*1.pielikums*

*līgumam par sekundārās ambulatorās*

*veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas noteikumi**

1. IZPILDĪTĀJS nodrošina šādus normatīvajos aktos noteiktos ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus šādās adresēs:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ārstniecības iestādes pakalpojumu sniegšanas adrese (filiāle)*** | ***Sekundāro ambulatoro pakalpojumu veids*** |
|  |  |
|  |
|  |  |

1. IZPILDĪTĀJS par sniegtajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem saņem samaksu plānotās summas ietvaros, kas noteikta Līguma 2.1.1.punktā noteiktajā kārtībā, atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “[Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidi](http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5bb72629add8e.xlsx)” norādītajām manipulācijām katram sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu veidam, bet par dienas stacionārā sniegtajiem sekundārajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – atbilstoši attiecīgā dienas stacionāra līmenim (pirmais vai otrais) saskaņā ar veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu regulējošajiem normatīvajiem aktiem.

1. IZPILDĪTĀJS papildus šī Līguma pielikuma 2.punktā noteiktajiem maksājumiem saņem:
   1. pacienta līdzmaksājumu par personām, kas atbilstoši normatīvajiem aktiem ir atbrīvoti no pacienta līdzmaksājuma, prognozējamās summas ietvaros, kas noteikta atbilstoši Līguma 2.1.1.punktam;
   2. samaksu par Eiropas Savienības dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas valstu un Šveices Konfederācijas sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļautām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuras uzrāda S2 veidlapu “Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu” (vai tās ekvivalentu E112 veidlapu), Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai to aizvietojošā sertifikāta kopiju un nav reģistrētas veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā;
   3. samaksu par Ukrainas pilsoņiem sniegto neatliekamo medicīnisko palīdzību;
   4. samaksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti personai ar prognozējamu invaliditāti, kurai šāds statuss piešķirts normatīvajos aktos noteiktā kārtībā, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*95-Pacients ar valsts darba ekspertīzes ārstu komisijas piešķirto prognozējamās invaliditātes statusu*”;
   5. samaksu par ārstu konsīlijiem un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu konsultācijām, kurās tiek sastādīti rehabilitācijas plāni, kas sniegti ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā, ar mērķi novērst iespējamu invaliditātes iestāšanos, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*98-Ilgstoši slimojoša persona darbspējīgā vecumā, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus ar mērķi novērst invaliditātes iestāšanos”*;
   6. samaksu par šādiem atbilstoši normatīvajiem aktiem veiktajiem profilaktiskajiem izmeklējumiem (*norādīt attiecīgo*):
      1. oftalmologa profilaktiskā apskate bērniem;
      2. grūtnieces un nedēļnieces aprūpe;
      3. priekšlaicīgi dzimuša bērna profilakse, ko veic neonatologs;
      4. apskate un vakcinācija pret tuberkulozi bērniem, kuri nav saņēmuši BCG vakcīnu dzemdību nodaļā;
      5. jaundzimušo skrīninga izmeklējumi;
      6. dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumi;
      7. tālākā izmeklēšana, ja ar dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumu konstatēta patoloģiska atradne;
      8. krūts vēža skrīnings saskaņā ar Līguma 4.pielikumu;
      9. tālākā izmeklēšana, ja ar mammogrāfijas metodi konstatēta patoloģiska atradne;
      10. tālākā izmeklēšana, ja apslēpto asiņu testa rezultātā kolorektālā vēža skrīninga gadījumā konstatēta patoloģiska atradne;
      11. tālākā izmeklēšana, ja ar prostatas vēža skrīninga izmeklējumu konstatēta patoloģiska atradne;
   7. samaksu par fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizītēm pie pacientiem, nodrošinot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mājās, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*85-personas, kas saņem paliatīvo un /vai veselības aprūpi mājās*”;
