 11.07.2025.
Ministru kabineta 22.12.2025. noteikumi Nr.854 / LV, 249, 30.12.2025. / Stājas spēkā 31.12.2025.
Ministru kabineta 03.03.2026. noteikumi Nr.112 / LV, 46, 06.03.2026. / Stājas spēkā 07.03.2026.
Ministru kabineta 01.09.2026. noteikumi Nr.524 / LV, 170, 04.09.2026. / Stājas spēkā 05.09.2026.

⚠ **Uzmanību! Platu dokumentu aplūkošanai iesakām lietot funkciju "Rādīt tikai dokumentu". Izmantojot šo funkciju, teksts pielāgosies pārlūkprogrammas loga izmēram.**

**Ministru kabineta noteikumi Nr. 555**

Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §)

# Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība

*Izdoti saskaņā ar Veselības aprūpes finansēšanas likuma 5. panta otro un trešo daļu, 6. panta otrās daļas 7. un 14. punktu un ceturto daļu, 7. pantu, 8. panta otro daļu un 10. panta trešo daļu, Ārstniecības likuma 3. panta otro daļu un 9. panta piekto daļu, Invaliditātes likuma 11. panta 2. punktu un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantu*
*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcija)*

## 1. Vispārīgais jautājums

1. Noteikumi nosaka:

1.1. valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošos veselības aprūpes pakalpojumus, 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, 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 lekšlietu 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. infekcijas slimības un paliatīvās aprūpes pakalpojumus, kad persona ir atbrīvota no pacienta līdzmaksājuma;

1.8. kārtību, kādā organizē un finansē grūtnieču, personu vecumā līdz 18 gadiem (turpmāk – bērns) un personu ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpi, kā arī veic šīs aprūpes cilvēkresursu nodrošināšanu;

1.9. 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;

1.10. paliatīvās aprūpes organizēšanas, finansēšanas un saņemšanas kārtību.
*(Grozīts ar MK 19.12.2023. noteikumiem Nr. 805)*

## 2. No valsts budžeta līdzekļiem neapmaksājamie veselības aprūpes pakalpojumi, valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošie veselības aprūpes pakalpojumi

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, tajā skaitā ārējo dzimumorgānu, maksts un dzemdes kakla plastiskās operācijas estētiskos nolūkos;

2.3. abortus, izņemot abortus medicīnisku indikāciju dēļ;

2.4. seksoloģisko ārstēšanu un dzimuma maiņu;

2.5. cilmes šūnu bankas un dzimumšūnu bankas uzturēšanu, izņemot šo noteikumu 4.3.3.[1] apakšpunktā minēto gadījumu;

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 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 minētos izmeklējumus;

2.9. ķirurģisku palīdzību šādos gadījumos:

2.9.1. noslīdējumu korekciju, izņemot 2.–4. pakāpes maksts daļu noslīdējumu un totālu dzemdes prolapsu;

2.9.2. *(svītrots ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192);*

2.9.3. miomektomiju, izņemot gadījumus, ja konstatēta asiņošana vai tiek traucēta blakusorgānu darbība, vai ir sūdzības par sāpēm, vai ja mioma ir iemesls neauglībai;

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

2.9.5. *(svītrots ar MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642);*

2.10. mākslas terapeita sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot multiprofesionālās komandas ietvaros sniegtos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, kā arī ambulatori sniegtos pakalpojumus garastāvokļa traucējumu kabinetā bērniem un funkcionālo speciālistu kabinetā, nodrošinot psihiatrisko palīdzību;

2.11. uzturu speciālista sniegtos ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot multiprofesionālās komandas ietvaros sniegtos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, kas sniegti iekaisīgu zarnu slimību pacientiem, kā arī ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, kas sniegti reto slimību kabinetā, enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabinetā, onkoloģisko pacientu psihoemocionālā atbalsta kabinetā vai funkcionālo speciālistu kabinetā, nodrošinot psihiatrisko palīdzību;

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 minētos gadījumus;

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, tai skaitā neievērojot dienesta apstiprināto un tīmekļvietnē publicēto no valsts līdzekļiem apmaksājamo manipulāciju sarakstu un tajā ietvertos manipulāciju apmaksas nosacījumus (turpmāk – manipulāciju saraksts).
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433; MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466; MK 28.03.2023. noteikumiem Nr. 156; MK 04.04.2023. noteikumiem Nr. 161; MK 19.12.2023. noteikumiem Nr. 805; MK 26.11.2024. noteikumiem Nr. 737)*

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, kā arī gadījumos, ja nepieciešama ektoparazīta noņemšana;

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

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

3.4. dzemdību palīdzību, tai 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, tai skaitā:

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

3.6.2. vakcinmāciju ar dienesta centralizēti iepirktām vakcīnām atbilstoši normatīvajos aktos par vakcinācijas noteikumiem vai normatīvajos aktos par epidemioloģiskās drošības pasākumiem Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai noteiktajai kārtībai un vakcīnām 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 (pacientiem, kuru izārstēšana nav iespējama (saskaņā ar Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju (turpmāk – 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 mirušām personām, lai konstatētu 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. personām, pie kurām neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde devusies izbraukumā un ģimenes ārsts šajos noteikumos noteiktajā kārtībā vienojies par mājas vizīti;

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

3.6.3.11. personām, kuras atrodas ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā;

3.6.3.12. personām, kuras slimo ar Covid-19 infekciju, ja ģimenes ārsts ir vienojies ar dienestu par šī pakalpojuma sniegšanu;

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. nieru aizstājterapijas procedūras un ar šīm procedūrām saistītās speciālistu konsultācijas;

3.10. ilgstošu 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 SSK-10 diagnozes kodi F00–F99), tai skaitā psihiatra mājas vizītes pie psihiatriska profila pacientiem, kuri veselības stāvokļa dēļ nevar apmeklēt ārstniecības iestādi;

3.11.2. ar ļaundabīgiem audzējiem un neskaidras vai nezināmas dabas audzējiem (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi C00–C97, D00–D09, D37–D48), tai skaitā pozitronu emisijas tomogrāfijas izmeklējumu ar datortomogrāfiju, ievērojot līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktos veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumus, ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsīlijs, kura sastāvā ir vismaz viens radiologs, vai SSK-10 diagnozes ar kodu C43, C62, C81–C86.6 gadījumā – hematologs, onkologs ķīmijterapeits vai bērnu hematoonkologs. Prasība par radiologa dalību konsīlija sastāvā neattiecas uz hematologu vai bērnu hematoonkologu konsīlijā;

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

3.11.4. ar kādu šo noteikumu 3. pielikumā minētu infekcijas slimību;

3.11.[1] mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā (turpmāk - paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums), ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsīlijs;

3.11.[2] māsas vai sertificēta ārsta palīga (feldšera), kā arī sertificēta fizioterapeita sniegtus veselības aprūpes pakalpojumus, tai skaitā šo noteikumu 4.2. apakšpunktā minētos veselības aprūpes pakalpojumus mājās, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā;

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 mājās saņem 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.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642; MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; MK 29.12.2021. noteikumiem Nr. 898; MK 10.01.2023. noteikumiem Nr. 9, MK 28.03.2023. noteikumiem Nr. 156; MK 04.04.2023. noteikumiem Nr. 161; MK 05.09.2023. noteikumiem Nr. 503; MK 19.12.2023. noteikumiem Nr. 805; MK 26.11.2024. noteikumiem Nr. 737)*

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;

4.1.2. pirmreizēju ortodontisko konsultāciju bērniem, kā arī ortodontisko ārstēšanu iedzimtu sejas–žokļu šķeltņu gadījumā, tai skaitā smagu žokļu–sejas deformāciju gadījumos, personām vecumā līdz 25 gadiem, ja ārstēšana uzsākta līdz 18 gadu vecumam;

4.1.3. zobārstniecības palīdzību patvēruma meklētājiem akūtā gadījumā;

4.1.4. zobu protezēšanu Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem 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;

4.1.5. zobu ekstrakcijas akūtos gadījumos vispārējā anestēzijā pacientiem ar I invaliditātes grupu, kas noteikta psihisko un uzvedības traucējumu dēļ;

4.1.6. zobārstniecības pakalpojumus pacientiem, kuri saņem ilgstošu psihiatrisko ārstēšanu stacionārā ārstniecības iestādē, tai skaitā saskaņā ar tiesas lēmumu;

4.2. šādus veselības aprūpes pakalpojumus mājās:

4.2.1. medikamentu ievadīšanu (injekcijas ādā, zemādā un intravenozi);

4.2.2. ādas bojājuma aprūpi;

4.2.3. urīna ilgkatetra 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 vai mākslīgi izveidotu atveri un parenterālu barošanu;

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 kodi I60, I61, I63, I64, I69) un bērniem, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē;

4.2.6. *(svītrots ar MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433)*;

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

4.2.7.1. izmeklējumus un izmeklējumu 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), citas ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas atbilstoši šo noteikumu 4. pielikumam, tai 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), kuras 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, izņemot gadījumus, ja no valsts budžeta līdzekļiem jau ir apmaksātas trīs neveiksmīgas medicīniskās apaugļošanas procedūras (pēc embrija transfēra nav iestājusies klīniski apstiprināta grūtniecība), sievietēm līdz 40 gadu vecumam, kā arī pēc šī vecuma sasniegšanas, ja līdz 40 gadu vecumam uzsāktā olšūnu stimulācija ar medikamentiem ir bijusi veiksmīga un medicīniskā apaugļošana tiek turpināta līdz embrija transfēram bez tā sasaldēšanas;

4.3.3.[1] dzimumšūnu paņemšanu, sasaldēšanu un uzglabāšanu (ne ilgāk par 10 gadiem no sasaldēšanas brīža) pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām, ja dzimumšūnas paņemtas un sasaldētas pirms ķīmijterapijas uzsākšanas un par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsīlijs;

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, Šveices Konfederācijā (turpmāk – Šveice) vai Lielbritānijas un Ziemeļīrijas Apvienotajā Karalistē (turpmāk – Apvienotā Karaliste) gadījumā, ja nepieciešams novērst personas dzīvības funkciju vai veselības stāvokļa neatgriezenisku pasliktināšanos un:

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

4.4.3.2. izmeklējumi nepieciešami personai atbilstoši sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" konsīlija 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 – gadījumā, ja pastāv indikācijas alogēnas cilmes šūnu transplantācijai personai, kurai konstatētas molekulārģenētiskas izmaiņas un nepieciešama ārpusģimenes donora meklēšana, kā arī gadījumā, ja konstatētas molekulārģenētiskas izmaiņas pēc alogēnas cilmes šūnu transplantācijas no ārpusģimenes donora;

4.5. ar speciālistu nosūtījumu ambulatori veiktus vizuālās diagnostikas izmeklējumus, ievērojot manipulāciju sarakstā noteiktos nosacījumus, tai skaitā pozitronu emisijas tomogrāfijas izmeklējumu ar datortomogrāfiju, ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsīlijs, kura sastāvā ir vismaz viens radiologs, vai SSK-10 diagnozes ar kodu C43, C62, C81–C86.6 gadījumā – hematologs, onkologs ķīmijterapeits vai bērnu hematoonkologs atbilstoši līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktajiem veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumiem. Prasība par radiologa dalību konsīlija sastāvā neattiecas uz hematologu vai bērnu hematoonkologu konsīlijā;

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

4.7. psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību šādos gadījumos:

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

4.7.2. ja tā nepieciešama, nodrošinot 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;

4.7.7. ja sniedz veselības aprūpes pakalpojumu metadona terapijas kabinetā;

4.7.8. ja psihoterapeitiskā un psiholoģiskā atbalsta nepieciešamību personai noteicis ģimenes ārsts, – līdz 10 reizēm kalendāra gada laikā;

4.7.9. ja psihoemocionālo atbalstu sniedz konsultatīvā tālruņa darbības ietvaros;

4.8. stacionāro veselības aprūpi atbilstoši šo noteikumu 6. pielikumam, tai skaitā:

4.8.1. šādus veselības aprūpes pakalpojumus 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 apstiprinātajam individuālajam rehabilitācijas plānam vai ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā;

4.8.1.8. intervertebrālo disku bojājumu novēršanas operācijas – mikrodiskektomiju un mikrofenestrāciju, ja par to ir lēmis mugurkaula ķirurģijas ārstu konsilijs;

4.8.2. orgānu un 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 3.11. apakšnodaļai un 4. nodaļai;

4.10. ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā invaliditātes iestāšanās vai tās progresēšanas novēršanai, ja persona saņemusi ārstu konsilija lēmumu, kurā 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, kardiokirurģiskajām operācijām un lielo locītavu endoprotezēšanas;

4.11. ārstniecības līdzekļus un noteiktās grupās ietilpstošus pārtikas produktus šādā apmērā:

4.11.1. ārstniecības līdzekļus un noteiktās grupās ietilpstošus pārtikas produktus, kurus dienests iepērk centralizēti, tai skaitā:

4.11.1.1. 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 iedzimtas vai iegūtas kataraktas gadījumā 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;

4.11.1.2. medicīnisko papilduturu, enterālās un parenterālās barošanas maisījumus un to ievadei nepieciešamās medicīniskās ierīces:

4.11.1.2.1. pieaugušiem pacientiem, kuri atrodas sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabineta uzskaitē atbilstoši indikācijām, kas noteiktas līgumā ar dienestu un publicētas dienesta tīmekļvietnē;

4.11.1.2.2. valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" pacientiem atbilstoši indikācijām, kas noteiktas līgumā ar dienestu un publicētas dienesta tīmekļvietnē;

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. *(svītrots ar MK 29.12.2021. noteikumiem Nr. 898)*;

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

4.11.5. šo noteikumu 7. pielikumā norādītos medikamentus, kā arī zāles un medicīnas ierīces, kas iekļautas manipulāciju sarakstā;

4.11.6. briļļu lēcas un briļļu ietvarus pacientiem, kuri saņem ilgstošu psihiatrisko ārstēšanu stacionārā ārstniecības iestādē, tai skaitā saskaņā ar tiesas lēmumu;

4.12. valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē un Apvienotajā Karalistē atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai un Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regulas (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu (turpmāk – regula Nr. 883/2004), Eiropas Parlamenta un Padomes 2009. gada 16. septembra Regulas (EK) Nr. 987/2009, ar ko nosaka Īstenošanas kārtību Regulai Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu (turpmāk – regula Nr. 987/2009), un ES un Apvienotās Karalistes 2020. gada 26. decembrī noslēgtā Tirdzniecības un sadarbības nolīguma Protokola par sociālā nodrošinājuma koordināciju (turpmāk – ES un AK protokols) nosacījumiem;

4.13. izdevumu atlīdzību par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai (pārrobežu veselības aprūpe).

*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642; MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433; MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; MK 29.12.2021. noteikumiem Nr. 898; MK 28.03.2023. noteikumiem Nr. 156; MK 04.04.2023. noteikumiem Nr. 161; MK 05.09.2023. noteikumiem Nr. 503; MK 19.12.2023. noteikumiem Nr. 805; MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727; MK 08.07.2025. noteikumiem Nr. 425; MK 22.12.2025. noteikumiem Nr. 854; 4.3.3. apakšpunkta jaunā redakcija stājas spēkā 01.01.2026., sk. grozījumu 2. punktu)*

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

### 3.1. Vispārīgie principi

5. No valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar nolikumu sniedz valsts pārvaldes iestādes, kā arī 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 iestādes, kas sniedz zobārstniecības pakalpojumus, ārstniecības iestādes, kas nodrošina veselības aprūpi mājās), ko 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, kura 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, cilvēka imūndeficīta vīrusa infekcijas vertikālās profilakses nodrošināšanai, cilvēka imūndeficīta vīrusa oportūnisko infekciju terapijas nodrošināšanai, imūnioloģisko 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 sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas jau ir līgumattiecībās ar dienestu, par citu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidu sniegšanu, ja:

5.2.3.1. sekundārās ambulatorās 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. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas sniedz šādus veselības aprūpes pakalpojumus, pieejamie resursi ir pilnībā noslogoti;

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

5.2.5. vecmātes sniegtas dzemdību palīdzības nodrošināšanai grūtniecības un pēcdzemdību periodā saskaņā ar normatīvajiem aktiem par dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtību līgumu slēdz ar ārstniecības iestādi, kurā nodarbināta sertificēta vecmāte, ja dienestā ir saņemts rakstveida iesniegums par pakalpojuma sniegšanu;

5.3. stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Līgumu slēdz ar šo noteikumu 6. pielikumā minētajām ārstniecības iestādēm atbilstoši attiecīgās ārstniecības iestādes līmenim un šo noteikumu 6. 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, līgumu slēdz ar 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. Līgumu slēdz ar ārstniecības iestādi, kura ir specializējusies attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

*(Grozīts ar MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

5.[1] Šo noteikumu 4.7.8. apakšpunktā minēto pakalpojumu pieejamībai dienests ar juridiskajām personām slēdz līgumus par klīniskā un veselības psihologa, psihoterapijas speciālista vai psihoterapeita pakalpojumu sniegšanu, organizējot pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru.

*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

5.[2] Šo noteikumu 4.7.9. apakšpunktā minētā pakalpojuma nodrošināšanai dienests veic iepirkumu.

*(MK 29.12.2021. noteikumu Nr. 898 redakcijā)*

5.[3] Šo noteikumu 3.11.[1] apakšpunktā minēto pakalpojumu nodrošina ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar dienestu par mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā (turpmāk - paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzējs). Pakalpojumu sniegšanai dienests izsludina pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru un līgumu slēdz ar ārstniecības iestādēm, kuras pieteikušās attiecīgajā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasē un atbilst tajā izvirzītajiem kritērijiem.

*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

5.[4] Šo noteikumu 3.11.[2] apakšpunktā minēto pakalpojumu nodrošina ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas, kuras ar dienestu noslēgušas līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā, ievērojot šādus nosacījumus:

5.[4]1. dienestā ir saņemts rakstveida iesniegums par pakalpojumu sniegšanu;

5.[4]2. attiecīgajā ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā ir vairāk nekā 149 vietas klientiem vecumā no 18 gadiem;

5.[4]3. attiecīgajā ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā ir izveidota ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēta struktūrvienība veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai.

*(MK 26.11.2024. noteikumu Nr. 737 redakcijā)*

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 pārtraucis līgumattiecības ar dienestu, dienests, nievērojot 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. ir vienojies ar attiecīgo ģimenes ārstu par prakses pārņemšanu (izņemot gadījumu, ja plānotās pārņemšanas rezultātā praksi iegūtu ārstniecības iestāde, kura sniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidus, un ģimenes ārsts kļūst par darba ņēmēju), kā arī saņēmis informāciju par šīs prakses darba organizāciju, saistībām, sadarbības iestādēm un dažādām pacientu grupu veselības aprūpes un profilakses programmām;

6.3. dienests atsaka reģistrēt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas sarakstā, ja ārstniecības iestādē, kura sniedz zobārstniecības pakalpojumus, nav nodarbināts un veselības aprūpes pakalpojumus nesniedz zobārsts.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192)*

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 laboratorijas pakalpojumu sniedzējiem, kas izvēlēti, pamatojoties uz dienesta izstrādātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru;

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 mamogrāfijas izmeklējumus;

7.4. prostatas vēža skrīninga izmeklējumiem – ar ambulatoro laboratorijas pakalpojumu sniedzējiem, kuriem līgumā ir iekļauts pakalpojuma veids "Laboratoriskie izmeklējumi".
*(Grozīts ar MK 27.04.2021. noteikumiem Nr. 272; MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

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

8.7. ir ieviesta iekšējās kontroles sistēma korupcijas un interešu konflikta riska novēršanai.
*(Grozīts ar MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642; 8.7. apakšpunkts stājas spēkā 01.01.2022., sk. 237. punktu)*

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

9.[1] Šo noteikumu 8.7. apakšpunkts attiecas uz ambulatorajām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus vismaz piecos pakalpojumu veidos.
*(MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā; punkts stājas spēkā 01.01.2022., sk. 237. punktu)*

10. Līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, izņemot līgumu 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 nievērō šajos noteikumos vai ar dienestu noslēgtajā līgumā minētos nosacījumus.

11. Dienests atbilstoši šo noteiktumu 8. pielikumā minētajiem nosacījumiem veic centralizētus iepirkumus šo noteikumu 4.11.1. apakšpunktā minēto ārstniecības līdzekļu un noteiktās grupās ietilpstošu pārtikas produktu nodrošināšanai. Informāciju par centralizētā iepirkuma nosacījumiem publicē dienesta tīmekļvietnē.
*(Grozīts ar MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433)*

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

12.1. informāciju par ārstiem, kuri sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, un ārstiem, kuriem ir tiesības personas nosūtīt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai vai izrakstīt valsts kompensējamās zāles vai medicīniskās ierīces, 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 ambulatorajai 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 (arī Slimnieku hospitalizācijas vietu plāns);

12.2.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji;

12.2.4. obligātās prasības ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām, tai skaitā prasība nodrošināt vides pieejamību personām ar funkcionāliem traucējumiem;

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 ambulatorajai 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, kas sniedz valsts vai pašvaldības finansētus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar līgumu, kas noslēgts 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;

13.6. ārstiem, kuri sniedz veselības aprūpes pakalpojumus aizturēto ārzemnieku izmitināšanas centrā un kuriem šādas tiesības ir noteiktas saskaņā ar starpresoru vienošanos par sadarbību, kas noslēgta starp dienestu un Valsts robežsardzi.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 04.04.2023. noteikumiem Nr. 161)*

14. Papildus šo noteikumu 13. punktā minētajiem nosacījumiem:

14.1. vecmātei ir tiesības nosūtīt personu valsts apmaksātas dzemdību palīdzības saņemšanai, kā arī izrakstīt ambulatorajai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās M saraksta zāles un medicīniskās ierīces vecmātes sniegtās dzemdību palīdzības nodrošināšanai grūtniecības un pēcdzemdību periodā saskaņā ar normatīvajiem aktiem par dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtību, ja šādas tiesības ir noteiktas starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem;

14.2. ārstniecības iestādē nodarbinātiem ārsta palīgiem (feldšeriem) un māsām ir tiesības izrakstīt ambulatorajai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces atbilstoši normatīvajos aktos par recepšu izrakstīšanu noteiktajai kārtībai, ja šādas tiesības ir noteiktas starp dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem;

14.3. ārsta palīgiem un māsām, kas strādā ieslodzījuma vietu pārvaldes ārstniecības iestādē, atbilstoši normatīvajos aktos par recepšu izrakstīšanu noteiktajai kārtībai ir tiesības izrakstīt ambulatorajai ārstēšanai paredzētās no valsts budžeta līdzekļiem kompensējamās zāles un medicīniskās ierīces, ja to nosaka līgums, kas noslēgts starp dienestu un ieslodzījuma vietu pārvaldi.
*(MK 25.06.2025. noteikumu Nr. 393 redakcijā)*

15. Persona ar citas ES dalībvalsts, EEZ valsts vai Šveices izsniegtu E 106, E 109, E 121 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. *(svītrots ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816)*;

16.2.4. zobu tehniķis;

16.2.5. zobu higiēnists;

16.3. ārstniecības personas, kas nodrošina veselības aprūpi mājās;

16.4. paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzējs;

16.5. ārstniecības personas, kas nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā.
*(Grozīts ar MK 19.12.2023. noteikumiem Nr. 805; MK 26.11.2024. noteikumiem Nr. 737)*

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 3.11.[1] un 4.2. apakšpunktam, kā arī šo noteikumu 3.4. un 3.4.[1] apakšnodaļai;

17.4. ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā atbilstoši šo noteikumu 3.11.[2] apakšpunktam un 5.[4] punktam.
*(Grozīts ar MK 19.12.2023. noteikumiem Nr. 805; MK 26.11.2024. noteikumiem Nr. 737)*

18. Tās teritorijas robežas, kurā ģimenes ārsts kopā ar ģimenes ārsta praksē nodarbinātajām ārstniecības personām sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumus, pēc saskaņošanas ar attiecīgo pašvaldību nosaka dienests (turpmāk – ģimenes ārsta darbības pamatteritorija).
*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā)*

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 spēkā 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;

19.3. teritorijā nav reģistrēta ģimenes ārsta prakse un dienests ir saņēmis apliecinājumu no attiecīgās pašvaldības vai ģimenes ārsta–rezidenta, ka ģimenes ārsts–rezidents pēc sertifikāta saņemšanas nodrošinās ģimenes ārsta pakalpojumus konkrētajā teritorijā.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192)*

### 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 pacientu sarakstā, izņemot elektronisko reģistrēšanos, sagatavo divos eksemplāros, un katru eksemplāru 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 ārsta prakse piecu darbdienu laikā pēc vienošanās noslēgšanas ievada dienesta vadības informācijas sistēmā informāciju par vienošanos reģistrēt personu ģimenes ārsta pacientu sarakstā.
*(Grozīts ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816)*

24. Ģimenes ārsts var nepieņemt 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 tīmekļvietnē. 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 praktu atrašanās vietu un kārtību, kādā notiek reģistrācija, kā arī dienesta tīmekļvietnē ievieto informāciju par ģimenes ārstu praksēm, norādot ārstniecības iestādes nosaukumu, ģimenes ārsta vārdu, uzvārdu, ārstniecības iestādes adresi, tālruņa numuru (kas iesniegts dienestā publicēšanai tīmekļvietnē), elektroniskā pasta adresi saziņai ar pacientiem (ja iestāde tādu ir norādījusi), pamatdarbības teritoriju, prakses darbalaiku 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 Fizisko personu reģistra saņēmis ziņas par norādīto dzīvesvietu ārpus Latvijas Republikas.
*(Grozīts ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

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 iemesls, lai bloķētu personas reģistrāciju pie ģimenes ārsta, dienests atbloķē personas reģistrāciju un atjauno 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 (nav attiecināms, ja pacients ir bērns), un dienests par to 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 saskaņā ar Fizisko personu reģistrā iekļauto informāciju persona ir mirusi;

30.6. pamatojoties uz pacienta iesniegumu, – piecu darbdienu laikā pēc tā saņemšanas.
*(Grozīts ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466; MK 04.04.2023. noteikumiem Nr. 161)*

31. Ja ģimenes ārsts līgumattiecības ar dienestu izbeidz, dienests viņa pacientu sarakstā reģistrētās personas pārreģistrē tā ģimenes ārsta sarakstā, kurš pārņem līgumattiecības izbeigušā ģimenes ārsta praksi vai darbības pamatteritoriju (arī tās daļu).
*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā)*

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 dienesta tīmekļvietnē un nosūta vietējai pašvaldībai.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

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 noteiktajā 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 tuviniekuvai 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 kopā ar ģimenes ārsta praksē nodarbinātajām ārstniecības personām 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, vienojoties par to ar attiecīgo personu;

36.2. sniedz nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus īslaicīgiem pacientiem, tai skaitā veic vakcinmāciju 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 noteiktajā 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 normatīvajos aktos par medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtību izsniedz noteiktos dokumentus, ja ģimenes ārstam ir zināms nāves cēlonis;

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.
*(Grozīts ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816)*

37. Ģimenes ārsts, izvērtējot personas veselības stāvokli un ņemot vērā personas tiesību apjomu 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. praksē nodarbinātām ārstniecības personām ir iekārtota atbilstoša darba vieta;

38.2. ja ģimenes ārsta 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) patstāvīgais pacientu 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 darba vietas atsevišķa telpa, kurā ģimenes ārsta praksē nodarbinātas ārstniecības personas atbilstoši kompetencei var sniegt veselības aprūpes pakalpojumus.
*(Grozīts ar MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433)*

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 papildu pieņemšanas vietām;

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

39.2. prakses darbalaiku nosaka ne mazāk par 40 stundām nedēļā, nodrošinot šajā laikā ģimenes ārsta vai ģimenes ārsta praksē nodarbinātas ārstniecības personas pieejamību ģimenes ārsta pamatprakses 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 laiku 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, saskaņojot izbraukumu grafiku 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 triju gadu laikā.

42. Ārpus ģimenes ārstu darbalaika:

42.1. ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus (izņemot mājas vizītes) un pilsētā mājas apstākļos mirušas personas nāves fakta konstatēšanu var nodrošināt dežūrārsts, kurš pieņem pacientus darbdienās pēc plkst. 15.00 un brīvdienās atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajam dežūrārsta darbalaika grafikam;

42.1.[1] ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus (izņemot mājas vizītes) var nodrošināt V līmeņa ārstniecības iestādē (izņemot specializētās ārstniecības iestādes) strādājošs dežūrārsts, kurš pieņem pacientus atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajam dežūrārsta darbalaika 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 gadījumā personas var saņemt pa ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 08.07.2025. noteikumiem Nr. 425)*

43. Ģimenes ārsts nodrošina pacientam informāciju par ģimenes ārsta sniegto primārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas kārtību ģimenes ārsta darbalaikā, ārpus darbalaika 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 aprūpe mājās

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;

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 kodi I60, I61, I63, I64 vai I69) nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta trīju 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 kabinetā 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 pirmreizējās 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. ja ir ģimenes ārsta nosūtījums vai ārstniecības iestādes nosūtījums pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra (izņemot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus) un 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, jābūt fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumam, kam pievienots šajos noteikumos noteiktajā kārtībā izstrādāts medicīniskās rehabilitācijas plāns.

48. Veselības aprūpes pakalpojumus mājās sniedz māsa vai sertificēts 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 nostēgusi ar dienestu līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu mājās un to apmaksu.
*(MK 04.04.2023. noteikumu Nr. 161 redakcijā)*

49. *(Svītrots ar MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

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

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

50.2. pakalpojuma 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, trīju 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, ilgstošu 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 pakalpojuma sniedzējam atzinumu par nepieciešamību turpināt sniegt attiecīgo pakalpojumu vai pārtraukt to.

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 pakalpojums mājās ir nepieciešams ilgāk, ģimenes ārsts pēc attiecīgā pakalpojuma sniedzēja lūguma apmeklē personu un sniedz atzinumu par nepieciešamību turpināt sniegt attiecīgo pakalpojumu vai pārtraukt to.

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

55. Pakalpojuma sniedzējs pēc tam, kad beidzis sniegt veselības aprūpes pakalpojumu mājās, iesniedz personas ģimenes ārstam vai pamatteritorijas ģimenes ārstam atbilstoši personas faktiskajai dzīvesvietai, kā arī personai atzinumu par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu.

### 3.4.[1] Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums
*(Nodaļa MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

55.[1] Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzējs nodrošina pakalpojumus atbilstoši normatīvajiem aktiem par paliatīvās aprūpes organizēšanas, saņemšanas un finansēšanas kārtību, kā arī:

55.[1]1. nodrošina iespēju pieteikt paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā visu diennakti, tai skaitā brīvdienās un svētku dienās;

55.[1]2. veic personas novērtēšanu un individuāla paliatīvās aprūpes plāna sagatavošanu un tā izpildi;

55.[1]3. informē personas ģimenes ārstu (ja persona nav reģistrēta pie ģimenes ārsta, – pamatteritorijas ģimenes ārstu atbilstoši personas faktiskajai dzīvesvietai) par attiecīgā pakalpojuma uzsākšanu ne vēlāk kā trīs darbdienu laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža.
*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

55.[2] Paliatīvās aprūpes mobilās komandas sniegtus veselības aprūpes pakalpojumus pacienta dzīvesvietā nodrošina ārstniecības personas atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajai kārtībai.
*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

55.[3] Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzējs pēc tam, kad beidzis sniegt paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumus, atbilstoši normatīvajiem aktiem par vienotās veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu sagatavo pārskatu par ambulatorā pacienta izmeklēšanu/ārstēšanu un ievieto to veselības informācijas sistēmā.
*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

### 3.5. Sekundārā veselības aprūpe

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 konsīlija lēmums vai SSK-10 diagnozes ar kodu C43, C62, C81–C86.6 gadījumā – hematologa, onkologa ķīmijterapeita vai bērnu hematoonkologa nosūtījums;

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;

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, Z22.7);

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–E11,8; E12–E14.9);

56.2.6. pie 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:

56.2.11.1. persona slimo ar cilvēka imūndeficīta vīrusa (turpmāk – HIV) infekciju (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi B20–B24, Z21) vai C hepatīta infekciju (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi B17.1, B18.2);

56.2.11.2. personai HIV profilakses punktā, kuram ir sadarbības līgums ar Slimību profilakses un kontroles centru, ir veikts HIV kapilāro asiņu vai siekalu eksprestests ar pozitīvu rezultātu (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods Z20.6) vai C hepatīta eksprestests ar pozitīvu rezultātu (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods Z20.5), vai B hepatīta eksprestests ar pozitīvu rezultātu (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods Z20.5);

56.2.11.3. tā ir kontaktpersona (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods Z20.6) personai ar diagnosticētu HIV infekciju, kura saņem ārstēšanu stacionārā ārstniecības iestādē;

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

56.2.13. pie speciālistiem, kuri pakalpojumus sniedz garastāvokļa traucējumu kabinetā bērniem;

56.2.14. pie vecmātes, lai saņemtu dzemdību palīdzību grūtniecības un pēcdzemdību periodā saskaņā ar normatīvajiem aktiem par dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtību;

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.
*(Grozīts ar MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642; MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433; MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; MK 04.04.2023. noteikumiem Nr. 161; MK 05.09.2023. noteikumiem Nr. 503; MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

57. Nosūtījumu sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ģimenes ārsts vai speciālists noformē saskaņā ar normatīvajiem aktiem par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu. Izņēmuma gadījumā, ja ambulatoriem laboratoriskiem pakalpojumiem, kā arī citiem pakalpojumiem nepieciešama īpaša nosūtīšanas forma, nosūtījuma noformēšanas nosacījumi tiek noteikti dienesta līgumā ar ārstniecības iestādi.
*(MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā)*

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 veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai veido rindas, 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 tā, 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 vai ļaundabīgo audzēju primāro recidīvu diagnostisko izmeklējumu atbilstoši nosacījumiem, kas publicēti dienesta tīmekļvietnē, – no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē pakalpojuma saņemšanai;

61.3.3. ja personai nepieciešama tāda speciālista konsultācija, kurš nodrošina ļaundabīgo audzēju sekundāro diagnostiku vai ļaundabīgo audzēju sekundāro recidīvu diagnostiku ārstniecības iestādē, kas norādīta dienesta tīmekļvietnē, – no dienas, kad personu šāda pakalpojuma saņemšanai pieteicis ģimenes ārsts, ginekologs vai ieslodzījuma vietas ārsts, vai arī cits speciālists – recidīvu diagnostikas nepieciešamības gadījumā;

61.3.4. ja grūtniecei vai sievietei pēcdzemdību periodā līdz 70 dienām sakarā ar pēkšņu slimību vai hroniskas slimības paasināšanos, kas var apdraudēt personas veselību vai grūtniecības norisi, ir nepieciešama speciālista konsultācija vai izmeklējums, – no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē pakalpojuma saņemšanai;

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

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

61.4.3. kakla asinsvadu ultrasonogrāfiju – sešu mēnešu laikā vai triju mēnešu laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;

61.4.4. veloergometriju – triju mēnešu laikā;

61.4.5. speciālista (kardiologa, asinsvadu ķirurga) konsultāciju – mēneša laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 29.12.2021. noteikumiem Nr. 898; MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466; MK 19.12.2023. noteikumiem Nr. 805)*

62. Ārstniecības iestāde, kas atbilstoši līgumam ar dienestu nodrošina šajos noteikumos minētos pēcskrīninga izmeklējumus, tos 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 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;

64.3. dinamiskās novērošanas programma.
*(Grozīts ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816)*

65. Ja persona, kura ir rindā uz lielo locītavu endoprotezēšanu, atsakās no piedāvātā laika, kurā plānots veikt lielo locītavu endoprotezēšanas operāciju, vai divu mēnešu laikā no piedāvājuma nosūtīšanas dienas nesniedz atbildi, tā tiek svītrota no minētās rindas.

66. Stacionārā ārstniecības iestāde, kas sniedz ķirurģisko palīdzību, stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu plāno 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 gadījumā;

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 6. pielikuma 2. punktā norādītajās veselības aprūpes pakalpojumu programmās;

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

67.4. personām nosūtāmo uzaicinājuma vēstuļu skaitu dienests nosaka atbilstoši pieejamiem 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. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe

69. Lai persona saņemtu sekundārās ambulatorās 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 primārās diagnostikas nepieciešama tāda speciālista konsultācija, kurš nodrošina ļaundabīgo audzēju sekundāro diagnostiku. Šādā gadījumā ģimenes ārsts, ieslodzījuma vietas ārsts vai ginekologs piesaka personu konsultācijas saņemšanai un informē viņu par plānoto pakalpojuma saņemšanas laiku.

69.[1] Organizējot ambulatoru psihiatriskās palīdzības nodrošināšanu, pacienta sākotnējo novērtēšanu veic ģimenes ārsts, psihiatrs vai bērnu psihiatrs, kurš pacientu nosūta pakalpojuma saņemšanai pie klīniskā un veselības psihologa vai psihoterapeita, nosūtījumā norādot nepieciešamo apmeklējumu skaitu, izņemot gadījumu, ja pacientu nosūta pie šo noteikumu 5.[1] punktā minētā pakalpojumu sniedzēja. Šādā gadījumā palīdzība tiek sniegta, nepārsniedzot šo noteikumu 4.7.8. apakšpunktā minēto apmeklējumu skaitu.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

70. Valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidus, ko sniedz katra ārstniecības iestāde, nosaka līgumā ar dienestu un publicē dienesta tīmekļvietnē.

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

71.1. dzemdes kakla vēža skrīnings, ko veic:

71.1.1. ar šķidruma citoloģijas metodi sievietēm 25 un 28 gadu vecumā;

71.1.2. ar cilvēka papilomas vīrusa izmeklējuma metodi reizi piecos gados sievietēm vecumā no 30 līdz 70 gadiem;

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

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

71.4. prostatas vēža skrīnings, ko reizi divos gados veic vīriešiem vecumā no 50 līdz 75 gadiem un vīriešiem no 45 gadiem, ja ģimenes anamnēzē ir konstatēts prostatas vēzis.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

72. Valsts organizēto skrīningu īsteno, ievērojot šādus nosacījumus:

72.1. uzaicinājuma vēstuli par dzemdes kakla vēža skrīningu sievietēm dienests nosūta šo noteikumu 71.1. apakšpunktā minētajā vecumā un periodā, izņemot šādus 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 ieguma 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 laikā sievietei nav bijusi deklarēta dzīvesvieta Latvijas Republikā;

72.2. uzaicinājuma vēstuli par krūts vēža organizēto skrīningu mērķa grupas sievietēm dienests 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 laikā sievietei nav bijusi deklarēta dzīvesvieta Latvijas Republikā;

72.3. ģimenes ārsta prakse informāciju par zarnu vēža organizēto skrīningu sniedz savā ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem mērķa grupas pacientiem vienu reizi divos gados, kā arī aicina veikt slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs un nodrošina šī izmeklējuma veikšanu, izņemot šādus gadījumus:

72.3.1. ja ģimenes ārsta praksei ir informācija, ka pacientam morfoloģiski ir noteikta diagnoze C18, C19, C20 vai C21 (saskaņā ar SSK-10);

72.3.2. ja ģimenes ārsta praksei ir informācija, ka personai iepriekšējā kalendāra gada laikā ir veikts kolonoskopijas izmeklējums;

72.4. informāciju par prostatas vēža skrīningu ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem mērķa grupas pacientiem sniedz ģimenes ārsta prakse un vienu reizi divos gados izsniedz nosūtījumu izmeklējuma veikšanai.
*(Grozīts ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; MK 27.04.2021. noteikumiem Nr. 272; MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

73. Nosacījumus ļaundabīgo audzēju primārās un sekundārās diagnostikas un ļaundabīgo audzēju primārās un sekundārās recidīvu diagnostikas veikšanai ārstniecības iestādēs publicē dienesta tīmekļvietnē, paredzot priekšnosacījumus, lai nodrošinātu lēmuma par pacienta ārstēšanas taktiku pieņemšanu viena mēneša laikā no brīža, kad personai uzsākta ļaundabīgā audzēja sekundārā diagnostika vai sekundārā recidīvu diagnostika.
*(MK 29.12.2021. noteikumu Nr. 898 redakcijā)*

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, kas norādītas normatīvajos aktos par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, 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.
*(Grozīts ar MK 29.12.2021. noteikumiem Nr. 898)*

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 trīju ārstu sastāvā, piedaloties asinsvadu ķirurgam un kardiologam;

75.2. pēc lēmuma 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 organizētajam 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. 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 par speciālistu vai ārstniecības iestāžu struktūrvienību darbu (izņemot maksājumu par steidzamās medicīniskās palīdzības punkta darbu), nodrošina, ka attiecīgā speciālista vai kabineta darbalaiks noteikts atbilstoši šādiem nosacījumiem:

78.1. vienai ārsta slodzei – pacientu pieņemšana ne mazāk kā 30 stundas nedēļā;

78.2. vienai māsas slodzei – darbs ne mazāk kā 40 stundas nedēļā.

