# **Norēķinu kārtība primārās veselības aprūpes**

**pakalpojumu sniedzējiem**

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. par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti Eiropas Savienības dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas valstu un Šveices Konfederācijas pilsoņiem, kuri uzrāda Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai to aizvietojošā sertifikāta kopiju un nav reģistrēti veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā;
	2. par pakalpojumiem, kuri atbilstoši normatīvam regulējumam tiek apmaksāti no līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem;
	3. par pārējiem Līgumā paredzētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nav iekļauti šī pielikuma 2.1.,2.2.punktā.
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.
4. Trešajā darba dienā pēc šīs kārtības 2.punktā noteiktā datuma DIENESTS apstiprina izveidoto rēķinu, uzliekot pazīmi “MA”- maksātāja apstiprināts un „PA”- piegādātāja apstiprināts.
5. DIENESTS 20 (divdesmit) kalendāro dienu laikā no brīža, kad atbilstoši šī pielikuma 4.punktam rēķins ir apstiprināts Vadības informācijas sistēmā, to apmaksā. Vadības informācijas sistēmā izveidots un apstiprināts rēķins netiek izdrukāts un ir derīgs bez paraksta.
6. Ja pēc norēķinu veikšanas DIENESTA teritoriālā nodaļa konstatē, ka kļūdaini samaksājusi IZPILDĪTĀJAM lielāku summu:
	1. gadījumā, ja 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 norādīta rēķinā, DIENESTA teritoriālā nodaļa IZPILDĪTĀJU rakstiski informē par pārmaksas iemeslu un piedāvā pārmaksātās summas ieturējuma grafiku.
7. DIENESTS līdz kārtēja gada 31.martam nosūta IZPILDĪTĀJAM rēķinu par riska maksājumu Ārstniecības riska fondā, kuru IZPILDĪTĀJS apmaksā rēķinā norādītajā termiņā un apjomā.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Ja IZPILDĪTĀJS DIENESTU informējis, ka netiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi ārstniecības personas prombūtnes (tajā skaitā darbnespējas) gadījumā un veselības aprūpes pakalpojumus nenodrošina aizvietotājs, DIENESTS nemaksā darba samaksu par ārstniecības personas veiktajiem veselības aprūpes pakalpojumiem par prombūtnes periodu, kas pārsniedz 9 (deviņas) dienas, bet par prombūtnes periodu, kas pārsniedz 6 (sešus) mēnešus, DIENESTS nemaksā visu 2.punktā norādīto maksājumu un ir tiesīgs lemt par Līguma izbeigšanu pirms termiņa.