   8. samaksu par DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “Manipulāciju saraksts” norādītajām manipulācijām ar kodiem 02094 un 02095, ja tās veiktas atbilstoši neonatoloģijas un pediatrijas manipulāciju apmaksas nosacījumiem;
   9. samaksu par dienas stacionārā sniegtajiem nieru aizstājterapijas pakalpojumiem, ja veiktas veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu regulējošajos normatīvos aktos attiecīgajam dienas stacionāra līmenim noteiktās saistošās (pamata) manipulācijas un, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*D0 - Pacients hemodialīzes dienas stacionārā*”;
   10. samaksu par veiktajiem ļaundabīgo audzēju primārās diagnostikas izmeklējumiem ar primārās veselības aprūpes ārsta nosūtījumu atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “[Apmaksas nosacījumi ļaundabīgo audzēju primārās diagnostikas izmeklējumiem](http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5af5a39cae45a.xlsx)” norādītajām diagnozēm un manipulācijām;
   11. ja IZPILDĪTĀJS ir norādīts veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu regulējošajos normatīvos aktos kā ārstniecības iestāde, uz kuru personas nosūta pie konkrēta speciālista konsultācijas saņemšanai ar primārās diagnostikas izmeklējumos konstatētu ļaundabīga audzēja atradni:
       1. samaksu par speciālistu veiktajām aprūpes epizodēm;
       2. samaksu par veiktajiem ļaundabīgo audzēju sekundārās diagnostikas izmeklējumiem atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “[Apmaksas nosacījumi ļaundabīgo audzēju sekundārās diagnostikas izmeklējumiem](http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5bb726cc22bdc.xlsx)” norādītajām diagnozēm un manipulācijām, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*C2 - Ļaundabīgo audzēju sekundārā diagnostika*”;
       3. samaksu par ārstu konsīlijiem, kuros tiek noteikta turpmākā terapijas taktika atbilstoši veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu regulējošajos normatīvos aktos noteiktajiem ļaundabīgo audzēju sekundārās diagnostikas noteikumiem, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” ārsts-konsīlija vadītājs  uzrāda manipulāciju 60218 „*Ārstu konsīlijs (līdz 4 speciālistiem) terapijas taktikas pieņemšanai pacientam ar pirmreizēji diagnosticētu onkoloģisko slimību. Iekļauta samaksa par visu konsīlijā iesaistīto darbu. Vienam pacientam vienu reizi norāda konsīlija vadītājs*”;
   12. samaksu par veiktajiem ļaundabīgo audzēju recidīvu primārās diagnostikas izmeklējumiem ar primārās vai sekundārās veselības aprūpes ārsta nosūtījumu atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “[Apmaksas nosacījumi ļaundabīgo audzēju recidīvu primārās diagnostikas izmeklējumiem](http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5af5a39cae45a.xlsx)” norādītajām diagnozēm, manipulācijām, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa “C2P –Ļaundabīgo audzēju recidīvu primāra diagnostika” ;
   13. ja IZPILDĪTĀJS ir norādīts veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu regulējošajos normatīvos aktos kā ārstniecības iestāde, uz kuru personas nosūta pie konkrēta speciālista konsultācijas saņemšanai ar primārās diagnostikas izmeklējumos konstatētu ļaundabīga audzēja recidīva atradni:
       1. samaksu par speciālistu veiktajām aprūpes epizodēm;
       2. samaksu par veiktajiem ļaundabīgo audzēju recidīvu sekundārās diagnostikas izmeklējumiem atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “[Apmaksas nosacījumi ļaundabīgo audzēju recidīvu sekundārās diagnostikas izmeklējumiem](http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5bb726cc22bdc.xlsx)” norādītajām diagnozēm un manipulācijām, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*C2S - Ļaundabīgo audzēju recidīvu sekundārā diagnostika*”;
   14. samaksu par ārstu konsīlijiem, kuros tiek noteikta turpmākā terapijas taktika atbilstoši veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu regulējošajos normatīvos aktos noteiktajiem ļaundabīgo audzēju recidīvu sekundārās diagnostikas noteikumiem, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” ārsts-konsīlija vadītājs  uzrāda manipulāciju 60228 „*Ārstu konsīlijs (līdz 4 speciālistiem) terapijas taktikas pieņemšanai pacientam ar diagnosticētu onkoloģiskās slimības recidīvu. Iekļauta samaksa par visu konsīlijā iesaistīto darbu. Vienam pacientam vienu reizi norāda konsīlija vadītājs*”;