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

### 3.8. Dienas stacionārā sniegtā veselības aprūpe

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 apmaksātie dienas stacionārā sniedzamie pakalpojumi norādīti 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 iespējamam komplikāciju riskam ir šādi:

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 šāda pakalpojuma sniegšanai nav nepieciešama intensīvās terapijas nodaļa, anestezioloģijas nodaļa vai asins kabinets.

85. Ja personai paredzēts sniegt invazīvās kardioloģijas, invazīvās radioloģijas vai ķirurģijas pakalpojumu (turpmāk – ķirurģiska operācija) 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, kuras 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 ārpus dienas stacionāra darbalaika (pēc plkst. 22.00);

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

86.4. pacientu pārved uz stacionāru ārstniecības iestādi, kas nodrošina diennakts neatliekamo medicīnisko palīdzību, ja medicīnisku iemeslu dēļ viņam ir nepieciešama ārstniecības personu uzraudzība ārpus dienas stacionāra darbalaika (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 tiešā saistībā 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 sniegtā veselības aprūpe

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 nodaļā.

89. Ja personai, kura vērsusies steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, atbilstoši 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.

90.[1] Ja bērnam nodrošināta veselības aprūpe valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" uzņemšanas nodaļā un šis bērns nav stacionēts, slimnīca informē personas ģimenes ārstu par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un sniedz rekomendācijas turpmākai veselības aprūpei.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā; punkts stājas spēkā 01.01.2025., sk. 280.[1] punktu)*

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

92. Ārstniecības iestāde, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, nodrošina, ka:

92.1. steidzamā medicīniskā palīdzība pieejama vismaz 12 stundas diennaktī un līgumā ar dienestu vienojas par konkrētu darbalaiku, ievērojot šādus nosacījumus:

92.1.1. darbdienās darbalaiks primāri tiek noteikts laikposmā no plkst. 16.00 līdz 8.00, ārpus šī laikposma darbalaiku nosaka tikai tādā gadījumā, ja steidzamās palīdzības punkts ir atvērts ilgāk nekā 12 stundas;

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

92.2. steidzamo medicīnisko palīdzību sniedz vismaz viens ārsts un vismaz viens ārsta palīgs (feldšeris) vai māsa, izņemot gadījumu, ja dienests ar ārstniecības iestādi vienojies par citu kārtību.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192)*

### 3.10. Stacionārā veselības aprūpe

93. Lai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemtu persona, kurai nepieciešama diennakts ārstniecības personas uzraudzība, 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 plānveida stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemtu persona, kura atrodas ieslodzījuma vietā, ieslodzījuma vietas ārsts, pamatojoties uz medicīniskajām indikācijām un steidzamību, par pakalpojuma sniegšanas laiku vienojas ar stacionāro ārstniecības iestādi, kurā ir iespējams saņemt attiecīgo pakalpojumu.

95. Valsts apmaksātus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus personai sniedz šo noteikumu 6. pielikumā minētās stacionārās ārstniecības iestādes atbilstoši katrai ārstniecības iestādei noteiktajam līmenim (nodrošināmo pakalpojumu līmenis), ievērojot šo noteikumu 6. pielikumā un līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktos stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumus.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

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 sedz tai stacionārajai ārstniecības iestādei, kurā persona ir stacionēta. Attiecīgā stacionārā ārstniecības iestāde norēķinās ar manipulāciju veicēju.

98. Ja ārstniecības iestāde uz laiku pārtrauc sniegt kādu stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu, kas noteikts ar dienestu noslēgtajā līgumā, tā sedz izdevumus par šajā laikā citā ārstniecības iestādē pacientam sniegtajiem stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un vienojas ar ārstniecības iestādi, kas faktiski sniegusi attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu, par samaksas kārtību.

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, tai 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 izraksta pēc cerebrovaskulāras slimības ārstēšanas (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi 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. Citām personām ar funkcionēšanas ierobežojumiem, kuru ārstēšanai nepieciešama medicīniskā rehabilitācija un kuras izraksta no stacionārās ārstniecības iestādes, ārstniecības iestāde nodrošina:

100.1. fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījuma un rehabilitācijas plāna sagatavošanu, ja ārstniecības iestādē ir nodarbināts fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts;

100.2. ārstējošā ārsta rekomendāciju sagatavošanu par turpmākas medicīniskās rehabilitācijas nepieciešamību, aprakstot stacionārā uzsākto rehabilitāciju, ja ārstniecības iestādē nav nodarbināts fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

### 3.11. Medicīniskā rehabilitācija

*(Apakšnodaļa MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

101. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

102. Ir šādi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi:

102.1. 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;

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

102.3. ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, kurus sniedz ilgāk par sešiem mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža, vai perinatālu attīstības traucējumu gadījumā, iekļaujot pacientu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

103. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus organizē, ievērojot šādus nosacījumus:

103.1. stacionārās ārstniecības iestādes saskaņā ar šo noteikumu 6. pielikumā noteiktajiem ārstniecības iestāžu profiliem un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmām;

103.2. dienas stacionārā – akūtus (tikai bērniem), subakūtus un ilgtermiņa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus;

103.3. ambulatori – akūtus, subakūtus un ilgtermiņa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

104. Personu (tai skaitā personu ar onkoloģiskām saslimšanām) atlasi valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai veic:

104.1. fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, kurš, personai ārstējoties stacionārā ārstniecības iestādē vai izrakstoties no stacionāras ārstniecības iestādes šo noteikumu 100. punktā minētajos gadījumos, vai personu konsultējot ambulatori, izmeklē personu vai izvērtē cita ārsta nosūtījumu vai funkcionālā speciālista sagatavotu medicīnisko dokumentāciju;

104.2. psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs;

104.3. narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologs;

104.4. ģimenes ārsts vai speciālists, ja nepieciešami funkcionālā speciālista sniegti rehabilitācijas pakalpojumi līdz pieciem apmeklējumiem pacientam, kura funkcionēšanas ierobežojumi vienā funkcionēšanas veidā atbilst Starptautiskajai funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijai.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

105. Veicot personu atlasi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (vai attiecīgi psihiatrs, bērnu psihiatrs vai narkologs) novērtē:

105.1. personas veselības stāvokli un ar to saistītos funkcionēšanas ierobežojumus;

105.2. medicīniskās rehabilitācijas potenciālu;

105.3. personas un viņas piederīgo motivāciju;

105.4. veselības stāvokļa stabilitāti rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai;

105.5. personai optimālo 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.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

106. Ārstniecības iestāde medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz šādā prioritārā secībā, ņemot vērā, ka norādītajās personu grupās vispirms rehabilitācijas pakalpojumus saņem bērni līdz trīju gadu vecumam ar augstu risku funkcionālo traucējumu attīstībai, bērni no trīju līdz sešu gadu vecumam ar vidēji smagiem un smagiem funkcionēšanas ierobežojumiem un operatīvā dienesta darbinieki, kuri guvuši veselības bojājumus glābšanas darbos katastrofās ar vairāk nekā pieciem cietušajiem:

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

106.2. personām ar subakūtiem funkcionēšanas ierobežojumiem, kas ierobežo personas darbspējas un var izraisīt invaliditāti;

106.3. personām ar hroniskiem funkcionēšanas ierobežojumiem rehabilitācijas plānā noteiktajos intervālos, ja persona ir dinamiskā novērošanā;

106.4. pārējām personām ar funkcionēšanas ierobežojumiem.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

107. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (vai attiecīgi psihiatrs, bērnu psihiatrs vai narkologs) un funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, ievērojot šo noteikumu 108. un 109. punktā norādīto kārtību.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

108. Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta (vai attiecīgi psihiatra, bērnu psihiatra vai narkologa) vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz ambulatori vai stacionāri akūtas rehabilitācijas ietvaros.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

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 (vai attiecīgi psihiatrs, bērnu psihiatrs vai narkologs) un funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kā arī klīniskajiem vai veselības psihologiem;

109.2. multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā iesaistāmos speciālistus nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (vai attiecīgi psihiatrs, bērnu psihiatrs vai 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;

109.4. vismaz reizi nedēļā notiek multiprofesionālās medicīniskās rehabilitācijas komandas sapulces, kurās pieņemtos lēmumus fiksē pacienta medicīniskajā dokumentācijā.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

110. Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, psihiatrs, bērnu psihiatrs, narkologs vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts personu var iekļaut medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (vai attiecīgi psihiatrs, bērnu psihiatrs vai narkologs), īstenojot medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu:

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

110.2. ordinē nepieciešamās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas, medikamentus, izmeklējumus un konsultācijas;

110.3. nosūta personu saņemt valsts apmaksātus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus;

110.4. ja nepieciešams, saskaņo izstrādāto ārstniecības un rehabilitācijas plānu ar ģimenes ārstu un pašvaldības sociālo dienestu un koordinē tā izpildi.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

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

111.1. medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā iekļauto personu uzskaiti;

111.2. personu veselības un funkcionālā stāvokļa novērtēšanas un rehabilitācijas rezultātu apkopošanu.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

112. Personām, kuras saņem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus stacionāri vai dienas stacionārā vai kurām nepieciešams vairāk par piecām ambulatorām funkcionālā speciālista nodarbībām, personām, kuras saskaņā ar šo noteikumu 46. punktu saņem rehabilitācijas pakalpojumus mājās, un personām, kuras ir iekļautas dinamiskajā medicīniskās rehabilitācijas novērošanā, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (vai attiecīgi psihiatrs, bērnu psihiatrs vai narkologs) izstrādā medicīniskās rehabilitācijas plānu. Vienu plāna eksemplāru izsniedz pacientam un otru pievieno ambulatorajai vai stacionārajai medicīniskajai kartei. Plānā ietver:

112.1. pacienta novērtējumu, nosakot funkcionēšanas ierobežojumus un aktivitāšu ierobežojumus;

112.2. medicīniskās rehabilitācijas mērķi;

112.3. plānoto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidu;

112.4. iesaistāmos speciālistus un sasniedzamos medicīniskās rehabilitācijas mērķus;

112.5. nepieciešamos tehniskos palīglīdzekļus;

112.6. plānoto medicīniskās rehabilitācijas intensitāti.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

113. Pēc medicīniskās rehabilitācijas kursa pabeigšanas ārstniecības persona novērtē medicīniskās rehabilitācijas rezultātu, nosakot, vai medicīniskās rehabilitācijas mērķis ir sasniegts, daļēji sasniegts vai nav sasniegts, un izvērtē nepieciešamību personai arī turpmāk saņemt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

114. Ja personas stāvoklis stabilizējas (atbilstoši fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai psihiatra, bērnu psihiatra vai narkologa atzinumam), pēc personas iniciatīvas vai personai pārceļoties uz ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju, medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu var atcelt.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

### 3.12. Neatliekamā medicīniskā palīdzība

115. Personai nepieciešamo neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz:

115.1. ārstniecības iestāde;

115.2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests.

116. Ārstniecības iestādes, kas nodrošina uzņemšanas nodaļas darbību atbilstoši šo noteikumu 6. pielikumam, neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz visu diennakti. Citas ārstniecības iestādes neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu nodrošina iestādes darbalaikā.

117. Ja personai nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība vai 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.

117.[1] Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde pacientu, kurš no ārvalsts ārstniecības iestādes medicīniski transportēts ārstēšanai Latvijā, sākotnēji nogādā pacienta deklarētajai dzīvesvietas adresei (vai pēdējai zināmajai dzīvesvietas adresei) tuvākajā III, IV vai V līmeņa atbilstoša profila ārstniecības iestādē, ņemot vērā personas veselības stāvokli un dienesta līgumos ar ārstniecības iestādēm minētos nosacījumus.
*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā)*

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, sīlīkšana, 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 līdz laikā, kā arī pamatotas aizdomas par sevišķi bīstamu infekcijas slimību;

120.2.13. cietušais (slimais) atrodas veselībai un dzīvībai kritiskā stāvoklī un tam nepieciešama konsultācija (konsīlijs), medicīniskā pārvešana vai medicīniskā evakuācija ar gaisa transportu uz atbilstoša profila stacionāro ārstniecības iestādi Latvijas teritorijā;

120.3. pēc ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma, ja uz ES dalībvalsts, EEZ valsts, Šveices vai Apvienotās Karalistes ārstniecības iestādi dzīvībai kritiskā stāvoklī nepieciešams neatliekami pārvest bērnu, kurš šajos noteikumos noteiktajā kārtībā ir saņēmis S 2 veidlapu "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu", vai pārvest šādu bērnu no ES dalībvalsts, EEZ valsts, Šveices vai Apvienotās Karalistes ārstniecības iestādes, ja atbilstoši viņa veselības stāvoklim nepieciešama medicīniskā transportēšana.
*(Grozīts ar MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

121. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta dežurējošā ārstniecības persona reģistrē visus neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumus, tai skaitā neatliekamas pārvešanas pieteikumus, un, ja nepieciešams, informē neatliekamās palīdzības izsaucēju, ka izbraukums, iespējams, būs maksas pakalpojums, kā arī 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. valstspilsētās – ne vēlāk kā 12 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas laika;

122.2. novadu pilsētās – ne vēlāk kā 15 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas laika;

122.3. pārējās teritorijās – ne vēlāk kā 25 minūšu laikā no izsaukuma pieņemšanas laika.
*(Grozīts ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; grozījums 122.1. apakšpunktā par vārdu "republikas pilsētās" aizstāšanu ar vārdu "valstspilsētās" stājas spēkā 01.07.2021., sk. grozījumu 4. punktu)*

### 3.13. Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē un Apvienotajā Karalistē

*(Apakšnodaļas nosaukums MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

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, regulas Nr. 987/2009 un ES un AK protokola nosacījumiem izsniedz šādus dokumentus, kas apliecina personas tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē:

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 "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" (turpmāk – S 2 veidlapa), 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;

124.5. E 104 veidlapu un tās ekvivalentu – S 041 veidlapu –, kas apliecina personas apdrošināšanas, nodarbinātības vai uzturēšanās periodus Latvijas Republikā.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

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 aktuālo informāciju par personas nodarbinātības statusu;

126.2. Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra sniedz informāciju:

126.2.1. par personas sociālās apdrošināšanas periodiem Latvijā kopš 1996. gada;

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

126.2.3. par personai izsniegtās A 1 veidlapas "Sertifikāts par sociālā nodrošinājuma tiesību aktiem, kas piemērojami sertifikāta saņēmējam" un U 2 veidlapas "Tiesību uz bezdarbnieka pabalstu saglabāšana" derīguma termiņu.
*(Grozīts ar MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642)*

127. S 1 veidlapu izsniedz apdrošinātai personai, kas 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, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē un persona tajā regulāri atgriežas;

127.2. persona darba veikšanai īslaicīgi (ne ilgāk kā uz 24 mēnešiem) tiek nosūtīta uz uzturēšanās valsti – citu ES dalībvalsti, EEZ valsti, Šveici vai Apvienoto Karalisti – un tai ir spēkā esoša A 1 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, Šveici vai Apvienoto Karalisti, lai veiktu darbību pašnodarbinātas personas statusā, un tai ir spēkā esoša A 1 veidlapa "Sertifikāts par sociālā nodrošinājuma tiesību aktiem, kas piemērojami sertifikāta saņēmējam";

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

127.5. persona ir bezdarbnieks, kurš vēlas doties darba meklējumos uz uzturēšanās valsti – ES dalībvalsti, EEZ valsti, Šveici vai Apvienoto Karalisti – un kuram ir spēkā esoša U 2 veidlapa "Tiesību uz bezdarbnieka pabalstu saglabāšana".
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

128. Lai dienests izvērtētu personas tiesības saņemt S 1 veidlapu, persona dienestā iesniedz iesniegumu S 1 (E 106, E 109, E 121) veidlapas saņemšanai. Iesniegumā norāda:

128.1. pamatinformāciju 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 Fizisko personu reģistrā, un tālruņa numurs vai elektroniskā pasta adrese;

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

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

128.1.4. ja persona ir reģistrēta nodarbinātas personas statusā Latvijā, norāda darbavietas nosaukumu, reģistrācijas numuru un 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 pensiju, norāda pensijas veidu (vecuma, apgādnieka zaudējuma, invaliditātes, izdienas), tai skaitā par pensiju no citas ES dalībvalsts, EEZ valsts, Šveices vai Apvienotās Karalistes;

128.2. papildinformācija par personu atbilstoši kritērijam, uz kuru pamatojoties persona vēlas saņemt S 1 veidlapu:

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

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

128.2.3. ja personas dzīvesvieta ir citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē, norāda personai dzīvesvietas valstī piešķirto identifikācijas numuru un reģistrēto dzīvesvietas adresi, uz kuru tiek pieprasīta S 1 veidlapa.
*(Grozīts ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466; MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

129. Lai apdrošinātās personas apgādībā esošs ģimenes loceklis (laulātais, aizbildnībā vai aizgādnībā esoša persona) saņemtu S 1 veidlapu, dienestā iesniedz informāciju atbilstoši nosacījumiem, kas attiecas uz apdrošināto personu.

130. Lai dienests izvērtētu personas tiesības saņemt apdrošināšanas karti, persona iesniedz dienestā iesniegumu apdrošināšanas kartes saņemšanai. Iesniegumā 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, Šveices vai Apvienotās Karalistes sociālā nodrošinājuma sistēmā.
*(Grozīts ar MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

131. Ja iesniegumu apdrošināšanas kartes saņemšanai iesniedz Valsts pārvaldes pakalpojumu portālā, persona aizpilda tajā ievietoto veidlapu.
*(MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; punkta jaunā redakcija stājas spēkā 01.03.2026., sk. grozījumu 3. punktu)*

132. Ja personai ir tiesības saņemt apdrošināšanas karti, dienests to izsniedz vai nosūta pa pastu uz personas norādīto vai deklarēto dzīvesvietas adresi. Par apdrošināšanas kartes nosūtīšanu pa pastu persona atlīdzina dienestam pasta izdevumus atbilstoši universālā pasta pakalpojuma sniedzēja tarifiem vēstuļu korespondences sūtījumiem.
*(MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; punkta jaunā redakcija stājas spēkā 01.03.2026., sk. grozījumu 3. punktu)*

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 atmaksā personai izdevumus, kas veikti apdrošināšanas kartes saņemšanai pa pastu. Minēto lēmumu paziņo personai Paziņošanas likumā noteiktajā kārtībā.
*(MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; punkta jaunā redakcija stājas spēkā 01.03.2026., sk. grozījumu 3. punktu)*

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, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē, vēlas saņemt neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību un persona nevar uzrādīt apdrošināšanas karti, dienests, pamatojoties uz personas iesniegumu par apdrošināšanas karti aizvietojošā sertifikāta izsniegšanu vai tās valsts kompetentās institūcijas pieprasījumu, kurā persona atrodas, izsniedz personai vai attiecīgās valsts kompetentajai institūcijai apdrošināšanas karti aizvietojošu sertifikātu.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

137. Apdrošinātai personai, kura vēlas saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumu citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē, 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 ārstniecības iestāde, 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.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

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. Iesniegumā norāda šādu informāciju:

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

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

139.1.3. veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas valsts un pakalpojuma sniedzējs;

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

139.1.5. *(svītrots ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816)*;

139.1.6. *(svītrots ar MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816)*;

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

139.2. ārstniecības iestādes, kas sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, attiecīgās ārstniecības jomas ārstu konsīlija 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 informācija, vai attiecīgais veselības aprūpes pakalpojums tiks sniegts klīnisku pētījumu ietvaros vai tam izmantos eksperimentālu ārstniecības tehnoloģiju.
*(Grozīts ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466; MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

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, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē, kā arī norādot, vai medicīniskā tehnoloģija, kuru nepieciešams izmantot veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai, ir apstiprināta pieaicinātās ārstniecības personas valstī.
*(Grozīts ar MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

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 nosīdz 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 dienesta rīcībā ir šāda informācija. 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, regulā Nr. 987/2009 un ES un AK protokolā noteiktajos gadījumos citas ES dalībvalsts, EEZ valsts, Šveices vai Apvienotās Karalistes kompetentās iestādes vārdā par S 2 veidlapas izsniegšanu personai, kas ir pakļauta citas ES dalībvalsts, EEZ valsts, Šveices vai Apvienotās Karalistes sociālā nodrošinājuma sistēmai.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

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. Iesniegumā norāda šādu informāciju:

146.1.1. vārds, uzvārds, dzimšanas datums, personas kods vai Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs, ja persona nav reģistrēta Fizisko personu 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 konsīlija 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.
*(Grozīts ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

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, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē, ja persona ir uzskatāma par apdrošinātu:

147.1. citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros saskaņā ar regulu Nr. 883/2004 un ES un AK protokolu;

147.2. 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.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

148. Personai, kurai ir izsniegta kāda no S veidlapām, apdrošināšanas karte vai apdrošināšanas karti 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, regulu Nr. 987/2009 un ES un AK protokolu, persona nav tiesīga saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

149.[1] Šajā apakšnodaļā minētie dati, kas nepieciešami, lai noteiktu personas tiesības saņemt veselības aprūpi ES, EEZ, Šveicē un Apvienotajā Karalistē, tiek apstrādāti dienesta pārziņā esošajā starptautiskās sadarbības informācijas sistēmā, un šo datu apmaiņa starp ES dalībvalstu un Apvienotās Karalistes kompetentajām iestādēm notiek, izmantojot regulas Nr. 987/2009 4. pantā minēto piekļuves punktu.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

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

### 4.1. 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, izņemot gadījumus:

150.1.1. kas noteikti šo noteikumu 120.3. apakšpunktā;

150.1.2. kad nepieciešams saņemt plaušu transplantācijas pakalpojumus;

150.1.3. *(svītrots ar MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727);*

150.1.4. par pacienta nogādāšanu no augstāka līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes uz zemāka līmeņa stacionāro ārstniecības iestādi, ja pacienta veselības stāvoklis ir uzlabojies un ļauj turpināt ārstēšanu zemāka līmeņa stacionārā un ja augstāka līmeņa stacionārajai ārstniecības iestādei ir nepieciešams atbrīvot stacionārās gultas akūtiem pacientiem, kuriem ārstēšana stacionārā nepieciešama neatliekamā kārtā;

150.2. veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri saņemti bez tāda ārsta nosūtījuma, kam ir tiesības nosūtīt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību, kuru sniedz līgumattiecībās ar dienestu esoša ārstniecības iestāde, un citus šajos noteikumos minētos gadījumus;

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. ārstniecīskās palīdzības nodrošināšanu publiskos pasākumos.
*(Grozīts ar MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433; MK 10.01.2023. noteikumiem Nr. 9, sk. 277. punktu)*

151.[1] Fiksēto maksājumu un gultasdienas tarifu aprēķinā ir ietverta samaksa par darbu nakts laikā, brīvdienās, svētku dienās un par virsstundu darbu.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

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 atbilstoši rēķiniem;

151.4. kapitācijas naudas maksājumu;

151.5. aprūpes epizodes tarifu;

151.6. manipulācijas tarifu;

151.7. gultasdienas tarifu;

151.8. viena pacienta ārstēšanas tarifu.

152. Veselības aprūpes pakalpojumu tarifus, tai skaitā manipulāciju sarakstā iekļauto manipulāciju tarifus, aprēķina, izmantojot šādu formulu:

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

TC – veselības aprūpes pakalpojuma 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 – nolietojums.
*(Grozīts ar MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433)*

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 – 2 304,00 *euro*;

153.2. ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem – 1 388,00 *euro*;

153.3. ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām – 925,00 *euro*.
*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

153.[1] Dienests, aprēķinot manipulāciju tarifu, var piemērot šo noteikumu 153.1. un 153.2. apakšpunktā noteikto atalgojumu par medicīnas fiziķa, farmaceita vai bioinformātiķa veikto darbu, ja attiecīgā pakalpojuma sniegšanā medicīnas fiziķa, farmaceita vai bioinformātiķa veiktais darba laiks ir ilgāks par 30 % no pakalpojumā norādītā darba laika.
*(MK 04.04.2023. noteikumu Nr. 161 redakcijā)*

153.[2] Darba samaksā (D) ir iekļautas visas izmaksas, ko paredz darba tiesiskās attiecības regulējošie normatīvie akti.
*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā)*

153.[3] Kopējais ārstniecības iestādes finansējums, ko ārstniecības iestāde novirza pakalpojumu sniegšanā iesaistītā personāla atalgošanai par sniegtajiem valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, nedrīkst būt zemāks par kopējo no dienesta saņemto darba samaksai (D) paredzēto finansējumu.

*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā)*

153.[4] Ārstniecības personām, kuras sniedz valsts apmaksātus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus, ārstniecības iestāde papildus piešķirto valsts budžeta finansējumu darba samaksas palielināšanai novirza atbilstoši šādiem nosacījumiem:

153.[4]1. finansējumu darba samaksas palielināšanai bez papildu nosacījumiem novirza ārstniecības personām, kuru mēneša vidējā darba samaksa par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iepriekšējos 12 kalendāra mēnešos nepārsniedz divas valstī strādājošo iepriekšējā gada mēneša vidējās darba samaksas, noapaļotas pilnos *euro* (pamatojoties uz publicēto informāciju Centrālās statistikas pārvaldes oficiālajā statistikas paziņojumā);

153.[4]2. finansējumu darba samaksas palielināšanai proporcionāli piešķirtajam finansējumam atbilstoši šo noteikumu 153. punktā minēto ārstniecības personu grupu darba samaksas pieaugumam novirza ārstniecības personām, kuru mēneša vidējā darba samaksa par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iepriekšējos 12 kalendāra mēnešos pārsniedz divas, bet nepārsniedz trīs valstī strādājošo iepriekšējā gada mēneša vidējās darba samaksas, noapaļotas pilnos *euro* (pamatojoties uz publicēto informāciju Centrālās statistikas pārvaldes oficiālajā statistikas paziņojumā).
*(MK 25.06.2025. noteikumu Nr. 393 redakcijā)*

153.[5] Ja dienests konstatē, ka ārstniecības iestāde nav ievērojusi šo noteikumu 153.[4] punktā minētos nosacījumus, tas uzdod ārstniecības iestādei nodrošināt papildus piešķirtā valsts budžeta finansējuma novirzīšanu ārstniecības personām, ievērojot šo noteikumu 153.[4] punktā minētos nosacījumus, kā arī atmaksāt to finansējuma daļu, kas periodā, par kuru ir veikta pārbaude, ir piešķirta, neievērojot šo noteikumu 153.[4] punktu.
*(MK 25.06.2025. noteikumu Nr. 393 redakcijā)*

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

154.1. aprūpes epizodes tarifa 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 6. un 10. pielikumam;

154.5. šo noteikumu 6. pielikumā minētos nosacījumus pacientu observācijai līdz 24 stundām;

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

154.7. manipulāciju sarakstā minētās veselības aprūpes pakalpojumu manipulācijas un šo manipulāciju apmaksas nosacījumus;

154.8. sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas teritorijas, kas noteiktas šo noteikumu 12. pielikumā.
*(Grozīts ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466; MK 18.06.2024. noteikumiem Nr. 392)*

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 13. pielikumā noteiktajā apmērā, ievērojot manipulāciju sarakstā minētos nosacījumus attiecībā uz pacienta līdzmaksājumu.

157. Sniedzot stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, ārstniecības iestāde par vienā stacionēšanas reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām, kas manipulāciju sarakstā norādītas kā lielās ķirurģiskās operācijas, var iekasēt papildu maksu ne vairāk kā 31,00 *euro* apmērā. Šo papildu maksu neiekasē no personām, kuras ir atbrīvotas no līdzmaksājumiem, un personām, kuras uzrāda šo noteikumu 162. punktā minēto izziņu.
*(MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā)*

158. Pacienta papildu maksu par stacionēšanas reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām nesedz no valsts budžeta līdzekļiem, izņemot gadījumu, ja operācija veikta trūcīgai personai, kas par tādu atzīta saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu, vai Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbiniekam, vai gadījumā, ja persona dienestam pieprasījusi izziņu, kas apliecina, ka līdzmaksājumu summa par kalendāra gadā saņemtajiem ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem sasniegusi maksimālo apmēru.
*(MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā)*

159. Persona pacienta līdzmaksājumu un papildu maksājumu par veiktajām lielajām ķirurģiskajām operācijām var samaksāt 15 dienu laikā pēc veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas vai citā laikā, ja par to ir panākta rakstveida vienošanās ar ārstniecības iestādi.
*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā)*

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

161. Pacienta līdzmaksājumu summa 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 ārstniecības iestādei no valsts budžeta līdzekļiem sedz pacienta līdzmaksājumu:

163.1. par personām, kuras no tā atbrīvotas;

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

163.3. par personām, kuras saņēmušas izziņu par sasniegto maksimālo līdzmaksājuma 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 13. pielikuma 5.1. apakšpunktā noteikto līdzmaksājuma apmēru par ārstēšanos diennakts stacionārā un šo noteikumu 13. pielikuma 5.3. apakšpunktā noteikto pacienta līdzmaksājuma apmēru personām ar noteiktām diagnozēm;

163.6. starpību, kas veidojas starp šo noteikumu 13. pielikuma 5.1. apakšpunktā noteikto līdzmaksājuma apmēru par ārstēšanos diennakts stacionārā un šo noteikumu 13. pielikuma 5.4. apakšpunktā noteikto pacienta līdzmaksājuma apmēru, ārstējoties rehabilitācijas profila gultās.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192)*

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

165. No pacienta līdzmaksājuma ir atbrīvotas personas, kuras atbilstoši šo noteikumu 6. pielikumā minētajiem nosacījumiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmas "Paliatīvā aprūpe" ietvaros saņem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus.

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

166.1. Aizsardzības ministrija:

166.1.1. profesionālā dienesta karavīriem un valsts aizsardzības dienesta karavīriem, kuri pilda militāro dienestu, kā arī zemessargiem – pacienta līdzmaksājumu, tai skaitā pacienta līdzmaksājumu 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, iesaucamajiem valsts aizsardzības dienestā, rezerves karavīriem un rezervistiem, kuru iesauc aktīvajā dienestā, Latvijas pilsoņiem, kuri brīvprātīgi pieteikušies dienestam rezervē, zemessargu kandidātiem un militārā darbinieka amata kandidātiem – izdevumus par medicīniskās pārbaudes ietvaros veiktajiem medicīniskajiem izmeklējumiem atbilstoši medicīniskās komisijas nosūtījumiem 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. Tiesībsargu ministrija sedz ieslodzījuma vietā strādājošās ārstniecības personas sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī pacienta līdzmaksājumu par ieslodzītajiem, kas saņem veselības aprūpi ārpus ieslodzījuma vietas, un pacienta līdzmaksājumu 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, kas 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, kas 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 Tiesībsargu 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 pacienta līdzmaksājumu saskaņā ar iekšlietu jomu un valsts pārvaldes atlīdzības jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem.
*(Grozīts ar MK 09.05.2023. noteikumiem Nr. 235)*

167. Par konsultācijām, klīniskiem un paraklīniskiem diagnosticējošiem izmeklējumiem, kurus pēc tiesu medicīnas eksperta norīkojuma veic prettiesiskos nodarījumos cietušajām personām, maksā tiesu medicīnas ekspertīzes pieprasītājs.

168. Dienests samaksu par šajos noteikumos noteiktajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veic, pamatojoties uz šo noteikumu 5. punktā minētajiem līgumiem un ievērojot šo noteikumu 14. pielikumā minētos nosacījumus.

168.[1] Dienests, veicot samaksu par ārstniecības iestādes sniegtajiem stacionārajiem un ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, atbilstoši līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktajai kārtībai piemēro koeficientu 0,9 visam attiecīgajā mēnesī sniegto pakalpojumu apjomam, ja ārstniecības iestāde saskaņā ar šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktu saņem samaksu par veselības aprūpes pakalpojumu digitalizāciju, bet nenodrošina šādu dokumentu sagatavošanu un ievietošanu veselības informācijas sistēmā atbilstoši normatīvajiem aktiem par vienotās veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu:

168.[1]1. nosūtījums ambulatorā/stacionārā pakalpojuma saņemšanai;

168.[1]2. izraksts-epikrīze;

168.[1]3. laboratoriskā izmeklējuma rezultāts.
*(MK 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 redakcijā, kas piemērojami ar 01.05.2024.; punkts stājas spēkā 01.04.2025., sk. 281. punktu)*

### 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 minētajiem nosacījumiem sedz:

170.1. maksājumu (tai skaitā samaksu par reģistratora funkciju veikšanu), kuru aprēķina, ņemot vērā reģistrēto personu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā (kapitācijas nauda);

170.2. izdevumus par ģimenes ārsta praksē veiktajām manipulācijām, kuras manipulāciju sarakstā norādītas kā ģimenes ārstam piemaksājamās manipulācijas, atbilstoši šo manipulāciju 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 pacienta līdzmaksājuma.
*(Grozīts ar MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642)*

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 sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests maksā kā par īslaicīgo pacienta aprūpi.

172. Par īslaicīgā pacienta aprūpi ģimenes ārstam maksā 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 minētajiem 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, ko ģimenes ārsts noslēdzis ar dienestu. Ģimenes ārsta pienākums ir dienesta veikto maksājumu 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 segt ar šādu darbību veikšanu saistītos izdevumus:

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 aizliešanu 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, kad saskaņā ar normatīvajiem aktiem tiek piešķirta vecuma pensija;

176.2. līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā ir piekritis nostāgt ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā esošs ģimenes ārsts vai ģimenes ārsts, kurš ģimenes ārsta praksi pārņem citā gadījumā atbilstoši šajos noteikumos minētajai kārtībai.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192)*

177. Ģimenes ārstam ir tiesības saņemt ģimenes ārsta darbības novērtējuma maksājumu, kuru aprēķina, pamatojoties uz ģimenes ārsta darbības rādītāju izvērtējumu saskaņā ar šo noteikumu 15. pielikumu.

178. Jaunatvērtajām ģimenes ārstu praksēm līdz brīdim, kad ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto personu skaits sasniedz 600, bet ne ilgāk kā deviņus mēnešus pēc līguma noslēgšanas ar dienestu, kā arī ģimenes ārstu praksēm, kurās vismaz 90 % no mēnesī aprūpēto pacientu skaita ir personas bez noteiktas dzīvesvietas vai kuru dzīvesvieta ir deklarēta patversmē, 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 8. punktā norādītais ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei;

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

178.5. pacienta līdzmaksājuma kompensācija par personām, kuras atbrīvotas no pacienta līdzmaksājuma.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

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

180. Dežūrārstam, kurš pakalpojumus sniedz ārpus ģimenes ārstu darbalaika, par darbu samaksā atbilstoši šo noteikumu 11. pielikumā norādītajam ikmēneša fiksētajam maksājumam.

181. Ārstniecības iestādēm, kuras sniedz valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus, par darbu samaksā atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem.

182. Ārstniecības personām, kuras veic veselības aprūpi mājās atbilstoši šo noteikumu 3.4. apakšnodaļai, dienests maksā saskaņā ar manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem.

182.[1] Ārstniecības iestādēm, kas sniedz paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumu, par darbu samaksā atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem.
*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

182.[2] Ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, kuras sniedz veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši šo noteikumu 3.11.[2] apakšpunktam un 5.[4] punktam, samaksu par darbu dienests veic, izdarot ikmēneša fiksēto maksājumu. Fiksētā maksājuma aprēķinā ietver:

182.[2]1. šajos noteikumos noteikto vidējo darba samaksu funkcionālajam speciālistam mēnesī (šo noteikumu 153. punkts) un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

182.[2]2. šajos noteikumos noteikto vidējo darba samaksu ārstniecības un pacientu aprūpes personām mēnesī (šo noteikumu 153. punkts) un valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas;

182.[2]3. šo noteikumu 10. pielikumā norādīto ikmēneša fiksēto maksājumu.
*(MK 26.11.2024. noteikumu Nr. 737 redakcijā)*

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

### 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. atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem un šo noteikumu 4. pielikumā norādītajiem aprūpes epizožu tarifiem;

184.2. izdarot 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. sedzot izdevumus par atsevišķiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, kas minēti šo noteikumu 7. pielikumā, – pamatojoties uz ārstniecības iestādes rēķiniem.

185. Ikmēneša fiksēto maksājumu veic šādiem speciālistiem vai ārstniecības iestāžu struktūrvienībām:

185.1. pneimonologam, kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus personām, kuras 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);

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 kodi J44–J45);

185.5. stomas kabinetam;

185.6. psihologa/psihoterapeita 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 (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi E70–E90) vai retām slimībām (ORPHA kodi);

185.8.2. pacientiem ar iedzimtām anomālijām;

185.8.3. grūtniecēm, kurām konstatēta 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 (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodi E10–E14, O24);

185.10. HIV līdzesības kabinetam;

185.11. psihiatra kabinetam;

185.12. funkcionālo speciālistu kabinetam, sniedzot psihiatrisko palīdzību;

185.13. māsas kabinetam, sniedzot psihiatrisko palīdzību;

185.14. pediatra kabinetam, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus bērniem akūtu saslimšanu gadījumos III, IV un V līmeņa stacionārajās ārstniecības iestādēs;

185.15. arītmologa kabinetam;

185.16. enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabinetam sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca";

185.17. onkoloģisko pacientu psihoemocionālā atbalsta kabinetam sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca";

185.18. garastāvokļa traucējumu kabinetam bērniem sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu un pusaudžu resursu centrs".
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642; MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433; MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; MK 29.06.2021. noteikumiem Nr. 438; grozījumu stājas spēkā 02.07.2021., sk. grozījumu 3. punktu)*

186. *(Svītrots ar MK 08.07.2025. noteikumiem Nr. 425)*

187. Dienests fiksēto ikmēneša maksājumu par diabēta pacientu apmācības kabineta darbību maksā universitātes slimnīcām, reģionu daudzprofilu slimnīcām un ārstniecības iestādēm, kuras plānošanas vienības nodrošina lielāko endokrinoloģijas pakalpojumu apjomu iedzīvotājiem un kurās pakalpojumu var nodrošināt māsa, kura ir apguvusi diabēta pacientu apmācības metodi māsas praksē.
*(MK 04.04.2023. noteikumu Nr. 161 redakcijā)*

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

188. Samaksu par dienas stacionārā sniegtajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem dienests veic atbilstoši 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 ķirurģiskā 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. Par steidzamās medicīniskās palīdzības punktā sniegtajiem pakalpojumiem dienests samaksā:

190.1. veicot ikmēneša fiksēto maksājumu, kura aprēķinā ietver:

190.1.1. šajos noteikumos noteikto vidējo ārstu un ārsta palīgu (feldšeru)/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. atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un to apmaksas nosacījumiem – par personai veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem.

191. Par stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem dienests samaksā:

191.1. veicot ikmēneša fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību;

191.2. atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un to apmaksas nosacījumiem un šo noteikumu 4. pielikumā norādītajiem aprūpes epizožu tarifiem, ja ārstniecības iestāde nesaņem ikmēneša fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību;

191.3. sedzot izdevumus par veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un to apmaksas nosacījumiem.

192. Ikmēneša fiksētajā piemaksā par slimnīcas uzņemšanas nodaļas darbību ir iekļauti izdevumi šo noteikumu 6. 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 laiku ķirurga dežūras nodrošināšanai.

193. Ja persona vērsusies stacionārās ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā un personai nav traumas, akūtas slimības 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 personu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, kā arī samaksas apmēru ambulatoro laboratorisko pakalpojumu sniedzējiem.

195. Ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista pienākums, nosūtot personu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, ir uzraudzīt 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 ambulatoro 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 tīmekļvietnē ievieto informāciju par laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto finanšu līdzekļu izlietojumu iepriekšējā mēnesī, norādot, kā tos izlietojuši:

197.1. ģimenes ārsti, pie kuriem reģistrēti pacienti;

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

197.3. ieslodzījuma vietas ārstniecības iestādes;

197.4. ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas iestādes;

197.5. Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādes.

