**Norēķinu kārtība**

1. DIENESTS apmaksā Vadības informācijas sistēmā izveidotus rēķinus atbilstoši informācijai, ko šajā sistēmā norādījis IZPILDĪTĀJS.
2. Līdz katra mēneša 12.datumam DIENESTS, pamatojoties uz ievadītajiem un apmaksai akceptētajiem uzskaites dokumentiem, izveido atsevišķus rēķinus Vadības informācijas sistēmā par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem iepriekšējā mēnesī:
   1. Līgumā paredzētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai, kādā veicama pacientu veselības aprūpe mājās;
   2. par pakalpojumiem, kuri atbilstoši normatīvam regulējumam tiek apmaksāti no līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem.
3. IZPILDĪTĀJS 2 (divu) darba dienu laikā pēc šī Līguma pielikuma 2.punktā noteiktā datuma Vadības informācijas sistēmā izskata izveidoto rēķinu un par konstatētajām neatbilstībām informē DIENESTU. Trešajā darba dienā pēc šī pielikuma 2.punktā noteiktā datuma DIENESTS apstiprina izveidoto rēķinu, uzliekot pazīmi “MA”- maksātāja apstiprināts un „PA”- piegādātāja apstiprināts.
4. DIENESTS 20 (divdesmit) kalendāro dienu laikā no brīža, kad atbilstoši šī Līguma pielikuma 3.punktam Vadības informācijas sistēmā rēķinu apstiprinājis un nodevis norēķinu veikšanai, apmaksā to. Vadības informācijas sistēmā izveidots un apstiprināts rēķins netiek izdrukāts un ir derīgs bez paraksta.
5. DIENESTS līdz katra mēneša 15.datumam var veikt priekšapmaksu:
   1. par laika posmu no gada sākuma līdz novembrim (ieskaitot) līdz 50% no Līguma 2.2.punktā minētajā finanšu paziņojumā attiecīgajam mēnesim plānotā finansējuma;
   2. par decembri:
      1. līdz 100% apmērā no Līguma 2.2.punktā minētajā finanšu paziņojumā decembrim plānotā finansējuma, nepārsniedzot gada kopējo summu, ja IZPILDĪTĀJA 10 (desmit) mēnešos faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē pārsniedz šim periodam plānoto finansējumu;
      2. līdz 90 % apmērā no mēneša vidējās izpildes naudas izteiksmē, ņemot vērā IZPILDĪTĀJA faktisko izpildi 10 (desmit) mēnešos, ja IZPILDĪTĀJA 10 (desmit) mēnešos faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē nesasniedz šim periodam plānoto finansējumu;
   3. par kārtējā gada janvāri laika posmā līdz paziņojuma par plānoto finansējuma apjomu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai kārtējam gadam saņemšanas - līdz 50% apmērā no aprēķinātās viena mēneša vidējās rēķinu summas par iepriekšējo gadu, pamatojoties uz IZPILDĪTĀJA rakstisku iesniegumu.
6. Šī pielikuma 5.3.punktā minētā priekšapmaksa ir avansa maksājums kārtējam gadam paredzētās kopējās LĪGUMA summas ietvaros.
7. Norēķini par 2.2. punktā minētiem pakalpojumiem tiek veikti ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc Finanšu ministrijas rīkojuma par finanšu līdzekļu piešķiršanu no valsts budžeta programmas “Līdzekļi neparedzētiem gadījumiem” izdošanas.
8. Ja IZPILDĪTĀJS, plānojot darba un atpūtas laiku, decembrī plāno strādāt mazāk par 20 kalendāra darba dienām (piecu dienu darba nedēļa no pirmdienas līdz piektdienai), IZPILDĪTĀJS līdz 4.decembrim par to rakstiski informē DIENESTA teritoriālo nodaļu. Šajā gadījumā atbilstoši šī Līguma pielikuma 5.2.punktam aprēķināto priekšapmaksu var samazināt 5% apmērā par katru darba dienu, ko IZPILDĪTĀJS plāno atpūtas laikam.
9. DIENESTS katru mēnesi veic Līguma 2.2.punktā minētajā finanšu paziņojumā norādītā plānotā finanšu līdzekļu apjoma salīdzināšanu ar faktiski sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu naudas izteiksmē un norēķinās ar IZPILDĪTĀJU šādā kārtībā:
   1. ja faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē mēnesī pārsniedz plānoto mēneša finansējuma summu, tad DIENESTS samaksā attiecīgajam mēnesim plānoto finansējuma apjomu;
   2. ja faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē nepārsniedz plānoto mēneša finansējuma summu, tad DIENESTS faktiski sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā atbilstoši sagatavotajam rēķinam;
   3. norēķini par faktiski sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu tiek veikti katru mēnesi, ņemot vērā iepriekšējos mēnešos neapmaksātos pakalpojumus, nepārsniedzot Līguma darbības periodam noteikto kopējo summu.
10. Ja pēc norēķinu veikšanas DIENESTA teritoriālā nodaļa konstatē, ka kļūdaini samaksājusi IZPILDĪTĀJAM lielāku summu:
    1. gadījumā, ja abpusēji saskaņotajā un apmaksātajā rēķinā par iepriekšējo periodu bijusi kļūda, DIENESTA teritoriālā nodaļa veic nākamā rēķina korekciju ar manuālā akta palīdzību, manuālā akta apraksta sadaļā norādot labojuma iemeslus;
    2. gadījumā, ja DIENESTA teritoriālā nodaļa apmaksājusi lielāku summu nekā norādīts rēķinā, DIENESTA teritoriālā nodaļa IZPILDĪTĀJU rakstiski informē par pārmaksas iemeslu un piedāvā pārmaksātās summas ieturējuma grafiku.
11. DIENESTS līdz kārtēja gada 31.martam nosūta IZPILDĪTĀJAM rēķinu par riska maksājumu Ārstniecības riska fondā, kuru IZPILDĪTĀJS apmaksā rēķinā norādītajā termiņā un apjomā.
12. Ja IZPILDĪTĀJS nav veicis ārstniecības riska maksājumu DIENESTA sagatavotajā rēķinā noteiktajā termiņā, tajā skaitā par iepriekšējo periodu, DIENESTS ietur nesamaksātā ārstniecības riska maksājuma summu no apmaksas par Līguma ietvaros sniegtajiem pakalpojumiem.
13. Izbeidzot Līgumu pirms termiņa, IZPILDĪTĀJS samaksā visu tam aprēķināto ārstniecības riska maksājumu par kārtējo gadu. Ja IZPILDĪTĀJS līdz Līguma izbeigšanas brīdim nav samaksājis visu tam aprēķināto ārstniecības riska maksājumu par kārtējo gadu, tad DIENESTS ietur nesamaksātā ārstniecības riska maksājuma summu no apmaksas par Līguma ietvaros sniegtajiem pakalpojumiem.
14. DIENESTS var veikt IZPILDĪTĀJAM avansa maksājumu, ja Vadības informācijas sistēmā tiek izstrādāts tehniskais risinājums, kura dēļ DIENESTS nevar sagatavot rēķinus šīs kārtības norādītajos termiņos par 2. punktā minētiem pakalpojumiem.