   15. samaksu par veikto imūnprofilaksi pret sezonālo saslimšanu ar respiratori sincitiālo vīrusu bērniem ar augstu saslimšanas risku;
   16. samaksu par pacientu izmeklēšanu pirms un pēc aknu transplantācijas atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “[Apmaksas nosacījumi izmeklējumiem pirms un pēc aknu transplantācijas](http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5b3a162af1854.xlsx)” iekļautajiem apmaksas  nosacījumiem, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju,  norādīta pacientu grupa  *„AT - Pacientu izmeklēšana pirms un pēc aknu transplantācijas”*;
   17. samaksu par izmeklējumiem, uz kuriem nosūtījis ģimenes ārsts, pacientu sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanai noteiktā vecumā atbilstoši DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv) sadaļā “Profesionāļiem” esošajā dokumentā “[Apmaksas nosacījumi sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanai](http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5b838ed68b027.xlsx)” iekļautajiem apmaksas  nosacījumiem, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju,  norādīta pacientu grupa  „*SCO – Izmeklējumi sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanai noteiktā vecumā (SCORE)”* un diagnozes kods Z03.5 atbilstoši Starptautiskajam slimību klasifikatoram (SSK-10);
   18. samaksu par skābekļa terapiju hroniskajiem un subakūtajiem pacientiem;
   19. samaksu, sniedzot ambulatorās medicīniskās rehabilitācijas un medicīniskās rehabilitācijas dienas stacionārā pakalpojumus personām ar pārslimotu laboratoriski apstiprinātu Covid-19 infekciju (anamnēzē diagnoze “*U07.1. - Covid-19, ja vīruss identificēts*” atbilstoši Starptautiskajai slimību un veselības problēmu klasifikācijai SSK10), ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta diagnoze “*U09 - Stāvoklis pēc pārslimota Covid-19*” vai “*U09.9 - Stāvoklis pēc pārslimota Covid-19, bez precizējuma*” un pacientu grupa “*CR1 - Rehabilitācija ambulatori bērniem, kas pārslimojuši Covid-19*” vai “*CR2 - Rehabilitācija ambulatori pieaugušajiem, kas pārslimojuši Covid -19*” vai “*CR3 - Rehabilitācija dienas stacionārā pieaugušajiem, kas pārslimojuši Covid-19*” vai “*CR4 - Rehabilitācija dienas stacionārā bērniem, kas pārslimojuši Covid -19*”;
   20. samaksu par DIENESTA tīmekļvietnē www.vmnvd.gov.lv sadaļā „Profesionāļiem” publicētajā dokumentā “Manipulāciju saraksts” norādītajām manipulācijām ar atzīmi “Manipulācijas, kuras apmaksā no “Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem””;
   21. samaksu par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*CS - Persona ar aktīvu apstiprinātu COVID-19 infekciju vai SPKC atzīta COVID-19 kontaktpersona medicīniskās novērošanas periodā, kura saņem sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus noteiktās ārstniecības iestādēs*”;
   22. samaksu par patvēruma meklētājiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pacientu grupa „*101 - Patvēruma meklētājs, kuram Ministru kabineta noteiktajā kārtībā ir izsniegts patvēruma meklētāja personas dokuments vai ārzemnieks, kurš aizturēts Imigrācijas likumā noteiktajā kārtībā*”;
   23. samaksu par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem autiska spektra traucējumu diagnostikai, ja tiek veikta pilna autiskā spektra diagnostika bērniem līdz 18 gadu vecumam, ADI-R intervija, atgriezeniskās saites sniegšana vecākiem un rakstiska atzinuma sagatavošana;
   24. samaksu par prioritāriem pakalpojumiem ļaundabīgo audzēju pacientiem, kas iekļauj Kodolmagnētiskās rezonanses, Ultrasonogrāfijas, Endoskopijas, Dermatoveneroloģijas, Gastrointestinālās endoskopijas dienas stacionārā, Traumatoloģijas, ortopēdijas, rokas un rekonstruktīvās mikroķirurģijas, plastiskās ķirurģijas dienas stacionārā, Hematoloģijas, Rehabilitācijas un Rehabilitācija dienas stacionārā pakalpojumus, ja, ievadot Vadības informācijas sistēmā veidlapas Nr.024/u „Ambulatorā pacienta talons” informāciju, norādīta pamatdiagnoze C00-D09 vai D37-D48 un pacientu grupa “CP – Personas ar ļaundabīgo audzēju diagnozi, kas saņem prioritāros pakalpojumus.