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, kura apmaksai paredzētais līdzekļu apmērs ir lielāks par 7114,36 *euro* (aprēķinā neiekļaujot samaksu par histoloģisko izmeklējumu veikšanu, mutāciju noteikšanu audzēju šūnās, izmeklējumiem saistībā ar transplantācijas pakalpojumiem, reto slimību laboratorisko diagnostiku, Covid-19 laboratorijas pakalpojumiem, laboratoriskajiem izmeklējumiem pacientiem ar ļaundabīgo audzēju un laboratorisko pakalpojumu veikšanu uzņemšanas nodaļā), tad, veicot ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksu šim pakalpojumu sniedzējam, dienests piemēro koeficientu 0,9 visam attiecīgajā mēnesī sniegtajam pakalpojumu apjomam.
*(MK 08.07.2025. noteikumu Nr. 425 redakcijā)*

### 4.7. Stacionārās veselības aprūpes finansēšana

201. Dienesta veiktajā samaksā par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem iekļauj:

201.1. samaksu par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmās ietvertajiem pakalpojumiem, kuriem atbilstoši šo noteikumu 6. pielikuma 2. punktam noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs (turpmāk – iezīmētie pakalpojumi), – atbilstoši attiecīgajam viena pacienta ārstēšanas tarifam;

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

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

201.4. ikmēneša fiksēto piemaksu par pacientu novērošanu līdz 24 stundām;

201.5. ikmēneša fiksēto maksājumu par DRG pakalpojumiem un iezīmētajiem pakalpojumiem valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajiem nosacījumiem;

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

201.7. samaksu 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 saskaņā ar tiesas lēmumu;

201.8. samaksu atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, attiecīgās ārstniecības iestādes gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem par manipulācijām, kas sarakstā atzīmētas ar zvaigznīti (*), šādos gadījumos:

201.8.1. par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti ES dalībvalstu, EEZ valstu, Šveices vai Apvienotās Karalistes sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros aprošinātajām personām ar apdrošināšanas karti vai apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu, atbilstoši prasībām, kas noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos;

201.8.2. *(svītrots ar MK 08.07.2025. noteikumiem Nr. 425);*

201.8.3. *(svītrots ar MK 08.07.2025. noteikumiem Nr. 425);*

201.8.4. samaksu par intervertebrālo disku bojājumu novēršanas operāciju – mikrodiskektomiju un mikrofenestrāciju –, ja par to ir lēmis neirokirurgu vai mugurkaulāja ķirurgu konsīlijs;

201.9. samaksu atbilstoši manipulāciju tarifiem par manipulācijām, kas sarakstā atzīmētas ar divām zvaigznītēm (**);

201.10. samaksu par atsevišķiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, kas minēti šo noteikumu 7. pielikumā, – pamatojoties uz ārstniecības iestādes rēķiniem;

201.11. par subakūto rehabilitāciju, ilgtermiņa rehabilitāciju/dinamisko novērošanu un perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitāciju samaksu atbilstoši faktisko gultasdienu skaitam, attiecīgajai programmai noteiktajam gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem par manipulācijām, kas līgumā ar ārstniecības iestādi apmaksas nosacījumos norādītas kā programmai saistošās manipulācijas;

201.12. samaksu par veselības aprūpes pakalpojumu digitalizāciju atbilstoši šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktam, kuru dienests veic reizi gadā līdz kārtējā gada 1. jūlijam.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192; MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433; MK 30.04.2024. noteikumiem Nr. 276; MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

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 sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot:

203.1. valsts organizētā skrīninga izmeklējumus;

203.2. mikrobioloģiskos izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai, ja paraugs paņemts pirms personas ievietošanas stacionārajā ārstniecības iestādē;

203.3. valsts apmaksātā skābekļa koncentratora nomu, ja pacientam skābekļa koncentrators izsniegts lietošanai mājās.
*(MK 04.04.2023. noteikumu Nr. 161 redakcijā)*

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 saņēmusi nieru aizstājterapiju, 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, piemērojot šo noteikumu 201.8. un 201.9. apakšpunktā minētos valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidus.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

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

*(Apakšnodaļas nosaukums MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

205. Dienests apdrošinātai personai atmaksā no personīgajiem līdzekļiem segtos izdevumus:

205.1. par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem saskaņā ar tās valsts nosacījumiem par veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām, kurā personai tika sniegti veselības aprūpes pakalpojumi, atbilstoši attiecīgās ES dalībvalsts, EEZ valsts, Šveices vai Apvienotās Karalistes kompetentās institūcijas sniegtajai informācijai par personai atmaksājamo summu, ja:

205.1.1. īslaicīgās 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. par citā ES dalībvalstī vai EEZ valstī saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas brīdī spēkā esošajiem veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem Latvijas Republikā vai atbilstoši normatīvajos aktos par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību noteiktajam kompensācijas apmēram brīdī, kad zāles un medicīniskās ierīces iegādātas, ja:

205.2.1. persona ir saņēmusi plānveida veselības aprūpes pakalpojumu, izņemot šo noteikumu 205.1.2. apakšpunktā minēto gadījumu, un šo veselības aprūpes pakalpojumu 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 šo veselības aprūpes pakalpojumu 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.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

206. Lai saņemtu izdevumu atmaksu par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē 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. Iesniegumā norāda šādu informāciju:

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

206.1.2. valsts, kurā saņemti veselības aprūpes pakalpojumi;

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

206.1.4. personas norēķinu konta rekvizīti;

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

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

206.3.1. personai sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi;

206.3.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas laikposms;

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

206.3.4. apliecinājums par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu;

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

206.4. ja persona 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 gadījumu, ja atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai attiecīgā veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai nav nepieciešams nosūtījums, kā arī citus dokumentus, kas apliecina, ka ir izpildītas veselības aprūpes jomu regulējošajos normatīvajos aktos noteiktās prasības veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai;

206.5. ziņas par to, vai persona veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas brīdī nebija uzskatāma par apdrošinātu citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

207. Veicot izdevumu atmaksu par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī, Šveicē vai Apvienotajā Karalistē 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 un ES un AK protokolu.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

208. Savstarpējos norēķinus ar ES dalībvalstīm, EEZ valstīm, Šveici un Apvienoto Karalisti par šo valstu sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros apdrošinātajām 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 ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta maksas pakalpojumu cenrādi;

208.3. par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – aprēķinos iekļaujot:

208.3.1. samaksu par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši faktiskajam apmaksājamo gultasdienu skaitam, šo noteikumu 151.6. un 151.7. apakšpunktā minētajiem valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu samaksas veidiem un manipulāciju sarakstam;

208.3.2. valsts kompensēto pacienta līdzmaksājumu;

208.3.3. viena pacienta ārstēšanas vidējās izmaksas ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļā;

208.3.4. viena pacienta ārstēšanas vidējās izmaksas par tā novērāciju (iekļauj, ja šāds pakalpojums nodrošināts);

208.3.5. apmaksāto rēķina summu (iekļauj, ja ārstniecības iestādei samaksa par sniegto pakalpojumu veikta atbilstoši šo noteikumu 7. pielikumam).
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

## 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., 66. 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 6.3. apakšpunkts stājas spēkā 2019. gada 1. jūlijā.

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

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

213. 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.

214. Dienests fiksēto piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību ārstniecības iestādēm, kas minētas šo noteikumu 6. pielikuma 1.7.9., 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.
*(Grozīts ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192)*

215. Dienests šo noteikumu 14. pielikumā noteikto kārtību finanšu apmēra noteikšanai par stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu piemēro ar 2019. gada 1. janvāri.

216. 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.

217. Šajos noteikumos minētās ģimenes ārsta funkcijas veic arī primārās veselības aprūpes pediatri un primārās veselības aprūpes internisti, ar kuriem dienestam uz šo noteikumu stāšanās dienu ir noslēgts līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

218. Ja dienests ar pašvaldību noslēdzis 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.

219. Ārstniecības iestādes, kurām līdz 2018. gada 31. augustam līgumā ar dienestu ir noteiktas tiešas sniegt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktos, sniedz šādus pakalpojumus atbilstoši līgumā noteiktajiem nosacījumiem līdz 2019. gada 31. martam. Ar 2019. gada 1. aprīli šīs ārstniecības iestādes valsts apmaksātus pakalpojumus steidzamās medicīniskās palīdzības punktos vai uzņemšanas nodaļās sniedz atbilstoši šo noteikumu 92. punktā, 6. pielikumā un 10. pielikumā noteiktajai kārtībai.

220. Dienests šo noteikumu 6. 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 6. pielikuma 2.7.1. apakšpunktā norādītajā stacionāro pakalpojumu programmā "Neiroloģija (insulta vienība)" sāk sniegt ar 2019. gada 1. aprīli;

220.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Siguldas slimnīca" stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus terapijas, ķirurģijas, ginekoloģijas, pediatrijas un traumatoloģijas profilā sāk sniegt ar 2019. gada 1. aprīli;

220.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus šo noteikumu 6. pielikuma 2.17.2. apakšpunktā norādītajā stacionāro pakalpojumu programmā "Paliatīvā aprūpe" sāk sniegt ar 2019. gada 1. aprīli;

220.4. pirmā līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus šo noteikumu 6. pielikuma 2.21. apakšpunktā norādītajā stacionāro pakalpojumu programmā "Pārējie terapeitiskie pakalpojumi" sāk sniegt ar 2019. gada 1. aprīli.

221. Dienests līdz 2018. gada 31. decembrim, pamatojoties uz ārstniecības iestādes iesniegumu, ir tiesīgs veikt izmaiņas līgumā noteiktajā finansējuma apmērā, kas paredzēts dienas stacionārā veikto ķirurģisko operāciju un stacionāro pakalpojumu programmā "Plānveida īslaicīgā ķirurģija" ietilpstošo pakalpojumu apmaksai, neņemot vērā šo noteikumu 14. pielikumā minētos ierobežojumus novirzāmo finanšu līdzekļu apmēram.

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

223. E 106, E 109, E 120 un E 121 veidlapas, apdrošināšanas kartes, kas izsniegtas izmantošanai ES dalībvalstīs un izdotas līdz 2010. gada 15. augustam, ir derīgas līdz šī dokumenta derīguma termiņa beigām, izņemot gadījumus, ja attiecīgais dokuments ir anulēts.

224. 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.

225. Noteikumus piemēro ar 2018. gada 1. septembri.

226. 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.

227. *(Svītrots ar MK 07.05.2019. noteikumiem Nr. 192)*

228. Dienests atbilstoši šo noteikumu 4.8. nodaļā minētajiem nosacījumiem atlīdzina izdevumus par veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri Lielbritānijā un Ziemeļīrijas Apvienotajā Karalistē saņemti vai to saņemšana uzsākta līdz dienai, kad Lielbritānijas un Ziemeļīrijas Apvienotā Karaliste izstājusies no Eiropas Savienības saskaņā ar Līguma par Eiropas Savienību 50. pantu.
*(MK 26.03.2019. noteikumu Nr. 132 redakcijā)*

229. Šo noteikumu 7. pielikuma 4.4. apakšpunktā minētie medikamenti bērnu ar onkoloģiskām un onkohematoloģiskām saslimšanām ārstēšanai pēc ķīmijterapijas invazīvo mikožu gadījumos apmaksājami par stacionāri veiktu ārstēšanu arī tad, ja ārstēšana veikta laikposmā no 2018. gada 1. septembra līdz 2019. gada 1. aprīlim.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

230. Šo noteikumu 11. pielikuma 8.[1] punktā norādītais maksājums līdz 2019. gada 30. jūnijam ir 142,29 *euro*.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

231. Šo noteikumu 11. pielikuma 16. punktā minēto maksājumu 75,00 *euro* apmērā par laikus atklātu vēzi 2018. gadā dienests ģimenes ārstiem izmaksā līdz 2019. gada 1. septembrim.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

232. Šo noteikumu 13. punktā noteiktās tiesības ārstiem, kuri strādā ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas sniedz pašvaldības finansētus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, piemēro ar 2020. gada 1. janvāri.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

233. Dienests 2019. un 2020. gadā papildus šo noteikumu 201.2. apakšpunktā minētajam maksājumam maksā kompensācijas maksājumu par DRG pakalpojumu programmu ieviešanu, nosakot to iepriekšējā gada apmērā un papildus ņemot vērā finansējumu, kas nepieciešams plānotā atalgojuma pieauguma nodrošināšanai tām ārstniecības iestādēm, kuru kopējais līguma apjoms ir mazāks nekā iepriekšējā gada līguma apjoms.
*(MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā)*

234. V līmeņa ārstniecības iestādēm, izņemot specializētās ārstniecības iestādes, šo noteikumu 233. punktā minētais kompensācijas maksājums par DRG pakalpojumu programmu ieviešanu tiek veikts papildus šo noteikumu 201.2. apakšpunktā minētajam maksājumam līdz 2019. gada 31. martam, bet, sākot ar 2019. gada 1. aprīli, kompensācijas maksājums tiek segts, DRG pakalpojumu maksājuma aprēķinā piemērojot bāzes koeficientu saskaņā ar šo noteikumu 14. pielikuma 3.3.1. apakšpunktu.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā, kas grozīta ar MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433)*

235. Šo noteikumu 6. pielikuma 2.4. apakšpunktā noteiktie viena pacienta ārstēšanas tarifi līdz 2019. gada 30. jūnijam ir šādi:

235.1. programmai "Dzemdības dzemdību patoloģijas gadījumā" – 667,11 *euro*;

235.2. programmai "Fizioloģiskās dzemdības" – 476,29 *euro*;

235.3. programmai "Keizargrieziens" – 866,53 *euro*.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

236. Šo noteikumu 1. pielikuma 1.1.1.4. apakšpunktā minētā prasība jaundzimušā biotinidāzes enzīmiskās aktivitātes noteikšanai, jaundzimušā 17-OH-progesterona noteikšanai ar fluorometrisko enzīmu imūntestu (FEIA), jaundzimušā kopējās galaktozes kvantitatīvai fluorometriskai noteikšanai, imūnreaktīvā tripsinogēna (IRT) noteikšanai ar fluorometrisko enzīmu imūntestu (FEIA) stājas spēkā 2019. gada 1. jūlijā.
*(MK 07.05.2019. noteikumu Nr. 192 redakcijā)*

237. Šo noteikumu 8.7. apakšpunkts un 9.[1] punkts stājas spēkā 2022. gada 1. janvārī.
*(MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā)*

238. Šo noteikumu 10. pielikuma 2. piezīmē minētos darba samaksas aprēķinā iekļaujamos koeficientus no 2020. gada piemēro vidējai darba samaksai, kas bija spēkā līdz 2019. gada 31. decembrim (ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem – 1 350,00 *euro*, ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem – 810,00 *euro*).
*(MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā)*

239. Dienests šo noteikumu 14. pielikuma 3.1.1. apakšpunktā minēto efektivitātes rādītāju izpildes vērtēšanu piemēro ar 2028. gada 1. janvāri.
*(MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; punkta jaunā redakcija stājas spēkā 01.01.2026., sk. grozījumu 2. punktu)*

240. Šo noteikumu 11. pielikuma 16. punktā minēto maksājumu 75,00 *euro* apmērā par laikus atklātu vēzi 2019. gadā dienests ģimenes ārstiem izmaksā līdz 2020. gada 1. septembrim.
*(MK 09.06.2020. noteikumu Nr. 367 redakcijā)*

241. Ģimenes ārstu gada darbības novērtēšana atbilstoši šo noteikumu 15. pielikumā noteiktajiem vērtēšanas kritērijiem un samaksa par minēto kritēriju izpildi 2020. gadā un 2021. gadā tiek piemērota atbilstoši kritēriju izpildes rādītājiem 2019. gadā, ja 2020. gadā vai 2021. gadā kritēriju izpildes rādītāji ir zemāki nekā 2019. gadā. Ģimenes ārstiem, kuri ir līgumattiecībās ar dienestu no 2020. gada, samaksa par minēto kritēriju izpildi 2020. gadā tiek piemērota atbilstoši vidējiem kritēriju izpildes rādītājiem valstī 2019. gadā. Ģimenes ārstiem, kuri ir līgumattiecībās ar dienestu no 2021. gada, samaksa par minēto kritēriju izpildi 2021. gadā tiek piemērota atbilstoši vidējiem kritēriju izpildes rādītājiem valstī 2019. gadā.
*(MK 29.12.2021. noteikumu Nr. 898 redakcijā)*

242. 2020. gadā dienests neveic līgumā paredzētā finanšu apmēra pārplānošanu atbilstoši šo noteikumu 11. pielikuma 33.[1] punktā un 14. pielikuma 5. un 7. punktā minētajai kārtībai. Līgumā paredzēto finanšu apmēra pārplānošanu 2020. gadā dienests veic, vērtējot finanšu apmēra faktisko izpildi kārtējā gada astoņos mēnešos, un samazina kopējo līguma apjomu, ja kārtējā gada astoņos mēnešos līguma izpilde ir mazāka par 90 % no astoņu mēnešu plānotā finanšu apmēra un ja dienests un ārstniecības iestāde ir par to vienojušies.
*(MK 09.06.2020. noteikumu Nr. 367 redakcijā)*

243. *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

243.[1] *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

244. *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

245. *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

245.[1] Līdz 2021. gada 31. decembrim dienests apmaksā:

245.[1] 1. psihoterapeitisko un psiholoģisko atbalstu personai, kurai ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros, ja šādas palīdzības nepieciešamību noteicis ģimenes ārsts, – līdz 10 reizēm;

245.[1] 2. konsultatīvā tālruņa darbības nodrošināšanu iedzīvotājiem psihoemocionālā atbalsta saņemšanai.
*(MK 27.04.2021. noteikumu Nr. 272 redakcijā; 245.[1] 2. apakšpunkts stājas spēkā 01.07.2021., sk. 257. punktu)*

245.[2] Lai nodrošinātu šo noteikumu 245.[1] 1. apakšpunktā minēto pakalpojumu pieejamību, dienests ar juridiskajām personām slēdz līgumus par klīniskā un veselības psihologa, psihoterapijas speciālista vai psihoterapeita pakalpojumu sniegšanu, speciālistu darba uzskaitē izmantojot šo noteikumu 4. pielikumā noteikto 7. veida aprūpes epizodi un ievērojot šādus nosacījumus:

245.[2] 1. dienestā ir saņemts rakstveida iesniegums par pakalpojuma sniegšanu;

245.[2] 2. pakalpojumu nodrošina persona, kura ir reģistrēta psihologu reģistrā vai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā;

245.[2] 3. juridiskajai personai ir materiāltehniskais nodrošinājums, kas nepieciešams psihoterapeitisko un psiholoģisko pakalpojumu sniegšanai.
*(MK 27.04.2021. noteikumu Nr. 272 redakcijā)*

245.[3] Dienests ģimenes ārsta praksei par 2021. gadā sasniegtajiem Covid-19 vakcinācijas aptveres rādītājiem veic samaksu atbilstoši šādiem nosacījumiem:

245.[3]1. ģimenes ārsta praksei, kas nenodrošina vakcināciju pret Covid-19 līgumā ar dienestu noteiktajā kārtībā, maksā par laikposmā no 2021. gada 1. janvāra līdz 2021. gada 30. septembrim sasniegtajiem Covid-19 vakcinācijas aptveres rādītājiem iedzīvotājiem vecumā no 60 gadiem un pacientiem no 18 gadu vecuma ar noteiktām hroniskām saslimšanām, kas publicētas Slimību profilakses un kontroles centra tīmekļvietnē:

245.[3]1.1. 1,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir līdz 60 %;

245.[3]1.2. 2,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir no 60 % līdz 80 %;

245.[3]1.3. 3,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir no 80 % līdz 100 %;

245.[3]2. ģimenes ārsta praksei, kas nodrošina vakcināciju pret Covid-19 līgumā ar dienestu noteiktajā kārtībā, maksā:

245.[3]2.1. par laikposmā no 2021. gada 1. janvāra līdz 2021. gada 31. decembrim sasniegtajiem Covid-19 vakcinācijas aptveres rādītājiem iedzīvotājiem vecumā no 60 gadiem un pacientiem no 18 gadu vecuma ar noteiktām hroniskām saslimšanām, kas publicētas Slimību profilakses un kontroles centra tīmekļvietnē:

245.[3]2.1.1. 2,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir līdz 60 %;

245.[3]2.1.2. 4,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir no 60 % līdz 80 %;

245.[3]2.1.3. 6,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir no 80 % līdz 100 %;

245.[3]2.2. par laikposmā no 2021. gada 1. janvāra līdz 2021. gada 31. decembrim sasniegtajiem Covid-19 vakcinācijas aptveres rādītājiem iedzīvotājiem, kas nav minēti šo noteikumu 245.[3]2.1. apakšpunktā:

245.[3]2.2.1. 1,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir līdz 50 %;

245.[3]2.2.2. 3,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir no 50 % līdz 70 %;

245.[3]2.2.3. 5,00 *euro* par katru personu, kurai pabeigta vakcinācija, ja vakcinācijas aptvere ir no 70 % līdz 100 %;

245.[3]2.3. dienests šo noteikumu 245.[3]2. apakšpunktā minētajām ģimenes ārstu praksēm papildus veic vakcinācijas aptveres sasniegšanas novērtēšanu par laikposmu no 2021. gada 1. janvāra līdz 2021. gada 30. septembrim un līdz 2021. gada 31. decembrim veic starpposma maksājumu par 2021. gadā sasniegtajiem Covid-19 vakcinācijas aptveres rādītājiem.
*(MK 08.10.2021. noteikumu Nr. 675 redakcijā)*

245.[4] Ģimenes ārsta praksei, kas savā praksē veic vakcināciju pret Covid-19:

245.[4]1. dienests veic papildu samaksu 11,87 *euro* apmērā par katram pacientam ievadīto vakcīnas devu laikposmā no 2021. gada 1. oktobra līdz 2021. gada 31. decembrim;

245.[4]2. ir tiesības līgumā ar dienestu noteiktajā kārtībā saņemt izdevumu kompensāciju līdz 440 *euro* apmērā par ģimenes ārsta praksē nodarbināto personu veselības veicināšanas un rehabilitācijas pasākumiem, kas saņemti laikposmā no 2021. gada 1. oktobra līdz 2022. gada 31. augustam.
*(MK 08.10.2021. noteikumu Nr. 675 redakcijā, kas grozīta ar MK 02.11.2021. noteikumiem Nr. 734)*

245.[5] *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

245.[6] *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

246. *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

247. Šo noteikumu 4.1.1., 4.1.2. un 4.3.3. apakšpunktā minētie vecuma ierobežojumi zobārstniecības un medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu saņemšanai un apmaksai neattiecas uz tiem pacientiem, kuriem ārkārtējās situācijas laikā iestājās vecums, pēc kura sasniegšanas konkrētais pakalpojums vairs nav apmaksājams, ja:

247.1. pirms ārkārtējās situācijas stāšanās spēkā bija veikts pieraksts uz zobārstniecības pakalpojumu, taču Covid-19 dēļ noteiktās ārkārtējās situācijas laikā pieraksts tika atcelts;

247.2. saskaņā ar dienesta uzturēto centralizēto rindu bija jāuzsāk medicīniskās apaugļošanas pakalpojums, taču Covid-19 dēļ noteiktās ārkārtējās situācijas laikā pakalpojumu nebija iespējams uzsākt;

247.3. zobārstniecības pakalpojums tiek saņemts vai medicīniskās apaugļošanas pakalpojums tiek uzsākts līdz 2020. gada 31. augustam
*(MK 09.06.2020. noteikumu Nr. 367 redakcijā)*

248. *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

249. Šo noteikumu 4.11.1.2. apakšpunktu un 8. pielikuma 1.2.10. apakšpunktu piemēro no 2020. gada 1. jūlija pacientiem, kas līdz 2020. gada 30. jūnijam ir saņēmuši enterālās un parenterālās barošanas maisījumus.
*(MK 14.07.2020. noteikumu Nr. 433 redakcijā)*

250. Dienests samaksas apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem 2021. gadam un 2022. gadam nosaka atbilstoši līdz 2020. gada 1. jūlijam plānotajam apjomam, ņemot vērā 2021. gadam un 2022. gadam plānoto darba samaksas pieaugumu, izņemot:

250.1. medicīniskās rehabilitācijas dienas stacionāru, kur plānošanu veic atbilstoši pakalpojuma sniedzēju atlases procedūras rezultātiem;

250.2. gadījumu, ja izmaiņas samaksas apmēra plānošanā nepieciešamas, lai nodrošinātu pakalpojumu pieejamību un nepārtrauktību, un par to nepieciešamību ir saņemts ārstniecības iestādes rakstveida iesniegums vai par šādām izmaiņām ir panākta vienošanās ar ārstniecības iestādi, paredzot, ka izmaiņas tiek veiktas līgumā paredzētā kopējā finansējuma ietvaros.
*(MK 29.12.2021. noteikumu Nr. 898 redakcijā)*

251. *(Svītrots ar MK 19.11.2024. noteikumiem Nr. 727)*

252. Dienests šo noteikumu 11. pielikuma 16.[1] un 16.[2] punktā minētos maksājumus par skrīninga atsaucības rādītājiem piemēro ar 2021. gada 1. janvāri.
*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā; sk. grozījumu 2. punktu)*

253. Šo noteikumu 185.17. un 185.18. apakšpunkts, 10. pielikuma 2.22. un 2.23. apakšpunkts stājas spēkā 2021. gada 1. jūlijā.
*(MK 17.12.2020. noteikumu Nr. 816 redakcijā)*

254. *(Svītrots ar MK 14.07.2022. noteikumiem Nr. 466)*

255. Līdz 2022. gada 30. jūnijam dienests šo noteikumu 154.7. apakšpunktā minētajā manipulāciju sarakstā ir tiesīgs veikt izmaiņas biežāk nekā vienu reizi ceturksnī, ja izmaiņas saistītas ar Covid-19. Par veiktajām izmaiņām dienests informē ārstniecības iestādes un Veselības ministriju.
*(MK 29.12.2021. noteikumu Nr. 898 redakcijā)*

256. *(Svītrots ar MK 29.12.2021. noteikumiem Nr. 898)*

257. Šo noteikumu 245.[1] 2. apakšpunkts stājas spēkā 2021. gada 1. jūlijā.
*(MK 27.04.2021. noteikumu Nr. 272 redakcijā)*

258. Dienests šo noteikumu 10. pielikuma 2.23. apakšpunktā minētā veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējam kompensē izdevumus, kas saistīti ar garastāvokļa traucējumu kabineta bērniem izveidošanu pakalpojumu sniegšanai reģionos no 2021. gada 1. jūlija.
*(MK 27.04.2021. noteikumu Nr. 272 redakcijā)*

259. Šo noteikumu 11. pielikuma 16. punktā minēto maksājumu 75,00 *euro* apmērā par laikus atklātu vēzi 2020. gadā dienests ģimenes ārstiem izmaksā līdz 2021. gada 1. septembrim.
*(MK 29.06.2021. noteikumu Nr. 438 redakcijā)*

260. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz veselības aprūpes pakalpojumus Ukrainas civiliedzīvotājiem Krievijas Federācijas izraisītā bruņotā konflikta dēļ, stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai samaksu līgumā ar dienestu noteiktajā kārtībā veic atbilstoši faktiskajām izmaksām par:

260.1. pacientu medicīnisko transportēšanu no ārvalsts ārstniecības iestādes uz stacionāro ārstniecības iestādi Latvijā;

260.2. pacientu nogādāšanu no stacionārās ārstniecības iestādes uz citu stacionāro ārstniecības iestādi.
*(MK 31.05.2022. noteikumu Nr. 329 redakcijā)*

261. Laikposmā no 2022. gada 1. jūlija līdz 2025. gada 30. jūnijam dzemdes kakla vēža skrīningu ar cilvēka papilomas vīrusa izmeklējuma metodi sievietēm no 30 gadu vecuma veic reizi trijos gados.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

262. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktajā kārtībā veic samaksu par šādiem sniegtajiem pakalpojumiem Covid-19 izplatības ierobežošanai un seku novēršanai:

262.1. par laboratorisko izmeklējumu veikšanu Covid-19 noteikšanai atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra tīmekļvietnē publicētajam Covid-19 testēšanas algoritmam;

262.2. atbilstoši faktiskajām izmaksām – par Covid-19 pacientu nogādāšanu no stacionārās ārstniecības iestādes uz mājām, ja pacienta veselības stāvoklis ļauj turpināt ārstēties mājās un pacients pats nespēj rast iespēju nokļūt mājās, neapdraudot epidemioloģisko drošību, kā arī par ceļa izdevumiem ārstniecības personai, kura apmeklē Covid-19 pacientu;

262.3. atbilstoši faktiskajām izmaksām – par pacienta nogādāšanu no augstāka līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes uz zemāka līmeņa stacionāro ārstniecības iestādi, ja pacienta veselības stāvoklis ir uzlabojies un ļauj turpināt ārstēšanu zemāka līmeņa stacionārā un ja augstāka līmeņa stacionārajai ārstniecības iestādei ir nepieciešams atbrīvot stacionārās gultas akūtiem pacientiem, kuriem nepieciešama stacionārā ārstēšana neatliekamā kārtā;

262.4. par subakūto rehabilitāciju un ilgtermiņa rehabilitāciju pacientiem pēc Covid-19 infekcijas pārslimošanas;

262.5. par veselības stāvokļa dinamisko novērošanu pacientiem pēc Covid-19 infekcijas pārslimošanas;

262.6. par vakcināciju pret Covid-19.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

263. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests atbilstoši faktiski sniegto pakalpojumu apjomam veic samaksu par Covid-19 pacientu diagnostiku un ārstēšanu. Veicot samaksu par Covid-19 pacientu ārstēšanu stacionārā ārstniecības iestādē, gultasdienas tarifā iekļautajam atalgojumam piemēro intensitātes koeficientu.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

264. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests samaksu par laboratoriskajiem pakalpojumiem Covid-19 noteikšanai veic atbilstoši faktiski sniegto pakalpojumu apjomam, nepiemērojot šo noteikumu 200. punktā minēto koeficientu un šo noteikumu 16. pielikumā minēto kārtību.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

265. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests apmaksā:

265.1. līgumā ar dienestu noteiktajā kārtībā – ģimenes ārsta aizvietošanas nodrošināšanu atvaļinājuma laikā un darbnespējas lapas A gadījumā, ja ģimenes ārsta prombūtnes laikā tiek nodrošināta ģimenes ārsta pakalpojumu pieejamība pacientiem;

265.2. ģimenes ārstu attālināti sniegtās konsultācijas saskaņā ar manipulāciju sarakstu.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

266. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests apmaksā konsultatīvā tālruņa darbības nodrošināšanu pusaudžiem psihoemocionālā atbalsta saņemšanai. Pakalpojuma nodrošināšanai dienests veic iepirkumu.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

267. Laikposmā no 2022. gada 1. janvāra līdz 2022. gada 31. decembrim ģimenes ārsta praksei, kas nodrošina vakcināciju pret Covid-19, dienests līgumā ar ģimenes ārsta praksi noteiktajā kārtībā veic maksājumu par papildu darbinieka nodarbināšanu praksē. Maksājumu veido:

267.1. šo noteikumu 153.2. apakšpunktā minētā vidējā darba samaksa mēnesī un valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas;

267.2. piemaksa par darba vietas nodrošināšanu 119,00 *euro* apmērā.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

268. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests ārstniecības iestādēm veic samaksu atbilstoši faktiski sniegto pakalpojumu apjomam par:

268.1. individuālo aizsardzības līdzekļu un dezinfekcijas līdzekļu izmantošanu pakalpojumu sniegšanā saskaņā ar manipulāciju sarakstu vai ikmēneša fiksēto maksājumu;

268.2. sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem personām ar aktīvu apstiprinātu Covid-19 infekciju vai atbilstoši normatīvajiem aktiem par epidemioloģiskās drošības pasākumiem Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai atzītai kontaktpersonai medicīniskās novērošanas periodā saskaņā ar manipulāciju sarakstu.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

269. Ja šo noteikumu 6. pielikumā minētās stacionārās ārstniecības iestādes ierobežotā gultu skaita dēļ nevar nodrošināt terapeitiskā profila pacientu, kā arī hronisko pacientu aprūpes profila un Covid-19 pacientu stacionāro ārstēšanu, dienests līdz 2022. gada 31. decembrim ir tiesīgs līgumu par šādu pacientu stacionāro aprūpi slēgt ar citām stacionārajām ārstniecības iestādēm, kas nav minētas šo noteikumu 6. pielikumā.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

270. Līdz 2022. gada 31. decembrim dienests stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem veic:

270.1. piemaksu par intensitāti un pacientu plūsmas organizēšanu šo noteikumu 6. pielikuma 1.1. un 1.2. apakšpunktā minēto stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļā (papildus šo noteikumu 6. pielikumā norādītajai piemaksai par uzņemšanas nodaļas darbību un pacientu observāciju līdz 24 stundām) līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktajā kārtībā, maksājumu aprēķinot atbilstoši pacientu skaita pieaugumam un atalgojumam piemērojot intensitātes koeficientu;

270.2. samaksu atbilstoši līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktajai kārtībai par Covid-19 pacientu ārstēšanu intensīvās terapijas gultā vai nodaļā.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

271. Dienests šo noteikumu 2.10. apakšpunktā minētos mākslas terapeita un šo noteikumu 10. pielikumā minētos funkcionālā speciālista pakalpojumus garastāvokļa traucējumu kabinetā bērniem, šo noteikumu 262., 263., 264., 265., 268., 269. un 270. punktā minētos veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī šo noteikumu 266. punktā minētā konsultatīvā tālruņa darbības nodrošināšanu pusaudžiem psihoemocionālā atbalsta saņemšanai apmaksā no 2022. gada 1. jūlija.
*(MK 14.07.2002. noteikumu Nr. 466 redakcijā)*

272. Dienests 2022. gadā finansējumu, kas iegūts, veicot līgumā paredzētā finanšu apmēra pārplānošanu atbilstoši šo noteikumu 14. pielikuma 7. punktā minētajai kārtībai, novirza stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem energoresursu sadārdzinājuma kompensēšanai. Dienests slēdz līgumu ar stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju par energoresursu sadārdzinājuma kompensēšanu.
*(MK 15.11.2022. noteikumu Nr. 725 redakcijā)*

273. Līdz 2026. gada 31. decembrim dienests stacionārajām ārstniecības iestādēm, kuras sniedz veselības aprūpes pakalpojumus Ukrainas civiliedzīvotājiem Krievijas Federācijas izraisītā bruņotā konflikta dēļ, stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai samaksu līgumā ar dienestu noteiktajā kārtībā veic atbilstoši faktiskajām izmaksām par:

273.1. pacientu medicīnisko transportēšanu no ārstniecības iestādes Ukrainā uz stacionāro ārstniecības iestādi Latvijā;

273.2. pacientu nogādāšanu no stacionārās ārstniecības iestādes uz citu stacionāro ārstniecības iestādi.
*(MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; punkta jaunā redakcija stājas spēkā 01.01.2026., sk. grozījumu 2. punktu)*

274. Līdz 2024. gada 31. decembrim dienests līgumā ar ārstniecības iestādi noteiktajā kārtībā veic samaksu par laboratorisko izmeklējumu veikšanu Covid-19 infekcijas noteikšanai atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra tīmekļvietnē publicētajam Covid-19 testēšanas algoritmam.
*(MK 19.12.2023. noteikumu Nr. 805 redakcijā)*

275. Līdz 2023. gada 31. decembrim dienests ārstniecības iestādēm veic samaksu atbilstoši faktiski sniegto pakalpojumu apjomam par individuālo aizsardzības līdzekļu un dezinfekcijas līdzekļu izmantošanu pakalpojumu sniegšanā saskaņā ar manipulāciju sarakstu vai ikmēneša fiksēto maksājumu.
*(MK 28.03.2023. noteikumu Nr. 156 redakcijā)*

276. Ja šo noteikumu 6. pielikumā minētās stacionārās ārstniecības iestādes ierobežotā gultu skaita dēļ nevar nodrošināt terapeitiskā profila pacientu, kā arī hronisko pacientu aprūpes profila stacionāro ārstēšanu, dienests līdz 2023. gada 31. decembrim ir tiesīgs līgumu par šādu pacientu stacionāro aprūpi slēgt ar citām stacionārajām ārstniecības iestādēm, kas nav minētas šo noteikumu 6. pielikumā.
*(MK 10.01.2023. noteikumu Nr. 9 redakcijā, sk. 277. punktu)*

277. Dienests šo noteikumu 3.6.2. apakšpunktā minēto vakcināciju, 150.1.3. un 150.1.4. apakšpunktā un 273. punktā minētos transportēšanas izdevumus, kā arī šo noteikumu 274., 275. un 276. punktā minētos veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā no 2023. gada 1. janvāra.
*(MK 10.01.2023. noteikumu Nr. 9 redakcijā)*

278. Dienests laikposmā no 2023. gada 1. janvāra līdz 2023. gada 31. janvārim ģimenes ārsta praksei, kas nodrošina vakcināciju pret Covid-19, līgumā ar ģimenes ārsta praksi noteiktajā kārtībā veic maksājumu par papildu darbinieka nodarbināšanu praksē. Maksājumu veido:

278.1. šo noteikumu 153.2. apakšpunktā minētā vidējā darba samaksa mēnesī un valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas;

278.2. piemaksa par darba vietas nodrošināšanu 119,00 *euro* apmērā.
*(MK 31.01.2023. noteikumu Nr. 46 redakcijā)*

279. Šo noteikumu 3.11.[1] apakšpunkts stājas spēkā 2023. gada 1. oktobrī.
*(MK 28.03.2023. noteikumu Nr. 156 redakcijā)*

280. Laikposmā no 2023. gada 1. septembra līdz 2023. gada 31. decembrim kapitācijas naudas apmērs, tai skaitā samaksa par reģistratora funkcijas veikšanu un telefonisku konsultāciju sniegšanu prakses darba laikā, vienai personai mēnesī ir 3,353868 *euro*.
*(MK 05.09.2023. noteikumu Nr. 503 redakcijā)*

280.[1] Šo noteikumu 90.[1] punkts stājas spēkā 2025. gada 1. janvārī.
*(MK 19.11.2024. noteikumu Nr. 727 redakcijā)*

281. Šo noteikumu 168.[1] punkts stājas spēkā 2025. gada 1. aprīlī. Laikposmā no 2025. gada 1. aprīļa līdz 2025. gada 30. septembrim dienests aiztur starpību, kas veidojas starp pīlnu maksu par sniegtajiem stacionārajiem un ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un summu, kas izmaksāta ārstniecības iestādei, piemērojot šo noteikumu 168.[1] punktā minēto koeficientu, un izmaksā to ārstniecības iestādei brīdī, kad tā uzsāk šo noteikumu 168.[1] punktā minēto medicīnisko dokumentu sagatavošanu un ievietošanu veselības informācijas sistēmā atbilstoši normatīvajiem aktiem par vienotās veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu. Ja ārstniecības iestāde līdz 2025. gada 1. oktobrim neuzsāk šo noteikumu 168.[1] punktā minēto medicīnisko dokumentu sagatavošanu un ievietošanu veselības informācijas sistēmā, starpība ārstniecības iestādei netiek izmaksāta.
*(MK 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 redakcijā, kas piemērojama ar 01.05.2024.)*

282. 2024. gadā dienests šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktā minēto gada samaksu par veselības aprūpes pakalpojumu digitalizāciju ārstniecības iestādēm maksā samazinātā apmērā, summu nosakot proporcionāli periodam no 2024. gada 1. maija līdz 2024. gada 31. decembrim.
*(MK 30.04.2024. noteikumu Nr. 276 redakcijā, kas piemērojama ar 01.05.2024.)*

283. Dienests ir tiesīgs slēgt līgumu ar sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Sanare-KRC Jaunķemeri" un sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Rehabilitācijas centrs "Ligatne"" par stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu šo noteikumu 273.1. apakšpunktā minētajiem pacientiem līdz 2026. gada 31. decembrim, samaksu veicot atbilstoši šo noteikumu 6. pielikuma 2.20.1., 2.20.2. vai 2.20.4. apakšpunktā noteiktajiem viena pacienta ārstēšanas tarifiem.
*(MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; punkta jaunā redakcija stājas spēkā 01.01.2026., sk. grozījumu 2. punktu)*

284. Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Piejūras slimnīca" šo noteikumu 6. pielikuma 1.1.7.3. apakšpunktā minēto narkoloģijas profilu un 2.25.13.5. apakšpunktā minēto programmu "Narkoloģija" nodrošina atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajai kārtībai. Līdz minētā stacionārā veselības aprūpes pakalpojuma profila un veselības aprūpes pakalpojumu programmas uzsākšanai valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Piejūras slimnīca" tos turpina nodrošināt sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Liepājas reģionālā slimnīca".
*(MK 18.06.2024. noteikumu Nr. 392 redakcijā)*

