# **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. 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 šīs kārtības 2.1.,2.2.punktā.
3. IZPILDĪTĀJS 2 (divu) darba dienu laikā pēc šīs kārtības 2.punktā noteiktā datuma Vadības informācijas sistēmā izskata izveidoto rēķinu un par konstatētajām neatbilstībām informē DIENESTU. Trešajā darba dienā pēc šīs kārtības 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 šīs kārtības 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. DIENESTA teritoriālā nodaļa līdz katra mēneša 15.datumam var veikt priekšapmaksu:

5.1. par laika posmu no gada sākuma līdz novembrim (ieskaitot): līdz 50% apmērā no attiecīgajam mēnesim atbilstoši Līguma 2.1.punktam plānotās summas;

5.2. par decembri:

5.2.1. līdz 100% apmērā no decembrim atbilstoši Līguma 2.1.punktam plānotās summas, nepārsniedzot gadam kopā atbilstoši Līguma 2.1.punktam plānoto summu, ja 10 (desmit) mēnešos IZPILDĪTĀJA faktiski sniegtais pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē pārsniedz šim periodam plānoto finansējumu;

5.2.2. līdz 90% apmērā no mēneša vidējās izpildes naudas izteiksmē, ņemot vērā IZPILDĪTĀJA faktisko veselības aprūpes pakalpojumu apjoma izpildi 10 (desmit) mēnešos, ja IZPILDĪTĀJA 10 (desmit) mēnešos faktiski sniegtais pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē nesasniedz šim periodam plānoto summu;

5.3. 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.

1. Šīs kārtības 5.punktā minētā priekšapmaksa ir avansa maksājums kārtējam gadam paredzētās kopējās LĪGUMA summas ietvaros.
2. 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 šīs kārtības 5.2.apakšpunktam aprēķināto priekšapmaksu samazina 5% apmērā par katru darba dienu, ko IZPILDĪTĀJS plāno atpūtas laikam.
3. 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.
4. Katru mēnesi finansējuma apjoms, kas atbilstoši Līguma 2.2.punktā norādītajā finanšu paziņojumā noteikts atsevišķi sadalījumā pa mēnešiem, tiek kontrolēts pieaugošās summās no Līguma darbības perioda sākuma šādā kārtībā:
   1. ja faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē mēnesī pārsniedz noteikto mēneša finansējuma summu, tad DIENESTA teritoriālā nodaļa samaksā attiecīgajam mēnesim Līgumā paredzēto finansējuma apjomu;
   2. ja faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē nepārsniedz noteikto mēneša finansējuma summu, tad DIENESTA teritoriālā nodaļa apmaksā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši apstiprinātajiem rēķiniem;

10.3. norēķini par faktiski sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu tiek veikti katru mēnesi, ņemot vērā iepriekšējos mēnešos neapmaksātos pakalpojumus, nepārsniedzot Līguma darbības periodam noteikto summu.

1. DIENESTS līdz kārtēja gada 31.martam nosūta IZPILDĪTĀJAM rēķinu par riska maksājumu Ārstniecības riska fondā, kuru IZPILDĪTĀJS apmaksā rēķinā norādītajā termiņā un apjomā.
2. 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.
3. 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.
4. 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.