2. Šī Līguma pielikuma 3.4. un 3.5.punktā minētos veselības aprūpes pakalpojumus DIENESTS apmaksā likumā par valsts budžetu kārtējam gadam šim mērķim piešķirtā finansējuma ietvaros. DIENESTS apņemas vismaz mēnesi iepriekš rakstveidā informēt IZPILDĪTĀJU par līdzekļu nepietiekamību turpmākai šo veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, ja minētais finansējuma gada apjoms būs apgūts.
3. Šajā Līguma pielikumā noteiktie maksājumi tiek aprēķināti atbilstoši IZPILDĪTĀJA Vadības informācijas sistēmā ievadītajai informācijai.
4. IZPILDĪTĀJS ir tiesīgs izmantot pakalpojumu gaidīšanas rindu samazināšanai piešķirto finansējumu tikai minēto rindu samazināšanai noteiktajos pakalpojumu veidos. Ja piešķirtais finansējums tiek izmantots citiem mērķiem vai netiek izlietots pilnā apjomā, DIENESTS ir tiesīgs minēto finansējumu neizmaksāt vai novirzīt citiem pakalpojumu sniedzējiem.
5. IZPILDĪTĀJS nodrošina, ka speciālists nosūta personas laboratorisko pakalpojumu saņemšanai plānotās summas ietvaros, kas noteikta atbilstoši Līguma 2.1.2.punktam, papildus speciālists ir tiesīgs nosūtīt laboratorisko pakalpojumu saņemšanai šādas personas:
   1. Eiropas Savienības dalībvalsts, Eiropas Ekonomikas zonas valsts vai Šveices Konfederācijas sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļautu personu, kas nav reģistrēta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā, ja tiek uzrādīta E 106; E 109; E 112; E 120; E 121; S1; S2 vai S3 veidlapa, Eiropas veselības apdrošināšanas karte vai to aizvietojošā sertifikāta kopija;
   2. Ukrainas pilsoni, kuram tiek sniegta neatliekamā medicīniskā palīdzība;
   3. personu, kas saņem normatīvajos aktos noteiktos profilaktiskos pakalpojumus, kā arī pakalpojumus valsts organizētā vēža skrīninga ietvaros.
6. IZPILDĪTĀJS nodrošina, ka ārstniecības persona izraksta zāles un medicīniskās ierīces, kuru izdevumus kompensē no valsts budžeta līdzekļiem, plānotās summas ietvaros, kas noteikta atbilstoši Līguma 2.1.3.punktam, norādot medicīniskajā dokumentācijā minēto zāļu vai medicīnisko ierīču izrakstīšanas datumu, nosaukumu, daudzumu un lietošanas nosacījumus.

**DIENESTS IZPILDĪTĀJS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_