285. No 2025. gada 1. jūlija dienests veic šo noteikumu 42.1.[1] apakšpunktā minētā veselības aprūpes pakalpojuma apmaksu, kā arī šo noteikumu 6. pielikuma 2.10.8. un 2.10.26. apakšpunktā un 10. pielikuma 2.9. apakšpunktā minēto maksājumu un šo noteikumu 11. pielikuma 29. punktā minēto maksājumu, ievērojot 11. pielikuma 29.1. apakšpunktā minēto nosacījumu.
*(MK 08.07.2025. noteikumu Nr. 425 redakcijā)*

286. Dienests līdz 2026. gada 1. novembrim ārstniecības iestādei, kura sniedz valsts apmaksātus sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus apjomā, kas gadā pārsniedz 500 000 *euro*, nav iekļauta šo noteikumu 6. pielikumā un nodrošina valsts apmaksātus pakalpojumus vismaz divos šādos pakalpojumu veidos – izmeklējumi, dienas stacionārs, rehabilitācija, speciālistu konsultācijas –, samaksā vienreizēju maksājumu par ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu digitalizāciju 15 120 *euro* apmērā, ja tā izpilda šādus nosacījumus:

286.1. nodrošina visu nosūtījumu ambulatorā/stacionārā pakalpojuma saņemšanai sagatavošanu, ievietošanu un apstrādi veselības informācijas sistēmā atbilstoši normatīvajiem aktiem par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu un par to līdz 2026. gada 1. maijam ir sniegts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Latvijas Digitālās veselības centrs" akceptēsta aplicinājums;

286.2. nodrošina ārstniecības iestādes elektronisko pierakstu sistēmas (kalendāru) atvēršanu vienotam pierakstam veselības informācijas sistēmā un par to līdz 2026. gada 1. oktobrim ir sniegts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Latvijas Digitālās veselības centrs" akceptēsta aplicinājums.
*(MK 01.09.2026. noteikumu Nr. 524 redakcijā)*

287. 2026. un 2027. gadā ikmēneša fiksēto piemaksu par ģimenes ārsta prakses un personāla darbības nodrošināšanu lauku teritorijā dienests maksā šo noteikumu 11. pielikumā noteiktajā kārtībā, ņemot vērā šādus nosacījumus:

287.1. piemaksas apmērs atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma 2026. gadā:

287.1.1. ja teritorijā ir vairāk nekā 500 iedzīvotāju uz $km^2$, piemaksas nav;

287.1.2. ja teritorijā ir no 100 līdz 499 iedzīvotājiem uz $km^2$, piemaksa ir 575,00 *euro* mēnesī;

287.1.3. ja teritorijā ir no 20 līdz 99 iedzīvotājiem uz $km^2$, piemaksa ir 860,00 *euro* mēnesī;

287.1.4. ja teritorijā ir mazāk nekā 20 iedzīvotāju uz $km^2$, piemaksa ir 1150,00 *euro* mēnesī;

287.2. piemaksas apmērs atkarībā no attāluma līdz tuvākajai klīniskajai universitātes slimnīcai 2026. gadā:

287.2.1. ja prakse atrodas tuvāk par 100 km, piemaksas nav;

287.2.2. ja prakse atrodas 100–149 km attālumā, piemaksa ir 300,00 *euro* mēnesī;

287.2.3. ja prakse atrodas 150–199 km attālumā, piemaksa ir 500,00 *euro* mēnesī;

287.2.4. ja prakse atrodas 200–249 km attālumā, piemaksa ir 740,00 *euro* mēnesī;

287.2.5. ja prakse atrodas 250 km un tālāk, piemaksa ir 895,00 *euro* mēnesī;

287.3. piemaksas apmērs atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma 2027. gadā:

287.3.1. ja teritorijā ir vairāk nekā 500 iedzīvotāju uz $km^2$, piemaksas nav;

287.3.2. ja teritorijā ir no 100 līdz 499 iedzīvotājiem uz $km^2$, piemaksa ir 475,00 *euro* mēnesī;

287.3.3. ja teritorijā ir no 20 līdz 99 iedzīvotājiem uz $km^2$, piemaksa ir 755,00 *euro* mēnesī;

287.3.4. ja teritorijā ir mazāk nekā 20 iedzīvotāju uz $km^2$, piemaksa ir 1035,00 *euro* mēnesī;

287.4. piemaksas apmērs atkarībā no attāluma līdz tuvākajai klīniskajai universitātes slimnīcai 2027. gadā:

287.4.1. ja prakse atrodas tuvāk par 100 km, piemaksas nav;

287.4.2. ja prakse atrodas 100–149 km attālumā, piemaksa ir 180,00 *euro* mēnesī;

287.4.3. ja prakse atrodas 150–199 km attālumā, piemaksa ir 395,00 *euro* mēnesī;

287.4.4. ja prakse atrodas 200–249 km attālumā, piemaksa ir 620,00 *euro* mēnesī;

287.4.5. ja prakse atrodas 250 km un tālāk, piemaksa ir 770,00 *euro* mēnesī.
*(MK 03.03.2026. noteikumu Nr. 112 redakcijā)*

288. Dienests ikmēneša fiksēto piemaksu par ģimenes ārsta prakses un personāla darbības nodrošināšanu lauku teritorijā par 2026. gada janvāri un februāri pārrēķina atbilstoši šo noteikumu 287. punktā minētajiem piemaksu apmēriem un šo noteikumu 11. pielikumā noteiktajai kārtībai un aprēķināto starpību izmaksā ģimenes ārstu praksēm līdz 2026. gada 20. aprīlim. Ja par 2026. gada janvāri vai februāri pārrēķinātais apmērs ir mazāks par minētās ikmēneša fiksētās piemaksas apmēru, kas attiecīgajai ģimenes ārsta praksei tika aprēķināts atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai piemaksas aprēķināšanas brīdī, tad piemaksas starpību par attiecīgo mēnesi ģimenes ārsta praksei neietur.
*(MK 03.03.2026. noteikumu Nr. 112 redakcijā)*

**Informatīva atsauce uz Eiropas Savienības direktīvām**

Noteikumos iekļautas tiesību normas, kas izriet no:

1) Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīvas 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē;

2) Komisijas 2012. gada 20. decembra Īstenošanas Direktīvas 2012/52/ES, ar kuru paredz pasākumus, kas atvieglotu citā dalībvalstī izsniegtu recepšu atzīšanu;

3) Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 13. decembra Direktīvas 2011/92/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*

1. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 08.07.2025. noteikumu Nr. 425 redakcijā)*

## Profilaktiskās apskates (izmeklējumi) un sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana

1. Bērnu profilaktiskās apskates

| | Agrīnais neonatālais periods | Jaundzimušā periods | | | Zīdaiņa periods | | | | | | | | | Mazbērna periods | | | | Pirmsskolas periods | | | Skolas periods |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1. Vecums | 48–78 h | 3.–6. dzīves diena | 7.–14. dzīves diena | 15.–21. dzīves diena | 22.–28. dzīves diena | 1 mēn. | 2 mēn. | 3 mēn. | 4 mēn. | 5 mēn. | 6 mēn. | 7–8 mēn. | 9–11 mēn. | 12 mēn. | 13–18 mēn. | 19–24 mēn. | 2 g. | 3 g. | 4 g. | 5 g. | 6 g. | 7–18 g. |
| 1.2. Ģimenes ārsta veikta apskate: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.1. mājās | | • | | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.2. ārsta prakses vietā[1] | | | | | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | Reizi gadā |
| 1.3. Vecmātes vai ģimenes ārsta praksē strādājošas māsas vai ārsta palīga (feldšera) veikta apskate: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.1. mājās | | • | Vienu reizi 10 dienās | | | Ja bērns neierodas uz noteikto apskati ārsta praksē | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.2. ārsta prakses vietā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4. Skrīnings: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.1. fenilalanīna noteikšana asinīs | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.2. tireotropā hormona noteikšana asinīs | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.3. jaundzimušo biotinidāzes enzīmiskās aktivitātes noteikšana asinīs | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.4. jaundzimušo 17-OH-progesterona noteikšana asinīs ar fluorometrisko enzīmu imūntestu (FEIA) | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.5. jaundzimušo kopējās galaktozes kvantitatīva fluorometriska noteikšana asinīs | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.6. imūnreaktīvā tripsinogēna (IRT) noteikšana asinīs ar fluorometrisko enzīmu imūntestu (FEIA) un – izmainīta IRT rezultāta gadījumā – gēna CFTR dF508 varianta noteikšana | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.7. jaundzimušo SMN1 gēna delēcijas noteikšana asinīs, izdalot DNS | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.8. jaundzimušo T un/vai B šūnu receptoru deficīta noteikšana asinīs, izdalot DNS | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.9. jaundzimušo skrīnings galaktozēmijas noteikšanai ar kopējās galaktozes sausā asins pilienā un enzīma GALT aktivitātes noteikšanu jaundzimušajiem, kuriem asins paraugs paņemts pirms 48. dzīves stundas, priekšlaikus dzimušiem bērniem ar svaru zem 2000 g un/vai dzimšanas laiku ≤ 33 + 6 gestācijas nedēļas, jaundzimušajiem, kuri saņēmuši asins produktu transfūziju un/vai parenterālu barošanu, vai jaundzimušajiem ar primāri izmainītiem galaktozes rādītājiem | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.10. vielmaiņas slimību skrīnings asinīs, nosakot tām raksturīgos metabolītus ar šķidruma hromatogrāfijas tandēma masspektrometrijas (LC-MS/MS) metodi:<br>- jaundzimušo skrīnings glutārskābes acidūrijas (1. tips) noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings glutārskābes acidūrijas (2. tips) noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings vidēji garo ķēžu acilkoenzīma A dehidrogenāzes deficīta noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings garo ķēžu 3-hidroksiacilkoenzīma A dehidrogenāzes deficīta noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings ļoti garo ķēžu 3-hidroksiacilkoenzīma A dehidrogenāzes deficīta noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings primāra karnitīna deficīta noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings karnitīna/acilkarnitīna translokāzes deficīta noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings karnitīna palmitoiltransferāzes deficīta (1a tips) noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings karnitīna palmitoiltransferāzes deficīta (II tips) noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings argininēmijas noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings citrulinēmijas (I tips) noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings citrīna deficīta (citrulinēmijas II tips) noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings argininosukcināta lāzes deficīta noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings homocistinūrijas noteikšanai sausā asins pilienā;<br>- jaundzimušo skrīnings mātes un/vai bērna B12 vitamīna deficīta noteikšanai sausā asins pilienā | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.11. dzirdes pārbaude ar otoakustiskās emisijas metodi | | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.12. redzes pārbaude[2] | | | | | | | | | | | | | | | • | | | • | | | • | |
| 1.5. Imūnprofilakse | Atbilstoši vakcinācijas kalendāram | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6. Neonatologa apskate bērniem, kas dzimuši līdz 34. gestācijas nedēļai (nodrošina VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca" vai SIA "Rīgas Dzemdību nams" nodarbināts neonatologs)[3] | | | | | | Koriģētā 40. gestācijas nedēļa | Koriģētā 44. gestācijas nedēļa | Koriģētā 3 mēnešu vecumā | | | Koriģētā 6 mēnešu vecumā | | Koriģētā 9 mēnešu vecumā | Koriģētā 12 mēnešu vecumā | Koriģētā 18 mēnešu vecumā[3] | Koriģētā 24 mēnešu vecumā[3] | | | | | | |
| 1.7. Zobu higiēnista apmeklējums | | | | | | | | | | | | | | | | | • | • | • | • | • | Reizi gadā, bet bērniem 7, 11 un 12 gadu vecumā – divas reizes attiecīgajā vecuma grupā |
| 1.8. Glikozes līmeņa noteikšana venozo asiņu plazmā (mmol/l) tukšā dūšā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Reizi gadā no 10 gadu vecuma riska grupas pacientiem[4] |

Piezīmes.

[1] Ģimenes ārsts profilaktiskās apskates ietvaros atbilstoši līgumā ar dienestu minētajiem nosacījumiem nodrošina bērna agrīnu attīstības izvērtējumu – to veic četru, sešu, deviņu, divpadsmit un astoņpadsmit mēnešu vecumā, kā arī divu un trīs gadu vecumā.

[2] 13–24 mēnešu vecumā: redzes spēju orientējošā pārbaude, šķielēšanas ieņķis ar aizklāšanas un prizmas testu, acs ābolu kustības, skiaskopija pēc Isas cikloplēģijas, acs dibena apskate, paplašinot zīlītes. 3 gadu vecumā: salīdzinoša redzes asuma pārbaude pēc E burtu tabulas vai zīmējumu tabulas, šķielēšanas ieņķis ar aizklāšanas un prizmas testu, acs ābolu kustības, skiaskopija pēc Isas cikloplēģijas, acs dibena apskate, paplašinot zīlītes. 6–7 gadu vecumā: redzes asums tuvumā un tālumā, stereoredzes un binokulārās redzes pārbaude, acu kustību pārbaude, konverģences pārbaude, šķielēšanas ieņķis ar aizklāšanas un prizmas testu, acs ābolu kustības, skiaskopija pēc Isas cikloplēģijas, acs dibena apskate, paplašinot zīlītes. Minētās redzes pārbaudes veic oftalmologs.

[3] Neonatologa apskates nodrošināmas līdz koriģētam viena gada vecumam vai, ja saņemts speciālista atzinums par nepieciešamību turpināt novērošanu, līdz koriģētam divu gadu vecumam.

[4] Pie riska grupas pacientiem pieder bērni, kuriem ķermeņa masas indekss (turpmāk – ĶMI) ≥ 85 procentīlēm attiecībā pret vecumu, augumu un dzimumu un kuriem ir vismaz viens no šādiem riska faktoriem: ģimenes anamnēzē 1. vai 2. pakāpes radiniekam 2. tipa cukura diabēts; mātei cukura diabēts vai gestācijas cukura diabēts grūtniecības laikā ar konkrēto bērnu; piederība augsta riska etniskai grupai (afroamerikāņu, indiāņu, spāņu, Āzijas vai Klusā okeāna salu iedzīvotāji); insulīna rezistences pazīmes vai stāvokļi, kas asociējas ar insulīna rezistenci (*acanthosis nigricans*, arteriāla hipertensija, dislipidēmija, policistisko olnīcu sindroms, gestācijas laikam mazs dzimšanas svars).

2. Pieaugušo profilaktiskās apskates

| 2.1. Personas vecums pilnos gados | 2.2. Ģimenes ārsta veiktā vispārējā veselības pārbaude | 2.2.1. sāzdziļu anamnēze | 2.2.2. ķermeņa svars un augums, ĶMI | 2.2.3. arteriālā asinsspiediena un pulsa noteikšana | 2.2.4. ādas un gļotādu stāvokļa mutes dobuma apskate | 2.2.5. kakla, padušu, cirkšņu limfmezglu apskate un palpācija | 2.2.6. vairogdziedzera projekcijas novērtēšana | 2.2.7. krūšu dziedzeru izskats un palpācija | 2.2.8. sirdsdarbības, miega artēriju un plaušu auskultācija | 2.2.9. vēdera palpācija | 2.2.10. redzes, dzirdes, psihes, jušanas, kustību, neiroloģisko traucējumu, traumu seku novērtēšana | 2.2.11. rektālā digitālā palpācija | 2.3. Valsts organizētais skrīnings[1] | 2.3.1. dzemdes kakla vēža skrīnings | 2.3.1.1. ar šķidruma citoloģijas metodi | 2.3.1.2. ar cilvēka papillomas vīrusa izmeklējuma metodi | 2.3.2. krūts vēža profilaktiskā pārbaude – mamogrāfija | 2.3.3. zarnu vēža profilaktiskā pārbaude – slēpto asiņu noteikšana fēcēs | 2.3.4. prostatas vēža skrīnings[2] | 2.4. Sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana ar SCORE metodi[3] | 2.4.1. anamnēzes ievākšana – ģimenes anamnēze (agrīna (līdz 50 g.) aterosklerotiska kardiovaskulāra slimība vai pēkšņa nāve), smēķēšana | 2.4.2. vidukļa apkārtmērs | 2.4.3. kopējā holesterīna noteikšana asinīs | 2.4.4. augsta blīvuma holesterīna noteikšana asinīs | 2.4.5. zema blīvuma holesterīna noteikšana asinīs | 2.4.6. triglicerīdu noteikšana asinīs | 2.4.7. elektrokardiogramma | 2.4.8. SCORE riska grupas noteikšana | 2.5. Glikozes līmeņa noteikšana venozo asiņu plazmā (mmol/l) tukšā dūšā[4] | 2.6. Imūnprofilakse |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18–24 g. | | Reizi gadā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | • | | | | | | | | | | | | | Atbilstoši vakcinācijas kalendāram |
| 26–27 g. | | Reizi gadā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | • | | | | | | | | | | | | | |
| 29. g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | • | | | | | | | | | | | |
| 31 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32–33 g. | | Reizi gadā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35. g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | • | | | | | | | | | | | |
| 36. g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 38–39 g. | | Reizi gadā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | | | | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | |
| 41–42 g. | | Reizi gadā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | | | | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | |
| 46 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | • | |
| 49 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | • | • | • | • | | • | • | • | • | • | • | • | • | | |
| 51 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | • | |
| 52 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | | |
| 53 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | • | |
| 55 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | • | | | | | • | • | • | • | • | • | • | • | | |
| 56 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | | |
| 57 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | • | |
| 58 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | | |
| 59 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | • | • | • | • | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | |
| 61 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | | |
| 63 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | • | |
| 64 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | | |
| 65 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | • | | | | | • | • | • | • | • | • | • | • | | |
| 66 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | • | |
| 67 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | • | • | • | | | | | | | | | | | |
| 69 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | • | |
| 70 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | • | | • | • | | | | | | | | | | | |
| 71 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | • | • | | | | | | | | | | • | |
| 73 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 g. | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | • | • | | | | | | | | | | | |
| ≥ 75 g. | | Reizi gadā | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Piezīmes.

[1] Skrīninga un pēcskrīninga izmeklējumi ir noteikti līgumā ar ārstniecības iestādi un dienesta tīmekļvietnē.

[2] Prostatas vēža skrīningu var nodrošināt vīriešiem no 45 gadiem, ja ģimenes anamnēzē ir konstatēts prostatas vēzis.

[3] SCORE metode – metode fatālu kardiovaskulāru notikumu riska noteikšanai tuvāko 10 gadu laikā.

[4] Riska grupas pacientiem glikozes līmeni venozo asiņu plazmā (mmol/l) tukšā dūšā nosaka reizi gadā. Pie riska grupas pieder personas ar ĶMI ≥ 25 (kg/m$^2$) un ar vismaz vienu no riska faktoriem: 1. pakāpes radiniekam diagnosticēts cukura diabēts, koronārā sirds slimība un/vai tranzitori išēmiska lēkme, un/vai insults anamnēzē, arteriālā hipertensija, augsta blīvuma holesterīns < 0,90 mmol/l un/vai triglicerīdi > 2,82 mmol/l, policistisko olnīcu sindroms, mazkustīgs dzīvesveids (fiziskā aktivitāte < 30 min/dienā vai < 4 h/nedēļā), stāvokļi, kas saistāmi ar insulīnrezistenci (abdominālā aptaukošanās – vēdera apkārtmērs sievietēm > 80 cm, vīriešiem > 94 cm, *acanthosis nigricans*, taukainā hepatoze).

3. Grūtnieces un nedēļnieces aprūpe notiek atbilstoši normatīvajiem aktiem par dzemdību palīdzības nodrošināšanu.

4. Sportistiem līdz 18 gadu vecumam un bērniem ar paaugstinātu fizisko slodzi sporta ārsta un ģimenes ārsta veiktās profilaktiskās un medicīniskās pārbaudes notiek atbilstoši normatīvajam aktam, kas nosaka sportistu un bērnu ar paaugstinātu fizisko slodzi veselības aprūpes un medicīniskās uzraudzības kārtību.

5. Profilaktiskās apskates ietvaros veiktajā ģimenes ārsta apskatē ģimenes ārsts izvērtē papildu izmeklējumu un speciālistu konsultāciju nepieciešamību.

6. Veselības aprūpes pakalpojumus sirds un asinsvadu slimību profilaksei īsteno ģimenes ārsta prakse vienu reizi konkrētā vecuma grupā. Pēc sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanas ģimenes ārsts iesaka un nosaka pacientam turpmākos pasākumus, ievērojot līgumā ar dienestu noteikto kārtību.

7. Šajā pielikumā noteiktā kārtība sirds un asinsvadu slimību profilaksei neattiecas uz augsta un ļoti augsta riska pacientiem, kuriem ir:

7.1. kardiovaskulāra slimība ar vienu no šādām pazīmēm:

7.1.1. bijis miokarda infarkts vai akūts koronārs sindroms;

7.1.2. bijusi koronārā revaskularizācija – perkutāna koronāra intervence vai koronāro artēriju šuntēšana;

7.1.3. bijusi citu (nevis koronāro) artēriju revaskularizācija;

7.1.4. bijis artēriju aterotrombotisks insults vai tranzitora išēmiska lēkme;

7.1.5. aortas aneirisma vai perifēro artēriju slimība;

7.1.6. nešaubīga aterosklerotiska panga koronārajā, miega vai citā artērijā, kas konstatēta angiogrāfijā vai ultrasonoskopijā, vai citā neinvazīvā attēldiagnostiskā izmeklējumā, izņemot gadījumu, ja asinsvadu sienas vidējā slāņa (*intima media* sabiezējums (IMT)) biezums ir līdz 1,5 mm;

7.2. 1. vai 2. tipa cukura diabēts ar mērķa orgānu bojājumu vai bez tā, ar vienu vai vairākiem sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem (smēķēšana, hiperholesterinēmija vai izteikta (otrās vai trešās pakāpes) arteriāla hipertensija) vai bez tiem;

7.3. smaga vai mērena hroniska nieru slimība ar glomerulu filtrācijas ātrumu, kas zemāks par 59 ml/min/1,73 m$^2$;

7.4. smaga (trešās pakāpes) arteriāla hipertensija;

7.5. ģimenes jeb primāra hiperlipidēmija.

2. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555

**Kārtība, kādā sniedzama medicīniskās palīdzības minimumā ietilpstošā neatliekamā medicīniskā palīdzība**

1. Ārstniecības persona iestādes uzņemšanas nodaļā novērtē personas veselības stāvokli, izvērtējot, vai tas neatbilst šādiem kritērijiem:

| Nr. p.k. | Līmeņa raksturojums | Klīniskā stāvokļa raksturojums |
|---|---|---|
| 1.1. | Klīniskais stāvoklis ar vitālo funkciju traucējumiem | 1. Sirds apstāšanās (asistolija).<br>2. Elpošanas apstāšanās.<br>3. Iespējama elpošanas apstāšanās elpceļu obstrukcijas dēļ.<br>4. Elpošanas biežums < 8 reizes/min.<br>5. Sistoliskais asinsspiediens < 80 mmHg.<br>6. Koma (bezsamaņa), nav reakcijas uz sāpēm vai reakcija pēc Glāzgovas komas skalas (turpmāk – GKS) < 9 ballēm.<br>7. Ģeneralizēti krampji, epileptiskais statuss.<br>8. Smaga saindēšanās.<br>9. Smagi psihiskās darbības traucējumi ar bīstamu agresīvu rīcību pret sevi un apkārtējiem.<br>10. Politrauma.<br>11. Smaga galvas trauma, intrakraniāla hemorāģija.<br>12. Anafilaktiskais šoks.<br>13. Akūts koronārs sindroms ar akūtiem ritma traucējumiem, šoku, kolapsu, plaušu tūsku.<br>14. Iekšēja asiņošana.<br>15. Akūs sirds ritma traucējumi ar hipotensiju |
| 1.2. | Stāvoklis, kad pacientam var rasties vitālo funkciju traucējumi, ja netiek nekavējoties sniegta medicīniskā palīdzība | 1. Kritisks elpceļu stāvoklis – stridors vai patoloģiska siekalošanās.<br>2. Akūti elpošanas traucējumi.<br>3. Akūti asinsrites traucējumi:<br>a) auksta, mitra āda, slikta perfūzija (kapilāru uzpildes laiks > 5 s),<br>b) sirdsdarbības frekvence (turpmāk – SF) < 50 reizes/min vai > 150 reizes/min,<br>c) hipotensija ar audu perfūzijas traucējumiem.<br>4. Akūts liela asins daudzuma zudums.<br>5. Ļoti stipras akūtas sāpes dažādu iemeslu dēļ, tai skaitā akūtas sirds, vēdera sāpes vai ektopiskā grūtniecība, kas novērtējama ar 9–10 ballēm pēc 10 ballu skalas.<br>6. Hipoglikēmija, glikozes līmenis asinīs < 2 mmol/l.<br>7. Miegainība, paārināta reakcija jebkura iemesla dēļ (pēc GKS < 10 ballēm).<br>8. Drudzis vai vispārējā kermeņa atdzišana ar letarģijas pazīmēm.<br>9. Skābju vai sārmu nokļūšana acīs.<br>10. Politrauma, kad nepieciešama steidzama organizēta mediķu brigādes palīdzība.<br>11. Akūta lokalizēta trauma – lielo kaulu un/vai muguras kaulu lūzumi, amputācijas.<br>12. Augsta riska anamnēze:<br>a) liels nomierinošo vielu patēriņš vai citas izcelsmes toksisku vielu patēriņš,<br>b) cita dzīvībai bīstama saindēšanās,<br>c) dzīvībai bīstamu vides faktoru ietekme (ģeneralizēta alerģiska reakcija).<br>13. Psihiski un uzvedības traucējumi:<br>a) agresija vai vardarbība, kas rada draudus pašam pacientam un apkārtējiem,<br>b) izteikts psihomotors uzbudinājums, kad sevis un/vai apkārtējo apdraudējuma dēļ nepieciešams fiziski ierobežot personas brīvību.<br>14. Akūta neiroloģiska perēkļu simptomātika |
| 1.3. | Pacienta veselības stāvoklis ir pasliktinājies, un pastāv potenciāli draudi dzīvībai vai smagas sekas pacienta veselībai, ja netiek nekavējoties sniegta medicīniskā palīdzība | 1. Miegainība, paārināta reakcija jebkāda iemesla dēļ (pēc GKS < 13 ballēm).<br>2. Oksigenācija < 90 procentu.<br>3. Atkārtoti krampji, kas fiksēti pēdējo 12 stundu laikā.<br>4. Nepārtraukta (ilgāk par 30 minūtēm) vemšana.<br>5. Akūta dehidratācija.<br>6. Galvas trauma ar īslaicīgu samaņas zudumu.<br>7. Vidēja stipruma sāpes, kas tiek vērtētas ar 7–8 ballēm pēc 10 ballu skalas, kad nepieciešama tūlītēja sāpju novēršana.<br>8. Akūtas sāpes vēderā bez augsta riska pazīmēm, kas tiek vērtētas ar vismaz 8 ballēm pēc 10 ballu skalas, ja pacientam > 65 g.<br>9. Akūta neiroloģiska perēkļu simptomātika.<br>10. Vidēja stipruma ekstremitātes savainojums ar deformāciju, lūzumu vai kompresijas sindroms.<br>11. Psihiski un uzvedības traucējumi:<br>a) pašnāvības mēģinājums vai pašnāvības draudi,<br>b) akūtas psihozes,<br>c) dezorganizēta uzvedība,<br>d) smaga depresija,<br>e) akūts psihomotors uzbudinājums;<br>12. Perforējoša acs trauma.<br>13. Vidēji smaga asinošana jebkāda iemesla dēļ.<br>14. Urīna aizture, pastiprināta urīna izvade.<br>15. Galvas traumas bez samaņas traucējumiem.<br>16. Smags abstinences stāvoklis, kurš riska faktoru ietekmē var komplicēties (anamnēzē bijušas psihozes, krampji, citas akūtas slimības).<br>17. Ar trakumsērgu slimu vai aizdomīgu dzīvnieku kodumi, plēsumi, apsiekalošana.<br>18. Traumas un nelaimes gadījumi |

2. Neatliekamo medicīnisko palīdzību pacientam nodrošina līdz brīdim, kad pacienta klīniskais stāvoklis atbilstoši pacienta ārstējošā ārsta novērtējumam atbilst šā pielikuma 1. punktā minētajiem kritērijiem, tai skaitā līdz brīdim, kad pacienta ārstēšana, pamatojoties uz ārstējošā ārsta vai, ja nepieciešams, konsilija lēmumu, tiek turpināta kā ilgstoša vitālo funkciju uzturēšana (piemēram, ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija). Sniedzot neatliekamo medicīnisko palīdzību, pacientam, ja nepieciešams, nodrošina asins pārliešanu un asins preparātu transplantāciju.

3. Pakalpojumi, kas pacientam nepieciešami ilgāk par mēnesi, lai nodrošinātu vitālās funkcijas, nav uzskatāmi par neatliekamo medicīnisko palīdzību.

4. Audu un orgānu transplantācija nav uzskatāma par neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Veselības ministre *Anda Čakša*

3. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums grozīts ar MK 09.06.2020. noteikumiem Nr. 367)*

**Infekcijas slimību saraksts**

| Nr. p.k. | SSK-10 kods* | Nosaukums |
|---|---|---|
| 1. | A00 | Holera |
| 2. | A01 | Vēdertīfs un paratīfi |
| 3. | Z22.0–1 | Tīfa baktēriju nēsātājs; citu zarnu infekcijas slimību ierosinātāju nēsātājs |
| 4. | A02 | Citas salmonellu ierosinātas infekcijas |
| 5. | A03 | Šigelozes |
| 6. | A04; A08; A09 | Citas bakteriālas zarnu infekcijas; vīrusu un citas precizētas zarnu infekcijas; cita veida infekcijas ierosināts un nezināmas cilmes gastroenterīts un kolīts |
| 7. | A05 | Citas citur neklasificētas bakteriālas uztura toksikoinfekcijas |
| 8. | A06 | Amebiāze |
| 9. | A07.0; A07.1; A07.2; A07.8 | Balantidiāze; žiradiāze (lamblioze); kriptosporodioze; citas precizētas vienšūņu ierosinātas zarnu slimības |
| 10. | A15–A19 | Tuberkuloze |
| 11. | A20 | Mēris |
| 12. | A21 | Tularēmija |
| 13. | A22 | Liesassērga (Sibīrijas lopu mēris) |
| 14. | A27 | Leptospiroze |
| 15. | A28.2 | Ekstraintestinālā jersinioze |
| 16. | A30 | Lepra (Hansena slimība) |
| 17. | A31 | Citu mikobaktēriju ierosinātas infekcijas |
| 18. | A32 | Listerioze |
| 19. | A33–A35 | Jaundzimušo tetāns (stingumkrampji, *tetanus neonatorum*); nedēļnieču tetāns (stingumkrampji); citi tetāna (stingumkrampju) veidi |
| 20. | A36 | Difterija |
| 21. | Z22.2 | Difterijas baktēriju nēsātājs |
| 22. | A37 | Garais klepus |
| 23. | A38 | Skarlatīna |
| 24. | A39 | Meningokoku infekcija |
| 25. | A48.1 | Leģionāru slimība |
| 26. | A50–A53 | Iedzimts sifiliss; svaigs sifiliss; vēlīns sifiliss; citi sifilisa veidi un neprecizēts sifiliss |
| 27. | A54 | Gonokoku infekcija |
| 28. | A56 | Citas seksuāli transmisīvas hlamīdiju ierosinātas slimības |
| 29. | A60 | Anoģenitālā herpesvīrusu infekcija |
| 30. | A68.0 | Utu atgulas tīfs |
| 31. | A69.2 | Laimas slimība |
| 32. | A70 | *Chlamydia psittaci* infekcijas |
| 33. | A71 | Trahoma |
| 34. | A75–A79 | Riketsiozes |
| 35. | A80 | Akūts poliomielīts |
| 36. | A81.0 | Kreicfelda-Jakoba slimība |
| 37. | A82 | Trakumsērga |
| 38. | Z20.3 | Iespēja inficēties un kontakts ar trakumsērgu |
| 39. | A84; A85; A86; A87 | Ērču pārnests vīrusencefalīts; cits citur neklasificēts vīrusencefalīts; neprecizēts vīrusencefalīts; vīrusmeningīts |
| 40. | A95; A96; A97; A98; A99 | Dzeltenais drudzis; arenavīrusu hemorāģiskais drudzis; denges drudzis; citi citur neklasificēti vīrusu hemorāģiskie drudži; neprecizēts vīrusu hemorāģiskais drudzis |
| 41. | B01 | Vējbakas |
| 42. | B05 | Masalas (*morbili*) |
| 43. | B06 | Masaliņas (*rubeola*, *rubella*) |
| 44. | B08.8 | Citas precizētas vīrusinfekcijas ar ādas un gļotādu bojājumiem |
| 45. | B15–B19 | Vīrushepatīts |
| 46. | B20–B24 | Humānā imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcija |
| 47. | Z21 | Bezsimptomu inficēšanās ar humānā imūndeficīta vīrusu (HIV) |
| 48. | B25 | Citomegalovīrusu slimības |
| 49. | B26 | Cūciņa |
| 50. | B27 | Infekciozā mononukleoze |
| 51. | B35 | Dermatofitoze |
| 52. | B50–B54 | *Plasmodium falciparum* malārija; *plasmodium vivax* malārija; *plasmodium malariae* malārija; cita veida parazitoloģiski diagnosticēta malārija; neprecizēta malārija |
| 53. | B58 | Toksoplazmoze |
| 54. | B75 | Trihineloze |
| 55. | B86 | Kašķis (*scabies*) |
| 56. | B99 | Citas un neprecizētas infekcijas slimības |
| 57. | G00; G01; G02 | Citur neklasificēts bakteriāls meningīts; meningīts citur klasificētu bakteriālu slimību dēļ; meningīts citu citur klasificētu infekcijas un parazitāro slimību dēļ |
| 58. | J09; J10; J11 | Gripa, ko izraisījis identificēts zoonotiskas vai pandēmiskas gripas vīruss**; gripa, ko izraisījis identificēts sezonālās gripas vīruss**; gripa, ja vīruss nav identificēts** |
| 59. | J13 | *Streptococcus pneumoniae* ierosināta pneimonija |
| 60. | U07.1; U07.2 | Covid-19, ja vīruss identificēts; Covid-19, ja vīruss nav identificēts |

Piezīmes.
1. * Ja "pamatslimība" ir pakļauta SSK-10 paredzētajai divējādai klasifikācijas sistēmai, jālieto gan krustiņa, gan zvaigznītes kodi.
2. ** Pacients ir atbrīvots no līdzmaksājuma, ja ārstējas stacionārā.

Veselības ministre *Anda Čakša*

**Veselības ministrijas iesniegtajā redakcijā**

4. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; pielikuma jaunā redakcija stājas spēkā 01.04.2026., sk. grozījumu 4. punktu)*

## Aprūpes epizodes un to tarifi

1. Lai organizētu ambulatorās veselības aprūpes speciālistu darba uzskaiti un samaksu, aprūpes epizodes klasificē šādi:

1.1. 1. veids – aprūpes epizode sakarā ar akūtu saslimšanu vai traumu;

1.2. 2. veids – aprūpes epizode sakarā ar pirmoreiz mūžā diagnosticētu hronisku saslimšanu;

1.3. 3. veids – aprūpes epizode sakarā ar iepriekš diagnosticētas slimības paasinājumu;

1.4. 4. veids – aprūpes epizode sakarā ar profilaktisku apskati, patronāžu vai vakcināciju;

1.5. 5. veids – aprūpes epizode sakarā ar hroniskas slimības vai veselības stāvokļa dinamisku novērošanu;

1.6. 6. veids – aprūpes epizode sakarā ar 1., 2., 3., 4. un 5. veida aprūpes epizodē neklasificētiem iemesliem;

1.7. 7. veids – aprūpes epizode sakarā ar palīgkabinetos sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

2. 1., 2., 3., 5. un 6. veida aprūpes epizodi izmanto šā pielikuma 5. punktā minētie ambulatorās aprūpes speciālisti.

3. Katra ārstniecības persona par veikto darbu aprūpes epizodes ietvaros aizpilda uzskaites dokumentu – ambulatorā pacienta talonu.

4. Lai saņemtu samaksu par personai sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ja aprūpes epizode ilgst vairāk nekā 30 kalendāra dienas, ārstniecības iestāde to noslēdz pēc 30 kalendāra dienām, skaitot no aprūpes epizodes sākšanās dienas, un ar nākamo personas apmeklējumu uzsāk jaunu aprūpes epizodi.

5. Speciālisti un attiecināmie aprūpes epizožu tarifi:

| Nr. p. k. | Specialitāte | Tarifs (*euro*) |
|---|---|---|
| 5.1. | Alergologs | 17,54 |
| 5.2. | Algologs | 17,54 |
| 5.3. | Anesteziologs, reanimatologs[1] | 17,54 |
| 5.4. | Arodveselības un arodslimību ārsts | 22,41 |
| 5.5. | Asinsvadu ķirurgs | 27,34 |
| 5.6. | Ārsta palīgs (feldšeris) | 7,35 |
| 5.7. | Bērnu alergologs | 19,45 |
| 5.8. | Bērnu audiologs | 19,45 |
| 5.9. | Bērnu endokrinologs | 33,82 |
| 5.10. | Bērnu gastroenterologs | 33,82 |
| 5.11. | Bērnu hematoonkologs | 33,82 |
| 5.12. | Bērnu infektologs | 33,82 |
| 5.13. | Bērnu kardiologs | 33,82 |
| 5.14. | Bērnu ķirurgs | 16,69 |
| 5.15. | Bērnu nefrologs | 33,82 |
| 5.16. | Bērnu neirologs | 33,82 |
| 5.17. | Bērnu pneimonologs | 19,45 |
| 5.18. | Bērnu psihiatrs | 43,76 |
| 5.19. | Bērnu reimatologs | 33,82 |
| 5.20. | Dermatologs, venerologs | 17,54 |
| 5.21. | Endokrinologs | 26,81 |
| 5.22. | Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts | 17,54 |
| 5.23. | Flebologs | 14,79 |
| 5.24. | Foniatrs | 17,54 |
| 5.25. | Gastroenterologs | 26,92 |
| 5.26. | Ginekologs, dzemdību speciālists | 14,79 |
| 5.27. | Ginekologs, dzemdību speciālists[2] | 46,93 |
| 5.28. | Ģimenes (vispārējās prakses) ārsts | 8,71 |
| 5.29. | Hematologs | 27,37 |
| 5.30. | Hepatologs | 28,99 |
| 5.31. | Imunologs | 29,79 |
| 5.32. | Infektologs | 28,55 |
| 5.33. | Internists | 17,54 |
| 5.34. | Kardiologs | 26,73 |
| 5.35. | Kirurgs | 14,79 |
| 5.36. | Medicīnas ģenētiķis | 17,54 |
| 5.37. | Mugurkaulāja ķirurgs | 14,79 |
| 5.38. | Mutes, sejas un žokļu ķirurgs | 14,79 |
| 5.39. | Narkologs | 32,58 |
| 5.40. | Neatliekamās medicīnas ārsts | 17,54 |
| 5.41. | Nefrologs | 17,54 |
| 5.42. | Neiroķirurgs | 28,31 |
| 5.43. | Neirologs | 27,57 |
| 5.44. | Neonatologs | 19,45 |
| 5.45. | Oftalmologs | 14,79 |
| 5.46. | Onkologs ķīmijterapeits | 17,54 |
| 5.47. | Onkoloģijas ginekologs | 28,03 |
| 5.48. | Otolaringologs | 14,79 |
| 5.49. | Paliatīvās aprūpes speciālists | 23,85 |
| 5.50. | Pediatrs | 33,82 |
| 5.51. | Plastikas ķirurgs | 14,79 |
| 5.52. | Pneimonologs | 17,54 |
| 5.53. | Psihiatrs | 32,58 |
| 5.54. | Radiologs terapeits | 17,54 |
| 5.55. | Reimatologs | 26,84 |
| 5.56. | Rokas ķirurgs | 14,79 |
| 5.57. | Sirds ķirurgs | 14,79 |
| 5.58. | Sporta ārsts | 28,18 |
| 5.59. | Torakālais ķirurgs | 28,86 |
| 5.60. | Transplantologs | 14,79 |
| 5.61. | Traumatologs, ortopēds | 14,79 |
| 5.62. | Urologs | 14,79 |

6. 7. veida aprūpes epizodi izmanto šādi speciālisti:

6.1. primārajā veselības aprūpē:

| Nr. p. k. | Specialitāte |
|---|---|
| 6.1.1. | Ģimenes ārsts |
| 6.1.2. | Internists |
| 6.1.3. | Pediatrs |

6.2. sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē:

| Nr. p. k. | Specialitāte |
|---|---|
| 6.2.1. | Anesteziologs, reanimatologs |
| 6.2.2. | Audiologopēds |
| 6.2.3. | Bērnu gastroenterologs |
| 6.2.4. | Bērnu kardiologs |
| 6.2.5. | Bērnu nefrologs |
| 6.2.6. | Bērnu psihiatrs |
| 6.2.7. | Biologs |
| 6.2.8. | Biomedicīnas laborants |
| 6.2.9. | Dermatologs, venerologs |
| 6.2.10. | Dietologs |
| 6.2.11. | Endoskopists (gastrointestinālā endoskopija) |
| 6.2.12. | Ergoterapeits |
| 6.2.13. | Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts |
| 6.2.14. | Fizioterapeits |
| 6.2.15. | Gastroenterologs |
| 6.2.16. | Ginekologs, dzemdību speciālists |
| 6.2.17. | Ģenētiķis |
| 6.2.18. | Hematologs |
| 6.2.19. | Infektologs |
| 6.2.20. | Imunologs |

| | |
|---|---|
| 6.2.21. | Kardiologs |
| 6.2.22. | Klīniskais mikrobiologs |
| 6.2.23. | Klīniskais un veselības psihologs |
| 6.2.24. | Laboratorijas ārsts |
| 6.2.25. | Laboratorijas speciālists |
| 6.2.26. | Logopēdijas speciālists (skolotājs logopēds, logopēds) |
| 6.2.27. | Masieris |
| 6.2.28. | Mākslas terapeits |
| 6.2.29. | Māsa |
| 6.2.30. | Medicīnas ģenētiķis |
| 6.2.31. | Mikrobiologs |
| 6.2.32. | Narkologs |
| 6.2.33. | Nefrologs |
| 6.2.34. | Neirologs |
| 6.2.35. | Patologs |
| 6.2.36. | Pneimonologs |
| 6.2.37. | Psihiatrs |
| 6.2.38. | Psihoterapeits |
| 6.2.39. | Psihoterapijas speciālists |
| 6.2.40. | Podologs |
| 6.2.41. | Radiologs |
| 6.2.42. | Radiologs terapeits |
| 6.2.43. | Sporta ārsts[3] |
| 6.2.44. | Tehniskais ortopēds |
| 6.2.45. | Tiesu medicīnas eksperts |
| 6.2.46. | Tiesu psihiatrijas eksperts |
| 6.2.47. | Transfuziologs |
| 6.2.48. | Transplantologs |
| 6.2.49. | Urologs |
| 6.2.50. | Uztura speciālists |
| 6.2.51. | Vecmāte |
| 6.2.52. | Speciālisti, kuri ir apguvuši šādas ārstnieciskās un diagnostiskās metodes: |
| 6.2.52.1. | asinsvadu ultrasonogrāfija |
| 6.2.52.2. | ārstnieciskā un diagnostiskā perkutānā koronāro un lielo asinsvadu intervence |
| 6.2.52.3. | bērnu masāžas metode |
| 6.2.52.4. | bronhoskopija |
| 6.2.52.5. | dermatoskopija |
| 6.2.52.6. | diagnostiskā sirds un lielo asinsvadu katetrizācija un angiogrāfija |
| 6.2.52.7. | ehokardiogrāfija |
| 6.2.52.8. | elektroencefalogrāfija |
| 6.2.52.9. | elektrokardiogrāfija |
| 6.2.52.10. | elektrokardiostimulācija un invazīvā ritma traucējumu korekcija |
| 6.2.52.11. | elektromiogrāfija |
| 6.2.52.12. | fizikālās terapijas metode |
| 6.2.52.13. | fiziskās un farmakoloģiskās slodzes testi ar elektrokardiogrāfiju un vizualizācijas metodēm (tai skaitā miokarda perfūzijas scintigrāfija) |
| 6.2.52.14. | fiziskās slodzes tests ar elektrokardiogrāfiju |
| 6.2.52.15. | gastrointestinālā endoskopija |
| 6.2.52.16. | hiperbārā oksigenācija |
| 6.2.52.17. | invazīvā sirds ritma traucējumu korekcija |
| 6.2.52.18. | izvērsta ehokardiogrāfija |
| 6.2.52.19. | kolposkopija |
| 6.2.52.20. | lāzerterapija |
| 6.2.52.21. | masāžas metode |
| 6.2.52.22. | neinvazīvā elektrofizioloģiskā diagnostika un ārstēšana kardioloģijā |
| 6.2.52.23. | neirosonogrāfija jaundzimušajiem un zīdaiņa vecuma bērniem |
| 6.2.52.24. | neirosonoloģiskā izmeklēšana |
| 6.2.52.25. | padziļināta elektrokardiogrāfija |
| 6.2.52.26. | pastāvīgo sirds ritmu regulējošo un diagnosticējošo iekārtu implantācija |
| 6.2.52.27. | skrīninga ehokardiogrāfija |
| 6.2.52.28. | skrīninga elektrokardiogrāfija |
| 6.2.52.29. | standarta transtorakāla ehokardiogrāfija |
| 6.2.52.30. | ultraskaņas izmeklēšana dzemdniecībā un ginekoloģijā |
| 6.2.52.31. | vispārējā ultrasonogrāfija |
| 6.2.52.32. | funkcionālās diagnostikas metode māsu praksē |
| 6.2.52.33. | diabēta pacientu apmācības metode māsas praksē |

Piezīme.

[1] Konsultējot pacientus pirms operācijām un izmeklējumiem.

[2] Uzņemot iepriekš izmeklētu pacienti medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindā, kā arī konsultējot pacienti pirms un pēc pakalpojuma saņemšanas specializētā ārstniecības iestādē.

[3] Sporta ārsts 7. veida aprūpes epizodi izmanto, ja veic papildu profilaktisko medicīnisko pārbaudi.

5. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 26.11.2024. noteikumu Nr. 737 redakcijā)*

**Dienas stacionārā sniedzamie veselības aprūpes pakalpojumi**

| Nr. p. k. | Veselības aprūpes pakalpojuma veids | Saistošās (pamata) manipulācijas[1] | |
|---|---|---|---|
| | | pirmais līmenis | otrais līmenis |
| 1. | Nieru aizstāj̄terapija | 60010 + 04171; 04177–04180; 19270; 19275–19277; 19282; 25021[2] | 60010 + 04171; 04177–04180; 19270; 19275–19277; 19282; 25021[2] |
| 2. | Invazīvā kardioloģija | 60075 + 60071–60074 | |
| 3. | Invazīvā radioloģija | 60075 + 50120[3]; 50122; 50124[3]; 50130[3]; 50134[3]; 50138[3]; 50144[3]; 50146[3]; 50720–50722 | |
| 4. | Ķīmiterapija un hematoloģija | 60110 + 60008; 60110 + 60413; 60110 + 60555 | |
| 5. | Staru terapija | 60110 + 50300–50303; 50340–50343; 50346; 50349; 50352; 50353; 50356; 50357; 50360; 50363; 50370–50374; 50390; 50391; 50393; 50396–50397; 50416; 50417; 50425–50434; 50438.<br>Bērniem – 60110[7] | |
| 6. | Robotizēta stereotaktiskā radiokirurģija[4] | 60110 + 50470; 50471; 50472 | |
| 7. | Rehabilitācija: | | |
| 7.1. | pieaugušo rehabilitācija | 60110 + 55106; 55107; 55108; 55109 | 60110 + 55106; 55107; 55108; 55109 |
| 7.2. | bērnu rehabilitācija | 60110 + 55106; 55107; 55108; 55109 | 60110 + 55106; 55107; 55108; 55109 |
| 8. | Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriska profila dienas stacionārā | 60124 | 60124 |
| 9. | Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiska profila dienas stacionārā | 60110 + 13025; 13026; 60069 | 60110 + 13025; 13026; 60069 |
| 10. | Neiroloģisko un iekšķīgo slimību ārstēšana[9] | 60110 + 02124; 06062; 06125; 06130; 06131; 06136; 06137; 06141; 07045; 07072; 09182–09186; 10020–10026; 10033–10034; 10037–10038; 10041–10044; 11001; 11051–11052; 11058; 11060; 11065–11068; 11101–11103; 25008; 25014; 25020; 25022; 31186; 31187; 31252; 60413; 60507<br>Bērniem:<br>02124; 06003 + 06004 + 06033 + 06015; 06041; 06004 + 06007 + 06015; 06004 + 06007 + 06041; 06003 + 06004 + 06033 + 06021; 06102; 07023; 07044; 07046; 06007 + 06004 + 06033 + 06021; 06102; 07023; 07044; 07046; 07072; 09182–09186; 11002; 50087[10]; 60420; 60507 | 60110 + 06062; 06125; 06130; 06131; 06136; 06137; 06141; 07045; 09182–09186; 10020–10026; 10033–10034; 10037–10038; 10041–10044; 11001; 11051–11052; 11058; 11060; 11065–11068; 11101–11103; 25008; 25014; 25020; 25022; 31186; 31187; 31252; 60413 |
| 11. | Hronisko sāpju pacientu ārstēšana | 60110 + 29156–29160; 04103; 04106–04108; 04115–04118; 04121–04126; 04138–04139 | |
| 12. | Kirurģiskie pakalpojumi: | | |
| 12.1. | oftalmoloģija | 60075 + 17097; 17120; 17122; 17123[10]; 17135[10]; 17136[10]; 17138–17143; 17151; 17153; 17156; 17157; 17165; 17166; 17170; 17172; 17180–17181; 17186–17189; 17195–17197; 17199; 17216; 17217; 17226; 17228; 17229; 17232; 17233; 17242; 17245; 17250–17257; 17270–17274; 17285, 17286; 17288, 17289, 17294; 17300; 17304; 17340; 17372 | 60075 + 17097; 17120; 17138; 17142; 17143; 17153; 17156; 17166; 17180; 17181; 17186–17189; 17199; 17226; 17250–17257; 17270–17272; 17285; 17286; 17288; 17289; 17340; 17372 |
| 12.2. | uroloģija | 60075 + 19019; 19021; 19030–19036; 19038; 19039; 19045; 19052[10]; 19057; 19059 + 19071; 19067–19070; 19075; 19077; 19079–19081; 19085; 19116; 19117; 19125; 19148; 19151; 19158; 19161; 19163, 19164, 19165, 19170; 19173; 19175; 19178; 19179; 19187; 19197 | 60075 + 19019; 19021; 19030–19036; 19038; 19045; 19057; 19067–19070; 19075; 19077; 19079–19081; 19085; 19116; 19117; 19125; 19148; 19151; 19158; 19161; 19163, 19164, 19165, 19170; 19173; 19175; 19178; 19179; 19187; 19197 |
| 12.3. | gastrointestinālās endoskopijas | 60075 + 08053; 08058–08061; 08070–08072; 08077; 08081[10]; 08090; 08093; 08097; 08100; 08111; 08112; 08113; 08121–08122 | 60075 + 08053; 08058–08061; 08070–08072; 08077; 08090; 08093; 08097; 08100; 08111; 08113; 08121–08122 |
| 12.4. | ginekoloģija | 60075 + 16001; 16007–16009; 16011–16012; 16018–16021; 16026; 16029; 16032; 16040–16044; 16052–16054; 16080; 16082; 16087–16091; 20059 | 60075 + 16001; 16008; 16009; 16020; 16026; 16029; 16032; 20059 |
| 12.5. | otolaringoloģija: | | |
| 12.5.1. | otolaringoloģija bērniem | 60075 + 18071; 18014; 18022; 18023; 18034; 18046[10]; 18047; 18073; 18076; 18077; 18079; 18091; 18092; 18093; 18102; 18106; 18107; 18109; 18128; 18140; 18141; 18142; 18152; 18164[5]; 18177 | 60075 + 18071; 18076; 18077; 18177 |
| 12.5.2. | otolaringoloģija pieaugušajiem | 60075 + 18014; 18022; 18023; 18024; 18032; 18033; 18034; 18038; 18040; 18041; 18047; 18048; 18055; 18056; 18057; 18060; 18061; 18062; 18070; 18071; 18073; 18076; 18077; 18078; 18079; 18092; 18093; 18101; 18102; 18106; 18108; 18109; 18126; 18128; 18141; 18142; 18152; 18154; 18155; 18156; 18157; 18177; 18179; 18180; 18187; 18188; 18196; 18198; 18199; 18205; 18206; 18213; 18242; 18243; 18265 | 60075 + 18014; 18023; 18032; 18033; 18047; 18048; 18061; 18070; 18071; 18076; 18077; 18102; 18106; 18126; 18128; 18177; 18199; 18205; 18206 |
| 12.6. | traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikrokirurģija, plastiskā ķirurģija | 60075 + 03180; 20014; 20028; 20029; 20039; 20040; 20041; 20043; 20044; 20050; 20059–20060; 20070–20071; 20073; 20075; 20085; 20100; 20101; 20108; 20127; 20139; 20145–20147; 20159; 20200; 20203–20205; 20207; 20209–20210; 20212; 20217; 20218; 20222; 20224; 20229; 20249; 20281; 20282; 20284; 20285; 20288; 20290; 20292–20293; 20303; 22034; 23002; 23003; 23004; 23005; 23006; 23007; 23009; 23010; 23015–23016; 23021; 23022; 23036; 23037; 23052–23054; 23060–23061; 23063–23066; 23068–23070; 23075–23081; 23083; 23084; 23090–23094; 23096–23099; 23106; 23108–23112 | 60075 + 03180; 20014; 20028; 20029; 20039; 20040; 20041; 20043; 20044; 20050; 20059–20060; 20070–20071; 20073; 20100; 20101; 20108; 20127; 20139; 20145, 20146; 20200; 20203; 20205; 20207; 20209; 20212; 20217; 20222; 20249; 20281; 20282; 20284; 20285; 20288; 20290; 20292–20293; 22034; 23002; 23009; 23010; 23021; 23037; 23052–23053; 23063–23065; 23068–23070; 23076; 23078–23080; 23083; 23084; 23090–23094; 23096; 23098; 23099; 23106; 23108–23112 |
| 12.7. | vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi | 60075 + 03180; 03183; 03184; 03187–03189; 04150-04152; 20014; 20029; 20039; 20041; 20044; 20050; 20059; 20060; 21022; 21024; 21026; 21027; 21067; 21100–21105; 21130; 21190; 22023; 22034; 28001; 28003; 28004; 28017–28026; 28036–28042; 29005; 29006; 29008; 29009; 29015; 29016; 29019; 29020; 29022; 29023; 29025; 29031–29037; 29039; 29040; 29045; 29046; 29050; 29070; 29084; 29087; 29089; 29090; 29095–29104; 29110–29113; 29119; 29126–29131; 29133; 29135; 29143–29151; 29165–29169; 29172; 29183; 29187–29190; 29196; 29197; 29199; 29202–29205, 29224; 29238; 29239; 29257; 29258; 31022; 31160; 31175; 31186; 31215; 31216; 31252 | 60075 + 03180; 03183; 03187; 03188; 03189; 20014; 20029; 20039; 20041; 20044; 20050; 20059; 20060; 21022; 21026; 21027; 21067; 22023; 22034; 28001; 28003; 28004; 28017; 28019; 28021–28025; 28036–28042; 29005; 29006; 29008; 29009; 29087; 29103; 29110; 29167; 29169; 29183; 29187; 29196; 29257; 29258; 31186; 31252 |
| 12.8. | bērnu ķirurģija | 60075 + 03180; 03188; 04150-04152; 19019; 19021; 19030; 19032–19035; 19037–19039; 19057; 19059; 19067; 19068; 19075; 19077; 19079; 19085–19086; 19089; 19114; 19116; 19145; 19150; 19151; 19158; 19161; 20014–20015; 20028; 20030; 20039; 20041; 20043; 20044; 20050; 20057; 20059–20060; 20070–20071; 20085; 20147, 20149; 20159; 20200; 20203–20205; 20207; 20209; 20212; 20218; 20249; 20281; 20300–20301; 20303; 20306; 20309; 21024; 21026; 21027; 21103; 21175; 23009; 23016; 23021; 23037; 23052; 23064–23066; 23068–23069; 23076–23081; 23096, 23098, 23099; 23109; 27002–27004; 27022–27025; 27037; 27040–27042; 29102; 29129; 29167–29169; 29171; 30027; 31209; 50118; 50120[3]; 50122; 50124[3]; 50130[3]; 50134[3]; 50722 | 60075 + 03180; 03188; 19019; 19021; 19030; 19032–19035; 19038; 19057; 19067; 19068; 19075; 19077; 19079; 19085; 19116; 19151; 19158; 19161; 20014; 20028; 20039; 20041; 20043; 20044; 20050; 20059; 20060; 20070; 20071; 20149; 20200; 20203; 20205; 20207; 20209; 20212; 20249; 20281; 21026; 21027; 23009; 23021; 23037; 23052; 23064; 23065; 23068; 23069; 23076; 23078–23081; 23096; 23098; 23099; 23109; 27004; 27022; 27024; 27037; 29167; 29169; 29171 |
| 13. | Zobārstniecības vispārējā anestēzija[8] | 70917; 70918 | 70917; 70918 |
| 14. | Medicīniskā apaugļošana | 16143–16147 | 16143–16147 |
| 15. | Izmeklējumi ilgstošajai skābekļa terapijai | 60110 + 60510; 60506-60507; 41086–41087 | 60110 + 60510; 60506-60507; 41086–41087 |

Piezīmes.

[1] Norādītas tikai saistošās (pamata) manipulācijas, kas veicamas konkrētajā dienas stacionārā un tiek izmantotas konkrētajā dienas stacionārā sniedzamā veselības aprūpes pakalpojuma veida atpazīšanai. Pakalpojuma sniedzējam dienests saskaņā ar šiem noteikumiem papildus apmaksā arī citas nepieciešamās manipulācijas, lai sagatavotu pacientu saistošās manipulācijas veikšanai un nodrošinātu drošu saistošās manipulācijas izpildi (tai skaitā laboratoriskās analīzes, nepieciešamos radioloģiskos izmeklējumus, anestēzijas pakalpojumus un piemaksas manipulācijas).

[2] Nieru aizstāj̄terapijas manipulāciju dienas stacionārā apmaksā dialīzes pacientiem ar urēmiskām ādas izmaiņām (diagnozes kods atbilstoši SSK-10 L29.8 "Cita veida nieze").

[3] Manipulāciju var veikt arī asinsvadu ķirurgi, kuri nodarbināti valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" vai sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca".

[4] Manipulācijas apmaksā sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Siguldas slimnīca", ja pacientus pakalpojuma saņemšanai nosūtījusi valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" vai sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" speciālisti ar konsīlija lēmumu, konsīlijā piedaloties vismaz vienam radiologam terapeitam.

[5] Par kaulā ievietojamo dzirdes aparātu (BAHA) samaksu veic valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca".

[6] *(Piezīme svītrota ar MK 10.12.2019. noteikumiem Nr. 642)*

[7] Manipulāciju ar kodu 60110 bez saistošām manipulācijām norāda, ja valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" pacients saņem staru terapiju citā ārstniecības iestādē.

[8] Nodrošinot zobārstniecības pakalpojumus vispārējā anestēzijā bērniem un veicot zobu ekstrakcijas vispārējā anestēzijā šo noteikumu 4.1.5. apakšpunktā minētajai pacientu grupai, nav nepieciešams nosūtījums pakalpojuma saņemšanai.

[9] Pacientiem ar retām slimībām valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" tiek apmaksāts dienas stacionāra pakalpojums, ja tā ietvaros viena apmeklējuma laikā tiek nodrošinātas vismaz trīs dažādu specialitāšu ārstu konsultācijas un/vai tiek veikts vismaz viens funkcionālās diagnostikas izmeklējums vai vismaz divi diagnostiskie izmeklējumi.

[10] Manipulāciju dienas stacionārā apmaksā tikai bērniem, tai skaitā manipulācijas 08081, 17123, 17135, 17136, 18046, 19052 un 50087 dienas stacionārā bērniem apmaksā tikai gadījumā, ja tās veiktas vispārējā anestēzijā vai sedācijā.

**Veselības ministrijas iesniegtajā redakcijā**

6. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; pielikuma jaunā redakcija stājas spēkā 01.01.2026., sk. grozījumu 2. punktu)*

## Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumi

1. Dienests slēdz līgumus par stacionāro veselības aprūpi ar stacionārajām ārstniecības iestādēm, ievērojot šādus nosacījumus:

1.1. ārstniecības iestādēm noteiktie līmeņi, pakalpojumu profili un gultas dienas tarifs:

| Ārstniecības iestāde | Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu profili[1] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Gultas dienas tarifs (*euro*) | Samaksa par digitalizāciju (*euro*) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | terapija | hroniskoko pacientu aprūpe | aprūpe | ķirurģija | ginekoloģija | grūtniecības un dzemdību aprūpe | pediatrija | traumatoloģija | neiroloģija | uroloģija | otorinolaringoloģija | insulta vienība | infekcijas | grūtniecības patoloģija | psihiatrija | rehabilitācija | kardioloģija | nefroloģija | invazīvā kardioloģija | onkoloģija | paliatīvā aprūpe | pulmonoloģija | gastroenteroloģija | neirokirurģija | asinsvadu kirurģija | endokrinoloģija | torakālā kirurģija | oftalmoloģija | narkoloģija | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |
| 1.1.1. V līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.1.1. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | X | IP[2] | | X | X | X | PAC[3] | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | 156,43 | 357 837 |
| 1.1.1.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | 156,43 | 433 054 |
| 1.1.1.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Pediatrijas profils | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | X | IP[2] | | X | X | | X | X | X | X | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | | 276,56 | 134 224 |
| 1.1.2. IV līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.2.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Liepājas reģionālā slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | X | X + PAC[3] | X | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | | | | | 142,57 | 76 450 |
| 1.1.2.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Daugavpils reģionālā slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | X | | X | X | 142,57 | 88 206 |
| 1.1.2.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | X | | X | | 142,57 | 43 546 |
| 1.1.2.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jelgavas pilsētas slimnīca" | X | IP[2] | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | | | | | 142,57 | 41 714 |
| 1.1.2.5. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Vidzemes slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | X | X + PAC[3] | X | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | X | | | | 142,57 | 53 831 |
| 1.1.2.6. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jēkabpils reģionālā slimnīca" | X | IP[2] | | X | X | X | X + PAC[3] | X | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | X | | | | 142,57 | 36 779 |
| 1.1.2.7. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rēzeknes slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | | | | X | 142,57 | 42 357 |
| 1.1.3. III līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.3.1. Madonas novada pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Madonas slimnīca" | X | IP[2] | | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 24 755 |
| 1.1.3.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Cēsu klīnika" | X | IP[2] | | X | X | | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 15 254 |
| 1.1.3.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Dobeles un apkārtnes slimnīca" | X | IP[2] | | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 14 421 |
| 1.1.3.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jūrmalas slimnīca" | X | IP[2] | | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 20 003 |
| 1.1.3.5. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ogres rajona slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 24 331 |
| 1.1.3.6. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība" | X | IP[2] | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 16 095 |
| 1.1.3.7. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Kuldīgas slimnīca" | X | IP[2] | X | X | X | X | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 17 675 |
| 1.1.4. II līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.4.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Alūksnes slimnīca" | X | IP[2] | | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 11 416 |
| 1.1.4.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Preiļu slimnīca" | X | IP[2] | X | X | IP[2] | X | IP[2] | IP[2] | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 10 000 |
| 1.1.4.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Tukuma slimnīca" | X | IP[2] | | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 11 597 |
| 1.1.4.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Krāslavas slimnīca" | X | IP[2] | X | X | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | IP[2] | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 108,47 | 10 000 |
| 1.1.5. I līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.5.1. Līvānu novada domes pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Līvānu slimnīca" | X | IP[2] | X | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.5.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Aizkraukles slimnīca" | X | IP[2] | X | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.5.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bauskas slimnīca" | X | IP[2] | X | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.5.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Limbažu slimnīca" | X | IP[2] | | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.5.5. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ludzas medicīnas centrs" | X | IP[2] | X | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.6. V līmeņa specializētās ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.6.1. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | | IP[2] | | | | | X | X | | | | | | | | X | | | | X | | | | | | | | | | 137,70 | 64 777 |
| 1.1.6.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Dzemdību nams" | | | | X | X | X | X + PAC[3] | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 128,87 | 29 947 |
| 1.1.6.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" | | IP[2] | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | 118,07 | 36 796 |
| 1.1.6.4. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais psihiskās veselības centrs" | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | 98,87 | 64 670 |
| 1.1.7. Specializētās ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.7.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas 2. slimnīca" | | IP[2] | X | | | | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | 137,70 | 26 564 |
| 1.1.7.2. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži"" | | | | | | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 10 000 |
| 1.1.7.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Piejūras slimnīca" | | IP[2] | | | | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | 98,87 | 13 058 |
| 1.1.7.4. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca" | | | | | | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | 98,87 | 61 187 |
| 1.1.7.5. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Slimnīca "Ģintermuiža"" | | | | | | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | 98,87 | 28 668 |
| 1.1.7.6. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca" | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | 98,87 | 29 841 |
| 1.1.7.7. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Siguldas slimnīca" | | IP[2] | | | X | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.8. Pārējās slimnīcas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.8.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Saldus medicīnas centrs" | | X | X | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.8.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Priekules slimnīca" | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 62,64 | 10 000 |
| 1.1.8.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Sanare-KRC Jaunķemeri" | X | X | | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | | 10 000 |
| 1.1.8.4. akciju sabiedrība "Latvijas Jūras medicīnas centrs" | X | X | | | | | | | | | | | | | | AR[4] | | | | | | | | | | | | | | | 10 000 |

Piezīmes.

[1] Profilu uzskata par nodrošinātu, ja ārstniecības iestāde par tā nodrošināšanu ir noslēgusi līgumu ar citu ārstniecības iestādi un informējusi par to dienestu.

[2] IP – izvēles profils. Netiek piemērots nosacījums par obligātu profila nodrošināšanu vai diennakts dežūru, pakalpojumus sniedz atbilstoši nepieciešamībai. Ja ārstniecības iestāde vēlas uzsākt pakalpojumu sniegšanu kādā no izvēles profiliem, konkrēto pakalpojumu iekļaušana līgumā iespējama, ja dienestam ir papildu finanšu līdzekļi.

[3] PAC – perinatālās aprūpes centrs. Ārstniecības iestādei ir līgums par perinatālās aprūpes nodrošināšanu.

[4] AR – tikai akūtā rehabilitācija jaukta profila gultās atbilstoši līgumos noteiktajiem nosacījumiem.

1.2. neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā pieejamo ārstniecības personu skaits un fiksētās piemaksas apmērs:

| Ārstniecības iestāde | Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamie speciālisti | | | | | | | | | | | | | | | | Fiksētā piemaksa (*euro*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Internists[1] | neatliekamās medicīnas ārsts[2] | Ķirurgs[3] | ginekologs, dzemdību speciālists | traumatologs, ortopēds[4] | neirologs | Pediatrs[5] | neonatologs[6] | anesteziologs, reanimatologs | radiologs | psihiatrs | narkologs | citas specialitātes | māsa, vecmāte, ārsta palīgs | radiologa asistents, radiogrāfers | citas ārstniecībā vai veselības aprūpes procesā iesaistītas personas[7] | par neatliekamās medicīniskās palīdzības, pacientu uzņemšanas nodaļas darbību | par pacientu observāciju līdz 24 stundām |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 1.2.1. V līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.1.1. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | | 7 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 2 | 2 | | | 6 | 32 | 2 | 30 | 11 447 172 | 2 380 736 |
| 1.2.1.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | 2 | 5 | 4 | 2 | 1 | 2 | | | 2 | 2 | | | 8 | 40 | 2 | 40 | 14 884 930 | 1 902 944 |
| 1.2.1.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | | | 2 | | | | 6[8] | | 2 | 1 | 1 | | 3 | 15 | 2 | 10 | 6 486 814 | 2 690 868 |
| 1.2.2. IV līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.2.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Liepājas reģionālā slimnīca" | 2 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1[9] | | | 1[10] | 9+1[10] | 1 | 7+1[10] | 4 222 821 | 563 002 |
| 1.2.2.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Daugavpils reģionālā slimnīca" | 2 | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1[9] | | | 1 | 10 | 1 | 7 | 4 502 111 | 864 902 |
| 1.2.2.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca"[11] | 2 | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1+1[12] | 1[9] | | | 1[13] | 9 | 2 | 6 | 4 635 541 | 474 716 |
| 1.2.2.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jelgavas pilsētas slimnīca" | 2 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1[9] | | | | 8 | 1 | 8 | 3 843 760 | 475 480 |
| 1.2.2.5. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Vidzemes slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1[9] | | | | 8 | 1 | 8 | 3 843 760 | 389 476 |
| 1.2.2.6. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jēkabpils reģionālā slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1[9] | | | | 8 | 1 | 8 | 3 843 760 | 693 093 |
| 1.2.2.7. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rēzeknes slimnīca" | 1+1[14] | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | | 7 | 1 | 7 | 3 574 912 | 173 601 |
| 1.2.3. III līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.3.1. Madonas novada pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Madonas slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1[12] | 1[9] | | | | 6 | 1 | 6 | 2 914 140 | 259 447 |
| 1.2.3.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Cēsu klīnika" | 1 | | 1 | | | | 1 | | 1[12] | 1[9] | | | | 4 | 1 | 4 | 2 029 091 | 389 099 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.2.3.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Dobeles un apkārtnes slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | | [1]12 | [1]9 | | | | 5 | 1 | 5 | 2 471 616 | 130 022 |
| 1.2.3.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Jūrmalas slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | | | | | [1]12 | [1]9 | | | | 5 | 1 | 4 | 2 142 481 | 85 695 |
| 1.2.3.5. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ogres rajona slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | | [1]12 | [1]9 | | | | 5 | 1 | 5 | 2 471 616 | 605 302 |
| 1.2.3.6. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība" | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | | [1]12 | [1]9 | | | | 5 | 1 | 5 | 2 471 616 | 130 001 |
| 1.2.3.7. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Kuldīgas slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | | [1]12 | [1]9 | | | | 5 | 1 | 5 | 2 471 616 | 215 603 |
| 1.2.4. II līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.4.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Alūksnes slimnīca" | 1 | | 1 | | | | 1 | | [1]12 | [1]9 | | | | 4 | 1 | 4 | 2 029 091 | 174 216 |
| 1.2.4.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Preiļu slimnīca" | 1 | | 1 | 1 | | | | | [1]12 | [1]9 | | | | 4 | 1 | 4 | 2 029 091 | 44 191 |
| 1.2.4.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Tukuma slimnīca" | 1 | | 1 | | | | 1 | | [1]12 | [1]9 | | | | 3 | 1 | 3 | 1 840 135 | 85 861 |
| 1.2.4.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Krāslavas slimnīca" | 1 | | 1 | | | | | | [1]12 | [1]9 | | | | 3 | 1 | 3 | 1 586 567 | 42 977 |
| 1.2.5. I līmeņa ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.5.1. Līvānu novada domes pašvaldības sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Līvānu slimnīca" | 1 | | [1]15 | | | | | | | [1]9 | | | | 1+1[1]15 | 1 | 1+1[1]15 | 937 845 | |
| 1.2.5.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Aizkraukles slimnīca" | 1 | | [1]15 | | | | | | | [1]9 | | | | 1+1[1]15 | 1 | 1 | 905 264 | |
| 1.2.5.3. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bauskas slimnīca" | 1 | | [1]15 | | | | | | | [1]9 | | | | 1+1[1]15 | 1 | 1+1[1]15 | 937 845 | |
| 1.2.5.4. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Limbažu slimnīca" | 1 | | [1]15 | | | | | | | [1]9 | | | | 1+1[1]15 | 1 | 1+1[1]15 | 937 845 | |
| 1.2.5.5. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ludzas medicīnas centrs" | 1 | | [1]15 | | | | | | | [1]9 | | | | 1+1[1]15 | 1 | 1 | 905 264 | |
| 1.2.6. V līmeņa specializētās ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.6.1. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | | 1 | | | 3 | | | | 2 | 1 | | | | 6 | 2 | 4 | 2 984 362 | |
| 1.2.6.2. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Dzemdību nams" | | | | 4 | | | | 2 | 1 | [1]9 | | | [1]16 | 11 | 1 | 3 | 3 742 708 | 86 012 |
| 1.2.6.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 442 524 | |
| 1.2.6.4. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais psihiskās veselības centrs" | | | | | | | | | | | 2 | 1 | [1]17 | 3 | | 3 | 1 372 723 | 47 945 |
| 1.2.7. Specializētās ārstniecības iestādes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.7.1. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas 2. slimnīca" | | 1 | | | 1 | | | | [1]12 | 1 | | | | 3 | 1 | 3 | 1 649 959 | |
| 1.2.7.2. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Piejūras slimnīca" | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | 442 524 | 10 242 |
| 1.2.7.3. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca" | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | 442 524 | 37 042 |
| 1.2.7.4. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Slimnīca "Ģintermuiža"" | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | 442 524 | 23 022 |
| 1.2.7.5. valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca" | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | 1 | 442 524 | 25 950 |
| 1.2.7.6. sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Siguldas slimnīca" | | | 1 | 1 | | | | | [1]12 | [1]9 | | | | 3 | 1 | 3 | 1 586 567 | 43 704 |

Piezīmes.

[1] Ja I, II vai III līmeņa ārstniecības iestāde nevar nodrošināt internista dežūras, tad internistu drīkst aizvietot ģimenes ārsts, neatliekamās medicīnas ārsts, anesteziologs, reanimatologs vai cits internā profila ārsts. Ja citu līmeņu vai specializētās ārstniecības iestādes nevar nodrošināt internista dežūras, tad internistu drīkst aizvietot ģimenes ārsts, neatliekamās medicīnas ārsts vai anesteziologs, reanimatologs.

[2] Ja ārstniecības iestāde nevar nodrošināt neatliekamās medicīnas ārsta dežūras, tad neatliekamās medicīnas ārstu drīkst aizvietot internists vai anesteziologs, reanimatologs.

[3] Ja ārstniecības iestāde nevar nodrošināt ķirurga dežūras, tad ķirurgu drīkst aizvietot bērnu ķirurgs vai traumatologs, ortopēds. I līmeņa ārstniecības iestādēs ķirurgu drīkst aizvietot arī neatliekamās medicīnas ārsts.

[4] Ja ārstniecības iestāde nevar nodrošināt traumatologa, ortopēda dežūras, tad traumatologu, ortopēdu drīkst aizvietot bērnu ķirurgs.

[5] Ja ārstniecības iestāde nevar nodrošināt pediatra dežūras, tad pediatru drīkst aizvietot ģimenes ārsts.

[6] Netiek piemērots nosacījums par obligātu diennakts dežūru neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā, taču ārstniecības iestādei jānodrošina neonatologa diennakts dežūra perinatālās aprūpes centrā.

[7] Māsas palīgi, ārstniecības iestādes klientu un pacientu reģistratori, laboratorijas speciālisti, medicīnas asistenti.

[8] Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" pēc izvēles nodrošina pediatra vai neatliekamās medicīnas ārsta diennakts dežūras.

[9] Netiek piemērots nosacījums par obligātu diennakts dežūru, radiologs pakalpojumus sniedz atbilstoši nepieciešamībai.

[10] Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Liepājas reģionālā slimnīca" nodrošina kardiologa (un māsas un māsas palīga) darbu darbdienās no plkst. 8.00 līdz plkst. 16.00.

[11] Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" nodrošina internista, ķirurga, anesteziologa, reanimatologa, radiologa asistenta vai radiogrāfera un divu māsu diennakts dežūras Talsu filiālē.

[12] Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļai ir jānodrošina anesteziologa, reanimatologa pieejamība visu diennakti, bet neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbības maksājumā ir iekļauts anesteziologa, reanimatologa darba laiks darbdienās no plkst. 16.00 līdz plkst. 8.00 un brīvdienās un svētku dienās visu diennakti.

[13] Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" nodrošina oftalmologa diennakts dežūras.

[14] Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rēzeknes slimnīca" nodrošina viena internista darbu darbdienās, brīvdienās un svētku dienās no plkst. 8.00 līdz plkst. 20.00.

[15] Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļas darbības maksājumā ir iekļauts ķirurga (un māsas un māsas palīga) darba laiks darbdienās, brīvdienās un svētku dienās no plkst. 8.00 līdz plkst. 20.00.

[16] Sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Rīgas Dzemdību nams" nodrošina ķirurga (proktologa) pakalpojumus, kas tiek sniegti atbilstoši nepieciešamībai, nepiemērojot nosacījumu par obligātu diennakts dežūru.

[17] Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību "Nacionālais psihiskās veselības centrs" nodrošina psihiatru attālinātu konsultāciju sniegšanai darbdienās no plkst. 8.00 līdz plkst. 16.00.

2. Ārstniecības iestādes atbilstoši līmenim un līgumā noteiktajiem apmaksas nosacījumiem sniedz šādus veselības aprūpes pakalpojumus:

| Ārstniecības iestāde | | Programmas nosaukums | Viena pacienta ārstēšanas tarifi iezīmētajās programmās (*euro*) |
|---|---|---|---|
| 1 | | 2 | 3 |
| 2.1. | Asinsvadu ķirurģijas profils (V, IV) | | |
| 2.1.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Krūšu aortas endoprotezēšana | 21 061,25 |
| 2.1.2. | V un IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Stacionārā palīdzība asinsvadu ķirurģijā | DRG |
| 2.1.3. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Vēdera aortas endoprotezēšana | 14 078,32 |
| 2.2. | Gastroenteroloģijas profils (V, IV) | | |
| 2.2.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot specializētās ārstniecības iestādes), SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca" | Plānveida īslaicīgā ķirurģija. Gastrointestinālā endoskopija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.3. | Ginekoloģijas profils (V, IV, III, II) | | |
| 2.3.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Ginekoloģija īpaši smagos gadījumos | DRG |
| 2.3.2. | V (izņemot specializētās ārstniecības iestādes, SIA "Rīgas Dzemdību nams", VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"""), IV, III, II līmeņa ārstniecības iestādes un A/S "Latvijas Jūras medicīnas centrs" | Plānveida īslaicīgā ķirurģija. Ginekoloģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.4. | Grūtniecības un dzemdību profils (V, IV, III, II) | | |
| 2.4.1. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Rīgas Dzemdību nams", SIA "Siguldas slimnīca", IV, III un II līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Cēsu klīnika", SIA "Alūksnes slimnīca", SIA "Tukuma slimnīca", SIA "Krāslavas slimnīca") | Dzemdības dzemdību patoloģijas gadījumā | DRG |
| 2.4.2. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Rīgas Dzemdību nams", SIA "Siguldas slimnīca", IV, III un II līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Cēsu klīnika", SIA "Alūksnes slimnīca", SIA "Tukuma slimnīca", SIA "Krāslavas slimnīca") | Fizioloģiskās dzemdības | DRG |
| 2.4.3. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Rīgas Dzemdību nams", SIA "Siguldas slimnīca", IV, III un II līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Cēsu klīnika", SIA "Alūksnes slimnīca", SIA "Tukuma slimnīca", SIA "Krāslavas slimnīca") | Ķeizargrieziens | DRG |
| 2.5. | Aprūpes profils (V, IV, III, II, I) | | |
| 2.5.1. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca", SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", SIA "Ogres rajona slimnīca", SIA "Kuldīgas slimnīca", SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība", SIA "Rīgas 2. slimnīca", II un I līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Alūksnes slimnīca", SIA "Tukuma slimnīca"), SIA "Priekules slimnīca", SIA "Saldus medicīnas centrs" | Pakalpojumi aprūpes slimnīcā vai aprūpes gultā | 584,29 |
| 2.5.2. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Rīgas Dzemdību nams"), IV, III, II un I līmeņa ārstniecības iestādes, VSIA "Piejūras slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca", SIA "Saldus medicīnas centrs", SIA "Sanare-KRC Jaunķemeri", A/S "Latvijas Jūras medicīnas centrs" | Hronisko pacientu aprūpe ar ārstēšanās ilgumu līdz 14 gultasdienām | 749,25 |
| 2.5.3. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Rīgas Dzemdību nams"), IV, III, II un I līmeņa ārstniecības iestādes, VSIA "Piejūras slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca", SIA "Saldus medicīnas centrs", SIA "Sanare-KRC Jaunķemeri", A/S "Latvijas Jūras medicīnas centrs" | Hronisko pacientu aprūpe no 15. ārstēšanās dienas vai aprūpes turpināšana pēc akūta ārstēšanas perioda iestādes ietvaros | Gultasdienas tarifs 91,74 |
| 2.6. | Infekciju profils (V, IV) | | |
| 2.6.1. | SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca" | Tuberkulozes seku ārstēšana | 2 986,54 |
| 2.6.2. | VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca" | Tuberkuloze (psihiatrijas pacientiem) | 12 057,79 |
| 2.6.3. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Tuberkulozes seku ārstēšana bērniem | 2 275,08 |
| 2.6.4. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Tuberkulozes seku ārstēšana bērniem | 953,96 |
| 2.6.5. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana bērniem | 16 221,31 |
| 2.6.6. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana bērniem | 13 554,30 |
| 2.6.7. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Multirezistentās tuberkulozes pacientu ārstēšana | 19 553,52 |
| 2.6.8. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Tuberkulozes ārstēšana pacientiem, kuriem tiek nodrošināta piespiedu izolēšana | 18 707,03 |
| 2.6.9. | SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca" | Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana | 8 232,91 |
| 2.6.10. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Tuberkulozes diagnostika un ārstēšana | 7 679,44 |
| 2.6.11. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Tuberkulozes seku ārstēšana | 1 880,32 |
| 2.7. | Insulta vienības profils (V, IV) | | |
| 2.7.1. | V un IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Neroloģija (insulta vienība) | 1 989,59 |
| 2.8. | Invazīvās kardioloģijas profils (V, IV) | | |
| 2.8.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Iedzimtu un iegūtu sirds defektu korekcija ar invazīvās kardioloģijas metodi | DRG |
| 2.8.2. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Aortālā vārstuļa transkateitāla implantācija (TAVI) | 27 096,63 |
| 2.8.3. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes), SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" | Plānveida un neatliekamā invazīvā kardioloģija | DRG |
| 2.8.4. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes), SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" | Plānveida īslaicīgā ķirurģija. Invazīvā kardioloģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.9. | Kardioloģijas profils (V, IV) | | |
| 2.9.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot specializētās ārstniecības iestādes) | Elektrokardiostimulācija, EKS implantācija, ICD (intrakardiālā defibrilatora) implantācija, CRT, CRTD implantācija resinhronizācijai, radiofrekventā katetra ablācija | DRG |
| 2.10. | Kirurģijas profils (V, IV, III, II) | | |
| 2.10.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Kardiokirurģija | DRG |
| 2.10.2. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Hepatobiliārā ķirurģija | DRG |
| 2.10.3. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Izgulējumu mikrokirurģiskā ārstēšana (III, IV pakāpe) | 22 079,76 |
| 2.10.4. | V, IV, III, II līmeņa ārstniecības iestādes un A/S "Latvijas Jūras medicīnas centrs" | Plānveida īslaicīgā ķirurģija. Vispārējā ķirurģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.10.5. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca"), Madonas novada pašvaldības SIA "Madonas slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Gūžas locītavas endoprotezēšana ar cementējamu endoprotēzi | 2 913,81 |
| 2.10.6. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Skoliozes operācijas | DRG |
| 2.10.7. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Specializētā mutes, sejas un žokļu slimību ārstēšana iedzimtu patoloģiju un jaunveidojumu gadījumos | DRG |
| 2.10.8. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | Mikrokirurģija pieaugušajiem | 3 333,90 |
| 2.10.9. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" | Mikrokirurģijas bāzes programma | DRG |
| 2.10.10. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Iedzimtu aukslēju, lūpas un sejas šķeltņu, iedzimtu un smagu sakodiena anomāliju stacionārā ārstēšana | DRG |
| 2.10.11. | SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Revīzijas endoprotezēšana (ar endoprotēzes vērtību) | 4 730,46 |
| 2.10.12. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | Ceļa locītavas endoprotezēšana sarežģītos gadījumos | 5 405,06 |
| 2.10.13. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Elkoņa locītavas daļēja (rādija galviņas) endoprotezēšana | 2 985,06 |
| 2.10.14. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Elkoņa locītavas totālā endoprotezēšana | 6 080,87 |
| 2.10.15. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | Gūžas locītavas endoprotezēšana ar bezcementa fiksācijas vai hibrīda tipa endoprotēzi sarežģītos gadījumos | 3 992,80 |
| 2.10.16. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | Gūžas locītavas endoprotezēšana ar cementējamu endoprotēzi sarežģītos gadījumos | 3 026,62 |
| 2.10.17. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Pleca locītavas endoprotezēšana | 4 792,74 |
| 2.10.18. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Revīzijas endoprotēžu implantēšana, endoprotezēšana osteomielīta un onkoloģijas pacientiem (bez implanta vērtības) | 4 102,26 |
| 2.10.19. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Gūžas locītavas endoprotezēšana ar bezcementa metāls–metāls protēzi | 5 167,66 |
| 2.10.20. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca"), Madonas novada pašvaldības SIA "Madonas slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Gūžas locītavas endoprotezēšana ar bezcementa fiksācijas vai hibrīda tipa endoprotēzi | 3 640,10 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.10.21. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca"), Madonas novada pašvaldības SIA "Madonas slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Ceļa locītavas endoprotezēšana | 3 719,70 |
| 2.10.22. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes), VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca", SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca" | Mugurkaulāja saslimšanu un traumu ķirurģiska ārstēšana | DRG |
| 2.10.23. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Osteomielīts | DRG |
| 2.10.24. | V, IV, III un II līmeņa ārstniecības iestādes | Pārējie ķirurģiskie pakalpojumi | DRG |
| 2.10.25. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | Komplicēta osteomielīta, muskuloskeletālās sistēmas traumu, ortopēdisku un onkoloģisko saslimšanu un to seku (defektu, funkciju) traucējumu kombinēta ortopēdiska ārstēšana | 7 801,74 |
| 2.10.26. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca" | Deģeneratīvu un komplicētu mugurkaula slimību, traumu ķirurģiska ārstēšana, izmantojot implantus un navigācijas tehnoloģijas | 8 309,98 |
| 2.11. | Nefroloģijas profils (V, IV) | | |
| 2.11.1. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Slimnieku sagatavošana nieres transplantācijai, pacientu ar transplantāta disfunkciju, pacienti ar imūnsupresīvas terapijas komplikācijām tās kontrolei, korekcija, kā arī pacienti ar nefunkcionējošu transplantātu | 2 031,62 |
| 2.12. | Neiroķirurģijas profils (V, IV) | | |
| 2.12.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Neiroangioloģija. Funkcionālā neiroķirurģija | DRG |
| 2.13. | Neiroloģijas profils (V, IV, III) | | |
| 2.13.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Programma "Multiplā skleroze", stacionārā palīdzība | DRG |
| 2.14. | Oftalmoloģijas profils (V) | | |
| 2.14.1. | V un IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca") | Plānveida Īslaicīgā ķirurģija. Oftalmoloģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.15. | Onkoloģijas profils (V, IV) | | |
| 2.15.1. | VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" | Onkoloģijas programma | DRG |
| 2.15.2. | V un IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"", SIA "Rīgas Dzemdību nams") | Diagnostiskā un neatliekamā ķirurģiskā palīdzība onkoloģijā | DRG |
| 2.15.3. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" | Diagnostiskā un plānveida ķirurģiskā palīdzība onkoloģijā | DRG |
| 2.15.4. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Diagnostiskā un ķirurģiskā palīdzība bērniem onkoloģijā un hematoloģijā | DRG |
| 2.15.5. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Ķīmijterapija bērniem | 5 420,32 |
| 2.15.6. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"), SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" | Ķīmijterapija pieaugušajiem | 990,88 |
| 2.15.7. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Neiroonkoloģija | DRG |
| 2.15.8. | SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" | Staru terapija | 4 796,41 |
| 2.15.9. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Staru terapija, staru terapija un ķīmijterapija pieaugušajiem | 5 745,09 |
| 2.15.10. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Radioķirurģija, stereotaktiskā staru terapija un staru terapija ar augstas tehnoloģijas apstarošanas metodēm | 5 760,86 |
| 2.15.11. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" | Mastektomija ar krūts rekonstrukciju vai krūts rekonstrukcija krūts dziedzera ļaundabīga audzēja dēļ | DRG |
| 2.16. | Otolaringoloģijas profils (V, IV) | | |
| 2.16.1. | V un IV līmeņa ārstniecības iestādes | Plānveida Īslaicīgā ķirurģija. Otolaringoloģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.17. | Paliatīvās aprūpes profils (V, IV) | | |
| 2.17.1. | VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca" | Zāļu rezistenta tuberkulozes pacienta paliatīvā aprūpe | Gultasdienas tarifs 62,64 |
| 2.17.2. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca") | Paliatīvā aprūpe | 1 492,83 |
| 2.18. | Pediatrijas profils (IV, III, II) | | |
| 2.18.1. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Perinatālā perioda stāvokļi | DRG |
| 2.18.2. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Rīgas Dzemdību nams", SIA "Vidzemes slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" | Jaundzimušo intensīvā terapija un reanimācija (līdz 7. dzīves dienai) | DRG |
| 2.18.3. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Tercjārā līmeņa pakalpojums jaundzimušajiem | DRG |
| 2.18.4. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Cistiskā fibroze | DRG |
| 2.18.5. | Otolaringoloģijas apakšprofils | | |
| 2.18.5.1. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Kaulā ievietojamā dzirdes aparāta (BAHA) implanta ievietošana bērniem (bez implanta vērtības) | 2 578,41 |
| 2.18.5.2. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Bērnu surdoloģija (pārejoši vai pastāvīgi dzirdes un valodas traucējumi). Stacionārā palīdzība. Rehabilitācija | 1 753,29 |
| 2.18.5.3. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Kohlerā implanta implantācija bērniem | 27 434,00 |
| 2.18.5.4. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Kaulā ievietojamā dzirdes aparāta (BAHA) implanta ievietošana bērniem (ar implanta vērtību) | 9 812,97 |
| 2.18.6. | Kardioloģijas apakšprofils | | |
| 2.18.6.1. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Iedzimtas sirds–asinsvadu sistēmas anomālijas, perinatālā periodā radusies asinsrites sistēmas patoloģija – izmeklēšana, terapija | DRG |
| 2.18.7. | Mikroķirurģijas apakšprofils | | |
| 2.18.7.1. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Mikroķirurģija bērniem | 3 089,41 |
| 2.18.8. | Oftalmoloģijas apakšprofils | | |
| 2.18.8.1. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Vājredzību izraisošu slimību operatīva ārstēšana bērniem | DRG |
| 2.19. | Psihiatrijas profils (V, IV) | | |
| 2.19.1. | VSIA "Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži"" | Ilgstoša psihiatriskā ārstēšana stacionārā bērniem, tai skaitā pēc tiesas lēmuma | Tāmes finansējums |
| 2.19.2. | VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca" | Ilgstoša psihiatriskā ārstēšana stacionārā, tai skaitā pēc tiesas lēmuma | Tāmes finansējums |
| 2.19.3. | VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca", VSIA "Nacionālais psihiskās veselības centrs", VSIA "Plejūras slimnīca". VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"" | Psihiatriskā palīdzība bērniem | 2 442,59 |
| 2.19.4. | VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca", VSIA "Plejūras slimnīca", VSIA "Nacionālais psihiskās veselības centrs", VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"", VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca" | Psihiatriskā palīdzība, tai skaitā pēc tiesas lēmuma | 3 165,75 |
| 2.19.5. | VSIA "Nacionālais psihiskās veselības centrs" | Piespiedu psihiatriskā ārstēšana stacionārā ar apsardzi | Tāmes finansējums |
| 2.19.6. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Nacionālais psihiskās veselības centrs" | Stacionārā psihiatriskā palīdzība bērniem | 3 707,72 |
| 2.20. | Rehabilitācijas profils (V, IV) | | |
| 2.20.1. | IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"), V līmeņa specializētajās ārstniecības iestādēs (izņemot SIA "Rīgas Dzemdību nams") un SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem (augstas intensitātes aprūpe) | Gultasdienas tarifs 118,07* |
| 2.20.2. | IV un V līmeņa ārstniecības iestādēs (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"), V līmeņa specializētajās ārstniecības iestādēs (izņemot SIA "Rīgas Dzemdību nams") un SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pieaugušajiem (zemas intensitātes aprūpe) | Gultasdienas tarifs 62,64* |
| 2.20.3. | VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" | Ilgstoši mākslīgi ventilējama pacienta medicīniskā rehabilitācija | Gultasdienas tarifs 118,07* |
| 2.20.4. | VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" | Rehabilitācija pacientiem ar muguras smadzeņu šķērsbojājumu (spinālie pacienti) | Gultasdienas tarifs 118,07* |
| 2.20.5. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"", IV līmeņa ārstniecības iestādes | Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem (augstas intensitātes aprūpe) | Gultasdienas tarifs 118,07* |
| 2.20.6. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"", IV līmeņa ārstniecības iestādes | Diennakts stacionārā sniedzamie otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem (zemas intensitātes aprūpe) | Gultasdienas tarifs 62,64* |
| 2.20.7. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca", SIA "Vidzemes slimnīca", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca" | Diennakts stacionārā sniedzamie perinatālā perioda radušos stāvokļu rehabilitācijas pakalpojumi, kas tiek sniegti bērniem pirmajā dzīves gadā | Gultasdienas tarifs 118,07* |
| 2.21. | Terapijas profils (V, IV, III, II, I) | | |
| 2.21.1. | V, IV, III, II un I līmeņa ārstniecības iestādes, SIA "Sanare-KRC Jaunķemeri", A/S "Latvijas Jūras medicīnas centrs" | Pārējie terapeitiskie pakalpojumi | DRG |
| 2.22. | Torakālās ķirurģijas profils (V) | | |
| 2.22.1. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Torakālā ķirurģija | DRG |
| 2.22.2. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Torakālā ķirurģija tuberkulozes pacientiem | 13 683,5 |
| 2.23. | Traumatoloģijas profils (V, IV, III, II) | | |
| 2.23.1. | V un IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Smaga galvas smadzeņu trauma | DRG |
| 2.23.2. | V, IV, III un II līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Rīgas Dzemdību nams", VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"", VSIA "Plejūras slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca" | Plānveida Īslaicīgā ķirurģija. Traumatoloģija, ortopēdija, rokas rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.23.3. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Apdegumu stacionārā ārstēšana pieaugušajiem | 6 836,55 |
| 2.23.4. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Apsaldējumu stacionārā ārstēšana pieaugušajiem | 4 850,42 |
| 2.24. | Uroloģijas profils (V, IV) | | |
| 2.24.1. | V (izņemot specializētās ārstniecības iestādes, SIA "Rīgas Dzemdību nams" un VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"), IV, III un II līmeņa ārstniecības iestādes | Plānveida Īslaicīgā ķirurģija. Uroloģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.25. | Ārpus profila | | |
| 2.25.1. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Cilmes šūnu transplantācija | 6 551,36 |
| 2.25.2. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Černobiļas AES avārijas likvidētāju un arodslimnieku ārstēšana stacionārā | 999,06 |
| 2.25.3. | V un IV līmeņa ārstniecības iestādes | Stacionārā palīdzība hematoloģijā | DRG |
| 2.25.4. | V līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" un specializētās ārstniecības iestādes) | Nacionālsociālistiskajā režīmā cietušo personu rehabilitācija | 2 373,95 |
| 2.25.5. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Ortotopiskā sirds transplantācija | 36 697,95 |
| 2.25.6. | IV, III un II līmeņa ārstniecības iestādes, VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" | Pacienta aprūpe, kuram nepieciešama ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija | Gultasdienas tarifs 70,29 |
| 2.25.7. | SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" | Stacionārās ārstēšanas nodrošināšana infekciju, seksuāli transmisīvo un ādas slimību pacientiem, HIV/AIDS pacientiem | DRG |
| 2.25.8. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Stacionārā palīdzība bērniem un zīdaiņiem īpaši smagos gadījumos | DRG |
| 2.25.9. | VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | Sifilis, gonoreja bērniem | 1 886,29 |
| 2.25.10. | V līmeņa ārstniecības iestādes, SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" | Plānveida Īslaicīgā ķirurģija. Invazīvā radioloģija | DRG plānveida īslaicīgā ķirurģija |
| 2.25.11. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | | |
| 2.25.11.1. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Pacientu izmeklēšana pirms ortotopiskas aknu transplantācijas | 1 999,11 |
| 2.25.11.2. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Ortotopiska aknu transplantācija | 45 504,18 |
| 2.25.12. | VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" | Nieres transplantācija un pēcoperācijas periods | 1 5852,54 |
| 2.25.13. | Narkoloģijas apakšprofils | | |
| 2.25.13.1. | VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"" | Obligātā narkoloģiskā palīdzība bērniem | 2 966,10 |
| 2.25.13.2. | VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"" | Narkomānu rehabilitācija stacionārā bērniem | 2966,10 |
| 2.25.13.3. | VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"" | Narkomānu rehabilitācija stacionārā pieaugušajiem | 10 418,81 |
| 2.25.13.4. | VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"", VSIA "Nacionālais psihiskās veselības centrs" | Minesotas programma stacionārā | 2 530,83 |
| 2.25.13.5. | VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža"", VSIA "Nacionālais psihiskās veselības centrs", VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca", SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca", SIA "Rēzeknes slimnīca", VSIA "Plejūras slimnīca" | Narkoloģija | 659,23 |

Piezīme. * Dienests papildus apmaksā manipulācijas, kas līgumā ar ārstniecības iestādi iekļautajos apmaksas nosacījumos norādītas kā programmai saistošās manipulācijas.

7. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 01.09.2026. noteikumu Nr. 524 redakcijā)*

**Atbilstoši ārstniecības iestāžu iesniegtajiem rēķiniem apmaksājamie veselības aprūpes pakalpojumi**

1. Valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" dienests apmaksā:

1.1. lielo locītavu endoprotēzes, endoprotēžu daļas un implantus pacientiem, kuri ir ārstējušies pakalpojumu programmā "Revīzijas endoprotēžu implantēšana, endoprotezēšana osteomielīta un onkoloģijas pacientiem";

1.2. muguras smadzeņu stimulācijas komplektus un to daļas.

2. Valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" dienests apmaksā:

2.1. dziļās smadzeņu stimulācijas komplektus, to daļas, kas paredzētas jau implantētu elektroneirostimulatoru nomaiņai;

2.2. divkameru katetra lietošanu orgāna perfūzijai, kas izmantots transplantācijā;

2.3. orgānu pulsējošās perfūzijas un konservācijas mašīnas vienreizējas lietošanas komplektu orgāna pieslēgšanai;

2.4. individuāli veidotas stentprotēzes endovazālas torakoabdominālas aneirismas gadījumos.

3. Sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" dienests apmaksā:

3.1. medikamentus cilvēka imūndeficīta vīrusa oportūnisko infekciju terapijai un šādas profilakses nodrošināšanai:

3.1.1. cilvēka imūndeficīta vīrusa infekcijas vertikālās profilakses nodrošināšanai cilvēka imūndeficīta vīrusa pozitīvām sievietēm;

3.1.2. pēcekspozīcijas specifiskās profilakses (PEP) nodrošināšanai ārstniecības personām;

3.1.3. cilvēka imūndeficīta vīrusa infekcijas diagnostikai nepieciešamos reaģentus;

3.2. šādus tuberkulozes un alogēno un autologo cilmes šūnu transplantācijas slimnieku ārstēšanā lietojamos medikamentus:

| Nr. p. k. | Medikamenta nosaukums | Zāļu forma |
|---|---|---|
| 3.2.1.* | *Ethambutoli hydrochloridum* | tab. |
| 3.2.2.* | *Moxifloxacin* | tab. |
| 3.2.3.* | *Moxifloxacin* | sol. |
| 3.2.4.* | *Capreomycin* | sol. |
| 3.2.5.* | *Ethambutoli hydrochloridum* | sol. |
| 3.2.6.* | *Isoniasidum* | tab. |
| 3.2.7.* | *Isoniasidum* | sol. |
| 3.2.8.* | *Kanamycinum* | sol. |
| 3.2.9.* | *Natrii paraaminosalicylas* | pac. |
| 3.2.10.* | *Protionamidum* | tab. |
| 3.2.11.* | *Pyrazinamidum* | tab. |
| 3.2.12.* | *Rifampicinum* | tab. |
| 3.2.13.* | *Rifampicinum* | caps. |
| 3.2.14.* | *Rifampicinum* | sol. |
| 3.2.15.* | *Streptomycinum* | sol. |
| 3.2.16.* | *Terizidonum* | caps. |
| 3.2.17.* | *Ofloxacinum* | tab. |
| 3.2.18.** | *Linezolidum* | tab.<br>sol. |
| 3.2.19.* | *Levofloxacinum* | tab. |
| 3.2.20.* | *Rifabutin* | tab. |
| 3.2.21.* | *Kalii clavulanas, Amoxicillinum trihydricum* | tab. |
| 3.2.22.* | *Clarithromycinum* | tab. |
| 3.2.23.* | *Cilastinum, Imipinemum* | sol. |
| 3.2.24.* | *Amikacinum* | sol. |
| 3.2.25. | *Delamanidi* | tab. |
| 3.2.26. | *Bedaquiline* | tab. |
| 3.2.27. | *Clofaziminum* | caps. |
| 3.2.28. | Antibakteriālie līdzekļi: | |
| 3.2.28.1. | *Imipenenum/cilastatinum* | sol. |
| 3.2.28.2. | *Meropenenum* | sol. |
| 3.2.28.3. | *Piperacillinum, Tazobactamum* | sol. |
| 3.2.29. | Pretsēnīšu līdzekļi: | |
| 3.2.29.1. | *Amphotericinum B (liposomālais)* | sol. |
| 3.2.29.2. | *Amphotericinum B* | sol. |
| 3.2.29.3. | *Amphoteracinum B* | susp. oral |
| 3.2.29.4. | *Caspofunginum* | sol. |
| 3.2.29.5. | *Voriconazolum* | sol. |
| 3.2.29.6. | *Voriconazolum* | tab. |
| 3.2.30. | Pretvīrusu līdzekļi: | |
| 3.2.30.1. | *Valganciclovirum* | caps. |
| 3.2.30.2. | *Ganciclovirum* | sol. |
| 3.2.31. | Citostatiskie līdzekļi: | |
| 3.2.31.1. | *Alemtuzumabum* | sol. |
| 3.2.31.2. | *Carmustinum* | pulv. injekcijām |
| 3.2.32. | Koloniju stimulējošie līdzekļi: | |
| 3.2.32.1. | Cilvēka eritropoetīns | sol. |
| 3.2.32.2. | *Kepivance* | pulv. injekcijām |
| 3.2.33. | Imūnsupresīvie līdzekļi: | |
| 3.2.33.1. | *Immunoglobulinum antilymphocytarium* | sol. |
| 3.2.34. | Imunoglobulīni: | |
| 3.2.34.1. | *Pentaglobin* | sol. |
| 3.2.35. | Pārējie medikamenti: | |
| 3.2.35.1. | *Pamidronic acid* | sol. |
| 3.2.35.2. | *Tacrolimus* | ziede |
| 3.2.35.3. | *Treosulfan* | sol. |

Piezīmes.
* Neapmaksā pacientiem, kuri saņem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca".
** Neapmaksā pacientiem, kuri saņem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" tuberkulozes ārstēšanai.

3.3. lielo locītavu endoprotēzes, endoprotēžu daļas un implantus pacientiem, kuri ir ārstējušies pakalpojumu programmā "Revīzijas endoprotēžu implantēšana, endoprotezēšana osteomielīta un onkoloģijas pacientiem";

3.4. individuāli veidotas stentprotēzes endovazālas torakoabdominālas aneirismas gadījumos.

4. Valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" dienests apmaksā:

4.1. slāpekļa monoksīda (INO) lietošanu plaušu hipertensijas terapijā bērniem, ievērojot, ka pakalpojumu apmaksā par stundām, bet ne vairāk kā 96 stundas vienā terapijas reizē;

4.2. jaunu elpošanas ierīču iegādi bērniem, kuriem tiek sniegta veselības aprūpe mājās, esošu iekārtu nomaiņu un šo iekārtu apkopi;

4.3. šādus medikamentus, ko lieto bērnu ar onkoloģiskām un onkohematoloģiskām saslimšanām ārstēšanai pēc ķīmijterapijas invazīvo mikožu gadījumos un bērnu ar cistisko fibrozi ambulatorai ārstēšanai:

| Nr. p. k. | Medikamenta nosaukums | Zāļu forma | Darbības vienība |
|---|---|---|---|
| 4.3.1. | *Caspofunginum* | sol. | 70 mg |
| 4.3.2. | *Caspofunginum* | sol. | 50 mg |
| 4.3.3. | *Voriconazolum* | sol. | 200 mg |
| 4.3.4. | *Voriconazolum* | tab. | 200 mg |
| 4.3.5. | *Dornasum alfac* (Dezoksiribonukleāze) | inhalācijas šķīdums | 1 mg/ml |
| 4.3.6. | *Tobramycinum* | inhalācijas šķīdums | 300 mg/ml |
| 4.3.7. | *Tobramycinum* | pulvera inhalācija | 28 mg |

4.4. ārstniecības līdzekļu un kopšanas līdzekļu iegādi bērniem ar *epidermolysis bullosa*, kuri atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" Reto slimību kabineta uzskaitē;

4.5. vienreiz lietojamo insulīna sūkņu piederumus esošiem pacientiem, insulīna sūkņus jauniem pacientiem, vienreiz lietojamos insulīna sūkņu piederumus jauniem pacientiem un jaunu insulīna sūkņu iegādi bojāto insulīna sūkņu nomaiņai personām līdz 24 gadu vecumam.

5. Visām V un IV līmeņa stacionārajām ārstniecības iestādēm (tai skaitā sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rīgas Dzemdību nams") dienests apmaksā rekombinantā aktivētā VII faktora (*Nova Seven*) zāļu lietošanu.

6. Visām ārstniecības iestādēm, kas nodrošina onkoloģisko pacientu ārstēšanu, parenteráli ievadot medikamentus, dienests apmaksā šos medikamentus, ja tie nav iepirkti centralizēti un to izmantošana saskaņota ar dienestu, ievērojot līgumā ar dienestu minētos nosacījumus.

7. Lai nodrošinātu endovaskulāru trombektomiju no precerebrālām un cerebrālām artērijām, valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" un sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Daugavpils reģionālā slimnīca" dienests apmaksā šādas medicīniskās ierīces:

7.1. vadītājkatetrus;

7.2. reperfūzijas aspirācijas katetrus cerebrālām indikācijām;

7.3. mikrokatetrus cerebrālām indikācijām;

7.4. mikrovadītājstīgas cerebrālām indikācijām;

7.5. aspirācijas pumpja kanistras;

7.6. aspirācijas sūkņa savienotājcaurules;

7.7. balonoklūzijas katetrus;

7.8. intrakraniālos trombektomijas stentus;

7.9. intrakraniālos atvienojamos stentus stenozes ārstēšanai.

8. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 08.07.2025. noteikumu Nr. 425 redakcijā)*

**Centralizēto iepirkumu nosacījumi**

1. Dienests veic centralizētos iepirkumus par šādu ārstniecības līdzekļu un noteiktās grupās ietilpstošu pārtikas produktu piegādi:

1.1. iepirkuma konkursa rīkotāja – pasūtītāja pārstāvja – statusā par parenterāli ievadāmu zāļu piegādi, kas paredzētas normatīvajos aktos par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību minēto onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai un kuru ievadīšana veicama stacionārā vai dienas stacionārā attiecīgā speciālista uzraudzībā (turpmāk – parenterāli ievadāmās zāles), atbilstoši šā pielikuma 2. punktam;

1.2. iepirkuma pasūtītāja un maksātāja statusā par šādu zāļu, standarta tuberkulīna, medicīnisko ierīču un noteiktās grupās ietilpstošu pārtikas produktu piegādi:

1.2.1. vakcīnas atbilstoši normatīvajiem aktiem par vakcinācijas noteikumiem;

1.2.2. šļirces vakcīnas pret tuberkulozi (BCG) ievadei;

1.2.3. standarta tuberkulīns;

1.2.4. fenilketonūrijas un citu iedzimto vielmaiņas slimību korekcijas produkti;

1.2.5. peritoneālās dialīzes nodrošinājuma ārstniecības līdzekļi (šķīdumi un piederumi);

1.2.6. redzes korekcijas līdzekļi bērniem atbilstoši šo noteikumu 4.11.1.1. apakšpunktā minētajiem nosacījumiem;

1.2.7. imūnserumi un specifiskie imūnglobulīni;

1.2.8. māksīgie maisījumi zīdaiņiem un māksīgie papildu ēdināšanas maisījumi bērniem līdz gada vecumam, kuri dzimuši HIV inficētām mātēm;

1.2.9. kolorektālā vēža skrīninga testa komplekti;

1.2.10. medicīniskais papilduzturs, enterālās un parenterālās barošanas maisījumi un to ievadei nepieciešamās medicīniskās ierīces pacientiem atbilstoši šo noteikumu 4.11.1.2. apakšpunktā minētajiem nosacījumiem, nodrošinot pakalpojuma apmaksu par ambulatoro pacientu ārstēšanu, bet ārstniecības iestāde vispārīgās vienošanās ietvaros slēdz piegādes līgumu ar piegādātāju un veic samaksu par stacionārā esošajiem pacientiem.

2. Dienests iepērk parenterāli ievadāmās zāles, ievērojot šādus nosacījumus:

2.1. dienests veido un uztur centralizēti iepirkto parenterāli ievadāmo zāļu sarakstu un publicē to savā tīmekļvietnē reizi gadā līdz kārtējā gada 1. jūlijam, ņemot vērā šādus nosacījumus:

2.1.1. lai parenterāli ievadāmo zāļu sarakstā iekļautu jaunu zāļu vispārīgo nosaukumu, zāļu reģistrācijas apliecības turētājs (īpašnieks) vai viņa pilnvarotais pārstāvis vai zāļu vairumtirgotājs vai viņa pilnvarotais pārstāvis iesniedz dienestā iesniegumu un tam pievienotos dokumentus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

2.1.2. lēmumu par zāļu vispārīgā nosaukuma iekļaušanu parenterāli ievadāmo zāļu sarakstā pieņem un zāles vērtē saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību atbilstoši prasībām, kas nosaka, kā vērtējams iesniegums jauna zāļu vispārīgā nosaukuma iekļaušanai kompensējamo zāļu sarakstā;

2.1.3. parenterāli ievadāmo zāļu sarakstā iekļautās zāles dienests iepērk to ārstniecības iestāžu vajadzībām, ar kurām noslēdzis līgumus par plānveida onkoloģisko veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu vai starpresoru vienošanos par sadarbību;

2.2. dienests veic ar iepirkuma procedūru saistītās darbības un noslēdz vispārīgo vienošanos, bet ārstniecības iestāde vispārīgās vienošanās ietvaros slēdz piegādes līgumu ar piegādātāju un veic samaksu par pirkumu. Dienests par parenterāli ievadāmo zāļu izmantošanu onkoloģisko saslimšanu ārstēšanai ar ārstniecības iestādēm norēķinās pēc tam, kad ārstniecības iestāde ir iesniegusi dienestā pārskatu par attiecīgo zāļu izlietojumu, norādot informāciju par konkrētā pacienta ārstēšanā izlietoto zāļu daudzumu.

3. Ārstniecības iestādes pēc jaunu zāļu vispārīgo nosaukumu iekļaušanas parenterāli ievadāmo zāļu sarakstā tās uzsāk izmantot ne agrāk kā ar nākamā gada 1. janvāri pēc centralizētā iepirkuma veikšanas.

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

5. Dienests veic tikai tādu ārstniecības līdzekļu iepirkumu, kurus ir atļauts izplatīt saskaņā ar veselības aprūpes jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību. Lai panāktu valsts budžeta līdzekļu efektīvu izmantošanu iepirkuma procesā un izvērtētu iepirkuma lietderību, dienests var pieprasīt, lai ārstniecības iestādes iepirkuma pieprasījumā norāda personu skaitu, kam paredzēts pieprasītais ārstniecības līdzekļu apjoms, kā arī ārstniecības līdzekļu atlikumu un minimālo rezervju daudzumu ārstniecības iestādēs.

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

9. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555

**Specifiskās medikamentozās ārstēšanas diagnozes reto slimību jomā**

*(Pielikums svītrots ar MK 29.12.2021. noteikumiem Nr. 898)*

10. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; pielikuma jaunā redakcija stājas spēkā 01.04.2026., sk. grozījumu 4. punktu)*

**Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti un fiksētā ikmēneša maksājuma (piemaksas) aprēķins ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām**

1. Līgumus par steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumu sniegšanu dienests slēdz:

1.1. ar ārstniecības iestādēm, kas sniedz tikai ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus:

1.1.1. sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca";

1.1.2. pašvaldības sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Saulkrastu slimnīca";

1.2. ar stacionārām ārstniecības iestādēm, kurām steidzamās medicīniskās palīdzības punkts izveidots citā apdzīvotā vietā atsevišķi no pamatpakalpojumu sniegšanas vietas:

1.2.1. sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Gulbenes pilsēta);

1.2.2. sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Vidzemes slimnīca" (pakalpojuma sniegšanas vieta – Valkas pilsēta);

1.3. ar citām stacionārām ārstniecības iestādēm – sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Saldus medicīnas centrs" un sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Priekules slimnīca".

2. Fiksētā maksājuma nodrošināšanai nepieciešamie līdzekļi gadā par speciālistu un ārstniecības iestāžu struktūrvienību darbību ambulatorajā veselības aprūpē

| Nr. p. k. | Specialitāte vai struktūrvienība[1] | Par vienu slodzi (*euro*) | Par 0,25 slodzēm (*euro*) | Par 0,5 slodzēm (*euro*) | Par 2 slodzēm (*euro*) | Par 2,25 slodzēm (*euro*) | Par 3 slodzēm (*euro*) | Par 4,5 slodzēm (nodrošinot diennakts pieejamību) (*euro*) | Nodrošinot diennakts pieejamību uzņemšanas nodaļās (*euro*) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1. | Psihiatrs[2, 3, 4] | 4 792 | 1 198 | 2 396 | – | – | – | – | 11 697 |
| 2.2. | Narkologs | – | – | – | – | – | – | – | 11 747 |
| 2.3. | Pneimonologs[5, 6, 7] | 4 792 | 1 198 | 2 396 | – | – | – | – | 12 127 |
| 2.4. | Diabētiskās pēdas aprūpes kabinets[8] | 4 260 | 1 065 | 2 130 | – | – | – | – | – |
| 2.5. | Paliatīvās aprūpes kabinets | 4 323 | 1 081 | 2 162 | – | – | – | – | – |
| 2.6. | Hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinets[8] | 4 388 | 1 097 | 2 194 | – | – | – | – | – |
| 2.7. | Steidzamās medicīniskās palīdzības punkts | 6 682 | 1 671 | 3 341 | – | **12 552** | – | **19 683** | 19 221 |
| 2.8. | Stomas kabinets | 5 873 | 1 468 | 2 937 | – | – | – | – | – |
| 2.9. | Dežūrārsta kabinets[8] | 4 545 | 1 136 | 2 273 | – | – | – | – | – |
| 2.10. | Pediatra kabinets | 4 471 | 1 118 | 2 236 | – | – | – | – | 12 632 |
| 2.11. | Paliatīvās aprūpes kabinets valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"[9, 15] | 11 110 | – | – | – | – | – | 32 621 | – |
| 2.12. | Reto slimību kabineti valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca": | | | | | | | | |
| 2.12.1. | cistiskās fibrozes kabinets | 29 513 | – | 14 757 | – | – | – | – | – |
| 2.12.2. | pārējo reto slimību kabinets | 3 836 | 959 | 1 918 | – | – | – | – | – |
| 2.13. | Psihologa/psihoterapeita kabinets[2] | 3 836 | 959 | 1 918 | – | – | – | – | – |
| 2.14. | Metadona terapijas kabinets[9] | 3 836 | 959 | 1 918 | **6 994** | – | 9 812 | – | – |
| 2.15. | Diabēta apmācības kabinets | 3 836 | **959** | **1 918** | – | – | – | – | – |
| 2.16. | HIV līdzestības kabinets[10] | 3 836 | **959** | **1 918** | – | – | – | – | – |
| 2.17. | Funkcionālo speciālistu kabinets[2] | 3 836 | 959 | 1 918 | – | – | – | – | – |
| 2.18. | Māsas psihiatrijā un narkoloģijā kabinets[2] | 3 949 | 987 | 1 975 | – | – | – | – | – |
| 2.19. | Aritmologa kabinets | 3 836 | – | – | – | – | – | – | – |
| 2.20. | Vecmātes kabinets | 2 831 | – | – | – | – | – | – | – |
| 2.21. | Enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabinets[11] | 3 836 | – | 1 918 | – | – | – | – | – |
| 2.22. | Onkoloģisko pacientu psihoemocionālā atbalsta kabinets[10, 12] | 2 520 | – | – | – | – | – | – | – |
| 2.23. | Garastāvokļa traucējumu kabinets bērniem[2, 10, 13,14] | 4 093 | – | – | – | – | – | – | – |
| 2.24. | Onkoloģisko pacientu koordinatora kabinets | 3 836 | – | – | – | – | – | – | – |
| 2.25. | Traheostomētu pacientu aprūpes kabinets | 3 836 | 959 | 1 918 | – | – | – | – | – |
| 2.26. | Veselības aprūpes kabinets ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā | 4 846 | 1 211 | 2 423 | – | – | – | – | – |

Piezīmes.

[1] Kopējo ikmēneša fiksēto maksājumu veido šādas summas:

1) darbības nodrošināšanai paredzētais ikmēneša fiksētais maksājums, kas ir 1/12 daļa no šajā pielikumā noteiktā gada apjoma par speciālistu un ārstniecības iestāžu struktūrvienību darbību un kas tiek piemērots tikai par faktiski nodrošinātu telpu ārstniecības personu darba veikšanai;

2) ārstu un māsu darba samaksa, ko aprēķina atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai ārstu un ārstniecības personu vidējai darba samaksai (šo noteikumu 153. punkts), ņemot vērā līgumā ar dienestu noteikto ārstu un māsu darba apjomu, kā arī aprēķinā iekļaujot samaksu par darbu brīvdienās, svētku dienās, nakts laikā un par virsstundu darbu.

[2] Aprēķinot ikmēneša fiksēto maksājumu psihiatra kabinetam, psihologa/psihoterapeita kabinetam, māsas un funkcionālo speciālistu kabinetiem, kā arī garastāvokļa traucējumu kabinetam bērniem, darba samaksas aprēķinā papildus iekļauj:

1) maksu par sarežģītību (darbu ar pacientiem ar garīgiem un psihiskiem traucējumiem) 405,00 *euro* apmērā psihiatra kabinetam, psihologa/psihoterapeita kabinetam un funkcionāli speciālista kabinetam un 243,00 *euro* apmērā māsas psihiatrijā un narkoloģijā kabinetam;

2) maksu par pieejamības nodrošināšanu un darbu paaugstinātas intensitātes apstākļos 540,00 *euro* apmērā psihiatra kabinetam un psihologa/psihoterapeita kabinetam;

3) maksu par darbu paaugstinātas intensitātes apstākļos 540,00 *euro* apmērā garastāvokļa traucējumu kabinetā bērniem nodarbinātam psihologam, psihoterapeitam un psihiatram.

[3] Valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Nacionālais psihiskās veselības centrs" psihiatra kabineta finansējuma ietvaros personām tiek nodrošināta nepieciešamā palīdzība, lai novērstu noziedzīgu nodarījumu veikšanu pret bērna tikumību un dzimumneaizskaramību.

[4] Ja ārstniecības iestāde psihiatra kabinetā nevar nodrošināt vismaz 0,5 psihiatra vai bērnu psihiatra slodzes, tad dienests psihiatra vai bērnu psihiatra sniegtos pakalpojumus apmaksā šo noteikumu 4. pielikumā noteiktajā kārtībā.

[5] Pneimonologu darba apjomu plāno, ievērojot, ka vienai pilnai slodzei atbilst 10 apmeklējumi dienā.

[6] Dienests katru gadu līdz 1. augustam (par laikposmu no 1. janvāra līdz 30. jūnijam) izvērtē to ārstniecības iestāžu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, kuras saņem šajā pielikumā noteikto fiksēto maksājumu par pneimonologa darba nodrošināšanu vismaz sešus mēnešus pēc kārtas. Ja veiktā darba apjoms vērtēšanas periodā ir mazāks nekā līgumā plānotais, dienests no 1. septembra līgumā izdara grozījumus atbilstoši veiktā darba apjomam. Ja veiktā darba apjoms vērtēšanas periodā ir mazāks par 0,5 slodzēm, dienests izdara grozījumus līgumā, nosakot, ka no 1. septembra sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus dienests apmaksā saskaņā ar šo noteikumu 4. pielikumā minētajiem aprūpes epizožu tarifiem un manipulāciju sarakstu.

[7] Pirms līguma slēgšanas par pneimonologu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pacientiem ar tuberkulozi (diagnožu kodi saskaņā ar SSK-10: A15–A19, B90, J65, P37.0, R76.1, Y58.0, Y60.3, Z03.0, Z20.1) dienests izvērtē vadības informācijas sistēmā ievadīto informāciju par ārstniecības iestādē sniegto attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu apjomu iepriekšējā periodā un, ja:

1) veiktā darba apjoms 12 mēnešos (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam) ir mazāks par 0,5 slodzēm, slēdz līgumu par sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu saskaņā ar šo noteikumu 4. pielikumā minētajiem aprūpes epizožu tarifiem un manipulāciju sarakstā minētajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem;

2) ārstniecības iestādē iepriekšējā periodā nav sniegti šādi veselības aprūpes pakalpojumi, fiksētā maksājuma apjomu nosaka, ievērojot, ka vienam speciālistam tiek noteiktas ne vairāk kā 0,5 slodzes.

[8] Dienestam ir tiesības izbeigt ar ārstniecības iestādi noslēgto līgumu par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ja dienests konstatē, ka:

1) ārstniecības iestādes, kas saņem fiksēto maksājumu par dežūrārsta kabinetu, dežūrārsta kabinetu nav apmeklējuši vismaz trīs pacienti dienā;

2) ārstniecības iestādes, kas saņem šajā pielikumā noteikto maksājumu par diabētiskās pēdas aprūpes kabinetu vai par hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinetu, diabētiskās pēdas aprūpes kabinetu vai hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinetu nav apmeklējuši vismaz seši pacienti dienā.

[9] Lai nodrošinātu metadona terapijas kabineta un paliatīvās aprūpes kabineta darbību, darba samaksas aprēķinā iekļauj arī psihologa darba samaksu (atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai ārstu un funkcionālo speciālistu vidējai darba samaksai).

[10] Aprēķinot atalgojumu veselības aprūpes pakalpojumu koordinatoriem reto slimību kabinetā, HIV līdzestības kabinetā, onkoloģisko pacientu psihoemocionālā atbalsta kabinetā un garastāvokļa traucējumu kabinetā bērniem, tiek ņemta vērā šo noteikumu 153.2. apakšpunktā noteiktā vidējā darba samaksa.

[11] Enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabineta darbību apmaksā sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca". Kabinetā pakalpojumus nodrošina māsa, uztura speciālists un dietologs.

[12] Onkoloģisko pacientu psihoemocionālā atbalsta kabineta darbību apmaksā sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca". Kabinetā pakalpojumus nodrošina pacientu plūsmas koordinators, māsa, funkcionālie speciālisti, psihologs un psihoterapeits.

[13] Garastāvokļa traucējumu kabineta bērniem darbību apmaksā sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu un pusaudžu resursu centrs". Kabinetā pakalpojumus nodrošina pacientu plūsmas koordinators, funkcionāls speciālists, psihologs, psihoterapeits, narkologs un psihiatrs.

[14] Ja kabinetā nodarbināto funkcionālo speciālistu, psihologu, psihoterapeitu, narkologu vai psihiatru slodžu skaits ir lielāks par vienu slodzi, tad, aprēķinot kabineta fiksēto maksājumu, tiek piemērots šā pielikuma 2.23. apakšpunktā minētais maksājums. Ja kabinetā nodarbināto funkcionālo speciālistu, psihologu, psihoterapeitu, narkologu vai psihiatru slodžu skaits ir mazāks par vienu slodzi, tad šā pielikuma 2.23. apakšpunktā minēto maksājumu proporcionāli samazina.

[15] Valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē var atrasties bērni, kā arī personas līdz 24 gadu vecumam, ja tās kabineta uzskaitē iekļautas līdz 18 gadu vecumam, un šīm personām ir tiesības saņemt tādus veselības aprūpes pakalpojumus kā kabineta uzskaitē esošajiem bērniem.

**Veselības ministrijas iesniegtajā redakcijā**

11. pielikums
Ministru kabinetā
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 03.03.2026. noteikumu Nr. 112 redakcijā)*

## 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, Ķekavas novads, Mārupes novads, Olaines novads, Ropažu novads, Salaspils novads, Saulkrastu novads, Siguldas novads);

1.2. Kurzeme (Liepāja, Ventspils, Dienvidkurzemes novads, Kuldīgas novads, Saldus novads, Talsu novads, Tukuma novads, Ventspils novads);

1.3. Latgale (Daugavpils, Rēzekne, Augšdaugavas novads, Krāslavas novads, Līvānu novads, Ludzas novads, Preiļu novads, Rēzeknes novads);

1.4. Vidzeme (Alūksnes novads, Balvu novads, Cēsu novads, Gulbenes novads, Limbažu novads, Madonas novads, Smiltenes novads, Valkas novads, Valmieras novads, Varakļānu novads);

1.5. Zemgale (Jelgava, Aizkraukles novads, Bauskas novads, Dobeles novads, Jelgavas novads, Jēkabpils novads, Ogres novads).

2. Kapitācijas naudas apmērs, tai skaitā samaksa par reģistratora funkcijas veikšanu un telefonisku konsultāciju sniegšanu prakses darba laikā, vienai personai mēnesī ir 2,915427 *euro*.

3. Primārās veselības aprūpes patēriņa koeficientu, kas nepieciešams ģimenes ārstu kapitācijas naudas apmēra noteikšanai, dienests aprēķina pēc vadības informācijas sistēmas datiem par personu skaitu vecuma grupās, apmeklējumu skaitu pie ģimenes ārsta katrā vecuma grupā un ģimenes ārsta sniegto attālināto konsultāciju skaitu katrā vecuma grupā 12 mēnešu laikā (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam), 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 vecākas personas;

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

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; 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 ($ki_1$ līdz $ki_6$).

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

4.1. lai aprēķinātu katra ģimenes ārsta prakses reģistrēto pacientu kopējo koeficientu ($K_p$), summē katras vecuma grupas primārās veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas patēriņa koeficienta ($ki_1$ līdz $ki_6$) reizinājumu ar reģistrēto pacientu skaitu katrā vecuma grupā (n1 līdz n6), iegūto kopsummu dala ar kopējo pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaitu (N):

$$K_p = \frac{(ki_1 \times n1) + (ki_2 \times n2) + (ki_3 \times n3) + (ki_4 \times n4) + (ki_5 \times n5) + (ki_6 \times n6)}{N}$$

4.2. aprēķina visas valsts pacientu koeficientu ($K_V$) 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 ($K_p$) ar valsts koeficientu ($K_V$), iegūst ģimenes ārsta pacientu diferencēto koeficientu ($K_d$):

$$K_d = K_p : K_V$$

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

$$L_N = K_d \times L_R \times N \times 12$$

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. Dienests reizi gadā līdz kārtējā gada 1. maijam izmaksā ģimenes ārsta praksei maksājumu par praksē nodarbināto ārstniecības personu aizvietošanas nodrošināšanu attaisnotas prombūtnes laikā. Minētais maksājums ir 1/12 daļa no praksei plānotās kapitācijas naudas attiecīgajam gadam, izņemot šādus gadījumus:

5.1. ja prakse primārās veselības aprūpes pakalpojumus sniedz pilnu kalendāra gadu, bet vismaz vienu mēnesi attiecīgajā gadā saņem fiksētu maksājumu kā jaunatvērta ģimenes ārsta prakse – maksājums par aizvietošanas nodrošināšanu ir 1/12 daļa no valsts plānotās kapitācijas naudas vidēji uz vienu praksi attiecīgajam gadam;

5.2. ja prakse primārās veselības aprūpes pakalpojumus sniedz mazāk par sešiem mēnešiem kalendāra gada laikā – maksājumu par aizvietošanas nodrošināšanu samazina un aprēķina proporcionāli mēnešu skaitam, kuros prakse sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumus.

6. Dienesta teritoriālajām nodaļām piešķiramos naudas līdzekļus, kas paredzēti ģimenes ārstu praksēs veikto ārstniecisko manipulāciju samaksai ($L_M$), dienests aprēķina katrai manipulācijai atsevišķi, reizinot teritoriālās nodaļas ģimenes ārstu praksēs iepriekšējā gadā veikto manipulāciju skaitu (S) ar tās prognozēto tarifu (TC) un summējot:

$$L_{M(1...5)} = S_{1(1...5)} \times TC1 + S_{2(1...5)} \times TC2 + S_{n(1...5)} \times TCn$$

7. Ja manipulāciju saraksts tiek paplašināts, šai summai pieskaita prognozējamo apjoma pieaugumu, kuru aprēķina, katras jaunās manipulācijas prognozējamo skaitu reizinot ar tās prognozējamo tarifu un summējot.

8. Ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei, tai skaitā riska maksājums, ir 1 000,00 *euro* mēnesī. Minēto maksājumu saņem visas ģimenes ārstu prakses, kas atbilstoši līgumam ar dienestu saņem kapitācijas naudu.

9. Ikmēneša fiksētais maksājums par ģimenes ārsta prakses otro un katru nākamo pieņemšanas vietu ir 400,00 *euro*, ievērojot šādus nosacījumus:

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

9.2. prakses papildu pieņemšanas vietas adrese ir:

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

9.2.2. 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 9.3., 9.4. un 9.5. apakšpunktā noteiktajām prasībām;

9.3. 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;

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

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

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

10. Maksājums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu, tai skaitā riska maksājums, šo noteikumu 19. punktā minētajā gadījumā ir 400,00 *euro* mēnesī.

11. Ģimenes ārsta praksei dienests aprēķina un izmaksā ikmēneša fiksēto piemaksu par prakses un personāla darbības nodrošināšanu lauku teritorijā atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma, reģistrēto pacientu skaita, attāluma līdz tuvākajai klīniskajai universitātes slimnīcai, kā arī kopējā apmeklējumu skaita un apmeklējumu skaita vecuma grupās no 12 līdz 17 gadiem un vecumā virs 65 gadiem, ievērojot šādus nosacījumus:

11.1. piemaksas apmērs atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma:

11.1.1. ja teritorijā ir vairāk nekā 500 iedzīvotāju uz km², piemaksas nav;

11.1.2. ja teritorijā ir no 100 līdz 499 iedzīvotājiem uz km², piemaksa ir 465,00 *euro* mēnesī;

11.1.3. ja teritorijā ir no 20 līdz 99 iedzīvotājiem uz km², piemaksa ir 735,00 *euro* mēnesī;

11.1.4. ja teritorijā ir mazāk nekā 20 iedzīvotāju uz km² , piemaksa ir 1 015,00 *euro* mēnesī;

11.2. piemaksas apmēru atkarībā no attāluma līdz tuvākajai klīniskajai universitātes slimnīcai aprēķina un izmaksā šādā kārtībā:

11.2.1. nosaka ģimenes ārsta prakses attālumu līdz tuvākajai klīniskajai universitātes slimnīcai un ņem vērā šādus nosacījumus:

11.2.1.1. ja prakse atrodas tuvāk par 100 km, piemaksas nav;

11.2.1.2. ja prakse atrodas 100–149 km attālumā, piemaksa ir 180,00 *euro* mēnesī;

11.2.1.3. ja prakse atrodas 150–199 km attālumā, piemaksa ir 395,00 *euro* mēnesī;

11.2.1.4. ja prakse atrodas 200–249 km attālumā, piemaksa ir 620,00 *euro* mēnesī;

11.2.1.5. ja prakse atrodas 250 km un tālāk, piemaksa ir 770,00 *euro* mēnesī;

11.2.2. šā pielikuma 11.2.1. apakšpunktā noteikto piemaksu izmaksā šādā kārtībā:

11.2.2.1. 50% no piemaksas apmēra izmaksā, ja ģimenes ārsta prakses vidējais klātienes apmeklējumu skaits darba dienā 12 mēnešu periodā (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam) pārsniedz 75% no valsts vidējā rādītāja. Ja ģimenes ārsta prakse pakalpojumu nav sniegusi pilnu šo periodu, vidējo apmeklējumu skaitu aprēķina par to laika posmu, kurā prakse sniegusi pakalpojumu;

11.2.2.2. 50% no piemaksas apmēra izmaksā, ja ģimenes ārsta prakses reģistrēto pacientu aptvere vecuma grupās 12 līdz 17 gadi un personām, kas vecākas par 65 gadiem, 12 mēnešu periodā (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam) pārsniedz 85%. Ja ģimenes ārsta prakse pakalpojumu nav sniegusi pilnu šo periodu, vidējo apmeklējumu skaitu nosaka par to laika posmu, kurā prakse sniegusi pakalpojumu.

12. 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.

13. Dienests ģimenes ārsta prakses ikmēneša fiksēto piemaksu par prakses darbības nodrošināšanu lauku teritorijā nosaka vienu reizi kalendāra gadā, aprēķinā izmantojot datus par reģistrēto pacientu skaitu uz kārtējā gada 30. septembri, izņemot šādus gadījumus, kad aprēķinā tiek izmantots reģistrēto pacientu skaits uz iepriekšējā kalendāra mēneša divdesmito datumu:

13.1. ja tiek slēgts jauns līgums;

13.2. ja tiek mainīta ģimenes ārsta prakses pamatteritorija;

13.3. ja pie ģimenes ārsta prakses reģistrēto pacientu skaits pieaudzis par vairāk kā 200 personām.

14. Ģimenes ārsts 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*.

15. Ģimenes ārsta praksei maksā ikmēneša fiksētās piemaksas par hronisko slimnieku aprūpi šādā apmērā:

| Nr. | Piemaksa par katru pacientu, *euro* mēnesī | Diagnožu kodi |
|---|---|---|

| p. k. | | |
|---|---|---|
| 15.1. | 0,06 | C00, C17, C26, C43, C44, C63, C68, I09, I11, I50, K50 |
| 15.2. | 0,13 | C04, C09, C15, C18, C53, C54, C76, E25, E27, I20, K74, M06, N18 |
| 15.3. | 0,24 | C20, C22, C23, C32, C50, C67, C70, C90, C91, C92, E84, G10, I05, I10, I25, N04, Z95 |
| 15.4. | 0,43 | C16, C25, C31, C48, C55, C56, C64, C74, C81, C88, E10, E22, E23, F20, G70, J45, K51 |
| 15.5. | 0,60 | C12, C13, C34, C39, C61, C71, C72, C73, C82, E11, E83, G20, G40, M05, M34 |
| 15.6. | 0,75 | C07, G35, M33, T66 |
| 15.7. | 0,97 | C37, C51, C57, C96, M32 |
| 15.8. | 1,39 | C45, C47, C66 |

16. Ģimenes ārsta prakse saņem šā pielikuma 15. punktā minētās piemaksas tikai par tiem pacientiem, kuri iepriekšējo sešu mēnešu laikā ir apmeklējuši savu ģimenes ārsta praksi trīs vai vairāk reizes.

17. Ģimenes ārsts saņem maksājumu 250,00 *euro* apmērā par ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētajai personai laikus atklātu vēzi 1. vai 2. stadijā, ja šāda vēža stadija ir diagnozes noteikšanas datumā. Minēto maksājumu ģimenes ārsta praksei dienests izmaksā reizi gadā līdz 1. septembrim, izvērtējot ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā iekļauto informāciju.

18. Ja ģimenes ārsta praksē dzemdes kakla skrīninga mērķa grupā vai krūts vēža skrīninga mērķa grupā ir vismaz 20 sievietes, tā saņem maksājumu par:

18.1. sasniegtajiem dzemdes kakla vēža skrīninga atsaucības rādītājiem:

18.1.1. 10 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 50 līdz 70 % atsaucība;

18.1.2. 20 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 71 % atsaucība;

18.2. sasniegtajiem krūts vēža skrīninga atsaucības rādītājiem:

18.2.1. 10 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 60 līdz 70 % atsaucība;

18.2.2. 20 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 71 % atsaucība.

19.Šā pielikuma 18. punktā noteiktos maksājumus ģimenes ārsta praksei dienests izmaksā divas reizes gadā par sasniegtajiem atsaucības rādītājiem iepriekšējos sešos mēnešos (līdz 31. augustam – par periodu no 1. janvāra līdz 30. jūnijam; līdz 31. martam – par periodu no 1. jūlija līdz 31. decembrim), paredzot, ka ne mazāk kā 30 % no maksājuma tiek novirzīti māsai vai ārsta palīgam (feldšerim).

20. Ja ģimenes ārsta praksē zarnu vēža skrīninga mērķa grupā vai prostatas vēža skrīninga mērķa grupā ir vismaz 20 iedzīvotāji, tā saņem maksājumu par:

20.1. sasniegtajiem zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītājiem:

20.1.1. 10 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 20 līdz 40 % atsaucība;

20.1.2. 20 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 41 % atsaucība;

20.2. sasniegtajiem prostatas vēža skrīninga atsaucības rādītājiem:

20.2.1. 10 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 60 līdz 70 % atsaucība;

20.2.2. 20 *euro* apmērā par katru veikto skrīninga izmeklējumu, ja sasniegta vismaz 71 % atsaucība.

21. Šā pielikuma 20. punktā noteiktos maksājumus ģimenes ārsta praksei dienests izmaksā reizi gadā līdz 30. septembrim, paredzot, ka ne mazāk kā 30 % no maksājuma tiek novirzīti māsai vai ārsta palīgam (feldšerim).

22. 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 noteiktajai vidējai darba samaksai mēnesī (šo noteikumu 153. punkts):

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

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

22.3. ja, aprēķinot māsas un ārsta palīga darbības nodrošināšanas maksājumu atbilstoši šā pielikuma 22.1. un 22.2. apakšpunktā noteiktajai kārtībai, tas ir mazāks par šajos noteikumos minēto darba samaksu, to palielina līdz šajos noteikumos minētajam apmēram.

23. Ģimenes ārsta praksei paredzēto māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma apmēru ($A_m$) nosaka šādi:

23.1. ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu skaitu (N) dala ar šā pielikuma 22.1. apakšpunktā noteikto pieaugušo pacientu skaitu un reizina 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 māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma daļu par pieaugušo pacientu aprūpi ($A_p$):

$$A_p = N : 1800 \times (D + S)$$

23.2. ģimenes ārsta praksē reģistrēto bērnu skaitu ($N_b$) dala ar šā pielikuma 22.2. apakšpunktā noteikto bērnu skaitu un reizina 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 māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma daļu par pacientu aprūpi ($A_b$) vecumā līdz 18 gadiem:

$$A_b = N_b : 800 \times (D + S)$$

23.3. saskaita aprēķinātās ģimenes ārsta māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma daļas par pieaugušo ($A_p$) un bērnu ($A_b$) aprūpi un iegūst ģimenes ārsta praksei paredzēto māsas vai ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma kopējo apjomu ($A_m$):

$$A_m = A_p + A_b$$

24. Ja ārsta palīga (feldšeris) nodarbināts pašvaldībai piederošā feldšerpunktā, ar kuru dienests ir noslēdzis līgumu, viņš saņem 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:

24.1. feldšerpunkta apmeklējumu skaits dienesta vadības informācijas sistēmā par iepriekšējo līguma periodu;

24.2. līdz šim līgumattiecībās ar dienestu nebijušo feldšerpunktu iesniegtie dati Slimību profilakses un kontroles centram par apmeklējumu skaitu feldšerpunktā iepriekšējā gadā;

24.3. šajos noteikumos noteikto darba samaksu reizina ar apmeklējumu skaitam atbilstošo slodzes apjomu:

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

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

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

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

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

24.4. jaunatvērtajiem feldšerpunktiem darba samaksas apjomu sešus mēnešus nosaka par 0,5 slodzēm, izņemot gadījumu, ja feldšerpunktu izveido teritorijā, kur ģimenes ārsts pārtraucis līgumattiecības ar dienestu un nav cita ģimenes ārsta, kurš pārņem šo teritoriju. Šādā gadījumā dienests darba samaksas apjomu nosaka par vienu slodzi. Pēc tam darba samaksu aprēķina atbilstoši feldšerpunkta apmeklējumu skaitam, pamatojoties uz dienesta vadības informācijas sistēmas datiem.

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

25.1. ja ģimenes ārsta praksē iesnieguma iesniegšanas brīdī ir reģistrēti vismaz 1200 pacientu vai 600 pacientu vecumā līdz 18 gadiem;

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

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

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

27. 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.

28. Māsas vai ārsta palīga (feldšera) darba laiks nedrīkst pilnīgi vai kādā daļā sakrist ar tās pašas māsas vai ārsta palīga (feldšera) darba laiku pie cita ģimenes ārsta. Ģimenes ārsta pienākums ir nodrošināt, lai māsai vai ārsta palīgam (feldšerim), par ko ģimenes ārsts saņem māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājumu, darba laiks būtu 40 stundas nedēļā.

29. Dienests veic maksājumu par papildu darbinieka nodarbināšanu ģimenes ārsta praksē, kuru veido šo noteikumu 153.3. apakšpunktā minētā vidējā darba samaksa mēnesī un valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas, ja ģimenes ārsta prakse ir vērsusies dienestā ar iesniegumu par maksājuma piešķiršanu un atbilst vienam no šādiem nosacījumiem:

29.1. ģimenes ārsta praksē iesnieguma iesniegšanas brīdī ir reģistrēts tāds pacientu skaits, kas atbilstoši šo noteikumu 25. punktam atbilst pilnas prakses nosacījumiem;

29.2. ģimenes ārsta prakse iesnieguma iesniegšanas brīdī saņem ikmēneša fiksēto piemaksu atbilstoši šī pielikuma 11.punktam un praksē ir reģistrēti vismaz 1500 pacientu;

29.3. iesnieguma iesniegšanas brīdī ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu skaits ir no 1500 līdz 1800 un praksē nodarbināta viena māsa vai ārsta palīgs (feldšeris).

30. Ģimenes ārsta prakse nodrošina, ka šī pielikuma 29. punktā minētais papildu darbinieks ne vēlāk kā divu mēnešu laikā no līguma ar dienestu noslēgšanas dienas ir reģistrēts ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā kā ārstniecības iestādes klientu un pacientu reģistrators. Šis nosacījums neattiecas uz gadījumiem, ja kā papildu darbinieks tiek nodarbināta ārstniecības persona.

31. Ģimenes ārsta nāves gadījumā vai tad, 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:

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

31.2. maksājumu par ģimenes ārsta prakses telpu uzturēšanu atbilstoši šā pielikuma 8. punktam.

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

33. Ja ģimenes ārsta prakse izbeidz līgumattiecības ar vienīgo praksē nodarbināto ārsta palīgu vai māsu, ārsta palīga vai māsas funkciju nodrošināšanai dienests maksā kompensāciju 50 % apmērā no šajā pielikumā noteiktajā kārtībā aprēķinātā māsas un ārsta palīga (feldšera) darbības nodrošināšanas maksājuma līdz brīdim, kamēr prakse uzsāk nodarbināt jaunu ārsta palīgu vai māsu, bet ne ilgāk par trim mēnešiem kalendāra gadā.

34. Kopējo finansējumu ārstniecības iestādei par zobārstniecības pakalpojumiem ($LI_{zob}$) plāno šādi:

34.1. finansējuma 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 ($LI_{b+š}$) aprēķina katrai manipulācijai atsevišķi, reizinot iepriekšējā periodā veikto zobārstniecības manipulāciju skaitu ($S_1$, $S_2$ utt.) ar tās plānoto tarifu ($TC_1$, $TC_2$ utt.) un reizinājumus summējot:

$$LI_{b+š} = S_1 \times TC_1 + S_2 \times TC_2 + \ldots + S_n \times TC_n$$

34.2. finansējuma apmēru samaksai par zobārstniecības pakalpojumiem Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušajām personām (turpmāk – dalībnieki) ($LI_{zobb}$) plāno šādi:

34.2.1. aprēķina finansējuma apmēru samaksai par dalībniekiem sniegtajiem zobārstniecības pakalpojumiem, kas saistīti ar zobārstniecības palīdzību ($Lčz_{zobb}$), katrai manipulācijai atsevišķi, reizinot iepriekšējā periodā dalībniekiem veikto zobārstniecības manipulāciju skaitu ($Sz_1$, $Sz_2$ utt.) ar tās plānoto tarifu ($TCz_1$, $TCz_2$ utt.) un reizinājumus summējot. Aprēķina 50 % no iegūtā plānoto finanšu līdzekļu apjoma 12 mēnešiem:

$$Lōz_{zob} = (Sz_1 \times TCz_1 + Sz_2 \times TCz_2 + \dots + Sz_n \times TCz_n) \times 50\ \%$$

34.2.2. aprēķina finansējuma apmēru samaksai par dalībniekiem sniegtajiem zobārstniecības pakalpojumiem, kas saistīti ar zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm ($Lōp_{zob}$), katrai manipulācijai atsevišķi, reizinot iepriekšējā periodā dalībniekiem veikto zobārstniecības manipulāciju skaitu ($Sp_1$, $Sp_2$ utt.) ar tās plānoto tarifu ($TCp_1$, $TCp_2$ utt.) un reizinājumus summējot. Iegūst plānoto finanšu līdzekļu apjomu 12 mēnešiem:

$$Lōp_{zob} = Sp_1 \times TCp_1 + Sp_2 \times TCp_2 + \dots + Sp_n \times TCp_n$$

34.2.3. kopējo finansējuma apmēru ārstniecības iestādei samaksai par zobārstniecības pakalpojumiem ($Li_{zob}$) iegūst, summējot aprēķināto līdzekļu apmēru bērnu zobārstniecībai un zobārstniecības pakalpojumiem šķeltņu gadījumos ($Li_{b+š}$) ar līdzekļu apmēru dalībnieku zobārstniecības pakalpojumiem ($Lōz_{zob}$ un $Lōp_{zob}$):

$$Li_{zob} = Li_{b+š} + Lōz_{zob} + Lōp_{zob}$$

35. Kopējo finansējuma apmēru zobārstniecības pakalpojumiem ($Lk_{zob}$) iegūst šādi:

35.1. saskaita kopējo finansējuma apmēru zobārstniecībai katrā teritoriālajā nodaļā ($Lt_{zob}$), t. i., summē katrai šajā teritoriālajā nodaļā esošajai ārstniecības iestādei aprēķinātos naudas līdzekļus ($Li_{zob}1$, $Li_{zob}2$ utt.):

$$Lt_{zob} = Li_{zob}1 + Li_{zob}2 + \dots + Li_{zob}n$$

35.2. summē visām teritoriālajām nodaļām aprēķināto naudas līdzekļu apmēru zobārstniecībai ($Lt_{zob}1$ līdz $Lt_{zob}5$):

$$Lk_{zob} = Lt_{zob}1 + \dots + Lt_{zob}5$$

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

37. Nepieciešamo finansējuma 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.

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

39. Lai veselības aprūpei mājās nodrošinātu:

39.1. 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 datus par pirmajiem deviņiem kārtējā gada mēnešiem;

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

39.2.1. medikamentu ievadīšanai, ādas bojājumu aprūpei, urīna ilgkatetra maiņai un aprūpei, mākslīgās atveres (stomas) aprūpei, tai skaitā tuvinieku izglītošanai un apmācībai, kā arī enterālai barošanai caur zondi finanšu līdzekļus plāno – 4,44 *euro* vienai personai;

39.2.2. rehabilitācijas pakalpojumiem finanšu līdzekļus plāno – 0,68 *euro* vienai personai;

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

39.2.4. 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 datus par pirmajiem deviņiem kārtējā gada mēnešiem.

40. Dienests līgumā ar ārstniecības iestādi, kas sniedz veselības aprūpi mājās, norāda šā pielikuma 39.2. apakšpunktā minētajā kārtībā aprēķināto ārstniecības iestādes plānoto finanšu līdzekļu apmēru attiecīgajā teritorijā un kopējo ārstniecības iestādei plānoto finanšu līdzekļu apmēru.

41. Ja zobārstniecības un veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniedzēji neizpilda līgumā noteikto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, dienests veic līguma finanšu apmēra pārplānošanu, ievērojot šādus nosacījumus:

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

41.2. kopējo līguma apjomu samazina atbilstoši deviņos mēnešos faktiski sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, ja kārtējā gada deviņos mēnešos līguma par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem finanšu apmēra izpilde ir mazāka par 90 % no deviņu mēnešu plānotā finanšu apmēra.

42. Finanšu līdzekļus, kas iegūti, šā pielikuma 41. punktā noteiktajā kārtībā pārskatot plānoto līgumu apjomu ārstniecības iestādēm, kuras sniedz veselības aprūpi mājās, 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.

12. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 04.04.2023. noteikumu Nr. 161 redakcijā)*

**Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas teritorijas un pakalpojumu veidu minimālais nodrošinājums**

1. Sekundāro ambulatoro pakalpojumu plānošanas teritorijas:

| Nr. p. k. | Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas teritorija | Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ietilpstošās administratīvās teritorijas |
|---|---|---|---|
| 1.1. | Rīga | Rīgas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Mārupes novads |
| | | | Rīga |
| | | Ādažu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Ādažu novads |
| | | | Ropažu novads |
| | | | Saulkrastu novads |
| | | Jūrmalas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Jūrmala |
| | | Ķekavas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Ķekavas novads |
| | | Olaines veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Olaines novads |
| | | Salaspils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Salaspils novads |
| | | Siguldas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Siguldas novads |
| 1.2. | Kurzeme | Kuldīgas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Kuldīgas novads |
| | | Liepājas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Liepāja |
| | | | Dienvidkurzemes novads |
| | | Saldus veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Saldus novads |
| | | Talsu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Talsu novads |
| | | Tukuma veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Tukuma novads |
| | | Ventspils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Ventspils |
| | | | Ventspils novads |
| 1.3. | Latgale | Daugavpils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Daugavpils |
| | | | Augšdaugavas novads |
| | | Krāslavas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Krāslavas novads |
| | | Ludzas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Ludzas novads |
| | | Preiļu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Līvānu novads |
| | | | Preiļu novads |
| | | Rēzeknes veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Rēzekne |
| | | | Rēzeknes novads |
| 1.4. | Vidzeme | Alūksnes veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Alūksnes novads |
| | | Balvu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Balvu novads |
| | | Cēsu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Cēsu novads |
| | | Gulbenes veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Gulbenes novads |
| | | Limbažu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Limbažu novads |
| | | Madonas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Madonas novads |
| | | | Varakļānu novads |
| | | Valkas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Smiltenes novads |
| | | | Valkas novads |
| | | Valmieras veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Valmieras novads |
| 1.5. | Zemgale | Aizkraukles veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Aizkraukles novads |
| | | Bauskas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Bauskas novads |
| | | Dobeles veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Dobeles novads |
| | | Jelgavas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Jelgava |
| | | | Jelgavas novads |
| | | Jēkabpils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Jēkabpils novads |
| | | Ogres veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība | Ogres novads |

2. Sekundāro ambulatoro pakalpojumu veidi[1]:

| Nr. p. k. | Veselības aprūpes pakalpojumu veids | Specialitāšu kodi un diagnožu kodi pēc SSK-10 |
|---|---|---|
| 2.1. | Pakalpojumu veidu grupa – speciālisti: | |
| 2.1.1. | alergoloģija | A1510; PP01 |
| 2.1.2. | algoloģija | PP16 |
| 2.1.3. | anestezioloģija | P18 |
| 2.1.4. | arodslimību speciālisti | P53 |
| 2.1.5. | dermatoveneroloģija | P27; M62 |
| 2.1.6. | endokrinoloģija | A156; P58 |
| 2.1.7. | gastroenteroloģija | A158; PP02; P60 |
| 2.1.8. | ginekoloģija | P14 |
| 2.1.9. | hematoloģija | P17; A159 |
| 2.1.10. | infektoloģija | P24; A152 |
| 2.1.11. | internā medicīna | P01; P02 |
| 2.1.12. | kardioloģija | A153; P52; M37; M351; M352 |
| 2.1.13. | kirurģija | P03; P04; P05; P06; P07; P09; P12; P26; PP31 |
| 2.1.14. | narkoloģija | P28 |
| 2.1.15. | nefroloģija | A157; P59 |
| 2.1.16. | neiroloģija | P20; PP21; P62 |
| 2.1.17. | oftalmoloģija | P22 |
| 2.1.18. | onkoloģija (ķīmijterapija) | P16; A142 |
| 2.1.19. | otolaringoloģija | P23; A231; A232 |
| 2.1.20. | pediatrija | P15; A151 |
| 2.1.21. | psihiatrija | P19; P64; A191 |
| 2.1.22. | pulmonoloģija | A155; P57 |
| 2.1.23. | reimatoloģija | A154; P56 |
| 2.1.24. | traumatoloģija, ortopēdija | P13; A131 |
| 2.1.25. | uroloģija | P08 |
| 2.1.26. | pārējās specialitātes | PP03; PP06; PP18; PP19; PP24; PP26; P39 |
| 2.1.27. | skābekļa terapija | P52; P57 |
| 2.2. | Pakalpojumu veidu grupa – izmeklējumi: | |
| 2.2.1. | datortomogrāfija | |
| 2.2.2. | doplerogrāfija | |
| 2.2.3. | endoskopija | |
| 2.2.4. | kodolmagnētiskās rezonanses izmeklējumi | |
| 2.2.5. | mamogrāfija | |
| 2.2.6. | neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi | |
| 2.2.7. | osteodensitometrija | |
| 2.2.8. | pozitronu emisijas tomogrāfija ar datortomogrāfiju (PET/DT) | |
| 2.2.9. | radionuklekdā diagnostika | |
| 2.2.10. | rentgenoloģija | |
| 2.2.11. | sirds–asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi: | |
| 2.2.11.1. | elektrokardiogrāfija | |
| 2.2.11.2. | pārējie sirds–asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi | |
| 2.2.12. | ultrasonogrāfija | |
| 2.2.13. | elastogrāfija | |
| 2.3. | Pakalpojumu veidu grupa – rehabilitācija: | |
| 2.3.1. | pieaugušo rehabilitācija | |
| 2.3.2. | bērnu rehabilitācija | |
| 2.3.3. | perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācija | |
| 2.4. | Pakalpojumu veidu grupa – specializētie pakalpojumi: | |
| 2.4.1. | ambulatorā palīdzība surdoloģijā | |
| 2.4.2. | ģenētisko slimnieku konsultēšana | |
| 2.4.3. | HIV līdzestības kabinets | |
| 2.4.4. | konsultācijas saistībā ar nieru transplantāciju | N18.4; N18.5; Z94.0; Z94.00; Z52.4 |
| 2.4.5. | medicīniskā apaugļošana | |
| 2.4.6. | metadona aizvietojošā terapija | |
| 2.4.7. | multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana | A81; A69.2; B22.0; B94.1; F07.9; G05.0; G05.8; G09; G11.0–G11.3; G32.0; G32.8; G35; G36.0; G36.1; G36.8; G36.9; G37; G81; G82.1; G82.2; G82.4; G82.5; G83.0–G83.3; G83.8; G83.9; G92; G95; G96.8; G96.9; G99.2; G99.8; I67.3; I69.8; M47.0; M47.1; M50.0; M51.0; T91.3; Z03.3 |
| 2.4.8. | staru terapija | |
| 2.4.9. | tiesu psihiatriskā un psiholoģiskā ekspertīze | |
| 2.5. | Pakalpojumu grupa – dienas stacionāra pakalpojumi | Saskaņā ar šajos noteikumos noteiktajiem dienas stacionāru veidiem un to saistošajām manipulācijām |

Piezīme. [1] Pakalpojuma veidam saistošie manipulāciju kodi iekļauti līgumā ar ārstniecības iestādi.

3. Plānošanas vienībā nodrošināmie veselības aprūpes pakalpojumi:

| Nr. p. k. | Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība – teritorija | Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi | Izmeklējumu veidi | Rehabilitācija | Dienas stacionāru veidi | Papildu nosacījumi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1. | Ar iedzīvotāju skaitu līdz 30 000 | Ginekoloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija | Elektrokardiogrāfija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija | | Ginekoloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi | Dienas stacionāra pakalpojumus neizvērtē, ja plānošanas vienība robežojas ar Rīgas pilsētu |
| 3.2. | Ar iedzīvotāju skaitu no 30 001 līdz 50 000 | Anestezioloģija, dermatoveneroloģija, endokrinoloģija, ginekoloģija, kardioloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija, pulmonoloģija, traumatoloģija un ortopēdija | Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds–asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija | Rehabilitācijas pakalpojumi | Ginekoloģija; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; traumatoloģija un ortopēdija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi | Datortomogrāfijas pakalpojumus neizvērtē, ja plānošanas vienība robežojas ar Rīgas pilsētu |
| 3.3. | Ar iedzīvotāju skaitu no 50 001 līdz 75 000 | Anesteziloģija, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, kardioloģija, ķirurģija, narkoloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija, pulmonoloģija, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija | Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds–asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija | Rehabilitācijas pakalpojumi | Gastrointestināliās endoskopijas; ginekoloģija; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; rehabilitācija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikrokirurģija, plastiskā ķirurģija; uroloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi | |
| 3.4. | Ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk | Anesteziloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hematoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, internisti, kardioloģija, ķirurģija, narkoloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, stomas kabinets, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija | Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds–asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija | Rehabilitācijas pakalpojumi | Gastrointestināliās endoskopijas; ginekoloģija; narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; oftalmoloģija; otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā; rehabilitācija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikrokirurģija, plastiskā ķirurģija; uroloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi | |
| 3.5. | Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme un Zemgale (saskaņā ar šā pielikuma 1. punktu) | Alergoloģija, algoloģija, anesteziloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hematoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, infektoloģija, internisti, kardioloģija, ķirurģija, narkoloģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, stomas kabinets, tiesu psihiatriskās un psiholoģiskās ekspertīzes, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija | Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds–asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, kodolmagnētiskā rezonanse, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, mamogrāfija, osteodensitometrija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija | Rehabilitācijas pakalpojumi | Gastrointestināliās endoskopijas; ginekoloģija; narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; nieru aizstājterapija; oftalmoloģija; otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā; rehabilitācija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikrokirurģija, plastiskā ķirurģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi; uroloģija | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.6. | Visa valsts | Alergoloģija, algoloģija, ambulatorā palīdzība surdoloģijā, ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas, anestezioloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabēta apmācības kabinets, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, gastroenteroloģija, ginekoloģija, ģenētisko slimnieku konsultēšana, hematoloģija, HIV līdzestības kabinets, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, infektoloģija, internisti, kardioloģija, ķirurģija, medicīniskā apaugļošana, multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana, narkoloģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, reto slimību kabinets, stomas kabinets, tiesu psihiatriskās un psiholoģiskās ekspertīzes, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija, skābekļa terapija un pārējās specialitātes | Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, endoskopija, laboratoriskie un histoloģiskie izmeklējumi, kodolmagnētiskā rezonanse, mamogrāfija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, osteodensitometrija, pozitronu emisijas tomogrāfija ar datortomogrāfiju, radionuklīdā diagnostika, rentgenoloģija, sirds–asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, staru terapija, ultrasonogrāfija | Rehabilitācijas pakalpojumi | Bērnu ķirurģija; gastrointestinālās endoskopijas; ginekoloģija; hronisko sāpju pacientu ārstēšana; invazīvā kardioloģija; ķīmijterapija; invazīvā radioloģija; narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā; neiroloģisko un iekšķīgo slimību ārstēšana; nieru aizstājterapija; oftalmoloģija; otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā; rehabilitācija; robotizēta stereotaktiskā radiokirurģija, staru terapija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikrokirurģija, plastiskā ķirurģija; uroloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi | |

13. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555

*(Pielikums MK 10.12.2019. noteikumu Nr. 642 redakcijā, kas grozīta ar MK 09.06.2020. noteikumiem Nr. 367; MK 14.07.2020. noteikumiem Nr. 433; MK 17.12.2020. noteikumiem Nr. 816; grozījums 1. punktā un 2. piezīmē stājas spēkā 01.01.2021., sk. grozījumu 3. punktu)*

**Pacienta līdzmaksājuma apmērs**

| Veselības aprūpes pakalpojums | | | Pacienta līdzmaksājums (cena), *euro*[1] |
|---|---|---|---|
| 1. Par ģimenes ārsta prakses ambulatoru apmeklējumu[2] | 1.1. personai līdz 65 gadu vecumam | | 2,00 |
| | 1.2. personai no 65 gadu vecuma | | 1,00 |
| 2. Par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ārsta ambulatoru apmeklējumu[2] | | | 4,00 |
| 3. Par ģimenes ārsta mājas vizīti | | | 2,85 |
| 4. Par ārstēšanos dienas stacionārā[4,5] | 4.1. par katru dienu, saņemot nieru aizstājterapijas, ķīmijterapijas, hematoloģijas, staru terapijas, rehabilitācijas pakalpojumus, kā arī neiroloģisko, iekšķīgo slimību, narkoloģisku vai psihiatrisku saslimšanu un hronisko sāpju ārstēšanu dienas stacionārā | | 7,00 |
| | 4.2. vienreizējs līdzmaksājums, saņemot invazīvās kardioloģijas, invazīvās radioloģijas un ķirurģiskos pakalpojumus dienas stacionārā | | 7,00 |
| 5. Par ārstēšanos diennakts stacionārā, sākot ar otro dienu | 5.1. par ārstēšanos stacionārās ārstniecības iestādēs | | 10,00 |
| | 5.2. par ārstēšanos aprūpes, tai skaitā hronisko pacientu aprūpes, nodaļās vai gultās | | 7,00 |
| | 5.3. par ārstēšanos no onkoloģiskām vai onkohematoloģiskām saslimšanām (diagnozes kodi atbilstoši SSK-10: C00–C97, D00–D09, D37–D48 un D61) un no alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības (diagnožu kodi atbilstoši SSK-10: F10–F19) | | 7,00 |
| | 5.4. par ārstēšanos šo noteikumu 6. pielikuma 2.20. apakšpunktā noteiktajās rehabilitācijas profila gultās | | 5,00 |
| 6. Par stacionāri veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem | 6.1. datortomogrāfiskie izmeklējumi: | 6.1.1. izmeklējums bez kontrastvielas | 14,00 |
| | | 6.1.2. izmeklējums ar kontrastvielu[3], tai skaitā: | 21,00 |
| | | 6.1.2.1. par izmeklējumu | 14,00 |
| | | 6.1.2.2. par intravenozo kontrastvielu | 7,00 |
| | 6.2. kodolmagnētiskās rezonanses izmeklējumi: | 6.2.1. izmeklējums bez kontrastvielas | 28,00 |
| | | 6.2.2. izmeklējums ar kontrastvielu[3], tai skaitā: | 35,00 |
| | | 6.2.2.1. par izmeklējumu | 28,00 |
| | | 6.2.2.2. par intravenozo kontrastvielu | 7,00 |
| 7. Par ambulatori veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem | 7.1. elektrokardiogrāfiskie izmeklējumi | | 2,00 |
| | 7.2. sirds neinvazīvie funkcionālie izmeklējumi | | 4,00 |
| | 7.3. galvas un ekstremitāšu maģistrālo asinsvadu funkcionālie izmeklējumi | | 4,00 |
| | 7.4. neiroelektrofizioloģiskie izmeklējumi | | 4,00 |
| | 7.5. funkcionālie kuņģa–zarnu trakta izmeklējumi | | 4,00 |
| | 7.6. radionuklīdā diagnostika | | 4,00 |
| | 7.7. ultrasonogrāfiskie izmeklējumi | | 4,00 |
| | 7.8. endoskopiskie izmeklējumi | | 7,00 |
| | 7.9. rentgenoloģiskie izmeklējumi: | 7.9.1. izmeklējums bez kontrastvielas (tai skaitā rentgenoloģiskie izmeklējumi ar kuņģa–zarnu trakta kontrastvielu) | 3,00 |
| | | 7.9.2. izmeklējums ar kontrastvielu[3], tai skaitā: | 10,00 |
| | | 7.9.2.1. par izmeklējumu | 3,00 |
| | | 7.9.2.2. par intravenozo kontrastvielu | 7,00 |
| | 7.10. datortomogrāfiskie izmeklējumi: | 7.10.1. izmeklējums bez kontrastvielas | 14,00 |
| | | 7.10.2. izmeklējums ar kontrastvielu[3], tai skaitā: | 21,00 |
| | | 7.10.2.1. par izmeklējumu | 14,00 |
| | | 7.10.2.2. par intravenozo kontrastvielu | 7,00 |
| | 7.11. kodolmagnētiskās rezonanses izmeklējumi: | 7.11.1. izmeklējums bez kontrastvielas | 28,00 |
| | | 7.11.2. izmeklējums ar kontrastvielu,[3] tai skaitā: | 35,00 |
| | | 7.11.2.1. par izmeklējumu | 28,00 |
| | | 7.11.2.2. par intravenozo kontrastvielu | 7,00 |
| 8. Par katru ambulatori vai dienas stacionārā veikto operāciju | | | 4,00 |
| 9. Par medicīniskās apaugļošanas procedūrām | 9.1. olnīcas punkcija olšūnu aspirācijai | | 21,00 |
| | 9.2. embrija pārstādīšana | | 21,00 |
| | 9.3. sēklinieku biopsija | | 21,00 |

Piezīmes.

[1] Pievienotās vērtības nodokli nepiemēro saskaņā ar Pievienotās vērtības nodokļa likuma 52. panta pirmās daļas 3. un 4. punktu.

[2] Par ambulatoru apmeklējumu netiek uzskatīta attālināti sniegta konsultācija (piemēram, pa tālruni, videoformātā), laboratorisks izmeklējums, funkcionāls izmeklējums un ārstnieciskā procedūra. Līdzmaksājumu par ģimenes ārsta prakses apmeklējumu iekasē vienu reizi dienā.

[3] Veicot izmeklējumu bez kontrastvielas, kam seko izmeklējums ar kontrastvielu, pacienta līdzmaksājumu iekasē tikai par izmeklējumu ar kontrastvielu.

[4] Saņemot zobārstniecības pakalpojumus vispārējā anestēzijā dienas stacionārā, pacienta līdzmaksājums tiek segts no valsts budžeta līdzekļiem un ir iekļauts pakalpojuma tarifā.

[5] Saņemot medicīniskās apaugļošanas pakalpojumus dienas stacionārā, pacienta līdzmaksājums piemērojams atbilstoši šā pielikuma 9. punkta nosacījumiem.

14. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(MK 22.12.2025. noteikumu Nr. 854 redakcijā; pielikuma jaunā redakcija stājas spēkā 01.01.2026., sk. grozījumu 2. punktu un noteikumu 239. punktu)*

**Samaksas apmēra plānošana**

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

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

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

1.1.1.1. aprūpes epizožu un izmeklējumu skaitu bērniem un grūtniecēm;

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

1.1.1.3. audiologopēda (logopēda) aprūpes epizožu skaitu pacientiem ar lūpas šķeltni un aukslēju šķeltni sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts";

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

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

1.1.4. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam, kas iepriekšējā periodā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājis nepilnu periodu kādā no pakalpojumu veidiem, plānoto aprūpes epizožu vai izmeklējumu skaitu līgumā nosaka proporcionāli sniegto pakalpojumu apjomam periodā, ja tas nav mazāks par trim kalendāra mēnešiem. Ja pakalpojumu sniegšanas periods ir īsāks, pakalpojumu apjomu nosaka kārtībā, kādā to plāno šā pielikuma 1.1.3. apakšpunktā noteiktajiem pakalpojumu sniedzējiem, kuri iepriekšējā periodā nav snieguši šādus veselības aprūpes pakalpojumus;

1.2. ārstniecības iestādē veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai pieejamie cilvēkresursi;

1.3. veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūru rezultāti un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, par kuru sniegšanu dienests šajos noteikumos noteiktajā kārtībā vienojies ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ārpus pakalpojumu sniedzēju atlases procedūras;

1.4. veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālā pieejamība;

1.5. plānotais sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojuma tarifs;

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

1.7. likumā par valsts budžetu kārtējam gadam noteiktais finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem, tai skaitā ņemot vērā finanšu apjomu gala norēķiniem par iepriekšējā kalendāra gada decembrī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un plānoto finanšu apjomu avansa maksājumam par kārtējā gadā sniedzamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;

1.8. papildu finansējuma piešķiršanas mērķi, ja ir finansējuma palielinājums.

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

2.1. aprēķina no valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma, aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas pa veselības aprūpes pakalpojumu veidiem konkrētā ārstniecības iestādē atbilstoši dienesta vadības informācijas sistēmas datiem par 12 mēnešiem (laikposmā no 1. septembra līdz 31. augustam);

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

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

2.4. nosakot līguma apjomus, finansējumu prioritāri novirza IV vai V līmeņa stacionārajām ārstniecības iestādēm;

2.5. ja kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpei ir samazināts, plānoto apjomu samazina visos veselības aprūpes pakalpojumu veidos, izņemot finansējumu, kas paredzēts bērnu un grūtniecēm, kā arī tādu personu ārstēšanai, kuras saņēmušas onkoloģijas, hematoloģijas un nieru aizstājterapijas pakalpojumus, kā arī konsultācijas saistībā ar nieru vai aknu transplantāciju, ķīmijterapijas, staru terapijas pakalpojumus vai metadona aizvietojošo terapiju;

2.6. nosakot līguma apjomus ārstniecības iestādēm, kas sniedz psihiskās veselības aprūpes pakalpojumus, finansējumu prioritāri novirza psihiskās veselības aprūpes pakalpojumiem tām ārstniecības iestādēm, kas sniedz multiprofesionālos psihiskās veselības aprūpes pakalpojumus gan ambulatori, gan dienas stacionārā.

3. Samaksas apmēru stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem dienests nosaka, izmantojot šādus plānošanas rādītājus:

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

3.1.1. DRG pakalpojumu programmās plānoto pacientu skaitu ārstniecības iestādei dienests nosaka, vērtējot līgumā ar ārstniecības iestādi noteikto efektivitātes rādītāju izpildi un to ietekmes nosacījumus attiecībā pret iepriekšējā gadā plānoto pacientu skaitu, bet ne lielāku par 10 % no iepriekšējā gadā plānotā pacientu skaita;

3.1.2. iezīmēto pakalpojumu programmās plānoto pacientu skaitu ārstniecības iestādei dienests nosaka, salīdzinot faktiski ārstēto pacientu skaitu ar iepriekšējā gadā ārstniecības iestādei līgumā plānoto pacientu skaitu, ievērojot šādus nosacījumus:

3.1.2.1. visu faktiski ārstēto pacientu skaitu ņem vērā, plānojot tuberkulozes ārstēšanas, insulta vienības, apsaldējumu un apdegumu ārstēšanas, ķīmijterapijas, radioķirurģijas, staru terapijas, cilmes šūnu transplantācijas, paliatīvās aprūpes pakalpojumus, kā arī lielo locītavu endoprotezēšanas pakalpojumus (ja ārstniecības iestādei ir nepieciešamie resursi plānotā apjoma izpildei);

3.1.2.2. plānojot nieru transplantācijas pakalpojumus, pacientu skaitu nosaka atbilstoši publiski pieejamiem aktuālajiem Fizisko personu reģistra datiem tādā apmērā, lai nodrošinātu transplantācijas operāciju ne mazāk kā 28 pacientiem uz 1 000 000 iedzīvotāju;

3.1.2.3. ja faktiski ārstēto pacientu skaits pārsniedz iepriekšējā gadā līgumā plānoto, tad iezīmēto pakalpojumu programmās, kas nav minētas šā pielikuma 3.1.2.1. vai 3.1.2.2. apakšpunktā, to nosaka iepriekšējā gada apmērā;

3.1.2.4. ja faktiski ārstēto pacientu skaits ir mazāks nekā iepriekšējā gadā līgumā plānotais, tad iezīmēto pakalpojumu programmās, kas nav minētas šā pielikuma 3.1.2.1. vai 3.1.2.2. apakšpunktā, to nosaka atbilstoši faktiski ārstēto pacientu skaitam;

3.1.3. ja ārstniecības iestāde veselības aprūpes pakalpojumus kādā no pakalpojumu programmām nav sniegusi pilnu iepriekšējo periodu, pacientu skaitu nosaka proporcionāli ārstēto pacientu skaitam tajā periodā, kurā pakalpojumi tika sniegti, tai skaitā ja pakalpojums līgumā plānots, bet nav sniegts pamatotu iemeslu dēļ un ārstniecības iestāde rakstveidā brīdinājusi dienestu;

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

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

3.3.1. vidējais viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksu bāzes tarifs (aprēķina katru gadu atbilstoši vadības informācijas sistēmas datiem – pie summas, kas iegūta, reizinot gultasdienu skaitu ar gultasdienas tarifu, pieskaita manipulāciju sarakstā ar zvaigznīti (*) atzīmēto veikto manipulāciju tarifu summu un iegūto kopsummu sadala ar kopējo stacionēšanas gadījumu skaitu);

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

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

3.3.4. DRG pakalpojumu gultasdienas tarifs, ko nosaka atbilstoši šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktā III līmeņa ārstniecības iestādēm noteiktajam gultasdienas tarifam, izņemot:

3.3.4.1. šo noteikumu 6. pielikuma 1.1.1.3. apakšpunktā minēto ārstniecības iestādi, kurai DRG pakalpojumu gultasdienas tarifu nosaka 100 % apmērā no šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktā noteiktā šīs ārstniecības iestādes gultasdienas tarifa;

3.3.4.2. šo noteikumu 6. pielikuma 1.1.1.1. un 1.1.1.2. apakšpunktā minētās ārstniecības iestādes, kurām DRG pakalpojumu gultasdienas tarifu nosaka 94 % apmērā no šo noteikumu 6. pielikuma 1. punktā noteiktā šo ārstniecības iestāžu gultasdienas tarifa;

3.3.5. ja finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši likumam par valsts budžetu kārtējam gadam nav pietiekams, DRG pakalpojumu vidējās viena pacienta stacionēšanas gadījuma izmaksu bāzes tarifam piemēro koeficientu tādā apmērā, lai iekļautos pieejamajā finansējumā, izņemot šo noteikumu 6. pielikuma 1.1.1.3. apakšpunktā minēto ārstniecības iestādi;

3.4. finansējuma apmērs samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši likumam par valsts budžetu kārtējam gadam, tai skaitā ņemot vērā finanšu apjomu gala norēķiniem par iepriekšējā kalendāra gada decembrī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un plānoto finanšu apjomu avansa maksājumam par kārtējā gadā sniedzamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;

3.5. papildu finansējuma piešķiršanas mērķi, ja ir finansējuma palielinājums.

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

4.1. fiksēto maksājumu par DRG pakalpojumiem gadā iegūst, saskaņā ar šiem noteikumiem aprēķināto bāzes tarifu reizinot ar katras ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu un pacientu skaitu;

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

4.3. finansējuma apmēru par iezīmētajiem pakalpojumiem gadā iegūst, katrā iezīmēto pakalpojumu programmā pacientu skaitu reizinot ar šo noteikumu 6. pielikumā noteikto viena pacienta ārstēšanas tarifu un katrai ārstniecības iestādei summējot iegūtos rezultātus;

4.4. valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" šo noteikumu 201.5. apakšpunktā minēto ikmēneša fiksētā maksājuma apmēru nosaka kā 1/12 daļu no summas, kas iegūta, saskaitot:

4.4.1. fiksēto maksājumu par DRG pakalpojumiem gadā, ko iegūst, saskaņā ar šiem noteikumiem aprēķināto bāzes tarifu reizinot ar ārstniecības iestādes veiktā darba indeksu un pacientu skaitu;

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

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

4.6. to stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai nepieciešamo finansējumu, kurus saskaņā ar šiem noteikumiem dienests apmaksā atbilstoši ārstniecības iestādes iesniegtajiem rēķiniem, kā arī finansējumu to manipulāciju apmaksai, kuras dienests apmaksā atbilstoši faktiski veikto manipulāciju skaitam, dienests plāno atbilstoši iepriekšējā gada plānotajam apjomam;

4.7. pacienta līdzmaksājuma kompensāciju par personām, kas atbrīvotas no pacienta līdzmaksājuma, plāno atbilstoši iepriekšējā gada plānotajam apjomam;

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

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

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

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

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

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

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

5.3.3. veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālās pieejamības nodrošināšanai;

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

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

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

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

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

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

7.3. valsts sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" šo noteikumu 201.5. apakšpunktā minēto ikmēneša fiksēto maksājumu nesamazina, ja ārstniecības iestāde sasniedz līgumā noteiktos rādītājus;

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

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

7.4.2. iezīmēto pakalpojumu apmaksai paredzēto finansējumu novirza tām ārstniecības iestādes stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmām, kurās finansējums tiek samazināts, ņemot vērā to, vai ārstniecības iestādei ir nepieciešamie resursi plānotā līguma apjoma pieauguma izpildei;

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

8. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs pārsniedz plānoto gada finanšu apmēru, dienests virs plānotā gada finanšu apmēra sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus neapmaksā, izņemot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, ko apmaksā līgumā paredzētā kopējā finanšu apmēra ietvaros, bet ievērojot nosacījumu, ka dienests nenovirza līgumā plānotos speciālistu sniegto pakalpojumu apmaksai paredzētos finanšu līdzekļus, lai samaksātu par izmeklējumiem, kas sniegti virs attiecīgajā pakalpojumu veidā līgumā plānotā gada apmēra.

9. Dienests, pamatojoties uz ārstniecības iestādes rakstveida iesniegumu, kas iesniegts līdz attiecīgā gada 1. novembrim, bet par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu pārvirzīšanu ambulatorās aprūpes pakalpojumu samaksai – līdz 1. augustam, var veikt šādas izmaiņas, izņemot gadījumu, ja finanšu līdzekļi piešķirti noteiktam mērķim:

9.1. iezīmēto pakalpojumu samaksai paredzētos finanšu līdzekļus kādā no pakalpojumu programmām ne vairāk kā 5 % apmērā novirzīt citai stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmai, ievērojot pakalpojumu sadalījumu – neatliekamā kārtā vai plānveida kārtā sniedzamie veselības aprūpes pakalpojumi;

9.2. ne vairāk kā 15 % no ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu samaksai plānotajiem finanšu līdzekļiem vienā pakalpojumu veidā novirzīt citam ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidam, izņemot gadījumu, ja tie ne vairāk kā 25 % apmērā tiek novirzīti no vienu speciālistu konsultācijām un no viena dienas stacionāra pakalpojumiem uz citu dienas stacionāra pakalpojumiem;

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

15. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 04.04.2023. noteikumu Nr. 161 redakcijā)*

**Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales metodika**

1. Ģimenes ārstam nosaka gada darbības rādītājus šādās jomās:

1.1. veselības pārbaudes un profilakse:

1.1.1. no jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana;

1.1.2. bērnu vakcinācijas aptvere;

1.2. pacientu aprūpe, kuriem ir hroniskas saslimšanas:

1.2.1. cukura diabēta pacientu aprūpe:

1.2.1.1. glikohemoglobīna mērījumi 2. tipa cukura diabēta pacientiem;

1.2.1.2. mikroalbuminūrijas noteikšana kvantitatīvi 2. tipa cukura diabēta pacientiem;

1.2.2. arteriālās hipertensijas un koronāro sirds slimību pacientu aprūpe – ZBL holesterīna noteikšana;

1.2.3. bronhiālās astmas pacientu aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem;

1.3. ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

2. Gada darbības rādītāju vērtēšanas kritēriji ir šādi:

| Nr. p. k. | Kvalitātes kritērijs | Kritērija definējums | Izpildes nosacījumi | Robežvērtība | Nozīmīguma vērtējums, % |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.1. | Veselības pārbaudes un profilakse | No jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana | Ģimenes ārsts ir novērtējis no jauna reģistrētu pacientu trīju mēnešu laikā, kopš pacients reģistrēts pie ģimenes ārsta, vai 10 dienu laikā pirms pacienta reģistrācijas viņam ir veikta apskate un veselības stāvokļa novērtējums | 75–90 % | 10 |
| | | Bērnu vakcinācijas aptvere | 1. Divus gadus veci bērni saskaņā ar vakcinācijas kalendāru ir vakcinēti pret difteriju, stinguma krampjiem, poliomielītu, garo klepu, b tipa *Haemophilus influenzae* infekciju un B hepatītu.<br>2. Aprēķinot vakcinācijas aptveri, izslēdz gadījumus, ja vakcinācija nav veikta kontrindikāciju, pacienta vai vecāku atteikuma dēļ. Šādos gadījumos ambulatorā pacienta talonā norāda diagnozi Z28.0–Z28.8 | 92–98 % | 15 |
| 2.2. | Pacientu aprūpe ar hroniskām saslimšanām | Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot glikohemoglobīna (glikētā Hb) mērījumus 2. tipa cukura diabēta pacientiem | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados.<br>2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa vērtēšanas perioda laikā.<br>3. Vismaz 55 % pie ģimenes ārsta reģistrēto 2. tipa cukura diabēta pacientu ir noteikts glikohemoglobīns (glikētais Hb).<br>4. Aptveres rādītāju aprēķina, attiecinot pacientu skaitu, kuriem vismaz viens mērījums ir zemāks par 7,5 %, pret pacientu skaitu, kas atbilst šā punkta trešajam nosacījumam.<br>5. Aprēķinātais aptveres rādītājs ir vismaz 60 % | 55–90 %<br>60–80 % | 30 |
| | | Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot mikroalbuminūrijas noteikšanu kvantitatīvi 2. tipa cukura diabēta pacientiem | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados.<br>2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.<br>3. Vismaz 50 % pacientu gada laikā veikts viens izmeklējums mikroalbuminūrijas noteikšanai, neskaitot izmeklējumus, kas veikti ārslēšanās laikā stacionārā | 50–75 % | 10 |
| | | Arteriālās hipertensijas un koronārās sirds slimības pacientu aprūpe – zema blīvuma holesterīna līmeņa noteikšana | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados.<br>2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.<br>3. Vismaz 70 % pie ģimenes ārsta reģistrēto arteriālās hipertensijas un koronārās sirds slimības pacientu vismaz vienu reizi noteikts ZBL holesterīns.<br>4. Norādīta kāda no šādām manipulācijām "41058 – ZBL holesterīna līmenis asinīs – koncentrācija, mazāka par 2,0 mmol/L" vai "41059 – ZBL holesterīna līmenis asinīs – koncentrācija no 2,0 mmol/L līdz 2,5 mmol/L", vai "41060 – ZBL holesterīna līmenis asinīs – koncentrācija, lielāka par 2,5 mmol/L"<br>5. Norādītas diagnozes saskaņā ar SSK-10 kodiem arteriālajai hipertensijai – I10, I15, I15.0–I15.9, koronārajai sirds slimībai – I20, I20.0–I20.9, I21, I21.0–I21.9, I22, I22.0–I22.9, I24, I24.0–I24.9, I25, I25.0–I25.9 | 70–90 % | 10 |
| | | Bronhiālās astmas pacientu veselības aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados.<br>2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.<br>3. Bronhiālās astmas pacienti vecumā no sešiem gadiem.<br>4. Vismaz 70 % pacientu veikta izelpas maksimuma plūsmas mērīšana vismaz reizi gadā.<br>5. Norādīta diagnoze ar SSK-10 kodu J45, J45.0–J45.9 | 70–90 % | 10 |
| 2.3. | Ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība | Ģimenes ārsts savā darbībā izmanto iespējami daudz manipulāciju, kuras ietilpst viņa profesionālajā kompetencē un manipulāciju sarakstā norādītas kā ģimenes ārstam piemaksājamas manipulācijas | Gada laikā izmanto vismaz 25 % manipulāciju no tām, kas manipulāciju sarakstā norādītas kā tādas, par kurām ģimenes ārstam piemaksā, izņemot profilaktiskās apskates un vakcinācijas manipulācijas | 25–50 % | 15 |

3. Dienests apkopo vadības informācijas sistēmā ievadīto informāciju par katram pacientam novērtējamā gada laikā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un katram ģimenes ārstam nosaka šā pielikuma 1. punktā minētos kvalitātes rādītājus.

4. Iegūtos rādītājus salīdzina ar šā pielikuma 2. punktā noteiktajiem vērtēšanas kritērijiem un aprēķina ģimenes ārstam izmaksājamo naudas summu par kvalitātes rādītājiem, ievērojot šādus nosacījumus:

4.1. ja aprēķinātie rādītāji ir vienādi vai pārsniedz noteikto vērtēšanas kritērija augstāko robežvērtību, ārsts saņem atbilstošajam kvalitātes rādītājam aprēķinātā gada darbības novērtējuma maksājumu 100 % apmērā;

4.2. ja aprēķinātie rādītāji ir robežvērtību intervālā no noteiktajiem vērtēšanas kritērijiem, atbilstošajam kvalitātes rādītājam aprēķināto gada darbības novērtējuma maksājuma apjomu proporcionāli samazina;

4.3. ja aprēķinātie rādītāji ir zemāki par zemāko robežvērtību no noteiktajiem vērtēšanas kritērijiem, atbilstošajam kvalitātes rādītājam aprēķināto maksājuma apjomu ģimenes ārstam neizmaksā;

4.4. ja ģimenes ārsta praksē nav reģistrētas personas, kas atbilst vērtēšanas kritērijā noteiktajam pacientu veidam, maksājumu par attiecīgo kvalitātes kritēriju ģimenes ārstam neizmaksā;

4.5. ja ģimenes ārsta pacientu sarakstā ir persona, kuras reģistrācija ir bloķēta, tad šāda persona kvalitātes rādītāju aprēķinos netiek vērtēta.

5. Ja ģimenes ārsts novērtējamā gada laikā mainījis prakses vietu, nesaglabājot pacientu reģistrāciju, vai pārtraucis līgumattiecības ar dienestu, nenostrādājot pilnu gadu, vai līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un samaksu noslēgts novērtējamā gada laikā (līgums nav no gada sākuma), vai ģimenes ārstu novērtējamā gada laikā ir aizvietojis cits ārsts, dienests nevērtē ģimenes ārsta gada darbību atbilstoši šā pielikuma 4. punktam.

6. Ja ģimenes ārsts novērtējamā gada laikā mainījis prakses vietu, nesaglabājot pacientu reģistrāciju, vai pārtraucis līgumattiecības ar dienestu, nenostrādājot pilnu gadu, vai līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un samaksu noslēgts novērtējamā gada laikā (līgums nav no gada sākuma), ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu ģimenes ārstam aprēķina, izmantojot šādu formulu:

$$A = B \times \%, \text{ kur}$$

A – attiecīgajam ģimenes ārstam izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums;

B – ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma summa par pilniem nostrādātajiem mēnešiem attiecīgajā teritoriālajā nodaļā, ievērojot, ka periodā, kad ģimenes ārsts saņem normatīvajos aktos paredzēto fiksēto maksājumu jaunatvērtai ģimenes ārsta praksei un nesaņem kapitācijas naudu, B = 0;

% – vidējais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma procents attiecīgās teritoriālās nodaļas ģimenes ārsta praksē, ko dienests aprēķina, dalot teritoriālās nodaļas ģimenes ārsta praksēm izmaksājamos ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumus ar attiecīgajām ģimenes ārsta praksēm aprēķinātajiem ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma līdzekļiem un reizinot ar 100.

7. Ja ģimenes ārstu novērtējamā gada laikā ir aizvietojis cits ārsts, ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu ģimenes ārstam un viņa aizvietotājam aprēķina, izmantojot šādas formulas:

7.1. ģimenes ārstam, kurš aizvieto:

$$BA = BAP \times \%, \text{ kur}$$

BA – ģimenes ārsta aizvietotājam izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par aizvietošanas mēnešiem;

BAP – aizvietojamā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par aizvietošanas mēnešiem;

% – ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma procents aizvietojamā ģimenes ārsta praksē, ko aprēķina, dalot izmaksājamo ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu par visu aizvietojamā ģimenes ārsta pacientu veselības aprūpi novērtējamā gada laikā (A) ar aprēķināto ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu aizvietojamajam ģimenes ārstam (B);

7.2. ģimenes ārstam, kuru aizvieto:

$$BB = A - BA, \text{ kur}$$

BB – aizvietojamā ģimenes ārsta izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par nostrādātajiem mēnešiem;

A – izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par visu aizvietojamā ģimenes ārsta pacientu veselības aprūpi novērtējamā gada laikā;

BA – ģimenes ārsta aizvietotājam izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par aizvietošanas mēnešiem.

8. Ja notikusi ģimenes ārsta juridiskā statusa un darbavietas maiņa, pārejot no darba ņēmēja statusa slimnīcā (poliklīnikā, doktorātā) (turpmāk – ārstniecības iestāde) uz ārsta prakses darba formu vai otrādi, ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu izmaksā, ja līgumā starp ģimenes ārstu un viņa darba devēju nav noteikts citādi:

8.1. attiecīgajam ģimenes ārstam, ja pāreja no darba ņēmēja statusa ārstniecības iestādē uz ģimenes ārsta prakses formu notikusi novērtējamā gada laikā;

8.2. attiecīgajam ģimenes ārstam, ieskaitot ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu ārstniecības iestādes kontā, ja ģimenes ārsts novērtējamā gada laikā ir beidzis prakses darbību un kļuvis par darba ņēmēju ārstniecības iestādē;

8.3. attiecīgajam ģimenes ārstam, ieskaitot ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu tās ārstniecības iestādes kontā, kurā ģimenes ārsts bija darba ņēmējs, ja pāreja no darba ņēmēja statusa ārstniecības iestādē uz ģimenes ārsta prakses formu notikusi pēc novērtējamā gada 31. decembra.

9. Izmaksājamos ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma līdzekļus aprēķina pēc stāvokļa uz novērtējamā gada 31. decembri. Izmaksājamos līdzekļus ģimenes ārstam izmaksā līdz nākamā gada 1. septembrim neatkarīgi no novērtējamā gada laikā notikušās ģimenes ārsta juridiskā statusa un darba vietas maiņas (pāreja no darba ņēmēja statusa ārstniecības iestādē uz ārsta prakses darba formu vai otrādi), ja vien līgumā starp ģimenes ārstu un viņa darba devēju nav noteikts citādi.

10. Finanšu līdzekļu apmēru, kas paredzēts ģimenes ārstu gada darbības novērtējuma maksājumiem, un kārtību, kādā tos aprēķina un izmaksā katrai ģimenes ārsta praksei, nosaka līgumā ar dienestu.

16. pielikums
Ministru kabineta
2018. gada 28. augusta
noteikumiem Nr. 555
*(Pielikums MK 08.07.2025. noteikumu Nr. 425 redakcijā)*

**Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksas apmēra noteikšana**

1. Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu apmēru dienests plāno:

1.1. ambulatorajiem histoloģiskajiem izmeklējumiem;

1.2. grūtnieces un nedēļnieces aprūpes ietvaros veiktajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem;

1.3. valsts organizētā skrīninga ietvaros veiktajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem;

1.4. ļaundabīgo audzēju primāras un sekundāras diagnostikas ietvaros veiktajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem;

1.5. izmeklējumiem mutāciju noteikšanai audzēju šūnās;

1.6. izmeklējumiem saistībā ar transplantācijas pakalpojumiem;

1.7. reto slimību laboratoriskās diagnostikas izmeklējumiem;

1.8. laboratoriskajiem izmeklējumiem pacientiem ar ļaundabīgo audzēju;

1.9. laboratoriskajiem pakalpojumiem uzņemšanas nodaļā;

1.10. Covid-19 laboratorijas pakalpojumiem;

1.11. pārējiem ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem.

2. Finanšu apmēru laboratorisko pakalpojumu sniedzējiem dienests nosaka proporcionāli deviņos mēnešos sniegtajam laboratorisko pakalpojumu apjoma īpatsvaram valstī, ņemot vērā kopējo laboratorisko līdzekļu apmēru. Ja laboratoriskie pakalpojumi sniegti apjomā, kuru izmaksas ir mazākas par 1200 *euro* gadā, dienests ar šo laboratorisko pakalpojumu sniedzēju līgumu neslēdz.

3. Pārējo laboratorisko līdzekļu apmēra proporciju starp ģimenes ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem nosaka atbilstoši sniegtajam laboratorisko pakalpojumu apjoma īpatsvaram kārtējā gada deviņos mēnešos.

4. No pārējo laboratorisko līdzekļu apmēra dienests veido finanšu līdzekļu rezervi 5 % apmērā, ko izmanto:

4.1. ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem atbilstoši faktiski veikto pakalpojumu apjomam, ja tie sniegti saskaņā ar:

4.1.1. tāda ģimenes ārsta nosūtījumu, kurš saņem fiksēto maksājumu kā jaunatvērta ģimenes ārsta prakse;

4.1.2. dežurārsta nosūtījumu;

4.1.3. ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā strādājoša ārsta, kā arī Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādē nodarbināta ārsta, patvēruma meklētāju izmitināšanas centrā nodarbināta ārsta, kā arī aizturēto ārzemnieku izmitināšanas centrā nodarbināta ārsta nosūtījumu;

4.2. ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem, ja dienests atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai ģimenes ārstam vai ārstniecības iestādei ir palielinājis ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu apmēru;

4.3. ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem ar tāda sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista un ģimenes ārsta nosūtījumu, kas līguma attiecības ar dienestu uzsāk pēc laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzēto līdzekļu plānošanas procesa pabeigšanas;

4.4. ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālista un ģimenes ārsta nosūtījumu, ja šā pielikuma 4.1., 4.2. un 4.3. apakšpunktā minētajam mērķim tā nav nepieciešama un ģimenes ārsts vai ārstniecības iestāde, kas sniedz sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, ir izlietojusi laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzētos līdzekļus.

5. Plānojot ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas, dienests ņem vērā, ka laboratorisko pakalpojumu izmaksas pacientam ar kādu no pamata diagnozēm C00–D48 vai E10–E14 (saskaņā ar SSK-10) un ģimenes ārsta nosūtījumu, salīdzinot ar pacientu, kuram nav šādas diagnozes, veido starpību 32,70 *euro* apmērā. Izmaksu starpības kopējo apmēru dienests nosaka, reizinot 32,70 *euro* ar pacientu skaitu, kas iegūts atbilstoši vadības informācijas sistēmā ievadītajiem datiem par laboratoriskajiem pakalpojumiem, kas pirmajā pusgadā sniegti pacientiem ar pamata diagnozēm C00–D48 vai E10–E14 (saskaņā ar SSK-10) un ģimenes ārsta nosūtījumu.

6. Ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas vienai personai nākamajam gadam nosaka šādi:

6.1. vispirms aprēķina kopējās ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas, t. i., no pārējo laboratorisko līdzekļu apmēra atņem ģimenes ārstu nosūtījumiem paredzēto laboratorijas līdzekļu rezervi 5 % apmērā un iepriekš aprēķināto izmaksu starpības kopējo apmēru;

6.2. tad, dalot kopējās ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas ar personu skaitu, kas reģistrētas pie ģimenes ārstiem kārtējā gada 30. septembrī (izņemot saskaņā ar šiem noteikumiem bloķētās personas), iegūst laboratorisko pakalpojumu izmaksas vienai personai.

7. Katram ģimenes ārstam gada līdzekļu apmēru pacientu nosūtīšanai ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai aprēķina šādi:

7.1. ar ģimenes ārsta nosūtījumu sniegto laboratorisko pakalpojumu izmaksas vienai personai reizina ar vecumam atbilstošu koeficientu un ar atbilstošajā vecuma grupā pie konkrētā ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaitu kārtējā gada 30. septembrī (izņemot saskaņā ar šiem noteikumiem bloķētās personas) vai, ja ģimenes ārsts līguma attiecības ar dienestu ir uzsācis kārtējā gada laikā, – ar reģistrēto pacientu skaitu atbilstošajā vecuma grupā kārtējā gada 1. decembrī:

7.1.1. līdz 1 gada vecumam – 0,49;

7.1.2. no 1 gada līdz 6 gadiem – 0,64;

7.1.3. no 7 līdz 17 gadiem – 0,58;

7.1.4. no 18 līdz 44 gadiem – 0,64;

7.1.5. no 45 līdz 64 gadiem – 1,25;

7.1.6. personām, kas vecākas par 65 gadiem, – 1,72;

7.2. summē iegūtās pacientu grupu izmaksas un tām pieskaita iepriekš aprēķināto izmaksu starpības kopējo apmēru, tādējādi iegūstot konkrētā ģimenes ārsta kopējo ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzēto līdzekļu apmēru gadam, ko norāda ar dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

8. Ieslodzījuma vietā strādājošam ārstam, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā strādājošam ārstam, kā arī Nacionālo bruņoto spēku ārstniecības iestādē nodarbinātam ārstam ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzēto līdzekļu apmēru aprēķina, ņemot vērā to personu skaitu kārtējā gada 30. septembrī, kuras atbilstoši starpresoru vienošanās nosacījumiem ārsts ir tiesīgs nosūtīt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.

9. Ģimenes ārstam, kuram atbilstoši šajos noteikumos noteiktajai kārtībai ir noslēgts līgums par ilgstošā prombūtnē esoša ģimenes ārsta aizvietošanu, ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzēto līdzekļu apmēru nosaka proporcionāli aizvietošanas periodam, attiecīgi samazinot ilgstošā prombūtnē esoša ģimenes ārsta ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzēto līdzekļu apmēru.

10. Vienas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu epizodes izmaksas sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem iegūst šādi:

10.1. nosaka ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzēto līdzekļu apmēru nākamajam gadam pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina nieru aizstājterapiju dienas stacionārā, t. i., reizina pacientu skaitu, kas saņēmuši nieru aizstājterapiju dienas stacionārā kārtējā gada pirmajā pusgadā, ar laboratorisko izmeklējumu vidējām izmaksām, kas iegūtas par kārtējā gada pirmajā pusgadā šiem pacientiem veiktajiem laboratoriskajiem izmeklējumiem, un iegūto skaitli reizina ar divi;

10.2. no pārējo laboratorisko līdzekļu apmēra atņem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu nosūtījumiem paredzēto laboratorijas līdzekļu rezervi 5 % apmērā un aprēķinātās kopējās nieru aizstājterapijas pacientu laboratorisko pakalpojumu izmaksas, iegūto skaitli dala ar kopējo epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusē un iegūto skaitli reizina ar divi.

11. Aprēķinot līdzekļu apmēru, kas nepieciešams, lai speciālists sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ietvaros pacientu nosūtītu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, piemēro šādus koeficientus:

11.1. fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstam, oftalmologam, psihiatram, bērnu psihiatram, bērnu neirologam – 0,03;

11.2. bērnu ķirurgam, anesteziologam, reanimatologam – 0,10;

11.3. otolaringologam, traumatologam, ortopēdam – 0,23;

11.4. narkologam – 0,34;

11.5. ķirurgam, neirologam – 0,60;

11.6. kardiologam, urologam – 0,86;

11.7. dermatologam, venerologam, pneimonologam, bērnu pneimonologam, ginekologam, dzemdību speciālistam, pediatram – 1,18;

11.8. infektologam, onkologam ķīmijterapeitam, internistam – 2,90;

11.9. endokrinologam, bērnu endokrinologam – 3,97;

11.10. imunologam – 12,57;

11.11. ģenētiķim – 42,10;

11.12. pārējiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem, kas minēti šo noteikumu 4. pielikuma 5. punktā, – 1,89.

12. Katram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistam kopējo līdzekļu gada apmēru pacientu nosūtīšanai ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai aprēķina, reizinot vienas ambulatoro laboratorisko pakalpojumu epizodes izmaksas ar attiecīgā speciālista koeficientu un epizožu skaitu kārtējā gada pirmajā pusgadā, un iegūto skaitli reizina ar divi.

13. Līdzekļu gada apmēru ārstniecības iestādei, kuras speciālists pacientu nosūta ambulatoro laboratorisko pakalpojumu saņemšanai, katram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistam norāda ar dienestu un ārstniecības iestādi noslēgtajā līgumā par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un samaksu, summējot visu attiecīgās ārstniecības iestādes sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu ambulatoro laboratorisko pakalpojumu samaksai paredzētos līdzekļus, un pieskaita kopējās nieru aizstājterapijas pacientu laboratorisko pakalpojumu izmaksas, ja ārstniecības iestāde nodrošina nieru aizstājterapijas pakalpojumus.

14. Reizi pusgadā – līdz 1. augustam (par laikposmu no 1. janvāra līdz 30. jūnijam) un līdz 1. februārim (par laikposmu no iepriekšējā gada 1. janvāra līdz 31. decembrim) – dienests salīdzina aprēķināto un līgumā ar ārstniecības iestādi norādīto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzēto līdzekļu apmēru ar izlietoto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzēto līdzekļu apmēru.

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

16. Ja dienests, veicot izvērtējumu par iepriekšējo gadu, konstatē, ka ģimenes ārsts nav izlietojis līgumā norādītos ambulatoro laboratorisko pakalpojumu nosūtījumiem paredzētos līdzekļus pilnā apmērā, bet ir izlietojis vismaz 80 %, ģimenes ārstam, kuram laboratoriskajiem nosūtījumiem plānoto līdzekļu apjoms līgumā ar dienestu bija noteikts pilnam kalendāra gadam, līdz kārtējā gada 1. martam izmaksā 20 % no starpības starp līgumā norādīto summu un faktiski izlietoto līdzekļu apmēru.

---

**© Oficiālais izdevējs "Latvijas Vēstnesis"**